

Hebammen- Personalbedarfsprognose bis 2032

Ergebnisbericht

Im Auftrag der AK Wien, des Fachausschusses für Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe der AK Wien und des Österreichischen Hebammengremiums

Hebammen- Personalbedarfsprognose

Prognose bis 2032

Ergebnisbericht

Autorinnen/Autor:

Stefan Mathis-Edenhofer
Johanna Pilwarsch
Elisabeth Rappold

Projektassistenz:

Christiane Fabichler
Petra Groß

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen / des Autors und nicht unbedingt jenen der Auftraggeber wieder.

Wien, im November 2022

Im Auftrag der AK Wien, des Fachausschusses für Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe der AK Wien und des Österreichischen Hebammengremiums

Zitiervorschlag: Mathis-Edenhofer, Stefan; Pilwarsch, Johanna; Rappold, Elisabeth (2022):
Hebammen-Personalbedarfsprognose. Prognose bis 2032. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P1/4/5253

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich Forschungs- und
Planungs GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund

Die Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH wurde von der Arbeiterkammer (AK) Wien, dem Fachausschuss für Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe der AK Wien sowie dem österreichischen Hebammengremium beauftragt, den voraussichtlichen Bedarf an Hebammen in Österreich bis 2032 zu schätzen. Der vorliegende Bericht weist diese Schätzungen aus.

Personalprognosen ermöglichen es heute, Vorkehrungen für die Zukunft zu treffen. Auf Basis bekannter Planungsgrößen wird eine Situation in der Zukunft beschrieben. Natürlich können sich diese im Laufe der Zeit verändern, daher ist eine laufende Anpassung der Ergebnisse notwendig.

Für die Personalprognose in diesem Bericht spielen grundsätzlich (1) die geschätzte Geburtenentwicklung und (2) die voraussichtlichen Pensionierungen eine Rolle. Zusätzlich wird auf Basis von Szenarien auch der Bedarf quantifiziert, der (3) zur Sicherstellung der fachlich erforderlichen Versorgungsqualität notwendig ist, um belastende Situationen in der geburtshilflichen Versorgung zu verhindern – sowohl beim Personal als auch bei den Frauen, den Partnerinnen/Partnern und den Kindern. Die prognostizierten Personalstände sind so bemessen, dass die fachgerechte Versorgung mit genügend Personal umgesetzt werden kann. Die Prognose berücksichtigt schließlich auch (4) potenzielle Entwicklungen im Aufgabenspektrum von Hebammen.

Ausgangspunkt für die Personalprognose bildet eine umfassende Darstellung des Status quo inklusive der Betrachtung zeitlicher Entwicklungen.

Methode

Aufbauend auf der personellen Ist-Situation, wird der Bedarf an Hebammen auf Basis einer Modellrechnung bis 2032 dargestellt. Im Basisfallszenario wird zunächst auf die Geburtenprognose und die voraussichtlichen Pensionierungen eingegangen. Die Alternativszenarien adressieren den Bedarf für einen Angleich regionaler Unterschiede (AZ-1), für die Verbesserung der Betreuung nach frühen Entlassungen (AZ-2), für die empfohlene Versorgung mit Mutter-Kind-Pass-Leistungen (AZ-3) und für eine Ausweitung der Hebammentätigkeit in den Frühen Hilfen und in der Prävention (AZ-4) sowie für die Annäherung an eine leitlinienkonforme geburtshilfliche Betreuung (AZ-5) entsprechend der S3-Leitlinie *Vaginale Geburt am Termin* (AWMF 2020).

Ergebnisse

Zusammenfassung des Basisfallszenario

In Österreich waren Ende 2021 /Anfang 2022 rund **2.510 ausübende Hebammen im Hebammenregister erfasst**. Zugleich wurden im Jahr **2021 ca. 86.000 Geburten** verzeichnet.

Bei den Geburten kommt es in der Prognose für das Jahr 2032 (ca. 84.500) zu einem Rückgang. Um den aktuellen Versorgungsschlüssel zu erhalten, müssten rechnerisch 2032 **ca. 2.462 Hebammen** verfügbar sein. Unter Berücksichtigung der bis 2032 voraussichtlich anfallenden Pensionierungen (in Summe 557) würde sich dadurch ein Bedarf an **509 Nachbesetzungen (Mehrbedarf)** ergeben.

Dieses Ergebnis des Basisszenarios ist ausschließlich als rechnerisches Zwischenergebnis zu betrachten. Erst die weiteren Ergebnisse der Alternativszenarien zeichnen ein komplettes Bild des Bedarfs, da dieser Teil der Bedarfsprognose auch die versorgungskritischen fachlich relevanten Aspekte und Entwicklungsperspektiven mitberücksichtigt.

Zusammengefasst lässt sich **für den Basisfall** Folgendes festhalten:

- » Der **Ersatzbedarf** aufgrund von Pensionierungen liegt im Jahr 2032 bei rund **557** zusätzlich benötigten Hebammen.
- » Der **Zusatzbedarf** aufgrund von sinkenden Geburtenzahlen liegt im Jahr 2032 bei rund **-48** Berufsangehörigen.
- » Der **Mehrbedarf** aus Zusatz- und Ersatzbedarf liegt somit im Basisfall bei rund **509** zusätzlichen Hebammen bis 2032.

Zusammenfassung der Alternativszenarien

Folgende fünf Alternativszenarien wurden berechnet, Tabelle 1.1 stellt die Ergebnisse im Überblick dar:

- » Beim Alternativszenario 1 (*Angleich regional an den Bundesdurchschnitt*) wurde berechnet, wie sich der Bedarf entwickelt, wenn es zu einem Angleich der Versorgungsschlüssel in Österreich kommt; d. h. in Bundesländern mit einem Versorgungsschlüssel unter dem Bundesdurchschnitt wurde er auf diesen angehoben.
- » Das Alternativszenario 2 (*verstärkte niedergelassene Betreuung postpartal*) berücksichtigt den Trend früherer Krankenhausentlassungen postpartal und dadurch bedingt eine intensivierte Betreuung durch Hebammen zu Hause.
- » Im Alternativszenario 3 (*zusätzliche Mutter-Kind-Pass-Leistung*) wird berechnet, was es bedeutet, Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Angebote auszuweiten.
- » Mit dem Alternativszenario 4 (*Ausweitung des Leistungsangebots*) wird abschließend dargestellt, wie hoch der Zusatzbedarf an Hebammen durch Ausweitung des Leistungsangebots im Bereich der Frühen Hilfen, der Primärversorgungseinheiten und in der Gesundheitsförderung und Prävention ist.
- » Im Alternativszenario 5 (*1:1-Betreuung*) wurde zusätzlich eine leitlinienkonforme 1:1-Betreuung während der aktiven Eröffnungsphase und 2–3 Stunden nach der Geburt berücksichtigt.

Der **Zusatzbedarf aus allen Szenarien** (exklusive des Ersatzbedarfs für Pensionierungen) beträgt in Summe **855 Hebammen**.

Tabelle 1.1:

Hebammenprognose: Bestand, Soll-Stand 2032, Ersatz-, Zusatz- und Mehrbedarf in Personen

	Bestand Anfang 2022	Zusatz- bedarf*	Soll-Stand 2032	Ersatzbedarf (Pensionierungen)	Mehrbedarf einzeln (= Ersatzbedarf und Zusatzbedarf)	kumulierter Mehrbedarf (= Ersatzbedarf und Zusatzbedarf)
Basisfallszenario	2.510	-48	2.462	557	509	509
Alternativszenario 1	2.510	91	2.553	557	648	600
Alternativszenario 2	2.510	30	2.583	557	587	630
Alternativszenario 3	2.510	105	2.688	557	662	735
Alternativszenario 4	2.510	100	2.788	557	657	835
Alternativszenario 5	2.510	577	3.365	557	1.134	1.412

*Der Zusatzbedarf beträgt in Summe = 855 Hebammen

Quelle: Hebammenregister und Statistik Austria, eigene Berechnungen

Empfehlungen

Ob und in welcher Höhe ein Zusatzbedarf entsteht, hängt von den gewählten Szenarien ab. Dazu sind aber vorab gesundheitspolitische Entscheidungen zu treffen. Unter Berücksichtigung der dargestellten Ausgangssituation, die in einzelnen Versorgungsbereichen der Hebammen auf eine relevante Abweichung von fachlichen Standards, von den Empfehlungen rezenter Versorgungsleitlinien und von den Anforderungen an das Berufsbild hindeutet, sowie unter Berücksichtigung der Zusatzbedarfe, die durch eine moderne Hebammenbetreuung mit Ausweitung des Leistungsspektrums entstehen, sollten die Themen Ausbildung, Arbeitsbedingungen und Vertragsgestaltungspolitik in den gesundheitspolitischen Diskurs aufgenommen werden.

Der gesellschaftliche Stellenwert, den Gebärende bzw. junge Familien haben, steht in enger Verbindung mit dem Stellenwert der Geburtshilfe. Um die Notwendigkeit von Ressourceneinsatz im Bereich der Hebammenversorgung inklusive der Mutter-Kind-Betreuung zu verstehen, wird ange-regt, über den gesellschaftlichen Stellenwert der Hebammen im Rahmen der Geburt(sbegleitung) stärker zu diskutieren. Damit verbunden ist eine vertiefte Auseinandersetzung damit, wie eine wertschätzende, verantwortungsvolle, qualitätsvolle und dem Berufsbild der Hebamme gerecht werdende Betreuung für Gebärende und junge Familien künftig gestaltet sein soll.

In Abhängigkeit vom gewählten Szenario bzw. der gesundheitspolitischen Schwerpunktsetzung gilt es die Ausbildungsangebote anzupassen. Für die Qualität der Ausbildung ist es wichtig, dass sowohl ausreichend Praktikumsplätze als auch Praxisanleiterinnen sowie Lehrhebammen ausgebildet werden.

Während die Bedarfsprognose sich auf den Personalbedarf (und damit insbesondere in Richtung Ausbildung) konzentriert, sollten auch qualitätsverbessernde Ansätze verfolgt werden (Attraktivierung der Ausübung, organisatorische/strukturelle Verbesserungen, Ausweitung der Kassenverträge, Geburtsregistrierung etc.).

Inhalt

Kurzfassung	III
Abbildungen.....	VIII
Tabellen	IX
Abkürzungen.....	XI
1 Einleitung	1
1.1 Projektdesign.....	1
1.2 Ziele	1
1.3 Personalbedarfsprognosemodell	2
2 Prognoseszenarien	4
2.1 Basisfallszenario	4
2.2 Alternativszenario 1 – Anhebung der Versorgungsdichten auf den Bundesdurchschnitt	9
2.3 Alternativszenario 2 – Ambulantisierung / verstärkte niedergelassene Betreuung postpartal	11
2.4 Alternativszenario 3 – zusätzliche Mutter-Kind-Pass-Leistung	14
2.5 Alternativszenario 4 – Zusatzbedarf durch Ausweitung des Leistungsangebots ...	15
2.6 Alternativszenario 5 – leitlinienkonforme 1:1-Betreuung während der aktiven Eröffnungs- und Austrittsphase	16
3 Zusammenfassung der Szenarien	20
3.1 Mehrbedarf und Bildungsabschlüsse	22
4 Status quo der Hebammen in Österreich	24
4.1 Anzahl und Geschlecht der Hebammen	24
4.2 Alter der Hebammen.....	24
4.3 Weitere demografische Merkmale	26
4.4 Art der Berufsausübung und Setting	27
4.4.1 Teilzeitarbeit in Krankenanstalten	28
4.5 Vertragshebammen und Wahlhebammen.....	28
4.5.1 Mutter-Kind-Pass-Beratungsgespräch	30
4.6 Versorgungsdichte.....	31
4.6.1 Versorgungsdichte der Hebammen mit Gesamtvertrag.....	32
4.7 Exkurs: Auswertungen auf Basis von Vertragspartnerstatistiken der Sozialversicherung.....	34
4.7.1 Historie der Versorgung mit Vertragshebammen.....	34
4.7.2 Historische Entwicklung von Mutter-Kind-Pass-Leistungen durch Hebammen	36
4.7.3 Historische Entwicklung von Hebammenkonsultationen nach der Geburt bis zur achten Lebenswoche.....	37
5 Ausbildung	38
6 Methodische Vorgehensweise und Planungsgrundlagen.....	40
6.1 Planungsgrundlagen	40

7	Empfehlungen	41
	Literatur	43

Abbildungen

Abbildung 1.1: Prognosemodell.....	2
Abbildung 2.1: Prognostischer Geburtenkorridor in Personen.....	6
Abbildung 2.2: Entwicklung der Belagsdauer je Aufenthalt seit 2015 in Tagen.....	12
Abbildung 2.3: Entwicklung der Belagsdauer nach der Geburt in Tagen bei den häufigsten drei Entbindungsleistungen	12
Abbildung 2.4: Auszug aus der S3-Leitlinie	16
Abbildung 3.1: Zusammenfassende Darstellung aller Szenarien in Personen.....	20
Abbildung 4.1: Hebammen nach Altersgruppen in Prozent, 1. 1. 2022 (n = 2.593).....	25
Abbildung 4.2: Hebammen nach Bundesländern in Altersgruppen in Prozent (n = 2.593)	26
Abbildung 4.3: Sollstände Personen je VZÄ, Hochrechnung des linearen Trends von 2010 bis 2020 für 2032	28
Abbildung 4.4: Wahlhebammen und Vertragshebammen nach BL in Prozent, 1. 1. 2022 (n = 1.995).....	29
Abbildung 4.5: Anteil der Hebammen mit MKP-Berechtigung nach Bundesländern in Prozent (n = 2.593).....	30
Abbildung 4.6: MKP-Vertrag pro Hebamme mit Niederlassung (n = 1.995)	31
Abbildung 4.7: Vertragshebammen des kurativen Leistungskatalogs (exkl. MKP-Leistungen) pro 1.000 Lebendgeburten von 2017 bis 2021	34
Abbildung 4.8: Versicherte (mit mindestens einer Leistung im jeweiligen Jahr) je 1.000 Lebendgeburten, in absoluten Zahlen von 2017 bis 2021	35
Abbildung 4.9: Historische Entwicklung von Mutter-Kind-Pass-Leistungen von 2017 bis 2021 nach Wahl- bzw. Vertragshebammen	36
Abbildung 4.10: Leistungen in den ersten fünf Tagen nach der Geburt und danach bis zur achten Woche, von 2017 bis 2021 in absoluten Zahlen und nach Wahl- und Vertragshebammen.....	37

Tabellen

Tabelle 1.1: Hebammenprognose: Bestand, Soll-Stand 2032, Ersatz-, Zusatz- und Mehrbedarf in Personen	V
Tabelle 2.1: Ersatzbedarf an Hebammen aufgrund von Pensionierungen in Personen	5
Tabelle 2.2: Demografische Entwicklung der Neugeborenen bis 2032 in Personen.....	6
Tabelle 2.3: Ist- und Soll-Stand in Personen im Basisfall unter Beibehaltung des Versorgungsschlüssels 2022 (29 Hebammen je 1.000 Geburten) je nach Prognose	7
Tabelle 2.4: Zusatzbedarf, resultierend aus der Geburtenprognose, in Personen.....	7
Tabelle 2.5: Mehrbedarf aus Ersatz- und Zusatzbedarf in Personen.....	7
Tabelle 2.6: Übersicht Basisfallszenario in Personen.....	8
Tabelle 2.7: Versorgungsdichten Ist 2021, Soll 2022, Soll 2032.....	9
Tabelle 2.8 Internationaler Vergleich der Hebammen-Versorgungsdichte, Stand 2020 oder letztes verfügbares Jahr	10
Tabelle 2.9: AS 1 – Anhebung der Versorgungsdichten in unterdurchschnittlichen Bundesländern auf den Bundesdurchschnitt in Personen	10
Tabelle 2.10: Herleitung des Bedarfs für mehr Hausbesuche	13
Tabelle 2.11: AS 2: verstärkte niedergelassene Betreuung postpartal.....	13
Tabelle 2.12: AS 3: zusätzliche MKP-Gespräche	14
Tabelle 2.13: AS 4: Zusatzbedarf durch Ausweitung des Leistungsangebots	16
Tabelle 2.14: Herleitung des Bedarfs für 1:1-Betreuung (Annahme: derzeit 1:3-Betreuung).....	18
Tabelle 2.15: AS 5: 1:1-Betreuung in Personen	18
Tabelle 3.1: Hebammenprognose in Personen: Bestand, Soll-Stand 2032, Ersatz-, Zusatz- und Mehrbedarf.....	21
Tabelle 3.2: Gegenüberstellung: durchschnittlicher jährlicher Mehrbedarf und durchschnittliche jährliche Absolventenzahlen in allen Szenarien in Personen	22
Tabelle 4.1: Hebammen nach Geschlecht in absoluten Zahlen und in Prozent, 1. 1. 2022 (n = 2.593)	24
Tabelle 4.2: Hebammen nach Art der Berufsausübung in absoluten Zahlen und in Prozent, 1. 1. 2022 (n = 2.593)	27
Tabelle 4.3: Hebammen nach Setting in absoluten Zahlen und in Prozent, 1. 1. 2022 (n = 2.530)	27
Tabelle 4.4: Anzahl der Wahlhebammen und Vertragshebammen nach BL, 1. 1. 2022 (n = 1.995)	29

Tabelle 4.5: Hebammen nach BL der Gremiumszugehörigkeit in absoluten Zahlen pro 1.000 Lebendgeborene (LG) und Versorgungsschlüssel (LG je Hebamme), 1. 1. 2022 (n = 2.593)	32
Tabelle 4.6: Hebammen mit Gesamtvertrag nach BL der Gremienzugehörigkeit in absoluten Zahlen und pro 1.000 LG (n = 267)	33
Tabelle 5.1: FH-Standorte der Hebammenausbildung und Aufnahmeplätze von 2020 bis 2024 .	38
Tabelle 5.2: Bewerbungslage, Aufgenommene und Aufnahmeplätze im Studiengang Hebamme in Zeitreihen seit dem Studienjahr 2018/2019	39
Tabelle 5.3: Hebammen: Absolventinnen/Absolventen pro Studienjahr in Zeitreihen.....	39

Abkürzungen

AQ Austria	Agentur für Qualitätssicherung und Akkreditierung Austria
AS	Alternativszenario
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BA	Berufsangehörige
BGBI.	Bundesgesetzblatt
Bgld.	Burgenland
BL	Bundesland
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
DIAG	Kurzform für „Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen“, zentrale Datenbank für Auswertungen im Projekt
GBR	Gesundheitsberuferegister
GÖ FP	Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
KA	Krankenanstalt
Ktn.	Kärnten
LG	Lebendgeborene
MKP	Mutter-Kind-Pass
NÖ	Niederösterreich
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖHG	Österreichisches Hebammengremium
OÖ	Oberösterreich
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PAA	Pensionsantrittsalter
Sbg.	Salzburg
STAT	Statistik Austria
Stmk.	Steiermark
SS	Sommersemester
SSW	Schwangerschaftswoche
Vbg.	Vorarlberg
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WS	Wintersemester

1 Einleitung

Die Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH wurde von der AK Wien, dem Fachausschuss für Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe der AK Wien sowie dem österreichischen Hebammengremium beauftragt, den voraussichtlichen Bedarf an Hebammen in Österreich bis 2032 zu schätzen. Der vorliegende Bericht weist diese Schätzungen aus.

