

Stationäre Hebammenversorgung

GUTACHTEN

Stationäre Hebammenversorgung

Martin Albrecht
Stefan Loos
Iris an der Heiden
Ender Temizdemir
Richard Ochmann
Monika Sander
Hendrik Bock

mit Unterstützung durch
Guido Schiffhorst

Margaretha Nissing
Timo Schlamann
Valerie Alber
Juliane Schiller

in Zusammenarbeit mit
Tamir Al-Abadi

Gutachten

für das Bundesministerium für Gesundheit

Berlin, September 2019

Autoren

Dr. Martin Albrecht
Hendrik Bock
Iris an der Heiden
Dr. Stefan Loos
Dr. Richard Ochmann
Dr. Monika Sander
Ender Temizdemir
IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Inhalt

1.	Einleitung	18
2.	Daten und methodische Vorgehensweise	19
2.1	Analyse von Sekundärdaten	19
2.1.1	Bevölkerungsdaten	19
2.1.2	Krankenhausstatistik – Grunddaten der Krankenhäuser	20
2.1.3	Daten der Strukturierten Qualitätsberichte	21
2.1.4	Daten des Unternehmens Milupa Nutrica	21
2.1.5	Regionale Unterschiede der Kaiserschnitttrate	21
2.1.6	Schätzung der Vollzeitäquivalente der in Kliniken tätigen Hebammen	22
2.2	Erreichbarkeitsanalysen	22
2.3	Befragung der Geburtskliniken	23
2.3.1	Entwicklung des Fragebogens	24
2.3.2	Durchführung der Befragung	24
2.3.3	Teilnahme an der Befragung	25
2.4	Befragung der Hebammen	26
2.4.1	Entwicklung des Fragebogens	26
2.4.2	Durchführung der Befragung	27
2.4.3	Teilnahme an der Befragung	28
2.5	Befragung von Müttern	29
2.5.1	Entwicklung des Fragebogens	30
2.5.2	Stichprobenziehung	30
2.5.3	Durchführung der Befragung	31
2.5.4	Teilnahme an der Befragung	32
3.	Auswertung bisheriger Studien	33
3.1	Studien zur Versorgung mit Hebammenleistungen	33
3.1.1	Situation der Hebammen an den Geburtskliniken	33
3.1.2	Situation an den Geburtskliniken	40
3.1.3	Zufriedenheit der Schwangeren / Mütter bzw. Eltern	43
3.1.4	Maßnahmen zur Entlastung der Hebammen bzw. Steigerung der Zufriedenheit	44
3.2	Mindestmengen in der Geburtshilfe	45
3.2.1	Diskutierte Mindestmengen (unabhängige Variable) und abhängige Variablen	45
3.2.2	Maßnahmen zur Risikoadjustierung	46
3.2.3	Ergebnisse	46
3.2.4	Fazit	50
3.3	Auswirkung einer Standortkonzentration auf den Personalbedarf	51
3.3.1	Mindestpersonalausstattung	51
3.3.2	Anhaltzahl für den Zeitaufwand je Geburt	55
3.3.3	Personalauslastung in Abhängigkeit von Geburtenzahlen	56

3.3.4	Abschätzung der Auswirkung einer Standortkonzentration auf den Bedarf an Hebammen	58
4.	Geburtenentwicklung in Deutschland	62
4.1	Entwicklung der Lebendgeborenen und der Frauen im gebärfähigen Alter	62
4.1.1	Entwicklung im Zeitraum 2007 bis 2017	62
4.1.2	Zukünftige Entwicklung (2018 bis 2030)	68
4.2	Kaiserschnitttrate	70
4.2.1	Kaiserschnittraten auf Kreisebene	71
4.2.2	Kaiserschnitttrate auf Ebene der Krankenhausstandorte	73
5.	Geburtskliniken in Deutschland	75
5.1	Entwicklung der stationären Geburtshilfe	75
5.1.1	Anzahl und regionale Verteilung der Standorte	75
5.1.2	Anzahl der Geburten in Krankenhäusern und Verweildauern	86
5.1.3	Anzahl der Hebammen in Krankenhäusern	89
5.2	Erreichbarkeit der stationären Geburtshilfe	91
5.2.1	Erreichbarkeit auf Basis des KBV-Geschwindigkeitsmodells	91
5.2.2	Erreichbarkeit auf Basis des VRP-Geschwindigkeitsmodells	95
5.3	Grundgesamt der in Krankenhäusern tätigen Hebammen	99
5.3.1	Anzahl der Hebammen und regionale Verteilung	99
5.3.2	Vollzeitäquivalente Hebammen	104
5.3.3	Betreuungsschlüssel	105
5.4	Ergebnisse der Befragung der Geburtskliniken	111
5.4.1	Beschreibung der Befragungsteilnehmer	111
5.4.2	Aufnahme und Ablehnung von Schwangeren	117
5.4.3	Situation der in der Geburtshilfe tätigen Hebammen	121
5.4.4	Situation des ärztlichen Personals	139
5.4.5	Zukünftige Entwicklungen der geburtshilflichen Abteilungen	141
5.4.6	Zusammenfassung und Zwischenfazit	146
6.	Ergebnisse der Hebammenbefragung	150
6.1	Soziodemografische und berufliche Situation von Hebammen	150
6.1.1	Strukturmerkmale der Hebammen	150
6.1.2	Tätigkeitsstatus	151
6.1.3	Berufserfahrung der Hebammen	154
6.1.4	Einstellung zum Beruf	157
6.2	Arbeitszeit der Hebammen	159
6.2.1	Beschäftigungsumfang	159
6.2.2	Wöchentliche Arbeitszeit	161
6.2.3	Überstunden	162
6.2.4	Veränderung der Arbeitszeit	166
6.2.5	Zufriedenheit mit der Arbeitszeit	171
6.3	Arbeitsbelastung der Hebammen	172
6.3.1	Ruhepausen und Dokumentationspflichten	172
6.3.2	Betreuungsschlüssel	174

6.3.3	Fachfremde Tätigkeiten	180
6.3.4	Arbeitsorganisation	185
6.3.5	Veränderung der Arbeitsbedingungen in den letzten drei Jahren	191
6.4	Zufriedenheit der Hebammen mit Arbeit und Arbeitsbedingungen	194
6.5	Einkommen der Hebammen	201
6.5.1	Einkommen aus angestellter und freiberuflicher Tätigkeit	201
6.5.2	Zufriedenheit mit dem Einkommen	203
6.6	Ansätze zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Hebammen	205
6.7	Zusammenfassung und Zwischenfazit	214
7.	Ergebnisse der Mütterbefragung	218
7.1	Soziodemographische Charakteristika der befragten Mütter	218
7.2	Versorgungsaspekte vor der Entbindung und Wahl des Geburtsortes	223
7.2.1	Informiertheit und Erfahrungen der Mütter während der Schwangerschaft	223
7.2.2	Wahl des Geburtsortes	225
7.3	Erfahrungen der Mütter mit der Hebammenbetreuung bei der Geburt im Krankenhaus	229
7.3.1	Geburtsmodus, Komplikationen und Eingriffe	229
7.3.2	Zufriedenheit mit der Betreuung bei der Geburt	232
7.4	Zusammenfassung und Zwischenfazit	243
8.	Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen	245
8.1	Bewertung der Versorgungssituation	245
8.2	Diskussion möglicher Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation	248
8.2.1	Konzentration von stationären Geburtshilfekapazitäten	249
8.2.2	Entlastung der Hebammen durch Delegation	250
8.2.3	Finanzielle Anreize zur Erhöhung des Arbeitsangebots der Hebammen	251
	Literaturverzeichnis	255
9.	Anhang	259
A1	Erreichbarkeit der stationären Geburtshilfe	260
A2	Regionale Unterschiede der Kaiserschnittraten	264
	Abbildungen	6
	Tabellen	15

Abbildungen

Abbildung 1:	Anteil der Kliniken mit Teilnahme an der Befragung nach Bundesland, 2018	26
Abbildung 2:	Rechnerische Auslastung einer Hebammen-Mindestbesetzung in den Geburtskliniken mit weniger als 600 Geburten, 2018	58
Abbildung 3:	Anzahl der Lebendgeborenen und der Frauen im gebärfähigen Alter, 2007 bis 2017	62
Abbildung 4:	Entwicklung der zusammengefassten Geburtenziffer in Deutschland, 2007 bis 2017	63
Abbildung 5:	Entwicklung der Anzahl der Lebendgeborenen nach Bundesländern, 2017 ggü. 2007	64
Abbildung 6:	Entwicklung der Anzahl der Lebendgeborenen nach Landkreisen und kreisfreien Städten, 2017 ggü. 2007	65
Abbildung 7:	Entwicklung der Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter nach Bundesländern, 2017 ggü. 2007	66
Abbildung 8:	Entwicklung der Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter nach Landkreisen und kreisfreien Städten, 2017 ggü. 2007	67
Abbildung 9:	Vorausberechnung der Anzahl der Lebendgeborenen und der Frauen im gebärfähigen Alter, 2018 bis 2030	68
Abbildung 10:	Vorausberechnung der Anzahl der Lebendgeborenen nach Bundesländern, 2017 bis 2030	69
Abbildung 11:	Vorausberechnung der Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter nach Bundesländern, 2017 bis 2030	70
Abbildung 12:	Kaiserschnitttrate auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (bezogen auf geburtshilfliche DRG), 2017	72
Abbildung 13:	Kaiserschnitttrate auf Ebene der Krankenhausstandorte der Geburtshilfe, 2017	73
Abbildung 14:	Zusammenhang zwischen der Anzahl der Geburten je Hebamme und der Kaiserschnitttrate nach Krankenhausstandorten, 2017	74
Abbildung 15:	Krankenhausstandorte in Deutschland mit Geburten, 2018	76
Abbildung 16:	Entwicklung der Anzahl der Geburtskliniken in Deutschland, 1991 bis 2017	77
Abbildung 17:	Veränderung der Anzahl der Geburtskliniken in Deutschland nach Bundesländern, 2017 ggü. 1991	78
Abbildung 18:	Anzahl der Geburtskliniken in Deutschland nach Größe, 2010 bis 2018	79

Abbildung 19:	Verteilung der Geburtskliniken nach Regionstyp, 2010 bis 2018	80
Abbildung 20:	Anzahl der geschlossenen Geburtskliniken nach Bundesländern, 2010 bis 2017	81
Abbildung 21:	Krankenhausstandorte in Deutschland mit Geburten, 2010 und 2018	82
Abbildung 22:	Verteilung der Anzahl der Schließungen auf städtische und ländliche Standorte der Geburtshilfe, 2010-2017	83
Abbildung 23:	Verteilung der geschlossenen Geburtskliniken nach Größenklasse, 2010-2017	84
Abbildung 24:	Entwicklung Geburtenzahl in Krankenhäusern, 2010 bis 2018	86
Abbildung 25:	Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer in der Geburtshilfe (Tage je Fall und Veränderung ggü. Vorjahr), Deutschland, 2007 bis 2017	87
Abbildung 26:	Durchschnittliche Verweildauer (Tage je Fall) in der Geburtshilfe nach Bundesländern, 2016	88
Abbildung 27:	Anzahl der in Krankenhäusern tätigen Hebammen in Deutschland, 2007-2017	89
Abbildung 28:	Anzahl der angestellten Hebammen und Beleghebammen in Deutschland, 2007 bis 2017	90
Abbildung 29:	Erreichbarkeit der nächstgelegenen Geburtsklinik in Deutschland in PKW-Fahrminuten auf Ebene der Gemeinden (KBV-Geschwindigkeitsmodell), 2018	92
Abbildung 30:	Erreichbarkeit von Geburtskliniken für Frauen im gebärfähigen Alter: Status Quo (nächstgelegene) und bei Beschränkung auf Standorte mit mind. 500 Geburten (KBV-Geschwindigkeitsmodell), 2018	93
Abbildung 31:	Erreichbarkeit der nächstgelegenen Geburtsklinik mit mind. 500 Geburten in PKW-Fahrminuten auf Ebene der Gemeinden (KBV-Geschwindigkeitsmodell), 2018	94
Abbildung 32:	Erreichbarkeit der Geburtskliniken in Deutschland in PKW-Fahrminuten auf Ebene der Gemeinden (VRP-Geschwindigkeitsmodell), 2018	96
Abbildung 33:	Erreichbarkeit von Geburtskliniken für Frauen im gebärfähigen Alter: Status Quo (nächstgelegene) und bei Beschränkung auf Standorte mit mind. 500 Geburten (2018) (VRP-Geschwindigkeitsmodell)	97

Abbildung 34:	Erreichbarkeit der nächstgelegenen Geburtsklinik mit mind. 500 Geburten (2018) in PKW-Fahrminuten auf Ebene der Gemeinden (VRP-Geschwindigkeitsmodell)	98
Abbildung 35:	Anzahl der Hebammen in Krankenhäusern (Personen), 2007 bis 2017	99
Abbildung 36:	Anzahl der in Krankenhäusern tätigen Hebammen (Personen) nach Bundesländern, 2007 und 2017	100
Abbildung 37:	Anteil der festangestellten Hebammen und Beleghebammen nach Bundesländern, 2017	101
Abbildung 38:	Anzahl der festangestellten Hebammen (Personen) nach Bundesländern, 2007 und 2017	102
Abbildung 39:	Anzahl der Beleghebammen (in Personen) nach Bundesländern, 2007 und 2017	103
Abbildung 40:	Anzahl der in Krankenhäusern tätigen Hebammen in Vollzeitäquivalenten, 2007 bis 2017	104
Abbildung 41:	Anzahl der Hebammen in Krankenhäusern je 1.000 Lebendgeborene (Personen und VZÄ), Deutschland, 2007 bis 2017	105
Abbildung 42:	Anzahl der Hebammen in Krankenhäusern (Personen) je 1.000 Lebendgeborene nach Bundesländern, 2017	106
Abbildung 43:	Anzahl der Hebammen in Krankenhäusern (VZÄ) je 1.000 Lebendgeborene nach Bundesländern, 2017	107
Abbildung 44:	Anzahl der Hebammen in Krankenhäusern (VZÄ) je 1.000 Lebendgeborene nach Bundesländern (2017) und Standorte der Geburtshilfe (2018)	108
Abbildung 45:	Anzahl der Hebammen in Krankenhäusern (VZÄ) je 1.000 Lebendgeborene auf Kreisebene (2017) und Standorte der Geburtshilfe (2018)	109
Abbildung 46:	Veränderung der Anzahl der Hebammen in Krankenhäusern (VZÄ) je 1.000 Lebendgeborene nach Bundesländern, 2017 ggü. 2007	110
Abbildung 47:	Verteilung der teilnehmenden Krankenhausstandorte nach Versorgungsstufen (in %), 2018	111
Abbildung 48:	Verteilung der teilnehmenden Krankenhausstandorte nach Versorgungsstufen und Region (in %), 2018	112
Abbildung 49:	Erstgebärende, Schwangere mit Risiken, Lebendgeborene mit Geburtsrisiken und Mehrlingsschwangerschaften nach Versorgungsstufe (in %), 2018	115

Abbildung 50:	Anteile der spontanen und vaginal-operativen Entbindungen sowie Sectioraten nach Versorgungsstufe (in %), 2018	116
Abbildung 51:	Häufigkeit der genannten Gründe für die Ablehnung von Anmeldungen zur Entbindung (in %), 2018	118
Abbildung 52:	Anteil der Kliniken mit Ablehnung von Schwangeren mit Wehentätigkeiten aufgrund fehlender Versorgungskapazitäten nach Versorgungsstufe (in %), 2018	119
Abbildung 53:	Gründe von Geburtskliniken für die Nicht-Aufnahme von Schwangeren mit Wehentätigkeiten, 2018	120
Abbildung 54:	Anteil der Kliniken nach Beurteilung der Schwierigkeit bei der Besetzung offener Hebammenstellen und nach Beschäftigungsform (in %), 2018	124
Abbildung 55:	Häufigkeiten der angegebenen Gründe für Rekrutierungsprobleme bei unbesetzten Hebammenstellen (in %), 2018	125
Abbildung 56:	Häufigkeit der Beteiligung von angestellten Hebammen und Beleghebammen im Schichtdienst an ambulanter Versorgung neben der Geburtshilfe im engeren Sinne (in %), 2018	127
Abbildung 57:	Häufigkeit der Beteiligung von Hebammen im Schichtdienst an ambulanter Versorgung neben der Geburtshilfe (in %) nach Versorgungsstufen, 2018	128
Abbildung 58:	Häufigkeit weiterer Tätigkeiten der Hebammen im Schichtdienst neben der Geburtshilfe (in %), 2018	129
Abbildung 59:	Häufigkeit weiterer Tätigkeiten der Hebammen im Schichtdienst neben der Geburtshilfe nach Versorgungsstufen (in %), 2018	130
Abbildung 60:	Zeitlicher Umfang weiterer Tätigkeiten (in Stunden pro Woche) neben der Geburtshilfe (in %) nach Beschäftigungsform, 2018	131
Abbildung 61:	Durchschnittliche Anzahl der pro Schicht im Kreißaal betreuten Frauen und Entbindungen je Hebamme nach Versorgungsstufen, 2019	132
Abbildung 62:	Verteilung der Entbindungen nach Betreuungsschlüssel (je Hebamme betreute Geburten) und nach Versorgungsstufen, 2018	133
Abbildung 63:	Verteilung der Entbindungen nach Betreuungsschlüssel (je Hebamme betreute Geburten) und nach Region, 2018	135
Abbildung 64:	Anteil der Kliniken nach Niveau der Vergütung angestellter Hebammen und nach Versorgungsstufen, 2018	136

Abbildung 65:	Beurteilung der Schwierigkeit der Besetzung unbesetzter Arztstellen bzw. Arbeitsplätze in der Gynäkologie bzw. Geburtshilfe (in %), 2019	140
Abbildung 66:	Häufigkeit der genannten Gründe für Rekrutierungsprobleme bei unbesetzten Arztstellen, 2018	141
Abbildung 67:	Anteil der Geburtskliniken nach geplanter Kapazitätsveränderung innerhalb der nächsten fünf Jahre und nach Versorgungsstufen, 2018	142
Abbildung 68:	Anteil der Geburtskliniken nach geplanter Kapazitätsveränderung innerhalb der nächsten fünf Jahre und nach Region, 2018	143
Abbildung 69:	Verteilung der Kliniken nach erwarteter Veränderung des Hebammenbedarfs in den nächsten fünf Jahren und nach Versorgungsstufen, 2018	144
Abbildung 70:	Verteilung der Kliniken nach erwarteter Veränderung des Hebammenbedarfs in den nächsten fünf Jahren und nach Region, 2018	145
Abbildung 71:	Verteilung der im Krankenhaus tätigen Hebammen nach Alter, 2018	151
Abbildung 72:	Anteil der Hebammen nach Beschäftigungsverhältnis und Alter, 2018	152
Abbildung 73:	Verteilung der Hebammen in leitender Funktion nach Umfang der Freistellung für leitende Tätigkeiten, 2018	156
Abbildung 74:	Häufigkeit von Gründen für Tätigkeit im Angestelltenverhältnis, 2018	157
Abbildung 75:	Häufigkeit von Gründen für freiberufliche Tätigkeit, 2018	158
Abbildung 76:	Anteil der Hebammen nach Beschäftigungsverhältnis und Beschäftigungsumfang, 2018	160
Abbildung 77:	Verteilung der Hebammen nach Art des Überstundenabbaus, 2018	163
Abbildung 78:	Gründe für die Veränderung der tatsächlichen Wochenarbeitszeit für freiberufliche Tätigkeit in den letzten drei Jahren, 2018	167
Abbildung 79:	Gründe für die Veränderung des Umfangs der Überstunden bei der Tätigkeit im Angestelltenverhältnis in den letzten drei Jahren, 2018	169

Abbildung 80:	Gründe für die Veränderung des Umfangs der vertraglichen Arbeitszeit bei der Tätigkeit im Angestelltenverhältnis in den letzten drei Jahren, 2018	170
Abbildung 81:	Verteilung der Hebammen nach Umfang tatsächlicher vs. gewünschter Arbeitszeit und nach Ort der Tätigkeit, 2018	171
Abbildung 82:	Verteilung der Hebammen nach der Möglichkeit zur Nutzung vorgeschriebener Ruhepausen, 2018	172
Abbildung 83:	Verteilung der Hebammen nach der Möglichkeit, Dokumentationsaufgaben während der Arbeitszeit erledigen zu können, 2018	173
Abbildung 84:	Verteilung der Hebammen nach Einschätzung der Angemessenheit des Betreuungsschlüssels (Anzahl der in einer Schicht gleichzeitig betreuten Gebärenden), 2018	177
Abbildung 85:	Gründe für zu geringe Personalbesetzung einer durchschnittlichen Schicht aus Sicht der Hebammen (Anteil der Hebammen, 2018)	179
Abbildung 86:	Verteilung der Hebammen nach Häufigkeit der Einsätze in parallelen Aufgabenbereichen zur Geburtshilfe, 2018	180
Abbildung 87:	Verteilung der Hebammen nach ausgeübten Tätigkeiten (durchschnittlich pro Woche), 2018	181
Abbildung 88:	Verteilung der Hebammen nach zeitlich parallel zur Betreuung der Frauen im Kreißaal ausgeübten Tätigkeiten (in einer durchschnittlichen Schicht), 2018	182
Abbildung 89:	Verteilung der Hebammen nach Verfügbarkeit eines Reinigungsdienstes für den Kreißaal im Krankenhaus, 2018	183
Abbildung 90:	Verteilung der Hebammen nach Verfügbarkeit von Assistenzpersonal für administrative Aufgaben der Geburtshilfe, 2018	184
Abbildung 91:	Verteilung der Hebammen nach Verfügbarkeit von Hilfspersonal im Kreißaal, 2018	185
Abbildung 92:	Tätigkeiten während der „Leerlaufzeiten“, 2018	188
Abbildung 93:	Verteilung der Hebammen nach Leitung ihres Kreißaals, 2018	189
Abbildung 94:	Verteilung der Hebammen nach Zusammenarbeit mit ärztlichem Personal, 2018	190
Abbildung 95:	Verteilung der Hebammen nach Einschätzung der Entwicklung der Arbeitsbedingungen in freiberuflicher Tätigkeit in den letzten drei Jahren, 2018	191

Abbildung 96: Verteilung der Hebammen nach Einschätzung der Entwicklung der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus in den letzten drei Jahren, 2018	192
Abbildung 97: Verteilung der Hebammen nach Einschätzung der Entwicklung des Betreuungs- und administrativen Aufwands im Krankenhaus in den letzten drei Jahren, 2018	193
Abbildung 98: Verteilung der Hebammen nach Wahrscheinlichkeit derselben Berufswahl, 2018	194
Abbildung 99: Zufriedenheit der Hebammen mit übergeordneten Aspekten ihrer Tätigkeit im Krankenhaus, 2018	195
Abbildung 100: Zufriedenheit der Hebammen mit arbeitszeitlichen Aspekten ihrer Tätigkeit im Krankenhaus, 2018	196
Abbildung 101: Zufriedenheit der Hebammen mit ihrer Tätigkeit im Krankenhaus: räumliche Situation und Ausstattung, 2018	197
Abbildung 102: Zufriedenheit der Hebammen mit ihrer Tätigkeit im Krankenhaus: personalbezogene Aspekte, 2018	198
Abbildung 103: Zufriedenheit der Hebammen mit ihrer Tätigkeit im Krankenhaus: Team und Führung, 2018	199
Abbildung 104: Zufriedenheit der Hebammen mit ihrer Tätigkeit im Krankenhaus: berufliche Grundeinstellung, 2018	200
Abbildung 105: Verteilung der Hebammen nach Veränderung der Zufriedenheit mit dem Arbeitsspektrum in den letzten drei Jahren, 2018	201
Abbildung 106: Vergütung von Extra-Diensten („Einspringen“) nach Versorgungsstufe, 2018	203
Abbildung 107: Verteilung der Hebammen nach Zufriedenheit mit vergütungsbezogenen Aspekten der Tätigkeit im Krankenhaus, 2018	204
Abbildung 108: Gründe für Teilzeittätigkeit, 2018	205
Abbildung 109: Verteilung der Hebammen nach Häufigkeit von Überlegungen zur Veränderung des Umfangs ihrer Tätigkeit im Krankenhaus, 2018	206
Abbildung 110: Häufigkeit von Gründen für Überlegungen zu Reduzierung oder Aufgabe der Tätigkeit als Hebamme im Krankenhaus, 2018	207
Abbildung 111: Verteilung der Hebammen nach Überlegungen zur Erhöhung des Umfangs ihrer Arbeitszeit im Krankenhaus, 2018	208
Abbildung 112: Häufigkeit von Gründen für Überlegungen gegen eine Erhöhung des Umfangs der Arbeitszeit im Krankenhaus, 2018	209

Abbildung 113: Häufigkeit der bevorzugten Tätigkeitsbereiche für eine Erhöhung des Umfangs der Arbeitszeit, 2018	210
Abbildung 114: Häufigkeit der genannten Tätigkeitsaspekte, deren Verbesserung für eine Erhöhung der Arbeitszeit für notwendig erachtet wird, 2018	211
Abbildung 115: Häufigkeit der genannten Maßnahmen, die jenseits von Personalbesetzungsvorgaben zu einer Verbesserung der Arbeitssituation beitragen könnten, 2018	212
Abbildung 116: Häufigkeit der genannten Gründe, warum die Betreuung von Frauen während der Schwangerschaft und im Wochenbett von Hebammen als attraktiver gesehen wird als die Geburtshilfe, 2018	213
Abbildung 117: Alter der befragten Mütter zum Zeitpunkt der Befragung	218
Abbildung 118: Verteilung der befragten Mütter nach Art der Krankenversicherung	219
Abbildung 119: Verteilung der befragten Mütter nach dem höchsten Schulabschluss	220
Abbildung 120: Verteilung der befragten Mütter nach dem höchsten Ausbildungs- oder Fach-/Hochschulabschluss	221
Abbildung 121: Verteilung der befragten Mütter nach Haushaltsstruktur	222
Abbildung 122: Verteilung der befragten Mütter nach eigener Einschätzung der Informiertheit über Hebammenleistungen (in %)	223
Abbildung 123: Verteilung der befragten Mütter nach Inanspruchnahme eines Geburtsvorbereitungskurses und nach Erst- bzw. Zweit-/Mehrgebärenden (in %)	224
Abbildung 124: Verteilung der befragten Mütter nach Informationsquellen für die Wahl des Geburtsortes	225
Abbildung 125: Verteilung der befragten Mütter nach Geburtsort	226
Abbildung 126: Verteilung der befragten Mütter nach den Gründen für die Wahl des Krankenhauses als Geburtsort	227
Abbildung 127: Verteilung der befragten Mütter nach den Gründen für die Auswahl des Wunsch-Krankenhauses	228
Abbildung 128: Verteilung der befragten Mütter nach Geburtsmodus	229
Abbildung 129: Verteilung der befragten Mütter nach Uhrzeit der Geburt	230
Abbildung 130: Häufigkeit von Maßnahmen und Vorkommnissen während des Geburtsvorgangs	231

Abbildung 131: Verteilung der Mütter nach Kontinuität der Hebammenbetreuung	232
Abbildung 132: Verteilung der Mütter nach Einschätzung von möglichen Problemen durch Hebammenwechsel	233
Abbildung 133: Verteilung der befragten Mütter nach Zufriedenheit	234
Abbildung 134: Verteilung der befragten Mütter nach Zufriedenheit mit der Hebammenbetreuung	235
Abbildung 135: Verteilung der befragten Mütter nach Zufriedenheit mit der Hebammenbetreuung sowie nach Geburtsmodus und nach Erst- bzw. Zweit-/Mehrgebärenden (in %)	236
Abbildung 136: Verteilung der befragten Mütter nach Kontakt zu Ärzten während der Geburt und nach Regionen	237
Abbildung 137: Verteilung der befragten Mütter nach Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung	238
Abbildung 138: Verteilung der befragten Mütter nach Alter des Kindes bei Entlassung aus dem Krankenhaus	239
Abbildung 139: Verteilung der Mütter nach der Schwierigkeit, eine Hebamme für 1:1-Betreuung zu finden und nach Regionen	240
Abbildung 140: Verteilung der befragten Mütter nach den Gründen für die Nicht-Inanspruchnahme einer 1:1 Betreuung (in %)	241
Abbildung 141: Verteilung der befragten Mütter nach Begründungen für ihre außerklinische Geburt	242
Abbildung 142: Erreichbarkeit der Geburtskliniken in Deutschland in PKW-Fahrminuten auf Ebene von 1-km ² -Flächen (Status Quo, KBV-Modell)	260
Abbildung 143: Erreichbarkeit der Geburtskliniken in Deutschland in PKW-Fahrminuten auf Ebene von 1-km ² -Flächen (Konzentration, KBV-Modell)	261
Abbildung 144: Erreichbarkeit der Geburtskliniken in Deutschland in PKW-Fahrminuten auf Ebene von 1-km ² -Flächen (Status Quo, VRP-Modell)	262
Abbildung 145: Erreichbarkeit der Geburtskliniken in Deutschland in PKW-Fahrminuten auf Ebene von 1-km ² -Flächen (Konzentration, VRP-Modell)	263
Abbildung 146: Kaiserschnitttrate auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (bezogen auf Anzahl der Lebendgeborenen), 2017	264

Tabellen

Tabelle 1:	Unterstellte Durchschnittsgeschwindigkeiten in km/h nach Geschwindigkeitsmodellen	23
Tabelle 2:	Subgruppen der Befragungsteilnahme hinsichtlich beruflicher Tätigkeit im Krankenhaus, 2018	29
Tabelle 3:	Verteilung der im Jahr 2018 beruflich inaktiven Hebammen nach Dauer der Berufsausübung	29
Tabelle 4:	Übersicht über Betreuungsschlüssel in Bayern, Sachsen und Sachsen-Anhalt auf Basis der Ergebnisse von Hebammenbefragungen	36
Tabelle 5:	Studien zum Zusammenhang zwischen der Anzahl der Geburten auf Einrichtungsebene und der Ergebnisqualität	49
Tabelle 6:	Ansätze für den Zeitaufwand je Geburt und Hebamme	55
Tabelle 7:	Rechnerische Auslastung einer Hebammen-Mindestbesetzung in Abhängigkeit von der Anzahl der Geburten in einer Klinik pro Jahr	57
Tabelle 8:	Krankenhäuser mit weniger als 600 Geburten im Jahr (2018) nach Anzahl der Geburten und rechnerischer Auslastung einer Hebammen-Mindestbesetzung	57
Tabelle 9:	Auslastung von Hebammen in Abhängigkeit von der Geburtenzahl bei diskreter Personalführung	59
Tabelle 10:	Auslastung der Hebammen in Abhängigkeit von der Geburtenzahl bei blockweiser Personalführung	60
Tabelle 11:	Entwicklung der Geburtenzahl vor Schließung der Geburtsklinik	85
Tabelle 12:	Geburtenzahlen je Standort nach Versorgungsstufe, 2018	113
Tabelle 13:	Durchschnittliche Geburtenzahlen je Standort nach Region, 2018	114
Tabelle 14:	Anzahl der angestellten Hebammen in den Kliniken (Personen), 2015 bis 2018	121
Tabelle 15:	Anteil der in den Kliniken angestellten Hebammen (Personen) nach vertraglich vereinbarter Arbeitszeit, 2018	122
Tabelle 16:	Anzahl der Beleghebammen in den Kliniken (Personen), 2015-2018	123
Tabelle 17:	Bruttomonatsgehalt der angestellten Hebammen in den Kliniken nach Versorgungsstufen (in Euro), 2018	137

Tabelle 18:	Verteilung der im Krankenhaus tätigen Hebammen nach Geschlecht, 2018	150
Tabelle 19:	Verteilung der im Krankenhaus tätigen Hebammen nach Tätigkeitsstatus, 2018	151
Tabelle 20:	Tätigkeitsbereiche der Hebammen, 2018	153
Tabelle 21:	Verteilung der Hebammen nach der Versorgungsstufe der geburtshilflichen Einrichtung, in der sie tätig waren, 2018	154
Tabelle 22:	Verteilung der Hebammen nach Dauer der aktiven Berufsausübung, 2018	154
Tabelle 23:	Verteilung der Hebammen nach Dauer der Tätigkeit an dem Krankenhaus ihrer gegenwärtigen Tätigkeit, 2018	155
Tabelle 24:	Verteilung der Hebammen nach Art der leitenden Funktion, 2018	155
Tabelle 25:	Verteilung der Hebammen nach Beschäftigungsumfang, 2018	159
Tabelle 26:	Anzahl der Wochenarbeitsstunden der Hebammen nach Tätigkeitsfeldern, 2018	161
Tabelle 27:	Anzahl der Überstunden pro Monat nach Art und Umfang der Tätigkeit im Anstellungsverhältnis, 2018	162
Tabelle 28:	Häufigkeit von Diensten angestellter Hebammen (Tage pro Monat) nach Beschäftigungsumfang, 2018	164
Tabelle 29:	Häufigkeit von Diensten freiberuflich tätiger Hebammen (Tage pro Monat) nach Beschäftigungsumfang, 2018	165
Tabelle 30:	Verteilung der Hebammen nach der Veränderung der tatsächlichen Wochenarbeitszeit für freiberufliche Tätigkeit in den letzten drei Jahren, 2018	166
Tabelle 31:	Verteilung der Hebammen nach der Veränderung der tatsächlichen Wochenarbeitszeit der Tätigkeit im Angestelltenverhältnis in den letzten drei Jahren, 2018	168
Tabelle 32:	Verteilung der Hebammen nach der Anzahl der gleichzeitig im Kreißaal betreuten Frauen während einer üblichen Schicht, 2018	174
Tabelle 33:	Verteilung der Hebammen nach der Anzahl der gleichzeitig im Kreißaal betreuten aktiv Gebärenden während einer üblichen Schicht, 2018	175
Tabelle 34:	Verteilung der Hebammen nach der Anzahl der gleichzeitig im Kreißaal betreuten Frauen im Schichtdienst mit überdurchschnittlich hoher Gebärendenzahl, 2018	175

Tabelle 35:	Verteilung der Hebammen nach der Anzahl der gleichzeitig im Kreißaal betreuten aktiv Gebärenden im Schichtdienst mit überdurchschnittlich hoher Gebärendenzahl, 2018	176
Tabelle 36:	Verteilung der Anzahl der Schichten mit durchschnittlicher, unterdurchschnittlicher und überdurchschnittlicher Anzahl der Gebärenden, 2018	176
Tabelle 37:	Anzahl der Hebammen, die nach Einschätzung der Befragten in einer durchschnittlichen Schicht arbeiten müssten, nach Region und Klinikgröße, 2018	178
Tabelle 38:	Auftreten von „Leerlaufzeiten“ nach Art und Umfang der Tätigkeit, Region sowie Klinikgröße, 2018	186
Tabelle 39:	Durchschnittlicher Anteil der „Leerlaufzeiten“ an der Arbeitszeit nach Art der Tätigkeit sowie Klinikgröße, 2018	187
Tabelle 40:	Nettojahresverdienst aus Angestelltentätigkeit nach Umfang der Tätigkeit, 2018	202
Tabelle 41:	Gewinn / Verlust vor Steuern aus freiberuflicher Tätigkeit pro Jahr (Umsatz abzgl. aller Kosten) nach Art und Umfang der Tätigkeit, 2018	202
Tabelle 42:	Höhe der Prämien für Berufshaftpflichtversicherung für Angestelltentätigkeit nach Art der Tätigkeit pro Jahr, 2018	204

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

1. Einleitung

Gegenstand der vorliegenden Studie ist die Untersuchung der Versorgungssituation in der stationären Geburtshilfe in Deutschland. Der Schwerpunkt der Untersuchung liegt dabei auf der Frage, ob bzw. inwieweit Versorgungsengpässe aufgrund eines Mangels an Hebammen bestehen. Dabei betrachtet die Studie die gegenwärtige Situation in regional vergleichender Perspektive, die Entwicklung der letzten Jahre und die mögliche künftige Entwicklung. Der übergeordneten Forschungsfrage nach möglichen Versorgungsengpässen in der stationären Hebammenversorgung liegt eine umfangreiche Liste an detaillierten Fragestellungen zur Versorgungs- und Beschäftigungssituation in den Geburtskliniken zugrunde. Detailliert erhoben bzw. untersucht wurden u. a. Indikatoren des Leistungsgeschehens (darunter Krankenhauskapazitäten, Entbindungen, Kaiserschnitte, Auslastung, Betreuungsverhältnisse), der Arbeitssituation der Hebammen (darunter Arbeitszeiten, Einsatzbereiche, Arbeitsbelastung, Vergütung) und der Versorgungsqualität aus Sicht der Mütter (darunter Zugang zur stationären Geburtshilfe, Zufriedenheit).

Die Studienergebnisse, die neben einer Auswertung statistischer Daten und vorangegangener Studien im Wesentlichen auf eigenen Erhebungen beruhen, bilden die Grundlage des gutachterlichen Teils, in dem Vorschläge und Empfehlungen zur Beseitigung oder Vermeidung (drohender) Versorgungsengpässe entwickelt werden. Hierbei werden Notwendigkeit und bestehende Spielräume aufgezeigt, die Situation der stationären Hebammenversorgung durch gesetzgeberische Maßnahmen zu verbessern.

Um einen möglichst umfassenden Blick auf die Versorgungssituation zu erhalten, wird der Untersuchungsgegenstand aus drei unterschiedlichen Perspektiven betrachtet: der Perspektive der Krankenhäuser, der Hebammen und der Mütter. Dabei wird teilweise derselbe Sachverhalt aus mehreren Perspektiven beleuchtet (z. B. Beschreibung und Bewertung der Betreuungsverhältnisse), so dass die jeweiligen Angaben und Einschätzungen miteinander verglichen werden können. Zum Teil werden auch eigenständige Problemdimensionen beleuchtet (z. B. Arbeitszufriedenheit aus Sicht der Hebammen).

2. Daten und methodische Vorgehensweise

Der Vielzahl der für die Untersuchung der Situation in der stationären Hebammenversorgung zu erhebenden Indikatoren entspricht eine Vielzahl verwendeter Datengrundlagen. Dabei handelt es sich einerseits um einen breiten Kranz an Sekundärdaten (u. a. der amtlichen Krankenhausstatistik), zum anderen um im Rahmen der Studiererstellung durchgeführte Primärerhebungen unter den Krankenhäusern, Hebammen und Müttern. Diese Datenquellen werden im Folgenden näher beschrieben.

Das breite Spektrum der herangezogenen Daten und Indikatoren ermöglicht eine detaillierte Beschreibung des aktuellen und zu erwartenden Versorgungsangebots und Bedarfs an stationärer Hebammenversorgung. Diese Beschreibung stützt sich sowohl auf Daten der (amtlichen) Statistik als auch auf primär erhobene Daten und Informationen zu individuellen Einschätzungen der Versorgungssituation. Die Bewertung der aktuellen und zukünftigen Situation der stationären Hebammenversorgung basiert auf der Gegenüberstellung von Angebot und Bedarf sowie den (bisherigen und zukünftig möglichen) Veränderungen beider Größen im Verhältnis zueinander. Hierbei werden hinsichtlich der möglichen zukünftigen Entwicklung u. a. auch Szenarien einer verstärkten Konzentration des Versorgungsangebots betrachtet.

Insgesamt handelt es sich also um eine Längs- und Querschnittstudie zur Beantwortung mehrerer, zum Teil aufeinander aufbauender Fragestellungen aus unterschiedlichen Perspektiven und auf Basis einer Vielzahl von Datenquellen. Beides, die Multiperspektivität und die Verwendung unterschiedlicher Datenquellen, dient dazu, möglichst valide Antworten auf die Forschungsfragen zu finden.

2.1 Analyse von Sekundärdaten

2.1.1 Bevölkerungsdaten

Daten des Statistischen Bundesamts zur Fortschreibung des Bevölkerungsstandes (Statistisches Bundesamt 2019a) wurden für die Darstellung der Entwicklung

- ◆ der Anzahl der Lebendgeborenen auf Ebene der Bundesländer und der Landkreise bzw. kreisfreien Städte,
- ◆ der Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter (15 bis 49 Jahre) auf Ebene der Bundesländer und der Landkreise bzw. kreisfreien Städte sowie
- ◆ der zusammengefassten Geburtenziffer („durchschnittliche Anzahl Kinder je Frau“)¹ in Deutschland

¹ Die zusammengefasste Geburtenziffer bezeichnet die „durchschnittliche Kinderzahl je Frau“. Sie wird berechnet als Summe der altersspezifischen Geburtenziffern in einem Kalenderjahr nach der Geburtsjahrmethode (Berechnung für jedes einzelne Altersjahr von 15 bis 49 Jahren und anschließende Summierung). Vgl. Statistisches Bundesamt (2019b).

im Zeitraum 2007 und 2017 verwendet.

Die Darstellung der zu erwartenden zukünftigen Entwicklung

- ◆ der Anzahl der Lebendgeborenen auf Ebene der Bundesländer und
- ◆ der Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter

wurde auf Grundlage von Daten der 14. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder vorgenommen (Datenbasis mit Stand 31.12.2018, Statistisches Bundesamt 2019b). Zugrunde gelegt wurde die Vorausberechnung in der mittleren Variante G2-L2-W2 mit einer Geburtenrate von 1,55 Kindern je Frau, einer Lebenserwartung bei Geburt im Jahr 2060 für Jungen von 84,4 Jahren und für Mädchen von 88,1 Jahre sowie einem langfristigen jährlichen Wanderungssaldo von durchschnittlich +221.000.²

Zur Darstellung der Entwicklung der Anzahl der Lebendgeborenen und der Frauen im gebärfähigen Alter wurden folgende Sonderauswertungen beim Statistischen Bundesamt angefragt und von diesem zur Verfügung gestellt:

- ◆ Vorausberechnung der Anzahl der Lebendgeborenen bis zum Jahr 2030 auf Ebene der Bundesländer und
- ◆ Vorausberechnung der Bevölkerung nach Geschlecht und Altersjahren bis zum Jahr 2030 auf Ebene der Bundesländer für die Darstellung der zukünftigen Entwicklung der Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter.

2.1.2 Krankenhausstatistik – Grunddaten der Krankenhäuser

Auf Basis der Krankenhausstatistik (Grunddaten der Krankenhäuser) wurde die zurückliegende Entwicklung folgender Merkmale für die Jahre 2007 bis 2017 (teilweise ab 1991) dargestellt (Statistisches Bundesamt 2018):

- ◆ Anzahl der Krankenhausstandorte mit Entbindungen
- ◆ Anzahl der Krankenhausstandorte mit festangestellten Hebammen auf Ebene der Bundesländer³
- ◆ Anzahl der festangestellten Hebammen in Krankenhäusern auf Ebene der Bundesländer
- ◆ Anzahl der Beleghebammen in Krankenhäusern auf Ebene der Bundesländer

² Für die Darstellung einer Bandbreite der Anzahl der Lebendgeborenen und der Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter im Jahr 2030 wurden darüber hinaus die Variante G1-L3-W1 (Geburtenrate: 1,4, Lebenserwartung: 86,2/89,6 Jahre, Wanderungssaldo: +147.000) als „Untergrenze“ sowie die Variante G3-L1-W3 (Geburtenrate: 1,7, Lebenserwartung: 82,5/86,4 Jahre, Wanderungssaldo: +311.000) als „Obergrenze“ betrachtet.

³ Die Anzahl der Krankenhausstandorte mit Beleghebammen ist in den Grunddaten nicht enthalten.

2.1.3 Daten der Strukturierten Qualitätsberichte

Die Daten der Strukturierten Qualitätsberichte (SQB) der Krankenhäuser für das Jahr 2017 stammen aus dem Datensatz, den der G-BA in maschinenlesbarer Form zur Verfügung stellt. Die Daten werden hier nur auszugsweise genutzt, insbesondere zur Recherche der Krankenhausstandorte mit einer Geburtshilfe, der Geburtenzahlen, der Kaiserschnitttrate sowie der Anzahl der im Krankenhaus tätigen Hebammen. Für die Kaiserschnitttrate und die Anzahl der im Krankenhaus tätigen Hebammen sind die SQB die einzige Quelle, die diese Daten grundsätzlich für alle Krankenhausstandorte enthält. Aus diesem Grund wurde sie für diese Studie herangezogen, auch wenn sie bezüglich der hier benötigten Variablen teilweise unvollständige oder unplausible Daten liefert. Eine vollständige, unveränderte Darstellung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser ist auf der Internetseite des G-BA (www.g-ba.de) verfügbar.

2.1.4 Daten des Unternehmens Milupa Nutrica

Das Unternehmen Milupa Nutrica erstellt seit dem Jahr 1990 jährlich die Milupa-Geburtenliste. Diese enthält die standortbezogenen jährlichen Geburtenzahlen. Die Daten werden durch den wissenschaftlichen Außendienst von Milupa Nutrica im Rahmen einer Abfrage bei den einzelnen Kliniken erhoben.⁴ Die aktuelle Milupa-Geburtenliste 2018 wurde – zusammen mit den SQB – zur Identifikation der Kliniken mit einer Geburtshilfe verwendet. Diese Information wurde sowohl als Grundlage für die Durchführung der Klinik- und Hebammenbefragung als auch für die Erreichbarkeitsanalysen verwendet. Die Daten der Milupa-Geburtenliste für die Jahre 2010 bis 2018 wurden einrichtungsbezogen miteinander verknüpft, um die Fallzahlentwicklung und die Schließung einzelner Standorte beschreiben zu können.

2.1.5 Regionale Unterschiede der Kaiserschnitttrate

Für die Darstellung der regionalen Unterschiede der Kaiserschnitttraten wurden drei unterschiedliche Verhältniszahlen betrachtet, und zwar jeweils die Anzahl der Kaiserschnitte (DRGs O01*) im Verhältnis zur Anzahl der

1. dokumentierten geburtshilflichen DRGs (O01*, O02*, O60*) (gemäß DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes, Statistisches Bundesamt 2019c),
2. Lebendgeborenen (gemäß der amtlichen Statistik der Geburten, Statistisches Bundesamt 2019a) und
3. Geburten (gemäß den Angaben in den Strukturierten Qualitätsberichten, G-BA 2019).

⁴ Vgl. dazu <https://www.presseportal.de/pm/53080/3836415>.

Die Verhältniszahlen wurden auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte bestimmt.

2.1.6 Schätzung der Vollzeitäquivalente der in Kliniken tätigen Hebammen

Die Anzahl der Hebammen nach Bundesländern ist in der amtlichen Krankenhausstatistik (Grunddaten der Krankenhäuser) nur als Personenzahl verfügbar, eine Umrechnung in Vollkräfte bzw. Vollzeitäquivalente (VZÄ) hingegen ist in den Grunddaten nach Bundesländern nicht ausgewiesen (vgl. Abschnitt 2.1.2). Daher wurde für diese Studie eine Schätzung der Anzahl der VZÄ der angestellten Hebammen und Beleghebammen nach Bundesländern für den Zeitraum 2007 bis 2017 vorgenommen. Die Schätzung stützt sich auf Sonderauswertungen der Grunddaten der Krankenhäuser zur Anzahl der vollzeit- und teilzeittätigen Hebammen sowie auf die Angaben zu den VZÄ der Beschäftigten des Funktionspersonals jeweils nach Bundesländern.⁵ Dabei wurde angenommen, dass das Verhältnis der Anzahl der VZÄ zur Anzahl der Personen nach Bundesländern bei den Hebammen in jedem Jahr den gleichen Wert annimmt wie bei den weiblichen Arbeitskräften des Funktionsdienstes insgesamt.

2.2 Erreichbarkeitsanalysen

Die Erreichbarkeit der Krankenhausstandorte, an denen im Jahr 2018 Geburten betreut wurden, wurde mithilfe der Software ArcGIS ermittelt. Berechnet wurden PKW-Fahrminuten und Kilometer. Als Datengrundlage diente das klassifizierte Straßennetz des digitalen Landschaftsmodells (DLM), die Analysen erfolgten auf der Ebene von Rasterzellen (Kantenlänge 1.000 m). Für diese Rasterzellen lagen auf Basis des Zensus 2011 Bevölkerungszahlen vor. Diese wurden mit Daten des Statistischen Bundesamtes zur Gesamtbevölkerung nach Alter und Geschlecht auf Gemeindeebene fortgeschrieben und angepasst, so dass der Analyse die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter (15-49 Jahre) auf Ebene der Rasterzellen zugrunde gelegt werden konnten.

In die Erreichbarkeitsanalyse wurden 682 Klinikstandorte einbezogen, die auf Basis der Angaben zu den Krankenhausstandorten und Geburtenzahlen für das Jahr 2018 in der Milupa-Liste identifiziert wurden. Die Adressen der Krankenhausstandorte aus der Milupa-Liste wurden mit den Angaben in den Strukturierten Qualitätsberichten (SQB) abgeglichen (G-BA 2019).

Da die Erreichbarkeitsberechnung nicht nur auf Entfernungen, sondern auch auf Fahrzeiten abstellt, sind die angenommenen durchschnittlichen Fahrgeschwindigkeiten ein zentraler Parameter der Analyse. Für die Modellierung wurden zwei verschiedene Geschwindigkeitsmodelle zugrunde gelegt:

⁵ Die Hebammen sind in der Tätigkeitsgruppe des Funktionspersonals enthalten.

- ◆ das Geschwindigkeitsmodell, das die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bei der ärztlichen Bedarfsplanung einsetzt („KBV-Modell“) und
- ◆ das Geschwindigkeitsmodell, das üblicherweise in der Verkehrs- und Raumplanung („VRP-Modell“) verwendet wird.

Die im KBV-Modell angesetzten Durchschnittsgeschwindigkeiten, differenziert nach Straßentyp, sind im Vergleich zu den Werten des VRP-Modells relativ niedrig (Tabelle 1). Dies führt für sich genommen zu einer geringeren Erreichbarkeit der Krankenhausstandorte mit Geburten im KBV-Modell verglichen zum VRP-Modell (vgl. Abschnitt 5.2).

Tabelle 1: Unterstellte Durchschnittsgeschwindigkeiten in km/h nach Geschwindigkeitsmodellen

	Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)		Verkehrs- und Raumplanung (VRP)	
	innerorts	außerorts	innerorts	außerorts
Bundesautobahn	80	120	100	100
Bundesstraße	22,5	55	40	75
Landes-, Staatsstraße	20	50	40	70
Kreisstraße	10	30	35	60
Gemeindestraße	10	15	25	35
Sonstige	10	10	15	15

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), IGES

Die Ergebnisse der Erreichbarkeitsberechnungen werden sowohl auf Ebene der 1 km²-Rasterzellen als auch aggregiert auf die Gemeindeebene dargestellt (siehe Abschnitt 5.2). Die international grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Geburtskliniken wurde nicht berücksichtigt, sie relativiert die teilweise schlechtere Erreichbarkeit in den grenznahen Regionen.

2.3 Befragung der Geburtskliniken

Ziel der Befragung der Geburtskliniken war es, zusätzliche, über die verfügbaren Sekundärdaten hinausgehende Informationen zur Situation der Hebammenversorgung in den Geburtskliniken zu gewinnen. Hierzu zählen u. a. detailliertere Informationen zu Arbeitszeiten und zur Arbeitsorganisation in der stationären Hebammenversorgung, zur Vergütung von Hebammen, zu Auslastungsschwankungen (Kapazitätsengpässen) und zu Vakanzen bei der Personalbesetzung.

2.3.1 Entwicklung des Fragebogens

Der Fragebogen für die Klinikbefragung wurde vom IGES Institut entwickelt. Hierfür wurde zunächst eine Entwurfsfassung erstellt, die nach Abstimmung mit dem Auftraggeber und Durchführung eines Pretests überarbeitet und finalisiert wurde.

Der Klinikfragebogen wurde für die Online-Befragung programmiert. Für die Online-Befragung wurde die Domain www.klinikbefragung-bund.de registriert.

Die Geburtskliniken erhielten vom IGES Institut ein Anschreiben, in dem der Hintergrund der Studie erläutert und die individuellen Zugangspasswörter für die Online-Befragung mitgeteilt wurden. Außerdem wurde auf die Option hingewiesen, dass der Fragebogen auf Wunsch als PDF-Datei zugesandt werden kann. In einem weiteren Anschreiben des Auftraggebers wurden die Klinikleitungen der Geburtskliniken darum gebeten, die Befragung zu unterstützen.

2.3.2 Durchführung der Befragung

Insgesamt wurden 694 Geburtskliniken (Standorte) in Deutschland angeschrieben. Hiervon verfügten 682 Krankenhausstandorte im gesamten Jahr 2018 über eine Geburtsklinik (primäre Grundgesamtheit).⁶ Hinzu kommen für die Befragung zwölf Krankenhausstandorte mit Geburten im Jahr 2017, die zu Jahresbeginn 2018 ihre Geburtsklinik geschlossen hatten (sekundäre Grundgesamtheit).

Um den Rücklauf zu erhöhen, wurde die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) am 28.03.2019 per Mail über die Befragung informiert und gebeten, sich über die Landeskrankenhausgesellschaften an die Geburtskliniken zu wenden und diesen die Teilnahme an der Befragung zu empfehlen.

Das Anschreiben des IGES Instituts und das Begleitschreiben wurden nach Freigabe durch den Auftraggeber Anfang April 2019 an die Klinikleitung des jeweiligen Krankenhauses versendet mit der Bitte, sich spätestens bis zum 17. Mai 2019 an der Befragung zu beteiligen. Grundsätzlich sollte die Befragung als Online-Befragung erfolgen. Viele Kliniken hatten jedoch Probleme, auf die Befragungsseite zuzugreifen und sich dort das Ansichtsexemplar des Fragebogens herunterzuladen; sie wendeten sich daher per Mail und telefonisch an das IGES Institut und baten um Zusendung des Fragebogens als PDF-Datei. In Gesprächen mit Kliniken zeigte sich, dass die Zugriffsprobleme auf die Befragungsseite durch erhöhte IT-Sicherheitseinstellungen der Krankenhäuser verursacht wurden: In der striktesten Form wurde der Link zum Ansichtsexemplar des Fragebogens auf der Befragungsseite von der Sicherheitssoftware des Krankenhauses gelöscht. In einer milderer Form konnten die Nutzer den Link zwar sehen, der Download des PDF-Dokuments wurde jedoch blockiert.

Bis zum 02.05.2019 hatten sich nur 48 Kliniken an der Befragung beteiligt. Daher kontaktierte das IGES Institut Anfang Mai 2019 alle Geburtskliniken, die sich noch

⁶ Die relevanten Klinikstandorte wurden vom IGES Institut auf Basis der Milupa-Liste 2018 und der Strukturierten Qualitätsberichte für das Jahr 2017 ermittelt.

nicht an der Befragung beteiligt hatten, per E-Mail, um den Rücklauf zu erhöhen. Diese E-Mails enthielten als Anlage den Fragebogen als ausfüllbare PDF-Datei. Diese PDF-Datei konnte per E-Mail oder postalisch zurückgesandt werden.

Zudem wurde die DKG erneut gebeten, die Befragung zu unterstützen. Diese richtete sich mit Rundschreiben Nr. 175/2019 (mit Datum vom 2. Mai) an die Landeskrankenhausgesellschaften und bat diese, die ihnen angeschlossenen Geburtskliniken zu informieren.

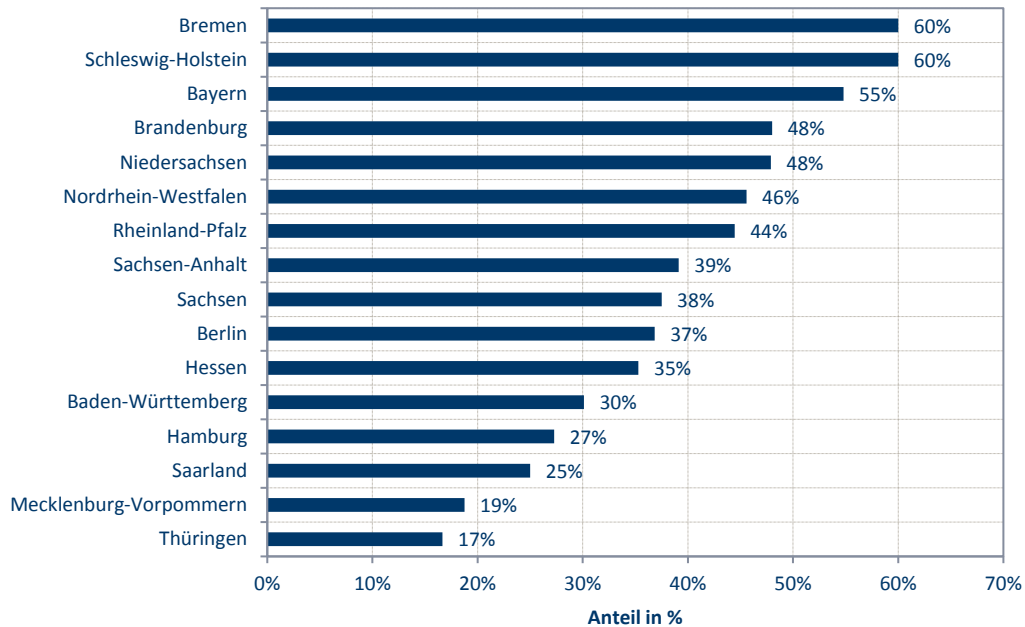
2.3.3 Teilnahme an der Befragung

Von den angeschriebenen 682 Krankenhausstandorten mit einer Geburtsklinik im Jahr 2018 teilten vier Geburtskliniken mit, dass sie im Jahr 2019 keine Geburtshilfe mehr anbieten und deshalb nicht an der Befragung teilnehmen. Von den zwölf Kliniken, in denen gemäß Milupa-Liste im Jahr 2018 keine Geburten mehr stattfanden, teilte ein Krankenhausstandort mit, dass dort – entgegen den Angaben der Milupa-Liste – im Jahr 2018 Geburten stattfanden, die Geburtshilfe aber noch im selben Jahr geschlossen wurde. Diese Klinik nahm daher an der Befragung teil.

Bis zum 17. Mai beteiligten sich insgesamt 175 Klinikstandorte an der Befragung. In Abstimmung mit dem Auftraggeber wurde der Befragungszeitraum bis zum 17. Juni verlängert. Fragebögen, die bis zum 7. Juli eingingen, wurden noch berücksichtigt. Insgesamt beteiligten sich 287 Kliniken an der Befragung. Unter Berücksichtigung der relevanten Krankenhausstandorte ergibt sich somit ein Gesamtrücklauf von 42 %.

An der Befragung haben sich die Klinikstandorte mit jeweils 60 % am stärksten in Bremen (n = 5) und Schleswig-Holstein (n = 20) beteiligt, gefolgt von Bayern (n = 57) mit 55 % sowie Brandenburg (n = 25) und Niedersachsen (n = 71) mit jeweils 48 % (Abbildung 1). Mit 25 % im Saarland (n = 19), 19 % in Mecklenburg-Vorpommern (n = 16) und 17 % in Thüringen (n = 24) fiel die Beteiligungsquote dort im Vergleich zu den anderen Bundesländern geringer aus.

Abbildung 1: Anteil der Kliniken mit Teilnahme an der Befragung nach Bundesland, 2018



Quelle: IGES
Anmerkungen: n = 287

2.4 Befragung der Hebammen

Im Mittelpunkt der Befragung der in Geburtskliniken tätigen Hebammen stehen vertiefende Informationen zu Beschäftigungsumfang und Arbeitszeiten, zum Tätigkeitsspektrum, zur Arbeitsbelastung und zur Zufriedenheit der Hebammen mit ihren Arbeitsbedingungen. Darüber hinaus wurde die Einkommenssituation thematisiert.

2.4.1 Entwicklung des Fragebogens

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

- ◆ berufliche Situation
- ◆ Tätigkeit und Arbeitszeiten (Umfang freiberuflicher und von Tätigkeiten im Angestelltenverhältnis)
- ◆ Tätigkeitsspektrum (Aufgaben und Zeitaufwände im Krankenhaus)

- ◆ Zufriedenheit und Einstellungen zum Hebammenberuf (inkl. Bewertung der Arbeitsbelastung)
- ◆ Entwicklung der Arbeitsbedingungen
- ◆ Entwicklung der Arbeitszeiten
- ◆ Einkommen im Jahr 2018
- ◆ Angaben zur Person

Zum Abschluss der Befragung hatten die Hebammen die Gelegenheit, offene Anmerkungen zur Befragung zu machen.

Der Fragebogen wurde vom Auftraggeber sowie Vertreterinnen des Deutschen Hebammenverbandes e. V. (DHV) kommentiert und auf Basis der Anmerkungen in Abstimmung mit dem Auftraggeber finalisiert. Über einen Pretest wurde die Verständlichkeit des Fragebogens überprüft.

Der final abgestimmte Fragebogen wurde für die Online-Befragung programmiert. Hierzu wurde die eigene Domain www.hebammenbefragung-bund.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.

2.4.2 Durchführung der Befragung

An jede Geburtsklinik wurde am 17. Mai 2019 eine E-Mail mit einer Erläuterung zum Hintergrund der Hebammenbefragung versandt und auf die beigefügte Datei mit Zugangsanschriften für die Hebammen hingewiesen. Die Kliniken wurden gebeten, diese Zugangsanschriften bis Ende Mai an die bei Ihnen tätigen Hebammen weiterzuleiten. Jedes der Anschreiben enthielt ein individuelles Zugangspasswort für die in der jeweiligen Klinik tätigen Hebammen für die Online-Befragung. Die Anzahl der Unterlagen richtete sich nach der in der Milupa-Liste angegebenen Zahl an Geburten und der darauf beruhenden pauschalen Schätzung der Hebammenanzahl. Bei Bedarf wurden weitere Zugangspasswörter an die Kliniken versendet. Von dieser Möglichkeit wurde vereinzelt Gebrauch gemacht.

Dreistufiges Erhebungsverfahren

Zunächst wurden die Online-Befragungszugänge für die Hebammen den Klinikleitungen zur Weiterleitung per E-Mail zugesandt. Im zweiten Schritt wurden alle Kreißsäle per Post erneut mit den vollständigen Zugangsunterlagen angeschrieben. Im dritten Schritt wurde über einen offenen Link in einem DHV-Sondernewsletter an die Mitglieder die Befragungsteilnahme ermöglicht. Auf Nachfragen wurden Befragungsunterlagen auch direkt an leitende Hebammen übermittelt (ca. 35 Kliniken). Dieses vergleichsweise aufwändige Verfahren war notwendig, weil keine Adressdatenbank existiert, auf deren Basis man die in Krankenhäusern tätigen Hebammen hätte direkt anschreiben können. Nicht alle an Krankenhäusern

tätigen Hebammen sind im DHV vertreten. Die alternative Ansprache von Hebammen in den Krankenhäusern erfordert eine Information und ggf. Einwilligung der Klinikleitungen und der Personal-/Betriebsräte. Dies wurde durch den ersten Schritt des mehrstufigen Vorgehens gewährleistet. Um hierdurch auftretende Teilnahmehemmnisse zu reduzieren, wurden die weiteren Schritte zusätzlich durchgeführt. Alle Erhebungsstufen wurden durch Informationen des DHV an seine Mitglieder unterstützt.

Befragungszeitraum

Die Befragung startete durch den Versand der Erhebungsunterlagen Ende Mai 2019 mit einer Rücklauffrist bis zum 24. Juni 2019. Der Befragungszeitraum wurde bis zum 10. Juli 2019 verlängert.

2.4.3 Teilnahme an der Befragung

Insgesamt haben 2.264 Hebammen aus 483 Geburtskliniken an der Befragung teilgenommen. Das entspricht einer Rücklaufquote von 20,2 % der ca. 11.200 in Krankenhäusern tätigen Hebammen⁷ aus 70,9 % aller Kliniken. Über die „geschlossene“ Befragung, also eine Teilnahme über ein in der Klinik erhaltenes Passwort, haben 70 % der Hebammen teilgenommen (n = 1.585), die übrigen 30 % der Hebammen haben über die offene Befragung teilgenommen (n = 679).

Von einem Teil der Kliniken (23 %) hat jeweils nur eine Hebamme teilgenommen. Eine Stichprobe von 30 telefonischen Nachfragen bei den Kreißsälen hat ergeben, dass diesen Fällen in der Regel eine Entscheidung der dort tätigen Hebammen zugrunde lag, dass nur eine Hebamme stellvertretend teilnimmt, wodurch die Rücklaufquote der Hebammen von 20,2 % tendenziell eher etwas unterzeichnet sein dürfte.

Die Teilnehmerinnen der offenen Befragung (Link im DHV-Sondernewsletter) haben in einer Zusatzfrage den Namen ihrer Klinik angegeben und konnten überwiegend den 678 Kliniken zugeordnet werden. Teilnehmerinnen, die angaben, nicht in einer Klinik tätig zu sein, wurden nicht in die Auswertung einbezogen. Aus den Daten ergeben sich keine Auffälligkeiten dahingehend, dass Hebammen einer Klinik gehäuft bzw. mehrfach teilgenommen hätten.

Die Kliniken der Teilnehmerinnen verteilen sich mit geringen Unterschieden auf die Regionen (Nord-Ost-Süd-West sowie städtisch/ländlich). Schwerpunkte zeigen sich in der Beteiligung der Hebammen aus Großstädten und großen Kliniken mit 1.000 Geburten und mehr. Insgesamt sind in keiner der Gruppen unter 43 % der Kliniken repräsentiert. Die Ergebnisse werden je nach Relevanz für die Fragestellung regional sowie nach Klinikgröße ausgewertet.

⁷ Gemäß Daten des Statistischen Bundesamtes waren im Jahr 2017 insgesamt 11.233 Hebammen in Krankenhäusern als Angestellte oder Beleghebammen tätig.

Der weit überwiegende Anteil (94 %) der Hebammen, die den Fragebogen ausgefüllt haben (n = 2.264), war im Jahr 2018 im Krankenhaus tätig (Tabelle 2). In diesem Zeitraum waren 4 % der Hebammen nicht im Krankenhaus tätig und 2 % auch darüber hinaus nicht.

Tabelle 2: Subgruppen der Befragungsteilnahme hinsichtlich beruflicher Tätigkeit im Krankenhaus, 2018

Subgruppe	Anzahl	Anteil
im Krankenhaus tätig	2.117	94%
nicht im Krankenhaus tätig	46	2%
nicht aktiv	101	4%
insgesamt	2.264	100%

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Diejenigen Hebammen, die im Jahr 2018 nicht aktiv waren (n = 101), waren zu knapp einem Drittel erst weniger als ein Jahr und zu 41 % mehr als fünf und weniger als 15 Jahre lang als Hebamme tätig gewesen (Tabelle 3).

Tabelle 3: Verteilung der im Jahr 2018 beruflich inaktiven Hebammen nach Dauer der Berufsausübung

Dauer Berufsausübung	Anzahl	Anteil
weniger als 1 Jahr	32	31,7 %
1 bis 5 Jahre	15	14,9 %
mehr als 5 Jahre bis 15 Jahre	41	40,6 %
mehr als 15 Jahre	10	9,9 %
„Ich habe nie als Hebamme gearbeitet.“	3	3,0 %
insgesamt	101	100 %

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Die nicht-aktiven Hebammen gaben zu 56 % (n = 98) als Grund für ihre Nicht-Aktivität Mutterschutz oder Elternzeit an (keine Angabe = 3).

Die nachfolgenden Darstellungen der Befragungsergebnisse konzentrieren sich auf die Gruppe der 2.117 Hebammen, die im Jahr 2018 im Krankenhaus tätig waren.

2.5 Befragung von Müttern

Im Rahmen einer repräsentativen schriftlichen Befragung (Paper & Pencil sowie online) wurden zufällig ausgewählte Mütter im Alter von mindestens 18 Jahren

über ihre Erfahrungen mit der Hebammenbetreuung während der Entbindung befragt. Ziel war es, durch die Mütterbefragung eine valide Datenbasis für die Bewertung der Versorgungssituation zu erhalten.

2.5.1 Entwicklung des Fragebogens

Der Entwurf des Fragebogens wurde in einem Pretest auf Verständlichkeit getestet und überarbeitet.

Der Fragebogen umfasst folgende Themen:

- ◆ Auswahl des Geburtsorts und Anmeldung/Anreise
- ◆ Betreuung durch Hebammen und ärztliches Personal während der Geburt
- ◆ 1:1-Betreuung durch Beleghebammen
- ◆ Angaben zur Person (inkl. Mehrlingsgeburten/Erstgebärende/Komplikationen/Kaiserschnittgeburten)

Der Mütterfragebogen wurde für die optionale Online-Befragung programmiert. Für diese Online-Befragung wurde die Domain www.muetterbefragung-bund.de registriert.

Für die Befragung wurden ein Anschreiben und ein Informationsblatt zum Datenschutz und Online-Zugang erstellt. Für Rückfragen zur Befragung waren sowohl eine E-Mail-Adresse als auch eine Ansprechpartnerin beim IGES Institut angegeben. Des Weiteren wurde auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen und die Frist für das Einreichen des ausgefüllten Fragebogens genannt (Laufzeit der Befragung: fünf Wochen).

2.5.2 Stichprobenziehung

Auswahl der Grundgesamtheit

Zunächst wurde die Grundgesamtheit festgelegt, aus welcher die Stichprobe der zu befragenden Mütter per Zufallsauswahl gezogen wurde. Eine Prämisse für die Bestimmung der Grundgesamtheit stellte der Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Hebammenleistungen dar: Diese sollte zum einen noch nicht zu lange zurückliegen, damit die befragten Mütter noch möglichst detailliert Auskunft über die von ihnen erlebte Hebammenversorgung geben konnten. Zum anderen sollte die Inanspruchnahme weitgehend abgeschlossen sein, um alle Aspekte der Hebammenbetreuung rund um die Geburt mit der Befragung abdecken zu können. Ausgehend vom geplanten Start der Befragung im Mai 2019 wurden als Grundgesamtheit die Mütter mit Wohnort in Deutschland festgelegt, die im Zeitraum von Januar 2018 bis Ende Januar 2019 ein Kind zur Welt gebracht hatten.

Design der Stichprobe und Stichprobengröße

Bei einer Grundgesamtheit von – für das Jahr 2018 geschätzt – mehr als 750.000 Müttern mit Geburten in Deutschland liegt der niedrigste empfohlene Stichprobenumfang (netto) bei einer zugrunde gelegten Genauigkeit (Stichprobenfehler) von fünf Prozentpunkten und einer Sicherheit (Konfidenzintervall) von 95 % bei rd. 384 zu befragenden Müttern.

Für eine ausreichend große Beobachtungszahl für Auswertungen differenziert nach städtischer vs. ländlicher Region sowie nach relevanten soziodemografischen Merkmalen (Alter, Bildungsabschluss, Anzahl der bisherigen Geburten, Migrationshintergrund, Mehrfachgeburt) und einzelnen Ergebniskategorien (z. B. Wunschgeburtsort) wurde der als notwendig erachtete Stichprobenumfang um den Faktor vier erhöht. Dies ergibt eine Nettostichprobengröße von ca. 1.536 Fragebögen. Für die Merkmale Migrationshintergrund und Mehrfachgeburt werden bei dieser Stichprobengröße keine ausreichend große Anzahl für repräsentative Aussagen innerhalb dieser Gruppen erwartet. Es können jedoch Vergleiche auf Gesamtebene in Bezug auf die Fragestellungen erfolgen.

Basierend auf bisherigen Erfahrungen mit schriftlich durchgeführten Bevölkerungsbefragungen wurde konservativ eine Rücklaufquote von ca. 30 % angenommen. Daraus ergab sich eine Bruttostichprobengröße von ca. 5.120 zu befragenden Müttern, die sich jeweils hälftig auf ländliche und städtische Kreise verteilen.

Dezentrale Melderegisterauskunft

Für den Zugang zu den Adressdaten einer Zufallsauswahl von 5.120 Müttern mit ländlichem und städtischem Wohnort, die im Zeitraum von Januar 2018 bis Ende Januar 2019 ein Kind zur Welt gebracht haben, wurde eine Melderegisterauskunft (Gruppenauskunft) bei 108 zufällig ausgewählten Gemeinden angefragt. Die Zufallsauswahl der Gemeinden erfolgte geschichtet nach Kreistypen (städtisch/ländlich: kreisfreie Großstädte, städtische Kreise und ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen, dünn besiedelte ländliche Kreise) und in gleichen Umfängen aus den Großregionen Ost, West, Nord und Süd. Insgesamt 81 Gemeinden beteiligten sich an der Adressrekrutierung. Die Größe der Stichprobe variiert von Gemeinde zu Gemeinde. Bei kleinen Gemeinden wurden alle Mütter des benannten Zeitraums angeschrieben, bei Großstädten wurde die Anfrage von vorneherein auf eine Zufallsauswahl von hundert Müttern beschränkt. In den übrigen Gemeinden wurden proportional zur Zielstichprobe (5.120 Mütter, hälftig städtisch/ländlich) Zufallsstichproben aus den gelieferten Melderegisterauszügen gezogen.

2.5.3 Durchführung der Befragung

Die zufällig ausgewählten Mütter erhielten einen Brief vom IGES Institut mit einem Anschreiben und einem Informationsblatt zum Datenschutz, dem Fragebogen sowie einem frankierten und adressierten Rückumschlag („Porto zahlt Empfänger“).

Da weder der Fragebogen noch die Rückumschläge eine personenbezogene Kennung enthielten, war zu keiner Zeit ein Rückschluss von den ausgefüllten Fragebögen auf einzelne Personen möglich. Eine Verknüpfung zwischen den eingegangenen ausgefüllten Fragebögen/Rückumschlägen und den Adressen der Mütter ist ausgeschlossen.

Damit auch bei der Online-Befragung die Anonymität gewährleistet wird, enthielt das personalisierte Anschreiben keinen persönlichen Zugangscode. Dieser individuelle Zugangscode wurde den Müttern durch ein gesondertes, nicht-personalisiertes Informationsschreiben mitgeteilt, das ihnen zufällig zugeordnet wurde. Da die Kuvertierung der Erhebungsunterlagen von einer externen Druckerei durchgeführt wurde, konnte das IGES Institut zu keiner Zeit die ausgefüllten Online-Fragebögen den Kontaktdaten der Frauen zuordnen.

Die Befragung startete Ende Mai 2019. Als Rücklauffrist wurde in dem Anschreiben der 30. Juni 2019 festgelegt.

2.5.4 Teilnahme an der Befragung

An der Befragung haben sich insgesamt 1.770 Mütter beteiligt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 35,2 % (94 der 5.120 Anschreiben waren nicht zustellbar). Allerdings gab es zwischen den vier Regionskategorien Unterschiede bezüglich der Rücklaufquote: Während in dünn besiedelten ländliche Kreisen 48 % (n = 524) der angeschriebenen Mütter teilnahmen, waren es in ländlichen Kreise mit Verdichtungsansätzen 29 % (n = 424) und in städtischen Kreisen 30 % (n = 428). In den kreisfreien Großstädten beteiligten sich 35 % (n = 387) der Mütter.

Online nahmen 17 % der Mütter an der Befragung teil, der Großteil füllte den Papierfragebogen aus. Ein Unterschied in der Bewertung der Hebammenversorgung aufgrund der unterschiedlichen Erhebungsarten besteht nach Prüfung der Antwortverteilungen nicht.

3. Auswertung bisheriger Studien

Spätestens seit der vom Deutschen Hebammenverband im Jahr 2010 initiierten E-Petition zur Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung von Frauen mit Hebammenhilfe und zur freien Wahl des Geburtsortes wird die Hebammenversorgung gesundheitspolitisch intensiv diskutiert. Während zu Beginn die finanzielle Situation der freiberuflichen Hebammen im Vordergrund stand (insbesondere im Zusammenhang mit dem Anstieg der Berufshaftpflichtprämien), verlagert sich der Fokus der Diskussion zunehmend auf die stationäre Hebammenversorgung.

In den vergangenen Jahren wurden zahlreiche Erhebungen unter Hebammen und Geburtskliniken durchgeführt und auf deren Grundlage Studien zur Situation der Hebammenversorgung erstellt. Häufig handelte es sich dabei um Studien mit einem regionalen Bezug (Bundesländer). Im Folgenden werden wesentliche Ergebnisse dieser Studien zusammenfassend dargestellt, die sich auf die stationäre Hebammenversorgung beziehen. Im Vordergrund steht hierbei die Arbeitssituation der Hebammen in den Geburtskliniken, die Kapazitätssituation der Geburtskliniken und die Zufriedenheit von Schwangeren/Müttern mit der stationären Hebammenversorgung. Darüber hinaus werden Ergebnisse der wissenschaftlichen Literatur zum Thema Mindestmengen in der Geburtshilfe überblicksartig dargestellt.

3.1 Studien zur Versorgung mit Hebammenleistungen

3.1.1 Situation der Hebammen an den Geburtskliniken

3.1.1.1 Beschäftigungsverhältnisse der Hebammen

Gemäß einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts aus dem Jahr 2018 waren an 44 % der geburtshilflichen Abteilungen freiberufliche Hebammen tätig (DKI 2018). Dabei zeigte sich ein Zusammenhang zur Bettenzahl der Krankenhäuser, wonach der Anteil der Beleghebammen in kleineren Krankenhäusern höher ist: Während in 62 % der Krankenhäuser mit bis zu 299 Betten Beleghebammen tätig waren, lag der entsprechende Anteil bei den Krankenhäusern ab 600 Betten nur bei 30 %. Im Mittel waren 7,7 Beleghebammen in den geburtshilflichen Abteilungen tätig (DKI 2018).

3.1.1.2 Arbeitszeiten der Hebammen

Vollzeit- versus Teilzeitbeschäftigung

Eine Umfrage aus dem Jahr 2015 des Deutschen Hebammenverbands in Zusammenarbeit mit dem Picker Institut zeigt, dass jede fünfte der befragten angestellten Hebammen in Vollzeit am Krankenhaus arbeitete (Deutscher Hebammenverband 2016). Jede dritte Hebamme arbeitete weniger als 20 Stunden pro Woche in einem Angestelltenverhältnis.

Zwischen den einzelnen Bundesländern variiert die Vollzeitquote der angestellten Hebammen. In Thüringen zeigten Befragungsergebnisse eine Vollzeitquote der angestellten Hebammen von rund 16 % für das Jahr 2014 (Loos et al. 2015). In Baden-Württemberg war im Jahr 2015 ungefähr jede vierte angestellte Hebamme in Vollzeit tätig (Kohler und Bärnighausen 2018). Nach einer Vollerhebung an den Berliner Kliniken mit Geburtshilfe lag die Vollzeitquote von angestellten Hebammen im Jahr 2017 bei ungefähr einem Drittel (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung 2017).

Gemäß einer Befragung der Bremer Geburtskliniken arbeitete im Jahr 2016 jede angestellte Hebamme durchschnittlich im Umfang von 0,61 Vollzeitäquivalenten (Huter et al. 2017). Dieser im Vergleich zu anderen Berufsgruppen relativ niedrige Wert wurde auch damit begründet, dass etwa ein Drittel der Hebammen neben der Tätigkeit in einem Angestelltenverhältnis zusätzlich freiberuflich tätig ist.

Befragungen von Hebammen aus Bayern, Sachsen und Sachsen-Anhalt zeigen einen deutlichen Unterschied der Wochenarbeitszeit in einem Angestelltenverhältnis zwischen Hebammen, die ausschließlich angestellt tätig sind, und Hebammen, die kombiniert angestellt und freiberuflich tätig sind. In Bayern lag die Vollzeitquote in einem Angestelltenverhältnis bei den ausschließlich angestellt tätigen Hebammen bei rund 66 % (Sander et al. 2018a), in Sachsen-Anhalt bei rund 55 % (Sander et al. 2018b) und in Sachsen bei rd. 44 % (Sander et al. 2019). Waren die Hebammen kombiniert angestellt und freiberuflich tätig, lag die Vollzeitquote im Angestelltenverhältnis in Bayern immerhin bei 21 %, in Sachsen bei 13 % und in Sachsen-Anhalt bei 11 %. Ausschließlich freiberuflich tätige Hebammen sind häufiger in Vollzeit tätig (Bayern 66 %, Sachsen 68 %, Sachsen-Anhalt 84 %).

Veränderungen der Wochenarbeitszeit

Im Rahmen einer Hebammenbefragung des IGES Instituts aus dem Jahr 2012 gaben mehr als die Hälfte (55 %) der Hebammen an, dass ihre Wochenarbeitszeit in einem Angestelltenverhältnis in den letzten fünf Jahren ungefähr gleich geblieben ist. Mehr als jede vierte Hebamme (27 %) berichtete von einem Anstieg, 3 % von einem starken Anstieg der Wochenarbeitszeit. Für freiberufliche Tätigkeit wurde häufiger ein Anstieg der Arbeitszeit in den letzten fünf Jahren angegeben als für die Tätigkeit im Anstellungsverhältnis.

In den jüngeren Hebammenbefragungen der einzelnen Bundesländer zeigte sich jeweils ein weitaus höherer Anteil der angestellten Hebammen mit einer Arbeitszeitausweitung in den letzten fünf Jahren. So lag der Anteil der befragten angestellt tätigen Hebammen mit einem (deutlichen) Anstieg der Arbeitszeit in den letzten fünf Jahren in Baden-Württemberg bei rund 71 %, der entsprechende Anteil unter den freiberuflichen Hebammen bei rund 80 % (Kohler und Bärnighausen 2018). In Bayern gaben rund 60 % der teilnehmenden angestellten Hebammen einen (deutlichen) Anstieg der Arbeitszeit in den letzten fünf Jahren an (freiberufliche Hebammen: 67 %). Mehr als jede zweite angestellte Hebamme gab an, dass diese Arbeitszeitveränderung eher ungeplant war; als Hauptgründe dafür wurden die Personalausstattung sowie eine Erhöhung der Geburtenzahl angeführt (Sander et

al. 2018a). In Thüringen lag der Anteil der angestellten Hebammen mit einem (deutlichen) Anstieg der Arbeitszeit bei rund 58 % (Loos et al. 2015), in Sachsen bei rund 56 %⁸ (Sander et al. 2019) und in Sachsen-Anhalt bei rund 42 % (Sander et al. 2018b). Auch in Sachsen und Sachsen-Anhalt wurde die Arbeitszeitausweitung von den angestellten Hebammen hauptsächlich mit der Personalausstattung sowie dem Geburtenanstieg begründet.

Überstunden

Im Rahmen der Hebammenbefragung durch das Picker Institut gaben insgesamt 89 % der angestellt tätigen Hebammen mit mehr als 30 Stunden Wochenarbeitszeit an, regelmäßig Überstunden bzw. Mehrarbeit zu leisten, 26 % mehr als 20 Überstunden im Monat. Aber auch in der Gruppe derjenigen, die bis 20 Stunden / Woche tätig waren, habe jede vierte Hebamme im Durchschnitt mehr als 20 Überstunden im Monat geleistet (Deutscher Hebammenverband 2016). Die zu leistenden Überstunden wurden von mehr als der Hälfte (54 %) der befragten Hebammen als belastend bewertet. In der Vergleichsgruppe (andere an der Patientenversorgung beteiligte Berufsgruppen) gaben lediglich 37 % an, die Überstunden als belastend zu empfinden (Deutscher Hebammenverband 2016).

Auch in den Hebammenstudien auf Bundeslandebene zeigte sich, dass durchschnittlich zwischen 13 und 16 Überstunden pro Monat weit verbreitet sind, und zwar im Wesentlichen unabhängig von einer Voll- oder Teilzeittätigkeit. In Bayern leisteten die angestellten Hebammen im Jahr 2016 durchschnittlich 13,5 Überstunden pro Monat; die Angaben unterscheiden sich dabei zwischen Hebammen in Voll- bzw. Teilzeitbeschäftigung kaum (Sander et al. 2018a). Ausschließlich angestellt tätige Hebammen leisteten in Sachsen-Anhalt gemäß eigenen Angaben durchschnittlich monatlich 13 Überstunden, mit einem Minimum von vier und einem Maximum von 30 Überstunden im Monat. Die angestellten Hebammen in Vollzeit leisteten danach mit durchschnittlich 15 Stunden pro Monat im Schnitt zwei Überstunden mehr als die angestellten Hebammen in Teilzeit mit durchschnittlich 13 Überstunden pro Monat (Sander et al. 2018b). In Sachsen leisteten Hebammen, die ausschließlich angestellt tätig waren, durchschnittlich 15 Überstunden pro Monat, in Vollzeit 16 Überstunden (Sander et al. 2019).

3.1.1.3 Betreuungsverhältnis im Kreißsaal

In der Hebammenbefragung durch das Picker Institut im Jahr 2015 gab fast die Hälfte (46 %) der im Kreißsaal tätigen Hebammen an, häufig drei Frauen parallel zu betreuen, rund 13 % betreuten gemäß eigenen Angaben häufig vier Frauen und rund 5 % mehr als vier Frauen (Deutscher Hebammenverband 2016). Mehr als die Hälfte (55 %) der befragten angestellten Hebammen gab an, dass sich die Anzahl der zu betreuenden Frauen in den letzten drei Jahren stark erhöht habe, ungefähr

⁸ Bezogen auf die ausschließlich angestellt tätigen Hebammen. Bei Hebammen, die kombiniert angestellt und freiberuflich tätig waren, lag der entsprechende Anteil bei rund 48 % (Sander et al. 2019).

ein weiteres Drittel (32 %) der Hebammen berichtete von einem leichten Anstieg der Anzahl der parallel zu betreuenden Frauen. Bei der Anzahl der in den Ambulanzen parallel zu betreuenden Frauen gaben rund 63 % der Hebammen einen starken Anstieg in den letzten drei Jahren an (Deutscher Hebammenverband 2016).

Auch gemäß der baden-württembergischen Hebammenbefragung betreute mehr als die Hälfte der befragten angestellten Hebammen mindestens einmal wöchentlich drei Frauen gleichzeitig.⁹ Rund 14 % der angestellten Hebammen gaben an, wöchentlich mindestens vier oder mehr Frauen gleichzeitig zu betreuen; rund 29 % betreuten dagegen nie oder fast nie mehr als drei Frauen gleichzeitig (Kohler und Bärnighausen 2018).

Zwischen den Bundesländern zeigten sich vergleichsweise starke Unterschiede im Betreuungsschlüssel. In Bayern, Sachsen und Sachsen-Anhalt wurden die angestellten Hebammen bzw. die Beleghebammen im Schichtdienst zur Anzahl der gleichzeitig zu betreuenden Gebärenden während einer „üblichen“ Schicht befragt. In Bayern gaben mehr als die Hälfte der angestellten Hebammen an, zwei Gebärende gleichzeitig zu betreuen, ein Drittel betreute üblicherweise drei Gebärende gleichzeitig (Tabelle 4).

Tabelle 4: Übersicht über Betreuungsschlüssel in Bayern, Sachsen und Sachsen-Anhalt auf Basis der Ergebnisse von Hebammenbefragungen

Anteil der angestellten Hebammen mit gleichzeitiger Betreuung von				
	1 Gebärenden	2 Gebärenden	3 Gebärenden	mehr als 3 Gebärenden
Schicht mit einer durchschnittlichen Anzahl Gebärender („übliche Schicht“)				
Bayern	6 %	53 %	33 %	8 %
Sachsen*	18 %	53 %	23 %	6 %
Sachsen-Anhalt	13 %	76 %	9 %	2 %
Schicht mit einer überdurchschnittlichen Anzahl Gebärender				
Bayern	4 %	5 %	29 %	62 %
Sachsen*	1 %	3 %	27 %	69 %
Sachsen-Anhalt	0 %	11 %	44 %	46 %

Quelle: Sander et al. 2018a, Sander et al. 2018b, Sander et al. 2019

Anmerkungen: * Sachsen: Anteile beziehen sich auf ausschließlich angestellt tätige Hebammen.

⁹ Die Hebammen wurden gefragt, wie häufig sie drei Geburten gleichzeitig betreuen müssen; dabei gab es folgende Antwortmöglichkeiten: wöchentlich oder öfter, monatlich, vierteljährlich, halbjährlich, jährlich, nie / fast nie.

Bei rund 8 % wurden üblicherweise mehr als drei Frauen unter der Geburt gleichzeitig betreut. Eine 1:1-Betreuung konnten nur 6 % der angestellten Hebammen üblicherweise während einer Schicht leisten. In Sachsen betreute etwas mehr als die Hälfte der ausschließlich angestellt tätigen Hebammen üblicherweise zwei Gebärende gleichzeitig, rund 30 % betreuten mindestens drei Gebärende gleichzeitig (Sander et al. 2019). In Sachsen-Anhalt dagegen gab lediglich etwas mehr als jede zehnte angestellte Hebamme an, in einer üblichen Schicht mehr als drei Gebärende zur gleichen Zeit betreuen zu müssen; mehr als drei Viertel der Hebammen betreute üblicherweise zwei Gebärende gleichzeitig (Sander et al. 2018b). In einer Schicht mit einer eher überdurchschnittlichen Anzahl an Gebärenden betreuten rund 69 % der ausschließlich angestellten Hebammen in Sachsen mehr als drei Gebärende zur gleichen Zeit (Sander et al. 2019). In Bayern lag der entsprechende Anteil bei rund 62 % (Sander et al. 2018a) und in Sachsen-Anhalt bei rund 46 % der angestellten Hebammen (Sander et al. 2018b).

In Bayern war in einer Schicht mit einer durchschnittlichen Anzahl Gebärender eine 1:1-Betreuung bei den Beleghebammen deutlich häufiger möglich als bei den angestellten Hebammen. Auch ein Betreuungsschlüssel von einer Hebamme zu zwei Gebärenden war bei den Beleghebammen häufiger als bei den angestellten Hebammen (Sander et al. 2018a).

Bei einer Befragung der Geburtskliniken in Thüringen gaben die teilnehmenden Kliniken (n = 14) an, dass eine angestellte Hebamme oder eine Beleghebamme im Schichtdienst im Durchschnitt 1,8 Frauen (Min: 1; Max: 5) gleichzeitig betreue. Bei einem Rückblick auf die letzten sieben Tage seien etwa die Hälfte der Geburten im Verhältnis 1:1 betreut worden, weitere 37 % der Geburten im Verhältnis 1:2, 6 % im Verhältnis 1:3, und bei 3 % der Geburten betreute eine Hebamme vier oder mehr Frauen gleichzeitig (Loos et al. 2015).

Bei der Klinikbefragung in Berlin schwankten die Angaben der Geburtskliniken zwischen 1 bis 2 sowie 1 bis 3 Geburten, die gleichzeitig zu betreuen sind. Diese wurde darauf zurückgeführt, dass die Quote stark vom aktuellen, nicht planbaren, Aufkommen an Entbindungen abhinge (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung 2017).

3.1.1.4 Tätigkeitsspektrum und Einsatzorte der Hebammen

In der Thüringer Hebammenstudie machten sieben Kliniken Angaben zu den Einsatzorten der angestellten Hebammen: Gemessen in Vollzeitäquivalenten entfielen die Stellen der angestellten Hebammen zu 87 % auf den Kreißaal, zu 11 % auf die stationäre Betreuung und zu 2 % auf die Ambulanz (Loos et al. 2015).

In einer Hebammenbefragung des Picker Instituts im Auftrag des Deutschen Hebammenverbandes gaben knapp zwei Drittel der Hebammen an, ständig bzw. häufig Aufgaben außerhalb des eigentlichen Arbeitsbereichs erledigen zu müssen (Deutscher Hebammenverband 2016). In der bayerischen Hebammenbefragung gaben die angestellten Hebammen an, rund 27 % ihrer Zeit mit Tätigkeiten jenseits der

direkten Betreuung von Frauen zu verbringen. Dazu gehörten Verwaltungsaufgaben (12 %), logistische Arbeiten (6 %), Reinigungsarbeiten und Assistenz Tätigkeiten (jeweils rund 5 %) (Sander et al. 2018a). In Sachsen-Anhalt lag der entsprechende Anteil an „hebammenfremden“ Tätigkeiten insgesamt bei rund 29 % (Sander et al. 2018b) und in Sachsen bei rund 30 % (Sander et al. 2019).

In der Thüringer Hebammenstudie gaben 85 % der Kliniken an, dass angestellt tätige Hebammen oder Beleghebammen im Schichtdienst auch Tätigkeiten im Bereich des Bestellwesens ausüben. In rund drei Viertel der Kliniken mussten die Hebammen auch Reinigungs- und Pflegetätigkeiten durchführen. Bei etwas mehr als der Hälfte der Kliniken (n = 13) assistierten die Hebammen bei einer Periduralanästhesie (PDA), bei etwas weniger als der Hälfte auch bei Operationen (Loos et al. 2015).

Fast jede zweite Hebamme berichtete in der Erhebung durch das Picker Institut im Jahr 2015 zudem von einer starken Erhöhung des Dokumentations- und Verwaltungsaufwandes in den letzten drei Jahren (Deutscher Hebammenverband 2016).

