



---

**Sachstand**

---

**Zur Personalbemessung von Hebammen in geburtshilflichen Kliniken**  
Situation in Deutschland und in anderen ausgewählten Ländern

**Zur Personalbemessung von Hebammen in geburtshilflichen Kliniken**

Situation in Deutschland und in anderen ausgewählten Ländern

Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 073/22  
Abschluss der Arbeit: 02.12.2022  
Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

---

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Ausgangslage</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Stationäre Geburtshilfe in Deutschland</b>	<b>7</b>
2.1.	Empfehlungen zu Betreuungsschlüsseln für Hebammen	7
2.1.1.	Gutachten des IGES Institut	7
2.1.1.	S2k-Leitlinie der AWMF	7
2.2.	Mindestanzahl von Leistungen und Personal in Kliniken	9
2.2.1.	Mindestmengenregelung	9
2.2.2.	Pflegepersonaluntergrenzen	11
2.3.	Lösungsansätze für eine verbesserte Hebammensituation	12
2.3.1.	Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen	12
2.3.2.	Ziele und Forderungen des Deutschen Hebammenverbands e. V.	13
2.3.3.	10-Punkte-Plan mit Lösungen – Mother Hood e. V.	14
<b>3.</b>	<b>Stationäre Geburtshilfe im Ausland</b>	<b>16</b>
3.1.	Dänemark	16
3.2.	Frankreich	17
3.3.	Norwegen	19
3.4.	Österreich	19
3.5.	Schweden	21

## 1. Ausgangslage

Nach Einschätzung des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA), der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des Internationalen Hebammenverbands (ICM) ist eine fachgerechte Betreuung von Millionen von Frauen und Babys in der Schwangerschaft und bei der Geburt nicht mehr sichergestellt, da weltweit ca. 900.000 Hebammen und Geburtshelfer fehlen würden.<sup>1</sup> Die Corona-Pandemie habe diese Krise verschärft, weil die Versorgung Schwangerer und Gebärender in den Hintergrund gerückt sei und Hebammen vereinzelt andere Aufgaben hätten übernehmen müssen.

Ausweislich einer Statistik der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) ist die Zahl der berufstätigen Hebammen in den ausgewiesenen OECD-Ländern, wie beispielsweise Deutschland, Frankreich, Großbritannien oder Norwegen, seit dem Jahr 2010 kontinuierlich angestiegen.<sup>2</sup> Blickt man auf Deutschland so ist die Anzahl der Hebammen und Entbindungspfleger von ca. 21.000 im Jahr 2010 auf rund 27.000 im Jahr 2020 angewachsen, während die Zahl der in Krankenhäusern lebendgeborenen Kinder seit dem Jahr 2017 von 775.273 auf 756.391 im Jahr 2020 gesunken ist.<sup>3</sup> Erstmals im Jahr 2021 ist die Geburtenzahl mit 795.492 Neugeborenen wieder gestiegen.<sup>4</sup>

Ogleich der positiven Entwicklung steigender Hebammenzahlen herrscht in Deutschland seit vielen Jahren ein Fachkräftemangel. Zwar ist das Interesse an einer Hebammen- beziehungsweise Entbindungspfleger-Ausbildung nach den Angaben des Statistischen Bundesamts grundsätzlich gestiegen,<sup>5</sup> allerdings verursachten Zeitmangel, personeller Notstand und fachfremde Tätigkeiten hohe Belastungen im Arbeitsalltag von Hebammen und führten dem Deutschen Hebammenver-

- 
- 1 Vereinte Nationen: Millionen Tote wegen akuten Hebammenmangels, in: Deutsches Ärzteblatt, 5. Mai 2021, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/123587/Vereinte-Nationen-Millionen-Tote-wegen-akuten-Hebammenmangels>. Dieser und alle weiteren Links wurden zuletzt abgerufen am 29. November 2022.
  - 2 OECD, Health Care Resources: Midwives, abrufbar unter <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>.
  - 3 Statista GmbH (unter Berufung auf das Statistische Bundesamt), Anzahl der Hebammen und Entbindungspfleger in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2020, 2022, abrufbar unter <https://de.statista.com/statistik/hebammen-und-entbindungspfleger-in-deutschland-seit-2000/> sowie Anzahl der in deutschen Krankenhäusern lebend- und totgeborenen Kinder in den Jahren von 2004 bis 2020, abrufbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/448699/umfrage/anzahl-der-in-deutschen-krankenhaeusern-lebend-und-tot-geborenen-kinder/>. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/lebendgeborene-gestorbene.html>.
  - 4 Statistisches Bundesamt, Daten der Lebendgeborenen, Totgeborenen, Gestorbenen und der Gestorbenen im 1. Lebensjahr, 4. August 2022, abrufbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/lebendgeborene-gestorbene.html>. Das Statistische Bundesamt beziffert die Lebendgeborenen ohne Angabe der Geburtsstätte.
  - 5 Statistisches Bundesamt, 14 Prozent mehr Hebammen-Schülerinnen und -schüler im Schuljahr 2019/2020 als im Vorjahr, Zahl der Woche Nr. 18 vom 4. Mai 2021, abrufbar unter [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2021/PD21\\_18\\_p002.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2021/PD21_18_p002.html).

band e. V. (DHV) zufolge dazu, dass 70 Prozent nur noch in Teilzeit bzw. nicht mehr im Kreißaal arbeiten oder ihren Beruf ganz aufgegeben hätten.<sup>6</sup> Anlässlich des Internationalen Hebammentags am 5. Mai verwies der DHV auf eine Umfrage unter 3.516 teilnehmenden Hebammen, nach der 77 Prozent (2.718 Personen) wieder oder mehr im Kreißaal arbeiten würden, wenn u. a. eine Eins-zu-eins-Betreuung der Frau garantiert sei und nur Hebammentätigkeiten ausgeführt werden müssten.<sup>7</sup> Modellprojekte wie der „Hebammenkreißaal“ am Universitätsklinikum Halle zur Unterstützung der natürlichen Geburt und Reduzierung der Kaiserschnittquote stellen die Bedeutung und Notwendigkeit von Hebammen in der Geburtshilfe heraus.<sup>8</sup>

Neben dem nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ haben sich die Koalitionspartner im Koalitionsvertrag 2021 darauf verständigt, einen **Personalschlüssel** für eine **Eins-zu-eins-Betreuung** durch Hebammen während wesentlicher Phasen der Geburt einzuführen, den Ausbau hebammengeleiteter Kreißsäle zu fördern und die Möglichkeit und Vergütung zur ambulanten, aufsuchenden Geburtsvorsorge und Geburtsnachsorge für angestellte Hebammen an Kliniken zu schaffen.<sup>9</sup> In einem Brandbrief mahnt Ulrike Geppert-Orthofer, Präsidentin des DHV, jedoch an, dass aktuelle Gesetzesentwürfe und Verordnungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) diesen Zielen diametral entgegenstünden und sich dies unmittelbar auf den Handlungsspielraum der Länder für eigene Maßnahmen sowie auf die Versorgung in den Kreißsälen, Pränatal- und Wöchnerinnenstationen auswirke.<sup>10</sup>

Eine aktuelle Petition „Keine Streichung der Hebammen aus dem Pflegebudget ab 2025!“ richtet sich dagegen, dass bei der von der Bundesregierung geplanten umfassenden Krankenhausreform ab 2025 nur noch qualifizierte Pflegekräfte, die bei der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen eingesetzt werden, im Pflegebudget berücksichtigt und weiteres medizinisches Fachpersonal, wie etwa Hebammen, anderweitig von den Krankenhäusern finanziert werden müssten.<sup>11</sup> Die Unterstützer der an das BMG gerichteten Petition fordern, Hebammen nicht aus dem Budget zu streichen. Laut dem BMG könnten Hebammenleistungen bis 2025 im

---

6 Deutsches Ärzteblatt, Arbeitsbedingungen treiben Hebammen aus dem Beruf, 5. Mai 2022, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/133964/Arbeitsbedingungen-treiben-Hebammen-aus-dem-Beruf>.

7 Deutscher Hebammenverband e. V. (DHV), Umfrage bringt prekäre Arbeitsbedingungen ans Licht, 5. Mai 2022, abrufbar unter <https://www.dhz-online.de/news/detail/artikel/dhv-umfrage-bringt-prekaere-arbeitsbedingungen-ans-licht/>.