Die Basis dieser Prognose bilden Ist-Stand-Daten des Österreichischen Hebammengremiums sowie andere relevante Datenbestände. Aufbauend auf dem Ist-Stand, wird der Bedarf für Hebammen in Österreich auf Basis einer Modellrechnung bis zum Jahr 2032 geschätzt.

Für die Personalprognose in diesem Bericht spielen grundsätzlich (1) die geschätzte Geburtenentwicklung und (2) die voraussichtlichen Pensionierungen eine Rolle. Zusätzlich wird auf Basis von Szenarien auch der Bedarf quantifiziert, der (3) zur Sicherstellung der fachlich erforderlichen Versorgungsqualität notwendig ist, um belastende Situationen in der geburtshilflichen Versorgung zu verhindern – sowohl beim Personal als auch bei den Frauen, den Partnerinnen/Partnern und den Kindern.

1.1 Projektdesign

Die Basis dieser Prognose ist das an der GÖG entwickelte Prognosemodell zur Personalbedarfsplanung (Nemeth et al. 1994). Dabei werden immer, von einem Ist-Stand ausgehend, sowohl angebotsseitige als auch nachfrageseitige Einflussfaktoren berücksichtigt. Stärkster Einflussfaktor auf der Seite des Personalangebots sind die zu erwartenden Pensionierungen (diese reduzieren den Personalstand) sowie die Absolventinnen und Absolventen – diese erhöhen den Personalstand. Die Personalnachfrage wird primär durch die erwarteten Geburten (diese werden von der Statistik Austria geschätzt) beeinflusst. Andere Entwicklungen wie der Bedarf an Hebammen durch die Ausrollung der Frühen Hilfen oder die Übernahme weiterer Angebote im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Leistungen können in die Modellrechnung einfließen. Dazu wurden die entsprechenden Parameter gemeinsam mit den Auftraggebern definiert.

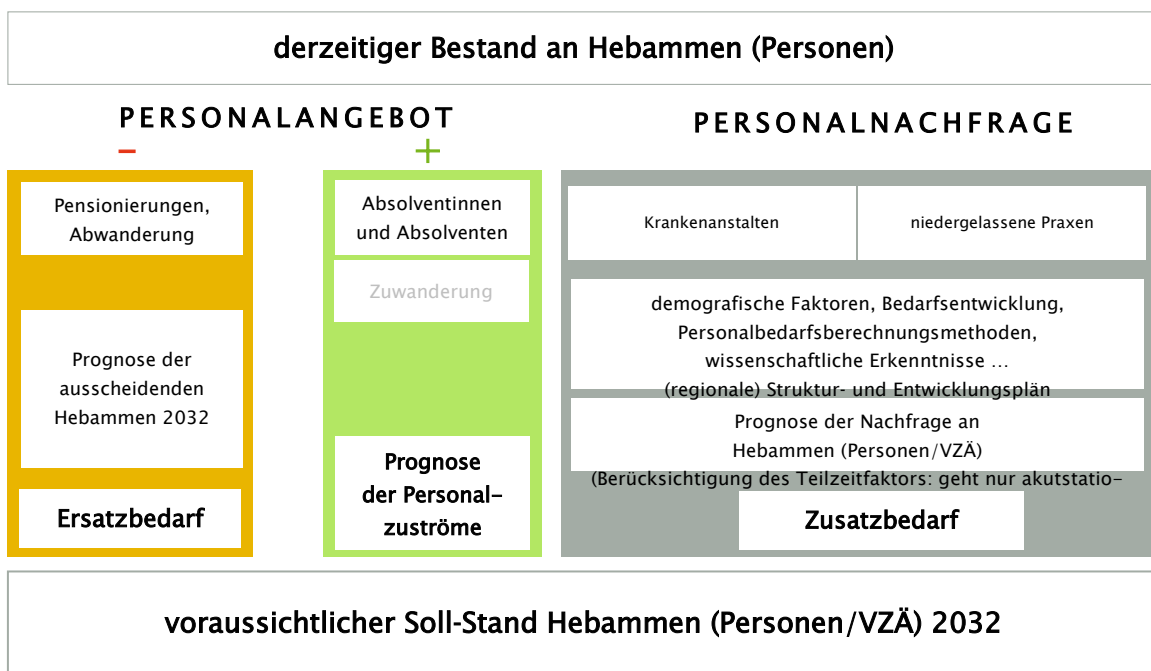
1.2 Ziele

Ziel des Projekts ist die Prognose des Bedarfs an Hebammen in Österreich, die auf Basis der Ist-Daten unterschiedlicher Quellen für Österreich bis 2032 erstellt wird. In einem Basisfallszenario wird, ausgehend vom Ist-Stand, die Veränderung des Bedarfs aufgrund der prognostizierten Entwicklung der Geburten berücksichtigt. In Alternativszenarien können mit den Auftraggebern abgestimmte weitere Parameter einfließen, die gemeinsam mit den Auftraggebern diskutiert und, sofern sie als berechenbare Planungsgrößen vorliegen, in den Alternativszenarien berücksichtigt werden.

1.3 Personalbedarfsprognosemodell

Diese Personalbedarfsprognose wird mit dem an der GÖG entwickelten Prognosemodell zur Personalbedarfsplanung im Bereich des Gesundheits- und Pflegewesens durchgeführt, welches – ausgehend vom Ist-Stand – sowohl angebotsseitige als auch nachfrageseitige Einflussfaktoren berücksichtigt (Nemeth et al. 1994).

Abbildung 1.1:
Prognosemodell



Quelle und Darstellung: GÖG (vgl. u.a. Rappold/Juraszovich 2019)

Hauptparameter auf der Seite des Personalangebots sind die zu erwartenden Pensionierungen sowie die Absolventinnen und Absolventen, die in den Beruf neu einsteigen. Die wesentlichen Parameter auf der Seite der Personalnachfrage sind die demografische Entwicklung und die verschiedenen Entwicklungspläne, in welchen Hebammen eine besondere Rolle zukommt.

Für die Darstellung der Ist-Situation wurden die Daten aus dem Hebammenregister, welche der GÖ FP vom Hebammengremium zur Verfügung gestellt worden waren, und die Krankenanstaltenstatistik genutzt. Ergänzt wurden diese Daten um solche aus der Sozialversicherung, von der Statistik Austria sowie von AQ-Austria. Auf Basis all dieser Daten erfolgte die Beschreibung des Ist-Stands und in weiterer Folge die Modellierung der Prognose.

Basisfall- und Alternativszenarien

Als Basisfallszenario wird jene Variante der Modellrechnung beschrieben, die bestehende Verhältnisse und vorhersehbare Entwicklungen (voraussichtliche Pensionierungen und prognostizierte Entwicklung der Zahl der jährlichen Neugeborenen) berücksichtigt. Es wird dabei also angenommen, dass sich im Modellumfeld nichts Unerwartetes ereignet und der Versorgungsgrad Berufsangehörige (BA) pro Neugeborene beim Stand des Ausgangsjahres bleiben soll. Zudem wird der **Ersatzbedarf aufgrund von Pensionierungen** berücksichtigt. Im Basisfallszenario wird das Pensionsantrittsalter von 65 Jahren angenommen, das gegenwärtig beobachtete Pensionierungsalter. Damit werden die zum Zeitpunkt der Modellrechnung bekannten Verhältnisse und gut voraussehbare Entwicklungen berücksichtigt.

Vermutungen bezüglich möglicher Veränderungen werden hingegen in den Alternativszenarien berücksichtigt.

Für das Basisfallszenario erfolgt die **Schätzung des Ersatzbedarfs** an Hebammen bis zum Jahr 2032 auf Basis des Ist-Stands Ende 2021 bzw. mit Jahresbeginn 2022, wofür die Daten aus dem Hebammenregister herangezogen werden. Diesem werden auch die Daten zum Alter der Berufsangehörigen entnommen, um die Zahl der Pensionierungen der nächsten Jahre zu ermitteln und so den Ersatzbedarf zu berechnen, der sich allein aufgrund der zu erwartenden Pensionierungen ergibt.

Die **demografische Entwicklung** im Falle der Neugeborenen wird anhand der Zahlen der Bevölkerungsprognosen 2020–2100 für Österreich von der Statistik Austria dargestellt. Dabei wird die Hauptvariante der Prognose sowie (um den prognostischen Korridor zu skizzieren) eine Variante mit hoher und eine mit niedriger Fertilität berücksichtigt (vgl. Abbildung 2.1).

Für den **Zusatzbedarf** wird in einem ersten Schritt in einem Basisfallszenario dargestellt, wie sich der Personalbedarf aufgrund des **prognostizierten Geburtenkorridors** auf Basis des Versorgungsgrades im Jahr 2021 entwickeln würde.

In **Alternativszenarien** können Parameter bewusst verändert werden, um deren Einfluss auf die Ergebnisse zu untersuchen. In der vorliegenden Studie werden fünf Alternativszenarien berechnet. Das **Alternativszenario 1** hebt die Versorgungsdichte auf den Bundesdurchschnitt an. Im **Alternativszenario 2** wird davon ausgegangen, dass verstärkt Leistungen in niedergelassenen Praxen in Anspruch genommen werden. Im **Alternativszenario 3** werden zusätzliche Mutter-Kind-Pass-Leistungen umgesetzt. Das **Alternativszenario 4** fokussiert auf einen erhöhten Zusatzbedarf durch Ausweitung des Leistungsangebots. Das **Alternativszenario 5** berücksichtigt eine leitlinienkonforme 1:1-Betreuung während der aktiven Eröffnungs- und Austrittsphase.

2 Prognoseszenarien

Die Ergebnisse einer Personalprognose zeigen Perspektiven der Versorgung auf und ermöglichen heute Maßnahmen zu setzen, um die Versorgung in der Zukunft sicherzustellen. Dies ist im Bereich der Hebammen wichtig, um mögliche Folgen von Unterbesetzung in der stationären, der ambulanten und der aufsuchenden Geburtshilfe zu reduzieren. Diese sind beispielsweise traumatisch erlebte Geburten, zu lange unbetreute (allein verbrachte) Zeitphasen während der Geburt, eine tendenziell häufigere Anwendung geburtsbeschleunigender Interventionen inklusive einer ungeplanten Sectio, ein höheres Risiko für Komplikation und Folgeerscheinungen (z. B. Dammriss, Inkontinenz), Auftreten von Stillschwierigkeiten/vorzeitiges Beenden von Stillen durch unzureichende Stillberatung sowie fehlende Zeit für Beratung und Prävention und andere geburtshilfliche Betreuungsangebote für Schwangere und junge Familien. Beim Personal kann es bei Unterbesetzung zu Überlastung und zum Konflikt kommen, dass die Betreuung nicht fachgerecht / dem Berufsbild entsprechend umgesetzt werden kann und das Risiko für Fehler erhöht ist. Die Prognose berücksichtigt schließlich auch potenzielle Entwicklungen im Aufgabenspektrum von Hebammen.

Limitationen

Prognosen sind immer nur so gut wie die ihnen zugrunde liegenden Daten. Sie basieren auf Informationen, die zum Zeitpunkt der Bearbeitung zur Verfügung stehen und als valide eingeschätzt werden. Allerdings können die Bewegungen in der Zukunft nur antizipiert und nicht konkret vorhergesagt werden. Dennoch sind Prognosen eine wichtige Planungsgrundlage, um heute Entscheidungen zu treffen oder Weichen zu stellen, um die Zukunft zu gestalten.

Nicht berücksichtigt wurden z. B. die geografische und berufliche Abwanderung, und zwar aufgrund nicht gesicherter Informationen. Wie in anderen Prognosen wird auch in dieser angenommen, dass sich beide die Waage halten. Ebenfalls unberücksichtigt bleiben Faktoren der Versorgungswirksamkeit durch Teilzeit- oder Vollzeitarbeit, weil diesbezüglich keine systematischen Informationen vorliegen. Auch Fluktuationen können nicht mit Zahlen bewertet werden und fließen daher in die Prognose nicht ein. Konkrete methodische Limitationen werden in den jeweiligen Kapiteln angeführt.

2.1 Basisfallszenario

Im Basisfallszenario werden, ausgehend vom Ist-Stand (dessen ausführliche Darstellung sich in Kapitel 4) findet, der

1. Ersatzbedarf (bedingt durch Pensionierungen) und die

2. prognostizierte Entwicklung der Zahl Lebendgeborener¹ dargestellt.

Seitens der Auftraggeber wird eingebracht, dass die derzeitige Versorgung unter der leitlinienkonformen Versorgung, wie im Alternativszenario 5 dargestellt, liegt und daher von einer Unterversorgung weitergerechnet wird.

Ersatzbedarf

Der Ersatzbedarf ergibt sich aus den Personen, die in Pension gehen und damit durch neue Berufskolleginnen und -kollegen ersetzt werden müssen. Tabelle 2.1 stellt die Zahl der Berufsberechtigten dar, die 2027 bzw. 2032 das angenommene Pensionsantrittsalter (65 Jahre) erreicht haben werden. Aus dem Pensionsantrittsalter lässt sich anhand des Alters der Berufsangehörigen die jährlich zunehmende Zahl der Personen errechnen, die in Pension gehen und in der Folge als Ersatzbedarf zu berücksichtigen sind. Bis zum Jahr 2032 sind anteilmäßig die meisten Pensionierungen in der Gruppe der frei praktizierenden Hebammen zu erwarten, den geringsten Anteil an Pensionierungen weisen jene Hebammen auf, die sowohl in KA als auch in freier Praxis tätig sind.

Tabelle 2.1:

Ersatzbedarf an Hebammen aufgrund von Pensionierungen in Personen

Bereiche	Hebammen in Berufsausübung Bestand 2022*	alle Pensionierungen bis zum Jahr ...		Anteil der Pensionierungen bis 2032 am Bestand 2022
		2027	2032	
ausschließlich in freier Praxis	499	64	135	27,1 %
ausschließlich in Krankenanstalten	581	59	154	26,5 %
in freier Praxis und in Krankenanstalten	1.430	94	268	18,7 %
insgesamt absolut	2.510	217	557	22,2 %

*Der Bestand 2022 umfasst alle Hebammen, die nicht im Pensionsalter oder nicht in einem inaktiven Setting (im Ausland, pensioniert, keine Hebammentätigkeit) sind – inklusive jener, die am 1. 1. 2022 als karenziert gemeldet waren.

Quelle: Hebammenregister, Jahresanfangswert; Darstellung: GÖG

Tabelle 2.1 ist zu entnehmen, dass bis zum Jahr 2032 knapp 557 Pensionierungen, das entspricht rund 23 Prozent aller 2022 berufstätigen Hebammen, zu erwarten sind.

1

Im Bericht wird im Nenner von Kennzahlen grundsätzlich die Zahl der Lebendgeborenen verwendet, z. B. Hebammen pro 1.000 Lebendgeborene. Der Grund dafür ist, dass diese Nenner im Bericht überwiegend für (regionale, historische und internationale) Vergleiche herangezogen werden. Da von einem konstanten Anteil von Totgeborenen ausgegangen werden kann, ist die Vergleichbarkeit dennoch gegeben.