3.1.1.5 Arbeitsbelastung der Hebammen

Die Ergebnisse der Befragung der in den Krankenhäusern tätigen Hebammen durch das Picker Institut im Jahr 2016 legen nahe, dass die empfundene Arbeitsbelastung der angestellten Hebammen in den Krankenhäusern im Vergleich zu anderen an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen hoch ist. So berichteten über die Hälfte (57 %) der Hebammen, dass sie ihre Kolleginnen häufig wegen Personalengpässen vertreten müssen (Vergleichsgruppe: 41 %).¹⁰ Zudem werde der überwiegenden Mehrzahl der Hebammen (89 %) nur selten oder hin und wieder die Möglichkeit eingeräumt, vorgeschriebene Ruhepausen einzuhalten (Vergleichsgruppe: 50 %). Über häufige oder sehr häufige Störungen und Unterbrechungen der eigentlichen Arbeit berichteten fast alle Hebammen (93 %; Vergleichsgruppe: 73 %) (Deutscher Hebammenverband 2016).

Ein Indikator für eine hohe Arbeitsbelastung ist auch, dass mehr als die Hälfte der angestellten Hebammen – sowohl in Sachsen als auch in Sachsen-Anhalt – angab, die Gebärenden nicht mehr so betreuen zu können, wie sie es für richtig halten (Sander et al. 2019, Sander et al. 2018b). In Bayern traf dies sogar auf mehr als drei Viertel der Hebammen zu (Sander et al. 2018a).

In den verschiedenen Hebammenbefragungen der Bundesländer wurden die Hebammen nach der Veränderung der Arbeitsbelastung in den letzten fünf Jahren gefragt. Insgesamt berichteten die angestellten Hebammen in allen Studien mehrheitlich von einem deutlichen Anstieg der Arbeitsbelastung. In Baden-Württemberg, Bayern sowie Sachsen-Anhalt berichteten insgesamt rund 90 %, in

¹⁰ Das Picker Institut verwendete als externe Vergleichsgruppe direkt an der Patientenversorgung beteiligte Mitarbeiter aus deutschen Krankenhäusern, die in den Jahren 2012 bis 2014 an einer Mitarbeiter-Befragung des Picker Instituts teilgenommen hatten.

Sachsen rund 87 % der angestellten Hebammen von einem Anstieg der Arbeitsbelastung in den letzten fünf Jahren, davon in Bayern knapp drei Viertel, in Baden-Württemberg rund 59 % und in Sachsen und Sachsen-Anhalt rund 55 % von einem deutlichen Anstieg (Kohler und Bärnighausen 2018, Sander et al. 2019, Sander et al. 2018a, Sander et al. 2018b).

3.1.1.6 Arbeitszufriedenheit der Hebammen

Aus der bundesweiten Hebammenbefragung des IGES Instituts im Jahr 2011 ging hervor, dass die Mehrheit der Hebammen alles in allem und trotz aller Belastungen mit ihrer Arbeit zufrieden waren (Albrecht et al. 2012). Dabei war die Zufriedenheit mit dem Beruf unter den ausschließlich freiberuflich tätigen Hebammen höher als bei den ausschließlich angestellten Hebammen. Dieses Ergebnis zeigte sich auch in den nachfolgenden Studien auf Bundeslandebene. In Thüringen waren beispielsweise rund 55 % der befragten angestellten Hebammen mit ihrer Arbeit alles in allem eher oder völlig zufrieden. Die Hebammen hatten insbesondere das Gefühl, mit ihrer Arbeit etwas Sinnvolles zu tun (Loos et al. 2015). Auch wurde die Tätigkeit überwiegend als abwechslungsreich und interessant empfunden (Sander et al. 2018a). Weniger zufrieden waren die angestellten Hebammen dagegen mit der Selbstbestimmtheit ihrer Arbeit, der Anerkennung, die sie für ihre Arbeit erhalten, den Arbeitsbedingungen sowie dem Einkommen (Loos et al. 2015, Sander et al. 2018b, Sander et al. 2019). So waren in Sachsen im Jahr 2017 rund 59 % der ausschließlich angestellten Hebammen (sehr) unzufrieden mit ihrem Einkommen, rund 44 % waren (sehr) unzufrieden mit der Anerkennung, die sie für ihre Tätigkeit erhalten und rund 41 % waren (sehr) unzufrieden mit ihren Arbeitsbedingungen (Sander et al. 2019).

Des Weiteren würden gemäß der Befragung durch das Picker Institut rund 29 % der befragten angestellten Hebammen ihren Arbeitsplatz jemanden auf Stellensuche nicht weiterempfehlen. Knapp jede fünfte Hebamme (18 %) dachte häufig darüber nach, den Arbeitgeber zu verlassen (Deutscher Hebammenverband 2016).

3.1.1.7 Vergütung der Hebammen

Gemäß der IGES-Studie verdienten knapp 40 % der angestellt tätigen Hebammen im Jahr 2010 in Deutschland mindestens 22.000 Euro brutto (Albrecht et al. 2012). Unter den angestellten Hebammen, die das ganze Jahr in Vollzeit beschäftigt waren, lag das Bruttoeinkommen bei der überwiegenden Mehrheit (85 %) darüber. Im Median lag der Bruttoverdienst bei 31.000 Euro (Albrecht et al. 2012).

Auch in den Bundesland-Studien wurde der Bruttoverdienst der angestellten Hebammen teilweise erfragt: Für eine in Vollzeit angestellte Hebamme wurde – im Median – in Bayern ein Bruttoverdienst von 36.163 Euro angegeben (Sander et al. 2018a), in Sachsen-Anhalt von 35.624 Euro (Sander et al. 2018b) und in Sachsen von 30.876 Euro (Sander et al. 2019). Da bei diesen Studien die freiberuflich tätigen Hebammen im Vordergrund standen, beruhen die ermittelten Werte teilweise auf relativ kleinen Stichproben, wodurch ihre Aussagekraft eingeschränkt wird.

3.1.1.8 Zukunftspläne der Hebammen

In den Hebammenstudien in Bayern, Sachsen sowie Sachsen-Anhalt zeigte sich, dass ein Großteil der Hebammen (viel) mehr arbeitet als gewünscht (Sander et al. 2018a, Sander et al. 2018b, Sander et al. 2019). Demnach spielten die Hebammen mit dem Gedanken, zukünftig ihre Arbeitszeit einzuschränken: In Bayern dächten beispielsweise knapp die Hälfte der angestellten Hebammen oft bzw. sehr oft an eine Reduzierung der Arbeitszeit (Sander et al. 2018a) und in Sachsen rund 38 % der ausschließlich angestellt tätigen Hebammen und rund 44 % der kombiniert angestellt und freiberuflich tätigen (Sander et al. 2019).

Auch Gedanken an eine Berufsaufgabe seien bei den Hebammen verbreitet. Bereits die Befragung im Jahr 2011 ergab, dass trotz der relativ hohen Arbeitszufriedenheit ungefähr jede fünfte Hebamme häufig über eine Berufsaufgabe nachdachte (Albrecht et al. 2012). In Bayern hätten rund 30 % der befragten angestellten Hebammen im Laufe des letzten Jahres (2016) oft bzw. sehr oft an eine Aufgabe ihres Berufs (Sander et al. 2018a), in Sachsen rund 23 % der ausschließlich angestellt tätigen Hebammen. Unter den kombiniert angestellt und freiberuflich tätigen Hebammen waren es sogar rund 37 %, die über eine Aufgabe der Angestelltentätigkeit nachdachten (Sander et al. 2019).

Als häufigste Begründung für die Gedanken an eine Arbeitszeitreduktion bzw. Berufsaufgabe wurde eine zu hohe Arbeitsbelastung, gefolgt von einem zu geringen Einkommen genannt. Bei den ausschließlich angestellten Hebammen habe zudem die mangelnde Anerkennung eine Rolle gespielt.

3.1.2 Situation an den Geburtskliniken

3.1.2.1 Offene / unbesetzte Stellen für Hebammen

Gemäß einer Befragung von Geburtskliniken des Deutschen Krankenhausinstituts (Krankenhaus Barometer) hatten im Jahr 2018 mehr als 41 % der Krankenhäuser mit einer geburtshilflichen Abteilung Schwierigkeiten, offene Stellen für angestellte Hebammen zu besetzen. Im Vergleich zum Jahr 2014 habe sich der Anteil der Häuser verdoppelt, die bei den fest angestellten Hebammen offene Stellen nicht besetzen können (DKI 2018).

Im Jahr 2018 seien Hebammen bundesweit die Berufsgruppe gewesen, bei der der größte Anteil der befragten Krankenhäuser Stellenbesetzungsprobleme aufwies, vor allem in Agglomerationsräumen und in städtischen Räumen: Dort habe fast die Hälfte der Krankenhäuser offene Stellen nicht besetzen können, im ländlichen Raum dagegen habe weniger als ein Fünftel der Krankenhäuser diese Schwierigkeiten gehabt (DKI 2018).¹¹

¹¹ Im Vergleich dazu konnten bei den Ärzten mit begonnener bzw. mit abgeschlossener Weiterbildung im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe offene Stellen in 22 % bzw. 28 % der

Bei den Krankenhäusern mit offenen Stellen für festangestellte Hebammen seien im Jahr 2018 durchschnittlich 1,9 Vollzeitstellen unbesetzt gewesen (Jahr 2014: 1,6 Vollzeitstellen) (DKI 2018).

Auch die regionalen Studien zeigten, dass die geburtshilflichen Abteilungen unbesetzte Stellen für Hebammen hätten und es darüber hinaus mehrheitlich auch schwer fänden, diese offenen Stellen zu besetzen (Kohler und Bärnighausen 2018).

- ◆ In Baden-Württemberg habe mindestens ein Drittel der Geburtskliniken zum Befragungszeitpunkt offene Stellen in der Geburtshilfe gehabt. Über Probleme bei der Besetzung von Hebammenstellen berichteten mehr als die Hälfte der Geburtskliniken (54 %), gefolgt von Problemen, Fachärzte (44 %) und Assistenzärzte (36 %) für das Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu finden (Kohler und Bärnighausen 2018).
- ◆ Von den acht Geburtsstationen in Bonn bzw. dem Rhein-Sieg-Kreis hätten sechs Stationen Hebammen gesucht (Mother Hood 2018).
- ◆ Die Befragung der Berliner Geburtskliniken zeigte, dass zum Zeitpunkt der Umfrage rund 24,5 Vollzeitäquivalente in den Berliner Kliniken fehlten (durchschnittlich 1,3 Hebammenstellen je Klinik). Der Anteil offener Stellen an allen Stellen betrug danach rund 8 % (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung 2017).
- ◆ In einer Bremer Klinikbefragung machten 9 von 14 Kliniken Angaben zu offenen Stellen. In diesen neun Krankenhäusern seien im Jahr 2016 elf Hebammen zur Neueinstellung gesucht worden – bis zum Ende des Jahres 2016 hätten davon 3,75 Stellen nicht besetzt werden können. Die durchschnittliche Vakanzzeit der Stellen wurde mit 20 Wochen angegeben (Huter et al. 2017).
- ◆ In München sei im Jahr 2015 rund jede siebte Planstelle für angestellte Hebammen nicht besetzt gewesen (RGU 2016).

Gemäß einer Befragung von Geburtskliniken des Deutschen Krankenhausinstituts (Krankenhaus Barometer) suchte im Jahr 2018 fast ein Fünftel der Krankenhäuser mit einer geburtshilflichen Abteilung Beleghebammen. Der größte Teil dieser Krankenhäuser hätte dabei schon Beleghebammen im Einsatz, eine kleine Zahl von Krankenhäusern suchte Beleghebammen, obwohl bis dahin keine eingesetzt wurden. Im Mittel seien 2,6 Beleghebammen (Köpfe) je geburtshilflicher Abteilung gesucht worden. Rechnet man diese Anzahl hoch auf alle geburtshilflichen Abteilungen in Deutschland im Jahr 2018, so ergeben sich Vakanzen in der Größenordnung von 269 Beleghebammen (DKI 2018).

Krankenhäuser nicht besetzt werden. Hier hatten vor allem Krankenhäuser in ländlichen Räumen Besetzungsprobleme.

3.1.2.2 Zeitweise Schließungen

Gemäß der Befragung der Krankenhäuser für das Krankenhaus Barometer hatten im Jahr 2017 rund 4 % der Krankenhäuser ihre geburtshilfliche Abteilung zeitweise geschlossen. In diesen Krankenhäusern seien durchschnittlich für 19 Tage keine Schwangeren aufgenommen worden (DKI 2018).

3.1.2.3 Temporäre Abmeldungen bei der Feuerwehr bzw. Abweisungen von Schwangeren

Einer Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) zufolge hatten in den vorangehenden sechs Monaten mehr als 35 % der Kliniken Schwangere unter der Geburt mindestens einmal abgewiesen. Als Gründe für die Abweisungen wurde von zwei Dritteln der Kliniken ein Mangel an Hebammenbetreuung genannt, rund 65 % nannten eine Überlastung der neonatologischen Stationen, rund 56 % fehlende Raumkapazitäten und rund 14 % einen Mangel an Ärzten in der Geburtshilfe (Mehrfachnennungen waren möglich) (DGGG 2018).

In der baden-württembergischen Hebammenbefragung berichteten rund 30 % der Hebammen, dass der Kreißaal in ihrem Krankenhaus mindestens ein Mal im Monat wegen Überlastung abgemeldet wird (Kohler und Bärnighausen 2018).

Als weitere Datenquelle erschloss die Senatsverwaltung Berlin die temporären Abmeldungen von geburtshilflichen Abteilungen bei den Rettungsdienstleitstellen. Im Rahmen einer Umfrage im Jahr 2017 erfassten 15 der 19 Standorte in Berlin die Häufigkeit der Meldungen an die für den Rettungsdienst zuständige Feuerwehr. Danach habe es im ersten Halbjahr 2017 an diesen Standorten insgesamt 480 Abmeldungen – durchschnittlich damit 32 Abmeldungen pro Standort (Minimum: 0, Maximum: 170) gegeben (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung 2017). Als häufigster Grund für die Abmeldungen wurde von acht Standorten angegeben, dass zu wenige Hebammen verfügbar waren. Sieben Standorte nannten räumliche Engpässe im Kreißaal. Insgesamt beurteilten zwölf Krankenhäuser räumliche Engpässe im Kreißaal und zehn Krankenhäuser den Mangel an Hebammen als „sehr wichtig“ oder „wichtig“ für Abmeldungen. Räumliche Engpässe im OP für Kaiserschnitte sowie zu wenig Ärzte hätten kaum eine Rolle gespielt. Ein Mangel an neonatologischen Betten wurde vor allem von Perinatalzentren als Grund angegeben (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung 2017).

In München seien im Jahr 2014 ca. 800 Frauen vor oder sogar nach Wehenbeginn an eine andere Klinik verwiesen worden. Zudem sei es in diesem Jahr mehrfach vorgekommen, dass sich alle Münchner Kliniken gleichzeitig bei der Rettungsleitstelle bezüglich der geburtshilflichen Versorgung abgemeldet hätten. Auch in München wurden als Grund für die Abmeldungen hauptsächlich fehlende Hebammen angegeben. Dies betraf vorwiegend die Kliniken mit angestellten Hebammen, Kliniken mit Beleghebbammensystem hätten dagegen in der Regel eine ausreichende

Anzahl an Hebammen im Team oder in Bereitschaft. Für Abmeldungen habe zudem der Mangel an neonatologischen Fachkräften eine Rolle gespielt, was dazu geführt habe, dass sich Kliniken der höchsten Versorgungsstufen bei der Rettungsleitstelle abgemeldet hätten. Dies hätte zur Folge gehabt, dass auch Schwangere mit Frühgeburtsbestrebungen nicht mehr aufgenommen werden konnten und per Hubschrauber nach Frankfurt oder Nürnberg verlegt worden seien (RGU 2016).

Eine aktuellere Studie zur Versorgungskette Schwangerschaft und Geburt in der Landeshauptstadt München wurde vom Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement am Klinikum der Universität München u. a. auf Basis von Einsatzdaten der Integrierten Leitstellen (IVENA) erstellt (INM 2018). Demnach wurden Einrichtungen der Geburtshilfe für Nicht-Frühgeburten (ab der 37. SSW) in den Jahren 2016 und 2017 häufig von den Kliniken abgemeldet (in knapp der Hälfte der Zeit waren zwei oder mehr Einrichtungen gesperrt). Dennoch waren zu keinem Zeitpunkt weniger als vier Geburtshilfeeinrichtungen im Stadtgebiet verfügbar, so dass Entbindungen ab der 37. SSW in München stets möglich waren, wenn auch nicht immer in der Wunschklinik bzw. in dem Krankenhaus, in dem die Frauen angemeldet waren. Gemäß einer Mütterbefragung konnten aber insgesamt 92 % der Frauen in der Klinik entbinden, in der sie angemeldet waren – und nur für rd. ein Drittel des Restanteils wurden als Hauptgrund Kapazitätsengpässe der Klinik zum Zeitpunkt der Geburt angegeben. Für die Entbindung und Versorgung bei (extremen) Frühgeburten war die Situation dagegen problematischer. So gab es im Jahr 2017 in Summe 176 Stunden lang (2,0 % des Gesamtjahres) keine freien Kapazitäten für Geburtshilfe der Kategorie SSW 32+0 bis 35+6. In der Kategorie der extremen Frühgeburten (ab SSW 22+0) waren im Jahr 2017 insgesamt 162 Stunden lang sämtliche Einrichtungen abgemeldet.

3.1.2.4 Anmeldungen zur Geburt

In Berlin hätten zum Befragungszeitpunkt (August 2017) acht Standorte mit einer geburtshilflichen Abteilung nur im begrenzten Umfang Anmeldungen zur Entbindung entgegengenommen, vier solche Begrenzungen geplant und sieben Standorte keine Anmeldebegrenzungen vornehmen wollen (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung 2017).

3.1.3 Zufriedenheit der Schwangeren / Mütter bzw. Eltern

Für einen Literaturüberblick über die Zufriedenheit der Schwangeren bzw. Mütter oder Eltern mit der stationären Hebammenversorgung wurden insgesamt acht Studien berücksichtigt, in denen eine Befragung von Müttern durchgeführt wurde. Sechs Studien bezogen sich auf die Situation in einem Bundesland, nämlich Baden-Württemberg (zwei Studien), Bayern, Berlin, Sachsen und Thüringen (jeweils eine Studie), in einer Studie wurden Münchner Mütter befragt. Bundesweit wurde bzw. wird mit der Versichertenbefragung der AOK, Barmer, der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) gemeinsam mit der „Weissen Liste“ der Bertelsmann Stiftung anhand des Patients' Experience Questionnaire (PEQ) eine Befragung von Müttern

durchgeführt. Die Ergebnisse sind online für jede Geburtsklinik, für die mindestens 50 Bewertungen von Frauen vorliegen, einsehbar.

Gemäß der PEQ-Befragung würden bundesweit rd. 83 % der Mütter die Klinik, in der sie entbunden haben, ihrer besten Freundin weiterempfehlen.¹² Von den 700 auf der Weissen Liste berücksichtigten Geburtskliniken erreichen 117 Kliniken eine Weiterempfehlungsrate von 100 %. Zwei Krankenhäuser haben mit 62 % die niedrigste Weiterempfehlungsrate. Durchschnittlich waren rd. 86 % der Mütter zufrieden mit der Hebammenbetreuung.

Auch die regionalen Studien zeigen insgesamt eine hohe Zufriedenheit der Mütter mit der Hebammenbetreuung während der Geburt. Etwas weniger zufrieden wären die befragten Mütter dagegen mit der Betreuung auf der Wochenbettstation (vgl. dazu Sander et al. 2019, Kohler und Bärnighausen 2018, Sander et al. 2018a, Loos et al. 2015).

Eine Befragung von Müttern in Berlin ergab, dass mehr als ein Drittel der Mütter ohne Begleithebamme während des Aufenthalts im Kreißaal überwiegend alleine bzw. nur mit der Begleitperson gewesen seien (Stengel und Borde 2018). Rund 5 % seien nach eigenen Angaben ausschließlich von einer Hebamme in Ausbildung oder von gar keiner Hebamme betreut worden. Insgesamt bewerteten rund 41 % der Mütter ohne Begleithebamme den Umfang der Betreuung durch eine Hebamme als (viel) zu gering. Je weniger die Hebamme während der Geburt präsent gewesen sei, umso geringer sei der Anteil der Mütter, der die Betreuung als adäquat bewertet habe. Zudem bewertete in kleineren Kliniken ein höherer Anteil an Frauen die Betreuung als adäquat als in größeren Kliniken (Stengel und Borde 2018). Die Studie liefert auch eine mögliche Erklärung für die häufige Diskrepanz zwischen der gemessenen (hohen) Zufriedenheit von Müttern mit der Hebammenbetreuung in Kliniken und einer geringen Hebammenpräsenz. Demnach seien Frauen, die einen Betreuungsmangel empfinden, nicht automatisch mit der Hebammenbetreuung an sich unzufrieden, sondern es bestehe aufgrund der wahrgenommenen Arbeitsbelastung der Hebammen eine hohe Akzeptanz für eine geringe Hebammenpräsenz.

Auch in Baden-Württemberg sei mehr als jede zweite Frau, die eine Geburt im Krankenhaus im Schichtdienst erlebte, der Meinung gewesen, dass eine intensivere Betreuung unter der Geburt wünschenswert gewesen wäre. Bei einer Geburt mit einer Begleithebamme läge der entsprechende Anteil bei 20 % (Tscheulin und Geppert-Orthofer 2016).

3.1.4 Maßnahmen zur Entlastung der Hebammen bzw. Steigerung der Zufriedenheit

In Berlin ergriffen die Geburtskliniken unterschiedliche Maßnahmen zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit. An 11 der 19 Standorte seien außertarifliche Leistungen

¹² www.weisse-liste.de/de/krankenhaus/krankenhausuche (letzter Abruf am 15.06.2019)

gewährt worden. An 16 Standorten seien die Hebammen von berufsfremden Aufgaben wie Putzdiensten oder Bürokratie entlastet worden. Der Wunsch der Kliniken wäre zudem, die Vertretungen bei Personalengpässen sowie die Überstunden zu reduzieren (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung 2017).

Die Entlastung der Hebammen von nicht hebammenspezifischen Tätigkeiten (Putzen der Räume und Gerätschaften, Telefondienst, administrative Aufgaben wie Bestellwesen und Auffüllen, Wartungsarbeiten an technischen Geräten) wurde als Maßnahme in mehreren Studien empfohlen (z. B. Deutscher Hebammenverband 2016). Zudem werden Veränderungen in der Teamorganisation der Hebammen als Maßnahme diskutiert (RGU 2016).

Schließlich wurde eine Erhöhung des Hebammenpersonals in den Abteilungen empfohlen bzw. diskutiert (RGU 2016, Deutscher Hebammenverband 2016). Offen bleibt dabei jedoch die Frage, inwiefern dies von den Krankenhäusern angesichts der derzeit schon bestehenden Anzahl unbesetzter Hebammenstellen umgesetzt werden könnte.

3.2 Mindestmengen in der Geburtshilfe

Mindestmengen in der Medizin gibt es vorrangig für operative bzw. invasive Eingriffe. Im Bereich der Neonatologie und Geburtshilfe gilt seit längerem eine Mindestmenge für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.250 g. Aber auch für Reifgeborene wird in der Fachöffentlichkeit über eine Mindestmenge diskutiert.¹³ Um zu prüfen, ob es für eine solche Mindestmenge in der Geburtshilfe eine wissenschaftliche Evidenz gibt, wurde eine nichtsystematische Literaturrecherche und -analyse durchgeführt. Berücksichtigt wurden zehn Studien; davon beruhen vier Studien auf Daten aus den USA und jeweils eine auf Daten aus den Ländern Österreich, Deutschland, Finnland, Norwegen, Schweden und Australien.

Im Mittelpunkt stand dabei die Fragestellung, ob es bei normalen Geburten („low-risk“) einen Zusammenhang zwischen der jährlichen Geburtenzahl des Krankenhauses, in dem die Geburt stattfindet, und dem Risiko des Auftretens von unerwünschten Ereignissen bzw. Outcomes gibt.

3.2.1 Diskutierte Mindestmengen (unabhängige Variable) und abhängige Variablen

In mehreren Studien wurden die Krankenhäuser basierend auf der tatsächlichen Verteilung der Geburtenzahlen in den Kliniken in Terzile, Quartile oder Dezile unterteilt. In anderen Studien wurden bestimmte Gruppengrenzen (z. B. <500, 500-1.000 Geburten im Jahr) vorgegeben. In diesem Sinne und entsprechend der o. g.

¹³ Vgl. z. B. <https://www.welt.de/wirtschaft/article162457956/AOK-stellt-jede-fuenfte-Entbindungsstation-in-Frage.html>

Fragestellung wurde in keiner dieser Studien eine bestimmte vorgegebene Mindestmenge auf ihre Relevanz hin getestet.

Zu den am häufigsten verwendeten abhängigen Variablen zur Bewertung der vorliegenden Behandlungsqualität gehören insbesondere die Mortalität (neonatal/perinatal), verschiedene unerwünschte Ereignisse (z. B. Nachgeburtsblutungen, Dammrisse, (Wund-)Infektionen) und die Durchführung von medizinischen Maßnahmen (z. B. Bluttransfusion, Sauerstoffgabe, Kaiserschnitt).

3.2.2 Maßnahmen zur Risikoadjustierung

Alle hier berücksichtigten Studien nahmen eine Risikoadjustierung anhand von Kriterien vor, die sich auf die Mutter und/oder das Neugeborene beziehen. Zu den am häufigsten verwendeten Faktoren gehören die Ethnizität und das Alter der Mutter, das Geburtsjahr, die Parität, das Gestationsalter sowie weitere mütterliche Merkmale und klinische Risikofaktoren. Zu den Faktoren für die Adjustierung auf Einrichtungsseite gehörten außerdem die Lage des Krankenhauses (städtisch/ländlich) oder auch die Lehrtätigkeit des jeweiligen Krankenhauses.

Einige der betrachteten Studien beziehen sich ausschließlich auf Niedrigrisikogeburten (vgl. Heller et al. 2002, Kozhimannil 2016, Moster et al. 1999). Die Veröffentlichung von Hemminki et al. (2011) beschränkt sich nicht auf eine spezielle Gruppe, adjustiert jedoch für das Geburtsgewicht. Auch Kyser et al. (2012) fokussiert sich nicht auf eine spezielle Risikogruppe, stattdessen wird die Population in Hoch- und Niedrigrisikopatienten eingeteilt.¹⁴ Finnström et al. (2006) beschränken sich nicht auf eine bestimmte Risikogruppe, adjustieren jedoch beispielsweise für das Alter der Mutter oder die Parität. Janakiraman et al. (2011) unterteilen ihre Population anhand von medizinischen Faktoren, wie z. B. Alter der Mutter > 35 Jahre, frühere Kaiserschnittgeburten, Mehrfachgeburten oder Frühgeburten, in Hoch- und Niedrigrisikopatienten.

3.2.3 Ergebnisse

Kozhimannil et al. (2016) analysieren die Beziehung von Krankenhausvolumen und mütterlicher Morbidität bei Niedrigrisikoschwangerschaften in den USA auf Basis von Daten aus dem Jahr 2011. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass ein niedriges Geburtsvolumen ein Risikofaktor für die mütterliche Morbidität (z. B. postpartale Blutungen) sowohl in ländlichen als auch in städtischen Nicht-Lehrkrankenhäusern ist. Dieser Zusammenhang gilt laut der Studie jedoch nicht für städtische Lehrkrankenhäuser, wo ein höheres Volumen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für Nachgeburtsblutungen verbunden war. In ländlichen Krankenhäusern war dagegen das Risiko einer Nachblutung in kleineren Krankenhäusern deutlich erhöht.

Hemminki et al. (2011) zeigen auf Basis von Registerdaten aus Finnland für die Jahre 2004 bis 2008, dass es bei Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht über

¹⁴ Die Analyse findet jedoch ähnliche Ergebnisse für beide Gruppen.

2.500 g keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der perinatalen Sterblichkeit und der Geburtenzahl eines Krankenhauses gibt.

Heller et al. (2002) verwenden als einzige hier zitierte Studie Daten aus Deutschland (für das Bundesland Hessen und die Jahre 1990 bis 1999). Sie untersuchen den Zusammenhang zwischen der Geburtenzahl eines Krankenhauses und der Häufigkeit früh-neonataler Todesfälle (max. sieben Tage nach der Geburt). Berücksichtigt werden nur Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 2.500 g und ohne angeborene Fehlbildungen als Todesursache. Sie beobachten ein dreifach erhöhtes Mortalitätsrisiko in Krankenhäusern mit weniger als 500 Geburten pro Jahr im Vergleich zu Krankenhäusern mit mehr als 1.500 Geburten pro Jahr.

Snowden et al. (2015) verwenden Routinedaten aus den Jahren 2007 bis 2008 für den US-amerikanischen Bundesstaat Kalifornien. Sie beschränken ihre Analysen auf „low-risk“-Gebärende (kein Diabetes oder Bluthochdruck) und Nicht-Frühgeburten und Geburten mit einem Geburtsgewicht über 2.500 g. Auch Gebärende mit einem früheren Kaiserschnitt und Mehrlingsgeburten wurden ausgeschlossen. Die Krankenhäuser wurden zum einen nach ihren Geburtszahlen und zum anderen nach ihrer Lage (städtisch-ländlich) unterschieden. Nach einer Risikoadjustierung gab es nur wenige signifikante Zusammenhänge zwischen der Geburtenzahl und relevanten Outcomes in städtischen Krankenhäusern; so war die Wahrscheinlichkeit für eine Bluttransfusion in Krankenhäusern mit 1.200 bis 2.399 Geburten pro Jahr geringfügig höher als in Krankenhäusern mit mehr als 3.600 Geburten pro Jahr.

Kyser et al. (2012) nutzen Daten aus dem Jahr 2006 zu 1.683.754 Geburten in 1.045 Krankenhäusern in den USA. Die Krankenhäuser werden nach ihrem Geburtsvolumen in Dezile eingeteilt. Kleinere Einrichtungen (Dezil 1 und 2) hatten signifikant höhere Komplikationsraten als die Krankenhäuser des Dezils mit dem höchsten Geburtsvolumen (= Dezil 10). Vergleicht man jedoch diese Einrichtungen mit mittelvolumigen Krankenhäusern (=Dezil 6), haben die Krankenhäuser des Dezils 10 wiederum vergleichsweise höhere Komplikationsraten. Dieser Fakt deutet darauf hin, dass sowohl Frauen in sehr großvolumigen Krankenhäusern als auch Frauen in sehr kleinvolumigen Krankenhäusern ein erhöhtes Komplikationsrisiko haben.

Reif et al. (2018) verwenden Daten von zehn Krankenhäusern in der Steiermark/Österreich aus den Jahren 2004 bis 2015. Sie untersuchen den Zusammenhang zwischen der Einrichtungsgröße und dem Risiko von unerwünschten Ereignissen bzw. schweren unerwünschten Ereignissen. Sie finden keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Einrichtungsgröße und (schweren) unerwünschten Ereignissen, sondern lediglich ein signifikant höheres Risiko für unerwünschte Ereignisse in „tertiären Perinatalzentren“, von dem sie vermuten, dass es auf eine unzureichende Risikoadjustierung zurückzuführen ist.

Janakiraman et al. (2011) verwenden Daten aus den USA für das Jahr 2007. Sie können keine konsistente Beziehung zwischen dem Krankenhausvolumen und der Rate der mütterlichen Komplikationen finden: Die kleinsten Krankenhäuser mit

weniger als 255 Geburten hatten geringfügig höhere Komplikationsraten als größere Häuser, allerdings sind diese Unterschiede nicht statistisch signifikant. Statistisch signifikant sind hingegen die höheren Infektionsraten in größeren Krankenhäusern mit mindestens 1.700 Geburten.

Moster et al. (1999) untersuchen die Beziehung zwischen der Größe der Geburtsstätte und der neonatalen Sterblichkeitsrate bei Niedrigrisikogeburten in den Jahren von 1972 bis 1995 in Norwegen. Sie finden, dass die Sterblichkeitsrate bei Einrichtungen mit einer jährlichen Geburtenzahl von 2.001 bis 3.000 am niedrigsten ist und mit abnehmender Größe der Einrichtung stetig auf etwa das Doppelte für Entbindungseinrichtungen mit weniger als 100 Geburten pro Jahr ansteigt (Odds Ratio: 2,1).¹⁵ Die höhere neonatale Mortalität in Kliniken mit mehr als 3.000 Geburten pro Jahr könnte jedoch nach Ansicht der Autoren zumindest teilweise auf eine unzureichende Berücksichtigung von Risikofaktoren zurückzuführen sein. Dennoch sehen sie keinen Sinn darin, die Größe von Geburtshilfen über die Zahl von 3.000 Geburten pro Jahr hinaus auszudehnen. Auf der anderen Seite könne aber auch ein Bias zugunsten kleinerer Einrichtungen bestehen, wenn kritische Fälle kurz vor dem Tod noch in andere, größere Einrichtungen verlegt werden.

Die australische Studie von **Tracy et al. (2006)** zeigt auf Basis von Daten aus den Jahren 1999 bis 2001 einen positiven Zusammenhang zwischen dem Auftreten unerwünschter Outcomes und dem Geburtsvolumen bei Niedrigrisikoschwangerchaften: Demnach war etwa die neonatale Mortalität bei „low-risk“-Nicht-Erstgebärenden in Häusern mit 100 bis 500 Geburten niedriger als in Häusern mit mehr als 2.000 Geburten pro Jahr. Und bei „low-risk“-Gebärenden kam es in Einrichtungen mit weniger als 100 Geburten seltener zu medizinischen Maßnahmen wie einer Geburtseinleitung, Spinalanästhesie oder einem Kaiserschnitt.

Finnström et al. (2006) nutzen Routinedaten für Finnland aus den Jahren 1985 bis 1999. Sie finden niedrigere Mortalitätsraten, höhere Apgar-Werte und weniger Atemstörungen in kleineren Krankenhäusern im Vergleich zu Krankenhäusern mit mehr als 1.000 Geburten pro Jahr. Die Autoren schränken die Aussagekraft ihrer Ergebnisse ein, indem sie darauf verweisen, dass es aufgrund eines gut etablierten Zuweisungssystems zu einem höheren Anteil an Hoch-Risiko-Geburten in den dafür vorgesehen größeren Kliniken gekommen ist und diese Risikounterschiede in ihren Analysen nur unzureichend berücksichtigt werden konnten. Insgesamt gehen die Autoren von einer weitgehend homogenen Versorgungsqualität der verschiedenen Krankenhäuser aus.

Die folgende Tabelle 5 gibt einen Überblick über die ausgewerteten Studien.

¹⁵ Auch Krankenhäuser mit mehr als 3.000 Geburten hatten eine höhere Mortalitätsrate, aber die Autoren gehen davon aus, dass diese überschätzt wurde.

Tabelle 5: Studien zum Zusammenhang zwischen der Anzahl der Geburten auf Einrichtungsebene und der Ergebnisqualität

Studie	Land	Zusammenhang	diskutierte Mindestfallzahlen	Outcome
Reif et al. (2017)	Österreich	kein Zusammenhang		neonatale Morbidität
Hemminki et al. (2011)	Finnland	kein Zusammenhang		perinatale Mortalität
Heller et al. (2002)	Deutschland	negativ	schlecht: <500 Geburten gut: >1.500 Geburten	neonatale Mortalität
Moster et al. (1999)	Norwegen	negativ	2.000-3.000	neonatale Mortalität
Snowden et al. (2015)	USA	negativ	≥3600 Geburten (nicht-ländliche Krankenhäuser) ≥1700 Geburten (ländliche Krankenhäuser)	Bluttransfusionen; postpartale Blutungen
Kozhimannil et al. (2016)	USA	negativ bei ländlichen Krankenhäusern, positiv bei Lehrkrankenhäusern	ländliche Krankenhäuser: >400 Geburten Lehrkrankenhäuser: <3.001 Geburten	mütterliche Morbidität
Kyser et al. (2012)	USA	negativ/positiv	negativ: ≥307 Geburten positiv: <2.676 Geburten	mütterliche Morbidität
Janakiraman (2011),	USA	kein stabiler Zusammenhang/positiv	positiv: ab 1.700 Geburten	positiv: Infektionsraten
Tracy et al. (2006)	Australien	positiv	<100 Geburten; <500 Geburten	neonatale Mortalität, medizin. Maßnahme
Finnström et al. (2006)	Schweden	positiv	<1.000	neonatale Mortalität, Apgar-Score

Quelle: IGES auf Basis der angegebenen Literatur

3.2.4 Fazit

In diesem Kapitel wurden zehn Studien zum Zusammenhang zwischen der Geburtenzahl eines Krankenhauses und der Versorgungsqualität bei normalen „low-risk“-Geburten analysiert. Nur eine dieser Studien bezieht sich auf die Situation in Deutschland, dort jedoch nur auf ein Bundesland (Hessen) und dies auf Basis von Daten aus den 1990er Jahren. Es kann nicht geprüft werden, inwieweit die Ergebnisse aus anderen Ländern oder aus einer Versorgungssituation von vor z. T. über 20 Jahren auf die heutige Versorgungsrealität übertragen werden können. Relevante systemische Randbedingungen, die einer Übertragbarkeit entgegenstehen könnten, wären z. B. die Unterschiede in der Rolle kleinerer Krankenhäuser in einem gestuften Versorgungssystem, in der Erreichbarkeit von Krankenhäusern einer höheren Versorgungsstufe oder in der Vergütung geburtshilflicher Leistungen.

Die Studienlage zum Verhältnis zwischen Geburtenzahl je Krankenhaus und Versorgungsqualität stellt sich – ungeachtet der Frage der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die deutsche Versorgungslandschaft – insgesamt uneinheitlich dar: Neben Studien, die keinen signifikanten Zusammenhang zwischen diesen beiden Größen finden, gibt es andere, die einen negativen Zusammenhang (mehr Fälle gehen einher mit weniger Komplikationen/unerwünschten Ereignissen) ermittelt haben, und auch solche, die von einem positiven Zusammenhang berichten.

In mehreren Studien wurde diskutiert, welchen Einfluss eine unzureichende Risikoadjustierung auf die entdeckten Zusammenhänge haben könnte, insbesondere dann, wenn die Ergebnisse auf eine geringere Versorgungsqualität in größeren Kliniken hindeuten. Und tatsächlich ist es so, dass das Risiko oft nur an einigen wenigen Kriterien festgemacht wurde, die anhand der vorliegenden Daten auch berücksichtigt werden konnten. Teilweise wurde auch ein möglicher Bias zugunsten kleinerer Häuser diskutiert, da diese im Notfall ihre Patienten noch in (größere) Krankenhäuser einer höheren Versorgungsstufe (z. B. ein Perinatalzentrum) verlegen könnten und etwaige negative Outcomes dann dem aufnehmenden Krankenhaus zugerechnet würden.

Weiterhin lässt sich aus den Studien, in denen ein (positiver oder negativer) Zusammenhang zwischen Geburtenzahl und Versorgungsqualität festgestellt wurde, nicht immer eine eindeutige Mindestmenge ableiten. Dies ist etwa dann der Fall, wenn statistisch signifikante Unterschiede in der Versorgungsqualität lediglich zwischen den kleinsten (z. B. <100 Geburten jährlich) und größten Krankenhäusern (>1.500 Geburten jährlich) festgestellt wurden, sich die Versorgungsqualität zwischen der Gruppe der kleinsten Krankenhäuser und der Gruppe der großen Krankenhäuser (z. B. 1.500 bis 2.000 Geburten) aber nicht signifikant unterscheidet.

Und schließlich wurden in den Studien noch andere Merkmale auf Klinikenebene untersucht oder diskutiert, die einen Zusammenhang zwischen Geburtenzahl und Versorgungsqualität erklären könnten, z. B. die Auslastung des Personals sowie die Verfügbarkeit von Pädiatern oder einer neonatologischen Intensiveinheit.

Insgesamt kann allein auf Basis der ausgewerteten Literatur keine Empfehlung für die Festlegung einer Mindestmenge für „low-risk“-Geburten abgegeben werden.¹⁶

3.3 Auswirkung einer Standortkonzentration auf den Personalbedarf

Neben den möglichen medizinischen Gründen für Mindestmengen in der Geburtshilfe stellt sich auch die Frage, wie sich Mindestmengen auf den Personalbedarf an Hebammen auswirken würden. Die Grundthese, die überprüft werden soll, lautet, dass Kliniken mit weniger als 500 Geburten nur unzureichend ausgelastet sind und eine Standortkonzentration dazu beitragen könnte, den Personalbedarf an Hebammen zu senken.¹⁷

3.3.1 Mindestpersonalausstattung

Ausgangspunkt für die Analyse ist die Mindestpersonalausstattung einer Geburtshilfe mit Hebammen, die benötigt werden, um rund um die Uhr (24/7) eine Hebammenversorgung sicherstellen zu können.

Exkurs Personalbedarfsbemessung

Für die Planung des Personalbedarfs („Personalbedarfsplanung“ oder auch „Personalbedarfsbemessung“) gibt es im Gesundheitswesen aktuell vier regelmäßig angewendete Methoden. Diese lassen sich in abstrakte, kennzahlenbasierte Personalbedarfsplanungsmethoden und konkrete, anforderungsbasierte Personalbedarfsplanungsmethoden unterteilen.

Die abstrakten, kennzahlenbasierten Methoden zeichnen sich dadurch aus, dass sie kein bestimmtes Szenario (Krankenhaus, Abteilung, Dienste) benötigen, um eine Planungsaussage treffen zu können. Diese Methoden werden häufig in der Vorbereitung zur Schaffung neuer Abteilungs- /Krankenhausstrukturen genutzt, aber auch um die Angemessenheit der bereits eingesetzten Arbeitsressourcen zu überprüfen. Bei den abstrakten Methoden handelt es sich um die Methode der Bemessung anhand von Kennzahlen „Personalbindungszeit/Anhaltszahlen“ sowie der Methode der erlösorientierten Personalbedarfsbemessung unter Anwendung der Kennzahlen aus den InEK-Kalkulationsergebnissen. Die konkreten, anforderungsbasierten Methoden benötigen ein definiertes Szenario bzw. eine Situation,

¹⁶ Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Schmitt et al. (2019).

¹⁷ Dieses kann auf zwei Ebenen erfolgen: Auf der Prozessebene ist zu untersuchen, ob die Tätigkeiten der Hebammen auf das direkte Arbeitsergebnis „Begleitung der Entbindung und Geburt“ ausgerichtet sind oder ob Hebammen in Aufgaben involviert sind, welche durch andere Dienste ebenso ausgeführt werden können. Als profane Beispiele seien hier die Dokumentation und die Vor- und Nachbereitung von Entbindungsräumen genannt. Auf der versorgungspolitischen Ebene ist zu untersuchen, ob das Verhältnis von vorgehaltenen Hebammen und zu erwartenden Entbindungen richtig adjustiert ist oder ob die Ressource Arbeitskraft der Hebammen unausgelastet vorgehalten wird – womit an anderer Stelle die Gefahr einer Überlastung und Unterversorgung einhergehen könnte.

auf welche diese angewendet werden. Es handelt sich dabei zum einen um die Arbeitsplatzmethode, bei welcher die Arbeitsschritte einer Abteilung / einer Krankenhausstruktur beobachtet und erfasst werden.¹⁸ Zum anderen kann man mit dem Dienstplanmodell direkt eine Personalbesetzung ermitteln, diese orientiert sich dann an der Verfügbarkeit von Arbeitskräften zu bestimmten Zeiten und nicht an den Aufgaben.

Kennzahlbasierte Methoden: Erlösorientierte Personalbedarfsbemessung

Aus den Erlösanteilen der InEK-DRG-Kalkulation wird über das krankenhausesindividuelle DRG-Spektrum oder ein geplantes, erwartetes DRG-Spektrum einer Abteilung / Krankenhausstruktur eine Aussage zu den refinanzierten Personalkosten der Dienstarten ärztlicher, pflegerischer und medizinisch-technischer Dienst sowie Funktionsdienst getroffen. Über dieses Modell wäre primär die Personalausstattung der gesamten Fachabteilung berechenbar. Singuläre Aussagen über den Personalbedarf an Hebammen sind schwierig daraus ableitbar, da Hebammen gemäß der Krankenhausbuchführungsverordnung in der Dienstart Funktionsdienst geführt werden und darin mit weiteren Berufsgruppen zusammengefasst werden. Als Beispiel für weitere in der Geburtshilfe vorzuhaltende Funktionsdienste seien die OP-Pflege (Sectio) oder die Physiotherapie für die postnatale Betreuung der Mutter zu erwähnen. Hinzu kommt, dass das InEK den Funktionsdienst nicht separat, sondern nur in Verbindung mit dem medizinisch-technischen Dienst kalkuliert. Daher ist diese Methode für die Berufsgruppe der Hebammen nicht sinnvoll anwendbar.

Anhaltzahlen zur Personalbindungszeit

Für Hebammen wurde in den 1990er Jahren eine Personalbindungszeit je Geburt entwickelt; diese floss als Orientierungswert und gemeinsame Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des GKV-Spitzenverbandes in die Hebammenverordnung im Jahr 1993 ein und beträgt 780 Minuten pro Geburt (ohne Ausfallzeiten, in Einrichtungen mit mehr als 600 Geburten). Diese Anhaltzahl wird nach wie vor angewendet und findet sich auch in der Literatur, vielfach mit dem kritischen Kommentar, dass sich die Rahmenbedingungen für die Hebammenversorgung seitdem deutlich geändert hätten und der Anhaltswert daher nicht mehr zeitgemäß sei.¹⁹

¹⁸ Zu den einzelnen Arbeitsschritten werden durchschnittliche Minutenwerte je Dienstart / Berufsgruppe ermittelt. Die Summe der Minutenwerte dieser Arbeitsschritte ergibt den Arbeitszeitaufwand (je Dienstart / Berufsgruppe). Dieser wird dann anhand der Bruttojahresarbeitszeit einer Vollkraft in zu besetzende Stellen umgerechnet.

¹⁹ Tauch J G (2019) Kompendium der Personalwirtschaft und Personalcontrolling – Gütersloher-Organisations-Beratung; Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (2017) Sachstand – Zur Frage der Sicherstellung einer angemessenen personellen Ausstattung mit Hebammen in stationären Geburtshilfeinrichtungen in ausgewählten Ländern. WD 9-3000-079/16. Meinefeld H (2011) Personalbedarfsermittlung von Hebammen in Kliniken. Hebammenforum 5/2011: 394-398. Rogova N, 15. Deutscher Hebammenkongress 2019, Forschungsworkshop Erprobung eines Personalbedarfsermittlungsinstrumentes für Hebammen im Kreißaal; verfügbar unter:

Dieser Minutenwert ist das Ergebnis der empirischen Erhebung „Personalbedarfsermittlung für Hebammen in der geburtshilflichen/gynäkologischen Versorgung im Krankenhaus“ der Deutschen Krankenhausgesellschaft aus den Jahren 1989/1990, welche im Jahr 1990 auch in der Fachzeitschrift „Das Krankenhaus“ publiziert wurde.²⁰ Im Rahmen dieser Erhebung wurde ein Minutenwert von 865 Minuten Personalbindung je Geburt festgestellt. In die Hebammenverordnung wurde der Wert um die damalige Ausfallzeit bereinigt aufgenommen, da die Ausfallzeit von den Vertragsparteien vor Ort vereinbart werden sollte/musste, um die individuellen Effekte, welche sich aus Altersstruktur des Teams, des Tarifmodells und weiterer sozialer Faktoren ergeben, zu berücksichtigen.

Im folgenden Absatz werden die konkreten, anforderungsbasierten Modelle der Planung des Personalbedarfs auf deren Anwendbarkeit hin überprüft.

Arbeitsplatzmethode

Die Bestimmung des Personalbedarfs anhand der individuell abzudeckenden Arbeitsschritte ist eine sehr genaue Methode, welche den Nachteil haben kann, dass Arbeitsschritte primär nicht hinterfragt werden, sondern mit in die Zeit- und Bedarfsplanung einfließen.

Das Forschungsprojekt des Verbunds Hebammenforschung „Personalbedarfsermittlung von Hebammen im Kreißaal“ hatte das Ziel, ein hebammenwissenschaftliches Personalbedarfsermittlungsinstrument zu entwickeln. Es kam aber lediglich zu dem Ergebnis, dass eine individuelle Berechnung des Personalbedarfs als unerlässlich angesehen wird, da das Projekt „unterschiedlichste Rahmenbedingungen der geburtshilflichen Arbeit nachweist“.

Zudem ist diese Methode auf der versorgungspolitischen Ebene nicht anwendbar, da von konkreten Arbeitsaufgaben in einer individuellen Situation ausgegangen werden muss. Um diese Methode anzuwenden, müsste vorab ein generalisiertes Modell der Arbeitsaufgaben und der Arbeitsprozesse sowie der Arbeitsteilung zwischen den Dienstarten und Berufsgruppen in der Geburtshilfe entwickelt werden.

Dienstplanmethode

Bei dem Dienstplanmodell wird nach der Vorgabe der zu besetzenden Dienste je Dienstart / Berufsgruppe der Arbeitszeitaufwand bestimmt und durch die Bruttojahresarbeitszeit einer Arbeitskraft dividiert, um die Personalausstattung in Stellen / Vollkräften zu bestimmen. Diese Methode könnte angewendet werden, wenn es eine verbindliche Vorgabe zu der nötigen (minimalen) Personalvorhaltung an Hebammen in der Geburtshilfe gäbe.

<https://www.hebammenverband.de/hebammenkongress/xiv-hebammenkongress/forschungsworkshop/erprobung-eines-personalbedarfsermittlungsinstrumentes-fuer-hebammen-im-kreisssaal/>. (Abruf: 12.09.2019)

²⁰ Lippert H. (1990). Personalbedarfsermittlung für Hebammen/Entbindungspfleger. -Ein neues analytisches Konzept der DKG-. (Zusammenfassung von 2 Titeln). Das Krankenhaus, 82(9), pp. 375-381,393,394.

Einen Anhaltspunkt hierfür liefert die S1-Leitlinie 087-001 der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin „Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland“²¹ mit Stand vom Mai 2015. Dort wird festgestellt, dass für eine kontinuierliche Betreuung jeder Schwangeren sub partu durch eine Hebamme in einer Geburtshilfe der Versorgungsstufe IV („Geburtsklinik“) mit ≤ 600 Geburten/Jahr mindestens 5,65 Hebammenstellen (inkl. Rufdienst) erforderlich sind.²² Dazu solle mindestens eine Hebamme in der Klinik anwesend und mindestens eine weitere rufbereit sein.²³ So könne zu mehr als 95 % der Zeit eine 1:1-Betreuung der Gebärenden gewährleistet werden.²⁴

Diese Anforderungen gelten auch in den höheren Versorgungsstufen, ab Versorgungsstufe II (Perinatalzentrum Level 2) wird eine eigenständige Leitung durch eine für Leitungsfunktionen qualifizierte Hebamme gefordert. Ob dieses als ergänzende Personalausstattung oder nur als organisatorische Abgrenzung zu verstehen ist, lässt sich der Leitlinie nicht entnehmen.

Ergänzend kann eine solche Mindestpersonalstärke auch überschlägig hergeleitet werden: So beträgt die mit Arbeitskräften abzudeckende Vorhaltezeit pro Jahr 8.766 Stunden (24h/Tag*365,25 Tage/Jahr unter Berücksichtigung von Schaltjahren). Die Bruttojahresarbeitszeit einer Vollkraft orientiert sich an der tariflich vereinbarten Wochenarbeitszeit; diese schwankt zwischen 38 bis 42 Wochenstunden eines Vollzeitbeschäftigten. Aus der Wochenarbeitszeit lässt sich die Monatsarbeitszeit und die vorläufige Bruttojahresarbeitszeit errechnen: 365,25 Tage / 12 Monate / 7 Tage = 4,348 Wochen pro Monat. Bei 4,348 Wochen pro Monat ergibt sich daraus bei der weit verbreiteten 38,5-Stunden-Woche eine Monatsarbeitszeit von 167,4 Stunden und eine vorläufige Bruttojahresarbeitszeit von 2.008,8 Stunden (167,4 h/Monat x 12 Monate). Von der vorläufigen Bruttojahresarbeitszeit müssen noch Feiertage und Urlaub abgezogen werden. Für abschätzende Betrachtungen haben sich Zuschlagsfaktoren für die Ausfallzeit etabliert. Die DKG berücksichtigt in ihren Anhaltzahlen für das Gesundheitswesen eine Ausfallzeit von

²¹ Die Leitlinie wurde durch die Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin erstellt. Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft kamen aus der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V., der Deutschen Gesellschaft für Pränatal- und Geburtsmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V., der Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie sowie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin e.V. Der Patientenvertreter wurde durch den Bundesverband „Das Frühgeborene Kind“ gestellt.

²² Die Leitlinie schreibt einen Präsenzdienst für 24 Stunden an jedem Tag des Jahres vor. Dieses entspricht in dem heute am weitesten verbreiteten Schichtmodell, bestehend aus Frühdienst, Spätdienst und Nachtdienst, der Besetzung von drei Schichten je Tag.

²³ Die Überschneidung von Tätigkeiten mit hoher Priorität, als Beispiel könnten zwei parallel ablaufende Entbindungen herangezogen werden, wird gemäß Leitlinie durch einen Rufdienst abgedeckt. In den aktuellen Tarifverträgen (Beispiel TVöD: §7.1 Sonderformen der Arbeit, Rufbereitschaft und Bereitschaftsdienst) ist die Installation eines Rufdienstes nur dann zulässig, wenn der Umstand der Arbeitsaufnahme eher in Ausnahmefällen auftritt.

²⁴ Dies erfordert pro zusätzliche 100 Geburten mindestens 0,93 weitere Hebammenstellen.

13,04% – dies entspricht einem Zuschlagsfaktor von 1,15 (15 %). Der Bayerische Kommunale Prüfungsverband setzt einen Zuschlagsfaktor von 20 % bis 23 % bei den nicht-ärztlichen Berufsgruppen an.²⁵ Angesichts der Tatsache, dass Bayern das Bundesland mit den meisten gesetzlichen Feiertagen ist, wird im Folgenden von einem Zuschlagsfaktor von 1,2 ausgegangen.

Somit würde sich bei einer jährlich abzudeckenden Arbeitszeit von 8.766 Stunden und einer Bruttoarbeitszeit von 2.008,8 Stunden je Hebamme unter Berücksichtigung des Zuschlagsfaktors von 1,20 ein Bedarf von 5,24 Vollkräften (ohne Rufdienst) ergeben.

3.3.2 Anhaltzahl für den Zeitaufwand je Geburt

Neben der Gesamtarbeitszeit ist der Zeitaufwand pro Geburt der zweite Faktor, der bestimmt, wie viele Geburten eine Hebamme innerhalb eines bestimmten Zeitraums von z. B. einem Jahr betreuen kann. Hier sind verschiedene Ansätze denkbar (Tabelle 6).

Tabelle 6: Ansätze für den Zeitaufwand je Geburt und Hebamme

Quelle	Zeitaufwand je Geburt in Minuten	
	ohne Ausfälle	inkl. Ausfälle
S1-Leitlinie (wie berichtet)		876
S1-Leitlinie (eigene Berechnung)		946
Hebammenverordnung	780	936
BKPV 1998 ²⁶	690	828
DKG Arbeitsgruppe 1989	865	865

Quelle: IGES auf Basis der angegebenen Quellen

Geht man von den o. g. 5,65 Vollkräften (mit Rufdienst) aus, die in der S1-Leitlinie für Kliniken mit maximal 600 Geburten angesetzt werden, ergibt sich eine Personalbindungszeit von 946,2 Minuten pro Geburt.²⁷ Bei Veranschlagung der o. g. 5,24 Vollkräften (ohne Rufdienst) ergibt sich hingegen eine Personalbindungszeit von 876,6 Minuten pro Geburt. Der in der Hebammenverordnung aus dem Jahr 1993 vorgegebene Minutenwert beträgt 780 Minuten ohne Ausfallzeit. Um diesen

²⁵ Studie zur Personalbedarfsbemessung 2006 – 2008 an elf Krankenhäusern der ersten beiden Versorgungsstufen im Bundesland Bayern.

²⁶ Baumann B, Diller W, Reehe H (1998): Personaleinsatz und Personalkosten im Krankenhaus des Bayerischen Kommunalen Prüfungsverbandes.

²⁷ 9.462 Stunden entsprechen 567.720 Minuten Arbeitsbereitschaft für bis zu 600 Geburten, 567.720 dividiert durch 600 ergibt 946,2 Minuten Personalbindung pro Geburt.

mit den Werten aus der Leitlinie vergleichbar zu machen, wird dieser um den Zuschlagsfaktor für Ausfallzeiten von 1,20 erhöht; daraus resultiert ein Minutenwert von 936 Minuten je Entbindung.

Die DKG-Arbeitsgruppe kam im Jahr 1990 auf einen Minutenwert von 865 Minuten je Entbindung.

Im Folgenden wird der aus der S1-Leitlinie abgeleitete Wert von 946 Minuten je Geburt verwendet. Zum einen gibt es keinen aktuelleren Wert oder einen Wert, der z. B. mit Blick auf unterschiedliche Strukturen vor Ort angepasst werden könnte. Zum anderen liegt er leicht über dem vielfach von Hebammenseite kritisierten und als zu niedrig angesehenen Wert von 936 Minuten (780 Minuten zzgl. Ausfallzeit).

3.3.3 Personalauslastung in Abhängigkeit von Geburtenzahlen

Auf Basis des Wertes aus der S1-Leitlinie lässt sich der Einsatz von Hebammen in Geburtskliniken anhand der Anzahl an Entbindungen bewerten.

Folgende Prämissen liegen der Bewertung zugrunde:

- ◆ Jede Geburtsklinik befolgt die S1-Leitlinie und hält Hebammen in der geforderten Besetzung vor.
- ◆ Es gelten ähnliche, vergleichbare Prozesse und Arbeitsaufgaben für die Hebammen in den Geburtskliniken.
- ◆ Die Anforderungen an die Arbeit der Hebammen durch die Gebärenden sind vergleichbar.

Unter diesen Prämissen kann jede Entbindung mit der aus der S1-Leitlinie ermittelten Personalbindungszeit bewertet werden. Das Produkt aus der Anzahl der Geburten multipliziert mit der Personalbindungszeit von 946 Minuten je Geburt ergibt die effektive Jahresarbeitszeit. Diese wird zu der Bruttovorhaltezeit aus der S1-Leitlinie von 9.462 Stunden ins Verhältnis gesetzt. Das Ergebnis beschreibt die zeitliche Auslastung der Hebammen.

Demnach wären in einer Geburtsklinik mit 400 Geburten im Jahr, welche die Vorgaben der S1-Leitlinie (946 Minuten je Geburt) berücksichtigt, die für einen 24/7-Betrieb erforderlichen Hebammen (VKÄ) zu 67 % ausgelastet (Tabelle 7).

Tabelle 7: Rechnerische Auslastung einer Hebammen-Mindestbesetzung in Abhängigkeit von der Anzahl der Geburten in einer Klinik pro Jahr

Anzahl Geburten je Klinik/Jahr	Personalbindung Hebammen in Stunden/Jahr	Vorhalte-Arbeitszeit in Stunden/Jahr	Auslastung
100	1.577	9.462	17%
150	2.365	9.462	25%
200	3.153	9.462	33%
250	3.942	9.462	42%
300	4.730	9.462	50%
350	5.518	9.462	58%
400	6.307	9.462	67%
450	7.095	9.462	75%
500	7.883	9.462	83%
550	8.672	9.462	92%
600	9.460	9.462	100%

Quelle: IGES

Gemäß der Milupa-Geburtenliste 2018 gab es 183 Krankenhäuser mit einer Geburtshilfe, die weniger als 600 Geburten betreuten; 20 davon betreuten weniger als 200 Geburten (Tabelle 8).

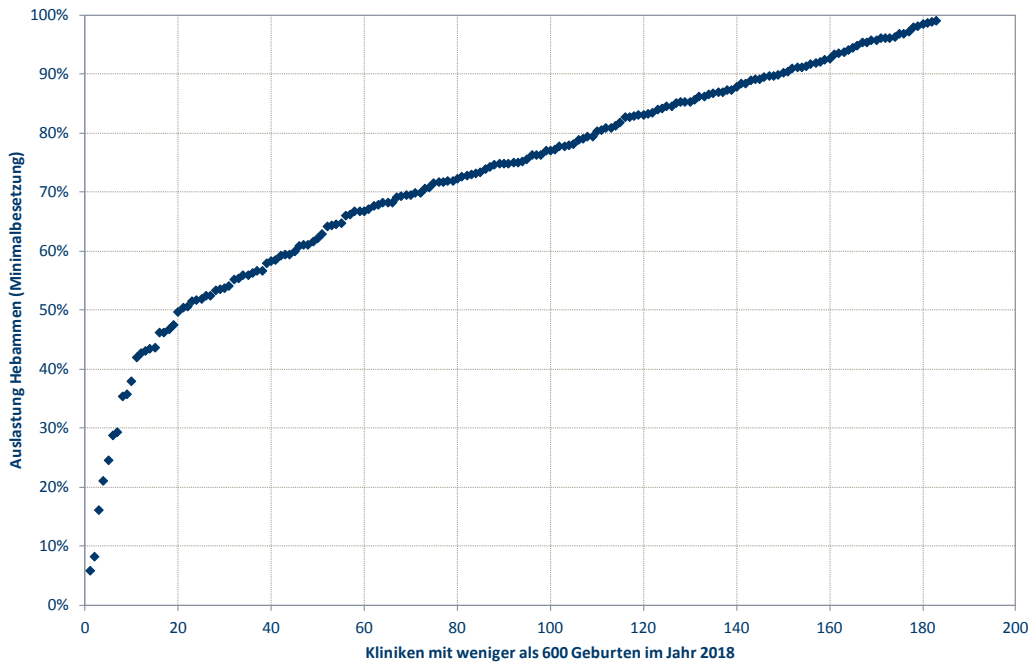
Tabelle 8: Krankenhäuser mit weniger als 600 Geburten im Jahr (2018) nach Anzahl der Geburten und rechnerischer Auslastung einer Hebammen-Mindestbesetzung

Anzahl Geburten	Anzahl Krankenhäuser	Anteil	maximale rechnerische Auslastung einer Hebammen-Mindestbesetzung
500 bis 599	63	34%	100%
400 bis 499	63	34%	83%
300 bis 399	37	20%	67%
<300	20	11%	50%
insgesamt	183	100%	

Quelle: IGES auf Basis der Milupa-Liste 2018

In den 20 kleinsten dieser Kliniken (mit 35 bis 298 Geburten) reichten die Geburtenzahlen für eine Auslastung der Hebammen-Mindestbesetzung von 6 % bis 50 % (Abbildung 2).

Abbildung 2: Rechnerische Auslastung einer Hebammen-Mindestbesetzung in den Geburtskliniken mit weniger als 600 Geburten, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Milupa-Geburtenliste 2018

Anmerkung: Es ist davon auszugehen, dass zumindest einige der Kliniken mit sehr geringen Geburtenzahlen unterjährig geschlossen wurden.

3.3.4 Abschätzung der Auswirkung einer Standortkonzentration auf den Bedarf an Hebammen

Auf Grundlage der Vorgaben der S1-Leitlinie sind die für einen 24/7-Betrieb mindestens vorzuhaltenden 5,65 Hebammen (VZÄ) bei 600 Geburten im Jahr vollständig ausgelastet.

Angesichts der oben dargestellten 183 Geburtskliniken mit weniger als 600 Geburten im Jahr 2018 und einer entsprechenden Unterauslastung der dort mindestens vorzuhaltenden Hebammen könnte eine Standortkonzentration zu einer insgesamt höheren Auslastung führen und damit unter sonst gleichen Bedingungen den Bedarf an vorzuhaltenden Hebammen reduzieren. Im rechnerischen Idealfall würden z. B. zwei Kliniken mit 300 Geburten zu einem Standort mit 600 Geburten fusionieren, die Auslastung würde sich verdoppeln, und die Anzahl mindestens vorzuhaltender Hebammen würde sich halbieren.

Fraglich ist jedoch, wie sich der Mindestpersonalbedarf an Hebammen entwickelt, wenn eine Klinik mehr als 600 Geburten pro Jahr zu betreuen hat. Hier sind zwei grundlegende Modelle denkbar:

- ◆ Modell der diskreten Personalführung: je 100 Entbindungen 0,93 Stellen / Vollkräfte
- ◆ Modell der blockweisen Personalführung: ab mehr als 600 Entbindungen doppelte Besetzung der Dienste, ab 1.200 Entbindungen dreifache Besetzung der Dienste usw.

Das erste Modell der diskreten Personalführung wird in der o. g. S1-Leitlinie beschrieben. Danach sind für je 100 zusätzliche Geburten jeweils auch 0,93 zusätzliche Hebammenstellen (VZÄ) vorzuhalten (Tabelle 9).²⁸ In einem solchen Modell würde die Fusion unterausgelasteter Kliniken mit jeweils weniger als 600 Geburten grundsätzlich immer zu einer verbesserten Auslastung der Hebammen führen.

Tabelle 9: Auslastung von Hebammen in Abhängigkeit von der Geburtenzahl bei diskreter Personalführung

Anzahl Entbindungen	Personalbindung (Std./Jahr)	vorzuhaltende Arbeitszeit gem. S1 (Std./Jahr)	Auslastung
600	9.460	9.462	100,0%
700	11.037	11.019	100,2%
800	12.613	12.577	100,3%
900	14.190	14.134	100,4%
1.000	15.767	15.692	100,5%
1.100	17.343	17.249	100,5%
1.200	18.920	18.807	100,6%

Quelle: IGES

Gemäß dem blockweisen Modell der Personalführung führt eine Fusion von zwei Standorten mit jeweils 400 Geburten dazu, dass der Mindestpersonalbedarf und damit auch die Auslastung gleich bleibt, weil zwei komplette Schichten besetzt werden müssen. Erst bei einer Fallzahl von 1.200 Geburten (z. B. durch eine Fusion von drei Standorten á 400 Geburten) würden die beiden erforderlichen Schichten wieder voll ausgelastet, und der Mindestpersonalbedarf würde um ein Drittel sinken.

²⁸ Dies entspricht etwa einem Sechstel der Mindest-Personalausstattung von 5,65 VZÄ für max. 600 Geburten.

Das blockweise Modell zeigt also bei einem langsamen Anstieg der Geburtenzahlen über 600 Geburten hinaus zunächst einen Einbruch in der Auslastung, welcher sich mit Steigerung der Geburtenzahlen wieder an die optimale Auslastung annähert (Tabelle 10).

Tabelle 10: Auslastung der Hebammen in Abhängigkeit von der Geburtenzahl bei blockweiser Personalzuführung

Anzahl Entbindungen	Personalbindung (Std./Jahr)	vorzuhaltende Arbeitszeit gem. S1 (Std./Jahr)	Auslastung
600	9.460	9.462	100,0%
700	11.037	18.924	58,3%
800	12.613	18.924	66,7%
900	14.190	18.924	75,0%
1.000	15.767	18.924	83,3%
1.100	17.343	18.924	91,6%
1.200	18.920	18.924	100,0%

Quelle: IGES

In der Praxis werden beide Modelle neben- und nacheinander existieren. So nimmt ein Teil der Aufgaben in der Geburtshilfe fast ausschließlich den Tagdienst in Anspruch; dieses sind z. B. Beratungstätigkeiten der Schwangeren, vorgeburtliche Untersuchungen und primäre Kaiserschnitte. Daher ist vorstellbar, dass bei einem leichten Anstieg der Geburtenzahlen zunächst mit einer diskreten Zuführung von Personal zuerst die Tag-Schichten mit Präsenzdiensten und die Nachtschichten mit Bereitschaftsdiensten unterstützt werden.

Bei einem stärkeren Anstieg der Geburtenzahlen steigt aber auch die Wahrscheinlichkeit von parallelen Arbeitsaufgaben mit hoher Priorität. Daher ist davon auszugehen, dass nach diskreter Zuführung von zusätzlichem Personal schnell eine Schwelle erreicht wird, ab der Dienste mit der doppelten Personalvorhaltung abgedeckt werden müssen.

Eine Prognose, wann eine diskrete Personalzuführung nicht mehr tragfähig ist und eine blockweise Personalzuführung erfolgen muss, lässt sich jedoch nicht treffen.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass eine bessere Auslastung von Hebammen und damit die Milderung des Hebammenmangels durch eine Fusion kleiner Geburtshilfen noch von weiteren Voraussetzungen abhängig ist: So müssen die Kliniken mit weniger als 600 Geburten tatsächlich die Mindestanzahl an Hebammen vorgehalten haben, und zum anderen muss zumindest ein Teil der Hebammen bereit und in der Lage sein, auch an einem anderen Krankenhausstandort tätig zu

werden, der ggf. deutlich weiter von ihrem Wohnort entfernt liegt. Schließlich sind Veränderungen der Erreichbarkeit der stationären Geburtshilfe für Schwangere, vor allem in ländlichen Regionen, zu berücksichtigen (vgl. hierzu die Erreichbarkeitsanalysen in Kapitel 5.2).

4. Geburtenentwicklung in Deutschland

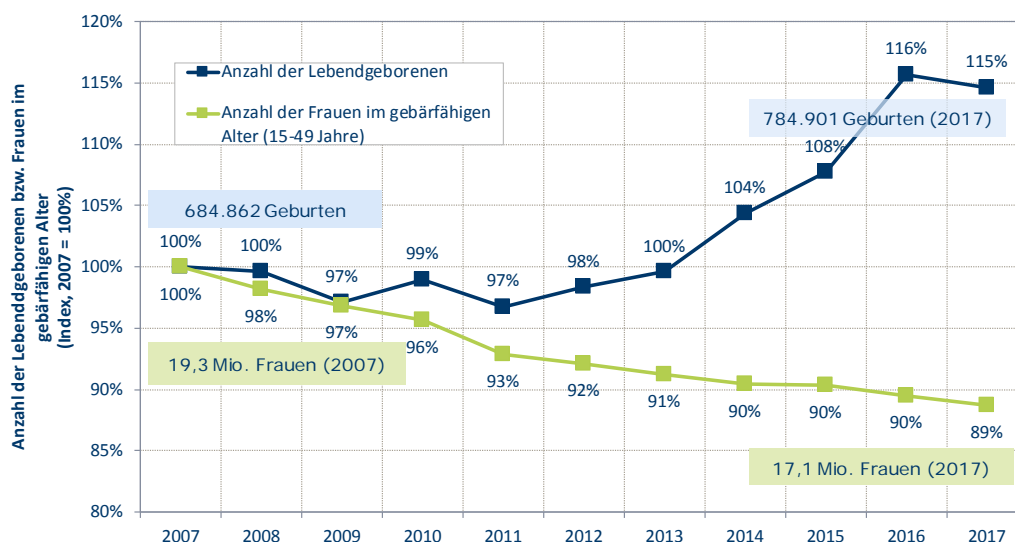
Die Anzahl der Geburten ist die primäre Determinante für die Nachfrage nach Hebammenleistungen und damit auch für die „bedarfsnotwendigen“ Hebammenkapazitäten in der stationären Geburtshilfe. Im Folgenden wird daher die Geburtenentwicklung in Deutschland dargestellt. Neben der Geburtenzahl beeinflussen weitere Faktoren die Nachfrage bzw. den Bedarf an stationärer Hebammenversorgung, wie beispielsweise die Anzahl der Erstgebärenden, die Wünsche und Bedürfnisse der Frauen oder die Kaiserschnitttrate. Bei letzterer zeigen sich ausgeprägte regionale Variationen, auf die ebenfalls im Folgenden näher eingegangen wird.

4.1 Entwicklung der Lebendgeborenen und der Frauen im gebärfähigen Alter

4.1.1 Entwicklung im Zeitraum 2007 bis 2017

Die Anzahl der Lebendgeborenen in Deutschland ist von 684.862 im Jahr 2007 auf 784.901 im Jahr 2017 gestiegen (insgesamt +15 %) (Abbildung 3). Im gleichen Zeitraum ist die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter (15 bis 49 Jahre) von 19,3 Mio. auf 17,1 Mio. zurückgegangen (-11 %).

Abbildung 3: Anzahl der Lebendgeborenen und der Frauen im gebärfähigen Alter, 2007 bis 2017

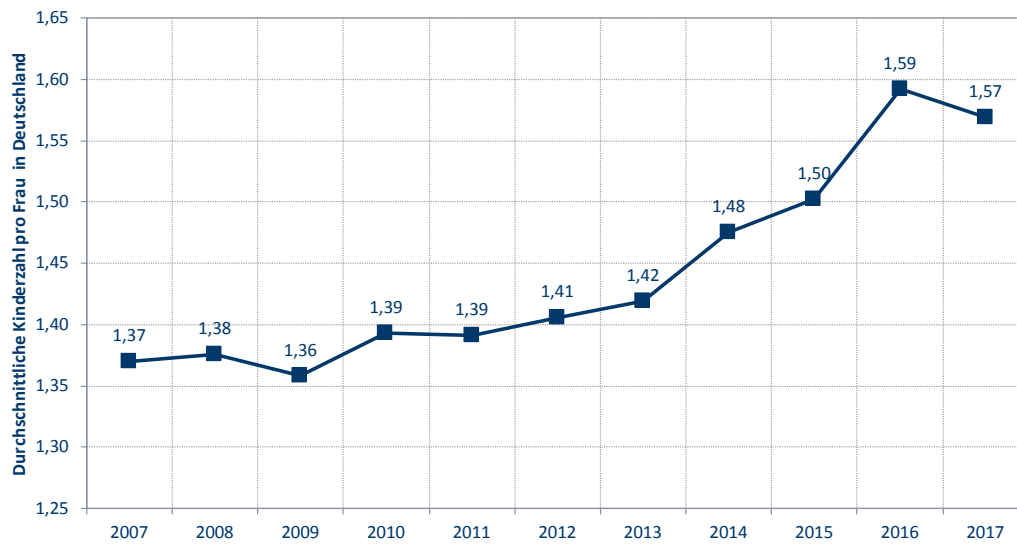


Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2019a): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes auf Grundlage des Zensus 2011

Erklärt wird diese divergente Entwicklung dadurch, dass sich die zusammengefasste Geburtenziffer in Deutschland bis zum Jahr 2016 von 1,37 Kindern je Frau

im Jahr 2007 auf 1,59 Kinder je Frau im Jahr 2016 erhöht hat (Abbildung 4). Im Jahr 2017 gab es einen leichten Rückgang der Geburtenziffer auf 1,57 Kinder je Frau.

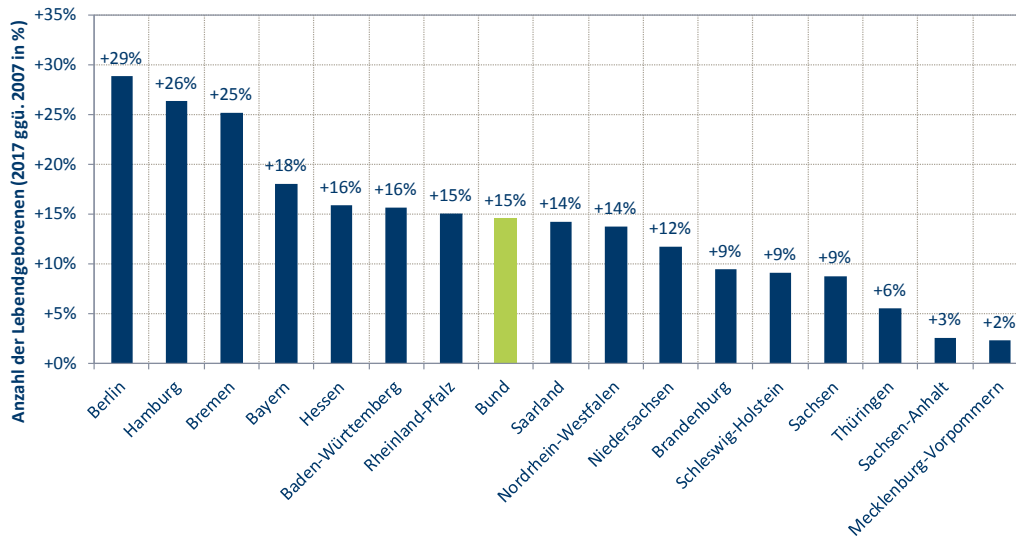
Abbildung 4: Entwicklung der zusammengefassten Geburtenziffer in Deutschland, 2007 bis 2017



Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2019a): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes auf Grundlage des Zensus 2011

Die Anzahl der Lebendgeborenen hat zwischen den Jahren 2007 und 2017 in allen Bundesländern – allerdings in teilweise sehr unterschiedlichem Ausmaß – zugenommen (Abbildung 5). Der Anstieg reichte von 2 % in Mecklenburg-Vorpommern bis 29 % in Berlin.

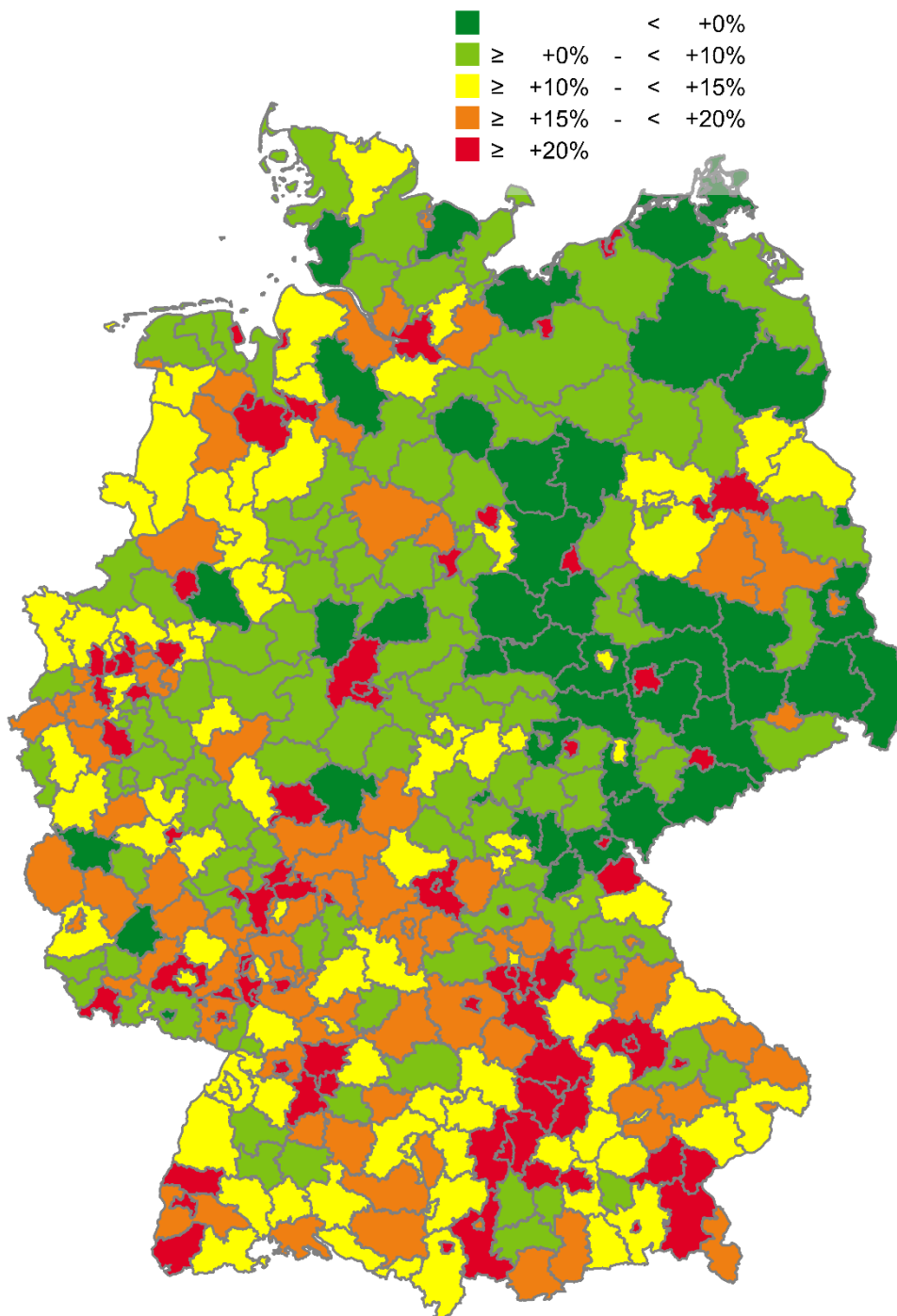
Abbildung 5: Entwicklung der Anzahl der Lebendgeborenen nach Bundesländern, 2017 ggü. 2007



Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2019a): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes auf Grundlage des Zensus 2011

Regionale Unterschiede der Geburtenentwicklung zeigen sich insbesondere auch zwischen den Regionstypen. Überdurchschnittlich starke Zunahmen der Anzahl der Lebendgeborenen gab es seit dem Jahr 2007 vor allem in den kreisfreien Städten, während sich in einigen Landkreisen – vor allem in den ostdeutschen Bundesländern – die Geburtenzahlen um bis zu -11 % (Landkreis Birkenfeld) und -12 % (Erzgebirgskreis) verringerten (Abbildung 6). Die Farbgebung in Abbildung 6 verdeutlicht, dass bei einem Anstieg der Geburtenzahlen (rote Einfärbung) tendenziell höhere geburtshilfliche Kapazitäten benötigt werden und bei einem Rückgang (grüne Einfärbung) geringere.

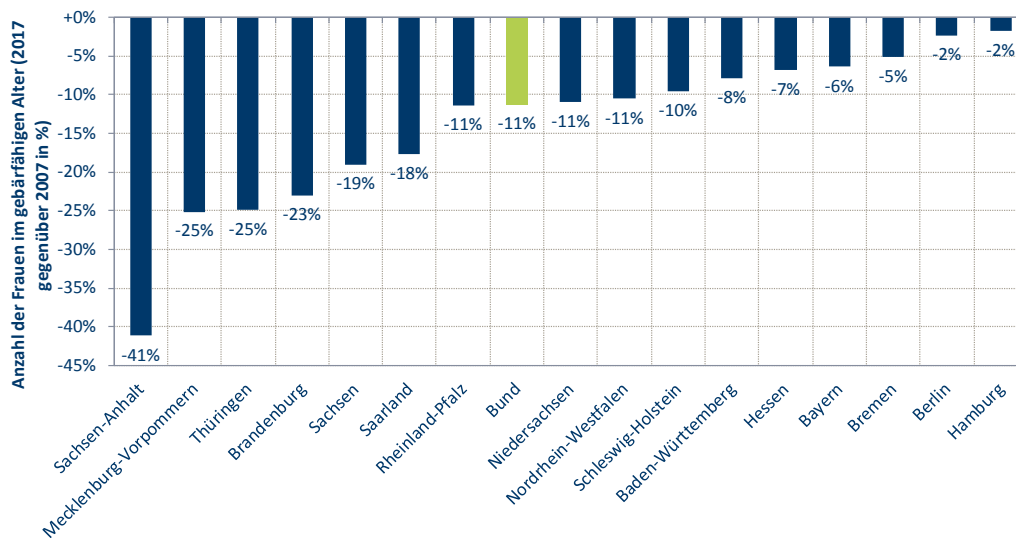
Abbildung 6: Entwicklung der Anzahl der Lebendgeborenen nach Landkreisen und kreisfreien Städten, 2017 ggü. 2007



Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2019a): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes auf Grundlage des Zensus 2011

Die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter (15 bis 49 Jahre) hat im Zeitraum 2007 bis 2017 in allen Bundesländern abgenommen (Abbildung 7). Der Rückgang reichte von -2 % in Hamburg und Berlin bis -41 % in Sachsen-Anhalt. Neben Sachsen-Anhalt gab es auch in den übrigen ostdeutschen Bundesländern überdurchschnittlich starke Rückgänge der Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter (zwischen -19 % in Sachsen und -25 % in Mecklenburg-Vorpommern).

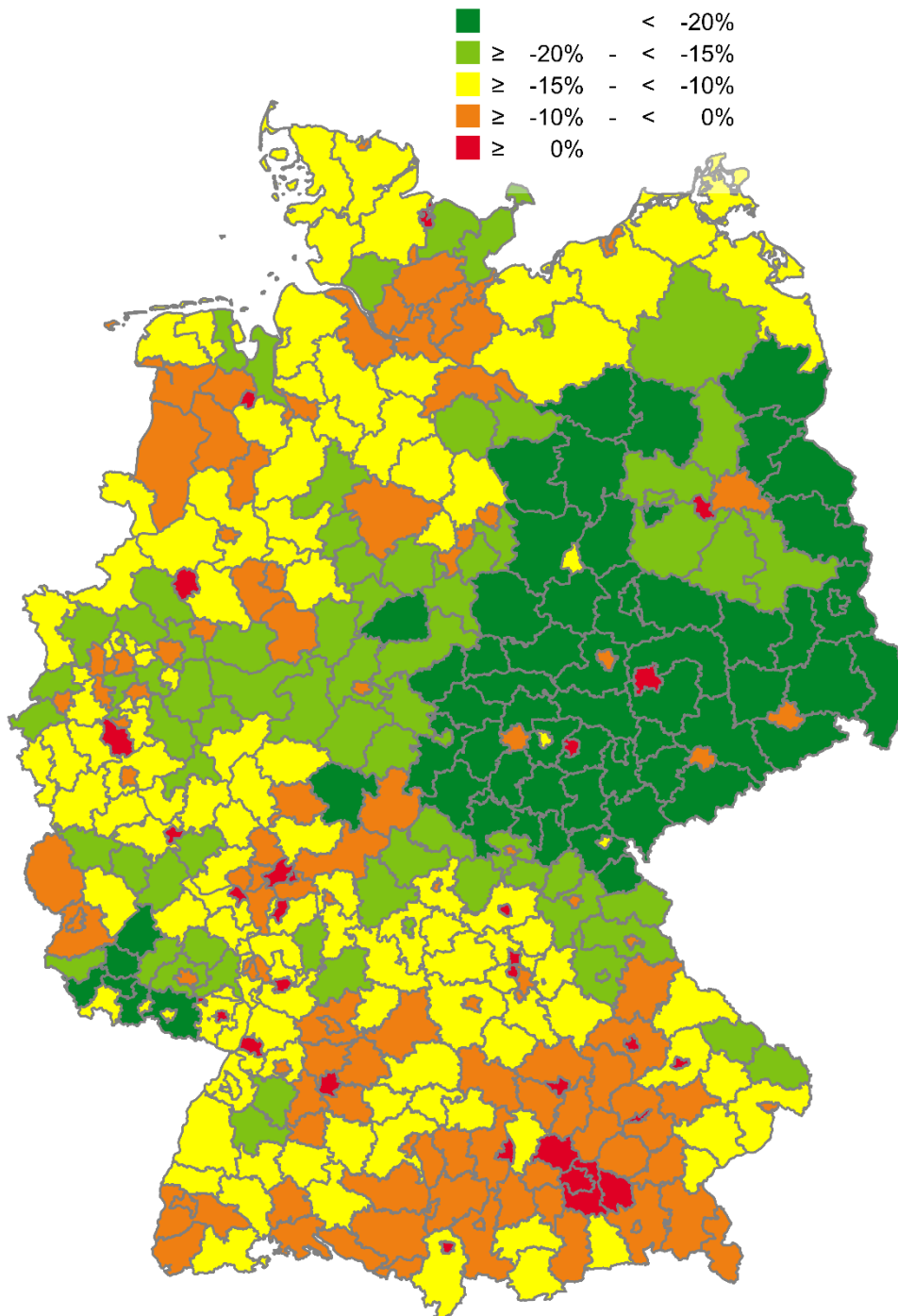
Abbildung 7: Entwicklung der Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter nach Bundesländern, 2017 ggü. 2007



Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2019a): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes auf Grundlage des Zensus 2011

Die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter ist in der weit überwiegenden Zahl der Landkreise gegenüber dem Jahr 2007 zurückgegangen. Auch in vielen kreisfreien Städten verringerte sie sich, es gibt allerdings auch einige Städte, in denen die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter im Jahr 2017 höher ausgefallen ist als im Jahr 2007 (Abbildung 8).

Abbildung 8: Entwicklung der Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter nach Landkreisen und kreisfreien Städten, 2017 ggü. 2007



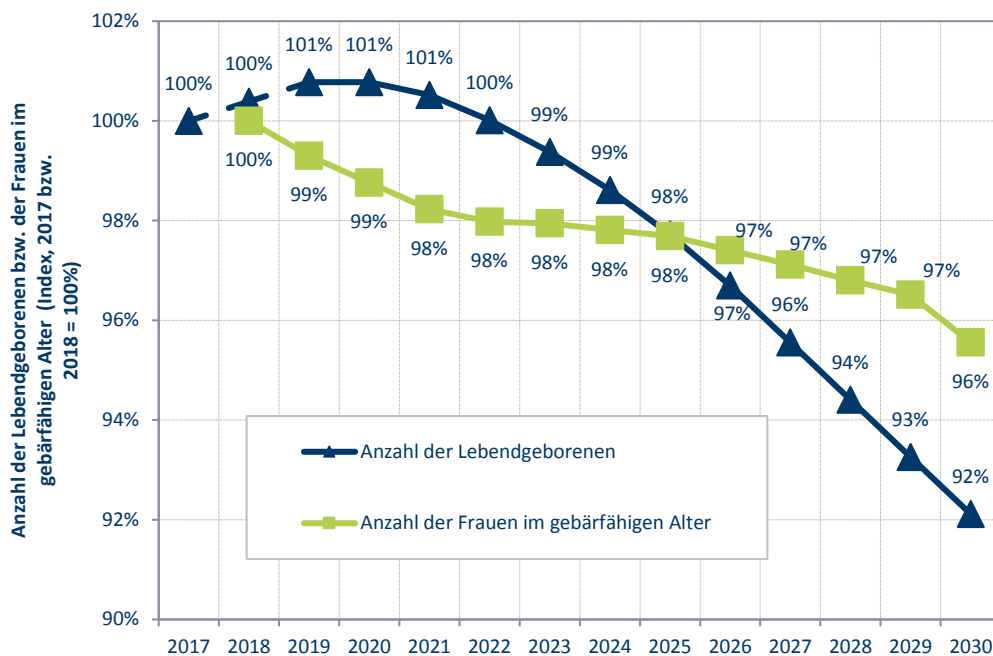
Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2019a): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes auf Grundlage des Zensus 2011

4.1.2 Zukünftige Entwicklung (2018 bis 2030)

Bis zum Jahr 2030 ist auf Basis der 14. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (Stand: 31.12.2018) in Deutschland insgesamt mit einem Rückgang sowohl bei der Anzahl der Lebendgeborenen als auch bei der Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter zu rechnen.

Die Anzahl der Lebendgeborenen steigt in der mittleren Vorausrechnungsvariante G2-L2-W2 demgemäß zunächst bis zum Jahr 2020 geringfügig an (+1 %), anschließend ist sie allerdings bis zum Jahr 2030 stetig rückläufig (Abbildung 9). Für das Jahr 2030 wird mit knapp 8 % weniger Geburten gerechnet als im Jahr 2017.²⁹

Abbildung 9: Vorausberechnung der Anzahl der Lebendgeborenen und der Frauen im gebärfähigen Alter, 2018 bis 2030



Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2019b): 14. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Stand 31.12.2018, vgl. Abschnitt 2.1.1

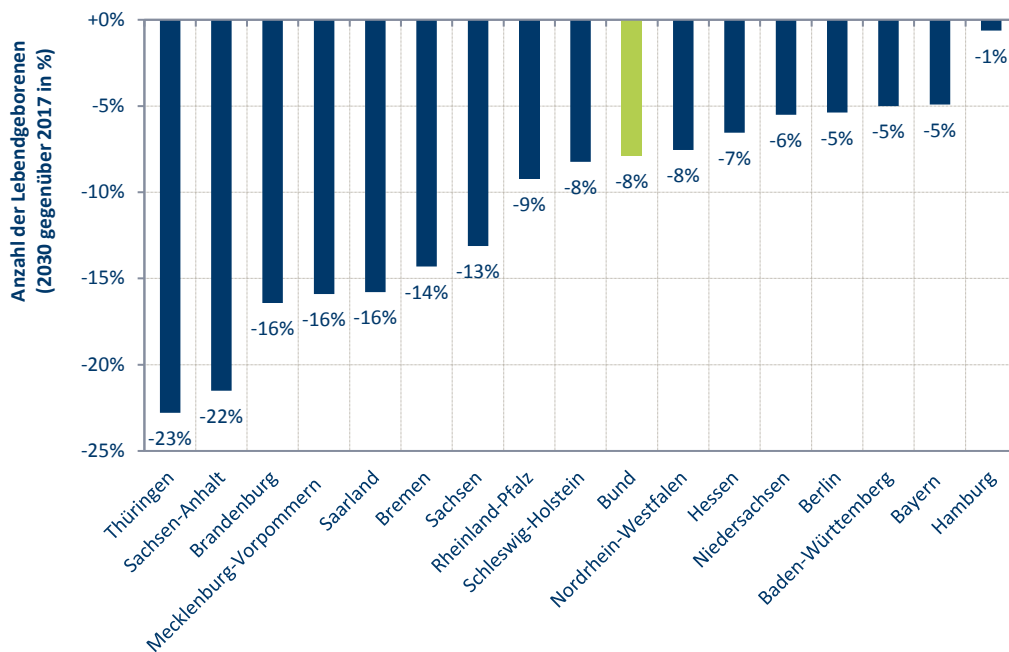
In der Variante mit niedriger Geburtenrate und Wanderung (G1-L3-W1) ergibt sich sogar ein Rückgang der Lebendgeborenen um 13 %, während in der Variante mit hoher Geburtenrate und Wanderung (G3-L1-W3) annähernd die gleiche Anzahl an Lebendgeborenen wie im Jahr 2017 erreicht wird (-0,1 %).

