

## Versorgungskompass: Geburtshilfe und Hebammenversorgung

# Teil 1: Daten rund um die Geburt und Versorgungsangebote durch Hebammen



### Hintergrund

Jährlich werden in Deutschland etwa 780.000 Kinder geboren. Zählt man Fehlgeburten und Schwangerschaftsabbrüche hinzu, dann sind etwa 1 Mio. Frauen im Jahr zu versorgen. Schwangerschaft und Geburt gehören damit zu den häufigsten Behandlungsanlässen in Deutschland.

Seit Jahren werden Defizite in der Versorgung von Schwangeren, Gebärenden, Müttern und ihren Kindern angemahnt. Dabei geht es sowohl um Überversorgung als auch um Unterversorgung. Auch wenn Überversorgung oft im Gewand eines Sicherheitsversprechens durch ein Mehr an Kontrollen auftritt, stellt diese ebenso wie die Unterversorgung eine Fehlversorgung dar, die das Outcome verschlechtern kann, und ist somit Ausdruck eines Qualitätsdefizits.

Als eine wichtige Ursache von Überversorgung ist die zunehmende Medikalisierung und Pathologisierung von Schwangerschaft und Geburt anzusehen, die dazu geführt hat, dass auch gesunde Frauen mit unkompliziertem Schwangerschaftsverlauf mit einer Vielzahl von Risiken belegt werden und in der Folge die Wahrscheinlichkeit unnötiger Untersuchungen und Interventionen steigt. Die negativen Auswirkungen des Risikofokus und der Pathologisierung von Schwangerschaft und Geburt auf die Frauen und ihre Kinder werden seit Jahren vielfach beschrieben (Schindele, 1995; Baumgärtner & Stahl, 2005; Hertle et al., 2021b).

Dem steht eine Unterversorgung gegenüber, die sich z.B. im eingeschränkten Zugang zur Hebamme zeigt, vor allem für Frauen in schwieriger sozioökonomischer Lage (Hertle et al., 2023b; Hertle et al., 2021a; AOK Rheinland/Hamburg, 2018). Andere Aspekte von Un-



terversorgung betreffen die Betreuung während der Geburt: Überdurchschnittlich häufig ist z.B. die leitliniengerechte Eins-zu-eins-Betreuung nicht gewährleistet (AWMF, 2020), immer wieder kommt es vor, dass Schwangere von geburtshilflichen Abteilungen abgewiesen werden, und bis zu 30% der Frauen beklagen Gewalt und Respektlosigkeit unter der Geburt (Hartmann & Kruse, 2022). Frauen und Elternorganisationen geben ihrer Unzufriedenheit Ausdruck, sie fühlen sich in einer zentralen Lebensphase im Stich gelassen (siehe Motherhood e.V., Greenbirth e.V., Roses Revolution).

Im Bewusstsein der Defizite und im Bestreben, eine Verbesserung zu bewirken, wurde unter breiter gesellschaftlicher Beteiligung ein nationales Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ verfasst und 2017 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) veröffentlicht (BMG, 2017). 2021 fand die Umsetzung dieses Nationalen Gesundheitsziels Eingang in den Koalitionsvertrag der Bundesregierung (Koalitionsvertrag SPD, Grüne, FDP, 2021), und erst kürzlich hat der amtierende Gesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach die Problemlagen mit dem überregionalen Bündnis Gute Geburt diskutiert (SPD, 2023). In fast jedem Bundesland gibt es mittlerweile Gutachten, Fachtage, Arbeitskreise oder Bündnisse zur Verbesserung der geburtshilflichen Versorgung. Dass sich etwas ändern muss, ist also auf allen Ebenen angekommen.

## Ärztliche Richtlinie vs. Versorgungsrichtlinie

Betrachtet man die Analysen der Defizite näher, so ist der Bezug zur Hebammenversorgung ein unübersehbarer Dreh- und Angelpunkt. Dies liegt vor allem daran, dass – und dies ist fundamental anders als in anderen Versorgungsbereichen – die meisten Frauen und ihre Kinder gesund sind und Begleitung, Gesundheitsförderung und Empowerment die zentralen Themen einer guten Versorgung rund um die Geburt darstellen. Hebammen sind die Expertinnen für die physiologische Schwangerschaft und Geburt sowie das Wochenbett. Wenn die Förderung der physiologischen Geburt und die Fähigkeit von Frauen zu gebären im Zentrum der Versorgung stehen sollen, so wie es das Nationale Ge-

sundheitsziel formuliert, dann geht dies nicht ohne Hebammen und eine gut koordinierte Zusammenarbeit zwischen allen beteiligten Berufsgruppen.

Bisher wird die Versorgung in Deutschland durch den Gesetzgeber und in der Folge durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) generell über die ärztliche Versorgung geregelt. Die Richtlinien des G-BA, so auch die Mutterschafts-Richtlinien oder die Bedarfsplanungsrichtlinie, sind ärztliche Richtlinien. Sie regeln nur, was Ärztinnen und Ärzte tun sollen. Es gibt keine Versorgungsrichtlinien, die aus der Perspektive der Versicherten, respektive der Schwangeren, der Mütter und ihrer Kinder und der Familien, alle Bedarfe und die dafür zuständigen Leistungserbringenden einbeziehen. Eine Versorgungsrichtlinie aber könnte die Aufgaben aller beteiligten Berufsgruppen und auch deren Zusammenarbeit regeln und ihre Aufgabenbereiche voneinander abgrenzen. Auf einer solchen Grundlage könnten dann die entsprechenden Bedarfe kalkuliert werden, die für eine gute Versorgung benötigt werden.

## Warum ein Hebammenkompass?

In Deutschland müssen Ärztinnen und Ärzte nach dem Hebammengesetz bei jeder Geburt eine Hebamme hinzuziehen (BMJ, 2020) und die Wochenbettbetreuung ist eine Vorbehaltstätigkeit der Hebammen. Eine Hebammenbegleitung in der Schwangerschaft, eine Eins-zu-eins-Betreuung während der Geburt für alle Gebärenden und eine aufsuchende Wochenbettbetreuung für alle Wöchnerinnen gilt als Ziel einer guten Versorgung. Frauen haben einen im Sozialgesetzbuch V (§ 24d) verbürgten Anspruch auf Hebammenbetreuung. Es braucht also zuverlässige Daten zur aktuellen Hebammenversorgung, wenn der verbrieftete Anspruch und die angestrebte Versorgung erreicht werden sollen. Während in Deutschland alle Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, eine lebenslange Identifikationsnummer erhalten, gilt dies für Hebammen bisher nicht. Es gibt keine Stelle, die die genaue Anzahl von Hebammen kennt. Zwar gibt es seit 2022 das elektronische Gesundheitsberuferegister, das auch die Hebammen erfasst, um den elektronischen Heilberufenausweis (eHBA) auszustellen, jedoch

sind von dort derzeit (noch) keine vollständigen Zahlen zu erwarten. Neben der Anzahl an ausgebildeten Hebammen bräuchte es auch eine aktuelle Übersicht zur Anzahl der tatsächlich in ihrem Beruf tätigen Hebammen, zum Ort (ambulant, stationär), zur Art (Vorsorge, Wochenbettbetreuung, Geburtsbegleitung etc.) und zum Umfang der von ihnen ausgeübten Tätigkeit (Vollzeit, Teilzeit) und deren regionaler Verteilung. Das Statista Research Department gab 2022 die Anzahl der Hebammen in Deutschland für die Jahre 2000 bis 2020 heraus (Statista Research Department 2022). Allerdings differieren die dort genannten Zahlen teilweise deutlich von Angaben, die auf der Basis von Leistungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und/oder von Daten der Abrechnungszentren von Hebammen generiert wurden (IGES, 2020; Albrecht et al., 2012; Albrecht et al., 2019).

