



# Personalprognose für Hebeammen für Österreich bis 2032

Elisabeth Rappold, Stefan Mathis-Edenhofer, Johanna Pilwarsch

21.02.2023

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

Mit fachlicher Unterstützung des Österreichischen Hebammengremiums

Gesundheit Österreich  
GmbH ● ● ●

# Agenda

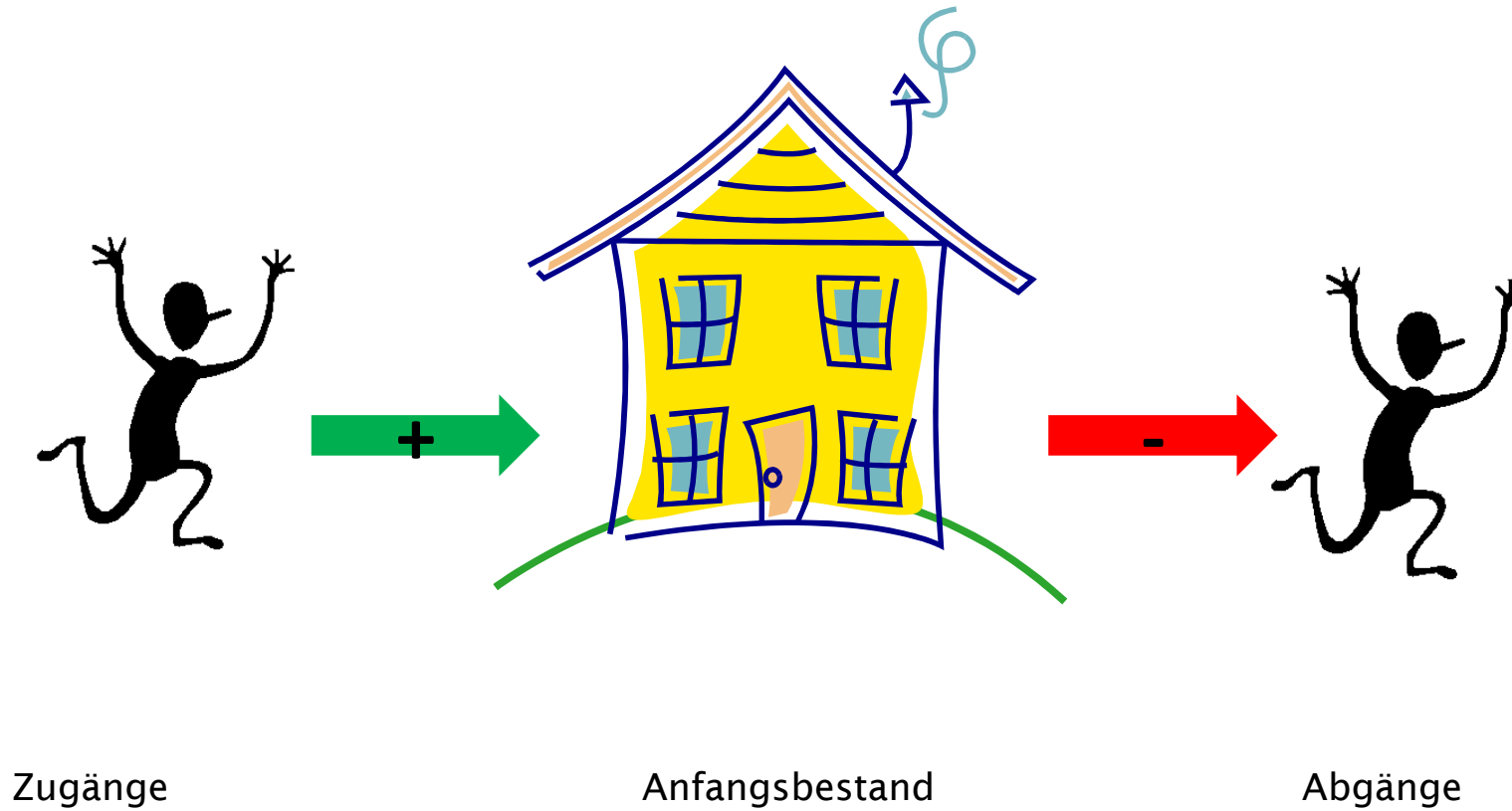
- Hintergrund und Auftrag
- Planungsgrundlagen
- Prognoseergebnisse
- Basisfall- und Alternativszenarien
- Nicht-Agenda: Ist-Standsbeschreibung



# Hintergrund und Auftrag

- Hebammen werden für die professionelle Betreuung während und nach der Geburt eingesetzt – 2021 waren 2.510 Hebammen für 86.078 Geburten zuständig
- Ziel der Studie ist die Darstellung des Bedarfs an Hebammen in Österreich in den nächsten zehn Jahren bis 2032
- Mittels Szenarien sollen neben Geburtenprognose und pensionsbedingten Abgängen auch Zusatzbedarfe dargestellt werden, die dem gegenwärtigen wahrgenommenen Mangel begegnen

