

Hebammenstudie Sachsen-Anhalt

Regionale Bedarfe und deren Deckung
durch Leistungen der Geburtshilfe inklusive
der Vor- und Nachsorge

STUDIEN
BERICHT

Hebammenstudie Sachsen-Anhalt

Regionale Bedarfe und deren Deckung
durch Leistungen der Geburtshilfe inklusive
der Vor- und Nachsorge

Monika Sander
Ender Temizdemir
Martin Albrecht

Studie

für das Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration
des Landes Sachsen-Anhalt

Berlin, November 2018

Autoren

Dr. Martin Albrecht
Dr. Monika Sander
Ender Temizdemir
IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Inhalt

Zusammenfassung	13
1. Einleitung	16
1.1 Hintergrund der Studie	16
1.2 Ziele der Studie	17
1.3 Struktur des Berichts	17
2. Methodisches Vorgehen	19
2.1 Befragung der Hebammen in Sachsen-Anhalt	19
2.1.1 Erstellung der Erhebungsunterlagen	19
2.1.2 Durchführung der Befragung	20
2.1.3 Teilnahme an der Befragung	22
2.2 Befragung der Geburtskliniken in Sachsen-Anhalt	23
2.2.1 Erstellung der Erhebungsunterlagen	23
2.2.2 Durchführung der Befragung	23
2.2.3 Teilnahme an der Befragung	24
2.3 Datenabfrage bei den Gesundheitsämtern	24
2.4 Datenabfrage bei den gesetzlichen Krankenkassen	24
2.5 Durchführung qualitativer Expertengespräche	25
3. Geburten in Sachsen-Anhalt	27
3.1 Entwicklung der Gesamtzahl der Geburten und der Geburtenziffer	27
3.2 Regionale Geburtenentwicklung in Sachsen-Anhalt	29
3.3 Entwicklung der Kaiserschnittquote und der Anzahl der vaginal- operativen Geburten	31
3.4 Außerklinische Geburten in Sachsen-Anhalt	33
3.5 Entwicklung der Anzahl der Geburtskliniken in Sachsen-Anhalt	34
3.6 Fazit	36
4. Hebammen in Sachsen-Anhalt	37
4.1 Anzahl der in Sachsen-Anhalt tätigen Hebammen	37
4.1.1 Anzahl der freiberuflich tätigen Hebammen	37
4.1.2 Anzahl der angestellt tätigen Hebammen	41
4.1.3 Gesamtzahl der in Sachsen-Anhalt tätigen Hebammen	41
4.2 Arbeitszeiten der Hebammen	42
4.2.1 Wöchentliche Arbeitszeit	42
4.2.2 Nacht- und Wochenendarbeit sowie Bereitschafts- und Rufdienste	43
4.2.3 Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten	44
4.2.4 Veränderungen der Wochenarbeitszeit in den letzten fünf Jahren	46
4.2.5 Zufriedenheit mit der Arbeitszeit	48
4.3 Soziodemografische und berufliche Situation von Hebammen	50

4.3.1	Strukturmerkmale der Hebammen: Alter, Familienstand, Wohnsituation	50
4.3.2	Berufserfahrung der Hebammen	53
4.3.3	Berufliche Kooperationen	54
4.3.4	Vertretungen von freiberuflich tätigen Hebammen	55
4.3.5	Mitgliedschaft in einem Berufsverband	57
4.4	Zufriedenheit mit der Arbeit und den Arbeitsbedingungen	58
4.5	Veränderungen der Arbeitsbelastung in den letzten 5 Jahren	68
4.6	Geplante Veränderungen der Wochenarbeitszeit in den nächsten 5 Jahren	69
4.7	Aufgabe bzw. Aussetzen der Hebammentätigkeit und Rente	72
4.8	Fazit	74
5.	Ausbildungssituation der Hebammen	77
5.1	Stand der Aus- und Weiterbildung der befragten Hebammen	77
5.2	Betreuung von werdenden Hebammen im Externat	82
5.3	Ausbildungsplätze, Bewerbungen und Absolventinnen	85
5.4	Akademisierung des Hebammenberufs	91
6.	Leistungen der Hebammenhilfe	93
6.1	Leistungsangebot der Hebammen	93
6.2	Betreute Geburten und Betreuungsschlüssel	97
6.2.1	Anzahl der betreuten Geburten freiberuflicher Hebammen	97
6.2.2	Betreuungsschlüssel	98
6.3	Individuell und in Kursen betreute Frauen	100
6.4	Nachfrage nach Hebammenleistungen	101
6.5	Vergangene und zukünftige Veränderungen des Leistungsangebots	102
6.6	Inanspruchnahme von Hebammenleistungen durch Schwangere und junge Mütter	105
6.7	Fazit	107
7.	Finanzielle Situation der Hebammen	112
7.1	Finanzielle Situation der freiberuflichen Hebammen	112
7.1.1	Umsatz aus freiberuflicher Tätigkeit	112
7.1.2	Betriebsausgaben aufgrund freiberuflicher Tätigkeit	112
7.1.3	Beantragung des Sicherstellungszuschlags	113
7.1.4	Einkommen vor Steuern aus freiberuflicher Tätigkeit	114
7.2	Einkommen der angestellten Hebammen	115
7.3	Einkünfte aus anderen, hebammenfremden Tätigkeiten	116
8.	Ergebnisse der Krankenhausbefragung	117
8.1	Angaben zu den geburtshilflichen Einrichtungen	117
8.1.1	Versorgungsstufe	117
8.1.2	Anzahl der Entbindungen und ihre Entwicklung	117
8.2	Angaben zu den in der Geburtshilfe tätigen Hebammen	120
8.2.1	Anzahl beschäftigter Hebammen	120

8.2.2	Altersstruktur der beschäftigten Hebammen	121
8.2.3	Arbeitsmarktsituation für Hebammen	122
8.3	Arbeitsorganisation	123
8.4	Ausbildung von werdenden Hebammen	124
8.5	Angaben zum ärztlichen Personal in der Gynäkologie und Geburtshilfe	124
8.6	Zukünftige Entwicklungen der geburtshilflichen Abteilung	125
8.6.1	Entwicklung der Versorgungskapazitäten	125
8.6.2	Entwicklung des Hebammenbedarfs	126
8.6.3	Entwicklung der Plätze für Praxiseinsätze	127
8.6.4	Angestellten- und Beleghebammensysteme	127
8.6.5	Geplante Schließungen	127
9.	Bewertung der aktuellen Situation, Einschätzung der zukünftigen Entwicklung sowie Diskussion von Handlungsoptionen	128
9.1	Aktuelle Situation der Hebammenversorgung	128
9.1.1	Angebot an Hebammenleistungen	128
9.1.2	Nachfrage nach Hebammenleistungen	131
9.1.3	Zusammenspiel zwischen Angebot und Nachfrage	132
9.2	Einschätzung der zukünftigen Entwicklung des Angebots und der Nachfrage	133
9.2.1	Einschätzung der zukünftigen Entwicklung des Angebots an Hebammenleistungen	133
9.2.2	Einschätzungen der zukünftigen Entwicklung der Nachfrage nach Hebammenleistungen	137
9.3	Handlungsbedarf und mögliche Handlungsoptionen	137
	Literaturverzeichnis	140
	Abbildungen	6
	Tabellen	10
	Abkürzungsverzeichnis	12

Abbildungen

Abbildung 1:	Verteilung der Hebammen mit Teilnahme an der Befragung nach Beschäftigungsform, 2017	22
Abbildung 2:	Entwicklung der Anzahl der Geburten und der Frauen im gebärfähigen Alter in Sachsen-Anhalt und in Deutschland, 2000–2017	28
Abbildung 3:	Entwicklung der zusammengefassten Geburtenziffer in Sachsen-Anhalt und in Deutschland, 2004–2016	29
Abbildung 4:	Entwicklung der Kaiserschnittrate in Deutschland und in Sachsen-Anhalt, 2000–2017	32
Abbildung 5:	Vergleich der Kaiserschnittraten in den Bundesländern, 2017	33
Abbildung 6:	Standorte der Geburtskliniken im Land Sachsen-Anhalt, 2000 und 2018	35
Abbildung 7:	Anzahl der in den Krankenhäusern angestellt tätigen Hebammen in Sachsen-Anhalt und ihre Entwicklung, 2000–2017	41
Abbildung 8:	Verteilung der Hebammen nach Beschäftigungsform und nach Wochenarbeitszeit (in %), 2017	42
Abbildung 9:	Verteilung der angestellten Hebammen nach Anteil ihrer Arbeitszeit für die jeweilige Tätigkeit in einem Angestelltenverhältnis (in %), 2017	45
Abbildung 10:	Verteilung der freiberuflichen Hebammen nach Anteil ihrer Arbeitszeit für die jeweilige Tätigkeit in der Freiberuflichkeit (in %), 2017	46
Abbildung 11:	Verteilung der Hebammen nach Veränderungen der Arbeitszeit und nach Beschäftigungsform (in %), 2013 im Vergleich zu 2017	47
Abbildung 12:	Verteilung der Hebammen nach den Gründen für die Veränderung der Wochenarbeitszeit innerhalb der letzten 5 Jahre und nach Beschäftigungsform (in %), 2013 im Vergleich zu 2017	48
Abbildung 13:	Verteilung der Hebammen nach ihrer Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten sowie der Häufigkeit von Rufbereitschaften und nach Beschäftigungsform (in %), 2017	49
Abbildung 14:	Verteilung der Hebammen nach Abweichung zwischen tatsächlichem und präferiertem Arbeitszeitumfang und nach Beschäftigungsform (in %), 2017	50
Abbildung 15:	Verteilung der Hebammen nach Alter (in %), 2018	51

Abbildung 16:	Verteilung der Praxis- bzw. Wohnsitze der Hebammen nach Landkreisen und kreisfreien Städten (in %), 2018	52
Abbildung 17:	Verteilung der Hebammen nach Haushaltsgröße (in %), 2018	53
Abbildung 18:	Verteilung der aktiven Hebammen nach Berufserfahrung (in %), 2018	54
Abbildung 19:	Verteilung der freiberuflichen Hebammen nach regelmäßiger Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen bzw. Institutionen (in %), 2017	55
Abbildung 20:	Verteilung der freiberuflichen Hebammen nach Häufigkeit der Vertretungssuche (in %), 2017	56
Abbildung 21:	Verteilung der freiberuflichen Hebammen nach Einschätzung der Schwierigkeit hinsichtlich der Vertretungssuche (in %), 2017	57
Abbildung 22:	Verteilung der Hebammen nach Mitgliedschaft in einem Berufsverband (in %), 2018	58
Abbildung 23:	Verteilung der Hebammen nach Beurteilung der Hebammentätigkeit und nach Beschäftigungsform (in %), 2017	59
Abbildung 24:	Verteilung der Hebammen nach verschiedenen Aspekten der Arbeitszufriedenheit und nach Beschäftigungsform (in %), 2017	60
Abbildung 25:	Verteilung der Hebammen nach Beurteilung der Geburtsbegleitung als der wesentliche Bestandteil des Hebammenberufs und nach Beschäftigungsform (in %), 2017	61
Abbildung 26:	Verteilung der Hebammen nach Zufriedenheit mit der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben sowie den Arbeitsbedingungen und nach Beschäftigungsform (in %), 2017	62
Abbildung 27:	Verteilung der Hebammen nach ihrer Zufriedenheit hinsichtlich Einkommen, Vergütung der Rufbereitschaftsdienste sowie der Anerkennung für ihre Tätigkeit und nach Beschäftigungsform (in %), 2017	63
Abbildung 28:	Verteilung der Hebammen nach Bewertung der Arbeitsbedingungen und nach Beschäftigungsform (in %), 2017	64
Abbildung 29:	Verteilung der Hebammen nach Häufigkeit des Nachdenkens über eine Berufsaufgabe und nach Beschäftigungsform (in %), 2017	65
Abbildung 30:	Verteilung der Hebammen nach Häufigkeit des Nachdenkens über eine Reduzierung der Arbeitszeit und nach Beschäftigungsform (in %), 2017	66

Abbildung 31:	Verteilung der Hebammen nach Gründen für das Nachdenken über eine Reduzierung bzw. Aufgabe der Angestelltentätigkeit als Hebamme (in %), 2017	67
Abbildung 32:	Verteilung der Hebammen nach Gründen für das Nachdenken über eine Reduzierung bzw. Aufgabe der freiberuflichen Hebammentätigkeit (in %), 2017	68
Abbildung 33:	Verteilung der Hebammen nach Veränderung der durchschnittlichen täglichen Arbeitsbelastung innerhalb der letzten 5 Jahre und nach Beschäftigungsform (in %), 2013 im Vergleich zu 2017	69
Abbildung 34:	Verteilung der Hebammen nach Planung einer Veränderung der (durchschnittlichen) Wochenarbeitszeit innerhalb der nächsten 5 Jahre und nach Beschäftigungsform (in %), 2017	70
Abbildung 35:	Verteilung der Hebammen nach Gründen für eine geplante Veränderung der Arbeitszeit als angestellte Hebamme (in %), 2017	71
Abbildung 36:	Verteilung der Hebammen nach Gründen für die geplante Veränderung der Arbeitszeit als freiberufliche Hebamme (in %), 2017	72
Abbildung 37:	Verteilung der Hebammen nach Wahrscheinlichkeit der Ausübung der Hebammentätigkeit in den nächsten 2, 5 bzw. 10 Jahren (in %), 2017	73
Abbildung 38:	Verteilung der Hebammen nach Absicht, weiterhin in den nächsten 5 Jahren in Sachsen-Anhalt zu leben und zu arbeiten (in %), 2017	74
Abbildung 39:	Verteilung der Hebammen nach ihrem höchsten schulischen Bildungsabschluss (in %), 2017	77
Abbildung 40:	Verteilung der Hebammen nach Jahr des Abschlusses des Hebammenexamens (in %), 2017	78
Abbildung 41:	Verteilung der Hebammen nach Bundesland des Hebammenexamens (in %), 2017	79
Abbildung 42:	Verteilung der Hebammen nach absolvierten Fort- und Weiterbildungen (in %), 2017	80
Abbildung 43:	Verteilung der Hebammen nach Interesse für eine Ausbildung als Praxisanleiterin (in %), 2017	81
Abbildung 44:	Verteilung der Hebammen nach geplanter Aufnahme eines Studiums im Bereich der Hebammenwissenschaften in den nächsten 5 Jahren (in %), 2017	82

Abbildung 45:	Verteilung der Hebammen nach Anzahl der betreuten werdenden Hebammen im Externat (in %), 2017	83
Abbildung 46:	Verteilung der Hebammen nach Gründen für die Nichtbetreuung von Externaten (in %), 2017	84
Abbildung 47:	Verteilung der Hebammenabsolventinnen nach Anzahl der Bewerbungen für einen Ausbildungsplatz (in %), 2017	87
Abbildung 48:	Verteilung der Hebammenabsolventinnen nach Anzahl der Vorstellungsgespräche (in %), 2017	88
Abbildung 49:	Verteilung der Hebammenabsolventinnen nach Beurteilung der Schwierigkeit, einen Ausbildungsplatz zu erhalten (in %), 2017	89
Abbildung 50:	Verteilung der Hebammen nach Leistungsangebot und nach Beschäftigungsform (in %), 2017	93
Abbildung 51:	Verteilung der Hebammen nach Setting des Leistungsangebots und nach Beschäftigungsform (in %), 2017	94
Abbildung 52:	Verteilung der Hebammen nach Anzahl der Landkreise bzw. kreisfreien Städte in Sachsen-Anhalt, in denen sie Leistungen anboten (in %), 2017	95
Abbildung 53:	Verteilung der freiberuflichen Hebammen nach zurückgelegten Kilometern mit in Rechnung gestelltem Wegegeld (in %), 2017	96
Abbildung 54:	Verteilung der freiberuflichen Hebammen nach zurückgelegten Kilometern ohne Wegegeldanspruch (in %), 2017	97
Abbildung 55:	Verteilung der Hebammen nach Anzahl der gleichzeitig zu betreuenden Gebärenden während einer „üblichen“ Schicht (in %), 2017	98
Abbildung 56:	Verteilung der Hebammen nach Anzahl der zu betreuenden Gebärenden während einer Schicht mit eher überdurchschnittlicher Zahl an Gebärenden (in %), 2017	99
Abbildung 57:	Verteilung der Hebammen nach geschätztem Anteil der Schichtdienste mit eher über-, unter- bzw. durchschnittlicher Anzahl der zu betreuenden Gebärenden und nach Beschäftigungsform (in %), 2017	100
Abbildung 58:	Verteilung der freiberuflich tätigen Hebammen gemäß deren Nachfrage in den verschiedenen Leistungsbereichen (in %), 2017	101
Abbildung 59:	Verteilung der freiberuflich tätigen Hebammen nach ihrem Aus- bzw. Abbau von Leistungsangeboten nach Leistungsbereichen (in %), 2013–2017	103

Abbildung 60:	Verteilung der Hebammen nach Gründen für die Einstellung eines bestimmten Angebots von Hebammenleistungen (in %), 2017	104
Abbildung 61:	Verteilung der freiberuflich tätigen Hebammen nach ihren zukünftigen Plänen für den Aus- bzw. Abbau von Leistungsangeboten nach Leistungsbereichen (in %), 2017	105
Abbildung 62:	Verteilung der Hebammen nach Beantragung des Sicherstellungszuschlags (in %), 2016	114
Abbildung 63:	Verteilung der Versorgungsstufen der Krankenhausstandorte gemäß Selbsteinschätzung der Kliniken (in %), 2018	117
Abbildung 64:	Anzahl der Entbindungen und ihre Entwicklung nach Klinik (absolut und in %), 2014–2017	118
Abbildung 65:	Raten primäre und sekundäre Sectio nach Klinik (in %), 2017	120
Abbildung 66:	Altersverteilung der angestellten Hebammen in den Kliniken (in %), 2018	122

Tabellen

Tabelle 1:	Entwicklung der Anzahl der Geburten und der Frauen im gebärfähigen Alter in Sachsen-Anhalt nach Landkreisen bzw. kreisfreien Städten, 2007–2017	30
Tabelle 2:	Anzahl der bei den Gesundheitsämtern gemeldeten freiberuflich tätigen Hebammen in Sachsen-Anhalt nach Landkreisen bzw. kreisfreien Städten, 2013–2017	38
Tabelle 3:	Anzahl der Geburten sowie der Frauen im gebärfähigen Alter je freiberufliche Hebamme in Sachsen-Anhalt nach Landkreisen bzw. kreisfreien Städten, 2017	39
Tabelle 4:	Anzahl der Hebammenabsolventinnen nach Schule, 2014–2018	90
Tabelle 5:	Inanspruchnahme von Hebammenleistungen durch Schwangere und junge Mütter mit einer Geburt im Jahr 2016	107
Tabelle 6:	Übersicht zum Stand und zur Entwicklung des Leistungsangebots freiberuflicher Hebammen, 2017	111
Tabelle 7:	Umsatz freiberuflich tätiger Hebammen (Mittelwerte und Standardabweichungen), 2016	112
Tabelle 8:	Betriebsausgaben sowie Beiträge zur Kranken- und Rentenversicherung bei freiberuflicher Tätigkeit (Mittelwert und Standardabweichungen), 2016	113

Tabelle 9:	Gewinn der freiberuflichen Hebammen vor Steuern (Mittelwerte und Standardabweichungen), 2016	115
Tabelle 10:	Angaben des Brutto- und Nettoverdienstes angestellt tätiger Hebammen (Mittelwerte und Standardabweichung), 2016	115
Tabelle 11:	Konkrete geplante Veränderungen der geburtshilflichen Abteilung bzgl. der Versorgungskapazitäten in den nächsten Jahren, 2018	126
Tabelle 12:	Einschätzung des geplanten Bedarfs an Hebammen (in VZÄ) in der Geburtshilfe innerhalb der nächsten Jahre, 2018	126
Tabelle 13:	Entwicklung der Anzahl an Plätzen für Praxiseinsätze in den nächsten Jahren, absolut, 2018	127
Tabelle 14:	Drei Szenarien zur Anzahl des geschätzten Hebammennachwuchses für Sachsen-Anhalt in den nächsten 2–15 Jahren	135

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
BfHD	Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
DHV	Deutscher Hebammenverband e.V.
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HgE	Hebammengeleitete Einrichtung [u. a. Geburtshaus]
QUAG	Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.
SGB	Sozialgesetzbuch
GDG LSA	Gesundheitsdienstgesetz des Landes Sachsen-Anhalt
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
SD	Standardabweichung

Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet. Alle personenbezogenen Bezeichnungen sind geschlechtsneutral und beziehen sich auf Angehörige aller Geschlechter.

Zusammenfassung

Hintergrund und Zielsetzung

Zur Situation der Hebammenversorgung in Sachsen-Anhalt erlauben die vorhandenen Daten und Studien keine validen Aussagen. Dies hat der Runde Tisch „Geburt und Familie“ übereinstimmend festgestellt. Vor diesem Hintergrund hat das Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt eine Studie zur Hebammenversorgung in Auftrag gegeben.

Ziel dieser Studie war es v. a., die Entwicklung der Personalsituation in der Hebammenversorgung in den kommenden 15 Jahren sowohl in den Kliniken als auch im ambulanten Bereich einzuschätzen sowie das derzeitige und geplante Leistungsangebot der Hebammen zu untersuchen. Ein weiterer Themenschwerpunkt der Studie sind die derzeitigen und künftigen Rahmenbedingungen der Qualifizierung von Hebammen sowie der Bedarf an Ausbildungsplätzen.

Die Ergebnisse der Studie liegen nun vor und bieten eine Grundlage für die Diskussion von Handlungsoptionen im Landtag von Sachsen-Anhalt.

Methodisches Vorgehen

Für die Studie wurden eine quantitative Befragung von Hebammen und Geburtskliniken sowie qualitative Expertengespräche durchgeführt. Darüber hinaus wurden Fachliteratur, Sekundärdaten (u. a. Geburtsstatistik) und gesondert abgefragte Daten der gesetzlichen Krankenkassen und Gesundheitsämter ausgewertet.

An den quantitativen Befragungen haben sich 120 Hebammen (Rücklaufquote: 32 % der angestellt tätigen Hebammen, 21 % der freiberuflich tätigen Hebammen) sowie 17 von 22 Kliniken beteiligt. Zusätzlich konnten die Daten aller Gesundheitsämter sowie der AOK Sachsen-Anhalt, der IKK gesund plus sowie des Verbands der Ersatzkassen Sachsen-Anhalt ausgewertet werden.

Aktuelle Situation der Hebammenversorgung

Im Jahr 2017 waren in Sachsen-Anhalt insgesamt schätzungsweise 431 Hebammen tätig. Diese Gesamtzahl basiert auf den Angaben der Vertragspartnerliste des GKV-Spitzenverbands (368 freiberufliche Hebammen) und der Krankenhausstatistik (239 angestellte Hebammen), wobei – gemäß den Befragungsergebnissen – unterstellt wird, dass rund 41 % der Hebammen sowohl in einem Angestelltenverhältnis als auch freiberuflich tätig sind.

Zu berücksichtigen ist, dass die Anzahl der Hebammen noch wenig über ihre tatsächliche Arbeitszeit aussagt: So waren im Jahr 2017 rund 84 % der ausschließlich freiberuflich tätigen Hebammen in Vollzeit tätig (Wochenarbeitszeit $\geq 38,5$ Stunden), unter den ausschließlich angestellt tätigen Hebammen lag die Vollzeitquote mit rund 55 % niedriger. Bei den Hebammen, die sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig waren, dominiert die Angestelltentätigkeit: Knapp die Hälfte von ihnen war lediglich max. zehn Stunden pro Woche freiberuflich tätig.

Die Mehrheit der freiberuflich und angestellt tätigen Hebammen hat ihre Wochenarbeitszeit in den letzten fünf Jahren – entgegen den eigenen Präferenzen – erhöht. Gründe hierfür waren v. a. der Anstieg der Geburtenzahlen sowie Personalknappheit in den Kliniken (u. a. infolge vakanter Stellen, Krankenstand).

Im Jahr 2017 gab es in Sachsen-Anhalt 17.837 Geburten. In den letzten 10 Jahren hat sich die Geburtenzahl um 2,6 % insgesamt leicht erhöht, allerdings mit deutlichen regionalen Unterschieden (von +24,6 % in Magdeburg bis zu -8,8 % im Landkreis Mansfeld-Südharz). Unter der Annahme eines konstanten Bedarfs an Hebammenleistungen je Geburt kann daher in Magdeburg und Halle (Saale) von einem deutlich gestiegenen Bedarf an Hebammenleistungen ausgegangen werden, in den ländlichen Regionen mit sinkenden Geburtenzahlen dagegen von einem verringerten.

Bezieht man die Zahl der zu betreuenden Geburten auf die Anzahl freiberuflicher Hebammen, zeigen sich starke regionale Unterschiede: Im Landkreis Harz fallen auf eine freiberufliche Hebamme 29 Geburten, im Landkreis Anhalt-Bitterfeld 86. Entsprechend variiert das Nachfragepotenzial in der Geburtsvor- und -nachsorge.

Die momentane Versorgungssituation ist durch eine erhebliche nicht präferenzgerechte Arbeitszeitausweitung bei einem Großteil der Hebammen sowie durch eine starke Arbeitsbelastung gekennzeichnet. Insbesondere die angestellten Hebammen sind mehrheitlich der Auffassung, die Frauen nicht mehr so betreuen zu können, wie sie es für richtig halten. Den Kliniken fällt es zudem schwer, ihre vakanten Hebammenstellen zu besetzen, wodurch wiederum eine Reduzierung der hohen Arbeitsbelastung erschwert wird.

Einschätzung der zukünftigen Entwicklung der Hebammenversorgung

Eine Gegenüberstellung der geschätzten zukünftigen Entwicklung des Hebammenwachstums sowie des – rein altersbedingten – Nachbesetzungspotenzials zeigt, dass für die kommenden zehn Jahre – zumindest rein rechnerisch und ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Arbeitszeiten – bei einer Fortschreibung des Status Quo der Hebammennachwuchs die altersbedingt ausscheidenden Hebammen ersetzen kann. Dies gilt auch unter der Annahme einer Vollakademisierung mit einem Studiengang in Sachsen-Anhalt. In spätestens 15 Jahren ergibt sich allerdings in beiden Szenarien eine Lücke von mehr als 40 Hebammen. Sollte es in Sachsen-Anhalt keinen Studiengang geben und eine Ausbildung an Schulen zukünftig mit Umsetzung der EU-Richtlinie nicht mehr möglich sein, dann wird es in Sachsen-Anhalt schon in 10 Jahren nicht mehr möglich sein, die rein altersbedingt ausscheidenden Hebammen zu ersetzen.

Ein Ersatz der rein altersbedingt ausscheidenden Hebammen erscheint allerdings unzureichend, um das gegenwärtige Versorgungsniveau aufrecht zu erhalten, weil gemäß den Befragungsergebnissen davon auszugehen ist, dass ein Teil der Hebammen vorzeitig den Beruf aufgeben wird. Zusätzlich hat die Hälfte der Kliniken in der Befragung angegeben, dass der Bedarf an Hebammen zukünftig steigen wird.

Auch dass die derzeitig tätigen Hebammen planen, ihre Arbeitszeiten zu reduzieren, spricht für einen höheren zukünftigen Bedarf an Hebammen, als es das rein altersbedingte Ausscheiden suggeriert.

Im Hinblick auf alle Leistungsangebote planen zukünftig mehr Hebammen ihr Leistungsangebot einzuschränken oder einzustellen als auszubauen. Dies betrifft insbesondere Rückbildungskurse sowie die freiberufliche Geburtshilfe.

Mögliche Handlungsoptionen

Derzeit existiert keine verlässliche Datenquelle, die Auskunft über die regionale Anzahl der aktiv tätigen Hebammen, ihren Beschäftigungsumfang und ihr Leistungsspektrum gibt. Diese Informationen sind jedoch erforderlich, um die Versorgungssituation laufend beobachten und bewerten zu können. Nur wenn solche Daten regelmäßig und valide erhoben werden, können sich abzeichnende Veränderungen oder Engpässe frühzeitig erkannt und gezielte Maßnahmen – auch auf regionaler Ebene – ergriffen werden.

Die Hebammen gaben mehrheitlich an, dass sie mehr Nachfragen erhielten, als sie annehmen konnten. Gleichzeitig gibt es Hebammen, deren Angebotskapazität durch die Nachfrage nicht voll ausgeschöpft wurde. Anzustreben ist daher, die Effizienz zu steigern, mit der vorhandene Angebotskapazitäten, insbesondere in den städtischen Regionen mit relativ vielen Hebammen, der Nachfrage zugeordnet werden. Ein innovativer Ansatz zum Aufbau eines Vermittlungsprozesses wurde beispielsweise in Sachsen mit dem Netzwerk „Hebammen für Sachsen“ etabliert. Eine ähnliche Maßnahme unter Förderung der Landesregierung wäre auch in Sachsen-Anhalt denkbar und empfehlenswert.

Die Befragungsergebnisse zeigen weiterhin, dass Maßnahmen zur Stabilisierung bzw. Verbesserung der Personalsituation in den Kliniken erforderlich sind. Möglich wäre beispielsweise eine von der Landesregierung initiierte Diskussion mit den Leitungen der Geburtskliniken über Best-Practice-Ansätze in den Kliniken (z. B. Entlastung der Hebammen von bestimmten Tätigkeiten wie Reinigungsarbeiten), die Förderung des Einsatzes von Praxisanleiterinnen in den Kliniken oder die Aufnahme von Qualitätskriterien (z. B. Vorgabe eines Personalschlüssels für den Kreißaal) im Rahmen der Krankenhausplanung.

Zur Sicherung des Hebammennachwuchses in Sachsen-Anhalt sollte eine akademische Ausbildung etabliert werden. Zusätzlich ist – nicht zuletzt in Anbetracht der bevorstehenden Eintritte der Hebammen in das Rentenalter – eine Ausweitung der Anzahl der Ausbildungsplätze erforderlich, um die Arbeitsbelastung der derzeitigen Hebammen zu senken und die Versorgungssituation nachhaltig zu verbessern.

1. Einleitung

1.1 Hintergrund der Studie

Die Versorgungssituation im Bereich der Hebammenhilfe ist seit einigen Jahren sowohl bundesweit als auch in Sachsen-Anhalt in den Fokus der öffentlichen Diskussion geraten. Insbesondere stand in der Vergangenheit die Anhebung der Haftpflichtprämien für freiberuflich tätige Hebammen in der Geburtshilfe – sowohl außerklinisch als auch klinisch (Beleghebammen) – im Mittelpunkt, da sich dadurch viele Hebammen in ihrer Existenz bedroht sahen und teilweise eine Tätigkeit im Bereich der Geburtshilfe aufgaben. Doch zunehmend klagen Schwangere und junge Mütter nicht nur darüber, keine Hebamme für eine außerklinische Geburt oder eine Beleggeburt in 1:1-Betreuung zu finden, sondern auch über Schwierigkeiten, eine Hebamme für die Vor- und Nachsorge zu finden.¹

Zusätzlich kritisieren angestellte Hebammen auch zunehmend ihre Arbeitssituation in den Kliniken. Eine bundesweite Studie des Picker Instituts im Auftrag des Deutschen Hebammenverbands zeigte beispielsweise, dass knapp 90 % der angestellten Hebammen nur selten oder hin und wieder die Möglichkeit haben, vorgeschriebene Ruhepausen einzuhalten (Vergleichsgruppe: 50 %).² Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen lag auch der Anteil häufiger Vertretungen aufgrund von Personalengpässen bei den angestellten Hebammen höher (57 % im Vergleich zu 41 %) (Schirmer und Steppat 2016). Auch eine Umfrage im November 2017 durch die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) wies auf Engpässe in der klinischen Hebammenversorgung hin: Mehr als 35 % der Kliniken gaben an, in einem Zeitraum von 6 Monaten Schwangere unter der Geburt mindestens einmal abgewiesen zu haben. Als Gründe nannten die geburtshilflichen Abteilungen hauptsächlich einen Mangel an Hebammenbetreuung (66 %), eine Überlastung von neonatologischen Stationen (64 %), fehlende Raumkapazitäten (56 %) sowie einen Arztmangel in der Geburtshilfe (14 %) (DGGG et al. 2018).

Die Situation der Hebammenversorgung wurde in den letzten Jahren bundesweit (z. B. Albrecht et al. 2012) sowie in einzelnen Bundesländern oder Städten untersucht (z. B. Sander et al. 2018, Loos 2015, AGAS 2014, AGAS 2011).

In Sachsen-Anhalt wurde – auf Basis der Forderung der regierungstragenden Parteien im Rahmen des Koalitionsvertrags der laufenden Legislaturperiode – am 10. November 2016 der Runde Tisch „Geburt und Familie“ unter der Leitung von

¹ Siehe für Sachsen-Anhalt beispielsweise <https://www.volksstimme.de/sachsen-anhalt/geburtshilfe-sachsen-anhalts-hebammen-am-limit> (Abruf am 10.08.2018), <https://www.mz-web.de/sachsen-anhalt/hebammen-kaum-noch-geburten-zu-hause-24539090> (Abruf am 10.08.2018)

² Die Ergebnisse der Befragung der angestellten Hebammen wurden mit den Ergebnissen einer Vergleichsgruppe anderer am Krankenhaus in der direkten Patientenversorgung tätigen Berufsgruppen verglichen.

Frau Ministerin Petra Grimm-Benne initiiert.³ Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Runden Tisches stellten fest, dass die vorhandenen Daten und Studien im Bereich der Hebammenversorgung keine validen Aussagen zur Situation der Hebammenversorgung in Sachsen-Anhalt erlauben. Vor diesem Hintergrund wurde vom Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt die vorliegende Studie in Auftrag gegeben.

1.2 Ziele der Studie

Die vorliegende Studie soll insbesondere die folgenden fünf Fragestellungen untersuchen:

- ◆ Wie wird sich die Personalsituation in den kommenden 5 bis 15 Jahren in den Kliniken in Sachsen-Anhalt verändern?
- ◆ Wie wird sich die Personalsituation in den kommenden 5 bis 15 Jahren im ambulanten Bereich der Hebammenversorgung verändern?
- ◆ Wie ist das derzeitige Leistungsangebot der Hebammen und welche Veränderungen zeichnen sich ab?
- ◆ Wie sind die derzeitigen und zukünftigen Gegebenheiten zur Qualifizierung von Hebammen?
- ◆ Wie viele Ausbildungsplätze werden benötigt?

Auf Basis der Ergebnisse der Studie sollen Handlungsempfehlungen für den Landtag Sachsen-Anhalts entwickelt werden, um den Bedarf mit Hebammenleistungen in den nächsten 15 Jahren qualitativ hochwertig und niedrigschwellig zu decken.

1.3 Struktur des Berichts

Der vorliegende Bericht gliedert sich in neun Hauptkapitel. Neben der Einleitung sind dies folgende:

- Kapitel 2 gibt einen Überblick über das methodische Vorgehen, insbesondere im Hinblick auf die Primärdatenerhebungen.
- In Kapitel 3 wird als Hintergrundinformation zunächst die Geburtenentwicklung in Sachsen-Anhalt dargestellt, die einen der wesentlichen Faktoren für den Bedarf an Hebammen darstellt.
- In Kapitel 4 wird die Entwicklung der Anzahl der in Sachsen-Anhalt tätigen Hebammen – differenziert nach freiberuflich und angestellt tätigen Heb-

³ Am Runden Tisch sind Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Medizin, Forschung, Ausbildung, Verbänden, Vereinen, Verwaltung und Politik vertreten. In drei Arbeitsgruppen werden die Themen „Natürliche Geburt fördern“, „Bedarf decken“ sowie „Qualität sichern“ behandelt.

ammen – sowie deren Arbeitszeiten dargestellt. Auch werden ihre Zufriedenheit mit ihrer Arbeitssituation und den Arbeitsbedingungen sowie Einstellungen zum Beruf beschrieben.

- Das Kapitel 5 stellt die Ausbildungs- und Weiterbildungssituation der Hebammen dar.
 - Das Leistungsangebot der Hebammen und die von den Hebammen erbrachten Leistungen werden dann in Kapitel 6 untersucht.
 - Die Vergütungssituation von Hebammenleistungen, einschließlich der Entwicklung der Prämien zur Berufshaftpflichtversicherung, sind Gegenstand von Kapitel 7.
 - In Kapitel 8 werden die Ergebnisse der Krankenhausbefragung dargestellt. Dabei werden insbesondere die Angaben der befragten Geburtskliniken zu den in der Geburtshilfe tätigen Hebammen dargestellt sowie die Arbeitsmarktsituation aus Sicht der Krankenhäuser.
 - Kapitel 9 fasst die Ergebnisse zusammen und bewertet die aktuelle Situation der Hebammenversorgung in Sachsen-Anhalt sowie die voraussichtliche Entwicklung in den kommenden 5 bis 15 Jahren. Darauf aufbauend wird der Handlungsbedarf sowie mögliche Handlungsoptionen diskutiert.
-

2. Methodisches Vorgehen

Die vorliegende Studie basiert im Wesentlichen auf vier Ansätzen:

- ◆ einer Analyse und Auswertung von Fachliteratur zur Versorgung mit Hebammenhilfe sowie von Daten der Geburts-, Bevölkerungs- und Krankenhausstatistik für Sachsen-Anhalt,
- ◆ einer quantitativen Befragung der freiberuflich und angestellt tätigen Hebammen in Sachsen-Anhalt sowie der Geburtskliniken in Sachsen-Anhalt,
- ◆ einer Datenabfrage bei den gesetzlichen Krankenkassen zur Inanspruchnahme von Hebammenleistungen durch Schwangere und junge Mütter sowie bei den Gesundheitsämtern zur Anzahl der dort gemeldeten Hebammen und deren Leistungsspektrum sowie
- ◆ qualitativen Interviews mit Expertinnen und Experten in Sachsen-Anhalt.

Im Folgenden wird insbesondere das Vorgehen bei den Primärdatenerhebungen detailliert erläutert.

2.1 Befragung der Hebammen in Sachsen-Anhalt

Im Rahmen einer schriftlichen Befragung (Paper & Pencil sowie online) sollten Hebammen, die in Sachsen-Anhalt angestellt oder freiberuflich tätig sind, befragt werden.

2.1.1 Erstellung der Erhebungsunterlagen

Der Fragebogen wurde vom IGES Institut auf Basis vorheriger Erhebungen (z. B. Sander et al. 2018, Loos 2015, Albrecht et al. 2012) und der in den Ausschreibungsunterlagen genannten Fragestellungen entwickelt. Er enthielt im Wesentlichen Fragen zu den folgenden Aspekten:

- ◆ Angaben zur Person und Ausbildung (u. a. Alter, Fort- und Weiterbildungen, akademische Ausbildung),
 - ◆ Angaben zur beruflichen Situation (u. a. Berufserfahrung, Beschäftigungsverhältnis, Arbeitszeiten, vergangene und geplante Änderungen der Arbeitszeiten),
 - ◆ Tätigkeitsbereiche (u. a. angebotene Leistungen, erbrachte Leistungen, Auslastung in einzelnen Leistungsbereichen, vergangene und geplante Veränderungen im Leistungsspektrum),
 - ◆ Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der beruflichen Tätigkeit sowie Einstellungen zum Hebammenberuf,
 - ◆ Einkommenssituation (u. a. Einnahmen und Ausgaben) sowie
-

- ◆ spezifische Fragen für Hebammen, deren Hebammenexamen weniger als 5 Jahre zurückliegt (u. a. Gründe für die Berufswahl, Bewerbungsprozess, Gründe für eine Ausbildung in Sachsen-Anhalt).

Der Fragebogen wurde vom Auftraggeber sowie Vertreterinnen des Landeshebammenverbands Sachsen-Anhalt sowie des Bundes freiberuflicher Hebammen e. V. (BfHD) kommentiert und auf Basis der Anmerkungen in Abstimmung mit dem Auftraggeber finalisiert.

Der final abgestimmte Fragebogen wurde für die Online-Befragung programmiert. Hierzu wurde die eigene Domain www.hebammenbefragung-sachsen-anhalt.de registriert.

Zusätzlich zum Fragebogen wurde ein Anschreiben erstellt, welches Informationen zum Hintergrund der Studie enthielt. Zudem wurde eine Kontaktperson am IGES Institut für Rückfragen benannt. Neben dem IGES-Anschreiben wurde den Erhebungsunterlagen ein Begleitschreiben von Frau Ministerin Petra Grimm-Benne sowie ein adressierter und frankierter Rückumschlag „Porto zahlt Empfänger“ beigelegt.

2.1.2 Durchführung der Befragung

Der Versand der Erhebungsunterlagen erfolgte auf vier verschiedenen Wegen, um möglichst alle in Sachsen-Anhalt tätigen Hebammen zu erreichen:

- ◆ Versand an die in Sachsen-Anhalt wohnenden Mitglieder des Deutschen Hebammenverbands (DHV),
- ◆ Versand an die in Sachsen-Anhalt wohnenden Mitglieder des BfHD,
- ◆ Versand an die in Sachsen-Anhalt wohnenden Hebammen auf der Vertragspartnerliste des GKV-Spitzenverbandes, die nicht Mitglied im DHV oder BfHD sind, sowie
- ◆ Versand an die Geburtskliniken in Sachsen-Anhalt mit der Bitte um Weitergabe an die dort tätigen Hebammen.

Versand an die Mitgliedshebammen des DHV

Der Versand an die Mitgliedshebammen des DHV wurde im Rahmen einer Auftragsdatenverarbeitung von einer Druckerei durchgeführt. Das IGES Institut übermittelte an die Druckerei den Fragebogen, den Rückumschlag, das Anschreiben der Frau Ministerin sowie das Anschreiben als Word-Dokument. Der DHV übermittelte die Adressdaten der in Sachsen-Anhalt wohnenden Hebammen direkt an die Druckerei, sodass dem IGES Institut zu keiner Zeit die Adressdaten der Hebammen vorlagen.

Versand an die Mitgliedshebammen des BfHD

Der Versand an die Mitgliedshebammen des BfHD wurde durch die Geschäftsstelle des BfHD durchgeführt. Das IGES Institut schickte dafür ein Paket mit 15 frankierten Erhebungsunterlagen an die Geschäftsstelle. Diese adressierte die Erhebungsunterlagen an die Mitgliedshebammen in Sachsen-Anhalt und gab diese in die Post. Damit lagen dem IGES Institut zu keiner Zeit die Adressdaten der Hebammen vor.

Versand an die Hebammen der GKV-Vertragspartnerliste

Der Versand der Erhebungsunterlagen an die Hebammen der GKV-Vertragspartnerliste wurde durch das IGES Institut durchgeführt. Dafür wurde ein Antrag nach § 75 Abs. I SGB X (Übermittlung von Sozialdaten für Forschung und Planung) an das Bundesministerium für Gesundheit gestellt. Dieses erteilte am 19. April 2018 die Genehmigung zur Übermittlung der Adressdaten vom GKV-Spitzenverband an das IGES Institut. Diese Daten dürfen ausschließlich für die Befragung der Hebammen in Sachsen-Anhalt im Rahmen der Hebammenstudie genutzt werden und wurden am 30. September 2018 unwiderruflich gelöscht.

Die Kuvertierung der Fragebögen mit dem individuellen Zugangscode sowie des Anschreibens mit den Adressdaten der Hebammen erfolgte zufällig, so dass dem IGES Institut zu keiner Zeit eine Zuordnung der Passwörter zu den Adressdaten möglich war.

Versand an die Geburtskliniken

Das IGES Institut sendete an alle Geburtskliniken ein Paket mit Erhebungsunterlagen für die Befragung. Die Anzahl der Unterlagen richtete sich nach der in der Befragung der Kliniken angegebenen Zahl an Hebammen sowie nach Internetrecherchen. Dem Paket wurde ein Begleitbrief an die leitende Hebamme des Kreißsaals beigelegt mit der Bitte, die Befragungsunterlagen weiterzugeben. Mit dem Versand der Erhebungsunterlagen an die Geburtskliniken sollten insbesondere ausschließlich angestellt tätige Hebammen erreicht werden.

Befragungszeitraum

Die Befragung startete durch den Versand der Erhebungsunterlagen Ende Mai / Anfang Juni 2018 mit einer Rücklauffrist bis 2. Juli 2018. Die Frist wurde in Abstimmung mit dem Auftraggeber zweimal verlängert: Die erste Verlängerung bis zum 27. Juli 2018 wurde Mitte Juli mit einem Schreiben der Staatssekretärin Beate Bröcker und die zweite Verlängerung bis zum 31. August 2018 wurde Anfang August 2018 mit einem Schreiben des IGES Instituts an die Hebammen kommuniziert. Die Kommunikation der Fristverlängerung erfolgte durch postalische Schreiben an die Geburtskliniken sowie an die Hebammen, für die dem IGES Institut die Adressdaten vorlagen (GKV-Vertragspartnerliste). Für die Mitgliedshebammen des DHV sowie des BfHD wurden die beiden Verbände gebeten, die Schreiben per E-Mail an

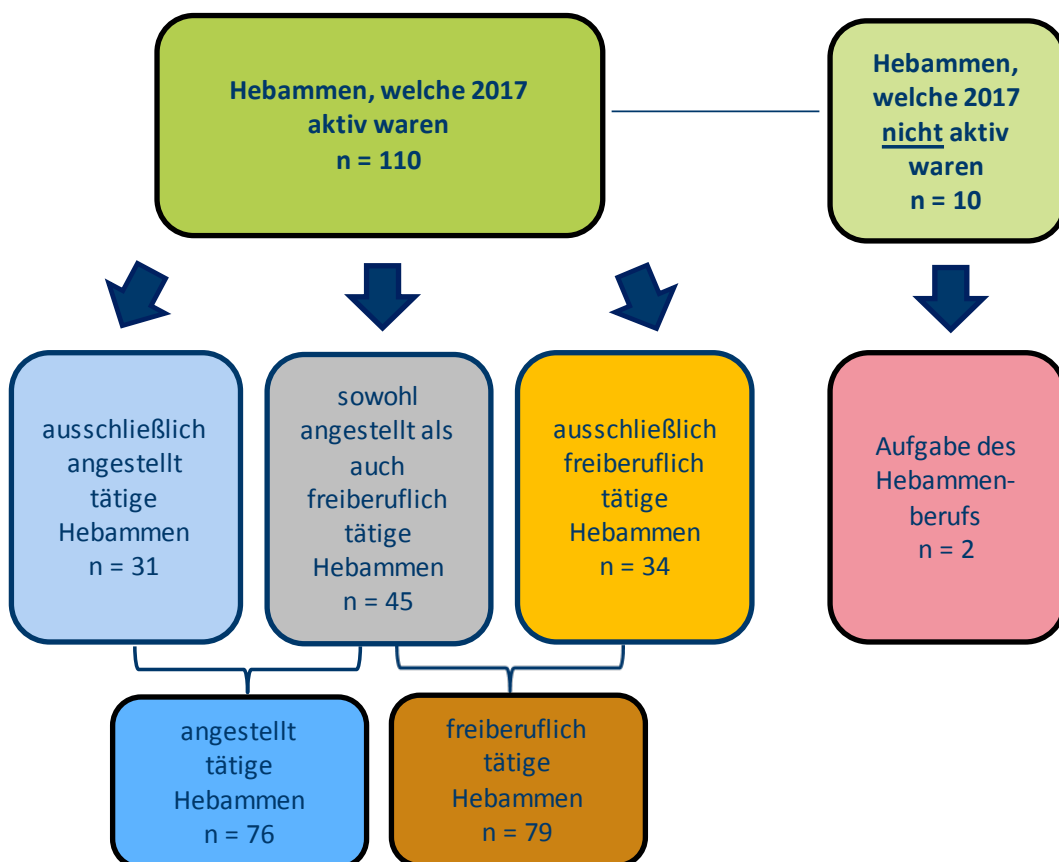
die Mitgliedshebammen zu senden. Des Weiteren wurden jeweils die Landesvorsitzenden der beiden Hebammenverbände über die Fristverlängerung informiert und gebeten, diese Informationen weiterzugeben.

Alle Fragebögen, die beim IGES Institut bis zum 15. September 2018 eingegangen sind, wurden bei den Auswertungen berücksichtigt.

2.1.3 Teilnahme an der Befragung

Insgesamt haben sich 120 der angeschriebenen Hebammen an der Befragung beteiligt, indem sie den Fragebogen vollständig oder teilweise beantwortet haben. Von diesen Hebammen war der größte Anteil (38 %, n = 45) im Jahr 2017 sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig, 26 % (n = 31) waren ausschließlich angestellt tätig und 28 % (n = 34) waren ausschließlich freiberuflich tätig (Abbildung 1). Weitere 8 % (n = 10) der Teilnehmerinnen waren im Jahr 2017 nicht (mehr) aktiv als Hebammen tätig – zwei von ihnen hatten ihren Beruf ganz aufgegeben.