Eine Versorgungsplanung, wie sie in anderen westlichen Industrienationen (wie z.B. Schweden) stattfindet, die gezielt ausbilden, um die Hebammen dann mit einem Versorgungsauftrag in den einzelnen Regionen in Abhängigkeit von den dortigen durchschnittlichen Geburtenzahlen einzusetzen, ist in Deutschland unter diesen Voraussetzungen nicht möglich.

Um hier mehr Transparenz zu schaffen, stellt das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) im Rahmen seines Versorgungskompasses allgemeine Daten rund um Schwangerschaft und Geburt und Daten zur Hebammenversorgung bereit (**Versorgungskompass Geburtshilfe und Hebammenversorgung** [↗](#)). Die interaktiven Grafiken und Landkarten ermöglichen den Nutzenden durch das Setzen entsprechender Filter auch die Beantwortung eigener Fragestellungen, z. B. zu zeitlichen Verläufen, zur regionalen Verteilung, zur Versorgung nach sozioökonomischer Lage oder Analysen nach dem Alter der Mütter, dem Geburtsmodus oder – soweit mit den verfügbaren Daten möglich – zum Betreuungsschlüssel während der Geburt. Alle Interessierten können den frei zugänglichen Kompass nutzen. Im vorliegenden Papier wird der methodische Hintergrund erläutert und es werden einige zentrale Ergebnisse zur Versorgungslage beispielhaft dargestellt.

## Methodenbeschreibung – Datengrundlage

### Datengrundlage Hebammenanzahl und regionale Verteilung

Hebammen können als freiberufliche oder als angestellte Hebammen an der Versorgung teilnehmen. Die freiberuflich tätigen Hebammen sind Vertragspartnerinnen des Hebammenhilfvertrags nach § 134a SGB V und werden in der Vertragspartnerliste des GKV-Spitzenverbandes erfasst, über die auch die einzelnen Krankenkassen verfügen, denn sie rechnen mit den Hebammen direkt ab. Den Analysen zu den angestellten Hebammen liegen die Daten der Agentur für Arbeit zugrunde.

Um die Versorgungskapazitäten darzustellen, wird ein Bezug hergestellt zwischen der Anzahl der an der Versorgung teilnehmenden Hebammen und der Anzahl der Geburten in der jeweiligen Region. Die Anzahl der Geburten in den Kreisen und kreisfreien Städten wurde dem interaktiven Online-Atlas des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (INKAR-Datenbank) entnommen. Zusätzlich werden Regionen nach ihrer Siedlungsstruktur (Bevölkerungsdichte) und ihrer sozioökonomischen Lage (Deprivation) unterschieden. Die Siedlungsstruktur folgt hierbei der laufenden Raumbewertung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) und unterscheidet vier Typen, von dünn besiedelten ländlichen Kreisen bis zu kreisfreien Großstädten. Die sozioökonomische Lage einer Region wird anhand des „German Index of Socioeconomic Deprivation“ (GISD) des Robert Koch-Instituts in fünf Kategorien der sozioökonomischen Benachteiligung von niedriger bis hoher Deprivation eingeteilt (Michalski et al., 2022). Maßgeblich für diese Einteilung sind Indikatoren aus den Bereichen Bildung, Beschäftigung und Einkommen.

### Datengrundlage der Versorgungsangebote der Hebammen

Die angebotenen Versorgungsleistungen können im Detail nur für die freiberuflich tätigen Hebammen dargestellt werden, denn die Leistungen der angestellten Hebammen werden nicht einzeln, sondern im Rahmen

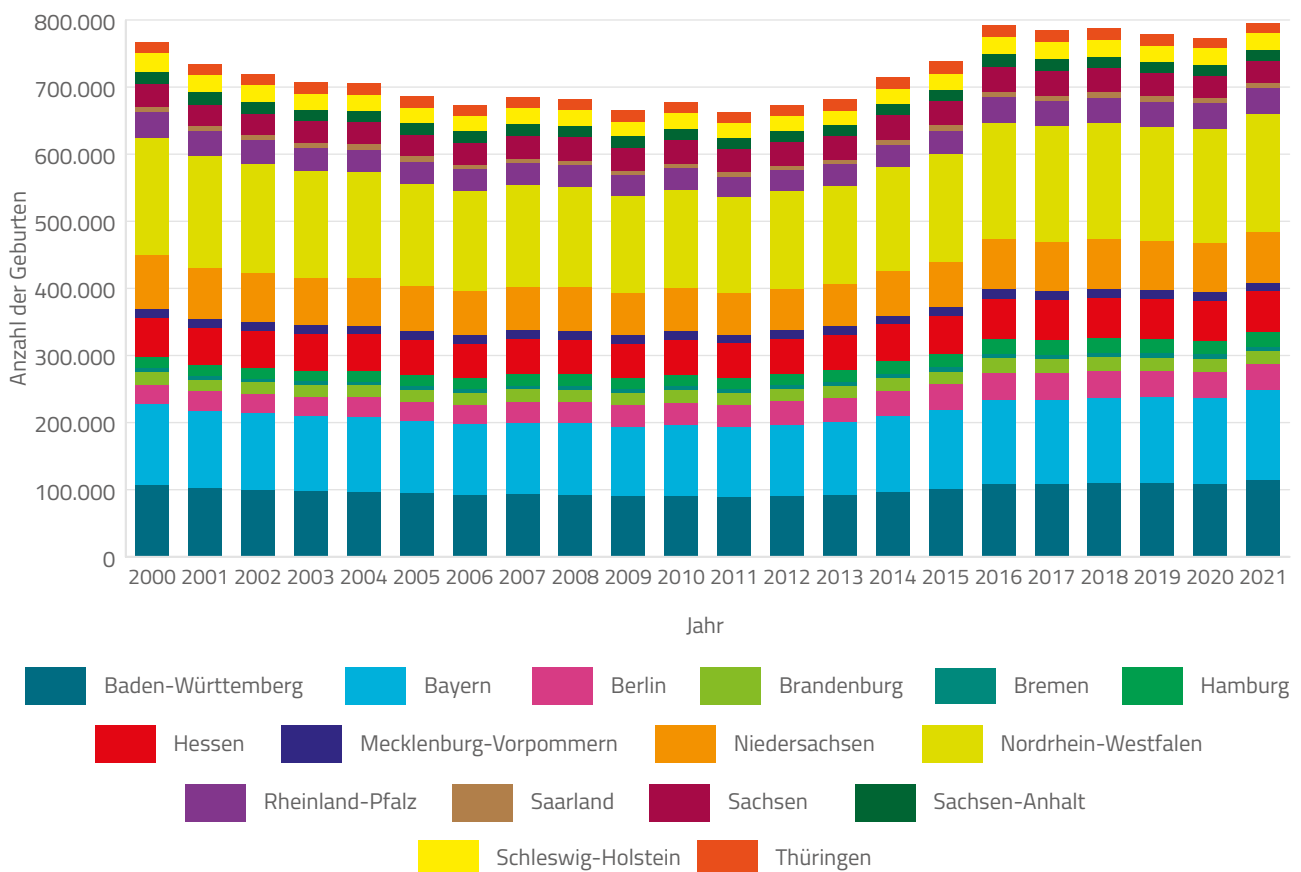
der Fallpauschalen (DRG) des Krankenhauses abgerechnet. Die Leistungen nach dem Hebammenhilfvertrag werden hingegen einzeln mit den Krankenkassen abgerechnet. Diese umfassen Leistungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett, aber auch die Begleitung von Geburten in hebammengeleiteten Einrichtungen, bei Hausgeburten und im Krankenhaus als Begleit-Beleghebammen und Dienst-Beleghebammen. Die angebotenen Versorgungsleistungen können den Angaben in der Vertragspartnerliste des GKV-SV entnommen werden.

