Forschungsprojekt „Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen“

Abschlussbericht der Teilprojekte Mütterbefragung und Hebammenbefragung

Projektlaufzeit: 21.11.2016 - 30.09.2020

Förderkennzeichen: LZG TG 72 001/2016

Bochum, 31. August 2020

Formale Angaben

Projektverantwortliche:
Prof.in Dr.in Nicola H. Bauer
Prof.in Dr.in Rainhild Schäfers

Mitarbeiter*innen:
Mirjam Peters, M.Sc. PH
Andrea Villmar, Dipl. Ges. Ök.

Methodenberatung:
Prof. Dr. Thomas Hering

Hochschule für Gesundheit Bochum
Forschungsprojekt: „HebAB.NRW-Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen“

Department für Angewandte Gesundheitswissenschaften
Studienbereich Hebammenwissenschaft
Gesundheitscampus 6-8
44801 Bochum

hebab.nrw@hs-gesundheit.de

www.hebab.nrw
www.hs-gesundheit.de

Empfohlene Zitierung:
Bauer, N.H., Villmar, A., Peters, M. & Schäfers, R. (2020). HebAB.NRW - Forschungsprojekt „Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen“. Abschlussbericht der Teilprojekte Mütterbefragung und Hebammenbefragung. Hochschule für Gesundheit Bochum.

Dank

Wir danken allen Müttern und Hebammen ganz herzlich, die an den Befragungen teilgenommen und damit dieses Forschungsprojekt möglich gemacht haben.

Unser Dank gilt auch dem Advisory Board, das zu verschiedenen Zeitpunkten zum jeweiligen Projektstand Stellung genommen und sachdienlich beraten hat: Andrea Bosch (Leitende Hebamme), Daniela Erdmann (Landesverband der Hebammen Nordrhein-Westfalen e.V.), Dr. Katharina Hartmann und Sarah Kaufmann (Mother Hood e.V.), Dr. Klaus-Dieter Jaspers (Chefarzt der Frauenklinik, Christophorus-Kliniken GmbH, Standort Coesfeld), Prof.in Dr.in Petra Kolip (Professorin für Prävention und Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld), Astrid Losch (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.-QUAG) sowie Gaby Schütte (Leiterin der Fachgruppe 34, LZG.NRW, Landeszentrum Gesundheit NRW).

In der gesamten Projektlaufzeit wurden wir durch studentische und wissenschaftliche Hilfskräfte unterstützt. Wir danken Pia Arnold, Irina Blissenbach, Maike Dembinsky, Alexandra Hahne, Isabel Joswig, Anna Jürgens, Lisa Keil-Reppmann, Charlotte Michels, Hannah Pumpe, Stephanie Röhnisch Laura Schäfer und unserer Kollegin Kristina Luksch.

Inhalt

Formale Angaben ..... **I**

Dank ..... **II**

Abkürzungsverzeichnis ..... **VII**

Abbildungsverzeichnis ..... **IX**

Tabellenverzeichnis ..... **XII**

I Allgemeiner Teil **1**

1. Einleitung 1
2. Wissenschaftlicher Hintergrund 2

2.1 Geburtshilfliche Versorgung in der reproduktiven Lebensphase 3
2.1.1 Rechtliche Grundlagen 4
2.1.2 Bestandsaufnahmen im Hebammenwesen 5
2.1.3 Qualitätsmessung in der geburtshilflichen Versorgung 14
2.1.4 Qualitätsmanagement in der ambulanten Hebammenversorgung 16
2.1.5 Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Hebammenleistungen 17
2.1.6 Einflussfaktoren auf das Angebot von Hebammenleistungen (klinisch und außerklinisch) 18
2.2 Geburtshilfliche Versorgung in NRW 21
2.3 Problemstellung und Forschungsfragen 22
2.3.1 Aufbau des Forschungsprojektes 25
2.3.2 Partizipative Forschung 25
2.3.3 Hochschule für Gesundheit Bochum - Studienbereich Hebammenwissenschaft 26

II Teilprojekt A „Mütterbefragung“ **27**

Abstract **27**

3. Hintergrund und Fragestellung 29
4. Methodisches Vorgehen 30

4.1 Forschungsdesign 30
4.2 Ethische Kriterien 30
4.3 Erstellung der Erhebungsunterlagen 31
4.4 Pretest 32
4.5 Felderschließung und Stichprobenauswahl 32
4.5.1 Beschreibung der teilnehmenden Kliniken 33
4.6 Datenerhebung 37
4.7 Datenauswertungsverfahren 37

5. Ergebnisse ... 38
5.1 Stichprobenbeschreibung ... 38
5.2 Forschungsfrage 1: Versorgung durch Hebammen in NRW ... 44
5.2.1 Ambulante Versorgung ... 44
5.2.2 Geburtsvorbereitungskurs ... 47
5.2.3 Wochenbett ... 48
5.2.4 Weitere Versorgungsangebote im Wochenbett ... 50
5.2.5 Zugang zum Rückbildungskurs ... 50
5.2.6 Zugang zur ambulanten Versorgung ... 51
5.2.7 Wissen als Grundlage für den Zugang ... 51
5.2.8 Geburtshilfliche Versorgung ... 61
5.2.9 Zugang zur klinischen geburtshilflichen Versorgung ... 66
5.3 Forschungsfrage 2: Regionale Unterschiede in der Hebammenversorgung in NRW ... 69
5.3.1 Stichprobenbeschreibung nach Regierungsbezirk ... 70
5.3.2 Ambulante Versorgung in der Schwangerschaft nach Regierungsbezirk ... 72
5.3.3 Ambulante Versorgung im Wochenbett nach Regierungsbezirk ... 74
5.3.4 Zugang zur ambulanten Versorgung nach Regierungsbezirk ... 76
5.3.5 Geburtshilfliche Versorgung nach Regierungsbezirk ... 78
5.3.6 Stichprobenbeschreibung nach Urbanisierungsgrad ... 80
5.3.7 Ambulante Versorgung in der Schwangerschaft nach Urbanisierungsgrad ... 82
5.3.8 Ambulante Versorgung im Wochenbett nach Urbanisierungsgrad ... 84
5.3.9 Zugang zur ambulante Versorgung nach Urbanisierungsgrad ... 86
5.3.10 Geburtshilfliche Versorgung nach Urbanisierungsgrad ... 88
5.3.11 Zusammenfassung: Regionale Unterschiede ... 90
5.4 Forschungsfrage 3: Faktoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der individuellen Hebammenbetreuung ... 91
5.5 Forschungsfrage 4: Faktoren, die mit der Inanspruchnahme von Hebammenleistungen assoziiert sind ... 94
5.6 Forschungsfrage 5: Benötigten bzw. gewünschten Betreuung und erhaltene Betreuung im Vergleich ... 103
5.7 Forschungsfrage 6: Gesetzliche Rahmenbedingungen und erhaltene Betreuung im Vergleich ... 104
5.8 Weitere Aspekte zur Versorgung ... 106
6. Diskussion Teilprojekt A ... 108
7. Limitationen ... 109

III Teilprojekt B „Hebammenbefragung“ ... 111

Abstract ... 111

8. Hintergrund und Fragestellung ... 112
9. Methodisches Vorgehen ... 115
9.1 Forschungsdesign ... 115

9.2 Ethische Kriterien ... 116
9.3 Pretest ... 117
9.4 Felderschließung und Stichprobenauswahl ... 118
9.5 Datenerhebung ... 120
9.6 Datenauswertungsverfahren ... 121

10. Ergebnisse ... 121

10.1 Stichprobenbeschreibung ... 123
10.2 Forschungsfrage 1: Versorgung durch Hebammen in NRW ... 127
10.2.1 Berufsbezogene Merkmale von Hebammen ... 128
10.2.2 Tätigkeitsbereich klinisch ... 130
10.2.3 Klinisch tätige Hebammen ... 131
10.2.4 Arbeitsbezogene Belastungsmerkmale klinisch ... 133
10.2.5 Außerklinische/freiberufliche Tätigkeit ... 135
10.2.6 Informationsangebot von Hebammen ... 137
10.2.7 Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung ... 139
10.2.8 Leistungen zur Geburtshilfe ... 140
10.2.9 Leistungen während des Wochenbetts ... 141
10.2.10 Auslastung und Ablehnung von Anfragen ... 143
10.2.11 Interprofessionelle Zusammenarbeit ... 146
10.2.12 Familienhebammentätigkeit ... 147
10.2.13 Hebammen, die nicht in der direkten Versorgung tätig sind ... 149
10.3 Forschungsfrage 2: Regionale Unterschiede in der Hebammenversorgung in NRW ... 151
10.3.1 Ausgewählte demographische Daten nach Regierungsbezirk ... 151
10.3.2 Arbeitsumfang und Tätigkeitsbereich nach Regierungsbezirk ... 152
10.3.3 Auslastung und Ablehnung von Anfragen nach Regierungsbezirk ... 154
10.3.4 Ausgewählte demographische Daten nach Urbanisierungsgrad ... 158
10.3.5 Arbeitsumfang und Tätigkeitsbereich nach Urbanisierungsgrad ... 158
10.3.6 Auslastung und Ablehnung von Anfragen nach Urbanisierungsgrad ... 160
10.4 Forschungsfrage 3: Faktoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der individuellen Hebammenbetreuung ... 163
10.5 Forschungsfrage 4: Faktoren, die mit dem Angebot von Hebammenleistungen assoziiert sind ... 165
10.5.1 Einflussfaktoren der Arbeitszeit ... 165
10.5.2 Subjektive Gesundheitseinschätzung von berufstätigen Hebammen ... 167
10.5.3 Freizeit und Work-Life-Balance ... 168
10.5.4 Absicht, die jetzige Tätigkeit zu beenden bzw. den Beruf als Hebamme aufzugeben und Einflussgrößen ... 170
10.5.5 Arbeitszufriedenheit neu qualifizierter Hebammen ... 172
10.6 Forschungsfrage 5: Datenquellen zur Darstellung der Versorgung ... 173

11. Diskussion Teilprojekt B ... 174

12. Limitationen ... 181

IV Schlussbetrachtung 183

13. Diskussion 183

13.1 Forschungsfrage: Wie stellt sich die Versorgung von Hebammen in NRW dar?“ 183

13.2 Forschungsfrage: „Gibt es regionale Unterschiede in der Hebammenversorgung in NRW?“ 186

13.3 Forschungsfrage: “Welche Faktoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität lassen sich in der individuellen Hebammenbetreuung identifizieren?“ 189

14. Handlungsempfehlungen 192

15. Fazit 202

16. Finanzierung 204

17. Verwertungsstrategie 204

17.1 Veröffentlichungen 204

17.2 Veranstaltungen 205

17.3 Verwertung für Forschung und Ausbildung 207

17.4 Pressearbeit 208

18. Literatur 211

Bitte beachten

Zu diesem Abschlussbericht gehört ein separater Anlagenband. Im Anlagenband sind die Instrumente der vorliegenden Studie, sowie weitere relevante Dokumente aufgeführt.

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortkrankenkasse
BAnz AT	Amtlicher Teil des Bundesanzeigers
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BFHD	Bund freiberuflicher Hebammen NRW e.V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSI	Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik
CTG	Kardiotokografie
DE	Deutschland
DESTATIS	Statistisches Bundesamt
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DFH	Deutsche Fachverband für Hausgeburtshilfe e.V.
DHV	Deutscher Hebammenverband e.V.
DSAnpUG-EU	Datenschutz-Anpassungs- und Umsetzungsgesetz EU
DSG NRW	Datenschutzgesetz NRW
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
DVG	Digitale-Versorgung-Gesetz
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GH	Geburtshaus
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HebBO NRW	Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger in Nordrhein-Westfalen
HebG	Hebammengesetz
HebGO NRW	Hebammengebührenordnung Nordrhein-Westfalen
HgE	Hebammengeleitete Einrichtung
HNE	Haushaltsnettoeinkommen
HSA	Hochschulausbildung
hsg Bochum	Hochschule für Gesundheit Bochum
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IQTIG	Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen
ISO	Internationale Organisation für Normung
IVENA	interdisziplinärer Versorgungsnachweis
KH	Krankenhaus
KI	Konfidenzintervall
LZG.NRW	Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen
MAGS NRW	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein- Westfalen
MGEPA	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
MuSchuGe	Gesetz zum Schutz von Müttern bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium
NRW	Nordrhein-Westfalen
OR	Odds Ratio
ÖGDG NRW	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst
PREMs	Patient Reported Experiences

PROMs	Patient Reported Outcome Measures
PTBS	Posttraumatische Belastungssyndrom
QM	Qualitätsmanagement
QUAG	Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.
SGB	Sozialgesetzbuch
SSW	Schwangerschaftswoche
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
TvöD	Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst
WHO	World Health Organization
WT	Wehentätigkeit

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Betreuungsbogen ... 1
Abbildung 2: Framework für die Versorgung von Frauen und Neugeborenen ... 3
Abbildung 3: Geburtshilflicher Abteilungen je Regierungsbezirk in NRW ... 21
Abbildung 4: Hebammenzentralen in den Regierungsbezirken von NRW ... 22
Abbildung 5: Studiendesign der Studie HebAB.NRW ... 25
Abbildung 6: Ablauf der Felderschließung im Teilprojekt Mütterbefragung ... 35
Abbildung 7: Berufs- oder Hochschulausbildung ... 41
Abbildung 8: Durchschnittliches Haushaltsnettoeinkommen und Personenzahl im Haushalt ... 42
Abbildung 9: Gesundheitliche Einschränkungen der Mütter ... 43
Abbildung 10: Inanspruchnahme von Leistungen in der Schwangerschaft ... 45
Abbildung 11: Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von Hebammenleistungen in der Schwangerschaft ... 46
Abbildung 12: Zufriedenheit mit der Häufigkeit der Termine in der Schwangerschaft ... 47
Abbildung 13: Zugang zu Geburtsvorbereitungskursen ... 47
Abbildung 14: Nicht-Inanspruchnahme von Hebammenleistungen im Wochenbett ... 48
Abbildung 15: „Wann war die Wochenbetthebamme das erste Mal bei Ihnen?" ... 49
Abbildung 16: Zufriedenheit mit der Häufigkeit der Termine in der Schwangerschaft ... 49
Abbildung 17: Inanspruchnahme von Beratung durch elektronische Kommunikationsmedien ... 50
Abbildung 18: Zugang zum Rückbildungskurs ... 51
Abbildung 19: Subjektives Gefühl der Informiertheit über Hebammenleistungen ... 52
Abbildung 20: Wissensfragen zu den Angeboten von Hebammenleistungen ... 52
Abbildung 21: Faktoren für den Zugang zur Hebammenversorgung ... 53
Abbildung 22: Subjektive Einschätzung des Zugangs ... 54
Abbildung 23: Gründe für Schwierigkeiten bei der Hebammensuche ... 55
Abbildung 24: Merkmale bei der Bewertung der Hebammensuche ... 56
Abbildung 25: IGeL-Leistungen rund um die Geburt ... 60
Abbildung 26: Inanspruchnahme von IGeLeistungen in der Zukunft ... 60
Abbildung 27: Kriterien bei der Auswahl des Geburtsortes ... 62
Abbildung 28: Gründe dafür, dass die Geburt nicht an dem gewählten Ort stattfand ... 62
Abbildung 29: Nicht-Inanspruchnahme einer Begleit-Beleghebamme ... 64
Abbildung 30: Kontinuität in der Geburtsbegleitung ... 64
Abbildung 31: Ausreichende Geburtsbetreuung ... 65
Abbildung 32: Minuten bis zur tatsächlichen Geburtsklinik ... 67
Abbildung 33: Merkmale in Hinblick auf die Anfahrtszeit zum tatsächlichen Geburtsort ... 67
Abbildung 34: Erreichbarkeit der Geburtsklinik ... 68
Abbildung 35: Zugang zur außerklinischen Geburtshilfe ... 69
Abbildung 36: Hebammenleistungen in der Schwangerschaft nach Regierungsbezirk ... 73
Abbildung 37: Geburtsvorbereitungskurse nach Regierungsbezirk ... 74
Abbildung 38: Weitere Versorgungsmodelle im Wochenbett nach Regierungsbezirk ... 75
Abbildung 39: Rückbildungskurse nach Regierungsbezirk ... 75
Abbildung 40: Anzahl an angerufenen Hebammen nach Regierungsbezirk ... 76

Abbildung 41: Suche nach einer Hebamme nach Regierungsbezirk 77
Abbildung 42: Geburtsort: Wunsch und tatsächlicher Geburtsort nach Regierungsbezirk 78
Abbildung 43: Anfahrt und Erreichbarkeit der Geburtsklinik nach Regierungsbezirk 80
Abbildung 44: Hebammenleistungen in der Schwangerschaft nach Urbanisierungsgrad 83
Abbildung 45: Individuellen Leistungen in der Schwangerschaft nach Urbanisierungsgrad 83
Abbildung 46: Inanspruchnahme eines Geburtsvorbereitungskurses nach Urbanisierungsgrad 84
Abbildung 47: Weiterer Versorgungsmodelle im Wochenbett nach Urbanisierungsgrad 85
Abbildung 48: Inanspruchnahme eines Rückbildungskurses nach Urbanisierungsgrad 85
Abbildung 49: Anzahl der angerufenen Hebammen nach Urbanisierungsgrad 86
Abbildung 50: Hebammensuche nach Urbanisierungsgrad 87
Abbildung 51: Wunsch und tatsächliche Art des Geburtsortes nach Urbanisierungsgrad 88
Abbildung 52: Anfahrt und Erreichbarkeit der Geburtsklinik nach Urbanisierungsgrad 90
Abbildung 53: Gewünschte und erhaltene Betreuung durch ambulante Hebammen 103
Abbildung 54: Gewünschte und erhaltene Betreuung durch Hebammen während der Geburt 104
Abbildung 55: Inanspruchnahme von Hebammenleistungen 106
Abbildung 56: Altersverteilung Stichprobe Hebammen 124
Abbildung 57: Tätigkeitsbereiche von Hebammen in der direkten Versorgung 128
Abbildung 58: Arbeitszeit von Hebammen in der direkten Versorgung 129
Abbildung 59: Arbeitsumfang nach Tätigkeitsbereich 130
Abbildung 60: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit angestellt tätiger Hebammen 133
Abbildung 61: Schichtsystem klinische Hebammentätigkeit 134
Abbildung 62: Nachfrage nach Überstunden bei klinisch tätigen Hebammen 134
Abbildung 63: Arbeitsorganisation von außerklinisch tätigen Hebammen 136
Abbildung 64: Genutzte Kommunikationsmedien von außerklinisch tätigen Hebammen 137
Abbildung 65: Wie machen Hebammen auf sich aufmerksam? 137
Abbildung 66: Angebot von Hebammenleistungen in der Schwangerschaft 140
Abbildung 67: Angebot von abrechenbaren Hebammenleistungen zur Geburtshilfe 141
Abbildung 68: Angebot von Hebammenleistungen im Wochenbett 142
Abbildung 69: Angebot von individuellen Gesundheitsleistungen 143
Abbildung 70: Kooperationen von außerklinisch tätigen Hebammen 146
Abbildung 71: Beurteilung der Kooperationen von außerklinisch tätigen Hebammen 147
Abbildung 72: Kooperationen von Familienhebammen 148
Abbildung 73: Beurteilung der Kooperationen von Familienhebammen 149
Abbildung 74: Gründe von Hebammen, nicht mehr in der direkten Versorgung tätig zu sein 150
Abbildung 75: Verteilung der Hebammen aus der Stichprobe 150
Abbildung 76: Durchschnittsalter teilnehmender Hebammen nach Regierungsbezirk 151
Abbildung 77: Anteil an Hebammen mit Sorgetätigkeiten nach Regierungsbezirk 152
Abbildung 78: Arbeitsumfang von Hebammen nach Regierungsbezirk 152
Abbildung 79: Tätigkeitsbereich von Hebammen nach Regierungsbezirk 153
Abbildung 80: Leistungsangebot außerklinisch tätiger Hebammen nach Regierungsbezirk 154
Abbildung 81: Hinweise auf Belastungen im klinischen Bereich nach Regierungsbezirk 157
Abbildung 82: Vorübergehende Klinikschließungen nach Regierungsbezirk 157

Abbildung 83: Anteil an Hebammen mit Sorgetätigkeiten nach Urbanisierungsgrad 158
Abbildung 84: Arbeitsumfang von Hebammen nach Urbanisierungsgrad 159
Abbildung 85: Tätigkeitsbereiche von Hebammen nach Urbanisierungsgrad..... 159
Abbildung 86: Leistungsangebot ambulanter Hebammenleistungen nach Urbanisierungsgrad 160
Abbildung 87: Belastungen im klinischen Bereich nach Urbanisierungsgrad 162
Abbildung 88: Vorübergehende Klinikschließungen nach Urbanisierungsgrad..... 163
Abbildung 89: Subjektive Gesundheitseinschätzung (SF-1) von Hebammen in der direkten Versorgung 168
Abbildung 90: Work-Life-Balance von Hebammen in der direkten Versorgung..... 169
Abbildung 91: Absicht, die aktuelle Tätigkeit/den Beruf zu verlassen..... 170

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bestandsaufnahmen zum Hebammenwesen seit 2015 in Deutschland 6
Tabelle 2: Stichprobenziehungen im Teilprojekt A-Mütterbefragung 33
Tabelle 3: Merkmale der Stichprobenkliniken 34
Tabelle 4: Fünf häufigste Missings TP A 38
Tabelle 5: Verteilung der Geburtsorte in der Stichprobe (n=1.783) 40
Tabelle 6: Verteilung der Bildungsabschlüsse - Vergleich HebAB.NRW und Land NRW..... 41
Tabelle 7: Geburtsmodi - Vergleich HebAB.NRW und Land NRW..... 44
Tabelle 8: Fallanalyse: Frauen bei Geburtsbeginn abgewiesen 63
Tabelle 9: Merkmale der Regierungsbezirke in NRW..... 69
Tabelle 10: Soziodemografische Merkmale der Stichprobe nach Regierungsbezirk 71
Tabelle 11: Anamnestische Merkmale der Stichprobe nach Regierungsbezirk..... 72
Tabelle 12: Gründe für eine als schwierig empfundene Hebammensuche nach Regierungsbezirk..... 77
Tabelle 13: Gründe dafür, dass eine Geburt nicht am in der Schwangerschaft gewünschten Ort möglich war, nach Regierungsbezirk..... 79
Tabelle 14: Soziodemografische Merkmale der Stichprobe nach Urbanisierungsgrad 81
Tabelle 15: Anamnestische Merkmale der Stichprobe nach Urbanisierungsgrad..... 82
Tabelle 16: Gründe für eine als schwierig empfundene Hebammensuche nach Urbanisierungsgrad. 87
Tabelle 17: Hebammensuche - Unterschiede nach Urbanisierungsgrad..... 88
Tabelle 18: Gründe für eine nicht an dem in der Schwangerschaft gewünschten Ort nach Urbanisierungsgrad 89
Tabelle 19: Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme individueller Schwangerschaftsbetreuung.... 96
Tabelle 20: Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge bei einer Hebamme 97
Tabelle 21: Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Wochenbettbetreuung bei einer Hebamme 98
Tabelle 22: Einflussfaktoren auf Geburt am „Wunschort“ 99
Tabelle 23: Einfluss auf den Endpunkt: die Hebamme hatte während der Geburt genügend Zeit.... 100
Tabelle 24: Einfluss auf das Empfinden der Suche nach einer Hebamme 101
Tabelle 25: Einfluss auf das Subjektive Gefühl der Informiertheit in der Schwangerschaft..... 102
Tabelle 26: Online-Recherche freiberuflicher Hebammen in NRW (Stand Mai 2018) 119
Tabelle 27: Fünf häufigste Missings TP B 122
Tabelle 28: Soziodemographische Merkmale der Stichprobe Hebammen..... 123
Tabelle 29: Qualifikation der teilnehmenden Hebammen..... 126
Tabelle 30: Monatliches Nettoeinkommen von Hebammen in Vollzeit 127
Tabelle 31: Nicht gearbeitete Tage in den letzten drei Monaten 130
Tabelle 32: Anzahl betreuter Frauen von in Vollzeit tätigen Hebammen außerklinisch 138
Tabelle 33: Auslastung nach Leistungsangebot der freiberuflich tätigen Hebammen 144
Tabelle 34: Ablehnung von Anfragen an freiberuflich tätige Hebammen 145
Tabelle 35: Kennzahlen der Regierungsbezirke II..... 151
Tabelle 36: Häufige Ablehnungen von Hebammenleistungen nach Regierungsbezirk 155
Tabelle 37: Annahmezeitpunkt zur Betreuung nach sechs Monaten je Regierungsbezirk..... 156
Tabelle 38: Ablehnung von ambulanten Hebammenleistungen nach Urbanisierungsgrad 161

Tabelle 39: Annahmezeitpunkt für ambulante Hebammenleistungen in sechs Monaten 162
Tabelle 40: Fortbildungsbedarf von Hebammen 164
Tabelle 41: Einflussfaktoren auf die Vollzeittätigkeit von Hebammen 167
Tabelle 43: Einflussfaktoren auf die Absicht den Beruf als Hebamme zu verlassen..... 172

I Allgemeiner Teil

1. Einleitung

Die Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gehört zu den bedeutendsten emotionalen Erlebnissen im Leben einer Frau[1] (BMG, 2017; MGEPA NRW, 2015). Erfahrungen, die innerhalb dieses Zeitraums gemacht werden, haben langfristige Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit von Mutter und Kind (Bauer, 2011; Schäfers, 2011b) und stellen einen wichtigen Faktor in der Gesundheitsförderung dar (BMG, 2017). Demzufolge ist es von besonderer Relevanz, dass Frauen, ihre Kinder und Familien in dieser Zeit optimal versorgt werden. Im Zuge einer zunehmenden Nutzer*innenorientierung im Gesundheitswesen spielt die Perspektive der versorgten Familien eine hervorzuhebende Rolle (Härter, Moumjid, Cornuz, Elwyn & van der Weijden, 2017).

Hebammen[2] nehmen in der Versorgung rund um die Geburt eine besondere Stellung ein. Sie betreuen eigenverantwortlich physiologische Geburten und stehen darüber hinaus während der Schwangerschaft, im Wochenbett und in der Stillzeit als Primärversorger*innen mit medizinischer Expertise und psychosozialer Kompetenz zur Verfügung (Schäfers, 2011a). Die gesetzlichen Rahmenbedingungen (HebBO NRW, 2017; HebG, 2019; MuSchuGe §15, 2019; SGB V § 24d, §134a, 2020) ihrer Tätigkeit sind die Basis eines Betreuungsbogens für die Betreuung von Frauen und ihren Familien während der reproduktiven Lebensphase (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Betreuungsbogen
(Quelle: (Sayn-Wittgenstein, 2007, S. 24))

Es gibt Hinweise darauf, dass Versorgungsengpässe im Bereich der geburtshilflichen Versorgung durch Hebammen bestehen. Dies wurde in diversen Bestandsaufnahmen dargestellt (siehe Abschnitt 2.1.2).

[1] „Frau“ ist in diesem Zusammenhang als ein Fachterminus in der Geburtshilfe zu verstehen und schließt selbstverständlich alle gebärenden Personen gleich welchen Geschlechts ein.
[2] Bei der Bezeichnung der Berufsgruppe der Hebammen oder Angehörigen dieser Berufsgruppe wird ausschließlich die Berufsbezeichnung ‚Hebamme‘ verwendet. Hierunter werden auch Entbindungspfleger subsumiert. Laut § 3 des Hebammengesetzes (HebG, 2019) gilt die Berufsbezeichnung „Hebamme“ für alle Berufsangehörigen.

Während die Geburtenrate in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen bzw. aktuell auf diesem Niveau stagnierend ist (DESTATIS, 2017), nimmt die Anzahl der geburtshilflichen Abteilungen ab. Zudem gibt es zahlreiche Medienberichte über eine mangelnde Versorgung im häuslichen Wochenbett und auch einen Studienbericht, der dies vermuten lässt (AOK, 2018). Valide Daten zur exakten Versorgungslage mit Hebammenhilfe in Nordrhein-Westfalen (NRW) existierten bislang nicht (Bauer, Schäfers, Villmar & Bode, 2015). Diese Datenlücke soll mit der Studie *HebAB.NRW-Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen* geschlossen werden. Angestrebt wird, dass eine Beurteilung der Hebammenversorgung in NRW auf Basis von validen Daten vorgenommen werden kann. Hierzu wird die Versorgungslage aus der Perspektive der Mütter und aus der Perspektive der Hebammen betrachtet.

Die Studie HebAB.NRW kommt dem Auftrag des „Runden Tisch Geburtshilfe“ (MGEPA NRW, 2015) nach, der beinhaltet, Daten über die Hebammenversorgung in NRW auf einer wissenschaftlichen Grundlage zu erheben und auszuwerten. Die Studie wird durch das Landeszentrum Gesundheit NRW finanziell gefördert (Förderkennzeichen LZG TG 72 001/2016).

2. Wissenschaftlicher Hintergrund

Als wissenschaftliche Disziplin beschäftigt sich die Versorgungsforschung mit der Versorgung der Bevölkerung mit qualitativ hochwertiger gesundheitlicher Versorgung und der Messung dieser. Ziel der Versorgungsforschung ist die Verbesserung der Qualität und der Effizienz der Gesundheitsversorgung bei begrenzten Ressourcen (Pfaff, Neugebauer, Glaeske & Schrappe, 2017). Als Teilgebiet von Public Health liegt ein besonderes Augenmerk dieses Forschungszweiges auf einer gerechten Verfügbarkeit von Gesundheit für die Bevölkerung. So fragt die Versorgungsforschung nach gesellschaftlichen Einflüssen auf die Versorgung mit Gesundheit unter Bedingungen wie sozialer Ungleichheit oder Geschlecht (Schrappe, 2015). Die Erfassung und Darstellung der Angebote des Gesundheitssystems sowie deren Inanspruchnahme sind elementare Bestandteile der Gesundheitssystemforschung. Vorrangiges Ziel der Gesundheitsforschung ist es, die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zu beschreiben und Anhaltspunkte für die Gestaltung einer bedarfsgerechten Versorgung zu liefern (Schrappe, 2015).

Zur Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit lieferte die Gesundheitssystemforschung bislang wenige Erkenntnisse. Auch über die gesundheitliche Versorgung schwangerer, gebärender und stillender Frauen und ihrer Kinder sowie deren Versorgung in der Wochenbettphase sind bislang wenige belastbare Daten vorhanden. Dies gilt nicht nur bundesweit, sondern auch für NRW (Bauer et al., 2015). In den letzten fünf Jahren wurden auf Bundes- und Länderebene zahlreiche Bestandsaufnahmen zur Hebammenversorgung durchgeführt. Dabei unterscheiden sich die Studien zum Teil in angewandter Methodik und den Fragestellungen. Im Verlauf dieses Berichtes werden die Bestandsaufnahmen und ihre jeweiligen Methoden beschrieben und deren Ergebnisse gegenübergestellt.

2.1 Geburtshilfliche Versorgung in der reproduktiven Lebensphase

Die Berufsgruppe der Hebammen wird als eine Schlüsselrolle in der Sicherung der kontinuierlichen Versorgung innerhalb der reproduktiven Lebensphase angesehen (WHO, 2015). Hebammen begleiten auf der Primärversorgungsebene Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit und überweisen die Frauen bei Auffälligkeiten bzw. Komplikationen an Ärzt*innen zur gemeinsamen weiteren Betreuung.
Zum Aufgabenspektrum von Hebammen zählen demnach u.a. die Durchführung von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden, Beratung, Durchführung von Geburtsvorbereitungskursen, Hilfestellung bei Fehlgeburten, Überwachung des Geburtsverlaufes und Durchführung eventuell notwendiger Notfallmaßnahmen sowie die Überwachung des Wochenbetts und der Stillzeit (HebG, 2019; HebBO NRW, 2017).

Hebammen nehmen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als biologischen, sozialen und kulturellen Prozess wahr und streben an, Frauen und ihre Familien in dieser Zeit zu stärken. Auf Grundlage dieser Einstellung begleiten sie Frauen in dieser Zeit möglichst abwartend und zurückhaltend und wenden Interventionen nur an, wenn diese notwendig sind. Sie arbeiten mit Frauen in den Kontexten, in denen sie leben und streben eine an den Bedürfnissen und Ressourcen der Frauen orientierte Versorgung an (siehe Abbildung 2) (deutsche Erläuterungen Loytved & Berger, 2017; Renfrew et al., 2014)

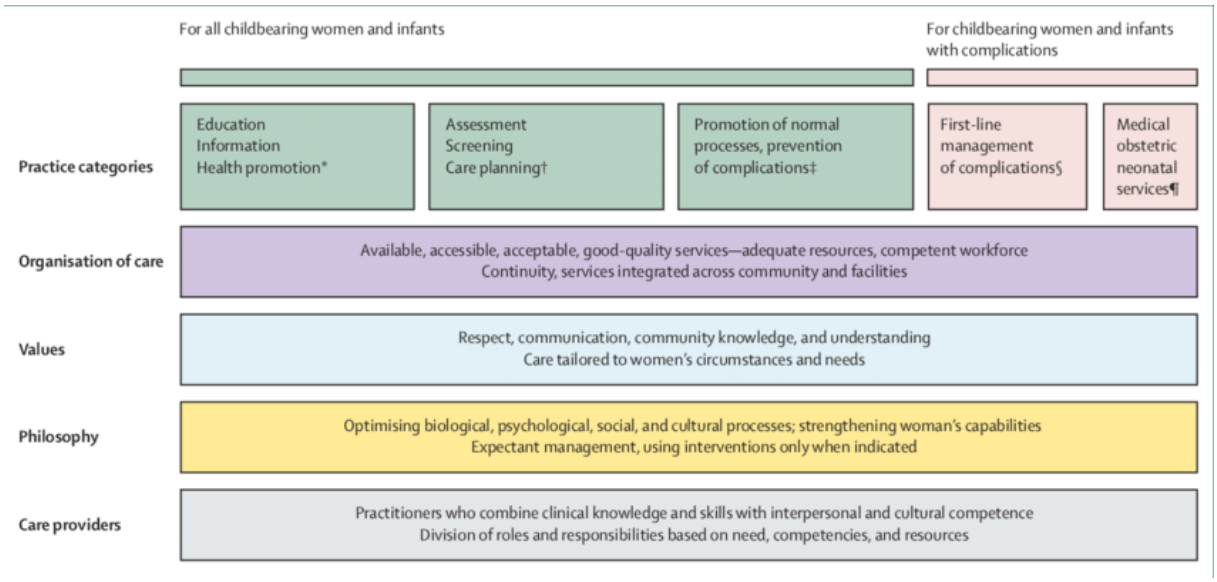


Abbildung 2: Framework für die Versorgung von Frauen und Neugeborenen
(Quelle: (Renfrew et al., 2014))

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) für den Bereich Schwangerschaft/Mutterschaft, ohne stationäre Entbindungen, betrug 2018 insgesamt 1,48 Mrd. € (GKV-Spitzenverband, 2019). Der Anteil dieser Ausgaben beträgt damit aktuell 0,7% der gesamten GKV-Ausgaben und ist in den letzten Jahren kontinuierlich mit den Gesamtausgaben der GKV angestiegen. Für Hebammenleistungen wurde durch die GKV im Jahr 2018 rund 690.400.000 € ausgegeben, dabei haben sich die Ausgaben seit 2008 fast verdoppelt (Vergleich 2008: 366.300.000 €) (GKV-Spitzenverband, 2018).

2.1.1 Rechtliche Grundlagen

In Deutschland haben Frauen nach SGB V §24d während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts ein Recht auf Hebammenhilfe. Nähere Regelungen zur Versorgungsleistung sind in SGB V §134a festgehalten. Die gesetzlichen Vorgaben und Regularien zur Erfassung von Hebammenleistungen unterscheiden sich auf Länderebene. In der Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger in Nordrhein-Westfalen (HebBO NRW) vom Juni 2017 (siehe Anhang P) sowie im Hebammengesetz sind die Aufgaben und Tätigkeitsfelder von Hebammen festgelegt (HebBO NRW, 2017; HebG, 2019). Zudem sind in NRW alle nicht-akademischen Heilberufe verpflichtet, die Aufnahme und Beendigung ihrer selbstständigen Tätigkeit bei der unteren Gesundheitsbehörde der jeweiligen Region anzuzeigen, in der die Tätigkeit ausgeübt wird (§18 ÖGDG NRW, 2019). Es existiert keine einheitliche Vorgabe zu Art und Menge der zu erfassenden Daten.

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ist am 11. April 2019 in Kraft getreten. Die darin enthaltenen Ergänzungen des SGB V §134a verpflichtet den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Führung einer Vertragspartnerliste aller zur Leistungserbringung zugelassenen freiberuflichen Hebammen. In dieser Liste sind unter anderem Kontaktdaten der jeweiligen Hebamme sowie deren Art der Tätigkeit(en) aufzuführen. Die Liste wird auf der Internetseite des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt (TSVG, 2019). Somit verfügt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen über eine vollständige Liste der freiberuflich tätigen Hebammen, die Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen sind. Hebammen, die klinisch und anderweitig tätig sind, werden in dieser Liste nicht erfasst. Der Deutsche Hebammenverband e.V. (DHV) meldet die Daten seiner Mitglieder für die Vertragspartnerliste monatlich an den GKV-Spitzenverband.

Die zunehmende Professionalisierung und Stellung der Hebammen als wichtige Versorgungsanbieter*innen im Gesundheitswesen, zeigt sich in den neuesten Gesetzgebungen, in denen Hebammen als Berufsgruppe berücksichtigt werden. Neben dem TSVG wurde das Leistungsangebot von Hebammen ebenso im Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG, 2019) berücksichtigt.

Der Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V aus dem Jahr 2015 regelt die Leistungserbringung von Hebammen für gesetzlich versicherte Frauen und Kinder. Neben den Voraussetzungen zur Leistungserbringung regelt der Vertrag die Vertragspartnerschaft zwischen freiberuflich tätigen Hebammen und dem GKV-Spitzenverband. Die Qualität der Leistungserbringung wird in der Anlage 3: Qualitätsvereinbarung spezifiziert (siehe Anhang R). In der Anlage 1.3: Vergütungsverzeichnis werden alle erstattungsfähigen Leistungen und deren Höchstmengen gelistet (siehe Anhang Q) (GKV-Spitzenverband, 2017b). Darüber hinaus gibt es Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), die heutzutage ein nicht zu unterschätzender Faktor im Gesundheitssystem darstellen und das obwohl häufig keine ausreichende medizinische Evidenz zum Nutzen vorliegt. IGeL werden von den Akteur*innen in der gesundheitlichen Versorgung angeboten, aber diese Leistungen werden auch von den Versicherten selber nachgefragt (Berthold, 2017; Schnell-Inderst et al., 2011). In der Schwangerschaft werden den Frauen eine Vielzahl von Maßnahmen von Gynäkolog*innen und Hebammen vorgeschlagen und durchgeführt. Da diese nicht den Vorgaben in den Mutterschafts-Richtlinien entsprechen und zum regulären Versorgungsangebot gehören, ist eine private (Zu-)Zahlung der Schwangeren notwendig (Schäfers & Kolip, 2015). Es zeigt sich eine soziale Differenzierung hinsichtlich des Angebotes von IGeLeistungen (Zok, 2015) Studien zeigen, dass die Inanspruchnahme von IGeLeistungen steigt je höher der sozioökonomische Status und der Bildungsgrad ist (Schneider, 2008; Siegmund-Schultze, Kielblock & Bansen, 2008). In der Schwangerschaft aber werden IGeLeistungen unabhängig vom Sozial- und/oder Bildungsstatus genutzt (Schäfers & Kolip, 2015).

2.1.2 Bestandsaufnahmen im Hebammenwesen

Die Pilotstudie *Bestandsaufnahme Hebammenversorgung in NRW*, die im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW (MGEPA) durchgeführt wurde, weist auf die bestehenden Kenntnislücken hin, die trotz der bisherigen Bemühungen, die Versorgungsleistungen von klinisch und freiberuflich tätigen Hebammen zu erfassen bestehen (Bauer et al., 2015). Seit 2015 wurde eine Reihe an Bestandsaufnahmen zur geburtshilflichen Versorgung durch Hebammen durchgeführt, bei denen Mütter und/oder Hebammen befragt wurden (siehe Tabelle 1). Bestandsaufnahmen, die vor 2015 veröffentlicht wurden, sind im Forschungsantrag *Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen* beschrieben (Bauer, Schäfers, Villmar & Hering, 2016).

Tabelle 1: Bestandsaufnahmen zum Hebammenwesen seit 2015 in Deutschland

Name der Studie	Durchgeführt von	Veröffentlichungsjahr
Hebammenversorgung in Hamburg Stand 2018	Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)	2020
Gutachten zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen	Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) und hsg Bochum	2019
Hebammenstudie Sachsen	IGES Institut, Berlin	2019
Stationäre Hebammenversorgung	IGES Institut, Berlin	2019
Bericht zur Berliner Mütterbefragung 2016/17	Im Rahmen einer Masterarbeit an der LMU München (Borde & Stengler)	2018
Hebammen in Berlin	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung	2018
Entwicklung und aktuelle Versorgungssituation in der Geburtshilfe in Baden-Württemberg	Heidelberger Institut für Global Health	2018
Gesunder Start ins Leben - Schwangerschaft - Geburt - erstes Lebensjahr	AOK Rheinland/Hamburg	2018
Mangel an Hebammen in Deutschland	Kartenmacherei/ Marktforschungsinstitut SKOPOS	2018
Picker Report 2017: „Hohe Fallzahl - gute Geburt?“	Picker-Institut	2018
Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern	IGES Institut, Berlin	2018
Hebammenstudie Sachsen-Anhalt	IGES, Institut Berlin	2018
Umfrage zur Versorgung von Schwangeren und Müttern von Neugeborenen in Bonn und Rhein-Sieg	Mother Hood e.V.	2018
Hebammen im Land Bremen - Ergebnisse des Gesundheitsberufe-Monitorings und der Befragung der freiberuflichen Hebammen im Land	Uni Bremen Campus GmbH UBC-Zentrum für Sozialpolitik Prof. Dr. Heinz Rothgang	2017
Hebammenversorgung in Baden-Württemberg	Prof. Dr. Dieter K. Tscheulin, Ulrike Geppert-Orthofer, M.Sc.	2016
Hebammenversorgung in Hamburg	Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)	2015
Hebammenversorgung in Thüringen	IGES Institut, Berlin	2015
Babies Born Better User Survey	Weltweiter Verband, Deutschland: MHH	Datenerhebung noch laufend. Seit 01.März 2014

Bei einigen der oben gelisteten Studien wurden Gelegenheitsstichproben erfasst, wie beim *Bericht zur Berliner Mütterbefragung* (Borde & Stengel, 2018), der Befragung durch die Kartenmacherei 2018, der weltweiten *Babiesbornbetter-Studie* (Weckend et al., 2016), der *Studie zur Hebammenversorgung in Baden-Württemberg* (Tscheulin & Geppert-Orthofer, 2016), der Studie *Hebammenversorgung in Hamburg* (Freie und Hansestadt Hamburg, 2015) und der *Umfrage zur Versorgung von Schwangeren und Müttern von Neugeborenen in Bonn und Rhein-Sieg* (Mother Hood e.V., 2018).

Bei der Studie der Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) Rheinland/Hamburg wurden Routinedaten der Krankenkasse ausgewertet (AOK, 2018).

Es liegen drei Studien vor, in denen regionale Daten über Zufallsstichproben erhoben wurden, wie bei den *Studien zur Hebammenversorgung in Bayern* (IGES Institut, 2018b), *Sachsen* (IGES Institut, 2019a) und *Thüringen* (IGES Institut, 2015). In Bayern erfolgte die Erhebung über die Einwohnermeldeämter. In Thüringen wurde aus jedem Kreis die jeweils selbe Anzahl an Müttern durch das Thüringer Gesundheitsministerium kontaktiert. In diesen Bestandsaufnahmen wurden in Bayern 1.346, in Sachsen 1.508 und in Thüringen 1.775 Frauen befragt. Die Rücklaufquote betrug dabei in Bayern je nach Region 25,9% bis 43,5%, in Sachsen 40,0% und in Thüringen 46,7%. Im *Picker-Report „Hohe Fallzahl - gute Geburt?“* wurden im Zeitraum von 2014 bis 2017 in 77 Kliniken 9.600 Frauen bei einer Rücklaufquote von ca. 49,0% befragt (Stahl, K. & Nadj-Kittler, 2017).

Innerhalb der *Studie zur Hebammenversorgung in Bayern* wurden zusätzlich auch Hebammen befragt. Dabei erfolgte der Zugang durch den Bayerischen Hebammen Landesverband e.V., den Deutschen Fachverband für Hausgeburtshilfe und über die Vertragspartnerliste des GKV-Spitzenverbandes. In Thüringen erfolgte der Zugang durch den DHV, die Kreißsäle und Daten, die durch die AOK Plus bereitgestellt wurden. In den Studien wurden in Bayern 1.084, in Sachsen 517 und in Thüringen 167 Hebammen in die Studien eingeschlossen. Die Rücklaufquote wurde dabei in Bayern auf 33,0% bei den freiberuflichen Hebammen und auf 31,4% bei den angestellten Hebammen geschätzt, in Sachsen auf 47,5% und in Thüringen auf 48,0% bei den freiberuflichen Hebammen und auf 38,2% bei den angestellten Hebammen (IGES Institut, 2015, 2018b, 2019a). Im Rahmen des *Gesundheitsberufe-Monitorings und der Befragung der freiberuflichen Hebammen im Land Bremen* wurden sekundärstatistische Daten, Angaben der GKV-Spitzenverbandes und Angaben des Abrechnungssystems HebRech ausgewertet. Zusätzlich wurden E-Mail-Verteiler des Hebammenlandesverbandes Bremen e.V. und der Zugang über die Kreißsäle genutzt. Für den letztgenannten Zugang wird eine Rücklaufquote von 49,7% (n=79) angegeben (Huter, Runte & Rothgang, 2018). Im Rahmen der *Studie Hebammenversorgung in Baden-Württemberg* wurde eine Rücklaufquote von ca. 30,0% (n=548) angenommen. Hier erfolgte der Zugang über Daten des Berufsverbandes Baden-Württemberg e.V. (Tscheulin & Geppert-Orthofer, 2016). In Hamburg nahmen im Jahr 2015 insgesamt 257 freiberuflich tätige Hebammen teil. Die Rücklaufquote betrug 46,0%. Die Hebammen wurden über den Hebammenlandesverband Hamburg e.V., die Bezirksämter und Kliniken kontaktiert. Von den in Kliniken tätigen Hebammen wurde eine Rücklaufquote von 28,0% angenommen (Freie und Hansestadt Hamburg, 2015).
Der Verein Mother Hood e.V. nutzte den Zugang über Regionalgruppen des DHV und über das Hebammenzentrum Rhein-Sieg/Bonn e.V. (Mother Hood e.V., 2018). Die Bestandsaufnahme zur *Hebammenversorgung in Hamburg* aus dem Jahr 2018 nutzte Daten der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (n=369 Hebammen). Der Rücklauf bei den Hebammen betrug 85,0%. Eine Änderung der Hebammen-Berufsordnung im April 2017 beinhaltete u.a., dass freiberuflich tätige Hebammen und Entbindungspfleger verpflichtet sind, Auskünfte zur geburtshilflichen Versorgung zu geben. Dies scheint der Hauptgrund für den gestiegenen Rücklauf im Gegensatz zur Befragung im Jahr 2015 zu sein (Hebammen-Berufsordnung Hamburg, 2017).

Für die Studie *Entwicklung und aktuelle Versorgungssituation in der Geburtshilfe in Baden-Württemberg* wurden Daten der GKVen verwendet und eine Befragung unter Mitgliedern des Hebammenverbandes Baden-Württemberg e.V. durchgeführt. 722 Mitgliedshebammen nahmen an der Befragung teil, die Rücklaufquote wurde nicht angegeben (Kohler & Bärnighausen, 2018).
Durch das IGES Institut wurde im Jahr 2019 ein Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur stationären Hebammenversorgung in Deutschland durchgeführt (IGES Institut, 2019b). Als Zugang für die Mütter wurde eine Zufallsklumpenstichprobe anhand einiger Melderegister durchgeführt, dabei wurde nach städtischen und ländlichen Kreisen/Städten geschichtet. Es wurde eine Zufallsauswahl von 5.120 Müttern angeschrieben. 1.770 Fragebögen konnten eingeschlossen werden. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 35,2%. Von den befragten Müttern hatten 62,0% eine Hochschulzugangsberechtigung, 13,0% der Mütter waren nicht in Deutschland geboren. 54,0% der Frauen bekamen ihr erstes Kind, 97,0% aller befragten Frauen hatten in der Klinik geboren und 64,0% hatten eine Spontangeburt. Die Hebammen wurden über ein Anschreiben der Geburtskliniken und über einen Sondernewsletter des DHV erreicht. Es wurden 2.264 Hebammen aus 483 Geburtskliniken in die Befragung eingeschlossen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von ca. 20,0%.
Mit dem Ziel der Ermittlung der Entwicklung, des Bedarfs und der Inanspruchnahme von Hebammenversorgung in Hessen, wurde im Auftrag des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration von der Hochschule für Gesundheit Bochum (hsg Bochum) und dem Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) ein *Gutachten zur Hebammenversorgung* erstellt. Dafür wurden Hebammen, Mütter die 2018 ein Kind geboren haben, und werdende Hebammen schriftlich befragt (postalisch oder online). Insgesamt nahmen 641 Hebammen (Rücklauf 43,7%), 1.534 Mütter und 68 werdende Hebammen (Rücklauf 65%) teil. Des Weiteren wurden Sekundäranalysen, Befragungen von Kliniken und Ausbildungseinrichtungen und Bedarfsanalysen durchgeführt, sowie Handlungsempfehlungen erarbeitet (Bauer, Blum, Löffert & Luksch, 2019).
Das Landesamt für Gesundheit und Soziales in Berlin hat die Daten der dort gemeldeten Hebammen ausgewertet (Senatsverwaltung für Gesundheit, 2018).

Die Methodik der jeweiligen Studien sind im Anlagenband unter „S. Methodik bisheriger Bestandsaufnahmen und Studien zur Hebammenversorgung seit 2015 in Deutschland“ tabellarisch aufgeführt. Die Ergebnisse werden im Folgenden kurz zusammengefasst.

Bestandsaufnahmen zum Hebammenwesen aus Sicht der Nutzer*innen

In der *Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern* nahmen zwei Drittel der befragten Mütter eine Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft in Anspruch. In München waren es weniger als in ländlichen Regionen. Ein Drittel hatte keine Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft, 60,0% dieser Mütter wünschte diese nicht (IGES Institut, 2018b). Auch in Sachsen nahm ca. ein Drittel der befragten Schwangeren keine Betreuung in Anspruch, überwiegend war eine Schwangerschaftsbetreuung nicht gewünscht (IGES Institut, 2019a). In der deutschlandweiten *Studie zur stationären geburtshilflichen Versorgungssituation* nahmen 73,0% der befragten Mütter eine Versorgung durch Hebammen in der Schwangerschaft in Anspruch (IGES Institut, 2019b).
Eine Wochenbettbetreuung wurde von den in der *Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern* befragten Müttern zu 95,0% in Anspruch genommen. In München nahmen weniger Frauen eine Wochenbettbetreuung in Anspruch als in städtischen oder ländlichen Regionen (IGES Institut, 2018b).

In der Versorgungsstudie in Sachsen wurde eine Wochenbettbetreuung von 96,0% der Mütter in Anspruch genommen. Nicht alle Frauen, die sich eine Wochenbettbetreuung wünschten, konnten diese auch in Anspruch nehmen (IGES Institut, 2019a).
Den Routinedaten der AOK zufolge nahmen ca. 50,0% der Frauen eine Wochenbettbetreuung in Anspruch. Dabei bestand ein Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status der Eltern und der Inanspruchnahme der Hebammenleistung. Frauen mit einem geringeren sozioökonomischen Status nahmen demnach weniger Hebammenleistungen in Anspruch (AOK, 2018).
Die Mehrheit der befragten Frauen war mit der Wochenbettbetreuung zufrieden (IGES Institut, 2018b) und fand den Leistungsumfang genau richtig (Graf-Pfohl, 2020).
Sowohl in der Studie in Thüringen, als auch in der in Bayern, besuchten ungefähr drei Viertel der Frauen einen Rückbildungskurs (IGES Institut, 2015, 2018b). In Bayern gab knapp jede fünfte Mutter, die nicht an einem Rückbildungskurs teilgenommen hatte, als Begründung an, dass alle Kurse ausgebucht waren (IGES Institut, 2018b).
In der bayerischen Studie kontaktierte über die Hälfte der befragten Mütter mehr als eine Hebamme. Zwei Drittel dieser Frauen gaben an, dass die angerufenen Hebammen aus zeitlichen Gründen die Betreuung ablehnten (IGES Institut, 2018b). In der Studie in Thüringen, kontaktierte etwa jede dritte Mutter (36,0%) mehr als eine Hebamme. Davon gab ebenfalls knapp die Hälfte der Frauen an, dass die angefragte Hebamme die Betreuung zeitlich nicht übernehmen konnte (IGES Institut, 2015).

Mehr als jede vierte Mutter gab in Bayern an, dass es (sehr) schwierig war, eine Hebamme für eine Wochenbettbetreuung zu finden (IGES Institut, 2018b). In der Studie in Sachsen gaben 10,0 %, in städtischen Gebieten 15,0 %, der Frauen an, dass sie Schwierigkeiten hatten eine Hebamme zu finden (IGES Institut, 2019a). Während in der thüringischen Studie etwas weniger als jede zehnte Mutter Schwierigkeiten hatte eine Hebamme für die Wochenbettbetreuung zu finden. Die Frauen gaben mehrheitlich an, sich ausreichend über Hebammenleistungen vor und während der Schwangerschaft informiert zu fühlen, jedoch teilweise nicht über außerklinische Geburten und Erstattungsleistungen durch die Krankenversicherungen (IGES Institut, 2015).

In Bezug auf die geleistete Geburtshilfe, waren die befragten Frauen zu 84,0% mit der Hebammenbetreuung zufrieden (IGES Institut, 2015). Im Picker-Report beurteilten drei Viertel der Befragten die Betreuung im Kreißsaal als sehr gut oder ausgezeichnet und 7,0% als mittelmäßig oder schlecht (Stahl, K. & Nadj-Kittler, 2017).

Der deutschlandweiten Studie des IGES Instituts zufolge, stimmte jeweils weniger als ein Fünftel der Mütter der Aussage voll und ganz zu, dass sie sich vor der Geburt ausreichend über die Erstattungsfähigkeit von Hebammenleistungen (24,7%) bzw. die Möglichkeiten einer Geburt außerhalb der Klinik informiert fühlten (22,6%). Bei der Wahl der Klinik als Geburtsort hatte für 89,0% der befragten Mütter die Sicherstellung einer medizinischen Versorgung im Notfall die größte Bedeutung und für 22,0% stellte eine Geburt in einer Klinik den „Normalfall“ dar. Jedoch gaben auch 5,0% der Mütter an, keine Hebamme für eine Hausgeburt gefunden zu haben. Bei der Auswahl der spezifischen Klinik war für 67,0% der Mütter eine gute Erreichbarkeit ausschlaggebend. Je etwa die Hälfte entschied sich aufgrund des guten Eindrucks und des Vorhandenseins einer Kinderklinik für eine Klinik. Nahezu alle befragten Mütter erklärten, dass sie in der Klinik gebären konnten, die sie während der Schwangerschaft ausgewählt hatten (99,0%) (IGES Institut, 2019b).

Etwa 37,0% der befragten Mütter gaben an, während der Zeit im Kreißsaal ununterbrochen bis zur Geburt von einer Hebamme betreut worden zu sein. Bei rund 45,0% fand eine Betreuung mit Unterbrechungen statt und rund 16,0% der Mütter gaben an, nur punktuell betreut worden zu sein. Über die Hälfte der befragten Mütter gab an, von insgesamt mehr als einer Hebamme betreut worden zu sein (65,0%). Von diesen Müttern stimmte der Großteil den Aussagen (eher) zu, durch den Wechsel seien keine Probleme aufgetreten (84,0%) und die Informationen zur Geburt seien hinreichend weitergegeben worden (87,0%). Die Mehrheit der Befragten gab an mit der Aufnahme in den Kreißsaal (88,0%), der Anmeldung der Geburt bei der Klinik (87,0%) sowie der Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Ärzt*innen (85,0%) sehr oder eher zufrieden gewesen zu sein. 75,0% der befragten Frauen berichteten, dass die Hebamme genug Zeit für sie hatte (IGES Institut, 2019b).

Rund 7,0% der befragten Mütter, die in einer Klinik geboren haben, nahmen eine Eins-zu-Eins-Betreuung durch eine Begleit-Beleghebamme in Anspruch. Für etwas mehr als die Hälfte der befragten Mütter (54,0%) war es leicht bzw. sehr leicht, eine Beleghebamme für eine Eins-zu-Eins-Betreuung zu finden. Knapp ein Viertel beurteilte die Suche als schwierig. Als Grund dafür, keine Eins-zu-Eins-Betreuung in Anspruch genommen zu haben, gaben 35,0% der Mütter an, dieses Angebot nicht für nötig gehalten zu haben. Für 28,0% war entscheidend, dass ihre Wunsch-Hebamme diese Leistung nicht angeboten hat. Etwa jede vierte Mutter kannte nach eigenen Angaben dieses Angebot nicht (26,0%), in 24,0% der Fälle bot die Wunschklinik das Angebot nicht an und 19,0% der Frauen fanden keine Hebamme für die Eins-zu-Eins-Betreuung (IGES Institut, 2019b).
Sowohl in der Befragung in Bayern auch als in Berlin gab es Hinweise darauf, dass der Wunsch nach einer Beleghebamme bei der Geburt bei einem erheblichen Teil der Mütter nicht gedeckt war (David, M., Pachaly, Vetter & Kentenich, 2004).

Bestandsaufnahmen zum Hebammenwesen aus Sicht der Hebammen

In Berlin hat die Zahl der jährlichen Hebammen-Auszubildenden seit 2007 von 85 auf über 170 im Jahr 2016 stetig zugenommen. Die Anzahl der Hebammen stieg zwar um 37,6% von 1.055 im Jahr 2007 auf 1.452 im Jahr 2016, jedoch stieg auch die Geburtenzahl und der Anteil der aktiven Hebammen sank (freiberuflich von 75,3% in 2015 zu 67,9% in 2016) (Senatsverwaltung für Gesundheit, 2018).
In Hessen waren 47,0% der Hebammen in Kliniken angestellt oder arbeiteten als Dienst-Beleghebamme. 84,0% der Hebammen waren außerklinisch tätig und 35,0% in einer Mischform von klinischer und außerklinischer Tätigkeit. Zusätzlich arbeiteten 8,0% (auch) als Familienhebamme (Bauer et al., 2019).
In Bayern betrafen die versorgungskritischen Bereiche regional eher die städtischen als die ländlichen Regionen. Die Anzahl der im Krankenhaus tätigen Hebammen war seit 2003 stabil. Vakante Stellen für angestellte Hebammen oder Beleghebammen waren schwer zu besetzen. Die Anzahl der freiberuflich tätigen Hebammen hat im Zeitraum von 2003 bis 2016 um 73,6% zugenommen. In Vollzeit arbeiteten zwei Drittel der angestellten Hebammen und 57,0% der freiberuflich tätigen. Insgesamt arbeiteten die Hebammen mehr als von ihnen gewünscht. Insbesondere in den Bereichen der Wochenbettbetreuung sowie der Kurse gab es einen Nachfrageüberhang (IGES Institut, 2018b).
Die Ergebnisse der Studie zur Hebammenversorgung in Sachsen zeigen, dass dort 68% der ausschließlich freiberuflich tätigen Hebammen in Vollzeit arbeiteten und 44% der ausschließlich angestellten Hebammen. Letztere dachten über eine Aufgabe ihrer Tätigkeit oder Arbeitszeitreduzierung aufgrund

einer zu hohen Arbeitsbelastung und einem zu geringen Einkommen nach. Insbesondere für die Wochenbettbetreuung und Beleggeburtshilfe gab es mehr Anfragen, als angenommen werden konnten (IGES Institut, 2019a).

Laut AOK-Bericht nimmt der Anteil der Teilzeit oder geringfügig beschäftigten Hebammen stetig zu (AOK, 2018). Der Verein Motherhood e.V. berichtet für den Bereich Bonn/Rhein-Sieg-Kreis über viele abgelehnte Anfragen für die Wochenbettbetreuung und eine geringe Anzahl von Hebammen, die Geburtsbegleitungen und Geburtsvorbereitungskurse anbieten. Auch das Hebammenzentrum Rhein-Sieg/Bonn konnte zahlreiche Anfragen nicht vermitteln (17,0-40,0%). Über die Hälfte der befragten Hebammen hatte schon mal darüber nachgedacht den Beruf aufzugeben. Die Hebammen waren am unzufriedensten in Bezug auf Entwicklungsmöglichkeiten, Einflussmöglichkeiten und gesellschaftlicher Stellung ihrer Arbeit. Zufrieden waren sie mit der Work-Life-Balance (Mother Hood e.V., 2018).

