

Projektbericht  
Research Report

Februar 2020

# Abschätzung der zukünftigen Nachfrage und des zukünftigen Angebots an Hebammenkapazität- eine Gap-Analyse

Monika Riedel  
Gerald Röhring  
Thomas Czypionka

Endbericht

**Studie im Auftrag des**  
Österreichischen Hebammengremiums (Landesgeschäftsstelle Wien)



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN  
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES  
Vienna



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN  
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES  
Vienna

---

**AutorInnen**

Monika Riedel, Gerald Röhrling, Thomas Czypionka

**Lektorat**

Sylvia Karl-Parzer

**Titel**

Abschätzung der zukünftigen Nachfrage und des zukünftigen Angebots an Hebammenkapazität  
– eine Gap-Analyse

**Kontakt**

Dr<sup>in</sup> Monika Riedel

T +43 1 59991-229

E [riedel@ihs.ac.at](mailto:riedel@ihs.ac.at)

**Institut für Höhere Studien – Institute for Advanced Studies (IHS)**

Josefstädter Straße 39, A-1080 Wien

T +43 1 59991-0

F +43 1 59991-555

[www.ihs.ac.at](http://www.ihs.ac.at)

ZVR: 066207973

*Die Publikation wurde sorgfältig erstellt und kontrolliert. Dennoch erfolgen alle Inhalte ohne Gewähr. Jegliche Haftung der Mitwirkenden oder des IHS aus dem Inhalt dieses Werkes ist ausgeschlossen.*

## Zusammenfassung

Im internationalen Vergleich ist die Versorgung mit Hebammen in Österreich derzeit niedriger als in den skandinavischen Ländern, aber auch niedriger als in Deutschland, wo der Hebammenmangel bereits medienwirksam diskutiert wird. Ausgehend von Bevölkerungsprognosen werden zukünftige Nachfrage und zukünftiges Angebot an Hebammenkapazität in Wien, Niederösterreich und dem nördlichen und mittleren Burgenland (Versorgungszone OST) geschätzt, wobei zwischen Vollzeitäquivalenten und Personen (Köpfen) unterschieden wird. Anhand administrativer Daten werden alle Geburtsorte bzw. -settings (Krankenhaus mit oder ohne nachfolgendem stationären Aufenthalt, Geburtsklinik, Hausgeburt) sowie Entbindungsarten (spontan, geplante und ungeplante Kaiserschnitte, andere) berücksichtigt. Daran und an die Dauer des Krankenhausaufenthalts anknüpfend wird die pro Geburt benötigte Arbeitszeit der Hebamme abgeleitet. Die Anzahl der zukünftigen BerufsanfängerInnen beruht auf den Ausbildungskapazitäten der beiden Ausbildungsstätten in der Versorgungszone OST, wobei hier die (innerösterreichische) Migration der AbsolventInnen eingerechnet wird. Die bestehende Anzahl von Hebammen sowie Informationen über das Berufsende stammen aus dem Hebammenregister. Projektionshorizont ist 2030.

Unter der Annahme von einer etwas abgeschwächten, aber weiter fortgesetzten Reduktion der tatsächlichen Arbeitszeit bei Krankenhausanstellung, werden im Jahr 2030 rund 40 Hebammenstellen unbesetzt bleiben. Sollte sich die Arbeitszeit in gleichbleibendem Ausmaß weiter verringern, beträgt die Versorgungslücke sogar 120 Stellen.

Somit zeigt sich, dass die in den vergangenen Jahren bereits ausgeweiteten Kapazitäten der Ausbildungsstätten für Hebammen aus heutiger Sicht nur dann für die Aufrechterhaltung des Versorgungsniveaus ausreichen werden, wenn sich die optimistischste Kombination aus Angebots- und Nachfrageszenarien einstellt. Selbst wenn die Kapazität der Wiener Ausbildungsstätte (FH Campus Wien) verdoppelt würde, ist ein Versorgungsniveau (wie in den deutschen Leitlinien empfohlen) innerhalb des Projektionszeitraums (2030) nicht erreichbar.

**Schlagwörter:** Vorausschätzung, Nachfrage an Hebammen, Hebammenkapazität, Versorgungslücke

## Abstract in English

**Method and Data:** Based on population forecasts, we project the future demand for midwives (head counts) across all settings of care in the Eastern part of Austria (Vienna, Lower Austria, northern and central Burgenland). Administrative data are used to take account of the place of birth (at home, midwife-led birth clinic, hospital with or without postpartum inpatient stay) and the type of delivery (spontaneously, cesarean section, others) in order to adjust for a midwife's required working time per birth. Future inflows into the profession are based on statistics from regional midwifery schools, adjusted for migration patterns. Stocks and outflows are based on professional registration data. The projection horizon is 2030.

**Results:** Assuming a moderate further decline of working hours over the next years, ending at 27 hours / week, a gap of more than 40 unfillable vacancies will result by 2030. Assuming a stronger fade out at 25 hours / week, a gap of 120 will open up by 2030.

**Conclusions:** In spite of increased capacities in midwifery schools, birth wards in the Eastern part of Austria are likely to face increasing difficulties in attracting a sufficient number of midwives in all but the most optimistic scenarios. Thus, increasing the ratio (of practicing midwives per 1000 births) to a level recommended by e.g. the German Association of Midwifery is out of reach, even if education capacities in Vienna duplicate.

**Keywords:** projection, demand for midwives, supply of midwives, gap analysis, stock-flow model, place of birth

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	6
2	Historische Entwicklung und Status quo der Nachfrage an Hebammenkapazität .....	7
2.1	Analyse der Geborenen (Statistik Austria) .....	7
2.2	Analyse der Entbindungen in Krankenanstalten (BMASGK) .....	18
2.3	Analyse ausgewählter medizinischer Leistungen in Krankenanstalten (BMASGK) .....	19
2.3.1	<i>Medizinische Leistung „JN020 Entbindung“</i> .....	20
2.3.2	<i>Medizinische Leistung „JN030 Entbindung mit Manualhilfe bei Beckenendlage“</i> .....	21
2.3.3	<i>Medizinische Leistung „JN040 Entbindung durch Sectio Caesarea“</i> .....	22
2.3.4	<i>Medizinische Leistung „JN050 Entbindung durch Vakuumextraktion, Zangenextraktion“</i> .....	23
3	Status quo des Angebots an Hebammenkapazität.....	24
3.1	Eintritt ins Berufsleben .....	24
3.1.1	<i>Ausbildung an Fachhochschulen (FH)</i> .....	24
3.1.2	<i>Ordentliche Abschlüsse</i> .....	26
3.2	(Berufsausübende) Hebammen .....	29
3.2.1	<i>Anstaltshebammen</i> .....	30
3.2.2	<i>Freipraktizierende Hebammen</i> .....	32
3.2.3	<i>Angestellte Hebammen mit freipraktizierender Tätigkeit</i> .....	34
3.2.4	<i>Berufseintritte und -abgänge von Hebammen</i> .....	35
3.2.5	<i>Zusammenschau des Angebots an Hebammenkapazität mit zumindest zeitweiser freipraktizierender Tätigkeit</i> .....	39
4	Gap-Analyse.....	44
4.1	Abschätzung der zukünftigen Nachfrage an Hebammenkapazität .....	44
4.2	Abschätzung des zukünftigen Angebots an Hebammenkapazität .....	55
4.2.1	<i>Outflow</i> .....	55
4.2.2	<i>Inflow</i> .....	56
4.3	Zusammenführung der zukünftigen Nachfrage und des zukünftigen Angebots an Hebammenkapazität (Gap-Analyse) .....	57
5	Verzeichnisse .....	61
5.1	Abbildungsverzeichnis.....	61
5.2	Tabellenverzeichnis.....	64
5.3	Literaturverzeichnis.....	65
6	Anhang.....	66
6.1	Geburtenprognosen.....	66

# 1 Einleitung

Der Fokus der Studien zu Nachfrage und Angebot bei Gesundheitsberufen liegt zumeist beim ärztlichen Beruf. Die Forschung muss sich jedoch auch anderer Berufsgruppen annehmen, die eine Schlüsselfunktion in der Versorgung der Bevölkerung haben. Nach Jahren erst abnehmender, dann stagnierender Geburtenraten konnte in der letzten Dekade wieder ein langsamer, aber stetiger Anstieg der absoluten Anzahl (2007: 76.250; 2017: 87.633) wie auch der Anzahl an Geburten je 1.000 Personen (2007: 9,1; 2017: 10,0) in Österreich verzeichnet werden. Eine ähnliche Entwicklung auf leicht höherem Niveau wird auch in Wien beobachtet (2007: 10,2; 2017: 11,0) (Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung). Gleichzeitig steigt das Durchschnittsalter der Erstgebärenden und damit der Anteil an altersbedingten Risikoschwangerschaften und -geburten, die erhöhte Kapazitäten erfordern. Während sich die Präferenzen der Patientinnen zum Teil ändern (hin zu weniger langen Krankenhausaufenthalten oder einer ambulanten Geburt), muss auch unter den Hebammen mit veränderten Präferenzen hinsichtlich der Ausübung des Berufs gerechnet werden.

Gegenwärtig liegen jedoch keine Berichte zur Hebammenversorgung in Österreich vor. Die vorliegende Studie liefert einen Überblick der bestehenden Datenlage auf Seiten der Hebammennachfrage – abgebildet anhand der Geborenen – und des Angebots an Hebammenkapazität für die Versorgungszone OST<sup>1</sup>. Ziel ist es, die zukünftige Nachfrage und das zukünftige Angebot an Hebammenkapazität abzuschätzen und beide einander gegenüberzustellen (Gap-Analyse). Mit Hilfe dieser Gap-Analyse können sowohl Nachfrage als auch Angebot an Hebammenkapazität in einem Modell abgebildet werden; zudem ist es möglich gleichzeitig unterschiedliche Sachverhalte und Entwicklungen – wie beispielsweise Entbindungsarten, Liegedauern, Hebammen-tätigkeiten oder Arbeitszeiten – zu berücksichtigen. Eine Modellierung unterschiedlicher Szenarien erfolgt auf Basis von Daten aus der jüngeren Vergangenheit oder bestehender Prognosen. Auch zunehmende Tätigkeiten von Hebammen (u. a. in Stillberatung ) werden implizit durch verstärkte Teilzeittätigkeit im Modell abgebildet. In Feldern ohne Dateninformation oder nur geringer Dateninformation (zum Teil im extramuralen Bereich) wird das Modell durch Annahmen gestützt.

---

<sup>1</sup> Österreich teilt sich gemäß Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) in vier Versorgungszonen. Zur Versorgungszone (VZ) OST zählen die Bundesländer Wien und Niederösterreich sowie das Nord- und Mittelburgenland.

## 2 Historische Entwicklung und Status quo der Nachfrage an Hebammenkapazität

### 2.1 Analyse der Geborenen (Statistik Austria)

Sämtliche Publikationen von Statistik Austria zu Geborenen zielen auf die Wohnbevölkerung Österreichs ab, beinhalten somit ausschließlich Geborene, deren Mutter den Hauptwohnsitz (HWS) im Inland besitzt. Geborene als Teil der natürlichen Bevölkerungsbewegung umfassen Lebend- und Totgeborene<sup>1</sup> und lassen sich hinsichtlich des Geburtsortes in zwei Gruppen aufteilen: (1) Im Inland Geborene, (2) Im Ausland Geborene. Letztere werden als „Auslandsgeburten“ bezeichnet und sind in den veröffentlichten Statistiken von Statistik Austria ab dem Jahr 2015 inkludiert. Da Auslandsgeburten für die Hebammenversorgung in Österreich keine Relevanz aufweisen, werden diese im Folgenden stets ausgeschlossen.

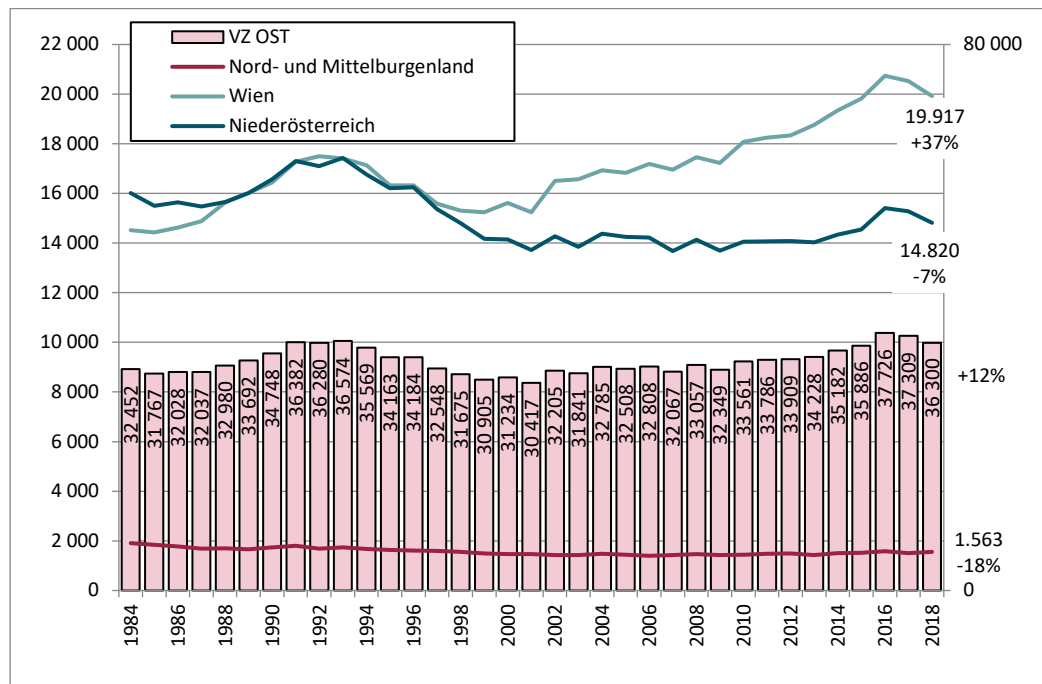
Die historische Entwicklung der im Inland Geborenen in der Versorgungszone (VZ) OST zeigt einen Anstieg seit den 1980er-Jahren um mehr als 10% (1984–2018: 12%), vgl. Abbildung 1. Auffallend ist die unterschiedliche Entwicklung der Geborenen seit Ende der 1990er-Jahre in den Bundesländern Wien und Niederösterreich. Während in Niederösterreich die Anzahl der Geborenen 1999–2013 nahezu konstant blieb, stieg diese in Wien im selben Zeitraum um rund 23%. Ab dem Jahr 2014 weisen beide Bundesländer wieder einen ähnlichen Verlauf auf: die Anzahl der Geborenen erreicht im Jahr 2016 ihr Maximum, ehe bis 2018 ein Absinken zu beobachten ist.

Die Anzahl der Totgeborenen in VZ OST variiert im Beobachtungszeitraum 1984–2018 in geringem Ausmaß und beträgt im langjährigen Durchschnitt rund 140 oder 0,4% der Geborenen (HWS der Mutter im Inland), vgl. Abbildung 2.

---

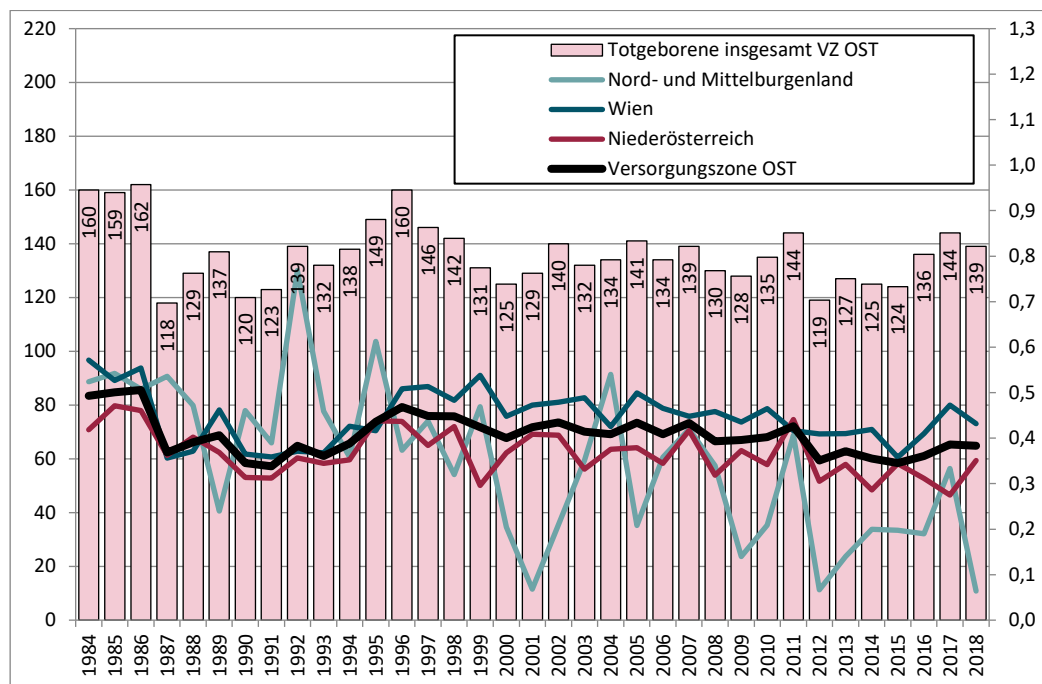
<sup>1</sup> Totgeburt: Fetal Tod mit einem Geburtsgewicht von 500 g und mehr (Statistik Austria, beruhend auf der WHO-Definition zu Fetal Tod sowie den WHO-Meldekriterien).

**Abbildung 1: Im Inland Geborene, mit HWS der Mutter im Inland, VZ OST, 1984–2018**



Quelle: Statistik Austria, IHS 2019.

**Abbildung 2: Im Inland Totgeborene, mit HWS der Mutter im Inland, VZ OST, absolut und in % der Geborenen, 1984–2018**

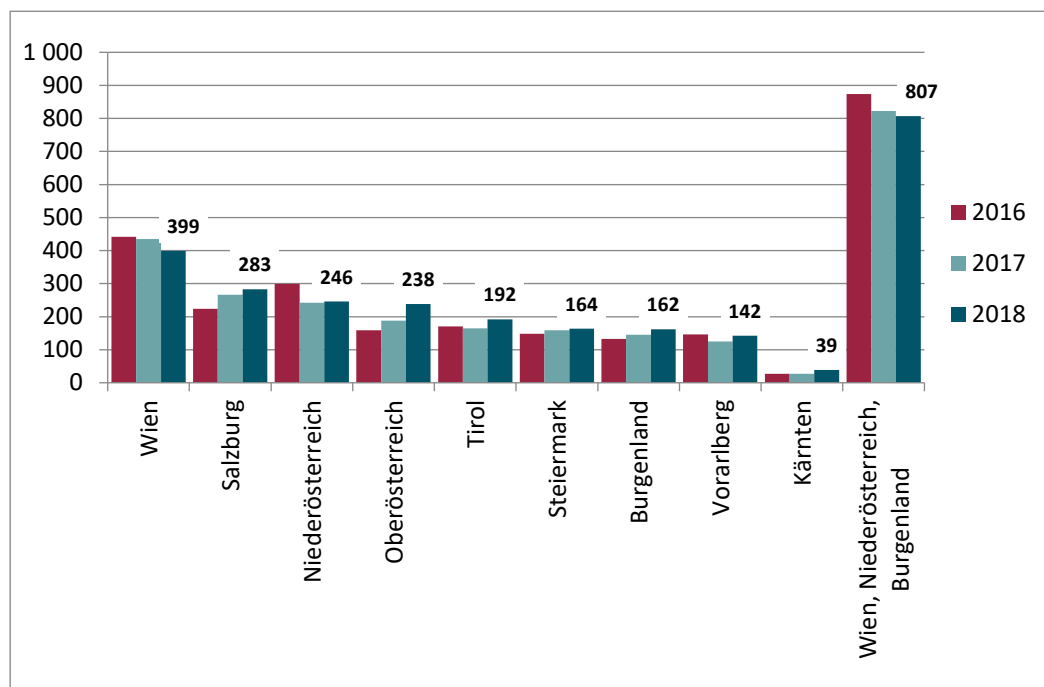


Quelle: Statistik Austria, IHS 2019.



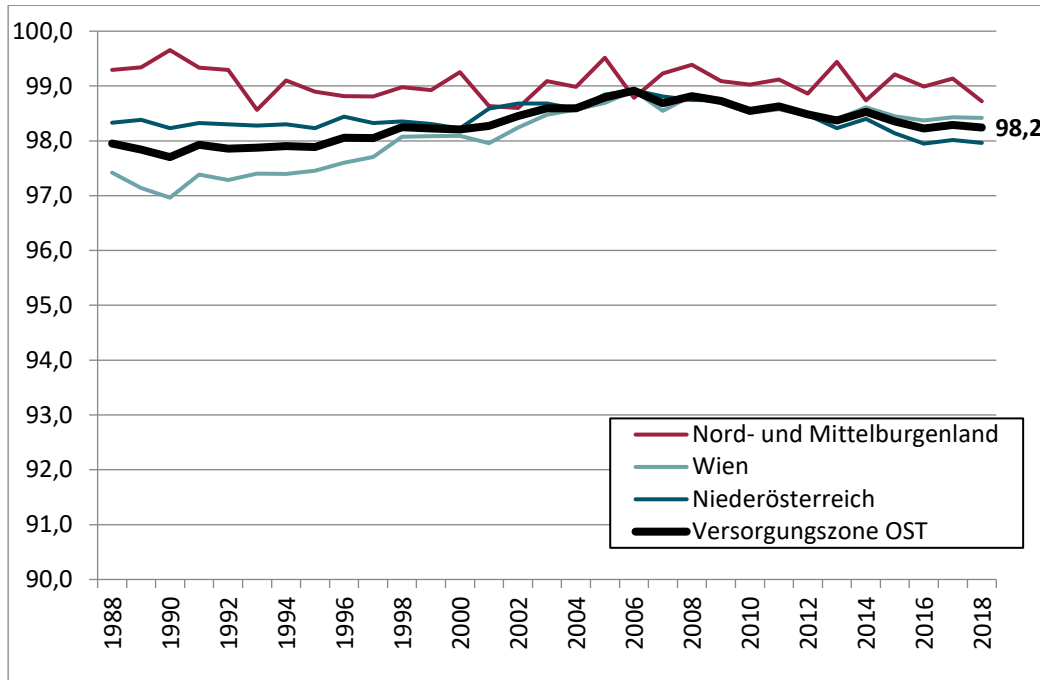
Im Inland Geborene mit HWS der Mutter im Ausland zählen nicht zur Wohnbevölkerung und werden seitens Statistik Austria erst seit dem Jahr 2016 als Rohdatenbestand erfasst. In Wien handelte es sich 2018 um rund 400 Geborene, vgl. Abbildung 3. Für Hebammen sind alle im Inland Geborene versorgungsrelevant, unabhängig vom HWS der Mutter, und werden daher in die Analyse eingeschlossen.

**Abbildung 3: Im Inland Geborene, mit Hauptwohnsitz der Mutter im Ausland, 2016–2018**



Anmerkung: Rohdatenbestand, ab 2016 verfügbar. Quelle: Statistik Austria, IHS 2019.