Abbildung 1: Verteilung der Hebammen mit Teilnahme an der Befragung nach Beschäftigungsform, 2017



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Ausgehend von einer Gesamtzahl von 368 freiberuflichen Hebammen im Jahr 2017 in Sachsen-Anhalt (vgl. dazu auch Kapitel 4.1) betrug die Rücklaufquote bei den freiberuflichen Hebammen knapp 21 %. Bezogen auf 239 angestellte Hebammen im Jahr 2017 in Sachsen-Anhalt (vgl. dazu Kapitel 4.1) lag die Rücklaufquote bei den angestellten Hebammen bei rund 32 %. Bei dieser Berechnung der Rücklaufquoten wurden die im Jahr 2017 nicht aktiven Hebammen, die sich an der Befragung beteiligt haben (n = 10), nicht berücksichtigt.

2.2 Befragung der Geburtskliniken in Sachsen-Anhalt

2.2.1 Erstellung der Erhebungsunterlagen

Das IGES Institut hat den Fragebogen für die Krankenhäuser sowie ein Anschreiben entwickelt und mit dem Auftraggeber abgestimmt.

Der Auftraggeber hat dem IGES Institut die Adressdaten der Geburtskliniken zur Verfügung gestellt. Insgesamt wurden 24 Geburtskliniken (Standorte) in Sachsen-Anhalt angeschrieben. Allerdings stellte sich heraus, dass eine Geburtsklinik – das AMEOS Klinikum in Haldersleben – schon seit dem Jahr 2016 keine Geburtshilfe mehr anbietet⁴ und eine Geburtsklinik – die HELIOS Klinik Zerbst/Anhalt GmbH – den Kreißsaal zum Juli 2018 geschlossen hat, sodass im Folgenden von einer Gesamtzahl von 22 Geburtskliniken in Sachsen-Anhalt ausgegangen wird.

2.2.2 Durchführung der Befragung

Die Befragungsunterlagen wurden nach Freigabe durch den Auftraggeber Anfang Februar 2018 an die leitende Hebamme des jeweiligen Kreißsaals versendet mit der Bitte, den ausgefüllten Fragebogen spätestens bis zum 10. März 2018 an das IGES Institut zurückzusenden. Das IGES Institut hat alle Geburtskliniken mehrfach telefonisch kontaktiert, um den Rücklauf zu erhöhen. Auch das Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt hat Maßnahmen für die Erhöhung des Rücklaufs bei der Klinikbefragung unternommen und beispielsweise die Vorsitzende des Landeshebammenverbands sowie die Mitglieder des Runden Tisches informiert und um Unterstützung gebeten.

Für die Auswertung wurden alle Fragebögen berücksichtigt, die bis Ende Juli 2018 beim IGES Institut eingegangen sind.

⁴ Ein Antrag des Trägers zur Änderung des Krankenhausplans (Rückgabe des Versorgungsauftrags) liegt dem Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt noch nicht vor.

2.2.3 Teilnahme an der Befragung

An der Befragung haben sich 17 von 22 Krankenhausstandorten beteiligt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von rund 77 %. In diesen 17 Krankenhäusern wurden im Jahr 2017 rund 78 % aller Geburten in Sachsen-Anhalt betreut.

2.3 Datenabfrage bei den Gesundheitsämtern

Alle 14 Gesundheitsämter in Sachsen-Anhalt wurden vom IGES Institut per E-Mail um folgende Auskünfte gebeten:

- ◆ Anzahl der insgesamt gemeldeten freiberuflich tätigen Hebammen in den Jahren 2013 bis 2017 sowie
- ◆ Anzahl der gemeldeten freiberuflich tätigen Hebammen in den Jahren 2013 bis 2017 differenziert nach bestimmten Tätigkeitsbereichen (Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung, Geburtsvorbereitungskurse, Hausgeburten, Geburten in einer hebammengeleiteten Einrichtung [Geburtshaus], Beleggeburten, Wochenbettbetreuung, Tätigkeit als Familienhebamme).

Des Weiteren wurden die Gesundheitsämter um Informationen gebeten, in welcher Regelmäßigkeit die freiberuflich tätigen Hebammen Änderungen des Tätigkeitsspektrums melden und welche weiteren Informationen ggf. über die Hebammensituation in dem jeweiligen Landkreis bzw. der jeweiligen kreisfreien Stadt vorliegen (z. B. Informationen über den Arbeitsumfang der gemeldeten Hebammen).

Dem E-Mail-Anschreiben wurde ein Datenraster in Excel beigelegt, in der die Gesundheitsämter die ihnen vorliegenden Informationen eintragen konnten.

Die Ansprechpartner der jeweiligen Gesundheitsämter wurden dem IGES Institut vom Auftraggeber zur Verfügung gestellt.

Die erste Kontaktaufnahme mit den Gesundheitsämtern wurde Mitte Februar 2018 durchgeführt. Ende März 2018 sowie Mitte Mai 2018 folgte jeweils ein Erinnerungsschreiben an die Gesundheitsämter, die sich bis dahin nicht gemeldet hatten.

An der Datenabfrage haben sich alle 14 Gesundheitsämter beteiligt.

2.4 Datenabfrage bei den gesetzlichen Krankenkassen

Die gesetzlichen Krankenkassen wurden um Unterstützung für die Studie gebeten, um insbesondere die folgenden Fragen zu beantworten:

- ◆ Wie viele Mütter, die im Jahr 2016 ein Kind geboren haben, haben keine Hebammenleistungen in Anspruch genommen?
 - ◆ Welche Hebammenleistungen haben Schwangere bzw. junge Mütter rund um die Geburt in Anspruch genommen?
-

- ◆ In welchem Umfang wurden die jeweiligen Leistungen in Anspruch genommen?

Für die Kontaktaufnahme mit den Krankenkassen hat Frau Ministerin Petra Grimmbenne ein Schreiben mit der Bitte um Unterstützung und Bereitstellung von Daten am 26. Juni 2018 an die folgenden Organisationen gesendet:

- ◆ AOK Sachsen-Anhalt
- ◆ BKK Landesverband Mitte
- ◆ Deutsche Rentenversicherung - Knappschaft-Bahn-See
- ◆ IKK gesund plus
- ◆ Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- ◆ Verband der Ersatzkassen Sachsen-Anhalt

Des Weiteren wurde darum gebeten, mit dem IGES Institut Kontakt aufzunehmen bzw. einen Ansprechpartner zu benennen.

Das IGES Institut hat eine Muster-Datenanforderung in Excel erstellt, mit dem Auftraggeber abgestimmt und diese dann den jeweiligen Ansprechpartnern der Krankenkassen zur Verfügung gestellt.

Für die Studie konnten die oben beschriebenen Daten von drei Organisationen (AOK Sachsen-Anhalt, IKK gesund plus, Verband der Ersatzkassen Sachsen-Anhalt) ausgewertet werden.

2.5 Durchführung qualitativer Expertengespräche

Zusätzlich zu den quantitativen Befragungen wurden semistrukturierte qualitative Expertengespräche mit Vertreterinnen der beiden Hebammenschulen im Land Sachsen-Anhalt (in Magdeburg und Halle [Saale]) durchgeführt, um mehr über die Ausbildungssituation für Hebammen in Sachsen-Anhalt zu erfahren.⁵ Schwerpunkte der Befragung waren die folgenden Themen:

- ◆ Anzahl und Entwicklung der Ausbildungsplätze sowie geplante Veränderungen der Ausbildungskapazitäten,
- ◆ Anzahl und Entwicklung der Bewerbungen,
- ◆ (Entwicklung der) Abbrecherquoten und Gründe für den Abbruch der Ausbildung,
- ◆ Anzahl der Hebammenabsolventinnen und ihre Entwicklung,
- ◆ Tätigkeiten der Absolventinnen nach der Ausbildung,
- ◆ Akademisierung des Hebammenberufs sowie

⁵ Auf Wunsch einer Schule wurde ein Leitfaden schriftlich beantwortet.

- ◆ Informationen zur praktischen Ausbildung (beteiligte Kliniken, Externate).

Des Weiteren wurden zwei Expertengespräche geführt – insbesondere mit dem Ziel, offene Fragen, die sich aus den quantitativen Befragungen ergeben haben, zu klären bzw. mögliche Interpretationen der Befragungsergebnisse zu diskutieren. Die Gespräche wurden mit Vertreterinnen und Vertretern des Landeshebammenverbands Sachsen-Anhalt sowie der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt e.V. geführt.

Die Auswahl der Expertinnen und Experten wurde mit dem Auftraggeber abgestimmt. Die ausgewählten Expertinnen und Experten wurden vom IGES Institut schriftlich kontaktiert und über den Hintergrund und das Ziel der Gespräche informiert. Alle Befragungen wurden im Rahmen von semistrukturierten qualitativen Telefoninterviews durchgeführt und dauerten im Durchschnitt rund 1 Stunde.

Von allen Gesprächen wurden Mitschriften angefertigt, die systematisch und strukturiert ausgewertet wurden.

3. Geburten in Sachsen-Anhalt

3.1 Entwicklung der Gesamtzahl der Geburten und der Geburtenziffer

Die Anzahl der Geburten ist die primäre Determinante für die Nachfrage nach Hebammenleistungen und damit auch für die Anzahl der „bedarfsnotwendigen“ Hebammen.⁶ Im Folgenden wird daher die Geburtenentwicklung in Sachsen-Anhalt seit dem Jahr 2000 dargestellt.

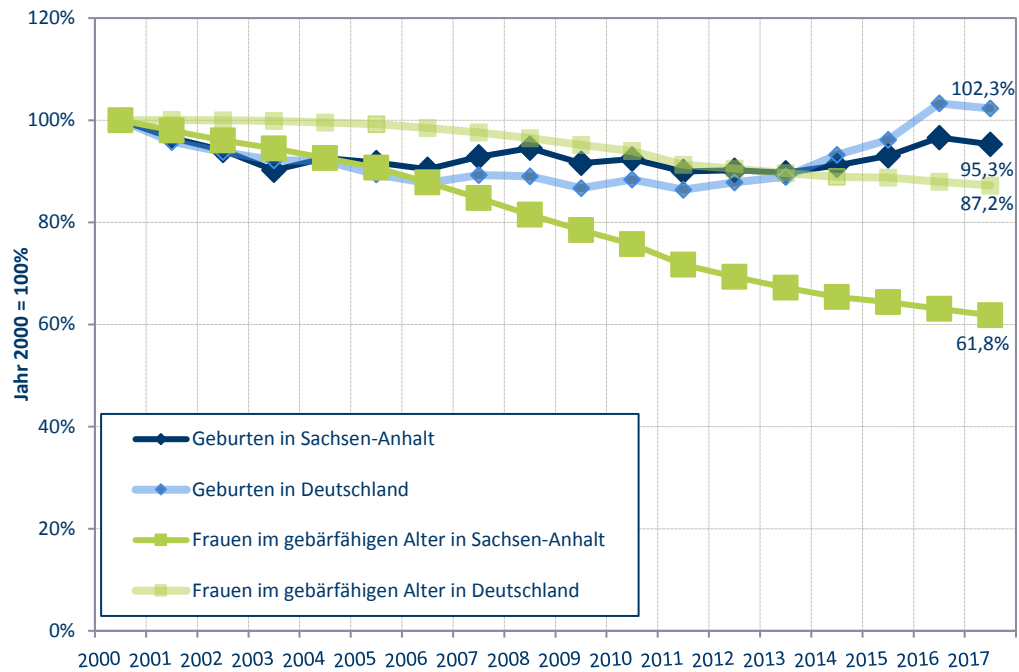
Im Jahr 2017 gab es in Sachsen-Anhalt 17.837 Geburten. Seit dem Jahr 2000 ist die Anzahl der Geburten in Sachsen-Anhalt um rund 4,7 % gesunken, während sie im Bundesdurchschnitt um 2,3 % anstieg (Abbildung 2).

Im Zeitraum von 2000 bis 2013 ist die Anzahl der Geburten in Sachsen-Anhalt von 18.723 Geburten im Jahr 2000 auf 16.797 im Jahr 2013 gesunken (-10,3 %) und damit im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (-11,1 %) etwas weniger. Im Zeitraum von 2013 bis 2016 ist die Anzahl der Geburten dann sowohl in Sachsen-Anhalt als auch im Bundesdurchschnitt angestiegen – in Sachsen-Anhalt mit rund 6,9 % im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt (+14,4 %) unterproportional. Im Jahr 2017 waren die Geburtenzahlen erstmalig seit dem Jahr 2013 wieder leicht rückläufig.

Eine wichtige Determinante für die Anzahl der Geburten ist die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter (15 bis 49 Jahre). Im Jahr 2017 betrug ihre Anzahl in Sachsen-Anhalt 384.406. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ist die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter in Sachsen-Anhalt im Zeitraum von 2000 bis 2017 deutlich stärker gesunken (-38,2 % im Vergleich zu -12,8 %).

⁶ Neben der Geburtenanzahl beeinflussen auch weitere Faktoren die Nachfrage bzw. den Bedarf nach Hebammenleistungen, wie beispielsweise die Anzahl der Erstgebärenden, die Kaiserschnitttrate oder die Wünsche und Bedürfnisse der Frauen.

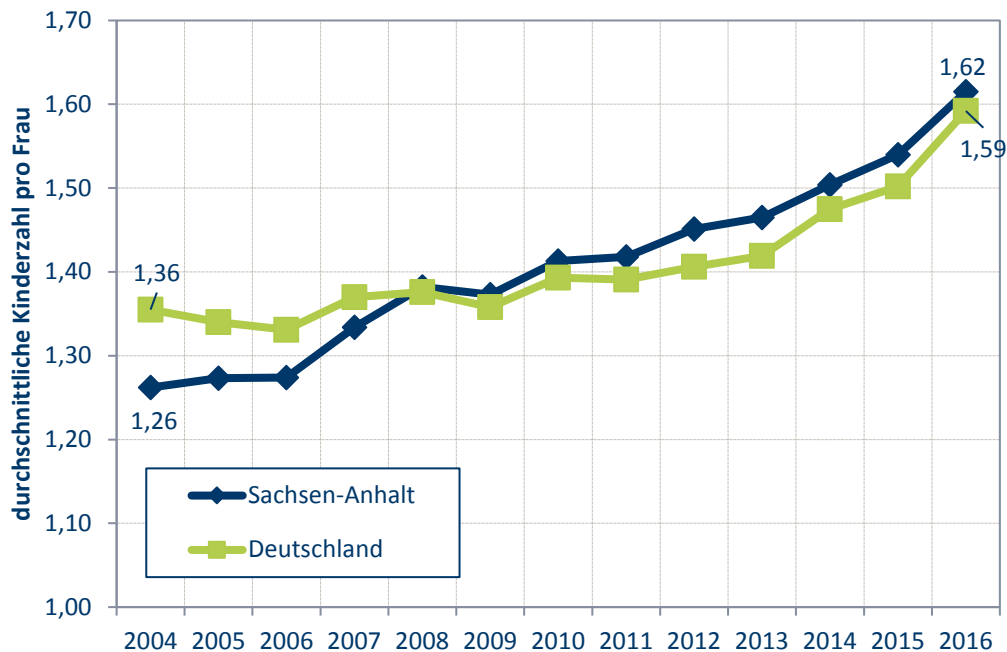
Abbildung 2: Entwicklung der Anzahl der Geburten und der Frauen im gebärfähigen Alter in Sachsen-Anhalt und in Deutschland, 2000–2017



Quelle: IGES auf Basis der Geburts- und Bevölkerungsstatistik der Genesis-Online Datenbank des Statistischen Bundesamts, Stand: 08.10.2018

Die durchschnittliche Kinderzahl je Frau ist in Deutschland von 1,36 im Jahr 2004 auf 1,59 im Jahr 2016 gestiegen (Abbildung 3). Auch in Sachsen-Anhalt hat sich die durchschnittliche Kinderzahl je Frau seit dem Jahr 2004 erhöht: Sie lag im Jahr 2016 bei 1,62 Kindern je Frau und damit über der bundesdurchschnittlichen Geburtenziffer.

Abbildung 3: Entwicklung der zusammengefassten Geburtenziffer in Sachsen-Anhalt und in Deutschland, 2004–2016



Quelle: IGES auf Basis der Geburtenstatistik der Genesis-Online Datenbank des Statistischen Bundesamts; Stand: 08.10.2018

Anmerkung: Bezogen auf die Altersgruppe der 15- bis 50-Jährigen

3.2 Regionale Geburtenentwicklung in Sachsen-Anhalt

Während in Sachsen-Anhalt die Geburtenzahlen seit dem Jahr 2007⁷ um rund 2,6 % gestiegen sind, hat sich die Anzahl der Geburten in den einzelnen kreisfreien Städten und Landkreisen sehr unterschiedlich entwickelt. Den höchsten Geburtenzuwachs hatten die kreisfreien Städte Magdeburg (+24,6 %) und Halle (Saale) (+14,6 %), der Landkreis Jerichower Land (+8,3 %) sowie die kreisfreie Stadt Dessau-Roßlau (+7,5 %) (Tabelle 1). Den stärksten Geburtenrückgang verzeichnete der Landkreis Mansfeld-Südharz (-8,8 %).

Die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter ist im betrachteten Zeitraum von 2007 bis 2017 in Sachsen-Anhalt insgesamt um 25,6 % gesunken. In allen kreisfreien Städten und Landkreisen nahm sie zwischen 27,6 % und 33,1 % ab – Ausnahmen bildeten lediglich die kreisfreien Städte Halle (Saale) (-7,0 %) und Magdeburg (-9,3 %). Der Geburtenzuwachs im Zeitraum 2007 bis 2017 resultierte daher primär aus der gestiegenen durchschnittlichen Kinderzahl pro Frau.

⁷ Die Entwicklung wird ab dem Jahr 2007 dargestellt, da sich die Kreise aufgrund der Kreisgebietsreform in Sachsen-Anhalt im Jahr 2007 geändert haben.

Tabelle 1: Entwicklung der Anzahl der Geburten und der Frauen im gebärfähigen Alter in Sachsen-Anhalt nach Landkreisen bzw. kreisfreien Städten, 2007–2017

	Geburten		Frauen im gebärfähigen Alter	
	Anzahl 2017	Veränderung in % 2007–2017	Anzahl 2016*	Veränderung in % 2007–2016
Altmarkkreis Salzwedel	661	-4,9 %	14.587	-30,1 %
Anhalt-Bitterfeld	1.251	0,1 %	27.012	-32,0 %
Börde	1.350	-4,5 %	30.662	-27,6 %
Burgenlandkreis	1.297	-3,2 %	29.596	-30,2 %
Dessau-Roßlau	647	7,5 %	13.408	-27,8 %
Halle (Saale)	2.391	14,6 %	50.777	-7,0 %
Harz	1.594	-5,2 %	36.770	-28,1 %
Jerichower Land	730	8,3 %	15.016	-31,3 %
Magdeburg	2.310	24,6 %	47.982	-9,3 %
Mansfeld-Südharz	891	-8,8 %	21.850	-32,8 %
Saalekreis	1.466	-1,1 %	32.342	-28,1 %
Salzlandkreis	1.439	-3,5 %	32.298	-30,4 %
Stendal	901	-2,2 %	19.537	-31,4 %
Wittenberg	909	-1,0 %	20.257	-33,1 %
Sachsen-Anhalt	17.837	2,6 %	392.094	-25,6 %

Quelle: IGES auf Basis der Geburten- und Bevölkerungsstatistik der Datenbank der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Stand: 08.10.2018

Anmerkung: Grüne Markierung: Kreisfreie Städte, die bei der Entwicklung der Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter im Vergleich zum Landesdurchschnitt einen geringen Rückgang zu verzeichnen hatten. *Die Zahlen für das Jahr 2017 waren zum Zeitpunkt der Berichtserstellung noch nicht veröffentlicht.

Die Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Sachsen-Anhalt zeigt im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung der Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter⁸ auf Kreisebene, dass in allen Landkreisen sowie den kreisfreien

⁸ 6. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für Sachsen-Anhalt bis 2030: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt 2016; Stand: 26.03.2018. Die Frauen im gebärfähigen Alter sind hierbei definiert als Frauen zwischen 16 und 54 Jahren.

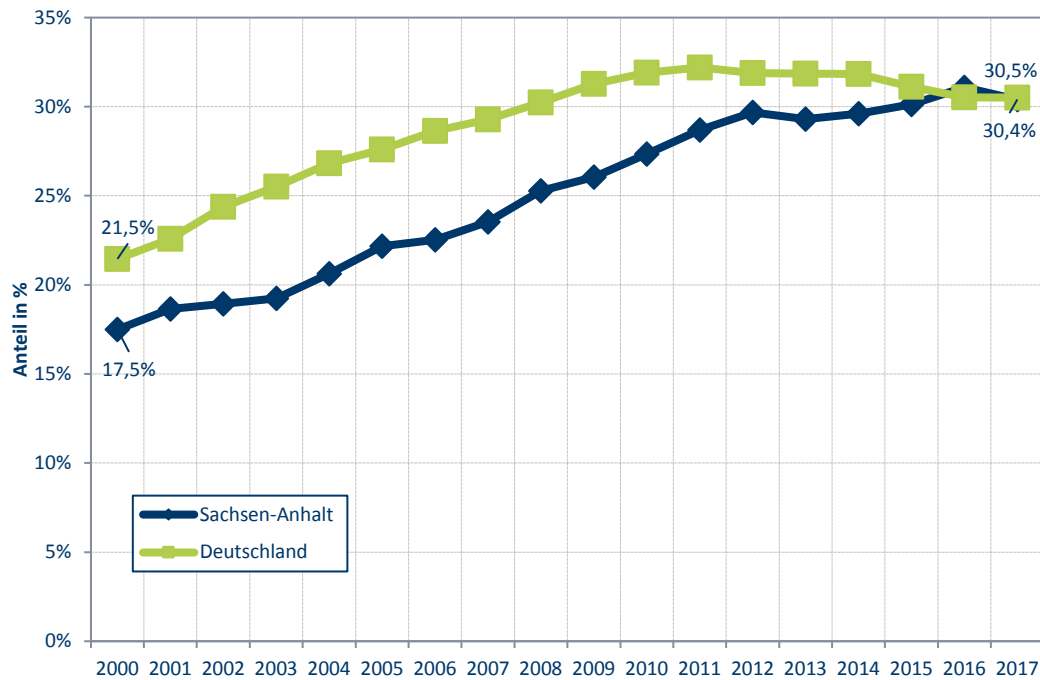
Städten die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter bis zum Jahr 2030 weiter sinken wird. Besonders deutlich zeigt sich dies im Landkreis Mansfeld-Südharz im gebärfähigen Alter (-34,8 %) und im Landkreis Stendal (-33,9 %), in denen sich bereits im Zeitraum von 2007 bis 2016 eine starke Abnahme der Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter abzeichnete. Eine Ausnahme bilden die beiden kreisfreien Städte Halle (Saale) (+0,6 %) und Magdeburg (+0,4 %), welche nach den Vorausberechnungen im Gegensatz zur kreisfreien Stadt Dessau-Roßlau und allen Landkreisen eine konstante Anzahl an Frauen im gebärfähigen Alter aufzeigen.

3.3 Entwicklung der Kaiserschnittrate und der Anzahl der vaginal-operativen Geburten

Im Jahr 2017 wurden 17.276 Krankenhausentbindungen in Sachsen-Anhalt verzeichnet. Darunter waren 5.253 Kaiserschnitte (30,4 %) (Abbildung 4). Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einem leichten Rückgang um 0,7 Prozentpunkte. Die Kaiserschnittrate in Sachsen-Anhalt liegt damit geringfügig unter dem Niveau des bundesweiten Durchschnitts.

Grundsätzlich ist die Kaiserschnittrate seit dem Jahr 2000 sowohl bundesweit als auch in Sachsen-Anhalt angestiegen. Als Gründe für die Zunahme der Kaiserschnittrate in Deutschland in den letzten Jahren wird eine Veränderung der mütterlichen und kindlichen Risikofaktoren diskutiert. Allerdings zeigen Faktoren wie ein höheres Durchschnittsalter der werdenden Mütter, eine Zunahme an mütterlichen Erkrankungen (z. B. Adipositas oder Diabetes mellitus), die Entwicklung des Anteils überschwerer Kinder, der Mehrlingsgeburten, der Frühgeburten oder der Wunschkaiserschnitte, keinen wesentlichen Einfluss auf den Anstieg der Kaiserschnittrate (Bertelsmann Stiftung 2012). Einen möglichen Einfluss könnten dagegen strukturelle Faktoren wie z. B. die Personalsituation im Krankenhaus sowie die Planbarkeit des Eingriffs und des Ressourcenverbrauchs haben, insbesondere bei kleineren oder belegärztlich geführten Kliniken (Bertelsmann Stiftung 2012).

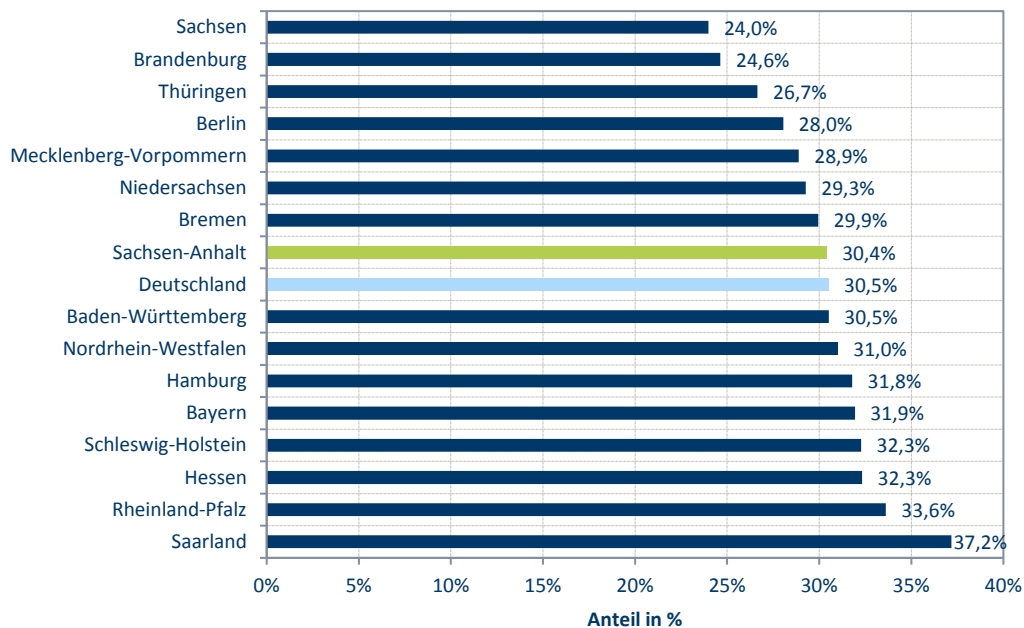
Abbildung 4: Entwicklung der Kaiserschnittrate in Deutschland und in Sachsen-Anhalt, 2000–2017



Quelle: IGES auf Basis der Grunddaten der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamts in der Datenbank zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Stand: 08.10.2018

Die Kaiserschnittrate in Sachsen-Anhalt liegt im Vergleich innerhalb Deutschlands leicht unter der durchschnittlichen Kaiserschnittrate (Abbildung 5).

Abbildung 5: Vergleich der Kaiserschnittraten in den Bundesländern, 2017



Quelle: IGES auf Basis der Grunddaten der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamts in der Datenbank zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Stand: 08.10.2018

Entbindungen mithilfe vaginal-operativer Instrumente waren eher selten. Im Jahr 2017 wurden in Sachsen-Anhalt 3,3 % der Geburten durch Vakuumextraktion durchgeführt, 87 Entbindungen (0,5 %) erfolgten mittels Geburtszange.

3.4 Außerklinische Geburten in Sachsen-Anhalt

Die Anzahl der außerklinischen Geburten in Deutschland, dazu zählen Hausgeburten sowie Geburten in einer hebammengeleiteten Einrichtung, ist in den vergangenen Jahren gestiegen. Nach dem Qualitätsbericht der außerklinischen Geburtshilfe in Deutschland (Loytved 2016) wurden im Jahr 2016 bundesweit 12.170 Kinder geplant außerklinisch^{9,10} geboren. Dies entspricht einem Anteil von 1,3 % aller Geburten in Deutschland. Im Jahr 2016 fanden in Sachsen-Anhalt 126 Geburten außerklinisch statt. Davon waren 36 Geburten Hausgeburten und 90 Geburten

⁹ Geplante außerklinische Geburten: inklusive bei oder nach Verlegung geborene Kinder; ohne Mehrlingsgeburten und ohne nicht in Deutschland geborene Kinder, die von Hebammen aus Deutschland betreut wurden (Quelle: http://www.quag.de/downloads/QUAG_bericht2016.pdf).

¹⁰ Es kann jedoch nicht von einer vollständigen Erfassung aller außerklinischen Geburten ausgegangen werden, da die Dokumentation der außerklinischen Geburten für die freiberuflich tätigen Hebammen freiwillig ist.

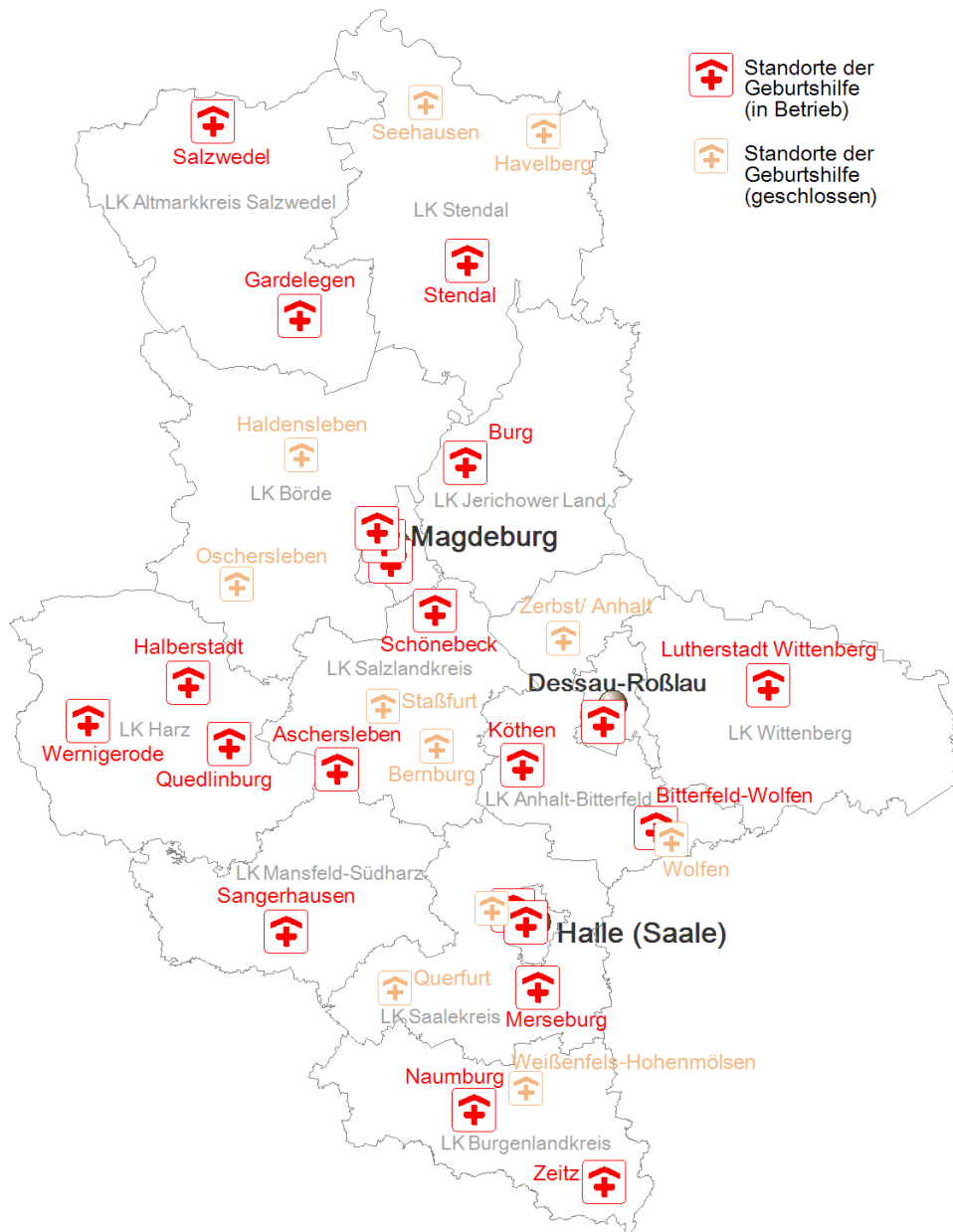
in einer hebammengeleiteten Einrichtung. Dies entsprach einem Anteil von rund 1 % aller Geburten in Sachsen-Anhalt. Der Anteil der außerklinischen Geburten ist damit in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt etwas niedriger.

3.5 Entwicklung der Anzahl der Geburtskliniken in Sachsen-Anhalt

Derzeit (Stand August 2018) gibt es in Sachsen-Anhalt an 22 Krankenhausstandorten eine geburtshilfliche Abteilung (Abbildung 6). Im Jahr 2000 standen noch 33 Standorte mit einer geburtshilflichen Abteilung zur Verfügung. Für die jüngste Schließung des Kreißsaals der Helios-Klinik in Zerbst wurde Personalmangel als Grund angeführt.¹¹ Auch die Schließung der Asklepios-Klinik in Weißenfels-Hohenmölsen zum 31.12.2017 wurde aufgrund fehlender Hebammen vorgenommen.

¹¹ <https://www.unsere-hebammen.de/mitmachen/kreisssaalschliessungen> (Abruf am 22.08.2018)

Abbildung 6: Standorte der Geburtskliniken im Land Sachsen-Anhalt, 2000 und 2018



Quelle: IGES auf Basis von Informationen des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt

Anmerkung: Orange: Schließungen von geburtshilflichen Abteilungen seit dem Jahr 2000

3.6 Fazit

Die Anzahl der Geburten ist eine wichtige Determinante für die Nachfrage nach Hebammenleistungen. Im Jahr 2017 lag die Anzahl der Geburten in Sachsen-Anhalt bei 17.837. Seit dem Jahr 2000 ist die Anzahl der Geburten in Sachsen-Anhalt um rund 4,7 % gesunken, während sie im Bundesdurchschnitt um rund 2,3 % anstieg. Im Zeitraum von 2007 bis 2017 stieg die Geburtenzahl in Sachsen-Anhalt um rund 2,6 % an.

Die Entwicklung der Anzahl der Geburten ist allerdings regional sehr unterschiedlich. Den größten Geburtenzuwachs gab es im Zeitraum von 2007 bis 2017 in Magdeburg (+24,6 %), Halle (Saale) (+9,6 %), im Landkreis Jerichower Land (+8,3 %) sowie dem Landkreis Dessau-Roßlau (+7,5 %). In neun Landkreisen gab es im gleichen Zeitraum einen Geburtenrückgang. Am größten fiel dieser im Landkreis Mansfeld-Südharz (-8,8 %) aus.

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ist die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter in Sachsen-Anhalt seit dem Jahr 2000 deutlich stärker gesunken (-38,2 % im Vergleich zu -12,8 %). In allen Landkreisen und kreisfreien Städten in Sachsen-Anhalt war die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter im Zeitraum von 2007 bis 2016 rückläufig. Den geringsten Rückgang hatten die kreisfreien Städte Halle (Saale) mit einem Rückgang von 7,0 % sowie Magdeburg mit einem Rückgang von 9,3 %.

Die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau nahm von 1,26 im Jahr 2004 auf 1,62 Kinder je Frau im Jahr 2016 zu. Damit lag die Geburtenziffer in Sachsen-Anhalt leicht über der bundesweiten Geburtenziffer (1,59). Die Zunahme der Geburtenziffer in Sachsen-Anhalt konnte damit den starken Rückgang der Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter kompensieren.

Die regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes in Sachsen-Anhalt zeigt, dass die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter bis zum Jahr 2030 weiter sinken wird

Die Entwicklung der Geburtenzahlen seit dem Jahr 2007 spricht zunächst bei einem gleichbleibenden Betreuungsbedarf pro Geburt – rein quantitativ betrachtet – für einen insgesamt leicht steigenden Bedarf an Hebammenleistungen in Sachsen-Anhalt. Regional ergeben sich jedoch durch unterschiedliche Entwicklungen der Anzahl der Geburten voneinander abweichende Bedarfe an Hebammenleistungen. So ist insbesondere in Magdeburg die Geburtenzahl überproportional stark gestiegen, was zu einem steigenden Bedarf an Hebammenleistungen führt, während in einigen Landkreisen die Geburtenzahlen gesunken sind, was ceteris paribus zu einem eher sinkenden Bedarf führt.

4. Hebammen in Sachsen-Anhalt

4.1 Anzahl der in Sachsen-Anhalt tätigen Hebammen

4.1.1 Anzahl der freiberuflich tätigen Hebammen

Seit der umfassenden Reform des Hebammengesetzes im Jahr 1985 dürfen sich alle Hebammen, welche die Voraussetzungen gemäß Berufsordnung des jeweiligen Bundeslandes erfüllen, in Deutschland frei niederlassen. Eine Bedarfsplanung wie etwa im vertragsärztlichen Bereich gibt es für freiberuflich tätige Hebammen nicht. In Sachsen-Anhalt gibt es – wie auch bundesweit – keine offizielle Statistik zur Anzahl der freiberuflich tätigen Hebammen. Für eine Schätzung der Anzahl der freiberuflich tätigen Hebammen wird daher auf zwei verschiedene Datenquellen zurückgegriffen, nämlich Daten der Gesundheitsämter sowie die Daten der GKV-Vertragspartnerliste.

Daten der Gesundheitsämter

Die freiberuflich tätigen Hebammen in Sachsen-Anhalt sind nach dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Berufsausübung im Gesundheitswesen im Land Sachsen-Anhalt (Gesundheitsdienstgesetz – GDG LSA) vom 21. November 1997 u. a. verpflichtet, dem zuständigen Gesundheitsamt den Beginn der Berufsausübung sowie das Gebiet, in der die freiberufliche Tätigkeit ausgeführt wird, anzuzeigen (§ 26 Abs. 3 GDG LSA). Auch sich ergebende Änderungen müssen angezeigt werden.

Im Jahr 2017 waren gemäß den Angaben der Gesundheitsämter 394 Hebammen insgesamt in Sachsen-Anhalt gemeldet (Tabelle 2). Für die Jahre 2013–2016 machten drei Landkreise keine Angaben. Geht man in diesen Landkreisen von der gleichen Hebammenanzahl aus wie im Jahr 2017, dann war die Anzahl der freiberuflich gemeldeten Hebammen in den Jahren 2013–2017 weitgehend konstant.

Die Gesundheitsämter haben teilweise darauf hingewiesen, dass bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen sei, dass die Hebammen ihren An- und Abmeldpflichten gemäß § 26 Abs. 3 GDG LSA nicht immer nachkommen würden. Dadurch sei ein Überblick über die tatsächliche Anzahl an freiberuflich tätigen Hebammen erschwert. Darüber hinaus gaben die Gesundheitsämter mehrheitlich an, dass außer der An- und Abmeldung der Hebammentätigkeit keine regelmäßigen Meldungen über die Tätigkeit erfolgen. In einigen Gesundheitsämtern wird im Rahmen der Qualifizierungs- bzw. Fortbildungsnachweise alle 2 bzw. 3 Jahre Kontakt mit den gemeldeten Hebammen aufgenommen, in einem Gesundheitsamt alle 5 Jahre.

Tabelle 2: Anzahl der bei den Gesundheitsämtern gemeldeten freiberuflich tätigen Hebammen in Sachsen-Anhalt nach Landkreisen bzw. kreisfreien Städten, 2013–2017

	2013	2014	2015	2016	2017
Altmarkkreis Salzwedel	24	24	23	19	19
Anhalt-Bitterfeld	15	17	18	18	15
Börde	28	31	32	30	31
Burgenlandkreis	26	27	27	27	29
Dessau-Roßlau	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	15
Halle (Saale)	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	61
Harz	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	55
Jerichower Land	9*	9*	8*	8*	8*
Magdeburg	66	70	69	72	78
Mansfeld-Südharz	20	20	20	20	16
Saalekreis	15	14	15	16	17
Salzlandkreis	28	28	27	29	25
Stendal	13	13	12	12	13
Wittenberg	17	11	11	9	12
Sachsen-Anhalt					394

Quelle: IGES auf Basis der Datenabfrage bei den Gesundheitsämtern des Landes Sachsen-Anhalt

Anmerkungen: *Der Landkreis Jerichower Land hat aufgrund der Anfrage durch das IGES Institut eine Abfrage bei den Hebammen durchgeführt. Von 18 angeschriebenen Hebammen haben sich 9 zurückgemeldet. Eine Hebamme davon gab an, seit dem Jahr 2015 nicht mehr als Hebamme tätig gewesen zu sein.

Berechnet man auf der Grundlage der Angaben der Gesundheitsämter die Anzahl der Geburten je freiberufliche Hebamme, so hat eine Hebamme in Sachsen-Anhalt durchschnittlich 45 Geburten zu betreuen (Tabelle 3).¹² Die Anzahl der Geburten spiegelt dabei das Nachfragepotenzial hinsichtlich der mit einer Geburt verbundenen Vor- und Nachsorge wider.

¹² Legt man die Anzahl der freiberuflichen Hebammen gemäß GKV-Vertragspartnerliste zugrunde (vgl. dazu den nachfolgenden Abschnitt), dann steigt die Anzahl der zu betreuenden Geburten je Hebamme auf 48.

Dieser Wert variiert jedoch zwischen den Landkreisen bzw. kreisfreien Städten. Die meisten Geburten je freiberufliche Hebamme entfallen auf den Saalekreis mit 86 und den Landkreis Anhalt-Bitterfeld mit 83 Geburten. Die wenigsten Geburten je freiberufliche Hebamme gibt es demnach im Landkreis Harz (29) und in Magdeburg (30).

Tabelle 3: Anzahl der Geburten sowie der Frauen im gebärfähigen Alter je freiberufliche Hebamme in Sachsen-Anhalt nach Landkreisen bzw. kreisfreien Städten, 2017

	Anzahl der Geburten je freiberufliche Hebamme	Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter* je freiberufliche Hebamme
Altmarkkreis Salzwedel	35	768
Anhalt-Bitterfeld	83	1.801
Börde	44	989
Burgenlandkreis	45	1.021
Dessau-Roßlau	43	894
Halle (Saale)	39	832
Harz	29	669
Jerichower Land	n.a.	n.a.
Magdeburg	30	615
Mansfeld-Südharz	56	1.366
Saalekreis	86	1.902
Salzlandkreis	58	1.292
Stendal	69	1.503
Wittenberg	76	1.688
Sachsen-Anhalt	45	995

Quelle: IGES auf Basis der Datenabfrage bei den Gesundheitsämtern des Landes Sachsen-Anhalt

Anmerkung: *Datenjahr 2016

Zu den angebotenen Leistungsbereichen der gemeldeten Hebammen konnten nur einige Landkreise bzw. kreisfreie Städte eine Aussage treffen. Auch bei den Landkreisen, die Aussagen zu den Leistungsbereichen machten, wurde darauf hingewiesen, dass diese Informationen teilweise unvollständig oder nicht mehr aktuell seien, da die Hebammen ihr Tätigkeitsspektrum nicht melden müssen und daher diese Angaben selbst bei der Anmeldung der Hebammentätigkeit auf freiwilliger

Basis erfolgten. Die vorhandenen Informationen zu den angebotenen Leistungsbereichen der Hebammen werden daher aufgrund ihrer Unvollständigkeit nicht dargestellt.

Einige Landkreise konnten Angaben darüber machen, wie viele Hebammen die freiberufliche Tätigkeit lediglich nebenberuflich zu einer angestellten Hebammen-tätigkeit ausüben. In den zwei Landkreisen, die konkrete Angaben dazu machten, war mehr als jede zweite gemeldete Hebamme in diesem Landkreis nebenberuflich als freiberufliche Hebamme tätig.

Über den konkreten Arbeitsumfang der freiberuflich gemeldeten Hebammen ist den Gesundheitsämtern darüber hinaus nichts bekannt.

Vertragspartnerliste des GKV-Spitzenverbandes

Alle freiberuflich tätigen Hebammen, die ihre Leistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen möchten, müssen dem Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V – entweder über die aktive Mitgliedschaft in einem Hebammenverband oder individuell – beitreten. Auf der Grundlage dieser Beitritte erstellt der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) eine „Vertragspartnerliste“, die in regelmäßigen Abständen aktualisiert wird.

Als Vertragspartner gemeldet zu sein, bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass eine Hebamme auch tatsächlich freiberuflich aktiv tätig ist, da beispielsweise Hebammen, die sich in Mutterschutz befinden, i. d. R. Mitglied der Berufsverbände bleiben und somit auf der Vertragspartnerliste stehen, auch wenn sie zeitweise nicht beruflich aktiv sind. Die Anzahl der freiberuflich tätigen Hebammen gemäß Vertragspartnerliste des GKV-SV ist daher möglicherweise geringfügig überschätzt. Aus den Zahlen der Meldungen als Vertragspartner lassen sich darüber hinaus keine Aussagen zum (zeitlichen) Umfang der Tätigkeit als freiberufliche Hebamme ableiten.

Im Januar 2017 waren für Sachsen-Anhalt 368 Hebammen als Vertragspartner beim GKV-SV gemeldet (Januar 2016: 383). Dies waren im Vergleich zu den bei den Gesundheitsämtern gemeldeten Hebammen 28 Hebammen weniger.

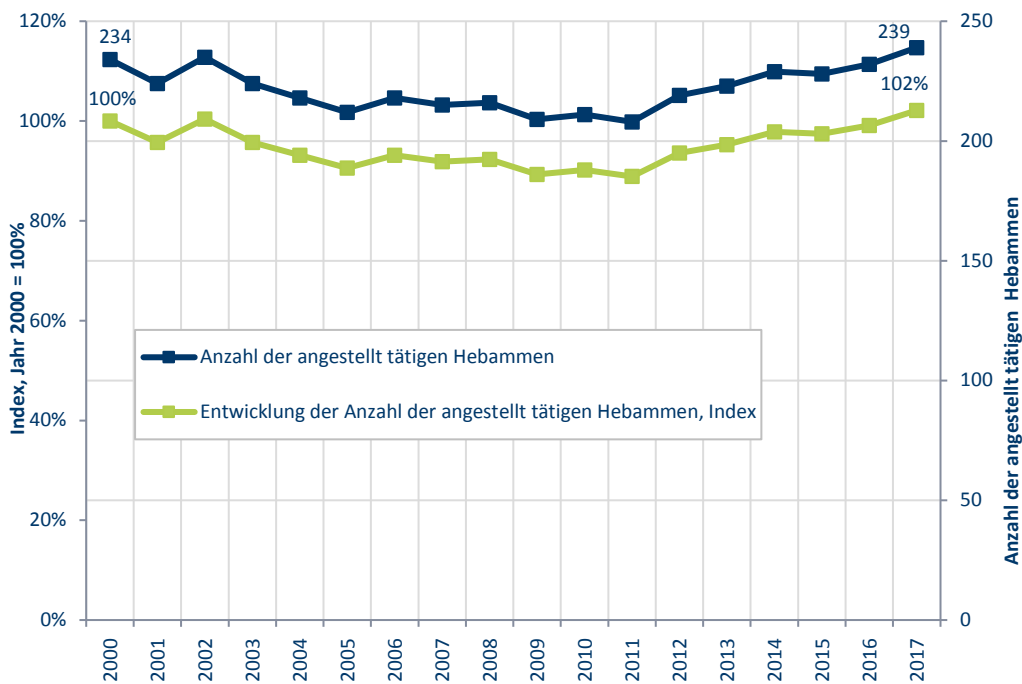
Rund jede fünfte Hebamme war im Jahr 2017 gemäß den Angaben der Vertragspartnerliste in der Geburtshilfe tätig. Die meisten Hebammen (n = 71) betreuten dabei Beleggeburten, 24 Hausgeburten und 17 Geburten in einer hebammengeleiteten Einrichtung.

Gemäß Angaben der Grunddaten der Krankenhäuser des Statistischen Bundesamts gab es im Jahr 2017 an den Kliniken in Sachsen-Anhalt 27 freiberuflich tätige Beleghebammen. Im Jahr 2005 waren es zwölf Beleghebammen in Sachsen-Anhalt.

4.1.2 Anzahl der angestellt tätigen Hebammen

Im Jahr 2017 waren in Sachsen-Anhalt 239 Hebammen in einem Anstellungsverhältnis in Krankenhäusern tätig (Abbildung 7). Die Anzahl der angestellten Hebammen hat sich seit dem Jahr 2000 um rund 2 % erhöht.