## Beispieldarstellungen aus dem Hebammenkompass

### Frauen und Geburten in Deutschland

Der Hebammenkompass bietet zunächst einen Einblick in die für die Geburtshilfe und Hebammenversorgung relevanten Grundlagendaten. Dargestellt werden die Geburten seit 2000 nach Bundesland (Abbildung 1).

Abbildung 1: Geburten nach Bundesländern seit 2000 [↗](#)

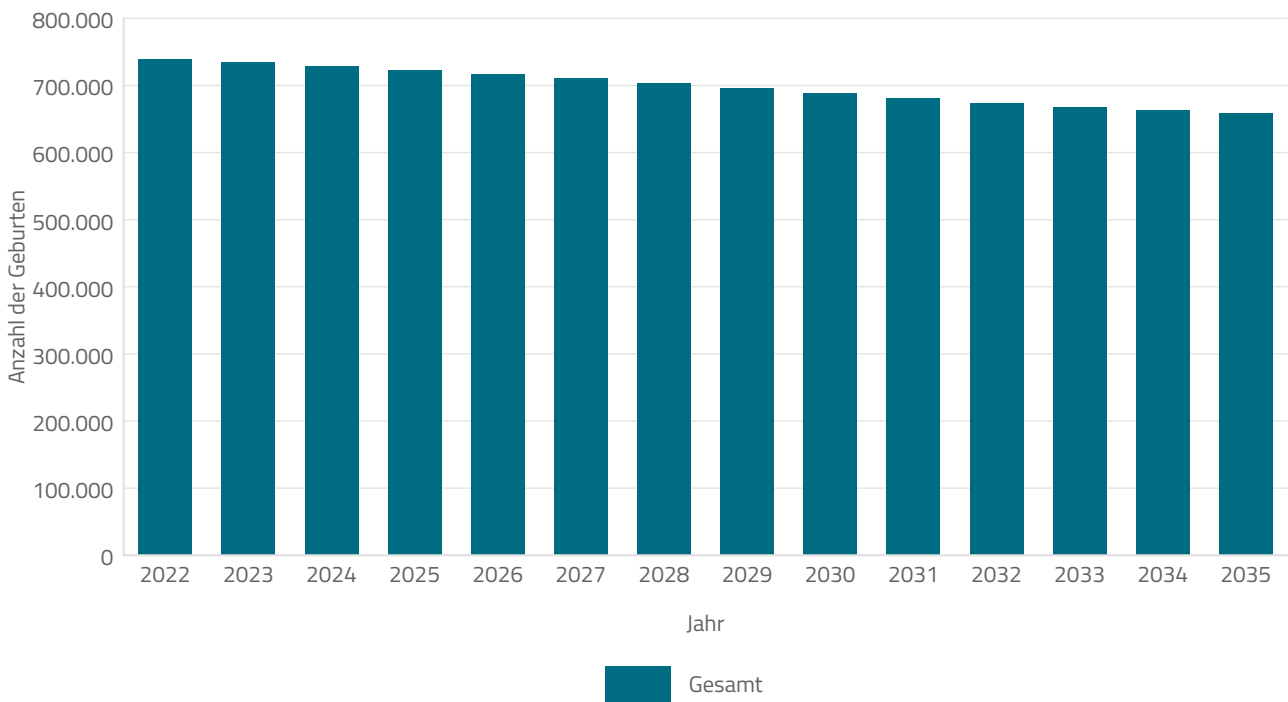


Quelle: eigene Darstellung des bifg nach gbe-bund

Hinzu kommt die prospektive Bevölkerungsentwicklung im Hinblick auf Frauen im gebärfähigen Alter

sowie die Geburten bis 2035. In Abbildung 2 ist die Vorhersage der Geburten dargestellt.

Abbildung 2: Vorhersage der Geburten bis 2035 [↗](#)



Quelle: Projektion des bfg anhand der amtlichen Bevölkerungsvorausberechnungen G1-L1-W1 und G1-L1-W2 zum Basisjahr 2022 und der Geburtenziffern in BARMER-Daten 2017–2021

Abbildung 3 zeigt die Geburten nach dem Geburtsmodus (Kaiserschnitte, vaginal-operative Geburten und vaginale Geburten) im Zeitverlauf. Auch diese

Daten können für alle Bundesländer einzeln abgerufen werden.

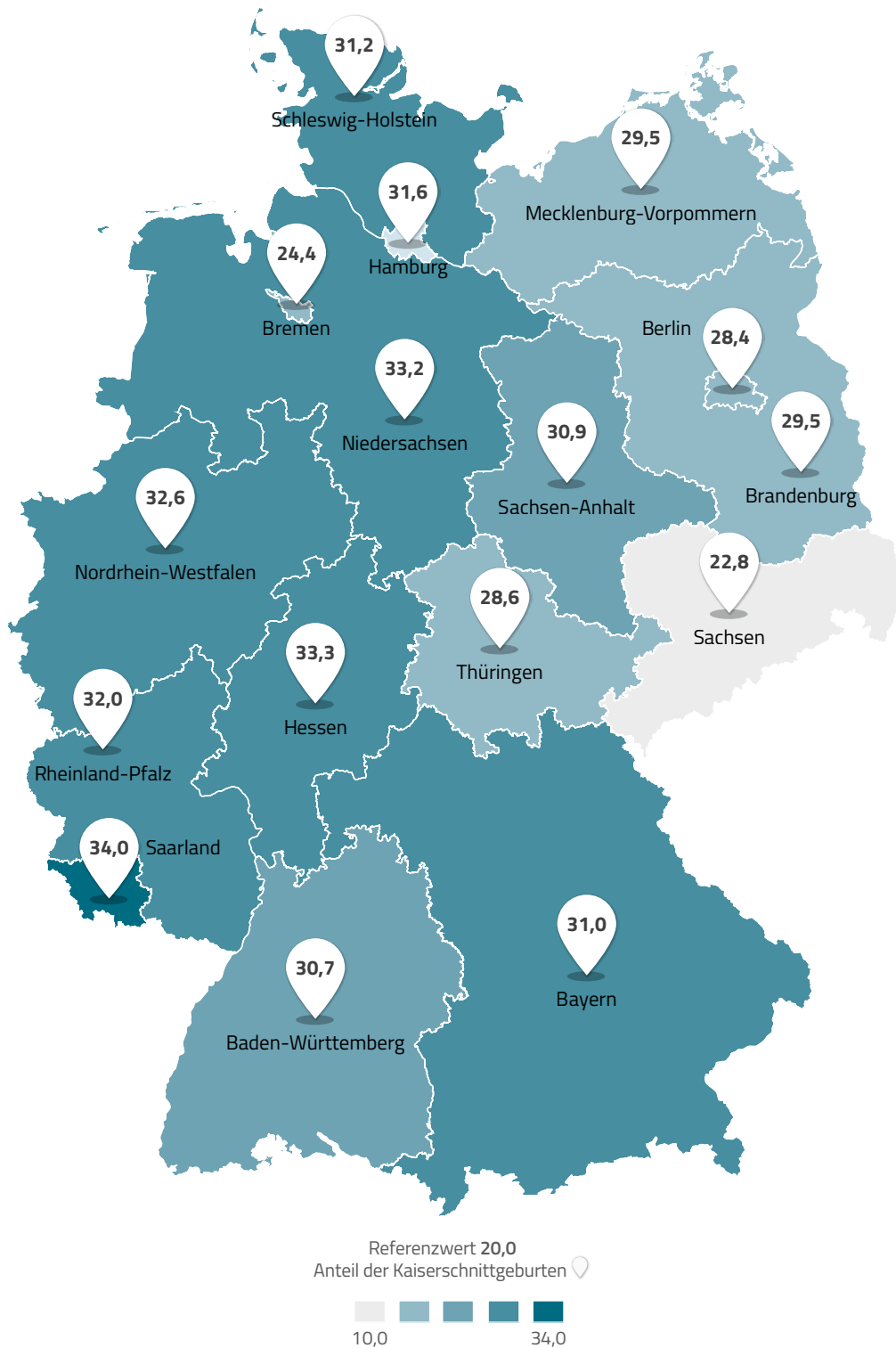
Abbildung 3: Anzahl der Geburten nach Geburtsmodus in den Jahren 2017 bis 2021 [↗](#)



Quelle: BARMER-Daten 2017–2021, hochgerechnet auf Deutschland über die amtliche Geburtenstatistik (DESTATIS)

Die regionalen Kaiserschnittraten können auch grafisch als Landkarte abgerufen werden (Abbildung 4).

