

Wahlprüfsteine

zur Landtagswahl in Hessen 2023



Landesverband der
Hessischen Hebammen e.V.

Inhaltsverzeichnis

Der Landesverband der Hessischen Hebammen e.V.	3
Hebammenhilfe in Hessen	3
Sicherstellung einer optimalen Versorgung von Schwangeren und jungen Familien mit Hebammenhilfe in Hessen- unsere Fragen an Sie	5
1. Situation in den Kliniken	5
2. Wohnortnahe Versorgung mit Hebammenhilfe	6
3. Neue Versorgungskonzepte	7
4. Hebamme als Primärversorgerin	9
5. Stärkung der akademischen Hebammenausbildung	9

Der Landesverband der Hessischen Hebammen e.V.

Der Landesverband der Hessischen Hebammen e.V. hat rund 1500 Mitglieder und ist mit 16 Landesverbänden im Deutschen Hebammenverband zusammengeschlossen. Er vertritt die Interessen aller Hebammen. Im Landesverband sind angestellte und freiberufliche Hebammen, Lehrerinnen für Hebammenwesen, Hebammenwissenschaftlerinnen, Familienhebammen, sowie Hebammschülerinnen und Studierende vertreten. Über die berufliche Interessenvertretung hinaus ist eine gute medizinische und soziale Betreuung der Frauen und ihrer Kinder vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit ein zentrales Anliegen des Verbandes.

Hebammenhilfe in Hessen

Hebammen leisten einen wesentlichen Beitrag bei der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland. Sie betreuen Frauen und Familien in Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Stillzeit und im ersten Lebensjahr des Kindes. Hierbei geht es in erster Linie um Erhalt und Förderung von Gesundheit. Die Behandlung pathologischer Vorgänge gehört ins ärztliche Arbeitsfeld. Studien belegen, dass durch Hebammenbetreuung ein guter und sicherer Start ins Leben und in die Elternschaft gefördert wird. In vielen Ländern sind Hebammen daher als Primärversorgerin im Bereich der Schwangerschaftsbetreuung und Geburtshilfe eingesetzt, Ärztinnen und Ärzte werden nur bei Pathologien hinzugezogen. In Deutschland ist im Fünften Sozialgesetzbuch das Recht der Frauen sowohl auf ärztliche als auch auf Hebammenbetreuung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit festgeschrieben. Hebammen betreuen selbstständig und eigenverantwortlich Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen, Stillende und ihre neugeborenen Kinder; es ist keine Anordnung oder Weisung einer Ärztin oder eines Arztes erforderlich. Zu jeder Geburt muss eine Hebamme hinzugezogen werden. Dabei ist die Leistung der Hebamme an jedem Geburtsort möglich: in der Klinik, im Geburtshaus oder im häuslichen Rahmen. Hebammen arbeiten sowohl angestellt als auch freiberuflich. Damit Frauen an jedem Ort ihrer Wahl gebären können, müssen sowohl die entsprechende Hebammenhilfe als auch eine geeignete Klinik vor Ort gewährleistet sein.

Aktuell ist in Hessen nicht gesichert, dass jede Frau die Hebammenleistungen in Anspruch nehmen kann, die sie wünscht. Berichte der Hebammen und Eltern weisen auf, dass sowohl in ländlichen Regionen wie auch in Großstädten nicht alle Leistungen in ausreichendem Maße angeboten werden und zunehmend Frauen auf die Hebammenbetreuung verzichten müssen, die sie eigentlich gewollt hätten. Insbesondere ist es für die Frauen schwierig bis unmöglich, eine individuelle 1:1-Betreuung durch ihre Bezugshebamme während der Geburt sowohl in der Klinik als auch an außerklinischen Geburtsorten zu finden. Hebammen äußern deutschlandweit in verschiedenen Befragungen ihre Unzufriedenheit mit ihrer Arbeitssituation, bei der sie sich zunehmend Überlastungen ausgesetzt sehen. Insbesondere in den Kreißsälen steigt die Arbeitsbelastung: Hebammen müssen im strapaziösen Schichtbetrieb teilweise bis zu 5 Gebärende gleichzeitig betreuen und können regelmäßig nicht die rechtlich vorgeschriebene Pause nehmen. Gleichzeitig mehren sich Berichte von Frauen, ihren Partnern und Partnerinnen, Hebammen und werdenden Hebammen, die eine

interventionsreiche und unpersönliche geburtshilfliche Betreuung in der Klinik als übergriffig und gewalttätig erleben.