Abbildung 7: Anzahl der in den Krankenhäusern angestellt tätigen Hebammen in Sachsen-Anhalt und ihre Entwicklung, 2000–2017



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamts 2018

4.1.3 Gesamtzahl der in Sachsen-Anhalt tätigen Hebammen

Um eine Gesamtzahl der in Sachsen-Anhalt tätigen Hebammen zu ermitteln, können die Zahlen der angestellt und freiberuflich tätigen Hebammen nicht einfach addiert werden, da ein Teil der Hebammen sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig ist. Gemäß der Befragung lag dieser Anteil bei rund 41 % bezogen auf die beruflich aktiven Hebammen.

Legt man für die Anzahl der freiberuflich tätigen Hebammen die Anzahl der Hebammen auf der Vertragspartnerliste (Jahr 2017: n = 368) und für die Anzahl der angestellten Hebammen die Daten des Statistischen Bundesamts (Jahr 2017: n = 239) zugrunde, dann ergibt sich bei einer – auf Basis der Befragungsergebnisse – geschätzten Quote der Hebammen, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind, eine Gesamtzahl an Hebammen in Sachsen-Anhalt von insgesamt 431 Hebammen.

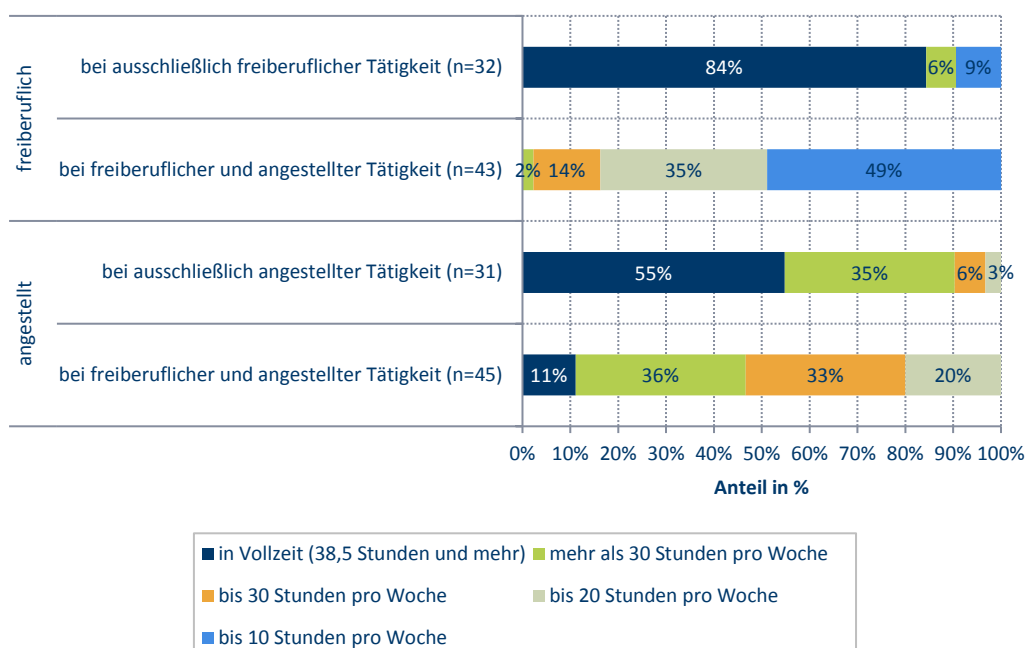
4.2 Arbeitszeiten der Hebammen

4.2.1 Wöchentliche Arbeitszeit

Im Jahr 2017 arbeitete von den ausschließlich freiberuflichen Hebammen der größte Anteil (84 %, n = 27) in Vollzeit, d. h. 38,5 Stunden pro Woche oder mehr, während rund 55 % (n = 17) der ausschließlich angestellten Hebammen in Vollzeit tätig waren (Abbildung 8). Bei einer ausschließlich freiberuflichen Tätigkeit arbeitete knapp jede zehnte Hebamme (9 %, n = 3) weniger als 10 Stunden die Woche.

Bei den Hebammen, die einer angestellten und freiberuflichen Hebammentätigkeit nachgingen, gaben 11 % (n = 5) an, dass sie die angestellte Tätigkeit in Vollzeit ausüben, während keine dieser Hebammen eine freiberufliche Tätigkeit von 38,5 Stunden oder mehr angab. Knapp die Hälfte aller Hebammen (49 %, n = 21), die sowohl angestellt und freiberuflich tätig sind, gingen der freiberuflichen Tätigkeit weniger als 10 Stunden die Woche nach, weitere 35 % übten die freiberufliche Tätigkeit bis zu 20 Stunden die Woche aus.

Abbildung 8: Verteilung der Hebammen nach Beschäftigungsform und nach Wochenarbeitszeit (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: Bei einem Wechsel der Wochenarbeitszeit einer Hebamme innerhalb eines Jahres wurde für die Abbildung die Wochenarbeitszeit angegeben, die für die meiste Zeit des Jahres (nach Anzahl der Monate) angegeben wurde.

Rund 82 % (n = 62) der angestellten Hebammen arbeiteten in einem Krankenhaus. Weitere 8 % (n = 6) waren in einer hebammengeleiteten Einrichtung, 7 % (n = 5) in

der Praxis einer niedergelassenen Gynäkologin bzw. eines niedergelassenen Gynäkologen und 5 % ($n = 4$) in einer sonstigen Einrichtung angestellt.

Die Hebammen im Angestelltenverhältnis gaben an, dass sie im Krankenhaus durchschnittlich 32 Stunden pro Woche arbeiteten ($SD = 6$ Stunden pro Woche). In den gynäkologischen Praxen betrug die durchschnittliche Wochenarbeitszeit rund 21 Stunden pro Woche ($SD = 7$ Stunden pro Woche), in den hebammengeleiteten Einrichtungen durchschnittlich 35 Stunden pro Woche ($SD = 8$ Stunden pro Woche) sowie in den sonstigen Einrichtungen 33 Stunden pro Woche ($SD = 4$ Stunden pro Woche).

Die Hebammen, die ausschließlich angestellt tätig waren, hatten im Jahr 2017 durchschnittlich 13 Überstunden pro Monat geleistet ($n = 28$, $SD = 8$ Stunden pro Monat; Minimum: 4 Überstunden; Maximum: 30 Überstunden), während die Hebammen, die sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig waren, durchschnittlich 14 Überstunden pro Monat erbracht haben ($n = 44$, $SD = 6$ Stunden pro Monat; Minimum: 0 Überstunden; Maximum: 30 Überstunden). Die angestellten Hebammen in Vollzeit leisteten dabei mit durchschnittlich 15 Stunden pro Monat ($n = 20$, $SD = 7$ Stunden pro Monat) durchschnittlich 2 Überstunden mehr als die angestellten Hebammen in Teilzeit mit durchschnittlich 13 Überstunden pro Monat ($n = 52$, $SD = 9,5$ Stunden pro Monat).

Als die höchste Anzahl gearbeiteter Stunden pro Monat gaben die angestellten Hebammen in Vollzeit durchschnittlich 201 Stunden an, während der Durchschnitt bei den angestellten Hebammen in Teilzeit 101 Stunden betrug.

4.2.2 Nacht- und Wochenendarbeit sowie Bereitschafts- und Rufdienste

Angestellte Hebammen

Zwischen den in Teilzeit und in Vollzeit angestellten Hebammen lassen sich hinsichtlich der Dienstzeiten Unterschiede feststellen: Die in Teilzeit angestellten Hebammen arbeiteten an durchschnittlich 4 Tagen im Monat im Nachtdienst (zwischen 22:00 und 6:00 Uhr) ($n = 47$, $SD = 2$ Tage pro Monat). Demgegenüber arbeiteten angestellte Hebammen in Vollzeit nachts an durchschnittlich 6 Tagen pro Monat ($n = 18$, $SD = 2$ Tage pro Monat).

Von den angestellten Hebammen in Vollzeit wurde durchschnittlich etwas häufiger Rufbereitschaftsdienst geleistet als von den angestellten Hebammen in Teilzeit. Im Rufbereitschaftsdienst waren die in Teilzeit angestellten Hebammen an durchschnittlich 4 Tagen im Monat ($n = 30$, $SD = 7$ Tage pro Monat), die in Vollzeit angestellten an durchschnittlich 6 Tagen ($n = 12$, $SD = 7$ Tage pro Monat).

Zusätzlich waren angestellte Hebammen in Teilzeit durchschnittlich 1 Tag im Bereitschaftsdienst ($n = 22$, $SD = 2$ Tage), während die angestellten Hebammen in Vollzeit durchschnittlich 2 Tage Bereitschaftsdienst leisteten ($n = 8$, $SD = 3$ Tage).

Angestellte Hebammen in Vollzeit arbeiteten mit durchschnittlich vier Tagen pro Monat ($n = 20$, $SD = 1$ Tag) etwas seltener am Wochenende als angestellte Hebammen in Teilzeit mit durchschnittlich 5 Tagen ($n = 49$, $SD = 1$ Tag).

Freiberufliche Hebammen

Von den freiberuflichen Hebammen wurden in der Befragung auch Angaben zu Nacht- und Wochenenddiensten gemacht. So arbeiteten die freiberuflichen in Vollzeit tätigen Hebammen durchschnittlich 2,6 Nächte im Monat ($n = 129$, $SD = 3,5$ Tage) und an Wochenenden durchschnittlich 4,6 Tage im Monat ($n = 153$, $SD = 2,8$ Tage).

Geburtshilflich tätige freiberufliche Hebammen verbrachten im Durchschnitt 3 Tage im Monat in Rufbereitschaft als Beleghebamme ($n = 8$, $SD = 3$ Tage) sowie durchschnittlich 22 Tage pro Monat in Rufbereitschaft als Beleghebamme in 1:1-Betreuung ($n = 11$, $SD = 12$ Tage). Hebammen für außerklinische Geburtshilfe gaben durchschnittlich 18 Tage im Monat mit Rufbereitschaft an ($n = 8$, $SD = 15$ Tage).

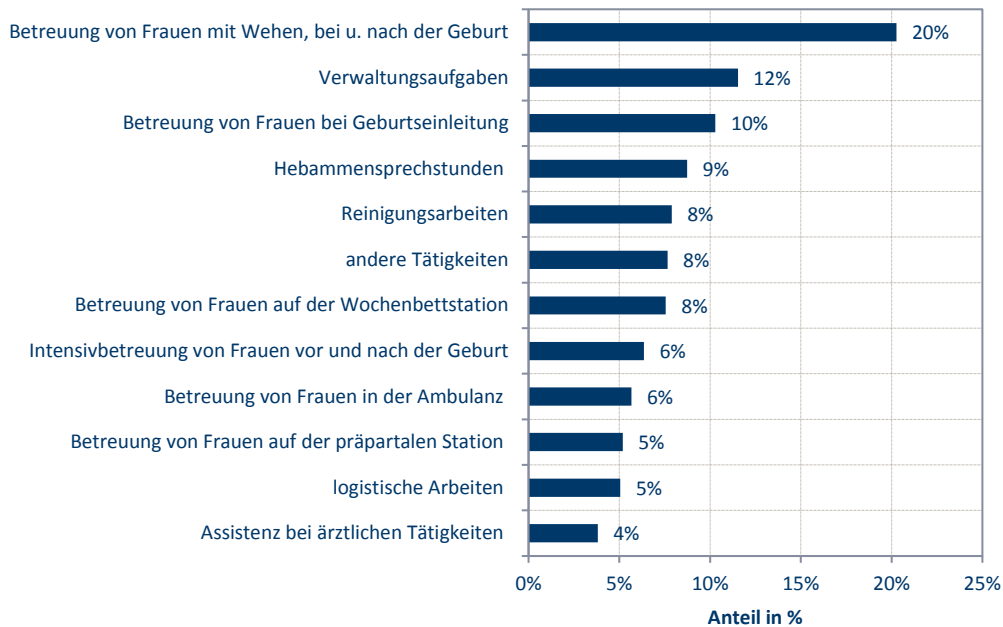
4.2.3 Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten

Die Hebammen gaben auch Auskunft über die Aufteilung ihrer Arbeitszeit auf die verschiedenen Tätigkeiten. Der Arbeitszeitaufwand für die einzelnen Tätigkeiten konnte oftmals nur geschätzt werden, da viele Aufgaben parallel erledigt werden. Die Aussagekraft der Auswertungsergebnisse ist daher in dieser Hinsicht eingeschränkt.

Die meiste Zeit betreuten die angestellten Hebammen Frauen mit Wehen, bei und nach der Geburt, wobei diese Tätigkeit durchschnittlich rund ein Fünftel ihrer Arbeitszeit ausmachte (Abbildung 9). Durchschnittlich etwa 12 % der Arbeitszeit der Hebammen im Angestelltenverhältnis entfielen auf Verwaltungsaufgaben und rund 10 % der Arbeitszeit auf die Betreuung von Frauen bei Geburtseinleitung.

Insgesamt entfielen durchschnittlich rund 17 % der Arbeitszeit auf Tätigkeiten, die nicht die direkte Hebammenbetreuung der Frauen betraf, wie logistische Tätigkeiten (z. B. Bestellungen, Instrumentenpflege, Gerätewartung, Hol- und Bringdienste), Reinigungsarbeiten sowie Assistenzen bei ärztlichen Tätigkeiten. Zusätzlich wurden durchschnittlich rund 12 % der Arbeitszeit mit Verwaltungsaufgaben (z. B. Patientenmeldung, Dokumentationen, Dienstgespräche) verbracht.

Abbildung 9: Verteilung der angestellten Hebammen nach Anteil ihrer Arbeitszeit für die jeweilige Tätigkeit in einem Angestelltenverhältnis (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 52

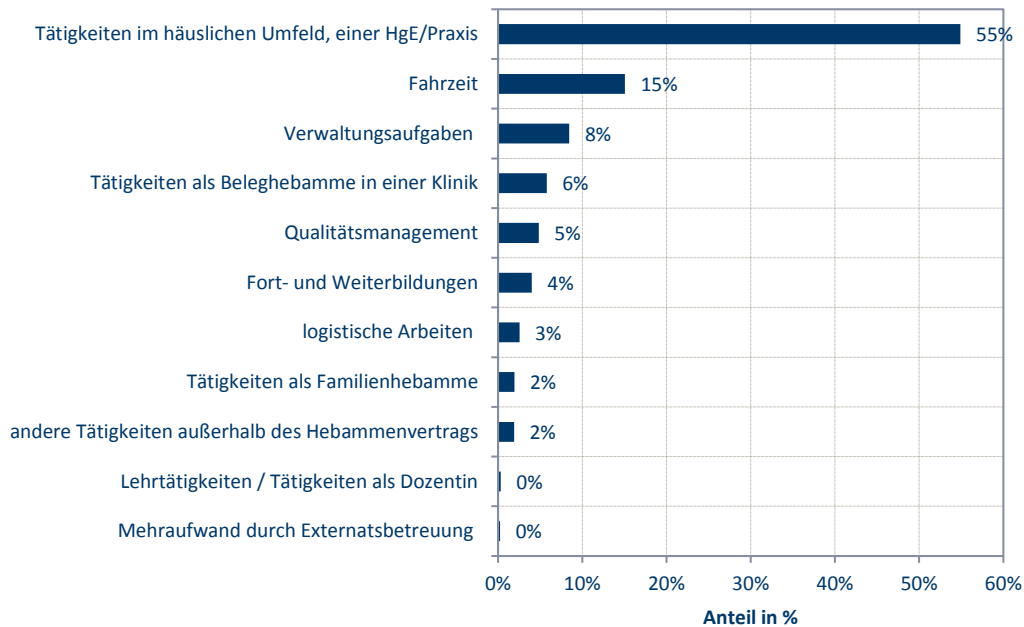
Die freiberuflich tätigen Hebammen verbrachten den größten Anteil ihrer Arbeitszeit mit durchschnittlich rund 55 % für Tätigkeiten gemäß GKV-Vertrag im häuslichen Umfeld der Frauen, in Hebammenpraxen oder einer hebammengeleiteten Einrichtung (Abbildung 10). Durchschnittlich rund 62 % dieser Arbeitszeit entfielen wiederum auf die Wochenbettbetreuung und Stillberatung, 23 % auf die Schwangerenbetreuung (Vorgespräche, Schwangerschaftsvorsorge und -beratung, Hilfeleistungen bei Schwangerschaftsbeschwerden), 11 % auf Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse sowie 4 % auf die Betreuung von Frauen mit Wehen sowie von Frauen bei und nach der Geburt.

Die Fahrzeiten machten durchschnittlich rund 15 % der Arbeitszeit der freiberuflichen Hebammen aus, wobei die Hebammen für 87 % der Fahrzeit Wegegeld abrechnen konnten.

Durchschnittlich rund ein Sechstel der Arbeitszeit der freiberuflich tätigen Hebammen entfiel auf administrativen Aufwand mit logistischen Arbeiten wie Gerätewartung (3 %), Qualitätsmanagement (5 %) sowie Verwaltungsaufgaben (8 %).

Für Tätigkeiten außerhalb des Hebammenvertrags wie der Durchführung von Yogakursen oder Akupunktur wurden durchschnittlich lediglich rund 2 % der Arbeitszeit aufgewendet.

Abbildung 10: Verteilung der freiberuflichen Hebammen nach Anteil ihrer Arbeitszeit für die jeweilige Tätigkeit in der Freiberuflichkeit (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

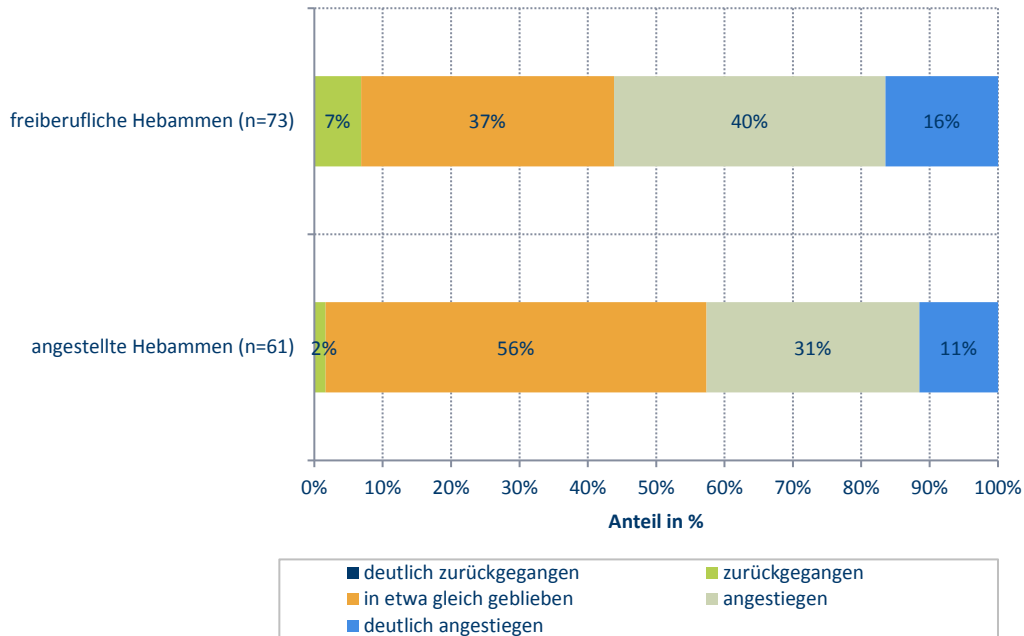
Anmerkung: n = 53

Die Angaben zum Zeitaufwand für Rufbereitschaftsdienste differieren zwischen den freiberuflichen Hebammen sehr stark, was insbesondere von dem Angebot der Geburtshilfe abhängt. Knapp 80 % (n = 42) der freiberuflichen Hebammen machten gar keine Rufbereitschaften. Jeweils rund 10 % der Hebammen waren bis zu (11 %, n = 6) bzw. über (10 %, n = 5) 239 Stunden pro Monat im Rufbereitschaftsdienst.

4.2.4 Veränderungen der Wochenarbeitszeit in den letzten fünf Jahren

Die Hebammen wurden zur Veränderung ihrer tatsächlichen Wochenarbeitszeit in den letzten 5 Jahren befragt (Abbildung 11). Rund 42 % (n = 26) der angestellten Hebammen gab an, dass die Arbeitszeit in den letzten 5 Jahren (deutlich) angestiegen sei, während lediglich 2 % (n = 1) eine Reduktion der Wochenarbeitszeit konstatierten. Von den freiberuflich tätigen Hebammen gaben mehr als die Hälfte (56 %, n = 41) eine (deutliche) Ausweitung und 7 % (n = 5) eine Reduktion der Wochenarbeitszeit an.

Abbildung 11: Verteilung der Hebammen nach Veränderungen der Arbeitszeit und nach Beschäftigungsform (in %), 2013 im Vergleich zu 2017



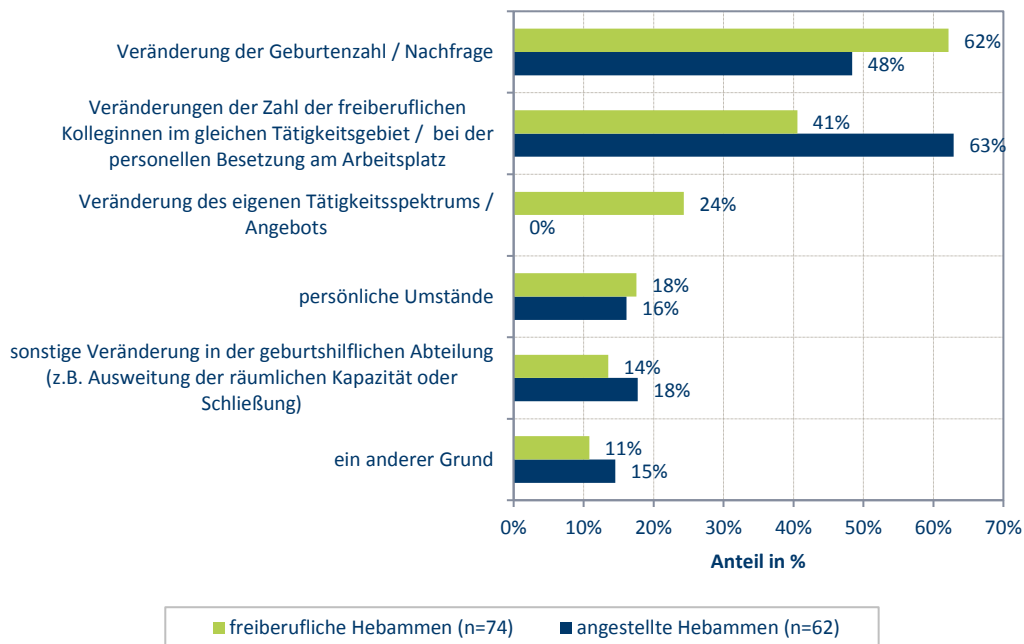
Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: Eine Hebamme kann dabei sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig gewesen sein und daher eine Antwort für sowohl die freiberufliche als auch die angestellte Tätigkeit gegeben haben. Die Antworten der freiberuflichen Hebammen beziehen sich dabei lediglich auf die freiberufliche Tätigkeit, die der angestellten Hebammen lediglich auf die Angestelltentätigkeit, auch wenn die Hebamme sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig war.

Als Grund für die Veränderung der Arbeitszeit in den letzten 5 Jahren gaben die angestellten Hebammen am häufigsten (63 %, n = 39) Veränderungen bei der personellen Besetzung am Arbeitsplatz an (Abbildung 12). Weitere Gründe bei den angestellten Hebammen waren u. a. die Veränderungen der Geburtenzahl (48 %, n = 30) sowie sonstige Veränderungen in der geburtshilflichen Abteilung (18 %, n = 11).

Die Veränderung der Geburtenzahl wurde von den freiberuflichen Hebammen (62 %, n = 46) am häufigsten als Grund für die Veränderung der Arbeitszeit angegeben. Als weitere Gründe folgten u. a. die Veränderungen der Anzahl freiberuflicher Kolleginnen im gleichen Tätigkeitsgebiet (41 %, n = 30) sowie Veränderungen des eigenen Tätigkeitsspektrums (24 %, n = 18).

Abbildung 12: Verteilung der Hebammen nach den Gründen für die Veränderung der Wochenarbeitszeit innerhalb der letzten 5 Jahre und nach Beschäftigungsform (in %), 2013 im Vergleich zu 2017



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

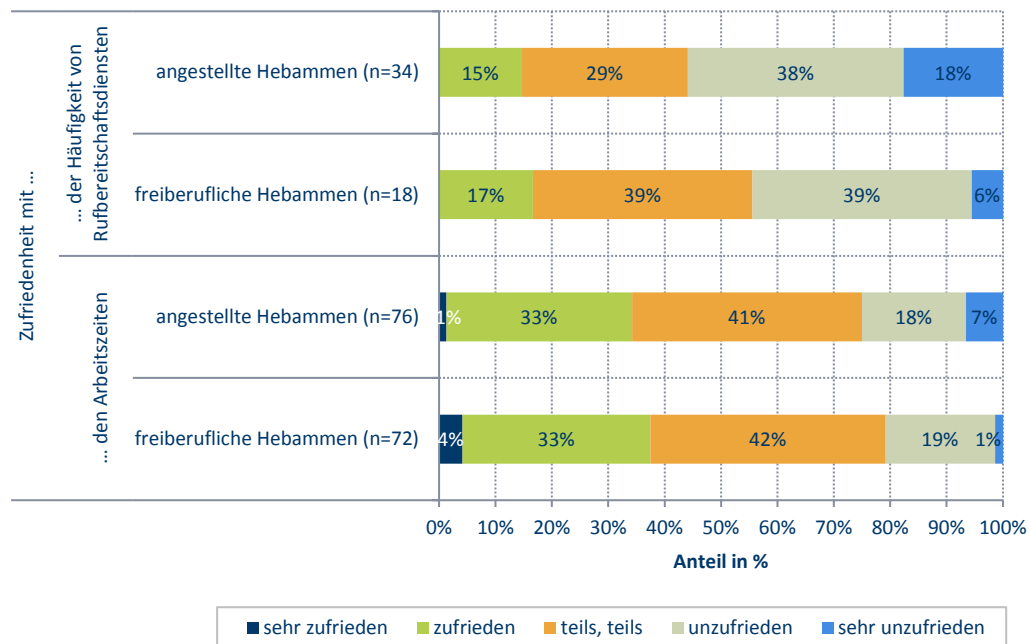
Anmerkung: Mehrfachnennungen waren möglich; eine Hebamme kann dabei sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig gewesen sein und daher eine Antwort für sowohl die freiberufliche als auch die angestellte Tätigkeit gegeben haben. Die Antworten der freiberuflichen Hebammen beziehen sich dabei lediglich auf die freiberufliche Tätigkeit, die der angestellten Hebammen lediglich auf die Angestelltentätigkeit, auch wenn die Hebamme sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig war.

4.2.5 Zufriedenheit mit der Arbeitszeit

Rund ein Fünftel ($n = 15$) der freiberuflich tätigen Hebammen war mit den Arbeitszeiten unzufrieden (Abbildung 13). Bei den angestellt tätigen Hebammen war mit rund einem Viertel ($n = 19$) ein etwas höherer Anteil unzufrieden mit den Arbeitszeiten. Jeweils mehr als ein Drittel der Hebammen war dagegen mit den Arbeitszeiten zufrieden.

Im Hinblick auf die Häufigkeit von Rufbereitschaftsdiensten waren rund 56 % ($n = 19$) der angestellten Hebammen und rund 45 % ($n = 8$) der freiberuflichen Hebammen unzufrieden.

Abbildung 13: Verteilung der Hebammen nach ihrer Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten sowie der Häufigkeit von Rufbereitschaften und nach Beschäftigungsform (in %), 2017

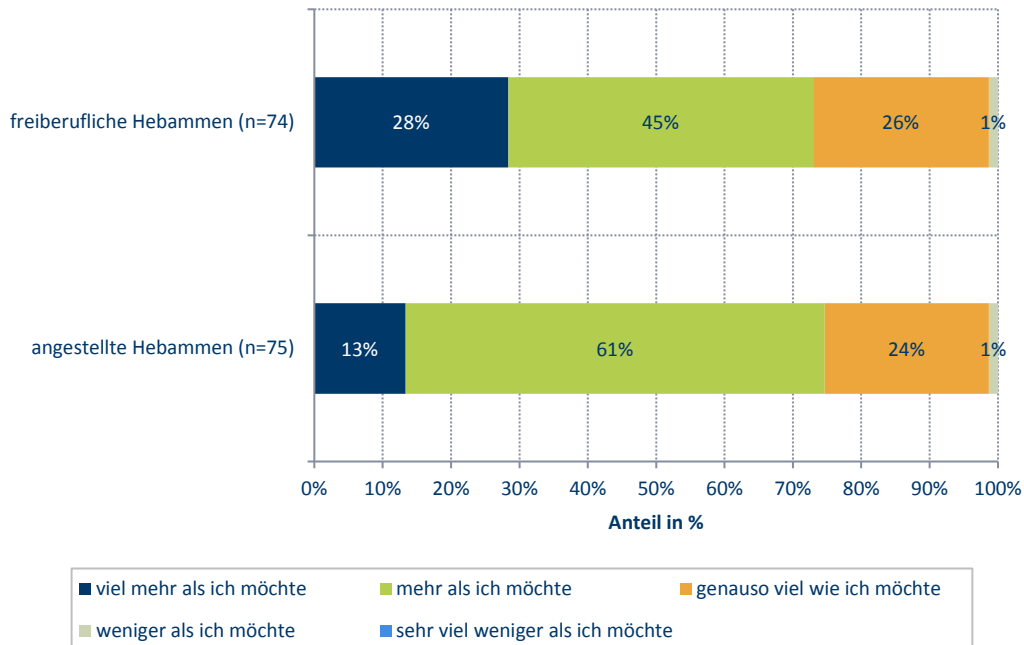


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: Eine Hebamme kann dabei sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig gewesen sein und daher eine Antwort für sowohl die freiberufliche als auch die angestellte Tätigkeit gegeben haben. Die Antworten der freiberuflichen Hebammen beziehen sich dabei lediglich auf die freiberufliche Tätigkeit, die der angestellten Hebammen lediglich auf die Angestelltentätigkeit, auch wenn die Hebamme sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig war.

Der Vergleich der tatsächlichen Arbeitszeit mit der präferierten Arbeitszeit der Hebammen deutet darauf hin, dass knapp drei Viertel der angestellten Hebammen (74 %, n = 56) und der freiberuflichen Hebammen (73 %, n = 54) mehr oder viel mehr arbeiteten, als sie möchten (Abbildung 14). Nur 1 % der angestellten bzw. freiberuflich tätigen Hebammen arbeitet weniger als gewünscht.

Abbildung 14: Verteilung der Hebammen nach Abweichung zwischen tatsächlichem und präferiertem Arbeitszeitumfang und nach Beschäftigungsform (in %), 2017



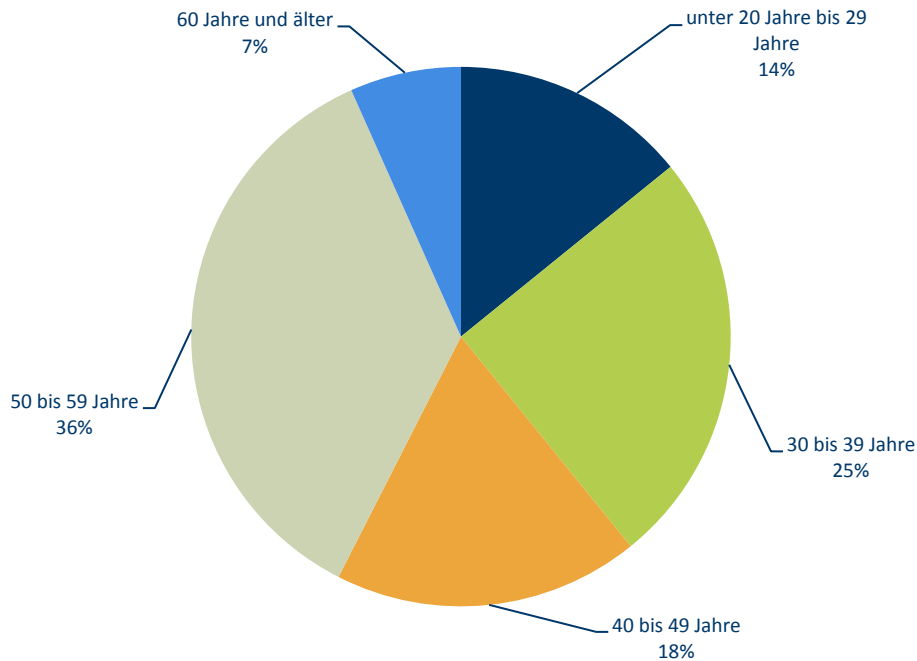
Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
 Anmerkung: Eine Hebamme kann dabei sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig gewesen sein und daher eine Antwort für sowohl die freiberufliche als auch die angestellte Tätigkeit gegeben haben. Die Antworten der freiberuflichen Hebammen beziehen sich dabei lediglich auf die freiberufliche Tätigkeit, die der angestellten Hebammen lediglich auf die Angestelltentätigkeit, auch wenn die Hebamme sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig war.

4.3 Soziodemografische und berufliche Situation von Hebammen

4.3.1 Strukturmerkmale der Hebammen: Alter, Familienstand, Wohnsituation

Von den 120 Hebammen, die insgesamt an der Befragung teilgenommen haben, war ein Viertel zwischen 30 und 39 Jahren alt (25 %, n = 30) (Abbildung 15). Rund 14 % gehörten der Altersgruppe bis 29 Jahren an (n = 17). Rund 43 % (n = 51) der Hebammen waren älter als 50 Jahre, davon acht Hebammen (7 %) 60 Jahre und älter.

Abbildung 15: Verteilung der Hebammen nach Alter (in %), 2018



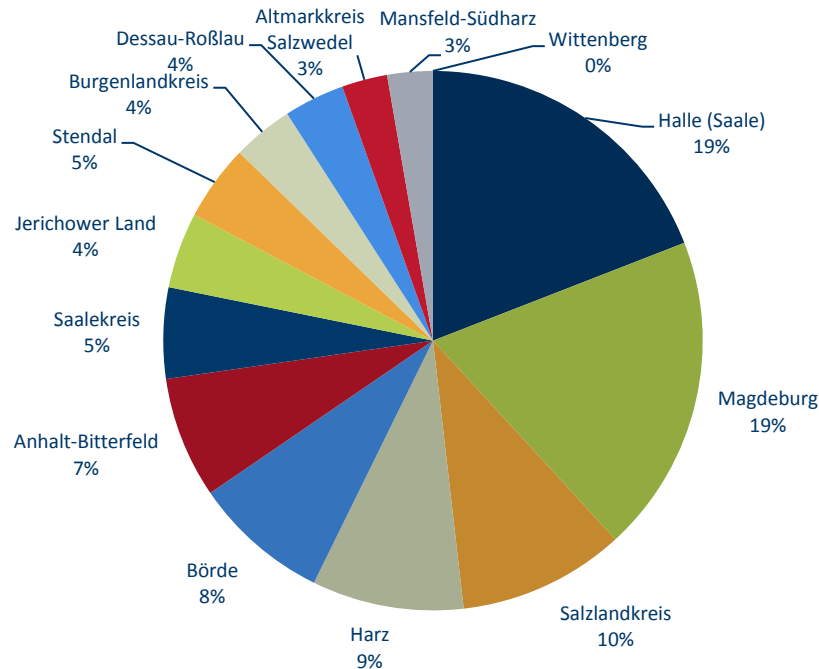
Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
Anmerkung: n = 120

Mit der Ausnahme von zwei Hebammen, die sich an der Befragung beteiligt haben, gaben alle Hebammen an, ihren Praxis- bzw. Wohnsitz in Sachsen-Anhalt zu haben.¹³

Von den Hebammen, die nähere Angaben zu ihrem Praxis- bzw. Wohnsitz machten, waren rund 58 % (n = 64) in einem Landkreis von Sachsen-Anhalt tätig und rund 42 % (n = 46) in einer kreisfreien Stadt, davon jeweils rund 19 % (n = 21) in Halle (Saale) und Magdeburg (Abbildung 16). Jede zehnte Hebamme kam aus dem Salzlandkreis (10 %, n = 11), gefolgt von den Landkreisen Harz (9 %) und Börde (8 %). Aus dem Landkreis Wittenberg hat sich keine Hebamme an der Befragung beteiligt.

¹³ Fünf Hebammen machten keine Angaben zu ihrem Praxis- bzw. Wohnsitz.

Abbildung 16: Verteilung der Praxis- bzw. Wohnsitze der Hebammen nach Landkreisen und kreisfreien Städten (in %), 2018

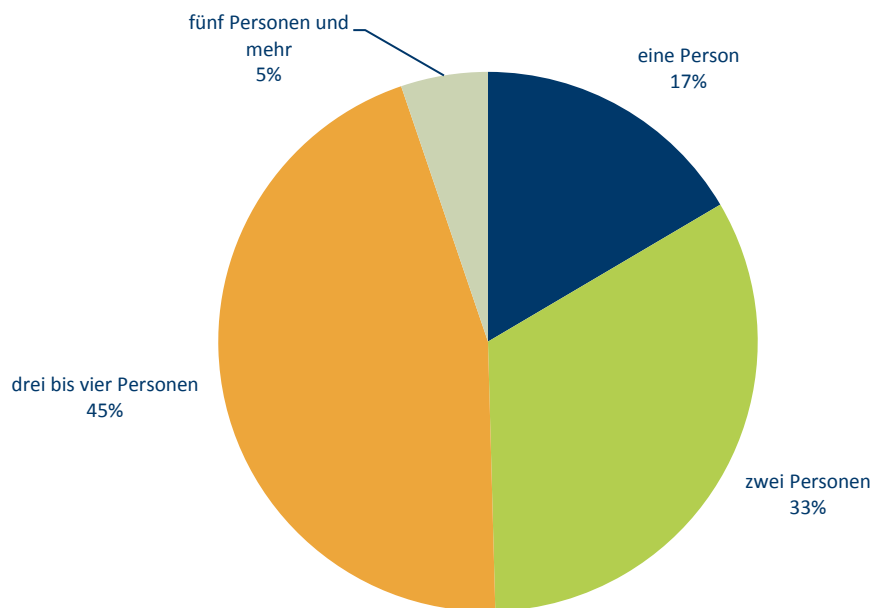


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 110; n = 10 machten keine genaue Angabe zum Landkreis bzw. der kreisfreien Stadt, in der sie ihren Praxis- bzw. Wohnsitz haben.

Rund 45 % (n = 52) der befragten Hebammen lebten in einem Haushalt mit drei bis vier Personen und rund ein Drittel (33 %, n = 38) in einem Zweipersonenhaushalt. Alleine lebten rund 17 % der Hebammen (n = 19) (Abbildung 17).

Abbildung 17: Verteilung der Hebammen nach Haushaltsgröße (in %), 2018



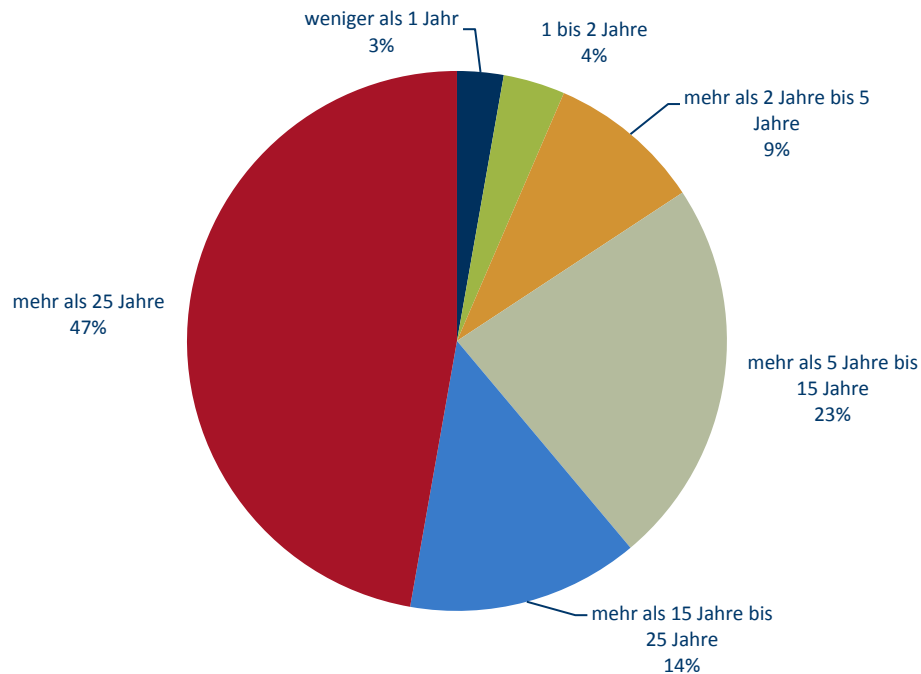
Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
Anmerkung: n = 115; n = 5 machten keine Angabe

In rund 17 % (n = 20) der Haushalte der befragten Hebammen lebten Kinder unter 3 Jahren, in weiteren rund 17 % (n = 19) Kinder zwischen 3 und 6 Jahren sowie in 28 % der Haushalte (n = 32) Kinder im Alter zwischen 7 und 18 Jahren.

4.3.2 Berufserfahrung der Hebammen

Insgesamt war der Anteil an Hebammen mit längerer Berufserfahrung unter den Teilnehmerinnen der Befragung, die im Jahr 2017 aktiv waren, hoch (Abbildung 18): Rund 47 % (n = 51) von ihnen waren schon seit mehr als 25 Jahren als Hebamme tätig. Darüber hinaus hatte mehr als jede zehnte Hebamme (14 %, n = 15) mehr als 15 Jahre Berufserfahrung. Rund 7 % (n = 7) hatten eine Berufserfahrung von bis zu 2 Jahren.

Abbildung 18: Verteilung der aktiven Hebammen nach Berufserfahrung (in %), 2018



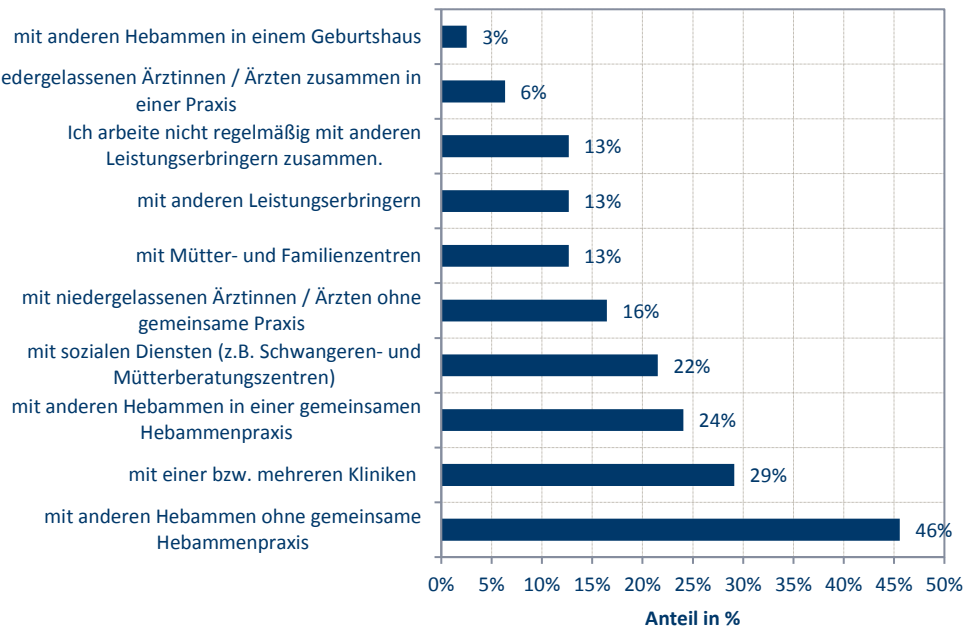
Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: Ausschließlich Hebammen, die im Jahr 2017 aktiv waren; n = 108; n = 2 machten keine Angabe.

4.3.3 Berufliche Kooperationen

Am häufigsten gaben die freiberuflich tätigen Hebammen für das Jahr 2017 (46 %, n = 36) an, dass sie mit anderen Hebammen ohne gemeinsame Hebammenpraxis zusammengearbeitet hätten, 24 % von ihnen (n = 19) taten dies hingegen in einer gemeinsamen Hebammenpraxis (Abbildung 19). Ungefähr 29 % (n = 23) der freiberuflich tätigen Hebammen arbeitete regelmäßig mit einer bzw. mehreren Kliniken zusammen und rund ein Fünftel (22 %, n = 17) mit sozialen Diensten. Rund 13 % (n = 10) der Hebammen arbeiteten nach eigenen Angaben nicht regelmäßig mit andere Leistungserbringern zusammen.

Abbildung 19: Verteilung der freiberuflichen Hebammen nach regelmäßiger Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen bzw. Institutionen (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

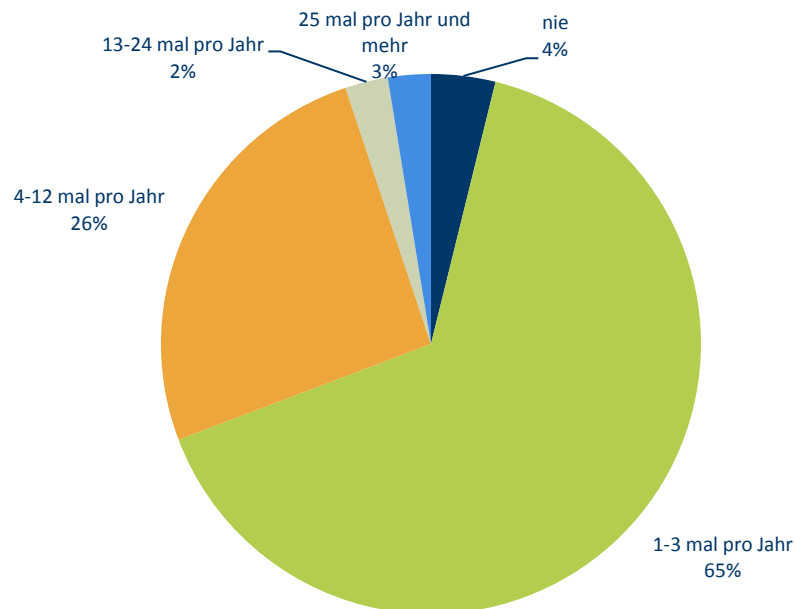
Anmerkung: n = 79; Mehrfachnennungen waren möglich

Außerdem wurden die freiberuflich tätigen Hebammen gefragt, ob sie im Jahr 2017 Angestellte beschäftigt hatten, unterschieden nach angestellten Hebammen und Angestellten, die keine Hebammentätigkeit ausführen. Eine der freiberuflich tätigen Hebammen beschäftigte vier Hebammen, und rund 9 % (n = 7) beschäftigten mindestens eine Angestellte ohne Hebammentätigkeit.

4.3.4 Vertretungen von freiberuflich tätigen Hebammen

Knapp zwei Drittel der Hebammen (65 %, n = 51) benötigten ein- bis dreimal im Jahr eine Vertretung, und 26 % (n = 20) griffen vier- bis zwölfmal pro Jahr auf eine Vertretung zurück (Abbildung 20). Rund 3 % der Hebammen (n = 2) brauchten vergleichsweise häufig, d. h. mindestens 25-mal pro Jahr eine Vertretung, während für 4 % der Hebammen (n = 3) keine Vertretung im Jahr 2017 notwendig war.