8 Siehe hierzu den Beitrag: Land fördert Modellprojekt zu Geburten in Uniklinik weiter, in: stern.de, 11. November 2022, abrufbar unter <https://www.stern.de/gesellschaft/regional/sachsen-anhalt/halle--saale---land-foerdert-modellprojekt-zu-geburten-im-uniklinik-weiter-32901486.html>.

9 Mehr Fortschritt wagen, Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, Koalitionsvertrag 2021-2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP), S. 89, abrufbar unter <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/gesetzesvorhaben/koalitionsvertrag-2021-1990800>.

10 Geppert-Orthofer, Ulrike, Brandbrief: Notstand klinische Geburtshilfe, 22. September 2022, abrufbar unter [https://www.hebammenverband.de/Brandbrief\\_Geburtshilfe\\_BTKoalition.pdf](https://www.hebammenverband.de/Brandbrief_Geburtshilfe_BTKoalition.pdf).

11 Petitionsplattform Change.org, Keine Streichung der Hebammen aus dem Pflegebudget ab 2025!, abrufbar unter <https://www.change.org/p/keine-streichung-der-hebammen-aus-dem-pflegebudget-ab-2025-karl-lauterbach?redirect=false>. Diese Petition wurde bereits mit über 1,5 Millionen Unterschriften gezeichnet.

Pflegebudget abgebildet werden, anschließend greife eine Krankenhausreform, an der intensiv gearbeitet werde.<sup>12</sup> Medienberichten zufolge sei Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach zwischenzeitlich auf die Forderungen der Berufsverbände eingegangen.<sup>13</sup> Geplant sei, dass die Beschäftigung von Hebammen in den Kreißsälen mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG)<sup>14</sup> einer unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen gleichgestellt und die Berufsgruppe der Hebammen damit auch ab dem Jahr 2025 im Pflegebudget berücksichtigt werde.

In dieser Arbeit werden Empfehlungen und Vorgaben für die Personalbemessung von Hebammen in der stationären Geburtshilfe in Deutschland erläutert. Anschließend werden Lösungsansätze bzw. Maßnahmen in Deutschland sowie anderen europäischen Ländern vorgestellt, die dem Mangel an Hebammen entgegenwirken sollen.

Einen Überblick über die Versorgungsstrukturen und die Arbeitssituation von Hebammen in der stationären Geburtshilfe in Deutschland und in anderen Ländern bieten die folgenden Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste:

- Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, **Überblick über Versorgungsstrukturen in der Geburtshilfe, Deutschland, Dänemark, Schweden und Norwegen**, Sachstand vom 26. März 2021, WD 9 – 3000 – 012/21
- Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, **Zur Arbeitssituation von Hebammen in der klinischen Geburtshilfe, Vergleich der Situation in Deutschland mit der in ausgewählten europäischen Ländern**, Sachstand vom 14. August 2019, WD 9 – 3000 – 040/19
- Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, **Zum Betreuungsschlüssel von Hebammen in der klinischen Geburtshilfe**, Sachstand vom 21. Juni 2019, WD 9 – 3000 – 039/19.

---

12 Wolf, Carolin, Finanzierung der Geburtshilfe, Hebammen-Streit: "Geringschätzung der Frauen", zdf heute, 12. November 2022, abrufbar unter <https://www.zdf.de/nachrichten/politik/hebamme-finanzierung-streit-lauterbach-100.html>.

13 Strauß, Hagen/Drebes, Jan, Finanzierung von Hebammen gesichert, in: Rheinische Post, 27. November 2022, abrufbar unter [https://rp-online.de/politik/deutschland/finanzierung-von-hebammen-in-krankenhaeusern-gesichert\\_aid-80587697](https://rp-online.de/politik/deutschland/finanzierung-von-hebammen-in-krankenhaeusern-gesichert_aid-80587697).

14 Zum Gesetzentwurf und dem aktuellen Stand des Verfahrens siehe Deutscher Bundestag, Abstimmung über Initiativen zur Entlastung von Pflegekräften im Krankenhaus, abrufbar unter <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2022/kw42-de-krankenhauspflegeentlastung-915558>.

## 2. Stationäre Geburtshilfe in Deutschland

### 2.1. Empfehlungen zu Betreuungsschlüsseln für Hebammen

#### 2.1.1. Gutachten des IGES Institut

Nach einem vom BMG in Auftrag gegebenen Gutachten des IGES (unabhängiges Forschungs- und Beratungsinstitut für Infrastruktur- und Gesundheitsfragen) aus dem Jahr 2019 zur stationären Hebammenversorgung<sup>15</sup> seien Einrichtungen der Geburtshilfe gut zu erreichen und Mütter weitgehend zufrieden mit der Hebammenversorgung im Krankenhaus.<sup>16</sup> Stellenweise zeige sich aber eine Überlastung von Geburtsstationen in größeren Städten. Die Gutachter schlagen daher ein Modell der blockweisen Personalzuführung vor, nach der bei einer Anzahl von mehr als 600 Geburten eine doppelte Besetzung der Dienste mit Hebammen und ab 1.200 Geburten die dreifache Besetzung der Dienste benötigt werde und gegebenenfalls die Tagschichten mit Präsenzdiensten und die Nachtschichten mit Bereitschaftsdiensten unterstützt werden sollten. Dabei gehen die Gutachter davon aus, dass vermehrt in den Tagdiensten geplante Kaiserschnitte stattfinden.

#### 2.1.1. S2k-Leitlinie der AWMF

Nach der aktuellen S2k-Leitlinie<sup>17</sup> der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) „Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland“<sup>18</sup> soll jede geburtshilfliche Klinik neben der ständigen Anwesenheit einer geburtshilflich erfahrenen Ärztin bzw. eines geburtshilflich erfahrenen Arztes rund um die Uhr die Anwesenheit mindestens einer Hebamme sowie einer weiteren Hebamme in Rufbereitschaft gewährleisten. Durch ausreichende personelle Ressourcen solle sichergestellt sein, dass die für die Sicherheit von Mutter und Kind erforderliche Entscheidungs-Entbindungszeit („E-E-Zeit“) unter 20 Minuten jederzeit eingehalten werden könne. Für die Berechnung der Hebammenstellen könne derzeit kein allgemeingültiges Personalbedarfsmodell empfohlen werden. Als Ziel wird in der S2k-Leitlinie jedoch formuliert, dass geburtshilfliche Einrichtungen eine Eins-zu-eins (maximal Eins-zu-zwei)-Hebammenbetreuung der Gebärenden gewährleisten. Um eine durchgehende Besetzung in einer Klinik mit bis zu 600 Geburten im Jahr sicherstellen zu können, seien mindestens 5,65 Hebammenstellen erforderlich. Bei mehr als 600

---

15 Albrecht, Martin u. a. (IGES Institut), Stationäre Hebammenversorgung, Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit, September 2019, abrufbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Datien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Berichte/stationaere\\_Hebammenversorgung\\_IGES-Gutachten.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Datien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/stationaere_Hebammenversorgung_IGES-Gutachten.pdf).

16 Bundesministerium für Gesundheit, Gutachten zur Hebammenversorgung – Gute Erreichbarkeit von Geburtshilfe im Krankenhaus, 10. Januar 2020, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2020/gutachten-hebammenversorgung.html>.

17 Zur Einordnung der Leitlinien S1 bis S3, siehe AWMF-Regelwerk, Stufenklassifikation, abrufbar unter <https://www.awmf.org/regelwerk/stufenklassifikationen>.

18 S2k-Leitlinie 087/001 der AWMF, Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland, 31. März 2021, abrufbar unter [https://register.awmf.org/assets/guidelines/087-001\\_S2k\\_Empfehlungen-strukturelle-Voraussetzungen-perinatalogische-Versorgung-Deutschland\\_2021-04\\_01.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/087-001_S2k_Empfehlungen-strukturelle-Voraussetzungen-perinatalogische-Versorgung-Deutschland_2021-04_01.pdf).

Geburten müssten pro zusätzliche 100 Geburten mindestens 0,93 weitere Hebammenstellen vorhanden sein. Abhängig von der jährlichen Geburtenrate sollten in der Klinik so viele Hebammen anwesend bzw. rufbereit sein, um mehr als 95 Prozent der Zeit eine Eins-zu-eins-Betreuung ab aktiver Geburt gewährleisten zu können. Lediglich in Ausnahmefällen sollten Hebammen maximal zwei Frauen gleichzeitig während der Geburt betreuen. Eine 24-Stunden-Präsenz einer qualifizierten Pflegekraft oder Hebamme mit Erfahrung in der Betreuung eines gesunden Neugeborenen sei obligat. Bei der Personalplanung müssten zudem lokale Besonderheiten (z. B. Risikokollektiv, Möglichkeit der Delegation von Tätigkeiten an Assistenzpersonal, Abteilungsgröße) berücksichtigt werden.