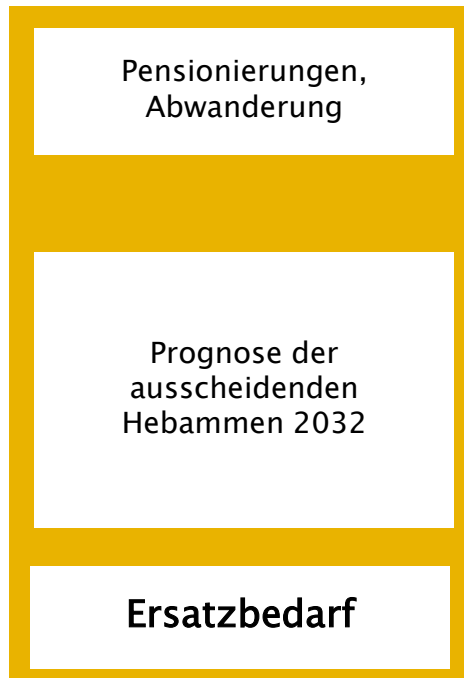
# Modell des Personalangebotes



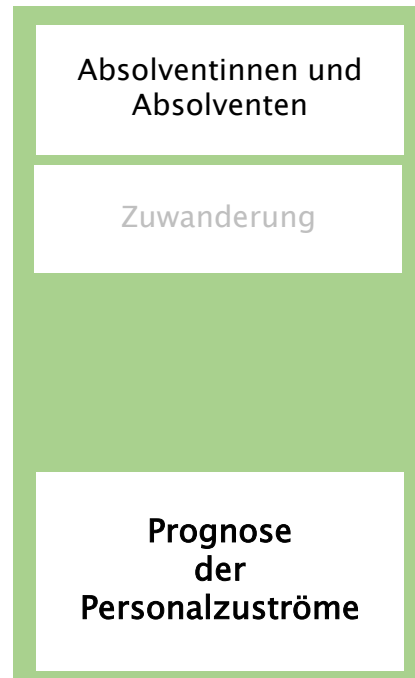
# derzeitiger Bestand an Hebammen (Personen)

## PERSONALANGEBOT

-



+



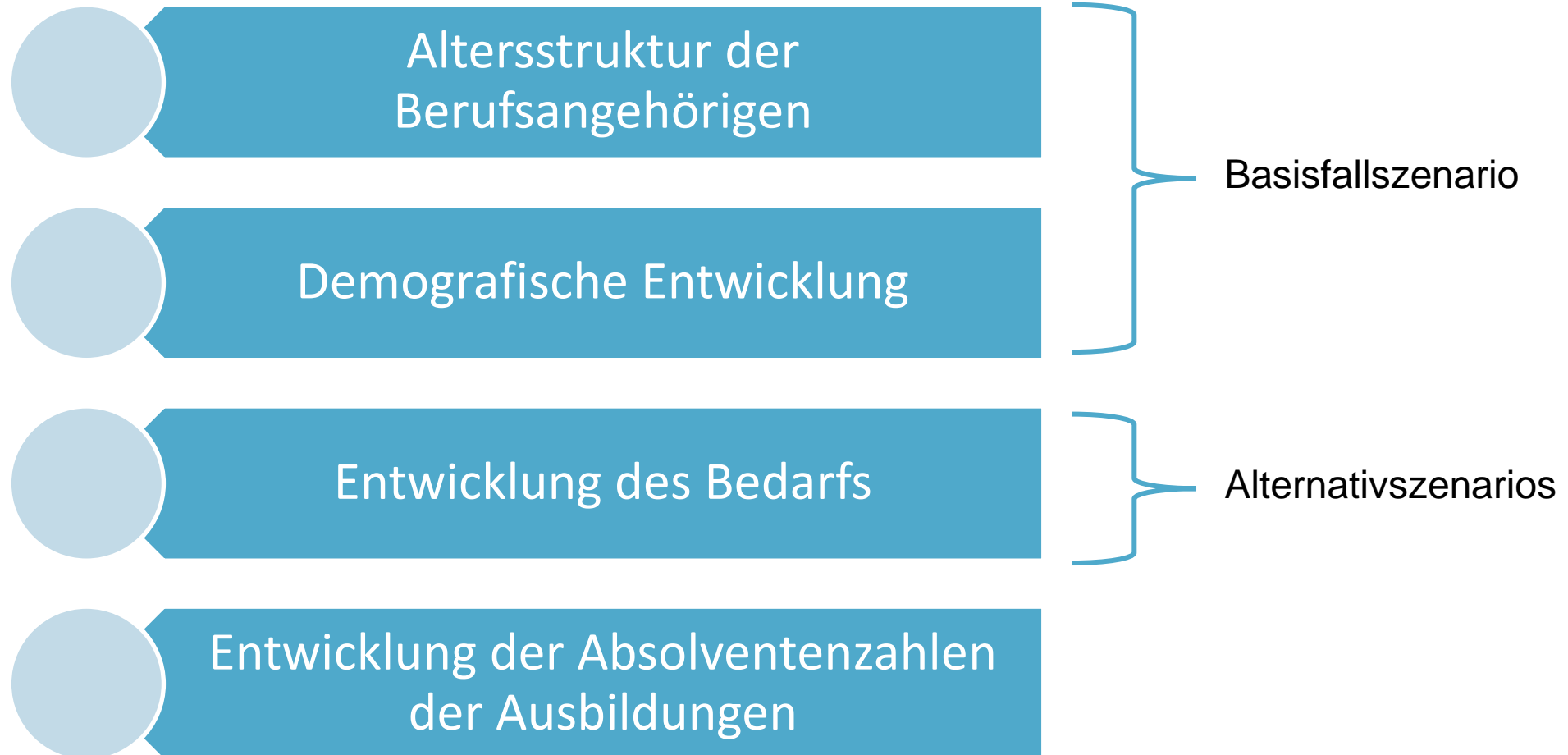
## PERSONALNACHFRAGE



# voraussichtlicher Soll-Stand Hebammen (Personen/VZÄ) 2032

# PLANUNGSGRUNDLAGEN

# Planungsaspekte



# Planungsgrundlagen

- Datengrundlagen
  - Geburtenprognose der Statistik Austria
  - Hebammenregister
  - Krankenanstaltenstatistik
  - BMSGPK: Daten zur stationären Inanspruchnahme
  - ÖGK: Vertragspartnerstatistiken der Sozialversicherung
- Weitere Planungsgrundlagen
  - Prognosemodell
  - Fachliche Leitlinien
  - Experteneinschätzungen





# BASISFALL- UND ALTERNATIVSZENARIEN

## Unterschied zwischen Basisfall- und Alternativszenarios

---

- » **Basisfallszenario:** basiert auf bestehende Verhältnisse und vorhersehbare Entwicklungen (voraussichtliche Pensionierungen und prognostizierte Entwicklung der Zahl der jährlichen Neugeborenen). Es wird dabei also angenommen, dass sich im Modellumfeld nichts Unerwartetes ereignet und der Versorgungsgrad Berufsangehörige (BA) pro Neugeborene beim Stand des Ausgangsjahres bleiben soll
- » **Alternativszenarios:** Parameter können bewusst verändert werden.
  - » In der vorliegenden Studie wurden fünf Alternativszenarien berechnet.

