

P R O T O K O L L

Anhörung des Ausschusses für Gleichstellung und Integration und des Ausschusses für Soziales, Wohnungswesen und Gesundheit zur Ist-Situation und Zukunft der Hebammen in der Region Hannover

Sitzungstermin: **Donnerstag, 25.08.2016**

Sitzungsbeginn: **18:00 Uhr**

Sitzungsende: **21:02 Uhr**

Ort, Raum: **N 002 Neues Regionshaus, Hildesheimer Straße 18, 30169
Hannover**

Anwesende Mitglieder

Vorsitz

Herr Dr. Manfred Benkler (Vorsitzender SWG, Moderation)

Frau Nesrin Odabasi (Vorsitzende AfG)

Mitglieder AfG

Frau Angela Klingspohn

Frau Cornelia Busch

Frau Silke Gardlo

für: Herrn Stefan Müller

Herr Karlheinz Mönkeberg

für: Frau Christina Schlicker

Frau Maria Hesse

Frau Ulrike Krause

Herr Christoph-Justus Loskant

für: Herrn Philipp Plath

Frau Arife Akcam-Hytrek

Frau Kathrin Kuhfuß

Mitglieder SWG

Frau Angelika Walther

Frau Angela Klingspohn

Herr Horst Knoke

Frau Elke Zach

Frau Marion Gellermann

Frau Michaela Michalowitz

Herr Bernward Schlossarek
Frau Kathrin Kuhfuß
Herr Ignazio Pecorino
Frau Christiane Hinze

Grundmandat AfG

Herr Jens Böning

für: Herrn Friedemann Grabs

Grundmandat SWG

Herr Hans-Jürgen Hey
Herr Jens Böning

Sachkundige Einwohnerinnen und Einwohner AfG

Frau Gitta Bührich
Herr Abdulselem Dogan

Sachkundige Einwohnerinnen und Einwohner SWG

Herr Frank Stephan Laske

Stellvertreter

Herr Hans-Jürgen Hey

Verwaltung

Herr Hauke Jagau
Frau Cora Hermenau
Herr Dr. Axel von der Ohe
Frau Dr. Constanze Wasmus
Frau Petra Mundt
Frau Mona Achterberg

Protokollführung

Frau Elisabeth Köhler
Herr Toni Göricke

Abwesende Mitglieder

Mitglieder

Herr Stefan Müller .
Frau Christina Schlicker .

Herr Philipp Plath .
Herr Dieter Böversen .
Herr Bodo Messerschmidt -
Herr Frank Muhlert -
Herr Helmut Lübeck -
Frau Doris Klawunde -
Herr Stefan Müller .
Frau Christina Schlicker .

Grundmandat AfG

Herr Friedemann Grabs .
Frau Birgit Hundrieser .

Grundmandat SWG

Herr Michael Fleischmann

Sachkundige Einwohnerinnen und Einwohner AfG

Frau Margarita Suslovic .

Sachkundige Einwohnerinnen und Einwohner SWG

Herr Claus A. Mohr -
Herr Dirk von der Osten -
Frau Christine Lenssen -
Herr Mark Meißner -
Herr Klaus-Dieter Meyer -

Verwaltung

Herr Erwin Jordan
Herr Dr. Mustafa Yilmaz

Tagesordnung:

Öffentlicher Teil:

1. Begrüßung
Hauke Jagau, Regionspräsident
2. Moderation
Dr. Manfred Benkler, Ausschussvorsitzender
Ausschuss für Soziales, Wohnungswesen und Gesundheit
3. Redebeiträge
 - 3.1. Dr. rer. medic Christiane Schwarz, Vertretungsprofessorin Studiengang Hebammenkunde, Hochschule Fulda
 - 3.2. Andreas Stradtmann, Mitarbeiter der Abteilung Soziales, Pflege und Arbeitsschutz, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
 - 3.3. Veronika Bujny, 1. Vorsitzende des Hebammenverbandes Niedersachsen e.V.
 - 3.4. Hilke Schauland, 2. Vorsitzende des Hebammenverbandes Niedersachsen e.V.
 - 3.5. Gitta Scholz, Kreissprecherin des Hebammenverbandes für die Region Hannover
 - 3.6. Prof. Dr. med. Ralf Schild, Leitung Geburtshilfe Diakovere
 - 3.7. Michael Born, Geschäftsführer Personal KRH Klinikum Region Hannover
 - 3.8. Edith Ahmann, Frauen- und MädchenGesundheitszentrum Hannover e.V.
 - 3.9. Prof. Dr. Dorothea Tegethoff, Vorstandsmitglied Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften e.V.

Protokollierung:

Öffentlicher Teil:

zu 1: **Begrüßung** **Hauke Jagau, Regionspräsident**

Der Regionspräsident **Herr Jagau** begrüßt die Anwesenden und erläutert den Anlass für die heutige Anhörung. Er zeigt die Ist-Situation der Hebammen in der Region Hannover auf, die in Folge komplizierter Versicherungsstrukturen, wachsender Arbeitsbelastung und zukünftiger Nachwuchsprobleme zunehmend problematischer werde.

Als Ziel der Anhörung nennt er die Beleuchtung der Ist-Situation der Hebammen und die Erarbeitung von Maßnahmen, die im Rahmen der Zuständigkeit der Region Hannover zur Verbesserung der Ist-Situation getroffen werden können. Die Problemlage der Hebammen, führt **Herr Jagau** aus, sei komplex: Viele Hebammen seien gleichzeitig eingebunden in den Krankenhausdienst und in freiberufliche Strukturen. Das führe zu unterschiedlichen Anforderungen, wobei das Beratungsmoment an Bedeutung zunehme. Gleichzeitig sinke die Attraktivität des Berufes und führe zu Nachwuchsproblemen.

Anschließend weist **Herr Jagau** darauf hin, dass die Zuständigkeiten der Region Hannover auf diesem Gebiet sehr begrenzt seien und die Region die Situation nicht allein verändern könne. Hier seien insbesondere Bund und Land in ihrer Funktion als Gesetzgeber gefragt. Aktuell werde zwischen Klinikum, MHH und Diakovere ein gemeinsames Konzept zur Hebammenausbildung beraten. Klar sei, so **Herr Jagau**, dass der Berufsstand der Hebammen für das Überleben unserer Gesellschaft existenziell wichtig sei. Abschließend wünscht er allen Anwesenden eine anregende und erkenntnisreiche Veranstaltung.

zu 2: **Moderation** **Dr. Manfred Benkler, Ausschussvorsitzender** **Ausschuss für Soziales, Wohnungswesen und Gesundheit**

Der **Ausschussvorsitzende des SWG Herr Dr. Benkler** bedankt sich bei **Herrn Jagau** für dessen Begrüßungsworte und stellt sich und die Ausschussvorsitzende des AfG **Frau Odabasi** den Anwesenden vor. Herr Dr. Benkler bekräftigt die Bedeutung der Hebammen für die Gesellschaft und dankt der Verwaltung für die Organisation der Anhörung und das Einladen der Expertinnen und Experten. Anschließend erläutert er den Ablauf der Anhörung: Nach den jeweils 10-minütigen Redebeiträgen der Expertinnen und Experten ist eine Pause vorgesehen. Daraufhin können die Politikerinnen und Politiker der Expertenrunde Fragen stellen. Abschließend kann das Publikum Fragen stellen. Mit der Bitte an alle Referenten und Referentinnen, sich vor ihrem Beitrag kurz vorzustellen, erteilt Herr **Dr. Benkler** das Wort an **Frau Dr. Schwarz**.

zu 3: **Redebeiträge**

zu 3.1: **Dr. rer. medic Christiane Schwarz, Vertretungsprofessorin Studiengang Hebammenkunde, Hochschule Fulda**

Frau Dr. Schwarz trägt anhand einer ppt-Präsentation vor. (Anlage 1)

**zu 3.2: Andreas Stradtmann, Mitarbeiter der Abteilung Soziales, Pflege und Arbeitsschutz,
Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung**

Herr Stradtmann, Mitarbeiter der Abteilung Soziales, Pflege und Arbeitsschutz des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung trägt vor. (Anlage 2)

zu 3.3: Veronika Bujny, 1. Vorsitzende des Hebammenverbandes Niedersachsen e.V.

Frau Bujny trägt vor. (Anlage 3)

zu 3.4: Hilke Schauland, 2. Vorsitzende des Hebammenverbandes Niedersachsen e.V.

Frau Schauland trägt vor. (Anlage 4)

zu 3.5: Gitta Scholz, Kreissprecherin des Hebammenverbandes für die Region Hannover

Frau Scholz trägt vor. (Anlage 5)

zu 3.6: Prof. Dr. med. Ralf Schild, Leitung Geburtshilfe Diakovere

Herr Prof. Dr. med. Schild trägt vor. (Anlage 6)

zu 3.7: Michael Born, Geschäftsführer Medizin KRH Klinikum Region Hannover

Herr Michael Born, Geschäftsführer Personal KRH Klinikum Region Hannover trägt vor. (Anlage 7)

zu 3.8: Edith Ahmann, Frauen- und MädchenGesundheitszentrum Hannover e.V.

Frau Ahmann trägt vor. (Anlage 8)

zu 3.9: Prof. Dr. Dorothea Tegethoff, Vorstandsmitglied Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften e.V.

Frau Prof. Dr. Tegethoff trägt vor. (Anlage 9)

- Pause –

Fortsetzung der Anhörung - Fragen

Herr Vorsitzender Dr. Benkler dankt nach einer kurzen Pause dem Team Gleichstellung für die Organisation der Veranstaltung und eröffnet die Fragerunde von Regionsabgeordneten an das Podium.

Frau Michalowitz ergreift das Wort und dankt den Expertinnen und Experten für ihre Beiträge. Weiterhin habe sie eine Frage an **Dr. Schild**. Durch Wegfall des Nordstadtkrankenhauses würden sechzehn Planbetten ins Henrietten- bzw. Friederikenstift verschoben worden sein und für sie sei nun unklar, wie viele real existierende Betten das nun seien. Vor dem Hintergrund, dass drei Kreissäle im Nordstadtkrankenhaus

weggefallen sind, fragt **Frau Michalowitz** nach, wie viele zusätzliche Kreissäle geschaffen worden seien. Letztendlich fragt **Frau Michalowitz** noch bei **Herrn Born** nach, warum eine Kooperation der drei Häuser, nämlich des KRH, des Diakovere und der MHH erst jetzt eingegangen wurde oder zum Abschluss gebracht wurde. Damals, vor Schließung des Nordstadtkrankenhauses, sei versprochen worden, dass die Ausbildung der Hebammen sichergestellt sei, weil eine solche Vereinbarung vorliegen würde.

Herr Prof. Dr. med. Schild antwortet zunächst auf die Frage, was mit den sechzehn Betten des KRH geschehen ist. Diese seien durch eine höhere Auslastung der Betten und der Zusammenlegung mit einer Station für Gynäkologie zu der Diakovere gekommen. Durch die wechselnde Auslastung der Betten könne das auf den Stationen abgefangen werden.

Zu der Frage zu den fehlenden Kreissälen berichtet **Herr Prof. Dr. med. Schild**, dass im Friederikenstift ein zusätzlicher Kreissal eingerichtet worden wäre. Im Henriettenstift sei, auch im Zuge der Geburtensteigerung, bereits im Vorfeld ein weiterer Kreissal in Betrieb genommen worden.

Frau Michalowitz fragt zum Verständnis nach, ob sie es richtig verstehe, dass sechszehn Planbetten gleich sechzehn Betten sind.

Herr Prof. Dr. med. Schild erklärt, dass die Betten nicht extra hinzugekommen seien, sondern Planbetten bedeute, dass diese Betten auch entsprechend mit der Krankenkasse abgerechnet werden können.

Herr Born führt zu der Fragestellung, weshalb erst jetzt eine Kooperationsvereinbarung umgesetzt wurde, aus, dass er persönlich erst seit einem Jahr beim KRH beschäftigt sei und deshalb nur spekulieren könne. Seine Vermutung sei jedoch, dass man natürlich damals Gespräche geführt habe. Es wurde dabei dann ja auch vereinbart, dass die Hebammenausbildung mit dem theoretischen Teil beim KRH verbleibt. Die Diskussion sei, so würde er es wahrnehmen, deshalb aufgekommen, weil die anderen Häuser Probleme haben, Hebammenstellen zu besetzen und möglicherweise die Vermutung bestand, dass das KRH die Hebammen ausbildet und sie dann intern in die KRH Kliniken umleite und dass deshalb eine Regelung getroffen werden müsse.

Frau Michalowitz bittet erneut um das Wort. Sie befürchte, dass sie und **Herr Born** aneinander vorbeireden. In aller Deutlichkeit schildert sie, dass die CDU bei der Debatte um die Schließung des Nordstadtkrankenhauses darauf hingewiesen habe, dass die Schließung eine Gefahr für die Hebammenausbildung sei. Um diese Ausbildung durchführen zu können, benötige man genügend Geburten im Level-1-Bereich, welche dann weniger werden würden. Damals wurde gesagt, dass es kein Problem gäbe, weil man mit der MHH und der Diakovere unmittelbar eine Vereinbarung schließen würde. Ganz konkret stellt **Frau Michalowitz** die Frage, warum erst jetzt eine entsprechende Vereinbarung geschlossen würde.

Herr Born entgegnet, dass er sich nur wiederholen könne. Wahrscheinlich sei es erst jetzt zu einer entsprechenden Vereinbarung gekommen, weil es erst jetzt möglich geworden wäre, einen vertraglich fixierbaren Konsens zwischen den Beteiligten zu finden.

Frau Zach ergreift das Wort. Sie bedanke sich zunächst bei den Hebammen für deren Arbeit. Sie habe gehört, dass die Akademisierung der Hebammenausbildung letztendlich anscheinend das Ziel sei und es auch eine europäische Richtlinie zu dem Thema gebe. **Frau Zach** fragt **Herrn Stradtmann** direkt, weshalb sich das Land gegen eine Akademisierung der Hebammenausbildung aussprechen würde, wo es doch bereits eine europäische Richtlinie, die bis 2020 eingehalten werden muss, gebe. Sie würde gerne wissen, wann das Land anfangen würde, daran zu arbeiten.

Herr Stradtmann antwortet, dass der Bereich der Hebammenbearbeitung in mehreren Ressorts läge. Die wissenschaftliche Ausbildung oder das Studium würde im MWK bearbeitet, die schulische Ausbildung im MK und die berufstätigen Hebammen würden in seiner Verantwortung liegen. Ihm sei jedoch berichtet worden, dass der primär qualifizierende Studiengang, zumindest aus Sicht der MK, momentan kein akutes Thema sei. Er nehme die Fragestellung jedoch mit und leite sie weiter an das zuständige Ministerium.

Frau Zach meldet sich zu Wort. Sie wünsche sich eine Reaktion in nicht ganz so weiter Ferne, sondern zeitnah. Begründend fügt sie hinzu, dass es der Wunsch der Kommunalpolitik sei, möglichst zeitnah an der Thematik zu arbeiten und das Land damit zu beauftragen, dass die Hebammenausbildung so durchgeführt wird, dass die Ausbildung gut sei und sie sich über eine zeitnahe Rückmeldung freue.

Herr Stradtmann sagt dieses zu. *(Protokollnotiz: Die o.g. Anfrage kann im Rahmen des Protokolls nicht beantwortet werden. Die Antwort wird nachgereicht.)*

Frau Krause erklärt, ihr sei bei dem ganzen Gehörten das Stichwort Organisationsverschulden der Klinikleitung im Gedächtnis geblieben. Sie frage sich, weshalb so viele Auszubildende in der letzten Zeit abgewandert seien und möchte die Frage von **Frau Michalowitz** stärken. Weiterhin frage sie sich, wie der Überhang von Planstellen zu der Tatsache passe, dass die Auszubildenden nicht im Klinikum verbleiben.

Herr Born antwortet, dass die Übernahme des Klinikum sich am Bedarf orientiere. Die genannten Zahlen entsprächen dem Bedarf, den das Klinikum an Vakanzen hatte und die aufgefüllt wurden.

Herr Vorsitzender Dr. Benkler gibt Frau Kuhfuß das Wort.

Frau Kuhfuß zeigt sich beeindruckt von dem Gehörten. Diese Fehlentwicklungen seien bedauerlich. Ihre Fragen beträfen eher andere Ebenen und Bereiche. Sie frage sich, weshalb die Kosten für Geburten bei einer Abrechnungsstelle für Krankheiten aufgeführt würden. Es werde in Klinikneubauten statt Geburtsstationen investiert. **Frau Kuhfuß** fragt nach, ob eine Zusammenlegung von Henriettenstift und Friederikenstift geplant sei. Es kommt zur Fragestellung, ob die Arbeitssituation jetzt verbessert worden sei? **Herr Vorsitzender Dr. Benkler** fragt nach, ob diese Frage an **Herrn Prof. Dr. med. Schild** gerichtet sei. **Frau Kuhfuß** bejaht.

Herr Prof. Dr. med. Schild erklärt, es handele sich um zwei Standorte unter dem Dach der Diakovere Krankenhaus GmbH. Beide Standorte würden weiter existieren bis ein Mutter-Kind-Zentrum bewilligt und errichtet sei. Dieses Mutter-Kind-Zentrum würde dann an einem anderen Standort, nämlich bei der Kinderklinik auf der Bult, liegen.

