

19. Wahlperiode



Deutscher Bundestag
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
Kommission zur Wahrnehmung der Belange der
Kinder (Kinderkommission)

Wortprotokoll der 13. Sitzung

**Kommission zur Wahrnehmung der Belange der
Kinder (Kinderkommission)**

Berlin, den 20. März 2019, 16:00 Uhr
Paul-Löbe-Haus
2.200

Vorsitz: Susann Rüthrich, MdB

Tagesordnung

Tagesordnungspunkt 1 **Seite 8**

Öffentliches Expertengespräch zum Thema
"Geburt I: Arbeitsbedingungen von Hebammen und
Geburtshelfern"

Tagesordnungspunkt 2 **Seite 29**

Anliegen an die Kinderkommission

Tagesordnungspunkt 3 **Seite 29**

Verschiedenes



Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und
Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder
(Kinderkommission)

Inhaltsverzeichnis

Anwesenheitslisten	Seite 3
Sprechregister	Seite 7
Wortprotokoll	Seite 8



Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und
Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder
(Kinderkommission)

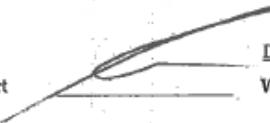
19. Wahlperiode



Deutscher Bundestag

Sitzung der Kinderkommission (13. Ausschuss)

Mittwoch, 20. März 2019, 16:00 Uhr

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
<u>CDU/CSU</u> Wiesmann, Bettina Margaretha		<u>CDU/CSU</u> Launert Dr., Silke	
<u>SPD</u> Rüthrich, Susann		<u>SPD</u> Bähr, Ulrike	
<u>AfD</u> Huber, Johannes		<u>AfD</u> Harder-Kühnel, Mariana Iris	
<u>FDP</u> Seestern-Pauly, Matthias		<u>FDP</u> Föst, Daniel	
<u>DIE LINKE.</u> Müller (Potsdam), Norbert		<u>DIE LINKE.</u> Werner, Katrin	

14. März 2019

Anwesenheitsliste
Referat ZT 4 - Zentrale Assistenzdienste, Tagungsbüro
Luisenstr. 32-34, Telefon: +49 30 227-32251, Fax: +49 30 227-36339
Es gelten die Datenschutzhinweise unter: <https://www.bundestag.de/datenschutz>.

Seite 1 von 2



Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und
Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder
(Kinderkommission)

19. Wahlperiode

Sitzung der Kinderkommission (13. Ausschuss)
Mittwoch, 20. März 2019, 16:00 Uhr

**Ordentliche Mitglieder
des Ausschusses**

Unterschrift

**Stellvertretende Mitglieder
des Ausschusses**

Unterschrift

BÜ90/GR

Lehmann, Sven

BÜ90/GR

Dörner, Katja

14. März 2019

Anwesenheitsliste

Seite 2 von 2

Referat ZT 4 - Zentrale Assistenzdienste, Tagungsbüro
Luisenstr. 32-34, Telefon: +49 30 227-32251, Fax: +49 30 227-36339
Es gelten die Datenschutzhinweise unter: <https://www.bundestag.de/datenschutz>.



Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder (Kinderkommission)

Tagungsbüro



Deutscher Bundestag

Sitzung des Unterausschusses Kinderkommission (13. Ausschuss)

Mittwoch, 20. März 2019, 16:00 Uhr

	Fraktionsvorsitz	Vertreter
CDU/CSU		
SPD		
AFD		
FDP		
DIE LINKE.		
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN		

Fraktionsmitarbeiter

Stand: 13. September 2018 / ZT4, Luisenstr. 32-34, Telefon: +49 30 227-32650
Es gelten die Datenschutzhinweise unter: <https://www.bundestag.de/datenschutz>.



Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und
Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder
(Kinderkommission)

**Anwesenheitsliste der Sachverständigen
für das öffentliche Expertengespräch zum Thema
„Geburt I: Arbeitsbedingungen von Hebammen
und Geburtshelfern“
am Mittwoch, dem 20. März 2019, 16.00 Uhr**

Name	Unterschrift
Yvonne Bovermann Vorstand Deutscher Hebammenverband e. V.	
Claudia Rheinbay Auguste-Viktoria-Klinikum Berlin	



Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und
Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder
(Kinderkommission)

Sprechregister der Abgeordneten und Sachverständigen

Abgeordnete

Vors. Susann Rüthrich	8, 11, 18, 19, 20, 24, 28, 29
Abg. Dr. Silke Launert	20
Abg. Norbert Müller	21
Abg. Katja Dörner	25, 27

Sachverständige

Yvonne Bovermann	12, 18, 19, 20, 22, 24, 25, 27, 28
Claudia Rheinbay	8, 18, 19, 20, 23, 25, 27, 28



Tagesordnungspunkt 1

Öffentliches Expertengespräch zum Thema „Geburt I: Arbeitsbedingungen von Hebammen und Geburtshelfern“

Vorsitzende: Herzlich willkommen und vielen Dank, dass Sie zu uns gekommen sind. Ich begrüße Frau Bovermann aus dem Vorstand des Deutschen Hebammenverbandes sowie Frau Rheinbay, Leitende Hebamme im Auguste-Viktoria-Klinikum in Berlin, zu der heutigen Sitzung der Kinderkommission. Da Frau Rheinbay die Sitzung gegen 17:30 Uhr bereits verlassen muss, ist die Dauer der Sitzung zeitlich limitiert, was einige auch sehr sympathisch finden.

Wir befassen uns mit dem großen Themenkomplex „Ein guter Start ins Leben“ und verlassen den ersten Teil, bei dem es vor allem darum ging, das Wohl des Kindes im Mutterleib in den Blick zu nehmen. Wir nähern uns jetzt dem Bereich der Geburtshilfe. Das verbindende Element zwischen der Betreuung der Schwangeren, der Geburtshilfe selbst sowie der Nachbetreuung bilden bei uns die Hebammen. In den letzten Jahren haben wir an sehr vielen Stellen immer wieder gehört, dass die Situation der Hebammen in unserem Land alles andere als sorgenfrei ist. Und genau deswegen haben wir uns gedacht, dass es sinnvoll wäre, diejenigen heute als Expertinnen einzuladen, die sowohl die Schwangeren, die Neugeborenen sowie die Familien betreuen und begleiten als auch dem Kind selbst auf die Welt helfen. Wir möchten, dass Sie uns Ihre Sicht auf die Frage schildern, was Sie brauchen und wie sich aktuell die Situation der Hebammen sowohl in der Klinik als auch außerklinisch und in der Betreuung und Begleitung darstellt. Deswegen freue ich mich, dass Sie hier sind.

Sie haben offensichtlich mehrere Präsentationen dabei, wovon wir eine hier schon sehen. Ich würde daher vorschlagen, dass Sie, Frau Rheinbay, anfangen.

Ein Hinweis noch: Dies ist eine öffentliche Sitzung, d. h. das gesprochene Wort wird

protokolliert und das Protokoll selbst ist auf der Internetseite der Kinderkommission des Deutschen Bundestages abrufbar. Was also nicht im Protokoll stehen soll, bitte einfach auch nicht sagen. Es ist immer schwierig, das Gesagte im Nachhinein aus den Protokollen wieder herauszubekommen.

Weiterhin darf ich dazu sagen, dass wir im Normalfall sechs Personen in der Kinderkommission sind. Herr Lehmann von den Grünen wird heute von Frau Dörner vertreten, Frau Wiesmann von der CDU wird von Frau Dr. Launert vertreten. Herr Seestern-Pauly von der FDP konnte niemanden heute als Vertreter gewinnen, er wäre sonst mit Sicherheit auch gern dabei gewesen. Herr Huber scheint sich abgemeldet zu haben. Aber an der Stellungnahme werden diese Mitglieder mit Sicherheit auch weiter mitarbeiten. Deswegen sind wir also heute nicht ganz vollzählig. Aber jetzt haben Sie gern das Wort.

Claudia Rheinbay (Auguste-Viktoria-Klinikum Berlin): Mein Name ist Claudia Rheinbay. Ich bin Hebamme, habe hier in Berlin gelernt, war fünf Jahre freiberufliche Hebamme, arbeite jetzt schon ganz lange bei Vivantes, im Auguste-Viktoria-Krankenhaus und leite dort den Kreißsaal. Ich muss nachher früher weg. Weil ich das aber so passend finde, möchte ich ganz gerne noch sagen, worum es sich bei der anschließenden Veranstaltung handelt. Es ist eine Veranstaltung für werdende Eltern, für Frühe Hilfen, die bei uns im Krankenhaus stattfindet.

Ich verschaffe Ihnen erstmal einen Überblick über die aktuelle Situation und werde Ihnen dann über unsere Aufgaben berichten, also wie arbeiten eigentlich angestellte Hebammen, über unsere Herausforderung, aber auch unsere Möglichkeiten und Projekte am Beispiel von meinem Krankenhaus, und auch Initiativen, Ideen oder auch Wünsche von mir, was wir noch besser machen können, natürlich auch dann den Bezug zum Kinderschutz.

Oberste Priorität hat natürlich der Wunsch der Schwangeren, kompetent betreut zu werden.



Demgegenüber steht aber im Moment der Hebammenmangel. Dem Hebammenmangel kann an zwei Stellgrößen begegnet werden. Zum einen kann die Anzahl der Ausbildungsplätze erhöht werden. Es passiert auch gerade, dass Hebammenschulen aus dem Boden sprießen. Hier in der Stadt sind die Ausbildungsplätze erhöht worden, vom Berliner Runden Tisch mit Frau Kolat entschieden. Die andere Stellgröße ist diejenige, die Hebammen zu halten. Das sehe ich als meine Aufgabe als Leitende Hebamme an. Und hier unterstütze ich meinen Arbeitgeber dabei, den Hebammen einen attraktiven Arbeitsplatz zu bieten. Habe ich nicht genügend Hebammen, muss ein Kreißsaal auch gesperrt werden. Das passiert manchmal tageweise. Manche Kreißäle werden auch ganz gesperrt, hier in Berlin eher tageweise. Das verunsichert Schwangere, und das höre ich auch immer wieder am Infoabend, das verursacht Angst, zur Geburt abgewiesen zu werden.

Eingruppiert sind wir Hebammen nach TVöD, in kirchlichen Häusern ist das sicherlich am TVöD angelehnt, ich weiß aber nicht genau, wie es da ist. Wir werden von der Eingruppierung eine Stufe besser bezahlt als die Pflege, das ist so im Funktionsdienst. Sie wissen, wir Hebammen sind rund um die Uhr im Kreißsaal. Den Kindern ist es ganz egal, ob Ostermontag oder Werktag oder Pfingsten ist. Wir arbeiten im Früh-/Spät-/Nachtdienst, 24 Stunden am Tag und sieben Tage die Woche. Für diese Schichten bekommt man dann eine Schichtdienstzulage. Das zusammen ist unser Gehalt. Ich wünsche mir eine zusätzliche Vergütung für besondere Leistungen, z. B. für Praxisanleiter, die sich der Ausbildung der werdenden Hebammen, also Hebammenschülerinnen und Studentinnen widmen oder auch für Hebammen, die andere Fortbildungen gemacht und sich weiter qualifiziert haben, wie z. B. im Qualitätsmanagement, oder auch für Hebammen, die etwa bei Hebammenstudien mitgearbeitet haben. Ziel für mich ist die verantwortungsorientierte Vergütung, weil das ein wichtiges Instrument ist, um ordentlich zu führen und zu leiten.

Wie lernen Schwangere uns kennen, unsere

Aufgaben als angestellte Hebammen? Wir arbeiten und gestalten den Infoabend für werdende Eltern. Wir arbeiten in der Schwangerenberatung, in der Aufklärung z. B. über Schmerzmittel, über Geburtspositionen, aber auch bei Beschwerden oder zum Filtern, was speziell nochmal medizinisch anders behandelt werden muss. Das passiert in der Schwangerenberatung.

Die Schwangerenambulanz ist eine Art Erste Hilfe, die aus dem Dienst heraus vom Kreißsaal direkt mitbedient wird. Insbesondere wenn die Arztpraxen geschlossen sind, ist das die erste Anlaufstelle, wo Schwangere hingehen können, wenn sie Beschwerden haben. Die Betreuung unter der Geburt ist natürlich unser Kerngeschäft. Aber auch nach der Geburt werden die Frau und das Baby noch versorgt. Auch bei operativen Geburtsbeendigungen muss die Frau danach noch postoperativ überwacht werden. Das frühe Stillen ist uns wichtig im Kreißsaal.

Unabhängig vom Patientenkontakt sind die sehr wichtige Dokumentation und die praktische Ausbildung, also die Arbeit mit den Hebammenschülerinnen sehr zeitaufwendige Bestandteile unseres täglichen Arbeitslebens.