# Basisfallszenario

## Die Ausgangssituation

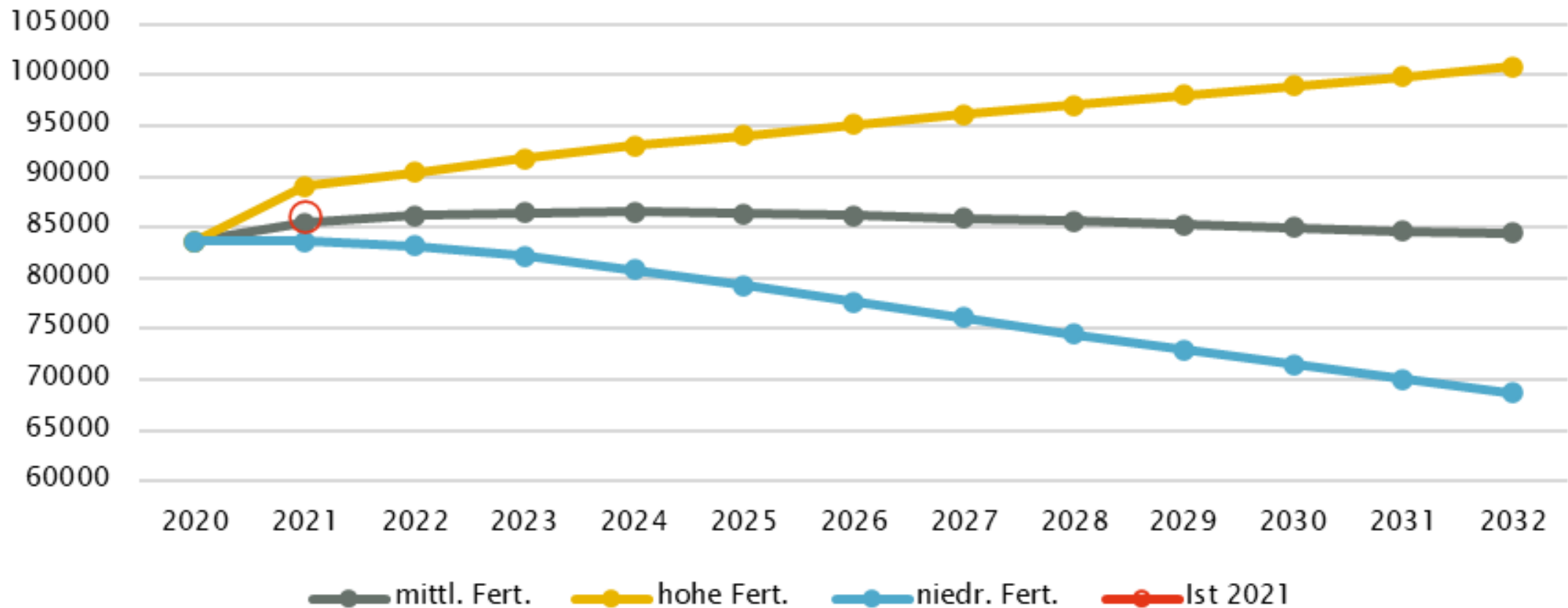
■ Bereiche	Hebammen in Berufsausübung	alle Pensionierungen bis zum Jahr		Anteil der Pensionierungen bis 2032 am Bestand 2022
	Bestand 2022*	2027	2032	
ausschließlich in freier Praxis	499	64	135	27,1%
ausschließlich in Krankenanstalten	581	59	154	26,5%
in freier Praxis und in Krankenanstalten	1.430	94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

\*Der Bestand 2022 umfasst alle Hebammen, die nicht im Pensionsalter oder nicht in einem inaktiven Setting (im Ausland, pensioniert, keine Hebammentätigkeit) sind – inklusive jener, die am 1.1.2022 als karenziert gemeldet waren.