Zusatzbedarf aufgrund der demografischen Prognose

Die demografische Entwicklung der Zahl Neugeborener zeigt nach der aktuellen Bevölkerungsprognose der Statistik Austria für den Zeitraum 2022–2032 in der mittleren Fertilitätsvariante einen leichten Rückgang von zwei Prozent (vgl. Tabelle 2.2 und Abbildung 2.1).

Tabelle 2.2:

Demografische Entwicklung der Neugeborenen bis 2032 in Personen

Ist		Prognose				Entwicklung (2022–2032)
2020	2021		2022	2027	2032	
		niedrige Fertilität	83.223	76.094	68.738	83 %
83.603	85.607*	mittlere Fertilität	86.131	85.907	84.434	98 %
		hohe Fertilität	90.441	96.127	100.811	111 %

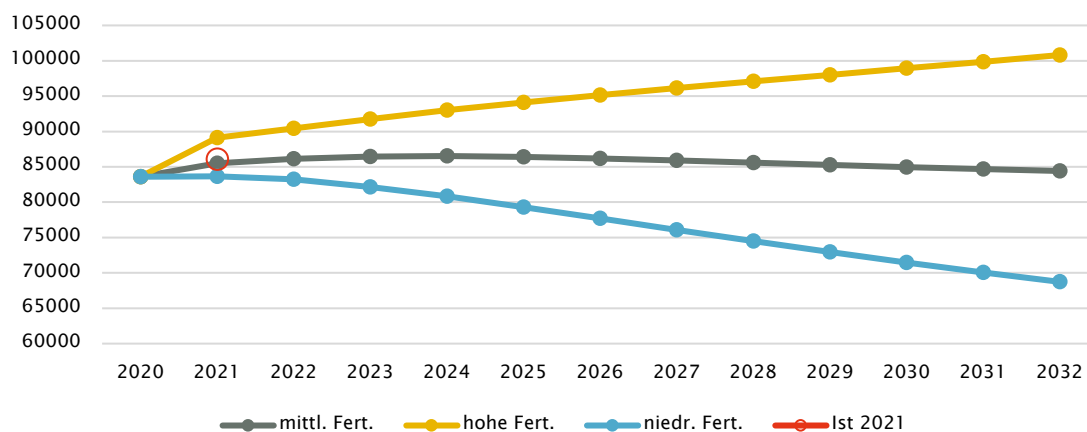
*tatsächlicher Ist-Wert 2021

Quelle: STAT: Bevölkerungsprognose 2021; Darstellung: GÖG

Eine ausführliche Darstellung der Prognosen findet sich in Abbildung 2.1.

Abbildung 2.1:

Prognostischer Geburtenkorridor in Personen



Quelle: STAT: Bevölkerungsprognose 2021; Darstellung: GÖG

Unter Berücksichtigung des für 2022 berechneten Versorgungsschlüssels (2.510 Hebammen in Berufsausübung, 85.607 Geburten, d. h. 29 Hebammen je 1.000 Geburten) ergibt sich für die mittlere Variante für 2032 ein Bedarf von 2.476 Hebammen, daher kein Zusatzbedarf bzw. ein leichter Saldo von 48 Hebammen. In der Variante mit niedriger Fertilität wären 2.015 Hebammen im Jahr 2032 erforderlich (Saldo 495). Bei der Variante mit hoher Fertilitätsannahme würden 2032 insgesamt 2.956 Hebammen benötigt, das sind 446 mehr als 2022 (vgl. Tabelle 2.3).

Tabelle 2.3:

Ist- und Soll-Stand in Personen im Basisfall unter Beibehaltung des Versorgungsschlüssels 2022 (29 Hebammen je 1.000 Geburten) je nach Prognose

Geburtenprognose	Anzahl 2022 in Berufsausübung	Soll-Stand an Berufsangehörigen 2032
niedrige Fertilität	2.510	2.004
mittlere Fertilität	2.510	2.462
hohe Fertilität	2.510	2.940

Quelle: Berechnungen GÖG

Tabelle 2.4 stellt den Zusatzbedarf, der sich aus der Geburtenprognose ergibt, aufgeschlüsselt für 2025 und 2032 dar.

Tabelle 2.4:

Zusatzbedarf, resultierend aus der Geburtenprognose, in Personen

Beruf	Berufsangehörige 2022	Zusatzbedarf bis 2027	Zusatzbedarf bis 2032
niedrige Fertilität	2.510	-291	-506
mittlere Fertilität	2.510	-5	-48
hohe Fertilität	2.510	293	430

Quellen: STAT: Bevölkerungsprognose 2021, Hebammengremium 2022; Darstellung: GÖG

In Tabelle 2.5 wird schließlich der Mehrbedarf dargestellt, der sich aus der Summe des Ersatz- und des Zusatzbedarfs berechnet.

Tabelle 2.5:

Mehrbedarf aus Ersatz- und Zusatzbedarf in Personen

Beruf	Ersatzbedarf bis 2032	Zusatzbedarf bis 2032	Mehrbedarf bis 2032
niedrige Fertilität	557	-506	51
mittlere Fertilität	557	-48	509
hohe Fertilität	557	430	987

Quellen: STAT: Bevölkerungsprognose 2021, Hebammengremium 2022; Darstellung: GÖG

Zusammenfassung Basisfallszenario

Tabelle 2.6:
Übersicht Basisfallszenario in Personen

Stand/Bedarf	Basisfallszenario
Ist-Stand 2022	2.510
Zusatzbedarf 2032	-48
Soll-Stand 2032 (berechnet aus Ist-Stand 2022 Basisfall und Zusatzbedarf 2032)	2.462
Ersatzbedarf 2032 (kumulativ)	557
Mehrbedarf 2032	509

Berechnung und Darstellung: GÖG

2.2 Alternativszenario 1 – Anhebung der Versorgungsdichten auf den Bundesdurchschnitt

Versorgungsdichte (alle Hebammen pro 1.000 Neugeborene) – Hebammen in Berufsausübung

Alternativszenario 1 (AZ 1) Angleich regional an den Bundesdurchschnitt. Begründung: Zwischen den Bundesländern Österreichs bestehen unterschiedliche Versorgungsdichten bei Hebammen im Verhältnis zu Lebendgeborenen. Daher erfolgt eine Anhebung in den Regionen mit unterdurchschnittlicher Versorgung, um diese regionale Heterogenität auszugleichen, d. h. im Alternativszenario 1 wird im Bereich des Zusatzbedarfs die Annahme getroffen, dass in jedem betrachteten Bundesland zumindest der Durchschnittswert des bundesweit beobachteten Versorgungsschlüssels (Hebammen je 1.000 Lebendgeborene) vorgehalten werden muss. Für jene Regionen, die **unter** dem Bundesdurchschnitt liegen, wird daher für das Jahr 2032 genau jener Zusatzbedarf an Berufsangehörigen berechnet, mit dem der Versorgungsschlüssel dem Bundesdurchschnitt entspricht. Der so errechnete Zusatzbedarf wird für das Prognosejahr 2032 berechnet.

Limitationen: Die unterdurchschnittliche Versorgung muss nicht zwingend auf Unterversorgung hindeuten. So kann die Versorgungswirksamkeit einzelner Hebammen sehr unterschiedlich sein und einzelne Arbeitsfelder können etwa regional mehr oder weniger auf andere Berufsgruppen übertragen sein. Weiters können Teile der Versorgung auch vom benachbarten Land oder Bundesland übernommen sein.

Tabelle 2.7:
Versorgungsdichten Ist 2021, Soll 2022, Soll 2032

Bundesland	Hebammen 2022	Lebendgeborene (LG) 2021	Hebammen pro 1.000 LG	Hebammen pro 1.000 LG, adaptiert	Hebammen Soll 2022	Prognose Lebendgeborene 2032	Hebammen Soll 2032
Berechnung	A	B	C = A/B*1.000	D = C'	E = L*D/1.000	F	G = F*D/1.000
Wien	509	19.359	26,3	29,2	565	18.989	554
Steiermark	305	11.357	26,9	29,2	331	11.140	325
Niederösterreich	435	15.261	28,5	29,2	445	14.970	437
Salzburg	167	5.755	29,0	29,2	168	5.645	165
Burgenland	66	2.240	29,5	29,5	66	2.197	65
Oberösterreich	452	15.247	29,6	29,6	452	14.956	443
Vorarlberg	138	4.295	32,1	32,1	138	4.213	135
Tirol	266	7.934	33,5	33,5	266	7.782	261
Kärnten	172	4.630	37,1	37,1	172	4.542	169
Gesamt	2.510	86.078	29,2	30,2	2.602	84.434*	2.553

*Prognose STAT

Quelle: Hebammenregister und Statistik Austria, eigene Berechnungen

Versorgungsdichte von Hebammen im europäischen Kontext

Tabelle 2.8 stellt die Versorgungsdichten von Hebammen pro Lebendgeborenen in ausgewählten europäischen Ländern dar. Auch diese Darstellung zeigt ein sehr heterogenes Bild der Versorgungsdichten. Während Länder wie Slowenien oder auch die Niederlande eine geringere Versorgungsdichte aufweisen als Österreich, ist jene in Belgien oder Schweden mehr als doppelt so hoch (vgl. Tabelle 1.1). Allerdings ist auch darauf hinzuweisen, dass das Aufgabenspektrum von Hebammen zwischen den Staaten variiert.

Tabelle 2.8
Internationaler Vergleich der Hebammen-Versorgungsdichte, Stand 2020 oder letztes verfügbares Jahr

Land	Hebammen pro 1.000 LG	Land	Hebammen pro 1.000 LG
Slowenien	16,41	Schweiz	34,15
Lettland	22,56	Estland	36,57
Ungarn	24,33	Dänemark (2019)	35,62
Niederlande	25,74	Tschechische Republik	38,55
Österreich	29,89*	Großbritannien	48,07
Frankreich	31,94	Norwegen	56,02
Deutschland	33,63	Schweden (2019)	68,97
Litauen	34,8	Belgien (2019)	71,51

Legende: Der Unterschied zur Tabelle 2.7 ergibt sich durch die verschiedenen Jahre (2020 bzw. 2021)

Quelle: OECD.Stat [Zugriff: 11. 10. 2022]

Durch den regionalen Angleich der Versorgungsdichten erwächst bis 2032 ein Mehrbedarf (= Ersatzbedarf und Zusatzbedarf) von 648 Hebammen (vgl. Tabelle 2.9.).

Tabelle 2.9:
AS 1 – Anhebung der Versorgungsdichten in unterdurchschnittlichen Bundesländern auf den Bundesdurchschnitt in Personen

	Basisfallszenario	Alternativszenario 1: Angleich regional
Ist-Stand 2022	2.510	2.510
Zusatzbedarf 2032	-48	+91
Soll-Stand 2032 (berechnet aus Ist-Stand 2022 Basisfall und Zusatzbedarf 2032)	2.462	2.553
Ersatzbedarf 2032 (kumulativ)	557	557
Mehrbedarf 2032	509	648

Quelle: GÖG, eigene Berechnungen

Tabelle 2.6 und alle weiteren Übersichtstabellen sind wie folgt zu lesen: Ist-Stand 2022 bedeutet, dass am 1. 1. 2022 in Österreich 2.510 Hebammen im Erwerbsalter im Hebammenregister als

aktiv gemeldet waren. Diese Anzahl an Hebammen ist auch der Ausgangspunkt für die Alternativszenarien. Der Soll-Stand 2022 entspricht im Basisfallszenario dem Ist-Stand 2022. Im Alternativszenario wird bereits berücksichtigt, was es bedeuten würde, das jeweilige Szenario ab 2022 umzusetzen. Der Zusatzbedarf 2032 weist aus, ob in Relation zum Soll-Stand 2032 mehr oder weniger Hebammen notwendig sein werden.

2.3 Alternativszenario 2 – Ambulantisierung / verstärkte niedergelassene Betreuung postpartal

Gemäß Angaben von Expertinnen des Hebammengremiums besteht der Trend, dass Mütter nach der Geburt früher das Krankenhaus verlassen und zu Hause von Hebammen weiterbetreut werden. Dieser Trend bestätigt sich auch anhand der KA-Statistik. Abbildung 2.2 zeigt, wie sich die Zeitdauer des Aufenthalts von der Geburt bis zur Entlassung in den letzten Jahren verkürzt hat. Limitierend sei aber darauf hingewiesen, dass dieser Effekt möglicherweise durch die COVID-19-Pandemie verzerrt ist und in den nächsten Jahren weiter zu verfolgen ist. Abbildung 2.3 zeigt die Belagsdauer, differenziert nach Art der Entbindung. Dabei fällt auf, dass die Dauer des Spitalsaufenthalts zwar mit der Art der Entbindung schwankt, aber in allen Kategorien abgenommen hat.

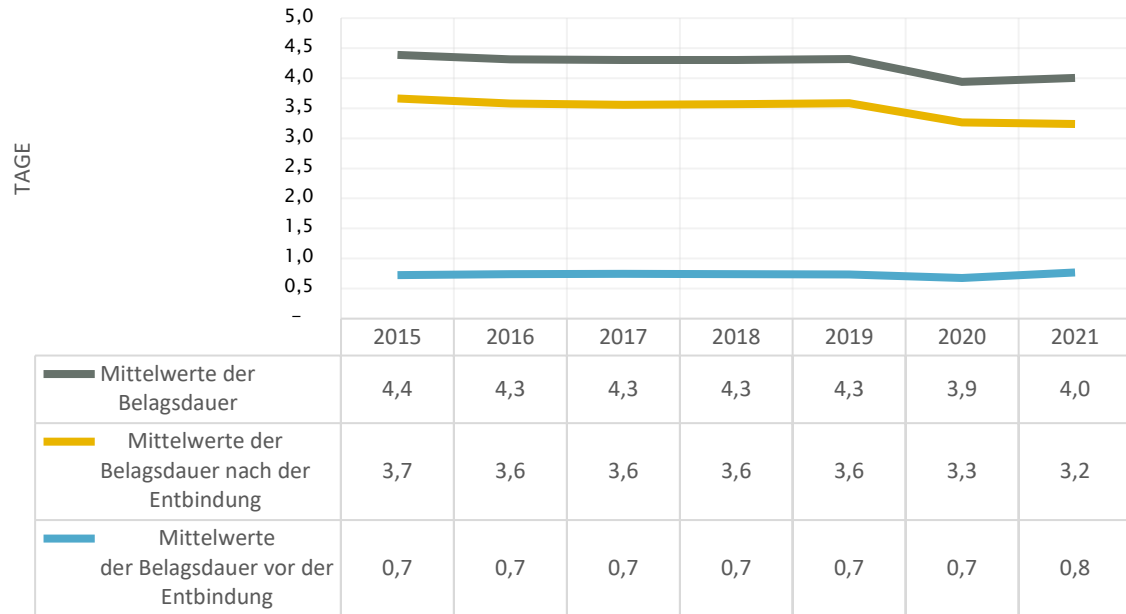
Für das Alternativszenario 2 wird daher berechnet, dass Frauen durchschnittlich je Geburt **einen halben Tag länger** zu Hause im Zeitraum bis einschließlich zum fünften Tag nach der Entbindung (ehemals vorzeitige Entlassung) verbringen. In diesem Zeitraum ist gemäß Hebammen-Gesamtvertrag² täglich ein Hausbesuch verrechenbar. Aus dem (im Durchschnitt) halben Tag mehr ergibt sich ein höherer Fürsorgebedarf im häuslichen Bereich durch Hebammen – und das bedeutet einen vertieften Hebammenbeistand laut ASVG. Auch wenn derzeit nicht alle Mütter (die vorzeitig nach Hause gehen) diese Möglichkeit nutzen, werden im Alternativszenario 2 als Basis alle prognostizierten Lebendgeburten berücksichtigt.