Der tatsächliche Betreuungsschlüssel von Hebammen in Bezug zu gebärenden Frauen im Rahmen der klinischen Geburtshilfe wird statistisch nicht erfasst. Auch wenn bereits die S1-Leitlinie für die stationäre Geburtshilfe<sup>19</sup> als Vorgängerin der aktuell gültigen S2k-Leitlinie „Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland“<sup>20</sup> vorsah, dass zu mehr als 95 Prozent der Zeit eine Eins-zu-eins-Betreuung der Gebärenden gewährleistet sein solle, zeigen mehrere Umfragen unter den Hebammen eine andere Praxis.<sup>21</sup> So kam eine vom DHV in Zusammenarbeit mit dem Picker Institut Deutschland GmbH im Jahr 2015 durchgeführte bundesweite Umfrage<sup>22</sup> unter rund 1.700 Hebammen in Deutschlands Entbindungsstationen zu dem Ergebnis, dass sich fast die Hälfte der Hebammen um drei Frauen gleichzeitig während der Geburt kümmerten und diese hohe Belastung teilweise zu einem Rückzug von Hebammen aus der Geburtshilfe führe. Eine aktuelle Umfrage des DHV unter 3.516 teilnehmenden Hebammen zeigt auf, dass sich die Arbeitsbedingungen offensichtlich auch heute noch nicht verbessert haben.<sup>23</sup> So hätten 77 Prozent (2.718 Personen) der Befragten angegeben, wieder oder mehr im Kreißsaal zu arbeiten, wenn u. a. eine Eins-zu-eins-Betreuung der Frau garantiert sei und nur Hebammentätigkeiten ausgeführt werden müssten.

---

19 S1-Leitlinie 087-001 der AWMF, Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland, 2015, abrufbar unter <https://www.dgai.de/alle-docman-dokumente/entschliessungen-vereinbarungen/522-empfehlungen-fuer-die-strukturellen-voraussetzungen-der-perinatologischen-versorgung-in-deutschland/file.html>.

20 S2k-Leitlinie 087/001 der AWMF, Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland, 31. März 2021, abrufbar unter [https://register.awmf.org/assets/guidelines/087-001\\_S2k\\_Empfehlungen-strukturelle-Voraussetzungen-perinatologische-Versorgung-Deutschland\\_2021-04\\_01.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/087-001_S2k_Empfehlungen-strukturelle-Voraussetzungen-perinatologische-Versorgung-Deutschland_2021-04_01.pdf).

21 Vgl. hierzu die Arbeit der Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages, Zum Betreuungsschlüssel von Hebammen in der klinischen Geburtshilfe, Sachstand vom 21. Juni 2019, WD 9 – 3000 – 039/19.

22 Picker Institut Deutschland gGmbH, Die Arbeitssituation von angestellten Hebammen in Kliniken, Hebammenbefragung 2015, S. 7, abrufbar unter [https://www.hebammen-nrw.de/cms/fileadmin/redaktion/Aktuelles/pdf/2016/DHV\\_Hebammenbefragung\\_Nov\\_2015\\_final.pdf](https://www.hebammen-nrw.de/cms/fileadmin/redaktion/Aktuelles/pdf/2016/DHV_Hebammenbefragung_Nov_2015_final.pdf); Stahl, Katja, Arbeitssituation von angestellten Hebammen in deutschen Kreißsälen – Implikationen für die Qualität und Sicherheit der Versorgung, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ) 2016, Zusammenfassung abrufbar unter [https://zefq-journal.com/article/S1865-9217\(16\)30145-3/pdf](https://zefq-journal.com/article/S1865-9217(16)30145-3/pdf).

23 DHV, Umfrage bringt prekäre Arbeitsbedingungen ans Licht, 5. Mai 2022, abrufbar unter <https://www.dhz-online.de/news/detail/artikel/dhv-umfrage-bringt-prekaere-arbeitsbedingungen-ans-licht/>.



## 2.2. Mindestanzahl von Leistungen und Personal in Kliniken

### 2.2.1. Mindestmengenregelung

Um die Qualität von besonders schwierigen Eingriffen sicherzustellen, legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse „Mindestmengen“ für planbare stationäre Leistungen je Ärztin bzw. Arzt und/oder Standort eines Krankenhauses fest.<sup>24</sup> Für den speziellen Bereich der Neonatologie und Geburtshilfe besteht aufgrund eines Beschlusses des G-BA eine Mindestmenge von 25 Fällen pro Jahr für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.250 Gramm pro Standort eines Krankenhauses.<sup>25</sup> Begründet wird dies mit einem nachweisbaren Einfluss auf die Qualität der erbrachten Leistung, insbesondere einer niedrigeren Mortalität.<sup>26</sup>

Vorausgegangen war eine Studie, nach der pro Jahr 25 bis 40 Frühchen in Deutschland zusätzlich überleben könnten, wenn es nur ein Viertel der Geburtskliniken der höchsten Versorgungsstufe (Perinatalzentren Level 1) gebe.<sup>27</sup> Nach dieser auf den ersten Blick überraschenden Erkenntnis erhöhe eine durch höhere Fallzahlen gewonnene Erfahrung und Routine der behandelnden Ärztinnen und Ärzte die Qualität der Patientinnen- und Patientenversorgung und mildere bestehende Engpässe beim ärztlichen und Pflegepersonal ab. Um höhere Fallzahlen zu erreichen, müsse die medizinische und ärztliche Expertise in weniger Zentren konzentriert werden und in solchen Spezialgebieten wie der Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm eine Abkehr von dem Ziel einer geografisch ausgewogenen Versorgung erfolgen. Nach Auswertung von über 56.000 Daten von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm, die in Perinatalzentren Level 1 von 2010 bis 2018 behandelt wurden, kamen die Wissenschaftler zu dem Schluss, dass die höchste Anzahl potentiell vermeidbarer Todesfälle bei 50 bis 60 in der Klinik versorgten Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm pro Jahr erreicht werden könne. Übergangsweise wurde für die Kalenderjahre 2021

- 
- 24 Aktuell hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) für zehn Leistungen Mindestmengen festgelegt, siehe G-BA, Mindestmengen für Krankenhäuser, abrufbar unter <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-mindestmengenregelungen/>.
- 25 Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Änderung der Mindestmengenregelungen: Änderung der Nummer 8 der Anlage, 17. Dezember 2020, BAnz AT 25. Januar 2021 B7, abrufbar unter [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4621/2020-12-17\\_Mm-R\\_Fruehgeborene\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4621/2020-12-17_Mm-R_Fruehgeborene_BAnz.pdf) auf der Grundlage der Regelungen des G-BA gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenregelung, Mm-R), in der Fassung vom 20. Dezember 2005, zuletzt geändert am 16. Juni 2022, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.0 Juli 2022 B4), abrufbar unter [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2882/Mm-R\\_2022-06-16\\_iK-2022-07-16-2022-01-01.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2882/Mm-R_2022-06-16_iK-2022-07-16-2022-01-01.pdf).
- 26 G-BA, Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen gemäß § 136b Absatz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenregelungen – Mm-R): Änderung der Nr. 8 der Anlage vom 17. Dezember 2020, dort insbesondere S. 13 und S. 17f.; abrufbar unter [https://www.g-ba.de/downloads/40-268-7307/2020-12-17\\_Mm-R\\_Fruehgeborene\\_TrG.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/40-268-7307/2020-12-17_Mm-R_Fruehgeborene_TrG.pdf).
- 27 Siehe Heller, G. u. a., Wie hoch ist die optimale Mindestmenge für die Behandlung Frühgeborener mit einem Geburtsgewicht unter 1250 g in Deutschland?, in: Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, Oktober 2020, 224(5):289-296, abrufbar unter <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1259-2689>.

und 2022 jeweils eine Mindestmenge von 14 Leistungen und für das Kalenderjahr 2023 eine Mindestmenge von 20 Leistungen pro Krankenhausstandort vom G-BA beschlossen.<sup>28</sup> Eine solche Übergangslösung war notwendig geworden, da nach den Angaben des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) nur etwa die Hälfte der 309 Standorte, die im Jahr 2018 Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.250 Gramm betreut hatten, die zuvor geltende Mindestmenge von 14 Fällen pro Jahr erreicht hatte.<sup>29</sup> Nach der von der AOK herausgegebenen Mindestmengen-Transparenzliste wurde die für das Jahr 2022 geltende Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses von 14 für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen bundesweit an allen angezeigten Krankenhäusern positiv bestätigt.<sup>30</sup> Eine in der Fachöffentlichkeit zur Stärkung der Fachkompetenz bei der Betreuung von Geburten seit Jahren auch für Reifgeborene diskutierte Einführung einer Mindestmenge von 500 Geburten im Jahr<sup>31</sup> wurde bisher nicht eingeführt.