Zu den Herausforderungen: Das Erste ist natürlich die Dienstbesetzung. Einen Soll-Plan zu schreiben, ist für mich relativ einfach, wenn die Besetzungsstärke stimmt, wenn das Personal da ist. Der Ist-Plan, also der aktuelle Plan, ist dann die Herausforderung. Sollte eine Krankmeldung vorliegen, muss ich sehen, wer morgen früh den Frühdienst macht. Und wenn ich jetzt um 17.00 Uhr angerufen werde, dass der Nachtdienst ausfällt, dann ist das eine Wahnsinnsherausforderung. Das können Sie sich selbst ja auch vorstellen. Das Einspringen heißt für die einzelne Hebamme, dass sie zu Hause angerufen wird. Sie fühlt sich moralisch verpflichtet: Zum einen kennt sie den Wunsch, selbst auch abgelöst zu werden, denn sie kann nur gehen, wenn auch eine neue Kollegin zum Dienst erscheint. Man möchte die Kollegin nicht alleine im Dienst lassen. Das würde bedeuten, dass Schwangere unversorgt sind. Das sind Gründe, weshalb Hebammen dann doch einspringen. Zum



anderen muss sie gleichzeitig aber auch eine Eigenfürsorge betreiben und sich kümmern: „Wie viele Dienste kann ich denn noch übernehmen, wenn ich selbst schon meinen Arbeitsvertrag habe?“ Die kommen ja dann noch zusätzlich dazu. Das muss dann jede Kollegin für sich selbst entscheiden. Kann sie noch einspringen oder nicht? Diese Fürsorgepflicht hat aber auch der Arbeitgeber oder ich als Leitung. Ich muss das Arbeitszeitgesetz einhalten und gut überlegen, wie sehr kann ich jemanden belasten. Belaste ich die Kollegin zu viel, ist das diejenige, die als nächstes auch wieder krank werden könnte.

Weitere Herausforderungen sind die emotionalen Belastungen durch dramatische Geburtsverläufe. Gestern z. B. hat eine Frau sehr stark geblutet, wir haben das sehr gut gehandelt, das haben wir geübt. Der Mann hat aber sehr geweint, und das belastet uns auch, das ist anstrengend. Das gehört auch zu den Herausforderungen. Sehr wichtig finde ich die Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen. Hier muss man genügend Zeit einbringen, die Hebammen müssen die Standards und die hausüblichen Prozesse kennenlernen. Wenn man hier nicht genügend Zeit einplant, ist das die Hebamme, die auch schon in der Probezeit wieder abspringt. Das ist ein ganz wichtiges Thema im Kreißsaal. Die nächste Herausforderung, die ich sehr gerne übernehme, ist die Vereinbarkeit von Teilzeitstelle und freiberuflicher Hebammentätigkeit. Bei uns z. B. arbeitet keine Hebamme mit 100 Prozent. Alle haben etwa 75 Prozent. Das reduziert etwas die Schichtdienstbelastung. Gleichzeitig behalten die Hebammen den Rundumblick für die Arbeiten, die sonst das Hebammenleben mitbestimmen. Und so muss man eben schauen: Wenn eine Hebamme montags immer Kurse anbietet, muss sie montags keinen Spätdienst machen. Aber das geht recht gut zu organisieren.

Möglichkeiten und Projekte möchte ich nennen, weil sie sehr wichtig sind, um Hebammen zu halten und genügend Hebammen als Bewerberinnen zu haben. Auch wir sind ein fruchtbare Volk und bekommen Kinder. Den Hebammenstamm, die Anzahl zu halten, ist eine große Herausforderung. Ich weiß, was junge Kolleginnen sagen, was sie überzeugt hat, weshalb

sie zu uns ins Auguste-Viktoria-Klinikum gekommen sind. Davon möchte ich berichten. Aus Respekt und Wertschätzung den Hebammen gegenüber sind mir gut geplante Teamsitzungen wichtig. Hier kann ich nämlich Kompetenz aus dem Team nutzen. Wir analysieren Abläufe und schauen, was kann besser gemacht, was kann vielleicht auch schlanker organisiert werden. Wichtig in den Teamsitzungen sind auch die Fallbesprechungen: Was haben wir beim letzten Fall gut gemacht? Was könnten wir das nächste Mal besser machen? Das passiert auch mit anderen Berufsgruppen, also Geburtshelfern, Medizinern, aber auch Kinderärzten oder Anästhesisten.

Eine weitere Möglichkeit besteht bei uns z. B. darin, an einer hebammegeleiteten Studie teilzunehmen, die „Be-Up“ heißt. Hier wird von Hebammen erforscht, ob das Ambiente und die aufrechte Gebärposition Auswirkungen auf den Geburtsverlauf haben. Das reizt Hebammen, das ist originäres Hebammdenken. Aber jetzt können wir es auch mal erforschen.

Die Digitalisierung im Kreißsaal ist ein richtig großes Projekt mit vielen Umstellungen, das man nicht nebenbei machen kann. Es ist aber hilfreich, von jedem Raum aus in die Akte reinschauen zu können, ohne dass ich die Akte erst suchen oder holen muss. Dass Ärzte und Hebammen die Befunde gleichzeitig eintragen oder einsehen können, beschleunigt die Abläufe sehr und hilft bei der Dokumentation.

Großes Projekt und wichtig ist eine Anmeldeonlineplattform. Das haben noch nicht viele Kreissäle. Ich glaube, wir waren der erste Kreißsaal. Das ist superwichtig, da wir es damit geschafft haben, 1.700 Telefonanrufe von Schwangeren aus dem Kreißsaaltelefon herauszuholen. Das ist wichtig, um so der Hebamme Zeit zu geben, sich um ihre eigentliche originäre Hebammentätigkeit kümmern zu können.

Supervision starten wir jetzt im April. Das ist den Hebammen wichtig, um eine Möglichkeit zu finden, den Stress besser zu verarbeiten.



Das Simulationstraining ist jetzt originär mein „Baby“. Früher hat man Hebammen und Ärzte in ganz unterschiedliche Fortbildungen geschickt. Heute versucht man das zusammen zu gestalten. Im Team trainieren wir Situationen und Abläufe – „train together who work together“. Das hilft der Kommunikation. Das ist im Simulationstraining ähnlich wie in der Luftfahrt, dass man Notfallsituationen ständig üben muss.

Das sind Projekte, über die auch die Hebammenzeitung berichtet. Konkret habe ich zwei Kolleginnen, die deswegen bei uns angefangen haben, weil das sehr gut ankommt. Inzwischen mach ich das bei Vivantes über das AVK hinaus auch in anderen Kreißsälen.

Dazu brauchen wir personelle und zeitliche Ressourcen. Ich nenne das gesunde Personalplanung. Die Geburtenzahl ist für die Personalplanung der meisten Kreißsäle im Moment wichtig. Hinter einer Vollzeitkraft sind etwa 120 bis 130 Geburten hinterlegt. Ich setze mich beim Arbeitgeber dafür ein, dass die Personalplanungsberechnung darüber hinaus anhand der Aufgaben, der Projekte und auch der Verantwortung, die der Kreißsaal übernimmt, erfolgt. Die Leitung braucht genügend Zeit, um einen Kreißsaal zu leiten und zu managen.

Initiativen, Ausblicke und auch meine Wünsche: Wenn ich zu entscheiden hätte, würde ich heute noch einen Ideenwettbewerb ausrufen für Arbeitszeitmodelle. Da sollte man in die Kreißsäle mal reinhören. Was wünschen sich Hebammen denn? Das ist komplett unterschiedlich. Manche wünschen sich eine längere Arbeitszeit und dafür mehr freie Tage. Andere, junge Hebammen wünschen sich Langzeitkonten, um vielleicht alle zwei Jahre mal für einen Monat in den Entwicklungsdienst zu gehen oder auch nur zu verreisen. Da gibt es Ideen, da sollte man hinhören.

Mir ist es wichtig, Fortbildung durch Hospitationen anzubieten. Ich denke, das bietet sich gerade hier in der Stadt an, wo wir eine so hohe Dichte an Kreißsälen mit kompetenten Hebammen haben. Ich würde gerne jede meiner

Hebammen mal zur Fortbildung in ein anderes Haus schicken, damit sie sehen, wie das denn andere machen. Das wäre mir sehr wichtig.

Das Wichtigste aber ist, ein Einspringkonzept zu entwickeln, denn das Anrufen zu Hause setzt doch Kolleginnen unter Druck: Man möchte es nicht, man soll es nicht, und trotzdem brauche ich jemanden. Vielleicht frage ich auch und warte, bis sie morgen im Dienst ist und sage dann: „Kannst du noch einen Dienst länger arbeiten?“ Aber es belastet die Kollegen. Hier stelle ich mir vor, den Kolleginnen finanzielle Anreize für diese hohe Flexibilität zu bieten oder z. B. hier in der Stadt ein Poolteam zu bilden, um auf Hebammen zugreifen zu können, wenn der Krankenstand besonders hoch ist. Das würde ich als Wertschätzung von Hebammen werten.

Betreuung durch Hebamme heißt, dass Schwangere und Baby kompetent geburtshilflich versorgt werden. Das dient natürlich der Gesundheit von Mutter und Kind. Wir stabilisieren die Mutter in ihrem Selbstwertgefühl, das Kind zu gebären, aber auch den Geburtsprozess im Anschluss zu verarbeiten und durch frühes Stillen und „Bonding“ die Bindung zwischen Mutter und Kind zu stärken. Wir unterstützen die Familie und erleichtern den Start für eine gute Entwicklung des Kindes.

Der Bezug zum Kinderschutz ergibt sich daraus, dass die Hebamme durch die Geburt einen sehr intimen Zugang zur Mutter erhält, körperlich und emotional. Das setzt sich auch beim Stillen fort. Stillen empfinde ich als Kinderschutz. Das ist vom ersten Lebenstag angepasste Ernährung. Der Körperkontakt heißt unmittelbares „Bonding“. Das ist Gesundheitsprävention, Schutz vor Infektionen und Allergien, die Bestärkung der Frau, eine gute Mutter zu sein. Eltern wollen gute Eltern sein und Hebammen ermöglichen einen guten Start ins Leben. Dankeschön.

Vorsitzende: Vielen Dank für Ihre Einblicke und Wünsche. Ich glaube, da haben wir schon eine ganze Menge an Fragen und Diskussionsstoff. Aber ich würde erst noch an Sie, Frau Bovermann, übergeben.



Yvonne Bovermann (Vorstand Deutscher Hebammenverband e. V.): Sehr geehrte Frau Rüthrich, sehr geehrte MdBs und liebe Gäste und Claudia, vielen Dank für die Einladung hier in die Kinderkommission. Es hat mich sehr gefreut, dass Sie da an den DHV und an uns Hebammen gedacht haben. Manche denken, Kinderschutz fange erst an, wenn die Kinder schon da sind. Aber tatsächlich passiert ja vorher schon eine ganze Menge und auch während das Kind geboren wird. Ich hätte jetzt eigentlich Stoff für zwei, drei Stunden. Ich glaube, das wollen Sie nicht. Ich kann sehr schnell reden, das wollen Sie auch nicht. Ich versuche mich kurzzufassen.

Meine Kollegin, Claudia Rheinbay, die ich auch schon sehr lange kenne, weil wir damals in Berlin tatsächlich zusammen gelernt haben, hat schon viele Einblicke in die täglichen praktischen Herausforderungen dort im Kreißsaal gegeben. Ich mache das Ganze jetzt ein bisschen auf der Ebene darüber, auf der Metaebene, und ich denke, das ergänzt sich gut.

Ich selbst habe knapp 20 Jahre im Geburtshaus gearbeitet und auch eines gegründet, damit auch Beleggeburten gemacht, und vier Jahre in der Hebammenschule gearbeitet und diese auch drei Jahre geleitet, ebenfalls bei Vivantes. Ich habe heute auch überlegt, was ich so sagen kann, und habe mir Ihre Fragen angeschaut. Ich versuche zunächst, ein paar Zahlen zu nennen, so wie denn Zahlen haben. Dann ist die Frage, was machen eigentlich die Hebammen, wenn sie sagen: „Nö, ich geh‘ nicht mehr in so einen schönen Kreißsaal, wie den des AVKs oder auch in anderen Häusern.“ Fragen zu Arbeitsbedingungen und Personalgrenzen. Was hat sich der DHV dazu überlegt? Was würden wir Ihnen, Ihnen Abgeordnete, gerne ans Herz legen, was Sie für uns tun können, wo Sie sich für uns einsetzen können? Und dann geht es um die hochschulische Qualifikation. Ich bin ja Beirätin für den Bildungsbereich. Das ist eigentlich mein Hauptsteckenpferd, und allein dazu könnte ich schon ganz viel sagen. Ich bin fest davon überzeugt, dass das auch etwas damit zu tun hat, wie wir hinterher arbeiten. Ein Thema wird die mögliche Übergangsgestaltung für die Akademisierung sein. Das wird jetzt ein Thema,

mit dem wir uns sehr spät, sehr knapp befassen. Dazu habe ich auch dann noch ein bisschen etwas vor. Ich kann alles ein bisschen kürzer machen. Wir schauen mal, wie es passt.

Also erstmal zur Hebammenversorgung: Ich würde gerne ein bisschen weiter in die Vergangenheit zurückgehen. Tatsache ist, dass wir heute nicht so ganz genau wissen, wie viele Hebammen es gibt, weil wir Überschneidungen haben. Wir wissen, es gibt freiberufliche. Frau Rheinbay hat gesagt, die meisten sind teilzeitbeschäftigt. Das ist tatsächlich so. Wenn jetzt Destatis zählt, wie viele angestellte Hebammen es gibt und wie viele Teilzeit arbeiten, dann wissen wir nicht, wie viele davon eigentlich Vollzeit arbeiten, aber in verschiedenen Feldern eben freiberuflich und angestellt. Aber Tatsache ist auch, wenn wir uns das mal anschauen, 1985 gab es im außerklinischen freiberuflichen Bereich gerade mal noch 522 Hebammen, und wir hatten 813.000 Geburten. Also immer noch deutlich mehr als heute, immer noch deutlich weniger als in den fünfziger Jahren, als wir immerhin knapp 10.000 Hebammen hatten. Und heute haben wir ja unter 800.00 Geburten, aber – so die Zahl der GKV – 18.000 gemeldete freiberufliche Hebammen. Und trotzdem spüren wir im freiberuflichen einen irrsinnigen Hebammenmangel.