Die Ergebnisse des Gesundheitsberufe Monitorings in Bremen zeigen, dass ein großer Anteil angestellter Hebammen auch freiberuflich tätig war. 56%der Beschäftigten waren 45 Jahre und älter. Viele freiberuflich tätige Hebammen gaben an, dass sie Anfragen zur Wochenbettbetreuung ablehnen mussten. Hebammen beschrieben ein hohes Verantwortungsgefühl gegenüber den betreuten Frauen. Sie bedauerten ungünstige Arbeitsbedingungen, zu geringe Verdienstmöglichkeiten, hohe Arbeitszeiten und eine zu hohe Berufshaftpflichtversicherungs-Prämie (Huter, Runte & Rothgang, 2018).

Die Studie *Hebammenversorgung in Baden-Württemberg* zeigt, dass 52% der Hebammen ausschließlich freiberuflich tätig, 31% angestellt und freiberuflich tätig und 17% gar nicht freiberuflich tätig waren. Mehr als die Hälfte der ausschließlich freiberuflich tätigen Hebammen übten ihre Freiberuflichkeit in einem größeren Umfang als eine Vollzeitbeschäftigung aus (Tscheulin & Geppert-Orthofer, 2016). Im Jahr 2017 haben 97% der Hebammen der Vertragspartnerliste aus Baden-Württemberg Wochenbettbetreuung angeboten, 60% Schwangerenvorsorge, 13% Beleggeburten, 8,2% Hausgeburten und 2,3% Geburten im Geburtshaus. Laut Befragung der Verbandsmitglieder arbeiteten 46% (286 von 628) der befragten Hebammen ausschließlich außerklinisch, ausschließlich klinisch 18% (116 von 628) und in beiden Settings 36% (226 von 628) der Hebammen. Klinische Geburtshilfe leisteten 54% (342 von 628) der in dieser Untersuchung betrachteten Umfrageteilnehmerinnen. Die Diskrepanz zwischen nachgefragten und abgelehnten Anfragen war bei der Wochenbettbetreuung am höchsten, gefolgt von Begleit-Beleggeburten, Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskursen. In der Klinik arbeiteten drei Viertel der befragten Hebammen (76%) in Teilzeit. Tendenziell wurde jede Leistung, mit Ausnahme der Rückbildungsgymnastik, in 2015 von etwas mehr Hebammen angeboten als davor. Fast die Hälfte plante eine Einschränkung der freiberuflichen Tätigkeit wegen zu hoher Arbeitsbelastung und zu geringem Einkommen Als Gründe für eine bereits erfolgte Ausweitung der freiberuflichen Tätigkeit wurden die hohe Nachfrage und finanzielle Gründe angegeben (Kohler & Bärnighausen, 2018).

Die Studie *Hebammenversorgung in Thüringen* verzeichnete eine Zunahme der Anzahl und des Anteils an freiberuflichen Hebammen im Verhältnis zu den Frauen im gebärfähigen Alter um 105%. Die Anzahl der in der Klinik tätigen Hebammen war im Zeitverlauf stabil, aber es gab einen kontinuierlichen Anstieg der in Teilzeit bzw. geringfügig beschäftigten Hebammen. Zudem hatten Kliniken Probleme Stellen mit berufserfahrenen Hebammen zu besetzen, während Berufsanfänger*innen weniger problematisch zu finden waren. Bei mehr als der Hälfte der befragten Hebammen hatte sich die Anzahl der wöchentlichen Arbeitszeiten erhöht. Circa die Hälfte der freiberuflichen Hebammen arbeitete mehr als 45 h/Woche, die große Mehrheit gaben auch in dieser Studie an, mehr zu arbeiten als sie wollten. Insgesamt waren die Hebammen zufrieden mit ihrer Arbeit, bei den freiberuflich tätigen Hebammen war die Zufriedenheit höher als unter den angestellt tätigen Hebammen (IGES Institut, 2015).

Zur Hebammenversorgung in Hamburg wurden in den Jahren 2015 und 2020 Studien veröffentlicht. Im Jahr 2014 lag der wöchentliche Stundenumfang mehrheitlich (55%) bei mindestens 35 Wochenstunden. Der Anteil der freiberuflich tätigen Hebammen in Vollzeit ist deutlich zurückgegangen (2014: 55%; 2018: 32%). Insgesamt waren mehr Hebammen tätig, jedoch in einem geringeren Stundenumfang. Somit ist das Leistungsvolumen der Hamburger Hebammen in etwa gleichgeblieben. In 2015 mussten 81% der befragten Hebammen Anfragen für eine individuelle Betreuung ablehnen. Die Mehrheit der Hebammen fühlte sich durch die Anfragen belastet, da sie diesen häufig nicht entsprechen konnten. Im Jahr 2018 mussten fast alle Hebammen (89%) weiterhin (sehr) häufig Anfragen von Schwangeren für eine individuelle Betreuung ablehnen. 5% der befragten freiberuflich tätigen Hebammen haben Hausgeburten durchgeführt. 2018 standen für Beleggeburten 9% der befragten Hebammen zur Verfügung. Wochenbettbetreuungen boten 249 freiberuflich tätige Hebammen (95 %) an (Freie und Hansestadt Hamburg, 2015, 2020).

Als Fazit aus den Bestandsaufnahmen konnten die folgenden Schlussfolgerungen extrahiert werden:

Die Nachfrage nach Hebammenleistungen ist gestiegen

- Die Anzahl der Hebammen ist nicht proportional zum Anstieg der Geburtenzahl in den letzten Jahren gewachsen (Borde & Stengel, 2018; IGES Institut, 2019b).
- Es gibt eine steigende Nachfrage nach Hebammenleistungen (AOK, 2018).

Es gibt Hinweise auf einen Mangel an Hebammenleistungen, der nicht genau quantifiziert werden kann (Borde & Stengel, 2018; Tscheulin & Geppert-Orthofer, 2016).

Es gibt punktuelle oder regionale Versorgungsengpässe und Versorgungslücken:

- Gemessen an der Nachfrage von Schwangeren bzw. jungen Müttern bestehen derzeit Versorgungsengpässe in Bayern. Dabei betreffen die versorgungskritischen Bereiche eher die städtischen als die ländlichen Regionen (IGES Institut, 2018b).
- Es gibt keine flächendeckenden Versorgungslücken, aber punktuelle Engpässe (hinsichtlich des Leistungsangebotes von Wochenbettbetreuung, Rückbildungskursen, freier Wahl des Geburtsortes, regionaler Versorgungssituation in der Klinik) (IGES Institut, 2019a).
- Es bestehen regionale Unterschiede bei der Hebammenversorgung (AOK, 2018).

Das aktuelle Versorgungsniveau ist gefährdet und wird dadurch aufrechterhalten, dass Hebammen über ihre Kapazitäten hinaus arbeiten:

- „Das gegenwärtige Versorgungsniveau ließ sich nur dadurch erreichen, dass die Hebammen mehrheitlich ihre Arbeitszeiten entgegen ihren Präferenzen ausgeweitet haben. Unter unveränderten beruflichen Rahmenbedingungen ist das gegenwärtige Versorgungsniveau daher nicht nachhaltig. Dies kommt auch darin zum Ausdruck, dass die freiberuflichen Hebammen mehrheitlich Einschränkungen ihres Leistungsangebots in Erwägung ziehen, u. a. auch in dem versorgungskritischen Bereich der Wochenbettbetreuung. Diese möglichen Einschränkungen betreffen aber auch die Beleggeburten im Schichtdienst, wodurch sich die Personalsituation in den Geburtskliniken deutlich verschlechtern könnte.“ (IGES Institut, 2018b).

- Freiberufliche (und angestellte) Hebammen erwägen Einschränkungen. Dies betrifft neben der außerklinischen Geburtshilfe auch kritischen Bereich der Wochenbettbetreuung und die Versorgungssituation in den Kliniken(IGES Institut, 2019a).
- „Die Hebammenversorgung in Baden-Württemberg ist aktuell größtenteils noch sichergestellt. Es ist aber erkennbar, dass einerseits bereits jetzt Frauen sich mit weniger Hebammenbetreuung zufriedengeben, als sie sich dies wünschen, und andererseits die Hebammen über ihre Kapazitätsgrenzen hinaus arbeiten.“ (Tscheulin & Geppert-Orthofer, 2016).
- Die Arbeitszeit der Hebammen hat sich erhöht und viele arbeiten mehr als sie möchten. Viele freiberufliche Hebammen möchten ihr Leistungsangebot einschränken, weshalb es zukünftig zu Engpässen kommen könnte. (IGES Institut, 2015).
- Im Jahr 2017 kamen umgerechnet 93 zu betreuende Geburten auf eine Vollzeitstelle (im Jahr 2007 waren es 89 Geburten) (IGES Institut, 2019b).

Daraus ergaben sich für die jeweiligen Autor*innen die folgenden Empfehlungen:

Verbesserung des Monitorings

- Verpflichtung der freiberuflich tätigen Hebammen zu einer regelmäßigen Meldung bei den Gesundheitsämtern mit der Angabe, ob sie nebenberuflich oder hauptberuflich tätig sind, sowie über das Leistungsangebot (Freie und Hansestadt Hamburg, 2020; IGES Institut, 2018b).
- Etablierung eines Monitorings der Versorgungssituation zur Verbesserung der Datenlage (IGES Institut, 2019a).
- Erfassung der Ausgangslage durch Auswertung statistischer Bevölkerungs- und Klinikdaten, sowie Befragung von Geburtskliniken, in Klinik tätigen Hebammen und Müttern mit aktueller Geburtserfahrung (IGES Institut, 2019b).
- Regelmäßige Erhebung der Hebammensituation durch die Gesundheitsämter (Mother Hood e.V., 2018).
- Ombudsstelle für Missstände rund um die Geburt (Mother Hood e.V., 2018).

Verbesserung der Informationslage bei Schwangeren

- Jede Schwangere sollte frühzeitig über die Angebote der Hebammen sowie über die Finanzierung durch die Krankenkassen informiert werden (IGES Institut, 2018b).
- Verbesserung der Informationslage der Schwangeren/Mütter über Ansprüche auf Hebammenleistungen (IGES Institut, 2019a).

Verbesserung der Hebammenvermittlung

- Angebote kommunaler Vermittlungsstellen z.B., dass die Frauen, die eine Hebammenbetreuung wünschen, sich an zentrale Ansprechpartner*innen wenden, die bei der Vermittlung und Beratung unterstützen können (z.B. ähnlich dem „Hebammen Netzwerk“ in Sachsen) (IGES Institut, 2018b).
- Unterstützung der Vermittlung von Hebammen an Frauen durch Frauenärzt*innen (IGES Institut, 2018b).
- Verbesserung des „Matchings“ von Hebammen und Schwangeren (IGES Institut, 2019a).
- Zentrale, städtische Koordinierungsstelle für Hebammen und Schwangere (Koordination von freien Stellen, Erkennung von Engpässen, Notfallversorgung) (Mother Hood e.V., 2018).

Verstärkte Nachwuchsförderung

- Ausweitung der Anzahl der Ausbildungsplätze pro Klinikträger, die sich in der Hebammenausbildung engagieren, gezielt finanziell fördern (IGES Institut, 2018b).
- Rahmenbedingungen der Arbeit wie Entwicklungsmöglichkeiten und Selbstbestimmung werden bemängelt. Hier müssten Maßnahmen für bessere Zukunftsaussichten ergriffen werden (Mother Hood e.V., 2018).

Sicherung von Hebammenleistungen in der Geburtshilfe

- Ausweisung von Geburtszentren. Als Folge würden diese Kliniken vom Fixkostendegressionsabschlag ausgenommen und könnten Zuschläge für die Zentren erhalten. Zentralisierung mit dem Ziel, vorhandene Hebammenkapazitäten standortbezogen stärker zu konzentrieren, sodass die Arbeits- und Betreuungsbedingungen dort attraktiver werden (IGES Institut, 2018b).
- Konzept eines hebammengeleiteten Kreißsaals einführen (IGES Institut, 2018b).
- Kurzfristige Maßnahmen zur Verbesserung der Personalsituation in den Kliniken (IGES Institut, 2019a).
- Handlungsbedarf hinsichtlich der steigenden Geburtenzahl und dem fehlenden Personal in Kliniken. Arbeit muss attraktiver gestaltet werden (AOK, 2018).
- Verbesserung der Arbeitsbedingung in Kliniken und vermehrte Zusammenarbeit der Kliniken, um Engpässe aufzufangen (Mother Hood e.V., 2018).

2.1.3 Qualitätsmessung in der geburtshilflichen Versorgung

Im Vergleich werden in Deutschland und der internationalen Forschung verschiedene Maßnahmen zur Messung der Qualität angewendet auf deren Grundlage Maßnahmen zur Qualitätssicherung oder zur Qualitätsentwicklung erfolgen. Qualitätsmessung kann anhand von Qualitätsindikatoren, Routinedaten oder Patient Reported Experiences (PREMs) bzw. Patient Reported Outcome Measures (PROMs) erfolgen. PREMs und PROMs bezeichnen Messgrößen, die auf der Einschätzung der Nutzer*innen basieren. Sie können Konstrukte wie Lebensqualität, Präferenzen, Zufriedenheit, wahrgenommene Krankheitssymptome oder Qualität erfassen. Dabei beschreiben PREMs erlebte Erfahrungen in der Versorgung und PROMs wahrgenommene Outcomes der Versorgung (Schrappe, 2015).

PROMs und PREMs können die Nutzer*innenorientierung im Gesundheitssystem messen und scheinen im Vergleich zu Routinedaten eher dazu geeignet, besonders hohe Qualität aufzudecken und helfen eher kleinere Variationen in der Versorgungsqualität abzubilden. Diese sind zudem schwieriger zu manipulieren. Probleme bei PREMs können hingegen niedrige Responseraten bereiten, die vor allem vulnerablen Gruppen zu wenig berücksichtigen (Glenngård & Anell, 2018). Als Merkmal der nutzer*innenzentrierten Versorgung soll, laut dem Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), die Messung der Qualität einer Behandlung nun nicht mehr ohne die Perspektive der Nutzer*innen erfolgen (IQTIG, 2018).

Bei der Erhebung der Qualität wird zwischen drei Ebenen unterschieden: Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität. Die Strukturqualität beinhaltet personelle und materielle Rahmenbedingungen, die für die gesundheitliche Versorgung notwendig sind. Dazu gehören auch technische Einrichtungen, bauliche Einrichtungen, Infrastruktur, Räumlichkeiten, Arbeitsmittel und Kenntnisse, Fähigkeiten, Kompetenzen, Qualifikationen, sowie der Aus-, Weiter- und Fortbildungsstand (Braun, Schneider & Lakomek, 2016).
Die Prozessqualität beschreibt Eigenschaften der Tätigkeiten zwischen Leistungserbringer*innen und Patient*innen. Sie stellt die Summe aller Aktivitäten, die zur Erstellung der Gesundheitsleistung erbracht werden dar. Ein Beispiel ist die ärztliche oder pflegerische Tätigkeit. Dazu gehören außerdem auch Wartezeiten oder die Betreuungsplanung (Braun et al., 2016).
Zur Ergebnisqualität zählen die dem Gesundheitswesen zuschreibbaren Veränderungen des Gesundheitszustandes. Dazu gehören auch Zufriedenheit und Lebensqualität (Braun et al., 2016).

Schrappe et al. (2015) empfiehlt Ergebnisindikatoren gegenüber validen Prozessindikatoren zurückzustellen, da es dann weniger Probleme mit der Risikoadjustierung und damit auch mit der Akzeptanz und dem Verständnis der Indikatoren durch die Anbieter gäbe. So kann es bei Ergebnisindikatoren aufgrund der Risikoadjustierung zu einer Benachteiligung kleinerer Einrichtungen kommen und es können dadurch Mengenanreize für die Kliniken gesetzt werden. Zudem sind die Verantwortlichkeiten bei Ergebnisindikatoren häufig weniger eindeutig. Dies führt zu einer geringeren Veränderungsmotivation (Klakow-Franck, 2014).

In Deutschland findet eine Kontrolle der Qualität in der geburtshilflichen Versorgung in Kliniken anhand der Perinatalstatistiken durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) statt. Im Jahr 2020 werden acht Indikatoren erhoben: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeborenen, Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung, Kaiserschnittgeburt, Entscheidungs-Entbindungszeit bei Notfallkaiserschnitt, Azidose bei Einlingen, Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten, Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen, Qualitätsindex bei Dammriss Grad IV (IQTIG, 2019). Diese begrenzen sich damit auf sogenannte „harte“ Bereiche und schließen keine PREMs oder PROMs mit ein. Diese Indikatoren bilden verschiedene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität ab. Für die außerklinische Geburtshilfe findet eine statistische Erhebung zur Qualitätssicherung durch die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG) statt (QUAG, 2019).
International wird die Qualitätsmessung im Bereich der Geburtshilfe als relevant erachtet und aktuell bearbeitet. Zum Beispiel hat eine Gruppe von niederländischen Expert*innen mögliche Indikatoren für

die Qualitätsbewertung von Hebammenhilfe herausgearbeitet (de Bruin-Kooistra, Amelink-Verburg, Buitendijk & Westert, 2012). Diese sind:

- Registrierung von Hebammen
- Zugang zur Hebammenhilfe
- Kontinuität in der Betreuung
- Intra- und interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Datenübermittlung zwischen den betreuenden Leistungserbringern
- Entscheidungsfreiheit der Frau

2.1.4 Qualitätsmanagement in der ambulanten Hebammenversorgung

Der Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V verpflichtet Hebammen seit 2013 ein Qualitätsmanagementsystem für ihre Arbeit einzuführen. Dabei soll auch eine Evaluation der Versorgungsleistung stattfinden, welche nicht genauer spezifiziert wird.

Gemäß den bereits beschriebenen Qualitätsebenen entsprechen die Rahmenbedingungen der Hebammenhilfe hinsichtlich der personellen, organisatorischen und sächlichen Voraussetzungen der Leistungserbringung der Ebene Strukturqualität. Die Güte der ablaufenden Prozesse im Zusammenhang mit der Versorgung der betreuten Frau mit Hebammenhilfe steht für die Prozessqualität. Die Ergebnisqualität bezieht sich auf die Erreichung der gesetzten Ziele, die den vereinbarten Hebammenhilfeleistungen nach Rahmenvertrag entsprechen. Die Einhaltung der Mindestanforderungen bei der Leistungserbringung der Hebammenhilfe verantwortet die einzelne Hebamme (Anlage 3: Qualitätsvereinbarung zum Vertrag nach § 134a SGB V, 2015).

Neben dem Qualitätsmanagement (QM)-Handbuch des DHV gibt es unterschiedliche Systeme zur Durchführung und Dokumentation des Qualitätsmanagements. Das QM-Handbuch DHV (Stand Januar 2017) beinhaltet fünf Kapitel, die unterschiedliche Qualitätskriterien beinhalten. Dies sind eigene Verantwortung, eigene Ressourcen, eigene Prozesse, eigene Bewertungsmethoden und Verbesserungsmaßnahmen. Unter eigene Verantwortung fallen beispielsweise das Portfolio/Leistungsangebot und die Erreichbarkeit/Vertretung (Kooperationen). Zu den eigenen Ressourcen zählen die Hebammentasche, Hygiene- und Arbeitsschutz, Fort-/Weiterbildung und Kooperationspartner. Relevante Kooperationspartner sind laut Anlage 3 der Qualitätsvereinbarung Klinik(en) mit geburtshilflichen und/oder pädiatrischen Abteilungen (fallbezogen), Labore, Gynäkolog*innen, Kinderärzt*innen im ambulanten Sektor bzw. Ärzt*innen in entsprechenden Kliniken, Apotheken, Transport- und Rettungsdienst, Krankenkassen und Netzwerken (z.B. Frühe Hilfen). Eigene Prozesse sind beispielsweise Kurskonzepte. Zu den eigenen Bewertungsmethoden zählt die Perinatalerfassung über QUAG e.V. sowie die Jahresauswertung. Verbesserungsmaßnahmen sind z.B. ein Maßnahmenplan oder formulierte Jahresziele.

Für die, durch das SGB V geforderte, Evaluation der Versorgungsleistungen fehlen validierte Instrumente.

2.1.5 Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Hebammenleistungen

Aus bisherigen Bestandsaufnahmen und aus der Forschung sind folgende Faktoren bekannt, die die Inanspruchnahme von ambulanten Hebammenleistungen beeinflussen können:

Sozioökonomischer Status

- Frauen mit einem niedrigen Bildungsabschluss und/oder niedrigem Einkommen zeigten ein Informationsdefizit bezüglich der Hebammenleistungen. Diese Frauen gaben zum Beispiel fälschlicherweise an, dass kein Geburtsvorbereitungskurs in ihrer Region angeboten werde oder dass Hebammenhilfe zu teuer sei, obwohl es eine Kassenleistung ist (Siegmund-Schultze et al., 2008).
- Den Routinedaten der AOK zufolge nahmen ca. 50,0% der Frauen eine Wochenbettbetreuung in Anspruch. Dabei bestand ein Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status der Eltern und der Inanspruchnahme der Hebammenleistung (AOK, 2018).
- In einer Bestandsaufnahme von 2012/13 nahmen Mütter mit einem niedrigeren Nettohaushaltseinkommen signifikant seltener eine Wochenbettbetreuung in Anspruch (Grieshop, Hellmers & Sayn-Wittgenstein, 2013).

Merkmale von Frauen mit Migrationshintergrund

- Eine Wochenbettbetreuung wurde von den in Bayern befragten Müttern, zu 95,0% in Anspruch genommen. Jedoch hatte jede zehnte Mutter mit einem Migrationshintergrund keine Wochenbettbetreuung durch eine Hebamme (IGES Institut, 2018b).
- Zudem nehmen Frauen mit Migrationshintergrund seltener und später Vorsorgetermine wahr (Kolip, P. & Baumgärtner, 2013).

Merkmale des Wohnortes (Stadt/Land)

- In München wurden weniger Frauen im Wochenbett von Hebammen betreut, als in anderen städtischen oder ländlichen Regionen (IGES Institut, 2018b).
- In München gaben knapp 30,0% der befragten Mütter an, mehr als sieben Hebammen kontaktiert zu haben. In den ländlichen Regionen in Bayern waren dies lediglich 3,9% (IGES Institut, 2018b).
- In der Studie in Sachsen gaben 10,0% der Frauen an, dass sie Schwierigkeiten hatten eine Hebamme zu finden. In städtischen Gebieten waren es 15,0% (IGES Institut, 2019a).
- Im Durchschnitt wurden von den Frauen zehn Hebammen kontaktiert (regionale Unterschiede: in der Stadt durchschnittlich 15, in ländlichen Regionen durchschnittlich sieben Hebammen) (Tscheulin & Geppert-Orthofer, 2016).

Parität

- In der IGES Studie zur Hebammenversorgung in Bayern fühlten sich Erstgebärende in allen Punkten weniger gut informiert als Zweit- oder Mehrgebärende. Zudem kontaktierten Erstgebärende tendenziell mehr Hebammen als Zweit- oder Mehrgebärende. Außerdem gaben diese häufiger als Zweit- bzw. Mehrgebärende und Mütter ohne Migrationshintergrund an, dass es sehr schwierig bzw. schwierig war, eine Hebamme für eine individuelle Schwangerenbetreu-

ung zu finden. 17,4% der Erstgebärenden gaben an, keine Hebamme für eine Eins-zu-Eins-Betreuung gefunden zu haben, bei Zweit- oder Mehrgebärenden gaben es 8,5% an. Insbesondere Erstgebärende fanden es zu einem höheren Anteil als Zweit- oder Mehrgebärende (sehr) schwierig, eine Hebamme für die Wochenbettbetreuung zu finden (32,0% im Vergleich zu 15,7%) (IGES Institut, 2018b).

2.1.6 Einflussfaktoren auf das Angebot von Hebammenleistungen (klinisch und außerklinisch)

Es ist bisher wenig bekannt darüber, welche Faktoren das Angebot von Hebammenleistungen im freiberuflichen Setting beeinflussen. Die Frage ist, durch was das Portfolio freiberuflich tätiger Hebammen beeinflusst wird. Aber auch die Einflussfaktoren auf den Umfang der angestellten Tätigkeit von Hebammen im klinischen Setting sowie auf den Ausstieg aus der Angestelltentätigkeit sind nicht bekannt. Mit der Berufszulassung sind Hebammen befugt eigenverantwortlich Leistungen im außerklinischen Bereich analog zum Betreuungsbogen (Sayn-Wittgenstein, 2007) anzubieten und/oder angestellt zu arbeiten (Weckend, 2019). Das Angebot, der Umfang und die Zusammensetzung der Hebammenleistungen kann durch die einzelne Hebamme frei gewählt werden. Verschiedene freiberufliche und angestellte Tätigkeitsmodelle und -modi können flexibel miteinander kombiniert werden. Auch ist ein Wechsel zwischen den verschiedenen Beschäftigungsformen innerhalb eines Jahres möglich (Graf-Pfohl, 2020; Sayn-Wittgenstein, 2007).

Angestellte Hebammentätigkeit

Teilzeitarbeit ist insgesamt häufiger bei Frauen zu finden, obwohl inzwischen auch Männer zunehmend verkürzte Arbeitszeiten aufweisen (Althaber & Leuze, im Druck). Im Jahr 2000 waren 27% der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Frauen und 3,5% der Männer in Teilzeit tätig. Im Jahr 2019 lagen die Teilzeitanteile bei Frauen bei 48,4% und bei Männern bei 11,6% (Institut Arbeit und Qualifikation, n.d.)

Die Gründe für eine Teilzeitbeschäftigung unterscheiden sich zwischen den Geschlechtern. Frauen benennen am häufigsten familiäre Gründe, wie die Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen. Männer geben häufiger an, keine Vollzeitstelle zu finden oder eine Aus- und Weiterbildung zu absolvieren. Dies scheint aufgrund der gesellschaftlichen Zuschreibung der primären Verantwortung der Frauen für Kinder bzw. Familie zu sein und ist somit auf der Individual- und Haushaltsebene angesiedelt. Zusätzlich spielt eine nicht ausreichende Betreuungsinfrastruktur-insbesondere für Kinder unter drei Jahren eine Rolle (Althaber & Leuze, im Druck; Birner, 2012).

Aufgrund einer hoher Arbeitsbelastung bzw. -verdichtung betreuen Hebammen häufig mehrere Frauen gleichzeitig während der Geburt im Kreißsaal (65,0% der befragten angestellten Hebammen betreuen drei und mehr Gebärende gleichzeitig), eine Eins-zu-Eins-Betreuung ist bei nahezu keiner der Hebammen möglich. Zudem wird das Arbeitspensum nicht geschafft und es fallen Überstunden an. Hebammen, die eine hohe Arbeitsbelastung angeben, denken signifikant häufiger über einen Arbeitsplatzwechsel nach (Stahl, 2016). Zusätzlich fühlen sich Hebammen durch administrative, bürokratische und somit klient*innenferne - nicht originär hebammenrelevante - Tätigkeiten belastet (Bauer et al., 2019).

Hebammen ist die Betreuungsqualität sowie eine gute Zusammenarbeit im Team und die Wertschätzung ihrer Arbeit wichtig. Ist dies nicht gegeben, sinkt die Arbeitszufriedenheit (Stahl, 2016).

Die Arbeitszufriedenheit von Beschäftigten wiederum hat Einfluss auf die Motivation, die Leistungsbereitschaft und den Verbleib an einem Arbeitsplatz. Darüber hinaus kann diese auch den Wunsch nach

einer Teil- oder Vollzeittätigkeit beeinflussen. Arbeitszufriedenheit ist multifaktoriell bedingt und wird subjektiv eingeschätzt. Klinisch tätige Hebammen geben an, dass in erster Linie die Wahrnehmung der inhaltlichen Aspekte sowie deren Übereinstimmung mit den eigenen Wertvorstellungen eine Rolle spielen. Sind personelle als auch strukturelle Rahmenbedingungen für eine individuelle, frauenzentrierte Betreuung gegeben, so wirkt sich das positiv auf die Arbeitszufriedenheit aus. Wichtig war den befragten Hebammen die Möglichkeit selbstständig zu arbeiten und eigene Entscheidungen treffen zu können sowie eine Arbeitsatmosphäre, die von einer vertrauensvollen und respektvollen Beziehungsgestaltung innerhalb des Hebammenteams sowie interprofessionell geprägt ist (Bode, Bauer & Hellmers, 2016).
Zu bedenken ist, dass die angestellte Hebammentätigkeit im Kreißsaal mit einer Schichtarbeit einhergeht. In Deutschland ist dies meist entweder ein Drei-Schicht-System mit Diensten von jeweils acht Stunden bzw. ein Zwei-Schicht-System mit Diensten von jeweils zwölf Stunden. Das beinhaltet auch die Arbeit an Wochenenden und Feiertagen. Zusätzlich leisten Hebammen in einigen Kliniken Rufbereitschaft und/oder Bereitschaftsdienste.

Anmerkungen zur Rufbereitschaft und Bereitschaftsdienst
*Rufbereitschaft wird zusätzlich zur regulären Arbeitszeit geleistet. Diese kann von einem frei gewählten Ort aus erfolgen. Die Arbeit muss in einem angemessenen Zeitraum aufgenommen werden können (unter 60 Minuten). Die Mitarbeiter*innen haben ihre Arbeitsfähigkeit sicherzustellen und müssen erreichbar sein. Im Gegensatz zur Rufbereitschaft wird Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit gewertet. Bereitschaftsdienst erfolgt vom Arbeitsort aus, da die Aufnahme der Tätigkeit kurzfristiger erfolgen muss (innerhalb von 15 bis 20 Minuten). Dementsprechend gibt es während der Dienstzeit keine Möglichkeit, sich frei zu bewegen oder private Interessen zu verfolgen (Böker & Demuth, 2015).*

Insgesamt ist die Hebammentätigkeit sowohl mit einer hohen körperlichen als auch mit einer hohen psychischen Belastung und Beanspruchung verbunden. Die Arbeitsbeanspruchung ist nicht kontinuierlich auf einem Level, sondern es kann zu extremen Spitzen kommen.
Ähnlich wie im Pflegeberuf, ist es Hebammen oft nicht möglich ihre gesetzlich geregelten Ruhepausen einzuhalten. Das hat einen indirekten Einfluss auf die Leistungsfähigkeit. Insbesondere der Schichtdienst wird als Grund für die Nicht-Einhaltung von Ruhepausen angegeben und verstärkt somit noch die negativen Auswirkungen davon (Lohmann-Haislah, Wendsche, Schulz, Schöllgen & Pinzon, 2019).
Hebammen, die in geburtshilfliche Notfälle involviert sind und ggf. Gewalt gegenüber Gebärenden erleben, können ein Posttraumatisches Belastungssyndrom (PTBS) entwickeln. Die Wahrscheinlichkeit den Beruf zu verlassen geht damit einher (Leinweber, 2016; Leinweber, Creedy, Rowe & Gamble, 2017).

Freiberufliche Hebammentätigkeit

Die ausschließlich freiberufliche Hebammentätigkeit geht mit einer deutlich erhöhten Wochenarbeitszeit von mehr als 45 Stunden (38,2 %) bzw. mit mehr als 60 Stunden (11,0 %, n=240) einher (IGES Institut, 2012). Das hängt zum einen mit dem Portfolio der jeweiligen Hebamme zusammen. Hebammen, die außerklinische Geburtshilfe anbieten, arbeiten in der Regel mehr Stunden, zusätzlich haben sie Rufbereitschaftszeiten. Andererseits ist auch der Anteil derjenigen Hebammen mit einer Wochenarbeitszeit von weniger als 16 Stunden (13,0%) deutlich höher, als unter den übrigen Hebammen in der Befragung (IGES Institut, 2012). Auch hier kann die Teilzeittätigkeit aufgrund von familiären Verpflichtungen eine Rolle spielen.

Anteile der freiberuflichen Hebammenarbeit wie beispielsweise außerklinische Geburten sowie Begleit-Beleggeburten, aber auch die aufsuchende Wochenbettbetreuung, sind zeitlich schwer planbar, da der Geburtszeitraum sich über drei Wochen vor dem errechneten Geburtstermin bis zwei Wochen danach erstrecken kann. Die eigenverantwortliche, selbstständige Hebammenarbeit birgt zudem eine hohe Verantwortung. Wenn Hebammen als Einzelpersonen arbeiten, kann sich dies erschwerend auf eine ausgewogene Work-Life-Balance auswirken, da Urlaubsvertretungen, aber auch regelmäßige Pausen schwer zu organisieren sind.

Ein gut funktionierendes Team oder das Vorhandensein eines unterstützenden Netzwerks kann hilfreich sein. Insbesondere für jüngere Berufsangehörige scheint das Modell der allein arbeitenden freiberuflichen Hebamme zunehmend unattraktiver zu werden (Wehrstedt, Müller-Rockstroh & Schnepp, 2018).

Weiterhin spielen sicherlich eine nicht adäquate Bezahlung der Hebammenarbeit sowie die steigenden Prämien der Berufshaftpflichtversicherung für die außerklinische Geburtshilfe eine Rolle beim Umfang der angebotenen Hebammenleistungen bzw. bei der Aufgabe von bestimmten Anteilen dieser Tätigkeit (Wehrstedt et al., 2018).

Merkmale von Care-Arbeit

Unter Care-Arbeit wird allgemein die Tätigkeit des Sich Kümmerns oder Sorgens bezeichnet (BpB, n.d.). Der Begriff entwickelte sich im angloamerikanischen Sprachraum um 1990 und schließt an Theorien der feministischen zweiten Frauenbewegung an. Als Synonyme werden häufig Sorgearbeit oder Fürsorgearbeit genutzt (Beckmann, 2016).

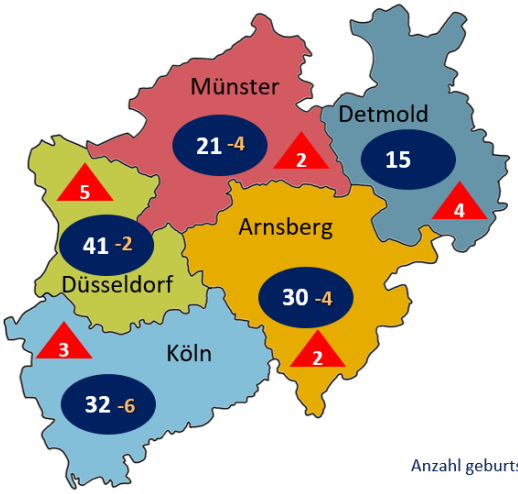
Genauer kann Care-Arbeit als eine reproduktive Arbeit definiert werden, die jede personennahe fürsorgende Dienstleistung einschließt, die sowohl bezahlt als auch unbezahlt erfolgen kann. Sie orientiert sich primär an den Bedürfnissen der Personen, für die gesorgt wird. Die Aufgaben der Versorgung, Erziehung und Betreuung sind familialer Natur und institutionalisiert. Hierunter fallen die Kinderbetreuung und Altenpflege, aber auch familiäre Unterstützung, häusliche Pflege oder Hilfe unter Freunden (BpB, n.d.). Klinger (2013) betont, dass auch die Sorge für sich selbst ein Aspekt der Care-Arbeit ist.

Die familiale als auch professionelle Care-Arbeit wird häufig als weiblich konnotiert angesehen (Brückner, 2008). Bisher wurde diese Arbeit weitgehend von Frauen geleistet, oft auch als unbezahlte Hausarbeit. Durch den Wandel der Geschlechterordnung werden jedoch auch Hausarbeit, Sorge und Fürsorge neu strukturiert. Insbesondere Migrant*innen sind häufig im Arbeitsfeld der Care-Arbeit tätig (BpB, n.d.)

Care-Arbeit ist eine gesellschaftlich hochrelevante Aufgabe, die häufig jedoch als selbstverständlich angesehen wird (Beckmann, 2016). Angesichts des demografischen Wandels, gestiegener Erwerbstätigkeit von Frauen und veränderter Lebensformen ist der Bedarf an Care-Arbeit kontinuierlich gewachsen (Brückner, 2010).
Aufgrund des hohen Frauenanteils von 99,9% in der Berufsgruppe der Hebammen ist unentgeltliche Care-Arbeit als wesentlicher Einflussfaktor der Arbeitszeit zu berücksichtigen, da hierdurch die Zeit für Erwerbstätigkeit eingeschränkt wird.

2.2 Geburtshilfliche Versorgung in NRW

Im Jahr 2018 lag die Geburtenzahl im Bundesland NRW bei 173.150 (IT.NRW, 2018). Laut des Krankenhausplanes NRW 2015 gab es im Jahr 2010 insgesamt 185 Kliniken mit geburtshilflichen Abteilungen in NRW. Zum Projektstart im Jahr 2016 waren es 155 Kliniken. Die Anzahl der Kliniken hat sich während der Projektlaufzeit weiter reduziert (siehe Abbildung 3).
Laut QUAG wurde im Jahr 2014 in NRW die Betreuung von 1.630 Geburten unter Leitung einer Hebamme außerklinisch begonnen. 1.328 Geburten wurden außerklinisch beendet (QUAG, 2015). 2018 wurden in NRW 1.277 Geburten unter der Leitung einer Hebamme außerklinisch begonnen und 956 Geburten außerklinisch beendet (QUAG, 2019).



Regierungsbezirk	2016	2018
Arnsberg	34	30
Detmold	15	15
Düsseldorf	43	41
Köln	38	32
Münster	25	21
Gesamt	155	139
Geburtenzahl	173.276	173.150

Anzahl geburtshilfliche Abteilungen ● Anzahl Hebammengeleitete Einrichtungen ▲

Abbildung 3: Geburtshilflicher Abteilungen je Regierungsbezirk in NRW
(Eigene Darstellung, Stand 11.05.2020)

Die durchschnittliche Verweildauer in der Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe verkürzt sich kontinuierlich und lag 2017 durchschnittlich bei 3,7 Tagen (KBV, 2017). Durch die kontinuierliche Verkürzung der klinischen Verweildauer erhöht sich der Bedarf an häuslicher Wochenbettbetreuung durch Hebammen.
In NRW existieren eine Reihe von Hebammenzentralen, die Frauen bei der Information und der Suche nach einer Hebamme unterstützen. Zudem fördern sie die Vernetzung und Vertretung von Hebammen. Aktuell gibt es in NRW acht Hebammenzentralen (siehe Abbildung 4).

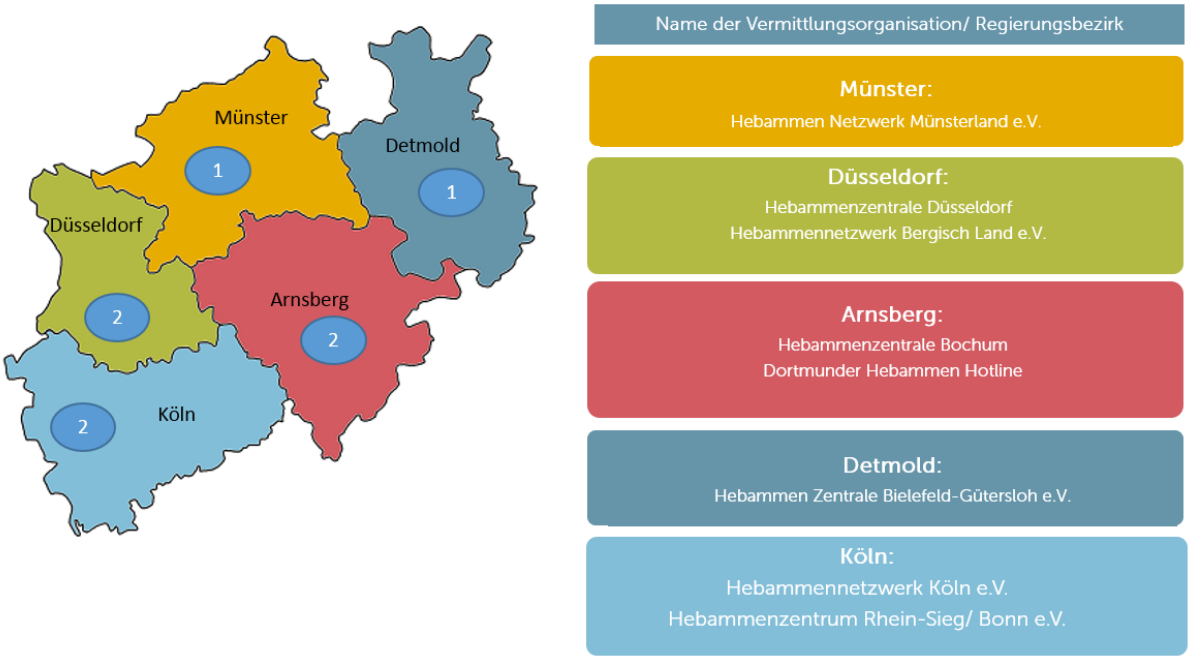


Abbildung 4: Hebammenzentralen in den Regierungsbezirken von NRW
(In Anlehnung an Luksch, 2018, Stand 05.05.2020)

Um die gesundheitliche Versorgung von Frauen in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit zu erörtern, wurden Vertreter*innen aller Institutionen/Organisationen, die an der Versorgung von Frauen in dieser Lebensphase beteiligt sind oder sich aus Forschungsperspektive mit ihr beschäftigen, vom MGEPA zum *Runden Tisch Geburtshilfe* eingeladen. Neben der Darstellung der gesundheitlichen Versorgung von Frauen in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit beinhaltet der Abschlussbericht zahlreiche Empfehlungen zur Optimierung der Versorgung. Eine dieser Empfehlungen, auf die sich auch aufgrund der Erkenntnisse der Pilotstudie von Bauer, Schäfers, Villmar & Bode (2015) die Beteiligten geeinigt haben, war sowohl die Befragung „ *…aller Frauen in Nordrhein-Westfalen, die innerhalb eines festzulegenden Zeitraums geboren haben, zu den von ihnen gewünschten und tatsächlich bezogenen Hebammenleistungen* [als auch] *eine parallele Befragung der im entsprechenden Jahr in Nordrhein-Westfalen praktizierenden Hebammen*.“ Eine Vollerhebung im Land NRW, wie sie durch den *Runden Tisch Geburtshilfe* empfohlen wurde, ist jedoch mit besonderen Anforderungen an das methodische Vorgehen in einem entsprechenden Forschungsprojekt verbunden.

2.3 Problemstellung und Forschungsfragen

Bisher fehlen dezidierte Daten zur Versorgung von Frauen durch Hebammen in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in NRW. Studien aus anderen Bundesländern liegen vor, diese lassen sich jedoch nicht ohne weiteres auf NRW übertragen (siehe Tabelle 1). Während der Projektlaufzeit wurden durch das IGES-Institut bundesweit Daten erhoben, die sich jedoch auf die klinische Hebammenversorgung beschränken (IGES Institut, 2019b). Daher ist für NRW nicht bekannt, wie viele Frauen Hebammenhilfe in Anspruch nehmen, in welchem Umfang und ab welchem Zeitpunkt in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Die Pilotstudie *Bestandsaufnahme Hebammenversorgung in NRW*, die im Auftrag des MGEPA (jetzt Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein- Westfalen (MAGS)) durchgeführt wurde, weist auf die bestehenden

Kenntnislücken hin, die trotz der bisherigen Bemühungen, die Versorgungsleistungen von klinisch und freiberuflich tätigen Hebammen zu erfassen, bestehen (Bauer et al., 2015).

Ziel des geplanten Forschungsprojektes ist es, die gesundheitliche Versorgung von Frauen in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und früher Elternschaft durch Hebammen im Sinne der Gesundheitssystemforschung in NRW darzustellen. Hierzu bedarf es zum einen einer Erfassung der Inanspruchnahme von Hebammenleistungen durch Frauen, die innerhalb eines bestimmten Zeitraumes in NRW ein Kind geboren haben. Zum anderen gilt es, sowohl die Anzahl als auch das Leistungsangebot und die Tätigkeitsfelder von Hebammen in NRW sowohl im klinischen wie auch im außerklinischen Bereich zu ermitteln. Der Empfehlung im Abschlussbericht des *Runden Tisches Geburtshilfe* (MGEPA NRW, 2015) soll damit Rechnung getragen werden.

Neben der im Zentrum stehenden deskriptiven Auswertung der erhobenen Daten können die Ergebnisse zudem Hinweise auf regionale Unterschiede liefern. Durch inferenzstatistische Verfahren kann geprüft werden, welche Merkmale der Mütter, der Hebammen und der Versorgungssituationen einen Einfluss auf das Angebot und die Inanspruchnahme von Hebammenleistungen haben. Nicht zuletzt besteht die Möglichkeit Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der individuellen Hebammentätigkeit zu identifizieren, die als Hinweise für neu zu entwickelnde Indikatoren dienen können. Zudem kann ein Abgleich der erhobenen Daten zur Inanspruchnahme von Hebammenleistungen mit den Bedürfnissen der Mütter und den gesetzlichen Rahmenbedingungen erfolgen.

Die parallele Befragung von Frauen und Hebammen in NRW bietet die Gelegenheit den Versorgungsbedarf und die Versorgungsbedürfnisse von Frauen in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit zu beschreiben und Strategien zu entwickeln, um Schwangere, Wöchnerinnen und stillende Frauen durch Hebammen bedarfsgerecht zu versorgen.

Die Teilprojekte Mütterbefragung (TP A) und Hebammenbefragung (TP B) im Forschungsprojekt HebAB.NRW unterliegen der gemeinsamen übergeordneten Forschungsfrage „Wie stellt sich die Versorgung von Frauen in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und früher Elternschaft mit Hebammenhilfe in NRW dar?“ Zur Beantwortung der übergeordneten Forschungsfrage wurden insgesamt sieben untergeordnete Forschungsfragen formuliert:

Gemeinsame Forschungsfragen:

- Wie stellt sich die Versorgung von Hebammen in NRW dar?
- Gibt es regionale Unterschiede in der Hebammenversorgung in NRW?
- Welche Faktoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität lassen sich in der individuellen Hebammenbetreuung identifizieren?
- Gibt es Faktoren, die mit der Inanspruchnahme und dem Angebot von Hebammenleistungen assoziiert sind?[3]

[3] Diese Forschungsfrage wurde nach Antragsstellung geringfügig geändert, da sie nicht gemeinsam von beiden Teilprojekten beantwortet werden kann.

Spezielle Forschungsfragen für das Teilprojekt Mütterbefragung:

- Entspricht die tatsächlich erhaltene Hebammenversorgung der von den Frauen benötigten bzw. ggf. gewünschten Betreuung?
- Entspricht die tatsächlich erhaltene Hebammenversorgung den Möglichkeiten, die die gesetzlichen Rahmenbedingungen vorsehen?

Spezielle Forschungsfrage für das Teilprojekt Hebammenbefragung:

- Welche Daten bzw. Datenquellen sind erforderlich, um die Versorgung durch Hebammen in NRW darstellen zu können?

2.3.1 Aufbau des Forschungsprojektes

Die Studie ist eine quantitative Querschnittsstudie mit zwei Studienarmen, der Mütterbefragung und der Hebammenbefragung. Die parallele Datenerhebung ermöglicht es, die Daten der beiden Studienarme übereinander zu legen und zu vergleichen (siehe Abbildung 5). Die erhobenen Daten werden durch deskriptive- und interferenzstatistische Verfahren beschrieben und analysiert.

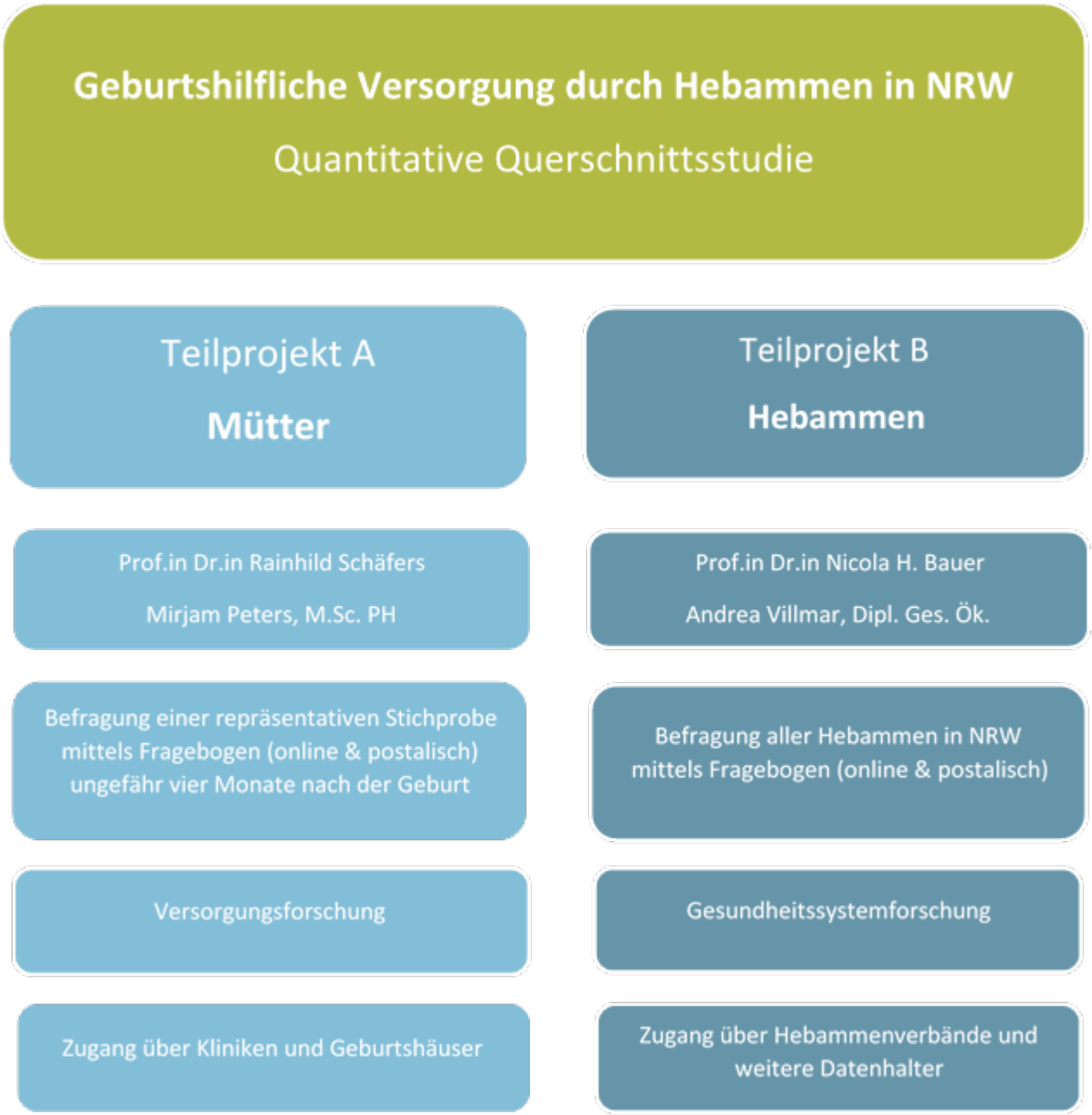


Abbildung 5: Studiendesign der Studie HebAB.NRW

2.3.2 Partizipative Forschung

Partizipative Forschung (PF) stellt einen Oberbegriff für Forschungsansätze dar, die die soziale Wirklichkeit in partnerschaftlicher Zusammenarbeit von Wissenschaftler*innen und gesellschaftlichen Akteur*innen erforschen und beeinflussen möchten (von Unger, 2014). Die Perspektiven und Lernprozesse der Beteiligten spielen dabei eine wichtige Rolle. Wissenschaftliche Expert*innen verknüpfen ihr (methodisches) Wissen mit den Kenntnissen von Expert*innen aus der Lebenswelt (Bergold, 2013).

Um dem Ansatz der partizipativen Forschung im Rahmen der Möglichkeiten gerecht zu werden, wurde ein wissenschaftlicher Beirat bzw. ein Advisory Board gebildet, welches sich aus Vertreter*innen von Müttern, Hebammen und weiteren relevanten Expert*innen zusammensetzt. Das Forschungsprojekt wurde durch dessen Mitglieder begleitet. Während der Projektzeit gab es drei Treffen, um das Vorgehen im Projekt zu diskutieren. Das Advisory Board nahm zudem an der Abschlussveranstaltung teil. Die Mitglieder waren folgende Vertreter*innen: Berufsständische Interessensvertretung (Landesverband der Hebammen NRW e.V.), QUAG, eine Vertreterin der klinisch tätigen Hebammen (Leitende Hebamme), ein Vertreter der klinisch tätigen Gynäkolog*innen/Geburtshelfer*innen (Chefarzt einer geburtshilflichen Abteilung), eine Professorin aus dem Bereich der Gesundheitswissenschaften, eine Vertreterin des LZG.NRW und einer Vertreterin der Nutzer*innen (Mother Hood e.V.).

2.3.3 Hochschule für Gesundheit Bochum - Studienbereich Hebammenwissenschaft

Im November 2009 gegründet, hat es sich die hsg Bochum zur Aufgabe gemacht zur Sicherstellung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung beizutragen. Themen, die insbesondere die Region betreffen, werden in den Bereichen Studium, Forschung, Weiterbildung und Transfer bearbeitet. Die hsg fördert mit ihren Studienangeboten und Forschungsprojekten die Akademisierung und Professionalisierung der Gesundheitsberufe. Die Hochschule zeichnet sich durch Interprofessionalität in Forschung und Lehre, ein modernes didaktisches Konzept, eine enge Verzahnung von Theorie und Praxis, eine frühe Vernetzung mit externen Praxispartnern und eine intensive Studienlaufbahnbegleitung aus (hsg, 2020).

2016 wurde das Institut für Angewandte Gesundheitsforschung (IAG) als zentrale Forschungseinrichtung der hsg Bochum gegründet, um interdisziplinäre Forschungsthemen zu bündeln und nach außen sichtbarer zu machen.
Innerhalb des IAG befindet sich der Forschungsschwerpunkt Midwifery & Reproductive Health[4]. Der Forschungsschwerpunkt möchte hier besonders die reproduktive Lebensphase von Frauen und Männern sowie die hebammenwissenschaftliche Sichtweise fokussieren. Wesentliche Forschungsziele sind Beiträge zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, inklusive des Erkenntnisgewinns bezüglich gesundheitsbezogener Fragestellungen. Zusätzlich stellen die Grundlagenforschung und die Gesundheitssystemforschung im Bereich Frauen- und Familiengesundheit sowie neue Versorgungskonzepte zur Förderung der Gesundheit in der reproduktiven Lebensphase, systemimmanente Faktoren und ihre Bedeutung für die Frauen- und Familiengesundheit, die hochschulische Ausbildung von Hebammen und die innovativen und digitalen Lehr- und Lernmethoden wichtige Themenschwerpunkte dar.

[4] Weitere Informationen finden sich hier: https://www.hs-gesundheit.de/iag/midwifery-reproductive-health

II Teilprojekt A „Mütterbefragung“

Projektteam: Prof.in Dr.in Rainhild Schäfers und Mirjam Peters, M.Sc. PH

Abstract

Hintergrund

Eine Geburt ist eine bedeutsame Ausnahmesituation im Leben einer Familie (Mozygemba, 2011). Die gesundheitliche Versorgung von Familien in dieser Zeit ist derzeit ein prioritäres Gesundheitsziel in Deutschland (BMG, 2017). Hebammen begleiten Frauen in der Zeit rund um die Geburt auf der Primärversorgungsebene. In den letzten Jahren gab es Hinweise auf eine nicht ausreichende Versorgungssituation durch Hebammen, sodass als Empfehlung des Runden Tisches Geburtshilfe eine Erhebung der Versorgungslage durchgeführt werden sollte (MGEPA NRW, 2015).

Methode

In einer quantitativen Querschnittsstudie wurden Mütter, die Anfang 2018 ihr Kind in NRW geboren hatten, ungefähr vier Monate nach ihrer Geburt zur Versorgung durch Hebammen befragt. Die Rekrutierung erfolgte über 27 zufällig ausgewählte Kliniken sowie die Geburtshäuser in NRW (01.02.2018-15.06.2018). Alle Rekrutierungsmaterialien sowie der Fragebogen lagen in Deutsch, Englisch, Französisch, Türkisch und in Leichter Sprache vor. Neben der allgemeinen Versorgungssituation wurden auch regionale Unterschiede, Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme, sowie Faktoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität untersucht. Darüber hinaus fand ein Vergleich der aktuellen Versorgungssituation zu den Bedürfnissen der Frauen und zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen statt. Zur Befragung lag ein Ethikvotum der Ethikkommission der hsg Bochum vor.

Ergebnisse

3.101 Frauen gaben ihr Einverständnis zur Teilnahme, 1.973 Mütter füllten die Fragebögen aus, davon konnten 1.783 Fragebögen in die Auswertung eingeschlossen werden. 411 (23,1%) der Mütter, hatten über einen offenen Link auf der Website teilgenommen. Die Mütter waren im Durchschnitt 32,6 Jahre alt, 88,4% (n=1.571) von ihnen gaben Deutschland als Geburtsland an, 62,0% (n=1.099) hatten die allgemeine Hochschulreife und 54,3%(n=952) hatten ihr erstes Kind bekommen.

67,2% (n=1.198) der Frauen nahmen eine individuelle Betreuung durch eine Hebamme in der Schwangerschaft in Anspruch, 32,5% (n=579) die Schwangerenvorsorge bei einer Hebamme. 92,8% (n=1.649) der Frauen haben eine aufsuchende Wochenbettbetreuung durch die Hebamme erhalten.

60,2% (n=1.066) der Frauen fühlten sich (sehr) gut über Hebammenleistungen informiert. Das Wissen dazu stammte häufig aus informellen Quellen. Durchschnittlich riefen die Frauen 4,1 (SD±7,0) Hebammen an, um eine ambulante Betreuung zu erhalten, 7,8% (n=129) der Frauen riefen mehr als zehn Hebammen an. Die häufigsten Barrieren waren fehlende Kapazitäten der Hebamme und keine Betreuung am Wohnort der jeweiligen Frau.

Die Frauen benötigten durchschnittlich 23,8 Minuten (SD±38,3) zur Klinik, in der sie geboren hatten. 81,3% (n=1.360) fanden die Erreichbarkeit (sehr) gut. 78,3% (n=1.308) der Frauen fanden, die Hebamme hatte im Kreißsaal genug Zeit für sie. Es gab in der Versorgung sowohl Unterschiede zwischen

den Regierungsbezirken als auch zwischen städtischen und ländlichen Regionen. In städtischen Gebieten nahmen weniger Frauen eine Hebamme im Wochenbett in Anspruch und die Frauen empfanden es als schwieriger eine Hebamme zur Betreuung zu finden. Die Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge und das Gefühl der Informiertheit unterschied sich hingegen stärker zwischen den Regierungsbezirken als zwischen der Bevölkerungsdichte der Gebiete. Innerhalb der Studie konnten Faktoren gefunden werden, die Hinweise zur Qualität der Betreuung durch Hebammen geben könnten. Zum Teil lässt sich hier jedoch schwer zwischen verschiedenen Berufsgruppen und deren Leistungen trennen. Für ambulante Leistungen zeigte sich ein Einfluss von Faktoren, wie Hochschulbildung der Mutter oder Haushaltsnettoeinkommen, auf die Inanspruchnahme von Hebammenleistungen. Diese Faktoren zeigten hingegen keinen Einfluss auf Merkmalen der Versorgungssituation während der Geburt.

Diskussion

Insgesamt wurde ersichtlich, dass ein Großteil der Frauen dieser Studie die gewünschte Versorgung erhalten hat. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen scheinen ausreichend zu sein, um die gewünschten Leistungen erbringen zu können. Einschränkend muss genannt werden, dass der Bildungsgrad und andere Merkmale des sozioökonomischen Status überproportional hoch für Frauen in NRW waren, dies hat sehr wahrscheinlich zu Verzerrungen in der Teilnahme an dieser Befragungsstudie geführt.
Die Ergebnisse decken sich mit denen anderer Studien zur Versorgungssituation durch Hebammen in Deutschland (IGES Institut, 2018a, 2018b, 2019a). Unterschiede zeigen sich zu Studien auf der Basis von Routinedaten der AOK (2018). Diese lassen soziodemografische Merkmale der Teilnehmer*innen als Einfluss auf die Versorgungssituation vermuten. Durch HebAB.NRW - Mütterbefragung konnten ein Überblick über die Versorgungssituation in NRW gegeben und Problembereiche der Versorgung identifiziert werden.

3. Hintergrund und Fragestellung

Im Jahr 2019 wurden in Deutschland 778.100 Kinder geboren (DESTATIS, 2020a). Für die Frauen und Familien geht die Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit tiefgreifenden sozialen, somatischen und psychologischen Veränderungen einher. Eine Geburt ist für die Frau und ihre Familie eine bedeutsame Ausnahmesituationen und grundlegende Lebenserfahrung (Mozygemba, 2011). Die geburtshilfliche Versorgung von Frauen durch Hebammen ist derzeit ein prioritäres Gesundheitsziel in Deutschland. Dabei ist auch eine hohe Qualität der Versorgung bedeutend. Im formulierten Gesundheitsziel wird u.a. hervorgehoben, dass es das „Ziel jeglicher Bemühungen vor, während und nach der Geburt sein muss, die Gesundheit von Mutter und Kind zu erhalten und zu stärken. Alles Handeln der den Geburtsprozess begleitenden Personen muss sich an diesem Ziel messen lassen. Das Verständnis von Gesundheit orientiert sich dabei nicht nur an Kennzahlen körperlicher Gesundheit, sondern auch an subjektiver gesundheitsbezogener Lebensqualität und Wohlbefinden“ (BMG, 2017).