Abbildung 4: Kaiserschnittgeburten in der Region im Jahr 2021 – Anteil an allen Geburten in Prozent [↗](#)



Anmerkung: Der angegebene Referenzwert dient ausschließlich der kartografischen Darstellung und ist nicht als Norm zu verstehen.

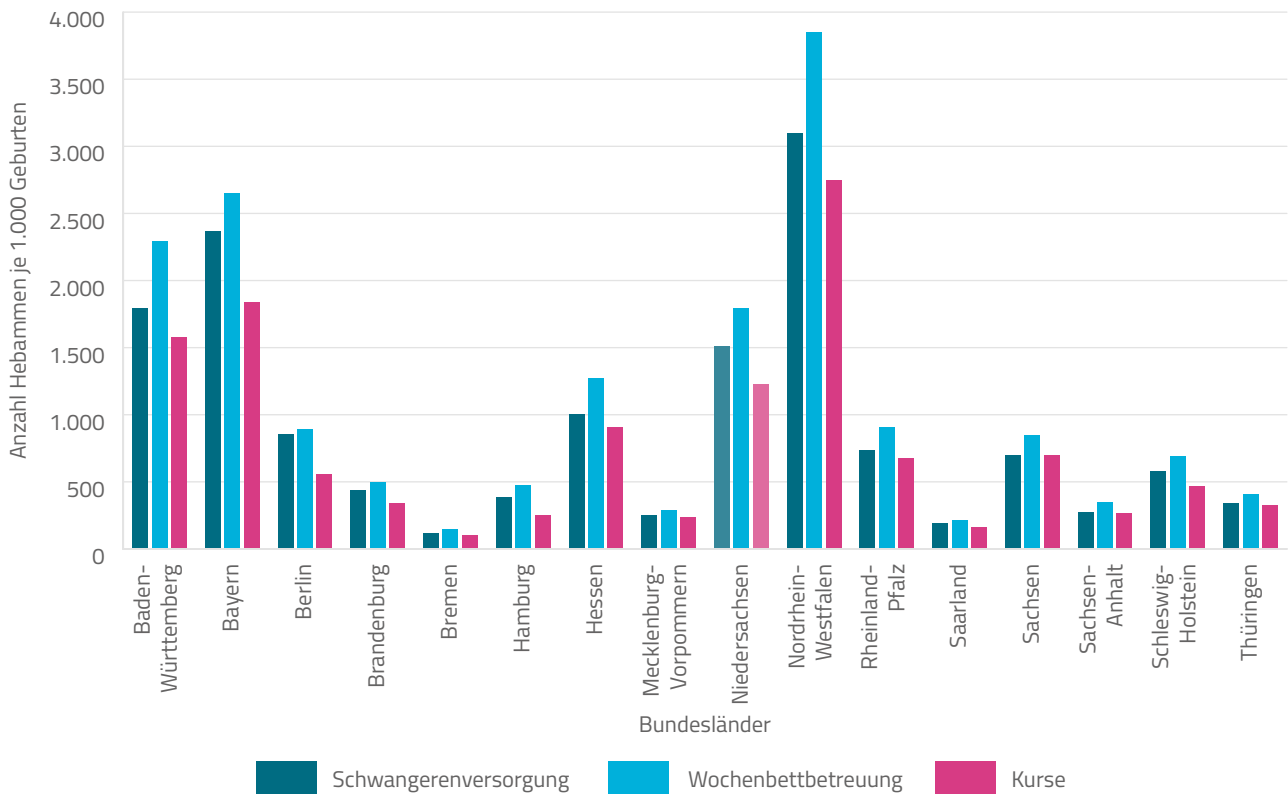
Quelle: BARMER-Daten 2021, hochgerechnet auf Deutschland über die amtliche Geburtenstatistik (DESTATIS)

## Leistungsangebote

Abbildung 5 zeigt die Anzahl der Hebammen, die im Jahr 2021 an der Versorgung vor und nach der Geburt teilnahmen, in den einzelnen Bundesländern. Erfasst

wurden alle freiberuflichen Hebammen, die gemäß Vertragspartnerliste die angeführten Leistungen angeboten haben. Filteroptionen ermöglichen die Betrachtung mehrerer Jahre und eine Aufschlüsselung nach Bundesländern.

Abbildung 5: Anzahl freiberuflicher Hebammen mit Versorgungsangeboten vor und nach der Geburt nach Bundesland im Jahr 2021 [↗](#)