**Abbildung 4: Im Inland in Krankenanstalten Geborene, mit Hauptwohnsitz der Mutter im Inland, VZ OST, 1988–2018, in % aller Lebend- und Totgeborenen**



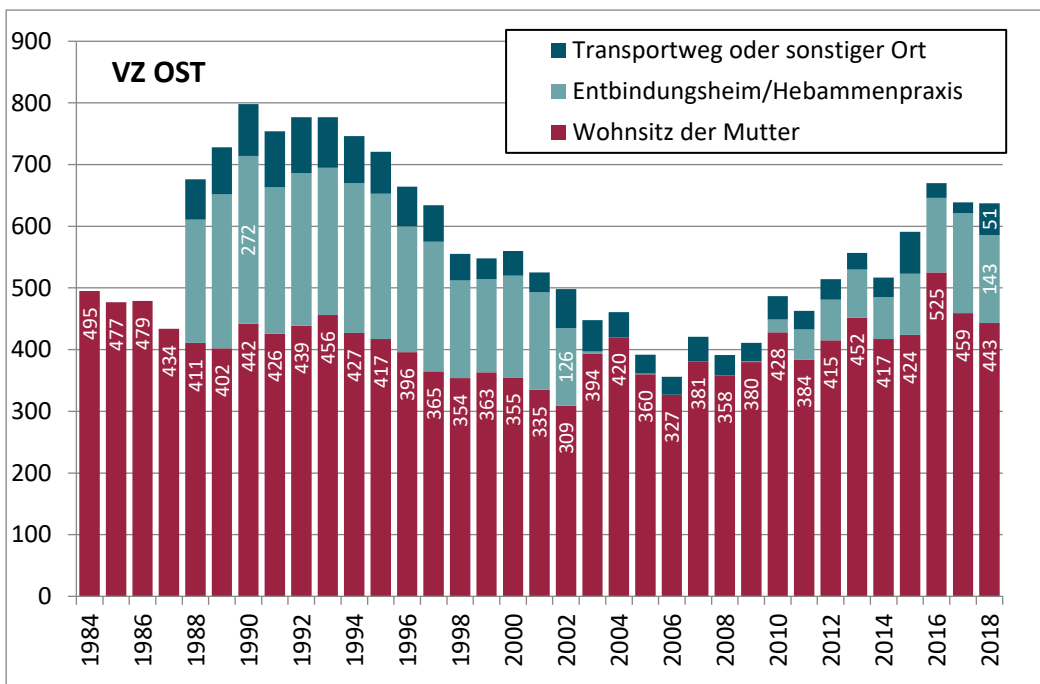
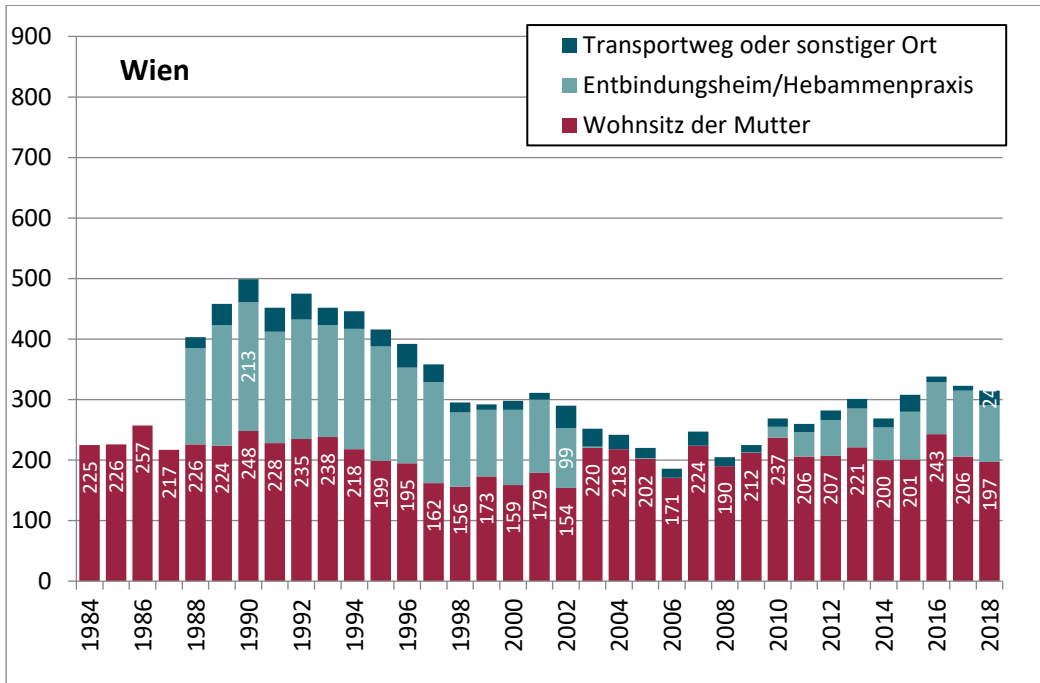
Anmerkung: Vor 1988 wurde nur zwischen Anstaltsgeburt (inkl. Entbindungsheimen von Hebammen geleitet) und Hausgeburt unterschieden. Ab dem Berichtsjahr 1988 zählen nur in Krankenanstalten Geborene als Anstaltsgeburten, nicht jedoch in von Hebammen geleiteten Heimen Geborene.

Quelle: Statistik Austria, IHS 2019.

Die Geburten der im Inland Geborenen finden in VZ OST in überwiegenderem Ausmaß in einer Krankenanstalt statt (rund 98%), vgl. Abbildung 4. Die restlichen rund 2% der Geborenen werden am Wohnsitz der Mutter, in einem Entbindungsheim / Hebammenpraxis, am Transportweg oder an einem sonstigen Ort geboren. Im Jahr 2010 wurde die Hietzinger Hebammenpraxis „Von Anfang an“ ins Leben gerufen, was sich zunehmend in den Daten widerspiegelt, vgl. Abbildung 5a und b.

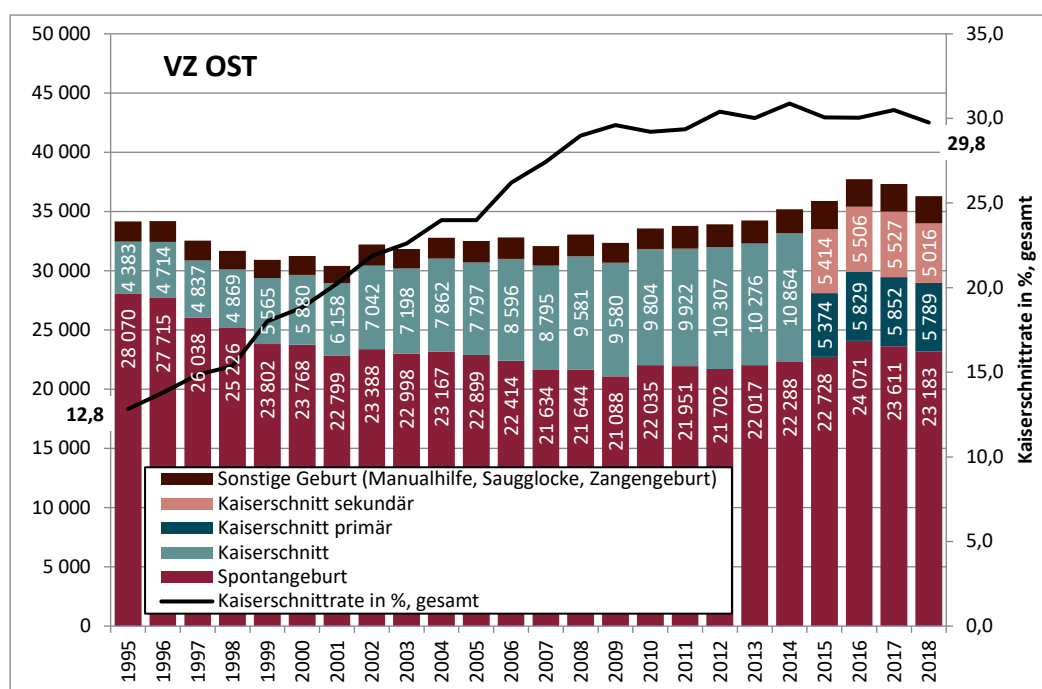
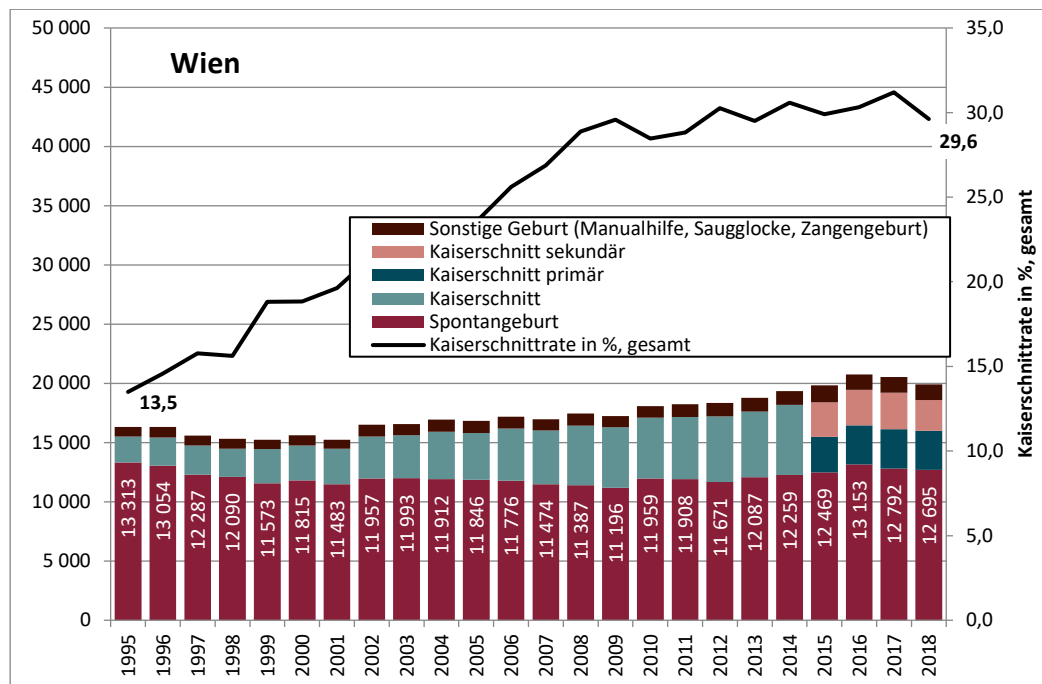
Etwa 64% aller im Inland Geborenen (HWS der Mutter im Inland) der VZ OST sind Spontangeburt, während rund 30% mittels Kaiserschnittes zur Welt gebracht werden. Durch einen primären Kaiserschnitt (= geplanter Kaiserschnitt vor Beginn der Geburt (vor Blasensprung oder Beginn der Wehen)) wurden 2018 in VZ OST 16% und durch einen sekundären Kaiserschnitt (= ungeplanter Kaiserschnitt nach Beginn der Geburt) 14% geboren, vgl. Abbildung 6a und b.

**Abbildung 5a und b: Im Inland nicht in Krankenanstalten Geborene, mit HWS der Mutter im Inland, nach Entbindungsort, Wien und VZ OST gesamt, 1984–2018**



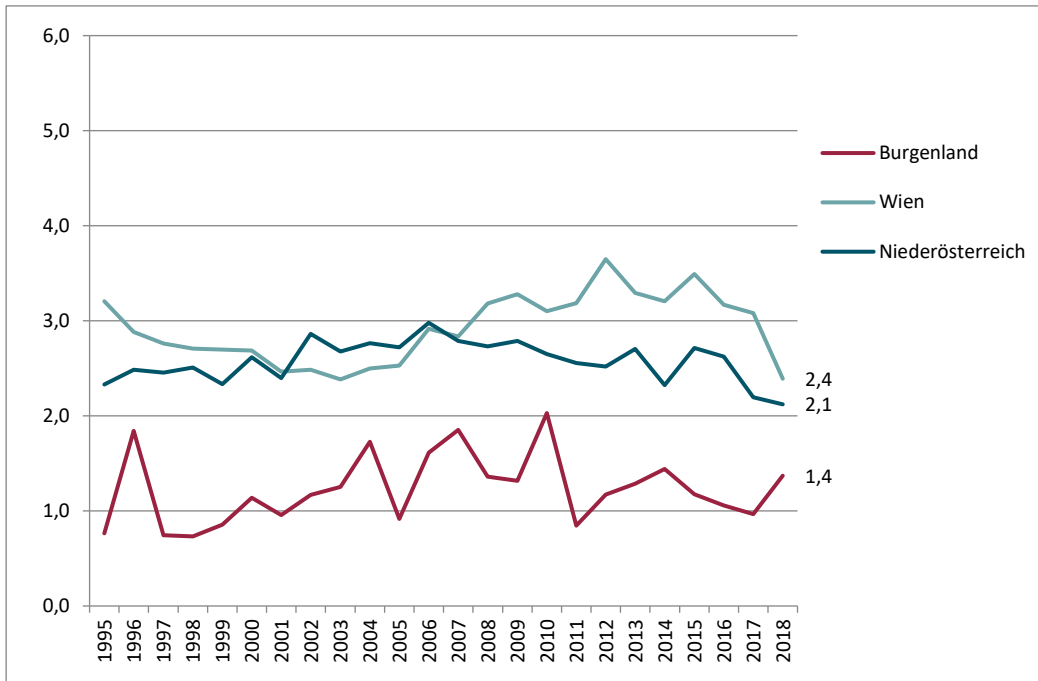
Anmerkung: Vor 1988 wurde nur zwischen Anstaltsgeburt (inkl. in von Hebammen geleiteten Entbindungsheimen) und Hausgeburt unterschieden. Ab dem Berichtsjahr 1988 zählen nur in Krankenanstalten Geborene als Anstaltsgeburten, nicht jedoch in von Hebammen geleiteten Heimen Geborene. Quelle: Statistik Austria, IHS 2019.

**Abbildung 6a und b: Im Inland Geborene, mit HWS der Mutter im Inland, Wien und VZ OST gesamt, nach Art der Entbindung, 1995–2018**



Anmerkung: Daten ab 1995 verfügbar; ab 2015: Differenzierung in primärer Kaiserschnitt = geplanter Kaiserschnitt vor Beginn der Geburt (vor Blasensprung oder Beginn der Wehen), der „Wunschkaiserschnitt“ ist ein primärer Kaiserschnitt; sekundärer Kaiserschnitt = ungeplanter Kaiserschnitt nach Beginn der Geburt; Quelle: Statistik Austria, IHS 2019.

**Abbildung 7: Im Inland Geborene, nach Wohnbundesland der Mutter, ambulante Geburten in % aller Anstaltsgeburten (Krankenanstalt, Entbindungsheim / Hebammenpraxis), 1995–2018**

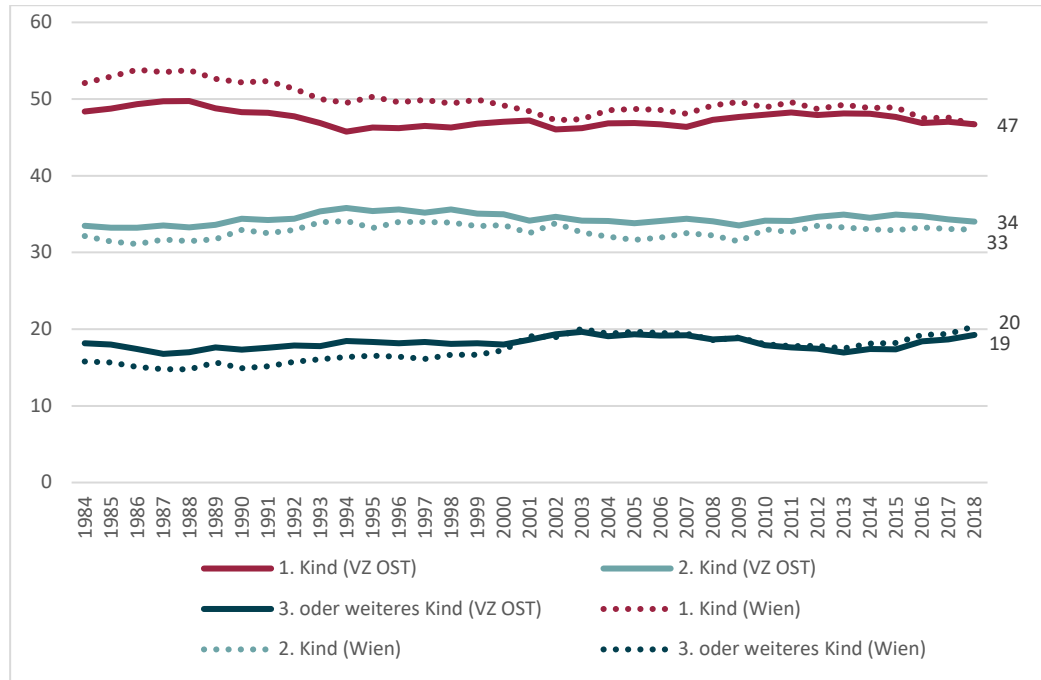


Anmerkung: stationäre Geburt: Aufenthalt 24 Stunden und mehr, ambulante Geburt: Aufenthalt unter 24 Stunden

Quelle: Statistik Austria, IHS 2019.

Der Anteil ambulanter Geburten – also mit einem Aufenthalt unter 24 Stunden in einer Krankenanstalt oder Hebammenpraxis – betrug 2018 in den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Burgenland zwischen 1,4% (Burgenland) und 2,4% (Wien). Der Anteil lag somit auf sehr niedrigem Niveau und wies keinen erkennbaren Trend auf, vgl. Abbildung 7.

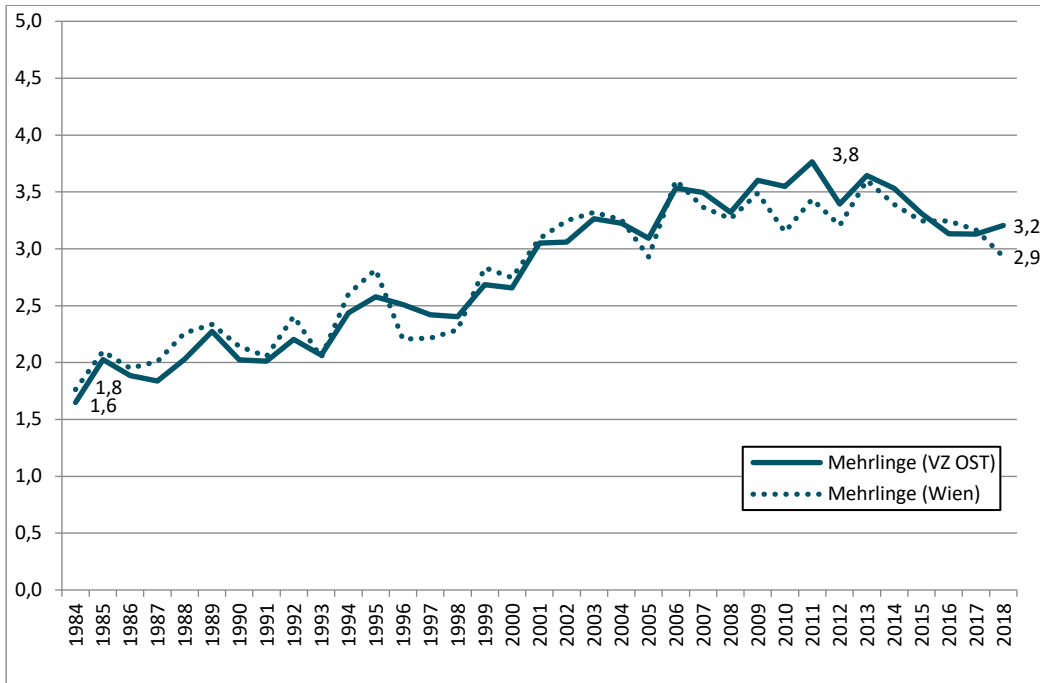
**Abbildung 8: Im Inland Geborene mit HWS der Mutter im Inland, Wien und VZ OST gesamt, nach Geburtenfolge in %, 1984–2018**



Quelle: Statistik Austria, IHS 2019.

Knapp weniger als 50% der Geborenen entstammen der ersten Geburt, rund ein Drittel der zweiten Geburt und in etwa ein Fünftel der dritten oder weiteren Geburt; die Anteile sind in VZ OST seit Mitte der 1980er-Jahre annähernd auf konstantem Niveau, vgl. Abbildung 8. In Wien ist eine leichte Anteilsverschiebung hin zum dritten und weiteren Kind zu erkennen, während der Anteil der Erstgeburt um rund 5 Prozentpunkte sank.

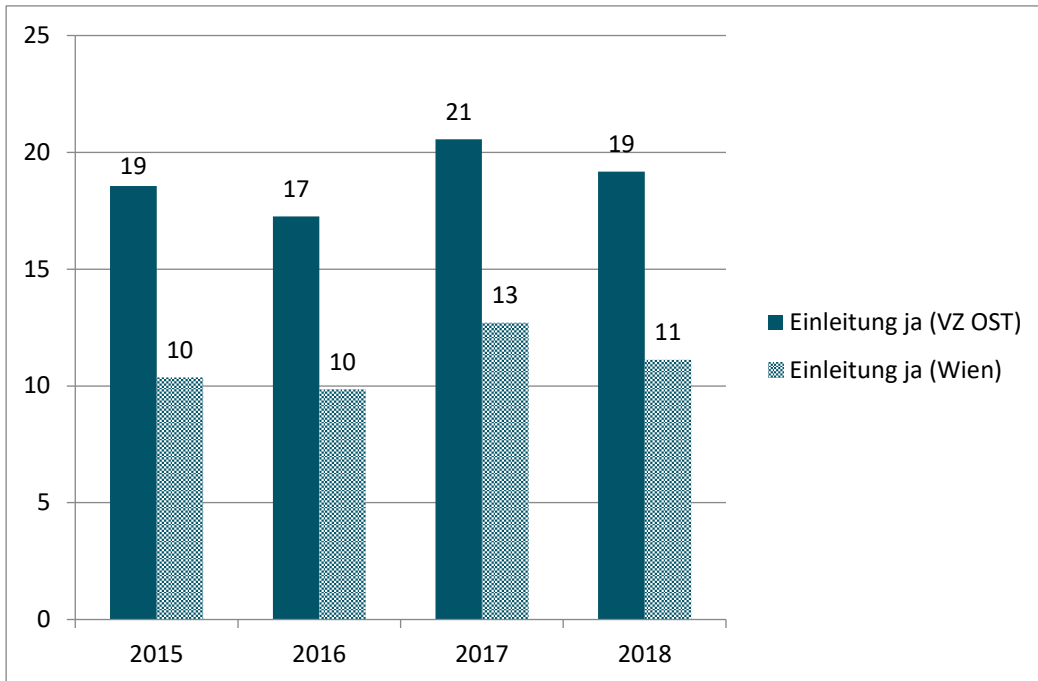
**Abbildung 9: Im Inland Geborene mit HWS der Mutter im Inland, Wien und VZ OST gesamt, Mehrlinge, in % aller Geborenen, 1984–2018**



Quelle: Statistik Austria, IHS 2019.

Der Anteil der Mehrlingsgeborenen stieg in VZ OST seit Mitte der 1980er-Jahre bis 2011 von 1,6% auf 3,8% an, ehe in den letzten Jahren des Beobachtungszeitraums wieder ein Rückgang (auf 3,2%) zu beobachten ist, vgl. Abbildung 9.

**Abbildung 10: Im Inland Geborene mit Hauptwohnsitz der Mutter im Inland, Wien und VZ OST gesamt, Geborene mit eingeleiteter Geburt, in % aller Geborenen, 2015–2018**

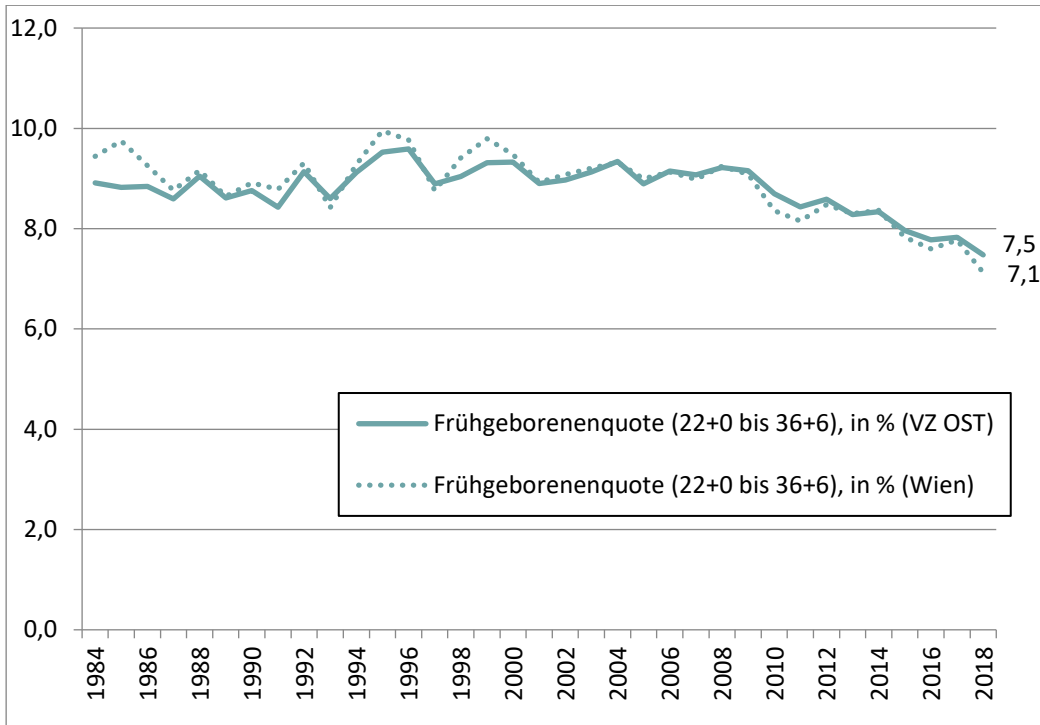


Quelle: Statistik Austria, IHS 2019.

Bei rund einem Fünftel der Geborenen der VZ OST wurde die Geburt eingeleitet, in Wien ist dieser Anteil mit knapp über 10% deutlich niedriger, vgl. Abbildung 10.



