

Gutachten zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen

Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) und der
Hochschule für Gesundheit (hsg) Bochum, StB Hebammenwissenschaft

Für das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI)

- Auszug -

Prof. Dr. Nicola H. Bauer

Dr. Karl Blum

Dr. Sabine Löffert

Kristina Luksch

Ansprechpartner:

Prof. Dr. Nicola H. Bauer (hsg)

Telefon: 0234 / 77727-653; Mail: nicola.bauer@hs-gesundheit.de

Dr. Karl Blum (DKI)

Telefon: 0211 / 4705117; Mail: karl.blum@dki.de

Bochum / Düsseldorf, 29.11.2019

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG	6
1 EINLEITUNG	16
1.1 HINTERGRUND	16
1.2 ZIELE	16
2 SEKUNDÄRANALYSEN	19
2.1 METHODISCHES VORGEHEN	19
2.2 ERGEBNISSE	19
2.2.1 Krankenhäuser mit Geburtshilfen und Geburtshäuser	19
2.2.2 Lebendgeborene insgesamt	21
2.2.3 Geburten nach Geburtsort	23
2.2.4 Geburten nach Geburtsmodi	25
2.2.5 Klinisch tätige Hebammen	26
2.2.6 Hebammen insgesamt	28
3 HEBAMMENBEFRAGUNG	30
3.1 METHODISCHES VORGEHEN	30
3.1.1 Erstellung der Erhebungsunterlagen	30
3.1.2 Grundgesamtheit, Stichproben und Rücklauf	31
3.1.3 Durchführung der Befragung	32
3.2 ERGEBNISSE	33
3.2.1 Beschreibung der Stichprobe	33
3.2.2 Tätigkeitsbereiche	36
3.2.2.1 Klinische Tätigkeit	38
3.2.2.2 Außerklinische Tätigkeit	43
3.2.2.3 Familienhebammen	56
3.2.3 Zugang und Verfügbarkeit von außerklinischen Hebammenleistungen	56
3.2.4 Hebammen ohne Tätigkeit in der direkten Versorgung	58
3.2.5 Zufriedenheit und Zukunftspläne	61
4 MÜTTERBEFRAGUNG	69
4.1 METHODISCHES VORGEHEN	69
4.1.1 Erstellung der Erhebungsunterlagen	69
4.1.2 Grundgesamtheit, Stichproben und Rücklauf	70
4.1.3 Durchführung und Auswertung der Befragung	71
4.2 ERGEBNISSE	72
4.2.1 Beschreibung der Stichprobe	72
4.2.2 Zugang zur Hebammenhilfe	77
4.2.3 Hebammenversorgung während der Schwangerschaft	80
4.2.4 Hebammenversorgung während der Geburt	87
4.2.5 Hebammenversorgung während des Wochenbetts	95

4.2.6	Bewertung der Betreuung durch Hebammen	102
5	KRANKENHAUSBEFragung	108
5.1	METHODISCHES VORGEHEN	108
5.1.1	Erstellung der Erhebungsunterlagen	108
5.1.2	Durchführung der Befragung	109
5.1.3	Grundgesamtheit und Rücklauf	109
5.2	ERGEBNISSE.....	110
5.2.1	Strukturdaten	110
5.2.2	Personaldaten.....	114
5.2.3	Leistungsspektrum.....	116
5.2.4	Beschäftigungsform der Hebammen	119
5.2.5	Hebammenleistungen.....	120
5.2.6	Qualifikation der Hebammen	125
5.2.7	Stellenbesetzung und Prognosen	131
5.2.8	Wirtschaftliche Situation des Krankenhauses	135
6	BEFRAGUNG DER HEBAMMENGEELEITETEN EINRICHTUNGEN (HGE)	138
6.1	METHODISCHES VORGEHEN	138
6.1.1	Erstellung der Erhebungsunterlagen	138
6.1.2	Durchführung der Befragung	139
6.1.3	Grundgesamtheit und Rücklauf	139
6.2	ERGEBNISSE.....	139
6.2.1	Strukturdaten der HgE	139
6.2.2	Leistungsspektrum.....	140
6.2.3	Beschäftigungsform der Hebammen	143
6.2.4	Qualifikation der Hebammen	144
6.2.5	Stellenbesetzung und Prognosen	147
6.2.6	Wirtschaftliche Situation der HgE	149
7	BEFRAGUNG DER AUSBILDUNGSEINRICHTUNGEN	151
7.1	METHODISCHES VORGEHEN	151
7.1.1	Fragebogen	151
7.1.2	Durchführung der Befragung	152
7.1.3	Grundgesamtheit und Rücklauf	152
7.2	ERGEBNISSE.....	153
7.2.1	Vorgehaltene und besetzte Ausbildungs- und Studienplätze.....	153
7.2.2	Abbruch der Ausbildung	156
7.2.3	Werdende Hebammen mit Abitur.....	156
7.2.4	Bewerbungen für die Hebammenausbildung	157
7.2.5	Kooperationspartner	157
7.2.6	Ausbildungskosten der Hebammenschulen.....	158
7.2.7	Personal der Hebammenschulen.....	159
8	BEFRAGUNG DER WERDENDEN HEBAMMEN (WEHEN)	160

8.1	METHODISCHES VORGEHEN	160
8.1.1	Erstellung der Erhebungsunterlagen	160
8.1.2	Durchführung der Befragung	161
8.1.3	Grundgesamtheit, Stichprobe und Rücklauf	161
8.2	ERGEBNISSE.....	162
8.2.1	Beschreibung der Stichprobe.....	162
8.2.2	Geplante Tätigkeiten im ersten Berufsjahr.....	163
8.2.3	Zufriedenheit und geplante zukünftige Berufsausübung.....	170
9	BEDARFSANALYSEN	172
9.1	METHODISCHES VORGEHEN	172
9.1.1	Prognose der Geburten	172
9.1.2	Status-quo-Szenario	172
9.1.3	Bedarfs-Szenario für Schwangerschaft und Wochenbett	173
9.1.4	Bedarfs-Szenario für Geburten in Krankenhäusern	175
9.2	HEBAMMENBEDARF GESAMT.....	177
9.2.1	Geburten bis 2030	177
9.2.2	Hebammenbedarf bis 2030 - Status-quo-Szenario.....	178
9.2.3	Hebammenbedarf aus Müttersicht.....	179
9.2.4	Hebammenbedarf bis 2030 - Bedarfs-Szenario für Schwangerschaft und Wochenbett	180
9.2.5	Hebammenbedarf bis 2030 - Bedarfs-Szenario für Geburten in Krankenhäusern.....	182
9.2.6	Hebammenbedarf bis 2030 – unterer und oberer Korridor	184
9.3	HEBAMMENBEDARF NACH SOZIDEMOGRAFIE DER MÜTTER.....	186
9.3.1	Bedarf nach Alter	186
9.3.2	Bedarf nach Kinderzahl	187
9.3.3	Bedarf nach Familienstand	188
9.3.4	Bedarf nach Schulabschluss.....	189
9.3.5	Bedarf nach Haushaltseinkommen	190
9.3.6	Bedarf nach Migrationshintergrund.....	192
	LITERATURVERZEICHNIS	193
	ANHANG	196
	HEBAMMENBEFRAGUNG	196
	MÜTTERBEFRAGUNG.....	196
	KRANKENHAUSBEFRAGUNG	197

Zusammenfassung

Ziele

Im Auftrag des Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) haben das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) und die Hochschule für Gesundheit (hsg) Bochum, Studienbereich Hebammenwissenschaft, ein Gutachten zur Hebammenversorgung in Hessen erstellt. Das Gutachten verfolgte die folgenden zentralen Zielsetzungen:

- Analysen zur Entwicklung der Hebammenversorgung in Hessen in den letzten Jahren und Prognosen der zukünftigen Entwicklung.
- Strukturanalysen der Hebammenversorgung in Hessen differenziert nach klinischer und außerklinischer Geburtshilfe sowie nach vor- und nachgeburtlichen Betreuungsleistungen von Hebammen.
- Untersuchung des Inanspruchnahmeverhaltens der Hebammenversorgung durch Schwangere, Gebärende und junge Mütter.
- Bedarfsanalysen der Hebammenversorgung aktuell und in der Zukunft.
- Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Gesamtsituation der Hebammenhilfe.

Um diese Ziele zu erreichen, werden insgesamt neun Module bearbeitet, deren wesentliche Ergebnisse nachfolgend zusammengefasst sind.

Sekundäranalysen

Die Sekundäranalysen zur Entwicklung der geburtshilflichen und Hebammenversorgung in Hessen basieren vor allem auf der amtlichen Bevölkerungs- und Krankenhausstatistik.

Die Anzahl der hessischen Krankenhäuser mit einer geburtshilflichen Abteilung ist seit Jahren rückläufig. Zwischen 2008 und 2018 ging sie von 67 Krankenhäusern auf 50 Häuser zurück (-25 %). Verglichen damit sind die Geburtenzahlen merklich gestiegen. Die Anzahl der Lebendgeborenen nach Wohnort der Mutter in Hessen nahm von rund 51.750 Geburten in 2008 auf gut 61.00 Geburten in 2018 (+ 18 %) und die Zahl der Geburten in hessischen Krankenhäusern von gut 50.000 (2008) auf 58.175 Geburten (2017) zu (+ 16 %). Der Anteil der Geburten per Kaiserschnitt in hessischen Krankenhäusern liegt in den letzten 10 Jahren relativ konstant bei rund 33 % und damit leicht über dem Bundesdurchschnitt. Außerklinische Geburten in Hebammengeleiteten Einrichtungen oder als Hausgeburt machen in Hessen schätzungsweise 1 – 2 % der Geburten aus.

Ende 2017 gab es in den hessischen Krankenhäusern 780 festangestellte Hebammen (Köpfe). Davon arbeiteten 71 % in Teilzeit. Seit 2008 ist die Zahl der festangestellten Hebammen, nahezu stetig, um 132 Hebammen (+ 20 %) gestiegen. Darüber hinaus waren Ende 2017 noch

73 Beleghebammen klinisch tätig. Deren Anzahl ist seit 2008 um 56 Beleghebammen (- 43 %) gesunken. Die Gesamtzahl der Hebammen in Hessen beträgt aktuell schätzungsweise 1.467 Hebammen. Davon sind 1.275 Hebammen freiberuflich tätig bzw. 588 Hebammen sowohl freiberuflich als auch klinisch tätig.

Hebammenbefragung

Insgesamt haben 641 Hebammen aus Hessen an der Hebammenbefragung teilgenommen (Rücklaufquote: 44 %). 47 % der Hebammen sind im Krankenhaus angestellt oder als Dienst-Beleghebamme tätig. 84 % der Hebammen sind außerklinisch tätig und 35 % in einer Mischform von klinischer und außerklinischer Tätigkeit. 8 % arbeiten (auch) als Familienhebammen (Mehrfachnennungen).

Hebammen, die ausschließlich außerklinisch oder in einer Mischform von angestellt und freiberuflich tätig sind arbeiten, durchschnittlich im Vollzeitäquivalent (außerklinisch: 37 Stunden/Woche, Median: 30; Mischform: 35,7 Stunden/Woche, Median 40). Hebammen, die ausschließlich im klinischen Setting tätig sind, arbeiten durchschnittlich 28 Stunden die Woche (Median 29), dies entspricht einem Teilzeitäquivalent.

Die Mehrheit der klinisch tätigen Hebammen arbeitet hauptsächlich im Kreißaal (89 %). Mehr als jede dritte Hebamme gibt an, dass diese innerhalb ihres Kreißaaldienstes die gynäkologische Ambulanz mitversorgen muss (42 %). Knapp drei Viertel der Hebammen arbeiten in einem 3-Schicht-System (Früh-, Spät- und Nachtdienst). Zusätzlich leisten ein Drittel Rufbereitschaft und ein Sechstel Bereitschaftsdienste. Drei von vier der klinisch tätigen Hebammen geben an, dass sie Plusstunden auf ihrem Arbeitszeitkonto haben.

Im Mittel betreuen die klinisch tätigen Hebammen parallel zwei bis drei Geburten in einem Dienst. Fast die Hälfte der Befragten gibt an, dass ihr Kreißaal in den letzten drei Monaten vorübergehend geschlossen wurde und/oder Frauen abgewiesen wurden. Häufigste Gründe hierfür sind keine freien Betten oder keine verfügbaren Hebammen.

Außerklinisch tätige Hebammen arbeiten mehrheitlich als Einzelperson (78 %). Fast jede dritte freiberufliche Hebamme hatte im Jahr 2018 keine geregelte Urlaubsvertretung.

In der Schwangerschaft sind die Hilfe bei Beschwerden (90 %) und die hebammengeleitete Schwangerenvorsorge (61 %) die am häufigsten angebotenen Leistungen.

6 % der außerklinisch tätigen Hebammen bieten in ihrem Leistungsportfolio Hausgeburtshilfe, 5 % Geburtshilfe in einer hebammengeleiteten Einrichtung und 4 % Begleit-Beleggeburten an.

Die Mehrheit der befragten außerklinisch tätigen Hebammen (95%) bieten die aufsuchende Wochenbettbetreuung bei Mutter und Kind an und jeweils fast die Hälfte Geburtsvorbereitungskurse (49 %) und Rückbildungskurse (40 %).

Für nahezu alle Leistungsangebote besteht in Hessen ein Nachfrageüberhang, welcher den Zugang von Frauen und Müttern zur Hebammenversorgung erschwert:

Über die Hälfte der Hebammen, welche die Hilfe bei Beschwerden in der Schwangerschaft anbieten (53 %) hatte mehr Anfragen, als sie mit den verfügbaren Kapazitäten bearbeiten konnten.

77 % der Hebammen mit der Schwangerenbetreuung im Leistungsportfolio erhielten mehr Anfragen, als sie annehmen konnten. 35 % der Hebammen hatten zum Befragungszeitpunkt keine freien Kapazitäten für die Betreuung während der Schwangerschaft in den nächsten sieben Monaten.

Mehr Anfragen zur außerklinischen Geburtsbetreuung als freie Kapazitäten hatten nahezu alle Hebammen (Geburtshausgeburtshilfe: 91 %, Hausgeburtshilfe: 96 %). Zwei Drittel der Begleit-Beleghebammen erhalten mehr Anfragen als sie an Kapazitäten vorhalten.

Im Bereich der Wochenbettbetreuung geben 93 % der Hebammen an, dass sie mehr Anfragen erhalten als diese Betreuungen annehmen können. Fast jede zweite Hebamme hatte zum Befragungszeitpunkt keine freien Kapazitäten für die Wochenbettbetreuung in den nächsten sieben Monaten.

Die Mehrheit der befragten Hebammen (71 %), welche in der direkten Versorgung tätig sind, ist mit ihrer Berufswahl äußerst oder sehr zufrieden. Nichtsdestotrotz fühlt sich die Hälfte der Hebammen durch ihre Arbeit stark oder sehr belastet.

38 % der Hebammen in der direkten Versorgung haben in den vergangenen sechs Monaten mit dem Gedanken gespielt, ihren Beruf als Hebamme aufzugeben. Darüber hinaus haben sich 62 % damit beschäftigt, ihre wöchentliche Arbeitszeit zu reduzieren. Hauptgrund für eine mögliche Berufsaufgabe oder Arbeitszeitverkürzungen ist eine zu hohe berufliche Belastung.

Mütterbefragung

An der Mütterbefragung beteiligten sich 1.530 Mütter aus Hessen, die ihr Kind im Jahr 2018 geboren haben.

Die meisten der befragten Mütter haben prä- bzw. postpartal individuelle Hebammentermine in Anspruch genommen und waren mit der Anzahl der Termine mehrheitlich zufrieden. Signifikant unterproportional war die Inanspruchnahme von Hebammen insbesondere bei

Frauen mit niedrigem Bildungsstatus, mit Migrationshintergrund und aus Haushalten mit niedrigem Einkommen.

Die Mehrheit der Mütter wusste, dass ihnen während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett die Versorgung durch eine Hebamme zusteht. Die erste Kontaktaufnahme zu einer Hebamme erfolgte bei 97 % der Frauen in der Schwangerschaft, im Durchschnitt in der 12. Schwangerschaftswoche (SSW). Durchschnittlich kontaktierten die Frauen sechs bis sieben Hebammen, bis sie eine Hebamme gefunden hatten.

Fast drei Viertel der befragten Mütter haben während der Schwangerschaft Hebammenbetreuung in Anspruch genommen (hebammengeleitete Schwangerenvorsorge oder Hilfe bei Beschwerden). Der erste Termin in der Schwangerschaft fand durchschnittlich in der 18. SSW statt. Im Mittel hatten die Frauen fünf Termine von durchschnittlich 39 Minuten. Mehr als jede dritte Schwangere empfand die Suche nach einer Hebamme für die Betreuung während der Schwangerschaft als (sehr) schwierig. Darüber hinaus haben zwei Drittel der befragten Mütter an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen.

Mehr als jede dritte Befragte suchte während der Schwangerschaft mit einem geburtshilflichen Problem ein Krankenhaus mit geburtshilflicher Abteilung auf. Hiervon konnten 14 % nicht versorgt werden und mussten eine andere geburtshilfliche Klinik aufsuchen.

Die befragten Mütter benötigten im Durchschnitt 21 Minuten bis zum gewählten Krankenhaus. Drei Viertel der Frauen benötigten weniger als 30 Minuten in die Geburtsklinik.

4 % der Mütter konnten in der als erstes aufgesuchten (Wunsch-)Klinik zur Geburt nicht versorgt werden und wurden an eine andere Klinik verwiesen.

5 % der Mütter hatten zur Geburt in der Klinik eine Begleit-Beleghebamme. 26 % der Frauen ohne Begleit-Beleghebamme, gaben an eine gewollt zu haben, aber keine Begleit-Beleghebamme mit freien Kapazitäten gefunden zu haben.

73 % der Frauen, die klinisch geboren haben, empfanden die Anwesenheitszeit der Hebamme als genau richtig. Ein Viertel der Mütter hätte sich mehr Zeit für eine individuelle Betreuung gewünscht (26 %). Dennoch bewerteten 71 % die Betreuung während der Geburt mit (sehr) gut. 13 % der Frauen vergeben die Note befriedigend und 16 % die Noten ausreichend oder mangelhaft.

Mehr als die Hälfte der Frauen, die Zuhause geboren haben beschreiben, das Finden einer Hausgeburtshebamme als (sehr) schwierig.

Dagegen wird von Frauen, die in einer Hebammengeleiteten Einrichtung geboren haben, die Suche nach einer Hebamme zur Betreuung der außerklinischen Geburt von fast der Hälfte als (sehr) leicht beschrieben. Im Mittel betrug die Fahrtdauer in die HgE zur Geburt bei den Teilnehmerinnen 20 Minuten. Fast alle Frauen, die außerklinisch geboren haben, geben an, dass die Hebamme während der Geburt genügend Zeit hatte, und vergeben für die Betreuung die Note sehr gut oder gut.

96 % der Mütter wurden im Wochenbett von einer Hebamme entweder Zuhause und/oder in den Räumlichkeiten der Hebamme betreut. Bei Frauen mit bereits abgeschlossener Betreuung dauerte diese im Durchschnitt bis zur neunten Lebenswoche des Kindes. Durchschnittlich wurden Frauen von einer Wochenbetthebamme zwölfmal besucht. Mehr als jede dritte Frau empfand die Suche nach einer Hebamme für die Betreuung im Wochenbett als (sehr) schwierig.

Fast zwei Drittel der Mütter ohne Hebammenbetreuung im Wochenbett hat keine Hebamme mit freien Kapazitäten gefunden. Darüber hinaus haben fast drei Viertel der befragten Mütter, an einem Rückbildungskurs teilgenommen.

Krankenhausbefragung

An der schriftlichen Krankenhausbefragung nahmen 33 der zum Befragungszeitpunkt insgesamt 49 hessischen Kliniken mit geburtshilflicher Abteilung teil (67 %).

Die rückmeldenden Krankenhäuser berichteten weitreichend im Leistungsangebot eine Anmeldesprechstunde vorzuhalten, Hilfe bei Still- und Ernährungsschwierigkeiten des Kindes sowie bei Fehlgeburten zu leisten. Rund zwei Drittel der geburtshilflichen Einrichtungen bieten zudem eine Hebammensprechstunde an und leisten Schwangerenvorsorge. Jede fünfte Klinik ermöglicht des Weiteren Begleit-Beleggeburtshilfe.

Festangestellte Hebammen arbeiten in diesen Einrichtungen ausnahmslos im Schichtdienst und am Wochenende. Bei knapp zwei Dritteln der Kliniken arbeiten alle und bei gut einem Drittel viele festangestellte Hebammen nachts. In jeder dritten Geburtseinrichtung ist die Rufbereitschaft für die Hebammen und in jeder fünften Klinik der Bereitschaftsdienst zudem an der Tagesordnung. Dahingegen leisten in nur 45 % der Einrichtungen Beleghebammen regelhaft Schichtdienst und in gut jeder dritten Klinik Wochenend- und Nachtarbeit. Dafür werden die Beleghebammen jedoch häufiger in den Bereitschaftsdiensten eingesetzt.

Gefragt nach dem Betreuungsschlüssel unter der Geburt, berichten über 70 % der Kliniken, dass eine Hebamme immer oder oft nur für eine Gebärende gleichzeitig zuständig ist, während in 58 % der teilnehmenden Einrichtungen eine Hebamme oft zwei Gebärende gleichzeitig

betreut. Zudem werden in 18 % der Kliniken oft auch drei Gebärende gleichzeitig von einer Hebamme betreut.

Festangestellte Hebammen in den Krankenhäusern haben in 85 % der Fälle eine Berufsfachschulausbildung und 56 % berichteten Hebammen mit Bachelor- oder Masterstudium angestellt zu haben. Zur Sicherstellung des Hebammennachwuchses bilden 54 % der an der Befragung teilnehmenden Krankenhäuser „Werdende Hebammen“ (WeHen) aus und in sechs Kliniken studieren Hebammen zudem derzeit in einem Studiengang des Gesundheitswesens.

Offene Stellen für festangestellte Hebammen meldet zurzeit gut die Hälfte der teilnehmenden Krankenhäuser. Im Mittel melden diese Kliniken 1,9 offene Stellen (Köpfe) für festangestellte Hebammen pro Klinik. Das Nachbesetzen dieser offenen Stellen wird von 80 % der Einrichtungen für schwer oder sehr schwer gehalten.

Der überwiegende Anteil der befragten Krankenhäuser (90 %) sehen trotz allem den Fortbestand ihrer geburtshilflichen Abteilung auch in den nächsten drei Jahren eher positiv.

Befragung der Hebammengeleiteten Einrichtungen (HgE)

Insgesamt haben sich sieben der acht angeschriebenen Hebammengeleiteten Einrichtungen an der Befragung beteiligt (87,5 %).

Insgesamt arbeiten in den Einrichtungen jeweils zwischen zwei und 14 Hebammen (Mittelwert 7,1; Median 5). Von diesen Hebammen werden durchschnittlich neun Frauen pro Monat zur Geburtshilfe (Geburtshausgeburtshilfe, Hausgeburtshilfe und Begleit-Beleggeburtshilfe) angenommen. Die teilnehmenden Einrichtungen berichteten für das Jahr 2018 zwischen zwölf und 146 Geburten pro Geburtshaus (Mittelwert 70,5; Median 76; Summe insgesamt 423). Der Prozentsatz der im Geburtshaus begonnenen und vollendeten Geburten betrug dabei 83,2 %

Die Hebammen der befragten HgE haben im Jahr 2018 zudem zwischen drei und 14 Hausgeburten pro Einrichtung (Mittelwert 7; Median 4; Summe insgesamt 42) durchgeführt. Lediglich ein Geburtshaus berichtete, davon eine Geburt begonnen und nicht vollendet zu haben.

Ein weitreichendes Angebot an Leistungen nach § 134a SGB V vorzuhalten, bestätigten alle sieben Einrichtungen: angegeben wurden u. a. Vorgespräche, Schwangerenvorsorge, Geburtsvorbereitung in der Gruppe, Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder Wehen, Geburtshausgeburtshilfe, Rückbildung in der Gruppe, Hilfe bei Still- und Ernährungsschwierigkeiten des Kindes sowie aufsuchende Wochenbettbetreuung. Als

Leistungen, die nicht nach § 134a SGB V vergütet werden (z. B. IGe-Leistungen, Selbstzahlerleistungen), geben alle sieben Einrichtungen die Homöopathie und K-Taping an.

In fünf von sieben Einrichtungen besitzen die dort tätigen Hebammen eine Berufsfachschulausbildung, in zwei dieser Geburtshäuser arbeiten auch Hebammen mit Bachelor- oder Masterstudium. Sechs der sieben Geburtshäuser berichteten, sich an der Hebammenausbildung zu beteiligen. Dazu wurden im Jahr 2018 in diesen Einrichtungen 40 WeHen im Externat betreut. Vier von sieben HgE betreuen zudem aktuell Hebammen-Studierende. Im Ganzen haben diese Geburtshäuser im Jahr 2018 zehn Studierende ausgebildet.

Gefragt nach der zukünftigen Situation, gehen alle sieben HgE davon aus, dass ihre Einrichtung auch in drei Jahren noch Bestand haben wird.

Befragung der Ausbildungseinrichtungen

An der Befragung der Ausbildungseinrichtungen beteiligten sich alle fünf Hebammenschulen in Hessen sowie der Studiengang für Hebammenkunde an der Hochschule Fulda.

2018 hielten die sechs Ausbildungseinrichtungen in Hessen, laut Selbstauskunft, insgesamt 340 Ausbildungs- bzw. Studienplätze vor. Bei 343 besetzten Plätzen gab es in der Summe faktisch eine Vollausslastung. In den letzten fünf Jahren hat die Auslastung nahezu kontinuierlich zugenommen. Für die nächsten fünf Jahre wird tendenziell eine Zunahme der Ausbildungsplätze erwartet.

Die Bewerberlage ist bei den Hebammenschulen sehr gut. Aktuell kommen auf einen Ausbildungsplatz für einen neuen Kurs im Mittel 14 Bewerberinnen. Der Anteil der werdenden Hebammen, die ihre Ausbildung vorzeitig, d. h. ohne Abschluss abgebrochen haben, liegt durchschnittlich bei 6,4 % bezogen auf die Anzahl der besetzten Ausbildungsplätze.

Im Mittel kooperieren die Ausbildungseinrichtungen im Rahmen der praktischen Ausbildung mit rund 6 Krankenhäusern und rund 20 freiberuflichen Hebammen. Vier von fünf Hebammenschulen haben Kooperationen mit Hochschulen. Die vorherrschende Kooperationsform ist demnach ein ausbildungsbegleitendes bzw. duales Studium.

Befragung der Werdenden Hebammen (WeHen)

Insgesamt haben 56 werdende Hebammen an der Befragung teilgenommen. Dies entspricht einem Rücklauf von 65 %.

80 % der angehenden Hebammen der Stichprobe verfügen über eine Allgemeine Hochschulreife bzw. Fachhochschulreife. Mehr als die Hälfte der Befragten befindet sich derzeit in einer Ausbildung an einer Berufsfachschule bzw. in einer Hebammenschule. Knapp ein Drittel studiert primärqualifizierend an einer Hochschule. Der Rest macht ein ausbildungsintegrierendes Studium (Berufsfachschule/Hebammenschule und Hochschule).

95 % der Teilnehmerinnen wollen im ersten Berufsjahr in der direkten Versorgung von Frauen und deren Familien tätig werden.

88 % planen im ersten Berufsjahr im Krankenhaus, 82 % in der außerklinischen Versorgung von Frauen und ihren Familien und 10 % als Familienhebamme tätig zu werden (Mehrfachnennungen). Die meisten werdenden Hebammen streben eine Festanstellung im klinischen Setting an (66 %). 11 % wollen freiberuflich als Dienst-Beleghebamme und 5 % angestellt durch eine externe Firma als „Honorarhebamme“ tätig werden. Weniger als die Hälfte der in Hessen ausgebildeten Hebammen, welche in der klinischen Versorgung tätig werden wollen, planen eine Tätigkeit in Hessen (43 %).

Im Durchschnitt wird eine 32 Stunden/Woche für die klinische Tätigkeit angestrebt. 41 % wollen in Vollzeit und 46 % in Teilzeit tätig werden. 75 % der werdenden Hebammen, welche eine Teilzeittätigkeit aufnehmen wollen, planen eine zusätzliche Tätigkeit als außerklinisch tätige Hebamme.

Als Organisationsform in der außerklinischen Versorgung wünscht sich ein Drittel der Teilnehmerinnen, alleine in der Freiberuflichkeit tätig zu werden, die Übrigen planen eine Kooperation mit einer oder mehreren Kolleginnen.

Im Durchschnitt planen die Befragten 24 Stunden pro Woche in der außerklinischen Versorgung tätig zu werden. Als Leistungsangebot will die Mehrheit der werdenden Hebammen (85 %) die aufsuchende Wochenbettbetreuung anbieten. Jede siebte werdende Hebamme kann sich vorstellen, in der außerklinischen geburtshilflichen Versorgung tätig zu werden. Etwas mehr als die Hälfte der werdenden Hebammen, welche in Hessen ausgebildet werden, planen eine außerklinische Arbeit in Hessen.

89 % der werdenden Hebammen sind äußerst bis sehr zufrieden mit der getroffenen Berufswahl Hebamme zu werden.

Mehr als die Hälfte (59 %) der werdenden Hebammen plant, drei Jahre nach Erhalt der Berufszulassung im Krankenhaus angestellt tätig zu sein. Im ersten Berufsjahr wollen 88 % in der klinischen Versorgung tätig werden. Somit planen 29 % die klinische Versorgung wieder

zu verlassen. Hingegen wollen jeweils mehr als 80 % der werdenden Hebammen sowohl im ersten Berufsjahr als auch drei Jahre nach Erhalt der Berufszulassung in der außerklinischen Versorgung tätig sein.

Bedarfsanalysen

Die entscheidenden Determinanten für den Bedarf an Hebammenleistungen bis 2030 sind die Geburtenentwicklung und der aktuelle und künftige Bedarf an Hebammenleistungen je Schwangere bzw. Mutter. Der Bedarf kann entweder auf Basis der aktuellen Versorgung (Status-quo-Szenario) oder eines alternativen Bedarfs taxiert werden (Bedarfs-Szenario). Die entsprechenden Ergebnisse bilden den unteren und oberen Korridor für den künftigen Bedarf an Hebammenleistungen in Hessen.

Gemäß Bevölkerungsprognose wird die Anzahl der Geburten in Hessen um 12 % von rund 61.000 Geburten in 2018 auf gut 53.700 Geburten in 2030 zurückgehen. Nach dem Status-quo-Szenario wird der künftige Bedarf an Hebammen in Hessen allein aufgrund der Geburtenentwicklung bestimmt. Das aktuelle Verhältnis von Hebammen zu Geburten bzw. alternativ die aktuelle Absolutzahl der Hebammen wird dabei konstant gehalten. Je nachdem würde im unteren Korridor bis 2030 entweder ein Minderbedarf an Hebammen von 12 % (konstantes Verhältnis von Geburten pro Hebamme) oder ein um 12 % verbessertes Verhältnis von Geburten pro Hebamme resultieren (bei konstanter Absolutzahl an Hebammen).

Im oberen Korridor (Bedarfs-Szenario) wird zwischen dem von den Frauen in der Mütterbefragung artikulierten Hebammenbedarf während Schwangerschaft und Wochenbett und dem Bedarf bei der Geburt in der Klinik gemäß AWMF-Leitlinie und dementsprechend dem Mehrbedarf an außerklinisch bzw. klinisch tätigen Hebammen getrennt. Im Vergleich zur aktuellen Anzahl von 1.275 freiberuflich tätigen Hebammen würde sich der außerklinische Bedarf für individuelle Hebammentermine bis 2030 um 144 Hebammen bzw. 11 % erhöhen (in Köpfen). Nach dem Expertenstandard gemäß AWMF-Leitlinie würde der Bedarf an klinisch tätigen Hebammen von aktuell 547 Vollkräften um 121 Hebammen bzw. 22 % bis 2030 zunehmen. Nach Versorgungsgebieten besteht vor allem im Gebiet Frankfurt-Offenbach ein überproportionaler Mehrbedarf an freiberuflichen Hebammen. Bei den klinisch tätigen Hebammen fällt der Mehrbedarf insbesondere in den Gebieten Gießen-Marburg und Fulda-Bad Hersfeld deutlich überproportional aus.

Im unteren Korridor würde sich bei konstanten Hebammenzahlen allein aufgrund des Geburtenrückgangs das Betreuungsverhältnis von Hebammen zu Geburten in Hessen um 12 % verbessern. Eine Stabilisierung der Hebammenzahlen auf diesem Niveau stellt insofern ein pragmatisches Minimalziel dar, das für Hessen mindestens angestrebt werden sollte. Der

obere Korridor definiert verglichen damit den Hebammenbedarf unter optimalen Bedingungen. Politik, Selbstverwaltung und Praxis müssen letztlich entscheiden, inwieweit sie sich diesem Optimalziel annähern können oder wollen. Die Autorinnen dieser Studie geben hierzu keine Empfehlungen ab.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Die gesundheitliche Versorgung von Frauen, ihren Kindern und ihrer Familie in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und früher Elternschaft durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger stellt einen elementaren und wichtigen Bereich der Gesundheitsversorgung dar.

Es existieren aber bisher kaum aussagekräftige Daten zur flächendeckenden, wohnortnahen geburtshilflichen Versorgung mit Hebammenhilfe in Deutschland bzw. in Hessen. Öffentlich wahrgenommen werden die Zunahme der Geburten in den letzten Jahren, die Schließung von geburtshilflichen Kliniken und Einrichtungen, die Schwierigkeit, offene Hebammenstellen zu besetzen sowie ein „Hebammenmangel“ im außerklinischen Setting. Sehr deutlich wird zudem kommuniziert, dass Schwangere zum Teil große Schwierigkeiten haben, eine Hebamme bzw. einen Entbindungspfleger für die Betreuung in der Schwangerschaft und im Wochenbett zu finden. Dies trifft auch auf die außerklinische Geburtsbetreuung in Hebammengeleiteten Einrichtungen oder zu Hause zu. Gesicherte Zahlen liegen nicht vor.

Hierzu bedarf es zum einen einer differenzierten Erfassung des Angebots und der Inanspruchnahme der Hebammenhilfe. Zum anderen gilt es, den aktuellen und künftigen Bedarf an Hebammenleistungen aus Sicht von Schwangeren bzw. Müttern sowie aus Expertensicht zu ermitteln und mit dem vorhandenen Angebot abzugleichen, um daraus Handlungsempfehlungen für die Ausgestaltung der Hebammenversorgung abzuleiten.

Vor diesem Hintergrund hat das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) ein Gutachten zur Hebammenhilfe in Hessen ausgeschrieben und das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) und die Hochschule für Gesundheit (hsg) Bochum, Studienbereich Hebammenwissenschaft, gemeinsam mit der Gutachtenerstellung beauftragt. Die beiden Projektpartner legen hiermit das entsprechende Gutachten vor.

1.2 Ziele

In Abstimmung mit dem Auftraggeber verfolgt das vorliegende Gutachten zur Hebammenhilfe in Hessen konkret die folgenden zentralen Zielsetzungen:

- Analysen zur Entwicklung der Hebammenversorgung in Hessen in den letzten Jahren und Prognosen der zukünftigen Entwicklung.

- Strukturanalysen der Hebammenversorgung in Hessen differenziert nach klinischer und außerklinischer Geburtshilfe sowie nach vor- und nachgeburtlichen Betreuungsleistungen von Hebammen.
- Untersuchung des Inanspruchnahmeverhaltens der Hebammenversorgung durch Schwangere, Gebärende und junge Mütter.
- Bedarfsanalysen der Hebammenversorgung aktuell und in der Zukunft.
- Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Gesamtsituation der Hebammenhilfe.

Um diese Ziele zu erreichen, werden insgesamt neun Module bearbeitet:

1. Sekundäranalysen
2. Hebammenbefragung
3. Mütterbefragung
4. Krankenhausbefragung
5. Befragung Hebammengeleiteter Einrichtungen (HgE)
6. Befragung der Ausbildungseinrichtungen
7. Befragung der werdenden Hebammen (WeHen)
8. Bedarfsanalysen
9. Workshops zu Handlungsempfehlungen

Die *Analysen und Prognosen zur Entwicklung der Hebammenversorgung in Hessen* erfolgten mittels Sekundäranalysen vor allem der amtlichen Statistik etwa der Geburtenzahlen, der Hebammenzahlen und der Kapazitäten der klinischen und außerklinischen Geburtshilfe.

Für die umfassenden *Strukturanalysen der Hebammenversorgung in Hessen* sind Befragungen von Hebammen, der Krankenhäuser mit Geburtshilfe, von HgE sowie von Ausbildungsstätten und WeHen durchgeführt worden. Damit sollten die organisatorische und personelle Infrastruktur der Hebammenversorgung und das Leistungsangebot näher untersucht sowie aktuelle und künftige Herausforderungen in der Betreuung während der Schwangerschaft, der Geburt und im Wochenbett identifiziert werden.

Die Mütterbefragung sollte Auskunft zum *Inanspruchnahmeverhalten der Hebammenversorgung* durch Frauen in der reproduktiven Lebensphase, ihre Zufriedenheit mit den offerierten Betreuungsleistungen und den Bedarf bzw. Versorgungslücken aus Betroffenenansicht geben.

Die *Bedarfsanalysen zur Hebammenversorgung* basierten zum einen auf Trendfortschreibungen des aktuellen Status quo anhand der amtlichen Bevölkerungsprognose. Zum

anderen wurden auch der von den Frauen artikulierte Bedarf sowie Expertenstandards für eine bedarfsgerechte Versorgung aktuell und in der Zukunft herangezogen.

Auf Basis der Ergebnisse der verschiedenen Untersuchungsmodule sowie von Workshops mit Experten und Praktikern wurden abschließend Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Hebammenversorgung in Hessen abgeleitet.

Im Gutachten werden in allen Fällen, in denen Frauen und Männer gemeint oder möglich sind, beide Formen verwendet. Häufig werden die neutrale Form oder der Plural und in seltenen Fällen das grammatikalische Genus gebraucht, um eine gute Lesbarkeit zu erlangen. Sind ausschließlich Frauen gemeint oder angesprochen, wird die weibliche Form gewählt. Bei der Bezeichnung der Berufsgruppe der Hebammen oder Angehörigen dieser Berufsgruppe wird ausschließlich die Berufsbezeichnung „Hebamme“ verwendet. Hierunter werden auch Entbindungspfleger subsumiert.

2 Sekundäranalysen

2.1 Methodisches Vorgehen

Die Sekundäranalysen zur Entwicklung der geburtshilflichen und Hebammenversorgung in Hessen aktuell und in den letzten Jahren erfolgen vor allem anhand der amtlichen Statistik (Bevölkerungs- und Krankenhausstatistik, teilweise auf Basis von Sonderauswertungen durch die Hessen Agentur).

Soweit bei Abschluss dieses Gutachtens verfügbar, beziehen sich die aktuellsten Daten der amtlichen Statistik auf das Jahr 2018; falls nicht, auf das Jahr 2017. Für Zeitreihen wird durchgängig ein Betrachtungszeitraum von 10 – 11 Jahren seit dem Jahr 2008 zugrunde gelegt. Ausgewählte Ergebnisse werden regionalisiert nach Versorgungsgebieten in Hessen dargestellt. Im Einzelnen werden folgende Merkmale untersucht:

- Entwicklung der geburtshilflichen Kapazitäten in Hessen nach Krankenhausstandorten
- Entwicklung der Geburtenzahlen in Hessen insgesamt
- Entwicklung der Geburten nach Geburtsort (klinisch und außerklinisch)
- Entwicklung der Geburten nach Geburtsmodi (Spontangeburt, Vaginaloperative Geburten und Kaiserschnitte)
- Anzahl der Hebammen in Hessen insgesamt und differenziert nach klinisch und freiberuflich tätigen Hebammen.

2.2 Ergebnisse

2.2.1 Krankenhäuser mit Geburtshilfen und Geburtshäuser

Die Anzahl der hessischen Krankenhäuser mit einer geburtshilflichen Abteilung ist seit Jahren rückläufig (Abb. 1). Laut amtlicher Krankenhausstatistik ging die Anzahl der Krankenhäuser mit Geburtshilfe von 67 Häusern in 2008 auf 50 Häuser in 2018 zurück (Hessisches Statistisches Landesamt, 2008 ff.). Das entspricht einem Rückgang von 25 %.

Für 2019 lagen bei Fertigstellung dieser Studie noch keine Daten der amtlichen Statistik vor. Gemäß der Identifikation der Grundgesamtheit bzw. der Datenerfassung für die Krankenhausbefragung dieser Studie (vgl. Kap. 5.1.3) sowie weitergehenden Informationen aus den Medien ist in diesem Jahr nochmals ein deutlicher Rückgang der Geburtshilfen zu verzeichnen. Demnach wäre die Anzahl der Krankenhäuser mit Geburtshilfe bis November dieses Jahres auf 44 Häuser gesunken. Damit hätte sich die Anzahl der geburtshilflichen Abteilungen seit 2008 um rund ein Drittel reduziert.

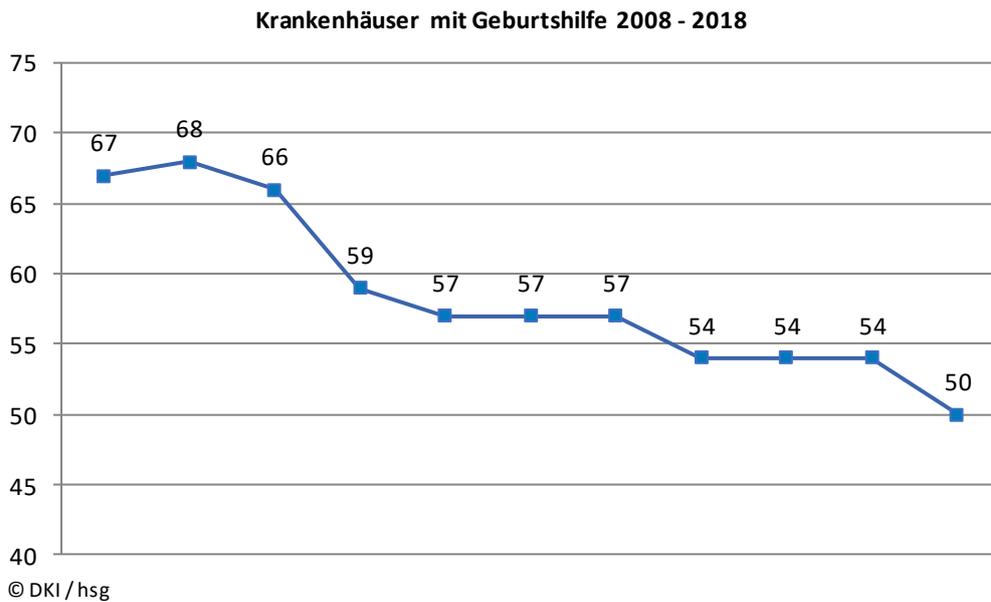


Abb. 1: Krankenhäuser mit Geburtshilfe in Hessen 2008 – 2018

Über die geburtshilflichen Abteilungen hinaus gibt es aktuell in Hessen acht Hebammengeleitete Einrichtungen oder Geburtshäuser (vgl. Kap. 6.1.3).

Die Verteilung der Geburtshilfen und Geburtshäuser auf die sechs Versorgungsgebiete in Hessen kann im Einzelnen der Abb. 2 entnommen werden. Die Karte weist 44 Standorte für Geburtshilfen und 10 Standorte für Geburtshäuser aus (Stand: November 2019). Bei den Geburtshäusern gibt es zwei Einrichtungen mit jeweils zwei Standorten; auch bei den sieben im Jahr 2019 geschlossenen Geburtshilfen ist ein Krankenhaus mit zwei Standorten vertreten.¹

¹ Dies erklärt die leicht abweichende Anzahl der jeweiligen Einrichtungen in den Grundgesamtheiten der Befragung der Krankenhäuser und Hebammengeleiteten Einrichtungen in dieser Studie (vgl. Kap. 5.1.3, 6.1.3).

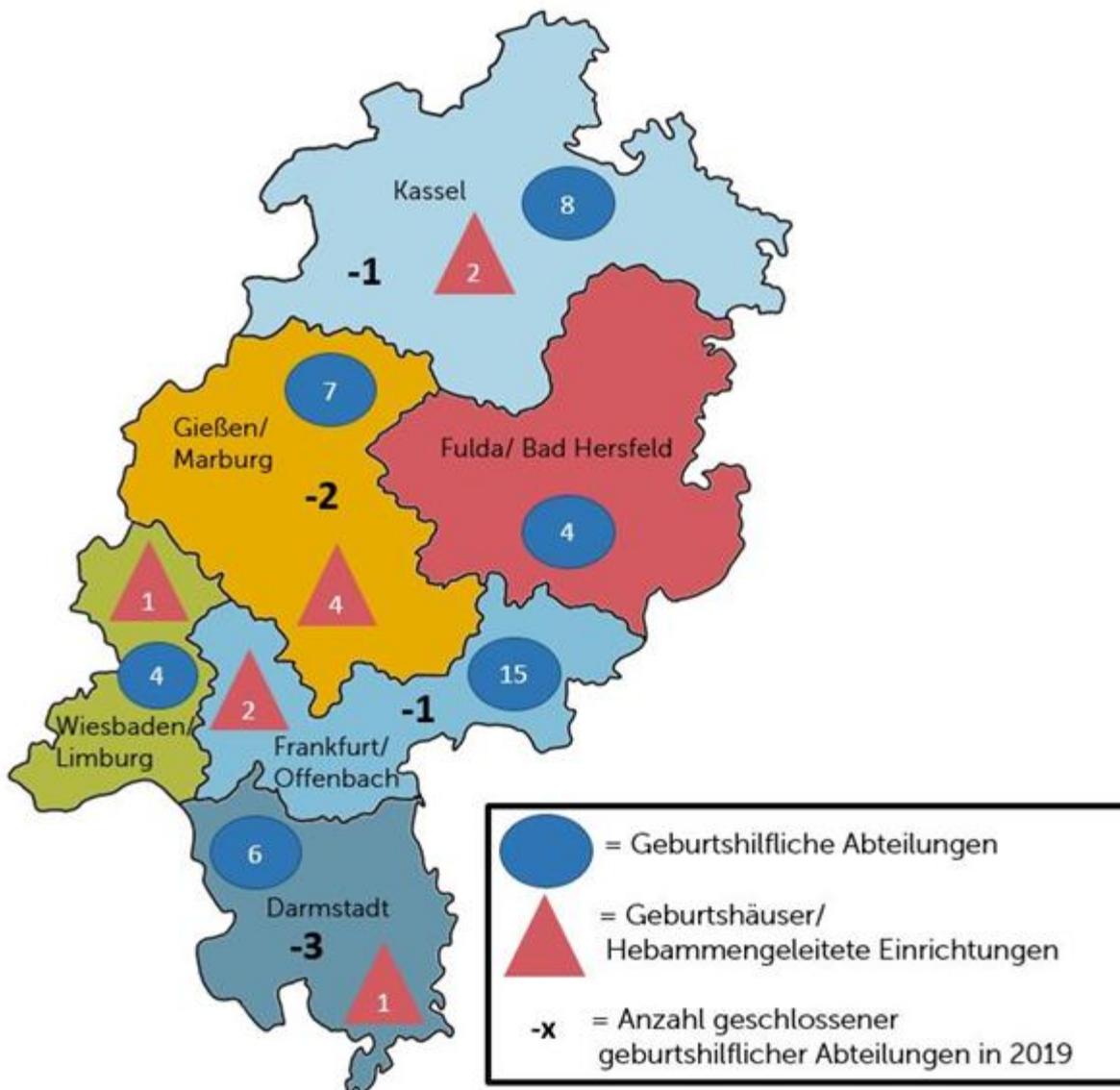


Abb. 2: Geburtshilfliches Versorgungsangebot in den Versorgungsgebieten Hessens (Stand 07.11.2019)

2.2.2 Lebendgeborene insgesamt

In den Jahren 2017 und 2018 gab es in Hessen insgesamt jeweils rund 61.000 Lebendgeborene nach Wohnort der Mutter. In den letzten 10 Jahren hat die Geburtenzahl merklich zugenommen. So lag sie im Jahr 2008 noch bei rund 51.750 Lebendgeborenen nach Wohnsitz der Mutter in Hessen. Die relative Zunahme seither beträgt somit 18 %. Die Zeitreihe belegt aber auch, dass dieser Anstieg nicht kontinuierlich erfolgte, sondern im Wesentlichen in den Jahren 2014 – 2016 stattfand (Abb. 3).

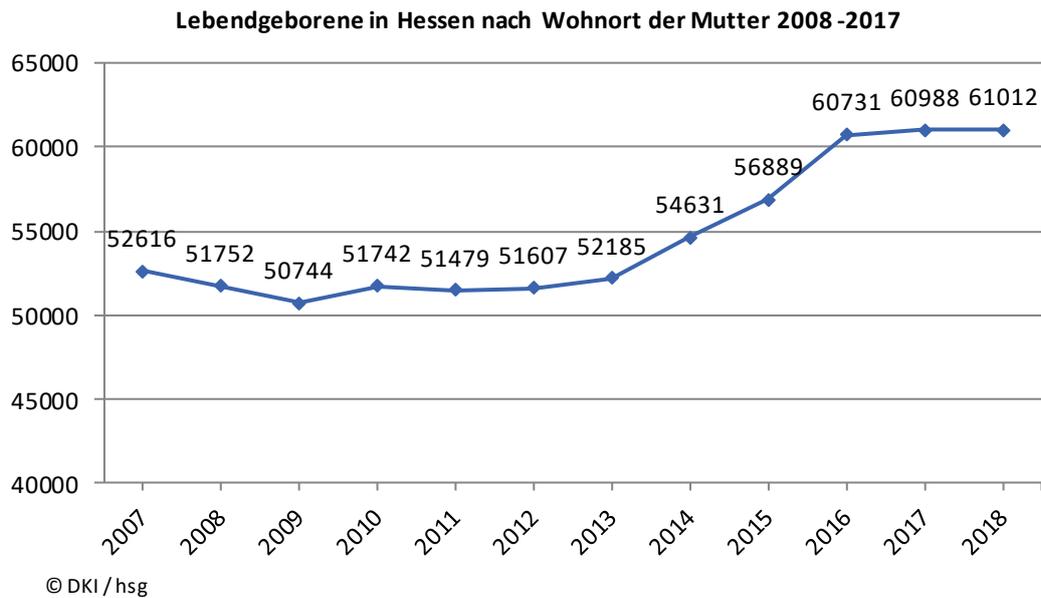


Abb. 3: Lebendgeborene in Hessen nach Wohnort der Mutter 2008 – 2018

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt mit einer relativen Zunahme von 15,4 % fällt die Geburtenentwicklung in Hessen für die Jahre 2008 – 2018 mit 17,9 % leicht überdurchschnittlich aus (eigene Berechnungen auf Basis von Statistisches Bundesamt, 2019).

Im Jahr 2018 lag die zusammengefasste Geburtenziffer in Hessen bei knapp 1,6 Kindern pro Frau.² Das entspricht in etwa dem Bundesdurchschnitt. Im Vergleich zum Jahr 2008 mit knapp 1,4 Kindern pro Frau ist die Geburtenziffer in Hessen um rund 14 % gestiegen. Auch dieser Anstieg liegt im Bundestrend (eigene Berechnungen auf Basis von Statistisches Bundesamt, 2019).

Tab. 1 zeigt die Geburtenentwicklung nach Versorgungsgebieten in Hessen seit 2008. Demnach ist die Anzahl der Lebendgeborenen nach Wohnort der Mutter in den Versorgungsgebieten Darmstadt und Frankfurt-Offenbach überproportional gestiegen. In den übrigen Versorgungsgebieten fällt der Anstieg unterproportional aus.

² Die Geburtenziffer gibt an, wie viele Kinder eine Frau im Laufe ihres Lebens bekommen würde, wenn ihr Geburtenverhalten so wäre wie das aller Frauen zwischen 15 und 49 Jahren im jeweils betrachteten Jahr.

Tab. 1: Lebendgeborene in Hessen nach Wohnort der Mutter und Versorgungsgebieten 2008 – 2017

Versorgungsgebiet	Lebendgeborene in Hessen		Differenz 2018-2008	
	2008	2018	n	%
Darmstadt	8.847	10.855	2.008	22,7 %
Frankfurt-Offenbach	18.605	22.534	3.929	21,1 %
Fulda-Bad Hersfeld	3.403	3.850	447	13,1 %
Gießen-Marburg	8.627	9.809	1.182	13,7 %
Kassel	6.568	7.612	1.044	15,9 %
Wiesbaden-Limburg	5.712	6.352	650	11,4 %
Hessen gesamt	51.752	61.012	9.260	17,9 %

2.2.3 Geburten nach Geburtsort

Geburten können klinisch oder außerklinisch in Geburtshäusern oder als Hausgeburt stattfinden.

In den geburtshilfflichen Abteilungen der hessischen Krankenhäuser gab es 2017 insgesamt 57.011 Geburten mit 58.175 geborenen Kindern, darunter 57.932 Lebendgeborene und 243 Totgeborene (= 0,4 %). Die Entwicklung seit 2008 kann der Abb. 4 entnommen werden. Demnach hat die Zahl der Geburten bzw. der Lebendgeborenen im Krankenhaus seither um rund 16 % zugenommen.

Geburten und geborene Kinder in hessischen Krankenhäusern 2008 -2017

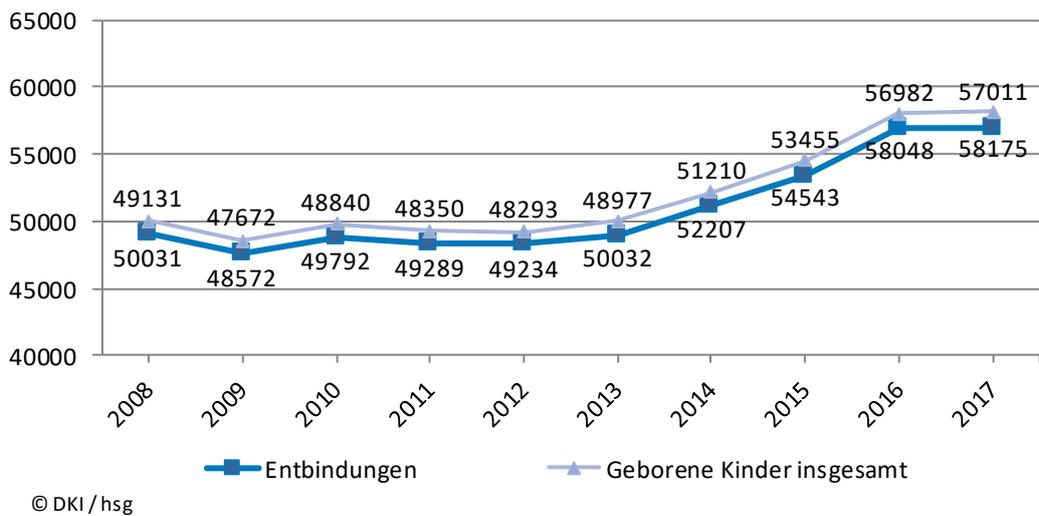


Abb. 4: Geburten und geborene Kinder in hessischen Krankenhäusern 2008 – 2017

Das Verhältnis von Geburten in hessischen Krankenhäusern und Lebendgeborenen nach dem Wohnort der Mutter in Hessen (vgl. Kap. 2.2.2) lag 2017 bei rund 93 %. Selbst bereinigt um außerklinische Geburten fällt der Wanderungssaldo bei Geburten über die Landesgrenzen hinweg damit negativ aus, d. h. mehr Frauen mit Wohnsitz in Hessen gebären außerhalb von Hessen als umgekehrt Frauen mit Wohnsitz außerhalb von Hessen in hessischen Krankenhäusern.

Tab. 2: Lebendgeborene in hessischen Krankenhäusern 2008 – 2017

Versorgungsgebiet	Lebendgeborene in hessischen Krankenhäusern		Differenz 2017-2008	
	2008	2017	n	%
Darmstadt	7.200	8.067	867	12,0%
Frankfurt-Offenbach	18.857	22.995	4.138	21,9%
Fulda-Bad Hersfeld	3.711	4.030	319	8,6%
Gießen-Marburg	7.681	9.135	1.454	18,9%
Kassel	6.200	7.439	1.239	20,0%
Wiesbaden-Limburg	6.227	6.266	39	0,6%
Hessen gesamt	49.876	57.932	8.056	16,2%

Tab. 2 zeigt die Geburtenentwicklung in hessischen Krankenhäusern nach Versorgungsgebieten seit 2008. Demnach ist die Anzahl der Lebendgeborenen dort vor allem in den Versorgungsgebieten Frankfurt-Offenbach, Gießen-Marburg und Kassel überproportional gestiegen. Unterproportional fällt der Anstieg in den Gebieten Fulda-Hersfeld und vor allen für Wiesbaden-Limburg aus.

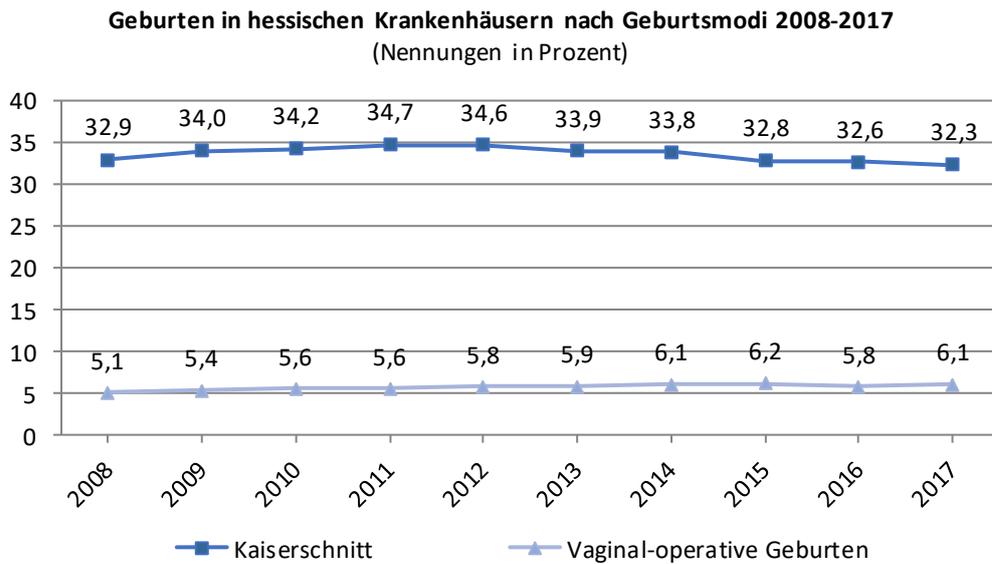
Außerklinische Geburten gibt es in HgE bzw. Geburtshäusern sowie als Hausgeburten. Gemäß Qualitätsbericht der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe gab es im Jahr 2017 in Hessen 270 außerklinisch geplante Hausgeburten und 729 außerklinisch geplante Geburten in Geburtshilflichen Einrichtungen (QUAG, 2018). Bereinigt um außerklinisch geplante Geburten, die in der Klinik beendet wurden, dürfte der Anteil der außerklinischen Geburten bei Müttern mit Wohnsitz in Hessen schätzungsweise bei gut einem Prozent liegen.³

2.2.4 Geburten nach Geburtsmodi

In den hessischen Krankenhäusern gab es 2017 insgesamt gut 57.000 Geburten. Davon entfallen rund 32 % auf Kaiserschnitte. Rund 6 % dieser Geburten sind vaginal-operative Geburten. Davon entfallen gut 5 % auf die Vakuumextraktion und knapp 1 % auf die Zangengeburt.

Im Zeitablauf seit 2008 haben sich die Anteilswerte der genannten Geburtsmodi an den Geburten in hessischen Krankenhäusern insgesamt wenig verändert (Abb. 5). Bei den Kaiserschnittraten ist in den letzten Jahren sogar ein leichter Rückgang zu beobachten. Demgegenüber nimmt der Anteil der vaginal-operativen Geburten leicht zu.

³ Basis: rund 61.000 Lebendgeborene mit Wohnsitz der Mutter in Hessen. Bundesweit wurden rund 17 % der außerklinisch geplanten Geburten sub partu verlegt und in einer Klinik beendet. Nach Bundesländern liegen keine entsprechenden Daten vor (QUAG, 2018). Die über die hessischen Krankenhäuser und außerklinischen Angebote nicht erfassten Lebendgeborenen nach Wohnsitz der Mutter in Hessen kommen außerhalb von Hessen zur Welt.



© DKI / hsg

Abb. 5: Geburten in hessischen Krankenhäusern nach Geburtsmodi 2008 – 2017

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt von 30,5 % fällt die Kaiserschnitttrate in Hessen mit 32,3 % etwas höher aus (eigene Berechnungen auf Basis von Statistisches Bundesamt, 2019).

2.2.5 Klinisch tätige Hebammen

Bei den klinisch tätigen Hebammen ist zwischen an den Krankenhäusern festangestellten Hebammen und Beleghebammen zu unterscheiden. Abb. 6 zeigt die jeweilige Entwicklung der klinisch tätigen Hebammen seit 2008 (Hessisches Statistisches Landesamt, 2008 ff.).

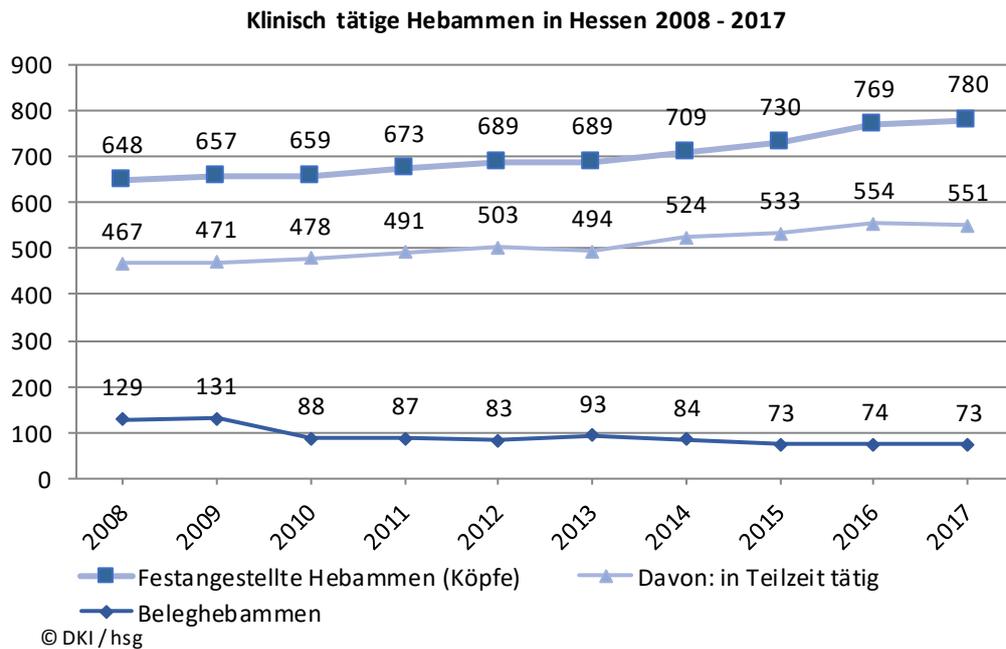


Abb. 6: Klinisch tätige Hebammen in Hessen 2008 – 2017

Zum Stichtag 31.12.2017 gab es in den hessischen Krankenhäusern 780 festangestellte Hebammen (Köpfe). Seit 2008 ist deren Zahl, nahezu stetig, um 132 Hebammen (20 %) gestiegen (Abb. 6). Von den 780 festangestellten Hebammen arbeiteten 551 Hebammen oder 71 % in Teilzeit. Die Teilzeitquoten variierten im Beobachtungszeitraum nur geringfügig.

Die Vollzeitäquivalente an festangestellten Hebammen werden in der amtlichen Statistik nicht ausgewiesen. Bei einer durchschnittlichen Regelarbeitszeit von 25 h je festangestellter Hebamme und Woche (Median gemäß Hebammenbefragung) und einer angenommenen Regelarbeitszeit von 39 h für eine Vollzeitkraft liegt der Erwartungswert für die Vollzeitäquivalente bei 500 Vollkräften in den hessischen Krankenhäusern ($= 780 \cdot (25 / 39)$).

Über die festangestellten Hebammen hinaus sind im Krankenhaus noch Beleghebammen tätig. Ende 2017 gab es in den hessischen Krankenhäusern, laut amtlicher Krankenhausstatistik, 73 Beleghebammen. Deren Anzahl ist seit 2008 um 56 Beleghebammen (-43 %) deutlich gesunken. Allerdings ist dieser Rückgang maßgeblich auf die ersten Jahre des Betrachtungszeitraums zurückzuführen. In den letzten Jahren war die Anzahl der Beleghebammen weitgehend konstant.

Eine Unterscheidung nach Dienst-Beleghebammen und Begleit-Beleghebammen nimmt die amtliche Statistik nicht vor. Gemäß Krankenhausbefragung sind Dienst-Beleghebammen unter den Beleghebammen aber deutlich überrepräsentiert (vgl. Kap 5.2.2). Unterstellt man

bei den Beleghebammen dasselbe Verhältnis von Köpfen zu (kalkulatorischen) Vollzeitäquivalenten wie bei den festangestellten Hebammen (= 64 %), dann würde die aktuelle Anzahl an Beleghebammen rund 47 (kalkulatorischen) Vollzeitäquivalenten entsprechen.⁴

Tab. 3 zeigt das Verhältnis der Geburten (Lebendgeborene) pro klinisch tätige Hebamme (in Köpfen) in den hessischen Krankenhäusern für das Jahr 2017.⁵ Im Landesdurchschnitt liegt es bei 67,9 Lebendgeborenen pro klinisch tätige Hebamme. Auffallend sind die großen Varianzen nach Versorgungsgebieten. Vor allem die Versorgungsgebiete Gießen-Marburg und Fulda-Bad Hersfeld weisen mit jeweils knapp 80 Lebendgeborenen pro klinisch tätige Hebamme einen relativ schlechten Betreuungsschlüssel auf. Das beste Betreuungsverhältnis hat das Gebiet Kassel mit rund 58 Lebendgeborenen pro klinisch tätige Hebamme. Die Werte für die anderen Versorgungsgebiete streuen um den Landesdurchschnitt.

Tab. 3: Geburten pro klinisch tätige Hebamme 2017

Versorgungsgebiet	Klinisch tätige Hebammen (Köpfe) 31.12.2017	Lebendgeborene in hessischen Krankenhäusern 2017	Lebendgeborene in hessischen KH pro klinisch tätige Hebamme 2017
Darmstadt	127	8.067	63,5
Frankfurt-Offenbach	333	22.995	69,1
Fulda-Bad Hersfeld	52	4.030	77,5
Gießen-Marburg	115	9.135	79,4
Kassel	128	7.439	58,1
Wiesbaden-Limburg	98	6.266	63,9
Hessen gesamt	853	57.932	67,9

2.2.6 Hebammen insgesamt

Im Unterschied zu den klinisch tätigen Hebammen liegen für die (auch) außerklinisch tätigen Hebammen und damit für die Anzahl der Hebammen in Hessen insgesamt keine Daten in der amtlichen Statistik vor. Deswegen musste auf andere Quellen rekurriert bzw. die Gesamtzahl geschätzt werden.

⁴ Angesichts der deutlichen Überrepräsentanz von Dienst-Beleghebammen unter den Beleghebammen und ihrer im Vergleich zu festangestellten Hebammen überdurchschnittlichen Regelarbeitszeit von 30 h pro Woche (Median gemäß Hebammenbefragung) bei gleichzeitig deutlich unterdurchschnittlichen Präsenzzeiten von Begleit-Beleghebammen im Krankenhaus, erscheint der genannte Schätzwert von 47 kalkulatorischen Vollzeitäquivalenten bei den Beleghebammen zumindest im Grundsatz plausibel.

⁵ Die festangestellten Hebammen und Beleghebammen wurden hier je Versorgungsgebiet addiert.

Für die Zahl der freiberuflich tätigen Hebammen wurde die Vertragspartnerliste des GKV-Spitzenverbandes zugrunde gelegt. Sie erfasst alle freiberuflich tätigen Hebammen, die in vertraglichen Beziehungen mit den gesetzlichen Kassen gemäß § 134a SGB v stehen. Danach gibt es aktuell 1.275 freiberuflich tätige Hebammen in Hessen. Allerdings ist ein Teil der freiberuflichen Hebammen auch klinisch tätig. Zur Vermeidung von Doppelerfassungen muss die Anzahl der klinisch tätigen Hebammen daher um Hebammen bereinigt werden, die klinisch und außerklinisch tätig sind. Hierzu wurde die entsprechende Verteilung auf Basis der Hebammenbefragung dieser Studie herangezogen (vgl. Kap. 3.2.2):

Der amtlichen Krankenhausstatistik für Hessen zufolge lag die Anzahl der fest angestellten Hebammen in den hessischen Krankenhäusern am 31.12.2017 bei 780 Hebammen (Köpfe). Laut Hebammenbefragung sind 46,8 % der hessischen Hebammen im Krankenhaus angestellt oder als Dienstbeleghebamme tätig; davon entfallen 35,3 Prozentpunkte auf klinisch wie außerklinisch tätige Hebammen. Der Anteil dieser Untergruppe an den klinisch tätigen Hebammen insgesamt liegt dementsprechend bei 75,4 % (= 35,3 % / 46,8 %). Bezogen auf die Grundgesamtheit der 780 angestellten Hebammen sind somit 588 Hebammen auch außerklinisch bzw. 192 Hebammen ausschließlich klinisch tätig.

Addiert man die letztgenannte Gruppe zur Anzahl der freiberuflich tätigen Hebammen gemäß Vertragspartnerliste des GKV-Spitzenverbandes, dann liegt der Schätzwert für die Anzahl der Hebammen in Hessen bei 1.467 Hebammen insgesamt (Tab. 4).⁶

Tab. 4: Hebammen in Hessen insgesamt

Hebammen	Anzahl
Fest angestellte Hebammen in Köpfen	780
Davon: ausschließlich klinisch tätig	192
Davon: klinisch und außerklinisch tätig	588
Freiberuflich tätige Hebammen in Köpfen	1.275
Davon: ausschließlich außerklinisch tätig	717
Davon: klinisch und außerklinisch tätig	588
Hebammen in Köpfen insgesamt	1.467

⁶ Einschränkung sei erwähnt, dass die Vertragspartnerliste des GKV-Spitzenverbandes die Anzahl der freiberuflich tätigen Hebammen leicht überschätzen dürfte, insofern (zwischenzeitlich) beruflich nicht mehr aktive Hebammen teilweise miterfasst sind. Damit wird auch die Gesamtzahl der Hebammen in Hessen tendenziell überschätzt sowie der Mehrbedarf an Hebammen im Vergleich zum Status-quo etwas unterschätzt (vgl. Kap. 9.2.2). Die regionale Verteilung der festangestellten Hebammen nach Versorgungsgebieten kann dem Kap. 2.2.5 entnommen werden. Über die regionalen Einsatzgebiete der freiberuflichen Hebammen informiert Kap. 3.2.2.2).

3 Hebammenbefragung

3.1 Methodisches Vorgehen

3.1.1 Erstellung der Erhebungsunterlagen

Anschreiben

Die Hochschule für Gesundheit Bochum (hsg Bochum) und das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) haben das Anschreiben für die Befragung der Hebammen entwickelt und mit dem Auftraggeber abgestimmt. Das begleitende Anschreiben erläutert die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Befragung, den Zweck der Datenerhebung und -verarbeitung und beschreibt den Umgang mit den Daten gemäß der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG neu bzw. DSAnpUG-EU) sowie die Ergebnisdarstellung, welche keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen, Einrichtungen oder Daten ermöglicht.