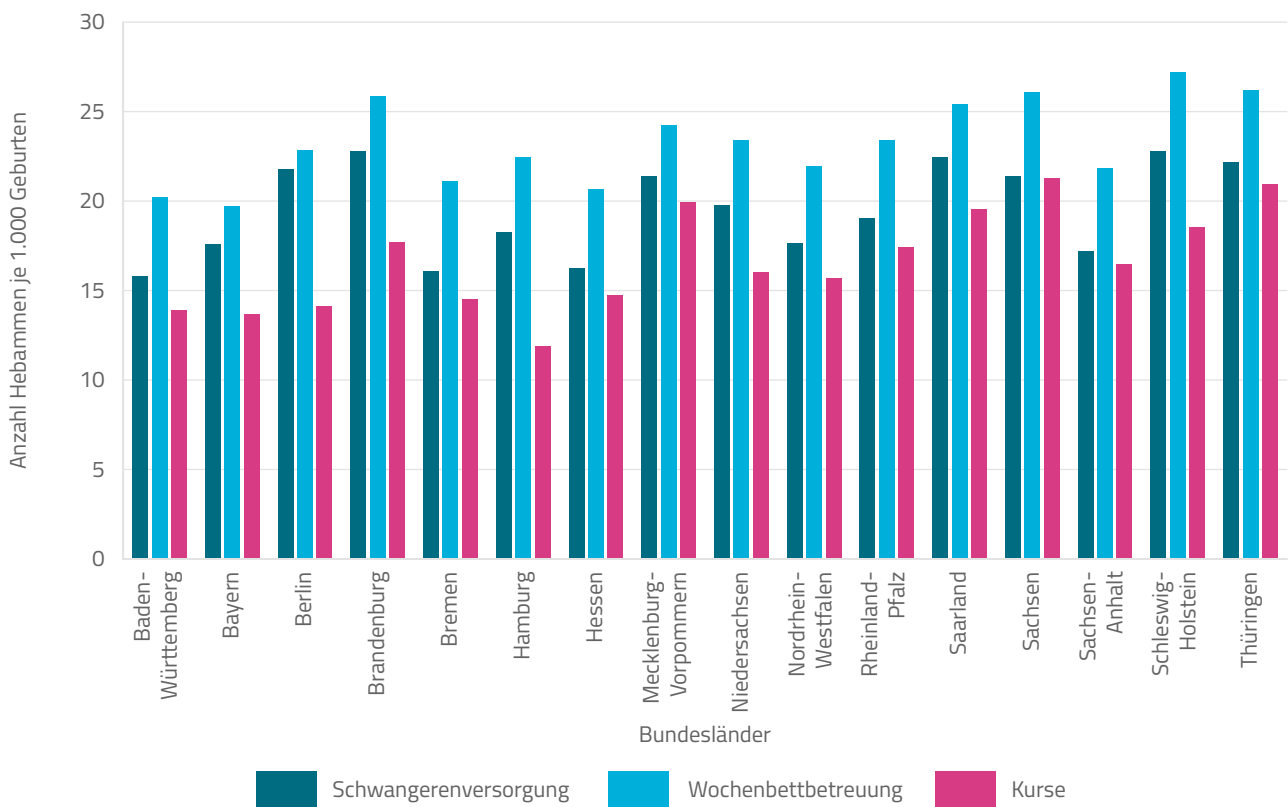


Quelle: Vertragspartnerliste Hebammen nach § 134a SGB V; Abrechnungsdaten der BARMER-Versicherten 2021 hochgerechnet auf Deutschland über die amtliche Geburtenstatistik (DESTATIS)

Versorgungsrelevanter als die absolute Anzahl an Hebammen ist deren Bezug zu den Geburtenzahlen im jeweiligen Bundesland und im gewählten Zeitraum, da daraus die Kapazitäten, die zur Versorgung zur Verfügung stehen, eher ersichtlich werden. Diese Filteroptionen sind ebenfalls vorhanden. Abbildung 6 zeigt, wie

viele (freiberufliche) Hebammen für wie viele Schwangere bzw. Wöchnerinnen (dargestellt pro 1.000 Geburten) mit ihrem Leistungsangebot im jeweiligen Zeitraum und Bundesland zur Verfügung standen. Damit ist aber keine Aussage zum Tätigkeitsumfang der einzelnen Hebammen verbunden.

**Abbildung 6: Hebammenkapazitäten vor und nach der Geburt bezogen auf 1.000 Geburten nach Bundesland im Jahr 2021** [↗](#)



Quelle: Vertragspartnerliste Hebammen nach § 134a SGB V; Abrechnungsdaten der BARMER-Versicherten 2021 hochgerechnet auf Deutschland über die amtliche Geburtenstatistik (DESTATIS)

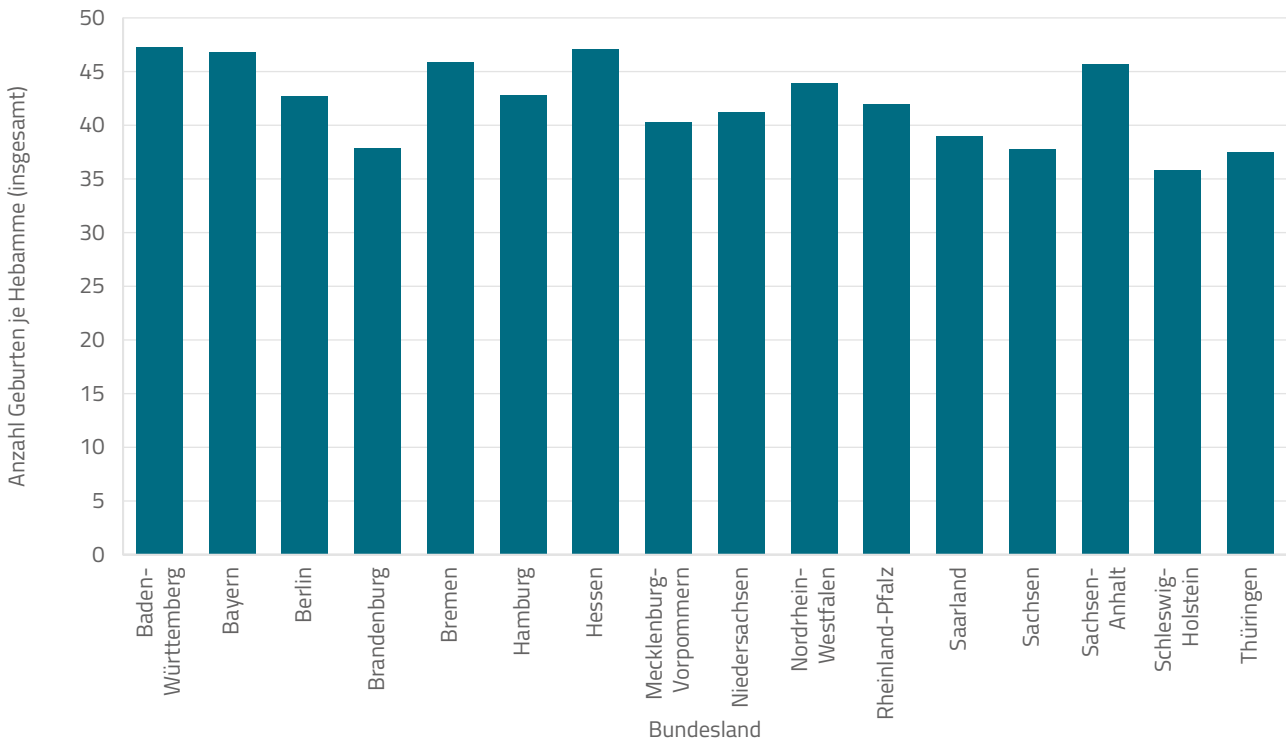


## Anzahl Geburten pro Hebamme

Neben der Anzahl von Hebammen absolut und bezogen auf 1.000 Geburten ist umgekehrt auch die Anzahl von Geburten in einer Region bezogen auf eine Hebamme von Bedeutung. Diese Angabe ist ebenfalls nur

in Bezug auf die freiberuflich tätigen Hebammen möglich. Sie liefert einen Eindruck, für wie viele Frauen eine Hebamme in einer Region durchschnittlich „zuständig“ wäre, wenn jede Frau während der Schwangerschaft und im Wochenbett Hebammenbetreuung erhalten würde (Abbildung 7).

Abbildung 7: Geburten je Hebamme nach Bundesland im Jahr 2021 [↗](#)

