

# Hebammenbefragung

---

Ermittlung der Arbeitssituation, der persönlichen Ressourcen und des Einkommens freiberuflicher Hebammen in Deutschland

Nina Reitis

Januar 2012

Die vorliegende Befragung freiberuflicher Hebammen in Deutschland wird von der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg, der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), sowie den Berufsverbänden (Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD) und dem Hamburger Hebammenverband) unterstützt.



**Liebe Kollegin,**

mein Name ist Nina Reitis, ich bin Hebamme und Dipl. Gesundheitswirtin (FH). Die vorliegende Befragung ist Teil eines wissenschaftlichen Forschungsvorhabens, mit dem ich eine Promotion an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW) und der University of the West of Scotland (UWS) erlangen will.

Die letzten Jahre markieren besonders die drastische ökonomische Situation freiberuflicher Hebammen in Deutschland. In den Medien wurde verstärkt auf die finanziellen Anforderungen an den Berufsstand hingewiesen und die Politik ist aufmerksam geworden – sie hat uns Hebammen Unterstützung zugesagt. Ziel meiner Untersuchung ist eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen freiberuflicher Hebammen in Deutschland. Was in anderen Ländern bereits zur Routine gehört und auch in Deutschland von den Hebammenverbänden gefordert wird, ist eine kontinuierliche, repräsentative Datenerhebung über außerklinische Hebammenleistungen. Auch über die Motivation und die persönlichen Ressourcen der freiberuflichen Hebammen gibt es keine Informationen. Diese Lücke soll meine Untersuchung schließen und als solide Datengrundlage für freiberufliche Hebammen dienen sowie die Hebammenverbände bei künftigen Vergütungsverhandlungen und bei Forderungen gegenüber der Gesundheitspolitik unterstützen.

**Ich bitte Sie daher im Interesse aller freiberuflichen Kolleginnen, den beigefügten Fragebogen auszufüllen und anschließend an die HAW zurück zu senden.**

**Ihre Angaben sind sehr wichtig und der Erfolg dieser Untersuchung hängt maßgeblich von Ihrer Teilnahme ab.**

Die BGW hat unter ihren Versicherten eine Stichprobe ausgewählt, in der Sie berücksichtigt wurden. Daher bitte Ich Sie den Fragebogen ausgefüllt in dem beiliegend frankierten Rückumschlag an die HAW zurück zu schicken.

#### **Wichtige Hinweise für das Ausfüllen des Fragebogens:**

- Die Befragung ist selbstverständlich freiwillig. Ihnen entstehen keine Nachteile, wenn Sie an der Befragung nicht teilnehmen
- Bitte beantworten Sie alle Fragen offen und ehrlich
- Sollten Sie die Fragen zum Einkommen nicht vollständig beantworten können, schätzen Sie die Antworten so gut es geht oder lassen Sie diese aus. Wichtig ist jeder zurückgesandte Fragebogen, der – soweit es möglich ist – beantwortet in die Auswertung einfließen kann
- Die Studie ist durch die zuständigen Ethikkommissionen beraten worden
- Ihre Antworten werden unter Beachtung der Datenschutzvorschriften vertraulich behandelt und nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten ausgewertet
- Für das Ausfüllen des Fragebogens benötigen Sie ca. \_\_\_\_\_ Minuten
- Füllen Sie den Fragebogen bitte vollständig aus und schicken Sie ihn bitte in dem adressierten Freiums Schlag bis zum \_\_\_\_\_ 2012 zurück

**Schon jetzt vielen Dank für Ihre Bemühungen**

**HINWEIS:** Es ist mir bekannt, dass das Bundesministerium für Gesundheit einen Auftrag über die Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Geburtshilfe an das IGES Institut erteilt hat. Meine Untersuchung ist eine wichtige Ergänzung, in der es um die Nachhaltigkeit der freiberuflichen Hebammentätigkeit geht, damit diese längerfristig erhalten bleibt. Es geht im Wesentlichen um Handlungsempfehlungen.



---

**Kontakt:** Bei Fragen erreichen Sie mich, Nina Reitis, unter der Telefonnummer 0179/51 96 723 oder per Mail unter [nina.reitis@haw-hamburg.de](mailto:nina.reitis@haw-hamburg.de)

---

## A) Angaben zu Ihrer Person

Die folgenden Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Hebammentätigkeit dienen nur zu Forschungszwecken. Sie dienen nicht zur Identifizierung Ihrer Person.