²⁹ Mittlerweile liegt auch die Anzahl der Lebendgeborenen für das Jahr 2018 vor; sie ist mit 787.523 gegenüber dem Jahr 2017 um rd. 0,3 % gestiegen. Entsprechend fällt der Rückgang der Geburtenzahl im Jahr 2030 gemäß der aktuellen Vorausberechnung etwas stärker aus (-8,2 %).

Die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter wird in der mittleren Variante bis zum Jahr 2030 stetig zurückgehen, um insgesamt 4 % gegenüber dem Jahr 2018. Bei niedriger Geburtenrate und Wanderung (G1-L3-W1) beläuft sich der Rückgang auf 5 % und bei hoher Geburtenrate und Wanderung (G3-L1-W3) auf 2 %.

Ein Rückgang der Anzahl der Lebendgeborenen bis zum Jahr 2030 wird für alle Bundesländer prognostiziert. Das erwartete Ausmaß reicht von 1 % in Hamburg bis 23 % in Thüringen gegenüber dem Jahr 2017 (Abbildung 10).

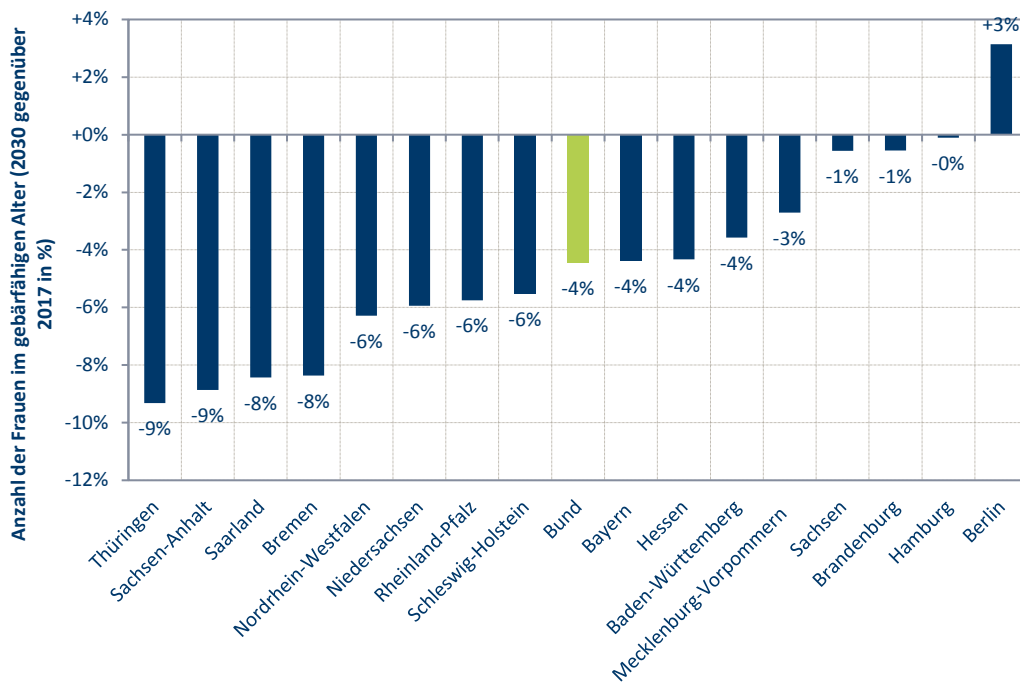
Abbildung 10: Vorausberechnung der Anzahl der Lebendgeborenen nach Bundesländern, 2017 bis 2030



Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2019b): 14. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Stand 31.12.2018, vgl. Abschnitt 2.1.1

Die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter wird in der Vorausberechnung bis zum Jahr 2030 in allen Bundesländern – bis auf Berlin – zurückgehen, zwischen unter 1 % in Hamburg und 9 % in Thüringen (Abbildung 11).

Abbildung 11: Vorausberechnung der Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter nach Bundesländern, 2017 bis 2030



Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2019b): 14. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Stand 31.12.2018, vgl. Abschnitt 2.1.1

In Berlin wird bis zum Jahr 2030 mit einer Zunahme der Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter in Höhe von 3 % gegenüber dem Jahr 2017 gerechnet.

4.2 Kaiserschnittrate

Die Kaiserschnittrate, also die Anzahl der Kaiserschnitte je 1.000 Lebendgeborene, hat sich in Deutschland im Zeitraum 1991 bis 2011 mehr als verdoppelt; seitdem ist sie etwas gesunken, liegt aber nach wie vor bei rd. 30 % und damit deutlich über dem EU-Durchschnitt (Statistisches Bundesamt, OECD 2018). Innerhalb Deutschlands variiert die Kaiserschnittrate regional sehr stark. Diese regionalen Unterschiede wurden bereits vor einigen Jahren grundlegend untersucht (Kolip/Nolting/Zich 2012). Die Studie kam u. a. zu dem Ergebnis, dass sich häufig geäußerte Begründungen für den Anstieg der Kaiserschnittraten – darunter ein höheres Durchschnittsalter der Mütter, mehr überschwere Kinder, Mehrlings- und Frühgeburten oder Wunschkaiserschnitte, aber auch monetäre Anreize für die Kliniken – nicht belegen lassen. Als eine mögliche Erklärung für unterschiedlich hohe Kaiserschnittraten wurden u. a. Unterschiede in der Personalverfügbarkeit diskutiert.

Aufgrund der besseren Planbarkeit von Kaiserschnitten im Vergleich zu vaginalen Entbindungen erleichtern sie Kliniken, die nicht rund um die Uhr ausreichend Hebammen und ärztliches Personal vorhalten können, die Organisation und den Betrieb der Geburtshilfe.³⁰

Vor diesem Hintergrund stellt die Kaiserschnitttrate einen möglichen Indikator für die Qualität der Hebammenversorgung, insbesondere auch hinsichtlich der vorhandenen Personalkapazitäten, dar. Im Folgenden werden daher zunächst die regionalen Unterschiede der Kaiserschnittraten auf Basis aktueller Daten dargestellt und anschließend untersucht, ob sich Zusammenhänge zu Unterschieden der Personalkapazitäten in der Hebammenversorgung an den Kliniken aufzeigen lassen.

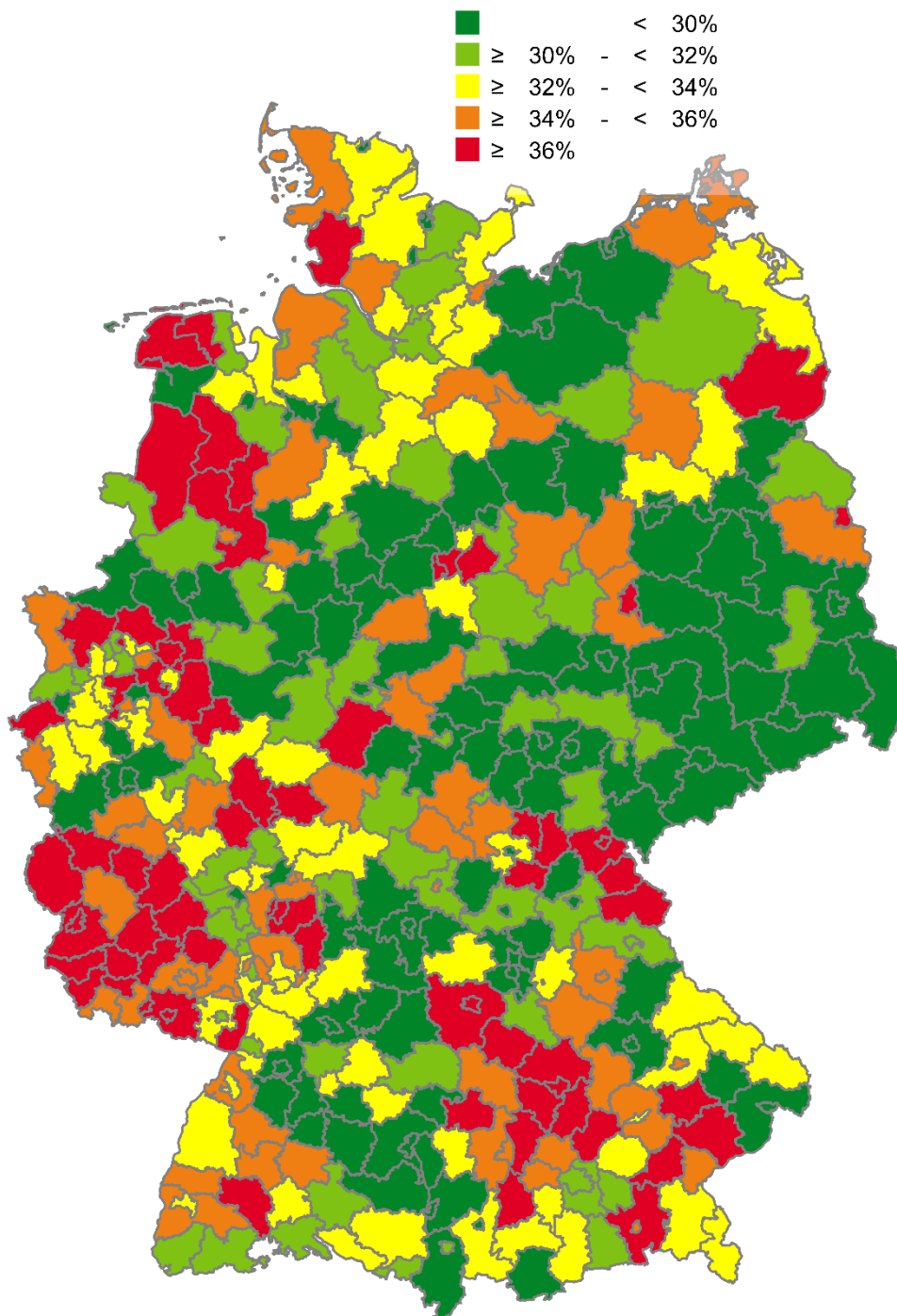
Die Kaiserschnittraten werden anhand von zwei verschiedenen Bezugsgrößen dargestellt: Die Anzahl der Kaiserschnitte wird im ersten Fall ins Verhältnis zur Anzahl der abgerechneten geburtshilflichen DRGs gesetzt, im zweiten Fall zur Anzahl der Lebendgeborenen (zum methodischen Vorgehen vgl. Abschnitt 2.1.5). In beiden Fällen zeigt sich, dass die Kaiserschnittraten im Jahr 2017 regional erheblich zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten variierten.

4.2.1 Kaiserschnittraten auf Kreisebene

Das Verhältnis der Anzahl der Kaiserschnitte zur Anzahl der abgerechneten geburtshilflichen DRG lag im Jahr 2017 im bundesweiten Durchschnitt bei 31 %. Auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte betrug die geringste Kaiserschnitttrate 20 % und die höchste 46 % (Abbildung 12).

³⁰ Gemäß der Studie von Kolip/Nolting/Zich (2012) deuten hierauf die deutlich höheren Kaiserschnittraten von Belegfachabteilungen hin: „Möglicherweise kann in kleineren Belegabteilungen die optimale Betreuung einer schwierigen Geburtssituation nicht zu allen Zeiten gewährleistet werden und eine Kaiserschnittentbindung erscheint dann als der sicherste Geburtsweg.“ (S. 7) Hinweise darauf, dass ein Hebammenmangel Grund für eine verstärkte Durchführung von Kaiserschnitten sein kann, finden sich auch in Pressemeldungen aus den letzten Jahren (z. B. <https://www.sueddeutsche.de/muenchen/hebammenmangel-babys-in-erding-nur-per-kaiserschnitt-1.3558285>).

Abbildung 12: Kaiserschnitttrate auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (bezogen auf geburtshilfliche DRG), 2017



Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2019c): DRG-Statistik

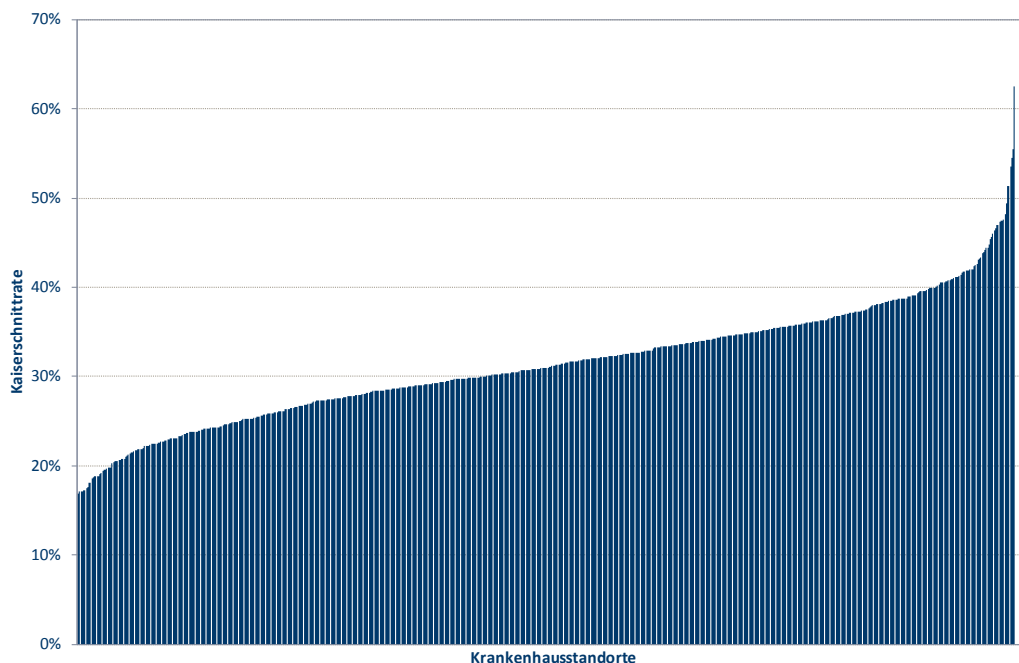
Bezogen auf die Anzahl der Lebendgeborenen ergibt sich ein ähnliches Bild: Die Kaiserschnitttrate lag im Jahr 2017 im bundesweiten Durchschnitt bei 30 %. Auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte betrug die geringste Kaiserschnitttrate 20 % und die höchste 49 % (vgl. Abbildung 146 im Anhang).³¹

Wie schon in der Studie von Kolip/Nolting/Zich (2012) auf Basis von Daten für die Jahre 2007 bis 2010 lag die Kaiserschnitttrate in den ostdeutschen Bundesländern niedriger als in den westdeutschen. Damals ließen sich diese länderspezifischen Unterschiede primär dadurch erklären, dass in den westdeutschen Bundesländern signifikant häufiger die Kaiserschnitt-Indikation aufgrund der Diagnose „Adipositas“ gestellt wurde (Kolip/Nolting/Zich 2012: 51ff.).

4.2.2 Kaiserschnitttrate auf Ebene der Krankenhausstandorte

Auf Ebene der Krankenhausstandorte der Geburtshilfe lag die Kaiserschnitttrate (Verhältnis der Anzahl der Kaiserschnitte zur Anzahl aller Geburten) im Jahr 2017 zwischen 11 % und 63 % (Abbildung 13).

Abbildung 13: Kaiserschnitttrate auf Ebene der Krankenhausstandorte der Geburtshilfe, 2017

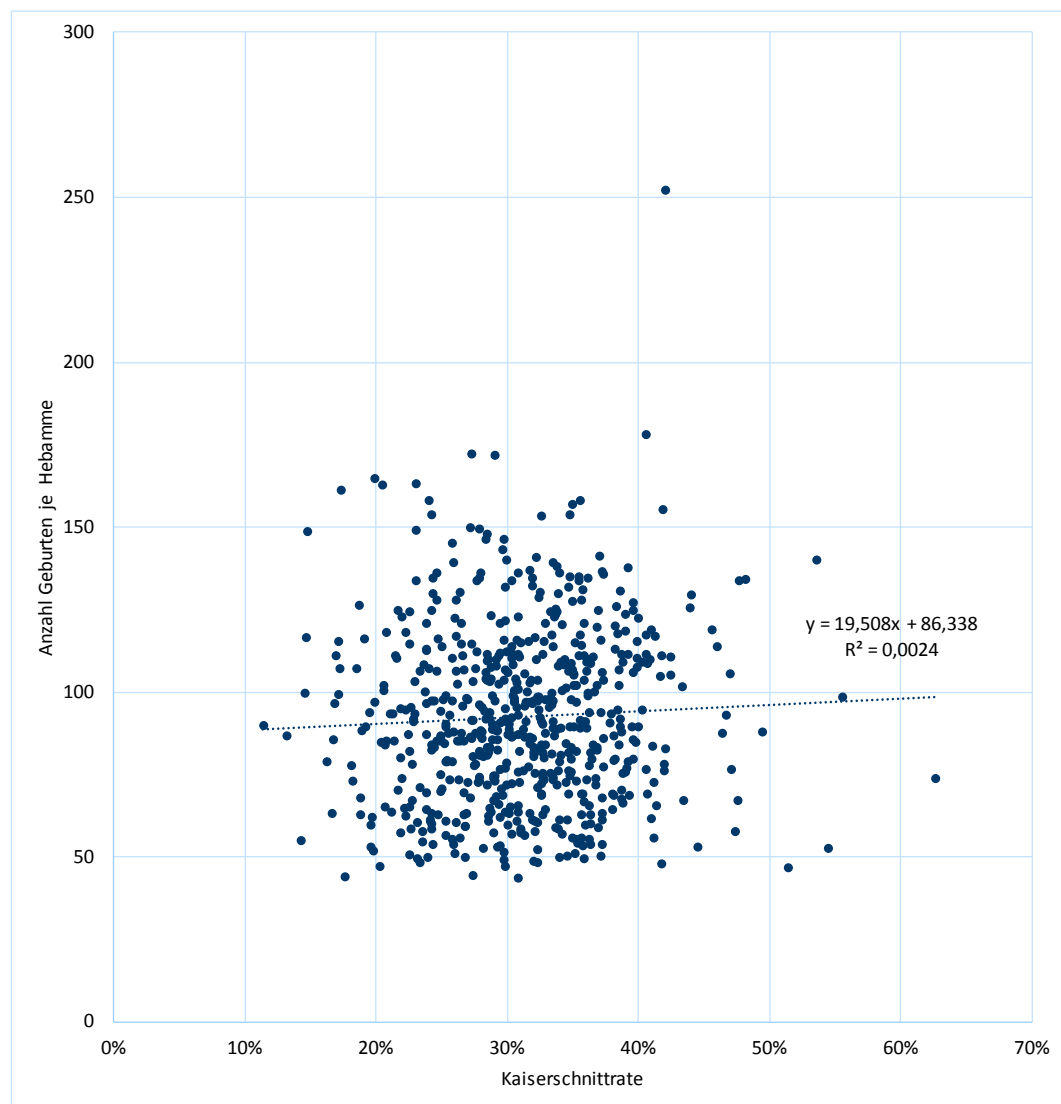


Quelle: IGES auf Basis von G-BA (2019): SQB-Daten (n=704)

³¹ Ähnliche Ergebnisse zu den regionalen Unterschieden bei der Kaiserschnitttrate zwischen den Kreisen zeigen sich auch bei Kolip/Nolting/Zich (2012) im „Faktencheck Kaiserschnitt“ auf Grundlage von Abrechnungsdaten einer Krankenkasse für das Jahr 2010.

Zwischen der Kaiserschnitttrate und der Arbeitsbelastung der Hebammen (abgebildet über die Anzahl der Geburten je Hebamme) ergibt sich auf Basis der SQB-Daten kein offensichtlicher systematischer Zusammenhang (Abbildung 14).

Abbildung 14: Zusammenhang zwischen der Anzahl der Geburten je Hebamme und der Kaiserschnitttrate nach Krankenhausstandorten, 2017



Quelle: IGES auf Basis von G-BA (2019): SQB-Daten (n=624; 17 Einrichtungen mit weniger als einer Geburt je Hebamme im Jahr 2017 und 11 Standorte mit mehr als 400 Geburten je Hebamme und Jahr wurden aus der Analyse ausgeschlossen)

5. Geburtskliniken in Deutschland

Die Situation der Geburtskliniken in Deutschland wird im Folgenden zunächst auf Basis von Auswertungen der Daten der verfügbaren amtlichen Krankenhausstatistik, der Strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser und der Milupa-Geburtenliste dargestellt (zu den Datenquellen vgl. Kapitel 2.1). Im Vordergrund stehen hierbei zunächst die Anzahl und die regionale Verteilung der Standorte von Geburtskliniken und der in ihnen betreuten Geburten sowie die Erreichbarkeit der Geburtskliniken. Ein Schwerpunkt liegt auf der Darstellung der Personal- und Beschäftigungssituation der Hebammen in den Geburtskliniken (Anzahl, regionale Verteilung, Beschäftigungsumfang, Betreuungsschlüssel).

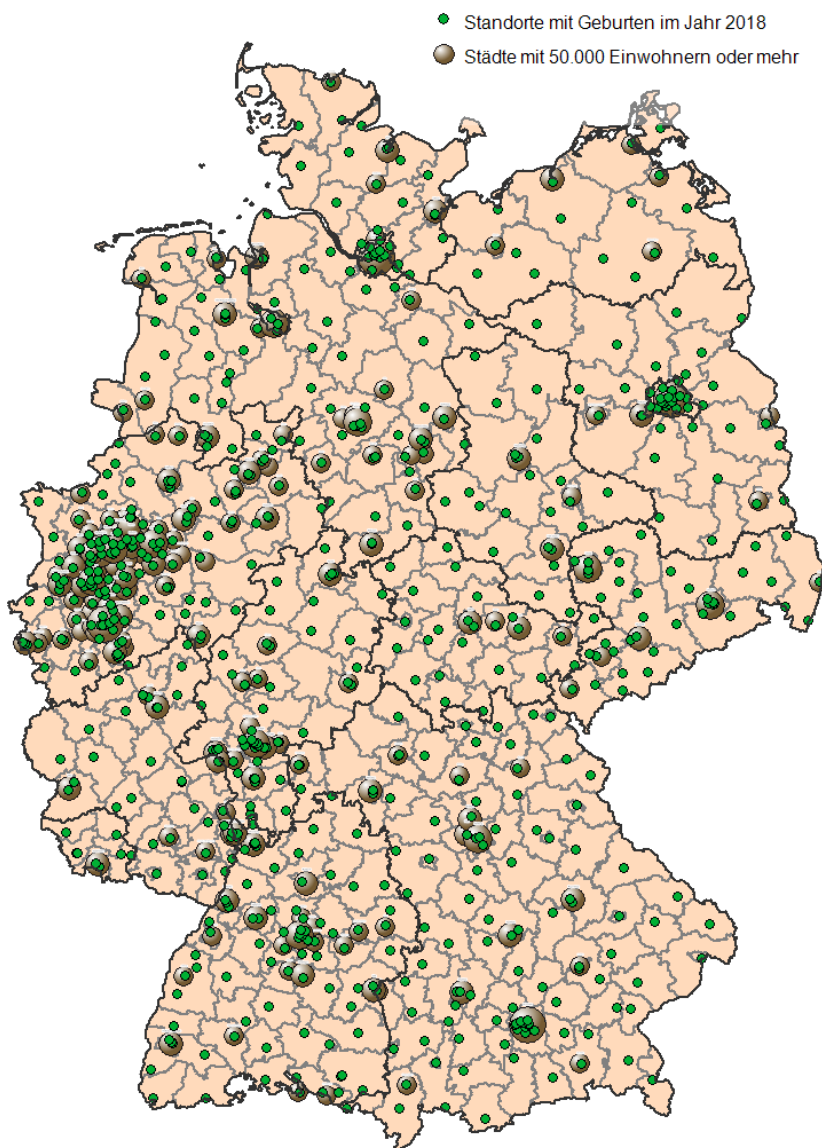
Anschließend werden die Ergebnisse der für diese Studie durchgeführten Befragung der Geburtskliniken dargestellt. Hierbei geht es zunächst um die Prüfung der Strukturmerkmale der Stichprobe der Geburtskliniken, die an der Befragung teilgenommen haben, im Vergleich zur Grundgesamtheit. Den Schwerpunkt bilden anschließend die Ergebnisse zu den Fragen, mit denen zusätzliche, über die verfügbare Statistik hinausgehende Informationen zur Situation der Hebammenversorgung in den Geburtskliniken erhoben wurden (beispielsweise zu Arbeitszeiten/-organisation, Vergütung, Auslastungsschwankungen oder Vakanzen).

5.1 Entwicklung der stationären Geburtshilfe

5.1.1 Anzahl und regionale Verteilung der Standorte

Im Jahr 2018 wurden in Deutschland an 682 Krankenhausstandorten Geburten betreut (Abbildung 15).

Abbildung 15: Krankenhausstandorte in Deutschland mit Geburten, 2018

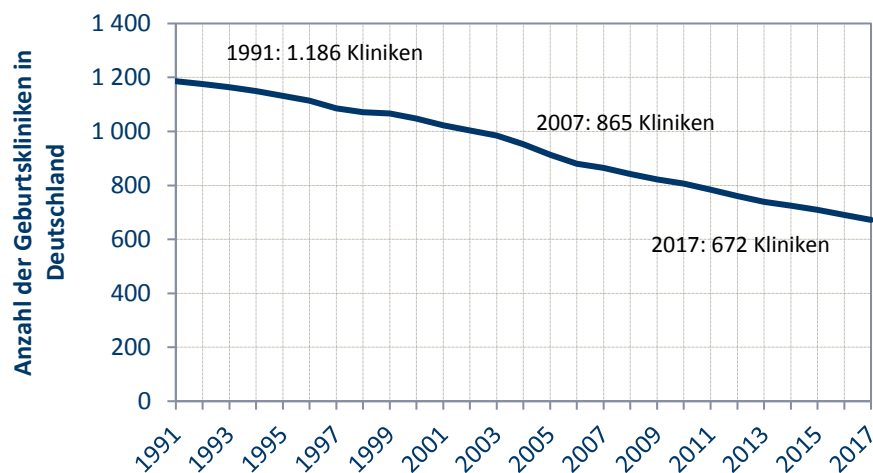


Quelle: IGES auf Basis von G-BA (2019): SQB-Daten und Milupa (mehrere Jahrgänge):
Geburtenliste

Anmerkung: 682 Standorte mit Geburten im Jahr 2018

Die Anzahl der Krankenhäuser mit Entbindungen in Deutschland hat sich seit dem Jahr 1991 um ca. 43 % reduziert (Abbildung 16), seit 2007 um ca. 22 %. Gemäß den Daten des Statistischen Bundesamtes gab es im Jahr 1991 in Deutschland noch 1.186 Krankenhäuser mit Entbindungen, im Jahr 2007 noch 865 und im Jahr 2017 noch 672.³²

Abbildung 16: Entwicklung der Anzahl der Geburtskliniken in Deutschland, 1991 bis 2017

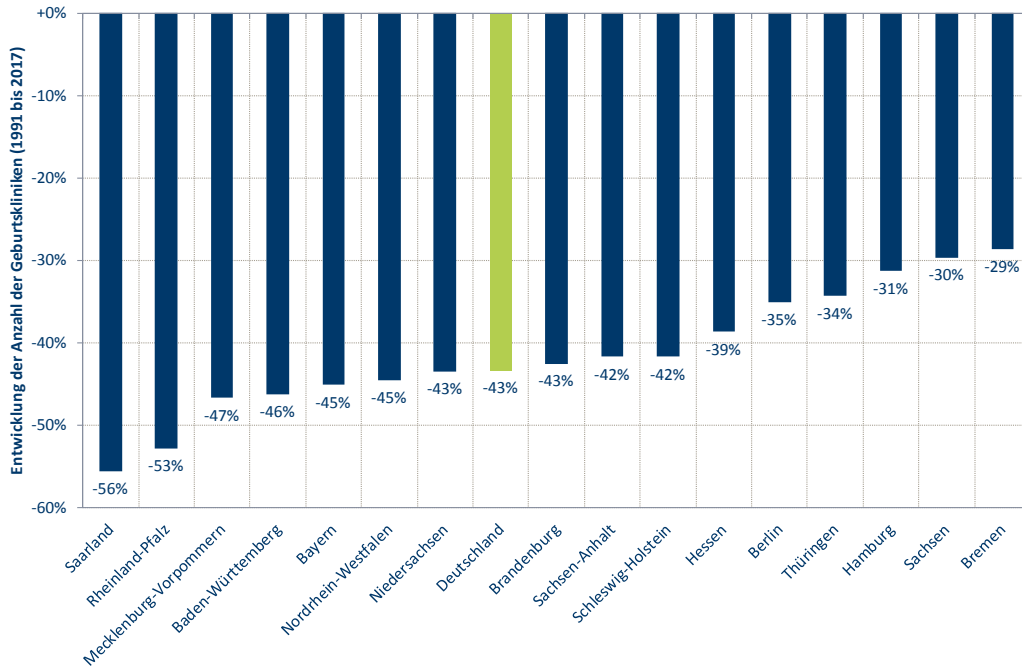


Quelle: Quelle IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2018): Grunddaten der Krankenhäuser

³² Die Anzahl der Geburtskliniken gemäß der amtlichen Krankenhausstatistik weicht von derjenigen ab, die auf Basis der Auswertung der SQB-Daten ermittelt wurde (vgl. hierzu die Erläuterungen zu den Datengrundlagen in Kapitel 2.1).

Im Bundesländervergleich war der Rückgang der Anzahl der Krankenhäuser mit Entbindungen am stärksten im Saarland und in Rheinland-Pfalz (Reduzierung um mehr als die Hälfte seit dem Jahr 1991) und am geringsten in Bremen (-29 %) und Sachsen (-30 %) (Abbildung 17).

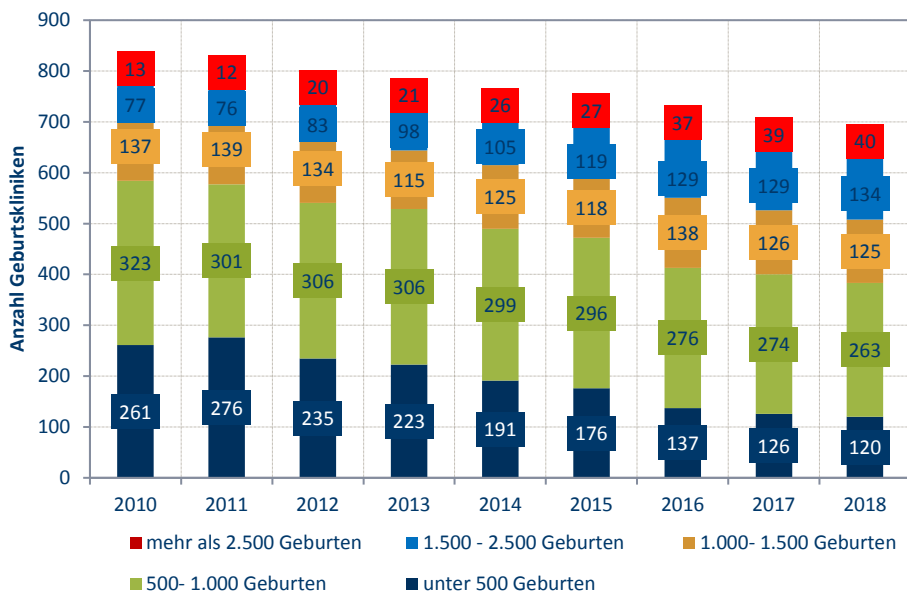
Abbildung 17: Veränderung der Anzahl der Geburtskliniken in Deutschland nach Bundesländern, 2017 ggü. 1991



Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2018): Grunddaten der Krankenhäuser

Die Anzahl der Krankenhausstandorte mit Entbindungen ist insgesamt von 811 im Jahr 2010 auf 682 im Jahr 2018 zurückgegangen. Dabei hat sich auch die Größenstruktur der Geburtskliniken verändert (Abbildung 18). Die Anzahl der kleinen Geburtskliniken (mit weniger als 500 Geburten) ist von mehr als 260 im Jahr 2010 auf 120 Standorte im Jahr 2018 zurückgegangen. Die Anzahl der Geburtskliniken mit einer hohen Geburtenzahl hat sich in der gleichen Zeit deutlich erhöht, bei den Kliniken mit mindestens 500 Geburten von 550 auf 562. Besonders stark angestiegen ist die Zahl der Kliniken mit mehr als 1.500 Geburten, sie hat sich seit dem Jahr 2010 fast verdoppelt (auf 174 im Jahr 2018).

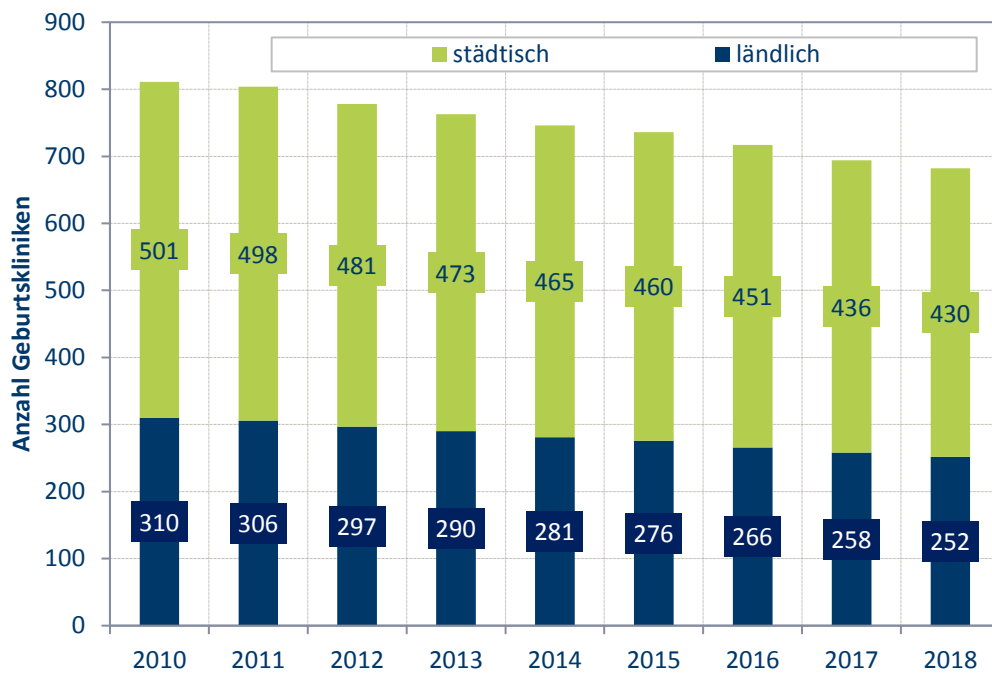
Abbildung 18: Anzahl der Geburtskliniken in Deutschland nach Größe, 2010 bis 2018



Quelle: IGES auf Basis von G-BA (2019): SQB-Daten und Milupa (mehrere Jahrgänge): Geburtenliste

Die Verteilung der Geburtskliniken auf städtische und ländliche Standorte hat sich in den letzten Jahren hingegen kaum verändert (Abbildung 19). Die Mehrheit der Krankenhausstandorte mit Entbindungen befand sich sowohl im Jahr 2010 als auch im Jahr 2018 in städtisch geprägten Regionen. Der Anteil der Kliniken, die in ländlichen Regionen lagen, war 2010 mit 38 % (310 Kliniken) annähernd genauso hoch wie im Jahr 2018 mit 37 % (252).

Abbildung 19: Verteilung der Geburtskliniken nach Regionstyp, 2010 bis 2018

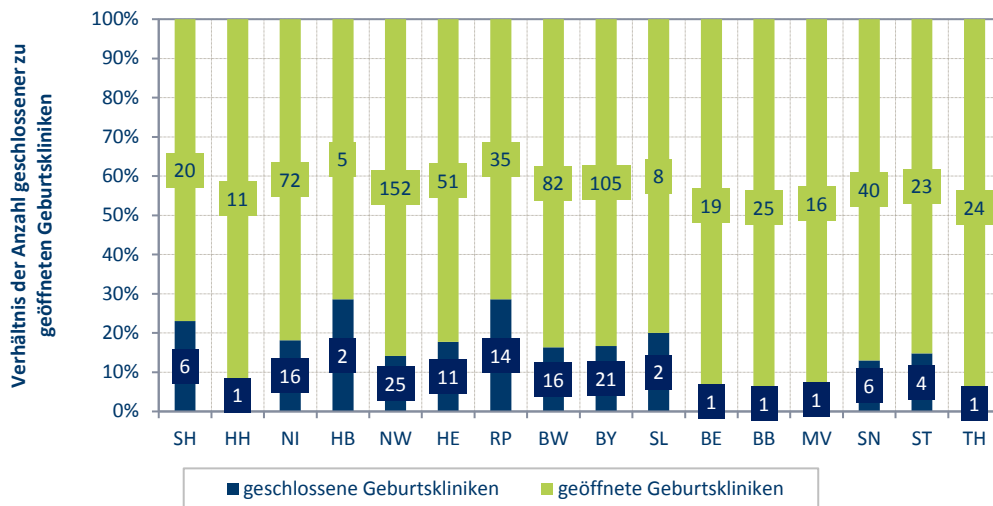


Quelle: IGES auf Basis von G-BA (2019): SQB-Daten und Milupa (mehrere Jahrgänge): Geburtenliste

Anmerkungen: Gruppierung in „städtisch“ und „ländlich“ anhand der Typisierung der Kreistypen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (städtisch: kreisfreie Großstädte und städtische Kreise; ländlich: ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelte ländliche Kreise)

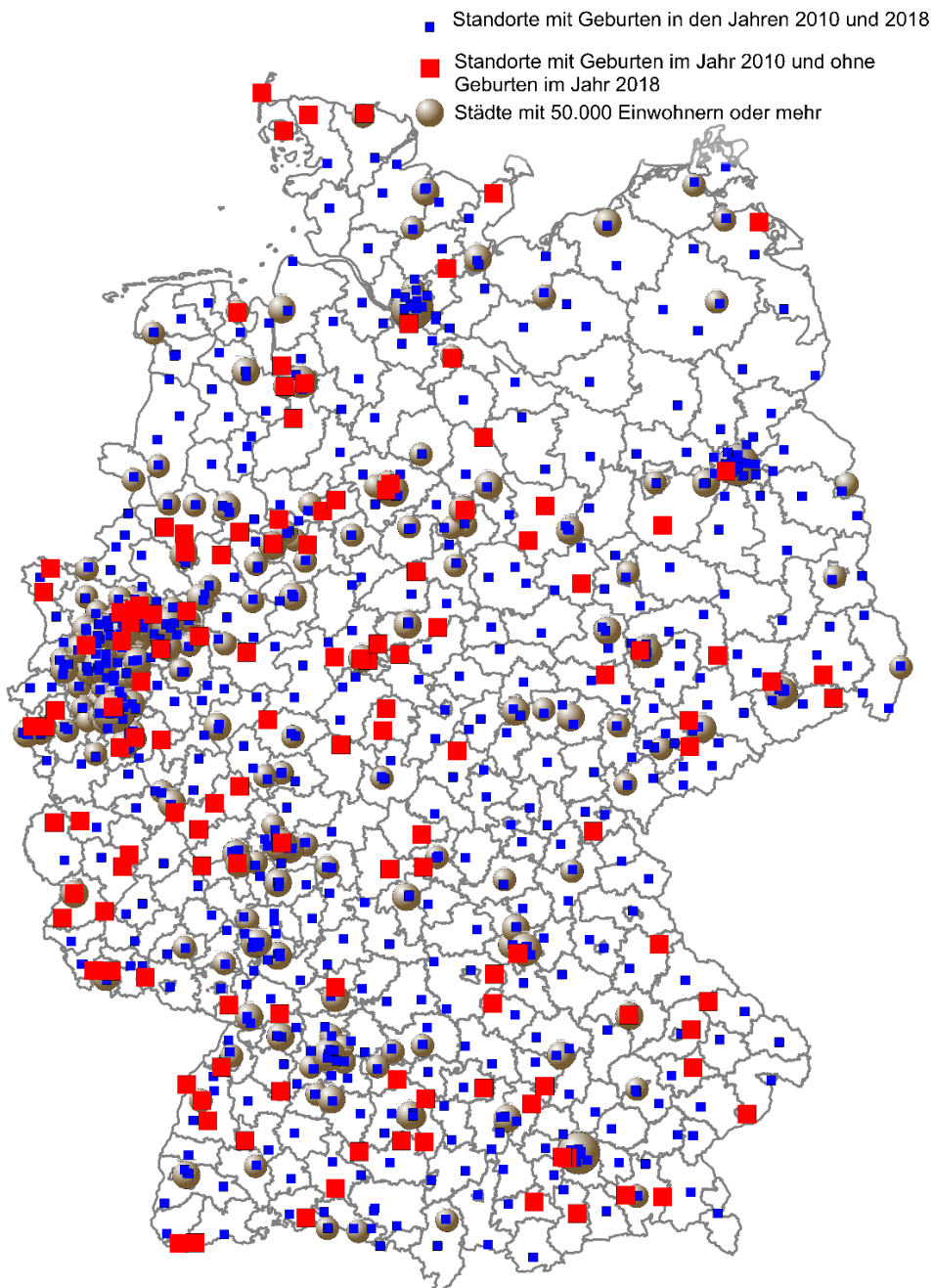
Schließungen von Geburtskliniken haben in allen Bundesländern stattgefunden (Abbildung 20). Die meisten Schließungen gab es im Zeitraum von 2010 bis 2017 in Nordrhein-Westfalen mit 25, dies entspricht einem Anteil von 20 % an allen 128 Schließungen im Gesamtzeitraum. An zweiter Stelle folgt Bayern mit einem Anteilswert von 16 % (bzw. 21 Schließungen). Kaum betroffen von den Schließungen waren mit je einer geschlossenen Geburtsklinik die Bundesländer Brandenburg, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg und Berlin (Abbildung 20; standortbezogene Darstellung: Abbildung 21).

Abbildung 20: Anzahl der geschlossenen Geburtskliniken nach Bundesländern, 2010 bis 2017



Quelle: IGES auf Basis von G-BA (2019): SQB-Daten und Milupa (mehrere Jahrgänge): Geburtenliste

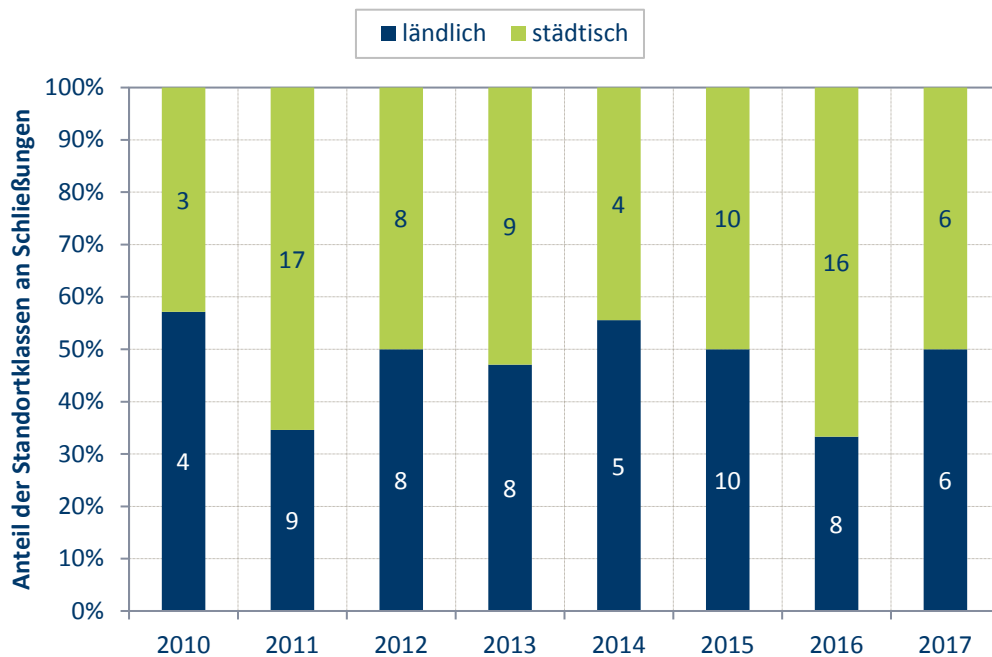
Abbildung 21: Krankenhausstandorte in Deutschland mit Geburten, 2010 und 2018



Quelle: IGES auf Basis von G-BA (2019): SQB-Daten und Milupa (mehrere Jahrgänge): Geburtenliste

Bei einer Betrachtung der geschlossenen Geburtskliniken in ländlichen und städtischen Bereichen wird deutlich, dass Schließungen im städtischen Bereich nur unwesentlich häufiger waren (Abbildung 22). Lediglich in den Jahren 2012 und 2017 wurden in städtischen Bereichen jeweils eine größere Anzahl von Geburtskliniken geschlossen. Eine grundlegend veränderte Verteilung der Geburtskliniken auf städtische und ländliche Bereiche resultierte hieraus nicht (vgl. auch Abbildung 19).

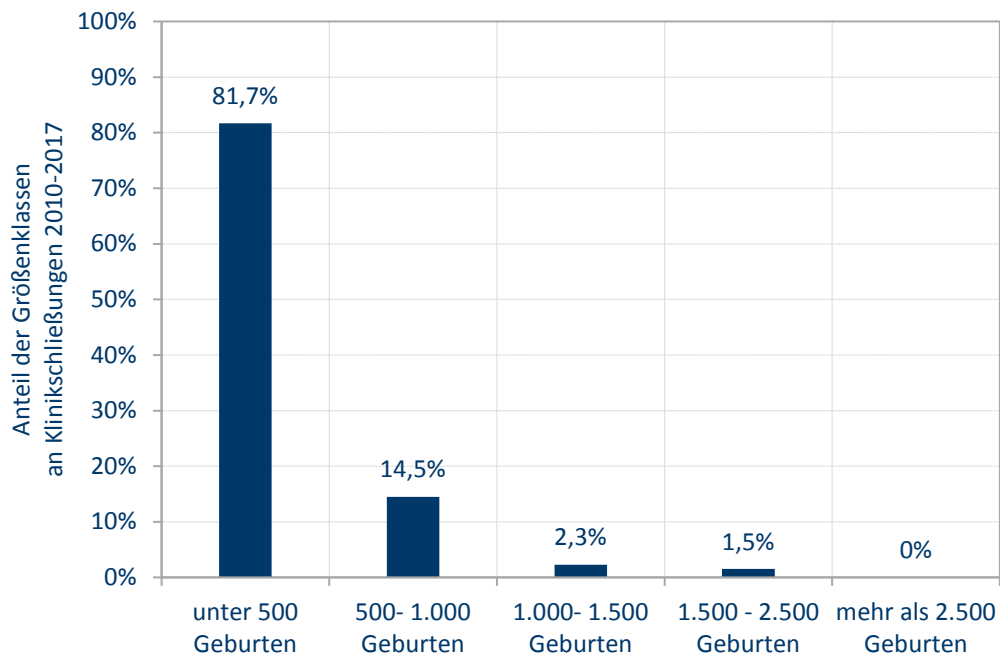
Abbildung 22 Verteilung der Anzahl der Schließungen auf städtische und ländliche Standorte der Geburtshilfe, 2010-2017



Quelle: IGES auf Basis von G-BA (2019): SQB-Daten und Milupa (mehrere Jahrgänge): Geburtenliste

Bei Standortschließungen von Krankenhäusern mit Entbindungsstationen handelte es sich zum Großteil um kleine Kliniken. Seit dem Jahr 2010 wurden in der Größenklasse mit bis zu 500 Geburten 107 Geburtskliniken geschlossen; dies entspricht einem Anteil von knapp 82 % aller geschlossenen Kliniken (Abbildung 23). Bei der nachfolgenden Größenklasse der Kliniken mit 500 bis 1.000 Geburten beträgt der entsprechende Anteil noch knapp 15 % (19 Geburtskliniken). Auf die größeren Kliniken mit 1.000 Geburten oder mehr entfiel nur ein geringer Teil der Standortschließungen (5 Geburtskliniken bzw. 4 % aller Schließungen).

Abbildung 23: Verteilung der geschlossenen Geburtskliniken nach Größenklasse, 2010-2017



Quelle: IGES auf Basis von G-BA (2019): SQB-Daten und Milupa (mehrere Jahrgänge): Geburtenliste

Die Entwicklung der Geburtenzahl an den Krankenhausstandorten mit Entbindungen zeigt, dass die Mehrheit der Standorte in den beiden Jahren vor Schließung keine sehr starken Rückgänge an Geburtenzahlen hatten (Tabelle 11). Nur bei 23 % der Schließungen der Geburtskliniken gab es in den zwei Jahren vorher einen (sehr) starken Rückgang der Geburtenzahlen. In fast zwei Drittel der Schließungsfälle gab es zuvor nur leichte oder zumindest keine kontinuierlichen Rückgänge der Geburtenzahlen. In ca. 10 % der Fälle verzeichneten die Kliniken sogar steigende Geburtenzahlen vor der Schließung.

Tabelle 11: Entwicklung der Geburtenzahl vor Schließung der Geburtsklinik

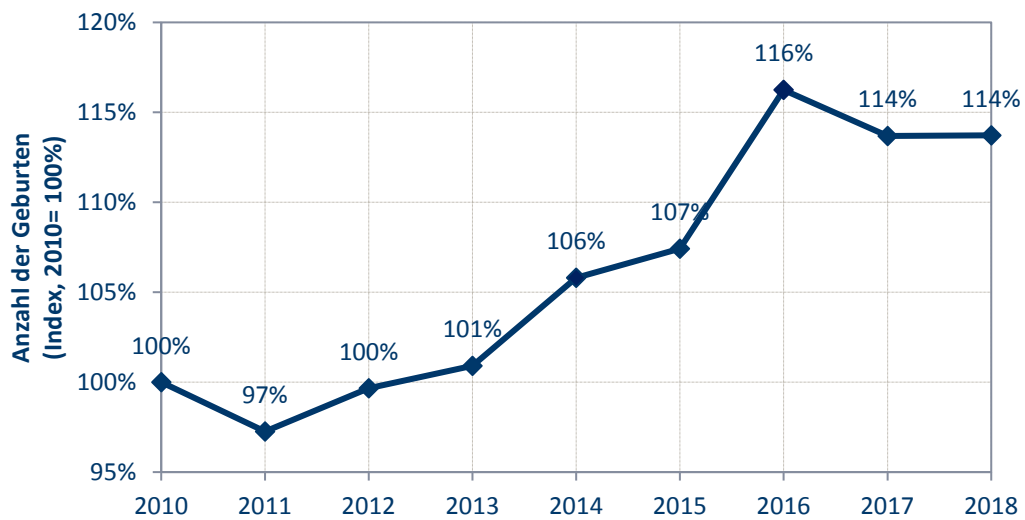
Veränderung der Geburtenzahl in zwei Jahren vor Schließung	Anzahl der Geburtskliniken	Anteil an allen geschlossenen Geburtskliniken
sehr starker Rückgang	12	10%
starker Rückgang	16	13%
leichter Rückgang	37	30%
kein kontinuierlicher Rückgang	43	35%
Anstieg	14	11%
Gesamt	122	100%

Quelle: IGES auf Basis von Milupa (mehrere Jahrgänge): Geburtenliste

5.1.2 Anzahl der Geburten in Krankenhäusern und Verweildauern

Die Anzahl der Entbindungen im Krankenhaus war im Jahr 2018 um 14 % höher als im Jahr 2010 mit 674.375 Geburten. Nach einem Rückgang im Jahr 2011 war sie bis zum Jahr 2016 kontinuierlich bis auf 783.921 Geburten gestiegen, anschließend wieder leicht gesunken (Abbildung 24).

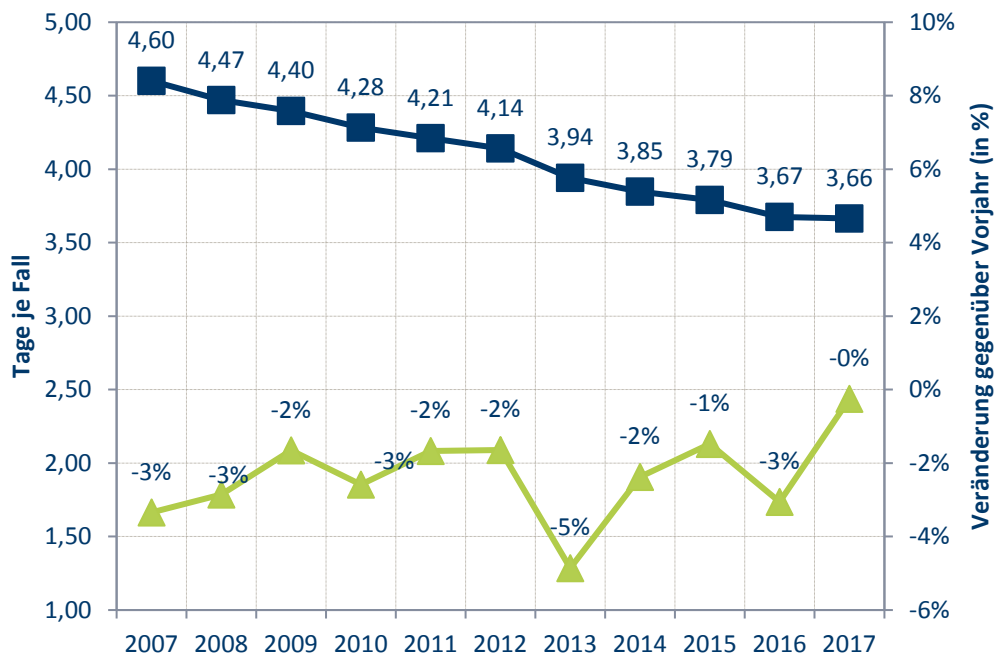
Abbildung 24: Entwicklung Geburtenzahl in Krankenhäusern, 2010 bis 2018



Quelle: IGES auf Basis von Milupa (mehrere Jahrgänge): Geburtenliste

Die durchschnittliche Verweildauer in der Geburtshilfe lag im Jahr 2007 bei rd. 4,6 Tagen je Fall und ist seitdem kontinuierlich zurückgegangen. Im Jahr 2017 lag die Verweildauer bei knapp 3,7 Tagen. Dies entsprach einem Rückgang um durchschnittlich knapp 2,3 % pro Jahr (Abbildung 25).

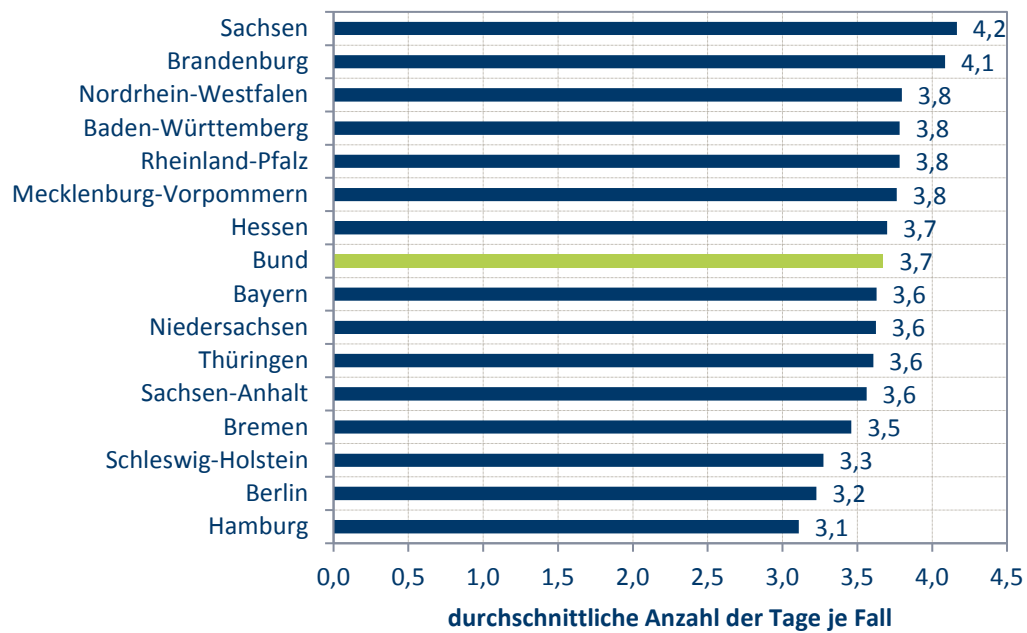
Abbildung 25: Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer in der Geburtshilfe (Tage je Fall und Veränderung ggü. Vorjahr), Deutschland, 2007 bis 2017



Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausstatistik (Grunddaten der Krankenhäuser, mehrere Jahrgänge)

Im Bundesländervergleich war die durchschnittliche Verweildauer in der Geburtshilfe in Brandenburg im Jahr 2016 (4,1 Tage je Fall) und Sachsen (4,2) am höchsten und in Schleswig-Holstein (3,3), Berlin (3,2) sowie Hamburg (3,1) am geringsten (Abbildung 26).

Abbildung 26: Durchschnittliche Verweildauer (Tage je Fall) in der Geburtshilfe nach Bundesländern, 2016

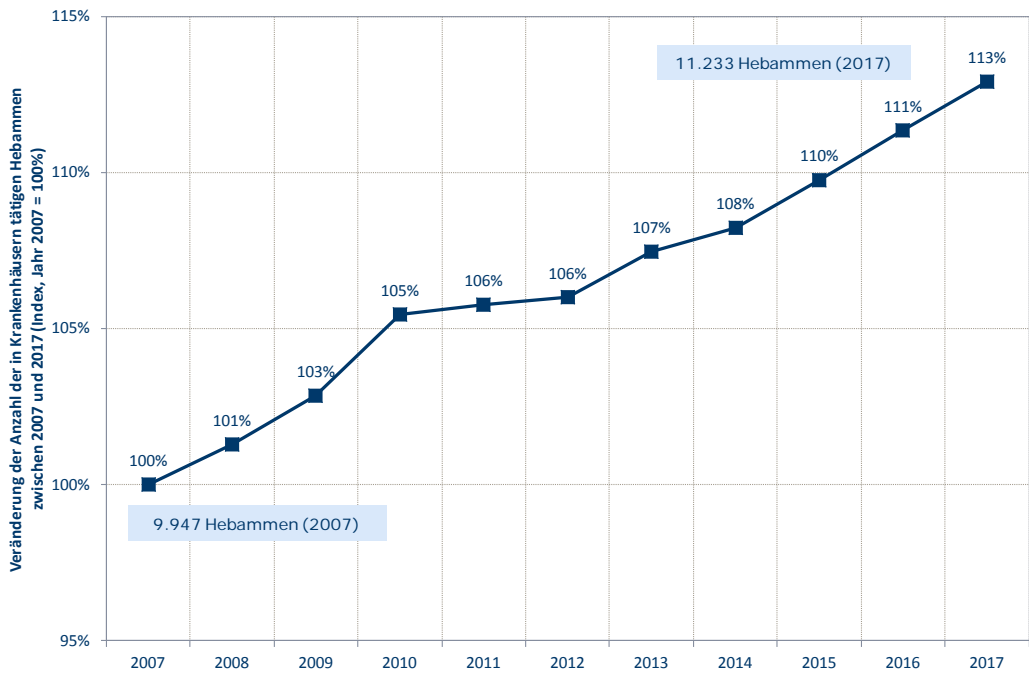


Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausstatistik (Grunddaten der Krankenhäuser, 2016)

5.1.3 Anzahl der Hebammen in Krankenhäusern

Im Jahr 2017 waren in Krankenhäusern in Deutschland 11.233 Hebammen tätig. Gegenüber dem Jahr 2007 (9.947) ist die Zahl der Hebammen in Krankenhäusern um 13 % gestiegen (Abbildung 27).

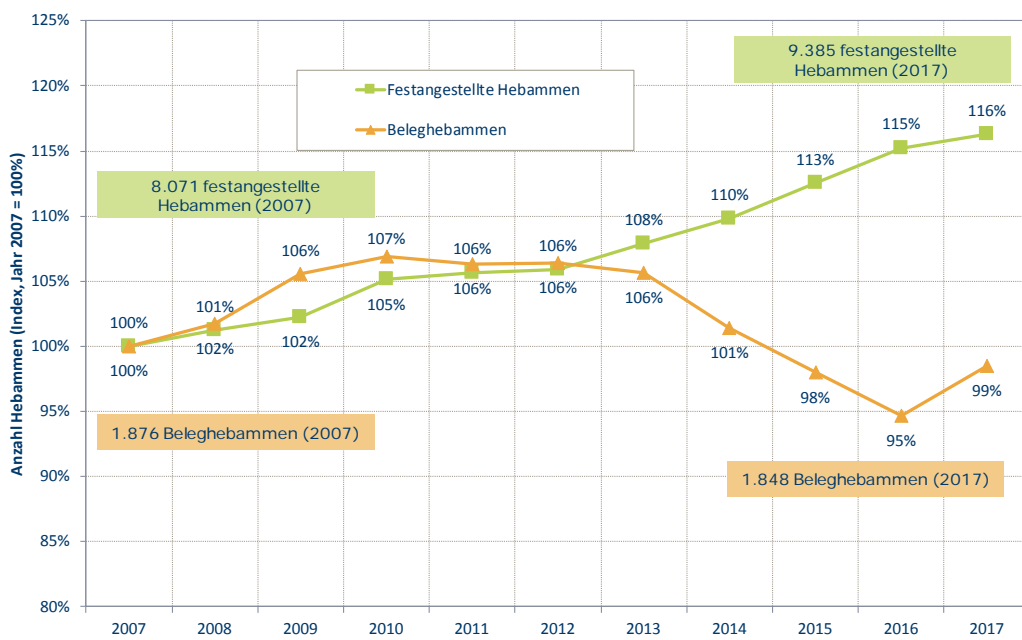
Abbildung 27: Anzahl der in Krankenhäusern tätigen Hebammen in Deutschland, 2007-2017



Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2018): Grunddaten der Krankenhäuser

Die Zunahme der Zahl der Hebammen ist dabei in erster Linie auf die festangestellten Hebammen zurückzuführen. Ihre Anzahl ist von 8.071 im Jahr 2007 auf 9.385 im Jahr 2017 gestiegen (Abbildung 28). Über den gleichen Zeitraum ist die Anzahl der Beleghebammen hingegen von 1.876 auf 1.848 leicht zurückgegangen. Im Jahr 2017 gab es allerdings einen Anstieg der Anzahl der Beleghebammen um 4 % gegenüber einer Zahl von 1.776 Beleghebammen im Jahr 2016.

Abbildung 28: Anzahl der angestellten Hebammen und Beleghebammen in Deutschland, 2007 bis 2017



Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2018): Grunddaten der Krankenhäuser

5.2 Erreichbarkeit der stationären Geburtshilfe

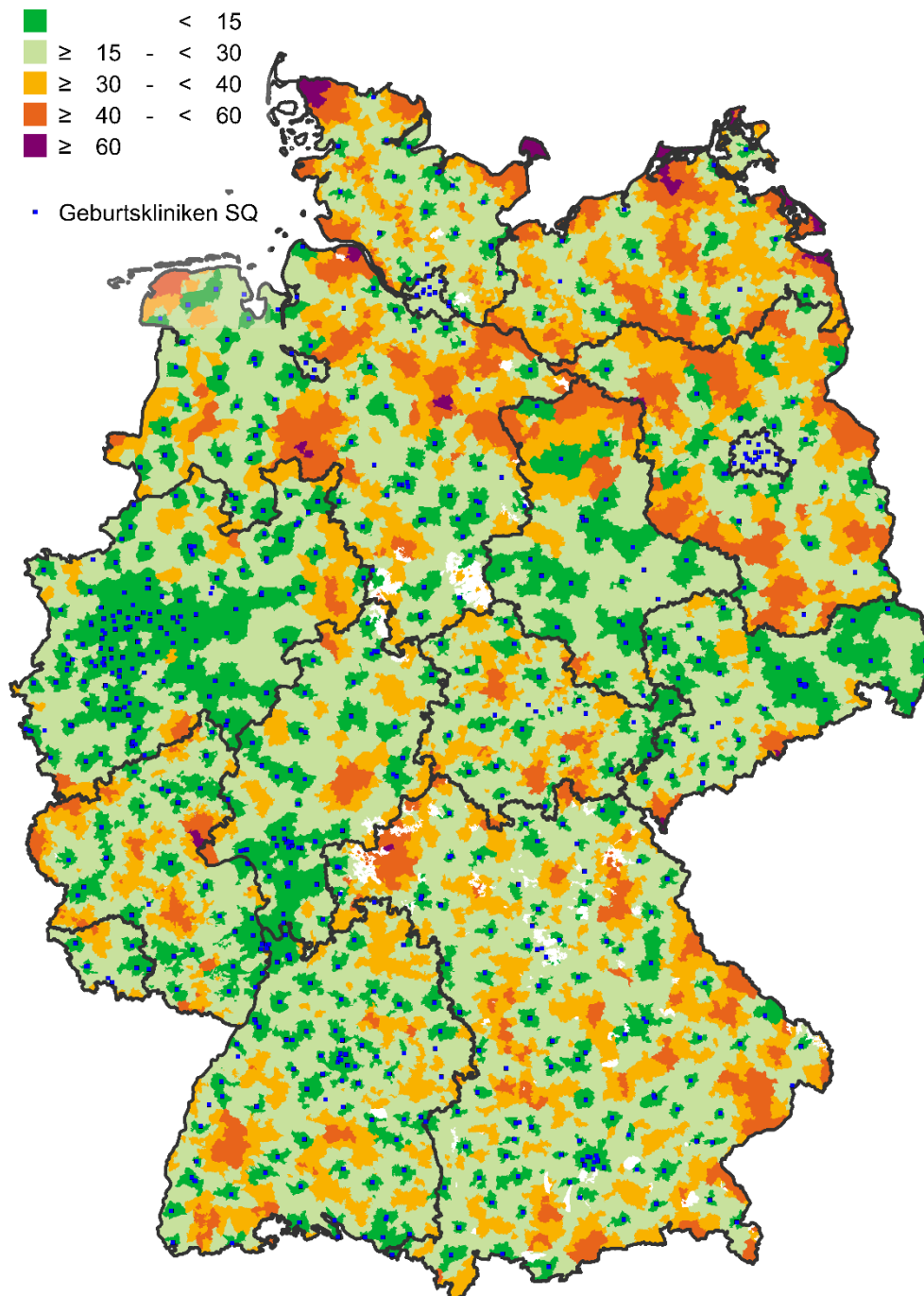
Ein flächendeckender Zugang zu Geburtskliniken für schwangere Frauen ist ein zentrales Kriterium für die Sicherstellung der stationären Hebammenversorgung. Auf Basis der Ergebnisse des „Runden Tisches Geburtshilfe“ der Bundesregierung sowie der Anhörungsverfahren des G-BA zur Ergänzung der Regelungen über die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen (Einbeziehung der Geburtshilfe) wurde eine 40-Minuten-Frist festgelegt, innerhalb der jede Schwangere eine geburtshilfliche Klinik erreichen können sollte (vgl. Bundestag Drucksache 19/11674). Vor diesem Hintergrund wurden für die vorliegende Studie Erreichbarkeitsanalysen gemäß dem in Kapitel 2.2 beschriebenen Vorgehen durchgeführt. Die Ergebnisse werden – jeweils für die zwei unterschiedlichen Geschwindigkeitsmodelle – im Folgenden dargestellt.

5.2.1 Erreichbarkeit auf Basis des KBV-Geschwindigkeitsmodells

In Deutschland gab es im Jahr 2018 insgesamt 682 Krankenhausstandorte mit einer Geburtshilfe (mindestens eine ausgewiesene Geburt in der Milupa Liste 2018). Bei Zugrundelegung des KBV-Geschwindigkeitsmodells können 46,3 % aller Frauen im gebärfähigen Alter den nächstgelegenen Krankenhausstandort mit einer Geburtshilfe in weniger als 15 PKW-Fahrminuten erreichen (Abbildung 29 und Abbildung 30).³³ Die durchschnittliche Fahrzeit zur nächsten Geburtshilfe beträgt 17,6 Minuten bei einer durchschnittlichen Entfernung von 10,6 km.

³³ Für die kartografische Darstellung der Erreichbarkeit im Folgenden wurden die Ergebnisse auf die Ebene der Gemeinden aggregiert. Die Darstellung für ein Raster von 1-km²-Flächen findet sich in Anhang 1.A1.

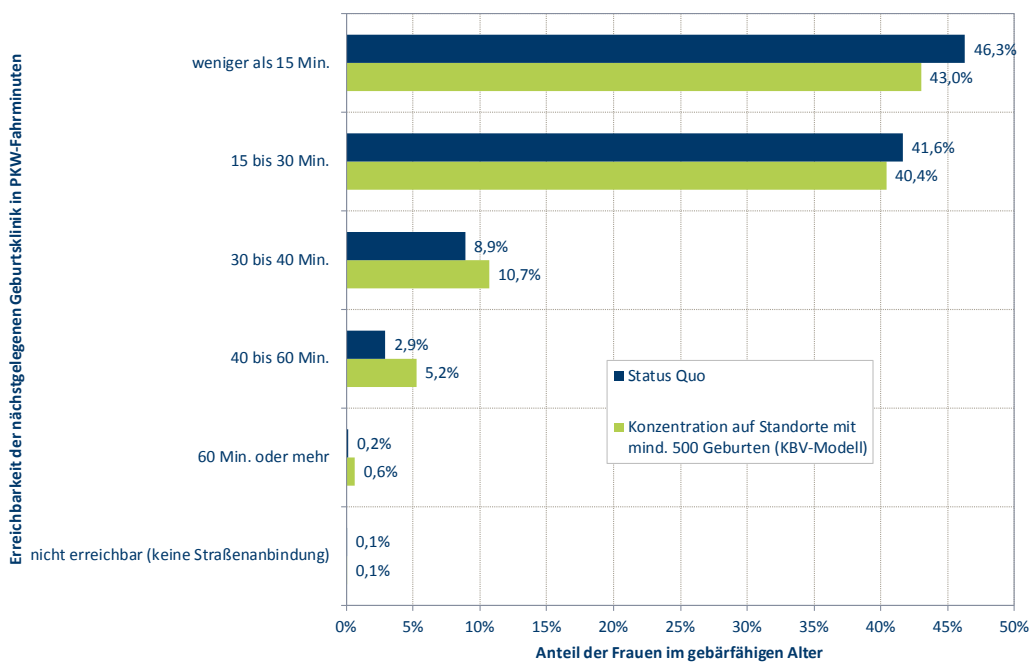
Abbildung 29: Erreichbarkeit der nächstgelegenen Geburtsklinik in Deutschland in PKW-Fahrminuten auf Ebene der Gemeinden (KBV-Geschwindigkeitsmodell), 2018



Quelle: IGES auf Basis von G-BA (2019): SQB-Daten und Milupa-Geburtenliste 2018
Anmerkungen: 682 Standorte der Geburtshilfe im Jahr 2018 (SQ: Status Quo); weiße Flächen sind gemeindefreie Gebiete.

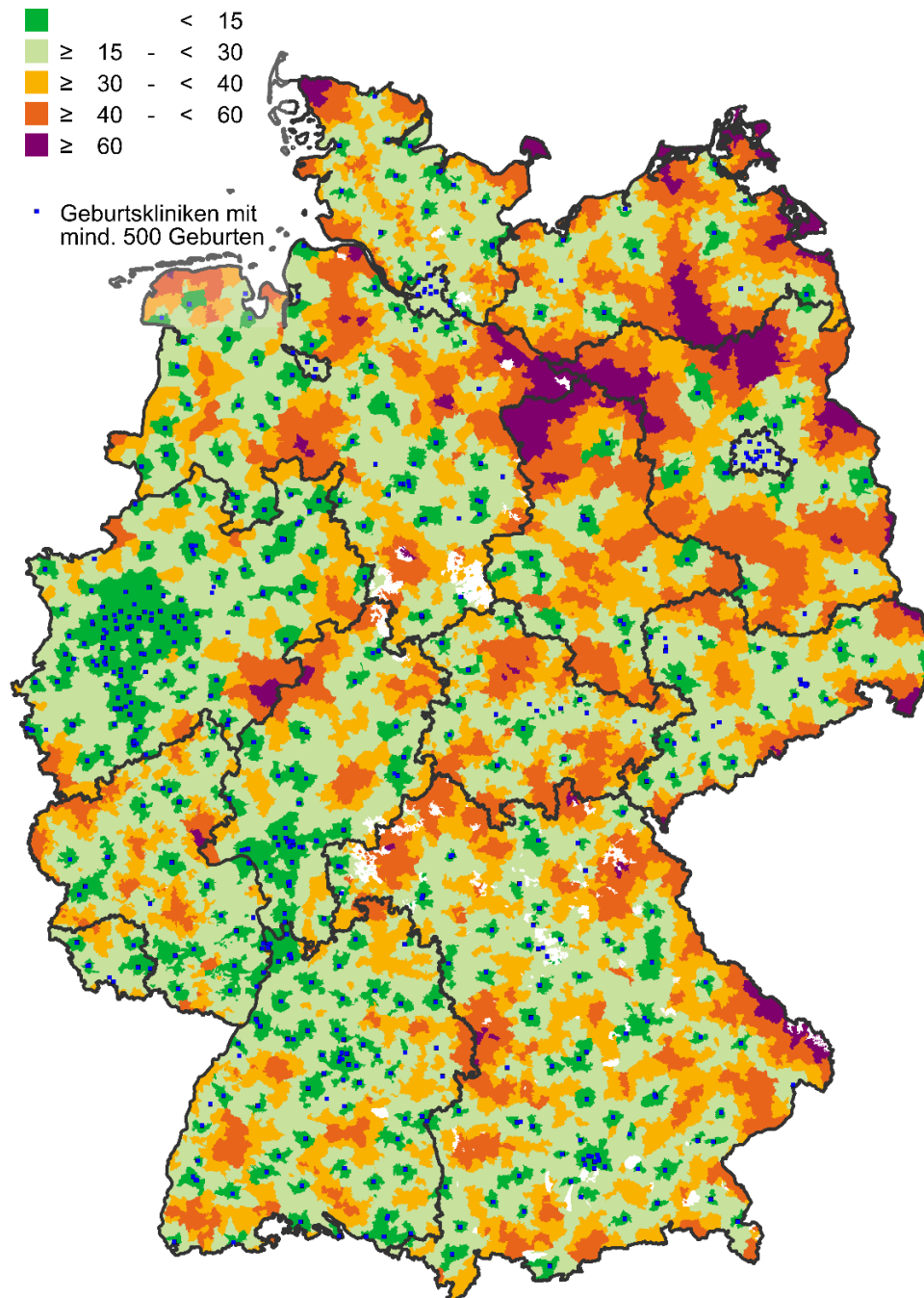
Von diesen 682 Standorten haben 563 (83 %) im Jahr 2018 mindestens 500 Geburten betreut. Würde das Betreuungsangebot auf diese 563 Standorte konzentriert, erhöhte sich die durchschnittliche Entfernung auf 12,2 km und die durchschnittliche Fahrzeit auf 19,1 Minuten (+1,5 Minuten im Vergleich zum Status Quo). Dann müssten 5,9 % (statt 3,2%) aller Frauen im gebärfähigen Alter (dies entspräche rund einer Million Frauen) mehr als 40 Minuten bis zur nächstgelegenen Geburts- hilfe fahren (Abbildung 30 und Abbildung 31).

Abbildung 30: Erreichbarkeit von Geburtskliniken für Frauen im gebärfähigen Alter: Status Quo (nächstgelegene) und bei Beschränkung auf Standorte mit mind. 500 Geburten (KBV-Geschwindigkeitsmodell), 2018



Quelle: IGES auf Basis von G-BA (2019): SQB-Daten und Milupa (mehrere Jahrgänge): Geburtenliste

Abbildung 31: Erreichbarkeit der nächstgelegenen Geburtsklinik mit mind. 500 Geburten in PKW-Fahrminuten auf Ebene der Gemeinden (KBV-Geschwindigkeitsmodell), 2018



Quelle: IGES auf Basis von G-BA (2019): SQB-Daten und Milupa-Geburtenliste 2018

Anmerkungen: 563 Standorte der Geburtshilfe mit mind. 500 Geburten im Jahr 2018; weiße Flächen sind gemeindefreie Gebiete.

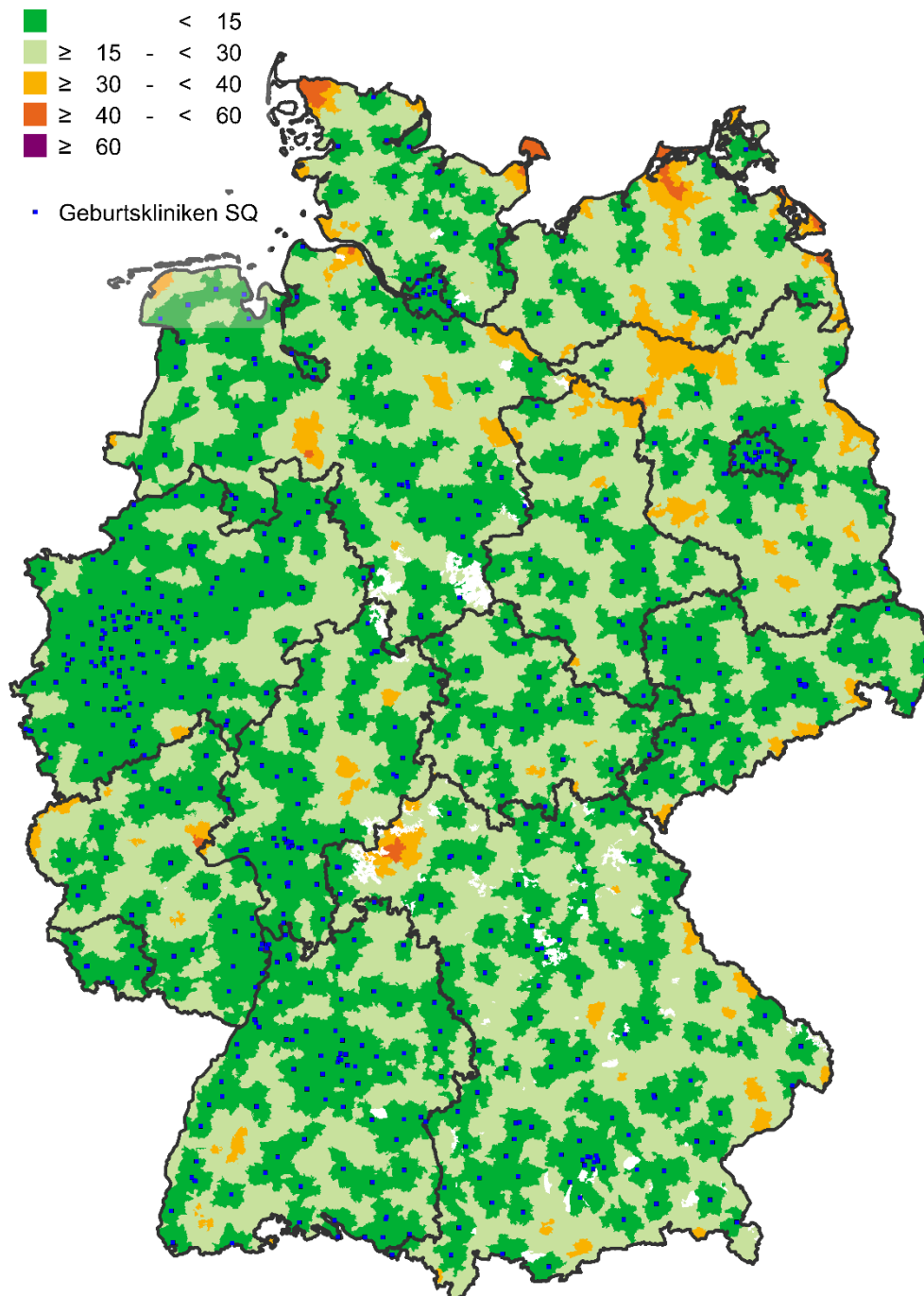
5.2.2 Erreichbarkeit auf Basis des VRP-Geschwindigkeitsmodells

Unter Zugrundelegung eines Geschwindigkeitsmodells aus der Verkehrs- und Raumplanung mit höheren Durchschnittsgeschwindigkeiten („VRP-Geschwindigkeitsmodell“) sinken die Fahrzeiten bis zum nächstgelegenen Klinikstandort deutlich. Demnach können 78,8 % aller Frauen im gebärfähigen Alter den nächstgelegenen Krankenhausstandort mit einer Geburtshilfe in weniger als 15 PKW-Fahrminuten erreichen (Abbildung 33). Mehr als 60 Minuten PKW-Fahrzeit ergibt sich nach dem VRP-Geschwindigkeitsmodell für keine Frau im gebärfähigen Alter. Die durchschnittliche Fahrzeit zur nächsten Geburtshilfe beträgt 10,2 Minuten bei einer durchschnittlichen Entfernung von 9,0 km.³⁴

Die Erreichbarkeit der Geburtskliniken in Deutschland in PKW-Fahrminuten auf Ebene der Gemeinden bei Zugrundelegung des VRP-Geschwindigkeitsmodells im Status Quo (682 Standorte der Geburtshilfe) zeigt Abbildung 32.

³⁴ Die ermittelten durchschnittlichen Streckenlängen zur nächstgelegenen Geburtsklinik können sich je nach Geschwindigkeitsmodell unterscheiden. Bei unterschiedlichen Annahmen zur Geschwindigkeit auf demselben Straßennetz kann der Routing-Algorithmus des verwendeten Modells unterschiedliche Streckenführungen wählen, um die Erreichbarkeitszeiten zu minimieren.

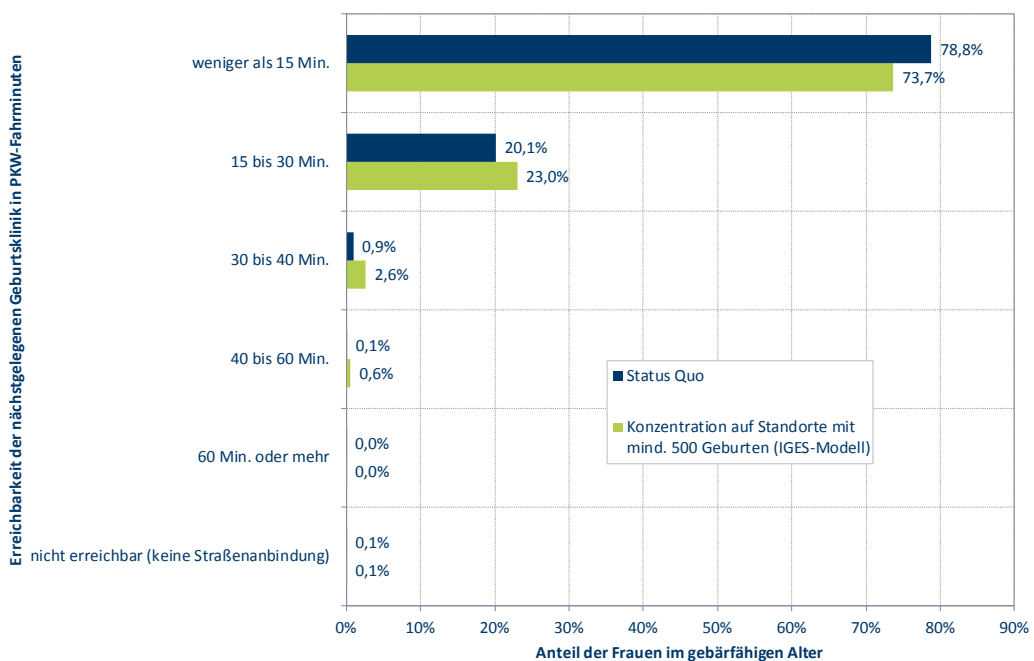
Abbildung 32: Erreichbarkeit der Geburtskliniken in Deutschland in PKW-Fahrminuten auf Ebene der Gemeinden (VRP-Geschwindigkeitsmodell), 2018



Quelle: IGES auf Basis von G-BA (2019): SQB-Daten und Milupa-Geburtenliste 2018
Anmerkungen: 682 Standorte der Geburtshilfe im Jahr 2018;
weiße Flächen sind gemeindefreie Gebiete.

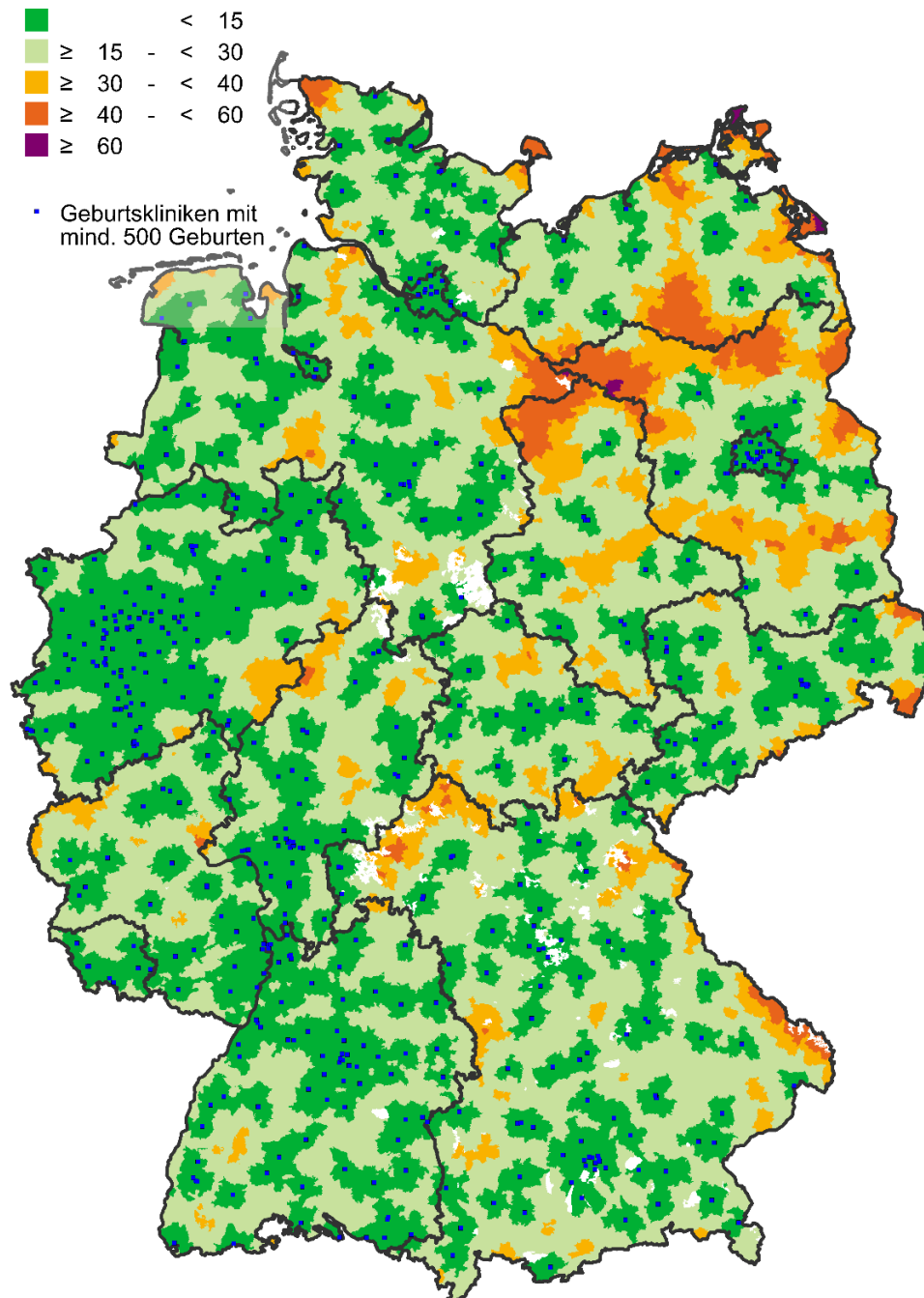
Bei Konzentration des geburtshilflichen Angebots auf solche Standorte, die mindestens 500 Geburten betreut haben, würde sich der Anteil der Frauen im gebärfähigen Alter mit weniger als 15 Minuten PKW-Fahrzeit zur nächsten Klinik bei Zugrundelegung des VRP-Geschwindigkeitsmodells auf 73,7 % verringern (Abbildung 33). Im Vergleich zum KBV-Geschwindigkeitsmodell zeigen sich nur einige wenige Gemeinden, vor allem im Norden Brandenburgs, Mecklenburg-Vorpommerns und Sachsen-Anhalts, in denen die Einwohner im Durchschnitt zwischen 40 und 60 Minuten zur nächstgelegenen Geburtshilfe zurücklegen müssten (Abbildung 34). Insgesamt beträfe das 0,6 % aller Frauen im gebärfähigen Alter (rund 100.000 Frauen).

Abbildung 33: Erreichbarkeit von Geburtskliniken für Frauen im gebärfähigen Alter: Status Quo (nächstgelegene) und bei Beschränkung auf Standorte mit mind. 500 Geburten (2018) (VRP-Geschwindigkeitsmodell)



Quelle: IGES auf Basis von G-BA (2019): SQB-Daten und Milupa (mehrere Jahrgänge): Geburtenliste

Abbildung 34: Erreichbarkeit der nächstgelegenen Geburtsklinik mit mind. 500 Geburten (2018) in PKW-Fahrminuten auf Ebene der Gemeinden (VRP-Geschwindigkeitsmodell)



Quelle: IGES auf Basis von G-BA (2019): SQB-Daten und Milupa (mehrere Jahrgänge): Geburtenliste

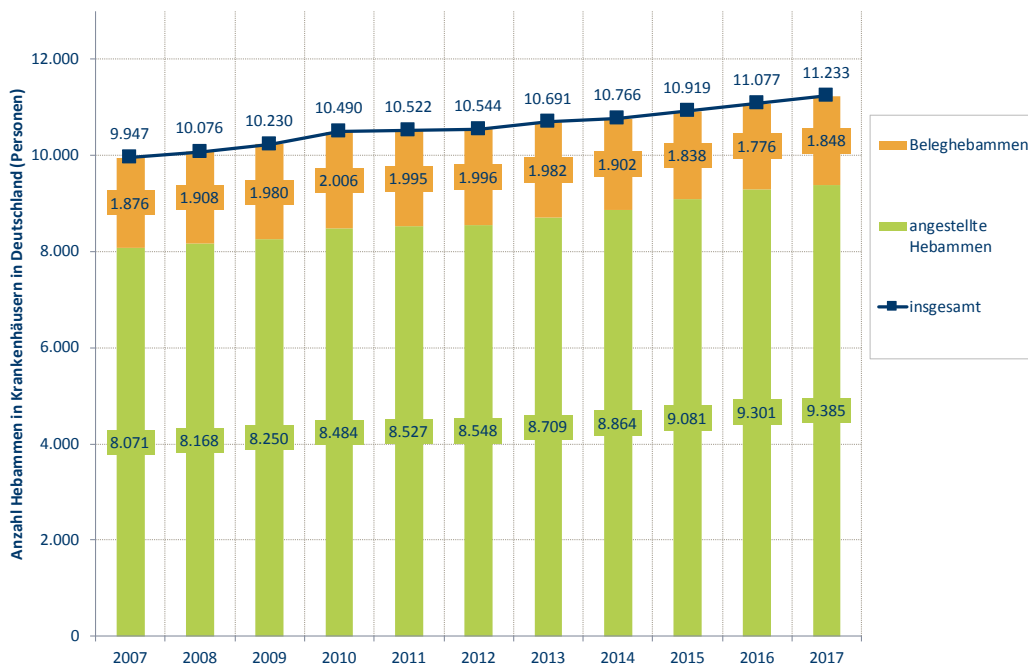
Anmerkungen: 563 Standorte der Geburtshilfe mit mind. 500 Geburten im Jahr 2018; weiße Flächen sind gemeindefreie Gebiete.

5.3 Grundgesamt der in Krankenhäusern tätigen Hebammen

5.3.1 Anzahl der Hebammen und regionale Verteilung

Im Jahr 2017 waren in Krankenhäusern in Deutschland insgesamt 11.233 Hebammen tätig (Abbildung 35). Das waren 1.286 Hebammen mehr als im Jahr 2007 (+13 %). Davon waren 9.385 Hebammen festangestellt in Krankenhäusern tätig und 1.848 als Beleghebammen. Während die Anzahl der festangestellten Hebammen gegenüber dem Jahr 2007 um 1.314 zugenommen hat (+16 %), ist die Anzahl der Beleghebammen um 28 geringfügig zurückgegangen (-1 %).