In Hessen wurden in den letzten 20 Jahren ca. 30 Kreißsäle bzw. Geburtshäuser geschlossen, was leider zu einer Verschärfung der Situation in unserem Land beigetragen hat: Rotenburg a. d. Fulda, Bad Hersfeld, Flörsheim, Usingen, Rüdesheim, Seligenstadt, Schlüchtern, Lauterbach, Alsfeld, Schotten, Naßstätten, Kassel (2 Kreißsäle), Biedenkopf, Wolfhagen, Arolsen, Witzenhausen, Fulda, Wehrda, Dillenburg, um nur einige zu nennen. Die Situation in den verbliebenden Kreißsälen führte zu einer immens gestiegenen Kaiserschnitttrate, denn weder personell noch räumlich wurde in den verbliebenen Kreißsälen adäquat reagiert. Durch die existenzgefährdende Problematik unablässig steigender Haftpflichtversicherungsprämien für in der Geburtshilfe freiberuflich tätige Hebammen haben viele die außerklinische Geburtshilfe aufgegeben, so dass auch hier eine große Lücke entstanden ist.

Gutachten zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen

Das im Jahr 2019 vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration in Auftrag gegebene Gutachten zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen hat ergeben, dass die Anzahl der Geburtskliniken von 2008 bis 2019 um 34% abgenommen hat. Mittlerweile sind weitere Schließungen, wie unlängst in Dillenburg, hinzugekommen. Das Leistungsspektrum der Hebammen ist durch eine hohe Teilzeitarbeitsquote geprägt. Der Großteil der Hebammenarbeit (95%) wird in der aufsuchenden Wochenbettbetreuung geleistet und 61% der befragten Hebammen bieten Schwangerenvorsorge an. Die außerklinische Geburtshilfe ist seit dem jährlichen massiven Anstieg der Berufshaftpflichtprämien deutlich eingebrochen. 4% der Hebammen bieten Begleit-Beleggeburten in Krankenhäusern an, 6% arbeiten in der Hausgeburtshilfe und 5% helfen Frauen beim Gebären in Geburtshäusern. Klinisch tätige angestellte Hebammen betreuen während einer Schicht zwei bis fünf Frauen gleichzeitig unter der Geburt. Von den klinisch tätigen Hebammen haben laut Studie 78% aktuell Überstunden. Schwangere Frauen in Hessen müssen durchschnittlich sieben Hebammen kontaktieren, um eine Hebamme für die aufsuchende Wochenbettbetreuung nach der Geburt zu bekommen.

Auf Grundlage des Gutachtens hat sich die Hessische Landespolitik mit einem „Runden Tisch Zukunftsprogramm Geburts- und Hebammenhilfe in Hessen“ für Verbesserungen der Versorgungssituation mit Hebammenhilfe stark gemacht und sich in der Umsetzung der Akademisierung des Hebammenberufsstandes engagiert. Trotz vieler Bemühungen und einzelner Maßnahmen, wie das Wiedereinstiegsprojekt für Hebammen in die klinische Geburtshilfe am Bürgerhospital in Frankfurt/Main, schreitet die Zentralisierung ungeachtet ihrer negativen Auswirkungen für die Gesundheit von Mutter und Kind fort. Es braucht weitere mutige und nachhaltige politische Entscheidungen, die den Menschen wieder in den Mittelpunkt der gesundheitlichen Versorgung stellt und nicht den Profit. Es ist falsch, neues Geld in ein schlecht funktionierendes System zu stecken. Es braucht dringend eine Korrektur der bestehenden Fehlanreize, die nachweislich unnötige Interventionen begünstigen.