2

https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Avsv/AVSV_2014_0095/AVSV_2014_0095.pdf#sig

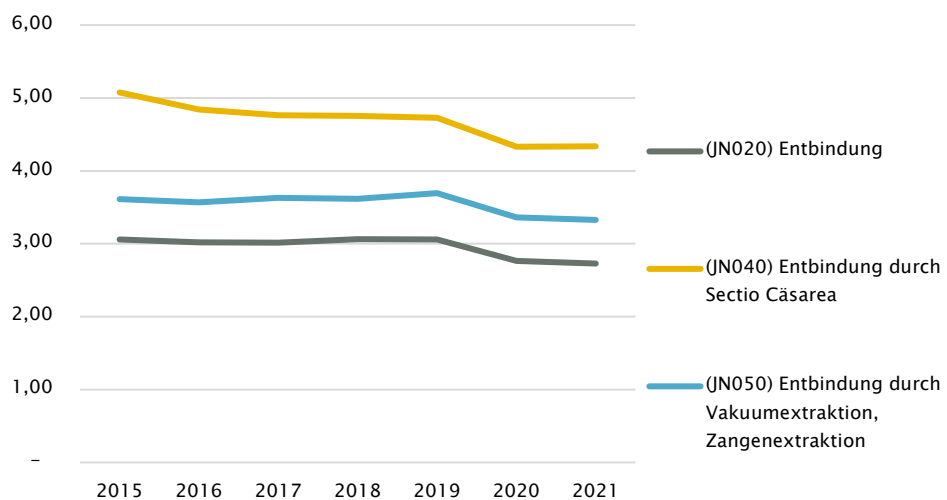
Abbildung 2.2:
Entwicklung der Belagsdauer je Aufenthalt seit 2015 in Tagen

Belagsdauer: Differenz zwischen den Daten der Aufnahme, der Entlassung, der Entbindung



Quelle: BMSGPK: Daten zur stationären Inanspruchnahme

Abbildung 2.3:
Entwicklung der Belagsdauer nach der Geburt in Tagen bei den häufigsten drei Entbindungsleistungen



Quelle: BMSGPK: Daten zur stationären Inanspruchnahme

Für dieses Szenario wird weiters angenommen, dass Hebammen, die Hausbesuche absolvieren, **durchschnittlich 27 Stunden pro Woche** verfügbar sind (Begründung: Ausgehend von einer 40-Stunden-Woche wird der Teilzeitfaktor von 1,5 angenommen [analog dem stationären Bereich, vgl. Abbildung 4.3], daher wird für eine Person 40/1,5 bzw. 27 Stunden Verfügbarkeit (für 52 Wochen pro Jahr) angenommen. Weiters wird ein Hausbesuch mit einem durchschnittlichen Aufwand von einer Stunde bemessen. Die Berechnung des Zusatzbedarfs wird in der nachfolgenden Tabelle 2.10 dargestellt:

Tabelle 2.10:
Herleitung des Bedarfs für mehr Hausbesuche

Jahr	Geburten	Betreuungsaufwand je Geburt zusätzlich	Stunden pro Jahr	Übertragung auf Köpfe (27 h pro 52 Wochen)
2021	86.078	0,5 h	43.039	31
2032	84.434	0,5 h	42.217	30

Annahmen und Berechnung:

Wochenstunden einer Hebamme, die Hausbesuche macht, auf das Jahr gerechnet: $27 \times 52 = 1.404$ h

1 h entspricht daher $1/1.404$ der Verfügbarkeit einer Hebamme pro Jahr.

0,5 h mehr Hausbesuche pro Kind entsprechen daher $0,5/1.404$ Stunden Hebammenverfügbarkeit pro Jahr.

Für 84.434 Geburten ergeben sich dadurch $84.434 * 0,5 / 1.404 = 30$ Hebammen

Quelle: GÖG-eigene Berechnungen

Für zusätzliche Betreuung nach vorzeitiger Entlassung wird (unter Berücksichtigung der Prognose der Lebendgeborenen³) ein Zusatzbedarf von 30 Hebammen errechnet.

Tabelle 2.11:
AS 2: verstärkte niedergelassene Betreuung postpartal

	Basisfallszenario	Alternativszenario 2: verstärkte niedergelassene Betreuung postpartal
Ist-Stand 2022	2.510	2.510
Zusatzbedarf 2032	-48	+30
Soll-Stand 2032 (berechnet aus Ist-Stand 2022 Basisfall und Zusatzbedarf 2032)	2.462	2.492
Ersatzbedarf 2032 (kumulativ)	557	557
Mehrbedarf 2032	509	587

Quelle: GÖG-eigene Berechnungen

3

Unberücksichtigt ist in diesem Szenario die Betreuung von Frauen mit einer Totgeburt (Anteil laut Statistik Austria ca. 0,3 bis 0,4 Prozent (Vgl. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/geburten/demographische-merkmale-von-geborenen> [Abruf am 14.11.2022]) von der Zahl der Lebendgeborenen).

2.4 Alternativszenario 3 – zusätzliche Mutter-Kind-Pass-Leistung

Im Rahmen der **Mutter-Kind-Pass**(MKP)-Angebote können Schwangere optional zwischen der 18. und der 22. Schwangerschaftswoche (SSW) eine **kostenlose Hebammenberatung** in Anspruch nehmen. Dabei handelt es sich um ein Beratungsgespräch zu den Themen Geburt, Geburtsort, Ernährung, Bewegung sowie gesundheitsförderndes bzw. präventives Verhalten in der Schwangerschaft⁴.

Seitens des österreichischen Hebammengremiums wird eine verpflichtende Beratung aller Schwangeren sowie eine weitere Hebammenberatung zu einem späteren Zeitpunkt in der Schwangerschaft gefordert. Das Alternativszenario 3 berechnet den Zusatzbedarf an Hebammen, wenn **die Hebammenberatung** zwischen der 18. Und 22. SSW **verpflichtend** wird (d. h. an Kinderbetreuungsgeld gebunden ist). Laut Evaluierungsbericht zur Hebammenberatung (Neubauer 2018) wird die Beratung derzeit bei ca. 25 Prozent der Geburten in Anspruch genommen. Im gegenständlichen Szenario wird als pragmatischer Ansatz daher angenommen, dass eine derartige Verpflichtung zu einer zusätzlichen Inanspruchnahme bei 100 Prozent der Geburten führen würde.

Weiters wird angenommen, dass auch ein **zweites verpflichtendes MKP-Beratungsgespräch** eingeführt wird. Hier wird davon ausgegangen, dass diese Leistung dann ebenfalls bei 100 Prozent der Geburten in Anspruch genommen wird. Die Dauer des MKP-Beratungsgesprächs beträgt eine Stunde. Die Umlegung auf Hebammen erfolgt so wie in Alternativszenario 2.

Tabelle 2.12:
AS 3: zusätzliche MKP-Gespräche

	Basisfallszenario	Alternativszenario 4: zusätzliches MKP-Gespräch und Verpflichtung
Ist-Stand 2022	2.510	2.510
Zusatzbedarf 2032	-48	+105
Soll-Stand 2032 (berechnet aus Ist-Stand 2022 Basisfall und Zusatzbedarf 2032)	2.462	2.567
Ersatzbedarf 2032 (kumulativ)	557	557
Mehrbedarf 2032	509	662

Quelle: GÖG-eigene Berechnungen

⁴

vgl. Hebammenberatung mit Mutter-Kind-Pass | hebammen.at [Zugriff am 20. 6. 2022]

2.5 Alternativszenario 4 – Zusatzbedarf durch Ausweitung des Leistungsangebots

Das Alternativszenario 4 beschäftigt sich mit dem Ausbau des Hebammenangebots in unterschiedlichen Bereichen – beispielsweise im Zuge des Ausbaus der Frühen Hilfen oder im Bereich der Primärversorgung. Frühe Hilfen dienen der Bündelung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. gezielten Frühintervention in Schwangerschaft und früher Kindheit – unter besonderer Berücksichtigung der Ressourcen und Belastungen von Familien in spezifischen Lebenslagen. Es handelt sich dabei um ein multiprofessionelles Beratungsangebot, welches durch sogenannte Familienbegleiter:innen angeboten wird und in den nächsten Jahren ausgebaut werden soll⁵. Circa 20 Prozent dieser Familienbegleiter:innen sollen Hebammen sein. Nach ersten Schätzungen seitens der Gesundheit Österreich GmbH betreffend ein flächendeckendes Angebot bedeutet dies einen jährlichen Bedarf an 206 VZÄ an Familienbegleiterinnen und -begleitern, in weiterer Folge ergibt dies einen jährlichen Bedarf von 41 VZÄ an Hebammen.

Ein weiteres Handlungsfeld, welches es noch zu besetzen gilt, ist der Bereich Primärversorgung. Das Berufsbild von Hebammen wird im Factsheet PVE, S. 15⁶ wie folgt beschrieben:

„Der Hebammenberuf umfasst die Betreuung, Beratung und Pflege der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen, die Beistandsleistung bei der Geburt sowie die Mitwirkung bei der Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge. Hebammen leisten eine ganzheitliche Pflege und Betreuung von Frauen und ihren Kindern im Leistungszeitraum vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes. Sie agieren eigenverantwortlich und autonom, solange Schwangerschaft, Geburt und das Wochenbett normal verlaufen. Zudem können sie bestimmte Arzneimittel anwenden. Hebammen erkennen, wenn Gesundheitsrisiken oder Gesundheitsbedrohungen vorliegen, und ziehen in diesem Fall eine Ärztin / einen Arzt hinzu. Hebammen unterstützen Familien, die in der Phase der Familienbildung gesundheitlich oder psychosozial besonders belastet sind, zusätzlich und vertreten insbesondere die Interessen des Kindes. Dies geschieht vor allem hinsichtlich seiner Gesundheit, Ernährung und der emotionalen und sozialen Bedürfnisse. Schließlich sollen Hebammen verstärkt in der Geburtsvorbereitung und in der Gesundheitsförderung und Prävention eingesetzt werden“.

Zur Wahrnehmung der obengenannten Aufgabenbereiche wird im AS 4 mit einem Zusatzbedarf von 100 Hebammen gerechnet.

5

vgl. Frühe Hilfen Österreich – Unterstützung für Familien – Was sind Frühe Hilfen? (fruehehilfen.at) [Zugriff am 20. 06. 2022]

6

https://www.hebammen.at/wp-content/uploads/2022/02/PHC_Berufsgruppen-Factsheets_v2.pdf [Zugriff am 20. 06. 2022]

Tabelle 2.13:

AS 4: Zusatzbedarf durch Ausweitung des Leistungsangebots

	Basisfallszenario	Alternativszenario 4: Zusatzbedarf durch Ausweitung des Leistungsangebots
Ist-Stand 2022	2.510	2.510
Zusatzbedarf 2032	-48	+100
Soll-Stand 2032 (berechnet aus Ist-Stand 2022 Basisfall und Zusatzbedarf 2032)	2.462	2.562
Ersatzbedarf 2032 (kumulativ)	557	557
Mehrbedarf 2032	509	657

Quelle: GÖG-eigene Berechnungen

2.6 Alternativszenario 5 – leitlinienkonforme 1:1-Betreuung während der aktiven Eröffnungs- und Austrittsphase

Die aktuelle S3-Leitlinie *Vaginale Geburt am Termin* (AWMF 2020) empfiehlt eine 1:1-Betreuung während der aktiven Eröffnungs- und Austrittsphase, um Sectioraten, höhergradige Dammrisse und Interventionsraten zu reduzieren. Durch eine 1:1-Betreuung sollen beispielsweise traumatisch erlebte Geburten, zu lange unbetretete (allein verbrachte) Zeitphasen während der Geburt, eine tendenziell häufigere Anwendung geburtsbeschleunigender Interventionen inklusive einer ungeplanten Sectio, ein höheres Risiko für Komplikation und Folgeerscheinungen (z. B. Dammriss, Inkontinenz) reduziert werden. Beim Personal kann es bei Unterbesetzung zu Überlastung und zum Konflikt kommen, dass die Betreuung nicht fachgerecht / dem Berufsbild entsprechend umgesetzt werden kann und das Risiko für Fehler erhöht ist. Abbildung 2.4 zeigt einen entsprechenden Auszug aus der Leitlinie.

Abbildung 2.4:

Auszug aus der S3-Leitlinie

AWMF 015-083	S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin	Version 1.0			
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <div style="background-color: #4f81bd; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> Aktive Eröffnungsphase Muttermundöffnung mindestens 4 cm </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Keine Routinemaßnahmen ohne Indikation</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">ab jetzt 1:1 Betreuung Informationen an die Frau</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Geburtsdauer ab jetzt: Erstgebärende meist 8 bis 18 Stunden, Mehrggebärende meist 5 bis 12 Stunden</td> </tr> </table> </div>			Keine Routinemaßnahmen ohne Indikation	ab jetzt 1:1 Betreuung Informationen an die Frau	Geburtsdauer ab jetzt: Erstgebärende meist 8 bis 18 Stunden, Mehrggebärende meist 5 bis 12 Stunden
Keine Routinemaßnahmen ohne Indikation	ab jetzt 1:1 Betreuung Informationen an die Frau	Geburtsdauer ab jetzt: Erstgebärende meist 8 bis 18 Stunden, Mehrggebärende meist 5 bis 12 Stunden			

Quelle: AWMF (2020)

Hintergrundinformationen zum Stellenwert der deutsch-österreichisch-schweizerischen (D-A-CH) AWMF-Leitlinie: *Vaginale Geburt am Termin*

Für das Szenario relevant ist die S3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) mit dem Titel *Vaginale Geburt am Termin* (AWMF 2020). Diese Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft gibt inhaltlich überwiegend die Empfehlungen der National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence-(NICE-)Leitlinie CG 190 *Intrapartum care for healthy women and babies* wieder. Die S3-Leitlinie *Vaginale Geburt am Termin* wurde auf Basis der Standards der evidenzbasierten Medizin unter Beteiligung zahlreicher Fachgesellschaften, Berufsverbände und fachbezogener Vereine aus Deutschland, Österreich und der Schweiz erstellt.

Die Leitlinie empfiehlt eine *Eins-zu-eins-Betreuung ab der aktiven Eröffnungsphase* und in der aktiven Austrittsphase *durch eine Hebamme*⁷ und rät dazu, dass die Frau vom geburtshilflichen Personal nicht allein gelassen werden soll.

In Deutschland wurde die Eins-zu-eins-Betreuung durch Hebammen im aktuellen Koalitionsvertrag⁸ als Personalschlüssel in wesentlichen Phasen der Geburt aufgenommen.

Umsetzung der Inhalte der AWMF Leitlinie für die Prognose

Ausgehend von Angaben in der Leitlinie (AWMF 2020), beträgt die Dauer der aktiven Eröffnungs- und Austrittsphase bei Erstgebärenden acht bis 18 Stunden und bei Mehrgebärenden fünf bis zwölf Stunden. Für die durchschnittliche Geburtsdauer kann bei Erstgebärenden daher 13 Stunden und können bei mehrgebärenden Frauen 8,5 Stunden angenommen werden. 2020 waren bezüglich aller Geburten 55 Prozent erstgebärend und 45 Prozent mehrgebärend (Geburtenregister Österreich, S.110, Tabelle 90). Ohne zu unterscheiden, ob erst- oder mehrgebärend, wird für die 1:1-Betreuung im Jahr 2020 mit einer durchschnittlichen Geburtsdauer von ca. elf Stunden gerechnet. Unberücksichtigt sind dabei überlappende Dienstzeiten, die – wenn die in der Leitlinie geforderte Betreuung durch ein und dieselbe Hebamme nicht möglich ist – für eine entsprechend ausführliche Übergabe benötigt werden. Nach Beurteilungen von Expertinnen aus dem Hebammengremium kann in Österreich der aktuell gegebene Betreuungsschlüssel in dieser Phase auf 1:3 geschätzt werden.

7

Definition der Eins-zu-eins-Betreuung durch die Hebamme:

Geburtshilfliche, nichtmedizinische Betreuungsmaßnahmen sowie emotionale Unterstützung und Bereitstellung von Informationen und Fürsprache für die Frau während der aktiven Eröffnungs- und Austreibungsphase durch ein und dieselbe Hebamme unter Berücksichtigung bestehender Arbeitszeitmodelle. Die Betreuung durch ein und dieselbe Hebamme soll entsprechend den Bedürfnissen der Frau so kontinuierlich wie möglich erfolgen.

8

vgl. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/gesetzesvorhaben/koalitionsvertrag-2021-1990800> (Koalitionsvertrag 2021 (bundesregierung.de) [Zugriff: 11. 10. 2022])

Die Zeiträume vor und nach der aktiven Eröffnungs- und Austrittsphase sind im Szenario nicht abgebildet. Aus Sicht der Expertinnen aus dem Hebammengremium kann bei optimistischer Einschätzung von einem Betreuungsschlüssel von 1:5 ausgegangen werden. Eine Verbesserung dieses Betreuungsschlüssels wird seitens der Berufsgruppe als zweckmäßig erachtet, weil dadurch auch ausreichend Zeit für jene Hebammentätigkeiten bliebe, die bei knapper Besetzung – der Priorisierung geschuldet – entfallen. Dazu gehören etwa Unterstützung von (Sectio-)Bonding, Still- und Laktationsberatung, Wochenbettbetreuung im Allgemeinen, aber auch organisatorische Aspekte wie Prozessdefinitionen, teambildende Maßnahmen und Schulungsangebote.

Für das Alternativszenario 5 wird für elf Stunden je Geburt ein Zusatzbedarf um das Dreifache (1:3- → 1:1-Betreuung) berechnet.

Die Berechnungen auf Basis der Geburtenzahlen (und der Geburtenprognosen) werden in Tabelle 2.14 dargestellt.

Tabelle 2.14:

Herleitung des Bedarfs für 1:1-Betreuung (Annahme: derzeit 1:3-Betreuung)

Jahr	Geburten	VZÄ für 11 h je Geburt	1:3- → 1:1-Betreuung	Differenz Ist/Soll VZÄ	Differenz Ist/Soll Personen
2021	86078	197	592	395	589
2032	84434	193	580	387	577

Annahmen:

Stunden für 1 VZÄ im Jahr: =1600 h (Dies wurde mit den Auftraggebern abgestimmt)

1 Stunde entspricht daher 1/1600 VZÄ.

11 Stunden 1:1-Betreuung pro Geburt entsprechen daher 11/1600 VZÄ.

1 VZÄ entspricht 1,49 Personen (vgl. Abbildung 4.3).

Quelle: GÖG-eigene Berechnungen

Der Zusatzbedarf gemäß Alternativszenario 5 in Kombination mit dem Ersatzbedarf ist in Tabelle 2.15 dargestellt. Es ergibt sich ein Zusatzbedarf von 387 VZÄ für die im Jahr 2032 prognostizierten Geburten, das sind 577 Personen unter Berücksichtigung eines Teilzeitschlüssels von 1,49 (vgl. Abbildung 4.3).