Das Augenmerk sollte man vielleicht auch darauf richten: In den 50er Jahren haben wir noch 50 Prozent Hausgeburten gemacht. Heute machen wir 1,5, genauso wie in den 80er Jahren. Was machen diese 18.000 Hebammen da draußen? – und wir haben immer noch einen Hebammenmangel. Das ist eine total spannende Frage. Weitere Forschung ist nötig. Auch dafür brauchen wir Studiengänge, da wir es nämlich nicht ganz genau wissen. Diese Zahl hab ich mir vom GKV genommen, die bereiten das immer so hübsch auf. Hier sieht man auch, dass die Zahl der Hebammen, die in der Vertragspartnerliste gemeldet sind, in all den Jahren hochgegangen ist. Das geht jetzt bis 2016. Wir wissen aber auch, das geht bis 2018 immer noch ein bisschen weiter hoch. Auch die Hebammen, die in der außerklinischen Geburtshilfe sind, sind trotz aller Befürchtungen, die wir hatten, nicht weniger geworden. Wir wissen aber immer nicht, wie viel



sie eigentlich arbeiten. Also, wenn ich 18.000 Hebammen habe: Sind das eigentlich jeweils nur Viertelhebammen, weil sie dort nur ein Viertel ihrer Zeit arbeiten und vielleicht noch auf einer Vollzeitstelle im Krankenhaus sitzen oder weil sie eine Familie versorgen? Das können wir nicht sagen. Also, es existiert hier keine klare Datenbasis. Die Bundesregierung lässt jetzt ein Gutachten, das im August fertig sein soll, zu der Frage erstellen, wo Hebammen wie arbeiten. Ich finde es kritisch, wenn es in einem Land eine Berufsgruppe innerhalb des Gesundheitswesens gibt, bei der man nicht weiß, wie viel und was sie arbeiten und wo sie sitzen.

Ich glaube, so etwas wie der Heilberufeausweis auch für Hebammen wäre wichtig. Wir müssen ein klares Meldeverfahren oder so etwas haben. Das ist ja europäisch alles angedacht. Ich glaube, da tut sich Deutschland sehr schwer. Aber diese Gutachtenschreiberei ist ja auch nicht der richtige Weg, da wir in drei Jahren wieder ein Gutachten machen müssen, um zu wissen, welche Maßnahmen gegriffen haben.

Tatsache ist, die Kreißsäle gehen mit der Zahl herunter. Wir haben das ja auch oft moniert. Ich sage mal deutlich, wir sagen nicht: „Das ist was ganz Schlimmes. Das darf nicht passieren.“ Schließlich wissen wir auch, dass sehr kleine Geburtshilfen durchaus auch ihre Probleme haben. Was wir hauptsächlich und sehr stark kritisieren, ist, dass Kreißsäle ohne ein klares Konzept geschlossen werden, wo denn die Frauen in Zukunft hingehen sollen. Es werden auch nicht die Fragen gestellt, ob die Hebammen in das andere Haus mitgehen oder einfach vor Ort bleiben, sich selbstständig machen, ein paar Wochenbettbetreuungen, Schwangerenbetreuungen machen, aber in der Geburtshilfe fehlen. Mit einem Konzept kann das an manchen Stellen sehr sinnvoll sein. Wir müssten dann natürlich herausfinden, wie weit darf der Weg maximal sein, welche Maßnahmen ergreife ich, um Frauen dann tatsächlich in das Krankenhaus zu bringen. Da können wir in andere Länder schauen, da können wir eine ganze Menge lernen.

Im Augenblick wissen wir, dass die Hebammen auch im Kreißsaal mehr werden. Aber wir haben eine irre Teilzeitquote, wie Claudia Rheinbay bereits angesprochen hat. Ich habe von einem Kreißsaal gehört, der fünf Stellen hat. Das ist also einer mit ganz wenigen Geburten. Wenn einer ausfällt, ist das ein großes Problem. Aber es sind nicht fünf, sondern 14 Hebammen auf den fünf Vollzeitstellen. Also stellen Sie sich das Arbeiten in Teilzeit wirklich in Kleinst- und kleinen Stellen vor.

Was machen die Hebammen, wenn sie nicht in die Geburtshilfe gehen? Wir haben das Teilzeitproblem schon besprochen. Sie sehen nur ein Foto. Darunter ist noch eines auch aus der FAZ und auch im Sinne von „Frauen sind sehr viel in der Teilzeit“. Die reden von einer Quote von 50 Prozent. Bei uns ist diese höher. Das hat bestimmt verschiedene Gründe. Aber das ist ein Problem, weil wir gar nicht genau wissen, wie viel wir eigentlich ausbilden müssen, um Vollzeitäquivalente zu haben.

Hier stelle ich Ihnen ein paar Folien einer Studie einer Bachelorabsolventin vor, auch dafür brauchen wir Forschung. Diese hat nachgefragt, was eigentlich junge Auszubildende in dem Haus hält, wo sie arbeiten. Und werden sie überhaupt gehalten? Sie hat dazu eine Befragung durchgeführt und tatsächlich über 700 Auszubildende erreicht: Was würdet ihr euch wünschen? Was würde euch halten? Und die sehr traurige Erkenntnis ist, dass wir im Augenblick die Situation haben, dass im ersten Ausbildungsjahr immerhin noch 55 Prozent aller Auszubildenden sagen: „Ich möchte auf jeden Fall im Kreißsaal in der Geburtshilfe arbeiten.“ Und im dritten oder vierten sinkt das dann auf – und das sind noch ganz gute Zahlen – 8,3 Prozent. Das ist natürlich auch nicht mehr gut. Aber wir haben Schulen, wo die Auszubildenden nach drei Jahren fertig sind, da fragt man in den Raum: „Wie viele von euch werden in einem Kreißsaal weiterarbeiten?“ Und da sagt keine: „Ich möchte das noch.“ Und das ist ja wirklich eine ganz schlimme Situation. Wir haben die Möglichkeit, in die Freiberuflichkeit auszuweichen. Aber ich glaube, wir werden durch die schlechten Arbeitsbedingungen gedrängt auszuweichen, weil



das ist ja eigentlich unser Herzstück, und wir wollen das gerne, das sieht man im ersten Jahr.

Die junge Kollegin, Frau Agricola, hat dann ein Konzept entwickelt, auf das ich hier im Detail gar nicht eingehen will. Aber die Arbeit haben wir mit einem Preis prämiert. Diese ist an der Hochschule in Osnabrück fertiggestellt worden, weil wir fanden, dass das eine sehr wichtige Arbeit ist. Ich will hier gar nicht im Detail darauf eingehen. Sie sagte, sehr wichtig sei das Team, sehr wichtig seien die Arbeitssituation und die Geburtshilfe. Und es müsse eine gute Geburtshilfe in dem Haus vorhanden sein, sonst würden nicht so viele Hebammen da bleiben, eine Geburtshilfe, die auch moderne neue Erkenntnisse mit einbezieht. Da bleiben Kolleginnen eher, als wenn da noch ein sehr alter Geist herrscht und neue Erkenntnisse gar keinen Eingang finden. Dafür sind die jungen Frauen dann auch einfach zu flott und wollen am Ende auch wirklich gut arbeiten.

Ein großes Problem ist tatsächlich diese Mehrfachbetreuung. Ich kann als Geburtshaushaushebamme sagen, dass immer, wenn ich zwei oder mehr Frauen betreuen musste, ob im Geburtshaus oder im Krankenhaus, dass es eine insuffiziente Betreuung war. Es ist immer irgendetwas nicht gut gelaufen. Das machen wir uns dann ein bisschen schicker, dass wir CTGs von anderen Frauen sehen, wenn wir in einem Kreißsaal sind. Aber am Ende ist es nicht okay, wenn ich meine hochfokussierte Aufmerksamkeit auf mehrere Frauen verteilen muss, da sie immer zeitgleich in eine prekäre Situation kommen können. Das wissen wir alle. Und dann kann ich mich ja nicht mehr zweiteilen. Da muss ich mich entscheiden. Und das ist nie eine besonders gute Entscheidung.

Also hier nochmal die Aufstellung, was die Kollegin herausgefunden hat. Sie sagt, die Geburtshilfe und Team seien das Wichtigste. Dann kommt aber Personalschlüssel, Vergütung usw. Alle anderen Dinge sind wichtig, aber nicht ganz so wichtig. Also wenn wir hier an Geburtshilfe und an der Teamarbeit etwas ändern, und dazu gehören auch Hierarchien und Teamführung – wie du es gesagt hast –, dann tun

wir eine ganze Menge, um die Kolleginnen dort zu behalten.

Was fordert der DHV? Wie Sie hoffentlich mitbekommen haben, haben wir einen Vorschlag für ein Geburtshilfestärkungsgesetz analog zum Pflegepersonalstärkungsgesetz an das Bundesministerium für Gesundheit übergeben. Wir haben da detailliert zehn Forderungen erarbeitet, was dahinterstecken soll. Das sind natürlich die flächendeckende Versorgung und die Vorhaltekosten der Geburtshilfe. Verglichen wird das immer mit der Situation bei der Feuerwehr: Ich habe nicht so viele Feuerwehrleute, als ob es andauernd brennen würde, sondern jedem von uns ist klar, dass sie einfach in der Feuerwache sind, dass sie da sind, dass sie sich vielleicht fortführen, ein bisschen fit halten, dafür sorgen, dass ihre Geräte in Ordnung sind. Aber wir alle wissen, es wird nicht immer brennen. Und in der Geburtshilfe ist es ja genauso. Da kommt mal der Bus mit vielen vorgefahren, die auf einmal ihr Kind bekommen. Und dann kommt auch mal ein paar Tage vielleicht keine Frau. Und trotzdem sollte der Kreißsaal gefüllt sein. Wenn Sie sich die internationalen Standards anschauen – du sprachst eben von 120 Geburten –, die liegen bei 30 bis 40 pro Jahr. Das ist eine ganz andere Situation. Das könnten wir hier auch vertiefen. Da fehlt bei uns so enorm viel, das kann man sich gar nicht vorstellen. Aber wir sagen es dennoch, damit einfach auch klar wird, wie groß der Abstand ist.

Die räumliche Situation ist teilweise dramatisch. Interessanterweise wurde auch das beim Pflegetag problematisiert: Wenn es die baulichen Bedingungen nicht hergeben, dann brauche ich mehr Personal. Also im Kreißsaal des Vivantes Neukölln z. B. läuft man Kilometer an Strecke, weil das mal sehr hübsch gedacht war, dass es sehr schön rund sein soll. Winzige Personalräume, keine Computerarbeitsplätze und nicht mal eine Klingel, kein Rufsystem, und da kann man als Hebamme nicht gut arbeiten. Die haben auch viele freie Stellen.

Die weiteren Punkte sind, dass nicht mehr diese



zusätzlichen Aufgaben übernommen werden müssen, dass die berufsfremden Tätigkeiten durch Hilfspersonal und andere Personen übernommen werden können. Die leitenden Funktionen, die sind, glaube ich, sehr wichtig. Das scheint mir eine zentrale Schlüsselfunktion zu sein. Wie ist die leitende Hebamme ausgebildet? Wie ist sie in der Lage, sich in einem streng hierarchischen System durchzusetzen, für ihr Team etwas zu tun und die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern? Fehlermanagement usw., ich gehe nicht weiter drauf ein. Aber wir haben es in unseren Papieren drin. Ich habe auch ein paar Pressemappen mit diesen Unterlagen dabei, wenn Sie Interesse haben.

Kommen wir jetzt zur hochschulischen Qualifikation. Was soll denn das noch bringen? Haben wir nicht andere Sorgen? Uns fehlen Hebammen. Es wäre doch jetzt das Einfachste zu sagen, einfach die Schulen weiter zu steigern. Das passiert ja auch. Es werden viele Schulen neu gegründet. Sehr schön zusammengefasst hat das eine Professorin aus England. Ein paar von Ihnen waren, glaube ich, bei uns auf dem parlamentarischen Abend. Die Kollegin hat das sehr schön ausgeführt. Sie hat den ganzen Übergangsprozess in England mit begleitet und sagte, dass wir hier enorm kluge und sehr engagierte und begeisterte, überwiegend Frauen hätten, die Hebammen werden; aber wir nutzten ihr volles Potential nicht, da wir ihnen die wirklich dringend wichtige Qualifikation nicht mit auf den Weg geben. Und das fehlt am Ende für die Frauen und für die Kinder und für die ganze Familie. Es geht hier nicht darum, dass wir etwas für uns haben wollen, sondern es geht darum, dass wir die uns anvertrauten Frauen und Kinder besser betreuen könnten. Sie sagt, davon profitierten am Ende nicht nur die Frauen und Familien, sondern auch das Gesundheitssystem, die Geburtshilfe – würde ich jetzt noch ergänzen – die Universitäten, die wissenschaftliche Forschung, weil wir uns anders einbringen könnten. Die Ärzte forschen viel, das ist auch gut und richtig – wir würden ein bisschen anders hinschauen. Und beide zusammen, glaube ich, könnten das System echt noch verbessern.