Somit wird eine qualitativ hochwertige Versorgung von Frauen und Familien in der reproduktiven Lebensphase als hochrangiges Ziel der deutschen Gesundheitsversorgung angesehen. Ein besonderes Gewicht erhält die geburtshilfliche Betreuung aufgrund ihrer Bedeutung für die Geschlechtergerechtigkeit und die Lebenschancen von Neugeborenen aus sozioökonomisch schwächer gestellten Familien. Denn vor allem für Frauen aus diesen Familien gehen Geburten auch mit einer Vielzahl an psychischen und physischen Risiken einher, wie die für eine postpartale Depression, einen Kaiserschnitt oder einen Dammschnitt. Diese Risiken sind zum Teil auch abhängig von der Betreuungsqualität durch das geburtshilfliche Team (Kolip, Nolting & Zich, 2012; Sandall, Soltani, Gates, Shennan & Devane, 2016). Die Versorgungsqualität von Frauen in der reproduktiven Lebensphase hat somit einen direkten Einfluss auf die Gesundheit der Frauen und ihrer Kinder. Für Frauen und Kinder aus sozioökonomisch schwächer gestellten Familien stellt die Lebensphase rund um die Geburt eine besondere Herausforderung, aber auch Chance dar. So haben Kinder, die in sozioökonomisch schwächer gestellte Familien geboren werden, schlechtere Lebenschancen. Diese können durch einen guten Start ins Leben jedoch verbessert werden (David, Matthias, Borde & Siedentopf, 2012; Koller, Lack & Mielck, 2009).

Eine Erhebung der Bedürfnisse von Frauen an die Hebammenversorgung, der Inanspruchnahme der Hebammenversorgung und des Zugangs zur Hebammenversorgung kann dazu beitragen diese Problematiken differenzierter zu betrachten und ggf. Lösungsansätze zu formulieren.

Forschungsfragen:

1. Wie stellt sich die Versorgung von Hebammen in NRW dar?
2. Gibt es regionale Unterschiede in der Hebammenversorgung in NRW?
3. Welche Faktoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität lassen sich in der individuellen Hebammenbetreuung identifizieren?
4. Gibt es Faktoren, die mit der Inanspruchnahme von Hebammenleistungen assoziiert sind?
5. Entspricht die tatsächlich erhaltene Hebammenversorgung der von den Frauen benötigten bzw. ggf. gewünschten Betreuung?
6. Entspricht die tatsächlich erhaltene Hebammenversorgung den Möglichkeiten, die die gesetzlichen Rahmenbedingungen vorsehen?

4. Methodisches Vorgehen

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen im Teilprojekt A Mütterbefragung beschrieben.

4.1 Forschungsdesign

Befragt wurden Frauen in NRW, die innerhalb des Jahres 2018 ihr Kind geboren haben. Da eine Vollerhebung bei einer zu erwartenden Anzahl von ca. 155.000 Geburten in NRW aus finanziellen und inhaltlichen Gründen nicht durchführbar war, erfolgte die Datenerhebung anhand einer probabilistischen Klumpenstichprobe. Der Datenanalyse auf der Basis von repräsentativen Zufallsstichproben, z.B. in Form einer probabilistischen Klumpenstichprobe, wird eine hinreichende Aussagekraft beigemessen (Döring, Börtz & Pöschl, 2016).

Der Befragungszeitpunkt wurde auf frühestens vier Monate nach der Geburt festgelegt, um Verzerrungen in der Wahrnehmung der geburtshilflichen Situation durch eine Befragung direkt nach der Geburt zu vermeiden. Zudem ist zu diesem Zeitpunkt die Hebammenbetreuung in den meisten Fällen bereits abgeschlossen. Entsprechend Anlage 1.3 Vergütungsverzeichnis (siehe Anhang Q) der Rahmenbedingungen der Versorgung mit Hebammenhilfe nach §134a SGB V wird die Wochenbettbetreuung bis zu 12 Wochen nach der Geburt vergütet (GKV-Spitzenverband, 2017a).

4.2 Ethische Kriterien

Alle Erhebungsunterlagen und das Vorgehen innerhalb des Forschungsprojektes wurden bei der Ethikkommission der hsg Bochum eingereicht. Das Forschungsprojekt HebAB.NRW-Teilprojekt Mütterbefragung hat ein positives Votum erhalten. Die Teilnahme erfolgte freiwillig, ausschließlich nach einer informierten Einwilligung und anonymisiert. Die Vulnerabilität der Zielgruppe ist dem Studienteam bewusst. So bestand die Möglichkeit, dass Frauen durch den Fragebogen an eine traumatisch erlebte Geburt oder ein traumatisches Erlebnis rund um die Geburt erinnert wurden. Für diese Situationen wurde eine Kooperation mit Schatten und Licht e.V. geschlossen. Zu Beginn des Fragebogens wurde auf die Möglichkeit emotionaler Krisen rund um die Geburt hingewiesen und die Online-Kontaktadresse sowie die Telefonnummer von Schatten und Licht e.V. genannt. Dieses Vorgehen wurde mit dem Verein abgestimmt. Zudem wurden die Kontaktdaten und Ansprechpersonen des Projektteams an der hsg Bochum angegeben. Auch hier konnte Kontakt gesucht werden.
Zusätzlich bestand die Möglichkeit, dass Frauen durch die Befragung erfahren, welche Versorgungoptionen sie nicht erhalten haben und dadurch weniger zufrieden mit der erhaltenen oder nicht erhaltenen Betreuungsleistung wären. Sollte sich hieraus ein Gesprächsbedarf ergeben, wurde ebenfalls auf die Möglichkeit, mit dem Projektteam Kontakt aufzunehmen, hingewiesen.

Frauen, die online teilgenommen hatten, gaben per Check-Box ihr Einverständnis zur Studie. Ohne das Einverständnis war keine Teilnahme möglich. Die personenbezogenen und studienbezogenen Daten wurden getrennt an das Studienteam weitergeleitet, sodass keine Zuordnung der Daten möglich war.

Die Teilnehmer*innen, die per Post teilnahmen, sandten den Fragebogen sowie die Einverständniserklärung zusammen in einem Umschlag zurück zum Studienteam. Dort wurde die Vollständigkeit der Einverständniserklärung überprüft und auf dem Deckblatt des Fragebogens vermerkt. Anschließend wurde die Einverständniserklärung sofort von dem Fragebogen getrennt. Die Daten wurden zu diesem

Zeitpunkt nicht betrachtet. Anschließend war keine Zuordnung der personenbezogenen zu den studienbezogenen Daten mehr möglich. Erst anschließend wurden die zu diesem Zeitpunkt bereits anonymisierten Daten eingelesen und betrachtet.
Die Fristen für Löschung und Sperrung gemäß §19 Abs. 2 und 3 Datenschutzgesetz NRW (DSG NRW) werden eingehalten. Da sich die Richtlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis der hsg Bochum derzeit noch in der Erstellung befindet, ist in Anlehnung an die Richtlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis an der Hochschule Ruhr West eine Speicherung der Daten für zehn Jahre und eine anschließende Vernichtung vorgesehen.

4.3 Erstellung der Erhebungsunterlagen

Die Materialen und Instrumente zur Erhebung wurden durch das Projektteam entwickelt und erstellt.

Anschreiben

Zum Fragebogen wurde ein begleitendes Anschreiben angefertigt. In diesem wurden der Hintergrund und der Zweck der Befragung erläutert. Zudem wurde auf die Freiwilligkeit der Befragung hingewiesen und der Umgang mit den Daten gemäß der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO, 2018) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG, 2017) beschrieben. Auf die Anonymisierung der Daten im Vorfeld der Datenauswertung wurde verwiesen. Ebenso darauf, dass in der Ergebnisdarstellung keinerlei Rückschlüsse auf die einzelne Person möglich sind. Das Dokument zur Information sowie der Einverständniserklärung für Teilnehmer*innen wurden durch den Justiziariat der hsg Bochum geprüft.

Es wurde eine Ansprechpartnerin inklusive Kontaktmöglichkeit (E-Mail, Telefon) an der hsg Bochum benannt, als auch die Möglichkeit den Verein Schatten und Licht e.V. zu kontaktieren, falls Frauen eine Geburt erlebt haben, die sich nur schwer verarbeiten ließ. Der Verein Schatten und Licht e.V. hat sich freundlicherweise im Vorfeld dazu bereit erklärt diese Aufgabe zu übernehmen.

Fragebogen

Der Fragebogen wurde auf der Grundlage der bereits durchgeführten und in Abschnitt 2.1.2 vorgestellten Bestandsaufnahmen und Studien zur geburtshilflichen Versorgung von Hebammen in Deutschland durch das Projektteam entwickelt. Dazu wurden die in diesen Studien vorhandenen Fragen extrahiert und geclustert. Dabei fiel auf, dass es häufig wiederkehrende Themen gab. Auf der Grundlage der vorhandenen Fragen und deren Variation konnten somit Fragen gefunden werden, die für die Frauen gut zu beantworten und auch mit bereits vorhanden Erhebungen vergleichbar waren. Die Studienergebnisse von Mattern, Lohmann und Ayerle (2017) fanden in diesem Zusammenhang besondere Berücksichtigung. Hier waren Frauen in Deutschland zu ihren Erlebnissen mit Hebammen innerhalb von Fokus Gruppen befragt worden. Aufbauend auf dieser Studie wurden bestimmte Themen, die von den Frauen in der derzeitigen Versorgungssituation als schwierig beschrieben worden waren, ausgewählt und dazu passende Fragen formuliert. Beispiele hierfür sind die Themen Debriefing (Nachbesprechung der Geburt) oder Betreuung zum Geburtsbeginn. Der Fragebogen wurde anhand des Erlebens der Frauen gegliedert, so wurde zunächst zur Schwangerschaft, dann zur Geburt und schließlich zum Wochenbett befragt. Anschließend kamen Fragen zu weiteren Themen wie IGeLeistungen, vor- und nachgeburtlichen Kursen und dem Wissen über Hebammen. Der Fragebogen schließt mit Fragen zur Anamnese und zur Soziodemografie ab.

Der Fragebogen wurde innerhalb eines Treffens des Advisory Boards und dem Fördergeber vorgestellt und Rückmeldungen wurden eingearbeitet.
Ziel war die Entwicklung eines umfassenden Fragebogens, um die Perspektive der Frauen auf die Versorgung durch Hebammen zu erfassen. Innerhalb des Fragebogens wurden Filterfragen verwendet, um die Frauen zu den für sie relevanten Modulen zu leiten. Um eine möglichst repräsentative Stichprobe zu erhalten, wurden der Fragebogen und alle Materialien zudem in Leichte Sprache, in Englisch, Französisch und Türkisch übersetzt. Die Auswahl der verwendeten Sprachen erfolgte in enger Abstimmung mit den Mitgliedern des Advisory Boards.

Unter anderem wurden folgende Aspekte erfragt:

- Inanspruchnahme und Bedürfnisse zur Versorgung durch Hebammen in der Schwangerschaft
- Inanspruchnahme, Zugang und Bedürfnisse zur Versorgung während der Geburt
- Inanspruchnahme und Bedürfnisse zur Versorgung durch Hebammen im Wochenbett
- Zugang zur ambulanten Versorgung in Schwangerschaft und Wochenbett durch Hebammen
- Informiertheit über die Versorgung durch Hebammen
- Inanspruchnahme, Bedürfnisse und Zugang zu Kursen
- Inanspruchnahme und Bedürfnisse im Hinblick auf IGeL
- Anamnestische Daten (u.a. Geburtsmodus, Interventionen, subjektive Gesundheit SF-1 zur Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes (Bullinger, 2000))
- Soziodemografische Daten (u.a. Alter, Bildungsabschluss, Haushaltsnettoeinkommen (HNE), Versichertenstatus, ersten drei Ziffern der Postleitzahl, Geburtsland, Muttersprache)

Der Fragebogen ist im Anlagenband zu finden.

4.4 Pretest

Im Januar 2018 fand ein Pretest des Fragebogens sowie Informationsmaterialien zur Rekrutierung an einer Gelegenheitsstichprobe von Müttern statt, die online über Soziale Medien rekrutiert wurde. Eingeschlossen wurden Mütter über 18 Jahren, die im letzten Jahr ein Kind geboren hatten. Die Erhebung erfolgte über Unipark und die Auswertung fand mittels Excel und SPSS statt. 103 Frauen haben am Pretest teilgenommen. Anschließend wurden geringfügige Änderungen vorgenommen. Die Materialien in Englisch, Französisch und Türkisch wurden jeweils durch eine Person getestet.

4.5 Felderschließung und Stichprobenauswahl

Die zu befragenden Mütter wurden über zufällig ausgewählte Kliniken in NRW rekrutiert. Aus der Gesamtheit von 146 Kliniken in NRW mit geburtshilflichen Abteilungen (Stand 01. Januar 2018) wurden in fünf Stufen 45 Kliniken zufällig ausgewählt. Ziel war es eine Gruppe von 10.000 Frauen erreichen zu können. Bei einer zu erwartenden Rücklaufquote von 30,0%, sollte somit eine Stichprobe von 3.000 befragten Müttern erzielt werden. Als Einschlusskriterien wurde eine Geburt im Erhebungszeitraum in NRW und ein Alter der Mutter über 18 Jahre formuliert.
Von den 44 angesprochenen Kliniken waren 27 bereit die Studie zu unterstützen. Zunächst wurde am 01. Juni 2017 eine Stichprobe von 22 Kliniken gezogen. Dabei wurde darauf geachtet, dass alle Leveleinteilungen gemäß der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von

Früh- und Reifgeborenen (G-BA, 2020), sowie alle Regierungsbezirke inkludiert waren. Dazu wurden jeweils 11,0% der Kliniken aus dem jeweiligen Regierungsbezirk zufällig ausgewählt.
Aufgrund der hohen Anzahl an Kliniken, die nicht teilnehmen wollten oder geschlossen wurden und der großen Anzahl an Kliniken, die keine oder eine sehr verzögerte Rückmeldung gegeben hatten, wurde drei weitere Male nachgezogen (siehe Tabelle 2). Die Verantwortlichen in den Kliniken waren häufig sehr schwer zu erreichen oder die Verantwortlichkeiten in den Kliniken waren unklar, sodass es in vielen Fällen zu sehr verzögerten Rückmeldungen kam. Dies wurde durch die Rekrutierungszeit innerhalb der Sommerferien zusätzlich verstärkt. Bei der letzten Ziehung am 07. Dezember 2017 mussten Kliniken aus dem Regierungsbezirk Detmold nachgezogen werden, da alle ausgewählten Kliniken aus diesem Bezirk nachträglich abgesagt hatten bzw. zu Beginn bereits nicht teilnehmen wollten.

Tabelle 2: Stichprobenziehungen im Teilprojekt A-Mütterbefragung

Ziehung am	01.06.2017	11.09.2017	18.10.2017	07.12.2017	Gesamt
Anzahl der gezogenen Kliniken	**22**	**6**	**8**	**8**	**27** Teilnehmende **17** Nicht-Teilnehmende

16 der Kliniken rekrutierten eigenständig Frauen für die Studien, während in 11 Kliniken durch Mitarbeiterinnen des Studienteams rekrutiert wurde. Zudem wurden alle Geburtshäuser in NRW angefragt die Studie zu unterstützen, um auch Frauen mit Geburtshaus (GH)- und Hausgeburten erreichen zu können.

Alle Kliniken, die sich bereit erklärten teilzunehmen, wurden um eine schriftliche Bestätigung dazu gebeten. Die Kliniken wurden einmal zu Beginn des Rekrutierungszeitraums besucht, um den Ablauf der Rekrutierung von Studienteilnehmer*innen zu klären. Mindestens einmal im Monat wurde zur Sicherstellung des Rekrutierungsablaufs telefonisch oder persönlich Kontakt mit den teilnehmenden Kliniken aufgenommen.
Entgegen der im Antrag genannten 18 Kliniken wurde nun in 27 Kliniken rekrutiert. Dies lag vor allem an mehreren Kliniken mit einer geringen Geburtenzahl, sodass mehr Kliniken benötigt wurden, um die angestrebte Stichprobengröße erhalten zu können.

4.5.1 Beschreibung der teilnehmenden Kliniken

In den Studienkliniken fanden im Jahr 2015 insgesamt 29.616 Geburten statt. Dies bedeutete, dass im Rekrutierungszeitraum mit ca. 10.000 Geburten zu rechnen war, die in den Studienkliniken stattfinden würden. Die genaue Anzahl der Frauen, die angefragt wurden, sich an der Studie zu beteiligen, ist nicht bekannt, da für die Bekanntmachung der Studie neben Einzelgesprächen u.a. auch Informationsabende in den Kliniken genutzt wurden.

Von den 27 teilnehmenden Kliniken haben 23 im Anschluss der Mütterbefragung einen Fragebogen zu den Basisdaten ihrer Einrichtung ausgefüllt. Keine der Kliniken gab an, dass die Hebammen zwischen Kreißsaal und Stationen rotieren. 21 der Kliniken arbeiteten ausschließlich mit angestellten Hebammen und zwei weitere in einem Belegsystem. Im Durchschnitt arbeiteten 16,9 (SD±7,5) Hebammen in den Kliniken auf durchschnittlich 11,9 (SD±6,4) Vollzeitstellen. Davon arbeiteten 3,6 (SD±3,1) der Hebammen durchschnittlich in Vollzeit. Die Kliniken hatten im Schnitt 1,0 (SD±1,1) unbesetzte Stellen. In

neun von 23 Kliniken wurden im letzten Monat mindestens eine Gefahrenanzeige geschrieben, 14 Kliniken gaben an keine geschrieben zu haben. Acht Kliniken gaben an, dass es keine Situationen gab, für die eine Gefahrenanzeige hätte geschrieben werden müssen. 15 gaben an, dass es Situationen gab, in denen eine hätte geschrieben werden können, dies jedoch nicht getan wurde. In vier Kliniken wurde der Kreißsaal vorübergehend geschlossen, da Räume oder Personal auf der Wochenbettstation oder in der Kinderklinik fehlten. Insgesamt gab es in den 23 Kliniken im Rekrutierungszeitraum 12.265 (SD±322) Geburten. Durchschnittlich waren dies 533 pro Klinik. Bis auf eine Klinik würden alle wieder an einer ähnlichen Befragung teilnehmen.

Tabelle 3: Merkmale der Stichprobenkliniken

Merkmale der Kliniken	n
Versorgungsstufe	
Level I	7
Level II	0
Level III	3
Level IV	13
Merkmale	
Hebammenkreißsaal	1
Babyfreundlich	4
Expert*innenstandard physiologische Geburt	3
Studierende der Pflege	2
Schüler*innen der Pflege	13
Studierende der Hebammenkunde	7
Schüler*innen der Hebammenkunde	10
Abteilungen, in denen Hebammen eingesetzt sind	
Kreißsaal	23
Wochenbett	17
Ambulanz	4
Gynäkologie	0
Präpartal	2

Am 12. Oktober 2017 fand an der hsg Bochum eine Kick-Off Veranstaltung für alle teilnehmenden Kliniken und alle Geburtshäuser aus NRW statt. Es gab einen Vortrag zum Thema "Best Practice in der Versorgung zur Senkung der Kaiserschnittrate in NRW" von Dr. Klaus-Dieter Jaspers, Chefarzt der Frauenklinik Christophorus-Kliniken GmbH Coesfeld. Prof.in Dr.in Rainhild Schäfers hielt einen Vortrag über die politischen Bestrebungen zur Senkung der Kaiserschnittrate. Die Teilnehmer*innen konnten Hinweise geben, in welcher Weise die Frauen in ihren Kliniken/Geburtshäusern zur Teilnahme an der Mütterbefragung angesprochen werden können.

Jede Klinik erhielt einen individuell angepassten Rekrutierungsleitfaden (Abbildung 6). Es wurden Poster in den Räumlichkeiten der Kliniken zur Information der Teilnehmer*innen aufgehängt.

Ab dem 01. Februar 2018 fand die Rekrutierung der Teilnehmer*innen in den Kliniken statt. 16 der Kliniken hatten sich bereit erklärt selbst zu rekrutieren, in elf Kliniken wurde durch das Projektteam rekrutiert.

Ansprechen der ausgewählten Kliniken - 06/17

- Per E-Mail werden die Verantwortlichen der Klinik über das Projekt informiert (leitende Hebamme, Chefarzt/ärztin, Pflegedirektion/Pflegedienstleitung). Kontaktaufnahme wird angekündigt, anschließend telefonisches Gespräch. Ggf. nach zwei Wochen nachfassen. Ergebnissicherung durch Vereinbarung - (beinhaltet Zugang für Projektmitarbeiter*innen zur Wochenstation, Kreißsaal, Elternschule)

Veranstaltung an der Hochschule: Kick Off - 10/17

- Alle teilnehmenden Kliniken werden zu einer zweistündigen Veranstaltung von 16:30-18:30 Uhr an der Hochschule eingeladen: Informationen zur Studie, Vortrag zu einem verwandten Thema und Austausch in angenehmer Atmosphäre. Ziel: Motivation Entscheidungsträger*innen und Schlüsselpersonen

Veranstaltungen in den Kliniken: mindestens vier Wochen vor Beginn

- Nach individueller Absprache findet möglichst frühzeitig eine Kontaktaufnahme mit den Hebammen/den Pflegekräften in den Krankenhäusern statt (Teamsitzungen etc.). Besprechen einer für das Krankenhaus angepassten Rekrutierungsstrategie der Frauen

Individuelle Rekrutierungsstrategie je nach Klinik

- Primär gewünschtes Szenario: Pflegekräfte auf der Station überreichen gemeinsam mit dem Kinderuntersuchungsheft eine Postkarte zur Rekrutierung, anhand derer die Frauen ihr Einverständnis zur Kontaktaufnahme durch das Studienteam geben. Verlosung wird zur Motivation der Teilnehmer*innen eingesetzt. Je nach Krankenhausstruktur wird eine angepasste Rekrutierungsstrategie eingesetzt

Rekrutierung der Teilnehmer*innen - ab 01/18

- Jedes Krankenhaus erhält einen individuell angepassten Rekrutierungsleitfaden. Poster in den Räumlichkeiten werden zur Information der Teilnehmer*innen aufgehangen. Die Postkarte wird mehrsprachig angeboten. Teilnehmer*innen werden durch die Verantwortlichen im Krankenhaus rekrutiert. Eventuell werden Sie dabei durch das Studienteam unterstützt

Betreuung der Kliniken

- Alle zwei Wochen werden die Rekrutierungsverantwortlichen im Krankenhaus durch das Studienteam besucht: Erkundigung nach Problemen, Motivation, kleine Aufmerksamkeit. Enger Austausch im Studienteam über die Rekrutierungszahlen und das Krankenhausteam. Ggf. Intervention

Geburtshäuser

- Ähnlicher, individuell angepasster Ablauf

Abbildung 6: Ablauf der Felderschließung im Teilprojekt Mütterbefragung

Die Frauen wurden in den Kliniken in den ersten Tagen nach der Geburt angesprochen und gefragt, ob das Studienteam sie drei bis vier Monate nach der Geburt noch einmal kontaktieren und ihnen die

Studienunterlagen zusenden dürfe. Allen Frauen wurde eine frankierte Postkarte ausgehändigt, mit der sie zu jedem Zeitpunkt ihr Einverständnis geben konnten. Frauen, die ihr Einverständnis gaben, wurde der Fragebogen online per E-Mail oder postalisch zugesandt, wenn ihre Kinder ca. vier Monate alt waren. Es erfolgte eine einmalige Erinnerung nach ca. vier Wochen.

Es gab einige Kliniken, die sehr erfolgreich und mit viel Engagement rekrutierten. Anderen Kliniken war es nur möglich wenige oder keine Studienteilnehmer*innen in die Studie einzubringen. Als Reaktion darauf wurden erneut alle Kliniken kontaktiert, es wurden erneut Tipps zur Rekrutierung, dem Setting zur Rekrutierung und dem Ansprechen der Frauen gegeben und darauf hingewiesen, welche Anzahl an Karten für das Projekt aus dieser Klinik eingeplant waren. Die Anzahl der Rekrutierungen hat sich daraufhin nur sehr geringfügig und über einen kurzen Zeitraum erhöht. Als Reaktion darauf wurde der Rekrutierungszeitraum bis zum 15. Juli 2018, Beginn der Sommerferien in NRW, verlängert.

Anmerkungen zur Stichprobe:
*Repräsentative Stichproben erfordern eine Zufallsauswahl der Studienteilnehmer*innen. Eine echte Zufallsauswahl setzt eine Ziehung aus einer (namentlich) bekannten Population voraus. Dies ist im Rahmen der HebAB.NRW-Studie nicht möglich gewesen. Um dennoch eine Zufallskomponente zu berücksichtigen, wurden in einem Teil der Studie alle Geburtskliniken in NRW als Population betrachtet und aus den Geburtskliniken eine Zufallsauswahl gezogen. Dabei sollten große und kleine Kliniken sowie die Regierungspräsidien entsprechend der Geburtenzahl abgebildet werden. Sagten Kliniken ihre Teilnahme ab, wurde aus den verbliebenen (bislang noch nicht gezogenen Kliniken) nachgezogen. Alle Frauen, die in den Kliniken in einem bestimmten Zeitabschnitt ihre Kinder zur Welt brachten, wurden in die Befragung einbezogen (Klumpenstichprobe). Wie in anderen Fragebogenstudien auch, entspricht die Stichprobe hinsichtlich ihrer soziodemografischen Kriterien nicht in jeder Hinsicht der Population. Dies liegt an einer geringeren Bereitschaft und ggf. Überforderung insbesondere von potenziellen Studienteilnehmer*innen mit Sprachproblemen, mit Migrationshintergrund oder Frauen aus bildungsfernen Schichten. Diesem Problem konnte auch nicht durch eine intensive Begleitung der Kliniken, Fragebögen und Informationsmaterialien in drei Sprachen und in Leichter Sprache begegnet werden. Insofern kann nicht von einer im statistischen Sinn repräsentativen Stichprobe gesprochen werden und die Ergebnisse müssen vor diesem Hintergrund auch kritisch diskutiert werden. Zumindest ist eine Verallgemeinerung für „alle Gebärenden in NRW“ oder „alle Geburtskliniken“ nicht zulässig, sondern es kann eher ein Trend abgebildet werden der fehlerbehaftet ist.*

Als weitere Strategie wurde die Befragung über die Website HebAB.NRW geöffnet. Hierüber konnten alle Frauen teilnehmen, die unter die Einschlusskriterien fielen. In der Datenauswertung konnten jene, die per Post/über Zusendung eines Links per E-Mail teilgenommen haben, von jenen, die über die Website teilgenommen haben, getrennt werden. Auch wurden nun alle Kliniken in NRW über die Studie informiert und gebeten Informationen für ihre Gebärenden bereit zu stellen. Der Verein Mother Hood e.V. hat ebenfalls Informationen über die Sozialen Medien bereitgestellt. Vier Wochen vor dem Ende des Befragungszeitraums wurden die Frauen über Presse und Soziale Medien erneut auf die Befragung aufmerksam gemacht.

In den Diskussionen im Advisory Board wurde die telefonische Befragung von Frauen kritisch gesehen. Der damit verbundene erhebliche Aufwand stünde einem zu geringen und unklaren Zusatznutzen gegenüber. Daher sollten Frauen ausschließlich schriftlich in Papierform oder online befragt werden. Aufgrund der Hinweise aus dem Advisory Board und der Diskussion bei dem Projektgruppengespräch mit dem LZG.NRW vom 11. April 2017 wurde entschieden, begründet vom Studienprotokoll abzuweichen und keine telefonische Befragung für die Frauen anzubieten, sondern ausschließlich eine postalische und eine Online-Befragung.

4.6 Datenerhebung

Insgesamt gaben 3.101 Frauen zwischen dem 01. Februar 2018 und dem 15. Juli 2018 ihr Einverständnis zur Zusendung der Studienunterlagen. Die Frauen erhielten je nach angegebenem Wunsch die Erhebungsunterlagen per Post, per E-Mail oder ihnen wurden beide Erhebungsmöglichkeiten zugesandt.

Die Datenerhebung erfolgte in Papierform und in elektronischer Form über die Plattform Unipark - Questback. Der Standort des Rechenzentrums von Unipark - Questback ist in Deutschland und nach dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) nach der internationalen Organisation für Normung (ISO 27001) zertifiziert.
Sämtliche Fragebögen, die bis zum 02. Januar 2019 eingingen, wurden bei der Auswertung berücksichtigt.

Die in Papierform erhobenen anonymisierten Fragebögen wurden mit Hilfe eines Scanners der hsg Bochum zunächst digitalisiert und anschließend mit der Software pki - Informationssystem Remark Office OMR 2014 elektronisch codiert. Zahlen und Freitexte wurden per Hand eingegeben. Die ersten 50 Fragebögen wurden durch zwei Personen codiert. Die Fehlerquote lag unter einem Prozent, sodass die nachfolgenden Fragebögen durch eine Person codiert und geprüft wurden. Die Daten wurden im Anschluss in das Auswertungsprogramm überführt und somit Daten der Online-Befragung und der Papierbefragung zusammengeführt.
Anschließend wurden Plausibilitätschecks vorgenommen, um ggf. Muster in der Dateneingabe zu erkennen.
Die elektronischen Daten aus den Fragebögen wurden in ihrer Rohversion auf einer externen Festplatte gespeichert aufbewahrt. Diese mit einem zusätzlichen Passwort geschützte Datei diente einer möglichen späteren Plausibilitätsprüfung sowie als „Rückfallschutz“, falls die weiterverarbeiteten Daten beschädigt werden sollten. Die Papierfragebögen werden nach der Digitalisierung der enthaltenen Daten und deren Prüfung verwahrt.
Die Einwilligungserklärungen werden in der Papierform gesondert von den Daten aus dem Fragebogen aufgehoben. Die Daten werden in einem Datenschutzraum der hsg Bochum in feuerfesten, wasserdichten und verschließbaren Sicherheitsschränken aufbewahrt.

4.7 Datenauswertungsverfahren

Die Auswertung der Daten wurde mittels der Software Microsoft EXCEL UND SPSS© Version 24 vorgenommen. Die Auswertung erfolgte sowohl deskriptiv als auch analytisch mittels uni-, bi- und multivariaten Analyseverfahren.

Ein Teil der ausgewerteten Daten für den vorläufigen Ergebnisbericht wurden beim Advisory Board Treffen am 16. Mai 2019 vorgestellt. Es wurden Hinweise und Bedarfe nach Vertiefung in der Auswertung aufgenommen. Es erfolgten zwei Abstimmungen zur Darstellung und zur Tiefe der Analyse in Hinblick auf eine Unter-, bzw. Fehlversorgung der Frauen in der Geburtshilfe.

5. Ergebnisse

Im Folgenden wird zunächst die Stichprobe dargestellt. Anschließend werden die fünf Forschungsfragen des Teilprojektes Mütterbefragung beantwortet. Insgesamt konnte in der Beantwortung der Fragen eine hohe Responserate verzeichnet werden. Eine höhere Anzahl an Frauen, die einzelne Fragen nicht beantwortet haben, gab es bei Fragen aus dem Bereich der Soziodemografie und der Anamnese (Tabelle 4).

Tabelle 4: Fünf häufigste Missings TP A

Frage	Missings	In Prozent
Wie viele Kinder haben sie inklusive Ihres jüngstem geboren?	n=10	0,56
Seit wann leben Sie in Deutschland?	n=10	0,56
Wie viele Personen leben in ihrem Haushalt?	n=9	0,50
Welchen Geburtsort hatten Sie sich in der Schwangerschaft gewünscht?	n=8	0,45
Wie hoch ist Ihr monatliches Haushaltsnettoeinkommen?	n=19	1,07

Die Missings zum Haushaltsnettoeinkommen (HNE) waren dabei besonders niedrig im Vergleich zu anderen Studien. Bei einer Befragung zum Hebammenkreißsaal beantworteten 16 von 182 (8,8%) Studienteilnehmer*innen diese Frage nicht (Bauer, 2011), in einer Untersuchung zur subjektiven Gesundheitseinschätzung gesunder Frauen nach der Geburt eines Kindes, beantworteten 919 Frauen die Frage zum HNE und 110 Frauen antworteten nicht (10,7%) (Schäfers, 2011b).

5.1 Stichprobenbeschreibung

Im folgenden Kapitel sind die Studienteilnehmerinnen und ihre soziodemografischen und anamnestischen Merkmale dargestellt. Ergänzend erfolgt eine Einordnung, inwiefern diese die Gesamtheit der gebärenden Frauen in NRW abbilden kann.

Insgesamt gaben 3.101 Frauen zwischen dem 01. Februar 2018 und dem 15. Juli 2018 ihr Einverständnis zur Zusendung der Studienunterlagen. 1.873 Frauen haben an der Befragung teilgenommen, davon waren 1.783 Antworten gültig (95,2%). Damit haben 60,4% der Frauen, die ihr Einverständnis gaben, an der Befragung teilgenommen. 90 Fragebögen (4,8%) wurden ausgeschlossen. Die Gründe für einen Ausschluss sind im Folgenden benannt. Es konnten auch mehrere Gründe vorliegen, die zum Ausschluss eines Fragebogens führten.

- Kein Einverständnis zur Teilnahme anhand der Datenschutzaufklärung (n=7)
- Nicht im Erhebungszeitraum geboren (n=43)
- Kind nicht in NRW geboren (n=13)
- Kind nicht zwischen acht und 43 Wochen alt (n=42)
- Mütter waren nicht über 18 Jahre alt (n=10)
- Identifizierte ungewöhnliche Fälle z.B. Muster im Ankreuzverhalten (n=0) und über 90% Missings (n=8)

Um den Rücklauf zu optimieren, konnten Frauen, die an der Studie teilnehmen wollten, aber nicht eine explizite Einladung hierzu erhalten hatten, über einen offenen Link ebenfalls teilnehmen, falls sie die Einschlusskriterien erfüllten. Der Link wurde über Soziale Medien und über Mother Hood e.V. beworben.

Die unterschiedlichen Befragungswege wurden von jeweils ungefähr einem Drittel der Teilnehmer*innen gewählt: 570 Frauen (32,0%) haben über individuell zugesendete Papierfragebögen teilgenommen, 644 Frauen (36,1%) online über individuell per E-Mail zugesendete Links und 569 Frauen (31,9%) haben online über einen offenen Link auf der Website teilgenommen. 158 der letztgenannten Frauen hatten in den Stichprobenkliniken geboren. Es wurden zu 99,2% (n=1.768) die Materialien in deutscher Sprache genutzt. Jeweils zweimal wurden die englisch- und die französischsprachigen Fragebögen (0,2%) ausgefüllt. Der Fragebogen in türkischer Sprache wurde nicht, der Fragebogen in Leichter Sprache von elf Müttern (0,6%) genutzt.

In Tabelle 5 ist die Verteilung der Geburtsorte in der Stichprobe dargestellt. Einige der Kliniken haben einen hohen Anteil in der gesamten Stichprobe. Zudem haben über den offenen Link überdurchschnittlich viele Frauen teilgenommen, die im GH oder Zuhause ihr Kind bekommen haben.

Tabelle 5: Verteilung der Geburtsorte in der Stichprobe (n=1.783)

Merkmale	Papier		Online geschützt		Online offen		Gesamt	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Teilnahmen	570	(32,0)	644	(36,1)	569	(31,9)	1783	(100)
Zu Hause	8	(1,4)	9	(1,4)	25	(4,4)	42	(2,4)
Geburtshaus/ Praxis	14	(2,5)	11	(1,7)	27	(4,7)	52	(2,9)
Bergisch Gladbach, Evangelisches Krankenhaus	27	(4,8)	28	(4,3)	6	(1,1)	61	(3,4)
Bergisch Gladbach, Vinzenz Pallotti Hospital Bensberg	47	(8,3)	116	(18,0)	25	(4,4)	188	(10,6)
Bonn, Universitätsklinikum Bonn	27	(4,8)	66	(10,2)	11	(1,9)	104	(5,8)
Borken, St. Marien Hospital	2	(0,4)	1	(0,2)	1	(0,2)	4	(0,2)
Dortmund, Klinikum Dortmund	0	(0,0)	2	(0,3)	4	(0,7)	6	(0,3)
Duisburg, Malteser Krankenhaus St. Anna	57	(10,1)	1	(0,2)	1	(0,2)	59	(3,3)
Duisburg, Sana Kliniken Duisburg	9	(1,6)	1	(0,2)	10	(1,8)	20	(1,1)
Düsseldorf, Evangelisches Krankenhaus	5	(0,9)	10	(1,6)	6	(1,1)	21	(1,2)
Geldern, St. Clemens-Hospital	10	(1,8)	5	(0,8)	2	(0,4)	17	(1,0)
Gelsenkirchen, Marienhospital	22	(3,9)	28	(4,3)	6	(1,1)	56	(3,1)
Grevenbroich, Kreiskrankenhaus St. Elisabeth	5	(0,9)	1	(0,2)	2	(0,4)	8	(0,4)
Haltern am See, St. Sixtus-Hospital	7	(1,2)	4	(0,6)	2	(0,4)	13	(0,7)
Höxter, St. Ansgar Krankenhaus	31	(5,5)	20	(3,1)	3	(0,5)	54	(3,0)
Kempen, Hospital zum Heiligen Geist	5	(0,9)	9	(1,4)	6	(1,1)	20	(1,1)
Köln, Krankenhaus Porz am Rhein	3	(0,5)	8	(1,2)	2	(0,4)	13	(0,7)
Lennestadt, St. Josefs-Hospital	10	(1,8)	4	(0,6)	1	(0,2)	15	(0,8)
Leverkusen, Klinikum Leverkusen	41	(7,3)	44	(6,8)	8	(1,4)	93	(5,2)
Lübbecke, MKK Krankenhaus Lübbecke-Rahden	11	(1,9)	11	(1,7)	1	(0,2)	23	(1,3)
Lüdenscheid, Klinikum	16	(2,8)	15	(2,3)	5	(0,9)	36	(2,0)
Mönchengladbach, Johanniter GmbH Evangelisches Krankenhaus	2	(0,4)	0	(0,0)	8	(1,4)	10	(0,6)
Münster, St. Franziskus Hospital	60	(10,6)	70	(10,9)	21	(3,7)	151	(8,5)
Olpe, St. Martinus Hospital	32	(5,7)	18	(2,8)	1	(0,2)	51	(2,9)
Recklinghausen, Prosper-Hospital	5	(0,9)	21	(3,3)	4	(0,7)	30	(1,7)
Schwerte, Marienhospital	37	(6,5)	42	(6,5)	8	(1,4)	87	(4,9)
Soest, Klinikum Stadt Soest	10	(1,8)	11	(1,7)	1	(0,2)	22	(1,2)
Troisdorf, St. Johannes Krankenhaus	39	(6,9)	67	(10,4)	9	(1,6)	115	(6,5)
Unna, Katharinen-Hospital	16	(2,8)	0	(0,0)	4	(0,7)	20	(1,1)
Anderer Geburtsort	7	(1,2)	21	(3,3)	359	(63,1)	387	(21,8)
Missings	5		0		0		5	
Summe	565		644		569		1783	

Soziodemografische Merkmale der Stichprobe

Die Frauen, die an der Studie HebAB.NRW teilgenommen haben, waren zum Zeitpunkt der Befragung im Durchschnitt 32,6 (SD±4,4) Jahre alt. Damit liegt der Altersdurchschnitt der Stichprobe etwas höher als in gesamt NRW. Frauen, die 2018 in NRW ein Kind geboren haben, waren im Durchschnitt 31,0 Jahre alt (DESTATIS, 2020b)

Die Schulabschlüsse der Teilnehmerinnen und Vergleichsdaten aus dem Sozialbericht NRW sind in Tabelle 6 dargestellt. Die Stichprobe von HebAB.NRW zeigt einen höheren Anteil an Frauen mit einer Allgemeinen Hochschulreife, der Anteil an Frauen mit Realschulabschluss, Haupt-/Volksschulabschluss und der Anteil an Frauen ohne Schulabschluss ist deutlich geringer als im Sozialbericht NRW angegeben (MAGS, 2020b).

Tabelle 6: Verteilung der Bildungsabschlüsse - Vergleich HebAB.NRW und Land NRW

	HebAB.NRW		Vergleichsdaten
Merkmal	n	(%)	
Teilnahmen (gültig)	1.783	(100,0)	
Höchster Schulabschluss			Höchster Schulabschluss[3]
Schülerin	1	(0,1)	-
Ohne Schulabschluss	6	(0,3)	4,6% (w, 20-35 Jahre) /5,9% (w, 35-50 Jahre)[3]
Haupt/-Volksschulabschluss	50	(2,8)	13,4% (w, 20-35 Jahre) /20,9% (w, 35-50 Jahre)[3]
Realschulabschluss	311	(17,5)	22,0% (w, 20-35 Jahre) /30,6% (w, 35-50 Jahre)[3]
Fachhochschulreife	294	(16,6)	15,0% (w, 20-35 Jahre) /12,2% (w, 35-50 Jahre)[3]
Allgemeine Hochschulreife	1.099	(62,0)	45,0% (w, 20-35 Jahre) /30,05% (w, 35-50 Jahre)[3]
Anderer Schulabschluss	12	(0,7)	-
Summe	1.773		

(Datenquellen: [3] Sozialbericht NRW online; Daten von 2017; Höchster Schulabschluss; bezogen auf NRW (MAGS, 2020b))

95,1% (n=1.695) der Teilnehmerinnen in dieser Untersuchung hatten einen Berufsabschluss, wobei nahezu die Hälfte der Teilnehmerinnen über einen akademischen Abschluss verfügte (siehe Abbildung 7).

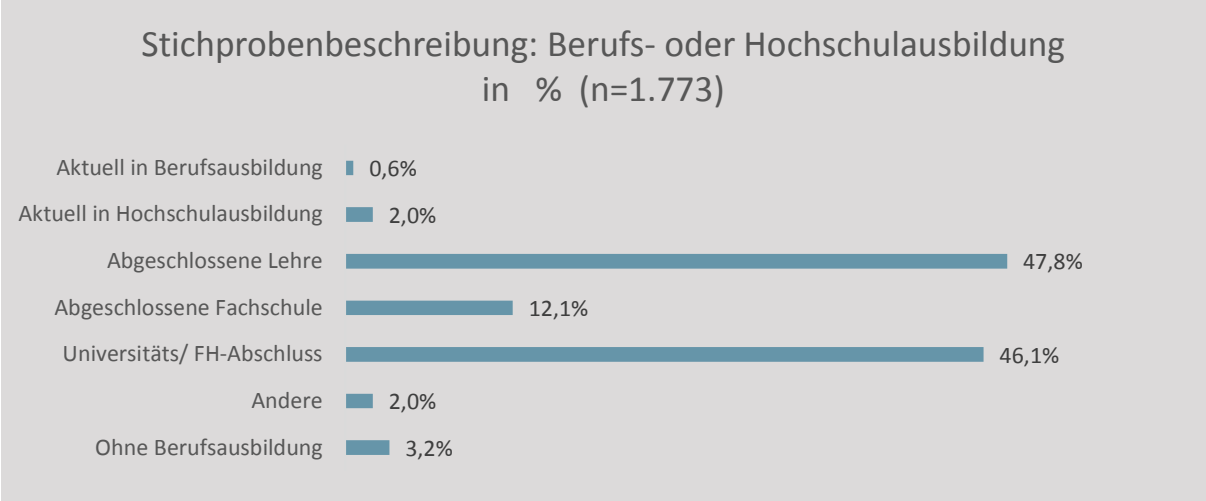


Abbildung 7: Berufs- oder Hochschulausbildung

(Mehrfachauswahl möglich; Missings=10)

In Abbildung 8 ist das durchschnittliche Haushaltnettoeinkommen (HNE) der Teilnehmer*innen dargestellt. Dabei überstieg bei 59,9% (n=1.037) der Teilnehmerinnen das HNE 2.500€ und lag damit über der Armutsschwelle für zwei Erwachsene mit zwei Kindern. Diese wurde für Deutschland im Jahr 2017 bei einem Einkommen von 26.618€ pro Jahr (pro Monat ca. 2.384€) angegeben (bpb, 2019).

Die durchschnittliche Anzahl der Personen im Haushalt der Teilnehmerinnen betrug 3,5. Davon waren im Durchschnitt 1,6 Personen unter 18 Jahre alt. Dabei gab es nur geringe Unterschiede zwischen der Personenzahl pro Haushalt in den verschiedenen Klassen des HNE.

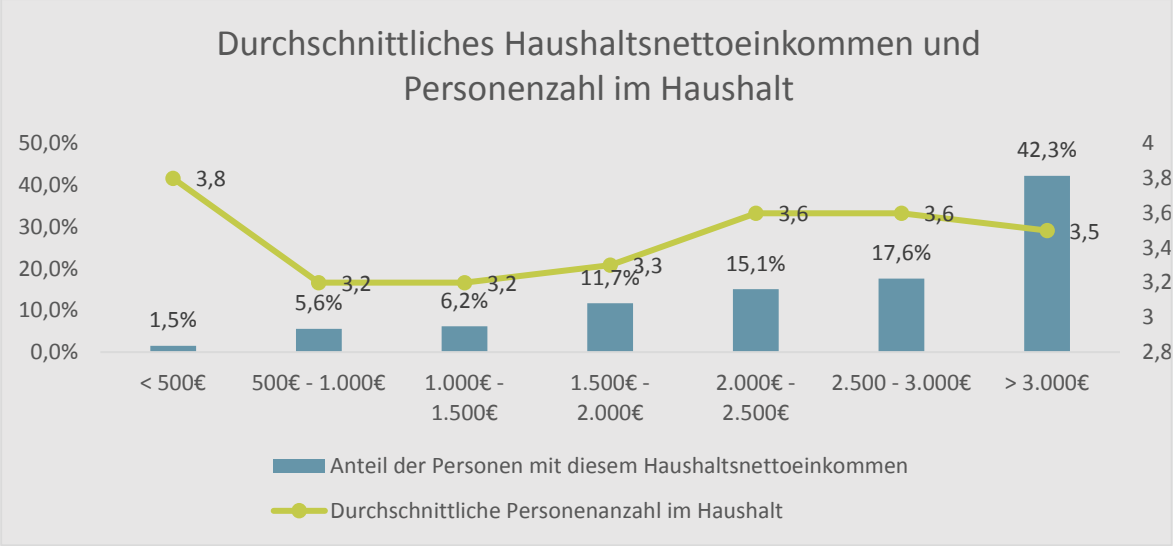


Abbildung 8: Durchschnittliches Haushaltsnettoeinkommen und Personenzahl im Haushalt ***(Missings=77)***

89,4%(n=1.587) der Teilnehmerinnen haben als Muttersprache Deutsch angegeben, 10,6% (n=189) eine andere Muttersprache. 88,5% (n=1.571) der Frauen in der Stichprobe sind in Deutschland geboren, 11,6% (n=202) sind nach Deutschland immigriert, 0,2% (n=3) davon innerhalb des letzten Jahres vor der Teilnahme an der Befragung. Frauen, die vor über einem Jahr nach Deutschland immigriert sind, waren im Durchschnitt 20,4 Jahre in Deutschland.

In NRW hatten im Jahr 2018 26,6% der geborenen Kinder eine Mutter mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit (DESTATIS, 2020b). Dabei ist die Staatsangehörigkeit nicht vollständig gleichzusetzen mit der Angabe, ob die Frau selbst nach Deutschland immigriert ist.

In einer festen Partnerschaft/Ehe lebten 98,3% (n=1.743) der Studienteilnehmerinnen, 1,2% (n=21) lebten alleine mit dem Kind und 0,6% (n=10) in einer anderen Konstellation.
Der Großteil der Teilnehmerinnen war zum Zeitpunkt der Befragung gesetzlich krankenversichert (87,1 %, n=1.546), 15,2% aller Frauen (n=269) hatten eine private Zusatzversicherung. 2,1% (n=38) waren bei einer privaten Krankenkasse versichert und 10,5% (n=187) bei einer privaten Krankenkasse mit Beihilfe, während 0,2% (n=4) in einer anderen Versicherungssituation sind/sich befinden.

Anamnestische Merkmale der Stichprobe

Über die Hälfte der teilnehmenden Mütter (54,3 %, n=952) bekamen ihr erstes Kind. 34,9% (n=611) der Mütter bekam ihr zweites Kind, 8,7% (n=153) ihr drittes Kind und 2,1% (n=36) das vierte oder mehr Kinder. 2018 hatten laut QSINDIREKT 45,27% (n=76.287) der Mütter in NRW ihr erstes Kind geboren (QS-NRW, n.d.). Damit sind Erstgebärende in der Stichprobe von HebAB.NRW überrepräsentiert.

1,8% (n=32) der Teilnehmerinnen bekamen Mehrlinge. Der Anteil an Mehrlingen betrug 2017 in Deutschland 1,9% (n=14.773) (IQTIG, 2018) und war damit ähnlich wie in der Stichprobe HebAB.NRW. Der Anteil an Frühgeborenen betrug in der HebAB.NRW Stichprobe 7,5% (n=134). Im Jahr 2017 waren dies für DE 8,4% (n=64.652) (IQTIG, 2018). Damit war der Anteil an Frühgeborenen in der HebAB.NRW Stichprobe ungefähr einen Prozentpunkt geringer als im Jahr 2017 in Deutschland.
In der HebAB.NRW Stichprobe mussten 7,7% (n=136) aller Kinder in einer Kinderklinik behandelt werden. Bei 7,2% (n=128) der Kinder gaben die Mütter an, dass ihr Kind ein Gesundheitsproblem hatte, 3,2% (n=57) ein vorrübergehendes, 1,2% (n=21) ein leichtes anhaltendes, 1,2% (n=21) ein mittelschweres oder ein schweres anhaltendes und 1,6% (n=29) gaben „Weiteres“ an.
Zum Zeitpunkt der Befragung stillten 72,2% (n=1.283) der Mütter. 17,8% (n=317) hatten bereits abgestillt, 4,2% (n=75) wollten nicht stillen und 5,7% (n=102) konnten nicht stillen.

52,1% (n=927) der Frauen bewerteten ihren Gesundheitszustand in der letzten Woche (SF-1) als sehr gut oder ausgezeichnet. 47,9% (n=852) der Frauen beurteilten ihn als gut, weniger gut oder schlecht.
Über die Hälfte der Frauen gab mittelschwere bis sehr schwere physische Einschränkungen in der Schwangerschaft (53,1%, n=935) und im Wochenbett (54,7%, n=963) an und über ein Drittel der Frauen gab mittelschwere bis sehr schwere psychische Einschränkungen in der Schwangerschaft (38,3%, n=675) und im Wochenbett (41,4%, n=727) an (siehe Abbildung 9).

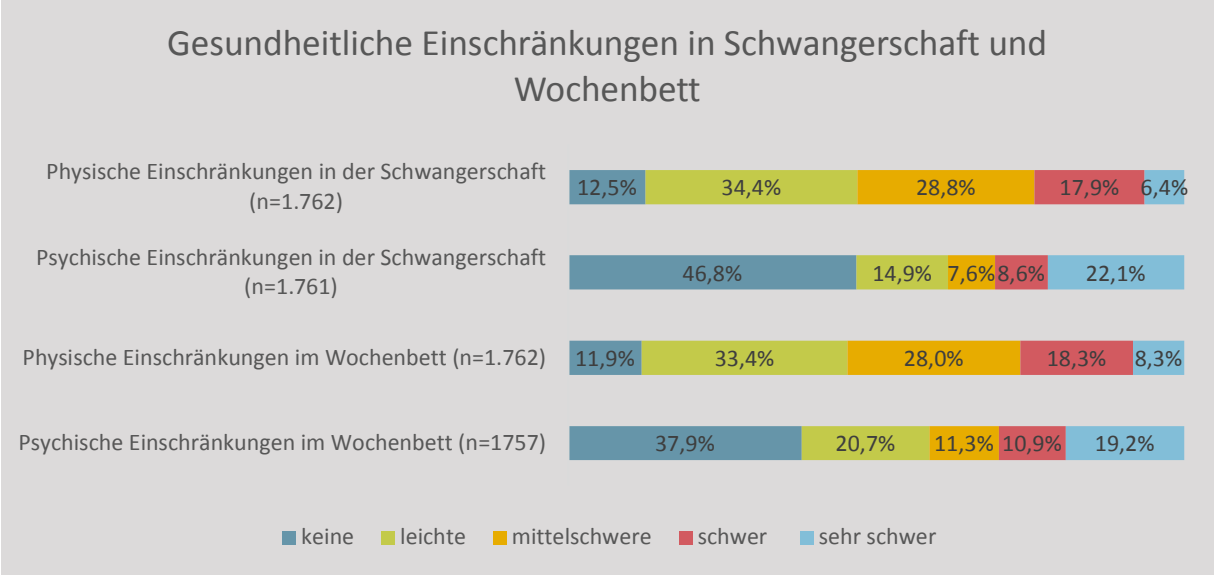


Abbildung 9: Gesundheitliche Einschränkungen der Mütter

27,1% (n=483) der Frauen nahmen ihre eigene Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft wahr, 69,8% (n=1.243) der Frauen taten dies nicht und.3,0% (n=54) der Frauen gaben dazu *weiß nicht* an.

Im Vergleich zur Jahresauswertung Geburtshilfe 2018 für NRW (QS-NRW, n.d.), weicht die Verteilung der Geburtsmodi in der Stichprobe nur leicht ab (Tabelle 7).

Tabelle 7: Geburtsmodi - Vergleich HebAB.NRW und Land NRW

	HebAB.NRW Mütterbefragung (n=1783)		QSINDIREKT NRW Jahresauswertung 2016	
Merkmal	n	%	n	%
Geburtsmodus			nur Einlinge	
Spontan	1.085	61,7	101.474	61,7
Vaginal-operativ	163	9,3	11.731	7,1
Kaiserschnitt	511	29,1	51.188	31,1
Primärer Kaiserschnitt	168	9,6	21.743	13,2
Sekundärer Kaiserschnitt	343	19,5	24.928	15,2

5.2 Forschungsfrage 1: Versorgung durch Hebammen in NRW

Im Folgenden wird der Zugang zu und die Inanspruchnahme von Hebammenleistungen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett dargestellt.

5.2.1 Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung von Frauen in der reproduktiven Lebensphase umfasst in Deutschland vornehmlich die Zeiträume von Schwangerschaft und Wochenbett. Die Versorgung außerklinischer Geburten ist im Kapitel *geburtshilfliche Versorgung* dargestellt.

Schwangerschaft

Gesetzlich Versicherte haben einen Anspruch auf Hebammenhilfe in der Schwangerschaft einschließlich der Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft und zur Schwangerenvorsorge (§24d SGB V, 2020). Hebammen führen die notwendigen Untersuchungen zur Beobachtung des Verlaufs einer normalen Schwangerschaft durch, bieten Hilfeleistung bei Schwangerschaftsbeschwerden oder Wehen an und bereiten Frauen/Eltern auf die Geburt und die Elternschaft vor (HebBO NRW, 2017).

67,2% (n=1.198) der in der Studie befragten Frauen nahmen in der Schwangerschaft eine individuelle Betreuung durch eine Hebamme in Form von Schwangerenvorsorge, Hilfe bei Beschwerden und/oder Beratung in Anspruch. 11,4% (n=203) der Frauen hatten in der Schwangerschaft keinen Kontakt zu einer Hebamme. Abbildung 10 zeigt die Inanspruchnahme von verschiedenen Leistungen in der Schwangerschaft.

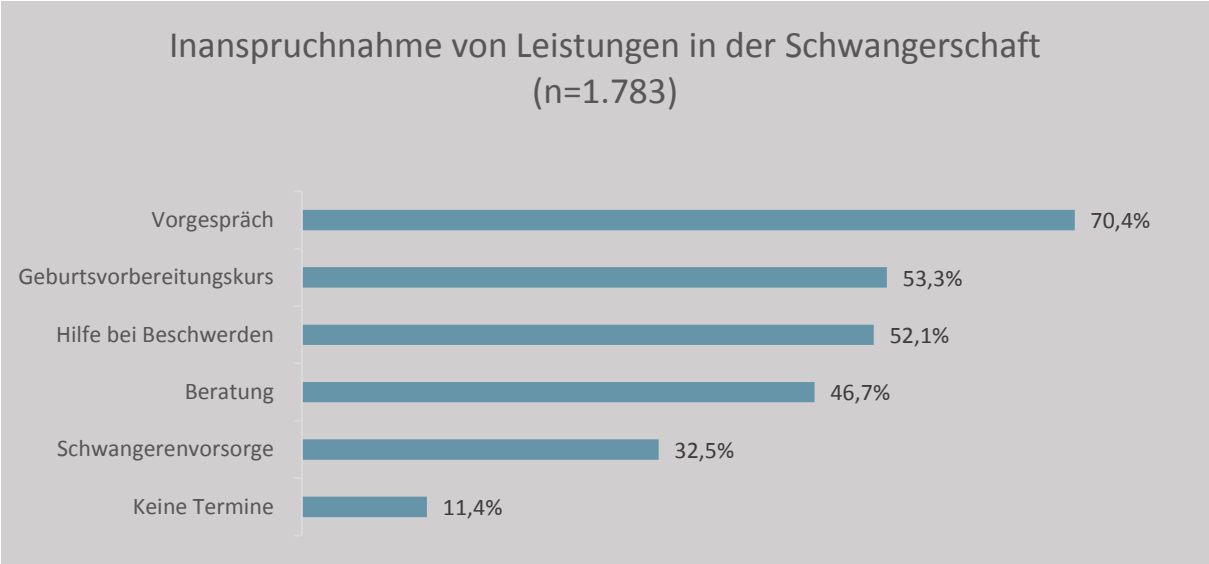


Abbildung 10: Inanspruchnahme von Leistungen in der Schwangerschaft
(Keine Missings; Mehrfachauswahl möglich)

Frauen ohne individuelle Betreuung (32,8%, n=585) gaben zu einem großen Teil an, dass sie keine Versorgung durch eine Hebamme während der Schwangerschaft in Anspruch genommen hatten. Geringes Wissen über die Versorgungsleistung, sowie das Nicht-Auffinden einer Hebamme für die Leistung spielten dabei unter anderem eine Rolle.
Die Angaben unter „Weiteres“ spiegelten die Verteilung dieser Angaben in ähnlicher Weise wider. Am häufigsten gaben Frauen an, keine Hebamme zu benötigen, da sie keine Beschwerden hatten oder ihnen der telefonische Kontakt mit der Hebamme ausreichte (n=91): *„nicht nötig, da unkomplizierte Schwangerschaft“*. Einige Frauen berichteten auch, lieber die Vorsorge bei dem Arzt/der Ärztin in Anspruch genommen zu haben (n=30): *„Ich fühlte mich bei meiner Frauenärztin sehr gut aufgehoben, zudem "weiß" ich zwar, dass auch Hebammen die Vorsorge übernehmen können, aber es ist mir nicht ganz im Bewusstsein verankert; vielleicht denke ich auch, die Ärztin hat mehr "Geräte"-sieht daher auch mehr“*. Auch die Nicht-Verfügbarkeit einer Hebamme wurde als Grund genannt (n=31; zu weit weg, keine Schwangerenvorsorge im Leistungsangebot, Abrechnungsprobleme bei der Vorsorge im Wechsel mit einem Arzt/ einer Ärztin): *„Ich war froh jemanden für die Nachsorge gefunden zu haben. Ich durfte mich aber erst ab der 36 SSW wieder bei ihr melden“*. Zudem wurden persönliche Gründe, zu spätes Erfahren dieser Möglichkeit sowie das Vorliegen einer Risikoschwangerschaft als Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen in der Schwangerschaft durch eine Hebamme benannt (Abbildung 11).