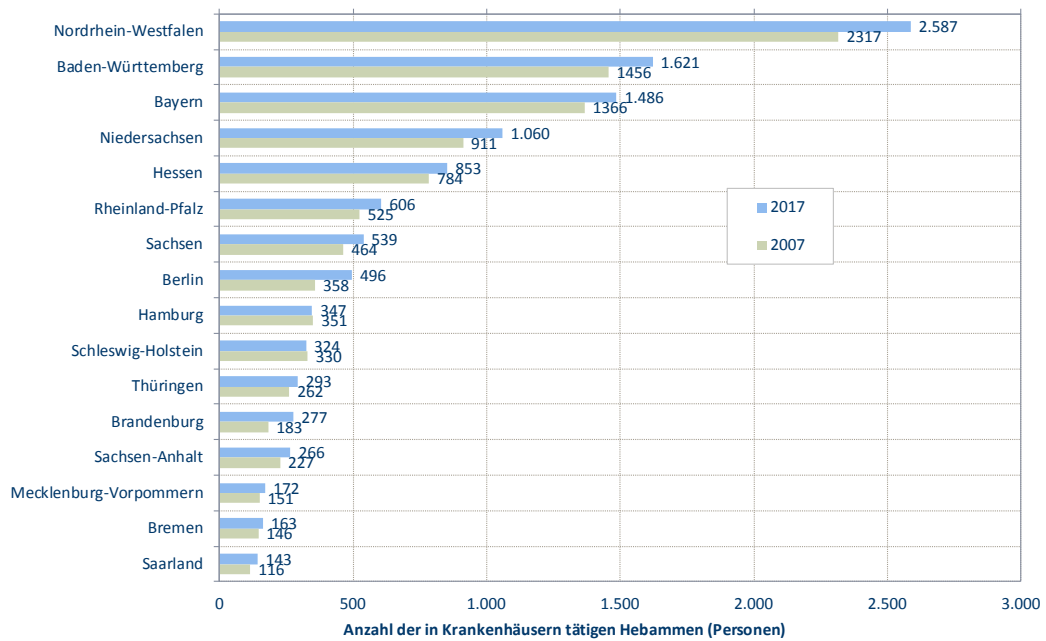
Abbildung 35: Anzahl der Hebammen in Krankenhäusern (Personen), 2007 bis 2017



Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2018): Grunddaten der Krankenhäuser

Die Anzahl der in Krankenhäusern tätigen Hebammen ist seit dem Jahr 2007 in den meisten Bundesländern gestiegen (Abbildung 36). Nur in Hamburg und Schleswig-Holstein ist die Zahl der Hebammen im Zeitraum 2007 bis 2017 zurückgegangen.

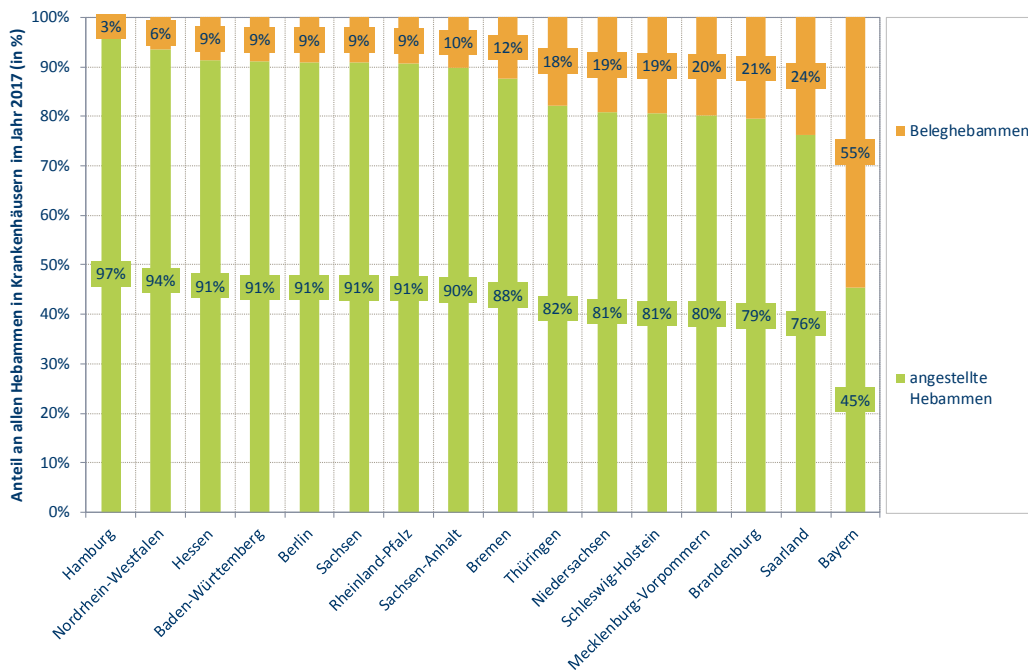
Abbildung 36: Anzahl der in Krankenhäusern tätigen Hebammen (Personen) nach Bundesländern, 2007 und 2017



Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2018): Grunddaten der Krankenhäuser

Die Anzahl der Beleghebammen war in der überwiegenden Zahl der Bundesländer im Vergleich zur Anzahl der festangestellten deutlich geringer (Abbildung 37). Ihr Anteil an allen in Krankenhäusern tätigen Hebammen lag im Jahr 2017 zwischen 3 % in Hamburg und 24 % im Saarland. Eine Ausnahme bildet Bayern: Hier gab es im Jahr 2017 mehr Beleghebammen (55 %) als festangestellte Hebammen (45 %).

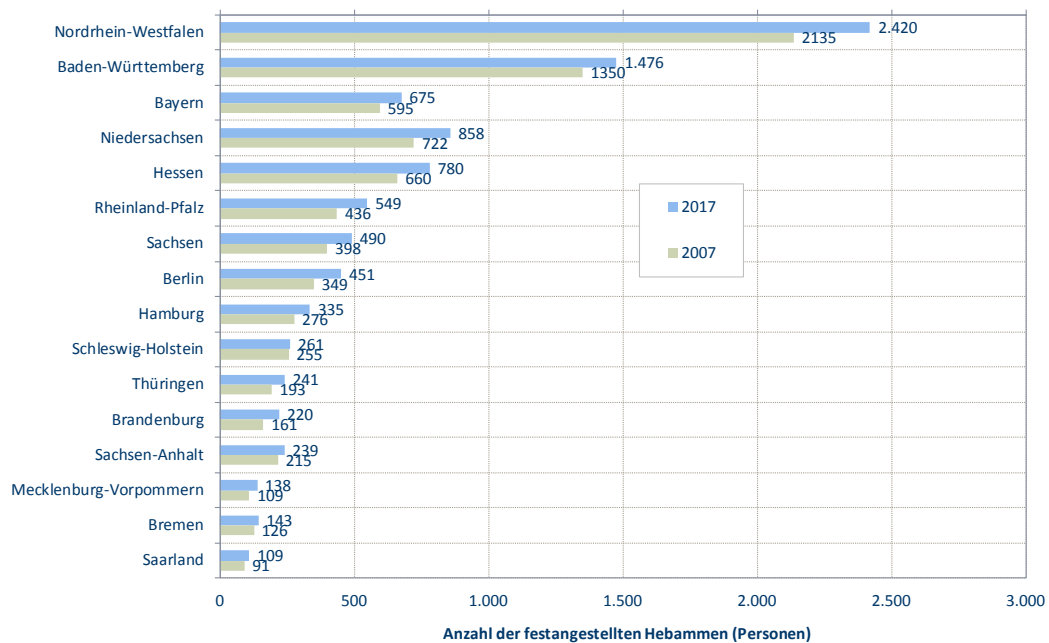
Abbildung 37: Anteil der festangestellten Hebammen und Beleghebammen nach Bundesländern, 2017



Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2018): Grunddaten der Krankenhäuser

Die Anzahl der festangestellten Hebammen hat sich im Zeitraum 2007 bis 2017 in allen Bundesländern erhöht (Abbildung 38).

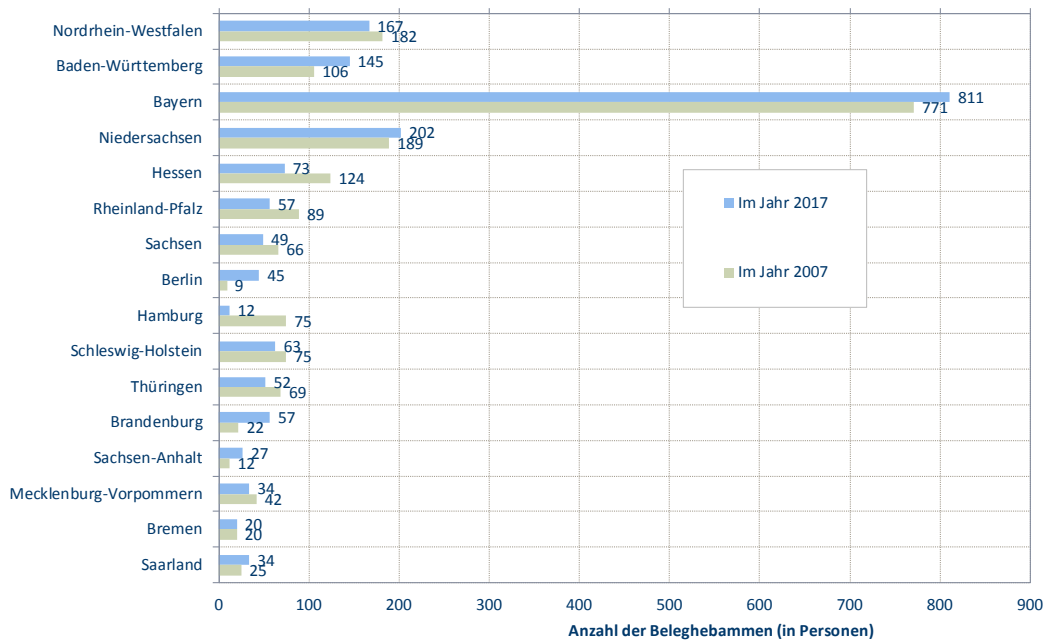
Abbildung 38: Anzahl der festangestellten Hebammen (Personen) nach Bundesländern, 2007 und 2017



Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2018): Grunddaten der Krankenhäuser

Die Entwicklung der Anzahl der Beleghebammen war hingegen in den Bundesländern teilweise unterschiedlich (Abbildung 39). Einen Anstieg bei der Zahl der Beleghebammen gab es gegenüber dem Jahr 2007 in Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen, Berlin, Brandenburg, Sachsen-Anhalt und dem Saarland. Demgegenüber ist die Anzahl der Beleghebammen in Nordrhein-Westfalen, Hessen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Hamburg, Schleswig-Holstein, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern zurückgegangen. In Bremen waren im Jahr 2017 genauso viele Beleghebammen (20) in Krankenhäusern tätig wie im Jahr 2007.

Abbildung 39: Anzahl der Beleghebammen (in Personen) nach Bundesländern, 2007 und 2017

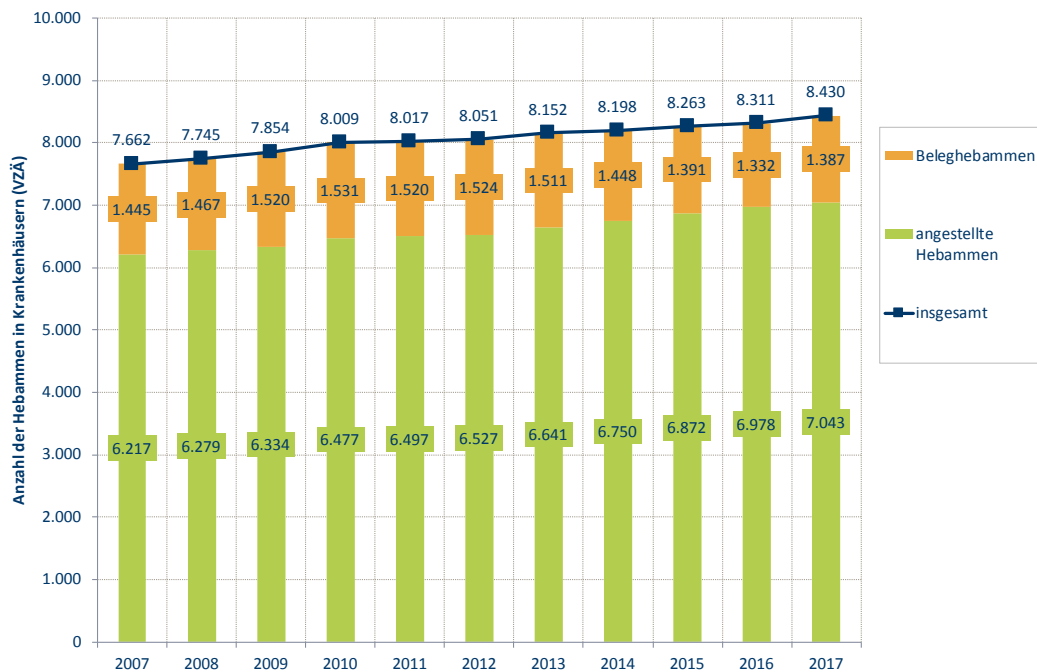


Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2018): Grunddaten der Krankenhäuser

5.3.2 Vollzeitäquivalente Hebammen

Da viele Hebammen in den Geburtskliniken nicht in Vollzeit tätig sind, ist die geschätzte Anzahl der Hebammen in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) im Jahr 2017 um 25 % geringer als die Anzahl der Personen (8.430 VZÄ gegenüber 11.233 Personen). Die Anzahl der Vollzeitäquivalente für festangestellte und Beleghebammen hat gegenüber dem Jahr 2007 insgesamt um 768 zugenommen (Abbildung 40). Der Anstieg fiel mit 10 % etwas geringer aus als die Zunahme bei der Anzahl der Personen (13 %). Mithin hat sich die durchschnittliche Arbeitszeit der in Krankenhäusern tätigen Hebammen auf Basis dieser geschätzten Daten verringert.

Abbildung 40: Anzahl der in Krankenhäusern tätigen Hebammen in Vollzeitäquivalenten, 2007 bis 2017



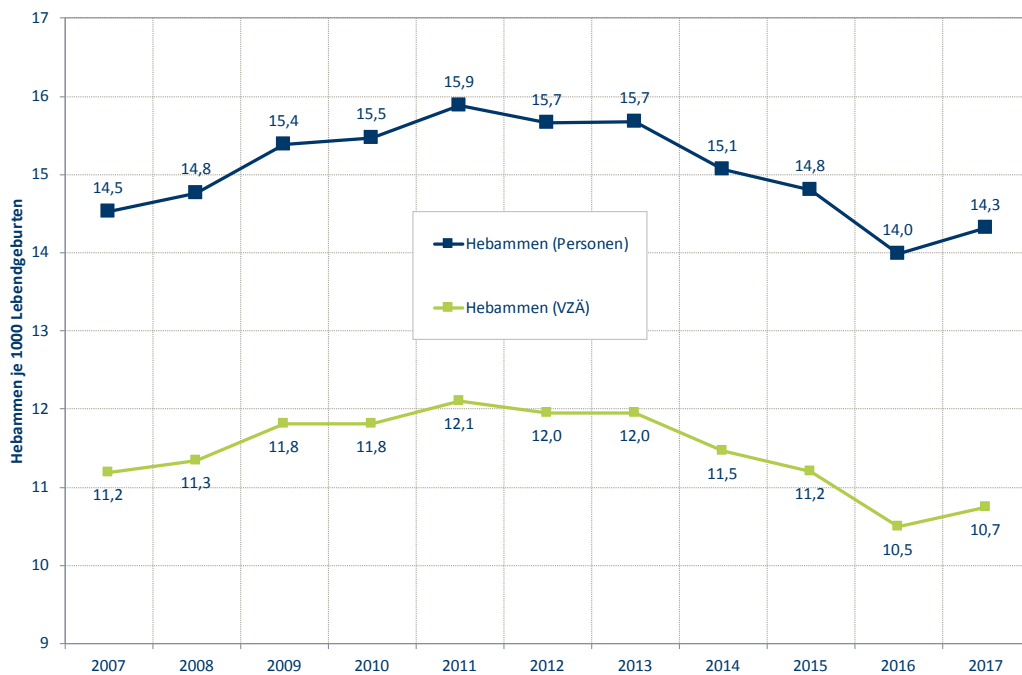
Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2018): Grunddaten der Krankenhäuser (vgl. Abschnitt 2.1.6 zum methodischen Vorgehen)

5.3.3 Betreuungsschlüssel

Das Verhältnis der Anzahl der in Krankenhäusern tätigen Hebammen zur Anzahl der Lebendgeborenen hatte im Jahr 2017 einen etwas geringeren Wert als im Jahr 2007 (Abbildung 41). Das gilt für die Betrachtung sowohl der Personenzahl als auch der Vollzeitäquivalente.

Die Anzahl der Hebammen je 1.000 Lebendgeborene ist zunächst von 14,5 Personen (11,2 VZÄ) im Jahr 2007 auf 15,9 Personen (12,1 VZÄ) im Jahr 2011 gestiegen. Anschließend ist der Betreuungsschlüssel stetig zurückgegangen auf 14,0 Hebammen (Personen) bzw. 10,5 VZÄ je 1.000 Lebendgeborene im Jahr 2016. Erst im Jahr 2017 gab es dann wieder einen Anstieg des Betreuungsschlüssels auf 14,3 (Personen) bzw. 10,7 (VZÄ).

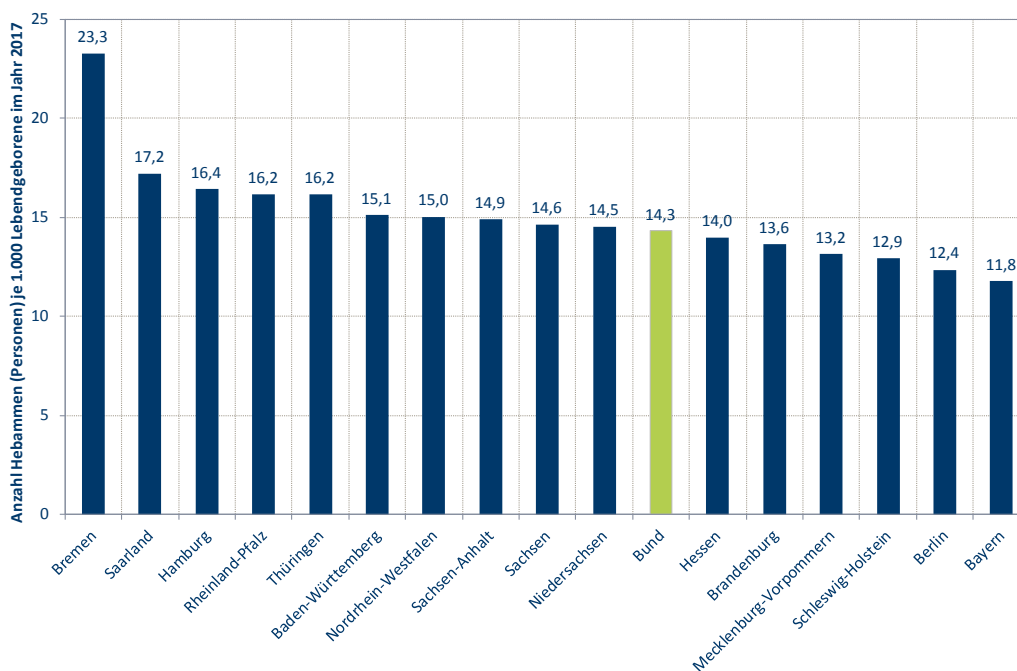
Abbildung 41: Anzahl der Hebammen in Krankenhäusern je 1.000 Lebendgeborene (Personen und VZÄ), Deutschland, 2007 bis 2017



Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2018): Grunddaten der Krankenhäuser

In der regionalen Betrachtung über die Bundesländer zeigte sich im Jahr 2017 der mit Abstand höchste Wert des Betreuungsschlüssels in Bremen mit 23,3 in Krankenhäusern tätigen Hebammen (Personen) je 1.000 Lebendgeborene. In den übrigen Bundesländern lag der entsprechende Wert zwischen 11,8 in Bayern und 17,2 im Saarland (Abbildung 42).

Abbildung 42: Anzahl der Hebammen in Krankenhäusern (Personen) je 1.000 Lebendgeborene nach Bundesländern, 2017



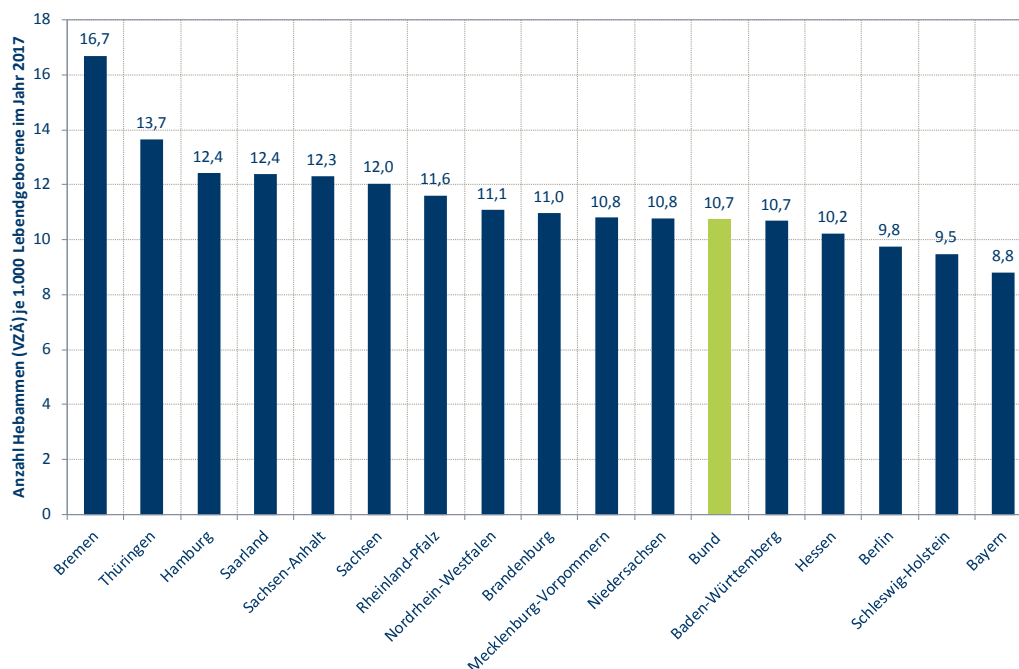
Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2018): Grunddaten der Krankenhäuser

Bei einem Vergleich der Entwicklung der obigen Kennzahl im Zeitraum 2007 bis 2017 lassen sich die Bundesländer nach Anzahl der Hebammen in Krankenhäusern (Personen) je 1.000 Lebendgeborene im Jahr 2017 in vier Gruppen einteilen:

- ◆ unterdurchschnittlich nach einem Rückgang ggü. 2007: Schleswig-Holstein, Hessen und Bayern,
- ◆ unterdurchschnittlich trotz einer Zunahme ggü. 2007: Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern,
- ◆ überdurchschnittlich trotz eines Rückgangs ggü. 2007: Hamburg, Bremen, Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg,
- ◆ überdurchschnittlich und Zunahme ggü. 2007: Niedersachsen, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Rheinland-Pfalz.

Betrachtet man die Hebammen in VZÄ, ergeben sich ähnliche Unterschiede der Betreuungsschlüssel zwischen den Bundesländern (Abbildung 43). Bremen hat mit 16,7 VZÄ je 1.000 Lebendgeborene mit Abstand den höchsten Wert und Bayern mit 8,8 den geringsten. Baden-Württemberg liegt allerdings mit 10,7 VZÄ unter dem Bundesdurchschnitt, während der Betreuungsschlüssel gemessen anhand der Personenzahl der Hebammen überdurchschnittlich war. Umgekehrt verhält es sich bei den Bundesländern Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern, deren Betreuungsschlüssel bei Betrachtung der Personenzahl unterdurchschnittlich, bei Betrachtung der VZÄ dagegen überdurchschnittlich ausfallen.

Abbildung 43: Anzahl der Hebammen in Krankenhäusern (VZÄ) je 1.000 Lebendgeborene nach Bundesländern, 2017

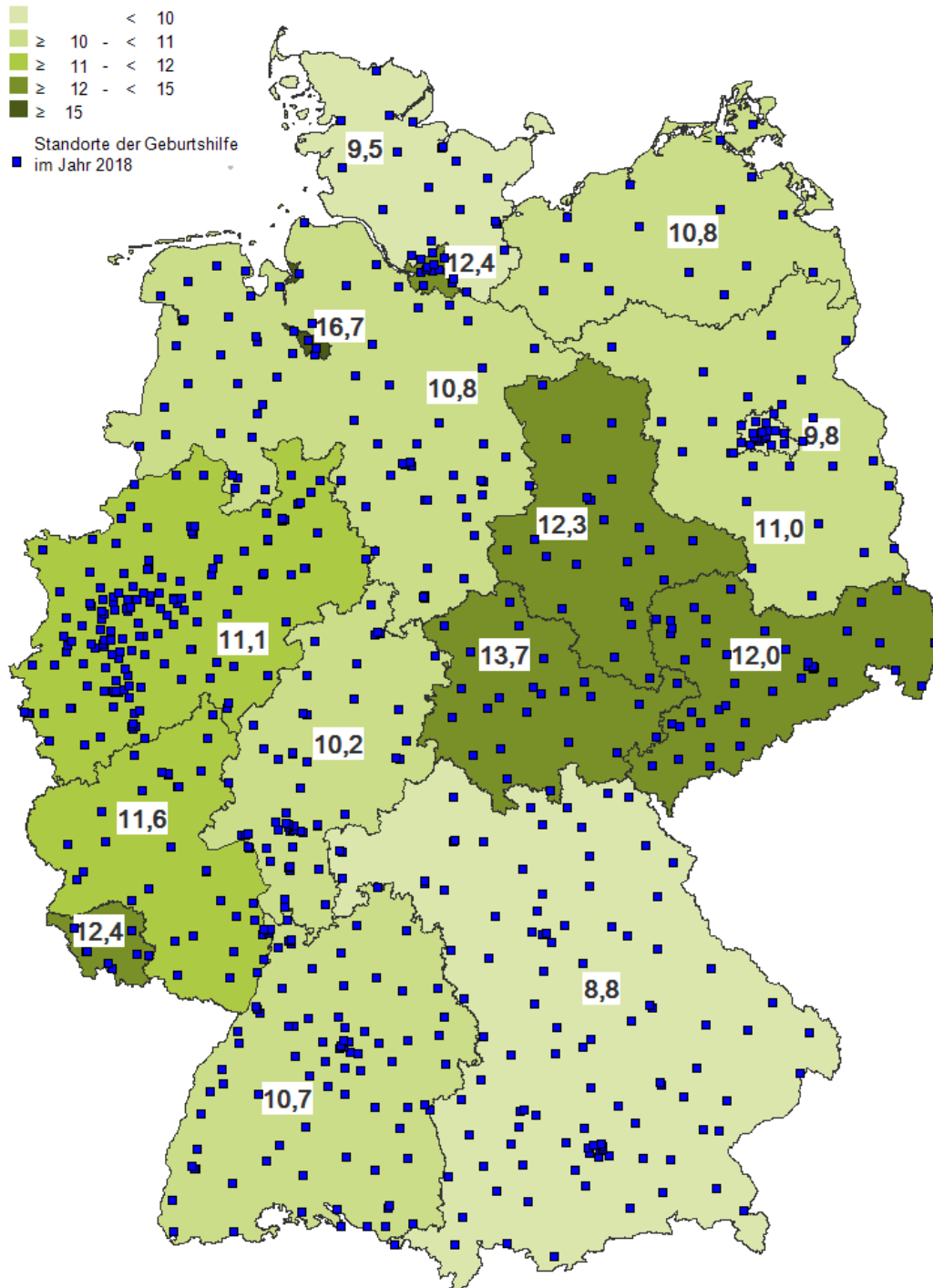


Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2018): Grunddaten der Krankenhäuser

Die „Versorgungskarte“ (Abbildung 44) stellt die Unterschiede beim Betreuungsschlüssel nach Bundesländern zusammen mit der regionalen Verteilung der Standorte der Geburtshilfe dar. Die durchschnittlichen Werte der Betreuungsschlüssel auf Bundeslandebene verdecken zum Teil sehr ausgeprägte regionale Unterschiede innerhalb der Bundesländer, die in einem engen Zusammenhang mit der regionalen Verteilung der Standorte der Geburtskliniken stehen (Abbildung 45).³⁵

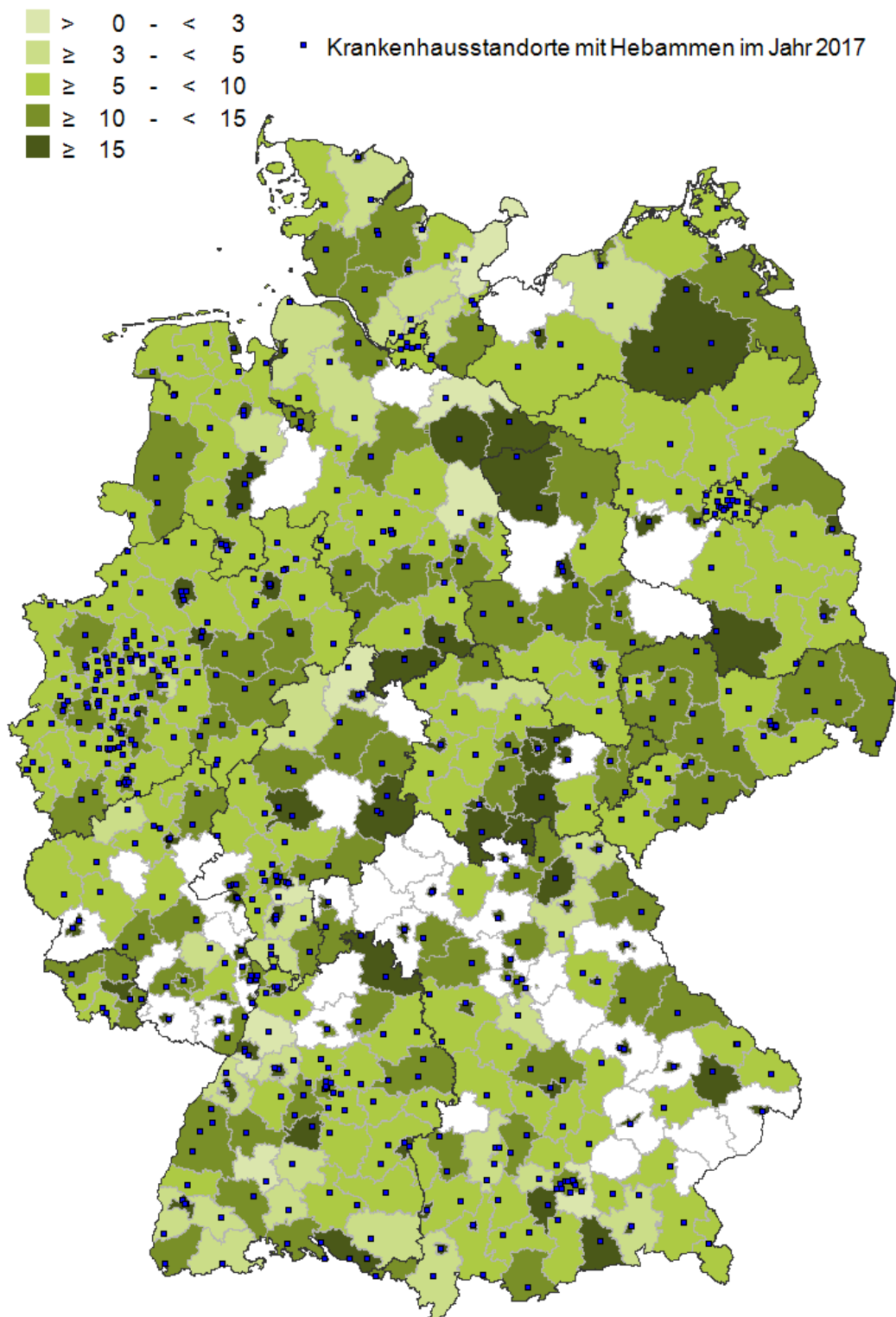
³⁵ Den beiden kartographischen Darstellungen liegen unterschiedliche Datenquellen zugrunde (Bundeslandebene: Daten des Statistischen Bundesamtes, Kreisebene: standortbezogene SQB-Daten), die auf aggregierter Ebene zu unterschiedlichen Ergebnissen führen.

Abbildung 44: Anzahl der Hebammen in Krankenhäusern (VZÄ) je 1.000 Lebendgeborene nach Bundesländern (2017) und Standorte der Geburtshilfe (2018)



Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2018): Grunddaten der Krankenhäuser sowie G-BA (2019): SQB-Daten und Milupa-Geburtenliste 2018

Abbildung 45: Anzahl der Hebammen in Krankenhäusern (VZÄ) je 1.000 Lebendgeborene auf Kreisebene (2017) und Standorte der Geburtshilfe (2018)

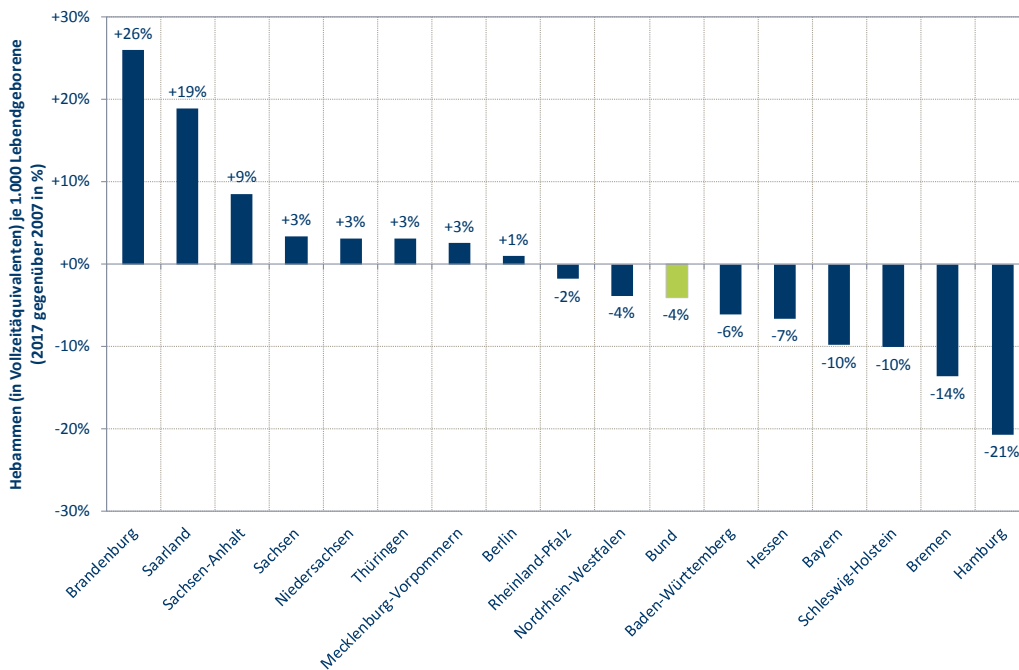


Quelle:

IGES auf Basis von G-BA (2019): SQB-Daten und Milupa-Geburtenliste 2018

Gegenüber dem Jahr 2007 hat sich der Wert des Betreuungsschlüssels im Durchschnitt für ganz Deutschland verringert (-4 %), in der Hälfte der Bundesländer jedoch erhöht. Dabei fielen die Erhöhungen teilweise sehr unterschiedlich aus und lagen zwischen 1,0 % in Berlin und 26 % in Brandenburg (Abbildung 46). Die Rückgänge beim Betreuungsschlüssel in der anderen Hälfte der Bundesländer lagen zwischen 2 % in Rheinland-Pfalz und 21 % in Hamburg. In Rheinland-Pfalz ging der Rückgang des Wertes des Betreuungsschlüssels in VZÄ um 2 % mit einem Anstieg des Wertes bezüglich der Personenzahl (0,3%) einher, d. h. trotz etwas mehr Hebammen (Personen) je 1.000 Lebendgeborenen stand für die Betreuung durchschnittlich weniger Hebammenarbeitszeit zur Verfügung.

Abbildung 46: Veränderung der Anzahl der Hebammen in Krankenhäusern (VZÄ) je 1.000 Lebendgeborene nach Bundesländern, 2017 ggü. 2007



Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2018): Grunddaten der Krankenhäuser

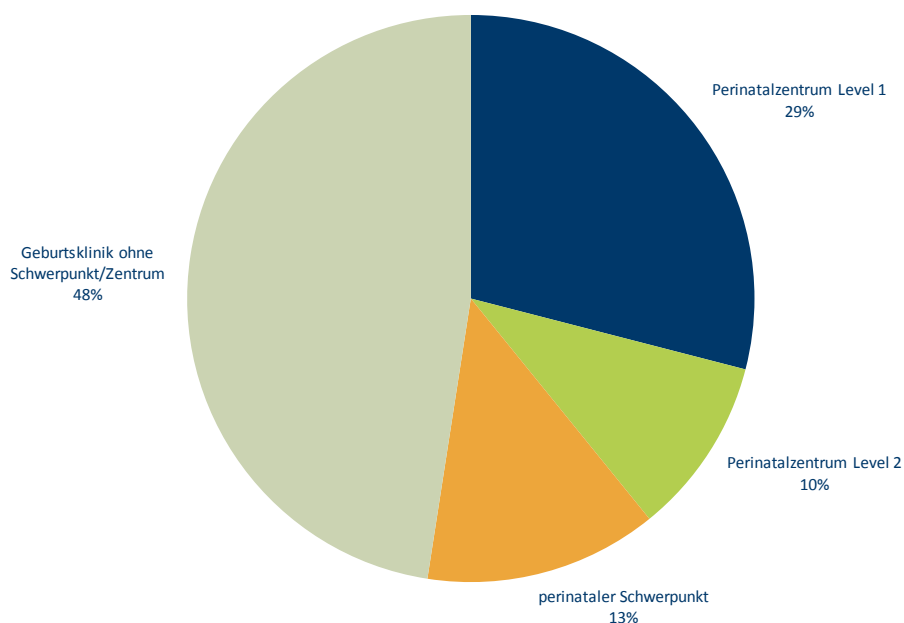
5.4 Ergebnisse der Befragung der Geburtskliniken

5.4.1 Beschreibung der Befragungsteilnehmer

Versorgungsstufen

Von den insgesamt 287 Krankenhausstandorten, für die in der Befragung Angaben gemacht wurden, waren knapp die Hälfte Geburtskliniken ohne perinatales Schwerpunkt bzw. perinatales Zentrum (n = 137) (Abbildung 47). Von den Kliniken mit Zentrum oder Schwerpunkt entfallen mehr als die Hälfte auf Level 1-Perinatalzentren, knapp ein Fünftel auf Level 2-Perinatalzentren und rd. ein Viertel auf Kliniken mit perinatalem Schwerpunkt. Im Vergleich zur Grundgesamtheit sind damit die Zentren etwas überrepräsentiert und die Schwerpunkt-Geburtskliniken etwas unterrepräsentiert.³⁶

Abbildung 47: Verteilung der teilnehmenden Krankenhausstandorte nach Versorgungsstufen (in %), 2018

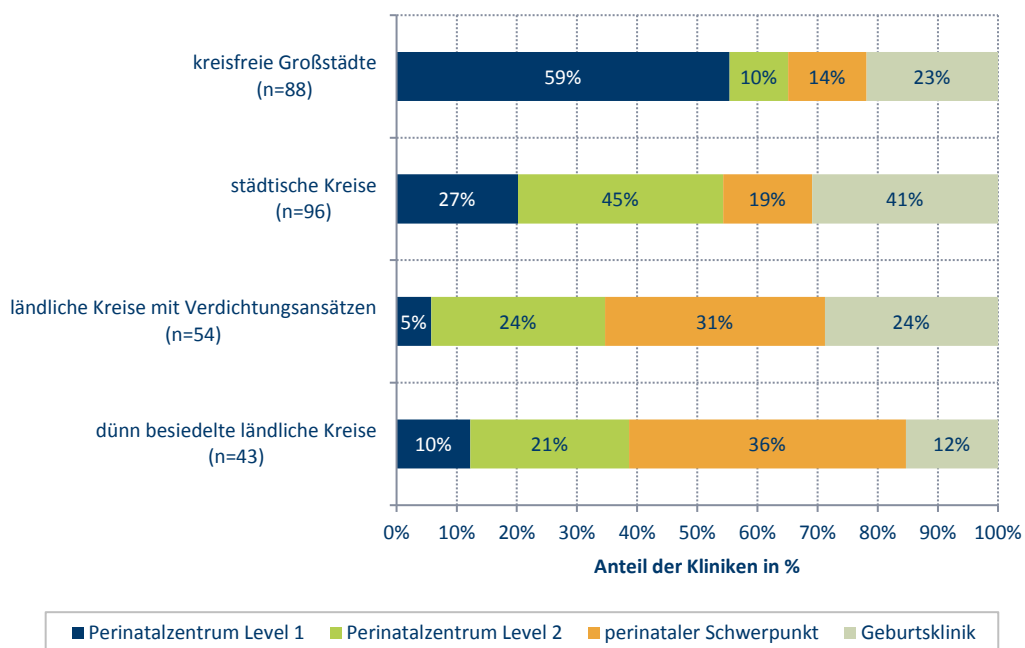


Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung (n = 287)

³⁶ Aus der Strukturabfrage gemäß der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) ergibt sich für das Jahr 2018 eine Gesamtzahl von 308 Geburtskliniken mit Zentrum oder Schwerpunkt mit Anteilen von ca. 52 % der Level 1-Perinatalzentren, 15 % der Level 2-Perinatalzentren und 33 % der Kliniken mit perinatalem Schwerpunkt (IQTIG 2019).

Eine differenzierte Betrachtung der Versorgungsstufen nach Region zeigt, dass sich die Level 1-Perinatalzentren ganz überwiegend (86 %) in städtischen Regionen befinden und hiervon wiederum mehr als zwei Drittel in kreisfreien Großstädten (Abbildung 48). Die Level 2-Perinatalzentren sowie die Geburtskliniken ohne Schwerpunkt/Zentrum haben ihre Standorte relativ häufiger in städtischen Kreisen (45 % bzw. 41 %). Die Geburtskliniken mit perinatalem Schwerpunkt befinden sich hingegen vorwiegend in ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen (31 %) und dünn besiedelten ländlichen Kreisen (36 %).

Abbildung 48: Verteilung der teilnehmenden Krankenhausstandorte nach Versorgungsstufen und Region (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung (n = 287)

Geburten: Anzahl, Entwicklung, Arten

In den Level 1-Perinatalzentren wurden im Jahr 2018 durchschnittlich 2.089 Entbindungen durchgeführt (Tabelle 12). In den Geburtskliniken ohne Schwerpunkt/Zentrum waren es im Mittel nur 792 Geburten.

Tabelle 12: Geburtenzahlen je Standort nach Versorgungsstufe, 2018

	Anzahl Standorte		Anzahl Geburten			Entwicklung der Geburten 2015-2018
	mit Befragungsteilnahme	mit Angaben Geburtenzahlen	Mittelwert	Min.	Max.	
Level 1-Perinatalzentrum	83	81	2.089	775	5.632	+11,9 %
Level 2-Perinatalzentrum	29	29	1.364	655	3.460	+10,4 %
Perinataler Schwerpunkt	38	38	909	364	2.252	+6,7%
Geburtsklinik ohne S/Z	137	135	792	57	2.037	+8,9 %
insgesamt	287	283	1.238	57	5.632	+9,7 %

Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Im Jahr 2018 wurden in den befragten Krankenhausstandorten durchschnittlich 9,7 % mehr Entbindungen durchgeführt als im Jahr 2015. Im Schnitt verzeichneten die Level 1-Perinatalzentren den größten prozentualen Anstieg (+11,9 %). Auch in den anderen Versorgungsstufen ist eine insgesamt positive Entwicklung zu erkennen, die in den perinatalen Schwerpunkten am geringsten ausfällt (+6,7 %).

Im Durchschnitt wurden im Jahr 2018 in den Kliniken in kreisfreien Großstädten 1.892 Entbindungen durchgeführt (Tabelle 13). In den Krankenhäusern in ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen waren es im Mittel nur 732 Geburten.

Tabelle 13: Durchschnittliche Geburtenzahlen je Standort nach Region, 2018

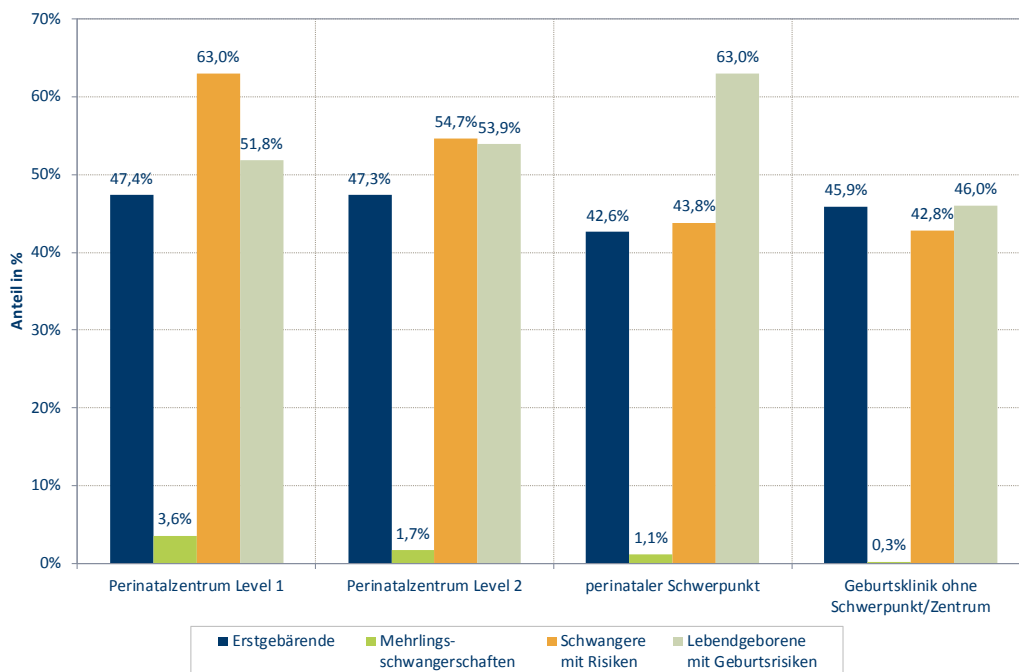
	Anzahl Standorte		Anzahl Geburten			Entwicklung der Geburten 2015-2018
	mit Befragungsteilnahme	mit Angaben Geburtenzahlen	Mittelwert	Min.	Max.	
kreisfreie Großstädte	89	87	1.892	490	5.632	+ 9,0 %
städtische Kreise	97	96	1.122	57	3.460	+11,6 %
ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	55	54	732	352	2.140	+11,1 %
dünn besiedelte ländliche Kreise	46	46	836	356	2.126	+ 6,1 %
Insgesamt	287	283	1.238	57	5.632	+9,7 %

Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Bei einer differenzierten Betrachtung nach Regionstyp zeigt sich der stärkste Geburtenzuwachs im Zeitraum 2015 bis 2018 bei den Kliniken in städtischen Kreisen mit durchschnittlich 11,6 %. Auch für die Kliniken in den anderen Regionskategorien ist ein insgesamt positiver Trend vorhanden, welcher für die dünn besiedelten ländlichen Kreise am geringsten ausfällt (+6,1 %).

Im Jahr 2018 lag der Anteil der Erstgebärenden an allen Entbindungen im Mittel bei 46,2 % der 160 Kliniken, die hierzu Angaben gemacht haben (Min: 16 %, Max: 100 %) (Abbildung 49). Der Anteil der Schwangeren mit Risiken lag im Durchschnitt bei 52,1 % (n = 131, Min: 0 %, Max: 100 %), für Level 1-Perinatalzentren lag der entsprechende Anteilswert mit 63 % deutlich über dem Durchschnitt (n = 56, Min: 15 %, Max: 96 %), in Geburtskliniken ohne Schwerpunkt/Zentrum mit 42,8 % darunter (n = 56, Min: 0 %, Max: 90 %). Der Anteil der Mehrlingsschwangerschaften an allen Entbindungen nahm mit steigender Versorgungsstufe zu (Stufe 4: 0,3 % bis zu Stufe 1: 3,6 %).

Abbildung 49: Erstgebärende, Schwangere mit Risiken, Lebendgeborene mit Geburtsrisiken und Mehrlingsschwangerschaften nach Versorgungsstufe (in %), 2018

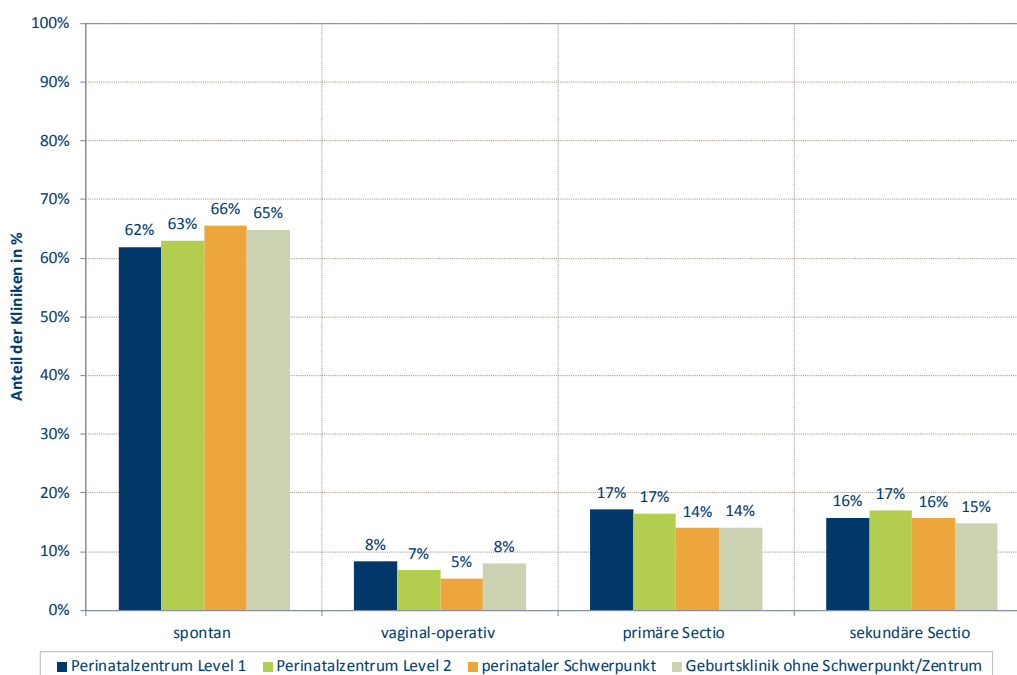


Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Der Anteil der Lebendgeborenen mit Geburtsrisiken an allen Lebendgeborenen betrug durchschnittlich rund 50,8 % (n = 90, Min: 0 %, Max: 100 %). Diesbezüglich waren größere Unterschiede zwischen den Versorgungsstufen zu erkennen: In den perinatalen Schwerpunkten war der entsprechende Anteil im Durchschnitt am höchsten (63 %, n = 9, Min: 0 %, Max: 100 %) und lag damit wesentlich höher als bei den Geburtskliniken ohne Schwerpunkt/Zentrum (46 %, n = 36, Min: 0 %, Max: 100 %).

Der Anteil der Entbindungen mit vaginal-operativem Eingriff an allen Entbindungen lag im Jahr 2018 im Mittel bei 8 % (n = 218, Min: 0 %, Max: 69 %), während zwischen den entsprechenden Anteilswerten der Versorgungsstufen keine wesentlichen Unterschiede festzustellen waren (Abbildung 50). Auch bei den Spontangeburtunterschieden sich die Anteilswerte zwischen den Versorgungsstufen nicht wesentlich voneinander; der Durchschnitt betrug 63 % (n = 221, Min: 40 %, Max: 84 %).

Abbildung 50: Anteile der spontanen und vaginal-operativen Entbindungen sowie Sectioraten nach Versorgungsstufe (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

In den Krankenhäusern lag der Anteil der geplanten Kaiserschnitte (primäre Sectio) im Mittel bei 15,3 % (n = 226, Min: 1 %, Max: 41 %) und der Anteil der sekundären Sectio bei 15,5 % (n = 215, Min: 1 %, Max: 32 %). In Hinblick auf die Sectioraten betrug die Spannweite zwischen den Versorgungsstufen maximal 3,1 %. Für die Kliniken, die sowohl Angaben zur primären als auch zur sekundären Sectio machten, lag die Gesamtsectorate im Durchschnitt bei 29,8 % (n = 214, Min: 2 %, Max: 62 %).

Bei der Betrachtung der Gesamtsectorate nach Region lassen sich keine wesentlichen Unterschiede feststellen. In den kreisfreien Großstädten (n = 71) und den städtischen Kreisen (n = 74) betrug die Gesamtsectorate im Mittel jeweils 29 % bzw. 30 %. Dabei war der entsprechende Mittelwert in den dünn besiedelten ländlichen Kreisen am höchsten (33 %, n = 32) und in den ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen am niedrigsten (28 %, n = 37).

Kapazitäten: Vorwehen- und Entbindungsplätze, Schließungen

Im Jahr 2018 waren im Schnitt je Krankenhausstandort 2,4 Vorwehenplätze inner- und außerhalb des Kreißsaals verfügbar (n = 195, Min: 1, Max: 10). Bei nahezu zwei Dritteln der Standorte, die sich zur Auslastung dieser Plätze geäußert haben, betrug die mittlere Auslastung mindestens 60 % (n = 95). Im Schnitt wurden in den perinatalen Schwerpunkten die wenigsten Vorwehenplätze (1,8; n = 23) vorgehalten, während in den Level 1-Perinatalzentren die größten Kapazitäten (2,9, n = 68) vorhanden waren. Die mittlere Auslastung nahm mit steigender Versorgungsstufe zu. Bei 84 % (n = 44) der Level 1-Perinatalzentren wurde mindestens eine mittlere Auslastung von 60 % erreicht. Dies traf lediglich für 38 % der Geburtskliniken (n = 28) ohne Schwerpunkt/Zentrum zu.

Insgesamt standen im Durchschnitt 3,6 Entbindungsplätze (n = 236) im Kreißsaal je Standort zur Verfügung. Für diese Plätze betrug die durchschnittliche Auslastung bei knapp mehr als zwei Dritteln der Standorte, die Angaben hierzu machten, mindestens 60 % (n = 124). In den Level 1-Perinatalzentren waren im Mittel die meisten Entbindungsplätze (4,6; n = 75) vorhanden, dagegen in den Geburtskliniken ohne Schwerpunkt/Zentrum am wenigsten (3,0; n = 104). Mit einem Anteil von 91 % gaben die Level 2-Perinatalzentren (n = 20) am häufigsten eine Mindestauslastung von 60 % an, während diese Auslastungsquote bei den perinatalen Schwerpunkten am seltensten erreicht wurde (41 %, n = 10).

Im Rahmen der Befragung gaben sechs Kliniken an, dass ihre Geburtshilfeabteilungen im Jahr 2018 oder 2019 geschlossen wurden. Als Gründe für die Schließung wurde ein Mangel an Hebammen, ein Mangel an Belegärzten und die Erkrankung des Belegarztes genannt. In fünf der geschlossenen Kliniken waren die Ärzte als angestellte Ärzte und in einer weiteren mittlerweile geschlossenen Klinik war der Arzt in Form eines Belegarztes tätig. Die Hebammen arbeiteten in den mittlerweile geschlossenen Kliniken überwiegend als angestellte Hebammen.

5.4.2 Aufnahme und Ablehnung von Schwangeren

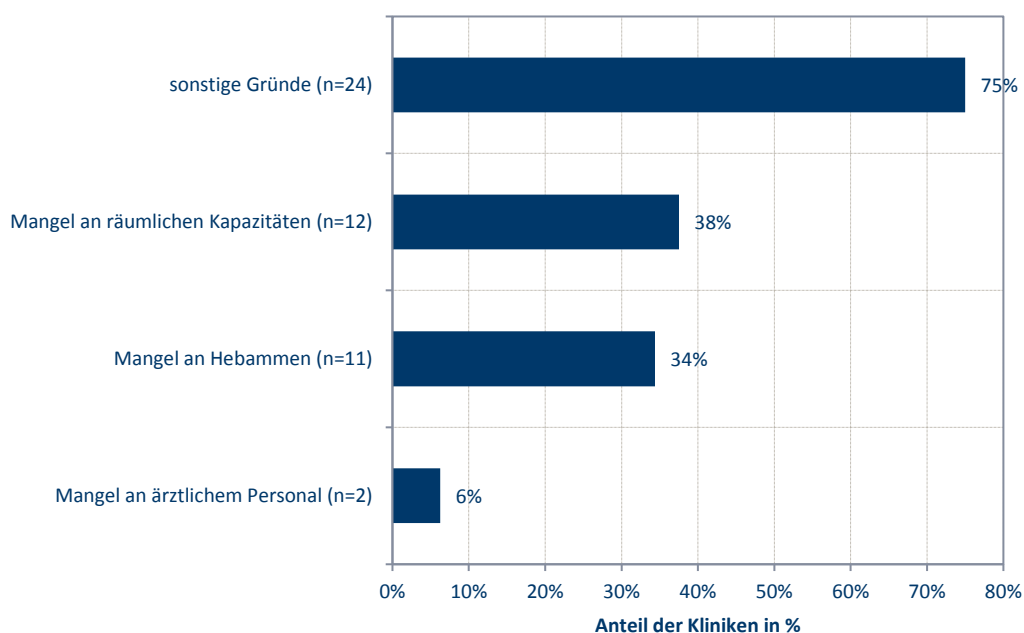
Die Kliniken wurden nach der Bedeutung einer vorherigen Anmeldung von Schwangeren für eine Entbindung befragt. Der Großteil der Kliniken (84 %, n = 216) gab an, dass eine Anmeldung vor Aufnahme nicht erforderlich sei, jedoch den schwangeren Frauen empfohlen würde. Eine vorherige Anmeldung für die Entbindung wird von 6 % der Kliniken (n = 14) weder für erforderlich gehalten noch den Schwangeren empfohlen. Dahingegen ist für jedes zehnte Krankenhaus (n = 26) eine vorherige Anmeldung grundsätzlich sogar Voraussetzung für eine Aufnahme zur geplanten Entbindung. Die Anmeldung für eine Aufnahme wird eher von den Level 1-Perinatalzentren (11 %, n = 9) und den Geburtskliniken ohne Schwerpunkt/Zentrum (12 %, n = 14) vorausgesetzt. Dahingegen lagen für die perinatalen Schwerpunkte und die Level 2-Perinatalzentren die entsprechenden Anteilswerte bei 8 % (n = 2) bzw. 3 % (n = 1).

Im Durchschnitt wurden im Jahr 2018 von den Kliniken, die nach eigenen Angaben Anmeldungen für eine stationäre Entbindung angenommen haben, 1.016 Anmeldungen akzeptiert. Die meisten Anmeldungen gab es im Mittel in den Level 1-Perinatalzentren (1.683, n = 42, Min: 49, Max: 3.800). Mit abnehmender Versorgungsstufe sank die Anzahl bis auf durchschnittlich 759 Anmeldungen (n = 84, Min: 8, Max: 2.000) bei den Geburtskliniken ohne Schwerpunkt/Zentrum.

Insgesamt 32 Kliniken lehnten mindestens eine Anmeldung zur Entbindung im Jahr 2018 ab. Rund 17 % (n = 23) aller Geburtskliniken ohne Schwerpunkt/Zentrum, 6 % (n = 5) der Level 1-Perinatalzentren und 11 % der perinatalen Schwerpunkte lehnten mindestens eine Anmeldung ab, während die Level 2-Perinatalzentren keine Anmeldungen ablehnten. Im Durchschnitt lehnten diese 32 Kliniken 28,5 Anmeldungen ab (Min: 1, Max: 200); unter den Level 1-Perinatalzentren waren es im Mittel 56 Ablehnungen (n = 5, Min: 3, Max: 200).

Rund 38 % der Kliniken (n = 12), die Anmeldungen für eine stationäre Entbindung ablehnten und die Ursachen dafür nannten, führten den Mangel an räumlichen Kapazitäten als Grund an, drei Viertel der Krankenhäuser (n = 24) sonstige Gründe (Abbildung 51). Als sonstige Gründe wurden bei den Geburtskliniken ohne Schwerpunkt/Zentrum größtenteils Risikoschwangerschaften genannt, die anschließend an perinatale Zentren verwiesen wurden. Darüber hinaus wurden bei den perinatalen Zentren vereinzelt zu geringe personelle Kapazitäten angegeben.

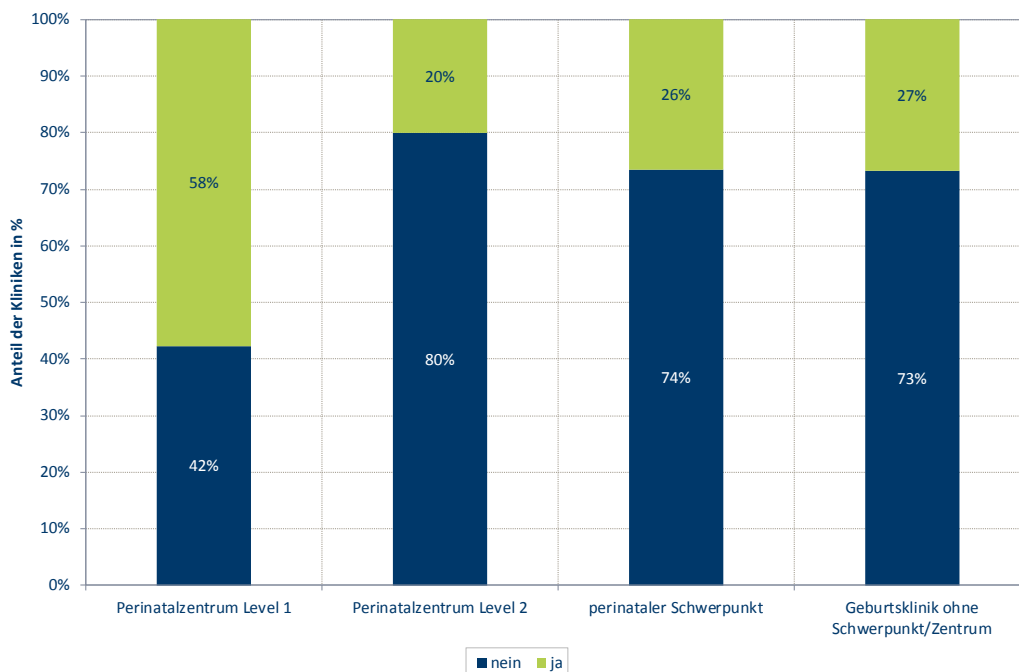
Abbildung 51: Häufigkeit der genannten Gründe für die Ablehnung von Anmeldungen zur Entbindung (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung
Anmerkungen: Mehrfachnennungen waren möglich

Mehr als ein Drittel (35 %) bzw. 88 der 251 Geburtskliniken mit Beantwortung dieser Frage gaben an, dass sie im Jahr 2018 mindestens eine Schwangere mit Wehentätigkeiten wegen Kapazitätsengpässen bei Hebammen und/oder Räumen nicht aufnehmen oder versorgen konnten (Abbildung 52). Der Anteil der Standorte mit Ablehnungen war bei den Level 1-Perinatalzentren im Mittel am höchsten (58 %, n = 44), hier war der Anstieg der Geburtenzahl am stärksten (vgl. Tabelle 12); in den Level 2-Perinatalzentren war er am geringsten (20 %, n = 5).

Abbildung 52: Anteil der Kliniken mit Ablehnung von Schwangeren mit Wehentätigkeiten aufgrund fehlender Versorgungskapazitäten nach Versorgungstufe (in %), 2018

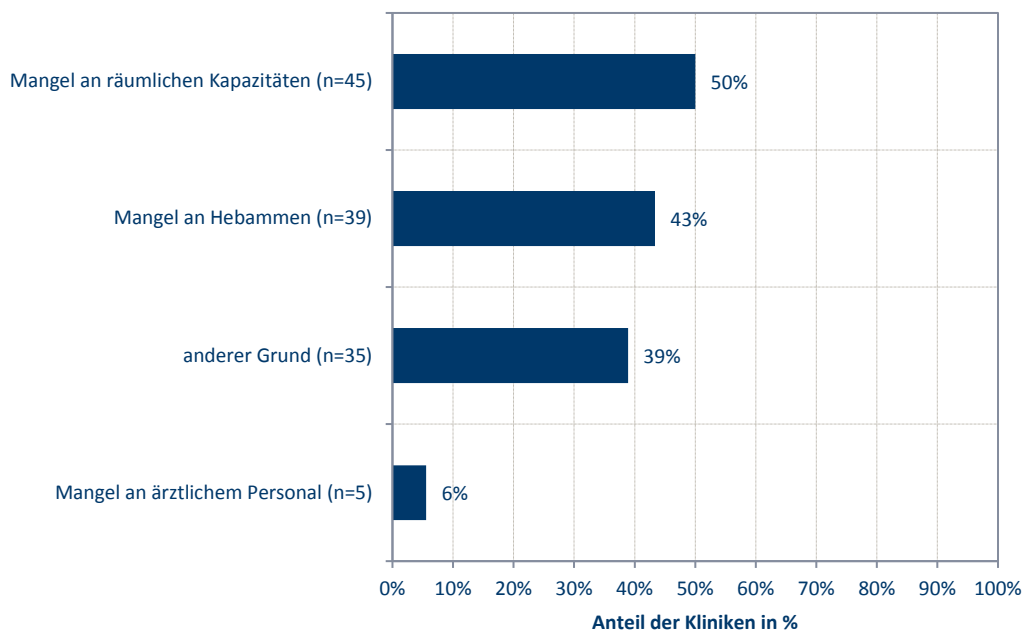


Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Wegen fehlender Versorgungskapazitäten konnten im Jahr 2018 je Standort im Durchschnitt 26 Schwangere mit leichteren Wehentätigkeiten (n = 39) bzw. 17 Schwangere mit stärkeren Wehentätigkeiten (n = 29) nicht aufgenommen werden.

Als Ursachen wurden vorwiegend der Mangel an räumlichen Kapazitäten (50 %, n = 45) und Hebammen (43 %, n = 39) genannt (Abbildung 53). Dagegen spielten die fehlenden Kapazitäten von ärztlichem Personal eine geringe Rolle (6 %, n = 5). Als weitere Gründe wurden vorwiegend Kapazitätsprobleme in der Neonatologie und der Pädiatrie angeführt (Abbildung 52).

Abbildung 53: Gründe von Geburtskliniken für die Nicht-Aufnahme von Schwangeren mit Wehentätigkeiten, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Anmerkungen: Mehrfachnennungen waren möglich

Von den Kliniken, die antworteten, dass an ihrer Geburtshilfe Schwangere mangels verfügbarer Versorgungskapazitäten nicht aufgenommen und versorgt werden konnten, machten etwas mehr als die Hälfte (52 %, n = 46) verwertbare Angaben zur Anzahl der Ablehnungen. Rechnet man nur ihre Angaben, differenziert nach Versorgungsstufen, auf die Grundgesamtheit von 682 Geburtskliniken hoch, ergibt sich für Deutschland insgesamt eine Anzahl von knapp 4.400 bzw. im Verhältnis zur Anzahl der Geburten im Jahr 2018 eine Größenordnung von knapp 0,6 %. Unterstellt man identische Verhältnisse auch bei den anderen 48 % der Kliniken, die nach eigenen Angaben Schwangere nicht aufnehmen konnten, aber hierzu keine Zahlenangaben gemacht haben, betragen die entsprechenden Werte rd. 8.790 bzw. 1,1 %. Überdurchschnittlich häufig betreffen Ablehnungen Level 1-Perinatalzentren, die sich überwiegend in größeren Städten befinden und einen starken Anstieg der Geburtenzahl hatten. Dabei sind diese Fälle von Kapazitäts- nicht notwendigerweise mit Versorgungsengpässen gleichzusetzen, solange eine alternative

Geburtsklinik mit Aufnahmekapazität in angemessener Zeit erreichbar ist (vgl. hierzu die Studie für München, INM 2018, bzw. Kapitel 3.1.2.3).

5.4.3 Situation der in der Geburtshilfe tätigen Hebammen

5.4.3.1 Anzahl und Art der im Krankenhaus tätigen Hebammen

Für das Jahr 2018 gaben 111 der 287 Kliniken an, ausschließlich angestellte Hebammen zu beschäftigen; in 53 Krankenhäusern wurden ausschließlich Beleghebammen eingesetzt. In 55 Kliniken waren sowohl angestellte Hebammen als auch Beleghebammen tätig, jedoch keine Hebammen auf Honorar- oder Leasingbasis. In 21 Kliniken wiederum waren zudem auch Hebammen auf Honorar- oder Leasingbasis sowie angestellte Hebammen beschäftigt. In neun Kliniken arbeiteten jeweils Hebammen mit allen drei Beschäftigungsformen. Insgesamt machten 38 Kliniken keine Angaben zu der Anzahl der Hebammen, die bei ihnen tätig waren.

Angestellte Hebammen

Gemäß den Befragungsergebnissen beschäftigten insgesamt 196 der 287 Kliniken im Jahr 2018 insgesamt 3.920 angestellte Hebammen. Damit kamen auf jede der 193 Kliniken durchschnittlich 20 angestellte Hebammen (Min: 1; Max: 70).

Von den befragten Kliniken machten 187 durchgängig Angaben zur Anzahl der angestellten Hebammen im Zeitraum von 2015 bis 2018 (Tabelle 14). Im Schnitt beschäftigten diese 187 Kliniken 19,1 angestellte Hebammen. Die Anzahl der angestellten Hebammen in den Kliniken stieg im Zeitraum von 2015 bis 2018 um rd. 14 %.

Tabelle 14: Anzahl der angestellten Hebammen in den Kliniken (Personen), 2015 bis 2018

angestellte Hebammen (Personen)	2015	2016	2017	2018
insgesamt	3.141	3.266	3.460	3.580
Index 2015 = 100 %	100 %	104 %	110 %	114 %
Mittelwert	16,8	17,5	18,5	19,1

Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Anmerkung: n = 187 (nur Kliniken, die Daten zur Anzahl der angestellten Hebammen im Zeitraum 2015 bis 2018 zur Verfügung gestellt haben)

Zur Anzahl der Hebammen umgerechnet in Vollzeitäquivalente machten 150 Kliniken Angaben. Diese beschäftigten im Jahr 2018 vollzeitäquivalent rd. 1.930 Hebammen.³⁷ Im Mittel waren dies rd. 12,9 angestellte Hebammen (VZÄ), mit einem Minimum von 1 VZÄ und einem Maximum von 51 VZÄ.

Aus 148 Kliniken lagen detaillierte und vollständige Informationen zur vertraglich vereinbarten Arbeitszeit der Hebammen vor (Tabelle 15). Der Anteil der in Vollzeit tätigen angestellten Hebammen (100 %-Verträge) lag im Jahr 2018 durchschnittlich bei rd. 26 % (Minimum: 0 %; Maximum: 100 %).

Tabelle 15: Anteil der in den Kliniken angestellten Hebammen (Personen) nach vertraglich vereinbarter Arbeitszeit, 2018

Anteil angestellter Hebammen	Anteil vertraglich vereinbarter an regulärer Arbeitszeit				
	100 %	75 % bis <100 %	50 % bis <75 %	25 % bis <50 %	<25 %
Mittelwert	26 %	25 %	26 %	16 %	6 %
Minimum	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Maximum	100 %	80 %	72 %	53 %	42 %

Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Anmerkung: n = 148 (nur Kliniken, die vollständige Daten zu den Verträgen zur Verfügung gestellt haben)

In den perinatalen Schwerpunkten und den Level 1-Perinatalzentren waren angestellte Hebammen durchschnittlich häufiger in Vollzeit tätig (32 %, n = 57 bzw. 30 %, n = 21) als in den anderen Versorgungsstufen.

Beleghebammen

Im Jahr 2018 waren den Befragungsergebnissen zufolge in 118 der 287 Kliniken (41 %) insgesamt 956 Beleghebammen tätig (Min: 1; Max: 38). Von diesen 118 Kliniken waren in 53 Krankenhäuser ausschließlich Beleghebammen tätig (rd. 45 %), und zwar insgesamt 650 Beleghebammen (Min: 4; Max: 38).

³⁷ An diesen 150 Kliniken betrug die Anzahl der angestellten Hebammen (Personen) 3.191.

Von den befragten Kliniken machten 116 Angaben zur Anzahl der Beleghebammen für den gesamten Zeitraum von 2015 bis 2018. Die Anzahl der Beleghebammen in den Kliniken stieg im Zeitraum von 2015 bis 2018 um rd. 18 % (Tabelle 16).

Tabelle 16: Anzahl der Beleghebammen in den Kliniken (Personen), 2015-2018

Beleghebammen (Personen)	2015	2016	2017	2018
insgesamt	801	841	881	945
Index 2015 = 100 %	100 %	105 %	110 %	118 %
Mittelwert	7	7,2	7,6	8,1

Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Anmerkung: n = 116 (nur Kliniken, die Daten zur Anzahl der Beleghebammen im Zeitraum 2015 bis 2018 zur Verfügung gestellt haben)

Von den 118 Krankenhäusern machten 82 Kliniken vollständige Angaben zum Schicht- bzw. Begleit-/Betreuungssystem der Beleghebammen. Von diesen 82 Krankenhäusern waren in 32 Kliniken Beleghebammen im Schichtdienst mit zwei Schichten tätig, 12 im Schichtdienst mit drei Schichten und 42 im 1:1-Begleit-/Betreuungssystem.³⁸

Hebammen auf Honorar-/Leasingbasis

Gemäß den Angaben der Befragungsteilnehmer arbeiteten im Jahr 2018 an 30 Kliniken insgesamt 75 Hebammen auf Honorar- bzw. Leasingbasis (Mittelwert: 2,25; Min: 1; Max: 8). Diese 75 Hebammen machen rd. 2 % der Gesamtzahl der durch die Befragung erfassten Hebammen aus.

Detaillierte Angaben zum Einsatz dieser Hebammen im Schichtsystem machten 20 dieser 30 Kliniken. Von diesen 20 Krankenhäusern waren in acht Kliniken Hebammen auf Honorar- bzw. Leasingbasis im Schichtdienst mit zwei Schichten tätig, 14 im Schichtdienst mit drei Schichten und zwei Kliniken gaben an, dass sowohl im Schichtdienst mit zwei Schichten als auch mit drei Schichten Hebammen tätig waren.

5.4.3.2 Vakante Hebammenstellen und Probleme bei der Stellenbesetzung

Von den 179 Kliniken, die dazu Angaben machten, hatten 102 zum Befragungszeitpunkt unbesetzte Planstellen für angestellte Hebammen. Insgesamt gab es in den

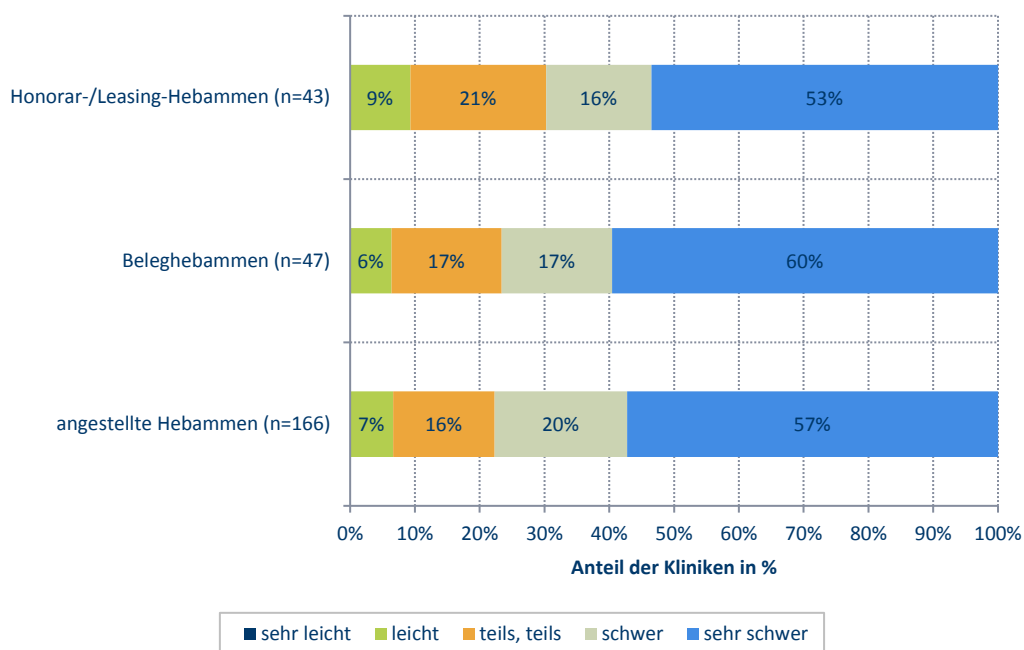
³⁸ Zwei Kliniken gaben an, dass Beleghebammen sowohl im Schichtdienst mit zwei Schichten als auch mit drei Schichten tätig waren. Darüber hinaus waren in vier Kliniken Beleghebammen im Schichtdienst mit zwei Schichten und im 1:1-Begleit-/Betreuungssystem tätig.

102 Kliniken 1.388 Planstellen für angestellte Hebammen (VZÄ), d. h. durchschnittlich 13,6 Planstellen je Klinik. Die Anzahl der vakanten Planstellen betrug insgesamt 250 bzw. 18 % aller Planstellen (VZÄ) in diesen Kliniken.

Insgesamt suchten 41 von 104 Kliniken mit Beleghebammen weitere Beleghebammen und im Mittel waren in diesen 41 Krankenhäusern neun Beleghebammen je Klinik tätig. Es wurden 111 Beleghebammen gesucht, das entspricht einem Anteil von rd. 26 % der in Krankenhäusern tätigen Beleghebammen. Durchschnittlich fehlten somit je Klinik 2,7 Beleghebammen.

Die meisten Kliniken hatten Schwierigkeiten, unbesetzte Hebammenstellen zu besetzen (Abbildung 54). Rund 57 % der Kliniken fanden die Besetzung von vakanten Stellen für angestellte Hebammen sehr schwer (n = 129).

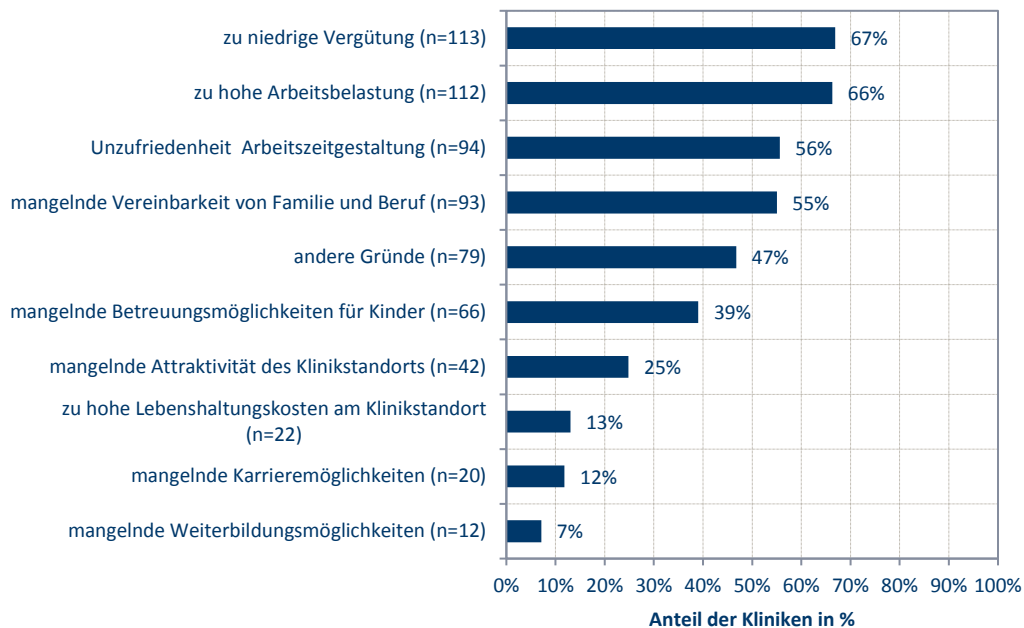
Abbildung 54: Anteil der Kliniken nach Beurteilung der Schwierigkeit bei der Besetzung offener Hebammenstellen und nach Beschäftigungsform (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Von etwa zwei Dritteln der Kliniken wurden als Gründe für die Rekrutierungsprobleme vor allem eine zu niedrige Vergütung (67 %, n = 113) und zu hohe Arbeitsbelastung (66 %, n = 112) genannt (Abbildung 55).

Abbildung 55: Häufigkeiten der angegebenen Gründe für Rekrutierungsprobleme bei unbesetzten Hebammenstellen (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Anmerkungen: Mehrfachnennungen waren möglich

5.4.3.3 Wöchentliche Arbeitszeit

Nach Angaben der Kliniken betrug die durchschnittliche wöchentliche Regelarbeitszeit für die in Vollzeit tätigen angestellten Hebammen (156 Kliniken) und für die im Schichtdienst und Vollzeit tätigen Honorar-/Leasinghebammen (9 Kliniken) jeweils 39 Stunden. Die Spannweite lag dabei für die angestellten Hebammen zwischen 38,5 und 48 Stunden, für die Honorar-/Leasinghebammen zwischen 38,5 und 40 Stunden. Bei den in Vollzeit tätigen Beleghebammen im Schichtdienst (31 Kliniken) lag die durchschnittliche wöchentliche Regelarbeitszeit mit 43,8 Stunden höher (Min: 38,5/Max: 50).

Die durchschnittliche wöchentliche Regelarbeitszeit lag bei den in Teilzeit tätigen angestellten Hebammen (138 Kliniken) sowie den Honorar-/Leasinghebammen (19 Kliniken) mit 22,2 bzw. 22,5 Stunden nah beieinander. Allerdings unterscheiden sich die Spannweiten: Sie liegt bei den angestellten Hebammen zwischen 1 und 38,5 Stunden, bei den Honorar-/Leasinghebammen dagegen nur zwischen 19 und

30 Stunden. Bei den in Teilzeit tätigen Beleghebammen im Schichtdienst (36 Kliniken) lag die durchschnittliche Regelarbeitszeit pro Woche mit 20,4 Stunden geringfügig niedriger (Min = 10, Max = 35).

5.4.3.4 Arbeitsorganisation und Tätigkeitsbereiche

Etwa 87 % (n = 216) der Krankenhäuser gaben an, Integrierte/Integrative Wochen(bett)pflege etabliert zu haben. Weitere 7 % hatten dies noch nicht etabliert, aber in Planung und auf rd. 6 % der Kliniken traf beides nicht zu.

Ein wesentlich geringerer Anteil der Kliniken (23 %, n = 49) hatte bereits ein Rotationssystem³⁹ etabliert; rd. 61 % (n = 132) der Krankenhäuser haben das Rotationssystem weder etabliert noch in Planung. Größere Unterschiede zeigten sich in der differenzierten Betrachtung nach Versorgungsstufen: Etwas mehr als die Hälfte der Level 2-Perinatalzentren (n = 12) hatten ein Rotationssystem entweder geplant oder bereits etabliert. Der entsprechende Anteilswert betrug für die Geburtskliniken ohne Schwerpunkt/Zentrum nur 28 % (n = 26).

Lediglich 8 % (n = 18) der Kliniken hatten einen hebammengeleiteten Kreißsaal, zusätzliche 14 % (n = 34) planen einen solchen, während rd. 78 % (n = 184) der Kliniken weder einen hebammengeleiteten Kreißsaal haben noch planen.

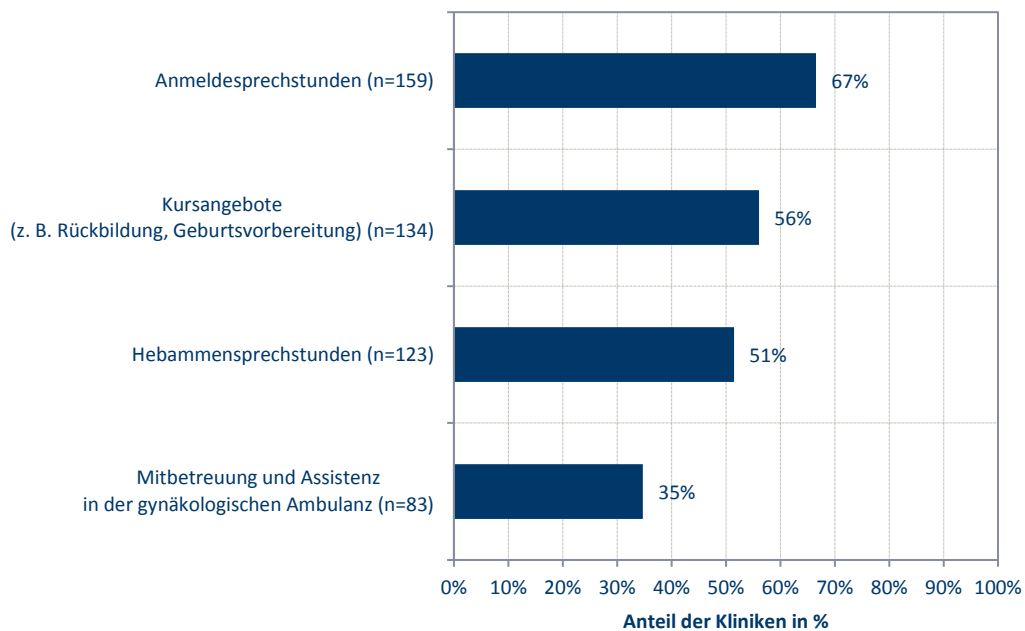
Der Kreißsaal bildet nach Angaben der Kliniken den Einsatzschwerpunkt der Hebammen, und zwar für alle Beschäftigungsformen. Weitere Tätigkeitsbereiche sind die Wochenstation, Präpartal-Stationen und die Schwangerenambulanz. Vereinzelt genannt wurden als Einsatzfelder darüber hinaus auch Elternschulen, Leitungstätigkeiten und Hebammensprechstunden.⁴⁰

³⁹ Im Rahmen eines Rotationssystems wechseln sich die Einsatzgebiete der Hebammen (z. B. Kreißsaal, Präpartal-Station, Wochenstation, ambulanter Bereich) in einem geregelten Turnus ab.

⁴⁰ Da zu dieser Frage nur sehr wenige Kliniken konkrete quantitative Angaben gemacht haben, konnten keine validen Anteilswerte ermittelt werden. Detaillierte Erkenntnisse über die Anteile der Hebammentätigkeit in anderen Bereichen der Geburtshilfe der Krankenhäuser konnten aus der Hebammenbefragung gewonnen werden (vgl. Kapitel 6.3.3).

Für das Jahr 2018 gaben 239 der 281 Krankenhäuser an, dass die in ihrer Geburtshilfe tätigen Hebammen auch in der ambulanten Versorgung an ihrem Krankenhaus gearbeitet haben, bei 36 Kliniken war dies nicht der Fall (sechs Kliniken ohne Angabe hierzu) (Abbildung 56). In rund zwei Dritteln (n = 159) dieser 239 Kliniken wurden Hebammen in der Anmeldesprechstunde eingesetzt, in etwas mehr als der Hälfte der Kliniken (n = 134) für Kursangebote und in etwa der Hälfte (n = 123) für Hebammensprechstunden.

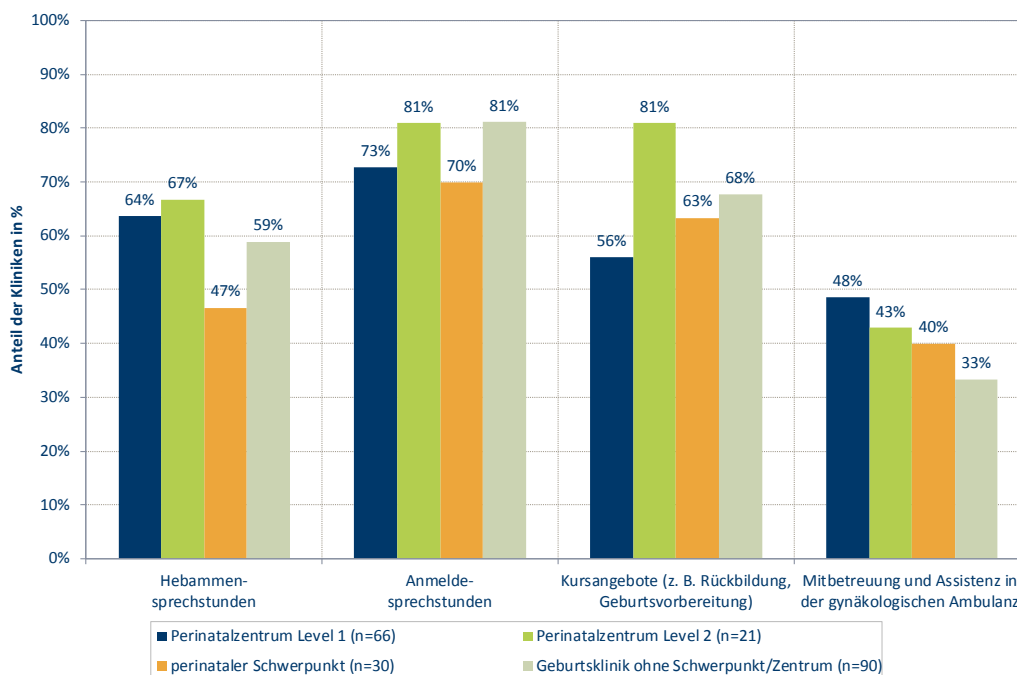
Abbildung 56: Häufigkeit der Beteiligung von angestellten Hebammen und Beleghebammen im Schichtdienst an ambulanter Versorgung neben der Geburtshilfe im engeren Sinne (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung
Anmerkungen: Mehrfachnennungen waren möglich

In den Level 2-Perinatalzentren waren alle Hebammen zusätzlich zur Geburtshilfe in der ambulanten Versorgung tätig (n = 21) und boten im Vergleich zu den anderen Versorgungsstufen häufiger Kurse (81 % vs. 56 % bei den Level 1-Perinatalzentren) und Hebammensprechstunden (67 % vs. 47 % bei Kliniken mit perinatalen Schwerpunkten) an (Abbildung 57).

Abbildung 57: Häufigkeit der Beteiligung von Hebammen im Schichtdienst an ambulanter Versorgung neben der Geburtshilfe (in %) nach Versorgungsstufen, 2018



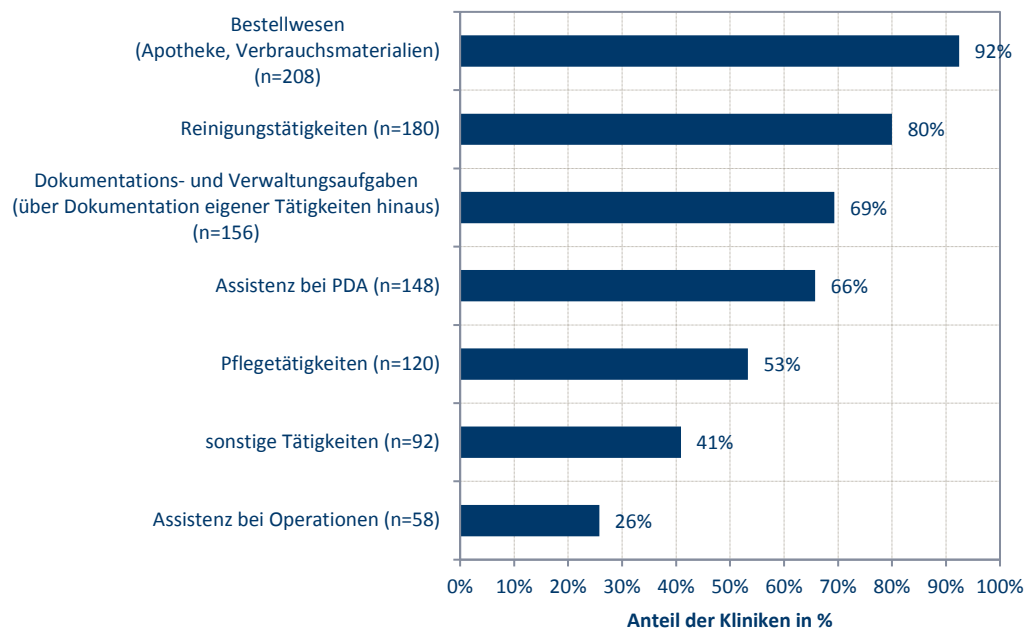
Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Anmerkungen: Mehrfachnennungen waren möglich

In rund 43 % der Kliniken, die entsprechende Angaben machten (n = 64), waren angestellte Hebammen im Schichtdienst pro Woche durchschnittlich mindestens fünf Stunden in der ambulanten Versorgung tätig. Bei den Beleghebammen betrug der Klinikanteil 50 % (n = 26) und bei den Honorar- bzw. Leasinghebammen 25 % (n = 8). In knapp zwei Dritteln der Kliniken, in denen Honorar- bzw. Leasinghebammen im ambulanten Bereich tätig waren (n = 5), geschah dies nur in einem Umfang von durchschnittlich knapp zwei Wochenstunden. Insgesamt werden also angestellte und Beleghebammen häufiger und mit einem größeren Zeitanteil im ambulanten Bereich eingesetzt.