Ich möchte Sie auch auf das Gutachten verweisen,

das die Bundesregierung in Auftrag gegeben hatte und das vom BQS-Institut erstellt wurde. Es geht um die Ursache von Geburtsschäden bei freiberuflich tätigen Hebammen. Für uns klingt dieser Titel natürlich nicht schön. Die waren auch nicht alle außerklinisch bei Hausgeburten, sondern es geht auch um Belegsysteme. Es geht aber auch um die Geburten, wie sie im Krankenhaus weitergehen. Also der Titel ist nicht ganz passend. Dennoch hat dieses Gutachten ein paar ganz wichtige Punkte aufgezeigt. Es wurden Schadensfälle untersucht und Expertinnen befragt. Es war eigentlich ein ziemlich umfassender Blick. Und sie haben gesagt, dass es in der Geburtshilfe zwar nicht sehr oft, aber wenn, dann wirklich extrem komplexe Situationen gibt, die wirklich zeitkritisch sind und in denen zielorientiertes Handeln erforderlich ist. Verzögerte Reaktionen verursachen dann Fehler. Es ist sehr wichtig – und das muss ganz deutlich verbessert werden, wenn wir uns auch die Schadensfälle angucken –, dass das interdisziplinäre und vor allem interprofessionelle Denken und Handeln zwischen Ärzten und Hebammen verändert wird, um Fehler zu vermeiden. Dafür müssen aber auch wir Hebammen lernen, eine andere Sprache zu sprechen. Es wurde festgestellt, dass Hebammen und Ärzte sehr unterschiedliche Wahrnehmungen von Risikofaktoren haben. Und es wurde ganz deutlich gesagt, teilweise fehle es an Qualifikation und Kompetenz. Und das ist natürlich dramatisch. Ich überlegte schon, ob ich das überhaupt in dem Protokoll hier drin haben möchte. Aber wir müssen ja auch die Punkte benennen. Personalmangel wurde auch noch genannt, also es gibt noch weitere Themen.

Aber wir reden ja gerade von der Akademisierung, und hier kommen dann die Empfehlungen. Und ich sage mal, das ist eigentlich alles eine Steilvorlage gegen alle Widerstände, die gegen die Umsetzung der Akademisierung bestehen, weil jede dieser Empfehlungen zumindest teilweise durch eine flächendeckende akademische Ausbildung und Qualifikation der Hebammen mit aufbauender Master- und Promotionsentwicklung, also mit einer Professionsentwicklung wie auch in anderen Berufen, in Angriff genommen werden könnte.



Sie sagten, sie bräuchten evidenzbasierte Leitlinien, die interprofessionell entwickelt werden. Ja, das machen Wissenschaftler und nicht die Hebammen mit einer dreijährigen Berufsausbildung. Sie sagen, sichere Geburtshilfe sei evidenzbasiert. Dazu brauche ich Hebammen, die wissenschaftlich denken und arbeiten. Der Aufbau und Ausbau von Wissen muss interprofessionell erfolgen, effektive Kommunikation schützt vor Fehlern. Wenn wir uns anschauen, was auf dem Qualifikationsniveau eines Bachelors vermittelt wird, dann ist genau das dort, aber nicht bei einer dreijährigen Berufsausbildung vorortet. Deswegen sagen wir schon lange, aber jetzt immer intensiver und mit immer mehr Not, die wir auch wahrnehmen, dass die Regelakademisierung wirklich überfällig ist. Und es ist eine riesige Chance für Deutschland und zu allererst für die Frauen und Kinder und – deswegen sitzen wir ja hier – für die Zusammenarbeit unserer Berufe. Am Ende kommt das auch wieder den Kindern und dem Hebammenberuf zugute, weil wir uns dann weiterentwickeln können. Und das ist natürlich auch eine wichtige Geschichte.

Zum Übergang. Das ist jetzt die ganz große Frage, weil die EU-Richtlinie den Stichtag 18.1.2020 normiert hat. Jetzt wird in den Ländern viel diskutiert, auch bei den Wissenschaftsministern, und es wird gefragt: „Wieviel Zeit wollen wir uns denn nehmen? 10 Jahre, 15 Jahre, 20 Jahre? Ist ja jetzt eine große Geschichte.“ Die EU-Richtlinie soll am 18.1.2020 umgesetzt sein. Der Übergangszeitraum von 2013 bis 2020 betrug sieben Jahre. Diese Diskussion finde ich hochproblematisch, weil ich mich ja selbst frage, wie das denn jetzt noch bis 2020 gemacht werden solle. Dennoch, ich glaube, wir haben ein ziemlich gutes Konzept für die Übergangsgestaltung vorgelegt, das auch ermöglichen würde, diese drei Punkte, die da stehen, mit einem sehr schnellen Wechsel an die Hochschulen wirklich hinzubekommen. Damit könnten wir die EU-Richtlinie erfüllen und dann auf dieser höheren Ebene Wissen vermitteln. Das kann schnell gehen. Wir brauchen dann allerdings Zeit für die Weiterqualifikation aller Beteiligten, nämlich der Hebammen, die an den Hochschulen lehren sollen, und der Hebammen, die in der Praxis als Praxisanleiter tätig sind. Wir brauchen

auch eine Großzügigkeit bei den Menschen, allen Hebammen, die dabei sind, weil das Frustpotential in unserer Berufsgruppe schlimmer werden könnte, wenn wir sie jetzt nicht mitnehmen. Und der andere Teil ist: Wir haben so viele großartige Hebammen. Wenn wir jetzt sagen, ihr müsst aber alle noch drei Jahre studieren, um auch noch einen Bachelor zu bekommen, dann werden wir diese auf diesem akademischen Weg nicht mitnehmen. Ich persönlich möchte nicht nur Hebammen ohne Berufserfahrung an den Hochschulen haben. Ich möchte da ganz viel Berufserfahrung haben. Also brauchen wir auch diejenigen, die „Irrsinniges“ geleistet haben, nur dass sie halt nicht so viel studiert haben.

Zu den Details: Eine Sorge betrifft immer den Stichtag. Die Schulen fangen ja nicht am 1. Januar, sondern immer irgendwie im Laufe des Jahres an und gehen dann immer ein Jahr, also von April bis nächsten April oder nächsten März und von Oktober bis nächsten September. Deswegen habe ich immer zwei Jahrgänge hineingeschrieben. Wenn wir jetzt 2019/20 tatsächlich zum letzten Mal mit den schulischen Ausbildungsterminen anfangen, dann endet das ja nach drei Jahren 2021/22 im Ausbildungsjahr. Wenn wir im nächsten Jahr damit beginnen, alle Ausbildungsgänge auf die Hochschule zu legen, dann geht das wahrscheinlich dreieinhalb bis vier Jahre. Da fehlt uns ja ein Jahr. Da haben wir keine Absolventen. Dieses Bild stimmt aber nicht ganz. Die Befürchtung ist immer, dass wir ausgebildete Hebammen verlieren würden, wenn wir es schnell machen, und das verstärkt den Mangel. Wir haben aber schon gesehen, dass der Mangel nicht daraus resultiert, dass wir so wenig ausbilden, er hat ganz viele Ursachen.

Ein anderer Punkt ist, dass ja bereits Studiengänge vorhanden sind, die gewaltig aufgestockt haben. Folglich werden wir in jedem Fall 2022/23 Absolventinnen aus den bestehenden Studiengängen haben, und das ist schon sehr gut. Und wir könnten jetzt anfangen, noch mehr Studiengänge zuzulassen. Aber das läuft total schleppend, weil die Länder einfach sagen: „So, wir machen erstmal gar nichts. Wir wissen ja immer noch nicht, was ist.“ Das stimmt nicht ganz. Die Bundesregierung hat sich ganz klar



geäußert, dass ausschließlich an Hochschulen anstelle von Hebammenschulen ausgebildet wird, d. h. vollständig akademisiert. Da könnte man schon anfangen, sich vorzubereiten. Und wenn man mal an Projektmanagement denkt, dann sieht man sehr schnell, dass diese Umstellung ein Projektmanagement braucht, und das sollte vorausschauend anfangen. Wenn wir also anfangen würden, schon dieses Jahr Studiengänge mehr zu forcieren, sodass sie spätestens Ende des Jahres oder Anfang des nächsten Jahres am Start sind, dann hätten wir keine Lücke. Ich glaube aber auch, wenn wir daran arbeiten, dass sich die Arbeitsbedingungen in den nächsten drei Jahren ändern, dann hätten wir vielleicht sowieso keine Lücke. Wie ich eingangs sagte, ist es ja nicht so, dass wir wenige Hebammen haben. Wir haben so viele wie nie zuvor. Die bleiben bloß nicht da, wo wir sie gerne hätten.

Ein kurzer Blick darauf, was wir brauchen: Im Augenblick haben wir knapp 1.000 Absolventinnen pro Jahr. Ein bisschen weniger sind es noch. Wenn wir diese aber mit kleinen Kohorten haben wollen, brauchen wir mehr Studiengänge. Bei großen Kohorten wie etwa in Berlin bei der EHB, da fangen 50 pro Jahr an, brauchen wir nicht so viele neue Studiengänge. Dann brauchen wir nur noch 17. Auch 33 auf 16 Bundesländer verteilt ist nicht viel. Ich glaube, Berlin braucht noch einen. Aber wir brauchen nicht in jedem Land einen. In manchen brauchen wir drei. Das ist eigentlich nicht viel. 1.000 Absolventinnen, denken Sie mal an die Zahl der Physiotherapeuten oder der Ärzte, die wir haben, ich glaube 80.000 Studierende allein in der Medizin. Da sollten 1.000 pro Jahr in Deutschland doch kein Problem sein.

Wir haben auch qualifizierte Lehrende. Ich habe eine Befragung unter den Schulen gemacht. Davon haben wir 63 oder 62, und die werden auch ständig mehr. Wir haben 53 Antworten bekommen. Ich habe nach dem höchsten Abschluss und dem Alter der Kolleginnen gefragt. Und mindestens 99 der Kolleginnen, die geantwortet haben, könnten sofort in eine Promotion einsteigen. Sie tun das aber nicht, weil sie eine volle Stelle an der Hebammenschule haben, weil sie ihre Auszubildenden nicht im

Stich lassen wollen und weil ihr Arbeitgeber kein Interesse hat, sie zu fördern, da er sie dann noch schneller verliert.

Das heißt, wir brauchen jetzt Modelle, damit diese Kolleginnen den Übergang an die Hochschule auch schaffen. Die wollen da nämlich auch hin. Das habe ich auch gefragt. Ich treffe mich ja regelmäßig mit denen. So viele sind wir am Ende ja auch nicht. Das heißt, wir haben ein Potential von knapp 200 Lehrenden, wenn ich die Schulen dazu rechne, die größtenteils über einen akademischen Abschluss verfügen, Erfahrung in der Lehre haben und sofort an der Schule lehren könnten. Die nicht mitzunehmen, wäre ja verrückt. Hier könnte man sofort ansetzen und sagen: „Wie bekommt man jetzt Schulen und Hochschulen zusammen?“

Lübeck hat das ganz fantastisch vorgemacht. Dort hat man gesagt: „Wir kooperieren nicht mit einer Schule, indem wir die lehren lassen und wir machen auch noch ein bisschen an der Uni.“ Sie haben gesagt: „Wir holten die Lehrerinnen an unsere Uni und die Schülerinnen gleich mit, die studieren dann bei uns. Und wir nehmen gar keine neuen Schülerinnen mehr an der Schule an, sondern lassen sie gleich an der Uni anfangen. Und nach jedem Jahrgang, der an der Hebammenschule dann zu Ende ist, holten wir die freigewordenen Lehrerinnen zu uns an die Uni.“ In drei Jahren wird die Schule nicht mehr da sein, die Uni aber über ein fantastisches Lehrpersonal und einen sehr guten und sehr interessanten Studiengang verfügen, der für mich eine echte Vorbildfunktion besitzt.

Es ist wichtig, großzügig zu sein und Übergangskonzepte zu entwickeln und umzusetzen. Wir brauchen irgendeine Lösung auch für die Kolleginnen, die keinen Bachelorabschluss haben. Dazu haben wir etwas gemacht, worauf ich aber heute gar nicht eingehen will. Am Ende geht es darum, dass wir ein starkes Hebammenwesen haben, nicht für uns oder meine persönliche Zufriedenheit, sondern dafür, dass wir die Frauen und Kinder schützen können. Die Zwischenfälle, von denen ich gesprochen habe, sind seltene Ausnahmen. Aber wir wissen, dass



wir im täglichen Leben, in der Geburtshilfe, vorher, nachher sehr häufig an Zwischenfällen vorbeischrammen, und diese müssen wir in der Zusammenarbeit bestmöglich handhaben können. Für unsere Kolleginnen wünsche ich mir dafür nicht nur gute Arbeitsbedingungen, sondern auch und möglichst bald die bestmögliche Qualifikation. Ich danke Ihnen.

Vorsitzende: Vielen Dank. Wir würden uns sehr darüber freuen, wenn wir Ihre Präsentationen zur Verfügung gestellt bekämen und nutzen dürften.