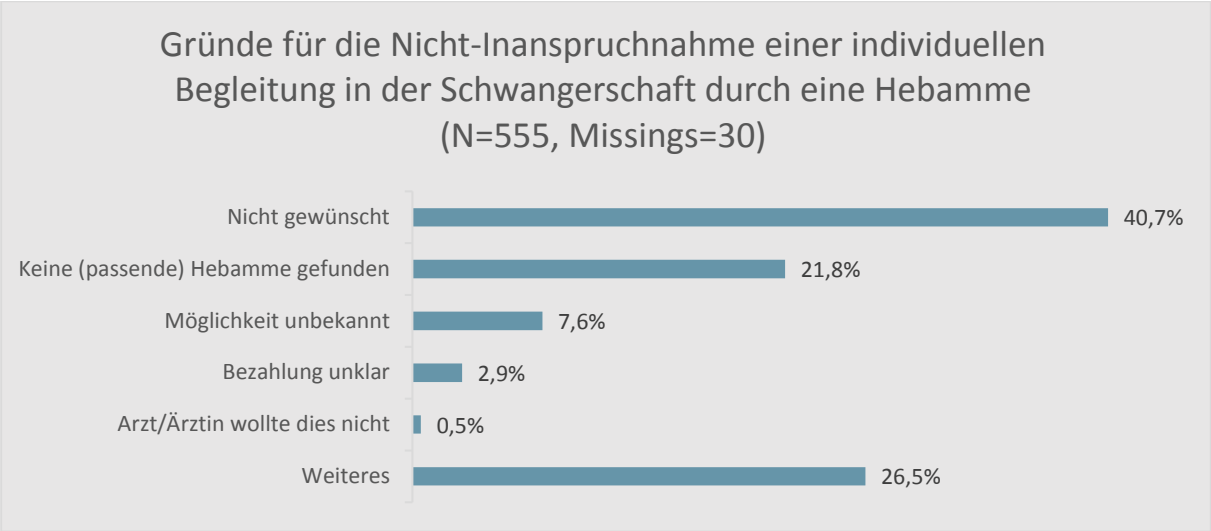


Abbildung 11: Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von Hebammenleistungen in der Schwangerschaft *(Missings=30)*

Von den Frauen, die eine individuelle Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft (Schwangerenvorsorge, Hilfe bei Beschwerden und/oder Beratung) in Anspruch nahmen, hatten 35,5% (n=419) der Frauen ungefähr gleich viele Termine bei einer Hebamme und einem/er Arzt/Ärztin. 6,6% (n=699) waren überwiegend bei einem/er Arzt/Ärztin und 7,9% (n=93) überwiegend bei einer Hebamme.

Die Termine mit einer Hebamme fanden zu 60,3% (n=718) im häuslichen Umfeld der Frau, zu 47,8% (n=569) in der Hebammenpraxis oder im GH, zu 8,1% (n=96) in der frauenärztlichen Praxis und zu 5,5% (n=65) im häuslichen Umfeld der Hebamme statt. 3,4% (n=41) hatten Termine an „weiteren Orten". Dazu zählten vor allem die Klinik (n=30) oder Gesundheitszentren/Apotheken oder die Elternschulen (n=7). Termine konnten auch von einer Frau an mehreren verschiedenen Orten in Anspruch genommen werden.

Die Frauen hatten durchschnittlich sechs Termine (SD±4,2) bei einer Hebamme in der Schwangerschaft (umfasst: Hilfe bei Beschwerden, Vorsorge, Beratung), wobei die Hälfte der Frauen vier bis acht Termine in Anspruch nahm. Ein Termin dauerte durchschnittlich 43 Minuten (SD±18,2), wobei bei der Hälfte der Frauen ein Termin zwischen 30 und 60 Minuten beanspruchte. Der erste Termin war durchschnittlich in der 18. Schwangerschaftswoche (SSW). Bei der Hälfte der Frauen fiel er zwischen die 12. und 21. SSW.
Frauen mit individueller Hebammenbetreuung während der Schwangerschaft (Schwangerenvorsorge, Hilfe bei Beschwerden und/oder Beratung) waren zu 84,7% (n=1.009) mit der Häufigkeit der Termine zufrieden (Abbildung 12).

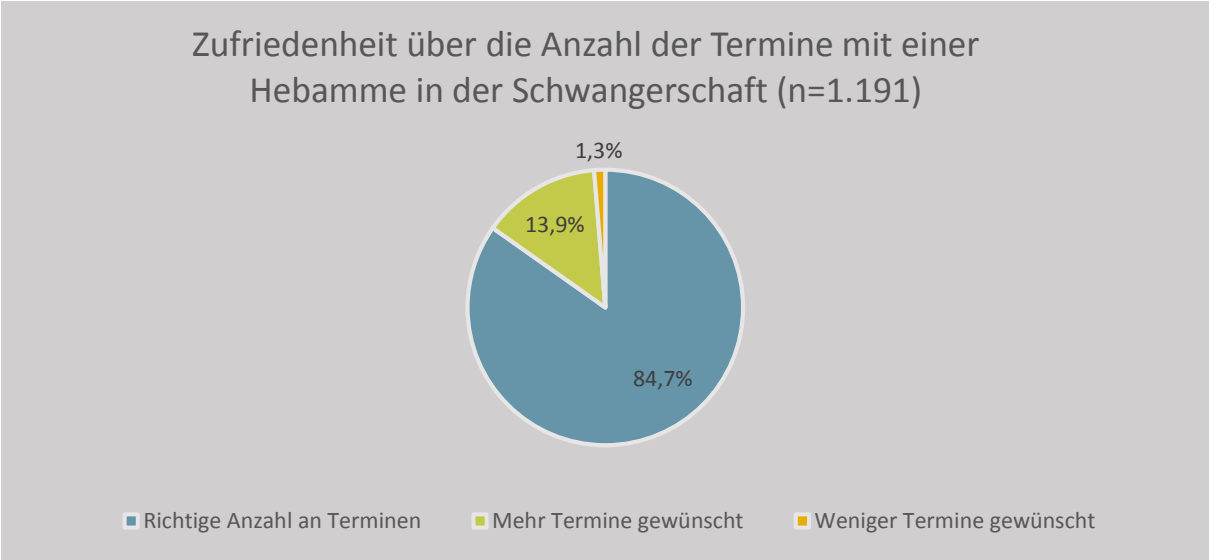


Abbildung 12: Zufriedenheit mit der Häufigkeit der Termine in der Schwangerschaft
(Missings=7)

5.2.2 Geburtsvorbereitungskurs

59,5% (n=1.058) der befragten Mütter gaben an, an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen zu haben. 24,6% (n=438) der Mütter wollten an keinem Kurs teilnehmen, beispielsweise mit der Begründung, dass sie den Kurs beim ersten Kind ausreichend fanden. Währenddessen berichteten 3,7% (n=65) der Studienteilnehmerinnen, keinen Kurs gefunden zu haben, 0,3% (n=6) der Frauen wussten nicht, dass es so etwas gibt und 2,0% (n=36) haben einen Kurs bei einer anderen Fachperson absolviert. 9,8% (n=174) gaben „Weiteres“ an. Auch im Freitext war die häufigste Angabe, dass dies beim zweiten Kind nicht nötig sei (n=132), gefolgt von Pathologien (n=16) oder unpassenden Kurszeiten (n=6), die die Teilnahme an einem Kurs nicht ermöglichten. Das Empfinden der Frauen bezüglich der Suche nach einem Kursangebot wird in Abbildung 13 dargestellt.

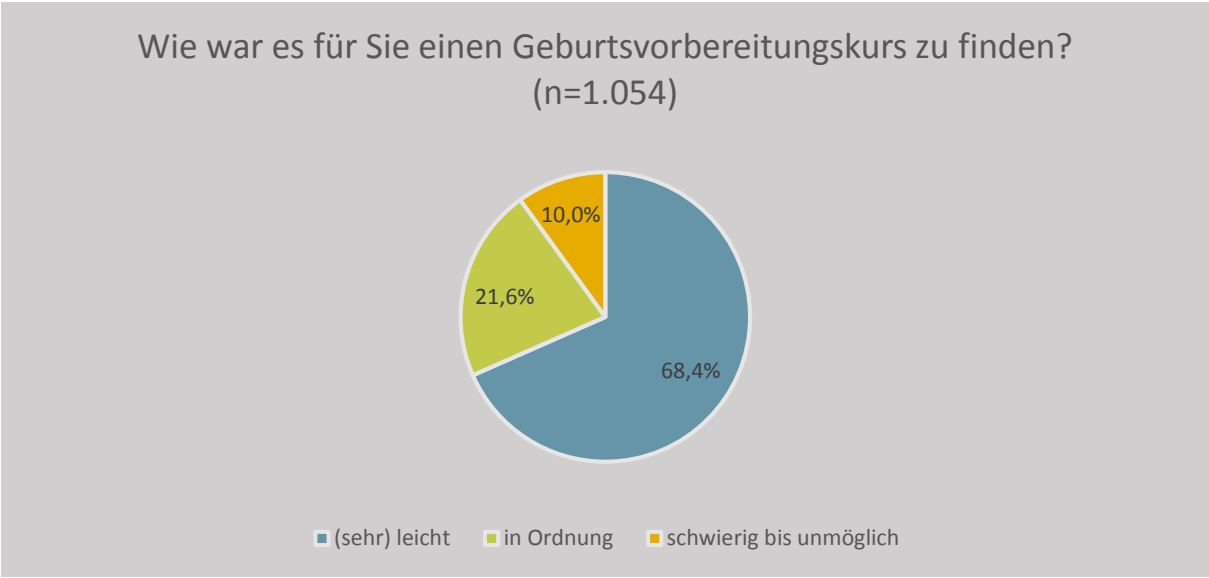


Abbildung 13: Zugang zu Geburtsvorbereitungskursen
(Missings=4)

5.2.3 Wochenbett

In den ersten drei Monaten nach der Geburt haben Frauen bzw. Familien einen Anspruch auf Hebammenbetreuung. Im Fokus steht dabei die physische und psychische Gesundheit, sowie das Ankommen in einer neuen Lebensphase mit Beratungs- und Anleitungsbedarf z.B. beim Stillen. Hebammen untersuchen und überwachen das Neugeborene, inklusive der notwendigen Blutentnahmen und Screeninguntersuchungen. Sie betreuen die Wöchnerinnen, insbesondere im Hinblick auf ihre Ernährung, die Rückbildung und mögliche Beschwerden. Zudem beraten sie und leiten zu den Themen der Ernährung und Pflege des Neugeborenen an (HebBO NRW, 2017).

92,8% (n=1.649) der Mütter wurden im Wochenbett von einer Hebamme betreut, 7,2% (n=127) aller Mütter erhielten keine Wochenbettbetreuung durch eine Hebamme. 44,9% (n=57) Frauen ohne Hebammenbetreuung im Wochenbett gaben an keine Hebamme gefunden zu haben, 52,8% (n=67) wollten keine Hebamme und 2,4% (n=3) war die Leistung unbekannt oder die Bezahlung der Hebammen unklar (siehe Abbildung 14).

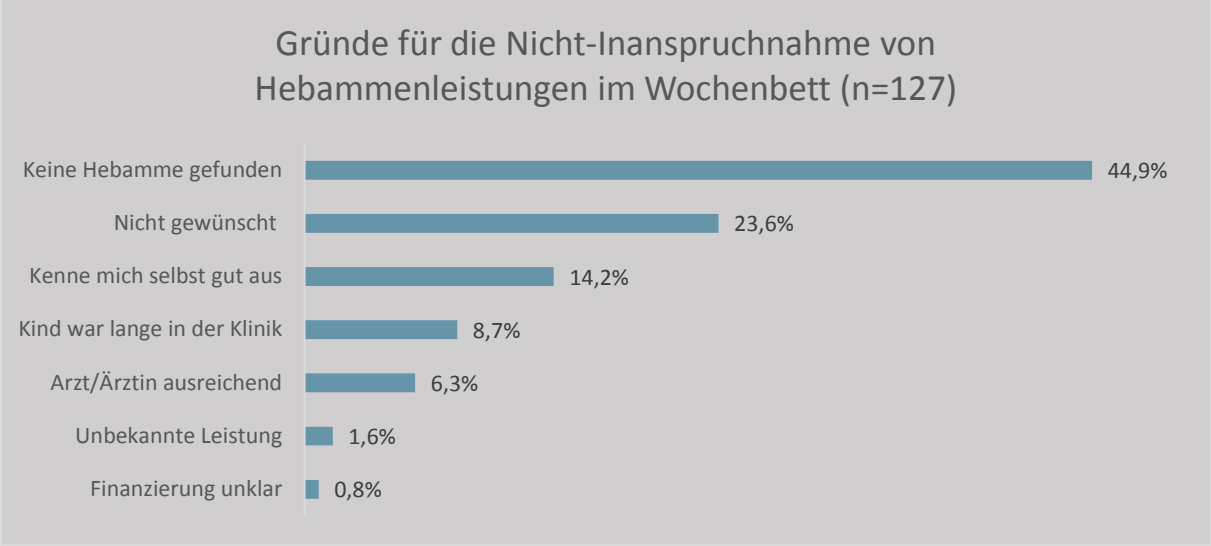


Abbildung 14: Nicht-Inanspruchnahme von Hebammenleistungen im Wochenbett

57 Frauen hatten keine Hebamme fürs Wochenbett, obwohl sie sich eine gewünscht hätten. Diese Frauen suchten durchschnittlich in der 16. SSW und riefen im Schnitt zehn Hebammen an. Der Hauptgrund für eine fehlende Betreuung war auch hier, dass die Hebammen keine Zeit hatten (n=43). Alle 57 Frauen, die keine Wochenbettbetreuung erhalten haben, obwohl sie dies wünschten, hatten ihr Kind in einer Klinik geboren.
96,4% (n=1.613) der Mütter, die in der Klinik geboren haben, sind nach der Geburt stationär in einer Klinik geblieben und 3,6% (n=61) sind ambulant nach Hause gegangen. Frauen, die stationär blieben, verweilten durchschnittlich für 3,6 Tage (SD±2,2) in der Klinik. In Abbildung 15 sind die Tage zwischen Entlassung und dem ersten Hebammenbesuch dargestellt.

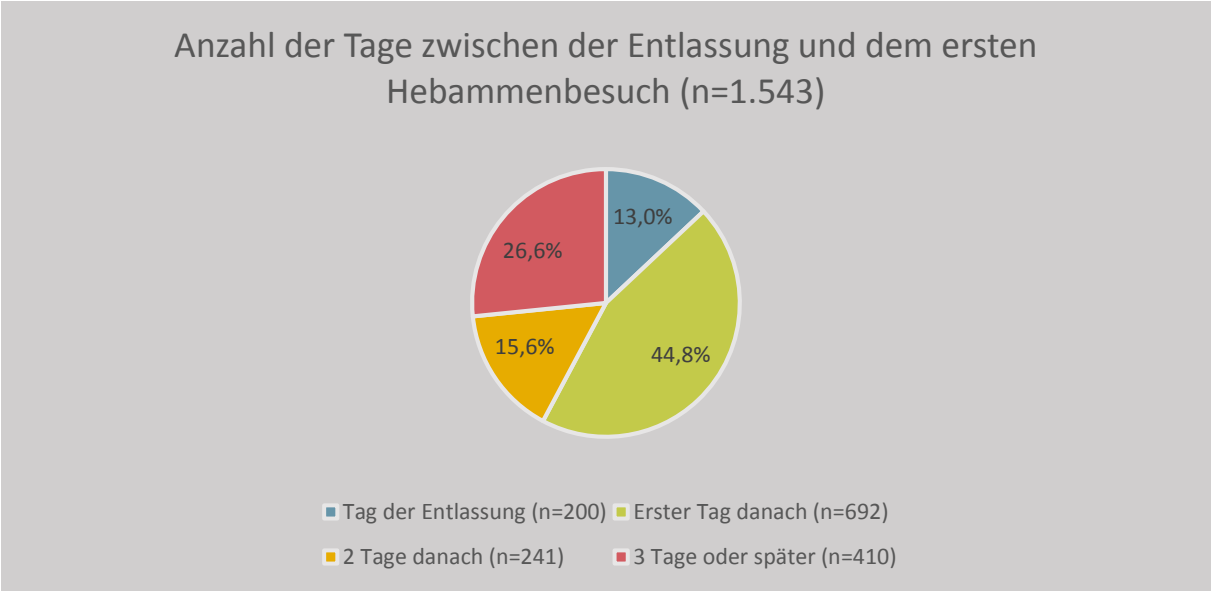


Abbildung 15: „Wann war die Wochenbetthebamme das erste Mal bei Ihnen?"
(Missings=12)

651 Frauen (42,2 %) erhielten den ersten Wochenbettbesuch durch eine Hebamme zwei Tage nach der Entlassung oder später.

Bei 18,7% (n=304) der Frauen, die eine Hebammenbegleitung im Wochenbett erhielten, war die Wochenbettbetreuung zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht abgeschlossen. Bei Frauen, deren Betreuung durch die Hebamme bereits abgeschlossen war (81,3%, n=1.319), dauerte die Betreuung im Durchschnitt bis zur neunten Lebenswoche des Kindes (SD±3,7), bei über der Hälfte dieser Frauen endete die Betreuung im Zeitraum von der sechsten bis zur zehnten Lebenswoche.

Durchschnittlich wurden Frauen von einer Wochenbetthebamme zwölf Mal (SD±5,7) besucht. Mit einem Minimum von einem und einem Maximum von 72 Besuchen. Die Wochenbettbesuche betrugen durchschnittlich 38,8 Minuten (SD±17,4), mit einem Minimum von einer Minute und einem Maximum von zwei Stunden. Die Hälfte der Besuche dauerte zwischen 30 und 45 Minuten. 89,0%(n=1.459) der Frauen waren mit der Häufigkeit der Besuche zufrieden (siehe Abbildung 16).

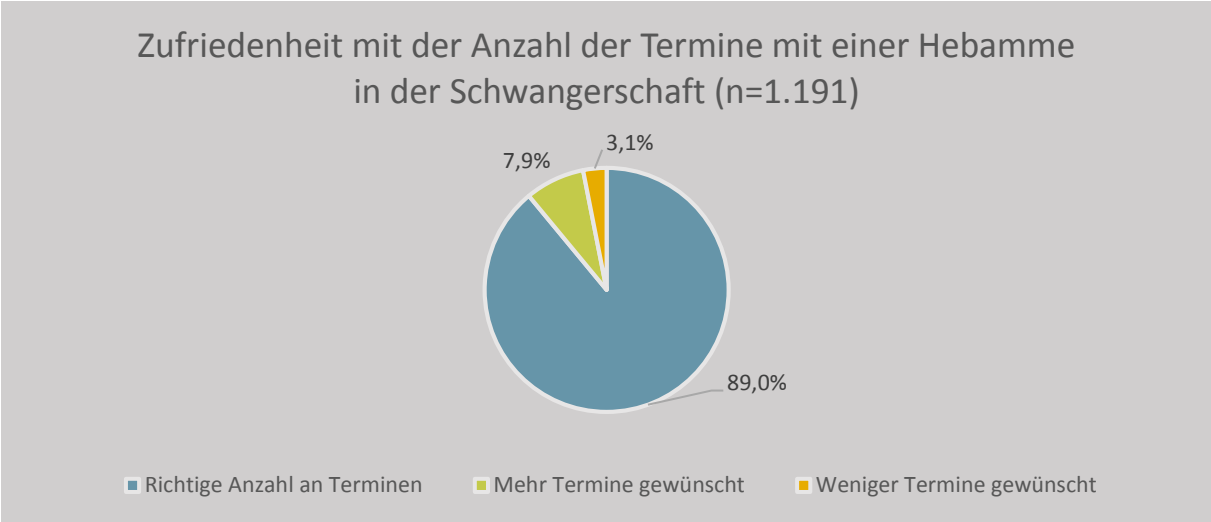


Abbildung 16: Zufriedenheit mit der Häufigkeit der Termine in der Schwangerschaft
(Missings=10)

Fast allen Frauen war bekannt, wie sie die Hebamme erreichen konnten (95,8 %, n=1.570). 80,5% (n=1.323) der Frauen war bekannt, wer im Notfall für sie erreichbar wäre, wenn die Hebamme nicht zur Verfügung stünde.

5.2.4 Weitere Versorgungsangebote im Wochenbett

7,8% (n=129) der Frauen mit Wochenbettbetreuung durch eine Hebamme nahmen nach der Geburt eine nicht-aufsuchende Wochenbettbetreuung in einer Praxis oder in einem Geburtshaus in Anspruch. Die durchschnittliche Häufigkeit betrug dabei drei Besuche (SD±3,5). 4,9% (n=80) der Frauen mit Wochenbettbetreuung wurden im Wochenbett (auch) durch eine Familienhebamme betreut. Jedoch waren 46,5% (n=763) der Frauen das Versorgungsmodell „Familienhebamme“ nicht bekannt. In eine Wochenbettambulanz[5] gingen 0,5% (n=9) aller Mütter und nahmen dort durchschnittlich zwei (SD±1,3) Besuche in Anspruch.

Die Beratung über ein Kommunikationsmedium während des Wochenbetts wurde von 99,0% (n=1.633) der Frauen in Anspruch genommen. Es gab durchschnittlich 3,9 (SD±4,4) Beratungskontakte per Kommunikationsmedium zur Wochenbetthebamme, am häufigsten per Telefon oder per Messengerdienst (z.B. WhatsApp) (siehe Abbildung 17).

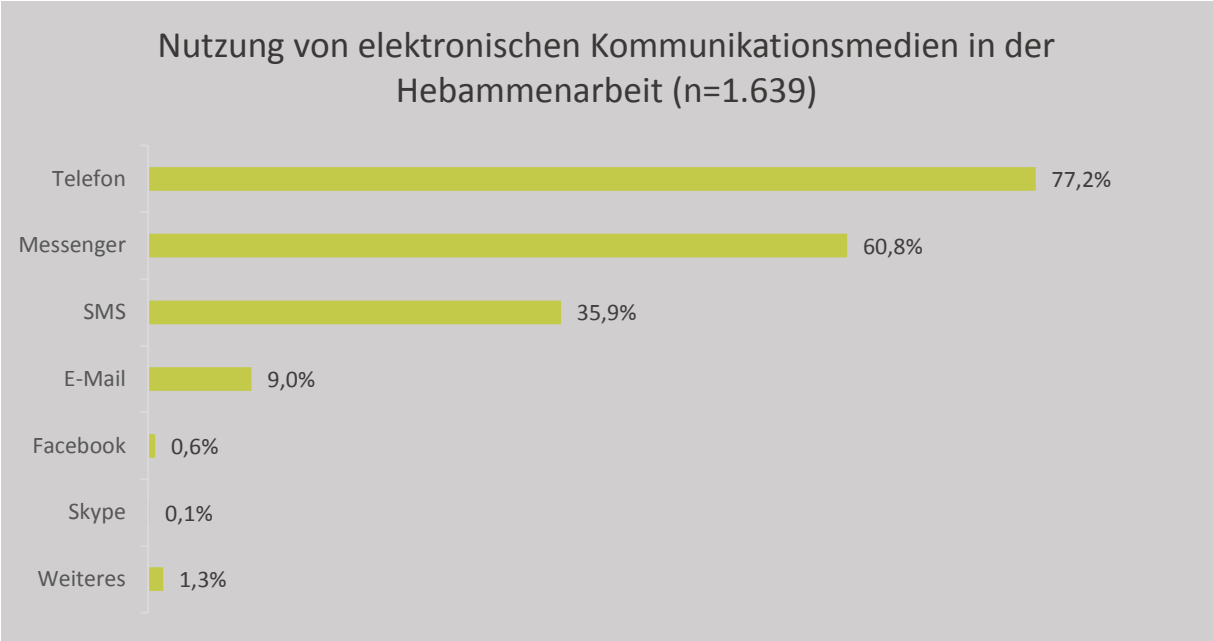


Abbildung 17: Inanspruchnahme von Beratung durch elektronische Kommunikationsmedien
(Missings=10; Mehrfachauswahl möglich)

5.2.5 Zugang zum Rückbildungskurs

An einem Rückbildungskurs haben 62,3% (n=1.107) der Mütter teilgenommen, 11,2% (n=199) hatten dies zum Befragungszeitpunkt noch vor. 11,8% (n=210) der Frauen haben keine Kursteilnahme gewünscht und 5,6% (n=100) haben an einem Kurs bei einer anderen Fachperson teilgenommen. 4,4%

[5] In NRW gibt es nur in wenigen Städten Wochenbettambulanzen. Diese sind häufig an einem Krankenhaus angesiedelt und dienen als Anlaufstelle für Frauen ohne eine „eigene“ Hebamme.

(n=79) der Mütter gaben an, keinen Kurs gefunden zu haben und 0,8% (n=14) der Frauen war dieses Angebot nicht bekannt. 3,8% (n=67) der Frauen gaben „Weiteres“ an. Hier waren die Hauptgründe, dass Kurse bereit voll waren (n=7), Frauen nicht ohne ihr Kind zum Kurs wollten/konnten (n=10) oder sie angaben, keine Zeit für einen Kurs zu haben (n=17). Zwei Frauen nahmen einen Onlinekurs in Anspruch. Das Empfinden der Frauen bezüglich der Suche nach einem Kursangebot wird in Abbildung 18 dargestellt.

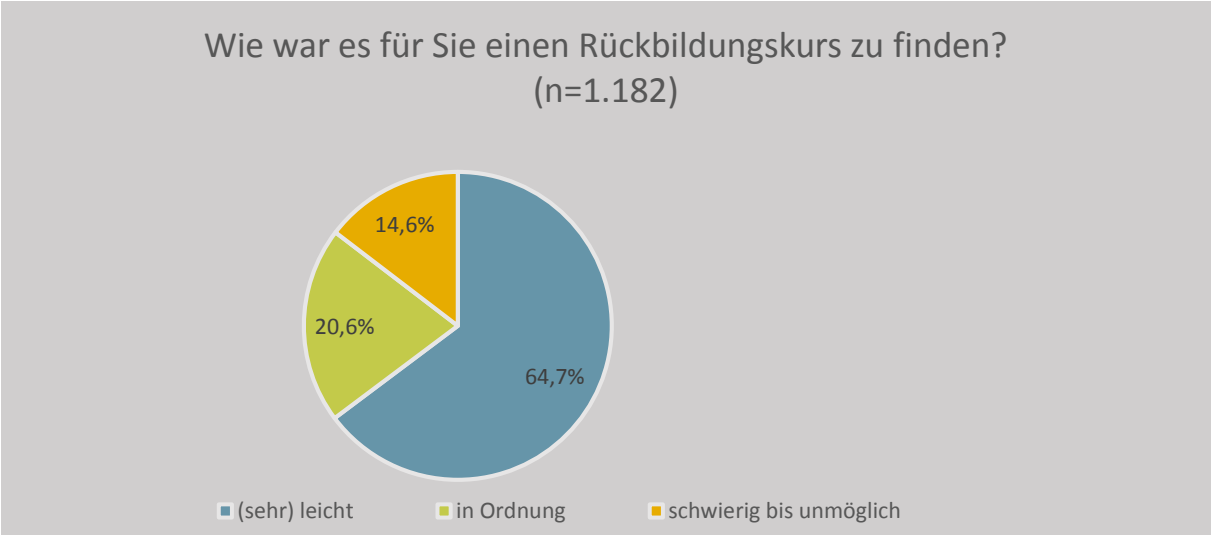


Abbildung 18: Zugang zum Rückbildungskurs
(Missings=124)

5.2.6 Zugang zur ambulanten Versorgung

Der Zugang beschreibt eine der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme einer Leistung in der Gesundheitsversorgung. Barrieren für einen Zugang können zum Beispiel fehlende räumliche Nähe zum Angebot, fehlendes Wissen zum Angebot oder dessen Zugang sein (Pfaff et al., 2017). In Deutschland müssen Frauen, die ambulante Hebammenleistungen in Anspruch nehmen möchten, selbst eine Hebamme mit dem entsprechenden Angebot suchen. Dazu muss zunächst das Wissen vorhanden sein, dass es Hebammen gibt, welche Leistungen sie anbieten, wie man sie in Anspruch nimmt bzw. wie die Finanzierung der Leistungen gestaltet ist.

5.2.7 Wissen als Grundlage für den Zugang

60,2% (n=1.066) der Frauen fühlten sich (sehr) gut über Hebammenleistungen in der Schwangerschaft informiert, 39,8% der Frauen fühlten sich mäßig bis gar nicht informiert (siehe Abbildung 19).

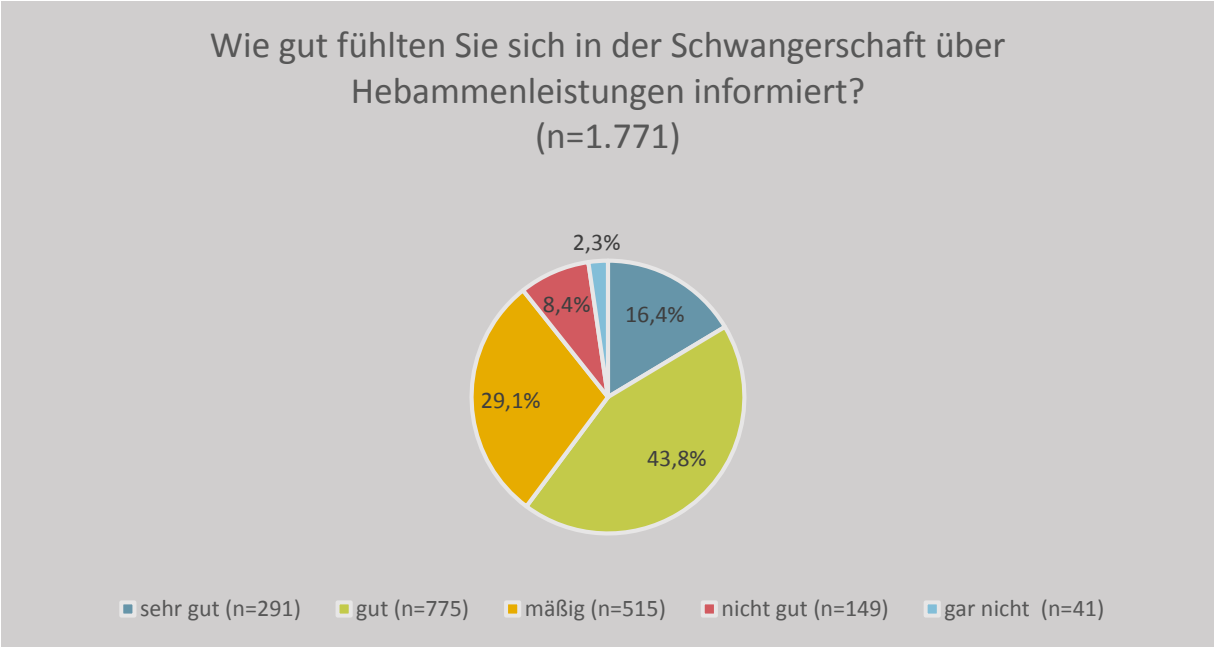


Abbildung 19: Subjektives Gefühl der Informiertheit über Hebammenleistungen
(Missings=12)

Demnach kann davon ausgegangen werden, dass zum Zeitpunkt der Befragung, das Wissen der Frauen zu Hebammenleistungen insgesamt recht hoch war. Allerdings gab es auch einen Anteil von Frauen zwischen 4,2% und 16,4% pro Frage, die die zutreffende Antwort bezüglich der Versorgungsleistungen von Hebammen nicht wussten (siehe Abbildung 20).

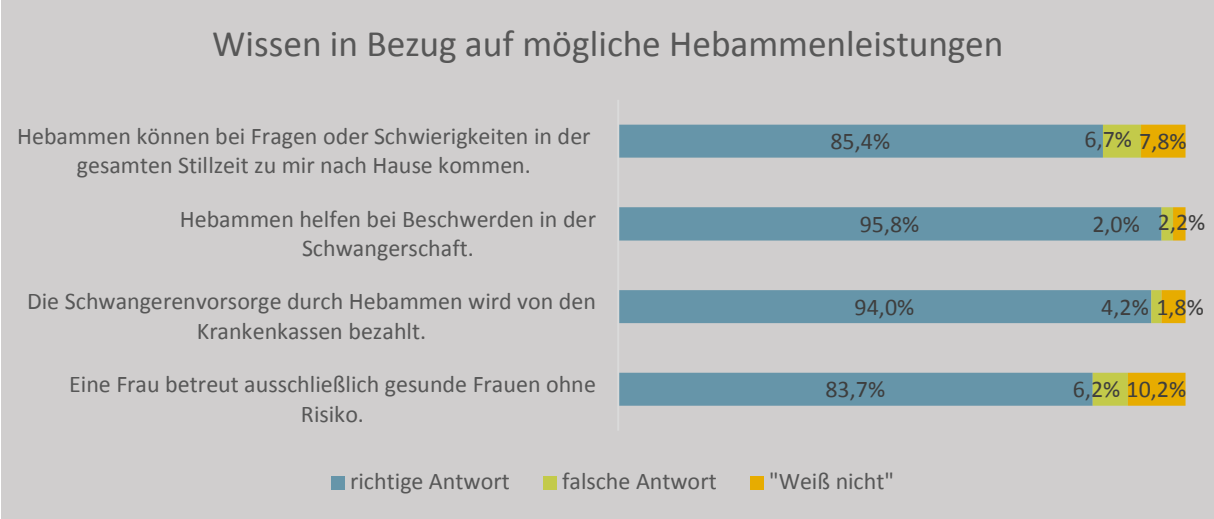


Abbildung 20: Wissensfragen zu den Angeboten von Hebammenleistungen
(Stillzeit: n=1.770, Missings=13; Beschwerden: n=1.773, Missings=10; Vorsorge: n=1.772, Missings=11; Risiko: n=1.772 Missings=11)

Das Wissen zur Hebammensuche stammte am häufigsten von Freund*innen und Bekannten (53,4 %, n=947), aus dem Alltagswissen (37,4 %, n=664), aus vorherigen Schwangerschaften (36,8 %, n=654) und von Ärzt*innen (28,8 %, n=512). Zusätzlich gaben 1,2 % (n=21) der Frauen an, nicht zu wissen, dass sie sich eine Hebamme selbst suchen müssen. Unter Weiteres nannten Frauen vor allem Wissen durch ihren beruflichen Kontext an (n=14).

Auch gefunden wurde eine Hebamme am häufigsten über Freund*innen und Bekannte (29,9 %, n=481), über das Internet (26,9%, n=434) oder es wurde eine bekannte Hebamme (z.B. aus der vorherigen Schwangerschaft) erneut angesprochen (21,1 %, n=339). Bei 5,8% (n=93) der Frauen wurde eine Hebamme über eine Hebammenzentrale vermittelt (Abbildung 21) und 70 Frauen haben „Weiteres“ angegeben. Die Begleit-Beleghebamme war bei 26 Frauen auch die Wochenbetthebamme. 14 Frauen machten Angaben dazu, dass sie über private Kontakte ihre Hebamme gefunden hatten bzw. die Hebamme bereits kannten.

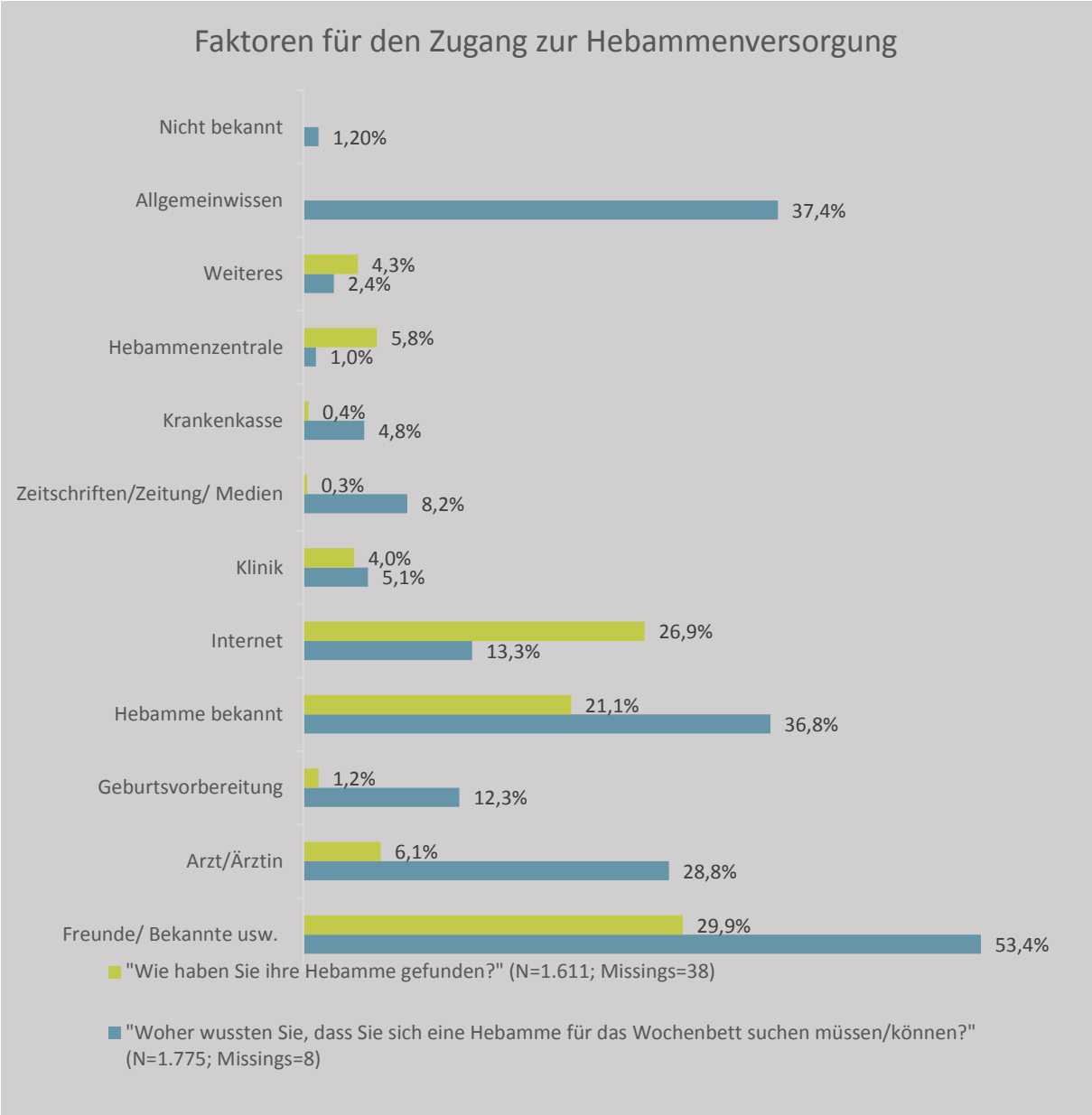


Abbildung 21: Faktoren für den Zugang zur Hebammenversorgung
(Mehrfachauswahl möglich)

Zugang

Die erste Kontaktaufnahme zu einer Hebamme erfolgte bei 92,7% (n=1.627) der Frauen in der Schwangerschaft. Im Durchschnitt wurde der Erstkontakt in der 13. SSW gesucht (SD±6,6). 3,5% (n=62) der Frauen gaben an, nach der Geburt eine Hebamme gesucht zu haben. 3,8% (n=67) haben keinen Kontaktversuch unternommen.

Die Frauen, die versuchten eine Hebamme für die Betreuung in der Schwangerschaft und/oder im Wochenbett zu finden, riefen durchschnittlich 4,1 (SD±7,0) Hebammen an. 81,5% (n=1.355) der Frauen riefen null bis fünf Hebammen an, 10,7% (n=178) der Frauen riefen sechs bis zehn Hebammen an und 7,8% (n=129) der Frauen kontaktierten mehr als zehn Hebammen an, um eine Betreuung zu finden.

Die Hälfte der Frauen, die versucht haben, eine Hebamme zu finden (n=1.711), beschrieb es als sehr leicht bis leicht diese zu finden. Die andere Hälfte der Frauen empfand es als in Ordnung bis unmöglich (siehe Abbildung 22).

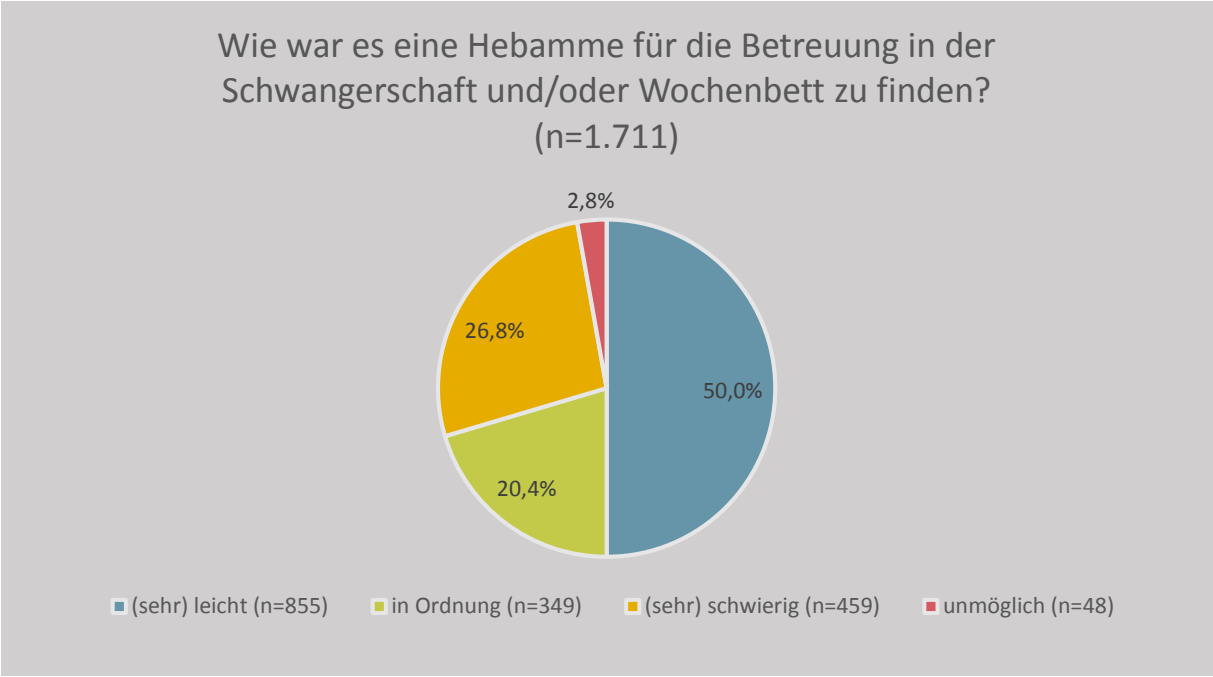


Abbildung 22: Subjektive Einschätzung des Zugangs
(Missings=5)

Frauen, die die Hebammensuche (sehr) schwierig oder unmöglich fanden, gaben als Grund dafür vor allem die fehlende Zeit der Hebammen an (91,7 %, n=465) und/oder dass Hebammen keine Betreuung am Wohnort angeboten haben (20,3 %, n=103) (siehe Abbildung 23).

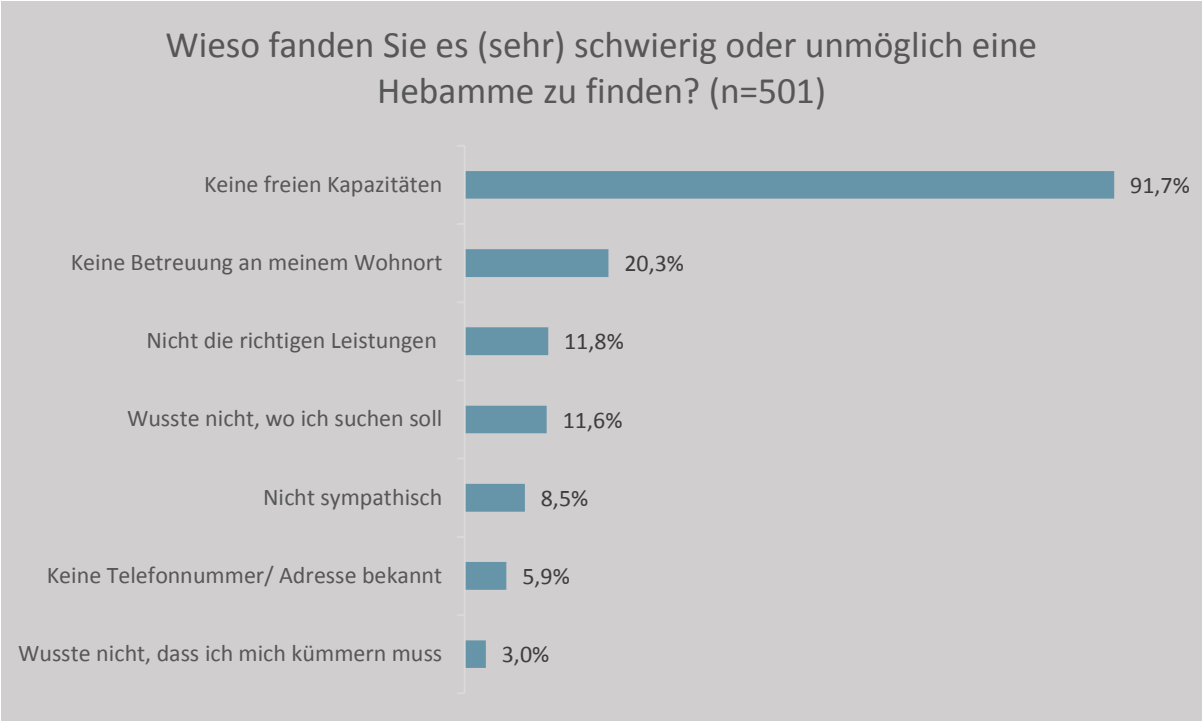


Abbildung 23: Gründe für Schwierigkeiten bei der Hebammensuche
(Missings=6; Mehrfachauswahl möglich)

Vergleicht man die Gruppe der Frauen, die die Hebammensuche (sehr) schwierig oder unmöglich fanden, mit der Gruppe der Frauen, welche die Hebammensuche (sehr) leicht oder in Ordnung fanden, gibt es eine Reihe an signifikanten Unterschieden (Chi²-Test $p<0,05$). Eine Auswahl ist in Abbildung 24 aufgeführt. Dabei fällt auf, dass Frauen, die einen hohen Bildungsgrad, keinen Migrationshintergrund, eine private Krankenversicherung, eine Spontangeburt oder ein reif geborenes Kind hatten, die Hebammensuche einfacher fanden, als Frauen ohne diese Merkmale.

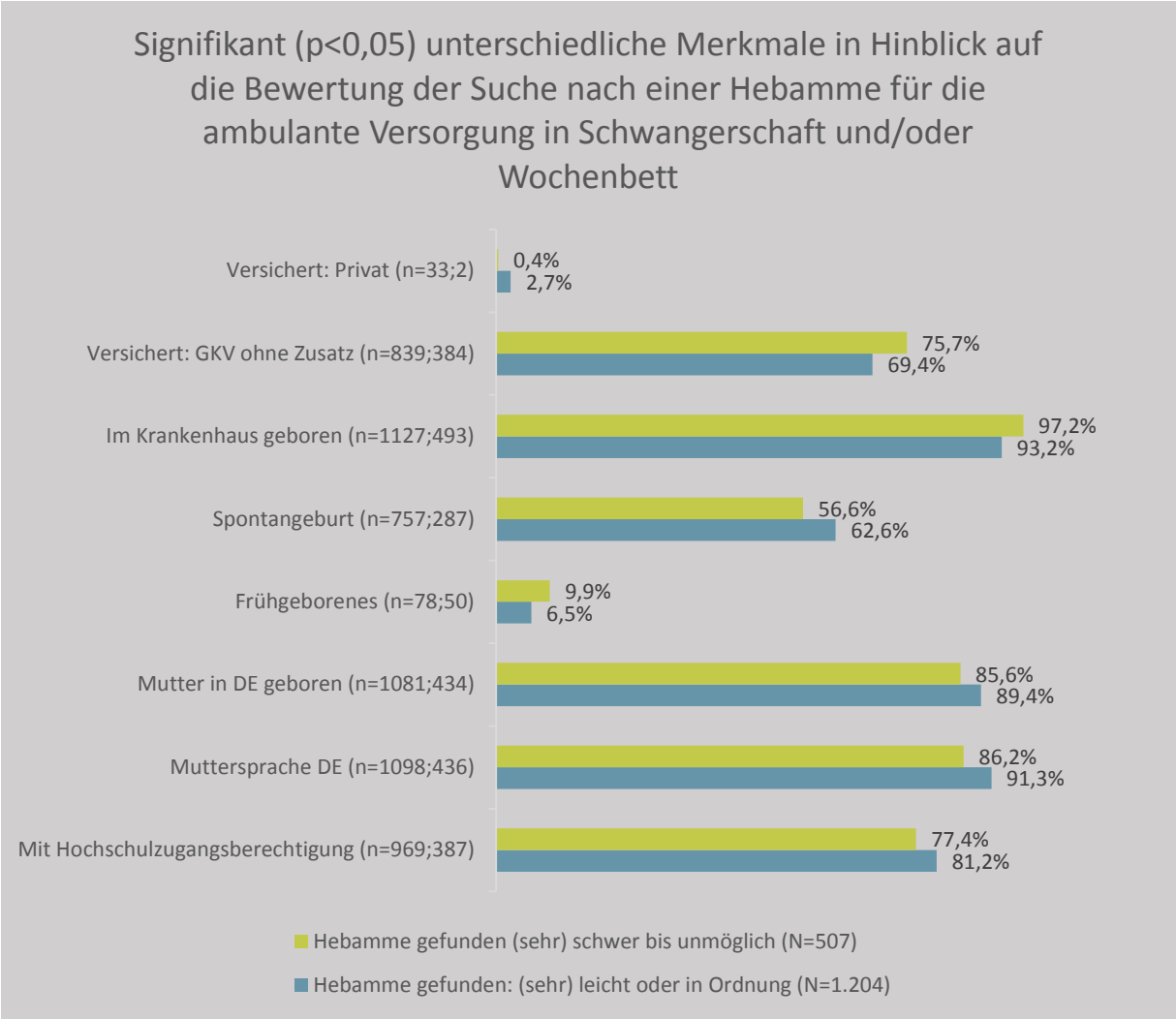


Abbildung 24: Merkmale bei der Bewertung der Hebammensuche

Die befragten Frauen hatten in einem Freitextfeld die Möglichkeit weitere Angaben zur Hebammensuche zu machen. 793 (44,5%) Frauen haben diese Möglichkeit genutzt. 264 gaben an, dass die Suche nach einer Hebamme gut funktioniert hat, da sie ihre Hebamme aus der vorherigen Schwangerschaft kontaktieren konnten oder über private Beziehungen zu einer Hebamme kamen.

> „[Ich] *kannte die Hebamme schon von der Geburt meines ersten Kindes und wusste, dass man am besten sofort dort anruft*"

> *„Nur durch mehrfache Bitte meiner Freundin bei ihrer Hebamme, hat diese mich noch dazwischen genommen. Sonst hätte ich keine Hebamme gehabt."*

> *„Mir wurde die Hebamme von einer Freundin empfohlen."*

Weitere 115 Frauen fanden die Suche sehr unkompliziert, da sie wussten, dass sie sich sehr früh um eine Hebamme kümmern mussten. Häufig schrieben Frauen, dass sie *„großes Glück“* hatten, so gut eine Hebamme gefunden zu haben. Oder der Begriff *„Geheimtipp“* wurde verwendet. Auch hier spielte die schwierige Gesamtsituation in den Aussagen der Frauen häufig eine große Rolle.

> *„Bei mir war die Suche einfacher als gedacht, ich hatte sogar die Auswahl zwischen zwei Hebammen*.“

> *„Es war es nur so leicht eine Hebamme zu finden, weil ich mich direkt nach dem positiven Test darum gekümmert habe. Später hätte ich keine Hebamme mehr gefunden.“*

> *„Ich hatte Glück! Habe im August (Schwangerschaftswoche 11) Kontakt aufgenommen und den letzten freien Platz für März 2018 bekommen. Habe die Situation unterschätzt und hätte mich später erst gekümmert, wenn Familie und Freunde nicht vehement auf eine frühe Suche gedrängt hätten.“*

> *„Nur über den „Geheimtipp“ einer Hebamme, die ich angerufen habe, habe ich eine Liste der Hebammen aus dem […] bekommen, die nicht im Hebammenverzeichnis (z.T.) stehen u. daher nicht ganz so ausgebucht sind.“*

Auch bekamen einige Frauen eine Hebamme fürs Wochenbett, nicht jedoch für eine Geburtsbegleitung, obwohl sie sich diese gewünscht hätten. Einige Frauen beschrieben auch, dass sie sich nicht getraut hätten, weiter zu suchen, auch wenn die Hebamme, die zugesagt hatte, nicht optimal passte.

> *„Ich habe schnell eine nette Hebamme gefunden. Jedoch KEINE BELEGHEBAMME, so wie ich es mir gewünscht hatte. (Bei meinen ersten beiden Geburten hatte ich eine Beleghebamme, das war einfach viel viel besser.)“*

> *„Man nimmt die Erste, die zusagt. Man hat gar keine Wahl. Auch wenn es vielleicht nicht passt, nimmt man sie.“*

Frauen, denen das Wissen fehlte, dass sie sich sehr früh um eine Hebamme kümmern sollten, beschrieben daher mehr Probleme bei der Suche gehabt zu haben.

> *„Mir war leider nicht bewusst, dass es zu wenig Hebammen gibt und es deswegen schwierig wird eine zu finden, wenn man erst später eine sucht.“*

205 Frauen gaben im Freitextfeld an, dass sie die Suche kompliziert fanden, dass viele Hebammen keine Zeit hatten oder nicht die gewünschten Leistungen anboten. Einige der Aussagen sind hier dargestellt:

> *„Es war nicht nur schwierig eine Hebamme zu finden, sondern auch eine zu erreichen bzw. einen Rückruf zu bekommen. Von acht haben sich nur zwei !! zurückgemeldet, die anderen hatten es nicht nötig. Das war unschön. Internetkontakte und Listen sind veraltet.“*

Einige Frauen schrieben auch, dass eine Geburt in der Urlaubszeit, ein Umzug oder das Wohnen auf dem Land die Suche schwieriger machte:

> *„Wenn man während der Schwangerschaft umzieht, ist es unmöglich eine Hebamme zu finden."*

> *„Der errechnete Geburtstermin lag innerhalb der Ferienzeit. Dementsprechend sagten viele Hebammen ab, da sie da nicht arbeiten. Meine Hebamme habe ich notdürftig über „Vitamin B" als Notlösung bekommen. Diese hatte aber nicht viel Zeit für uns, da diese auch schon komplett ausgebucht war."*

> *„Selten war Jemand bereit, in mein Dorf zu kommen."*

Viele Frauen fanden die schwierige Suche zusätzlich frustrierend, da die Hebammen schwer erreichbar waren oder sie keinerlei Reaktion von den Hebammen erhielten:

> *„Viele haben einfach nicht geantwortet. Was die Suche sehr frustrierend und mühselig gemacht hat."*

> *„Ich habe vielen Hebammen eine E-Mail geschickt, ob sie mich im Wochenbett betreuen könnten. Ein großer Teil hat leider nicht geantwortet."*

Einige Frauen beschrieben, es als Belastung sich so früh um eine Hebamme kümmern zu müssen. Sie gaben an, so früh in der Schwangerschaft eventuell noch nicht zu wissen, welche Leistungen sie später benötigen würden. Einige Frauen wollten auch gerne das erste Trimester mit dem Risiko eines frühen Schwangerschaftsverlustes abwarten, bevor sie eine Hebamme kontaktieren wollten.

> *„Gerade als Erstgebärende weiß man nicht, dass man sich so früh um eine Hebamme kümmern muss!"*

> *„Ich war sehr verunsichert so früh eine Hebamme suchen zu müssen, da man so früh ja noch gar nicht sicher sein kann, dass das Baby bleibt. Aber meine Frauenärztin hat mir geraten mich trotzdem schon so früh drum zu kümmern..."*

> *„Mir war bekannt, dass ich mich früh kümmern muss. Es war aber ein sehr unangenehmes Gefühl in der !6! Woche im Geburtshaus anzurufen. Mein erster Termin mit der Hebamme war eher, als das wir unseren Familien von der Schwangerschaft erzählt haben!"*

30 Frauen berichteten über ihren/e Frauenarzt/ärztin in Kontakt mit einer Hebamme gekommen zu sein. 51 gaben im Freitextfeld an, dass sie Kontakt zu einem Hebammennetzwerk hatten. Sie fanden dies überwiegend positiv. Einige waren jedoch auch unzufrieden, dass sie so keine Hebamme „aussuchen" konnten oder es kam auch über das Netzwerk keine Betreuung zustande. Im Folgenden sind einige Zitate dargestellt, die sich auf den Zugang zu einer Hebamme über den/die Frauenarzt/ärztin oder über Hebammennetzwerke beziehen:

„Bereits in der 9. Schwangerschaftswoche waren 14 Hebammen bereits ausgebucht. Die 15. (Geheimtipp meiner Gynäkologin) hatte zum Glück noch Kapazitäten frei. Im Nachhinein betrachtet wirklich ein großes Glück, ich weiß nicht, wie ich die ersten 4 Wochen ohne meine Nachsorgehebamme überstanden hätte."

„Mir wurde bei meiner Suche eine Anfrage beim Hebammennetzwerk empfohlen und das hat super funktioniert"

Einige Frauen beschrieben auch, dass viele Listen oder auch Informationen im Internet veraltet seien und wünschten sich aktuelle Register mit Informationen zu den Hebammen und ihrem Leistungsangebot.

„Da es keine komplette Liste gibt und auch keine Hebammenzentrale, musste man sich die Informationen und Kontaktdaten alleine zusammensuchen und alle kontaktieren"

„Es ist nicht so einfach sich eine Hebamme zu suchen, wenn man nicht weiß, worauf man achten soll bzw. muss. Und es wäre schöner, wenn man direkt eine Art Streckbrief zur Hebamme (bzw. im Internet) sehen könnte."

Inanspruchnahme von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)

Unter IGeL werden Leistungen und Laboruntersuchungen verstanden, die nicht zum festgeschriebenen Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen gehören und über die *notwendige* Behandlung der Patient*innen hinausgehen, da der Nutzen dieser Leistungen (noch) nicht ausreichend belegt ist oder durch den Gemeinsamen Bundesausschuss geprüft wurde. Umgangssprachlich werden diese auch oft als „Selbstzahler-Leistungen" bezeichnet. Allerdings werden IGeL je nach Leistungsangebot der verschiedenen Krankenkassen auch teilweise oder voll bezuschusst (BMG, 2016; BÄK & KBV, 2012).

60,1% (n=1062) der Frauen gaben an IGeL rund um die Geburt bei einer Hebamme in Anspruch genommen zu haben. 39,9% (n=706) verneinten die entsprechende Frage. Die Art der IGeL sind in Abbildung 25 dargestellt. Unter „Weiteres" wurden zum Beispiel das Lasern der Brustwarze, medizinisches Zubehör oder die Trageberatung genannt.

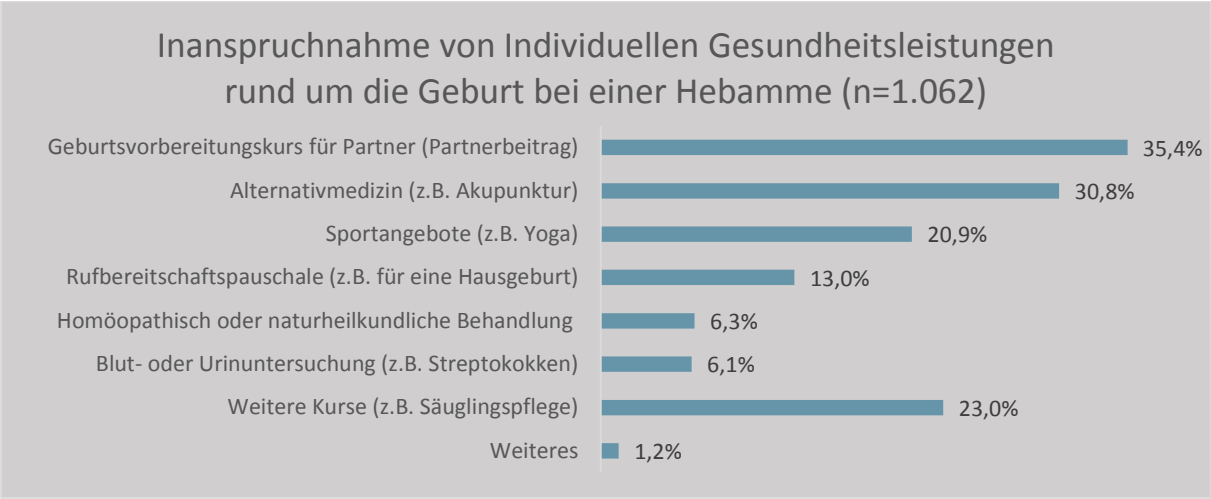


Abbildung 25: IGeL-Leistungen rund um die Geburt
(Missings=15; Mehrfachauswahl möglich)

In der Darstellung welche IGeL von Frauen in Zukunft in Anspruch genommen werden würden (siehe Abbildung 26), fällt eine Verschiebung im Vergleich zu der realen Inanspruchnahme auf. Insgesamt würden Frauen zukünftig deutlich mehr IGeL wählen. Ein Zuwachs im Vergleich zu der realen Inanspruchnahme ist vor allem bei Sportangeboten, der Rufbereitschaftspauschale und Blut- oder Urinuntersuchungen zu sehen.