Abbildung 20: Verteilung der freiberuflichen Hebammen nach Häufigkeit der Vertretungssuche (in %), 2017

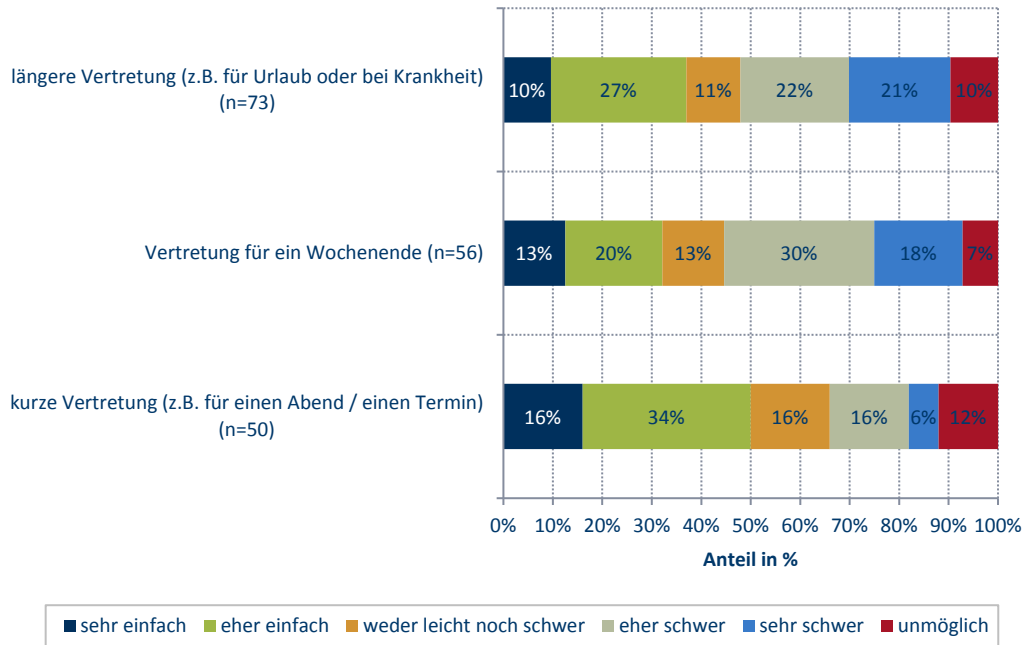


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 78, n = 1 machte keine Angabe.

Knapp die Hälfte der befragten Hebammen fand es einfach, eine Vertretung für einen Abend oder für einen Termin zu finden (Abbildung 21). Für ein Wochenende oder für eine längere Vertretung bei Krankheit oder Urlaub fiel es den Hebammen dagegen schwerer, eine Vertretungshebamme zu finden. Rund 43 % (n = 27) bezeichneten es als schwer, eine Hebamme für eine längere Vertretung zu finden und rund 48 % (n = 31) fiel es schwer, eine Vertretungshebamme für ein Wochenende zu finden. Zudem gab es einen Anteil von rund 10 % (n = 7), der es sogar unmöglich fand, eine längere Vertretung zu finden.

Abbildung 21: Verteilung der freiberuflichen Hebammen nach Einschätzung der Schwierigkeit hinsichtlich der Vertretungssuche (in %), 2017

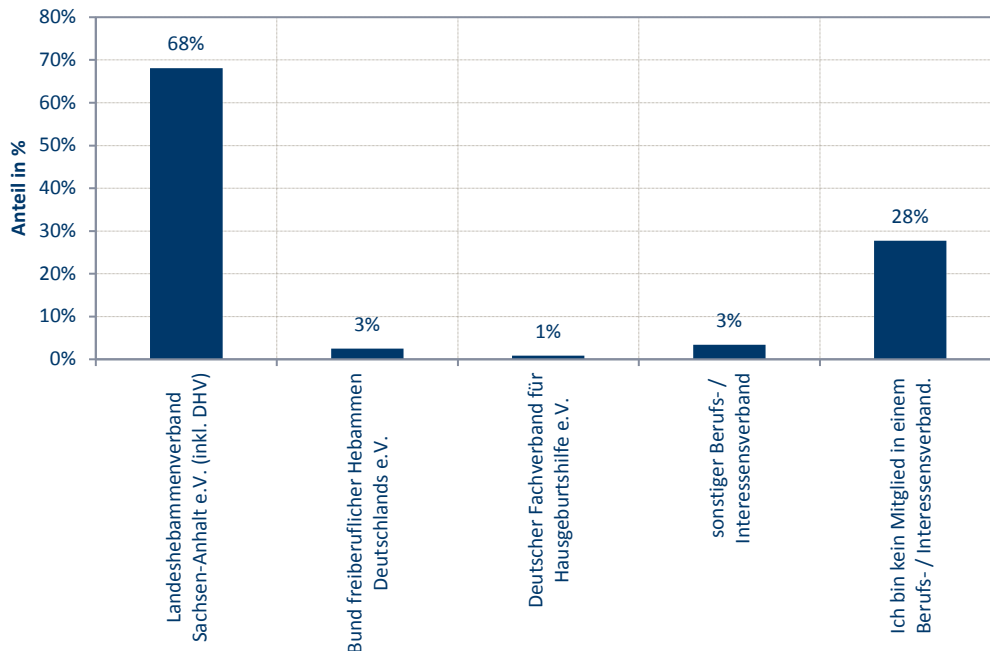


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

4.3.5 Mitgliedschaft in einem Berufsverband

Knapp drei Viertel ($n = 86$) der befragten Hebammen gaben eine Mitgliedschaft in einem hebammenspezifischen Berufs- oder Interessenverband an. Die überwiegende Mehrheit davon war Mitglied im Landeshebammenverband Sachsen-Anhalt (68 %, $n = 81$) (Abbildung 22). Von den Hebammen, die in den weiteren Verbänden Mitglied waren, hatte mehr als ein Drittel eine gleichzeitige Mitgliedschaft im Landeshebammenverband Sachsen-Anhalt.

Abbildung 22: Verteilung der Hebammen nach Mitgliedschaft in einem Berufsverband (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: Mehrfachnennungen waren möglich; n = 119; n = 1 machte keine Angabe

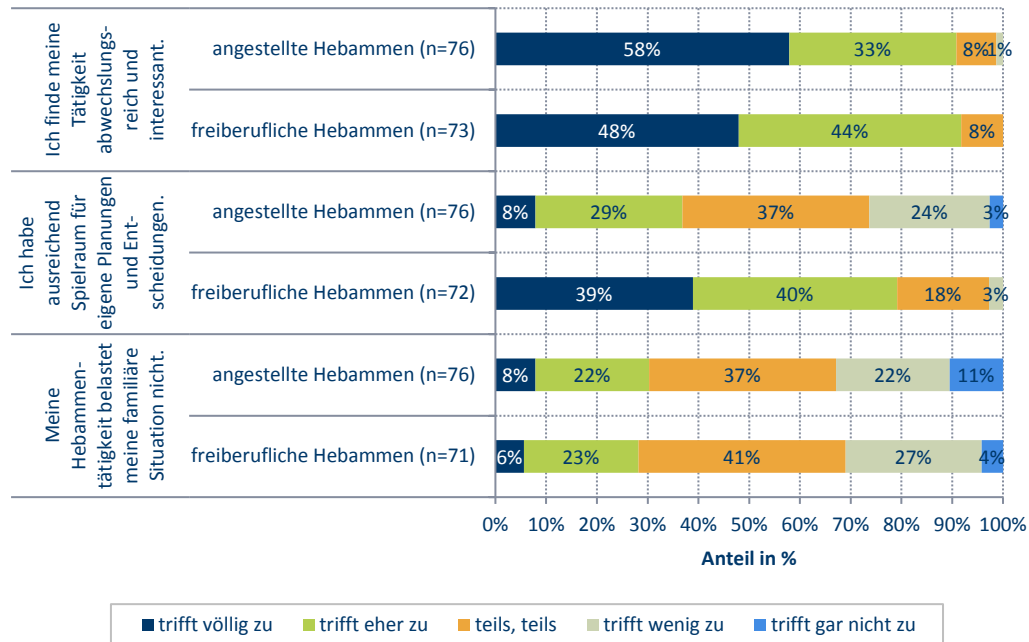
4.4 Zufriedenheit mit der Arbeit und den Arbeitsbedingungen

Mehr als 90 % der befragten Hebammen – sowohl der angestellten als auch der freiberuflich tätigen – beurteilten die Hebammentätigkeit als abwechslungsreich und interessant (Abbildung 23).

Unterschiede zwischen angestellten und freiberuflich tätigen Hebammen zeigten sich dagegen bzgl. des ausreichenden Spielraums für eigene Planungen und Entscheidungen: Zu dieser Aussage gab es von den freiberuflichen Hebammen deutlich häufiger die volle Zustimmung als von den angestellten Hebammen (39 %, n = 35 im Vergleich zu 8 %, n = 6).

Gemäß den Angaben der Hebammen belastet die freiberufliche Hebammentätigkeit die familiäre Situation nahezu gleichermaßen wie die angestellte Hebammentätigkeit: Rund 31 % (n = 22) der freiberuflich tätigen und 33 % (n = 25) der angestellten Hebammen stimmten der Aussage wenig oder gar nicht zu, dass ihre Hebammentätigkeit die familiäre Situation nicht belastet.

Abbildung 23: Verteilung der Hebammen nach Beurteilung der Hebammentätigkeit und nach Beschäftigungsform (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

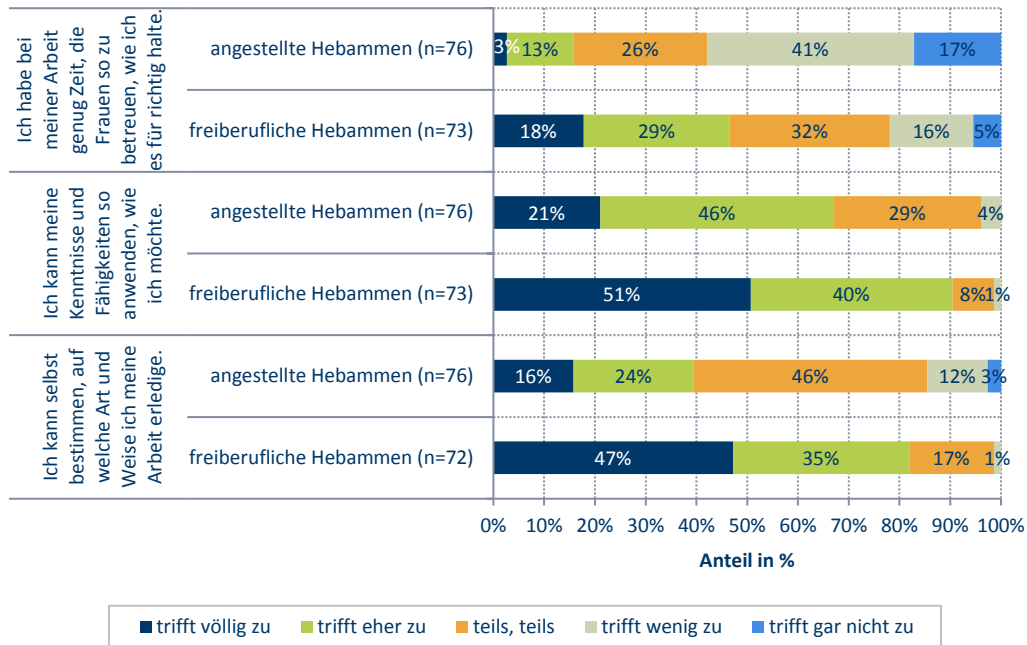
Anmerkung: Eine Hebamme kann dabei sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig gewesen sein und daher eine Antwort für sowohl die freiberufliche als auch die angestellte Tätigkeit gegeben haben. Die Antworten der freiberuflichen Hebammen beziehen sich dabei lediglich auf die freiberufliche Tätigkeit, die der angestellten Hebammen lediglich auf die Angestelltentätigkeit, auch wenn die Hebamme sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig war.

Die Zustimmung zu der Aussage, selbst zu bestimmen, auf welche Art und Weise die Arbeit erledigt wird, war für die freiberufliche Tätigkeit wesentlich höher als für die Angestelltentätigkeit (Abbildung 24): Während rund 82 % (n = 59) der freiberuflich tätigen Hebammen dieser Aussage völlig oder eher zustimmten, fanden sich nur 40 % (n = 30) der angestellt tätigen Hebammen in diesen Antwortmöglichkeiten wieder.

Im Vergleich zu den angestellt tätigen Hebammen (67 %, n = 51) gaben die freiberuflich tätigen Hebammen (91 %, n = 63) auch vermehrt an, dass sie ihre Kenntnisse und Fähigkeiten so anwenden können wie sie möchten (Angaben „trifft völlig zu“ und „trifft eher zu“).

Den Befragungsergebnissen zufolge hatten mehr freiberuflich tätige Hebammen (47 %, n = 34) genug Zeit, um die Frauen so zu betreuen, wie sie es für richtig halten, als Hebammen in einer Angestelltentätigkeit (16 %, n = 12).

Abbildung 24: Verteilung der Hebammen nach verschiedenen Aspekten der Arbeitszufriedenheit und nach Beschäftigungsform (in %), 2017

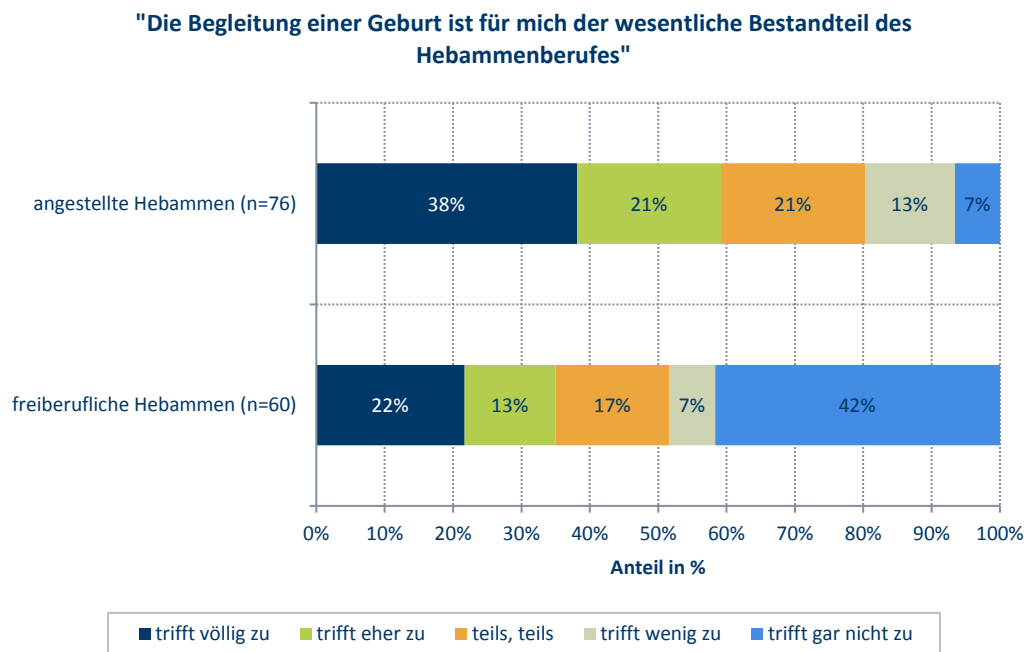


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: Eine Hebamme kann dabei sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig gewesen sein und daher eine Antwort für sowohl die freiberufliche als auch die angestellte Tätigkeit gegeben haben. Die Antworten der freiberuflichen Hebammen beziehen sich dabei lediglich auf die freiberufliche Tätigkeit, die der angestellten Hebammen lediglich auf die Angestelltentätigkeit, auch wenn die Hebamme sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig war.

Bei den Hebammen im Angestelltenverhältnis gaben 59 % (n = 45) an, dass die Begleitung einer Geburt für sie der wesentliche Bestandteil ihrer Hebammentätigkeit sei (Angaben „trifft völlig zu“ und „trifft eher zu“) (Abbildung 25). Seltener war für die freiberuflichen Hebammen die Geburtsbegleitung der wesentliche Bestandteil ihrer Tätigkeit als Hebamme (35 %, n = 21).

Abbildung 25: Verteilung der Hebammen nach Beurteilung der Geburtsbegleitung als der wesentliche Bestandteil des Hebammenberufs und nach Beschäftigungsform (in %), 2017

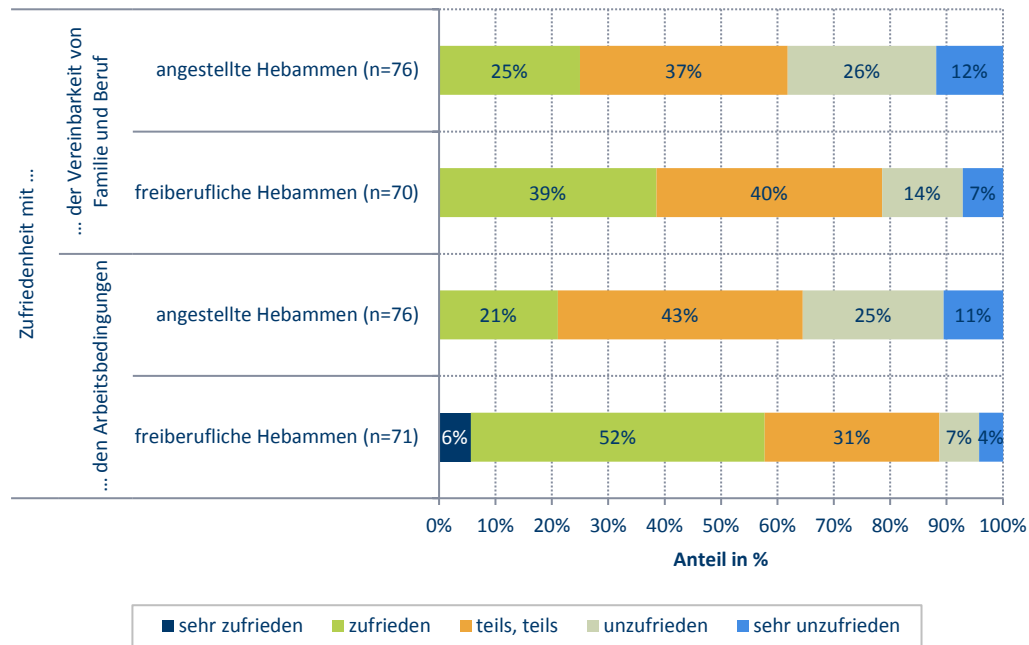


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: Eine Hebamme kann dabei sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig gewesen sein und daher eine Antwort für sowohl die freiberufliche als auch die angestellte Tätigkeit gegeben haben. Die Antworten der freiberuflichen Hebammen beziehen sich dabei lediglich auf die freiberufliche Tätigkeit, die der angestellten Hebammen lediglich auf die Angestelltentätigkeit, auch wenn die Hebamme sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig war.

Gemäß den Befragungsergebnissen waren die freiberuflich tätigen Hebammen mit den Arbeitsbedingungen und hinsichtlich der Vereinbarkeit der Hebammentätigkeit mit Familie und Beruf im Jahr 2017 zufriedener als die angestellt tätigen Hebammen (Abbildung 26). Bei den freiberuflich tätigen Hebammen waren 58 % (n = 41) (sehr) zufrieden mit ihren Arbeitsbedingungen und 39 % (n = 27) (sehr) zufrieden bzgl. der Vereinbarkeit der Hebammentätigkeit mit Familie und Beruf. Dagegen konnte man bei wesentlich weniger der angestellt tätigen Hebammen eine entsprechende Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen (21 %, n = 16) bzw. der Vereinbarkeit von Familie und Beruf (25 %, n = 19) feststellen.

Abbildung 26: Verteilung der Hebammen nach Zufriedenheit mit der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben sowie den Arbeitsbedingungen und nach Beschäftigungsform (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

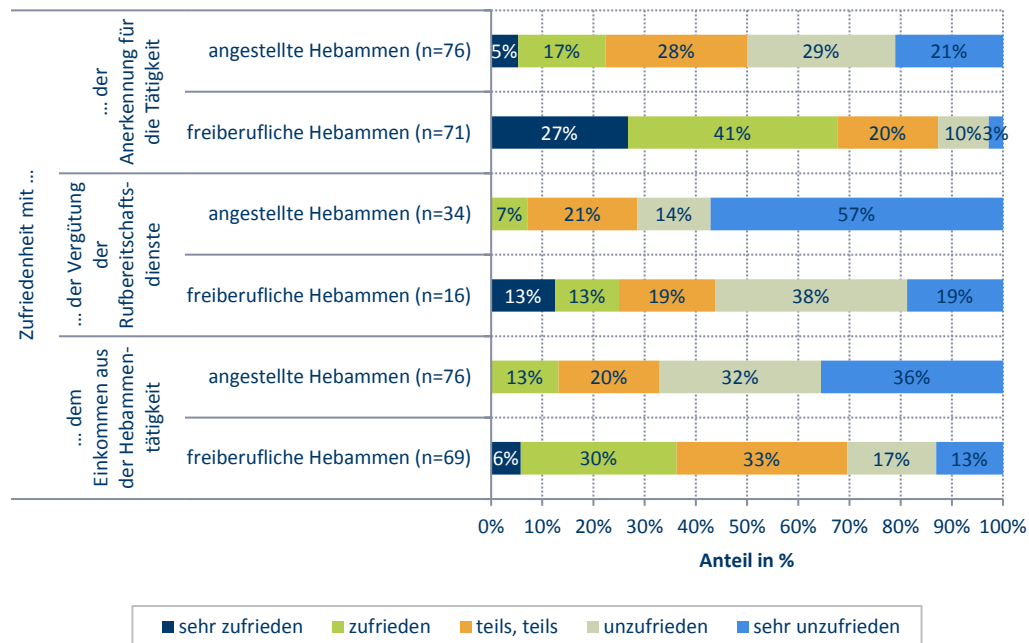
Anmerkung: Eine Hebamme kann dabei sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig gewesen sein und daher eine Antwort für sowohl die freiberufliche als auch die angestellte Tätigkeit gegeben haben. Die Antworten der freiberuflichen Hebammen beziehen sich dabei lediglich auf die freiberufliche Tätigkeit, die der angestellten Hebammen lediglich auf die Angestelltentätigkeit, auch wenn die Hebamme sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig war.

Von den angestellten Hebammen gaben rund die Hälfte ($n = 38$) der Befragten an, dass sie unzufrieden seien mit der Anerkennung, die sie für ihre Tätigkeit erhielten (Abbildung 27). Bei den freiberuflich tätigen Hebammen lag die Zufriedenheit mit der Anerkennung deutlich höher, und lediglich rund 13 % ($n = 9$) äußerten sich unzufrieden.

Vergleichsweise hoch war auch die Unzufriedenheit der angestellt tätigen Hebammen mit ihrem Einkommen (67 %, $n = 51$); bei den freiberuflich tätigen Hebammen lag der Anteil bei rund 30 % ($n = 20$).

Mit der Vergütung von Rufbereitschaftsdiensten waren sowohl angestellte als auch freiberuflich tätige Hebammen mehrheitlich unzufrieden, wobei der Anteil der Hebammen, die sich sehr unzufrieden äußerten, bei den angestellten Hebammen mit rund 57 % ($n = 16$) höher lag als bei den freiberuflich tätigen Hebammen mit rund 19 % ($n = 3$).

Abbildung 27: Verteilung der Hebammen nach ihrer Zufriedenheit hinsichtlich Einkommen, Vergütung der Rufbereitschaftsdienste sowie der Anerkennung für ihre Tätigkeit und nach Beschäftigungsform (in %), 2017



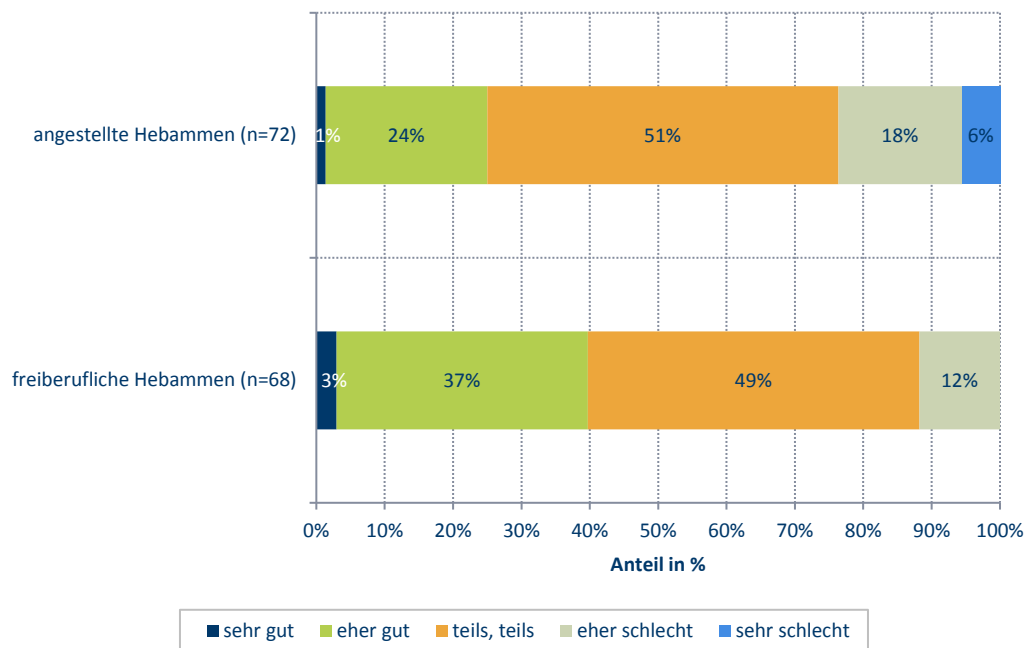
Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
 Anmerkung: Eine Hebamme kann dabei sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig gewesen sein und daher eine Antwort für sowohl die freiberufliche als auch die angestellte Tätigkeit gegeben haben. Die Antworten der freiberuflichen Hebammen beziehen sich dabei lediglich auf die freiberufliche Tätigkeit, die der angestellten Hebammen lediglich auf die Angestelltentätigkeit, auch wenn die Hebamme sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig war.

Darüber hinaus wurden die Hebammen darum gebeten ihre Arbeitsbedingungen insgesamt zu bewerten (Abbildung 28). Grundsätzlich bewerteten die Hebammen dabei die Arbeitsbedingungen in Bezug auf eine freiberufliche Hebammentätigkeit positiver als in Bezug auf eine angestellte Hebammentätigkeit: Rund ein Viertel (n = 18) der angestellten Hebammen gab (sehr) gute Arbeitsbedingungen an, bei den freiberuflichen Hebammen lag der entsprechende Anteil bei rund 40% (n = 27). Jeweils rund die Hälfte der Hebammen beurteilte die Arbeitsbedingungen mit der Antwortkategorie „teils, teils“.

Positiv wurde hauptsächlich die Möglichkeit der eigenen Planung und Zeiteinteilung und damit ein hohes Maß an Flexibilität bewertet, gefolgt von der Wertschätzung und Dankbarkeit der betreuten Familien. Bei den negativen Aspekten wurde an erster Stelle der hohe bürokratische Aufwand, insbesondere im Zusammenhang

mit dem Qualitätsmanagement genannt, gefolgt von einem zu hohen Arbeitsaufwand, einer zu hohen Berufshaftpflichtprämie sowie den Erwartungen der betreuten Familien, rund um die Uhr erreichbar zu sein.

Abbildung 28: Verteilung der Hebammen nach Bewertung der Arbeitsbedingungen und nach Beschäftigungsform (in %), 2017

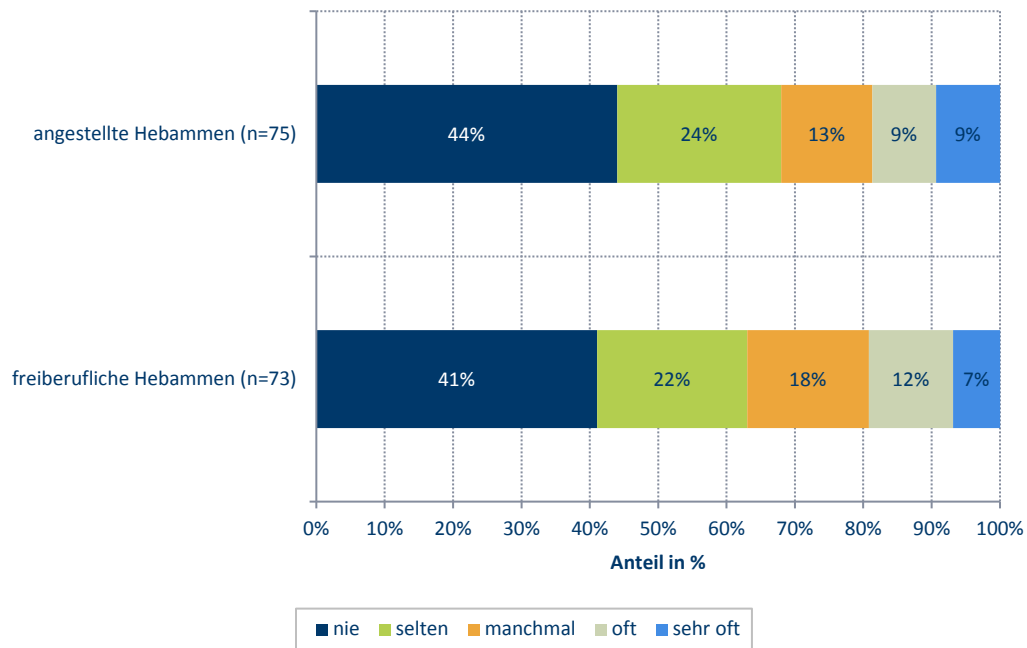


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: Eine Hebamme kann dabei sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig gewesen sein und daher eine Antwort für sowohl die freiberufliche als auch die angestellte Tätigkeit gegeben haben. Die Antworten der freiberuflichen Hebammen beziehen sich dabei lediglich auf die freiberufliche Tätigkeit, die der angestellten Hebammen lediglich auf die Angestelltentätigkeit, auch wenn die Hebamme sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig war.

Ein weiterer Indikator für die Arbeitszufriedenheit ist die Häufigkeit, mit der Hebammen über eine Berufsaufgabe nachdenken. Zwischen den freiberuflich tätigen und angestellt tätigen Hebammen lassen sich diesbezüglich lediglich geringe Unterschiede feststellen und jeweils knapp ein Fünftel dachte oft oder sehr oft an eine Berufsaufgabe (Abbildung 29). Die Mehrheit der Hebammen dachte jedoch nie bzw. selten an eine Berufsaufgabe.

Abbildung 29: Verteilung der Hebammen nach Häufigkeit des Nachdenkens über eine Berufsaufgabe und nach Beschäftigungsform (in %), 2017

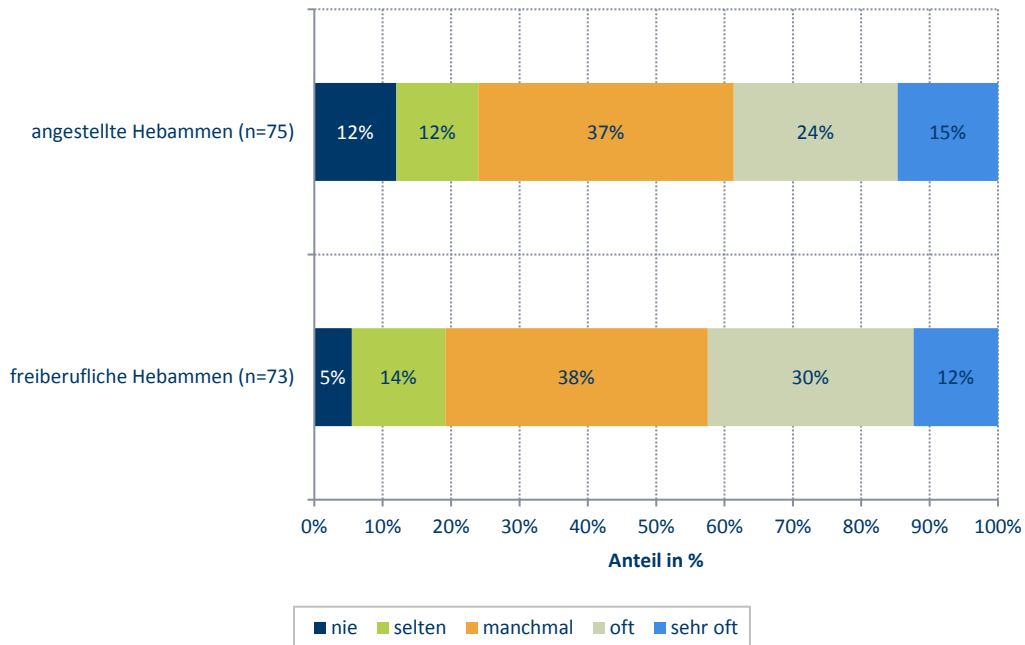


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: Eine Hebamme kann dabei sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig gewesen sein und daher eine Antwort für sowohl die freiberufliche als auch die angestellte Tätigkeit gegeben haben. Die Antworten der freiberuflichen Hebammen beziehen sich dabei lediglich auf die freiberufliche Tätigkeit, die der angestellten Hebammen lediglich auf die Angestelltentätigkeit, auch wenn die Hebamme sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig war.

Im Vergleich zur Berufsaufgabe dachten die Hebammen grundsätzlich häufiger über eine Reduzierung ihrer Arbeitszeit nach (Abbildung 30). Auch bei dieser Frage lassen sich kaum Unterschiede zwischen den Beschäftigungsformen feststellen: Rund 42 % (n = 31) der freiberuflichen und rund 39 % (n = 29) der angestellten Hebammen dachten oft bzw. sehr oft an eine Reduzierung der Arbeitszeiten.

Abbildung 30: Verteilung der Hebammen nach Häufigkeit des Nachdenkens über eine Reduzierung der Arbeitszeit und nach Beschäftigungsform (in %), 2017

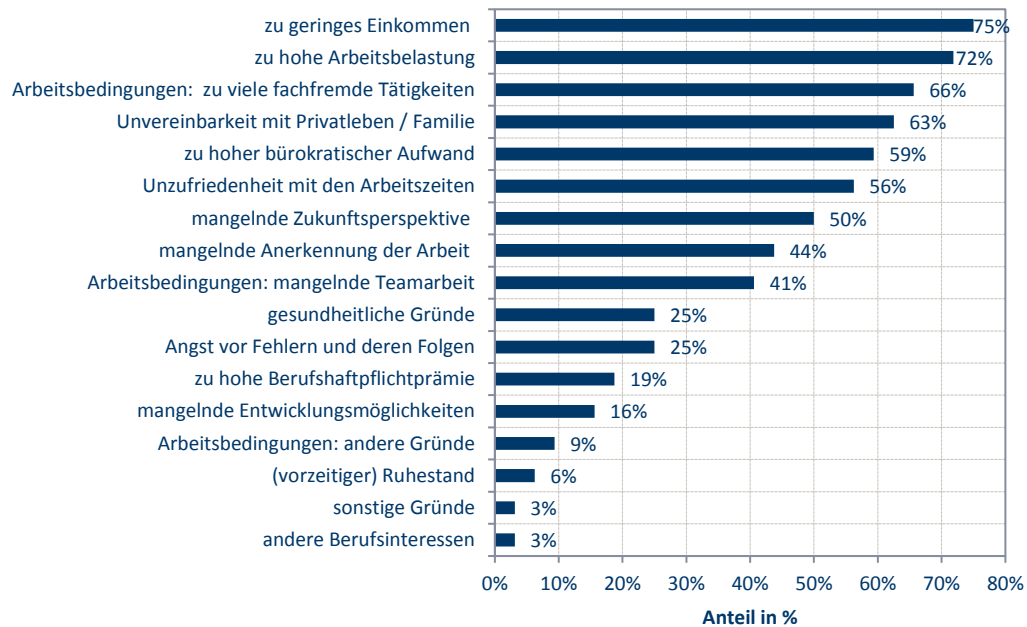


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: Eine Hebamme kann dabei sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig gewesen sein und daher eine Antwort für sowohl die freiberufliche als auch die angestellte Tätigkeit gegeben haben. Die Antworten der freiberuflichen Hebammen beziehen sich dabei lediglich auf die freiberufliche Tätigkeit, die der angestellten Hebammen lediglich auf die Angestelltentätigkeit, auch wenn die Hebamme sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig war.

Die Hebammen, die oft bzw. sehr oft über eine Reduzierung bzw. sogar Aufgabe ihrer Hebammentätigkeit nachgedacht hatten, wurden gebeten, Gründe für diese Erwägungen zu nennen. Der meistgenannte Grund war bei den angestellt tätigen Hebammen (75 %, n = 24) ein zu geringes Einkommen (Abbildung 31). Die hohe Arbeitsbelastung, zu viele fachfremde Tätigkeiten sowie eine Unvereinbarkeit mit Privatleben bzw. Familie wurden ebenfalls als wichtige Gründe angegeben.

Abbildung 31: Verteilung der Hebammen nach Gründen für das Nachdenken über eine Reduzierung bzw. Aufgabe der Angestelltentätigkeit als Hebamme (in %), 2017

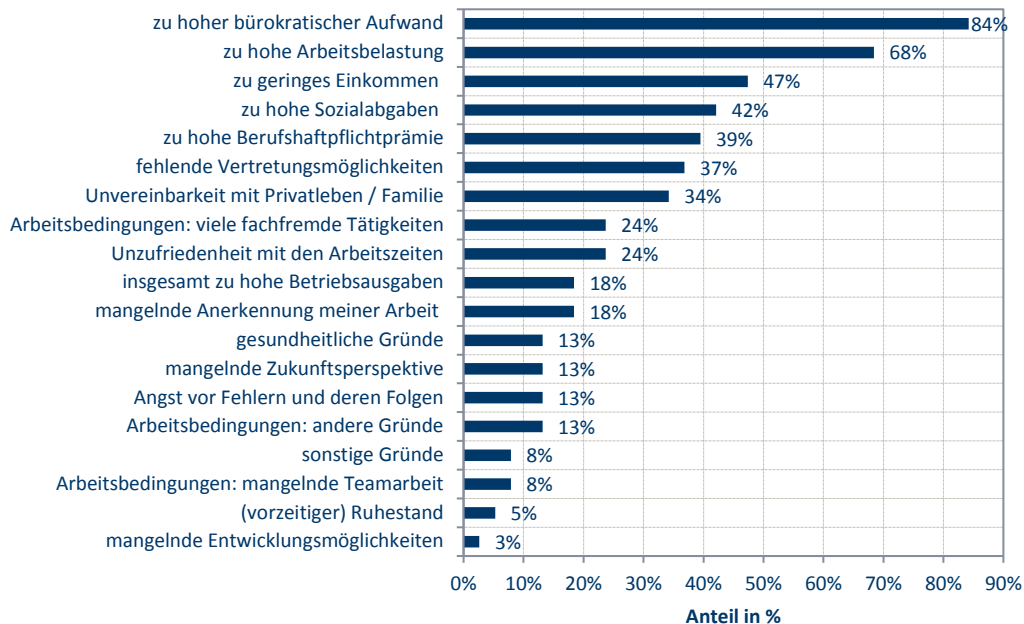


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: Mehrfachnennungen waren möglich; n = 32

Ein zu hoher bürokratischer Aufwand, die hohe Arbeitsbelastung und ein zu geringes Einkommen wurden von den freiberuflichen Hebammen als Hauptgründe für eine Reduzierung bzw. Aufgabe der freiberuflichen Hebammentätigkeit genannt (Abbildung 32).

Abbildung 32: Verteilung der Hebammen nach Gründen für das Nachdenken über eine Reduzierung bzw. Aufgabe der freiberuflichen Hebamentätigkeit (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: Mehrfachnennungen waren möglich; n = 38

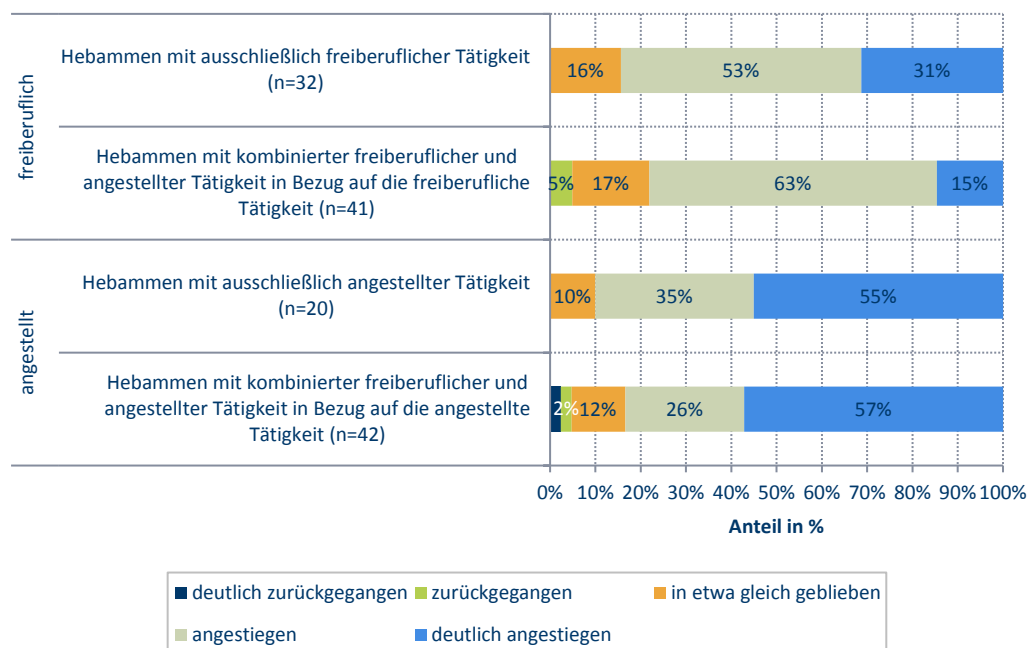
Während die hohe Arbeitsbelastung und ein zu geringes Einkommen für die Reduzierung bzw. Aufgabe sowohl der angestellten als auch der freiberuflichen Hebammen eine große Rolle spielten, wurden von den angestellt tätigen Hebammen die Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen aufgrund mangelnder Teamarbeit sowie die mangelnde Anerkennung der Tätigkeit häufiger als Gründe genannt als von den freiberuflichen Hebammen. Dagegen war die hohe Berufshaftpflichtprämie bei den freiberuflichen Hebammen unter den „TOP 5“-Gründen, was bei den angestellten Hebammen seltener eine Rolle spielte.

4.5 Veränderungen der Arbeitsbelastung in den letzten 5 Jahren

Innerhalb der letzten 5 Jahre ist gemäß den Angaben der befragten Hebammen ein starker Anstieg der durchschnittlichen täglichen Arbeitsbelastung sowohl in Bezug auf die Angestelltentätigkeit als auch bei der freiberuflichen Tätigkeit zu beobachten (Abbildung 33). Mehr als die Hälfte (55 %, n = 11) von den befragten ausschließlich angestellt tätigen Hebammen gab an, dass ihre tägliche Arbeitsbelastung in den letzten 5 Jahren deutlich angestiegen sei, mehr als ein weiteres Drittel berichtete von einer Zunahme (35 %, n = 7). Der Anteil der deutlichen

Zunahme der durchschnittlichen täglichen Arbeitsbelastung lag bei der freiberuflichen Tätigkeit niedriger mit rund 31 % (n = 10), während 53 % (n = 17) der freiberuflich tätigen Hebammen eine Zunahme angab.

Abbildung 33: Verteilung der Hebammen nach Veränderung der durchschnittlichen täglichen Arbeitsbelastung innerhalb der letzten 5 Jahre und nach Beschäftigungsform (in %), 2013 im Vergleich zu 2017

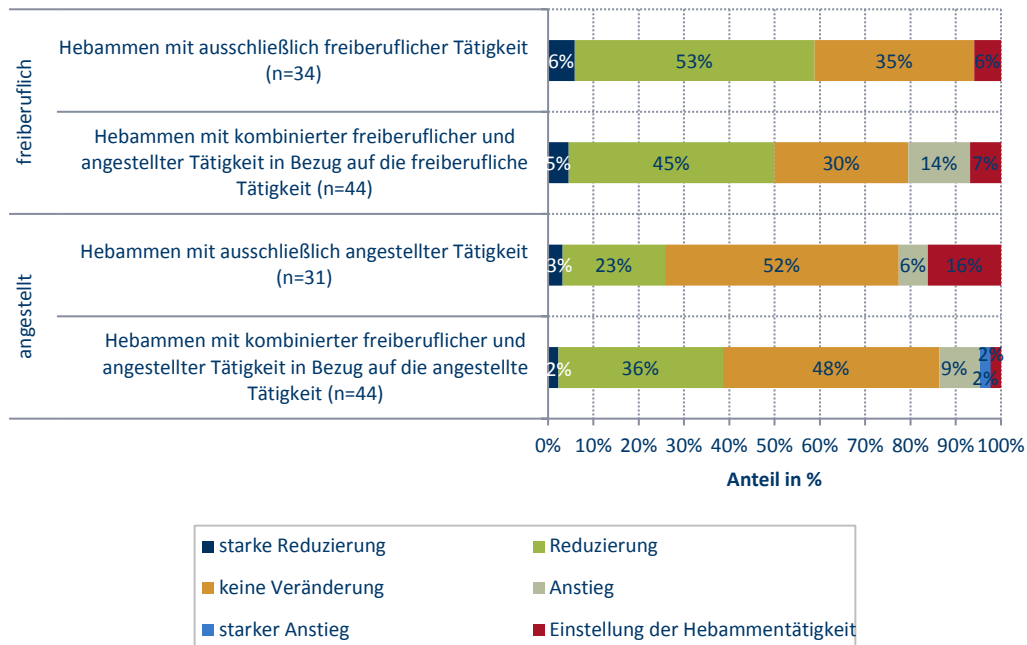


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

4.6 Geplante Veränderungen der Wochenarbeitszeit in den nächsten 5 Jahren

Die Hebammen wurden zusätzlich um Angaben bezüglich geplanter Veränderungen ihrer Wochenarbeitszeit in den nächsten 5 Jahren gebeten (Abbildung 34). Im Vergleich zu angestellten Hebammen planten ausschließlich freiberufliche Hebammen (58 %, n = 42) sowie Hebammen mit kombinierter freiberuflicher und angestellter Tätigkeit (50 %, n = 22) häufiger, ihre Wochenarbeitszeit in der Freiberuflichkeit (stark) zu reduzieren. Die ausschließlich angestellten Hebammen planten zwar am seltensten, ihre Arbeitszeit zu reduzieren bzw. stark zu reduzieren (26 %, n = 8), jedoch beabsichtigten sie am häufigsten die komplette Aufgabe ihrer Hebammentätigkeit (16 %, n = 5).

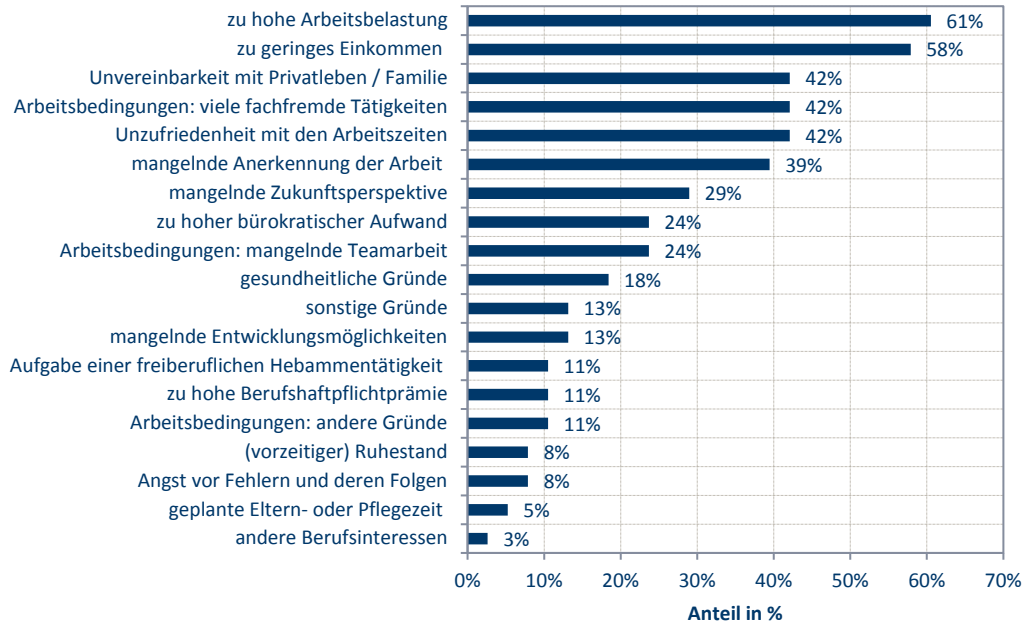
Abbildung 34: Verteilung der Hebammen nach Planung einer Veränderung der (durchschnittlichen) Wochenarbeitszeit innerhalb der nächsten 5 Jahre und nach Beschäftigungsform (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Die Hebammen, die ihre Arbeitszeit verändern möchten, wurden gebeten, Gründe für dieses Vorhaben zu nennen. Der meistgenannte Grund war bei den angestellten Hebammen (61 %, n = 23) die hohe Arbeitsbelastung, gefolgt von einem zu geringen Einkommen (58 %, n = 22) und der Unvereinbarkeit von Familie und Beruf (42 %, n = 16) (Abbildung 35). Als weitere Gründe wurden die Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen aufgrund vieler fachfremder Tätigkeiten (42 %, n = 16), die Unzufriedenheit mit den Arbeitszeiten (42 %, n = 16) sowie die mangelnde Anerkennung der Arbeit (39 %, n = 15) angeführt.