Herr Loskant meldet sich zu Wort. Es seien viele Berührungspunkte aufgezeigt worden, die das Gremium hier aber letzten Endes gar nicht betreffen. Der Berührungspunkt bestünde über das Klinikum der Region Hannover. Das sei die Gesellschaft, und hier erfolge letzten Endes über Steuermittel eine Defizitabdeckung. Die CDU habe die Anfrage gestellt und in dieser Anfrage, Vorlage 3224, sei in der Beantwortung der Eindruck erweckt worden, die 16 Planbetten, die vom KRH verlagert worden sind, das sei letzten Endes eine 1:1-Umsetzung. Daher stelle er nun an **Herrn Born** die konkrete Frage, wieviel Personal im Nordstadt Krankenhaus letzten Endes durch die Schließung weggefallen sei. Und er frage weiterhin **Herrn Prof. Dr. med. Schild**, wieviel Personal zusätzlich aufgebaut worden sei. Am Ende sei fraglich, ob die Schließung des Nordstadt Krankenhauses die Situation nicht verschärft habe. Er erweitere die Frage dahingehend, wie die Schließung des Nordstadt Krankenhauses beurteilt würde und ob das KRH hier nicht gefordert sei ggf. auch wieder etwas aufzubauen, was vorher kaputt gemacht wurde.

Herr Born teilt mit, dass im Nordstadt Krankenhaus im April 2015 22 Mitarbeiterinnen tätig gewesen wären.

Herr Vorsitzender Dr. Benkler fragt nach, wie viele von den 22 Mitarbeiterinnen nach der Verlagerung der 16 Planbetten am neuen Standort hinzugekommen seien.

Herr Prof. Dr. med. Schild kann hierzu keine Aussagen treffen. Er habe seinerzeit weder Verhandlungen geführt, noch sei er Personalverantwortlicher. Die Frage würde er weitergeben.

Herr Vorsitzender Dr. Benkler fragt in die Runde der Referentinnen und Referenten, ob jemand etwas zur Situation der Schließung Nordstadt sagen könne.

Frau Bujny meint, ein guter Indikator sei die Reaktion der Betroffenen auf die Schließung des Nordstadtklinikums. Den Demonstrationen nach zu urteilen, sei davon auszugehen, dass die Klinikschließung einen Verlust darstelle. Die nächste Sache sei, wenn die Planbetten gezählt würden, aber nicht die Menschen, die dahinter stehen, dann kann man das höchstens mit der Gauß'schen Kurve erklären, aber in keiner Weise anders. Es sei wichtig zu gucken, was konkret passiert sei und was an Stellen eingerichtet wurde. **Frau Bujny** fragt **Herrn Born** in dem Zusammenhang, wie viele Planstellen hinter den 19 Kolleginnen im Klinikum Gehrden stehen. Es würde nicht deutlich werden, wie viele Kolleginnen mit einer $\frac{1}{4}$ Stelle, 10%-Stelle, $\frac{1}{2}$ Stelle arbeiten. Nur so würde deutlich werden, wie viele volle Stellen dahinterstehen. Sie gehe davon aus, dass es sich um 5 bis 7 Vollzeitstellen handeln würde.

Herr Born gibt dazu zwei Anmerkungen. Zunächst sei die Schließung des Nordstadt Krankenhauses erfolgt, da es sich um kein Level-1-Zentrum handle und die Gesundheitspolitik dahin gehen würde, Qualitätsanforderungen abzudecken. Natürlich sei das so, dass immer, wenn Arbeitsplätze wegfallen, die betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht begeistert und die Hauptleidenden bei dieser Geschichte seien, das sei klar. In der Gesundheitspolitik würde man dahin gehen, dass bestimmte Leistungen an bestimmten Orten zentriert würden. Auch hierbei ginge es um die Sicherstellung der Qualität. Zu der Frage von **Frau Bujny** führt er aus, dass im Klinikum Gehrden 13,05 Vollzeitstellen bestehen würden.

Frau Bujny nimmt die Antwort zur Kenntnis und führt einen Gedanken weiter. Da die Geburtenzahl steigen würde, habe man dann schon fast 1:100 in der Hochrechnung. Eine gute Zahl, wenn man eigentlich gerade einen Engpass habe.

Herr Vorsitzender Dr. Benkler lenkt zurück auf das eigentliche Thema und überlässt **Herrn Loskant** das Wort.

Herr Loskant richtet eine Frage an **Herrn Stradtman**. Er würde ihn zitieren und bitte um Einordnung; **Herr Stradtman** habe angegeben, dass die Region Hannover keine Zahlen gemeldet habe. **Herr Loskant** fragt nach, ob die Region Hannover Zahlen hätte melden müssen und wenn ja, warum dies unterblieben sei.

Herr Stradtman klärt auf, dass die Grundlage der Datenerhebung die freiwilligen Meldungen der Hebammen und Entbindungspfleger aus dem Jahr 2013 seien. Diese, an die unteren Gesundheitsbehörden gemeldeten Zahlen, würden dann beim Landesgesundheitsamt gebündelt werden. Die Ergebniszahlen seien die Zahlen, die er genannt habe. Die Region Hannover habe nur aus dem Krankenhausbereich keine Zahlen geliefert. Im Bereich der freiwilligen Hebammen und Entbindungshelfer seien Zahlen geliefert worden. Aufgrund dieser Statistik könne aber keine verlässliche Aussage für die Versorgungslage in den Krankenhäusern gemacht werden.

Herr Vorsitzender Dr. Benkler fragt nach weiteren Nachfragen.

Herr Loskant fragt nach, ob die Region Hannover verpflichtet gewesen wäre, Zahlen zu liefern und ob Gründe bekannt sind, warum dies nicht getan wurde.

Herr Stradtman antwortet, dass es ihm nicht bekannt sei, warum keine Zahlen geliefert worden sind. Das Gremium könne aber davon ausgehen, dass im Falle einer Pflichtmeldung die Behörden in der Lage seien, Zahlen einzufordern. Nach seinem Kenntnisstand handele es sich um freiwillige Meldungen. Aber auch in dieser Statistik sei eine gewisse Ungenauigkeit vorhanden. Grund hierfür sei eine nicht immer gegebene, optimale Ausfüllweise. Es sei außerdem möglich, dass die Zahlen unter Umständen von anderer Stelle noch nacherhoben werden. Das solle einmal bei der Region abgeklärt werden.

Frau Hermenau teilt mit, dass es zuträfe, dass die Region Hannover die Zahlen für die freiberuflichen Hebammen, zum Stichtag 31.12.2014 186 Personen, gemeldet habe. Unter diesen seien 16 mit Vor- und Nachsorge und Hausgeburten. Und es könne ebenso zutreffen, dass aufgrund mehrerer Zuständigkeiten im Sozialministerium die Zahlen nicht vorliegen. Nach ihrem Kenntnisstand seien vor einigen Wochen zum Stichtag 20.06.2016 in den Krankenhäusern 140 Hebammen gemeldet worden, teilt Frau Hermenau mit. Dazu hätten 55 von diesen Hebammen weiterhin eine freiberufliche Tätigkeit. Eine Schwierigkeit läge darin, dass die Hebammen ihre Tätigkeit beim zuständigen Gesundheitsamt anzuzeigen hätten, damit dieses dann die verpflichtende Statistik führen könne. Wenn die Hebammen sich nicht anmeldeten, könne das Gesundheitsamt von ihrer Tätigkeit keine Information erlangen. Es sei dann nicht bekannt, wo es welche Hebamme gebe. **Frau Hermenau** gibt an, dass die Region Hannover bemüht sei, eindeutige Zahlen zu liefern. Möglicherweise könnte man über die Abrechnungen und mit dem Sozialministerium gemeinsam bei den Krankenkassen Daten erfragen. Aktuell könne man keine verlässlichen Zahlen liefern. Sie könne sich vorstellen, an diesem Thema gemeinsam zu arbeiten und die Statistiken der Region Hannover zu aktualisieren.

Herr Vorsitzender Dr. Benkler dankt Frau Hermenau für ihre Ausführungen und übergibt das Wort an Herrn Hey.

Herr Hey fragt **Herrn Born** nach dem Grund der Zurückhaltung des KRH bei der Übernahme von ausgebildeten Hebammen trotz vorherrschender Unterbesetzung.

Herr Born verweist auf die Problematik der Definition von „Unterbesetzung“. Wenn das KRH plane, aus dem Ausbildungslehrgang Hebammen zu übernehmen, dann werde so lange gewartet, bis der Lehrgang abgeschlossen sei und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dann übernommen werden können. Da könne es zu Vakanzen kommen. Ein Fachkräftemangel, der sich durch 2 bis 3 unbesetzte Stellen über das ganze Jahr ausweist, bestehe am KRH nicht. Übers Jahr komme es zu krankheits- und kündigungsbedingten Vakanzen, die nicht verhindert werden könnten und deren Ausgleich einen gewissen Vorlauf benötige.

Der **Vorsitzende Herr Dr. Benkler** stellt fest, dass auf Seiten der Abgeordneten keine Nachfragen mehr bestehen und lädt das Publikum ein, Fragen zu stellen. Er bittet die betreffenden Personen vor ihrer Frage Namen und Funktion zu nennen und weist auf die Protokollierung der Veranstaltung hin.

Die **erste Fragestellerin** (Professorin für Hebammenwissenschaften an der Medizinischen Hochschule Hannover, seit 15 Jahren dort tätig, Leiterin der Arbeitsgruppe Hebammenwissenschaft und des einzigen Masterstudiengangs für Hebammenwissenschaften) verweist auf die Ausführungen von **Frau Prof. Tegethoff** und führt weiter aus, dass man in eine Infrastruktur bildende Maßnahme gehen und in Richtung Akademisierung und auch Hochschule denken müsse. Alle Hochschulträger, egal in welcher Form sie dann letztendlich profitieren werden, wären sehr dankbar, wenn da eine Stellenuntermauerung stattfinden könne. Das KRH mit seiner sehr tradierten Hebammenschule könne da ungeheuer hilfreich sein. Anschließend frage sie, in welcher Form die Region Hannover die wachsenden Ausbildungsanforderungen in Richtung Akademisierung zukünftig unterstützen wolle.

Weiterhin führt sie aus, dass man nicht umhin käme, sich stark an der Medizin zu orientieren, man sei natürlich hier in Hannover auch durch die Hochschule entsprechend positioniert. Aber es müsse das große Ziel sein, dass der Hebammenberuf selber beruflich unabhängig bleibe und die Hebammen mit ihren erhöhten Kompetenzen auch entsprechend agieren könnten. Sie möche gerne wissen, wie die Abgeordneten der Region Hannover die Hebammen bei der Weiterentwicklung ihres Berufsstandes, ohne dass dessen Unabhängigkeit trotz Akademisierung und starker Orientierung an der Medizin verloren geht, unterstützen möchten.

Herr Vorsitzender Dr. Benkler bedankt sich für die Fragen und verweist darauf, dass die erste Frage durch den Redebeitrag von **Frau Prof. Dr. Tegethoff** bereits erörtert worden sei. Er verweise auf die Zuständigkeit der Landesregierung hinsichtlich der Hebammenausbildung und die Zuständigkeitsgrenzen der Region Hannover. Die Frage müsse demnach an **Herrn Stradtman** gerichtet werden. Zur Beantwortung der Frage nach der Unterstützung durch die Abgeordneten übergibt er das Wort an **Frau Gardlo**.

Frau Gardlo weist darauf hin, dass die Abgeordneten auf ganz verschiedenen Ebenen mit dem Thema beschäftigt und eigentlich „nur“ für die kommunale Ebene zuständig seien. Darüberhinaus hätten sie aber auch mit Land und Bund und Kranken-

beantwortet werden. Die Antwort wird nachgereicht.) Anschließend übergibt er das Wort an die vierte Fragestellerin.

Die **vierte Fragestellerin** (angehende Sozialjuristin) fragt, wie die Anwesenden sicherstellen wollen, dass sie im Fall einer Schwangerschaft selbstbestimmt gebären kann. Sie als potentiell angehende Mutter hätte z.B. gerne eine Hausgeburt und würde nicht gern in ein Krankenhaus gehen, allerdings sei deutlich geworden, dass es nicht viele Hebammen gebe, die Hausgeburten durchführen. Anschließend fragt sie die Hebammen, wie lange diese das noch mit sich machen lassen möchten. Fest stehe, das System funktioniere nur so lange, wie es getragen werde. Aber es breche so lange nicht zusammen, wie es Leute gebe, die 70, 80, 90 Überstunden hätten, die Doppelschichten schöben und keine Wochenenden mehr frei hätten.

Herr Vorsitzender Dr. Benkler bedankt sich für die Fragen und verweist bezüglich der ersten Frage auf den Vortrag von **Frau Ahmann**. Zur Beantwortung der zweiten Frage übergibt er das Wort an **Frau Bujny**.

Sowohl aus Eigenschutz als auch zum Schutz der Frauen, so **Frau Bujny**, sei es wichtig, dass die Hebammen sich gegen die gegebenen Verhältnisse wehrten. Anschließend richtet sie einen Appell an die Region Hannover, ihre Verantwortung bei der Verbesserung der Situation wahrzunehmen, das Problem nicht von sich zu weisen, sondern sich wirklich dieses Themas jetzt anzunehmen. Auf kommunaler Ebene seien die Einflussmöglichkeiten vielseitig: Das Zusammensetzen und gemeinsame Überlegen, wie die Situation verbessert werden könne, Anfragen an die Kliniken zu stellen und auf Antworten zu dringen, auf die Personaldecke zu achten, zu untersuchen wie Eltern die Geburt ihres Kindes erlebt haben, die Bildung einer Hebammenprofessur zu unterstützen oder eine Stiftungsprofessur zu finanzieren. Oldenburg, so **Frau Bujny** abschließend, sei ein gutes Beispiel, wie eine Kommune die geburtshilfliche Versorgung unterstützen könne.

Die **fünfte Fragestellerin** (leitende Hebamme im Friederikenstift, Diakovere) gibt ein Statement ab: Eine Ursache der mangelnden Hebammenplanstellenbesetzung liege in der defizitären Gegenfinanzierung von Geburten durch die Krankenkassen. Da Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft keinen Ausgleich durch die Politik erhielten, seien die Mitarbeitenden gezwungen, die Defizite durch Gehaltsverzicht und Gehaltskürzungen mitzutragen. Sie fände es ein schlechtes Geschäft, wenn die Region Hannover den Versorgungsauftrag abgebe und dann aber nicht mehr dafür gerade stehe. Das sei auf Kosten aller Mitarbeitenden und auf Kosten der Frauen geschehen. Letztendlich ärgere sie sich sehr darüber, dass damals politisch so entschieden wurde, und danach die Konsequenzen letztendlich nicht von der Region mitgetragen wurden.

Herr Loskant weist darauf hin, dass die Unterstützung des Klinikums durch die Kommunalpolitik rechtlich einwandfrei sei, auch wenn hierdurch für nichtkommunale Krankenhäuser ein Wettbewerbsnachteil entstanden sei. Für die nächste Wahlperiode werde die CDU-Fraktion darauf dringen, dass zum einen der Geburtshilfe im Rahmen der klassischen Daseinsvorsorge ein hoher Stellenwert zukommt und zum anderen das KRH mehr Verantwortung übernimmt.

Die **sechste Fragestellerin** (Vollzeitstelle im Vinzenzkrankenhaus Hannover, Stellvertretende Leitung) merkt an, dass die Bestrebungen der CDU-Fraktion in der kommenden Wahlperiode keine Lösung für den aktuellen Problemfall darstelle. Die Kons-

tellation aus steigenden Geburtenzahlen und mangelhafter Personaldecke führe sowohl auf Seiten der werdenden Eltern als auch auf Seiten der Angestellten zu wachsender Verunsicherung und Frustration. Was die Hebammen tagtäglich mit den Frauen erleben würden, hätten alle bereits vorhin gehört. Bei den Anmeldungen zur Geburt im Krankenhaus kämen immer wieder dieselben Fragen auf: Kann ich denn überhaupt zu Ihnen kommen? Ist jemand da? Habe ich Zeit? Eine Lösung müsse kurzfristig und nicht erst in fünf Jahren gefunden werden.

Bezug nehmend auf die Frage, wie die Kommunalpolitik die Hebammen unterstützen möchte, verweist **Frau Michalowitz** auf verschiedene Veranstaltungen (Aktuelle Stunde der Regionsversammlung, Podiumsdiskussion bei der HAZ), die in den vergangenen Wochen zur Hebammen-Thematik stattgefunden hätten. Dass sich hier heute alle zusammengefunden hätten und allein, dass die Thematik öffentlich gemacht werde, so **Frau Michalowitz**, sei ein erster Schritt. Weiterhin äußert sie ihre Betroffenheit darüber, dass der Hebammenverband in der Vergangenheit trotz aller Gesprächsbereitschaft nicht angehört worden wäre. Abschließend versichert sie, dass sich die CDU-Fraktion für eine Änderung der Situation einsetzen werde.

Herr Vorsitzender Dr. Benkler stellt fest, dass sowohl die SPD- als auch die CDU-Fraktion die Einrichtung eines Runden Tisches unterstützen und erteilt Frau Zach das Wort.

Frau Zach erklärt, dass die Thematik zu wichtig sei, um zu Wahlkampfzwecken benutzt zu werden und bedankt sich bei der Gleichstellungsbeauftragten **Frau Mundt** für die kurzfristige Organisation der Veranstaltung. Dass der Termin in den Wahlkampf falle, führt **Frau Zach** weiter aus, sei der Dringlichkeit der Angelegenheit geschuldet. Abschließend bekräftigt sie den Willen der Abgeordneten die Hebammen bei der Veränderung der aktuellen Situation zu unterstützen.

Herr Vorsitzender Dr. Benkler stellt fest, dass es keine weiteren Wortmeldungen aus dem Publikum gebe. Er bedankt sich bei den Referentinnen und Referenten sowie beim Team Gleichstellung. Es sei, so **Herr Vorsitzender Dr. Benkler**, klar geworden, dass dringender Handlungsbedarf bestehe. Weiterhin betont er, dass ein Runder Tisch mit allen Verantwortlichen so schnell wie möglich eingerichtet werden müsse. Hier solle man sich unabhängig von Zuständigkeiten mit der Thematik beschäftigen. An **Herrn Stradtmann**, als Vertreter der Landesregierung, gerichtet, empfiehlt der Vorsitzende dringend den Einsatz einer Hebammenbeauftragten auf Landesebene. Mit der Versicherung an die Hebammen, dass sie den allergrößten Respekt verdienten, schließt **Herr Vorsitzender Dr. Benkler** die Anhörung.

