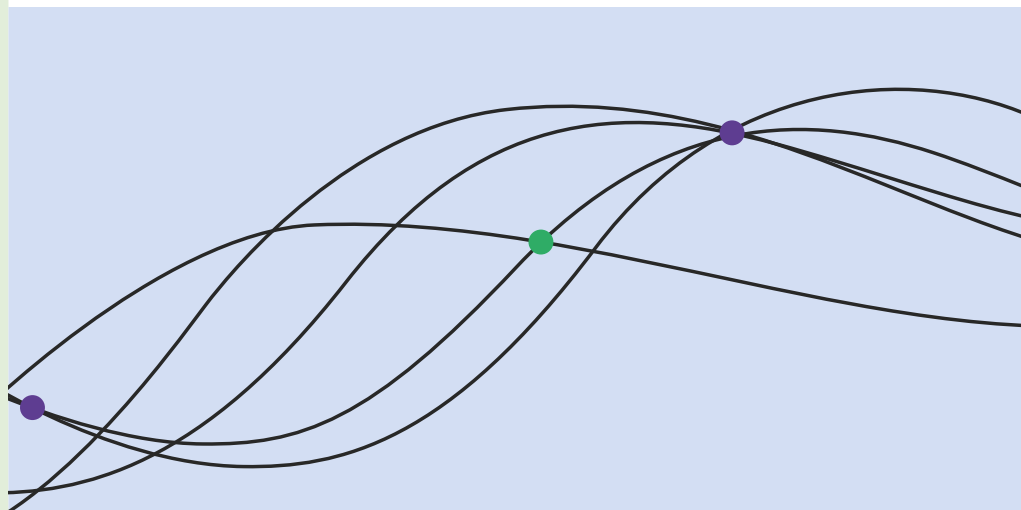


# Gesundheitswesen aktuell 2026

**Beiträge und Analysen**

herausgegeben von Uwe Repschläger,  
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp



**Manuela Raddatz, Friederike zu Sayn-Wittgenstein**

Wie können ambulante Hebammenleistungen geplant werden?

Perspektiven für eine angemessene Versorgungsplanung

Seite 202–217

doi: 10.30433/GWA2026-202

Manuela Raddatz, Friederike zu Sayn-Wittgenstein

## **Wie können ambulante Hebammenleistungen geplant werden? Perspektiven für eine angemessene Versorgungsplanung**

Die ambulante Hebammenversorgung ist fester Bestandteil der gesetzlich garantierten Gesundheitsversorgung in Deutschland. Dennoch fehlt aktuell ein Referenzrahmen, um den Versorgungsgrad ambulanter Hebammenhilfe systematisch erfassen und bewerten zu können. In fachwissenschaftlichen und öffentlichen Diskursen wird seit über einem Jahrzehnt anhaltend auf regionale Versorgungsengpässe, Ungleichheiten im Zugang und eine schwer abschätzbare Versorgungssituation hingewiesen, die jedoch bisher nicht systematisch eingeordnet werden konnten. Diese strukturelle Leerstelle stand in einem Spannungsfeld zu dem normativen Anspruch einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen Versorgung. Mit dem seit dem Jahr 2025 vorliegenden Gutachten zur Bedarfsbemessung der ambulanten Versorgung mit Hebammenhilfe liegt erstmals ein systematischer Ansatz vor, der eine Bestimmung und Bewertung des Versorgungsgrades unter den bestehenden Systembedingungen ermöglicht. Damit verändert sich die Ausgangslage der Diskussion grundlegend. An die Stelle des bloßen Verweises auf eine fehlende Datengrundlage rückt nun die Frage in den Fokus, welche Bedeutung ein solcher Bedarfsbemessungsansatz in einem Versorgungsbereich ohne institutionalisierte Planung entfalten kann und welche gesundheitspolitischen Anschlussfragen sich daraus ergeben.

### **Strukturelle Leerstelle der Versorgungssteuerung**

In einer solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung gilt es als selbstverständlich, dass zentrale Lebensphasen zuverlässig begleitet werden. Die Lebensphase rund um die Geburt ist eine solche zentrale Phase. Für die Begleitung dieser Phase durch Hebammen ist die gesundheitswissenschaftliche Evidenz breit dokumentiert (ten Hoop-Bender et al. 2014; World Health Organization [WHO] 2016; WHO et al. 2021; Niemeyer und Schwarz 2021), die gesundheitspolitische Relevanz

anerkannt (Bundesministerium für Gesundheit 2017) und die Nachfrage ist unstrittig (Ayerle und Mattern 2018).