Abbildung 35: Verteilung der Hebammen nach Gründen für eine geplante Veränderung der Arbeitszeit als angestellte Hebamme (in %), 2017

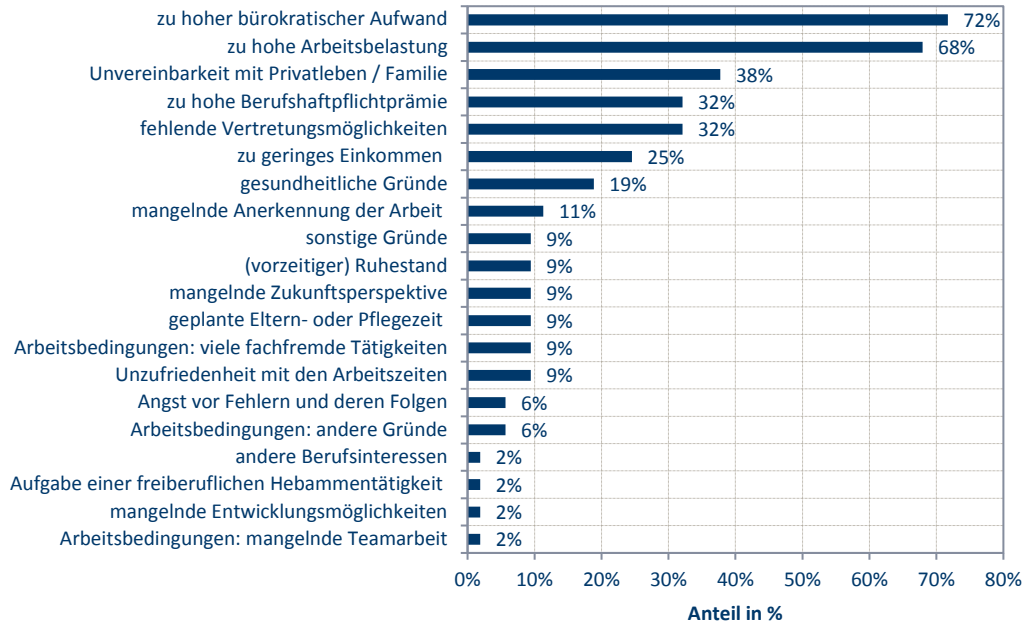


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: Mehrfachnennungen waren möglich; n = 38

Bei den freiberuflichen Hebammen war der am häufigsten genannte Grund für eine geplante Veränderung der Arbeitszeit ein zu hoher bürokratischer Aufwand (72 %, n = 38), gefolgt von einer zu hohen Arbeitsbelastung (68 %, n = 36) (Abbildung 36). Außerdem wurden zu hohe Berufshaftpflichtprämien (32 %, n = 17) und die fehlenden Vertretungsmöglichkeiten (32 %, n = 17) häufig als wichtige Gründe angegeben.

Abbildung 36: Verteilung der Hebammen nach Gründen für die geplante Veränderung der Arbeitszeit als freiberufliche Hebamme (in %), 2017



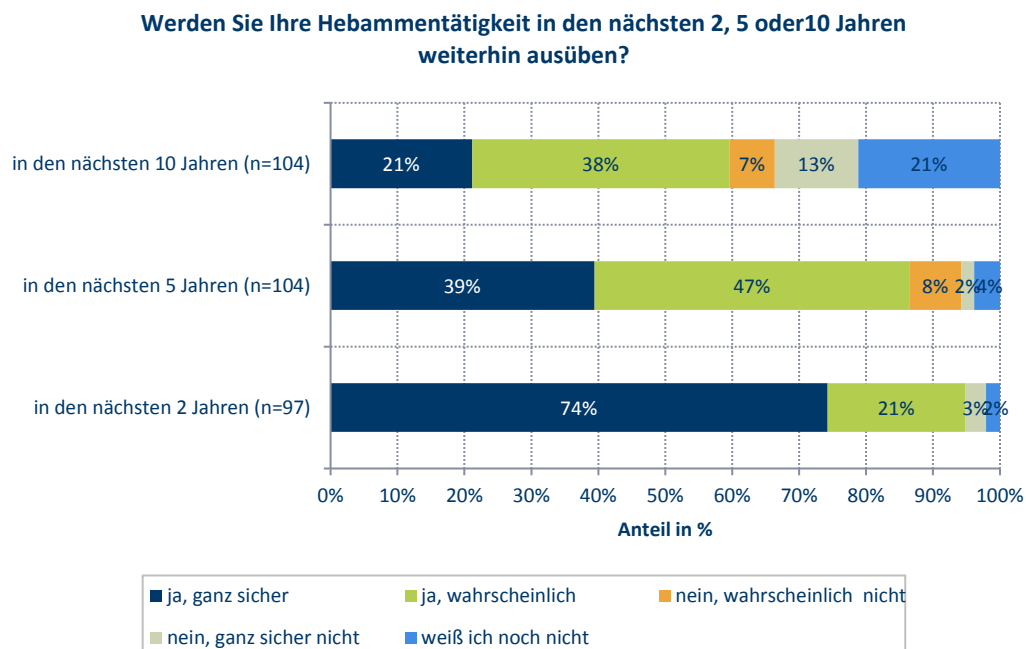
Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: Mehrfachnennungen waren möglich; n = 53

4.7 Aufgabe bzw. Aussetzen der Hebammentätigkeit und Rente

Innerhalb der nächsten 5 Jahre planten rund 40 % der Hebammen sicher (n = 41), und nahezu die Hälfte (47 %, n = 49) wahrscheinlich, ihre Hebammentätigkeit weiterhin auszuüben (Abbildung 37). Bei der Einschätzung der Hebammen für die nächsten 10 Jahre betrug der Anteil der Hebammen, die ihre Tätigkeit sicher weiterhin ausüben würden, rund 21 % (n = 22), mehr als jede zehnte Hebamme (13 %, n = 13) plante mit Sicherheit eine Aufgabe der Hebammentätigkeit in den nächsten 10 Jahren.

Abbildung 37: Verteilung der Hebammen nach Wahrscheinlichkeit der Ausübung der Hebammentätigkeit in den nächsten 2, 5 bzw. 10 Jahren (in %), 2017



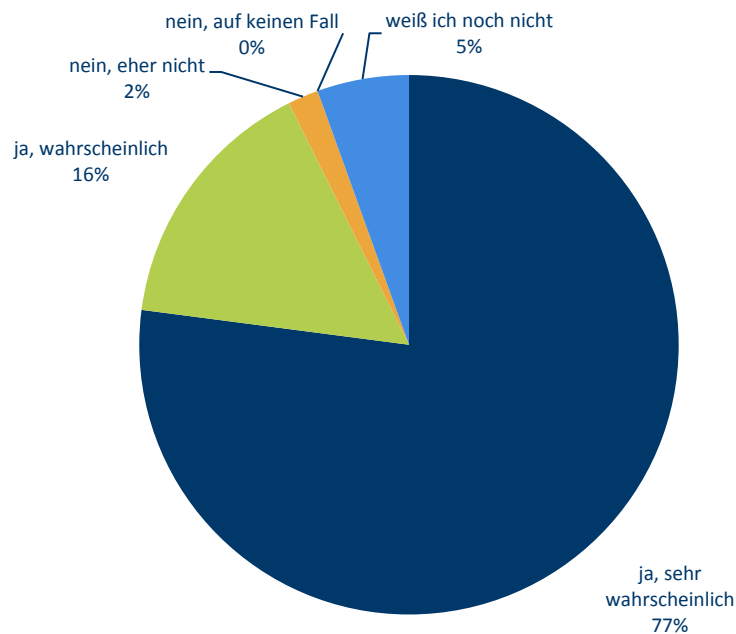
Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Die zehn Hebammen, die im Jahr 2017 nicht aktiv als Hebamme gearbeitet hatten, wurden gebeten, die Gründe für ihre Inaktivität als Hebamme in diesem Jahr anzugeben. Mutterschutz oder gesetzlich geregelte Elternzeit waren mit 70 % (n = 7) dieser Hebammen der am häufigsten genannte Grund. Weitere Gründe waren u. a. die Berufsaufgabe bzw. der Berufswechsel (20 %, n = 2) und die Verrentung (20 %, n = 2).

Von den zwei Teilnehmerinnen, die den Hebammenberuf vor dem Jahr 2017 aufgegeben hatten, war eine zuvor ausschließlich freiberuflich und eine Hebamme ausschließlich angestellt tätig; eine von ihnen verfügte über bis zu 5 Jahre und die zweite Teilnehmerin über mehr als 5–15 Jahre Berufserfahrung. Gründe für die Aufgabe des Hebammenberufs waren u. a. die hohe Arbeitsbelastung, die Unzufriedenheit mit den Arbeitszeiten sowie die Unvereinbarkeit mit Privatleben bzw. Familie (n = 2).

Darüber hinaus wurden die Hebammen gebeten anzugeben, ob sie planten, in den nächsten 5 Jahren weiterhin in Sachsen-Anhalt zu leben und zu arbeiten (Abbildung 38). Der Großteil der Hebammen (93 %, n = 101) plante, sehr wahrscheinlich oder wahrscheinlich weiterhin in Sachsen-Anhalt zu leben und zu arbeiten. Lediglich 2 % (n = 2) gaben an, dass sie eher nicht in den nächsten 5 Jahren in Sachsen-Anhalt leben und arbeiten würden.

Abbildung 38: Verteilung der Hebammen nach Absicht, weiterhin in den nächsten 5 Jahren in Sachsen-Anhalt zu leben und zu arbeiten (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
 Anmerkung: n = 109, n = 11 machten keine Angabe

4.8 Fazit

Arbeitszeiten der Hebammen und Zufriedenheit mit der Arbeitszeit

Im Jahr 2017 waren rund 84 % der ausschließlich freiberuflich tätigen Hebammen in Vollzeit (d. h. 38,5 Stunden und mehr) tätig. Ausschließlich angestellte tätige Hebammen waren zu 55 % in Vollzeit tätig.

Sowohl für das Angestelltenverhältnis wie auch für die Freiberuflichkeit gab ein wesentlicher Anteil der befragten Hebammen (angestellte Hebammen: 42 %, freiberufliche Hebammen: 56 %) an, dass ihre Arbeitszeit in den letzten 5 Jahren (deutlich) angestiegen sei. Veränderungen bei der personellen Besetzung am Arbeitsplatz bzw. der Anzahl der Kolleginnen im gleichen Tätigkeitsfeld sowie die Veränderung der Geburtenzahl wurden häufig sowohl von den angestellten als auch den freiberuflichen Hebammen als Grund für die Erhöhung der Arbeitszeit angeführt.

Im Mittel leisteten die angestellten Hebammen in Vollzeit mit 15 Stunden pro Monat etwas mehr Überstunden als die angestellten Hebammen in Teilzeit mit durchschnittlich 13 Überstunden pro Monat.

Für die Mehrheit der Hebammen entsprach die geleistete Arbeitszeit nicht den Arbeitszeitpräferenzen: Knapp drei Viertel der angestellt und der freiberuflich tätigen Hebammen arbeiteten mehr oder viel mehr als gewünscht.

Arbeitstätigkeiten der Hebammen

Bei einer Bewertung des Arbeitszeitaufwands für einzelne Tätigkeiten ist zu berücksichtigen, dass manche Tätigkeiten parallel ausgeführt werden. Die Betreuung der Frauen mit Wehen, bei und nach der Geburt nahm mit durchschnittlich rund 20 % der Arbeitszeit die meiste Zeit für die angestellten Hebammen ein. Rund 12 % der Zeit entfiel auf Verwaltungsaufgaben und durchschnittlich rund 13 % auf Reinigungsarbeiten sowie logistische Tätigkeiten (z. B. Bestellungen, Hol- und Bringdienste).

Den größten Anteil ihrer Arbeitszeit verbrachten die freiberuflichen Hebammen mit durchschnittlich rund 55 % der Arbeitszeit für Hebammentätigkeiten gemäß GKV-Vertrag im häuslichen Umfeld der Frauen, in Hebammenpraxen oder einer hebammengeleiteten Einrichtung. Knapp 15% der Arbeitszeit entfielen auf Fahrzeiten.

Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen

Der Großteil der Hebammen findet die Hebammentätigkeit sowohl in der Freiberuflichkeit als auch in einem Angestelltenverhältnis abwechslungsreich und interessant. Die freiberuflichen Hebammen konnten häufiger als die angestellt tätigen Hebammen ihre Fähigkeiten und Kenntnisse so anwenden, wie sie es möchten.

Im Jahr 2017 waren die freiberuflichen Hebammen mit den Arbeitsbedingungen sowie mit der Vereinbarkeit der Hebammentätigkeit mit Familie und Beruf zufriedener als die angestellten Hebammen.

Darüber hinaus konnten rund 58 % der angestellt tätigen Hebammen nach eigenen Aussagen die Frauen nicht so betreuen, wie sie es für richtig hielten. Mit rund 21 % war dieser Anteil bei den freiberuflich tätigen Hebammen niedriger.

Ein weiterer Indikator für die Arbeitszufriedenheit ist die Häufigkeit, mit der Hebammen über eine Berufsaufgabe und über die Reduzierung ihrer Arbeitszeit nachdenken. Zwischen den Beschäftigungsformen sind diesbezüglich nur geringe Unterschiede zu erkennen. Sowohl mehr als jede dritte Hebamme in der Freiberuflichkeit wie auch in einem Angestelltenverhältnis dachte oft oder sehr oft über die Reduktion ihrer Hebammentätigkeit nach. Im Vergleich dazu dachten nahezu genauso häufig angestellte Hebammen (21 %), ihre Hebammentätigkeit ganz aufzugeben, wie freiberuflich tätige Hebammen (18 %).

Veränderungen der Arbeitsbelastung

Den Angaben der befragten Hebammen zufolge ist innerhalb der letzten 5 Jahre eine starke Zunahme der durchschnittlichen täglichen Arbeitsbelastung sowohl in der Angestelltentätigkeit als auch in der freiberuflichen Tätigkeit zu beobachten.

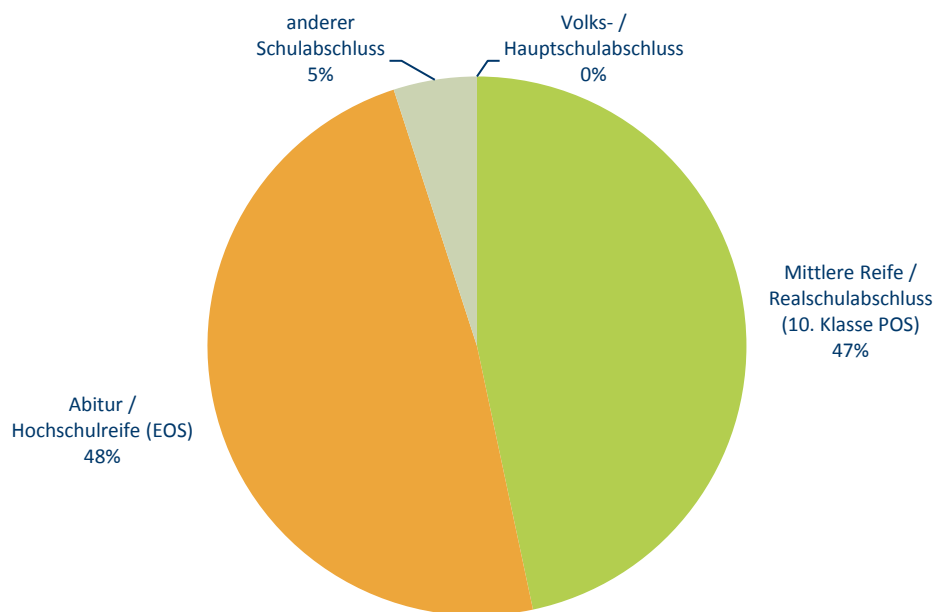
Jedoch lag der Anteil der deutlichen Zunahme der durchschnittlichen täglichen Arbeitsbelastung bei den ausschließlich angestellten Hebammen mit 55 % um 24 Prozentpunkte höher als bei den freiberuflichen Hebammen.

5. Ausbildungssituation der Hebammen

5.1 Stand der Aus- und Weiterbildung der befragten Hebammen

Jeweils knapp die Hälfte aller befragten Hebammen hatte Abitur (48 %, n = 58) bzw. die Mittlere Reife / einen Realschulabschluss (47 %, n = 56) (Abbildung 39).

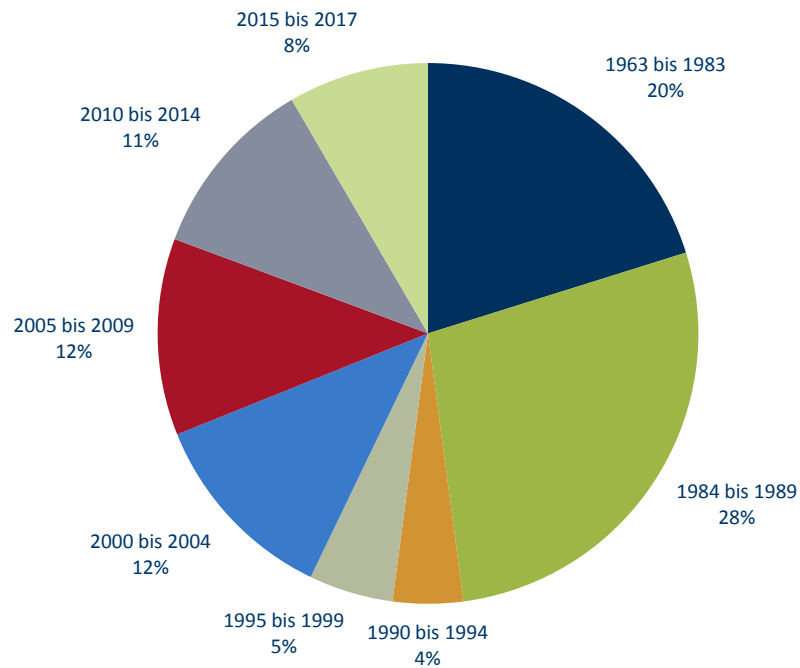
Abbildung 39: Verteilung der Hebammen nach ihrem höchsten schulischen Bildungsabschluss (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
Anmerkung: n = 120

Ein Fünftel (n = 24) der befragten Hebammen hatte ihr Examen vor dem Jahr 1983 abgelegt (Abbildung 40). Knapp ein weiteres Fünftel (19 %, n = 23) der befragten Hebammen hat das Examen nach dem Jahr 2010 absolviert.

Abbildung 40: Verteilung der Hebammen nach Jahr des Abschlusses des Hebammenexamens (in %), 2017

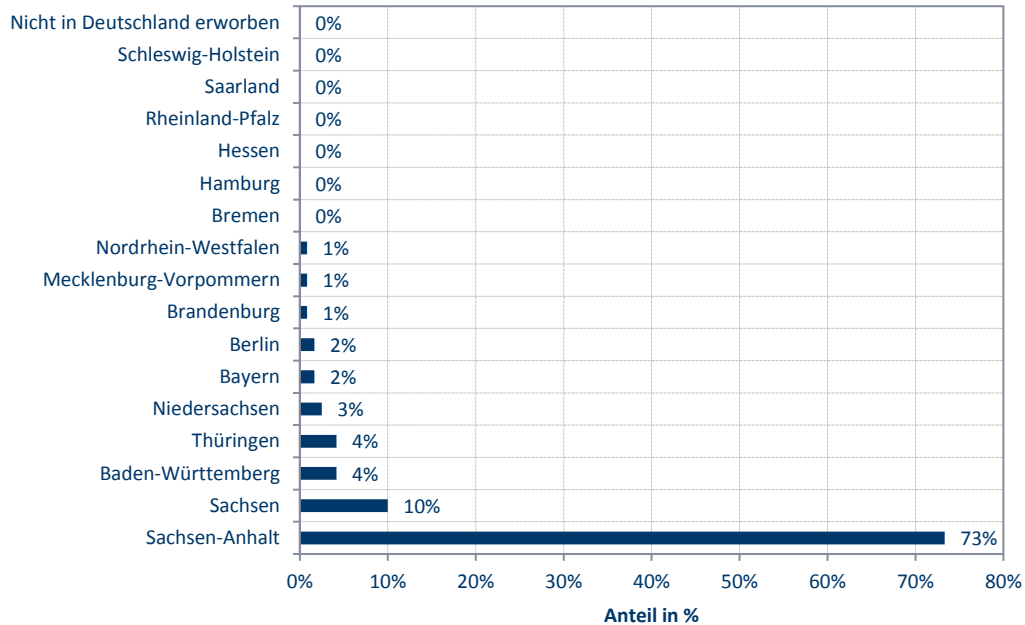


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 119; n = 1 machte keine Angabe

Der Großteil der befragten Hebammen hat das Hebammenexamen in Sachsen-Anhalt abgelegt (73 %, n = 88) (Abbildung 41). Außerdem haben 10 % (n = 12) ihr Examen in Sachsen und jeweils rund 4 % (n = 5) in Baden-Württemberg sowie Thüringen erworben. Keine der Hebammen gab an, ihr Hebammenexamen im Ausland erworben zu haben.

Abbildung 41: Verteilung der Hebammen nach Bundesland des Hebammenexamens (in %), 2017

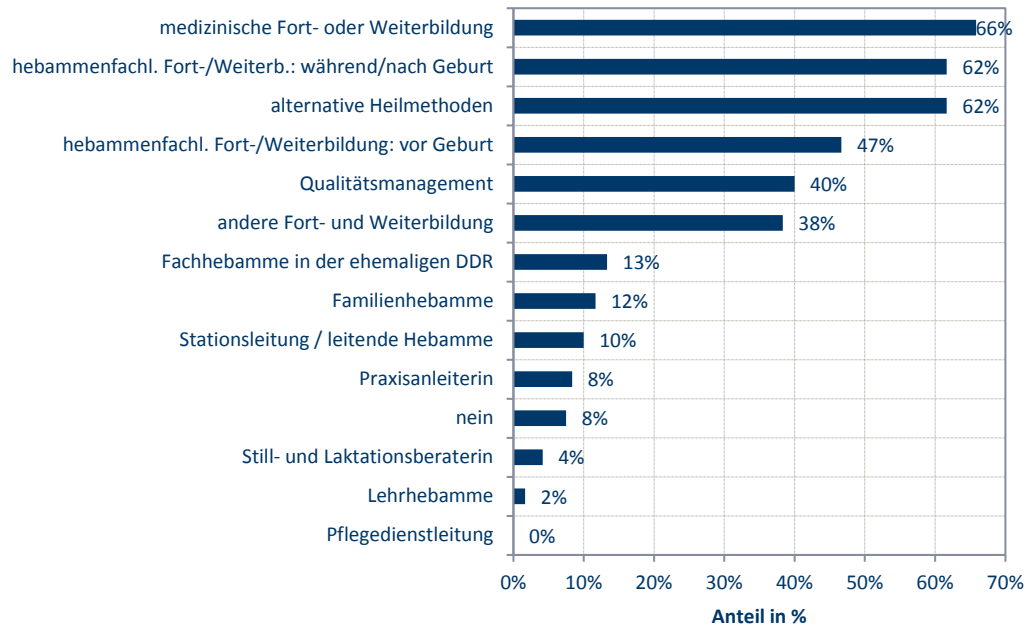


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 120

Mit rund 92 % (n = 111) hatten die meisten der befragten Hebammen mindestens eine Fort- oder Weiterbildung absolviert (Abbildung 42). Eine medizinische Fort- oder Weiterbildung wurde von den meisten Hebammen in Anspruch genommen (66 %, n = 79). Ein wesentlicher Anteil der Hebammen hatte an einer Fort- oder Weiterbildung mit Inhalten für den Zeitraum vor der Geburt (beispielsweise Schwangerenbetreuung) (47 %, n = 56) sowie für den Zeitraum während oder nach der Geburt (62 %, n = 74) (beispielsweise Wochenbettbetreuung) teilgenommen. Häufig wurden von den befragten Hebammen auch Qualitätsmanagement (40 %, n = 48) sowie alternative Heilmethoden (62 %, n = 74) als Fort- oder Weiterbildungsinhalte angegeben.

Abbildung 42: Verteilung der Hebammen nach absolvierten Fort- und Weiterbildungen (in %), 2017

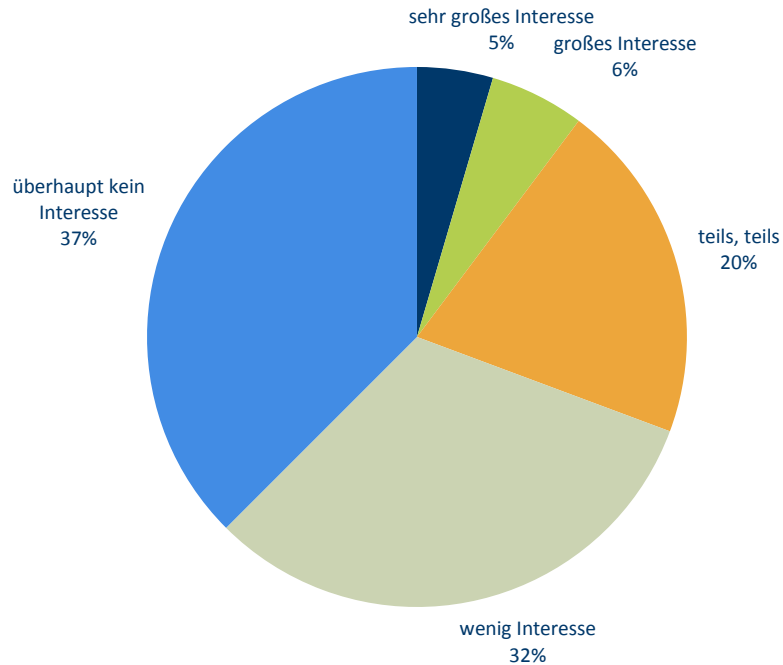


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: Mehrfachnennungen waren möglich, n = 120

Die Hebammen wurden des Weiteren gebeten, ihr Interesse für eine Ausbildung als Praxisanleiterin zu äußern (Abbildung 43). Für eine Ausbildung als Praxisanleiterin hegte mehr als jede zehnte Hebamme (n = 9) großes oder sehr großes Interesse. Jedoch überwog der Anteil der Hebammen (69 %, n = 61), die wenig oder überhaupt kein Interesse an dieser Ausbildungsmöglichkeit hatten.

Abbildung 43: Verteilung der Hebammen nach Interesse für eine Ausbildung als Praxisanleiterin (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

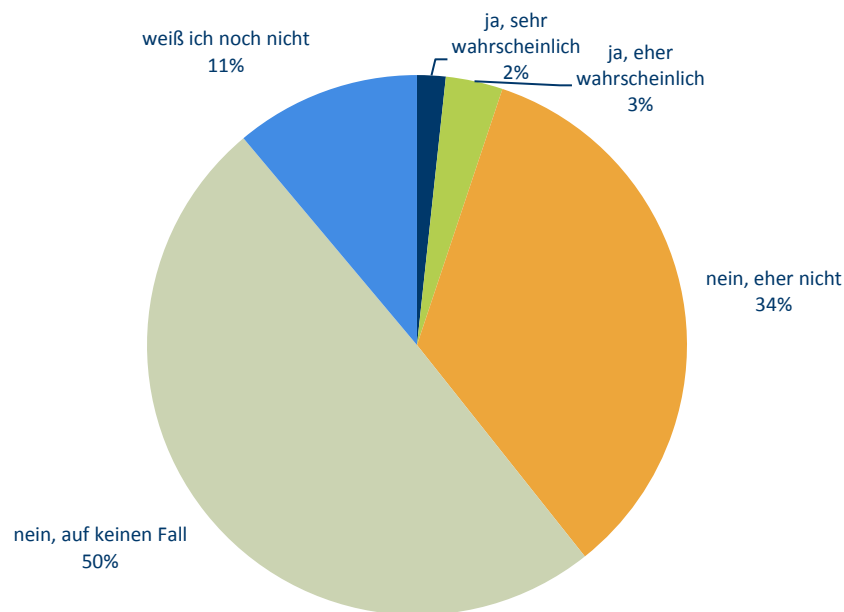
Anmerkung: n = 88; n = 22 machten keine Angabe; n = 10 hatten zum Zeitpunkt der Befragung schon eine Ausbildung als Praxisanleiterin – diesen Hebammen wurde die Frage nicht gestellt.

Zum Zeitpunkt der Befragung hatten 9 % (n = 11) der befragten Hebammen einen Abschluss in einem hebammenrelevanten Studiengang oder studierten derzeit im Bereich der Hebammenkunde. Zehn von diesen Hebammen hatten einen Bachelorabschluss, und eine Hebamme gab ausschließlich einen Masterabschluss in einem hebammenrelevanten Studiengang an.

Drei der befragten Hebammen gaben Studiengänge außerhalb des Bereichs der Hebammenkunde an, darunter Bereiche der Agrar- und Erziehungswissenschaften.

Darüber hinaus planen rund 5 % der befragten Hebammen (n = 6) eher oder sehr wahrscheinlich in den nächsten 5 Jahren ein Studium im Bereich der Hebammenwissenschaften aufzunehmen (Abbildung 44). Im Vergleich dazu wollte die Hälfte der Hebammen (n = 58) auf keinen Fall ein Studium in diesem Bereich aufnehmen. Als Gründe gegen die Aufnahme eines Studiums wurde v. a. die mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Studium (23 %, n = 10) sowie fehlender zeitlicher Spielraum neben dem Hebammenberuf (25 %, n = 11) genannt.

Abbildung 44: Verteilung der Hebammen nach geplanter Aufnahme eines Studiums im Bereich der Hebammenwissenschaften in den nächsten 5 Jahren (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
 Anmerkung: n = 117; n = 3 machten keine Angabe

Weitere 12 % (n = 14) der Hebammen hatten außer der Hebammenausbildung bereits andere Berufsausbildungen abgeschlossen. Unter den genannten Ausbildungsberufen hatte lediglich der Beruf des Kranken- und Gesundheitspflegers einen unmittelbaren Gesundheitsbezug (5 %, n = 6).

5.2 Betreuung von werdenden Hebammen im Externat

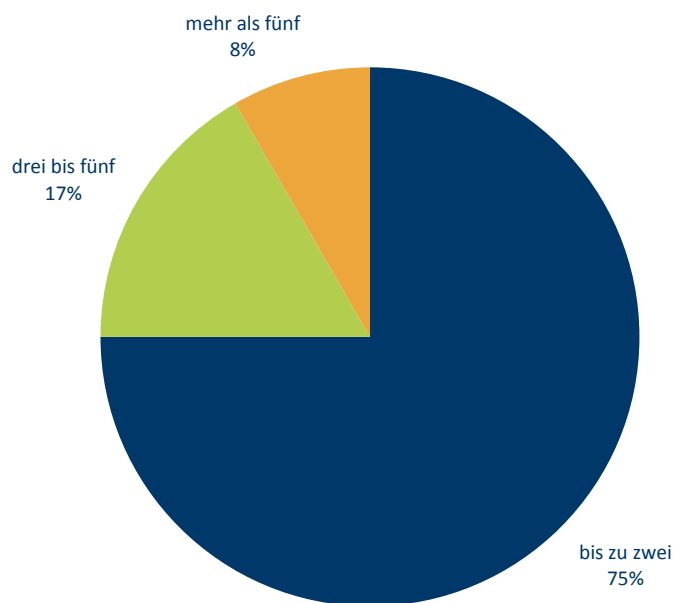
Im Jahr 2017 betreute knapp ein Fünftel (19 %, n = 15) der befragten freiberuflichen Hebammen eine oder mehrere werdende Hebammen im Externat. Drei Hebammen betreuten dabei lediglich werdende Hebammen aus anderen Bundesländern, fünf betreuten werdende Hebammen sowohl aus Sachsen-Anhalt als auch aus anderen Bundesländern, und sieben betreuten ausschließlich werdende Hebammen aus Sachsen-Anhalt.

Von den befragten Hebammen wurden für das Jahr 2017 insgesamt 34 Externatsbetreuungen angegeben, davon 22 für werdende Hebammen aus Sachsen-Anhalt

und 12 aus anderen Bundesländern. Dies ergibt rein rechnerisch eine durchschnittliche Betreuung je Hebamme von 2,8 Externaten.¹⁴

Drei Viertel der Hebammen (75 %, n = 9) betreuten bis zu zwei werdende Hebammen (Abbildung 45). Mit acht werdenden Hebammen hatte eine Hebamme die meisten Externate im Jahr 2017 zu verzeichnen.

Abbildung 45: Verteilung der Hebammen nach Anzahl der betreuten werdenden Hebammen im Externat (in %), 2017



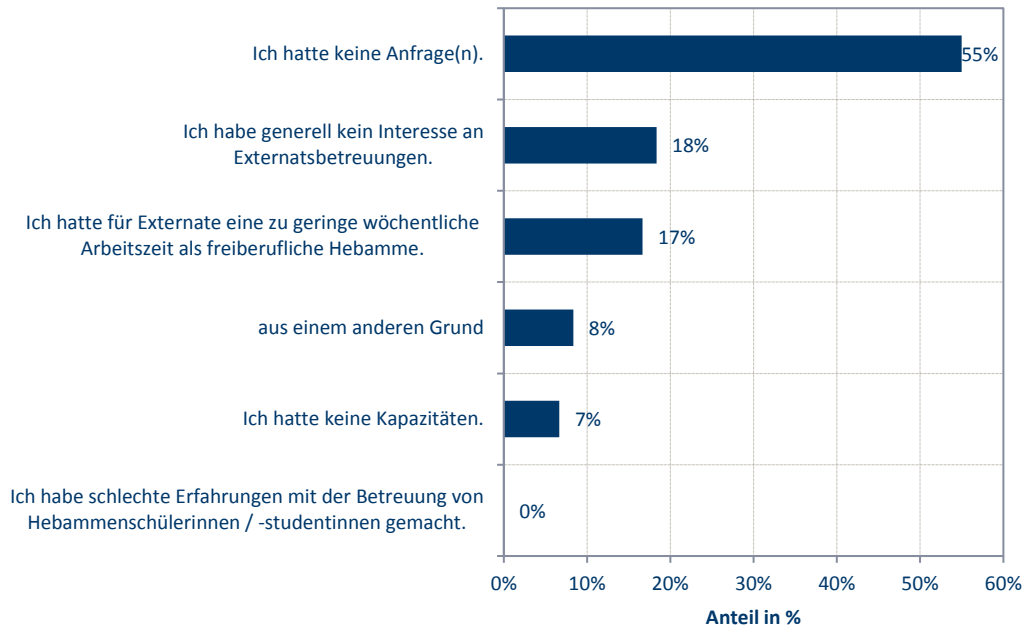
Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 12 Hebammen mit Externatsbetreuungen im Jahr 2017; drei Hebammen machten keine Angaben zur genauen Anzahl von betreuten werdenden Hebammen

Mehr als die Hälfte der freiberuflichen Hebammen, die im Jahr 2017 keine Externate betreut haben, nannte als Grund dafür fehlende Anfragen (55 %, n = 33) (Abbildung 46). Weitere Gründe waren fehlendes Interesse an Externatsbetreuungen (18 %, n = 11) sowie eine zu geringe wöchentliche Arbeitszeit (17 %, n = 10) als freiberufliche Hebamme. Als sonstiger Grund für keine Externatsbetreuungen im Jahr 2017 wurde u. a. Zeitmangel angeführt.

¹⁴ Vier Hebammen mit Externatsbetreuungen machten keine Angaben zur Anzahl der von ihnen betreuten werdenden Hebammen.

Abbildung 46: Verteilung der Hebammen nach Gründen für die Nichtbetreuung von Externaten (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: Mehrfachnennungen waren möglich; n = 60

Von einer Hebammenschule wurde erwähnt, dass es eine Herausforderung sei, ausreichend Hebammen zu finden, die den Anforderungen des Landesverwaltungsamtes des Landes Sachsen-Anhalt an ein Externat genügen: So müsse mindestens eine 2-jährige Berufserfahrung vorliegen und eine Betreuung der werdenden Hebammen müsse 40 Stunden die Woche möglich sein. Dies führe dazu, dass prinzipiell nur Geburtshäuser oder Hebammenpraxen infrage kämen, da nur durch die Kooperation der Hebammen eine 40h-Betreuung sichergestellt werden könne. Zusätzlich sei das Externat entsprechend der gesetzlichen Forderungen auf 12 Wochen erhöht worden.

Die Schule in Magdeburg hat eine Kooperation mit sieben Hebammenpraxen in Magdeburg und Umgebung sowie zwei bis drei Geburtshäusern (Halle, Berlin, Potsdam), in dem die werdenden Hebammen ihr Externat machen können. Die Geburtshäuser in Berlin und Potsdam wurden ausgewählt, da es keine in Magdeburg und Umgebung gebe. Dies sei jedoch mit erhöhten Kosten für Fahrten und Unterkunft verbunden, die das Universitätsklinikum Magdeburg den werdenden Hebammen anteilig erstatte. Die Schule in Halle hat eine Kooperation mit einem Geburtshaus in Halle sowie einer freiberuflichen Hebamme. Dies reiche aus, um den Bedarf an Externaten zu decken.

Außerdem wurde von beiden Hebammenschulen betont, dass die Externatsbetreuung für die Hebammen einen zusätzlichen Aufwand bedeute, den diese nicht

vergütet bekämen. Hier solle die Landesregierung aktiv werden und Externatsbetreuungen finanziell unterstützen – so wie es auch schon in anderen Bundesländern gemacht wird.

5.3 Ausbildungsplätze, Bewerbungen und Absolventinnen

Die Ausbildung zur Hebamme und zum Entbindungspfleger wird in Sachsen-Anhalt an zwei Schulen für Hebammen und Entbindungspfleger an den Ausbildungszentren der Universitätsklinik durchgeföhrt – in Magdeburg sowie Halle (Saale). Ausbildungsbeginn ist in Magdeburg der 1. August und in Halle der 1. September eines Jahres und findet an den beiden Schulen im jährlichen Wechsel statt.¹⁵

Ausbildungsplätze

Für den Ausbildungsbeginn stehen in Magdeburg alle 2 Jahre zwischen 15 und 18 Ausbildungsplätze zur Verfügung. Der letzte Ausbildungsjahrgang startete im Jahr 2017 mit 18 Ausbildungsplätzen, davon 15 Plätze für die „eigene Ausbildung“ für das Universitätsklinikum Magdeburg und drei Plätze für eine Kooperation mit dem St. Marienstift in Magdeburg sowie dem Städtischen Klinikum Dessau. Im Jahr 2018 haben in Halle 22 werdende Hebammen mit der Ausbildung begonnen – neben der „eigenen Ausbildung“ besteht für die Ausbildung eine Kooperation mit dem Carl-von-Basedow-Klinikum Merseburg sowie dem Gesundheitszentrum Bitterfeld-Wolfen.

Für das Jahr 2019 ist in Magdeburg geplant, dass 18 werdende Hebammen ihre Ausbildung beginnen. Außerplanmäßig wird im Jahr 2019 auch ein Ausbildungsjahrgang in Halle mit voraussichtlich 21 Ausbildungsplätzen (20 für die „eigene Ausbildung“ sowie ein Kooperationsplatz) starten, um nach Aussagen der Schule dem Hebammenmangel zu begegnen.

In Magdeburg können mehr Ausbildungsplätze aufgrund der personellen und räumlichen Situation der Schule nicht geschaffen werden, auch wenn seitens weiterer Kliniken aus Sachsen-Anhalt eine Kooperation angefragt wurde. Zukünftige Veränderungen bezüglich der Ausbildungskapazitäten sind nicht bekannt.¹⁶ In Halle ist zukünftig ein Ausbau der Ausbildungskapazitäten geplant, nämlich insbesondere der außerplanmäßige Start eines Ausbildungsjahrgangs im Jahr 2019.

Bewerbungen

Zu jedem Ausbildungsbeginn gibt es wesentlich mehr Bewerbungen als Ausbildungsplätze zur Verfügung stehen. Allerdings ist die Anzahl der Bewerbungen in den letzten 10–15 Jahren stark zurückgegangen: Während es im Jahr 2007 noch mehr als 1.000 Bewerbungen auf die Ausbildungsplätze gab, war seitdem ein kon-

¹⁵ Im Jahr 2019 wird es erstmalig eine Ausnahme geben und ein Ausbildungsjahrgang wird gleichzeitig an den beiden Schulen starten.

¹⁶ Über die Ausbildungskapazitäten entscheidet der Klinikvorstand von Jahr zu Jahr.

stanter Rückgang zu verzeichnen, der sich in den letzten 5 Jahren ungefähr auf einem Niveau von 200 Bewerbungen eingependelt hat.¹⁷ Damit liegt die Anzahl der Bewerbungen noch immer um das ca. 10- bis 11-Fache höher als die Zahl der Ausbildungsplätze, und in allen Ausbildungsjahrgängen konnten bislang alle verfügbaren Plätze zum Ausbildungsbeginn besetzt werden.

Allerdings habe sich laut einer Schule auch das Bewerberprofil in den letzten Jahren geändert, insbesondere hinsichtlich eines höheren Anteils an Bewerbern mit schlechten Schulnoten, einer höheren Altersspanne (15–45 Jahre) sowie einem höheren Anteil an Müttern. Laut den Aussagen dieser Schulen ließe sich damit insgesamt nur noch rund die Hälfte der Ausbildungsplätze mit „Bewerbern 1. Wahl“ besetzen. An der anderen Schule wurde keine Veränderung des Bewerberprofils in den letzten Jahren festgestellt.

Gründe für die Ablehnung von Bewerbungen sind bei einer Schule u. a. unvollständige Bewerbungsunterlagen, der Abschluss von Grundlagenfächern in der Realschule mit der Note 4, fehlende Praktika im geburtshilflichen Kontext sowie in den Bewerbungsgesprächen geäußerte unrealistische Erwartungen an den Hebammenberuf. Die andere Schule gab als Grund an, dass das Bewerberauswahlverfahren (PC-Test, Gruppenübung, Interview und Rollenspiel) nicht bestanden wurde oder dass die Grundlagenfächer der Realschule lediglich mit der Note 3 bzw. das Abitur mit der Note 4 abgeschlossen wurden.

Hinzu kommt gemäß den Aussagen der beiden Schulen eine höhere Fluktuation im Bewerbungsprozess in den letzten Jahren, sodass nicht alle eingeladenen Bewerber zum Bewerbungsgespräch erscheinen oder selbst nach Vorliegen eines Ausbildungsvertrags seitens des Universitätsklinikums noch zurücktreten würden. Dies führe zu einem vermehrten Aufwand bezüglich des Auswahlprozesses für die Schulen.

Auch in der Hebammenbefragung wurden die Hebammen, deren Examen zum Befragungszeitpunkt weniger als 5 Jahre zurücklag (im Folgenden als Hebammenabsolventinnen bezeichnet), zu Details des Bewerbungsprozesses und der Entscheidung für eine Hebammenausbildung befragt.

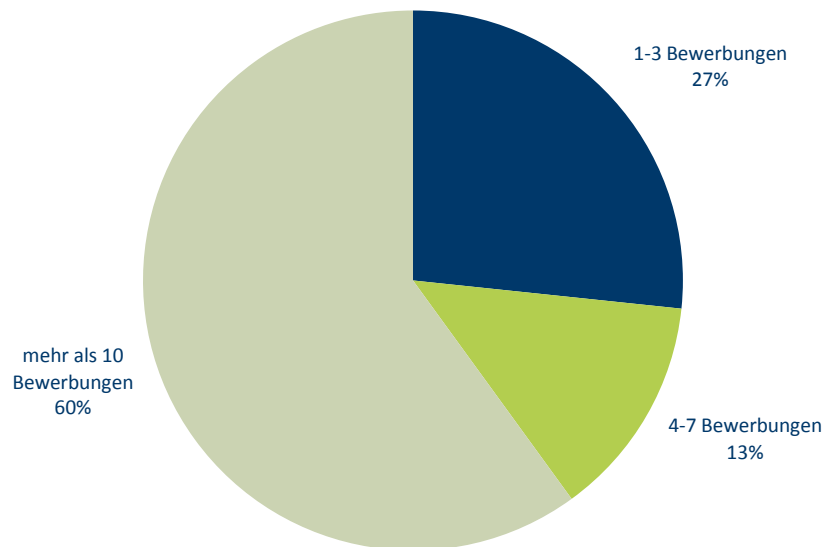
Die Hälfte dieser Hebammenabsolventinnen (n = 7) entschied sich für diese Ausbildung, da die Ausübung des Hebammenberufs einen lang gehegten Wunsch darstellte. Als weitere Gründe wurden u. a. die abwechslungsreiche Tätigkeit, das Interesse, Familien bei der Schwangerschaft zu begleiten und zu unterstützen, sowie die freie Zeiteinteilung in der Freiberuflichkeit genannt.

Rund 60 % (n = 9) der Hebammenabsolventinnen hatten mehr als zehn Bewerbungen für einen Ausbildungsplatz geschrieben, während etwas weniger als ein Drittel

¹⁷ An der Schule in Magdeburg gab es beispielsweise in den Jahren 2013, 2015 und 2017 jeweils 233, 188 und 213 Bewerbungen. Der Anteil der Bewerber mit Abitur oder Fachhochschulreife lag im Jahr 2017 bei rund 56 %. An der Schule in Halle gab es in den Jahren 2014, 2016 und 2018 jeweils 219, 209 und 224 Bewerbungen.

der Hebammenabsolventinnen (27 %, n = 4) lediglich ein bis drei Bewerbungen verfasst hatten (Abbildung 47).

Abbildung 47: Verteilung der Hebammenabsolventinnen nach Anzahl der Bewerbungen für einen Ausbildungsplatz (in %), 2017



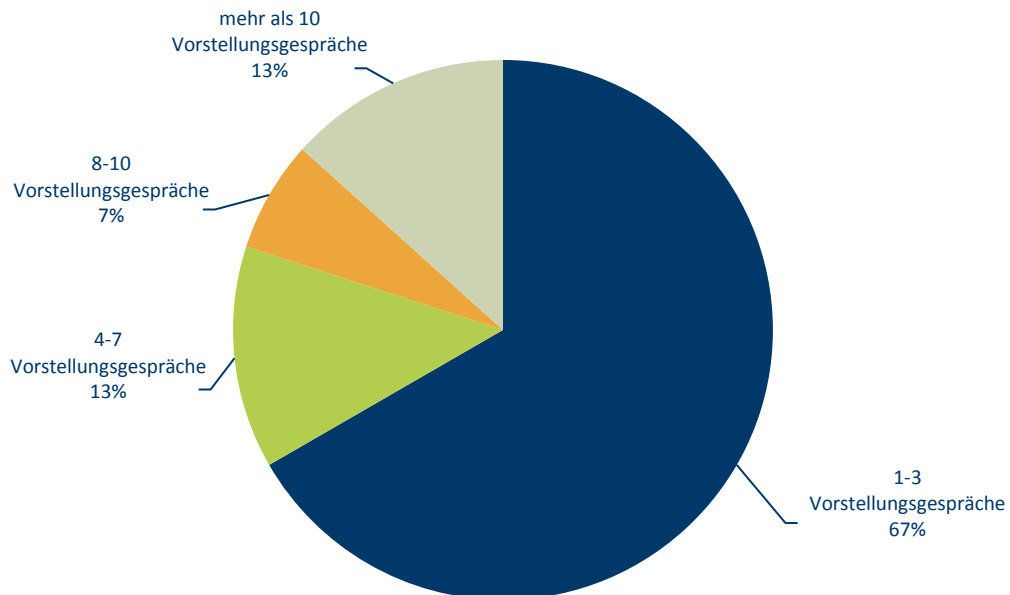
Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 15; lediglich Hebammen, deren Examen weniger als 5 Jahre zurücklag

Mehr als drei Viertel der Hebammenabsolventinnen (n = 12) bewarben sich auch außerhalb von Sachsen-Anhalt.

Etwa zwei Drittel der Hebammenabsolventinnen (n = 10) führten an ein bis drei Schulen Vorstellungsgespräche (Abbildung 48). Rund 13 % (n = 2) der Hebammenabsolventinnen stellten sich für einen Ausbildungsplatz an mehr als zehn Schulen vor.