Anlage 1

Dr. rer. medic Christiane Schwarz,
Vertretungsprofessorin Studiengang Hebammenkunde, Hochschule Fulda



Geburtshilfliche Versorgung in der Region Hannover

Dr. Christiane Schwarz
Hannover, 25.8.2016



Was *eigentlich* alles gesagt werden müsste...

- Hintergrund
- Anreizsystem
- Unter-, Über- und Fehlversorgung
- Versorgung von Frauen im stationären Bereich
- Versorgung von Frauen im ambulanten Bereich
- Fehlende Wahlmöglichkeit von Frauen in Bezug auf den Geburtsort (klinisch oder außerklinisch)
- Defizite bei der Ausbildung von Hebammen
- Die Perspektive der Frauen
- Die Perspektive der Hebammen
- Gesunde Mutter- gesundes Kind als Qualitätsziel?
- Was Frauen (in Bezug auf geburtshilfliche Versorgung) wollen
- Schlussfolgerungen





Ärztin/
Arzt

Hebamme

Klinik

ambulant

Zu Hause

Schwangerschaft

Rückbildung

Verhütung

...

Stillen

...

Lifestyle

Geburt

Wochenbett

...

Ernährung

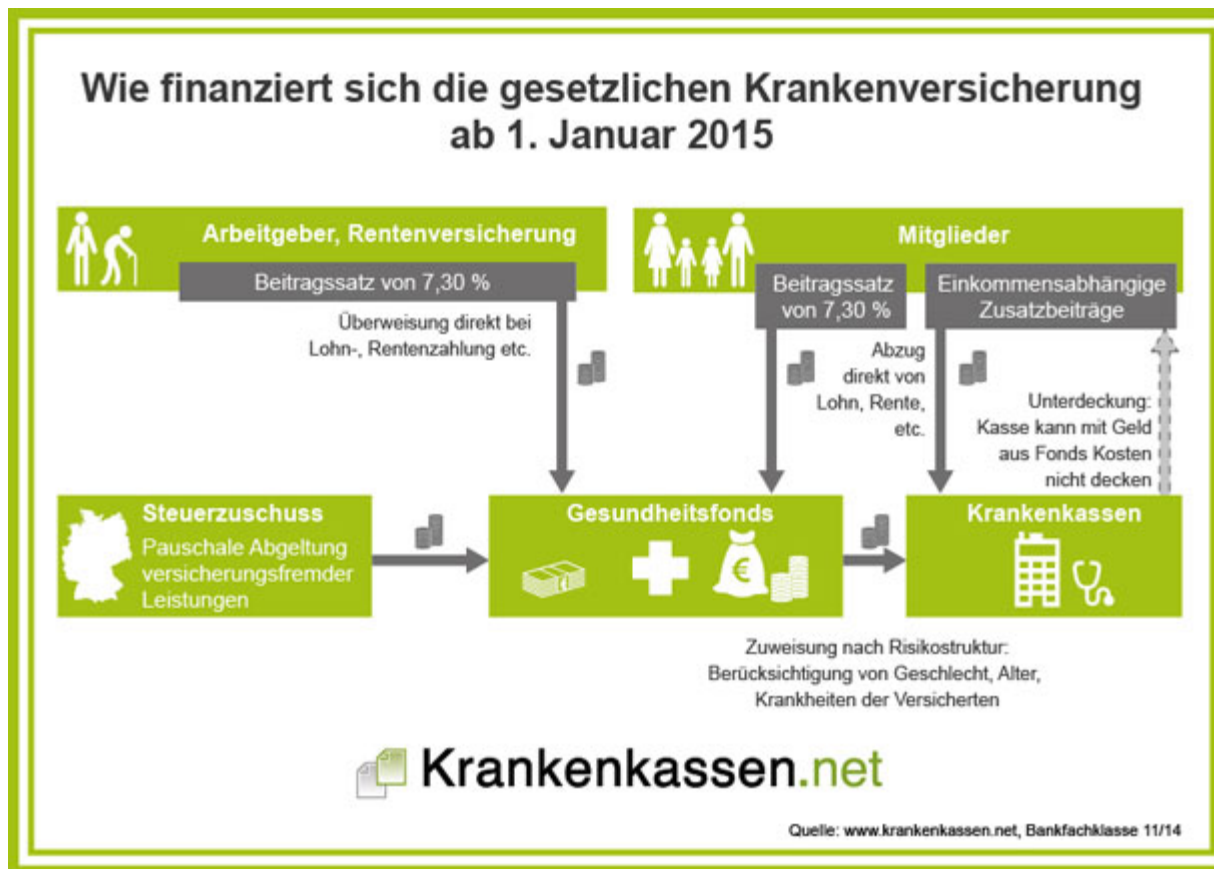
Sexualität



Neugeborenes

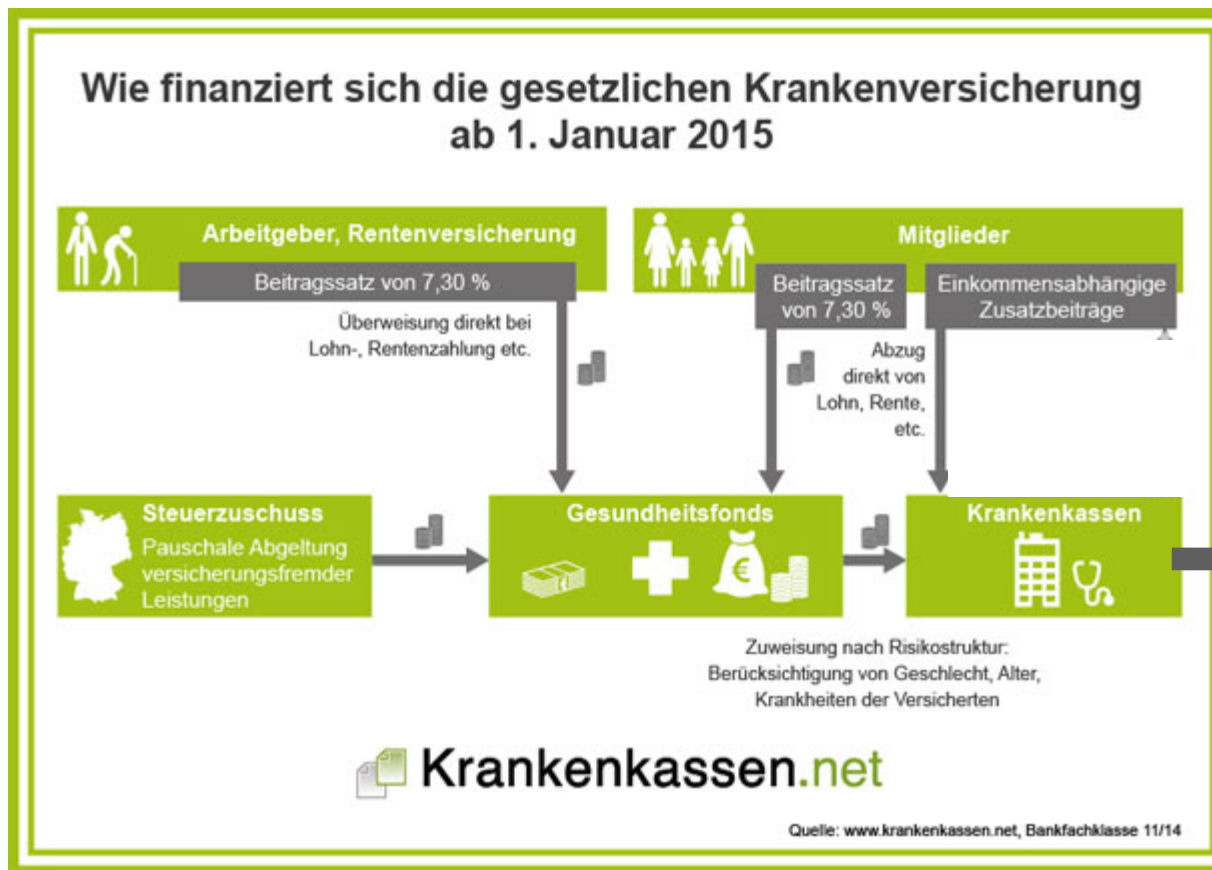


Gesundheitssystem



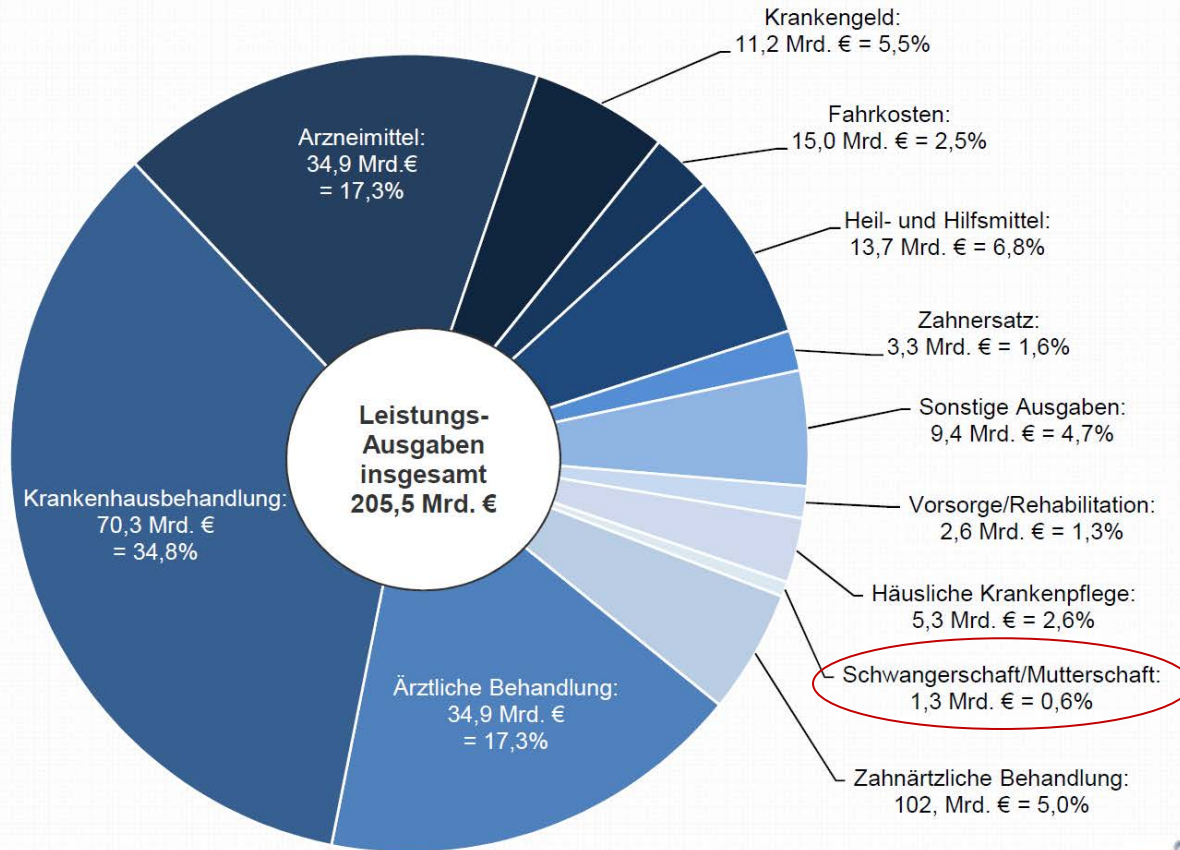


Gesundheitssystem





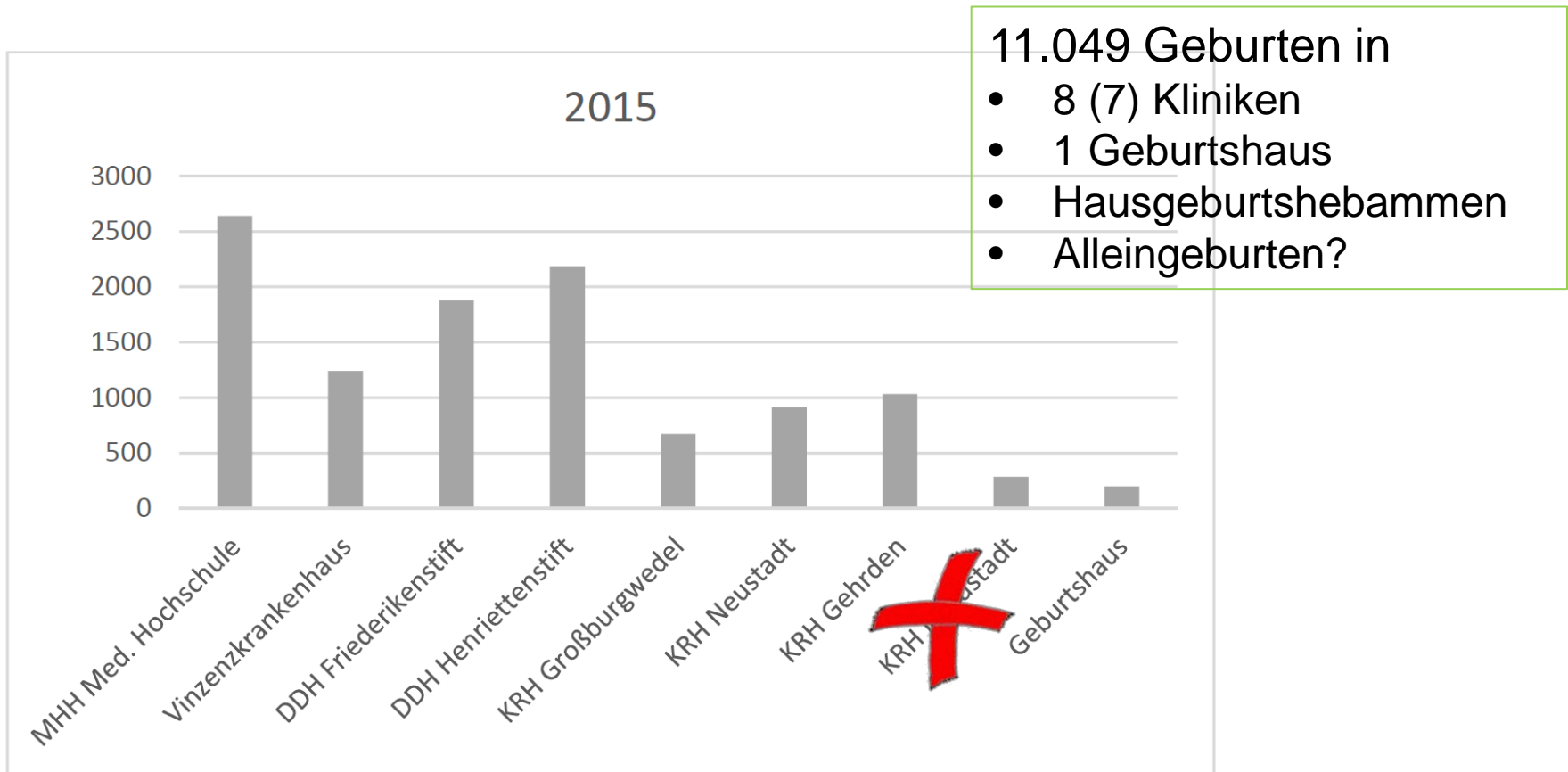
■ **Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nach Leistungsarten 2015**
in % aller Ausgaben und in Mrd. Euro



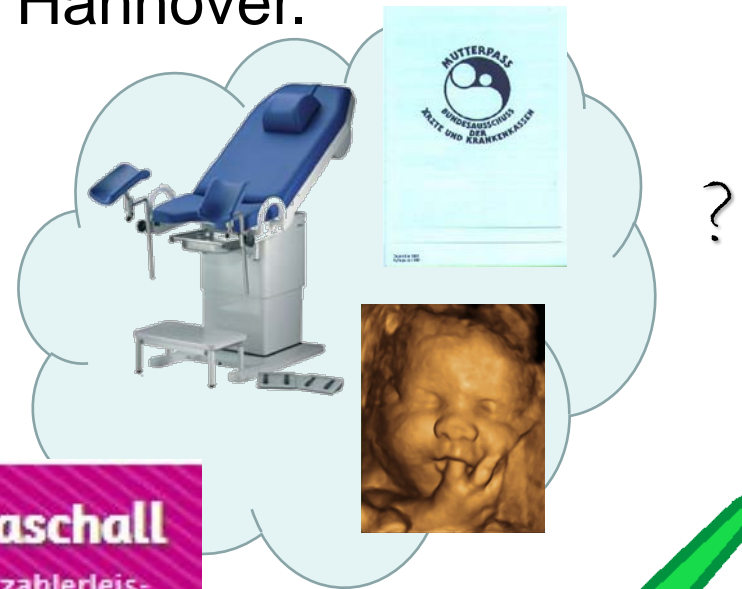
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2016), Gesetzliche Krankenversicherung - Kennzahlen und Faustformeln



Geboren in Hannover



Maria M., 26j. GI/P0, Studentin in Hannover.



3D/4D Ultraschall
Das ist eine Selbstzahlerleistung und wird nicht von den Kassen übernommen.



Maria M., 26j. GI/P0, Studentin in Hannover.



?



Hebammen

Wer hilft ihm auf die Welt?

Seite 2/2: Die Unterversorgung nimmt künftig noch zu

Schwangere müssen 40 Nummern anrufen, bis sie eine Hebamme finden

INHALT

Seite 1 — Wer hilft ihm auf die Welt?