Zusätzlich wurde ein Empfehlungsschreiben des Auftraggebers (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration) mit Bitte um Teilnahme an der Befragung beigelegt.

Des Weiteren wurde eine Ansprechpartnerin (E-Mail und Telefon) der hsg Bochum für Rückfragen der Teilnehmerinnen benannt.

Bei dieser Befragung wurden personenbezogene Daten erhoben, so dass es datenschutzrechtliche Vorgaben bei der anschließenden Erfassung der Daten in einer Datenbank gibt. Für den Zweck regionalisierter Auswertungen wurden angestellt arbeitende Hebammen gefragt, in welchem Landkreis bzw. in welcher kreisfreien Stadt sich die Klinik (Arbeitsstätte) befindet. Freiberuflich tätige Hebammen wurden gefragt, in welchem Landkreis bzw. in welcher kreisfreien Stadt sie tätig sind. Ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der hsg Bochum liegt vor. Zudem wurde ein positives Votum durch den Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit eingeholt.

Fragebogen

Der Fragebogen wurde federführend von der hsg Bochum entwickelt und mit dem HMSI abgestimmt. Die Entwicklung erfolgte auf Grundlage von internationalen Standards der Hebammenregistrierung und -befragung und es konnte zudem auf bewährte Fragebögen aus früheren bzw. aktuellen Befragungen zurückgegriffen werden. Das Erhebungsinstrument wurde so gestaltet, dass die Teilnehmerinnen durch Filterfunktionen zu den auf sie zutreffenden Fragenmodulen weitergeleitet wurden.

Unter anderem wurden folgende Aspekte erfragt:

- Tätigkeitsprofil der originären Berufsausübung als Hebamme (Ort, Art und Umfang, angestellt, freiberuflich, Mischform, Familienhebamme)
- Tätigkeitsprofil der Berufsausübung in einem hebammenrelevanten Bereich (Ort, Art und Umfang, z. B. Lehrtätigkeit an Berufsfachschulen, Hochschulen, Weiterbildungsinstituten, berufspolitische Tätigkeiten, Still- und Laktationsberaterin, etc.)
- Ruhende Tätigkeit (Elternzeit, Kindererziehung, Pflegende Angehörige, berufliche Auszeit, Ausstieg aus dem Beruf, etc.)
- Angestelltenverhältnis: Arbeitsumfang (durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeiten, Rufbereitschaften, Bereitschaftsdienste, Schichtsystem), Anteil von administrativen und organisatorischen Tätigkeiten, besondere Funktionen, die übernommen werden (Leitung, Praxisanleitung, etc.)
- Freiberuflichkeit: Arbeitsumfang (durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeiten, Rufbereitschaften, Bereitschaftsdienste, Teamarbeit, Vertretungsregelungen), Erhebung von Tätigkeiten, die im Rahmen der Freiberuflichkeit nicht vergütet werden
- Betreute Frauen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (Fälle), dabei Erfassung besonderer Merkmale wie Migrationshintergrund, geflüchtete Frauen, Frauen aus hochbelasteten Familien, etc.
- Regionale Verteilung
- Soziodemographische und sozioökonomische Daten (Alter, Familienstand, eigene Kinder)
- Hebammenausbildung (Jahr und Art des Abschlusses, Ort (Hessen, anderes Bundesland, Ausland)
- Staatlich anerkannte bzw. zertifizierte Weiterbildungen und weiterqualifizierendes Studium
- Berufserfahrung (wie viele Berufsjahre, in welchen Bereichen)
- Erwartungen hinsichtlich der zukünftigen Berufsausübung (Ort, Art und Umfang bzw. Weiterqualifizierung) und Einschätzung zum Verbleib im Beruf
- Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes mittels der Self-rated Health Question.

Bei der Entwicklung des Fragebogens wurde die Expertise des Beirats mit einbezogen (Vertreterinnen und Vertreter des HMSI, der Hessischen Krankenhausgesellschaft e. V., der Hessen Agentur GmbH, des Landeskrankenhausausschusses, des Landesverbandes der Hessischen Hebammen e. V. und von Mother Hood e.V. Landesgruppe Hessen).

Der Fragebogen wurde anschließend einem Pretest mit Hebammen (n=15) aus anderen Bundesländern unterzogen. Rückmeldungen der Teilnehmerinnen aus dem Pretest wurden in die Endversion des Fragebogens eingearbeitet.

3.1.2 Grundgesamtheit, Stichproben und Rücklauf

Grundgesamtheit der Hebammenbefragung bildeten alle freiberuflichen und festangestellten Hebammen in Hessen, die zum Erhebungszeitpunkt im Hebammenberuf tätig waren. Diese Grundgesamtheit umfasst aktuell schätzungsweise 1.467 Hebammen (vgl. Kap. 2.2.6). Ein

zentrales Hebammenregister, über welches die Hebammen der Grundgesamtheit ggf. hätten identifiziert werden können, existiert nicht.

Deswegen erfolgte die Stichprobenziehung über die Mitgliedsdateien des Landesverbandes der Hessischen Hebammen e. V. und dem Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. (BfHD). Angesichts eines hohen Organisationsgrades der Hebammen gehen die Verbände davon aus, dass 80 – 90 % der hessischen Hebammen über sie erfasst sind. In Summe haben die beiden Verbände 1.475 Fragebögen an ihre Mitglieder verschickt (Vollerhebung).⁷

Fragebögen, die bis zum 14.06.2019 eingegangen sind, wurden bei der Auswertung berücksichtigt. Insgesamt haben sich 641 Hebammen an der Befragung beteiligt (Rücklauf 43,7 %), darunter 66 Hebammen, die nicht in der direkten Versorgung tätig sind (vgl. Kap. 3.2.4). Bezogen auf die o. g. Grundgesamtheit entsprechen die 575 in der direkten Versorgung tätigen Hebammen einem Erfassungsgrad von geschätzt 39,2 % der Hebammen in Hessen.

Es liegen 559 Fragebögen in Papierform vor und es wurden 82 Fragebögen online beantwortet.

3.1.3 Durchführung der Befragung

Die Befragungsunterlagen wurden nach Freigabe durch den Auftraggeber versandfertig an die beteiligten Hebammenverbände verschickt. Dort wurden sie adressiert und an die Mitglieder weitergeleitet. Der Rückversand der ausgefüllten Fragebögen erfolgte über ein freigemachtes Rückkuvert direkt an das DKI.

Zusätzlich wurden Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zur Bewerbung der Befragung angesprochen, die zum einen bei ihren Mitgliedern um Teilnahme an der Befragung geworben oder aber über Social Media auf die Hebammenbefragung aufmerksam gemacht haben. Dies waren u.a. der Landesverband der Hessischen Hebammen e.V., BfHD e.V., die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG) sowie die Hebammengeleiteten Einrichtungen in Hessen. Auch Mother Hood e.V. hat aktiv für die Hebammenbefragung geworben. Durch Pressemitteilungen wurde die Teilnahme der Bewerbung ebenso gestreut. Zudem wurde unter anderem auf dem 15. Deutschen Hebammenkongress in Bremen (27.05. – 29.05.2019) für die Befragung geworben.

⁷ Darunter sind auch (zwischenzeitlich) beruflich nicht mehr in der direkten Versorgung tätige Mitglieder, die nicht unter die Einschlusskriterien der Stichproben fallen. Diese konnten von den Hebammenverbänden nicht selektiert werden. Sofern sie an der Befragung trotzdem teilgenommen haben, werden sie in den Auswertungen gesondert berücksichtigt (vgl. Kap. 3.2.4).

3.2 Ergebnisse

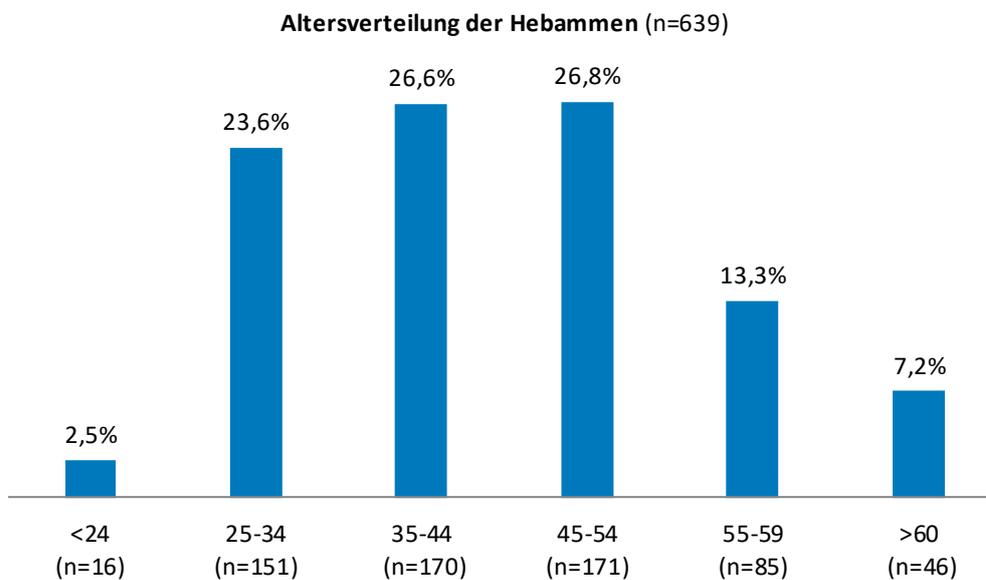
Im Folgenden werden die Ergebnisse der Hebammenbefragung, beginnend mit der Stichprobenbeschreibung, dargestellt. Es konnten 641 Fragebögen berücksichtigt werden.

3.2.1 Beschreibung der Stichprobe

Eine Übersicht ausgewählter soziodemografischer Merkmale der Stichprobe der Hebammen wird im Folgenden dargestellt:

Alter

Die Altersverteilung der befragten Hebammen kann folgendermaßen dargestellt werden: 24 Jahre oder jünger sind 3 % (n=16) der Stichprobe. 24 % (n=151) der Befragten können der Altersgruppe zwischen 25 und 34 Jahren zugeordnet werden. 27 % (n=170) der Hebammen sind zwischen 35 und 44 Jahre alt. In der Alterskategorie zwischen 45 und 54 befinden sich 27 % der Hebammen (n=171). 13 % (n=85) sind zwischen 55 und 59 Jahre alt. 7 % (n=46) sind über 60 Jahre alt (siehe Abb. 7; gültige n=639).



© DKI / hsg

Abb. 7: Altersverteilung der Hebammen (n=639)

Mitgliedschaft Berufsverband bzw. Fachgesellschaft

Insgesamt verfügen 99 % (n=630) über eine Mitgliedschaft in einem Berufsverband. Darüber hinaus sind 6 % (n=41) Mitglied einer Fachgesellschaft (gültige n=639).

Qualifikation

76 % (n=478) der Hebammen verfügen über eine Hochschulzugangsberechtigung (Allgemeine Hochschulreife oder Fachhochschulreife). 18 % (n=117) der Befragten hat die Ausbildung bzw. das Studium zur Hebamme vor dem Jahr 1985 begonnen. 93 % (n=580) der Teilnehmerinnen haben zur Erlangung des Hebammenberufes eine Ausbildung absolviert, 4 % (n=26) haben studiert und 3 % (n=21) haben eine Ausbildung absolviert und parallel studiert (gültige n=627). Die Mehrheit der teilnehmenden Hebammen hat ihre Ausbildung bzw. ihr Studium in Deutschland abgeschlossen (94 %; n=558), davon 38 % (n=210) in Hessen. 31 % (n=184) der befragten Hebammen verfügen über einen Abschluss in einer zertifizierten Weiterbildung oder haben bereits ein Studium erfolgreich absolviert. Darüber hinaus gibt Tab. 5 einen detaillierten Einblick in die Qualifikationen der teilnehmenden Hebammen.

Tab. 5: Qualifikationen der Stichprobe Hebammen

Merkmal		n	(%)
Teilnahmen		641	(100,0)
Schulabschluss	Realschulabschluss	130	(20,5)
	Polytechnische Oberschule der DDR 10. Klasse	24	(3,8)
	Fachhochschulreife	98	(15,5)
	Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)	380	(60,1)
Summe		632	
Beginn der Ausbildung/Studium vor 1985	Ja	117	(18,3)
	Nein	523	(81,7)
Summe		640	
Ausbildungsform	Ausbildung	580	(92,5)
	Studium	26	(4,1)
	Beides	21	(3,4)
Summe		627	
Ausbildungsland	Deutschland	558	(93,5)
	Anderes Land	39	(6,5)
Summe		597	
Nachqualifizierung	Ja	9	(32,1)
	Nein	19	(67,9)
Summe		28	
Ausbildung in Hessen	Ja	210	(37,8)
	Nein	345	(62,2)
Summe		555	
Studium aktuell	Ja	27	(4,4)
	Nein	591	(95,6)
Summe		618	
Studium/Weiterbildung absolviert	Ja	184	(30,6)
	Nein	417	(69,4)
Summe		601	
Weiterbildungsart (Mehrfachnennung)	Leitung	31	(16,5)
	Praxisanleiterin	32	(17,4)
	Lehrerin für Hebammenwesen	6	(0,9)
	Familienhebamme	87	(47,3)
	Still- und Laktationsberaterin	21	(11,4)
	Bachelorabschluss	43	(23,4)
	Masterabschluss	22	(12,0)
Summe		184	

3.2.2 Tätigkeitsbereiche

91 % (n=575) der teilnehmenden Hebammen sind in der direkten Versorgung⁸ von Frauen während der reproduktiven Lebensphase und deren Familien tätig (siehe Abb. 8). Von den Hebammen, die in der direkten Versorgung tätig sind, ist ein Anteil von insgesamt 47 % (n=269) im Krankenhaus angestellt oder als Dienst-Beleghebamme tätig. 84 % (n=480) der Hebammen sind außerklinisch tätig. 35 % (n=203) sind in einer Mischform von klinischer und außerklinischer Tätigkeit tätig. 8 % (n=53) arbeiten als Familienhebammen.

Zum Befragungszeitpunkt befinden sich 7 % (n=47) der Hebammen in Elternzeit und 3 % (n=16) haben bereits das Rentenalter erreicht. Trotz Elternzeit arbeiten 57 % (n=27) und trotz erreichten Rentenalters 69 % (n=11) der Studienteilnehmerinnen weiterhin in der direkten Versorgung von Frauen und ihren Familien.

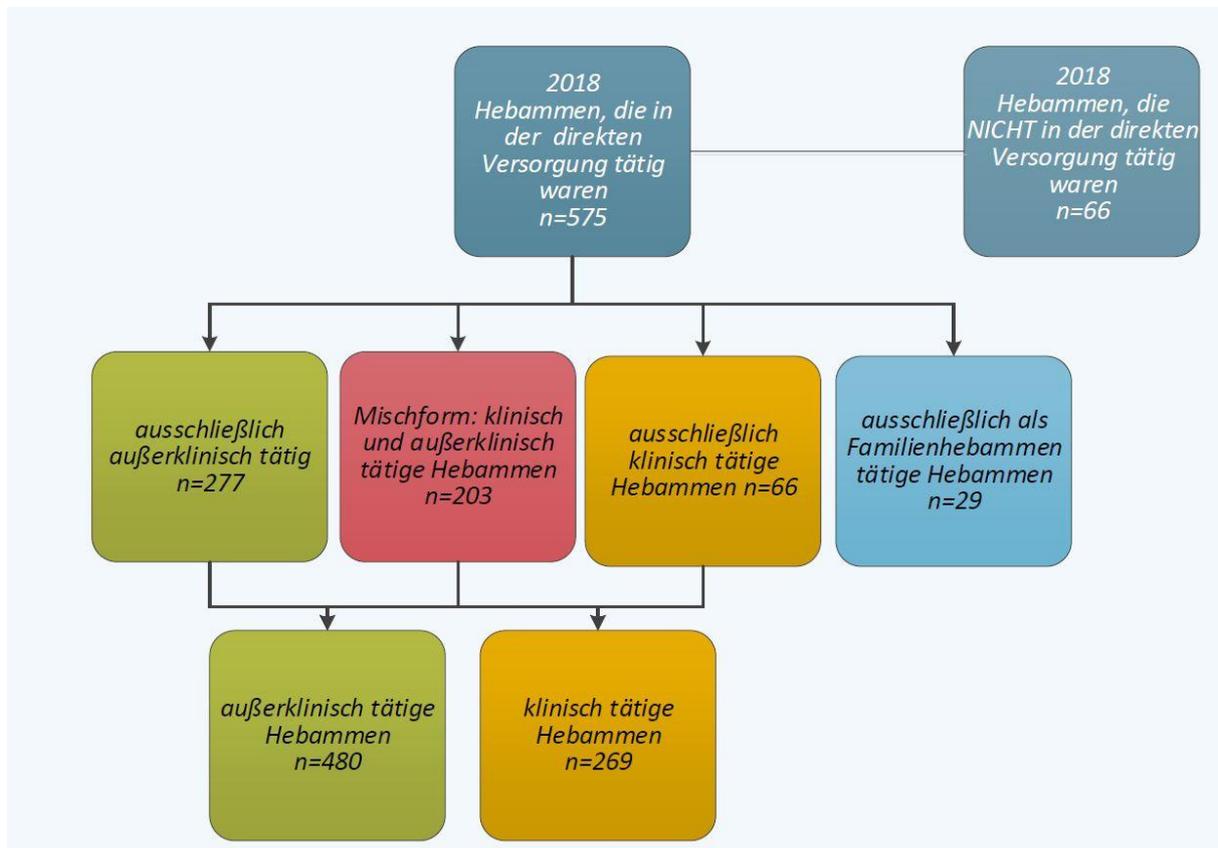


Abb. 8: Verteilung der Hebammen aus der Stichprobe (n=641)

⁸ Unter direkter Versorgung werden alle Tätigkeiten verstanden, die für Frauen und ihre Familien in der gesamten reproduktiven Lebensphase (Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Stillzeit und ggf. bis zum ersten Geburtstag des Kindes) erbracht werden.

Arbeitszeit

Hebammen, die ausschließlich außerklinisch tätig sind, haben die höchste durchschnittliche Wochenarbeitszeit (37,0h; SD \pm 17,5; Median 30), welche einer Vollzeittätigkeit⁹ entspricht. Hebammen, die in einer Mischform tätig sind (außerklinisch und klinisch), arbeiten ebenfalls durchschnittlich in einem Vollzeitäquivalent (35,7h; SD \pm 13,8; 40 Median). Hebammen, die ausschließlich im klinischen Setting tätig sind, arbeiten durchschnittlich 28 Stunden in der Woche (Median 29), dies entspricht einem Teilzeitäquivalent. In der Berechnung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit wurden die klinisch geleisteten Überstunden nicht berücksichtigt, sondern nur die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit mit einbezogen (siehe Abb. 9).

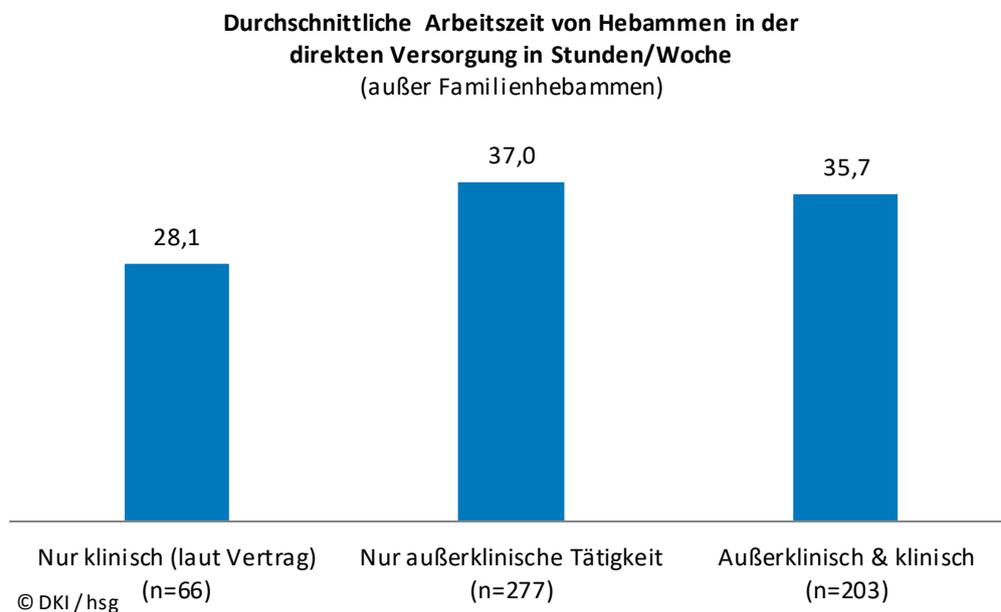


Abb. 9: Durchschnittliche Arbeitszeit von Hebammen in der direkten Versorgung in Stunden / Woche (außer Familienhebammen)

Andere Tätigkeitsfelder

14 % (n=88) der Hebammen arbeiten (auch) in anderen hebammenrelevanten Tätigkeitsfeldern. Dazu gehören die Tätigkeit an einer Hebammenschule (n=10; 11 %) oder an einer Hochschule (n=7; 8 %), in der Fort- und Weiterbildung (n=24; 27 %), in der Berufspolitik (n=23; 26 %), im Management bzw. in einer Leitungsfunktion (n=25; 28 %) und in sonstigen hebammenrelevanten Bereichen (n=35; 40 %). 7 % (n=46) der befragten Hebammen geben an, (auch) in anderen Berufen tätig zu sein.

⁹ Anmerkung: Eine Vollzeittätigkeit ist nach *Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA, 2016)* mit 35 Wochenarbeitsstunden und mehr definiert.

3.2.2.1 Klinische Tätigkeit

Insgesamt geben 269 Hebammen (46,8 %) an, im klinischen Bereich tätig zu sein. Hiervon arbeiten 86 % (n=226) angestellt und 14 % (n=38) freiberuflich als Dienst-Beleghebamme. Keine der befragten Hebammen arbeitet angestellt bei einer externen (Zeitarbeits-) Firma als "Honorar-, Leih- oder Aushilfshebamme" (gültige n=264).

Im Durchschnitt weist diese Gruppe eine Berufserfahrung in der klinischen Geburtshilfe von 15,5 Jahren auf (SD $\pm 11,0$; Median 15), mit einem Minimum von einem halben Jahr bis zu maximal 42 Jahren Berufserfahrung.

97 % (n=260) der klinisch tätigen Hebammen arbeiten in einem Krankenhaus, welches sich in Hessen befindet. Eine Übersicht des klinischen Arbeitsplatzes der befragten Hebammen nach Versorgungsgebieten befindet sich im Anhang.

227 (89 %) der klinisch tätigen Hebammen arbeiten hauptsächlich im Kreißsaal und 8 % (n=20) arbeiten hauptsächlich auf einer Wochenbettstation. Weitere 3 % (n=7) arbeiten auf sonstigen Stationen, wie in der Schwangerenambulanz, auf einer gynäkologischen oder einer präpartalen Station für Risikoschwangere (gültige n=254). 19 % (n=52) der klinisch tätigen Hebammen (n=269) geben an, dass in ihrer Klinik ein Rotationssystem existiert. Hiervon rotieren 94 % (n=49) zwischen der Tätigkeit im Funktionsbereich Kreißsaal und auf der Wochenbettstation.

42 % (n=112) der klinisch tätigen Hebammen geben an, dass sie innerhalb ihres Kreißsaaldienstes die gynäkologische Ambulanz mitversorgen müssen (gültige n=269). Hiervon geben 52 % (n=58) an, dass sie diese Tätigkeit zu jeder Zeit übernehmen müssen. 26 % (n=29) betreuen die gynäkologische Ambulanz in der Nacht. 29 % (n=32) übernehmen diese Aufgabe (auch) an den Wochenenden.

Arbeitsbezogene Merkmale

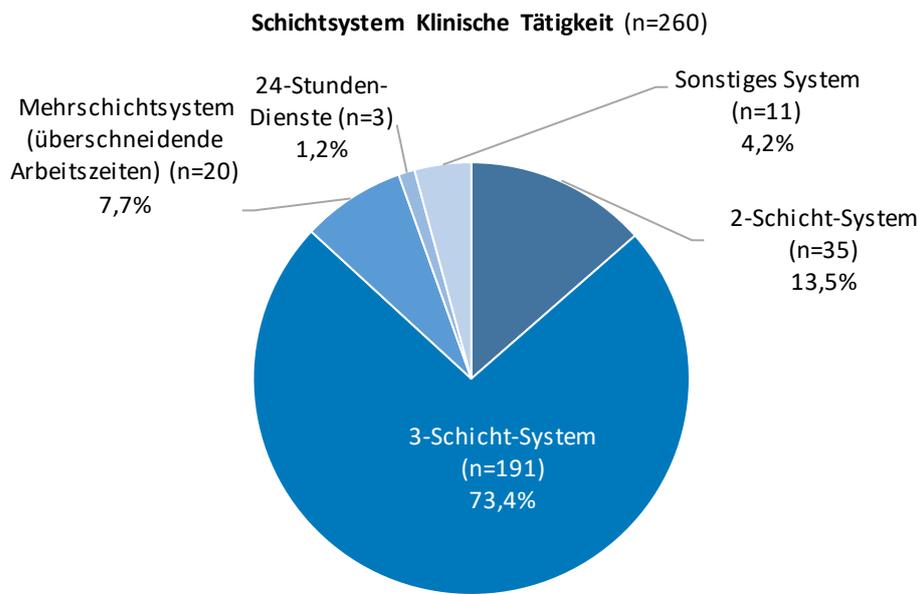
73 % (n=191) der klinisch tätigen Hebammen arbeiten in einem 3-Schicht-System (Früh-, Spät- und Nachtdienst) (gültige n=260). Weitere Schichtsystemmodelle sind in Abb. 10 dargestellt. Zusätzlich leisten 38 % (n=95) Rufbereitschaft¹⁰ (gültige n=248) und 17 % (n=45) Bereitschaftsdienst¹¹ (gültige n=247). Im Durchschnitt werden 39 Stunden/Monat (SD $\pm 25,6$; Median 30) zusätzlich Rufbereitschaft geleistet und 33 Stunden/Monat (SD $\pm 29,3$; Median 24) Bereitschaftsdienst. Die Mehrheit der klinisch tätigen Hebammen (86 %; n=230) leistet

¹⁰ Rufbereitschaft: Hebamme bestimmt den Ort, an welchem sie sich zur möglichen Arbeit bereithält (BAuA 2016).

¹¹ Der Arbeitgeber bestimmt den Aufenthaltsort, wo sich zur möglichen Arbeit aufgehalten werden muss. Dies ist in der Regel vor Ort im Krankenhaus (BAuA 2016).

Nachtdienste, davon 89 % (n=205) regelmäßig, 6 % (n=14) selten und 5 % (n=11) ausschließlich.

34 % (n=92) der befragten Hebammen geben an, dass diese bei ihrer klinischen Tätigkeit Unterstützung durch andere Berufsgruppen erhalten. 21 % (n=57) werden durch Medizinische Fachangestellte (MFA) und 26 % (n=70) durch Stations-/ Kreißsaalhilfen unterstützt.



© DKI / hsg

Abb. 10: Schichtsystem in der klinischen Tätigkeit (n=260)

Vertraglich festgelegte Arbeitszeit

26 % (n=54) der Befragten arbeiten in Vollzeit (>35/Woche) in der Klinik. 73 % (n=154) sind in Teilzeit beschäftigt und vier der Hebammen arbeiten im klinischen Setting im Rahmen eines Minijobs bzw. einer geringfügigen Beschäftigung.

Als Gründe für die Teilzeitbeschäftigung oder geringfügige Beschäftigung (n=158) geben 74 % (n=117) an, dass sie auch als freiberufliche Hebamme arbeiten; weitere 19 % (n=30) sind in anderen hebammenrelevanten Tätigkeitsbereichen tätig. 56 % (n=88) geben familiäre Verpflichtungen und 41 % (n=65) benötigte Erholungsphasen, da die Arbeit als Hebamme sehr fordernd ist, als Gründe an. 27 % (n=42) geben das Bedürfnis nach einer ausgeglichenen Work-Life-Balance an. Weitere Gründe sind in Abb. 11 dargestellt.

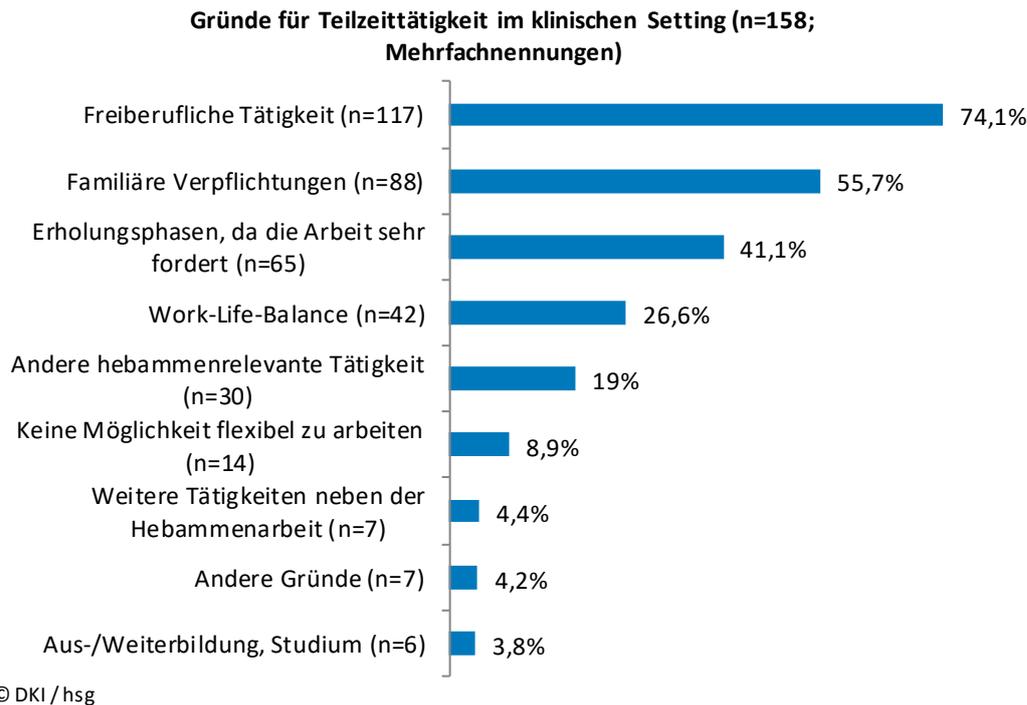


Abb. 11: Gründe für Teilzeittätigkeit im klinischen Setting (n=158; Mehrfachnennungen)

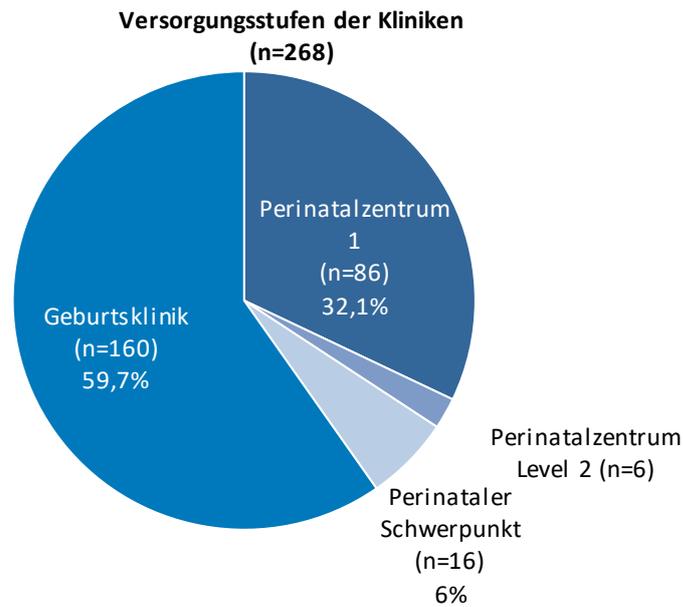
Arbeitszeitkonto

78 % (n=124) der klinisch tätigen Hebammen geben an, dass sie Plusstunden auf ihrem Arbeitskonto haben. Bei 19 % (n=30) sind vertragliche Arbeitszeit und geleistete Arbeitszeit in etwa ausgeglichen und 3 % (n=5) geben an, dass sie Minusstunden auf ihrem Arbeitszeitkonto mit sich führen (Arbeitszeit: gültige n= 159). Im Durchschnitt geben klinische Hebammen an, 75 Plusstunden (SD \pm 70,4; Median 50) auf dem Arbeitszeitkonto mit sich zu führen, mit einem Minimum von 3 und einem Maximum von 370 Stunden. Hiervon haben 75 % mindestens 25 Plusstunden und 25 % 102 Plusstunden.

Merkmale der Krankenhäuser

25 % (n=64) der Hebammen arbeiten in Kliniken mit weniger als 900 Geburten jährlich. 49 % (n=127) in Kliniken bis zu 1.300 Geburten und 26 % (n=68) in Kliniken mit 1.700 und mehr Geburten (gültige n=259). Die Mehrheit der befragten Hebammen (60 %; n=160) ist in einer Geburtsklinik der Versorgungsstufe IV.¹² tätig (gültige n=268) (siehe Abb. 12).

¹² Einteilung der Versorgungsstufen nach Definition des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA 2013): - **Versorgungsstufe I:** Perinatalzentrum Level 1: (<1250g Geburtsgewicht, Kinderklinik angeschlossen); - **Versorgungsstufe II:** Perinatalzentrum Level 2: (<1500g Geburtsgewicht, aber >1250g, bzw. >29+0 SSW, Kinderklinik angeschlossen); - **Versorgungsstufe III:** Perinataler Schwerpunkt: (>32+0 SSW, Notfallbetreuung bis zur Verlegung in die Kinderklinik); - **Versorgungsstufe IV:** Geburtsklinik: (>36+0 SSW ohne pränatal bekannte Risiken, keine Kinderklinik).

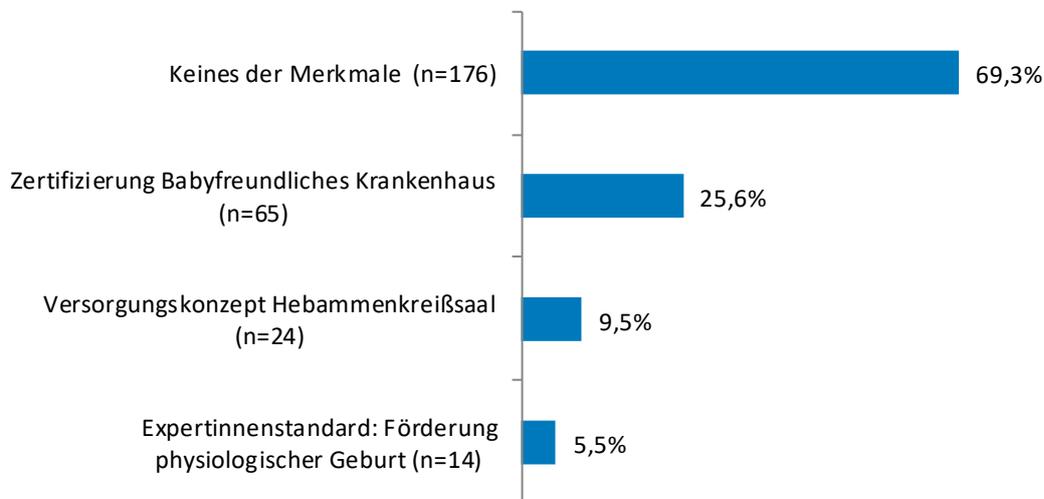


© DKI / hsg

Abb. 12: Versorgungsstufen der Kliniken (n=268)

69 % (n=176) der Hebammen geben an, dass keine besonderen Versorgungsmerkmale in ihrer klinischen Einrichtung umgesetzt werden. 26 % (n=65) arbeiten in einem zertifizierten *Babyfreundlichen Krankenhaus*. 10 % (n=24) der klinisch tätigen Hebammen arbeiten in einer Klinik mit dem Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal und 6 % (n=14) der Hebammen sind in Einrichtungen tätig, in welchen der *Expertinnenstandard zur Förderung der physiologischen Geburt* implementiert wurde (gültige n=254; siehe Abb. 13).

**Versorgungsmerkmale der klinischen Einrichtungen
(n=254; Mehrfachnennungen)**



© DKI / hsg

Abb. 13: Versorgungsmerkmale der klinischen Einrichtungen (n=254; Mehrfachnennungen)

Im Mittelwert geben die befragten klinisch tätigen Hebammen (gültige n=238) an, dass diese zwei bis drei (2,5) Geburten (SD ± 0,93;) parallel in einem Dienst betreuen. 75 % der Hebammen betreuen mindestens zwei Gebärende parallel und 25 % mindestens drei Gebärende parallel in einem Dienst.

Des Weiteren geben die befragten Hebammen an, dass diese durchschnittlich 29 Stunden im Monat (SD ± 24,3; Median 24) mit nicht-originären Hebammentätigkeiten beschäftigt sind. Beispiele hierfür sind Tätigkeiten wie Kreißsaal putzen, Schränke aufräumen, Materialien auffüllen, Medikamente bestellen, Akten sortieren und vorbereiten, Mitversorgung der gynäkologischen Ambulanz, Sterilisationsgut vorbereiten, Papiere vorbereiten und Essen austeilen.

49 % (n=132) der klinisch tätigen Hebammen geben an, dass ihr Kreißsaal in den letzten drei Monaten vor dem Befragungszeitpunkt vorübergehend geschlossen wurde und/oder Frauen abgewiesen wurden. Gründe hierfür sind in Abb. 14 dargestellt.

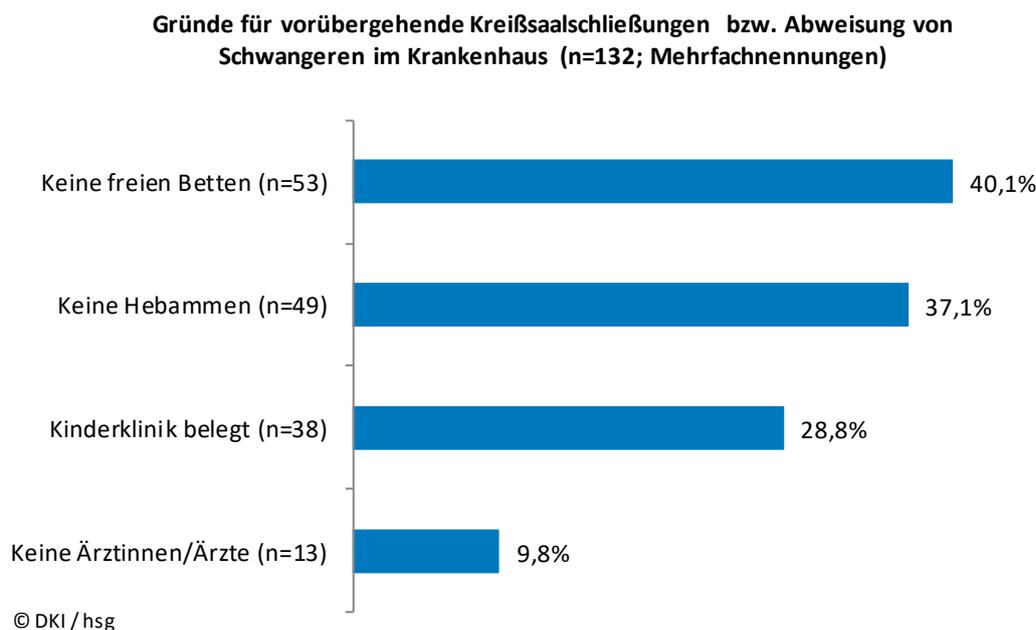


Abb. 14: Gründe für vorübergehende Kreißsaalschließungen bzw. Abweisung von Schwangeren im Krankenhaus (n=132; Mehrfachnennungen)

Übernahme von besonderen Funktionen

32 % der klinisch tätigen Hebammen (n=87) geben an, dass sie besondere Funktionen im Rahmen ihrer Tätigkeit im Krankenhaus übernehmen. 13 % (n=35) sind in der Funktion der Praxisanleiterin oder Mentorin aktiv. 19 sind leitende und 13 stellvertretende leitende Hebammen. 15 Hebammen sind als Qualitätsmanagement-Beauftragte (QM-Beauftragte)

tätig und 28 geben sonstige weitere Funktionen, beispielsweise Arbeitssicherheitsbeauftragte, an.

Leitende Hebammen (n=19)

Acht der 19 leitenden Hebammen werden vertraglich für diese Tätigkeiten von der originären Arbeit freigestellt. Im Durchschnitt beträgt die Freistellung zwölf Stunden/Woche. Die Höhe der Freistellung schwankt zwischen zwei und maximal 39 Stunden pro Woche. Zudem erhalten 17 eine zusätzliche finanzielle Entlohnung für die Tätigkeit als leitende Hebamme und zehn geben an, dass sie auch weitere Gratifikationen erhalten, wie beispielsweise kostenfreies Parken und diverse Fortbildungsmöglichkeiten.

Stellvertretende leitende Hebammen (n=13)

Zwei von 13 befragten stellvertretenden leitenden Hebammen geben an, dass diese vertraglich für ihre besondere Funktion mit zwei Stunden/Woche freigestellt werden. Sieben der Befragten geben zudem an, dass diese eine zusätzliche finanzielle Entlohnung erhalten. Zwei erhalten weitere ausgleichende Maßnahmen wie kostenlose Fortbildungen und kostenfreies Parken.

Praxisanleiterin/Mentorin (n=35)

Drei der Praxisanleiterinnen/Mentorinnen werden für diese Tätigkeit von der originären Tätigkeit vertraglich mit durchschnittlich 15 Stunden/Woche freigestellt, mit einem Minimum von zwei und einem Maximum von 36 Stunden. Zwei werden für ihre Arbeit als Praxisanleiterin bzw. Mentorin zusätzlich finanziell entlohnt und sieben geben andere Gratifikationen wie beispielsweise kostenlose Fortbildungen an.

QM-Beauftragte (n=15)

Keine der Befragten erhält für die Tätigkeit als QM-Beauftragte eine vertragliche Freistellung für die Arbeit. Eine Hebamme erhält eine zusätzliche finanzielle Entlohnung und drei geben weitere Gratifikationen wie kostenlose Fortbildungen an.

3.2.2.2 Außerklinische Tätigkeit

480 (84 %) der befragten Hebammen geben an, dass diese als freiberufliche Hebamme in der direkten Versorgung von Frauen und ihren Familien tätig sind (das kann als ausschließlich freiberufliche Tätigkeit oder in Mischform mit einer klinischen Tätigkeit erfolgen). Im Durchschnitt weist diese Gruppe 16,5 Jahre (SD \pm 10,4) Berufserfahrung auf, mit einem Minimum von einem halben Jahr und einem Maximum von 44 Jahren. Werden alle Hebammen betrachtet, welche in der außerklinischen Versorgung tätig sind geben diese durchschnittlich

eine Arbeitszeit von 30 Stunden/Woche ($SD \pm 18,2$; Median: 30) an. Für nicht-originäre Hebammentätigkeiten, wie beispielsweise Apothekeneinkäufe, Instandhaltung der Praxisausstattung, Auf- und Abbau von Kurseinheiten, etc. werden im Mittel drei Stunden pro Woche ($SD \pm 3,3$; Median 2) benötigt. Zudem geben die freiberuflich tätigen Hebammen an, dass diese durchschnittlich sechs Stunden ($SD \pm 5,2$; Median 6) die Woche mit Fahrzeit im Auto/mit dem Fahrrad für die aufsuchenden Tätigkeiten, wie beispielsweise Schwangerenvorsorge, Geburtsbetreuung und Wochenbettbesuche aufbringen.

95 % ($n=456$) geben an, dass diese das Auto als Transportmittel für die Arbeit als Hebamme nutzen. 33 % ($n=156$) nutzen darüber hinaus (auch) das Fahrrad. 4 % ($n=20$) nutzen öffentliche Verkehrsmittel. 25 % ($n=120$) gehen auch zu Fuß zu beruflichen Terminen.

Arbeitsorganisation

Durchschnittlich geben die befragten Hebammen an, dass sie maximal 18,4 km ($SD \pm 8,1$) (einfache Entfernung) für eine aufsuchende Betreuung während der Schwangerschaft zu fahren bereit sind. Für die Betreuung während einer Hausgeburt sind die Befragten bereit, durchschnittlich maximal 33 km (einfache Entfernung) ($SD \pm 17,6$) und für die Betreuung im Wochenbett 18 km (einfache Entfernung) ($SD \pm 7,8$) zu fahren.

78 % ($n=366$) der freiberuflichen Hebammen arbeiten alleine. 25 (5 %) arbeiten mit einer Kollegin zusammen und 17 % ($n=79$) arbeiten in einem Team mit mindestens zwei weiteren Hebammen zusammen (gültige $n=470$).

Nach § 9 der *Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger Hessen (HebBO) – Vertretung, Wahlfreiheit* sind Hebammen dazu verpflichtet, eine Regelung zur gegenseitigen Vertretung vorzuhalten.

29 % ($n=138$) der freiberuflichen Hebammen geben an, dass diese im Jahr 2018 keine geregelte Urlaubsvertretung organisieren konnten. 71 % ($n=340$) geben an, dass diese im vergangenen Jahr geregelte Urlaubsvertretungen in Anspruch nehmen konnten (gültige $n=478$). Als häufigstes Vertretungsmodell geben 80 % ($n= 273$) der Hebammen an, dass diese durch eine eigenständig organisierte Kollegin vertreten wurden (gültige $n=340$). 22 (7 %) geben sonstige Vertretungsmodelle an, hier wird beispielsweise genannt, dass vor und nach dem geplanten Urlaub keine Betreuungen angenommen werden oder, dass die (werdenden) Eltern sich eigenständig eine Vertretungshebamme suchen müssen. Weitere Modelle sind in Abb. 15 dargestellt.

Vertretungsmodelle von außerklinisch tätigen Hebammen (n=340)

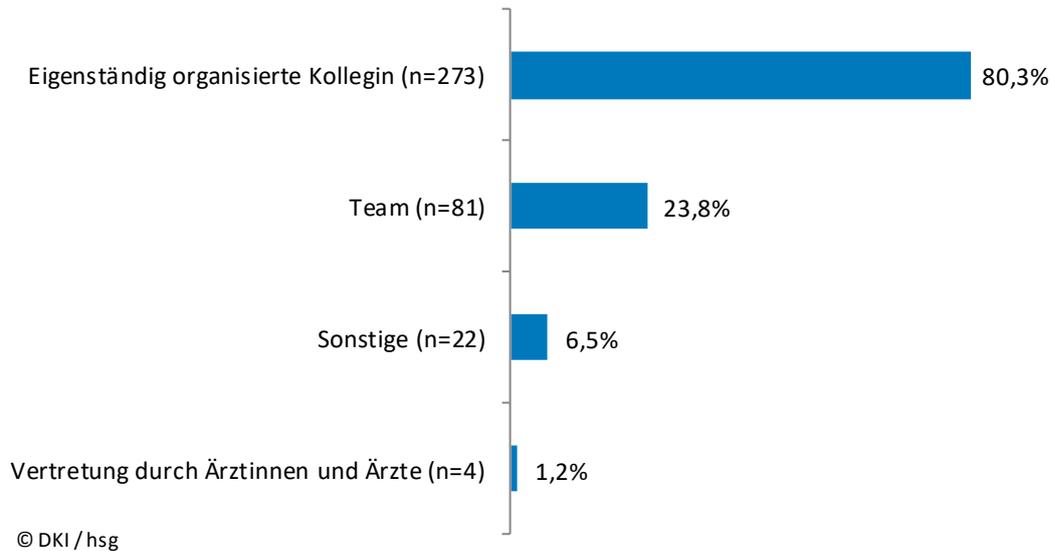
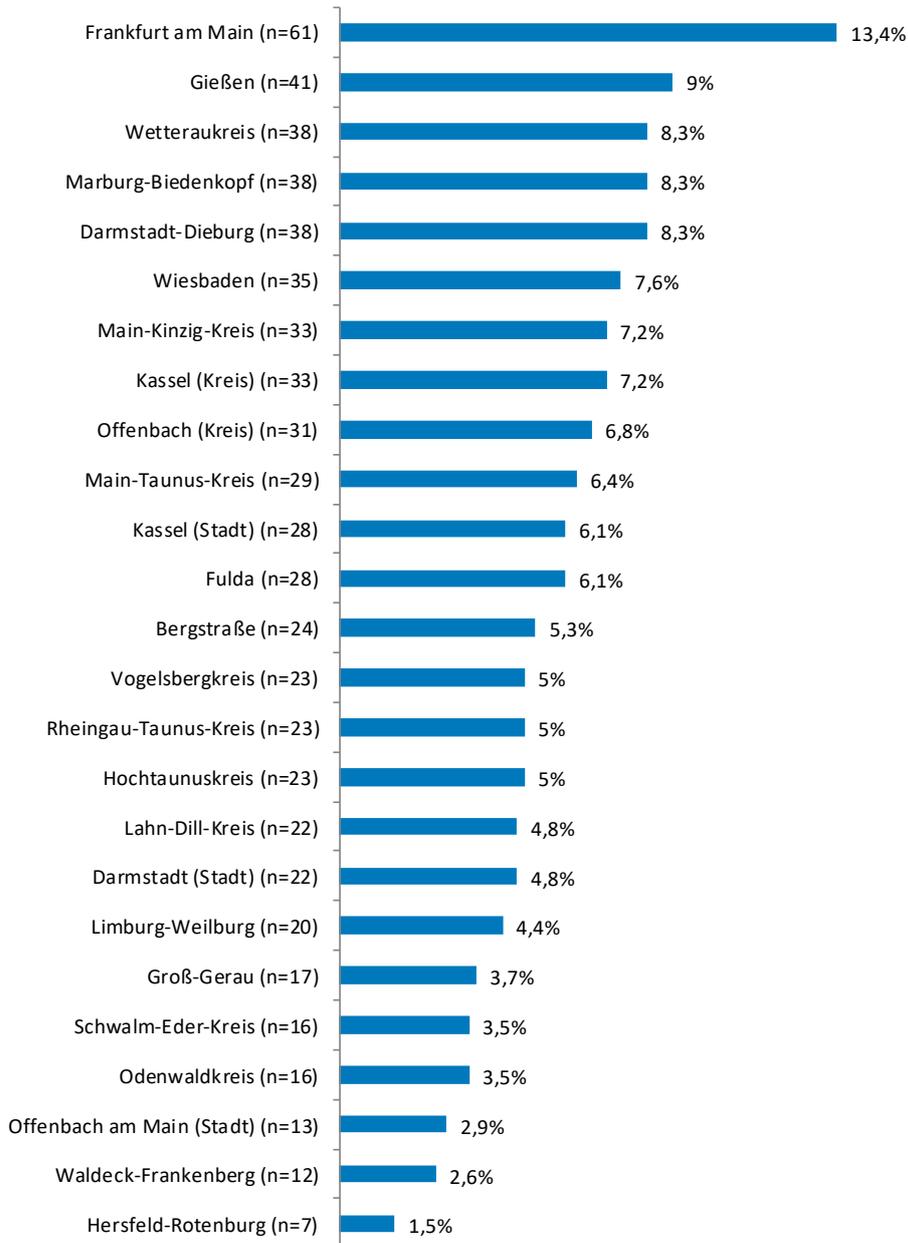


Abb. 15: Vertretungsmodelle von außerklinisch tätigen Hebammen (n=340; Mehrfachnennungen)

Tätigkeit in Hessen

99 % (n=456) der befragten außerklinisch tätigen Hebammen geben an, dass diese primär in Hessen tätig sind (gültige n=463). Zudem wurden die Hebammen gefragt in welchen Landkreisen bzw. kreisfreien Städten diese primär tätig sind. Dies ist in Abb. 16 dargestellt. Aufgrund der Anonymitätsgrenze können Landkreise bzw. kreisfreie Städte erst ab sechs tätigen Hebammen dargestellt werden.

**Primäre Tätigkeitsorte (nach Landkreisen bzw. kreisfreien Städten) der
außerklinisch tätigen Hebammen (n=456; Mehrfachnennungen)**



© DKI / hsg

Abb. 16: Primäre Tätigkeitsorte (nach Landkreisen bzw. kreisfreien Städten) der außerklinisch tätigen Hebammen (n=456; Mehrfachnennungen)

Leistungen

Durchschnittlich haben die befragten freiberuflichen Hebammen 7.375 km (SD \pm 7559) (im Median 5.474 km) im Jahr 2018 aus beruflichen Gründen laut Abrechnungsprogramm zurückgelegt.

Die befragten außerklinisch tätigen Hebammen geben an, dass diese durchschnittlich 17 Frauen (SD \pm 25,6; Median 5) zur kontinuierlichen Betreuung (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) im Jahr 2018 versorgen konnten. Während Schwangerschaft und Geburt konnten je befragter Hebamme durchschnittlich 38 Frauen (SD \pm 33,1; Median 30) betreut werden. Ausschließlich während des Wochenbetts konnten 23 Mütter (SD \pm 35,5; Median 12) betreut werden. Hebammen, die Begleit-Beleggeburten betreuen, nehmen durchschnittlich 32 Frauen zur Geburtsbetreuung an (SD \pm 39,5; Median 10). Dies beinhaltet in der Regel auch die Betreuung in der Schwangerschaft und im Wochenbett (siehe Tab. 6).

Tab. 6: Durchschnittliche/mediane Betreuungskapazitäten von freiberuflichen Hebammen im Jahr 2018

Leistungsangebot	Durchschnittl. Betreuungskapazitäten je Hebamme 2018 (Anzahl betreuter Frauen)	Standardabweichung	Mediane Betreuungskapazitäten je Hebamme 2018 (Anzahl betreuter Frauen)
Nur Schwangerenbetreuung	26	SD \pm 41,4	8
Nur außerklinische Geburtshilfe	22	SD \pm 27,7	6,5
Nur Begleit-Beleggeburten	32	SD \pm 39,5	10
Nur Wochenbettbetreuung	23	SD \pm 35,5	12
Schwangerschaft und Wochenbett	38	SD \pm 33,1	30
Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett	17	SD \pm 25,6	5
Schwangerschaft und Geburt	26	SD \pm 38,6	14,5
Während der Geburt und Wochenbett	14	SD \pm 40,8	3,5

Leistungsangebot nach § 134a SGB V

Die folgende Darstellung der Hebammenleistungen orientiert sich an der Anlage 1.3 Vergütungsverzeichnis zum Vertrag nach § 134a SGB V (Stand 2017).

Schwangerschaft

Die Leistung *Hilfe bei Beschwerden oder Wehen* wird von 90 % (n=434) und *Schwangerenvorsorge* von 61 % (n=293) der Hebammen angeboten. Darüber hinaus bieten 49 % (n=234) *Geburtsvorbereitungskurse* an (siehe Abb. 17).

Während der Schwangerschaft werden im Durchschnitt vier Besuche pro Frau geleistet (SD $\pm 2,9$; Median 3). Eine Vorsorgeuntersuchung dauert im Durchschnitt 37 Minuten (SD $\pm 15,5$; Median 35), Hilfe bei Beschwerden oder Wehen 50 Minuten (SD $\pm 18,3$; Median 45). Zusätzlich beraten freiberufliche Hebammen durchschnittlich sechsmal (SD $\pm 6,5$; Median 5) per Kommunikationsmedium während der Schwangerschaft. Im Durchschnitt wurden fünf Geburtsvorbereitungskurse (SD $\pm 3,4$; Median 5) durch eine Hebamme im Jahr 2018 mit einer Dauer von durchschnittlich 160 (SD $\pm 111,7$ Median 120) Minuten und einer Anzahl von sechs (SD $\pm 2,9$; Median 7) Einheiten pro Kurs angeboten.

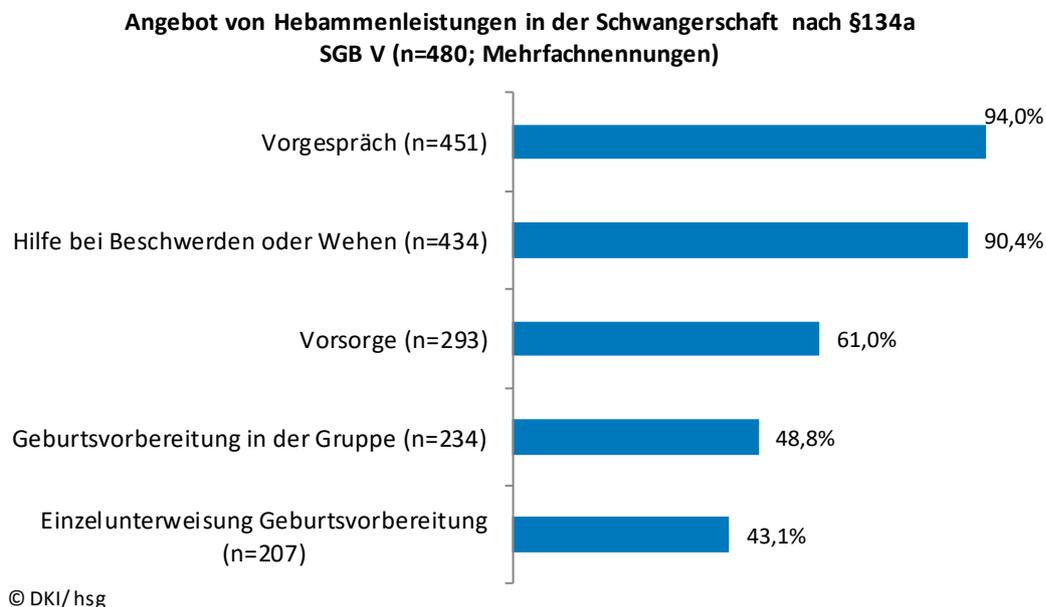
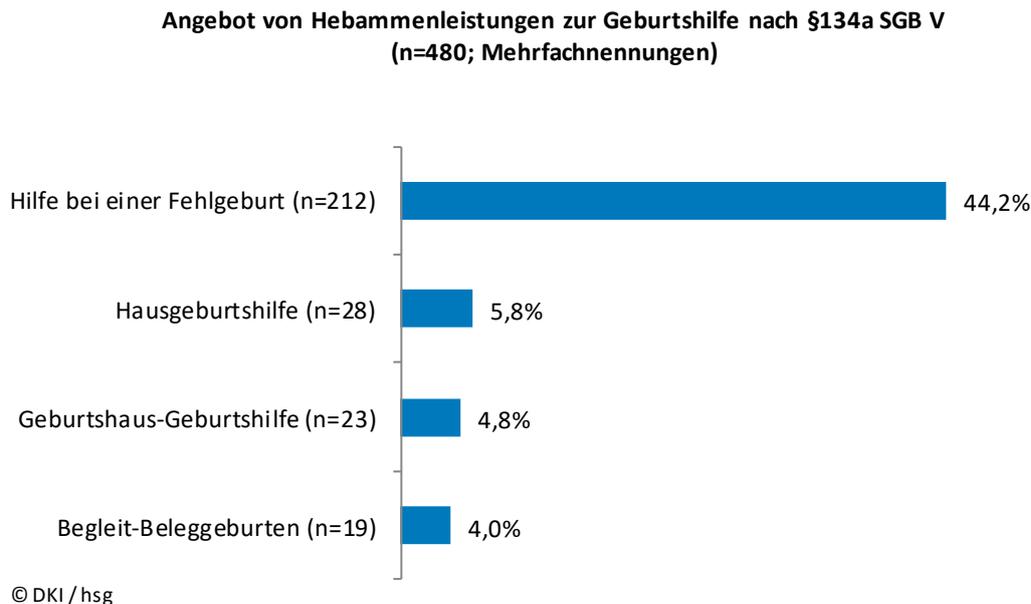


Abb. 17: Angebot von Hebammenleistungen in der Schwangerschaft nach § 134a SGB V (n=480; Mehrfachnennungen)

Geburtsbegleitung

Hilfe bei einer Fehlgeburt wird durch 44 % (n=212) der außerklinisch tätigen Hebammen angeboten. Zudem bieten 28 in ihrem Leistungsportfolio Hausgeburtshilfe, 23 Geburtshilfe in einer Hebammengeleiteten Einrichtung (Geburtshaus oder Hebammenpraxis) und 19 Begleit-Beleggeburten an (siehe Abb. 18).



**Abb. 18: Angebot von Hebammenleistungen zur Geburtshilfe nach § 134a SGB V
(n=480; Mehrfachnennungen)**

Wochenbett

Von der Mehrheit der befragten außerklinisch tätigen Hebammen wird in 95 % (n=454) die aufsuchende Wochenbettbetreuung bei Mutter und Kind angeboten. 94 % (n=449) bieten über die zwölf Wochen Wochenbettbetreuung hinaus die Leistung *Hilfe bei Still- und Ernährungsschwierigkeiten des Kindes* an.

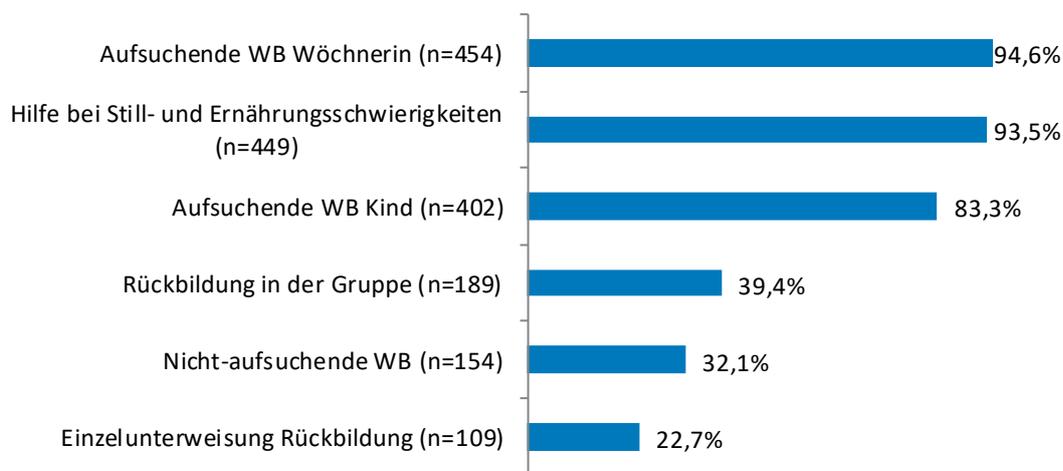
Nicht-aufsuchende Wochenbettbetreuung, hierbei sucht die Mutter mit ihrem Kind die Räumlichkeiten der Hebamme auf (beispielsweise in einer Praxis oder in den Räumlichkeiten einer Klinik), wird von 32 % (n=154) der Hebammen angeboten.

Das Angebot von Rückbildungskursen leisten 23 % (n=109) der befragten außerklinisch tätigen Hebammen (siehe Abb. 19).

Die Hebammen aus dem Sampling leisten im Wochenbett durchschnittlich 14 Besuche pro betreute Frau (SD $\pm 4,23$; Median 13). Zusätzlich beraten sie durchschnittlich achtmal (SD $\pm 9,2$; Median 5) per Kommunikationsmedium. Die aufsuchende Wochenbettbetreuung dauert nach Angaben der antwortenden Hebammen durchschnittlich 50 Minuten (SD $\pm 18,3$; Median 50 Minuten) und nicht-aufsuchende Wochenbettbetreuung dauert durchschnittlich 36 Minuten (SD ± 15 ; Median 30 Minuten). Die Hilfe bei Still- und Ernährungsschwierigkeiten des Kindes dauert durchschnittlich 49 Minuten (SD $\pm 15,5$; Median 50 Minuten) und es werden durchschnittlich drei Besuche (SD $\pm 3,6$; Median 2) sowie vier Beratungen (SD $\pm 5,01$; Median 3) per Kommunikationsmedium je betreuter Frau bei Still- und Ernährungsschwierigkeiten des Kindes geleistet.

Im Durchschnitt wurden sieben (SD $\pm 5,9$; Median 6) Rückbildungskurse durch eine Hebamme im Jahr 2018 mit einer Dauer von durchschnittlich 77 (SD $\pm 12,3$; Median 75) Minuten und einer Anzahl von acht (SD $\pm 2,9$; Median 8) Einheiten pro Kurs angeboten.

**Angebot von Hebammenleistungen im Wochenbett nach §134a SGB V
(n=480; Mehrfachnennungen)**



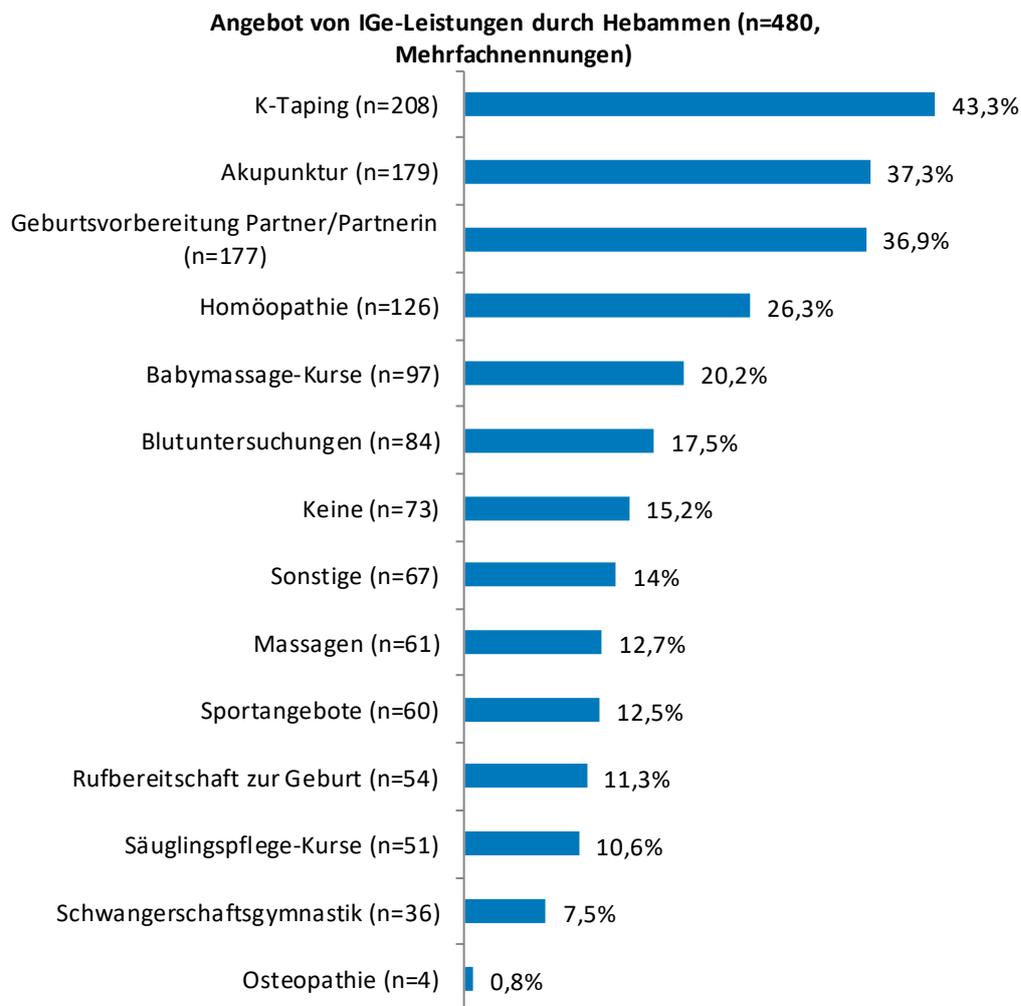
© DKI / hsg

**Abb. 19: Angebot von Hebammenleistungen im Wochenbett nach § 134a SGB V
(n=480; Mehrfachnennungen)**

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGe-Leistungen) durch freiberufliche Hebammen

In einem ersten Schritt wurden die Teilnehmerinnen dazu befragt, welche Leistungen, die nicht nach §134a SGB V vergütet werden, angeboten werden (beispielsweise IGe-Leistungen, Selbstzahlerleistungen).

Am häufigsten bieten die befragten Hebammen Kinesio Taping (K-Taping) (43 %; n=208) an. 37 % (n=179) bieten Akupunktur und 37 % (n=177) die Teilnahme des Partners/der Partnerin beim Geburtsvorbereitungskurs an. 14 % (n=67) nennen unter Sonstiges Leistungen wie Babyschwimmkurse, Beikostkurse, Großelternkurse, Lasertherapie, Krabbelgruppen und Stoffwindelworkshops. Weitere IGe-Leistungen sind in Abb. 20 dargestellt.



© DKI / hsg

Abb. 20: Angebot von IGe-Leistungen durch Hebammen (n=480; Mehrfachnennungen)

Leistungsangebot für Frauen mit besonderen Bedürfnissen

78 % (n=372) der Hebammen bieten ihre Leistungen für Frauen mit besonderen Bedürfnissen an. 69 % (n=259) betreuen geflüchtete (werdende) Mütter und 66 % (n=244) bieten ihre Leistungen in Fremdsprachen an. Das Angebot der Betreuung für chronisch kranke Mütter wird durch 51 % der befragten Hebammen (n=189) abgedeckt. 29 % der Hebammen (n=109) betreuen gehörlose Frauen und 26 % (n=98) betreuen blinde Frauen. 12 % (n=45) geben unter Sonstiges an, dass jede Frau betreut wird. Darüber hinaus werden Frauen mit psychischer

Belastung, Drogenabusus, in Krisensituationen (beispielsweise nach Gewalterfahrung oder sich im Frauenhaus befindend) und (werdende) Mütter mit geistigen Einschränkungen betreut (siehe Abb. 21).