Tabelle 2.15:

AS 5: 1:1-Betreuung in Personen

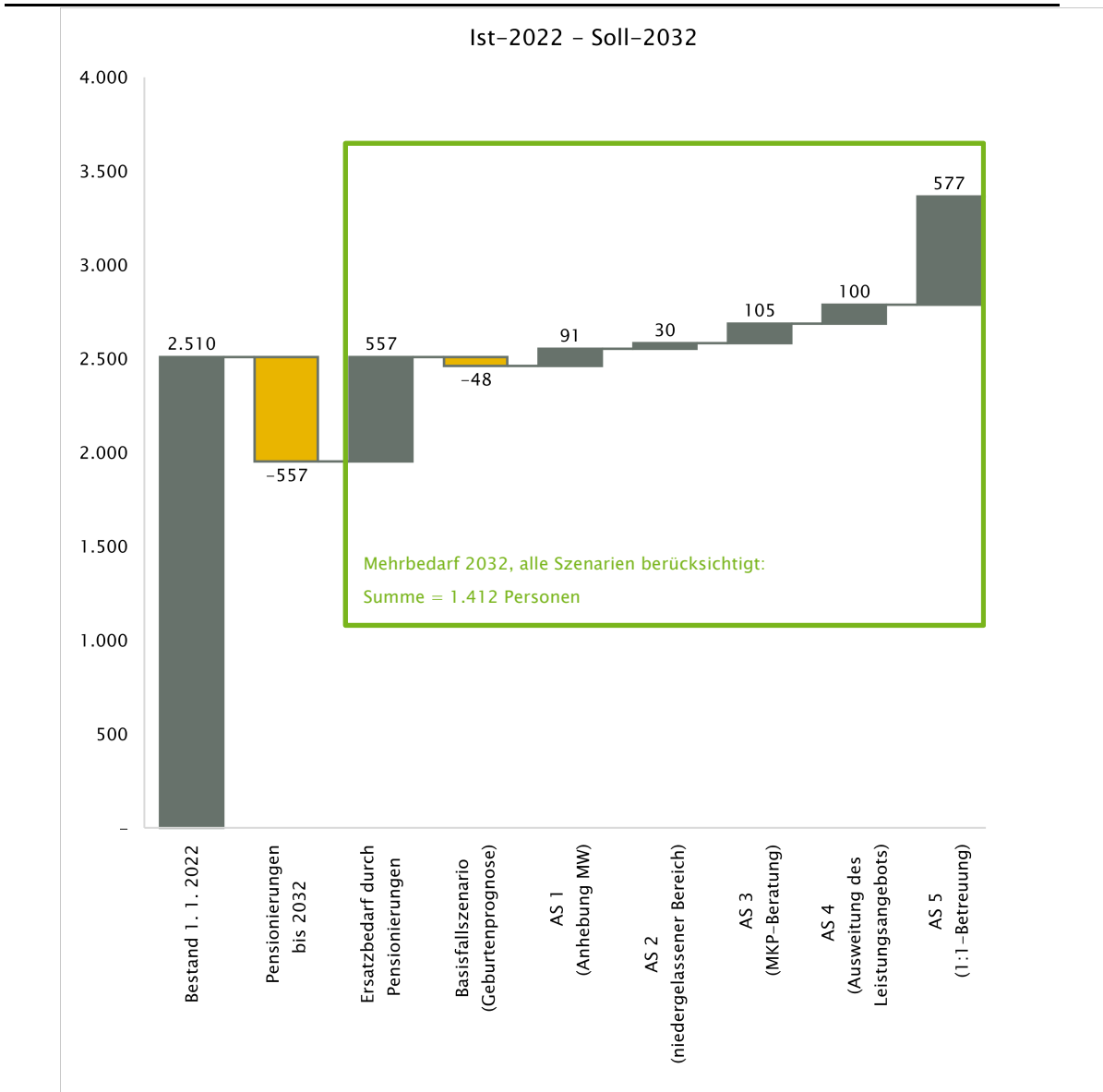
	Basisfallszenario (Geburtenprognose, Pensionierungen)	Alternativszenario 5: leitliniengerechter Versorgungsschlüssel während Geburt
Ist-Stand – Anzahl in Berufsausübung 2022	2.510	2.510
Zusatzbedarf 2032	-48	577
Soll-Stand 2032	2.462	3.039
Ersatzbedarf 2032 (kumulativ)	557	557
Mehrbedarf 2032	509	1.134

Quelle: GÖG-eigene Berechnungen

Limitationen: Ein Szenario, welches die Zeitfenster außerhalb der beschriebenen Aspekte umfasst, ist in dieser Arbeit nicht dargestellt. Dazu kommt, dass bei der Betrachtung durchschnittlicher Betreuungsschlüssel (insbesondere für die aktive Eröffnungs- und Austrittsphase) die **Volatilität** der tagesaktuellen Belegung unberücksichtigt bleibt. Auf Ebene einzelner Krankenhäuser (und insbesondere bei kleinen Geburtenabteilungen) ist die Belegung durch Schwangere/Gebärende bzw. Wöchnerinnen naturgemäß starken Schwankungen unterworfen, und damit schwankt (bei konstanter Besetzung durch Hebammen bzw. laut Dienstplan) der Betreuungsschlüssel. Um auch in Spitzenbelegungsphasen einen bestimmten Betreuungsschlüssel aufrechterhalten zu können, wird bei der Planung daher grundsätzlich ein Vorhaltungsfaktor berücksichtigt, um beispielsweise für 90 Prozent aller Tage im Jahr einen gewissen Betreuungsschlüssel gewährleisten zu können. Um eine 1:1-Betreuung für die Dauer der aktiven Eröffnungs- und Austrittsphase (an 90 % aller Tage im Jahr) gewährleisten zu können, müsste daher auch der Vorhaltungsfaktor dementsprechend dimensioniert werden. Das hier entworfene Szenario stellt mit Blick auf die durchschnittlichen Betreuungsschlüssel daher eine vereinfachte Betrachtungsweise dar. Für die Berücksichtigung der Tagesvolatilität würden vertiefende Arbeiten benötigt werden.

3 Zusammenfassung der Szenarien

Abbildung 3.1:
Zusammenfassende Darstellung aller Szenarien in Personen



Quelle: GÖG-eigene Berechnungen, Darstellung: GÖG

Tabelle 3.1:

Hebammenprognose in Personen: Bestand, Soll-Stand 2032, Ersatz-, Zusatz- und Mehrbedarf

Szenario	Bestand Anfang 2022	Zusatzbedarf	Ersatzbedarf (Pensionierungen)	Mehrbedarf einzeln (= Ersatzbe- darf und Zusatzbe- darf)	kumulierter Mehrbedarf (= Ersatzbedarf und Zu- satzbedarf)
Basisfallszenario	2.510	-48	557	509	509
Alternativszenario 1	2.510	91	557	648	600
Alternativszenario 2	2.510	30	557	587	630
Alternativszenario 3	2.510	105	557	662	735
Alternativszenario 4	2.510	100	557	657	835
Alternativszenario 5	2.510	577	557	1.134	1.412

Quelle: GBR; Darstellung: GÖG

Ergebnis

Basierend auf den Ist-Daten des österreichischen Hebammengremiums, der Bevölkerungsprognose der Statistik Austria sowie anderen Quellen, wurde der voraussichtlich benötigte Soll-Stand an Hebammen im Jahre 2032 berechnet. Grundlage ist das Basisfallszenario, welches, ausgehend vom Ist-Stand, die Geburtenentwicklung auf Basis der mittleren Fertilitätsprognose der Statistik Austria berücksichtigt. Im **Alternativszenario 1** (*Angleich regional an den Bundesdurchschnitt*) wurde berechnet, wie sich der Bedarf entwickelt, wenn es zu einem Angleich der Versorgungsschlüssel in Österreich aneinander kommt, d. h. in Bundesländern mit einem Versorgungsschlüssel unter dem Bundesdurchschnitt wurde er auf diesen angehoben. Das **Alternativszenario 2** (*verstärkte niedergelassene Betreuung postpartal*) berücksichtigt den Trend früherer Krankenhausentlassungen postpartal und, dadurch bedingt, eine intensivierete Betreuung durch Hebammen zu Hause. Im **Alternativszenario 3** (*zusätzliche Mutter-Kind-Pass-Leistung*) wird berechnet, was es bedeutet, Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Angebote auszuweiten. Im **Alternativszenario 4** (*Ausweitung des Leistungsangebots*) wird dargestellt, wie hoch der Zusatzbedarf an Hebammen durch Ausweitung des Leistungsangebots im Bereich der Frühen Hilfen, der Primärversorgungseinheiten und in der Gesundheitsförderung und Prävention ausfällt. Im **Alternativszenario 5** (*1:1-Betreuung*) wurde zusätzlich eine leitlinienkonforme 1:1-Betreuung während der aktiven Eröffnungsphase und zwei bis drei Stunden nach der Geburt berücksichtigt.

In Österreich waren Anfang 2022 rund **2.510 ausübende Hebammen im Hebammenregister erfasst**.

Ersatzbedarf durch Pensionierungen bis 2032: 22 Prozent der Hebammen werden bis zum Jahr 2032 in Pension gehen. Deren Stellen müssen nachbesetzt werden, was einem **Ersatzbedarf aufgrund von Pensionierungen von 557 Personen bis zum Jahr 2032** entspricht.

Voraussichtlich ist im **Basisfallszenario** unter Berücksichtigung der Daten und Informationen, die derzeit vorliegen, mit einem **Soll-Stand von ca. 2.462 Hebammen** bis 2032 zu rechnen. Unter Berücksichtigung aller Szenarien liegt der Soll-Stand bei 3.365 Hebammen.

Zusammengefasst lässt sich **für den Basisfall** Folgendes festhalten:

- » Der **Ersatzbedarf** aufgrund von Pensionierungen wird im Jahr 2032 bei rund **557** zusätzlich benötigten Hebammen liegen.
- » Der **Zusatzbedarf** wird im Jahr 2032 rund **-48** Berufsangehörige umfassen.
- » Der **Mehrbedarf** aus Zusatz- und Ersatzbedarf wird somit rund **509** zusätzliche Hebammen bis 2032 betragen.
- » Durch **Absolventinnen und Absolventen** einschlägiger Ausbildungen (siehe die Ausführungen im folgenden Kapitel) könnte der Mehrbedarf unter der Voraussetzung, dass alle den Beruf ergreifen und bis zur Pensionierung im Beruf bleiben, gedeckt werden.

3.1 Mehrbedarf und Bildungsabschlüsse

Inwieweit der Mehrbedarf an Berufsangehörigen durch Ausbildungsabsolventinnen und -absolventen gedeckt werden könnte, basiert auf aktuellen Ausbildungsplatzangeboten und kann Tabelle 3.2 entnommen werden. Historisch betrachtet, haben in den letzten zehn Jahren jährlich ca. 95 Hebammen ihre Ausbildung abgeschlossen (vgl. Tabelle 5.3). Nach den derzeitig vorhandenen Ausbildungsplätzen (ca. 168 pro Jahr, vgl. Tabelle 5.1) ist aber mit deutlich mehr Absolventinnen zu rechnen. Wird mit ca. 168 Abschlüssen für die nächsten zehn Jahre gerechnet (in Summe ca.1.680), könnte der Mehrbedarf im Basisszenario gut dreimal abgedeckt werden. Auch der Mehrbedarf (1.412 in Summe) unter Berücksichtigung aller Szenarien könnte voraussichtlich abgedeckt werden (vgl. Tabelle 3.2).

Limitierend sind hier mehrere Punkte festzuhalten: Es ist nicht bekannt, ob alle Absolventinnen und Absolventen nach der Ausbildung tatsächlich in diesem Berufsfeld tätig werden oder wie groß der Zustrom von Hebammen aus dem Ausland in den nächsten Jahren sein wird oder ob mit beruflicher Abwanderung zu rechnen ist. Auch kann nicht vorausgesagt werden, wie sich die Zahl der Ausbildungsplätze in Zukunft entwickelt. Festzuhalten ist weiters, dass sich auch die Geburtenzahlen abweichend von der Hauptvariante entwickeln könnten. Schließlich decken die hier präsentierten Szenarien möglicherweise nicht alle Bereiche der Hebammentätigkeit ab. Somit enthält diese Gegenüberstellung Limitationen und dient daher nur der Orientierung.

Tabelle 3.2:

Gegenüberstellung: durchschnittlicher jährlicher Mehrbedarf und durchschnittliche jährliche Absolventenzahlen in allen Szenarien in Personen

Mehrbedarf Basisszenario bis 2032	durchschn. Mehrbedarf/Jahr, Basisszenario	Mehrbedarf alle Szenarien bis 2032	durchschn. Mehrbedarf alle Szenarien/Jahr	geschätzte Absolventenzahl/Jahr
509	50,9	1.412	141	168

Quelle: GÖG-eigene Berechnungen

Für den angenommenen Zusatzbedarf unter Berücksichtigung aller **Alternativszenarien** zeigt sich, dass die gegenwärtigen Ausbildungen ausreichend dimensioniert sind.

4 Status quo der Hebammen in Österreich

4.1 Anzahl und Geschlecht der Hebammen

Im Hebammenregister waren zum Stichtag 1. 1. 2022 2.593 zur Berufsausübung als Hebamme in Österreich berechnigte Personen erfasst. 247 von ihnen waren am 1. 1. 2022 karenziert. Von allen erfassten Hebammen sind 2.591 Personen weiblich und zwei Personen männlich (vgl. Tabelle 4.1). Aufgrund der geringen Fallzahl der männlichen Hebammen wird in weiteren Statistiken aus Daten-schutzgründen auf die Unterscheidung nach Geschlecht verzichtet.

Tabelle 4.1:

Hebammen nach Geschlecht in absoluten Zahlen und in Prozent, 1. 1. 2022 (n = 2.593)

Berufsberechtigungen	gesamt	Frauen	Männer
Hebammen	2.593	2.591 (99,9 %)	2 (0,1 %)

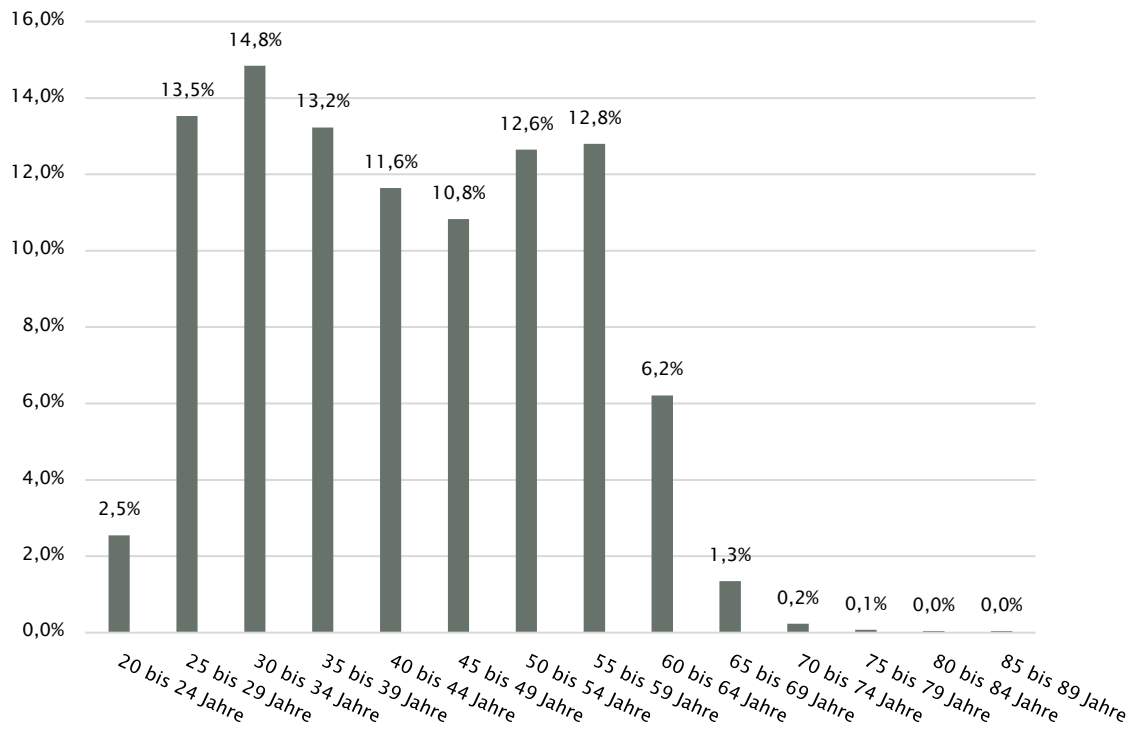
Quelle: Hebammenregister; Darstellung: GÖG

4.2 Alter der Hebammen

Für die Berechnung von Pensionierungen ist die Altersverteilung wichtig. In Abbildung 4.1 ist das Alter der Hebammen in Fünf-Jahres-Schritten dargestellt. Rund 66 % der Hebammen sind unter 50 Jahre alt. Der restliche Anteil von rund 34 % ist 50 Jahre oder älter.

