

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände



Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände · Hausvogteiplatz 1, 10117 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Frau Bettina Redert
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

E-Mail: 315@bmg.bund.de

09.04.2019/koe

Bearbeitet von
Lutz Decker, DST
Jörg Freese, DLT
Uwe Lübking, DStGB

Telefon 0221 3771-305
Telefax 0221 3771-409

E-Mail:
lutz.decker@staedtetag.de

Aktenzeichen
53.13.25 D

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Übersendung des Referentenentwurfes. Zu dem Gesetzgebungsverfahren positionieren wir uns wie folgt.

Grundsätzliches Anliegen und kommunale Betroffenheit

Die Kommunen haben ein hohes Interesse an einer funktionierenden Versorgung mit Hebammenleistungen vor Ort. Vor dem Hintergrund gesundheitlicher, sozialer wie auch frauenpolitischer Aspekte betonen wir die Bedeutung der Versorgung der Bevölkerung mit Hebammenleistungen sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich besonders. Mit Sorge wurden von unserer Seite daher in den letzten Jahren verschiedene Entwicklungen im Bereich der Rahmenbedingungen für Hebammen gesehen, etwa im Bereich der Haftpflichtversicherungsprämien. Unser Anliegen ist, dass die Versorgung sichergestellt ist und gleichzeitig die Menschen unter guten, stimmigen Rahmenbedingungen Ihrem Beruf nachgehen können, sodass auch Nachwuchs für dieses Berufsbild gewonnen werden kann. Dazu gehören auch passgenaue Ausbildungsregelungen, auf die der vorliegende Gesetzentwurf abzielt. Dieser steht vor dem Hintergrund der seit 14 Jahren zur Umsetzung anstehenden EU Richtlinie 2005/36/EG.

Insgesamt ist eine Reform der Hebammenausbildung grundsätzlich zu begrüßen. Durch die Akademisierung in Form eines dualen Studiums soll einerseits die Attraktivität des Hebammenberufs gesteigert und andererseits dazu beigetragen werden, eine qualitativ hochwertige Betreuung von Frauen

vor, während und nach der Geburt zu gewährleisten und zukünftig sicherzustellen. Wir begrüßen diese Ziele. Dies geschieht etwa vor dem Hintergrund einer Anpassung und wissenschaftlichen Ausrichtung, die demzufolge notwendig erscheint, um komplexe Aufgabenbereiche zu bewältigen.

Gleichzeitig müssen aber auch die praktischen Belange der Ausbildungsträger also der Krankenhäuser beachtet werden, damit die Praktikabilität und der Aufwand, der hierfür entsteht, handhabbar bleibt. Schlussendlich müssen alle Regelungen dazu beitragen, dass auch tatsächlich nicht nur qualitativ, sondern auch quantitativ die Versorgungen mit Hebammenleistungen vor Ort sichergestellt sind. Der Bundesgesetzgeber ist dabei u.a. gefordert, eine angemessene und langfristig tragfähige Lösung zur Absicherung einer funktionierenden Hebammenversorgung sicherzustellen. Es gibt ernst zu nehmende Bedenken, dass die Vollakademisierung zu erheblichen Minderungen bei den Absolventenzahlen führen wird, mindestens in den Anfangsjahren. Diesem Umstand muss Rechnung getragen werden, insbesondere durch dauerhaft weiterhin zu ermöglichende Quereinstiege auch lebensälterer Menschen in den Hebammen-Beruf.

Ungeklärt ist u. E. die Situation bei den bestehenden Hebammenschulen. Diese müssen sich angemessen weiterentwickeln können. Ein Wegfall der bisherigen Einrichtungen ist angesichts der erheblichen Ausbildungsbedarfe nicht zu vertreten. Daher sind sinnvolle Konzepte zur Weiterentwicklung der bestehenden Schulen vorzusehen.

Zu Einzelregelungen

Zum Rubrum

Auch wir erkennen die Notwendigkeiten die sich aus der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates ergeben. Wir unterstreichen aber vor allem, die auch im Gesetzentwurf aufgegriffene Argumentationslinie und Zielvorstellung, Versorgungslücken zu vermeiden und ein attraktives Berufsbild zu unterstützen. Dabei stehen nicht formelle Regelungen, sondern die Substanz der Ausbildungspraxis und die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen im Vordergrund.

Genau hierzu ist aber zunächst festzustellen, dass auch bereits bisher eine qualitativ sehr hochwertige und anerkannte Hebammenausbildung besteht. In der Gesetzesbegründung wird diese als nicht ausreichend bezeichnet, was von unserer Seite nicht per se mitgetragen werden kann. Letztlich diskriminiert diese Bezeichnung indirekt die im Beruf Tätigen. Dies halten wir für unangebracht.