Neben der Geburtshilfe i.e.S. und der ambulanten Versorgung wurden die angestellten Hebammen sowie Beleghebammen im Schichtdienst in fast allen Kliniken (92 %; n = 225) zu weiteren Tätigkeiten herangezogen. Am häufigsten waren die Hebammen im Bestellwesen tätig (92 % der Kliniken; Abbildung 58).

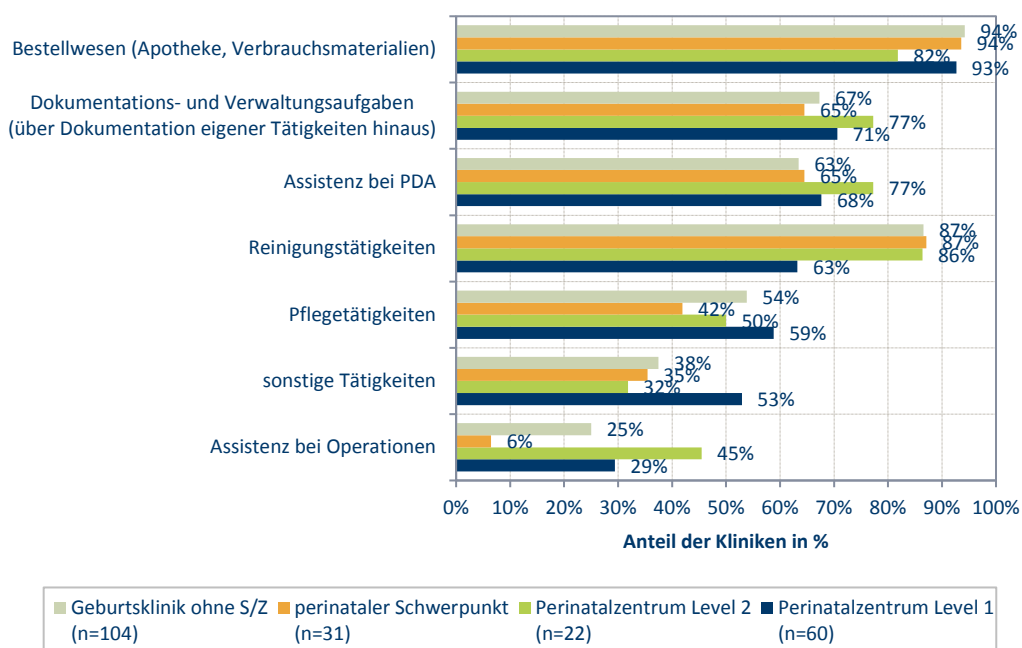
Abbildung 58: Häufigkeit weiterer Tätigkeiten der Hebammen im Schichtdienst neben der Geburtshilfe (in %), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung
Anmerkungen: Mehrfachnennungen waren möglich

Bei der differenzierten Betrachtung nach Versorgungsstufen fällt auf, dass in den perinatalen Zentren mit Level 2 die Hebammen im Vergleich zu den anderen Versorgungsstufen viel häufiger Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben (77 % vs. 65 % in den perinatalen Schwerpunkten) übernahmen und bei PDA (77 % vs. 63 % in den Geburtskliniken) sowie Operationen (45 %) assistierten (Abbildung 59). Im Gegensatz dazu spielte die Assistenz bei Operationen für Hebammen in den perinatalen Schwerpunkten kaum eine Rolle (6 %). Darüber hinaus wurden seltener in den perinatalen Zentren mit Level 1 Reinigungstätigkeiten durch die Hebammen ausgeführt (63 % vs. 87 % in den perinatalen Schwerpunkten).

Abbildung 59: Häufigkeit weiterer Tätigkeiten der Hebammen im Schichtdienst neben der Geburtshilfe nach Versorgungsstufen (in %), 2018

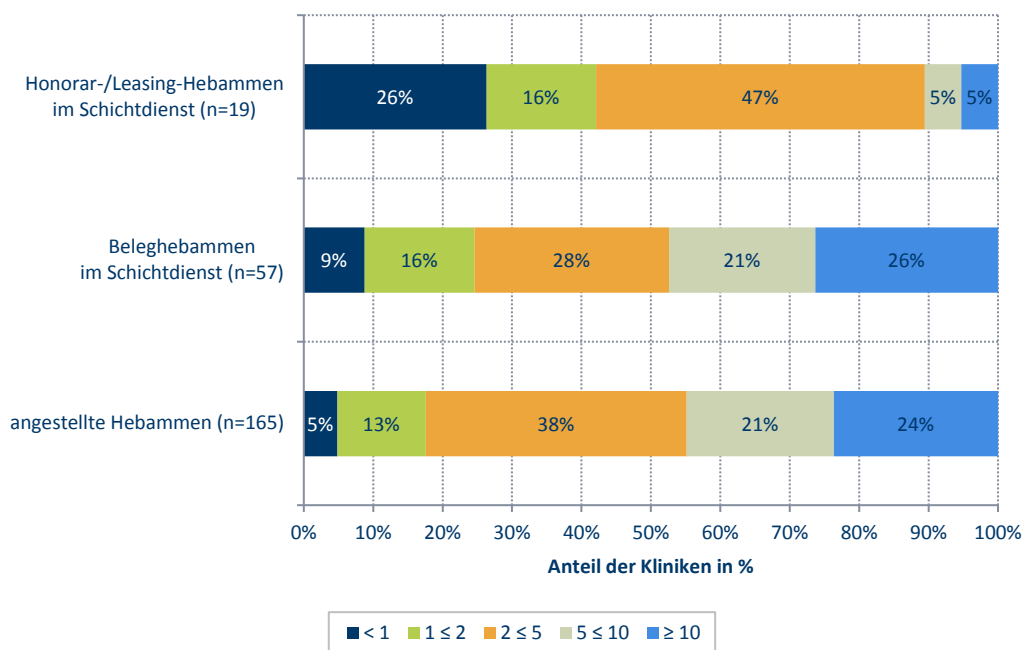


Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Anmerkungen: Mehrfachnennungen waren möglich

Im Jahr 2018 übernahmen angestellte Hebammen in 24 % der Kliniken, die Angaben hierzu machten (n = 39), neben der Geburtshilfe in einem Umfang von mehr als 10 Stunden pro Woche weitere Tätigkeiten (Abbildung 60). In rund 26 % der Kliniken mit Angaben zum zeitlichen Umfang ihrer Beleghebammen im Schichtdienst (n = 15) verbrachten letztere ebenfalls mehr als 10 Stunden pro Woche mit solchen Tätigkeiten. Bei den Honorar-/Leasinghebammen war der zeitliche Umfang weiterer Tätigkeiten geringer; bei einem Großteil der Kliniken (89 %, n = 17) lag er bei nicht mehr als 5 Stunden pro Woche.

Abbildung 60: Zeitlicher Umfang weiterer Tätigkeiten (in Stunden pro Woche) neben der Geburtshilfe (in %) nach Beschäftigungsform, 2018



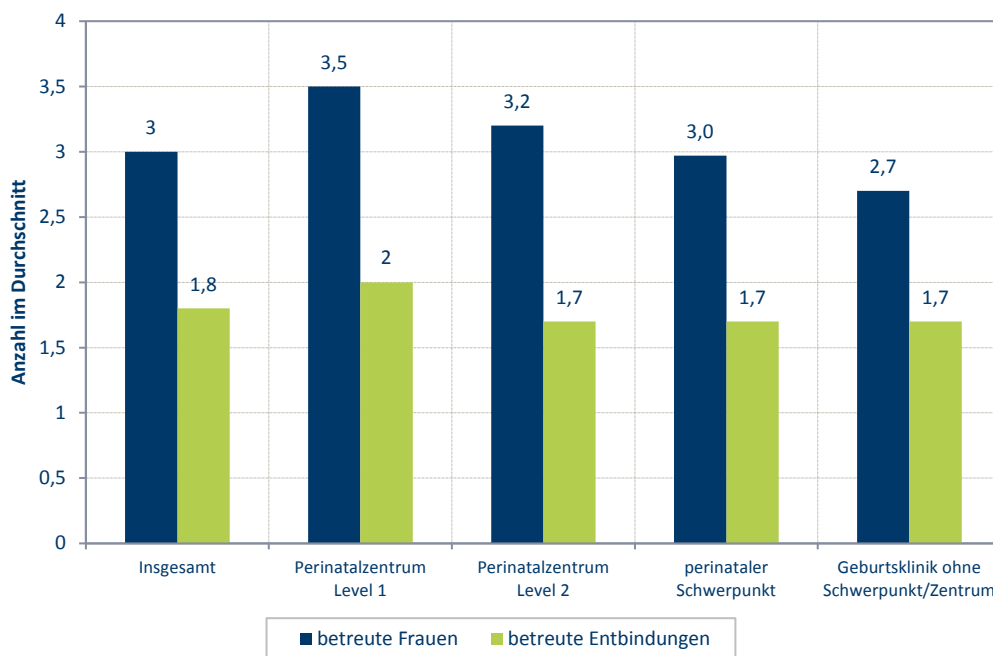
Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Betrachtet man ambulante Hebammentätigkeiten (außerhalb des Kreißsaals) und weitere (hebammenfremde) Tätigkeiten gemeinsam, betrug in 31 % der Kliniken der zeitliche Umfang für angestellte Hebammen mehr als 10 Stunden pro Woche (n = 43 Kliniken, die Angaben zum zeitlichen Umfang ihrer angestellten Hebammen machten). Beleghebammen im Schichtdienst verwendeten denselben zeitlichen Umfang auf diese Tätigkeiten neben der Geburtshilfe in 34 % der Kliniken (n = 16).

5.4.3.5 Betreuungsverhältnis

Durchschnittlich betreute zum Zeitpunkt der Befragung eine Hebamme im Schichtdienst drei Frauen gleichzeitig im Kreißsaal (n = 234 Kliniken). Dabei zeigen die Befragungsergebnisse eine Spannweite zwischen einer und zehn Frauen, die gleichzeitig betreut werden. Differenziert nach Versorgungsstufe lag das durchschnittliche Betreuungsverhältnis in den Geburtskliniken ohne Schwerpunkt/Zentrum mit 2,7 Frauen je Hebamme im Schichtdienst am niedrigsten (n = 107) und bei den Level 1-Perinatalzentren mit 3,5 Frauen am höchsten (n = 71) (Abbildung 61).

Abbildung 61: Durchschnittliche Anzahl der pro Schicht im Kreißsaal betreuten Frauen und Entbindungen je Hebamme nach Versorgungsstufen, 2019

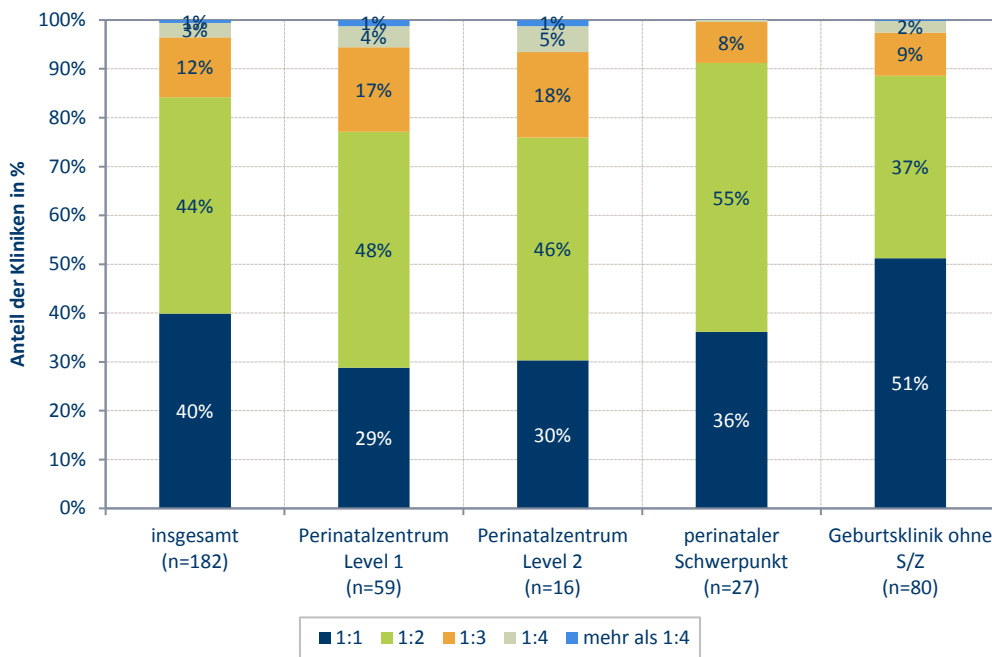


Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Von den Hebammen wurden im Schnitt 1,8 Entbindungen pro Schicht im Kreißsaal betreut (n = 234 Kliniken, Min: 1, Max: 5). Zwischen den Versorgungsstufen waren keine wesentlichen Unterschiede zu erkennen.

Insgesamt machten 182 Kliniken vollständige Angaben zum Betreuungsschlüssel.⁴¹ Im Durchschnitt wurden rund 40 % der Geburten in den Kliniken im Rahmen einer 1:1-Betreuung begleitet (Abbildung 62). Die meisten Geburten fanden in einem Betreuungsverhältnis von zwei Geburten je Hebamme statt (44 %). Nur wenige Geburten fanden in den Kliniken in einem Betreuungsverhältnis von 1:4 oder mehr Geburten statt (3,5 %).

Abbildung 62: Verteilung der Entbindungen nach Betreuungsschlüssel (je Hebamme betreute Geburten) und nach Versorgungsstufen, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Die Geburten mit einem Betreuungsverhältnis von 1:4 oder mehr Geburten konzentrierten sich auf eine geringe Anzahl von Kliniken. Auf Nachfrage, wie sie mit derartigen Überlastungssituationen umgehen, wurden folgende Maßnahmen genannt:

- ◆ ein Aufnahmestopp und ggf. die Abmeldung beim Rettungsdienst;
- ◆ Verlegung von Schwangeren, soweit noch möglich;
- ◆ Priorisierung und Nutzung/Schaffung zeitlicher Spielräume im Geburtsverlauf;
- ◆ Bemühungen um zusätzliches Personal zur Unterstützung der Hebammen, insbesondere Einbindung/Übernahme von/durch Ärztinnen und

⁴¹ Bei der Beantwortung der Frage sollte sich der Betrachtungszeitraum für die Angaben zum Betreuungsschlüssel auf die letzten sieben Tage beschränken.

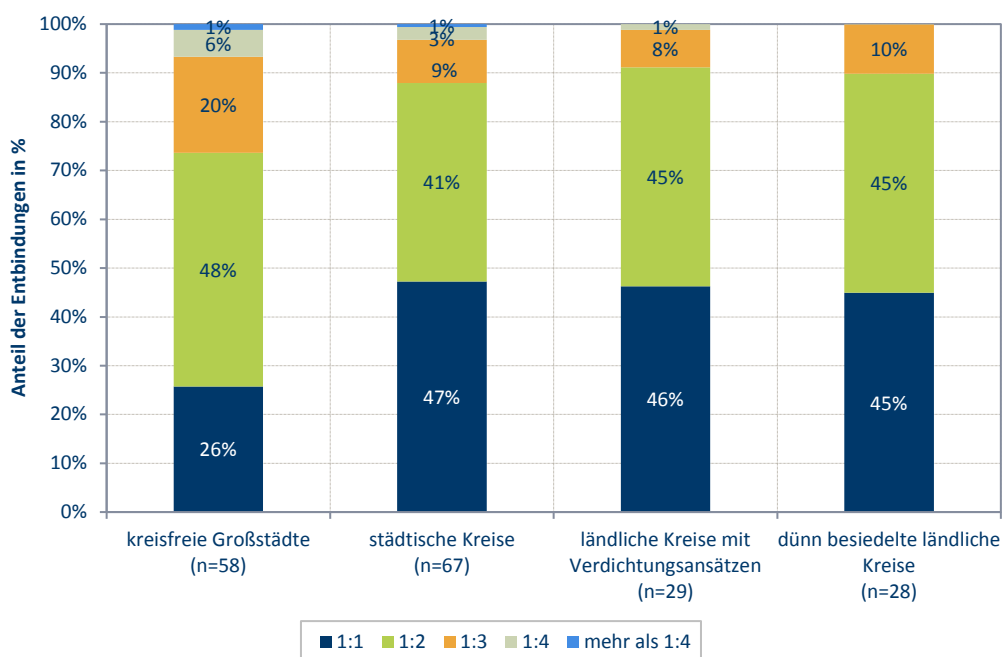
Ärzten in/von hebammennahe/n Tätigkeiten; Bereitstellung zusätzlicher Hilfskräfte z. B. für Hol-/Bringdienste und Reinigungstätigkeiten.

In der Mehrzahl dieser Kliniken gab es für derartige Situationen jedoch keinen formalisierten „Notfallplan“. Zum dritten Punkt wurde angemerkt, dass hiermit keine medikamentöse Steuerung des Geburtsverlaufs gemeint sei.

Differenziert nach Versorgungsstufen zeigt sich, dass durchschnittlich etwas mehr als die Hälfte der Geburten in den Geburtskliniken ohne Schwerpunkt/Zentrum im Rahmen einer 1:1-Betreuung umgesetzt werden konnte. In den Level 1-Perinatalzentren wurden hingegen lediglich rd. 29 % der Geburten im Rahmen einer 1:1-Betreuung begleitet (n = 59 Kliniken). In den Kliniken mit perinatalem Schwerpunkt wurde bei rund 55 % der Geburten eine 1:2-Betreuung realisiert (n = 27 Kliniken). In den Geburtskliniken ohne Schwerpunkt/Zentrum gab es eine 1:2-Betreuung nur bei 37 % der Entbindungen (n = 80 Kliniken). Ein Betreuungsverhältnis von 1:3 oder schlechter gab es am häufigsten in den perinatalen Zentren (Level 1 und Level 2).

Bei einer nach Regionstyp differenzierten Betrachtung zeigt sich, dass in den Kliniken in den kreisfreien Großstädten seltener eine 1:1-Betreuung möglich war als in den Kliniken in den anderen Regionstypen wie beispielsweise in dünn besiedelten ländlichen Kreisen (Anteil an den Entbindungen durchschnittlich 26 % ggü. 45 %) (Abbildung 63). Der durchschnittliche Anteil der Entbindungen mit einem Betreuungsverhältnis von 1:3 oder schlechter war am höchsten in den Kliniken in den kreisfreien Großstädten.

Abbildung 63: Verteilung der Entbindungen nach Betreuungsschlüssel (je Hebamme betreute Geburten) und nach Region, 2018



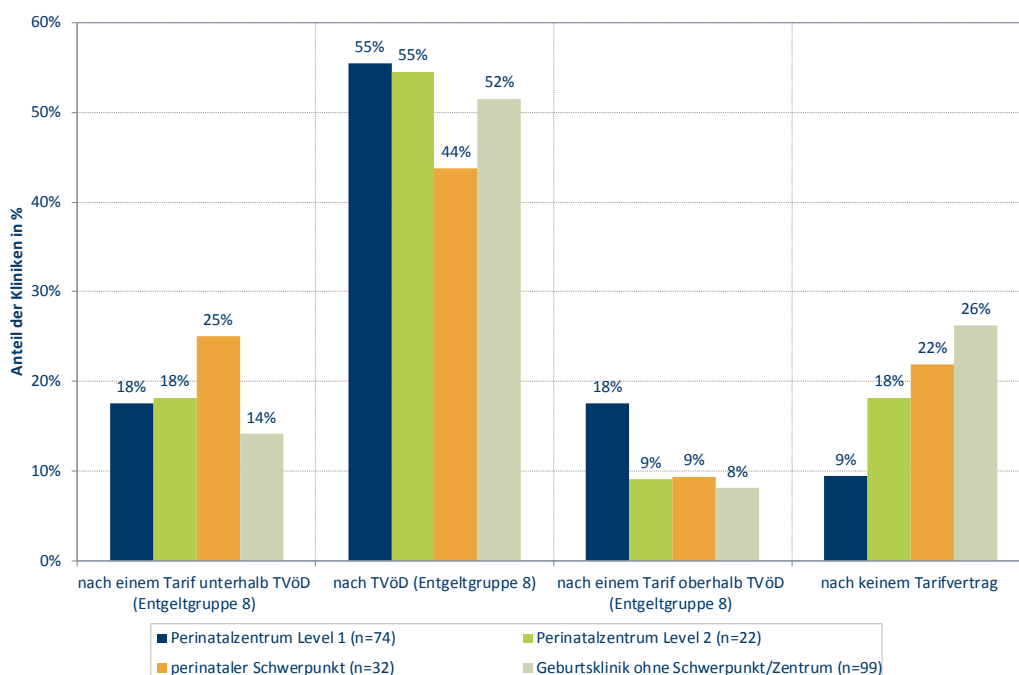
Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

5.4.3.6 Vergütung der Hebammen

Rund die Hälfte der Kliniken (52 %, n = 118) bezahlte im Jahr 2018 die angestellten Hebammen nach TVöD (Entgeltgruppe 8), jede zehnte Klinik (n = 26) nach einem Tarif oberhalb TVöD (Abbildung 64). Weniger als jede fünfte Klinik (17 %) orientierte sich bei der Vergütung ihrer angestellten Hebammen an keinem Tarifvertrag (n = 39 Kliniken).

In den Kliniken mit perinatalem Schwerpunkt wurden die angestellten Hebammen häufiger nach einem Tarifvertrag unterhalb TVöD bezahlt als in den anderen Versorgungsstufen (25 % vs. 14 % bei den Geburtskliniken ohne Schwerpunkt/Zentrum) (Abbildung 64). Demgegenüber lag die Vergütung der angestellten Hebammen in den Level 1-Perinatalzentren öfter oberhalb des TVöD (18 % vs. 8 % bei den Geburtskliniken ohne Schwerpunkt/Zentrum). In den Geburtskliniken ohne Schwerpunkt/Zentrum erfolgte die Entlohnung der angestellten Hebammen am häufigsten nicht auf Grundlage eines Tarifvertrags (26 %).

Abbildung 64: Anteil der Kliniken nach Niveau der Vergütung angestellter Hebammen und nach Versorgungsstufen, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Für das Jahr 2018 machten 120 Kliniken Angaben zum durchschnittlichen Brutto-Monatsgehalt der Vollzeit tätigen Hebammen ohne Leitungsfunktion in der Geburtshilfe. Das durchschnittliche Bruttomonatsgehalt dieser Hebammen betrug 3.539 Euro mit einer sehr großen Spannweite von minimal 1.500 Euro⁴² bis zu maximal 5.237 Euro im Monat (Tabelle 17). In den Level 2-Perinatalzentren fanden sich die Hebammen mit dem höchsten durchschnittlichen Monatsgehalt von 3.775 Euro (n = 12 Kliniken).

Tabelle 17: Bruttomonatsgehalt der angestellten Hebammen in den Kliniken nach Versorgungsstufen (in Euro), 2018

Versorgungsstufe	Anzahl Kliniken	Mittelwert	Minimum ⁴³	Maximum
Perinatalzentrum Level 1	44	3.534	1.900	5.237
Perinatalzentrum Level 2	12	3.775	3.181	4.443
Klinik mit perinatalem Schwerpunkt	14	3.161	2.000	4.115
Geburtsklinik ohne Schwerpunkt/Zentrum	50	3.592	1.500	4.981

Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

5.4.3.7 Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen

Bereits ergriffene Maßnahmen

Rund 72 % (n = 202) der Kliniken machten Angaben zu Maßnahmen, die bereits ergriffen wurden, um die Arbeitsbedingungen der Hebammen zu verbessern. Von diesen 202 Kliniken gaben etwa 35 % der Kliniken (n = 71) an, dass sie für Verbesserungen im Arbeitsumfeld gesorgt haben. Darunter fielen vor allem die Möglichkeit individueller Dienstplangestaltung (14 %, n = 29) sowie die Förderung von Fortbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen, Teamsitzungen als auch Mitarbeiterbindungsprogramme (9 %, n = 18).

⁴² Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich diese Angabe auf ein durchschnittliches Nettogehalt bezieht, obwohl die Kliniken nach dem durchschnittlichen Bruttogehalt gefragt wurden (vgl. Fußnote 43).

⁴³ Die Kliniken wurden bei der Befragung gebeten, den Quotienten aus der Summe des Arbeitnehmerbruttos aller angestellten Hebammen und der Anzahl der Vollzeitäquivalente zu bilden, d. h. das durchschnittliche Bruttogehalt der Hebammen anzugeben. Diesbezüglich ist nicht auszuschließen, dass wenige Kliniken das durchschnittliche Nettogehalt der Hebammen oder anstelle von Vollzeitäquivalenten die jeweilige Personenzahl der bei ihnen angestellten Hebammen angegeben haben. Auf den Ausschluss dieser vereinzelt potentiellen Fehlangaben wurde verzichtet, da diese Werte nur marginal die Höhe der Mittelwerte bei der Betrachtung für die Kliniken insgesamt und nach Versorgungsstufen beeinflussen.

Im Vordergrund standen auch finanzielle Anreize (34 %, n = 68), die sehr unterschiedlich ausgestaltet sind. Genannte Formen finanzieller Anreize waren Gehaltsanpassungen, außer- oder übertarifliche Zulagen, Sonderprämien, Unterstützung bei der Haftpflichtversicherung sowie die Entlohnung für Rufbereitschaftsdienste.

Darüber hinaus wurde die Aufstockung von Planstellen (11 %, n = 23), die Verbesserung der Organisationsstruktur und eine geregelte Personaleinsatzplanung (5 %, n = 11) als Maßnahmen für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen genannt. Vereinzelt wurde auch die Ermöglichung von Teilzeitbeschäftigungen angeführt (3 %, n = 6).

Mehr als jede zehnte Klinik setzte medizinische Fachangestellte als Unterstützungspersonal für die Hebammen ein (12 %, n = 24) und 4 % (n = 9) zusätzliche Assistenzkräfte im Kreißaal. Teilweise wurden die Hebammen auch durch die Auslagerung von hebammenfremden Tätigkeiten an andere Fachkräfte entlastet, indem weitere Servicekräfte eingestellt oder externe Dienstleister beansprucht wurden (7 %, n = 15).

Zur Rekrutierung von Hebammen haben Kliniken vor allem Hebammen selbst praktisch ausgebildet, die Anzahl der Ausbildungsplätze wurde erhöht oder sie gingen eine Kooperation mit externen Ausbildungsstellen ein (11 %, n = 22).

Geplante Maßnahmen

Mehr als die Hälfte der Kliniken äußerten sich hinsichtlich geplanter Maßnahmen für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen (n = 145). Verbesserungen und der Ausbau der Infrastruktur spielten diesbezüglich eine große Rolle (23 %, n = 33). Zum größten Teil wird hierbei beabsichtigt, den Kreißaal um- oder auszubauen. Genauso viele Kliniken planten auch, weitere Hebammen einzustellen. Lediglich vereinzelte Kliniken hatten vor, andere Fachkräfte wie Medizinische Fachangestellte (MFA) (n = 3) oder Medizinisch-technische Assistenten (MTA) (n = 3) zur Unterstützung der Hebammen hinzuzuziehen.

Weitere 21 Kliniken (14 %) wollten Maßnahmen ergreifen, um mehr Ausbildungsplätze, Ausbildungsmöglichkeiten (Gründung Hebammenschule, Etablierung einer Berufsfachschule, Aufbau eines eigenen Studiengangs) anzubieten oder durch Werbung und die Optimierung ihrer Öffentlichkeitsarbeit zusätzliche Hebammen zu gewinnen.

Auf eine Verbesserung der Vergütung zielten nur 15 Kliniken ab (10 %). Außerdem planten jeweils zehn Kliniken (7 %) die Erhöhung ihrer Planstellen, die Einführung flexibler Arbeitszeitmodelle sowie die Ermöglichung von Fortbildungen, Schulungen und psychologischen Betreuungsangeboten für die Hebammen.

Lediglich 9 % der Kliniken (n = 13) gaben an, nicht-medizinische Hilfskräfte einstellen zu wollen. Diese Hilfskräfte sollten Reinigungsdienste oder administrative Aufgaben übernehmen.

Von anderen geforderte Maßnahmen

Zu den Maßnahmen, die beispielsweise von der Politik, der gemeinsamen Selbstverwaltung und Verbänden ergriffen werden sollten, äußerten sich rd. 64 % (n = 179) der Kliniken. Von diesen Kliniken forderten mehr als zwei Drittel eine Verbesserung der Vergütung bzw. finanzielle Unterstützung für die Kliniken oder Hebammen (n = 120). Diesbezüglich wurde eine bessere Vergütung der Geburtshilfe im DRG-System gefordert, Zuschüsse an Kliniken zur Bezahlung von Gehältern, eine Überarbeitung des Honorarsystems für Beleghebammen, die Senkung der Haftpflichtprämien oder die Erhöhung des Sicherstellungszuschlags und Boni für angestellte Hebammen.

Jede fünfte Klinik wünschte sich einen höheren Betreuungsschlüssel (n = 38) zu meist in Form eines gesetzlich geregelten Stellenschlüssels, der eine 1:1-Betreuung garantiert. Außerdem war eine Ausweitung der Kapazitäten für eine Hebammenausbildung und eine Förderung von Studienplätzen sowie eine Akademisierung beispielsweise in Form von berufsbegleitenden Abschlüssen erwünscht (21 %, n = 38). Rund 12 % der Kliniken nannten eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch beispielsweise optimierte Arbeitskonzepte, flexible Arbeitszeitmodelle, Abbau von Überstunden sowie Reduzierung von hebammenfremden Tätigkeiten.

5.4.4 Situation des ärztlichen Personals

5.4.4.1 Wöchentliche Regelarbeitszeit der Ärzte

In rd. 80 % (n = 169) der Kliniken lag die durchschnittliche wöchentliche Regelarbeitszeit für die meisten vollzeittätigen Ärzte in der Gynäkologie bzw. Geburtshilfe zwischen 38,5 und 41,5 Stunden. Jede zehnte Klinik gab eine durchschnittliche wöchentliche Regelarbeitszeit der vollzeittätigen Ärzte zwischen 41,5 und 44,5 Stunden an, rd. 8 % der Krankenhäuser (n = 16) zwischen 47,5 und 50 Stunden.

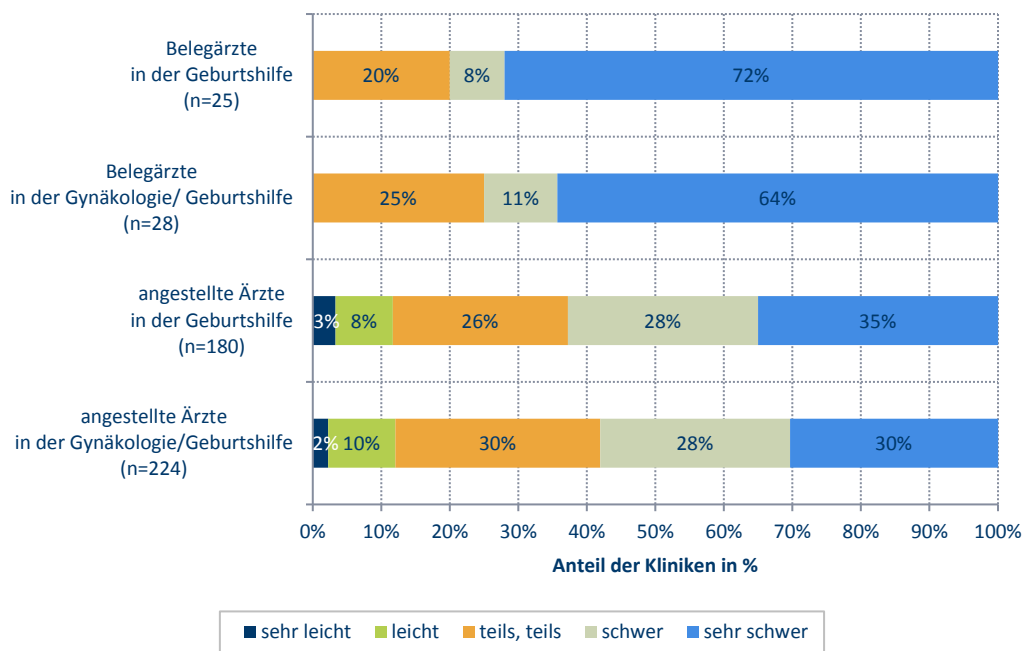
Die durchschnittliche wöchentliche Regelarbeitszeit für die meisten teilzeittätigen Ärzte in der Gynäkologie bzw. Geburtshilfe betrug in rd. 72 % der Krankenhäuser (n = 100) zwischen 20 und 30 Stunden. In nahezu jeder fünften Klinik (n = 22) leisteten die teilzeittätigen Ärzte zwischen 30 und 38,5 Wochenstunden, lediglich in 8 % der Kliniken (n = 12) weniger als 20 Stunden.

5.4.4.2 Vakanzen und Probleme bei der Stellenbesetzung

Rund 17 % der Kliniken hatten zum Zeitpunkt der Befragung eine vakante ärztliche Leitungsstelle in ihrer Gynäkologie und Geburtshilfe. In den Kliniken mit perinatalem Schwerpunkt (n = 8) lag der entsprechende Anteilswert mit 24 % höher als in den anderen Versorgungsstufen. Lediglich drei Level 2-Perinatalzentren hatten eine freie ärztliche Leitungsstelle in ihrer Gynäkologie und Geburtshilfe.

Die Besetzung freier Stellen für angestellte Ärzte in der Gynäkologie/Geburtshilfe⁴⁴ erwies sich für 58 % der betroffenen Krankenhäuser (n = 130) als schwer oder sehr schwer (Abbildung 65). In der Geburtshilfe lag der entsprechende Anteilswert noch höher bei 63 % (n = 180). Vor allem die Suche nach in der Geburtshilfe tätigen Belegärzten gestaltet sich für die Kliniken schwierig.

Abbildung 65: Beurteilung der Schwierigkeit der Besetzung unbesetzter Arztstellen bzw. Arbeitsplätze in der Gynäkologie bzw. Geburtshilfe (in %), 2019

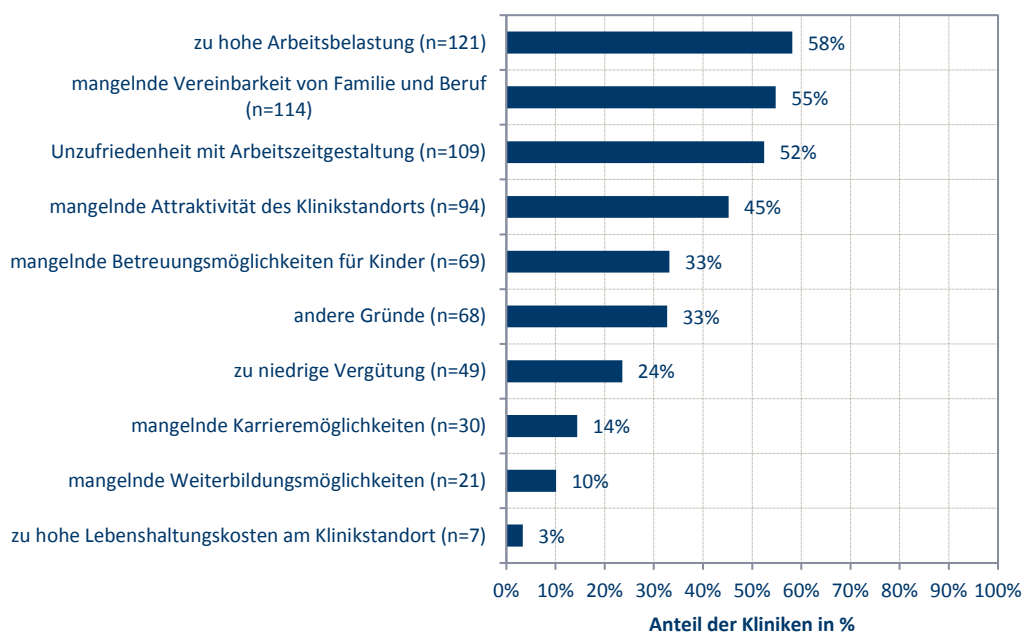


Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

⁴⁴ Da die Geburtshilfe nicht in allen Kliniken über ein eigenständiges ärztliches Personal verfügt, wurde auch nach der Personalsituation in der Gynäkologie/Geburtshilfe insgesamt gefragt.

Als Gründe für die Stellenbesetzungsprobleme wurden von rd. 58 % der Krankenhäuser eine zu hohe Arbeitsbelastung (n = 121) und von 55% die mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf (n = 114) angeführt (Abbildung 66). Darüber hinaus gaben 52 % der Kliniken als Gründe die Unzufriedenheit mit der Arbeitszeitgestaltung (n = 109) und 45% die mangelnde Attraktivität des Klinikstandortes an (n = 94). Im Gegensatz dazu wurden eher selten eine zu niedrige Vergütung (24 %, n = 49) mangelnde Weiterbildungsmöglichkeiten (10 %, n = 21) und zu hohe Lebenshaltungskosten am Klinikstandort (3 %, n = 7) als Gründe aufgeführt.

Abbildung 66: Häufigkeit der genannten Gründe für Rekrutierungsprobleme bei unbesetzten Arztstellen, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Anmerkungen: Mehrfachnennungen waren möglich

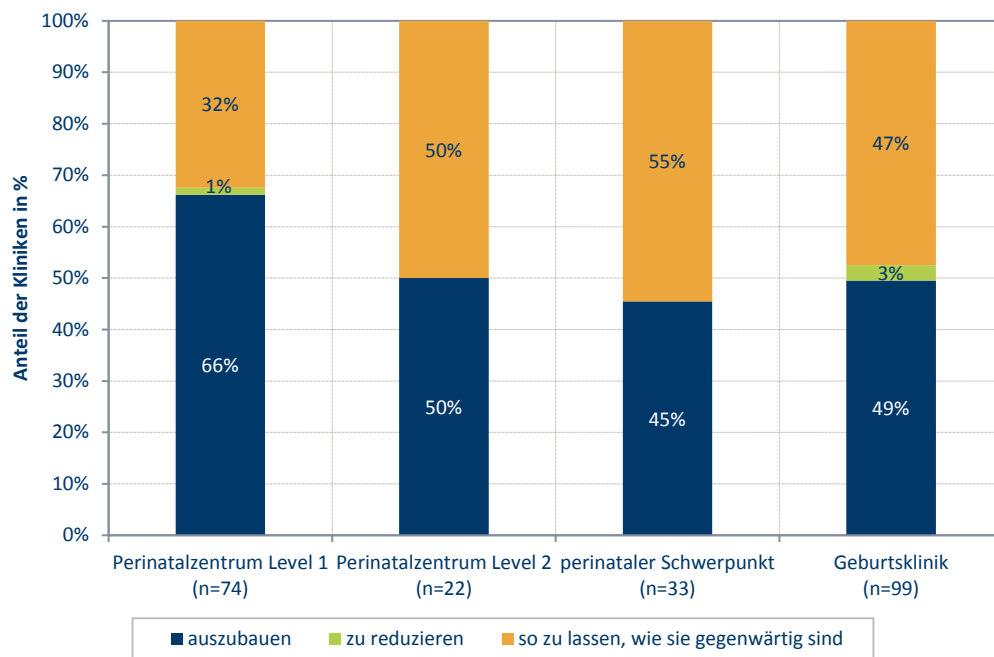
5.4.5 Zukünftige Entwicklungen der geburtshilflichen Abteilungen

5.4.5.1 Entwicklung der Versorgungskapazitäten

Von den befragten Kliniken machten 228 Angaben zu konkret geplanten Veränderungen ihrer geburtshilflichen Einrichtung innerhalb der nächsten fünf Jahre. Mehr als die Hälfte der Kliniken plante, ihre Versorgungskapazitäten in diesem Zeitraum auszubauen. Demgegenüber beabsichtigten rd. 44 % der Krankenhäuser (n = 228), die Versorgungskapazitäten in der stationären Geburtshilfe unverändert zu lassen. Lediglich 2 % der Standorte (n = 4) planten diesbezüglich eine Reduzierung.

Einen Ausbau der Versorgungskapazitäten der geburtshilflichen Einrichtung innerhalb der nächsten fünf Jahre fassten vor allem die Level 1-Perinatalzentren ins Auge (66 %, n = 49) (Abbildung 67).

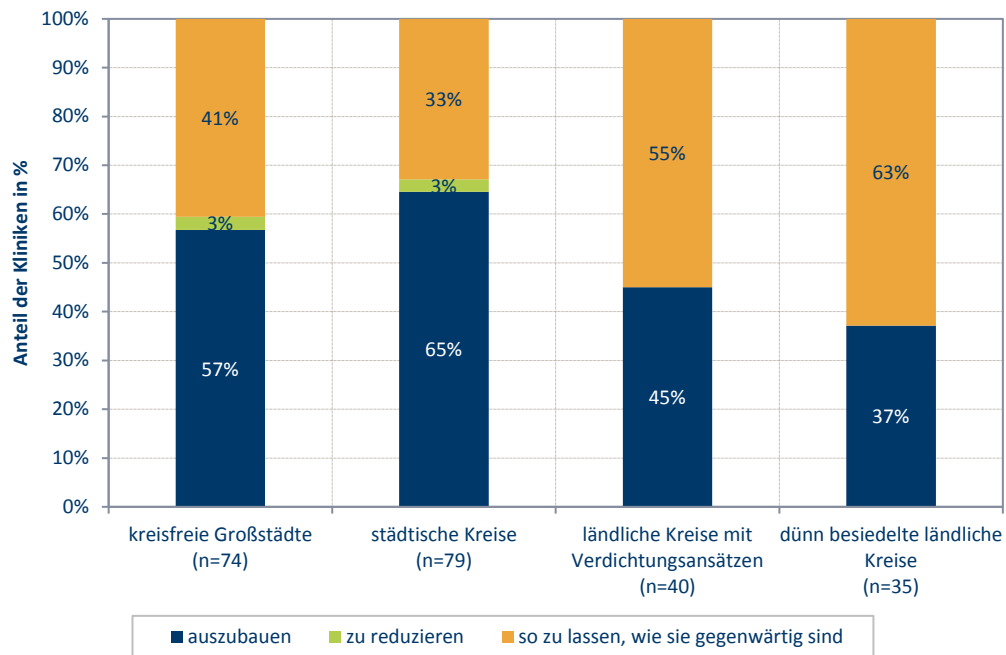
Abbildung 67: Anteil der Geburtskliniken nach geplanter Kapazitätsveränderung innerhalb der nächsten fünf Jahre und nach Versorgungsstufen, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Innerhalb der nächsten fünf Jahre planen vor allem die Kliniken in den kreisfreien Großstädten und den städtischen Kreisen einen Ausbau der Versorgungskapazitäten der geburtshilflichen Einrichtung (57 %, n = 42 bzw. 65 %, n = 51) (Abbildung 68).

Abbildung 68: Anteil der Geburtskliniken nach geplanter Kapazitätsveränderung innerhalb der nächsten fünf Jahre und nach Region, 2018

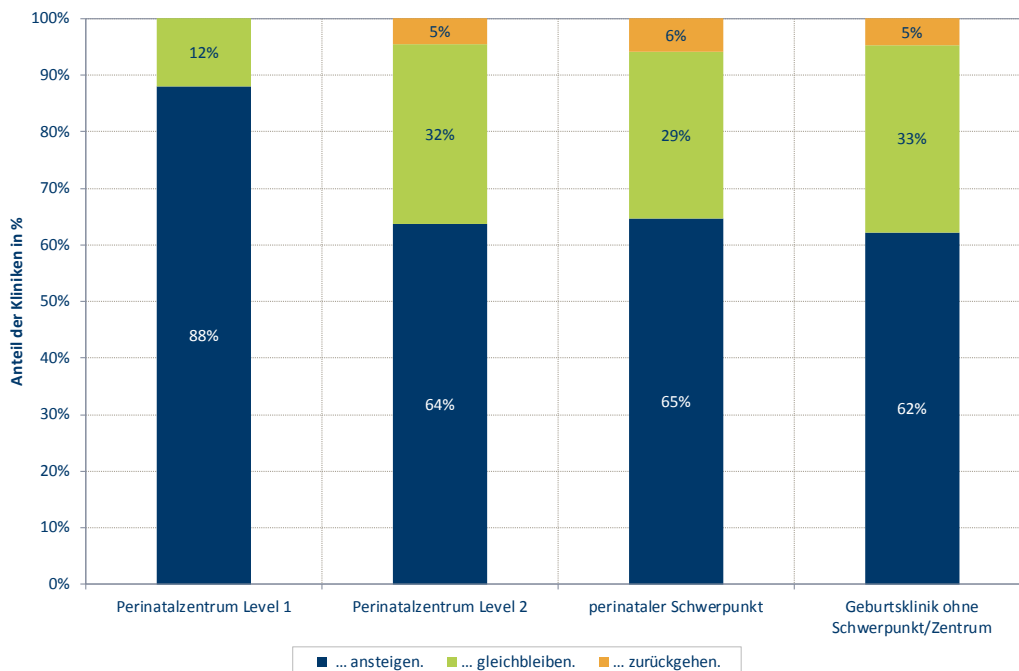


Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

5.4.5.2 Entwicklung des Hebammenbedarfs

Ein Großteil der Kliniken (71 %, n = 168) geht von einem steigenden Bedarf an Hebammen in ihrer Geburtshilfeabteilung innerhalb der nächsten fünf Jahre aus (Abbildung 69). Etwa ein Viertel der Kliniken (26 %, n = 61) erwartet einen gleichbleibenden Bedarf, nur 3 % (n = 8) prognostizieren für ihre Geburtshilfe in den nächsten fünf Jahren einen geringeren Bedarf an Hebammen. Vor allem in den Level 1-Perinatalzentren wird ein wachsender Bedarf an Hebammen für die nächsten fünf Jahre erwartet (88 %, n = 66).

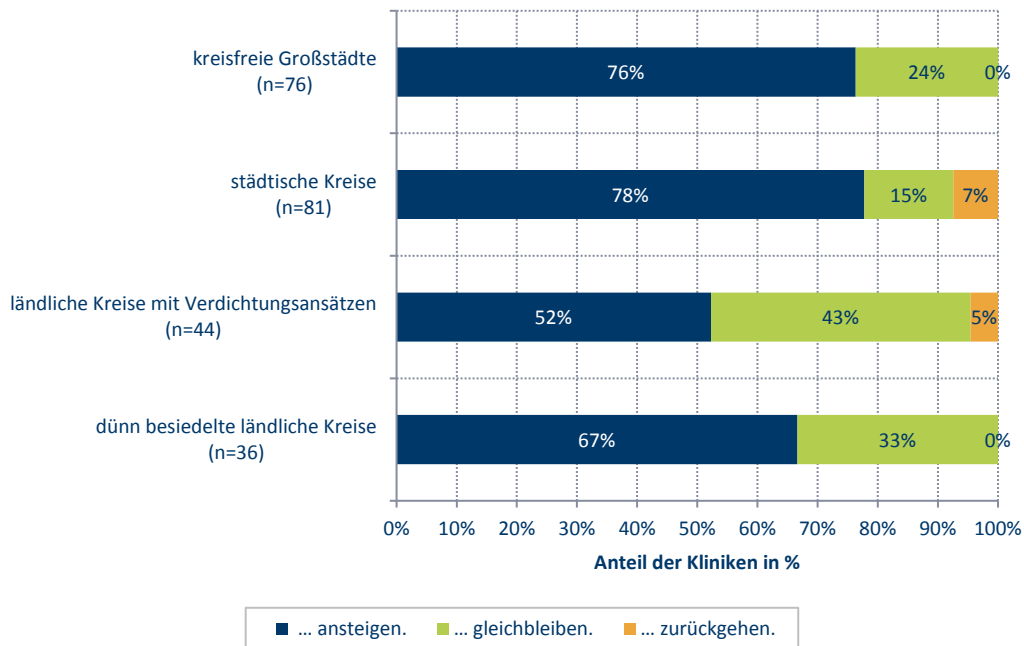
Abbildung 69: Verteilung der Kliniken nach erwarteter Veränderung des Hebammenbedarfs in den nächsten fünf Jahren und nach Versorgungsstufen, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

Bei einer differenzierten Betrachtung nach Region wird ein wachsender Bedarf an Hebammen vorwiegend in den kreisfreien Großstädten (76 %) und in den städtischen Kreisen (78 %) deutlich (Abbildung 70).

Abbildung 70: Verteilung der Kliniken nach erwarteter Veränderung des Hebammenbedarfs in den nächsten fünf Jahren und nach Region, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Krankenhausbefragung

5.4.5.3 Geplante Schließungen

Von den befragten Kliniken gaben 226 Auskunft zu möglichen Überlegungen, die Geburtshilfe ganz zu schließen. Sieben von 97 Geburtskliniken ohne Schwerpunkt/Zentrum und eine Klinik mit perinatalem Schwerpunkt erwogen die Schließung ihrer Geburtshilfe innerhalb der nächsten fünf Jahre. Fünf von diesen acht Kliniken lagen in städtischen Kreisen und jeweils eine weitere Klinik konnte den anderen betrachteten Regionstypen zugeordnet werden. Als Gründe wurden vereinzelt zu hohe Haftpflichtprämien in der Geburtshilfe (für Belegärzte), allgemein wirtschaftliche Gründe, (geplante) Zusammenlegungen von Kliniken, geringe Geburtenzahlen und Personalmangel genannt.

5.4.6 Zusammenfassung und Zwischenfazit

Beschreibung der Befragungsteilnehmer

An der Befragung haben insgesamt 287 von 678 Geburtskliniken teilgenommen. Geht man davon aus, dass es in Deutschland gegenwärtig 162 Level 1-Perinatalzentren und 49 Level 2-Perinatalzentren gibt, sind Krankenhäuser dieser Versorgungsstufen in der Befragung leicht überrepräsentiert.⁴⁵

Insgesamt hat es in den Krankenhausstandorten von 2015 bis 2018 einen Anstieg der Geburtenzahlen um durchschnittlich knapp 10 % gegeben, am deutlichsten in den Level 1-Perinatalzentren mit einem Anstieg von durchschnittlich 11,9%. Damit liegt der Geburtenanstieg in den Kliniken, die sich an der Befragung beteiligt haben, etwas über dem Anstieg aller Geburtskliniken gemäß Milupa-Geburtenliste für diesen Zeitraum.

In den Perinatalzentren wurden erwartungsgemäß deutlich häufiger Entbindungen von Mehrlingsschwangerschaften und von Schwangeren mit Risiken durchgeführt. Auffällig ist jedoch der vergleichsweise hohe Anteil von Lebendgeborenen mit Geburtsrisiken in den Geburtskliniken ohne Schwerpunkt/Zentrum und in den perinatalen Zentren. Bezüglich der Sectioraten waren die Unterschiede zwischen den Versorgungsstufen nur relativ gering: Auch in den Geburtskliniken ohne Schwerpunkt/Zentrum wurde im Jahr 2018 bei 14 % bzw. 15% aller Entbindungen eine primäre bzw. sekundäre Sectio durchgeführt im Vergleich zu 17% bzw. 16 % in den Level 1-Perinatalzentren. Angesichts des deutlich geringeren Risikoprofils in den Geburtskliniken ohne Schwerpunkt/Zentrum sind diese hohen Sectioraten zu hinterfragen.

Aufnahme und Ablehnung von Schwangeren

Ein erster Indikator für die Versorgungssituation in der stationären Geburtshilfe ist die Häufigkeit, mit der Krankenhäuser Schwangere, die bei ihnen entbinden möchten, ablehnen bzw. an andere Geburtskliniken verweisen müssen. Gut ein Drittel der für diese Studie befragten Geburtskliniken gab an, dass sie im Jahr 2018 mindestens eine Schwangere mit Wehentätigkeiten mangels verfügbarer Versorgungskapazitäten nicht aufnehmen und versorgen konnten, insbesondere aufgrund von fehlenden Räumlichkeiten und/oder fehlender Hebammen. Besonders hoch war der Anteil der derart überlasteten Kliniken unter den Level 1-Perinatalzentren, von denen mehr als die Hälfte (58 %) angab, sie habe Schwangere nicht aufnehmen können. Dies passt zu dem oben berichteten überdurchschnittlichen Geburtenanstieg in den Kliniken dieser Versorgungsstufe. Für diese außergewöhnliche Belastungssituation der Level 1-Perinatalzentren kann es unterschiedliche Gründe geben wie etwa einen Anstieg von Risikoschwangerschaften oder eine gestiegene Präferenz der Schwangeren für derartige Einrichtungen. Allerdings liegt es nahe, den Anstieg zu einem wesentlichen Teil darauf zurückzuführen, dass diese Zentren

⁴⁵ Auch in anderen Studien – z. B. für die Freistaaten Bayern und Sachsen – zeigte sich ein etwas höherer Rücklauf von größeren Krankenhäusern.

vorrangig in größeren Städten liegen, in denen – im Vergleich zu ländlichen Regionen – auch die Geburtenzahlen überproportional und in dem Umfang nicht absehbar angestiegen sind. Dieser überproportionale Anstieg der Geburtenzahlen fand auch darin seinen Ausdruck, dass in den Kliniken in den kreisfreien Großstädten im Vergleich zu ländlichen Regionen durchschnittlich seltener eine 1:1-Betreuung von Gebärenden im Kreißsaal möglich war.

Situation der in der Geburtshilfe tätigen Hebammen

Die Geburtskliniken, die an der Befragung teilnahmen, haben – wie auch die Geburtskliniken insgesamt – die Zahl der bei ihnen tätigen Hebammen in den letzten Jahren im Durchschnitt deutlich erhöht. Der Anstieg lag bei den angestellten Hebammen mit 10 % im Zeitraum 2015 bis 2017 über dem von den Krankenhäusern berichteten Anstieg der Geburtenzahlen und auch deutlich über dem Anstieg der in den Krankenhäusern tätigen Hebammen, der oben (Kapitel 5.1.3) auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes für die Geburtskliniken in Deutschland insgesamt für den Zeitraum 2015 bis 2017 berichtet wurde.

Von den 287 Kliniken, die an der Befragung teilgenommen haben, waren in 111 ausschließlich angestellte Hebammen tätig, in 53 Kliniken (v. a. in Bayern) ausschließlich Beleghebammen und in 55 Kliniken sowohl angestellte Hebammen als auch Beleghebammen. Honorarhebammen und Hebammen auf Leasingbasis sind quantitativ insgesamt von untergeordneter Bedeutung und machen etwa 2 % aller Hebammenstellen in den Geburtskliniken aus, die an der Befragung teilgenommen haben.

Ein großer Teil der in den Kliniken angestellten Hebammen ist in Teilzeit tätig: Nur etwas mehr als ein Viertel hatte eine volle Stelle, gut ein Fünftel hingegen maximal eine halbe Stelle.

Tätigkeitsbereiche

Der Tätigkeitsschwerpunkt der Hebammen liegt im Kreißsaal. Es zeigt sich jedoch, dass Hebammen in einem Großteil der Krankenhäuser einen erheblichen Teil mit Tätigkeiten jenseits der Geburtshilfe im engeren Sinne verbringen.

Der weit überwiegende Teil der Krankenhäuser (85 %) gab an, dass die bei ihnen angestellt tätigen Hebammen sowie die Beleghebammen im Schichtdienst auch in der ambulanten Versorgung am Krankenhaus tätig sind, insbesondere in Anmelde-sprechstunden im Rahmen von Kursangeboten und in Hebammensprechstunden. Der zeitliche Umfang für diese ambulante Tätigkeit lag in über 40 % der Kliniken bei mindestens fünf Stunden pro Woche.

Darüber hinaus wurden Hebammen in fast allen Kliniken noch zu anderen Tätigkeiten herangezogen, etwa zum Auffüllen von Medikamenten und Verbrauchsmaterialien. Bei etwas mehr als einem Viertel der Kliniken verwendeten die Hebammen mindestens zehn Stunden pro Woche für diese Tätigkeiten.

Zeitgleich versuchen viele Kliniken, die Hebammen von „geburtshilfeferneren“ Tätigkeiten zu entlasten. Dazu haben einige Kliniken z. B. Medizinische Fachangestellte als Kreißsaalassistenten eingestellt.

Betreuungsverhältnis

Durchschnittlich betreute zum Zeitpunkt der Befragung eine Hebamme im Schichtdienst drei Frauen gleichzeitig im Kreißsaal. Dabei verschlechterte sich das Betreuungsverhältnis mit zunehmender Versorgungsstufe und war in den Level 1-Perinatalzentren am ungünstigsten; ein weiterer Indikator für die angespannte Ressourcenlage in diesen Zentren in ihrer oft großstädtischen Lage.

Hinsichtlich der Anzahl der gleichzeitig zu betreuenden Entbindungen gab es zwar keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Versorgungsstufen: Im Schnitt betreute jede Hebamme üblicherweise 1,8 Entbindungen pro Schicht im Kreißsaal. In den Geburtskliniken ohne Schwerpunkt/Zentrum war jedoch bei etwas mehr als der Hälfte aller Entbindungen eine 1:1-Betreuung möglich; mit steigender Versorgungsstufe nahm dieser Wert stetig bis auf 29 % in Level 1-Zentren ab: Für etwas mehr als ein Fünftel aller Entbindungen galt dort ein Betreuungsschlüssel von 1:3 oder mehr Geburten.

Vergütung

Die Vergütung der angestellten Hebammen richtete sich im Jahr 2018 in rund der Hälfte der Kliniken mit entsprechenden Angaben nach dem TVöD (Entgeltgruppe 8). In den Level 1-Perinatalzentren lag die Tarifvergütung überproportional häufig oberhalb der Entgeltgruppe 8. Hingegen nahm der Anteil der Kliniken, in denen sich die Vergütung an keinem Tarifvertrag orientierte, mit sinkender Versorgungsstufe deutlich zu und lag in den Geburtskliniken ohne Schwerpunkt/Zentrum bei etwas mehr als einem Viertel. Einen unmittelbaren Einfluss auf das mittlere Monatseinkommen scheint dies jedoch nicht zu haben: Eine in Vollzeit tätige angestellte Hebamme in einer Geburtsklinik ohne Schwerpunkt/Zentrum verdiente mit durchschnittlich 3.592€ brutto pro Monat in etwa genauso viel wie eine Hebamme in einem Level 1-Perinatalzentrum.

Vakante Stellen und Probleme bei der Stellenbesetzung

In mehr als der Hälfte aller Kliniken waren Planstellen für angestellte Hebammen nicht besetzt. Insgesamt belief sich in den Kliniken mit Vakanzen der Anteil der vakanten Stellen auf gut ein Fünftel aller Planstellen.

Jeweils mehr als die Hälfte aller Kliniken fand es sehr schwer, freie Stellen mit Beleghebammen und angestellten Hebammen zu besetzen. Als Gründe wurden insbesondere eine zu niedrige Vergütung und eine zu hohe Arbeitsbelastung benannt.

Noch schwerer fiel es den Kliniken, vakante Stellen mit Belegärzten zu besetzen; demgegenüber stellte sich die Personalsituation im Hinblick auf angestellt tätige Ärzte deutlich entspannter dar. Die Schwierigkeiten bei der Akquise von Ärzten

wurden von den Kliniken vor allem mit der hohen Arbeitsbelastung der Ärzte begründet, während das Vergütungsniveau als weniger problematisch angesehen wurde.

Zukünftige Entwicklung

Im Einklang mit den vorangegangenen Ergebnissen planen insbesondere zwei Drittel der Level 1-Perinatalzentren, ihre Kapazitäten in den nächsten fünf Jahren auszubauen. Unter den Kliniken der anderen Versorgungsstufen halten sich Aufbaupläne und der Plan, die Kapazitäten auf dem gegenwärtigen Niveau zu belassen, in etwa die Waage. In regionaler Hinsicht sind es vor allem die Kliniken in den kreisfreien Großstädten und in den städtischen Kreisen, die einen Ausbau der Versorgungskapazitäten ihrer geburtshilflichen Einrichtung planen.

Ähnlich sieht die erwartete Entwicklung beim Hebammenbedarf aus: Während rund 88 % der Perinatalzentren von einem Anstieg des Hebammenbedarfs in den nächsten fünf Jahren ausgehen, sind es unter den Kliniken der anderen Versorgungsstufen nur knapp zwei Drittel; dort gibt es zum Teil sogar die Erwartung, dass der Hebammenbedarf künftig schrumpfen wird. Nach Regionstypen differenziert betrachtet sind es mehr als drei Viertel der Kliniken in den kreisfreien Großstädten und in den städtischen Kreisen, die von einem wachsenden Bedarf an Hebammen ausgehen. Unter den Kliniken in den anderen Regionstypen sind die entsprechenden Anteilswerte geringer.

Von den 226 Kliniken, die dazu Angaben machten, berichteten acht (3,5 %) von Überlegungen, die Geburtshilfe vollständig zu schließen. Dabei handelte es sich in sieben Fällen um Geburtskliniken ohne Schwerpunkt/Zentrum und in einem Fall um eine Klinik mit perinatalem Schwerpunkt.

Als Gründe wurden vereinzelt zu hohe Haftpflichtprämien in der Geburtshilfe (für Belegärzte), allgemein wirtschaftliche Gründe, (geplante) Zusammenlegungen von Kliniken sowie geringe Geburtenzahlen und Personalmangel genannt.

6. Ergebnisse der Hebammenbefragung

Die Befragung der Hebammen umfasst erstmalig bundesweit die Situation der in den Krankenhäusern angestellt und freiberuflich tätigen Hebammen. Im folgenden Kapitel wird zunächst die soziodemografische und berufliche Situation der Hebammen beschrieben, bevor die Arbeitszeiten und Arbeitsbelastungen sowie die Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit analysiert werden. Die Einkommenssituation wird quantifiziert und in Bezug auf die Zufriedenheit analysiert. Das Kapitel schließt mit Verbesserungsansätzen zu den Arbeitsbedingungen aus der Sicht der Hebammen. Dafür werden aktuell bestehende Hürden und mögliche Lösungsansätze diskutiert.

6.1 Soziodemografische und berufliche Situation von Hebammen

6.1.1 Strukturmerkmale der Hebammen

Von den 2.117 Hebammen, die an der Befragung teilgenommen haben und im Jahr 2018 im Krankenhaus tätig waren, sind 99,6 % weiblich, 0,3 % männlich und 0,2 % divers (Tabelle 18).

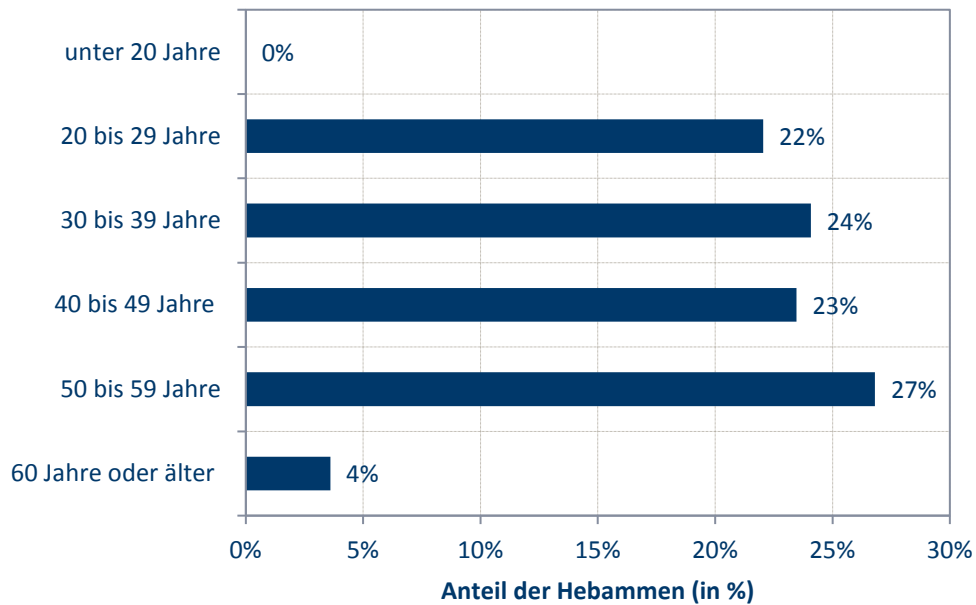
Tabelle 18: Verteilung der im Krankenhaus tätigen Hebammen nach Geschlecht, 2018

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl	Anteil
Weiblich	1.967	99,6%
Männlich	5	0,3%
Divers	3	0,2%
insgesamt	2.117	100%

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Knapp ein Drittel der Hebammen war 50 Jahre oder älter, 22 % waren jünger als 30 Jahre (Abbildung 71).

Abbildung 71: Verteilung der im Krankenhaus tätigen Hebammen nach Alter, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 1.973 Hebammen; keine Angaben = 144 Hebammen

6.1.2 Tätigkeitsstatus

Der überwiegende Teil der im Krankenhaus tätigen Hebammen (83 %) war im Jahr 2018 dort angestellt tätig, die Mehrheit von ihnen war zusätzlich auch freiberuflich aktiv (dies betrifft 44 % aller im Krankenhaus tätigen Hebammen) (Tabelle 19). Ausschließlich freiberuflich im Krankenhaus tätig waren 17 % der Hebammen.

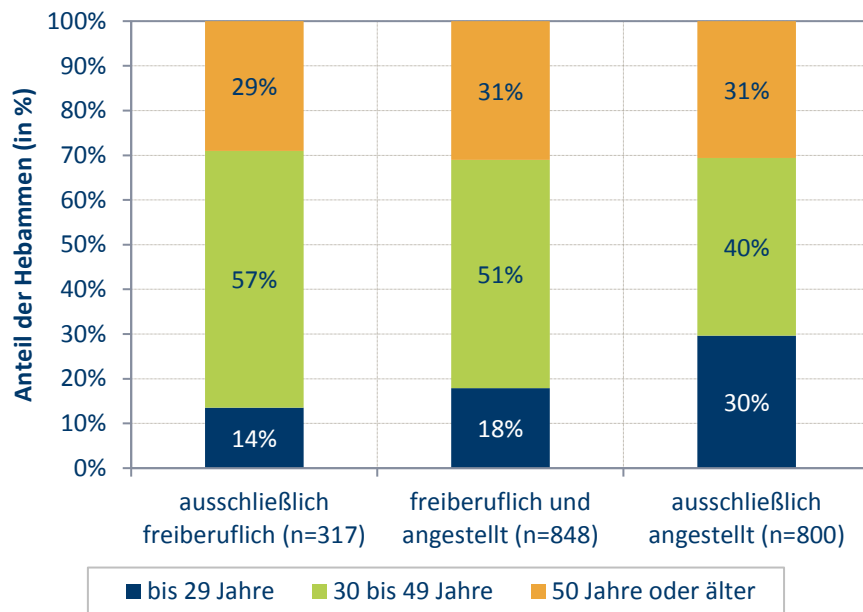
Tabelle 19: Verteilung der im Krankenhaus tätigen Hebammen nach Tätigkeitsstatus, 2018

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl	Anteil
ausschließlich freiberuflich	355	17%
freiberuflich und angestellt	930	44%
ausschließlich angestellt	832	39%
insgesamt	2.117	100%

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Die ausschließlich angestellt tätigen Hebammen sind im Durchschnitt jünger: Bei ihnen war der Anteil im Alter unter 30 Jahren mit 30 % deutlich größer als bei den sowohl freiberuflich als auch angestellt tätigen Hebammen (18 %) und bei den ausschließlich freiberuflich tätigen Hebammen (14 %) (Abbildung 72).

Abbildung 72: Anteil der Hebammen nach Beschäftigungsverhältnis und Alter, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
Anmerkung: Keine Angaben = 291 Hebammen

Von den im Krankenhaus tätigen Hebammen waren 95 % in der Geburtshilfe und 48 % in der Schwangerenbetreuung und/oder in der Wochenbettbetreuung tätig, 27 % haben sonstige freiberufliche Hebammentätigkeiten ausgeübt und 16 % sonstige Hebammentätigkeiten in einem Krankenhaus (Mehrfachnennungen waren möglich; Tabelle 20). Darüber hinaus gaben 11 % der Hebammen an, als Praxisanleiterin oder Hebammenlehrerin in der praktischen Ausbildung tätig gewesen zu sein. „Hebammenfremd“ berufstätig waren 3 %, und 2 % waren als Familienhebamme tätig.

Tabelle 20: Tätigkeitsbereiche der Hebammen, 2018

Tätigkeitsbereich	Anzahl	Anteil
Geburtshilfe	2.017	95%
Schwangerenbetreuung und/oder Wochenbett	1.022	48%
sonstige freiberuflich ausgeübte Hebammentätigkeiten	563	27%
sonstige Hebammentätigkeiten in einem Krankenhaus	336	16%
praktische Ausbildung (Praxisanleiterin/Hebammenlehrerin)	224	11%
hebammenfremde Berufstätigkeit (angestellt oder freiberuflich)	69	3%
Familienhebamme	52	2%

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 2.117; Mehrfachnennungen waren möglich

Von den Hebammen in Krankenhäusern waren im Jahr 2018 jeweils 39 % in Level 1-Perinatalzentren und in Geburtskliniken ohne Schwerpunkt/Zentrum tätig, 14 % in Level 2-Perinatalzentren und 7 % in Kliniken mit perinatalem Schwerpunkt (Tabelle 21).

Tabelle 21: Verteilung der Hebammen nach der Versorgungsstufe der geburts-hilflichen Einrichtung, in der sie tätig waren, 2018

Versorgungsstufe	Anzahl	Anteil
Perinatalzentrum Level 1	824	39%
Perinatalzentrum Level 2	305	14%
Perinataler Schwerpunkt	155	7%
Geburtsklinik ohne Schwerpunkt/Zentrum	833	39%
insgesamt	2.117	100%

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

6.1.3 Berufserfahrung der Hebammen

Die Hälfte der im Jahr 2018 im Krankenhaus tätigen Hebammen übte ihren Beruf bereits seit mehr als 15 Jahren aus (22 % bis 25 Jahre und 28 % mehr als 25 Jahre) (Tabelle 22). Weitere 26 % waren zwischen fünf und 15 Jahren in ihrem Beruf tätig, während 4 % angaben, erst seit weniger als einem Jahr als Hebamme tätig zu sein.

Tabelle 22: Verteilung der Hebammen nach Dauer der aktiven Berufsausübung, 2018

Dauer aktiver Berufsausübung	Anzahl	Anteil
bis zu 1 Jahr	86	4%
mehr als 1 Jahr bis 2 Jahre	128	6%
mehr als 2 Jahre bis 3 Jahre	114	5%
mehr als 3 Jahre bis 5 Jahre	184	9%
mehr als 5 Jahre bis 15 Jahre	551	26%
mehr als 15 Jahre bis 25 Jahre	459	22%
mehr als 25 Jahre	595	28%
insgesamt	2.117	100%

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Insgesamt 72 % der Hebammen sind an dem Krankenhaus, an dem sie gegenwärtig tätig sind, bereits seit mehr als drei Jahren tätig, ein Drittel der Hebammen ist dort sogar bereits seit mehr als 15 Jahren tätig (Tabelle 23). Knapp jede zehnte Hebamme (9 %) hat ihre Tätigkeit innerhalb der letzten 12 Monate an diesem Krankenhaus aufgenommen.

Tabelle 23: Verteilung der Hebammen nach Dauer der Tätigkeit an dem Krankenhaus ihrer gegenwärtigen Tätigkeit, 2018

Dauer der Tätigkeit	Anzahl	Anteil
bis zu 1 Jahr	182	9%
mehr als 1 Jahr bis 2 Jahre	235	11%
mehr als 2 Jahre bis 3 Jahre	166	8%
mehr als 3 Jahre bis 5 Jahre	272	13%
mehr als 5 Jahre bis 15 Jahre	554	26%
mehr als 15 Jahre bis 25 Jahre	382	18%
mehr als 25 Jahre	326	15%
insgesamt	2.117	100%

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Insgesamt 13 % der Hebammen waren im Jahr 2018 in einer leitenden Funktion tätig, darunter 5 % in Form der Kreißsaal-Leitung und jeweils 4 % als leitende Hebamme bzw. in einer sonstigen leitenden Funktion (Tabelle 24).

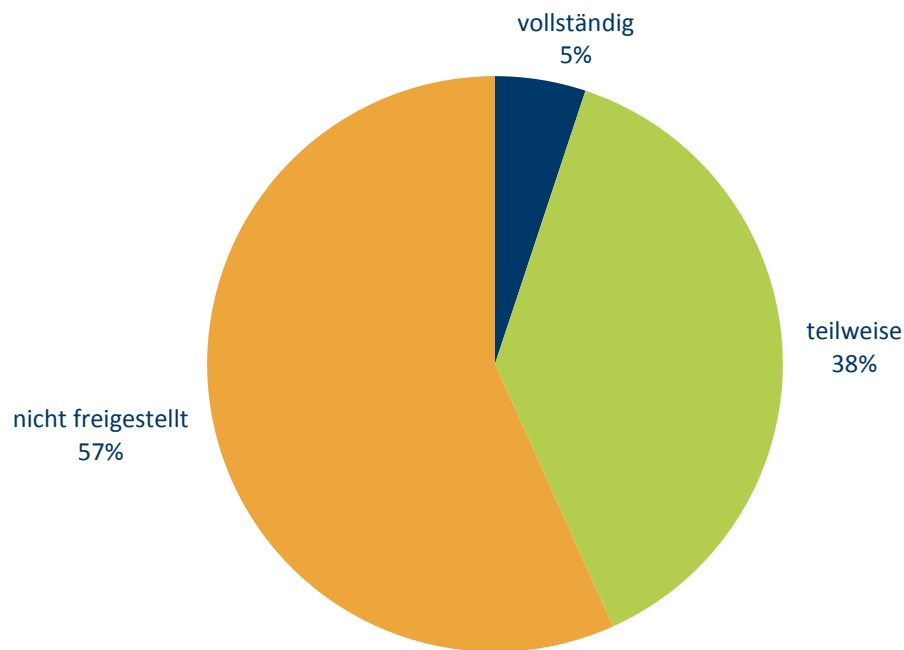
Tabelle 24: Verteilung der Hebammen nach Art der leitenden Funktion, 2018

Art der leitenden Funktion	Anzahl	Anteil
Kreißsaal-Leitung	114	5%
leitende Hebamme	82	4%
sonstige leitende Funktion	79	4%
keine leitende Funktion	1.842	87%
insgesamt	2.117	100%

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Von den Hebammen in einer leitenden Funktion (n = 275) waren nur 5 % für diese Funktion vollständig von der Kreißaal-Tätigkeit freigestellt, 38 % von ihnen waren zumindest teilweise, 57 % hingegen gar nicht freigestellt (Abbildung 73).

Abbildung 73: Verteilung der Hebammen in leitender Funktion nach Umfang der Freistellung für leitende Tätigkeiten, 2018

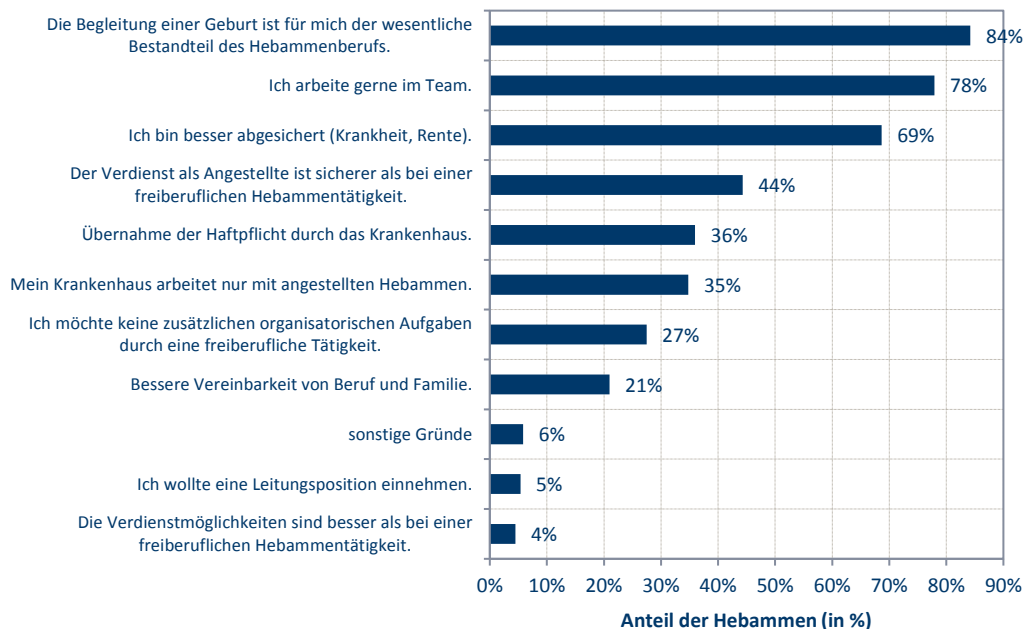


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
Anmerkung: n = 275 Hebammen in leitender Funktion

6.1.4 Einstellung zum Beruf

Der wichtigste Grund für die Tätigkeit im Angestelltenverhältnis war, dass für die Hebammen die Begleitung einer Geburt der wesentliche Bestandteil des Hebammenberufs darstellt (84 % der im Jahr 2018 angestellt tätigen Hebammen gaben dies an) (Abbildung 74). Für 78 % ist wesentlich, dass sie im Team arbeiten können (Mehrfachnennungen waren möglich). Darüber hinaus relevante Gründe waren eine bessere Absicherung im Alter oder bei Krankheit (69 %), ein gesichertes Gehalt (44 %), die Übernahme der Prämie für die Haftpflichtversicherung durch das Krankenhaus (36 %) und die Restriktion, dass das jeweilige Krankenhaus nur mit angestellten Hebammen zusammenarbeitet (35 %).

Abbildung 74: Häufigkeit von Gründen für Tätigkeit im Angestelltenverhältnis, 2018

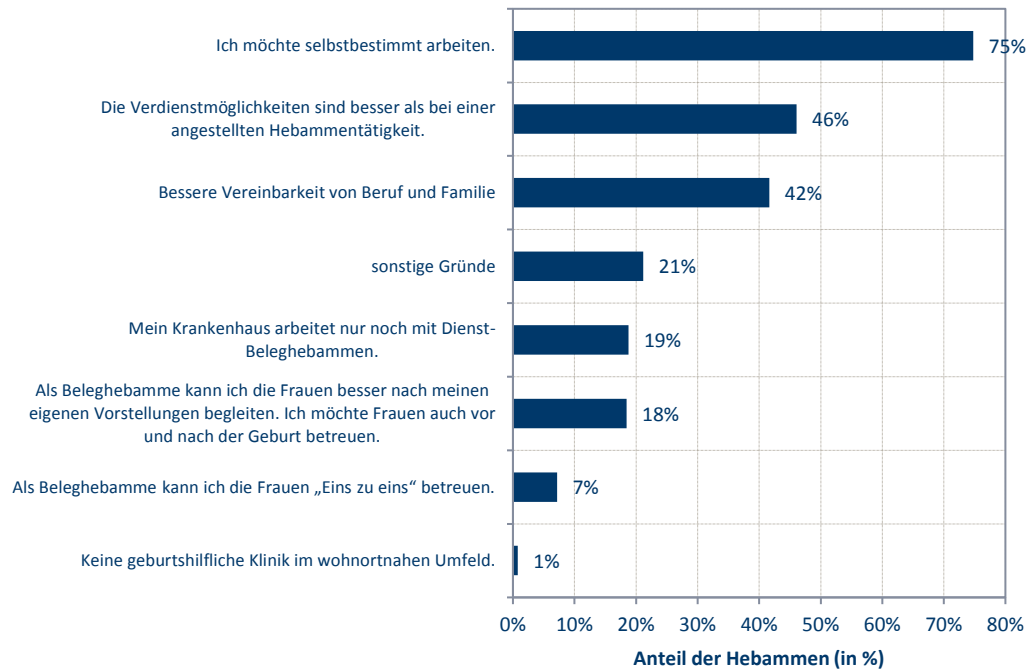


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 1.762 angestellt tätige Hebammen; Mehrfachnennungen waren möglich

Für die im Jahr 2018 freiberuflich tätigen Hebammen war das selbstbestimmte Arbeiten der häufigste Grund für die freiberufliche Tätigkeit (75 %) (Abbildung 75). Des Weiteren wurden vorrangig bessere Verdienstmöglichkeiten (46 %) und eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf (42 %) genannt.

Abbildung 75: Häufigkeit von Gründen für freiberufliche Tätigkeit, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 1.285 freiberuflich tätige Hebammen; Mehrfachnennungen waren möglich

6.2 Arbeitszeit der Hebammen

6.2.1 Beschäftigungsumfang

Mehr als die Hälfte (55 %) der Hebammen in Krankenhäusern war im Jahr 2018 in Teilzeit tätig (Tabelle 25), 39 % in Vollzeit (inkl. Tätigkeiten außerhalb des Krankenhauses). Etwa 6 % der Hebammen haben ihren zeitlichen Beschäftigungsumfang im Jahr 2018 geändert, und zwar überwiegend in Form einer Reduzierung (Wechsel von Vollzeit- in Teilzeittätigkeit).

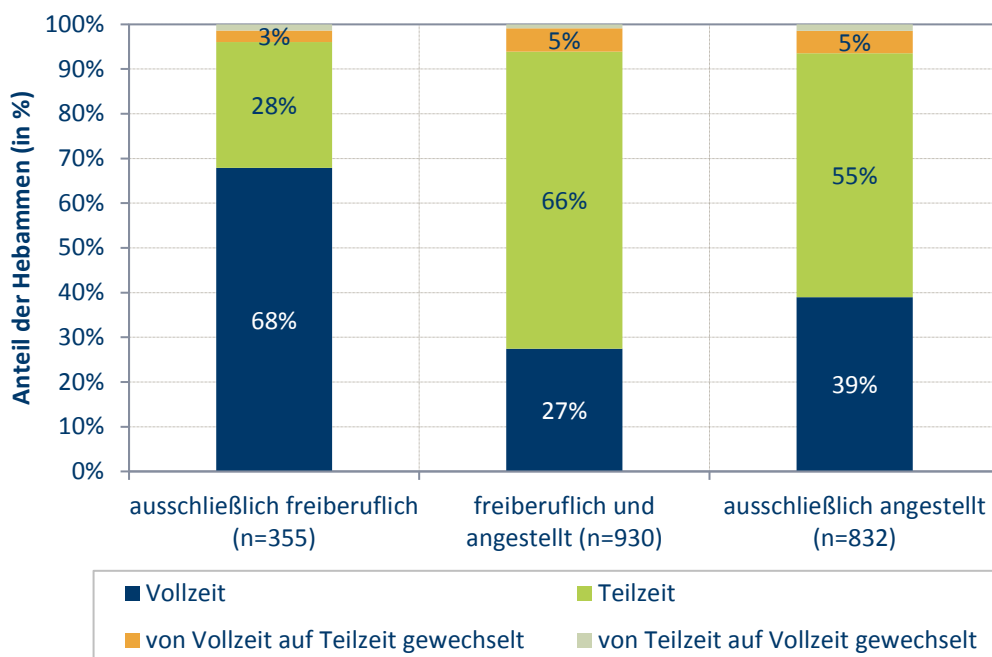
Tabelle 25: Verteilung der Hebammen nach Beschäftigungsumfang, 2018

Beschäftigungsumfang	Anzahl	Anteil
Vollzeittätigkeit (ganzjährig)	820	39%
Teilzeittätigkeit (ganzjährig)	1.172	55%
unterjährig von Vollzeit- in Teilzeittätigkeit gewechselt	100	5%
unterjährig von Teilzeit- in Vollzeittätigkeit gewechselt	25	1%
insgesamt	2.117	100%

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Ausschließlich freiberuflich tätige Hebammen arbeiten deutlich häufiger als die in beiden Beschäftigungsformen tätigen bzw. ausschließlich angestellten Hebammen in Vollzeit (68 % vs. 27 % bzw. 39 %). Überdurchschnittlich hoch war dagegen der Anteil der teilzeittätigen Hebammen in der Gruppe der sowohl freiberuflich als auch angestellt tätigen Hebammen (66 %) (Abbildung 76). Angestellte wechseln entsprechend häufiger von Vollzeit in Teilzeit als ausschließlich freiberufliche Hebammen.

Abbildung 76: Anteil der Hebammen nach Beschäftigungsverhältnis und Beschäftigungsumfang, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Der Anteil von 39 % ausschließlich angestellter Hebammen, die in Vollzeit tätig waren, liegt innerhalb der Bandbreite der entsprechenden Anteile aus den vorliegenden (Länder-)Studien zur Hebammenversorgung (zwischen 16 % und 66 %) (vgl. Abschnitt 3.1.1.1). Die Vollzeitquote der sowohl freiberuflich als auch angestellt tätigen Hebammen (27 %) liegt etwas oberhalb der Bandbreite der vorliegenden Länderstudien (11 % bis 21 %), die sich auf Bayern, Sachsen und Sachsen-Anhalt bezieht.

6.2.2 Wöchentliche Arbeitszeit

In Bezug auf ihre Angestelltentätigkeit im Krankenhaus (n = 1.760) ergibt sich aus der Befragung für die Hebammen im Durchschnitt (Vollzeit- und Teilzeittätige) eine Wochenarbeitszeit von 28,4 Stunden im Jahr 2018 (Tabelle 26). Freiberufliche Tätigkeiten umfassten im Durchschnitt 11,7 Stunden pro Woche im Krankenhaus sowie 8,2 Stunden außerhalb des Krankenhauses und unabhängig von Einrichtungen.

Tabelle 26: Anzahl der Wochenarbeitsstunden der Hebammen nach Tätigkeitsfeldern, 2018

Art der Tätigkeit	Anzahl Hebammen	Mittelwert	Standardabw.
im Krankenhaus			
Tätigkeit im Angestelltenverhältnis	1.760	28,4	9,8
freiberufliche Tätigkeit	1.283	11,7	15,3
außerhalb des Krankenhauses			
im Geburtshaus	1.283	0,1	1,8
in einer Hebammenpraxis	1.283	1,9	5,5
in einer gynäkologischen Praxis	1.283	0,4	2,1
als Hebamme in sonstiger Einrichtung	1.196	0,5	2,7
unabhängig von Einrichtungen	1.283	8,2	9,5

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: In Bezug auf die Angestelltentätigkeit handelt es sich um die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit.

6.2.3 Überstunden

Angestellte Hebammen haben nach eigenen Angaben im Jahr 2018 durchschnittlich 12,6 Überstunden pro Monat geleistet (Tabelle 27). In der Subgruppe der angestellt und freiberuflich tätigen Hebammen waren es 13,0 Überstunden und bei den ausschließlich angestellt tätigen 12,1. Zwischen den teilzeit- und vollzeittätigen Hebammen zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede des Überstundenumfangs. Diese Ergebnisse decken sich mit den Befunden in den vorliegenden Ländersstudien zur Hebammenversorgung (vgl. Abschnitt 3.1.1.2).

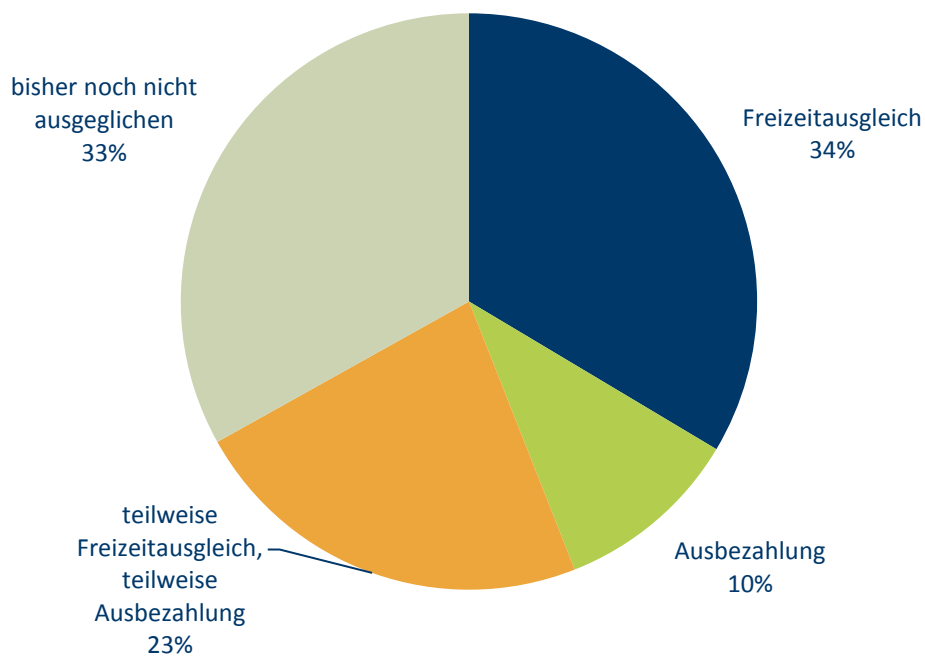
Tabelle 27: Anzahl der Überstunden pro Monat nach Art und Umfang der Tätigkeit im Anstellungsverhältnis, 2018

Art und Umfang der Tätigkeit	Anzahl	Mittelwert	Standardabw.
Angestellt Tätige gesamt	1.762	12,6	7,8
Angestellt vs. angestellt und freiberuflich			
dar. ausschließlich angestellt tätig	832	12,1	8,0
dar. angestellt und freiberuflich tätig	930	13,0	7,5
Vollzeit vs. Teilzeit			
dar. ganzjährig in Vollzeit tätig	407	12,8	8,4
dar. ganzjährig in Teilzeit tätig	982	12,5	7,5

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Rund ein Drittel (34 %) der Hebammen, die angaben, im Jahr 2018 Überstunden geleistet zu haben, hatte die Möglichkeit des Freizeitausgleichs (Abbildung 77). Ein weiteres Drittel hat die Überstunden bisher nicht ausgeglichen, 10 % bekamen sie ausbezahlt und 23 % hatten eine Kombination aus Ausbezahlung und Freizeitausgleich.

Abbildung 77: Verteilung der Hebammen nach Art des Überstundenabbaus, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 1.722 Hebammen, die angaben, im Jahr 2018 Überstunden geleistet zu haben; keine Angabe = 40 Hebammen

Die im Krankenhaus angestellten Hebammen leisteten im Jahr 2018 durchschnittlich an 4,5 Tagen im Monat Nachtdienste und an 3,9 Tagen im Monat Wochenenddienste (Tabelle 28). Der zeitliche Aufwand für (Ruf-)Bereitschaftsdienste war mit durchschnittlich 1,4 bzw. 0,4 Tagen im Monat deutlich geringer. Allerdings sind die Schwankungsbreiten um diese Durchschnittswerte relativ hoch. Erwartungsgemäß leisteten die in Vollzeit angestellten Hebammen an mehr Tagen Dienste als die in Teilzeit tätigen.

Tabelle 28: Häufigkeit von Diensten angestellter Hebammen (Tage pro Monat) nach Beschäftigungsumfang, 2018

	Anzahl Hebammen	Anzahl Tage	
		Mittelwert	Standardabw.
angestellt tätig insgesamt			
Nachtdienst	1.389	4,5	2,8
Wochenenddienst		3,9	1,5
Bereitschaftsdienst		0,4	1,5
Rufbereitschaftsdienst		1,4	2,8
angestellt in Vollzeit			
Nachtdienst	407	5,8	3,0
Wochenenddienst		4,3	1,5
Bereitschaftsdienst		0,4	1,8
Rufbereitschaftsdienst		1,8	3,6
angestellt in Teilzeit			
Nachtdienst	982	4,0	2,6
Wochenenddienst		3,7	1,5
Bereitschaftsdienst		0,3	1,4
Rufbereitschaftsdienst		1,3	2,3

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Die freiberuflich in Krankenhäusern tätigen Hebammen leisteten im Jahr 2018 im Vergleich zu ihren angestellten Kolleginnen durchschnittlich weniger Tage pro Monat Nacht-, Wochenend- und Bereitschaftsdienste (Tabelle 29). Am größten war bei ihnen die zeitliche Belastung durch Wochenenddienste (durchschnittlich 3,2 Tage monatlich). Auch hier waren die Abweichungen vom Durchschnitt stark ausgeprägt.

Tabelle 29: Häufigkeit von Diensten freiberuflich tätiger Hebammen (Tage pro Monat) nach Beschäftigungsumfang, 2018

	Anzahl Hebammen	Mittelwert	Standardabw.
freiberuflich tätig insgesamt			
nachts (22.00 bis 6.00 Uhr)		1,5	2,6
am Wochenende		3,2	2,5
Bereitschaftsdienst	470	0,6	1,9
Rufbereitschaftsdienst 8 Std.		0,3	1,1
Rufbereitschaftsdienst 12 Std.		0,9	2,3
Rufbereitschaftsdienst 24 Std.		0,3	1,4
freiberuflich in Vollzeit			
nachts (22.00 bis 6.00 Uhr)		1,7	2,8
am Wochenende		3,4	2,5
Bereitschaftsdienst	97	0,6	1,7
Rufbereitschaftsdienst 8 Std.		0,4	1,4
Rufbereitschaftsdienst 12 Std.		0,7	1,7
Rufbereitschaftsdienst 24 Std.		0,4	1,4
freiberuflich in Teilzeit			
nachts (22.00 bis 6.00 Uhr)		1,5	2,5
am Wochenende		3,2	2,5
Bereitschaftsdienst	373	0,6	1,9
Rufbereitschaftsdienst 8 Std.		0,2	1,0
Rufbereitschaftsdienst 12 Std.		1,0	2,4
Rufbereitschaftsdienst 24 Std.		0,3	1,4

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

6.2.4 Veränderung der Arbeitszeit

Von den Hebammen, die seit mindestens drei Jahren freiberuflich tätig sind, gaben 42 % an, dass ihre Wochenarbeitszeit in den letzten drei Jahren in etwa gleich geblieben ist, und 27 % gaben an, dass ihre Arbeitszeit um bis zu der Hälfte ihrer ursprünglichen Wochenarbeitszeit gestiegen ist (Tabelle 30).