**Abbildung 11: Im Inland Geborene mit HWS der Mutter im Inland, Wien und VZ OST gesamt, Frühgeborenenquote in %, 1984–2018**



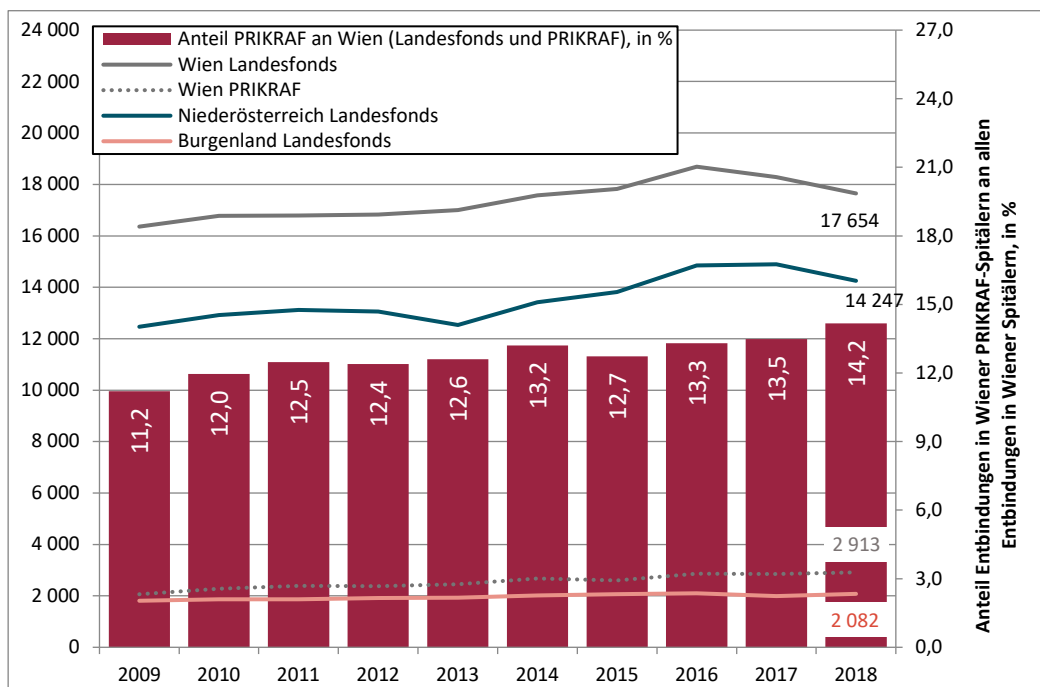
Quelle: Statistik Austria, IHS 2019.

Statistik Austria definiert Frühgeborene als Geborene, die ab der 22. Schwangerschaftswoche und vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche geboren werden. Seit rund zehn Jahren sinkt die Frühgeborenenquote und beträgt am Ende des Beobachtungszeitraums 2018 in VZ OST 7,5%, vgl. Abbildung 11.

## 2.2 Analyse der Entbindungen in Krankenanstalten (BMASGK)

Die Entbindungsstatistik des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) umfasst einerseits landesgesundheitsfondsfinanzierte Spitäler und andererseits Spitäler, die über den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) finanziert werden; letztere gibt es in VZ OST lediglich in Wien. Die Daten umfassen Entbindungen in Krankenanstalten von Müttern mit in- oder ausländischem Wohnsitz und entsprechen den Meldungen aus den Krankenanstalten. In Wien erfolgten 2018 14,2% der Entbindungen in PRIKRAF-Spitälern, dieser Anteil stieg seit 2009 um rund drei Prozentpunkte, vgl. Abbildung 12.

**Abbildung 12: Entbindungen in Krankenanstalten, in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und PRIKRAF-Krankenanstalten, Wien, Niederösterreich und Burgenland, 2009–2018**



Anmerkung: keine PRIKRAF-Spitäler in Niederösterreich und im Burgenland

Quelle: BMASGK, IHS 2019.

## 2.3 Analyse ausgewählter medizinischer Leistungen in Krankenanstalten (BMASGK)

Im Fokus der Analyse der medizinischen Leistungen in Zusammenhang mit der Geburt steht u.a. die Anzahl der Belagstage (Mitternachtsstände) einer Frau nach der Entbindung. Die Daten wurden vom BMASGK nach Fondszugehörigkeit (Landesgesundheitsfonds / PRIKRAF) und dem Standort der Krankenanstalt (Bundesland / Versorgungszone) für die Jahre 2009 bis 2018 zur Verfügung gestellt. Aus dem Leistungskatalog der Krankenanstalten wurden folgende medizinischen Leistungen ausgewählt:

„JN020 Entbindung“

„JN030 Entbindung mit Manualhilfe bei Beckenendlage“

„JN040 Entbindung durch Sectio Caesarea“

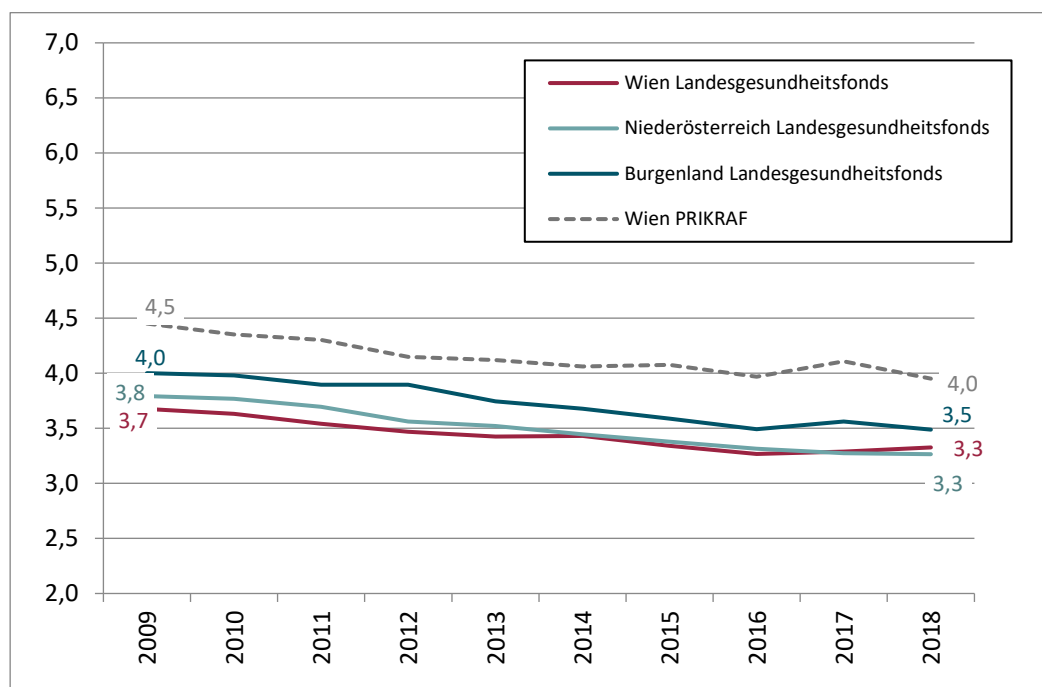
„JN050 Entbindung durch Vakuumextraktion, Zangenextraktion“

Im Jahr 2018 verteilten sich die in den Krankenanstalten in der VZ OST durchgeführten Entbindungen (wie bereits in Abbildung 6b dargestellt) auf 64% Entbindungen (JN020), 30% Kaiserschnittentbindungen (JN040) und 6% andere Entbindungsarten (JN030, JN050). In den folgenden Abschnitten stellen wir die Entwicklung der Aufenthaltsdauern während der letzten Dekade in diesen drei Entbindungsgruppen dar.

### 2.3.1 Medizinische Leistung „JN020 Entbindung“

Die medizinische Leistung „JN020 Entbindung“ entspricht der Spontangeburt. In allen Spitalsaggregaten nach Fondszugehörigkeit der VZ OST zeigt sich im Beobachtungszeitraum 2009–2018 eine sinkende durchschnittliche Belagsdauer. 2018 lagen Mütter in Wiener PRIKRAF-Spitälern mit durchschnittlich 4,0 Tagen am längsten und in landesgesundheitsfondsfinanzierten Spitälern Niederösterreichs und Wiens mit durchschnittlich 3,3 Tagen am kürzesten, vgl. Abbildung 13.

**Abbildung 13: JN020=Entbindung, Durchschnittliche Belagsdauer, Wien, Niederösterreich und Burgenland, 2009–2018**

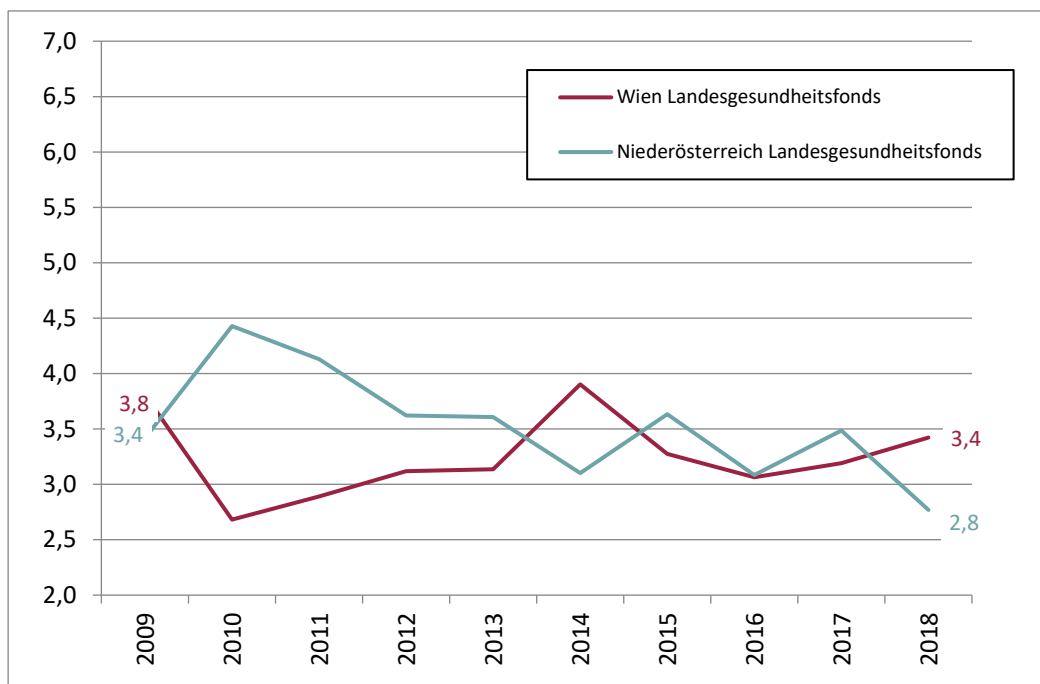


Quelle: BMASGK, IHS 2019.

### 2.3.2 Medizinische Leistung „JN030 Entbindung mit Manualhilfe bei Beckenendlage“

Die medizinische Leistung „JN030 Entbindung mit Manualhilfe bei Beckenendlage“ wird selten durchgeführt, entsprechend ist es nur sinnvoll durchschnittliche Belagsdauern für den Bereich der Landesgesundheitsfonds in Wien und Niederösterreich darzustellen. Die durchschnittlichen Belagsdauern lagen 2018 bei rund drei Tagen und geringfügig unter den Vergleichswerten vor zehn Jahren, vgl. Abbildung 14.

**Abbildung 14: JN030=Entbindung mit Manualhilfe bei Beckenendlage, Durchschnittliche Belagsdauer, Wien, Niederösterreich, 2009–2018**



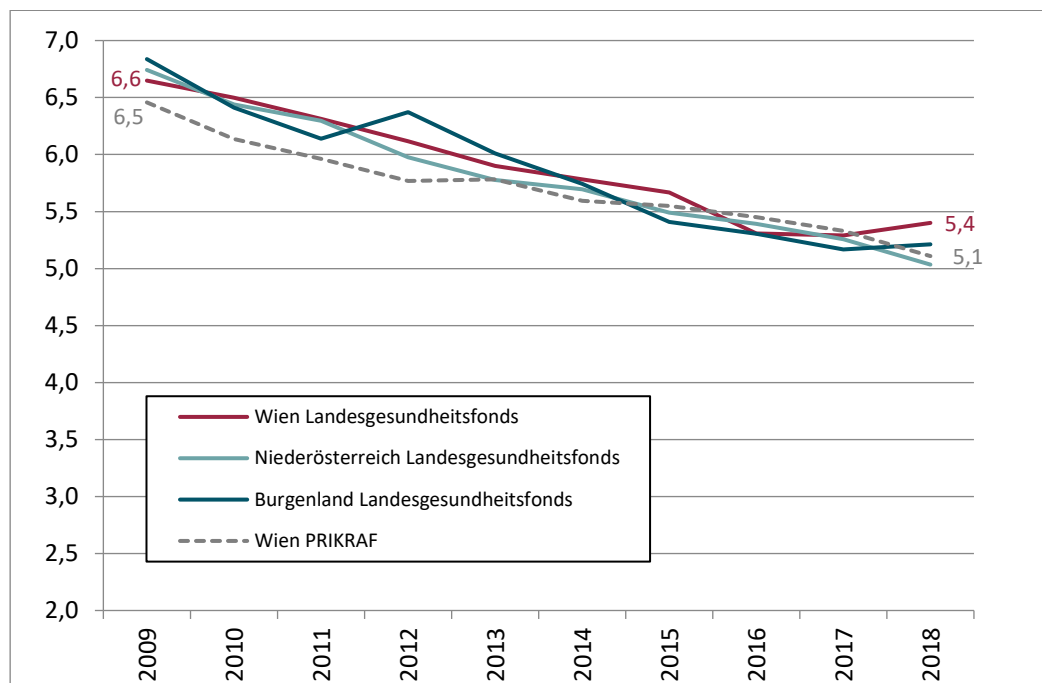
Anmerkung: Burgenland Landesgesundheitsfonds (N=9 seit 2009) und PRIKRAF Wien (N=8 seit 2009) aufgrund der geringen Fallzahl nicht dargestellt.

Quelle: BMASGK, IHS 2019.

### 2.3.3 Medizinische Leistung „JN040 Entbindung durch Sectio Caesarea“

Die medizinische Leistung „JN040 Entbindung durch Sectio Caesarea“ umfasst sowohl den primären als auch den sekundären Kaiserschnitt. Die durchschnittliche Belagsdauer lag 2018 in allen betrachteten Spitalsaggregaten bei rund fünf Belagstagen und somit rund 1,5 Tage unter dem Vergleichswert vor zehn Jahren, vgl. Abbildung 15. Im landesgesundheitsfondsfinanzierten Bereich verweilten 2018 Frauen mit Kaiserschnitt um rund zwei Tage länger im Spital als Frauen mit Spontangeburt, im PRIKRAF-Bereich betrug der Unterschied lediglich rund einen Tag.

**Abbildung 15: JN040=Entbindung durch Sectio Caesarea, Durchschnittliche Belagsdauer, Wien, Niederösterreich und Burgenland, 2009–2018**

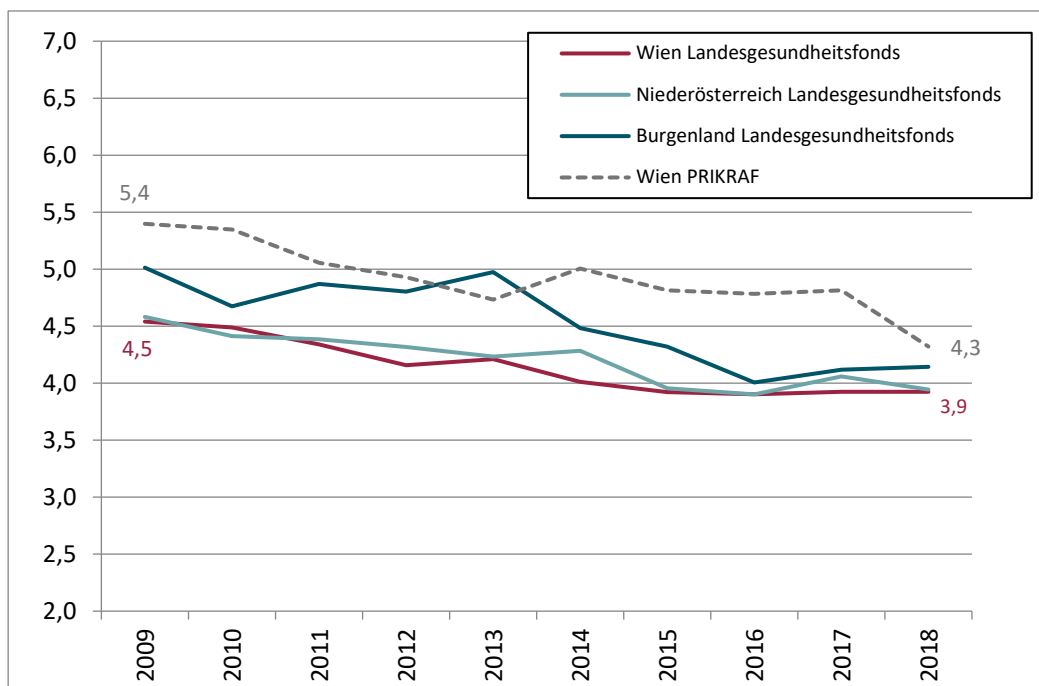


Quelle: BMASGK, IHS 2019.

### 2.3.4 Medizinische Leistung „JN050 Entbindung durch Vakuumextraktion, Zangenextraktion“

Die durchschnittliche Belagsdauer der medizinischen Leistung „JN050 Entbindung durch Vakuumextraktion, Zangenextraktion“ lag 2018 in allen Spitalsaggregaten bei rund vier Tagen. Insbesondere im Wiener PRIKRAF-Bereich sank die durchschnittliche Belagsdauer in der letzten Dekade stark (rund ein Tag), sodass es hier zu einer Annäherung zum landesgesundheitsfondsfinanzierten Bereich kam, vgl. Abbildung 16.

**Abbildung 16: JN050=Entbindung durch Vakuumextraktion, Zangenextraktion, Durchschnittliche Belagsdauer, Wien, Niederösterreich und Burgenland, 2009–2018**



Quelle: BMASGK, IHS 2019.

## 3 Status quo des Angebots an Hebammenkapazität

### 3.1 Eintritt ins Berufsleben

#### 3.1.1 Ausbildung an Fachhochschulen (FH)

Die Ausbildung der Hebammen in Österreich erfolgt im Zuge eines Bachelorstudiums an sieben FH-Standorten. In VZ OST übernehmen dies die IMC FH Krets mit 20 Studienplätzen und die FH Campus Wien mit 30 Studienplätzen; an beiden Standorten startet die Ausbildung jährlich, wobei eine Drop-out-Rate von 10% schon bei Aufnahme der KandidatInnen berücksichtigt wird (Aufnahme von 22 bzw. 33 Studierenden). Dieses Vorgehen soll zumindest eine AbsolventInnenzahl von 50 Hebammen garantieren. Im Durchschnitt entfallen auf einen Studienplatz rund 11 BewerberInnen, vgl. Tabelle 1. Rund ein Viertel (25%) der Studienplätze zur Hebammenausbildung in Österreich finden sich somit in der VZ OST, während 2018 etwa 42% der in Österreich Geborenen der VZ OST zuzurechnen waren.

Die Ausbildung der Hebammen an der FH Campus Wien wird vom Krankenanstaltenverbund (KAV) finanziert. Wie bei allen Ausbildungsgängen können die AbsolventInnen ihre Tätigkeit auch außerhalb Wiens oder bei einem privaten Spitalsträger aufnehmen. Umgekehrt arbeiten Hebammen beim KAV, die nicht in Wien ausgebildet wurden.



**Tabelle 1: Übersicht Hebammenstudium, alle FH-Standorte**

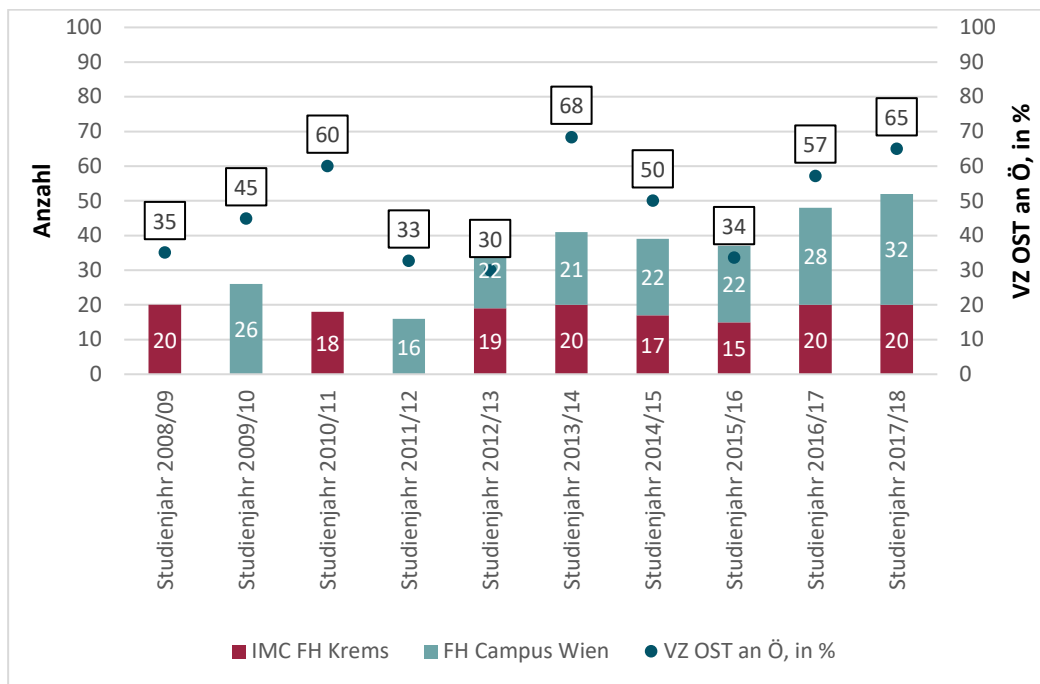
	Studienplätze regulär	Tatsächliche Aufnahmen	Drop-out	Anmerkungen Studienplätze	Frequenz	BewerberInnen (Schätzungen, gerundet)	BewerberInnen je Studienplatz
IMC FH Krems	20	22	10% werden eingerechnet	vor 2019/20: 16	jährlich	260	13
FH Campus Wien	30	33	<10%; 10% werden eingerechnet	-	jährlich	300	10
<b>Summe: VZ OST</b>	<b>50</b>					<b>560</b>	<b>11</b>
FH Kärnten	20	24	0	2019/20: ausnahmsweise 24	jährlich (seit 2019)	200	10
FH Joanneum	20	20	<5% seit 2006	-	alle 2 Jahre	370	19
FH Salzburg	24	26	"so gut wie keine"	2018/19: erstmals 26	alle 3 Jahre	240	10
FH Gesundheitsberufe OÖ	64	Anpassung nach Bedarf	k.a.	vor 2018/19: 42 Plätze 1/1/0	jährlich	370	6
FH Gesundheit Tirol	25	25	k.a.	-	alle 2 Jahre	250	10
<b>Summe: Rest-Österreich</b>	<b>153</b>					<b>1 430</b>	<b>9</b>
<b>Summe: Österreich</b>	<b>203</b>	<b>150</b>				<b>1 990</b>	<b>10</b>
<b>Anteil VZ OST an Österreich in %</b>	<b>25</b>					<b>28</b>	

Quelle: E-Mail-Auskunft der FH-Standorte, IHS 2019.

### 3.1.2 Ordentliche Abschlüsse

Seit dem Studienjahr 2012/13 schließt an beiden FHs der VZ OST (Krems und Wien) jährlich ein Jahrgang das Hebammenstudium ab, davor schlossen beide FHs alternierend ab. Bis zum Studienjahr 2015/16 sind insgesamt rund 40 Abschlüsse zu beobachten, ehe die Aufstockung der Studienplätze an der FH Campus Wien im Jahre 2013/14 von 20 auf 30 Plätze die AbsolventInnenzahlen ab dem Studienjahr 2016/17 auf rund 50 Abschlüsse steigen ließ, vgl. Abbildung 17. Rund 65% der AbsolventInnen des gesamten Bundesgebietes waren im Studienjahr 2017/18 den beiden FHs in VZ OST zuzurechnen.

**Abbildung 17: Hebammenstudium: Ordentliche Abschlüsse an Fachhochschulen in der VZ OST, Studienjahr 2008/09 bis 2017/18**

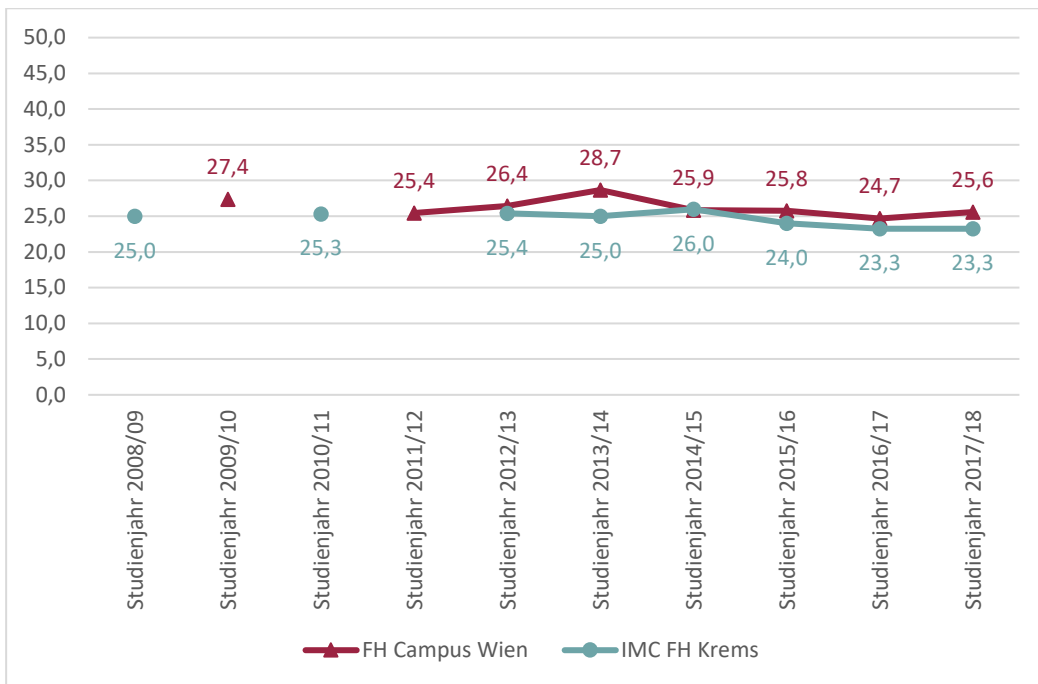


Lesebeispiel Studienjahr 2017/18: 65% der ordentlichen Hebammenabschlüsse in Österreich sind der VZ OST zuzurechnen.