Auf normativer Ebene existiert in Deutschland ein klar formulierter Leistungsanspruch: Das fünfte Sozialgesetzbuch formuliert im § 24d den Anspruch der Versicherten innerhalb des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf „ärztliche Betreuung sowie auf Hebammenhilfe“ (§ 24d SGB V) während einer Schwangerschaft sowie bei und nach einer Geburt. Die Hebammenhilfe im Wochenbett erstreckt sich dabei über die ersten zwölf Wochen nach der Geburt. Art und Umfang der von den gesetzlichen Krankenkassen getragenen Hebammenleistungen werden im Vertrag nach § 134a SGB V über die Versorgung mit Hebammenhilfe (Hebammenhilfevertrag) konkretisiert.

Innerhalb des GKV-Systems sollen alle Leistungserbringenden gemeinsam mit den Krankenkassen dafür Sorge tragen, dass die Versorgung der Versicherten bedarfsgerecht und gleichmäßig erfolgt (§ 70 SGB V). Dieser Gewährleistungsauftrag verdichtet sich im Falle der ambulanten ärztlichen Versorgung zu einem Sicherstellungsauftrag (§ 72 SGB V), der über eine Bedarfsplanung umzusetzen ist (§ 99 SGB V). Im Falle der Hebammenversorgung endet die gesetzliche Regelung hingegen beim allgemeinen Gewährleistungsauftrag aus § 70. Der normative Anspruch auf eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung mündet hier in eine strukturelle Leerstelle der Versorgungssteuerung, da ein Analogon zur ambulanten ärztlichen Bedarfsplanung aktuell nicht existiert.

Konkret bedeutet diese Leerstelle Folgendes: Weder der Bedarf an ambulanten Hebammenleistungen noch ein als angemessen geltender Versorgungsgrad mussten bisher definiert werden – und sind nicht verbindlich festgelegt. Ebenso wenig bestand daher die Notwendigkeit, die tatsächlich vorhandene Kapazität systematisch zu erfassen. Eine Zuständigkeit für die Erhebung von Bedarf und Kapazitäten ist derzeit noch nicht entschieden, sodass diese beiden Parameter in keinem überprüfbar Verhältnis zueinander stehen. Der in den letzten Jahren

viel diskutierte „Hebammenmangel“ (Blum und Löffert 2021) kann vor diesem Hintergrund nur eingeschränkt empirisch eingeordnet werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Für einen relevanten Versorgungsbereich kann der normative Anspruch einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen Versorgung weder überprüft noch systematisch umgesetzt werden. Eine Sicherstellung der Versorgung ist unter diesen Bedingungen nicht überprüfbar.

## **Versorgungsplanung spezifisch denken**

Eine Versorgungsplanung setzt voraus, dass Versorgungskapazitäten bestimmbar sind. Für die ambulante Versorgung mit Hebammenhilfe ist dies nur eingeschränkt möglich. Auf diese strukturelle Konstellation wurde bereits im Jahr 2019 hingewiesen: In einer Analyse zur Übertragbarkeit bestehender Planungsansätze auf die Hebammenversorgung wurde gezeigt, dass zentrale Voraussetzungen klassischer Versorgungsplanung – insbesondere eine verlässliche Bestimmung von Kapazitäten – im deutschen System der Hebammenversorgung nicht gegeben sind (Raddatz et al. 2019). Im Folgenden werden strukturelle Besonderheiten des Versorgungsbereichs dargestellt, die eine klassische Versorgungsplanung erschweren.

Zunächst ist bereits die Größe der vorhandenen Kapazität schwer bestimmbar: In Deutschland existiert – im Unterschied zu den meisten anderen europäischen Ländern – kein Berufsregister für Hebammen. Weder die genaue Anzahl an Studienabsolventinnen noch die Anzahl der in der Versorgung tätigen Hebammen wird zentral erfasst. Zwar werden von verschiedenen Stellen Daten zur Berufstätigkeit erhoben, dies erfolgt jedoch jeweils zu spezifischen administrativen Zwecken. Zum Beispiel sind Hebammen verpflichtet, ihre Tätigkeit bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu melden. In den meisten Bundesländern ist dies das örtliche Gesundheitsamt, in Nordrhein-Westfalen zum Beispiel sind es die Bezirksregierungen. Diese Meldung erfolgt mit bundeslandspezifischen Zusatzangaben zur beruflichen Tätigkeit und dient primär der Berufsaufsicht. Einige

Bundesländer sind jedoch in jüngster Zeit dazu übergegangen, diese Daten zusätzlich zur Beschreibung der Versorgungssituation zu nutzen, und haben die Inhalte der Meldung entsprechend erweitert. Ein Beispiel dafür ist Nordrhein-Westfalen (Ministerium des Inneren des Landes Nordrhein-Westfalen 2017).

Eine weitere Datenerfassung ergibt sich aus dem Hebammenhilfevertrag nach § 134a SGB V. Freiberufliche Hebammen, die Leistungen innerhalb des GKV-Systems erbringen, treten diesem Vertrag bei und werden in einer Vertragspartnerliste geführt. In diesem Zusammenhang werden Angaben zur Art der angebotenen Leistungen gemacht, da sich der Versicherungsschutz der Berufshaftpflichtversicherung an der Art der ausgeübten Tätigkeit orientiert. Zugleich soll die Vertragspartnerliste die Versicherten darüber informieren, welche Leistungen jede Hebamme anbietet. Angaben zum tatsächlichen Umfang der beruflichen Tätigkeit werden jedoch nicht erfasst.