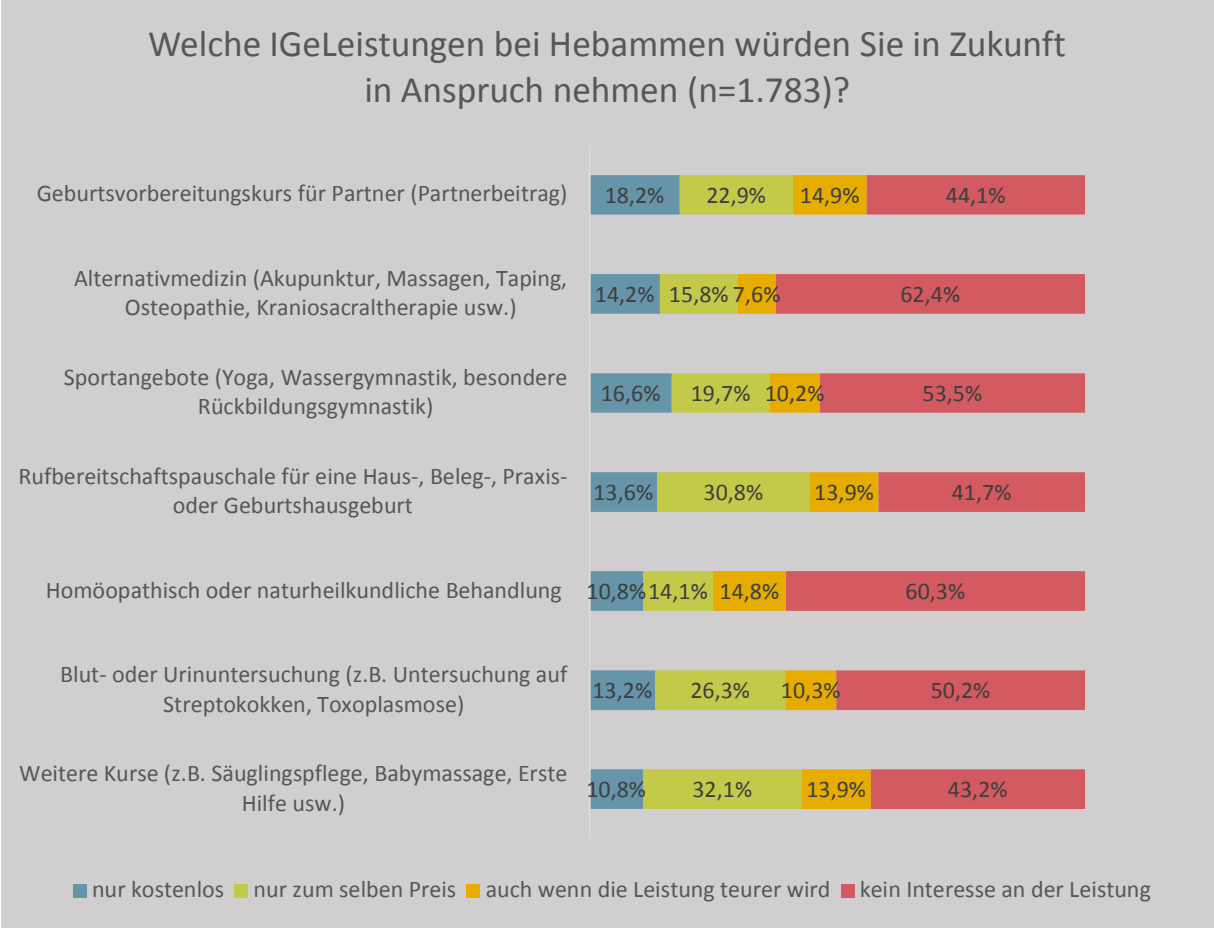


Abbildung 26: Inanspruchnahme von IGeLeistungen in der Zukunft
(Missings:15; Mehrfachauswahl möglich)

Insgesamt nahm ungefähr ein Drittel der Frauen mindestens eine Leistung in Anspruch, die nicht durch die gesetzliche Krankenkasse abgedeckt ist. Über die Hälfte der Frauen würde dies auch in einer weiteren Schwangerschaft tun.

5.2.8 Geburtshilfliche Versorgung

Gesetzlich versicherte Frauen können in Deutschland ihr Kind in einer Klinik, in einer Hebammengeleiteten Einrichtung, in einer ärztlich geleiteten Einrichtung, in einer Hebammenpraxis oder im Rahmen einer Hausgeburt zur Welt bringen (§24f SGB V, 2020). Die allermeisten Kinder werden in der Klinik geboren. Hier werden die Frauen von den in einer Klinik angestellten Hebammen oder von Dienst-Beleghebammen während der Geburt betreut. In einigen Kliniken können Frauen ihre „eigene“ Begleit-Beleghebamme zur Geburt in die Klinik mitbringen. Dazu schließen Frauen einen individuellen Vertrag mit einer Begleit-Beleghebamme ab. Dies ermöglicht eine kontinuierliche Betreuung über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett hinweg, sowie eine Eins-zu-Eins-Betreuung während der Geburt. Die Betreuung einer Geburt gehört zu den vorbehaltenen Tätigkeiten von Hebammen. Dies bedeutet, dass außer ihnen nur Ärzt*innen eine Geburt leiten dürfen. Ärzt*innen sind-auch in der Klinik-verpflichtet zu jeder Geburt eine Hebamme hinzuzuziehen (§4 HebG, 2019).

Wahl des Geburtsortes

Von den Studienteilnehmerinnen haben 94,4% (n=1.681) in der Klinik, 2,9% (n=52) im Geburtshaus und 2,4% (n=42) zu Hause geboren. Insgesamt liegt der Anteil der Frauen mit außerklinischen Geburten in dieser Studie deutlich über dem laut der QUAG für das Jahr 2017 bundesweit angegebenen Anteil von 1,3% (QUAG, 2018).

0,3% (n=5) der Frauen hatten ihr Kind auf dem Weg zum geplanten Geburtsort (n=1) bzw. bereits ungeplant zu Hause (n=4) geboren. Diese Frauen hatten alle geplant in einer Klinik zu gebären. Alle Kinder sind gesund auf die Welt gekommen und es waren keine Mehrlinge oder Frühgeburten dabei. In einem Fall war es das erste Kind, ansonsten das zweite oder dritte. Drei Frauen machten keine Angaben zum Geburtsort.

88,6% (n=1.564) der befragten Mütter wünschten sich in der Schwangerschaft eine Geburt in einer Klinik, 6,8% (n=120) eine Geburt im Geburtshaus oder in einer Hebammenpraxis und 4,6% (n=82) eine Geburt zu Hause. Bei der Auswahl des klinischen Geburtsortes wurde in absteigender Reihenfolge auf die folgenden Merkmale geachtet: *Babyfreundliches Krankenhaus, Kinderklinik, Hebammenkreißsaal und Begleit-Beleghebamme* (siehe Abbildung 27).

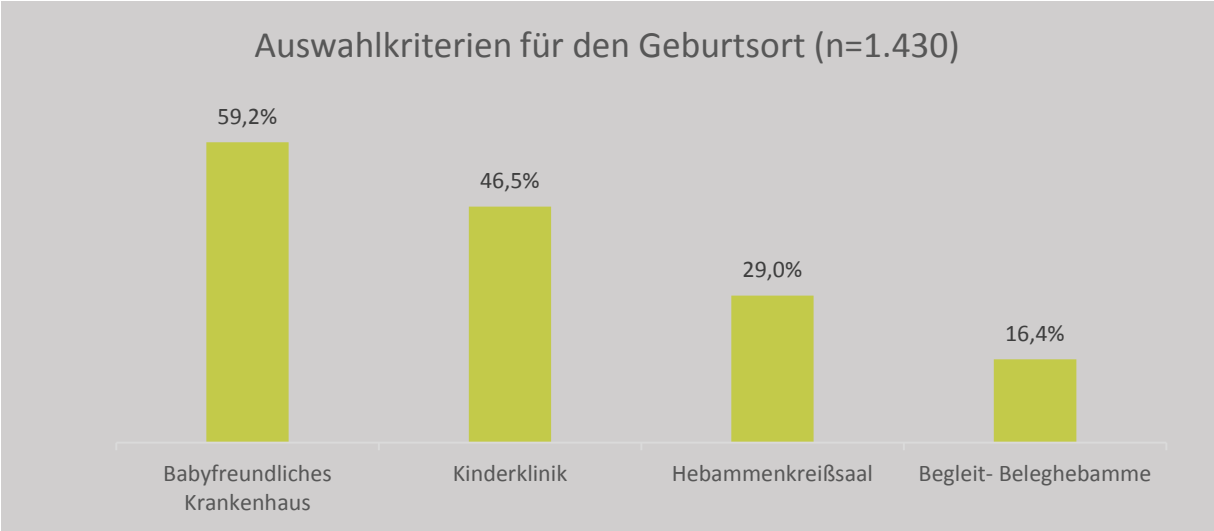


Abbildung 27: Kriterien bei der Auswahl des Geburtsortes
(Missings=353; Mehrfachauswahl möglich)

Geburt nicht am in der Schwangerschaft gewünschten Ort

86,9% (n=1.523) der Frauen konnten an dem in der Schwangerschaft gewählten Ort gebären. Während das für 13,1% (n=230) der Frauen nicht möglich war. Die Gründe hierfür sind in Abbildung 28 dargestellt. 14 Frauen nannten in einem Freitextfeld weitere Gründe. Darunter fielen eine ausgelastete Frühgeburtenstation, die keine Geburt in der gewählten Klinik ermöglichte, Kliniken, die bereits in der Schwangerschaft darauf hinwiesen Frauen bei der Geburt möglicherweise abweisen zu müssen oder Frauen, die das Krankenhaus wechselten, da sie mit der dortigen Behandlung nicht einverstanden waren (Kaiserschnitt, Einleitung).

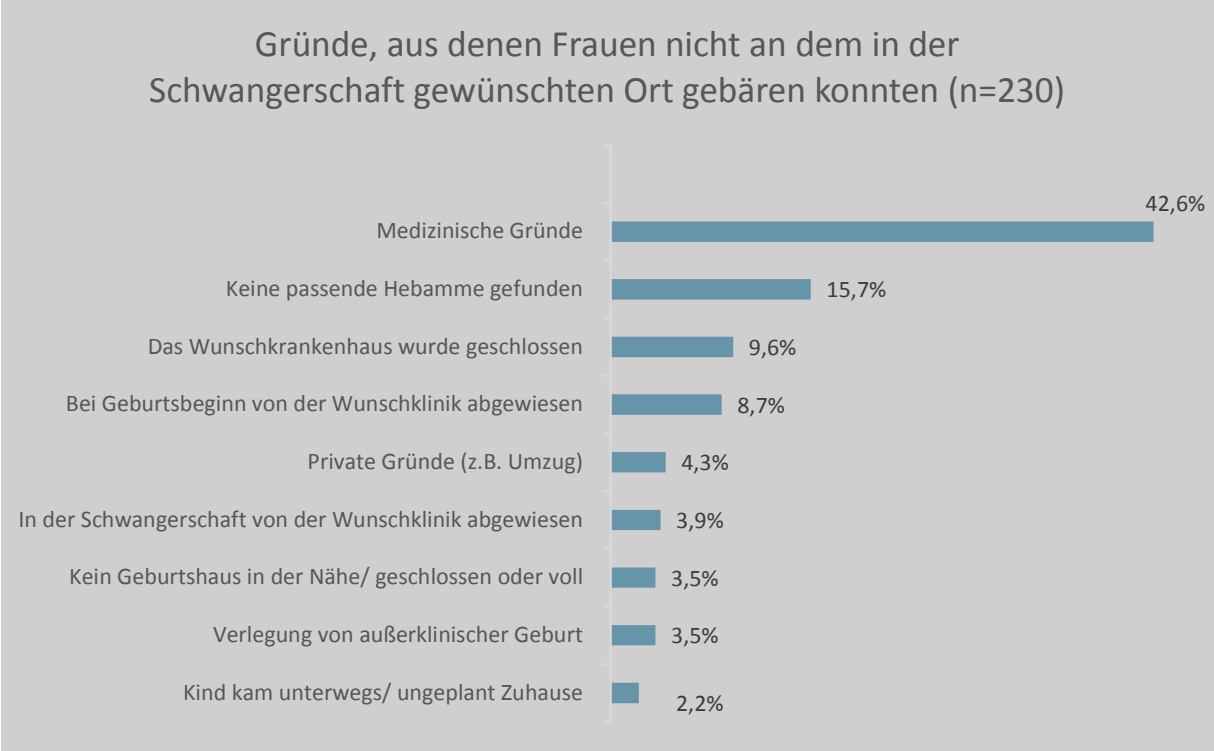


Abbildung 28: Gründe dafür, dass die Geburt nicht an dem gewählten Ort stattfand
(Missings=30)

Von den 20 Frauen, die bei Geburtsbeginn von der Klinik abgewiesen wurden, lebten acht in dicht besiedelten Gebieten, sechs in urbanen Gebieten und zwei in ländlichen Gebieten. Die 20 Frauen haben in sieben Kliniken geboren, die alle im Regierungsbezirk Köln liegen. Es ist nicht bekannt, von welchen Kliniken sie abgewiesen wurden. Die Frauen benötigten durchschnittlich 28 Minuten zum tatsächlichen Geburtsort. Vier Frauen benötigten 40 Minuten oder mehr zum angegebenen Geburtsort. 15 der 20 Frauen hatten eine Hochschulzugangsberechtigung. Eine der Frauen war nicht in Deutschland geboren und vier waren nicht Deutsche Muttersprachlerinnen. Alle Frauen hatten später eine Betreuung durch eine Hebamme im Wochenbett. Eine Darstellung der Besonderheiten der einzelnen Fälle der abgewiesenen Frauen findet sich in Tabelle 8.

Tabelle 8: Fallanalyse: Frauen bei Geburtsbeginn abgewiesen

Fall	Parität	Anreise in min.	Wunsch Geburtsort	Weitere Besonderheiten
1	unbekannt	15		Medikamentöse Einleitung Hebammenmangel als Grund für die Abweisung genannt
2	1	25	KH	Kind hatte mittelschwere oder schwere anhaltende Gesundheitsprobleme nach der Geburt; Kind musste in die Kinderklinik. Die Frau wurde zunächst eingeleitet und dann abgewiesen.
3	1	15	KH	Saugglockengeburt, eingeleitet mit Rizinus
4	1	90	KH	Mit Blasensprung abgewiesen, eingeleitet mit Rizinus, medikamentös eingeleitet
5	2	10	KH	Zwillinge oder Mehrlinge, ein Kind ist verstorben (Todeszeitpunkt unbekannt), ein Kind musste in die Kinderklinik
6	2	15	KH	
7	1	30	KH	Ungeplanter Kaiserschnitt
8	1	25	KH	
9	2	35	GH	Medikamentös eingeleitet, ungeplanter Kaiserschnitt
10	1	22	KH	Ungeplanter Kaiserschnitt
11	2	40	KH	
12	1	60	KH	Eingeleitet mit Rizinus
13	*	45	KH	
14	1	15	KH	Eingeleitet
15	1	25	KH	
16	1	7	-	
17	1	20	KH	
18	1	30	KH	Frühgeburt, eingeleitet
19	2	8	KH	
20	2	20	KH	

*KH= Krankenhaus; GH= Geburtshaus; Parität = Anzahl der geborenen Kinder (inkl. diesem Kind); Anreise = Anreise zum tatsächlichen Geburtsort in Min.; *= unbekannt*

Betreuung in der klinischen Geburtshilfe

11,1% (n=184) der Frau hatten während der Geburt in der Klinik eine Begleit-Beleghebamme zur Geburtsbetreuung. 34,2% (n=63) fanden es *einfach* diese zu finden. Bei 35,3% (n=65) war es *etwas schwierig* und 30,4% (n=56) fanden es *sehr schwierig*. 88,9% (n=1.471) der Frauen gaben an keine Be-

gleit-Beleghebamme gehabt zu haben und (88,9%, n=1471) beschrieben dazu die in Abbildung 29 genannten Gründe. Frauen mit einer Begleit-Beleggeburt fanden es jeweils ungefähr zu einem Drittel einfach (n=61), *etwas schwierig* (n=65) oder *schwierig* (n=56) eine Begleit-Beleghebamme zu finden.

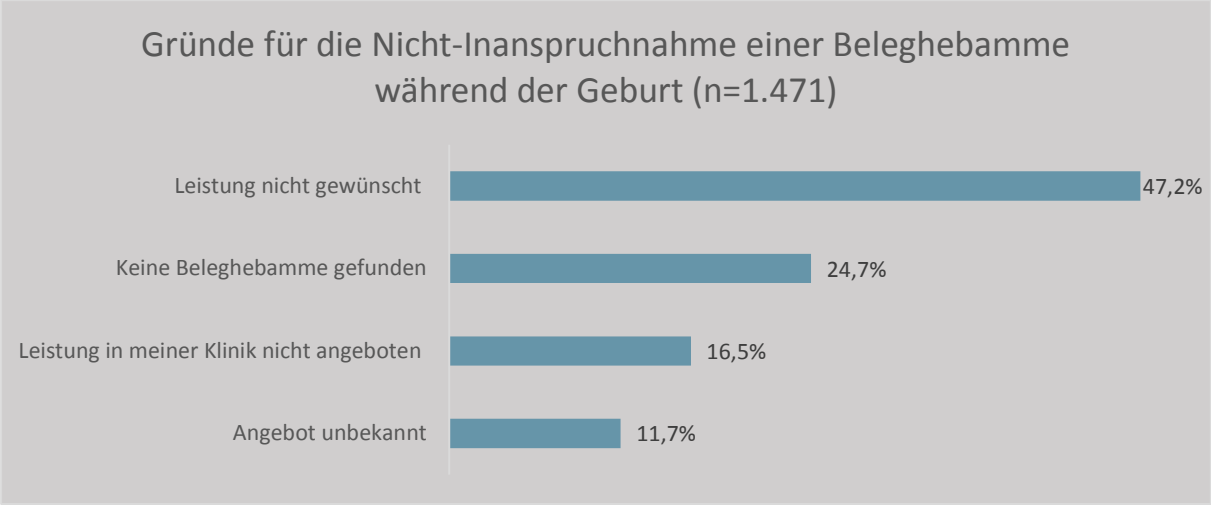


Abbildung 29: Nicht-Inanspruchnahme einer Begleit-Beleghebamme
(Missings: 30)

75,2% (n=1.252) der Frauen war die Hebamme, die sie während der Geburt betreute, vorher nicht bekannt. 24,5% (n=408) der Frauen kannten ihre Geburtshebamme aus verschiedenen Kontexten bereits (siehe Abbildung 30) und 0,5% der Frauen (n=8) gaben an, dass bei der Geburt keine Hebamme anwesend war bzw. sie diese innerhalb des Personals nicht identifizieren konnten. Unter „Weiteres“ gaben Frauen an, die Hebamme von einem stationären Aufenthalt in der Geburtsklinik in der Schwangerschaft (n=36), privat (n=18) oder als in der Klinik tätige Beleghebamme/Geburtshaushebamme (n=17) zu kennen.

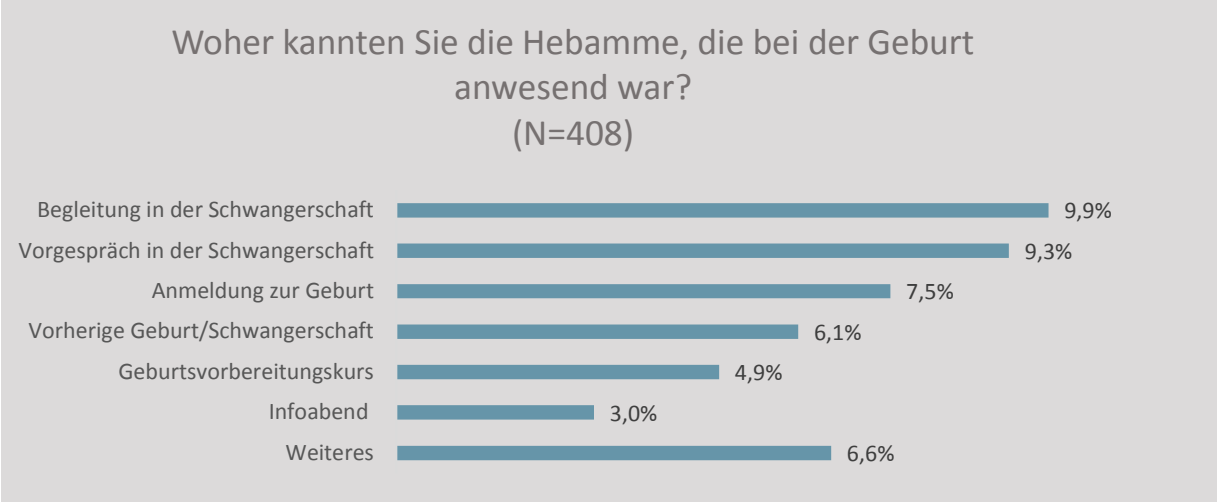


Abbildung 30: Kontinuität in der Geburtsbegleitung
(Missings: 17; Mehrfachauswahl möglich)

Nach der Geburt blieben 96,4% (n=1.613) der Frauen stationär in der Klinik und 3,6% (n=61) gingen ambulant nach Hause. Frauen, die das frühe Wochenbett stationär in der Klinik verbrachten, blieben durchschnittlich 3,6 Tage (SD+-2,2).

Versorgung zum Geburtsbeginn

Frauen fahren aus unterschiedlichen Gründen in eine Klinik, wenn sie einen Geburtsbeginn wahrnehmen. Zum Beispiel, weil sie Wehen haben, die Fruchtblase gesprungen ist oder weil sie einen Termin für eine Untersuchung haben bzw. eine Geburtseinleitung ausgemacht wurde. 57,6% (n=966) der Frauen mit einer Klinikgeburt hatten Wehen, als sie zur Geburt in die Klinik kamen. 38,1% (n=368) dieser Frauen kamen sofort in den Kreißsaal, 35,8% (n=346) in ein Stationszimmer, 11,4% (n=110) gingen noch einmal spazieren oder etwas essen. 5,9% (n=57) der Frauen fuhren zunächst wieder nach Hause. 8,8% (n=85) der Frauen gaben „Weiteres“ an. Darunter fielen: Einleitung (n=8), Kardiotokografie (CTG)-/Untersuchungszimmer (n=12) und Wartezimmer bzw. Ausweichräume (n=14).

71,4% (n=686) dieser Mütter waren mit der Betreuung in der Klinik bei Wehenbeginn zufrieden. 28,6% hatten jedoch auch Wünsche an die Betreuung, die nicht erfüllt wurden: 14,5% (n=139) aller Frauen mit Wehen bei Geburtsbeginn, hätten sich zu diesem Zeitpunkt mehr Betreuung gewünscht und 8,8% (n=85) wären gerne direkt in einen Kreißsaal gekommen. Zudem hätten sich Frauen gewünscht ernst genommen und frau-zentriert betreut zu werden (n=20): *„Man hat mir nicht geglaubt, dass ich richtige Wehen habe und mich damit auf meinem Stationszimmer alleine gelassen. Am Ende kam ich mit einem geöffneten Muttermund in den Kreißsaal*“ oder von einer anderen Frau: *„Mehr Verständnis, meine Schmerzen wurden nicht ernst genommen*“. Auch schreiben Frauen, dass sie sich wünschten an einem Ort bleiben zu können (n=7).

Die Frauen wurden gefragt, ob sie fanden, dass die Hebamme während der Geburt ausreichend Zeit für sie hatte (siehe Abbildung 31).

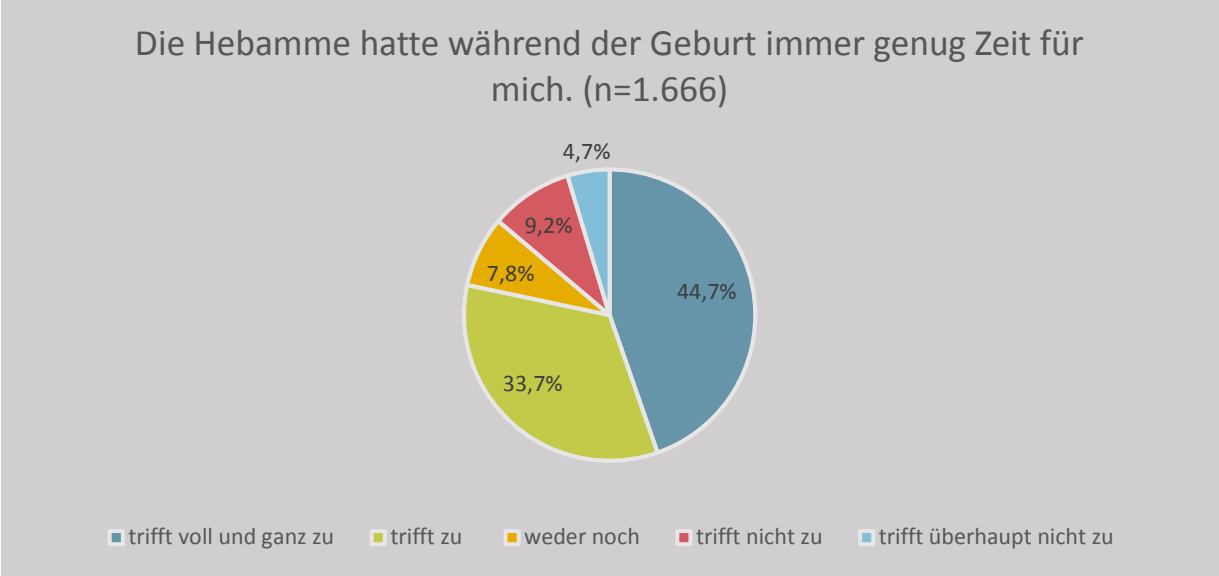


Abbildung 31: Ausreichende Geburtsbetreuung
(Missings=11)

Nachbesprechung der Geburt

48,3% (n=804) der Frauen erhielten eine Nachbesprechung der Geburt (Debriefing). 51,9% (n=863) nahmen diese Leistung nicht in Anspruch. 32,1% (n=277) dieser Frauen hatten kein Bedürfnis danach und 73,3% (n=633) dieser Frauen bekamen eine Nachbesprechung der Geburt nicht angeboten.

Fand ein Debriefing statt, wurde dieses am häufigsten durch die Wochenbetthebamme durchgeführt (53,4%, n=429). Weitere Personengruppen, die ein Debriefing durchführten, waren ärztliches Personal in der Klinik (46,3 %, n=372), Geburtshebammen (44,9%, n=631), Pflegepersonal (24,1%, n=194), ambulante Ärzt*innen (19,3%, n=155) oder andere Hebammen (19,0%, n=153). Bei 3,1% (n=25) der Frauen wurde das Debriefing durch eine andere Person durchgeführt. Zum Beispiel durch eine*n Therapeut*in, Personal auf der Neonatologie, eine Doula (nichtmedizinische Helferin bei der Geburt) oder durch die eigene Familie. Einige Frauen gaben auch an, das Gespräch sei zu kurz gewesen (n=7) oder sie kannten die Möglichkeit einer Geburtsnachbesprechung nicht (n=12). Einige bedauerten sehr, dass sie kein Debriefing erhalten hatten (n=16). Einige Frauen hatten erst im Nachhinein das Gefühl, gerne eins erhalten zu haben:

> *"Ich habe das Angebot nicht wahrgenommen, ich habe zu dem Zeitpunkt das Thema unterschätzt"*
>
> *„Ich war zu hormonberauscht zu der Zeit, aber im Nachhinein hätte ich gerne darüber gesprochen“*
>
> *„Fragen sind nicht aufgetaucht, dass es Probleme sind oder Dinge die zu besprechen gewesen wären, war erst hinterher klar. Dafür war es dann zu spät. Die Aufklärung im Krankenhaus hätte besser sein können“.*
>
> *„Ich bekam einen Zettel in den Mutterpass gelegt mit der Info, dass ich mich melden könne, wenn ich über die Geburt sprechen wollte. Dies empfinde ich als zu große Hürde. Standardmäßig angebotenes Gespräch während Aufenthalt wäre besser. Oder bei Visite.“*

5.2.9 Zugang zur klinischen geburtshilflichen Versorgung

In der Pressemitteilung vom 19. April 2018 postuliert der Gemeinsame Bundesausschuss eine flächendeckende Versorgung mit Geburtshilfe. Eine Erreichbarkeit der nächsten geeigneten Klinik mit dem PKW innerhalb von maximal 40 Minuten gilt als angemessen (G-BA, 2016). Im Folgenden sind die Daten der Anreise zur Klinik dargestellt, in dem die Frauen ihre Kinder geboren haben. Dabei ist unbekannt, ob es das nächstgelegene geeignete, das nächstgelegene oder die gewünschte Klinik war. Zudem ist die Art des Verkehrsmittels unbekannt, mit dem die Klinik erreicht wurde.

Die Frauen benötigten im Durchschnitt 23,8 Minuten (SD±38,3) bis zur Klinik. 93,6% (n=1.540) der Frauen bedurften 40 Minuten oder weniger in ihre tatsächliche Geburtsklinik. 6,4% (n=105) der Frauen brauchten über 40 Minuten (siehe Abbildung 32).

Frauen, die am Wunschort gebären konnten, benötigten im Durchschnitt 22,2 Minuten (SD±33,8; n=1.456) zum Geburtsort, im Gegensatz zu den Frauen, die nicht am gewünschten Ort gebären konnten mit einem Durchschnitt von 32,3 Minuten (SD±57,5; n=218).

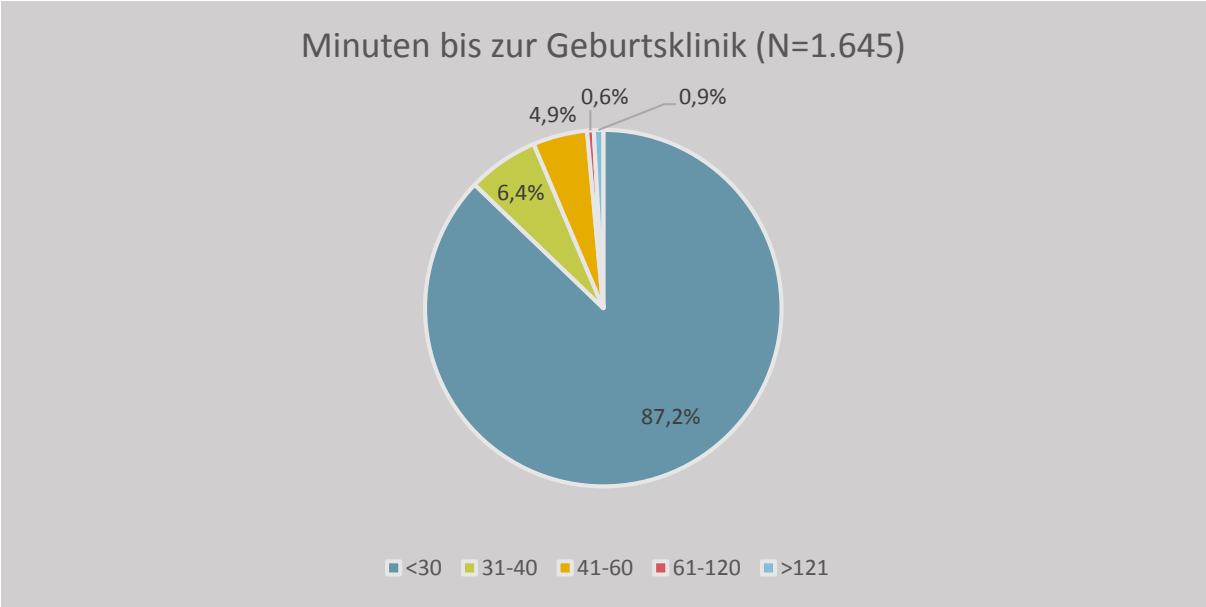


Abbildung 32: Minuten bis zur tatsächlichen Geburtsklinik
(Missings=36)

Frauen, die länger als 40 Minuten zur Klinik benötigten, in der sie geboren haben, unterschieden sich signifikant von den Frauen, die unter 40 Minuten benötigt haben (Chi²-Test $p<0,05$). In Abbildung 33 ist eine Auswahl der Merkmale dargestellt. So musste bei 6,8% (n=104) der Frauen, die 40 Minuten oder weniger zum tatsächlichen Geburtsort benötigten, das Kind in eine Kinderklinik gegenüber 21,2% (n=22) der Frauen, die mehr als 40 Minuten zum tatsächlichen Geburtsort benötigten. Unbekannt ist dabei der Grund, warum eine Aufnahme in der Kinderklinik notwendig wurde.

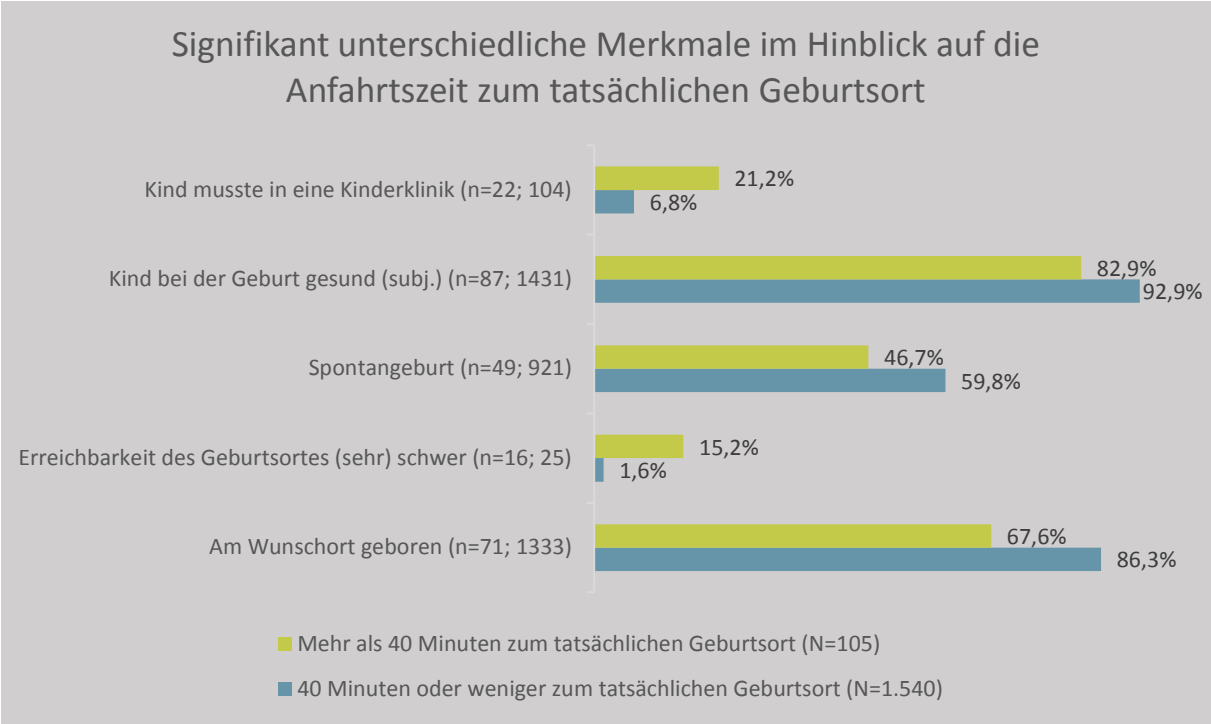


Abbildung 33: Merkmale in Hinblick auf die Anfahrtszeit zum tatsächlichen Geburtsort

In Abbildung 34 ist die subjektiv empfundene Erreichbarkeit der Klinik durch die Frauen dargestellt.

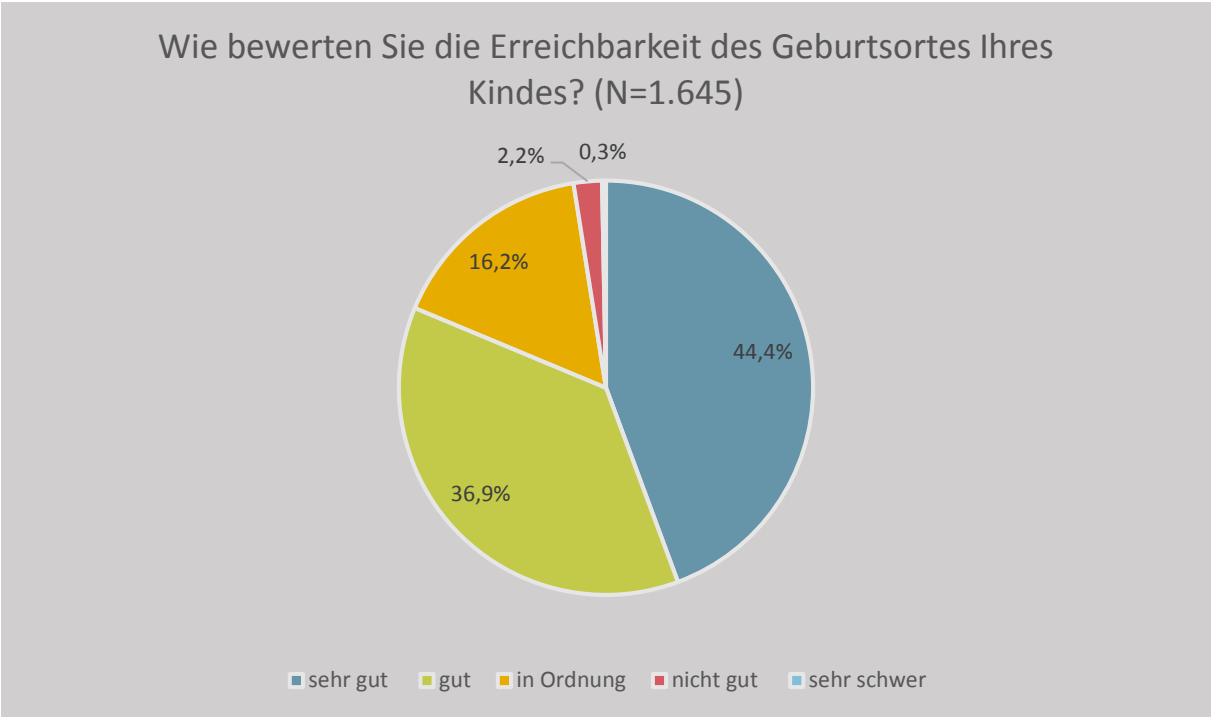


Abbildung 34: Erreichbarkeit der Geburtsklinik
(Missings=8)

Außerklinische Geburtshilfe

2,9% (n=52) der befragten Frauen bekamen ihr Kind im Geburtshaus oder in einer Hebammenpraxis und 2,4% (n=42) zu Hause.

Von den Frauen, die ihr Kind Zu Hause bekamen, hatten sechs der Frauen in der Schwangerschaft geplant ihr Kind in der Klinik zu bekommen, zwei von diesen haben ihr Kind ohne Begleitung geboren. 35 der 42 Frauen (83,3%) hatten sich in der Schwangerschaft auch eine Hausgeburt gewünscht. 37 Frauen (90,2%) war ihre Hebamme vor der Geburt bekannt und 38 (95,0%) Frauen gaben an, dass die Hebamme genug Zeit während der Geburt hatte (*trifft (voll und ganz) zu*). Bis auf zwei Frauen erhielten alle 42 Frauen ein Debriefing nach der Geburt.

Von den 52 Frauen, die ihr Kind im Geburtshaus geboren haben, hatten zwei (3,8%) in der Schwangerschaft eine Hausgeburt geplant, die übrigen eine Geburtshausgeburt (96,2%). Von den Frauen könnten 50 (98,1%) ihr Kind an dem gewünschten Ort gebären. Bis auf eine Frau, war allen die betreuende Hebamme vor der Geburt bekannt und bis auf drei Frauen erhielten alle ein Debriefing. Alle Frauen gaben an, dass die Hebamme genügend Zeit hatte (*trifft voll und ganz zu)*. Die Erreichbarkeit des Geburtshauses wurde von 25 Frauen als *sehr gut*, von 19 Frauen als *gut* und von acht Frauen als *in Ordnung* bezeichnet. Sie benötigten im Durchschnitt 15,6 Minuten (SD±8,6).

Das Empfinden der Frauen bezüglich der Suche nach einer Hebamme für eine außerklinische Geburt wird in Abbildung 35 dargestellt.

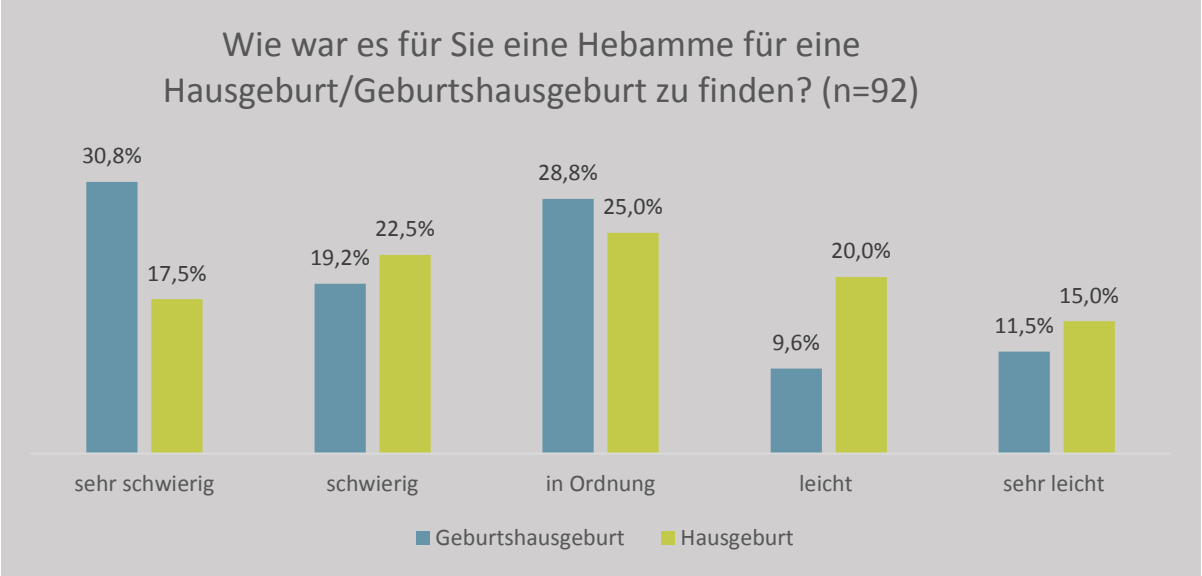


Abbildung 35: Zugang zur außerklinischen Geburtshilfe
(Missings=2; Hausgeburt n=40; Geburtshausgeburt n=52)

5.3 Forschungsfrage 2: Regionale Unterschiede in der Hebammenversorgung in NRW

Das Bundesland NRW gliedert sich in fünf Regierungsbezirke (siehe Tabelle 9). Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden nur die ersten drei Ziffern der Postleitzahlen der befragten Frauen erhoben. Anhand dieser konnte eine Zuordnung zu den Regierungsbezirken und den Urbanisierungsgraden des Wohnortes der jeweiligen Frauen erfolgen.
In die Analyse zu den Regierungsbezirken gingen 1.694 Fragebögen ein (95,0%). Von den 1.783 Befragten, haben 19 keine Postleitzahl angegeben und 37 Postleitzahlen lagen nicht in NRW. 23 davon waren an NRW angrenzend, sodass die Vermutung naheliegt, dass diese Mütter in einer Klinik in NRW geboren haben, aber nicht in NRW wohnen. Darüber hinaus ließen sich 33 Postleitzahlen nicht eindeutig einem Regierungsbezirk zuordnen. Diese Postleitzahlen wurden aus den Analysen zu den Regierungsbezirken ausgeschlossen.

Tabelle 9: Merkmale der Regierungsbezirke in NRW

Regierungs-bezirk	Arnsberg	Köln	Düsseldorf	Detmold	Münster	SUMME
Einwohner	3.582.497	4.468.904	5.202.321	2.055.310	2.623.619	17.943.008
Quadratkilometer	8.012	7.364	5.292	6.252	6.918	34.112
Einwohner/km²	447	607	983	315	378	526,0
Stichprobe Mütter	318	658	325	94	299	1694
Geburten	33.232	44.109	50.241	19.971	25.597	173.150

(Eigene Darstellung in Anlehnung an Destatis (DESTATIS, 2019))

In NRW wurden im Jahr 2018 173.150 Kinder geboren. Dabei verteilten sich die Geburten unterschiedlich auf die Regierungsbezirke. Im Jahr 2018 lag die Zahl der Geburten mit 50.241 am höchsten im

Regierungsbezirk Düsseldorf. Darauf folgte der Regierungsbezirk Köln mit 44.109 Geburten, danach der Regierungsbezirk Arnsberg mit 33.232 Geburten, dann der Regierungsbezirk Münster mit 25.597 und abschließend der Regierungsbezirk Detmold mit 19.971 Geburten (IT.NRW, 2018).

5.3.1 Stichprobenbeschreibung nach Regierungsbezirk

Die soziodemografischen Daten zeigen im Vergleich zwischen den Regierungsbezirken geringe Abweichungen im Altersdurchschnitt der befragten Mütter (Arnsberg: 32,4 SD±4,4; Köln: 32,8 SD±4,2; Düsseldorf: 33,0 SD±4,0; Detmold: 31,1 SD±5,2; Münster: 32,1 SD±4,7) und in der durchschnittlichen Anzahl der Kinder der befragten Frauen (Arnsberg: 1,6 SD±0,7; Köln: 1,6 SD±0,8; Düsseldorf: 1,6 SD±0,7; Detmold: 1,7 SD±0,9; Münster: 1,5 SD±0,7).
Im Vergleich von Merkmalen des sozioökonomischen Status weist Detmold die größten Unterschiede im Vergleich zu den anderen Regierungsbezirken auf. Für Detmold zeigt sich innerhalb der Studie ein geringerer Anteil an Frauen, die Deutsch nicht als Muttersprache haben, ein höherer Anteil an Frauen ohne Hochschulreife, ein geringerer Anteil von Frauen mit einem Haushaltsnettoeinkommen von über 2.500 € und ein geringerer Anteil von Frauen ohne private Krankenversicherung (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Soziodemografische Merkmale der Stichprobe nach Regierungsbezirk

Regierungs-bezirk	Arnsberg		Köln		Düsseldorf		Detmold		Münster		SUMME	
Stichprobe	318	(18,8)	658	(38,8)	325	(19,2)	94	(5,5)	299	(17,7)	1694	(100)
Merkmale	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Muttersprache												
Muttersprache DE	291	(91,5)	576	(87,5)	295	(91,0)	87	(92,6)	263	(88,3)	1512	(89,4)
Muttersprache: nicht DE	27	(8,5)	82	(12,5)	29	(9,0)	7	(7,4)	35	(11,7)	180	(10,6)
Summe	318		658		324		94		298		1692	
Migrationshintergrund												
In DE geboren	289	(91,5)	563	(87,3)	297	(92,2)	82	(87,2)	265	(88,6)	1496	(89,3)
Immigriert	27	(8,5)	82	(12,7)	25	(7,8)	12	(12,8)	34	(11,4)	180	(10,7)
Summe	316		645		322		94		299		1676	
Schulabschluss											0	
ohne HZB	77	(24,4)	110	(16,9)	66	(20,6)	31	(33,3)	63	(21,2)	347	(20,7)
Mit HZB	238	(75,6)	542	(83,1)	255	(79,4)	62	(66,7)	234	(78,8)	1331	(79,3)
Summe	315		652		321		93		297		1678	
Monatliches Haushaltsnettoeinkommen												
</=2500	139	(44,7)	230	(35,9)	129	(40,6)	51	(56,0)	117	(40,1)	666	(40,3)
>2500	172	(55,3)	410	(64,1)	189	(59,4)	40	(44,0)	175	(59,9)	986	(59,7)
Summe	311		640		318		91		292		1652	
Krankenversicherung												
Gesetzlich	218	(69,0)	485	(73,9)	228	(70,2)	84	(89,4)	211	(70,6)	1226	(72,5)
Gesetzlich mit privater ZL	55	(17,4)	94	(14,3)	59	(18,2)	6	(6,4)	37	(12,4)	251	(14,9)
Privat (mit Beihilfe)	43	(13,6)	77	(11,7)	38	(11,7)	4	(4,3)	51	(17,1)	213	(12,6)
Summe	316		656		325		94		299		1690	

HZB= Hochschulzugangsberechtigung; ZL= Zusatzleistung; DE= Deutsch/Deutschland

Weitere Unterschiede zwischen den Regierungsbezirken sind im Anteil an Mehrlingen und an Frühgeborenen festzustellen. Einige Daten sind aufgrund der geringen Zellbesetzungen nicht sicher zu interpretieren und werden daher nicht eingehender erläutert. Der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand sowie das Merkmal *Gesundheitsprobleme beim Kind* unterscheiden sich bei den befragten Frauen nur wenig (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Anamnestische Merkmale der Stichprobe nach Regierungsbezirk

Regierungs-bezirk	Arnsberg		Köln		Düsseldorf		Detmold		Münster		SUMME	
Stichprobe	318	(18,8)	658	(38,8)	325	(19,2)	94	(5,5)	299	(17,7)	1694	
Merkmale	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Mehrlinge												
Ja	3	(0,9)	13	(2,0)	4	(1,2)	3	(3,2)	8	(2,7)	31	(1,8)
Nein	313	(99,1)	641	(98,0)	320	(98,8)	91	(96,8)	291	(97,3)	1656	(98,2)
Summe	316		654		324		94		299		1687	
Frühgeburt												
Ja	21	(6,6)	40	(6,1)	35	(10,8)	5	(5,3)	27	(9,0)	128	(7,6)
Nein	295	(93,4)	617	(93,9)	289	(89,2)	89	(94,7)	272	(91,0)	1562	(92,4)
Summe	316		657		324		94		299		1690	
Gesundheitsprobleme beim Kind												
Ja	21	(6,7)	39	(5,9)	24	(7,4)	7	(7,4)	25	(8,5)	116	(6,9)
Nein	294	(93,3)	617	(94,1)	299	(92,6)	87	(92,6)	268	(91,5)	1565	(93,1)
Summe	315		656		323		94		293		1681	
Stillen												
Gestillt/Stillend	275	(86,8)	615	(93,6)	291	(89,5)	81	(87,1)	259	(87,5)	1521	(90,1)
Nicht Stillend	42	(13,2)	42	(6,4)	34	(10,5)	12	(12,9)	37	(12,5)	167	(9,9)
Summe	317		657		325		93		296		1688	
Gesundheitszustand (SF1)												
sehr gut bis aus-gezeichnet	166	(52,4)	356	(54,2)	173	(53,4)	47	(50,0)	145	(48,7)	169	(10,0)
schlecht bis gut	151	(47,6)	301	(45,8)	151	(46,6)	47	(50,0)	153	(51,3)	1521	(90,0)
Summe	317		657		324		94		298		1690	

5.3.2 Ambulante Versorgung in der Schwangerschaft nach Regierungsbezirk

Die Rate an Frauen, die eine individuelle Begleitung in der Schwangerschaft (Schwangerenvorsorge, Hilfe bei Beschwerden, Beratung) in Anspruch genommen haben war im Regierungsbezirk Arnsberg am höchsten (76,4%, n=243) und im Regierungsbezirk Münster am niedrigsten (62,5%, n=187) (Köln: 67,5%, n=444; Düsseldorf: 63,7%, n=207; Detmold: 62,8%, n=59).

In der durchschnittlichen Anzahl an Terminen mit einer Hebamme in der Schwangerschaft waren nur sehr geringe Unterschiede vorhanden (Abbildung 36). Die geringste Anzahl fand sich im Regierungsbezirk Köln mit 6,0 (SD±4,1) Terminen und die höchste im Regierungsbezirk Arnsberg mit 7,2 (SD±3,6) Terminen (Düsseldorf: 6,6 SD±4,6; Detmold: 6,7 SD±7,1; Münster: 6,2 SD±3,6). Auch der Zeitpunkt für den ersten Termin in der Schwangerschaft schwankte nur sehr gering. Der früheste Termin zeigte sich im Regierungsbezirk Arnsberg in der 16,5. (SD±6,9) SSW und der höchste im Regierungsbezirk Köln während der 18,0. (SD±7,4) SSW (Düsseldorf: 617,4 SD±7,2; Detmold: 17,9 SD±8,0; Münster: 17,3 SD±7,6).

Bei Frauen, die keine individuelle Betreuung in Anspruch genommen hatten, war das Ranking der Gründe jeweils gleich: (1) Nicht gewünscht, (2) keine (passende) Hebamme gefunden, (3) Versorgungsmöglichkeit nicht bekannt. Zum Teil waren die Zellbesetzungen hier so klein, dass die Prozentzahlen nur schwer zu interpretieren sind.

In den Regierungsbezirken Köln (37,2%, n=245) und im Regierungsbezirk Arnsberg (36,8%, n=117) war die Rate an Frauen, die eine Schwangerenvorsorge durch Hebammen in Anspruch genommen haben, um bis zu 13 Prozentpunkte höher als in den übrigen Regierungsbezirken (Düsseldorf: 27,1%, n=88; Detmold: 24,5%, n=23; Münster: 25,1%, n=75).

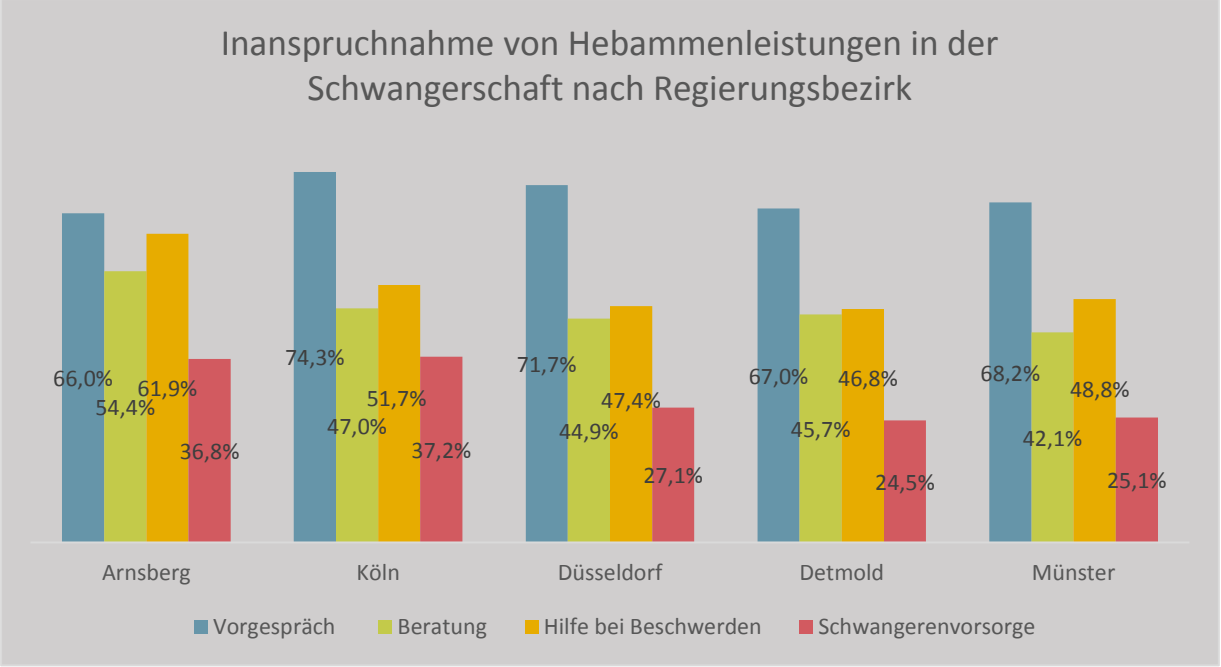


Abbildung 36: Hebammenleistungen in der Schwangerschaft nach Regierungsbezirk
(Mehrfachauswahl möglich)

Die Inanspruchnahme eines Geburtsvorbereitungskurses schwankte zwischen den Regierungsbezirken in einem geringen Ausmaß. Am geringsten war die Inanspruchnahme im Regierungsbezirk Düsseldorf mit 57,1% (n=185) der Frauen und am höchsten mit 67,0% (n=63) im Regierungsbezirk Detmold (siehe Abbildung 37).

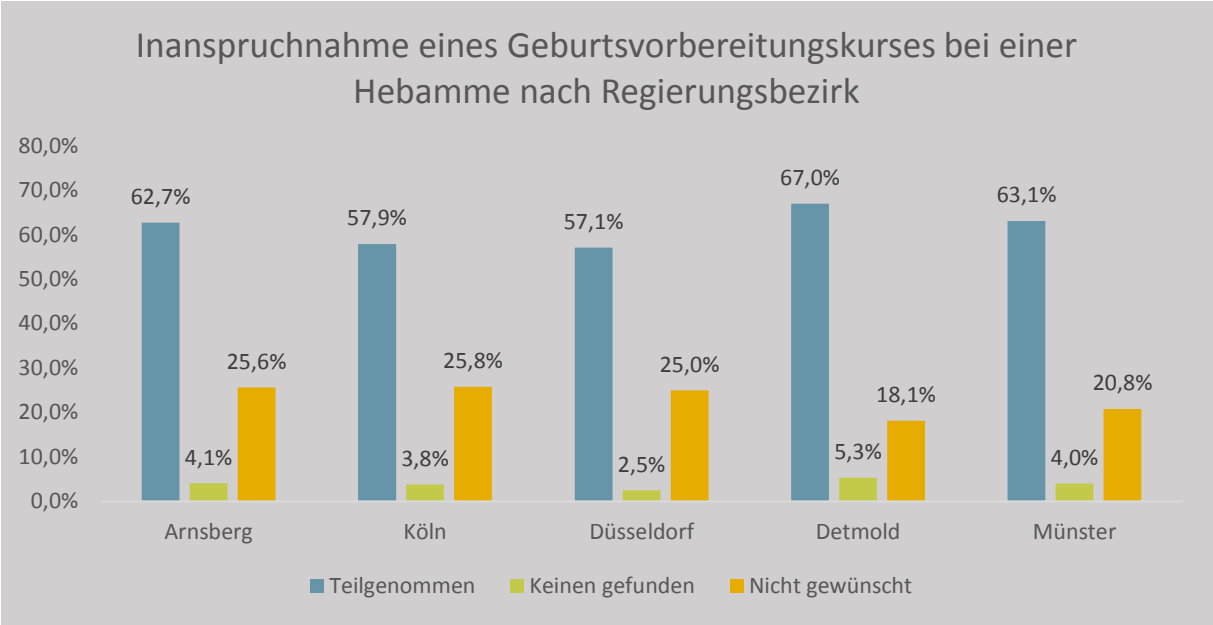


Abbildung 37: Geburtsvorbereitungskurse nach Regierungsbezirk

Es gab noch weitere Antwortmöglichkeiten, die hier nicht beschrieben sind. Siehe Kapitel zur Versorgung in der Schwangerschaft

In den von den Frauen angegebenen Schwierigkeiten einen Geburtsvorbereitungskurs zu finden, konnten Unterschiede verzeichnet werden. Der Anteil an Frauen, die angaben, es war *schwierig* bis *sehr schwierig*, war im Regierungsbezirk Münster mit 17,5% (n=34) am höchsten und im Regierungsbezirk Arnsberg mit 8,2% (n=17) am geringsten (Köln: 8,4%, n=17; Düsseldorf: 10,8%, n=21; Detmold: 9,1%, n=34).

5.3.3 Ambulante Versorgung im Wochenbett nach Regierungsbezirk

Die Inanspruchnahme von Wochenbettbetreuung war in allen Regierungsbezirken hoch. Im Regierungsbezirk Düsseldorf war sie mit 90,2% (n=293) am geringsten und im Regierungsbezirk Detmold mit 98,9% (n=93) am höchsten (Arnsberg: 92,4%; n=93; Köln: 95,3%; n=95,3; Münster: 90,6%; n=269). Wurde keine Wochenbettbetreuung in Anspruch genommen, war der am häufigsten angegebene Grund, dass keine passende Hebamme gefunden wurde (Arnsberg: 41,7%; n=10; Köln: 38,7%; n=12; Düsseldorf: 46,9%; n=15; Münster: 53,6%; n=15). Im Regierungsbezirk Detmold gab keine Frau an, bei der Suche nach einer Hebamme erfolglos gewesen zu sein.

Die durchschnittliche Anzahl an Terminen im Wochenbett unterschied sich zwischen den Regierungsbezirken kaum. Die geringste Anzahl an Terminen wurde im Regierungsbezirk Detmold mit 10,5 (SD±4,9) Terminen in Anspruch genommen und die höchste im Regierungsbezirk Köln mit 12,5 (SD±6,2) Terminen (Arnsberg: 11,6 SD±5,9; Düsseldorf: 11,0 SD±4,7; Münster: 11,4 SD±5,3). Die Länge der Wochenbettbetreuung war in allen Regierungsbezirken nahezu gleich (in Wochen: Arnsberg: 8,4 SD±3,0; Köln: 8,5 SD±3,6; Düsseldorf: 8,7 SD±3,5; Detmold: 7,6 SD±3,3; Münster: 8,3 SD±3,5).

Die Inanspruchnahme weiterer Versorgungsmodelle ist in Abbildung 38 dargestellt.