Seite 2 — Die Unterversorgung nimmt künftig noch zu

Während draußen Schwangere Schlange stehen, bleiben drinnen die ersten Kreißsäle leer, weil Hebammen fehlen. Denn ohne sie geht bei einer Geburt nichts. Laut Hebammengesetz muss eine Hebamme anwesend sein, ein Arzt darf nur im Notfall

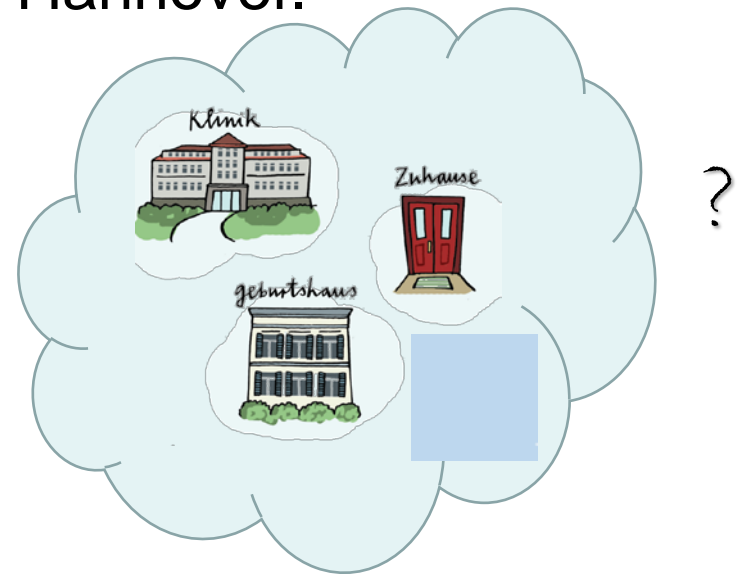
23.7.2015

Maria M., 26j. GI/P0, Studentin in Hannover.





Maria M., 26j. GI/P0, Studentin in Hannover.



Klinik



Hochschule Fulda
University of Applied Sciences



Hannoversche Allgemeine

Klinikschießungen Gefahr für Mütter und Babys?

Ärzte und Hebammen warnen vor der geplanten Schließung mehrerer Geburtskliniken in der Region. Das Vorhaben gefährde die schnelle Versorgung von schwangeren Frauen bei Notfallsituationen.

29.10.2014

Mehr Babys, weniger Kliniken

Seit die Geburtsabteilung im Klinikum Nordstadt geschlossen ist, war Sonnabend beim gemeinsamen Tag der offenen Tür der Geburtskliniken von Medizinischer Hochschule, Friederikenstift, Henriettenstift und vier weiteren Krankenhäusern sehr viel los. Mehrere hundert Besucher zählte jede der sechs Kliniken im Lauf des Tages.

7.11.2015

Kreißsäle dicht – weil Hebammen fehlen

Der Engpass in der Geburtshilfe in der Region Hannover ist dramatischer als bislang bekannt. Das Henriettenstift, eines von zwei Geburtshilfekrankenhäusern des Diakovere-Verbundes, musste am Wochenende wegen eines Personalengpasses bei den Hebammen an beiden Tagen jeweils von etwa 14 bis 21.30 Uhr seine Kreißsäle schließen.

8.6.2016



"Ein Albtraum": Schwangere in Hannover in Sorge

Nachdem das Henriettenstift zwei Tage lang seine Kreißsäle wegen Personalmangels schließen mussten, sorgen sich schwangere Frauen in Hannover um ihre medizinische Versorgung. Während manche Krankenkassen von einem "unglücklichen Zufall" sprechen, sehen andere strukturelle Probleme in der Beschäftigung und Ausbildung von Hebammen.

VORIGER ARTIKEL

Stadt bereitet Auszug aus Ihme-Zentrum vor



NÄCHSTER ARTIKEL

"Wildes Baden ist lebensgefährlich!"

Artikel veröffentlicht: Mittwoch,
08.06.2016 08:32 Uhr

Artikel aktualisiert: Mittwoch,
08.06.2016 08:43 Uhr

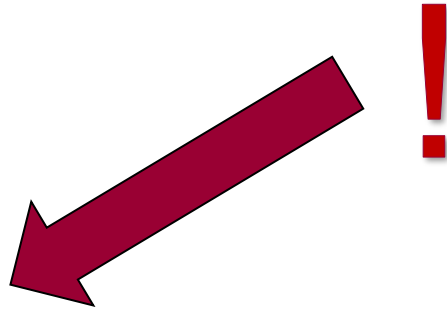
„Deswegen sucht man sich doch eine Klinik aus“: Jessika Bechers Wunschkrankenhaus ist das „Henri“. Sie fürchtet, im Ernstfall anderswo hin zu müssen.

Quelle: Kutter

Maria M., 26j. GI/P0, Studentin in Hannover.

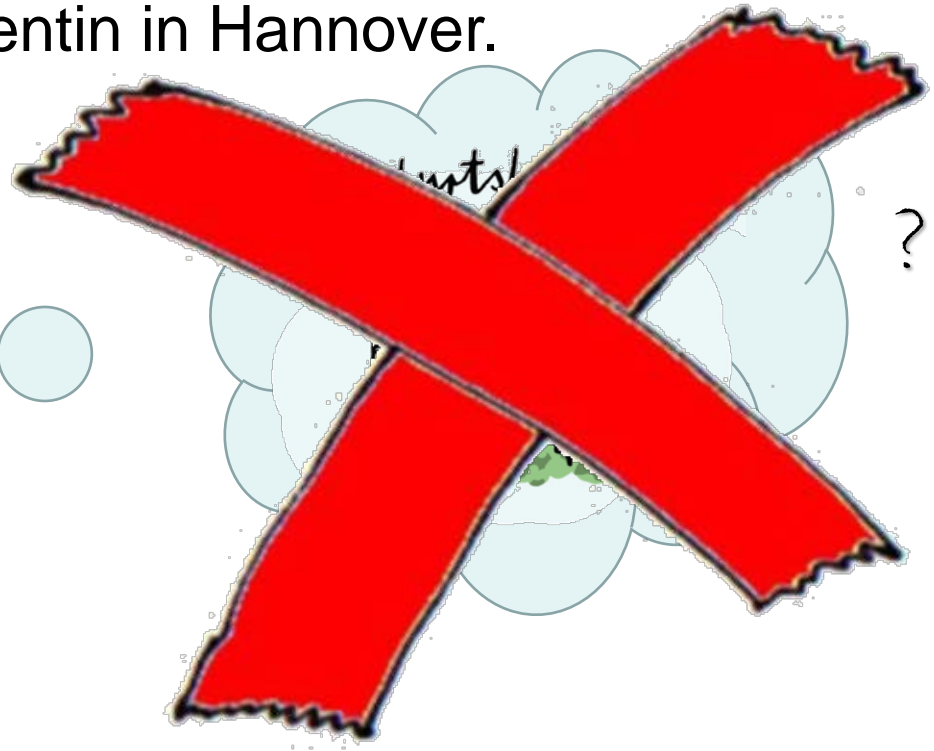


geburtshaus





Maria M., 26j. GI/P0, Studentin in Hannover.



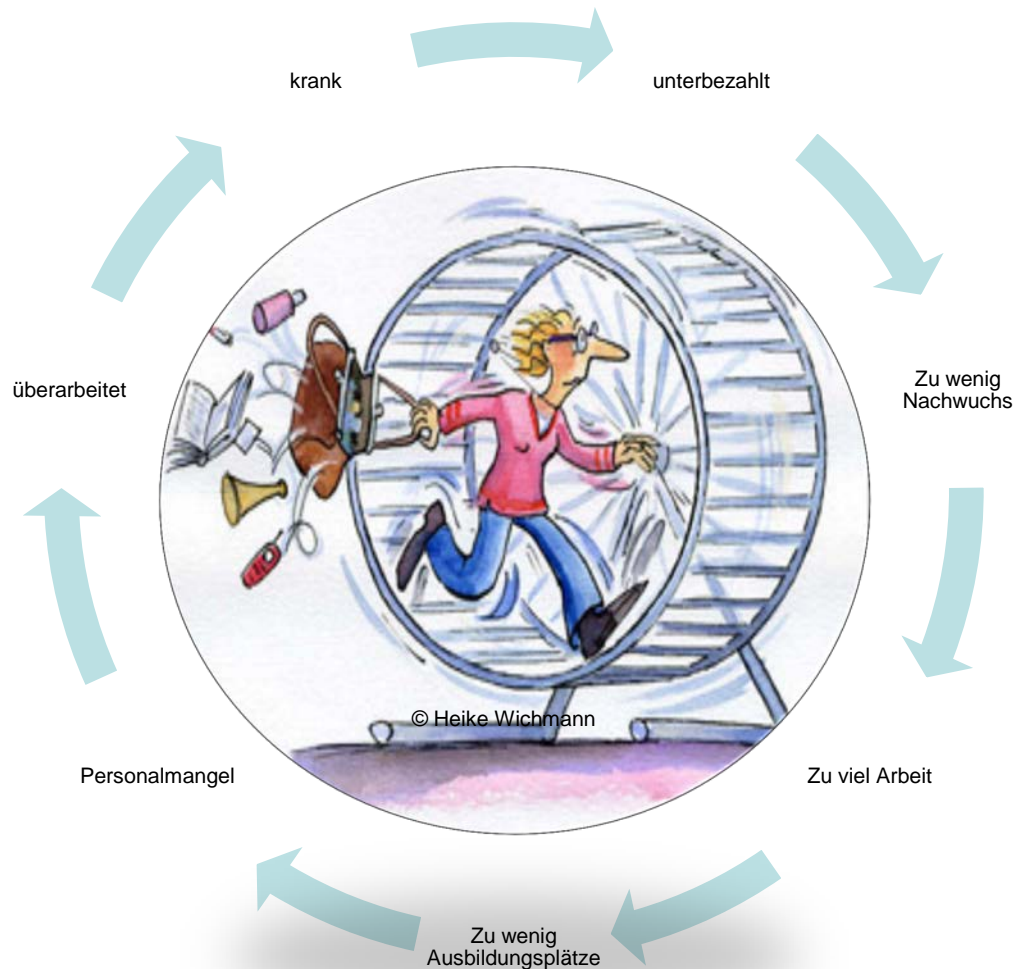


Maria M., 26j. GI/P0, Studentin in Hannover.





Hebammen?





WENN HELFER NICHT MEHR HELFEN KÖNNEN...

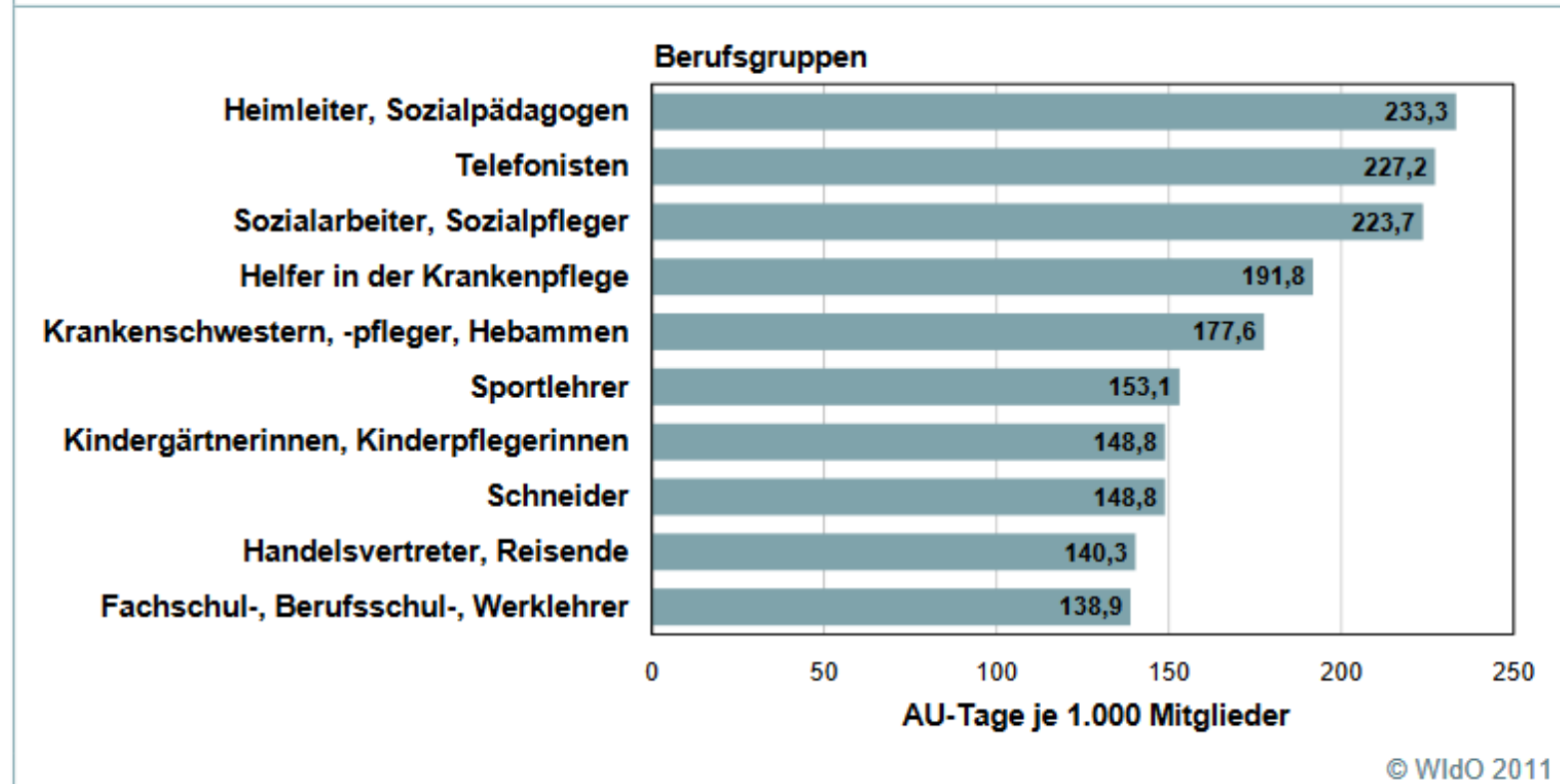
Geschrieben von: Anja | 31. März 2015

Ich habe mir in den letzten Monaten mal grob aufgeschrieben, wie viele Anfragen nach Hebammenbetreuung oder Stillberatung ich absagen musste – es sind durchschnittlich 50 bis 60 im Monat. Falls es die Krankenkassenvertreter, die von einer guten Versorgungslage sprechen, doch mal interessieren sollte. Es sind viel zu viele Absagen und den Kolleginnen geht es genauso. Deshalb kann ich auch nur noch selten an andere Kolleginnen verweisen, weil diese ebenfalls keine Kapazitäten mehr haben. Deshalb macht mir die Absagerei noch mehr Bauchweh.



Soziale Berufe stärker von Burnout betroffen

Abbildung 2: **Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, AU-Tage je 1.000 AOK-Mitglieder nach häufigsten Berufsgruppen, 2010**



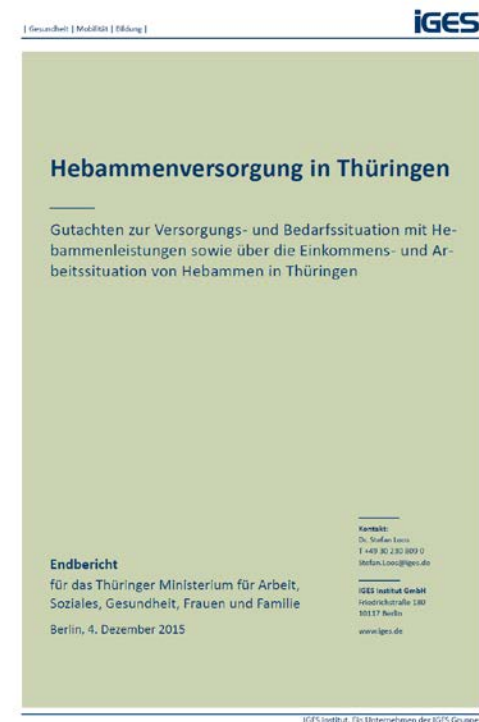


...und so weiter.

- **Schlussfolgerung= Forderungen!**
- Ermöglichen von grundständigen Studiengängen für Hebammen in Niedersachsen
- Steigerung der Ausbildungsplätze in Niedersachsen
- Unterstützung freiberuflicher Hebammen bei der Ausbildung (Externat) von Hebammenschülerinnen/-studentinnen (finanziell und über Weiterbildung)
- Verfügbarkeit von Mitteln für frauenrelevante regionale Forschungsprojekte
- Etablierung und Aufrechterhalten einer politisch wirksamen Lobby (Runder Tisch)



GBE Regional?



Berliner Senat, 2011

BGV Hamburg, 2016

IGES, 2015



ONLINE-UMFRAGE

des Hebammenverbands Niedersachsen e.V.

Wie war die Geburt?

Berichten Sie uns von Ihren Erlebnissen
rund um die Geburt Ihres Kindes
und gewinnen Sie mit etwas Glück die
Windelration für einen Monat!

Welche Erfahrungen haben Sie bei Frauenärztinnen und
-ärzten, in Kliniken, mit Hebammen, Kursen oder anderen
Beratungen gemacht? Unsere Umfrage hierzu finden Sie
unter www.bauchgefuehl.niedersachsen.de. Wir freuen uns
auf Ihre Antworten!

bauchgefuehl.niedersachsen.de

Hebammenverband Niedersachsen e.V.
an Deutsches Hebammenfachverband e.V.



ÇEVİRİMİÇİ ANKETİ

Aşağı Saksonya Ebeler Birliği

Doğum nasıldı?

Çocuğunuzun doğumu ile ilgili
tecrübelerinizden bahsedin
ve biraz da şansla bir aylığına çocuk
bezi payı kazanın!