Auch die Mitgliedschaft in einem Berufsverband erlaubt keine Rückschlüsse auf die Größe der Versorgungskapazität. Zum einen ist eine Mitgliedschaft nicht verpflichtend, zum anderen sind in den Berufsverbänden neben Hebammen in der Versorgung auch Personen organisiert, die in Forschung oder Lehre arbeiten oder derzeit nicht berufstätig sind. Die Mitgliederzahlen können daher nicht mit der Anzahl tatsächlich in der Versorgung tätiger Hebammen gleichgesetzt werden. Damit wird deutlich, dass bereits die Größe der vorhandenen Kapazität in Personen nicht eindeutig bestimmbar ist.

Hinzu kommt, dass selbst die bekannte Anzahl in der Versorgung tätiger Hebammen keinen verlässlichen Rückschluss auf die Deckung einzelner Leistungen zulässt. Hebammen können mit ihrer Berufszulassung frei über ihre Beschäftigungsform entscheiden – sie können angestellt oder freiberuflich tätig sein oder beide Formen kombinieren. Die Wahl der Beschäftigungsform steht dabei häufig im Zusammenhang mit dem präferierten Tätigkeitsspektrum. Auch dies ist frei wählbar, genauso wie der Tätigkeitsumfang und der Tätigkeitsort. Darüber hinaus kann die Ausgestaltung der Tätigkeit im Verlauf der Berufstätigkeit flexibel

verändert werden. Hierdurch kann sich die tatsächlich angebotene Versorgungsstruktur regional erheblich unterscheiden. Eine als ausreichend erachtete Anzahl tätiger Hebammen bedeutet daher nicht zwangsläufig, dass alle Leistungen der Hebammenhilfe in einer Region tatsächlich verfügbar sind.

Erschwerend kommt hinzu, dass Versorgungskapazitäten interdisziplinär gedacht werden müssen, denn zwischen Hebammen und Gynäkologinnen oder Gynäkologen bestehen enge Zusammenhänge, insbesondere in der Betreuung von Schwangeren und bei Überschneidungen in den Zuständigkeitsbereichen.

Unter diesen Bedingungen lassen sich klassische Modelle der Versorgungsplanung, wie sie etwa in der ambulanten ärztlichen Bedarfsplanung (Gemeinsamer Bundesausschuss 2025) oder in Planungsmodellen für Hebammen im Ausland (Ball und Washbrook 2014) Anwendung finden, nicht ohne Weiteres übertragen. Zentrale Voraussetzungen einer solchen Planung, insbesondere eine verlässliche Bestimmung von Versorgungsbedarf und tatsächlich verfügbarer Kapazität, waren im deutschen System der Hebammenversorgung bis heute nicht gegeben.

## **Innovative Bedarfsbemessung unter Systembedingungen**

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie die Versorgungsplanung für ambulante Hebammenleistungen unter den gegebenen Systembedingungen dennoch möglich sein kann. Einen ersten Ansatz hierfür liefert das im Jahr 2025 vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen veröffentlichte Gutachten zur Bedarfsbemessung der ambulanten Versorgung mit Hebammenhilfe, das sich auf die vor- und nachgeburtliche ambulante Versorgung bezieht (Raddatz und Sayn-Wittgenstein 2025).

Zentraler Ausgangspunkt der Bedarfsbemessung in diesem Gutachten ist die erstmalige Quantifizierung des Bedarfs an ambulanter Hebammenversorgung. Eine solche Quantifizierung setzt voraus, den Bedarf zunächst in Arbeitsstunden pro Versorgungsfall zu übersetzen. Erst wenn definiert ist, welcher zeitliche Aufwand

durchschnittlich für die Betreuung einer Frau während Schwangerschaft und Wochenbett anzusetzen ist, lässt sich daraus ableiten, wie viele Versorgungsfälle ein Hebammen-Vollzeitäquivalent pro Jahr übernehmen kann. Auf dieser Grundlage kann der Gesamtbedarf an Versorgungskapazität in einer Region anhand der Geburtenzahlen bestimmt werden (Raddatz und Sayn-Wittgenstein 2025).

Die Bestimmung des zeitlichen Aufwands pro Versorgungsfall ist dabei nicht trivial. Umfang und Intensität der Hebammenbetreuung können je nach Versorgungsphase, regionaler Versorgungsstruktur und individueller Bedarfslage erheblich variieren. Welcher zeitliche Versorgungsumfang pro Fall anzusetzen ist, hängt somit davon ab, welches Verständnis von Bedarf der Bedarfsbemessung zugrunde gelegt wird.