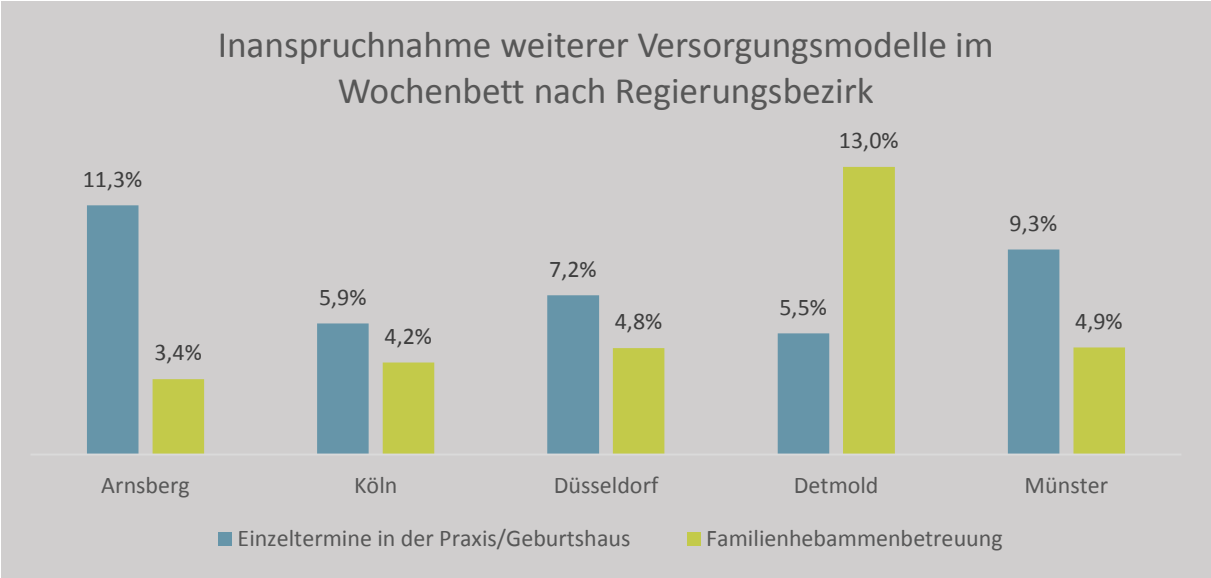


Abbildung 38: Weitere Versorgungsmodelle im Wochenbett nach Regierungsbezirk

Die Inanspruchnahme eines Rückbildungskurses schwankte zwischen den Regierungsbezirken leicht. Am geringsten war sie im Regierungsbezirk Münster mit 58,9% (n=176) der Frauen und am höchsten mit 68,0% (n=215) im Regierungsbezirk Arnsberg (siehe Abbildung 39). Das Finden und Buchen eines Kurses wurden von den Frauen jedoch als unterschiedlich schwierig wahrgenommen. Der Anteil an Frauen, die angaben, es war *schwierig* bis *sehr schwierig*, war im Regierungsbezirk Düsseldorf mit 20,7% (n=47) am höchsten und im Regierungsbezirk Detmold mit 6,2% (n=4) am niedrigsten (Arnsberg: 10,9 n=25; Köln: 15,5 n=68; Münster:19,3 n=38).

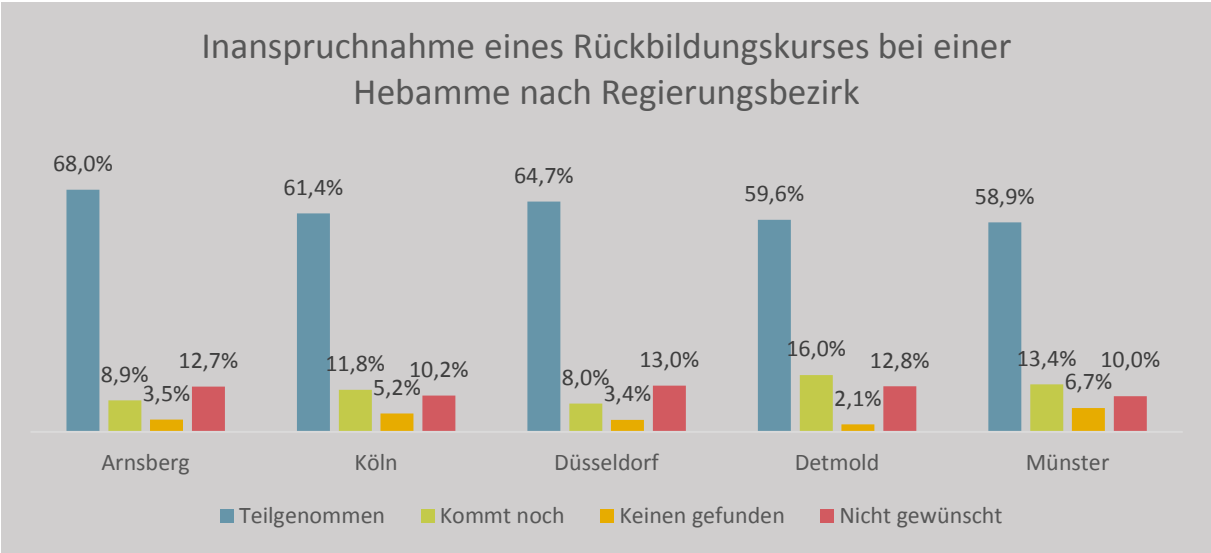


Abbildung 39: Rückbildungskurse nach Regierungsbezirk

5.3.4 Zugang zur ambulanten Versorgung nach Regierungsbezirk

Der Anteil an Frauen, die sich nur mäßig bis gar nicht über Hebammenleistungen informiert fühlten, schwankte zwischen 38,5% (n=120) im Regierungsbezirk Arnsberg und 44,7% (n=42) im Regierungsbezirk Detmold (Köln: 41,1%, n=269; Düsseldorf: 39,6%, n=128; Münster: 38,1%, n=114).
Die Schwangerschaftswoche (SSW), in der mit der Hebammensuche begonnen wurde, unterschied sich kaum zwischen den Regierungsbezirken (Arnsberg: 13,2 SD±7,1; Köln: 13,0 SD±6,6; Düsseldorf: 11,7 SD±5,8; Detmold: 13,3 SD±6,7; Münster: 13,0 SD±6,7). Der Anteil an Frauen, die nach der Geburt begonnen hatten nach einer Hebamme zu suchen, war im Regierungsbezirk Münster mit 6,1% (n=17) deutlich höher als in den anderen Regierungsbezirken (Arnsberg: 2,5%, n=7 Köln: 3,7%, n=23; Düsseldorf: 3,3%, n=10; Detmold: 3,4%, n=3).

Auch gab es deutliche Unterschiede in der Anzahl an Hebammen, die angerufen werden mussten, um eine passende Hebamme für die Versorgung während der Schwangerschaft und/oder im Wochenbett zu finden (siehe Abbildung 40). Der Anteil an Frauen, die mehr als zehn Hebammen anrufen mussten, um eine Betreuung zu finden, war im Regierungsbezirk Detmold am geringsten (4,5%, n=4) und im Regierungsbezirk Düsseldorf am höchsten (12,6%, n=38). Der Durchschnitt der angerufenen Hebammen war ebenfalls im Regierungsbezirk Detmold mit 2,4 (SD±3,2) am niedrigsten und im Regierungsbezirk Düsseldorf mit 5,5 (SD±9,7) am höchsten (Arnsberg: 3,4 SD±6,1; Köln: 4,0 SD±6,0; Münster: 4,2 SD±6,9).

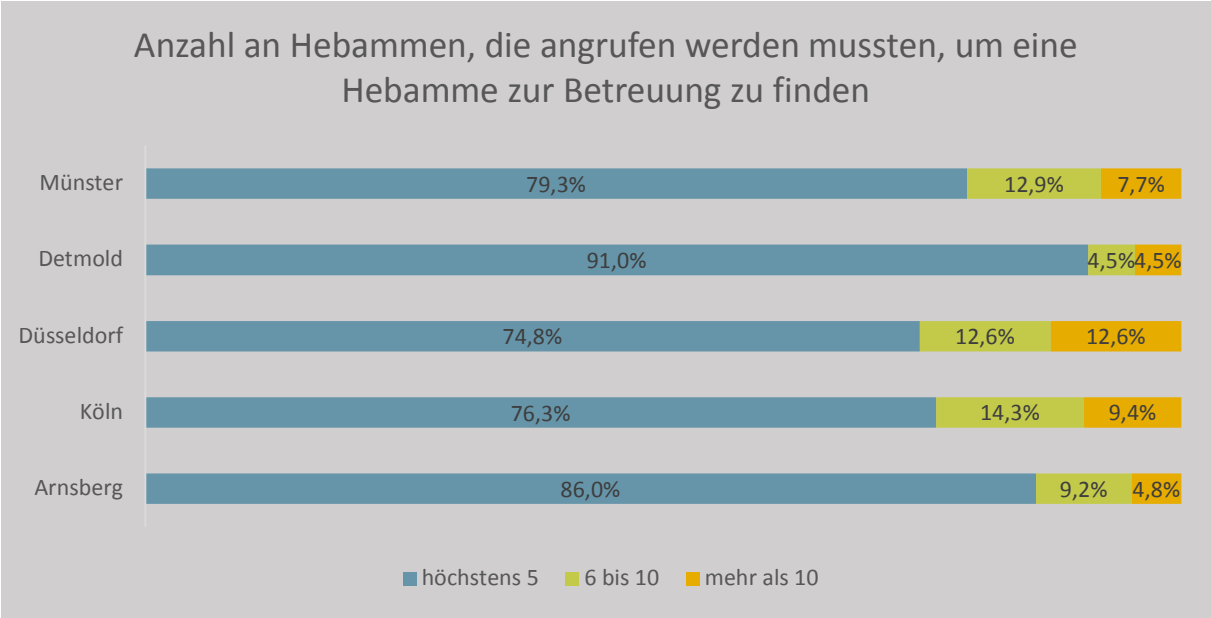


Abbildung 40: Anzahl an angerufenen Hebammen nach Regierungsbezirk

Im Regierungsbezirk Detmold gaben 13,2% (n=12) der Frauen an, die Suche nach einer Hebamme sei (sehr) schwierig oder unmöglich gewesen. Im Regierungsbezirk Düsseldorf und im Regierungsbezirk Münster beschrieben dies 34,4% (n=107; n=98) (siehe Abbildung 41). Im Regierungsbezirk Arnsberg antworteten beispielsweise 26,3% (n=80) der Frauen, dass die Suche nach einer Hebamme für die ambulante Begleitung sei (sehr) schwierig bis unmöglich gewesen sei. 4,8% (n=14) der Frauen mussten in diesem Regierungsbezirk mehr als zehn Hebammen anrufen, um eine Betreuung zu finden.

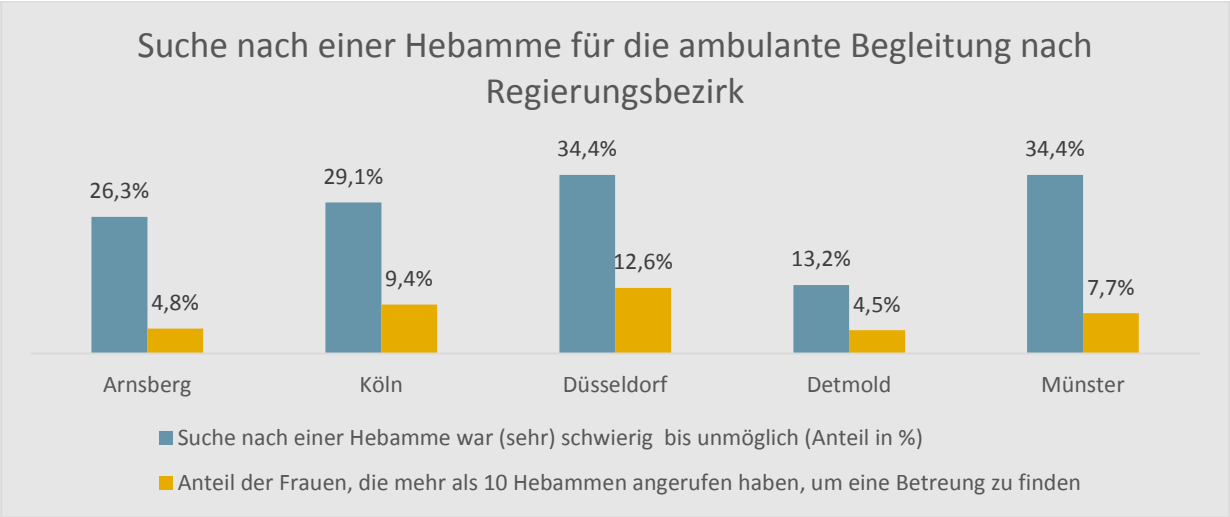


Abbildung 41: Suche nach einer Hebamme nach Regierungsbezirk

Frauen, die angegeben hatten, die Suche sei *(sehr) schwierig* bis *unmöglich* gewesen, wurden nach den Gründen dafür gefragt. Diese sind in Tabelle 12 dargestellt. Auffallend ist, dass im Regierungsbezirk Düsseldorf ein geringerer Anteil an Frauen anführten nicht zu wissen, wo sie suchen könnten, als in den anderen Regierungsbezirken (Düsseldorf: 4,7%, Durchschnitt 12,0%). Bei der Aussage *es gab keine Hebamme an meinem Wohnort* sind größere Schwankungen zwischen den Regierungsbezirken vorhanden.

Tabelle 12: Gründe für eine als schwierig empfundene Hebammensuche nach Regierungsbezirk

Regierungs-bezirk	Arnsberg		Köln		Düsseldorf		Detmold		Münster		SUMME	
Merkmale	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Die Suche war (sehr) schwierig	80	(26,3)	187	(29,1)	107	(34,4)	12	(13,2)	98	(34,4)	484	
Wusste nicht wo	13	(16,3)	26	(13,9)	5	(4,7)	2	(16,7)	12	(12,2)	58	(12,0)
Keine Telefonnum-mern/ Adressen	4	(5,0)	13	(7,0)	5	(4,7)	1	(8,3)	6	(6,1)	29	(6,0)
Wusste nicht, dass ich mich kümmern muss	3	(3,8)	4	(2,1)	3	(2,8)	0	(0,0)	4	(4,1)	14	(2,9)
Hebammen hatten keine Zeit	73	(91,3)	167	(89,3)	103	(96,3)	10	(83,3)	91	(92,9)	444	(91,7)
Keine Betreuung an meinem Wohnort	11	(13,8)	33	(17,6)	31	(29,0)	4	(33,3)	16	(16,3)	95	(19,6)
Nicht die richtigen Leistungen	8	(10,0)	26	(13,9)	10	(9,3)	0	(0,0)	11	(11,2)	55	(11,4)
Hebammen waren mir nicht sympa-thisch	14	(17,5)	17	(9,1)	8	(7,5)	1	(8,3)	2	(2,0)	42	(8,7)

(Mehrfachauswahl möglich)

Die Antworten auf die Frage, wann die Hebamme nach der Entlassung aus der Klinik das erste Mal die Familie im Wochenbett besucht hatte, unterschieden sich je nach Regierungsbezirk. Im Regierungsbezirk Düsseldorf kam die Hebamme bei 20,3% (n=61) der Familien zwei Tage nach der Entlassung oder später zum ersten Wochenbettbesuch. Im Regierungsbezirk Detmold war dies hingegen bei 35,7% (n=30) der Familien der Fall (Arnsberg: 29,6%, n=89; Köln: 22,0%, n=136: Münster: 22,9%, n=290).

5.3.5 Geburtshilfliche Versorgung nach Regierungsbezirk

Zwischen den Regierungsbezirken gab es Unterschiede darin, welche Art des Geburtsortes sich die Frauen in der Schwangerschaft wünschten. So wünschten sich im Regierungsbezirk Düsseldorf 15,5% (n=50) der Frauen eine außerklinische Geburt, während dies im Regierungsbezirk Münster 6,1% (n=18) waren (siehe Abbildung 42). Entsprechend unterschieden sich auch die Orte, an denen die Frauen ihr Kind geboren haben. In der vorliegenden Stichprobe haben im Regierungsbezirk Düsseldorf 6,8% (n=22) der Frauen eine außerklinische Geburt erlebt, während dies im Regierungsbezirk Münster 3,0% (n=9) waren.

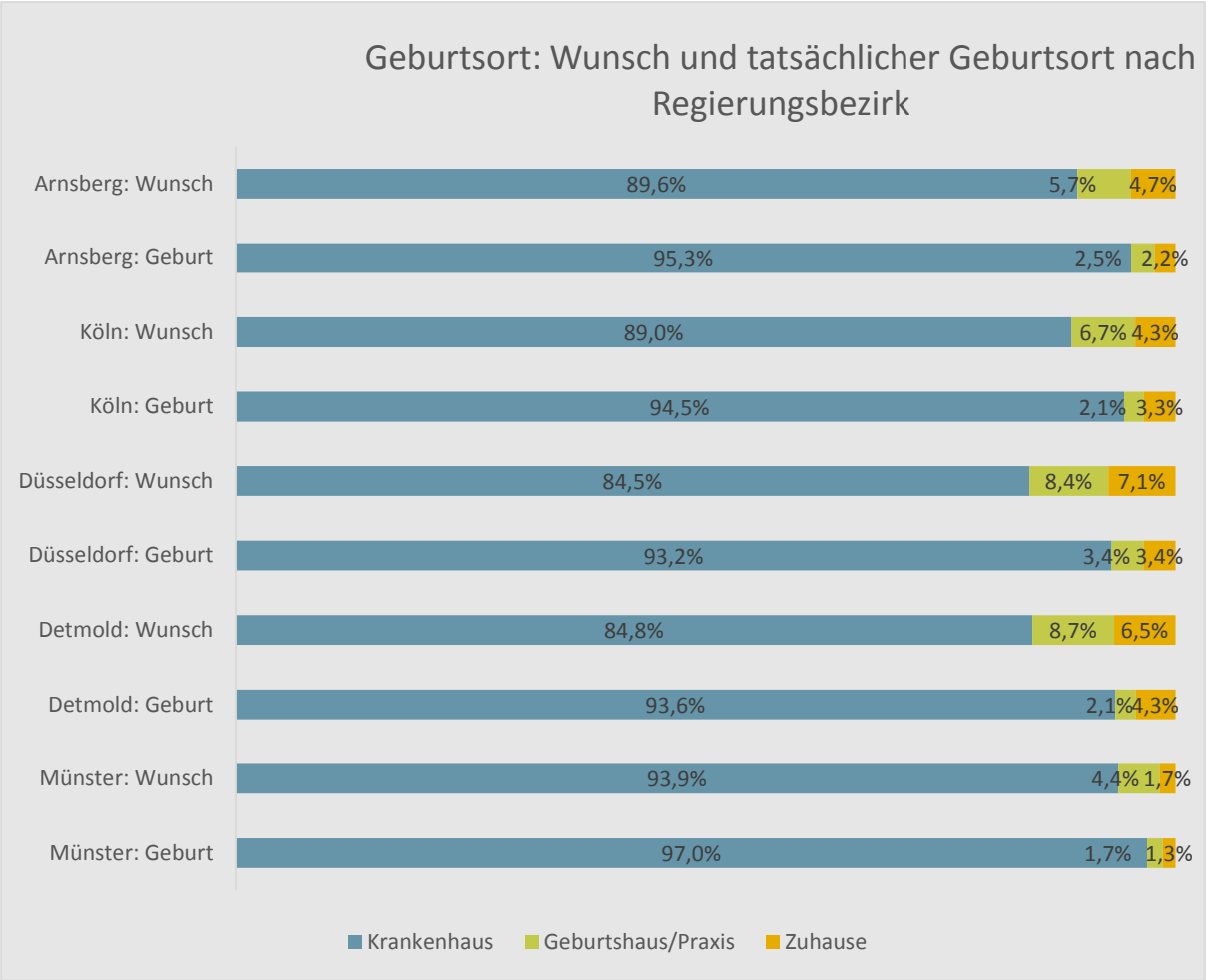


Abbildung 42: Geburtsort: Wunsch und tatsächlicher Geburtsort nach Regierungsbezirk

Ob eine Begleit-Beleghebamme mit zur Geburt in die Klinik gekommen ist, unterschied sich je nach Regierungsbezirk (siehe Tabelle 13). Die höchste Rate an Frauen mit Begleit-Beleghebamme gab es im Regierungsbezirk Arnsberg mit 15,4% (n=45). Die geringste Rate war im Regierungsbezirk Münster mit 5,2% (n=15) zu finden (Köln: 13,3%, n=82; Düsseldorf: 10,4%, n=31; Detmold: 8,2%, n=7).

Tabelle 13: Gründe dafür, dass eine Geburt nicht am in der Schwangerschaft gewünschten Ort möglich war, nach Regierungsbezirk

Regierungs-bezirk	Arnsberg		Köln		Düsseldorf		Detmold		Münster		SUMME	
Merkmale	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Geburt nicht am gewünschten Ort	35		91		50		8		32		216	
Medizinische Gründe	11	(31,4)	31	(34,1)	24	(48,0)	3	(37,5)	15	(46,9)	84	(38,9)
In der Schwangerschaft abgewiesen	1	(2,9)	7	(7,7)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	8	(3,7)
Mit Wehen abgewiesen	0	(0,0)	17	(18,7)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	17	(7,9)
KH geschlossen	5	(14,3)	4	(4,4)	1	(2,0)	0	(0,0)	6	(18,8)	16	(7,4)
Keine Hebamme gefunden	6	(17,1)	12	(13,2)	9	(18,0)	1	(12,5)	2	(6,3)	30	(13,9)
Kein Geburtshaus	1	(2,9)	0	(0,0)	2	(4,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	3	(1,4)
GH geschlossen	0	(0,0)	0	(0,0)	3	(6,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	3	(1,4)
Private Gründe	2	(5,7)	2	(2,2)	2	(4,0)	0	(0,0)	1	(3,1)	7	(3,2)
Keine Gedanken	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(2,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(0,5)
Andere	9	(25,7)	18	(19,8)	8	(16,0)	4	(50,0)	8	(25,0)	47	(21,8)
Missings	5		9		5		2		6		27	

KH=Krankenhaus; GH=Geburtshaus

Für den Weg in die Klinik waren die Frauen im Regierungsbezirk Düsseldorf, mit durchschnittlich 21,0 Minuten (SD±33,0) am schnellsten. Am längsten benötigten die Befragten im Regierungsbezirk Detmold mit 26,8 Minuten (SD±62,5) (Arnsberg: 21,8 SD±34,2; Köln: 24,4 SD±32,6; Münster: 24,4 SD±49,8).

In den Regierungsbezirken Arnsberg, Düsseldorf und Detmold benötigten 3,4% (n=10; n=10; n=3) der Frauen länger als 40 Minuten für den Weg zu ihrem tatsächlichen Geburtsort, während es in Köln und Münster 7,4% (n=45; n=21) Waren. Im Regierungsbezirk Detmold bewerteten 0,7% (n=2) der Frauen die Erreichbarkeit der Klinik als *(sehr) schwer*. Im Regierungsbezirk Arnsberg waren dies 3,3% (n=10) (siehe Abbildung 43). Hierbei lässt sich kein direkter Zusammenhang zwischen der Anfahrt in Minuten und der empfundenen Erreichbarkeit feststellen.

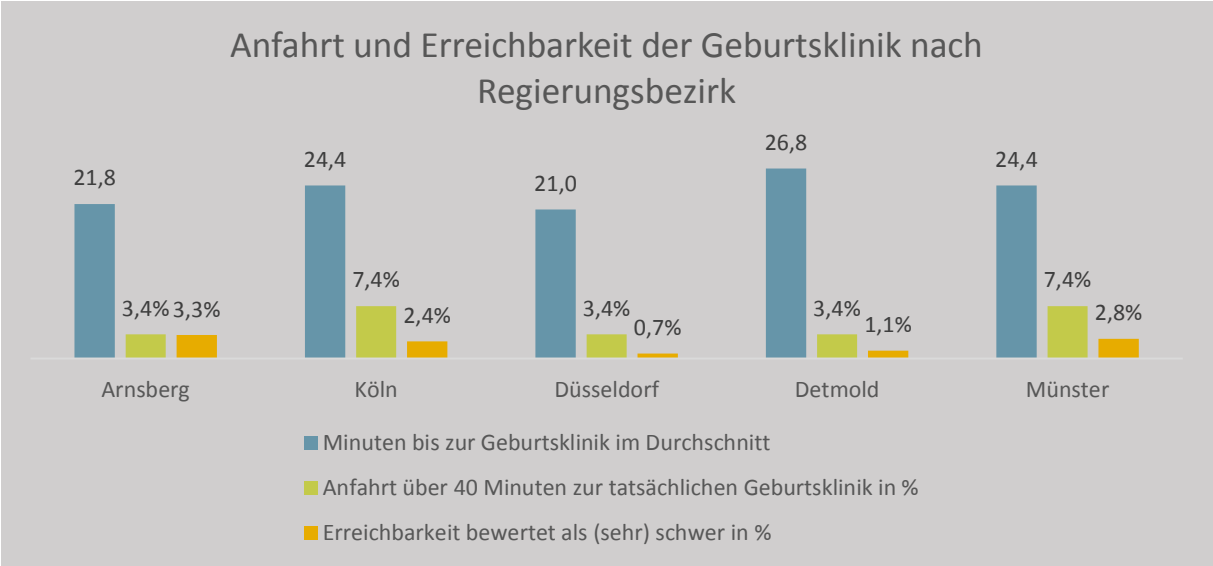


Abbildung 43: Anfahrt und Erreichbarkeit der Geburtsklinik nach Regierungsbezirk

Die Bewertung der Frauen, ob die Hebamme in der Klinik genügend Zeit während der Geburt für sie hatte, fiel zwischen den Regierungsbezirken insgesamt ähnlich aus, im Regierungsbezirk Münster gaben jedoch nur 72,7% (n=208) der Frauen an, dass es *(voll und ganz) zutrifft*, dass die Hebamme während der Geburt genügend Zeit hatte (Arnsberg: 78,7%, n=236; Köln: 80,7%, n=498; Düsseldorf: 79,5% n=81,8; Detmold: 82,8%, n=72).

5.3.6 Stichprobenbeschreibung nach Urbanisierungsgrad

Mithilfe des Verstädterungsgrades *Degree of urbanization classification* werden Gebiete in die folgenden drei Urbanisierungsgrade eingeteilt: Großstädte, Städte und ländliche Gebiete. So zählen politische Gebietseinheiten mit 1.500 Einwohnern pro km² zu Großstädten (*high density*), Gebiete mit mindestens 300 Einwohnern pro km² bis 1.500 Einwohnern pro km² zu Städten (*urban*) und alles, was darunterliegt, fällt unter ländliche Gebiete (*rural*) (eurostat, 2018).
In die Analysen zum Urbanisierungsgrad gingen 1.452 (81,4%) Fragebögen ein, 331 Fragebögen ließen sich nicht oder nicht eindeutig einem Urbanisierungsgrad zuordnen. 35,5% der Frauen (n=516) wohnten zum Zeitpunkt der Befragung in dicht besiedelten großstädtischen Gebieten (high density), 43,3% der Frauen (n=628) in städtischen Gebieten (urban) und 21,2% (n=308) der Frauen in ländlichen Gebieten (rural).

Das durchschnittliche Alter der Mütter unterscheidet sich zwischen den Urbanisierungsgraden kaum (high density: 32,8, SD±4,3; urban: 32,6, SD±4,3; rural: 32,1, SD±4,5). Ebenso unterschied sich die durchschnittliche Anzahl an Kindern pro Frau nur geringfügig (high density: 1,5, SD±0,7; urban: 1,6, SD±0,8; rural: 1,6, SD±0,8).

Die Abweichungen im Hinblick auf einen Migrationshintergrund der Teilnehmer*innen sind zwischen den Urbanisierungsgraden in der vorliegenden Stichprobe minimal (siehe Tabelle 14). In großstädtischen Gebieten ist der Anteil an Frauen mit Hochschulzugangsberechtigung mit 83,3% (n=423) hingegen deutlich höher als in ländlichen Gebieten, in denen 70,3% der Frauen (n=215) eine Hochschulzugangsberechtigung haben. Der Anteil an Frauen mit einem monatlichen HNE über 2.500€ ist hingegen

in high density Gebieten geringer (38,6%, n=197), als in ländlichen Gebieten (48,0%, n=143) (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: Soziodemografische Merkmale der Stichprobe nach Urbanisierungsgrad

Regierungsbezirk	density		urban		rural		SUMME	
Merkmale	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Gesamte Stichprobe	516	(35,5)	628	(43,3)	308	(21,2)	1.452	(100)
Muttersprache								
Muttersprache: Deutsch	458	(88,9)	555	(88,5)	283	(91,9)	1.296	(89,4)
Muttersprache: nicht Deutsch	57	(11,1)	72	(11,5)	25	(8,1)	154	(10,6)
Summe	515		627		308		1.450	
Migrationshintergrund								
In Deutschland geboren	462	(91,3)	547	(88,1)	278	(90,8)	1.287	(89,8)
Immigriert	44	(8,7)	74	(11,9)	28	(9,2)	146	(10,2)
Summe	506		621		306		1.433	
Schulabschluss								
ohne Hochschulreife	85	(16,7)	120	(19,2)	91	(29,7)	296	(20,6)
mit Hochschulreife	423	(83,3)	506	(80,8)	215	(70,3)	1.144	(79,4)
Summe	508		626		306		1.440	
monatliches Haushaltsnettoeinkommen								
</=2.500€	313	(61,4)	385	(63,1)	155	(52,0)	853	(60,2)
>2.500€	197	(38,6)	225	(36,9)	143	(48,0)	565	(39,8)
Summe	510		610		298		1.418	
Krankenversicherung								
Gesetzlich	378	(73,4)	445	(71,1)	229	(74,6)	1.052	(72,7)
Gesetzlich mit privater Zusatzleistung	73	(14,2)	94	(15,0)	43	(14,0)	210	(14,5)
Privat (mit Beihilfe)	64	(12,4)	87	(13,9)	35	(11,4)	186	(12,8)
Summe	515		626		307		1.448	

Die anamnestischen Daten zeigen leichte Unterschiede in den Raten an Spontangeburten (Tabelle 15). Die Daten zum Anteil der Kinder, die in eine Kinderklinik aufgenommen werden mussten und zum wahrgenommenen Gesundheitszustand der Kinder weisen ebenfalls kaum Unterschiede zwischen den Urbanisierungsgraden auf. Die Daten zu Frühgeborenen und Mehrlingen haben recht geringe Zellbesetzungen und sind daher nur schwer zu interpretieren. Frauen, die in Großstädten wohnen haben häufiger angegeben zu stillen gegenüber den Frauen, die in ländlichen Gebieten wohnen. Frauen in städtischen Gebieten haben seltener einen sehr gut bis ausgezeichneten Gesundheitszustand angegeben als Frauen in Großstädten oder auf dem Land (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15: Anamnestische Merkmale der Stichprobe nach Urbanisierungsgrad

Regierungsbezirk	density		urban		rural		SUMME	
Merkmale	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Gesamte Stichprobe	516	(35,5)	628	(43,3)	308	(21,2)	1.452	(100)
Mehrlinge								
Ja	7	(1,4)	11	(1,8)	8	(2,6)	26	(1,8)
Nein	508	(98,6)	614	(98,2)	299	(97,4)	1.421	(98,2)
Frühgeburt								
Ja	33	(6,4)	51	(8,1)	30	(9,7)	114	(7,9)
Nein	482	(93,6)	575	(91,9)	278	(90,3)	1.335	(92,1)
Gesundheitsprobleme Kind								
Ja	480	(93,4)	581	(93,1)	278	(90,3)	1.339	(92,6)
Nein	34	(6,6)	43	(6,9)	30	(9,7)	107	(7,4)
Kind in der Kinderklinik								
Ja	45	(8,8)	45	(7,2)	26	(8,5)	116	(8,0)
Nein	469	(91,2)	580	(92,8)	281	(91,5)	1.330	(92,0)
Risikoschwangerschaft (subjektiv)								
Ja	123	(23,8)	168	(26,8)	90	(29,4)	381	(26,3)
Nein	377	(73,1)	437	(69,7)	210	(68,6)	1.024	(70,7)
Weiß nicht	16	(3,1)	22	(3,5)	6	(2,0)	44	(3,0)
Geburtsmodus								
Spontan	328	(64,1)	395	(63,7)	181	(60,1)	904	(63,1)
Vaginal-operativ	44	(8,6)	58	(9,4)	36	(12,0)	138	(9,6)
Kaiserschnitt	140	(27,3)	167	(26,9)	84	(27,9)	391	(27,3)
Stillen								
Gestillt/Stillend	478	(92,8)	557	(88,8)	267	(87,3)	1.302	(89,9)
Nicht Stillend	37	(7,2)	70	(11,2)	39	(12,7)	146	(10,1)
Gesundheitszustand (SF1)								
schlecht bis gut	253	(49,1)	353	(56,3)	148	(48,2)	763	(52,7)
sehr gut bis ausgezeichnet	262	(50,9)	274	(43,7)	159	(51,8)	686	(47,3)

5.3.7 Ambulante Versorgung in der Schwangerschaft nach Urbanisierungsgrad

Die Rate an Frauen, die eine individuelle Begleitung in der Schwangerschaft (Schwangerenvorsorge, Hilfe bei Beschwerden, Beratung) in Anspruch genommen haben, war in ländlichen Gebieten höher (72,4%, n=233) als in städtischen (67,4%, n=423) oder großstädtischen (66,7%, n=344). Die durchschnittliche Anzahl an Terminen war nahezu gleich (high density: 6,4, SD±5,0; urban: 6,3, SD±5,0; rural: 6,3, SD±4,8). Der Zeitpunkt für den ersten Termin in der Schwangerschaft unterschied sich nur gering zwischen den Urbanisierungsgraden (high density: 16,8, SD±6,8; urban: 18,0, SD±7,6; rural: 17,4, SD±7,6).

Frauen aus ländlichen Gebieten waren mit der Häufigkeit der Termine in der Schwangerschaft zufriedener als Frauen aus (groß-)städtischen Gebieten. So waren 87,8% (n=194) der Frauen aus ländlichen Gebieten zufrieden, 83,7% (n=287) aus großstädtischen und 83,8% (n=352) aus städtischen Gebieten.

2,4% (n=10) der Frauen aus städtischen Gebieten hätten sich weniger Termine gewünscht, hingegen nur 0,6% (n=2) aus großstädtischen Gebieten und 0,5% (n=1) aus ländlichen Gebieten.
In großstädtischen Gebieten hatten 37,2% (n=192) der Frauen Schwangerenvorsorge bei einer Hebamme, dies sind fast 10 Prozentpunkte mehr als bei Frauen aus ländlichen Gebieten (27,9%, n=86) (siehe Abbildung 44).

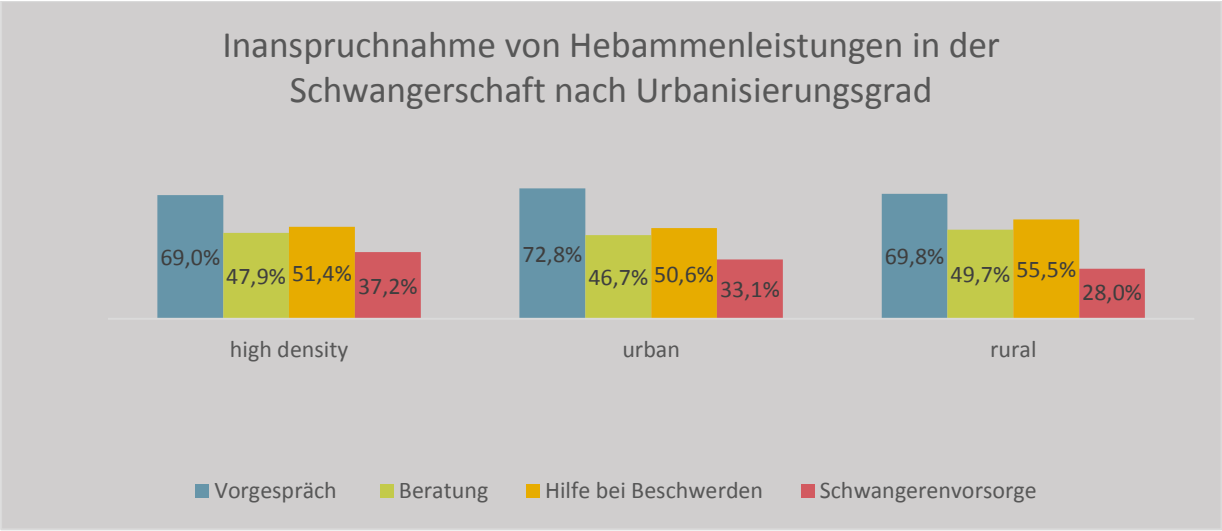


Abbildung 44: Hebammenleistungen in der Schwangerschaft nach Urbanisierungsgrad
(Mehrfachauswahl möglich)

Bei Frauen, die keine individuelle Betreuung in der Schwangerschaft (Vorgespräch, Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden, Schwangerenvorsorge) in Anspruch genommen hatten, unterschieden sich die Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme je nach Urbanisierungsgrad. So wurden in großstädtischen Gebieten seltener keine Hebammenleistungen gewünscht, es wurde jedoch häufiger keine (passende) Hebamme gefunden oder dieses Versorgungsmodell war nicht bekannt. In städtischen Gebieten war der Anteil an Frauen am größten, die das Versorgungsmodell nicht kannten. In ländlichen Gebieten war das Versorgungsmodell am seltensten nicht bekannt, jedoch am häufigsten nicht gewünscht. Der Grund, keine (passende) Hebamme zu finden, spielte hier die geringste Rolle (siehe Abbildung 45).

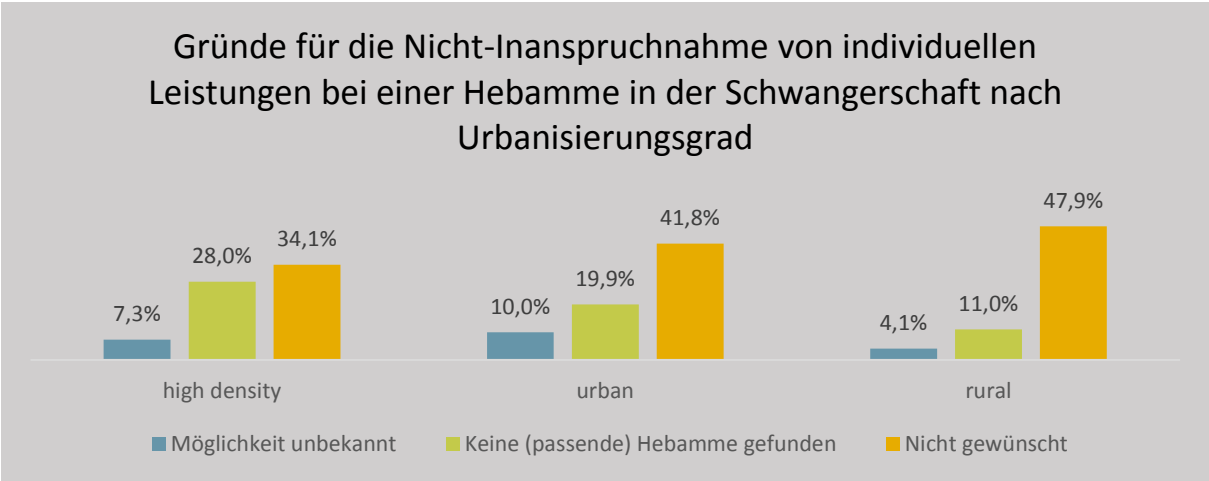


Abbildung 45: Individuellen Leistungen in der Schwangerschaft nach Urbanisierungsgrad
Auswahl der häufigsten Gründe, siehe auch Kapitel zur Versorgung in der Schwangerschaft

Die Inanspruchnahme eines Geburtsvorbereitungskurses unterschied sich zwischen den Urbanisierungsgraden (siehe Abbildung 46). Am geringsten war die Inanspruchnahme in städtischen Gebieten (55,7%, n=348) und am höchsten in ländlichen Gebieten (68,5%, n=211). Ebenso unterschied sich auch der Anteil an Frauen, die keinen Geburtsvorbereitungskurs gewünscht hatten. Der Anteil an Frauen, die keinen Kurs angestrebt hatten, war in ländlichen Gebieten mit 18,2% (n=56) der Frauen am geringsten und in städtischen Gebieten mit 26,9% (n=168) am höchsten.
Auch unterschieden sich die wahrgenommene Schwierigkeit einen Kurs zu finden. Der Anteil an Frauen, der angab es war *schwierig* bis *sehr schwierig*, war in großstädtischen Gebieten mit 18,0% (n=58) am höchsten und in städtischen Gebieten mit 9,9% (n=36) am geringsten (rural: 12,3%, n=27).

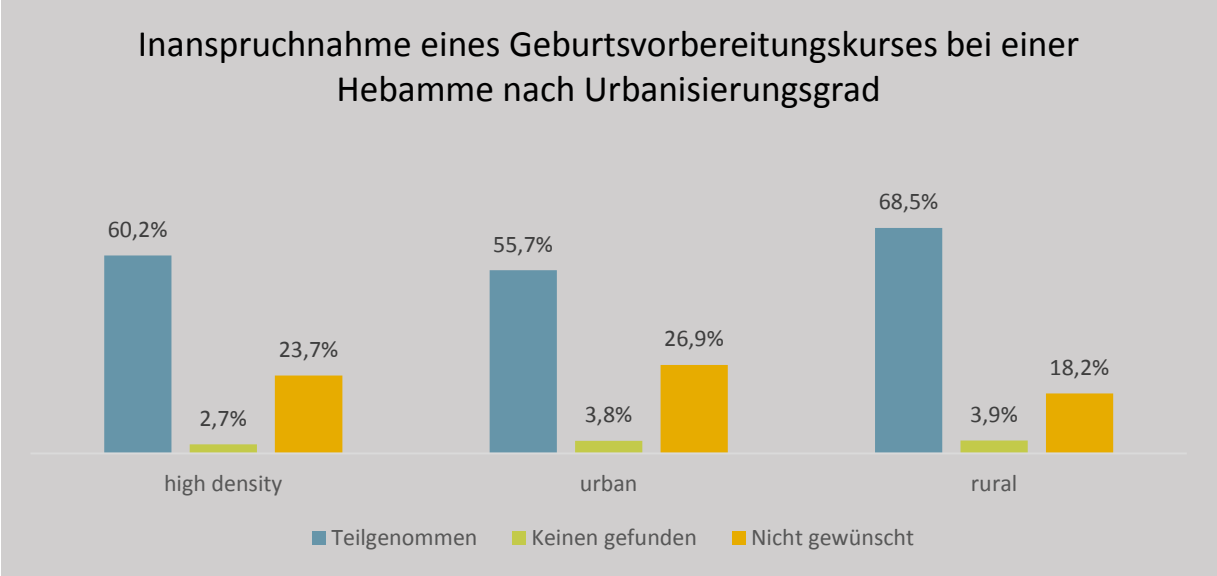


Abbildung 46: Inanspruchnahme eines Geburtsvorbereitungskurses nach Urbanisierungsgrad
Auswahl der häufigsten Gründe, siehe auch Kapitel 5.2.1: Versorgung in der Schwangerschaft

5.3.8 Ambulante Versorgung im Wochenbett nach Urbanisierungsgrad

Die Inanspruchnahme von aufsuchender Wochenbettbetreuung unterschied sich je nach Urbanisierungsgrad (siehe Abbildung 47). So nahmen 90,9% (n=468) der Frauen in großstädtischen Gebieten Hebammenbetreuung im Wochenbett in Anspruch, 93,9% (n=587) der Frauen in städtischen Gebieten und 96,1% (n=296) der Frauen in ländlichen Gebieten.
Nahmen die Frauen keine Wochenbettbetreuung in Anspruch, war der am häufigsten angegebene Grund jeweils, dass keine Hebamme für diese Leistung gefunden wurde. Dies war bei 53,2% (n=25) der Frauen in großstädtischen Gebieten der angegebene Grund, bei 39,5% (n=15) der Frauen in städtischen und bei 33,3% (n=4) der Frauen in ländlichen Gebieten.

Die durchschnittliche Anzahl an Terminen im Wochenbett unterschied sich nur in einem geringen Maß. In großstädtischen Gebieten wurden mit durchschnittlich 12,1 (SD±5,6) Terminen, die meisten und in ländlichen Gebieten mit 10,6 (SD±6,1) die geringste Anzahl an Besuchen in Anspruch genommen (urban: 11,9, SD±5,3). Die Länge der Wochenbettbetreuung unterschied sich kaum zwischen den Urbanisierungsgraden (high density: 8,8 SD±3,5; urban: 8,4 SD±3,6; rural: 7,8, SD±3,2).

Der Anteil an Frauen, der sich mehr Besuche im Wochenbett gewünscht hätte, schwankte nur sehr gering zwischen den Urbanisierungsgraden (high density: 8,6%, n=40; urban: 7,9%, n=46; rural: 9,0%,

n=26). Hingegen gab es Unterschiede im Anteil der Frauen, die sich weniger Termine im Wochenbett gewünscht hätten (high density: 4,1%, n=19; urban: 3,3%, n=19; rural: 0,3%, n=1).

Die Inanspruchnahme weiterer Versorgungsmodelle sind in Abbildung 47 dargestellt. In ländlichen Gebieten werden Familienhebammenbetreuung und Einzeltermine in einer Hebammenpraxis am häufigsten in Anspruch genommen. Hingegen wird eine Wochenbettambulanz am seltensten besucht. Hier muss die Limitation beachtet werden, dass die Fallzahl sehr gering war, so dass diese Zahlen vorsichtig zu interpretieren sind.

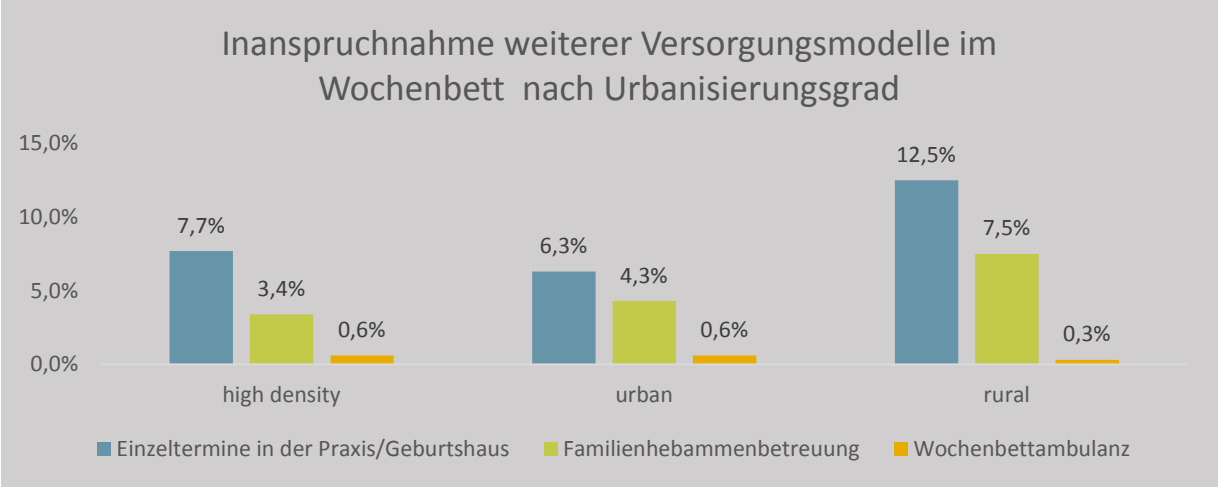


Abbildung 47: Weiterer Versorgungsmodelle im Wochenbett nach Urbanisierungsgrad

Die Inanspruchnahme eines Rückbildungskurses bei einer Hebamme schwankte zwischen den Urbanisierungsgraden leicht (siehe Abbildung 48). Am geringsten war die Inanspruchnahme in städtischen Gebieten und am höchsten in ländlichen Gebieten. Das Finden und Buchen eines Kurses wurde von den Frauen jedoch als unterschiedlich schwierig wahrgenommen. Der Anteil an Frauen, die angaben, es war *schwierig* bis *sehr schwierig*, war in großstädtischen Gebieten mit 20,8% (n=74) am höchsten und in ländlichen Gebieten mit 10,3% (n=24) am geringsten (urban: 15,0%, n=63).

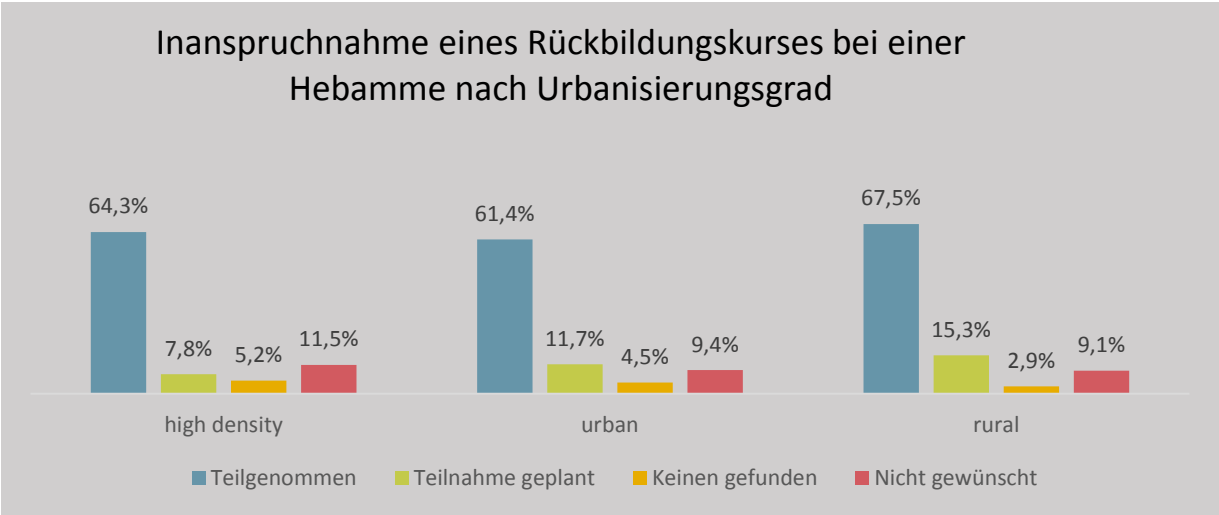


Abbildung 48: Inanspruchnahme eines Rückbildungskurses nach Urbanisierungsgrad

5.3.9 Zugang zur ambulante Versorgung nach Urbanisierungsgrad

Der Anteil an Frauen, die sich nur *mäßig* bis *gar nicht* über Hebammenleistungen informiert fühlten, unterschied sich zwischen den Urbanisierungsgraden fast nicht (high density: 39,4%, n=203; urban: 39,9%, n=245; rural: 40,5%, n=124).

Die SSW, in der mit der Hebammensuche begonnen wurde, unterschied sich nur leicht zwischen den Urbanisierungsgraden (high density: 12,0 SD±6,1; urban: 12,9 SD±6,5; rural: 13,1 SD±6,8). In großstädtischen Gebieten suchte ein geringerer Anteil an Frauen (2,5%, n=12) erst nach der Geburt nach einer Hebamme (urban: 4,3%, n=25; rural: 4,2%, n=12).

Es gab deutliche Unterschiede in der Anzahl der Hebammen, die angerufen werden mussten, um eine passende Hebamme für die Versorgung während der Schwangerschaft und/oder im Wochenbett zu finden (siehe Abbildung 49). Auch unterschied sich der Anteil an Frauen, die mehr als zehn Hebammen anrufen mussten, um eine Betreuung zu finden. Der Prozentsatz war in ländlichen Gebieten mit 3,4% (n=10) am geringsten, und mit 10,2% (n=50) in großstädtischen Gebieten am höchsten (urban: 8,5%, n=50).

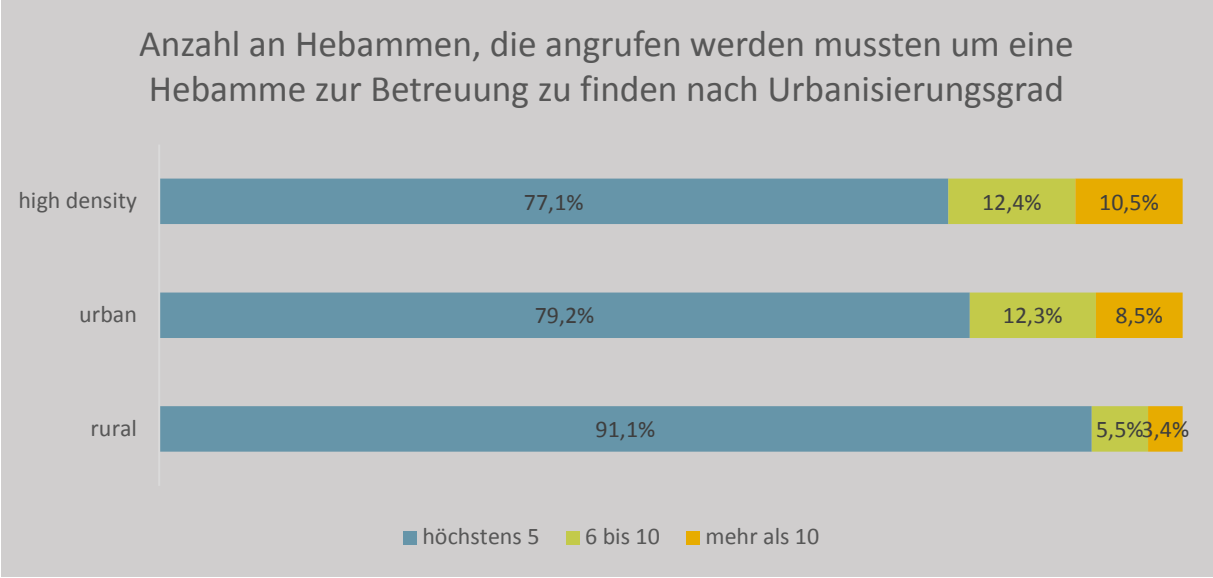


Abbildung 49: Anzahl der angerufenen Hebammen nach Urbanisierungsgrad

Der Durchschnitt der angerufenen Hebammen war ebenfalls in ländlichen Gebieten am geringsten mit 2,5 (SD±3,6) Anrufen und in städtischen (4,2, SD±5,6) sowie großstädtischen (4,8, SD±9,7) Gebieten deutlich höher. Dementsprechend verteilte sich auch die empfundene Schwierigkeit der Hebammensuche. In ländlichen Gebieten gaben 20,7% (n=62) der Frauen an, die Suche nach einer Hebamme sei *(sehr) schwierig* oder *unmöglich* gewesen. In städtischen Gebieten waren dies 32,8% (n=198) der Frauen und in großstädtischen Gebieten 30,8% (n=151) der Frauen (siehe Abbildung 50).

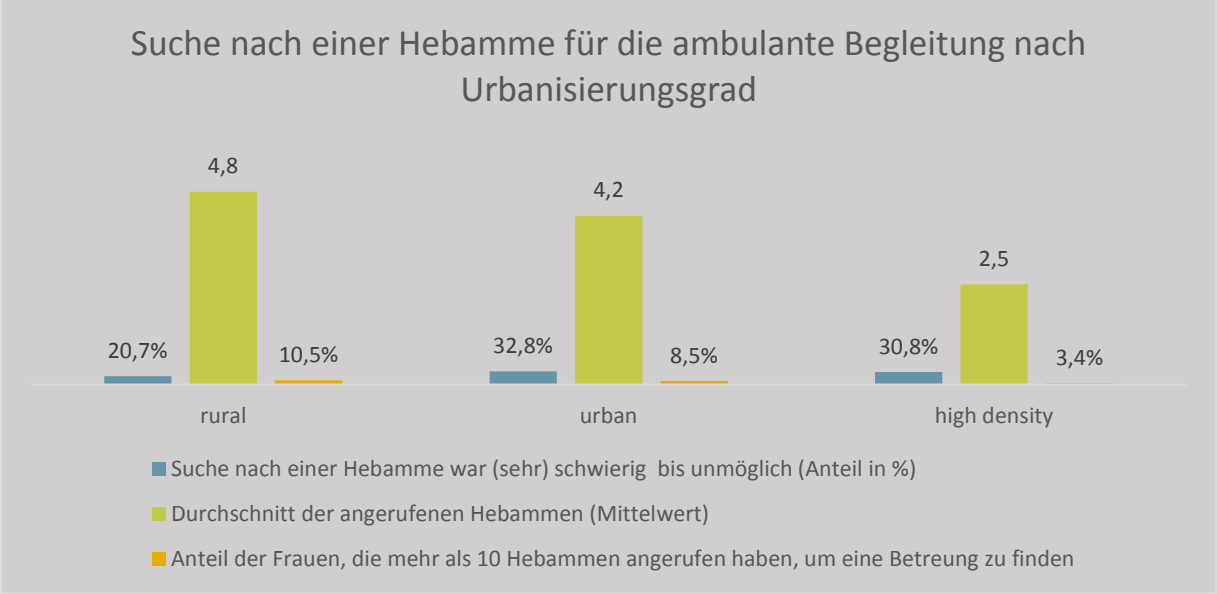


Abbildung 50: Hebammensuche nach Urbanisierungsgrad

Frauen, die angegeben hatten, die Suche sei *(sehr) schwierig* bis *unmöglich* gewesen, wurden nach den Gründen gefragt. Diese sind in Tabelle 16 dargestellt. Auffallend ist, dass der Anteil an Frauen, die angaben, *sie wüssten nicht, wo sie eine Hebamme suchen können* in großstädtischen Gebieten höher war, als in den anderen Urbanisierungsgraden.

Tabelle 16: Gründe für eine als schwierig empfundene Hebammensuche nach Urbanisierungsgrad

Urbanisierungsgrad	High density		urban		rural		SUMME	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Die Suche war (sehr) schwierig	151	(30,8)	198	(32,8)	62	(20,8)	411	
Wusste nicht wo	20	(13,2)	19	(9,6)	8	(12,9)	47	(11,4)
Keine Telefonnummern/Adressen	6	(4,0)	15	(7,6)	4	(6,5)	25	(6,1)
Wusste nicht, dass ich mich kümmern muss	6	(4,0)	4	(2,0)	2	(3,2)	12	(2,9)
Hebammen hatten keine Zeit	140	(92,7)	179	(90,4)	57	(91,9)	376	(91,5)
Keine Betreuung an meinem Wohnort	25	(16,6)	42	(21,2)	10	(16,1)	77	(18,7)
Nicht die richtigen Leistungen	22	(14,6)	23	(11,6)	6	(9,7)	51	(12,4)
Hebammen waren mir nicht sympathisch	15	(9,9)	19	(9,6)	3	(4,8)	37	(9,0)

(Mehrfachauswahl möglich)

Auch bei den Antworten auf die Frage, wie eine Hebamme gefunden wurde, gab es Unterschiede je nach Urbanisierungsgrad. So scheint in ländlichen Gebieten, die Suche über Freunde und Bekannte, den Arzt, die Ärztin und über vorherige Schwangerschaften eine größere Rolle zu spielen. In (groß-) städtischen Gebieten sticht hingegen die Suche über das Internet und über Hebammenzentralen hervor. Zudem war die Hebamme hier häufiger bereits vorher über persönliche Kontakte bekannt (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: Hebammensuche - Unterschiede nach Urbanisierungsgrad

Urbanisierungsgrad	High density		urban		rural		SUMME	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Freunde/ Bekannte usw.	108	(23,7)	178	(30,9)	107	(37,4)	393	(29,8)
Ärzt*innen	19	(4,2)	37	(6,4)	24	(8,4)	80	(6,1)
Vorherige Schwangerschaft/Geburt	34	(7,5)	77	(13,4)	46	(16,1)	157	(11,9)
Internet	150	(33,0)	144	(25,0)	56	(19,6)	350	(26,6)
Hebammenzentrale	48	(10,5)	29	(5,0)	3	(1,0)	80	(6,1)
Hebamme war bereits bekannt	48	(10,5)	53	(9,2)	24	(8,4)	125	(9,5)
Summe	407	(89,5)	518	(89,9)	260	(90,9)	1185	(90,0)

Auswahl der bedeutsamsten Gründe, Vergleiche auch Kapitel zum Zugang zu Hebammen

Die Antworten auf die Frage, wann die Hebamme nach der Entlassung aus der Klinik das erste Mal die Familie im Wochenbett besucht hatte, unterschieden sich je nach Urbanisierungsgrad. In ländlichen Gebieten gaben 30,4% (n=90) der Frauen an, dass die Hebamme erst drei Tage nach der Entlassung oder später das erste Mal bei ihnen gewesen ist. In städtischen Gebieten gaben dies 24,2% (n=142) der Frauen an und in großstädtischen Gebieten 19,4% (n=92) der Frauen.

5.3.10 Geburtshilfliche Versorgung nach Urbanisierungsgrad

Es gab eher geringe Unterschiede in der Art des gewünschten Geburtsortes je nach Urbanisierungsgrad. So wünschten sich 10,9% (n=68) der Frauen in städtischen Gebieten eine außerklinische Geburt, in großstädtischen und ländlichen Gebieten, waren dies hingegen 7,4% (n=38) bzw. 7,3% (n=22) (siehe Abbildung 51). Die Unterschiede in der Art des tatsächlichen Geburtsortes waren allerdings deutlicher. 7,4% (n=38) der Frauen aus großstädtischen Gebieten, 5,8% (n=36) der Frauen aus städtischen Gebieten und 2,6% (n=8) der Frauen aus ländlichen Gebieten haben ihr Kind in einem Geburtshaus oder zu Hause geboren.