Abbildung 48: Verteilung der Hebammenabsolventinnen nach Anzahl der Vorstellungsgespräche (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

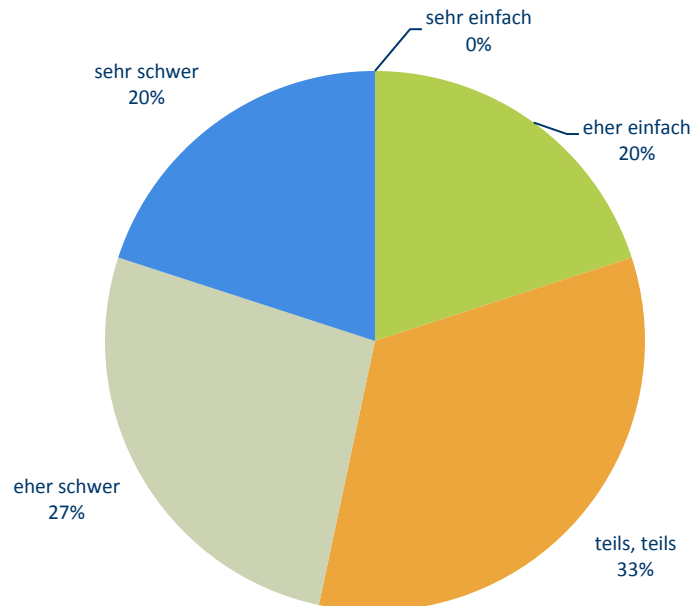
Anmerkung: n = 15; lediglich Hebammen, deren Examen weniger als 5 Jahre zurücklag

Rund 60 % (n = 9) der Hebammenabsolventinnen bekamen eine Zusage von den Hebammenschulen. Rund ein Drittel (n = 5) erhielt zwei bis drei Zusagen, und eine Hebammenabsolventin bekam acht bis zehn Zusagen. Von den fünf Hebammenabsolventinnen, die Angaben zu der Frage machten, ob sie auch Zusagen für einen Ausbildungsplatz außerhalb Sachsens-Anhalts erhalten hätten, bejahte dies nur eine Hebammenabsolventin.

Mit einer bzw. zwei Ausnahmen haben sich alle Hebammenabsolventinnen aufgrund der Nähe zur Familie bzw. zum Lebenspartner bzw. aufgrund der Nähe zum Heimatort für einen Ausbildungsplatz in Sachsen-Anhalt entschieden. Vereinzelt wurden als weitere Gründe für die Wahl die Vertrautheit des Ortes sowie ein besonderes Ausbildungsangebot genannt.

Knapp die Hälfte der Hebammenabsolventinnen gab an (47 %, n = 7), dass es eher schwer oder sehr schwer gewesen sei, einen Ausbildungsplatz zu bekommen (Abbildung 49). Vereinzelt berichteten die Hebammenabsolventinnen erläuternd von erheblichen Schwierigkeiten, trotz einiger absolvierter Praktika und medizinischer Vorausbildung eine Einladung zu einem Vorstellungsgespräch zu erhalten. Als Begründung wurde angeführt, dass sich viele Bewerber auf eine sehr begrenzte Anzahl von Stellen beworben hätten.

Abbildung 49: Verteilung der Hebammenabsolventinnen nach Beurteilung der Schwierigkeit, einen Ausbildungsplatz zu erhalten (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 15; lediglich Hebammen, deren Examen weniger als 5 Jahre zurücklag

Abbrecherquoten

Im Zeitraum von 2013 bis 2019 haben an der Schule in Magdeburg insgesamt 13 werdende Hebammen die Ausbildung abgebrochen, jeweils fünf davon im 1. und im 3. Ausbildungsjahr. Im Zeitraum von 2014 bis 2018 haben in Halle insgesamt zehn werdende Hebammen die Ausbildung abgebrochen, davon alle im 1. Ausbildungsjahr.

Die wesentlichen Gründe für einen Abbruch der Ausbildung sind laut Angaben einer Schule, insbesondere im 1. Ausbildungsjahr, unrealistische Berufsvorstellungen sowie Schwierigkeiten, die erforderlichen Leistungen zu erbringen. Der letzte Punkt betreffe dabei v. a. werdende Hebammen mit einem Realschulabschluss. Insbesondere im 2. Ausbildungsjahr komme als Grund hinzu, dass sich die werdenden Hebammen der großen Verantwortung im Beruf bewusst würden oder das Erleben von Notfallsituationen bei den praktischen Einsätzen. Weitere Gründe für einen Abbruch der Ausbildung seien den Angaben einer Schule zufolge emotionale oder körperliche Überforderung (insbesondere bei persönlicher Vorbelastung), wenig familiärer Rückhalt während der Ausbildung sowie das Bewusstwerden der Arbeit im Kreißaal „unter den heutigen Bedingungen“. Eine Schule gab als Gründe für den Ausbildungsabbruch persönliche Gründe sowie die Aufnahme eines Studiums an. Zudem wurde erwähnt, dass die Gründe für den Ausbildungsabbruch der Schule auch teilweise unbekannt seien.

Grundsätzlich haben sich die Gründe für einen Abbruch der Ausbildung im Laufe der Jahre gemäß einer Schule nicht gewandelt, allerdings treten sie in den letzten Jahren gehäuft auf, was zu steigenden Abbruchquoten führe.

Die Schulen bemühen sich, die durch einen Abbruch frei gewordenen Ausbildungsplätze neu zu besetzen, beispielsweise durch Gesundheits- und Krankenpfleger (die eine verkürzte Ausbildung durchlaufen können) oder werdende Hebammen, die aus verschiedenen Gründen (z. B. Schwangerschaft oder Krankheit) die Ausbildung ausgesetzt hatten.

Zudem betonte die Vertreterin einer Schule, dass die praktische Ausbildung attraktiver gestaltet werden müsste, sodass werdende Hebammen eine individuellere und intensivere Betreuung erhalten können. Dies könne letztendlich auch dazu beitragen, Ausbildungsabbrüche verhindern. Derzeit sei es die Hebamme im Dienst, die sich neben ihren Aufgaben in der Betreuung von Schwangeren und Gebärenden um die praktische Ausbildung kümmere. Eine Möglichkeit, eine individuellere Betreuung und Unterstützung von werdenden Hebammen zu gewährleisten, sei die Einbindung von Praxisanleiterinnen, die dann auch zeitliche Ressourcen für die Ausbildung erhielten.¹⁸ Die Landesregierung könne den Einsatz von Praxisanleiterinnen daher beispielsweise finanziell fördern. Dieser Vorschlag wird auch von der anderen Hebammenschule unterstützt.

Hebammenabsolventinnen

An der Schule in Magdeburg haben im Jahr 2018 aufgrund einer hohen Fluktuation lediglich neun Absolventinnen die Ausbildung abgeschlossen (Tabelle 4). Im Jahr 2016 lag die Anzahl der Absolventinnen bei 14 und im Jahr 2014 bei 12. Im Jahr 2017 haben in Halle 13 werdende Hebammen die Ausbildung abgeschlossen, weitere zwei befinden sich in Elternzeit. Im Jahr 2015 lag die Anzahl der Absolventinnen in Halle bei 16.

Tabelle 4: Anzahl der Hebammenabsolventinnen nach Schule, 2014–2018

	2014	2015	2016	2017	2018
Halle	-	16	-	13	-
Magdeburg	12	-	14	-	9

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Schulen

Die Hebammenschulen wurden gebeten, darüber Auskunft zu geben, welche Tätigkeiten die Absolventinnen des letzten Ausbildungsjahrgangs nach der Ausbildung aufgenommen hätten und ob sie in Sachsen-Anhalt verblieben seien.

¹⁸ An der anderen Ausbildungsstätte in Sachsen-Anhalt werden bereits Praxisanleiterinnen vorgehalten.

Die Schule in Magdeburg hat für die letzten beiden Ausbildungsjahrgänge detaillierte Informationen zur Verfügung gestellt:

- ◆ In beiden Jahrgängen hat jeweils eine Absolventin eine Tätigkeit als Hebamme ohne Geburtshilfe aufgenommen.
- ◆ Von den Absolventinnen des Abschlussjahrgangs 2016 haben rund 86 % (12 von 14) und des Jahrgangs 2018 rund 56 % (5 von 9) eine Tätigkeit als Hebamme in der Geburtshilfe aufgenommen.
- ◆ Von den Absolventinnen des Abschlussjahrgangs 2016 hat eine Hebamme (rund 7 %) und vom Abschlussjahrgang 2018 drei Hebammen (rund 33 %) nach der Ausbildung bislang keine Tätigkeit als Hebamme aufgenommen.
- ◆ Von den Absolventinnen des Abschlussjahrgangs 2016 hat die Hälfte (7 von 14) eine Tätigkeit als Hebamme in Sachsen-Anhalt aufgenommen. Beim Abschlussjahrgangs 2018 lag der entsprechende Anteil bei zwei Drittel (6 von 9).

Als Gründe dafür, dass Absolventinnen nach der Ausbildung nicht als Hebamme tätig seien, führte die Schule folgende Gründe an: Auszeiten nach der Ausbildung (z. B. Reisen) und Fortsetzung des Studiums der Hebammenwissenschaften.¹⁹

Die Schule in Halle machte detaillierte Angaben für den letzten Ausbildungsjahrgang im Jahr 2017: Von den Absolventinnen des Abschlussjahrgangs 2017 haben fünf Hebammen (rund 38 %) eine Tätigkeit als Hebamme ohne Geburtshilfe aufgenommen, rund 53 % (n = 7) eine Tätigkeit als Hebamme in der Geburtshilfe, und eine Absolventin hat keine Tätigkeit als Hebamme aufgenommen. Rund 62 % (n = 8) der Absolventinnen haben eine Tätigkeit als Hebamme in Sachsen-Anhalt aufgenommen. Als Grund, weshalb die Absolventinnen nach der Ausbildung nicht als Hebamme tätig seien, wurde ein Studium angegeben.

Grundsätzlich bemerkte eine Schule, dass die Hebammenabsolventinnen zunächst mehrheitlich im Hebammenberuf arbeiten (und selbst nach einer Auszeit direkt nach der Ausbildung dann eine Hebammentätigkeit aufnehmen), jedoch dann ggf. im Laufe der Jahre den Beruf (oftmals aufgrund der Arbeitsbelastung und/oder für den Beginn eines anderen Studiums, z. B. Medizin, Soziale Arbeit, Angewandte Kindheitswissenschaften) aufgeben würden.

5.4 Akademisierung des Hebammenberufs

Deutschland muss als Mitgliedsstaat der Europäischen Union bis zum 18. Januar 2020 die EU-Richtlinie 2013/55-EU umsetzen. Bestandteil dieser Richtlinie ist eine Anpassung der Hebammenausbildung im Sinne einer Anhebung des Ausbildungs-

¹⁹ Die Schule in Magdeburg hat seit dem Jahr 2014 eine Kooperation mit der Hochschule in Osnabrück für den Bachelor of Science in Midwifery. Die werdenden Hebammen studieren dabei nach der Hälfte der Ausbildungszeit parallel zur Ausbildung.

niveaus, zusätzlich wurde eine 12-jährige allgemeine Schulbildung als Zugangsvoraussetzung festgelegt. Im Koalitionsvertrag steht daher auch, dass „die Hebammenausbildung nach den EU-Vorgaben als akademischer Beruf“ umgesetzt wird (CDU/CSU und SPD 2018: 101). Mitte Oktober 2018 gab der Bundesgesundheitsminister Jens Spahn bekannt, dass Hebammen in Deutschland in Zukunft akademisch ausgebildet werden, und zwar in einem dualen Studium mit einem Abschluss als Bachelor (B.A.).²⁰ Weitere Details zur Umsetzung, zum Zeitplan und Übergangsregelungen sind bislang noch nicht bekannt.

Der Deutsche Hebammenverband spricht sich für eine Vollakademisierung des Hebammenberufs aus, da eine Teilakademisierung für den Berufsstand nicht sinnvoll sei und sich schädlich auswirken könne, insbesondere da die Hebammentätigkeit keine auf verschiedenen Qualifikationsebenen begründete unterschiedliche Tätigkeitsbereiche zulasse (DHV 2018).

Eine Akademisierung des Hebammenberufs wurde von den befragten Expertinnen grundsätzlich positiv bzw. eher positiv beurteilt. Dies wurde in einem Fall damit begründet, dass die jetzige Ausbildungszeit nicht ausreiche, um die notwendigen Kompetenzen zu erwerben, insbesondere im Hinblick auf wissenschaftliches Denken sowie praktische Übungen („Skills Lab“). Die Betreuungssituationen würden immer komplexer (z. B. aufgrund einer höheren Altersspanne, eines zunehmenden Erkrankungsspektrums und des vielfältigen sozialen Hintergrundes der zu betreuenden Frauen), sodass eine mit der Akademisierung verbundene längere Ausbildungszeit erforderlich sei. Zudem wurde erwähnt, dass die freiberufliche Arbeit immer anspruchsvoller würde, beispielsweise durch die Einführung des Qualitätsmanagements. Insgesamt führe dies dazu, dass sich die in der Ausbildung vermittelten Kompetenzen diesen veränderten Anforderungen anpassen müssten.

Als problematisch im Hinblick auf die Akademisierung wurde beurteilt, dass es noch zu viele ungeklärte Fragen diesbezüglich gebe. Auch auf Bundesebene gibt es noch keine näheren Informationen dazu, wie die Akademisierung des Hebammenberufs in Deutschland umgesetzt werden soll. Zurzeit plant die Landesregierung in Sachsen-Anhalt, einen Studiengang zur Hebammenausbildung in Sachsen-Anhalt einzurichten. Die Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg prüft derzeit den Aufbau eines Hebammenstudiengangs. Über die endgültige Einführung eines Hebammenstudiengangs wird nach Auskunft des zuständigen Ministeriums im Zusammenhang mit Fragen zur Finanzierung und Organisation zu entscheiden sein.

²⁰ Siehe beispielsweise Süddeutsche Zeitung „Hebamme, B.A – Gesundheitsminister Spahn plant Studium für angehende Geburtshelferinnen“ vom 18. Oktober 2018.

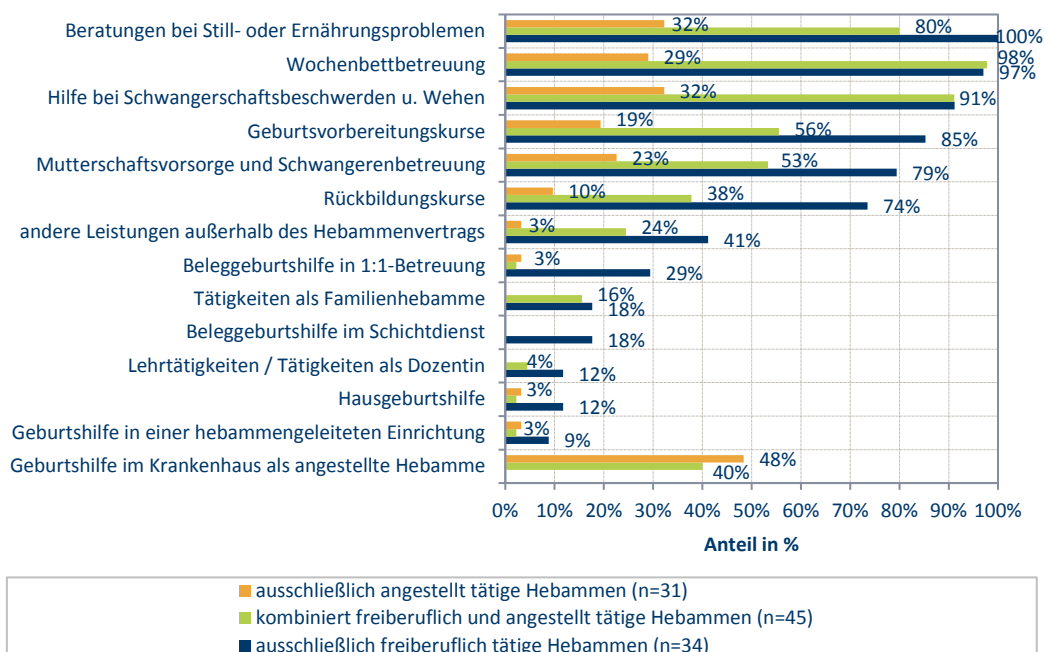
6. Leistungen der Hebammenhilfe

6.1 Leistungsangebot der Hebammen

Die Hebammen wurden gebeten anzugeben, welche Leistungen sie im Jahr 2017 angeboten hatten. Alle ausschließlich freiberuflichen Hebammen gaben an, Beratungen bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen anzubieten (100 %, n = 34) (Abbildung 50). Nahezu alle ausschließlich freiberuflichen Hebammen sowie Hebammen, die sowohl freiberuflich als auch angestellt waren, boten eine Wochenbettbetreuung an (97 %, n = 33, bzw. 98 %, n = 44). Mehrheitlich boten ausschließlich freiberufliche sowie kombiniert freiberuflich und angestellt tätige Hebammen auch Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden und Wehen ohne Betreuung der Geburt, Geburtsvorbereitung- und Rückbildungskurse sowie Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung an. Geburtshilfe als freiberufliche Hebamme (sowohl klinisch als auch außerklinisch) wurde nur von vergleichsweise wenigen Hebammen – und mit wenigen Ausnahmen ausschließlich freiberuflich tätigen Hebammen – angeboten.

Bei den ausschließlich angestellten Hebammen ist auffällig, dass sie überwiegend Geburtshilfe im Krankenhaus angeboten haben (48 %, n = 15).

Abbildung 50: Verteilung der Hebammen nach Leistungsangebot und nach Beschäftigungsform (in %), 2017

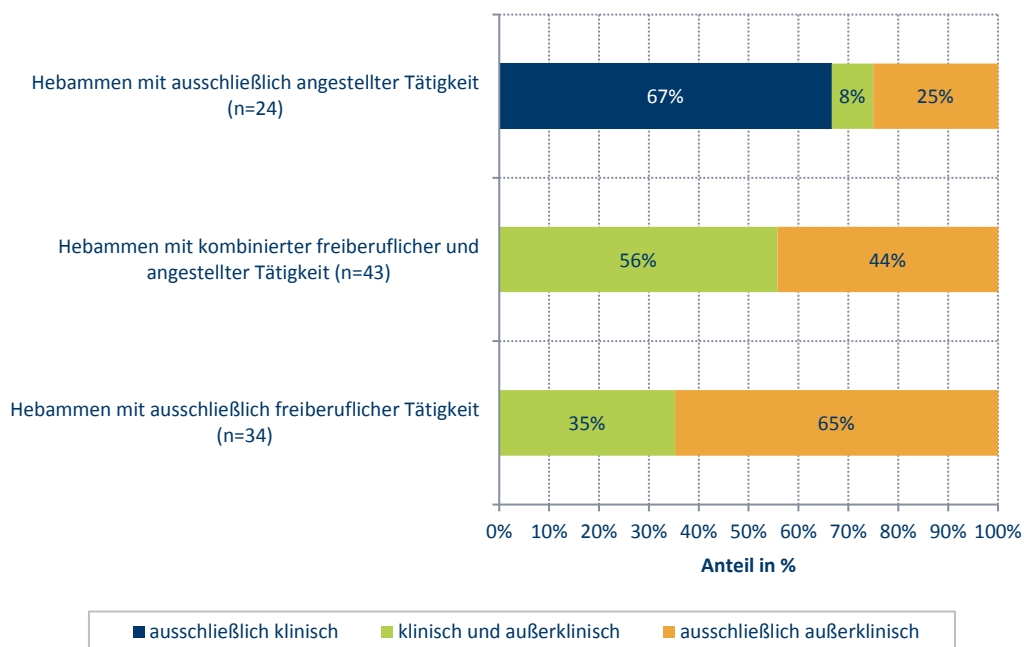


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Die freiberuflichen Hebammen boten im Jahr 2017 im Durchschnitt fünf Geburtsvorbereitungskurse und sechs Rückbildungskurse an. Im Schnitt boten die ausschließlich freiberuflichen Hebammen mehr Geburtsvorbereitungskurse im Jahr 2017 an als die Hebammen, die sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig waren (6 vs. 4). Im Gegensatz dazu boten die Hebammen mit kombinierter freiberuflicher und angestellter Tätigkeit im Durchschnitt häufiger Rückbildungskurse an als ausschließlich freiberufliche Hebammen (7 vs. 3).

Die Hebammen wurden gebeten, das Setting, in dem sie ihre Leistungen anbieten, anzugeben (Abbildung 51). Keine der ausschließlich freiberuflichen Hebammen sowie der Hebammen mit kombinierter freiberuflicher und angestellter Tätigkeit bot ihre Leistungen ausschließlich klinisch an. Dagegen stellten mehr als zwei Drittel der ausschließlich angestellten Hebammen (n = 16) ihre Leistungen nur klinisch und ein Viertel (n = 6) lediglich außerklinisch zur Verfügung. Am häufigsten boten die ausschließlich freiberuflichen Hebammen (65 %, n = 22) ihre Leistungen nur außerklinisch an, während die Hebammen mit kombinierter freiberuflicher und angestellter Tätigkeit (56 %, n = 24) ihre Leistungsangebote am häufigsten sowohl klinisch als auch außerklinisch offerierten.

Abbildung 51: Verteilung der Hebammen nach Setting des Leistungsangebots und nach Beschäftigungsform (in %), 2017

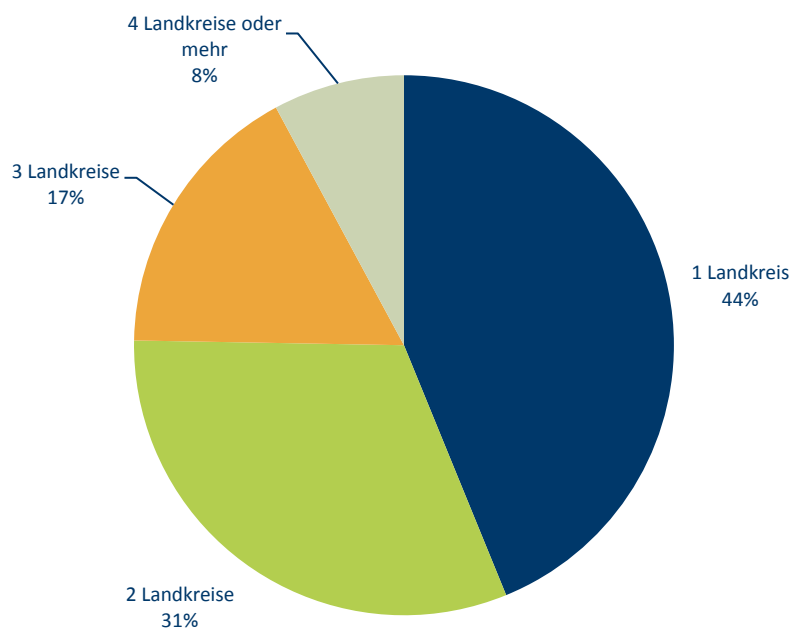


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Die Anzahl der Hebammen in Sachsen-Anhalt, die an der Befragung teilgenommen haben, ist insgesamt zu gering, um sowohl Aussagen über die regionale Verteilung der Hebammen als auch deren regionales Leistungsangebot treffen zu können.

Aus den Ergebnissen der Befragung lässt sich jedoch ableiten, dass rund 44 % (n = 39) der Hebammen nur in einem Landkreis bzw. einer kreisfreien Stadt tätig waren (Abbildung 52). Bei nahezu einem Drittel (31 %, n = 28) der Hebammen umfasste der Tätigkeitsbereich zwei Landkreise bzw. kreisfreie Städte. In vier oder mehr Landkreisen hatten lediglich 7 % (n = 7) der Hebammen ihre Leistungen angeboten. Bei rund 29 % dieser Hebammen zählte Hausgeburtsilfe zum Leistungsspektrum. Die Hälfte der Hebammen, die Hausgeburtsilfe anboten (n = 3), waren in einem Landkreis bzw. einer kreisfreien Stadt oder zwei Landkreisen bzw. kreisfreien Städten tätig. Drei Viertel der Hebammen (n = 9), deren Leistungsangebot die Beleggeburtsilfe in 1:1-Betreuung enthielt, waren in bis zu drei Landkreisen bzw. kreisfreien Städten tätig.

Abbildung 52: Verteilung der Hebammen nach Anzahl der Landkreise bzw. kreisfreien Städte in Sachsen-Anhalt, in denen sie Leistungen anboten (in %), 2017

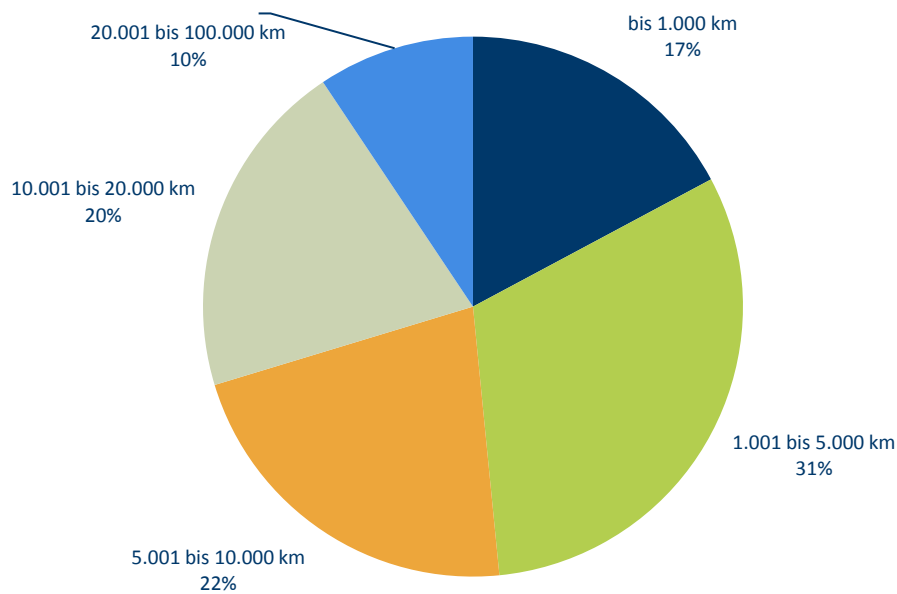


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
Anmerkung: n = 89

Die freiberuflichen Hebammen wurden gebeten, die gefahrenen und in Rechnung gestellten Kilometer anzugeben, die sie im Jahr 2017 zu den individuell betreuten Frauen (zu deren Wohnung oder ins Krankenhaus) zurückgelegt hatten. Sie sollten dabei die Strecken angeben, für die sie Wegegeld berechnet bzw. nicht berechnet hätten. Im Mittel wurden von den freiberuflichen Hebammen Gesamtstrecken von ca. 8.753 km im Jahr in Rechnung und von 1.432 km nicht in Rechnung gestellt.

Die Spanne zwischen den Hebammen war dabei insgesamt sehr groß. Sie reichte von unter 100 bis zu 50.000 gefahrenen und in Rechnung gestellten Kilometern im Jahr. Rund 30 % (n = 19) der Hebammen legten mehr als 10.000 km im Jahr zurück, die sie in Rechnung stellen konnten (Abbildung 53).

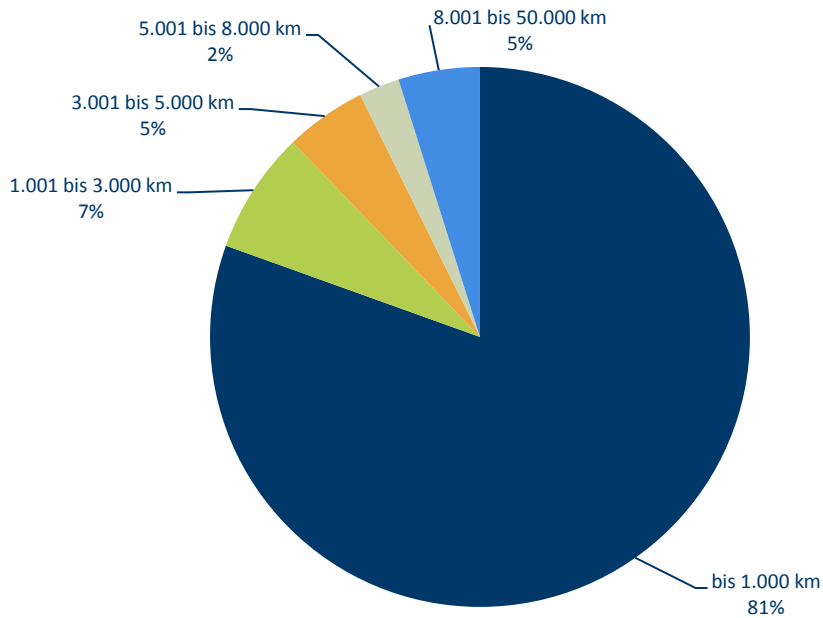
Abbildung 53: Verteilung der freiberuflichen Hebammen nach zurückgelegten Kilometern mit in Rechnung gestelltem Wegegeld (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
Anmerkung: n = 61

Die Spanne für nicht in Rechnung gestellte gefahrene Kilometer reichte von unter 100 km bis zu 20.000 km. Bei rund 80 % (n = 33) der Hebammen, die bestimmte Kilometer nicht in Rechnung stellten, lag die Kilometeranzahl bei unter 1.000 km im Jahr (Abbildung 54).

Abbildung 54: Verteilung der freiberuflichen Hebammen nach zurückgelegten Kilometern ohne Wegegeldanspruch (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 41

Wenn die Hebammen eine Hausgeburt im Jahr 2017 betreut hatten, wurden sie zusätzlich gebeten, die Entfernung der Wohnorte der betreuten Frauen anzugeben. Im Mittel lag für die Hebammen die durchschnittliche Entfernung für Hausgeburten bei 15 Kilometern (n = 4) mit einem Minimum von 6 Kilometern und einem Maximum von 25 Kilometern. Die längste Entfernung betrug im Durchschnitt 74 Kilometer, mit einem Minimum von 25 Kilometern und einem Maximum von 140 Kilometern.

6.2 Betreute Geburten und Betreuungsschlüssel

6.2.1 Anzahl der betreuten Geburten freiberuflicher Hebammen

Die freiberuflich tätigen Hebammen wurden nach der Anzahl der von ihnen betreuten geplanten sowie vollendeten Geburten – sowohl als erste als auch als zweite Hebamme – befragt. Als erste Hebamme bei Beleggeburten in 1:1-Betreuung hatten die befragten freiberuflichen Hebammen im Durchschnitt mit 28 Geburten genauso viele Geburten vollendet (n = 12), wie durchschnittlich geplant waren (n = 11).

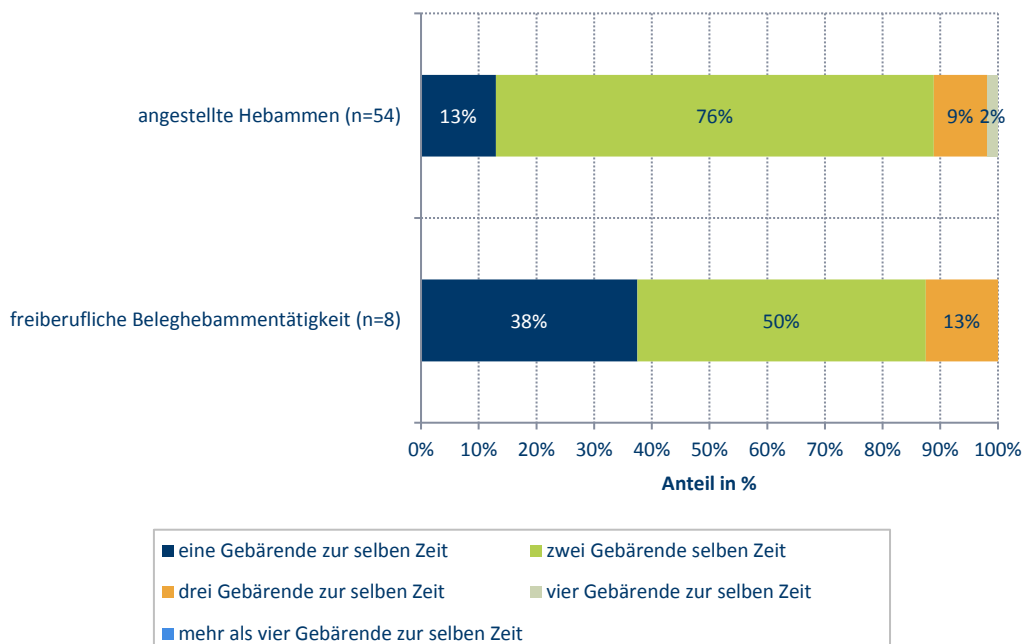
Bei den Hausgeburten hatten die befragten freiberuflichen Hebammen als erste Hebamme im Durchschnitt zehn Geburten vollendet ($n = 4$), wobei durchschnittlich 14 Geburten geplant waren ($n = 4$).

In einer hebammengeleiteten Einrichtung betreuten die befragten freiberuflichen Hebammen durchschnittlich 29 vollendete Geburten ($n = 3$).

6.2.2 Betreuungsschlüssel

Für das Jahr 2017 wurden die freiberuflichen Beleghebammen und die angestellten Hebammen, die im Schichtdienst tätig waren, zu den Betreuungsschlüsseln während der Geburt befragt. Rund 40 % der Beleghebammen ($n = 3$) war in einer üblichen Schicht eine 1:1-Betreuung möglich, während diese Konstellation auf nur 13 % ($n = 7$) der angestellten Hebammen zutraf (Abbildung 55). In einer üblichen Schicht betreuten sowohl die meisten Beleghebammen (50 %, $n = 4$) als auch die angestellten Hebammen (76 %, $n = 41$) zwei Gebärende zur selben Zeit. Lediglich 11 % ($n = 6$) der angestellten Hebammen hatten in einer üblichen Schicht mehr als zwei Gebärende zur selben Zeit betreut.

Abbildung 55: Verteilung der Hebammen nach Anzahl der gleichzeitig zu betreuenden Gebärenden während einer „üblichen“ Schicht (in %), 2017

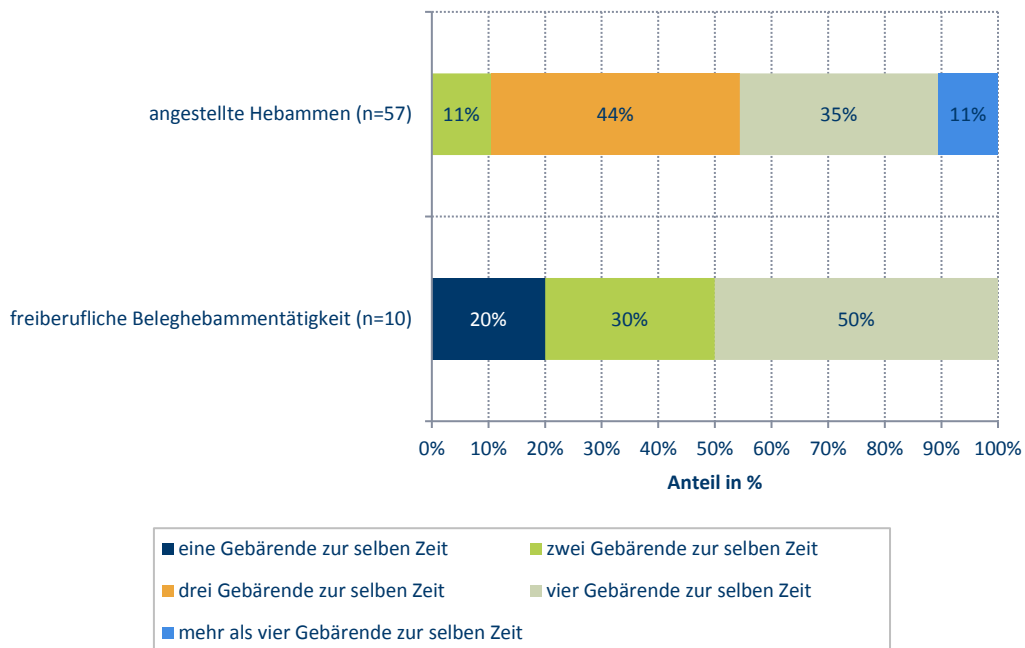


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

In einem Schichtdienst mit überdurchschnittlich hoher Anzahl an Gebärenden betreuten rund 46 % der angestellten Hebammen ($n = 26$) und die Hälfte der Beleghebammen ($n = 5$) vier oder mehr als vier Gebärende zur selben Zeit (Abbildung

56). Die meisten der Hebammen in einem Angestelltenverhältnis (44 %, n = 25) mussten in einem Schichtdienst mit überdurchschnittlich hoher Anzahl an Gebärenden drei Gebärende zur selben Zeit betreuen.

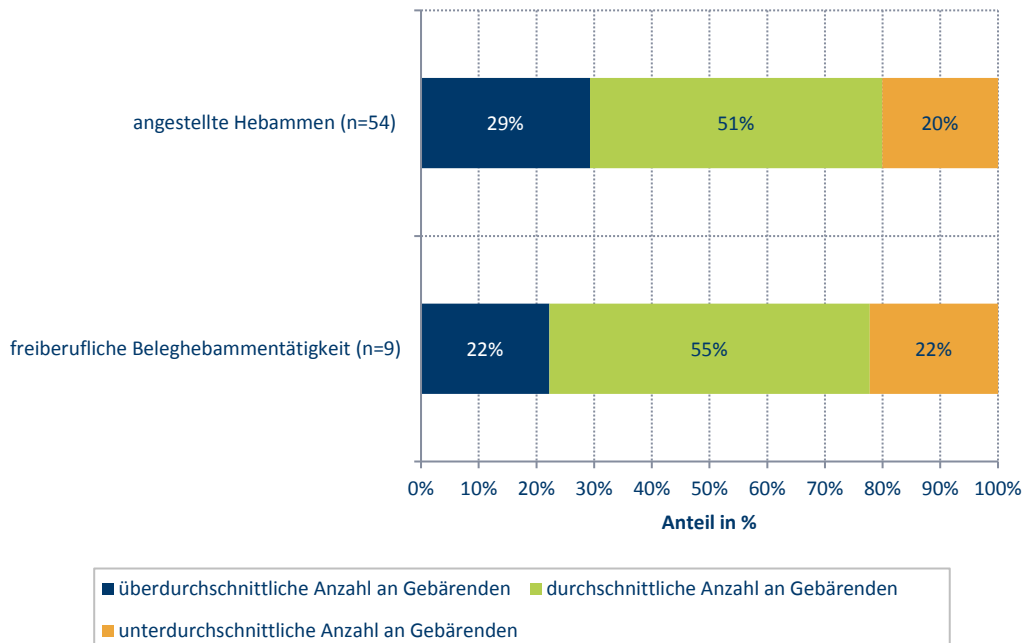
Abbildung 56: Verteilung der Hebammen nach Anzahl der zu betreuenden Gebärenden während einer Schicht mit eher überdurchschnittlicher Zahl an Gebärenden (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

In durchschnittlich 22 % der Schichtdienste der Beleghebammen und 29 % der Schichtdienste der angestellten Hebammen war eine überdurchschnittliche Anzahl Gebärender gleichzeitig zu betreuen (Abbildung 57).

Abbildung 57: Verteilung der Hebammen nach geschätztem Anteil der Schichtdienste mit eher über-, unter- bzw. durchschnittlicher Anzahl der zu betreuenden Gebärenden und nach Beschäftigungsform (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

6.3 Individuell und in Kursen betreute Frauen

Die freiberuflichen Hebammen betreuten im Jahr im Durchschnitt 52 Frauen individuell vor und / oder nach der Geburt. Durchschnittlich rund 62 % der Frauen wurden von den Hebammen sowohl in der Schwangerschaft als auch im Wochenbett betreut, durchschnittlich 16 % der Frauen wurden ausschließlich in der Schwangerschaft und durchschnittlich rund 22 % nur im Wochenbett betreut.

Darüber hinaus wurden die freiberuflichen Hebammen gebeten, die durchschnittliche Anzahl an Leistungen je betreute Frau, deren Betreuung im Jahr 2017 abgeschlossen wurde, für die Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung sowie für die Wochenbettbetreuung anzugeben. Im Mittel gaben die freiberuflichen Hebammen je betreute Frau sechs Sitzungen bezüglich der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung an, während mit durchschnittlich 15 Sitzungen deutlich häufiger die Wochenbettbetreuung in Anspruch genommen wurde.

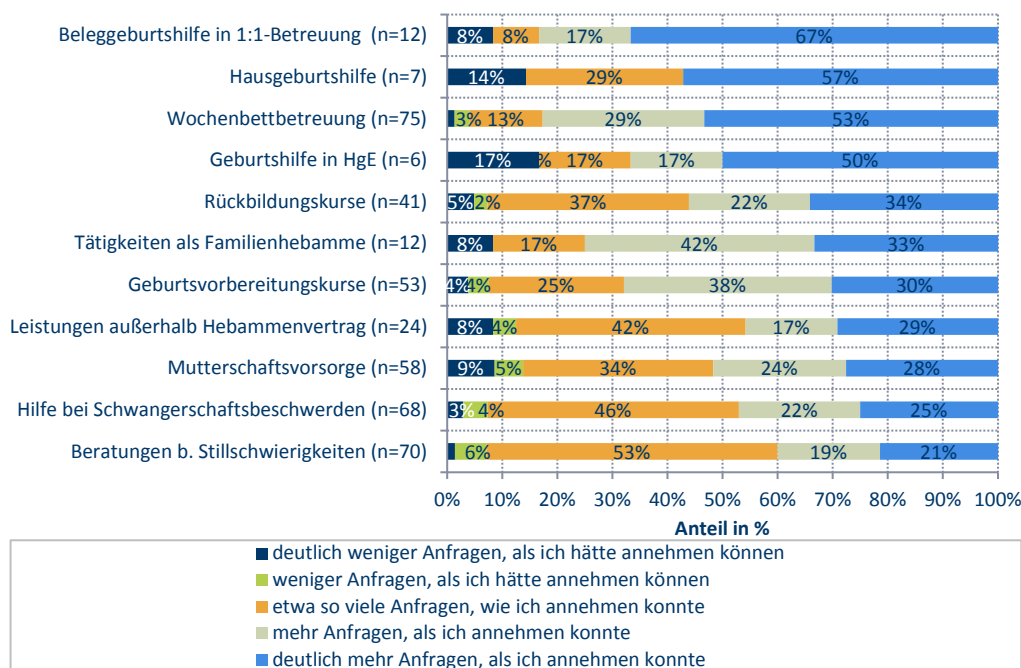
Der Anteil der privatversicherten bzw. beihilfeberechtigten Frauen in den Kursen bzw. bei der individuellen Betreuung der Hebammen lag für mehr als drei Viertel der Hebammen bei bis zu 5 %. Außerdem hatten weitere rund 7 % einen Anteil von 6–10 % privatversicherter Frauen. Hinsichtlich der Anteile privatversicherter oder

beihilfeberechtigter Frauen gab es zwischen Kursen und individueller Betreuung in diesem Zusammenhang kaum Unterschiede.

6.4 Nachfrage nach Hebammenleistungen

In allen Leistungsbereichen hatten die freiberuflichen Hebammen mehrheitlich (deutlich) mehr Anfragen, als sie annehmen konnten (Abbildung 58). Am häufigsten bekamen die Hebammen in der Freiberuflichkeit in der Geburtshilfe deutlich mehr Anfragen, als sie annehmen konnten (Beleggeburtshilfe: 67 %, n = 12; Hausgeburtshilfe: 57 %, n = 7). Obwohl die Wochenbettbetreuung von nahezu allen freiberuflichen Hebammen angeboten wurde (vgl. dazu Kapitel 6.1), bekam mehr als die Hälfte der freiberuflich tätigen Hebammen (53 %, n = 40) deutlich mehr Anfragen, als sie annehmen konnte, und nur ein sehr geringer Prozentanteil der Hebammen (rund 4 %), hatte in diesem Bereich weniger Anfragen, als sie annehmen konnten.

Abbildung 58: Verteilung der freiberuflich tätigen Hebammen gemäß deren Nachfrage in den verschiedenen Leistungsbereichen (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
 Anmerkung: Ausschließlich Hebammen, die die jeweilige Leistung anbieten. Daher unterscheiden sich die Fallzahlen von Abbildung 50.

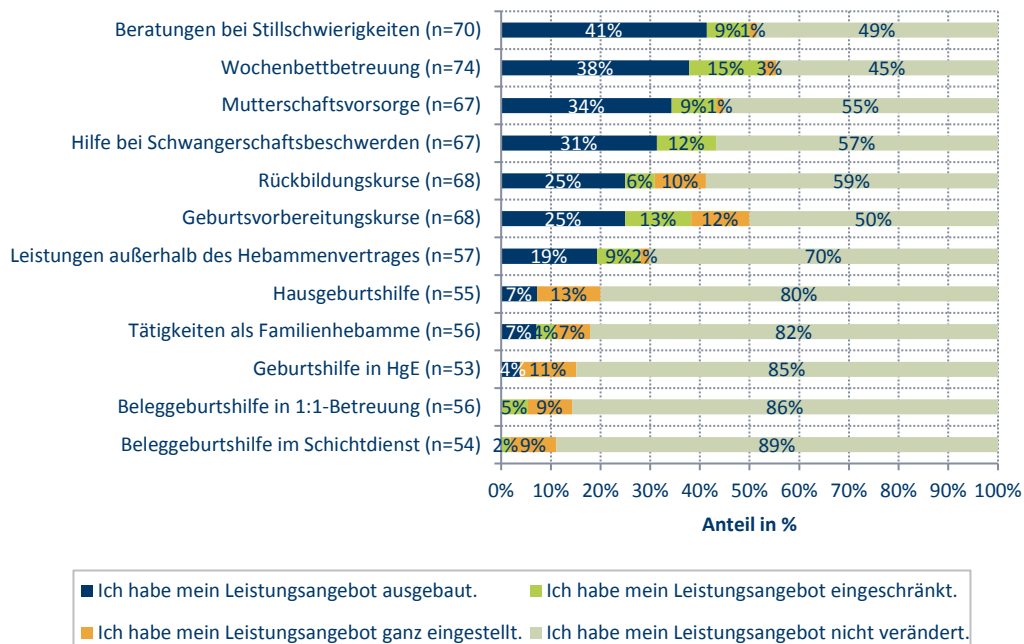
6.5 Vergangene und zukünftige Veränderungen des Leistungsangebots

Hinsichtlich der Fragestellung, ob die freiberuflichen Hebammen ihr Leistungsangebot innerhalb der letzten 5 Jahre verändert haben, lässt sich beobachten, dass die Hebammen ihr Leistungsangebot insbesondere im Bereich der Stillberatung (41 %, n = 29), bei der Wochenbettbetreuung (38 %, n = 28), bei der Mutterschaftsvorsorge (34 %, n = 23), bei der Unterstützung bei Schwangerschaftsbeschwerden (31 %, n = 21) sowie bei den Rückbildungskursen (25 %, n = 17) ausbauten (Abbildung 59). In diesen Bereichen haben insgesamt mehr Hebammen ihre Leistungen ausgebaut als eingeschränkt oder eingestellt.

Während ein Viertel der freiberuflichen Hebammen ihr Leistungsangebot bezüglich Geburtsvorbereitungskursen erweiterten (n = 17), stellten oder schränkten genauso viele Hebammen ihr Angebot ein.

Gemäß den Befragungsergebnissen baute keine Hebamme in der Freiberuflichkeit ihr Leistungsangebot in der Beleggeburtshilfe in 1:1-Betreuung oder im Schichtdienst aus, während jeweils knapp jede zehnte Hebamme dieses Angebot ganz einstellte. In den Bereichen der Hausgeburtshilfe, in der Geburtshilfe in einer hebammengeleiteten Einrichtung sowie den Tätigkeiten als Familienhebamme wurde von einem größeren Anteil der Hebammen das Leistungsangebot eingeschränkt oder eingestellt als ausgebaut.

Abbildung 59: Verteilung der freiberuflich tätigen Hebammen nach ihrem Aus- bzw. Abbau von Leistungsangeboten nach Leistungsbereichen (in %), 2013–2017

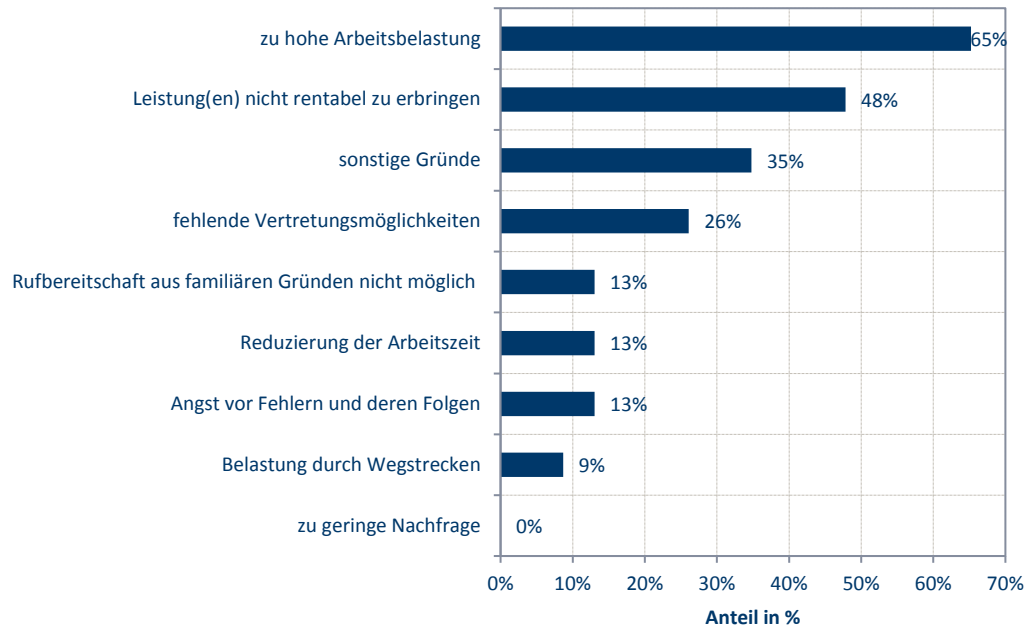


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: Hebammen, die ihr Leistungsangebot nicht verändert haben, können die Leistung dabei anbieten oder nicht anbieten. Ausschlaggebend für eine Beurteilung der Entwicklung des Angebots ist das Verhältnis zwischen den Hebammen, die die Leistung ausgebaut oder eingeschränkt bzw. ganz eingestellt haben.