Es gibt viele Fragen und ich erlaube mir, direkt anzufangen. Schildern Sie beide doch bitte auf einer abstrakten oder sehr praktischen Ebene noch einmal, was aus Ihrer Sicht tatsächlich die Qualität der Hebammentätigkeit ausmacht. Wie beschreiben sie diese vor allem im Verhältnis zu den Ärztinnen und Ärzten sowohl in der Vor- und Nachsorge als auch im Kreißsaal bzw. im Geburtshaus? Ist das in erster Linie eine Konkurrenzsituation? Oder ist es eine sich gegenseitig befriedigende Situation? Wer hat da welche Kompetenzen und besondere Qualitäten? Es soll einfach noch einmal ausgesprochen und dokumentiert werden, wie da das Verhältnis ist.

Claudia Rheinbay (Auguste-Viktoria-Klinikum Berlin): Im Team habe ich Kolleginnen, die vorher im Geburtshaus gearbeitet haben. Andere Kolleginnen meines Teams arbeiten in der Vor- und Nachsorge. Wir ergänzen uns so, wie es sich auch insgesamt in der Geburtshilfe in der Stadt oder im Land ergänzt. Nicht jede Frau kann ihr Kind im Geburtshaus bekommen. Es gibt bestimmte Gründe, die dagegen sprechen. Es gibt Gründe, in die Klinik zu gehen. Und es gibt auch Gründe, in eine Level-1-Klinik zu gehen. Wir sind jetzt keine Level-1-Klinik. Wir sind spezialisiert auf die normale physiologische Geburt ab der 36. Woche.

Yvonne Bovermann (Vorstand Deutscher Hebammenverband e. V.): Ja, ich glaube, dass es bei euch relativ flache Hierarchien und eine gute Zusammenarbeit zwischen Oberärzten und Dir gibt. Ich glaube, das wird auch von der Chefärztin stark unterstützt. Ich glaube, das ist so ein

Vorzeigemodell.

Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Hebammen ist ja sehr von unserer Geschichte geprägt. Und die Geschichte sagt, dass die Ärzte unsere Lehrer waren und wir in der Hierarchie ganz klar untergeordnet sind. Unsere fachlichen Kompetenzen werden damit nicht besonders gut abgebildet. Wir lernen zwar im gleichen Feld. So habe ich mir neulich mal die Weiterbildungsordnung der Gynäkologen und Geburtshelfer angesehen. Und tatsächlich findet man da natürlich alles das, was wir auch lernen. Der Unterschied besteht darin, dass wir sehr viel mehr und viel tiefgehender über den normalen Verlauf und über die Frage, wie man da eine Frau stützen und stärken kann, lernen. Die Ärzte lernen sehr viel mehr und vertiefter über den nicht normalen Verlauf. Also z. B. könnte ich der Frage, wie man eine Frau unterstützt, dass sie stillt, sehr lange und sehr intensive Lehreinheiten in der Hebammenausbildung widmen. Wir haben ja gar nicht so viel Theorie. Aber das war mir sehr wichtig. Da kann und muss man ganz viel lernen. Dazu werden die Ärzte in ein, zwei Stunden geschult. Das ist halt der normale Verlauf. Und die Ärzte sind weniger für die Physiologie da. Und damit ergänzen sich die Berufe so fantastisch. So haben wir im Grunde genommen Zuständigkeiten für normal und eben nicht mehr ganz so normal. Gleichwohl haben wir da aber einen Graubereich. Die Herausforderung und die Kunst bestehen darin, diesen auszuloten, was uns oft nicht gut gelingt, da wir uns sehr stark voneinander abgrenzen.

Ich würde sagen, unsere Zusammenarbeit ist sehr häufig viel zu sehr von Konkurrenz geprägt. So regelt etwa die Mutterschaftsrichtlinie des G-BA die ärztliche Mutterschafts- und Schwangerenvorsorge, laut EU und unseren Verträgen mit den Krankenkassen dürfen wir aber auch Vorsorge machen, wir haben aber keine Mutterschaftsrichtlinie. Wir haben also ein Regelwerk, das wir alle einhalten müssen. Aber da der G-BA nur für Ärzte und nicht für Hebammen Regelungen aufstellt, passt die Regelung nicht. Da haben wir schon mal ein Problem.



Ich habe zur professionellen Zusammenarbeit selbst geforscht. Und klar ist, dass es Berufsgruppen, die sich so ein bisschen sperren und die ein Hierarchieproblem miteinander haben, nicht einfacher gemacht wird, wenn wir Regeln haben, die das nicht richtig begünstigen. Hierarchien sind nicht das Problem, aber die WHO sagt, es sollten flache, durchlässige Hierarchien sein mit einer guten Kommunikation. Diese ist im Augenblick sehr oft gestört und wird durch die bestehenden Strukturen und Regeln sehr oft behindert, was es sehr schwer macht. Die jungen Kolleginnen bleiben in einem Kreißsaal mit gelebten flachen Hierarchien und einer guten interprofessionellen Zusammenarbeit. Ist das nur Top-down und müssen Sachen ausgeführt werden, von denen man weiß, dass mittlerweile sehr viele Studien belegen, dass das Unfug ist, dann bleiben die jungen Hebammen nicht. Sie sagen sich: „Ich kann hier jetzt nicht den ewigen Kampf gegen die Institutionen führen.“

Ich glaube, dass die Berufe noch viel besser zusammenarbeiten könnten. An manchen Stellen klappt es zufällig gut. Wir sollten es aber institutionell gut machen. Das heißt, wir sollten interprofessionelles Lernen in der Ausbildung etablieren. Und auch da sind wir dann wieder an der Hochschule, da Berufsfachschule und Studierende oder Fachärzte nur ganz schwer zusammenkommen. Wir müssen das räumlich enger zusammenbringen.

Wir müssen die gleiche Sprache sprechen wie die Ärzte, wissenschaftlich orientiert sein. Dann können wir auch die, wie das bei der WHO heißt, „Collaborative Practice“, die wirklich verzahnte Zusammenarbeit ausführen. Am Ende profitieren auch die Schwangeren davon, wenn sich Hebamme und Arzt nicht gegenseitig die Vorsorgen aus dem Mutterpass streichen, weil beide sagen: „Das ist meine Frau.“ In Deutschland gibt es gerade Worst-Case-Szenarien.

Vorsitzende: Eine Nachfrage: Wie hoch würden Sie die 1:1-Betreuung unter der Geburt, die der Schwangeren im Geburtshaus oder bei einer Hausgeburt in Anwesenheit der Hebamme zu Gute kommt, qualitativ gewichten? In einem

Krankenhaus werden meist mehrere Frauen – Frau Rheinbay, Sie sprachen von vier Frauen gleichzeitig – von einer Hebamme betreut. Dafür steht aber im Krankenhaus eine Versorgung zur Verfügung, die bei einer Hausgeburt nicht gegeben ist. Ist die 1:1-Betreuung ein Qualitätsmerkmal für sich? Wie ist da die Gewichtung?

Yvonne Bovermann (Vorstand Deutscher Hebammenverband e. V.): Also als DHV sprechen wir uns klar für eine 1:1-Betreuung aus. Wir meinen, es müsse nicht immer jemand bei der Frau drin sein, aber die ganze Aufmerksamkeit sei nötig, um im Zweifelsfall wirklich sofort da zu sein. Ich bewundere das, was in den Kreißsälen und insbesondere in den Level-Häusern geleistet wird, wo der Anteil an regelwidrigen Verläufen mit Frauen mit großen Problemen, die teilweise auch emotional höchst belastet sind, sehr hoch ist. Es geht dabei oft zulasten der Frauen, die keine Probleme haben. Da wird dann gesagt: „Okay, die Frau braucht mich jetzt. Die andere bekommt einfach nur ihr Kind, naja.“ Diese braucht aber auch eigentlich jemanden, der dabei ist. Deswegen meinen wir, das brauche es in jedem Fall, nicht zu jeder Minute, aber die Aufmerksamkeit müsse zu jeder Minute da sein. Die Frage, wann dann die 1:1-Betreuung tatsächlich gegeben sein sollte, ob mit Eintritt in den Kreißsaal, erst bei einer bestimmten Wehentätigkeit oder einem bestimmten Muttermund, kann viel diskutiert werden. Mehr Hebammen braucht es in jedem Fall.

Claudia Rheinbay (Auguste-Viktoria-Klinikum Berlin): Es ist nicht so, dass ich zeitgleich vier Frauen unter der Geburt habe. Ich bin aber schon für mehr als eine Frau zuständig. Die andere ist dann vielleicht gerade auf der Station und soll eingeleitet werden, weil ihre Hebamme sie wegen Terminüberschreitung oder Schwangerschaftsdiabetes geschickt hat. Da gibt es ja viele Gründe. Ich habe aber zeitgleich auch noch Oberkursschülerinnen, also Schülerinnen, die im dritten Ausbildungsjahr sind. Da muss ich nicht nonstop nur bei der Frau Hand halten. Das kann diese auch sehr gut, und massieren und mit der Frau atmen. Ich muss aber die Möglichkeit haben, den Rücken freizubekommen, wenn ich die Hebammenschülerin oder die Frau betreue,



wenn es ernster wird. Da lobe ich mir tatsächlich ein Team, in dem dann die Telefone auch an Ärzte abgegeben werden können, die jetzt das Türtelefon oder das Telefon bedienen. Das klappt eigentlich ganz gut. Ich muss in der Kernzeit, also der Geburt selbst, tatsächlich auch drin bleiben dürfen. Das klappt gewöhnlich schon.

Abg. Dr. Silke Launert (CDU/CSU): Vielen Dank. Ich habe zwei Fragen. Die erste geht an Sie beide. Vor einigen Jahren war ja die Haftungsfrage sehr relevant. Dazu muss ich sagen, dass ich als Richterin diese Hebammen- und Arzthaftungsfälle auch mal gemacht habe. Deshalb kenne ich natürlich diese Gesamtauswirkung. Ich hatte selbst auch einige solcher Fälle, die Sie jetzt beide heute überhaupt gar nicht mehr angesprochen haben. Ich meine, wir haben natürlich etwas gemacht. Ich hatte aber immer das Gefühl, dass es aus meinem Hintergrund nicht so optimal war. Ich war aber jetzt dann doch überrascht, dass Sie dieses Thema so gar nicht problematisieren. Ich habe Bekannte, die Hebammen sind. Die gehen eben deshalb auch nur noch in die Vor- und Nachsorge. Das ist auch ein Grund dafür, dass viele nicht mehr in den eigentlichen Kern, sondern nur noch halbtags in den Beratungsbereich gehen.

An Frau Bovermann richtet sich meine zweite Frage. Sie legen extrem viel Wert auf die Akademisierung der Hebammen. Wie viele haben denn welchen Schulabschluss? Ich habe das nicht komplett verstanden, da die Hebammen, die ich kenne, weder Abitur noch ein Studium haben, soweit ich weiß. Also wie viele haben denn welche Ausbildung? Ich vermute, dass es auch in diesem Bereich einen Fachkräftemangel gibt. Daher möchte ich mir nicht das Potential zur Deckung dieses Fachkräftebedarfs abschneiden, nur weil diese sehr guten Hebammen nicht so gut in der Schule oder beim Erlernen einer Sprache waren und sie deshalb ihre Arbeit nicht mehr machen dürfen. Oder wollen Sie diese Akademisierung nur für einen Teil der Hebammen?

Claudia Rheinbay (Auguste-Viktoria-Klinikum Berlin): Ich fange erstmal an, von meinem Team

zu reden. Ich glaube, in meinem Team haben außer einer Kollegin alle Abitur. Ich bin auch an der Hebammenschule und suche Hebammenschülerinnen mit aus. Auch da haben alle Abitur, da das die Anforderung ist. Ich habe vor 30 Jahren die Ausbildung gemacht und hatte ein Abitur mit 2,0. Das musste ich auch haben, da man sonst den Lernstoff nicht schaffen würde. Schlechter würde es nicht gehen. Ich kann jetzt nur für in Berlin angestellte Hebammen sprechen.

Vorsitzende: Dafür haben wir ja Frau Bovermann. Aber vielleicht auch nochmal zu den Versicherungs- und auch Vergütungsfragen für die Freiberuflichen und für die Geburtshilfe. Wenn Sie dazu noch etwas sagen könnten?

Yvonne Bovermann (Vorstand Deutscher Hebammenverband e. V.): Ja, zur Versicherung, sage ich gerne etwas. Ich lasse das Thema tatsächlich aus, weil ich immer finde, man dürfe die aktuelle Situation auch nicht immer nur zulasten der Bildung in den Vordergrund stellen.

Tatsächlich hat das, was Sie oder die Bundesregierung unter Bundesgesundheitsminister Gröhe unternommen haben, also dieser Sicherstellungszuschlag, enorm geholfen. Und wir sehen es. Zwar gibt es immer wieder Hebammen, die aussteigen. Ich glaube aber, das ist dann etwas, das man multifaktoriell nennt. Das ist dann die Dauerrufbereitschaft, die Verantwortung, die man auf den Schultern hat. Die Haftpflicht, sprich die Summe, die man selbst noch tragen muss, wenn man die Rückerstattung durch die Krankenkasse bekommen hat, liegt jetzt noch bei knapp 2.000 Euro und soll in den nächsten Jahren auf ein bisschen mehr als 2.000 Euro steigen. Ich habe hier noch eine Pressemappe, da steht das auch drin. Die Versicherungssumme selbst wird ja auf 9.000 und auch auf 10.000 Euro hochgehen. Die Krankenkassen zahlen folglich den absoluten Löwenanteil zurück. Das ist schon eine sehr gute Hilfe. Es wäre echt nicht in Ordnung, wenn wir das nicht genauso sagen würden.