Das Gutachten greift zwei Konzeptionen von Bedarf auf, die sich in ihren Annahmen grundlegend voneinander unterscheiden: einerseits die Orientierung an der Inanspruchnahme, was einem klassischen, an der beobachteten Nutzung orientierten Verständnis des Bedarfs entspricht (Flessa und Greiner 2013), und andererseits die Orientierung an Gesundheits- und Versorgungszielen (Schliwen 2015), was einer innovativen, normativ ausgerichteten Sichtweise entspricht. In beiden Perspektiven muss der Versorgungsbedarf zunächst in Arbeitsstunden pro Fall übersetzt werden. Diese Übersetzung ist in beiden Fällen mit methodischen Herausforderungen verbunden. Daten zur Inanspruchnahme von Hebammenleistungen liegen nur teilweise in Form des Merkmals der Arbeitszeit vor, häufiger als Anzahl von Kontakten oder Leistungen (Sander et al. 2018; Bauer et al. 2020). Auch hier bedarf es daher einer Umrechnung in den zeitlichen Versorgungsaufwand.

Besonders anspruchsvoll ist diese Übersetzung jedoch in dem Ansatz, der sich an Gesundheits- und Versorgungszielen orientiert. Gesundheits- und Versorgungsziele der Betreuung rund um die Geburt sind überwiegend qualitativ formuliert (Renfrew et al. 2014; WHO 2016; Bundesministerium für Gesundheit 2017). Für ihre Überführung in Arbeitszeit sind daher begründete Annahmen erforderlich. Diese stützen sich auf eine breite Datenbasis aus nationaler und internationaler

empirischer Literatur sowie auf gesundheits- und versorgungspolitische Zielsetzungen, etwa auf der Basis des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ sowie aus einschlägigen Dokumenten der WHO (Raddatz und Sayn-Wittgenstein 2025). Die daraus abgeleiteten Zeitannahmen sind zwar empirisch und theoretisch begründet, stellen jedoch modellhafte Annahmen dar. Auf der Grundlage der so abgeleiteten Zeitwerte lässt sich bestimmen, welche Versorgungskapazitäten rechnerisch erforderlich sind, um den ermittelten Versorgungsbedarf zu decken (Raddatz und Sayn-Wittgenstein 2025).

Ausgehend von der Annahme eines definierten Arbeitsumfangs eines Hebammen-Vollzeitäquivalents lässt sich bestimmen, wie viele Versorgungsfälle pro Jahr von einer Hebamme übernommen werden können. Daraus lassen sich Verhältniszahlen ableiten, die das rechnerische Verhältnis zwischen der Zahl der zu versorgenden Frauen und der hierfür erforderlichen Hebammenkapazität beschreiben. Diese Kennzahlen bilden die Grundlage für die Bestimmung von Versorgungsgraden und ermöglichen damit erstmals einen systematischen Soll-Ist-Abgleich zwischen rechnerischem Bedarf und tatsächlich vorhandener Versorgungskapazität (Raddatz und Sayn-Wittgenstein 2025).

Damit diese Kennzahlen empirisch angewendet werden können, mussten sie an die vorhandenen administrativen Datenstrukturen der Hebammenversorgung anschließen. Eine zentrale Rahmenbedingung bestand darin, dass die im Gutachten entwickelten Kennzahlen mit den Daten der Tätigkeitsanzeige nach § 8 Berufsordnung für Hebammen (HebBO NRW) abgeglichen werden können. Die Konstruktion der Verhältniszahlen orientierte sich daher an den dort erfassten Leistungsbereichen. Erst durch diese Anpassung an die bestehende Systemlogik wird ein empirischer Soll-Ist-Abgleich zwischen rechnerischem Versorgungsbedarf und tatsächlich erbrachten Leistungen ermöglicht (Raddatz und Sayn-Wittgenstein 2025).

## Was die entwickelte Bedarfsbemessung möglich macht

Mit den im Gutachten entwickelten Kennzahlen wird erstmals eine systematische Einschätzung des Versorgungsgrades der ambulanten Hebammenhilfe möglich. Durch den Abgleich zwischen dem rechnerischen Bedarf und der real vor Ort vorhandenen Versorgungskapazität kann der Versorgungsgrad auf der Ebene von Kreisen und kreisfreien Städten bestimmt werden. Damit steht ein Instrument zur Verfügung, das eine strukturierte Einordnung der Versorgungssituation mit ambulanter Hebammenhilfe erlaubt.

Die in dem Gutachten ausgewiesenen Gesamtverhältniszahlen verdeutlichen dabei die Spannweite der Bedarfsannahmen: Sie liegen im inanspruchnahmeorientierten Szenario bei 1:68 bis 1:78 (eine Hebamme versorgt 68 bis 78 Schwangere/Wöchnerinnen pro Jahr), während sie sich im zielorientierten Szenario bei 1:36 bis 1:42 bewegen (Raddatz und Sayn-Wittgenstein 2025).