Quelle: Statistik Austria, IHS 2019.

Das Durchschnittsalter bei Studienabschluss an der FH Campus Wien betrug im Studienjahr 2017/18 rund 26 Jahre und befindet sich seit 2011/12 auf annähernd konstantem Niveau. Im Vergleich dazu waren AbsolventInnen der IMC FH Krems in den letzten beiden Jahren um rund zwei Jahre jünger, vgl. Abbildung 18.

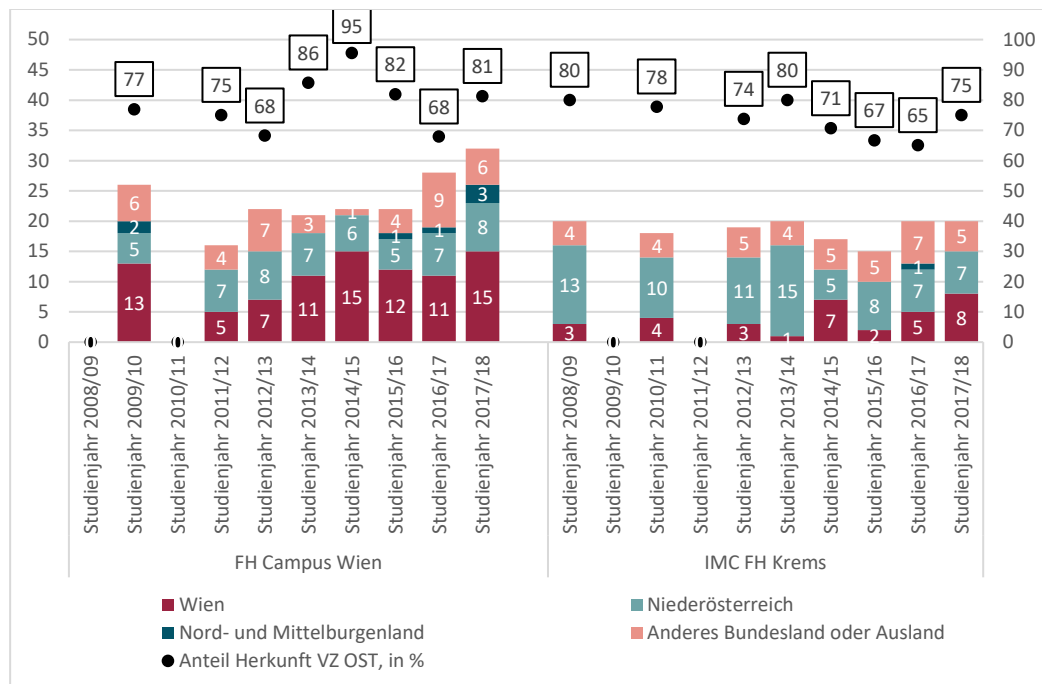
**Abbildung 18: Hebammenstudium: Durchschnittsalter bei Studienabschluss, ordentliche Abschlüsse an Fachhochschulen in der VZ OST, Studienjahr 2008/09 bis 2017/18**



Quelle: Statistik Austria, IHS 2019.

Rund 80% der ordentlichen Hebammenabschlüsse des Studienjahrs 2017/18 an der FH Campus Wien sind nach Herkunft der VZ OST zuzurechnen, knapp die Hälfte der AbsolventInnen stammt aus Wien, vgl. Abbildung 19. An der IMC FH Krems lag der Vergleichsprozentsatz mit 75% leicht unter jenem an der FH Campus Wien, der versorgungszonen-fremde AbsolventInnenanteil war somit in Krems etwas höher als in Wien.

**Abbildung 19: Hebammenstudium: Ordentliche Abschlüsse an Fachhochschulen in der VZ OST, nach Herkunftsbundesland, Studienjahr 2008/09 bis 2017/18**

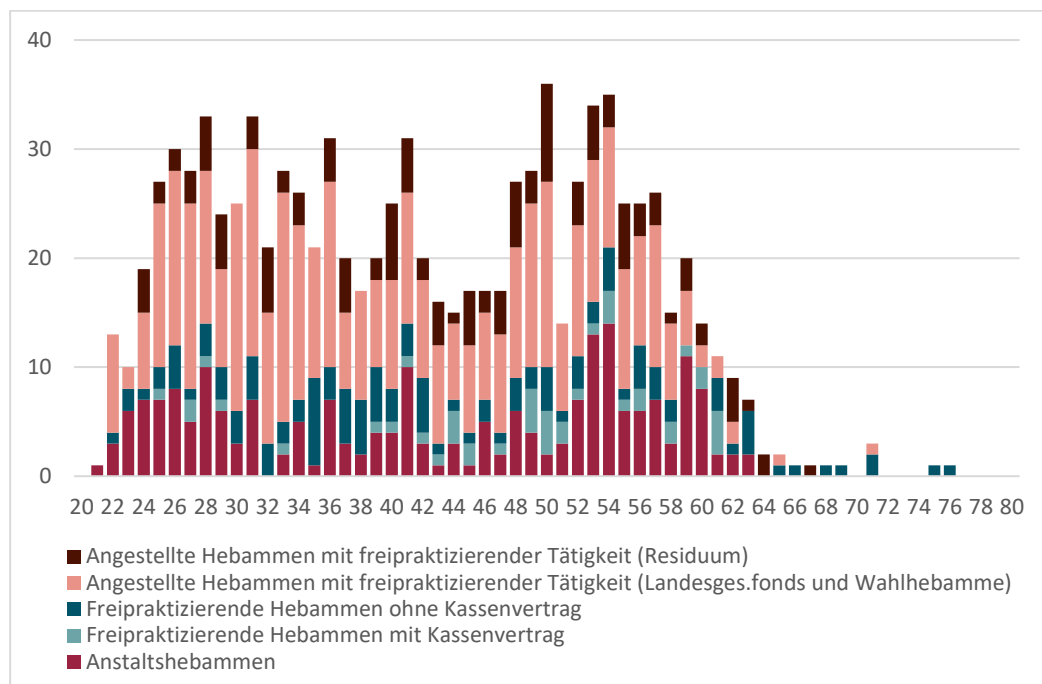


Quelle: Statistik Austria, IHS 2019.

### 3.2 (Berufsausübende) Hebammen

Zum Stichtag 2. Oktober 2019 waren in VZ OST 952 Hebammen registriert, hatten also ihren Berufssitz in Wien, Niederösterreich oder dem Nord- bzw. Mittelburgenland. Rund die Hälfte (47%) der Hebammen waren zu diesem Zeitpunkt in einer landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalt angestellt und zusätzlich als Wahlhebamme ohne Kassenvertrag tätig. Etwa ein Fünftel (22%) ging ihrer Tätigkeit ausschließlich in einem Angestelltenverhältnis nach. 88 Hebammen hatten mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern einen Vertrag abgeschlossen, die eine Hälfte davon war ausschließlich im niedergelassenen Bereich tätig, die andere Hälfte befand sich zum Stichtag auch in einem Angestelltenverhältnis. Etwas mehr als die Hälfte (52%) aller Hebammen in VZ OST hatten ihren Berufssitz im Bundesland Wien.

**Abbildung 20: Altersverteilung der Hebammen nach Beschäftigungssetting, VZ OST, Stichtag 2.10.2019**

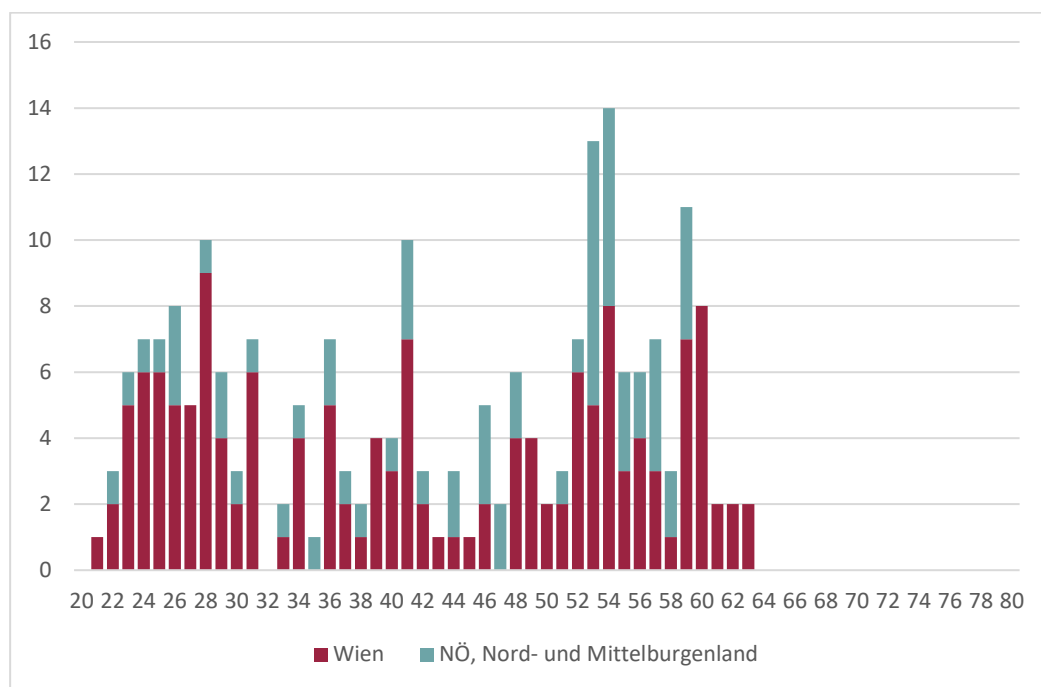


Quelle: Österreichisches Hebammengremium (ÖHG), IHS 2019.

### 3.2.1 Anstaltshebammen

Insgesamt waren in VZ OST zum Stichtag 2.10.2019 213 Anstaltshebammen<sup>1</sup> registriert, rund 70% (149) davon in Wien. Der überwiegende Anteil (95%) der Hebammen der VZ OST war in einer landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalt tätig, die restlichen Hebammen waren in PRIKRAF-Spitälern angestellt bzw. der Anstellungsort war unbekannt. Das Durchschnittsalter der Anstaltshebammen betrug in VZ OST rund 43 Jahre (Wien: 42 Jahre). 41% der Anstaltshebammen der VZ OST waren zu diesem Zeitpunkt 50 Jahre oder älter.

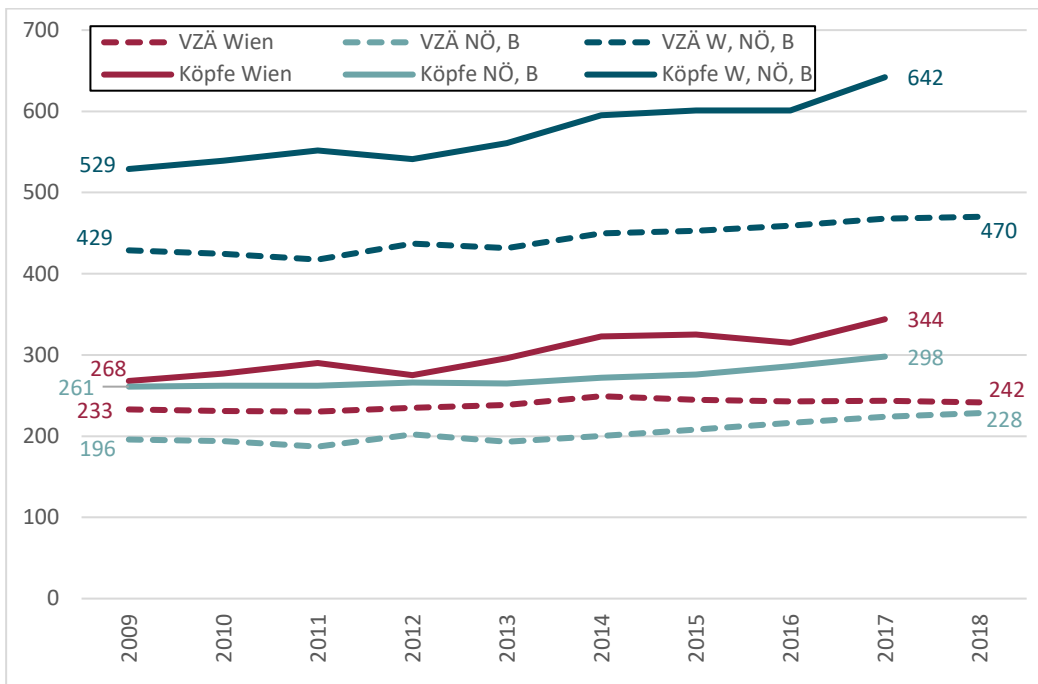
**Abbildung 21: Altersverteilung der Anstaltshebammen, VZ OST, Stichtag 2.10.2019**



Quelle: Österreichisches Hebammengremium (ÖHG), IHS 2019.

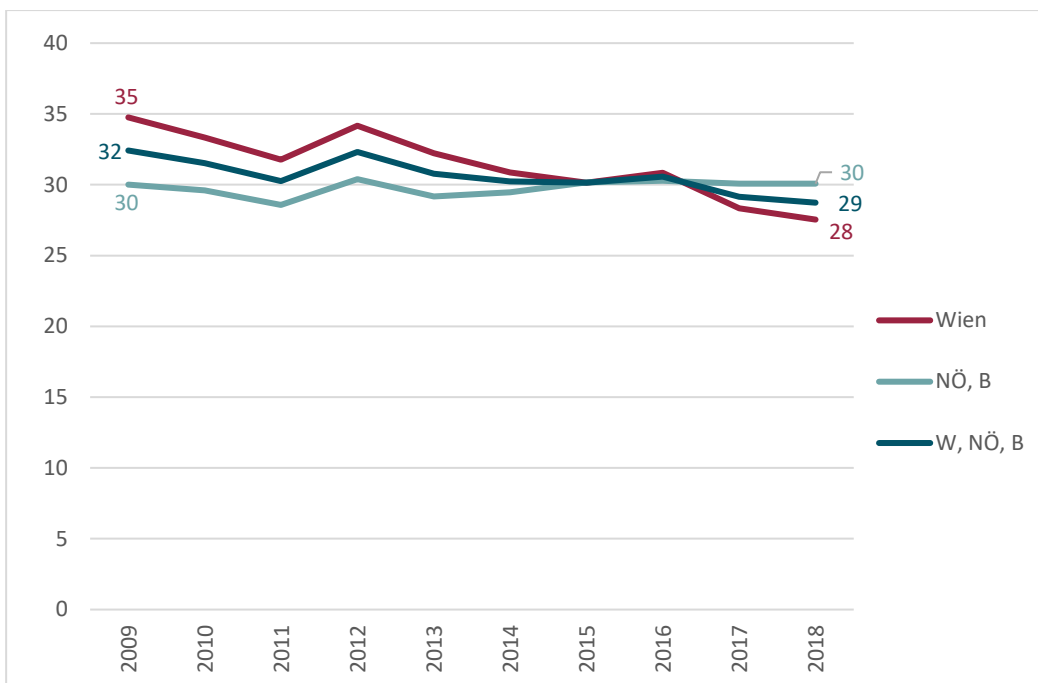
<sup>1</sup> Hebammen, die ausschließlich in einem Angestelltenverhältnis tätig sind.

**Abbildung 22: Hebammen in Krankenanstalten, VZ OST nach Bundesland, 2009–2018**



Quelle: BMASGK und Statistik Austria, IHS 2019.

**Abbildung 23: Durchschnittliche Wochenarbeitszeit in Krankenanstalten, Normalwochenarbeitszeit: 40h, VZ OST, 2009–2018**



Anmerkung: Schätzwert 2018: lineare Fortschreibung auf Basis 2009–2017; Quelle: BMASGK, Statistik Austria, IHS 2019.

In den Krankenanstalten der Bundesländer Wien, Niederösterreich und Burgenland<sup>1</sup> waren im Jahr 2017 642 Hebammen tätig, um 113 (rund 20%) mehr als noch 2009, vgl. Abbildung 22. Die Zahl der Vollzeitäquivalente stieg im Vergleichszeitraum um lediglich rund 9%; daraus resultiert, dass die durchschnittliche Wochenarbeitszeit<sup>2</sup> der angestellten Hebammen von 32 Stunden (2009) auf 29 Stunden (Schätzwert 2018) sank, vgl. Abbildung 23. Hebammen waren somit in Krankenanstalten in einem abnehmenden Beschäftigungsausmaß tätig, es scheint zu einer Verlagerung in die Freizeit oder zu extramuralen Hebammentätigkeiten gekommen zu sein. In Wien war die Reduktion der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit noch stärker ausgeprägt: im Beobachtungszeitraum reduzierte sich die Arbeitszeit um faktisch einen Arbeitstag (2009: 35 Stunden, 2018: 28 Stunden).

### 3.2.2 Freipraktizierende Hebammen

Insgesamt waren in VZ OST zum Stichtag 2.10.2019 163 Hebammen ausschließlich freipraktizierend tätig, rund 45% (74) davon in Wien. Rund ein Viertel (27%) der Hebammen hatte mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern einen Vertrag abgeschlossen. Das Durchschnittsalter der freipraktizierenden Hebammen betrug in VZ OST rund 45 Jahre (Wien: 45 Jahre); jenes der Kassenhebammen lag mit durchschnittlich 48 Jahren deutlich über jenem der Wahlhebammen (43 Jahre). Mehr als die Hälfte (52%) der Kassenhebammen der VZ OST waren zum Stichtag 50 Jahre oder älter.

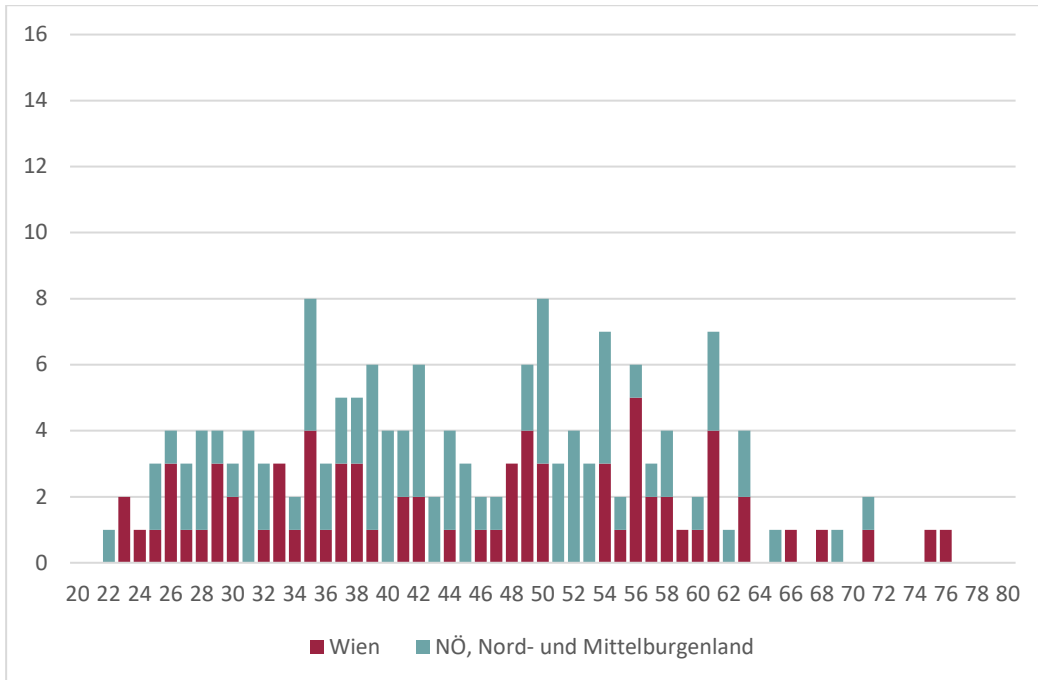
---

<sup>1</sup> Datengrundlage: Statistik Austria, Daten ausschließlich auf Ebene der Bundesländer verfügbar.

<sup>2</sup> Bei Umlegung auf eine Normalarbeitszeit von 40 Stunden pro Woche.

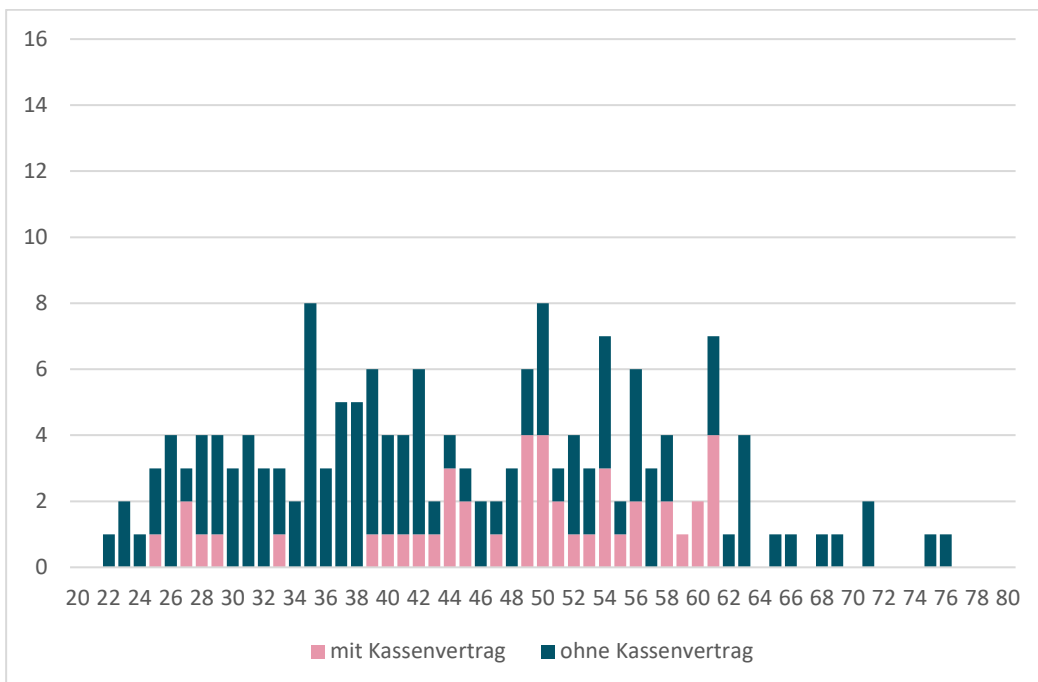


**Abbildung 24: Altersverteilung der freipraktizierenden Hebammen, VZ OST nach Bundesland, Stichtag 2.10.2019**



Quelle: Österreichisches Hebammengremium (ÖHG), IHS 2019.

**Abbildung 25: Altersverteilung der freipraktizierenden Hebammen, VZ OST gesamt nach Kassenvertrag, Stichtag 2.10.2019**

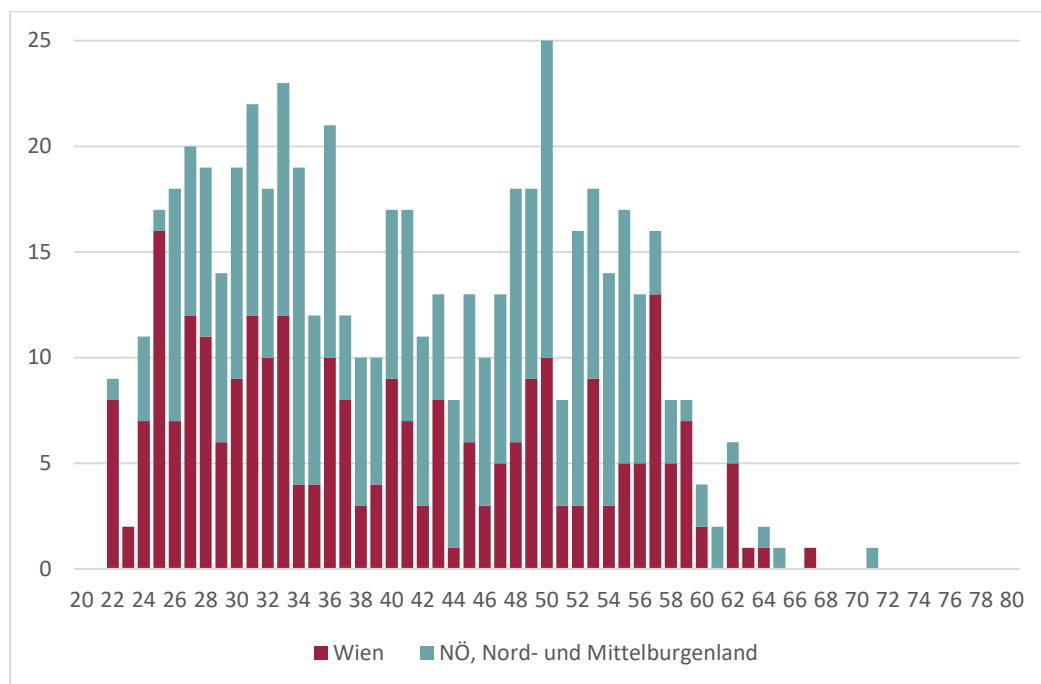


Quelle: Österreichisches Hebammengremium (ÖHG), IHS 2019.