Sicherstellung einer optimalen Versorgung von Schwangeren und jungen Familien mit Hebammenhilfe in Hessen - unsere Fragen an Sie

1. Situation in den Kliniken

Situation

98% aller Kinder in Deutschland kommen in Kliniken zur Welt. Ihre Mütter erfahren dabei im Wesentlichen eine Betreuung durch Hebammen. Gute Bedingungen für die Arbeit von Hebammen sind gleichzeitig die besten Voraussetzungen für eine optimale Versorgung der Gebärenden mit wenig Interventionen, ein gutes Geburtserlebnis wiederum eine wichtige Voraussetzung für die psychische Gesundheit der Mütter, die Bindung mit dem Kind und erfolgreiches Stillen. Die Arbeitsbedingungen in den Kreißsälen verschlechtern sich allerdings zunehmend, die Interventionsraten steigen und immer mehr Frauen berichten von Traumatisierungen durch das Geburtserlebnis.

Das zeigen auch die Ergebnisse des Gutachtens zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen von 2019:

- Die Hälfte der Hebammen betreut häufig drei Frauen parallel
- Weitere 20% betreuen häufig sogar vier und mehr Frauen parallel
- Knapp zwei Drittel der Hebammen müssen aufgrund von Personalengpässen regelmäßig Vertretungen übernehmen
- 90% der Hebammen können gesetzlich vorgeschriebene Pausen nicht einhalten und leisten immer mehr Überstunden

70% der angestellten Hebammen arbeiten in Teilzeit. Von diesen denken aktuell 43% über eine Reduzierung ihrer Arbeitszeit in der Klinik nach. 28% überlegen sogar, ihre Arbeit in der Klinik ganz zu beenden. Als Grund hierfür wird fast ausschließlich die nicht zu bewältigende Arbeitsbelastung angeführt. Dabei sind schon jetzt 18% der Planstellen in den Kliniken vakant, Tendenz steigend. Eine weitere Abwanderung von Hebammen aus der Geburtshilfe wird die Situation gravierend verschlechtern.

Die Vergütungssystematik der Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups = DRG) ist eine der Ursachen dafür, dass nicht genügend Hebammen in Kreißsälen angestellt werden. Geburten sind gesunde, individuelle Vorgänge, die unterschiedlich lange dauern können und unterschiedlich intensive Betreuung erfordern. Das jetzige Abrechnungssystem führt auch dazu, dass z.B. Kaiserschnitte finanziell lukrativer sind als die Betreuung von Spontangeburt. Es ist davon auszugehen, dass dies wirksame Maßnahmen zur Förderung physiologischer Geburten in den Kliniken hemmt, wie beispielsweise die Umsetzung des Expertinnenstandards zur Förderung der physiologischen Geburt oder der Implementierung eines Hebammenkreißsaals.

Im Moment geht das geburtshilfliche Angebot der Kliniken vom Risikogedanken aus und bietet bis auf einige Ausnahmen nur eine Versorgung, die auf dieses Risiko zugeschnitten ist. Um Frauen die freie Wahl des Geburtsortes zu ermöglichen, müssen Kliniken mehrere Versorgungsmodelle anbieten, darunter ausdrücklich auch solche, die die Geburt als physiologischen Prozess in den Mittelpunkt stellen und unterstützen. Das geburtshilfliche klinische Angebot sollte in jedem Fall hebammengeleitete Geburtshilfe beinhalten.

Unsere Position

Wir empfehlen:

- Bei der Definition der Qualitätskriterien für die klinische Geburtshilfe muss als erster Schritt die physiologische Geburt gefördert werden, so wie es im Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ gefordert wird.
- Die Eins-zu-Eins-Betreuung durch Hebammen muss ein gesicherter, überprüfbarer Standard werden.
- Kritische Überprüfung der DRG-Systematik für vaginale Geburten. Deren weitere Existenz setzt die vorhandene Fehlsteuerung fort. Der Landesverband der Hessischen Hebammen e. V. empfiehlt, die Betreuung des physiologischen Verlaufs einer Geburt prinzipiell aus der Vergütungssystematik der Fallpauschalen (DRG) auszuschließen und hierfür ein geeigneteres Instrument zu entwickeln, das auch den individuellen Zeitaufwand bei Geburtsbetreuungen berücksichtigt.
- Prüfung und Anpassung einer Leistungsgruppe Geburtshilfe: a) Leistungsgruppe Geburtshilfe mit Standard hebammengeleitete Geburt, b) Leistungsgruppe Geburten mit Facharztstandard, c) Pädiatrische, neonatologische und intensivmedizinische Versorgung
- Erhöhung der Stellenzahl und Schaffung attraktiver Arbeitsplätze für Hebammen in Kreißsälen, die eine kontinuierliche 1:1-Betreuung während der Geburt ermöglichen
- Förderung innovativer Versorgungskonzepte wie dem Hebammenkreißaal

Wie würden Sie uns, wenn Sie gewählt werden, an dieser Stelle unterstützen?

