



Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz

Liebe Hebamme, Lieber Entbindungspfleger,

nach § 59 der Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV) vom 8. Januar 2020 besteht die Möglichkeit für Hebammen, die bis zum Inkrafttreten des neuen Hebammengesetzes im **klinischen Bereich** als Praxisanleitung tätig waren, als Praxisanleiterin bzw. Praxisanleiter durch die Behörde anerkannt zu werden. Das bedeutet, dass sie in der Ausbildung von Hebammenschüler*innen gezielt anleitende Tätigkeit durchgeführt haben. Die Tätigkeit ist gegenüber der zuständigen Behörde (s. unten) nachzuweisen, die dann eine entsprechende Anerkennung erteilt. Dazu sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen und nachzuweisen:

- Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Hebamme/Entbindungspfleger“ (*Kopie beifügen*)
- Regelmäßige Teilnahme an Fortbildungen lt. Hebammenberufsordnung vom 25.04.2017 (*Kopien der Fortbildungsnachweise der letzten zwei Jahre*)
- Bescheinigung des Arbeitgebers über die Tätigkeit als Praxisanleiterin im klinischen Bereich vor dem Inkrafttreten des neuen Hebammengesetzes mit mind. einem Stellenanteil von mind. 50% (siehe Formular Seite 2)

Kontaktdaten Antragsteller*in

Vorname: _____ Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Datum, Unterschrift

Der Antrag kann noch bis zum 30.04.2021 rückwirkend bei der zuständigen Behörde eingereicht werden.

Die Bescheinigung über die Anerkennung als Praxisanleiter*in entbindet nicht von der jährlichen berufspädagogischen Fortbildungspflicht nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4.

Bescheinigung des Arbeitgebers über die Tätigkeit als praxisleitende Hebamme/ Entbindungspfleger vor dem Inkrafttreten des neuen Hebammengesetzes am 01.01.2020

Hiermit wird bescheinigt, dass Frau/Herr_____ bereits vor dem Inkrafttreten des neuen Hebammengesetzes am 01.01.2020 als praxisleitende Hebamme/ Entbindungspfleger in unserer Klinik mit einem Stellenanteil von mind. 50% tätig war.

Sie / Er ist seit dem_____ als Praxisanleiter*in in unserer Einrichtung tätig.

Kontaktdaten verantwortliche Vorgesetzte/r:

Vorname: _____ Name: _____

Funktion: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Datum, Unterschrift

Zuständige Behörde:

Sozialbehörde
Landesprüfungsamt
z. Hd. Fr. Rother G1144
Postfach 760106
22051 Hamburg