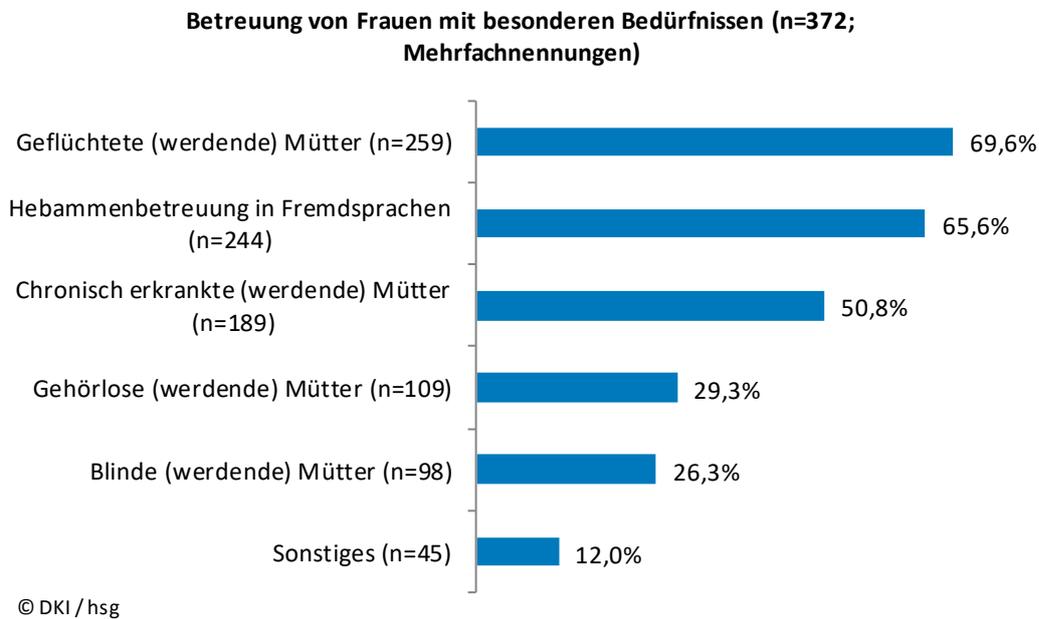
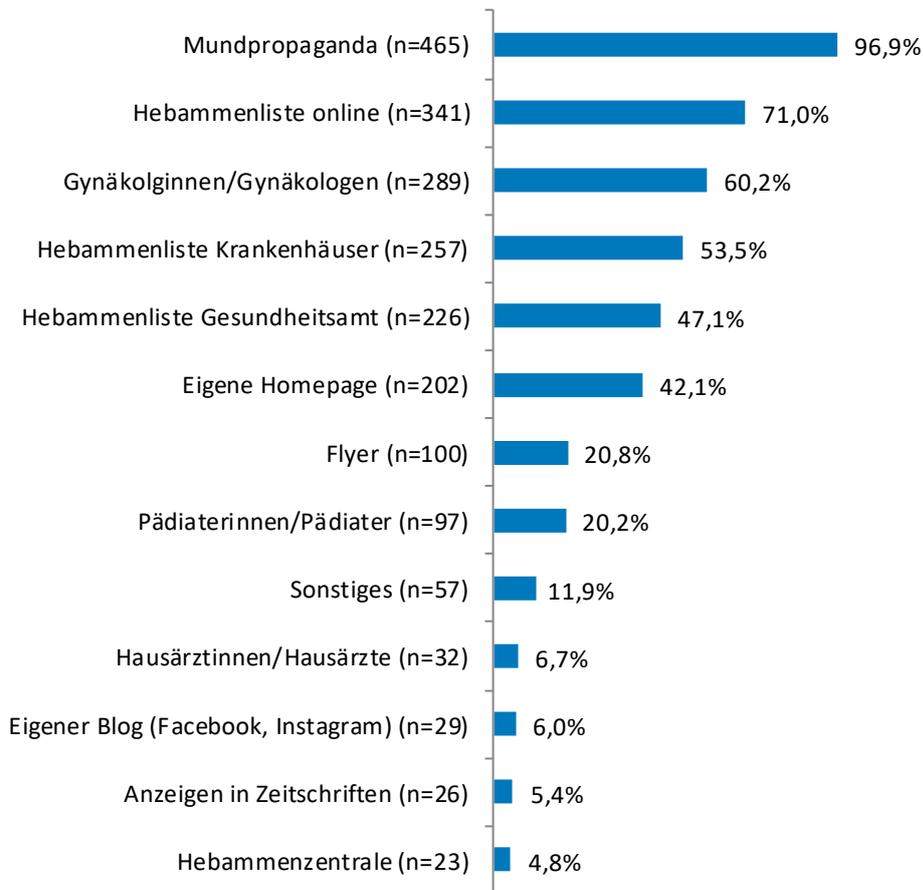


Abb. 21: Betreuung von Frauen mit besonderen Bedürfnissen (n=372; Mehrfachnennungen)

Informationsangebot von Hebammen

Freiberuflich tätige Hebammen nutzen unterschiedliche Möglichkeiten, um auf ihre Tätigkeit aufmerksam zu machen. Sie verwenden dazu mehrheitlich (71 %; n=341) Hebammenlisten. Mehr als jede dritte Hebamme verfügt über eine eigene Website (42 %; n=202). 12 % (n=57) geben unter Sonstiges an, dass diese auf sich aufmerksam machen über Autobeschriftungen, Frühe Hilfen, Gemeindeformen, der gegenseitigen Vermittlung unter Hebammen, der GKV-Liste (online) und indem Visitenkarten bei Fachärzten (Frauen- und Kinderärztin/-arzt), Hausärztin/-ärzte, Krankenhäuser und in Geschäften des alltäglichen Lebens (Friseur, Nagelstudio etc.) ausgelegt werden (siehe Abb. 22).

**Bereitstellung von Informationen zum Leistungsangebot von
außerklinischen tätigen Hebammen (n=480; Mehrfachnennungen)**



© DKI / hsg

Abb. 22: Bereitstellung von Informationen zum Leistungsangebot von außerklinischen tätigen Hebammen (n=480; Mehrfachnennungen)

Nach § 9 der *Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger Hessen (HebBO) – Vertretung, Wahlfreiheit* sind Hebammen dazu verpflichtet, die betreuten (werdenden) Mütter über die Erreichbarkeit, Vertretungsregelung und die Möglichkeit der Inanspruchnahme anderer Dienste im Bedarfsfall in Kenntnis zu setzen. Zudem muss die Möglichkeit bestehen, dass die betreute Schwangere oder Wöchnerin eine Nachricht hinterlassen kann.

95 % (n=455) der Hebammen nutzen unterschiedliche Medien, um über ihre Erreichbarkeit zu informieren. 25 kommen nach eigener Angabe dieser Pflicht nicht nach. Um über die Erreichbarkeit zu informieren, nutzen 75 % (n=362) den Anrufbeantworter bzw. eine automatische Mailboxnachricht. 65 % (n=310) haben im Behandlungsvertrag die persönliche Erreichbarkeit dokumentiert. Als weitere Medien (9 %; n=41) werden automatische Email-Antworten, Informationsblätter, WhatsApp-Status und veröffentlichte Dienstpläne der freiberuflichen Kolleginnen benannt (siehe Abb. 23).

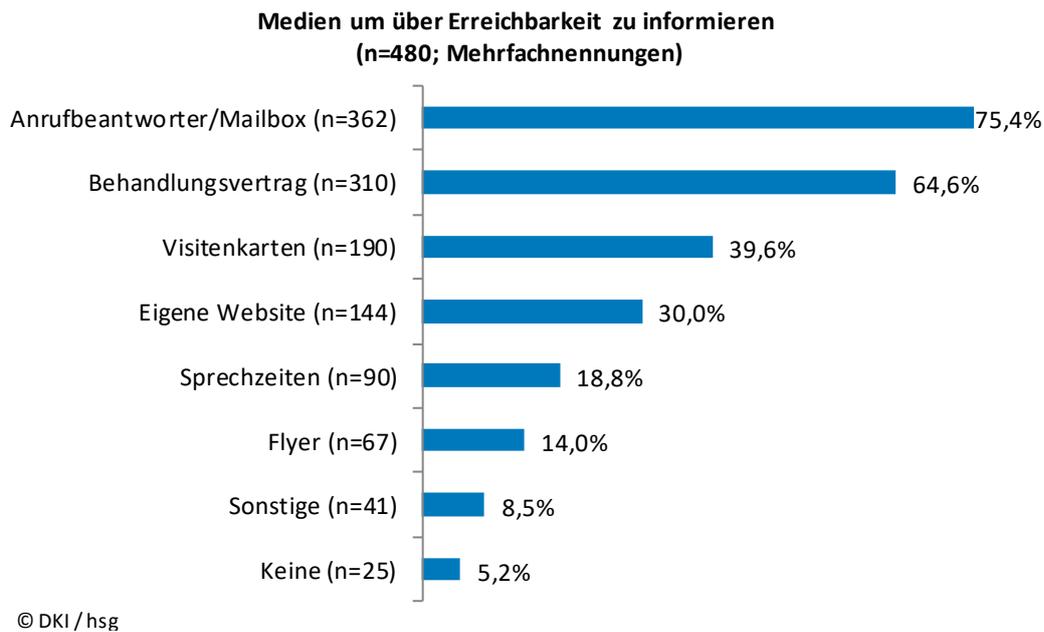


Abb. 23: Medien um über Erreichbarkeit zu informieren (n=480; Mehrfachnennungen)

Zu Kommunikationszwecken wird in den meisten Fällen das Mobiltelefon durch die freiberuflichen Hebammen gewählt (93 %; n=448). Weitere beliebte Kommunikationsmedien sind E-Mails (82 %; n=395), SMS (74 %; n=354) und das Festnetztelefon (60 %; n=287). Unter Sonstiges werden Briefe und andere Messenger-Dienste wie Telegramm, Threema und Signal genannt. (siehe Abb. 24).

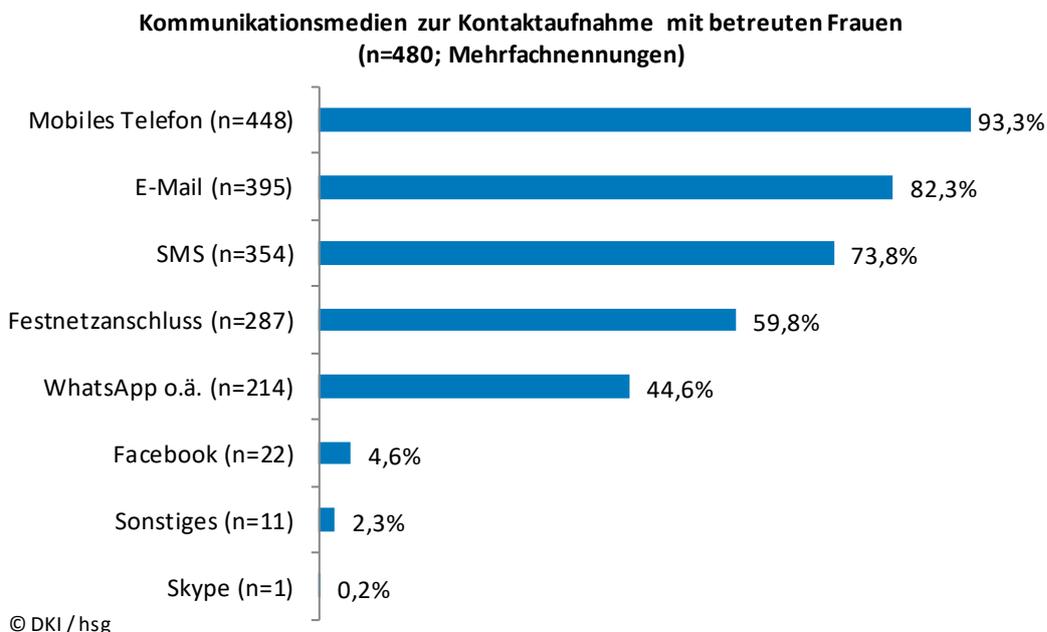
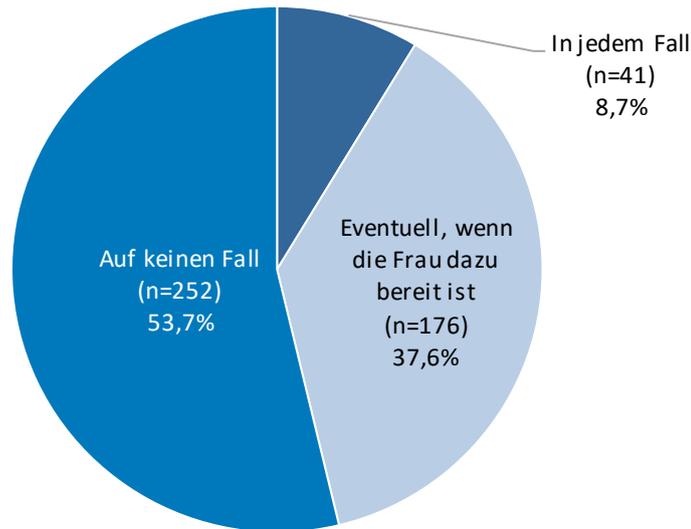


Abb. 24: Kommunikationsmedien zur Kontaktaufnahme mit betreuten Frauen (n=480; Mehrfachnennungen)

Telemedizin

54 % (n=252) der befragten Hebammen können sich in keinem Fall vorstellen, Frauen auch per Telemedizin zu versorgen. 38 % (n=176) können es sich generell vorstellen, sofern die betreute Frau dazu bereit ist. 9 % (n=41) können sich dieses Angebot in jedem Fall als Leistung vorstellen (siehe Abb. 25; gültige n=469).

Nutzung von Telemedizin in der Hebammenbetreuung (n=469)

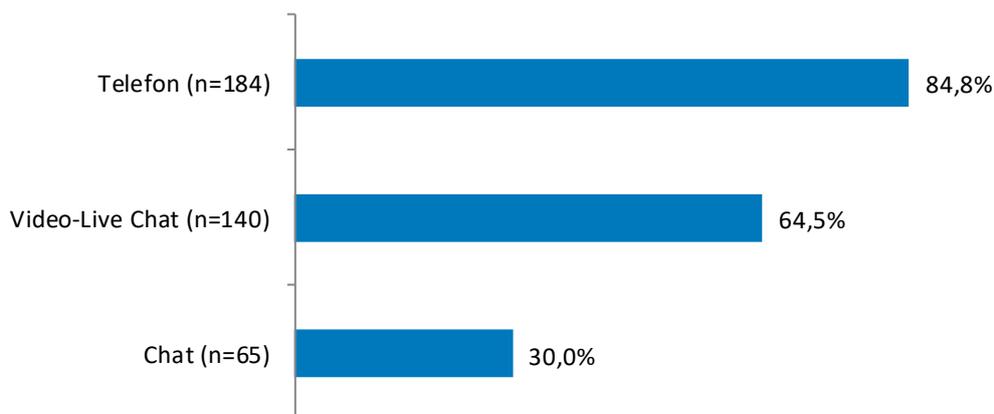


© DKI / hsg

Abb. 25: Bereitschaft der Nutzung von Telemedizin (n=469)

Als Kommunikationsmedien im Rahmen von telemedizinischen Leistungen können sich 85 % (n=184) eine telefonische Beratung und 64,5 % (n=140) einen Video-Live-Chat vorstellen (siehe Abb. 26; gültige n=217).

Nutzung von Kommunikationsmedien im Rahmen von telemedizinischen Angeboten (n=217; Mehrfachnennungen)



© DKI / hsg

Abb. 26: Nutzung von Kommunikationsmedien im Rahmen von telemedizinischen Angeboten (n=217; Mehrfachnennungen)

3.2.2.3 Familienhebammen

8 % (n=53) der Befragten sind als Familienhebamme tätig. Hiervon sind jeweils weniger als fünf bei einem öffentlichen Träger oder freien Träger angestellt. Die Mehrheit (88 %; n=45) arbeitet freiberuflich und hat einen Vertrag mit einem Träger geschlossen (gültige n=51). Im Durchschnitt sind die Befragten seit acht Jahren (SD $\pm 3,1$; Median 7) als Familienhebamme tätig. Die Arbeitszeit liegt bei den befragten Familienhebammen wöchentlich bei acht Stunden (SD $\pm 6,2$, Median 5) mit einem Minimum von zwei und einem Maximum von 24 Stunden/Woche. Im Durchschnitt betreuten die befragten Familienhebammen im Jahr 2018 drei Schwangere (SD $\pm 2,6$; Median 2) und 13 Wöchnerinnen und ihre Kinder (SD $\pm 32,4$; Median 5). Darüber hinaus konnten durchschnittlich sechs Frauen (SD $\pm 4,3$; Median 5) kontinuierlich während der Schwangerschaft und im Wochenbett durch eine Familienhebamme begleitet werden. Eine ausschließliche Betreuung eines Kindes kam durchschnittlich in vier Fällen (SD $\pm 4,3$; Median 2) und eine ausschließliche Betreuung der Frau in sieben Fällen (SD $\pm 5,0$; Median 4) vor.

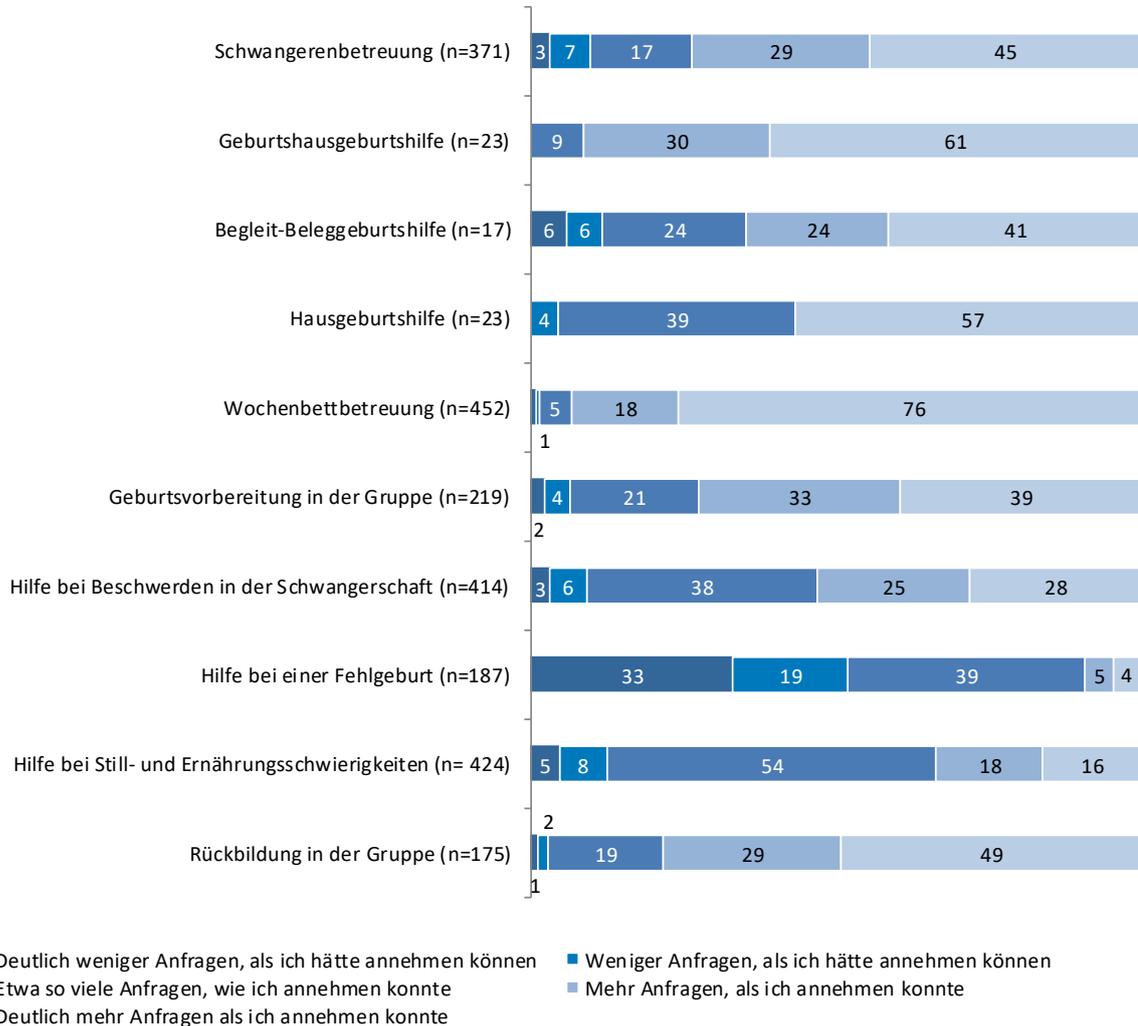
3.2.3 Zugang und Verfügbarkeit von außerklinischen Hebammenleistungen

Rückblickend für das Jahr 2018 sollten die befragten außerklinisch tätigen Hebammen (n=480) angeben, wie häufig Betreuungsanfragen zu den angebotenen Tätigkeitsfeldern gestellt wurden. Bei dieser Frage wurde deutlich, dass viele Hebammen auch Anfragen zu Tätigkeiten erhalten, welche diese nicht anbieten. Diese Anfragen wurden in der folgenden Auswertung ausgeschlossen, so dass nur die Auslastung bei den tatsächlich angebotenen Hebammenleistungen im Jahr 2018 betrachtet wird.

52 % (n=97) der Hebammen, welche die Leistung *Hilfe bei einer Fehlgeburt* anbieten, geben an, dass diese (deutlich) weniger Anfragen im Jahr 2018 erhalten haben, als diese hätten annehmen können (gültige n= 187). 39 % (n=73) erhielten so viele Anfragen, wie sie annehmen konnten, und 17 geben an (deutlich), mehr Anfragen erhalten zu haben, als angenommen werden konnten.

Anders sieht es bei dem Leistungsangebot *Wochenbettbetreuung* (n=452) aus. Hier erhielten nur 7 % der Hebammen (n=30) (deutlich) weniger Anfragen als diese annehmen konnten. 18 % (n=80) erhielten etwa so viele Anfragen, wie diese an Kapazitäten vorhalten konnten, und die Mehrheit erhielt deutlich mehr Anfragen, als diese annehmen konnten (76 %; n=342). Die Häufigkeiten von Betreuungsanfragen für angebotene außerklinische Tätigkeitsangebote sind im Einzelnen der Abb. 27 zu entnehmen.

Häufigkeit der Betreuungsanfragen für angebotene Tätigkeitsfelder im Jahr 2018
(Nennungen in Prozent)



© DKI / hsg

Abb. 27: Häufigkeit der Betreuungsanfragen für angebotene Leistungen im Jahr 2018

Verfügbarkeit

Die außerklinisch arbeitenden Hebammen wurden befragt, zu welchem Zeitpunkt diese, ausgehend vom Tag der Befragung, wieder freie Kapazitäten für ihre angebotenen Leistungen zur Verfügung haben. Hebammen, die Schwangerenbetreuung anbieten (n=381), können zu 14 % (n=55) sofort und 35 % (n=134) ihre Leistung erst in sieben Monaten oder später anbieten. Von den Hebammen, die außerklinische Geburten (n=35) betreuen, kann keine sofort Betreuungen übernehmen. 9 % (n=3) können frühestens in drei bis fünf Monaten dieses Leistungsangebot ermöglichen, die Mehrheit erst nach sieben Monaten oder mehr (54 %; n=19). Die Wochenbettbetreuung (n=448) kann von 18 (4 %) Hebammen sofort, von 13 (3 %)

in einem Monat, von 17 % (n=76) in drei bis fünf Monaten, von 28 % (n=125) in sechs Monaten und von 48 % (n=215) erst in sieben Monaten oder später angeboten werden.

Somit scheinen die Kapazitäten der außerklinisch tätigen Hebammen ausgelastet und ein Nachfrageüberhang zu bestehen. Viele Angebote sind erst in sieben Monaten oder später verfügbar (siehe Abb. 28).

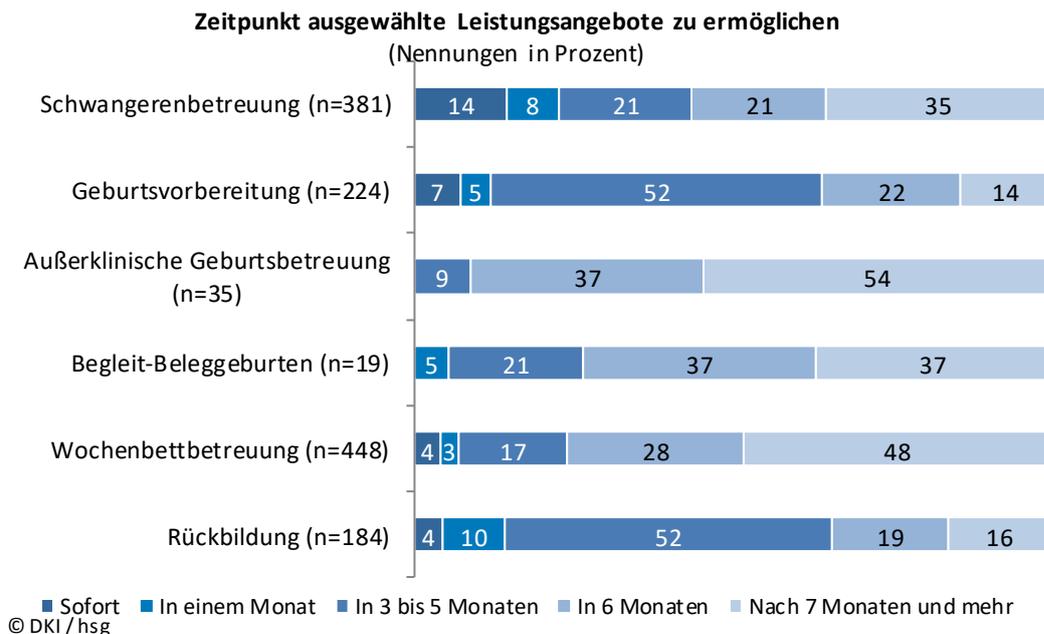


Abb. 28: Zeitpunkt außerklinische ausgewählte Leistungsangebote zu ermöglichen

3.2.4 Hebammen ohne Tätigkeit in der direkten Versorgung

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Hebammen dargestellt, welche sich nicht in der direkten Versorgung befinden. Zudem werden die Bedingungen dargestellt, unter denen sich die betroffenen Hebammen vorstellen können, in die direkte Versorgung zurückkehren.

Gründe, um vorübergehend nicht als Hebamme tätig zu sein (n=41)

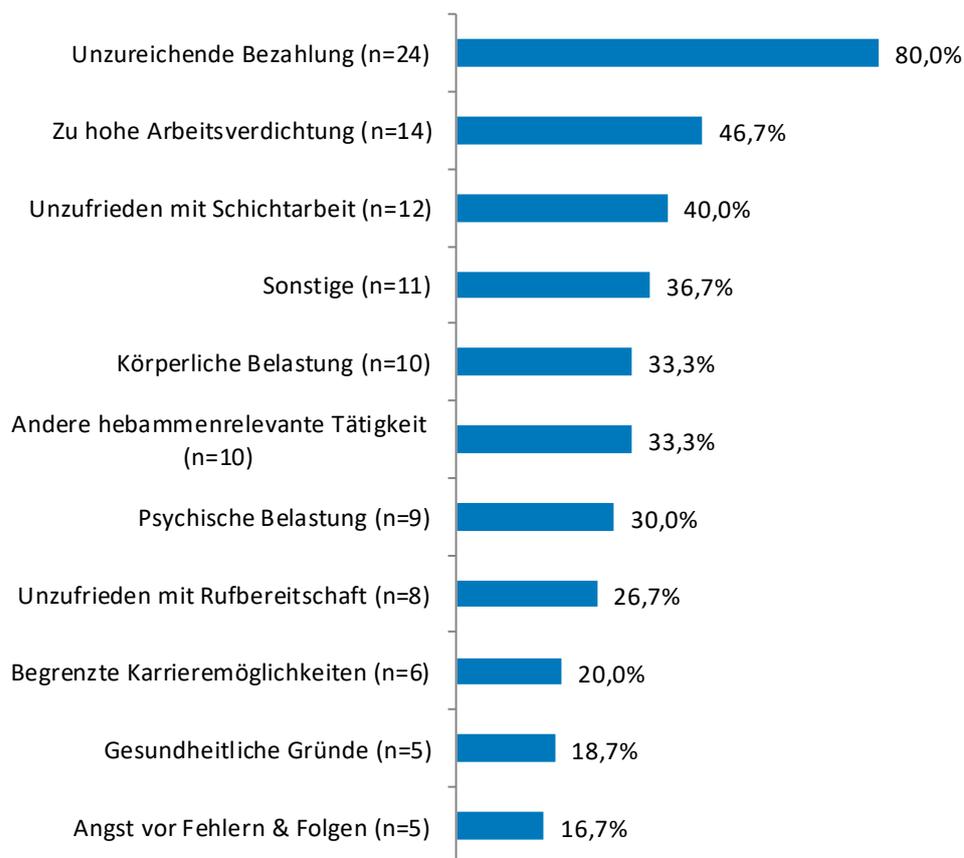
6 % der Befragten (n=41) sind derzeit vorübergehend nicht als Hebamme tätig. Hierbei gibt mehr als die Hälfte (n=22) als Hauptgrund die Kindererziehung an. Vier nennen persönliche Gründe, drei befinden sich in einer beruflichen Auszeit und sechs gehen einem Studium nach. Zwei Hebammen geben gesundheitliche Gründe an und vier nennen sonstige Gründe.

Gründe, um generell nicht als Hebamme tätig zu sein (n=30)

5 % (n=30) der befragten Hebammen sind generell nicht als Hebamme tätig. Im Durchschnitt waren die befragten Hebammen nach Erhalt der Berufszulassung 17 Jahre (SD ±10,9) als Hebamme in ihrem Beruf tätig, bevor die Tätigkeit niedergelegt wurde. Hiervon arbeiten 33 %

(n=10) weiterhin in einem anderen hebammenrelevanten Tätigkeitsbereich (beispielsweise Lehre oder Weiterbildung). 47 % (n=14) geben als Grund für den Berufsausstieg an, dass die Arbeitsverdichtung in der direkten Versorgung von Frauen und Familien zu hoch war. 40 % (n=12) sind unzufrieden mit der Schichtarbeit und 27 % (n=8) unzufrieden mit der Rufbereitschaft. 20 % der Befragten (n=6) haben den Beruf aufgrund begrenzter Möglichkeiten der beruflichen Weiterentwicklung bzw. Karrieremöglichkeiten verlassen. Von 17 % der Hebammen (n=5) wird als Grund die Angst vor Fehlern und ihren Folgen benannt. 33 % (n=10) nennen eine zu hohe körperliche und 30 % (n=9) eine zu hohe psychische Belastung als Grund. 17 % (n=5) geben gesundheitliche Gründe an. 80 % (n=24) arbeiten nicht mehr in der direkten Versorgung von Frauen aufgrund von unzureichender Bezahlung. Als weitere Gründe geben elf Befragte geringe Wertschätzung im klinischen Setting, fehlende Honorierung akademischer Abschlüsse und schlechte Vereinbarkeit von Beruf und Familie an (siehe Abb. 29).

Gründe, um generell nicht als Hebamme tätig zu sein (n=30)



© DKI / hsg

Abb. 29: Gründe, um generell nicht als Hebamme tätig zu sein (n=30; Mehrfachnennungen)

Bedingungen für die Rückkehr in die klinische Geburtshilfe

19 Hebammen können sich vorstellen, bei einem verbesserten Personalschlüssel, verbesserter Bezahlung bzw. außertariflichen Zulagen oder bei der Implementierung von hebammengeleiteten Versorgungskonzepten wieder als Hebamme in der klinischen Versorgung tätig zu werden. Als weitere Bedingungen (23 %: n=7) werden frauenzentrierte Geburtshilfe, bessere Möglichkeiten zur akademischen Weiterqualifizierung, flexible Arbeitsmöglichkeiten, Möglichkeiten alternsgerechten Arbeitens und flachere Hierarchien genannt (siehe Abb. 30).

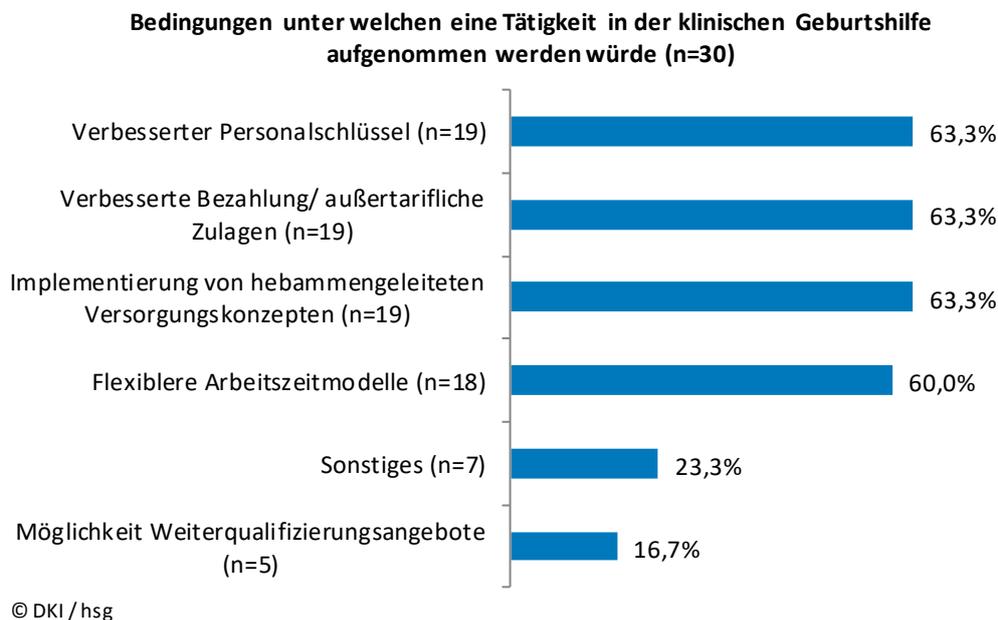
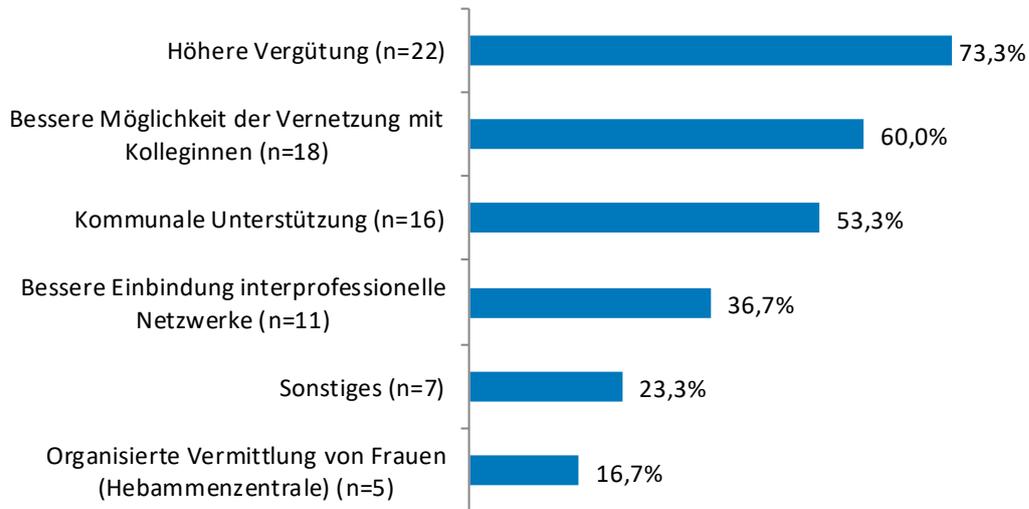


Abb. 30: Bedingungen unter welchen eine Tätigkeit in der klinischen Geburtshilfe aufgenommen werden würde (n=30; Mehrfachnennungen)

Bedingungen für die Rückkehr in die außerklinische Betreuung

22 Hebammen geben an, dass eine höhere Vergütung notwendig wäre, um wieder in der außerklinischen Hebammenversorgung tätig zu werden. 16 wünschen sich kommunale Unterstützung, wie Räumlichkeiten für Kurse oder das Angebot von Qualitätszirkeln. Als weitere Bedingungen (23 %; n=7) werden bessere interprofessionelle Zusammenarbeit und die Reduktion von bürokratischen Prozessen benannt (siehe Abb. 31).

Bedingungen unter welchen eine Tätigkeit als freiberufliche Hebamme aufgenommen werden würde (n=30)



© DKI / hsg

Abb. 31: Bedingungen unter welchen eine Tätigkeit als freiberufliche Hebamme aufgenommen werden würde (n=30; Mehrfachnennungen)

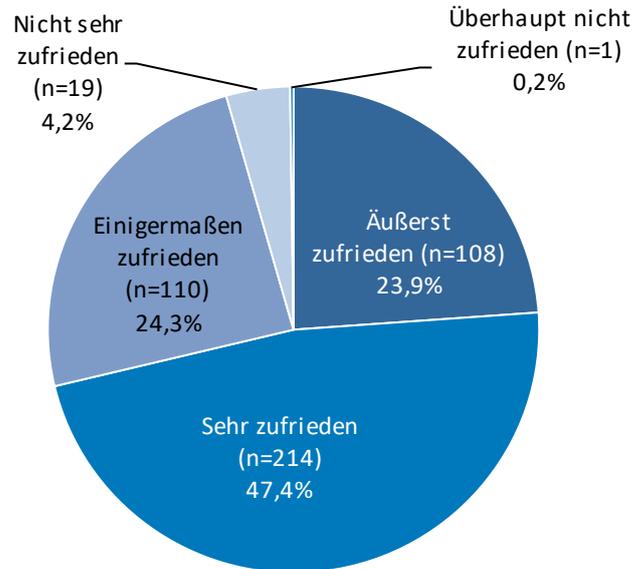
3.2.5 Zufriedenheit und Zukunftspläne

Nachfolgend werden die Ergebnisse zur Zufriedenheit und den Zukunftsplänen der befragten Hebammen dargestellt.

Erwartungen hinsichtlich der zukünftigen Berufsausübung

Die Mehrheit der befragten Hebammen, welche sich in der direkten Versorgung von Frauen in der reproduktiven Lebensphase befinden, gibt an, dass diese äußerst oder sehr zufrieden mit der getroffenen Berufswahl ist (71 %; n=322). 19 Hebammen sind nicht sehr zufrieden und eine Hebamme ist überhaupt nicht zufrieden mit ihrer Berufswahl (siehe Abb. 32; gültige n=452).

Zufriedenheit mit der Berufswahl Hebamme (n=452)



© DKI / hsg

Abb. 32: Zufriedenheit mit der Berufswahl Hebamme (n=452)

Trotz der recht hohen Zufriedenheitswerte geben 49 % (n=223) der Hebammen an, dass diese sich durch ihre Arbeit (sehr) stark belastet fühlen. 39 % (n=176) fühlen sich mittelstark belastet und nur 11 % (n=52) der Hebammen fühlen sich überhaupt nicht bis wenig belastet (siehe Abb. 33; gültige n=451).

Aus nationalen Studien ist bekannt, dass viele Überstunden mit einem Gefühl der Belastung einhergehen (BAuA 2016). Werden die angestellt tätigen Hebammen in den Kliniken im Hinblick auf die angegebenen Überstunden und ihre Belastung betrachtet, so zeigt sich die Tendenz, dass Hebammen die sich *stark bis sehr stark belastet fühlen*, durchschnittlich mehr Überstunden aufweisen (Mittelwert 82; Median 50; SD \pm 81,7) im Vergleich zu Hebammen, die sich *überhaupt nicht bis mittel belastet* fühlen (Mittelwert 63 Stunden, Median 48; SD \pm 51,8). Dieser Unterschied ist allerdings statistisch nicht signifikant.

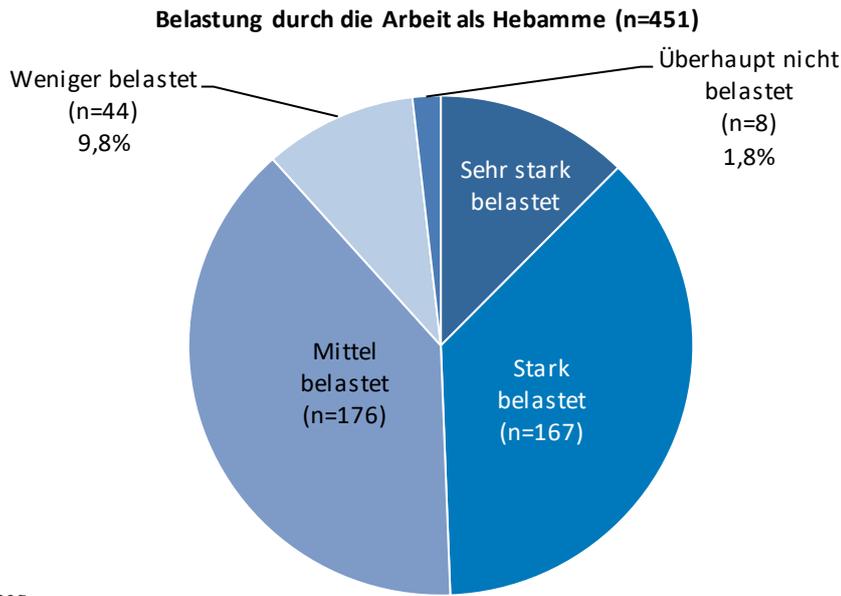


Abb. 33: Belastung durch die Arbeit als Hebamme (n=451)

Die Mehrheit der Hebammen gibt mit 70 % (n=316) an, dass es (sehr) wahrscheinlich ist, dass sie in drei Jahren noch als Hebamme tätig sind. Bei 7 % (n=32) ist es (sehr) unwahrscheinlich und 23 % (n=105) geben ungefähr ein Verhältnis von 50:50 an, dass sie in drei Jahren noch als Hebamme tätig sein werden (siehe Abb. 34; gültige n=453).

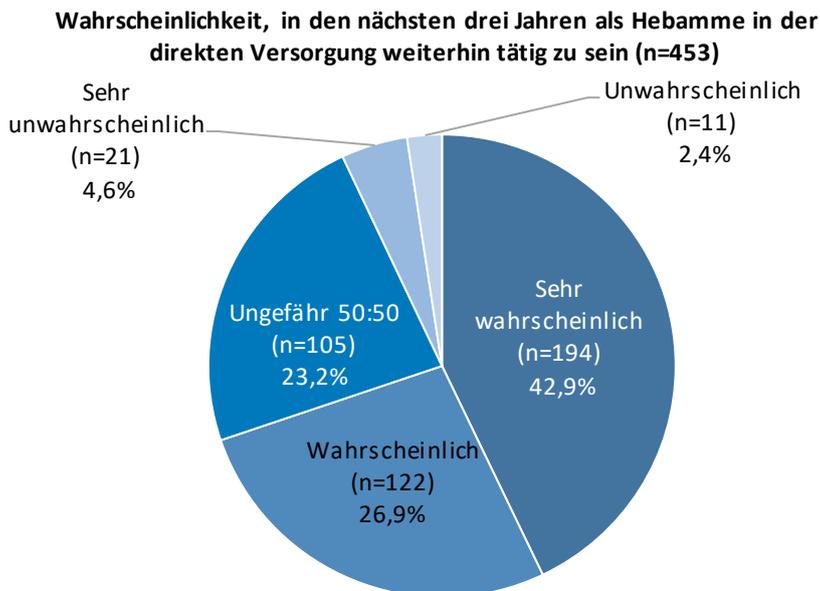


Abb. 34: Wahrscheinlichkeit, in den nächsten drei Jahren als Hebamme in der direkten Versorgung weiterhin tätig zu sein (n=453)

37 % (n=198) der Hebammen in der direkten Versorgung geben an, dass diese mit dem Gedanken gespielt haben, ihren Beruf als Hebamme aufzugeben (gültige n=537). Von den Hebammen, welche nicht über eine Berufsaufgabe nachdenken, erwägen 58 % (n=191) ihre wöchentliche Arbeitszeit zu reduzieren (gültige n=329). Als Gründe, welche dazu beitragen, den Arbeitsplatz zu verlassen bzw. Anteile der aktuellen Tätigkeit aufzugeben (n=398), nennen 61 % (n=241) der Befragten eine zu hohe berufliche Belastung. 40 % (n=117) geben unter Sonstige Gründe Ängste an, etwas falsch zu machen, schlechte interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärztinnen / Ärzten, schwere Vereinbarkeit von Beruf und Familie und schlechte Bezahlung an (gültige n=398). Weitere Gründe sind in Abb. 35 dargestellt.

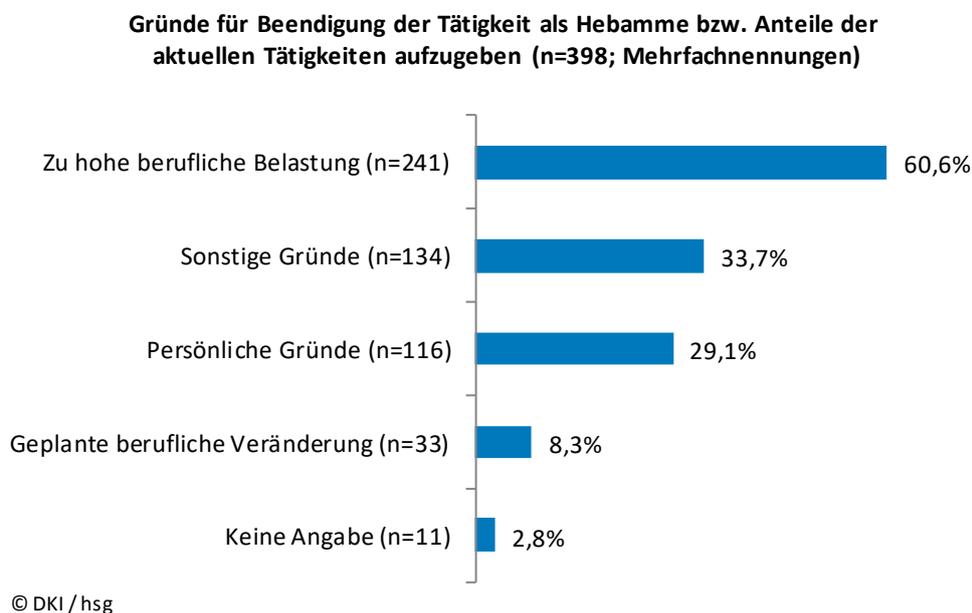


Abb. 35: Gründe für Beendigung der Tätigkeit als Hebamme bzw. Anteile der aktuellen Tätigkeiten aufzugeben (n=398; Mehrfachnennungen)

Von den Hebammen, die angeben, in den vergangenen sechs Monaten mit dem Gedanken gespielt zu haben, den Beruf als Hebamme aufzugeben (n=198), sind 6 % (n=12) bereits über 60 Jahre alt. 33 % (n=65) sind zwischen 45 und 54 Jahre alt und 19 % (n=37) können der Alterskategorie 25 bis 34 Jahre zugeordnet werden und (siehe Abb. 36).

Altersstruktur der Hebammen, welche in den letzten sechs Monaten mit dem Gedanken gespielt haben, den Beruf als Hebamme aufzugeben (n=198)

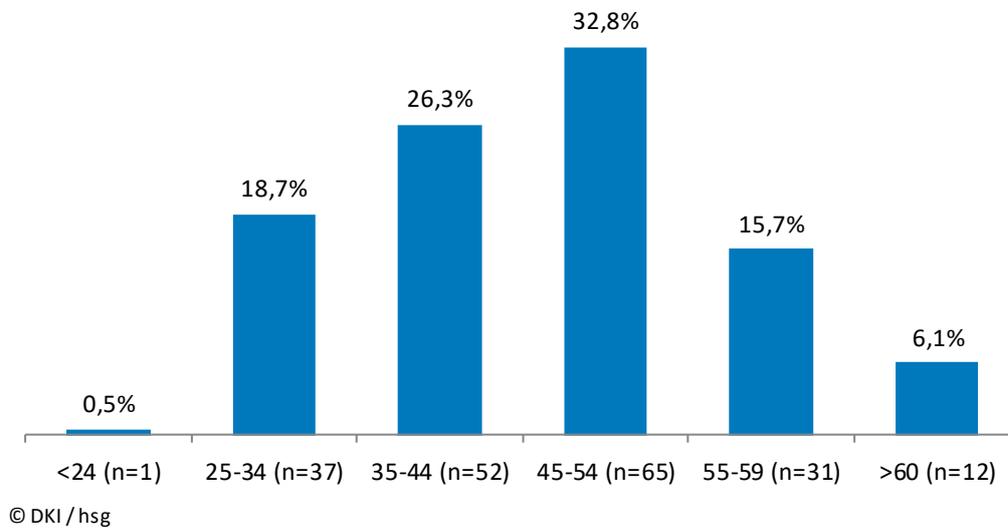
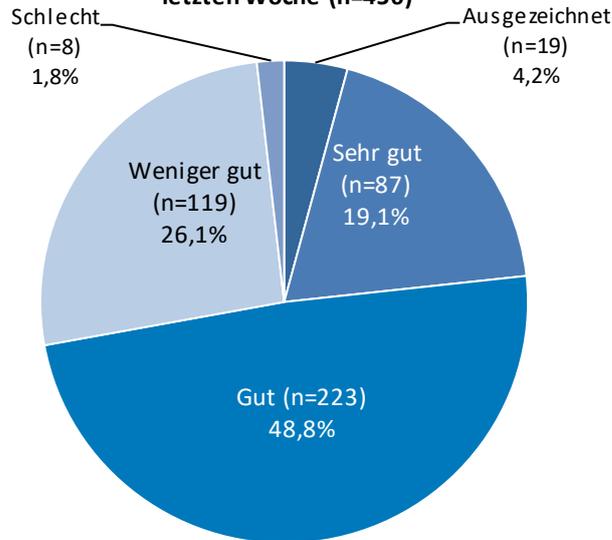


Abb. 36: Altersstruktur der Hebammen, welche in den letzten sechs Monaten mit dem Gedanken gespielt haben, den Beruf als Hebamme aufzugeben (n=198)

Subjektives Wohlbefinden

23 % (n=106) der Hebammen schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand in den vergangenen sieben Tagen laut Self-rated Health Question als ausgezeichnet bis sehr gut ein. 49 % (n=223) geben einen guten und 28 % (n=127) einen weniger guten bis schlechten allgemeinen Gesundheitszustand an (siehe Abb. 37; gültige n=456).

Subjektive Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustandes in der letzten Woche (n=456)

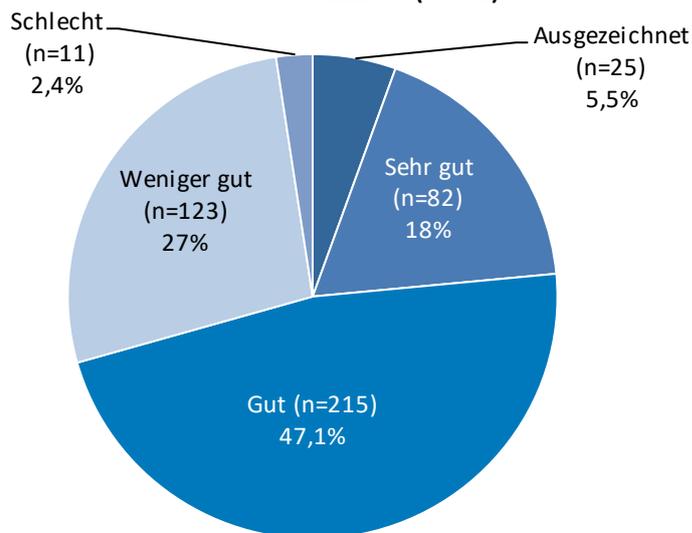


© DKI / hsg

Abb. 37: Subjektive Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustandes in der letzten Woche (n=456)

Die psychische oder seelische Gesundheit wird von 24 % (n=107) der Hebammen als ausgezeichnet bis sehr gut eingeschätzt. 47 % (n=215) benennen einen guten und 29 % (n=134) einen weniger guten bis schlechten psychischen oder seelischen Gesundheitszustand (siehe Abb. 38; gültige n=456).

Subjektive Einschätzung der momentanen psychischen oder seelischen Gesundheit (n=456)



© DKI / hsg

Abb. 38: Subjektive Einschätzung der momentanen psychischen oder seelischen Gesundheit (n=456)

52 % (n=270) der Hebammen geben an, dass in der Regel keine geplanten freien Tage, wie freie Wochenenden, Gleittage, Freizeitausgleich oder ähnliches realisierbar sind (gültige n=525). Als Hauptgrund wird von 36 % (n=62) der Hebammen eine fehlende Vertretung genannt. 26 % (n=45) geben an, dass sie angefragt werden, für Kolleginnen bei Krankheit einzuspringen (gültige n=172). Als weitere Gründe (12 %; n=22) werden die Überplanung im Dienstplan, keine freien Wochenenden bzw. Feiertage, finanzielle Existenzängste, zu hohes Arbeitsaufkommen, ständige Erreichbarkeit und eine unzureichende Planungssicherheit genannt. Weitere Gründe sind in Abb. 39 dargestellt.

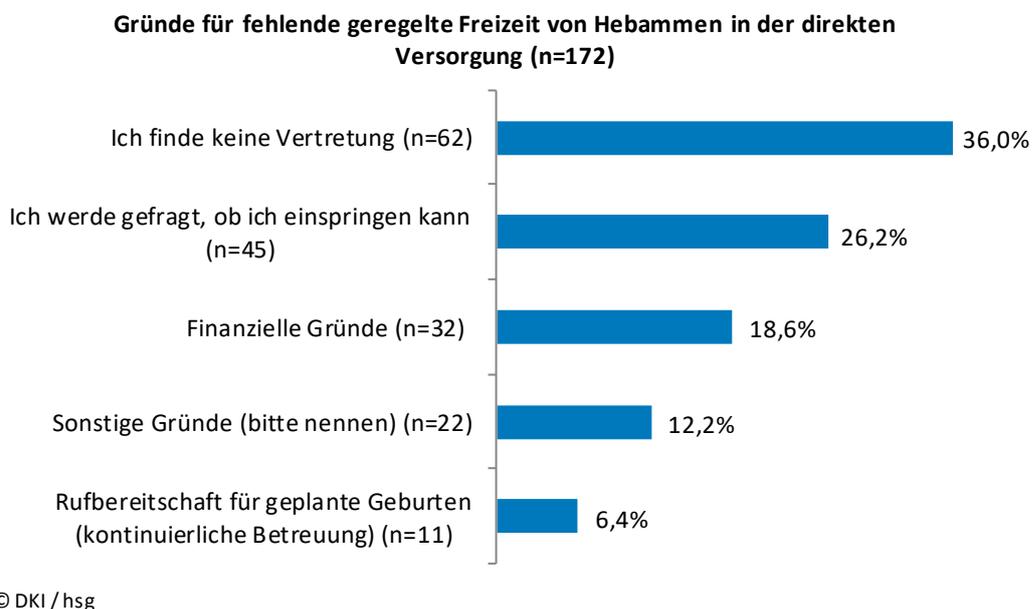


Abb. 39: Gründe für fehlende geregelte Freizeit von Hebammen in der direkten Versorgung (n=172)

Zufriedenheit

Die befragten Hebammen wurden dazu aufgefordert, im Rahmen einer offenen Fragestellung Faktoren zu nennen, welche zur subjektiven Zufriedenheit im Beruf beitragen. 453 der Befragten (71 %) haben eine Angabe gemacht.

Hierbei konnten die Faktoren Wertschätzung, Zeiteinteilung, die Besonderheiten des Berufs und soziale Aspekte/Interaktion als Kategorien dargestellt werden:

Wertschätzung

Hierbei wurden die Wertschätzung und die positive Rückmeldung der betreuten Frauen/Familien am häufigsten (33 %; n=148) als Quelle für die berufliche Zufriedenheit

genannt. Darüber hinaus wurde auch die Anerkennung von Kolleginnen, Vorgesetzten und Ärztinnen und Ärzten als relevanter Aspekt benannt (3 %; n=13).

Zeiteinteilung

Der inhärent diverse Arbeitsalltag und die damit verbundene Flexibilität des Hebammenberufes trägt für viele der Befragten (16 %; n=70) zu ihrer Zufriedenheit bei. Dabei stachen besonders die Möglichkeiten der selbstständigen Zeiteinteilung und der Freiberuflichkeit („Sein eigener Chef sein“) hervor (10 %; n=46). Darüber hinaus formulieren die befragten Hebammen als wünschenswerte Faktoren, dass verlässliche Arbeits- und Ruhezeit (12 %; n=55) und genügend Personal im klinischen Kontext (6 %; n=28) die Zufriedenheit stark beeinflussen. Ausgleich finden die Befragten (13 %; n=59) vor allem in ihrer Freizeit, mit Hobbys, Schlaf und Familie.

Besonderheiten des Berufs

Viele der Befragten (26 %; n=117) zeigen eine generelle Zufriedenheit mit ihrer Berufswahl, da ihnen die Tätigkeit als Hebamme Freude bereitet. Sie sind interessiert an ihrem Beruf, an Weiterbildungen und möchten gerne gute Arbeit leisten. Die Möglichkeit, „das Wunder der Geburt“ miterleben zu dürfen und den Familien in dieser besonderen, aber auch herausfordernden Zeit helfen zu können, gibt ihnen (38 %; n=172) das Gefühl, eine sinnvolle Tätigkeit auszuüben. Zu den äußeren Faktoren (25 %; n=111) zählt vorrangig ein nettes (geburtshilfliches und medizinisches) Kollegiat, das sich unterstützt und bei Bedarf entlastet/vertritt. Zudem wünschen sich die Befragten genügend Zeit für die Frauen, sodass sie die bestmögliche Betreuung bieten können (14 %; n=62).

Soziale Aspekte / Interaktion

Neben den rein-professionellen Aspekten des Hebammenberufes wurde auch die soziale Interaktion mit den Frauen und der Austausch mit Kolleginnen als Faktor genannt (24 %; n=109). Zudem berichten 15 der Befragten, dass der Beruf ihnen auch ein Gefühl von Selbstsicherheit und Selbstbewusstsein beigebracht hat.

Weiter wurden die Wünsche nach weniger Dokumentation (24 %; n=107), z. B. für QM, und Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen und Versicherungen sowie bessere Bezahlung geäußert (21 %; n=97).

4 Mütterbefragung

4.1 Methodisches Vorgehen

4.1.1 Erstellung der Erhebungsunterlagen

Anschreiben

Die hsg Bochum und das DKI haben das Anschreiben für die Befragung der Mütter entwickelt und mit dem Auftraggeber abgestimmt. Das begleitende Anschreiben erläutert die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Befragung, den Zweck der Datenerhebung und -verarbeitung und beschreibt den Umgang mit den Daten gemäß der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG neu bzw. DSAnpUG-EU) sowie die Ergebnisdarstellung, welche keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen, Einrichtungen oder Daten ermöglicht.

Zusätzlich wurde ein Empfehlungsschreiben des Auftraggebers mit Bitte um Teilnahme an der Befragung beigelegt.

Des Weiteren wurde eine Ansprechpartnerin (E-Mail und Telefon) der hsg Bochum für Rückfragen der Teilnehmerinnen benannt.

Bei dieser Befragung wurden personenbezogene Daten erhoben, so dass es datenschutzrechtliche Vorgaben bei der anschließenden Erfassung der Daten in einer Datenbank gibt. Für den Zweck regionalisierter Auswertungen wurde abgefragt, in welchem Landkreis bzw. in welcher kreisfreien Stadt sich der Wohnort der Frau befindet. Ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der hsg Bochum liegt vor. Zudem wurde ein positives Votum durch den Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit eingeholt.

Fragebogen

Der Fragebogen wurde in Papierform und online zur Verfügung gestellt. Dabei wurde darauf geachtet, dass die Fragen in einfacher Form gestellt wurden und der Fragebogen nicht allzu umfangreich ausfiel.

Der Fragebogen wurde federführend von der hsg Bochum entwickelt und mit dem Auftraggeber abgestimmt. Bei der Entwicklung des Fragebogens wurde auch auf bewährte Instrumente aus früheren und aktuellen Befragungen zurückgegriffen. Bei der Erarbeitung wurde die Expertise der Vertreterinnen von Mother Hood e. V. mit einbezogen. Das Erhebungsinstrument wurde so gestaltet, dass die Teilnehmerinnen durch Filterfunktionen zu den auf sie zutreffenden Fragenmodulen weitergeleitet wurden.

Unter anderem wurden folgende Aspekte erfragt:

- Soziodemographische und -ökonomische Daten (u. a. Alter, Familienstand, Bildungsabschluss, Berufstätigkeit, Versichertenstatus, Anzahl Kinder)
- Wohnregion (Landkreis bzw. kreisfreie Stadt)
- Anspruch auf Hebammenleistungen bekannt und Informationsquellen dazu
- Wunsch nach Hebammenbetreuung
- Nicht-Inanspruchnahme von Hebammenversorgung (Gründe)
- Zeitpunkt und Anzahl der kontaktierten Hebammen
- Gewünschter und tatsächlicher Geburtsort (ggf. Gründe für die Abweichung, z. B. keine Verfügbarkeit im Wohnumfeld oder Abweisung bei Geburtsbeginn)
- Inanspruchnahme von Hebammenleistungen in Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbett
- Zusätzlicher Bedarf an Hebammenleistungen, der nicht gedeckt werden konnte (Gründe)
- Ggf. Vorschläge zur Verbesserung des Zugangs zur Hebammenbetreuung.

Der Fragebogen wurde anschließend einem Pretest mit 15 Müttern unterzogen. Rückmeldungen der Teilnehmerinnen aus dem Pretest wurden in die Endversion des Fragebogens eingearbeitet.

4.1.2 Grundgesamtheit, Stichproben und Rücklauf

Grundgesamtheit der Mütterbefragung bildeten alle Frauen, die im Jahr 2018 in Hessen ein Kind geboren haben und mindestens 18 Jahre alt waren. Angestrebt wurde eine Teilnehmerzahl von 1.000 Frauen. Um diese Zahl zu erreichen, wurden unabhängige Stichproben über die Krankenhäuser und Geburtshäuser in Hessen gebildet:

Für die Krankenhäuser wurde eine zweifach geschichtete Zufallsstichprobe gezogen. Auf Ebene der Krankenhäuser mit Geburtshilfe wurde unter Berücksichtigung der Verteilung nach Regionen und Versorgungsstufen gemäß QFR-RL eine Zufallsstichprobe von 31 Kliniken gezogen. In den Kliniken selbst wurden in Abhängigkeit von den Geburtenzahlen jeweils 40 bis 100 Frauen zufällig aus dem Jahr 2018 ausgewählt.

Zudem wurden alle Hebammengeleiteten Einrichtungen (n=8) in Hessen gebeten, die Befragungsunterlagen an alle Frauen weiterzuleiten, die dort im Jahr 2018 während der Geburt betreut wurden (Vollerhebung).

Insgesamt beteiligten sich 15 geburtshilfliche Kliniken und sieben Hebammengeleitete Einrichtungen an der Rekrutierung der Teilnehmerinnen. Darüber wurden insgesamt 2.421

Fragebögen versendet – 1.323 Bögen über die Kliniken und 1.098 Bögen über die Hebammengeleiteten Einrichtungen.

Ergänzend wurden Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zur Bewerbung der Befragung angesprochen, die über Newsletter und Social Media auf die Mütterbefragung aufmerksam gemacht haben (u. a. Mother Hood e.V. und der Hessische Landesverband der Hebammen e.V.).

Sämtliche Fragebögen, die bis zum 19.06.2019 eingegangen sind, wurden bei der Auswertung berücksichtigt.

Insgesamt haben sich 1.534 Mütter an der Befragung beteiligt. Die Mütter konnten den Fragebogen in Papierform oder online beantworten. 465 Mütter beantworteten den Fragebogen in Papierform, 1.069 wählten die Onlineversion.

4.1.3 Durchführung und Auswertung der Befragung

Die Befragungsunterlagen wurden nach Freigabe durch den Auftraggeber versandfertig an die beteiligten Kliniken und Hebammengeleiteten Einrichtungen verschickt. Dort wurden sie adressiert und an die ausgewählten Mütter weitergeleitet. Der Rückversand der ausgefüllten Fragebögen erfolgte über ein freigemachtes Rückkuvert direkt an das DKI.

Aufgrund der beschriebenen Stichprobenziehung sind Mütter mit Geburten in Geburtshäusern in der Stichprobe deutlich überrepräsentiert bzw. klinische Geburten deutlich unterrepräsentiert. Während in der Grundgesamtheit nur rund 1 – 2 % der Geburten außerklinisch stattfinden, liegt der Anteil der Mütter mit außerklinischen Geburten in der Stichprobe bei 19,3 % (vgl. Kap. 4.2.4). Deswegen wurde eine entsprechende Korrektur (Gewichtung) der realisierten Stichprobe vorgenommen. Durch diese Gewichtung wird die Stichprobenverteilung nach dem Geburtsort der entsprechenden Verteilung nach klinischen und außerklinischen Geburten in der Grundgesamtheit angepasst. Nach Maßgabe dieser Gewichtung sind die Ergebnisse nach dem Geburtsort repräsentativ für die Mütter in Hessen. Alle im Folgenden dargestellten Ergebnisse der Mütterbefragung mit Ausnahme der Darstellung der Stichprobe (vgl. Kap. 4.2.1) und der außerklinischen Hebammenversorgung während der Geburt (vgl. Kap. 4.2.4) basieren auf den gewichteten Daten.

Andere Stichprobenverzerrungen, etwa eine für Mütterbefragungen typische Unterrepräsentanz bestimmter Gruppen von Müttern nach soziodemografischen Merkmalen wie Migrationshintergrund oder niedriger Bildungsstatus (vgl. Kap. 4.2.1), werden durch die Gewichtung abgeschwächt, aber nicht ausgeglichen. Zu diesem Zweck werden für

ausgewählte Fragestellungen, vor allem mit Blick auf den Hebammenbedarf, stratifizierte Analysen nach soziodemografischen Merkmalen der Mütter durchgeführt (vgl. Kap. 9.2.3).

4.2 Ergebnisse

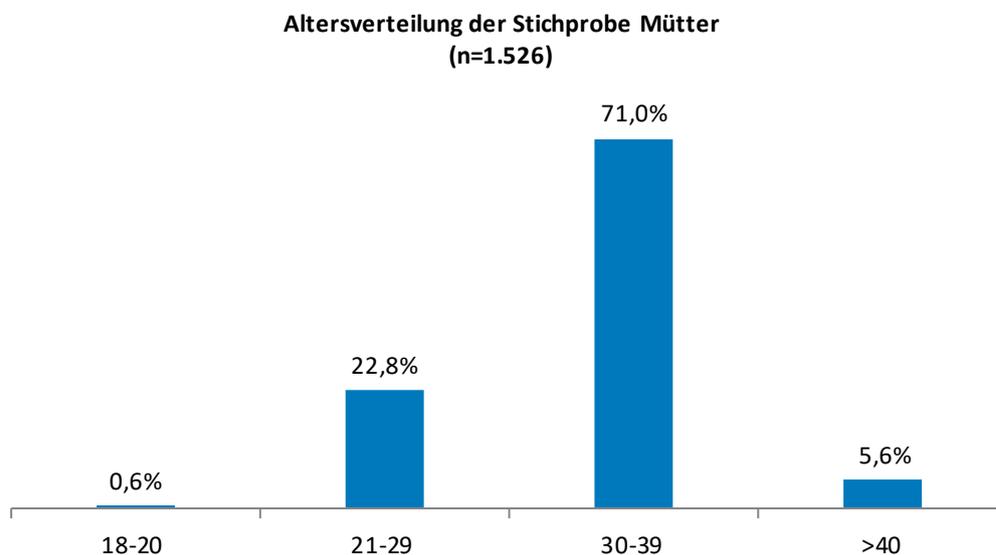
Im Folgenden werden die Ergebnisse der Mütterbefragung, beginnend mit der Stichprobenbeschreibung, dargestellt. Es konnten 1.530 Fragebögen berücksichtigt werden.

4.2.1 Beschreibung der Stichprobe

Nachfolgend werden die Studienteilnehmerinnen nach ihren soziodemografischen und geburtshilflichen Merkmalen dargestellt. Ergänzend erfolgt eine Einordnung der Merkmale, um abzuschätzen, inwieweit die Stichprobe die Gesamtheit der schwangeren Frauen in Hessen repräsentiert.

Soziodemografische Merkmale der Stichprobe

Die Altersverteilung der befragten Mütter kann folgendermaßen dargestellt werden: Zwischen 18 und 20 Jahre alt sind 1 % (n=9) der Stichprobe. 23 % (n=348) der Mütter können der Altersgruppe zwischen 21 und 29 Jahren zugeordnet werden. Die Mehrheit der Befragten (71 %; n=1084) ist zwischen 30 und 39 Jahren alt. 6 % (n=85) sind zum Befragungszeitpunkt über 40 Jahre alt (siehe Abb. 40; gültige n=1.526).



© DKI / hsg

Abb. 40: Altersverteilung der Stichprobe Mütter (n=1.526)

Über die Hälfte der Mütter (56 %; n=846) hat ihr erstes Kind geboren, 34 % (n=520) der Mütter bekamen ihr zweites Kind, 9 % (n=132) ihr drittes und 2 % (n=27) das vierte Kind oder mehr

(gültig n=1.525). Bezüglich des Merkmals der Parität zeigt sich ein Unterschied zwischen der Studienpopulation und den Daten der externen stationären Qualitätssicherung. Frauen, die an der Befragung teilgenommen haben, sind eher Erstgebärende (siehe Tab. 7).

Im Durchschnitt waren die Kinder zum Zeitpunkt der Befragung neun Monate alt (SD $\pm 3,5$) und wurden in 58 % (n=881) zum Befragungszeitpunkt noch gestillt.

13 % (n=200) der Kinder mussten innerhalb der ersten 12 Wochen nach der Geburt stationär in einer Kinderklinik behandelt werden. Bei 26 % (n=392) der Mütter lag eine Risikoschwangerschaft vor. Weitere geburtshilflich anamnestische Merkmale sind in Tab. 7 aufgeführt.

Tab. 7: Geburtshilflich anamnestische Daten

Merkmal	Mütterbefragung (n=1.530)		Jahresauswertung 2017: Basisauswertung (n=56.893 alle Schwangere; n=58.034 alle Kinder)	
	n	(%)	n	(%)
Geburtsmodus				
Spontan	1.048	(68,7)	34.335	(59,2)
Vaginal-operativ	112	(7,4)	3.969	(6,8)
Kaiserschnitt	365	(23,9)	19.730	(34,1)
Primärer Kaiserschnitt	125	(8,2)	8.753	(14,8)
Sekundärer Kaiserschnitt	240	(15,7)	9.956	(17,2)
Summe	1.525		58.034	
Parität				
Erstgebärende	846	(55,5)	27.267	(47,9)
Zweitgebärende	520	(34,1)	19.447	(34,2)
Drittgebärende	132	(8,7)	6.841	(12,0)
≥ Viertgebärende	27	(1,7)	3.338	(5,9)
Summe	1.525		56.893	
Einling	1.511	(98,5)	55.784	(96,1)
Frühgeborenes	99	(6,5)	4.087	(7,2)

Insgesamt leben 96 % (n=1.453) der Teilnehmerinnen in einer festen Partnerschaft bzw. sind verheiratet. 3 % (n=49) der Mütter sind ledig. Weitere 1 % (n=22) sind verwitwet, geschieden oder getrennt lebend (gültige n=1.524).

Der Großteil der Teilnehmerinnen (73 %; n=1.104) ist ausschließlich gesetzlich krankenversichert. Weitere 16 % (n=244) der Mütter sind gesetzlich krankenversichert und haben eine zusätzliche private Krankenversicherung. 3 % (n=38) der Teilnehmerinnen sind ausschließlich privat versichert und 9 % (n=137) sind privat mit Beihilfe krankenversichert (gültige n=1.523).

Bezüglich der Merkmale Migration und Schulabschluss zeigen sich zwischen der Studienpopulation der Mütterbefragung und der bundes- bzw. landesweiten Bevölkerung Unterschiede. 8 % (n=122) der Mütter in der Stichprobe haben einen Migrationshintergrund. Laut amtlicher Statistik haben 23 % der lebendgeborenen Kinder eine Mutter mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit (Statistisches Bundesamt, 2015). Zudem weisen Frauen, die an der Mütterbefragung teilgenommen haben, eher einen höheren Schulabschluss im Vergleich zur Grundgesamtheit der weiblichen Bevölkerung in Hessen auf (Staat und Wirtschaft in Hessen, 2017). Weitere soziodemografische Merkmale sind in Tab. 8 ersichtlich.