2. Wohnortnahe Versorgung mit Hebammenhilfe

Situation

Das Fünfte Sozialgesetzbuch regelt den Anspruch auf Hebammenleistungen in Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit. Hierbei kann die Geburt an verschiedenen Orten stattfinden: in der Klinik, in einer hebammengeleiteten Einrichtung (Geburtshaus) oder im häuslichen Umfeld. Die Wochenbettbetreuung findet in den ersten zwei Tagen oft noch in der Klinik statt, der überwiegende Teil jedoch bei der Familie zu Hause. Damit die Versicherte diese Leistungen auch in Anspruch nehmen kann, muss eine wohnortnahe Versorgung mit Hebammenhilfe sichergestellt sein. Die zunehmenden Schließungen geburtshilflicher Abteilungen führen zu längeren Anfahrtswegen und damit zu einer Erhöhung des Risikos nicht fachkundig betreuter Geburten unterwegs im Auto oder Rettungswagen. Außerdem gefährden längere Verlegungswege die

Möglichkeit, den Anspruch auf außerklinische Geburten zu verwirklichen, die nur dann sicher betreut werden können, wenn der Verlegungsweg nicht zu weit ist.

Berichte und Befragungen deuten außerdem darauf hin, dass immer mehr Hebammen aus wirtschaftlichen und Belastungsgründen ihr Leistungsangebot einschränken oder ganz aus dem Beruf aussteigen. Insbesondere das Angebot freiberuflicher Geburtsbetreuung scheint zunehmend eingestellt zu werden. Das Ergebnis sind Alleingeburten, bei denen Frauen ohne fachkundigen Beistand ihre Kinder alleine zuhause gebären (4 Fälle im letzten Quartal 2022 im Vogelsbergkreis). Das muss künftig vermieden werden, denn eine gesunde Geburt ist die beste Grundlage für eine gesunde Familie und eine gesunde Gesellschaft. Das Geburtserlebnis prägt Familien ein Leben lang im Positiven oder Negativen und hat damit enorme gesellschaftliche Bedeutung. Jede Investition in eine gute Hebammenversorgung rund um Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit wirkt nachfolgend kostendämpfend im Gesundheits- und Sozialsektor des hessischen Landeshaushalts.

Unsere Position

Wir empfehlen:

- Erhalt auch kleiner geburtshilflicher Abteilungen, wenn dadurch ein Anfahrtsweg gesichert werden kann, der höchstens 30 Minuten beträgt. Es ist dringend darauf hinzuwirken, dass die durch den G-BA vorgegebenen maximalen Anfahrtszeiten zur Geburtshilfe auf 30 Minuten gesenkt werden.
- Geburtshilfe muss als Grundversorgung definiert und ermöglicht werden
- Konzept für den flächendeckenden Erhalt von ärztlich geleiteten und hebammengeleiteten geburtshilflichen Abteilungen. Die Schließung weiterer Kreißsäle und Geburtsstationen kann von den wenigen verbliebenen Kliniken in Hessen nicht mehr kompensiert werden.
- Sicherung der beruflichen Existenz freiberuflich tätiger Hebammen

Wie würden Sie uns, wenn Sie gewählt werden, an dieser Stelle unterstützen?

3. Neue Versorgungskonzepte

Situation

Die bislang beschriebenen Problemfelder stellen die Belastungen im Bereich der Hebammenhilfe dar, die zu einer nicht optimalen Versorgung in Hessen beitragen. Abgesehen von den unter den verschiedenen Wahlprüfsteinen zusammengefassten jeweiligen Forderungen kann auch eine Veränderung der Versorgungssystematik zu einer Verbesserung beitragen. Beispielsweise die Bildung von intra- oder auch interprofessionellen Teams könnte zu einer Vereinfachung der Versorgungsstrukturen und einer Verteilung der Arbeitsbelastung auf mehrere Schultern führen. In der Vergütungsstruktur werden bislang beispielsweise nur hebammengeleitete Einrichtungen berücksichtigt, die Geburtshilfe anbieten. Hier steht den Einrichtungen eine Betriebskostenpauschale zu, welche die Vorhaltung von Räumen, Ausstattung, personellen und strukturellen Ressourcen finanzieren soll. Hebammengeleitete Einrichtungen ohne Geburtshilfe, in

denen Hebammenleistungen im Bereich der Schwangerschafts- und nachgeburtlichen Betreuung angeboten werden, werden hierbei nicht berücksichtigt.