Das Instrument eröffnet zunächst ein erhebliches Potenzial für die Nutzung auf lokaler Ebene. Über die Kenntnis des Versorgungsgrades entsteht eine Wissensgrundlage, die eine gezielte Auseinandersetzung mit der Versorgung vor Ort ermöglicht. Zum Beispiel könnte überprüft werden, inwiefern der auf Kreisebene festgestellte Versorgungsgrad tatsächlich die Versorgung über das gesamte Kreisgebiet widerspiegelt und ob gegebenenfalls eine räumliche Verteilungssteuerung durch die Berufsgruppe notwendig erscheint. Da im Hinblick auf die Passung mit der Tätigkeitsanzeige zusätzlich zu einer Gesamtverhältniszahl auch Kennzahlen für Leistungsgruppen entwickelt worden sind, lässt sich zudem lokal überprüfen, ob alle Hebammenleistungen in ausreichendem Umfang angeboten werden, oder ob Schwerpunkte entstanden sind, die durch Steuerung ausgeglichen werden müssten. Hinzu kommt, dass lokale Zusammenschlüsse, die sich mit der Versorgung rund um die Geburt befassen, über diese neue zusätzliche Datengrundlage auch die interdisziplinäre Versorgung vor Ort gezielter diskutieren können. Das Potenzial auf lokaler Ebene geht also bereits über die reine Möglichkeit der Versorgungsbewertung hinaus hin zu Möglichkeiten für eine gezielte Steuerung.

Darüber hinaus eröffnet der Ansatz neue Möglichkeiten für die Analyse von Versorgung auf Landesebene. Die Versorgungsgrade einzelner Regionen werden vergleichbar, wodurch Unterschiede in der räumlichen Verteilung von Hebammenversorgung sichtbar werden. Dies ermöglicht weitergehende Analysen darüber, welche strukturellen Faktoren zu regionalen Unterschieden beitragen. So können zum Beispiel Unterschiede in der regionalen – auch interdisziplinären – Versorgungsorganisation oder in der Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen für Hebammen, die zusätzlich in der Geburtshilfe tätig sein möchten, systematisch in den Blick genommen werden. Auf dieser Grundlage lassen sich Hypothesen zur Entstehung regionaler Versorgungsunterschiede entwickeln und gezielt weiter untersuchen. Zugleich kann der ermittelte Versorgungsgrad in Beziehung zu weiteren versorgungsrelevanten Parametern gesetzt werden, etwa zur Anzahl von Studienplätzen beziehungsweise zur Anzahl von Absolventinnen der Hebammenwissenschaft. Da eine solche Relation noch nicht bestimmt werden konnte, liegt das Potenzial zunächst darin, diese Zusammenhänge überhaupt sichtbar zu machen und erstmals eine Grundlage für ihre Beobachtung über die Zeit hinweg schaffen zu können. Auch eine vergleichende Betrachtung der Versorgungssituation zwischen den einzelnen Bundesländern wird auf dieser Grundlage möglich. Dadurch lässt sich die Gleichmäßigkeit der Versorgung auch über Ländergrenzen hinweg in den Blick nehmen.

Das skizzierte Potenzial des ersten Bedarfsbemessungsansatzes für die ambulante Hebammenversorgung ist jedoch an bestimmte Voraussetzungen gebunden. Die Grundlage zur Bestimmung des Versorgungsgrades sind die Tätigkeitsmeldungen der freiberuflich tätigen Hebammen an die landesspezifische Aufsichtsbehörde. Die Aussagekraft der Kennzahlen hängt wesentlich davon ab, in welchem Umfang diese Meldungen ein realistisches Bild der beruflichen Tätigkeit abgeben. Die Erfassung der eigenen beruflichen Arbeitszeit ist mit Unsicherheiten verbunden, etwa wenn es darum geht, die durchschnittliche Wochenarbeitszeit über ein gesamtes Jahr hinweg zu bestimmen oder den zeitlichen Anteil verschiedener Leistungsbereiche einzuschätzen. Verlässliche Aussagen zum Versorgungsgrad setzen daher voraus, dass diese Angaben die tatsächliche Versorgungsrealität

möglichst gut widerspiegeln. Neben der Datenqualität ist für die Einordnung der Kennzahlen auch der jeweilige regionale Versorgungskontext von Bedeutung. Die Kennzahlen bilden eine wichtige Grundlage für die Einordnung regionaler Versorgungssituationen, deren Passung im Rahmen einer Anwendung weiter überprüft und präzisiert werden muss. Das kann zum Beispiel über eine begleitende Evaluation der ersten Anwendungen der Kennzahlen erfolgen, in die lokale Akteurinnen und Akteure der Versorgung sowie die Nutzerinnenperspektive einbezogen werden. Zugleich ist auch das erwähnte lokale Steuerungspotenzial an Bedingungen geknüpft. Momentan existieren auf lokaler beziehungsweise regionaler Ebene freiwillige intra- und/oder interdisziplinäre Zusammenschlüsse, die die geburtshilfliche Versorgung vor Ort (mit)gestalten, ohne dass hierfür verpflichtende, systematische Konzepte bestehen. Während es für die inhaltliche Ausgestaltung der geburtshilflichen Versorgung vorteilhaft sein kann, auf Freiwilligkeit und intrinsische Motivation der lokal Agierenden zu setzen, ist dies im Hinblick auf Aktivitäten zur Sicherstellung der Versorgung kritisch zu betrachten.