Quelle: Hebammenregister, Jahresanfangswert; Darstellung: GÖG

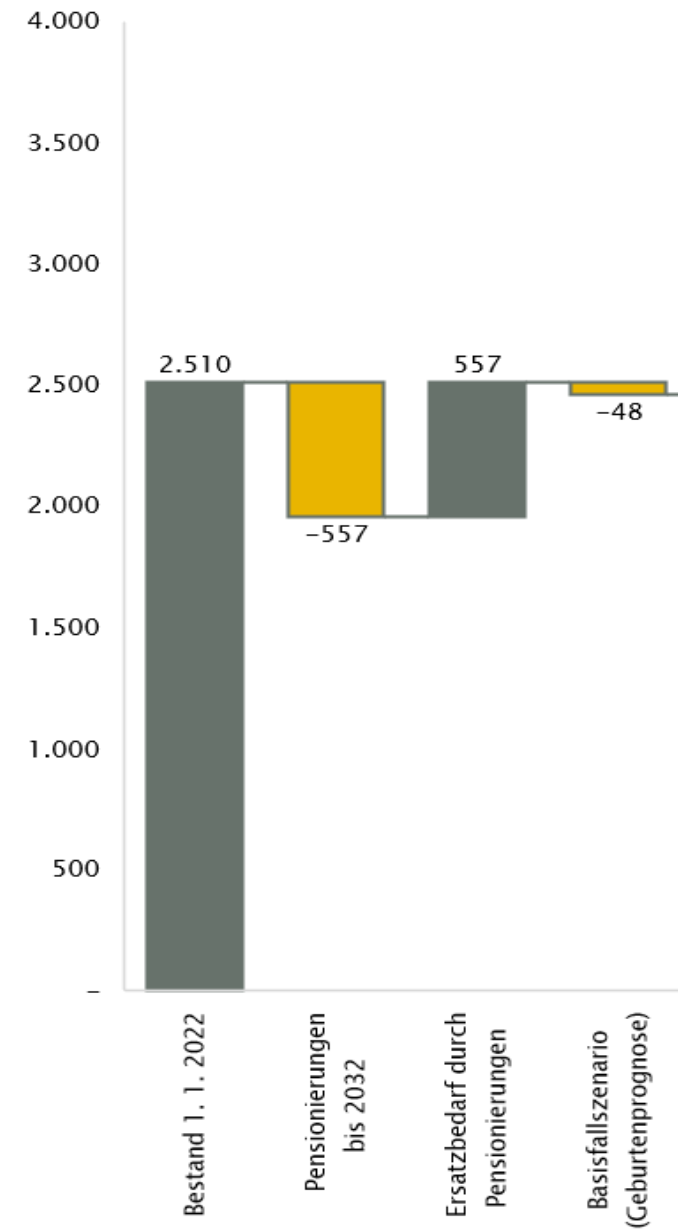
# Basisfallszenario

## Prognostischer Geburtenkorridor



# Basisfallszenario: Das Ergebnis

<b>Iststand 2022</b>	<b>2.510</b>
<b>Sollstand 2032</b>	<b>2.462</b>
Ersatzbedarf (durch Pensionierungen)	557
Bedarf durch Geburtsentwicklung	-48
<b>Zu deckender Bedarf</b>	<b>509</b>



# Alternativszenario 1: Angleich regional an den Bundesdurchschnitt

Angleich an die Versorgungsdichte auf mindestens 29,2 Hebammen pro 1.000 Lebendgeburten

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

## Vergleich International (Top3)

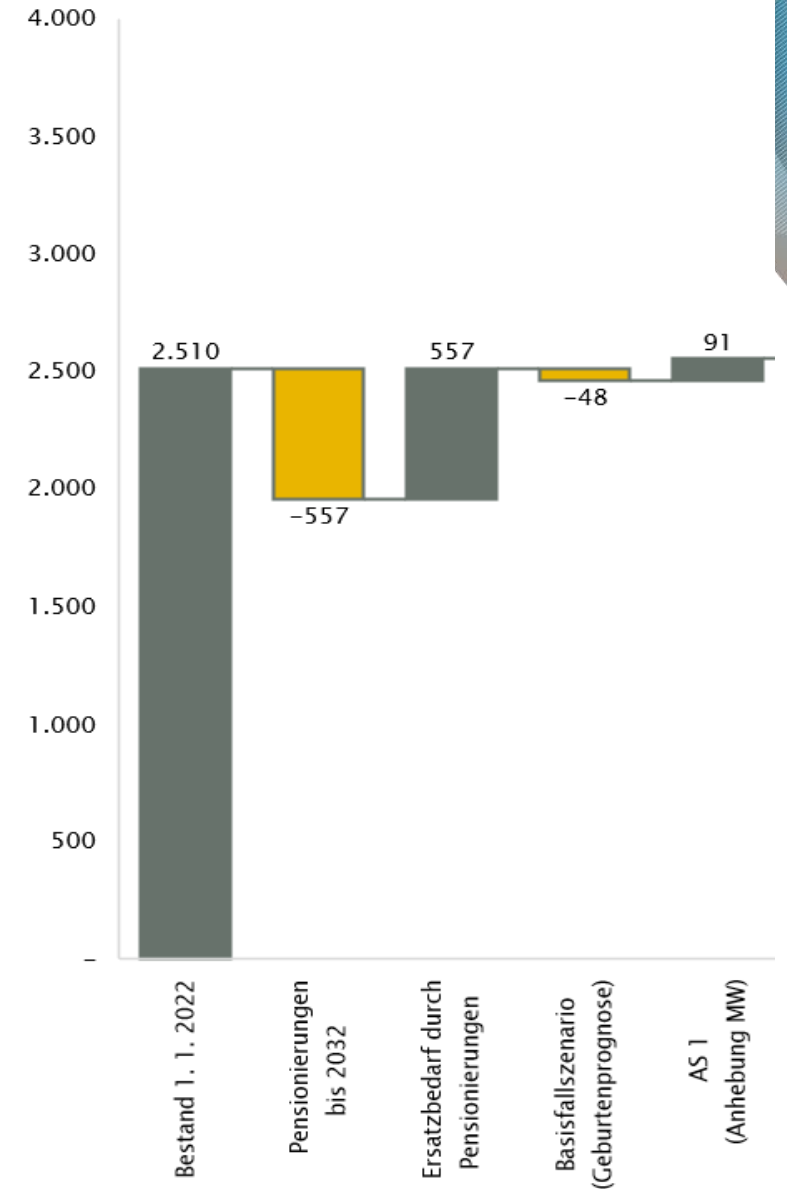
Norwegen 56,02  
Schweden\* 68,97  
Belgien\* 71,51

\*2019

# Alternativszenario 1: Ergebnis

## Angleich regional an den Bundesdurchschnitt

Iststand 2022	2.510
Sollstand 2032	2.553
Ersatzbedarf (durch Pensionierungen)	557
Bedarf durch Angleich an den Bundesdurchschnitt	91
Zu deckender Bedarf	648