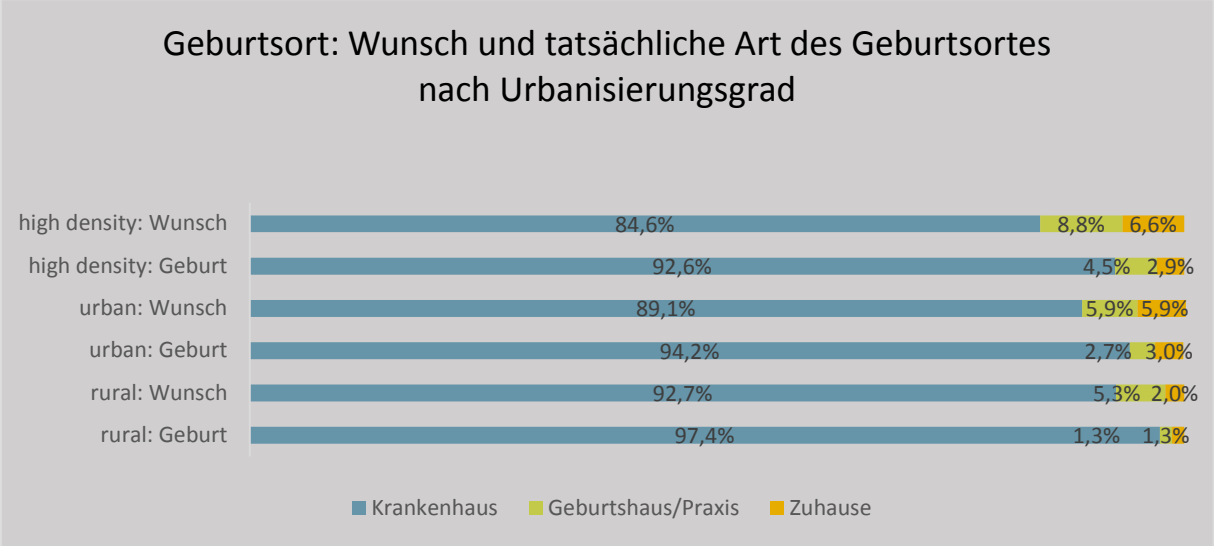


Abbildung 51: Wunsch und tatsächliche Art des Geburtsortes nach Urbanisierungsgrad

Ob eine Frau eine Begleit-Beleghebamme hatte, unterschied sich nur in einem geringen Ausmaß je nach Urbanisierungsgrad (Tabelle 18). Die niedrigste Rate an Frauen mit einer Beleghebamme gab es in den ländlichen Gebieten mit einem Anteil von 8,2% (n=24), in den städtischen Gebieten hatten 13,0%(n=76) eine Beleghebamme und in großstädtischen Gebieten 11,1% (n=52).

Tabelle 18: Gründe für eine nicht an dem in der Schwangerschaft gewünschten Ort nach Urbanisierungsgrad

Urbanisierungsgrad	High density		urban		rural		SUMME	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Geburt nicht am gewünschten Ort	88		70		27		185	
Medizinische Gründe	32	(36,4)	26	(37,1)	13	(48,1)	71	(38,4)
In der Schwangerschaft abgewiesen	2	(2,3)	3	(4,3)	1	(3,7)	6	(3,2)
mit Wehentätigkeit (WT) abgewiesen	8	(9,1)	5	(7,1)	2	(7,4)	15	(8,1)
KH geschlossen	4	(4,5)	6	(8,6)	1	(3,7)	11	(5,9)
Keine Hebamme	17	(19,3)	7	(10,0)	3	(11,1)	27	(14,6)
kein GH	2	(2,3)	1	(1,4)	0	(0,0)	3	(1,6)
GH geschlossen	1	(1,1)	0	(0,0)	2	(7,4)	3	(1,6)
private Gründe	3	(3,4)	2	(2,9)	0	(0,0)	5	(2,7)
keine Gedanken darüber	1	(1,1)	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(0,5)
Andere	18	(20,5)	20	(28,6)	5	(18,5)	43	(23,2)
Missings	4		12		9		25	

Im Durchschnitt benötigten die Frauen aus städtischen Gebieten am wenigsten Zeit, um in die Klinik zu fahren, in der sie ihr Kind geboren haben. Dies waren im Schnitt 20,4 Minuten (SD±34,5, Median: 17), in ländlichen Gebieten 28,8 Minuten (SD±55,0, Median: 25) und in großstädtischen Gebieten 22,2 Minuten (SD±34,5, Median: 15). Insgesamt weist der Median darauf hin, dass in allen Urbanisierungsgraden einige Ausreißer nach oben vertreten waren und ein größerer Anteil an Frauen einen kürzeren Weg hatten als der Durchschnitt.

Der Anteil Frauen, die länger als 40 Minuten zum tatsächlichen Geburtsort benötigten, war in ländlichen Gebieten am höchsten mit 10,5% (n=31). In städtischen Gebieten benötigten 4,0% (n=23) der Frauen länger als 40 Minuten zum tatsächlichen Geburtsort und in großstädtischen Gebieten 4,1% (n=19) der Frauen. In ländlichen Gebieten bewerteten 3,0% (n=9) der Frauen die Erreichbarkeit der Klinik als *(sehr) schwer*. In städtischen Gebieten 1,5% (n=9) und in großstädtischen Gebieten 2,1% (n=10) (siehe Abbildung 52).

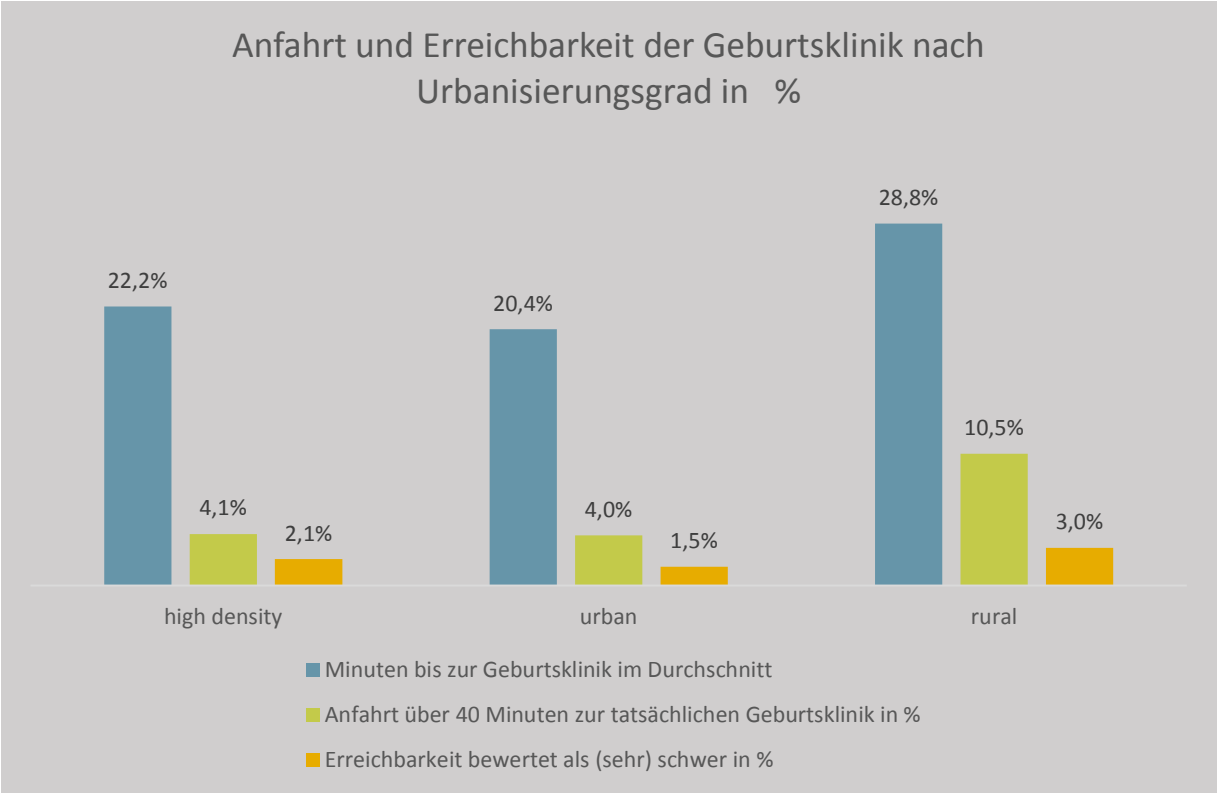


Abbildung 52: Anfahrt und Erreichbarkeit der Geburtsklinik nach Urbanisierungsgrad

Die Bewertung der Frauen, ob d*ie Hebamme in der Klinik genügend Zeit* hatte fiel insgesamt ähnlich aus. In großstädtischen Gebieten gaben 77,6% (n=367) der Frauen an, dass dies *(voll und ganz) zutrifft*. In städtischen Gebieten waren es 79,0% (n=463) und in ländlichen Gebieten 82,5% (n=245).

5.3.11 Zusammenfassung: Regionale Unterschiede

Es gab weder zwischen den Urbanisierungsgraden noch zwischen den Regierungsbezirken größere Unterschiede im Hinblick auf das Alter, die Kinderzahl oder Merkmalen, die auf einen Migrationshintergrund hindeuten. Es zeigte sich jedoch ein Gradient im Hinblick auf die Hochschulbildung (rural: niedriger) und das Einkommen (rural: höher). Zudem zeigte der Regierungsbezirk Detmold bei diesen beiden Merkmalen Unterschiede zu den anderen Regierungsbezirken.

In dem Anteil an Frauen, die individuelle Betreuung in der Schwangerschaft in Anspruch genommen hatten, zeigte sich ein deutlicher Unterschied von mehr als zehn Prozentpunkten zwischen den Regierungsbezirken (Arnsberg: 76,4%, Köln: 67,5%, Düsseldorf: 63,7%, Detmold: 62,8%, Münster: 62,5%).
Die Unterschiede zwischen den Urbanisierungsgraden waren im Gegensatz dazu gering (high density: 66,7%, urban: 67,4%, rural: 72,4%).
Hingegen war die Rate an Frauen, die Schwangerenvorsorge bei einer Hebamme in Anspruch genommen hatten in großstädtischen Gebieten deutlich höher als in ländlichen Gebieten (high density: 37,2%, urban: 33,1%, rural: 27,9%). Unterschiede in dieser Größenordnung gab es auch zwischen den Regierungsbezirken (Arnsberg: 36,8%, Köln: 37,2%, Düsseldorf: 27,1%, Detmold: 24,5%, Münster: 25,1%).

Die Inanspruchnahme von Wochenbettbetreuung zeigt einen deutlichen Gradienten zwischen den Urbanisierungsgraden (high density: 90,9%, urban: 93,9%, rural: 96,1%). Dieser Stadt-Land Gradient scheint sich auch in den Regierungsbezirken und ihrer Bevölkerungsdichte widerzuspiegeln (Arnsberg: 92,4%, Köln: 95,3%, Düsseldorf: 90,2%, Detmold: 98,9%; Münster: 90,6%). Die Daten korrelieren dabei mit dem angegebenen Grund, keine Hebamme gefunden zu haben (high density: 53,2%, urban: 39,5%, rural: 33,3%), (Arnsberg: 41,7%, Köln: 38,7%, Düsseldorf: 46,9%, Detmold: 0%, Münster: 53,6%).

Ob Frauen sich ausreichend über Hebammenleistungen informiert fühlten, variierte stärker zwischen den Regierungsbezirken, in dem die Frauen wohnten, als zwischen den Urbanisierungsgraden der Gebiete, in denen sie wohnten (high density: 39,4%; urban: 39,9%; rural: 40,5%,); (Arnsberg: 38,5%; Köln: 41,1%; Düsseldorf: 39,6%; Detmold: 44,7%; Münster: 38,1%).

Die SSW, in der die befragten Frauen mit der Hebammensuche begannen, unterschied sich weder nach Urbanisierungsgrad noch nach Regierungsbezirk stark. Auffallend war, dass in großstädtischen Gebieten weniger Frauen erst nach der Geburt nach einer Hebamme suchten und ein größerer Anteil an Frauen in Münster erst nach der Geburt nach einer Hebamme suchte (high density: 2,5%; urban: 4,3%; rural: 4,2%), (Arnsberg: 2,5%; Köln: 3,7%; Düsseldorf: 3,3%; Detmold: 3,4%; Münster: 6,1%).

Die durchschnittliche Anzahl der für die Betreuung in Wochenbett und/oder Schwangerschaft angerufenen Hebammen und die wahrgenommene Schwierigkeit eine Hebamme für diese Betreuung zu finden, hatten einen deutlichen Gradienten je nach Urbanisierungsgrad. Es mussten umso mehr Hebammen angerufen werden je städtischer das Gebiet war. Dies spiegelte sich auch je nach der Bevölkerungsdichte der Regierungsbezirke in den Daten wider (Arnsberg: 3,4 SD±6,1; Köln: 4,0 SD±6,0; Düsseldorf: 5,5, SD±9,7, Detmold 2,4, SD±3,2; Münster: 4,2 SD±6,9). Dies deutete sich auch in der wahrgenommenen Schwierigkeit eine Hebamme für die Betreuung zu finden an.
Eine Lücke von mehr als zwei Tagen zwischen der Entlassung aus der Klinik und dem ersten häuslichen Wochenbettbesuch durch eine Hebamme zeigt einen deutlichen Stadt-Land Gradient, der sich auch in Regierungsbezirke nach ihrer Bevölkerungsdichte widerspiegelt (high density: 19,4%; urban: 24,2%; rural: 30,4%), (Arnsberg: 29,6%; Köln: 22,0%; Düsseldorf: 20,3%; Detmold: 35,7%; Münster: 22,9%).

5.4 Forschungsfrage 3: Faktoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der individuellen Hebammenbetreuung

Das Qualitätsmodell nach Donabedian betrachtet medizinische und pflegerische Versorgungen auf drei voneinander abhängigen Ebenen: die Strukturqualität, die Prozessqualität und die Ergebnisqualität. Die Strukturqualität beschreibt dabei die Rahmenbedingung der Versorgung. Dazu gehören einerseits die Kompetenzen und Qualifikationen des Fachpersonals, anderseits beispielsweise die Organisation, Ausstattung und Erreichbarkeit der Klink- bzw. Praxisräume, sowie das Hygienekonzept (LZG.NRW, 2019).
Die Abläufe innerhalb der Versorgung werden anhand der Prozessqualität bewertet. Hier werden Tätigkeiten beurteilt, welche die Nutzer*innen direkt betreffen (wie z.B. Behandlungsmethoden oder Patient*innengespräche), sowie Abläufe, die nur indirekte Auswirken auf die Versorgung haben (z.B. die Kommunikation mit Kolleg*innen und die interprofessionelle Zusammenarbeit) (LZG.NRW, 2019).

Die Ergebnisqualität beurteilt das Outcome der Versorgung. Darunter fallen der aktuelle und zukünftige Gesundheitszustand, aber auch die Zufriedenheit und das gesundheitsbezogene Verhalten der Nutzer*innen (LZG.NRW, 2019).
Während die Strukturqualität durch objektive Parameter recht gut zu beurteilen ist, ist dies durch den wachsenden Anteil an persönlichen Eindrücken und Empfindungen bei der Prozess- und vor allem der Ergebnisqualität deutlich schwieriger.
Anhand der Auswertung des Mütter-Fragebogens konnten Hinweise auf mögliche Faktoren generiert werden, anhand derer die Qualität der individuellen Hebammenbetreuung auf den verschiedenen Ebenen gemessen werden kann. Eine abschließende Diskussion der Hinweise sowie möglicherweise daraus resultierende Indikatoren findet sich in Kapitel 13.

Strukturqualität

95,8% (n=1.570) der befragten Frauen war bekannt, wann und wie sie ihre Hebamme erreichen konnten. 80,5% (n=1.323) der befragten Frauen wussten, wer im Notfall für sie erreichbar wäre, wenn die Hebamme nicht zur Verfügung stünde.
Da einem sehr hohen Prozentsatz der Frauen bereits bekannt war, wann und wie die Hebamme erreichbar ist, eignet sich dieser Faktor weniger zur Überprüfung der Strukturqualität der Hebammenversorgung. Ein Notfallkontakt war hingegen 19,5% (n=320) der Frauen nicht bekannt. Hier sollte angestrebt werden, den Anteil an Frauen, welche die Notfallkontaktdaten kennen, zu erhöhen. Ein öffentlicher Zugang zu diesen Informationen, z.B. auf der Website oder dem Anrufbeantworter und eine Aufnahme dieser Informationen in den Behandlungsvertrag, scheint daher sinnvoll zu sein.

Fast ein Drittel der Frauen gaben an, dass für sie die Suche nach einer Hebamme für die Betreuung im Wochenbett und/oder in der Schwangerschaft *schwierig bis unmöglich* war (29,6%, n=507). Die befragten Frauen mussten durchschnittlich 4,1 (SD±7,0) Hebammen anrufen, um eine Hebamme für die Betreuung zu finden. Als Grund für die Schwierigkeiten eine Hebamme zu finden wurden von diesen Frauen vor allem *keine freien Kapazitäten der Hebamme (91, %)* angegeben. In den Freitextfeldern wurde insbesondere auf eine schwierige Situation innerhalb der Ferienzeiten hingewiesen. Frauen beschrieben auch zeitweise, ohne eine Hebamme auskommen zu müssen, da diese im Urlaub war oder zeitlich eingeschränkte Ressourcen hatte.
Dies legt nahe, dass unter Hebammen verbindliche Absprachen zur Urlaubsvertretung getroffen werden sollten und somit Frauen das gesamte Jahr über Zugang zu einer Versorgung haben.

Es ließen sich weitere Faktoren für eine hochwertige Versorgung auf der Ebene der Strukturqualität anhand des Fragebogens identifizieren. Diese fallen jedoch nicht in den individuellen Einflussbereich der Hebammen und können deshalb nur als Wünsche formuliert werden. So ist es zum einen wünschenswert, dass Frauen an dem von ihnen in der Schwangerschaft gewünschten Ort gebären können (ausgenommen: medizinische Gründe), zum anderen sollten Hebammen maximal vier Hebammen anrufen müssen, um eine Hebamme für die gewünschte ambulante Begleitung zu finden. Auch waren nicht alle Frauen gut über die Hebammenbetreuung informiert. Informationen zur Hebammenbetreuung im Mutterpass oder durch einen verbindlichen Hinweis von Gynäkolog*innen auf Hebammenversorgung, könnte die Informiertheit und damit den Zugang zu Hebammen verbessern. Da Frauen häufig über informelle Kontakte Informationen zur Hebammenversorgung erhielten, könnte dies vor allem für Frauen, die weniger gut mit z.B. anderen Müttern vernetzt sind, eine bedeutsame Rolle spielen.

Prozessqualität

In den Analysen zeigte sich das 99,0% (n=1.633) der Frauen eine Beratung über ein Kommunikationsmedium in Anspruch genommen haben. Es gab durchschnittlich 3,9 (SD± 4,4) Beratungskontakte. Am häufigsten wurde telefoniert (77,2%) oder es wurde ein Messengerdienst, wie zum Beispiel WhatsApp (60,8%), eingesetzt. Es gab auch Kontakte per SMS (35,9%) oder per E-Mail (9,0%). Sehr selten wurden auch Facebook (0,6%) oder Skype (0,1%) genutzt.
Anhand der vorliegenden Daten lässt sich eine starke Nutzung unter zum Teil nicht ausreichend sicheren Kommunikationswegen vermuten, sodass eine Reflektion der digitalen Versorgung innerhalb des Qualitätsmanagementsystems sinnvoll erscheint. Dabei sind Hebammen als kleine Berufsgruppe auch von den Entwicklungen hin zur Digitalisierung (z.B. sichere Datenverbindungen) innerhalb des gesamten Gesundheitswesens abhängig.

651 befragte Frauen (42,2%) erhielten den ersten Wochenbettbesuch durch eine Hebamme zwei Tage nach der Entlassung oder später. Eine gute Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung wird als ein Merkmal der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen angesehen (Bundesregierung, 2018). Im Sinne einer lückenlosen Versorgung zwischen der stationären und ambulanten Betreuung scheint daher ein früher erster häuslicher Wochenbettbesuch nach der Entlassung aus der Klinik sinnvoll. Zumal eine Entlassung aus der Klinik häufig zwischen dem dritten und fünften Wochenbetttag stattfindet und in diesem Zeitraum bedeutsame biologische Prozesse des Wochenbetts fallen, wie die Milchbildung, mögliche damit einhergehende Stillprobleme oder das mögliche Auftreten eines Ikterus beim Kind.
In der Analyse, bei welchen Frauen die Hebammen erst zwei Tage oder später den ersten Wochenbettbesuch machten, gab es keine besonderen Merkmale dieser Frauen, wie etwa ein langer Aufenthalt in der Kinderklinik o.ä., die dieses Ergebnis vollständig erklärt hätten. Allerdings zeigten sich regionale Unterschiede. Im Regierungsbezirk Düsseldorf kamen die Hebammen bei 20,3% (n=61) der Familien erst zwei Tage nach der Entlassung oder später zum ersten Wochenbettbesuch. Im Regierungsbezirk Detmold war dies bei 35,7% (n=30) der Frauen der Fall (Arnsberg: 29,6%, n=89; Köln: 22,0%, n=136: Münster: 22,9%, n=290).

Ergebnisqualität

Aufgrund der starken Verzahnung der Berufe, die an der Versorgung rund um die Geburt beteiligt sind, ließ sich anhand der Studie HebAB.NRW kein Faktor der Ergebnisqualität ausmachen, der vollständig im Einflussbereich der individuellen Hebammenbetreuung liegt.
Zwischen den Regierungsbezirken gab es Unterschiede in den Kaiserschnittraten, dem Anteil der Kinder, die in die Kinderklinik aufgenommen werden mussten, sowie dem Anteil an Frauen, die sich selbst als Risikoschwangere wahrgenommen hatten. Diese regionalen Schwankungen, lassen sich vermutlich nicht anhand von medizinischen Ursachen erklären.

Zusammenfassung und Ausblick

Vor dem Hintergrund der starken Verzahnung von gesundheitlichen und sozialen Systemen in der Versorgung rund um die Geburt stellt sich die Frage, ob Qualitätsindikatoren, die auf die Qualität der Versorgung durch Hebammen abzielen, diese wirklich trennscharf abbilden können. Derartige Indikatoren erfordern eine genaue Reflexion z.B. über mögliche systemimmanente Einflüsse auf die Hebammenversorgung. Alternativ ließen sich Qualitätsindikatoren finden, die die gesamte Versorgung in dieser Zeit umschließen. Auf der anderen Seite erschweren Qualitätsindikatoren, die mehrere Berufsgruppen umfassen, das Gefühl der Verantwortungsübernahme.
Die dargestellten Aspekte der Struktur- und Prozessqualität beziehen sich vornehmlich auf Faktoren, die bereits jetzt im Qualitätsmanagement abgebildet sind oder sich in Zukunft dort wiederfinden könnten (siehe digitale Versorgung in Kapitel 14).
Faktoren, über die sich die Ergebnisqualität der Hebammenversorgung darstellen ließe, konnten vorläufig noch nicht ermittelt werden. Innerhalb der Studie HebAB.NRW wurden jeweils ein Fragebogen zur Messung der Qualität der Hebammenarbeit aus der Perspektive der Nutzerinnen für das Wochenbett sowie für die Geburt entwickelt. Diese Fragebögen befinden sich derzeit im Rahmen eines Promotionsprojektes in der Überprüfung. Einzelne Items der Fragebögen sind zur Qualitätsmessung nicht ausreichend, weshalb die Ergebnisse hier nicht explizit dargestellt wurden. Die Qualitätserfassung aus der Perspektive der Nutzer*innen, wie sie anhand der entwickelten und validierten Fragebögen dann möglich wäre, ist zukunftsweisend, denn sie spielt auch in Deutschland eine immer wichtigere Rolle bei der Evaluation von Gesundheitsdiensten (G-BA, 2019).

Die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG e.V.) erhebt seit 1999 die Qualität der betreuten Geburten in einem ambulanten Versorgungsbereich durch Hebammen. Seit dem Jahr 2015 ist QUAG e.V. vertraglich als Einrichtung zur Erfassung, statistischen Auswertung und Veröffentlichung der Daten zum Nachweis der Betreuungsqualität von außerklinisch geplanten und betreuten Geburten in Deutschland benannt (Anlage 3 Qualitätsvereinbarung zum Vertrag nach § 134a SGB V §5 Abs.2 und in Anhang R, 3.b Nachweisverfahren zur Anlage 3-Qualitätsvereinbarung §§ 4, 6 und 7). Eine Ausweitung dieser Tätigkeit auf den Bereich der ambulanten Wochenbettbetreuung wäre denkbar.

5.5 Forschungsfrage 4: Faktoren, die mit der Inanspruchnahme von Hebammenleistungen assoziiert sind

Im Folgenden wird dargestellt, inwieweit verschiedene Merkmale der Frau mit der Inanspruchnahme von Hebammenbetreuung assoziiert sind. Dafür wurden Merkmale ausgewählt, bei denen aus der Literatur bekannt ist, dass sie möglicherweise Einfluss auf die Inanspruchnahme von Hebammenbetreuung nehmen. Dies sind insbesondere Merkmale des sozioökonomischen Status (Einkommen, Bildung), Merkmale eines Migrationshintergrundes (Geburtsland) und des Wohnorts (Stadt/Land) sowie ob die Frau bereits Kinder hat und somit bereits Erfahrung bzw. Wissen zur Hebammenversorgung sammeln konnte (siehe Abschnitt 2.1.5).

Da insbesondere Frauen sich im deutschen Gesundheitssystem selbst eine Hebamme für die ambulante Betreuung suchen müssen und diese Suche derzeit durch eine Versorgungsknappheit erschwert scheint, könnten Barrieren aufgebaut werden, die eine besondere Herausforderung für Frauen mit

einem Migrationshintergrund oder für Frauen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status darstellen.

Für die Analyse wurden diese Merkmale (mögliche Prädiktoren) dichotomisiert:

- Haushaltsnettoeinkommen (HNE): >=2.500 € vs. < 2.500 €
- Hochschulausbildung (HSA): vorhanden vs. nicht vorhanden
- Geburtsland: Deutschland vs. anderes Land
- Wohnhaft in: ländliches Gebiet vs. (groß-)städtisches Gebiet
- Kinder: erstes Kind vs. mehrere Kinder

Es wurde untersucht, inwieweit diese Merkmale mit der Inanspruchnahme von Hebammenleistungen im Zeitraum von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowie mit dem Zugang zur ambulanten Hebammenbetreuung assoziiert sind.

Für die Analyse wurden folgende Variablen für die Inanspruchnahme und den Zugang ausgewählt (abhängige Faktoren):

Inanspruchnahme Hebammenbetreuung:

- Inanspruchnahme einer individuellen Begleitung durch eine Hebamme in der Schwangerschaft
- Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge durch eine Hebamme
- Inanspruchnahme Wochenbettbetreuung
- Geburt am in der Schwangerschaft gewünschten Ort
- Aussage: „Die Hebamme hatte während der Geburt ausreichend Zeit“

Zugang:

- Subjektives Gefühl der Informiertheit über Hebammenleistungen in der Schwangerschaft: (sehr) gut
- Suche nach einer Hebamme für das Wochenbett/Schwangerschaft: (sehr) leicht/ in Ordnung

Es wurden folgende Nullhypothesen aufgestellt:

- Es gibt keinen Unterschied zwischen Frauen mit einem hohen Haushaltsnettoeinkommen und Frauen mit einem niedrigen Haushaltsnettoeinkommen in Bezug auf die Inanspruchnahme und den Zugang von Hebammenbetreuung.
- Es gibt keinen Unterschied zwischen Frauen mit einer Hochschulausbildung und Frauen ohne eine Hochschulausbildung in Bezug auf die Inanspruchnahme und den Zugang von Hebammenbetreuung.
- Es gibt keinen Unterschied zwischen Frauen, die in Deutschland geboren sind und Frauen, die nicht in Deutschland geboren sind in Bezug auf die Inanspruchnahme und den Zugang von Hebammenbetreuung.
- Es gibt keinen Unterschied zwischen Frauen, die im ländlichen Raum Leben und Frauen, die im städtischen Raum leben in Bezug auf die Inanspruchnahme und den Zugang von Hebammenbetreuung.

- Es gibt keinen Unterschied zwischen Frauen, die ihre erstes Kind bekommen und Frauen, die ein weiteres Kind bekommen in Bezug auf die Inanspruchnahme und den Zugang von Hebammenbetreuung.

Inanspruchnahme einer individuellen Begleitung durch eine Hebamme in der Schwangerschaft

Es zeigt sich eine positive Assoziation zwischen dem Haushaltsnettoeinkommen, der Hochschulausbildung, dem Geburtsland, einem ländlichen Wohngebiet und der Inanspruchnahme einer individuellen Begleitung durch eine Hebamme in der Schwangerschaft.

Die stärkste Assoziation zeigt sich beim Geburtsland. Die Chance einer Frau, die in Deutschland geboren ist, individuelle Schwangerenbetreuung durch eine Hebamme zu erhalten, ist mehr als eineinhalb Mal so hoch, gegenüber einer Frau mit einem anderen Geburtsland (69,0% vs. 56,4%, OR 1,82; 95% KI 1,27-2,62). (Tabelle 19). Bei dem Merkmal *Mehrgebärende* zeigt sich eine sehr schwache nicht signifikante Assoziation (67,8% vs. 67,5%, OR 1,18; 95% KI 0,93-1,49).

Tabelle 19: Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme individueller Schwangerschaftsbetreuung

Einflussfaktoren		Inanspruchnahme Betreuung	OR	Konfidenzintervall		OR	Konfidenzintervall	
	n	n (%)	crude	untere	obere	Adj.	untere	obere
Haushaltsnettoeinkommen >2500 €								
Ja	1.036	728 (70,3)	1,36*	1,11	1,67	1,36*	1,06	1,74
Nein	694	440 (63,4)						
Hochschulabschluss								
Ja	815	583 (71,5)	1,43*	1,17	1,75	1,42*	1,10	1,82
Nein	965	615 (63,7)						
Geburtsland Deutschland								
Ja	1.569	1.082 (69,0)	1,72*	1,25	2,35	1,82*	1,27	2,62
Nein	179	101 (56,4)						
Wohnort ländlich								
Ja	308	223 (72,4)	1,28	0,97	1,70	1,41*	1,05	1,90
Nein	1.142	767 (67,2)						
Mehrgebärende								
Ja	797	540 (67,8)	1,01	0,83	1,24	1,18	0,93	1,49
Nein	952	643 (67,5)						

n= 1.372, Missings= 411, Signifikanz des Modells Chi²= 35,194, p< 000, Modellpassung Nagelkerkes R²= 0,036;
**=Signifikant auf dem Niveau von p<=0,05; OR= Odds Ratio; adj. = adjustiert*

Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge durch eine Hebamme

Die multiple logistische Regressionsanalyse zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer Hochschulausbildung und der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge durch eine Hebamme. Die Chance für die Inanspruchnahme einer Schwangerenvorsorge ist damit bei Frauen mit Hochschulausbildung eineinhalbmal so hoch im Vergleich zu Frauen ohne Hochschulausbildung (37,8% vs. 28,1%, OR 1,59; 95% KI, 1,25-2,03) (Tabelle 20).

Die weiteren Faktoren haben keine signifikante Assoziation mit der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge durch eine Hebamme. Wohnen Frauen in einem ländlichen Gebiet zeigt sich eine signifikante Assoziation mit der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge bei einer Hebamme, die sich im Regressionsmodell jedoch nicht mehr als signifikant darstellt.

Tabelle 20: Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge bei einer Hebamme

Einflussfaktoren		Inanspruchnahme SSV	OR	Konfidenzintervall		OR	Konfidenzintervall	
	n	n (%)	crude	untere	obere	Adj.	untere	obere
Haushaltsnettoeinkommen >2500 €								
Ja	1.036	353 (34,1)	1,18	0,96	1,46	1,03	0,80	1,32
Nein	694	211 (30,4)						
Hochschulabschluss								
Ja	815	308 (37,8)	1,56*	1,27	1,90	1,59*	1,25	2,03
Nein	965	271 (28,1)						
Geburtsland Deutschland								
Ja	1.569	513 (32,7)	1,01	0,73	1,41	1,03	0,71	1,50
Nein	179	58 (32,4)						
Wohnort ländlich								
Ja	308	86 (27,9)	0,72*	0,55	0,95	0,79	0,59	1,05
Nein	1.142	400(35,0)						
Mehrgebärende								
Ja	797	243 (30,5)	0,83	0,68	1,02	0,90	0,71	1,13
Nein	952	328 (34,5)						

*n= 1.372, Missings= 411, Signifikanz des Modells Chi²= 22,656, p< 0,01 Modellpassung Nagelkerkes R²= 0,023, *=Signifikant auf den Niveau von p<=0,05; OR= Odds Ratio; adj.= adjustiert*

Inanspruchnahme von Wochenbettbetreuung

Das Haushaltsnettoeinkommens, die Hochschulausbildung und in einem ländlichen Gebiet wohnend sind positiv mit der Inanspruchnahme von Wochenbettbetreuung assoziiert. Die stärkste Assoziation zeigt sich mit dem Merkmal Hochschulausbildung. Die Chance einer Frau mit einer Hochschulausbildung eine Wochenbettbetreuung in Anspruch zu nehmen ist dreimal so hoch, wie die Chance einer Frau ohne Hochschulausbildung (97,1% vs 89,3% OR 3,03; 95% KI 1,73-5,30).

Für das Merkmal *in Deutschland geboren* zeigt sich allerdings kein signifikanter Effekt.
Für das Merkmal *Kinderanzahl* zeigt sich eine negative Assoziation zur Inanspruchnahme von Wochenbettbetreuung. So führt das Vorhandensein von Kindern dazu, dass sich die Chance für die Nicht-Inanspruchnahme einer Wochenbettbetreuung signifikant erhöht (Tabelle 21)

Tabelle 21: Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Wochenbettbetreuung bei einer Hebamme

Einflussfaktoren		Inanspruchnahme Betreuung im WB	OR	Konfidenzinter-vall		OR	Konfidenzinter-vall	
	n	n (%)	crude	untere	obere	Adj.	untere	obere
Haushaltsnettoeinkommen >2500 €								
Ja	1.035	995 (96,1)	3,49*	2,36	5,15	2,77	1,71	4,50
Nein	691	606 (87,7)						
Hochschulabschluss								
Ja	815	791 (97,1)	3,96*	2,51	6,23	3,03	1,73	5,30
Nein	961	858 (89,3)						
Geburtsland Deutschland								
Ja	1.567	1.464 (93,4)	1,30	0,74	2,29	1,08	0,53	2,19
Nein	179	164 (91,6)						
Wohnort ländlich								
Ja	308	296 (96,1)	1,99*	1,07	3,69	2,86	1,44	5,65
Nein	1.140	1.055 (92,5)						
Mehrgebärende								
Ja	794	722 (90,9)	0,58*	0,40	0,84	0,60	0,39	0,94
Nein	951	899 (94,5)						

*n= 1370, Missings= 413, Signifikanz des Modells; Chi²=63,486, p< 0,01 Modellpassung Nagelkerkes R²= 0,119; *=Signifikant auf den Niveau von p<=0,05; OR= Odds Ratio; adj.= adjustiert*

Geburt am in der Schwangerschaft gewünschten Ort

Die benannten Merkmale der Frauen auf den Endpunkt *Geburt am in der Schwangerschaft gewünschten Ort* zeigen keine Eignung für die Durchführung einer multiplen Regressionsanalyse. So war der F-Test nicht signifikant, die Vorhersage, ob eine Frau eine *Geburt am in der Schwangerschaft gewünschten Ort* haben wird, kann nicht durch die ausgewählten Merkmale der Frau verbessert werden (Chi²=6,3 p<0,278, n=1.352) (Tabelle 22).

Außerhalb des Regressionsmodells zeigt sich ausschließlich für das Merkmal *im ländlichen Gebiet wohnend* eine signifikante Assoziation. So erhalten 91,0% (n=272/299) der Frauen, die auf dem Land wohnen eine *Geburt am in der Schwangerschaft gewünschten Ort,* jedoch nur *86,0%* (n=970/1128) der Frauen, die in einem (groß-)städtischen Gebiet wohnen (crude OR 1,64; 95% KI 1,07-2,52) (Tabelle 22).

Tabelle 22: Einflussfaktoren auf Geburt am „Wunschort“

Einflussfaktoren		Geburt am Wunschort	OR	Konfidenzintervall		
	n	n (%)	crude	untere	obere	
Haushaltsnettoeinkommen >2500 €						
Ja	1.022	897 (87,8)	1,29	0,98	1,71	
Nein	682	578 (84,8)				
Hochschulabschluss						
Ja	808	709 (87,7)	1,16	0,88	1,54	
Nein	945	813 (86,0)				
Geburtsland Deutschland						
Ja	1.545	1.342 (86,9)	1,04	0,66	1,65	
Nein	176	152 (86,4)				
Wohnort ländlich						
Ja	299	272 (91,0)	1,64*	1,07	2,52	
Nein	1.128	970 (86,0)				
Mehrgebärende						
Ja	789	683 (86,6)	0,92	0,70	1,22	
Nein	935	818 (87,5)				

n= 1.352, Missings= 431, Signifikanz des Modells Chi²= 6,299, p< 0,278, *=Signifikant auf dem Niveau von p<=0,05; OR= Odds Ratio; adj. = adjustiert

Die Hebamme hatte während der Geburt genügend Zeit für die Betreuung

Hier zeigten die ausgewählten Merkmale der Frau keine Eignung für die Durchführung einer multiplen Regressionsanalyse mit dem Endpunkt *die Hebamme hatte während der Geburt genügend Zeit für die Betreuung*. Auch außerhalb des Regressionsmodells zeigen sich keine signifikanten Effekte. Damit kann davon ausgegangen werden, dass andere Merkmale diesen Endpunkt beeinflussen (Tabelle 23).

Tabelle 23: Einfluss auf den Endpunkt: die Hebamme hatte während der Geburt genügend Zeit

Einflussfaktoren		Genügend Zeit	OR	Konfidenzintervall		
	n	n (%)	crude	untere	obere	
Haushaltsnettoeinkommen >2500 €						
Ja	968	767 (79,2)	1,17	0,92	1,49	
Nein	655	501 (76,5)				
Hochschulabschluss						
Ja	749	589 (78,6)	1,03	0,82	1,31	
Nein	921	719 (78,1)				
Geburtsland Deutschland						
Ja	1.472	1.153 (78,3)	1,04	0,71	1,52	
Nein	170	132 (77,6)				
Wohnort ländlich						
Ja	297	245 (82,5)	1,30	0,93	1,81	
Nein	1.059	830 (78,4)				
Mehrgebärende						
Ja	718	569 (79,2)	1,09	0,86	1,39	
Nein	922	717 (77,8)				

*n= 1.283, Missings= 402, Signifikanz des Modells Chi²= 6,83, p< 0,233, *=Signifikant auf den Niveau von p<=0,05; OR= Odds Ratio*

Suche nach einer Hebamme für die ambulante Betreuung

Im Folgenden wurde der Einfluss von Merkmalen der Frau auf die Bewertung, dass die Suche nach einer Hebamme für die ambulante Betreuung für die Schwangerschaft und/oder das Wochenbett, (sehr) leicht oder in Ordnung war gegenüber der Aussage, dass die Suche (sehr) schwierig oder unmöglich war gemessen.

Es zeigen sich signifikante Assoziationen von allen ausgewählten Merkmalen und der Bewertung, dass die Suche nach einer Hebamme schwierig bis unmöglich war. Die Assoziationen der Merkmale der Frau auf den Endpunkt *die Suche nach einer Hebamme, (sehr) leicht bis in Ordnung* waren alle positiv. Die stärkste Assoziation zeigt das Merkmal ländlicher Wohnort. Die Chance einer Frau aus einem ländlichen Gebiet *die Suche nach einer Hebamme, (sehr) leicht bis in Ordnung* zu finden, ist fast zweimal so hoch, wie die Chance einer Frau aus einem (groß-)städtischen Gebiet (79,3%, 68,1%, OR 1,83; 95%KI 1,32-2,52). Ähnlich starke Effekte zeigen sich für die Merkmale *Geburtsland* und *Hochschulausbildung* (Tabelle 24).

Tabelle 24: Einfluss auf das Empfinden der Suche nach einer Hebamme

Einflussfaktoren		Empfinden der Suche: „einfach“	OR	Konfidenzintervall		OR	Konfidenzintervall	
	n	n (%)	crude	untere	obere	Adj.	untere	obere
Haushaltsnettoeinkommen >2500 €								
Ja	1.012	737 (72,8)	1,49*	1,09	1,67	1,12	0,86	1,45
Nein	648	431 (66,5)						
Hochschulabschluss								
Ja	803	603 (75,1)	1,54*	1,25	1,90	1,66*	1,28	2,15
Nein	908	601 (66,2)						
Geburtsland Deutschland								
Ja	1.512	1.078 (71,3)	1,53*	1,11	2,14	1,79*	1,23	2,62
Nein	170	105 (61,8)						
Wohnort ländlich								
Ja	299	237 (79,3)	1,79*	1,32	2,44	1,83*	1,32	2,52
Nein	1.094	748 (68,1)						
Mehrgebärende								
Ja	755	566 (75,0)	1,46*	1,18	1,81	1,41*	1,10	1,81
Nein	926	622 (67,2)						

n= 1.317, Missings= 399, Signifikanz des Modells Chi²= 45,12, p< 0,01 Modellpassung Nagelkerkes R²= 0,048;
**=Signifikant auf den Niveau von p<=0,05; OR= Odds Ratio; adj.= adjustiert*

Subjektives Gefühl in der Schwangerschaft zur Informiertheit über Hebammenleistungen

Im Folgenden wurde der Einfluss von Merkmalen der Frau auf das subjektive Gefühl der Informiertheit über Hebammenleistungen in der Schwangerschaft untersucht. Hierbei wird zwischen *(sehr) guter* Informiertheit und *mäßiger* bis *gar nicht* unterschieden.

Ausschließlich das Merkmal *Mehrgebärende* zeigt eine signifikante Assoziation. Im Regressionsmodell zeigt sich, dass die Chance für eine Frau sich *(sehr) gut* informiert zu fühlen, fast doppelt so hoch ist, wenn sie bereits ein Kind geboren hat (67,1%, 54,9%, OR 1,83; 95% KI 1,46-2,29) (Tabelle 25).

Tabelle 25: Einfluss auf das Subjektive Gefühl der Informiertheit in der Schwangerschaft

Einflussfaktoren		Gefühl der Informiertheit	OR	Konfidenzintervall		OR	Konfidenzintervall	
	n	n (%)	crude	untere	obere	Adj.	untere	obere
Haushaltsnettoeinkommen >2500 €								
Ja	1.032	638 (61,8)	1,19	0,98	1,45	1,12	0,88	1,43
Nein	688	397 (57,7)						
Hochschulabschluss								
Ja	815	511 (62,7)	1,22*	1,00	1,47	1,19	0,94	1,51
Nein	956	555 (58,1)						
Geburtsland Deutschland								
Ja	1.563	952 (60,9)	1,30	0,95	1,78	1,34	0,93	1,92
Nein	178	97 (54,5)						
Wohnort ländlich								
Ja	306	182 (59,5)	0,95	0,74	1,23	0,97	0,74	1,28
Nein	1.137	689 (60,6)						
Mehrgebärende								
Ja	793	532 (67,1)	1,67*	1,38	2,04	1,83*	1,46	2,29
Nein	947	520 (54,9)						

n= 1365, Missings= 418, Signifikanz des Modells Chi²= 34,678, p< 0,01 Modellpassung Nagelkerkes R²= 0,034;
**=Signifikant auf den Niveau von p<=0,05; OR= Odds Ratio; adj.= adjustiert*

Zusammenfassung

Es wurde die Assoziation verschiedener Merkmale auf die Inanspruchnahme und den Zugang zur Hebammenversorgung mittels multipler Regressionsmodelle untersucht.

Die Inanspruchnahme von individueller Begleitung in der Schwangerschaft ist positiv mit den Merkmale *Haushaltsnettoeinkommen über 2.500€, Hochschulausbildung, Geburtsland Deutschland* und wohnend in einem *ländlichen Gebiet* assoziiert. Mit dem Vorhandensein eines dieser Merkmale erhöht sich die Chance auf eine Inanspruchnahme um das ungefähr 1,5-fache.
Die Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge durch eine Hebamme ist, bei den ausgewählten Merkmalen, ausschließlich mit dem Vorhandensein einer *Hochschulausbildung* assoziiert.
Die stärksten Assoziationen zeigt das Modell zur Inanspruchnahme von Wochenbettbetreuung, in diesem werden 11,0%der Streuung durch die ausgewählten Merkmale erklärt. Die Chance einer Frau mit einer Hochschulausbildung eine Wochenbettbetreuung in Anspruch zu nehmen ist dabei dreimal so hoch, wie die Chance einer Frau ohne Hochschulausbildung. Ein hohes Haushaltsnettoeinkommen (>2.500€) und das Wohnen in einem ländlichen Gebiet zeigen eine ähnlich starke positive Assoziation mit der Inanspruchnahme von Wochenbettbetreuung.
Die ausgewählten Versorgungsleistungen der Geburtshilfe, *Geburt am Wunschort* und *die Hebamme hatte genügend Zeit,* sind nicht signifikant mit den ausgewählten Merkmalen assoziiert. Diese Versorgungsleistungen scheinen damit eher unabhängig von den ausgewählten soziodemografischen Merkmalen zu sein.
Die ausgewählten Merkmale der Frauen sind mit dem *Empfinden der Suche nach einer Hebamme* sowie *dem subjektiven Gefühl der Informiertheit* assoziiert. Die Regressionsmodelle mit den beiden Endpunkten erklärten jeweils nur einen geringen Anteil der Streuung im Modell. Jedoch zeigten sich mehrere signifikante Einflussfaktoren auf das *Empfinden der Suche nach einer Hebamme.* So wurde sich ein

positiver Zusammenhang zwischen einer *Hochschulausbildung, dem Geburtsland Deutschland, einem ländlichen Wohngebiet, vorherigen Geburten* und einer *(sehr) leichten Suche nach einer Hebamme* oder einer *Suche, die in Ordnung war* sichtbar. Mit der *Informiertheit* über Hebammenleistungen ist lediglich das Merkmal *die Frau hatte bereits Kinder geboren* signifikant assoziiert.

5.6 Forschungsfrage 5: Benötigten bzw. gewünschten Betreuung und erhaltene Betreuung im Vergleich

Im Folgenden wird die erhaltene Betreuung im Vergleich zur gewünschten und nicht erhaltenen Betreuung beschrieben, sowie der Anteil an Frauen, denen die Leistung oder die Finanzierung der Leistung nicht bekannt war und die somit keine Entscheidung zu der Inanspruchnahme treffen konnten.

In Abbildung 53 ist zu sehen, dass der überwiegende Anteil der Frauen die gewünschte Leistung erhalten hat. Allerdings hat auch ein Anteil von 3,0% bis 7,0% der Befragten, die gewünschte Leistung nicht erhalten, ein geringerer Anteil von 0,2% bis 3,0% war über das jeweilige Leistungsangebot nicht informiert.
Die nicht aufgeführten Anteile an Frauen hatten kein Interesse an der Leistung oder waren durch eine andere Berufsgruppe versorgt. Der Anteil an gewünschten, aber nicht erhaltenen Leistungen ist im Bereich der individuellen Betreuung in der Schwangerschaft am größten.

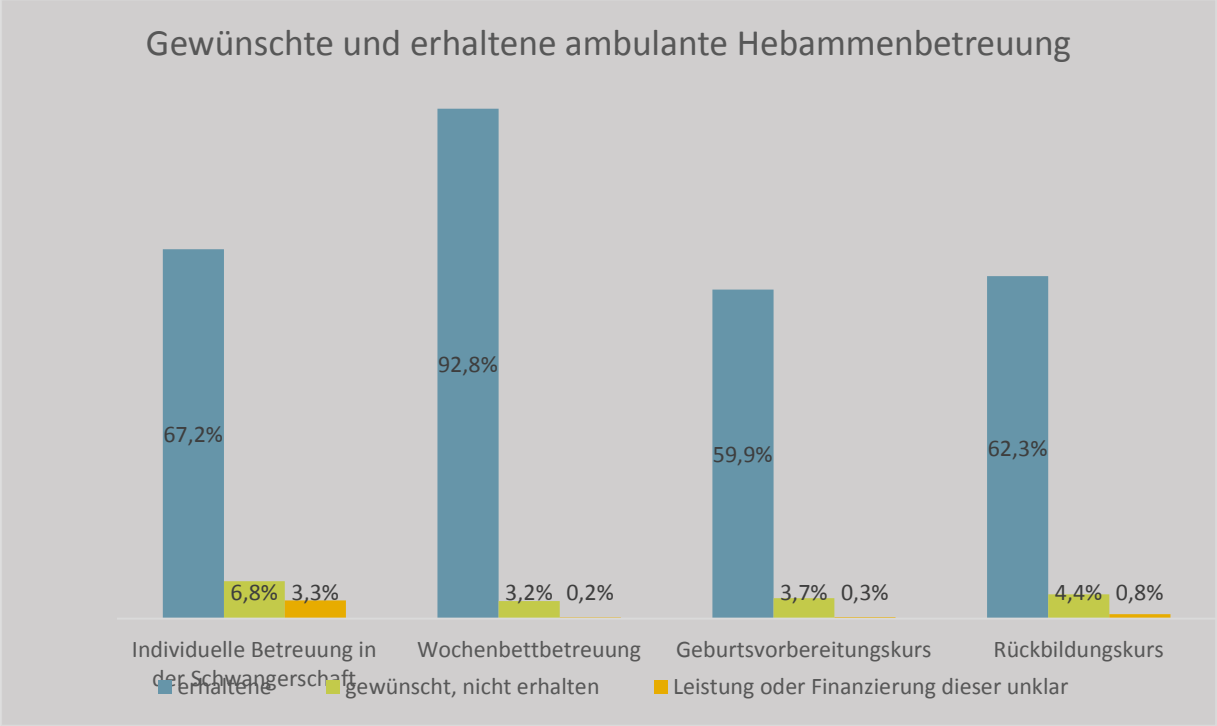


Abbildung 53: Gewünschte und erhaltene Betreuung durch ambulante Hebammen

Von den Frauen, die in der Schwangerschaft Hebammenleistungen bekommen haben, hätten sich 13,9%(n=166) mehr Termine gewünscht und 1,3%(n=16) hätten sich weniger Termine gewünscht. Im Wochenbett wünschten sich 3,1%(n=51) der Frauen weniger Termine und 7,9%(n=129) der Frauen mehr Termine.

In Abbildung 54 ist dargestellt, dass der überwiegende Anteil an Frauen eine Geburt am in der Schwangerschaft gewünschten Ort erhalten hat. Ein kleiner Teil konnte diesen jedoch aufgrund der Versorgungsstrukturen nicht erhalten. Eine sehr große Differenz zwischen Wunsch und erhaltener Leistung ist bei den Begleit-Beleghebammen vorhanden. 11,0% haben eine Beleghebamme gehabt, weitere 37,0% hätten sich eine gewünscht, konnten jedoch keine bekommen.

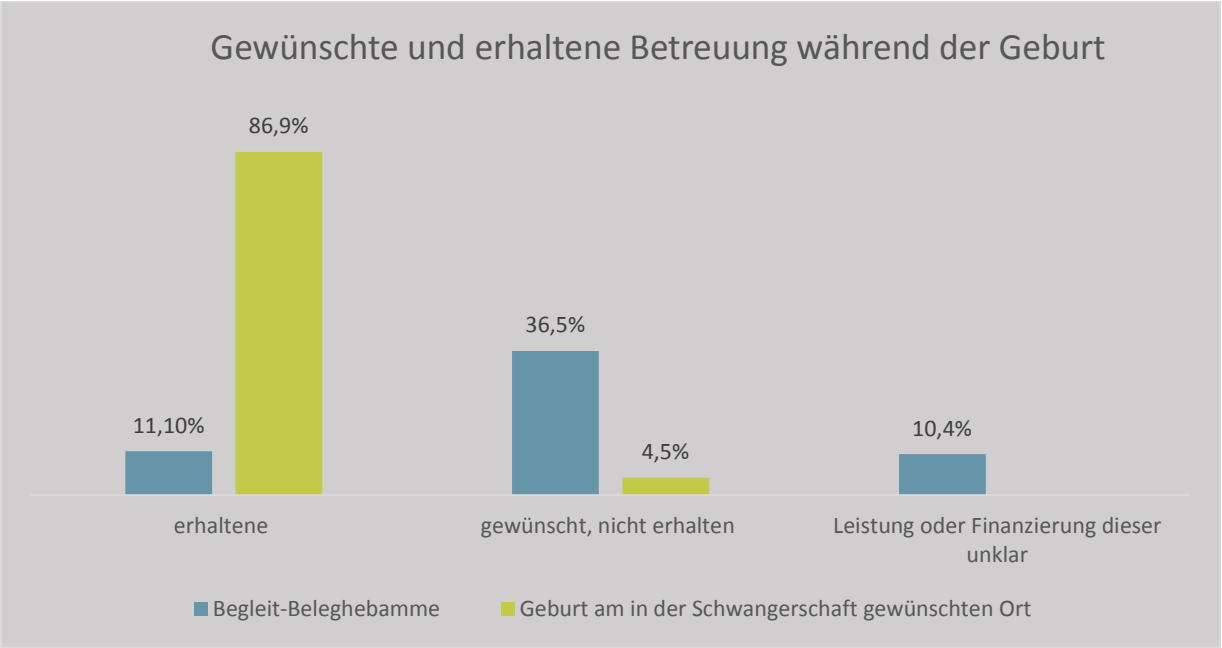


Abbildung 54: Gewünschte und erhaltene Betreuung durch Hebammen während der Geburt

78,3% (n=1.308), der Frauen, die in der Klinik geboren haben, gaben an, dass die Hebamme während der Geburt immer genug Zeit für sie hatte (*trifft (voll und ganz) zu*), 13,8% (n=231) der Frauen gaben hingegen an, dass dies nicht bzw. überhaupt nicht zuträfe. Die Daten aus der Befragung deuten darauf hin, dass Frauen zu Beginn der Geburt Wünsche an die Betreuung hatten, die nicht erfüllt wurden und auch, dass ein Teil der Frauen sich eine Nachbesprechung der Geburt (Debriefing) gewünscht hätte, dies aber nicht angeboten bekommen hat (vgl. Abschnitt 5.2.8).

Dies zeigt insgesamt, dass es von den Frauen gewünschte Betreuung gibt, die sie derzeit nicht erhalten oder die für sie nicht zugänglich war. Zudem übersteigt der Anteil der Frauen mit einem Wunsch nach mehr Terminen in der ambulanten Betreuung den Anteil an Frauen mit einem Wunsch nach weniger Terminen.

5.7 Forschungsfrage 6: Gesetzliche Rahmenbedingungen und erhaltene Betreuung im Vergleich

Nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) fünftes Buch (V) haben gesetzlich versicherte Frauen „(…) während der Schwangerschaft, bei und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung sowie auf Hebammenhilfe einschließlich der Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft und zur Schwangerenvorsorge; ein Anspruch auf Hebammenhilfe im Hinblick auf die Wochenbettbetreuung besteht bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt, weitergehende Leistungen bedürfen der ärztlichen Anordnung (…) (§24d SGB V, 2020).

Der Vertrag des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen mit den Hebammenverbänden legt die Rahmenbedingungen der Versorgung mit Hebammenhilfe nach §134a SGB V fest. In der Anlage 1.3 Vergütungsverzeichnis, in der Version vom 07. September 2017, werden die Versorgungsleistungen aufgeführt, für die Hebammen bei gesetzlich versicherten Frauen eine Vergütung erhalten (GKV-Spitzenverband, 2017a, 2017b).

In der Schwangerschaft haben gesetzlich versicherte Frauen einen Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen nach den Vorgaben der Mutterschafts-Richtlinien, auf ein individuelles Vorgespräch, Hilfe bei Beschwerden oder bei Wehen (unbegrenzt) und auf Geburtsvorbereitung in der Gruppe. Darüber hinaus richten sich ihre weiteren Ansprüche nach dem jeweils individuellen Schwangerschaftsverlauf. Im Wochenbett haben Frauen einen Anspruch auf maximal 20 Besuche in den ersten zehn Tagen. Pro Tag, den die Frau nach der Geburt stationär in der Klinik verbracht hat, werden zwei Besuche abgezogen. Zudem hat sie einen Anspruch auf maximal 16 Besuche, zwischen dem elften Tag und der 12. Lebenswoche des Kindes. Bei Ernährungs- und Stillschwierigkeiten besteht zudem ein Anspruch auf max. acht Besuche nach der 12. Lebenswoche des Kindes bis zum Ende der Abstillphase bzw. bis zum neunten Monat. Zudem besteht Anspruch auf Rückbildungsgymnastik in der Gruppe (Anlage 1.3 Vergütungsverzeichnis zum Vertrag nach § 134a SGB V, 2017).

Während der Geburt haben gesetzlich versicherte Frauen einen Anspruch auf eine Betreuung durch Hebammen in der Klinik oder sie können ihr Kind mit Hilfe einer Hebamme zu Hause oder in einer HgE oder in der Klinik mit einer Begleit-Beleghebamme gebären, die betreuende Hebamme kann diese Leistungen dann mit der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen. Ähnlich verhält es sich auch bei privatversicherten Frauen. Die Kostenübernahme ist allerdings abhängig von den Vertragsbedingungen, die zwischen der Versicherten und dem Leistungsträger bestehen.

In Abbildung 55 sind die bei einer Hebamme in Anspruch genommenen Leistungen aufgeführt, genauere Angaben dazu finden sich in den jeweiligen Kapiteln. Dies zeigt, dass ein Anteil der Frauen, die für sie möglichen Leistungen nicht in Anspruch nehmen. Zum Teil, weil dies nicht gewünscht ist, zum Teil jedoch auch, weil sie keine Hebamme für die Leistungen gefunden hatten oder ihnen der Anspruch auf diese Leistung nicht bewusst war.

Auch wird von den meisten Frauen der im gesetzlichen Rahmen mögliche Umfang der Leistung nicht vollständig ausgeschöpft. So erhielten die Frauen durchschnittlich sechs Termine (SD±4,2) bei einer Hebamme in der Schwangerschaft, wobei die Hälfte der Frauen vier bis acht Termine in Anspruch nahm (umfasst: Hilfe bei Beschwerden, Vorsorge, Beratung).
Von einer Wochenbetthebamme wurden die Frauen durchschnittlich zwölf Mal (SD±5,7) besucht, über die Hälfte der Frauen wurde acht bis 15-Mal durch eine Hebamme besucht. Bei 18,7% (n=304) der Frauen, die eine Hebammenbegleitung im Wochenbett erhielten, war die Wochenbettbetreuung zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht abgeschlossen. Bei Frauen, deren Betreuung durch die Hebamme bereits abgeschlossen war (81,3%, n=1.319), dauerte die Betreuung im Durchschnitt bis zur neunten Lebenswoche des Kindes (SD±3,7). Bei über der Hälfte dieser Frauen endete die Betreuung im Zeitraum von der sechsten bis zur zehnten Lebenswoche. Die allermeisten Frauen waren mit der Anzahl der Termine in der Schwangerschaft und im Wochenbett zufrieden.