Tabelle 30: Verteilung der Hebammen nach der Veränderung der tatsächlichen Wochenarbeitszeit für freiberufliche Tätigkeit in den letzten drei Jahren, 2018

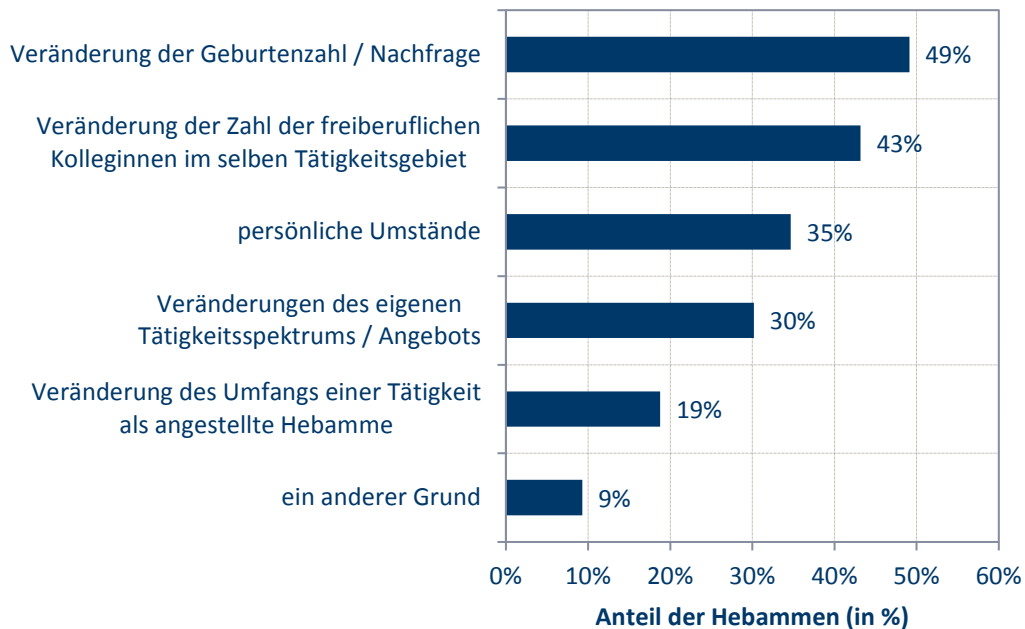
Veränderung der Wochenarbeitszeit	Anteil der Hebammen
deutlich zurückgegangen (um mehr als die Hälfte der ursprünglichen Wochenarbeitszeit)	7%
zurückgegangen (um maximal die Hälfte der ursprünglichen Wochenarbeitszeit)	9%
in etwa gleich geblieben	42%
gestiegen (um maximal die Hälfte der ursprünglichen Wochenarbeitszeit)	27%
deutlich gestiegen (um mehr als die Hälfte der ursprünglichen Wochenarbeitszeit)	9%
„Ich war 2016 noch nicht freiberuflich tätig.“	7%
insgesamt	100%

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 1.209, die bereits seit mind. drei Jahren freiberuflich als Hebamme tätig sind; keine Angabe = 5 Hebammen

Knapp die Hälfte (49 %) derjenigen Hebammen, die angaben, dass sich ihre tatsächlichen Wochenarbeitszeit der freiberuflichen Tätigkeit in den letzten drei Jahren verändert hat (n = 626), nannten als Grund für diese Entwicklung eine Veränderung der Geburtenzahl bzw. der Nachfrage nach Betreuungsleistungen (Abbildung 78). Als weiterer Grund wurde von etwas weniger als der Hälfte der Hebammen (43 %) eine Veränderung der Zahl der freiberuflich tätigen Kolleginnen im selben Tätigkeitsfeld angeführt (Mehrfachnennungen waren möglich). Persönliche Umstände gaben 35 % der Hebammen an.

Abbildung 78: Gründe für die Veränderung der tatsächlichen Wochenarbeitszeit für freiberufliche Tätigkeit in den letzten drei Jahren, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 623 Hebammen, die angaben, dass sich ihre tatsächliche Wochenarbeitszeit der freiberuflichen Tätigkeit in den letzten drei Jahren verändert hat; keine Angabe = 3 Hebammen; Mehrfachnennungen waren möglich

Etwas mehr als die Hälfte der Hebammen, die seit mindestens drei Jahren an ihrem gegenwärtigen Krankenhaus arbeiten, gaben an, dass ihre tatsächliche Wochenarbeitszeit im Angestelltenverhältnis in den letzten drei Jahren in etwa gleich geblieben ist, während insgesamt 35 % angaben, dass ihre Arbeitszeit gestiegen oder deutlich gestiegen ist (Tabelle 31). In den vorangegangenen Länderstudien wurden teilweise noch deutlich höhere Anteile der angestellten Hebammen mit einem Anstieg der Wochenarbeitszeit ermittelt (vgl. Kapitel 3.1.1.2). Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Ergebnisse dieser Studien durch den besonders starken Geburtenanstieg im Zeitraum 2014 bis 2016 beeinflusst wurden.

Tabelle 31: Verteilung der Hebammen nach der Veränderung der tatsächlichen Wochenarbeitszeit der Tätigkeit im Angestelltenverhältnis in den letzten drei Jahren, 2018

Veränderung der Wochenarbeitszeit	Anteil der Hebammen
deutlich zurückgegangen (um mehr als die Hälfte der ursprünglichen Wochenarbeitszeit)	2%
zurückgegangen (um maximal die Hälfte der ursprünglichen Wochenarbeitszeit)	7%
in etwa gleich geblieben	54%
gestiegen (um maximal die Hälfte der ursprünglichen Wochenarbeitszeit)	28%
deutlich gestiegen (um mehr als die Hälfte der ursprünglichen Wochenarbeitszeit)	7%
„Ich war 2016 noch nicht angestellt tätig.“	2%
insgesamt	100%

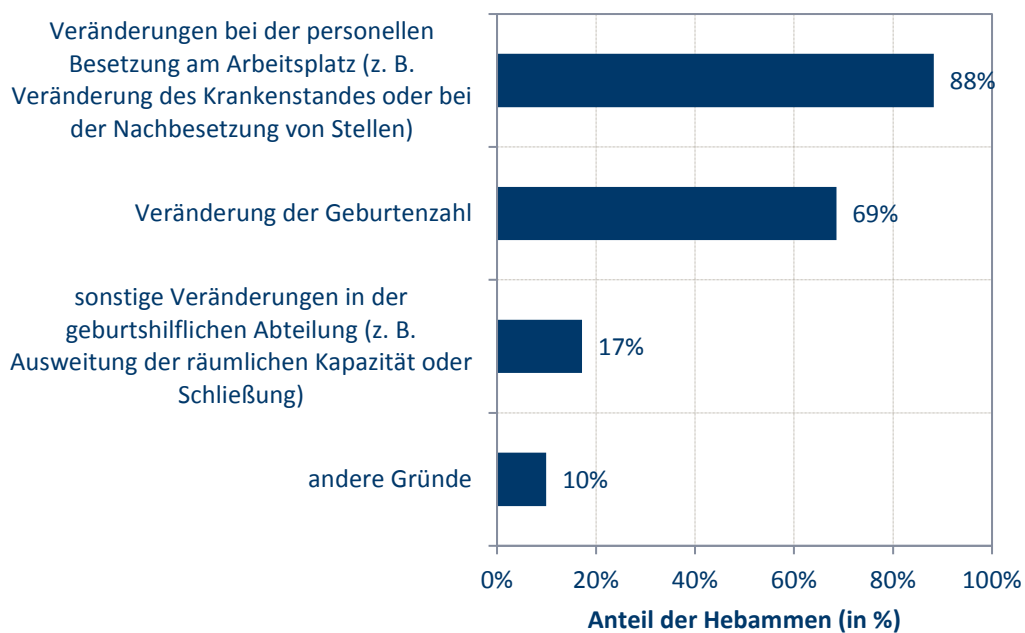
Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 1.569, die bereits seit mind. drei Jahren in dem gegenwärtigen Krankenhaus als Hebamme tätig sind; keine Angabe = 5 Hebammen

Als Gründe für die Veränderung der tatsächlichen Wochenarbeitszeit der Tätigkeit im Angestelltenverhältnis in den letzten drei Jahren nannten 72 % der Hebammen eine Veränderung des Umfangs der Überstunden und 39 % eine Veränderung ihrer vertraglichen Arbeitszeit (Mehrfachnennungen waren möglich).

Als Grund für die Veränderung des Umfangs der Überstunden nannten die Hebammen am häufigsten (88 %) Veränderungen bei der personellen Besetzung am Arbeitsplatz (z. B. Veränderung des Krankenstands oder bei der Nachbesetzung von Stellen) und eine Veränderung der Anzahl der Geburten, die an ihrem gegenwärtigen Krankenhaus betreut wurden (69 %) (Mehrfachnennungen waren möglich) (Abbildung 79).

Abbildung 79: Gründe für die Veränderung des Umfangs der Überstunden bei der Tätigkeit im Angestelltenverhältnis in den letzten drei Jahren, 2018

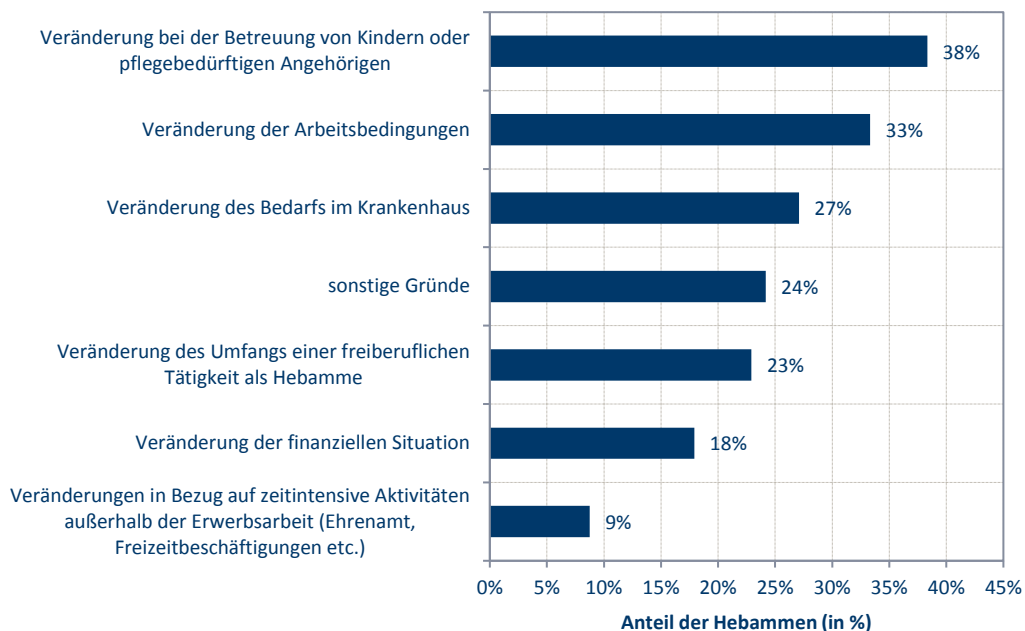


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 442 Hebammen, die bereits seit mind. drei Jahren in dem gegenwärtigen Krankenhaus als Hebamme tätig sind und angaben, dass sich der Umfang ihrer Überstunden innerhalb dieser Zeit verändert hat; keine Angabe = 1 Hebamme; Mehrfachnennungen waren möglich

Von den Hebammen, bei denen sich der Umfang ihrer vertraglichen Arbeitszeit innerhalb der letzten drei Jahre verändert hat (n = 241), nannten 38 % als Grund für diese Entwicklung eine Veränderung bei der Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen (Abbildung 80). Ein Drittel der Hebammen führte eine Veränderung der Arbeitsbedingungen als Grund an und 27 % eine Veränderung des Bedarfs an Krankenhausleistungen (Mehrfachnennungen waren möglich).

Abbildung 80: Gründe für die Veränderung des Umfangs der vertraglichen Arbeitszeit bei der Tätigkeit im Angestelltenverhältnis in den letzten drei Jahren, 2018



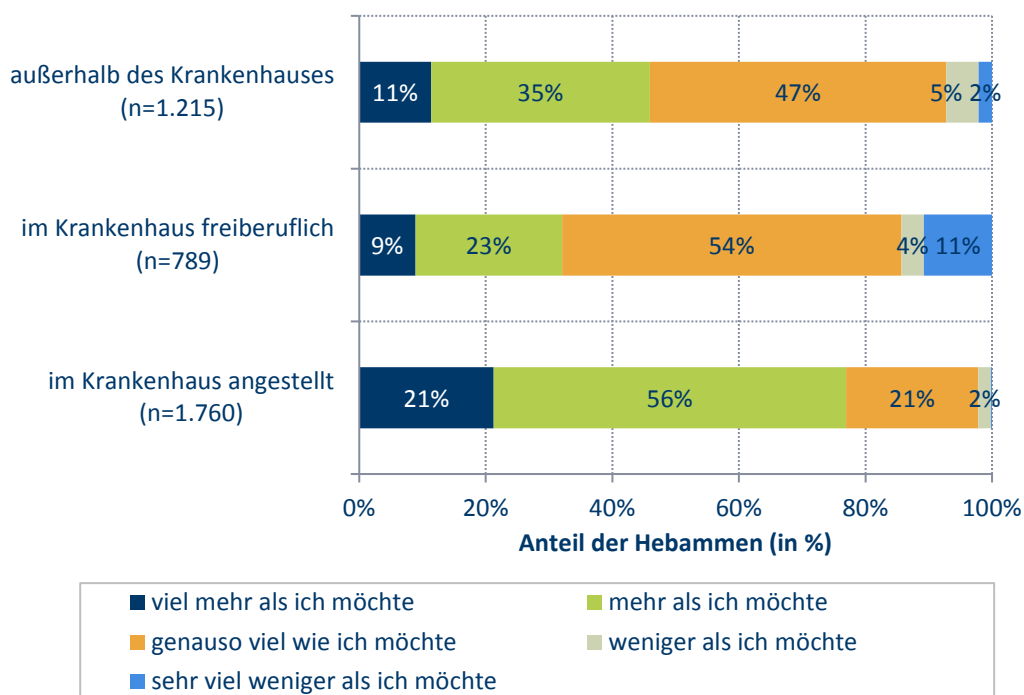
Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 240 Hebammen, die bereits seit mind. drei Jahren in dem gegenwärtigen Krankenhaus als Hebamme tätig sind und angaben, dass sich ihre vertragliche Arbeitszeit innerhalb dieser Zeit verändert hat; keine Angabe = 1 Hebamme; Mehrfachnennungen waren möglich

6.2.5 Zufriedenheit mit der Arbeitszeit

Für 77 % der Hebammen, die im Jahr 2018 als Angestellte im Krankenhaus tätig waren, lag die Arbeitszeit dort (deutlich) höher als gewünscht (Abbildung 81). Für die freiberufliche Tätigkeit im Krankenhaus war das Missverhältnis von tatsächlicher und gewünschter Arbeitszeit weit weniger ausgeprägt, nur ein knappes Drittel der im Krankenhaus freiberuflich tätigen Hebammen gab für diese Tätigkeit an, dass die tatsächliche Arbeitszeit (deutlich) höher war als die gewünschte, während mehr als die Hälfte (54 %) entsprechend ihrer Arbeitszeitpräferenz tätig waren und 15 % sogar gerne mehr freiberuflich im Krankenhaus tätig gewesen wären. Bei knapp der Hälfte der Hebammen, die auch außerhalb des Krankenhauses tätig waren, lag die tatsächliche Arbeitszeit dort (deutlich) über der gewünschten – die dadurch zum Ausdruck kommende Arbeitsbelastung ist also nicht auf das Krankenhaus als Arbeitsort beschränkt.

Abbildung 81: Verteilung der Hebammen nach Umfang tatsächlicher vs. gewünschter Arbeitszeit und nach Ort der Tätigkeit, 2018



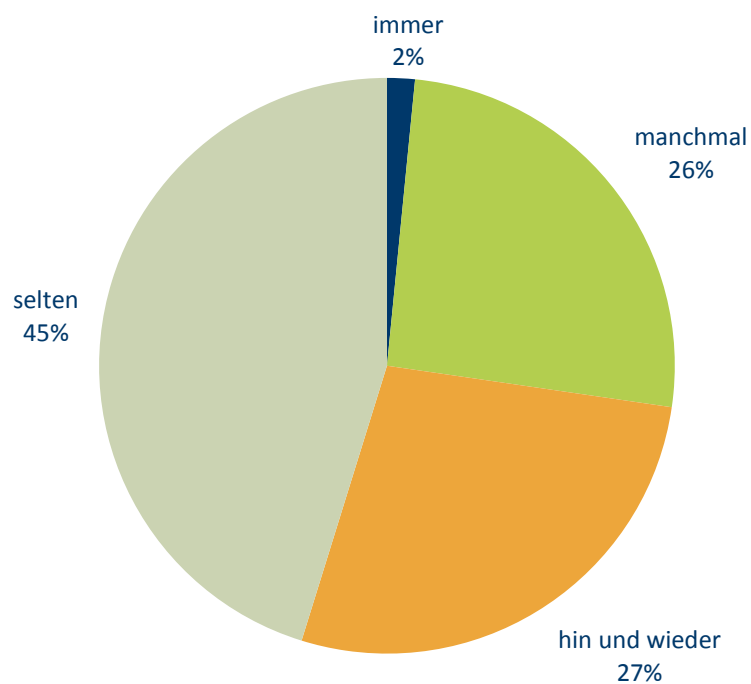
Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
 Anmerkung: Keine Angabe = 2 Hebammen (außerhalb des Krankenhauses), 496 Hebammen (im Krankenhaus freiberuflich) und 0 Hebammen (im Krankenhaus angestellt); Hebammen, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig waren (n = 930), konnten sowohl Angaben bei „im Krankenhaus angestellt“ als auch bei „im Krankenhaus freiberuflich“ machen; Angaben bei „außerhalb des Krankenhauses“ konnten Hebammen machen, die angaben, im Jahr 2018 Tätigkeiten außerhalb des Krankenhauses ausgeübt zu haben.

6.3 Arbeitsbelastung der Hebammen

6.3.1 Ruhepausen und Dokumentationspflichten

Knapp die Hälfte (45 %) der Hebammen gab an, dass sie im Rahmen ihrer Tätigkeit am Krankenhaus „selten“ die Möglichkeit habe, vorgesehene/vorgeschriebene Ruhepausen in Anspruch zu nehmen (Abbildung 82). „Immer“ hatten nach eigenen Angaben nur 2 % der Hebammen diese Möglichkeit.

Abbildung 82: Verteilung der Hebammen nach der Möglichkeit zur Nutzung vorgeschriebener Ruhepausen, 2018

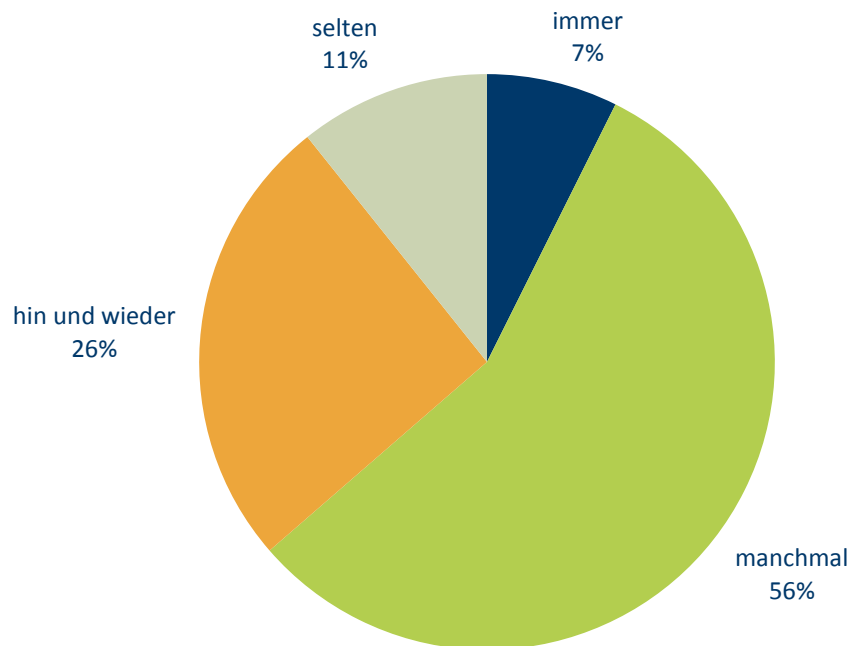


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 2.117

Auch die Möglichkeit, während der Arbeitszeit Dokumentationsaufgaben zu erledigen, hatten nach eigenen Angaben nur 7 % der Hebammen „immer“, 11 % der Hebammen hingegen nur „selten“ (Abbildung 83).

Abbildung 83: Verteilung der Hebammen nach der Möglichkeit, Dokumentationsaufgaben während der Arbeitszeit erledigen zu können, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
Anmerkung: n = 2.117

6.3.2 Betreuungsschlüssel

Knapp die Hälfte (46 %) der Hebammen gab an, dass sie im Jahr 2018 vor, während und nach der Geburt drei Frauen gleichzeitig (d. h. alle innerhalb einer üblichen Schicht) im Kreißsaal betreut habe, 16 % gaben an, vier Frauen gleichzeitig betreut zu haben, und 9 % fünf Frauen (Tabelle 32). Vergleichbare Anteilswerte ergeben sich auch aus den vorangegangenen Studien zur Hebammenversorgung (vgl. Abschnitt 3.1.1.3).

Tabelle 32: Verteilung der Hebammen nach der Anzahl der gleichzeitig im Kreißsaal betreuten Frauen während einer üblichen Schicht, 2018

Anzahl der Frauen	Anteil der Hebammen
eine Frau im Kreißsaal	2%
zwei Frauen im Kreißsaal zur gleichen Zeit	26%
drei Frauen im Kreißsaal zur gleichen Zeit	46%
vier Frauen im Kreißsaal zur gleichen Zeit	16%
mehr als vier Frauen im Kreißsaal zur gleichen Zeit	9%
insgesamt	100%

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 2.024; keine Angabe = 47 Hebammen; reine Begleit-Beleghebammen, denen diese Frage nicht gestellt wurde: 43 Hebammen

Während somit durchschnittlich ein Viertel der Hebammen selbst in einer üblichen Schicht vier und mehr Frauen im Kreißsaal gleichzeitig betreut, sind es an Level 1-Perinatalzentren etwas mehr als ein Drittel der Hebammen (34 %). Bei Gebärenden liegt für ein Fünftel der Hebammen an den Level 1-Perinatalzentren das Betreuungsverhältnis bei 1:3 oder darunter. In Kliniken mit weniger als 500 Geburten im Jahr 2018 gaben nur 35 % der Hebammen an, dass sie in einer üblichen Schicht vor, während und nach der Geburt drei oder mehr Frauen gleichzeitig im Kreißsaal betreut haben. In kreisfreien Großstädten fiel dieser Anteil mit 81 % hingegen überdurchschnittlich groß aus.

Rund zwei Drittel (67 %) der Hebammen gaben an, dass sie im Jahr 2018 in einer üblichen Schicht zwei aktiv Gebärende gleichzeitig im Kreißaal betreut haben, 14 % haben drei Gebärende gleichzeitig betreut (Tabelle 33).

Tabelle 33: Verteilung der Hebammen nach der Anzahl der gleichzeitig im Kreißaal betreuten aktiv Gebärenden während einer üblichen Schicht, 2018

Anzahl der aktiv Gebärenden	Anteil der Hebammen
eine Gebärende	16%
zwei Gebärende zur gleichen Zeit	67%
drei Gebärende zur gleichen Zeit	14%
vier Gebärende zur gleichen Zeit	1%
mehr als vier Gebärende zur gleichen Zeit	1%
insgesamt	100%

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 2.024; keine Angabe = 45 Hebammen; reine Begleit-Beleghebammen, denen diese Frage nicht gestellt wurde = 43 Hebammen

In Kliniken mit weniger als 500 Geburten im Jahr 2018 gaben nur 5 % der Hebammen an, dass sie in einer üblichen Schicht zwei aktiv Gebärende gleichzeitig im Kreißaal betreut haben (ohne Abbildung). In ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen fiel dieser Anteil mit 8 % ebenfalls unterdurchschnittlich aus.

Mehr als die Hälfte (55 %) der Hebammen gab an, dass sie im Jahr 2018 im Schichtdienst mit einer überdurchschnittlich hohen Anzahl an Frauen vor, während und nach der Geburt mehr als vier Frauen gleichzeitig im Kreißaal betreut haben, 29 % haben vier Frauen gleichzeitig betreut und 12 % drei Frauen (Tabelle 34).

Tabelle 34: Verteilung der Hebammen nach der Anzahl der gleichzeitig im Kreißaal betreuten Frauen im Schichtdienst mit überdurchschnittlich hoher Gebärendenzahl, 2018

Anzahl der Frauen	Anteil der Hebammen
eine Frau im Kreißaal	0%
zwei Frauen im Kreißaal zur gleichen Zeit	3%
drei Frauen im Kreißaal zur gleichen Zeit	12%
vier Frauen im Kreißaal zur gleichen Zeit	29%
mehr als vier Frauen im Kreißaal zur gleichen Zeit	55%
insgesamt	100%

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 2.029; keine Angabe = 45 Hebammen; reine Begleit-Beleghebammen, denen diese Frage nicht gestellt wurde = 43 Hebammen

Rund die Hälfte (51 %) der Hebammen gab an, dass sie im Jahr 2018 im Schichtdienst mit einer überdurchschnittlich hohen Anzahl an Frauen drei aktiv Gebärende gleichzeitig im Kreißaal betreut hat, 22 % haben in Phasen mit hoher Auslastung sogar vier Gebärende gleichzeitig betreut (Tabelle 35).

Tabelle 35: Verteilung der Hebammen nach der Anzahl der gleichzeitig im Kreißaal betreuten aktiv Gebärenden im Schichtdienst mit überdurchschnittlich hoher Gebärendenzahl, 2018

Anzahl der aktiv Gebärenden	Anteil der Hebammen
eine Gebärende	0%
zwei Gebärende zur gleichen Zeit	15%
drei Gebärende zur gleichen Zeit	51%
vier Gebärende zur gleichen Zeit	22%
mehr als vier Gebärende zur gleichen Zeit	11%
insgesamt	100%

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 2.031; keine Angabe = 43 Hebammen; reine Begleit-Beleghebammen, denen diese Frage nicht gestellt wurde = 43 Hebammen

Im Durchschnitt gaben die Hebammen an, dass sie im Jahr 2018 zu einem Anteil von 28 % Schichten mit einer überdurchschnittlich hohen Anzahl an Gebärenden hatten (Tabelle 36).

Tabelle 36: Verteilung der Anzahl der Schichten mit durchschnittlicher, unterdurchschnittlicher und überdurchschnittlicher Anzahl der Gebärenden, 2018

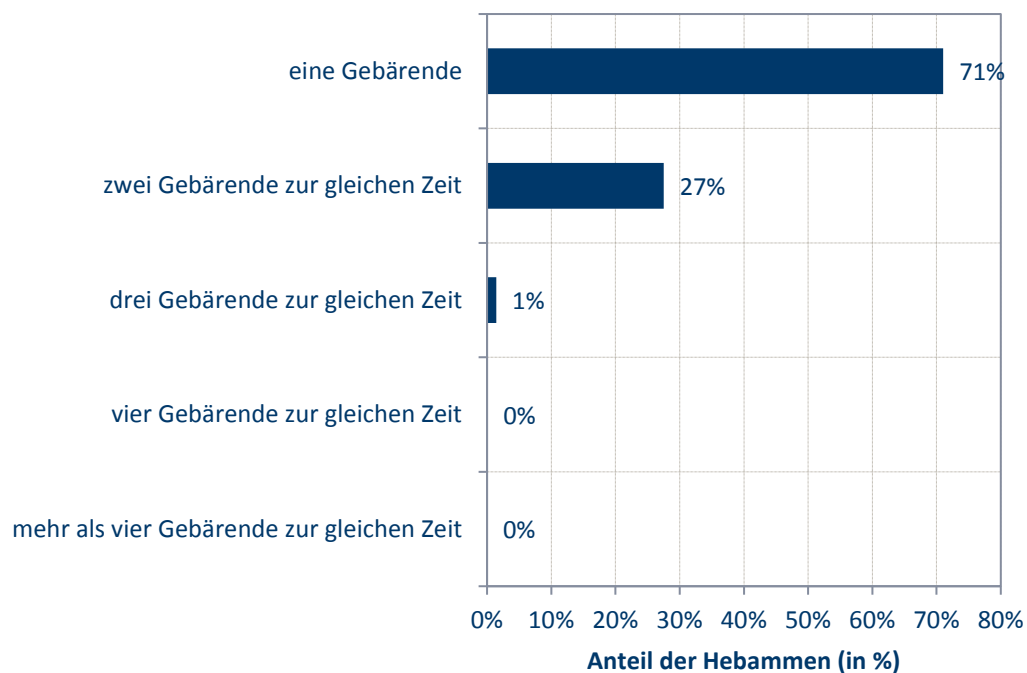
Art der Schicht	Anteil der Schichten (Mittelwert)
unterdurchschnittliche Anzahl an Gebärenden	20%
durchschnittliche Anzahl an Gebärenden	52%
überdurchschnittliche Anzahl an Gebärenden	28%
insgesamt	100%

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 1.912 Hebammen

Die überwiegende Zahl der Hebammen (71 %) gab an, dass sie einen Betreuungsschlüssel von Eins (d. h., nur eine Gebärende je Schicht, keine gleichzeitige Betreuung mehrerer Gebärender) für angemessen halten, für 27 % der Hebammen wäre ein Betreuungsschlüssel von zwei Gebärenden in gleichzeitiger Betreuung einer Hebamme angemessen (Abbildung 84).

Abbildung 84: Verteilung der Hebammen nach Einschätzung der Angemessenheit des Betreuungsschlüssels (Anzahl der in einer Schicht gleichzeitig betreuten Gebärenden), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 2.044; keine Angabe = 30 Hebammen; reine Begleit-Beleghebammen, denen diese Frage nicht gestellt wurde = 43 Hebammen

Aus den Antworten der Hebammen ergibt sich, dass die Anzahl der in einer durchschnittlichen Schicht arbeitenden Hebammen, im Mittel von zwei auf drei Hebammen erhöht werden sollte (Tabelle 37). Dabei halten die Hebammen, die in großen Geburtskliniken bzw. in Großstädten tätig sind, durchschnittlich eine stärkere Erhöhung für erforderlich als Hebammen, die in kleineren Geburtskliniken bzw. in ländlichen Regionen tätig sind.

Tabelle 37: Anzahl der Hebammen, die nach Einschätzung der Befragten in einer durchschnittlichen Schicht arbeiten müssten, nach Region und Klinikgröße, 2018

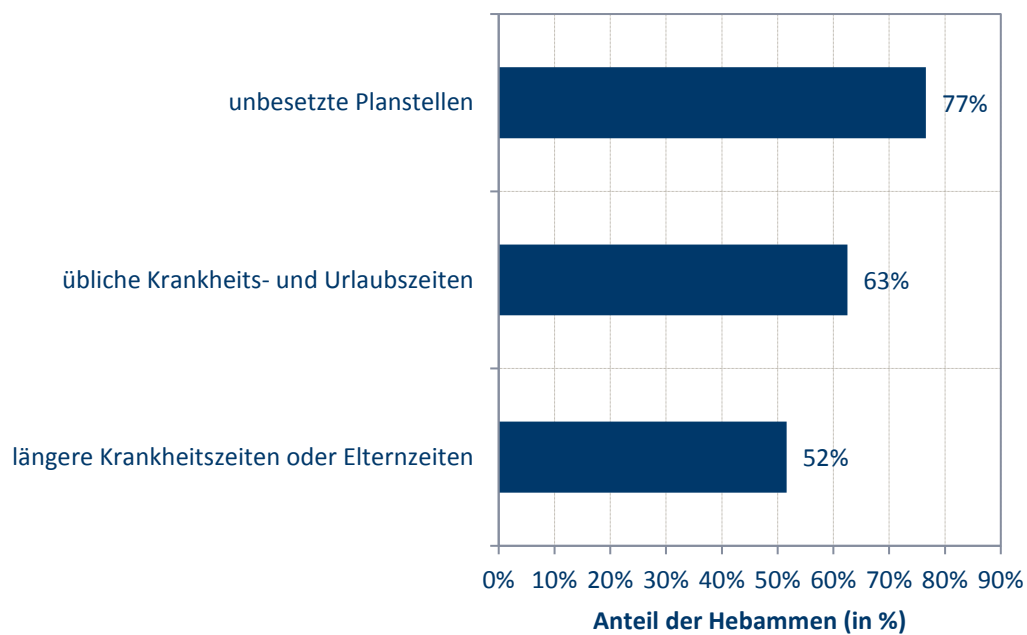
Region bzw. Klinikgröße	n	Ist (MW)	Soll (MW)	Erhöhung (MW)	Erhöhung (%)
insgesamt	2.117	2,0	3,0	1,0	+47%
Region					
kreisfreie Großstädte	857	2,5	3,6	1,1	+43%
städtische Kreise	642	1,8	2,8	0,9	+50%
ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	283	1,5	2,3	0,8	+54%
dünn besiedelte ländliche Kreise	202	1,5	2,4	0,8	+56%
Klinikgröße					
weniger als 500 Geburten	114	1,1	1,7	0,6	+54%
500 bis unter 1.000 Geburten	517	1,2	2,1	0,9	+71%
1.000 oder mehr Geburten	1.341	2,4	3,5	1,0	+43%

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: MW: Mittelwert (gerundet)

Etwas mehr als drei Viertel (77 %) der Hebammen nannten als Grund für eine zu geringe Personalbesetzung einer durchschnittlichen Schicht unbesetzte Planstellen (Abbildung 85). Knapp zwei Drittel (63 %, Mehrfachnennungen waren möglich) der Hebammen nannten des Weiteren übliche Krankheits- und Urlaubszeiten als Grund und rund die Hälfte (52 %) führte längere Krankheitszeiten oder Elternzeiten an.

Abbildung 85: Gründe für zu geringe Personalbesetzung einer durchschnittlichen Schicht aus Sicht der Hebammen (Anteil der Hebammen, 2018)

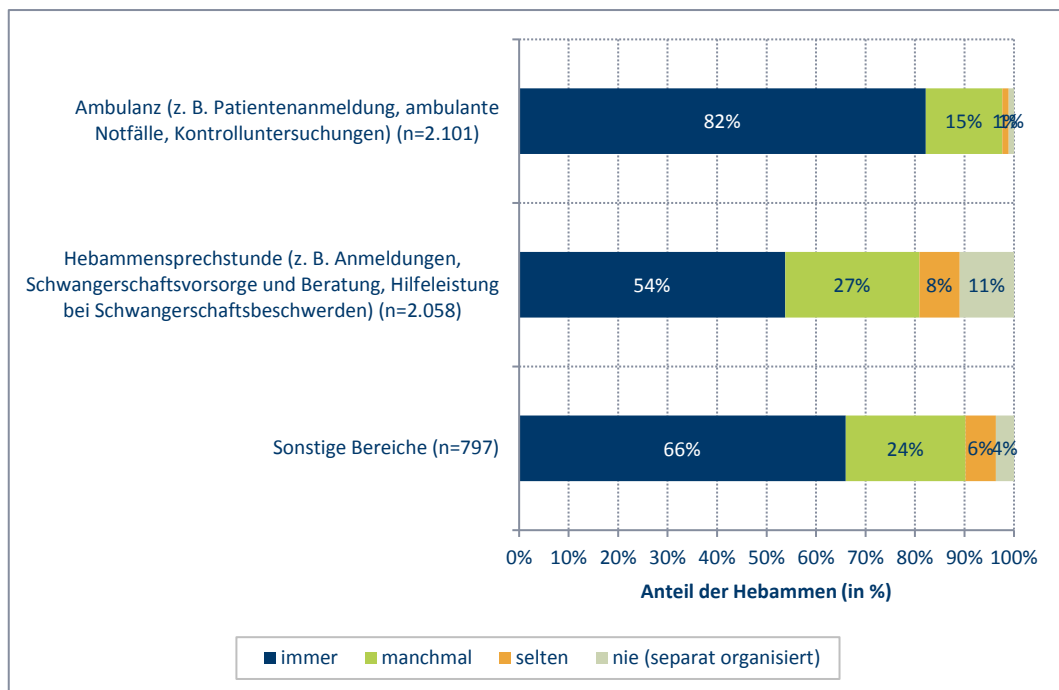


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
Anmerkung: n = 1.763 Hebammen;
Mehrfachnennungen waren möglich

6.3.3 Fachfremde Tätigkeiten

Ein großer Teil (82 %) der Hebammen gab an, dass sie neben der Geburtshilfe „immer“ auch zeitlich parallel Tätigkeiten in der Ambulanz (unter anderem Patienten Anmeldung, ambulante Notfälle, Kontrolluntersuchungen) aus dem Kreißaal heraus leisteten (Abbildung 86). In Bezug auf die Hebammensprechstunden traf dies auf 54 % der Hebammen zu.

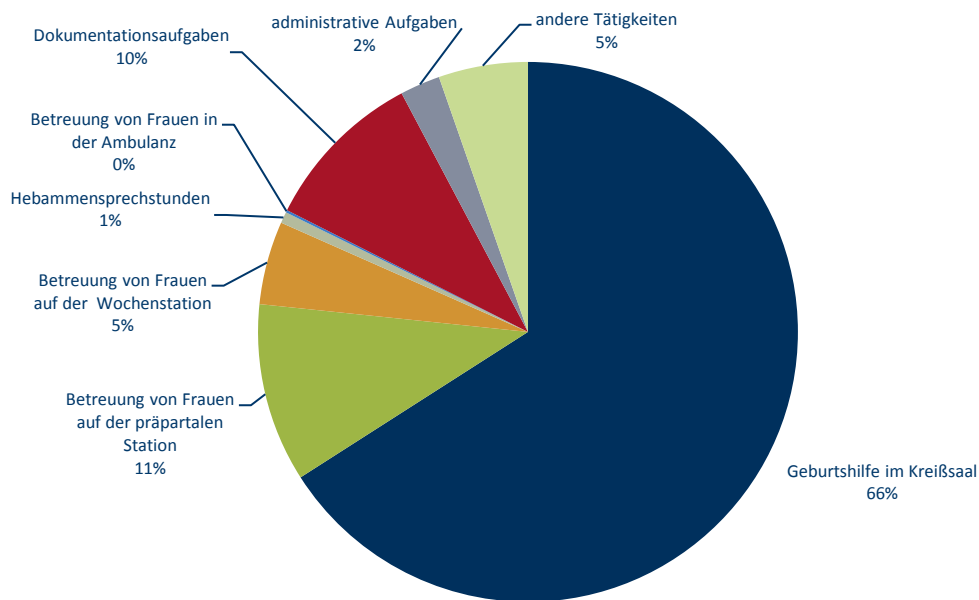
Abbildung 86: Verteilung der Hebammen nach Häufigkeit der Einsätze in parallelen Aufgabenbereichen zur Geburtshilfe, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
Anmerkung: Mehrfachnennungen waren möglich

In einer durchschnittlichen Woche leisten die Hebammen die meiste Zeit Geburtshilfe im Kreißsaal: Diese Tätigkeit machte im Jahr 2018 rd. 66 % ihrer Arbeitszeit aus (Abbildung 87). Etwa 11 % ihrer Arbeitszeit entfielen auf die Betreuung von Frauen auf der präpartalen Station, 10 % auf Dokumentationsaufgaben und jeweils rund 5 % auf die Betreuung von Frauen auf der Wochenstation sowie auf andere Tätigkeiten. Lediglich 2 % bzw. 1 % der Arbeitszeit wurden für administrative bzw. Leitungsaufgaben ohne zeitliche Überschneidung mit der Kreißsaaltätigkeit und für Hebammensprechstunden genutzt.

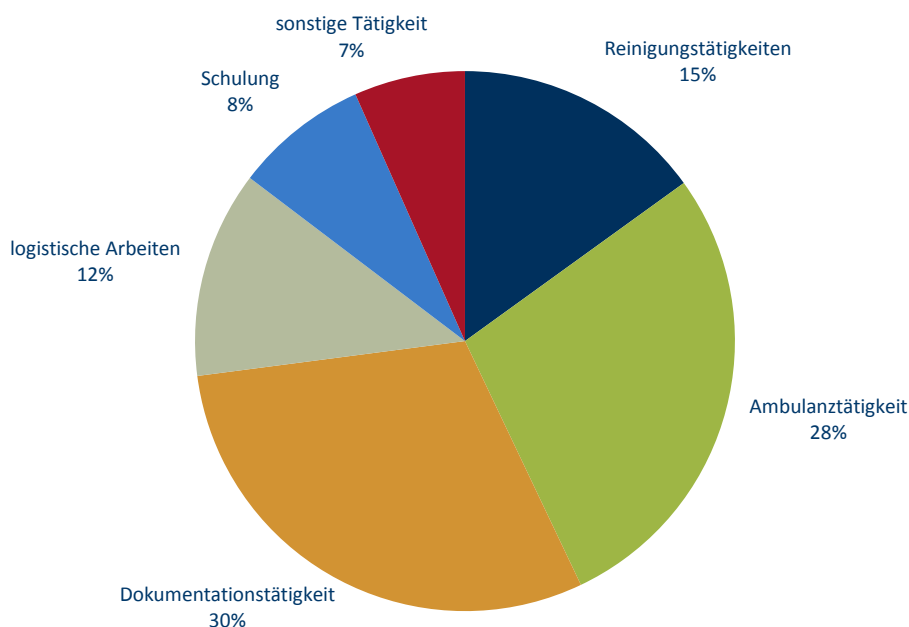
Abbildung 87: Verteilung der Hebammen nach ausgeübten Tätigkeiten (durchschnittlich pro Woche), 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
Anmerkung: n = 1.426

Die Arbeitszeit im Kreißaal ist jedoch nicht allein mit der Betreuung von Schwangeren und Gebärenden gefüllt. Tatsächlich übernehmen die Hebammen während dieser Zeit eine Reihe weiterer Aufgaben. Von diesen zeitlich parallel zur Betreuung der Frauen im Kreißaal anfallenden Aktivitäten hatten – bezogen auf eine durchschnittliche Schicht – Dokumentations- (30 %) und Ambulanztätigkeiten (28 %) die größten Zeitanteile, gefolgt von Reinigungstätigkeiten (15 %) und logistischen Arbeiten (12 %) (Abbildung 88). Darüber hinaus wurde die Arbeitszeit im Kreißaal auch für Schulungen/Einarbeitungen (8 %) und für sonstige Tätigkeiten (7 %) verwendet.⁴⁶

Abbildung 88: Verteilung der Hebammen nach zeitlich parallel zur Betreuung der Frauen im Kreißaal ausgeübten Tätigkeiten (in einer durchschnittlichen Schicht), 2018

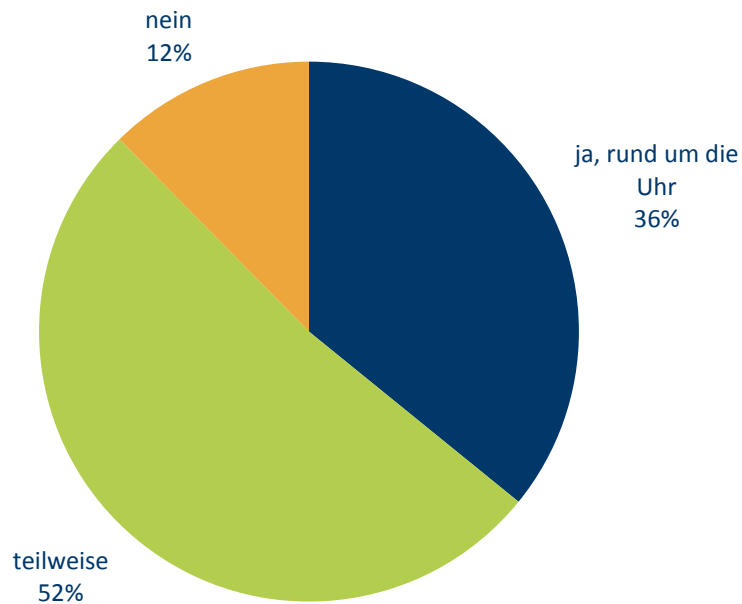


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
Anmerkung: n = 1.429

⁴⁶ Bei den angegebenen Prozentwerten handelt es sich um die durchschnittlichen Anteile der Tätigkeiten, die parallel zur Betreuung der Schwangeren/Gebärenden im Kreißaal anfallen, an der gesamten Arbeitszeit, die auf diese Tätigkeiten entfallen. Letztere variiert zwischen den Hebammen. Ein durchschnittlicher Zeitwert konnte wegen teilweise inkonsistenter Angaben nicht ermittelt werden (Summe der einzelnen Stundenangaben stimmt teilweise nicht mit gesamter Schichtzeit überein).

Etwas mehr als ein Drittel (36 %) der Hebammen gab an, dass in dem Krankenhaus, in dem sie tätig waren, ein Reinigungsdienst für den Kreißsaal rund um die Uhr zur Verfügung steht, bei etwas mehr als der Hälfte (52 %) stand ein Reinigungsdienst teilweise zur Verfügung und bei 12 % gar nicht (Abbildung 89).

Abbildung 89: Verteilung der Hebammen nach Verfügbarkeit eines Reinigungsdienstes für den Kreißsaal im Krankenhaus, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
Anmerkung: n = 2.117

Für 43 % der Hebammen stand Assistenzpersonal für administrative Aufgaben der Geburtshilfe (z. B. Telefon, Anmeldung) teilweise zur Verfügung, für mehr als die Hälfte (56 %) der Hebammen war kein Assistenzpersonal hierfür verfügbar (Abbildung 90).

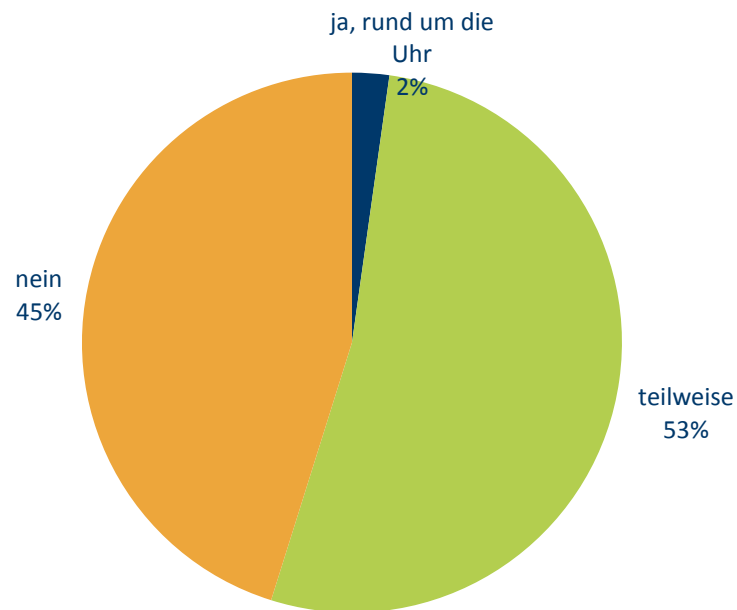
Abbildung 90: Verteilung der Hebammen nach Verfügbarkeit von Assistenzpersonal für administrative Aufgaben der Geburtshilfe, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
Anmerkung: n = 2.117

Für 53 % der Hebammen standen Hilfskräfte im Kreißaal (z. B. für das Befüllen des Kreißaals mit Pflegeprodukten etc.) teilweise zur Verfügung, während 45 % der Hebammen nicht auf Hilfskräfte im Kreißaal zurückgreifen konnten (Abbildung 91).

Abbildung 91: Verteilung der Hebammen nach Verfügbarkeit von Hilfspersonal im Kreißaal, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
Anmerkung: n = 2.117

6.3.4 Arbeitsorganisation

Knapp die Hälfte (48 %) der Hebammen gab an, dass „Leerlaufzeiten“ entstehen, in denen sie anwesend sein müssen, aber keine Betreuung von Schwangeren bzw. Gebärenden stattfindet (z. B. als Folge der Anmeldung oder zeitlichen Verteilung der Geburten).

Die folgende Tabelle (Tabelle 38) zeigt die Häufigkeit des Auftretens von Leerlaufzeiten differenziert nach Art und Umfang der Tätigkeit, Region sowie Klinikgröße. Überdurchschnittlich häufig waren Leerlaufzeiten demnach in kleineren Kliniken und in ländlichen Regionen.

Tabelle 38: Auftreten von „Leerlaufzeiten“ nach Art und Umfang der Tätigkeit, Region sowie Klinikgröße, 2018

Art und Umfang der Tätigkeit, Region bzw. Klinikgröße	Anzahl Hebammen	Anteil „Ja, Leerlaufzeiten entstehen“
insgesamt	1.020	48%
angestellt vs. freiberuflich		
ausschließlich angestellt tätig	399	48%
angestellt und freiberuflich tätig	414	45%
ausschließlich freiberuflich tätig	207	58%
Vollzeit vs. Teilzeit		
in Vollzeit tätig (38,5 Std. oder mehr)	429	51%
in Teilzeit tätig (bis zu 38,5 Std.)	537	45%
Region		
kreisfreie Großstädte	323	38%
städtische Kreise	314	49%
ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	182	64%
dünn besiedelte ländliche Kreise	135	67%
Klinikgröße		
weniger als 500 Geburten	85	75%
500 bis unter 1.000 Geburten	356	69%
1.000 oder mehr Geburten	508	38%

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkungen: n = 2.117 Hebammen

Im Durchschnitt aller Hebammen, die von Leerlaufzeiten berichteten, entfiel hierauf 11,5 % der Arbeitszeit (Tabelle 39). Wie auch bei der Häufigkeit waren die durchschnittlichen Arbeitszeitanteile der Leerlaufzeiten in kleinen Kliniken überdurchschnittlich hoch.

Tabelle 39: Durchschnittlicher Anteil der „Leerlaufzeiten“ an der Arbeitszeit nach Art der Tätigkeit sowie Klinikgröße, 2018

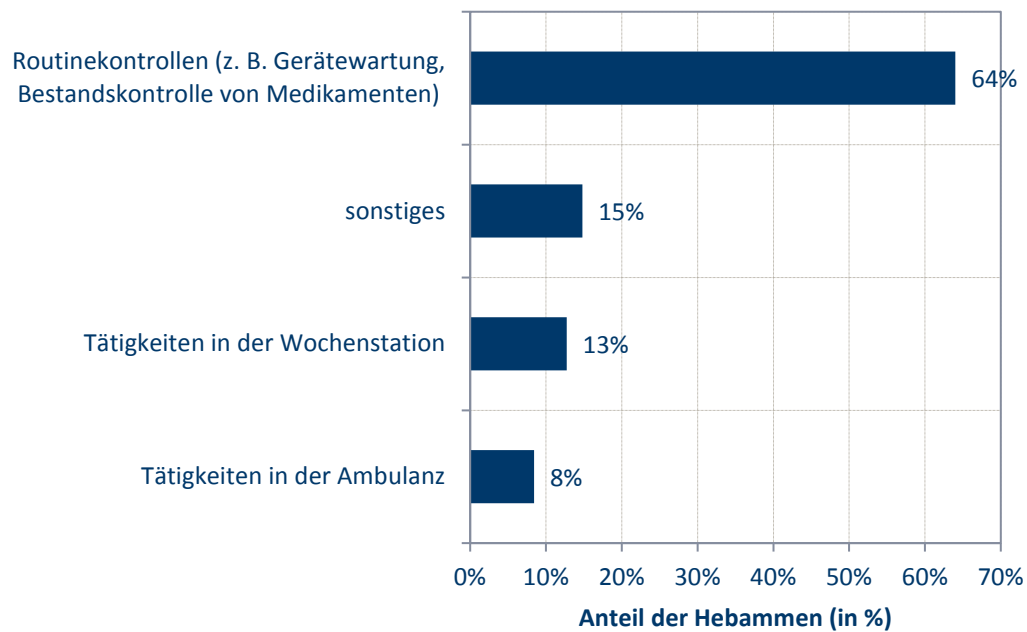
Art und Umfang der Tätigkeit bzw. Klinikgröße	Anzahl Hebammen	Mittelwert	Standardabw.
insgesamt	1.020	11,5%	8,6%
angestellt vs. freiberuflich			
ausschließlich angestellt tätig	400	11,2%	8,9%
angestellt und freiberuflich tätig	411	11,4%	8,1%
ausschließlich freiberuflich tätig	207	12,2%	8,9%
Klinikgröße			
weniger als 500 Geburten	85	16,4%	9,7%
500 bis unter 1.000 Geburten	356	13,2%	8,6%
1.000 oder mehr Geburten	510	9,6%	7,4%

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkungen: n = 1.020 Hebammen, die angaben, dass „Leerlaufzeiten“ entstehen

Während der „Leerlaufzeiten“ wurden von den Hebammen überwiegend Routinekontrollen (z. B. Gerätewartung, Bestandskontrollen von Medikamenten) durchgeführt (64 % der Hebammen gaben das an) (Abbildung 92).

Abbildung 92: Tätigkeiten während der „Leerlaufzeiten“, 2018

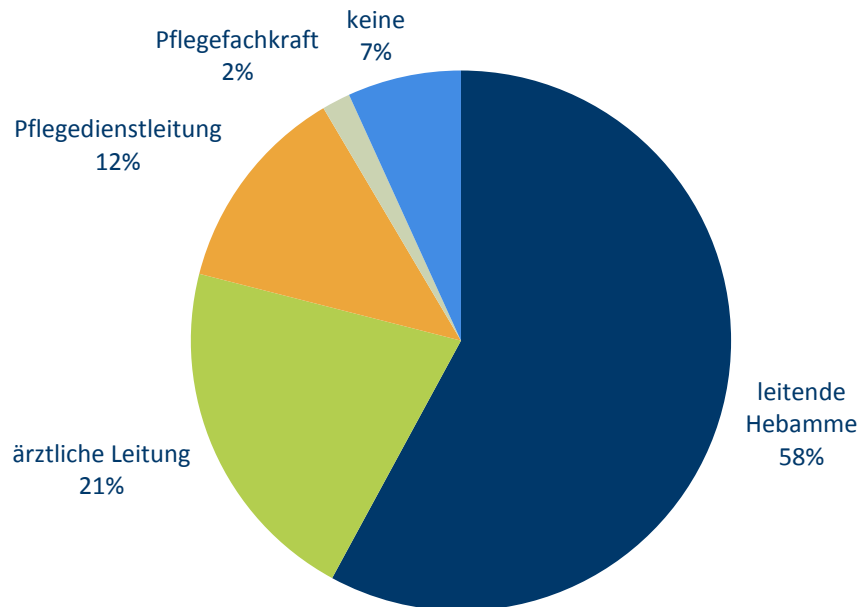


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 1.020, die angaben, dass „Leerlaufzeiten“ auftreten

Bei 58 % der Hebammen stand der Kreißaal, in dem sie tätig waren, unter der Leitung einer Hebamme (Abbildung 93). Darüber hinaus standen Kreißäle unter ärztlicher Leitung (21 %) oder unter der Pflegedienstleitung (12 %).

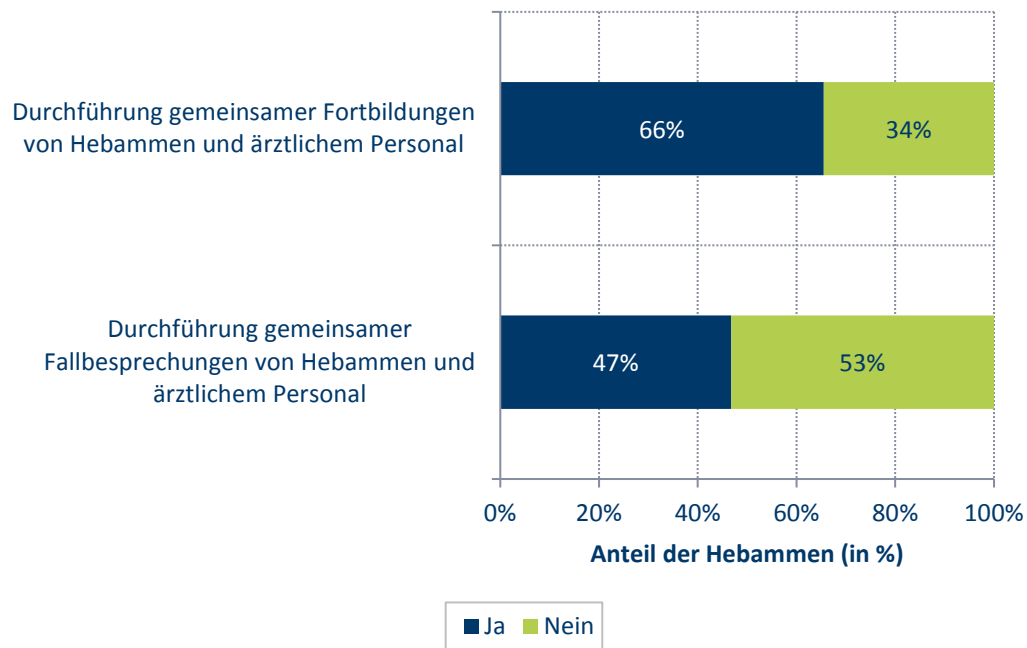
Abbildung 93: Verteilung der Hebammen nach Leitung ihres Kreißaals, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
Anmerkung: n = 2.117

Zwei Drittel der Hebammen gaben an, dass in dem Krankenhaus, in dem sie tätig waren, Hebammen gemeinsam mit dem ärztlichen Personal an Fortbildungen teilnehmen, und 47 %, dass Hebammen gemeinsam mit dem ärztlichen Personal Fallbesprechungen durchführen (Abbildung 94).

Abbildung 94: Verteilung der Hebammen nach Zusammenarbeit mit ärztlichem Personal, 2018

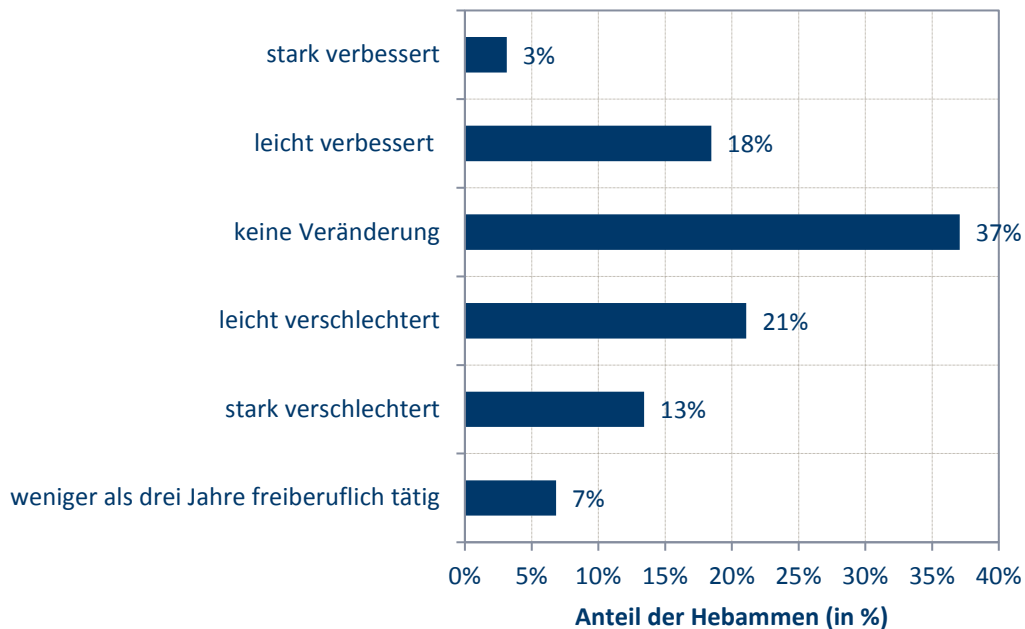


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
Anmerkung: n = 2.117

6.3.5 Veränderung der Arbeitsbedingungen in den letzten drei Jahren

Die Arbeitsbedingungen der freiberuflichen Hebammen haben sich nach eigener Einschätzung eines Großteils (37 %) der im Jahr 2018 freiberuflich tätigen Hebammen in den letzten drei Jahren nicht verändert (Abbildung 95). Allerdings gaben 21 % der Hebammen an, dass sich die Arbeitsbedingungen der freiberuflichen Tätigkeit leicht verschlechtert haben und 13 %, dass sie sich stark verschlechtert haben.

Abbildung 95: Verteilung der Hebammen nach Einschätzung der Entwicklung der Arbeitsbedingungen in freiberuflicher Tätigkeit in den letzten drei Jahren, 2018

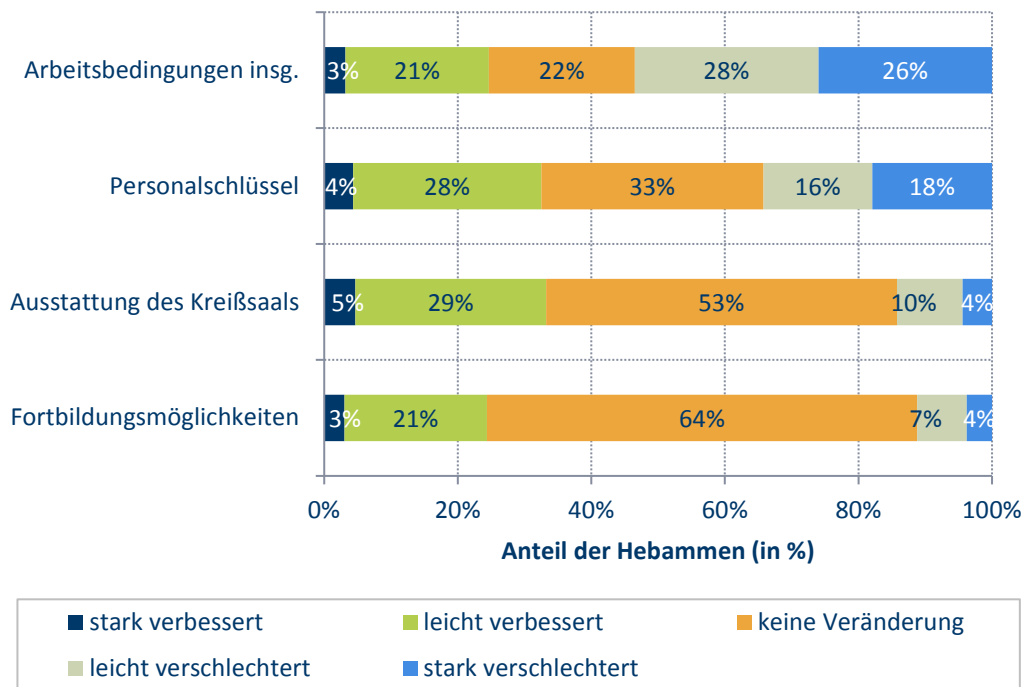


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 1.214, die bereits seit mind. drei Jahren freiberuflich als Hebamme tätig sind; keine Angabe = 17 Hebammen

Die Mehrheit der Hebammen (54 %), die bereits seit mindestens drei Jahren an dem Krankenhaus, an dem sie gegenwärtig arbeiten, tätig sind (n = 1.686), war der Meinung, dass sich die Arbeitsbedingungen an diesem Krankenhaus in den letzten drei Jahren leicht (28 %) oder stark (26 %) verschlechtert haben (Abbildung 96). Rund ein Drittel (34 %) der Hebammen gab darüber hinaus an, dass sich der Personalschlüssel an diesem Krankenhaus in den letzten drei Jahren leicht (16 %) oder stark (18 %) verschlechtert hat.

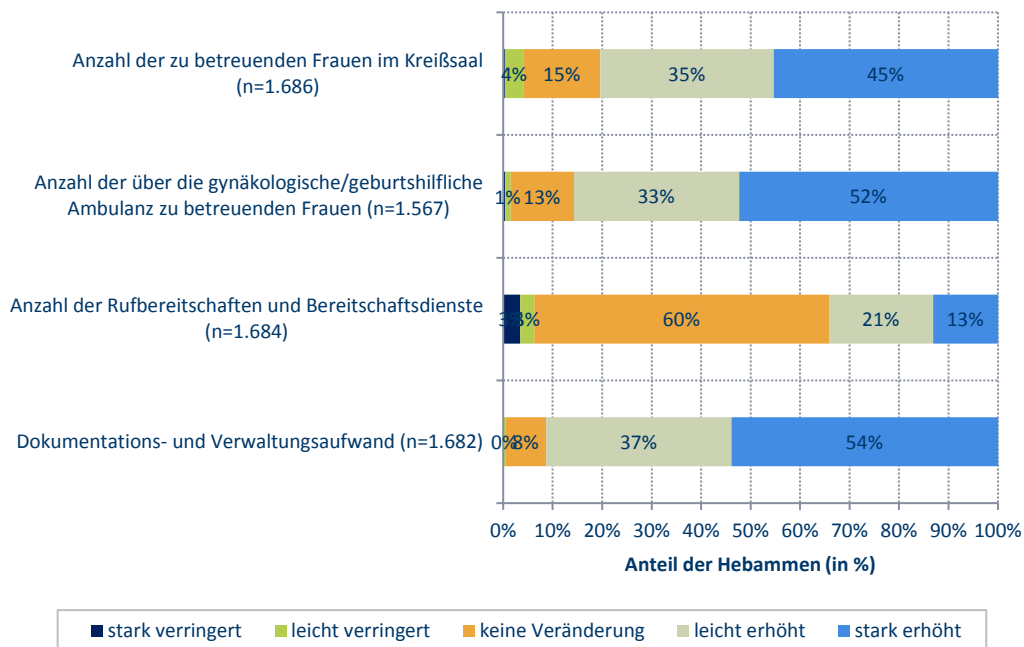
Abbildung 96: Verteilung der Hebammen nach Einschätzung der Entwicklung der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus in den letzten drei Jahren, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
 Anmerkung: n = 1.686, die bereits seit mind. drei Jahren in dem gegenwärtigen Krankenhaus als Hebamme tätig sind; keine Angabe = 17 Hebammen

Die Anzahl der zu betreuenden Frauen im Kreißsaal hat sich nach Einschätzung von 35 % der Hebammen in den letzten drei Jahren leicht erhöht und nach Einschätzung von 45 % sogar stark erhöht (Abbildung 97). Eine ähnliche Einschätzung gaben die Hebammen in Bezug auf die Anzahl der über die gynäkologische/geburtshilfliche Ambulanz zu betreuenden Frauen ab. Auch der Dokumentations- und Verwaltungsaufwand hat sich nach Ansicht des überwiegenden Teils der Hebammen erhöht (37 % leicht erhöht und 54 % stark erhöht). In Bezug auf die Anzahl der Rufbereitschaften und Bereitschaftsdienste gab es nach Angaben von mehr als der Hälfte der Hebammen (60 %) in den letzten drei Jahren keine Veränderung.

Abbildung 97: Verteilung der Hebammen nach Einschätzung der Entwicklung des Betreuungs- und administrativen Aufwands im Krankenhaus in den letzten drei Jahren, 2018

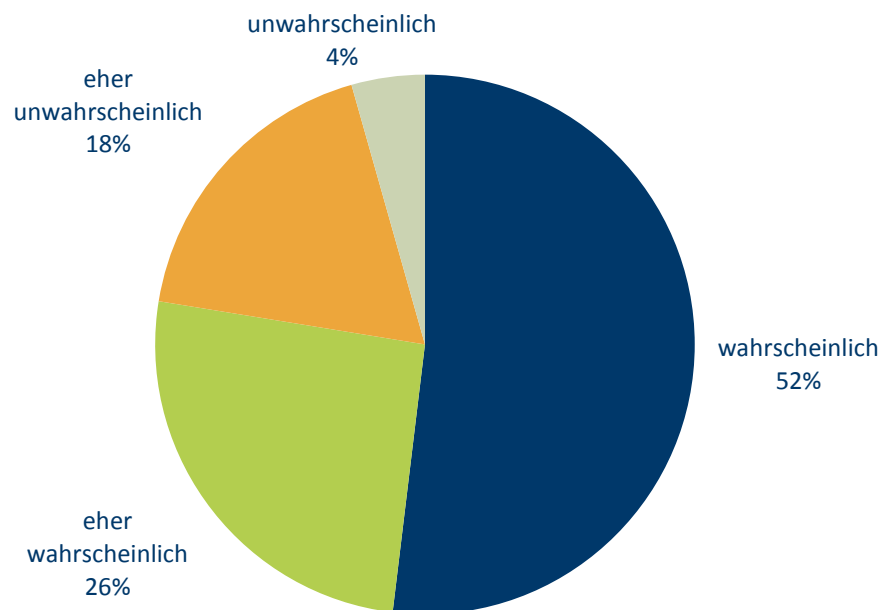


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

6.4 Zufriedenheit der Hebammen mit Arbeit und Arbeitsbedingungen

Rund die Hälfte der Hebammen (52 %) gab an, dass es „wahrscheinlich“ sei, dass sie ihren Beruf erneut ergreifen würden, wenn sie vor diese Entscheidung gestellt würden, dagegen hielten es etwas mehr als ein Fünftel (22 %) für (eher) unwahrscheinlich (Abbildung 98).

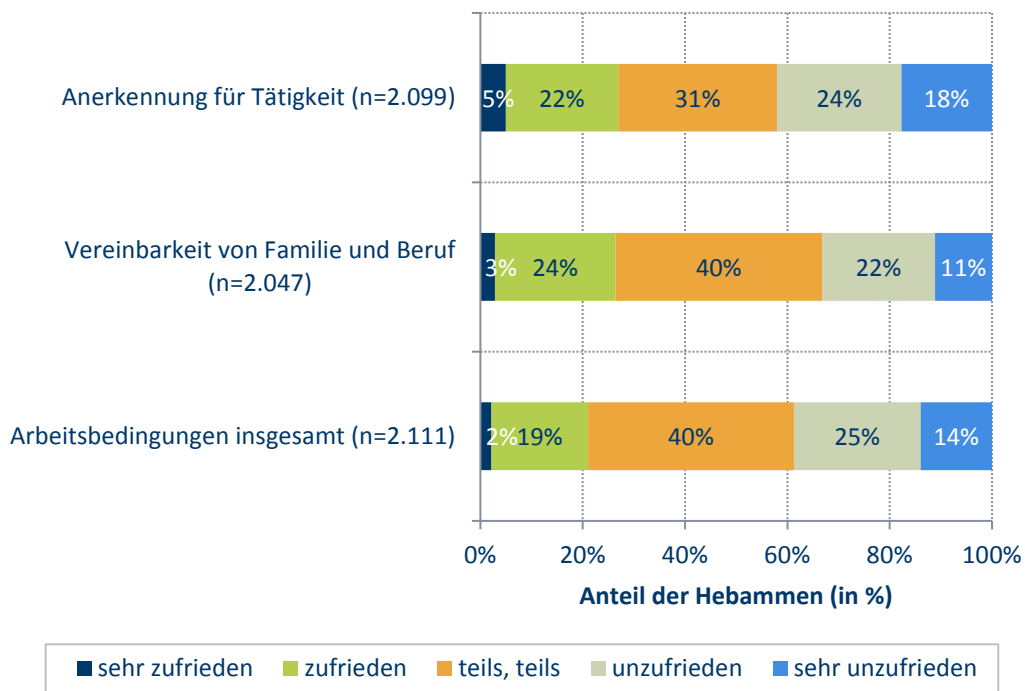
Abbildung 98: Verteilung der Hebammen nach Wahrscheinlichkeit derselben Berufswahl, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
Anmerkung: n = 1.960

Mit der Anerkennung, die sie für ihre Tätigkeit erhalten, waren 31 % der Hebammen teilweise zufrieden, 24 % unzufrieden und 18 % sehr unzufrieden (Abbildung 99). Nur geringfügig zufriedener waren die Hebammen mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Mit den Arbeitsbedingungen insgesamt waren die Hebammen zu 40 % teilweise zufrieden, zu 25 % unzufrieden und zu 14 % sehr unzufrieden.

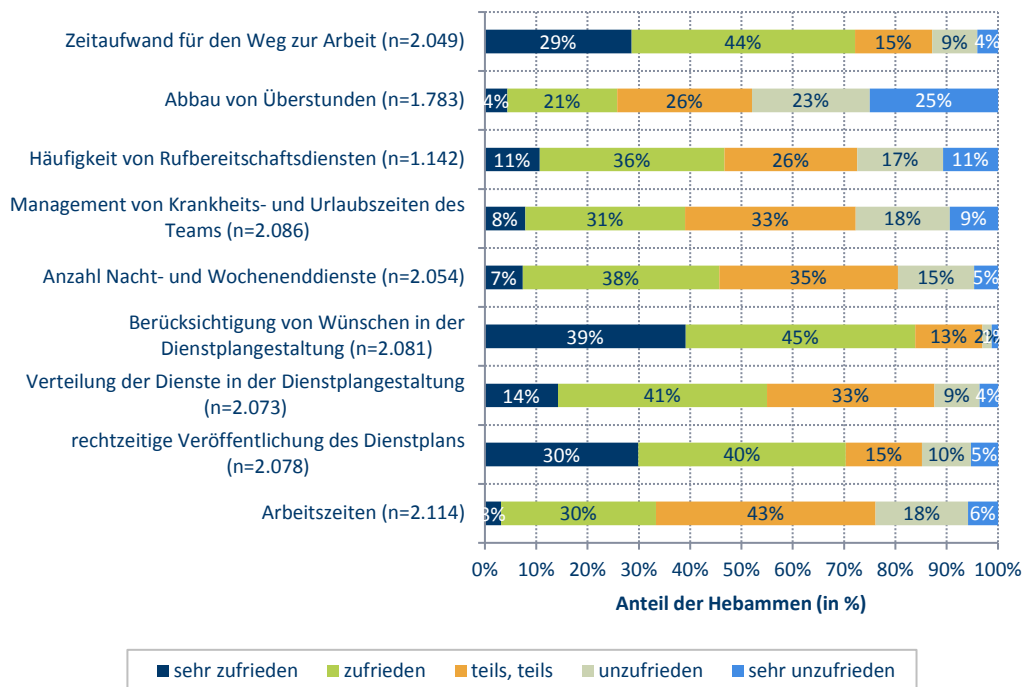
Abbildung 99: Zufriedenheit der Hebammen mit übergeordneten Aspekten ihrer Tätigkeit im Krankenhaus, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Eine vergleichsweise hohe Zufriedenheit äußerten die Hebammen in Bezug auf die Berücksichtigung von Wünschen in der Dienstplangestaltung (39 % sehr zufrieden und 45 % zufrieden) sowie der rechtzeitigen Veröffentlichung des Dienstplans (30 % und 40 %) (Abbildung 100). Eher unzufrieden waren die Hebammen mit den Möglichkeiten, Überstunden abzubauen (23 % unzufrieden und 25 % sehr unzufrieden).

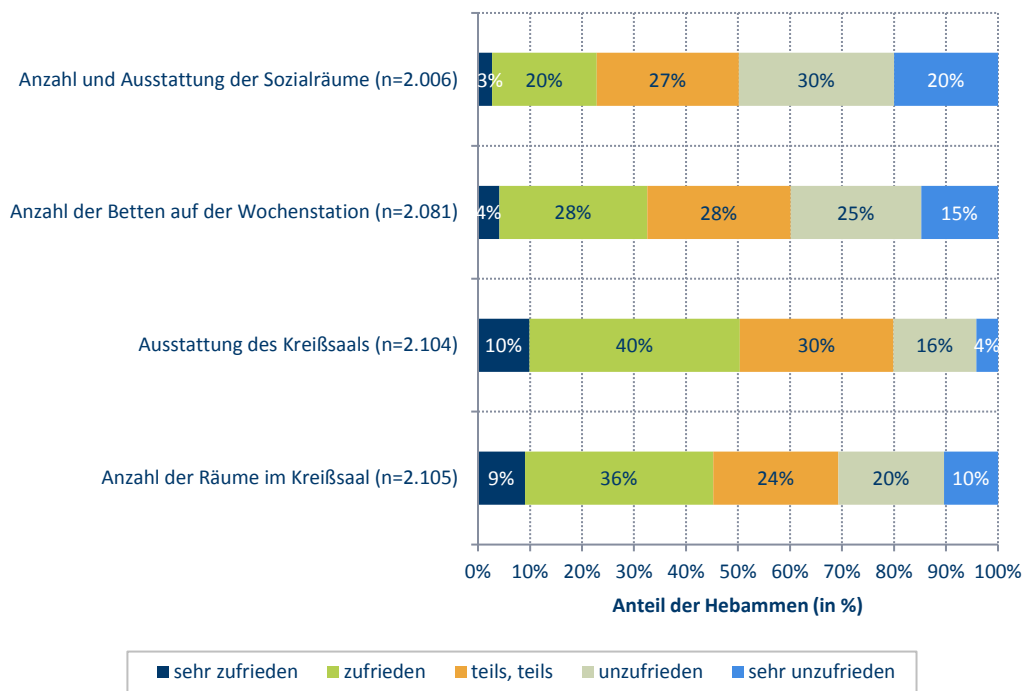
Abbildung 100: Zufriedenheit der Hebammen mit arbeitszeitlichen Aspekten ihrer Tätigkeit im Krankenhaus, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Während die Hebammen zur Hälfte (50 %) mit der Ausstattung des Kreißsaals sehr zufrieden oder zufrieden war, war ebenfalls eine Hälfte von ihnen mit der Anzahl und Ausstattung der Sozialräume (sehr) unzufrieden (Abbildung 101). Mit der Anzahl der Betten auf der Wochenstation waren 40 % der Hebammen (sehr) unzufrieden.

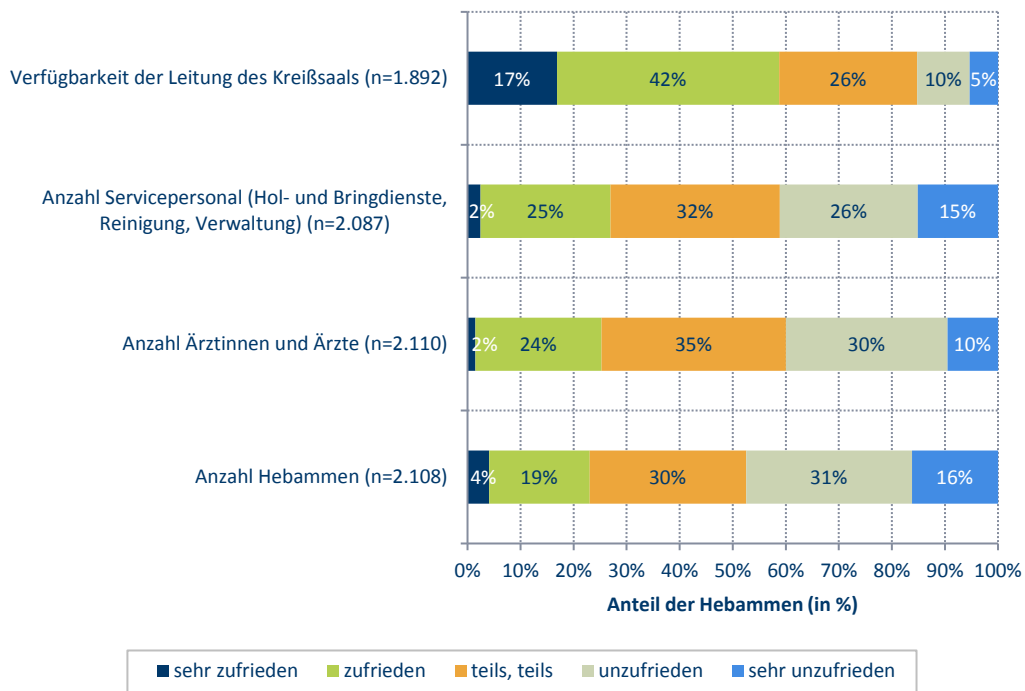
Abbildung 101: Zufriedenheit der Hebammen mit ihrer Tätigkeit im Krankenhaus: räumliche Situation und Ausstattung, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Mit der Verfügbarkeit der Leitung des Kreißsaals waren 59 % der Hebammen zufrieden oder sehr zufrieden (Abbildung 102). Mit der Anzahl der Ärzte waren 40 % der Hebammen und mit der Anzahl der Hebammen 47 % unzufrieden oder sehr unzufrieden.

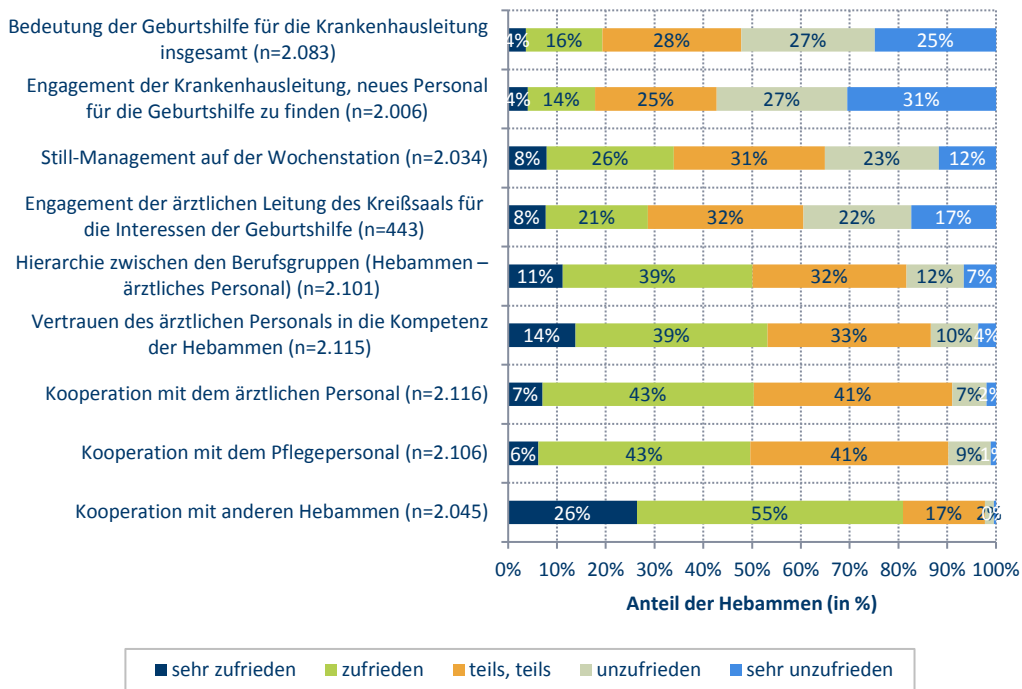
Abbildung 102: Zufriedenheit der Hebammen mit ihrer Tätigkeit im Krankenhaus: personalbezogene Aspekte, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Mit der Kooperation mit anderen Hebammen waren 81 % der befragten Hebammen zufrieden oder sehr zufrieden (Abbildung 103). Rund die Hälfte der Hebammen (52 %) war mit der Bedeutung der Geburtshilfe für die Krankenhausleitung insgesamt unzufrieden oder sehr unzufrieden. Mit dem Engagement der Krankenhausleitung, neues Personal für die Geburtshilfe zu finden, waren 58 % der Hebammen unzufrieden oder sehr unzufrieden. Im Hinblick auf die Kooperation mit dem ärztlichen Personal sowie der Hierarchie zwischen Hebammen und ärztlichem Personal war jeweils die Hälfte der Hebammen (sehr) zufrieden. Etwas mehr als die Hälfte der Hebammen war auch mit dem Vertrauen der Ärzte in ihre Kompetenzen (sehr) zufrieden.

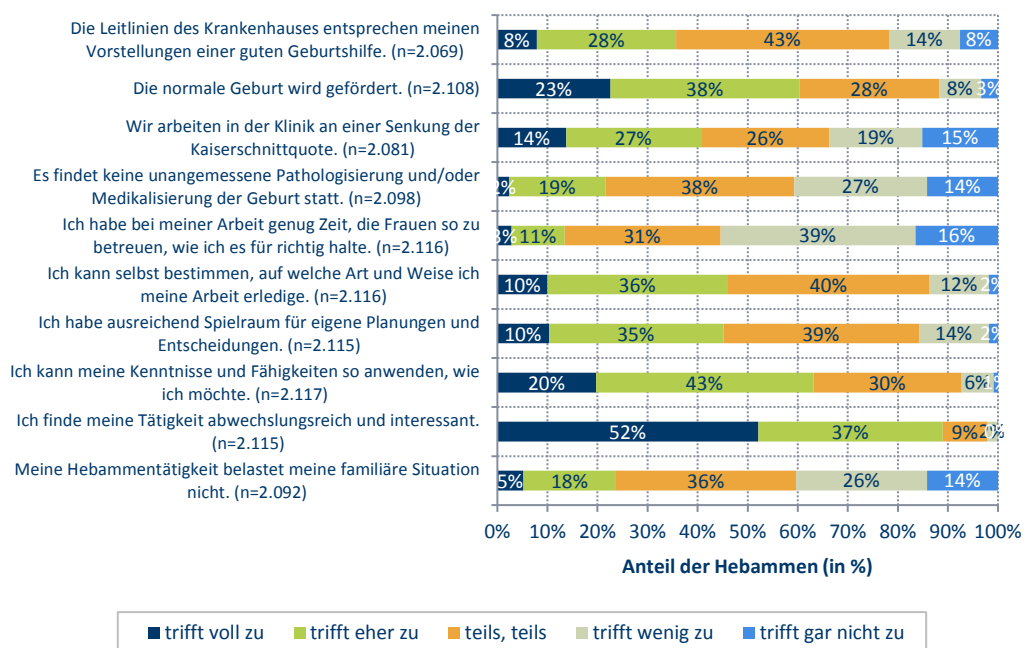
Abbildung 103: Zufriedenheit der Hebammen mit ihrer Tätigkeit im Krankenhaus: Team und Führung, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Die Hebammen finden ihre Tätigkeit abwechslungsreich und interessant (89 % stimmen eher zu oder voll zu) (Abbildung 104). Sie können ihre Kenntnisse und Fähigkeiten überwiegend so anwenden, wie sie möchten (63 % Zustimmung). Deutlich geringer ist die Zustimmung bei der Aussage, dass keine unangemessene Pathologisierung und/oder Medikalisierung der Geburt stattfindet (21 % Zustimmung), und der Aussage, dass man genug Zeit hat, um die Frauen so zu betreuen, wie man es für richtig hält (14 % Zustimmung).

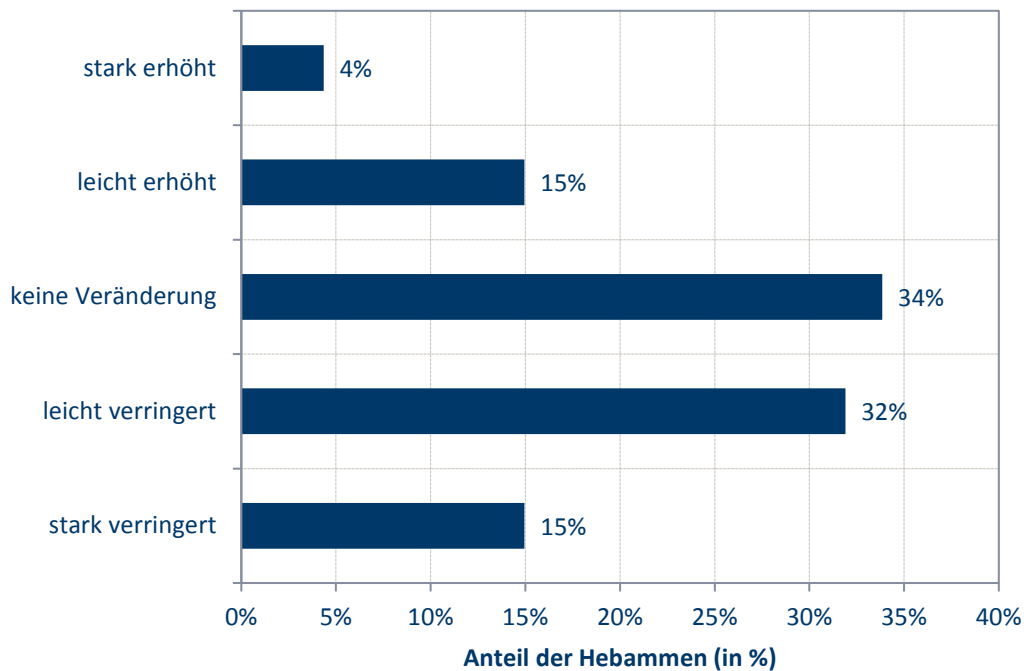
Abbildung 104: Zufriedenheit der Hebammen mit ihrer Tätigkeit im Krankenhaus: berufliche Grundeinstellung, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Die Zufriedenheit mit dem eigenen Arbeitsspektrum hat sich für knapp ein Drittel (32 %) der Hebammen in den vergangenen drei Jahren leicht verringert und für rund ein weiteres Drittel (34 %) nicht verändert (Abbildung 105).

Abbildung 105: Verteilung der Hebammen nach Veränderung der Zufriedenheit mit dem Arbeitsspektrum in den letzten drei Jahren, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
Anmerkung: n = 2.113; keine Angabe = 4 Hebammen

6.5 Einkommen der Hebammen

Ein aktuell nicht angemessenes Einkommen ist ein häufig genannter Grund der Hebammen gegen die Erhöhung ihrer Arbeitszeiten. Im Folgenden wird das Einkommen der Angestellten sowie der Gewinn vor Steuern der freiberuflichen Hebammen dargestellt sowie die aktuelle Zufriedenheit der Hebammen mit dem Einkommen beschrieben.

6.5.1 Einkommen aus angestellter und freiberuflicher Tätigkeit

Das Einkommen angestellter Hebammen liegt nach Selbstauskunft bei durchschnittlich 21.000 € Nettojahresverdienst (Median; Standardabweichung 8.870 €). In Vollzeit verdienen die Hebammen durchschnittlich ca. 27.000 € netto, Teilzeitbeschäftigte durchschnittlich ca. 18.000 € (Tabelle 40). Diese Angaben stehen im Einklang mit bisher erhobenen Brutto- und Nettoverdiensten der angestellten Hebammen (vgl. Abschnitt 3.1.1.7).

Tabelle 40: Nettojahresverdienst aus Angestelltentätigkeit nach Umfang der Tätigkeit, 2018

Art und Umfang der Tätigkeit	Anzahl Hebammen	Median	Standardabw.
Angestellt tätig gesamt	983	21.000 €	8.870 €
Vollzeit vs. Teilzeit			
Vollzeittätig (38,5 Std. oder mehr)	232	26.967 €	5.497 €
Teilzeittätig (bis zu 38,5 Std.)	553	18.000 €	6.380 €

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Einkommen aus freiberuflicher Tätigkeit wird in Form des Gewinns vor Steuern erfasst und lässt daher keinen Rückschluss auf den tatsächlichen Nettoverdienst zu. Der Gewinn vor Steuern betrug im Jahr 2018 durchschnittlich 50.000 € für eine Vollzeittätigkeit (Median, Tabelle 41). Die freiberuflichen Angaben zu Umsätzen und Gewinnen weisen dabei eine große Streuung auf (Standardabweichung Vollzeit ca. 20.000 €). Hebammen, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind, erzielten mit ihrer freiberuflichen Tätigkeit durchschnittlich einen Gewinn vor Steuern in Höhe von 10.000 € bei 12 Wochenstunden (Median).