### 3.2.3 Angestellte Hebammen mit freipraktizierender Tätigkeit

Insgesamt registrierte das ÖHG in VZ OST zum Stichtag 2.10.2019 576 Hebammen mit beidem, Anstellungsverhältnis und freipraktizierender Tätigkeit, rund 48% (275) davon in Wien. Der Großteil der Hebammen der VZ OST (444 oder 77%) war in einer landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalt angestellt und als Wahlhebamme tätig. Das Durchschnittsalter der Hebammen mit Anstellungsverhältnis und freipraktizierender Tätigkeit in VZ OST lag mit rund 41 Jahren (Wien: 40 Jahre) um durchschnittlich zwei Jahre unter jenem der Anstaltshebammen und um durchschnittlich vier Jahre unter jenem der ausschließlich freipraktizierenden Hebammen. Knapp mehr als ein Fünftel (22%) der angestellten Hebammen mit freipraktizierender Tätigkeit waren zum Stichtag 30 Jahre oder jünger.

**Abbildung 26: Altersverteilung der angestellten Hebammen mit freipraktizierender Tätigkeit, VZ OST nach Bundesland, Stichtag 2.10.2019**



Quelle: Österreichisches Hebammengremium (ÖHG), IHS 2019.

### 3.2.4 Berufseintritte und -abgänge von Hebammen

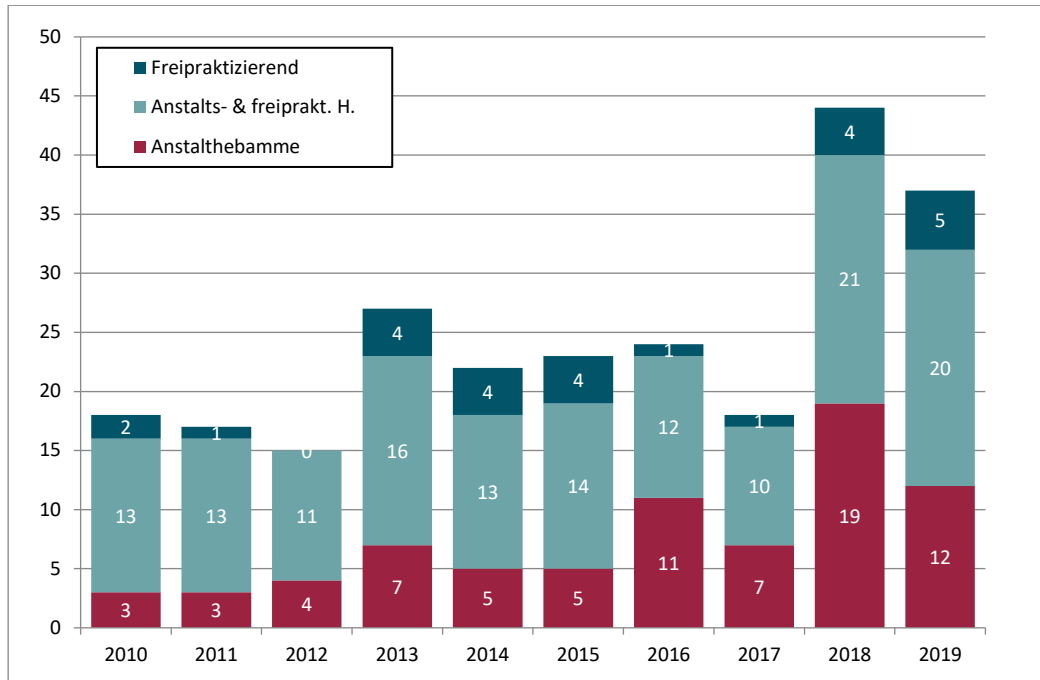
Die jährlichen Berufseintritte von Hebammen (Neuregistrierungen) beliefen sich in VZ OST zwischen 2010 und 2017 im Durchschnitt auf rund 38 Hebammenköpfe<sup>1</sup>, in den letzten beiden Jahren des Beobachtungszeitraums (2018 und 2019) stieg die Eintrittszahl auf durchschnittlich 54 Köpfe; in Wien ist ein ähnlicher Sprung von 2017 auf 2018 zu erkennen, vgl. Abbildung 27 und Abbildung 28. Als Grund für den sprunghaften Anstieg ist die Aufstockung der Studienplätze an der FH Campus Wien im Studienjahr 2013/14 von 20 auf 30 Plätze zu nennen. Das Durchschnittsalter bei Berufseintritt sank in VZ OST im Beobachtungszeitraum 2010–2017 um beachtliche zehn Jahre von 37 auf 27 Jahre, vgl. Abbildung 29.

Die Statistik der Berufsabgänge des ÖHG nach Abgangsjahr und Grund des Abgangs ist leider nur eingeschränkt verwendbar, da für einen beträchtlichen Anteil der Abgänge entweder Abgangsjahr oder Abgangsgrund oder beides im Register nicht aufscheint, vgl. Abbildung 30. Das durchschnittliche Pensionsantrittsalter für Hebammen in Alterspension sank in VZ OST zwischen 2010 und 2019 um rund acht Jahre auf gegenwärtig rund 61 Jahre, vgl. Abbildung 31.

---

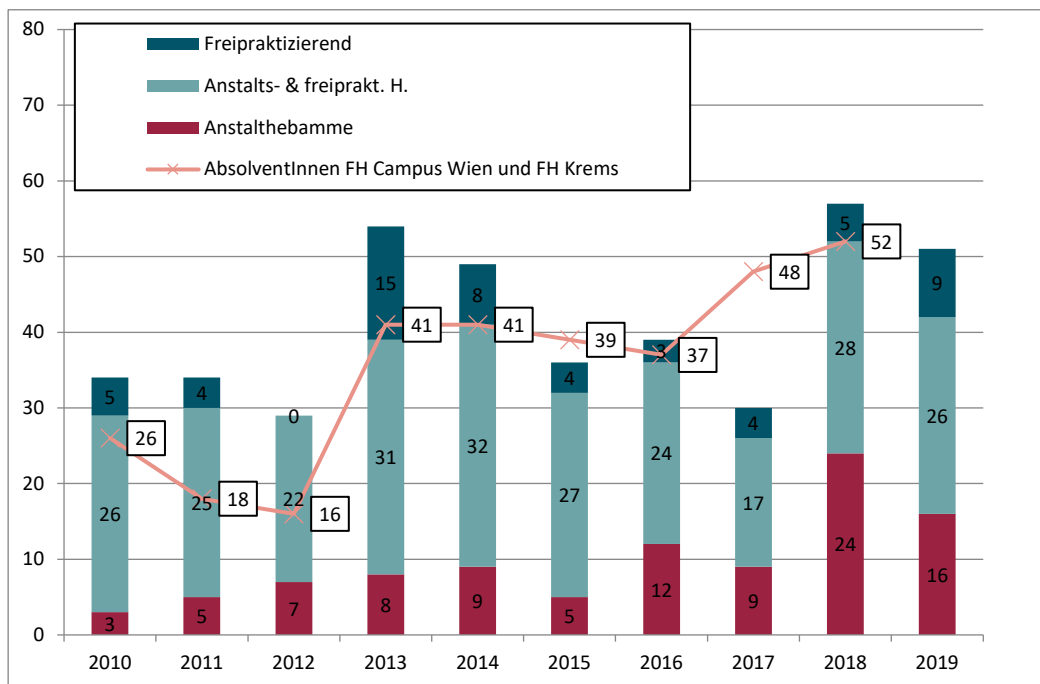
<sup>1</sup> Hier wie auch im Folgenden bezeichnet dieser Begriff in Anlehnung an ähnliche Zählgrößen (Köpfe vs. Vollzeitäquivalente) die Zahl der natürlichen Personen, ungeachtet des Ausmaßes des Anstellungsverhältnisses.

**Abbildung 27: Berufseintritte von Hebammen je Beschäftigungssetting, Wien, 2010–2019**



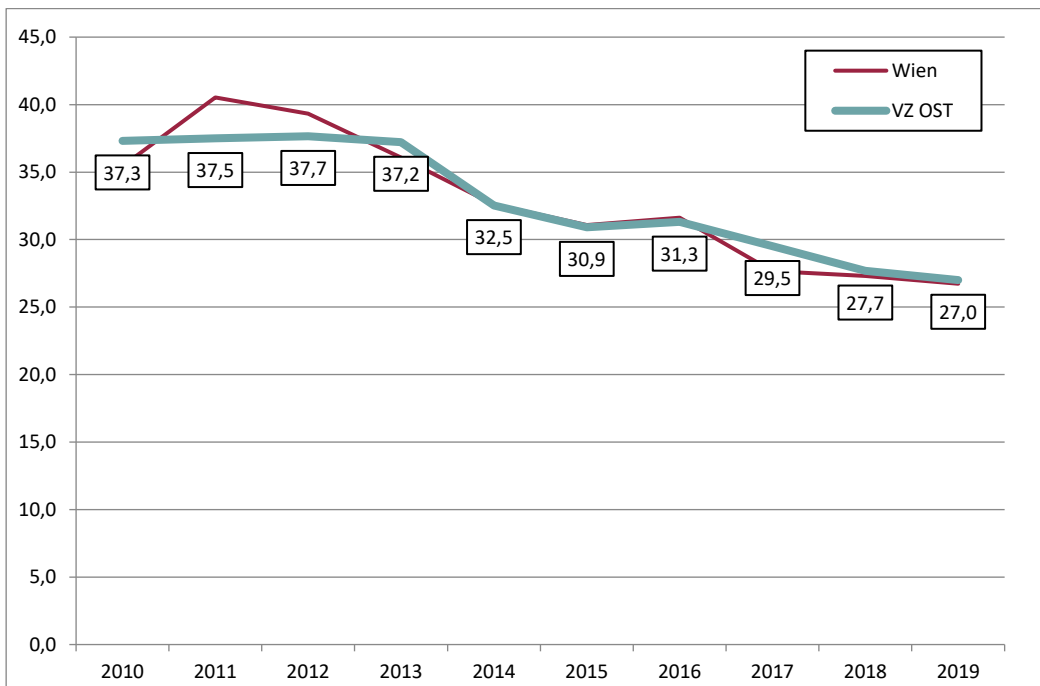
Quelle: Österreichisches Hebammengremium (ÖHG), IHS 2019.

**Abbildung 28: Berufseintritte von Hebammen je Beschäftigungssetting, VZ OST, 2010–2019 sowie ordentliche Studienabschlüsse an FH Campus Wien und FH Krets**



Quelle: Österreichisches Hebammengremium (ÖHG), IHS 2019.

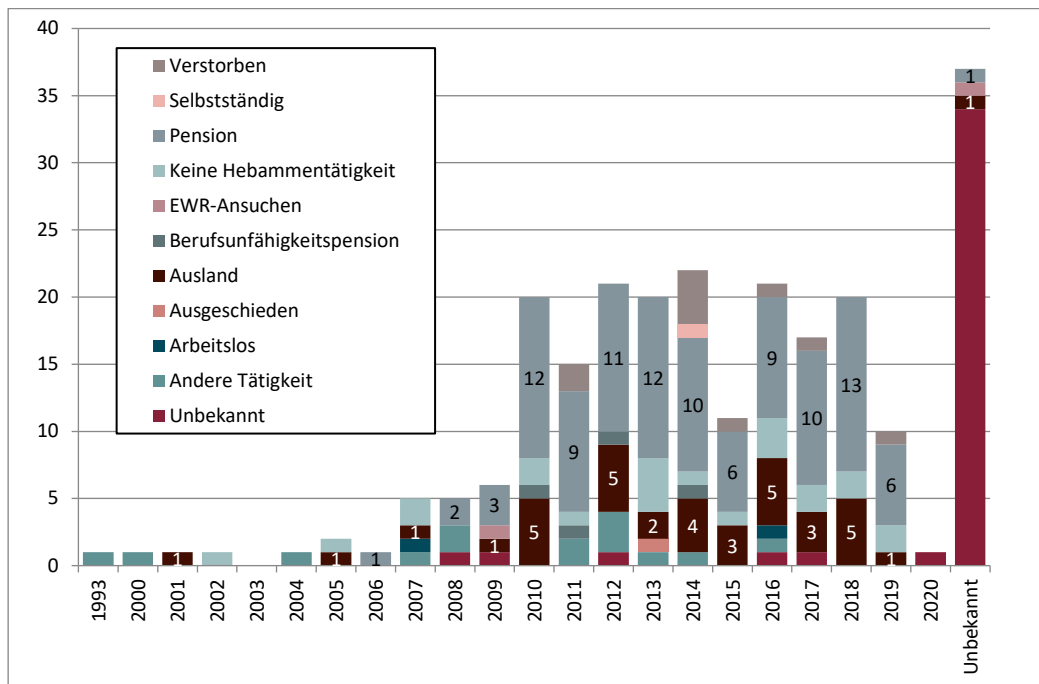
Abbildung 29: Durchschnittsalter, Hebammeneintritte, Wien und VZ OST, 2010–2019



Anmerkung: Ausgewiesene Werte beziehen sich auf VZ OST.

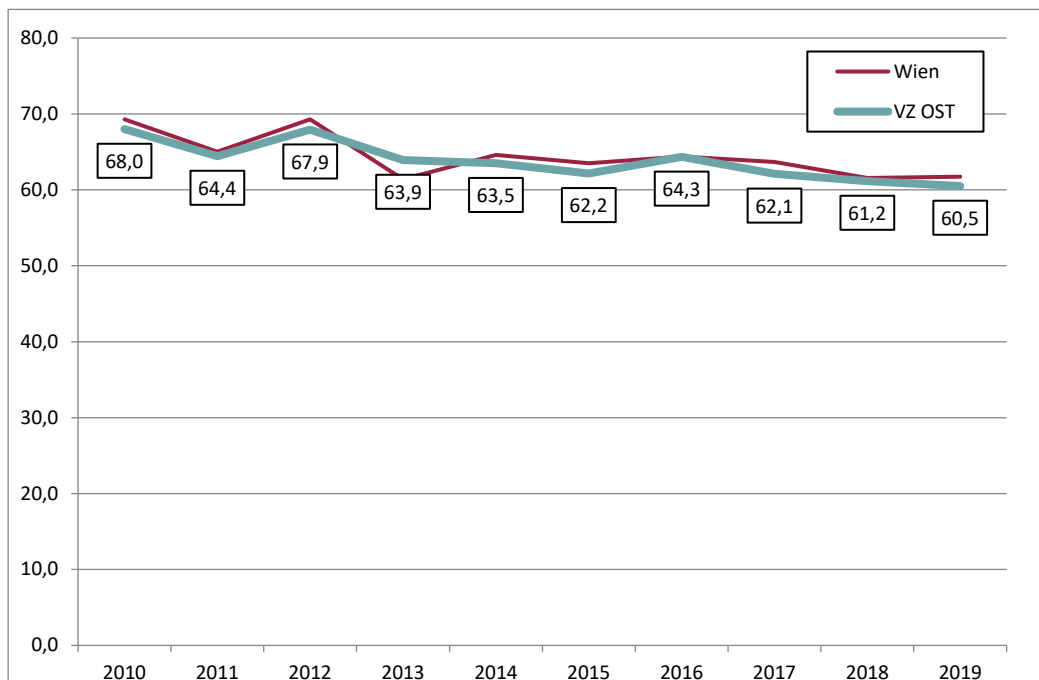
Quelle: Österreichisches Hebammengremium (ÖHG), IHS 2019.

**Abbildung 30: Berufsabgänge von Hebammen nach Grund, VZ OST**



Quelle: Österreichisches Hebammengremium (ÖHG), IHS 2019.

**Abbildung 31: Durchschnittliches Pensionsantrittsalter, Wien und VZ OST, 2010–2019**



Anmerkung: Ausgewiesene Werte beziehen sich auf VZ OST.

Quelle: Österreichisches Hebammengremium (ÖHG), IHS 2019.

### 3.2.5 Zusammenschau des Angebots an Hebammenkapazität mit zumindest zeitweiser freipraktizierender Tätigkeit

#### Vertragshebammen

Die Zahl der Vertragshebammen für kurative<sup>1</sup> Hebammenleistungen entwickelte sich in den letzten fünf Jahren (Dezember 2014 bis Juli 2019) je nach Krankenversicherungsträger der VZ OST in unterschiedlicher Art und Weise, vgl. Abbildung 32. Im Juli 2019 hatten 23 Hebammen einen Vertrag mit der WGKK, um 6 Hebammen (oder rund ein Drittel) mehr als noch Ende 2014. Die Anzahl der Vertragshebammen mit der NÖGKK wuchs im Beobachtungszeitraum sogar um 20 Köpfe auf 62 Köpfe bzw. um knapp 50%. Insgesamt wurden 2018 bei der NÖGKK rund 1.640 Fälle<sup>2</sup> bzw. 26 Fälle pro Vertragshebamme registriert. Im Vergleich zur Aufstockung in Wien und Niederösterreich stagnierte die Anzahl der Hebammen mit Vertrag zur BGKK.<sup>3</sup>

Für die Schwangerenberatung im Rahmen des Mutter-Kind-Passes gelten eigene Verträge; diese werden häufiger ausgestellt als Verträge für Hebammenleistungen als Kassenleistung. Die Zahl der Hebammen mit WGKK-Vertrag zur Schwangerenberatung laut Mutter-Kind-Pass belief sich im Juli 2019 auf 103, jene mit NÖGKK-Vertrag auf 124; mit der BGKK hatten 16 Hebammen einen Vertrag abgeschlossen und konnten somit diese Beratungsleistungen auf Kassenkosten anbieten, vgl. Abbildung 33.

#### Wahlhebammen

Honorarnoten basierend auf kurativen Leistungen von knapp 400 Wahlhebammen wurden mit Stand Juli 2019 zum Kostenrückersatz bei der WGKK eingereicht; um rund 140 Hebammen oder 55% mehr als noch Ende 2014, vgl. Abbildung 34 und Abbildung 35. Bei Betrachtung der Einreichungen bei der NÖGKK zeigt sich ein entgegengesetzter Trend: Die Zahl der Wahlhebammen, deren Honorarnoten zum Kostenrückersatz eingereicht wurden, sank im Beobachtungszeitraum um knapp ein Drittel. Insgesamt wurden im Jahr 2018 bei der NÖGKK rund 1.300 Honorarnoten<sup>4</sup> eingereicht, um rund 350 weniger als im Jahr zuvor. Im Durchschnitt belief sich die Zahl der Honorarnoten pro

<sup>1</sup> Der Ausdruck „kurativ“ wird hier aus dem Sozialversicherungsgebrauch zur Unterscheidung von Leistungen gemäß Mutter-Kind-Pass übernommen, auch wenn die Leistungen während der Schwangerschaft großteils als „care“ und nicht „cure“ anzusehen sind.

<sup>2</sup> Zahl der Erst- und Folgehebammenbeistände: Fallzahlen sind einzelne Hebammenabrechnungen pro Wöchnerin, diese können mehrere Kontakte beinhalten; Datenquelle: NÖGKK.

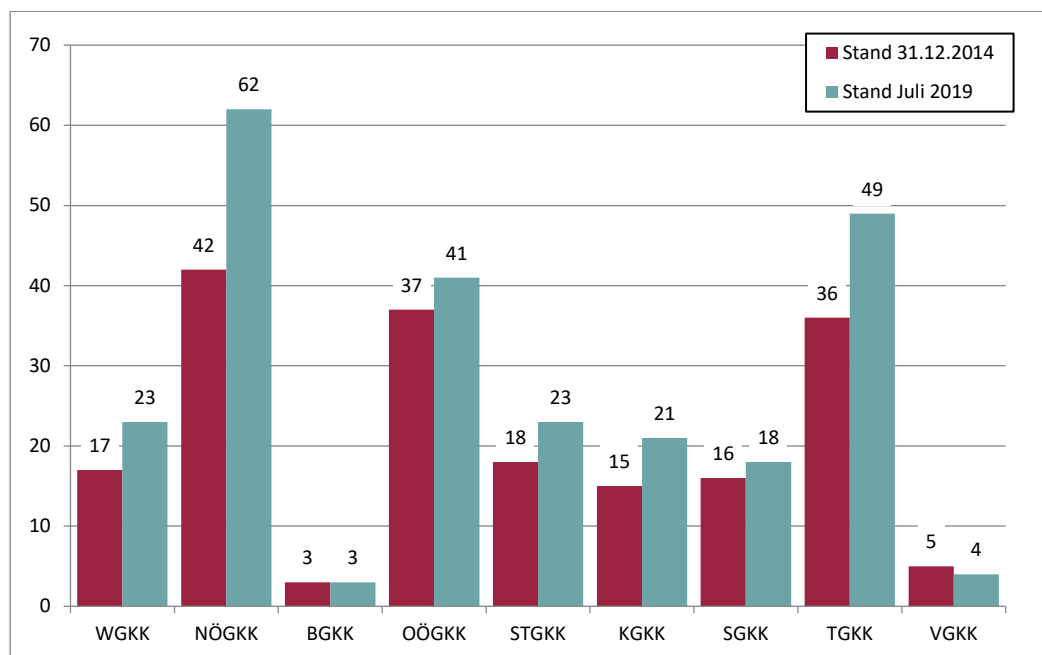
<sup>3</sup> Dieser Vergleich bezieht sich auf Daten des Hauptverbands mit Stand Juli 2019; nach Information des ÖHG wurden im Burgenland im Juli 2019 die Kassenstellen von fünf auf zehn verdoppelt. Aktuell sind sechs Stellen besetzt – nicht besetzt sind jeweils zwei Stellen im Bezirk Neusiedl und Oberpullendorf.

<sup>4</sup> Datenquelle: NÖGKK.

Wahlhebamme 2018 somit auf neun. Entsprechende Informationen für die WGKK und BGKK wurden nicht zur Verfügung gestellt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass im Burgenland und insbesondere in Wien eine verstärkte Inanspruchnahme von kurativen Leistungen von Hebammen im Wahlbereich stattgefunden hat, bei gleichzeitig geringfügig ausgeweiteter Anzahl von Vertragshebammen. Anders in Niederösterreich, wo der Vertragssektor stark ausgebaut wurde (+20 Vertragshebammen) und die Zahl der Wahlhebammen (-69 Köpfe) deutlich sank, vgl. Abbildung 35.

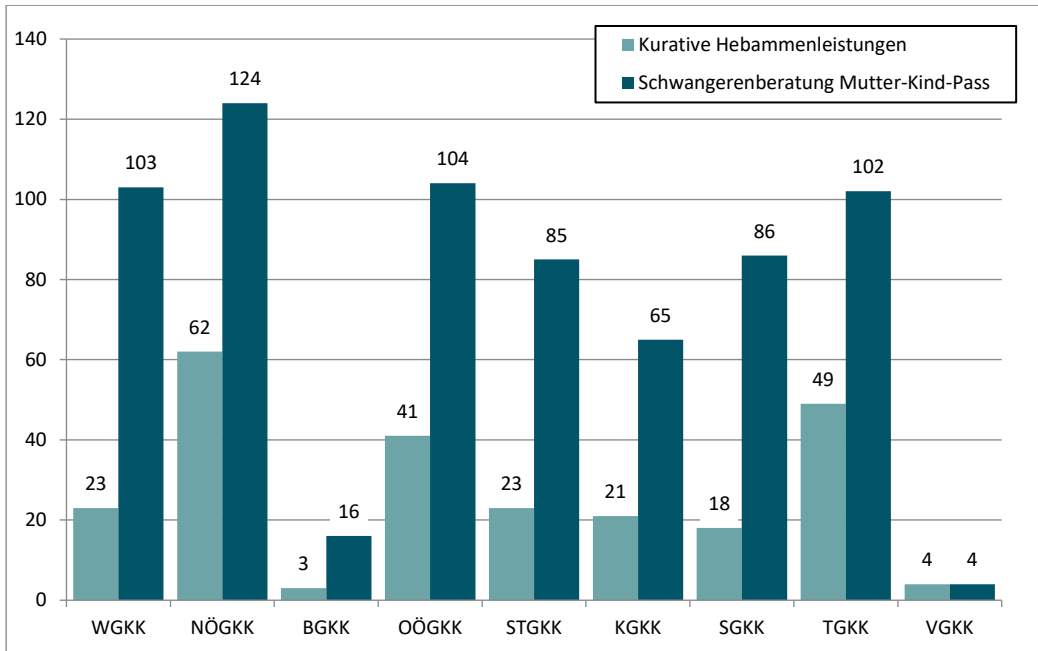
**Abbildung 32: Vertragshebammen, kurative Leistungen, 31.12.2014 und Juli 2019**



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS 2019.