Klinikte, ebe ile, kayıtlı veya diğer danışmanlık bölümleriyle
ilgili jinekolojide hangi deneyimler yaşadınız? Fantezimizi
www.umfrage-geburt.de internet sitesinde bulabilirsiniz.
Cevaplarınıza dört güne bekleyeceğiz!

www.umfrage-geburt.de

Hebammenverband Niedersachsen e.V.
an Deutsches Hebammenfachverband e.V.



استطلاع رأي إلكتروني

من جمعية القابلات في ساكسونيا السفلى (جمعية مسجلة)

كيف كانت الولادة؟

أخبرينا عن تجربتك في ولادة طفلك
واريحي معنا بقليل من الحظ حصة الحفاضات التي تكفي لشهر!

ما هي خبرتك مع أطباء وطبيبات النساء، أو في العيادات، أو مع القابلات، أو الفترات، أو الاستشارات الأخرى؟
تقديم استطلاعات الرأي على الرابط الإلكتروني www.umfrage-geburt.de نحن نشكركم باحسان!

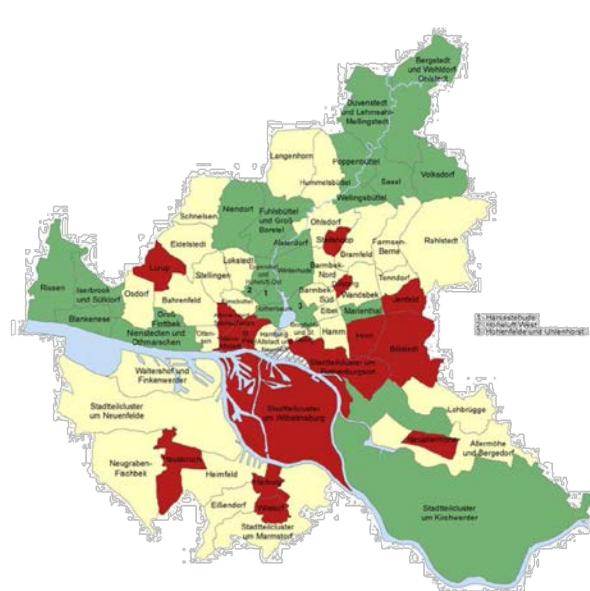
www.umfrage-geburt.de

Hebammenverband Niedersachsen e.V.
an Deutsches Hebammenfachverband e.V.





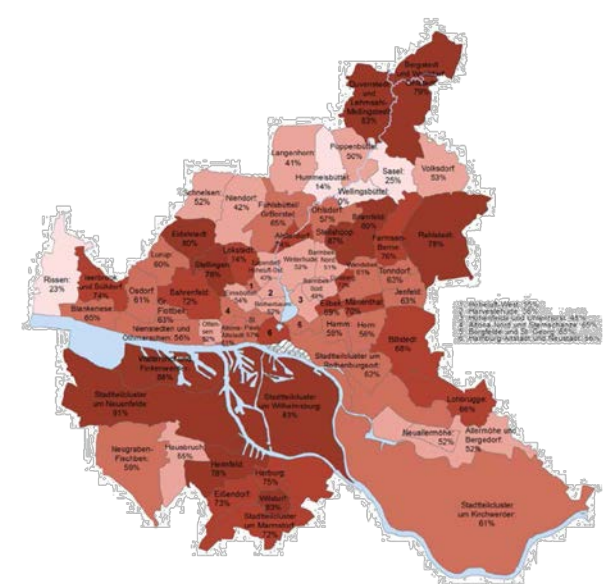
Beispiel Hamburg



Soziale Lage



Geburtenzahl



Keine Hebamme



Anlage 2

Andreas Stradtman,
Mitarbeiter der Abteilung Soziales, Pflege und Arbeitsschutz,
Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Wie beurteilen Sie die Situation der Hebammen in Niedersachsen?

In Niedersachsen sind (Stand Ende 2013) 909 Hebammen und Entbindungspfleger in Krankenhäusern tätig gewesen, davon 569 mit freiberuflicher Tätigkeit. Insgesamt waren 983 freiberufliche Hebammen und Entbindungspfleger in Niedersachsen tätig, davon 128, die die Vor- und Nachsorge bei Hausgeburten durchgeführt haben. Das sind im Bundesvergleich keine Werte, die die Versorgungssicherheit bei Geburten in Frage stellen.

Im Jahr 2013 sind von den knapp 63.000 in Niedersachsen geborenen Kindern 98% in Krankenhäusern zur Welt gekommen und 2% durch Hausgeburten.

Insgesamt lässt sich in einem Flächenland wie Niedersachsen keine absolut homogene Verteilung des Angebots von Hebammen und Entbindungspflegern sicherstellen, so dass es im Hinblick auf die Belastung der einzelnen Kräfte im Rahmen einer Gauß'schen Normalverteilung sicherlich zu Belastungsspitzen kommt. In letzter Konsequenz bestimmt sich die Belastung der einzelnen Kräfte aber die Personalsituation vor Ort. Hierbei stellt die Frage, inwieweit Fachkräfte zur Verfügung stehen, eine besondere Rolle. Die Zahl der verfügbaren Hebammen sichert im Hinblick auf die Geburten Versorgungssicherheit zu.

Wie ist die Ausbildungssituation von Hebammen in Niedersachsen?

-MK

In Niedersachsen werden an neun Schulen für Hebammen und Entbindungspfleger insgesamt 196 Schülerinnen ausgebildet. Das sind pro Jahr etwa 65 Schülerinnen. Niedersachsen bildet damit in

15 Jahren etwa den Bestand der Hebammen und Entbindungshelfer aus.

Seitens des Kultusministeriums findet keine Schulplanung bzw. Kontingentierung statt. Die Kliniken bzw. deren Träger entscheiden in eigener Zuständigkeit, welche schulischen Ausbildungsstätten sie vorsehen. Es werden alle Ausbildungsstätten staatlich anerkannt, die die in den jeweiligen Gesetzen und in deren Konkretisierung den Erlass zu den Mindestanforderungen an Schulen für andere als ärztliche Heilberufe vom 22.12.2014 erfüllen. Erfahrungsgemäß überschreitet in dieser Ausbildung die Nachfrage die Zahl angebotener Ausbildungsplätze.

Wie beurteilen sie die Arbeitssituation der Hebammen in Niedersachsen?

Das Land erhebt keine Daten zur Versorgungs- und Bedarfslage der Hebammen und Entbindungspfleger in Niedersachsen. Grundlage der dargestellten Zahlen sind die freiwilligen Meldungen der Hebammen und Entbindungspfleger an die unteren Gesundheitsbehörden, die dann beim Landesamt für Gesundheit gebündelt werden. Im Hinblick auf die individuelle Lage einzelner Hebammen oder Entbindungspfleger verweise ich auf die bereits getätigten Ausführungen.

Es ist aber klar, dass grundsätzliche Finanzierungsprobleme in diesem Umfeld auch Auswirkungen auf die in Niedersachsen tätigen Kräfte haben. In der Region Hannover kommt erschwerend hinzu, dass der Bedarf an festangestellten Kräften in den

Krankenhäusern oft aus freiberuflichen Kräften gedeckt wird, so dass an dieser Stelle Versorgungsprobleme entstehen können.

Das Land hat keine Möglichkeiten auf die Finanzierung von Leistungen nach dem SGB V einzuwirken, da dies vom Bundesgesetzgeber gestaltet wird.

Warum hat das Land bisher keinen Gebrauch von der Modellklausel gemacht? -MK

Die Modellklauseln (zur hochschulischen Ausbildung) wurden im Oktober 2009 in die Berufsgesetze für Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Hebammenwesen aufgenommen. Über die Modellklauseln hat der Bund den Ländern die Möglichkeit eingeräumt, primärqualifizierende Studiengänge einzurichten. Niedersachsen hat von der Modellklausel des § 6 Abs. 3 HebG bisher keinen Gebrauch gemacht. Derzeit streben wir keinen primärqualifizierenden Studiengang im Hebammenwesen an, weil sich die berufsrechtliche Rechte nach einem Hochschulstudium nicht von denen einer schulischen Ausbildung unterscheiden. Wir gehen außerdem davon aus, dass die Qualität der bisherigen Ausbildung den Anforderungen vollumfänglich entspricht. Gleichwohl haben wir uns Initiativen der Hochschulen offen gezeigt, wobei integrative oder duale Modelle präferiert wurden.

Anlage 3

Veronika Bujny,

1. Vorsitzende des Hebammenverbandes Niedersachsen e.V.

Kommunale Verantwortung

Sehr geehrter Herr Regionspräsident, sehr geehrte Stellvertreterinnen, liebe Abgeordnete der Region, liebe Mitreferentinnen und Referenten, liebe Kolleginnen, liebe Eltern und Besucher,

Ich bin sehr froh, hier im Namen des Hebammenverbandes Niedersachsen zu den Problemen in der Region Hannover sprechen zu dürfen.

Unsere Sachlage heute ist sehr komplex. Wir wollen ein Problem betrachten und alle entscheidenden Aspekte der Hebammenversorgung in der Region Hannover genau beleuchten. Dabei haben wir es schon allein in Bezug auf die Gesetzeslage mit sehr unterschiedlichen Verantwortungen zu tun. Das Hebammengesetz ist ein Bundesgesetz, die Ausbildung ist eine Angelegenheit der Länder, die Bezüge werden, wie auch die Vergütung in der Freiberuflichkeit von den Krankenkassen bestimmt, um nur einige Verantwortliche zu nennen.

Wichtig ist es mir heute, die Probleme der Hebammenversorgung in Hannover und die Möglichkeiten darauf einzuwirken auf der kommunalen Ebene zu betrachten und alle Handlungsmöglichkeiten dringend zu nutzen. Die gute Versorgung rund um die Geburt ist ein Recht und eine wichtige Dienstleistung für Frauen und Familien.

Hebammen haben ein weites Arbeitsfeld. In den Kliniken arbeiten sie rund um die Uhr im Kreißaal, freiberuflich arbeiten sie in Geburtshäusern, Hebammenpraxen oder als Soloselbstständige in der Schwangerschaft, bei Geburten und im Wochenbett. Immer tragen sie die Verantwortung für die Gesundheit und Versorgung von Mütter und Kindern.

Diese Verantwortung kann zu einer enormen Belastung werden, wenn auf der einen Seite die Anforderungen in allen Bereichen steigen und auf der anderen Seite die Last auf immer weniger Schultern verteilt wird. Die große Verantwortung wird nicht begleitet von ausreichenden Kapazitäten, hat kein Gegengewicht in guter Bezahlung, oder großer Wertschätzung. Wenn wir es hinnehmen, dass eine Hebamme weniger verdient, als ein Autobauer, nachts aber nicht mehr schlafen kann, weil die Verantwortung und Sorge übermächtig ist, dann müssen wir damit rechnen, dass dies, bei ausreichend anderen Arbeitsmöglichkeiten auch zum Verlassen des Berufes führt. Wir Hebammen lieben unseren Beruf, aber der Arbeitsalltag muss zu bewältigen sein.

Die Situation in den Kliniken rund um Hannover hat sich in den letzten Jahren immer mehr zugespitzt. Die Schließung der Paracelsusklinik vor einigen Jahren und die Schließung der Nordstadtklinik im Mai letzten Jahres haben große Mehrbelastung für die anderen geburtshilflichen Kliniken mit sich gebracht, die nicht mit ausreichend anderen Kapazitäten gedeckt wurden. Die Personalpolitik der Häuser hat sich verschärfend ausgewirkt. In allen Kliniken kommt es immer mehr zu Engpässen. Der Arbeitsmarkt ist leergefegt, die Fachzeigungen sind voll mit Stellenangeboten. Ich rate allen Kliniken dringend, jetzt alles zu tun, um ihr Personal zu halten und zu stützen.

Kliniken, in denen bereits seit längerer Zeit Personalprobleme bestehen, kommen jetzt in existentielle Not und müssen teilweise sogar aus Personalmangel schließen. Es nutzen keine Pläne für den Bau von Kliniken, wenn das Personal nicht vorhanden ist.

Die Kolleginnen können und wollen diese immense Last der Unterbesetzung nicht mehr auf sich nehmen. Sie brauchen ihre geregelte Freizeit und können nicht jederzeit abrufbar sein für den Arbeitgeber. Oft können nicht einmal die Pausen eingehalten werden und in manchen Kliniken ist die Personaldecke so dünn, dass ein normaler Krankenstand zum Zusammenbruch der Personalplanung führt. Bis vor einiger Zeit konnten immer wieder Hebammen auch für kurze Vertretungszeiten angestellt werden, seit der Mangel an Hebammen so enorm zugenommen hat, besteht diese Möglichkeit nicht mehr. Heute muss frühzeitig eine gute Personalplanung gemacht werden.

Meine Aufgabe als Vorsitzende des Hebammenverbandes Niedersachsen ist es insbesondere, die Kolleginnen zu schützen und zu unterstützen. Die Anrufe aus der Region Hannover in denen Kolleginnen ihre Personalsituation beklagen, sind häufig und alarmierend. Ein Dienst mit einer deutlichen Unterbesetzung darf im Grunde nicht angetreten werden. Eine Rufen aus dem Frei, weil Personal fehlt darf nicht mehrfach im Monat geschehen. Das ist ein Organisationsverschulden. Viel zu spät wird reagiert, wenn es zu langfristigen Ausfällen kommt, immer wieder wird erwartet, dass noch mehr Stunden zusätzlich gearbeitet werden. Wenn ich diese wiederholten, verzweifelten Anrufe aus der Region Hannover bekomme, dann macht mich das schon sehr betroffen. Ich muss dringend davon abraten, Dienste anzutreten, wenn die Mindestbesetzung deutlich unterschritten ist und meine Hochachtung gilt den Kolleginnen, die dies durchhalten. Die Schwangeren kommen in die Kliniken, weil sie eine gute Versorgung erwarten. Bei den Informationsabenden sagt ihnen niemand, dass es sein kann, dass nur eine Hebamme im Dienst ist.

Eine gute Versorgung mit Hebammenhilfe bedeutet, dass die Hebamme Zeit für die Frau/ das Paar hat. Die fehlende Unterstützung und Personalknappheit auch auf den Wochenstationen führt zu frühen Entlassungen und mangelnder Betreuung in den ersten Tagen. Wenn dann noch in der aufsuchenden Betreuung, im Wochenbett zuhause die Hebammen fehlen, fühlen sich die Eltern sehr verlassen. Ich habe Anrufe von Frauen, die bereits dreißig Kolleginnen angerufen haben und immer noch eine Betreuung suchen. Sie haben ein Recht auf Hebammenhilfe, nur finden sie keine!

Es gibt immer wieder Berichte von Frauen, die kaum betreut wurden, da die Hebamme auch andere Frauen versorgen musste und selbst in den Presswehen dauernd den Kreißsaal verlassen hat. Das verstärkt die Angst und erhöht die Rate der Kaiserschnitte und Eingriffe in den Geburtsprozess. Die Kliniken müssen ihre Zahlen offenlegen und die Versorgung mit ausreichendem Personal sicherstellen.

Ein wichtiger Aspekt zur Verbesserung der Versorgung wäre sicher schon im letzten Jahr die gute Ausstattung der Hebammenschule gewesen. Eine Kooperation der Krankenhäuser in Verbindung mit einer Akademisierung der Ausbildung wäre eine gute Lösung gewesen, da die Plätze auf diese Weise auch längst aufgestockt wären.

Ich habe auf vielfältige Weise versucht, die Expertise des Hebammenverbandes einzubringen. Leider war die Antwort auf meine wiederholten Briefe im letzten Jahr eindeutig. Professor Moesta als damaliger Geschäftsführer des KRH, teilte mit: „Derzeit besteht kein Bedarf, wir kommen zu gegebener Zeit auf Sie zurück.“ Diese Zeit ist bis heute nicht gekommen. Alle Verhandlungen laufen ohne Einbeziehung des Hebammenverbandes und wieder wird auf unsere Expertise verzichtet. Wir kommen gern und berichten über die neuesten Entwicklungen in Bezug auf die Europäischen Richtlinien, die auch Hannover ab 2020 einhalten muss. Als Landeshauptstadt wäre da sicher eine weitreichende, vorausschauende Planung wünschenswert.

Was ist zu tun:

Die Eltern brauchen Unterstützung bei der Suche nach einer Hebamme. Ihre Erfahrungen, müssen abgefragt und ausgewertet werden.

Frauen brauchen geschützte Räume für die Geburten, Hebammen, die ausreichend Zeit für sie haben und die Chance ohne unnötige Interventionen ihre Kinder zur Welt bringen können.

Wir brauchen gute Arbeitsbedingungen im Hebammenberuf mit ausreichend Personal und mehr qualifizierte Ausbildung. Ein runder Tisch könnte sich dieser Probleme annehmen.

Viele Kommunen finden Wege, ihre Frauen, Kinder und Familien in dieser sensiblen Zeit zu unterstützen und es gibt gute Beispiele, wo dies auch gelingt.

So hat die Stadt Oldenburg eine Hebammenzentrale mit 50.000 € möglich gemacht, ist in Soltau auf Kosten der Kommune ein Geburtshaus entstanden, sind runde Tische gebildet worden, um sinnvoll zu unterstützen. Wir sollten uns gemeinsam dafür einsetzen, die Arbeitsbedingungen der Hebammen im Krankenhaus und in der Freiberuflichkeit zu verbessern, um die notwendige Versorgung mit Hebammenhilfe für die Frauen und Familien zufriedenstellend zu gewährleisten.

Vielen Dank

Anlage 4

Hilke Schauland,
2. Vorsitzende des Hebammenverbandes Niedersachsen e.V.