Über die instrumentelle Wirkung hinaus eröffnet der Bedarfsbemessungsansatz eine zweite konzeptionell weitreichende Perspektive. Während Bedarfsbemessung oftmals aus der bisherigen Inanspruchnahme von Leistungen abgeleitet wird, ermöglicht der hier entwickelte Ansatz auch eine Orientierung an Gesundheits- und Versorgungszielen. Bedarf wird damit nicht ausschließlich als Fortschreibung bestehender Nutzung verstanden, sondern als Ausdruck der Frage danach, welche Versorgung aus gesundheitswissenschaftlicher und versorgungspolitischer Perspektive angestrebt wird. Eine solche Perspektive eröffnet die Möglichkeit, Strukturen aufzubrechen, die den Status quo – und damit eine möglicherweise bereits bestehende quantitative Fehlversorgung – zementieren. Eine tatsächliche Änderung der Versorgungslage kann damit ermöglicht werden. Insbesondere wird so deutlich, dass Versorgungskapazitäten für die gesamte Zielpopulation vorzuhalten sind. Damit verschiebt sich der Blick von einer reaktiven hin zu einer gestaltenden Versorgungslogik. Versorgungsplanung kann sich an definierten Zielen orientieren und darauf ausgerichtet werden, dass für alle Frauen erforderliche Leistungen verfügbar sind, unabhängig davon, ob diese Leistungen unter

den aktuellen Bedingungen tatsächlich in Anspruch genommen werden. Auf diese Weise wird es möglich, potenziell bestehende Versorgungsdefizite nicht nur zu beschreiben, sondern gezielt zu adressieren.

Das Potenzial eines zielorientierten Bedarfsbemessungsansatzes kann sich jedoch nur entfalten, wenn ein entsprechender gesundheitspolitischer Rahmen für Versorgungsplanung und -steuerung besteht.

## **Die eigentliche Erkenntnis: Grenzen der Bedarfsbemessung**

Mit dem vorliegenden Ansatz zur Bedarfsbemessung ist es erstmals möglich, den Versorgungsgrad der ambulanten Hebammenhilfe systematisch zu bestimmen und damit zu überprüfen, inwieweit die im SGB V formulierte Forderung nach einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen Versorgung erfüllt wird. Zugleich zeigt sich, dass diese Forderungen auch unter Nutzung dieses Instruments nicht verlässlich eingelöst werden können. Diese Grenze liegt nicht in erster Linie in der Methodik der Bedarfsbemessung, sondern in den fehlenden institutionellen Voraussetzungen für eine verbindliche Versorgungsplanung und -steuerung. Ein entsprechender Rahmen ist im Bereich der ambulanten Hebammenversorgung noch nicht etabliert worden. Zu diesem Rahmen gehören im Wesentlichen zwei Elemente: zum einen die für die Berufsgruppe der Hebammen verbindliche institutionalisierte Versorgungsplanung, mit einer Instanz, in der die relevanten Aktivitäten verantwortet werden, zum anderen eine Weiterentwicklung der Ausgestaltung der Berufsausübung.

Das Fehlen dieser Elemente begrenzt jeden Bedarfsbemessungsansatz in seiner Steuerungswirkung. Bedarfsbemessung kann ohne Institutionalisierung lediglich auf retrospektive Beobachtung beschränkt bleiben, sie kann Orientierung bieten und Vergleichbarkeit zwischen Regionen herstellen. Ein Monitoring allein reicht jedoch nicht aus, um die bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung der Bevölkerung tatsächlich sicherzustellen. Nach der Diagnose muss die Steuerung erfolgen – andernfalls bleibt die normative Forderung unerfüllt.

Auch unabhängig von der Frage der institutionellen Einbettung besteht weiterhin Entwicklungsbedarf hinsichtlich der Methodik der Bedarfsbemessung. Dies betrifft insbesondere einen notwendig erscheinenden Diskurs zum Verständnis von Versorgungsbedarf in der ambulanten Hebammenhilfe. Zudem bedarf es einer Weiterentwicklung der Datengrundlagen – etwa im Hinblick auf die Tätigkeitsmeldungen freiberuflich tätiger Hebammen – sowie der darauf aufbauenden Konstruktion und empirischen Überprüfung geeigneter Kennzahlen. Diese methodischen Weiterentwicklungen können jedoch erst im Zusammenspiel mit einer institutionell verankerten Versorgungsplanung ihre volle Wirkung entfalten und für die Versorgungssteuerung nutzbar gemacht werden.