Tab. 8: Weitere soziodemografische Merkmale Stichprobe

Merkmale	Mütterbefragung		Vergleichsdaten
	n	(%)	
Muttersprache			
Deutsch	1.406	(92,2)	
Nicht deutsch	119	(7,8)	
Summe	1.525		
Migrantinnen			
<1 Jahr in DE	3	(0,2)	23,4 % der geborenen Kinder haben eine Mutter mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit (Statistisches Bundesamt 2015)
Vor > 1 Jahr immigriert	119	(7,8)	
Summe	122		
Höchster Schulabschluss			
Ohne Schulabschluss	7	(0,5)	2,8 % (w, 25-35 Jahre) / 4,3 % (w, 35-45 Jahre) (StaWi 2017)
Haupt- / Volksschulabschluss	34	(2,2)	13,6 % (w, 25-35 Jahre) / 16,8 % (w, 35-45 Jahre) (StaWi 2017)
Realschulabschluss	316	(20,7)	29,3 % (w, 25-35 Jahre) / 35,6 % (w, 35-45 Jahre) (StaWi 2017)
Fachhochschulreife	224	(14,7)	54,3 % (w, 25-35 Jahre) / 43,3 % (w, 35-45 Jahre) (StaWi 2017)
Allgemeine Hochschulreife	942	(61,9)	
Summe	1.523		
Berufsausbildung / Studium (Mehrfachnennungen möglich)			
Kein Abschluss	32	(3,5)	
Aktuell in der Ausbildung	8	(0,9)	
Aktuell im Studium	62	(6,6)	
Abgeschlossene Lehre	654	(55,6)	
Abgeschlossene Fachschule	139	(14,6)	
Abgeschlossenes Studium	832	(66,9)	

Bezüglich des Nettohaushaltseinkommens¹³ zeigen sich ebenfalls zwischen der Studienpopulation der Mütterbefragung und der bundesweiten Bevölkerung Unterschiede. 14 % (n=205) der Mütter in der Stichprobe haben weniger als 1.300 € für alle im Haushalt lebenden Personen zur Verfügung. Im Vergleich dazu liegt der Anteil laut amtlicher Statistik bei 7 % in der bundesweiten Bevölkerung (Statistisches Bundesamt 2017). Zudem weisen nur

¹³ Wie viel Geld monatlich für alle im Haushalt lebenden Personen zur Verfügung steht (Geld, welches für Essen, Kleidung, Miete, Freizeit usw. ausgegeben werden kann- ohne Steuern bzw. Kranken-, Renten-, Pflegeversicherung).

12 % (n=168) der Mütter ein monatliches Netto-Haushaltseinkommen von über 5.000 € auf. Im Bundesweiten Vergleich sind es 30 % (Statistisches Bundesamt 2017) (siehe Tab. 9).

Tab. 9: Nettoeinkommen je Haushalt

Merkmal	Mütterbefragung (n=1.530)		Monatliches Haushaltseinkommen (Statistisches Bundesamt 2017) (n=7.685)		
	n	(%)		n	(%)
Nettoeinkommen je Haushalt					
Unter 900 €	91	(6,3)			
900 bis unter 1.300 €	114	(7,9)	unter 1.300 €	562	(7,3)
1.300 bis unter 1.500 €	92	(6,4)			
1.500 bis unter 2.000 €	123	(8,5)	1.300 bis unter 1.700 €	443	(5,8)
2.000 bis unter 2.600 €	201	(13,9)	1.700 bis unter 2.600 €	1.287	(16,7)
2.600 bis unter 3.600 €	313	(21,6)	2.600 bis unter 3.600 €	1.389	(18,1)
3.600 bis unter 5.000 €	344	(23,8)	3.600 bis unter 5.000 €	1.727	(22,5)
Über 5.000 €	168	(11,6)	5.000 bis 18.000 €	2.277	(29,6)
Summe	1.446	(84 Missings)		7.685	

Eine Übersicht zu den Wohnorten der befragten Mütter befindet sich im Anhang.

Angaben zur Gesundheit

Die Teilnehmerinnen wurden befragt, wie diese ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen in den vergangenen sieben Tagen beschreiben würden (Self-rated Health Question). Die Mehrheit der Mütter fühlte sich ausgezeichnet bis sehr gut (52 %; n=790). 39 % (n=592) fühlten sich gut und 9 % (n=143) fühlten sich weniger gut bis schlecht (siehe Abb. 41; gültige n=1.525).

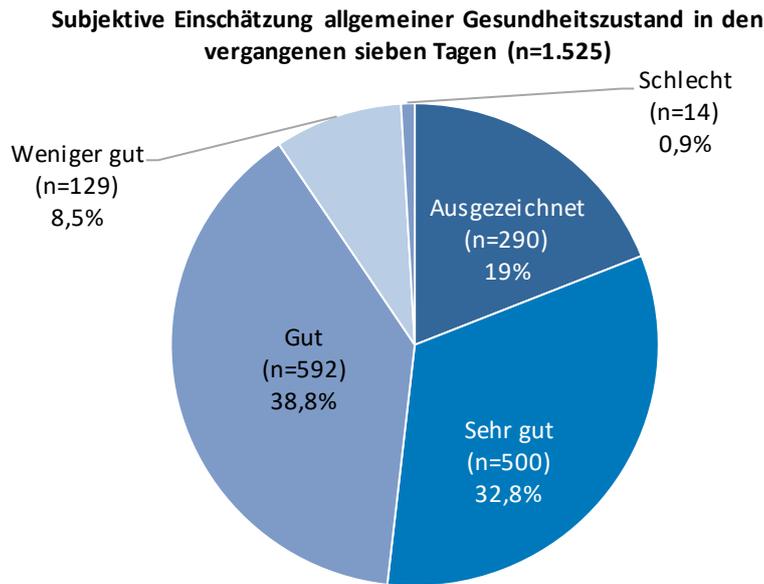


Abb. 41: Subjektive Einschätzung allgemeiner Gesundheitszustand in der vergangenen Woche (n=1.525)

Darstellung Geburtsort

Von den Studienteilnehmerinnen haben 81 % (n=1.229) in der Klinik, 15 % (n=225) in einer Hebammengeleiteten Einrichtung (Geburtshaus oder Hebammenpraxis) und 4 % (n=68) zu Hause geboren (gültige n=1.522). Insgesamt liegt der Anteil außerklinischer Geburten deutlich über dem laut der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG) für das Jahr 2017 für das Land Hessen angegebenen Anteil von ca. 1,7 % (999 außerklinische Geburten bei insgesamt 60.998 Lebendgeborenen nach Wohnort der Mutter im Jahr 2017) (QUAG 2019; Statistik Hessen 2018). Aus diesem Grund werden die folgenden Ergebnisse, wie in der Methodik beschrieben (vgl. Kap. 4.1), nach dem Geburtsort gewichtet.

4.2.2 Zugang zur Hebammenhilfe

Nach § 24d SGB V hat jede Schwangere bzw. Wöchnerin einen gesetzlichen Anspruch auf Hebammenhilfe während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bis zum Ende der Stillzeit. Im deutschen Gesundheitssystem müssen sich Frauen für die außerklinische Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett eigenständig eine Hebamme suchen. Dabei wird vorausgesetzt, dass die werdende Mutter über ausreichende Ressourcen verfügt, um sich über die Hebammenbetreuung zu informieren und Hebammenleistungen zu organisieren.

3 % der Befragten (n=43) wussten nicht, dass ihnen während der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett (bis zu 12 Wochen nach der Geburt des Kindes) eine Hebammenbetreuung zusteht (gültige n=1.523).

Informationsquellen

Als häufigste Informationsquelle zur Hebammenversorgung während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett geben 49 % (n=725) Freundinnen / Freunde, Familie, Bekannte und die Nachbarschaft an. Als weitere Multiplikatorinnen/Multiplikatoren werden Ärztinnen / Ärzte mit 32 % (n=468) benannt (gültige n=1.478). Weitere Informationsquellen sind in Tab. 10 dargestellt.

Tab. 10: Informationsquellen zu Hebammenversorgung (n=1.478; Mehrfachnennungen)

Informationsquelle	n	%
Freundinnen / Freunde, Familie, Bekannte, Nachbarschaft	725	49,1
Allgemeinwissen („sowas weiß Frau“)	509	34,4
Ärztin / Arzt	468	31,7
Eigene früherer Schwangerschaften / Geburten	456	30,9
Internet	325	22,0
Krankenkasse	199	13,5
Zeitschriften / Zeitungen	85	5,8
Krankenhaus	66	4,5
Hebammenzentrale / Hebammenvermittlungsstelle	37	2,5
Hebammenverband	19	1,3
Fernsehen / Radio	16	1,1
Familienbildungsstätten	10	0,7

Kontaktaufnahme zu einer Hebamme

68 % (n=1.001) der Mütter geben an, dass sie eigenständig über das Internet Hebammen gesucht und diese dann kontaktiert haben. 48 % (n=708) haben infolge von Empfehlungen aus dem Freundes- oder Bekanntenkreis Hebammen kontaktiert (gültige n=1.478). Weitere Zugangswege sind in Tab. 11 dargestellt.

Tab. 11: Kontaktaufnahme zu einer Hebamme (Mehrfachnennungen möglich; n=1.478)

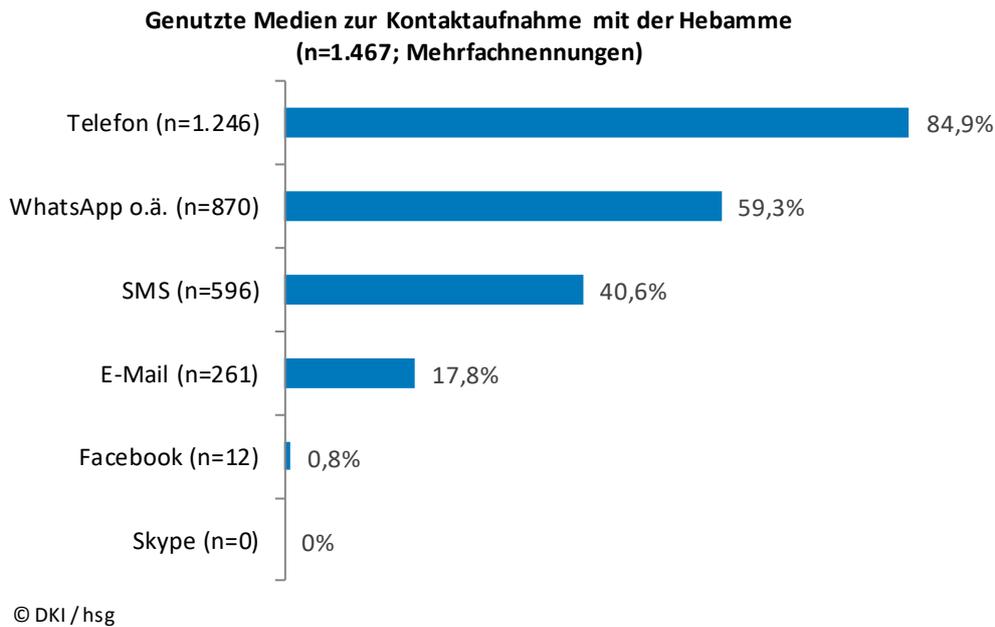
Kontaktaufnahme zu einer Hebamme	n	%
Gar nicht	25	1,7
Hebammenzentrale / Hebammenvermittlungsstelle	121	8,2
Empfehlungen von Freundinnen / Freunde, Familie, Bekannte, Nachbarschaft	708	47,9
Persönliche Kontaktaufnahme mit der Hebamme:		
Eigenständige Suche über das Internet	1001	67,7
Hebammenlisten (Flyer oder online)	550	37,2
Hebamme im Krankenhaus	112	7,6
Via Facebook/Instagram (Social Media)	69	4,7

Zugang zur Hebammenversorgung

Die erste Kontaktaufnahme zu einer Hebamme erfolgte bei 97 % (n=1.430) der Frauen in der Schwangerschaft. Im Durchschnitt wurde der Kontakt in der zwölften Schwangerschaftswoche (SSW) gesucht (SD $\pm 6,1$; Median 10). 27 Frauen geben an, nach der Geburt nach einer Hebamme gesucht zu haben und 23 Frauen haben keinen Kontaktversuch unternommen (gültige n=1.480). Die Frauen, die versuchten, eine Hebamme zu finden, kontaktierten durchschnittlich sieben (SD $\pm 10,5$; Median 2) Hebammen. 70 % (n=1.013) der Frauen riefen eine bis fünf Hebammen an, 14 % (n=203) der Frauen riefen sechs bis zehn Hebammen an und 16 % (n=236) der Frauen riefen mehr als zehn Hebammen an, um eine Betreuung durch eine Hebamme zu finden (gültige n=1.452).

Erreichbarkeit der betreuenden Hebamme

Fast allen Frauen war bekannt, wie sie die betreuende Hebamme erreichen können (97 %; n=1.408) (gültige n=1.408). 70 % (n=1.020) der Frauen war bekannt, wer im Notfall für sie erreichbar wäre, wenn die Hebamme nicht zur Verfügung stünde (gültige n=1.458). Zum Zwecke der Kontaktaufnahme mit der Hebamme wurde am häufigsten das Telefon (85 % n=1.246) gewählt. Darüber hinaus wurden Messenger wie WhatsApp von 59 % (n=870) und von 41 % (n=596) SMS verwendet (siehe Abb. 42; gültige n=1.467).

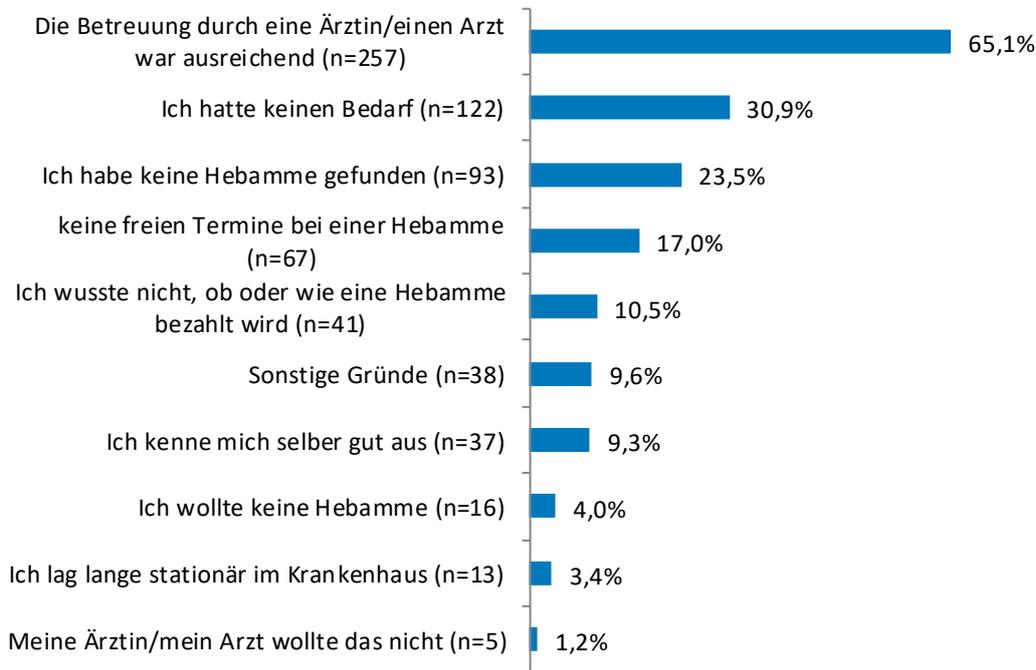


**Abb. 42: Genutzte Medien zur Kontaktaufnahme mit der Hebamme
(n=1.467; Mehrfachnennungen)**

4.2.3 Hebammenversorgung während der Schwangerschaft

27 % (n=395) der befragten Mütter haben während der Schwangerschaft keine Hebammenbetreuung in Anspruch genommen (weder hebammengeleitete Schwangerenvorsorge noch bei Beschwerden die Hilfe einer Hebamme) (gültige n=1.465). Als Gründe, warum (außer für Vorgespräche für die Betreuung im Wochenbett oder Geburtsvorbereitungskurse) keine Termine in der Schwangerschaft wahrgenommen wurden, nannten 65 % (n=257) eine ausreichende Betreuung durch eine Ärztin/einen Arzt. 31 % (n=122) hatten keinen Bedarf und 24 % (n=93) haben keine Hebamme für die Versorgung während der Schwangerschaft gefunden. 10 % (n=38) der Mütter benennen sonstige Gründe, beispielsweise, dass die Hebamme nur Leistungen zur Geburt oder Wochenbett angeboten hat oder dass die Leistung nicht bekannt war (siehe Abb. 43).

Gründe für Nichtinanspruchnahme von Hebammenleistungen während der Schwangerschaft (n=395; Mehrfachnennungen)



© DKI / hsg

Abb. 43: Gründe für Nichtinanspruchnahme von Hebammenleistungen während der Schwangerschaft (n=395; Mehrfachnennungen)

55 % (n=799) der Mütter haben hebammengeleitete Schwangerenvorsorge in Anspruch genommen (gültige n=1.451). Zudem konnten 67 % (n=986) der befragten Mütter bei Beschwerden in der Schwangerschaft die Hilfe einer Hebamme in Anspruch nehmen (gültige n= 1.465). Insgesamt haben 73 % (n=1.135) der Frauen Termine in der Schwangerschaft mit einer Hebamme (hebammengeleitete Schwangerenvorsorge und/oder Hilfe bei Beschwerden) wahrgenommen.

Der erste Termin in der Schwangerschaft wurde durchschnittlich in der 18. (SD \pm 7,43) SSW (Median 16 SSW) mit einer Hebamme wahrgenommen. Im Durchschnitt wurden fünf (SD \pm 5,3; Median 4) Termine mit einer Hebamme durchgeführt. Die Termine bei der Hebamme dauerten während der Schwangerschaft durchschnittlich 39 Minuten (SD \pm 16,68; Median 30). 84 % (n=942) der Frauen bewerten die Anzahl der Termine in der Schwangerschaft mit der Hebamme als angemessen. 15 % der Teilnehmerinnen (n=175) empfanden die Anzahl der Termine als zu wenig. Lediglich sechs der Befragten geben an, zu viele Termine mit der Hebamme in der Schwangerschaft wahrgenommen zu haben. Im Durchschnitt hätten sich die Befragten sechs (SD \pm 5,1; Median 5) Treffen mit einer Hebamme in der Schwangerschaft gewünscht.

31 % der Frauen (n=354), die versucht haben, eine Hebamme für die Betreuung in der Schwangerschaft zu finden, fanden dies sehr leicht bis leicht. 31 % (n=354) der Frauen fand es in Ordnung und 38 % (n=439) empfanden die Suche schwer bis sehr schwer (siehe Abb. 44; gültige n=1.147).

Subjektive Einschätzung des Zugangs zu Hebammenbetreuung während der Schwangerschaft (n=1.147)

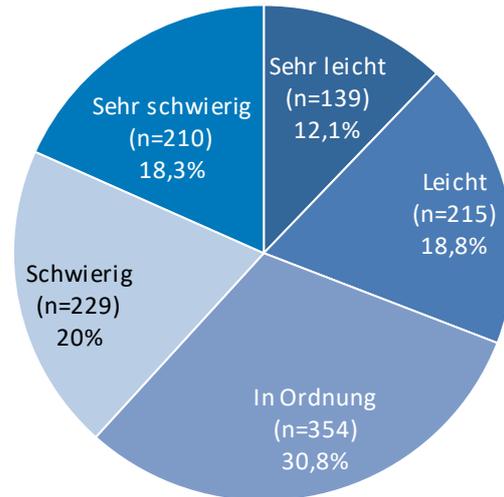


Abb. 44: Subjektive Einschätzung des Zugangs zu Hebammenbetreuung während der Schwangerschaft (n=1.147)

94 % (n=412) der Frauen, welche die Suche nach einer Hebamme für die Betreuung während der Schwangerschaft (sehr) schwierig fanden, geben als Grund keine freien Kapazitäten bei den kontaktierten Hebammen an (siehe Abb. 45; gültige n=438).

**Wieso fanden Sie es schwer oder sehr schwer eine Hebamme für die Betreuung in der Schwangerschaft zu finden?
(n=438; Mehrfachnennungen)**

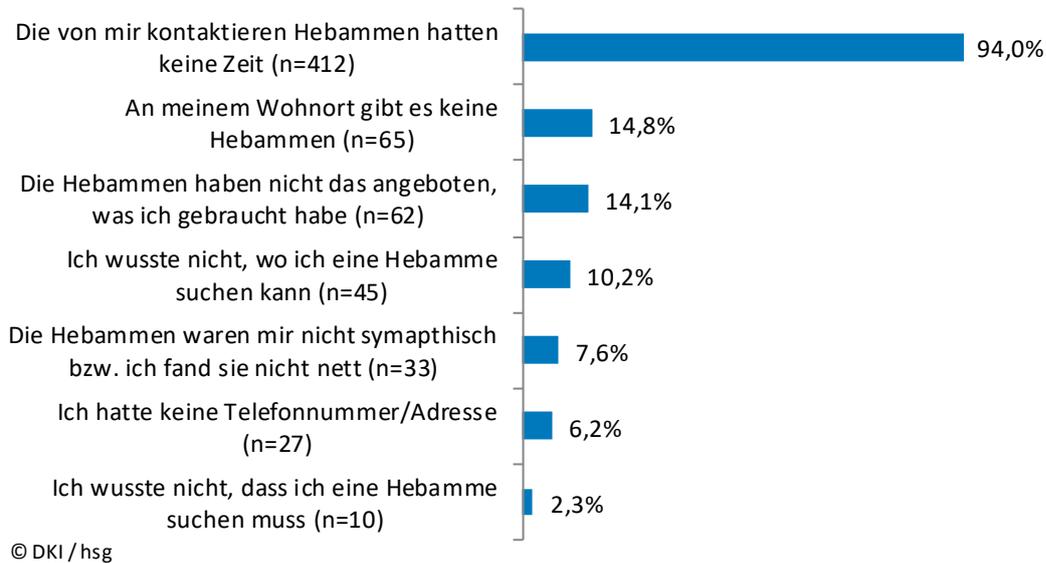


Abb. 45: Wieso fanden Sie es schwer oder sehr schwer eine Hebamme für die Betreuung in der Schwangerschaft zu finden? (n=438; Mehrfachnennungen)

Neun von 13 Frauen mit dem Wohnort im Hochtaunuskreis (n=13) empfanden die Suche nach einer Hebamme für die Betreuung während der Schwangerschaft (sehr) schwer. Nur vier Frauen empfanden die Suche als (sehr) leicht bis in Ordnung. In Abb. 46 sind die Wohnorte (nach Landkreisen / kreisfreien Städten) der Frauen dargestellt, die Termine in der Schwangerschaft mit einer Hebamme (hebammengeleitete Schwangerenvorsorge und / oder Hilfe bei Beschwerden) wahrgenommen haben. Aufgrund der teilweise kleinen Fallzahlen ist die Repräsentativität der regionalisierten Daten eingeschränkt. Die Ergebnisse in der Abbildung sind daher mit Vorbehalt zu interpretieren.

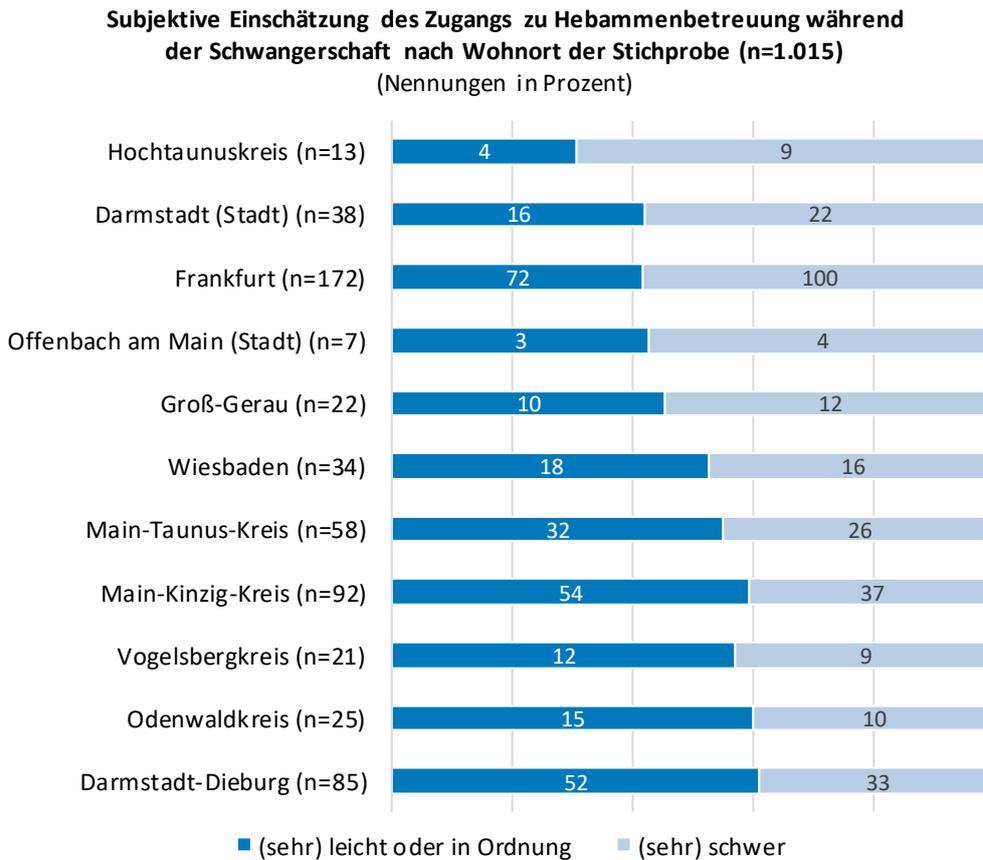


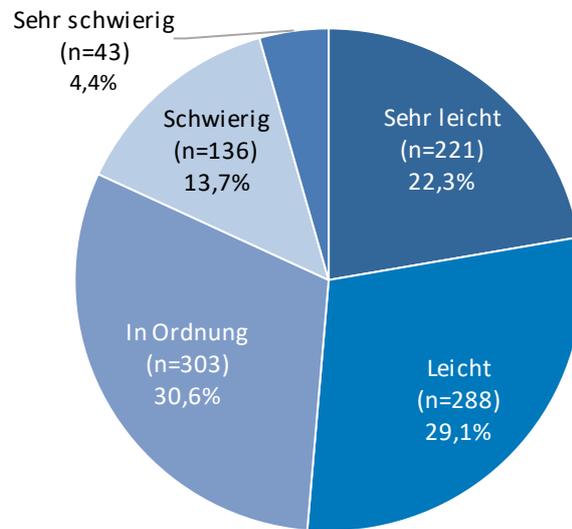
Abb. 46: Subjektive Einschätzung des Zugangs zu Hebammenbetreuung während der Schwangerschaft nach Wohnort der Stichprobe (n=1.015)

Geburtsvorbereitungskurs

68 % (n=1.008) der befragten Mütter geben an, an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen zu haben. 22 % (n=320) der Mütter wollten an keinem Kurs teilnehmen, u. a. da sie den Kurs beim ersten Kind ausreichend fanden. 3 % (n=49) der Studienteilnehmerinnen geben an, keinen Kurs gefunden zu haben, fünf Frauen wussten nicht, dass es so etwas gibt und 5 % (n=67) der Studienteilnehmerinnen haben einen Kurs bei einer anderen Fachperson gemacht. 2 % (n=34) geben „Sonstiges“ an (gültige n=1.483).

Das Finden eines Kurses wurde von 51 % (n=509) der Frauen als (sehr) leicht, von 31 % (n=303) als in Ordnung und von 18 % (n=179) der Frauen als schwierig bis sehr schwierig beschrieben (siehe Abb. 47; gültige n=991).

**Subjektive Einschätzung des Zugangs zu hebammengeleiteten
Geburtsvorbereitungskursen (n=991)**



© DKI / hsg

**Abb. 47: Subjektive Einschätzung des Zugangs zu hebammengeleiteten
Geburtsvorbereitungskursen (n=991)**

In Abb. 48 sind die Wohnorte (nach Landkreis / kreisfreien Städten) der Frauen dargestellt, die an einem hebammengeleiteten Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen haben. Aufgrund der teilweise kleinen Fallzahlen ist die Repräsentativität der regionalisierten Daten eingeschränkt. Die Ergebnisse aus Abb. 48 sind daher mit Vorbehalt zu interpretieren.

**Subjektive Einschätzung des Zugangs zu hebammengeleiteten
Geburtsvorbereitungskurse nach Wohnort der Stichprobe**
(Nennungen in Prozent)

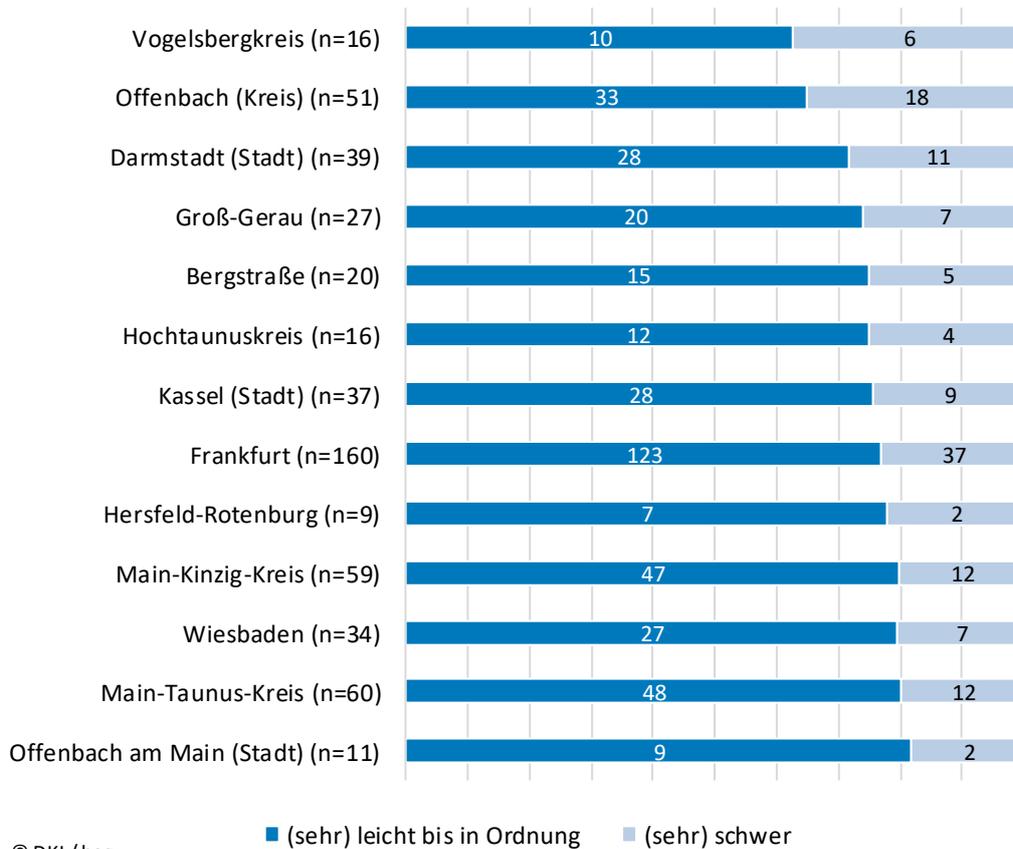


Abb. 48: Subjektive Einschätzung des Zugangs zu hebammengeleiteten Geburtsvorbereitungskursen nach Wohnort der Stichprobe

Geburtshilflich klinische Versorgung während der Schwangerschaft

41 % (n=616) der Frauen suchten während der Schwangerschaft mit einem geburtshilflichen Problem ein Krankenhaus mit geburtshilflicher Abteilung auf (gültige n=1.503). Hiervon konnten 86 % (n=532) in der aufgesuchten Klinik versorgt werden.

14 % der Befragten (n=83) wurden abgewiesen und mussten eine andere geburtshilfliche Abteilung aufsuchen (gültige n=615). Die Gründe für die Abweisung sind nicht erhoben worden. Es können bei den abgewiesenen Frauen medizinische Gründe vorgelegen haben, welche eine Verlegung in eine andere Klinik notwendig machten.

Von den abgewiesenen Frauen (n=83) wurden 46 % (n=38) bereits bei der telefonischen Ankündigung an ein anderes Krankenhaus verwiesen, 14 % (n=12) wurden direkt nach der Ankunft in der Klinik ohne weitere Untersuchungen in eine umliegende Klinik verlegt. 40 %

(n=33) konnten nach bereits erfolgten Untersuchungen nicht stationär aufgenommen werden und sollten ein anderes Krankenhaus aufsuchen.

Frauen mit Verlegung in eine andere Klinik (n=45) wurden zu 26 % (n=12) mit dem Rettungsdienst verbracht, davon in einem Fall mit einer Notärztin/einem Notarzt (4 %). 11 % (n=5) wurden mit einem Krankentransportdienst verlegt. 59 % (n=26) der befragten Frauen sind mit dem PKW / Taxi in die andere Klinik gefahren (gültige n=44).

4.2.4 Hebammenversorgung während der Geburt

Geburt im klinischen Setting (n=1.497)

53 % (n=799) der Mütter haben in einer geburtshilflichen Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik und 45 % (n=670) mit angeschlossener Kinderklinik geboren. 28 Frauen (2 %) waren sich nicht sicher, ob eine Kinderklinik angeschlossen war (gültige n=1.497).

5 % (n=66) der Frauen, die im klinischen Setting geboren haben, hatten eine Begleit-Beleghebamme¹⁴ (gültige n=1.474).

26 % (n=321) der Frauen ohne Begleit-Beleghebamme, geben an, eine gewollt zu haben, aber keine Hebamme gefunden zu haben. 63 % (n=787) wollten keine Begleit-Beleghebamme und 11 % (n=141) kannten die Leistung nicht (gültige n=1.250).

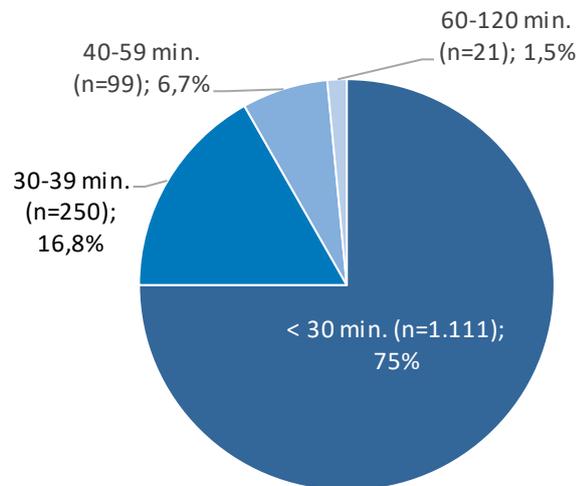
Vor Beginn der Geburt waren bereits 87 % (n=1.308) der Frauen in der geburtshilflichen Wunschklinik angemeldet.

Die Mütter benötigten im Durchschnitt 21 Minuten (SD ±11) (Median 20 Minuten) bis zum gewählten Krankenhaus. 75 % (n=1.111) der Frauen brauchten weniger als 30 Minuten in die Klinik und 17 % (n=250) zwischen 30 und 39 Minuten. 7 % (n=99) der Frauen nannten eine Fahrzeit von 40 bis 59 Minuten, und 21 Frauen von 60 bis 120 Minuten (gültige n=1.484) (siehe Abb. 49).¹⁵

¹⁴ Eine Begleit-Beleghebamme ist eine (freiberufliche) Hebamme, die bereits in der Schwangerschaft gebucht wird. Diese betreut die Frau bereits während der Schwangerschaft, ggf. im Wochenbett und begleitet diese zur Geburt ins Krankenhaus und betreut dort diese.

¹⁵ Laut Pressemitteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses (19.04.2018) liegt eine flächendeckende Versorgung mit Geburtshilfe vor, sofern in unter 40 Minuten Fahrzeit mit dem PKW die nächste geeignete geburtshilfliche Klinik zu erreichen ist (G-BA 2018). Bei den Angaben der Stichprobe ist nicht bekannt, ob von den Befragten die nächstgelegene geburtshilfliche Klinik oder eine weiter entfernte Wunschklinik gewählt wurde.

Erreichbarkeit der gewählten Klinik (n=1.484)



© DKI / hsg

Abb. 49: Erreichbarkeit der gewählten Klinik (n=1.484)

43 % der Frauen (n=637) geben als Auswahlkriterium für die Wahl der geburtshilflichen Klinik an, dass diese die nächstgelegene ist. 33 % (n=500) geben an, dass eine angeschlossene Kinderklinik ihnen bei der Wahl des Geburtsortes wichtig war. 27 % (n=403) geben sonstige Gründe wie die Empfehlungen von Freundinnen / Freunden, Bekannten und Familie oder die Möglichkeit der spontanen Beckenendlagegeburt an (siehe Abb. 50; n=1.496).

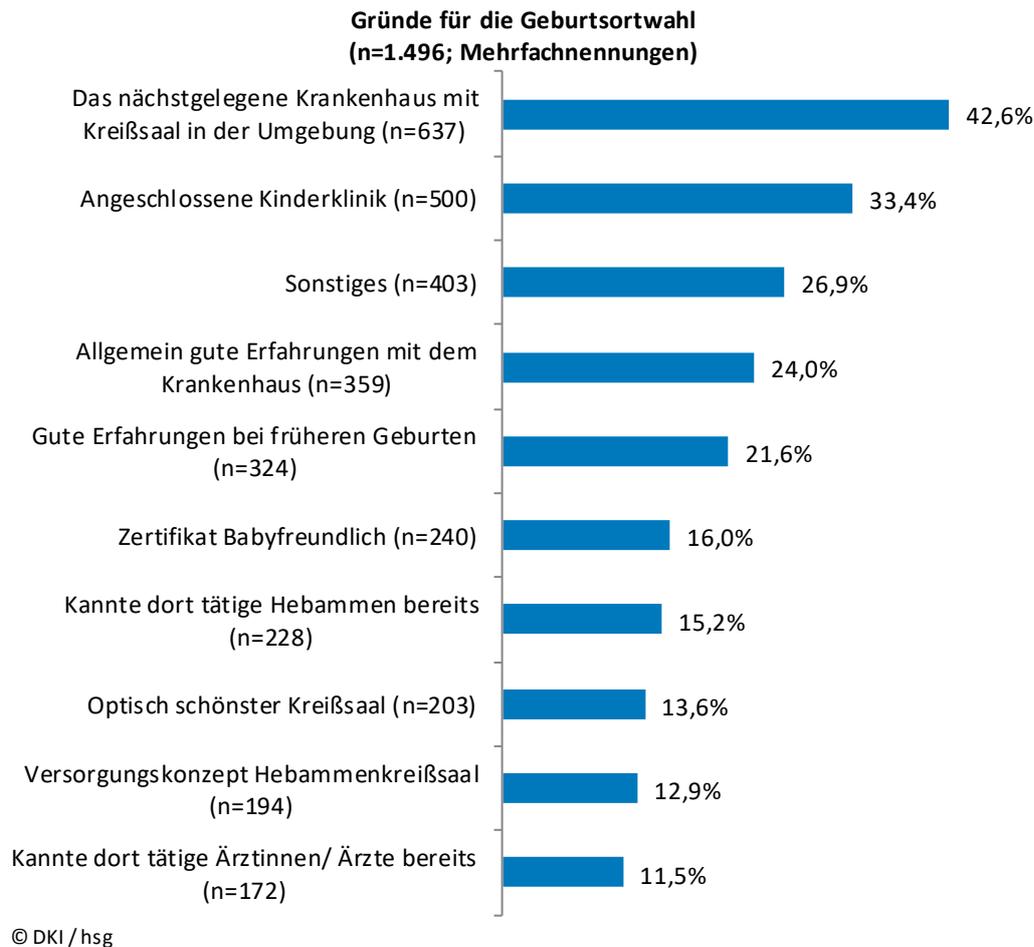


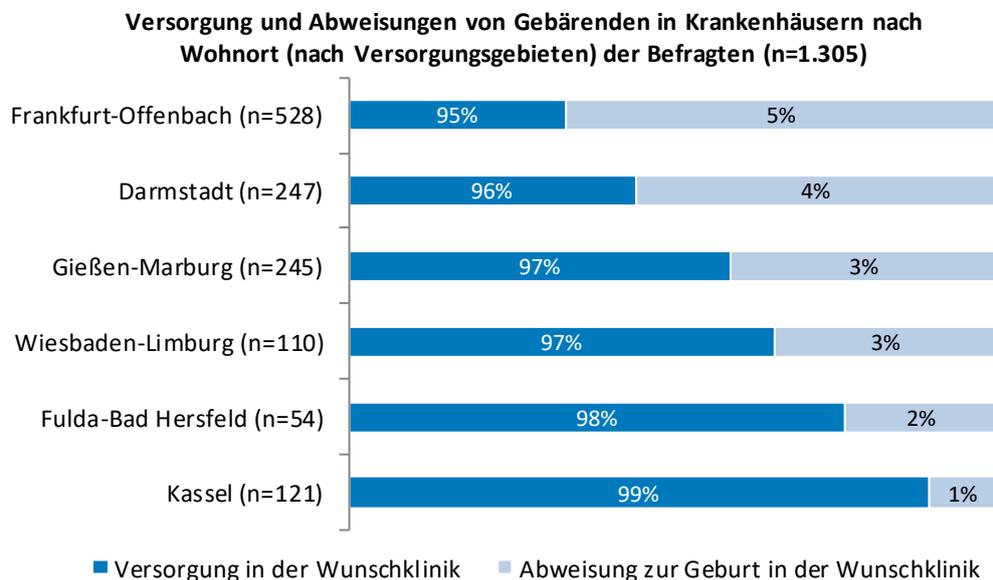
Abb. 50: Gründe für die Geburtsortwahl (n=1.496; Mehrfachnennungen)

4 % (n=57) der Mütter konnten in der als erstes aufgesuchten (Wunsch-)Klinik zur Geburt nicht versorgt werden und wurden an eine umliegende bzw. andere Klinik verwiesen (gültige n=1.349). Hiervon wurden 62 % (n=35) bereits bei der telefonischen Ankündigung in ein anderes Krankenhaus verwiesen, 13 % (n=7) wurden direkt nach der Ankunft in der Klinik ohne weitere Untersuchungen in eine andere Klinik verlegt. 25 % (n=15) konnten nach bereits erfolgten Untersuchungen nicht stationär aufgenommen werden und sollten ein anderes Krankenhaus aufsuchen (gültige n=57).

Von den befragten Müttern, welche in ihrer Wunschklinik zur Geburt abgewiesen wurden, (n=57) erwartete eine Frau Zwillinge, bei 23 Frauen lag nach eigener Einschätzung eine Risikoschwangerschaft vor, 15 Schwangere haben ihr Kind als Frühgeburt (vor der 37+0 Schwangerschaftswoche) geboren, sodass eine Abweisung aufgrund von medizinischen Indikationen erfolgt sein kann.

Gebärende mit Verlegung in eine andere Klinik (n=22) mussten am häufigsten eine Privatfahrt mit dem PKW oder Taxi in die andere Klinik unternehmen (n=10). Sieben wurden im Rettungswagen verlegt. Fünf Gebärende sind mit einem Krankentransport in die nächste Klinik gelangt oder geben als sonstige Verkehrsmittel das Fahrrad oder die Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs an.

28 Frauen (5 %), die im Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach leben, wurden bei Aufsuchen eines Krankenhauses zur Geburt abgewiesen und mussten in ein anderes Krankenhaus verlegt werden. Im Versorgungsgebiet Darmstadt wohnend trifft dies auf 4 % (n=11) zu (siehe Abb. 51).



© DKI / hsg

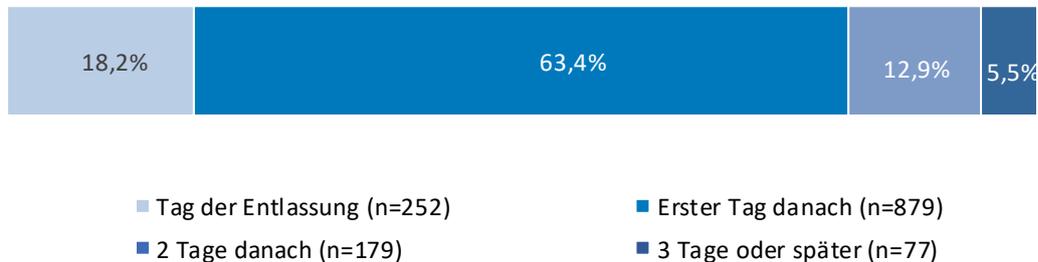
Abb. 51: Versorgung und Abweisungen von Gebärenden in Krankenhäusern nach Wohnort (nach Versorgungsgebieten) der Befragten (n=1.305)

Dauer stationärer Aufenthalt

93 % (n=1.354) der Mütter, die in der Klinik geboren haben, sind nach der Geburt stationär im Krankenhaus geblieben und 7 % (n=105) am Tag der Geburt nach Hause gegangen (gültige n=1.459). Die Frauen blieben durchschnittlich drei bis vier Tage im Krankenhaus (SD $\pm 2,2$) (Median 3 Tage).

Die Mehrheit der Mütter erhielt einen Tag nach der stationären Entlassung den ersten Wochenbettbesuch durch eine Hebamme im häuslichen Umfeld (63 %; n=879). 13 % (n=179) der Mütter erhielten den ersten Besuch durch eine Hebamme zwei Tage nach der Entlassung oder später (siehe Abb. 52; gültige n=1.387).

Anzahl der Tage zwischen der Entlassung und dem ersten Hebammenbesuch (n=1.387)



© DKI / hsg

Abb. 52: Anzahl der Tage zwischen der Entlassung und dem ersten Hebammenbesuch (n=1.387)

Hausgeburt (n=68)

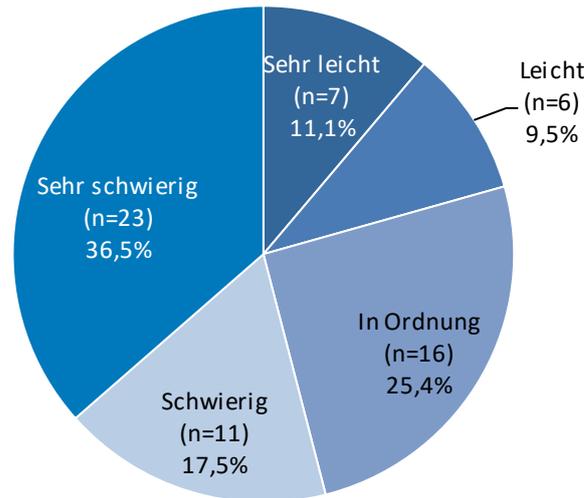
Bei den folgenden Analysen zur Merkmalskategorie „Hausgeburt“ ist die Gewichtung redundant.

Von den Frauen, die als geburtshilfliches Setting die Hausgeburt wählten, wurden 22 durch eine Hebamme kontinuierlich während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett betreut. 15 geben an, dass die Hausgeburtshebamme nur eine Betreuung während der Schwangerschaft und zur Geburt geleistet und im Wochenbett eine andere Hebamme die Betreuung übernommen hat. Fünf wurden nur während der Geburt durch die Hausgeburtshebamme betreut, die Betreuung während der Schwangerschaft und im Wochenbett wurde in diesem Fall durch eine andere Hebamme übernommen. 17 Mütter wurden durch ein Team von Hebammen während der Schwangerschaft, Geburt und dem Wochenbett gemeinsam betreut. Neun der Teilnehmerinnen geben „sonstige“ Betreuungsformate an.

Hebammensuche für die Begleitung einer Hausgeburt

Das Finden einer Hausgeburtshebamme wurde von 34 der Frauen als schwierig bis sehr schwierig, von 16 als in Ordnung und von 13 der Frauen als (sehr) leicht beschrieben (siehe Abb. 53; gültige n=63).

Subjektive Einschätzung des Zugangs zur Hebammenbetreuung für die Inanspruchnahme einer Hausgeburt (n=63)



© DKI / hsg

Abb. 53: Subjektive Einschätzung des Zugangs zur Hebammenbetreuung für die Inanspruchnahme einer Hausgeburt (n=63)

Keine der befragten Frauen, die zu Hause geboren hat, wohnt im Versorgungsgebiet Fulda-Bad Hersfeld. Elf Frauen mit dem Wohnort im Versorgungsgebiet Darmstadt empfanden die Suche nach einer Hebamme zur Begleitung der Hausgeburt als (sehr) schwer, nur zwei empfanden die Suche als (sehr) leicht oder in Ordnung (siehe Abb. 54). Aufgrund der teilweise kleinen Fallzahlen ist die Repräsentativität der regionalisierten Daten eingeschränkt. Die Ergebnisse aus Abb. 54 sind daher mit Vorbehalt zu interpretieren.

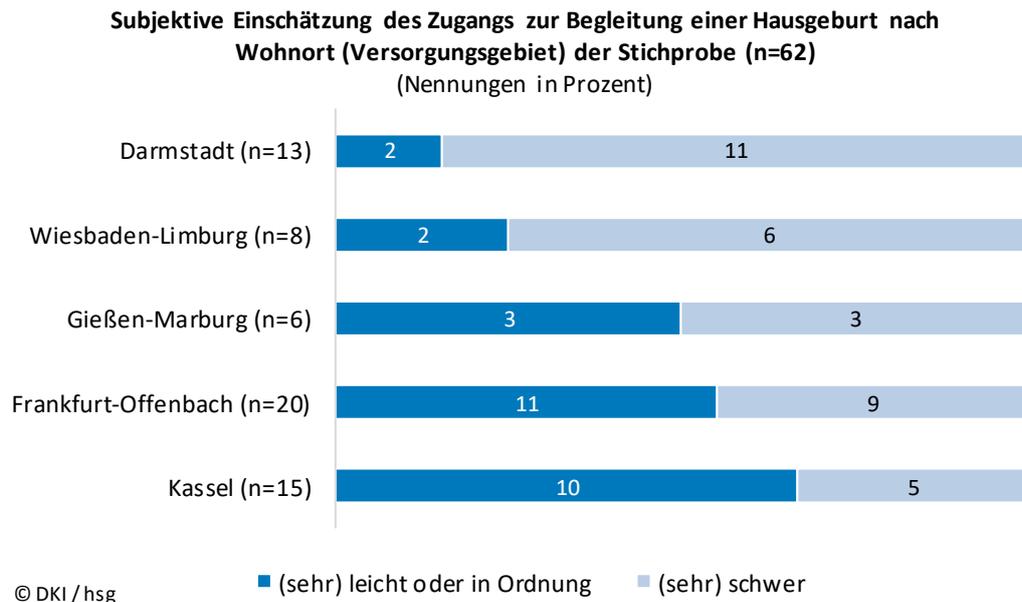


Abb. 54: Subjektive Einschätzung des Zugangs zur Begleitung einer Hausgeburt nach Wohnort der Stichprobe (n=62)

Geburt in einer Hebammengeleiteten Einrichtung (HgE) (n=225)

Bei den folgenden Analysen zur Merkmalskategorie „Geburt in einer Hebammengeleiteten Einrichtung“ ist die Gewichtung redundant.

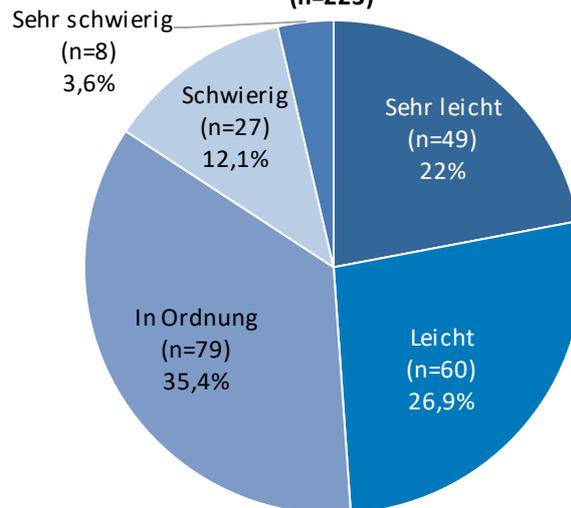
Frauen, die als geburtshilfliches Setting eine Geburt in einer HgE wählten, wurden zu 23 % (n=52) durch eine Hebamme kontinuierlich während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett betreut. 18 % (n=41) geben an, dass die HgE-Hebamme nur eine Betreuung während der Schwangerschaft und zur Geburt geleistet und im Wochenbett eine andere Hebamme die Betreuung übernommen hat. 17 wurden nur während der Geburt durch die Hebamme betreut, die Betreuung während der Schwangerschaft und im Wochenbett wurde in diesem Falle durch eine andere Hebamme übernommen. 41 % (n=92) der Mütter wurden durch ein Team von Hebammen während der Schwangerschaft, Geburt und dem Wochenbett gemeinsam betreut. 22 der Teilnehmerinnen geben „sonstige“ Betreuungsformate an (gültige n=224).

Im Mittel betrug die Fahrtdauer in die HgE zur Geburt bei den Teilnehmerinnen 20 Minuten (SD ±11 Median 20). In der Stichprobe benötigten 76 % (n=170) der Frauen weniger als 30 Minuten in die HgE und 15 % (n=33) zwischen 30 und 39 Minuten. 19 der Frauen benötigten 40 bis 59 Minuten, drei benötigten über eine Stunde Fahrzeit, um die gewünschte HgE zu erreichen.

Hebammensuche für die Begleitung der Geburt im Geburtshaus/Hebammenpraxis

Das Finden einer Hebamme für die Geburt im Geburtshaus/Hebammenpraxis wurde von 49 % (n=109) der Frauen als (sehr) leicht beschrieben, von 35 % (n=79) als in Ordnung und von 16 % (n=35) der Frauen als schwierig bis hin zu sehr schwierig (siehe Abb. 55; gültige n=223).

Subjektive Einschätzung des Zugangs zur Hebammenbetreuung für die Inanspruchnahme einer Geburt in einer Hebammengeleiteten Einrichtung (n=223)



© DKI / hsg

Abb. 55: Subjektive Einschätzung des Zugangs zur Hebammenbetreuung für die Inanspruchnahme einer Geburt in einer Hebammengeleiteten Einrichtung (n=223)

In der Stichprobe haben Frauen, die im Versorgungsgebiet Fulda-Bad Hersfeld leben, keine Geburtsbetreuung in einer Hebammengeleiteten Einrichtung wahrgenommen. In diesem Versorgungsgebiet war zum Befragungszeitpunkt kein Geburtshaus angesiedelt.

Überdurchschnittlich schwer fiel die Suche nach einer Betreuung in einer Hebammengeleiteten Einrichtung im Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach. Hier geben 18 der 77 Mütter an, dass die Suche (sehr) schwer war (siehe Abb. 56).

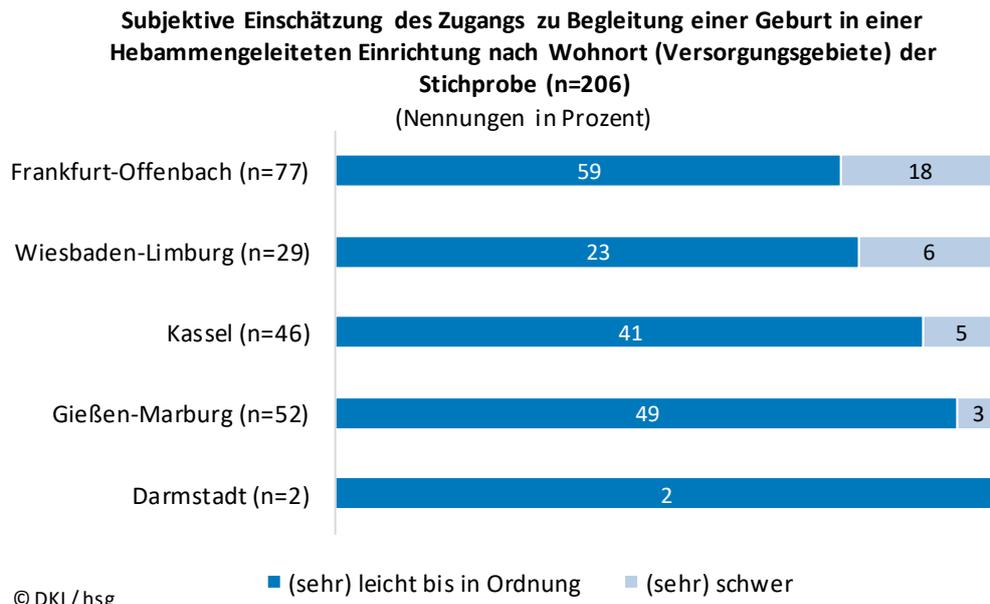


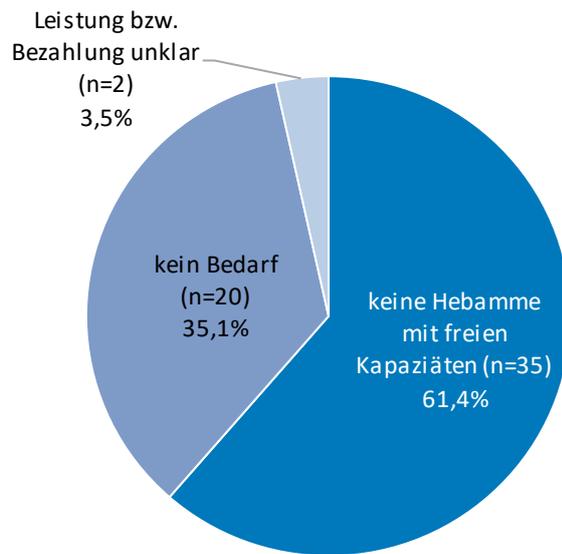
Abb. 56: Subjektive Einschätzung des Zugangs zu Begleitung einer Geburt in einer Hebammengeleiteten Einrichtung nach Wohnort (Versorgungsgebiet) der Stichprobe (n=206)

4.2.5 Hebammenversorgung während des Wochenbetts

4 % (n=60) aller Mütter wurden im Wochenbett nicht durch eine Hebamme betreut (in diesen Fällen fanden keine Hausbesuche und keine Termine in den Räumlichkeiten der Hebamme statt).

Frauen ohne Hebammenbetreuung im Wochenbett (n=60) geben folgende Gründe an: 61 % (n=35) geben an, keine Hebamme gefunden zu haben. 35 % (n=20) wollten keine Hebamme, da sie sich selbst gut auskannten, die Ärztin / der Arzt ausreichend war, dass Kind lange in der Klinik war oder sie keine Hebammenbetreuung im häuslichen Umfeld wünschten. Zwei Frauen war die Leistung unbekannt oder die Bezahlung der Hebammen unklar (siehe Abb. 57; gültige n=57).

Gründe für keine Versorgung im Wochenbett durch eine Hebamme (n=57)



© DKI / hsg

Abb. 57: Gründe für keine Versorgung im Wochenbett durch eine Hebamme (n=57)

Die 35 Frauen, die keine Hebamme für die Wochenbettbetreuung hatten, obwohl sie eine gewünscht hätten, suchten durchschnittlich ab der 11. SSW (SD 5, 1; Median 10) und kontaktierten durchschnittlich 15 Hebammen (SD 10, 9; Median 10). Fünf der 40 Frauen mit Wohnort im Versorgungsgebiet Groß-Gerau geben an, dass sie keine Hebammenbetreuung im Wochenbett in Anspruch nehmen konnten, da keine Hebammen mit freien Kapazitäten zur Verfügung standen (siehe Abb. 58). Aufgrund der teilweise kleinen Fallzahlen ist die Repräsentativität der regionalisierten Daten eingeschränkt. Die Ergebnisse aus Abb. 58 sind daher mit Vorbehalt zu interpretieren.

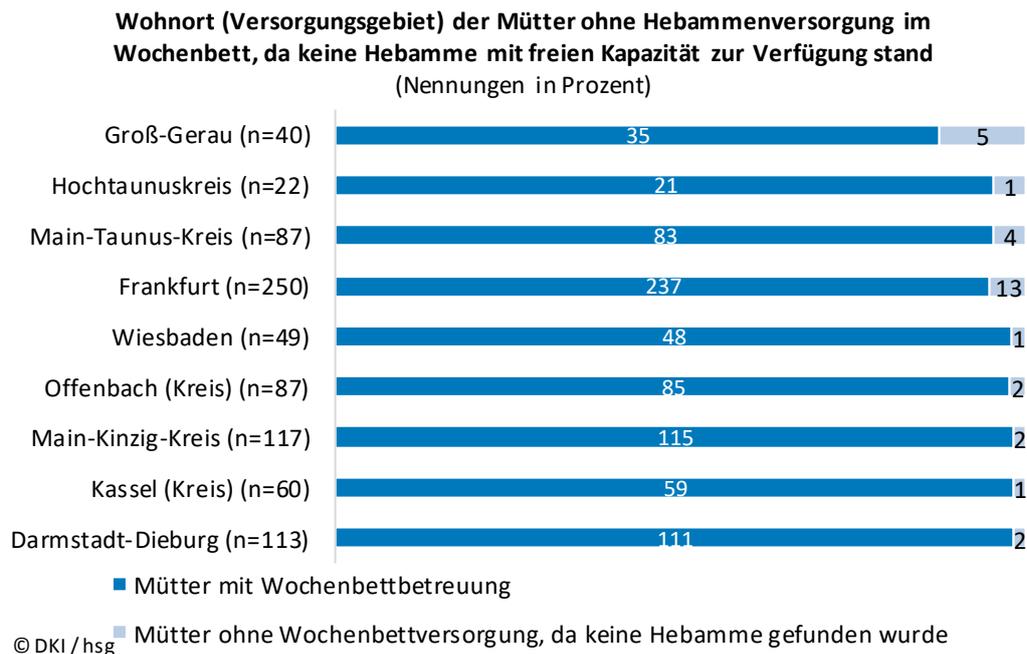


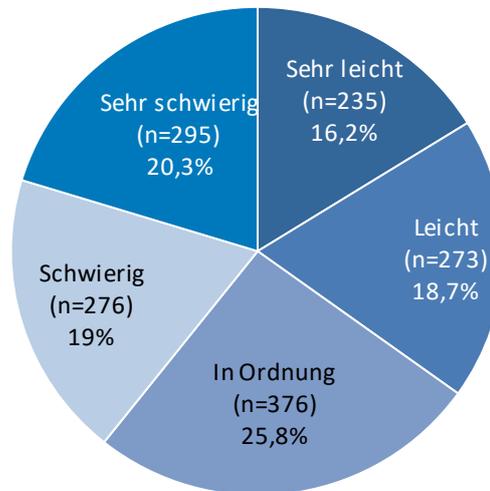
Abb. 58: Wohnort (Versorgungsgebiet) der Mütter ohne Hebammenversorgung im Wochenbett, da keine Hebamme mit freier Kapazität zur Verfügung stand

96 % (n=1.470) der Mütter wurden im Wochenbett von einer Hebamme entweder Zuhause und/oder in den Räumlichkeiten der Hebamme (nicht-aufsuchende Wochenbettbetreuung) betreut. Bei 6 % (n=84) der befragten Mütter war die Wochenbettbetreuung zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht abgeschlossen.

Bei Frauen, deren Betreuung durch die Hebamme bereits abgeschlossen war (94 %; n=1.386;), dauerte die Betreuung im Durchschnitt bis zur neunten Lebenswoche des Kindes (SD $\pm 6,2$; Median 8). Durchschnittlich wurden Frauen von einer Wochenbetthebamme zwölfmal (SD $\pm 5,9$; Median 10) besucht. Im Durchschnitt geben die Mütter an, dass diese sich 13 Wochenbettbesuche (SD $\pm 6,9$; Median 12) gewünscht hätten. Die Wochenbettbesuche betragen durchschnittlich 35 Minuten (SD $\pm 15,1$; Median 30). 85 % (n=1.144) der Frauen waren mit der Anzahl der Besuche zufrieden, 13 % (n=175) hätten sich mehr und 2 % (n=26) weniger Termine bei der Hebamme im Wochenbett gewünscht (gültige n=1.345).

Die Suche nach einer Hebamme für die Betreuung im Wochenbett wurde von 39 % (n=571) als (sehr) schwer empfunden. 26 % (n=376) geben an, dass die Suche in Ordnung war und 35 % (n=508) bezeichneten es als (sehr) leicht (siehe Abb. 59; gültige n=1.455).

Subjektive Einschätzung des Zugangs zur Hebammenbetreuung im Wochenbett (n=1.455)

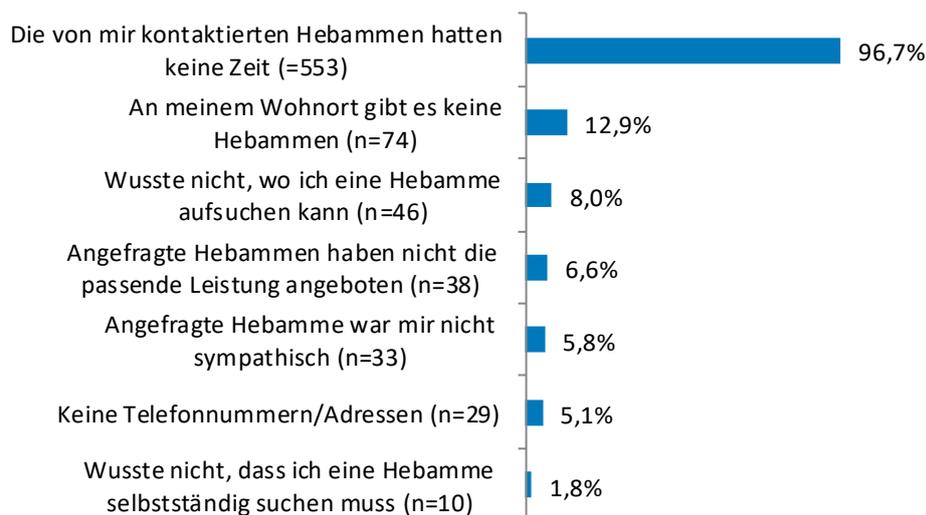


© DKI / hsg

Abb. 59: Subjektive Einschätzung des Zugangs zur Hebammenbetreuung für die Betreuung im Wochenbett (n=1.455)

97 % (n=553) der Frauen geben als Grund für den (sehr) schweren Zugang zur Hebammenbetreuung im Wochenbett an, dass die kontaktierten Hebammen keine Zeit hatten (siehe Abb. 60; gültige n=572).

Gründe für (sehr) schweren Zugang zur Hebammenbetreuung im Wochenbett (n=572; Mehrfachnennungen)



© DKI / hsg

Abb. 60: Gründe für (sehr) schweren Zugang zur Hebammenbetreuung im Wochenbett (n=572; Mehrfachnennungen)

15 Frauen mit Wohnort im Hochtaunuskreis, geben an, dass die Suche nach einer Hebamme (sehr) schwer war. Nur sechs Frauen empfanden den Zugang als (sehr) leicht oder als in Ordnung. Darüber hinaus geben 152 von 237 Müttern aus Frankfurt am Main an, dass die Suche nach einer Wochenbetthebamme (sehr) schwer war. In Abb. 61 sind die Frauen, welche im Wochenbett durch eine Hebamme betreut wurden, nach Wohnorten (Landkreise / kreisfreie Städte) dargestellt. Aufgrund der teilweise kleinen Fallzahlen ist die Repräsentativität der regionalisierten Daten eingeschränkt. Die Ergebnisse in der Abbildung sind daher mit Vorbehalt zu interpretieren.

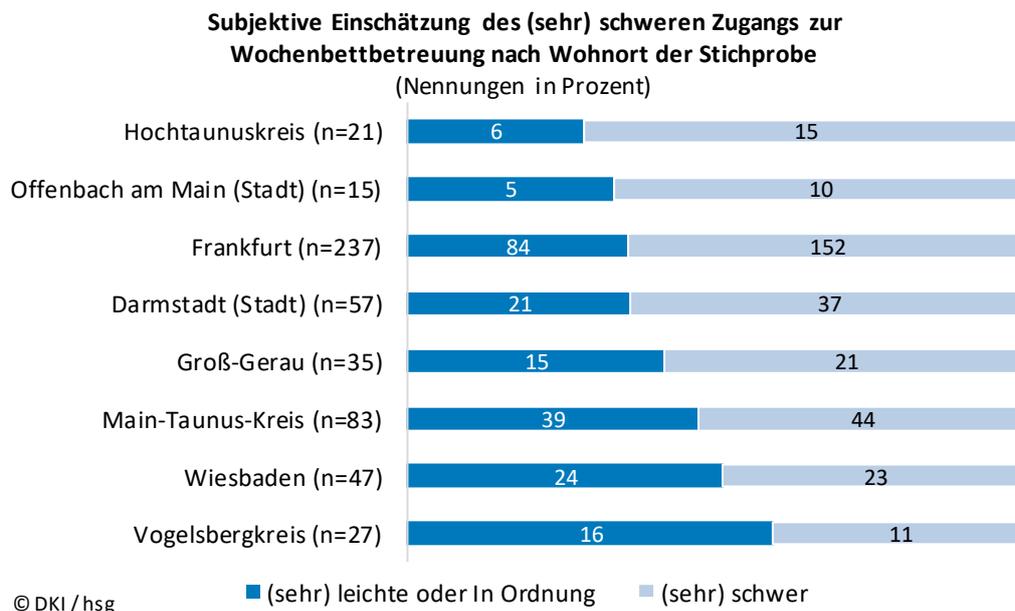


Abb. 61: Subjektive Einschätzung des Zugangs zur Wochenbettbetreuung nach Wohnort der Stichprobe

Nicht-aufsuchende Hebammenbetreuung im Wochenbett (in den Räumlichkeiten der Hebamme)

16 % der Befragten (n=224) haben (auch) Termine in den Räumlichkeiten der Hebamme wahrgenommen (gültige n=1.428). Durchschnittlich wurden vier Termine bei der Hebamme wahrgenommen (SD $\pm 3,0$; Median 2), die 40 Minuten andauerten (SD ± 20 ; Median 30). 90 % (n=190) bewerten die Anzahl der Termine mit der Hebamme in deren Räumlichkeiten als angemessen. 18 Frauen hätten sich mehr Termine und vier Frauen weniger Termine in den Räumlichkeiten der Hebamme gewünscht (gültige n=212). Durchschnittlich hätten sich die befragten Frauen vier (SD $\pm 6,4$; Median 3) Treffen im Rahmen der nicht-aufsuchenden Wochenbettbetreuung gewünscht.

70 % (n=24) der Mütter ohne Hebammenversorgung im Wochenbett (n=60) wären bereit gewesen, die Hebamme in der Hebammenpraxis oder in anderen ortsnahen Räumlichkeiten

aufzusuchen, um dort Wochenbettbetreuung in Anspruch nehmen zu können. Hiervon wären zehn sofort nach der Geburt bereit gewesen, die Hebamme in ortsnahen Räumlichkeiten aufzusuchen. Weitere zehn wären durchschnittlich ab dem fünften Tag post partum (SD 5,0; Median 5) dazu bereit gewesen. Vier geben an das, diese nach ein bis zwei Wochen (SD 0,6; Median 2) bereit gewesen wären das Angebot einer nicht-aufsuchenden Wochenbettbetreuung in Anspruch zu nehmen.

Mütter, die im Wochenbett durch eine Hebamme (n=1.470) betreut wurden, geben zu 60 % (n=883) an, dass diese generell bereit gewesen wären, die Hebamme in ortsnahen Räumlichkeiten aufzusuchen.

Davon geben 13 % (n=114) der Mütter an, dass diese direkt nach der Geburt dazu bereit gewesen wären. 20 % (n=176) wären durchschnittlich eine Woche (SD $\pm 4,3$; Median 7 Tage) nach der Geburt und 67 % der Befragten (n=593) wären durchschnittlich nach vier Wochen (SD $\pm 2,9$; Median 3) bereit für eine nicht-aufsuchende Wochenbettbetreuung gewesen.