Auch wenn eine solche Mindestmengenregelung für hochkomplexe Versorgungssituationen in Perinatalzentren Level 1 zur Qualitätssicherung und konkret zu einer höheren Überlebenschance Frühgeborener beiträgt, so birgt eine Konzentration von Geburtskliniken bei gleichzeitiger Schließung kleinerer Geburtsstationen auch Nachteile. Insbesondere in ländlichen Gegenden könne eine Erreichbarkeit und Versorgung mit Geburtshilfe für Frauen im gebärfähigen Alter bei einer weiteren Reduzierung von Kliniken mit Geburtsstationen nicht mehr zeitnah sichergestellt sein, was in einem Zeitungsbericht am Beispiel Fehmarn aufgezeigt wird.<sup>32</sup> Junge Mütter, die vor der Entbindung stehen und auf Fehmarn wohnen bzw. sich dort aufhalten, müssten gut eine Stunde bis zur nächsten Geburtsstation fahren, seitdem die Geburtsklinik in Oldenburg geschlossen habe. Dies sei insbesondere im Sommer problematisch, wenn durch den Tourismus deutlich längere Anfahrtswege bestünden. Ein frauenärztlicher Bereitschaftsdienst, ausgestattet mit einem Rettungswagen, sei nicht vorgesehen. Um den Staus auf den Straßen zu entgehen, hätten Schwangere auf Fehmarn das Angebot bekommen, zwei Wochen vor dem errechneten Entbin-

- 
- 28 Regelungen des G-BA gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenregelung, Mm-R), in der Fassung vom 20. Dezember 2005, zuletzt geändert am 16. Juni 2022, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.0 Juli 2022 B4), abrufbar unter [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2882/Mm-R\\_2022-06-16\\_iK-2022-07-16-2022-01-01.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2882/Mm-R_2022-06-16_iK-2022-07-16-2022-01-01.pdf).
- 29 Vgl. Frühgeborene, Neue Mindestmengen führen zu Leistungsverlagerung, *aerzteblatt.de*, 24. März 2021, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/122303/Fruehgeborene-Neue-Mindestmengen-fuehren-zu-Leistungsverlagerung>.
- 30 AOK, Mindestmengen-Transparenzliste 2022 bundesweit, abrufbar unter [https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/engagement/mindestmengen/mindestmengen-transparenzliste\\_2022.pdf](https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/engagement/mindestmengen/mindestmengen-transparenzliste_2022.pdf).
- 31 Litsch, Martin, Mehr Mut zur Umsetzung von Mindestmengenregelungen nötig, Pressekonferenz zum Krankenhaus-Report 2017, AOK-Bundesverband und Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO), 28. Februar 2017, abrufbar unter [https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/hintergrund/dossier/krankenhaus/09\\_statement\\_litsch\\_pk\\_khr\\_2017\\_web.pdf](https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/hintergrund/dossier/krankenhaus/09_statement_litsch_pk_khr_2017_web.pdf).
- 32 Frey, Carina, Weniger ist mehr. Wirklich?, in: Frankfurter Rundschau vom 17.11.2022, <https://www.fr.de/wirtschaft/weniger-ist-mehr-wirklich-91922578.html>.

dungstermin in ein Appartement in der Nähe der nächsten Klinik zu ziehen. Dieses Angebot hätten die Frauen jedoch nicht angenommen, weil sie kurz vor der Geburt nicht in eine fremde Umgebung ziehen wollten, insbesondere dann nicht, wenn sie weitere Kinder zu betreuen hätten.

Weiteren Medienberichten zufolge habe die Schließung von kleinen Geburtsstationen in Krankenhäusern in den letzten Jahren zu Engpässen in der Versorgung geführt, da die Kapazität großer Kliniken nicht parallel gewachsen sei. So hatte bei einer Befragung im Jahr 2018 ein Drittel der Kliniken angegeben, bereits Schwangere unter der Geburt abgewiesen zu haben, teils aus einem Mangel an Hebammen oder an Raumkapazitäten, teils aufgrund einer Überlastung der neonatologischen Intensivstationen.<sup>33</sup> Das „Bremer Bündnis zur Unterstützung der natürlichen Geburt“, ein Netzwerk aus Ärztinnen und Ärzten, Hebammen, Krankenkassen sowie gesundheits- und frauenpolitischen Akteuren, warnt aktuell vor einer verschlechterten Versorgung von Schwangeren in Bremen.<sup>34</sup> Schwangere müssten immer häufiger an andere Geburtskliniken verwiesen oder verlegt werden. Dies betreffe auch Risikoschwangere, die in einem Perinatalzentrum Level 1 versorgt werden müssten. In Bremen gebe es nur ein solches Zentrum, zudem herrsche ein Personalmangel und es fehlten zwei zusätzliche Kreißsäle.

#### 2.2.2. Pflegepersonaluntergrenzen

Erstmals im Juli 2017 erhielten der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) den Auftrag, Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern festzulegen.<sup>35</sup> Seither sind die in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)<sup>36</sup> festgelegten pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern sowie die zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)<sup>37</sup> jährlich zu überprüfen und weiterzuentwickeln.

Die Geburtshilfe war zunächst nicht als pflegesensitiver Bereich erfasst. Mit der Ersten Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung<sup>38</sup> wurden die Personalvorgaben in Krankenhäusern ab dem 1. Januar 2022 jedoch u. a. auch auf Pflegekräfte und Hebammen im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe ausgeweitet. Entsprechend § 6 Abs. 1 Nr. 15 PpUGV gilt

---

33 Siehe Seelbach-Göbel, Birgit, Die Probleme mit der Geburtshilfe in Krankenhäusern außerhalb der Zentren, in: Bayerisches Ärzteblatt, 7. Juni 2018, abrufbar unter <https://www.bayerisches-aerzteblatt.de/inhalte/de-tails/news/detail/News/die-probleme-mit-der-geburtshilfe-in-krankenhaeusern-ausserhalb-der-zentren.html>.

34 Siehe Doll, Sabine, Geburtshilfe an der Belastungsgrenze, in: Weser-Kurier, 17. November 2022, S. 9.

35 Grundlage ist das Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615).

36 Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 9. November 2020 (BGBl. I S. 2357), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 9. November 2022 (BAnz AT 09.11.2022 V1).

37 Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990).

38 Erste Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 8. November 2021 (BGBl. I S. 4792).

für den pflegesensitiven Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe seither eine Pflegepersonaluntergrenze im Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu einer Pflegekraft in der Tagschicht von acht zu eins und in der Nachtschicht von 18 zu eins. Dabei dürfen zur Einhaltung der Personaluntergrenzen auch Hebammen berücksichtigt werden, allerdings bestimmt § 6 Abs. 2a PpUGV, dass der Anteil von Hebammen an der Gesamtzahl der Pflegefachkräfte und Hebammen in der Tageschicht zehn Prozent und in der Nachtschicht fünf Prozent nicht überschreiten darf.

Diese lediglich prozentuale Berücksichtigung von Hebammen in der stationären Betreuung werde nach Einschätzung des DHV zu einer Verschlechterung der Betreuungssituation führen, da Hebammen dadurch im klinischen Alltag nicht zusätzlich in der Schwangeren- und Wöchnerinnenüberwachung in den Kliniken eingesetzt seien, sondern anstelle der Kolleginnen und Kollegen aus der Gesundheits- und Krankenpflege.<sup>39</sup> Der DHV und der Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschland (VPU) fordern daher eine vollumfängliche Anrechnung ausgebildeter Hebammen bei der Festsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen, wie sie auch für die Pflegefachpersonen gelte.<sup>40</sup>

### 2.3. Lösungsansätze für eine verbesserte Hebammensituation

#### 2.3.1. Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen

Ein wichtiger Schritt, um den Beruf der Hebamme bzw. des Entbindungspflegers attraktiver zu gestalten und Nachwuchskräfte anzuwerben, war die im Jahr 2019 mit dem Hebammenreformgesetz (HebRefG)<sup>41</sup> erfolgte Akademisierung der Hebammenausbildung. Seit dem 1. Januar 2020 werden alle Hebammen im Rahmen eines dualen Studiums akademisch in Regelstudiengängen mit einem weiterhin hohen Praxisanteil ausgebildet.<sup>42</sup> Die Zugangsvoraussetzungen sowie die Durchführung und den Abschluss des Studiums regelt das Hebammengesetz (HebG).<sup>43</sup>

Mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG)<sup>44</sup> wurde für den Zeitraum von 2021 bis 2023 ein Hebammenstellen-Förderprogramm zum Aufbau von Personalstellen

---

39 SpringerPflege, Personaluntergrenzen für Hebammen?!, 16. Dezember 2021, abrufbar unter <https://www.springerpflege.de/news-hebammen/personaluntergrenzen-fuer-hebammen/19952464>.