Anhörung zum Thema „Ist- Situation und Zukunft der Hebammen in der Region Hannover“ 25.8.16

Hilke Schauland, 2. Vorsitzende des Hebammenverbandes Niedersachsen zur Situation angestellter Hebammen

Ich spreche heute hier, obwohl ich nicht in der Region arbeite, um die Kolleginnen vor Ort zu entlasten.

Im Herbst 2015 fand eine Umfrage des Picker Instituts zur Arbeitssituation von angestellten Hebammen in Kliniken statt.

Dabei ergab sich, dass jede fünfte Klinik die Hebammenplanstellen nicht mehr vollständig besetzen konnte. Je Kreißsaal fehlten im Schnitt 1,6 Stellen. Und das bei gleichzeitig steigender Geburtenzahl. Das bedeutet, dass die meisten Kolleginnen planmäßig die nicht besetzten Stellen mit ausgleichen müssen. Anders als auf anderen Stationen im Krankenhaus kann der Kreißsaal als Funktionsstation nicht durch einen Springerpool bedient werden, sondern es muss eine Hebamme den Dienst übernehmen. Dabei ergeben sich hohe Zahlen der Mehrbelastung: (89% der 30% der Stelleninhaberinnen) Fast alle Hebammen gaben an, regelmäßig Überstunden oder Mehrarbeit zu leisten.

Besonders die Teilzeit arbeitenden Hebammen leisten proportional mehr an Überstunden, weil die ganztagsarbeitenden Kolleginnen ja schon im Plan eingesetzt sind. Würden die teilzeitangestellten Hebammen ihr Recht, nur ihre Arbeitskraft, die sie der Klinik vertraglich zur Verfügung gestellt haben, in Anspruch nehmen, würde die Vertretungsorganisation nicht funktionieren. Besonders der Wochenendeinsatz ist überproportional.

Sehr viele der Hebammen sehen ihre Überstunden als Belastung an. Aus Schutz vor der Arbeitsüberlastung arbeiten nur 20 % der Kolleginnen in Vollzeit. Das bedeutet aber auch eine Minderversorgung im Alter.

Häufig gibt es Arbeitszeitüberschreitungen: Die neun Stunden Pause zwischen zwei Diensten können nicht eingehalten werden. Selbst die geregelte Pausenzeit innerhalb eines Dienstes kann nur zu 11% genommen werden.

Im Kreißsaal werden nicht nur Kinder geboren, dort betreuen die Hebammen auch die Ambulanzsprechstunde. Schwangere, die über den Termin gehen, oder Schwangere, die einen kontrollbedürftigen Befund in der Schwangerschaft haben und Schwangere, die sich zur Geburt anmelden möchten, werden im Kreißsaal versorgt. Dann gibt es nebenbei Arbeiten außerhalb des eigentlichen Arbeitsbereiches wie Bestellwesen, Auffüllen und Reinigung der Kreißsäle. Auch die Dokumentation hat in den letzten Jahren enorm an Arbeitsumfang zugenommen. Ebenso gilt es noch, Verwaltungsaufgaben zu erfüllen. So geben Kolleginnen nach der Umfrage 93% sehr häufigen Störungen bei der originären Hebammenarbeit an.

In den letzten Jahren haben die Interventionen, wie das Einleiten der Geburt stark zugenommen. Oft dauert eine Einleitung mehrere Tage, die Schwangere erhält in bestimmten Abständen Medikamente, die Wehen auslösen sollen. Dieser Eingriff in den natürlichen Prozess bedarf der kontinuierlichen Kontrolle von Mutter und Kind. Diese Arbeit ist im Stellenplan nicht mit berechnet.

In den letzten drei Jahren ist die Zahl der zu betreuenden Gebärenden deutlich gestiegen. So gibt die Hälfte der Hebammen an, mehr als drei Frauen parallel betreuen zu müssen. Es kommt sogar vor, dass Hebammen mehr als 4 Gebärende gleichzeitig betreuen. Eine kontinuierliche, individuelle und zugewandte Betreuung der Gebärenden scheint nur selten möglich zu sein.

Ich arbeite in einer Klinik, die sich um eine 1 zu 1 Betreuung bemüht. Das bedeutet eine Hebamme betreut eine Gebärende. Daher arbeiten wir in drei Schichten jeweils zu zweit und betreuen im Jahr 1200 Geburten in einem Krankenhaus ohne Level. Und trotzdem kommt es vor, dass ich zwei Frauen betreue und ich mich entscheiden muss, welche Frau wohl eher entbindet: Die Erstgebärende mit dem vollständigen Muttermund, bei der abzuwarten ist, wie schnell das Baby durch das Becken rutschen will oder gehe ich doch zuerst zu der Zweitgebärenden, die bei 7 cm Muttermunderöffnung zu pressen beginnen könnte. Es ist großer Stress, nicht nur für die Frauen, immer wieder von einer Frau zur nächsten zu laufen, um die Situation einzuschätzen, welche nun zuerst gebärt. Eine Geburt bedarf Ruhe und Geduld, was in dieser Situation unmöglich ist.

Ich kann mir gar nicht vorstellen, in einer Klinik zu arbeiten, bei der ich trotz Level 1 und 2200 Geburten im Jahr nur zu zweit, oder allein mit einer unerfahrenen Kollegin oder gar alleine im Dienst aufgrund von Hebammenmangel bin.

Viele Kliniken versuchen, die fehlende Besetzung im Kreißaal mit Ruf- oder Bereitschaftsdiensten auszugleichen. Das ist für den Arbeitgeber wirtschaftlich, da er Fachpersonal nur im Bedarfsfall rufen lässt. Die Arbeitnehmerinnen aber bekommen die bereitstehenden Stunden nur mit wenig Arbeitszeit angerechnet, aber sie haben in den nicht berechneten Stunden keine echte Freizeit.

In den Kliniken gibt es ein Modell des „Arbeitszeitkontos“. Mit dem Bild einer Ampel verglichen, kann eine Mitarbeiterin bis 20 Minus- oder Plusstunden mit der Phase gelb haben. Und ab 40 Minus- oder Plusstunden ist die Ampel dann auf Rot. Kann der Arbeitgeber keine Freizeit anbieten, kann er die Überstunden auszahlen. Theoretisch könnten Minusstunden auch wegfallen, aber das kommt praktisch nicht vor. Das bedeutet, dass der Arbeitgeber die Kolleginnen nach seinem Bedarf im Dienstplan einteilen kann und die Arbeitnehmerinnen müssen dafür hohe Flexibilität bieten. Die Vollzeitkräfte haben Überstunden zu leisten- zwar im Rahmen des Arbeitsschutzgesetzes- aber diese können eben manches Mal nicht eingehalten werden. Die Teilzeitkräfte dürfen entscheiden, ob sie am Arbeitszeitkontomodell teilnehmen möchten. Doch die Realität sieht so aus, dass sie die Mehrarbeit

dringend machen müssen, weil der Betrieb sonst nicht laufen kann und die Hebammen nicht unkollegial sein wollen.

Schwangere Hebammen bekommen ein Beschäftigungsverbot im Kreißaal, da sie mit fremden Körperflüssigkeiten nicht in Berührung kommen sollen. Das heißt, wenn sie ihre Schwangerschaft bekannt geben, fallen sie mit sofortiger Wirkung aus dem Dienstplan raus. Ersatz wird häufig erst nach Beendigung der Mutterschaftszeit dieser Kollegin gestellt. Kurz erwähnt sei: eine Schwangerschaft dauert 40 Wochen und die Mutterschutzfrist nach der Geburt beträgt 8 Wochen.

Sand kommt ins Getriebe, wenn die Kolleginnen ihren gültigen Dienstplan so arbeiten und nicht kurzfristige Änderungen annehmen. Dann fällt es erst auf, dass Dinge nicht stimmen. Es ist gerade wichtig, dieses Organisationsverschulden aufzuzeigen. Denn die Gefahrenanzeigen, in denen die angestellte Hebamme auf gefährliche Situationen im Dienst hinweist, werden häufig nicht beachtet und sogar verdeckt. Eine gefährliche Situation ist zum Beispiel: Eine Hebamme begleitet gerade eine pressende Gebärende und hat im Nebenraum eine andere Gebärende, bei der das Kind Geburtsstress in Form von schlechten Herztönen anzeigt. Auch das ist ein Organisationsverschulden, bei dem die Klinik haftet.

Hebammen, die dauerhaft eine große Anzahl von Gebärenden gleichzeitig betreuen müssen, denken häufiger darüber nach, den Arbeitgeber zu verlassen. Etliche Kolleginnen würden ihren Arbeitsplatz nicht empfehlen und würden sogar ihrer Familien und ihren Freunden ihre Abteilung nicht empfehlen.

Unsere Forderungen:

- In Hannover muss dringend mit genauem Blick auf alle Kliniken eine Prüfung der Versorgung erfolgen. Die Interventions- und Kaiserschnittraten, die Stellenbesetzungen, die Auslastungen und auch die Geburtenraten müssen geprüft und Versorgungsengpässe deutlich angesprochen werden.
- Eine 1: 1 Betreuung als effektivste Strategie, um Interventionen bei Geburten zu senken und somit die geburtshilflichen Ergebnisse zu verbessern.
- Eine Entlastung der angestellten Hebammen bei nicht hebammenspezifischen Aufgaben wie Reinigung, Bestellungen und Wartungen.
- Mehr Hebammenpersonal und weniger Überstunden
- Die Ruhepausen müssen eingehalten werden.
- Anreize von außertariflichen Zulagen wie zum Beispiel Freizeit als Regenerationsmaßnahme

Die Hannoverschen Hebammen setzen auf Ihre Unterstützung.

Anlage 5

Gitta Scholz,
Kreissprecherin des Hebammenverbandes für die Region Hannover

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Kreissprecherin des Hebammenverbandes der Region Hannover und als freiberufliche Hebamme mit 16 Jahren Vollzeit-Berufserfahrung möchte ich hier stellvertretend die Situation der freiberuflichen Hebammen aus ihrer Perspektive darstellen:

Die Situation der freiberuflichen Hebammen verschlechtert sich seit Jahren. Die zur Verfügung stehenden Kapazitäten werden in der Stadt und Region Hannover dauerhaft überbeansprucht, so dass die Grundversorgung der Schwangeren durch Hebammenhilfe ernsthaft gefährdet ist. Der Anspruch auf Hebammenhilfe für die Betreuung der Schwangeren und der Wöchnerinnen kann in der Stadt und dem Land häufig nicht mehr gewährleistet werden. Auch das Recht einer Schwangeren auf die freie Wahl des Geburtsortes wird so unterwandert, da viele Frauen nicht mehr gemäß ihres Wunsches von freiberuflichen Hebammen versorgt werden können. Die Anzahl der Hebammen auf der Hebammenliste der Region Hannover ist in den letzten 10 Jahren von 169 auf 111 und die Anzahl der Praxen von 17 auf 7 geschrumpft. Derzeit leisten nur drei Hebammen Hausgeburtshilfe und 10 Hebammen bieten Geburtshilfe im Geburtshaus an. Es herrscht hier bereits ganz konkret ein großer Mangel.

Die Kolleginnen berichten von bis zu 10 Betreuungsanfragen während der Sprechzeiten, die sie aus Personalgründen nicht mehr annehmen können. Derzeit sind sie bis einschließlich Januar ausgebucht. Die meisten Frauen haben vorher schon viele andere Hebammen angerufen und wenig Hoffnung noch eine Betreuung zu finden. Frauen, die spontan eine Hebamme suchen, haben selten Glück noch eine Betreuung zu finden. Dies betrifft besonders sozial benachteiligte Frauen und Frauen mit Migrationshintergrund.

Die Praxen berichten von einer Kursauslastung von 100% und einer zusätzlichen Nachfrage an Geburtsvorbereitungs- und vor allem Rückbildungskursen. Auch hier können aus personellen Gründen keine weiteren Angebote gemacht werden.

Die angespannte Situation in den Kliniken wirkt sich natürlich auch auf das frühe Wochenbett aus, d.h. die Frauen kommen früher als von ihnen gewünscht aus der Klinik und haben dort so gut wie keine Informationen u.a. zum Thema Stillen, Umgang mit dem Kind oder Bonding erhalten. Die Hebammen berichten in diesem Zusammen-

hang von deutlich länger dauernden Besuchen mit umfangreichen Beratungen – auch zur Verarbeitung ihres oft negativen Geburtserlebnisses.

Aus der desolaten Situation der freiberuflichen Hebammen entstehen ganz konkrete Probleme für die Gesundheitsversorgung in der Region, da die folgenden Leistungen nicht mehr oder nicht mehr in ausreichendem Umfang erbracht werden können:

Die Beratung der Schwangeren – von Beginn der Schwangerschaft an – reicht von Schwangerschaftsbeschwerden bis zur medizinischen Schwangerenvorsorge. Sehr häufig sind aber auch psychisch-emotionale oder -soziale Fragen im Mittelpunkt. Die Beratung hat einen großen präventiven Wert, so beraten wir zur Pränataldiagnostik, Bewegungsverhalten und Ernährungsfragen genauso wie zur Raucherentwöhnung. Die Beratung zum Stillen und dem Bonding ist elementar und beginnt bereits in der Schwangerschaft und zieht sich über die gesamte Wochenbettbetreuung. Anhand des Themas Bonding möchte ich beispielhaft die Konsequenzen einer ausbleibenden oder unzureichenden Beratung darstellen:

Emotionale Bindung ist eines der grundlegenden Bedürfnisse des Menschen wie Ernährung, Schlaf und die Luft zum Atmen. Diese emotionale Verwurzelung der Kinder ist fundamental für ihre Persönlichkeitsentwicklung. Störungen im Bindungsaufbau haben weitreichende Folgen.

In der Schwangerschaft befinden Frauen sich in einer sehr sensiblen Lebensphase. Sie ist geprägt von neuen körperlichen Erfahrungen, Ängsten und Sorgen. Ihr Bindungsbedürfnis ist aktiviert und sie brauchen Menschen, die Ihnen zur Seite stehen und sie betreuen.

Hebammen stehen ihnen in diesen unsicheren Zeiten zur Seite und bieten Ihnen diesen Schutz von Geborgenheit und Sicherheit, den die Familien brauchen, damit sie wachsen können.

Die hannoverschen Hebammen machen bereits seit 2010 mit Hilfe verschiedener Medien auf die Situation aufmerksam. Den Auftakt bildete die Hebammdemonstration in 2010 anlässlich der erheblichen Erhöhungen der Haftpflichtversicherung für die Hebammen. Neben vielen weiteren Demonstrationen wurde auch in Hannover die Kampagne: *Geboren mit der Hilfe meiner Hebamme* des Deutschen Hebammen-

verbandes unterstützt. Finanziert wurden diese Aktionen von dem Gleichstellungsbüro der Stadt Hannover und dem niedersächsischen Hebammenverband.

Bitte bedenken Sie, dass meine Hebammenkolleginnen und ich uns neben der von mir bereits dargestellten Überbeanspruchung zusätzlich engagieren müssen, um unseren Berufsstand zu erhalten. Gerade Verbands- und Lobbyarbeit wird so sehr erschwert, da oft einfach die Kapazitäten fehlen.

Zur Frage, welche Faktoren Einfluss auf die aktuelle Situation der freiberuflichen Hebammen haben, fällt mir als erstes der Idealismus und die Leidenschaft ein. Diese Ideale müssen sich jedoch in einer Gesellschaft behaupten, die größtenteils marktwirtschaftliche Interessen verfolgt. Ich darf eine Kollegin zitieren, die diesen Sachverhalt wie folgt zusammenfasste: Wenn der Beruf weiterhin zu 90% aus Idealismus besteht, hat er keine Überlebenschance. Das ist einfach nicht zeitgemäß. Aber ganz ohne Idealismus wird es wohl nicht gehen. Das hat zur Folge, dass viele Frauen diesen Beruf nicht mehr wählen oder nach langer Arbeitszeit ausgebrannt sind.

Personalknappheit, geringe Vergütung, knapp bemessene Betreuungszeiten der Krankenkassen, Haftpflichtsteigerungen sowie andere Tätigkeiten, die mit der eigentlichen Betreuung der Familien nichts zu tun haben, bringen Hebammen dazu, über ihre persönlichen Grenzen zu gehen. Dabei ist auch die ehrenamtliche Ausbildung der Hebammenschülerinnen in den 8 -12 wöchigen Praxiseinsätzen zu erwähnen. Die Überlastung der Kolleginnen im angestellten Bereich bleibt nicht ohne Konsequenzen für die Arbeit der freiberuflichen Hebammen. In der Vorbereitung auf die Geburt führt kein Weg an der katastrophalen klinischen Situation und den damit verbundenen Auswirkungen vorbei. Freiberufliche Hebammen bereiten somit die Schwangeren auf eine klinische Geburt vor, die sich zunehmend defizitär zeigt.

Konkret kann defizitär folgendes heißen:

Konnten die Schwangeren sich noch vor wenigen Jahren für die Besonderheit einer bestimmten Klinik entscheiden, so müssen sie heute die Bedingungen einer Notstandsverwaltung hinnehmen. Bevor sich die Gebärenden auf den Weg in die Klinik machen, sollen sie anrufen, um nachzufragen, ob sie wirklich aufgenommen werden können. Die Schwangeren entscheiden immer weniger selbst. Sie können nicht wählen, wo sie gebären und auch immer weniger wie sie gebären; denn auch während

der Geburt sind sie immer öfter den defizitären Bedingungen in der gegebenenfalls nicht selbst gewählten Geburtsklinik ausgeliefert.