Nicht nachvollziehbar bleiben einige Aussagen und Zielsetzungen in diesem Referentenentwurf: Bezüglich der Reduzierung der Kaiserschnittquote in den Kliniken wäre eine direkte Korrelation wahrscheinlich nur dann zu unterstellen, wenn durch den Gesetzgeber dann auch klar festgelegt und geregelt wäre, dass es ausschließlich durch Hebammen geleitete Kreißsäle in Kliniken geben würde und Ärztinnen und Ärzte nur im Bedarfsfall bei nichtphysiologischen Geburten hinzugezogen würden. Derzeitig hat mit einem Behandlungsvertrag in einem Krankenhaus der Arzt aber die Gesamtverantwortung für den Behandlungsprozess, inkl. einer Geburt.

Bei der Attraktivitätssteigerung des Berufsbildes, die sicher anzustreben ist, stellen sich auch Fragen, wie hier der Unterschied zwischen vier Jahren Studium nach dem Abitur gegenüber einer dreijährigen Pflegeausbildung ohne Perspektiven zu einer höheren Vergütung im Kreißsaal oder durch die Kostenträger in der Freiberuflichkeit ausgeglichen werden kann. Wenn letzteres gewünscht ist, müsste auch die Gegenfinanzierung sichergestellt sein ohne die Ausbildungsträger damit zu belasten.

Zu Artikel 1, Teil 3, Abschnitt 1, Unterabschnitte 1 und 2 (§§ 9 bis 18)

Bei den Studienzielen (§ 9) wird das „Erkennen von belastenden Lebenssituationen und psychosozialen Problemlagen bei Frauen und deren Familien“ aufgeführt. Dies erfordert ausreichende Kenntnisse der familienrelevanten Versorgungsstrukturen, um in passende Unterstützungsmaßnahmen vermitteln zu können. § 11 beschreibt, dass das Studium sechs bis max. acht Semester dauert. Unklar ist, ob die Vergütung automatisch um 2 Semester verlängert werden muss, wenn Studierende nicht nach 6 Semestern das Studium abschließen (hier in Verbindung mit den angedachten Regelungen des § 15 (Die Einrichtung schließt mit Studierenden einen Vertrag für die Dauer des Studiums ab) und § 35 (Vergütung)). Dies würde dann weitere, hier noch zusätzliche Belastungen für Kliniken nach sich ziehen, deren Höhe (hier im Zusammenhang mit der Studiendauer) durch sie nicht komplett beeinflussbar ist.

Weiter ist bei den Studienzielen von interprofessioneller Zusammenarbeit die Rede. Hier fehlt aber ein Hinweis auf den Kinderschutz samt der dazugehörigen Gesetzgebung, dem in dem vulnerablen Alter der Kinder eine besondere Rolle zukommt und unbedingt mitgedacht werden muss.

Im Eingangsteil Punkt C wird unter „Alternativen“ bemerkt, dass „das Nebeneinander verschiedener Ausbildungswege ... zu einer Spaltung der ohnehin kleinen Berufsgruppe“ führen würde.

Hinsichtlich der Regelungen bei § 10, Absatz 1, Ziffer b kann sich die Ausbildungszeit für die Studierenden zur Hebamme dann auf 7 Jahre aufaddieren. Dabei bleibt offen, ob Ausbildungsinhalte der Pflegeausbildung angerechnet werden können, um die Ausbildungszeit zu reduzieren. Offenbar deswegen, weil die Pflegeausbildung nicht akademisch ist. Bisher konnten für Quereinsteiger in die Hebammenausbildung auch Ausbildungsanteile aus der Pflegeausbildung anerkannt werden mit der Folge einer reduzierten Ausbildungszeit.

Zu § 11 wurde uns gegenüber aus der Praxis eingeschätzt, dass mit den definierten Inhalten von mind. 4.600 Stunden Gesamtausbildungszeit und davon je 2.100 Stunden Praxis und Theorie ein Curriculum für 6 Semester sehr unrealistisch erscheint.

In § 13 werden als Anleitungszeit 25% Praxisanleitung vorgeschrieben. In der Pflegeausbildung haben sich, wie uns aus der Krankenhauspraxis berichtet wird, bisher allerdings 10 % bewährt. Mit diesem jetzt vorgesehenen hohen Anteil sind hohe zusätzliche Kosten für die Praxisanleitung verbunden. Daher sollte diese Vorgabe noch einmal kritisch überprüft und angepasst werden. Wichtig wäre auch eine Definition für die "praxisleitende Person (erfahrene Hebamme oder ausgebildete/r Praxisanleiter/in?).

Für die Krankenhäuser ist mehr Aufwand und Verantwortung als bisher absehbar. Dazu gehört das Erstellen eines Praxisplanes für freiberufliche Hebammen und die hebammengeleiteten Einrichtungen. Zudem sind nunmehr ausgebildete Praxisanleitende in den Praxiseinrichtungen gesetzlich vorgeschrieben, die zu 25 % der zu absolvierenden Zeit in der Anleitung sind. Weitere Ausführungen gibt es dazu im Text nicht. Bisher gibt es im Hebammengesetz im Rahmen der praktischen Ausbildung keine gesetzlich vorgeschriebenen Praxisanleitenden. Hier stellt sich die Frage, ob die Praxisausbildung analog der generalistischen Pflegeausbildung mit 300 Stunden und jährlich nachzuweisenden Fortbildungen erfolgen soll. Und dann unmittelbar im Zusammenhang: Wer finanziert diese Ausbildung, insbesondere für die freiberufliche Hebamme, die diese Ausbildung für die Betreuung der Studierenden im Externat auch nachweisen muss?