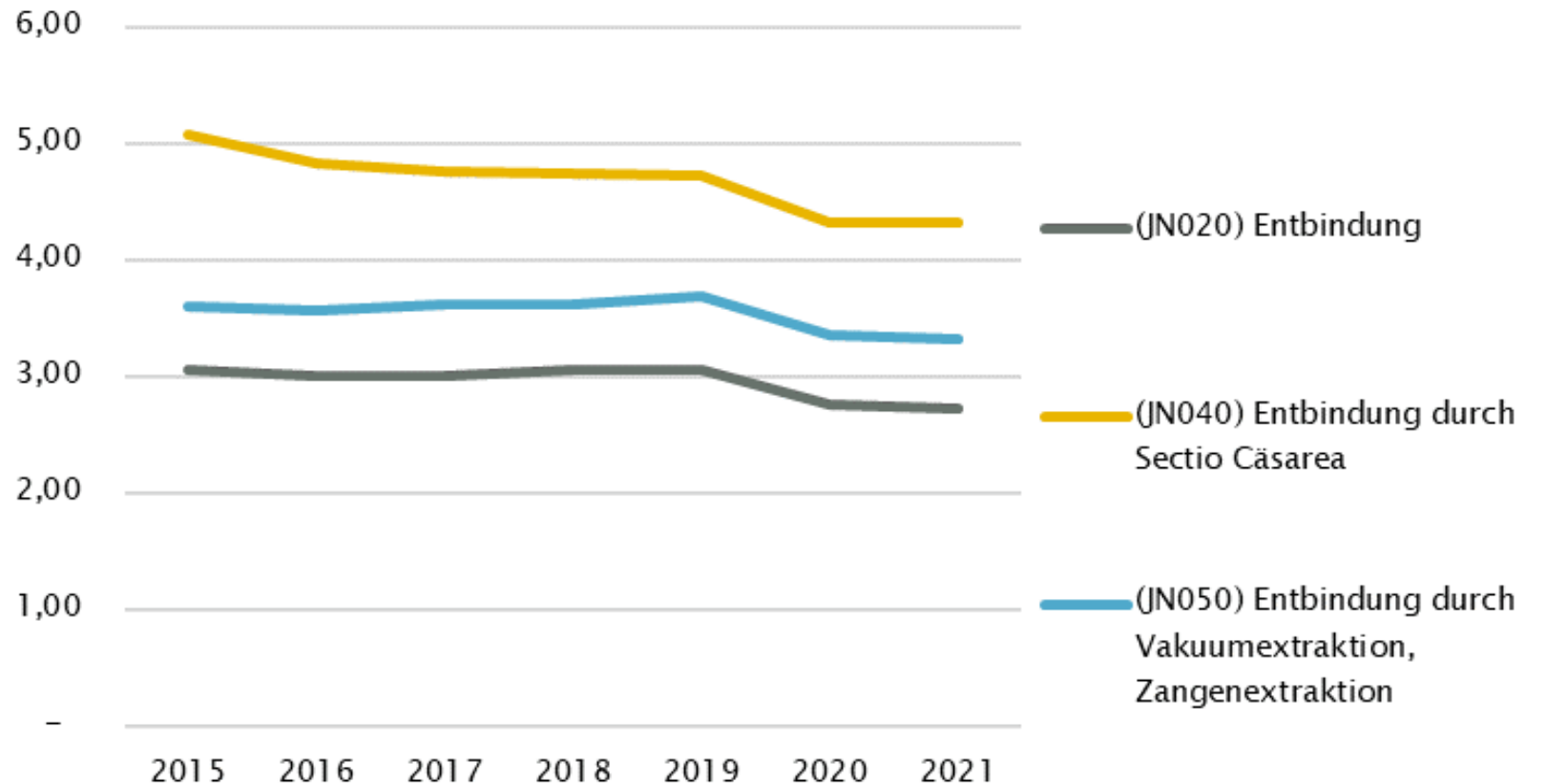


# Alternativszenario 2:

## verstärkte niedergelassene Betreuung postpartal

Für das Alternativszenario 2 wird berechnet, dass Frauen durch vorzeitiges Nachhausegehen durchschnittlich je Geburt einen halben Tag länger zu Hause verbringen (ehemals vorzeitige Entlassung).

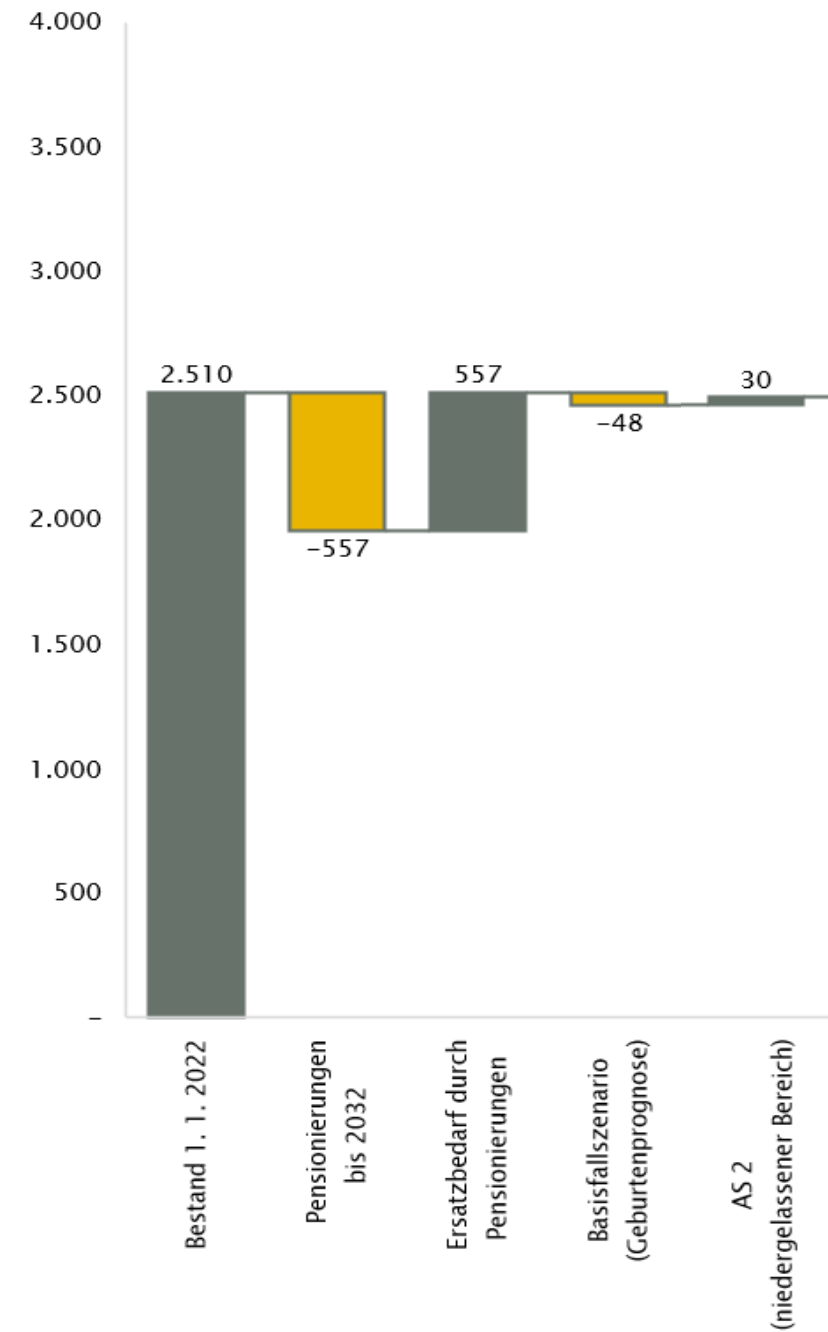
Entwicklung der Belagsdauer nach der Geburt in Tagen bei den häufigsten drei Entbindungsleistungen seit 2015 in Tagen