Es existiert keine zuverlässige Überleitungs- oder gar Kooperationssystematik zwischen klinischer und ambulanter, ärztlicher und hebammenhilflicher, freier und kommunaler Gesundheitsversorgung. Im Gegenteil werden Überleitungen und Kooperationen aktuell vor allem durch Abrechnungsunstimmigkeiten erschwert. Hebammen können beispielsweise von ihnen betreute Frauen nicht in die Klinik einweisen oder einen Krankentransport veranlassen, denn es muss eine ärztliche Überweisung vorliegen, damit dies abgerechnet werden kann. Auch bei von Hebammen beauftragten Laboruntersuchungen, wie sie beispielsweise im Rahmen der Schwangerenvorsorge anfallen, entstehen Abrechnungslücken, die manche Labore veranlassen, Untersuchungen zu verweigern. Besonders dramatisch wirken sich bestehende Abrechnungsschwierigkeiten aktuell bei Kooperationen zwischen Gynäkologinnen/Gynäkologen und Hebammen aus. Hier führen bekannt gewordene Abrechnungsschwierigkeiten bei im Wechsel mit Hebammen durchgeführten Schwangerenvorsorgeuntersuchungen dazu, dass die Ärztinnen und Ärzte zunehmend die von Schwangeren in der Regel sehr geschätzte Kooperation mit Hebammen wegen befürchteter Vergütungseinbußen und der Kompliziertheit der Abrechnung verweigern.

Mangels finanzieller und personeller Ressourcen und auch hier wegen befürchteten Vergütungsverlusten fällt es auch in geburtshilflichen Abteilungen schwer, neue Konzepte geburtshilflicher Versorgung zu erproben, wie beispielsweise einen Hebammenkreißaal, die Implementierung des Expertinnenstandards zur Förderung der physiologischen Geburt, Maßnahmen zur Senkung der Kaiserschnitttrate oder der Einrichtung und/oder Kooperation mit einer hebammengeleiteten Einrichtung an der Klinik.

Unsere Position

Wir empfehlen:

- Förderung von Modellerprobungen in Kliniken, im ambulanten und kommunalen Bereich mit dem Ziel, die hebammenhilfliche Versorgung zu verbessern, die Qualität der Geburtshilfe und Zufriedenheit der Frauen und Familien mit der geburtshilflichen Versorgung zu steigern, sowie die Interventionsraten (wie beispielsweise für den Kaiserschnitt) zu senken
- Berücksichtigung und Förderung von Kooperations- und Überleitungsstrukturen auch im Abrechnungssystem des Gesundheitswesens
- Einbeziehung von Hebammen in die e-Health-Strukturen, sowie finanzielle Unterstützung bei der Einbindung in die Telematik-Infrastruktur

Wie würden Sie uns, wenn Sie gewählt werden, an dieser Stelle unterstützen?

4. Hebamme als Primärversorgerin

Situation

Anlässlich der hochschulischen Hebammenausbildung und der Neufassung des Hebammengesetzes im Jahr 2019 und damit die Anpassung an geltendes EU-Recht, ist es an der Zeit, die Hebammenhilfe neu aufzustellen. Frauen und Familien brauchen überall in Hessen eine wohnortnahe Versorgung mit Geburtshilfe bei Schwangerschaft und Geburt – sowohl in Metropolregionen als auch im ländlichen Raum. Das Hebammenpotential muss umfassend genutzt werden, damit eine hochwertige und flächendeckende Versorgung im Rahmen der Krankenhausstrukturreform sichergestellt werden kann.