Die Hebammen, die eine oder mehrere dieser Leistungen nicht mehr angeboten haben, wurden gebeten, die Gründe dafür zu nennen. Die zu hohe Arbeitsbelastung wurde von den Hebammen am häufigsten als Grund für die Einstellung einer oder mehrerer Leistungen angeführt (65 %, n = 15) (Abbildung 60). Als weitere Gründe wurden hauptsächlich die mangelnde Rentabilität der Leistung(en) (48 %, n = 11) sowie fehlende Vertretungsmöglichkeiten (26 %, n = 6) genannt. Dahingegen wurde von keiner Hebamme eine zu geringe Nachfrage als Grund angegeben. Als sonstige Gründe wurden u. a. bürokratische Hürden sowie familiäre oder Altersgründe angegeben. Bezüglich der Tätigkeiten als Familienhebamme wurden zu hohe Auflagen durch die Behörden genannt.

Abbildung 60: Verteilung der Hebammen nach Gründen für die Einstellung eines bestimmten Angebots von Hebammenleistungen (in %), 2017

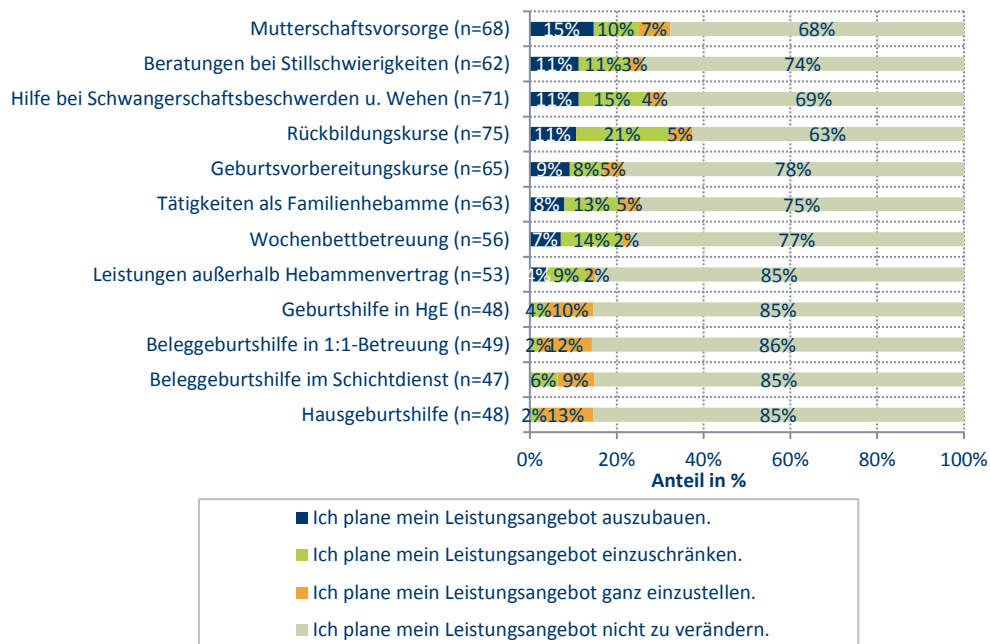


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 21, n = 58 machten keine Angabe oder hatten ihr Leistungsangebot in den letzten 5 Jahren nicht verändert

Trotz des Nachfrageüberschusses in der Wochenbettbetreuung, Hausgeburtsilfe und in der Beleggeburtsilfe in 1:1-Betreuung (vgl. dazu Kapitel 6.4) planen die freiberuflichen Hebammen zukünftig eher einen Abbau dieser Leistungen (Abbildung 61). Im Hinblick auf alle Leistungsangebote planen mehr Hebammen ihr Leistungsangebot einzuschränken oder einzustellen als auszubauen.

Abbildung 61: Verteilung der freiberuflich tätigen Hebammen nach ihren zukünftigen Plänen für den Aus- bzw. Abbau von Leistungsangeboten nach Leistungsbereichen (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: Hebammen, die ihr Leistungsangebot nicht verändern möchten, können die Leistung dabei anbieten oder nicht anbieten. Ausschlaggebend für eine Beurteilung der zukünftigen Entwicklung des Angebots ist das Verhältnis zwischen den Hebammen, die die Leistung ausbauen oder einschränken bzw. ganz einstellen möchten.

6.6 Inanspruchnahme von Hebammenleistungen durch Schwangere und junge Mütter

Für einen Überblick über die Inanspruchnahme von Hebammenleistungen durch Schwangere und junge Mütter wurde eine Auswertung von Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen herangezogen.

Die beteiligten Krankenkassen stellten die Art und (teilweise) den Umfang von Hebammenleistungen zur Verfügung, die für alle Versicherten, die im Jahr 2016 ein Kind geboren haben, 9 Monate vor der Geburt und 6 Monate nach der Geburt von Hebammen abgerechnet wurden (vgl. dazu auch Kapitel 2.4). Im Jahr 2016 hatten bei den beteiligten Krankenkassen 12.453 Versicherte eine Geburt; dies entspricht einen Anteil von rd. 69 % bezogen auf alle Geburten in Sachsen-Anhalt in diesem Jahr.

Betrachtet man alle Leistungsbereiche insgesamt (mit Ausnahme von Wegegeld und Materialkosten), dann wurde für rd. 84 % der Versicherten mindestens eine

Hebammenleistung im Zeitraum von 9 Monaten vor der Geburt und 6 Monaten nach der Geburt abgerechnet (Tabelle 5).

Mindestens eine Hebammenleistung aus dem Bereich „Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung“, d. h. Vorsorgeuntersuchungen, Beratungen der Schwangeren oder Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden, wurde für rund 72 % der Versicherten abgerechnet. Bei mehr als jeder zweiten Versicherten wurden „Hilfen bei Schwangerschaftsbeschwerden“ abgerechnet, bei rund 42 % „Beratungen der Schwangeren“ und bei rund 36 % ein Geburtsvorbereitungskurs. Vorsorgeuntersuchungen wurden von den Hebammen nur bei rund 17 % abgerechnet.

Mindestens eine aufsuchende Wochenbettbetreuung wurde bei rund 72 % der Versicherten abgerechnet. Bei einem Drittel der Versicherten rechneten die Hebammen einen Rückbildungskurs ab und bei rund 38 % „Hilfen bei Still- und Ernährungsschwierigkeiten des Kindes“.

Tabelle 5: Inanspruchnahme von Hebammenleistungen durch Schwangere und junge Mütter mit einer Geburt im Jahr 2016

Versicherte mit abgerechneten Hebammenleistungen für ...	Anzahl	Anteil (in Bezug auf alle Versicherten mit einer Geburt im Jahr 2016)
... alle Leistungsbereiche insgesamt*	10.438	84 %
Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung		
... im Bereich „Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung“ insgesamt	8.916	72 %
... „Beratungen der Schwangeren“	5.184	42 %
... „Vorsorgeuntersuchungen“	2.170	17 %
... „Hilfen bei Schwangerschaftsbeschwerden und Wehen“	6.465	52 %
... „einen Geburtsvorbereitungskurs“	4.516	36 %
Leistungen während des Wochenbetts		
... im Bereich „Leistungen während des Wochenbetts“ insgesamt	9.561	77 %
... „aufsuchende Wochenbettbetreuung“	9.022	72 %
... „Erstuntersuchung des Kindes (U1)“	1.123	9 %
Sonstige Leistungen		
... im Bereich „sonstige Leistungen“ insgesamt	7.182	58 %
... „einen Rückbildungskurs“	4.128	33 %
... „Hilfen bei Still- und Ernährungsschwierigkeiten des Kindes“	4.705	38 %

Quelle: IGES auf Basis von Auswertungen von Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen

Anmerkungen: Versicherte mit einer Geburt im Jahr 2016 (n = 12.453) und die jeweiligen abgerechneten Hebammenleistungen 9 Monate vor der Geburt und 6 Monate nach der Geburt; *mit Ausnahme von Wegegeld und Materialkosten

6.7 Fazit

Bis auf wenige Ausnahmen boten alle freiberuflich tätigen Hebammen im Jahr 2017 Beratungen bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen sowie Wochenbettbetreuung an. Darüber hinaus zeigten sich je nach Beschäftigungsform der Hebammen Unterschiede im Leistungsangebot. So war das Leistungsangebot

der ausschließlich freiberuflich tätigen Hebammen umfassender als das der sowohl angestellt als auch freiberuflich tätigen Hebammen. Dies zeigt sich insbesondere bei den Geburtsvorbereitungskursen, bei der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung sowie bei den Rückbildungskursen, welche von den sowohl angestellt als auch freiberuflich tätigen Hebammen zu einem wesentlich geringeren Anteil angeboten wurden. Auch Beleggeburten in der Klinik wurden zu einem höheren Anteil durch ausschließlich freiberufliche Hebammen angeboten. Die ausschließlich angestellten Hebammen boten am häufigsten Geburtshilfe im Krankenhaus an.

Mit rund 44 % war ein wesentlicher Anteil der Hebammen nur in einem Landkreis bzw. in einer kreisfreien Stadt tätig. Der Tätigkeitsbereich für 31 % der Hebammen umfasste zwei Landkreise bzw. kreisfreie Städte. Für jede zweite Hebamme, die Hausgeburtshilfe anbot, umfasste der Versorgungsbereich bis zu zwei Landkreise. Drei Viertel der Hebammen, deren Leistungsangebot die Beleggeburtshilfe in 1:1-Betreuung umfasste, waren in bis zu drei Landkreisen bzw. kreisfreien Städten tätig.

Entwicklung einzelner Leistungsangebote (Tabelle 6)

Wochenbettbetreuung: Im Jahr 2017 wurde die Wochenbettbetreuung von der überwiegenden Mehrheit der freiberuflichen Hebammen angeboten. Darüber hinaus bestand eine hohe Nachfrage nach dieser Leistung, da rund 82 % der Hebammen mehr oder deutlich mehr Nachfragen hatten, als sie annehmen konnten. Dabei war die Wochenbettbetreuung einer der Leistungsbereiche, die in der Vergangenheit mit am stärksten von den Hebammen ausgebaut wurden. Zukünftig planen rund 16 % der Hebammen planten, diese Leistung zukünftig einzuschränken oder ganz einzustellen.

Beratung bei Stillschwierigkeiten und Ernährungsproblemen: Im Jahr 2017 hatten alle ausschließlich freiberuflichen Hebammen die Beratung bei Stillschwierigkeiten und Ernährungsproblemen in ihrem Leistungsangebot. Im Vergleich zu den anderen abgefragten Leistungsbereichen hatten in diesem Bereich die freiberuflichen Hebammen mit 21 % den niedrigsten Nachfrageüberschuss. In den letzten 5 Jahren war bei den freiberuflichen Hebammen auch ein stärkerer Ausbau in der Beratung bei Stillschwierigkeiten und Ernährungsproblemen zu verzeichnen (41 %). Zukünftig wird durch die Planung der Hebammen bezüglich des Aus- oder Abbaus dieser Leistung das Angebot nur geringfügig verändert.

Mutterschaftsvorsorge/Schwangerenbetreuung: Diese Leistung wurde von 79 % der ausschließlich freiberuflich tätigen Hebammen, 65 % der sowohl angestellt als auch freiberuflich tätigen Hebammen und 23 % der ausschließlich angestellten Hebammen angeboten. Ungefähr 28 % der Hebammen erhielten hierzu deutlich mehr Anfragen, als sie bedienen konnten, obwohl mehr als ein Drittel der freiberuflichen Hebammen die Mutterschaftsvorsorge sowie Schwangerenbetreuung innerhalb der letzten 5 Jahre ausgebaut hatte. Der geplante zukünftige Leistungsauf- und -abbau im Bereich der Mutterschaftsvorsorge / Schwangerenbetreuung ist ungefähr ausgeglichen.

Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse: Mehr als zwei Drittel der ausschließlich freiberuflichen Hebammen boten Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse an. Etwa ein Drittel der Hebammen hatte in diesem Bereich deutlich mehr Nachfragen, als sie annehmen konnten. Darüber hinaus planten mehr Hebammen, ihre Leistungsangebote hinsichtlich Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse zukünftig einzuschränken bzw. ganz einzustellen, als die Hebammen, die den Ausbau dieser Leistungen beabsichtigten.

Familienhebamme: Nahezu jede fünfte freiberufliche Hebamme war als Familienhebamme tätig. Rund drei Viertel der Hebammen hatten mehr oder deutlich mehr Anfragen, als sie annehmen konnten. Außerdem haben mehr Hebammen in der Vergangenheit ihre Tätigkeit als Familienhebamme eingestellt als ausgebaut. Darüber hinaus planten mehr Hebammen, zukünftig ihre Tätigkeit als Familienhebamme einzuschränken bzw. ganz einzustellen, als Hebammen, die den Ausbau dieser Leistung planten.

Leistungen außerhalb des Hebammenvertrags: Von rund 41 % der ausschließlich freiberuflich tätigen Hebammen und 24 % der sowohl angestellt als auch freiberuflich tätigen Hebammen wurden diese Leistungen angeboten. Nahezu jede zweite Hebamme erhielt dazu mehr oder deutlich mehr Anfragen, als sie annehmen konnte, obwohl ungefähr jede fünfte freiberufliche Hebamme ihre Leistungen in diesem Bereich in den letzten 5 Jahren ausgebaut hatte. Außerdem planten mehr Hebammen, zukünftig ihr Leistungsangebot in diesem Bereich einzuschränken als auszubauen.

Geburtshilfe: Im Jahr 2017 zählten bei rund 29 % von den ausschließlich freiberuflichen Hebammen Beleggeburten in 1:1-Betreuung zum Leistungsangebot, gefolgt von Hausgeburtshilfe (12 %) sowie Beleggeburten im Schichtdienst (18 %) und Geburten in einer hebammengeleiteten Einrichtung (9 %). Hebammen, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig waren, boten nur vereinzelt freiberuflich Geburtshilfe an. Am deutlichsten war der Nachfrageüberhang bei den Beleggeburten in 1:1-Betreuung (67 %), gefolgt von der Hausgeburtshilfe (57 %) und der Geburtshilfe in einer hebammengeleiteten Einrichtung (31 %). Mehr als jede zehnte der freiberuflichen Hebammen hat in der Vergangenheit ihr Angebot von Geburtshilfe in einer hebammengeleiteten Einrichtung, Hausgeburtshilfe sowie Beleggeburtshilfe in 1:1-Betreuung eingeschränkt oder ganz eingestellt, während keine oder ein vergleichsweise geringer Anteil an Hebammen diese Leistungen ausgebaut hat. Keine der freiberuflichen Hebammen gab an, ihr Leistungsangebot im Bereich der Geburtshilfe ausbauen zu wollen. Dahingegen beabsichtigten etwa 15 % der freiberuflichen Hebammen, in diesem Bereich ihr Leistungsangebot einzuschränken oder ganz einzustellen.

Unter Berücksichtigung der derzeitigen Nachfrage nach Hebammenleistungen sowie der zukünftigen Pläne der Hebammen bzgl. des Ab- bzw. Ausbaus ihres Leistungsangebots zeigt sich, dass es – bei Umsetzung der Pläne – im Bereich der Geburtshilfe, Wochenbettbetreuung sowie bei den Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskursen zukünftig zu Engpässen beim Versorgungsangebot kommen

könnte. Obwohl bereits heute Nachfrageüberhänge für diese Leistungsangebote bestehen, planen mehr Hebammen, diese Leistungen einzuschränken bzw. abzubauen als aufzubauen.

Tabelle 6: Übersicht zum Stand und zur Entwicklung des Leistungsangebots freiberuflicher Hebammen, 2017

	Anteil der Hebammen (in %)				
	aktuelles Angebot		Ausbau / Einstellung* des Ange- bots in der Vergangen- heit	Nachfrage- überhang (deutlich mehr)	geplante Entwicklung (Aufbau / Abbau) des Angebots
	freiberuflich	freiberuflich u. angestellt	freiberuflich	freiberuflich	freiberuflich
Wochenbett- betreuung	97 %	98 %	38 % / 2 %	53 %	7 % / 16%
Mutterschafts- vorsorge / Schwangerenbe- betreuung	79 %	53 %	34 % / 1 %	29 %	15 % / 17%
Hilfe bei Wehen (ohne Geburts- betreuung)	91 %	91 %	31 % / 0 %	25 %	11 % / 19%
Geburtsvorberei- tungskurse	85 %	56 %	25 % / 12 %	30 %	9 % / 13%
Rückbildungs- kurse	74 %	38 %	25 % / 10 %	34 %	11 % / 26%
Leistungen außerhalb Heb- ammenvertrag	41 %	24 %	19 % / 2 %	29 %	4 % / 11%
Tätigkeit als Familien- hebamme	18 %	16 %	7 % / 7 %	33 %	8 % / 18%
Geburtshilfe in hebammengelei- teter Einrichtung	9 %	2 %	4 % / 11 %	50 %	0 % / 14%
Hausgeburtshilfe	12 %	2 %	7 % / 13 %	57 %	0 % / 15%
Beleggeburten in 1:1-Betreuung	29 %	2 %	0 % / 9 %	67 %	0 % / 14%
Beleggeburten im Schichtdienst	18 %	0 %	0 % / 9 %	n/a	0 % / 15%

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: *Nicht berücksichtigt sind die Anteile der Hebammen, die in der Vergangenheit ihr Leistungsangebot eingeschränkt haben bzw. zukünftig planen, ihr Leistungsangebot einzuschränken.

7. Finanzielle Situation der Hebammen

7.1 Finanzielle Situation der freiberuflichen Hebammen

7.1.1 Umsatz aus freiberuflicher Tätigkeit

Von den im Jahr 2016 freiberuflich tätigen Hebammen, die an der Befragung teilnahmen, machten lediglich 33 Hebammen Angaben zu ihrem Umsatz im Jahr 2016. Im Mittel lag im Jahr 2016 der Umsatz bei diesen Hebammen, die in Vollzeit und ganzjährig tätig waren, bei 76.363 Euro, bei denjenigen mit Teilzeittätigkeit bei 21.100 Euro (Tabelle 7). Die Umsätze der sowohl in Vollzeit als auch in Teilzeit tätigen Hebammen wiesen eine vergleichsweise hohe Spanne auf (Standardabweichung 27.021 Euro bzw. 20.191 Euro). Dies kann sowohl durch einen unterschiedlichen Arbeitsumfang als auch durch ein unterschiedliches Tätigkeitspektrum erklärt werden.

Aufgrund der geringen Fallzahlen lassen sich zu den Umsätzen aus der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, den selbstfinanzierten Leistungen der Frauen sowie zum Umsatz aus Tätigkeiten als Familienhebamme keine aussagekräftigen Angaben ableiten.

Tabelle 7: Umsatz freiberuflich tätiger Hebammen (Mittelwerte und Standardabweichungen), 2016

	Anzahl der Antworten	Mittelwert	Median	Standardabweichung
Umsatz insgesamt				
freiberufliche Tätigkeit in Vollzeit ganzjährig	16	76.363 €	74.000 €	27.021 €
freiberufliche Tätigkeit in Teilzeit ganzjährig	17	21.100 €	15.842 €	20.191 €

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: Als Vollzeit gilt eine Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden und mehr. Als ganzjährig tätig gelten Hebammen mit mehr als 10,5 Monaten Tätigkeit innerhalb 1 Jahres.

7.1.2 Betriebsausgaben aufgrund freiberuflicher Tätigkeit

Auskunft zu den Betriebsausgaben gaben 28 der im Jahr 2016 aktiv tätigen freiberuflichen Hebammen. Im Jahr 2016 lagen die durchschnittlichen Betriebsausgaben der freiberuflich tätigen Hebammen (ganzjährig in Vollzeit) bei 21.564 Euro, bei ganzjährig und in Teilzeit beschäftigten bei 6.355 Euro (Tabelle 8).

Weniger als ein Viertel der im Jahr 2016 freiberuflich tätigen Hebammen, die an der Befragung teilnahmen, machten Angaben über ihre Beiträge zur Kranken- und Rentenversicherung. Die ganzjährig in Vollzeit freiberuflich tätigen Hebammen zahlten im Jahr 2016 Beiträge zur Krankenversicherung in Höhe von durchschnittlich 6.897 Euro und zur Rentenversicherung in Höhe von durchschnittlich 5.739 Euro. Die Werte für die in Teilzeit beschäftigten Hebammen werden aufgrund der geringen Fallzahl nicht ausgewiesen.

Tabelle 8: Betriebsausgaben sowie Beiträge zur Kranken- und Rentenversicherung bei freiberuflicher Tätigkeit (Mittelwert und Standardabweichungen), 2016

	Anzahl der Antworten	Mittelwert	Median	Standardabweichung
Betriebsausgaben insgesamt				
freiberufliche Tätigkeit in Vollzeit ganzjährig	14	21.564 €	17.831 €	12.215 €
freiberufliche Tätigkeit in Teilzeit ganzjährig	14	6.355 €	5.992 €	3.184 €
Beiträge zur Krankenversicherung (inkl. Pflegeversicherung)				
freiberufliche Tätigkeit in Vollzeit ganzjährig	15	6.897 €	5.916 €	3.977 €
Beiträge zur Rentenversicherung				
freiberufliche Tätigkeit in Vollzeit ganzjährig	7	5.739 €	5.655 €	1.570 €

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: Als Vollzeit gilt eine Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden und mehr. Als ganzjährig tätig gelten Hebammen mit mehr als 10,5 Monaten Tätigkeit innerhalb 1 Jahres.

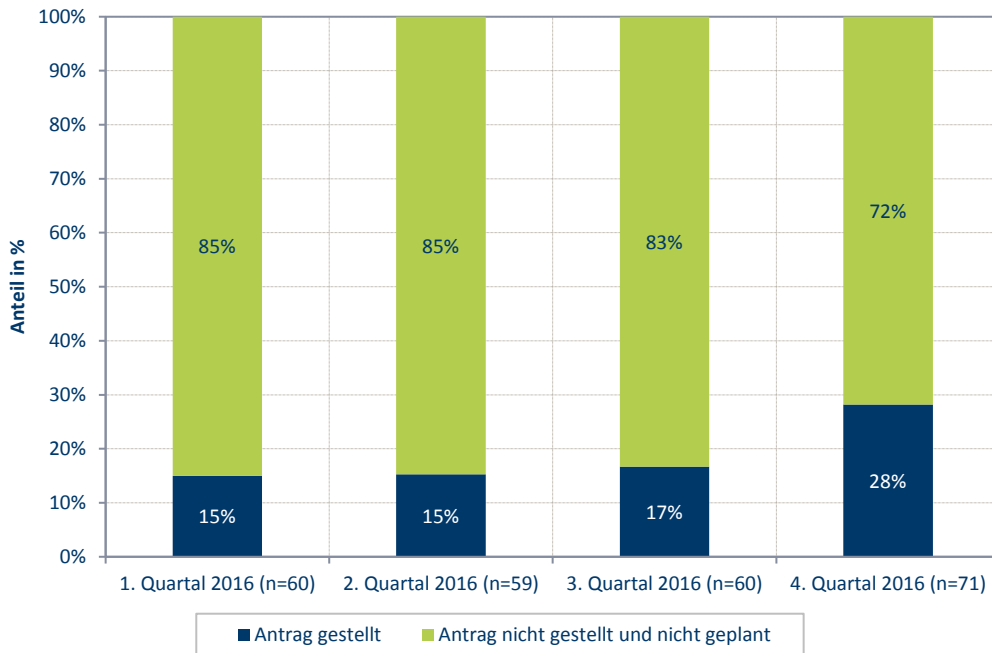
7.1.3 Beantragung des Sicherstellungszuschlags

Alle Hebammen, die im Jahr 2016 als freiberufliche Hebamme aktiv waren, wurden zur Antragstellung des Sicherstellungszuschlags befragt. Für das Jahr 2016 hatten je Quartal zwischen 15 % und 28 % (n = 9 und n = 20) von ihnen den Sicherstellungszuschlag beantragt (Abbildung 62). Keine der Hebammen plante noch einen Antrag zu stellen. Alle im Jahr 2016 gestellten Anträge wurden genehmigt.

Die Hebammen, die keinen Sicherstellungszuschlag beantragt hatten, wurden befragt, weswegen sie auf diesen Zuschlag verzichteten. Mehr als die Hälfte der Hebammen (54 %, n = 14) gab an, dass sie keine Geburtshilfe anbot. Ein geringer Anteil

der Hebammen gab die fehlende Notwendigkeit für diese Möglichkeit (19 %, n = 5) und mangelnde Kenntnis über den Zuschlag (12 %, n = 3) an.

Abbildung 62: Verteilung der Hebammen nach Beantragung des Sicherstellungszuschlags (in %), 2016



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

7.1.4 Einkommen vor Steuern aus freiberuflicher Tätigkeit

Von den Hebammen, die im Jahr 2016 freiberuflich tätig waren, gaben 23 Auskünfte zu ihrem Gewinn bzw. Verlust vor Steuern im Jahr 2016. Der durchschnittliche Gewinn vor Steuern bei ganzjährig und in Vollzeit tätigen Hebammen im Jahr 2016 lag bei 52.034 Euro, variierte aber zwischen den freiberuflichen Hebammen sehr stark (Tabelle 9). Die Standardabweichung lag bei 27.583 Euro, das Minimum bei 10.000 Euro und das Maximum bei 100.000 Euro.

Tabelle 9: Gewinn der freiberuflichen Hebammen vor Steuern (Mittelwerte und Standardabweichungen), 2016

	Anzahl der Antworten	Mittelwert	Median	Standardabweichung
freiberufliche Tätigkeit in Vollzeit ganzjährig	14	52.034 €	51.512 €	27.583 €
freiberufliche Tätigkeit in Teilzeit ganzjährig	9	17.999 €	12.500 €	18.711 €

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: Als Vollzeit gilt eine Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden und mehr. Als ganzjährig tätig gelten Hebammen mit mehr als 10,5 Monaten Tätigkeit innerhalb 1 Jahres.

7.2 Einkommen der angestellten Hebammen

Etwa die Hälfte der befragten angestellten Hebammen gab Auskunft zu ihrem Einkommen aus dem Angestelltenverhältnis im Jahr 2016. Der durchschnittliche Bruttoverdienst bei einer angestellten Hebammentätigkeit in Vollzeit betrug 35.624 Euro (Tabelle 10).

Tabelle 10: Angaben des Brutto- und Nettoverdienstes angestellt tätiger Hebammen (Mittelwerte und Standardabweichung), 2016

	Anzahl der Antworten	Mittelwert	Median	Standardabweichung
Bruttoverdienst aus angestellter Tätigkeit, Vollzeit				
angestellte Tätigkeit gesamt	10	35.624 €	36.109 €	8.594 €
Nettoverdienst aus angestellter Tätigkeit, Vollzeit				
angestellte Tätigkeit gesamt	9	23.492 €	25.000 €	5.137 €
Bruttoverdienst aus angestellter Tätigkeit, Teilzeit				
angestellte Tätigkeit gesamt	32	25.557 €	28.877 €	10.327 €
Nettoverdienst aus angestellter Tätigkeit, Teilzeit				
angestellte Tätigkeit gesamt	31	17.799 €	19.500 €	7.367 €

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: alle ganzjährig tätigen Hebammen (mindestens 10,5 Monate)

Von den befragten angestellten Hebammen gab nahezu ein Drittel (32 %, n = 21) an, zusätzlich zu der Versicherung über ihre Arbeitgeber eine Berufshaftpflichtversicherung für ihre angestellte Tätigkeit abgeschlossen zu haben.²¹ Im Jahr 2016 zahlten die zusätzlich versicherten angestellten Hebammen, die eine Angabe zur Höhe ihrer Prämie machten (n = 9), durchschnittlich 730 Euro.

7.3 Einkünfte aus anderen, hebammenfremden Tätigkeiten

Im Jahr 2017 ging jeweils rund ein Zehntel (n = 8) der freiberuflichen und der angestellten Hebammen neben der Hebammentätigkeit noch mindestens einer anderen bezahlten Tätigkeit nach. Insgesamt gaben damit 15 % (n = 16) der befragten und im Jahr 2017 aktiven Hebammen eine hebammenfremde bezahlte Tätigkeit an.

Der Umfang der hebammenfremden Tätigkeiten betrug monatlich durchschnittlich 132 Stunden in Anstellung und 90 Stunden in freiberuflicher Tätigkeit. Das Einkommen unterschied sich stark zwischen den Hebammen, vermutlich entsprechend der unterschiedlichen Tätigkeiten.

²¹ Elf Hebammen machten diesbezüglich keine Angaben.

8. Ergebnisse der Krankenhausbefragung

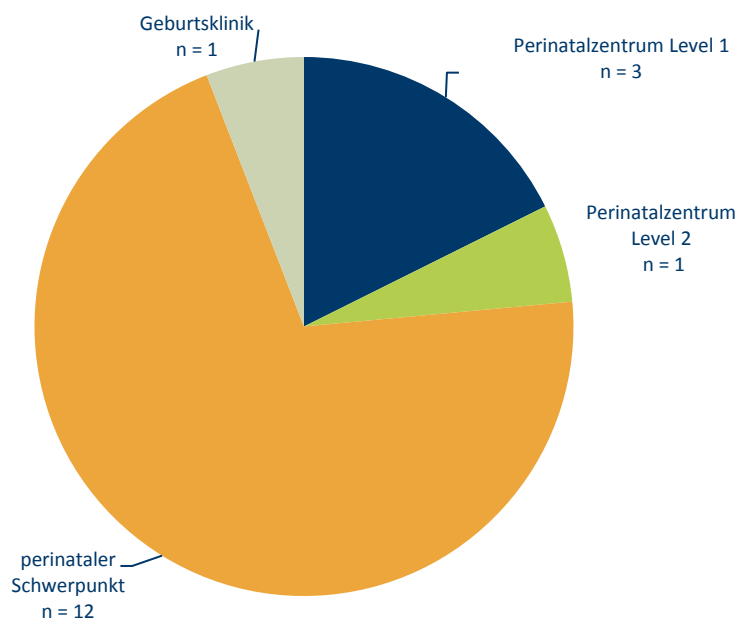
8.1 Angaben zu den geburtshilflichen Einrichtungen

8.1.1 Versorgungsstufe

Alle 17 Krankenhausstandorte, die an der Befragung teilgenommen haben (vgl. dazu auch Kapitel 2.2.3), gaben die Versorgungsstufe ihrer geburtshilflichen Einrichtung an (Abbildung 63). Dabei handelte es sich um die Selbsteinschätzung der Versorgungsstufe, da gemäß dem Landeskrankenhausplan aus dem Jahr 2014 lediglich vier Kliniken als „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalzentrum“ ausgewiesen sind.

Bei den Teilnehmern an der Befragung handelte es sich nach eigenen Angaben überwiegend um Kliniken mit einem perinatalen Schwerpunkt (n = 12).

Abbildung 63: Verteilung der Versorgungsstufen der Krankenhausstandorte gemäß Selbsteinschätzung der Kliniken (in %), 2018



Quelle: IGES Institut auf Basis der Krankenhausbefragung (n = 17)

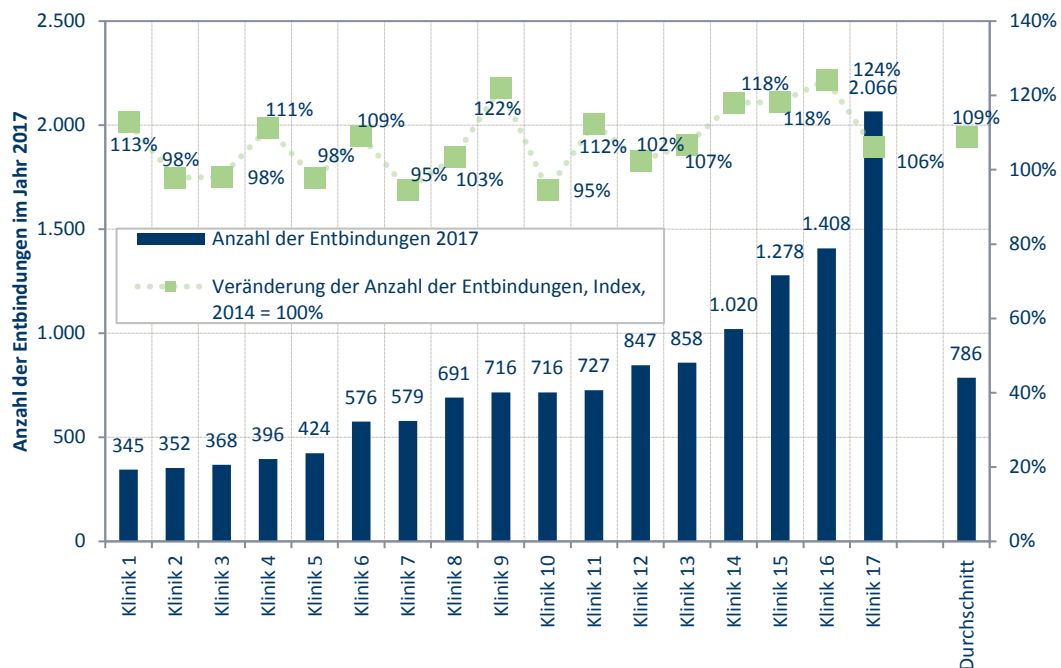
8.1.2 Anzahl der Entbindungen und ihre Entwicklung

In den befragten Kliniken wurden im Jahr 2017 insgesamt 13.367 Entbindungen durchgeführt. Die durchschnittliche Anzahl der Entbindungen betrug 786, das Maximum lag bei 2.066 Entbindungen in einem Perinatalzentrum Level 1, das Minimum bei 345 Entbindungen in einem perinatalen Schwerpunkt (Abbildung 64).

Von den befragten Kliniken hatten fünf im Jahr 2017 weniger als 500 Entbindungen, acht zwischen 500 und 1.000 Entbindungen und vier Kliniken wiesen mehr als 1.000 Entbindungen auf. In den drei Perinatalzentren Level 1 gab es die höchsten Entbindungszahlen.

Im Jahr 2017 lag die Anzahl der Entbindungen in den befragten Kliniken um 8,8 % höher als im Jahr 2014. In zwei Kliniken stieg im Zeitraum von 2014 bis 2017 die Anzahl der Entbindungen um mehr als 20 % (Max.: 24,2 %), vier Kliniken hatten einen Anstieg von mehr als 10 %. Fünf Kliniken verzeichneten im Beobachtungszeitraum einen Rückgang der Entbindungen (zwischen -2 % und -5 %) – dabei handelte es sich um drei Kliniken mit weniger als 500 Entbindungen im Jahr 2017 und zwei Kliniken mit 500–999 Entbindungen.

Abbildung 64: Anzahl der Entbindungen und ihre Entwicklung nach Klinik (absolut und in %), 2014–2017



Quelle: IGES Institut auf Basis der Krankenhausbefragung (n = 17)

Erstgebärende, Lebendgeborene mit Risiken, Mehrlingsschwangerschaften

Der Anteil der Erstgebärenden bezogen auf die Entbindungen lag im Jahr 2017 durchschnittlich bei rund 45 % und ist damit im Gegensatz zum Jahr 2014 (42 %) leicht gestiegen (n = 13). Der Anteil der Erstgebärenden lag in den befragten Kliniken im Jahr 2017 zwischen 42 % und 49 %.

Zu den Lebendgeborenen mit Geburtsrisiken²² machten nur sieben Kliniken Angaben. Der Anteil der Lebendgeborenen mit Geburtsrisiken an allen Lebendgeborenen betrug in diesen sieben Kliniken durchschnittlich 72 % – mit einer sehr großen Spannweite von rund 20 % bis nahezu 100 %.

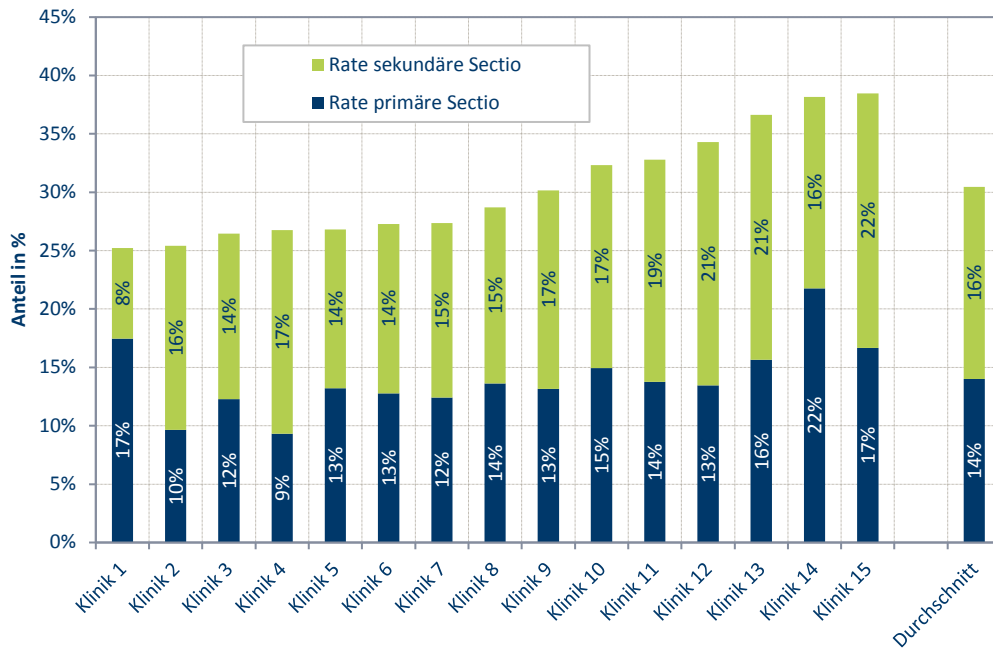
Die Kliniken berichteten insgesamt von 211 Mehrlingsschwangerschaften im Jahr 2017. Im Durchschnitt gab es damit zwölf Mehrlingsschwangerschaften, mit einem Maximum von 47 und einem Minimum von Null. Der Anteil der Mehrlingsschwangerschaften nahm mit steigender Versorgungsstufe zu von 0,4 % in der Geburtsklinik bis zu 2,5 % in den Perinatalzentren Level 1 (Stufe 2: 1,4 %; Stufe 3: 1,2 %).

Sectio-Rate

Der Anteil der geplanten Kaiserschnitte (primäre Sectio) in den Krankenhäusern lag im Jahr 2017 im Durchschnitt bei rund 14 % (n = 15). Die Spannweite auf Krankenhausebene reichte dabei von 9 % bis 22 % (Abbildung 65). Der Anteil der Entbindungen mit sekundärer Sectio lag im Jahr 2017 im Durchschnitt bei 16 %; hier reichte die Spannweite von 8 % bis 22 % (n = 15). Die Sectio-Gesamtrate betrug damit im Durchschnitt rund 30 % mit einem Minimum von 25 % und einem Maximum von 38 % (n = 15).

²² Gemäß Perinatalstatistik gehören zu den Geburtsrisiken u. a. ein vorzeitiger Blasensprung, eine pathologische Kardiotokografie, eine Überschreitung des errechneten Geburtstermins oder ein stark verzögerter Geburtsverlauf.

Abbildung 65: Raten primäre und sekundäre Sectio nach Klinik (in %), 2017



Quelle: IGES Institut auf Basis der Krankenhausbefragung (n = 17)

8.2 Angaben zu den in der Geburtshilfe tätigen Hebammen

8.2.1 Anzahl beschäftigter Hebammen

Insgesamt beschäftigten 15 der 17 Kliniken im Jahr 2017 angestellte Hebammen, allerdings machte eine Klinik keine Angaben zur Anzahl der Hebammen, da die Beschäftigung zu unbeständig sei und einem ständigen Wandel unterliege. In 14 Kliniken wurden insgesamt 173 angestellte Hebammen beschäftigt; die wenigsten Hebammen hatte eine Klinik mit vier angestellten Hebammen, das Maximum lag bei 23 angestellten Hebammen. Drei Kliniken, die Perinatalzentren Level 1, hatten jeweils über 20 angestellte Hebammen.²³

Dreizehn Kliniken gaben Auskunft über die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit der angestellten Hebammen; damit liegen Informationen über 163 Hebammen für das Jahr 2017 vor. Davon arbeiteten rund ein Viertel Vollzeit (mit einem 100%-Vertrag) und rund die Hälfte mit einem Vertrag zwischen 75 % und weniger als 100 %. Rund 6 % hatten einen Vertrag unter 25 %.

Zehn der 17 Kliniken gaben an, dass in ihrer Klinik im Jahr 2017 Beleghebammen tätig gewesen seien: davon eine im Schichtdienst mit zwei Schichten, sieben im

²³ Zu der Anzahl der Hebammen in Vollzeitäquivalenten machten nur sieben Kliniken Angaben, daher wird dies nicht näher betrachtet.

1:1-Begleit- / Betreuungssystem, und eine Klinik gab an, sowohl im 1:1-Begleit- / Betreuungssystem als auch im Schichtdienst mit zwei Schichten beschäftigt zu haben. Eine Klinik machte keine näheren Angaben zu den Beleghebammen.

Insgesamt waren an den Kliniken 28 Beleghebammen im Jahr 2017 tätig, mehrheitlich davon (71 %, n = 20) als Beleghebamme im 1:1-Begleit- / Betreuungssystem.

Eine Klinik setzte im Jahr 2017 auch Hebammen auf Honorarbasis / Leasing ein.

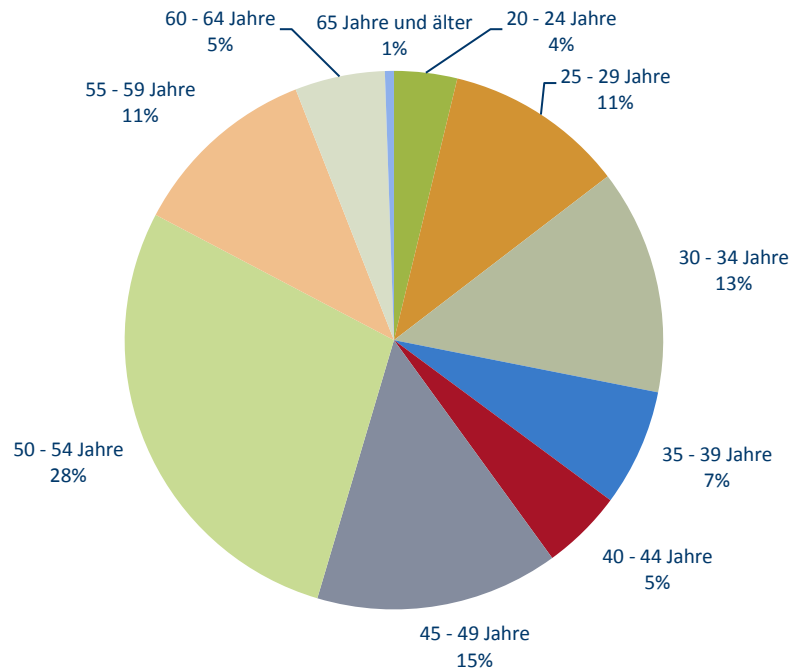
Für das Jahr 2017 ergibt sich die folgende Struktur an den befragten Kliniken:

- ◆ 7 Kliniken mit ausschließlich angestellten Hebammen
- ◆ 2 Kliniken mit ausschließlich Beleghebammen
- ◆ 7 Kliniken mit angestellten Hebammen und Beleghebammen
- ◆ 1 Klinik mit angestellten Hebammen, Beleghebammen und Hebammen auf Honorarbasis / Leasing.

8.2.2 Altersstruktur der beschäftigten Hebammen

Fünfzehn Krankenhäuser machten Angaben zur Altersstruktur ihrer angestellten Hebammen zum Zeitpunkt der Befragung. Damit lagen Informationen über das Alter von insgesamt 185 Hebammen vor. Insgesamt waren rund 6 % der angestellten Hebammen in den Kliniken über 60 Jahre und älter, 39 % zwischen 50 und 59 Jahre alt und rund 15 % unter 30 Jahre alt.

Abbildung 66: Altersverteilung der angestellten Hebammen in den Kliniken (in %), 2018



Quelle: IGES Institut auf Basis der Krankenhausbefragung
 Anmerkung: Informationen von 185 Hebammen in 15 Kliniken

Die Altersstruktur der angestellten Hebammen variierte dabei zwischen den Kliniken. Der Anteil der Hebammen im Alter von 55 Jahren und älter lag zwischen 0 % und 63 % mit einem Mittelwert von 18 %. Der Anteil der unter 30-jährigen Hebammen lag zwischen 0 % und 33 % mit einem Mittelwert von 14 %.

Für acht Krankenhäuser liegen Informationen zur Altersstruktur ihrer 33 Beleghebammen zum Befragungszeitpunkt vor. Insgesamt waren rund 6 % der Beleghebammen 60 Jahre und älter, rund 45 % zwischen 50 und 59 Jahre alt und rund 3 % unter 30 Jahre alt.

8.2.3 Arbeitsmarktsituation für Hebammen

Angestellte Hebammen

Zu der aktuellen Anzahl an Planstellen für angestellte Hebammen gaben elf Kliniken Auskunft. Diese elf Kliniken hatten insgesamt 97,6 Planstellen. Fünf Kliniken gaben an, vakante Planstellen für angestellte Hebammen zu haben. Insgesamt waren an diesen fünf Kliniken 15 Planstellen vakant, mit einem sehr breiten Spektrum von einer Planstelle bis hin zu neun Planstellen.

Neun Kliniken gaben an, wie lange es zum Zeitpunkt der Befragung durchschnittlich dauere, freie Stellen für angestellte Hebammen zu besetzen. Eine Klinik sagte

lediglich aus, dass es lang dauere, die Stellen zu besetzen. Die anderen Kliniken machten Angaben in Monaten; die durchschnittliche Dauer bis zur Stellenbesetzung variierte zwischen den Kliniken zwischen 1 Monat und 10–12 Monaten. Im Mittel dauerte die Stellenbesetzung für angestellte Hebammen durchschnittlich rund 4,9 Monate.

Zwölf Kliniken äußerten sich zur Schwierigkeit, freie Hebammenstellen zu besetzen: Mit Ausnahme einer Klinik, die die Antwortkategorie „teils, teils“ wählte, gaben alle Kliniken an, dass es sehr schwer oder schwer sei, Hebammenstellen zu besetzen.

Beleghebammen

Eine Klinik suchte zum Zeitpunkt der Befragung Beleghebammen. Zum Befragungszeitpunkt waren an dieser Klinik keine Beleghebammen tätig, ein bis zwei Beleghebammen wurden gesucht.

Drei Kliniken gaben an, wie lange es zum Zeitpunkt der Befragung durchschnittlich dauere, freie Stellen für Beleghebammen zu besetzen. Dies variierte zwischen diesen drei Kliniken von 2–3 Monaten bis hin zu 1 Jahr.

Sieben Kliniken beurteilten die Möglichkeit, unbesetzte Stellen für Beleghebammen zu besetzen: Mit einer Ausnahme („teils, teils“) beurteilten alle Kliniken dies als sehr schwer.

Als Erläuterung für die Schwierigkeit, freie Stellen zu besetzen, wurden verschiedene Gründe angegeben, unter anderem, dass die Bindung von Beleghebammen schwierig sei sowie in ländlichen Regionen kaum Hebammen zu finden seien.

8.3 Arbeitsorganisation

Alle 17 Kliniken gaben an, Integrierte / Integrative Wochen(bett)pflege etabliert zu haben. Als Vorteil hierfür wurde eine mögliche schnelle Hilfe im Kreißaal durch Hebammen auf der Station und somit eine bessere Organisation des Personaleinsatzes genannt.

Fünf Kliniken hatten ein Rotationssystem etabliert. Drei Kliniken planten dies, und sieben Kliniken hatten ein Rotationssystem weder etabliert noch geplant. Zwei Kliniken machten dazu keine Angabe. Als Vorteile des Rotationssystems wurden eine optimale Organisation des Personaleinsatzes sowie eine optimale Dienstplangestaltung genannt. Als Gründe für eine Nichtetablierung wurde ein Mangel an Hebammen angeführt, so dass nicht rotiert werden könne, und dass das Hebammenwissen nicht optimal genutzt würde.