**A1: Wann sind Sie geboren?** Geburtsjahr: \_\_\_\_\_ (bitte eintragen)

**A2: Welchen Familienstand haben Sie?**

- Ich bin verheiratet/verpartnert
- Ich bin ledig
- Ich bin geschieden
- Ich bin verwitwet

**A2.1: Leben Sie mit einem/einer Partner/in in einem Haushalt zusammen?**

- Ja
- Nein

**A2.2: Haben Sie eigene Kinder?**

- Nein
- Ja, wenn ja wie viele? \_\_\_\_\_ (Anzahl bitte eintragen)

**A2.3: Wie viele Personen sind unter 18 Jahre alt und leben im selben Haushalt?** \_\_\_\_\_ (Anzahl bitte eintragen)

**A3: Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?**

- Haupt-/Realschule
- Abgeschlossene Ausbildung
- Abitur
- Hochschulabschluss
- Fachhochschulabschluss
- Ich befinde mich gerade in der Aus-/Weiterbildung (z.B. Studium)

Welche Fachrichtung? (bitte angeben) \_\_\_\_\_

- Sonstiges (bitte angeben): \_\_\_\_\_

**A4: Welche Fort- und Weiterbildungen haben Sie zusätzlich zu Ihrer Hebammenausbildung gemacht?**

(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Familienhebamme
- Still- und Laktationsberaterin
- Lehrhebamme
- Psychosoziale Betreuung
- Leitende Hebamme
- Sonstiges: \_\_\_\_\_ (bitte eintragen)

## B) Angaben zu Ihrer Hebammentätigkeit und Ihrem Arbeitsumfang

Im Folgenden geht es um Ihre Ausbildung, Ihre Arbeitsform und den Arbeitsumfang. Bitte beantworten Sie möglichst alle Fragen genau. Wenn es um den Arbeitsumfang geht, schätzen Sie möglichst genau den Zeitaufwand für die abgefragten Tätigkeiten. Die Antworten werden dringend benötigt, da es keine genauen Aussagen über den genauen Zeitaufwand und die entsprechende Vergütung (Stundenlohn) von **freiberuflichen** Hebammen in Deutschland gibt.

**B1: In welchem Jahr haben Sie Ihr Hebammenexamen absolviert?** \_\_\_\_\_ (bitte eintragen)

**B1.2a: Wie lange hat Ihre Ausbildung gedauert?**  2 Jahre  3 Jahre  länger

**B2: Sind Sie in einem Berufsverband Mitglied?**

- Nein
- Ja, im:  Deutschen Hebammenverband (DHV)  
 Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD)  
 Deutscher Fachverband für Hausgeburtshilfe

Sonstiger Verband

**B3: In welchem Bundesland üben Sie Ihre freiberufliche Tätigkeit aus?** \_\_\_\_\_ (bitte eintragen)

**B4: Wie lange üben Sie die Tätigkeit als Hebamme nach dem Examen aus?**

Heute noch

Insgesamt: Beginn \_\_\_\_\_ (bitte Monat/Jahr eingeben) bis \_\_\_\_\_ (bitte Monat/Jahr eingeben)

Freiberuflich: Beginn \_\_\_\_\_ (bitte Monat/Jahr eingeben) bis \_\_\_\_\_ (bitte Monat/Jahr eingeben)

Angestellt: Beginn \_\_\_\_\_ (bitte Monat/Jahr eingeben) bis \_\_\_\_\_ (bitte Monat/Jahr eingeben)

**B4.1: Gab es während Ihrer freiberuflichen Hebammentätigkeit zeitliche Unterbrechungen?**

- Nein  Ja, wenn ja, warum:
- Elternzeit/Erziehungsurlaub
  - Pflege von Angehörigen
  - Angestellte Hebammentätigkeit
  - Qualifizierung/Studium/Weiterbildung
  - Andere Berufstätigkeit
  - Sonstiges

**B5: In welchem Umfang sind Sie zurzeit als Hebamme erwerbstätig?**

- Freiberuflich:  Nicht erwerbstätig  Ja
- Angestellt:  Nicht erwerbstätig  Ja,  
 im Krankenhaus  
 im Geburtshaus/Hebammenpraxis  
 Sonstiges

**B5.1: Wenn Sie als Hebamme angestellt sind, wie viele Wochenarbeitsstunden arbeiten Sie laut Ihrem Arbeitsvertrag?**

- Vollzeit (35 Stunden oder > pro Woche)
- Teilzeit (20-34 Stunden pro Woche)
- Teilzeit oder stundenweise (unter 20 Stunden pro Woche)
- Stundenweise (10-15 Stunden pro Woche)

**B5.2: Wie hoch ist Ihre tatsächliche wöchentliche freiberufliche Arbeitszeit im Durchschnitt, wenn Sie die Fahr-, Vorbereitungs- und Nachbereitungszeiten sowie die Zeit für Verwaltung (Dokumentation...) und Logistik für Ihre freiberufliche Tätigkeit zusammenzählen (ohne Bereitschaftsdienst)?**

- Unter 10 Std./Woche
- 10 bis 19 Std./Woche
- 20 bis 29 Std./Woche
- 30 bis 39 Std./Woche
- 40 bis 49 Std./Woche
- 50 bis 59 Std./Woche
- 60 Std./Woche und mehr

**B6: In welcher Arbeitsform und in welchem Umfang haben Sie Ihre freiberufliche Hebammentätigkeit im Jahr 2010 ausgeübt?** (Mehrfachnennungen möglich, wenn Sie die abgefragte Arbeitsform derzeit nicht ausüben, lassen Sie das Feld bitte frei)