40 BibliomedPflege, DHV und VPU fordern Aufwertung von Hebammen, 31. Januar 2022, abrufbar unter <https://www.bibliomed-pflege.de/news/dhv-und-vpu-fordern-aufwertung-von-hebammen>.

41 Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Hebammenreformgesetz – HebRefG) vom 22. November 2019, BGBl. I, S. 1759 ff.

42 Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Hebammenreformgesetz – HebRefG) vom 21. August 2019, BT-Drs. 19/12557, S. 2.

43 Hebammengesetz (HebG) vom 22. November 2019 (BGBl. I S. 1759), zuletzt geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 24. Februar 2021 (BGBl. I S. 274).

44 Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG) vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299).

für Hebammen sowie für Hebammen unterstützendes Personal in Krankenhäusern eingerichtet.<sup>45</sup> Der GKV-Spitzenverband berichtet darüber, dass nach vorläufigen Ergebnissen Budgetabschlüsse für 21 Prozent der 648 potenziell anspruchsberechtigten Kliniken vorlägen, wovon im Jahr 2021 lediglich 25 Kliniken eine Vereinbarung zum Förderprogramm getroffen hätten. Die Krankenhäuser hätten durch die gesetzlichen Krankenkassen im ersten Förderjahr rund 2,5 Millionen Euro in einem Umfang von insgesamt 43 Vollzeitstellen für Hebammen oder Hebammen unterstützendes Personal erhalten.<sup>46</sup> Inwiefern zusätzliches Personal in den teilnehmenden Krankenhäusern eingestellt wurde, könne noch nicht bewertet werden.

### 2.3.2. Ziele und Forderungen des Deutschen Hebammenverbands e. V.

Nach Auffassung des DHV ist es seitens des Bundes- und der Landesgesetzgeber notwendig, die Rahmenbedingungen der Hebammenarbeit zu verbessern, die Versorgung mit Hebammenleistungen umfassender zu planen und abzusichern und die Akademisierung der Hebammenausbildung in den Bundesländern zügig umzusetzen.<sup>47</sup> Um diese Ziele zu verwirklichen, schlägt der DHV ein Geburtshilfe-Stärkungsgesetz vor, welches eine ausreichende Finanzierung der Geburtshilfe (inkl. Schaffung von Anreizen für eine intensive Hebammenbetreuung), eine Eins-zu-eins-Betreuung entsprechend der AWMF-Leitlinien, eine Veröffentlichung der Hebammenbetreuungsschlüssel in Kliniken, eine ambulante Notfallversorgung in geburtshilflichen Kliniken, feste Qualitätsstandards sowie den Einsatz von Klinikhebammen in ihren Kernkompetenzen und eine Etablierung von Hebammenkreißsälen<sup>48</sup> in geburtshilflichen Abteilungen regelt.<sup>49</sup>

Zur Sicherstellung einer ausreichenden wohnortnahen Hebammenversorgung seien zunächst verlässliche Daten über die aktuellen Versorgungsstrukturen erforderlich. Diese könnten nach Einschätzung des DHV durch regelmäßige statistische Erfassungen des Bedarfs an Studienplätzen und an benötigten Hebammen zur Umsetzung der Eins-zu-eins-Betreuung sowie durch eine Statistik zum Gesamtbedarf an Hebammen in Deutschland erlangt werden. Zudem sei ein Gutachten des Sachverständigenrats zur Personalentwicklung im Gesundheitswesen notwendig, das die de-

---

45 GKV-Spitzenverband, Förderung des Personalaufbaus in der Geburtshilfe, abrufbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/hebammenfoerderprogramm/hebammenstellen\\_foerderprogramm.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/hebammenfoerderprogramm/hebammenstellen_foerderprogramm.jsp).

46 GKV-Spitzenverband, Förderung des Personalaufbaus in der Geburtshilfe, abrufbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/hebammenfoerderprogramm/hebammenstellen\\_foerderprogramm.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/hebammenfoerderprogramm/hebammenstellen_foerderprogramm.jsp).

47 DHV, Ausreichende Versorgung für Familien, bessere Politik für Hebammen, Unsere Ziele – unsere Forderungen, abrufbar unter <https://www.unsere-hebammen.de/themen/ziele-forderungen/>.

48 Siehe hierzu Geburt in Hamburg, Hebammenkreißsaal, 15. Mai 2020, abrufbar unter <http://www.geburt-in-hamburg.de/geburt-in-hamburg-2/geburtskliniken-hamburg/hebammenkreissaal/>.

49 DHV, Ausreichende Versorgung für Familien, bessere Politik für Hebammen, Unsere Ziele – unsere Forderungen, abrufbar unter <https://www.unsere-hebammen.de/themen/ziele-forderungen/>.

mografische Entwicklung einschlieÙe. Stehen diese konkreten bundeseinheitlichen Zahlen zur Verfügung, könnten eine Mangelversorgung schnell erkannt und wirksame Gegenmaßnahmen ergriffen werden.<sup>50</sup>

Vor dem Hintergrund, dass sich die Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland, in denen Entbindungen durchgeführt werden, in den letzten Jahrzehnten stetig verringerte,<sup>51</sup> ist aus Sicht des DHV für die Sicherstellung einer ausreichenden geburtshilflichen Versorgung zum einen erforderlich, dass vor entsprechenden Standortschließungen regionale Konzepte erarbeitet werden, in denen eine Aufstockung der personellen und räumlichen Gegebenheiten der umliegenden Geburtskliniken geplant wird.<sup>52</sup> Zum anderen könnten gesunde Schwangere wohnortnah ambulant versorgt werden, sodass besonders in strukturschwachen Regionen die ambulante Hebammenversorgung sowie Modellprojekte wie Geburtshäuser, Hebammenzentren oder hebammengeleitete Kreißsäle (finanziell) gefördert werden sollten.

### 2.3.3. 10-Punkte-Plan mit Lösungen – Mother Hood e. V.

Mother Hood e. V. – Bundeselterninitiative zum Schutz von Mutter und Kind während Schwangerschaft, Geburt und 1. Lebensjahr stellte Lösungsansätze für eine Verbesserung der geburtshilflichen Versorgung in einem 10-Punkte-Plan zusammen und übergab diesen erstmals im Juli 2018 Bundesgesundheitsminister Jens Spahn.<sup>53</sup> Dieser 10-Punkte-Plan umfasst neben Forderungen wie einer Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung und einer Erfassung und Absicherung von Geburtsschäden ebenfalls die Forderungen nach einer bedarfsorientierten Vergütung der Geburtshilfe, einem besseren Personalschlüssel in den Kreißsälen und der Gewährleistung einer wohnortnahen Versorgung und freien Wahl des Geburtsortes.

Aus Sicht der Bundeselterninitiative finden der individuelle Betreuungsaufwand und die hohen Vorhaltekosten im derzeitigen Vergütungssystem keine Beachtung. Um eine bedarfsgerechte Vergütung von Geburten sowohl für Klinikgesellschaften mit geburtshilflichen Abteilungen und angestelltem Personal als auch für freiberufliche Hebammen und geburtshilfliche Belegärzte zu erreichen, müsse die Geburtshilfe analog zur Pflege als Akut- und Notfallversorgung unabhängig

---

50 DHV, Ausreichende Versorgung für Familien, bessere Politik für Hebammen, Unsere Ziele – unsere Forderungen, abrufbar unter <https://www.unsere-hebammen.de/themen/ziele-forderungen/>.

51 Vgl. hierzu Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Überblick über Versorgungsstrukturen in der Geburtshilfe, Deutschland, Dänemark, Schweden und Norwegen, Sachstand vom 26. März 2021, WD 9 – 3000 – 012/21.