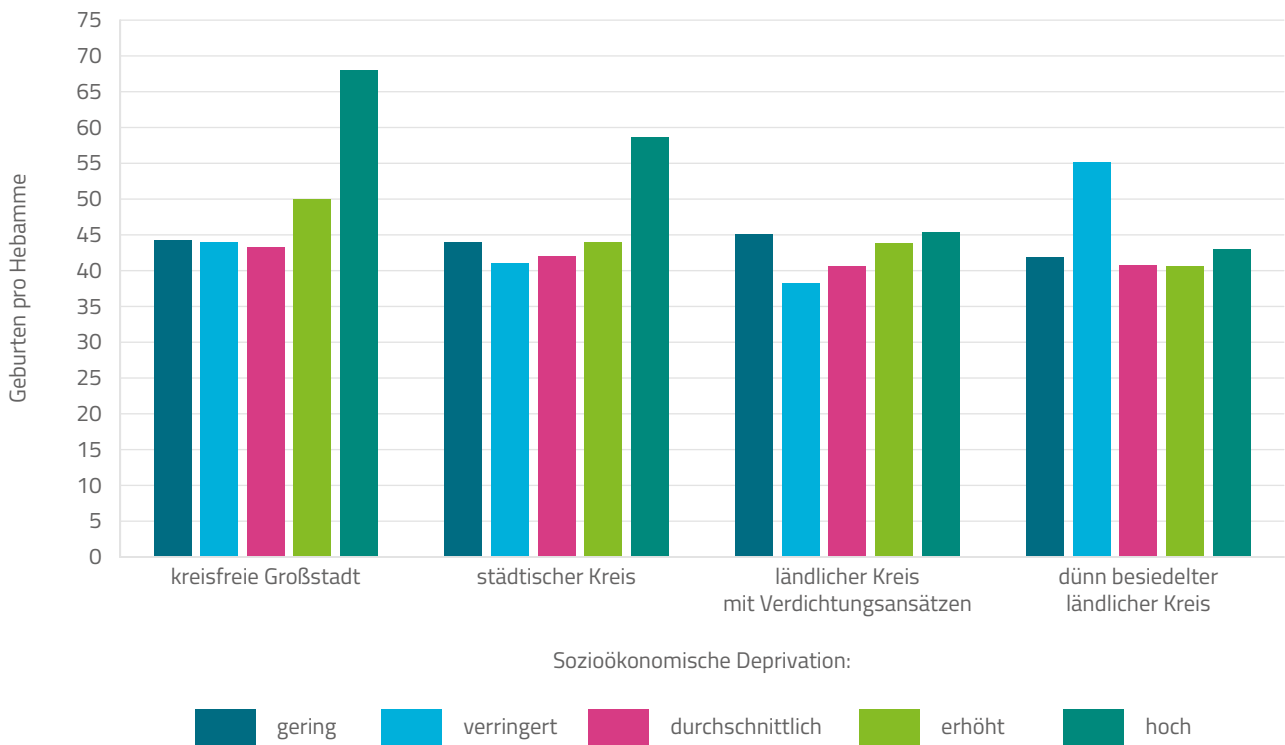


Quelle: Vertragspartnerliste Hebammen nach § 134a SGB V; Abrechnungsdaten der BARMER-Versicherten 2021 hochgerechnet auf Deutschland über die amtliche Geburtenstatistik (DESTATIS)

Aus externen Studien und eigenen Analysen ist bekannt, dass sozioökonomisch benachteiligte Frauen einen schlechteren Zugang zur Hebammenversorgung haben (Hertle et al., 2023a, b; AOK Rheinland/Hamburg, 2018; Hertle et al., 2021a). Es kann daher hilfreich sein, zu untersuchen, wie das Verhältnis von Geburten zu Hebammen in unterschiedlich deprivierten Regionen ist und ob es Unterschiede zwischen Regio-

nen verschiedener Besiedlungsdichte gibt, sodass daraus möglicherweise unterversorgte Gebiete identifiziert werden können. Entsprechende Filteroptionen sind vorhanden (Abbildung 8). Die deprivierten Regionen wurden nach den Vorgaben des Robert Koch-Instituts (RKI) unterschieden und sind in einer weiteren bifg-Grafik dargestellt [↗](#).

Abbildung 8: Geburten pro Hebamme nach Deprivation und Raumtyp (Kreis) im Jahr 2021 [↗](#)



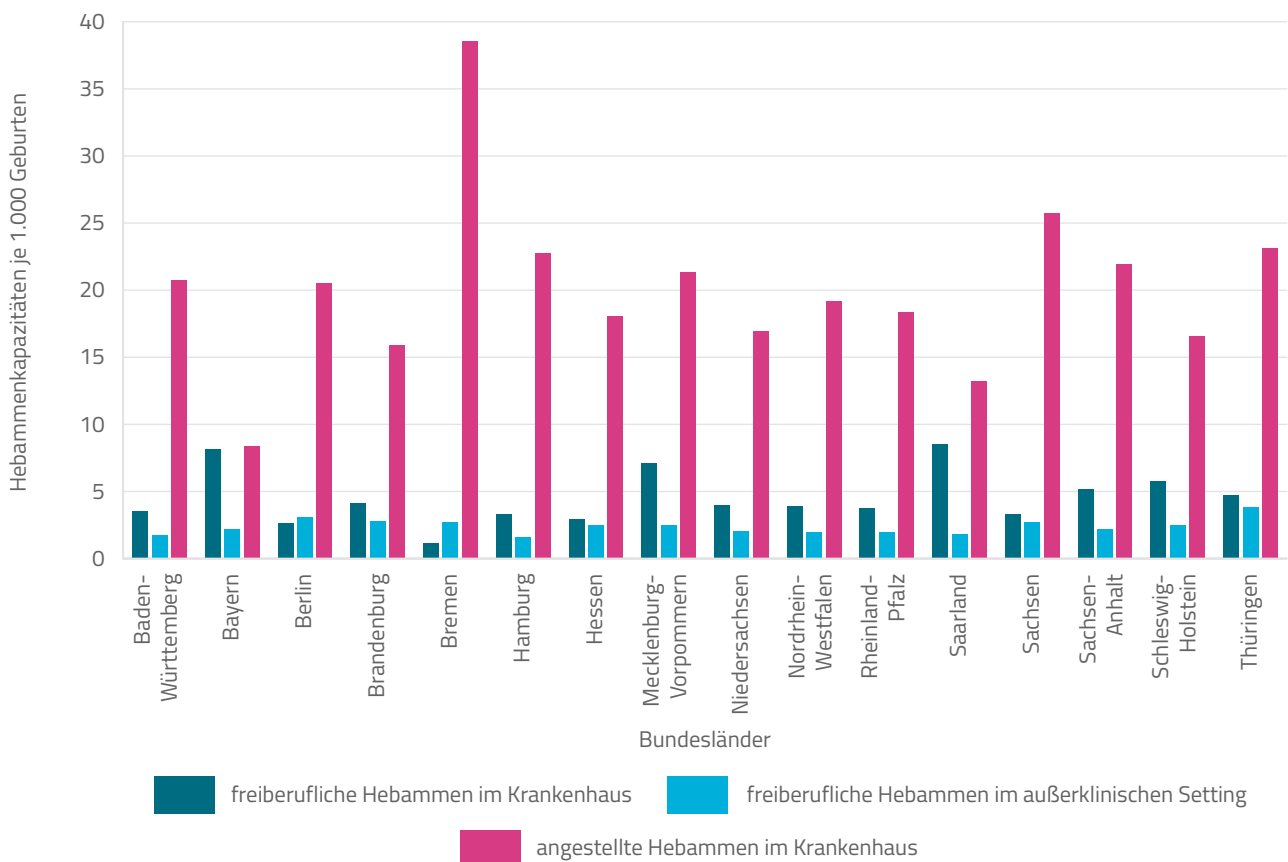
Quelle: Vertragspartnerliste Hebammen nach § 134a SGB V; Abrechnungsdaten der BARMER-Versicherten 2021 hochgerechnet auf Deutschland über die amtliche Geburtenstatistik (DESTATIS); vom Robert Koch-Institut vorgelegte räumliche Einteilung nach dem German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD); Raumberechnung nach siedlungsstrukturellen Kreistypen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)

## Versorgungsangebote von Hebammen zur Geburtsbegleitung

An der Geburtsbegleitung nehmen die in Krankenhäusern angestellten Hebammen teil und auch freiberuflich tätige Hebammen. Diejenigen unter den freiberuflichen Hebammen, die im Rahmen ihrer Teilnahme am

Hebammenhilfevertrag auch Geburtsbegleitung anbieten, sind an den entsprechenden Angaben erkennbar. Aus Abbildung 9 wird ersichtlich, dass in allen Bundesländern bis auf Bayern deutlich weniger freiberufliche Hebammen bezogen auf 1.000 Geburten an der Geburtsbegleitung teilnehmen als angestellte Hebammen.