Arbeitsform	Bitte die wöchentliche Arbeitszeit in Stunden angeben
Ohne eigene Praxisräume, bei den Frauen zu Hause	_____ Stunden pro Woche
In einer Hebammenpraxis	_____ Stunden pro Woche
In einer gynäkologischen Praxis	_____ Stunden pro Woche
Im Geburtshaus	_____ Stunden pro Woche
Als Hausgeburtshebamme	_____ Stunden pro Woche
Als Beleghebamme in ____ Kliniken <small>(Anzahl bitte angeben)</small>	_____ Stunden pro Woche
Im Schichtdienst	_____ Stunden pro Woche
1:1-Modell	_____ Stunden pro Woche
Als Familienhebamme	_____ Stunden pro Woche
In einer kommunalen Einrichtung	_____ Stunden pro Woche
Sonstige Arbeitsformen, welche?	_____ Stunden pro Woche

**B7: Wie viele Stunden benötigen Sie im Durchschnitt pro Woche für: (Bitte beziehen Sie die Antworten auf den letzten Monat)**

Verwaltungsarbeit (Dokumentation und Abrechnung)	Stunden pro Woche
Vorbereitung/Nachbereitung	Stunden pro Woche
Überprüfen des Arbeitsmaterials	Stunden pro Woche
Fahrzeit mit Wegegeld	Stunden pro Woche
Fahrzeit ohne Wegegeld	Stunden pro Woche

**B8: Was nimmt am meisten Zeit innerhalb der freiberuflichen Verwaltungsarbeit in Anspruch?**

(Nur eine Antwort möglich)

- Dokumentation
- Rechnungen schreiben
- Organisation der Kurse
- Anmeldungen zur Fortbildungen
- Eigene Werbung
- Sonstiges (bitte nennen) \_\_\_\_\_

**B9: Wie viel Zeit benötigen Sie tatsächlich für die Durchführung der Dokumentation und Abrechnung Ihrer freiberuflichen Hebammenleistungen im Durchschnitt für je einen Fall?**

Telefonische/persönliche Beratungen: \_\_\_\_\_ Stunden

Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden: \_\_\_\_\_ Stunden

Nach Geburten (Haus-, Beleg-, Geburtshausgeburt): \_\_\_\_\_ Stunden

Nach einer Wochenbettbetreuung: \_\_\_\_\_ Stunden

Beratung über die 8. Lebenswoche des Kindes hinaus: \_\_\_\_\_ Stunden

Nach Kursen: \_\_\_\_\_ Stunden

**B9.1: Wie viel Zeit benötigen Sie im Durchschnitt für einen Fall (Durchführung, Dokumentation und Abrechnung)? \_\_\_\_\_ Stunden**

**B10: Haben Sie als freiberufliche Hebamme eine Vertretung?**

- Nein
- Ja, wenn ja, in welchem Umfang?
  - Regelmäßig
  - Nur, wenn wirklich benötigt

**B10.1: Wie lässt sich diese organisieren/finden?**

- Leicht       Mittel       Schwer

**B11: Wie viele tatsächliche Urlaubstage haben Sie pro Jahr? \_\_\_\_\_ (Bitte eintragen)**

**B12: Wie viele Bereitschaftsdienste machen Sie pro Jahr? \_\_\_\_\_  keine**

**B12.1: Wie viele Nachtdienste haben Sie pro Monat?** \_\_\_\_\_  keine

**B13: An wie vielen Wochenenden arbeiten Sie durchschnittlich pro Jahr?** \_\_\_\_\_  keine  
(auch ein Kontakt pro Wochenende zählt als gearbeitet)

**B13.1: Wie regeln Sie Ihre freiberufliche Wochenendarbeitszeit?**

- Gar nicht, ich arbeite für mich allein
- nach Bedarf mit einer Kollegin
- In einem festen Vertretungskreis

**B14: Wie oft müssen Sie zwischen 20:00 – 06:00 Uhr noch für ihre freiberufliche Hebammentätigkeit arbeiten?**  
(Verwaltung, Telefonate und Besuche zusammengezählt, außer Bereitschaftsdienste)

Nie	1-2x pro Woche	3-4x pro Woche	Jeden Tag in der Woche	Mehrmals im Monat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C) Angaben zu Ihrem Leistungsangebot als freiberufliche Hebamme**

**C1: Wie viele Frauen haben Sie im Jahr 2010 insgesamt betreut?** \_\_\_\_\_ (Anzahl bitte eintragen)  
(Mit Betreuung ist hier jeder Kontakt zu einer Frau gemeint, der zu einer abgerechneten Leistung führt, unabhängig, ob privat berechnet oder nach HebGV)

**C1.1: Wie viele Frauen waren davon gesetzlich versichert?** \_\_\_\_\_ (Anzahl bitte eintragen)

**C1.2: Wie viele Frauen waren davon privat versichert?** \_\_\_\_\_ (Anzahl bitte eintragen)

**C2: Welche Hebammenleistungen bieten Sie aktuell als freiberufliche Hebamme an?**

(Bitte kreuzen Sie die Leistungen an, die Sie zurzeit als freiberufliche Hebamme anbieten und geben Sie an wie viele Frauen Sie mit dieser Leistung durchschnittlich betreuen. Wenn Sie die abgefragte Leistung nicht anbieten, lassen sie die Zeile bitte frei).