Der hebammengeleitete Kreißaal wird von einer Klinik geplant; die anderen Kliniken haben ihn weder etabliert noch in Planung. Zwei Kliniken machten dazu keine Angaben. Eine Klinik gab an, dass die Hebammen sich die Geburt ohne Ärzte nicht zutrauten und einen Mehraufwand im hebammengeleiteten Kreißaal sähen. Ge-

mäß einer anderen Klinik sei dort der hebammengeleitete Kreißsaal nicht gewünscht. Als Vorteile wurden mehr Verantwortungsbewusstsein, ein erweitertes Angebot der Klinik und weniger Interventionen genannt.

8.4 Ausbildung von werdenden Hebammen

Von den 17 befragten Kliniken wurden in sieben (41,2 %) zum Befragungszeitpunkt werdende Hebammen praktisch ausgebildet. Als Gründe dafür, dass die Kliniken keine Hebammen ausbilden, wurde häufig genannt, dass es trotz Interesse keinen Anschluss an eine Schule gebe.²⁴ Zwei Kliniken planten die Ausbildung in naher Zukunft. Eine Klinik nannte finanzielle Gründe und das Fehlen von Praxisausbildern. Eine weitere konnte die einzige Anfrage nicht annehmen, da diese aus Niedersachsen kam und das Amt in Sachsen-Anhalt keine Ausbildungsberechtigung erteilte. Eine Klinik kann keine theoretische Hebammenausbildung ermöglichen, da sie keine Zulassung dafür innehat.

In den sieben Kliniken, die zum Zeitpunkt der Befragung ausbildeten, wurden insgesamt 50 werdende Hebammen ausgebildet (Min: 1; Max: 16). Diese Kliniken verfügten insgesamt über zehn Praxisanleiterinnen. Eine Klinik, die ausbildete, machte zur Anzahl der Praxisanleiterinnen keine Angabe. Von den zehn Praxisanleiterinnen wurde für acht angegeben, dass sie eine Weiterbildung zur Praxisanleiterin hätten. In drei Kliniken wird derzeit nicht ausgebildet, obwohl angegeben wurde, dass es Praxisanleiterinnen gebe. Insgesamt gaben die Kliniken an, maximal 72 werdende Hebammen ausbilden zu können; bei derzeit 50 werdenden Hebammen liegt die Auslastung damit bei rund 69 %.

Sechs Kliniken gaben an, dass im Jahr 2017 werdende Hebammen bei ihnen einen Praxiseinsatz absolviert hätten. Fünf verneinten dies und sechs machten dazu keine Angabe. Insgesamt absolvierten 26 werdende Hebammen einen Praxiseinsatz in den Kliniken (Min.: 1; Max.: 13).

Eine Klinik betonte, dass Sachsen-Anhalt dringend einen Ausbau der Ausbildungsplätze für Hebammen benötige, ein Kurs pro Jahr für das gesamte Bundesland sei zu wenig.

8.5 Angaben zum ärztlichen Personal in der Gynäkologie und Geburtshilfe

Sechzehn Kliniken machten Angaben zur Anzahl der Planstellen in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Insgesamt gab es an diesen Kliniken rund 160 Planstellen, mit einem Minimum von sechs und einem Maximum von 16,5 Planstellen.

²⁴ Gemäß den Expertengesprächen mit den Hebammenschulen sind die Kapazitäten der Hebammenschulen bereits voll ausgeschöpft, sodass keine weiteren Kooperationen zur Ausbildung von werdenden Hebammen mit Kliniken eingegangen werden können.

Zehn dieser Kliniken berichteten von zum Zeitpunkt der Befragung vakanten ärztlichen Stellen in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Insgesamt waren in diesen Kliniken 17,7 vakante Stellen. Der Anteil der vakanten Stellen in den einzelnen Kliniken reichte von 7 % bis 50 % und betrug im Mittel rund 19 %.

Keine der 17 Kliniken gab an, derzeit Belegärzte zu beschäftigen oder zu suchen.

Acht Kliniken machten Angaben zur Anzahl der Planstellen für angestellte Ärztinnen und Ärzte ausschließlich in der Geburtshilfe. Im Mittel beschäftigten die Kliniken 4,7 angestellte Ärztinnen und Ärzte in der Geburtshilfe (Min.: 3; Max.: 7,4). Vier dieser Kliniken berichteten von zum Zeitpunkt der Befragung vakanten ärztlichen Stellen in der Geburtshilfe. Insgesamt waren in diesen Kliniken 6,5 Planstellen vakant. Der Anteil der vakanten Stellen in den einzelnen Kliniken lag in einer Spannweite von 17,5 % bis 50 % und im Mittel bei 30 %.

Die durchschnittliche Dauer, freie Stellen für angestellte Ärztinnen und Ärzte in der Gynäkologie und Geburtshilfe zu besetzen, betrug 7,9 Monate (n = 14). Die angegebene Dauer variierte dabei zwischen 1 und 6 Monaten sowie 24 Monaten. Zur Dauer der Stellenbesetzung in der Geburtshilfe machten sieben Kliniken eine Angabe. Im Mittel dauerte die Stellenbesetzung dort 6,8 Monate.

Siebzehn Kliniken gaben Auskunft über die Möglichkeit, unbesetzte Arztstellen/Arbeitsplätze in der Geburtshilfe zu besetzen. Die Kliniken fanden dies mehrheitlich (sehr) schwer (n = 10). Fünf Kliniken gaben „teils, teils“ an und zwei Kliniken fanden es (sehr) leicht.

Einige Kliniken erläuterten die Stellenbesetzungsprobleme: So gebe es aufgrund eines generellen Ärztemangels insgesamt zu wenig Bewerber. Insbesondere die ländlichen Regionen seien davon betroffen. Angesprochen wurden auch eine zu geringe Vergütung sowie das regionale Umfeld (keine ausreichende Wirtschaft im Landkreis).

8.6 Zukünftige Entwicklungen der geburtshilflichen Abteilung

8.6.1 Entwicklung der Versorgungskapazitäten

Gemäß eigenen Angaben planen zehn der 17 befragten Kliniken einen Ausbau der geburtshilflichen Versorgungskapazitäten in den nächsten 5 Jahren (Tabelle 11). Vier Kliniken planen keine Veränderung und eine Klinik plant einen Abbau. Für die nächsten 10 bzw. 15 Jahre kann der Großteil der Kliniken noch keine Angaben zur Entwicklung der Versorgungskapazitäten machen.

Tabelle 11: Konkrete geplante Veränderungen der geburtshilflichen Abteilung bzgl. der Versorgungskapazitäten in den nächsten Jahren, 2018

Veränderungen innerhalb der nächsten ...	Ausbau der Versorgungskapazitäten	keine Veränderung der Versorgungskapazitäten	Abbau der Versorgungskapazitäten	keine Aussage möglich
... 5 Jahre	10	4	1	2
... 10 Jahre	4	1	2	10
... 15 Jahre	2	2	2	11

Quelle: IGES Institut auf Basis der Krankenhausbefragung

Als Erläuterung für einen Ausbau wurde ein steigender Bedarf aufgrund eines Anstiegs der Entbindungen, auch durch Verlegungen / Überweisungen, genannt. Umliegende Einrichtungen würden schließen, und die Zahl der Migranten / Asylanten lasse den Bedarf steigen. Einmal wurde ein Neubau der Entbindungsstation mit Kreißsaal angekündigt.

Als Erläuterung für einen Abbau wurde die demografische Entwicklung in der Region genannt, und eine Klinik plant einen Umbau in ein „Mutter-Kind-Zentrum“ mit einem Abbau von Planbetten und einer Schließung der operativen gynäkologischen Station.

8.6.2 Entwicklung des Hebammenbedarfs

Acht Kliniken gaben an, dass sich in den nächsten 5 Jahren der Bedarf an Hebammen erhöhen würde (Tabelle 12). Neun Kliniken gingen von einem gleichbleibenden Bedarf aus.

Tabelle 12: Einschätzung des geplanten Bedarfs an Hebammen (in VZÄ) in der Geburtshilfe innerhalb der nächsten Jahre, 2018

Bedarf an Hebammen innerhalb der nächsten...	Bedarf wird ansteigen	Bedarf wird gleichbleiben	Bedarf wird zurückgehen	keine Aussage möglich
... 5 Jahre	8	9	0	0
... 10 Jahre	6	1	3	4
... 15 Jahre	5	0	3	5

Quelle: IGES Institut auf Basis der Krankenhausbefragung

Als Erläuterungen für einen steigenden Bedarf wurden anstehende Renteneintritte, Elternzeitabgänge sowie zunehmende Geburtenzahlen der geburtenstarken Jahrgänge genannt.

Als Erklärungen für einen sinkenden Bedarf an Hebammen wurden regionale und demografische Entwicklungen genannt.

8.6.3 Entwicklung der Plätze für Praxiseinsätze

Fünf Kliniken erwarten für die nächsten 5 Jahre einen Ausbau der Plätze für Praxiseinsätze (Tabelle 13). Einen Abbau der Plätze für Praxiseinsätze erwartet keine Klinik für die nächsten 5–15 Jahre.

Tabelle 13: Entwicklung der Anzahl an Plätzen für Praxiseinsätze in den nächsten Jahren, absolut, 2018

Entwicklung der Plätze für Praxiseinsätze innerhalb der nächsten...	Ausbau der Plätze für Praxiseinsätze	keine Veränderung der Plätze für Praxiseinsätze	Abbau der Plätze für Praxiseinsätze	keine Aussage möglich
... 5 Jahre	5	3	0	6
... 10 Jahre	2	2	0	8
... 15 Jahre	2	2	0	8

Quelle: IGES Institut auf Basis der Krankenhausbefragung

Als Erläuterung für einen Ausbau der Plätze für Praxiseinsätze gab eine Klinik an, dass mehr werdende Hebammen zum Einsatz kommen sollen.

8.6.4 Angestellten- und Beleghebammensysteme

Zwei der befragten 17 Kliniken planten laut eigenen Angaben einen Wechsel von einem Angestelltensystem in ein Beleghebammensystem.

8.6.5 Geplante Schließungen

Eine Klinik gab an, dass es in ihrer Einrichtung Überlegungen gebe, die Geburtshilfe innerhalb der nächsten 5 Jahre ganz zu schließen. Vierzehn gaben an, dass dies nicht geplant sei, und zwei machten dazu keine Angabe.

9. Bewertung der aktuellen Situation, Einschätzung der zukünftigen Entwicklung sowie Diskussion von Handlungsoptionen

9.1 Aktuelle Situation der Hebammenversorgung

Für eine Beurteilung der aktuellen Situation der Hebammenversorgung in Sachsen-Anhalt werden zunächst das Angebot sowie die Nachfrage nach Hebammenleistungen beschrieben. Anschließend wird der Frage nachgegangen, inwiefern sich Abweichungen zwischen dem Angebot und der Nachfrage identifizieren lassen.

9.1.1 Angebot an Hebammenleistungen

Eine Beschreibung des aktuellen Angebots an Hebammenleistungen in Sachsen-Anhalt wird anhand der folgenden Faktoren vorgenommen:

- ◆ Anzahl der Hebammen
- ◆ Beschäftigungsumfang bzw. die Arbeitszeiten der Hebammen
- ◆ Leistungsspektrum der Hebammen

Die Beschreibung des Angebots basiert im Wesentlichen auf einer Befragung der Hebammen in Sachsen-Anhalt, die im Rahmen dieses Forschungsauftrags durchgeführt wurde. Des Weiteren wurden die amtlich verfügbaren Daten herangezogen. Soweit auf Grundlage der vorhandenen Daten möglich, wird zudem die regionale Verteilung und Reichweite der Hebammen bei der Beschreibung des Angebots berücksichtigt.

Anzahl der Hebammen

Für eine Schätzung der Anzahl der freiberuflich tätigen Hebammen wurden Informationen von zwei Datenquellen herangezogen, nämlich die Daten der 14 Gesundheitsämter in Sachsen-Anhalt sowie die Daten der GKV-Vertragspartnerliste.

Im Jahr 2017 waren gemäß den Angaben der Gesundheitsämter insgesamt 394 freiberufliche Hebammen in Sachsen-Anhalt gemeldet, als Vertragspartner beim GKV-Spitzenverband waren im gleichen Jahr 368 Hebammen – und damit 26 Hebammen weniger als bei den Gesundheitsämtern – registriert.

Da für die Abrechnung der erbrachten Hebammenleistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen eine Meldung auf der Vertragspartnerliste des GKV-SV erforderlich ist, kann davon ausgegangen werden, dass diese Daten valider sind als die Daten der Gesundheitsämter. Auch die Gesundheitsämter merkten bei der Datenlieferung an, dass die Hebammen ihrer An- und insbesondere Abmeldepflicht nicht immer nachkommen würden. Im Folgenden wird daher für eine Schätzung der Anzahl der freiberuflichen Hebammen in Sachsen-Anhalt die Vertragspartnerliste des GKV-SV zugrunde gelegt.

Die Anzahl der angestellt tätigen Hebammen in Sachsen-Anhalt ist der Krankenhausstatistik zu entnehmen. Demnach waren im Jahr 2017 in Sachsen-Anhalt 239 Hebammen in einem Angestelltenverhältnis in einer Klinik tätig.

Da ein Teil der Hebammen gleichzeitig sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig ist, ist es nicht möglich, die Gesamtzahl der in Sachsen-Anhalt tätigen Hebammen durch eine simple Addition der oben genannten Zahlen der freiberuflichen und angestellten Hebammen zu ermitteln. Gemäß den Ergebnissen der für die vorliegende Untersuchung durchgeführten Hebammenbefragung waren rund 41 % der beruflich aktiven Hebammen sowohl freiberuflich als auch im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses tätig. Wird dieser Anteil als Schätzwert für die kombiniert angestellt und freiberuflich tätigen Hebammen zugrunde gelegt und auf die oben genannten Zahlen der angestellten und freiberuflichen Hebammen bezogen, lässt sich daraus eine Gesamtzahl von schätzungsweise 431 Hebammen in Sachsen-Anhalt ableiten.

Beschäftigungsumfang bzw. die Arbeitszeiten der Hebammen

Für die Beschreibung des Angebots an Hebammenleistungen ist neben der Anzahl der Hebammen (Kopfzahl) auch ihre tatsächliche Arbeitszeit bzw. ihr Beschäftigungsumfang relevant. Gemäß den Ergebnissen der Hebammenbefragung waren im Jahr 2017 rund 84 % der ausschließlich freiberuflich tätigen Hebammen in Vollzeit (d. h. 38,5 Stunden und mehr) tätig. Bei den ausschließlich angestellt tätigen Hebammen lag die Vollzeitquote mit rund 55 % niedriger.²⁵ Unter den Hebammen, die sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig sind, dominiert die Angestelltentätigkeit: Knapp die Hälfte (49 %) von ihnen waren lediglich in einem Umfang von bis zu 10 Stunden pro Woche freiberuflich tätig, weitere 35 % bis zu 20 Stunden die Woche. Auf die Tätigkeit im Angestelltenverhältnis entfiel dagegen relativ mehr Arbeitszeit; so arbeiteten rund 47 % dieser Hebammen mehr als 30 Stunden pro Woche in einem Angestelltenverhältnis.

Die tatsächliche Wochenarbeitszeit hat sich gemäß den Ergebnissen der Hebammenbefragung in den letzten 5 Jahren bei rund 56 % der freiberuflich und bei rund 42 % der angestellt tätigen Hebammen (deutlich) erhöht. Die freiberuflich tätigen Hebammen nannten als Begründung hierfür hauptsächlich eine Veränderung der Nachfrage bzw. eine Erhöhung der Geburtenzahlen, die angestellten Hebammen insbesondere eine Veränderung der Personalsituation am Arbeitsplatz (u. a. aufgrund von Veränderungen im Krankenstand oder bei der Nachbesetzung von Stellen).

Knapp drei Viertel der Hebammen gaben – sowohl für die Tätigkeit im Angestelltenverhältnis als auch in der Freiberuflichkeit – an, dass sie im Jahr 2017 mehr oder

²⁵ Dies ergibt eine Teilzeitquote bei den ausschließlich freiberuflich tätigen Hebammen von rund 16 % und bei den ausschließlich angestellt tätigen Hebammen von rund 45 %. Zum Vergleich: Die Teilzeitquote der Krankenpflegerinnen und -pfleger lag bei ungefähr 37 % (Becka et al. 2016).

viel mehr als gewünscht gearbeitet hätten. Damit entsprach der Anstieg der tatsächlichen Wochenarbeitszeit in den letzten 5 Jahren gemäß den Ergebnissen der Hebammenbefragung nicht den Arbeitszeitpräferenzen der Hebammen.

Leistungsspektrum der Hebammen

Alle ausschließlich freiberuflich tätigen Hebammen haben im Jahr 2017 Beratungen bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen angeboten. Zusätzlich wurden die aufsuchende Wochenbettbetreuung sowie Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden und Wehen von mehr als 90 % der ausschließlich freiberuflichen sowie der kombiniert angestellt und freiberuflich tätigen Hebammen angeboten. Bei den anderen Leistungsbereichen zeigten sich größere Unterschiede nach Beschäftigungsform der Hebammen: Geburtshilfe als freiberufliche Hebamme (sowohl klinisch als auch außerklinisch) wurde nur von vergleichsweise wenigen Hebammen – und mit wenigen Ausnahmen von ausschließlich freiberuflich tätigen Hebammen – angeboten, und zwar Beleggeburtshilfe in 1:1-Betreuung von 29 %, Beleggeburtshilfe im Schichtdienst von 18 %, Hausgeburtshilfe von 12 % und Geburtshilfe in einer hebammengeleiteten Einrichtung von 9 %.

Knapp zwei Drittel der Hebammen mit ausschließlich freiberuflicher Tätigkeit boten ihre Leistungen ausschließlich außerklinisch an, ein Drittel war sowohl klinisch als auch außerklinisch tätig.

Die Leistungsbereiche „Beratungen bei Stillschwierigkeiten“ und „Ernährungsprobleme“, „Wochenbettbetreuung“, „Mutterschaftsvorsorge“ sowie „Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden“ waren die Leistungsbereiche, in denen die freiberuflich tätigen Hebammen in den letzten 5 Jahren ihr Leistungsangebot ausweiteten. Bei allen freiberuflich angebotenen Geburtshilfeleistungen wurde das Leistungsangebot in den letzten 5 Jahren hingegen von mehr Hebammen eingestellt als ausgebaut. Für die Verringerung oder Aufgabe der angebotenen Leistungen führten die Hebammen als Gründe insbesondere eine zu hohe Arbeitsbelastung sowie die Nichtrentabilität der Leistungserbringung an.

Hinsichtlich der regionalen Versorgung mit Leistungsangeboten lässt sich aus der Befragung ableiten, dass rund 44 % der Hebammen nur in einem Landkreis bzw. einer kreisfreien Stadt tätig waren. Bei knapp einem Drittel der Hebammen umfasste der Tätigkeitsbereich zwei Landkreise bzw. kreisfreie Städte. Etwa 8 % der Hebammen waren mindestens in vier Landkreisen oder kreisfreien Städten tätig.

Ein überregionales Angebot zeigt sich insbesondere für Hebammen, die Hausgeburtshilfe und Beleggeburtshilfe in 1:1-Betreuung anbieten. So war die Hälfte der Hebammen, die Hausgeburten betreuen, in mindestens drei Landkreisen tätig. Die größte Entfernung, die eine Hebamme für eine Betreuung einer Hausgeburt im Jahr 2017 zurückgelegt hat, betrug 140 Kilometer. Diese Faktoren könnten darauf hindeuten, dass das Angebot einer Hausgeburt nicht flächendeckend in Sachsen-Anhalt vorhanden ist und Frauen, die gerne zu Hause entbinden möchten, teilweise auf weit entfernt wohnende Hebammen zurückgreifen müssen.

Betrachtet man die Anzahl der zu betreuenden Geburten je freiberufliche Hebamme, zeigen sich starke regionale Unterschiede. Während eine Hebamme in Sachsen-Anhalt durchschnittlich 45 Geburten zu betreuen hat, liegt dieser Wert je nach Landkreis bzw. kreisfreier Stadt zwischen 29 (Landkreis Harz) und 86 (Landkreis Anhalt-Bitterfeld). Die Anzahl der Geburten spiegelt dabei das Nachfragepotenzial hinsichtlich der mit einer Geburt verbundenen Vor- und Nachsorge wider.

Zusätzlich hat sich die Anzahl der Krankenhausstandorte mit einer geburtshilflichen Abteilung in Sachsen-Anhalt von 33 im Jahr 2000 um ein Drittel auf 22 im Jahr 2018 reduziert. Gemäß dem Beschluss der Landesregierung über den Landeskrankenhausplan 2014 des Landes Sachsen-Anhalt wurde in der Geburtshilfe der „Grundsatz der wohnortnahen stationären Behandlung“ aufgegeben.

9.1.2 Nachfrage nach Hebammenleistungen

Die Geburtenentwicklung ist die zentrale Determinante für die Nachfrage nach Hebammenleistungen. Zudem ist für die Beschreibung der Nachfrage relevant, wie viele Schwangere / junge Mütter tatsächlich Hebammenleistungen in Anspruch nehmen.

Anzahl der Geburten und ihre Entwicklung

Im Jahr 2017 gab es in Sachsen-Anhalt 17.837 Geburten. Im Zeitraum von 2000 bis 2017 ist die Anzahl der Geburten insgesamt um rund 4,7 % gesunken, wobei seit dem Jahr 2007 ein Anstieg zu verzeichnen ist (2007–2017: +2,6 %). Die Geburtenentwicklung war allerdings regional sehr unterschiedlich und variierte im Zeitraum von 2007 bis 2017 von zweistelligen Zuwachsraten in Magdeburg (+24,6 %) bis hin zu einem Geburtenrückgang in neun Landkreisen. Am stärksten war der Geburtenrückgang im Landkreis Mansfeld-Südharz (-8,8 %).

Die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter verringerte sich in Sachsen-Anhalt im Zeitraum von 2000 bis 2017 um rund 38,2 % und damit deutlich stärker als im bundesweiten Durchschnitt (-12,8 %). In allen Landkreisen in Sachsen-Anhalt ist die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter gesunken. Die geringsten Rückgänge gab es in den kreisfreien Städten Halle (Saale) mit 7,0 % und Magdeburg mit 9,3 % (Zeitraum 2000–2016). Den stärksten Rückgang gab es im gleichen Zeitraum in Wittenberg mit 33,1 %.

Da sich die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau erhöht hat, nahm – trotz des starken Rückgangs der Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter – die Geburtenzahl in den letzten 10 Jahren um rund 2,6 % zu. Die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau erhöhte sich von 1,26 im Jahr 2004 auf 1,62 im Jahr 2016. Damit lag sie im Jahr 2016 leicht über dem bundesweiten Durchschnitt von 1,59.

Der Anstieg der Geburtenzahlen seit dem Jahr 2007 begründet unter der Annahme eines konstanten Betreuungsbedarfs pro Geburt, dass sich der Bedarf an Hebammenleistungen in den letzten 10 Jahren leicht erhöht hat. Die Bedarfe haben sich dabei aufgrund der unterschiedlichen regionalen Geburtenentwicklung regional unterschiedlich entwickelt: Insbesondere in Magdeburg und Halle (Saale) kann von

einem deutlich gestiegenen Bedarf ausgegangen werden, während in den ländlichen Regionen mit sinkenden Geburtenzahlen ceteris paribus ein verringerter Bedarf an Hebammenleistungen unterstellt werden kann.

Inanspruchnahme von Hebammenleistungen

Neben der Anzahl der Geburten hängt der Bedarf an Hebammenleistungen auch davon ab, wie viele Schwangere und junge Mütter ein konkretes Versorgungsangebot in Anspruch nehmen. Ein Überblick über die Inanspruchnahme konnte aus einer Auswertung von Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen gewonnen werden. Für die Studie wurden Daten von den folgenden Organisationen zur Verfügung gestellt: AOK Sachsen-Anhalt, IKK gesund plus, Verband der Ersatzkassen Sachsen-Anhalt.

Nach den Ergebnissen der Auswertungen der Krankenkassendaten wurde für 84 % der Versicherten, die im Jahr 2016 ein Kind zur Welt gebracht haben, im Zeitraum von 9 Monaten vor der Geburt und 6 Monaten nach der Geburt mindestens eine Hebammenleistung abgerechnet. Für rund 72 % der Versicherten wurden Leistungen im Bereich der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung abgerechnet, für rund 77 % im Bereich der Wochenbettleistungen.

9.1.3 Zusammenspiel zwischen Angebot und Nachfrage

Die Frage, ob das Angebot an Hebammenleistungen die vorhandene Nachfrage deckt, kann für die vorliegende Studie aus der Perspektive der Hebammen auf Basis der Ergebnisse der Hebammenbefragung sowie der Befragung der Geburtskliniken betrachtet werden.

Die freiberuflichen Hebammen hatten in allen Leistungsbereichen mehrheitlich (deutlich) mehr Anfragen, als sie annehmen konnten. Dies betraf vor allem die freiberufliche Geburtshilfe und die Wochenbettbetreuung: In diesen Bereichen hatte mehr als jede zweite Hebamme deutlich mehr Anfragen, als sie annehmen konnte. Dies ist insbesondere bei der Wochenbettbetreuung bemerkenswert, da diese Leistung – wie in Kapitel 9.1.1 beschrieben – mit wenigen Ausnahmen von allen freiberuflich tätigen Hebammen angeboten wird.

Bei der außerklinischen Geburtshilfe unterschritt hingegen die Nachfrage bei einem Teil der Hebammen die Angebotskapazitäten: Etwa 17 % der freiberuflichen Hebammen, die Geburten in einer hebammengeleiteten Einrichtung anbieten, gaben an, dass sie deutlich weniger Anfragen gehabt hätten, als sie annehmen konnten. Bei der Hausgeburtshilfe betrug der entsprechende Anteil rund 14 %.

In den Geburtskliniken, die sich an der Befragung im Rahmen der Studie beteiligt haben, waren zum Zeitpunkt der Befragung 15 Planstellen (ca. 15 % der Planstellen) vakant. Mit einer Ausnahme gaben alle befragten Kliniken an, dass es sehr schwer oder schwer sei, Hebammenstellen zu besetzen. Im Mittel dauere die Stellenbesetzung für eine angestellte Hebamme knapp 5 Monate; die Zeitspanne variierte zwischen den Kliniken zwischen 1 Monat und 1 Jahr.

Zudem zeigen die Befragungsergebnisse einen Anstieg der durchschnittlichen täglichen Arbeitsbelastung der Hebammen in den letzten 5 Jahren: Insgesamt berichteten rund 84 % der ausschließlich freiberuflichen und rund 90 % der ausschließlich angestellten Hebammen von einem (deutlichen) Anstieg der Arbeitsbelastung. Bei den ausschließlich angestellten Hebammen gaben rund 55 % einen deutlichen Anstieg an, bei den ausschließlich freiberuflich tätigen Hebammen lag dieser Anteil bei rund 31 %.

Zusätzlich gaben rund 58 % der angestellten Hebammen an, bei ihrer Arbeit nicht genug Zeit zu haben, die Frauen so zu betreuen, wie sie es für richtig hielten (freiberufliche Hebammen: 21 %). In einer durchschnittlichen Schicht betreute etwas mehr als jede zehnte angestellte Hebamme mindestens drei Gebärende zur selben Zeit, mehr als drei Viertel der Hebammen betreuten zwei Gebärende zur selben Zeit. In einer Schicht mit einem hohen Arbeitsaufkommen betreuten knapp 90 % der angestellten Hebammen mindestens drei Gebärende zur selben Zeit (46 % vier Gebärende oder mehr). Dabei sei nach Einschätzung der angestellten Hebammen ungefähr jede fünfte Schicht eine Schicht mit einem hohen Arbeitsaufkommen, ungefähr die Hälfte seien Schichten mit einer durchschnittlichen Anzahl zu betreuender Gebärender.

Für eine Bewertung des Zusammenspiels zwischen Angebot und Nachfrage wäre zudem auch die Perspektive der Schwangeren und jungen Mütter relevant, insbesondere die Frage, wie viele Schwangere / junge Mütter eine Hebamme für eine Betreuung suchten, aber keine Hebamme finden konnten. Diese Frage lässt sich mit den Routinedaten der Krankenkassen nicht beantworten, da eine Nicht-Inanspruchnahme nicht per se darauf schließen lässt, dass keine Hebamme gefunden wurde, sondern – aus verschiedenen Gründen – auch den Präferenzen der Schwangeren / Mutter entsprechen kann.

9.2 Einschätzung der zukünftigen Entwicklung des Angebots und der Nachfrage

9.2.1 Einschätzung der zukünftigen Entwicklung des Angebots an Hebammenleistungen

Für die zukünftige Entwicklung des Angebots an Hebammenleistungen sind verschiedene Faktoren relevant:

- ◆ Entwicklung des Hebammennachwuchses, d. h. die voraussichtliche Anzahl der Hebammenabsolventinnen in den nächsten Jahren, die als Hebamme in Sachsen-Anhalt tätig sein werden
 - ◆ Entwicklung der Anzahl der Hebammen, die altersbedingt aus dem Hebammenberuf ausscheiden werden („Nachbesetzungspotenzial“)
 - ◆ Entwicklung der Anzahl der Hebammen, die ihren Beruf vor Eintritt in den Ruhestand aufgeben
-

- ◆ Entwicklung der Arbeitszeit der aktiv tätigen Hebammen (Ausweitungen oder Reduktionen der Arbeitszeit)

Zusätzlich ist bei der Einschätzung der Entwicklung des Angebots an Hebammenleistungen auch zu berücksichtigen, inwieweit spezifische Leistungsbereiche mehr oder weniger von der Entwicklung der Anzahl der Hebammen bzw. dem Beschäftigungsumfang der Hebammen betroffen sind.

Entwicklung des Hebammennachwuchses

Für die Schätzung der zukünftigen Entwicklung des Hebammennachwuchses wurden drei Szenarien betrachtet:

- ◆ Szenario 1 – „Fortschreibung des Status quo“ – basiert auf den Angaben der Schulen zur Anzahl der Hebammenabsolventinnen in den letzten Ausbildungsjahrgängen sowie dem Tätigkeitsprofil des letzten bzw. der beiden letzten Ausbildungsjahrgänge (insbesondere Anteil der Absolventinnen, die eine Tätigkeit als Hebamme in Sachsen-Anhalt aufgenommen haben). Es wurde angenommen, dass an beiden Schulen weiterhin ausgebildet würde, die in den letzten Jahren erreichte durchschnittliche Absolventinnenzahl auch zukünftig erreicht würde und der durchschnittliche Anteil der Hebammen, die in Sachsen-Anhalt als Hebamme tätig werden, zukünftig stabil sein würde. Dieses Szenario ist in Anbetracht der voraussichtlichen Akademisierung des Hebammenberufs nicht wahrscheinlich.
- ◆ Szenario 2 – „Vollakademisierung ab dem Jahr 2020 mit einem Studiengang in Sachsen-Anhalt“ – unterstellt, dass es in Sachsen-Anhalt ab dem Jahr 2020 einen Studiengang mit einer jährlichen Anzahl von 20 Studienplätzen und einer Ausbildungsdauer von 4 Jahren gebe. Es wurde – in Anlehnung an die derzeitigen Erfahrungswerte – davon ausgegangen, dass in jedem Jahrgang drei Studierende die Ausbildung abbrechen. Darüber hinaus wurden bei der Schätzung des Hebammennachwuchses die gleichen durchschnittlichen Anteile der Absolventinnen des Studiengangs zugrunde gelegt, die in Sachsen-Anhalt als Hebamme bleiben, wie im Szenario 1.
- ◆ Szenario 3 – „Vollakademisierung ab dem Jahr 2020 ohne eigenen Studiengang in Sachsen-Anhalt“ – geht davon aus, dass es in Sachsen-Anhalt keinen Studiengang und zukünftig keine Ausbildung an den Hebammenschulen mehr geben würde (Start des letzten Jahrgangs an den Schulen im Jahr 2019).

Für das Szenario einer Vollakademisierung in den nächsten 5 Jahren sind weniger Hebammen zu erwarten, die für den Beruf in Sachsen-Anhalt zur Verfügung stünden, als bei Fortschreibung des Status quo (Szenario 1) (Tabelle 14). Dies sollte bei der Gestaltung der Übergangszeiten berücksichtigt werden.

Tabelle 14: Drei Szenarien zur Anzahl des geschätzten Hebammennachwuchses für Sachsen-Anhalt in den nächsten 2–15 Jahren

Szenario	in den nächsten...			
	... 2 Jahren	... 5 Jahren	... 10 Jahren	... 15 Jahren
Fortschreibung des Status quo	18	48	93	141
Vollakademisierung <u>mit</u> Studiengang in Sachsen-Anhalt	18	36	89	143
Vollakademisierung <u>ohne</u> Studiengang in Sachsen-Anhalt	18	36	36	36

Quelle: IGES Institut, eigene Berechnungen

Entwicklung des altersbedingten „Nachbesetzungspotenzials“

Für eine Einschätzung des Nachbesetzungspotenzials im Hinblick auf das altersbedingte Ausscheiden²⁶ wurde das Altersprofil der Hebammen, die sich an der Befragung beteiligt haben, zugrunde gelegt und auf die Gesamtzahl der Hebammen – differenziert nach ausschließlich freiberuflich tätigen Hebammen, kombiniert freiberuflich und angestellt tätigen Hebammen sowie ausschließlich angestellt tätigen Hebammen hochgerechnet. Daraus ergibt sich rechnerisch für die nächsten Jahre folgendes – rein altersbedingtes – Nachbesetzungspotenzial:

- ◆ in 2 Jahren: 12 Hebammen
- ◆ in 5 Jahren: 25 Hebammen
- ◆ in 10 Jahren: 88 Hebammen
- ◆ in 15 Jahren: 184 Hebammen

Entwicklung der Anzahl der Hebammen mit vorzeitiger Berufsaufgabe

In der Hebammenbefragung wurden die Hebammen – um auch eine vorzeitige Berufsaufgabe zu erfassen – gebeten, einzuschätzen, ob sie in den nächsten 2–10 Jahren ihrer Hebammentätigkeit vermutlich auch weiterhin nachgehen würden. Der Anteil der Hebammen, die vermuteten, in den nächsten 2–10 Jahren nicht mehr als Hebamme tätig zu sein, lag unter dem Anteil des oben errechneten altersbedingten Ausscheidens. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass ein vergleichsweise hoher Anteil der Hebammen diese Frage mit „weiß ich nicht“ beantwortete und so der Anteil der aus dem Beruf ausscheidenden Hebammen mit dieser Frage vermutlich unterschätzt wird.

²⁶ Für die Berechnung wurde ein Renteneintritt im Alter von 65 Jahren zugrunde gelegt.

Zusätzlich dachte knapp jede fünfte angestellte oder freiberufliche Hebamme im Laufe des letzten Jahres oft oder sehr oft daran, ihre Hebammentätigkeit ganz aufzugeben. Daher ist davon auszugehen, dass die Anzahl der altersbedingt ausscheidenden Hebammen das Minimum der Hebammen darstellt, die in den nächsten Jahren durch Hebammennachwuchs zu ersetzen wäre.

Veränderungen der Arbeitszeiten und des Leistungsangebots

Gemäß den Ergebnissen der Hebammenbefragung planen ungefähr 40 % der freiberuflich und angestellt tätigen Hebammen eine (starke) Reduktion der Wochenarbeitszeit in den nächsten 5 Jahren.

Im Hinblick auf alle Leistungsangebote planen mehr Hebammen, zukünftig ihr Leistungsangebot einzuschränken oder einzustellen als auszubauen. Dies betrifft insbesondere Rückbildungskurse sowie die freiberufliche Geburtshilfe.

Gegenüberstellung von Nachwuchs und Nachbesetzungspotenzial

Eine Gegenüberstellung der zukünftigen Entwicklung des Hebammennachwuchses sowie des – rein altersbedingten – Nachbesetzungspotenzials zeigt, dass für die kommenden 10 Jahre – zumindest rein rechnerisch und ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Arbeitszeiten – bei einer Fortschreibung des Status quo (Szenario 1) oder bei einer Vollakademisierung mit einem Studiengang in Sachsen-Anhalt (Szenario 2) der Hebammennachwuchs die altersbedingt ausscheidenden Hebammen ersetzen könnte. In 15 Jahren ergibt sich allerdings in beiden Szenarien eine Lücke von mehr als 40 Hebammen. Sollte es in Sachsen-Anhalt keinen Studiengang geben und eine Ausbildung an Schulen zukünftig mit Umsetzung der EU-Richtlinie nicht mehr möglich sein, dann wird es in Sachsen-Anhalt schon in 10 Jahren nicht mehr möglich sein, die altersbedingt ausscheidenden Hebammen zu ersetzen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass ein Ersatz der rein altersbedingt ausscheidenden Hebammen wahrscheinlich nicht ausreicht, um das gegenwärtige Versorgungsniveau aufrecht zu erhalten, weil davon auszugehen ist, dass ein Teil der Hebammen vorzeitig den Beruf aufgeben wird. Zusätzlich hat die Hälfte der Kliniken in der Befragung angegeben, dass der Bedarf an Hebammen zukünftig ansteigen würde.

Des Weiteren ist gemäß den Befragungsergebnissen die momentane Versorgungssituation durch eine erhebliche nicht präferenzgerechte Arbeitszeitausweitung der Hebammen sowie eine starke Arbeitsbelastung gekennzeichnet. Hebammen planen teilweise eine starke Reduzierung der Arbeitszeiten in den nächsten 5 Jahren. Aus diesen Gründen ist davon auszugehen, dass zukünftig mehr Hebammen benötigt werden, als es das rein altersbedingte Ausscheiden suggeriert.

9.2.2 Einschätzungen der zukünftigen Entwicklung der Nachfrage nach Hebammenleistungen

Die zukünftige Nachfrage nach Hebammenleistungen wird wesentlich durch die voraussichtliche Entwicklung der Geburten in Sachsen-Anhalt beeinflusst. Die regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes in Sachsen-Anhalt zeigt, dass die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter bis zum Jahr 2030 in dem Bundesland weiter sinken wird. Allerdings ist die Geburtenziffer (d. h. die Anzahl der Kinder pro Frau) in den letzten Jahren in Sachsen-Anhalt stark gestiegen. Der Anstieg von 1,54 Kinder pro Frau im Jahr 2015 auf 1,62 Kinder je Frau im Jahr 2016 war höher, als gemäß der amtlichen Bevölkerungsvorausberechnung erwartet worden war, nämlich ein Anstieg der Geburtenhäufigkeit auf 1,55 Kinder je Frau bis zum Jahr 2020 und eine konstante Geburtenhäufigkeit für die Zeit danach.

Zudem ist davon auszugehen, dass die Entwicklung der zukünftigen Geburtenzahlen regional sehr unterschiedlich sein wird, insbesondere zwischen städtischen und ländlichen Regionen.

Zu berücksichtigen ist auch, dass durch die steigende Geburtenziffer der Anteil Zweit- und Drittgebärender zunimmt, wodurch die Nachfrage nach Hebammenleistungen pro Geburt tendenziell rückläufig sein könnte.

9.3 Handlungsbedarf und mögliche Handlungsoptionen

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass die aktuelle Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt durch eine nicht präferenzgerechte Arbeitszeitausweitung sowie eine hohe Arbeitsbelastung der Hebammen gekennzeichnet ist. Insbesondere die angestellten Hebammen sind mehrheitlich der Auffassung, die Frauen nicht mehr so betreuen zu können, wie sie es für richtig hielten. Dadurch fällt es den Kliniken schwer, ihre bereits vakanten Hebammenstellen zu besetzen, wodurch wiederum eine Reduzierung der hohen Arbeitsbelastung erschwert wird.

Dies sind Anzeichen dafür, dass das gegenwärtige Versorgungsniveau nicht nachhaltig ist und in dem Fall, dass Hebammen ihre Arbeitszeit reduzieren oder ihren Beruf vorzeitig aufgeben, nicht mehr aufrechterhalten werden kann.

Zusätzlich gibt es starke regionale Unterschiede bei der Anzahl der Geburten und dem damit verbundenen Vor- und Nachsorgebedarf in den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten in Sachsen-Anhalt.

Für die nächsten 10 Jahre kann zwar davon ausgegangen werden, dass sich bei einer Vollakademisierung mit einem Studiengang in Sachsen-Anhalt und bei Fortschreibung des Status quo eine rein altersbedingte Beendigung der beruflichen Tätigkeit der Hebammen rein rechnerisch ausgleichen lässt. Unberücksichtigt bleibt hierbei aber ein wahrscheinlich zusätzlicher Bedarf infolge vorzeitiger Berufsaufgabe und einer Reduzierung der Arbeitszeiten der Hebammen. In 15 Jahren wer-

den dann unabhängig von der Szenariengestaltung voraussichtlich schon rein altersbedingt mehr Hebammen ausscheiden, als es Hebammenabsolventinnen geben wird, die in Sachsen-Anhalt als Hebamme tätig werden.

Insgesamt lassen sich aus den beschriebenen Ergebnissen vier Handlungsansätze zur Beobachtung und Sicherung der Hebammenversorgung ableiten.

Monitoring der Versorgungssituation

Derzeit existiert keine verlässliche Datenquelle, die auch regionale Daten zur Anzahl der aktiv tätigen Hebammen enthält. Insbesondere liegen keine Daten über den Beschäftigungsumfang und das Leistungsspektrum der Hebammen vor. Diese Informationen sind jedoch für eine kontinuierliche Beschreibung und Bewertung der aktuellen Versorgungssituation erforderlich. Nur wenn solche Daten regelmäßig und valide erhoben werden, können sich abzeichnende Veränderungen oder Engpässe frühzeitig erkannt und gezielte Maßnahmen – auch auf regionaler Ebene – ergriffen werden.

Für dieses Monitoring wäre beispielsweise eine Verpflichtung der freiberuflich tätigen Hebammen zu einer regelmäßigen, beispielsweise jährlichen, und umfassenden Meldung (auch Umfang der Tätigkeit sowie Leistungsspektrum) bei den Gesundheitsämtern möglich, sodass eine Überschätzung der Hebammenzahlen durch Nicht-Abmeldungen zukünftig vermieden werden könnte und regelmäßig Informationen über den Umfang der Beschäftigung sowie das Leistungsspektrum vorliegen und analysiert werden könnten – insbesondere auch im Zusammenhang mit der regionalen Geburtenentwicklung.

Etablierung eines Instruments zur Hebammenvermittlung

Die Hebammen gaben mehrheitlich an, dass sie mehr Nachfragen erhalten hätten, als sie hätten annehmen können. Gleichzeitig gibt es Hebammen, die weniger Anfragen erhalten haben. Dies kann zum einen durch regionale Unterschiede in der Nachfrage bedingt sein, zum anderen aber auch dadurch, dass es für die nachfragenden Frauen teilweise schwierig ist, sich zeitnah einen umfassenden Überblick über das gesamte verfügbare Angebot in einer Region zu verschaffen. Für Hebammen, die sehr viele Anfragen erhalten, die sie nicht bedienen können, ergibt sich ein zusätzlicher Arbeitsaufwand durch die Kommunikation mit den Frauen, denen sie absagen müssen. Auch für die Frauen kann es dadurch sehr aufwendig werden, eine Hebamme zu finden. Eine Maßnahme sollte daher sein, die vorhandenen Angebotskapazitäten, insbesondere in den städtischen Regionen, in denen es viele Hebammen gibt, auf effizienterem Weg der Nachfrage zuzuordnen. Ein innovativer Ansatz zum Aufbau eines Vermittlungsprozesses wurde beispielsweise in Sachsen mit dem Netzwerk „Hebammen für Sachsen“ etabliert, dessen Aufbau vom Freistaat Sachsen finanziell gefördert wird. Eine ähnliche Maßnahme unter Förderung der Landesregierung wäre auch in Sachsen-Anhalt denkbar und empfehlenswert.

Maßnahmen zur Verbesserung der Personalsituation in den Kliniken

Die Befragungsergebnisse zeigen weiterhin, dass Maßnahmen zur Stabilisierung bzw. Verbesserung der Personalsituation in den Kliniken erforderlich sind. Viele Rahmenbedingungen liegen zwar nicht direkt im Einflussbereich der Landesregierung (z. B. Anreize des DRG-Vergütungssystems, Budgetvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhausträger oder klinikinterne Organisationsprinzipien), trotzdem sind Maßnahmen denkbar, die auch von der Landesregierung ergriffen werden könnten. Möglich wäre beispielsweise eine von der Landesregierung initiierte Diskussion mit den Leitungen der Geburtskliniken über Best-Practice-Ansätze in den Kliniken (z. B. Befreiung der Hebammen von bestimmten Tätigkeiten, wie Reinigungsarbeiten, um die bestehenden Hebammenkapazitäten zielgerichtet für die Versorgung zu nutzen). Auch wurde im Rahmen der Expertengespräche erwähnt, dass der Einsatz von Praxisanleiterinnen in den Kliniken wünschenswert sei, sodass die Hebammen im Dienst von der zusätzlichen Arbeit durch die Betreuung von Auszubildenden befreit wären und zusätzlich die praktische Ausbildung auch für die werdenden Hebammen durch eine individuellere und intensivere Betreuung verbessert würde. Auch diese Maßnahme könnte durch die Landesregierung (finanziell) unterstützt werden.

Zusätzlich sind – beispielsweise im Rahmen der Krankenhausplanung – weitere Maßnahmen denkbar, wie die Aufnahme von Qualitätskriterien für die geburtshilflichen Abteilungen, beispielsweise durch Vorgabe eines Personalschlüssels.

Maßnahmen zur verstärkten Nachwuchsgenerierung

Im Rahmen eines verbesserten Monitorings der Versorgungssituation im Hebammenbereich sollte die Entwicklung der Anzahl der Hebammenabsolventinnen sowie des Hebammennachwuchses, insbesondere auch in Anbetracht der erwarteten Akademisierung, genauer beobachtet werden. Sachsen-Anhalt sollte die Möglichkeit zur akademischen Ausbildung etablieren, um auch zukünftig Hebammennachwuchs für Sachsen-Anhalt im Bundesland selbst ausbilden zu können.

Zusätzlich ist – nicht zuletzt in Anbetracht der bevorstehenden Eintritte der Hebammen in das Rentenalter – eine Ausweitung der Anzahl der Ausbildungsplätze erforderlich. Dies könnte zu einer Entlastung der derzeit aktiv arbeitenden Hebammen führen, die Arbeitsbelastung senken und so den Beruf grundsätzlich wieder attraktiver machen.

Literaturverzeichnis

- AGAS (2011): Münchner Hebammenbefragung. Gutachten im Auftrag des Referats für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München.
- AGAS (2014): Hebammenversorgung in München. Teil B. Münchner Mütterbefragung. Gutachten im Auftrag des Referats für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München.
- Albrecht M, Loos S, Sander M, Schliwen A, Wolfschütz A (2012): Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin: IGES Institut GmbH.
- Becka D, Evans M, Öz F (2016): Teilzeitarbeit in Gesundheit und Pflege, Profile aus Perspektive der Beschäftigten im Branchen- und Berufsvergleich, Institut für Arbeit und Technik (IAT), Forschung Aktuell 04-2016.
- Bertelsmann Stiftung (2012): Faktencheck Gesundheit: Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung. Gütersloh.
- CDU/CSU und SPD (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa – Eine neue Dynamik für Deutschland – Ein neuer Zusammenhalt für unser Land, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 7. Februar 2018.
- DGGG, BVF, BLFG, DHV, BfHD, DGHWi (2018): Neujahrsgespräch: Sicherstellung der klinischen geburtshilflichen Versorgung in Deutschland, Pressemitteilung.
- DHV (2018): Die Akademisierung der Hebammenausbildung – Fragen und Antworten, Deutscher Hebammenverband, Stand Oktober 2018.
- Loos S (2015): Hebammenversorgung in Thüringen. Gutachten im Auftrag des Thüringer Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie.
- Loytved C (2016): Qualitätsbericht 2016 – Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG e.V.) (Hrsg.). http://www.quag.de/downloads/QUAG_bericht2016.pdf (letzter Abruf am 08.10.2018).
- Sander M, Albrecht M, Loos S, Stengel V (2018): Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern. Studie im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege.
- Schirmer C, Steppat S (2016): Die Arbeitssituation von angestellten Hebammen in Kliniken, Hebammenbefragung 2015. Studie im Auftrag des Deutschen Hebammenverbands in Zusammenarbeit mit dem Picker Institut Deutschland gGmbH.
-



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com