Hebammen sind die einzige Berufsgruppe, die als Expertinnen für die physiologische Geburtshilfe ausgebildet werden. Hebammengeleitete Geburtshilfe ist für gesunde Frauen mit gesunden Kindern das beste Angebot – denn sie orientiert sich am individuellen Bedarf der Frau und schützt vor zu frühen und zu vielen Interventionen. Sie kann darüber hinaus hervorragend die Funktion der Erstanlaufstelle für Schwangere und Gebärende sowie die Überleitung in fachärztliche Betreuung oder in die Notfallversorgung übernehmen. Somit trägt die hebammengeleitete Geburtshilfe auch ganz unmittelbar zur Entlastung der fachärztlichen Versorgung bei.

Unsere Position

Wir empfehlen:

- Hebammen entsprechend ihrer umfassenden Fähigkeiten einsetzen
- Frauen von Beginn der Schwangerschaft an, das uneingeschränkte Fachpotential einer Hebamme zur Verfügung zu stellen
- die optimale Betreuung an der Frau auszurichten, nicht am Profit
- Hebammen als DIE Fachfrauen für sämtliche physiologischen Prozesse in der reproduktiven Lebensphase von Frauen einzusetzen
- Geburtshilfe als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu betrachten, denn: wir alle werden geboren

Wie würden Sie uns, wenn Sie gewählt werden, an dieser Stelle unterstützen?

5. Stärkung der akademischen Hebammenausbildung

Mit der Reform des Hebammengesetzes 2019 wird die Hebammenausbildung in Hessen an drei Hochschulstandorten in Fulda, Frankfurt/M. und Gießen in Form eines Dualen Studiums angeboten. Die Hochschule Fulda leistet mit dem dualen Bachelorstudiengang Hebammenkunde bereits seit 2012 Pionierarbeit. 140 Studienplätze pro Jahr für Hebammen sind vorgesehen. Die Hebammenschulen hatten eine Ausbildungskapazität von 120 Plätzen. Da grundsätzlich die Anzahl der Studienplätze an die Anzahl der für den berufspraktischen Teil des Studiums zur Verfügung stehenden Plätze in Kliniken und hebammengeleiteten Einrichtungen (Praxisplätze) gekoppelt ist, bedarf es in der derzeitigen Aufbauphase die Unterstützung und Sicherung von Praxisplätzen. Hierzu gehört insbesondere, dass die kleinen und mittleren geburtshilflichen Kliniken langfristig erhalten bleiben. Der praktische Ausbildungsteil findet in Hessen in großen Teilen in

Krankenhäusern der Maximalversorgung statt. Dort lernen die Studentinnen komplexe geburtshilfliche Pathologien kennen und lernen effektives Notfallmanagement. Physiologische Geburten finden dort eher weniger statt. Deshalb wäre es auch für die Ausbildung von großer Bedeutung, wenn jedes Krankenhaus der Maximalversorgung ergänzend einen hebammengeleiteten Kreißsaal betreiben würde.

An die Hebammen, die praktisch ausbilden, werden hohe pädagogische Anforderungen gestellt, die sie über eine Weiterbildung erwerben und darüber hinaus jährlich 24 Stunden pädagogische Fortbildungen absolvieren müssen. Das verursacht Kosten, die die Hebamme alleine aufbringen muss. Freiberufliche Hebammen bekommen, wenn sie sich als Praxisanleiterin qualifiziert haben, für ihre Tätigkeit eine Vergütung, angestellte Hebammen nicht. Das wirkt sich nachteilig auf die Bereitschaft der angestellten Hebammen aus, sich für die Praxisanleitung zu qualifizieren und somit auf die Ausbildungsqualität in den Krankenhäusern der Maximalversorgung.

Unsere Position

Wir empfehlen:

- eine faire Vergütung für ausbildende angestellte Hebammen, die sich als Praxisanleiterin qualifiziert haben, verpflichtend einzuführen
- Sicherung von ausreichend Personal für Lehre und Studiengangsleitungen
- Lehrstuhlbesetzungen von Hebammenwissenschaften ausschließlich durch Hebammen, nicht durch andere medizinische Professionen
- Stipendien für Masterstudiengänge
- Stipendien für Promotionsmöglichkeiten

Wie würden Sie uns, wenn Sie gewählt werden, an dieser Stelle unterstützen?

Herzlichen Dank – Ihr Landesverband der Hessischen Hebammen e.V.