## **Anschlussfragen und Perspektiven**

Die kritische Betrachtung von Potenzial und Grenzen des ersten Ansatzes zur Bedarfsbemessung der ambulanten Versorgung mit Hebammenhilfe führt zu einer Reihe von Anschlussfragen. Diese richten sich an Politik, Wissenschaft und Berufspraxis der Hebammen, da sie sowohl Fragen der gesundheitspolitischen Rahmensetzung als auch der konzeptionellen Weiterentwicklung und der konkreten Ausgestaltung von Versorgung betreffen.

Im Zentrum derartiger Anschlussfragen steht zunächst die Klärung dessen, was genau eine Versorgungsplanung in diesem Bereich überhaupt zu einer angemessenen Versorgungsplanung macht. Diese Frage stellt sich aus unterschiedlichen Perspektiven und verweist auf verschiedene Ebenen der Ausgestaltung von Versorgungsplanung. Auf politischer Ebene geht es zunächst darum, in welcher Form eine Versorgungsplanung verbindlich organisiert werden soll. Damit verbunden ist die Frage, welche institutionellen Strukturen und Zuständigkeiten erforderlich sind, um eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung nicht nur zu formulieren, sondern auch tatsächlich abzusichern.

Aus wissenschaftlicher Perspektive rückt demgegenüber in den Vordergrund, dass ein Diskurs darüber erforderlich ist, wie Bedarf in diesem Versorgungsbereich

angemessen gefasst werden kann. Darauf aufbauend stellt sich die Frage, wie die im Gutachten entwickelten Ansätze weiterentwickelt und empirisch überprüft werden können.

Schließlich stellt sich auch mit Blick auf die Versorgungspraxis die Frage, wie Versorgungsplanung unter den Bedingungen konkreter Leistungserbringung umgesetzt werden kann und in ihrer Passung zur Versorgungssituation vor Ort rückgekoppelt wird. Sie ist darauf angewiesen, an bestehende Versorgungsrealitäten anschlussfähig zu sein und Rückmeldungen aus der Praxis systematisch zu berücksichtigen. Gleichzeitig stellt sich die Herausforderung, eine Balance zwischen den bestehenden Versorgungsrealitäten und den aus gesundheits- und hebammenwissenschaftlicher Perspektive formulierten Zielen zu finden.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, inwiefern Versorgungsplanung in diesem Bereich überhaupt isoliert gedacht werden kann. In der gesundheitlichen Versorgung bestehen sektorale und professionsbezogene Abgrenzungen, die als Ausdruck eines Silodenkens verstanden werden können. Diese Strukturen erschweren eine integrierte Betrachtung der Versorgung, obwohl gerade im Bereich rund um die Schwangerschaft und die Geburt vielfältige Überschneidungen zwischen Versorgungssektoren und unterschiedlichen Berufsgruppen bestehen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob und in welcher Form Versorgungsplanung stärker sektorenübergreifend und interdisziplinär ausgerichtet werden sollte, um den tatsächlichen Versorgungsanforderungen gerecht zu werden.

Mit dem im vergangenen Jahr veröffentlichten Ansatz zur Bedarfsbemessung wird erstmals eine systematische Einschätzung des Versorgungsgrades in der ambulanten Hebammenversorgung möglich. Mit der in diesem Beitrag vorgenommenen Einordnung werden zugleich Potenziale und Grenzen dieses Ansatzes sichtbar gemacht. Ob und in welcher Form Versorgungsplanung auf dieser Grundlage tatsächlich umgesetzt wird, hängt davon ab, wie die aufgezeigten Anschlussfragen aufgegriffen und in konkrete Entscheidungen überführt werden.