Inanspruchnahme von Online-Hebammendiensten

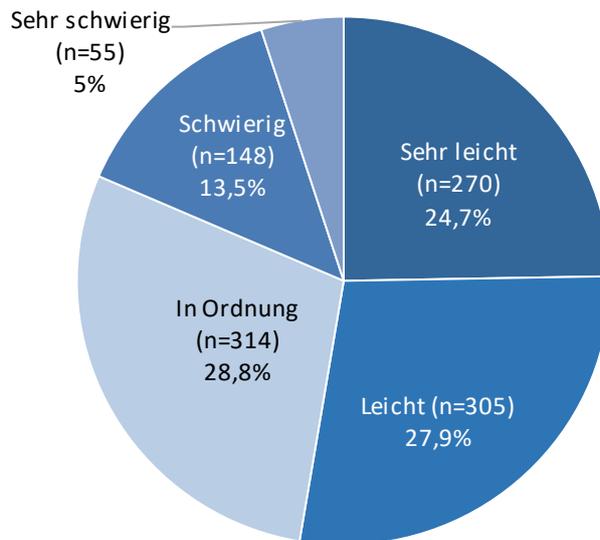
Keine der befragten Mütter ohne Hebammenbetreuung im Wochenbett (n=60) hat Online-Hebammendienste genutzt. Nur fünf der befragten Frauen mit Hebammenbetreuung im Wochenbett (n=1.470) haben Online-Hebammendienste in Anspruch genommen. In der Stichprobe wurden Online-Hebammendienste nicht als Ersatz für Wochenbettbetreuung durch Hebammen genutzt, sondern in vereinzelt Fällen als Ergänzung wahrgenommen.

Rückbildungskurs

An einem Rückbildungskurs haben 72 % (n=1.092) der Mütter teilgenommen, 25 % haben dies zum Befragungszeitpunkt noch vor. 6 % (n=85) der Frauen hatten keinen Rückbildungskurs gewünscht und 13 % (n=205) haben an einem Kurs bei einer anderen Fachperson teilgenommen. 4 % (n=67) der Mütter geben an, keinen Kurs gefunden zu haben, und einer Frau war dieses Angebot nicht bekannt. 3 % (n=42) der Mütter geben weitere Gründe, z.B. fehlende Kinderbetreuung und/oder knappe zeitliche Ressourcen, an (gültige n=1.516).

Das Finden eines Rückbildungskurses wurde von 53 % (n=575) der Frauen als (sehr) leicht, von 29 % (n=314) als in Ordnung und von 18 % (n=203) der Frauen als (sehr) schwierig beschrieben (siehe Abb. 62; gültige n=1.092).

Subjektive Einschätzung des Zugangs zu Rückbildungskursen (n=1.092)



© DKI / hsg

Abb. 62: Subjektive Einschätzung des Zugangs zu Rückbildungskursen (n=1.092)

Die Suche nach einem Rückbildungskurs stellte sich für die befragten Mütter besonders in Darmstadt (Stadt) schwierig dar. Hier empfanden 18 von 46 Müttern die Suche nach einem Rückbildungskurs als (sehr) schwer. Darüber hinaus geben 11 von 29 Müttern aus Groß-Gerau an, dass die Suche (sehr) schwer war. In Abb. 63 sind die Frauen, welche am einem hebammengeleiteten Rückbildungskurs teilgenommen haben, nach Wohnorten (Landkreise / kreisfreie Städte) dargestellt. Aufgrund der teilweise kleinen Fallzahlen ist die Repräsentativität der regionalisierten Daten eingeschränkt. Die Ergebnisse aus Abb. 63 sind daher mit Vorbehalt zu interpretieren.

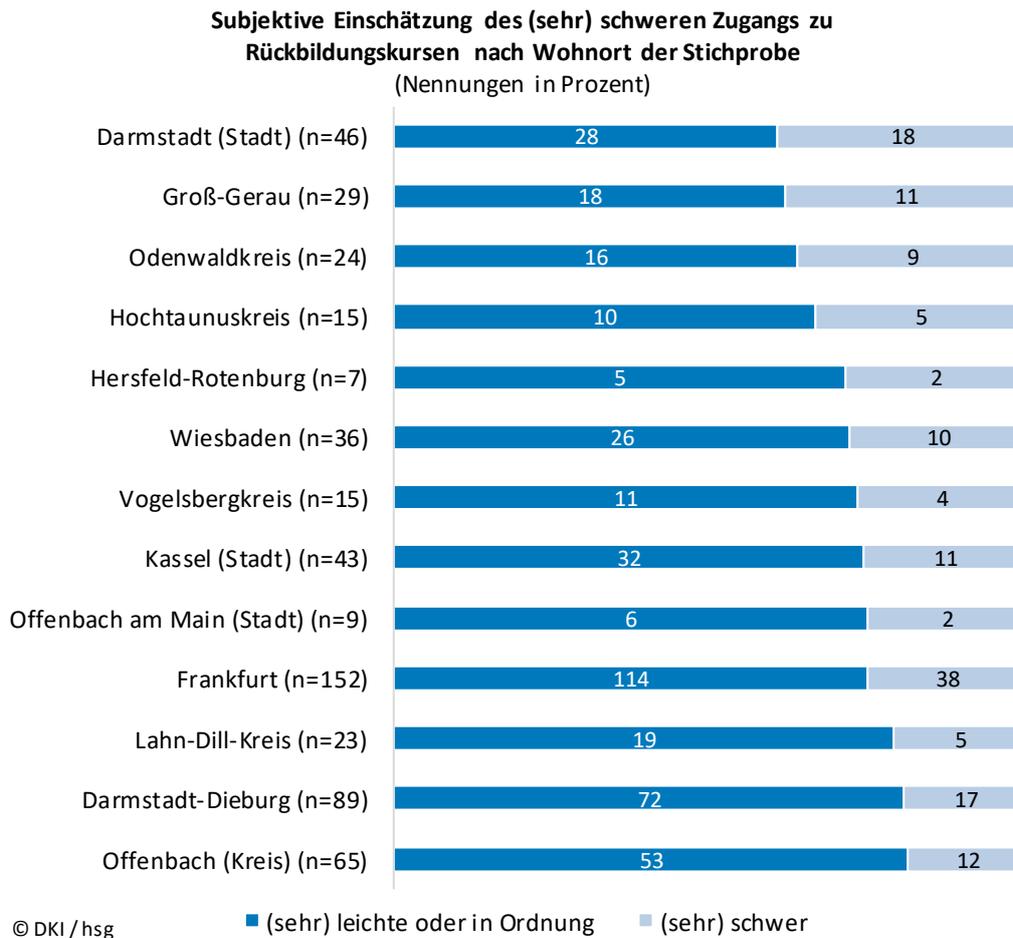


Abb. 63: Subjektive Einschätzung des Zugangs zu Rückbildungskursen nach Wohnort der Stichprobe

4.2.6 Bewertung der Betreuung durch Hebammen

Dauer der Anwesenheit der Hebamme während der Geburt

Bei der Anwesenheit der Hebamme während der Geburt wird im Folgenden zwischen den Gruppen *außerklinische Geburt (Zuhause oder in einer HgE)* und *Geburt im Krankenhaus* unterschieden.

98 % (n=282) der Frauen, die ihr Kind außerklinisch geboren haben, geben an, dass die Anwesenheit der Hebamme während der Geburt genau richtig war. Sieben Frauen empfanden die Anwesenheit der Hebamme als zu wenig (Abb. 64; gültige n=289).

73 % (n=876) der Frauen, die ihr Kind im Krankenhaus geboren haben, geben an, dass die Anwesenheit der Hebamme während der Geburt genau richtig war. 26 % (n=317) geben an, dass die Hebamme zu selten anwesend war und nicht genügend Zeit für die individuelle

Betreuung hatte. Elf Frauen empfanden die Anwesenheit der Hebamme als zu lang (siehe Abb. 64; gültige n=1.204).

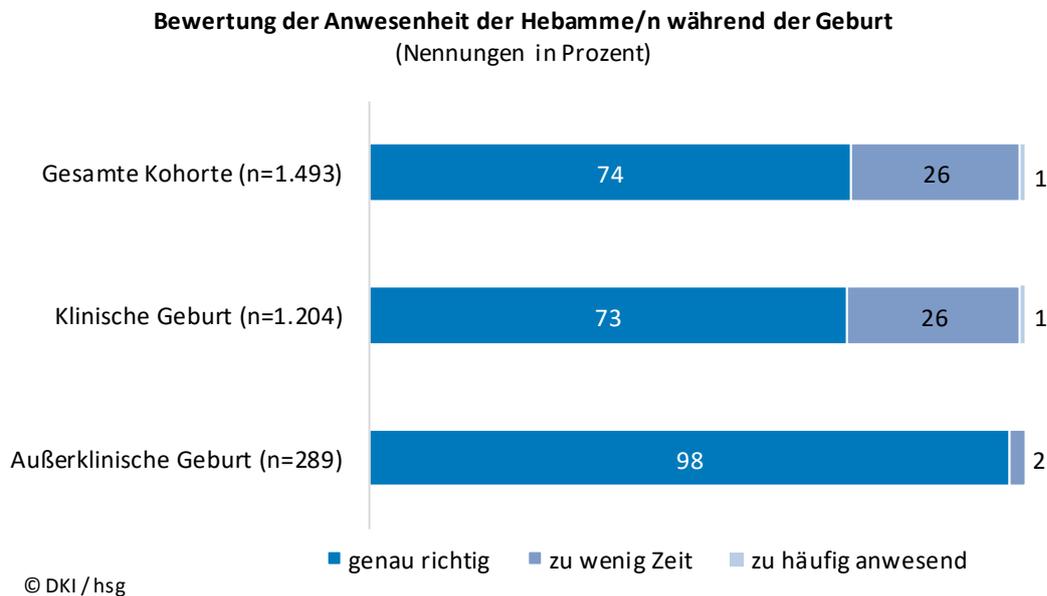
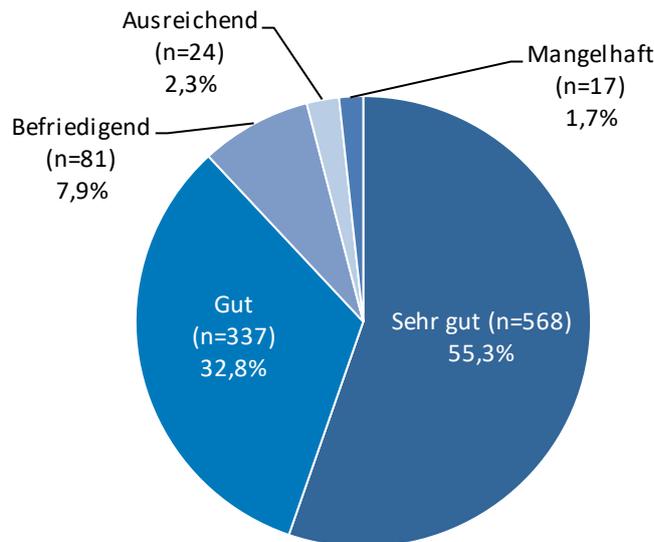


Abb. 64: Bewertung der Anwesenheit der Hebammen/n während der Geburt

Bewertung der Betreuung durch die Hebamme während der Schwangerschaft

Die Betreuung der Hebamme während der Schwangerschaft wurde von 88 % der Frauen (n=905), die hebammengeleitete Schwangerenvorsorge und/oder bei Beschwerden die Hilfe einer Hebamme in Anspruch genommen haben, als (sehr) gut bewertet. 8 % (n=81) beurteilen die Betreuung als befriedigend und 4 % (n=41) vergeben die Note ausreichend bis mangelhaft (siehe Abb. 65; gültige n=1.027).

Subjektive Bewertung der Hebammenbetreuung während der Schwangerschaft (n=1.027)



© DKI / hsg

Abb. 65: Subjektive Bewertung der Hebammenbetreuung während der Schwangerschaft (n=1.027)

Bewertung der Betreuung durch die Hebamme während der Geburt

Bei der Betreuung durch die Hebamme während der gesamten Geburt wird im Folgenden zwischen den Gruppen *außerklinische Geburt (Zuhause oder in einer HgE)* und *Geburt im Krankenhaus* unterschieden.

98 % (n=281) der befragten Mütter, welche im außerklinischen Setting geboren haben, bewerten die Betreuung während der Geburt als (sehr) gut und fünf vergeben die Note befriedigend (siehe Abb. 66; gültige n=286).

72 % (n=997) der befragten Mütter, welche im klinischen Setting geboren haben, bewerten die Betreuung während der Geburt mit (sehr) gut; 13 % (n=90) vergeben die Note befriedigend und 15 % (n=86) die Note ausreichend oder mangelhaft (siehe Abb. 66; gültige n=1.124).

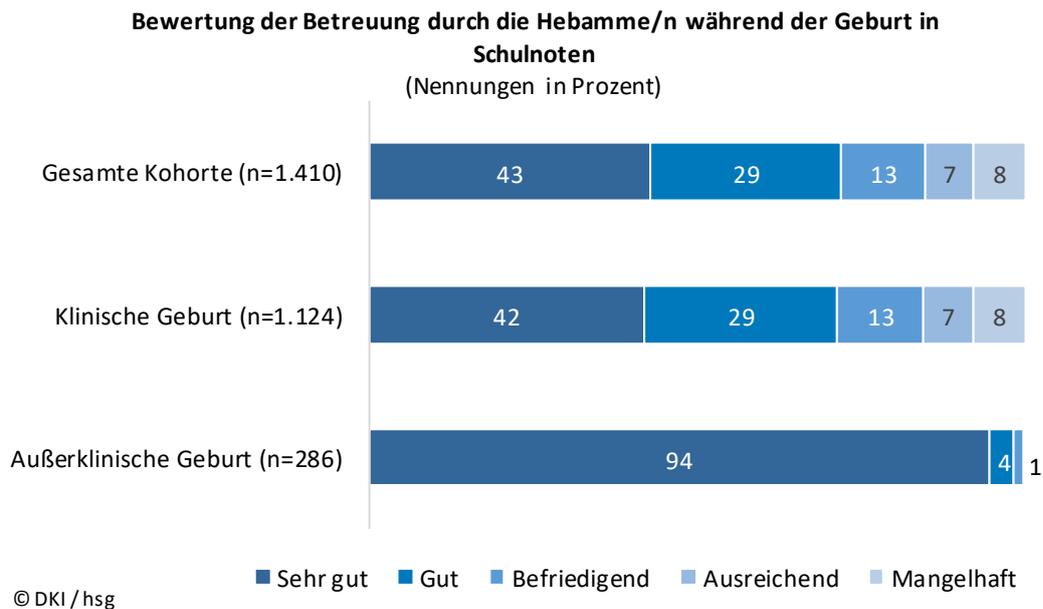


Abb. 66: Bewertung der Betreuung durch die Hebamme/n während der Geburt in Schulnoten

Bewertung der Betreuung durch die Hebamme während des Wochenbetts

Mütter, die im Wochenbett durch eine oder mehrere Hebammen betreut wurden, bewerten diese in 85 % (n=1.242) als (sehr) gut, 8 % (n=110) vergeben die Note befriedigend und 7 % (n=99) bewerten die Betreuung als ausreichend bis mangelhaft (siehe Abb. 67; gültige n=1.451).

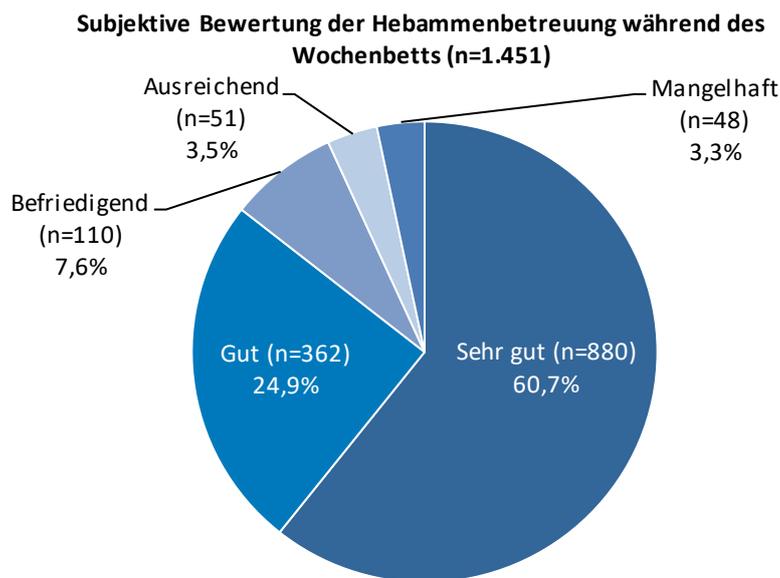


Abb. 67: Subjektive Bewertung der Hebammenbetreuung während des Wochenbetts (n=1.451)

Anmerkungen der Mütter zur geburtshilflichen Versorgung in Hessen

Die befragten Mütter wurden dazu aufgefordert, im Rahmen einer offenen Fragestellung Anmerkungen zur geburtshilflichen Versorgung in Hessen zu machen. Hieran haben sich 42 % (n=645) der Frauen beteiligt. Es konnten die Faktoren zur allgemeinen geburtshilflichen Versorgungslage, das persönliche Anliegen, die Suche nach einer Hebamme und die Geburtsorte als Kategorien dargestellt werden.

Allgemeine geburtshilfliche Versorgungslage

Am häufigsten (47 %; n=302) wurde angegeben, dass die Versorgungslage durch Hebammen (unterschiedlichste Versorgungsangebote) unzureichend ist und es zu wenige Hebammen gibt. Viele Frauen, die zwar selbst versorgt wurden, berichten, dass sie dennoch Freundinnen/Bekannte haben, die keine Hebammenhilfe in Anspruch nehmen konnten. Auch Plätze in Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskursen sind zu wenige vorhanden.

Einige der Frauen (n=29) berichten davon, dass sich allein schon die Suche nach einer Hebamme oder einem Kurs als schwierig gestaltet, da von Ärztinnen / Ärzten herausgegebene Listen oft keine aktuellen Kontaktdaten der Hebammen aufführen oder die gelisteten Hebammen nicht mehr tätig sind (altersbedingt oder weil sie den Beruf aufgegeben haben). Daher wurde besonders der Wunsch nach Online-Plattformen geäußert, um zentralisiert Informationen über die Hebammen bekommen zu können. Auch fühlen sich einige der Frauen schlecht informiert darüber, welche Ansprüche sie haben und in welchen Fristen sie sich wo melden müssen. Generell wurde die Suche nach einer Hebamme und Versorgungsangeboten oft als große Belastung in der Schwangerschaft genannt.

Neben der Frustration über die Versorgungslage gibt es allerdings auch ein großes Verständnis über die beruflichen Missstände in der Geburtshilfe. Forderungen nach besserer Bezahlung, günstigeren Haftpflichtversicherungen, weniger Bürokratie und Zeitdruck, sowie staatliche Förderung und mehr Anerkennung für Hebammen waren die zweithäufigsten Anmerkungen (33 %; n=241).

Persönliche Anliegen

Mit großem Abstand überwiegt die Dankbarkeit der Frauen (32 %; n=208) gegenüber den Hebammen bei den Antworten. Viele sehen die Hebammenversorgung als zentral für eine gute Geburt und ein gutes Wochenbett, und somit auch für den Start ihres Kindes in das Leben an. Im Idealfall unterstützen Hebammen die Frauen in einer schwierigen, aber auch aufregenden, Phase des Lebens und gehen dabei in der Regel ganzheitlicher vor als Ärztinnen

/ Ärzte. Vor allem die psychische Unterstützung der Hebammen möchten viele Frauen nicht missen.

Dennoch wurde auch der Wunsch nach einer intensiveren Versorgung angemerkt (15 %; n=99). Durch die hohe Auslastung stehen viele Hebammen enorm unter Zeitdruck, den die Frauen spüren. Daher wird der Wunsch geäußert, die Termine zu entschleunigen. Auch vor und während der Geburt ist der Wunsch nach 1:1-Betreuung oder einer kontinuierlichen Betreuung durch bekannte und vertraute Hebammen groß. Nach der Geburt vermissen viele Frauen besonders Stillberatung durch Hebammen (vor allem im Krankenhaus).

Ein nicht ganz so häufig (5 %; n=31) genannter, aber dennoch nicht unwichtiger Aspekt, ist der Wunsch nach Wertschätzung durch die Hebamme. Frauen fühlen sich teilweise nicht ernst genommen in ihren Empfindungen und von der Hebamme übergangen oder unter Druck gesetzt. Zudem berichten sie von psychischer und physischer Gewalt durch Hebammen und geburtshilfliches Personal.

Finden einer Hebamme

Wie bereits erwähnt, ist die Suche nach einer Hebamme für viele Schwangere eine große Herausforderung gewesen, besonders wenn der Geburtstermin in den Ferien oder an Feiertagen liegt. Diejenigen, die die Suche als leicht empfanden, taten dies aus zwei Faktoren: Einerseits hatten einige durch vorherige Schwangerschaften oder persönliche Netzwerke (Hebammen im Freundes-/Familienkreis oder durch eigene berufliche Tätigkeit in der Geburtshilfe) bereits Kontakt zu der / den sie betreuenden Hebamme/n (15 %; n=96). Andererseits haben sie sich sehr früh (oft vor der 8. Woche) bei Hebammen gemeldet (19 %; n=63). Dennoch berichteten viele davon selbst dann die letzten Plätze für die Betreuung und Kurse bekommen zu haben.

Das Finden einer Hebamme wird, neben diesen beiden Gründen, von den Frauen (7 %; n=43) oft als reines Glück bezeichnet, da sie entweder auf Plätze nachrücken konnten, Hebammen sie trotz eigentlicher Auslastung noch aufnahmen oder die Hebamme gerade wieder in ihre berufliche Tätigkeit eingestiegen ist.

5 Krankenhausbefragung

5.1 Methodisches Vorgehen

5.1.1 Erstellung der Erhebungsunterlagen

Anschreiben

Das Deutsche Krankenhausinstitut hat das Anschreiben für die Befragung der Krankenhäuser entwickelt und mit dem Auftraggeber abgestimmt. Das begleitende Anschreiben erläuterte die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Befragung, den Zweck der Datenerhebung und -verarbeitung und beschreibt den Umgang mit den Daten gemäß der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG neu bzw. DSAnpUG-EU) sowie die Ergebnisdarstellung, welche keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen, Einrichtungen oder Daten ermöglicht.

Des Weiteren wurde ein Ansprechpartner (E-Mail und Telefon) vom DKI für Rückfragen der Teilnehmer benannt. Bei dieser Befragung wurden keine personenbezogenen Daten erhoben, so dass es keine datenschutzrechtlichen Vorgaben bei der anschließenden Erfassung der Daten in einer Datenbank gibt. Trotzdem hat das DKI die teilnehmenden Einrichtungen nur als pseudonymisierte Kennung erfasst und nicht zusammen mit den Daten gespeichert.

Die Adressen der Krankenhäuser bzw. Geburtskliniken hat das DKI aus seiner Krankenhausdatenbank ermittelt und mit den Angaben aus den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser sowie einer von der Hessen Agentur GmbH bereitgestellten Liste verglichen. Insgesamt wurden die Geschäftsführungen von 50 Geburtskliniken in Hessen mit der Bitte angeschrieben, die Fragebögen an die zuständigen Leitungen (leitende Hebamme, Pflegedienstleitung, ärztliche Leitung) der Geburtsabteilungen weiterzuleiten. Begleitet wurde das Anschreiben von einem Empfehlungsschreiben der Hessischen Krankenhausgesellschaft e. V. sowie einem Empfehlungsschreiben samt Bitte um Teilnahme vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration.

Fragebogen

Der Fragebogen wurde federführend vom DKI entwickelt und mit dem HMSI abgestimmt. Im Wesentlichen sind Fragen zu folgenden Aspekten enthalten:

- Strukturdaten des Krankenhauses / der Geburtsklinik
- Anzahl der Geburten, Kaiserschnitte, Frühgeburten pro Krankenhaus
- Anzahl Hebammen pro Krankenhaus sowie perspektivisch geplante Stellenausstattung
- Beschäftigungsform und Qualifikation der Hebammen

- Organisation des Personaleinsatzes
- Ausbildungsplätze und Ausbildungsbereitschaft.

Der Fragebogen wurde anschließend einem Pretest unterzogen. Einbezogen in den Pretest wurden Vertreter der Hessischen Krankenhausgesellschaft, des Landesverbandes der Hessischen Hebammen e. V., Mother-Hood Landesgruppe Hessen, der Hessen-Agentur GmbH, AOK Hessen, des Hessischen Städtetages, des Hessischen Landkreistages sowie drei Leitungen von geburtshilflichen Einrichtungen oder Abteilungen (zwei Hebammen, ein Mediziner) aus Bonn und Köln. Rückmeldungen aus dem Pretest wurden in die Endversion des Fragebogens eingearbeitet.

5.1.2 Durchführung der Befragung

Die Befragungsunterlagen wurden nach Freigabe der Erhebungsunterlagen durch den Auftraggeber im Januar 2019 versendet mit der Bitte, die ausgefüllten Fragebögen in dem beiliegenden adressierten und frankierten Rückumschlag bis zum 01. März 2019 an das DKI zurückzusenden. Alle Non-Responder wurden zwischen dem 05. und 21. März 2019 telefonisch kontaktiert (Kreißaal der Klinik) und noch einmal um Teilnahme gebeten. Teilweise wurden die Befragungsunterlagen erneut herausgeschickt, da sie die zuständigen Stellen noch nicht erreicht hatten. Sämtliche Fragebögen, die bis zum 15. Mai 2019 eingegangen sind, wurden bei der Auswertung berücksichtigt.

5.1.3 Grundgesamtheit und Rücklauf

Grundgesamtheit der Krankenhausbefragung bildeten alle hessischen Krankenhäuser mit einer Geburtshilfe. Die Befragung war als Vollerhebung angelegt. Insgesamt haben sich 33 der 50 angeschriebenen Geburtskliniken an der Befragung beteiligt. Eine Klinik hat die Teilnahme abgelehnt, da sie im Laufe des Jahres 2019 ihre Geburtsabteilung schließen wird. Drei weitere Kliniken, die ebenfalls im Laufe des Jahres 2019 ihre Geburtsabteilung schließen wollten, haben jedoch für das Jahr 2018 noch an der Befragung teilgenommen. Aus diesem Grund reduzierte sich die Anzahl der Gesamtstichprobe auf 49 Krankenhäuser. Insgesamt wurde somit eine Rücklaufquote von 67,3 % erreicht.

Die Kliniken, die an der Befragung teilnahmen, betreuten rund 70 % aller stationären Geburten in Hessen in 2018. Bei den Teilnehmern an der Befragung handelte es sich überwiegend um Geburtskliniken (n=21) und Perinatalzentren Level 1 (n=7). Ein Vergleich der an der Befragung teilnehmenden 33 Krankenhäuser mit allen hessischen Krankenhäusern mit Geburtshilfe (n=49) zeigte keinen nennenswerten Unterschied bei der prozentualen Verteilung der

Versorgungsstufen (Perinatalzentren Level 1 oder 2, perinatale Schwerpunkte und Geburtskliniken).

Während die kleineren Kliniken mit Geburtshilfe (bis 300 Betten) oftmals mehr Beleghebammen als festangestellte Hebammen beschäftigt haben, gehen größere Kliniken gleich häufig oder sogar vermehrt auf festangestellte Hebammen über. Hier zeigte sich ebenfalls kein Unterschied bei den teilnehmenden und nicht teilnehmenden Kliniken.

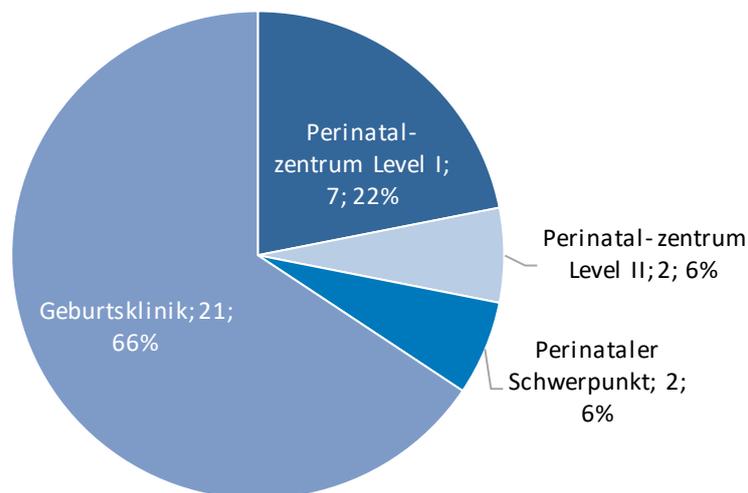
5.2 Ergebnisse

5.2.1 Strukturdaten

Die an der Befragung teilnehmenden Krankenhäuser hielten zu 85 % (n=29) eine geburtshilfliche Hauptabteilung und zu 15 % (n=4) eine geburtshilfliche Belegabteilung vor. Darunter befand sich zudem eine Klinik mit einer gemischten Abteilung.

22 % (n=7) der geburtshilflichen Abteilungen werden nach eigenen Angaben zu den Perinatalzentren Level 1 und 6 % (n=2) zu den Perinatalzentren Level 2 gerechnet. Ebenfalls 6 % (n=2) gelten als Perinataler Schwerpunkt und der größte Anteil der geburtshilflichen Abteilungen (66 %, n=21) zählt zu den Geburtskliniken (Abb. 68).

Welcher geburtsmedizinischen Versorgungsstufe ist die Abteilung zugeordnet?
(Krankenhäuser in %)



© DKI/hsg

Abb. 68: Geburtsmedizinische Versorgungsstufen der Geburtsabteilungen der teilnehmenden Krankenhäuser

Tab. 12: Bettenanzahl der gynäkologischen und geburtshilflichen Fachabteilungen der teilnehmenden Krankenhäuser

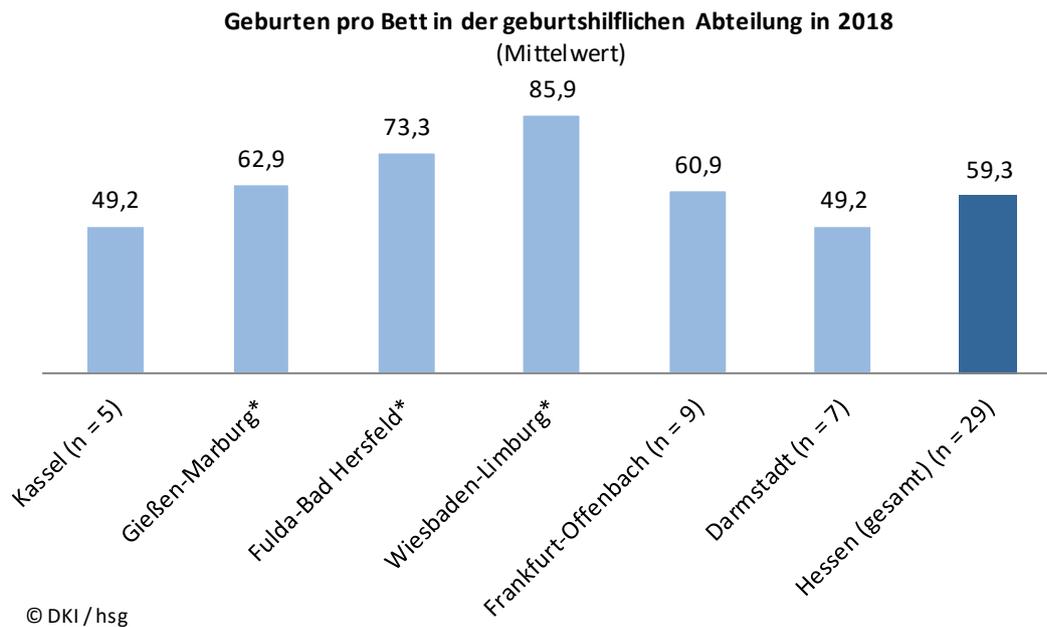
	Bettenanzahl auf der FA für Gynäkologie und Geburtshilfe (n=30)	Darunter: Bettenanzahl in der geburtshilflichen Abteilung (n=28)
Mittelwert	37,7	21,2
Median	33,0	19,0
Unterer Quartilswert	20,0	13,0
Oberer Quartilswert	48,0	24,5
Summe	1.169,0	614,0

Die an der Befragung teilnehmenden Häuser berichteten, im Mittel ca. 38 Betten (Median 33) auf ihrer gynäkologischen und geburtshilflichen Fachabteilung vorzuhalten, darunter speziell rund 21 Betten (Median 19) in der geburtshilflichen Abteilung (Tab. 12).

Eine Übersicht der Bettenverteilung in den einzelnen Versorgungsgebieten findet sich im Anhang.

Die teilnehmenden geburtshilflichen Abteilungen haben im Jahr 2018 insgesamt 39.361 klinische Geburten durchgeführt (n=33). Bei deutlich variierenden Zahlen in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße bedeutete das eine mittlere Geburtszahl von 1.193 pro Krankenhaus mit Geburtsabteilung im Jahr 2018 (Median 1.092); der untere Quartilswert pro Klinik lag dabei bei 260 und der obere Quartilswert bei 3.437 Geburten.

Werden die in den Kliniken durchgeführten Geburten auf die dort in den geburtshilflichen Abteilungen gemeldeten Betten bezogen, dann wurden im Jahr 2018 bei allen Teilnehmern (n=29) rund 59 Geburten pro Bett verzeichnet. Insgesamt schwankt die mittlere Anzahl der Geburten pro Bett in den einzelnen Versorgungsgebieten zwischen 49 und 86 (Abb. 69).

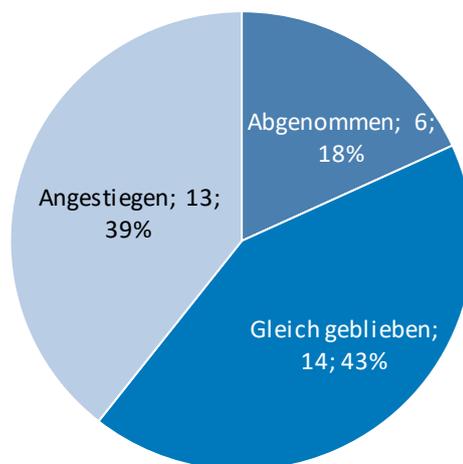


*Anzahl der rückmeldenden Krankenhäuser = n<5

Abb. 69: Mittlere Anzahl der Geburten pro Bett pro Versorgungsgebiet und bei allen teilnehmenden Krankenhäusern

Auf die Frage, ob sich in ihrem Krankenhaus die Geburtenzahl im Jahr 2018 im Vergleich zum Vorjahr nennenswert verändert hat, berichteten 39 % (n=13) der Teilnehmer einen Anstieg und 43 % (n=14) von keiner Veränderung zum Vorjahr. 18 % (n=6) der Befragten verzeichneten eine Abnahme der Geburtenzahl im Vergleich zu 2017 (Abb. 70).

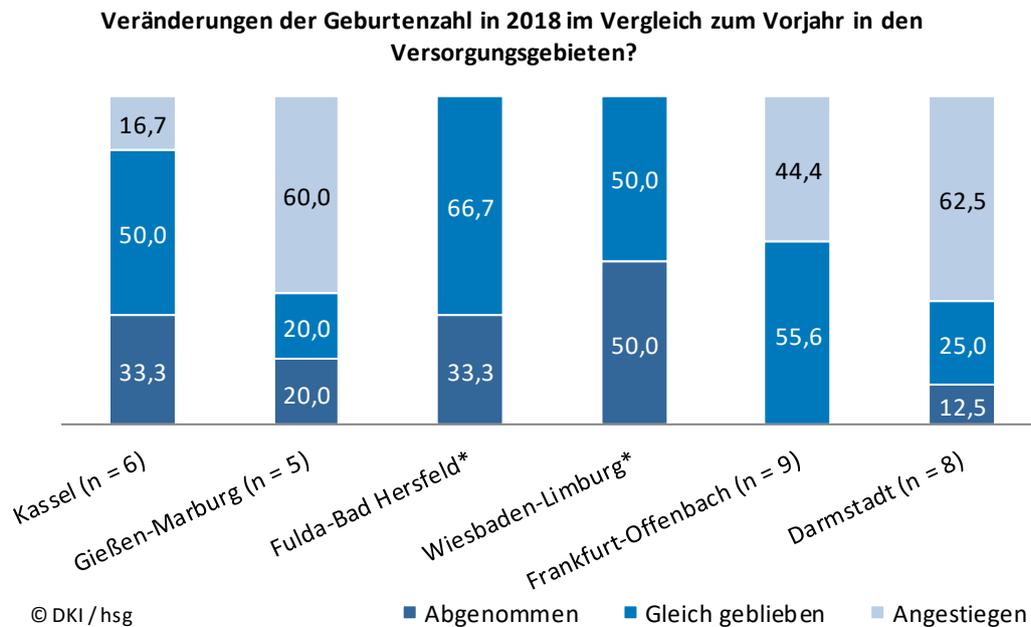
Veränderungen der Geburtenzahl in 2018 im Vergleich zum Vorjahr?
(Krankenhäuser in %)



© DKI / hsg

Abb. 70: Veränderungen der Geburtenzahl in 2018 zum Vorjahr bei teilnehmenden Krankenhäusern

In den einzelnen Versorgungsgebieten wurden die Geburtenzahlen in 2018 im Vergleich zum Vorjahr sehr unterschiedlich bewertet (Abb. 71)¹⁶. So wurde von den Krankenhäusern in Gießen-Marburg und Darmstadt eher ein Anstieg verzeichnet, während die Kliniken in Fulda-Bad Hersfeld sowie Wiesbaden-Limburg eher von gleichbleibenden oder abnehmenden Geburtenzahlen berichteten.



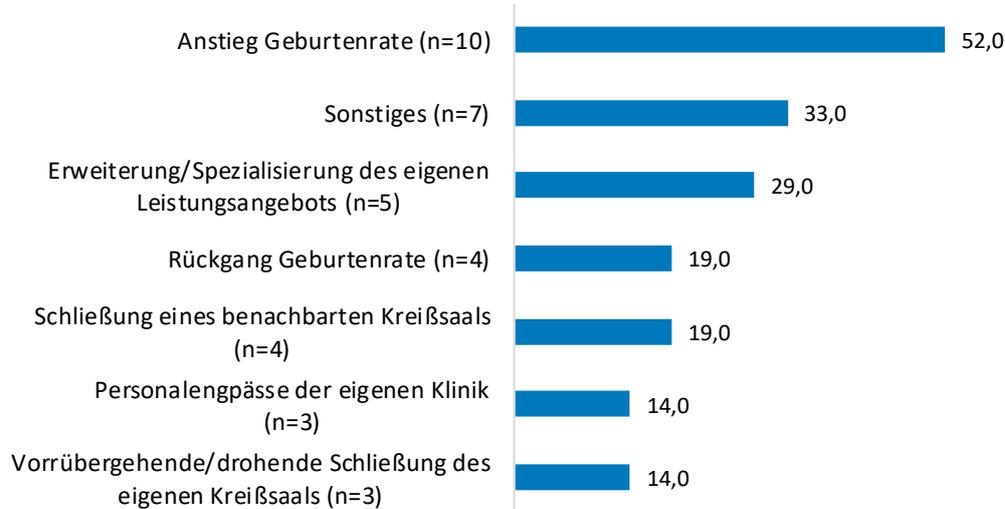
*Anzahl der rückmeldenden Krankenhäuser = n<5

Abb. 71: Veränderungen der Geburtenzahl in 2018 zum Vorjahr bei teilnehmenden Krankenhäusern pro Versorgungsgebiet

Die Gründe für die Veränderung der Geburtenzahlen gegenüber dem Vorjahr in den einzelnen Einrichtungen sind sehr heterogen (Abb. 72): So gaben beispielsweise zehn Kliniken den Anstieg sowie ebenfalls vier Einrichtungen die Abnahme der Geburtenrate an. Bei vier Krankenhäusern hat ein benachbarter Kreißsaal geschlossen und drei Kliniken berichteten von vorübergehender oder drohender Schließung des eigenen Kreißsaals. Fünf Geburtsabteilungen haben ihr eigenes Leistungsspektrum erweitert oder sich spezialisiert, wohingegen drei Krankenhäuser Probleme mit Personalengpässen bei Hebammen, Pflegepersonal oder Ärzten in der eigenen Klinik hatten.

¹⁶ Diese Ergebnisse sollten mit Bedacht interpretiert werden: Die geringe Grundgesamtheit der Krankenhäuser mit geburtshilflicher Abteilung in Hessen und insbesondere die weitere Datenreduktion durch die Bildung von Subgruppen anhand der Versorgungsgebiete sowie durch Nicht-Teilnahme an der Befragung oder fehlende Werte von Teilnehmern (Missings) erschweren es, die Repräsentativität der Daten bezogen auf die Grundgesamtheit abzuschätzen.

Gründe für Veränderung der Geburtenzahl gegenüber Vorjahr
(Nennungen in %)



© DKI/hsg

Abb. 72: Gründe für Veränderungen der Geburtenzahl gegenüber Vorjahr bei teilnehmenden Krankenhäusern

Die für die Geburten bei den Teilnehmern (n=32) zur Verfügung stehenden Kreißsäle belaufen sich im Mittel auf 3,2 pro Klinik. Des Weiteren stehen durchschnittlich 1,2 Sectio-Säle pro Klinik (n=30) sowie 2,3 Aufnahmeräume oder (Vor-) Wehenräume (n=32) zur Verfügung.

Referenziert man die gemeldeten durchgeführten Geburten (ohne Sectios) in den teilnehmenden Kliniken auf die dortigen vorhandenen Kreißsäle, ergeben sich rund 244 durchgeführte Geburten pro Kreißsaal (n=29). Die Verteilungen der geburtshilflichen Vorhaltestrukturen sowie der Geburten auf die vorhandenen Kreißsäle in den Versorgungsgebieten finden sich im Anhang.

5.2.2 Personaldaten

Laut der Krankenhausstatistik des Hessischen Statistischen Landesamtes gab es am 31.12. 2017 genau 780 hauptamtlich beschäftigte Hebammen. Die Befragungsteilnehmer gaben für ihre geburtshilflichen Abteilungen im Mittel 18 festangestellte Hebammen (Köpfe) oder zwölf Hebammen als Vollkräfte für den 31.12 2018 an. Darunter befanden sich durchschnittlich 14 Hebammen in Teilzeit (Köpfe) (Tab. 13).

Tab. 13: Anzahl festangestellter Hebammen der teilnehmenden Krankenhäuser

	Anzahl fest-angestellter Hebammen insgesamt – Köpfe (am 31.12.2018) n=29	Darunter: festangestellte Hebammen in Teilzeit – Köpfe (am 31.12.2018) n=26	Anzahl fest-angestellter aber inaktiver Hebammen – Köpfe* (am 31.12.2018) n=24	Anzahl fest-angestellter Hebammen insgesamt – Vollkräfte (am 31.12.2018) n=22
Mittelwert	18,1	13,6	3,7	11,9
Median	18,0	12,0	3,0	12,2
Unterer Quartilswert	12,5	9,0	2,0	9,4
Oberer Quartilswert	23,5	17,3	5,5	14,9

*Inaktive Hebammen: derzeit in Mutterschutz oder gesetzlich geregelter Elternzeit

Zusätzlich zu den hauptamtlich beschäftigten Hebammen wurde von 47 % (n=15) der Befragten die Tätigkeit von Beleghebammen in ihrem Haus bestätigt. Im Mittel haben die rückmeldenden Krankenhäuser (n=7) neun Beleghebammen im Schichtdienst (Median 7) sowie drei Beleghebammen im 1:1 Begleit-Betreuungsmodell (n=9) (Median 1) pro Einrichtung gemeldet.

13 % (n=4) der rückmeldenden Krankenhäuser beschäftigen des Weiteren Hebammen über Zeitarbeitsfirmen und 28 % (n=10) der geburtshilflichen Abteilungen berichteten zudem Hebammen in kombinierter Form, d. h. sowohl als festangestellte auch als freiberufliche für das Haus tätige Kräfte, zu beschäftigen.

Insgesamt wurden in 2018 30.417 (86 %) klinische Geburten bei den rückmeldenden Einrichtungen (n=25) von festangestellten Hebammen, 4.405 (12 %) Geburten von Beleghebammen im Schichtdienst (rückmeldende Einrichtungen: n=9) sowie 520 (2 %) Geburten von Beleghebammen im 1:1 Begleit-Betreuungsmodell (rückmeldende Einrichtungen: n=9) durchgeführt.

Die an der Befragung teilnehmenden Krankenhäuser mit Geburtsabteilung meldeten neben den Hebammen zudem durchschnittlich rund 13 festangestellte Ärztinnen und Ärzte (n=26) sowie drei Belegärztinnen und -ärzte (n=7) pro Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe (am 31.12.2018). Des Weiteren waren zu dem Zeitpunkt rund 23 Pflegekräfte und ca. sechs Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sonstiger Berufsgruppen der Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe zugehörig (n=25). Die Verteilung der durchschnittlichen Personalzahlen in den Versorgungsgebieten findet sich im Anhang.

5.2.3 Leistungsspektrum

Gefragt nach den angebotenen Leistungen der Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe (Mehrfachnennungen waren möglich), erklärten alle rückmeldenden Krankenhäuser (n=33), eine Anmeldesprechstunde vorzuhalten sowie fast sämtliche Einrichtungen (n=32; 97 %) Hilfe bei Still- und Ernährungsschwierigkeiten des Kindes anzubieten. Ambulante Geburten führen 91 % (n=30) der Kliniken durch und Hilfe bei Fehlgeburten leisten 79 % (n=26) der Einrichtungen. Zwei Drittel der geburtshilflichen Einrichtungen (n=22) bieten zudem eine Hebammensprechstunde an und 61 % (n=20) leisten Schwangerenvorsorge. Jede fünfte Klinik (n=7) ermöglicht des Weiteren Begleit-Beleggeburtshilfe (Abb. 73).

Unter den angebotenen Zusatzleistungen (Abb. 74, Mehrfachnennungen möglich) befinden sich bei allen Einrichtungen das Familienzimmer sowie die Möglichkeit zum Rooming-In (n=33). 91 % der Kliniken bieten für werdende Mütter Akupunktur und Homöopathie an (n=30) sowie 85 % (n=8) die integrative Wochenbettpflege. Rund die Hälfte der Krankenhäuser (52 %, n=17) veranstaltet Stillgruppen und offerierten die Möglichkeit zum Känguruhen (Känguru-Methode). Besondere Betreuungsmodelle sind bei den geburtshilflichen Abteilungen jedoch noch nicht sehr weit verbreitet: So bieten 30 % (n=10) die Betreuung nach dem Konzept der Babyfreundlichen Krankenhäuser (Initiative von WHO und UNICEF) und 27 % (n=9) eine Betreuung nach dem Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt an. Auch ein Hebammenkreißsaal wird von lediglich 9 % (n=3) der Krankenhäuser betrieben.

Unter den sonstigen Zusatzleistungen gaben die Einrichtungen besondere Arten der Schmerzlinderung für Gebärende an oder z. B. die Aromatherapie.

Angebotene Leistungen
(Nennungen in %)



© DKI / hsg

Abb. 73: Angebotene Leistungen der teilnehmenden Krankenhäuser

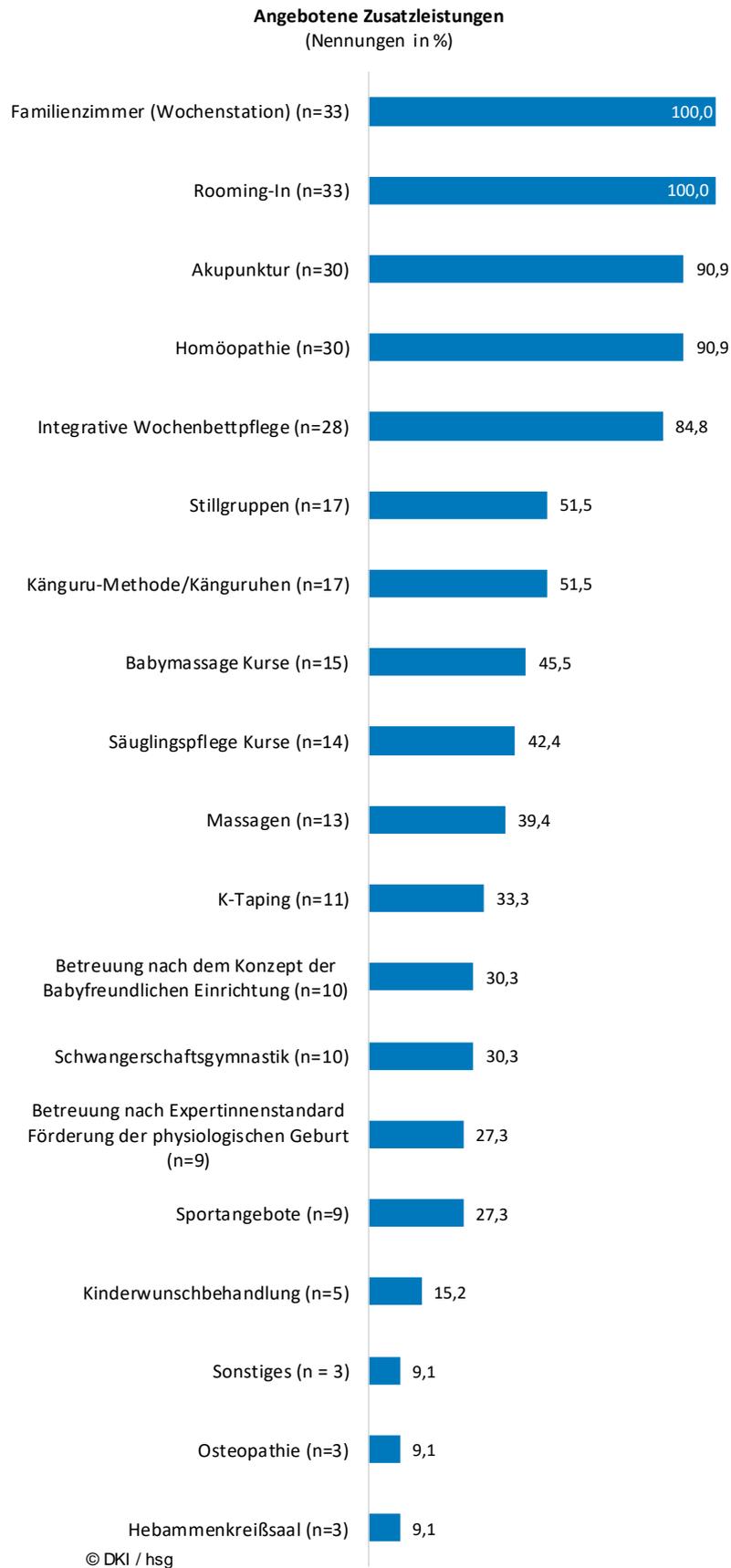


Abb. 74: Angebotene Zusatzleistungen der teilnehmenden Krankenhäuser

5.2.4 Beschäftigungsform der Hebammen

Festangestellte Hebammen in den rückmeldenden Krankenhäusern arbeiten ausnahmslos im Schichtdienst und am Wochenende (100 %, n=26 bzw. n=23). Bei 61 % der Kliniken arbeiten alle festangestellten Hebammen nachts und bei 35 % viele. In jeder dritten Geburtseinrichtung ist die Rufbereitschaft für die Hebammen und in jeder fünften Klinik der Bereitschaftsdienst zudem an der Tagesordnung (Abb. 75).

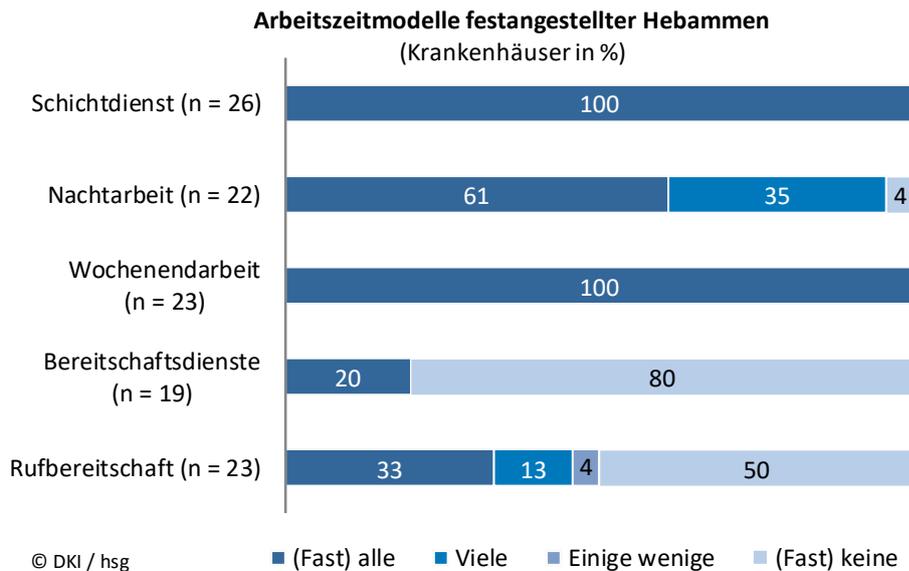


Abb. 75: Arbeitszeitmodelle festangestellter Hebammen der teilnehmenden Krankenhäuser

Die Arbeitszeitmodelle festangestellter Hebammen unterscheiden sich deutlich von den Arbeitszeiten der Beleghebammen im Schichtdienst der Krankenhäuser (Abb. 76)¹⁷. So leisten in 45 % der Einrichtungen Beleghebammen regelhaft Schichtdienst und in gut jeder dritten Klinik (36 %) Wochenendarbeit. Auch die Nachtarbeit wird von Beleghebammen im Schichtdienst etwas seltener durchgeführt (36 %). Dafür werden die Beleghebammen häufiger in den Bereitschaftsdiensten eingesetzt: In jedem dritten Krankenhaus stehen Beleghebammen für Bereitschaftsdienste (33 %) und in gut der Hälfte der Einrichtungen für Rufbereitschaft zur Verfügung (54 %).

¹⁷ Aufgrund der geringen Anzahl der rückmeldenden Krankenhäuser bei diesen Fragen (n=10, bzw. 11, bzw. 12) sollten diese Ergebnisse mit Bedacht interpretiert werden.

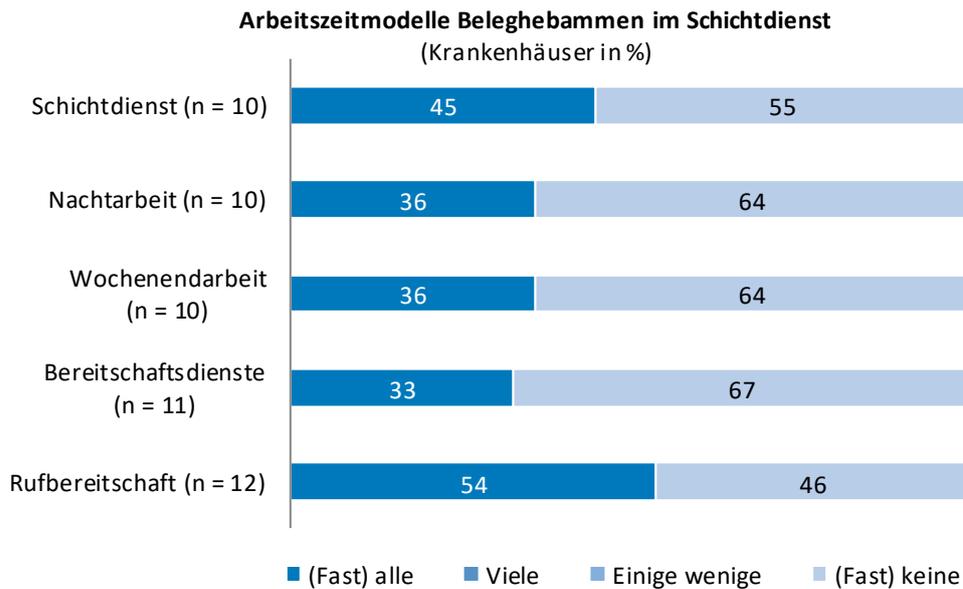


Abb. 76: Arbeitszeitmodelle der Beleghebammen im Schichtdienst bei den teilnehmenden Krankenhäusern

Für eine grobe Orientierung zur Arbeitsbelastungssituation wurden die teilnehmenden Einrichtungen gefragt, ob die dort tätigen Hebammen im Jahr 2018 Überstunden erbracht haben, also vom Arbeitgeber angeordnete Mehrarbeit, die nicht über Zeitausgleiche ausgeglichen wurde. Insgesamt bestätigten 78 % (n=21) der Geburtseinrichtungen Überstunden von Hebammen, nur sechs Kliniken (22 %) berichteten von keiner Mehrarbeit.

5.2.5 Hebammenleistungen

Zur Darstellung der primären Varianz der Hebammentätigkeit wurden die geburtshilflichen Einrichtungen gefragt, welche Leistungen von den Hebammen ihres Hauses im Rahmen ihrer angestellten und Dienst-Beleghebammentätigkeit erbracht und welche Leistungen die angestellten oder Dienst-Beleghebammen zusätzlich auf freiberuflicher Basis für ihre Einrichtung erbringen. Dabei wurde explizit nicht zwischen originären und nicht originären Hebammentätigkeiten unterschieden, sondern die im klinischen Alltag ausgeführten Tätigkeiten der Häufigkeit nach präsentiert.

Demnach geben in allen rückmeldenden Einrichtungen (n=33) Hebammen im Rahmen ihrer angestellten oder Dienst-Beleghebammentätigkeit Hilfe bei Wehen und der Geburt. In fast allen Kliniken sind Hebammen für das Bestellwesen (97 %, n=32) und in 91 % der Krankenhäuser (n=30) für die Anmeldesprechstunde zuständig. Aber auch Reinigungstätigkeiten gehören in 85 % der Kliniken (n=28) zu den Alltagsaufgaben der Hebammen. In 70 % der Einrichtungen (n=23) sind Hebammen für die Überwachung des

Wochenbetts von Mutter und Kind sowie für sonstige ambulante Tätigkeiten für Schwangere und Mütter zuständig. Die Hebammensprechstunde gehört in 61 % der Einrichtungen (n=20) und die Assistenz bei Operationen in 55 % (n=18) zu den Aufgaben der Hebammen. Kurse wie beispielsweise Geburtsvorbereitungskurse (12 %, n=4) oder Rückbildungsgymnastik (3 %, n=1) gehören dafür nicht zu den regelmäßigen Tätigkeiten von Hebammen im angestellten Verhältnis oder bei der Dienst-Beleghebammentätigkeit (Abb. 77).



Abb. 77: Hebammenleistungen im Rahmen der angestellten oder Dienst-Beleghebammentätigkeit bei den teilnehmenden Krankenhäusern

Zusätzlich zu den im Rahmen ihrer angestellten oder Dienst-Beleghebammentätigkeit ausgeführten Leistungen erbringen Hebammen Leistungen für die Krankenhäuser im freiberuflichen Status. Hier werden dann vorrangig Kurse für die werdenden Mütter und Väter oder bereits jungen Mütter wie beispielsweise Geburtsvorbereitungskurse (96%, n=26) oder Rückbildungsgymnastik (93 %, n=25) angeboten. Aber auch Mutterschaftsvorsorge und

Schwangerenbetreuung (85 %, n=23) sowie Überwachung des Wochenbetts von Mutter und Kind (70 %, n=19) werden freiberuflich an den Geburtskliniken von Hebammen durchgeführt. In 37 % (n=10) der Krankenhäuser werden die Hebammen auch freiberuflich für ambulante Tätigkeiten für Schwangere und Mütter und in 30 % (n=8) der Einrichtung ebenfalls für Hilfen bei Wehen und der Geburt eingesetzt. Das Überleitungs- und Entlassmanagement (7 %, n=2) sowie Reinigungstätigkeiten (4 %, n=1) spielen dagegen kaum eine Rolle im zusätzlichen Aufgabenfeld freiberuflicher Hebammen.

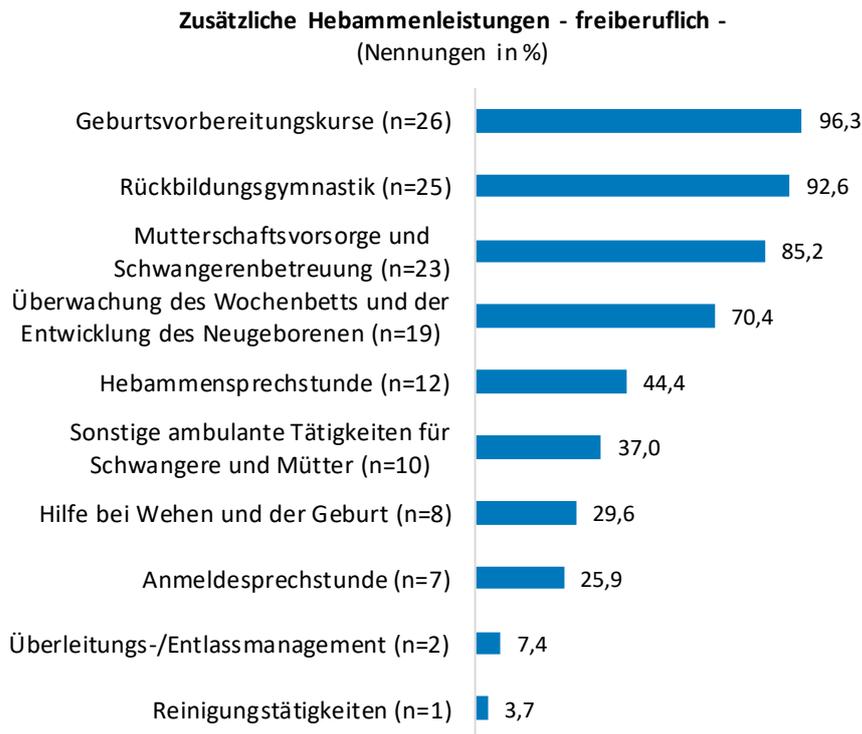


Abb. 78: Zusätzliche Hebammenleistungen auf freiberuflicher Basis erbracht bei den teilnehmenden Krankenhäusern

Neben der Erhebung der Hebammentätigkeiten in den Krankenhäusern wurden die teilnehmenden geburtshilflichen Einrichtungen gefragt, ob ihre Hebammen für bestimmte Tätigkeiten freigestellt werden. Insgesamt bestätigten 71 % (n=22) der Geburtseinrichtungen leitende oder andere Hebammen für bestimmte Tätigkeiten freizustellen, nur neun Kliniken (29 %) berichteten von keiner Freistellung. Dabei erklärten 21 Krankenhäuser Hebammen für Leitungstätigkeiten freizustellen, acht Einrichtungen ermöglichen Freistellungen für die Anleitung von Wehen und Auszubildenden und zwei Kliniken stellen Hebammen zusätzlich für die Stillberatung frei. Die Verteilung der Freistellungen je Versorgungsgebiet kann dem Anhang entnommen werden.

Um einen Einblick in die Betreuungssituation während der Geburt zu erhalten, wurden die geburtshilflichen Einrichtungen gefragt, wie häufig durchschnittlich in ihrem Haus eine Hebamme gleichzeitig eine oder mehrere Gebärende betreut (Abb. 79). 26 % der Einrichtungen bestätigten, dass eine Hebamme immer und bei 45 % der Kliniken oft nur für eine Gebärende gleichzeitig zuständig ist (n=30). In 58 % der teilnehmenden Einrichtungen betreut eine Hebamme oft und in 35 % manchmal zwei Gebärende gleichzeitig (n=31). Zudem werden in 18 % der Kliniken oft und in 36 % manchmal auch drei Gebärende gleichzeitig von einer Hebamme betreut (n=32). Mehr als drei Gebärende gleichzeitig werden jedoch in 30 % der Krankenhäuser nie und in 55 % nur selten von einer Hebamme gleichzeitig betreut (n=32).

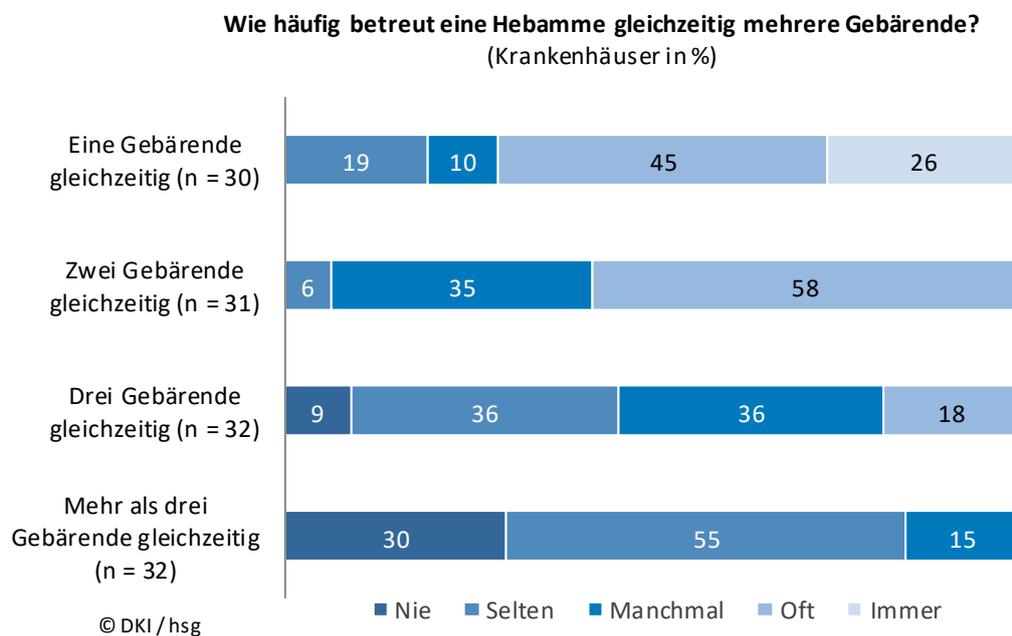


Abb. 79: Betreuungsschlüssel der teilnehmenden Krankenhäuser

Für die weitere Beschreibung der Arbeitsorganisation der Hebammen in den Krankenhäusern bestätigten 33 % (n=11) der Teilnehmer eine turnusmäßige Rotation für ihre Angestellten und Beleghebammen z. B. zwischen Kreißaal, Wochenbettstation und Schwangerenambulanz. In 67 % (n=22) der geburtshilflichen Einrichtungen finden dagegen keine Rotationen statt. Eine Darstellung der Einrichtungen mit Rotationsmodellen je Versorgungsgebiet kann dem Anhang entnommen werden.

Zudem erklärten insgesamt 94 % (n=30) der Teilnehmer, dass jederzeit eine Hebamme im Kreißaal vor Ort ist.

Die genauen Einsatzbereiche der angestellten Hebammen (Abb. 80) stellen sich wie folgt dar: Sämtliche rückmeldende Kliniken (100 %, n=24) setzen ihre angestellten Hebammen im

ärztlich geleiteten Kreißsaal ein, zu rund 83 % ihrer Gesamttätigkeit. 52 % der Befragten (n=12) beschäftigen die Hebammen auf den Wochenbettstationen. In 28 % der Krankenhäuser (n=7) arbeiten Hebammen auch im Operationssaal und nur eine Einrichtung setzt ihre angestellten Hebammen im Hebammenkreißsaal ein.

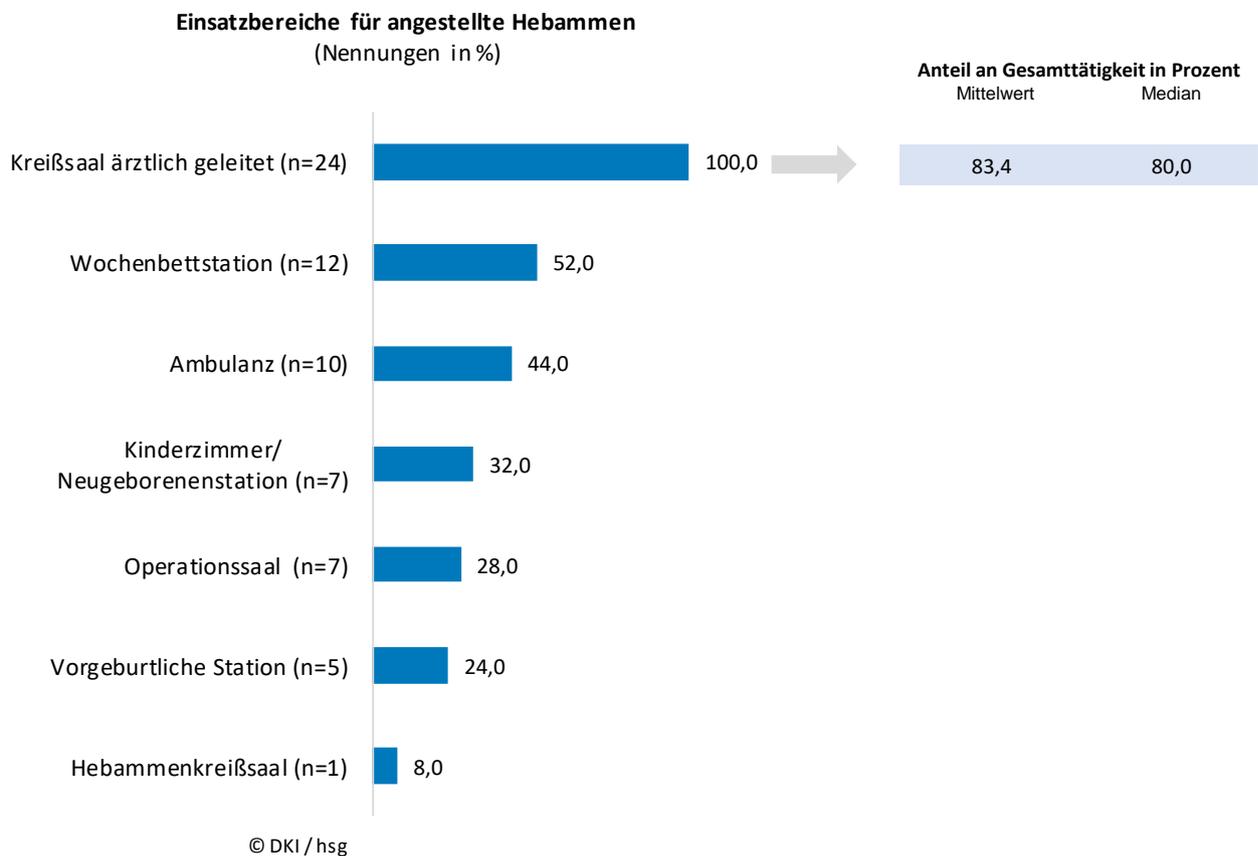


Abb. 80: Einsatzbereiche der angestellten Hebammen bei den rückmeldenden Krankenhäusern

Zu den Einsatzbereichen der in den Krankenhäusern tätigen Beleghebammen gaben nur wenige Einrichtungen (n=6) Auskunft. Diese Darstellung kann dem Anhang entnommen werden.

5.2.6 Qualifikation der Hebammen

Festangestellte Hebammen in den Krankenhäusern haben in 85 % der Fälle (n=23) eine Berufsfachschulausbildung und 56 % (n=15) berichteten Hebammen mit Bachelor- oder Masterstudium angestellt zu haben. Jeweils 70 % (n=19) der rückmeldenden Kliniken beschäftigen zudem Hebammen mit einer staatlich anerkannten Weiterbildung zur Leitenden Hebamme sowie zur Praxisanleiterin. Familienhebammen sind in 41 % (n=11) der geburtshilflichen Einrichtungen vertreten. Als sonstige Qualifikation meldeten die Kliniken

beispielsweise eine staatlich anerkannte Hebamme mit Diplom-Abschluss, eine Laktationsberaterin, eine Hygienebeauftragte sowie eine Heilpraktiker-Ausbildung (Abb. 81).