Was die Haftung angeht, wünschten wir uns natürlich andere Systeme. Wer ist verantwortlich,



wenn man in so einem Beruf arbeitet? Ist das die Person oder ist das eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, da auch für Schutz zu sorgen? Aber die akute Situation ist eigentlich erstmal ganz gut geregelt. Beim G-BA gibt es immer wieder Engpässe, was die Erstattung angeht. Das dauert teilweise sehr lange. Ich glaube, 17 Wochen war jetzt wieder in einer Kleinen Anfrage einer Partei herausgekommen. Das ist nicht so gut. Von uns wird immer sehr viel Verlässlichkeit erwartet. Es wird auch nicht ganz zu Unrecht kritisiert, wenn mal Hebammen ihre Rechnung erst sehr spät stellen. Aber wir möchten natürlich auch andersherum, dass wenn wir einen berechtigten, gesetzlich zugesagten Anspruch auf etwas haben, dass das dann auch entsprechend schnell erstattet wird und wir darauf dann nicht sehr viel länger warten müssen, als es andersherum der Fall ist. Das zur Haftpflichtlage.

Die Zahlen von der GKV zur Frage, wie viele außerklinische Hebammen in der Geburtshilfe sind, habe ich gezeigt. Da sieht man ja auch schon so einen kleinen Anstieg. Und es ist noch ein bisschen mehr geworden. Ich habe die Zahlen gesucht und dann irgendwie doch nicht gefunden. In Personen, in Köpfen wird es sogar ein bisschen mehr. Es kann sein, dass die Gesamtzahl der betreuten Geburten nicht mehr wird, weil diejenige sagt: „Ich mach aber nicht zehn Geburten im Jahr oder 20. Ich mache nur 15.“ Die Hebamme, die in diesem Bereich viel arbeitet, kann das sehr gut finanzieren. Problematisch ist wieder die Finanzierung der kleinen Stellen. Das ist das Problem der Fixkosten, wenn man Unternehmerin ist.

Dann zur Frage der Abiturientinnen: Also der Trend geht ja auch in Bayern dazu, dass immer mehr junge Menschen Abitur machen. Und auch in Bayern ist es dann so, dass derjenige, der Abitur macht, auch gerne studieren möchte. Das ist der Beruf auch gerade für Frauen und die Berufsausbildung ist das, was man eine Sackgasse nennt. Wie gesagt, wenn man heute sagt: „Ich hab vor zehn Jahren meine Hebammenausbildung gemacht, drei Jahre Berufsausbildung. Ich möchte meinen Bachelor machen.“ Dann muss ich noch einmal drei Jahre studieren, dann hab ich einen Bachelor. Das mach ich doch lieber gleich und

direkt. Meine Tochter hat hier in Neukölln in einem Brennpunkt Abitur gemacht und ich habe gesagt: „Mensch, Neukölln, ich bin an der Hebammenschule Neukölln. Soll ich nicht mal rumkommen und von unserer tollen Ausbildung erzählen. Da sind viele junge Frauen bei euch, vielleicht will da jemand Hebamme werden. So wie wir ja damals Hebamme werden wollten.“ Da hat meine Tochter gesagt: „Kannst gleich wegbleiben, brauchst gar nicht erst hier aufzuschlagen. Hier von uns will keiner eine Berufsfachschule, eine Ausbildung machen.“ Die jungen Frauen, die hier Abitur machen, und gerade wenn sie nicht so ein gutes Abitur haben, wenn sie aus Familien mit Migrationshintergrund kommen, dann sind die enorm stolz darauf, dass sie Abitur haben, und die wollen dann auch studieren. Das heißt, sie sind diejenigen, die uns jetzt wegfallen, wenn wir nur berufsfachschulische Angebote machen. Gerade junge Menschen, die nicht so mobil sind, sagen nicht: „Na, dann geh ich eben zu einem der vier Standorte in Deutschland, wo man jetzt primär schon studieren könnte.“ Ich meine, wenn wir in die Zukunft schauen, wird der Trend mehr dahin gehen, denn unser Beruf ist sehr viel anspruchsvoller geworden. Er war schon zu unseren Zeiten nicht anspruchslos, aber was jetzt erwartet wird, braucht sehr viele, sehr komplexe Fähigkeiten und Kenntnisse. Und wenn ich mir das im Qualifikationsniveau anschau, wird das einfach nicht in der dreijährigen Ausbildung vermittelt. Wenn ein junger Mensch jetzt wirklich das Abitur nicht erreicht, dann müssen wir etwas tun, um diesen zu fördern, damit er weiterkommt. Aber dann ist der Hebammenberuf, so wie er heutzutage mit seinen ganzen Ansprüchen gelebt wird, auch vielleicht nicht ganz der richtige. Das würden wir bei Ärzten auch nicht anders sagen.

Abg. **Norbert Müller** (DIE LINKE.): Ich habe eine ganze Reihe von Punkten, die auf Entwicklung abzielen. Ich fand Ihre Grafik ganz interessant, die von den 50er Jahren zu heute verwiesen hat. Vielleicht ist ja eine mögliche Antwort auf die Frage, warum die Zahl der Hebammen zwar heute viel höher ist und dennoch überall – in den Städten, in den ländlichen Wahlkreisen – Hebammen fehlen, dass es in den 50er Jahren mehr intakte Familienverbände gab. Das können Sie ja kommentieren. Ich glaube, sie haben viel



öfter Hausgeburten und den Erfahrungsschatz über mehrere Generationen in einem Haushalt gehabt. Das haben Sie ja selbst gezeigt. Das heißt, da gab es häufig Eltern, Großeltern, die helfen konnten. Durch die Flexibilisierung des Arbeitsmarktes hat man das überhaupt nicht mehr. Wo lebt denn noch ein Familienverband zusammen, wo man auf Erfahrungsschätzung von Eltern und Großeltern verweisen kann? Das gibt es dann via Skyp oder Telefon. Ich glaube aber, das ist für viele nicht die Realität. Das mag möglicherweise erklären, warum man mehr auf professionelle Hilfe zurückgreift. Die Alternative wäre dann Google oder das Telefon. Ich glaube, da ist auch naheliegend, dass man sich in einer Unsicherheit von Schwangerschaft eher enger beraten lassen will. Das mag möglicherweise auch erklären, dass die Zahl von Hebammen nicht reicht und auch die 18.000 gar nicht hinreichend sind. In Städten ist die Realität, dass Hebammen „Goldstaub“ sind, weil alle ausgelastet sind. Ich habe selbst zwei kleine Kinder und man wird permanent gefragt: „Kennt ihr noch eine, die wir fragen können?“ Das geht bei den Hebammen los, bei der Klinik weiter und hört bei den Kinderärzten auf, die allesamt Mangelware sind. Die in Städten wohnen, nicken. Ich glaube, im ländlichen Raum sieht es zum Teil noch dramatischer aus.

Ich glaube, im selben Kontext steht auch die Frage der geschlossenen Geburtenstationen. Es ist nämlich durchaus ein Problem, wenn die Hälfte der Geburtenstationen weg ist. Da geht auch Erfahrungsschatz in Kliniken verloren. Ich kenne die Debatte. Ich habe einen Betreuungswahlkreis in Bad Belzig. Vor zwei Jahren ist dort die Geburtenstation geschlossen worden. Die hatten ungefähr 400 Geburten im Jahr. Das war zu wenig und lag unter den Empfehlungen. Damit, sagt man, sei das Risiko zu groß. Die Geburtenstation ist heute weg, d. h. Schwangere fahren weiter oder müssen unfreiwillig zu Hause gebären, wenn sie den Weg in die nächste Stadt nicht schaffen, wo eine Geburtenstation ist. Natürlich ist auch das Personal vor Ort weg. Auch der Erfahrungsschatz, der da vor Ort ja war, geht ein Stück weit verloren. Ich glaube, auch da gibt es ein Problem, auf das man schauen muss.

Dann hätte ich noch eine Frage zu der Akademisierung, weil das Frau Launert angesprochen hat. Die Hebammenausbildung ist doch ohnehin eine DQR-4-Ausbildung, ähnlich wie staatlich anerkannte Erzieher oder ähnliches. Da wird Abitur vorausgesetzt, wenn ich das richtig sehe. Oder sie haben eine entsprechende Ausbildung vorher gemacht, weil es eine Fachschulausbildung ist. Das heißt, man muss vorher einen Assistentenberuf oder ähnliches erlernt haben, damit man das machen kann. Ich habe folglich ohnehin ein relativ hohes Niveau. Es ist eine rein schulische Ausbildung, oder? Ich bin da gerade ein bisschen irritiert gewesen, weil das den Anschein gab, dass jede Hebamme werden kann. Mein Eindruck war, dass man Abitur haben muss, weil das im Deutschen Qualitätsrahmen eine Ausbildung der Stufe 4 ist.

Yvonne Bovermann (Vorstand Deutscher Hebammenverband e. V.): Ja, aber DQR-4 bedeutet nicht Abitur, sondern berufsfachschulische Ausbildung, ganz richtig. Voraussetzung ist die zehnjährige Schulbildung. So steht es auch in unserem Gesetz. Sogar mit einem Hauptschulabschluss und noch irgendetwas dabei könnte man theoretisch Hebamme werden. Bei Vivantes haben wir Einstufungstests, in denen auch einfache mathematische Aufgaben gestellt und ein kleines Diktat gemacht werden. Ich weiß nicht, ob Sie eine Vorstellung haben, wie diese Testergebnisse leider sehr häufig selbst bei Abiturienten ausfallen. Das ist teilweise ein bisschen überraschend. Aber tatsächlich ist es so, dass DQR-4 eine berufsfachschulische Ausbildung meint. Das ist Sekundarbereich 2, genau wie die gymnasiale oder die Oberstufe. Das heißt, die Oberstufe und berufsfachschulische Ausbildung sind auf einem Niveau, und darüber ist das Niveau 5, das in Deutschland nicht sehr ausgeprägt ist. Niveau 6 ist dann der Bachelor. Dazu braucht man den abgeschlossenen Sekundarbereich 2. Sekundarbereich 2 wird abgeschlossen durch Fachhochschul- oder Hochschulreife oder aber, zumindest bei den Fachhochschulen, durch eine zehnjährige Schulausbildung und eine abgeschlossene Ausbildung und vielleicht teilweise noch eine Prüfung. Das regeln die Länder ja unterschiedlich. Aber tatsächlich ist das Abitur im Augenblick bei allen dreijährigen Berufsausbildungen keine



Voraussetzung. Es hat sich so eingebürgert und bei uns war es damals schon so, dass es für junge Frauen mit Abitur eben sehr attraktiv ist. Sie müssen sich auch Folgendes vorstellen: Die Absolventen mit zehn Jahren Schulbildung kommen mit 15 Jahren von der Schule. Wie bereits erläutert, habe ich im Kreißsaal nicht nur Notsituationen, sondern auch nackte Frauen. Als 15-jähriger Mensch bin ich gerade in der Pubertät und habe meine eigene körperliche und emotionale Entwicklung noch nicht abgeschlossen und begegne da Dingen, die ich vielleicht so noch nicht sehen will. Ich glaube, das ist für 15-Jährige oft noch gar nicht so attraktiv.

Wir hatten immer einige wenige sehr junge Bewerberinnen an der Hebammenschule, die wir uns manchmal auch angesehen haben, weil sie einen sehr guten Eindruck machten. Wir hatten fast immer den Eindruck, dass sie noch ein „bisschen auf die Weide“ müssen, noch ein bisschen reifer werden müssen. Der Kreißsaal ist ein raues Klima. Die müssen da richtig tough arbeiten und sehen vieles, und auch Dinge, die auch uns erschüttern. Gestandene Frauen wie wir sind da teilweise immer noch sehr berührt. Wir hatten das Gefühl, das können wir mit so jungen Menschen gar nicht machen, abgesehen vom Wissensstand, von der Bildung, denn sie müssen ja auch eine Leitlinie lesen. Ich kann ja auch heute eine schulische Ausbildung nicht mehr machen, ohne zu sagen: „Lest bitte die Leitlinie.“ Und das haben diejenigen mit zehn Jahren Schulbildung nicht mitbekommen, das fehlt. Dafür haben wir ja eine Oberstufe mit einer Fachhochschulreife, die das Handwerkszeug für das Lesen solcher wissenschaftlichen Arbeiten vermittelt. Das ist gegenüber diesen Menschen überhaupt nicht abwertend gemeint. Ich meine, Bildung solle ganz durchlässig sein. Bildung ist enorm wichtig. Wir müssen früher anfangen, aber wir können die Menschen auch nicht, nur weil sie so nett sind, alle mit in die Ausbildung hereinnehmen. Unser Beruf, für den wir hier eintreten, ist enorm anspruchsvoll. Das sind wir den Kindern und den Familien schuldig. Darum reden wir ja hier.

Noch was zu den Krankenhausschließungen: Sie haben völlig recht. Das ist erstmal ein großes

Problem. Wo vorher eine war, habe ich auf einmal keine mehr, und damit müssen wir uns auseinandersetzen. Noch problematischer ist es auf den Inseln, weil die Wege dort noch weiter sind. Wie haben das die skandinavischen Länder gelöst? Die haben riesige Entfernung. Was machen die, damit die Frauen sich trotzdem gut und sicher fühlen und da sicher ankommen und eine gute sichere Geburtshilfe haben, die eben nicht nur hightech ist und trotzdem alles umfasst? Ich glaube, da können wir etwas lernen. Hier haben wir dazu noch keine Idee, und deswegen fallen alle Beteiligten in ein Loch. Das darf nicht sein.