52 DHV, Ausreichende Versorgung für Familien, bessere Politik für Hebammen, Unsere Ziele – unsere Forderungen, abrufbar unter <https://www.unsere-hebammen.de/themen/ziele-forderungen/>.

53 Mother Hood e. V., Unser 10-Punkte-Plan mit Lösungen für #sichereGeburt, abrufbar unter <https://motherhood.de/informieren/forderungen-loesungen/#10punkteplan>.



von Fallpauschalen vergütet werden. Daneben führt Mother Hood e. V. einschlägige Studien<sup>54</sup> an, nach denen bei einer kontinuierlichen Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme deutlich weniger Interventionen, Kaiserschnitt- bzw. operative Geburten (Saugglocke, Zange) erfolgten und die Wahrscheinlichkeit einer natürlichen Geburt höher sei. Vor diesem Hintergrund müssten die finanziellen Mittel für eine Eins-zu-eins-Betreuung bereitgestellt werden. Dazu sei es erforderlich, dass die aktuellen Personalschlüssel, die für Hebammen in Deutschland vorgesehen sind, neu berechnet werden. Bei einem fallpauschalenunabhängigen Vergütungssystem bieten sich – so die Bundeselterninitiative weiter – sogenannte Zielkorridore für den Betreuungsschlüssel an, die über einen Übergangszeitraum von fünf Jahren in allen geburtshilflichen Angeboten eingeführt werden könnten.<sup>55</sup> Als Anreiz für eine erfolgreiche Umsetzung der Zielkorridore schlägt die Initiative Zusatzentgelte, beispielsweise als zweckgebundene Mittel über das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG)<sup>56</sup>, vor, die der besseren Vernetzung von ambulanten und stationären Leistungen dienen könnten, oder Angebote an Patientinnen oder Angehörige, wie z. B. Geburts-Nachgespräche mit Mediation, psychologische Hilfe für traumatisierte Mütter und Kinder oder Stillförderung.

Zudem spricht sich auch die Bundeselterninitiative für eine wohnortnahe Geburtshilfe aus. Insbesondere müsse eine niederschwellige Wehen-Betreuung in der Latenzphase wohnortnah gewährleistet sein, welche durch Lokale Gesundheitszentren (LGZ) sichergestellt werden könne. Dazu verweist die Initiative auf einen Maßnahmenplan zur Verbesserung der Situation der Geburtshilfe in Baden-Württemberg.<sup>57</sup> Dieser Maßnahmenplan enthält neben der Empfehlung für eine Rahmenvereinbarung zur gemeinsamen Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen über den gesamten Zeitraum durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflegenden, Hebammen und Ärztinnen bzw. Ärzten u. a. den Vorschlag, die Ressourcen, insbesondere in ländlichen Regionen, in LGZ mit dem primären Fokus auf die geburtshilfliche und ggf. pädiatrische Versorgung zu bündeln.

- 
- 54 Sandall, Jane u. a., Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women, Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, abrufbar unter <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>; Merz, Waltraut M. u. a. (Universitätsklinikum Bonn), Medizinische Sicherheit des Versorgungskonzepts hebammengeleiteter Kreißsaal: Eine retrospektive Kohortenstudie am Zentrum für Geburtshilfe des Universitätsklinikums Bonn, Juni 2019, aktualisiert August 2020, abrufbar unter [https://www.lzg.nrw.de/php/login/dl.php?u=/media/pdf/versorgung/hebammenkreissaal\\_bericht\\_medicinische\\_sicherheit.pdf](https://www.lzg.nrw.de/php/login/dl.php?u=/media/pdf/versorgung/hebammenkreissaal_bericht_medicinische_sicherheit.pdf).
- 55 Siehe hierzu näher Mother Hood e. V., Unser 10-Punkte-Plan mit Lösungen für #sichereGeburt, 2. Bessere Personalschlüssel in den Kreißsälen, abrufbar unter <https://mother-hood.de/informieren/forderungen-loesungen/#10punkteplan>.
- 56 Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990).
- 57 Stahl, Katja u. a. (OptiMedis AG), Verbesserung der Situation der Geburtshilfe in Baden-Württemberg, Maßnahmenplan, Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (Hrsg.), abrufbar unter [https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads\\_Runder-Tisch-Geburtshilfe/RTG\\_Massnahmenplan-OptiMedis\\_April-2019.pdf](https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Runder-Tisch-Geburtshilfe/RTG_Massnahmenplan-OptiMedis_April-2019.pdf).

Vor dem Hintergrund, dass auch für Ärztinnen und Ärzte eine familienfreundliche Arbeitszeit, das Freihalten von unternehmerischer Belastung sowie die Arbeit im Team als Qualitätskriterien für einen Arbeitsplatz immer wichtiger werden, bietet sich die Organisation der ärztlichen Versorgung (Frauenärztinnen und Frauenärzte, Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzte, ggf. weitere Fachdisziplinen) in Form eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) an. Hebammen könnten sich in dem LGZ entweder mit einer Praxis oder einem Geburtshaus organisieren. Auch die Angliederung weiterer Professionen mit eigener Praxis an eine ärztliche oder Hebammenpraxis sei denkbar. Neben der vor- und nachgeburtlichen Betreuung könne von den dort tätigen Hebammen und Frauenärztinnen und Frauenärzten auch Geburtshilfe angeboten werden. Nach den jeweiligen Standortvoraussetzungen könnte eine außerklinische Geburtshilfe oder eine durch Beleghebammen und/oder Belegärztinnen bzw. Belegärzten begleitete klinische Geburtshilfe angeboten werden.

### 3. Stationäre Geburtshilfe im Ausland

Die für Deutschland ermittelten Gründe für einen Hebammenmangel, wie beispielsweise zu geringe Ausbildungskapazitäten oder dem Ansinnen einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch eine Teilzeittätigkeit, machen nicht an der Landesgrenze Halt.<sup>58</sup> Nachfolgend werden Maßnahmen einzelner ausgewählter Länder vorgestellt, mit denen die geburtshilfliche Versorgung gefördert werden soll.

#### 3.1. Dänemark

Der wachsenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen durch den demographischen Wandel sowie der steigenden Zahl an chronisch Erkrankten begegnete Dänemark bereits sehr früh mit einer veränderten Politik. Ziel war die Ausweitung der primären ambulanten Gesundheitsversorgung durch Hausärztinnen bzw. Hausärzte, Gesundheitszentren und Ambulanzen und so wenig Gesundheitsversorgung wie möglich durch Krankenhäuser.<sup>59</sup> Die daraufhin eingeleitete Zentralisierung der Krankenhauslandschaft habe dazu geführt, dass es im Gegensatz zu 98 Krankenhäusern im Jahr 1999 im Jahr 2019 nur noch 32 Krankenhäuser gegeben habe. Auch die Zahl der Geburtsstationen habe sich seit dem Jahr 1995 von 51 auf 23 im Jahr 2021 verringert.<sup>60</sup> Diese Bünde-

---

58 Beispielhaft sei hier auf Österreich verwiesen, vgl. Riedel, Monika u. a. (Institut für höhere Studien, Wien), Abschätzung der zukünftigen Nachfrage und des zukünftigen Angebots an Hebammenkapazität- eine Gap-Analyse, Endbericht, Studie im Auftrag des Österreichischen Hebammengremiums (Landesgeschäftsstelle Wien), Februar 2020, abrufbar unter <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/5272/1/2020-ihs-report-riedel-nachfrage-hebammenkapazit%C3%A4t-gap-analyse.pdf>.

59 Margo, Jill, Why Denmark is reducing hospitals while we are building more. (AFR 19.2.2019), in: Pearls and Irritations, 20. Februar 2019, abrufbar unter <https://johnmenadue.com/jill-margo-why-denmark-is-reducing-hospitals-while-we-are-building-more-afr-19-2-2019/>.