Leistung	Biete ich an	Anzahl betreuter Frauen (Durchschnitt im Monat)	
Schwangerenvorsorge	<input type="checkbox"/>		
Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden	<input type="checkbox"/>		
Wochenbettbetreuung	<input type="checkbox"/>		
Stillberatung nach der 8. Woche p.p. einzeln	<input type="checkbox"/>		
Stillberatung nach der 8. Woche p.p. in der Gruppe	<input type="checkbox"/>		
Familienhebamme	<input type="checkbox"/>		
Kurse		Anzahl der Kurse/Jahr	Anzahl der Frauen im Durchschnitt
Geburtsvorbereitung	<input type="checkbox"/>		
Rückbildungsgymnastik	<input type="checkbox"/>		
Andere Kurse	<input type="checkbox"/>		

Bitte geben Sie hier an, ob und welche Art von Geburtshilfe Sie im Rahmen Ihrer Hebammentätigkeit anbieten. Wenn Sie derzeit keine Geburtshilfe anbieten, springen Sie bitte zu Frage C4

Geburten		Anzahl der vollendeten Geburten	Anzahl der abgebrochenen/verlegten Geburten
Hausgeburten	<input type="checkbox"/>		
Geburtshausgeburten	<input type="checkbox"/>		
Beleggeburten in der Klinik	<input type="checkbox"/>		
Geburten in ärztlichen Praxen	<input type="checkbox"/>		
Freiberuflich im 1:1-Modell	<input type="checkbox"/>		
Angestellt mit Bereitschaftsdienst in der Klinik	<input type="checkbox"/>		

**C3: Wenn Sie außerklinische Geburten betreuen, was ist der häufigste Grund für eine Verlegung/ einen Abbruch?**

(Bitte angeben)

---

**C4: Welche Leistungen werden von den Frauen bei Ihnen angefragt,**

	die Sie nicht anbieten?	die Sie anbieten und alle Anfragen annehmen können?	die Sie anbieten, aber bei denen Sie nicht alle Frauen annehmen können?	Können Sie in einem solchen Fall immer eine Kollegin empfehlen?		
				Meistens	Manchmal	Nie
Schwangerenvorsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausgeburten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beleggeburten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburtshausgeburten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wochenbettbetreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillberatung nach der 8. Woche p.p. einzeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillberatung nach der 8. Woche p.p. in der Gruppe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angebote einer Familienhebamme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, wie: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortsetzung C4: <b>Welche Leistungen werden von den Frauen bei</b>	<b>die Sie nicht anbieten?</b>	<b>die Sie anbieten und alle Anfragen annehmen</b>	<b>die Sie anbieten, aber bei denen Sie nicht alle Frauen</b>	<b>Können Sie in einem solchen Fall immer eine Kollegin empfehlen?</b>		



Ihnen angefragt,		können?	annehmen können?			
				Meistens	Manchmal	Nie
<b>Kurse</b>						
Geburtsvorbereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückbildungsgymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, wie: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C5: Welche Leistungen werden von den Frauen außerhalb der HebGV gewünscht/in Anspruch genommen, die...**

	... Sie innerhalb ihrer freiberuflichen Tätigkeit anbieten (nach §134a)	... Sie neben Ihrer freiberuflichen Tätigkeit anbieten	... Sie gar nicht anbieten
Akupunktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Babymassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Babyschwimmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beikosteinführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elternberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußreflexzonenmassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höhere Anzahl an Stillberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEKIP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerenschwimmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yoga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes, bitte nennen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C6: Wie kommen die Frauen an Ihre Kontaktdaten?** (Mehrfachnennung möglich)

- Durch Werbung, z.B. am Auto
- Durch Listeneinträge (Hebammenliste der Länder)
- Internetauftritt
- Empfehlungen durch Freunde (Mund-zu-Mund)
- Empfehlungen durch andere Hebammen/Kolleginnen
- Gynäkologe/in
- Sonstiges, z.B. \_\_\_\_\_

**C7: In der wievielten Schwangerschaftswoche (SSW.) melden sich die Frauen im Durchschnitt bei Ihnen?**

In der:

- vor der 4. SSW.
- 4.-6. SSW.