Ich kann mir für den Fall, dass Frauen Unterstützung brauchen, z. B. Folgendes vorstellen: Es könnte einen Bus geben, der mit allem ausgestattet ist, was man für eine Schwangerenvorsorge braucht, und Hebamme oder auch Hebamme und Arzt ziehen über das Land. Vielleicht setzen sie sich auch in einen ausgestatteten Beratungsraum im Krankenhaus und bieten Vorsorgeberatung usw. vor Ort an, und nur zur Geburt müssen sie weiterfahren. Man kann ja ganz vieles lokal zu den Menschen hinbringen, damit sie nur einen weiten Weg haben und diesen in der Schwangerschaft nicht fünfmal machen müssen, etwa um sich vorzustellen oder zum Ultraschall und so weiter. Das könnte man ja anders lösen. Ich glaube, wir müssen in Deutschland mehr Konzepte haben.

Claudia Rheinbay (Auguste-Viktoria-Klinikum Berlin): Ich wollte noch einmal auf die Frage zurückkommen, warum so viel mehr Hebammen gebraucht werden. Als ich angefangen habe zu arbeiten, war die Liegedauer nach normalen Geburten oder auch nach Kaiserschnitt deutlich länger. Die Liegedauer nach Kaiserschnitt betrug früher 10 bis 12 Tage. Heute gehen die Frauen am vierten Tag postoperativ nach Hause. Da sollte jemand hinschauen, nicht nur auf das Kind, sondern auch auf die Frau. Diese Frauen brauchen Nachsorgen. Und ähnlich ist es auch bei den Geburten. Bei normalen Geburten war die Liegedauer etwa sechs Tage. Heute gehen die Frauen nach drei Tagen, manche gehen ambulant nach Hause. Also muss jemand auf Mutter und Kind schauen.



Vorsitzende: Können Sie vielleicht trotzdem noch etwas zum sozialen Umfeld der Familien sagen? Werden da Sachen in den professionellen Bereich der Hebammen abgeladen, für die es früher eine soziale Infrastruktur in den Familien gab? Stimmt diese These?

Yvonne Bovermann (Vorstand Deutscher Hebammenverband e. V.): Das kann ich mir total gut vorstellen, das hat auch eine Hebamme neulich gesagt. Sie hat gesagt: „Wo ich früher vier Mal hingegangen bin und danach ein gutes Gefühl hatte, weil ich wusste, da läuft jetzt alles gut, die hat viel Unterstützung, da gehe ich heute 15 Mal hin und weiß immer noch nicht, ob alles gut versorgt ist.“ Es gibt mehr Alleinerziehende. Es gibt die unterschiedlichsten Konstellationen, die nicht alle an sich instabil sind, aber der Zusammenhalt, das Netzwerk ist bestimmt kleiner geworden. Das ist ganz sicher so.

Wir haben aber auch festgestellt, dass die Beratung der Familie nach den 60er Jahren in manchen Dingen gar nicht immer so geholfen hat, weil die haben gar nicht gestillt. Jetzt ändert sich das auch wieder. Aber als wir in den 1990ern anfingen zu arbeiten und die total netten, hilfsbereiten Großmütter und -väter kamen, haben diese gesagt: „Na, bei mir hat es mit dem Stillen auch nicht geklappt. Lass es mal bleiben.“ Und meine Aufgabe war dann, irgendwie trotzdem zu helfen, dass es dann dennoch klappt. Und zu sagen, bitte mal nicht alle vier Stunden nur anlegen, was in den 60er Jahren so üblich war. Mir wurde dann gesagt, „ich hab dann wohl auch durchgeschlafen, aber gestillt hat meine Mutter nicht.“ Und das ist halt der Punkt. Da wurden die Ansprüche anders. Und dann war auf einmal der Bruch da und der Rat der älteren Generation passte gar nicht mehr – auch ein Problem, ein gesellschaftliches Veränderungsproblem.

Ich glaube auch, dass wir Hebammen mehr finanzielle Anreize brauchen, um das frühe Wochenbett wieder mehr zu betreuen. Im Augenblick kann eine Hebamme zu einer Frau sehr lange oder zu mehreren Frauen am Anfang gehen. Die ersten Tage sind die anstrengendsten: Die Frauen kommen früh nach Hause. Da ist

richtig was los. Da etabliert man das Stillen. Da ist die Rückbildung noch ein Problem. Da ist die Geburt auch noch sehr im Vordergrund. Die Frau ist geschwächt und das Kind hat seinen Gewichtsverlust, und das ist ein hoch sensibler Bereich mit den Kindern. Da zu betreuen, ist sehr aufwendig. Ich bekomme aber das gleiche Geld – und das ist kein großes Geld – für den Hausbesuch wie am Tag 23 oder Tag 28, also nach vier Wochen. Da geht es noch darum, dass das Kind zunimmt, und ich mache noch einmal Stillberatung. Da geht es darum, ob das Kind durchschläft. Und wie geht es damit, dass der Mann jetzt arbeiten geht? Das ist etwas ganz anderes. Die Herausforderungen sind am Anfang größer und es ist auch viel seltener möglich, in der von der Krankenkasse gedachten Zeit da wieder herauszukommen. Ich kann die Kollegin also verstehen, die sagt: „Da gehe ich doch lieber ganz lang zu zwei Frauen, als zu fünf Frauen intensiv die ersten zehn Tage.“

In der nächsten Verhandlungsrunde werden wir das auch verhandeln, dass man mit einem Anreizsystem in den ersten zehn oder 14 Tagen mehr pro Wochenbettbesuch verdienen kann, um die Hebammen, die auch ganz klar unternehmerisch denken müssen, wieder dazu zu bewegen, auch das zu machen. Wenn ich weiß, dass mich das alles in die Schieflage bringt, mache ich das nicht so gerne.

Einen Satz noch zu dem ganzen unternehmerischen Denken. Es ist tatsächlich so – das hat mir gestern wieder eine Kollegin gesagt –, dass wenn ich 20 Wochenstunden im freiberuflichen Bereich arbeite, dann komme ich ganz besonders schlecht mit dem Geld hin, weil ich Fixkosten habe, die enorm hoch sind, Rentenversicherung, Krankenversicherung usw. Wenn ich versuche, möglichst unterhalb der 450-Euro-Grenze zu bleiben, habe ich diese Fixkosten nicht. Dann komme ich ganz gut hin mit dem, was ich verdiene. Wenn ich 30 oder 40 Wochenstunden oder noch mehr arbeite, verdiene ich auch durchaus gut. Aber wenn ich die klassische halbe Stelle im freiberuflichen Bereich mache, stehe ich extrem schlecht da, weil ich hohe Fixkosten habe, die durch die Einnahmen nicht ausgeglichen werden können.



Ich kann total gut verstehen, dass die Krankenkassen sagen: „Wir können den Leuten, die wenig arbeiten, die Fixkosten nicht komplett abnehmen“ – aber irgendwie ist da einfach der Wurm drin. Ich glaube, wir sind nicht der einzige Beruf, wo das so ist. Aber da unser Stundenwert mit 32 Euro so niedrig ist – ich hab es nicht ganz genau im Kopf, aber es ist sehr niedrig –, müssen wir einfach auch sehr genau rechnen, ob es sich überhaupt lohnt, mehr zu arbeiten. Und das ist ein Problem.

Abg. Katja Dörner (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eingangs erstmal ganz herzlichen Dank für Ihre Inputs und für die Beantwortung der Fragen. Ich würde gerne zu zwei Komplexen fragen. Das eine ist die Frage der Personalbemessung. Sie haben beide das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven schon eingeführt. Ich halte das für total zentral, weil es so viele Wechselwirkungen hat. Ich kann mir vorstellen, dass wenn die Personalausstattung besser ist, Kolleginnen auch mehr als 20 Stunden arbeiten, weil die Belastung nicht so groß ist. Das ist ja so ein Zirkelschluss. Sie haben auch gesagt, Sie machen einen Vorschlag analog zu dem, was jetzt bundesgesetzlich in der Pflege diskutiert bzw. beschlossen worden ist. Vielleicht könnten Sie das für uns konkretisieren. Sie haben die Kriterien genannt, die aus Ihrer Sicht relevant sind. Aber was wäre denn aus Ihrer Sicht ganz konkret eine vernünftige Relation und eine vernünftige Regelung? Ich glaube, wir brauchen es so konkret, damit wir überhaupt eine Vorstellung von der Dimension erhalten.

Die zweite Frage bezieht sich auch auf die Akademisierung. Meine Wahrnehmung ist, dass es da noch viel Unwissen gibt. Erst letzte Woche habe ich eine E-Mail von der Hebammenschule aus meinem Wahlkreis bekommen, die mir geschrieben hat: „Hilfe, Hilfe, wir müssen schließen, alles wird akademisiert.“ Und da kümmern wir uns jetzt natürlich darum.

Yvonne Bovermann (Vorstand Deutscher Hebammenverband e. V.): Welcher Wahlkreis ist das denn?

Abg. Katja Dörner (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Bonn.

Yvonne Bovermann (Vorstand Deutscher Hebammenverband e. V.): Ach, mit denen sind wir doch eigentlich gut im Gespräch.

Abg. Katja Dörner (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Wir kümmern uns jetzt darum und haben sie auch an Sie verwiesen, wie man das halt so macht. Aber ich war zunächst sehr alarmiert, als ich diese E-Mail bekommen habe. Natürlich ist das nicht das, was wir intendiert haben. Und natürlich brauchen wir gerade mit Blick darauf, dass wir die Ausbildungskapazitäten durch die Akademisierung nicht absenken wollen, sondern mehr Menschen ausbilden wollen, um Hebamme zu werden, auch ein vernünftiges Übergangsmanagement. Daher meine Frage: Was sind da Ihre Tipps? Was tun Sie konkret gegen solche Ängste oder falschen Vorstellungen mit Blick auf die Ausbildungskapazitäten?

Claudia Rheinbay (Auguste-Viktoria-Klinikum Berlin): Bei der Personalbemessungsgrundlage sind immer zwei Sachen wichtig: Man kann durchrechnen, wie viele Dienste zu besetzen sind und wie viele Menschen ich dafür brauche. Dafür gibt es natürlich Controller, die einem das sagen können. Ich merke im Alltag, dass wir manchmal zu spät reagieren. Wenn ich eine Schwangere im Team habe, dann kann ich, selbst wenn ich nicht Hebamme wäre, durchaus vorausschauend planen und denken: „Die wird wahrscheinlich irgendwann ausfallen, vielleicht sogar vorher ins Beschäftigungsverbot gehen.“ Da wird viel zu spät reagiert, weil sie noch voll mitzählt, solange sie arbeitet. Auch wenn nur eine einzige Hebamme krank wird, ist es immer zu wenig, so dass dann schon immer alles zusammenbricht. Diese Dienste zu besetzen, verbraucht unglaubliche zeitliche Ressourcen, die mir dann zum Leiten fehlen. Auch wenn Mitarbeiter in Rente gehen oder sowas, muss man früher reagieren.

Yvonne Bovermann (Vorstand Deutscher Hebammenverband e. V.): Sie würden so gerne konkrete Zahlen haben. Wir sind auch Mitglied im Deutschen Pflegerat, dessen



Präsidiumsmitglied ich bin. Ich war letzte Woche beim Deutschen Pflegetag. Dort hat man auch noch keine konkreten Zahlen und tut sich auch sehr schwer, pflegesensitive Stationen von nichtsensitiven zu unterscheiden und zu sagen, wie viel eigentlich zu welcher Schicht da sein müssen. Wir haben uns jetzt an den Zahlen in anderen europäischen Ländern orientiert, und auch die Türkei haben wir dabei, wo auf eine Hebamme jeweils 30 bis 40 Geburten pro Jahr kommen. Bei meiner Kollegin bei Vivantes sollen es 120 Geburten sein. Wir wissen aber auch, dass in manchen Kreißsälen 180 Geburten pro Jahr von einer Hebamme betreut werden. Und damit habe ich garantiert zu sehr vielen Zeiten eine Mehrfachbetreuung. In der Geburtshilfe ist es ja nie gleichmäßig. Sehr viel konkreter sagen wir es nicht.

Wir waren in England und haben uns dort ein Haus angeschaut, das nicht wesentlich größer ist als hier die Häuser, in dem 6.000 Geburten pro Jahr stattfinden. In der größten Klinik in Berlin sind es über 4.000 Geburten. In Deutschland ist das im Augenblick eine der größten Kliniken. Dort hatte man 18 Entbindungsräume, also klassische Kreißsäle, für 6.000 Geburten. Wir haben hier immer nur sieben für 4.000. Und in jedem der 18 Kreißsäle ist immer eine Hebamme drin, d. h., Sie haben immer 18 Hebammen pro Schicht da. Das heißt, jede Frau, die kommt, wird in jedem Fall einen Raum finden, und in jedem Raum wird auch eine Hebamme sein. Das ist bei uns nicht so. Das klingt immer ein bisschen wie eine gigantische Utopie. Aber wir müssen uns ja auch mal so gelebte Utopien anschauen, um zu sagen: „Okay, irgendwie funktioniert das. Was können wir tun, um zumindest mal in die Richtung zu arbeiten?“ Wenn ich sieben Kreißsäle habe und in jedem Kreißsaal immer eine Hebamme hätte, wäre es ja auch schon mal sehr viel. Das haben wir aber auch nicht. Wir haben im Dienst drei, vier Hebammen, was schon viel ist. Und dabei zählen wir die Schülerinnen voll mit, eigentlich müssen die Studierenden angeleitet werden. Wir haben in unserem Beruf nicht viele Möglichkeiten, Dinge komplett zu delegieren. Wenn etwas nicht gut läuft, dann haben wir eine hochproblematische Situation für alle Seiten. Eine ganz konkrete Zahl kann ich Ihnen leider nicht liefern. Im Vergleich zu heute ist es eine riesige Dimension.