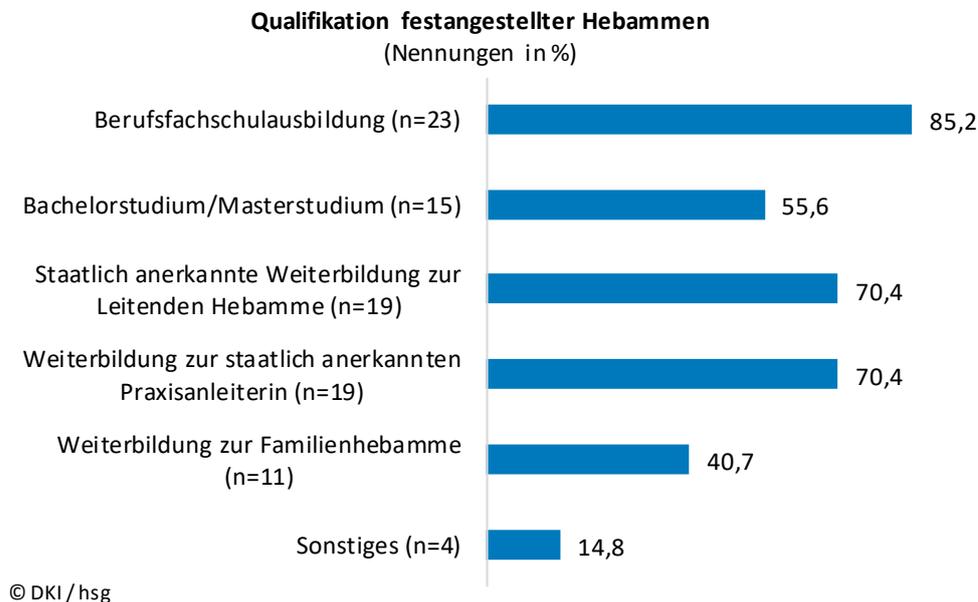


Abb. 81: Qualifikation der angestellten Hebammen bei den rückmeldenden Krankenhäusern

Für die Qualifikation der Beleghebammen meldeten zehn Kliniken, Hebammen mit Berufsfachschulausbildungen einzusetzen. In drei Einrichtungen arbeiten Beleghebammen mit einer Weiterbildung zur Familienhebamme und jeweils eine Klinik setzt eine Beleghebamme mit einer staatlich anerkannten Weiterbildung zur Leitenden Hebamme sowie zur Praxisanleiterin ein. Als sonstige Qualifikationen wurden eine Qualitätszirkel-Moderatorin und eine Link-Nurse (Hygienebeauftragte in der Pflege) gemeldet.

Festangestellte Hebammen nehmen in sämtlichen rückmeldenden Krankenhäusern (n=26) an Fortbildungen, Kongressen und Tagungen z. B. im Rahmen der Fortbildungspflicht der Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBo), somit auch an den obligatorischen Fortbildungen für Arbeitsschutz, Brandschutz und Hygiene teil. In fast drei Viertel der Kliniken (73 %, n=19) besuchen Hebammen regelmäßig Fortbildungen zum Thema Management, Qualitätsmanagement und Risikomanagement und nehmen in 69 % (n=18) der Einrichtungen an Qualitätszirkeln teil. Knapp die Hälfte (54 %, n=14) der geburtshilflichen Abteilungen ermöglichen ihren Hebammen regelhaft eine Fortbildung zu Gesprächsführung und Beratungskompetenz sowie berufliche Weiterbildungen. In 23 % (n=6) der Krankenhäuser studieren Hebammen zudem in einem Studiengang des Gesundheitswesens. Unter den sonstigen Fortbildungen wurden beispielsweise eine Ausbildung zur Still- und

Laktationsberaterin (IBCLC), das Notfallmanagement, Akupunktur und Hypnose sowie CTG-Fortbildungen genannt (Abb. 82).



© DKI / hsg

Abb. 82: Regelmäßige Fortbildungen angestellter Hebammen bei den rückmeldenden Krankenhäusern

59 % (n=17) der rückmeldenden Einrichtungen unterstützen ihre Hebammen bei den Fortbildungskosten durch die zusätzliche Übernahme von ggf. Reise- und Übernachtungskosten sowie durch die komplette Freistellung der Hebammen für die Fortbildungen. 48 % (n=14) der Krankenhäuser übernehmen zudem die kompletten Fortbildungskosten oder Teilkosten der Fortbildungen. Nur etwa 10 % (n=3) der Kliniken bieten ihren Hebammen überhaupt keine Unterstützung bei Fortbildungen an (Abb. 83).

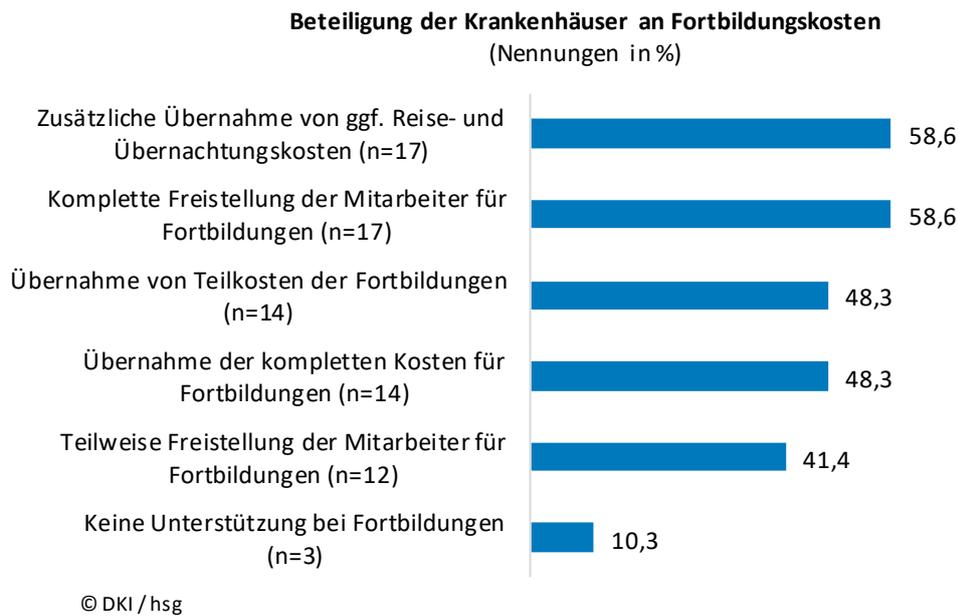
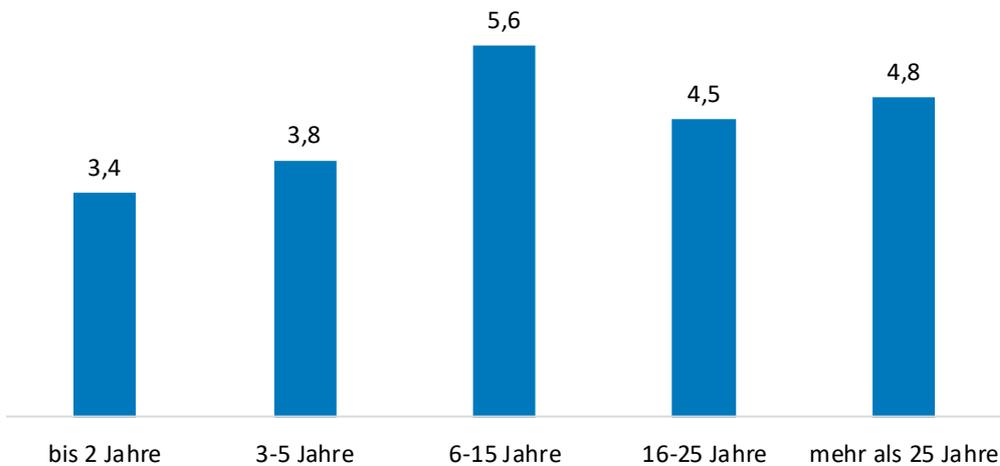


Abb. 83: Beteiligung der rückmeldenden Krankenhäuser an Fortbildungskosten

Gefragt nach der Verteilung der Berufserfahrung ihrer festangestellten Hebammen, zeigt sich in den rückmeldenden Einrichtungen (n=26) ein Bild von Hebammen mit vielfach langjähriger Berufserfahrung. Im Mittel beschäftigen die Kliniken 5,6 Hebammen (Köpfe) mit 6 – 15 Jahren Berufserfahrung, 4,5 Angestellte mit 16 – 25 Jahren und sogar 4,8 Hebammen mit durchschnittlich mehr als 25 Jahren Berufserfahrung. Dagegen wurden im Mittel 3,8 festangestellte Hebammen mit 3 – 5 Jahren und nur 3,4 Hebammen pro Haus mit einer Berufserfahrung bis zu zwei Jahren berichtet (Abb. 84).

Dementsprechend zeigt sich auch die Altersstruktur der festangestellten Hebammen (Abb. 85): Durchschnittlich 6 Hebammen (Köpfe) pro Haus sind 25 – 34 Jahre alt, 4,8 Angestellte sind 35 – 44 Jahre, 4,4 Hebammen sind 45-54 Jahre und 3,3 Festangestellte sind 55 Jahre oder älter. Nur im Mittel 2,5 festangestellte Hebammen pro Einrichtung sind unter 25 Jahre alt.

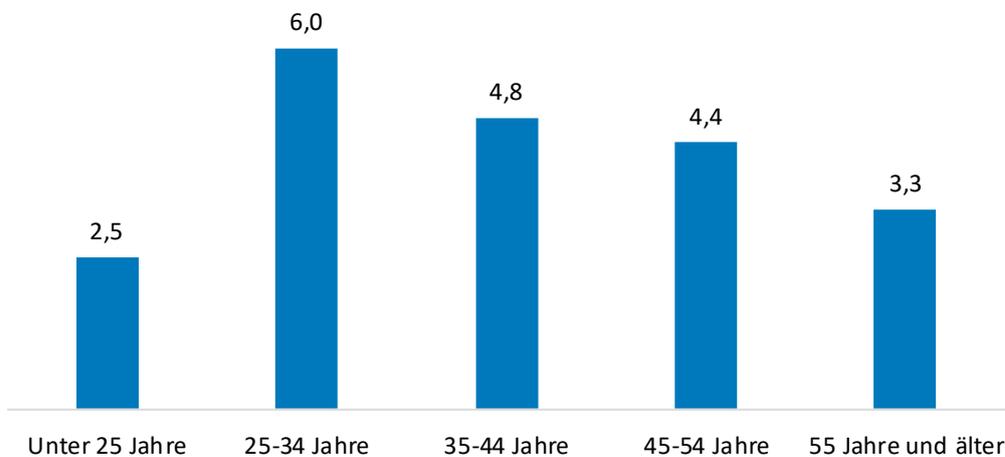
Berufserfahrung festangestellter Hebammen
(Köpfe/KH Mittelwert) (n = 26)



© DKI / hsg

Abb. 84: Berufserfahrung festangestellter Hebammen bei den rückmeldenden Krankenhäusern

Altersstruktur festangestellter Hebammen
(Köpfe/KH Mittelwert) (n = 27)



© DKI / hsg

Abb. 85: Altersstruktur festangestellter Hebammen bei den rückmeldenden Krankenhäusern

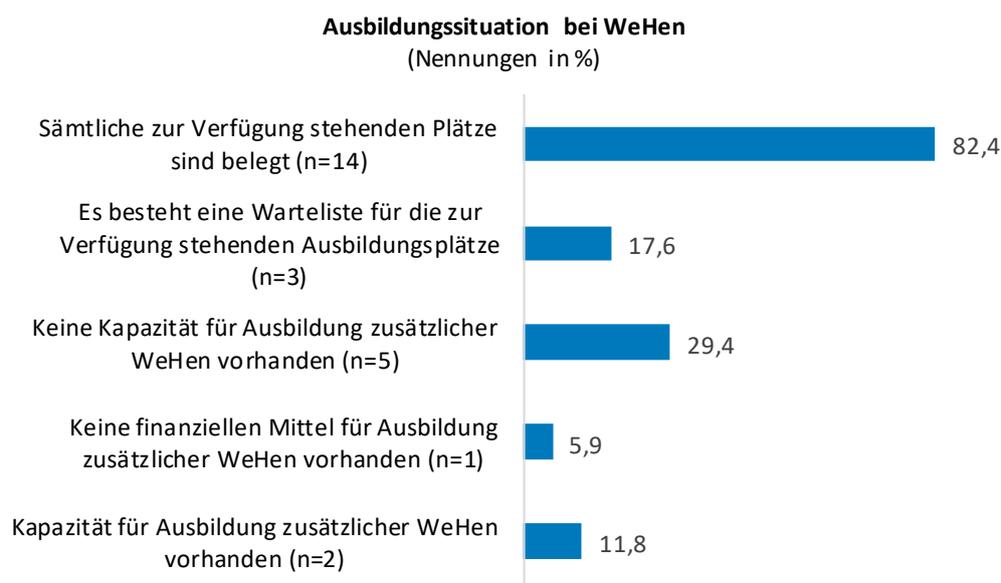
Zur Sicherstellung des Hebammennachwuchses bilden 54 % (n=18) der an der Befragung teilnehmenden Krankenhäuser „Werdende Hebammen“ (WeHen) mit durchschnittlich 8,8 (Median 4,0) WeHen pro Krankenhaus (Köpfe am 31.12.2018, n=19) aus. 46 % (n=15) der Einrichtungen beteiligen sich nicht an der Ausbildung der WeHen. Eine Verteilung der

auszubildenden Einrichtungen sowie deren Kapazitäten je Versorgungsgebiet können dem Anhang entnommen werden.

Zur Ausbildung der WeHen halten 53 % (n=17) der Teilnehmer Praxisanleiterinnen vor. Keine Praxisanleiterinnen bestätigten somit 47 % (n=15) der Einrichtungen. Die Verteilung der Praxisanleiterinnen je Versorgungsgebiet kann dem Anhang entnommen werden.

Im Mittel halten die Kliniken (n=17) 1,9 (Median 2,0) Praxisanleiterinnen (Köpfe am 31.12.2018) zur Ausbildung vor. Darunter befinden sich 1,8 (Mittelwert; Median 2,0) Kräfte mit Weiterbildung zur staatlich anerkannten Praxisanleiterin (n=11). Des Weiteren teilen 36 % (n=8) aller teilnehmenden Kliniken mit, dass sie klinikinterne Vorgaben für die durchschnittliche Praxisanleitungszeit pro WeHe haben, 15 Einrichtungen (64 %) bestätigen keine existierenden Vorgaben. Diese hausinternen Vorgaben (n=5) für die mittlere Praxisanleitungszeit beträgt im Durchschnitt 5,1 Stunden pro WeHe pro Woche (Median 4,0).

Zur generellen Ausbildungssituation bei den WeHen teilen die rückmeldenden geburtshilflichen Einrichtungen mit, dass bei 14 Einrichtungen sämtliche zur Verfügung stehenden Plätze belegt sind, bei drei Kliniken besteht sogar eine Warteliste für die zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätze und fünf Einrichtungen haben auch keine weiteren Kapazitäten für die Ausbildung zusätzlicher WeHen. Jedoch sind in zwei Einrichtungen noch zusätzliche Ausbildungskapazitäten vorhanden (Abb. 86).



© DKI/hsg

Abb. 86: Ausbildungssituation der WeHen bei den rückmeldenden Krankenhäusern

Zusätzlich zur Ausbildung der WeHen berichten 48 % (n=15) der Teilnehmer, dass sie aktuell in ihrem Haus Hebammen-Studierende betreuen. Im Mittel betreut jedes dieser Häuser (n=15) 3,3 (Median 3,0) Studierende. 52 % (n=16) betreuen keine Hebammen-Studierende. Die Verteilung der Häuser mit Hebammen-Studierenden je Versorgungsgebiet kann dem Anhang entnommen werden.

5.2.7 Stellenbesetzung und Prognosen

Gut die Hälfte der rückmeldenden Einrichtungen (53 %, n=15) haben derzeit offene Stellen für festangestellte Hebammen. Im Mittel melden diese Kliniken 1,9 offene Stellen (Köpfe) für festangestellte Hebammen pro Klinik (n=15). Die Dauer bis zur Wiederbesetzung offener Stellen wird mit durchschnittlich 18,5 Wochen (n=20) angegeben. Die Fluktuationsrate bei festangestellten Hebammen lag bei den rückmeldenden Kliniken im Jahr 2018 bei 9,2 % (adaptierte Schlüter-Formel).

47 % (n=13) der geburtshilflichen Einrichtungen teilten mit, derzeit keine offenen Stellen für festangestellte Hebammen zu haben. Die Verteilung der Krankenhäuser mit offenen Stellen je Versorgungsgebiet kann dem Anhang entnommen werden.

Fünf Krankenhäuser mit Geburtsklinik haben zudem derzeit offene Stellen für Beleghebammen; zwölf Einrichtungen melden jedoch auch hier keine offenen Stellen. Im Mittel bestätigen die fünf Kliniken 1,7 offene Stellen (Köpfe) für Beleghebammen zu verzeichnen. Die Dauer bis zur Wiederbesetzung dieser Stellen wird im Durchschnitt mit 32 Wochen angegeben.

Demzufolge wird das Nachbesetzen offener Stellen bei festangestellten Hebammen von 80 % der Einrichtungen und bei Beleghebammen von allen rückmeldenden Kliniken für schwer oder für sehr schwer gehalten (Abb. 87). Als besondere Gründe für schwieriges Nachbesetzen gaben die Einrichtungen hauptsächlich fehlende Bewerberinnen bzw. den Hebammenmangel (64 %, n=18) an. Als weitere mögliche Ursachen wurden hohe Konkurrenz (viele Kliniken suchen) (7 %, n=2), das verminderte Angebot an neuen Hebammen außerhalb der Examenszeit (7 %, n=2), die langen Anfahrtswege aufgrund des ländlichen Raumes (7 %, n=2) sowie die schlechte Vergütung gepaart mit hohen Lebenshaltungskosten (insbesondere hohe Mieten) (7 %, n=2) genannt. Des Weiteren wurden noch sprachliche und geburtshilfliche Defizite bei ausländischen Hebammen (4 %, n=1) sowie eine generelle mangelnde Attraktivität der Arbeitsbedingungen (Bereitschaftsdienste, Freiberuflichkeitsrisiko) (4 %, n=1) angeführt.

Wie empfinden Sie das Nachbesetzen offener Stellen bei...?
(Krankenhäuser in %)

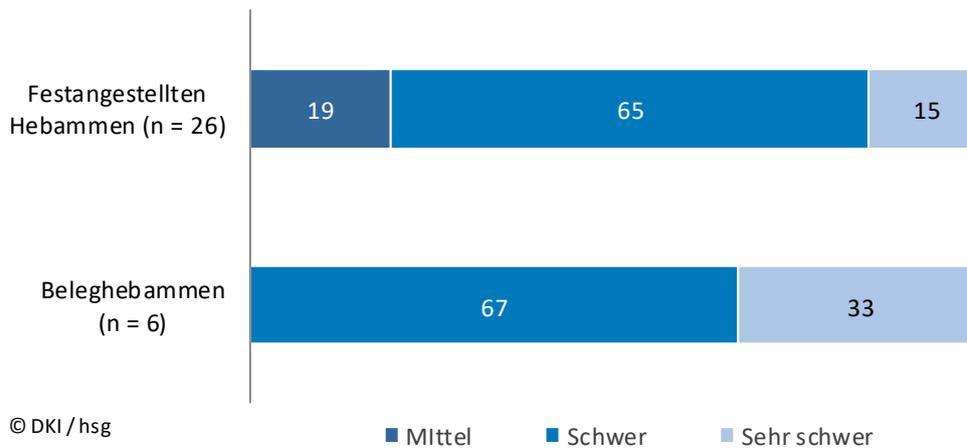


Abb. 87: Nachbesetzung offener Stellen bei den rückmeldenden Krankenhäusern

Als Gründe für das Ausscheiden von Hebammen aus dem Krankenhaus im Jahr 2018 gaben 34 % der rückmeldenden geburtshilflichen Einrichtungen (n=23) oft oder sehr oft die temporäre Aufgabe der Berufstätigkeit an. 24 % der Kliniken erklären manchmal und 4 % sehr oft einen Stellenwechsel in ein anderes Krankenhaus, währenddessen 8 % oft oder sehr oft einen Stellenwechsel in eine freiberufliche Tätigkeit als Grund für das Ausscheiden von Hebammen sahen. Nur 4 % der Kliniken nannten den Renteneintritt oft und 39 % selten als Ursache für den Verlust von Hebammen. Der Wechsel in eine Stelle außerhalb der Hebammentätigkeit (82 %: nie) sowie der Stellenwechsel in ein Geburtshaus (86 %: nie) spielen eine eher untergeordnete Rolle bei dem Ausscheiden von Hebammen. So gut wie keine Bedeutung für den Verlust von Hebammen haben eine dauerhafte Berufsaufgabe vor dem Renteneintritt, Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit sowie krankheitsbedingte Gründe und der Stellenwechsel zu einer Zeitarbeitsfirma. Als sonstige Gründe konnten die Kliniken noch persönliche oder familiäre Gründe (n=4) anführen (Abb. 88).

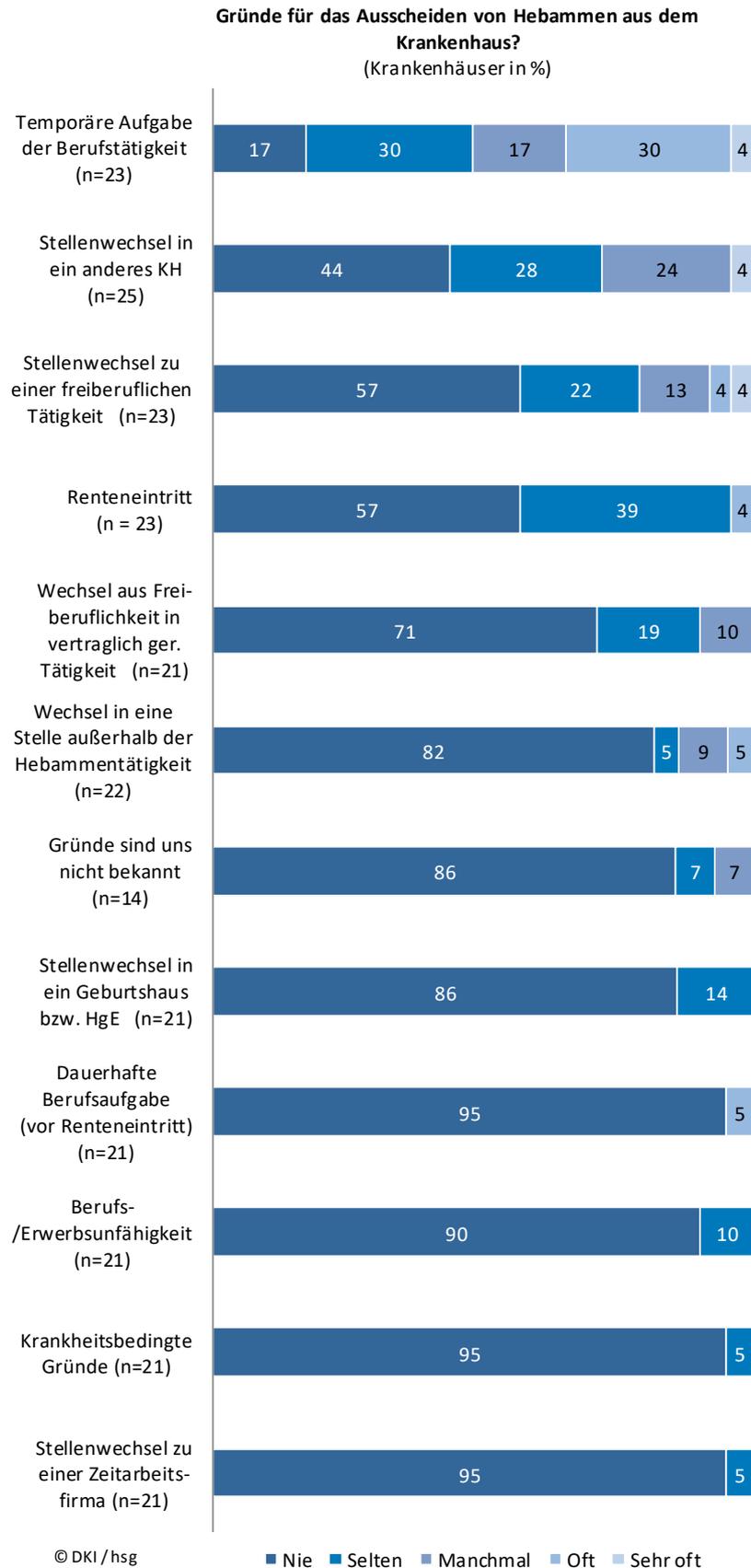


Abb. 88: Gründe für das Ausscheiden von Hebammen aus den rückmeldenden Krankenhäusern

Bei der Einschätzung des zukünftigen Bedarfs (in den nächsten drei Jahren) an festangestellten Hebammen in den Krankenhäusern, sahen 88 % (n=23) der rückmeldenden Kliniken einen Mehrbedarf, 8 % (n=2) keine Bedarfsänderung und nur eine Einrichtung (4 %) einen zukünftigen verminderten Bedarf. Die Verteilung der Häuser mit Mehrbedarf je Versorgungsgebiet kann dem Anhang entnommen werden.

Zusätzlich sehen sechs Teilnehmer einen zukünftigen Mehrbedarf an Beleghebammen, während acht Einrichtungen keine Bedarfsänderung in der Zukunft angeben.

Als Folge planen 68 % (n=19) der rückmeldenden Einrichtungen in den nächsten drei Jahren die Einstellung zusätzlicher festangestellter Hebammen. Diese Einrichtungen (n=14) geben an, im Mittel zusätzlich 2,8 Vollkräfte pro Klinik einstellen zu wollen (Median 2; Minimum 1; Maximum 12). Des Weiteren planen 22 % (n=5) der geburtshilflichen Einrichtungen die Beschäftigung weiterer Beleghebammen im Schichtdienst. Vier Kliniken planen konkret zusätzliche Beleghebammen im 1:1 Begleit-Betreuungsmodell und eine Einrichtung zusätzliche Hebammen über Zeitarbeitsfirmen zu beschäftigen. Jedoch denken auch zwei Krankenhäuser konkret an Stellenabbau bei den festangestellten Hebammen und eine Klinik bei den Beleghebammen.

Aufgrund der angespannten Personallage wurden die teilnehmenden Krankenhäuser gefragt, welche Maßnahmen sie ergreifen, um Hebammen für ihr Haus zu akquirieren oder speziell an ihr Haus zu binden (Abb. 89). 60 % (n=18) der Einrichtungen geben an, zu diesem Zweck den Hebammen besondere Angebote an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zu machen. 53 % (n=16) der rückmeldenden Kliniken verbessern die Arbeitsbedingungen der Hebammen und jede dritte Einrichtung (33 %, n=10) führt flexiblere Arbeitszeiten ein und stellt auf neue Arbeits- und Organisationskonzepte um. Aber auch an die Verbesserung der Personalsituation wird gedacht: So richten 43 % (n=13) der Einrichtungen zusätzliche Stellen für festangestellte Hebammen ein und jede dritte Klinik (33 %, n=10) baut ihre Ausbildungskapazitäten aus. Als weitere bzw. sonstige Maßnahmen zur Akquise oder Bindung von Hebammen berichteten die Krankenhäuser Hilfestellung zu einer besseren Vernetzung und Kommunikation mit dem Ärztlichen Dienst zu geben, den Rufbereitschaftsdienst abzuschaffen und vor allem monetäre Anreize zu bieten, wie beispielsweise die Übernahme der Vermittlungsgebühr ausländischer Hebammen, ein Begrüßungsgeld zu zahlen, Ausgleichszahlungen zu tätigen für den Verdienstausschlag bei Rufbereitschaftsdiensten sowie Zahlungen für hebammenfremde nicht abrechenbare Tätigkeiten zu leisten.



Abb. 89: Maßnahmen zur Akquise und Bindung von Hebammen der rückmeldenden Krankenhäuser

5.2.8 Wirtschaftliche Situation des Krankenhauses

90 % (n=28) der befragten Krankenhäuser sehen den Fortbestand ihrer geburtshilflichen Abteilung auch in nächsten drei Jahren eher positiv, drei Einrichtungen (10 %) eher negativ.

Als maßgebliche Gründe dafür, dass ihr Krankenhaus in drei Jahren ggf. über keine geburtshilfliche Abteilung mehr verfügen wird (Abb. 90), sahen dennoch 53 % der rückmeldenden Einrichtungen die wirtschaftliche Situation der Abteilung (trifft voll und ganz zu und trifft eher zu). Auch fehlendes Personal z. B. fehlende eigene festangestellte Ärzte (43 % trifft voll und ganz zu und trifft eher zu) und fehlende festangestellte Hebammen (28 % trifft voll und ganz zu und trifft eher zu), werden als mögliche Bedrohung für den Fortbestand der Geburtsabteilung gesehen. Gut jede fünfte Klinik (19 % trifft voll und ganz zu und trifft eher zu) macht sich Gedanken über zu hohe Haftungsrisiken und bei 10 % (trifft voll und ganz zu und

trifft eher zu) der Krankenhäuser könnte eine geplante Zusammenlegung der geburtshilflichen Abteilung mit der Geburtshilfe eines anderen Krankenhauses zum Problem werden. Fehlende Belegärzte und fehlende Beleghebammen spielen für den Fortbestand der Geburtsabteilungen eine eher untergeordnete Rolle.

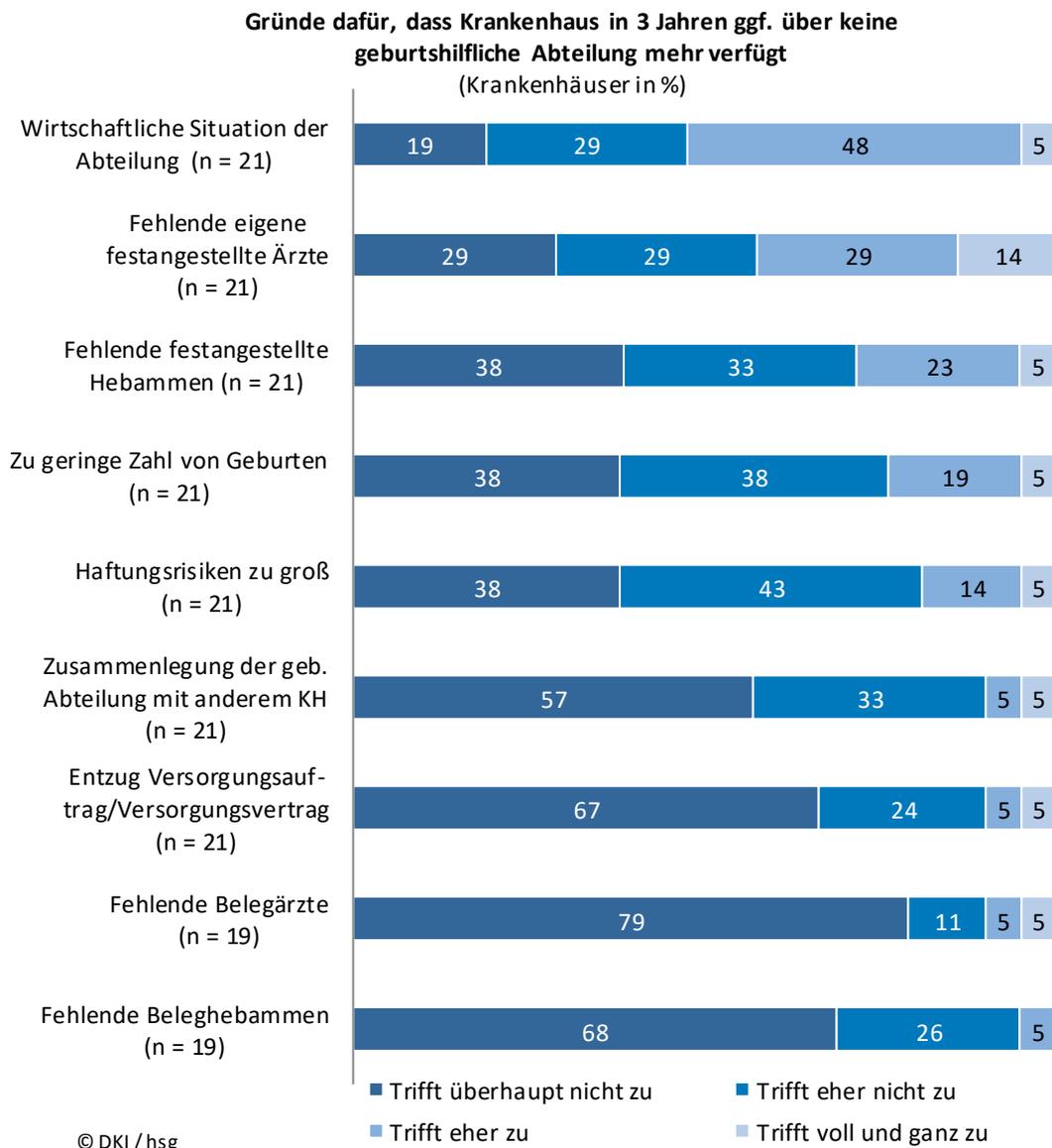


Abb. 90: Gründe dafür, dass die rückmeldenden Krankenhäuser in drei Jahren ggf. über keine geburtshilfliche Abteilung mehr verfügen

Zur Einschätzung der wirtschaftlichen Situation sollten die teilnehmenden Krankenhäuser für das Jahr 2018 Erlöse und Kosten für ihre geburtshilfliche Abteilung in Relation setzen sowie ihre Erwartung für 2019 abschätzen (Abb. 91). Demnach stufen 30 % der Krankenhäuser für das Jahr 2018 ihre Erlöse höher als die Kosten ein, 22 % berichteten ausgeglichene Erlöse und Kosten und 48 % gaben höhere Kosten als Erlöse an. Für das Jahr 2019 wird eine leichte Verschlechterung der Situation erwartet: 54 % der Kliniken gehen hier von höheren Kosten als

Erlösen für ihre Geburtsabteilung aus und nur noch 25 % der Einrichtungen erwarten höhere Erlöse als Kosten.



Abb. 91: Wirtschaftliche Situation der geburtshilflichen Abteilung in den rückmeldenden Krankenhäusern

Zur Vergütungssituation der Hebammen gaben die Krankenhäuser (92 %, n=22) an, dass hauptsächlich nach Tarifvertrag vergütet werde (TVöD: 65 %, AVR: 26 %, DHV und Haustarifvertrag <5%, n=23). Nur zwei Einrichtungen vergüten ohne Tarifvertrag. Neun Teilnehmer zahlen ihren Hebammen darüber hinaus über- oder außertarifliche Zulagen oder Sonderzahlungen.

6 Befragung der Hebammengeleiteten Einrichtungen (HgE)

6.1 Methodisches Vorgehen

6.1.1 Erstellung der Erhebungsunterlagen

Anschreiben

Das Deutsche Krankenhausinstitut hat ein Anschreiben für die Befragung der Hebammengeleiteten Einrichtungen entwickelt und mit dem Auftraggeber abgestimmt. Das begleitende Anschreiben erläuterte, ebenso wie bei der Krankenhausbefragung, die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Befragung, den Zweck der Datenerhebung und -verarbeitung und beschreibt den Umgang mit den Daten gemäß der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG neu bzw. DSAnpUG-EU) sowie die Ergebnisdarstellung, welche keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen, Einrichtungen oder Daten ermöglicht.

Des Weiteren wurde ein Ansprechpartner (E-Mail und Telefon) vom DKI für Rückfragen der Teilnehmer benannt. Bei dieser Befragung wurden keine personenbezogenen Daten erhoben, so dass es keine datenschutzrechtlichen Vorgaben bei der anschließenden Erfassung der Daten in einer Datenbank gibt. Trotzdem hat das DKI die teilnehmenden Einrichtungen nur als pseudonymisierte Kennung erfasst und nicht zusammen mit den Daten gespeichert.

Insgesamt wurden die Geschäftsführungen von acht Hebammengeleiteten Einrichtungen / Geburtshäusern in Hessen mit der Bitte angeschrieben, sich an der Befragung zu beteiligen. Dabei hat die Geschäftsführung von einem Geburtshaus zwei Standorte vertreten, so dass die Grundgesamtheit insgesamt aus neun Standorten bestand. Begleitet wurde das Anschreiben von einem Empfehlungsschreiben samt Bitte um Teilnahme vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration.

Fragebogen

Der Fragebogen wurde federführend vom DKI entwickelt und mit dem HMSI abgestimmt. Im Wesentlichen sind Fragen zu folgenden Aspekten enthalten:

- Strukturdaten der Hebammengeleiteten Einrichtungen/Geburtshäuser
- Anzahl der Geburten im Geburtshaus sowie Anzahl der Hausgeburten
- Anzahl Hebammen pro HgE
- Beschäftigungsform und Qualifikation der Hebammen
- Stellenbesetzung und Prognosen.

Der Fragebogen wurde anschließend einem Pretest unterzogen. Einbezogen in den Pretest wurden Vertreter der Hessischen Krankenhausgesellschaft, des Landesverbandes der Hessischen Hebammen e. V., Mother-Hood Landesgruppe Hessen, der Hessen-Agentur GmbH, AOK Hessen, des Hessischen Städtetages sowie des Hessischen Landkreistages. Rückmeldungen aus dem Pretest wurden in die Endversion des Fragebogens eingearbeitet.

6.1.2 Durchführung der Befragung

Im Vorfeld des Fragebogenversands wurden die Geschäftsführungen bzw. Vertretungen aller Hebammengeleiteten Einrichtungen telefonisch über die bevorstehende Untersuchung informiert und um Teilnahme gebeten. Die Befragungsunterlagen wurden dann, nach Freigabe durch den Auftraggeber, im Januar 2019 versendet mit der Bitte, die ausgefüllten Fragebögen in dem beiliegenden adressierten und frankierten Rückumschlag bis zum 01. März 2019 an das DKI zurückzusenden. Alle Non-Responder wurden zwischen dem 05. und 21. März 2019 erneut telefonisch kontaktiert und noch einmal um Teilnahme gebeten. Sämtliche Fragebögen, die bis zum 15. Mai 2019 eingegangen sind, wurden bei der Auswertung berücksichtigt.

6.1.3 Grundgesamtheit und Rücklauf

In die schriftliche Erhebung wurden alle Hebammengeleiteten Einrichtungen in Hessen einbezogen (Vollerhebung). Insgesamt haben sich sieben der acht angeschriebenen Einrichtungen an der Befragung beteiligt. Es wurde somit eine Rücklaufquote von 87,5 % erreicht.

6.2 Ergebnisse

Aufgrund der geringen Stichprobengröße von insgesamt sieben Einrichtungen wurde bei den meisten Auswertungen auf die Berechnung von Prozentwerten verzichtet. Es werden stattdessen Anzahlen berichtet.

6.2.1 Strukturdaten der HgE

Die Organisations- bzw. Rechtsform der Hebammengeleiteten Einrichtungen wurden von vier HgE als Hebammen in Partnerschaft, davon zwei als Verein (e.V.) angegeben. Des Weiteren wurde eine GbR (Gesellschaft bürgerlichen Rechts), ein Einzelunternehmen sowie ein Einzelunternehmen in einem Kooperationsverband benannt.

In zwei Geburtshäusern wird zudem eine gemeinsame Abrechnung (Poolssystem) der Leistungen durchgeführt, während in vier Einrichtungen jede Hebamme getrennt abrechnet. Ein Geburtshaus hat dazu keine Angaben gemacht.

Alle teilnehmenden HgE verfügen über zwei Geburtsräume und zwischen keinem und sechs (Vor-) Wehenräume (Mittelwert 3).

Durchschnittlich werden in den HgE 9,4 (Median 8) Frauen pro Monat zur Geburtshilfe (Geburtshausgeburtshilfe, Hausgeburtshilfe und Begleit-Beleggeburtshilfe) angenommen.

Insgesamt arbeiten in den Einrichtungen jeweils zwischen zwei und 14 Hebammen (angestellt und freiberuflich) zusammen (Mittelwert 7,1; Median 5). Darunter befindet sich nur eine Einrichtung, die eine Hebamme festangestellt in Teilzeit oder geringfügig beschäftigt.

Die Teilnehmer berichteten für das Jahr 2018 zwischen zwölf und 146 Geburten pro Geburtshaus (Mittelwert 70,5; Median 76; Summe insgesamt 423). Der Prozentsatz der im Geburtshaus begonnenen und vollendeten Geburten betrug dabei 83,2 %

Die Hebammen der befragten HgE haben im Jahr 2018 zudem zwischen drei und 14 Hausgeburten pro Einrichtung (Mittelwert 7; Median 4; Summe insgesamt 42) durchgeführt. Lediglich ein Geburtshaus berichtete, davon eine Geburt begonnen und nicht vollendet zu haben.

6.2.2 Leistungsspektrum

Gefragt nach dem Leistungsangebot nach § 134a SGB V bestätigten alle sieben Einrichtungen, Vorgespräche, Schwangerenvorsorge, Geburtsvorbereitung in der Gruppe, Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder Wehen, Geburtshausgeburtshilfe, Rückbildung in der Gruppe, Hilfe bei Still- und Ernährungsschwierigkeiten des Kindes sowie aufsuchende Wochenbettbetreuung anzubieten (Abb. 92). Sechs Einrichtungen bieten Hausgeburtshilfe und nur zwei eine Begleit-Beleggeburtshilfe an. In drei HgE führen die Hebammen zudem Tätigkeiten als Familienhebamme aus. Dabei haben insgesamt fünf von sieben Einrichtungen angegeben, dass einige Hebammen ein eingeschränktes Leistungsspektrum haben, während zwei Geburtshäuser berichteten, dass sämtliche Hebammen alle angebotenen Leistungsbereiche abdecken.

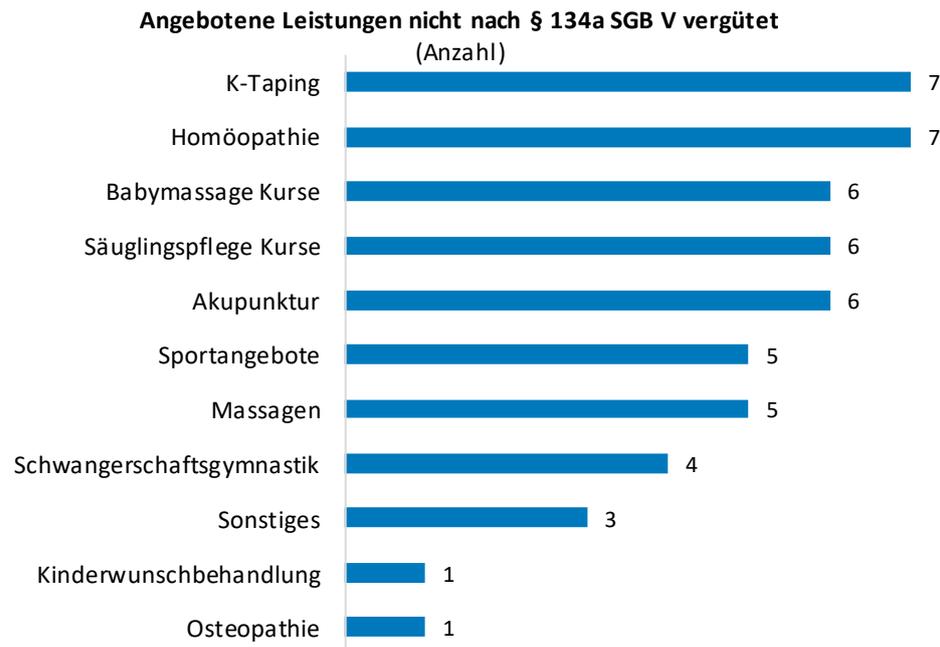
Als zusätzliche Leistungen, die nicht nach § 134a SGB V vergütet werden (z. B. IGe-Leitungen, Selbstzahlerleistungen), geben alle sieben Einrichtungen die Homöopathie und K-Taping an. Sechs Einrichtungen bieten jeweils Babymassage und Säuglingspflege-Kurse sowie Akupunktur an. Schwangerschaftsgymnastik wird in vier HgE veranstaltet und jeweils eine Einrichtung offeriert eine Kinderwunschbehandlung oder Osteopathie. Als sonstige Zusatzleistungen bieten die Einrichtungen z. B. Emotionale Erste Hilfe (EEH) in Gruppen- und Einzelterminen, Beckenboden-Kurse für alle Frauen, Geschwister- und Großelternkurse sowie Akupunktur-Aus- und Weiterbildungen für Hebammen und Geburtshelfer*innen an.

Angebotene Leistungen nach § 134a SGB V
(Anzahl)



© DKI / hsg

Abb. 92: Angebotene Leistungen nach § 134a SGB V



© DKI / hsg

Abb. 93: Angebotene Leistungen, die nicht nach § 134a SGB V vergütet werden (z. B. IGe-Leistungen, Selbstzahlerleistungen)

Sechs von sieben Einrichtungen erklärten, mit anderen Leistungserbringern zu kooperieren, lediglich eine Einrichtung verneinte dies. Hauptsächlich wird mit Kinderärzten bzw. Kinderärztinnen kooperiert (n=6). Jeweils fünf Einrichtungen kooperieren zudem mit Osteopathen bzw. Osteopathinnen, Physiotherapeuten bzw. Physiotherapeutinnen, Frauenärzten bzw. Frauenärztinnen, freiberuflichen Hebammen, Labordiensten sowie verschiedenen Kliniken mit unterschiedlichen Schwerpunkten (Abb. 94). Zusätzlich kooperieren die HgE mit beispielsweise Hebammenschulen, Hochschulen oder Rettungsdiensten.

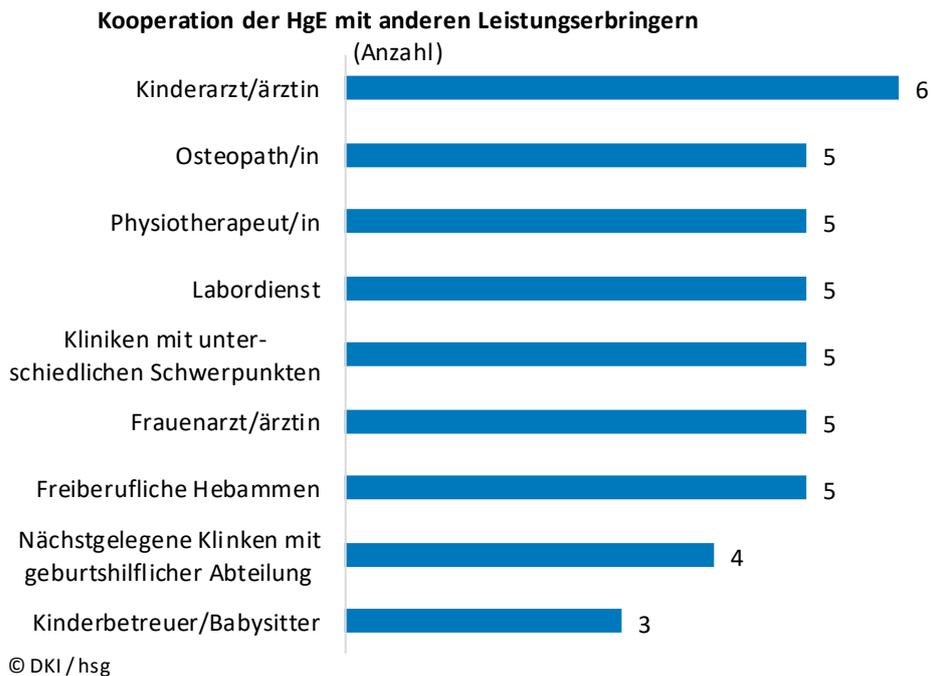


Abb. 94: Regelmäßige Kooperationen der HgE mit anderen Leistungserbringern

6.2.3 Beschäftigungsform der Hebammen

Zu ihren Arbeitsmodellen berichteten vier Einrichtungen eine überwiegende ((fast) alle) Betreuung der Frauen im gesamten Team. Jeweils zwei Einrichtungen bestätigten zudem, dass viele oder (fast) alle Hebammen der HgE eine 1:1-Betreuung jeder Frau durch eine Hebamme sowie durch zwei Hebammen gewährleisten. In jeweils drei Einrichtungen leisten (fast) alle Hebammen zudem eine „Dienstplanbereitschaft“ sowie eine Dauerbereitschaft (Abb. 95).

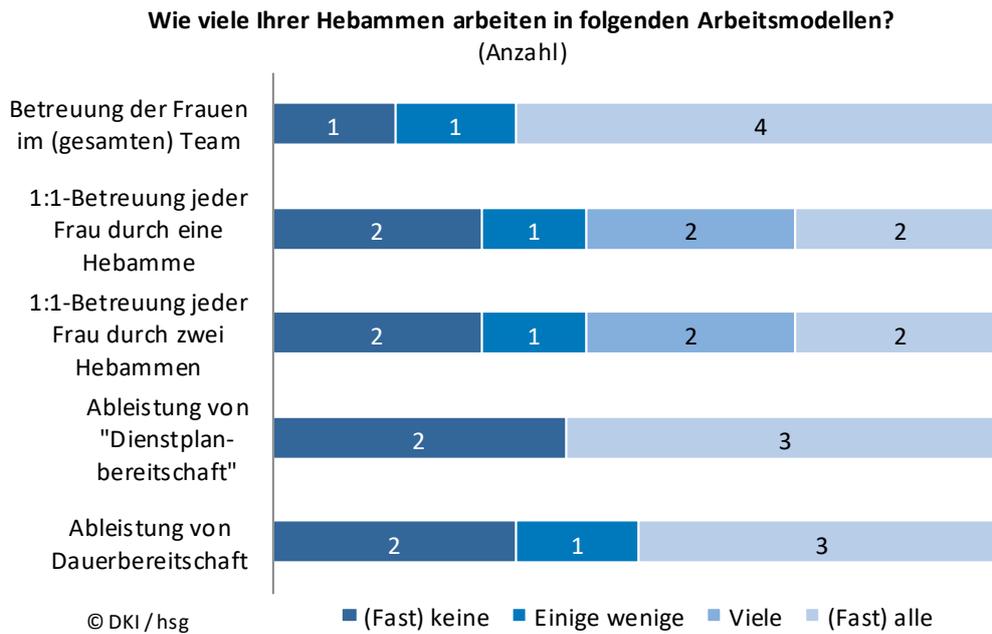


Abb. 95: Arbeitsmodelle der Hebammen in den HgE

6.2.4 Qualifikation der Hebammen

In fünf von sieben Einrichtungen besitzen die dort tätigen Hebammen eine Berufsfachschulausbildung, in zwei dieser Geburtshäuser arbeiten auch Hebammen mit Bachelor- oder Masterstudium. Zwei weitere Geburtshäuser haben keine Angaben zur Qualifikation ihrer Hebammen gemacht.

In fünf HgE haben die Hebammen zusätzlich eine Weiterbildung zur Familienhebamme und in jeweils einer Einrichtung zur Leitenden Hebamme und Praxisanleiterin. Des Weiteren gibt es in einer Einrichtung eine Hebamme mit einer zusätzlichen heilpraktischen Ausbildung.

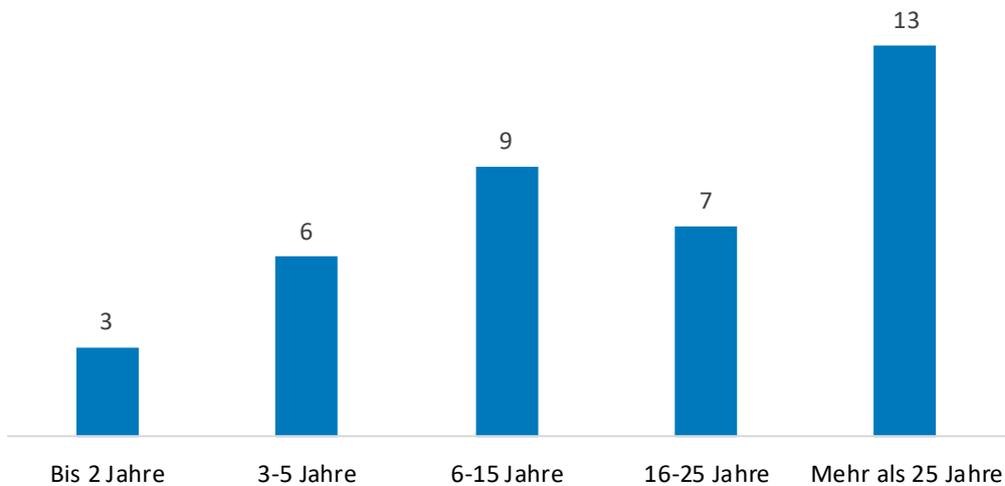
Hebammen nehmen in allen rückmeldenden Hebammengeleiteten Einrichtungen an Fortbildungen, Kongressen und Tagungen z. B. im Rahmen der Fortbildungspflicht der Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBo), somit auch an den obligatorischen Fortbildungen für Arbeitsschutz, Brandschutz und Hygiene teil. In sechs von sieben Einrichtungen besuchen Hebammen regelmäßig Fortbildungen zur Dokumentation und Management, Qualitätsmanagement und Risikomanagement. Berufliche Weiterbildungen besuchen Hebammen von fünf Einrichtungen. Hebammen aus drei HgE studieren in einem Studiengang des Gesundheitswesens (Abb. 96).



Abb. 96: Regelmäßige Fortbildung der Hebammen in den HgE

Ähnlich wie bei den klinisch tätigen Hebammen verfügt die Mehrzahl der freiberuflichen Hebammen der HgE über langjährige Berufserfahrung: Insgesamt meldeten die HgE neun Hebammen mit 6-15 Jahren Berufserfahrung, sieben Hebammen mit 16-25 Jahren und 13 Hebammen mit mehr als 25 Jahren Berufserfahrung. Dagegen bestätigten sie sechs Freiberufliche mit 3-5 Jahren und lediglich drei Hebammen mit unter zwei Jahren Berufserfahrung in ihren Einrichtungen. Eine Einrichtung hat dabei keine Angaben zur Berufserfahrung ihrer Hebammen gemacht (Abb. 97).

Berufserfahrung der Hebammen
(Anzahl Hebammen)

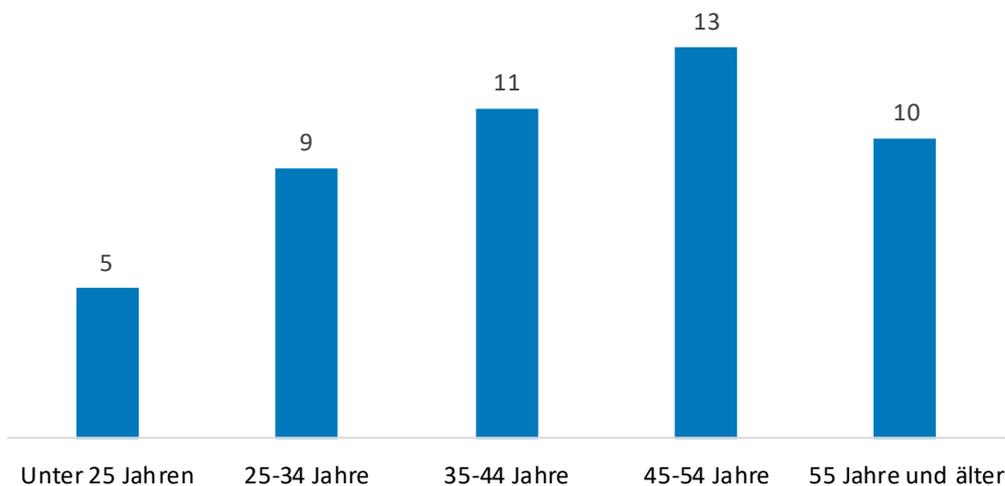


© DKI / hsg

Abb. 97: Berufserfahrung der Hebammen in den HgE

Dementsprechend zeigt sich auch die Altersstruktur der freiberuflichen Hebammen (Abb. 98): Insgesamt elf Hebammen sind 35 – 44 Jahre alt, 13 Hebammen sind 45 – 54 Jahre und zehn Freiberufliche sind 55 Jahre und älter. Nur 14 Hebammen sind unter 34 Jahre alt.

Altersstruktur der Hebammen
(Anzahl Hebammen)



© DKI / hsg

Abb. 98: Altersstruktur der Hebammen in den HgE

Sechs der sieben Geburtshäuser berichteten, sich an der Hebammenausbildung zu beteiligen. Dazu wurden im Jahr 2018 in diesen Einrichtungen 40 WeHen im Externat betreut. Eine

Hebammengeleitete Einrichtung hält zur Ausbildung der WeHen insgesamt zwei Praxisanleiterinnen mit Weiterbildung vor.

Alle sechs ausbildenden Einrichtungen berichten, dass die zur Verfügung stehenden Externatsplätze stets belegt sind. Vier Einrichtungen davon bestätigen zusätzlich, dass keine finanziellen Mittel für die Ausbildung zusätzlicher WeHen vorhanden seien. Eine dieser Einrichtungen hat bereits eine Warteliste für die zur Verfügung stehenden Externatsplätze eingerichtet, da auch keine Kapazität für die Ausbildung zusätzlicher WeHen vorhanden ist.

Vier von sieben HgE betreuen zudem aktuell Hebammen-Studierende. Im Ganzen haben diese Geburtshäuser im Jahr 2018 zehn Studierende ausgebildet.

6.2.5 Stellenbesetzung und Prognosen

Insgesamt sind im Jahr 2018 in allen HgE vier freiberufliche Hebammen (Köpfe) ausgeschieden und vier freiberufliche Hebammen wurden dort neu tätig. Dennoch gleichen sich die Verluste nicht aus: Während ein Geburtshaus, welches eine Hebamme verloren hat, zwei neue Kolleginnen hinzugewinnen konnte, haben zwei Einrichtungen, welche jeweils eine und zwei Stellen verloren haben, keine neuen Hebammen gewinnen können. Zwei weitere Einrichtungen ohne Stellenverluste bei den freiberuflichen Hebammen in 2018 konnten dagegen jeweils eine neue Kollegin anwerben.

Als Gründe für das Ausscheiden von Hebammen aus einer HgE im Jahr 2018 wurden von zwei Einrichtungen die temporäre Aufgabe der Berufstätigkeit, z. B. aufgrund von Elternschaft oder der Pflege von Angehörigen sowie jeweils von einer HgE eine dauerhafte Berufsaufgabe vor Renteneintritt, der Stellenwechsel in ein Krankenhaus, der Stellenwechsel zu einer anderen freiberuflichen Tätigkeit und der Wechsel in eine Stelle außerhalb der Hebammentätigkeit genannt.

Die Besetzung von offenen Stellen in Hebammengeleiteten Einrichtungen ist für die Beteiligten häufig problematisch. Sechs von sieben HgE bestätigen, derzeit offene Stellen für freiberufliche Hebammen zu haben. Im Mittel werden 2,3 (Median 2) freiberufliche Hebammen pro Geburtshaus gesucht. Eine Einrichtung sucht zusätzlich zwei festangestellte Hebammen. Zur Besetzung der freiberuflichen Stellen benötigen die Einrichtungen im Durchschnitt 56 Wochen (Median 52). Für die Besetzung der Stellen festangestellter Hebammen wurden keine Angaben gemacht. Dennoch empfinden die Verantwortlichen das Nachbesetzen von Stellen festangestellter Hebammen als (sehr) schwer (jeweils eine Nennung), genauso wie das Wiederbesetzen von Stellen freiberuflicher Hebammen: schwer (eine Nennung) und sehr schwer (sechs Nennungen).

Die Gründe für die schwierige Stellenbesetzungslage sind laut der Betroffenen vielfältig: So steht an erster Stelle die Versicherungssituation gefolgt von mangelndem Nachwuchs. Die hohen Versicherungsprämien für Hebammen stellen nach wie vor ein Problem dar (n=5), insbesondere, wenn fehlende Möglichkeiten für Prämienstaffelungen oder Komplettprämien für Einrichtungen Teilzeitarbeit und somit Flexibilität des Personals erschweren. Die derzeitige Hebammenausbildung wird zudem z. T. als problematisch angesehen (n=4), da sie die Wehen nicht auf die Realität des Arbeitsalltags vorbereite und die jungen Hebammen häufig mit falschen Erwartungen (z. B. ausgewogene Work-Life-Balance) ihr Berufsleben starten. Es wird eine Verschlimmerung dieser Situation bei zunehmender Akademisierung des Berufs erwartet.

Aber auch bei Hebammen, die bereits im Beruf stehen, sind die langen Arbeitszeiten, geringe Bereitschaft zur Ableistung von Rufbereitschaft und der Wunsch nach geregelter Freizeit zunehmend ein Problem bei der Stellenbesetzung (n=3). Zudem werden diese Ursachen häufig noch begleitet von schlechter Vergütung und der Unsicherheit der Berufssituation als Freiberuflerinnen, da Festanstellungen selten möglich sind (n=3). Trotz allem arbeiten Hebammen mit und unter sehr hoher Verantwortung, was bei den bereits erwähnten Arbeitsbedingungen dann z. T. zur Überbelastung führen kann (n=2).

Weitere Gründe sind die Angst vor zunehmender Bürokratie und Reglementierungen insbesondere in der außerklinischen Geburtshilfe, die das Arbeiten als freiberufliche Hebamme erschweren (n=2) sowie eine allgemein wahrgenommene mangelnde Wertschätzung der außerklinischen Geburtshilfe, z. B. bei Krankenkassen, Politik und der Zusammenarbeit mit Medizinerinnen (n=2).

Ein zukünftiger Mehrbedarf (in den nächsten drei Jahren) an festangestellten Hebammen wird nur von einer Einrichtung gemeldet, die übrigen Geburtshäuser konnten dazu keine Angaben machen. Jedoch sehen vier der sieben Geburtshäuser einen Mehrbedarf in den nächsten drei Jahren an freiberuflichen Hebammen, während eine HgE keinen veränderten Bedarf sieht (zwei Einrichtungen haben keine Angaben gemacht).

Um für ihre Einrichtung Hebammen zu gewinnen oder Hebammen an diese zu binden, bieten fünf Geburtshäuser verbesserte Arbeitsbedingungen und ebenso viele ein besonderes Angebot an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Vier Geburtshäuser haben bereits auf neue Arbeits- und Organisationskonzepte umgestellt und drei Einrichtungen bieten zudem besondere Maßnahmen für Wiedereinsteiger/Rückkehrer an. Als zusätzliche Maßnahmen zur Gewinnung oder Bindung von Hebammen wurden außerdem die direkte Werbung an Schulen und im Internet, eine exzellente Einarbeitung neuer Kolleginnen, die Übernahme von Haftpflichtprämien sowie die Garantie von geregelter Freizeit und Urlaub genannt.

6.2.6 Wirtschaftliche Situation der HgE

Gefragt nach der zukünftigen Situation, gehen alle sieben HgE davon aus, dass ihre Einrichtung auch in drei Jahren noch Bestand haben wird.

Als maßgebliche Gründe dafür, dass ihre HgE in drei Jahren ggf. keinen Bestand mehr haben könnte, geben die Einrichtungen hauptsächlich zu hohe Versicherungskosten (n=4 trifft voll und ganz zu) und zu hohe Haftungsrisiken (n=4 trifft voll und ganz zu) an. Auch ein Mangel an freiberuflichen und festangestellten Hebammen könnte zum Problem werden (n=3 bzw. n=1 trifft voll und ganz zu). Eine zu geringe Zahl von Geburten oder eine zu geringe Inanspruchnahme von sonstigen Hebammenleistungen scheinen für den Fortbestand der HgE keine Rolle zu spielen (Abb. 99).

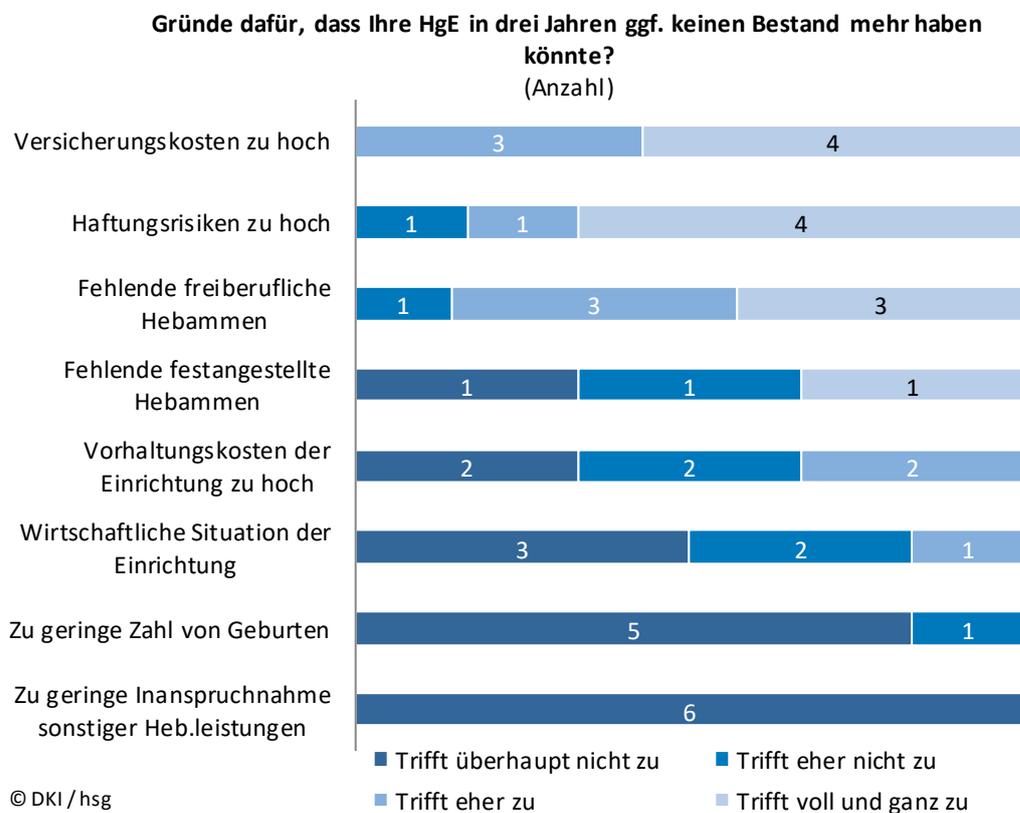


Abb. 99: Gründe dafür, dass die Hebammengeleitete Einrichtung in drei Jahren ggf. keinen Bestand mehr haben könnte

Zur Einschätzung der wirtschaftlichen Situation sollten die Hebammengeleiteten Einrichtungen für das Jahr 2018 Erlöse und Kosten für ihre Einrichtung in Relation setzen sowie ihre Erwartung für 2019 abschätzen (Abb. 100). Demnach stufen drei der sieben HgE für das Jahr 2018 ihre Erlöse höher als die Kosten ein und bei vier Einrichtungen gleichen sich Erlöse und Kosten in etwa aus. Für das Jahr 2019 wird eine leichte Verschlechterung der Situation

erwartet: Nur noch zwei HgE gehen hier von höheren Erlösen als Kosten für ihre Einrichtung aus und fünf Einrichtungen erwarten ein ausgeglichenes Ergebnis.

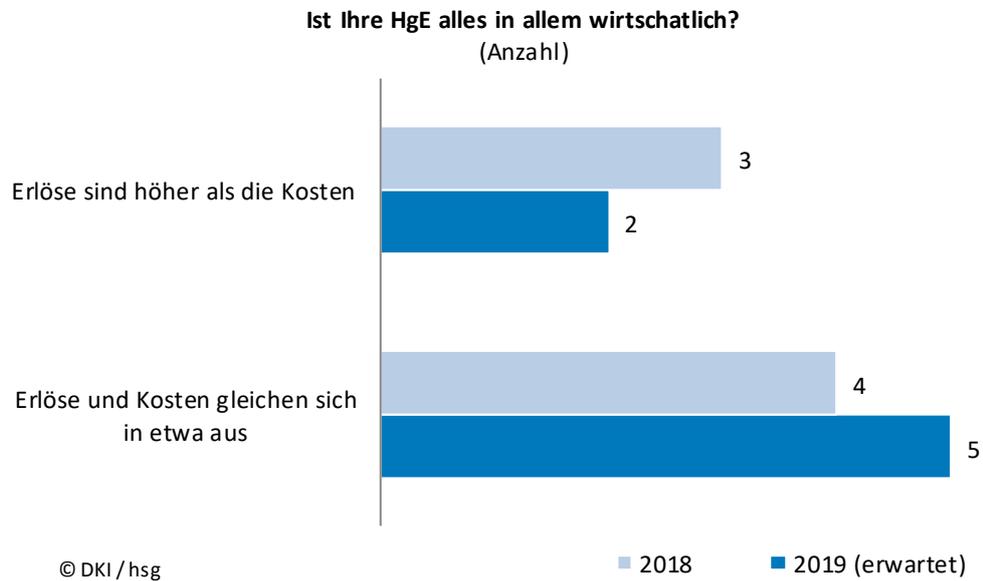


Abb. 100: Wirtschaftliche Situation der HgE

7 Befragung der Ausbildungseinrichtungen

7.1 Methodisches Vorgehen

7.1.1 Fragebogen

Anschreiben

Das Deutsche Krankenhausinstitut hat das Anschreiben für die Befragung der Ausbildungseinrichtungen entwickelt und mit dem Auftraggeber abgestimmt. Das begleitende Anschreiben erläuterte die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Befragung, den Zweck der Datenerhebung und -verarbeitung und beschreibt den Umgang mit den Daten gemäß der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG neu bzw. DSAnpUG-EU) sowie die Ergebnisdarstellung, welche keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen, Einrichtungen oder Daten ermöglicht.

Des Weiteren wurde ein Ansprechpartner (E-Mail und Telefon) vom DKI für Rückfragen der Teilnehmer benannt. Bei dieser Befragung wurden keine personenbezogenen Daten erhoben, so dass es keine datenschutzrechtlichen Vorgaben bei der anschließenden Erfassung der Daten in einer Datenbank gibt. Trotzdem hat das DKI die teilnehmenden Einrichtungen nur als pseudonymisierte Kennung erfasst und nicht zusammen mit den Daten gespeichert.

Die Adressen der Ausbildungseinrichtungen wurden über den Deutschen Hebammenverband ermittelt. Insgesamt gibt es in Hessen fünf Hebammenschulen (Berufsfachschulen in Frankfurt, Gießen, Kassel, Marburg und Wiesbaden). Des Weiteren wurde der Bachelor-Studiengang für Hebammenkunde an der Hochschule Fulda in die Befragung eingeschlossen.

Fragebogen

Grundlage der Befragung der Ausbildungseinrichtungen war ein weitestgehend standardisierter Fragebogen, der federführend vom DKI entwickelt und mit dem HMSI abgestimmt wurde.

Der Fragebogenentwurf wurde einem Pretest unterzogen. Einbezogen in den Pretest waren Vertreter der Hessischen Krankenhausgesellschaft, des Landesverbandes der Hessischen Hebammen e. V., Mother-Hood Landesgruppe Hessen, der Hessen-Agentur GmbH, AOK Hessen, des Hessischen Städtetages, des Hessischen Landkreistages sowie drei Leitungen von geburtshilflichen Einrichtungen oder Abteilungen (zwei Hebammen, ein Mediziner) aus Bonn und Köln. Rückmeldungen aus dem Pretest wurden in die Endversion des Fragebogens eingearbeitet, der im Wesentlichen die folgenden Fragestellungen umfasste:

- Anzahl der vorgehaltenen und besetzten Ausbildungsplätze
- Anzahl der Bewerber und Bewerberinnen
- Anzahl der Abbrecher und Abbrecherinnen
- Anzahl der Lehrkräfte
- Anzahl der kooperierenden Krankenhäuser, HgE und freiberuflichen Hebammen
- Kosten der Ausbildung.

Da die Ausbildungseinrichtungen sowohl Hebammenschulen als auch eine Hochschule umfassten, gab es zwei Fragebogenfassungen mit redaktionellen Unterschieden je nach Schulart (z. B. Ausbildungsplätze versus Studienplätze). Ansonsten waren die beiden Fassungen weitgehend inhaltsgleich. Einige Fragen wurden ausschließlich den Hebammenschulen bzw. der Hochschule gestellt. So wurden etwa die Ausbildungskosten nur bei den Hebammenschulen erhoben.