Aktuell gibt es noch eine weitere Anforderung aus dem neuen Vertrag mit den Gesetzlichen Krankenkassen, der die freiberufliche Berufsausübung belastet. Ein Qualitätsmanagement muss ab Mitte 2018 nachgewiesen werden. Das ist grundsätzlich sinnvoll, verunsichert und belastet die Kolleginnen aber mit einem zusätzlichem Arbeits- bzw. Verwaltungsaufwand. Die ohnehin überbeanspruchten Kolleginnen, die nicht wissen, wo ihnen der Kopf steht, fühlen sich gegängelt. Besondere Auswirkungen hat dies auf die Hebammen, die Hausgeburten betreuen. Die Qualitätsmanagement-Anforderungen sind noch einmal aufwändiger, umfangreicher und sie werden engmaschiger kontrolliert werden. Weiterhin machen willkürlich erstellte Ausschlusskriterien für die Hausgeburtshilfe den Schwangeren das Gebären und den Hebammen das Arbeiten schwer. Hebammen in Teilzeit, Kolleginnen, die kurz vor dem Ruhestand stehen und Hausgeburtshebammen legen auf Grund des deutlichen Mehraufwandes verstärkt ihre Arbeit nieder.

Zusätzlich zu den strukturellen Problemen, ist im letzten Jahr noch die Verschärfung der Situation durch die gestiegenen Flüchtlingszahlen hinzugekommen. Die Flüchtlingsfrauen haben in der Regel kurzfristigen und erhöhten Betreuungsbedarf. Häufig kommen sie traumatisiert hier an und haben Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache. So befinden sich die freiberuflichen Hebammen im Spannungsfeld von steigendem Bedarf, steigenden Anforderungen und sinkenden Kapazitäten.

Ein wahrer Ressourcenkiller für die freiberufliche Hebammenarbeit ist die Tatsache, dass es für Einzelselbständige Hebammen mit eigenen (kleinen) Kindern keine Modelle für freiberufliche Teilzeitarbeit gibt. Grund dafür sind die Regelungen im Bereich der Sozialversicherungen, besonders bei den gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen für Selbständige. So bleiben Hebammen in der Familienphase mit ihrem Verdienst unter der Geringfügigkeitsgrenze von 400/405 €/Monat obwohl sie deutlich höhere Arbeitskapazitäten haben.

Ein finanzielles Kernproblem der freiberuflichen Hebammenarbeit sind die erheblich steigenden Beiträge zur Haftpflichtversicherung und die Planungsunsicherheit, ob und wenn wie der Versicherungsschutz weitergeführt wird. Eine wirtschaftlichere Ar-

beitsweise hat, wie oben dargestellt, in dem sensiblen Bereich der Vorsorge für ungeborenes und gerade geborenes Leben gesamtgesellschaftlich negative Folgen.

Somit ist es nicht verwunderlich, dass Kolleginnen ihren Beruf verlassen und auch teilweise nicht weiterempfehlen. Der anfängliche Idealismus und der Wunsch, Eltern zur Seite zu stehen, sind einem Kampf ums „Überleben“ gewichen, den wir Hebammen ohne Unterstützung von Politik und Gesellschaft nicht gewinnen können.

Erlauben Sie mir zum Schluss zunächst eine persönliche Anmerkung: Nach 16 Jahren Freiberuflichkeit mit Rufbereitschaft verdiene ich meinen Unterhalt mittlerweile nicht mehr mit der originären Hebammenarbeit sondern in der Hebammenwissenschaft. Damit fehlt in Hannover eine engagierte und erfahrene freiberufliche Hebamme in der Schwangerenvorsorge, in der Wochenbettbetreuung und in der Hausgeburtshilfe. Ich habe sehr gerne mit und für die Frauen, Kinder und Familien gearbeitet, aber unter diesen Umständen will und kann ich so in diesem Beruf nicht mehr arbeiten. Das ist mein persönliches Beispiel, aber es ist typisch: Freiberufliche Hebammen legen derzeit verstärkt ihren Beruf nieder und die Mangelsituation in der Region Hannover ist keine Zukunftsangst, sondern bereits Realität.

Daher unser Aufruf an Sie als Politiker: Setzen Sie sich für den Erhalt der Hebammenarbeit in der Region ein, damit Kolleginnen nicht zur Aufgabe ihres Berufes gedrängt werden und somit die Versorgung der Frauen, Kinder und Familien bedroht ist! Hebammen brauchen bessere Arbeitsbedingungen, bessere Bezahlung, schlicht ein besseres Image und vor allem gesellschaftliche Unterstützung und eine politische Willensbekundung, um ihrer Schlüsselrolle bei der Bewältigung in Fragen der weitreichenden öffentlichen Gesundheitsversorgung gerecht werden zu können.

Anlage 6

Prof. Dr. med. Ralf Schild,
Leitung Geburtshilfe Diakovere

Die Geburtshilfe der DIAKOVERE Krankenhaus gGmbH hat an den beiden Standorten Friederikenstift und Henriettenstift zwischen den Jahren 2008 bis 2015 eine deutliche Steigerung an Entbindungen von 3200 auf aktuell 4100 Geburten im Jahr erfahren. Dieser Anstieg ist insbesondere durch den Wegfall der beiden geburtshilflichen Abteilungen in der Paracelsusklinik und im Nordstadt-Krankenhaus bedingt. Diese Steigerung ist umso größer, wenn man bedenkt, dass uns durch den Wegzug der britischen Streitkräfte in Hohn ca. 200 Geburten pro Jahr entfallen sind.

Die aus mehreren Gründen zeitlich verzögerte Anpassung des Stellenschlüssels der Hebammen an die gestiegene Geburtenrate, insbesondere im Perinatalzentrum Hannover, als auch an die vom Hebammenverband und von periZert geforderte Mindestbesetzung von einer Hebamme pro 100 Geburten, hat zu Unmut bei den Mitarbeiterinnen geführt.

Nach wie vor gilt, dass eine gute Geburtshilfe personalintensiv ist, insbesondere im Risiko- und Hochrisikobereich. Unbedingt vermieden sollen Missstände wie in München, wo sich Frauen mittlerweile in mehreren Krankenhäusern zur Geburt anmelden und diese Kliniken bei Wehenbeginn abtelefonieren, ob Kapazitäten bestehen.

Der katastrophal leere Stellenmarkt bei Hebammen hat ein großes Rekrutierungsproblem neuer Kräfte zur Folge. Die dadurch entstehende Arbeitsüberbelastung der angestellten Hebammen führt zu einem Teufelskreis mit zunehmender Krankschreibungsrate, dem Wunsch nach Teilzeitarbeit oder Wechsel in andere, außerklinische Tätigkeitsbereiche sowie in manchen Fällen in ein komplett anderes Berufsfeld.

Was kann nun getan werden, um den Beruf der klinisch tätigen Hebamme wieder attraktiv zu gestalten und um Personalengpässe in den Kliniken zu mildern?

1.:

Eine *conditio sine qua non* ist ein ausreichender Stellenschlüssel im Hebammenbereich, wobei für ein Perinatalzentrum Level I ein Mindestbedarf von 1 Hebamme pro 100 Geburten anzusetzen ist. Diese Besetzung garantiert im Allgemeinen eine ausreichende und sichere Betreuung von Frauen mit Risiko- bzw. Hochrisikoschwangerschaften.

2.:

Eine weitere wichtige Voraussetzung ist ein attraktives Gehalt für die klinisch tätigen Hebammen, was die adäquate Vergütung von Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdiensten einschließt.

3.:

Summa summarum bedeutet dies eine ausreichende Finanzierung der Geburtshilfe und insbesondere der Geburt auf natürlichem Wege, ohne allerdings die Vergütung der Kaiserschnittgeburten herabzusetzen.

Es darf aus meiner Sicht nicht sein, dass wir mit der im Vergleich sehr niedrigen Kaiserschnitttrate in unseren beiden Kliniken finanziell benachteiligt werden (das Friederikenstift weist mit 19,3 % die zweitniedrigste Kaiserschnitttrate in Niedersachsen im Jahr 2015 auf, das Henriettenstift mit 30 % die niedrigste Rate unter den niedersächsischen Perinatalzentren der höchsten Versorgungsstufe). Eine hohe Kaiserschnitttrate mag finanziell interessant sein, ein Qualitätsindikator für eine gute Geburtshilfe bzw. –medizin ist sie allerdings nicht.

4.:

Das kommunikative Miteinander der verschiedenen Berufsgruppen - Hebammen, Krankenpflege und Ärzte - sollte weiter gefördert werden, so dass Spitzenbelastungen Hand in Hand bewältigt werden können.

5.:

Das aus meiner persönlichen Sicht altbackene Ausbildungssystem der Hebammen in der Region Hannover sollte in ein modernes überführt werden, d. h. der Akademisierung sollte dringend Tür und Tor geöffnet werden. Die akademisierte Ausbildung der Hebammen ist in vielen unserer Nachbarländer gelebte Praxis. Um unserem großen Nachwuchsproblem entgegenzutreten, müssen wir die Ausbildung als auch die späteren Arbeitsbedingungen attraktiver gestalten, um die jungen Frauen weiterhin für den Beruf begeistern zu können.

6.:

Ich plädiere ebenso für eine ausreichende klinische Erfahrung vor Beginn der Freiberuflichkeit der Hebammen. Bei dem nach Abschluss der Hebammenschule direktem Weg in die Freiberuflichkeit fehlt die entsprechende klinische Erfahrung, um auch Risikosituationen bewältigen zu können.

Ich weise darauf hin, dass die oben genannten Maßnahmen wie beste Qualität in der Geburtshilfe, optimierte Personalstärke bei den Hebammen, attraktive Vergütung und höhere Ausbildungskosten durch Akademisierung nur zu realisieren sind, wenn die anfallenden Mehrkosten von den Kostenträgern bezahlt werden.

Geburtshilfe ist ein hoch emotionales Thema. Gute Ansätze gibt es, diese gehen aber häufig im Spannungsfeld zwischen Politik, Krankenkassen, finanzieller Not der Krankenhäuser, ganz besonders in Niedersachsen, verloren.

Kurzzeitmaßnahmen, gerade zu Zeiten anstehender Wahlen, sind zur Behebung der aktuellen Missstände weniger geeignet als solide, durch breiten Konsenz getragene und langfristig angelegte Maßnahmen.

Dies sind wir unseren Frauen und Familien schuldig.

Anlage 7

Michael Born,
Geschäftsführer Personal KRH Klinikum Region Hannover

Anhörung

zur Thematik „Ist-Situation und Zukunft der Hebammen in der Region Hannover“,
25.08.16

hier: Themenschwerpunkte zum Beitrag von Herrn Born

Aus Sicht des KRH können zur Bewertung der Situation folgende Angaben, Informationen und Rahmenbedingungen zu Grunde gelegt werden:

A. Ausgangssituation Planbetten in der Geburtshilfe

Vorbemerkung: Die Schließung der Geburtshilfe im KRH Klinikum Nordstadt hat zu keiner Reduzierung der Planbetten in der Geburtshilfe in der Region Hannover geführt, sondern zu einer Verlagerung dieser Planbetten aus dem Klinikum Nordstadt auf andere Kliniken.

- Das KRH hat im Rahmen der Medizinstrategie 2020 die Geburtshilfe mit 16 Planbetten im Klinikum Nordstadt zum 01. Mai 2015 geschlossen.
- Die entsprechend beantragte krankenhauserplanerische Maßnahme des KRH wurde durch den Planungsausschuss des Landes Niedersachsen und den nachfolgenden Bescheid des Nds. Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung bewilligt.
- Somit wurden mit Wirkung zum 01.05.2015 die genannten 16 geburtshilflichen Planbetten des Kl. Nordstadt aus dem Krankenhausplan herausgenommen. Im Gegenzug sind die Planbetten an den beiden Diakovere-Häusern Henriettenstift (+ 9 Betten) und Friederikenstift (+ 7 Betten) krankenhauserplanerisch um ebenfalls 16 Betten erhöht worden.
- Aus krankenhauserplanerischer Sicht ist die Versorgung in der Geburtshilfe in der Stadt Hannover durch die MHH, die Diakovere Krankenhäuser Henriettenstift und Friederikenstift sowie das Vinzenzkrankenhaus sichergestellt.
- Weitere geburtshilfliche Planbetten in der Region Hannover befinden sich in den KRH-Kliniken Robert Koch Gehrden (12), Großburgwedel (8) und Neustadt a. Rbge. (14).

B. Hebammen / Entbindungspfleger im KRH

- Im KRH sind (mit Datenstand Juni 2016) insgesamt 44 Hebammen / Entbindungspfleger beschäftigt, davon im

KRH Klinikum Robert Koch Gehrden	19 Mitarbeiter/innen
KRH Klinikum Großburgwedel	10 Mitarbeiter/innen
KRH Klinikum Neustadt a. Rbge.	13 Mitarbeiter/innen
aktuell in Elternzeit	2 Mitarbeiter/innen
- Nach Schließung der Geburtshilfe im Klinikum Nordstadt im Mai 2015 haben fünf Hebammen das KRH in direkter zeitlicher Folge verlassen.

- Vakanzen:

Kl. Neustadt a. Rbge.: aktuell 1,0 VK vakant
 Kl. Großburgwedel: keine Vakanzen, da Übernahme von 3 Schülern in 04/17
 Kl. Robert Koch Gehrden: aktuell 2,0 VK vakant

Mögliche Ursachen für entstehende Vakanzen sind beispielsweise

- befristete Vakanz zur Übernahme von Schülerinnen nach Abschluss der Ausbildung
- allgemeiner Fachkräftemangel
- hebammenspezifischer Fachkräftemangel
- Wertewandel („Generation Y“)

C. Anzahl der Geburten in den KRH-Kliniken von 2014 bis Juli 2016

Standort	2014	2015	2016 (bis einschl. Juli)
Gehrden	885	1.031	710
Großburgwedel	670	672	397
Neustadt	817	916	578
Nordstadt (bis Mai 2015)	1.022	286 (bis Mai)	

D. Hebammenausbildung / -schule

Vorbemerkung: Die Ausbildung der Hebammen durch das KRH führt nicht dazu, dass die Hebammen / Entbindungspfleger nach ihrem Abschluss den Kliniken in Hannover nicht zur Verfügung stehen.

- Die Genehmigung der Ausbildungsplätze erfolgt durch das Kultusministerium.
- Die Vorgabe hierfür richtet sich nach den Geburtenzahlen in Niedersachsen und steht im Bezug zum Hebammenbedarf sowie den vorhandenen Ausbildungsplätzen in Niedersachsen.
- Seit Ende der 90er Jahre hat das KRH 30 durch das Kultusministerium genehmigte Ausbildungsplätze, von denen derzeit 28 Plätze belegt sind.
- Die 30 Ausbildungsplätze verteilen sich auf 2 Ausbildungsgänge je 15 Hebammenschülerinnen.
- Nach ihrem Abschluss wurde in den vergangenen Jahren ein Teil der ausgebildeten Hebammen / Entbindungspfleger vom KRH übernommen, ein weiterer Teil nahm die Tätigkeit in einer der Kliniken anderer Träger auf oder ging in die Selbstständigkeit.

- Grundlage der Ausbildungsinhalte ist das Hebammengesetz in gültiger Fassung mit der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Die Ausbildung schließt nach drei Jahren mit einer staatlichen Abschlussprüfung ab. Sie umfasst einen praktischen, schriftlichen und mündlichen Teil.

E. Weitere Perspektive

Vorbemerkung: Eine akademische Ausbildung der Hebammen wird schon heute vom KRH über eine bestehende Kooperation angeboten.

- Bereits seit 2008 kooperiert die Hebammenschule des KRH mit der Fachhochschule Osnabrück im Rahmen des Studienganges Bachelor of Science „Midwifery“, bei dem es sich um einen dualen ausbildungsbegleitenden Studiengang handelt und den die Schülerinnen somit während ihrer Ausbildung an der KRH-Hebammenschule bereits beginnen können.
- Aktuell wird gemeinsam ein Kooperationsvertrag zwischen KRH, MHH und Diakovere vereinbart, der folgende Schwerpunkte aufgreifen bzw. beinhalten wird:
 - ⇒ Die praktische Ausbildung der Hebammenschüler/innen soll zukünftig neben den KRH-Kliniken auch in den Entbindungsstationen der MHH und Diakovere erfolgen.
 - ⇒ Eine anzahlmäßige Ausweitung der Ausbildungsplätze an der KRH-Hebammenschule soll beantragt werden (zuvor Bedarfsermittlung in allen drei Einrichtungen als Grundlage).
 - ⇒ Ausgehend von der EU-Änderungsrichtlinie (Zugangsvoraussetzungen 12 Jahre allgemeine Schulbildung) und um auch zukünftig qualifizierte Bewerber/innen als Hebammenschüler/innen gewinnen zu können, ist eine gemeinsame Konzeptentwicklung durch KRH, MHH und Diakovere vorgesehen, um die Hebammenausbildung zeitgemäß u.a. im Kontext der hochschulischen Qualifizierung gestalten und ggfs. auf Hochschulniveau ansiedeln zu können.

Anlage 8

Edith Ahmann,
Frauen- und MädchenGesundheitszentrum Hannover e.V.

Anhörung zum Thema Geburtshilfe in der Region Hannover am 25.8.2016

Das Frauen- und MädchenGesundheitsZentrum Region Hannover e.V. ist eine Beratungsstelle. Wir beraten Frauen und Mädchen zu allen Fragen von Gesundheit, darüber hinaus veranstalten wir in der gesamten Region Vorträge und Workshops in Kooperation mit Frauen-Initiativen, Gleichstellungsbeauftragten, Schulen und anderen Beratungsstellen vor Ort zu Themen der Frauen- und Mädchengesundheit und wirken in Netzwerken und Arbeitsgruppen mit, die sich mit diesem Thema beschäftigen.

Wir sehen uns in dieser Anhörung als Fürsprecherin der Eltern und werdenden Eltern, in diesem Fall besonders der Frauen.