Im Kontext der Praxiseinsätze wurde der Wunsch nach Hospitationen im öffentlichen Gesundheitswesen geäußert, um die Hebammen vor Ort und deren Arbeit besser kennenzulernen.

Zu Artikel 1, Teil 3, Abschnitt 2, (§§ 27 bis 42)

Mit den im Entwurf befindlichen Verpflichtungen kommen auch erhebliche finanzielle Belastungen auf die praxisausbildenden Kliniken zu. Es fehlen eindeutige Regelungen zur Refinanzierung der entstehenden Kosten durch die Kostenträger. Hierzu gehören folgende Verpflichtungen:

- Das Lehrmaterial (Bücher) muss von der Praxiseinrichtung getragen werden (Krankenhaus).
- Im § 35 wird von einer angemessenen Vergütung gesprochen während des Studiums, ohne diese zu definieren. Problematisch ist, dass durch diese offene Regelung ein vermutlich ungewollter Wettbewerb zwischen den Kliniken entstehen wird.
- Potentielle Mehrkosten hinsichtlich längerer Studiendauer (Vgl. Ausführungen zu § 11 und § 15)

Zu Artikel 1, Teil 9, (§§ 73 bis 78)

Gemäß der Übergangsvorschriften in § 78 bleiben die Hebammenschulen in den genannten Fällen bis zum 31.12.2025 weiterhin staatlich anerkannt und somit können offenbar (?) noch bis September 2022 die derzeitigen Ausbildungsstrukturen genutzt werden. Hier stellt sich uns die Frage, mit welchen Ausbildungslücken im Übergang der Berufsschule hin zum dualen Studiengang zu rechnen ist und wie diesen begegnet werden soll.

Weitere Hinweise und offene Fragen:

Generell fehlt die Erwähnung der Familienhebammen. Wie soll mit dieser Zusatzausbildung zukünftig umgegangen werden? Wird diese in das duale Studium integriert oder fällt sie ersatzlos weg?

Für uns ist weiterhin nicht ersichtlich, inwiefern sich die Versicherungsprämien sowohl für freiberufliche Hebammen als auch für eine Geburtsklinik aufgrund eines akademischen Grades der Hebamme signifikant reduzieren würden.

Derzeit wird Engpässen in der Hebammenversorgung auch durch kommunale Maßnahmen begegnet. In einem Beispiel durch einen finanziellen Beitrag zur Einrichtung einer Hebammenzentrale zur Beratung und Vermittlung freier Kapazitäten. Dies geschieht in diesem Beispiel etwa vor dem Hintergrund eines erheblichen örtlichen Drucks, wenn Familien nur unter erschwerten Bedingungen eine Hebamme finden können. Vor dem Hintergrund, dass in den vergangenen Jahren zu wenig Hebammen ausgebildet wurden und zeitnah eine nicht unerhebliche Anzahl von Hebammen aus Altersgründen ausscheiden wird, weisen wir aber darauf hin, dass (zusätzliche) kommunale Angebote nicht geeignet sind, die strukturellen Probleme zu lösen.

Die gesetzgeberische Klarheit bei den Regelungen wird durch uns begrüßt. Abzuwarten bleibt jedoch, ob durch die Akademisierung auch erreicht werden kann, dass Hebammen länger als bisher im Beruf verbleiben. Nach wie vor sind die Arbeitsbedingungen aufgrund erforderlicher Flexibilität in Verbindung mit langen Arbeitszeiten belastend und das Problem der hohen Versicherungsprämien wird - wie dargelegt - ebenfalls nicht gelöst.

Hinsichtlich des kommunalen Krankenhausbereiches bleiben bei der Reform der Hebammenausbildung Fragen offen, die die Praktikabilität der Umsetzung sowie die Aufwände, die hierfür zu tragen sind, betreffen.

Zusammenfassend scheint uns wichtig, dass die neuen Regelungen nicht nur theoretisch wirken, sondern tatsächlich dazu beitragen, die Hebammenversorgung vor Ort zu verbessern.

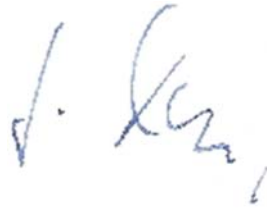
Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung



Stefan Hahn
Beigeordneter
des Deutschen Städtetages



Jörg Freese
Beigeordneter
des Deutschen Landkreistages



Uwe Lübking
Beigeordneter
des Deutschen Städte- und Gemeindebundes