7.1.2 Durchführung der Befragung

Die Befragungsunterlagen wurden nach Freigabe durch den Auftraggeber an die Schulleitungen der Hebammenschulen bzw. die Studiendekanin für Hebammenkunde der beteiligten Hochschule verschickt. Die Befragung fand in zwei Tranchen, Erstbefragung und Nachfassaktion bei den Non-Respondern, von Ende März bis Mitte Mai 2019 statt.

Für die Auswertung werden die Ergebnisse von Hebammenschulen und Hochschule bei inhaltsgleichen Fragen zusammengefasst. Fragen, die sich nur an die Hebammenschulen richteten, werden gleichfalls aggregiert ausgewertet. Von einer separaten Auswertung ausschließlich der Ergebnisse für die teilnehmende Hochschule wird aus Vertraulichkeitsgründen abgesehen.

7.1.3 Grundgesamtheit und Rücklauf

Grundgesamtheit der Befragung der Ausbildungseinrichtungen bildeten die fünf hessischen Hebammenschulen (Berufsfachschulen) in Frankfurt, Gießen, Kassel, Marburg und Wiesbaden sowie der Bachelor-Studiengang für Hebammenkunde an der Hochschule Fulda (duales Studium).

Die Befragung war als Vollerhebung bei allen Ausbildungseinrichtungen angelegt. Alle angeschriebenen sechs Ausbildungseinrichtungen in Hessen haben teilgenommen (Rücklaufquote: 100 %).

7.2 Ergebnisse

7.2.1 Vorgehaltene und besetzte Ausbildungs- und Studienplätze

Für den Zeitraum 2014-2018 sollten die Ausbildungseinrichtungen die Anzahl der vorgehaltenen und besetzten Ausbildungs- bzw. Studienplätze ausweisen. Allerdings lagen nur für das Jahr 2018 Zahlen von allen sechs Ausbildungseinrichtungen vor, für die Vorjahre hingegen nur von fünf Einrichtungen. Für Zeitreihen finden daher aus Gründen der Vergleichbarkeit nur diese fünf Einrichtungen Berücksichtigung.

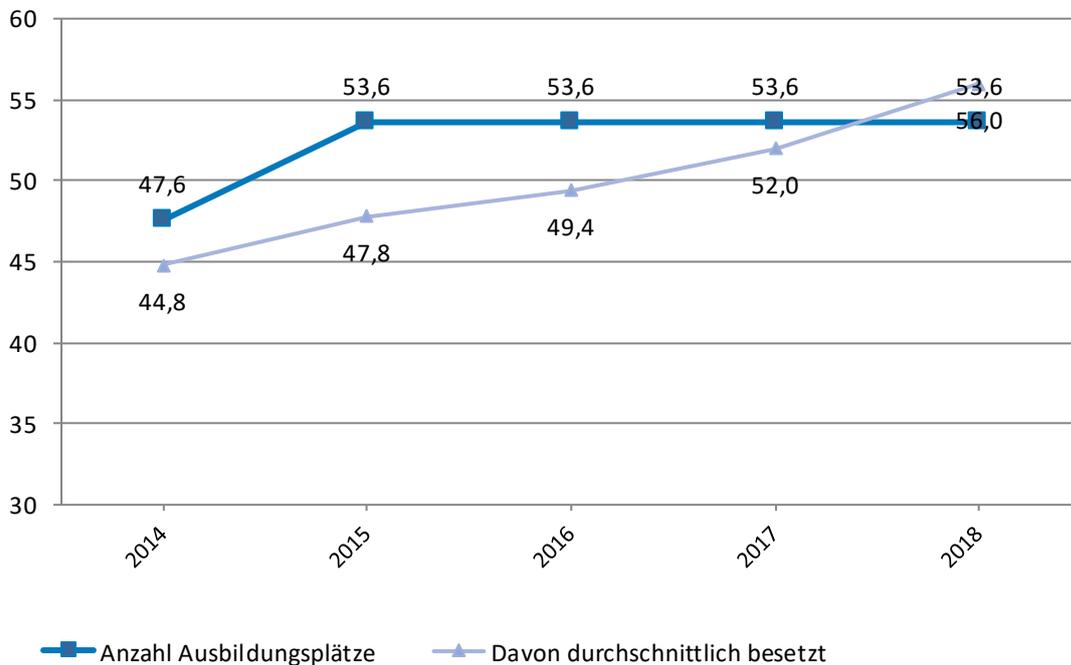
2018 hielten die sechs Ausbildungseinrichtungen in Hessen, laut Selbstauskunft, insgesamt 340 Ausbildungs- bzw. Studienplätze vor. Bei 343 besetzten Plätzen gab es in der Summe faktisch eine Vollausslastung der Ausbildungseinrichtungen. Die Anzahl der vorgehaltenen Plätze variiert zwischen 18 und 120 Plätzen. Der Median der Verteilungen liegt bei 55 Plätzen. Der Mittelwert fällt etwas höher aus (Tab. 14).

Tab. 14: Ausbildungs- und Studienplätze für WeHen 2018 (n = 6)

Kennwerte	Ausbildungsplätze 2018
Mittelwert	56,7
Median	55
Minimum	18
Maximum	120
Summe	340
Davon besetzt	343

Abb. 101 zeigt die Entwicklung der vorgehaltenen und besetzten Ausbildungs- und Studienplätze der letzten fünf Jahre für die fünf Ausbildungseinrichtungen mit entsprechenden Angaben (Mittelwerte). Demnach ist die Anzahl der besetzten Plätze kontinuierlich von knapp 45 Plätzen in 2014 auf 56 Plätze in 2018 gestiegen (+ 25 %). Die Anzahl der vorgehaltenen Plätze ist seit 2015 mit rund 54 Plätzen konstant geblieben.

Ausbildungsplätze für WeHen je Ausbildungseinrichtung 2014–2018

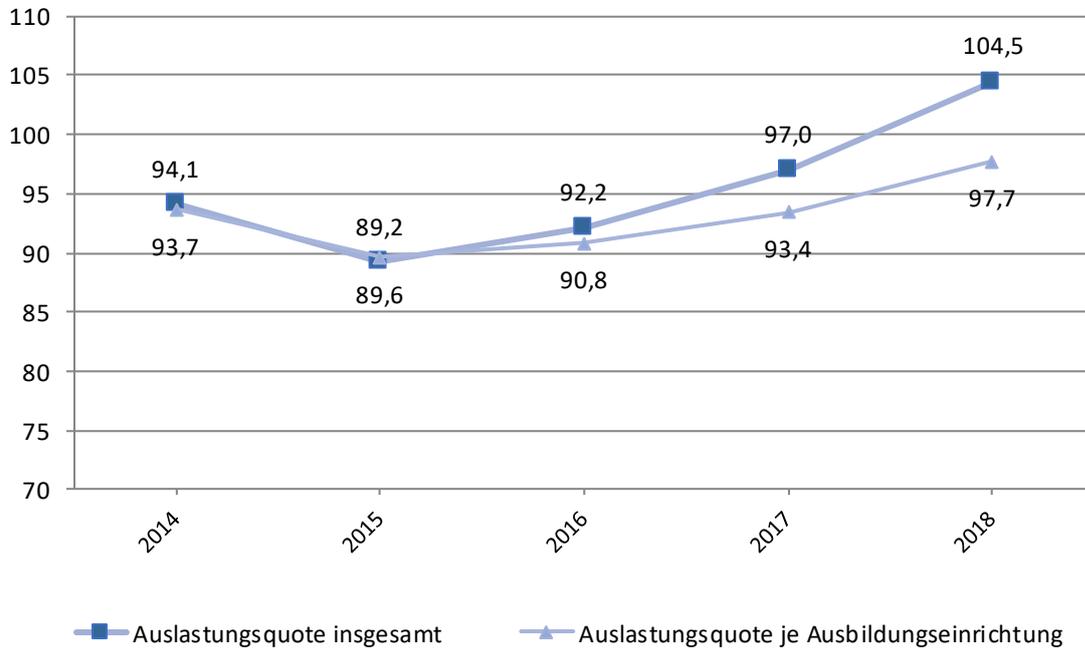


© DKI / hsg

Abb. 101: Ausbildungsplätze für WeHen je Ausbildungseinrichtung 2014 – 2018 (n = 5)

Die Entwicklung der Auslastung dieser fünf Ausbildungseinrichtungen, also des prozentualen Verhältnisses von besetzten zu vorgehaltenen Ausbildungs- und Studienplätzen, kann Abb. 102 entnommen werden. Dabei wird zwischen der Auslastung über alle Ausbildungseinrichtungen insgesamt (= Summenverhältnis von besetzten zu vorgehaltenen Plätzen aller Ausbildungseinrichtungen) und der durchschnittlichen Auslastung je Ausbildungseinrichtung unterschieden (= Mittelwert der prozentualen Auslastung je Ausbildungseinrichtung unabhängig von der jeweiligen Anzahl der Schüler). Die Entwicklung beider Auslastungsquoten ist ähnlich. Nach einem Rückgang in den ersten Jahren des Betrachtungszeitraums sind sie in den letzten Jahren wieder angestiegen und nähern sich bzw. übersteigen die (kalkulatorische) Vollaustung. Die „Überauslastung“ 2018 von fast 105 % bei der Auslastung insgesamt ist dabei ausschließlich auf eine Einrichtung zurückzuführen.

Auslastung der Ausbildungseinrichtungen 2014 – 2018

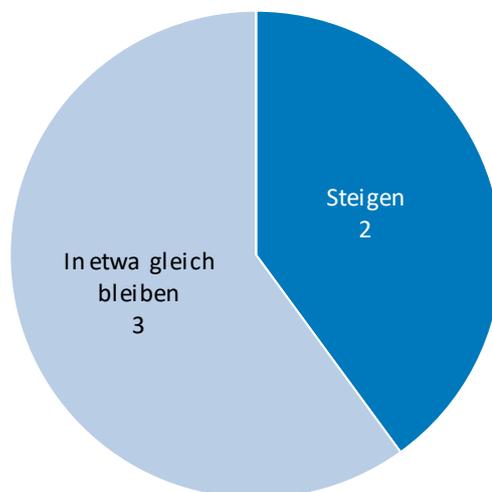


© DKI / hsg

Abb. 102: Auslastung der Ausbildungseinrichtungen 2014-2018 (n = 5)

Für die nächsten fünf Jahre erwarten die befragten Ausbildungseinrichtungen tendenziell eine Zunahme ihrer Ausbildungsplätze (Abb. 103).

Erwartete Entwicklung der Ausbildungsplätze bis 2023
(Hebammenschulen in n)



© DKI / hsg

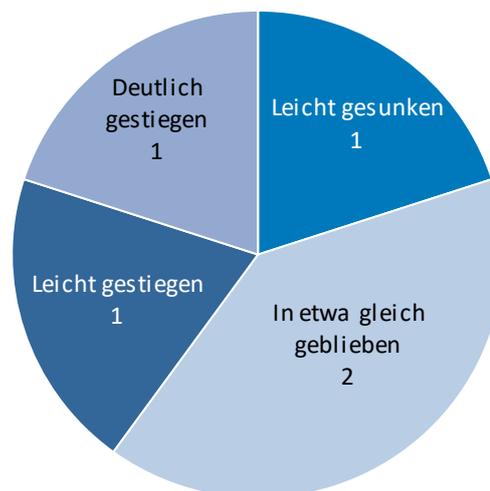
Abb. 103: Erwartete Entwicklung der Ausbildungsplätze bis 2023 (n = 5)

7.2.2 Abbruch der Ausbildung

Von den sechs befragten Ausbildungseinrichtungen führten fünf Einrichtungen an, dass im Jahr 2018 werdende Hebammen die Ausbildung vorzeitig, d. h. ohne Abschluss abgebrochen haben. Im Mittel haben dort drei werdende Hebammen die Ausbildung vorzeitig beendet. Bezogen auf die Gesamtzahl der besetzten Ausbildungsplätze in den jeweiligen Einrichtungen entspricht das einer durchschnittlichen Abbrecherquote von 6,4 %.

Tendenziell haben die Abbrecherquoten nach Einschätzung der Befragten in den letzten fünf Jahren zugenommen (Abb. 104).

WeHen mit Ausbildungsabbruch in den letzten 5 Jahren
(Hebammenschulen in n)



© DKI / hsg

Abb. 104: WeHen mit Ausbildungsabbruch in den letzten 5 Jahren (n = 5)

Gefragt nach den Gründen für den Ausbildungsabbruch führten die Befragungsteilnehmer im Rahmen einer offenen Frage vor allem eine fachliche Überforderung der werdenden Hebammen an.

7.2.3 Werdende Hebammen mit Abitur

Zum Anteil der werdenden Hebammen mit Abitur oder Fachhochschulreife haben nur zwei Hebammenschulen Angaben gemacht. Von den werdenden Hebammen, die im Jahr 2018 die Ausbildung begonnen haben, hatten dort rund 66 % das Abitur oder die Fachhochschulreife.

Nach Einschätzung von vier der fünf Hebammenschulen ist der Anteil der werdenden Hebammen mit entsprechenden Schulabschlüssen in den letzten fünf Jahren weitgehend konstant geblieben.

7.2.4 Bewerbungen für die Hebammenausbildung

Vier von fünf Hebammenschulen haben für das Jahr 2018 Angaben zu ihren Bewerberzahlen gemacht.¹⁸ Demnach hatten die Schulen in diesem Jahr im Mittel (Median) 285 Bewerbungen.

Setzt man diese Bewerbungen zur Anzahl der verfügbaren Ausbildungsplätze für das erste Ausbildungsjahr in Beziehung, erhält man die Bewerberzahl je Ausbildungsplatz. Die Anzahl der entsprechenden Ausbildungsplätze wurde in der Schulbefragung nicht direkt erfragt. Deswegen wurde vereinfacht unterstellt, dass sich die vorgehaltenen Ausbildungsplätze insgesamt gleichmäßig auf die drei Ausbildungsjahre verteilen und somit ein Drittel der Ausbildungsplätze auf das erste Ausbildungsjahr entfällt. Demzufolge würden auf einen Ausbildungsplatz für einen neuen Kurs im Mittel (Median) 14 Bewerber kommen.¹⁹

7.2.5 Kooperationspartner

Im Rahmen der praktischen Ausbildung kooperieren die Ausbildungseinrichtungen mit klinischen und außerklinischen Partnern. Deren Anzahl sollten die Befragten angeben (Tab. 15).

Tab. 15: Kooperationspartner der Ausbildungseinrichtungen (n = 6)

Kennwerte	Anzahl kooperierender Krankenhäuser	Anzahl kooperierender freiberuflicher Hebammen
Mittelwert	6,2	20,2
Median	3	24
Minimum	1	0
Maximum	20	30
Summe	37	101

¹⁸ Für die ebenfalls erhobenen Bewerberzahlen für die Jahre 2014-2017 waren die Angaben zu lückenhaft, so dass für die Entwicklung der Bewerberzahlen keine Zeitreihen gebildet werden konnten.

¹⁹ Da sich eine Reihe von Bewerbern mutmaßlich bei mehreren Schulen bewirbt, dürften diese Mehrfachbewerbungen jedoch zu einer Überschätzung der Bewerberzahlen je Ausbildungsplatz beitragen.

Demnach kooperieren die Ausbildungseinrichtungen im Mittel mit 6,2 (Mittelwert) bzw. 3 Krankenhäusern (Median). Die Anzahl der kooperierenden Krankenhäuser variiert zwischen einem und 20 Häusern. Jeweils drei Einrichtungen gaben an, dass die Anzahl der kooperierenden Krankenhäuser in den letzten fünf Jahren gestiegen oder konstant geblieben sei. Für die nächsten fünf Jahre erwarten die Befragten tendenziell keine Veränderungen bei der Anzahl der Kooperationskrankenhäuser.

Die Anzahl der freiberuflichen Hebammen, mit denen die Ausbildungseinrichtungen kooperieren, liegt bei abermals großer Streuung bei rund 20 Hebammen. Nur eine Ausbildungseinrichtung führte eine Kooperation mit insgesamt drei Hebammengeleiteten Einrichtungen an.

Die Hebammenschulen sollten sich überdies zur Kooperation mit Hochschulen äußern. Vier von fünf Schulen haben entsprechende Kooperationen. Die vorherrschende Kooperationsform ist demnach ein ausbildungsbegleitendes bzw. duales Studium.

7.2.6 Ausbildungskosten der Hebammenschulen

Speziell die Hebammenschulen sollten ihre Ausbildungskosten quantifizieren. Diese waren definiert als Summe der Kosten für den theoretischen und praktischen Unterricht sowie der Sach-, Verwaltungs- und Gemeinkosten. Im Mittel lagen die Ausbildungskosten 2017 bei 521,6 Tsd. Euro (Mittelwert) bzw. 439,5 Tsd. Euro je Schule (Median).

Tab. 16: Ausbildungskosten der Hebammenschulen (n = 4)

Kennwerte	Kosten der Hebammenschulen 2017 (in Tsd.)	Kosten je Ausbildungsplatz 2017 (in Tsd.)
Mittelwert	521,6	16,7
Median	439,5	16,7

Allerdings sind die Absolutkosten der Schulen, für sich betrachtet, wenig aussagekräftig, weil sie von der Größe der Schulen abhängen. Deswegen wurden die Kosten auf die Zahl der vorgehaltenen Ausbildungsplätze je Schule standardisiert (Tab. 16). Danach lagen die Kosten im Jahr 2017 im Mittel (Mittel- und Medianwert) bei 16,7 Tsd. Euro je Ausbildungsplatz. Die standardisierten Kosten variierten zwischen 13,0 Tsd. Euro (Minimalwert) und 20,6 Tsd. Euro (Maximalwert).

7.2.7 Personal der Hebammenschulen

Beim Personal der Hebammenschulen ist zwischen fest angestellten und nicht fest angestellten Lehrkräften sowie sonstigen Beschäftigten zu unterscheiden (Tab. 17).

Tab. 17: Personal an Hebammenschulen 2018 (n = 5)

Personal	Median
Fest angestellte Lehrkräfte in Köpfen	4
Davon: in Teilzeit tätige Lehrkräfte in Köpfen	3
Sonstige festangestellte Beschäftigte	1
Nicht fest angestellte Lehrkräfte in Köpfen	18
Davon: Klinisch tätige Ärzte und Ärztinnen in Köpfen	3
Davon: Hebammen in Köpfen	3

Im Mittel (Median) hatten die Hebammenschulen zum Stichtag 31.12.2018 vier fest angestellte Lehrkräfte, davon drei in Teilzeit tätige Lehrkräfte, sowie einen sonstigen fest angestellten Beschäftigten.

Bei der Mehrzahl der Lehrkräfte an Hebammenschulen handelt es sich freie Lehrpersonen (Honorarkräfte o. ä.). Zum Jahresende 2018 waren es im Mittel 18 nicht fest angestellte Lehrkräfte, darunter im Mittel je drei Hebammen und klinisch tätige Ärzte (jeweils Medianwerte).

8 Befragung der Werdenden Hebammen (WeHen)

8.1 Methodisches Vorgehen

8.1.1 Erstellung der Erhebungsunterlagen

Anschreiben

Die hsg Bochum und das DKI haben das Anschreiben für die Befragung der Werdenden Hebammen entwickelt und mit dem Auftraggeber abgestimmt. Das begleitende Anschreiben erläutert die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Befragung, den Zweck der Datenerhebung und -verarbeitung und beschreibt den Umgang mit den Daten gemäß der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG neu bzw. DSAnpUG-EU) sowie die Ergebnisdarstellung, welche keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen, Einrichtungen oder Daten ermöglicht.

Zusätzlich wurde ein Empfehlungsschreiben des Auftraggebers mit Bitte um Teilnahme an der Befragung beigelegt.

Des Weiteren wurde eine Ansprechpartnerin (E-Mail und Telefon) der hsg Bochum für Rückfragen der Teilnehmerinnen benannt.

Bei dieser Befragung wurden personenbezogene Daten erhoben, so dass es datenschutzrechtliche Vorgaben bei der anschließenden Erfassung der Daten in einer Datenbank gibt. Für den Zweck regionalisierter Auswertungen wurde abgefragt, in welchem Landkreis bzw. in welcher kreisfreien Stadt die Werdenden Hebammen klinisch und/oder außerklinisch nach ihrer Berufszulassung tätig werden wollen. Ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der hsg Bochum liegt vor. Zudem wurde ein positives Votum durch den Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit eingeholt.

Fragebogen

Der Fragebogen wurde federführend von der hsg Bochum explorativ entwickelt und mit dem Auftraggeber abgestimmt. Das Erhebungsinstrument wurde so gestaltet, dass die Teilnehmerinnen durch Filterfunktionen auf die für sie zutreffenden Fragenmodule weitergeleitet wurden.

Themen der Befragung der Werdenden Hebammen waren:

- Geplantes Tätigkeitsprofil (Arbeitsort, Art und Umfang der Berufsausübung, angestellt, freiberuflich, Mischung aus beidem)
- Ort der Berufsausübung (Bundesland, geplanter Arbeitsort)

- Zufriedenheit mit der Berufswahl.

Der Fragebogen wurde einem Pretest mit zwölf WeHen unterzogen. Rückmeldungen der Teilnehmerinnen aus dem Pretest wurden in die Endversion des Fragebogens eingearbeitet.

8.1.2 Durchführung der Befragung

Die Befragungsunterlagen wurden nach Freigabe der Erhebungsunterlagen durch den Auftraggeber am 30.04.2019 versendet. Angeschrieben wurden die Leitungen der Hebammenschulen bzw. die Leitung des Studiengangs Hebammenkunde an der Hochschule Fulda mit der Bitte, den Fragebogen bzw. den Link zur Onlinebefragung an die Werdenden Hebammen weiterzuleiten.

Der ausgefüllte Fragebogen sollte in dem beiliegenden adressierten und frankierten Rückumschlag innerhalb der nächsten zwei bis drei Wochen an die hsg Bochum zurückgesendet werden. Falls die angesprochenen WeHen die Online-Version des Fragebogens wählten, wurden sie gebeten, dies zeitnah zu tun.

Es erfolgten Erinnerungen zur Teilnahme, die durch die Schulleitungen an die WeHen weitergeleitet wurden.

8.1.3 Grundgesamtheit, Stichprobe und Rücklauf

Grundgesamtheit der WeHen-Befragung bildeten alle Werdenden Hebammen, die sich zum Erhebungszeitpunkt im dritten Ausbildungsjahr an einer hessischen Hebammenschule (Berufsfachschule) oder im 6. bzw. 8. Semester des Studiengangs Hebammenkunde an der Hochschule Fulda befanden und mindestens 18 Jahre alt waren. Gemäß diesen Einschlusskriterien konnten die Hochschule Fulda und drei der fünf hessischen Hebammenschulen in die Stichprobenziehung einbezogen werden. Zwei weitere Hebammenschulen verfügten nicht über einen Kurs im dritten Ausbildungsjahr.

Insgesamt haben die teilnehmenden Ausbildungseinrichtungen die Befragungsunterlagen an 86 WeHen im 3. Ausbildungsjahr bzw. im 6. oder 8. Semester weitergeleitet. Davon haben 56 WeHen den Fragebogen beantwortet. Das entspricht einem Rücklauf von 65 %. 29 Fragebögen wurden online beantwortet, 27 in Papierform.

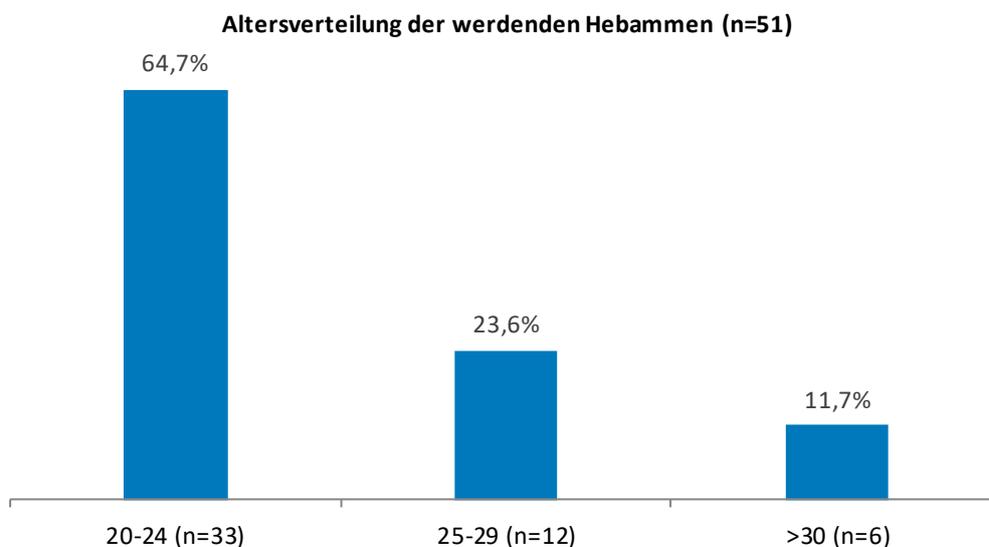
Sämtliche Fragebögen, die bis zum 28.06.2019 eingegangen sind, wurden bei der Auswertung berücksichtigt.

8.2 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung, beginnend mit der Stichprobenbeschreibung, dargestellt. Es konnten 56 Fragebögen berücksichtigt werden.

8.2.1 Beschreibung der Stichprobe

Die teilnehmenden werdenden Hebammen haben im Mittel ein Alter von 25 Jahren ($SD \pm 5,2$; Median 23) (siehe Abb. 105).



© DKI / hsg

Abb. 105: Altersverteilung der werdenden Hebammen (n=51)

Qualifikation

Insgesamt 80 % (n=45) angehende Hebammen der Stichprobe verfügen über eine Allgemeine Hochschulreife bzw. Fachhochschulreife. 18 % (n=10) verfügen über einen Realschulabschluss oder einen gleichwertigen Abschluss (gültige n=55).

Insgesamt haben bereits 25 % (n=14) der Teilnehmerinnen eine andere Ausbildung oder ein Studium erfolgreich absolviert.

Ausbildungsform

57 % (n=32) der Befragten befinden sich derzeit in einer Ausbildung an einer Berufsfachschule bzw. in einer Hebammenschule. 32 % (n=18) studieren primärqualifizierend an einer Hochschule und 11 % (n=6) verfolgen ein duales Studium (Berufsfachschule / Hebammenschule und Hochschule) (siehe Abb. 106).

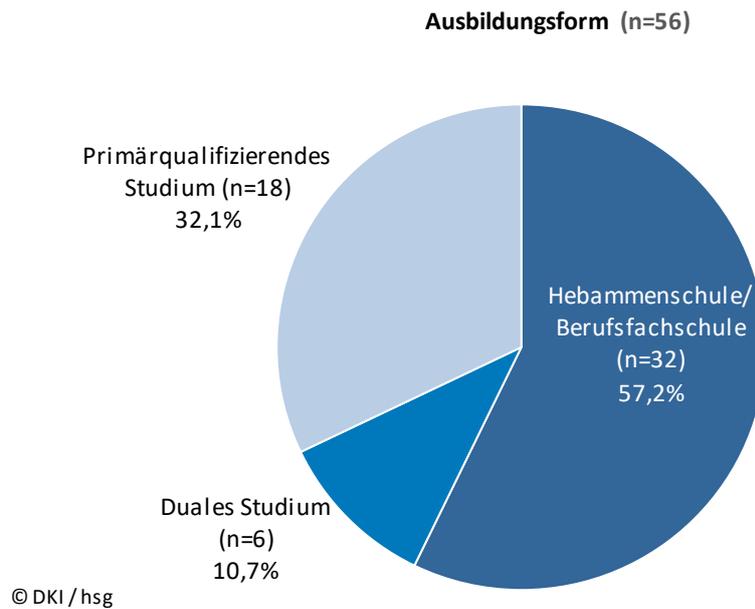


Abb. 106: Ausbildungsform (n=56)

Externat / außerklinische Studienphase

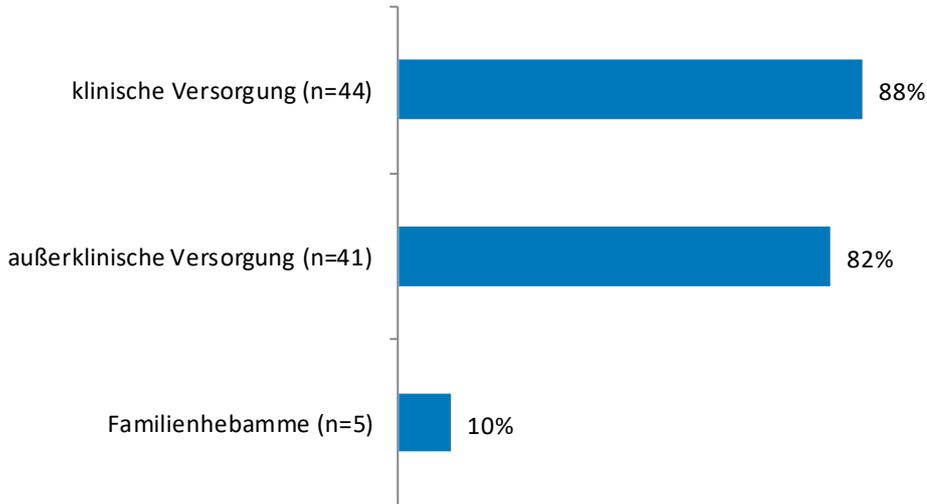
Alle befragten werdenden Hebammen haben im Rahmen der Ausbildung bzw. des Studiums ein Externat/einen außerklinischen Praxiseinsatz absolviert. Dieser war durchschnittlich neun Wochen lang ($SD \pm 2,0$), mit einem Minimum von vier und einem Maximum von zwölf Wochen. 89 % (n=50) hatten die Möglichkeit, im Rahmen des Externats / der außerklinischen Studienphase in der außerklinischen Geburtshilfe zu hospitieren.

8.2.2 Geplante Tätigkeiten im ersten Berufsjahr

95 % der Teilnehmerinnen (n=53) planen, im ersten Berufsjahr in der direkten Versorgung von Frauen und deren Familien tätig zu werden. Drei Befragte planen keine Tätigkeit in der direkten Versorgung.

88 % (n=44) planen, im ersten Berufsjahr im klinischen Setting Krankenhaus, 82 % (n=41) in der außerklinischen Versorgung von Frauen und ihren Familien und 10 % (n=5) als Familienhebamme tätig zu werden (siehe Abb. 107; gültige n=53).

**Geplante Tätigkeitsfelder in der direkten Versorgung im ersten Berufsjahr
(n=53; Mehrfachnennungen)**



© DKI / hsg

Abb. 107: Geplante Tätigkeitsfelder in der direkten Versorgung im ersten Berufsjahr (n=53)

In einem anderen hebammenrelevanten Bereich wollen, zusätzlich neben der Tätigkeit in der direkten Versorgung, 24 % (n=13) der werdenden Hebammen tätig werden. Vorstellbar sind eine Tätigkeit in einer Hebammenschule, in einer Hochschule, in Form von Fort- und Weiterbildungsangeboten und in der Berufspolitik. Darüber hinaus planen vier werdende Hebammen, nach dem Erhalt der Berufszulassung (auch) in einem nicht hebammenrelevanten Beruf tätig zu werden (gültige n=53).

Zehn Teilnehmerinnen geben an, nach Beendigung der Ausbildung ein Bachelorstudium aufnehmen zu wollen. Fünf Befragte möchten einen Masterstudiengang beginnen. Hiervon planen 14 ein Studium, welches im hebammenrelevanten Kontext steht.

Klinische Tätigkeit in der direkten Versorgung (n=44)

66 % (n=29) der WeHen streben eine Anstellung im klinischen Setting an. 11 % (n=5) wollen freiberuflich als Dienst-Beleghebamme und zwei angestellt durch eine externe Firma als „Honorarhebamme“ tätig werden. 18 % (n=8) wissen noch nicht, in welchem Arbeitsverhältnis sie im Krankenhaus tätig werden wollen.

43 % (n=19) planen, ihre Tätigkeit in einem hessischen Krankenhaus aufzunehmen. 46 % (n=20) planen, außerhalb von Hessen in einer Klinik tätig zu werden, und 11 % (n=5) sind sich in ihrer Wahl derzeit noch unsicher. Es werden zur Aufnahme der klinischen Tätigkeit eher größere Städte und (Hoch)-Schulstandorte präferiert.

Klinisches Setting

77 % (n=34) der werdenden Hebammen wollen im ersten Berufsjahr hauptsächlich im Kreißaal tätig werden. 23 % (n=10) bevorzugen ein Rotationssystem zwischen Kreißaal und Wochenbettstation. Ausschließlich auf der Wochenbettstation oder in einer gynäkologischen Ambulanz kann sich keine der Befragten vorstellen zu arbeiten (gültige n=44).

Wichtige Merkmale des zukünftigen Arbeitsplatzes

80 % (n=35) der Befragten ist ein der Arbeitsbelastung angemessener Personalschlüssel bei der Wahl des zukünftigen klinischen Arbeitsplatzes wichtig. 75 % (n=33) berücksichtigen die Nähe zum eigenen Wohnort. 59 % (n=26) wünschen sich als Berufsanfängerinnen die freie Wahlmöglichkeit des Stellenumfangs und 57 % (n=25) ist die Möglichkeit von Weiterqualifizierungsangeboten wichtig (siehe Abb. 108; gültige n=44).

45 % (n=20) der werdenden Hebammen, die im Krankenhaus ihre Arbeit aufnehmen wollen, ziehen es in Erwägung, in einer ihrer Ausbildungseinrichtungen tätig zu werden.

Durchschnittlich planen die werdenden Hebammen voraussichtlich 32 Stunden (SD $\pm 7,0$; Median 35) wöchentlich im klinischen Setting zu arbeiten. 45 % (n=20) streben eine Teilzeittätigkeit (< 35h/Woche) an und 40 % (n=18) wollen in Vollzeit tätig werden. 15 % (n=6) wissen noch nicht, in welchem Stundenumfang sie tätig werden wollen.

Als Gründe für eine Teilzeittätigkeit in der Klinik benennen 15 WeHen, dass diese eine Tätigkeit als außerklinische Hebamme nebenher aufnehmen wollen. Sechs planen, sich im Rahmen von Weiterbildungen oder Studium weiter zu qualifizieren. Sieben geben an, dass die Arbeit als Hebamme sehr fordernd sein bzw. eine ausgeglichene Work-Life-Balance bevorzugt wird. Als weitere Gründe werden die Aufnahme einer Tätigkeit in einem anderen hebammenrelevanten Bereich (n=4) und familiäre Verpflichtungen (n=1) genannt.

Merkmale, die bei der Wahl des zukünftigen klinischen Arbeitsplatzes als wichtig erachtet werden (n=44; Mehrfachnennungen)

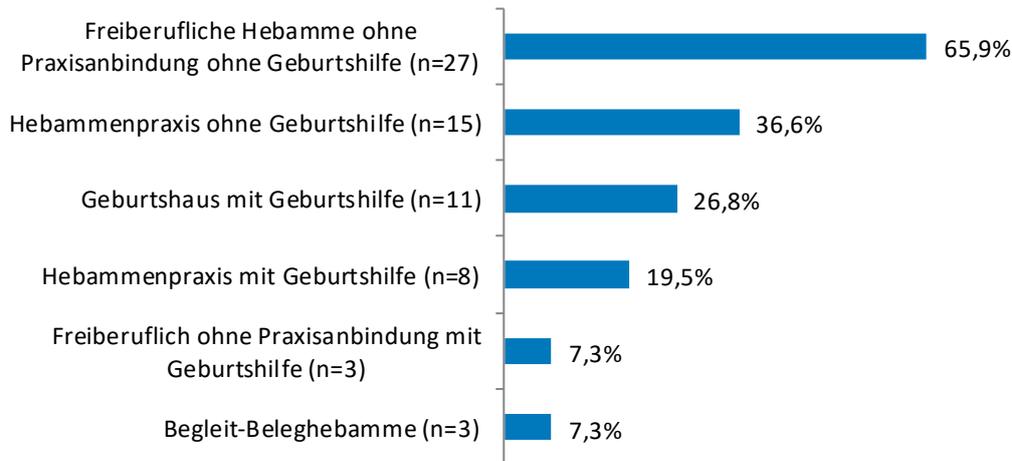


Abb. 108: Merkmale, die bei der Wahl des zukünftigen klinischen Arbeitsplatzes als wichtig erachtet werden (n=44; Mehrfachnennungen)

Freiberufliche Tätigkeit in der direkten Versorgung (n=41)

82 % (n=41) der Befragten planen eine Tätigkeit in der Freiberuflichkeit. Am häufigsten können sich die werdenden Hebammen vorstellen, als freiberufliche Hebamme ohne Praxisanbindung und ohne Geburtshilfe (n=27; 66 %) tätig zu werden (siehe Abb. 109; gültige n=41). Als Organisationsform wünschen sich 33 % (n=13) der Teilnehmerinnen, alleine in der Freiberuflichkeit tätig zu werden, 23 % (n=9) planen eine kooperierende Tätigkeit mit einer weiteren Kollegin und 44 % (n=17) wünschen sich die Tätigkeit in einem Team von mindestens zwei weiteren Kolleginnen (gültige n=39).

**Tätigkeitsbereiche in der außerklinischen Versorgung
(n=41; Mehrfachnennungen)**



© DKI / hsg

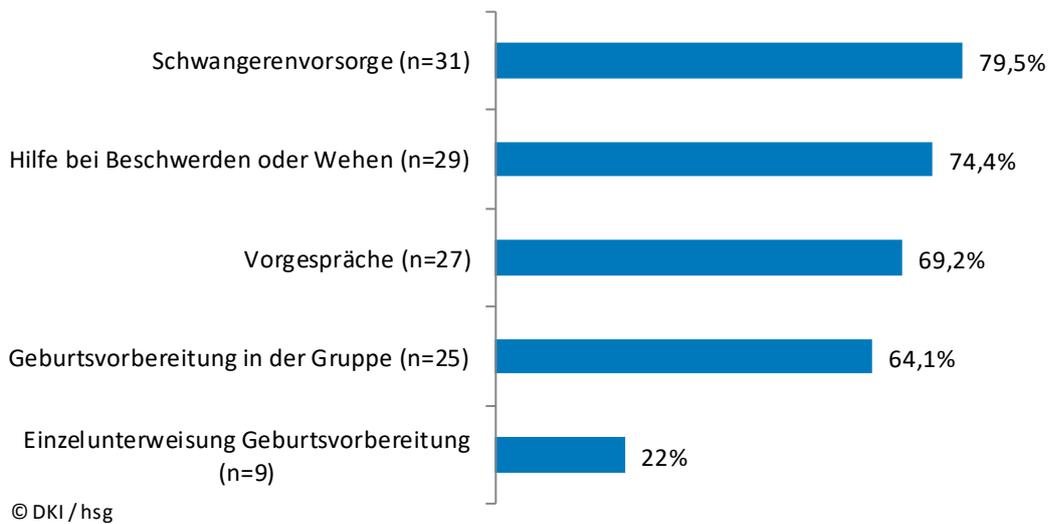
**Abb. 109: Tätigkeitsbereiche in der außerklinischen Versorgung
(n=41; Mehrfachnennungen)**

Im Durchschnitt planen die Befragten 24 Stunden pro Woche (SD $\pm 11,7$; Median 23 Stunden) in der außerklinischen Versorgung tätig zu werden. 32 % (n=13) wissen zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht, in welchem Umfang sie tätig werden wollen.

Geplantes Versorgungsangebot nach §134a SGBV

Als geplantes Tätigkeitsangebot zur Versorgung während der Schwangerschaft planen 80 % (n=31) der werdenden Hebammen *Schwangerenvorsorge* und 74 % (n=29) die Leistung *Hilfe bei Beschwerden oder Wehen* anzubieten. Darüber hinaus können sich 64 % (n= 25) vorstellen, Geburtsvorbereitungskurse in ihr Leistungsportfolio aufzunehmen (siehe Abb. 110; gültige n=39).

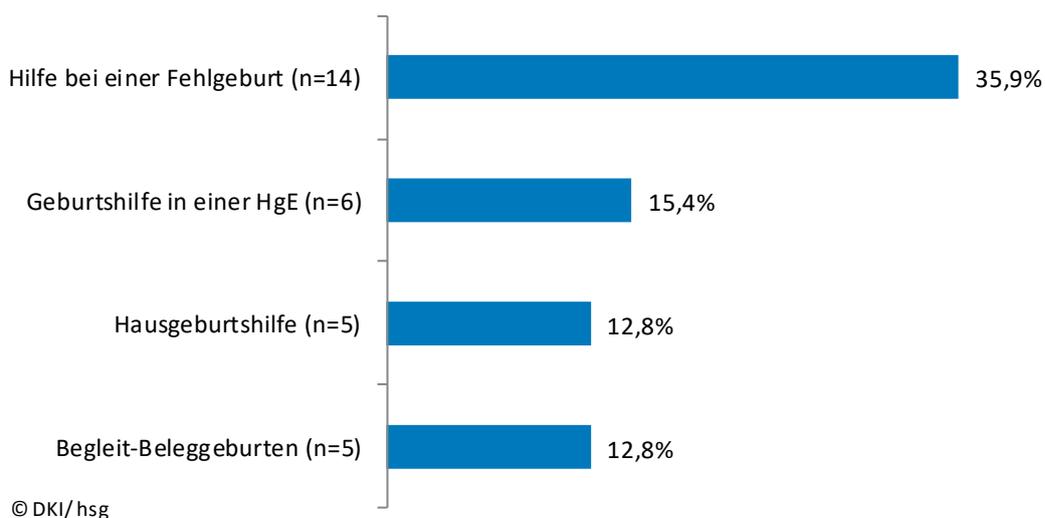
**Geplantes Angebot von Hebammenleistungen in der Schwangerschaft
(n=39; Mehrfachnennungen möglich)**



**Abb. 110: Geplantes Angebot von Hebammenleistungen in der Schwangerschaft
(n=39; Mehrfachnennungen)**

Im Rahmen von Leistungen zur Versorgung während der Geburt können sich 36 % (n=14) der angehenden Hebammen die Betreuung bei einer Fehlgeburt vorstellen. Darüber hinaus wollen 15 % (n= 6) geburtshilfliche Betreuung in einer hebammengeleiteten Einrichtung und 13 % (n=5) Begleit-Beleggeburten anbieten (siehe Abb. 111; gültige n=39).

**Geplantes Angebot von Hebammenleistungen in der Geburtshilfe
(n=39; Mehrfachnennungen)**



**Abb. 111: Geplantes Angebot von Hebammenleistungen zur Geburtshilfe
(n=39; Mehrfachnennungen)**

Die Mehrheit der werdenden Hebammen (n=33; 85 %) gibt an, dass sie aufsuchende Wochenbettbetreuung und 54 % (n=21) Rückbildungskurse anbieten wollen (siehe Abb. 112; gültige n=39).

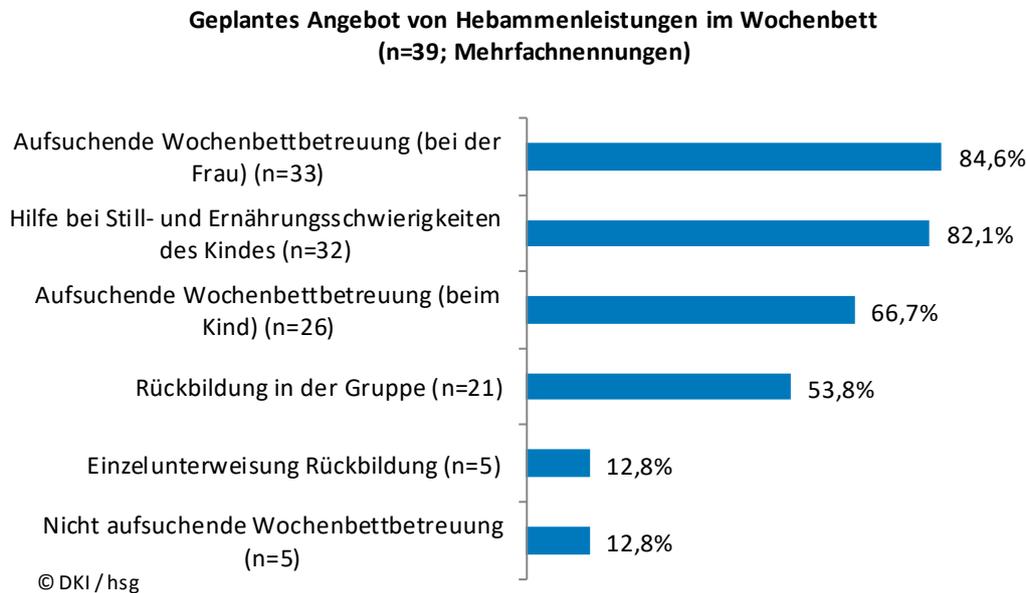


Abb. 112: Geplantes Angebot von Hebammenleistungen im Wochenbett (n=39; Mehrfachnennungen)

Telemedizin

61 % (n=25) der Teilnehmerinnen können es sich vorstellen, wenn die betreute Frau dazu bereit ist, Telemedizin in der Versorgung zu nutzen. Zwei WeHen sind in jedem Falle dazu bereit, Telemedizin anzuwenden und 34 % (n=14) können es sich nicht vorstellen. Als mögliches Kommunikationsmedium können sich 59 % (n=16) vorstellen, Video-Live-Chats, 44 % (n=12) Chats und 93 % (n=25) das Telefon zu nutzen.

Tätigkeit in Hessen

54 % (n=22) planen, als freiberufliche Hebamme in Hessen tätig zu werden. 39 % (n=16) planen eine Tätigkeit in einem anderen Bundesland und drei wissen es noch nicht. Es werden zur Aufnahme der außerklinischen Tätigkeit eher größere Städte und Schulstandorte präferiert.

Tätigkeit als Familienhebamme

8,9 % der befragten werdenden Hebammen (n=5) planen, im ersten Berufsjahr (auch) als Familienhebamme tätig zu werden. Dabei sind die Befragten noch unsicher, in welcher Form

sie eine Tätigkeit als Familienhebamme planen (angestellt oder freiberuflich per Vertrag) und in welchem Stundenumfang pro Woche eine Tätigkeit vorstellbar ist.

8.2.3 Zufriedenheit und geplante zukünftige Berufsausübung

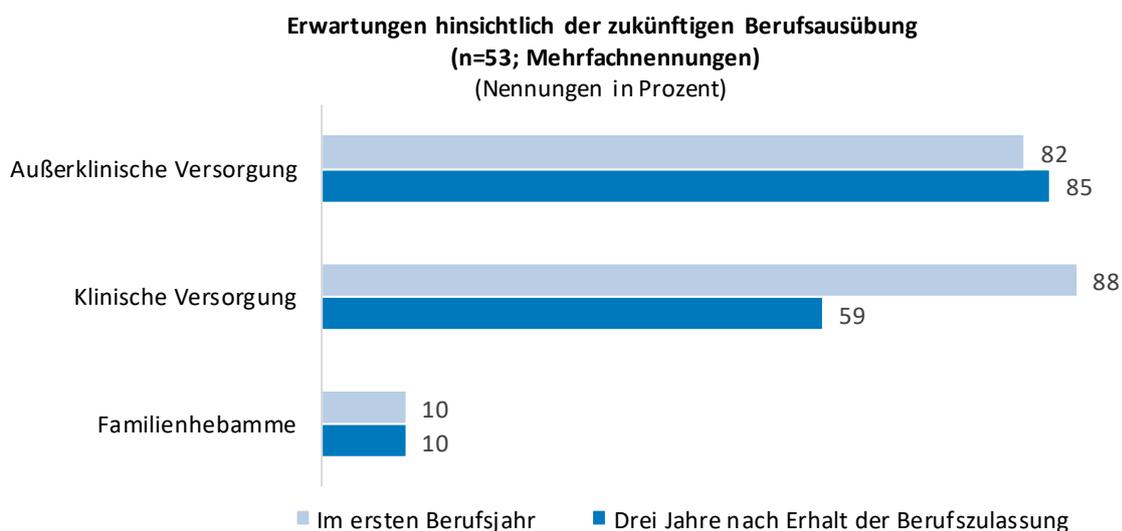
Die Stichprobe der werdenden Hebammen wurde analog zur Hebammenbefragung ebenfalls zur Zufriedenheit mit der Berufswahl und zur geplanten zukünftigen Berufsausübung befragt.

Erwartungen der zukünftigen Berufsausübung (drei Jahre nach Erhalt der Berufszulassung)

59 % (n=31) der werdenden Hebammen planen, drei Jahre nach Erhalt der Berufszulassung im Krankenhaus angestellt tätig zu sein. Im ersten Berufsjahr planen dies 88 % (n=46). Somit planen 29 % (n=15) die klinische Versorgung wieder zu verlassen (siehe Abb. 113; gültige n=53).

85 % (n=45) der werdenden Hebammen planen, drei Jahre nach Erhalt der Berufszulassung in der außerklinischen Versorgung tätig zu werden. Im ersten Berufsjahr planen 82 % (n=44) in der außerklinischen Versorgung tätig zu werden (siehe Abb. 113).

9 % (n=5) planen eine andere hebammenrelevante Tätigkeit, welche nicht in der direkten Versorgung von Frauen und ihren Familien steht, und drei WeHen planen, einen anderen Beruf im nicht hebammenrelevanten Kontext zu ergreifen.

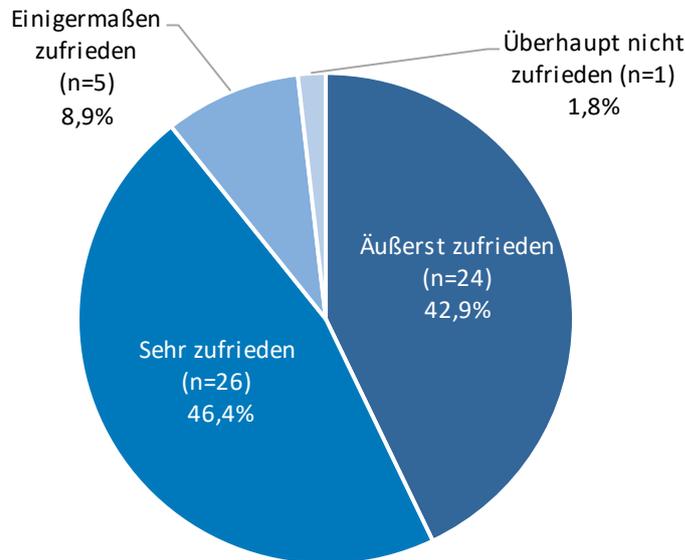


© DKI / hsg

Abb. 113: Erwartungen hinsichtlich der zukünftigen Berufsausübung (Mehrfachnennungen) Zufriedenheit Berufswahl

89 % (n=50) der werdenden Hebammen sind äußerst bis sehr zufrieden mit der getroffenen Berufswahl, Hebamme zu werden. 11 % (n=6) sind einigermaßen bis überhaupt nicht zufrieden (siehe Abb. 114; gültige n=56).

Zufriedenheit im Hinblick der getroffenen Berufswahl Hebamme (n=56)



© DKI / hsg

Abb. 114: Zufriedenheit im Hinblick der getroffenen Berufswahl Hebamme (n=56)

Anmerkungen der werdenden Hebammen

Darüber hinaus wurden die befragten werdenden Hebammen dazu aufgefordert im Rahmen einer offenen Fragestellung Anmerkungen zu hinterlassen. Dies haben sieben der werdenden Hebammen (12,5 %) genutzt. Hierbei konnten die Faktoren finanzielle Ressourcen und persönliche Entfaltung als Kategorien dargestellt werden:

Finanzielle Ressourcen

Hierbei wurde eine angemessene Bezahlung entsprechend der Arbeitsbelastung gewünscht. Darüber hinaus wurde angemerkt, dass es durch das primärqualifizierende Studium nur begrenzte Möglichkeiten gibt, einen Gründungszuschuss zu erhalten, so dass der Start in die freiberufliche Hebammentätigkeit erschwert wird.

Persönliche Entfaltung

Außerdem wurde von den werdenden Hebammen benannt, dass diese sich nach der Hebammenausbildung weiterentwickeln wollen, etwa durch ein Studium im Bereich der Hebammenwissenschaft oder der Medizin.

9 Bedarfsanalysen

9.1 Methodisches Vorgehen

Die entscheidenden Determinanten für den Bedarf an Hebammenleistungen sind zum einen die Geburtenentwicklung bzw. die Entwicklung der Anzahl der Gebärenden, zum anderen der aktuelle und künftige Bedarf an Hebammenleistungen je Schwangere bzw. Mutter. Der Bedarf an Hebammenleistungen je Schwangere bzw. Mutter kann entweder auf Basis der aktuellen Versorgung (Status-quo-Szenario) oder eines alternativen Bedarfs taxiert werden (Bedarfs-Szenario). Die entsprechenden Ergebnisse bilden den unteren und oberen Korridor für den künftigen Bedarf an Hebammenleistungen in Hessen.

9.1.1 Prognose der Geburten

Die Geburtenentwicklung bzw. die Entwicklung der Anzahl der Lebendgeborenen in Hessen können anhand der amtlichen Bevölkerungsstatistik ermittelt werden. Grundlage der Prognosen der Geburten bilden die „Ergebnisse der Bevölkerungsvorausschätzung für Hessen und seine Regionen als Grundlagen der Landesentwicklungsplanung - Projektion bis zum Jahr 2035 und Trendfortschreibung bis 2050“ (Hessen Agentur, 2019).

Basisjahr der Berechnungen ist das Jahr 2018. Prognosejahr für den künftigen Hebammenbedarf in Hessen ist absprachegemäß das Jahr 2030. Dementsprechend bilden die prognostizierten Geburtenzahlen für dieses Jahr die demografische Bezugsgröße der Bedarfsschätzungen.

Maßgebliche Einflussfaktoren der Geburtenzahlen sind die Geburtenziffer je Frau sowie die Bevölkerungsentwicklung bei den Frauen in den mittleren Alterskohorten, vor allem zwischen 20 und 40 Jahren. Die Prognose geht von der Annahme aus, dass die Geburtenziffer von 1,6 Kinder je Frau im Jahr 2018 bis zum Jahr 2025 auf 1,5 Kinder je Frau zurückgeht und danach konstant bei diesem Wert bleibt.²⁰ Die relativ konstante Geburtenziffer je Frau geht einher mit einer schrumpfenden Bevölkerung bei Frauen in den mittleren Alterskohorten, die maßgeblich die Geburtenentwicklung bestimmt (vgl. Kap. 9.2.1).

9.1.2 Status-quo-Szenario

Im Status-quo-Szenario wird der Prognose des Hebammenbedarfs die künftige Geburtenentwicklung und die aktuelle Struktur der Hebammenversorgung in Hessen zugrunde gelegt. Dabei werden zwei Varianten unterschieden: zum einen das aktuelle Verhältnis von

²⁰ Die Geburtenziffer gibt an, wie viele Kinder eine Frau im Laufe ihres Lebens bekommen würde, wenn ihr Geburtenverhalten so wäre wie das aller Frauen zwischen 15 und 49 Jahren im jeweils betrachteten Jahr.

Hebammen zu Geburten / Gebärenden in Hessen, zum anderen die absolute Anzahl an Hebammen in Hessen derzeit.

Für den Bedarf an Hebammen im Prognosezeitraum werden die Verhältniszahl bzw. die Absolutzahl an Hebammen zu den prognostizierten Geburtenzahlen für Hessen gemäß Bevölkerungsvorausberechnung in Beziehung gesetzt. Der künftige Bedarf an Hebammen nach dem Status-quo-Szenario kann dann der aktuellen Versorgung mit Hebammen gegenübergestellt werden. Das Status-quo-Szenario simuliert somit, inwieweit sich der künftige Bedarf an Hebammen in Hessen allein aufgrund demografischer Effekte (Entwicklung der Geburtenzahlen) verändern wird.

Referenzgröße für die Geburtenentwicklung ist die prognostizierte Anzahl der Lebendgeborenen in Hessen nach Wohnort der Mutter im Jahr 2030. Eine Inanspruchnahme von Hebammenleistungen seitens dieser Mütter außerhalb von Hessen findet hier mangels entsprechender Datengrundlage ausdrücklich keine Berücksichtigung. Das Gleiche gilt für die Inanspruchnahme hiesiger Hebammen durch Mütter mit Wohnorten außerhalb Hessens. Mit Blick auf entsprechende Wanderungen von Müttern über die Landesgrenze hinweg wird also vereinfacht ein ausgeglichener Wanderungssaldo unterstellt.

9.1.3 Bedarfs-Szenario für Schwangerschaft und Wochenbett

Im Bedarfs-Szenario fließen, im Unterschied zum Status-quo-Szenario, Änderungen des Bedarfs von Schwangeren bzw. Müttern in die Prognose von Hebammenleistungen ein. Dabei wird zwischen der Betreuung während der Geburt auf der einen Seite und der Betreuung während Schwangerschaft und Wochenbett auf der anderen Seite unterschieden.

Der Bedarf an Hebammenleistungen während der Schwangerschaft und im Wochenbett wurde in Abstimmung mit dem Auftraggeber auf Basis einer wahrgenommenen Unter- oder Überversorgung aus Sicht der betroffenen Mütter bestimmt. Eine Unter- oder Überversorgung lässt sich an der Anzahl bzw. den Anteilen der Mütter messen, die bei vor- und nachgeburtlichen Hebammenleistungen mehr oder weniger Kontakte mit ihren Hebammen oder bei fehlenden Kontakten überhaupt einen Kontakt gewünscht hätten. Entsprechende Schätzwerte wurden über die Mütterbefragung ermittelt. Konkret wurden die Mütter nach der tatsächlichen Anzahl der individuellen Hebammentermine während Schwangerschaft und Wochenbett sowie der gewünschten Termine befragt. Per Saldo kann somit der zusätzliche (oder ggf. auch reduzierte) Zeitbedarf für vor- und nachgeburtliche Hebammenleistungen geschätzt und in einen kalkulatorischen Hebammenbedarf um- bzw. hochgerechnet werden.

Für den entsprechenden Zeitbedarf der Hebammen wurde eine Dauer von 30 min pro individuellen Termin unterstellt. Dieser Werte entspricht der mittleren Dauer der individuellen Hebammentermine während Schwangerschaft und Wochenbett gemäß Mütterbefragung (Medianwerte, vgl. Kap. 4.2.3).²¹ Hinzu kommt der Zusatzaufwand der Hebammen für Administration und Dokumentation pro Termin, der nach Rücksprache mit Expertinnen auf 15 min angesetzt wurde, sowie 6 h reine Fahrzeiten für aufsuchende Tätigkeiten pro Hebamme und Woche (Median gemäß Hebammenbefragung, vgl. Kap. 3.3.2). Für die Umrechnung der resultierenden Stundenwerte in den Bedarf an Hebammen (in Köpfen) wurde eine wöchentliche Arbeitszeit für freiberufliche Hebammentätigkeit von 30 h pro freiberufliche Hebamme und Woche zugrunde gelegt (Median gemäß Hebammenbefragung, vgl. Kap. 3.2.1).²² Die Anzahl der Arbeitswochen pro Hebamme und Jahr wurde auf 45 Wochen festgesetzt.²³ Dementsprechend liegt die angenommene Jahresarbeitszeit bei 1.350 h pro freiberuflicher Hebamme.

Aufgrund der Verzerrungen in der Mütterstichprobe (vgl. Kap. 4.2.1) dürfte die ermittelte Inanspruchnahmequote von Hebammen während Schwangerschaft und Wochenbett mit rund 95 % merklich überschätzt werden (vgl. Kap. 9.2.3). Dies führt c. p. auch zu einer Unterschätzung des entsprechenden Mehrbedarfs an Hebammen. Vor diesem Hintergrund wurde eine Korrektur der Inanspruchnahmequote auf 70 % vorgenommen.²⁴ Für die restlichen 30 % der Mütter wurde unterstellt, dass ein Drittel keinen Hebammenbedarf hat (also 10 % der Mütter insgesamt) und ein (Mehr-)Bedarf an Hebammen somit nur bei den restlichen Müttern entsteht. Für diese Mütter wurde ein Bedarf entsprechend der mittleren Anzahl der erwünschten individuellen Hebammentermine während Schwangerschaft und Wochenbett gemäß Mütterbefragung zugrunde gelegt. Die Taxierung des Mehrbedarfs an Hebammen für diese Klientel erfolgt ansonsten gemäß der oben dargestellten Berechnung.

Referenzgröße für den außerklinischen Bedarf an Hebammenleistungen i. d. S. ist die prognostizierte Anzahl der Lebendgeborenen in Hessen nach Wohnort der Mutter im Jahr

²¹ Während die durchschnittliche Dauer für die individuellen Hebammentermine in der Schwangerschaft in der Mütter- und Hebammenbefragung von den Befragten etwa gleich lang eingeschätzt wurde, resultierten bei den Terminen im Wochenbett größere Unterschiede in der Einschätzung ihrer Dauer (vgl. Kap. 3.2.2, 9.2.3). Da gemäß dem konzeptionellen Ansatz der Bedarfsanalysen die Perspektive der Mütter das maßgebliche Bedarfskriterium ist, wurden der Dauer der individuellen Hebammentermine durchgängig die Einschätzungen der Mütter zugrunde gelegt.

²² Dieser Wert entspricht einem gewichteten Mittel der überdurchschnittlichen Arbeitszeiten von ausschließlich außerklinisch tätigen Hebammen und den unterdurchschnittlichen Arbeitszeiten von auch klinisch tätigen freiberuflichen Hebammen.

²³ Empirische Zahlen zu den „Ausfallzeiten“ freiberuflicher Hebammen liegen nicht vor. Die unterstellten 7 arbeitsfreien Wochen pro Jahr entsprechen ca. 5-6 Wochen Urlaub bzw. 1-2 Wochen Ausfallzeiten für Krankheit, Fortbildung etc.

²⁴ Repräsentative empirische Daten zur Inanspruchnahmequote von Hebammen während Schwangerschaft und Wochenbett, etwa auf Basis von Krankenkassendaten, liegen für Hessen u. W. nicht vor. Der Wert von 70 % orientiert sich zum einen an verfügbaren Quellen (AOK Rheinland / Hamburg, 2018) Zum anderen belegen die Bedarfsanalysen nach soziodemografischen Merkmalen der Mutter in dieser Studie, dass bestimmte Gruppen von Frauen (z. B. Frauen mit Hauptschulabschluss oder Migrationshintergrund) Hebammen signifikant seltener in Anspruch nehmen als andere Frauen (vgl. Kap. 9.3.3).

2030. Analog zum Status-quo-Szenario wird mit Blick auf etwaige Wanderungen von Müttern über die Landesgrenze hinweg vereinfacht ein ausgeglichener Wanderungssaldo unterstellt.

Über das allgemeine Bedarfs-Szenario hinaus wird abschließend überprüft, inwieweit der Bedarf an Hebammenleistungen aus Müttersicht von soziodemografischen Merkmalen der Mutter wie Alter, Kinderzahl oder dem sozialen Status abhängt. Damit kann einerseits kontrolliert werden, inwieweit etwaige Stichprobeneffekte, also eine Unter- oder Überrepräsentanz bestimmter Bevölkerungsgruppen in der Stichprobe der Mütterbefragung die Bedarfsanalysen ggf. beeinflussen (vgl. Kap. 9.3). Andererseits geben die Ergebnisse Hinweise auf zielgruppenorientierte Handlungsmaßnahmen.

9.1.4 Bedarfs-Szenario für Geburten in Krankenhäusern

Der Bedarf für die Betreuung während der Geburt wird normativ auf Basis von Expertenstandards festgelegt. Zu diesem Zweck wurde in Abstimmung mit dem Auftraggeber das Verhältnis von Hebammen zu Gebärenden gemäß der "S1-Leitlinie 087-001: Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland" der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zugrunde gelegt.

Gemäß S1-Leitlinie soll „eine kontinuierliche Betreuung jeder Schwangeren sub partu durch eine Hebamme gewährleistet sein. Dazu soll mindestens eine Hebamme in der Klinik anwesend und mindestens eine weitere rufbereit sein. Um eine durchgehende Besetzung in einer Klinik mit ≤ 600 Geburten / Jahr zu gewährleisten, sind somit mindestens 5,65 Hebammenstellen erforderlich. Abhängig von der jährlichen Geburtenrate sollen so viele Hebammen in der Klinik anwesend bzw. rufbereit sein, dass zu mehr als 95 % der Zeit eine 1 zu 1 Betreuung der Gebärenden gewährleistet ist. Dies erfordert pro zusätzlichen 100 Geburten mindestens 0,93 weitere Hebammenstellen.“ (AWMF, 2015)

Eine Hebammenstelle gemäß Leitlinie entspricht dabei einer Netto-Jahresarbeitszeit von 1.550 h oder einer Vollkraft mit einer Ausfallzeit von 20 % für Urlaub, Krankheit, Fortbildung etc.²⁵ Für den künftigen Bedarf an Hebammen wird dieses Vollzeitäquivalent zugrunde gelegt und der Personalschlüssel der AWMF-Leitlinie zu den prognostizierten Geburtenzahlen in 2030 nach der Bevölkerungsvorberechnung für Hessen in Beziehung gesetzt. Die Anzahl der Standorte mit Geburtshilfe, die Verteilung der Geburten auf diese Standorte bzw. die

²⁵ In einer Klinik mit bis 600 Geburten pro Jahr sind bei einer Rund-um-die-Uhr-Besetzung mit Hebammen im Kreißsaal bzw. sub partu 8.760 h im Jahr abzudecken (= 365 x 24 h). Bei 5,65 Hebammenstellen gemäß Leitlinie liegt der Erwartungswert für die Netto-Jahresarbeitszeit einer Hebamme bei 1.550 h (= 8760 h / 5,65). Die Brutto-Jahresarbeitszeit bei einer Regelarbeitszeit von 39 h pro Woche bzw. 7,8 h pro Arbeitstag und brutto 250 Arbeitstagen pro Jahr (= 365 Jahrestage – 115 Wochenend- und Feiertage) beträgt 1.950 h (= 250 x 7,8 h). Das Verhältnis von Netto- zur Brutto-Jahresarbeitszeit liegt somit bei 80 % (= 1550 h / 1950 h) und die Ausfallzeit bei 20 %.

Verteilung auf Standorte mit bis oder mehr als 600 Geburten im Jahr 2030 lässt sich allerdings nicht verlässlich vorhersagen. Vor diesem Hintergrund wird mit Blick auf die Bedarfsprognose vereinfacht ein Schlüssel von 0,93 Hebammenstellen pro 100 Geburten unterstellt und dieser Wert um + 3 % korrigiert.²⁶

Die AWMF-Leitlinie erfasst nur die kontinuierliche Betreuung jeder Schwangeren sub partu. Wie die Krankenhaus- und Hebammenbefragung belegen, erledigen Hebammen noch eine Fülle anderer Tätigkeiten, die gleichfalls stellenrelevant sind. So wird gemäß Krankenhausbefragung pro Haus rund eine Vollkraft vor allem für Leitungs- und Anleitungsaufgaben freigestellt (vgl. Kap. 5.2.5). Bei 50 Krankenhäusern mit Geburtshilfe und 500 Hebammen in Vollkräften Ende 2017 (vgl. Kap. 2.2.) sind das 10 % der Vollzeitäquivalente, die nicht unter den Hebammenschlüssel gemäß AWMF-Leitlinie fallen. Bei den übrigen Hebammen liegt der Anteil der Arbeitszeit im Kreißaal an der Gesamttätigkeit bei 80 % (Median gemäß Krankenhausbefragung vgl. Kap. 5.2.5). Auf andere Hebammentätigkeiten entfallen folglich 20 %. Somit fallen aktuell schätzungsweise insgesamt 28 % der Arbeitszeit von Hebammen (Vollzeitäquivalente) im Krankenhaus ((= 10 % + (20 % * 90 %)) nicht unter den Stellenschlüssel der AWMF-Leitlinie. Für die Bedarfsprognosen für Geburten in Krankenhäusern wird dieses Verhältnis als konstant unterstellt. Dementsprechend werden auf den Hebammenbedarf sub partu gemäß AWMF-Leitlinie 39 % (= 28 % / 72 %) aufgeschlagen.

Referenzgröße für die Geburtenentwicklung ist hier die Anzahl der Geburten in hessischen Krankenhäusern im Jahr 2030. Im Unterschied zum Bedarfs-Szenario für Schwangerschaft und Wochenbett spielt hier der Wohnort der Mutter keine Rolle, weil die Geburten nur in Hessen stattfinden und der entsprechende Hebammenbedarf nur über den Geburtsort definiert ist. Allerdings liegt in der Bevölkerungsprognose nur die Prognose der Lebendgeborenen nach Wohnort der Mutter, nicht aber nach dem Geburtsort in hessischen Krankenhäusern vor. Für die Prognose der Geburten nach Geburtsort bis 2030 wird daher das heutige Verhältnis von Geburten in hessischen Krankenhäusern und Lebendgeborenen nach dem Wohnort der Mutter in Hessen als konstant unterstellt und auf die Lebendgeborenen in 2030 gemäß Bevölkerungsprognose bezogen.

Hausgeburten und Geburten in Geburtshäusern werden nicht in die Bedarfsanalysen einbezogen, weil hier bereits aktuell faktisch oder weitestgehend eine 1 zu 1 Betreuung vorliegt. Insofern entsteht hier c. p., also vor allem bei einem konstanten Anteil außerklinischer

²⁶ Dieser Wert entspricht dem Korrekturfaktor, wenn man die aktuelle Verteilung der Standorte mit bis oder mehr als 600 Geburten zugrunde legt, bei den Standorten mit bis 600 Geburten die Differenz im Hebammenbedarf gemäß Leitlinie und bei Zugrundelegung von 0,93 Hebammenstellen pro 100 Geburten ermittelt und diese Differenz auf den Gesamtbedarf an Hebammen gemäß Leitlinie bezieht.

Geburten an den Geburten insgesamt, kein Mehrbedarf, zumal bei rückläufiger Geburtenentwicklung.

9.2 Hebammenbedarf gesamt

9.2.1 Geburten bis 2030

Gemäß Bevölkerungsprognose wird die Anzahl der Geburten in Hessen von rund 61.000 Geburten in 2018 auf gut 53.700 Geburten in 2030 zurückgehen (jeweils Lebendgeborene nach Wohnort der Mutter). Das entspricht einem relativen Rückgang von 12 % (Hessen Agentur, 2019). Dabei wird die relativ konstante Geburtenziffer je Frau im Betrachtungszeitraum durch die schrumpfende Bevölkerung bei Frauen in den mittleren Alterskohorten überkompensiert (vgl. Kap. 9.1.1).

Tab. 18: Geburtenentwicklung bis 2030

Versorgungsgebiet	Geburten		Differenz 2030-2018	
	2018	2030	n	%
Darmstadt	10.885	9.545	-1.310	-12,1%
Frankfurt-Offenbach	22.534	19.000	-3.534	-15,7%
Fulda-Bad Hersfeld	3.850	3.574	-276	-7,2%
Gießen-Marburg	9.809	9.190	-619	-6,3%
Kassel	7.612	6.799	-813	-10,7%
Wiesbaden-Limburg	6.352	5.621	-731	-11,5%
Hessen gesamt	61.012	53.728	-7.284	-11,9%

Die Geburtenentwicklung nach Versorgungsregionen kann im Einzelnen der Tab. 18 entnommen werden. Demnach ist in allen Versorgungsgebieten die Geburtenentwicklung rückläufig. Unterproportional fällt der Rückgang in den Versorgungsgebieten Gießen-Marburg und Fulda-Bad Hersfeld aus, überproportional im Gebiet Frankfurt-Offenbach. Bei den übrigen Versorgungsgebieten bewegt sich die Geburtenentwicklung etwa im Landesdurchschnitt.