Abbildung 9: Hebammen, die im Jahr 2021 Geburtsbegleitung angeboten haben, bezogen auf 1.000 Geburten nach Bundesland [↗](#)



Quelle: Vertragspartnerliste Hebammen nach § 134a SGB V; sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (SvB) und geringfügig Beschäftigte (GB) am Arbeitsort nach der ausgeübten Tätigkeit der Klassifikation der Berufe 2010 in der Berufsuntergruppe 8135 Berufe Geburtshilfe, Entbindungspflege der Statistik der Bundesagentur für Arbeit; Abrechnungsdaten der BARMER-Versicherten 2021 hochgerechnet auf Deutschland über die amtliche Geburtenstatistik (DESTATIS)

## Betreuungsschlüssel während der Geburt

Die S3-Leitlinie „Physiologische Geburt am Termin“ empfiehlt eine Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme während der Geburt. Wie zuverlässig eine solche Versorgung tatsächlich wahrgenommen werden kann, hängt stark von den jeweiligen Versorgungsstrukturen ab. Im außerklinischen Setting und wenn die Frau mit einer Begleit-Beleghebamme ins Kranken-

haus geht, liegt stets eine Eins-zu-eins-Betreuung vor. Die Geburtsbegleitung durch Dienst-Beleghebammen sieht vertraglich mindestens eine Eins-zu-zwei-Betreuung vor. Wie viele Geburten angestellte Hebammen zeitgleich begleiten, ist aus den vorhandenen Daten nicht abbildbar. Auch die Geburtsbegleitung in einem Hebammenkreißsaal ist nicht darstellbar, da die Daten hierzu bisher nicht systematisch erfasst werden.

Abbildung 10: Anteil der Geburten, die von Dienst-Beleghebammen begleitet wurden, im Jahr 2021 [↗](#)



Anmerkung: Der angegebene Referenzwert dient ausschließlich der kartografischen Darstellung und ist nicht als Norm zu verstehen.

Quelle: BARMER-Daten 2021, hochgerechnet auf Deutschland über die amtliche Geburtenstatistik (DESTATIS)

## Diskussion

### Limitationen der vorgestellten Analysen

Da Hebammen sowohl freiberuflich als auch in einem Angestelltenverhältnis arbeiten können und viele Hebammen dies parallel auch tun, können die Zahlen der Hebammen in den verschiedenen Settings nicht zur Gesamtzahl der in Deutschland tätigen Hebammen aufaddiert werden. Der Hebammenkompass kann also ebenfalls keine Aussage zu den insgesamt in Deutschland verfügbaren oder tätigen Hebammen treffen. Für die Darstellung der Gesamtzahl von Hebammen in Deutschland wäre eine zentrale Erfassung z. B. über eine lebenslange Hebammennummer notwendig, ähnlich wie bei den Ärztinnen und Ärzten. Die lebenslange Arztnummer (LANR) wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) vergeben. Sie gilt für die gesamte Dauer der vertragsärztlichen Tätigkeit und ist unabhängig vom Tätigkeitsort, vom Status oder von der Zugehörigkeit zu Berufsausübungsgemeinschaften. Sie wird an alle Ärztinnen und Ärzte vergeben, die Leistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen. Genau genommen ist die LANR demnach gar nicht „lebenslang“ und außerdem an die vertragsärztliche Tätigkeit geknüpft. Eine Hebammennummer sollte alle Hebammen umfassen, auch die angestellten, und nicht von einer bestimmten Tätigkeit abhängen.

Auch zum Umfang der angebotenen Leistungen können keine Aussagen getroffen werden. In der Vertragspartnerliste steht nur, welche Leistungen grundsätzlich im Portfolio einer am Vertrag teilnehmenden Hebamme enthalten sind und abgerechnet werden können, nicht aber, in welchem Umfang diese Leistungen tatsächlich erbracht werden. Angestellte Hebammen gibt es nicht nur im Krankenhaus, sondern vereinzelt auch bei niedergelassenen Frauenärztinnen und -ärzten. Diese Hebammen sind vermutlich nicht an der Geburtsbetreuung im Krankenhaus beteiligt, sind aber in dieser Gruppe enthalten. Nicht berücksichtigt werden können in den Analysen Hebammen, die anderweitig beschäftigt sind bzw. abrechnen, z. B. Familienhebammen.

## Ländervergleich

Zwar lassen sich die Gegebenheiten in anderen Ländern aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme oft nicht mit den Verhältnissen in Deutschland vergleichen, dennoch lohnt sich ein Blick über die Grenzen. Laut OECD-Daten ist das Verhältnis von Hebammen zu 1.000 Lebendgeburten und von Hebammen zu Frauenärztinnen und -ärzten in den westlichen Industrienationen sehr unterschiedlich.

Die meisten Hebammen mit zugleich einer eher geringen Zahl an Frauenärztinnen bzw. -ärzten pro 1.000 Lebendgeburten gibt es in Australien (68 vs. 7), Schweden (66 vs. 12), Norwegen (53 vs. 12) und England (43 vs. 11). Deutschland ist das einzige Land, das fast genauso viele Frauenärztinnen und -ärzte wie Hebammen pro 1.000 Lebendgeburten aufweist (30 vs. 27) (Roper, 2020). In Outcomes wie Frühgeburten, Säuglingssterblichkeit oder Interventionen während der Geburt liegt Deutschland dabei allenfalls im Mittelfeld (BiB – Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung). Es liegt nahe anzunehmen, dass ein für andere Länder nachgewiesener Zusammenhang zwischen Hebammenbetreuung und der Häufigkeit von Interventionen und Frühgeburten auch für Deutschland besteht und die Dominanz der ärztlichen Versorgung hierzulande die Häufigkeit von Interventionen auch bei gesunden Schwangeren und Gebärenden begünstigt. Länder mit mehr Hebammenversorgung erfüllen oft den auch im Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ geforderten Betreuungsbogen, der eine kontinuierliche Versorgung vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende des 1. Lebensjahres des Kindes vorsieht. Es ist somit von großer Bedeutung für eine frauenzentrierte, gesundheitsfördernde und die Frauen in ihrer Fähigkeit zu gebären bestärkende Versorgung, dass die Hebammenversorgung in Deutschland zukünftig bedarfsgerecht geplant wird. Der vorliegende Hebammenkompass möchte hier einen Beitrag zur Verbesserung der dafür erforderlichen Datengrundlage leisten. Um die Hebammenversorgung zu planen, braucht es neben einer validen Datengrundlage aber auch Strukturen für die Gestaltung und Umsetzung. Aktuell gibt es weder Hebammenkammern oder etwas

Vergleichbares, noch sind Hebammen in den entsprechenden Gremien, wie z.B. dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), verankert, sodass sie in eine Gesamtplanung der Versorgung und der Versorgungsstrukturen derzeit nicht gleichberechtigt einbezogen werden können.

Neben der anzustrebenden Verbesserung der Outcomes von Mutter und Kind begründet sich die Notwendigkeit einer Planung der Hebammenversorgung auch dadurch, dass Studien mehrfach gezeigt haben, wie schwierig es für Frauen ist, eine Hebamme zu finden. Bis zu 16% der Frauen gaben bei einer Befragung in Hessen an, dass sie mehr als zehn Hebammen kontaktieren mussten (Bauer et al., 2019). Die Abrechnungsdaten der BARMER zeigen, dass der Zugang von sozioökonomisch benachteiligten Frauen zu Hebammen deutlich schlechter ist. So haben 30% der Versicherten mit niedrigem Einkommen in der Schwangerschaft und im Wochenbett keine abgerechnete Hebammenleistung (Hertle et al., 2023). Befragungsdaten zeigen auch, dass die Informationen zur Hebammenversorgung möglicherweise nicht ausreichen. Insbesondere Frauen mit Migrationsgeschichte wissen oft nicht, dass sie Anspruch auf Hebammenleistungen haben, dass Hebammenleistungen von der Krankenkasse bezahlt werden und dass Hebammen unabhängig von Ärztinnen und Ärzten tätig sein können und dürfen.