60 Vgl. Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Überblick über Versorgungsstrukturen in der Geburtshilfe, Deutschland, Dänemark, Schweden und Norwegen, Sachstand vom 26. März 2021, WD 9 – 3000 – 012/21.



lung der Kompetenzen in sog. „Superkrankenhäusern“ sei allerdings auch mit Nachteilen behaftet, so müssten etwa durch die Krankenhausschließungen viele Däninnen und Dänen nun mehr als 30 Kilometer zur nächsten Klinik fahren.<sup>61</sup>

Die Zahl der in den Regionen beschäftigten Hebammen ist nach Auskunft der dänischen Gesundheitsbehörde zwischen 2010 und 2020 um etwas mehr als 400 auf 1.574 Vollzeithebammen gestiegen.<sup>62</sup> Allerdings sei diese Erhöhung vor dem Hintergrund zu sehen, dass es mehr Geburten und zudem kompliziertere Schwangerschaften und Geburten gebe.<sup>63</sup> Auch in den kommenden Jahren wird in Dänemark mit steigenden Geburtenzahlen gerechnet. Um die Entbindungsstationen zu stärken und die Betreuung der (werdenden) Mütter sowie der Neugeborenen sicherzustellen, habe der Regionsrat Süddänemark zusätzlich 80 Millionen Kronen bewilligt.<sup>64</sup> Mit dem Programm „Ein guter Start ins Leben“ solle im Rahmen der Geburtsvorbereitung u. a. den Hebammen, insbesondere zugunsten sozial belasteter Schwangerer und Familien, mehr Beratungszeit ermöglicht werden. Zudem werde ab Herbst/Winter 2022 den Müttern ein mindestens zweitägiger Aufenthalt in der Entbindungsstation nach der Geburt des Kindes ermöglicht und es würden – anschließend an den Krankenhausaufenthalt – mehr Hausbesuche durch Hebammen finanziert.<sup>65</sup>

### 3.2. Frankreich

Im Jahr 2021 waren in Frankreich, so der Bericht der Abteilung „Direction de la Recherche, des Études de l'Évaluation et des Statistiques des französischen Sozialministeriums (DREES), 23.400 Hebammen tätig, davon 59 Prozent als Angestellte in Krankenhäusern. Die Zahl der freiberuflich Tätigen sei von 20 Prozent im Jahr auf 34 Prozent im Jahr 2021 angestiegen. Bei einer Fortsetzung dieses Trends steigere sich der Anteil der freiberuflichen oder teils freiberuflichen Hebammen

---

61 Mirza, Miriam, Dänemarks zentralisierte Krankenhauslandschaft: Fluch oder Segen?, in: Deutsches Ärzteblatt, 25. November 2021, abrufbar unter <https://aerztestellen.aerzteblatt.de/de/redaktion/daenemarks-zentralisierte-krankenhauslandschaft-fluch-oder-segen>.

62 Siehe Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Überblick über Versorgungsstrukturen in der Geburtshilfe, Deutschland, Dänemark, Schweden und Norwegen, Sachstand vom 26. März 2021, WD 9 – 3000 – 012/21.

63 Die Zahl der Geburten ist in Dänemark erneut gestiegen - von 60.937 im Jahr 2020 auf 63.473 im Jahr 2021, Statistics Denmark, Births, abrufbar unter <https://www.dst.dk/en/Statistik/emner/borgere/befolkning/foedsler>.

64 Heesch, Volker, Region Süddänemark stärkt Geburtskliniken mit 80 Millionen Kronen, in: Der Nordschleswiger, 23. August 2022, abrufbar unter <https://www.nordschleswiger.dk/de/nordschleswig-apenrade-tingleff-tondern-hadersleben-sonderburg-daenemark-politik/region>.

65 Heesch, Volker, Region Süddänemark stärkt Geburtskliniken mit 80 Millionen Kronen, in: Der Nordschleswiger, 23. August 2022, abrufbar unter <https://www.nordschleswiger.dk/de/nordschleswig-apenrade-tingleff-tondern-hadersleben-sonderburg-daenemark-politik/region>.

um 70 Prozent bis zum Jahr 2050.<sup>66</sup> Prognostisch solle sich auch die Gesamtanzahl der Hebammen von 2020 bis 2050 um 27 Prozent erhöhen. Im Jahr 2020 hätten rund 900 Personen eine Ausbildung zur Hebamme abgeschlossen.<sup>67</sup> Durch diese Entwicklung habe sich die geburtshilfliche Hebammenversorgung in den letzten Jahren verbessert, eine weitere Erhöhung sei dennoch erforderlich, um den Bedarf an Hebammen zu decken.<sup>68</sup> Aus diesem Grund sei am 22. November 2021 eine Vereinbarung zwischen drei französischen Ministerien, den die Hebammen repräsentierenden Gewerkschaften und Organisationen sowie dem französischen Krankenhausverband geschlossen worden, die auf eine höhere Wertschätzung der Hebammen abziele und eine Erhöhung des Nettogehalts um 500 Euro, die Schaffung eines sechsten Ausbildungsjahres in der Geburtshilfe, die Verlängerung der Verdoppelung der Beförderungsquote (22 Prozent statt 11 Prozent) und Investitionen von insgesamt 100 Millionen Euro vorsehe.

Im Gegensatz zum Anstieg der Hebammenzahlen sinke die Anzahl der zur Verfügung gestellten Einrichtungen. Im Jahr 2000 gab es statistischen Angaben der DREES zufolge insgesamt 721 Entbindungsstationen mit 20.172 Betten für die Geburtshilfe, im Vergleich zu 557 Entbindungsstationen mit 17.827 Betten im Jahr 2010 und 478 Entbindungsstationen mit 14.803 Betten im Jahr 2020.<sup>69</sup> Allerdings entspricht diese Entwicklung gerade der Zielrichtung der nationalen Strategie bezüglich Geburtshilfeeinrichtungen. Nach den Dekreten Nummer 98-899 und Nummer 98-900 von 1998 werden Anforderungen an die Entbindungsstationen gestellt, die in erster Linie dem Schutz der werdenden Mütter und ihrer Kinder dienen. Einrichtungen mit weniger als 300 Entbindungen im Jahr müssten geschlossen werden, da die Sicherheit der Versorgung unterhalb dieser Schwelle aus Sicht der Gesundheitsbehörden nicht mehr gewährleistet sei. In der Folge habe sich die Anzahl kleiner Einrichtungen verringert, gleichzeitig sei die Anzahl von Entbindungen in den größeren Einrichtungen gestiegen. Letztere verfügten vermehrt über Neonatologieabteilungen, würden intensive neonatologische Betreuung anbieten oder seien mit einer neonatologischen Wiederbelebungsstation ausgestattet und könnten damit bei Risikoschwangerschaften eine bessere Versorgung gewährleisten.<sup>70</sup>

---

66 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens : combien de professionnels à l'horizon 2050 ?, 26. März 2021, abrufbar unter <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/medecins-sages-femmes-chirurgiens-dentistes-et-pharmaciens-combien-de>.

67 Eurostat, Gesundheitsberufe mit abgeschlossener Ausbildung, abrufbar unter [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_rs\\_grd/settings\\_1/table?lang=de](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_grd/settings_1/table?lang=de).

68 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ?, abrufbar unter [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76\\_0.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76_0.pdf).

69 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Liste des maternités de France depuis 2000, abgerufen am 29. November 2022, abrufbar unter [https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/fichier\\_maternites\\_112021/information/](https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/fichier_maternites_112021/information/).

70 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), La part des femmes en âge de procréer résidant à plus de 45 minutes d'une maternité augmente entre 2000 et 2017, Juli 2021, abrufbar unter <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1201.pdf>.

### 3.3. Norwegen

Um sicherzustellen, dass Frauen während der Schwangerschaft sowie vor und nach der Geburt auch in Zeiten der Corona-Pandemie bestmöglich versorgt werden, habe auf Initiative der Norwegian Nurses Organization (NSF) im Jahr 2020 in Norwegen mit viel Erfolg die Möglichkeit der digitalen Kommunikation zwischen Hebamme und Patientin erfolgreich eingeführt werden können.<sup>71</sup> Auch wenn es schwierig sein könne, Stillberatung online anzubieten, habe sich der digitale Hebammendienst aus Sicht der NSF für Frauen als nützlich erwiesen, um Probleme der jungen Mütter und ihrer Kinder während einer Video-Sprechstunde besprechen und zum Teil auch lösen zu können. Die Technik ermögliche es dann auch den jeweiligen Partnern, an diesen Beratungsterminen teilzunehmen und dadurch Mutter und Kind besser zu unterstützen. Der Einsatz digitaler Hilfsmittel sei aber nicht nur dann hilfreich, wenn eine physische Anwesenheit nicht möglich ist, sondern sie eröffne daneben auch Möglichkeiten, die berufliche Weiterentwicklung der Hebammen durch Online-Seminare, Webinare oder digitale Netzwerktreffen kostengünstig und ohne weite Anfahrtswege zu fördern.