Um eins bitte ich immer: Wenn wir irgendetwas machen, machen wir es nicht wie bei der Pflege. Mir scheint der bürokratische Aufwand, den die jetzt da betreiben müssen, um diese Personaluntergrenzen nachzuweisen, ist derart dramatisch, dass ich denke, dass man damit natürlich alles weiter kaputt machen kann. Wir haben in den Kreißsälen Leitungen, die bekommen ein oder zwei Bürotage pro Monat, und dann sollen die ein Team mit 20 bis 30 Personen leiten, die Geburtshilfe weiterentwickeln, die Teambildung voranbringen, das einzelne Teammitglied fördern. Das geht ja gar nicht. So ist Führung nicht gedacht. Wir kennen keine Firma, die sagen würde, das sei jetzt eine Leitungsfunktion. Da würde man sagen: „Das ist doch keine Leitung.“ Und dann sollen die auch noch diesen bürokratischen Aufwand machen. Ich hab die Excel-Tabellen gesehen, in die es übertragen wird: In der Schicht waren soundso viele Betten belegt und so viel Personal war da. Pro Schicht wird das händisch eingetragen. Ich würde mir Regelungen wünschen, dass wir das im Gesundheitswesen generell nicht mehr haben, aber dass wir das auch mit den Hebammen gar nicht erst anfangen, weil sonst wird das nichts.

Und jetzt noch zur letzten Frage nach der Verunsicherung: Kann es sein, dass die E-Mail letzte Woche von der Deutschen Hebammenhilfe e. V. stammt? Das ist ein Verein, der maximal 40 Mitglieder hat. Davon sind zehn Hebamenschülerinnen, drei sind Hebammen, und gegründet worden ist er von einem Vater. Und dieser Verein hat alle Bundestagsabgeordneten mit Hebamenschulen angeschrieben. Wir sind ein bisschen unglücklich. Dieser Verein hat mit uns nichts zu tun. Er hat Dinge angemahnt, die aus meiner Sicht sachlich so nicht richtig waren. Er hat gesagt, man solle sich hier im BMG melden, damit man dort für ausreichend Studienkapazitäten sorge. Dass das nicht die Aufgabe des BMGs ist, wissen wir sehr genau. Ich kann mir folglich vorstellen, dass da irgendetwas durcheinander gegangen ist. Wir waren sehr unglücklich über dieses Schreiben. Ich glaube, dass die Uni-Klinik in Bonn z. B. bislang noch keinen Studiengang haben möchte. Von Minister Laumann ist für Nordrhein-Westfalen zwar gesagt worden: „Ja, wir machen Akademisierung und wir haben verstanden, dass



es die Schulen dann nicht mehr geben soll.“ Aber es gibt weiterhin kein Konzept zu der Frage, wo Studiengänge in Nordrhein-Westfalen entstehen sollen. Man müsste jetzt eigentlich eine Standortanalyse machen und fragen: „Wo passt es denn?“ Wir haben eine in Bochum. In Köln sollen jetzt vielleicht zwei an den Start gehen, im Norden von Nordrhein-Westfalen gar keine. Die Frage ist, ob Bonn dann auch noch sinnvoll wäre. Wir haben in dem Papier, das ich mitgebracht habe, aufgeführt, wie eine Standortanalyse durchgeführt werden kann. Das gebe ich Ihnen gerne mit. Ich glaube, die Kolleginnen an der Bonner Hebammenenschule sind ganz hervorragend qualifiziert, sehr kompetente Frauen. Ich denke, jeder Hochschulstudiengang könnte glücklich sein, wenn diese irgendwann zum Team gehören würden.

Wir haben auch ein Alternativkonzept für diejenigen, die nicht an die Hochschule wollen. Unser Ziel sind praxisintegrierende Studiengänge. Die Praxis, die auch sehr komplex ist, soll dicht angebunden werden. Klassischerweise braucht es bei diesen Studiengängen daher eine Ausbildungsleitung. Und diese könnte z. B. eine Lehrerin übernehmen, die nicht an die Hochschule wechseln möchte. Diese könnte für die Koordination der praktischen Einsätze der Studierenden z. B. in Bonn und auch bei freiberuflichen Hebammen zuständig sein. Die schaut dann, dass die Praxisanleiterinnen ausgebildet werden, dass Informationen von der Hochschule zur Praxis und zurück fließen. Das ist eine anspruchsvolle Aufgabe, die normalerweise einen akademischen Abschluss erfordert. Ich glaube, da könnten sie gut bleiben, ohne dass sie ihre beruflichen Perspektiven zu sehr verlieren. Dafür wäre wieder unser Finanzierungskonzept wichtig, das ich Ihnen im Detail auch gerne erläutern kann.

Abg. Katja Dörner (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich wollte das jetzt auch gar nicht an Bonn festmachen, sondern eher die Frage stellen, ob Sie den Eindruck haben, dass dieser Übergangsprozess, der ja gestaltet werden muss, funktioniert. Und Sie haben das ja schon für NRW nicht so positiv geschildert.

Yvonne Bovermann (Vorstand Deutscher Hebammenverband e. V.): Ja, der funktioniert nicht. Die Länder sagen, dass sie darauf warten, dass der Bund etwas macht. Der Bund hat sich eigentlich klar geäußert. Der Gesetzentwurf kommt jetzt und dann hoffen wir, dass die Länder in Bewegung kommen. Aus meiner Sicht hätten die schon vor zwei Jahren in Bewegung kommen müssen.

Alle, die seit dem 18.1.2016 mit der Hebammenausbildung angefangen haben, haben nicht mehr die automatische Anerkennung in Europa. Jetzt kann ich sagen: „Ist mir egal. Die sollen eh in Deutschland bleiben.“ Aber für junge Menschen ist das wichtig. Auch dass man mal einen Erasmusaustausch machen kann. Ich konnte die Schülerinnen meiner Hebammenenschule nicht ins Ausland schicken, weil alle Universitäten und Hochschulen haben und dann meine Schülerinnen nicht nehmen. Und andersherum kann ich keine Studierenden an meine Hebammeneschule nehmen. Ich war vom Erasmusaustausch abgeschnitten, weil die Konzepte nicht mehr zusammengehen. Ich finde es auch eine Diskriminierung eines Frauenberufs in Deutschland, wenn die Absolventinnen der Hebammeneschule nicht die automatische europäische Anerkennung haben. Dieses Jahr kommen die ersten, denen das so geht. Die werden das vielleicht nicht auf den ersten Blick merken. Aber ich finde das schon eine Diskriminierung und nicht gut.

Claudia Rheinbay (Auguste-Viktoria-Klinikum Berlin): Da wir jetzt schon dauernd darüber reden, dass wir mehr Hebammen brauchen, ist mir noch etwas Wichtiges eingefallen. In meinem Kreißsaal merke ich auch, dass es mehr Prüflinge gibt, dass die Examenszeit länger ist und mehr auszubilden ist. Wenn es doppelt so viele sind wie vor drei Jahren, dann brauche ich für diese auch doppelt so viel Zeit. Diese Zeit muss man auch in diese Personalberechnung einrechnen. Das meinte ich z. B. mit Aufgaben. Habe ich da mehr Aufgaben, mehr Verantwortung übernommen? Das mache ich gerne. Soll ich etwas anderes dafür liegen lassen oder setzen wir das drauf?



Vorsitzende: Vielen Dank. Ich weiß, dass wir zeitlich am Ende sind. Ich habe aber noch eine Frage, bei der ich hoffe, dass Sie sie kurz beantworten können. Dieser Frage sind wir bereits in der ersten Sitzung im Charitékreißsaal nachgegangen. Was ist eigentlich eine sichere Geburt und was brauchen Hebammen, um eine sichere Geburt zu gewährleisten? Eine Aussage, die uns dort begegnete, lautete, eine sichere Geburt sei nur im Krankenhaus möglich. Außerklinisch sei eine sichere Geburt nur gegeben, wenn die mindestens zwei Jahre im Krankenhaus tätig gewesen seien, damit auf alle Eventualitäten eingegangen werden könne. Was ist aus Ihrer Sicht erforderlich, dass auch in einem hebammengeleiteten Geburtshaus bei einer Hausgeburt eine sichere Geburt stattfinden kann? Was braucht es, damit sowohl für das Kind als auch für die Frau die bestmöglichen Voraussetzungen gewährleistet sind? Lässt sich diese Frage generalisierend beantworten?

Claudia Rheinbay (Auguste-Viktoria-Klinikum Berlin): Eine sichere Geburt braucht als erstes einen guten Filter in der Schwangerschaft. Ich erachte es als sehr wichtig, dass man schaut, wen man vor sich hat. Drillinge – um es jetzt zu übertreiben – würde ich jetzt nicht unbedingt zu Hause entbinden.

Vorsitzende: Dürfte die Hebamme ja auch gar nicht, richtig?

Claudia Rheinbay (Auguste-Viktoria-Klinikum Berlin): Und für mich wäre es wichtig, dass ich die Geburt jederzeit in eine Geburtsklinik verlegen kann. Eine Hausgeburt hier in Berlin sehe ich als relativ sicher an. Auf der Hallig Hooge würde ich es als nicht sicher ansehen. Wenn aber der schnelle Transport gesichert ist und die Vorbedingungen stimmen, würde das auch gut gehen.

Yvonne Bovermann (Vorstand Deutscher Hebammenverband e. V.): Da kann ich mich anschließen. Wir können auch da wieder in das BQS-Gutachten schauen und sagen: „Alles, was die als Ursachen für Schäden anführen, müsste man ausschließen.“ Das heißt, wir brauchen Zeit.

Es muss also genügend Personal da sein. Wenn ich etwas in Eile beurteile, beurteile ich es oft schlechter. Ich brauche Zeit, ich brauche ausreichend Personal und ich brauche maximal gut geschultes Personal. Es kann nicht sein, dass so ein Gutachten zum Schluss kommt, da fehle Qualifikation und Kompetenz. Das ist grauenhaft.

Dann brauche ich eine richtig gute interprofessionelle Zusammenarbeit, damit ich keine Angst habe. Es ist nicht gut, wenn ich mir als im Kreißsaal angestellte oder außerklinisch arbeitende Hebamme Sorgen machen muss, dass wenn ich einen Arzt anrufe, dieser schlecht gelaunt ist oder, wenn ich nachts anrufe, sagt: „Warum wecken Sie mich wieder?“ Oder wenn ich ins Krankenhaus fahre, mir dann gesagt wird: „Was hast du da wieder für einen Unfug in der Geburtshilfe draußen gemacht?“ Ich kenne das aus dem Geburtshaus, dass ich Angst hatte. Das ist kein guter Berater. Das kann ich ganz klar so sagen. Wenn ich wusste, dass da ein tolles Team ist, dann war das eine wunderbare Zusammenarbeit. Das tut mir dann auch überhaupt nicht weh, zu verlegen, weil ja immer der Plan war, dass wenn ich jemanden brauche und der ist nicht bei mir, dass ich dann dahin fahren muss.

Ich war in einem Geburtshaus, das 50 Meter Fußweg vom Kreißsaal entfernt war. Aber wenn die Zusammenarbeit mit dem dortigen Team nicht funktioniert oder wir nicht dafür sorgen, dass das stimmt, dann passieren Dinge, die nicht mehr gut sind. Wir brauchen ausreichend Personal, Zeit und die bestmögliche Qualifikation aller Beteiligten und auch dass man zusammen lernt.

Auch erschöpftes Personal ist ein Thema. Da sind wir wieder bei der Personalmenge. Müdigkeit führt auch dazu, dass man nicht mehr gut handelt. Das heißt, wir brauchen immer genug Geld für alle, so dass man sich nicht dumm und krumm arbeiten muss, sondern dass man weiß, ich habe auch meine Ruhepausen, ich kann jetzt nach Hause gehen, abschalten, ich werde nicht wieder gerufen vom Kreißsaal. Das braucht es auch. Ich glaube, das sind die wesentlichen Punkte, die das BQS-Gutachten nennt. Diese gelten



Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder
(Kinderkommission)

wahrscheinlich für jeden Beruf.

Vorsitzende: Vielen Dank, dass Sie uns heute als Expertinnen zur Verfügung gestanden und uns Einblicke in das Leben und Wirken der Hebammen gegeben haben. Am Ende des ganzen Themenkomplexes haben wir die Aufgabe, eine Stellungnahme zu erarbeiten. Wir wären nicht zögerlich, auf Sie zuzukommen, wenn wir da zu

unseren Konsequenzen und Aussagen kommen müssen und wollen.

Wir machen jetzt eine kurze Pause, damit wir uns nett verabschieden können. Anschließend treten wir in den nichtöffentlichen Teil unserer abschließenden Beratung ein.

Schluss der Sitzung: 17.53 Uhr

Susann Rüthrich, MdB

Vorsitzende