9.2.2 Hebammenbedarf bis 2030 - Status-quo-Szenario

Gemäß dem Status-quo-Szenario wird der künftige Bedarf an Hebammen in Hessen allein aufgrund demografischer Effekte, konkret der Entwicklung der Geburtenzahlen, bestimmt (vgl. Kap. 9.1.2). Das aktuelle Verhältnis von Hebammen zu Geburten in Hessen bzw. alternativ die aktuelle Absolutzahl der Hebammen wird dabei konstant gehalten (Tab. 19).

Tab. 19: Hebammenbedarf bis 2030 – Status-quo-Szenario

Hessen	Konstanter Personalschlüssel bei Hebammen	Konstante Personalzahl bei Hebammen
Geburtenentwicklung 2018 - 2030	-11,9 %	-11,9 %
Anzahl Hebammen 2018	1.467	1.467
Bedarf an Hebammen in 2030	1.292	1.467
Bedarfsentwicklung bis 2030 in n	- 175	0
Bedarfsentwicklung bis 2030 in %	-11,9 %	0,0 %

Nach der amtlichen Bevölkerungsprognose wird die Anzahl der Geburten in Hessen von rund 61.000 Geburten in 2018 auf gut 53.700 Geburten in 2030 zurückgehen (Lebendgeborene nach Wohnort der Mutter). Das entspricht einem relativen Rückgang von 12 % (Hessen Agentur, 2019).

Gemäß den methodischen Annahmen des Status-quo-Szenarios würde bei konstantem Verhältnis von Hebammen zu Geburten in Hessen c. p. ein Minderbedarf von Hebammen in Hessen von 12 % resultieren. Bei aktuell 1.467 Hebammen in Hessen insgesamt entspricht dies absolut 175 Hebammen (in Köpfen). Der Minderbedarf in den einzelnen Versorgungsgebieten entspricht dem relativen Geburtenrückgang dort (vgl. Kap. 9.2.1).

Würde man alternativ statt des aktuellen Verhältnisses von Hebammen zu Geburten in Hessen die derzeitige Absolutzahl an Hebammen konstant halten, würde sich c. p. somit allein aufgrund der Geburtenentwicklung das Betreuungsverhältnis von Hebammen zu Geburten in Hessen um 12 % verbessern. In den einzelnen Versorgungsgebieten verbessert sich das Betreuungsverhältnis analog der Geburtenentwicklung dort (vgl. Kap. 9.2.1).

9.2.3 Hebammenbedarf aus Müttersicht

Nachfolgend wird als Basis für die Prognosen im Bedarfs-Szenario zunächst der Hebammenbedarf während Schwangerschaft und Wochenbett aus Sicht der Mütter dargestellt (Tab. 20). Zu diesem Zweck wurden die Mütter zu ihrer jeweiligen Inanspruchnahme von Hebammen und ihrer Zufriedenheit damit befragt. Im Schnitt sind demnach knapp 6 % der Mütter in der Stichprobe von keiner Hebamme betreut worden (außer zur Geburt).

Die meisten Mütter (84 %) mit individueller Hebammenbetreuung während der Schwangerschaft, also ohne Geburtsvorbereitungskurse oder andere Kurse, stufen die Anzahl ihrer Termine in etwa als angemessen ein. Gut 15 % der Befragten führten zu wenig Termine an. Die übrigen Mütter hatten aus ihrer Sicht zu viele Termine (nicht ausgewiesen). Im Median hatten die Mütter während der Schwangerschaft vier Termine bei einer Hebamme bzw. hätten sich fünf Termine gewünscht.

Tab. 20: Hebammenbedarf aus Müttersicht

Inanspruchnahme von Hebammen	Merkmale	Mütter gesamt	n
Hebammenbetreuung in Schwangerschaft / Wochenbett	Keine Betreuung	5,6%	1.526
Termine während der Schwangerschaft	Zu wenig In etwa angemessen	15,6% 83,9%	1.123
Anzahl Termine während der Schwangerschaft	Ist (Median) Gewünscht (Median)	4 5	1.106 806
Termine im Wochenbett zu Hause	Zu wenig In etwa angemessen	12,7% 85,8%	1.460
Anzahl Termine im Wochenbett zu Hause	Ist (Median) Gewünscht (Median)	10 12	1.438 1.024
Externe Hebammentermine im Wochenbett	Ist Davon: Zu wenig Davon: In etwa angemessen	15,8% 7,3% 88,3%	240
Anzahl externe Hebammen-Termine im Wochenbett	Ist (Median) Gewünscht (Median)	2 3	237 174

Für die individuelle Hebammenbetreuung im Wochenbett bei den Müttern zu Hause resultieren vergleichbare Ergebnisse. Die Mehrzahl der Mütter (86 %) empfand die Anzahl der Hebammentermine im häuslichen Umfeld als in etwa angemessen, 13 % der Mütter als zu

wenig, der Rest als zu viel (nicht ausgewiesen). Die mittlere Anzahl der tatsächlichen Termine (10) und der Wunschtermine zu Hause im Wochenbett (12) unterscheidet sich nur wenig.

Über die häusliche Inanspruchnahme von Hebammen hinaus können sie auch in den Räumlichkeiten der Hebamme in Anspruch genommen werden. Nur 16 % der befragten Mütter hatten solche externen Hebammentermine im Wochenbett. Davon fanden 88 % der Mütter die Anzahl der externen Termine als in etwa angemessen. Im Median hatten diese Mütter zwei Termine in den Räumlichkeiten der Hebamme bzw. hätten sich drei externe Termine gewünscht. Angesichts ihrer zu vernachlässigenden Bedeutung für den Mehrbedarf an Hebammen insgesamt finden diese Termine bei den folgenden Bedarfsanalysen keine Berücksichtigung mehr.

9.2.4 Hebammenbedarf bis 2030 - Bedarfs-Szenario für Schwangerschaft und Wochenbett

Beim Bedarfs-Szenario für Schwangerschaft und Wochenbett ist grundsätzlich zwischen Frauen mit Inanspruchnahme individueller Hebammentermine und Frauen ohne Inanspruchnahme solcher Termine zu unterscheiden (Tab. 21).

Tab. 21: Hebammenbedarf bis 2030 – Bedarfsszenario für Schwangerschaft und Wochenbett

Geburten und Hebammen	Kennwerte
Geburten 2030	53.728
Geburten 2018 (Lebendgeborene nach Wohnort der Mutter)	61.012
Frauen mit Inanspruchnahme von Hebammen 2018 (70%)	42.708
Arbeitszeit pro freiberufliche Hebamme und Jahr	1.350 h
Frauen mit Inanspruchnahme von Hebammen 2030	42.708
Zusätzliche Termine pro Hebamme und Frau	3 x 0,75 h
Zeitaufwand für zusätzliche Hebammentermine pro Jahr	96.094 h
Zeitaufwand für zusätzliche Fahrzeiten pro Jahr	19.219 h
Mehrbedarf an Hebammen (bei 1.350 h Jahresarbeitszeit)	85
Frauen ohne Hebammenbedarf 2030	5.373
Restliche Frauen ohne Bedarfsdeckung	5.647
Zusätzliche Termine pro Hebamme und Frau	17 x 0,75 h
Zeitaufwand für zusätzliche Hebammentermine pro Jahr	66.350 h
Zeitaufwand für zusätzliche Fahrzeiten pro Jahr	13.270 h
Mehrbedarf an Hebammen (bei 1.350 h Jahresarbeitszeit)	59
Mehrbedarf an Hebammen insgesamt	144

Gemäß Mütterbefragung haben die befragten Mütter im Median vier individuelle Hebammentermine während der Schwangerschaft und zehn individuelle Hebammentermine im Wochenbett von jeweils 30 Minuten. Dieser Bedarf ist bereits durch die vorhandene Anzahl an Hebammen abgedeckt. Bei einer annahmegemäß unterstellten Inanspruchnahmequote von 70 % (vgl. Kap. 9.1.3) und rund 61.000 Lebendgeborenen in Hessen nach Wohnort der Mutter in 2018 betrifft dies gut 42.700 Frauen (ohne Berücksichtigung von Mehrlingsgeburten). Bei ansonsten konstanten Rahmenbedingungen (etwa hinsichtlich Anzahl und Arbeitszeit von Hebammen) gilt dies auch für die identische Anzahl von Frauen im Jahr 2030.

Ein Mehrbedarf besteht hier insofern nur mit Blick auf die Anzahl der zusätzlich gewünschten Termine. Im Median wünschen sich die Mütter fünf (Schwangerschaft) bzw. zwölf Termine (Wochenbett), also insgesamt drei zusätzliche individuelle Hebammentermine im Vergleich zum Status quo (vgl. Kap. 9.2.3).

Pro Termin werden 0,75 h bzw. 45 min je Hebamme angesetzt (30 min Betreuung und 15 min Administration und Dokumentation). Bei rund 42.700 Müttern und drei Terminen von 0,75 h pro Schwangere bzw. Mutter entsteht ein Mehrbedarf an Hebammenleistungen im Umfang von rund 96.000 h pro Jahr. Bei einer Jahresarbeitszeit von 1.350 h pro freiberuflich tätige Hebamme (vgl. Kap. 9.1.3) entspricht dies c. p. einem Mehrbedarf von 71 Hebammen (Köpfe). Hinzu kommen 6 h Fahrzeit für aufsuchende Tätigkeiten pro Woche und Hebamme bei unterstellt 45 Arbeitswochen im Jahr (vgl. Kap. 9.1.3). Das macht in Summe einen zusätzlichen Zeitbedarf von rund 19.200 h (= 6 x 71 x 45). Dies entspricht umgerechnet weiteren 14 Hebammen mit einer Jahresarbeitszeit von 1.350 h.

Der Mehrbedarf 2030 für diese Frauen liegt somit insgesamt bei zusätzlichen 85 Hebammen (Köpfe).

Des Weiteren haben annahmegemäß 10 % der Schwangeren bzw. Mütter je Geburtsjahrgang keinen Bedarf an individuellen Hebammenterminen (vgl. Kap. 9.1.3). Bei 53.728 Geburten in 2030 entspricht dies 5.573 Frauen. Dementsprechend wäre der individuelle Bedarf von 5.467 Frauen (= 53.728 – 42.708 – 5.573) bis dahin noch nicht gedeckt. Würden diese Frauen fünf individuelle Hebammentermine während der Schwangerschaft und 12 Termine im Wochenbett wahrnehmen, wie gemäß Mütterbefragung im Mittel gewünscht, dann läge gemäß obiger Berechnungsweise deren Mehrbedarf bei 59 freiberuflichen Hebammen mit einer Jahresarbeitszeit von 1.350 h.

Über beide betrachteten Gruppen von Frauen besteht somit bis 2030 c. p. ein Mehrbedarf von 144 freiberuflichen Hebammen mit einer mittleren Jahresarbeitszeit von 1.350 h, wenn man den aus Müttersicht artikulierten Bedarf an individuellen Hebammenterminen während

Schwangerschaft und Wochenbett und die Geburtenentwicklung bis 2030 zugrunde legt. Bezogen auf die aktuelle Anzahl von 1.275 freiberuflichen Hebammen (vgl. Kap. 2.2.6) entspricht das einer Steigerung von rund 11 %.

Eine verlässliche Schätzung des Mehrbedarfs an freiberuflichen Hebammen nach Versorgungsregionen ist nicht möglich, weil offen bleiben muss, inwieweit die Stichproben der Mütter- und Hebammenbefragung die Wohn- bzw. Einsatzorte der Befragten speziell für eine Bedarfsanalyse hinreichend exakt erfassen. Vorbehaltlich dieser Einschränkung legen die entsprechenden Analysen aber die Schlussfolgerung nahe, dass insbesondere für die Versorgungsregion Frankfurt-Offenbach ein überproportionaler Mehrbedarf an freiberuflichen Hebammen besteht, während der Mehrbedarf in den Gebieten Fulda-Bad Hersfeld und Kassel demnach eher unterproportional ausfallen dürfte (Ergebnisse nicht dargestellt).

9.2.5 Hebammenbedarf bis 2030 - Bedarfs-Szenario für Geburten in Krankenhäusern

Statistische Basis des Hebammenbedarfs für Geburten in Krankenhäusern bildet der Erwartungswert für die Geburten in hessischen Krankenhäusern im Jahr 2030 (vgl. Kap. 9.1.4). Laut Bevölkerungsprognose wird 2030 die Zahl der Geburten in Hessen bei 53.728 Lebendgeborenen nach dem Wohnort der Mutter liegen.

Unterstellt man das heutige Verhältnis von Geburten in hessischen Krankenhäusern und Lebendgeborenen nach dem Wohnort der Mutter in Hessen, das bei 93 % liegt (vgl. Kap. 2.2.3), als konstant, dann liegt der Erwartungswert für Geburten in hessischen Krankenhäusern in 2030 bei 50.224 Geburten.

Der Bedarf an Hebammen sub partu im Krankenhaus liegt laut AWMF-Leitlinie bei 0,93 Hebammenstellen pro 100 Geburten zuzüglich des o. g. Korrekturfaktors von 3 % (vgl. Kap. 9.1.4). Bei 50.224 Geburten in hessischen Krankenhäusern entspricht das einem Bedarf von 481 Hebammen (Vollkräfte) für die kontinuierliche Betreuung jeder Schwangeren sub partu entsprechend der AWMF-Leitlinie.

Annahmegemäß werden auf den Hebammenbedarf sub partu im Krankenhaus 39 % für sonstige Aufgaben wie andere Hebeamentätigkeiten und Freistellungen vor allem für Leitungs- und Anleitungsaufgaben aufgeschlagen (vgl. Kap. 9.1.4). Dies entspricht 187 Hebammen (Vollkräfte).

Der Gesamtbedarf an Hebammen für Geburten in hessischen Krankenhäusern liegt somit c. p. bei 668 Vollzeitäquivalenten im Jahr 2030 (Tab. 22).

Tab. 22: Hebammenbedarf bis 2030 – Bedarfsszenario für Geburten in Krankenhäusern

Geburten und Hebammen	Kennwerte
Geburten 2030 (Lebendgeborene nach Wohnort der Mutter)	53.728
Geburten in hessischen Krankenhäusern 2030 (93 %)	50.224
Hebammenbedarf 2030 sub partu nach AWMF	481
Hebammenbedarf 2030 für sonstige Aufgaben (+ 39 %)	187
Hebammenbedarf 2030 für Geburten in Krankenhäusern	668

Bezogen auf die aktuelle Anzahl von 500 Vollkräften an festangestellten Hebammen und schätzungsweise 47 kalkulatorischen Vollzeitäquivalenten bei den Beleghebammen (Ende 2017, vgl. Kap. 2.2.5) entspricht dies einer Steigerung von 22 %.

Tab. 23 zeigt den klinischen Hebammenbedarf nach Versorgungsgebieten.²⁷ Entsprechend dem vergleichsweise schlechten Betreuungsverhältnis von Geburten pro Hebamme in den Versorgungsgebieten Gießen-Marburg und Fulda-Bad Hersfeld (vgl. Kap. 2.2.5) fällt der Mehrbedarf dort deutlich überproportional aus. Unterproportional ist der Mehrbedarf vor allem im Versorgungsgebiet Kassel, während der Mehrbedarf in den übrigen Gebieten näherungsweise dem Landesdurchschnitt entspricht.

Tab. 23: Hebammenbedarf bis 2030 – Bedarfsszenario für Geburten in Krankenhäusern

Versorgungsgebiet	Klinisch tätige Hebammen in VK		Differenz	
	Ist 31.12.2017	Bedarf 2030	n	%
Darmstadt	81	95	13	16,5 %
Frankfurt-Offenbach	213	256	43	20,0 %
Fulda-Bad Hersfeld	33	48	14	43,0 %
Gießen-Marburg	74	112	38	51,4 %
Kassel	82	84	2	2,9 %
Wiesbaden-Limburg	63	72	9	15,0 %
Hessen gesamt	547	668	121	22,2 %

²⁷ Für die Schätzung der Ist-Zahlen an Hebammen in VK je Versorgungsgebiet wurde das aktuelle Verhältnis von Köpfen zu Vollkräften in Hessen bzw. das Verhältnis von festangestellten Hebammen zu Beleghebammen in Vollzeitäquivalenten in Hessen als konstant für die Versorgungsgebiete unterstellt (vgl. Kap. 2.2.5). Die Tabelle enthält teilweise Rundungsfehler bei den Differenz- und Summenwerten.

9.2.6 Hebammenbedarf bis 2030 – unterer und oberer Korridor

Der künftige Bedarf an Hebammenleistungen je Schwangere bzw. Mutter kann, wie dargestellt, entweder auf Basis der aktuellen Versorgung (Status-quo-Szenario) oder eines alternativen Bedarfs taxiert werden (Bedarfs-Szenario). Die entsprechenden Ergebnisse bilden den unteren und oberen Korridor für den künftigen Bedarf an Hebammenleistungen in Hessen bis zum Jahr 2030. Tab. 24 fasst die Ergebnisse für beide Korridor zusammen. Darüber hinaus wird ermittelt, wie sich das jeweilige Verhältnis von Geburten pro Hebamme dadurch verändern würde.

Im unteren Korridor (Status-quo-Szenario) würde bis 2030, je nachdem, ob man das aktuelle Verhältnis von Lebendgeborenen und Hebammen oder die derzeitige Absolutzahl an Hebammen konstant hält, entweder ein Minderbedarf an Hebammen von 12 % oder ein um 12 % verbessertes Verhältnis von Geburten pro Hebamme resultieren (jeweils in Köpfen). Bei derzeit 1.467 Hebammen in Hessen und rund 61.000 Geburten im Jahr 2018 (Lebendgeborene nach Wohnort der Mutter) liegt der aktuelle Schlüssel bei 41,6 Lebendgeborenen pro Hebamme (in Köpfen). Bei konstanten Hebammenzahlen und rund 53.700 Geburten in 2030 beträgt der Schlüssel c. p. dann 36,6 Lebendgeborene pro Hebamme. Auch differenziert nach freiberuflich und klinisch tätigen Hebammen würde sich das Verhältnis von Geburten pro Hebamme um jeweils 12 % verbessern (Ergebnisse nicht dargestellt).

Im oberen Korridor (Bedarfs-Szenario) wird zwischen dem von den Müttern artikulierten Bedarf während Schwangerschaft und Wochenbett und dem von Experten definierten Bedarf bei der Geburt und dementsprechend dem Bedarf an außerklinisch bzw. klinisch tätigen Hebammen getrennt.

Im Vergleich zur aktuellen Anzahl von 1.275 freiberuflich tätigen Hebammen würde sich der außerklinische Bedarf für individuelle Hebammentermine um 144 Hebammen bzw. 11 % bis 2030 erhöhen (in Köpfen), wenn man den Bedarf aus Müttersicht zugrunde legt (vgl. Kap. 9.2.4). Dadurch sowie infolge des Geburtenrückgangs bis 2030 würde sich c. p. das Verhältnis von Lebendgeborenen pro freiberuflich tätige Hebamme um rund 21 % verbessern.

Nach dem Expertenstandard gemäß AWMF-Leitlinie würde der Bedarf an klinisch tätigen Hebammen von aktuell 547 Vollkräften bis 2030 um 121 Hebammen bzw. 22 % zunehmen (vgl. Kap. 9.2.5). Bei gleichzeitigem Geburtenrückgang entspräche dies c. p. einer

Verbesserung des Verhältnisses von Geburten pro klinisch tätige Hebamme um 28 % von aktuell 104,3 auf dann 75,2 Geburten pro Hebamme.

Tab. 24: Hebammenbedarf bis 2030 – unterer und oberer Korridor

	Hebammen	Geburten pro Hebamme
Unterer Korridor: Status-quo-Szenario		
Hebammen aktuell (Köpfe)	1.467	41,6*
Bedarf 2030 bei konstantem Verhältnis Lebendgeborene/Hebamme	1.292	41,6*
Veränderung in %	-11,9 %	0,0 %
Bedarf 2030 bei konstanter Anzahl an Hebammen	1.467	36,6*
Veränderung in %	0,0 %	11,9 %
Oberer Korridor: Bedarfs-Szenario Schwangerschaft und Wochenbett		
Freiberufliche Hebammen aktuell (Köpfe)	1.275	47,8*
Mehrbedarf bis 2030	144	
Gesamtbedarf bis 2030	1.419	37,9*
Veränderung in %	11,3 %	20,9 %
Oberer Korridor: Bedarfs-Szenario Geburt		
Klinisch tätige Hebammen aktuell (VK)	547	104,3**
Mehrbedarf bis 2030	121	
Gesamtbedarf bis 2030	668	75,2**
Veränderung in %	22,2 %	27,9 %

* Lebendgeborene nach Wohnort der Mutter pro Hebamme, ** Klinische Geburten pro Hebamme

Im unteren Korridor würde sich somit bei konstanten Hebammenzahlen allein aufgrund des Geburtenrückgangs das Betreuungsverhältnis von Hebammen zu Geburten in Hessen um 12 % verbessern. Eine Stabilisierung der Hebammenzahlen auf diesem Niveau stellt insofern ein pragmatisches Minimalziel dar, das für Hessen mindestens angestrebt werden sollte. Der obere Korridor definiert verglichen damit den Hebammenbedarf unter optimalen Bedingungen. Politik, Selbstverwaltung und Praxis müssen letztlich entscheiden, inwieweit sie sich diesem Optimalziel annähern können oder wollen. Die Autoren dieser Studie geben hierzu keine Empfehlungen ab.

9.3 Hebammenbedarf nach Soziodemografie der Mütter

Im Folgenden wird der Hebammenbedarf während Schwangerschaft und Wochenbett aus Sicht der befragten Mütter stratifiziert nach soziodemografischen Merkmalen analysiert. Dies ermöglicht einerseits eine zielgruppenorientierte Bedarfsanalyse. Andererseits werden durch die stratifizierten Analysen etwaige Verzerrungen der Stichprobe nach soziodemografischen Merkmalen (vgl. Kap. 9.1.3) statistisch kontrolliert.

9.3.1 Bedarf nach Alter

Tab. 25 zeigt zunächst die Ergebnisse der Bedarfsanalyse nach dem Alter der Mütter für drei Altersgruppen.²⁸ Danach haben jüngere Mütter in der Altersgruppe der bis 29-jährigen mit fast 9 % signifikant häufiger keine Hebamme in Anspruch genommen als Frauen in den älteren Kohorten mit jeweils rund 4 %.

Tab. 25: Hebammenbedarf nach Alter

Inanspruchnahme von Hebammen	Merkmale	Alter				
		18-29 Jahre	30-39 Jahre	Ab 40 Jahre	p	n
Hebammenbetreuung in Schwangerschaft / Wochenbett	Keine Betreuung	8,7%	4,6%	4,3%	0,13*	1.524
Termine während der Schwangerschaft	Zu wenig	18,9%	15,1%	9,4%	n.s.*	1.460
	In etwa angemessen	80,3%	84,4%	90,6%		
Anzahl Termine während der Schwangerschaft	Ist (Median)	4	4	5	n.s.**	1.104
	Gewünscht (Median)	5	5	5,7	n.s.**	805
Termine im Wochenbett zu Hause	Zu wenig	13,8%	12,9%	6,7%	n.s.*	1.460
	In etwa angemessen	83,2%	85,5%	93,3%		
Anzahl Termine im Wochenbett zu Hause	Ist (Median)	10	10	12	n.s.**	1.437
	Gewünscht (Median)	11	12	12	n.s.**	1.023

* Chi-Quadrat-Test; ** Kruskal-Wallis-Test

Darüber hinaus resultieren keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen. Das gilt gleichermaßen für die Hebammenbetreuung während der Schwangerschaft und im Wochenbett. Altersunabhängig fand die überwiegende Mehrzahl der Mütter die Anzahl der jeweiligen Hebammentermine zwar angemessen.

²⁸ Die ebenfalls in der Mütterbefragung erfasste Altersgruppe der bis 20-jährigen wurde wegen schwacher Besetzungszahlen mit der nächst höheren Alterskohorte zusammengefasst.

Gleichwohl hat die Alterskohorte der über 40-jährigen während der Schwangerschaft in der Tendenz mehr Hebammentermine bzw. ist mit deren Anzahl zufriedener als jüngere Mütter. Ältere Mütter über 40 Jahre hatten auch mehr Hebammentermine im Wochenbett und diesbezüglich kaum Mehrbedarf.

9.3.2 Bedarf nach Kinderzahl

Beim Hebammenbedarf in Abhängigkeit von der Kinderzahl wird zwischen einem, zwei und drei oder mehr Kindern unterschieden (Tab. 26). Demnach haben Mütter mit mindestens drei Kindern (9 %) häufiger keine Hebammen in Anspruch genommen als Mütter mit weniger Kindern (jeweils rund 5 %)

Tab. 26: Hebammenbedarf nach Kinderzahl

Inanspruchnahme von Hebammen	Merkmale	Kinderzahl				
		1	2	ab 3	p	n
Hebammenbetreuung in Schwangerschaft / Wochenbett	Keine Betreuung	5,4%	4,7%	8,9%	0,13*	1.523
Termine während der Schwangerschaft	Zu wenig	16,9%	12,0%	18,6%	n.s.*	1.120
	In etwa angemessen	82,5%	87,7%	80,4%		
Anzahl Termine während der Schwangerschaft	Ist (Median)	4	4	5	n.s.**	1.103
	Gewünscht (Median)	5	5	5	n.s.**	805
Termine im Wochenbett zu Hause	Zu wenig	14,5%	9,8%	12,6%	n.s.*	1.458
	In etwa angemessen	83,4%	88,6%	87,4%		
Anzahl Termine im Wochenbett zu Hause	Ist (Median)	10	10	12	,0001**	1.437
	Gewünscht (Median)	12	11,2	10	,0002**	1.023

* Chi-Quadrat-Test; ** Kruskal-Wallis-Test

Unabhängig von der Kinderzahl ist die Mehrzahl der Mütter mit der Anzahl der individuellen Hebammentermine während der Schwangerschaft zufrieden. Auch bei der Anzahl der tatsächlichen Termine und der Wunschtermine gibt es hier kaum Unterschiede nach der Kinderzahl.

Die Anzahl der Hebammentermine zu Hause im Wochenbett empfand die überwiegende Mehrzahl der Mütter unabhängig von der Kinderzahl als in etwa angemessen. Im Mittel hätten sich die Mütter mit drei Kindern oder mehr sogar zwei Termine weniger gewünscht, während

die Mütter mit weniger Kindern tendenziell mehr Termine präferiert hätten. Die jeweiligen Unterschiede sind statistisch signifikant.

9.3.3 Bedarf nach Familienstand

Beim Hebammenbedarf nach dem Familienstand wird zwischen verheirateten Müttern bzw. Müttern in fester Partnerschaft sowie nicht liierten Müttern (z. B. ledig, geschieden, getrennt lebend) unterschieden.

Tab. 27: Hebammenbedarf nach Familienstand

Inanspruchnahme von Hebammen	Merkmale	Familienstand				
		Verheiratet	Liirt	Nicht liirt	p	n
Hebammenbetreuung in Schwangerschaft / Wochenbett	Keine Betreuung	5,0%	8,1%	2,7%	n.s.*	1.525
Termine während der Schwangerschaft	Zu wenig	15,6%	14,4%	18,6%	n.s.*	1.125
	In etwa angemessen	83,9%	85,1%	81,4%		
Anzahl Termine während der Schwangerschaft	Ist (Median)	4	5	4,5	n.s.**	1.106
	Gewünscht (Median)	5	5	5	n.s.**	806
Termine im Wochenbett zu Hause	Zu wenig	12,1%	15,0%	15,3%	n.s.*	1.460
	In etwa angemessen	86,5%	82,9%	79,2%		
Anzahl Termine im Wochenbett zu Hause	Ist (Median)	10	10	12	n.s.**	1.438
	Gewünscht (Median)	12	12	12	n.s.**	1.024

* Chi-Quadrat-Test; ** Kruskal-Wallis-Test

Insgesamt gibt es bei der Inanspruchnahme bzw. Nicht-Inanspruchnahme von Hebammen sowie der Anzahl der Hebammentermine während der Schwangerschaft und im Wochenbett kaum Unterschiede nach dem Familienstand (Tab. 27). Nicht liierte Mütter stufen die Anzahl ihrer individuellen Hebammentermine während der Schwangerschaft und des Wochenbettes zwar etwas weniger häufig als angemessen ein. Allerdings gibt es faktisch kaum Unterschiede zwischen der Anzahl der tatsächlichen Hebammentermine und der Wunschtermine in Abhängigkeit vom Familienstand.

9.3.4 Bedarf nach Schulabschluss

Tab. 28 zeigt die Ergebnisse der Bedarfsanalyse nach dem höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss für insgesamt vier Kategorien.²⁹ Demnach gibt es bei der Nicht-Inanspruchnahme von Hebammen einen hochsignifikanten Gradienten in Abhängigkeit vom Schulabschluss. Während nur 4 % der Mütter mit Abitur bzw. Fachhochschulreife keine Hebammen in Anspruch genommen haben, waren es bei den Müttern mit Mittlerer Reife knapp 9 % und den Müttern mit Hauptschulabschluss oder ohne Schulabschluss gut 15 %.

Tab. 28: Hebammenbedarf nach Schulabschluss

Inanspruchnahme von Hebammen	Merkmale	Schulabschluss					
		Haupt-schul-abschluss / kein Abschluss	Realschul-abschluss / Mittlere Reife o ä.	Fach-hoch-schul-reife	Abitur / Allge-meine Hoch-schul-reife	p	n
Hebammenbetreuung in Schwangerschaft / Wochenbett	Keine Betreuung	15,2%	8,5%	4,0%	4,3%	,001*	1.519
Termine während der Schwangerschaft	Zu wenig In etwa angemessen	12,5% 84,4%	13,5% 86,1%	24,0% 75,4%	14,3% 85,3%	0,02*	1.116
Anzahl Termine während der Schwangerschaft	Ist (Median) Gewünscht (Median)	5 7	4 5	4,0 5	4,0 5	n.s.** n.s.**	1.099 803
Termine im Wochenbett zu Hause	Zu wenig In etwa angemessen	18,9% 78,4%	13,0% 85,4%	14,4% 84,7%	12,2% 85,8%	n.s.*	1.451
Anzahl Termine im Wochenbett zu Hause	Ist (Median) Gewünscht (Median)	12 12	10 12	10 12	10 12	n.s.** n.s.**	1.432 1.022

* Chi-Quadrat-Test; ** Kruskal-Wallis-Test

Allerdings hatten bei den Befragten mit Inanspruchnahme von Hebammen die Letztgenannten sowohl während der Schwangerschaft als auch im Wochenbett im Mittel mehr Hebammentermine als Mütter mit höheren Schulabschlüssen. Gleichwohl hätten sie sich zumindest während der Schwangerschaft im Mittel zwei individuelle Termine mehr gewünscht (7 statt 5 Termine). Auch die Zufriedenheit mit der Anzahl der Hebammentermine zu Hause im Wochenbett fällt bei Müttern mit Hauptschulabschluss oder ohne Schulabschluss etwas

²⁹ Die in der Mütterbefragung separat erfassten Kategorien „Hauptschulabschluss“ und „ohne Schulabschluss“ wurden wegen insgesamt schwacher Besetzungszahlen zusammengefasst.

niedriger aus als bei den übrigen Müttern, wenngleich die jeweiligen Unterschiede statistisch nicht signifikant sind.

9.3.5 Bedarf nach Haushaltseinkommen

In Tab. 29 ist die Analyse des Hebammenbedarfs nach dem monatlichen Haushaltseinkommen (Netto-Einkommen) für insgesamt sechs Einkommensgruppen aufgeführt. Demzufolge haben Mütter mit niedrigem Haushaltseinkommen (unter 2000 €) mit rund 8 % signifikant häufiger keine Hebammen in Anspruch genommen als Mütter aus Haushalten mit höheren Einkommen, wenngleich die Anteilswerte für die Nicht-Inanspruchnahme in den beiden oberen Einkommensgruppen höher ausfallen als in den mittleren Gruppen.

Auch bei der Zufriedenheit mit der Anzahl der individuellen Hebammentermine während der Schwangerschaft und zu Hause im Wochenbett resultieren tendenzielle Unterschiede nach dem Haushaltseinkommen. So fällt der Anteil der Mütter, welche jeweils zu wenige Hebammentermine konstatieren, in den drei unteren Einkommensgruppen höher aus als in den drei oberen Gruppen. Im Fall der Wochenbetttermine sind diese Unterschiede statistisch signifikant.

Nichtsdestotrotz ist prä- wie postpartal die Anzahl der tatsächlichen Hebammentermine und der Wunschtermine in allen Einkommensgruppen im Mittel nahezu identisch.

Tab. 29: Hebammenbedarf nach Haushaltseinkommen

Inanspruchnahme von Hebammen	Merkmale	Haushaltseinkommen						p	n
		Unter 1300 €	1300 € bis unter 2000 €	2000 € bis unter 2600 €	2600 € bis unter 3600 €	3600 € bis unter 5000 €	Über 5000 €		
Hebammenbetreuung in Schwangerschaft / Wochenbett	Keine Betreuung	7,5%	7,8%	3,8%	2,3%	5,0%	6,2%	0,042*	1.436
Termine während der Schwangerschaft	Zu wenig	17,3%	17,1%	23,1%	15,7%	11,8%	13,5%	n.s.*	1.054
	In etwa angemessen	82,1%	82,3%	76,9%	84,3%	87,8%	85,7%		
Anzahl Termine während der Schwangerschaft	Ist (Median)	4	4	4	5	4	4	n.s.**	1.038
	Gewünscht (Median)	5	5	5	5	5	5	n.s.**	772
Termine im Wochenbett zu Hause	Zu wenig	15,4%	16,7%	17,8%	10,4%	11,8%	9,4%	0,03*	1.378
	In etwa angemessen	83,1%	81,3%	81,0%	88,0%	87,6%	86,5%		
Anzahl Termine im Wochenbett zu Hause	Ist (Median)	10	10	10	10	10	10	n.s.**	1.360
	Gewünscht (Median)	12	12	12	10	12	12	n.s.**	987

* Chi-Quadrat-Test; ** Kruskal-Wallis-Test

9.3.6 Bedarf nach Migrationshintergrund

Der Hebammenbedarf nach dem Migrationshintergrund wird über das Item „Deutsch als Muttersprache“ operationalisiert. Bei der Nicht-Inanspruchnahme von Hebammen gibt es einen hochsignifikanten Unterschied nach diesem Kriterium. Während 13 % der Frauen, welche Deutsch nicht als Muttersprache nannten, keine Hebamme in Anspruch genommen haben, waren es bei den Muttersprachlerinnen 5 %.

Ansonsten fallen die Unterschiede nach dem Migrationshintergrund relativ schwach aus. Zwar haben Mütter mit Migrationshintergrund während der Schwangerschaft im Mittel einen Hebammentermin weniger. Im Mittel wünschen sie sich aber prä- wie postpartal auch weniger Hebammentermine als Frauen ohne Migrationshintergrund. Insgesamt waren beide Gruppen mit der Anzahl ihrer individuellen Hebammentermine während der Schwangerschaft und im Wochenbett weitestgehend zufrieden (Tab. 30).

Tab. 30: Hebammenbedarf nach Migrationshintergrund

Inanspruchnahme von Hebammen	Merkmale	Deutsch als Muttersprache			
		Ja	Nein	p	n
Hebammenbetreuung in Schwangerschaft / Wochenbett	Keine Betreuung	4,9%	13,1%	0,000*	1.524
Termine während der Schwangerschaft	Zu wenig	15,4%	17,4%	n.s.*	1.121
	In etwa angemessen	84,2%	81,4%		
Anzahl Termine während der Schwangerschaft	Ist (Median)	4	3	0,03**	1.103
	Gewünscht (Median)	5	4	n.s.**	803
Termine im Wochenbett zu Hause	Zu wenig	12,6%	14,7%	n.s.*	1.458
	In etwa angemessen	85,5%	84,4%		
Anzahl Termine im Wochenbett zu Hause	Ist (Median)	10	10	n.s.**	1.435
	Gewünscht (Median)	12	10,5	n.s.**	1.022

* Chi-Quadrat-Test; ** Kruskal-Wallis-Test

Literaturverzeichnis

- AOK Rheinland / Hamburg (2018): *Gesunder Start ins Leben: Schwangerschaft-Geburt-erstes Lebensjahr; Analysen zur Versorgungssituation im Rheinland und Hamburg*. Düsseldorf: KomPart Verlagsgesellschaft.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2015): *Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland*. Abgerufen von: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/087-001I_S1_Perinatologische_Versorgung_2015-05.pdf (am 15.06.2019)
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). (2016). *Arbeitszeitreport Deutschland 2016*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Bauer, N. (2011). *Der Hebammenkreißsaal: Ein Versorgungskonzept zur Förderung der physiologischen Geburt (Frauengesundheit, Band 9.)*: V & R Unipress GmbH, Universitätsverlag Osnabrück. ISBN: 3899717961.
- Bayrisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (BayMBI) (2018): *Richtlinie zur Förderung der Geburtshilfe in Bayern*. Abgerufen von: https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayVV_2126_0_G_104/true?AspxAutoDetectCookieSupport=1 (am 15.06.2019)
- Berliner Aktionsprogramm für eine sichere und gute Geburt (2018): *Beschluss „Runder Tisch Geburtshilfe“ vom 01.02.2018*. Abgerufen von: <https://www.berlin.de/sen/gesundheits/themen/stationaere-versorgung/krankenhaus-versorgung/> (am 15.06.2019)
- Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger in Hessen in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. Dezember 2010 (HebBO Hessen §1 HebBO Hessen Verordnung – Landesrecht Hessen Geltungsbereich), zuletzt geändert durch Gesetz vom 1. September 1992 (GVBl. I S. 370).
- Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M., Steffen, P. (2018). *Krankenhaus Barometer. Umfrage 2018*. Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf, www.dki.de.
- Deutscher Hebammenverband (DHV). (2019). *Empfehlungen und Handlungsplan des DHV für die Überführung der Hebammenausbildung an die Hochschulen*.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA). (2013). *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der „Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“*. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1754/2013-06-20_QFR-RL_Aenderung_BAnz.pdf.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA). (2018). *Bedarfsplanung - Krankenhausplanung: Zukünftig auch Sicherstellungszuschläge für Geburtshilfe möglich*. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/745/>.
- Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen. (2018). *Externe Qualitätssicherung in der stationären Versorgung - Jahresauswertung 2017*. Verfügbar unter: https://www.gghnet.de/leistungsbereiche/perinatalmedizin/bas_m161_2017_Dummy.pdf.

- Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG e.V.). (2018). *Qualitätsbericht 2017 - Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland*. Verfügbar unter: https://www.quag.de/downloads/QUAG_bericht2017.pdf.
- Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG e.V.). (2019). *Geburtenzahlen in Deutschland*. Verfügbar unter: <https://www.quag.de/quag/geburtenzahlen.htm> [01.10. 2019].
- Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz–PflBRefG) vom 17.Juli 2017.
- Hessen Agentur (2019): Bevölkerungsvorausschätzung für Hessen und seinen Regionen als Grundlage der Landesentwicklungsplanung. Abgerufen von: https://www.hessen-agentur.de/mm/mm002/912_Bevoelkerungsvorausschaetzung_2016.pdf (am: 15.06.2019).
- Hessisches Statistisches Landesamt (2008 ff.): Die Krankenhäuser in Hessen. Abgerufen von: <https://statistik.hessen.de/sites/statistik.hessen.de> (am: 15.06.2019).
- IGES. (2019). *Studie zur Erfassung der Versorgungssituation mit Hebammenleistungen in Sachsen sowie zu Möglichkeit der kontinuierlichen landesweiten Erfassung von Daten über Hebammenleistungen*.
- Jungmann, F., Bilinska, P., Wegge, J. (2015). Alternsgerechte Führung. In J. Felfe (Hrg.), *Trends der psychologischen Führungsforschung* (S. 467-480). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co.KG.
- Löffert, S., Golisch, A. (2013). Alternsgerechtes Arbeiten im Krankenhaus. Stand und Perspektiven einer langfristigen Bindung von Pflegekräften. Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf, www.dki.de.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS.NRW, Hrsg.) (2015): *Runder Tisch Geburtshilfe. Abschlussbericht*. Abgerufen von: https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/finale_fassung_abschlussbericht_rt_-_pdf.pdf (am 15.06.2019)
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg. (2019). *Verbesserung der Situation der Geburtshilfe in Baden-Württemberg- Maßnahmenplan*.
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (MSI, BaWü, Hrsg.) (2019): *Runder Tisch Geburtshilfe. Beschlüsse am 10. Mai 2019*. Abgerufen von: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/msm/intern/downloads/Downloads_Runder-Tisch-Geburtshilfe/Runder-Tisch-Geburtshilfe_Beschluesse_10-05-2019.pdf (am 15.06.2019)
- OptiMedis AG (2018). *Entwicklung und aktuelle Versorgungssituation in der Geburtshilfe in Baden-Württemberg: Bericht für den Runden Tisch Geburtshilfe in Baden-Württemberg*. Hamburg.
- Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung (Hebammenreformgesetz – HebRefG), 2019.
- Sozialgesetzbuch V (SGB V). (2017). Anlage 1.3 Vergütungsverzeichnis zum Vertrag nach §134a SGB V.

- Spielberg, P. (2016). Helmut Hildebrandt: Fürsprecher für die Integrierte Versorgung, *Deutsches Ärzteblatt* (Bd. 113, S. A-771/ B-653/ C-645). Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/176410/Helmut-Hildebrandt-Fuersprecher-fuer-die-Integrierte-Versorgung>.
- Staat und Wirtschaft in Hessen (StaWi)* (2017). *Bildungsstand der hessischen Bevölkerung - Auswertung des Mikrozensus 2015*. Verfügbar unter: https://statistik.hessen.de/sites/statistik.hessen.de/files/SWm_17_02_2kA.pdf.
- Statistisches Bundesamt (2019): Statistik der Geburten. Abgerufen von: <https://www-genesis.destatis.de/genesis//online?operation=statistic&code=12612> (am: 15.06.2019).
- Statistische Bundesamt (2015). Lebendgeborene nach der Staatsangehörigkeit der Mutter. Zugriff am 26.09.2019. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/lebendgeborene-staatsangehoerigkeit-laender.html>
- Statistisches Bundesamt (2017). *Wirtschaftsrechnungen: Laufende Wirtschaftsrechnungen - Einkommen, Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte: Monatliches Haushaltseinkommen*.
- Statistik Hessen (2018): *60 988 Geburten im Jahr 2017 in Hessen - Höchste Geburtenrate im Landkreis Kassel mit durchschnittlich 1,74 Kindern je Frau*. Verfügbar unter: https://statistik.hessen.de/pressemitteilungen/pm_1961.html.
- Taylor, M. S., Fielbig, A. (2009). Manage conflict through negotiation and mediation. In E. A. Locke (Ed.), *Handbook of principles of organizational behavior. Indispensable knowledge for evidence-based management* (pp. 517-535). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Inc.
- Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe- Anlage Vergütungsvereinbarung. (2017). Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V zwischen den Berufsverbänden der Hebammen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Anlage 1.3.

Anhang

Hebammenbefragung

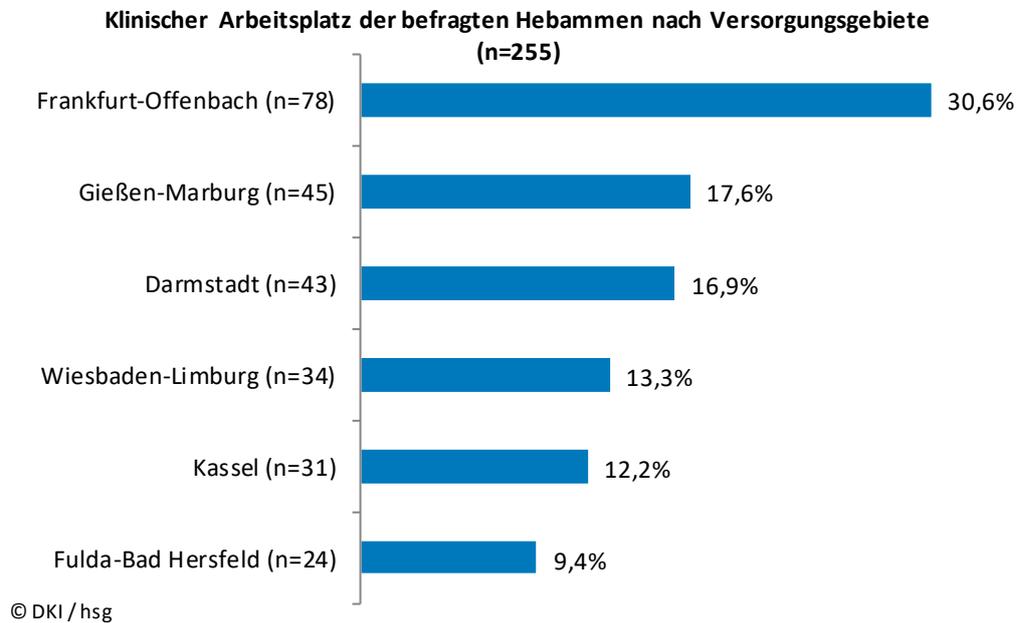
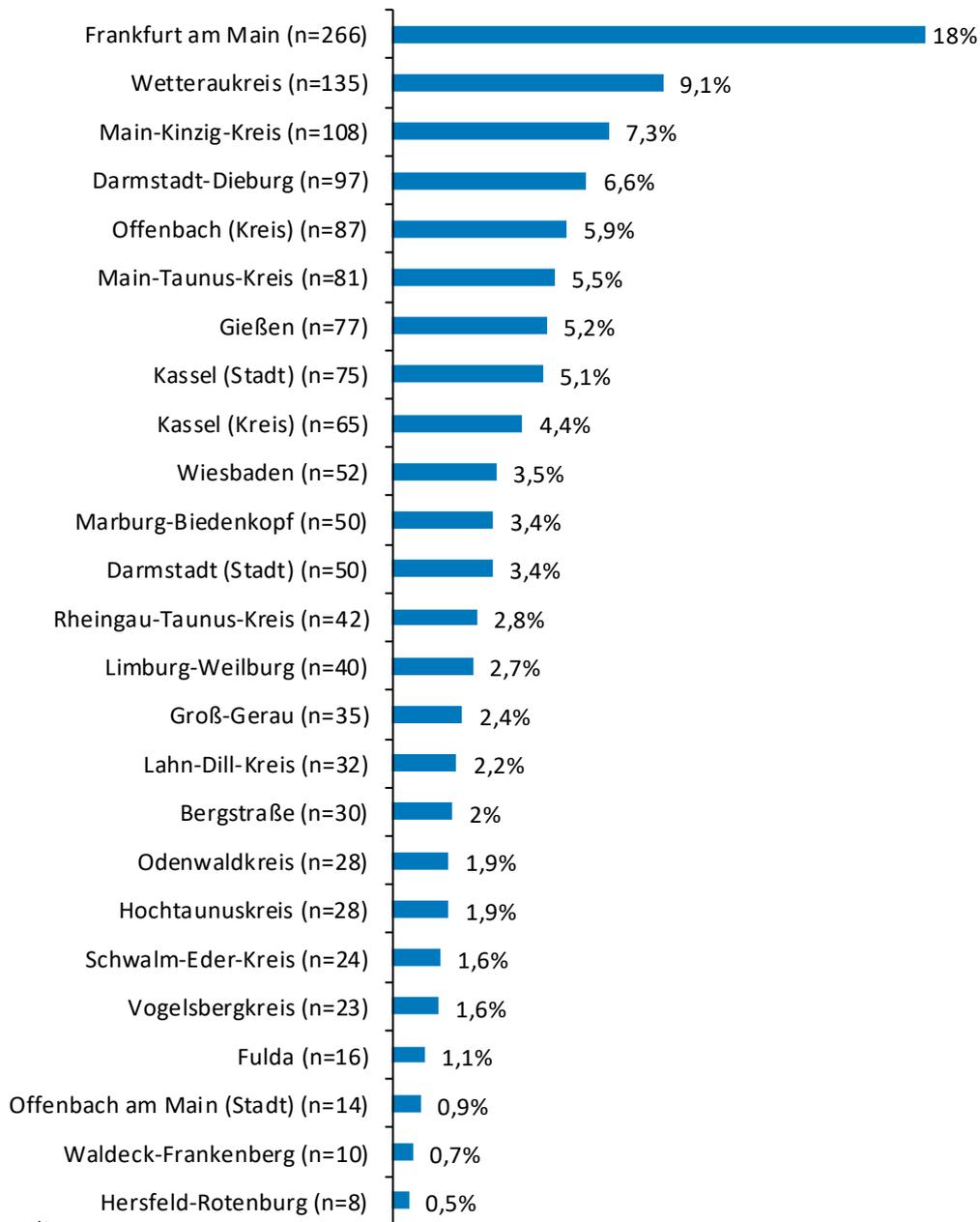


Abb. 115: Klinischer Arbeitsplatz der befragten Hebammen nach Landkreis / kreisfreien Stadt (n=172)

Mütterbefragung

Aus jedem Landkreis bzw. jeder kreisfreien Stadt in Hessen haben die Befragten teilgenommen. Die meisten Teilnehmerinnen (18 %; n=266) leben zum Zeitpunkt der Befragung in Frankfurt am Main. 9 % (n=135) haben ihren Wohnort im Wetteraukreis und 7 % (n=108) im Main-Kinzig-Kreis. Aufgrund der Anonymitätsgrenze kann keine Darstellung der Teilnehmerinnen aus dem Werra-Meißner-Kreis erfolgen (Abb. 116; gültige n=1.477).

Darstellung Wohnort der Stichprobe Mütter (n=1.477)



© DKI / hsg

Abb. 116: Darstellung Wohnort der Stichprobe Mütter (n=1.477)

Krankenhausbefragung

Geringe Stichprobengrößen zum einen sowie zusätzliche Minimierungen der Stichproben durch Bildung von Kategorien oder Subgruppen (z. B. anhand von Versorgungsgebieten) und weitere Reduzierungen durch Nicht-Teilnahme an der Befragung oder fehlende Werte von Befragungsteilnehmern (Missings) erschweren es, die Repräsentativität der Daten bezogen auf die Grundgesamtheit abzuschätzen. Daher sollten die folgenden Ergebnisse der

Krankenhausbefragung (Einrichtungen mit geburtshilflicher Abteilung) in Hessen mit Bedacht interpretiert werden.

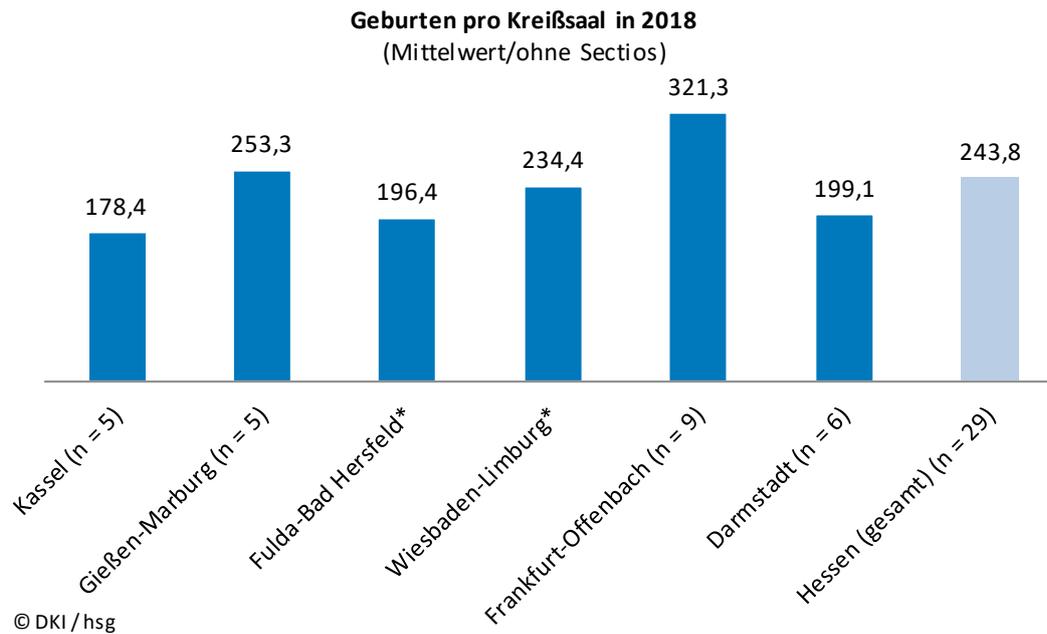
Tab. 31: Bettenanzahl der gynäkologischen und geburtshilflichen Fachabteilungen der teilnehmenden Krankenhäuser pro Versorgungsgebiet

Versorgungsgebiet	Bettenanzahl auf der FA für Gynäkologie und Geburtshilfe (Mittelwert)	Darunter: Bettenanzahl in der geburtshilflichen Abteilung (Mittelwert)
Kassel (n=6/5)	33,3	19,8
Gießen-Marburg (Anzahl der KH: n<5)	26,0	14,3
Fulda-Bad Hersfeld (Anzahl der KH: n<5)	48,3	15,3
Wiesbaden-Limburg (Anzahl der KH: n<5)	41,5	17,5
Frankfurt-Offenbach (n=8/9)	49,8	28,8
Darmstadt (n=8/7)	29,9	18,9
Hessen (gesamt)	37,7	21,2

Tab. 32: Mittlere Anzahl der Kreißsäle, Sectio-Säle und Aufnahmeräume pro Krankenhaus pro Versorgungsgebiet und bei allen teilnehmenden Krankenhäusern

Versorgungsgebiet	Anzahl Kreißsäle (Mittelwert/n)	Anzahl Sectio-Säle (Mittelwert/n)	Anzahl Aufnahmeräume / (Vor)Wehenräume (Mittelwert/n)
Kassel	3,2/6	1,0/5	2,3/6
Gießen-Marburg	2,6/5	1,3/*	2,0/5
Fulda-Bad Hersfeld (Anzahl der KH: n<5)	3,7	1,0	2,8
Wiesbaden-Limburg (Anzahl der KH: n<5)	4,0	2,0	1,5
Frankfurt-Offenbach	3,7/9	1,0/9	2,6/9
Darmstadt	2,9/8	1,5/8	2,1/8
Hessen (gesamt)	3,2/32	1,2/30	2,3/32

*Anzahl der rückmeldenden Krankenhäuser = n<5



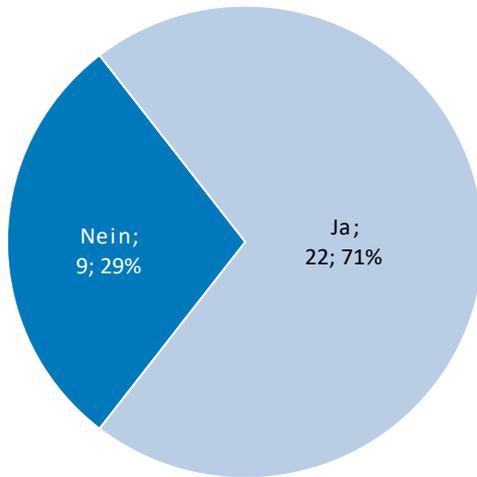
*Anzahl der rückmeldenden Krankenhäuser = n<5

Abb. 117: Mittlere Anzahl der Geburten pro Kreißsaal pro Versorgungsgebiet und bei allen teilnehmenden Krankenhäusern (ohne Kaiserschnitte)

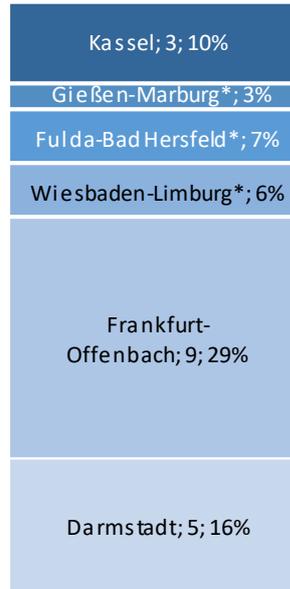
Tab. 33: Mittlere Anzahl des Personals anderer Berufsgruppen der Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe pro Versorgungsgebiet und bei allen teilnehmenden Krankenhäusern

		Anzahl festangest. Ärzte FA für Gynäkologie / Geburtshilfe – Köpfe (am 31.12.2018)	Anzahl Belegärzte FA für Gynäkologie / Geburtshilfe – Köpfe (am 31.12.2018)	Anzahl Pflegekräfte FA für Gynäkologie / Geburtshilfe – Köpfe (am 31.12.2018)	Anzahl sonstiger MA FA für Gynäkologie / Geburtshilfe – Köpfe (am 31.12.2018)
Kassel (Anzahl der KH: n ≤ 5)	Mittelwert	11,4	2,0	21,0	2,8
	Median	7,0	2,0	15,0	2,5
Gießen-Marburg (Anzahl der KH: n < 5)	Mittelwert	11,8	5,0	13,0	3,0
	Median	11,0	5,0	12,5	3,0
Fulda-Bad Hersfeld (Anzahl der KH: n < 5)	Mittelwert	12,3		29,0	8,0
	Median	12,0		29,0	8,0
Wiesbaden-Limburg (Anzahl der KH: n < 5)	Mittelwert	19,0		30,0	14,0
	Median	19,0		30,0	14,0
Frankfurt-Offenbach (n=8/2/8/8)	Mittelwert	14,4	2,5	27,8	6,3
	Median	15,0	2,5	24,5	5,0
Darmstadt (n=5/2/7/7)	Mittelwert	11,0	4,0	21,1	5,6
	Median	12,0	4,0	17,0	3,0
Hessen (gesamt) (n=26/7/25/25)	Mittelwert	12,7	3,1	22,9	5,6
	Median	12,0	3,0	18,0	4,0
	Unterer Quartilswert	9,0	1,0	13,5	2,0
	Oberer Quartilswert	15,3	5,0	30,0	7,5

Freistellung der leitenden/einer anderen Hebamme für bestimmte Tätigkeiten?
(Krankenhäuser in %)



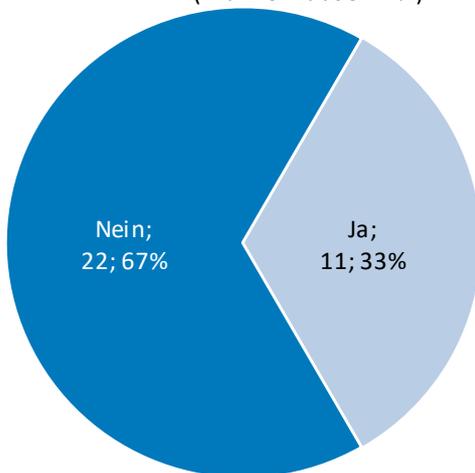
© DKI / hsg



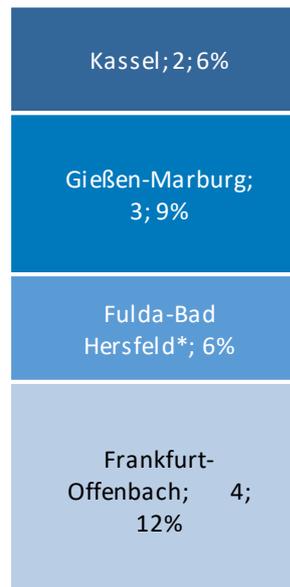
*Anzahl der rückmeldenden Krankenhäuser = n<5

Abb. 118: Anteil der rückmeldenden Krankenhäuser mit Freistellung einer Hebamme für bestimmte Tätigkeiten insgesamt und pro Versorgungsgebiet

Turnusmäßige Rotation der Hebammen?
(Krankenhäuser in %)



© DKI / hsg



*Anzahl der rückmeldenden Krankenhäuser = n<5

Abb. 119: Anteil der rückmeldenden Krankenhäuser mit turnusmäßiger Rotation der Hebammen insgesamt und pro Versorgungsgebiet

Die Versorgungsgebiete Wiesbaden-Limburg und Darmstadt berichteten zu 100 % über keine Rotationsmodelle.

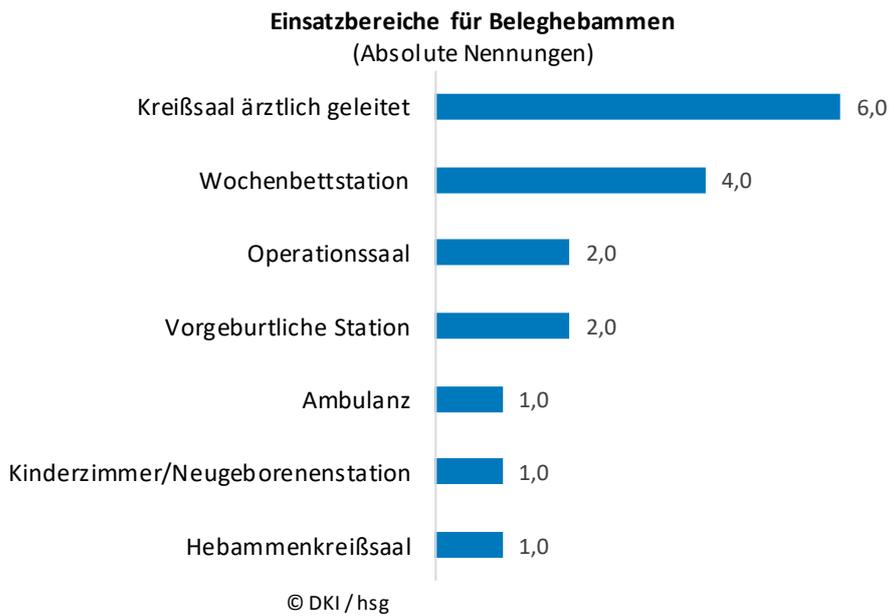
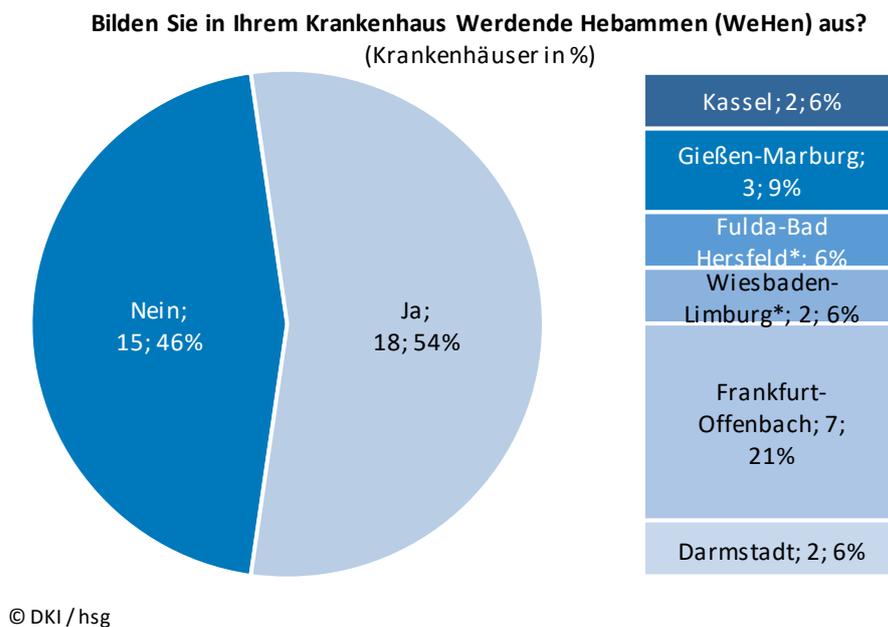


Abb. 120: Einsatzbereiche der Beleghebammen bei den rückmeldenden Krankenhäusern



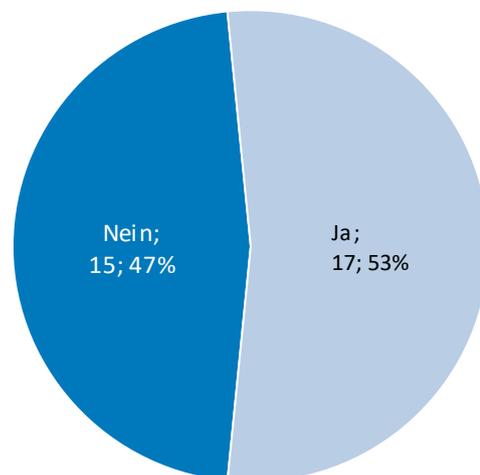
*Anzahl der rückmeldenden Krankenhäuser = n<5

Abb. 121: Anteil der rückmeldenden Krankenhäuser mit Ausbildung Werdender Hebammen (WeHen) insgesamt und pro Versorgungsgebiet

Tab. 34: Mittlere Anzahl WeHen pro Krankenhaus pro Versorgungsgebiet

		Anzahl der WeHen pro Krankenhaus – Köpfe (am 31.12.2018)
Kassel (Anzahl der KH: n<5)	Mittelwert	8,5
	Median	8,5
Gießen-Marburg (Anzahl der KH: n<5)	Mittelwert	21,3
	Median	3,0
Fulda-Bad Hersfeld (Anzahl der KH: n<5)	Mittelwert	4,0
	Median	4,0
Wiesbaden-Limburg (Anzahl der KH: n<5)	Mittelwert	2,5
	Median	2,5
Frankfurt-Offenbach (n=7)	Mittelwert	8,6
	Median	4,0
Darmstadt (Anzahl der KH: n<5)	Mittelwert	4,5
	Median	4,5
Hessen (gesamt) (n=19)	Mittelwert	8,8
	Median	4,0

Halten Sie Praxisanleiter*innen zur Ausbildung vor?
(Krankenhäuser in %)



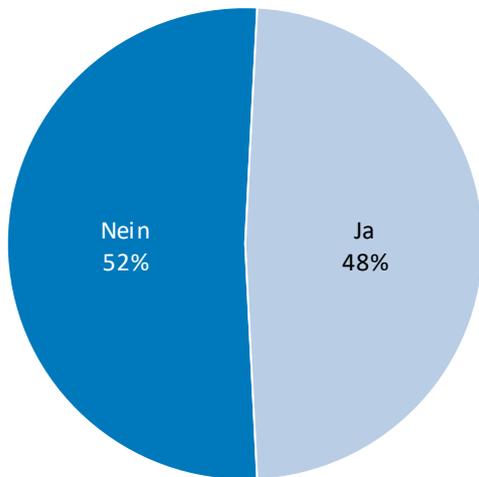
© DKI / hsg

Kassel; 2; 6%
Gießen-Marburg; 1; 3%
Fulda-Bad Hersfeld*; 10%
Wiesbaden-Limburg*; 6%
Frankfurt-Offenbach; 7; 22%
Darmstadt; 2; 6%

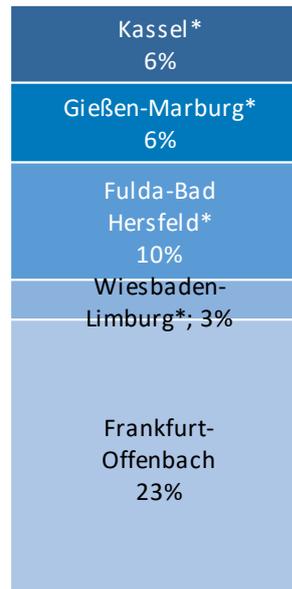
*Anzahl der rückmeldenden Krankenhäuser = n<5

Abb. 122: Anteil der rückmeldenden Krankenhäuser mit Praxisanleiterinnen zur Ausbildung insgesamt und pro Versorgungsgebiet

Werden in Ihrem Haus aktuell Hebammen-Studierende betreut?
(Krankenhäuser in %)



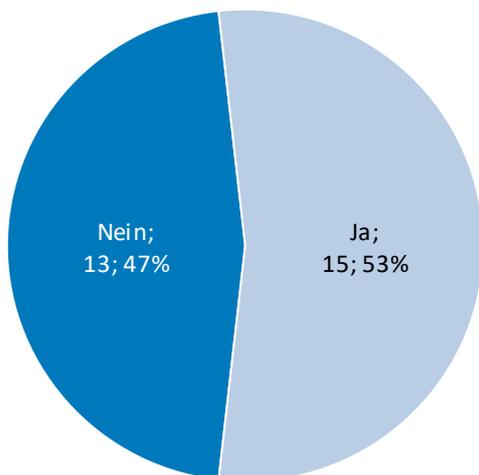
© DKI / hsg



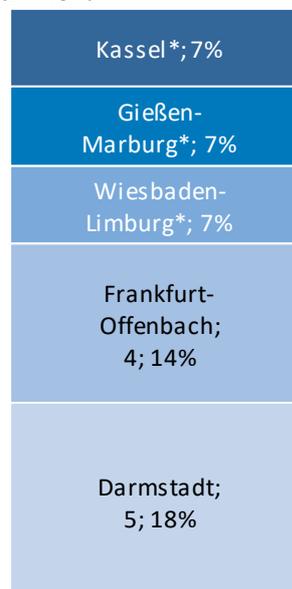
*Anzahl der rückmeldenden Krankenhäuser = n<5

Abb. 123: Anteil der rückmeldenden Krankenhäuser, die aktuell Hebammen-Studierende betreuen insgesamt und pro Versorgungsgebiet

Offene Stellen für festangestellte Hebammen?
(Krankenhäuser in %)

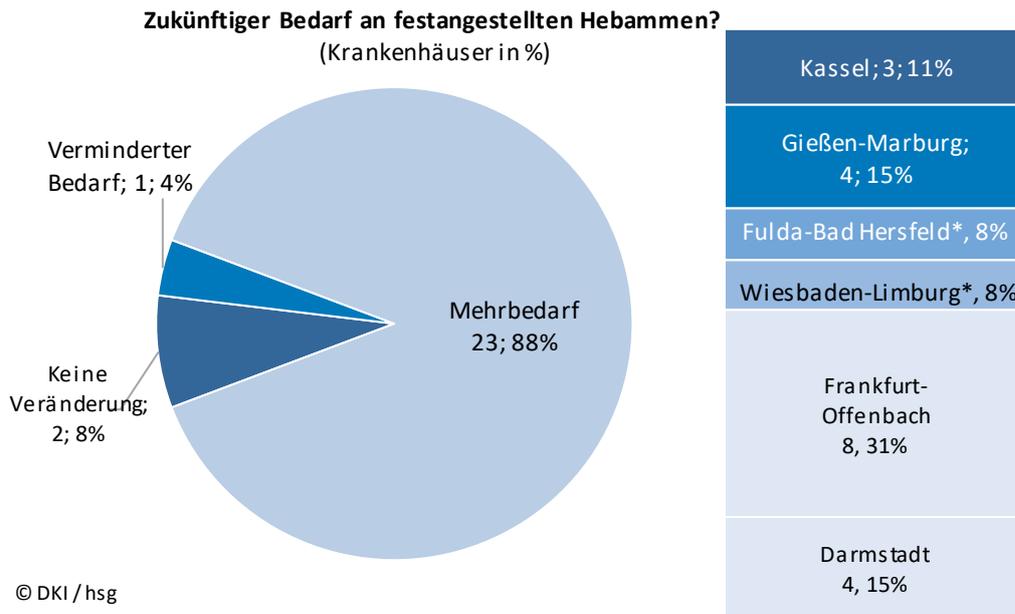


© DKI / hsg



*Anzahl der rückmeldenden Krankenhäuser = n<5

Abb. 124: Anteil der rückmeldenden Krankenhäuser mit offenen Stellen für festangestellte Hebammen insgesamt und pro Versorgungsgebiet



*Anzahl der rückmeldenden Krankenhäuser = n<5

Abb. 125: Anteil der rückmeldenden Krankenhäuser mit zukünftigem Bedarf an festangestellten Hebammen insgesamt und pro Versorgungsgebiet