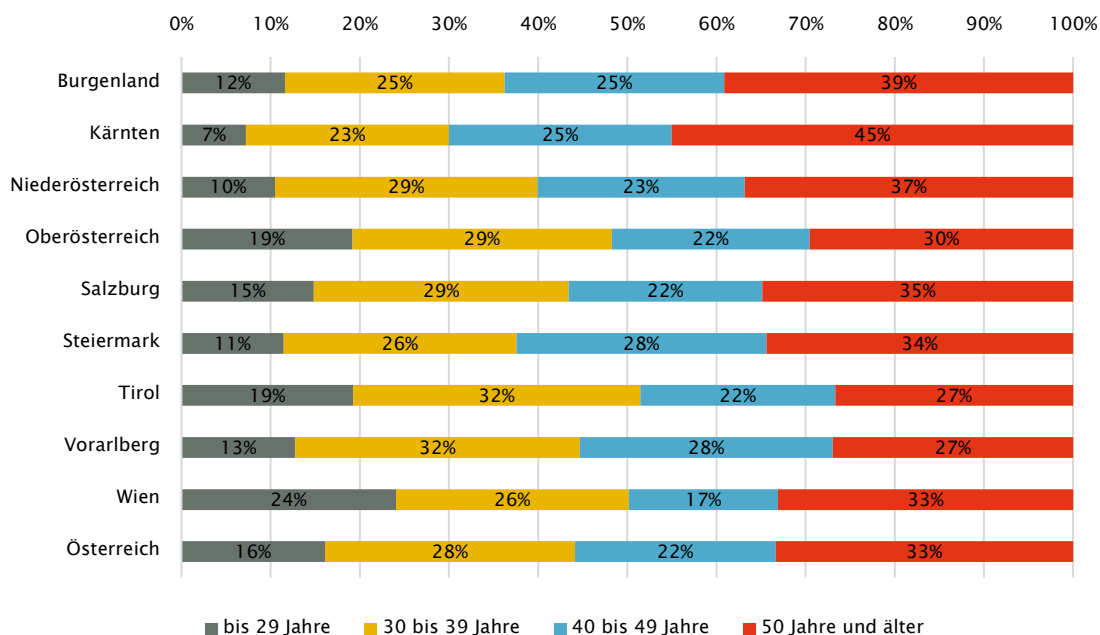
Abbildung 4.2 zeigt die gruppierte Altersverteilung der Hebammen in den Bundesländern. Kärnten ist mit 45 % das Bundesland mit dem höchsten Anteil an Hebammen, die 50 Jahre oder älter sind. Tirol und Vorarlberg hingegen haben mit jeweils 27 % den geringsten Anteil an Hebammen, die 50 Jahre oder älter sind. 45 Hebammen haben zwar das Pensionseintrittsalter von 65 Jahren erreicht, erhalten ihre Berufsberechtigung jedoch aufrecht.

Abbildung 4.1:
 Hebammen nach Altersgruppen in Prozent, 1. 1. 2022 (n = 2.593)



Quelle: Hebammenregister, Stand 1. 1. 2022

Abbildung 4.2:
Hebammen nach Bundesländern in Altersgruppen in Prozent (n = 2.593)



Quelle: Hebammenregister; Darstellung: GÖG

4.3 Weitere demografische Merkmale

Von den 2.593 Hebammen haben 2.271 Personen die österreichische Staatsbürgerschaft, 134 die deutsche, 36 die polnische, 25 die italienische, 21 die slowakische und 20 die ungarische. Alle weiteren Hebammen verteilen sich auf verschiedene Staatsbürgerschaften. 347 Hebammen haben ihre Berufsberechtigung im Ausland erworben. 80 Hebammen mit österreichischer Staatsbürgerschaft erwarben ihre Berufsberechtigung im Ausland.

92 der aktiven Hebammen verfügen über akademische Grade – wovon der berufsberechtigende Bachelor nicht umfasst ist –, 71 von ihnen über ein Magisterstudium, 13 über ein Doktorat. Die restlichen akademischen Grade gehen auf diverse andere akademische Abschlüsse zurück. Da es sich dabei um freiwillige Angaben handelt, besteht die Möglichkeit, dass nicht alle akademischen Grade erfasst sind.

4.4 Art der Berufsausübung und Setting

Hebammen können ihren Beruf angestellt oder freiberuflich ausüben. Hebammen, die freiberuflich tätig werden wollen, sind laut Verwaltungsreformgesetz BGBl. Nr. 65/2002 und Hebammenänderungsgesetz BGBl. Nr. 92/2002 verpflichtet, dem österreichischen Hebammengremium zum Erhalt einer Niederlassung die Aufnahme der freiberuflichen Tätigkeit zu melden. Mit 56 Prozent übt die Mehrheit der Hebammen den Beruf in kombinierter Form, zum einen auf Angestelltenbasis in der Krankenanstalt und zum anderen in der freien Praxis, aus. 23 Prozent der Hebammen sind ausschließlich in der Krankenanstalt tätig und 21 Prozent ausschließlich in der freien Praxis (vgl. Tabelle 4.2). Bei der Interpretation dieser Zahlen, vor allem in Hinblick auf die Versorgungswirksamkeit, muss berücksichtigt werden, dass **zum Ausmaß der Beschäftigung bzw. der freiberuflichen Tätigkeit keine Daten** vorliegen.

Tabelle 4.2:

Hebammen nach Art der Berufsausübung in absoluten Zahlen und in Prozent, 1. 1. 2022
(n = 2.593)

	ausschließlich in freier Praxis	ausschließlich in Krankenanstalt	in freier Praxis und in Krankenanstalt	unbekannt
Hebammen	538 (21 %)	596 (23 %)	1457 (56 %)	2 (0 %)

Quelle: Hebammenregister; Darstellung: GÖG

Bei den Zahlen zum Setting in Tabelle 4.3 handelt es sich um Selbstangaben der Hebammen betreffend den Arbeitgeber. Hebammen sind laut Hebammengesetz verpflichtet, ihre Stammdaten im Hebammenregister aktuell zu halten. Dies erklärt die geringfügige Abweichung zu den oben genannten Zahlen, welche an der Anzahl der gemeldeten Niederlassungen bemessen sind. Die Krankenanstalt ist mit rund 77 Prozent als häufigstes Setting genannt. 21 Prozent geben an, selbstständig tätig zu sein. Anderen Settings kommt eine eher untergeordnete Rolle zu. Die restlichen 63 Hebammen, welche im Register geführt werden, aber in Tabelle 4.3 nicht inkludiert sind, geben an, keine Hebammentätigkeit auszuführen, im Ausland tätig zu sein, in Pension zu sein oder Sonstiges, bzw. haben sie keine Angabe zum Arbeitgeber gemacht.

Tabelle 4.3:

Hebammen nach Setting in absoluten Zahlen und in Prozent, 1. 1. 2022 (n = 2.530)

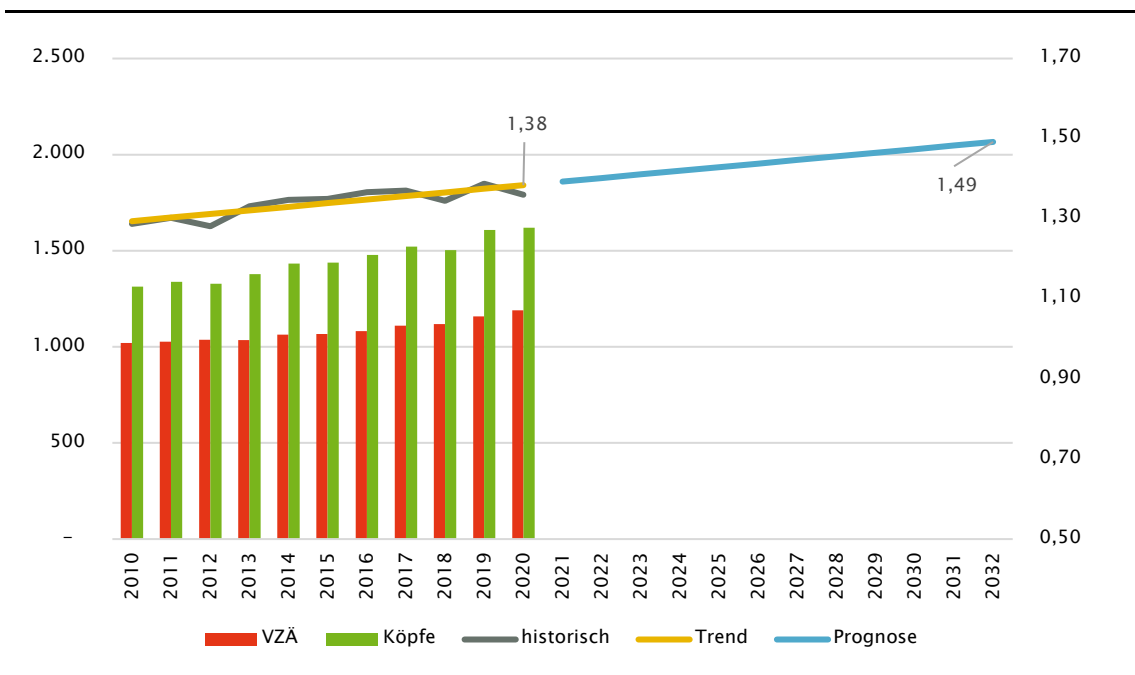
Setting	Anzahl der Hebammen	in %
Krankenanstalt	1953	77 %
selbstständig	519	21 %
Bildungseinrichtung	32	1 %
Beratungsstelle	15	1 %
Ordination	10	0 %
mobile Dienste	1	0 %

Quelle: Hebammenregister; Darstellung: GÖG

4.4.1 Teilzeitarbeit in Krankenanstalten

Im akutstationären Bereich kann nachverfolgt werden, wie sich das Verhältnis zwischen Personen und VZÄ im Laufe der letzten Jahre verändert hat. Über die Jahre 2010 bis 2020 hat sich dieses Verhältnis tendenziell vergrößert. Das bedeutet, dass zur Erbringung einer gewissen Menge an Vollzeitäquivalenten (beispielsweise 10 VZÄ) tendenziell immer mehr einzelne Hebammen (d. h. bei einem Faktor von 1,4 folglich 14 Personen) benötigt werden (deren Wochenstundenausmaß daher dementsprechend geringer wird). Dem linearen Trend folgend, würde der Teilzeitfaktor im Jahr 2032 auf 1,49 anwachsen. Im Hinblick auf den zukünftigen Bedarf sei darauf hingewiesen, dass eine Reduktion des Anteils des Teilzeitfaktors wahrscheinlich wenig bewirkt, da nur 596 (23 %) der Hebammen ausschließlich in Krankenanstalten arbeiten.

Abbildung 4.3:
Sollstände Personen je VZÄ, Hochrechnung des linearen Trends von 2010 bis 2020 für 2032



Quelle: BMSGPK: KA-Statistik (Personal der nichtärztlichen Gesundheitsberufe);
Darstellung: GÖG

4.5 Vertragshebammen und Wahlhebammen

Die Bereitstellung und die Sicherstellung von Leistungen durch freiberufliche Hebammen sind im Gesamtvertrag zwischen dem ÖHG und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger geregelt. Je nach Krankenversicherungsträger in den Bundesländern sind unterschiedlich viele Gesamtverträge an Hebammen zu vergeben. Wie in Tabelle 4.4 und Abbildung 4.4 ersichtlich, gestaltet sich

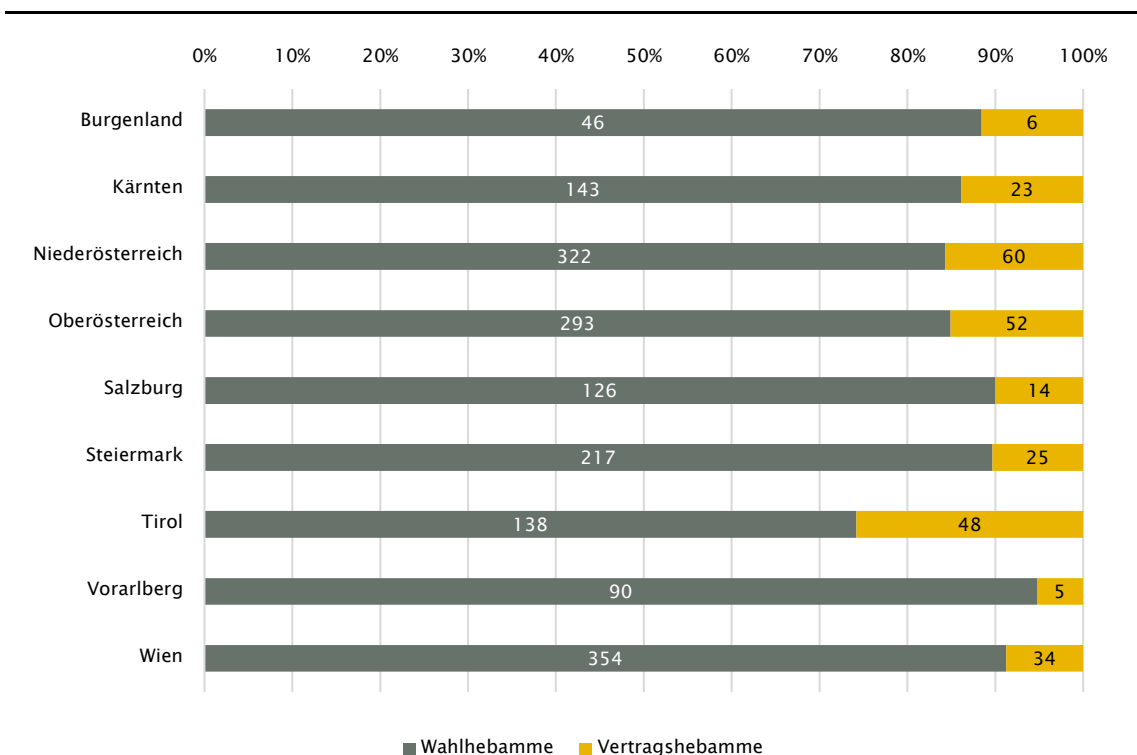
die Anzahl der Hebammen mit Gesamtvertrag pro Bundesland sehr unterschiedlich. Niederösterreich weist mit 60 Kassenhebammen die höchste Anzahl an Vertragshebammen auf. Auffallend ist, dass Wien als das Bundesland mit der höchsten Anzahl von Lebendgeborenen pro Jahr nicht gleichzeitig auch die meisten Vertragshebammen aufweist (vgl. Tabelle 4.4). Limitierend ist festzuhalten, dass die Versorgungswirksamkeit einer Kassenhebamme sich individuell unterscheiden kann, da keine Vorgabe für das Stundenausmaß besteht.

Tabelle 4.4:
Anzahl der Wahlhebammen und Vertragshebammen nach BL, 1. 1. 2022 (n = 1.995)

Betriebsart	Bgld.	Ktn.	NÖ	OÖ	Sbg.	Stmk.	Tirol	Vbg.	Wien	Gesamtergebnis
Wahlhebamme	46	143	322	293	126	217	137	90	354	1.729
Vertragshebamme	6	23	60	52	14	25	48	5	34	267
Gesamtergebnis	52	166	382	345	140	242	185	95	388	1.995

Quelle: Hebammenregister 1. 1. 2022, Darstellung: GÖG

Abbildung 4.4:
Wahlhebammen und Vertragshebammen nach BL in Prozent, 1. 1. 2022 (n = 1.995)



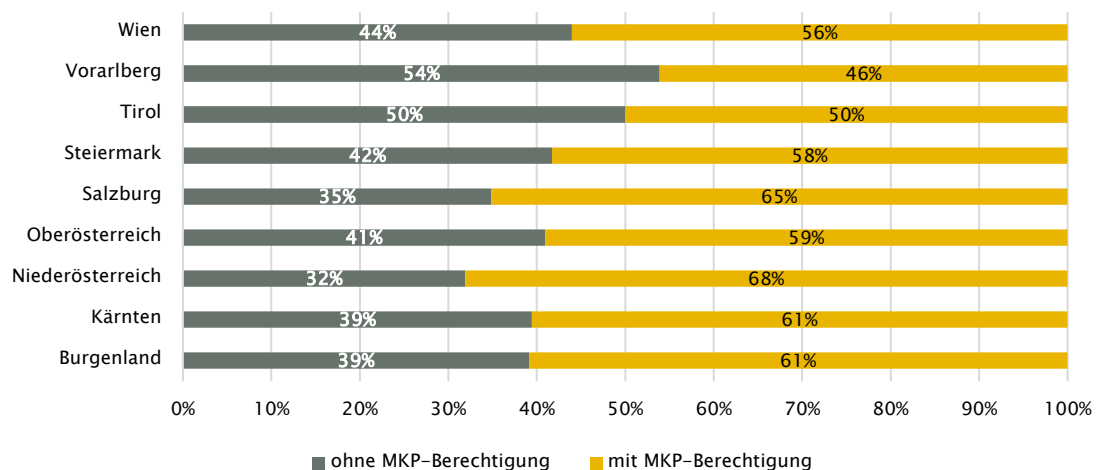
Quelle: Hebammenregister 1. 1. 2022 Darstellung: GÖG

4.5.1 Mutter-Kind-Pass-Beratungsgespräch

Für das freiwillige Mutter-Kind-Pass-Beratungsgespräch zwischen der 18. und der 22. SSW gelten eigene Verträge, welche häufiger als jene für andere Hebammenleistungen vergeben werden.