- 7.-10. SSW.
- 11.-14. SSW.
- 15.-20. SSW.
- 21. SSW und später

**C8: Wie viele der von Ihnen betreuten Frauen werden laut Mutterpass als „Risikoschwangere“ eingestuft?**

< 5 %	5-10 %	11-20 %	21-30 %	31-40 %	41-50 %	> 50 %
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C7.1: Was ist der häufigste Grund für die „Risikoschwangerschaft“ laut Mutterpass?**

\_\_\_\_\_ (bitte nennen)

**Nun folgen einige Fragen speziell zu Wochenbettbesuchen**

(Wenn Sie aktuelle keine Wochenbettbesuche anbieten springen Sie bitte weiter zu Frage C11)

**C9: Wie viele Hausbesuche machen Sie durchschnittlich pro Tag? In der Woche:** \_\_\_\_\_

Am Wochenende: \_\_\_\_\_

**C9.1: Wie viele Wochenbettbesuche machen Sie ...**

im Durchschnitt pro Monat? \_\_\_\_\_

bis zur 8. Lebenswoche p.p.: \_\_\_\_\_

nach der 8. Lebenswoche p.p.: \_\_\_\_\_

nach der 8. Lebenswoche mit ärztlichem Attest: \_\_\_\_\_

als Familienhebamme: \_\_\_\_\_

**C10: Am wievielten Tag p.p. machen Sie durchschnittlich den ersten Wochenbettbesuch?** \_\_\_\_\_

Frühester Beginn (Tag) p.p. \_\_\_\_\_ Spätester Beginn (Tag) p.p. \_\_\_\_\_

**C10.1: Bis zum wievielten Tag p.p. betreuen Sie eine Frau im Durchschnitt im Wochenbett?** \_\_\_\_\_

Frühestes Ende (Tag) p.p. \_\_\_\_\_ Spätestes Ende (Tag) p.p. \_\_\_\_\_

**C10.2: Wie viele Wochenbettbesuche rechnen Sie durchschnittlich Sie pro Frau ab?** \_\_\_\_\_

**C10.3: Wie lange dauert durchschnittlich ein Wochenbettbesuch (ohne Fahrzeit)?**

In der Klinik: \_\_\_\_\_ Minuten Der erste Besuch zu Hause: \_\_\_\_\_ Minuten

Weitere Besuche zu Hause, bei einem physiologischen Wochenbettverlauf: \_\_\_\_\_ Minuten

Weitere Besuche zu Hause, bei einem pathologischen Wochenbetteverlauf: \_\_\_\_\_ Minuten

**C11: Wie viel Kilometer sind Sie in den letzten zwei Jahren gefahren?**

2010	km
2009	km

**C11.1: Was war die kürzeste, was die weiteste Entfernung zu einer Frau (in Kilometern)?**

	Kürzeste Entfernung (km)	Weiteste Entfernung (km)
2010		
2009		

**Die folgenden Fragen beziehen sich auf Veränderungen Ihres Leistungsangebotes**

**C12: Hat sich Ihr freiberufliches Leistungsangebot in den letzten zwei Jahren verändert?**

- Nein       Ja,       es ist mehr geworden  
 es ist weniger geworden

**C13: Wenn Sie zurzeit nicht mehr freiberuflich als Hebamme arbeiten, liegt das an:** (Mehrfachnennungen möglich)

- Der hohen Arbeitsbelastung allgemein  
 Der geringen finanziellen Entlohnung  
 Der angestiegenen Berufshaftpflicht  
 Unvereinbarkeit mit dem Privatleben (Familie, Freunde, Hobbies...)  
 Andere berufliche Interessen  
 Andere Gründe, wie z.B. \_\_\_\_\_

**C13.1: In welchem Jahr haben Sie mit der freiberuflichen Hebammentätigkeit aufgehört?** \_\_\_\_\_

**C13.2: Wenn Sie nicht mehr freiberuflich als Hebamme tätig sind, ist eine Wiederaufnahme dieser Tätigkeit in den nächsten zwei Jahren geplant?**

Ja, ganz sicher	Ja, wahrscheinlich	unsicher	Nein, unwahrscheinlich	Nein, ganz sicher nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D) Anforderungen an Ihre Hebammentätigkeit**

Ihre Tätigkeit als freiberufliche Hebamme in Deutschland stellt hohe Anforderungen an Sie. Dabei kann es zu Belastungen kommen, die Ihre Arbeitszufriedenheit und Motivation beeinflussen können. In diesem Teil geht es um die psychischen, arbeitsbedingten Einflüsse Ihrer freiberuflichen Arbeit. Wenn Sie derzeit nicht freiberuflich als Hebamme in Deutschland tätig sind, dann springen Sie bitte weiter zu Frage F1)

**D1: Die folgenden Fragen betreffen die Anforderungen Ihrer freiberuflichen Hebammentätigkeit (Teil 1).**

(Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	Immer	oft	manchmal	selten	Nie/ fast nie
1. Müssen Sie sehr schnell arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ist Ihre Arbeit ungleich verteilt, so dass sie sich aufhäuft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie oft kommt es vor, dass Sie nicht genügend Zeit haben, alle Ihre Aufgaben zu erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Müssen Sie Überstunden machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bringt Ihre Arbeit Sie in emotional belastende Situationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D2: Anforderungen bei Ihrer freiberuflichen Arbeit als Hebamme (Teil 2).** (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	In sehr hohem Maß	In hohem Maß	Zum Teil	In geringem Maß	In sehr geringem Maß
6. Fühlen Sie sich bei Ihrer Arbeit emotional eingebunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ist Ihre Arbeit emotional fordernd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, dass Sie Ihre Gefühle verbergen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, sich mit Ihrer Meinung zurückzuhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D2.1: Wenn Sie zusätzlich zu Ihrer freiberuflichen Hebammentätigkeit noch einer Arbeit im angestellten Verhältnis nachgehen, denken Sie bitte über folgende Möglichkeiten nach, dann....**