## Literatur

- Ayerle, G. M. und Mattern, E. (2018). Erwartungen von Frauen an eine Hebamme. In: Hebamme 31, (01). S. 30–36.
- Ball, J. A. und Washbrook, M. (2014). Birthrate Plus: What it is and why you should be using it. Online unter [www.rcm.org.uk/wp-content/uploads/2025/02/birthrate-plus-what-it-is-and-why-you-should-be-using-it.pdf](http://www.rcm.org.uk/wp-content/uploads/2025/02/birthrate-plus-what-it-is-and-why-you-should-be-using-it.pdf) (Download am 21. März 2026).
- Bauer, N. H., Villmar, A., Peters, M. und Schäfers, R. (2020). HebAB.NRW – Forschungsprojekt Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen. Abschlussbericht der Teilprojekte Mütterbefragung und Hebammenbefragung. Hochschule für Gesundheit Bochum. Online unter [https://gesundheitscampus.hochschule-bochum.de/fileadmin/user\\_upload/Forschung/HebAB.NRW\\_Abschlussbericht\\_2020\\_08\\_31.pdf](https://gesundheitscampus.hochschule-bochum.de/fileadmin/user_upload/Forschung/HebAB.NRW_Abschlussbericht_2020_08_31.pdf) (Download am 21. März 2026).
- Blum, K. und Löffert, S. (2021). Gibt es einen Hebammenmangel in Deutschland? In: Public Health Forum 29, (2). S. 163–165.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2017). Nationales Gesundheitsziel. Gesundheit rund um die Geburt. Online unter [www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/nationales-gesundheitsziel-gesundheit-rund-um-die-geburt](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/nationales-gesundheitsziel-gesundheit-rund-um-die-geburt) (Download am 21. März 2026).
- Flessa, S. und Greiner, W. (2013). Grundlagen der Gesundheitsökonomie. Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken im Gesundheitswesen. 3. überarbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2025). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. Zuletzt geändert am 18. Juni 2025. Online unter [www.g-ba.de/downloads/62-492-3925/BPL-RL\\_2025-06-18\\_iK-2025-07-01.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-3925/BPL-RL_2025-06-18_iK-2025-07-01.pdf) (Download am 21. März 2026).
- Ministerium des Inneren des Landes Nordrhein-Westfalen (2017). Berufsordnung für Hebammen (HebBO NRW). Anlage 3 zu Meldepflichten: Tätigkeitsanzeige. Online unter [https://recht.nrw.de/system/files/BA/37064-45030-sgv\\_2124\\_20170606\\_1\\_anlage3.pdf](https://recht.nrw.de/system/files/BA/37064-45030-sgv_2124_20170606_1_anlage3.pdf) (Download am 21. März 2026).

- Niemeyer, A. und Schwarz, C. (2021). Der Beitrag von Hebammen zur perinatalen Gesundheit. In: *Public Health Forum* 29, (2). S. 93–96. DOI: 10.1515/pubhef-2021-0005 (Download am 21. März 2026).
- Raddatz, M., Hellmers, C., Sayn-Wittgenstein, F. zu und Stelzig, S. (2019). Midwifery in Germany – The necessity of developing a workforce and service planning approach. In: *European Journal of Public Health* 29 (Supplement 4). S. 538–539. DOI: 10.1093/eurpub/ckz186.419 (Download am 21. März 2026).
- Raddatz, M. und Sayn-Wittgenstein, F. zu (2025). Bedarfsbemessung der ambulanten Versorgung mit Hebammenhilfe. Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg). Düsseldorf. Online unter [www.mags.nrw/system/files/media/document/file/gutachten\\_bedarfsbemessung\\_hebammenhilfe\\_version\\_maerz\\_2025\\_27.3.25.pdf](http://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/gutachten_bedarfsbemessung_hebammenhilfe_version_maerz_2025_27.3.25.pdf) (Download am 21. März 2026).
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F. et al. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. In: *Lancet* 384, (9948). S. 1129–1145. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60789-3 (Download am 21. März 2026).
- Sander, M., Albrecht, M., Loos, S. und Stengel, V. (2018). Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern. Studie für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. Berlin. Online unter [www.iges.com/sites/igesgruppe/iges/content/e2622/e2634/e9495/e9637/e9638/e9640/attr\\_objs9643/IGES\\_HebammenversorgungimFreistaatBayern\\_Langfassung\\_072018\\_ger.pdf](http://www.iges.com/sites/igesgruppe/iges/content/e2622/e2634/e9495/e9637/e9638/e9640/attr_objs9643/IGES_HebammenversorgungimFreistaatBayern_Langfassung_072018_ger.pdf) (Download am 21. März 2026).
- Schliwen, A. (2015). Versorgungsbedarf, Angebot und Inanspruchnahme ambulanter hausärztlicher Leistungen im kleinräumigen regionalen Vergleich. Frankfurt am Main.
- ten Hoop-Bender, P., de Bernis, L., Campbell, J., Downe, S., Fauveau, V., Fogstad, H., Homer, C., Powell Kennedy, H., Matthews, Z., McFadden, A., Renfrew, M. und Van Lerberghe, W. (2014). Improvement of maternal and newborn health through midwifery. In: *Lancet* 384, (9949). S. 1226–1235. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60930-2 (Download am 21. März 2026).

World Health Organization (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva, Switzerland. Online unter [www.who.int/publications/i/item/9789241549912](http://www.who.int/publications/i/item/9789241549912) (Download am 21. März 2026).

World Health Organization, UNFPA, ICM (2021). The State of the World's Midwifery 2021. Online unter [www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/21-038-UNFPA-SoWMy2021-Report-ENv4302.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/21-038-UNFPA-SoWMy2021-Report-ENv4302.pdf) (Download am 21. März 2026).