Nachdem nun die notwendige digitale Ausstattung in Krankenhäuser und Gesundheitsstationen vorhanden sei, spricht sich die NSF dafür aus, die digitalen Dienste und Plattformen weiter zu entwickeln und für Beratungen und Seminare, vor allem in ländlichen Gebieten, dauerhaft einzusetzen. In den ländlichen Regionen und kleineren Städten Norwegens bedeute die Digitalisierung für Schwangere und Mütter im Wochenbett das Ende langer Anfahrtswege zur Gesundheitsversorgung.

### 3.4. Österreich

Im Jahr 2021 kamen in Österreich insgesamt 86.078 Kinder zur Welt, im Vergleich zum Vorjahr wurden damit 2.475 (3,0 Prozent) mehr Kinder geboren.<sup>72</sup> Da im gleichen Zeitraum insgesamt 91.962 Personen (0,4 Prozent mehr als im Vorjahr) verstarben, fiel die Geburtenbilanz 2021 mit -5.884 nach -7.996 im Jahr 2020 dennoch erneut negativ aus.<sup>73</sup>

- 
- 71 Schjelderup, Hanne Charlotte/Myklebust, Malin, Digitalization of the midwifery service under Covid-19, Norway, International Council of Nurses, 4. Mai 2021, abrufbar unter <https://www.icn.ch/news/digitalization-midwifery-service-under-covid-19-norway>.
- 72 Statistik Austria, Bundesanstalt Statistik Österreich, Demographische Merkmale von Geborenen, Lebendgeborene und Totgeborene seit 2011 (Tabelle), abrufbar unter <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/geburten/demographische-merkmale-von-geborenen>.
- 73 Statistik Austria, Bundesanstalt Statistik Österreich, Trotz hoher Sterbezahlen im Jahr 2021 Bevölkerungsplus durch Zuwanderung, Pressemitteilung: 12.820-118/22, 31. Mai 2022, abrufbar unter <https://www.statistik.at/fileadmin/announcement/2022/05/20220531Sterbezahlen2021BevoelkerungsplusedurchZuwanderung.pdf>.

Im internationalen Vergleich hat Österreich, so das Österreichische Hebammengremium, im Jahr 2019 mit rund 28 Hebammen je 1.000 Lebendgeburten bei der Zahl der praktizierenden Hebammen deutlich zurückgelegen.<sup>74</sup> Zwar sei die Anzahl der praktizierenden Hebammen gestiegen,<sup>75</sup> allerdings steige auch in Österreich die Teilzeitquote bei Hebammen. Für Hebammen, die in Krankenhäusern in der sogenannten Versorgungszone Ost arbeiten (Wien, Niederösterreich, Nord- und Mittelburgenland) zeigt eine Studie<sup>76</sup>, dass die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 32 Stunden im Jahr 2009 auf 29 Stunden im Jahr 2018 gesunken sei. Zur Deckung der für das Jahr 2030 berechneten Versorgungslücke schlagen die Autoren eine Erhöhung der Anzahl der derzeit finanzierten Studienplätze an den österreichischen Fachhochschulen oder ein Anreizsystem vor, um Hebammen aus dem (EU-) Ausland anzuwerben.

Zur Sicherstellung der geburtshilflichen Versorgung durch Hebammen forderte die Kammer für Arbeiter und Angestellte für Oberösterreich eine schnelle Personalaufstockung bei den Hebammen um mindestens 20 Prozent, krisenfeste Personalpläne, eine Neubewertung der Arbeit in der Nacht und am Wochenende, eine Ausbildungsinitiative und Erhöhung der Kapazitäten in der Ausbildung sowie die Sicherstellung der Finanzierung durch das Land Oberösterreich.<sup>77</sup> Für ganz Österreich seien neben einer höheren Anzahl an Studienplätzen evidenzbasierte Personalbemessungsinstrumente, welche die heutigen Aufgaben von Hebammen abbilden, eine bessere Berücksichtigung in den Dienstpostenplänen und eine Hebammenprognose erforderlich.<sup>78</sup>

- 
- 74 Straflinger, Heidemarie/Riedel, Monika, Hebammen in Österreich: Berufs- und Handlungsfelder, in: A&W-Blog (Arbeit&Wirtschaft), Österreichische Bundesarbeitskammer (Hrsg.), 29. September 2021, abrufbar unter <https://awblog.at/hebammen-in-oesterreich/>. Im Durchschnitt der europäischen OECD-Länder stünden je 1.000 Lebendgeburten 37 Hebammen zur Verfügung.
- 75 Die Zahl der Hebammen in Österreich betrug im Jahr 2021 insgesamt 2.593, vgl. Statista GmbH, Anzahl der Hebammen in Österreich nach Bundesland im Jahr 2021, Quelle: Österreichisches Hebammengremium, abrufbar unter <https://de.statista.com/anzahl-der-hebammen-in-oesterreich-nach-bundesland/>.
- 76 Riedel, Monika u. a. (Institut für höhere Studien, Wien), Abschätzung der zukünftigen Nachfrage und des zukünftigen Angebots an Hebammenkapazität- eine Gap-Analyse, Endbericht, Studie im Auftrag des Österreichischen Hebammengremiums (Landesgeschäftsstelle Wien), Februar 2020, abrufbar unter <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/5272/1/2020-ih-report-riedel-nachfrage-hebammenkapazit%C3%A4t-gap-analyse.pdf>.
- 77 Kammer für Arbeiter und Angestellte für Oberösterreich, Arbeiterkammer am heutigen Tag der Hebammen: Pläne gegen massive Personalknappheit in Spitälern müssen schnell umgesetzt werden!, 5. Mai 2021, abrufbar unter [https://ooe.arbeiterkammer.at/service/presse/Zu\\_wenig\\_Hebammen\\_in\\_Oesterreichs\\_Spitaelern.html](https://ooe.arbeiterkammer.at/service/presse/Zu_wenig_Hebammen_in_Oesterreichs_Spitaelern.html).
- 78 Straflinger, Heidemarie/Riedel, Monika, Hebammen in Österreich: Berufs- und Handlungsfelder, in: A&W-Blog (Arbeit&Wirtschaft), Österreichische Bundesarbeitskammer (Hrsg.), 29. September 2021, abrufbar unter <https://awblog.at/hebammen-in-oesterreich/>.

### 3.5. Schweden

Frauen in Schweden werden in aller Regel in der Schwangerschaft von einer Hebamme betreut, die Geburt findet im Krankenhaus statt.<sup>79</sup> Nur in seltenen Fällen werde eine Frau während der Zeit der Schwangerschaft, der Geburt und im Wochenbett von einer Hebamme betreut, da diese regelmäßig entweder in der Schwangerschaftsvorsorge oder in den Geburts- und/oder Wochenbettstationen arbeiteten.<sup>80</sup> Hebammengeführte Kreißsäle oder Geburtszentren gebe es nur vereinzelt, daher sei die Hausgeburtenrate mit einer von 1.000 Geburten auch sehr niedrig.

Im Jahr 2015 haben sich die schwedische Regierung und der Regionenverband SALAR<sup>81</sup> auf eine Initiative geeinigt, die die Stärkung der Geburtsmedizin und der Frauengesundheit im Allgemeinen zum Ziel hat. Der Fokus liegt auf der Bereitstellung von Kompetenzen bei der Geburtshilfe, insbesondere auf der Personalversorgung. Um Defizite in der Geburtshilfe abzubauen, wurde das Programm ausgeweitet und bis 2022 verlängert. Hierfür vorgesehene Haushaltsmittel sollen insbesondere verwendet werden, um den Personalschlüssel und die Arbeitsumgebung zu verbessern. Zudem können sie für Initiativen in der Versorgung von Neugeborenen verwendet werden. Weiterhin sollen im Rahmen der Initiative Erkenntnisse verschiedener Behörden zur Geburtshilfe zusammengeführt werden.

\* \* \*

---

79 Für weitere Informationen zur Versorgungssituation in Schweden siehe Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Überblick über Versorgungsstrukturen in der Geburtshilfe, Deutschland, Dänemark, Schweden und Norwegen, Sachstand vom 26. März 2021, WD 9 – 3000 – 012/21.

80 Larsson, Birgitta u. a., Fulfilment of expectations on birth and the postpartum period – A Swedish cohort study, in: *Sexual & Reproductive Healthcare* 33 (100748), September 2022, abrufbar unter <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100748>.

81 Der Schwedische Verband Lokaler Behörden und Regionen (SALAR) ist ein Arbeitgeberverband sowie eine Organisation, die lokale Regierungen in Schweden vertritt. Alle Gemeinden und Regionen Schwedens sind Mitglied. Weitere Informationen abrufbar unter <https://skr.se/tjanster/englishpages.411.html>.