(Bitte je eine Angabe pro Zeile. Wenn Sie ausschließlich freiberuflich als Hebamme arbeiten, springen Sie bitte zu E3).

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Unentschieden	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
... ist mir die freiberufliche Hebammenarbeit am wichtigsten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist die angestellte Tätigkeit wichtiger als meine freiberufliche Hebammenarbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... entstehen häufig Konflikte, wie ich mich zeitlich einteile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... würde ich gern mehr freiberuflich arbeiten, kann es mir aber finanziell nicht leisten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... würde ich gern ausschließlich freiberuflich arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... würde ich gern ausschließlich im angestellten Verhältnis arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühle ich mich in meiner jetzigen Arbeitssituation so wie sie ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D3) Die folgenden Fragen betreffen das Verhältnis zwischen Ihrer freiberuflichen Arbeit als Hebamme und Ihrem Privatleben: Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?** (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Unentschieden	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Anforderungen meiner freiberuflichen Arbeit stören mein Privat- und Familienleben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Zeitaufwand meiner freiberuflichen Arbeit macht es schwierig für mich, meinen Pflichten in der Familie oder im Privatleben nachzukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dinge, die ich zu Hause machen möchte, bleiben wegen der Anforderungen meiner freiberuflichen Arbeit liegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine freiberufliche Arbeit erzeugt Stress, der es schwierig macht, privaten oder familiären Verpflichtungen nachzukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen freiberuflicher Verpflichtungen muss ich Pläne für private oder Familienaktivitäten ändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D4: Die folgenden Fragen betreffen Ihre Einflussmöglichkeiten und Ihren Spielraum bei der freiberuflichen Arbeit als Hebamme.** (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie/ fast nie
Haben Sie großen Einfluss auf Ihre freiberufliche Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Einfluss darauf, mit wem Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Einfluss auf die Menge der Arbeit, die Ihnen übertragen wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Einfluss darauf, was Sie bei Ihrer Arbeit tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie selbst bestimmen, wann Sie eine Pause machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie mehr oder weniger frei entscheiden, wann Sie Urlaub machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie Ihre Arbeit unterbrechen, um sich mit einem/einer Kollegen/Kollegin zu unterhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie private Dinge erledigen müssen, können Sie Ihren Arbeitsplatz ohne besondere Erlaubnis für eine halbe Stunde verlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D5: Die folgenden Fragen betreffen Ihre Entwicklungsmöglichkeiten und die Bedeutung Ihrer freiberuflichen Arbeit (Teil 1).** (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie/ fast nie
Ist Ihre Arbeit abwechslungsreich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D5.1: Entwicklungsmöglichkeiten und Bedeutung Ihrer freiberuflichen Hebammentätigkeit (Teil 2).**

(Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	In sehr hohem Maß	In hohem Maß	Zum Teil	In geringem Maß	In sehr geringem Maß
Verlangt es Ihre freiberufliche Arbeit, dass Sie die Initiative ergreifen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





... Sie arbeitslos werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... neue Technologien Sie überflüssig machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... es schwierig für Sie wäre, eine neue Arbeit zu finden, wenn Sie arbeitslos würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... man Sie gegen Ihren Willen auf eine andere Arbeitsstelle versetzen könnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D9.1: Die folgenden Fragen betreffen speziell Ihre freiberufliche Tätigkeit als Hebamme und die Zusammenarbeit mit jungen Familien.** (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Zum Teil	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
Ich fühle mich durch verbale oder körperliche Aggressionen von den zu betreuenden Frauen/Familien belastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die rechtlichen Aspekte in der Betreuung von Frauen/Familien sind mir bekannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei meiner freiberuflichen Arbeit fürchte ich mich, an einer übertragbaren Krankheit anzustecken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch meine Bemühung kann ich die von mir betreuten Frauen/Familien in Ihrer Entwicklung voran bringen und fördern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich bei der Arbeit mit den von mir betreuten Frauen/Familien oft gereizt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin für (zu) viele Klientinnen zuständig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen der zu betreuenden Frauen/Familien empfinde ich als angenehm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D9.2: Bitte geben Sie den Grad des Assistenzbedarfs/Bedarfs der von Ihnen betreuten Frauen/Familien an, die Sie vor, während und nach der Schwangerschaft betreuen.** (1 bedeutet den niedrigsten und 5 den höchsten Betreuungsbedarf)