# Alternativszenario 2: Ergebnis verstärkte niedergelassene Betreuung postpartal

<b>Iststand 2022</b>	<b>2.510</b>
<b>Sollstand 2032</b>	<b>2.492</b>
Ersatzbedarf (durch Pensionierungen)	557
verstärkte niedergelassene Betreuung postpartal	30
Zu deckender Bedarf	587

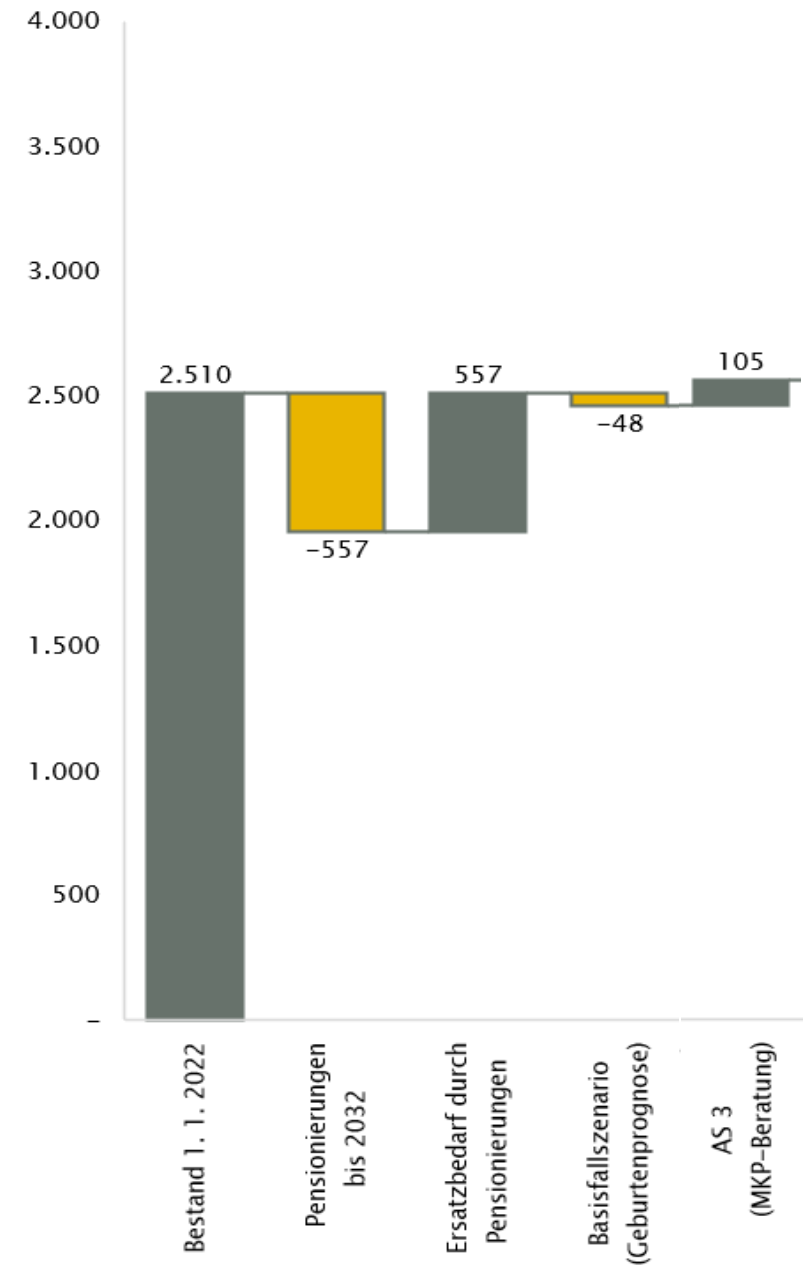


# Alternativszenario 3: zusätzliche Mutter-Kind-Pass-Leistung

- Das Alternativszenario 3 berechnet den Zusatzbedarf an Hebammen, wenn die Hebammenberatung zwischen der 18. und 22. SSW *verpflichtend* wird (d. h. an Kinderbetreuungsgeld gebunden ist).
- Weiters wird angenommen, dass auch ein zweites verpflichtendes MKP-Beratungsgespräch eingeführt wird.