Tabelle 41: Gewinn / Verlust vor Steuern aus freiberuflicher Tätigkeit pro Jahr (Umsatz abzgl. aller Kosten) nach Art und Umfang der Tätigkeit, 2018

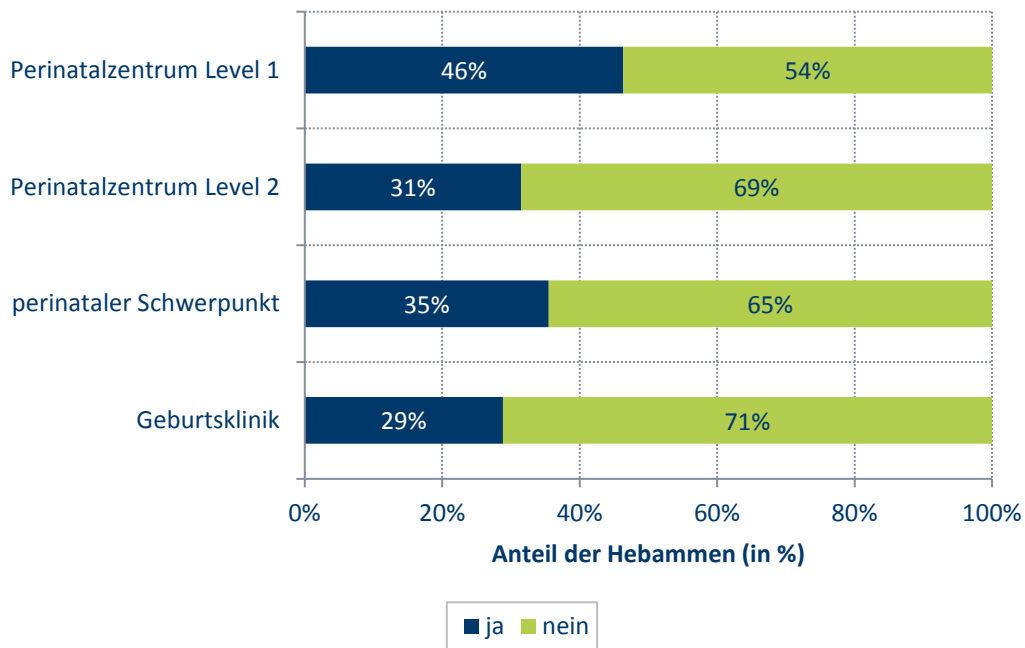
Art und Umfang der Tätigkeit	Anzahl Hebammen	Median	Standardabw.
Freiberuflich tätig gesamt	612	20.000 €	22.392 €
Freiberuflich vs. freiberuflich und angestellt			
Ausschließlich freiberuflich tätig	243	45.000 €	21.283 €
Freiberuflich und angestellt tätig	369	10.000 €	12.338 €
Vollzeit vs. Teilzeit			
Vollzeittätig (38,5 Std. oder mehr)	134	50.000 €	19.614 €
Teilzeittätig (bis zu 38,5 Std.)	377	11.000 €	15.723 €

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Zusätzlich zum festen Einkommen der angestellten Hebammen wurde die Vergütung von Extradiensten erfragt. Insgesamt haben 37 % der Hebammen angegeben, dass Extra-Dienste („Einspringen“) in dem Krankenhaus, in dem sie tätig sind, vergütet werden (ohne Abbildung).

In Bezug auf die Versorgungsstufe „Perinatalzentrum Level 1“ fällt dieser Anteil überdurchschnittlich hoch aus (46 %) (Abbildung 106).

Abbildung 106: Vergütung von Extra-Diensten („Einspringen“) nach Versorgungsstufe, 2018

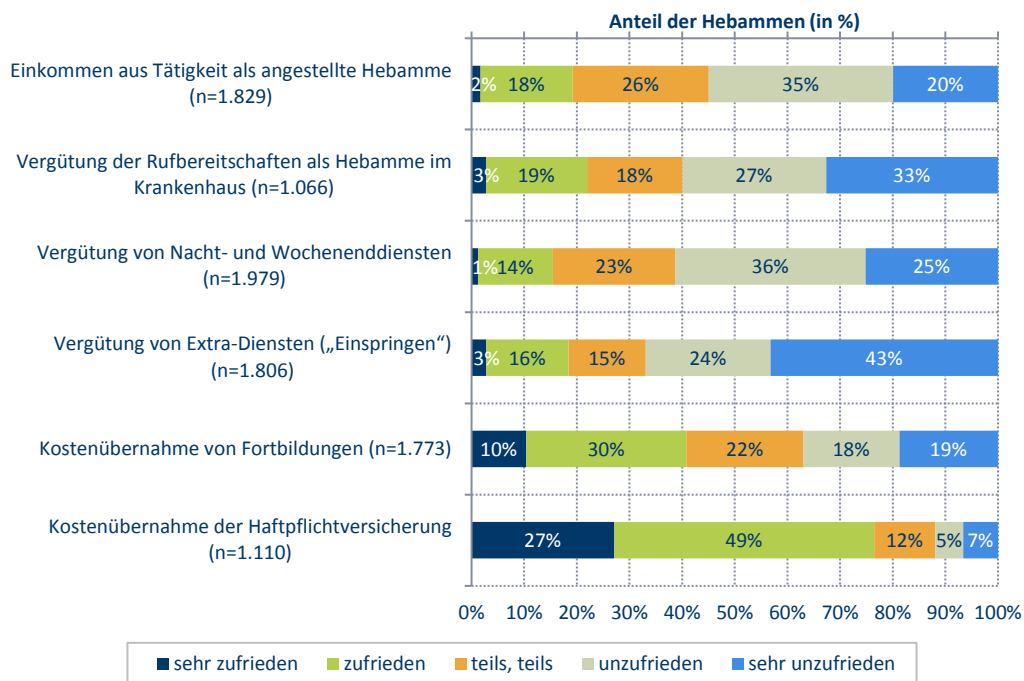


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
Anmerkung: n = 2.117

6.5.2 Zufriedenheit mit dem Einkommen

Mit vielen vergütungsbezogenen Aspekten sind die Hebammen sehr unzufrieden. Dies betrifft insbesondere die Vergütung von Extra-Diensten („Einspringen“), die Vergütung von Nacht- und Wochenenddiensten, die Vergütung der Rufbereitschaft als Hebamme im Krankenhaus und das Einkommen aus der Tätigkeit als angestellte Hebamme. Mit ihrem Einkommen aus der Tätigkeit als angestellte Hebamme waren 55 % der Hebammen unzufrieden oder sehr unzufrieden (Abbildung 107). In der Studie für Sachsen traf dies auf 59 % der ausschließlich angestellt tätigen Hebammen zu (Sander et al. 2019). Die aktuellen Befragungsergebnisse zeigen jedoch deutliche Unterschiede der Zufriedenheit zwischen Hebammen, die ihre angestellte Tätigkeit in Vollzeit ausüben, und solchen, die nur in Teilzeit tätig sind: Während 61 % der teilzeitbeschäftigten Hebammen mit ihrem Einkommen (sehr) unzufrieden sind, gilt dies nur für 46 % der vollzeitbeschäftigten.

Abbildung 107: Verteilung der Hebammen nach Zufriedenheit mit vergütungsbezogenen Aspekten der Tätigkeit im Krankenhaus, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Eine Ausnahme in den Zufriedenheitsangaben der Hebammen bildet die Kostenübernahme der Haftpflichtversicherung. Mit der Kostenübernahme der Prämien durch die Krankenhäuser waren die Hebammen zu 27 % sehr zufrieden und zu 49 % zufrieden.

Rund 34 % der Hebammen, die im Jahr 2018 in einem Angestelltenverhältnis tätig waren (n = 1.762), gaben an, dass sie für diese Tätigkeit eine über den Versicherungsschutz durch den Arbeitgeber hinausgehende Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen haben. Zwei Drittel dieser Hebammen machten Angaben zu der Höhe ihrer jährlichen Prämie für die Berufshaftpflichtversicherung (Tabelle 42).

Tabelle 42: Höhe der Prämien für Berufshaftpflichtversicherung für Angestelltentätigkeit nach Art der Tätigkeit pro Jahr, 2018

Art der Tätigkeit	Anzahl Hebammen	Median	Standardabw.
angestellt tätig insgesamt	396	680 €	274 €
davon ausschließlich angestellt tätig	126	679 €	240 €
davon angestellt und freiberuflich tätig	270	785 €	281 €

Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

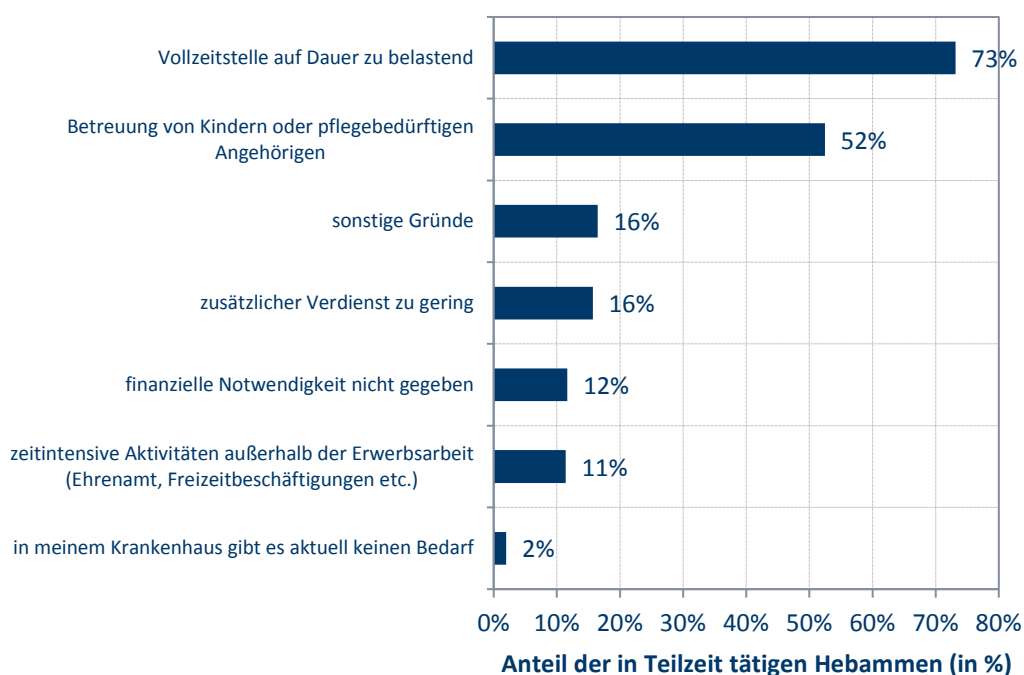
6.6 Ansätze zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Hebammen

Verbesserungsansätze sind einerseits in einem Abbau bestehender Hürden, andererseits in der Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu finden. Dafür werden im Folgenden zunächst die Gründe für die hohe Teilzeitquote angestellter Hebammen analysiert. In die gleiche Richtung gehen Gründe der Hebammen, ihre Arbeitszeit zukünftig reduzieren zu wollen. Die darauffolgenden Abschnitte beschreiben Verbesserungsansätze und Potenziale zur Erhöhung von Arbeitszeiten und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen.

Gründe für eine Teilzeittätigkeit

Der Hauptgrund dafür, dass die Hebammen in Teilzeit und nicht in Vollzeit tätig sind, ist die Belastung, die sie auf Dauer mit einer Vollzeittätigkeit verbinden; 73 % der in Teilzeit tätigen Hebammen nannten diesen Grund (Abbildung 108). Ebenfalls ein wichtiger Grund ist die Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen (52 %). Für 16 % ist der zusätzliche Verdienst bei Vollzeittätigkeit zu gering, für 12 % besteht keine finanzielle Notwendigkeit, die Arbeitszeit zu erhöhen.

Abbildung 108: Gründe für Teilzeittätigkeit, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

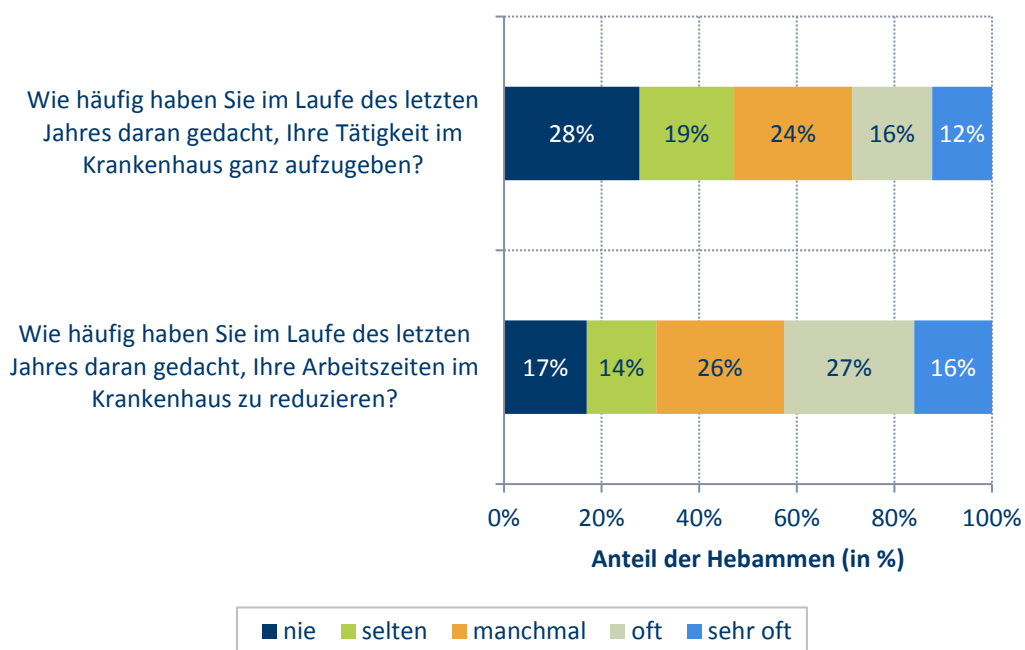
Anmerkung: n = 1.262 Hebammen, die entweder ganzjährig teilzeittätig waren oder unterjährig von Vollzeit- auf Teilzeittätigkeit gewechselt sind; keine Angabe = 44 Hebammen; Mehrfachnennungen waren möglich

Zusätzlich zu der hohen Teilzeitquote führt die hohe Arbeitsbelastung zu verstärkten Wünschen, die Arbeitszeit zu reduzieren.

Reduzierung der Arbeitszeit

Mehr als ein Viertel (28 %) der Hebammen haben nach eigenen Angaben im Laufe des letzten Jahres oft (16 %) oder sehr oft (12 %) daran gedacht, ihre Tätigkeit im Krankenhaus ganz aufzugeben, 24 % hatten diesen Gedanken „manchmal“ (Abbildung 109). Daran gedacht, zumindest die Arbeitszeiten im Krankenhaus zu reduzieren, haben im letzten Jahr 27 % der Hebammen oft und 16 % sehr oft.

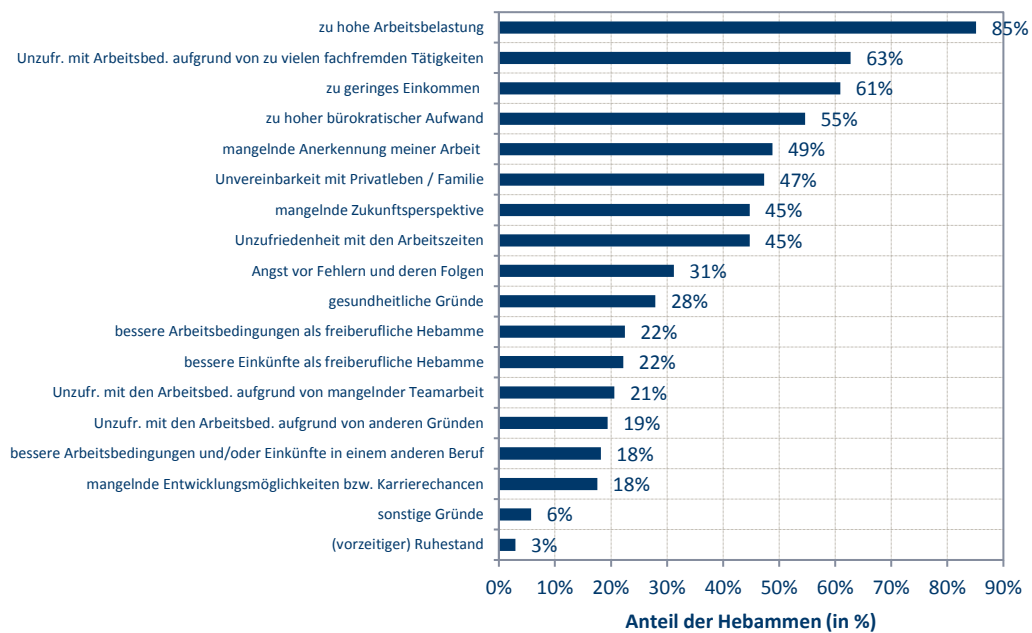
Abbildung 109: Verteilung der Hebammen nach Häufigkeit von Überlegungen zur Veränderung des Umfangs ihrer Tätigkeit im Krankenhaus, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung
Anmerkung: n = 2.108 Hebammen; keine Angabe = 9 Hebammen

Die überwiegende Mehrheit (85 %) der Hebammen, die angaben, im Laufe des letzten Jahres über eine Reduzierung oder Aufgabe der Tätigkeit als Hebamme im Krankenhaus (oft oder sehr oft) nachgedacht zu haben (n = 1.090 bzw. 52 % der Hebammen), führte als Grund dafür eine zu hohe Arbeitsbelastung an (Abbildung 110). Ebenfalls von mehr als der Hälfte der Hebammen genannt wurden die Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen aufgrund von zu vielen fachfremden Tätigkeiten (63 %), ein zu geringes Einkommen (61 %) und ein zu hoher bürokratischer Aufwand (55 %).

Abbildung 110: Häufigkeit von Gründen für Überlegungen zu Reduzierung oder Aufgabe der Tätigkeit als Hebamme im Krankenhaus, 2018



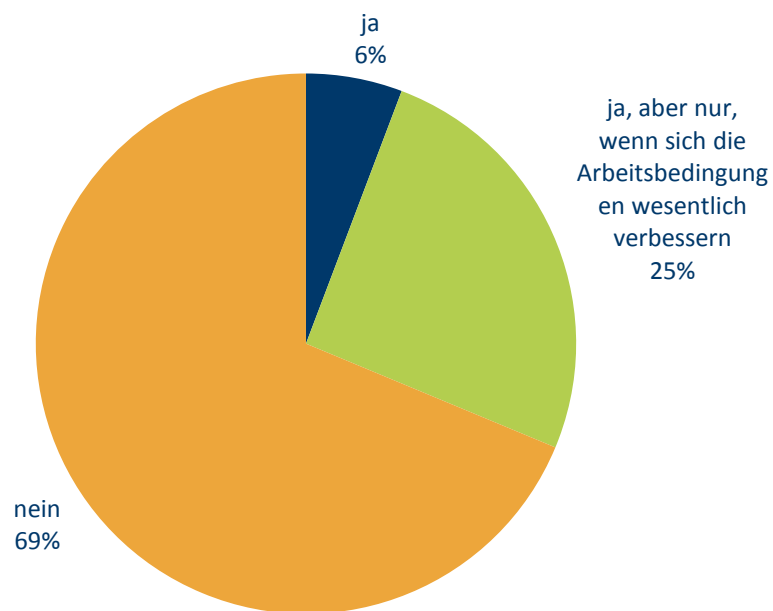
Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 1.082 Hebammen, die angaben, im Laufe des letzten Jahres daran gedacht zu haben, ihre Tätigkeit im Krankenhaus zu reduzieren oder ganz aufzugeben; keine Angabe = 9 Hebammen; Mehrfachnennungen waren möglich

Gründe gegen eine Erhöhung der Arbeitszeit

Nur für ein Drittel der Hebammen kommt dagegen eine Erhöhung der Arbeitszeit infrage, und dies überwiegend nur dann, wenn sich die Arbeitsbedingungen wesentlich verbessern. Rund zwei Drittel (69 %) der Hebammen, die bisher nicht Vollzeit im Krankenhaus tätig sind, gaben an, dass es für sie nicht infrage kommt, den Umfang ihrer Arbeitszeit zu erhöhen (Abbildung 111).

Abbildung 111: Verteilung der Hebammen nach Überlegungen zur Erhöhung des Umfangs ihrer Arbeitszeit im Krankenhaus, 2018

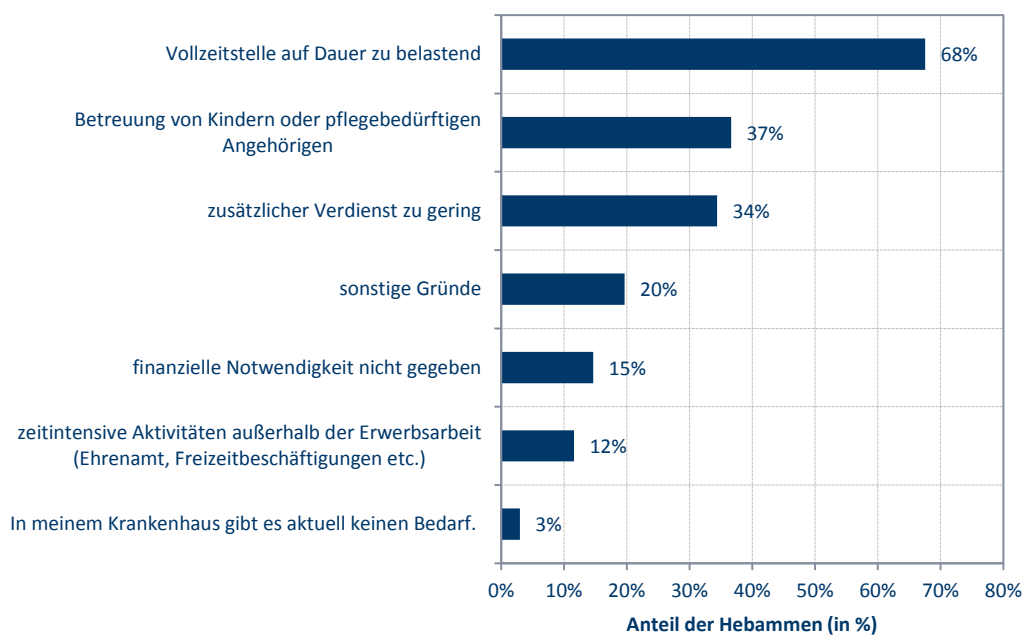


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 1.717 Hebammen, die entweder im Jahr 2018 in Teilzeit oder in Vollzeit tätig waren und dabei mindestens eine Tätigkeit außerhalb des Krankenhauses durchgeführt haben (vgl. Tabelle 20); keine Angabe = 16 Hebammen

Rund zwei Drittel (68 %) der Hebammen, die angaben, dass eine Erhöhung des Umfangs ihrer Arbeitszeit im Krankenhaus für sie nicht infrage kommt (n = 1.180), nannten als Grund dafür, dass eine Vollzeitstelle für sie auf Dauer zu belastend wäre (Abbildung 112). 37 % gaben an, die Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen würde sie von einer Arbeitszeiterhöhung abhalten, und für 34 % wäre der zusätzliche Verdienst, der mit einer Erhöhung verbunden wäre, zu gering.

Abbildung 112: Häufigkeit von Gründen für Überlegungen gegen eine Erhöhung des Umfangs der Arbeitszeit im Krankenhaus, 2018

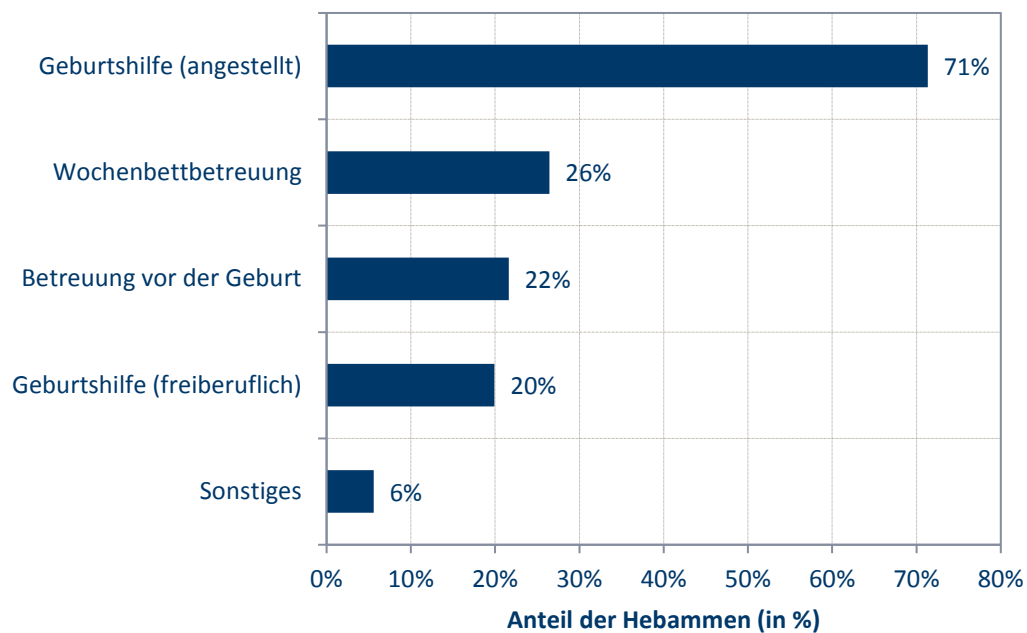


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 1.180 Hebammen, die angaben, dass eine Erhöhung des Umfangs ihrer Arbeitszeit im Krankenhaus für sie nicht infrage kommt; Mehrfachnennungen waren möglich

Für die Hebammen, für die eine Erhöhung in Frage kommt, ist der meistgenannte Tätigkeitsbereich (71 %) die Geburtshilfe im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses (Abbildung 113). Die Wochenbettbetreuung (26 %), die Betreuung vor Geburt (22 %) und die freiberufliche Geburtshilfe (20 %) wurden deutlich seltener angeführt.

Abbildung 113: Häufigkeit der bevorzugten Tätigkeitsbereiche für eine Erhöhung des Umfangs der Arbeitszeit, 2018



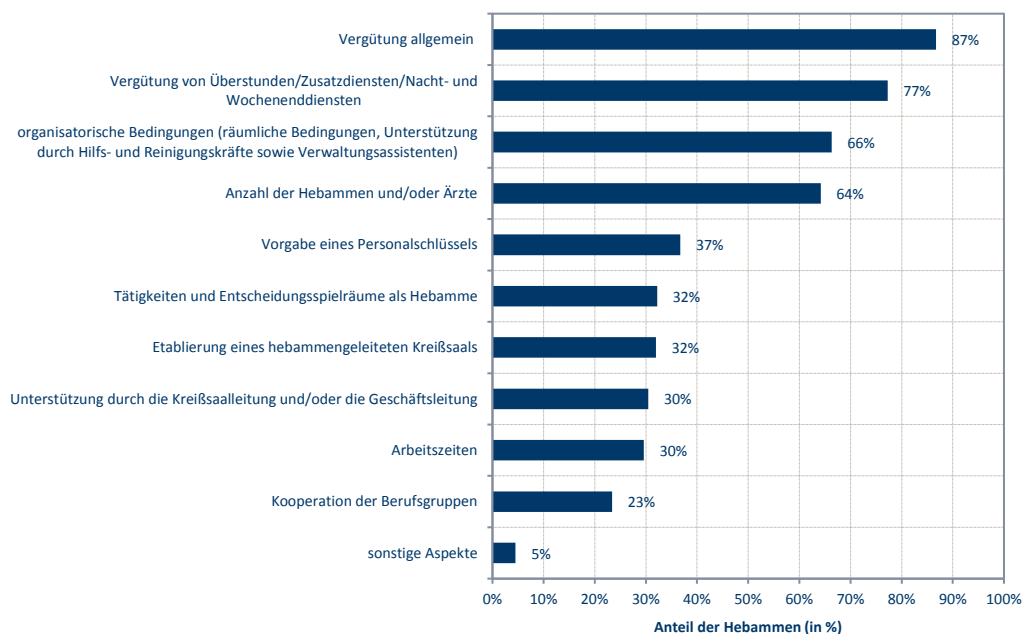
Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 537 Hebammen, die angaben, dass eine Erhöhung des Umfangs ihrer Arbeitszeit im Krankenhaus für sie infrage kommt oder dann infrage kommt, wenn sich die Arbeitsbedingungen wesentlich verbessern; Mehrfachnennungen waren möglich

Der Umfang einer möglichen Erhöhung liegt im Durchschnitt bei ca. 8 Wochenstunden (Standardabweichung 5 Wochenstunden; ohne Abbildung).

Die überwiegende Mehrheit (87 %) der Hebammen, die angaben, dass eine Erhöhung des Umfangs ihrer Arbeitszeit im Krankenhaus für sie infrage kommt oder dann infrage kommt, wenn sich die Arbeitsbedingungen wesentlich verbessern und angaben, dass eine Erhöhung für sie am ehesten in Bezug auf die Geburtshilfe (angestellt oder freiberuflich) infrage kommt, nannte die Vergütung im Allgemeinen als Aspekt der Tätigkeit, der sich verbessern müsste, damit sie ihre Arbeitszeit erhöhen würden (Abbildung 114). Ebenfalls von mehr als der Hälfte der Hebammen genannt wurden die Vergütung von Überstunden/Zusatzdiensten/Nacht- und Wochenenddiensten (77 %), organisatorische Bedingungen (räumliche Bedingungen, Unterstützung durch Hilfs- und Reinigungskräfte sowie Verwaltungsassistenten) (66 %) und die Anzahl der in dem Krankenhaus tätigen Hebammen und/oder Ärzte (64 %).

Abbildung 114: Häufigkeit der genannten Tätigkeitsaspekte, deren Verbesserung für eine Erhöhung der Arbeitszeit für notwendig erachtet wird, 2018

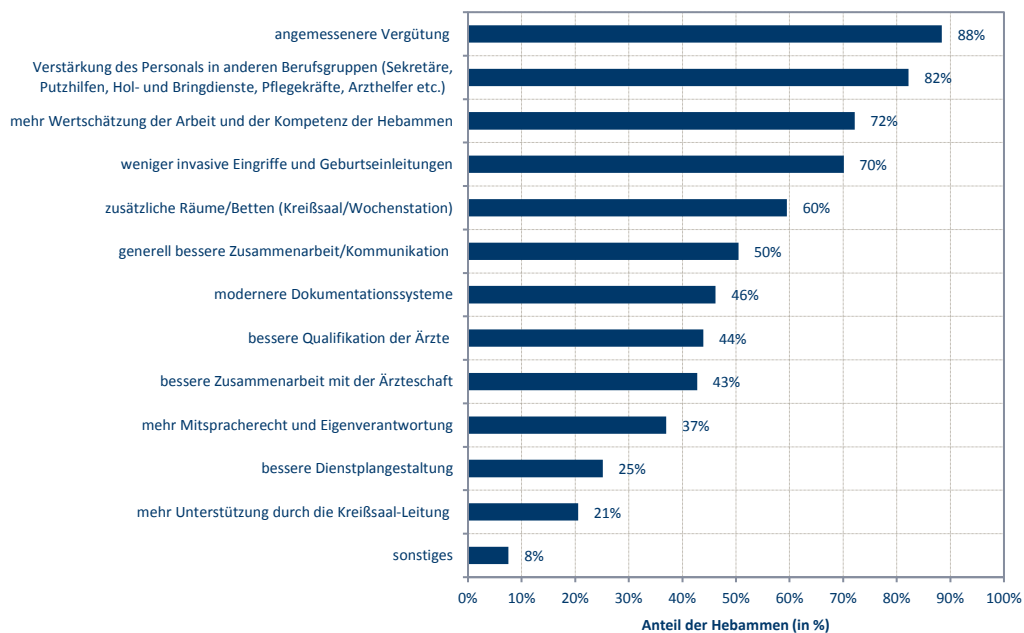


Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 466 Hebammen, die angaben, dass eine Erhöhung des Umfangs ihrer Arbeitszeit im Krankenhaus für sie infrage kommt oder dann infrage kommt, wenn sich die Arbeitsbedingungen wesentlich verbessern und angaben, dass eine Erhöhung für sie am ehesten in Bezug auf die Geburtshilfe (angestellt oder freiberuflich) infrage kommt; keine Angabe = 1 Hebamme; Mehrfachnennungen waren möglich

Die meistgenannten Maßnahmen, jenseits von Personalvorgaben, die nach Ansicht der Hebammen zu einer Verbesserung der Arbeitssituation beitragen könnten, sind eine angemessene Vergütung (88 %), die Verstärkung des Personals in anderen Berufsgruppen, wie Putzhilfen und Pflegekräften (82 %), eine höhere Wertschätzung der Arbeit und der Kompetenz der Hebammen (72 %) und weniger invasive Eingriffe und Geburtseinleitungen (70 %) (Abbildung 115).

Abbildung 115: Häufigkeit der genannten Maßnahmen, die jenseits von Personalbesetzungsvorgaben zu einer Verbesserung der Arbeitssituation beitragen könnten, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

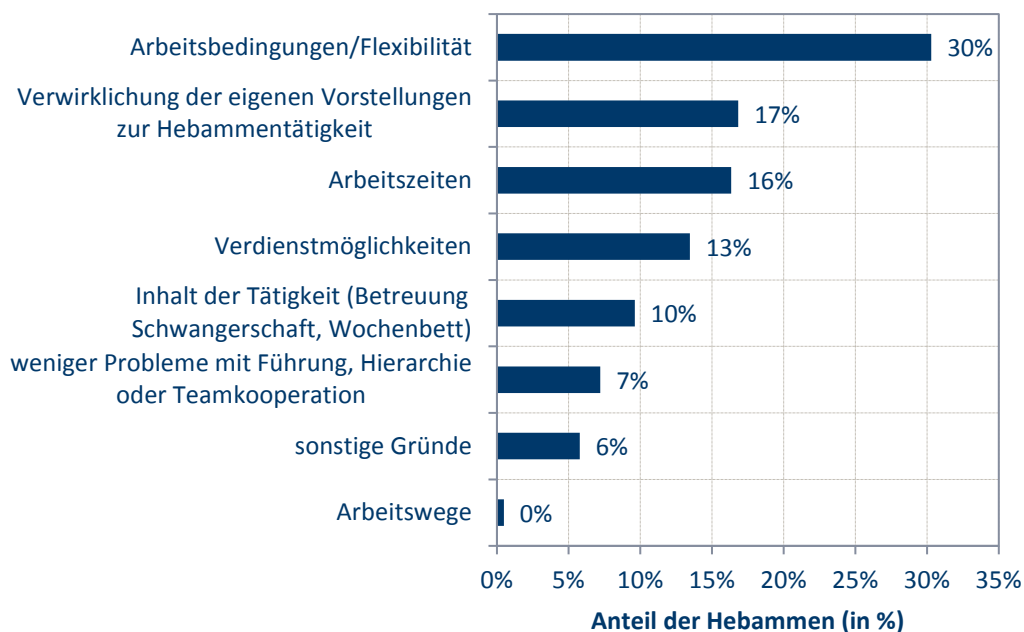
Anmerkung: n = 2.117; Mehrfachnennungen waren möglich

Ansätze zur Verbesserung der Arbeitssituation

Die bisherige Darstellung von Verbesserungspotenzial bezog sich auf die Erhöhung von Arbeitszeiten. Zusätzlich wurden die Hebammen befragt, was zu einer Verbesserung der Arbeitssituation allgemein beitragen würde.

Weitere Hinweise zur Verbesserung der Arbeitssituation der Hebammen geben Antworten zu den Vorteilen der freiberuflichen Tätigkeit. Diese Aspekte können auch im klinischen Umfeld gestärkt werden. So nannte knapp ein Drittel (30 %) der Hebammen, für die eine Erhöhung des Umfangs ihrer Arbeitszeit eher in Bezug auf die Betreuung vor der Geburt oder die Wochenbettbetreuung infrage kommt (vgl. Abbildung 113), die Flexibilität als Grund dafür, dass die Betreuung vor Geburt und die Wochenbettbetreuung für sie attraktiver sind als die Geburtshilfe (Abbildung 116). Des Weiteren oft angeführt wurden die Verwirklichung der eigenen Vorstellungen zur Hebammentätigkeit (17 %), die Arbeitszeiten (16 %) und die Verdienstmöglichkeiten (13 %).

Abbildung 116: Häufigkeit der genannten Gründe, warum die Betreuung von Frauen während der Schwangerschaft und im Wochenbett von Hebammen als attraktiver gesehen wird als die Geburtshilfe, 2018



Quelle: IGES auf Basis der Hebammenbefragung

Anmerkung: n = 208 Hebammen, die angaben, dass eine Erhöhung des Umfangs ihrer Arbeitszeit im Krankenhaus für sie infrage kommt oder dann infrage kommt, wenn sich die Arbeitsbedingungen wesentlich verbessern, und angaben, dass eine Erhöhung für sie am ehesten in Bezug auf die Betreuung vor der Geburt oder die Wochenbettbetreuung infrage kommt; keine Angabe = 1 Hebamme; Mehrfachnennungen waren möglich

6.7 Zusammenfassung und Zwischenfazit

Beschreibung der Befragungsteilnehmer

Insgesamt haben 2.264 Hebammen aus 483 Geburtskliniken an der Befragung teilgenommen. Das entspricht einer Rücklaufquote von 20,2 % der ca. 11.200 in Krankenhäusern tätigen Hebammen von 70,9 % aller Kliniken. Der überwiegende Teil der im Krankenhaus tätigen Hebammen (83 %) war im Jahr 2018 dort angestellt tätig, die Mehrheit von ihnen war zusätzlich auch freiberuflich aktiv (44 % aller im Krankenhaus tätigen Hebammen). Ausschließlich freiberuflich im Krankenhaus tätig waren 17 % der Hebammen.

Insgesamt 72 % der Hebammen sind an dem Krankenhaus, an dem sie gegenwärtig tätig sind, bereits seit mehr als drei Jahren tätig, ein Drittel der Hebammen ist dort sogar bereits seit mehr als 15 Jahren tätig. Insgesamt 13 % der Hebammen waren im Jahr 2018 in einer leitenden Funktion tätig, darunter 5 % in Form der Kreißsaalleitung und jeweils 4 % als leitende Hebamme bzw. in einer sonstigen leitenden Funktion. Der wichtigste Grund für die Tätigkeit im Angestelltenverhältnis war, dass für die Hebammen die Begleitung einer Geburt der wesentliche Bestandteil des Hebammenberufs darstellt (84 %).

Arbeitszeit und Arbeitsbelastung

Die Teilzeitquote unter den im Krankenhaus angestellten Hebammen ist mit rund 61 % ähnlich hoch wie bei den in der Altenpflege tätigen Frauen (60 %) und damit deutlich höher als im Durchschnitt der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Frauen insgesamt (48 %) oder auch im Gesamtbereich der Krankenpflege (49 %) (BA 2019). Nur etwa ein Drittel der angestellten Hebammen arbeitete im Jahr 2018 in Vollzeit, rund 6 % haben unterjährig – überwiegend von Vollzeit in Teilzeit – gewechselt. Für fast drei Viertel der in Teilzeit tätigen Hebammen ist die Arbeitsbelastung einer Vollzeittätigkeit der Hauptgrund, nur in Teilzeit zu arbeiten.

Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit aller Hebammen im Angestelltenverhältnis (Voll- und Teilzeit) lag bei 28,4 Stunden und damit unter dem Durchschnitt aller erwerbstätigen Frauen (30,9 Stunden⁴⁷). Unabhängig vom unterdurchschnittlichen Niveau hat sich bei etwas mehr als einem Drittel (35 %) der Hebammen die Wochenarbeitszeit im Angestelltenverhältnis in den vergangenen drei Jahren erhöht, während sie sich für nur weniger als 10 % verringerte.

Aus der Befragung ergibt sich für die angestellten Hebammen eine Anzahl von durchschnittlich 12,6 Überstunden monatlich. Nur 7 % der Hebammen konnten ihre Dokumentationsaufgaben immer während der Arbeitszeit erledigen, und nur 2 % der Hebammen konnten immer die vorgeschriebenen bzw. vereinbarten Ruhepausen in Anspruch nehmen, 45 % dagegen nur selten. Andererseits berichtete knapp die Hälfte (48 %) der Hebammen von Leerlaufzeiten, in denen sie anwesend sind, ohne Frauen bzw. Gebärende zu betreuen. Diese Leerlaufzeiten hatten einen

⁴⁷ Quelle: Statistisches Bundesamt, https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2018/11/PD18_424_133.html (Abruf: 06.09.2019).

Umfang von durchschnittlich 11,5 % der Arbeitszeit, wobei der Anteil in kleinen Kliniken (weniger als 500 Geburten p.a.) höher war (16,4 %).

An durchschnittlich 4,5 Tagen im Monat leisten die (in Voll- und Teilzeit) angestellten Hebammen Nachtdienst, an durchschnittlich 3,9 Tagen Wochenenddienst. Geringer ist die durchschnittliche Belastung durch Rufbereitschaftsdienste (1,4 Tage monatlich). Allerdings gibt es große Schwankungen um diese Mittelwerte. Zwischen 20 % und 30 % der Hebammen waren mit der Anzahl der jeweiligen Dienste (sehr) unzufrieden.

Das Verhältnis von Hebammen und gleichzeitig zu betreuenden Frauen im Kreißaal beträgt während einer üblichen Schicht durchschnittlich etwa 1:3, für ein Viertel der Hebammen sind es mehr als drei Frauen. Günstiger ist das Verhältnis mit durchschnittlich 1:2 bei den aktiv Gebärenden, lediglich 2 % der Hebammen müssen während einer üblichen Schicht mehr als drei aktiv Gebärende gleichzeitig betreuen. In einer Schicht mit überdurchschnittlich hoher Gebärendenzahl – dies betrifft durchschnittlich 28 % aller Schichten – sind es jedoch ein Drittel der Hebammen, die mehr als drei aktiv Gebärende gleichzeitig zu betreuen haben, und sogar 85 % der Hebammen, die mehr als drei Frauen gleichzeitig betreuen. Dabei sind die Betreuungsverhältnisse für Hebammen in großen Kliniken (mit mehr als 1.000 Geburten im Jahr), in Perinatal-Zentren (Level 1) und in Großstädten häufig ungünstiger als der Durchschnitt bzw. in kleineren Kliniken und in ländlichen Regionen günstiger. Eine 1:1-Betreuung halten 71 % der Hebammen für angemessen, 27 % von ihnen auch eine 1:2-Betreuung.

Neben den Kernaktivitäten im Kreißaal erstreckt sich das Tätigkeitsspektrum für die meisten Hebammen (82 %) auch auf die Ambulanz, für mehr als die Hälfte (54 %) auf Hebammensprechstunden und für zwei Drittel auf weitere Bereiche. Insgesamt gibt es nur wenig Entlastung im Krankenhaus von fachfremden Tätigkeiten: Nur 36 % der Hebammen berichten, dass ein Reinigungsdienst rund um die Uhr verfügbar sei, dagegen gibt es für 45 % der Hebammen keinerlei Hilfspersonal im Kreißaal und für 56 % keinerlei Verwaltungsassistenz.

Arbeitszufriedenheit

Die in Krankenhäusern tätigen Hebammen sind hinsichtlich zahlreicher Bereiche mit ihrer Arbeit nur wenig zufrieden.

- ◆ So lag für mehr als drei Viertel (77 %) der angestellt tätigen Hebammen die Arbeitszeit (deutlich) höher als gewünscht und fast die Hälfte (48 %) waren (sehr) unzufrieden mit den gegebenen Möglichkeiten zum Überstundenabbau. Deutlich seltener unzufrieden mit ihrer Arbeitszeit waren die Hebammen, die neben ihrem Anstellungsverhältnis auch noch freiberuflich als Hebamme tätig waren (wobei unter ihnen auch die Teilzeitquote mit 66 % überdurchschnittlich hoch war).
- ◆ Eine häufige Unzufriedenheit gibt es auch im Hinblick auf die Personalsituation in den Kliniken: Knapp die Hälfte (47 %) der Hebammen sind (sehr) unzufrieden mit der Anzahl der Hebammen, 41 % mit der Anzahl

des Servicepersonals (Reinigung, Verwaltung, Hol-/Bringdienste) und 40 % mit der Anzahl der Ärzte. Darüber hinaus waren deutlich mehr als die Hälfte (58 %) der Hebammen mit dem Engagement der Klinikleitungen bei der Personalrekrutierung (sehr) unzufrieden.

- ◆ In den letzten drei Jahren hat sich die Zufriedenheit mit dem eigenen Aufgabenspektrum bei fast der Hälfte der Hebammen (47 %) verringert und bei nur 19 % von ihnen erhöht.
- ◆ Eine (hohe) Unzufriedenheit lässt sich auch in Bezug auf die Anerkennung der eigenen Arbeit (42 % der Hebammen), auf die Arbeitsbedingungen (39 %) und auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf (33 %) feststellen.
- ◆ Mehr als die Hälfte (55 %) der Hebammen finden, dass sie zu wenig Zeit für eine adäquate Betreuung der Frauen in der Geburtsklinik haben. Rund 40 % der Hebammen bemängeln eine unangemessene Pathologisierung und/oder Medikalisierung der Geburt, 70 % von ihnen befürwortet weniger invasive Eingriffe und Geburtseinleitungen. Mehr als ein Fünftel (22 %) der Hebammen würden ihren Beruf wahrscheinlich nicht noch einmal wählen.
- ◆ Schließlich gilt eine (hohe) Unzufriedenheit auch mit Blick auf das Einkommen: Mehr als die Hälfte (55 %) der Hebammen sind mit ihrem Angestelltegehalt (sehr) unzufrieden. Der Nettojahresverdienst einer Hebamme aus einer Vollzeit-Angestelltentätigkeit lag im Jahr 2018 durchschnittlich bei ca. 27.000 Euro (Teilzeit: 18.000 Euro). Noch deutlich häufiger ist eine (hohe) Unzufriedenheit mit der Vergütung von Nacht-, Wochenend- und Extra-Diensten sowie von Rufbereitschaften (jeweils zwischen 60 % und 67 % der Hebammen).
- ◆ Hingegen waren nur relativ geringe Anteile der Hebammen (zwischen 9 % und 18 %) unzufrieden mit dem Arbeitsverhältnis zu Ärzten (Kooperation, Hierarchie, Vertrauen in Kompetenz der Hebammen).

An eine Reduzierung ihrer Arbeitszeit haben im Laufe des letzten Jahres 43 % der Hebammen oft oder sehr oft gedacht, 28 % der Hebammen sogar an die vollständige Aufgabe ihrer beruflichen Tätigkeit. Als Hauptgründe hierfür wurden von den Hebammen eine zu hohe Arbeitsbelastung (85 %), die Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen aufgrund von zu vielen fachfremden Tätigkeiten (63 %) und ein zu geringes Einkommen (61 %) genannt. Eine Erhöhung der Arbeitszeit wäre für knapp ein Drittel der Hebammen denkbar, aber nur unter der Voraussetzung, dass sich die Arbeitsbedingungen wesentlich verbessern.

Ansätze zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen

Die Arbeitsbedingungen haben sich in den letzten drei Jahren zwar nach Einschätzung von einem Viertel der Hebammen leicht oder stark verbessert, für mehr als

die Hälfte (53 %) aber leicht oder stark verschlechtert. Im Hinblick auf die Personalausstattung halten sich Verbesserungen und Verschlechterungen der Situation nach Einschätzung der Hebammen in etwa die Waage.

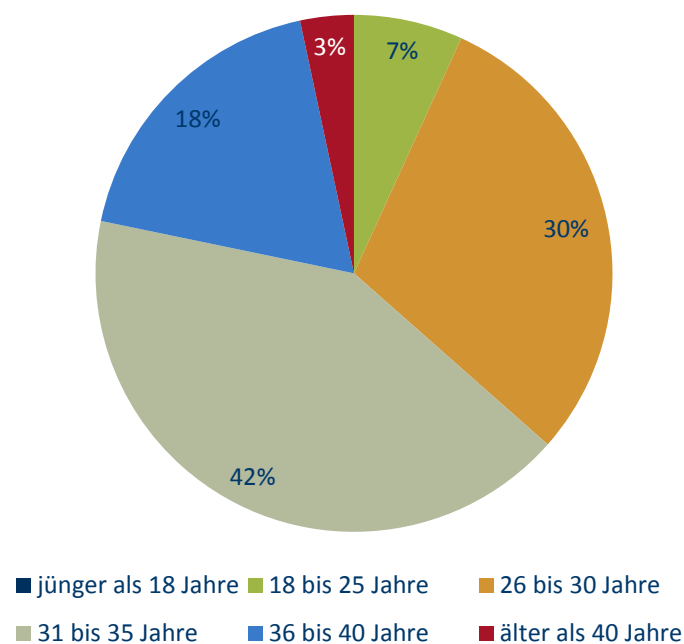
Für jeweils mehr als 80 % der Hebammen sind – neben einer besseren Personalausstattung in der eigenen Berufsgruppe – eine höhere Vergütung und Personalverstärkungen in anderen Berufsgruppen die wichtigsten Maßnahmen, um ihre Arbeitssituation zu verbessern.

7. Ergebnisse der Mütterbefragung

7.1 Soziodemographische Charakteristika der befragten Mütter

Rund 42 % der befragten Mütter waren zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 31 und 35 Jahre alt, etwa jede fünfte Mutter älter als 35 Jahre, rund 30 % zwischen 26 und 30 Jahre alt und lediglich 7% waren zum Zeitpunkt der Befragung 25 Jahre oder jünger (Abbildung 117).

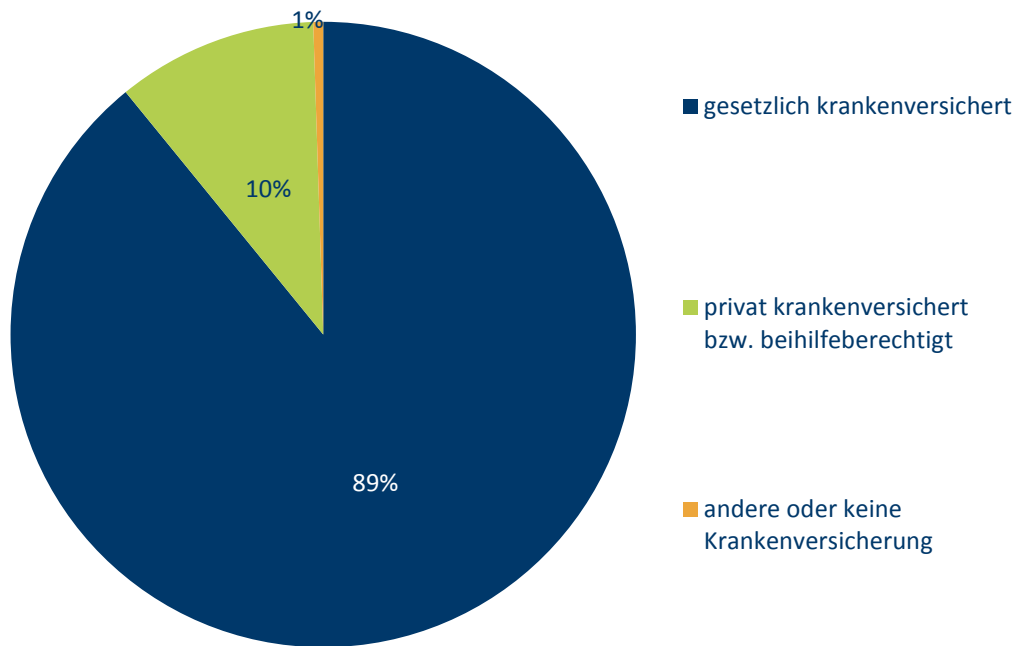
Abbildung 117: Alter der befragten Mütter zum Zeitpunkt der Befragung



Quelle: IGES auf Basis der Mütterbefragung
Anmerkung: n = 1.761 Mütter; keine Angabe = 9 Mütter

Die Verteilung der Mütter nach Versichertenstatus entspricht in etwa derjenigen der Gesamtbevölkerung: 89 % von ihnen waren gesetzlich krankenversichert, 10 % privat und 1 % nicht oder anderweitig versichert (Abbildung 118).

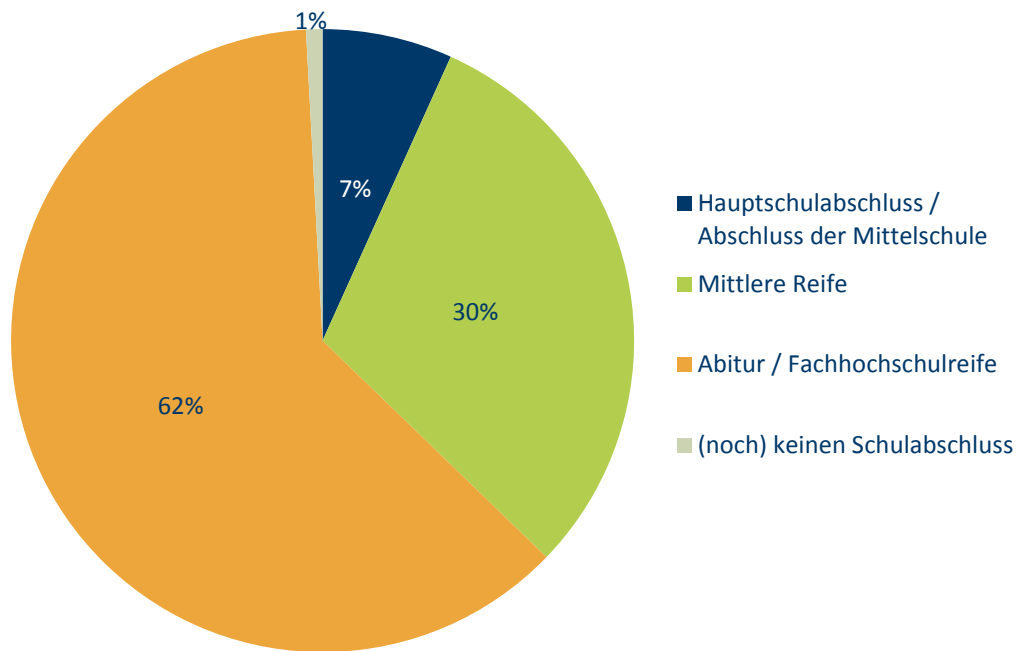
Abbildung 118: Verteilung der befragten Mütter nach Art der Krankenversicherung



Quelle: IGES auf Basis der Mütterbefragung
Anmerkung: n = 1.764 Mütter; keine Angabe = 9 Mütter

Rund 62 % der befragten Mütter hatten als höchsten Schulabschluss eine (Fach-) Hochschulreife, knapp jede dritte die Mittlere Reife (30 %), rund 7 % einen Abschluss der Mittelschule bzw. einen Hauptschulabschluss und 1 % besaß zum Zeitpunkt der Befragung (noch) keinen Schulabschluss (Abbildung 119).

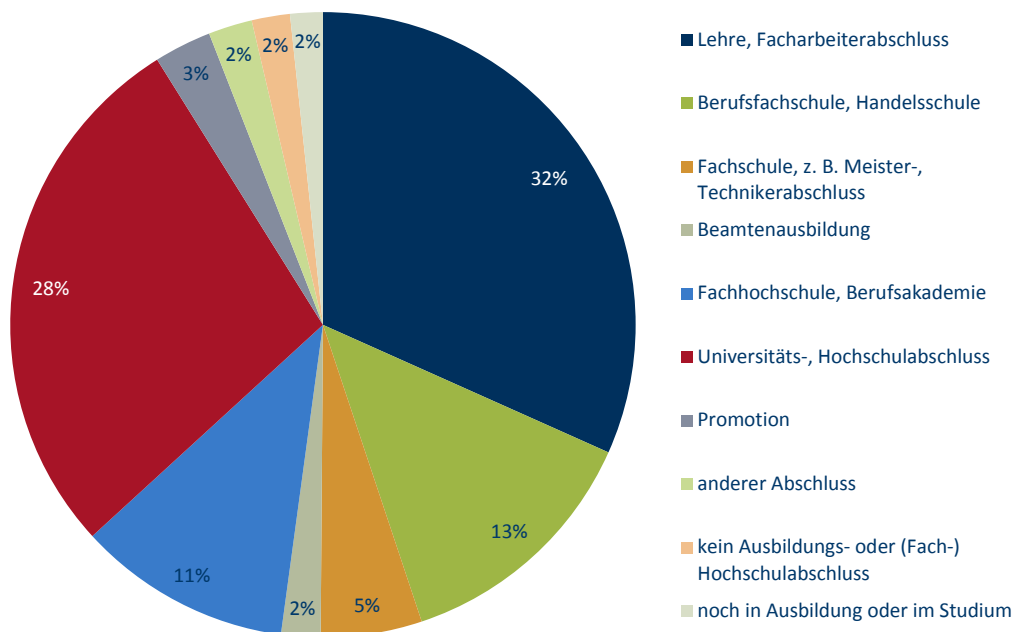
Abbildung 119: Verteilung der befragten Mütter nach dem höchsten Schulabschluss



Quelle: IGES auf Basis der Mütterbefragung
Anmerkung: n = 1.762 Mütter

Rund 42 % der befragten Mütter hatten einen (Fach-)Hochschulabschluss oder eine Promotion, etwa jede dritte Befragte einen Facharbeiterabschluss bzw. eine abgeschlossene Lehre (32 %), knapp jede fünfte einen Abschluss einer Berufsfachschule, Handelsschule oder einer anderen Fachschule (z. B. Meisterabschluss) (18 %). Jeweils ein kleiner Teil der befragten Mütter befand sich noch in Ausbildung oder im Studium, besaß keinen oder einen anderen Abschluss als die hier aufgeführten (jeweils 2 %) (Abbildung 120).

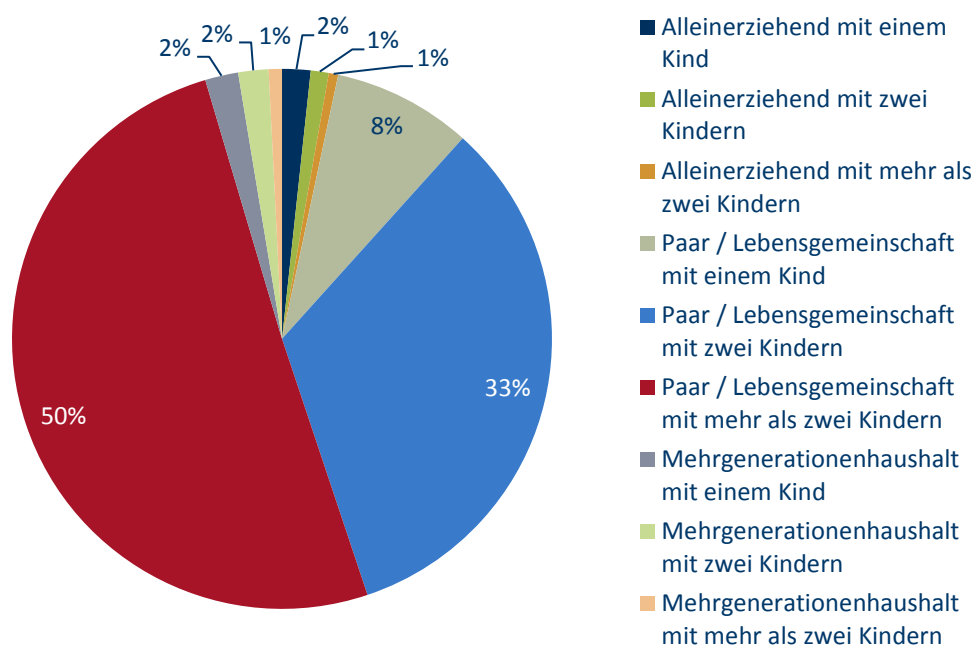
Abbildung 120: Verteilung der befragten Mütter nach dem höchsten Ausbildungs- oder Fach-/Hochschulabschluss



Quelle: IGES auf Basis der Mütterbefragung
Anmerkung: n = 1.720 Mütter

Der überwiegende Teil der befragten Mütter gab an, in einer Paar- bzw. Lebensgemeinschaft zu leben (91 %), etwa 5 % in einem Mehrgenerationenhaushalt und weitere rund 3 % waren alleinerziehend (Abbildung 121). Bei mehr als jeder zweiten befragten Mutter (in Lebensgemeinschaft oder alleinerziehend) lebten mehr als zwei Kinder im Haushalt (52 %). Mehr als jede dritte Mutter lebte in einem Haushalt mit zwei Kindern (36 %). Rund 12 % der befragten Mütter gaben an, mit einem Kind im Haushalt zu leben. Dieser Anteil ist in den dünn besiedelten ländlichen Kreisen noch einmal deutlich geringer (7 %).

Abbildung 121: Verteilung der befragten Mütter nach Haushaltsstruktur



Quelle: IGES auf Basis der Mütterbefragung
Anmerkung: n = 1.765 Mütter

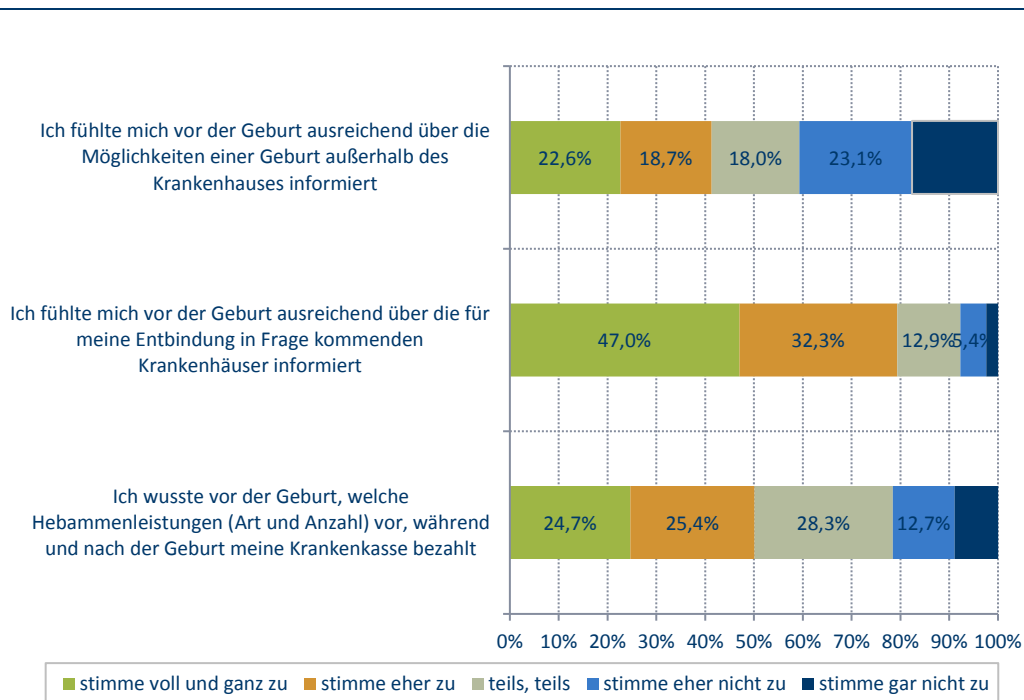
Rund 13 % der befragten Mütter sind nicht in Deutschland geboren. Etwa jede fünfte Befragte hat mindestens einen Elternteil, der nicht in Deutschland geboren ist, und rund 7 % besitzen nicht die deutsche Staatsangehörigkeit.

7.2 Versorgungsaspekte vor der Entbindung und Wahl des Geburtsortes

7.2.1 Informiertheit und Erfahrungen der Mütter während der Schwangerschaft

Knapp die Hälfte der Mütter fühlte sich vor der Geburt ausreichend über die für ihre Entbindung in Frage kommenden Krankenhäuser informiert (47 %) (Abbildung 122). Dagegen stimmten jeweils weniger als ein Fünftel der Mütter der Aussage voll und ganz zu, dass sie sich vor der Geburt über die Erstattungsfähigkeit von Hebammenleistungen (24,7 %) bzw. ausreichend über die Möglichkeiten einer Geburt außerhalb des Krankenhauses informiert fühlten (22,6 %).

Abbildung 122: Verteilung der befragten Mütter nach eigener Einschätzung der Informiertheit über Hebammenleistungen (in %)

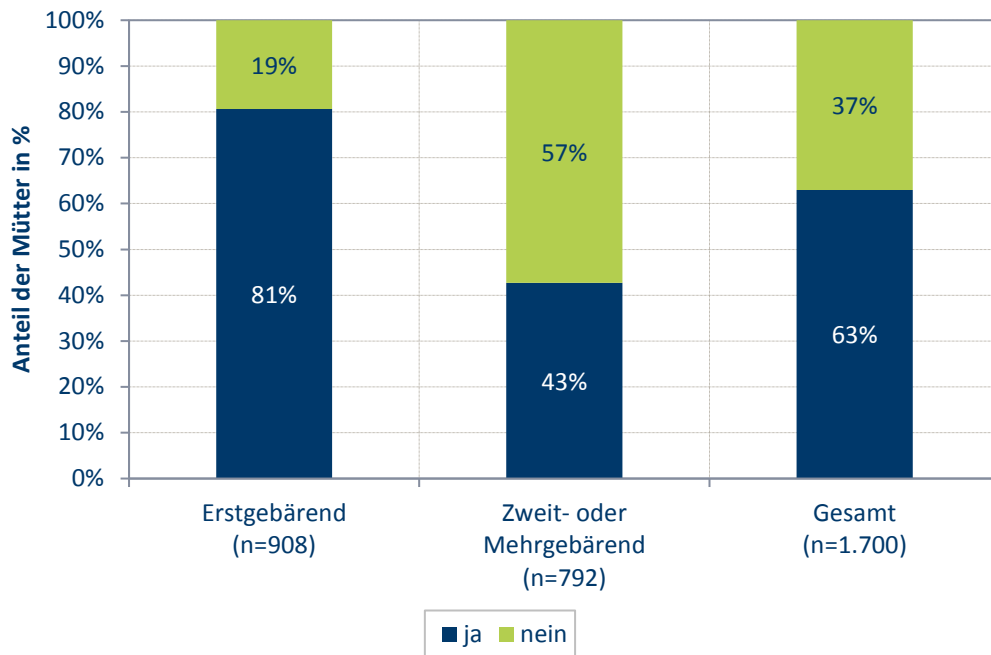


Quelle: IGES auf Basis der Mütterbefragung
Anmerkung: n = 1.738 Mütter; keine Angaben = 29 Mütter

Rund 73 % der befragten Mütter wurden laut eigener Aussage bereits in der Schwangerschaft von einer Hebamme betreut.

Etwa 63 % der Mütter haben an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen (Abbildung 123). Unter den Erstgebärenden war der Anteil höher (81 %), unter den Zweit- oder Mehrgebärenden war der Anteil im Vergleich dazu nur etwa halb so hoch (43 %).

Abbildung 123: Verteilung der befragten Mütter nach Inanspruchnahme eines Geburtsvorbereitungskurses und nach Erst- bzw. Zweit-/Mehrgebärenden (in %)



Quelle: IGES auf Basis der Mütterbefragung

Anmerkung: n = 1.700 Mütter; keine Angabe = 62 Mütter

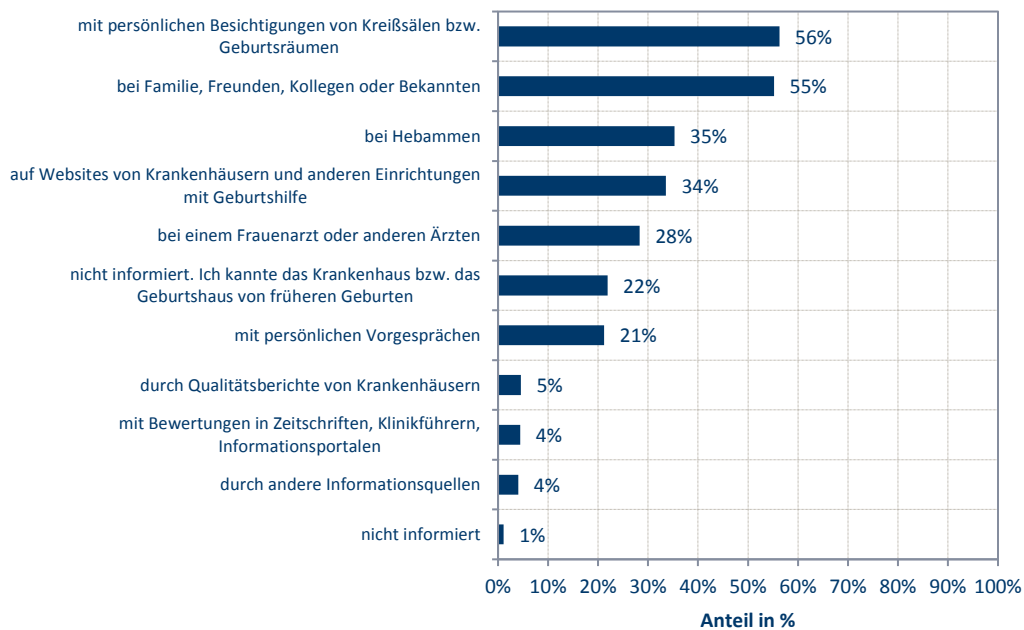
Rund 78 % der befragten Mütter gaben an, keine Komplikationen in ihrer Schwangerschaft gehabt zu haben.

7.2.2 Wahl des Geburtsortes

Die am häufigsten genutzten Informationsquellen waren für die Mütter die Erfahrungen des direkten Umfelds (55 %) sowie die persönliche Besichtigung von Geburtsräumen (56 %) (Abbildung 124). Mehr als jede dritte Befragte gab an, sich direkt bei Hebammen für die Wahl ihres Geburtsortes informiert zu haben (35 %). Ähnliches gilt für die Nutzung von Klinik-Websites zur Informationsbeschaffung (34 %). Rund 28 % informierten sich nach eigenen Angaben bei einem Frauenarzt. Jede fünfte befragte Mutter gab an, sich in Form von persönlichen Vorgesprächen informiert zu haben (21 %). Eine deutlich geringere Bedeutung werden Qualitätsberichten von Krankenhäusern (5 %) sowie Bewertungen in Zeitschriften oder Informationsportalen (4 %) beigemessen.

Etwa jede fünfte Mutter (22 %) sah sich aufgrund früherer Geburten bereits ausreichend informiert und verzichtete auf eine erneute Informationsbeschaffung.

Abbildung 124: Verteilung der befragten Mütter nach Informationsquellen für die Wahl des Geburtsortes

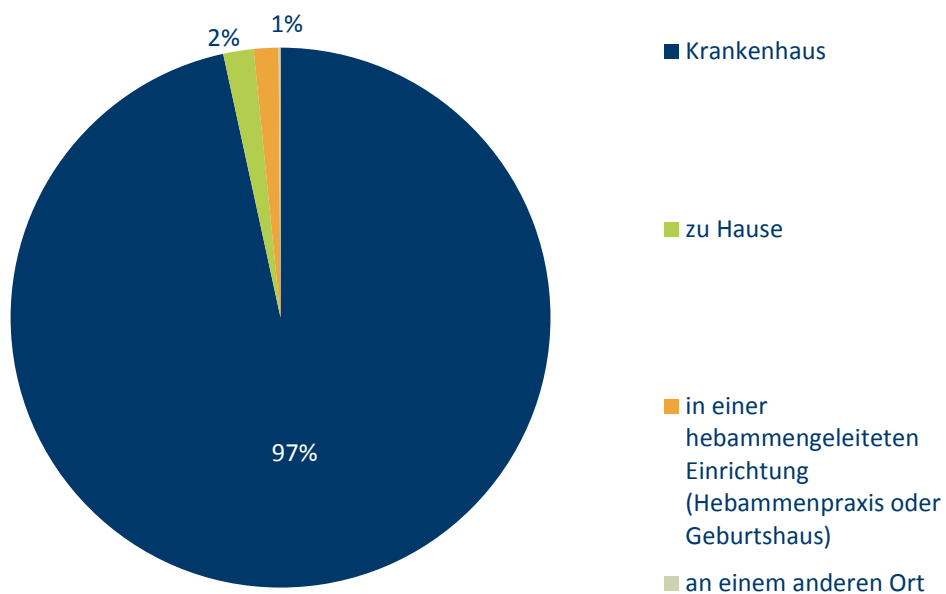


Quelle: IGES auf Basis der Mütterbefragung

Anmerkung: n = 1.759 Mütter, Mehrfachnennungen möglich

Die überwiegende Mehrheit der befragten Mütter (97 %) gab an, in einem Krankenhaus entbunden zu haben (Abbildung 125). Rund 2 % haben nach eigenen Angaben zu Hause und lediglich 1 % in einer hebammengeleiteten Einrichtung entbunden. Dies entspricht weitgehend den Anteilswerten, die sich aus der amtlichen Statistik ergeben.

Abbildung 125: Verteilung der befragten Mütter nach Geburtsort

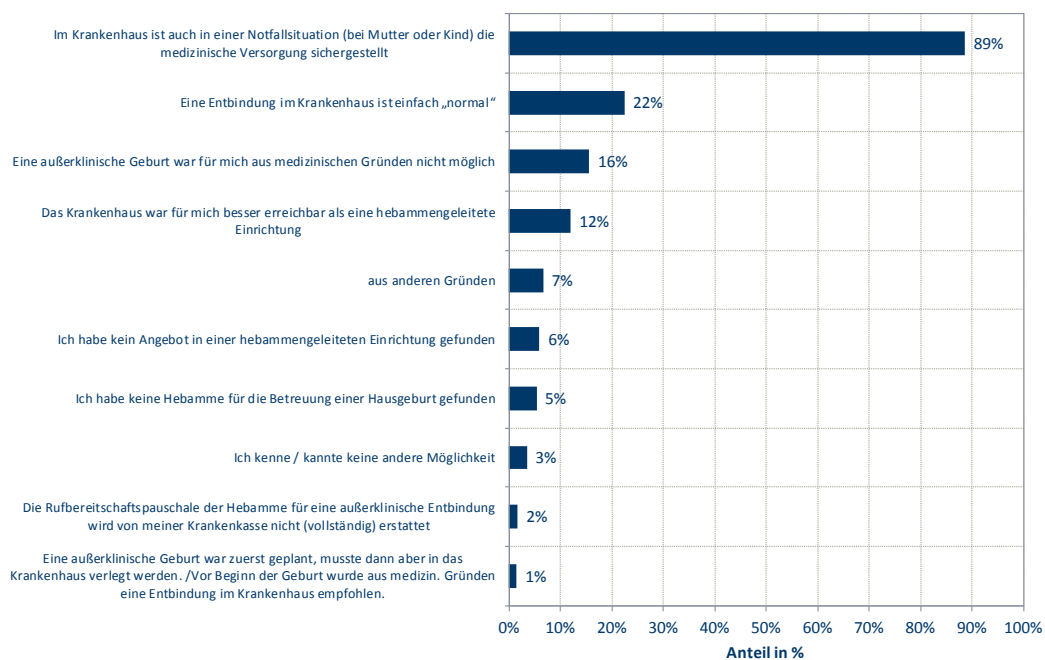


Quelle: IGES auf Basis der Mütterbefragung

Insgesamt gibt es keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Geburtsorten, für die sich die befragten Mütter entschieden haben, und den Orten, an denen sie tatsächlich entbunden haben. Das Krankenhaus als Geburtsort wurde lediglich im Ausmaß von einem Prozentpunkt seltener als Wunschgeburtsort angegeben, als es tatsächlich der Ort der Entbindung geworden ist.

Bei der Wahl eines Krankenhauses als Geburtsort hatte für 89 % der Mütter die Sicherstellung einer medizinischen Versorgung im Notfall die größte Bedeutung (Abbildung 126). Es folgt mit Abstand die Begründung, eine Geburt in einem Krankenhaus sei der „Normalfall“ (22 %). Bei rund 16 % war eine außerklinische Geburt aus medizinischen Gründen nicht möglich und rund 12 % bezeichneten die bessere Erreichbarkeit eines Krankenhauses im Vergleich zu hebammengeleiteten Einrichtungen als ausschlaggebend. Weiterhin gaben 5 % der Mütter an, keine Hebamme für eine Hausgeburt gefunden zu haben.

Abbildung 126: Verteilung der befragten Mütter nach den Gründen für die Wahl des Krankenhauses als Geburtsort

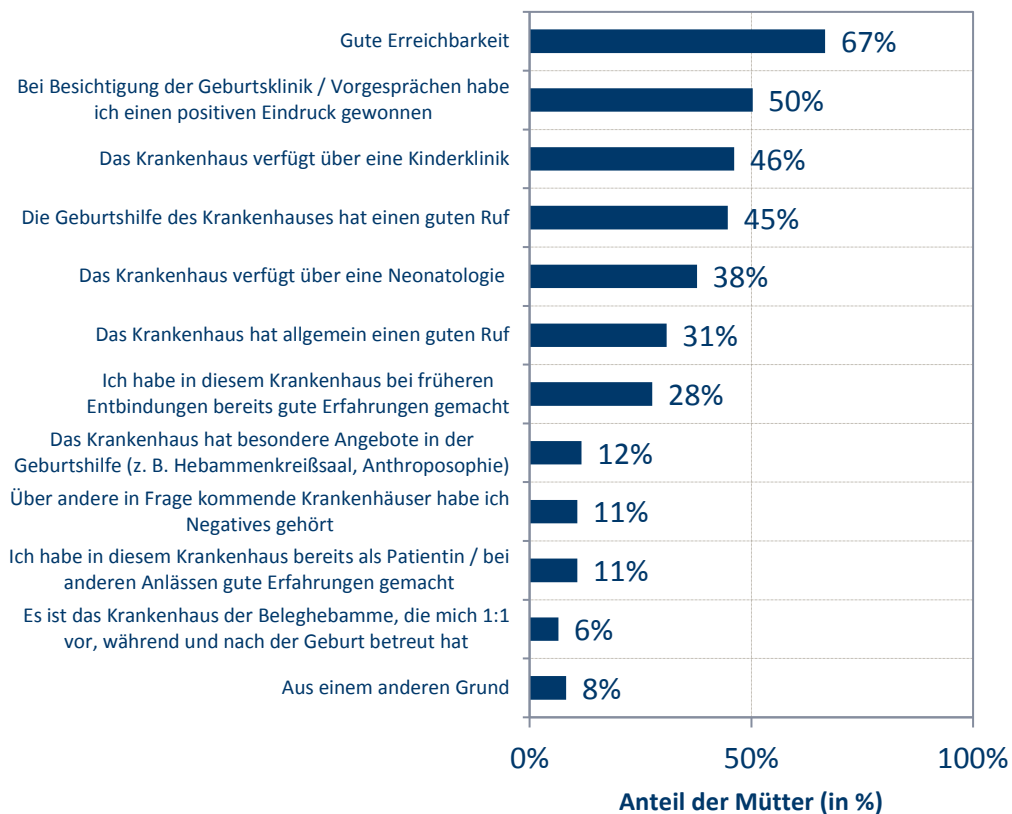


Quelle: IGES auf Basis der Mütterbefragung

Anmerkung: n = 1.759 Mütter; Mehrfachnennungen möglich

Für die Auswahl ihres Wunsch-Krankenhauses gaben etwa zwei Drittel der Mütter (67 %) eine gute Erreichbarkeit als entscheidenden Grund an (Abbildung 127). Für jede zweite Befragte war ein guter Eindruck bei Vorgesprächen und Besichtigungen entscheidend. Weitere wichtige Gründe für die Auswahl des konkreten Krankenhauses waren das Vorhandensein einer Kinderklinik (46 %) bzw. Neonatologie (38 %) sowie der gute Ruf der Geburtsklinik (45 %) bzw. des Krankenhauses allgemein (31 %). Gute Erfahrungen bei vorherigen Entbindungen waren für mehr als ein Viertel der Mütter (28 %) ein Grund für die Wahl des Wunsch-Krankenhauses.

Abbildung 127: Verteilung der befragten Mütter nach den Gründen für die Auswahl des Wunsch-Krankenhauses



Quelle: IGES auf Basis der Mütterbefragung

Anmerkung: n = 1.759 Mütter, Mehrfachnennungen möglich

Nahezu die Gesamtheit der befragten Mütter gab an, dass sie in dem Krankenhaus entbinden konnten, das sie ausgewählt hatten (99 %).

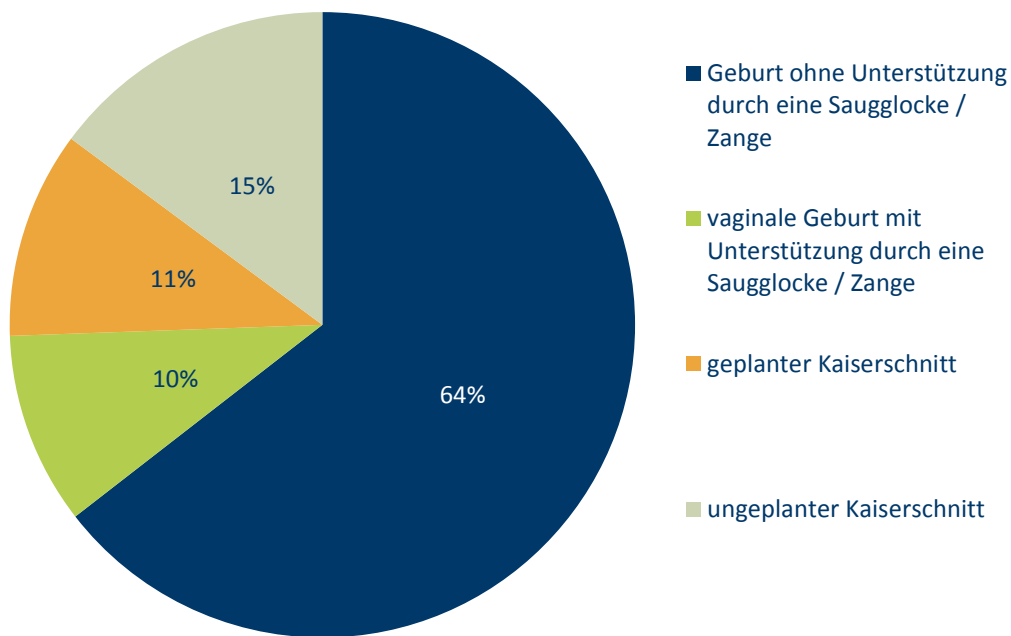
7.3 Erfahrungen der Mütter mit der Hebammenbetreuung bei der Geburt im Krankenhaus

7.3.1 Geburtsmodus, Komplikationen und Eingriffe

Bei rund 54 % der Mütter handelte es sich nach eigenen Angaben um die Geburt ihres ersten Kindes. Rund 2 % der Mütter gaben an, dass ihre Entbindung im Jahr 2018/19 eine Mehrlingsgeburt war (n = 38).

Von den Müttern brachten 64 % ihr Kind per Spontangeburt, d. h. ohne Unterstützung durch eine Saugglocke oder Zange, zur Welt (Abbildung 128). Bei jeder zehnten Mutter war eine Unterstützung durch eine Saugglocke oder Zange notwendig. Rund 15 % hatten einen ungeplanten, rund 11 % einen geplanten Kaiserschnitt.

Abbildung 128: Verteilung der befragten Mütter nach Geburtsmodus

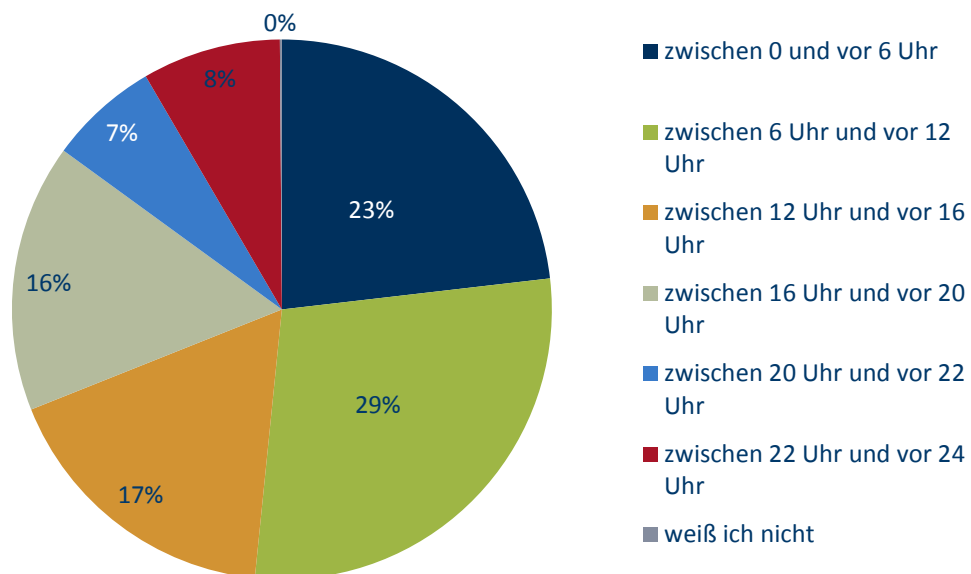


Quelle: IGES auf Basis der Mütterbefragung
Anmerkung: n = 1.690 Mütter

Etwa jede 14. Mutter berichtete von einer Frühgeburt (7 %, n = 123).

Zwischen 6 und 12 Uhr fanden die Geburten von 29 % der Mütter statt, zwischen 0 und vor 6 Uhr von 23 % der Mütter, zwischen 12 und 16 Uhr von 17 % und zwischen 16 und 20 Uhr von 16 % (Abbildung 129).

Abbildung 129: Verteilung der befragten Mütter nach Uhrzeit der Geburt

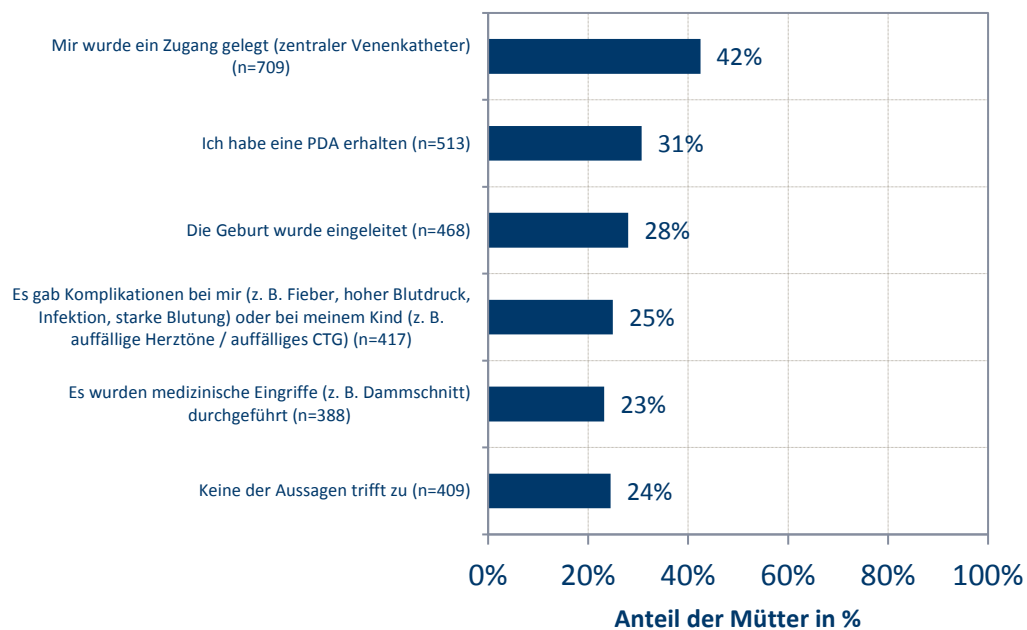


Quelle: IGES auf Basis der Mütterbefragung
Anmerkung: n = 1.688 Mütter; keine Angabe = 8 Mütter

Die Geburten von rund 29 % der Mütter fanden am Wochenende bzw. an Feiertagen statt (n = 496).

Rund 42 % der Mütter gaben an, dass ihnen ein Zugang gelegt wurde, rund 31 % erhielten eine PDA (Abbildung 130). Bei rund 28 % wurde die Geburt eingeleitet. Über Komplikationen bei der Mutter (z. B. hoher Blutdruck) oder beim Kind (z. B. auffälliges CTG) berichtete jede vierte befragte Mutter, bei rund 23 % wurden medizinische Eingriffe durchgeführt (z. B. Dammschnitt).

Abbildung 130: Häufigkeit von Maßnahmen und Vorkommnissen während des Geburtsvorgangs



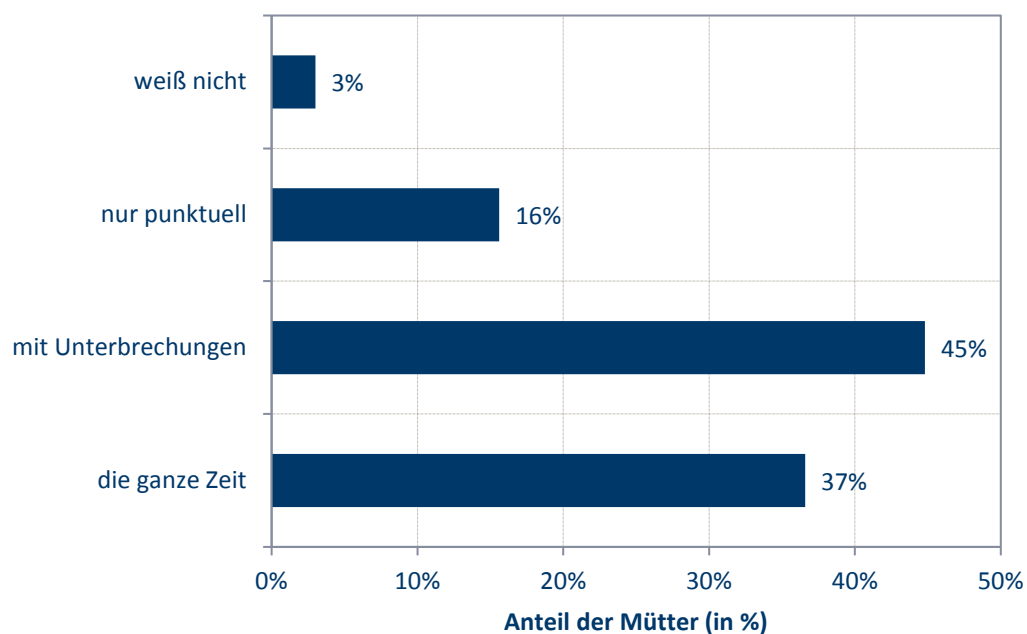
Quelle: IGES auf Basis der Mütterbefragung
Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

7.3.2 Zufriedenheit mit der Betreuung bei der Geburt

7.3.2.1 Zufriedenheit mit der Betreuung im Krankenhaus

Etwa 37 % der befragten Mütter gaben an, während der Zeit im Kreißsaal ununterbrochen bis zur Geburt von einer Hebamme betreut worden zu sein (Abbildung 131). Bei rund 45 % fand eine Betreuung mit Unterbrechungen statt, rund 16 % der Mütter gaben an, nur punktuell betreut worden zu sein.

Abbildung 131: Verteilung der Mütter nach Kontinuität der Hebammenbetreuung

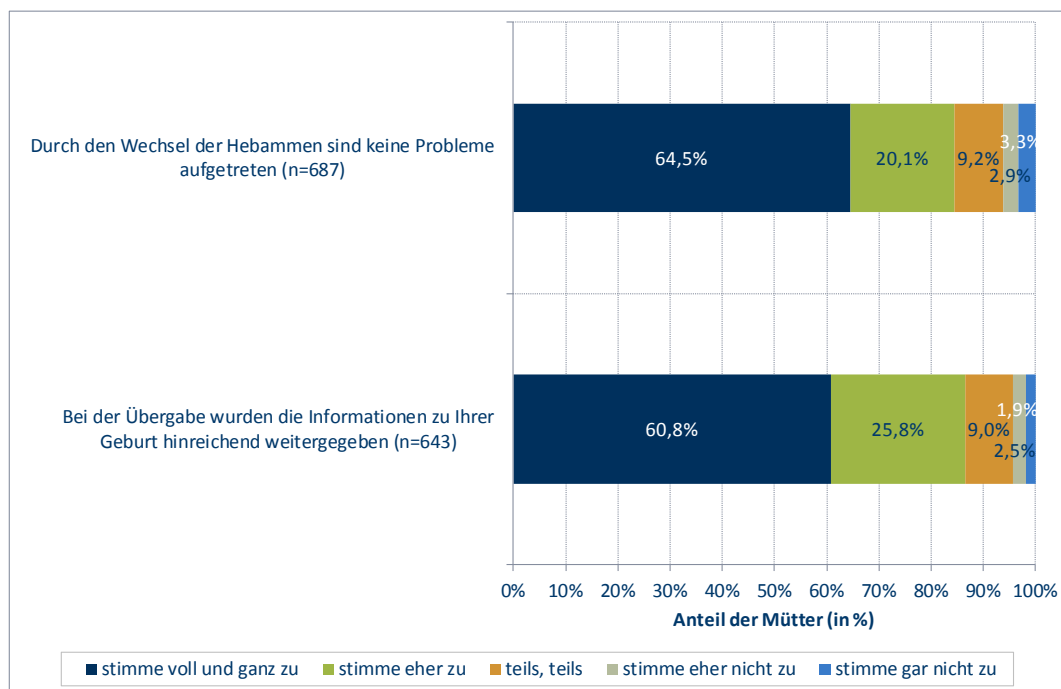


Quelle: IGES auf Basis der Mütterbefragung
Anmerkung: n = 1.569 Mütter

Differenziert man die Antworten nach Regionen, zeigt sich, dass der Anteil der Mütter mit ununterbrochener Hebammenbetreuung in den kreisfreien Großstädten mit 33 % am geringsten war. In ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen war dieser Anteilswert am höchsten (40 %).

Knapp die Hälfte der befragten Mütter gab an, von insgesamt mehr als einer Hebamme betreut worden zu sein (47 %, n = 728). Von diesen Müttern stimmte der Großteil den Aussagen (eher) zu, durch den Wechsel seien keine Probleme aufgetreten (84 %) und die Informationen zur Geburt seien hinreichend weitergegeben worden (rd. 87 %) (Abbildung 132).