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niedrig				hoch

**D10: Wie oft haben Sie im Laufe der letzten 12 Monate daran gedacht, Ihre freiberufliche Tätigkeit aufzugeben (1), zu reduzieren (2) oder aufzustocken (3)?**

	Nie	Einige Male im Jahr	Einige Male im Monat	Einige Male in der Woche	Jeden Tag
1) aufzugeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) zu reduzieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) aufzustocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D11: Wenn Sie Ihre Arbeitssituation für die freiberufliche Hebammenarbeit insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit ...** (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	Sehr zufrieden	zufrieden	unzufrieden	Sehr unzufrieden
--	----------------	-----------	-------------	------------------



... Ihren Berufsperspektiven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Leuten, mit denen Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den körperlichen Arbeitsbedingungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Art und Weise, wie Ihre Abteilung geführt wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Art und Weise, wie Ihre Fähigkeiten genutzt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Herausforderungen und Fertigkeiten, die Ihre Arbeit beinhaltet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihrer Arbeit insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Nun noch einige Fragen zu Arbeit und Gesundheit

**D12: Ihr Gesundheitszustand: Wenn Sie den besten denkbaren Gesundheitszustand mit 10 Punkten bewerten und den schlechtesten denkbaren mit 0 Punkten: Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihren derzeitigen Gesundheitszustand? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Denkbar  
schlechtesten  
Gesundheitszustand

Denkbar bester  
Gesundheitszustand

**D13: Energie und psychisches Wohlbefinden: Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit sie für Sie zutrifft.** (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie/fast nie
Wie häufig fühlen Sie sich müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig sind Sie emotional erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig denken Sie: „Ich kann nicht mehr“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D14: Wie oft hatten Sie in den vergangenen vier Wochen...** (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie/fast nie
... Konzentrationsprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Schwierigkeiten sich zu erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Immer	Oft	Manchmal	Selten
... Schwierigkeiten, klar zu denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D15: Nachfolgend finden Sie fünf Aussagen, denen Sie zustimmen oder nicht zustimmen können. Diese Aussagen beziehen sich auf Ihr Leben insgesamt, also nicht nur auf die Arbeit.** (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	Stimme genau zu	Stimme zu	Stimme eher zu	Weder noch	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme über- haupt nicht zu
In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Vorstellungen.							
Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet.							
Ich bin mit meinem Leben zufrieden.							
Bisher habe ich die Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche.							
Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas verändern.							

**D16: Haben Sie Vorschläge / Wünsche zur Verbesserung Ihrer psychosozialen Arbeitssituation?**

---



---



---

**D17: Haben Sie Ängste oder Wünsche was die Zukunft für freiberufliche Hebammen in Deutschland betrifft?**  
(nutzen Sie auch gerne eine extra Seite und fügen Sie diese dem Fragebogen bei)

---



---



---

**D18: Haben Sie weitere Anmerkungen zum Fragebogen oder zu der Befragung allgemein?**

---



---



---

**E) Angaben zu Ihrer Einkommenssituation**

In diesem Teil geht es um das Thema Ihres persönlichen Einkommens. Bitte denken Sie daran, dass die Auswertung der Befragung dazu dienen soll, die tatsächliche Einkommenssituation freiberuflicher Hebammen in Deutschland abzubilden. Daher ist dieser Teil politisch wichtig, um auf die Situation hinzuweisen und es sind ehrliche und möglichst genaue Angaben erforderlich.

Jede beantwortete Frage hilft bei der Darstellung der aktuellen beruflichen Situation freiberuflicher Hebammen in Deutschland. Bitte nehmen Sie sich die Zeit, nutzen Sie die Chance und beantworten Sie die Fragen, die möglich sind und schicken Sie den Fragebogen **unbedingt** an die HAW zurück.

**E1: Wie hoch ist das gesamte jährliche Haushaltsnettoeinkommen (in Euro) in Ihrem Haushalt (gesamtes Einkommen, inkl. das vom LebenspartnerIn/Ehefrau/mann und Kindergeld)?** (gerundet in 1.000er Schritten)

2010 \_\_\_\_\_ Euro

2009 \_\_\_\_\_ Euro

**E2: Wie hoch ist Ihr eigenes Haushaltsnettoeinkommen (in Euro) aus Ihrer freiberuflichen Hebammentätigkeit pro Monat, die nach der Hebammengebührenverordnung (HebGV) abzurechnen ist?**

	2010	2009
a) aus Ihrer freiberuflichen Hebammentätigkeit		
b) aus angestellter Hebammentätigkeit		
c) aus anderer Berufstätigkeit		
d) aus sonstigen Quellen (Bitte angeben)		

**E2.1: Wenn Ihr eigenes Einkommen bis 400 Euro pro Monat beträgt, ist dies bewusst so gewählt**

- Nein
- Ja, wenn ja, warum? (Mehrfachnennungen möglich)
- Damit es nicht zu versteuern ist
- So entfällt die Renten- und Krankenversicherungspflicht
- Ich bin privat zu sehr eingebunden und habe nicht mehr Zeit
- Pflege eines Angehörigen
- Betreuung der eigenen Kinder
- Sonstiges