# Alternativszenario 3: Ergebnis zusätzliche Mutter-Kind-Pass-Leistung

<b>Iststand 2022</b>	<b>2.510</b>
<b>Sollstand 2032</b>	<b>2.567</b>
Ersatzbedarf (durch Pensionierungen)	557
zusätzliche Mutter-Kind-Pass-Leistung	105
<b>Zu deckender Bedarf</b>	<b>662</b>



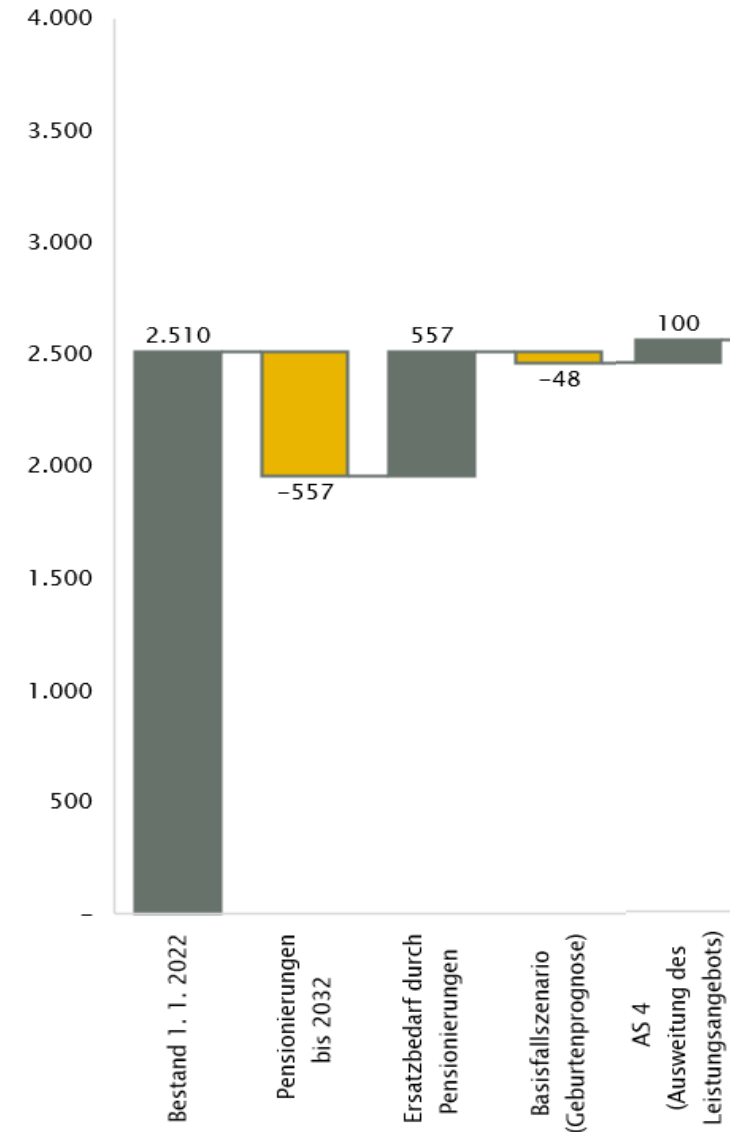
# Alternativszenario 4: Zusatzbedarf durch Ausweitung des Leistungsangebots

Bereiche:

- **Frühe Hilfen** – Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. gezielten Frühintervention in Schwangerschaft und früher Kindheit
- **Primärversorgung** – Pflege und Betreuung von Frauen und ihren Kindern im Leistungszeitraum vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes

# Alternativszenario 4: Ergebnis Zusatzbedarf durch Ausweitung des Leistungsangebots

<b>Iststand 2022</b>	<b>2.510</b>
<b>Sollstand 2032</b>	<b>2.562</b>
Ersatzbedarf (durch Pensionierungen)	557
Zusatzbedarf durch Ausweitung des Leistungsangebots	100
<b>Zu deckender Bedarf</b>	<b>657</b>



# Alternativszenario 5:

## leitlinienkonforme 1:1-Betreuung

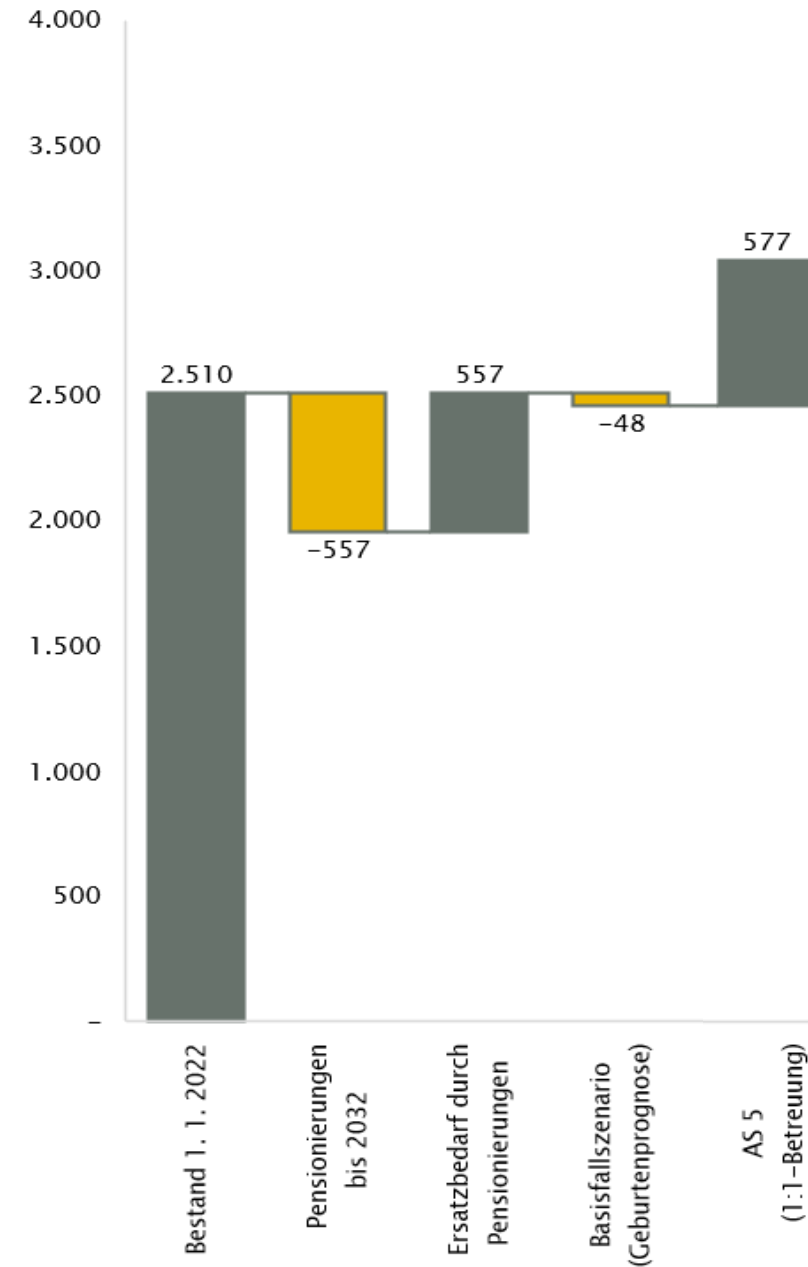
- Grundlage: S3-Leitlinie *Vaginale Geburt am Termin*, erstellt auf Basis der Standards der evidenzbasierten Medizin unter Beteiligung zahlreicher Fachgesellschaften, Berufsverbände und fachbezogener Vereine aus Deutschland, Österreich und der Schweiz.
- Primäre Quelle: National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence-(NICE-)Leitlinie CG 190 *Intrapartum care for healthy women and babies*