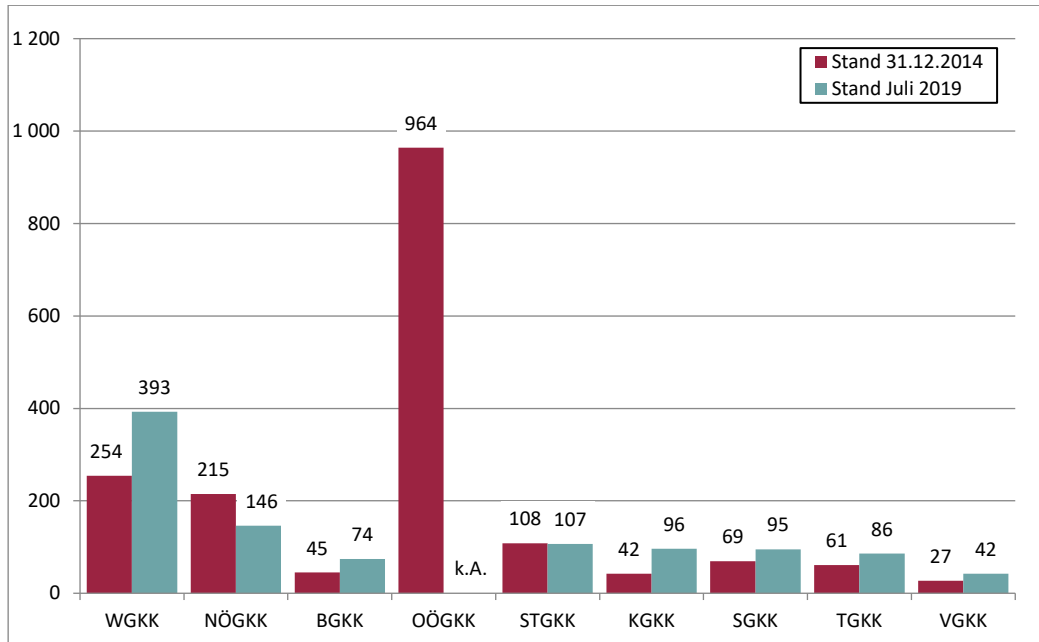


**Abbildung 33: Vertragshebammen, kurative Leistungen und Schwangerenberatung Mutter-Kind-Pass, Stand Juli 2019**



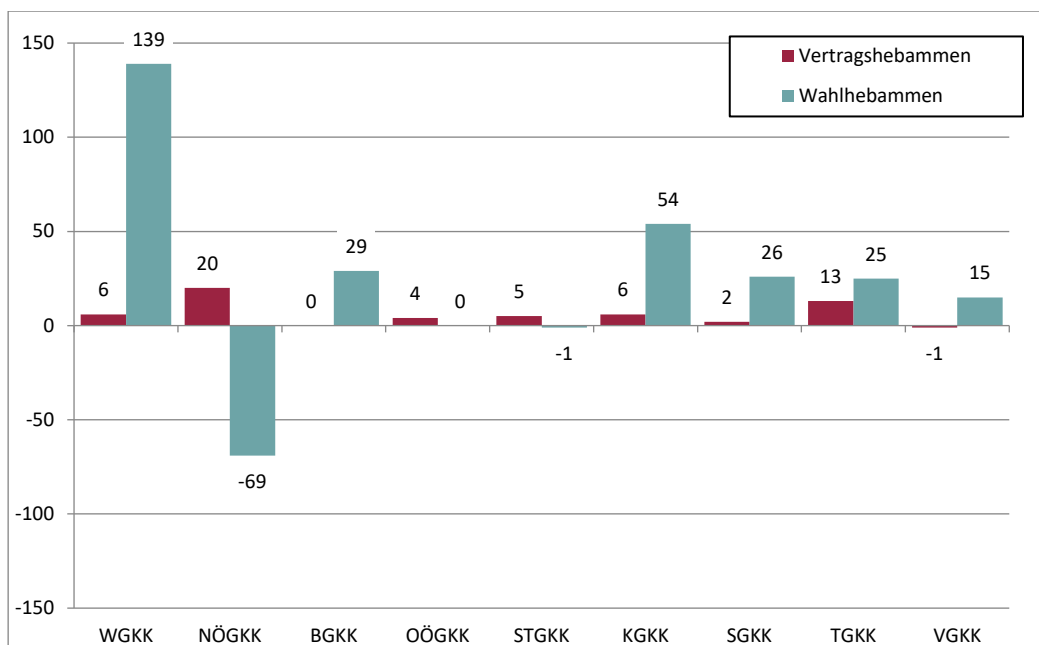
Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS 2019.

**Abbildung 34: Zahl der Wahlhebammen, deren Honorarnoten zum Kostenrückerstattung eingereicht wurden, kurative Hebammenleistungen, Stand 31.12.2014 und Juli 2019**



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS 2019.

**Abbildung 35: Veränderung der Zahl der Hebammen, kurative Hebammenleistungen, Stand 31.12.2014 und Juli 2019**

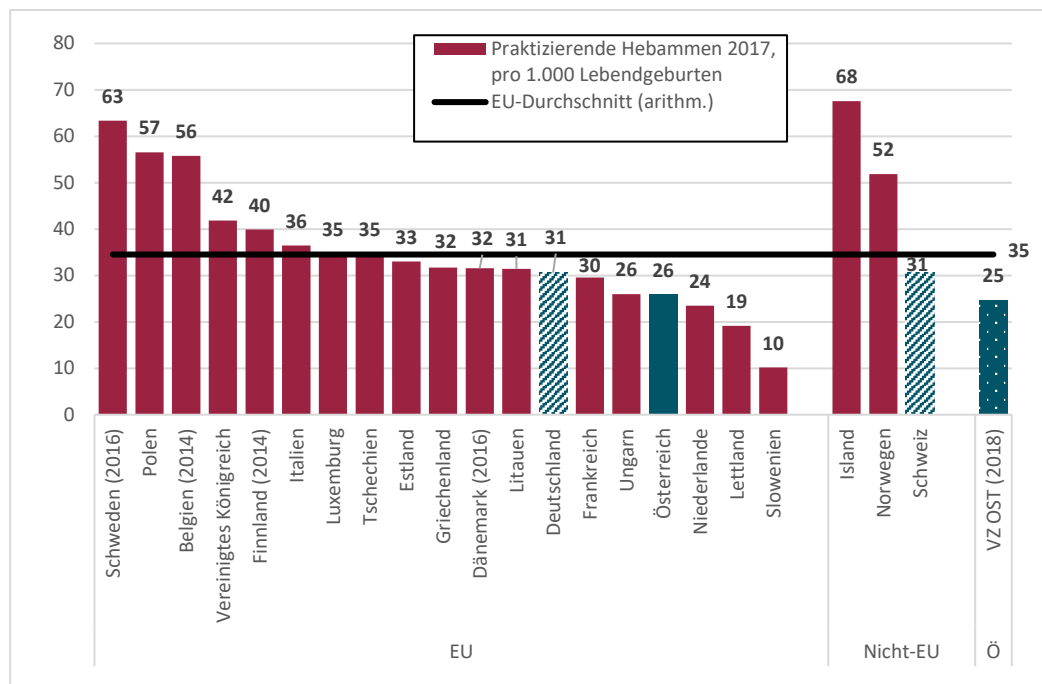


Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS 2019.

### 3.3 Internationaler Überblick der angebotenen Hebammenkapazität

Im internationalen Vergleich weist Österreich mit 26 praktizierenden Hebammenköpfen pro 1.000 Lebendgeburten eine unterdurchschnittliche Dichte auf (EU: 35 pro 1.000 Lebendgeburten), vgl. Abbildung 36. Die VZ OST rangiert mit 25 Hebammenköpfen knapp hinter dem Vergleichswert für Gesamtösterreich. Deutschland und die Schweiz liegen mit 31 Köpfen pro 1.000 Lebendgeburten geringfügig über den Vergleichswerten für Österreich. Hohe Versorgungsdichten sind in einigen skandinavischen Ländern (Island, Schweden, Norwegen, Finnland) sowie in Polen und Belgien zu beobachten.

**Abbildung 36: Praktizierende Hebammen, pro 1.000 Lebendgeburten, 2017 oder letztverfügbares Jahr**



Anmerkungen: Italien und Vereinigtes Königreich: Schätzwert; Griechenland: andere Methodologie

Quelle: OECD Health Statistics 2019, ÖHG, Statistik Austria, IHS 2019.

## 4 Gap-Analyse

Im Zuge der Gap-Analyse wird die Abschätzung der zukünftigen Nachfrage an Hebammenkapazität und die Abschätzung des zukünftigen Angebots an Hebammenkapazität zusammengeführt. Zentrale Frage dabei ist, ob die prognostizierte Nachfrage vom prognostizierten Angebot an Hebammen gedeckt werden kann, oder ob eine zusätzliche Versorgungslücke – bei bestehender Unterversorgung – entsteht. Das Modell umfasst die gesamte VZ OST, der Prognosezeitraum beinhaltet die Jahre 2019 bis 2030.

Es ist darauf hinzuweisen, dass diese Gap-Analyse die derzeitige Ist-Versorgung als Ausgangspunkt nimmt. Dies soll nicht zur Interpretation verleiten, dass die derzeitige Versorgungssituation als „gut“ oder gar „ideal“ bewertet wird. Während wir keine Aussage zu einer „idealen“ Versorgungssituation machen, weisen wir auf die österreichische Position im internationalen Vergleich (Abbildung 36) hin, wohl wissend, dass die Zahl berufsausübender Hebammen lediglich einen Ausschnitt aus der gesamten Versorgungssituation mit allen beteiligten Berufsgruppen darstellt.

### 4.1 Abschätzung der zukünftigen Nachfrage an Hebammenkapazität

Ausgangsbasis zur Abschätzung der zukünftigen Nachfrage an Hebammenkapazität ist die Statistik der Geborenen auf Grundlage des Geburtenregisters von Statistik Austria.<sup>1</sup>

- Im Ausland (von Müttern mit inländischem Wohnsitz) Geborene sind exkludiert, da diese für die Hebammenversorgung in Österreich keine Relevanz aufweisen.
- Versorgungsrelevant für Hebammen sind jene Geborenen, die in Österreich von Müttern mit ausländischem Wohnsitz geboren wurden, vgl. Abbildung 3.<sup>2</sup>
- Lebendgeborene und Totgeborene werden nicht differenziert und sind somit gleichbewertet, was wie folgt begründet wird: In der Phase der Geburtsvorbereitung ist der Aufwand für Hebammen jedenfalls nicht geringer, ebenso bei der Geburt selbst. Nach der Geburt entfällt zwar die Beschäftigung mit dem Kind (Untersuchungen, Stillberatung etc.), jedoch bleibt die rein geburtsspezifische Nachsorge der Mutter, welche sogar aus psychologischen Gründen intensiver ausfallen kann.

---

<sup>1</sup> Gemäß Personenstandsgesetz-Durchführungsverordnung – PStG-DV.

<sup>2</sup> Wie bereits erwähnt, umfassen Statistiken der Geborenen von Statistik Austria ausschließlich Geborene von Müttern mit Hauptwohnsitz in Österreich.

Im Folgenden werden nun die einzelnen Schritte beschrieben, um die zukünftige Nachfrage an Hebammenkapazität abzuschätzen:

In einem **ersten Schritt** erfolgt eine Teilung der im Inland von Müttern mit in- oder ausländischem Hauptwohnsitz (HWS) Geborenen in intramural und extramural Geborene:

Zu intramural Geborenen zählen:

- In Krankenanstalten Geborene (von Müttern mit inländischem HWS)
- Am Transportweg Geborene (von Müttern mit inländischem HWS): Am Transportweg an sich legt nahe, dass die Geburt in einer Krankenanstalt vorgesehen war (geplant oder ungeplant). Es ist davon auszugehen, dass am Transportweg Geborene nach der Geburt in Krankenanstalten aufgenommen werden und ein Aufenthalt ebendort erfolgt. Damit wäre die Vor- und Nachsorge mit ähnlichem Aufwand wie bei Geburten in der Krankenanstalt zu bewerten, die Geburt an sich entfällt als Aufwand für in Krankenanstalten angestellte Hebammen.
- An sonstigen Orten Geborene (von Müttern mit inländischem HWS): Auch bei an sonstigen Orten Geborenen wird davon ausgegangen, dass die Geburt in einer Krankenanstalt geplant war und nach der Geburt ein stationärer Aufenthalt folgt.
- Bei Geborenen, deren Mutter einen ausländischen HWS aufweist, ist der Geburtsort zwar unbekannt, jedoch ist anzunehmen, dass die Geburt – auch aufgrund des Fehlens eines inländischen Wohnsitzes – in einer Krankenanstalt erfolgt.

Zu extramural Geborenen zählen:

- Am Wohnsitz der Mutter Geborene (von Müttern mit inländischem HWS)
- Im Entbindungsheim / in der Hebammenpraxis Geborene (von Müttern mit inländischem HWS): Da es in erster Linie um den Zeitaufwand für Hebammen geht und nicht um die Ausstattung am Geburtsort (außer dieser hat Einfluss auf den Zeitaufwand), wird davon ausgegangen, dass Hebammen für Hausgeburten bzw. für Geburten in Hebammenpraxen ähnlichen Zeitaufwand einplanen müssen. Auch bei Vor- und Nachsorge wird ein vergleichbarer Aufwand unterstellt, da einerseits voraussehbar komplexe oder schwierige Geburten wohl ohnehin an eine Krankenanstalt verwiesen werden, und andererseits die Präferenzen von Müttern, die eine Hausgeburt planen, ähnlich denen sind, die eine Praxen-Geburt planen.

Insgesamt wurden in VZ OST im Jahr 2018 37.059 Geborene registriert, wobei 1,6% extramural – nach obiger Definition – geboren wurden. Von den 36.473 Geborenen, die dem intramuralen Sektor zugerechnet werden, wurden 97,8% in Krankenanstalten, 0,05% am Transportweg und 0,09% an sonstigen Orten geboren; 2,1% waren im Inland Geborene von Müttern mit HWS im Ausland.

Im **zweiten** Schritt erfolgten die Definition und Bewertung des Hebammenaufwands im Zuge von intramural bzw. extramural Geborenen.

### **Intramural Geborene**

Der Hebammenaufwand für intramural Geborene ist von der Entbindungsart abhängig, was eine dahingehende Differenzierung notwendig macht. Im Jahr 2018 wurden 63,9% der Geborenen<sup>1</sup> durch eine Spontangeburt geboren, 29,8% mittels Kaiserschnittes<sup>2</sup> und 6,4% mit Hilfe einer Saugglocke o.ä. Die historische Entwicklung der Geborenen nach Entbindungsart der letzten Dekade zeigt, dass die Anteile praktisch konstant geblieben sind, vgl. Abbildung 6b. Aufgrund dieser Beobachtung wird folgend angenommen, dass es auch im Prognosezeitraum 2019–2030 zu keiner Anteilsverschiebung zwischen den Entbindungsarten kommt – die Anteile von 2018 werden somit „eingefroren“.

Jede Entbindungsart für sich betrachtet zeigt, (1) eine unterschiedliche Verteilung der Leistungen (vgl. Kapitel 2.3) auf definierte Belagsdauergruppen sowie (2) unterschiedliche historische Entwicklungen 2009–2018:

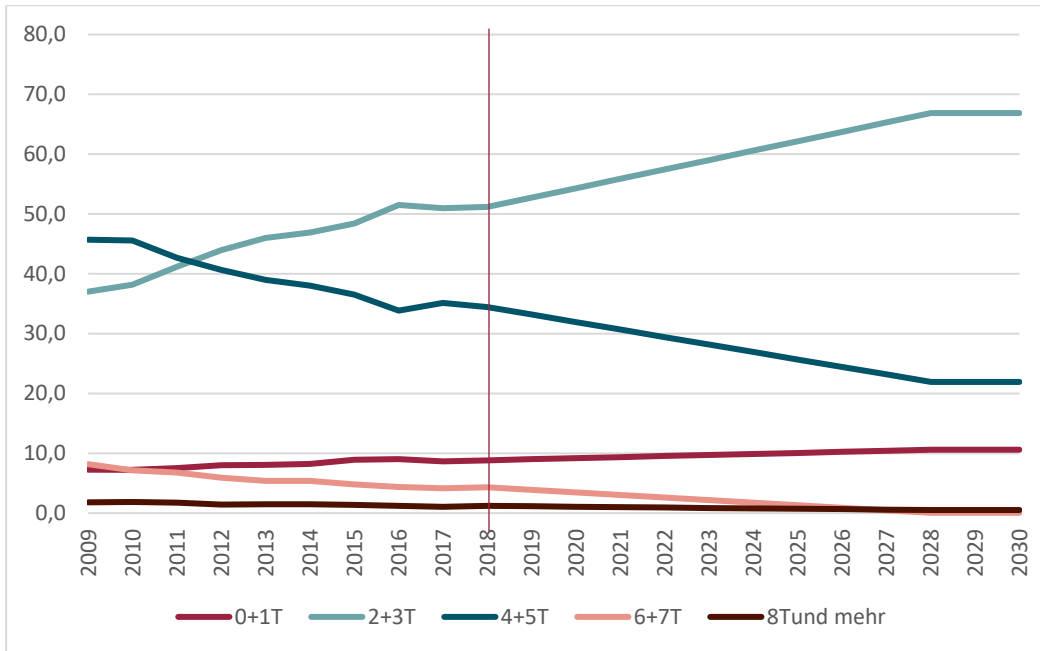
Bei Spontangeburt (MEL JN020) ist festzustellen, dass im Jahr 2018 knapp mehr als die Hälfte (51,2%) der Leistungen zwei oder drei Belagstage mit sich zogen; rund ein Drittel (34,4%) der Leistungen entfielen in die Belagsdauergruppe 4–5 Tage. Der Anteil ambulanter Geburten – definiert als Leistungen, nach denen Mütter keine oder eine Nacht (Mitternachtsstand) im Krankenhaus verbrachten – lag 2018 bei rund 9%. Die Entwicklung 2009-2018 zeigt eindeutige (lineare) Trends; insbesondere ist eine Anteilsverschiebung höherer Belagsdauergruppen hin zur Belagsdauergruppe mit 2–3 Tagen zu erkennen (+14,2 Prozentpunkte). Für die Prognoseperiode 2019–2030 wurde angenommen, dass sich die historisch beobachteten (linearen) Trends fortsetzen, mit einer Abflachung gegen Ende des Prognosezeitraums, vgl. Abbildung 37.

---

<sup>1</sup>Im Inland Geborene mit HWS der Mutter im Inland, ohne Geborene im Ausland.

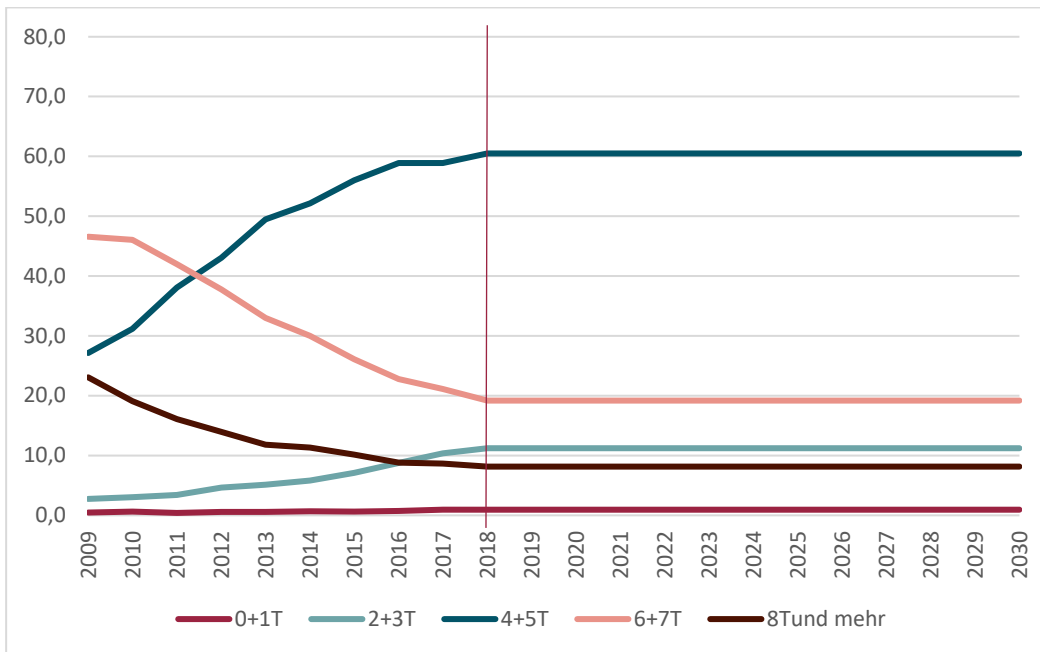
<sup>2</sup>primärer und sekundärer Kaiserschnitt

**Abbildung 37: Entbindungen (MEL JN020): Verteilung nach Belagsdauergruppe, Landesgesundheitsfonds und PRIKRAF, VZ OST, 2009–2030**



Anmerkungen: 2009–2018: BMASGK; 2019-2030: Fortschreibung der (linearen) Trends mit konstantem Ausklingen ab 2028. Quelle: BMASGK, IHS 2019.

**Abbildung 38: Sectio Caesarea (MEL JN040): Verteilung nach Belagsdauergruppe, Landesgesundheitsfonds und PRIKRAF, VZ OST, 2009–2030**

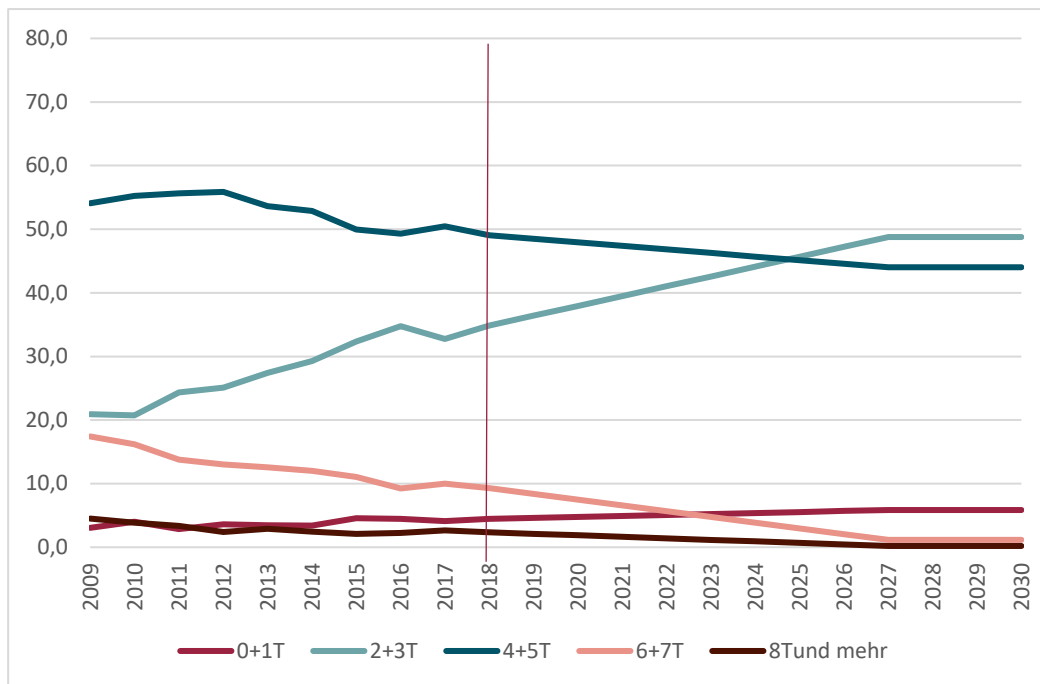


Anmerkungen: 2009–2018: BMASGK; 2019-2030: Anteile 2018 werden konstant gehalten. Quelle: BMASGK, IHS 2019.

Frauen, deren Kinder mittels Kaiserschnittes (primär und sekundär) geboren werden, verzeichnen im Vergleich zu Frauen mit Spontangeburt höhere durchschnittliche Belagsdauern, vgl. Abbildung 13 und Abbildung 15. Rund 60% der Leistungen (MEL JN040) wurden 2018 der Belagsdauergruppe 4–5 Tage zugerechnet; immerhin noch ein Fünftel der Gruppe 6–7 Tage, vgl. Abbildung 38. Die historischen Trends der letzten Dekade zeigen große Verschiebungen hin zu kürzeren Belagsdauern, wobei sich die (linearen) Trends aus der Vergangenheit aber ab 2016 abschwächen – ein Sättigungsniveau scheint erreicht zu sein. Aufgrund dieser Beobachtung wird angenommen, dass die Verteilung auf die Belagsdauergruppen im Prognosezeitraum konstant bleibt.