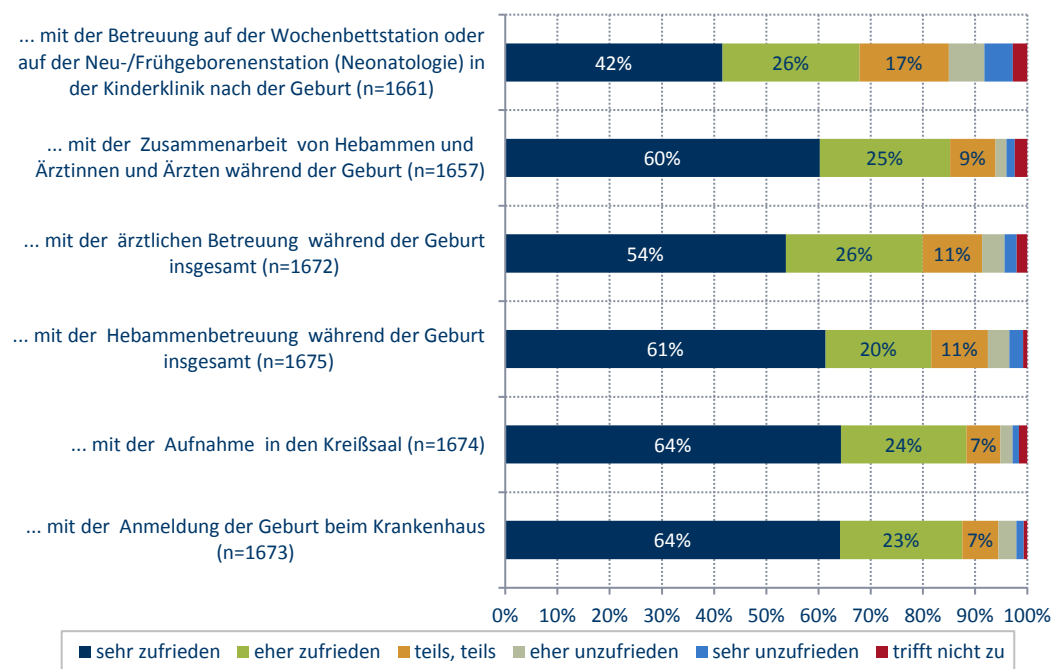
Abbildung 132: Verteilung der Mütter nach Einschätzung von möglichen Problemen durch Hebammenwechsel



Quelle: IGES auf Basis der Mütterbefragung

Die große Mehrheit der befragten Mütter, die ihr Kind im Krankenhaus zur Welt gebracht haben, gab an, mit der Aufnahme in den Kreißaal (88 %), der Anmeldung der Geburt beim Krankenhaus (87 %) sowie der Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Ärzten (85 %) sehr oder eher zufrieden gewesen zu sein (Abbildung 133). Ein ähnlich großer Teil stimmte der Aussage zu, mit der ärztlichen (80 %) so wie mit der Hebammenbetreuung (81 %) im Allgemeinen sehr oder eher zufrieden gewesen zu sein. Etwas mehr als zwei Drittel der Mütter waren auch mit der Betreuung auf der Wochenbettstation oder auf der Neonatologie sehr oder eher zufrieden (68 %).

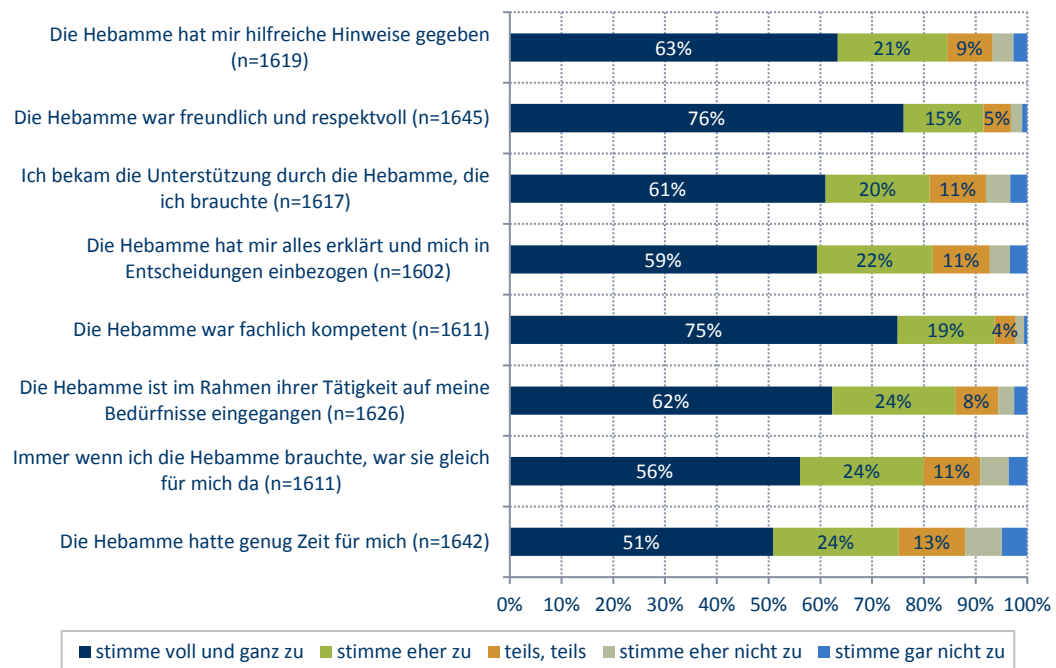
Abbildung 133: Verteilung der befragten Mütter nach Zufriedenheit



Quelle: IGES auf Basis der Mütterbefragung

Bei der Beurteilung speziell der Hebammenbetreuung zeigt sich ein ähnliches Bild (Abbildung 134). Insbesondere den Aussagen „Die Hebamme war freundlich und respektvoll“ (91 %) sowie „Die Hebamme war fachlich kompetent“ (94 %) stimmte die überwiegende Mehrheit der befragten Mütter voll und ganz oder eher zu. Der Aussage „Die Hebamme hatte genug Zeit für mich“ hingegen stimmten nur rd. 75 % zu.

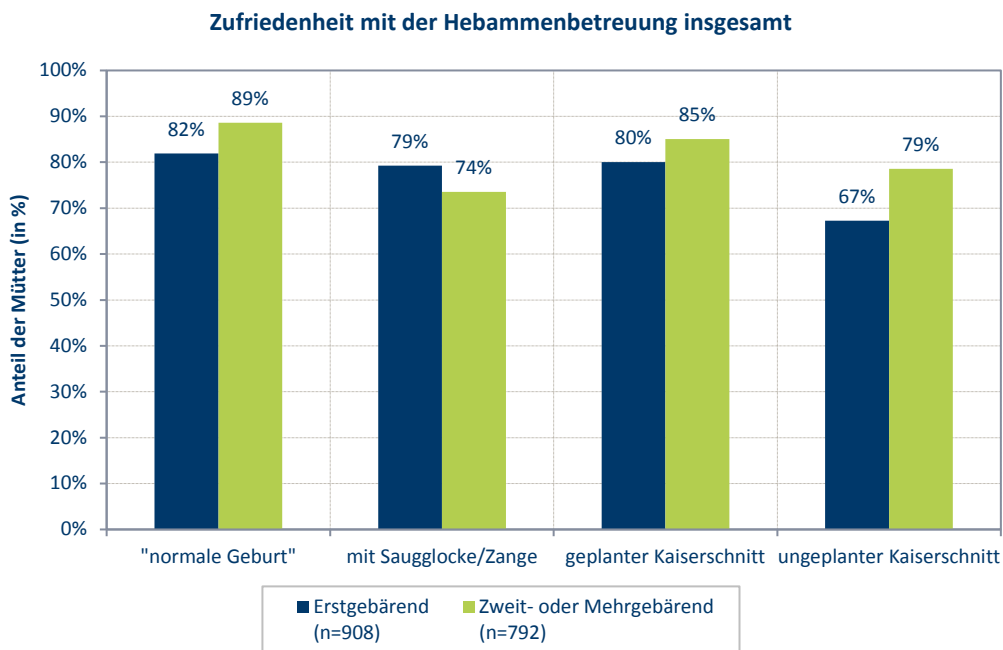
Abbildung 134: Verteilung der befragten Mütter nach Zufriedenheit mit der Hebammenbetreuung



Quelle: IGES auf Basis der Mütterbefragung

Geringfügige Unterschiede bei der Zufriedenheit zeigen sich – auf einem insgesamt relativ hohen Niveau – zwischen Erstgebärenden einerseits und Zweit- oder Mehrgebärende andererseits.⁴⁸ Etwas stärker ausgeprägt ist dieser Unterschied im Fall von Geburten durch einen ungeplanten Kaiserschnitt: Während 79 % der Frauen mit vorheriger Geburtserfahrung auch in diesem Fall mit der Hebammenbetreuung sehr oder eher zufrieden waren, lag dieser Anteil unter den Erstgebärenden deutlich niedriger bei 67 % (Abbildung 135).

Abbildung 135: Verteilung der befragten Mütter nach Zufriedenheit mit der Hebammenbetreuung sowie nach Geburtsmodus und nach Erst- bzw. Zweit-/Mehrgebärenden (in %)



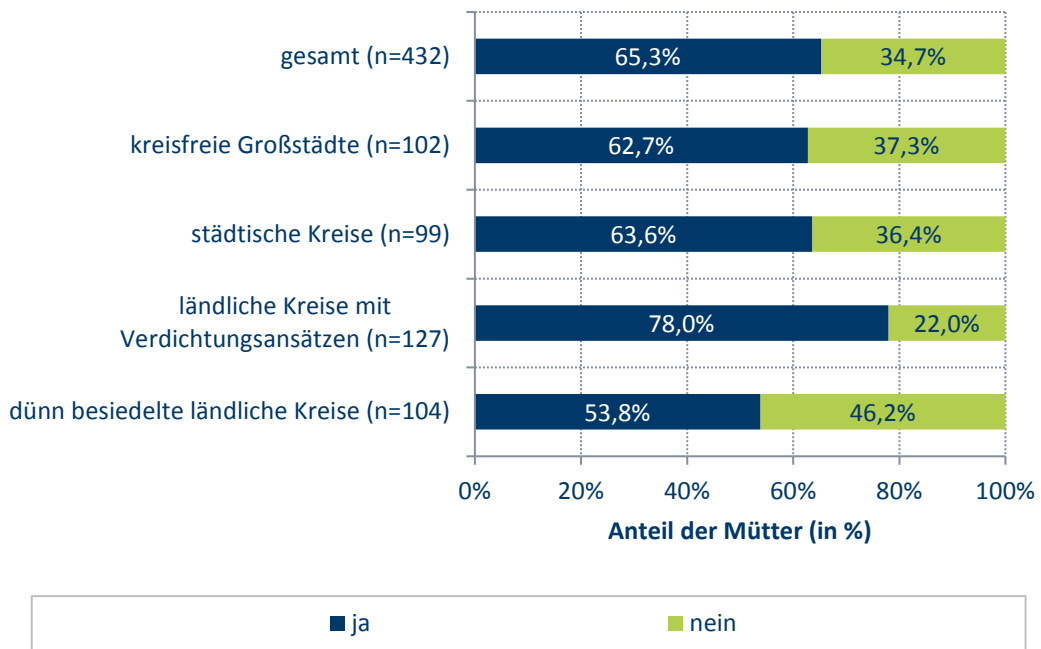
Quelle: IGES auf Basis der Mütterbefragung

Ähnliche Zufriedenheitsunterschiede zwischen Erst- und Zweit-/Mehrfachgebärenden ergeben sich, wenn während der Geburt mindestens eine medizinische Maßnahme (z. B. Dammschnitt) durchgeführt wird.

⁴⁸ Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch die Mütterbefragung in München (INM 2018, S. 17).

Etwa zwei Drittel der befragten Mütter (65 %) hatten nach eigenen Angaben während der Geburt Kontakt zu Ärzten (Abbildung 136). Während sich in städtischen Kreisen (64 %) und kreisfreien Großstädten (63 %) keine besonderen Abweichungen zeigen, geben mit 78 % relativ viele Mütter in ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen an, während der Geburt Kontakt zu Ärzten gehabt zu haben, und in dünn besiedelten ländlichen Kreisen mit rund 54 % verhältnismäßig wenige.

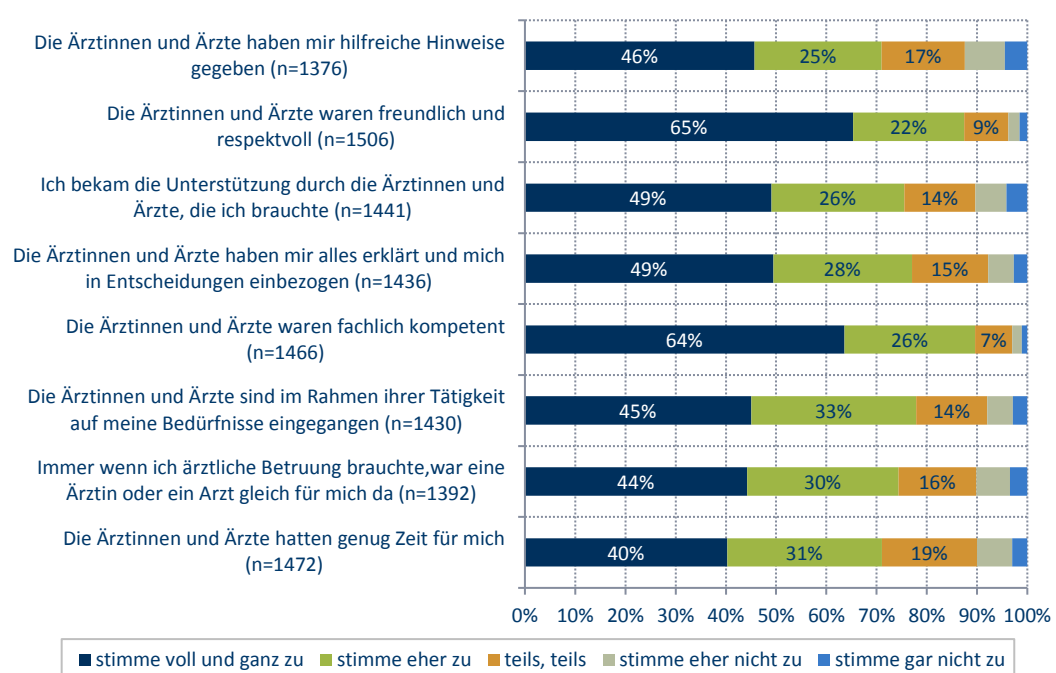
Abbildung 136: Verteilung der befragten Mütter nach Kontakt zu Ärzten während der Geburt und nach Regionen



Quelle: IGES auf Basis der Mütterbefragung

Die ärztliche Betreuung beurteilten die befragten Mütter insgesamt positiv, wenn auch auf einem etwas geringeren Niveau verglichen mit der obigen Beurteilung der Hebammenbetreuung (Abbildung 137). Besonders positiv wird der freundliche und respektvolle Umgang (87 % volle oder eher Zustimmung) sowie die hohe Fachkompetenz beurteilt (90 %). Die geringste Zustimmung erfahren mit jeweils rund 71 % die Aussagen „Die Ärztinnen und Ärzte hatten genug Zeit für mich“ sowie „Die Ärztinnen und Ärzte haben mir hilfreiche Hinweise gegeben“.

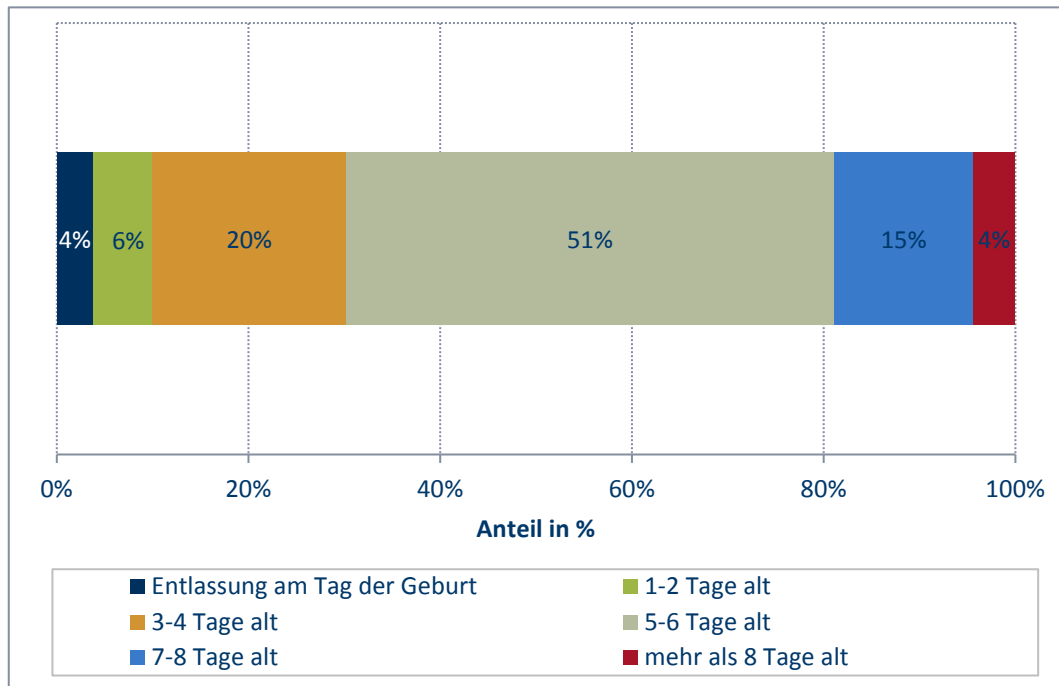
Abbildung 137: Verteilung der befragten Mütter nach Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung



Quelle: IGES auf Basis der Mütterbefragung

Die meisten Kinder verließen mit einem Alter von 5-6 Tagen (bei 51 % der Mütter), 3-4 Tagen (20 %) oder 7-8 Tagen (15 %) das Krankenhaus (Abbildung 138).

Abbildung 138: Verteilung der befragten Mütter nach Alter des Kindes bei Entlassung aus dem Krankenhaus



Quelle: IGES auf Basis der Mütterbefragung
Anmerkung: n = 1.688

Größtenteils (93 %) würden sich die Mütter bei einer weiteren Schwangerschaft erneut für eine Geburt in einem Krankenhaus entscheiden.

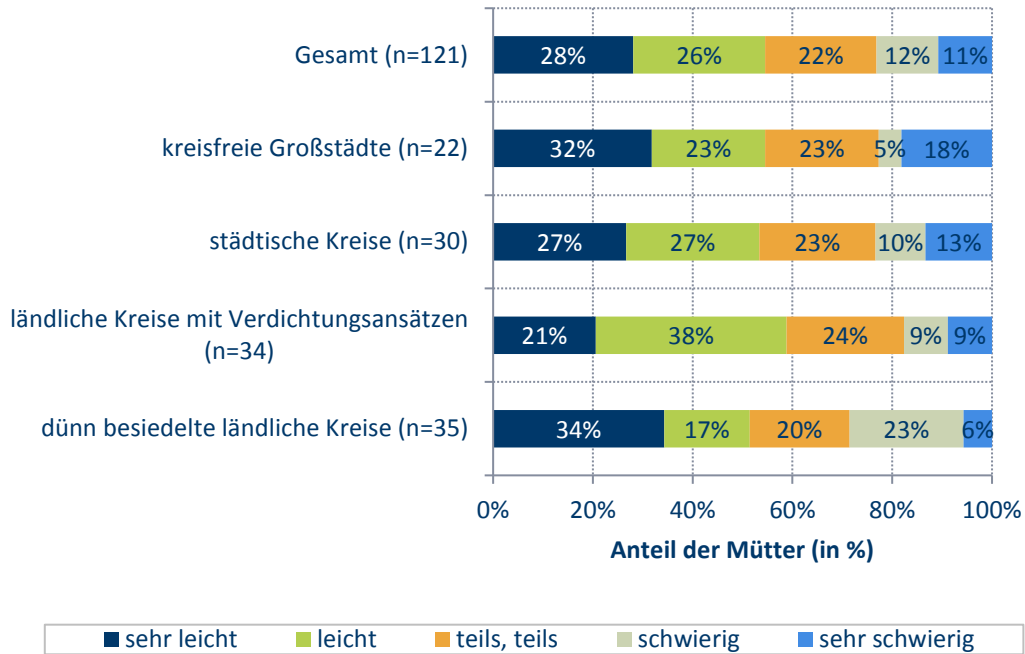
7.3.2.2 Inanspruchnahme einer Beleghebamme in 1:1-Betreuung

Rund 7 % der befragten Mütter, die im Krankenhaus entbunden haben, nahmen eigenen Angaben zufolge eine Beleghebamme in 1:1-Betreuung in Anspruch.

Für etwas mehr als die Hälfte der befragten Mütter (54 %) war es nach eigenen Angaben leicht bzw. sehr leicht, eine Beleghebamme für eine 1:1-Betreuung zu finden (Abbildung 139). Knapp ein Viertel der Mütter beurteilte die Suche als schwierig bzw. sehr schwierig (24 %).

In den ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen beurteilten relativ weniger Mütter die Suche als schwierig bzw. sehr schwierig (18 %), in dünn besiedelten ländlichen Kreisen hingegen deutlich mehr (29 %).

Abbildung 139: Verteilung der Mütter nach der Schwierigkeit, eine Hebamme für 1:1-Betreuung zu finden und nach Regionen

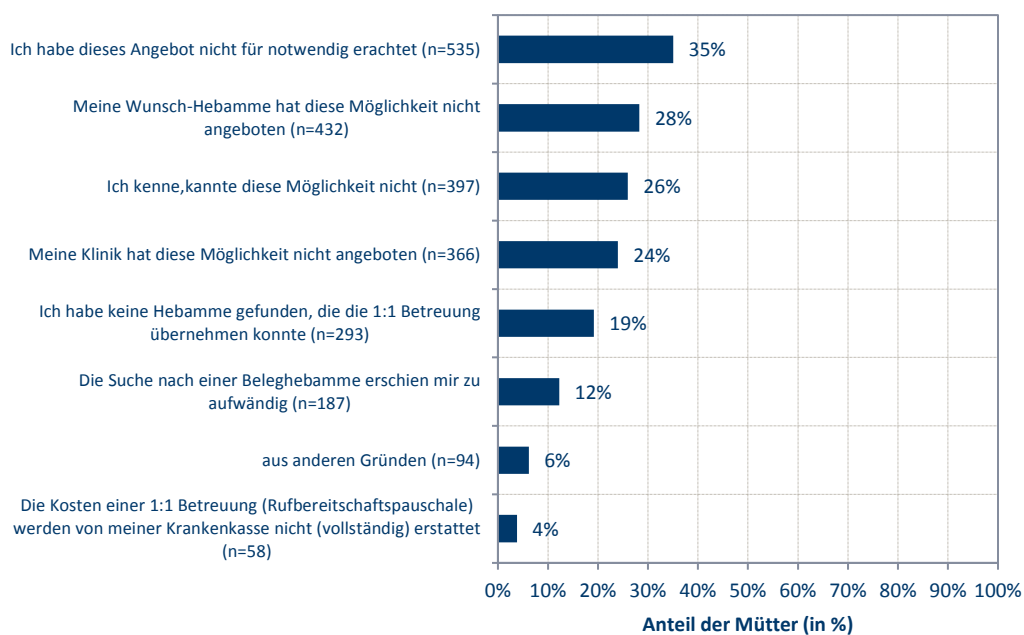


Quelle: IGES auf Basis der Mütterbefragung

Der überwiegende Teil der Mütter, die eine 1:1-Betreuung durch eine Beleghebamme im Krankenhaus in Anspruch nahmen, war mit den Betreuungsleistungen sehr oder eher zufrieden (93 %).

Als Gründe dafür, keine 1:1-Betreuung in Anspruch genommen zu haben, gab mehr als ein Drittel (35 %) der Mütter an, dieses Angebot nicht für nötig gehalten zu haben, für 28 % war entscheidend, dass ihre Wunsch-Hebamme diese Leistung nicht angeboten hat (Abbildung 140). Etwa jede vierte Mutter kannte nach eigenen Angaben dieses Angebot nicht (26 %). Weitere Gründe waren etwa ein fehlendes Angebot der jeweiligen Wunsch-Klinik (24 %) oder die vergebliche Suche nach einer Hebamme, die diese Leistung anbietet (19 %).

Abbildung 140: Verteilung der befragten Mütter nach den Gründen für die Nicht-Inanspruchnahme einer 1:1 Betreuung (in %)



Quelle: IGES auf Basis der Mütterbefragung
Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

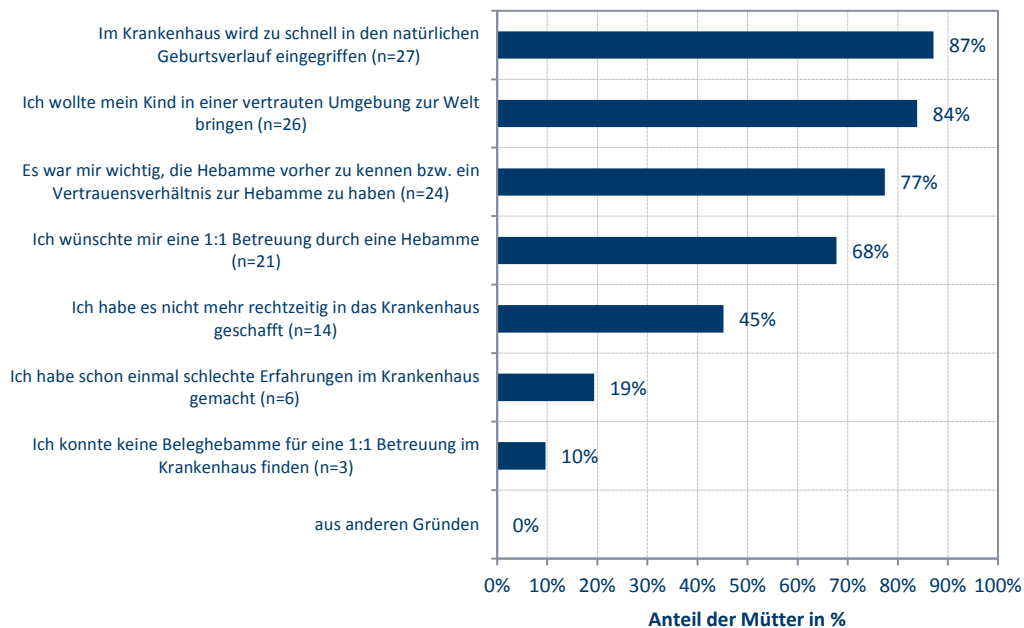
Von allen Müttern würden sich rund 62 % im Falle einer weiteren Schwangerschaft nicht für eine Beleghebamme in 1:1-Betreuung entscheiden.

7.3.2.3 Zufriedenheit mit der Betreuung bei einer außerklinischen Geburt

Die Mütter, die außerklinisch entbunden haben, gaben als Begründung insbesondere an, dass im Krankenhaus zu schnell in den natürlichen Geburtsverlauf eingegriffen würde (87 %), dass sie ihr Kind in einer vertrauten Umgebung zur Welt bringen wollten (84 %) und dass ihnen ein zuvor aufgebautes Vertrauensverhältnis zur Hebamme wichtig sei (77 %) (Abbildung 141). Zwei Drittel der Mütter äußerten zudem den Wunsch nach einer 1:1-Betreuung durch eine Hebamme als Grund (68 %). Knapp jede zweite Befragte gab an, es nicht mehr rechtzeitig in ein Krankenhaus geschafft zu haben (45 %). Darüber hinaus hat rund jede fünfte Mutter,

die außerklinisch entbunden hat, schon einmal schlechte Erfahrungen in einem Krankenhaus gemacht (19 %) und etwa jede zehnte konnte keine Beleghebamme für eine 1:1-Betreuung im Krankenhaus finden (10 %).

Abbildung 141: Verteilung der befragten Mütter nach Begründungen für ihre außerklinische Geburt



Quelle: IGES auf Basis der Mütterbefragung

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Rund jede fünfte Mutter (22 %), die außerklinisch entbunden hat, gab an, 2018/19 ihr erstes Kind bekommen zu haben (n = 32).

Sämtliche der befragten Mütter, die ihr Kind außerklinisch entbunden haben, waren mit der Hebammenbetreuung bei der Geburt sehr (87 %) oder eher (13 %) zufrieden.

Knapp jede zweite befragte Mutter, die sich für eine außerklinische Geburt entschieden hat, fand es schwierig (26 %) bzw. sehr schwierig (23 %), für diesen Zweck eine Hebamme zu finden. Lediglich jede fünfte Mutter beurteilte die Suche als leicht (13 %) bzw. sehr leicht (10 %). Die Schwierigkeit, mit der die Suche nach einer Hebamme für eine außerklinische Geburt beurteilt wird, variiert nach Regionstyp. In den Großstädten fällt es den Müttern tendenziell leichter, eine Hebamme für eine außerklinische Geburt zu finden, als Müttern in ländlichen Kreisen.

Die überwiegende Mehrheit (94 %) der Mütter, die ihr Kind außerklinisch zur Welt gebracht hat (n = 31), gab an, sich bei einer weiteren Schwangerschaft erneut für eine außerklinische Geburt zu entscheiden.

7.4 Zusammenfassung und Zwischenfazit

An der Befragung haben sich insgesamt 1.770 Mütter beteiligt, die im Zeitraum von Januar 2018 bis Ende Januar 2019 ein Kind zur Welt gebracht hatten.

Wahl des Geburtsortes

Die Anteile der Mütter, die sich vor der Geburt ausreichend bzw. nicht ausreichend über die für ihre Entbindung in Frage kommenden Krankenhäuser informiert fühlten, hält sich in etwa die Waage. Für die Wahl des Geburtsortes waren die am häufigsten genutzten Informationsquellen die persönliche Besichtigung von Geburtsräumen (56 %) und die Erfahrungen des direkten Umfelds (55 %).

In einer Geburtsklinik hatten 97 % der Mütter entbunden, 2 % zu Hause und 1 % in einer hebammengeleiteten Einrichtung. Für die Wahl eines Krankenhauses als Geburtsort gaben die Mütter mit Abstand am häufigsten die Sicherstellung einer medizinischen Versorgung im Notfall als Grund an (89 %). Für die Wahl des konkreten (Wunsch-)Krankenhauses gab hingegen eine gute Erreichbarkeit am häufigsten den Ausschlag (67 %), daneben wurden ein guter Eindruck bei Vorgesprächen und Besichtigungen (50 %), das Vorhandensein einer Kinderklinik (46 %) bzw. Neonatologie (38 %) sowie der gute Ruf der Geburtsklinik (45 %) relativ häufig als Gründe genannt. Fast alle Mütter (99 %) konnten in dem Krankenhaus entbinden, welches sie ausgewählt hatten.

Lediglich rund 7 % Mütter hatten für die Geburt eine 1:1-Betreuung durch eine Beleghebamme. Von ihnen hatte knapp ein Viertel Schwierigkeiten, hierfür eine Beleghebamme zu finden. Die von den Müttern angegebenen Gründe, warum sie keine 1:1-Betreuung durch eine Beleghebamme in Anspruch genommen haben, lässt auf einen potenziell größeren Bedarf schließen: Bei 28 % der Mütter bot die Wunsch-Hebamme eine solche Betreuung nicht an, 26 % der Mütter kannten diese Möglichkeit gar nicht und 19 % konnten keine Hebamme mit einem Angebot der 1:1-Betreuung finden.

Zufriedenheit mit der Hebammenbetreuung

Etwa 37 % der befragten Mütter wurden im Kreißaal ununterbrochen bis zur Geburt von einer Hebamme betreut, bei rund 45 % fand eine Betreuung mit Unterbrechungen statt und bei rund 16 % nur punktuell. Knapp die Hälfte der Mütter wurde von mehr als einer Hebamme betreut. Für den Großteil (84 %) von ihnen entstanden durch den Wechsel (eher) keine Probleme.

Insgesamt war die große Mehrheit der Mütter mit der ärztlichen Betreuung sowie der Hebammenbetreuung während der Geburt, mit der Zusammenarbeit zwischen den Hebammen und Ärzten, mit der Anmeldung beim Krankenhaus sowie der Aufnahme in den Kreißaal sehr oder eher zufrieden (Angaben variieren zwischen 80 % und 88 %). Die Zufriedenheit mit der Betreuung auf der Station nach der Geburt war im Vergleich hierzu geringer (68 % der Mütter waren sehr oder eher zufrieden).

Die Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten der Hebammenbetreuung war teilweise noch größer: So fühlten sich 91 % der Mütter sehr oder eher freundlich und respektvoll von den Hebammen behandelt, und auf 94 % der Mütter machten die Hebammen einen sehr oder eher fachlich kompetenten Eindruck. Nach Ansicht jeder vierten Mutter hatten die Hebammen jedoch (eher) nicht genügend Zeit für die Betreuung. Die zeitliche Verfügbarkeit wird demnach etwas kritischer bewertet als inhaltliche, fachliche und menschliche Aspekte der Hebammenbetreuung.

Unterschiede im insgesamt hohen Niveau der Zufriedenheit mit der Hebammenbetreuung zeigen sich allenfalls im Vergleich von Erstgebärenden gegenüber den Müttern, die bereits Geburtserfahrung haben. Dabei waren Erstgebärende etwas weniger häufig zufrieden, wenn es zu ungeplanten Kaiserschnitten kam oder zusätzliche medizinische Maßnahmen (z. B. Dammschnitt) ergriffen wurden.

8. Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

8.1 Bewertung der Versorgungssituation

Um die Situation der stationären Hebammenversorgung zu erfassen, wurden für die vorliegende Studie – neben der Auswertung statistischer Bevölkerungs- und Krankenhausdaten – Geburtskliniken, in Krankenhäusern tätige Hebammen und Mütter mit aktueller Geburtserfahrung befragt.

Seit dem Jahr 2012 hat es einen Anstieg der Geburtenzahlen in Deutschland gegeben, der insbesondere im Zeitraum 2014 bis 2016 relativ stark war, insbesondere in den städtischen Regionen. Auch die Zahl der in den Geburtskliniken tätigen Hebammen hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen, allerdings etwas schwächer als die Geburtenzahl. Rechnet man die Anzahl der Hebammen in Vollzeitäquivalente um, so kamen im Jahr 2017 auf eine Vollzeitstelle insgesamt 93 zu betreuende Geburten, im Jahr 2007 waren es noch 89. Auf Basis der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin gelangt man zu der Annahme, dass eine vollständige Auslastung einer in Vollzeit tätigen Hebamme bei etwa 106 Geburten im Jahr erreicht wird.

Der Durchschnitt der von einer Hebamme zu betreuenden jährlichen Geburtenzahl spricht also – gemessen an diesem Anhaltswert – nicht für eine flächendeckende Überlastungssituation. Allerdings zeigen die Ergebnisse der Klinik- und Hebammenbefragung, dass die konkreten Versorgungssituationen in einzelnen Geburtskliniken teilweise erheblich vom Durchschnitt abweichen. So können nur sehr wenige Hebammen alle vorgesehenen Ruhepausen in Anspruch nehmen; knapp die Hälfte der Hebammen berichtet aber auch über „Leerlauf“ von durchschnittlich mehr als einem Zehntel der Arbeitszeit (vor allem in kleineren Kliniken und in ländlichen Regionen). Die Angaben der Hebammen zur Zahl der monatlich im Durchschnitt zu leistenden Überstunden schwankt sehr stark (zwischen 0 und 70).

Die Befragungsergebnisse verdeutlichen, dass es stellenweise zu Überlastungen bis hin zu zeitweisen Engpässen in der stationären Hebammenversorgung kommt. Hiervon sind vor allem Geburtshilfe-Zentren und Geburtskliniken in großen Städten betroffen, während in kleineren Geburtskliniken in ländlichen Regionen Hebammen häufig nur unterdurchschnittlich ausgelastet sind. Mehr als ein Drittel der befragten Geburtskliniken gab an, dass sie im Jahr 2018 mindestens in einem Fall Schwangere mit Wehentätigkeiten wegen Kapazitätsengpässen bei Hebammen und/oder Räumen nicht aufnehmen oder versorgen konnten. Aus den von einem Teil dieses Drittels gemachten Angaben zur Anzahl der Ablehnungen ergibt sich hochgerechnet für Deutschland insgesamt eine Größenordnung von knapp 4.400 Fällen bzw. von knapp 0,6 % in Bezug auf die Geburtenzahl des Jahres 2018. Unterstellt man für den anderen Teil des Drittels dieser Kliniken gleiche Häufigkeiten, gelangt man – hochgerechnet für ganz Deutschland – zu einer Größenordnung von rd. 8.790 Fällen bzw. 1,1 % der Geburten im Jahr 2018.

Überdurchschnittlich häufig waren die berichteten Aufnahme­probleme unter den Level 1-Perinatalzentren, die sich überwiegend in größeren Städten befinden. Der Anstieg der Geburtenzahl war hier besonders stark. Dabei sind diese Fälle von Kapazitäts- nicht notwendigerweise mit Versorgungsengpässen gleichzusetzen, solange eine alternative Geburtsklinik mit Aufnahmekapazität in angemessener Zeit erreichbar ist. Für die Stadt München, in der es in jüngerer Zeit relativ häufig zu Abmeldungen von Geburtskliniken wegen mangelnder Kapazitäten kam, wurde dies vertiefend untersucht. Dort hat sich gezeigt, dass es für Nicht-Frühgeburten zu jeder Zeit im Stadtgebiet ausreichend Aufnahmekapazitäten gab; für Frühgeburten war dies allerdings nicht durchgehend gewährleistet.

Dass den Geburtskliniken Hebammen fehlen, verdeutlicht der vergleichsweise hohe Anteil von 57 % der Kliniken mit Vakanzen im Umfang von durchschnittlich 18 % ihrer Planstellen, von denen wiederum etwa die Hälfte Schwierigkeiten hat, diese zu besetzen. Als Hemmnisse gelten vor allem die hohe Arbeitsbelastung im Verhältnis zum Gehaltsniveau für Hebammen.

Ein zentraler Indikator für die Situation der stationären Hebammenversorgung ist das (quantitative) Betreuungsverhältnis zwischen Hebammen und schwangeren bzw. gebärenden Frauen. Klinik- und Hebammenbefragung ergeben hier ungefähr übereinstimmend ein durchschnittliches Verhältnis von etwa 1:2 für gebärende Frauen. Ein Großteil der Hebammen (84 %) hat in einer üblichen Schicht zur gleichen Zeit maximal zwei Gebärende oder weniger zu betreuen. Etwas mehr als ein Viertel der Hebammen hält für Gebärende einen Betreuungsschlüssel von 1:2 für angemessen, rund 70 % dagegen eine 1:1-Betreuung. Für sämtliche zu betreuende Frauen im Kreißaal liegt das durchschnittliche Betreuungsverhältnis bei 1:3.

Auch beim Betreuungsschlüssel gibt es ausgeprägte Unterschiede zwischen den Kliniken mit stellenweise erheblichen Belastungsspitzen: Gemäß den Befragungsergebnissen betreut ein Viertel der Hebammen selbst in einer üblichen Schicht vier und mehr Frauen im Kreißaal gleichzeitig – an Level 1-Perinatalzentren trifft dies sogar auf etwas mehr als ein Drittel der Hebammen zu, an kleinen Geburtskliniken dagegen nur auf etwa ein Zehntel. Bei Gebärenden liegt für ein Fünftel der Hebammen an den Level 1-Perinatalzentren das Betreuungsverhältnis bei 1:3 oder darunter. Besonders kritisch sind Schichten mit einer überdurchschnittlichen Zahl Gebärender; dies betrifft durchschnittlich 28 % aller Schichten. Ein Drittel der Hebammen muss nach eigenen Angaben in solchen Schichten vier oder mehr Gebärende gleichzeitig betreuen und 85 % der Hebammen vier oder mehr Frauen im Kreißaal.

Die berichteten Kapazitätsengpässe, die sich in zeitweise deutlich verschlechterten Betreuungsschlüsseln und in stellenweisen Aufnahmestopps von Kreißälen äußern, sind keine flächendeckende Erscheinung, aber auch nicht mehr seltene Einzelfälle. Ihre Ursache ist, dass in einem Teil der Geburtskliniken – insbesondere in den großen Geburtskliniken und Zentren sowie in den großen Städten – die verfügbaren Arbeitskapazitäten der Hebammen angesichts des Geburtsanstiegs nicht

(mehr) ausreichen, um in Phasen mit überdurchschnittlicher Nachfrage nach stationärer Geburtshilfe den üblichen Versorgungsstandard aufrecht zu erhalten bzw. Belastungsspitzen abzufangen.

Auch dass in den vergangenen Jahren mehr Hebammen ihre Wochenarbeitszeit erhöhten als verringerten, konnte diesen partiellen Mangel an Hebammenkapazität nicht verhindern. Er geht damit einher, dass nur relativ wenige Hebammen in den Geburtskliniken in Vollzeit tätig sind: Von den befragten Hebammen war es nur ein Drittel, die befragten Kliniken meldeten dies für lediglich etwas mehr als ein Viertel ihrer angestellten Hebammen. Fast drei Viertel der in Teilzeit tätigen Hebammen geben die Arbeitsbelastung, auch in Form von Überstunden, Nacht-, Wochenend- und Bereitschaftsdiensten, als Grund dafür an, keine Vollzeittätigkeit auszuüben.

Eine weitere Form der Verknappung der Arbeitskapazität von Hebammen ist der relativ hohe Anteil ihrer Arbeitszeit, der nicht auf die eigentliche Hebammenhilfe im Kreißaal und damit auf ihre Kernkompetenz entfällt. Sowohl die Klinik- als auch die Hebammenbefragung zeigen, dass Hebammen sehr häufig auch in anderen Bereichen eingesetzt werden. Für fachfremde Tätigkeiten wie Reinigung, Hol- und Bringdienste sowie Verwaltungsaufgaben erhalten die Hebammen insgesamt nur wenig personelle Unterstützung. Dabei berichtet ein Großteil der Hebammen, dass sich der Dokumentations- und Verwaltungsaufwand in den letzten Jahren teilweise stark erhöht hat. Mit dem eigenen Aufgabenspektrum sind die Hebammen mehrheitlich weniger zufrieden als noch vor drei Jahren.

Problematisch ist, dass sich unter den Hebammen tendenziell eine weitere Verknappung ihres Arbeitsangebots abzeichnet, während 70 % der Geburtskliniken einen steigenden Hebammenbedarf in den nächsten fünf Jahren – vor allem in den städtischen Regionen – erwarten. Für etwas mehr als drei Viertel der in den Geburtskliniken angestellten Hebammen ist die Arbeitszeit (deutlich) höher als gewünscht, Überstundenabbau gestaltet sich zudem schwierig. Hinzu kommt eine hohe Unzufriedenheit der Hebammen mit den Arbeitsbedingungen. Dies betrifft nicht nur die Personalsituation in ihrem eigenen Beruf, sondern auch bei unterstützenden Diensten und bei den Ärzten. Die Anerkennung ihrer Arbeit und ihr Einkommen stehen für viele Hebammen in keinem angemessenen Verhältnis zu ihrer Arbeitsbelastung. Familie und Beruf sind für viele von ihnen nur schwer vereinbar. Die jüngere Entwicklung lässt auch keine Trendwende erkennen: Personalausstattung und Arbeitsbedingungen haben sich in den letzten drei Jahren im Urteil der Hebammen per Saldo verschlechtert. Ein großer Teil der Hebammen bemängelt schließlich auch, dass ihnen für eine adäquate Betreuung der Frauen im Kreißaal oft die Zeit fehle, sowie eine unangemessene Pathologisierung bzw. Medikalisierung der Geburt mit zu vielen invasiven Eingriffen. So überrascht es nicht, dass mehr als 40 % der Hebammen eine Reduzierung ihrer Arbeitszeit ernsthaft erwägen und mehr als ein Viertel von ihnen sogar an eine vollständige Aufgabe der beruflichen Tätigkeit denkt.

Eine Bewertung der Situation der stationären Hebammenversorgung erfordert schließlich auch die Perspektive der Mütter auf ihre Geburtserfahrung. Aus den Ergebnissen der Mütterbefragung ergeben sich keine Anzeichen für Versorgungsengpässe. Fast alle Mütter (99 %) konnten in dem Krankenhaus entbinden, welches sie ausgewählt hatten. Dabei war die medizinische Versorgung im Notfall der wichtigste Grund, sich für die Geburt in einem Krankenhaus zu entscheiden. Das konkrete Krankenhaus wählten wiederum zwei Drittel der Mütter nach dem Kriterium der Erreichbarkeit aus. Und die Erreichbarkeit ist insgesamt sehr gut, nur 3,1 % der Frauen im gebärfähigen Alter benötigen derzeit mehr als 40 Minuten PKW-Fahrzeit zur nächstgelegenen Geburtsklinik, selbst wenn man eine relativ geringe Durchschnittsgeschwindigkeit unterstellt. Allerdings ist die Erreichbarkeit in ländlichen Regionen deutlich schlechter als in städtischen.

Der in vielerlei Hinsicht geäußerten Unzufriedenheit der Hebammen mit ihrer beruflichen Situation steht eine generell sehr hohe Zufriedenheit der Mütter mit der Hebammenbetreuung im Krankenhaus gegenüber. Mögliche Erklärungen hierfür sind, dass es den Hebammen – trotz der aus ihrer Sicht gestiegenen Arbeitsbelastung – nach wie vor gelingt, den Gebärenden eine aus deren Sicht insgesamt sehr gute Betreuung zukommen zu lassen. Eine weitere Erklärung ist, dass Mütter zwar (vor allem zeitliche) Einschränkungen der Hebammenbetreuung wahrnehmen, diese Einschränkungen aber nicht den Hebammen persönlich zuordnen (vgl. hierzu auch Kapitel 3.1.3). Hierauf deutet hin, dass die Mütter die zeitliche Verfügbarkeit etwas kritischer bewerten als die fachlichen und menschlichen Aspekte der Hebammenbetreuung.

8.2 Diskussion möglicher Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation

Vor allem aus Sicht der Hebammen, aber auch aus den Rückmeldungen der Geburtskliniken stellt sich die Situation der stationären Hebammenversorgung vor allem in städtischen Kliniken defizitär dar. Mögliche Maßnahmen, um diese Defizite zu verringern oder zu beseitigen, sollten primär auf eine Verbesserung der Arbeitssituation der Hebammen gerichtet sein. Dabei ergeben sich zwei grundlegende Herausforderungen: An erster Stelle steht, dass die Maßnahmen relativ kurzfristig wirksam sein sollten, da sich das Risiko einer Verschärfung von Kapazitätsengpässen und daraus resultierender Versorgungsprobleme voraussichtlich auf die nächsten fünf Jahre konzentriert, in denen mit weiterhin steigenden Geburtenzahlen zu rechnen ist. Eine weitere Herausforderung ergibt sich aus der Heterogenität der Versorgungssituationen in den einzelnen Geburtskliniken. Die Maßnahmen sollten demnach gezielt in Kliniken mit Engpässen zum Tragen kommen, bei denen es sich mehrheitlich um Level 1-Zentren bzw. große Geburtskliniken in großstädtischen Regionen handelt.

Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden drei Ansatzpunkte für Maßnahmen zur Vermeidung von Versorgungsengpässen diskutiert: die Konzentration von stationären Geburtshilfekapazitäten, Entlastung der Hebammen durch Delegation und finanzielle Anreize zur Erhöhung des Arbeitsangebots der Hebammen.

8.2.1 Konzentration von stationären Geburtshilfekapazitäten

Die Ergebnisse zeigen neben stellenweisen Überlastungen von Geburtskliniken auch Bereiche mit Unterauslastung, vor allem in kleineren Geburtskliniken und in ländlichen Regionen. Auf Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse und Anhaltswahlen zur Personalbedarfsbemessung lässt sich ableiten, dass Geburtskliniken mit der für einen 24/7-Betrieb erforderlichen Mindestpersonalausstattung von 5,65 Hebammen in Vollzeit eine vollständige Auslastung bei einer jährlichen Geburtenzahl von rd. 600 erreichen. Im Jahr 2018 gab es in Deutschland 183 Geburtskliniken mit weniger als 600 Geburten. Insoweit diese Geburtskliniken die für eine 24/7-Vorhaltung notwendige Zahl an Hebammen beschäftigen und entsprechend unterausgelastet sind, ließe sich durch Fusionen und Standortkonzentrationen der Hebammenbedarf bei gleicher Geburtenzahl reduzieren.⁴⁹ Auf diese Weise frei werdende Arbeitskraft von Hebammen könnte in anderen Geburtskliniken zur Verringerung von Kapazitätsengpässen eingesetzt werden.

Inwiefern durch eine Zusammenlegung unterausgelasteter Geburtskliniken die Überlastungen an anderer Stelle abgebaut werden können, hängt jedoch von einer Reihe weiterer Voraussetzungen ab. Findet etwa die Reallokation der Personalkapazitäten blockweise und nicht diskret (d. h. kontinuierlich, in kleinen Schritten) statt, kann sich – je nach Geburtenzahl – die Auslastung zunächst sogar verringern. Die von einer Schließung betroffenen Hebammen müssten außerdem dazu bereit sein, an einem anderen, ggf. weiter entfernten Krankenhausstandort zu arbeiten.

Vor allem aber müsste eine solche Standortkonzentration die Erreichbarkeit in ländlichen Regionen im Blick behalten, die wiederum sehr stark von den konkreten Verkehrsverhältnissen (örtlich und zeitlich) abhängt. Das zeigen die Berechnungen der vorliegenden Studie für die Annahme, dass nur noch die Klinikstandorte mit mindestens 500 Geburten existierten. Unterstellt man eine geringe durchschnittliche PKW-Fahrgeschwindigkeit (u. a. 50 km/h auf Landstraßen außerorts), müssten 5,8 % der Frauen im gebärfähigen Alter mehr als 40 Minuten mit dem PKW zur nächstgelegenen Geburtsklinik fahren. Rechnet man hingegen mit einer höheren

⁴⁹ Anhand der Stichprobe der Klinikbefragung lässt sich nicht valide überprüfen, inwiefern diese Voraussetzung erfüllt ist, da erstens die Grenze zwischen kleinen und mittleren Geburtskliniken bei 500 Geburten gesetzt wurde und zweitens nur etwas mehr als die Hälfte der Kliniken Angaben zur Anzahl der Hebammen in VZÄ gemacht haben. Aus der Stichprobe ergibt sich, dass von den kleinen Geburtskliniken (< 500 Geburten) mit entsprechenden Angaben in 40 % (n = 4) mehr als 5,65 VZÄ tätig waren und 60 % weniger. Von den mittelgroßen Geburtskliniken (500 bis unter 1.000 Geburten) waren in 18 % (n = 8) weniger als 5,65 Hebammen (VZÄ) tätig.

Durchschnittsgeschwindigkeit (Vergleichswert: 70 km/h), reduziert sich der entsprechende Anteilswert auf 0,6 % der Frauen im gebärfähigen Alter.

Dieser Ansatz, über eine stärkere Standortkonzentration die Auslastung der Geburtskliniken zu optimieren, um so Kapazitätsengpässe zu vermeiden, kann allerdings nur begrenzt kurzfristig realisiert werden. Tatsächlich ist die Anzahl der Geburtskliniken bereits in den vergangenen Jahren deutlich zurückgegangen. Auch zukünftig ist damit zu rechnen, dass es zu einer weiteren Standortkonzentration kommt – so zeigt die Klinikbefragung, dass nur die Level 1-Perinatalzentren insgesamt einen Kapazitätsausbau in den nächsten fünf Jahren planen. Damit in diesem Zeitraum primär durch Auslastungsoptimierung infolge von Fusionen Engpässe in der stationären Hebammenversorgung vermieden werden könnten, wäre also eine deutliche Verstärkung der Konzentrationsprozesse erforderlich – mit Einbeziehung eines Großteils der kleineren Kliniken.

Darüber hinaus lassen sich solche zielgerichteten Konzentrationsprozesse nur mittel- bis längerfristig primär im Rahmen der Krankenhausplanung der Bundesländer anstoßen und unter Landesaufsicht und Einbeziehung der kommunalen Ebenen moderieren. Zu berücksichtigen sind außerdem evtl. kartellrechtliche Beschränkungen, die zur Wahrung der Wahlfreiheit der Nachfrager stationärer Leistungen und des dadurch ermöglichten Qualitätswettbewerbs bestehen.

Vor diesem Hintergrund ist empfehlenswert, dass die Bundesländer im Rahmen ihrer Krankenhausplanung das zusätzliche Potenzial für Standortkonzentrationen in der Geburtshilfe prüfen, insbesondere im Hinblick auf einen optimierten Einsatz vorhandener Hebammenkapazitäten. Als alleinige Maßnahme aus den o. g. Gründen unzureichend könnte die Krankenhausplanung jedenfalls einen unterstützenden Beitrag leisten, um Engpässe in der stationären Hebammenversorgung zukünftig zu vermeiden. Zusätzliche Ansatzpunkte hierfür bieten die neueren Entwicklungen der Krankenhausplanung, in deren Rahmen Mindestmengen und Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorgegeben werden können. Die Nutzung von Mindestmengenvorgaben in dem hier diskutierten Kontext wäre jedoch insofern ein Novum, weil diese bislang primär wirtschaftlich, nicht aber medizinisch begründbar sind. Zumindest sollte die Krankenhausplanung der Bundesländer den im o. g. Sinne sinnvollen Konzentrationsprozessen nicht entgegenstehen.

8.2.2 Entlastung der Hebammen durch Delegation

Die Ergebnisse der Hebammenbefragung lassen ein teilweise großes Entlastungspotenzial bei „hebammenfremden“ Tätigkeiten erkennen. Nahezu zwei Drittel der Hebammen, die über eine Reduzierung ihrer Arbeitszeit oder eine Aufgabe ihrer Tätigkeit im Krankenhaus nachgedacht haben, gaben als Grund hierfür ihre Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen aufgrund von zu vielen fachfremden Tätigkeiten an. Auf die Frage, was sich bei ihrer Tätigkeit im Krankenhaus verbessern müsste, damit sie ihre Arbeitszeit erhöhen würden, nannten zwei Drittel der Hebammen die räumlichen Bedingungen zusammen mit der Unterstützung durch

Hilfs- und Reinigungskräfte sowie Verwaltungsassistenten. Auf die Frage, was jenseits von Personalvorgaben zu einer Verbesserung ihrer Arbeitssituation beitragen könnte, gaben 82 % der Hebammen eine Verstärkung des Personals in anderen Berufsgruppen (Sekretäre, Putzhilfen, Hol- und Bringdienste, Pflegekräfte, Arzthelfer etc.) an. Dies war – nach angemessener Vergütung (88 %) – die häufigste Nennung.

Nach den Ergebnissen der Klinikbefragung versuchen bereits viele Kliniken, angesichts des Personalmangels die Hebammen von geburtshilfeferneren Tätigkeiten zu entlasten, z. B. durch die Einstellung von MFAs als Kreißsaalassistenten. Aus der Hebammenbefragung geht aber auch hervor, dass der Großteil von ihnen noch weitgehend ohne Unterstützung vor allem bei Verwaltungstätigkeiten und Hilfsdiensten im Kreißaal auskommen muss.

Eine stärkere Entlastung der Hebammen von fachfremden Tätigkeiten durch Delegation bewirkt unmittelbar, dass für die Geburtshilfe zusätzliche zeitliche Kapazitäten frei werden. Die Ergebnisse der Hebammenbefragung verdeutlichen darüber hinaus das große Potenzial zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit, welches durch spürbare Entlastungen von hebammenfremden Aufgaben erschlossen werden kann. Eine höhere Arbeitszufriedenheit ist wiederum eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass die Hebammen ihr Arbeitsangebot in der stationären Geburtshilfe zukünftig nicht einschränken, sondern eher bereit sind, dieses auszuweiten (vor allem die in Teilzeit tätigen Hebammen).

Es stellt sich die Frage, warum bislang nicht mehr Maßnahmen zur Delegation fachfremder Aufgaben an andere Berufsgruppen und damit zur Entlastung der Hebammen ergriffen wurden. Eine mögliche Begründung hierfür könnte sein, dass die finanziellen Nachteile eines fachfremden Einsatzes von Hebammen für die Klinikträger zu gering sind. Dies leitet über zum dritten Ansatzpunkt.

8.2.3 Finanzielle Anreize zur Erhöhung des Arbeitsangebots der Hebammen

Es stellt sich die Frage, inwiefern der Mangel an Hebammen zumindest in Teilen der Geburtskliniken mit dem Fachkräftemangel in der Kranken- und vor allem der Altenpflege vergleichbar ist. Denn auch in diesen Bereichen besteht angesichts der Arbeitsbelastungen im Verhältnis zum erzielbaren Einkommen für viele Einrichtungen kein ausreichendes Personalangebot, um dem Bedarf gerecht zu werden. Bislang war die Lohn- und Gehaltsentwicklung auf dem Arbeitsmarkt nicht ausreichend, um die Personallücken spürbar zu reduzieren.

Zu den gesetzlichen Maßnahmen, um die Personalsituation in der Pflege zu verbessern, zählen das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) sowie die Konzertierte Aktion Pflege. Das PpSG umfasst eine Reihe finanzieller Maßnahmen mit dem Ziel, dass Krankenhäuser mehr Pflegepersonal beschäftigen. Ein wesentliches Element hierbei ist die Zweckbindung von Vergütungen und Fördermitteln, damit diese exklusiv für die „Pflege am Bett“ und nicht zur Finanzierung anderer Bereiche eingesetzt werden. Das Pflegestellen-Förderprogramm, das mit dem PpSG weiterentwickelt und ausgebaut wird, zielt darauf ab, zusätzliche Pflegestellen in den

Krankenhäusern zu schaffen. Demgegenüber besteht im Hinblick auf die Hebammen vorrangig das Problem, vorhandene (vakante) Stellen zu besetzen.

Den Regelungen des PpSG entsprechende Maßnahmen wären daher nicht geeignet, um die dargestellten Probleme in der stationären Hebammenhilfe zu lösen. Im Fall der Hebammen gilt dies insbesondere für Förderungen, die darauf abzielen, dass Klinikträger Personalkosten weitgehend an die Kostenträger „durchreichen“ können, denn dadurch würden Anreize konterkariert, Hebammen effizient im Sinne der Arbeitsteilung einzusetzen. Stattdessen könnten Hebammen ohne unmittelbare betriebswirtschaftliche Nachteile auch für Hilfstätigkeiten eingesetzt werden.

Gerade aber die Entlastung von Hilfstätigkeiten außerhalb ihrer Kernkompetenz ist nach den Ergebnissen dieser Studie erforderlich, um die Arbeitszufriedenheit und das Arbeitsangebot der Hebammen zu steigern. Finanzielle Anreize sollten demnach darauf ausgerichtet sein, eine Entlastung der Hebammen durch Delegation (s. o.) zu unterstützen. Diese sollten so ausgestaltet sein, dass sie den Einsatz von Hebammen in Randbereichen außerhalb ihrer Kernaktivitäten im Kreißaal für den Klinikträger verteuern. Erreicht würde dies – neben den bereits getroffenen Maßnahmen zur Finanzierung der Pflege am Bett – durch spürbare Erhöhungen der durch die Tarifparteien vereinbarten Vergütungen bzw. Löhne und Gehälter der Hebammen: Diese würden sowohl zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit der Hebammen beitragen als auch zum Anstieg der Opportunitätskosten ihres nicht qualifikationsgerechten Einsatzes für den Arbeitgeber. Beides dürfte mittelbar auch zu einer Steigerung des Arbeitsangebots beitragen.

Die bestehenden Personalengpässe haben eine solche Entwicklung der Vergütungen bzw. Löhne bislang offensichtlich nicht in ausreichendem Ausmaß bewirken können. In dieser Situation könnte eine anteilige Förderung von Lohn- bzw. Gehaltserhöhungen aus Beitragsmitteln der Kostenträger zu Steigerungen des Vergütungs- bzw. Lohnniveaus beitragen. Im Ausmaß der Förderung würde aber der angestrebte o. g. Anstieg der Opportunitätskosten gleichzeitig wieder gemindert. Daher sollte eine solche Förderung an die Erfüllung von zwei wesentlichen Voraussetzungen geknüpft sein:

- ◆ Um den Anteil fachfremder Tätigkeiten effektiv zu minimieren, sollte ein Anspruch auf Förderung nur dann bestehen, wenn dadurch die Betreuungsverhältnisse im Kreißaal substanziell verbessert werden.
 - ◆ Um zu vermeiden, dass die Förderung vor allem solchen Kliniken zugutekommt, welche bereits einen relativ hohen Betreuungsschlüssel primär aufgrund von Unterauslastung realisieren, sollte die Förderung auf die Geburtskliniken mit relativ hohen Auslastungsgraden beschränkt werden. Dies entspräche auch dem Ziel einer stärkeren Konzentration von Hebammenkapazitäten (vgl. Kapitel 8.2.1).
-

Der Nachweis einer substanziellen Verbesserung der Betreuungsverhältnisse wäre jedoch voraussichtlich mit einem erhöhten Dokumentationsaufwand verbunden, um einen zieladäquaten Einsatz der Fördermittel sicher zu stellen.⁵⁰

Die wesentliche Hürde für den beschriebenen Ansatz besteht jedoch darin, dass zumindest alle Geburtskliniken in öffentlicher Trägerschaft ihre angestellten Hebammen gemäß einer (bundeslandspezifischen) Tarif- bzw. Entgeltordnung entlohnen. Die Hebammen werden dort nach Qualifikation zusammen mit Pflegefachkräften oder auch operations-/anästhesietechnischen Assistenten eingruppiert. Das Herauslösen einer spezifischen Berufsgruppe aus diesen Tarifstrukturen zum Zweck einer gezielten Förderung widerspricht gerade der Logik solcher Entgeltordnungen. Eine spezifische Aufwertung der Hebammentätigkeit müsste folglich innerhalb dieser Strukturen im Zusammenhang mit den Regelungen für die anderen im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen durch die Tarifpartner gefunden werden. Auch wenn in diesem Rahmen in jüngerer Zeit einige Verbesserungen für Hebammen erzielt wurden, scheinen die Auswirkungen auf die Entwicklung des Arbeitsangebots angesichts der geschilderten Herausforderungen noch zu gering zu sein.

Angesichts dieser Restriktionen dürfte die Option, weitere der mit dem PpSG für die Pflege beschlossenen Fördermaßnahmen auf die in den Geburtskliniken angestellten Hebammen auszuweiten, kaum nennenswerte Verbesserungen mit sich bringen. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurden die finanziellen Maßnahmen des PpSG zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf durch die Krankenkassen bereits für die in Krankenhäusern tätigen Hebammen übernommen. Überlegenswert erscheint zusätzlich allenfalls, die PpSG-Maßnahme einer vollen Refinanzierung von Tarifsteigerungen ebenfalls auf die in Geburtskliniken angestellten Hebammen auszuweiten, allerdings würden sich dann die oben beschriebenen Probleme stellen, teilweise sogar in verschärfter Form. Eine solche volle Refinanzierung an bedarfsorientierte Voraussetzungen zu knüpfen (Betreuungsschlüssel, Mindestgeburtenzahlen), könnte diese Probleme zumindest partiell mindern, wäre allerdings mit größerem Durchsetzungsaufwand verbunden.

Insoweit höhere Vergütungen im Rahmen von Vereinbarungen zwischen den Tarifparteien erreicht werden können, ist dieser Weg einer Förderung mit voraussichtlich hohem Dokumentations- und Monitoringaufwand vorzuziehen. Mittelfristig dürfte – auf Basis einer nach Qualifikation differenzierten Tarifstruktur – auch die zunehmende Akademisierung des Hebammenberufes zu einem Anstieg des Vergütungsniveaus führen. Innerhalb des heutigen Tarifsystems ist aber nicht nur eine stärkere Differenzierung nach Berufsgruppen schwierig, sondern auch eine Differenzierung von Vergütungserhöhungen nach unterschiedlichem Personalbedarf in den Geburtskliniken. Dies ist ein weiterer Grund für Maßnahmen zur Förderung

⁵⁰ Aus ähnlichen Gründen kann daher auch eine alternative finanzielle Förderung von Hilfskräften zur Entlastung der Hebammen nicht empfohlen werden, weil hier die absehbaren Abgrenzungs- und Monitoringprobleme für den Fördermitteleinsatz noch deutlich größer zu veranschlagen wären.

der Konzentration von stationären Geburtshilfekapazitäten, denn diese könnten einer fehlenden bedarfsorientierten Differenzierung allgemeiner Vergütungserhöhungen entgegenwirken.

Literaturverzeichnis

- 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
- Baumann B, Diller W, Reehe H (1998): Personaleinsatz und Personalkosten im Krankenhaus des Bayerischen Kommunalen Prüfungsverbandes.
- Bundesagentur für Arbeit (BA) (2019): Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Nürnberg.
- Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (2018). Krankenhaus Barometer. Düsseldorf. www.dki.de
- Deutscher Hebammenverband (2016): Die Arbeitssituation von angestellten Hebammen in Kliniken, Hebammenbefragung 2015, im Auftrag des Deutschen Hebammenverbandes in Zusammenarbeit mit dem Picker Institut Deutschland gGmbH
- DGGG, BVF, BLFG, DHV, BfHD, DGHWi (2018): Neujahrsgespräch: Sicherstellung der klinischen geburtshilflichen Versorgung in Deutschland, Pressemitteilung
- Finnström O, Berg G, Norman A, Otterblad Oluasson P (2006): Size of delivery unit and neonatal outcome in Sweden. A catchment area analysis." *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 85.1
- Gemeinsamer Bundesausschusses [G-BA] (2019): Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser (SQB) des Jahres 2017
- Heller G, Richardson DK, Schnell R, Misselwitz B, Künzel W, Schmidt S (2002): Are we regionalized enough? Early-neonatal deaths in low-risk births by the size of delivery units in Hesse, Germany 1990–1999. *International Journal of Epidemiology* 31.5
- Hemminki E, Heino A, Gissler M (2011): Should births be centralised in higher level hospitals? Experiences from regionalised health care in Finland." *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 118.10
- Huter K, Runte R, Rothgang H (2017): Hebammen im Land Bremen – Ergebnisse des Gesundheitsberufe-Monitorings und der Befragung der freiberuflichen Hebammen im Land, Abschlussbericht, Uni Bremen Campus GmbH und Zentrum für Sozialpolitik
- Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) Klinikum der Universität München (2018): Ergebnisbericht Versorgungskette Schwangerschaft und Geburt in der Landeshauptstadt München.
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) (2019): Strukturabfrage gem. QFR-RL. Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2018, Berlin.
-

- Janakiraman V, Lazar J, Joynt KE, Jha AK (2011): Hospital volume, provider volume, and complications after childbirth in US hospitals. *Obstetrics & Gynecology* 118.3
- Kohler S, Bärnighausen T (2018): Entwicklung und aktuelle Versorgungssituation in der Geburtshilfe in Baden-Württemberg: Bericht für den Runden Tisch Geburtshilfe in Baden-Württemberg. Heidelberg: Heidelberger Institut für Global Health
- Kolip P, Nolting H-D, Zich K (2012): Faktencheck Gesundheit: Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung. Erstellt im Auftrag der Bertelsmann Stiftung
- Kozhimannil et al. (2016): Birth Volume and the Quality of Obstetric Care in Rural Hospitals
- Kyser K, Lu X, Santillan D, Santillan M, Hunter S, Cahill A, Cram P (2012): The association between hospital obstetrical volume and maternal postpartum complications." *American journal of obstetrics and gynecology* 207.1
- Lippert H. (1990). Personalbedarfsermittlung für Hebammen/Entbindungspfleger. Ein neues analytisches Konzept der DKG - Das Krankenhaus, 82(9).
- Loos S, Zimmermann A, Sander M, Ochmann R (2015): Hebammenversorgung in Thüringen. Ergebnisbericht für das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. Berlin: IGES Institut GmbH
- Meinefeld H (2011) Personalbedarfsermittlung von Hebammen in Kliniken. *Hebammenforum* 5/2011
- Milupa (mehrere Jahrgänge): Geburtenliste. Deutschland. Mehrere Jahrgänge
- Moster D, Lie R, Markestad T (2001): "Neonatal mortality rates in communities with small maternity units compared with those having larger maternity units." *BJOG: an international journal of obstetrics & gynaecology* 108.9
- Mother Hood e.V. (2018): Weil das Leben einen guten Anfang braucht – Umfrage zur Versorgung von Schwangeren und Müttern von Neugeborenen in Bonn und Rhein-Sieg
- OECD (2018): Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle.
- Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) (2016): Versorgungssituation rund um die Geburt in München. Beschluss des Gesundheitsausschusses vom 07.07.2016
- Reif P, Pichler G, Griesbacher A, Lehner G, Schöll W, Lang U, Hofmann H, Ulrich D (2017): Do time of birth, unit volume, and staff seniority affect neonatal outcome in deliveries at ≥ 34 weeks of gestation? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 125.7
- Rogova N, Gorschlüter P, Haubrock M (2019): Erprobung eines Personalbedarfsermittlungsinstrumentes für Hebammen im Kreißaal; verfügbar unter
-

<https://www.hebammenverband.de/hebammenkongress/xiv-hebammenkongress/forschungsworkshop/erprobung-eines-personalbedarfsermittlungsinstrumentes-fuer-hebammen-im-kreisssaal/>.

- Sander M, Albrecht M, Temizdemir E (2019): Hebammenstudie Sachsen – Studie zur Erfassung der Versorgungssituation mit Hebammenleistungen in Sachsen sowie zur Möglichkeit der kontinuierlichen landesweiten Erfassung von Daten über Hebammenleistungen, Ergebnisbericht für das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz
- Sander M, Albrecht G, Loos S, Stengel V (2018a): Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern, Ergebnisbericht für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
- Sander M, Temizdemir E, Albrecht M (2018b): Hebammenstudie Sachsen-Anhalt: Regionale Bedarfe und deren Deckung durch Leistungen der Geburtshilfe inklusive der Vor- und Nachsorge, Ergebnisbericht für das Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt
- Schmitt J et al. (2019): Neue Volume-Outcome-Ergebnisse in der Perinatalmedizin, in: Dormann F, Klauber J, Kuhlen R (Hg): Qualitätsmonitor 2019, Berlin, S 105-131.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (2017): Entwicklung und aktuelle Situation in der Geburtshilfe – Ergebnisse der Umfrage vom August 2017 in Berliner Krankenhäusern mit Geburtshilfe
- Snowden J, Emeis C (2018): "The impact of hospital obstetric volume on maternal outcomes in term, non-low-birthweight pregnancies." American journal of obstetrics and gynecology 212.3
- Statistisches Bundesamt (2018): Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2019a): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes Kreise - Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2011. Stand: 31.12.2015, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2019b): Bevölkerung Deutschlands bis 2060, Ergebnisse der 14. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung - Hauptvarianten 1 bis 9 -, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2019c): Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle). Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (Behandlungsort). Fachserie 12 Reihe 6.2.1. Wiesbaden
- Stengel V, Borde T (2018): Bericht zur Berliner Mütterbefragung 2016/2017 – Die Versorgung rund um die Geburt aus der Sicht von Müttern. Ergebnisse einer
-

Online-Befragung von Müttern im Rahmen einer Masterthesis im Fach Public Health an der LMU München

Tauch J G (2019) Kompendium der Personalwirtschaft und Personalcontrolling – Gütersloher-Organisations-Beratung

Tracy S. K., Sullivan E., Dahlen H., Black D., Wang Y. A. und Tracy M. B. (2006). Does size matter? A population-based study of birth in lower volume maternity hospitals for low risk women. *General obstetrics* 113

Tscheulin D K, Geppert-Orthofer U (2016): Hebammenversorgung in Baden-Württemberg – Pilotstudie zur Versorgungssituation werdender und junger Mütter mit Hebammenhilfe in Baden-Württemberg. Bericht für den Hebammenverband Baden-Württemberg e.V.

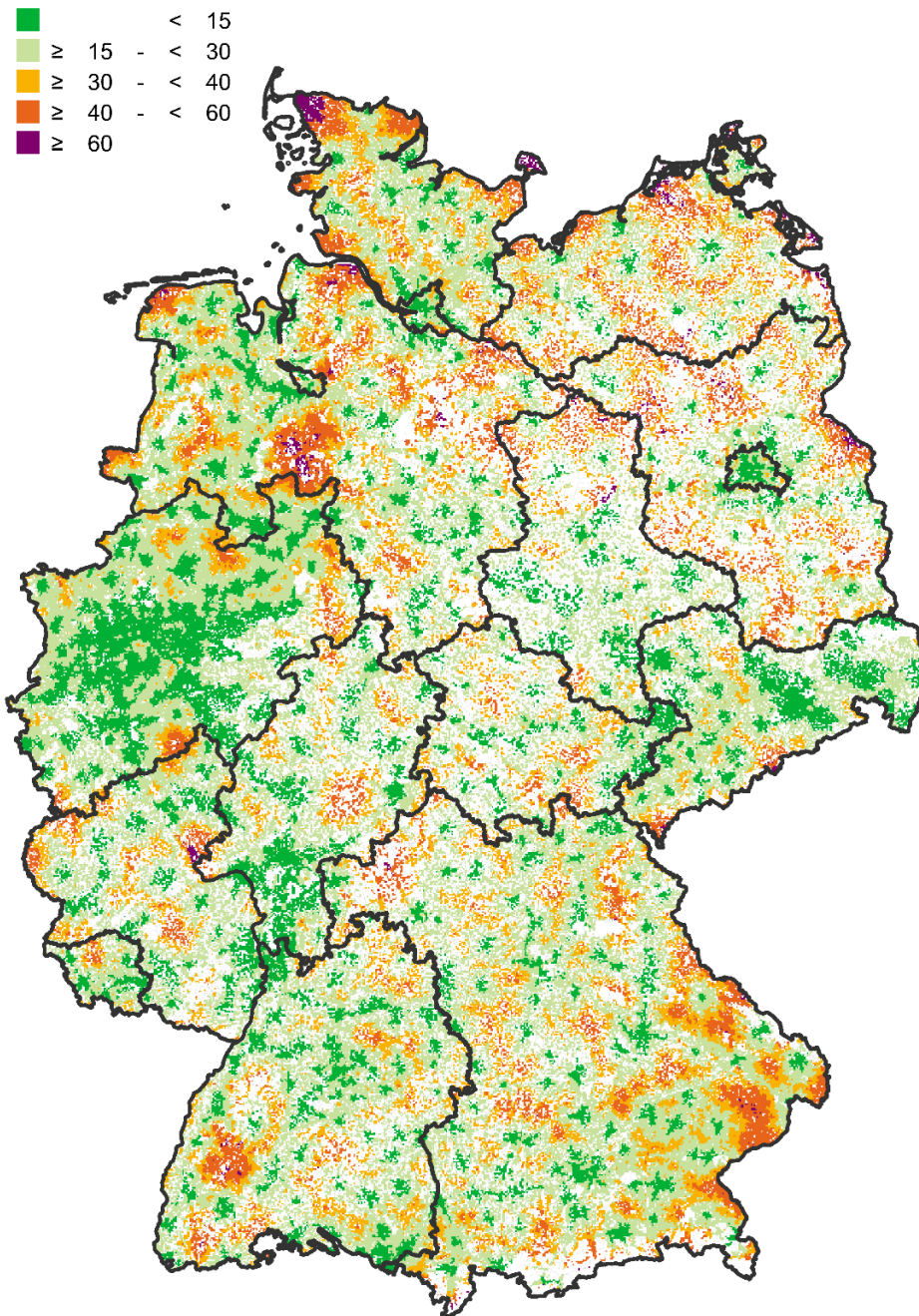
Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (2017) Sachstand – Zur Frage der Sicherstellung einer angemessenen personellen Ausstattung mit Hebammen in stationären Geburtshilfeinrichtungen in ausgewählten Ländern. WD 9-3000-079/16.

9. Anhang

- A1 Erreichbarkeit der stationären Geburtshilfe**
 - A2 Regionale Unterschiede der Kaiserschnittraten**
-

A1 Erreichbarkeit der stationären Geburtshilfe

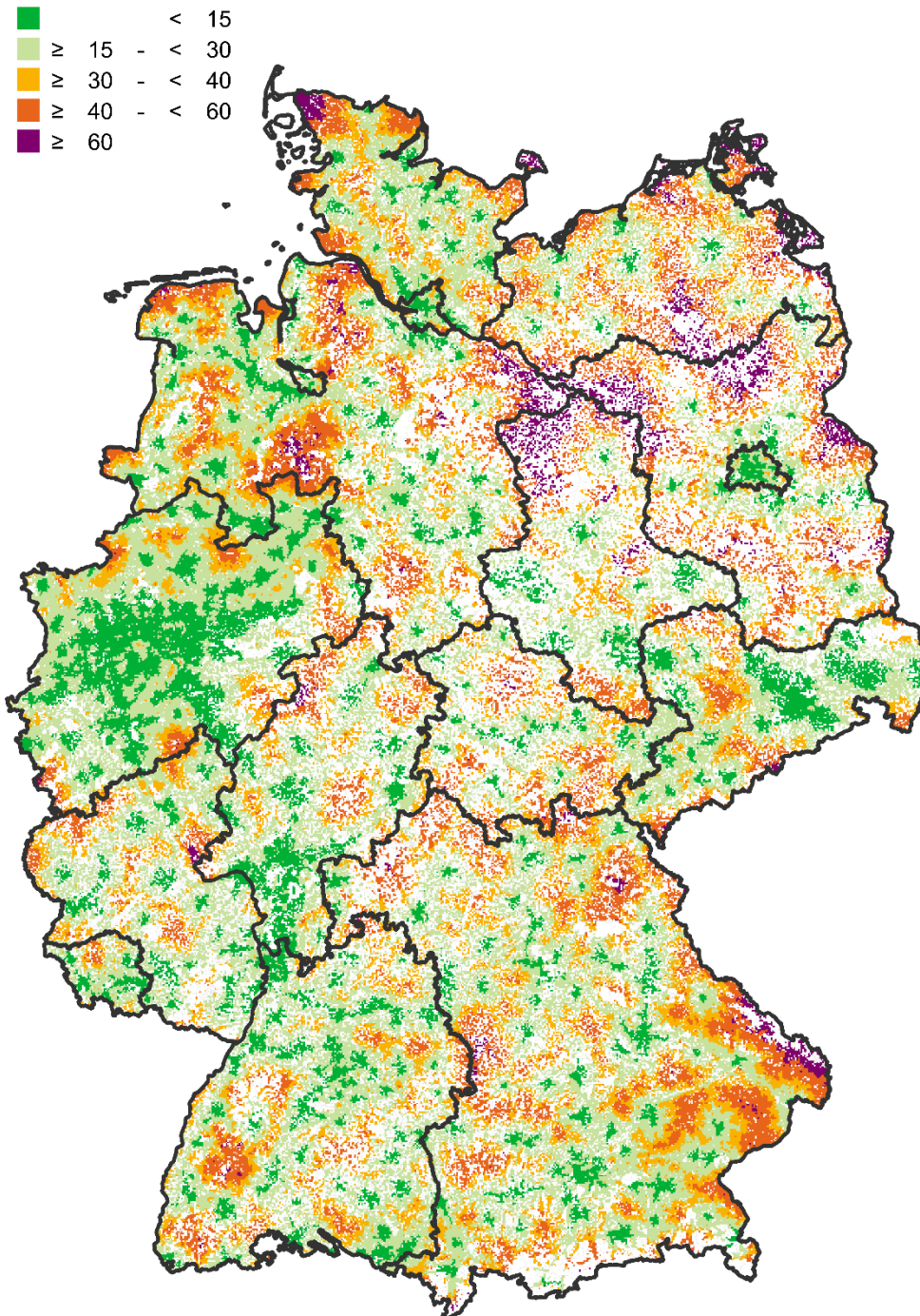
Abbildung 142: Erreichbarkeit der Geburtskliniken in Deutschland in PKW-Fahrminuten auf Ebene von 1-km²-Flächen (Status Quo, KBV-Modell)



Quelle: IGES auf Basis von G-BA (2019): SQB-Daten und Milupa (mehrere Jahrgänge): Geburtenliste

Anmerkungen: 682 Standorte der Geburtshilfe im Jahr 2018; weiße Flächen sind unbewohnte Gebiete.

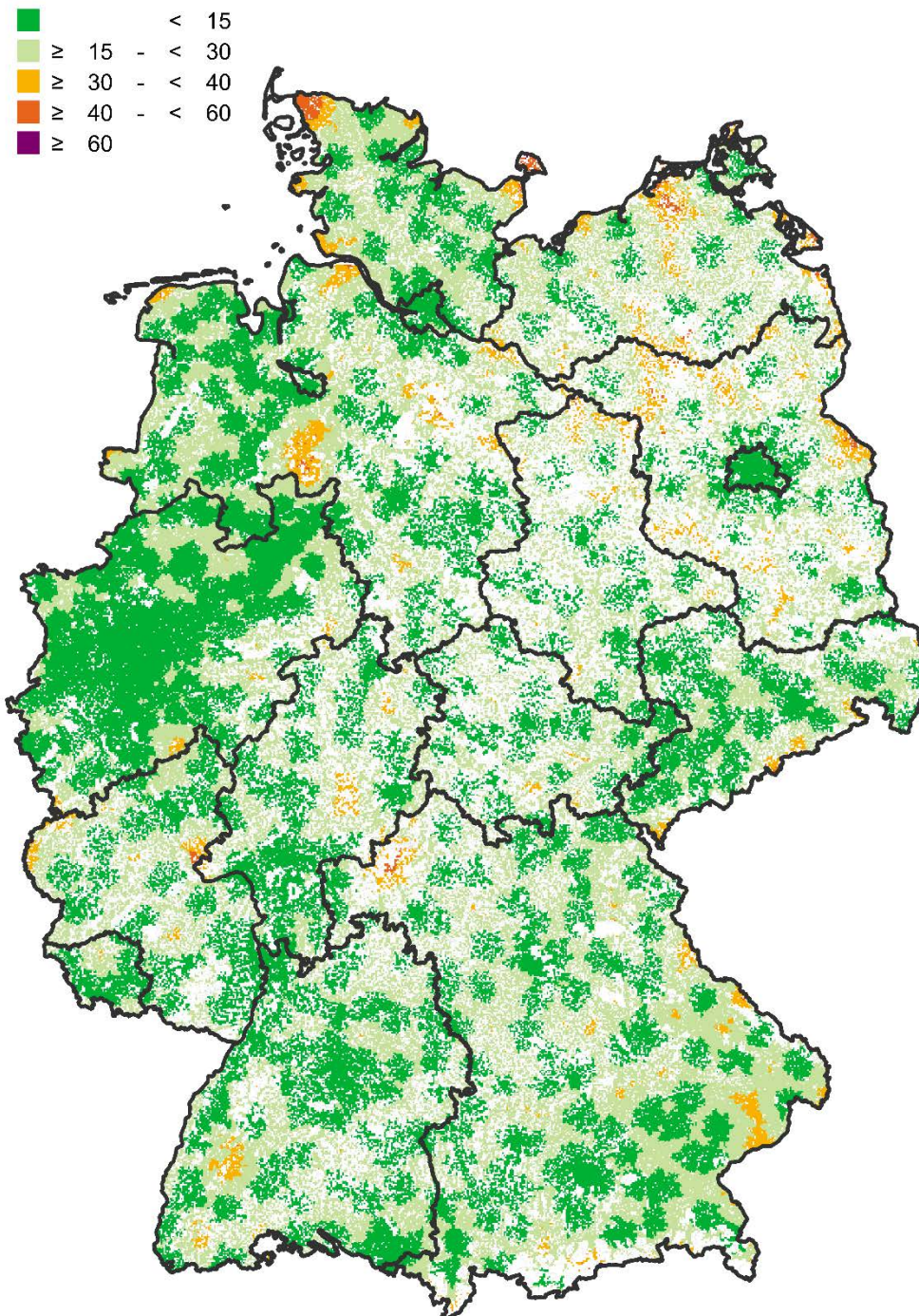
Abbildung 143: Erreichbarkeit der Geburtskliniken in Deutschland in PKW-Fahrminuten auf Ebene von 1-km²-Flächen (Konzentration, KBV-Modell)



Quelle: IGES auf Basis von G-BA (2019): SQB-Daten und Milupa (mehrere Jahrgänge): Geburtenliste

Anmerkungen: 563 Standorte der Geburtshilfe mit mind. 500 Geburten im Jahr 2018; weiße Flächen sind unbewohnte Gebiete.

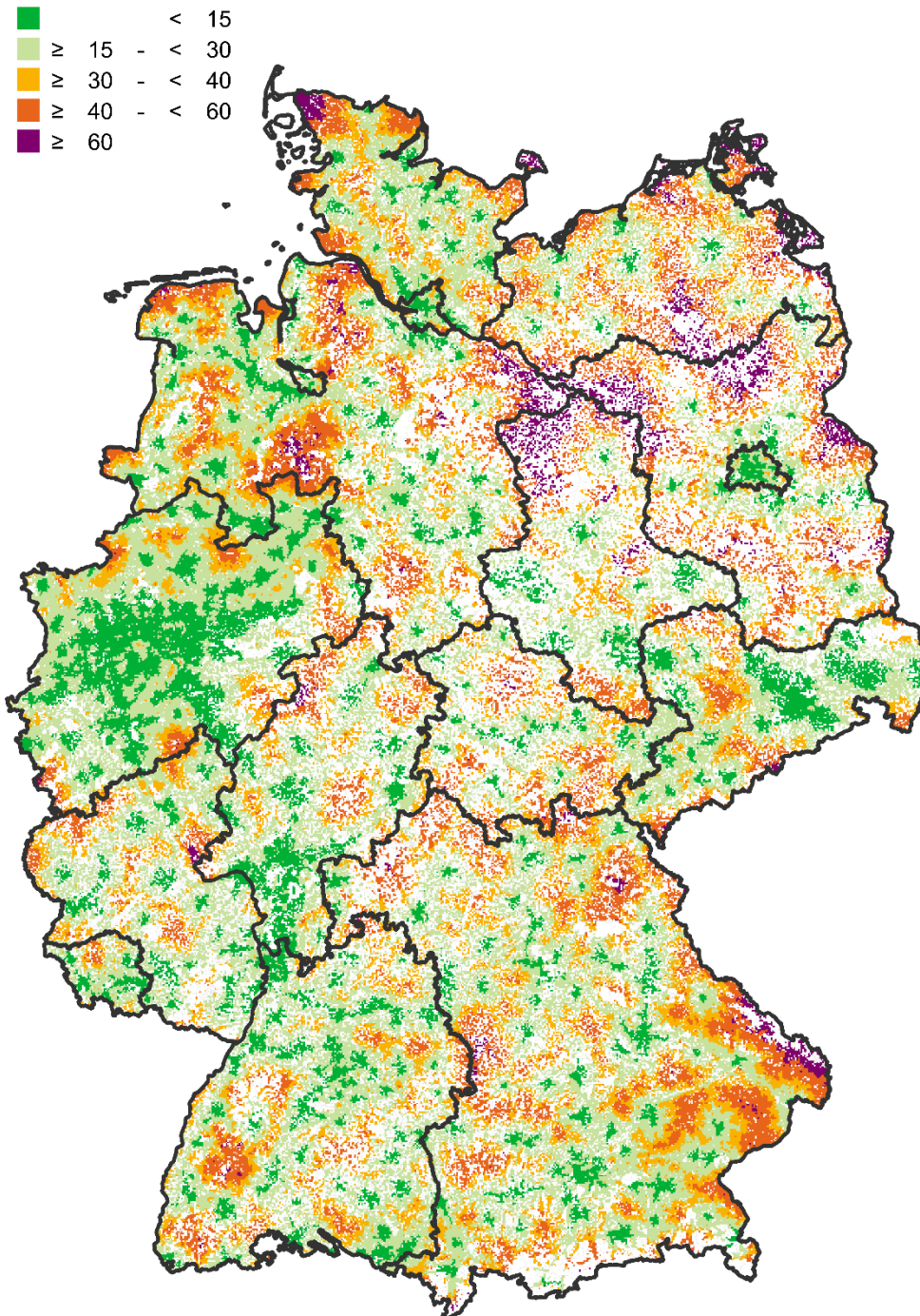
Abbildung 144: Erreichbarkeit der Geburtskliniken in Deutschland in PKW-Fahrminuten auf Ebene von 1-km²-Flächen (Status Quo, VRP-Modell)



Quelle: IGES auf Basis von G-BA (2019): SQB-Daten und Milupa (mehrere Jahrgänge): Geburtenliste

Anmerkungen: 682 Standorte der Geburtshilfe im Jahr 2018;
weiße Flächen sind unbewohnte Gebiete.

Abbildung 145: Erreichbarkeit der Geburtskliniken in Deutschland in PKW-Fahrminuten auf Ebene von 1-km²-Flächen (Konzentration, VRP-Modell)

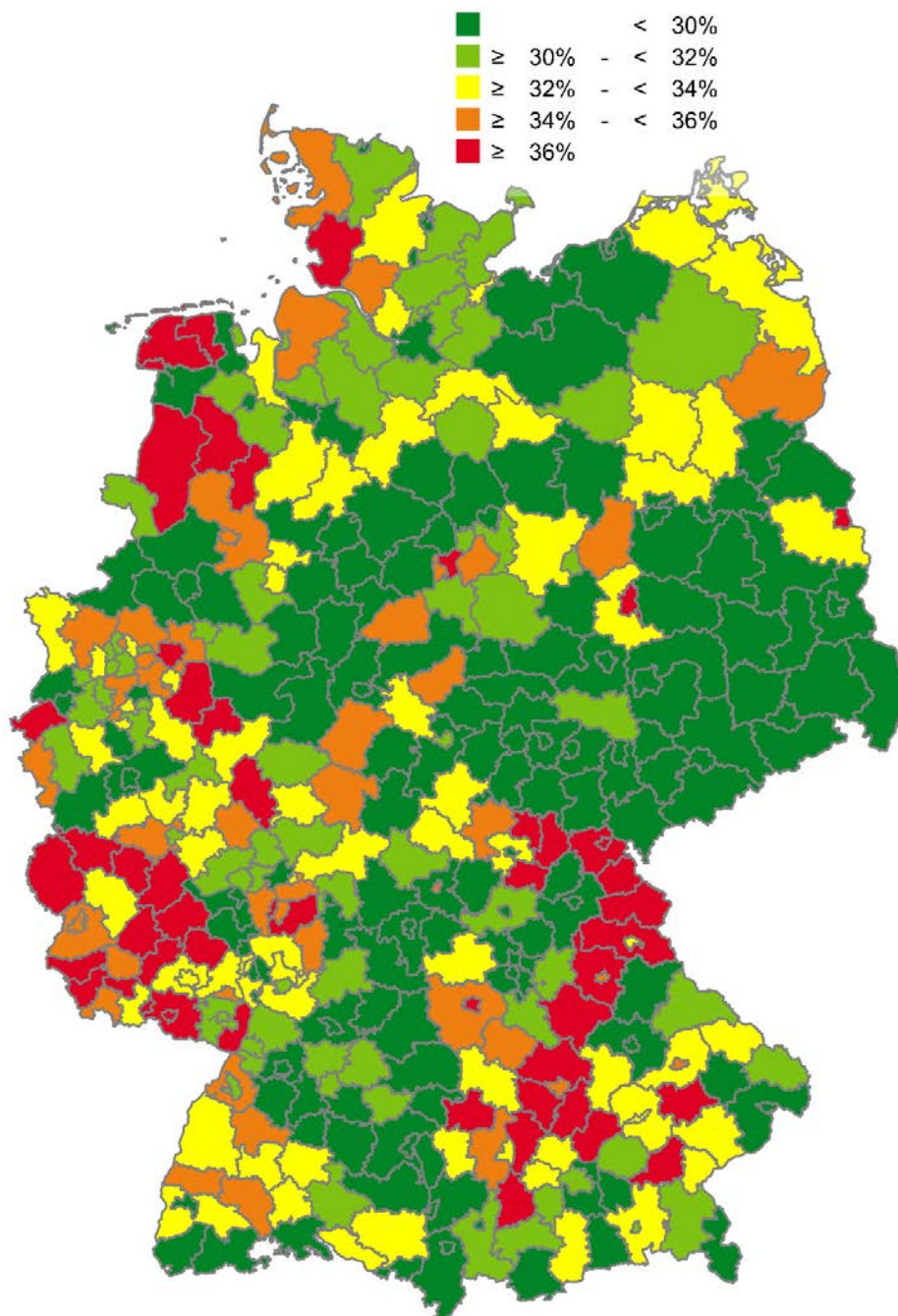


Quelle: IGES auf Basis von G-BA (2019): SQB-Daten und Milupa (mehrere Jahrgänge): Geburtenliste

Anmerkungen: 563 Standorte der Geburtshilfe mit mind. 500 Geburten im Jahr 2018; weiße Flächen sind unbewohnte Gebiete.

A2 Regionale Unterschiede der Kaiserschnittraten

Abbildung 146: Kaiserschnittrate auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (bezogen auf Anzahl der Lebendgeborenen), 2017



Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2019a): Statistik der Lebendgeborenen



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