### Empfehlungen:

- Eins-zu-eins-Betreuung ab der aktiven Eröffnungsphase und in der aktiven Austrittsphase durch eine Hebamme
- Während der Geburt soll die Frau vom geburtshilflichen Personal nicht allein gelassen werden.

# Alternativszenario 5: leitlinienkonforme 1:1-Betreuung

Iststand 2022	2.510
Sollstand 2032	3.039
Ersatzbedarf (durch Pensionierungen)	557
leitlinienkonforme 1:1-Betreuung	577
Zu deckender Bedarf	1.134



# Deckung durch voraussichtliche Abschlüsse

Mehrbedarf vs. voraussichtliche Abschlüsse:

Mehrbedarf alle Szenarien bis 2032	durchschn. Mehrbedarf alle Szenarien/Jahr	geschätzte Absolventzahl/Jahr
1.412	141	168

Der Bedarf aus den Szenarien kann derzeit voraussichtlich gedeckt werden



# Limitationen 1

---

In der niedergelassenen Versorgung:

- » unterdurchschnittliche Versorgungsdichte muss nicht zwingend auf Unterversorgung hindeuten

Im stationären Bereich:

- » das Szenario fokussiert nur auf jenen Versorgungsbereich, über den ein leitlinienbasierte Versorgungsschlüssel vorlag (daher nicht auf die Betreuung vor und nach der Geburt)
- » die Volatilität der tagesaktuellen Belegung ist nicht berücksichtigt

Beim Zugang:

Zustrom/Abwanderung von Hebammen aus dem/ins Ausland wurde nicht berücksichtigt

## Limitationen 2

---

- » Eine Gegenrechnung der Absolvent/-innen zur Deckung des Bedarfs ist unsicher, da über die Aufnahme der beruflichen Tätigkeit kaum Informationen vorliegen
- » Die Berufsverweildauer wurde nicht berücksichtigt
- » Das tatsächliche Pensionseintrittsalter kann unter dem gesetzlich vorgeschriebenen liegen
- » Keine Informationen zur Versorgungswirksamkeit in der niedergelassenen Praxis
- » Keine systematischen Informationen zur Qualität bzw. zum Bedarf

## Abgeleitete Empfehlungen

---

- » **Attraktivierung** und weitere Professionalisierung: finanzierter Masterstudiengänge mit Schwerpunkt Hebammenwissenschaft / Advanced Practice Midwifery (Aistleithner/Rappold 2012)
  - » **Primärversorgung**: Internationale Beispiele zeigen, dass kontinuierliche Hebammenbetreuung bei unkomplizierten Schwangerschaften geburtshilfliche Outcomes verbessert (Renfrew et al. 2014)
  
- » Zur **Berufsverweildauer** von Hebammen liegen keine Informationen vor – hier wäre eine Erhebung spannend
  - » Vorschläge zur Verbesserung dieser: systematische Praxisanleitung, für Berufseinsteiger:innen Mentoringprogramme → Erfolgreiches Mentoring dient unter anderem zur Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit und zur Senkung von Fluktuationsraten (Tong/Kram 2012).

# Begleitendes Monitoring

---

- » Ziel des Monitorings ist es,
  - » tendenzielle Veränderungen der Anzahl berufstätiger Hebammen sichtbar zu machen und diese mit dem Bedarf sowie aktuellen strukturellen Anforderungen in Verbindung zu bringen und
  - » rasch auf sich verändernde Bedarfe (z. B. Geburten) reagieren zu können.
- » Voraussetzung für ein erfolgreiches Begleitmonitoring ist, sich frühzeitig mit möglichen Indikatoren oder Kennzahlen auseinanderzusetzen, diese zu definieren, zu erheben, damit zu einem späteren Zeitpunkt Schlüsse gezogen werden können.

# Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

---

Stefan Mathis–Edenhofer, Elisabeth Rappold, Johanna Pilwarsch

Gesundheit Österreich GmbH

Stubenring 6

1010 Wien

[www.goeg.at](http://www.goeg.at)

## Literatur

---

- » Aistleithner, Regina; Rappold, Elisabeth (2012): Health Care 2020. Forschungsstrategie für ausgewählte Gesundheitsberufe. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- » AWMF, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (2020): Vaginale Geburt am Termin – S3-Leitlinie. Berlin, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
- » Neubauer, Sonja (2018): Hebammenberatung im Rahmen des Mutter-Kind-Passes. Evaluierungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- » Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte (2019): Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- » Renfrew, M. J.; McFadden, A.; Bastos, M. H.; Campbell, J.; Channon, A. A.; Cheung, N. F.; Silva, D. R.; Downe, S.; Kennedy, H. P.; Malata, A.; McCormick, F.; Wick, L.; Declercq, E. (2014): Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. In: Lancet 384/9948:1129-1145
- » Sandall, J.; Soltani, H.; Gates, S.; Shennan, A.; Devane, D. (2016): Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. In: Cochrane Database Syst Rev 4/:CD004667