Schwangere können im oben angeführten Zeitraum ein kostenloses einstündiges Hebammenberatungsgespräch im Rahmen des MKP in Anspruch nehmen. Dieses Angebot stellt eine Ergänzung der ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen dar und beinhaltet Themen wie Ernährung, Bewegung, psychosoziales Umfeld, gesundheitsförderndes und präventives Verhalten. Hebammen, die eine Niederlassung besitzen, haben die Möglichkeit, sich für die Durchführung der Beratung beim ÖHG zu registrieren und erhalten von diesem eine Berechtigung. Den berechtigten Hebammen steht es frei, sich um einen Vertrag mit der Krankenkasse zu bewerben, um Leistungen direkt mit der jeweiligen Krankenkasse abzurechnen. Abbildung 4.5 zeigt im Bundesländervergleich die Anteile jener Hebammen, welche eine Berechtigung besitzen, das MKP-Gespräch anzubieten.

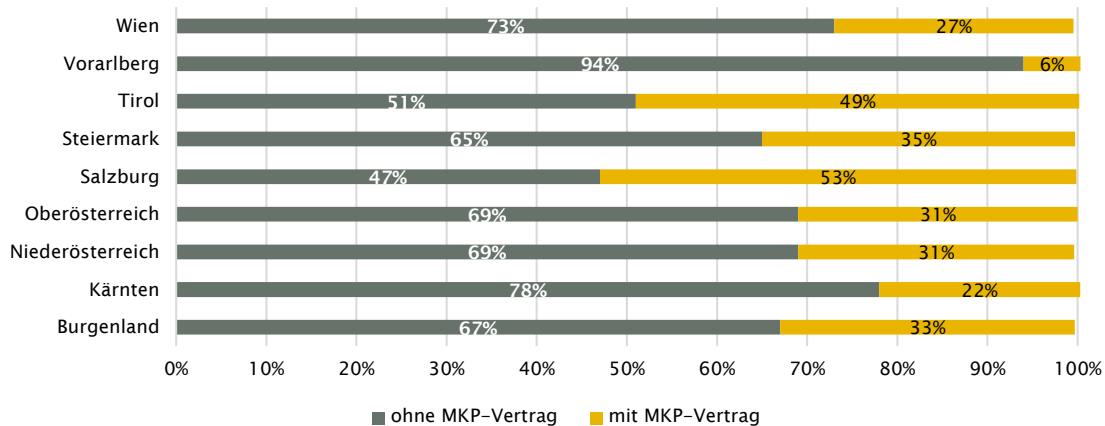
Abbildung 4.5:
Anteil der Hebammen mit MKP-Berechtigung nach Bundesländern in Prozent (n = 2.593)



Quelle: Hebammenregister, 1. 1. 2022; Darstellung: GÖG

Abbildung 4.6 zeigt je Bundesland das Verhältnis zwischen Hebammen mit und solchen ohne geltenden MKP-Vertrag mit den Sozialversicherungen in Bezug auf die freiberuflich tätigen Hebammen mit Niederlassung. Die Hebammen in Salzburg haben mit knapp über der Hälfte (53 %) im Verhältnis zu den freiberuflich tätigen Hebammen die meisten MKP-Verträge. Vorarlberg ist mit sechs Prozent das Bundesland mit der geringsten Anzahl von Hebammen mit MKP-Vertrag.

Abbildung 4.6:
MKP-Vertrag pro Hebamme mit Niederlassung (n = 1.995)



Quelle: Hebammenregister; Darstellung: GÖG

4.6 Versorgungsdichte

Legt man die ausübenden⁹ Hebammen (n = 2.510), bei denen dies auf Basis der vorhandenen Daten auf Ebene des Bundeslands möglich ist, auf die Anzahl der Lebendgeborenen (LG) in Österreich (Zahlen von 2021) um, kommen auf 1.000 LG rund 29,1 Hebammen.

Im Bundesländervergleich zeigen sich hierbei Unterschiede, die in Tabelle 4.5 dargestellt sind. Bei der Interpretation der unterschiedlich hohen Kennzahlen auf Bundesländerebene gilt es auch Einflussfaktoren wie etwa das Arbeitszeitausmaß bzw. die Teilzeitquote und unterschiedliche Personalvorgaben zu beachten.

Wien ist mit 26,3 Hebammen pro 1.000 LG das Bundesland mit der geringsten Hebammendichte. Eine ähnliche Dichte, 26,8 Hebammen pro 1.000 LG, weist die Steiermark auf. Kärnten ist mit 37,1 Hebammen pro 1.000 LG das Bundesland mit der höchsten Hebammendichte.

9

Hebammen in Berufsausübung: nicht im Pensionsalter, nicht in einem inaktiven Setting (im Ausland, pensioniert, keine Hebammentätigkeit)

Tabelle 4.5:

Hebammen nach BL der Gremiumszugehörigkeit in absoluten Zahlen pro 1.000 Lebendgeborene (LG) und Versorgungsschlüssel (LG je Hebamme), 1. 1. 2022 (n = 2.593)

Bundesland	Hebammen	Lebendgeborene	pro 1.000 LG	LG je Hebamme
Wien	509	19.359	26,3	38,0
Steiermark	305	11.357	26,8	37,2
Niederösterreich	435	15.261	28,5	35,1
Salzburg	167	5.755	29,0	34,5
Burgenland	66	2.240	29,4	33,9
Oberösterreich	452	15.247	29,6	33,7
Vorarlberg	138	4.295	32,1	31,1
Tirol	266	7.934	33,5	29,8
Kärnten	172	4.630	37,1	26,9
gesamt (inklusive unbekannt)	2.510	86.078	29,1	34,3

Quelle: Hebammenregister: Hebammen in Berufsausübung, Stand 1. 1. 2022, STAT: Geborene nach demografischen Merkmalen 2021; Darstellung: GÖG

4.6.1 Versorgungsdichte der Hebammen mit Gesamtvertrag

Die Situation der Hebammen mit Einzelvertrag auf Basis des Gesamtvertrags zwischen DVSV und ÖHG ist über die Bundesländer hinweg sehr unterschiedlich. Die Kassenvertragsdichte ist allerdings nur eingeschränkt als Maß für die Versorgungsdichte geeignet, da sich das Arbeitsausmaß im Einzelfall unterscheiden kann. In Bezug auf die Anzahl der Lebendgeborenen weist Tirol mit 6,1 Hebammen die höchste Dichte an Hebammen mit Gesamtvertrag auf. Sein Nachbarbundesland Vorarlberg ist hier mit 1,2 Hebammen mit Gesamtvertrag pro 1.000 Lebendgeborene das Schlusslicht. Wien als Bundesland mit den meisten Geburten weist eine vergleichsweise geringe Kassenvertragsdichte auf.

Tabelle 4.6:

Hebammen mit Gesamtvertrag nach BL der Gremienzugehörigkeit in absoluten Zahlen und pro 1.000 LG (n = 267)

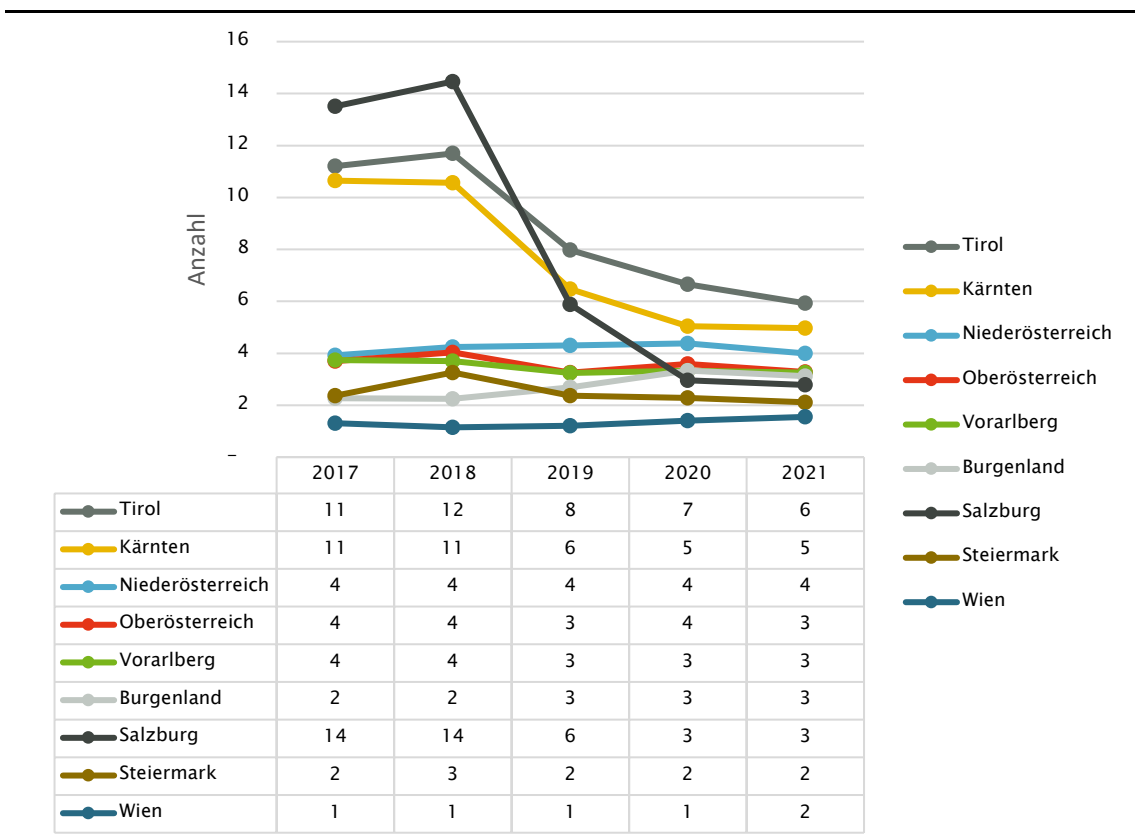
Bundesland	Hebammen mit Gesamtvertrag	Lebendgeborene	Versorgungsdichte: Hebammen mit Gesamtvertrag pro 1.000 LG
Tirol	48	7.876	6,1
Kärnten	23	4.611	5,0
Niederösterreich	60	15.218	3,9
Oberösterreich	52	15.185	3,4
Burgenland	6	2.230	2,7
Salzburg	14	5.731	2,4
Steiermark	25	11.303	2,2
Wien	34	19.185	1,8
Vorarlberg	5	4.268	1,2
Österreich	267	85.607	3,1

Quelle: Hebammenregister, Stand 1. 1. 2022, STAT: Geborene nach demografischen Merkmalen 2021; Darstellung: GÖG

4.7 Exkurs: Auswertungen auf Basis von Vertragspartnerstatistiken der Sozialversicherung

4.7.1 Historie der Versorgung mit Vertragshebammen

Abbildung 4.7:
Vertragshebammen des kurativen Leistungskatalogs (exkl. MKP-Leistungen) pro 1.000 Lebendgeburten von 2017 bis 2021

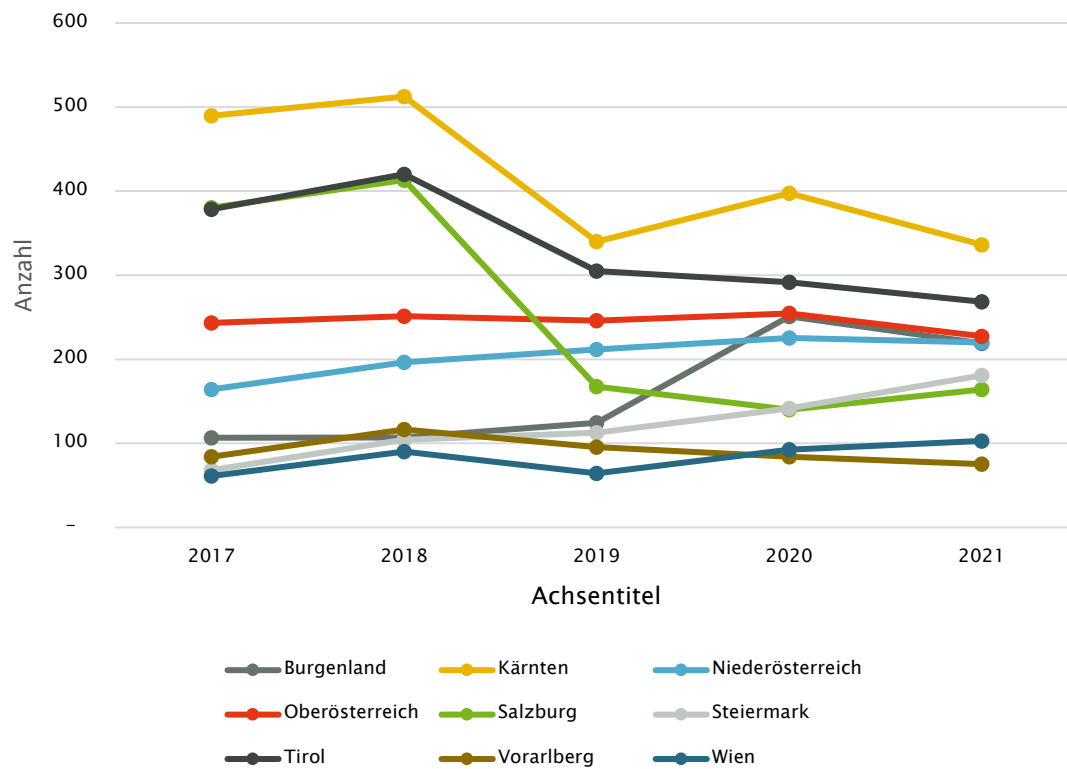


Quelle: ÖGK 2022, STAT: Geborene nach demografischen Merkmalen 2017-2021; Darstellung: GÖG

Die Daten (vgl. Abbildung 4.7) deuten in Salzburg, Tirol und Kärnten auf einen deutlichen Rückgang der Versorgungsdichte (Vertragshebammen je 1.000 Neugeborene) hin. Allerdings werden die Versorgungsdichten 2019, 2020 und auch jene im Jahr 2021 von Tirol und Kärnten angeführt.

Abbildung 4.8:

Versicherte (mit mindestens einer Leistung im jeweiligen Jahr) je 1.000 Lebendgeburten, in absoluten Zahlen von 2017 bis 2021

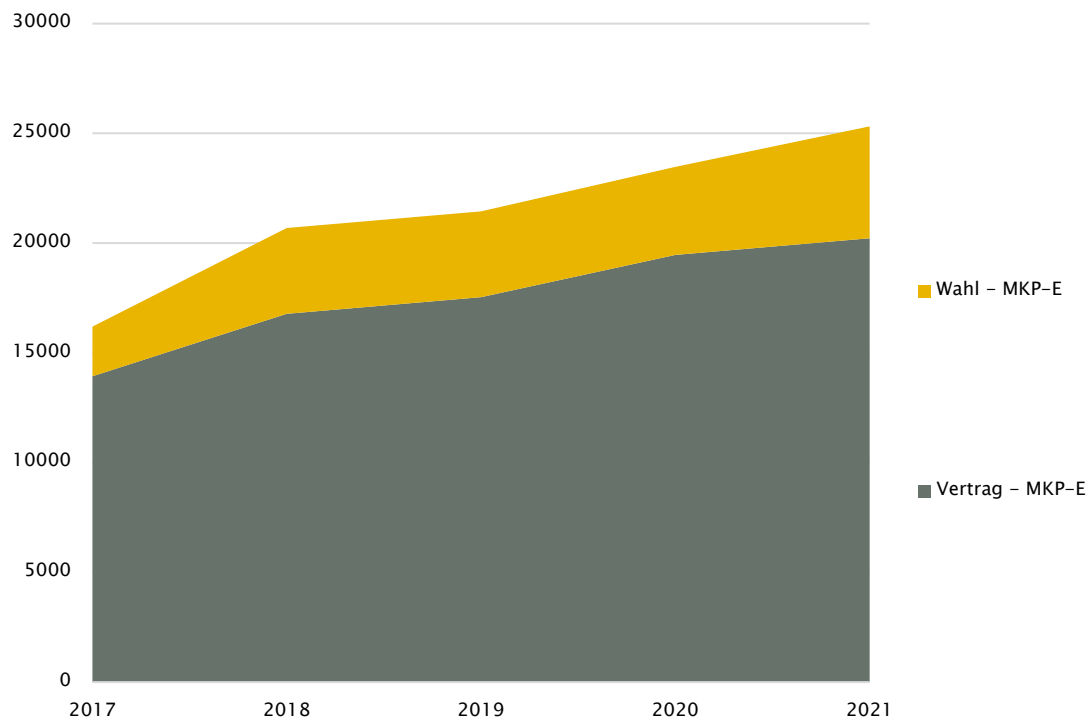


Quelle: ÖGK 2022, STAT: Geborene nach demografischen Merkmalen 2017-2021; Darstellung: GÖG

Eine Auswertung von Versichertenleistungen (vgl. Abbildung 4.8) zeigt, dass sich in Salzburg, Kärnten und Tirol die Anzahl der Versicherten (die mindestens eine Leistung des kurativen Leistungskatalogs in Anspruch genommen haben) je 1.000 Lebendgeburten deutlich verringerte. In Burgenland, Niederösterreich, in der Steiermark und Wien vergrößerte sich die Anzahl der in-Anspruch-nehmenden Versicherten je 1.000 Lebendgeburten über die Jahre hinweg.