**E2.2: Welche Lohnsteuerklasse haben Sie?** \_\_\_\_\_ (Bitte angeben)

**E3: Wie hoch waren Ihre Betriebsausgaben\* in 2010 in Bezug auf Ihre freiberufliche Hebammentätigkeit?**

Insgesamt: 2010: \_\_\_\_\_ Euro

2009: \_\_\_\_\_ Euro

Ausgaben für:	2010	2009
<b>Versicherungen</b>		
Berufshaftpflicht	Euro	Euro
Krankenschutz	Euro	Euro

Pflegeversicherung:	Euro	Euro
Altersvorsorge (gesetzlich)	Euro	Euro
Altersvorsorge (privat)	Euro	Euro
Private Vorsorge	Euro	Euro
Arbeitsunfähigkeit	Euro	Euro
Sonstiges	Euro	Euro
<b>Mobilität</b>		
Auto	Euro	Euro
Mobilität (Fahrkarten, Fahrten zu Fortbildungen/Kongressen)	Euro	Euro
<b>Ausgaben für:</b>	<b>2010</b>	<b>2009</b>
<b>Räumlichkeiten</b>		
Miete	Euro	Euro
Material für Kurse	Euro	Euro
Personalkosten (auch Putzhilfe, Betreuung der eigenen Kinder)	Euro	Euro
<b>Arbeitsmaterialien/Bürobedarf</b>		
Arbeitsmaterialien/Bürobedarf	Euro	Euro
Sonstiges	Euro	Euro
Fachzeitschriften/-literatur	Euro	Euro
Fortbildungen/Konferenzen (inkl. Übernachtungskosten)	Euro	Euro
Wie viele Fortbildungen/Konferenzen besuchen Sie pro Jahr? (Anzahl bitte eintragen)		

**E4: Zahlen Sie Ihre Berufshaftpflicht komplett selbst?**

- Ja  
 Nein , andere übernehmen die Beiträge:
  teilweise  
 komplett

**E4.1: Wie sind Sie berufshaftpflichtversichert?**

- Einzeltarif
  Gruppentarif

**E4.2: Deckt Ihre Berufshaftpflichtversicherung außerklinische Geburtshilfe ab?**

- Nein  
 Ja,
  Hausgeburtshilfe/Geburtshausgeburtshilfe  
 Beleggeburtshilfe

**E5: Wie rechnen Sie mit den Krankenkassen ab?** (Mehrfach Nennungen möglich)

- Direkt
  HebRech
  AZH
  Andere

**E6: Wie schreiben Sie Ihre Rechnungen?**

- Per Hand                       Per Computer                       Externe Abrechnungsstelle

**E7: Üben Sie zusätzlich zu Ihrer Hebammentätigkeit andere Tätigkeiten?**

- Nein
- Ja, wenn Ja, welche (bitte angeben): \_\_\_\_\_

**E7.1: Seit wann üben Sie diese Tätigkeit(en) aus** (bitte geben Sie das Jahr an)? \_\_\_\_\_

**E7.2: Wie viele Stunden pro Woche?** \_\_\_\_\_

**E8: Denken Sie, dass Sie Ihre Altersvorsorge ausreichend abgesichert haben?**

- Ja                       Nein

**Im folgenden Abschnitt geht es um Ihre subjektive Einschätzung zu Ihrer Einkommenssituation**

**E9: Können Sie subjektiv von Ihrer Arbeit als freiberufliche Hebamme leben?**

- Ja                       Nein

**E10: Schätzen Sie Ihren durchschnittlichen Stundenlohn (in Euro):** \_\_\_\_\_ Euro

**E11: Bitte schätzen Sie inwieweit die folgenden Aussagen auf Ihre persönliche Situation zutreffen.**

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Unentschieden	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Ich halte mein Einkommen für angemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich halte mein Einkommen für viel zu gering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin auf das Einkommen meines Partners/meiner Partnerin angewiesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin auf finanzielle Unterstützung angewiesen (Hilfe zum Lebensunterhalt, Eltern, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich muss mir Geld leihen, um über die Runden zu kommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann von meinem Einkommen als freiberufliche Hebamme sehr gut leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Angst, dass ich mich in Zukunft nicht mehr aus meiner freiberuflichen Hebammentätigkeit finanzieren kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E12: Würden Sie einer Berufsanfängerin zu dem Beruf der Hebamme raten?**

- Nein, auf keinen Fall
- Ja, aber nur im angestellten Verhältnis mit festem Arbeitsvertrag und –zeiten
- Ja, aber nur in der Freiberuflichkeit, ohne festes Arbeitsverhältnis
- Ja, aber nur in Kombination von angestelltem Arbeitsverhältnis und Freiberuflichkeit

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

**Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen in dem frankierten Briefumschlag  
unbedingt zurück!**