Welche Frauen welche Leistungen rund um die Geburt in Anspruch genommen haben, wird im Teil 2 des Hebammenkompasses dargestellt.

## Literaturverzeichnis

Albrecht, M., Bock, H., an der Heiden, I., Loos, S., Sander, M. & Temizdemir, E. (2019). Stationäre Hebammenversorgung. IGES Institut. Verfügbar unter: [https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e24893/e24894/e24895/e24897/attr\\_obj24976/IGES\\_stationaere\\_Hebammenversorgung\\_092019\\_ger.pdf](https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e24893/e24894/e24895/e24897/attr_obj24976/IGES_stationaere_Hebammenversorgung_092019_ger.pdf) [Zugriff am 24.11.2023]

Albrecht, M., Loos, S., Sander, M., Schliwen, A. & Wolfschütz, A. (2012). Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Hrsg. v. IGES Institut.

Verfügbar unter: [https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6666/e6694/e6705/e12912/e12913/attr\\_obj212922/IGES\\_Institut\\_Gutachten\\_zur\\_Versorgungs\\_und\\_Verguetungssituation\\_in\\_der\\_auerklinischen\\_Hebammenhilfe\\_2012\\_ger.pdf](https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6666/e6694/e6705/e12912/e12913/attr_obj212922/IGES_Institut_Gutachten_zur_Versorgungs_und_Verguetungssituation_in_der_auerklinischen_Hebammenhilfe_2012_ger.pdf) [Zugriff am 24.11.2023]

AOK Rheinland/Hamburg (2018). Gesunder Start ins Leben. Schwangerschaft – Geburt – erstes Lebensjahr. Analysen zur Versorgungssituation im Rheinland und in Hamburg. Verfügbar unter: <https://www.aok.de/pk/magazin/cms/fileadmin/pk/rheinland-hamburg/pdf/report-gesunder-start-ins-leben-2018.pdf> [Zugriff am 24.11.2023]

AWMF (Hrsg.) (2020). S3-Leitlinie: Vaginale Geburt am Termin. Version 1.0. Unter Mitarbeit von DGGG und DGHWI. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-083.html> [Zugriff am 24.11.2023]

Bauer, N., Blum, K., Löffert, S. & Luksch, K. (2019): Gutachten zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen. Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) und der Hochschule für Gesundheit (hsg) Bochum, StB Hebammenwissenschaft. Für das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI). Verfügbar unter: [https://soziales.hessen.de/sites/default/files/media/gutachten\\_-\\_hebammen\\_in\\_hessen\\_-\\_erste\\_erkennnisse.pdf](https://soziales.hessen.de/sites/default/files/media/gutachten_-_hebammen_in_hessen_-_erste_erkennnisse.pdf) [Zugriff am 07.10.2020]

Baumgärtner, B. & Stahl, K. (2005): Einfach schwanger? Wie erleben Frauen die Risikoorientierung in der ärztlichen Schwangerenvorsorge? Frankfurt am Main.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2017): Nationales Gesundheitsziel. Gesundheit rund um die Geburt. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/nationales-gesundheitsziel-gesundheit-rund-um-die-geburt.html> [Zugriff am 24.11.2023]

BMJ – Bundesministerium der Justiz (2020): Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz – HebG). Verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/hebg\\_2020/HebG.pdf](https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/HebG.pdf) [Zugriff am 24.11.2023]

BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung: Laufende Raumbenachachtung – Raumabgrenzungen. Amtliche Regionalstatistik. Verfügbar unter: <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbenachachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/kreise/siedlungsstrukturelle-kreistypen/kreistypen.html> [Zugriff am 24.11.2023]

BiB – Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung: Säuglingssterblichkeit in europäischen Ländern. Gestorbene Säuglinge im 1. Lebensjahr je 1000 Lebendgeborene (1990–2020). Verfügbar unter: <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/S41-Saueuglingssterblichkeit-Europa-1990u2020.html> [Zugriff am 23.11.2023]

Hartmann, K. & Kruse, M. (2022): Gewalt in der Geburtshilfe. Erkennen, reflektieren, handeln. Hannover.

Hertle, D., Lange, U. & Wende, D. (2021a): Schwangerenversorgung und Zugang zur Hebamme nach sozialem Status: Eine Analyse mit Routinedaten der BARMER. In: Das Gesundheitswesen (eFirst). <https://doi.org/10.1055/a-1690-7079>

Hertle, D., Schindele, E. & Hauffe, U. (2021b): Es ist nicht egal, wie wir geboren werden und wie Frauen gebären. Ein Plädoyer für einen Kulturwandel in der geburtshilflichen Versorgung. In: Gesundheitswesen aktuell 2021, S. 220–249. <https://doi.org/10.30433/GWA2021-220>

Hertle, D., Wende, D. & zu Sayn-Wittgenstein-Hohenstein, F. (2023a): Wenig Einkommen – keine Hebamme. In: Hebammenforum 7/2023 (24), S. 32–35.

Hertle, D., zu Sayn-Wittgenstein-Hohenstein, F. & Wende, D. (2023b). Aufsuchende Wochenbettbetreuung: Die sozioökonomische Lage hat einen starken Einfluss auf den Betreuungsumfang. Eine Analyse mit Routinedaten der BARMER. In: Gesundheitswesen. <https://doi.org/10.1055/a-2144-5180>

IGES Institut (2020): IGES-Gutachten zur Hebammenversorgung. In: Hebamme 33 (02), S. 6–8. <https://doi.org/10.1055/a-1110-1971>

Koalitionsvertrag SPD, Grüne, FDP (2021): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit.

Verfügbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b872Obd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1> [Zugriff am 24.11.2023]

Michalski, N., Reis, M., Tetzlaff, F., Herber, M., Kroll, L. E., Hövener, C. et al. (2022). D-German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD): Revision, Aktualisierung und Anwendungsbeispiele. <https://doi.org/10.25646/10640>

Roper, W. (2020). U.S. Midwife Workforce Far Behind Globally. Verfügbar unter: <https://www.statista.com/chart/23559/midwives-per-capita/> [Zugriff am 24.11.2023]

Schindele, E. (1995). Schwangerschaft zwischen guter Hoffnung und medizinischem Risiko. Hamburg.

SPD (2023). Speed-Dating mit Karl Lauterbach & dem „Bündnis Gute Geburt“. Veranstaltung vom 30. Mai 2023. Verfügbar unter: <https://frauen.spd.de/aktuelles/aktuelles/news/die-gute-geburt-speed-dating-mit-karl-lauterbach-am-30-mai-2023-ab-1700-uhr-/24/05/2023> [Zugriff am 24.11.2023]

Statista Research Department (2022). Anzahl der Hebammen und Entbindungspfleger in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2021. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/159664/umfrage/hebammen-und-entbindungspfleger-in-deutschland-seit-2000/> [Zugriff am 24.11.2023]

## Impressum

### Herausgeber

BARMER Institut für  
Gesundheitssystemforschung (bifg)  
10837 Berlin

### Ansprechpartner zum Paper

Dr. Dagmar Hertle  
[info@bifg.de](mailto:info@bifg.de)

### Autorinnen und Autoren

Dagmar Hertle  
Danny Wende

### Design und Realisation

zweiband.media GmbH, Berlin

### Veröffentlichungstermin

Dezember 2023

### DOI:

10.30433/ePGSF.2023.007

### Copyright



Lizenziert unter CC-BY-NC 4.0