Auf Grund der sich verschlechternden Situation der Geburtshilfe auch in der Region Hannover haben wir begonnen Erzählcafés zum Thema „Der Start ins Leben“ zu organisieren. Hier haben Frauen und Expertinnen die Möglichkeit, sich auszutauschen, sich zu informieren und Unterstützung zu bekommen. Das Konzept ist eine bundesweite Initiative.

Durch unsere Teilnahme an Netzwerken, Tagungen und Runden Tischen, die sich mit dem Thema Frauengesundheit und somit auch mit dem Thema Schwangerschaft und Geburtshilfe beschäftigen, unseren Austausch mit anderen Beratungsstellen und vor allem durch unsere eigenen Beratungen, wissen wir, dass sich die Situation für schwangere Frauen und Mütter in der Region Hannover zunehmend verschlechtert.

Problematische Situationen, von denen schwangere Frauen und Mütter in der Region Hannover berichten

- Sie finden keine Hebamme, die sie während der Schwangerschaft begleitet
- Sie wissen zum Teil nicht einmal, dass ihnen die Begleitung einer Hebamme zusteht, auch noch nach der Geburt des Kindes
- Während der Schwangerschaft raten die Gynäkolog*innen ihnen zu diversen freiwilligen Untersuchungen, ihnen ist aber die Grenze zwischen sinnvoller Früherkennungsuntersuchung und gewinnorientierter Gesundheitsvermarktung nicht klar. Sie schildern Verängstigung und Verunsicherung
- Sie haben Angst vor einer weiteren Schwangerschaft oder der nächsten Geburt, weil sie bereits schlechte Erfahrungen bei der Geburt eines Kindes gemacht haben
- Die wenigsten Mütter erleben eine Geburt ohne medizinische Intervention, im Nachhinein stellen sie die Interventionen in Frage, aber niemand hört ihnen zu
- Sie berichten, dass sie sich in der Klinik einer Maschinerie ausgeliefert gefühlt haben, dass ihre eigenen Wünsche nicht gesehen wurden, dass sie genötigt wurden, Entscheidungen zu treffen, deren Folgen sie selber nicht absehen konnten. Sie äußern Angst vor Massenabfertigung oder Nötigung zum Kaiserschnitt. Oder sie entscheiden sich vor lauter Angst schon im Vorfeld für einen Kaiserschnitt.
- Sie haben die Erfahrung gemacht, dass Medizinische Interventionen seelisches Leiden verursachen können, dass es darüber aber keine Aufklärung gibt und vor allem keine Nachsorge
- Inzwischen schildern sie sogar, dass sie Angst haben, in der Klinik abgewiesen zu werden, wenn die Wehen einsetzen und sie nichts anderes wollen, als in Ruhe ihr Kind zu bekommen
- Frauen fühlen sich hilflos ausgeliefert, vor allem wenn keine Hebamme da ist, oder sie sie mit vier anderen Frauen im Kreißsaal teilen müssen
- Sie beklagen, dass man ihnen das Bild vermittelt, Schwangerschaft sei eine Art Krankheit und sie können auf natürlichem Weg nicht gebären, so haben sie auch nach der Geburt des Kindes kein gesundes Selbstbewusstsein, haben Stillprobleme, sind nervös, die Bindung zum Kind ist schwierig
- Sie verlieren das Vertrauen in die eigene Kompetenz, leiden unter dem Eindruck von Fremdbestimmung und können das Muttersein nur wenig genießen

Für die Entwicklung unserer Gesellschaft, ist es existentiell wichtig, dass Kinder geboren werden und dass ihr Heranwachsen begleitet wird.

Geburtshilfe ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, also auch Aufgabe der Politik und des Gesundheitssystems, und muss unabhängig von wirtschaftlichen Interessen geschehen. Es ist ein Menschenrecht der Mütter, den Geburtsort ihres Kindes frei wählen zu können.

Werdende Mütter (Eltern) haben unserer Meinung nach ein Recht auf

- flächendeckende, ausreichende Hebammenversorgung während der Schwangerschaft, bei der Geburt und bis zum Ende der Stillzeit
- 1:1 Begleitung bei der Geburt durch eine Hebamme, sowie eine interventionsarme und abwartende Geburtshilfe
- tatsächliche realisierbare freie Wahl des Geburtsortes (Klinik, Geburtshaus, Hausgeburt)
- Hebammengeleitete Kreißsäle (erfordern nachweislich weniger Interventionen)

Wir halten die Begleitung durch eine Hebamme außerdem unerlässlich für eine umfassende Präventionsmaßnahme in Bezug auf Komplikationen, Risiken und psychische Krisen

Darüber hinaus brauchen die Eltern:

- Transparenz und Aufklärung über Früherkennung und Vorsorge die individuell abgestimmt ist und Maßnahmen, die überwiegend einem wirtschaftlich orientierten Gesundheitsmarkt dienen
- eine frühe Aufklärung über das Recht von einer Hebamme begleitet zu werden, vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit

Sollten Interventionen notwendig sein, muss danach eine Aufarbeitung stattfinden. Vor allem bei der Verletzung der Geschlechtsorgane sind Frauen lange beeinträchtigt. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen warnt davor, dass der Hebammenmangel die Gesundheit Neugeborener gefährdet. (www.kinderaerzte-im-netz.de)

Für weitere Informationen z.B.
Region Hannover

Selbstbestimmt Kinderkriegen kinderleicht www.selbstbestimmtkinderkriegen.de
mitmachen@selbstbestimmt-kinderkriegen.de

Bundesweit

Kasseler Erklärung zur Reform der Geburtskultur, Netzwerk der Elterninitiativen für Geburtskultur
Infoblatt zur aktuellen Situation in der Geburtshilfe, Mother Hood e.V.
Stellungnahme zur Debatte am 12.5.16 im Deutschen Bundestag, Mother Hood e.V.

Edith Ahmann, Frauen- und MädchenGesundheitsZentrum Region Hannover e.V.

Anlage 9

Prof. Dr. Dorothea Tegethoff, Vorstandsmitglied Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften e.V.

Beitrag zur Anhörung des Ausschusses für Gleichstellung und Integration und des Ausschusses für Soziales, Wohnungswesen und Gesundheit zur Ist-Situation und Zukunft der Hebammen in der Region Hannover

Wie ist die aktuelle Ausbildungssituation von Hebammen in Deutschland?

Traditionell ist die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen wie Gesundheits- und Krankenpflege, Hebammen und Physio- oder Ergotherapie an Schulen der besonderen Art im Gesundheitswesen verortet. In den jeweiligen Berufsgesetzen ist festgelegt, dass das Berufsbildungsgesetz nicht zur Anwendung kommt, also dass diese Berufsausbildungen nicht zum sogenannten Dualen System gehören, in dem die Ausbildungen zu den handwerklichen und kaufmännischen Berufen stattfindet. Das hat für die Gesundheitsberufe, die vor allem von Frauen angestrebt werden, strukturelle Nachteile. Z. B. ist die Hebammenausbildung eine ‚Bildungssackgasse‘ da in einer Hebammenschule anders als an einer Berufsschule des Dualen Systems kein anschlussfähiger allgemeinbildender Schulabschluss erworben werden kann. Auch die Lehrerbildung für die Schulen im Gesundheitswesen ist weitgehend ungeregt und bleibt hinter den Standards der Lehrerbildung im Allgemeinen zurück (Tegethoff, Wild, Ewers 2016).

Die Forderung nach einer qualitativen Verbesserung der Hebammenausbildung ist bereits vor der Jahrtausendwende gestellt worden. Leider ist die Neufassung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung von 1987 (HebAPrV, o. J.) auch nach fast dreißig Jahren nicht in Aussicht, so dass im Moment alle Bildungsträger, die Hebammen bilden, mit der gleichen, nicht mehr zeitgemäßen Ordnung umgehen müssen.

Im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen, z. B. der Gesundheits- und Krankenpflege mit mindestens 2000 Theoriestunden oder der Physiotherapie mit 2400 Theoriestunden sind für die Ausbildung von Hebammen nur mindestens 1600 Theoriestunden vorgeschrieben. Dieses äußerst knappe Kontingent steht in keinem Verhältnis zu den beruflichen Herausforderungen, denen sich Hebammen sowohl als Angestellte in Kliniken als auch in der Freiberuflichkeit stellen müssen. Hebammen arbeiten in den unterschiedlichen Arbeitszusammenhängen rund um Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit eigenverantwortlich und müssen fallverstehend und problemlösend vorgehen. Von ihnen wird evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Arbeit erwartet, z. T. ist dies durch die Gebührenvereinbarung mit den Kostenträgern sogar zwingend vorgeschrieben.

Das Bild des „reflective practitioner“, also der reflektierten Praktikerin nach Schön (1987) entspricht in hohem Maße diesen beruflichen Anforderungen und wird von den meisten der neu entstandenen Studiengängen für Hebammen ausdrücklich als Studienziel angestrebt (exempl. DHV o.J.).

2009 wurde der §6 des Hebammengesetzes durch die sogenannte Modellklausel ergänzt, die es ermöglicht, zur „Weiterentwicklung des Hebammenberufs unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen sowie moderner berufspädagogischer Erkenntnisse“ (HebG, o. J.) die Ausbildung von Fachschulen an Hochschulen zu verlegen. Dies geht konform mit der EU Richtlinie 2013/55/EU (Euro-Lex, o. J.), die bis zum Januar 2020 umgesetzt werden muss und als Zugangsvoraussetzung für die Hebammenausbildung eine mindestens 12jährige allgemeinbildende Schulbildung vorschreibt. Daneben schreibt die Richtlinie vor, dass die Ausbildung „genaue Kenntnisse der Wissenschaften, auf denen die Tätigkeiten der Hebamme beruhen“ zu vermitteln hat (Euro-Lex, o. J.). Das kann nur durch Hochschulbildung gewährleistet werden. Inzwischen sind mehrere Modellstudiengänge entstanden. Die neu entstehenden Studiengänge wurden verpflichtet, bis 2015 eine Evaluation durchzuführen. Aus dem Land Nordrhein-Westfalen sind im letzten Jahr positive Evaluationsergebnisse publiziert worden, die auf der Website des Gesundheitsministeriums dargestellt sind (MGEPA NRW, o. J.). Die ersten Absolventinnen der Hochschulen Bochum und Fulda schlossen ihr Studium in den vergangenen beiden Jahren ab und konnten erfolgreich in den Arbeitsmarkt integriert werden. Der Studiengang in Berlin wird erst im nächsten Jahr die Absolventinnen entlassen.

Neben den Modellstudiengängen existieren aktuell neun Studeingänge, die ausbildungsintegrierend oder ausbildungsergänzend konzipiert sind. Hier werden fachschulisch erworbene Kompetenzen anerkannt. Diese Studiengänge können als Zwischenlösung fungieren, haben aber für die Studierenden z. T. erhebliche Nachteile, z. B. in Form weit voneinander entfernter Lernorte. Auch Studiengänge an privaten Hochschulen, die für die Lernenden kostenpflichtig sind, müssen kritisch beurteilt werden.

Neben den Studiengängen bestehen die Hebammenschulen weiterhin, bundesweit sind es 58, in Niedersachsen neun. Zahlreiche Hebammenschulen haben bereits die Kooperation mit den verschiedenen Hochschulen gesucht, um ihren Absolventinnen die Möglichkeit eines ausbildungsbegleitenden Studiums zu geben. Es werden also im Moment parallel Hebammen in Fachschulen ebenso wie in Hochschulen gebildet, was auf Jahrzehnte eine Übergangssituation hervorruft, die für einen zahlenmäßig kleinen Berufstand wie die Hebammen (mit ca. 21000 Personen in ganz Deutschland) mittelfristig nicht akzeptabel ist.

Gelegentlich wird argumentiert, dass praktisch begabte Bewerberinnen, die keine Hochschulzugangsberechtigung haben, durch die Akademisierung vom Beruf ausgeschlossen werden. Dies ist nicht der Fall: die Landeshochschulgesetze regeln den Zugang beruflich Qualifizierter ohne Abitur, so dass die entsprechende Durchlässigkeit für besonders „Berufene“ durchaus gegeben ist.

Die Kohortenstärken der Schulabgängerinnen verkleinern sich lt. Stat. Bundesamt kontinuierlich (destatis, o. J.), zugleich gibt es einen Trend zum Studium, weg von der beruflichen Ausbildung. Daneben haben die äußerst schwierigen Arbeitsbedingungen sowohl von freiberuflichen als auch von angestellten Hebammen offenbar eine ganze Reihe

geeigneter Interessentinnen vom Hebammenberuf Abstand nehmen lassen. Ein Beispiel aus eigener Anschauung für die Folgen: in Berlin liegt pro Ausbildungs- oder Studienplatz nur noch etwa ein Fünftel der Bewerbungen vor wie noch vor 10 Jahren. Die Demografie zwingt demnach die Bildungsträger in den Gesundheitsberufen attraktive Bildungsangebote für eine insgesamt sinkende Zahl von Bewerber_innen zu machen. Auch in den Hebammenschulen finden sich seit Jahren vor allem Schülerinnen mit Hochschulzugangsberechtigung (exempl. Sommer, Hepprich, Tegethoff 2013), die, wenn sie denn die Wahl zwischen entsprechenden Angeboten haben, den Weg in die Hochschule gehen können und, so meine Vermutung, werden.

Welche Faktoren sind für eine qualitativ hochwertige Ausbildung zukunftsweisend?

Aus meiner Sicht sind vor dem Hintergrund der oben ausgeführten Ist-Situation folgende Faktoren zukunftsweisend:

- zeitnahe flächendeckende Umstellung der fachschulischen Ausbildung auf das Hochschulniveau.
- finanzielle Ressourcen für grundständig-primärqualifizierende Studiengänge für Hebammen sind bereit zu stellen.
- die Studiengänge sind mit ausreichenden personellen, institutionellen, räumlichen und apparativen Ressourcen auszustatten.
- bei Kooperationen mit Hebammenschulen, die als Übergangslösungen aus pragmatischen oder ökonomischen Gründen kurz- bis mittelfristig sinnvoll sein können, liegt die Gesamtverantwortung für die Ausbildung lt. der Modellklausel des Hebammengesetzes bei der jeweiligen Hochschule.
- für die bestehenden Hebammenschulen sind adäquate Übergangsregelungen zu finden.
- das Lehrpersonal der Studiengänge verfügt über die entsprechende Fachexpertise und Denomination (Hebammenwissenschaft) für einen Hebammenstudiengang. Studiengänge, in denen Personal vorwiegend Bezugswissenschaften angehört, sind problematisch.
- die praktische Ausbildung ist in Kooperation mit geeigneten Einrichtungen und Personen in der Gesundheitsversorgung durchzuführen, dabei muss die Verantwortung für die Ausbildung bei der Hochschule liegen, um einer Verwertungsorientierung vorzubeugen.
- die Curricula von Studiengängen sollten an einem Kompetenzprofil (exempl. Pehlke-Milde 2009) orientiert sein und die aktuellen Qualifikationsrahmen (EQR bzw. DQR) zugrunde legen.
- die Curricula sollen wissenschaftsbasiertes und praxisorientiertes Handeln sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit als Bildungsziele ausweisen.

- als Standorte für Studiengänge kommen sowohl Fachhochschulen als auch Universitäten in Frage, eine interdisziplinäre Kooperation im Sinne eines „Gesundheitscampus“, wie sie modellhaft an der Gesundheitsfakultät der Universität Linköping in Schweden praktiziert wird, ist wünschenswert (exempl. Sottas, Brügger, Meyer 2013).

- die Durchführung von Studiengängen für Hebammen sollte nicht privaten, gebührenpflichtigen Hochschulen überlassen werden, was weiterhin eine dauerhafte Benachteiligung der Studierenden in einem typischen Frauenberuf bedeuten würde.

Literatur

destatis – Statistisches Bundesamt (o. J.): Zahl der Schüler im Schuljahr 2015/2016 um 0,4 % gesunken,
https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/03/PD16_094_211.html, (Zugriff 14.08.2016)

DHV – Deutscher Hebammenverband (o. J.): Beruf Hebamme – Studium,
https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1479043048&hash=6954cc7052fdb52707a446522c4bc5ce141d4a2e&file=fileadmin/user_upload/pdf/Aktuelles/Beschreibung_Studienprogramme-Hebammen-Deutschland-Bachelor_150706.pdf, (Zugriff 14.08.2016)

Europäische Union (o. J.): EU-Richtlinie 2013/55/EU, Amtsblatt der Europäischen Union,
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:354:0132:0170:de:PDF>, (Zugriff 14.08.2016)

HebAPrV – Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger:
<https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/hebapro/gesamt.pdf>, (Zugriff: 14.08.2016)

HebG - Hebammengesetz: https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/hebg_1985/gesamt.pdf, (Zugriff: 14.08.2016)

MGEPA-NRW – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (o. J.): Modellstudiengänge,
<http://www.mgepa.nrw.de/pflege/pflegeberufe/modellstudiengaenge/index.php> (Zugriff: 14.08.2016)

Pehlke-Milde, J. (2009): Ein Kompetenzprofil für die Hebammenausbildung: Grundlage einer lernergebnisorientierten Curriculumsentwicklung, Dissertation, Freie Universität Berlin

Schön, D. (1987): Educating the Reflective Practitioner, Josey-Bass Publishers, San Francisco

Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA, Berlin

Sommer, J.; Hepprich, S.; Tegethoff, D. (2013): Kompetenzentwicklung in der Hebammenausbildung – zwei Studien. Working Paper No. 13-01 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik, Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin

Sottas B.; Brügger S.; Meyer P. (2013): Gesundheit - Health Universities – Konzept, Relevanz und Best Practice, ZHAW Reihe Gesundheit Nr. 1, Mai 2013, Winterthur

Tegethoff, D.; Wild, H.; Ewers, M. (2016): Lehrende für die Gesundheits- und Krankenpflege – Unordnung in den deutschen Bundesländern, Pflegezeitschrift, Jg. 69, Heft 4