Auch bei Entbindungen durch Manualhilfe oder Saugglocke (MEL JN030 und JN050) geht der Trend hin zu niedrigeren Belagsdauern. Historische (lineare) Trends der Verteilung der Anteilswerte auf die Belagsdauergruppen werden im Prognosezeitraum fortgesetzt bzw. gegen Ende des Zeitraums konstant gehalten, vgl. Abbildung 39.

**Abbildung 39: Manualhilfe oder Saugglocke (MEL JN030 und JN050): Verteilung nach Belagsdauergruppe, Landesgesundheitsfonds und PRIKRAF, VZ OST, 2009–2030**



Anmerkungen: 2009–2018: BMASGK; 2019–2030: Fortschreibung der (linearen) Trends mit konstantem Ausklingen ab 2027.

Quelle: BMASGK, IHS 2019.



Im Hinblick auf die Bewertung des Hebammenaufwands von intramuralen Geburten werden drei Tätigkeitsbereiche unterschieden, wobei diese Bewertung auf einen fiktiven Durchschnittsarbeitstag einer vollzeitäquivalenten Hebamme bezogen wird. Mangels Information aus Österreich zum anteiligen Arbeitsaufwand der unterschiedlichen Hebammentätigkeiten wurden Ergebnisse einer bayrischen Untersuchung herangezogen, wonach der hauptsächliche Zeitaufwand direkt mit der Geburt zusammenhängt und weniger mit der (intramuralen) Dauer der Nachsorge (IGES 2018, Seite 45ff). Um die Realitätsnähe der angesetzten Arbeitszeiten zu gewährleisten, wurde das hierdurch ermittelte Zeitgerüst mit Vertreterinnen des Hebammengremiums diskutiert und validiert.

**(1) Tätigkeiten im Zusammenhang mit der intramuralen Geburt, dazu zählen beispielsweise Geburtsbegleitung, Verwaltungstätigkeiten oder Reinigungsarbeiten**

Die Bewertung der Tätigkeiten im Zusammenhang mit der intramuralen Geburt erfolgt unterschiedlich je Entbindungsart, jedoch darunter gleich für alle Belagsdauergruppen. Eine vollzeitäquivalente Hebamme wendet für Tätigkeiten im Zusammenhang mit einer Spontangeburt 2,0 Betreuungstage auf, im Zusammenhang mit einer Geburt durch Kaiserschnitt (primär und sekundär) 1,5 Betreuungstage und im Zusammenhang mit einer Saugglockengeburt ebenfalls 2,0 Betreuungstage. Die niedrigere Bewertung der Kaiserschnittgeburt ist dadurch begründet, dass bei gleichen Vorsorgetätigkeiten sowie administrativen Tätigkeiten – insbesondere bei geplanten Kaiserschnittentbindungen – weniger Aufwand für Hebammen anfällt, da die Kaiserschnittgeburt schlussendlich von ÄrztInnen durchgeführt wird und der Entbindungsvorgang verkürzt ist.

**(2) Sonstige intramurale Tätigkeiten, abgesehen von Tätigkeiten im Zusammenhang mit der intramuralen Geburt, dazu zählen beispielsweise die Betreuung auf der Wochenbettstation oder die Geburtsnachsorge**

Die Bewertung der sonstigen intramuralen Tätigkeiten unterscheidet sich je Belagsdauergruppe und basiert auf der durchschnittlichen Anzahl der intramuralen Hebammenkontakte pro Geburt. Die von uns definierten „Hebammenkontakte“ während eines stationären Aufenthalts sind als fiktive Zeiteinheiten zu verstehen, die nicht unbedingt „am Stück“ durchgeführt werden. Je länger die Belagsdauer der Mutter, desto höher die durchschnittliche Anzahl der Kontakte pro Geburt; beispielsweise weisen Mütter in Belagsdauergruppe 2+3 Tage im Durchschnitt einen Hebammenkontakt auf, während es in der Gruppe 6+7 Tage durchschnittlich 2,5 Kontakte sind, vgl. Tabelle 2. Der Bewertungsfaktor (in Betreuungstagen) errechnet sich sodann unter der Annahme, dass eine intramural beschäftigte Hebamme

(Vollzeitäquivalent) zehn Hebammenkontakte pro Tag absolvieren kann, wobei jeder „Kontakt“ demnach rund eine Dreiviertelstunde beanspruchen kann. Der Bewertungsfaktor gibt also an, welchen Anteil eine Geburt mit der entsprechenden Liegedauer an einem Vollzeitäquivalent in Anspruch nimmt. Beispielsweise nimmt eine Geburt mit 2–3 Tagen Liegedauer ein Zehntel eines Arbeitstags einer Vollzeit angestellten Hebamme in Anspruch.

**Tabelle 2: Bewertung des Hebammenaufwands: Sonstige intramurale Tätigkeiten, abgesehen von Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Geburt**

Belagsdauer- gruppe	0+1T	2+3T	4+5T	6+7T	8T und mehr
Durchschnittliche Anzahl der <u>intramuralen</u> H- Kontakte	0,25	1,00	1,75	2,50	3,25
Bewertungsfaktor: <u>0,1</u> (10 H-Kontakte pro Tag)	<b>0,025</b>	<b>0,100</b>	<b>0,175</b>	<b>0,250</b>	<b>0,325</b>

Quelle: IHS 2019.

### **(3) Tätigkeiten im Zusammenhang mit der extramuralen Nachsorge für intramural Geborene**

Die Bewertung der Tätigkeiten im Zusammenhang mit der extramuralen Nachsorge erfolgt ebenfalls unterschiedlich für jede Belagsdauergruppe. Es wird davon ausgegangen, dass „ambulante Geburten“ die höchste Anzahl an extramuralen Betreuungskontakten nach sich ziehen (sieben), während intramural Geborene mit mehr als fünf Belagstagen keine extramurale Hebammenbetreuung mehr erfahren, vgl. Tabelle 3. Diese Werte entsprechen den im Hebammengesamtvertrag geregelten Hebammenvisiten in Abhängigkeit von der stationären Aufenthaltsdauer. Der Bewertungsfaktor (in Betreuungstagen) errechnet sich sodann unter der Annahme, dass eine extramural beschäftigte Hebamme (Vollzeitäquivalente) 5,33 Hebammenkontakte pro Tag absolviert. Dieser Zahl liegt die Annahme von einstündigen Visiten plus Wegzeit bei einem achtstündigen Arbeitstag zugrunde.

**Tabelle 3: Bewertung des Hebammenaufwands: Tätigkeiten im Zusammenhang mit der extramuralen Nachsorge für intramural Geborene**

Belagsdauer- gruppe	0+1T	2+3T	4+5T	6+7T	8Tund mehr
Durchschnittliche Anzahl der <u>extramuralen</u> H- Kontakte	7	5	3	0	0
Bewertungsfaktor: <b>0,2</b> (5,33 H-Kontakte pro Tag)	<b>1,3</b>	<b>0,9</b>	<b>0,6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Quelle: IHS 2019.

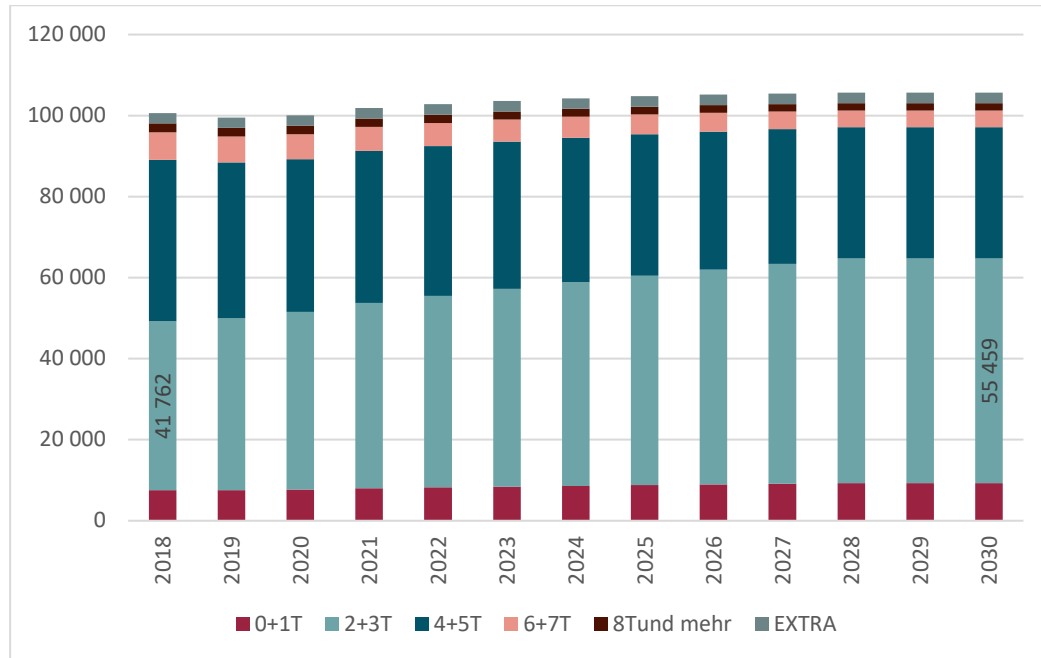
Eine intramurale Geburt mittels Kaiserschnittes in Belagsdauergruppe 4–5T ist somit mit 2,28 Betreuungstagen bewertet, davon werden von Hebammen 1,5 Tage für intramurale Tätigkeiten in Zusammenhang mit der Geburt, 0,18 Tage für sonstige intramurale Tätigkeiten und 0,6 Tage für die extramurale Nachsorge aufgewendet.

### **Extramural Geborene**

Extramural Geborene sind Geborene in Hebammenpraxen sowie Geborene am Wohnsitz der Mutter (1,6% der Geborenen); es ist davon auszugehen, dass es sich hierbei um Spontangeburt handelt, eine genaue Information ist jedoch nicht bekannt. Die zukünftige Entwicklung der extramural Geborenen orientiert sich am prognostizierten jährlichen Wachstum der Geburtenzahl, vgl. Abbildung 44 im Anhang. Im Vergleich zur intramuralen Geburt werden Tätigkeiten in Zusammenhang mit der extramuralen Geburt höher bewertet, nämlich mit drei Betreuungstagen. Die extramurale Nachsorge von extramuralen Geburten wird analog der intramuralen Geburt mit 0–1 Belagstagen („ambulante Geburt“) bewertet.

Um den gesamten Hebammenaufwand abzuschätzen, erfolgt im **dritten Schritt** die Verknüpfung der prognostizierten Geborenenzahlen 2019–2030 (Geburtenprognose Hauptvariante, vgl. Abbildung 44 im Anhang und Aufteilung gemäß Schritt 2) mit den entsprechenden Betreuungstagen je Hebammenvollzeitäquivalent. Wie zuvor beschrieben, wird bei der Berechnung des Hebammenaufwands intramural je Entbindungsart (bei Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Geburt) und je Belagsdauergruppe (bei sonstigen intramuralen Tätigkeiten sowie bei der extramuralen Nachsorge) unterschieden; bei extramuralen Geborenen werden Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Geburt und der extramuralen Nachsorge bewertet.

**Abbildung 40: Entwicklung des Hebammenaufwands, Betreuungstage von vollzeitäquivalenten Hebammen pro Jahr, intra- und extramural, 2018–2030**



Quelle: IHS 2019.

Der gesamte Hebammenaufwand – gemessen in Betreuungstagen – steigt 2018–2030 um 5,0% (vgl. Geborene gesamt in der Hauptvariante: 3,0%). Am stärksten wächst der Betreuungsaufwand für intramural Geborene mit einer Belagsdauer von 2–3 Tagen (+33%), vgl. Abbildung 40.

Im **vierten Schritt** wird nun berechnet, wie viele vollzeitäquivalente Hebammen notwendig sind, um den prognostizierten Aufwand zu decken. Dazu erfolgt zuerst die Bestimmung der Vollzeitäquivalente für den intramuralen und extramuralen Bereich im Basisjahr 2018. Für den intramuralen Bereich kann die Ratio Vollzeitäquivalente/Hebammenköpfe exakt bestimmt werden (0,73 im Jahr 2017; Schätzwert 2018: linear wie 2009–2017: 0,72), was einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 29 Stunden pro Woche (bei Normalarbeitszeit von 40 Stunden) entspricht, vgl. Abbildung 22 und Abbildung 23.<sup>1</sup> Insgesamt wurden per Stichtag 2.10.2019 in VZ OST 952 versorgungsrelevante Hebammen registriert. Mangels Information über das Beschäftigungsausmaß der Hebammen im extramuralen Bereich, wird für diesen Bereich die idente Ratio wie für den intramuralen Bereich (2018: 0,72) angenommen. Daraus errechnet sich für das Jahr 2018 eine Gesamtzahl an Vollzeitäquivalenten für VZ OST von 654. Unter der Annahme, dass der Aufwand (im Sinne der Arbeitsleistung) pro Vollzeitäquivalent im Prognosezeitraum konstant bleibt,

<sup>1</sup> Die Kopfzahlen von Statistik Austria können ausschließlich auf Ebene des gesamten Burgenlands betrachtet werden.

werden im Jahr 2030 33 Vollzeitäquivalente mehr benötigt, um den prognostizierten Aufwand zu decken.

Im **fünften und letzten Schritt** erfolgt die Abschätzung der notwendigen Hebammenköpfe, um den prognostizierten Aufwand zu decken. Dabei werden zwei (Rand-)Szenarien S1 und S2 berechnet:

- Erstens, wird davon ausgegangen, dass sich die Ratio Vollzeitäquivalente/Köpfe im gesamten Bereich weiter reduziert und zwar auf 0,62<sup>1</sup> im Jahr 2030, was einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 25 Stunden pro Woche<sup>2</sup> entspricht. In diesem Szenario steigt somit die Teilzeitquote weiter, was dahingehend zu interpretieren ist, dass es zu einer Verlagerung in die Freizeit bzw. hin zu nicht-abgebildeten Hebammentätigkeiten, wie beispielsweise Tätigkeiten im Zuge der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, kommt.
- Zweitens, wird davon ausgegangen, dass die Ratio Vollzeitäquivalente/Köpfe im gesamten Bereich bis 2030 konstant bleibt (0,72), die Teilzeitquote also auf dem Niveau von 2018 „eingefroren“ wird.

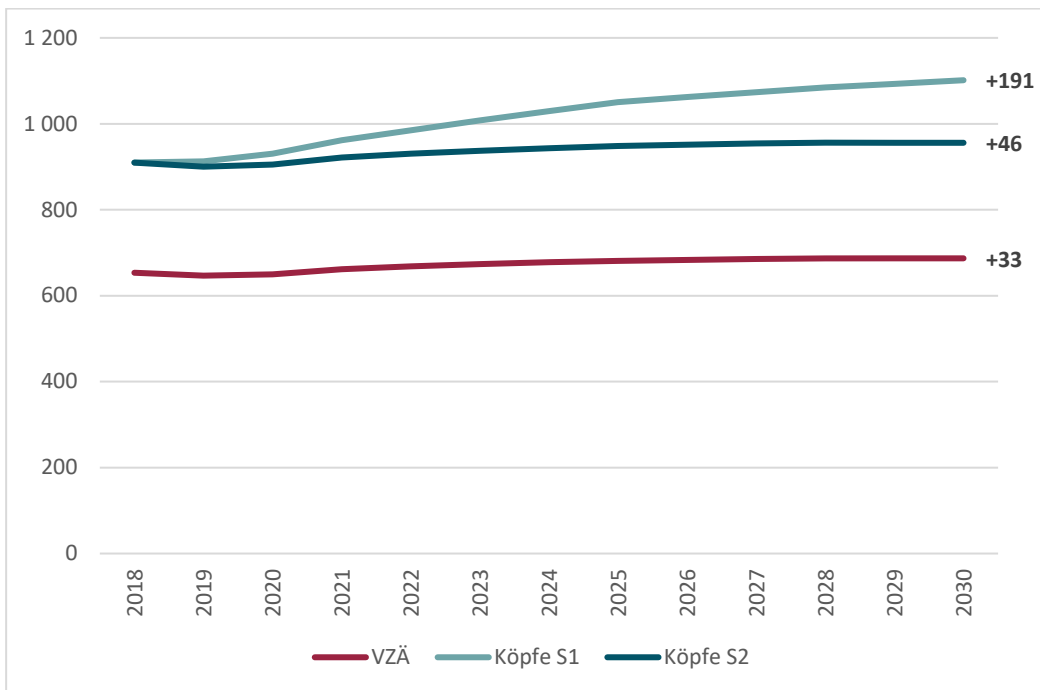
Je nach Szenario werden in VZ OST bis 2030 zur Deckung des prognostizierten Aufwands zwischen 46 und 191 Hebammenköpfe mehr benötigt, als im Status quo 2018, vgl. Abbildung 41.

---

<sup>1</sup> Die Reduktion erfolgt bis 2025 um jährlich 0,015 und ab 2026 um jährlich 0,010, somit im ersten Teil des Prognosezeitraums etwas stärker als im zweiten Teil.

<sup>2</sup>Normalarbeitszeit: 40 Stunden pro Woche

**Abbildung 41: Hebammennachfrage, Vollzeitäquivalente und Köpfe bis 2030**



Anmerkung: Geburtenprognose: Hauptvariante  
Quelle: IHS 2019.

## 4.2 Abschätzung des zukünftigen Angebots an Hebammenkapazität

Ausgangspunkt zur Abschätzung des zukünftigen Angebots an Hebammenkapazität ist der versorgungswirksame Hebammenbestand in Köpfen zum Stichtag 2.10.2019. Dieser liegt nach Alter der Hebamme in Jahren und nach Trihebammeneigenschaft (angestellt, freipraktizierend, angestellt und freipraktizierend) vor (vgl. Abbildung 21, Abbildung 24 und Abbildung 26) und altert bis in das Jahr 2030. Der Hebammenbestand reduziert sich einerseits jährlich um eine bestimmte Anzahl an Köpfen (Outflow), entweder aufgrund von altersbedingten Pensionierungen von Hebammen oder aus anderen Gründen (z. B. Migration, Berufswechsel, Tod). Andererseits wird das Gesundheitssystem jährlich durch FH-AbsolventInnen des Bachelorstudiengangs Hebamme gespeist (Inflow). Im Folgenden werden sowohl Outflow als auch Inflow näher beschrieben.

### 4.2.1 Outflow

#### Pensionierungen

Annahmen zur Pensionierung von Hebammen erfolgen getrennt für (1) angestellte Hebammen und (2) ausschließlich freipraktizierende Hebammen sowie freipraktizierende Hebammen, die zusätzlich in einem Angestelltenverhältnis arbeiten:

- (1) Angestellte Hebammen: Es wird davon ausgegangen, dass Hebammen im Angestelltenverhältnis<sup>1</sup> mit einem Alter von 61 Jahren dem System nicht mehr zur Verfügung stehen. Ab dem Jahr 2024 wird die Anhebung des gesetzlichen Frauenpensionsantrittsalters – alle zwei Jahre um ein Jahr – berücksichtigt. Diesem Effekt wirkt (bei Frauen) ab 2024 die Wiedereinführung der Schwerarbeiterregelung<sup>2</sup> für angestellte Hebammen in öffentlichen Krankenanstalten entgegen. Zusammenfassend wurde für angestellte Hebammen ab 2024 angenommen, dass sich die beiden Effekte „Anhebung des gesetzlichen Frauenpensionsantrittsalters“ und „Schwerarbeiterregelung“ aufheben; Anstaltshebammen stehen somit im gesamten Prognosezeitraum ab einem Alter von 61 Jahren dem System nicht mehr zur Verfügung, sind also nicht mehr versorgungswirksam.
- (2) Ausschließlich freipraktizierende Hebammen sowie freipraktizierende Hebammen, die zusätzlich in einem Angestelltenverhältnis arbeiten: Für diesen Hebammenbestand wurde für den gesamten Prognosezeitraum angenommen, dass Hebammen im Alter zwischen 61 und 65 Jahren noch versorgungswirksam sind. Die Anzahl der versorgungswirksamen Hebammen reduziert sich jedoch jährlich

<sup>1</sup> 95% der angestellten Hebammen sind in Fondskrankenanstalten beschäftigt.

<sup>2</sup> Die Schwerarbeiterpension ermöglicht unter bestimmten Voraussetzungen eine abschlagsfreie Pensionierung mit Vollendung des 60. Lebensjahres; Beschlussfassung im Nationalrat, September 2019.

dahingehend, dass im Folgejahr nur mehr ein Viertel der Hebammenkapazität zur Verfügung steht. Stehen beispielsweise im Jahr 2022 insgesamt 20 versorgungswirksame Hebammen im Alter von 60 Jahren zur Verfügung, sind es im Folgejahr 2023 nur mehr fünf, die nun 61 Jahre alt sind. Erreichen Hebammen ein Alter von 66 Jahren gelten diese ab diesem Alter nicht mehr als versorgungswirksam.

### **Sonstige Abgänge**

Neben den Pensionierungen scheiden Hebammen zudem aus anderen Gründen aus dem Berufsleben aus, vgl. Abbildung 30. Basierend auf Informationen des Österreichischen Hebammengremiums (ÖHG) emigrieren durchschnittlich vier Hebammen pro Jahr aus VZ OST in Richtung Ausland<sup>1</sup>; durchschnittlich drei Hebammen pro Jahr verlassen den Hebammenberuf und gehen anderen beruflichen Tätigkeiten nach. Darüber hinaus stehen durchschnittlich drei Hebammen pro Jahr aus anderen Gründen (Tod, Krankheit, Entzug der Berechtigung o.ä.) der Versorgung nicht mehr zur Verfügung. Insgesamt wird somit für den Prognosezeitraum 2019–2030 angenommen, dass jährlich zehn Personen aus dem Hebammenberuf aus sonstigen Gründen (ohne Pensionierungen) ausscheiden.

#### **4.2.2 Inflow**

Zur Deckung der Hebammennachfrage dienen in erster Linie AbsolventInnen der österreichischen Fachhochschulen. Zurzeit schließen an den beiden Fachhochschulen der VZ OST etwa 50 Hebammen ihr Studium ab (FH Campus Wien: 30, IMC FH Krems: 20). Unter der Annahme, dass 75%<sup>2</sup> der AbsolventInnen in VZ OST bleiben und versorgungswirksam sind, errechnet sich ein jährlicher Inflow von 38 Hebammenköpfen.

---

<sup>1</sup> Emigration von VZ OST in eine andere VZ bzw. Immigration von einer anderen VZ in VZ OST halten sich die Waage.

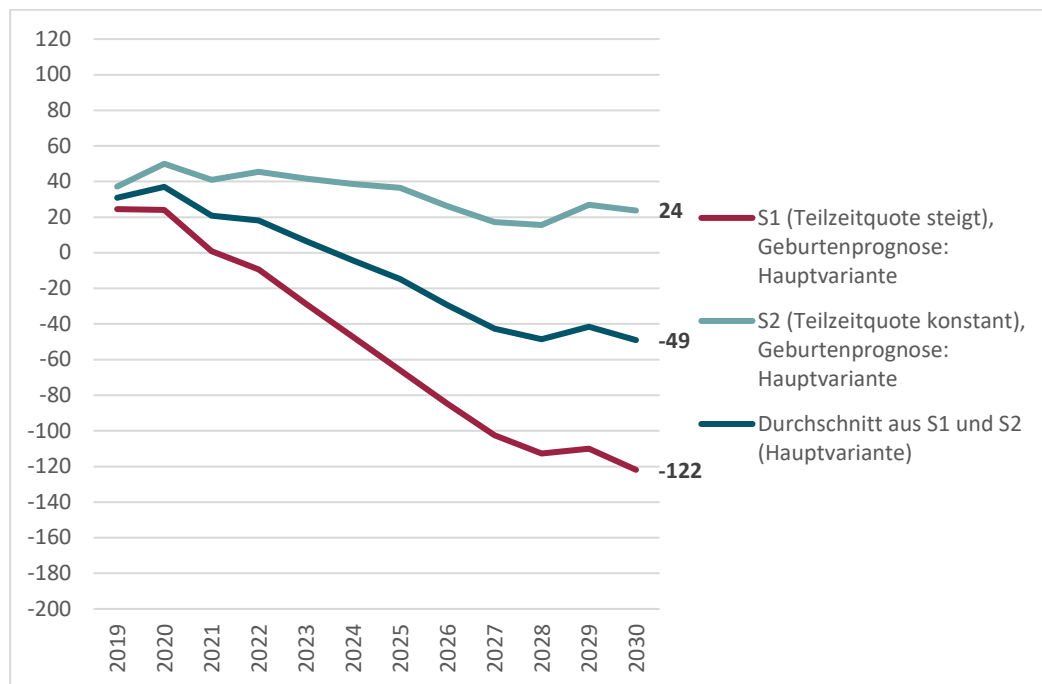
<sup>2</sup> Es wird davon ausgegangen, dass sich der Anteil der AbsolventInnen, die in VZ OST bleiben, am Herkunftsanteil orientiert, vgl. Abbildung 19.