4.7.2 Historische Entwicklung von Mutter-Kind-Pass-Leistungen durch Hebammen

Abbildung 4.9:
Historische Entwicklung von Mutter-Kind-Pass-Leistungen von 2017 bis 2021 nach Wahl- bzw. Vertragshebammen



MKP-E ... Mutter-Kind-Pass-Einzelberatung

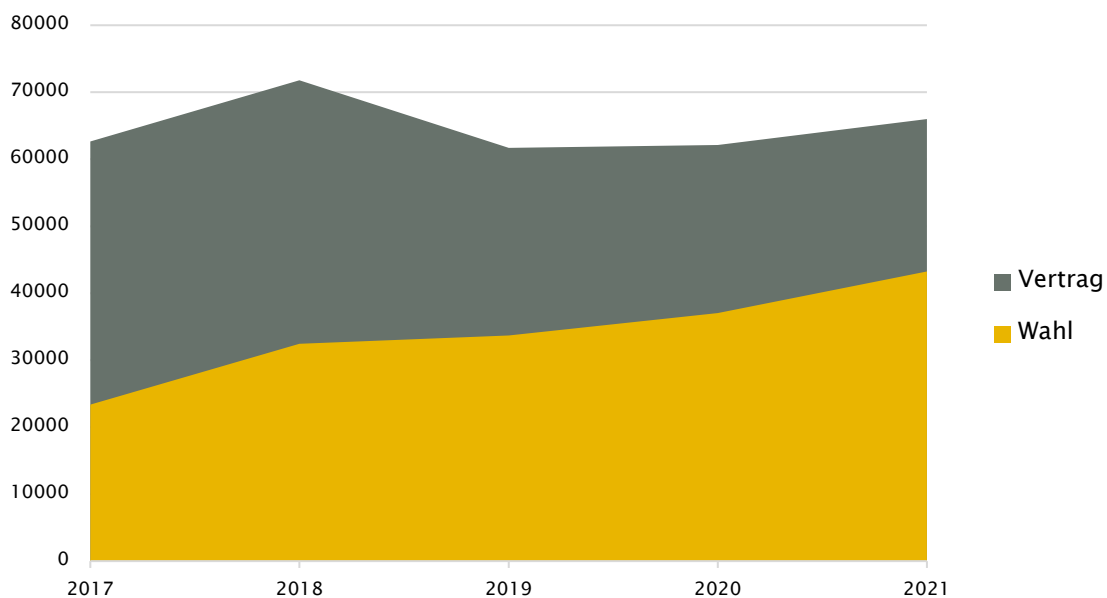
Quelle: ÖGK 2022

Die Zahl der gebuchten MKP-Leistungen bei Hebammen ist in den letzten fünf Jahren deutlich angestiegen (vgl. Abbildung 4.9). Der Anstieg ist bei Wahl- sowie bei Vertragshebammen erkennbar.

4.7.3 Historische Entwicklung von Hebammenkonsultationen nach der Geburt bis zur achten Lebenswoche

In Abbildung 4.10 werden Leistungen in Form von Hausbesuchen und Ordinationen (Hebammenkonsultationen) zusammengefasst, die in den ersten fünf Tagen nach der Geburt oder im Zeitraum vom sechsten Tag bis zur achten Woche (Wochenbett) verbucht werden können. Insgesamt wurden 56 Leistungspositionen berücksichtigt.

Abbildung 4.10:
Leistungen in den ersten fünf Tagen nach der Geburt und danach bis zur achten Woche, von 2017 bis 2021 in absoluten Zahlen und nach Wahl- und Vertragshebammen



Quelle: ÖGK 2022

Die Abbildung 4.10 zeigt, dass im Zeitfenster die Vertragsleistungen ab-, die Wahlleistungen hingegen zugenommen haben.

5 Ausbildung

Hebammen werden in Österreich ausschließlich im Zuge eines Bachelorstudiums an einer der sieben Fachhochschulen (dies sind FH Campus Wien, IMC FH Krems, Fachhochschule Kärnten, FH Gesundheitsberufe OÖ GmbH, Fachhochschule Salzburg GmbH, FH Joanneum, fhg – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH sowie FH Burgenland¹⁰⁾ ausgebildet.

Tabelle 5.1 gibt Übersicht über die FH-Standorte mit Hebammenausbildung und deren Aufnahmeplätze für 4 Jahre. Die FH Campus Wien hat die Aufnahmeplätze im Studienjahr 2021/2022 erstmals auf zwei Startsemester aufgeteilt. Die 60 Aufnahmeplätze teilen auf jeweils 30 Plätze je Semester. Seit ebendiesem Studienjahr bieten auch die FH Gesundheit Tirol und die FHG Oberösterreich mehr Studienplätze an als in den Jahren zuvor.

Tabelle 5.1:
FH-Standorte der Hebammenausbildung und Aufnahmeplätze von 2020 bis 2024

FH-Standort	Aufnahmeplatzfolgen: 1. & 2. Semester jährlich ab WS 21 bis SS 24 (4 Jahre)				jährliche Plätze gemäß Platzfolgen
	WS 20 & SS 21	WS 21 & SS 22	WS 22 & SS 23	WS 23 & SS 24	Durchschnitt
FH Burgenland	0	0	15	15	7,5
FH Campus Wien	43	42	30	60	43,75
FH Joanneum Steiermark	20	20	20	20	20
FH Krems	20	20	20	20	20
FH Kärnten	18	18	18	18	18
FH Gesundheitsberufe Oberösterreich	25	27	35	35	30,5
FH Salzburg	0	24	24	0	12
FH Gesundheit Tirol	26	0	40	0	16,5
Summe	152	151	202	168	168,25

Quelle: Österreichisches Hebammengremium 2022; Darstellung: GÖG

Aus der Statistik der AQ Austria (vgl. Tabelle 5.2) ist ersichtlich, dass sich im Studienjahr 2021/2022 pro Aufnahmeplatz 16,6 Personen beworben haben. Dies ist der Höchststand im Vergleich zu den vorangegangenen drei Jahren. In ist zu sehen, dass die Anzahl der Bewerber:innen pro Aufnahmeplatz jährlich steigt. Um die Drop-out-Rate von sechs Prozent zu kompensieren, werden jährlich geringfügig mehr Auszubildende aufgenommen, als Aufnahmeplätze vorhanden sind.

10

vorbehaltlich der Akkreditierung durch die AQ Austria, der Genehmigung durch das BMBWF sowie der Herstellung des Einvernehmens mit dem BMSGPK. Daher ist dieser Studiengang in der folgenden Tabelle nicht berücksichtigt.

Tabelle 5.2:

Bewerbungslage, Aufgenommene und Aufnahmeplätze im Studiengang Hebamme in Zeitreihen seit dem Studienjahr 2018/2019

Studienjahr	Bewerber:innen	Aufgenommene	Aufnahmeplätze	Bewerber:innen/ Aufgenommene	Bewerber:innen/ Aufnahmeplätze
2018/2019	1.843	154	137	12,0	13,5
2019/2020	1.364	109	92	12,5	14,8
2020/2021	2.349	156	146	15,1	16,1
2021/2022	2.643	164	159	18,1	16,6

Quelle: AQ Austria 2022; Darstellung: GÖG

Die Schwankung in der Anzahl der Absolventinnen/Absolventen (siehe Tabelle 5.2) ist auf jene Fachhochschulen zurückzuführen, welche nicht jährlich Aufnahmeplätze zur Verfügung haben.

Tabelle 5.3:

Hebammen: Absolventinnen/Absolventen pro Studienjahr in Zeitreihen

Studienjahr	2011/ 2012	2012/ 2013	2013/ 2014	2014/ 2015	2015/ 2016	2016/ 2017	2017/ 2018	2018/ 2019	2019/ 2020	2020/ 2021
Absolventinnen/ Absolventen	49	137	60	78	110	84	80	141	74	137

Quelle: Statistik Austria; Darstellung: GÖG

Seit dem Studienjahr 2011/2012 haben 950 Personen die Hebammenausbildung abgeschlossen.

6 Methodische Vorgehensweise und Planungsgrundlagen

Diese Personalbedarfsprognose wurde mit dem an der GÖG entwickelten Prognosemodell zur Personalbedarfsplanung durchgeführt, welches – ausgehend vom Ist-Stand – sowohl angebotsseitige als auch nachfrageseitige Einflussfaktoren berücksichtigt. Details dazu sind in Kapitel 1.3 beschrieben.

6.1 Planungsgrundlagen

Zur Beschreibung des Ist-Stands wurden folgende Datenquellen herangezogen:

- » Hebammenregister
 - » auf das Individuum bezogene Daten zu Alter, Geschlecht, Ort der Berufsausübung und – bei Angabe auf freiwilliger Basis – Einsatzgebiet bzw. Setting und weitere relevante Daten
 - » Stichtagsdaten zur Anzahl der Personen für die jeweiligen Hebammen per 1. 1. 2022
- » Krankenanstaltenstatistik
 - » Daten zur Anzahl der Personen und jener der Vollzeitäquivalente für Hebammen per 31. 12. 2020
- » BMSGPK: Daten zur stationären Inanspruchnahme
 - » gemäß der Gesundheitsdokumentationsverordnung zu dokumentierende Angaben zu stationären Aufenthalten in Krankenanstalten inklusive der durchgeführten Leistungen
- » ÖGK: Vertragspartnerstatistiken der Sozialversicherung

Zur **Ausbildungssituation** liegen an der GÖ FP die einschlägigen Daten der Statistik Austria sowie der AQ Austria vor, welche die Ausbildungsplätze, die Anzahl der Anfänger:innen und die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen der Studiengänge umfassen.

7 Empfehlungen

Mit der vorliegenden Prognose wurde der Bedarf an Hebammen bis 2032 berechnet. Abhängig von den Szenarien geht daraus hervor, dass der Bedarf an Hebammen zunehmen wird, allerdings sind in der Mehrzahl der Szenarien dazu grundlegende gesundheits- und versorgungspolitische Entscheidungen zu treffen.

Unter Berücksichtigung der dargestellten Ausgangssituation, die in relevanten Versorgungsbereichen der Hebammen eine bedeutsame Abweichung von fachlichen Standards, von den Empfehlungen rezenter Versorgungsleitlinien und von den Anforderungen an das Berufsbild zeigt, sollten die Themen Ausbildung, Arbeitsbedingungen und Vertragsgestaltungspolitik daher in den gesundheitspolitischen Diskurs aufgenommen werden.

Wenn der gegenwärtig unter dem Standard der S3-Leitlinie *Vaginale Geburt am Termin* liegende Betreuungsgrad von Schwangeren, Gebärenden und deren Partnerinnen und Partnern sowie Babys und Neugeborenen beibehalten werden sollte, wäre bis 2032 kein erhöhter Bedarf an Hebammen gegeben. Zwar müssen jene Hebammen, die in Pension gehen, ersetzt werden, aber es bedürfte (allerdings ohne Berücksichtigung möglicher Berufsaussteiger:innen) keiner zusätzlichen Hebammen.

Zur **Berufsverweildauer** von Hebammen liegen keine Informationen vor. Diese ließe sich jedoch durch bestimmte Maßnahmen halten bzw. steigern. Während der Ausbildung könnte eine systematische Praxisanleitung etabliert werden. Für Berufseinsteiger:innen könnten Mentoringprogramme zu einem verbesserten Ankommen und Verbleib im Beruf führen. Erfolgreiches Mentoring dient unter anderem zur Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit und zur Senkung von Fluktuationsraten (Tong/Kram 2012).

Im Sinne einer **Attraktivierung** und weiteren Professionalisierung des Hebammenberufs wäre eine Etablierung finanzierter Masterstudiengänge mit Schwerpunkt Hebammenwissenschaft / Advanced Practice Midwifery zur breiteren wissenschaftlichen Ausrichtung und zum Erwerb eigener Forschungskompetenzen zu empfehlen. Grundlagen und Ideen finden sich in „Health Care 2020. Forschungsstrategie für ausgewählte Gesundheitsberufe“ (Aistleithner/Rappold 2012) oder auch im Ausland. Beispielsweise wurde in der Schweiz von der Berufskonferenz Hebamme in enger Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Hebammenverband in einem über einjährigen konsensualen Prozess ein Positionspapier erarbeitet, in dem die Entwicklungen im Bereich Advanced Midwifery Practice (AMP) im internationalen Kontext dargelegt sind und das als Grundlage zur nationalen Bekanntmachung, Entwicklung, Diskussion und Akzeptanz von AMP dienen soll.

Im Zuge des Ausbaus einer starken **Primärversorgung** könnten Hebammen ein weiteres attraktives Arbeitsfeld erschließen. In Österreich liegt die Betreuung Schwangerer vorwiegend im spezialisierten, gynäkologischen Bereich. Internationale Beispiele zeigen, dass kontinuierliche Hebammenbetreuung bei unkomplizierten Schwangerschaften geburtshilfliche Outcomes verbessern kann, unnötige Interventionen, Kaiserschnittraten und schwerwiegende Geburtsverletzungen senken kann sowie die Zufriedenheit der betreuten Frauen erhöht (Forster et al. 2016; Levi 2019; Sandall et al.

2016). Sind Hebammen verstärkt in der Primärversorgung tätig, können spezialisierte gynäkologische Praxen kosteneffektiv und mit hochstehender Qualität entlastet werden.

Es ist daher zu empfehlen, Hebammen vermehrt in präventiven Settings, auf Systemebene der Primärversorgung, einzusetzen, um Ressourcen effizient zu verteilen und qualitätsvolle Betreuung sicherzustellen (Renfrew et al. 2014).

Ein wichtiger Schritt ist die kontinuierliche Beobachtung der Entwicklungen, daher wird die Erarbeitung eines Konzepts für ein **Begleitmonitoring** angeregt. Durch die systematische, kontinuierliche und dynamische Erfassung und Analyse von Daten kann steuernd in Prozesse eingegriffen werden, sollten diese nicht dem gewünschten Verlauf und den Kriterien entsprechen oder sollten sich die Rahmenbedingungen verändern.

Ziel des Monitorings ist es,

- » tendenzielle Veränderungen der Anzahl berufstätiger Hebammen sichtbar zu machen und diese mit dem Bedarf sowie aktuellen strukturellen Anforderungen in Verbindung zu bringen und
- » rasch auf sich verändernde Bedarfe (z. B. Geburten) reagieren zu können.

Voraussetzung für ein erfolgreiches Begleitmonitoring ist, sich frühzeitig mit möglichen Indikatoren oder Kennzahlen auseinanderzusetzen, diese zu definieren, zu erheben, damit zu einem späteren Zeitpunkt Schlüsse gezogen werden können.

Literatur

- Aistleithner, Regina; Rappold, Elisabeth (2012): Health Care 2020. Forschungsstrategie für ausgewählte Gesundheitsberufe. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- AWMF, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (2020): Vaginale Geburt am Termin – S3-Leitlinie. Berlin, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
- Forster, Della A.; McLachlan, Helen L.; Davey, Mary-Ann; Biro, Mary Anne; Farrell, Tanya; Gold, Lisa; Flood, Maggie; Shafiei, Touran; Waldenström, Ulla (2016): Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. In: BMC Pregnancy Childbirth 16/1:28
- Levi, M. E. (2019): Midwives as Primary Care Providers: Complex Considerations. In: J Midwifery Womens Health 64/3:261-264
- Nemeth, Claudia; Frank, Wilhelm; Fülöp, Gerhard; Pazourek, Jan (1994): Personalangebot 1993–2010 in den Berufsgruppen Krankenpflegefachdienst, Stationsgehilfen/Pflegehelfer, Gehobene medizinisch-technische Dienste, Medizinisch-technischer Fachdienst, Hebammen – Angebotsprognose Varianten. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
- Neubauer, Sonja (2018): Hebammenberatung im Rahmen des Mutter-Kind-Passes. Evaluierungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte (2019): Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- Renfrew, M. J.; McFadden, A.; Bastos, M. H.; Campbell, J.; Channon, A. A.; Cheung, N. F.; Silva, D. R.; Downe, S.; Kennedy, H. P.; Malata, A.; McCormick, F.; Wick, L.; Declercq, E. (2014): Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. In: Lancet 384/9948:1129-1145
- Sandall, J.; Soltani, H.; Gates, S.; Shennan, A.; Devane, D. (2016): Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. In: Cochrane Database Syst Rev 4/:CD004667
- Tong, Chloé; Kram, Kathy E. (2012): The Efficacy of Mentoring – the Benefits for Mentees, Mentors, and Organizations. In: The Wiley-Blackwell Handbook of the Psychology of Coaching and Mentoring.S. 217-242