### 4.3 Zusammenführung der zukünftigen Nachfrage und des zukünftigen Angebots an Hebammenkapazität (Gap-Analyse)

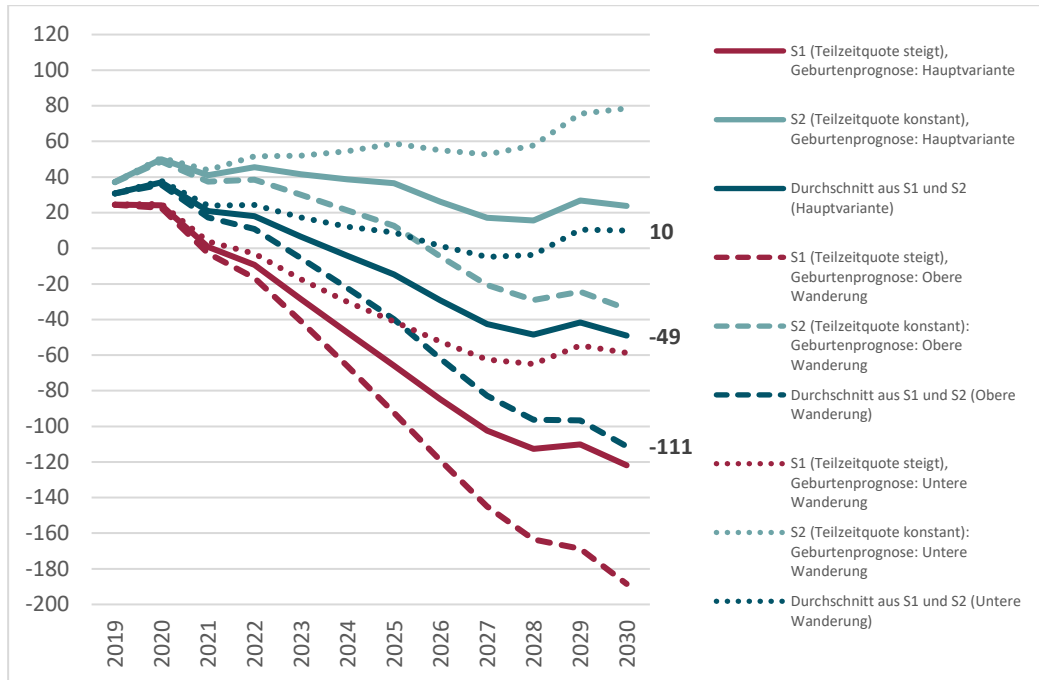
Die Zusammenführung der zukünftigen Nachfrage und des zukünftigen Angebots an Hebammenkapazität in der VZ OST zeigt – unter Annahme einer sich historisch fortsetzenden ausweitenden Teilzeittätigkeit der Hebammen (Szenario S1) – eine Versorgungslücke von knapp mehr als 120 Hebammenköpfen am Ende des Prognosezeitraums 2030, vgl. Abbildung 42. In Szenario S2 (Teilzeitquote bleibt im gesamten Prognosezeitraum auf konstantem Niveau von 2018) kann die nachgefragte Hebammenkapazität unter angeführten Annahmen ausreichend gedeckt werden. Beide Szenarien der Hebammennachfrage stellen unseres Erachtens Randvarianten der Nachfrageentwicklung dar; es ist somit davon auszugehen, dass eine Durchschnittsvariante der beiden Szenarien – gleichbedeutend mit einer moderaten Ausweitung der Teilzeittätigkeit – mit höherer Wahrscheinlichkeit eintritt, als eine der beiden Randvarianten. In dieser Durchschnittsvariante ist mit einer Versorgungslücke im Jahr 2030 von rund 50 Hebammenköpfen zu rechnen.

**Abbildung 42: Gap-Analyse, Geburtenprognose: Hauptvariante**



Anmerkung: Details zur Geburtenprognose (Hauptvariante): siehe Anhang; Quelle: IHS 2019.

**Abbildung 43: Gap-Analyse, Geburtenprognose: Obere und untere Wanderungsvariante**



Anmerkung: Details zu den Geburtenprognosen: siehe Anhang; Quelle: IHS 2019.

Alternativ zur Hauptvariante der Geburtenprognose wurden nachfrageseitig noch zwei zusätzliche Szenarien berechnet. Unter Berücksichtigung hoher Zuwanderung<sup>1</sup> bei der Prognose der Geburten (+9% in VZ OST bis 2030) ergibt sich für die Durchschnittsvariante aus S1 und S2 eine Versorgungslücke von rund 110 Hebammenköpfen, vgl. Abbildung 43. Bei niedriger Zuwanderung<sup>2</sup> und einem damit einhergehenden leichten Rückgang der Geburten bis 2030 (-3% in VZ OST bis 2030) ist die prognostizierte Nachfrage bis 2030 ausreichend gedeckt (+10 Hebammenköpfe im Durchschnittsszenario aus S1 und S2).

<sup>1</sup> Obere Wanderungsvariante: hohe Zuwanderung, mittlere Fertilität und mittlere Lebenserwartung, vgl. Abbildung 45.

<sup>2</sup> Untere Wanderungsvariante: niedrige Zuwanderung, mittlere Fertilität und mittlere Lebenserwartung, vgl. Abbildung 45.

Zur Deckung der Versorgungslücke – Durchschnittsvariante S1 und S2, Geburtenprognose Hauptvariante – von rund 50 Hebammenköpfen 2030 bestehen grundsätzlich zwei Möglichkeiten:

1. Deckung der Lücke durch in Österreich ausgebildete FH-AbsolventInnen; dazu müsste die Anzahl der derzeit finanzierten Studienplätze erhöht werden.
2. Deckung der Lücke durch im (EU-)Ausland ausgebildete Hebammen; dazu müssten gezielt Anreize geschaffen werden, um Hebammen aus dem (EU-)Ausland in die VZ OST zu holen.

Idealerweise sollte die Deckung der Versorgungslücke in hohem Umfang durch Möglichkeit 1 erfolgen, da die Ausbildung an den FHs in Österreich hohen Qualitätsstandards entspricht und ein Abwerben aus dem Ausland die Ausbildungskosten anderen, u. U. weniger wohlhabenden Ländern aufbürdet.

Im Folgenden werden Szenarien vorgestellt, die von einer Erhöhung der Studienplätze an der FH Campus Wien ausgehen. Der frühestmögliche Zeitpunkt um zusätzliche Studienplätze anzubieten ist das Wintersemester 2021, eine Versorgungswirksamkeit ist somit nach Vollendung der dreijährigen Ausbildungszeit ab 2024 gegeben. Aus Gründen der Effizienz in Bezug auf Gruppengröße und Einsatz des Lehrpersonals gehen wir ausschließlich von einer Verdoppelung der bereits bestehenden Studienplätze an der FH Campus Wien aus. Eine zweite Studierendengruppe (30 Plätze) könnte jährlich (oder alternativ alle zwei Jahre) die Ausbildung zur Hebamme beginnen. Hinsichtlich dieser zusätzlichen AbsolventInnen kann einerseits die Annahme getroffen werden, dass diese wiederum zu drei Viertel in VZ OST bleiben und versorgungswirksam sind. Andererseits könnte über spezielle Anreizsysteme versucht werden, alle AbsolventInnen in VZ OST zu halten.

Je nach Szenario berechnet sich für 2030 eine Bandbreite von zusätzlich 90 Hebammen (zusätzlich 30 Studienplätze alle zwei Jahre, 75% der AbsolventInnen bleiben in VZ OST und sind dort versorgungswirksam) bis zu 210 Hebammen (zusätzlich 30 Studienplätze jährlich, 100% der AbsolventInnen bleiben in VZ OST und sind dort versorgungswirksam). Nach Schließung der Versorgungslücke 2030 (50 Hebammen 2030, Durchschnittsszenario S1 und S2, Geburtenprognose Hauptvariante) würde sich die Versorgungsdichte im Jahr 2030 auf 28 bis 31 Hebammenköpfe pro 1.000 Lebendgeburten erhöhen; im internationalen Vergleich würde Österreich 2030 gerade einmal das Versorgungsniveau von Deutschland 2017 erreichen. Die Anzahl der Geborenen pro Vollzeitäquivalent (VZÄ) und Jahr würde sich von derzeit 57 Geborenen pro VZÄ im Jahr 2030 auf 48 bis 53 Geborene pro VZÄ reduzieren.

Der Deutsche Hebammenverband fordert für Deutschland unter Berufung auf die bestehende Versorgungsleitlinie eine 1:1-Betreuung mit Hebammen (Deutscher Hebammenverband 2019, AWMF 2015<sup>1</sup>; dies entspricht gemäß deren Berechnungen der Annahme, dass eine vollzeitäquivalente Hebamme pro Jahr 30 Geborene betreut. Um diese 1:1-Betreuung bereits 2019 zu erreichen, wären 1.220 vollzeitäquivalente Hebammen oder 1.710 Hebammenköpfe (Durchschnitt aus S1 und S2) notwendig – um rund 760 Hebammen mehr als gegenwärtig in VZ OST verfügbar. Die Hebammendichte würde dann 47 Hebammen pro 1.000 Lebendgeburten betragen. Bei einem Ziel diese 1:1-Betreuung im Jahr 2030 zu erreichen, wären 1.272 VZÄ oder 1.905 Hebammenköpfe (Durchschnitt aus S1 und S2) bis 2030 notwendig. Die VZ OST hätte somit 2030 etwa eine Versorgungsdichte von Norwegen 2017, vgl. Abbildung 36.

---

<sup>1</sup> Konkret führt die Leitlinie für geburtshilfliche Abteilungen ohne angeschlossene Kinderklinik auf Seite 8 aus, dass eine kontinuierliche Betreuung jeder Schwangeren *sub partu* durch eine Hebamme gewährleistet sein soll. Um eine durchgehende Besetzung in einer Klinik mit  $\leq 600$  Geburten/Jahr zu gewährleisten, sind somit mindestens 5,65 Hebammenstellen erforderlich. Abhängig von der jährlichen Geburtenrate sollen so viele Hebammen in der Klinik anwesend bzw. rufbereit sein, dass zu mehr als 95 % der Zeit eine 1 zu 1 Betreuung der Gebärenden gewährleistet ist. Dies erfordert pro zusätzlichen 100 Geburten mindestens 0,93 weitere Hebammenstellen. Für andere Versorgungsstufen gelten in der Leitlinie zum Teil auch höhere Anforderungen (Hebamme mit nachgewiesener Leitungsqualifikation).

## 5 Verzeichnisse

### 5.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Im Inland Geborene, mit HWS der Mutter im Inland, VZ OST, 1984–2018.....	8
Abbildung 2: Im Inland Totgeborene, mit HWS der Mutter im Inland, VZ OST, absolut und in % der Geborenen, 1984–2018.....	8
Abbildung 3: Im Inland Geborene, mit Hauptwohnsitz der Mutter im Ausland, 2016–2018.....	9
Abbildung 4: Im Inland in Krankenanstalten Geborene, mit Hauptwohnsitz der Mutter im Inland, VZ OST, 1988–2018, in % aller Lebend- und Totgeborenen .....	10
Abbildung 5a und b: Im Inland nicht in Krankenanstalten Geborene, mit HWS der Mutter im Inland, nach Entbindungsort, Wien und VZ OST gesamt, 1984–2018 .....	11
Abbildung 6a und b: Im Inland Geborene, mit HWS der Mutter im Inland, Wien und VZ OST gesamt, nach Art der Entbindung, 1995–2018 .....	12
Abbildung 7: Im Inland Geborene, nach Wohnbundesland der Mutter, ambulante Geburten in % aller Anstaltsgeburten (Krankenanstalt, Entbindungsheim / Hebammenpraxis), 1995–2018 .....	13
Abbildung 8: Im Inland Geborene mit HWS der Mutter im Inland, Wien und VZ OST gesamt, nach Geburtenfolge in %, 1984–2018 .....	14
Abbildung 9: Im Inland Geborene mit HWS der Mutter im Inland, Wien und VZ OST gesamt, Mehrlinge, in % aller Geborenen, 1984–2018 .....	15
Abbildung 10: Im Inland Geborene mit Hauptwohnsitz der Mutter im Inland, Wien und VZ OST gesamt, Geborene mit eingeleiteter Geburt, in % aller Geborenen, 2015–2018.....	16
Abbildung 11: Im Inland Geborene mit HWS der Mutter im Inland, Wien und VZ OST gesamt, Frühgeborenenquote in %, 1984–2018 .....	17
Abbildung 12: Entbindungen in Krankenanstalten, in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und PRIKRAF-Krankenanstalten, Wien, Niederösterreich und Burgenland, 2009–2018 .....	18
Abbildung 13: JN020=Entbindung, Durchschnittliche Belagsdauer, Wien, Niederösterreich und Burgenland, 2009–2018.....	20
Abbildung 14: JN030=Entbindung mit Manualhilfe bei Beckenendlage, Durchschnittliche Belagsdauer, Wien, Niederösterreich, 2009–2018.....	21
Abbildung 15: JN040=Entbindung durch Sectio Caesarea, Durchschnittliche Belagsdauer, Wien, Niederösterreich und Burgenland, 2009–2018 .....	22

Abbildung 16: JN050=Entbindung durch Vakuumextraktion, Zangenextraktion, Durchschnittliche Belagsdauer, Wien, Niederösterreich und Burgenland, 2009–2018 .....	23
Abbildung 17: Hebammenstudium: Ordentliche Abschlüsse an Fachhochschulen in der VZ OST, Studienjahr 2008/09 bis 2017/18 .....	26
Abbildung 18: Hebammenstudium: Durchschnittsalter bei Studienabschluss, ordentliche Abschlüsse an Fachhochschulen in der VZ OST, Studienjahr 2008/09 bis 2017/18 .....	27
Abbildung 19: Hebammenstudium: Ordentliche Abschlüsse an Fachhochschulen in der VZ OST, nach Herkunftsbundesland, Studienjahr 2008/09 bis 2017/18.....	28
Abbildung 20: Altersverteilung der Hebammen nach Beschäftigungssetting, VZ OST, Stichtag 2.10.2019 .....	29
Abbildung 21: Altersverteilung der Anstaltshebammen, VZ OST, Stichtag 2.10.2019 .....	30
Abbildung 22: Hebammen in Krankenanstalten, VZ OST nach Bundesland, 2009–2018 .....	31
Abbildung 23: Durchschnittliche Wochenarbeitszeit in Krankenanstalten, Normalwochenarbeitszeit: 40h, VZ OST, 2009–2018 .....	31
Abbildung 24: Altersverteilung der freipraktizierenden Hebammen, VZ OST nach Bundesland, Stichtag 2.10.2019 .....	33
Abbildung 25: Altersverteilung der freipraktizierenden Hebammen, VZ OST gesamt nach Kassenvertrag, Stichtag 2.10.2019 .....	33
Abbildung 26: Altersverteilung der angestellten Hebammen mit freipraktizierender Tätigkeit, VZ OST nach Bundesland, Stichtag 2.10.2019 .....	34
Abbildung 27: Berufseintritte von Hebammen je Beschäftigungssetting, Wien, 2010–2019 .....	36
Abbildung 28: Berufseintritte von Hebammen je Beschäftigungssetting, VZ OST, 2010–2019 sowie ordentliche Studienabschlüsse an FH Campus Wien und FH Krems .....	36
Abbildung 29: Durchschnittsalter, Hebammeintritte, Wien und VZ OST, 2010–2019 .....	37
Abbildung 30: Berufsabgänge von Hebammen nach Grund, VZ OST .....	38
Abbildung 31: Durchschnittliches Pensionsantrittsalter, Wien und VZ OST, 2010–2019.....	38
Abbildung 32: Vertragshebammen, kurative Leistungen, 31.12.2014 und Juli 2019 .....	40
Abbildung 33: Vertragshebammen, kurative Leistungen und Schwangerenberatung Mutter-Kind-Pass, Stand Juli 2019.....	41
Abbildung 34: Zahl der Wahlhebammen, deren Honorarnoten zum Kostenrückerersatz eingereicht wurden, kurative Hebammenleistungen, Stand 31.12.2014 und Juli 2019.....	42

Abbildung 35: Veränderung der Zahl der Hebammen, kurative Hebammenleistungen, Stand 31.12.2014 und Juli 2019 .....	42
Abbildung 36: Praktizierende Hebammen, pro 1.000 Lebendgeburten, 2017 oder letztverfügbares Jahr .....	43
Abbildung 37: Entbindungen (MEL JN020): Verteilung nach Belagsdauergruppe, Landesgesundheitsfonds und PRIKRAF, VZ OST, 2009–2030 .....	47
Abbildung 38: Sectio Caesarea (MEL JN040): Verteilung nach Belagsdauergruppe, Landesgesundheitsfonds und PRIKRAF, VZ OST, 2009–2030 .....	47
Abbildung 39: Manualhilfe oder Saugglocke (MEL JN030 und JN050): Verteilung nach Belagsdauergruppe, Landesgesundheitsfonds und PRIKRAF, VZ OST, 2009–2030 .....	48
Abbildung 40: Entwicklung des Hebammenaufwands, Betreuungstage von vollzeitäquivalenten Hebammen pro Jahr, intra- und extramural, 2018–2030.....	52
Abbildung 41: Hebammennachfrage, Vollzeitäquivalente und Köpfe bis 2030 .....	54
Abbildung 42: Gap-Analyse, Geburtenprognose: Hauptvariante .....	57
Abbildung 43: Gap-Analyse, Geburtenprognose: Obere und untere Wanderungsvariante .....	58
Abbildung 44: Geburtenprognose 2019, Hauptvariante .....	66
Abbildung 45: Geburtenprognose 2019, Hauptvariante und Alternativvarianten .....	67

## 5.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht Hebammenstudium, alle FH-Standorte .....	25
Tabelle 2: Bewertung des Hebammenaufwands: Sonstige intramurale Tätigkeiten, abgesehen von Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Geburt.....	50
Tabelle 3: Bewertung des Hebammenaufwands: Tätigkeiten im Zusammenhang mit der extramuralen Nachsorge für intramural Geborene.....	51



## 5.3 Literaturverzeichnis

AWMF (2015). S1-Leitlinie 087-001: Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland.

Deutscher Hebammenverband (2019). Eckpunkte für ein Geburtshilfe-Stärkungsgesetz im klinischen Bereich. Februar 2019.

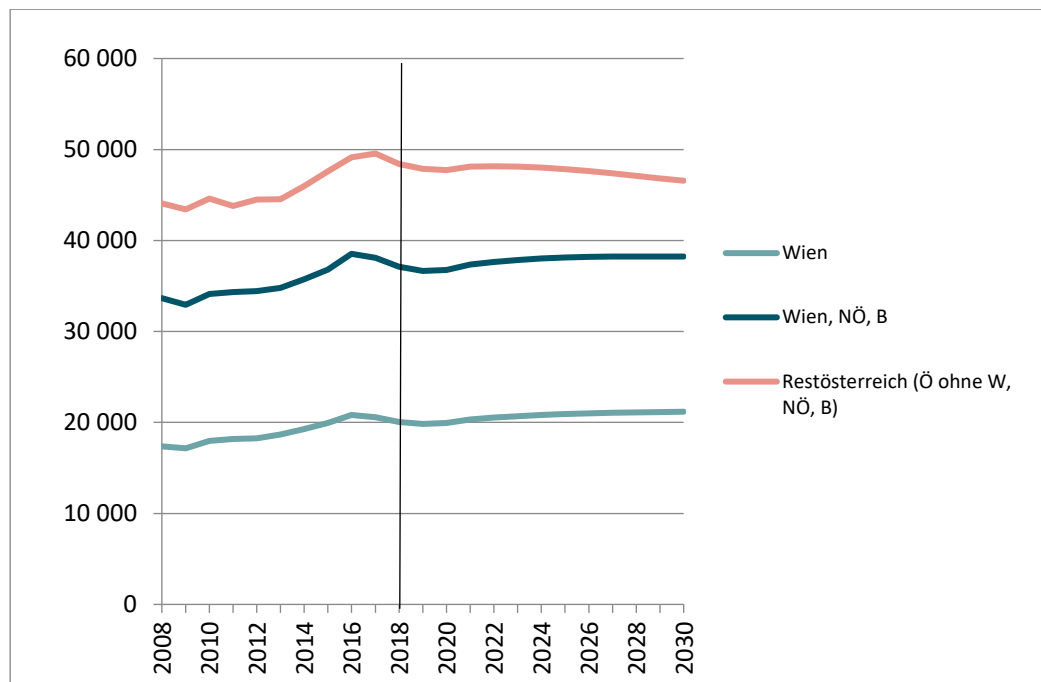
IGES (2018). Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern. Studie für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Berlin.

## 6 Anhang

### 6.1 Geburtenprognosen

Geburtenprognosen sind Teil der Bevölkerungsprognosen und werden jährlich von Statistik Austria auf Ebene der Bundesländer in einer Hauptvariante und neun Alternativvarianten erstellt. Die Hauptvariante unterstellt hinsichtlich der Prognoseparameter (Fertilität, Mortalität und Migration) mittlere Annahmen und gilt gemeinhin als die wahrscheinlichste Variante. Die historische Entwicklung der Geburtenzahlen zeigt für Wien und die Ostregion (Wien, Niederösterreich, Burgenland) einen Anstieg der Geburten bis in das Jahr 2016, ehe bis 2018 ein Rückgang zu beobachten ist. Dieser Rückgang setzt sich laut aktueller Prognose bis 2019 fort; ab dem Jahr 2020 wird wieder ein Geburtenzuwachs prognostiziert, der prozentuell in Wien bis 2030 mit rund sechs Prozent etwa doppelt so hoch ausfällt, wie für die gesamte Ostregion. Im Vergleich dazu reduziert sich bis 2030 die Geburtenzahl in Restösterreich (Österreich ohne Wien, Niederösterreich und Burgenland) in der Hauptvariante um rund vier Prozent, vgl. Abbildung 44.

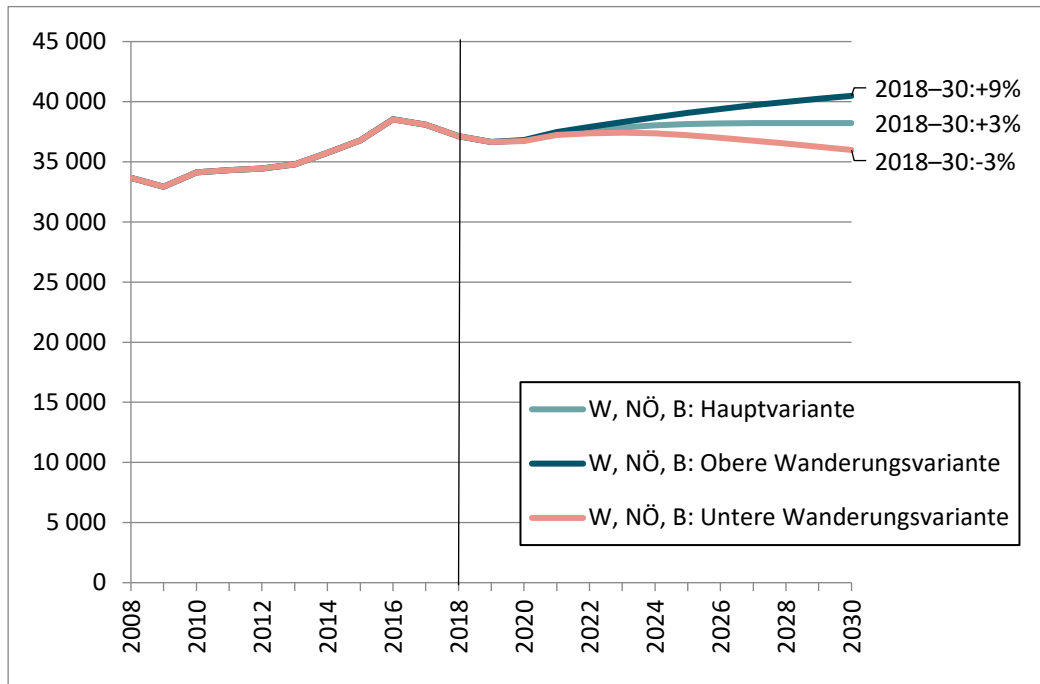
**Abbildung 44: Geburtenprognose 2019, Hauptvariante**



Quelle: Statistik Austria: Bevölkerungsprognose November 2019, IHS 2019.

Unter Annahme hoher Wanderung entwickeln sich die Geburtenzahlen in VZ OST<sup>1</sup> – insbesondere im zweiten Teil des Prognosezeitraums – dynamischer als in der Hauptvariante (+9% 2018-2030). Bei niedriger Wanderung gehen die Geburten ab Mitte des Prognosezeitraums wieder zurück und liegen 2030 rund 3% unter dem Niveau von 2018, vgl. Abbildung 45.

**Abbildung 45: Geburtenprognose 2019, Hauptvariante und Alternativvarianten**



Quelle: Statistik Austria: Bevölkerungsprognose November 2019, IHS 2019.

<sup>1</sup> Nicht VZ OST, sondern Wien, Niederösterreich und Burgenland gesamt (inkl. Südburgenland).