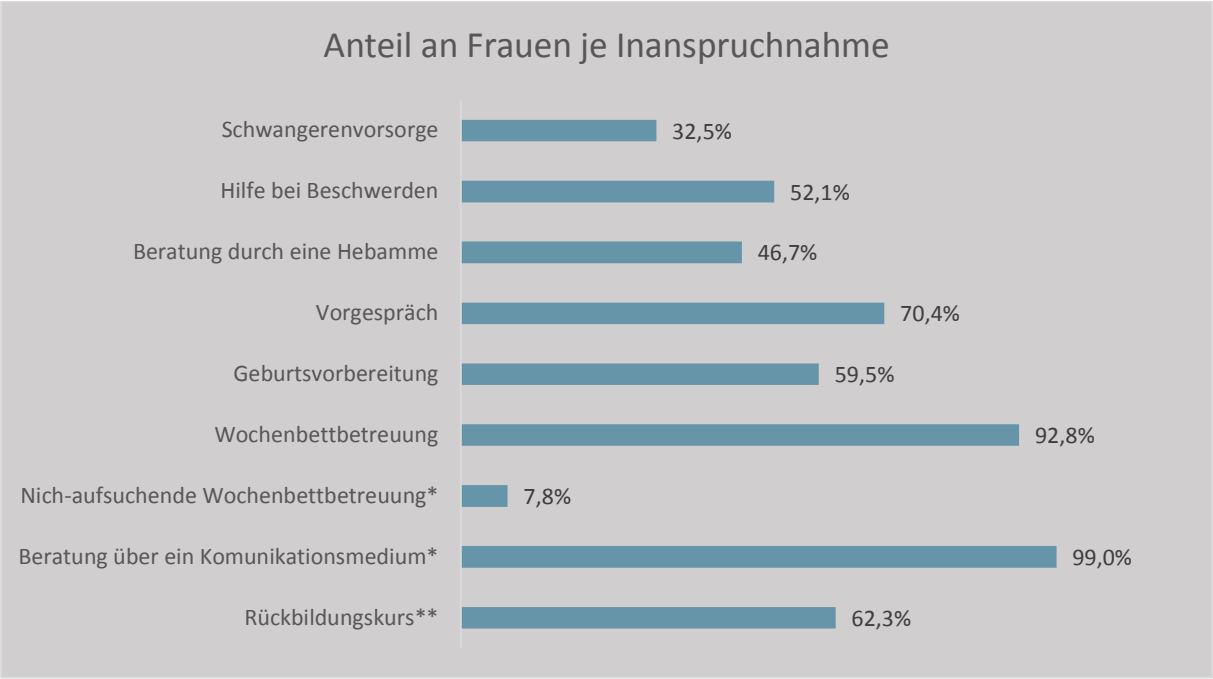


Abbildung 55: Inanspruchnahme von Hebammenleistungen
Anteil an den betreuten Frauen; ** 11,2% haben dies noch vor

Insgesamt zeigt sich, dass die Wünsche der Frauen an die ambulante Hebammenbetreuung innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen zu liegen scheinen. Das Kapitel zu IGeL-Leistungen zeigt jedoch auch, dass Frauen Bedürfnisse an die Versorgung haben, die nicht abgedeckt sind und für die sie bereit, diese selbst zu finanzieren.

Die Anzahl an in Anspruch genommen Terminen liegt überwiegend unter den gesetzlich möglichen. Jedoch gab es auch Frauen, welche die maximal definierte Anzahl an Wochenbettbesuchen benötigten. Dies zeigt, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen im ambulanten Bereich der Schwangeren- und Wochenbettbetreuung ausreichend zu sein scheinen und den Hebammen ausreichende Möglichkeiten lassen, Frauen die benötigte Anzahl an Terminen zukommen zu lassen.

Der größte Unterschied zwischen gewünschter Versorgung und erhaltener Versorgung findet sich im Bereich der Geburtsbetreuung durch Begleit-Beleghebammen. Ca. 35,0% bis 45,0% der befragten Frauen wünschten sich eine Begleit-Beleghebamme bzw. kannten diese Leistung nicht und haben diese Leistung nicht erhalten. Diese Leistung ist ebenfalls im Vergütungsverzeichnis vorhanden. Jedoch besteht ein Mangel an Hebammen, die diese Leistung anzubieten scheinen.

5.8 Weitere Aspekte zur Versorgung

Am Ende des Fragebogens hatten die befragten Frauen, die Möglichkeit noch weitere Aspekte zur Versorgung durch Hebammen in einem Freitextfeld mitteilen zu können. Insgesamt zeigten die meisten Frauen große Dankbarkeit gegenüber Hebammen und wünschen sich bessere Berufsbedingungen, vor allem bezüglich Bezahlung und Auslastung, für den Berufsstand. Auch die fehlende Unterstützung der Hebammen durch Politik und Krankenkassen wurde häufiger kritisiert.

Eine zentrale Aussage war, dass die Betreuung durch Hebammen vor, während und nach der Geburt ein wichtiger Faktor für ein gutes Geburtserlebnis ist, da Hebammen die Frauen unterstützen, beraten, vor allem aber Ängste nehmen können und so die Mütter im Umgang mit ihrem Kind stärken:

> *„Hebammen sind bei der Betreuung von Schwangerschaft und Geburt neben der (werdenden) Mutter das wichtigste Element. Sie kombinieren Fachwissen mit Empathie und Freude und könne niemals durch Ärzte ersetzt werden."*

Von den befragten Frauen wird eindeutig ein Mangel an Hebammen wahrgenommen. Einigen Frauen geht es darum, überhaupt eine Hebamme zu erhalten. Andere wünschen sich die Möglichkeit die Wahl zwischen verschiedenen Hebammen und deren Angebot zu haben. So berichten Frauen häufig davon, dass sie zwar Glück hatten eine Hebamme zu finden (oft durch persönliche Kontakte) aber Frauen in ihrem Umfeld keine Hebamme finden konnten. Einige entschieden sich außerdem für die erste Hebamme, die ihnen zugesagt hat, aus Angst, hinterher gar keine Hebamme zu finden. Dies führte dazu, dass einige Frauen rückblickend unzufrieden waren, da sie und die Hebamme sich doch nicht sympathisch waren.

> *„Man hat keine Wahl. Mit Glück bekommt man eine Hebamme und dann muss man mit dem Angebot zufrieden sein. Nach Sympathie oder Angebot kann man nicht wählen, bis man einen Vergleich hätte wären die Hebammen wieder ausgebucht. Ebenso verhält es sich mit Kursen, sowohl während als auch nach der Schwangerschaft."*

Häufig wünschten sich Frauen die Möglichkeit einer Beleghebamme. Einige wünschten sich auch bessere Möglichkeiten, um eine außerklinische Geburt haben zu können:

> *„Zu wenig Beleghebammen, überfüllte Hebammenpraxen/zu wenige in der Praxis, Hebammen im Krankenhaus auf der Station sehr vermisst und die Schichtwechsel empfand ich im Kreißsaal als lästig. Wünschenswert wäre das nicht weitere Geburtsstationen geschlossen werden und die Hebammen vor Ort entlastet werden!!"*

Einige Frauen berichteten, dass sie während der Geburt merkten, wie überarbeitet die (diensthabenden) Hebammen waren. Diese Frauen zeigten überwiegend sehr viel Verständnis für die schwierige Situation der Hebammen und nahmen es ihnen daher „nicht übel".

Einige Frauen spürten „Konkurrenzkämpfe" zwischen Ärzt*innen und Hebammen. Sie wünschten sich daher, dass die Zusammenarbeit besser und auf Augenhöhe funktioniert.

Insgesamt fühlte sich die deutliche Mehrheit selbst *gut bis sehr gut* von der Hebamme betreut. Durch Gespräche mit anderen Frauen wurde ihnen jedoch klar, dass dies nicht der Regelfall ist:

> *„Es ist fast wie beim Lotto, manche Hebammen im Krankenhaus sind nett, aufmerksam, mitfühlend aber manche sind echt schlimm."*

Um jeder Frau eine positive Geburt zu ermöglichen, sollte es, aus Sicht der befragten Frauen, eine Vereinheitlichung des Betreuungsangebots und der Betreuungsqualität, sowie regelmäßige Fortbildungen geben.

Vor allem das Thema Stillen wird in den Augen der Frauen von vielen Hebammen vernachlässigt. So wünschten sich einige Frauen, dass Hebammen sie besser übers Stillen informieren oder schneller zu einer Stillberatung überweisen.

Aber auch generell fühlten sich einige Frauen schlecht informiert. Zum einem empfanden viele die erste Kontaktaufnahme zu Hebammen schwierig, da Internetpräsenzen oft nicht aktuell sind oder kein umfassendes Bild der Hebammen vermitteln. Zum anderen vermissten sie Aufklärung seitens der Krankenkassen und Ärzt*innen darüber, auf welche Leistungen sie gesetzlichen Anspruch haben und welche selbst zu zahlen sind.

6. Diskussion Teilprojekt A

Die Versorgung von Frauen und ihren Kindern in der Lebenssituation rund um die Geburt ist bedeutsam für die Lebenssituation der Familien, für die Gesundheit und die Chancengleichheit der Kinder (BMG, 2017; David, Matthias et al., 2012; Mozygemba, 2011). Diese in Studien wie der vorliegenden zu analysieren und in Abhängigkeit der Ergebnisse zu optimieren, scheint deshalb oberstes Gebot.
Für die Befragung wurde eine probabilistische Klumpenstichprobe auf der Basis einer Zufallsstichprobe einiger Kliniken in NRW vorgenommen. Damit grenzt sich das Teilprojekt A von einer im Runden Tisch geforderten Vollerhebung in der Mütterbefragung ab, die forschungsethisch und ökonomisch nicht sinnvoll ist (MGEPA NRW, 2015). Als Grundgesamtheit für das Teilprojekt A werden im Antrag die Frauen, die innerhalb eines Jahres in NRW ein Kind geboren haben, definiert. Es wurde jedoch zu keinem Zeitpunkt die Erwartung beschrieben, dass die Teilnehmerinnen ein sozioökonomisch/-demographisch repräsentatives Abbild der Mütter in NRW bilden.
Von 44 gezogenen Kliniken waren 27 Kliniken bereit die Studie HebAB.NRW zu unterstützen. Die genaue Anzahl an Frauen, die zur Teilnahme angefragt wurden, ist nicht bekannt, da zum Teil auch über Veranstaltungen, wie z.B. Informationsabende in Kliniken rekrutiert wurde. Die Rekrutierungserfolge (1. Schritt: Bitte um Einverständnis zur Kontaktaufnahme nach der Geburt durch das Studienteam) der Kliniken waren zudem sehr unterschiedlich. Kliniken, in denen durch das Studienteam rekrutiert wurde, wiesen überwiegend höhere Rekrutierungserfolge auf als Kliniken, in denen durch das Klinikteam rekrutiert wurde.
Mit 60,4% zeigt sich eine hohe Quote von Teilnehmerinnen an der Studie, die zuvor ihr Einverständnis zur Kontaktaufnahme gegeben hatten. Die sehr geringen Missingzahlen, die geringe Anzahl an Fragebögen, die ausgeschlossen werden mussten und eine große Anzahl an ausgefüllten Freitextfeldern, weisen auf ein hohes Interesse der teilnehmenden Frauen an dieser Studie hin.
Die Anteile an Frauen, die an der Studie teilgenommen haben und eine Allgemeine Hochschulreife aufwiesen sowie keinen Migrationshintergrund hatten, war höher als der aufgrund von allgemeinen Bevölkerungskennzahlen zu erwartendem Anteil. Zudem war der Anteil an Erstgebärenden unter den Studienteilnehmer*innen erhöht gegenüber dem Anteil an Erstgebärenden in der Bevölkerung in NRW. Dies zeigt, dass die Studie nicht vollständig repräsentativ für die zu Grunde liegende Grundgesamtheit ist. Dies ist eine für schriftliche Befragungen typisches Rücklaufbild (IGES Institut, 2019b). In

anamnestischen Daten, wie der Kaiserschnittrate oder dem Anteil an Frühgeburten oder Mehrlingen sind keine großen Abweichungen zu verzeichnen.

Der Anteil an Frauen, die angaben, eine individuelle Begleitung in der Schwangerschaft in Anspruch genommen zu haben, betrug 67,0%. Dieser Anteil deckt sich in etwa mit den Daten aus anderen Erhebungen (ca. 63,0% -73,0%) (IGES Institut, 2015, 2018b, 2019b) und zeigt, dass die Versorgung durch eine Hebamme in der Schwangerschaft im Vergleich zur Wochenbettzeit noch nicht so etabliert zu sein scheint. Zudem zeigte sich, dass die Inanspruchnahme einer individuellen Begleitung in der Schwangerschaft durch eine Hebamme positiv mit den Merkmalen Haushaltsnettoeinkommen über 2.500€, Hochschulausbildung, Geburtsland Deutschland und wohnend in einem ländlichen Gebiet assoziiert ist. Dies führt zu der Annahme, dass neben der reduzierten Etablierung von Hebammenleistungen in der Schwangerschaft insbesondere Frauen aus Problemlagen nicht von dieser Gesundheitsdienstleistung profitieren (können). Möglicherweise kann in diesem Zusammenhang eine angepasste Informationsstrategie hilfreich sein.

In der HebAB.NRW Studie gaben 93,0% der Mütter an, im Wochenbett durch eine Hebamme begleitet worden zu sein. In Bayern waren dies 95,0% und in Sachsen 96,0%. In der Auswertung der Routinedaten der AOK lag der Anteil hingegen bei ca. 50,0%. Hier liegt die Vermutung nahe, dass der Unterschied im Einschluss von Frauen mit einem geringen sozioökonomischen Status liegt, da diese Zielgruppe in Befragungsstudien eher unterrepräsentiert und in der Versichertenstruktur der AOK überrepräsentiert ist. Jede Dritte Frau in der HebAB.NRW Studie fand es schwierig bis unmöglich eine Hebamme für die ambulante Betreuung zu finden. Der Anteil liegt damit deutlich über dem in anderen Bundesländern (ca. Jede Vierte bis jede Zehnte) (IGES Institut, 2018a, 2018b, 2019a). Generell stellt sich im Zahlenvergleich mit anderen Bundesländern in diesem Zusammenhang die Frage, inwieweit sich hier die Tatsache, dass es sich bei Nordrhein-Westfalen mit 526 Einwohnern je km² um das dichtbesiedelste Bundesland handelt, widerspiegelt (DESTATIS, 2019).

Die Analysen zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie der gewünschten und erhaltenen Versorgung lassen vermuten, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen ausreichend sind und die gewünschte, aber nicht erhaltene Versorgung in erster Linie von Informationsdefiziten und fehlenden Versorgungsangeboten abhängt.

Die Freitextfelder deuten auf ein großes Interesse der Frauen an Hebammenleistungen hin. Jedoch auch auf eine große Dankbarkeit von vielen Frauen für die erhaltene Betreuung und den Wunsch die Hebammen zu unterstützen sowie auf Anerkennung für ihren Beruf.

7. Limitationen

Auf dem gewählten Rekrutierungsweg waren einige Barrieren vorhanden, die überwunden werden mussten. So erwies sich die Rekrutierung von Kliniken für das Ansprechen der Frauen als schwierig, da zahlreiche Kliniken nicht oder sehr verzögert antworteten. Auch konnten sich aufgrund der eigenen Belastungssituation nicht alle Kliniken an der Ansprache der Frauen beteiligen. Sowohl bei der Rekrutierung der Kliniken als auch in der Ansprache der Frauen durch die Kliniken, kam die hohe Belastungssituation der angestellten Hebammen zur Sprache, sodass dies Einfluss auf die Rekrutierungserfolge genommen haben könnte. Zudem war aufgrund des zweistufigen Verfahrens, dem Rücksenden der Postkarte und dem Zusenden der Fragebögen vier Monate nach der Geburt, eine große Motivation der Frauen zu zwei Zeitpunkten notwendig, um an der Befragung teilzunehmen. In Ermangelung anderer Rekrutierungswege wurde dieser trotz der beschriebenen Barrieren gewählt. Zur Überwindung der

genannten Barrieren wurden u.a. mehrfach zufällig Kliniken nachgezogen. Das Studienteam unterstützte zudem zahlreiche Kliniken bei der Rekrutierung der Frauen und der Rekrutierungszeitraum wurde verlängert, um eine aus statistischer Sicht ausreichend große Stichprobe zu erhalten.

Ein typisches Phänomen bei Befragungsstudie ist, dass die Personen, die teilnehmen, häufig überdurchschnittlich gut gebildet sind und zu einem geringen Anteil über einen Migrationshintergrund verfügen. Die Erreichung möglichst diverser Frauen wurde beim ersten Advisory Board Treffen thematisiert. Auf Anregung des Advisory Boards wurden zusätzlich zur deutschen Sprache die Sprachen Englisch, Französisch und Türkisch ausgewählt, um möglichst viele Frauen erreichen zu können. Auf Initiative des Projektteams erfolgte zudem eine Übersetzung in Leichte Sprache. Dabei wurde bereits thematisiert, dass eine repräsentative Teilnahme von Frauen aus allen soziodemografischen Schichten, über eine Fragebogen-Querschnittsstudie möglicherweise nicht abzudecken ist. Die in Leichte Sprache, Türkisch, Französisch und Englisch übersetzen Materialien wurden tatsächlich kaum in Anspruch genommen und es zeigte sich damit ein geringer Erfolg dieser Maßnahme. Für die Zukunft wären andere Erhebungsmethoden für die Zielgruppe von Frauen mit einem Migrationshintergrund oder geringem Bildungslevel zu bedenken.

Die Befragung war aufgrund sorgfältig erarbeiteter Erhebungsinstrumente umfangreich und schloss auch Aspekte wie die Ankunftssituation in der Klinik mit ein. Jedoch konnten nicht alle Leistungsaspekte der Hebammenarbeit, wie z.B. die Begleitung von Fehlgeburten abgefragt werden. Zum einen um den Umfang des Fragebogens nicht zu sehr zu erhöhen und zum anderen, da diese Leistungen durch den gewählten Rekrutierungsweg nicht abgebildet werden konnten.

Es konnte gezeigt werden, dass trotz der für eine schriftliche Befragung typischen Verzerrungen durch die Selbstauswahl der Teilnehmerinnen, Ergebnisse erzielt werden konnten, die in den Kontext des bisherigen Wissensstandes passen. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Hebammenbefragung dargestellt und anschließend erfolgt eine Diskussion der gemeinsamen Ergebnisse im Kontext des gesamten Forschungsprojektes HebAB.NRW.

III Teilprojekt B „Hebammenbefragung“

Projektteam: Prof.in Dr.in Nicola H. Bauer und Andrea Villmar, Dipl. Ges. Ök.

Abstract

Hintergrund

Die gleichbleibend hohe Kaiserschnittrate, Schließungen von geburtshilflichen Kliniken und die angespannte berufliche Situation von Hebammen stellen eine Herausforderung für die geburtshilfliche Versorgung in Deutschland dar. Nach wie vor fehlen deutschlandweit und auch in NRW Daten, welche die geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen darstellen. Ziel des Forschungsvorhabens ist es, neben der deskriptiven Darstellung der Hebammentätigkeit Empfehlungen zu formulieren, welche die geburtshilfliche Versorgung durch die Optimierung der Arbeitsstrukturen und -organisation von Hebammen verbessern können.

Methode

Das Teilprojekt stellt ein quantitatives exploratives Survey dar. Die Stichprobe bilden alle identifizierbaren Hebammen, die in NRW leben und/oder arbeiten. Der Fragebogen (Postalisch und Online) wurde auf Grundlage von internationalen Standards der Hebammenregistrierung zu großen Teilen explorativ entwickelt wurde. Von Interesse sind Umfang, Ort und Art der Berufsausübung. Darüber hinaus beinhaltet der Fragebogen validierte Instrumente zur Erhebung des subjektiven Wohlbefindens von Hebammen. Die Auswertung erfolgt mittels SPSS© (Version 24) sowohl deskriptiv als auch unter Anwendung interferenzstatistischer Verfahren. Der Befragungszeitraum erstreckte sich von 1. Februar bis 15. Juli 2018. Ein positives Ethikvotum liegt vor.

Ergebnisse

1.924 Hebammen haben teilgenommen. Die Rücklaufquote beträgt bei DHV-Mitgliedern 38,7% (n=1.631) und bei klinisch tätigen Hebammen 42,3 %. (n=1.023).

Von den Hebammen, die in der direkten Versorgung[6] tätig sind, ist ein Anteil von insgesamt 59,7% (n=1.023) klinisch tätig, 74,4% (n=1.276) sind außerklinisch tätig und 7,9% (n=135) arbeiten als Familienhebammen. Ein Anteil von 53,6% (n=611) kombiniert klinische und außerklinische Tätigkeiten. Jede vierte klinisch tätige Hebamme arbeitet (25,6%, n=248) in einem Kreißsaal, der im letzten Monat vor der Befragung vorübergehend geschlossen werden musste. Außerklinisch tätige Hebammen sind besonders im Bereich kontinuierlicher Betreuung (71,3%, n=122), Geburtsbetreuung (68,7%, n=115) sowie Wochenbettbetreuung (67,2%, n=809) langfristig ausgelastet.

Diskussion/Schlussfolgerun

Das Projekt gibt einen Einblick in das Spektrum der Hebammenarbeit und die berufliche Situation von Hebammen in NRW. Anhand der Ergebnisse können zudem Empfehlungen für Maßnahmen zur Verbesserung der wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung mit Hebammenhilfe generiert werden.

[6] Unter direkter Versorgung fallen alle Tätigkeiten, die Hebammen für Frauen in der gesamten reproduktiven Lebensphase erbringen (Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Stillzeit und ggf. bis zum ersten Geburtstag des Kindes)

8. Hintergrund und Fragestellung

In NRW sind schätzungsweise 5.000 Hebammen tätig. Zum Stichtag 31. Dezember 2017 waren 2.420 Hebammen in 153 nordrhein-westfälischen Kliniken tätig. Davon waren 1.795 Hebammen teilzeitbeschäftigt. NRW ist das geburtenreichste Bundesland in Deutschland. Im Jahr 2017 gab es hier 168.505, deutschlandweit 761.076 Geburten. Rund 99,0% davon fanden in Kliniken statt. Die Kaiserschnittrate lag in NRW bei 31,0% (Bundesdurchschnitt: 30,5%). Inzwischen gibt es neun Hebammenkreißsäle in NRW (Bad Oeynhausen, Bonn, Düsseldorf, Gütersloh, Herdecke, Köln, Oberhausen, Paderborn und Velbert; 23 bundesweit) (MAGS, 2020a). Fehlende Daten zur Hebammenversorgung in NRW haben den Runden Tisch Geburtshilfe NRW unter anderem diese Studie initiieren lassen.

Hebammen sind als Gesundheitsfachberuf ein relevanter Teil des Gesundheitswesens. Es werden zwei Arbeitsformen für Hebammen unterschieden: das Angestelltenverhältnis und die Freiberuflichkeit. Innerhalb dieser Arbeitsformen gibt es eine große Bandbreite an Tätigkeiten bzw. Tätigkeitsbereichen. Hebammen können selbstständig entscheiden, in welcher der Arbeitsform sie tätig werden wollen, diese kombinieren und flexibel ändern (siehe Abschnitt 2.1.6).
Angestellte Hebammen arbeiten überwiegend in der Klinik. Dies geschieht hauptsächlich im Kreißsaal, aber auch auf der Wochenbett- oder der präpartalen Station (Schwangerenstation) sowie in der Schwangerenambulanz oder im Eltern- bzw. Familienzentrum. Hebammen können aber auch angestellt in Gesundheitsämtern (hier vorwiegend als Familienhebammen), in gynäkologischen Praxen, in Familien- und Schwangerenberatungsstellen oder anderen Institutionen tätig sein (Sayn-Wittgenstein, 2007; Schäfers & zu Sayn-Wittgenstein, 2009).
Tätigkeitsfelder freiberuflicher Hebammen sind die Betreuung in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit. Diese Tätigkeiten werden in Geburtshäusern, Hebammenpraxen und zu Hause durchgeführt. Einige Hebammen schließen Kooperationen mit gynäkologischen Praxen und führen ihre Schwangerenbetreuung dort durch. Freiberufliche Hebammen sind auch als Beleghebammen tätig. Beleghebammen können im Team im Schichtdienstmodell arbeiten (Dienst-Beleghebammen) und betreuen im Zuge dessen die Gebärenden, die das Krankenhaus aufsuchen (Sayn-Wittgenstein, 2007; Schäfers & zu Sayn-Wittgenstein, 2009). Sogenannte Begleit-Beleghebammen schließen einen Vertrag mit einem Krankenhaus und betreuen dort ihnen persönlich bekannte Frauen während der Geburt. Für diese Frauen gehen sie ab einem bestimmten Zeitpunkt der Schwangerschaft eine Rufbereitschaft ein.
Die Hebammenberufsordnungen definieren die Tätigkeiten von Hebammen auf Länderebene. Unklar ist aber, in welchem Umfang diese Tätigkeiten tatsächlich ausgeübt werden.

Dem Teilprojekt B „Hebammenbefragung“ liegen insgesamt fünf Forschungsfragen zugrunde. Die Forschungsfragen 1, 2 und 3 werden von beiden Teilprojekten bearbeitet und anschließend in der gemeinsamen Diskussion betrachtet.

Forschungsfragen:

1. Wie stellt sich die Versorgung von Hebammen in NRW dar?
2. Gibt es regionale Unterschiede in der Hebammenversorgung in NRW?
3. Welche Faktoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität lassen sich in der individuellen Hebammenbetreuung identifizieren?
4. Gibt es Faktoren, die mit dem Angebot von Hebammenleistungen assoziiert sind?
5. Welche Daten bzw. Datenquellen sind erforderlich, um die Versorgung durch Hebammen in NRW darstellen zu können?

Im Teilprojekt B liegt der Fokus auf der Beschreibung der Berufsgruppe, ihren Tätigkeitsbereichen und deren Ausgestaltung. Bisherige Daten oder Indikatoren zur Hebammenversorgung haben diese bisher nicht ausreichend differenziert darstellen können. Die Gliederung der von Hebammen erbrachten Leistungen orientiert sich dabei am so genannten *Betreuungsbogen* (Sayn-Wittgenstein, 2007) (siehe Kapitel 1).

Die Darstellung der Arbeitsmerkmale von Hebammen im weiteren Verlauf des Berichtes orientiert sich an Definitionen aus dem Arbeitsreport Deutschland, der im Jahr 2016 von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) veröffentlicht wurde.

Die Gestaltung der Arbeit kann allgemein durch verschiedene Faktoren beschrieben werden.

Die *Länge der Arbeitszeit* ist gesetzlich geregelt. Eine Unterscheidung zwischen Voll- und Teilzeitbeschäftigung ist üblich. Eine Vollzeittätigkeit ist ab 35 Stunden Wochenarbeitszeit gegeben. „Mit zunehmendem Umfang der Arbeitszeit treten gesundheitliche Beschwerden häufiger auf und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird erschwert.“ (BAuA, 2016, S. 37). Teilzeitarbeit wird zu 85,0% von Frauen geleistet. 42,0% aller erwerbstätigen Frauen arbeiten in Teilzeit. Eine Überschreitung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit sind Überstunden. „In den sonstigen Dienstleistungen sowie im Gesundheits- und Sozialwesen erbringen auch Teilzeitbeschäftigte häufig Überstunden.“ (BAuA, 2016, S. 35). Es ist anzunehmen, dass „[…] für die große Mehrheit der Beschäftigten die tatsächliche leicht um die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit schwankt und nicht in jeder Woche exakt übereinstimmt.“ (BAuA, 2016, S. 37). Die Vergütung von Überstunden ist gesetzlich nicht geregelt. Ob und wie zusätzliche Arbeit vergütet oder durch Freizeit ausgeglichen wird, ergibt sich meist aus dem Tarifvertrag oder aus dem Arbeitsvertrag (vertragliche Überstundenregelung). Wenn der Arbeitsvertrag nicht vorschreibt, wie Überstunden abgegolten werden, müssen sie als Arbeitgeber laut § 612 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) dennoch für einen Überstundenausgleich sorgen. Das Gesetz schreibt nicht vor, wann Überstunden verfallen. Eine Regelung erfolgt über eine Ausschlussfrist - die ist im Arbeitsvertrag verankert und setzt ein Verfallsdatum fest, das mindestens drei Monate umfassen muss - oder es gilt entsprechend § 195 BGB der Verfall der Überstunden nach drei Jahren (gesetzliche Verjährungsfrist). Diese Frist beginnt erst am Ende eines Arbeitsjahres. Oft ist eine Ausschlussfrist im Arbeitsvertrag vorhanden. Hierdurch sollen Arbeitnehmer*innen zeitnah ihre Überstunden ausgleichen. Der Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TvöD) enthält im §37 die Ausschlussfrist (TvöD, 2018).

Arbeitszeitmuster verändern sich über die verschiedenen Altersgruppen hinweg. Junge Frauen arbeiten häufiger in langer Vollzeit. Ab einem Alter von 30 Jahren bevorzugen Frauen eine Teilzeitbeschäftigung (BAuA, 2016).

Die *Lage der Arbeitszeit* beschreibt, zu welchen Zeiten gearbeitet wird und ob die Arbeit sozial wertvolle Zeit besetzt (Wochenendarbeit und Feiertage). Dieser Aspekt wird als ein Belastungsfaktor beschrieben. Wochenendarbeit ist mit hoher Beanspruchung assoziiert, welche sich auch gerade bei Frauen durch eine schlechtere Work-Life-Balance zeigt. Wochenend- und Schichtarbeit sind generell mit einer schlechteren Work-Life-Balance assoziiert. Zur Lage der Arbeitszeit zählt auch Schichtarbeit, Wechselarbeit (Früh/Spätdienst) sowie Nachtarbeit. Laut BAuA sind Beschäftigte, die in einem Schichtsystem arbeiten, weniger zufrieden mit ihrer Arbeit und sie schätzen ihren Gesundheitszustand seltener als gut ein als Beschäftigte mit Arbeitszeiten zwischen 7 und 19 Uhr. Rufdienst und Rufbereitschaft zählen zu *Flexibilitätsanforderungen* mit Anforderungscharakter. (BAuA, 2016). *Flexible Arbeitszeiten* sind im Gegensatz dazu durch Flexibilitätsmöglichkeiten für Beschäftigte charakterisiert. So können längere Freizeitblöcke oder Anfang und Ende der Arbeitszeit selbstbestimmt festgelegt werden.

Arbeitszeit in besonderen Erwerbsformen: 7,0% der Befragten, davon mehrheitlich Frauen, gehen mehr als einer Beschäftigung nach und etwas mehr als die Hälfte aller Mehrfachbeschäftigten ist in beiden Tätigkeiten abhängig beschäftigt. Mehrfachbeschäftigte weisen in ihrer Gesamtwochenarbeitszeit häufiger überlange Arbeitszeiten auf. Der Hauptgrund für eine Mehrfachbeschäftigung ist bei über der Hälfte der Mehrfachbeschäftigten finanzieller Natur. Dabei geht es häufiger um einen Zuverdienst als um die Sicherung des Lebensunterhalts. Vor allem bei den Vollzeitbeschäftigten ist aber auch Spaß an der Tätigkeit ein häufiger Grund.

Beschäftigte des Gesundheits- und Sozialwesens sind stark durch zeitliche Flexibilitätsanforderungen sowie eine hohe Arbeitsintensität belastet (BAuA, 2016, S. 69). Zusätzlich fühlen sie sich gegenüber Patient*innen, aber auch gegenüber Kolleg*innen moralisch verpflichtet. Einspringen, also Überstunden auf Zuruf, ist für etwa zwei von drei Pflegekräften eine Belastung, weil es das Privatleben unplanbar macht, Freizeit verloren geht und dadurch Zeit für Erholung fehlt. Viele Beschäftigte springen ein, weil sie sich unter Druck gesetzt fühlen, ihr Team nicht hängen zu lassen (ver.di, n.d.). Für Beschäftigte im Gesundheitswesen mit regelmäßiger Arbeit am Wochenende zeigen sich deutlich erhöhte Risiken für Rückenschmerzen, Schlafstörungen, Müdigkeit, Niedergeschlagenheit und körperliche Erschöpfung gegenüber denjenigen, die nicht am Wochenende arbeiten (BAuA, 2016, S. 44). Insbesondere im Gesundheits- und Sozialwesen findet sich ein hoher Anteil weiblicher Beschäftigter (71,0%). (BAuA, 2016, S. 43). Befragungen von beruflich Pflegenden zeigen, dass eine mangelnde erlebte Vereinbarkeit von Beruf und Familie mit Faktoren wie beruflicher bzw. Arbeitsplatzunzufriedenheit oder einem schlechteren Gesundheitszustand korreliert ist (Lukasczik et al., 2018). Auch die im Gesundheitswesen übliche Wochenendarbeit, als sozial wertvoll bewertete Zeit, ist mit einer hohen Beanspruchung hinsichtlich Gesundheit assoziiert, vor allem für Frauen. Insbesondere Frauen, die am Wochenende arbeiten, schätzen ihre Gesundheit schlechter ein (BAuA, 2016).

Übertragen auf die Berufsgruppe der Hebammen bedeuten die Ergebnisse des Arbeitsreportes, dass diese als Teil des Gesundheitswesens und durch den hohen Frauenanteil besonders vulnerabel im Hinblick auf hohe Beanspruchung und damit verbundene gesundheitliche Auswirkungen betrachtet werden müssen.

Kapitel 9 beschreibt das methodische Vorgehen im Teilprojekt B, in Form von Forschungsdesign, ethischen Kriterien, Felderschließung und Stichprobenauswahl.

9. Methodisches Vorgehen

Mittels einer quantitativen Querschnittstudie erfolgt eine deskriptive Darstellung der geburtshilflichen Versorgung durch Hebammen in NRW. Die erhobenen Daten wurden durch deskriptive- und interferenzstatistische Verfahren beschrieben und analysiert.
Das methodische Vorgehen im TP B wurde, wie bereits in Abschnitt 2.3.2 beschrieben, durch das Advisory Board begleitet.

9.1 Forschungsdesign

Die Befragung der in NRW tätigen Hebammen (Survey) erfolgte explorativ und mittels validierter Instrumente zur Erhebung der subjektiven Gesundheitseinschätzung (Bullinger, 2000), Burnout (Nübling, Stößel, Hasselhorn, Michaelis & Hofmann, 2005) und beruflichem Empowerment (Pallant, Dixon, Sidebotham & Fenwick, 2015). Die Erstellung des Hebammenfragebogens hat sich an der weltweit und vor allem in westlichen Industrieländern eingesetzten WHELM Studie (Work, Health and Emotional Life of Midwives) orientiert, die erstmals 2013 in Australien konzipiert wurde (Fenwick, Sidebotham, Gamble & Creedy, 2018).

Informationsschreiben

Die Hebammen wurden anhand einer Information in Papierform bzw. Online aufgeklärt. Auf eine informierte Einwilligung wurde im Einklang mit der *Declaration of Helsinki* bedeutender Wert gelegt. Die Beantwortung, die Code-Generierung zur Pseudonymisierung und die Rücksendung des Fragebogens in Papierform wurden als Einwilligung zur Teilnahme an der Befragung gewertet. Auf der Online-Plattform konnte - nach dem Lesen der Informationen - ein Button zur Einwilligung (Teilnahme) angeklickt werden.

Befragungsinstrument

Die Gelegenheitsstichprobe wurde mit einem Fragebogen zu verschiedenen Tätigkeitsaspekten, soziodemographischen Daten und beruflichem Wohlbefinden befragt.
Der Fragebogen ist in neun thematische Abschnitte (A bis I) aufgeteilt. Die Abschnitte F und G beinhalten die validierten Instrumente zu Burnout (Nübling et al., 2005) und beruflichem Empowerment (Pallant et al., 2015), die Bestandteile eines angegliederten Promotionsvorhabens sind. Die Ergebnisse werden im Rahmen der Promotion veröffentlicht. Entsprechend der Tätigkeitsbereiche mussten nicht alle Abschnitte ausgefüllt werden, was die Bearbeitungszeit ggfs. verkürzte. Entsprechende Weiterleitungen wurden in den Fragebogen eingefügt. Der Fragebogen wurde nach der inhaltlichen Ausarbeitung graphisch aufbereitet und ansprechend gestaltet. Der vollständige Fragebogen sowie das Informationsschreiben befinden sich in Anhang L und K. Zur Erhöhung des Rücklaufes wurde die Teilnahme in Papierform und Online angeboten.

Wichtige Aspekte, die in den Fragebogen mitaufgenommen wurden, sind in den folgenden Infokästen zu finden.

Soziale Determinanten:

- Alter
- Einkommen
- Soziale Schicht
- Beruf
- Familienstand
- Haushaltsgröße
- Migrationshintergrund
- Wohnort

Weitere erfasste Daten:

- Anzahl der Berufsjahre
- Anzahl erbrachter Leistungen pro Woche/Monat/Jahr und pro betreute Frau
- Durchschnittliche Dauer einzelner Leistungen
- Tätigkeitsfelder bzw. Betreuungsangebote
- Umfang angestellter und/oder freiberuflicher Tätigkeit
- Betreute Frauen und Kinder pro Jahr
- Workload pro Fall
- Ort der erbrachten Leistungen
- Auslastung

Weitere, vom im Abschlussbericht des Runden Tisch Geburtshilfe (2015) identifizierte Aspekte, die auch erhoben werden sollten, sind:

- Häufigkeit und Gründe von durch Hebammen abgelehnte Leistungsanfragen
- Gründe für den Berufsausstieg
- Lösungsvorschläge für einen Verbleib im Beruf

9.2 Ethische Kriterien

Die Ethikkommission der hsg Bochum befürwortete am 15. November 2017 das dargelegte Vorgehen aus ethischer Sicht. Das Forschungsprojekt wurde entsprechend des Datenschutzgesetz NRW (DSG NRW, 2000), der Europäischen Datenschutzgrundverordnung und dem Bundesdatenschutzgesetz (DSAnpUG-EU; BDSG,2017) gesetzeskonform durchgeführt. Das Informationsschreiben für die Studienteilnehmer*innen wurden durch das Justiziariat der hsg Bochum überprüft.

Datenaufbewahrung

Die elektronisch erhobenen Daten und die in Papierform erhobenen und anschließend digitalisierten Daten werden in ihrer Rohversion auf Servern der hsg Bochum aufbewahrt.
Die auf den Festplatten gespeicherten Daten werden durch ein Passwort geschützt. Sie dienten einer möglichen späteren Plausibilitätsprüfung und ebenso als „Rückfallschutz“, falls die weiterverarbeiten Daten beschädigt worden wären. Die genannten Daten werden bis zum Ende der Laufzeit der Studie

im Datenschutzraum, Gesundheitscampus Süd, der hsg Bochum gelagert, in dem zwei feuerfeste, wasserdichte und verschließbare Sicherheitsschränke zur Verfügung gestellt werden. Die Sicherheitsschränke sind gesondert durch Schlösser gesichert. Für diesen Raum gelten gesonderte Zugriffsrechte, sodass ausschließlich für ihre Aufgabenerfüllung erforderliche Personen Zugang zu diesem Raum haben. Eine Liste mit Zugriffsberechtigten Personen wird durch das Department of Community Health verwaltet. Zugriffsberechtigte Personen für die der HebAB.NRW Studie zugeteilten Sicherheitsschränke sind die Projektleitungen sowie Mitarbeiter*innen der Studie.

Datenverarbeitung

Die Daten wurden ausschließlich in anonymisierter Form verarbeitet. Hierzu diente ein Passwort geschützter Rechner mit Windowsbetriebssystem der hsg. Die Rechner sind nach dem hsg Bochum Standard geschützt und verfügen über einen Netzwerkanschluss. Die Veränderung der Daten wurde sorgfältig dokumentiert, damit Rückschlüsse auf die Herkunft der Daten und eine Plausibilitäts-/ Authentizitätsprüfung möglich, sowie die Verarbeitungsschritte nachvollziehbar sind.

Nutzung der Daten

Die Daten werden für den vorliegenden Abschlussbericht an das LZG NRW, sowie für wissenschaftliche Veröffentlichungen und für Ergebnisberichte an die Öffentlichkeit genutzt. Veröffentlicht werden aggregierte Daten, sowie möglicherweise Zitate in anonymer Form. Darüber hinaus findet keine Übermittlung der Rohdaten statt.

Löschung der Daten

Die Fristen für Löschung und Sperrung gemäß §19 Abs. 2 und 3 DSG NRW werden eingehalten. Die Aufbewahrungsfrist beträgt in Anlehnung an die Leitlinie zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) zehn Jahre.

Belastungen/Risiken für die Studienteilnehmer*innen

Es besteht die Möglichkeit, dass die teilnehmenden Hebammen durch die Beantwortung des Instrumentes Copenhagen Burnout Inventory auf eine mögliche Burnout-Gefährdung bzw. ein vorliegendes Burnout hingewiesen werden. Zu Beginn des Abschnittes *Psychische Gesundheit und seelisches Wohlbefinden* wird auf die Möglichkeit einer Beratung in der Sprechstunde für berufsbezogene Störungen am LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin hingewiesen. Zudem sind die Kontaktdaten und Ansprechpersonen des Projektteams an der hsg Bochum angegeben.

9.3 Pretest

Nach Erhalt des Ethikvotums wurde ein schriftlicher Pretest im Rahmen der Bundesdelegiertentagung des DHV in Berlin durchgeführt. 45 Hebammen aus anderen Bundesländern haben am Pretest des Fragebogens teilgenommen und wertvolle Hinweise zur Handhabbarkeit und zur Verständlichkeit gegeben. Die Ergebnisse des Pretests sowie die Anmerkungen der Advisory Board Mitglieder flossen in die Fertigstellung des Fragebogens mit ein. Es erfolgten Anpassungen zur besseren Verständlichkeit.

9.4 Felderschließung und Stichprobenauswahl

Im Vorfeld wurde intensiv diskutiert und evaluiert, wie und auf welchem Weg möglichst alle in NRW lebenden und/oder arbeitenden Hebammen erreicht werden können. Hier konnte auch die Unterstützung einiger Advisory Board Mitglieder bei der Erreichung der Hebammen eingeholt werden (Landesverband der Hebammen NRW und QUAG e.V.).

Aufgrund der unbekannten Grundgesamtheit und in Ermangelung eines bundeslandweiten Registers erfolgte der Feldzugang mehrstufig. Zur Wahrung des Datenschutzes konnten auch bekannte Datenquellen nicht für einen direkten Kontakt zu Hebammen genutzt werden. So wurden beispielsweise die Leitungen der unteren Gesundheitsbehörden und die für Hebammen zuständigen Mitarbeiter*innen per Brief und E-Mail um die Informationsweitergabe an bei ihnen gemeldeten Hebammen gebeten. Diese konnten in den meisten Fällen aus datenschutzrechtlichen Gründen keine Kontaktdaten an das Projektteam weiterleiten. Die unteren Gesundheitsbehörden haben nur in geringem Umfang unterstützen und zur Teilnahme an der Befragung aufrufen können. Als Gründe für die Ablehnung wurden am häufigsten fehlende finanzielle Kapazitäten für eine postalische Versendung von Briefen, Informationen, unbekannte E-Mail-Adressen oder fehlende personelle Ressourcen genannt.

Jede in NRW lebende identifizierte Hebamme erhielt Zugang zur Befragung mittels E-Mail (Link zur Onlinebefragung) oder postalisch (Informationsschreiben, Fragebogen und frankiertem Rücksendeumschlag).

Die Rekrutierung der Hebammen erfolgte in Abhängigkeit des Tätigkeitsfeldes durch verschiedene Multiplikator*innen, sodass die Ansprache der Hebammen über eine Vielzahl von Informationskanälen verlief. Als Multiplikator*innen fungierten der Landesverband der Hebammen NRW e.V. Dieser versendete an jedes Mitglied einen Fragebogen in Papierform (n=4.214). Zudem erfolgten durch den Verband Erinnerungsaufrufe zur Teilnahme an alle Mitglieder per E-Mail und es wurde in sozialen Medien (z.B. Facebook) auf die Befragung aufmerksam gemacht. Im Rahmen der Landesdelegiertentagung des Landesverbandes der Hebammen NRW e.V. am 5. März 2018 wurden alle anwesenden Kreisvorsitzenden gebeten, die Studienteilnahme im Rahmen ihrer Verbandsarbeit zu bewerben. Zudem wurde zwischen dem 11. Januar und dem 11. April 2018 in den Regionalkonferenzen Düsseldorf, Bielefeld, Münster und Bochum und den Kreisversammlungen Bochum und Dortmund in Form von Vorträgen durch das Projektteam auf die Studie und die Teilnahme hingewiesen. Als weitere Multiplikator*innen fungierten der Bund freiberuflicher Hebammen NRW e.V. (BFHD), der Deutsche Fachverband für Hausgeburtshilfe e.V. (DFH) und die QUAG e.V., welche ihre Mitglieder per E-Mail zweimal zur Teilnahme aufforderten. Außerdem wurden alle Hebammengeleiteten Einrichtungen (HgE) in NRW (n=16) persönlich, postalisch und/oder per E-Mail informiert.

Die Leitungen der im Jahr 2018 bestehenden zehn Hebammenschulen[7] und der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen in Köln wurden postalisch auf die Befragung aufmerksam gemacht und erhielten Papierfragebögen zur Verteilung an ihre Mitarbeiter*innen.

Des Weiteren wurden alle in NRW tätigen freiberuflichen Hebammen, die mit der hsg Bochum kooperieren per E-Mail und postalisch zur Teilnahme aufgerufen. Im Rahmen von Praxiskooperationstreffen

[7]Hebammenschule Luisenhospital Aachen, Hebammenschule am St. Franziskus-Hospital Ahlen, Hebammenschule am Vinzenz Pallotti Hospital Bensberg, Hebammenschule der St. Elisabeth Stiftung Bochum, Hebammenschule Universitätsklinikum Bonn, Hebammenschule am Ev. Krankenhaus Bethesda Duisburg, Hebammenschule am Johannes Wesling Klinikum Minden, Hebammenschule am St. Vincenz-Krankenhaus GmbH Paderborn, Hebammenschule Rheine an der Akademie für Gesundheitsberufe, Hebammenschule an der Bildungsakademie Helios NRW GmbH in Wuppertal

des Studienbereichs Hebammenwissenschaft an der hsg Bochum, an denen sowohl freiberuflich als auch angestellt tätige kooperierende Hebammen aus NRW teilnahmen, wurde ein Vortrag durch das Projektteam gehalten und auch in diesem Rahmen auf die Studie hingewiesen. Zudem wurden zahlreiche E-Mailverteiler des Studienbereichs Hebammenwissenschaft zur Bewerbung der Befragung genutzt.

Um die klinisch tätigen Hebammen gezielt anzusprechen, wurden alle leitenden Hebammen der Kreißsäle in NRW postalisch, per E-Mail und telefonisch über die Befragung informiert. Dies erfolgte in zeitlichen Abständen, sodass der telefonische Kontakt im April bis Mai 2018 stattfand. Dort hatten die leitenden Hebammen auch nochmal die Möglichkeit im persönlichen Kontakt Fragen zu stellen und erneut Papierfragebögen für Hebammen aus dem Klinikteam anzufordern. Dem Schreiben wurden zudem portofreie Postkarten beigelegt, mit denen jede Hebamme ein Papierexemplar persönlich anfordern konnte.

Im Rahmen von vier Nachfassaktionen wurde in einschlägigen Facebook-Gruppen wie Zimmermänner/innen, Hebammenpower, Hebammenunterstützung; Auf den Tisch hauen für Hebammen Aktionsgruppe; Hebammen Flohmarkt, die in NRW tätigen und wohnenden Hebammen über die Befragung informiert.

Als weitere Nachfassaktion wurden per Online-Recherche Kontaktdaten von freiberuflichen Hebammen in Städten gesucht (siehe Tabelle 26). Somit konnten weitere 506 Hebammen mit einer Postkarte mit dem Vermerk des Links der Online-Befragung und der Möglichkeit der Bestellung eines Papierfragebogens auf die Befragung aufmerksam gemacht werden. Auffällig war hierbei, dass 15,2% (n=77) der Postkarten aufgrund von falschen/nicht aktuellen Adressen nicht zustellbar waren.

Tabelle 26: Online-Recherche freiberuflicher Hebammen in NRW (Stand Mai 2018)

	Versendet	Nicht zugestellt
Düsseldorf	133	10
Rhein-Erft-Kreis	5	2
Kreis Mettmann	25	1
Köln und Umgebung	175	21
Essen	68	19
Dortmund	86	16
Borken	14	7
Insgesamt	**506**	**76**

Zur weiteren Rekrutierung von Hebammen wurden diverse öffentliche Kanäle genutzt, um landesweit auf die Befragung aufmerksam zu machen, sodass drei Pressemitteilungen über die hsg Bochum, das hsg-Magazin (Online), die Rheinische Post-Online, die Westdeutsche Allgemeine Zeitung Dortmund und die Westfalen-Heute über HebAB.NRW und über die Versorgung von Hebammen berichteten. Zudem wurde ein Artikel im Dezember 2017 in der Fachzeitschrift Hebammenforum (Villmar, Peters, Schäfers & Bauer, 2017) zur Studie veröffentlicht.

Im Sinne einer letzten Nachfassaktion wurde am 14. Juni 2018 auf der Landestagung des Landesverbands der Hebammen NRW in Münster ein Vortrag gehalten und alle Hebammen erneut zur Teilnahme an der Studie aufgerufen. Am Ausgang des Saals wurden Fragebögen an interessierte Hebammen verteilt. Des Weiteren war HebAB.NRW mit einem Stand auf der parallel zur Tagung stattfindenden Industrieausstellung vertreten und so im persönlichen Kontakt mit den Hebammen, auch hier wurden Fragebögen und Postkarten mit dem Online-Link verteilt.

Insgesamt wurden von 5.000 gedruckten Papierfragebögen 4.550 persönlich (direkt) an Hebammen verschickt oder verteilt.

9.5 Datenerhebung

Der Befragungszeitraum erstreckte sich von 1. Februar bis 15. Juli 2018.
Die Einschlusskriterien sind

- Personen mit staatlicher Anerkennung als Hebamme/Entbindungspfleger
- Wohnsitz in NRW und/oder Tätigkeit in NRW
- Mindestalter 18 Jahre

Es wurden keine weiteren, als die sich aus den Einschlusskriterien ergebenden Ausschlusskriterien formuliert.
Die Teilnahme an der Befragung erfolgte freiwillig auf Grundlage einer informierten Einwilligung und anonymisiert. Jede*r Teilnehmer*in konnte sich anhand von nur persönlich bekannten Daten ein Pseudonym erstellen (u.a. die ersten zwei Buchstaben des Vornamens der Mutter). Dadurch erhielten die teilnehmenden Hebammen die Möglichkeit, ihren Fragebogen vor Zusammenführung der Daten zurückziehen zu können. Zusätzlich konnte durch die Pseudonymisierung eine mehrfache Teilnahme einer Person nahezu ausgeschlossen werden. Im Informationsschreiben wurde auf das Widerrufsrecht und die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen. Ebenso wurde der Umfang der Datenverarbeitung beschrieben. Die Datenerhebung erfolgte in Papierform und in elektronischer Form über die Plattform Unipark - Questback. Der Standort des Rechenzentrums von Unipark - Questback ist Deutschland und es ist nach dem BSI ISO 27001 zertifiziert. Das IT-Dienstleistungsunternehmen DATAGROUP ist nach ISO 2000 zertifiziert. Die genauen Datenschutzbestimmungen von Unipark - Questback können unter http://my.unipark.com/downloads.php?SES=b3d8ca790718ef82e9eeba4f6fd202a7&frmnd=home eingesehen werden.
Bei der Erhebung der Daten in elektronischer Form über Unipark - Questback ist eine gemeinsame Übermittlung oder Kombination von personenbezogenen Daten und umfragebezogenen Daten nicht ohne eine Zustimmung der Befragten möglich. Dies war bei HebAB.NRW nicht vorgesehen und nicht gewünscht. Die personenbezogenen und die umfragebezogenen Daten wurden daher von Unipark - Questback an die Studiengruppe getrennt und nicht kombinierbar übermittelt.
Bei der Erhebung der Daten in Papierform wurde das Einverständnis durch die Code-Generierung, das Ausfüllen und Zurücksenden des Fragebogens vorausgesetzt.

Anmerkungen zur Stichprobe
Aufgrund der unbekannten Grundgesamtheit von Hebammen in NRW kann nicht überprüft werden, ob eine Vollerhebung erreicht wurde. Im dargestellten Rekrutierungsverfahren wurden jedoch alle bekannten Zugangswege zu Hebammen genutzt. Da es sich im vorliegenden Forschungsdesign um eine freiwillige anonyme Fragebogenerhebung handelt, kann aufgrund eines erfreulich hohen Rücklaufes (vgl. Rücklauf anderer nationaler Bestandsaufnahmen siehe Abschnitt 2.1.2) von einer größtmöglichen Gelegenheitsstichprobe ausgegangen werden. Hierbei kann wie beim Teilprojekt A auch nicht von einer im statistischen Sinn repräsentativen Stichprobe ausgegangen werden. Voraussetzung für unabhängige Zufallsstichproben sind Zufallsziehungen aus einer bekannten Population. Dies konnte aufgrund der unbekannten Population nicht erfolgen. Dennoch wurden ein wesentlicher Teil der Zugangswege zu aktiven Hebammen in NRW erschlossen und hier eine Vollerhebung angestrebt. Insofern sind zwar keine fehlerfreien Schlüsse auf „alle Hebammen in NRW“ zulässig, allerdings einigermaßen aussagekräftige Trendaussagen, die bspw. durch Ergebnisse wiederholter Befragungen flankiert werden können.

9.6 Datenauswertungsverfahren

Die in Papierform erhobenen Daten wurden mit Hilfe eines Scanners der hsg Bochum zunächst digitalisiert und anschließend mit der Software pki - Informationssystem Remark Office OMR 2014 elektronisch codiert. Die Codierung von Zahlen und weiteren kritischen digitalen Codierungen wurden nach der Eingabe durch eine weitere Person aus dem Studienteam überprüft.

10.Ergebnisse

An der Hebammenbefragung haben insgesamt 1.948 Personen teilgenommen. Davon haben 1.924 Teilnehmer*innen die Einschlusskriterien erfüllt (98,8%).
71,5% (n=1.375) der Teilnehmer*innen haben den Fragebogen in Papierform ausgefüllt. Der Rücklauf beträgt bei 4.214 versendeten Papierfragebögen an DHV-Mitglieder 38,7% (n=1.631). 28,5% (n=549) der Hebammen haben online an der Hebammenbefragung teilgenommen. 84,8% (n=1.631) der Teilnehmer*innen geben an, Mitglied im Deutschen Hebammenverband (DHV) bzw. im Landesverband der Hebammen NRW zu sein. 292 Teilnehmer*innen sind nicht Mitglied im DHV. Laut Statistischem Jahrbuch NRW waren im Jahr 2017 insgesamt 2.420 Hebammen in NRW klinisch tätig (IT.NRW, 2018). Der Rücklauf bei den klinisch tätigen Hebammen (n=1.023) beträgt demnach 42,3 %.

Bei der Analyse der Missings zeigt sich, dass bei Frage A.11 die Antwortoption nein gefehlt hat und in diesem Fall nichts angekreuzt wurde, wodurch hier eine hohe Zahl von fehlenden Angaben provoziert wurde. Die nächsthäufigsten Missings gab es bei den Fragen zum (Haushalts-) Nettoeinkommen. Die Frage nach Überstunden haben klinisch tätige Hebammen im Gegensatz zu anderen Fragen am häufigsten nicht beantwortet (siehe Tabelle 27).

Tabelle 27: Fünf häufigste Missings TP B

Frage	Missings/n	%
A.11 Sind Sie in einem anderen Tätigkeitsfeld des Hebammenberufes tätig??	981 (n=1.924)	51,0
H.13 Wie hoch etwa ist Ihr derzeit verfügbares monatliches Nettoeinkommen, das Sie nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben, zum Haushaltsnettoeinkommen der Familie beitragen?	358 (n=1.715)	20,9
H.12 Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts insgesamt?	204 (n=1.715)	11,9
A.15 Haben Sie im letzten Jahr Ihre Berufstätigkeit in NRW (wieder) aufgenommen?	182 (n=1.715)	10,6
B.13 Wie viele Überstunden haben Sie aktuell?	132 (n=1.023)	12,9

10.1 Stichprobenbeschreibung

Eine Übersicht ausgewählter soziodemographischer Merkmale der Stichprobe Hebammen wird in Tabelle 28 dargestellt[8].

Tabelle 28: Soziodemographische Merkmale der Stichprobe Hebammen

Merkmal		n	(%)
Teilnahmen		1924	(100,0)
Geschlecht	Weiblich	1908	(99,7)
	Männlich	1	(0,1)
	Möchte mich keinem der beiden Geschlechter zuordnen	4	(0,2)
Summe		*1913*	(11 Missings)
Staatsangehörigkeit	Deutsch	1883	(98,5)
	Andere	29	(1,5)
Summe		*1912*	(12 Missings)
Geburtsort	Deutschland	1802	(94,2)
	In einem anderen Land	111	(5,8)
Summe		*1913*	(11 Missings)
Geburtsort Vater	In Deutschland geboren	1717	(89,8)
	In einem anderen Land	192	(10,0)
	Weiß nicht	4	(0,2)
Summe		*1913*	(11 Missings)
Geburtsort Mutter	In Deutschland geboren	1751	(91,5)
	In einem anderen Land	158	(8,3)
	Weiß nicht	4	(0,2)
Summe		*1913*	*(11* Missings*)*
Personen unter 18 Jahren im Haushalt lebend	Nein	911	(50,1)
	Ja	907	(49,9)
Summe		*1818*	(106 Missings)
Pflege Angehöriger	Nein	1679	(89,3)
	Ja	202	(10,7)
Summe		*1881*	(43 Missings)
Familienstand	Verheiratet	1125	(59,8)
	Eingetragene Lebenspartnerschaft	16	(0,9)
	Verheiratet, getrennt lebend	45	(2,4)
	Ledig	533	(28,3)
	Geschieden	145	(7,7)
	Verwitwet	16	(0,9)
	Eingetragene Lebenspartnerschaft, getrennt	1	(0,1)
Summe		*1881*	(43 Missings)

[8] Einteilungen entsprechen den Demographischen Standards (Statistisches Bundesamt, 2016)

Care-Arbeit

907 (49,9%) der teilnehmenden Hebammen geben an, mit Kindern unter 18 Jahren zusammen in einem Haushalt zu leben. 10,7% (n= 202) geben an, Angehörige zu pflegen.

Alter

Die teilnehmenden Hebammen haben im Mittel ein Alter von 42,9 Jahren (SD±11,5). Die jüngste Hebamme, die an der Befragung teilgenommen hat, ist 21 Jahre alt, die älteste 78 (siehe Abbildung 56).

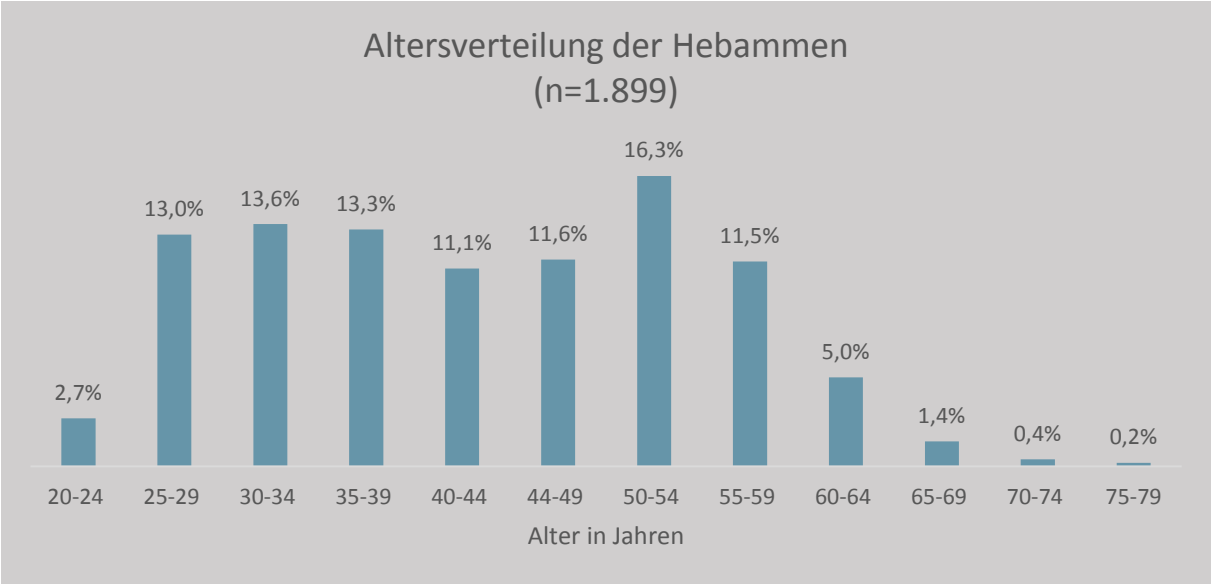


Abbildung 56: Altersverteilung Stichprobe Hebammen
(Missings=25)

Die teilnehmenden Hebammen haben eine durchschnittliche Berufserfahrung von 16,4 Jahren (SD±11,2).

Wohnort

43,5% (n=533) der außerklinisch tätigen Hebammen geben an, in einer Großstadt zu wohnen. 31,2% (n=382) geben als Wohngebiet eine Mittelstadt an, 16,2% (n=199) eine Kleinstadt und 8,7% (n=107) eine Landgemeinde. 55 Hebammen machen keine Angabe zu ihrem Wohngebiet. Die angegebenen Arbeitsgebiete der außerklinisch tätigen Hebammen korrespondieren mit den angegebenen Wohnorten. Der größte Anteil gibt an, überwiegend in einer Großstadt tätig zu sein (46,3%, n=591), gefolgt von Mittelstadt (37,5%, n=478), Kleinstadt (23,9%, n=305) und Landgemeinde (15,8%, n=202). Sieben Hebammen war die Zuordnung unbekannt[9].

Qualifikation

Insgesamt 80,3% (n=1.512) der Befragten verfügen durch die Erlangung der allgemeinen Hochschulreife bzw. der Fachhochschulreife über eine Hochschulzugangsberechtigung (siehe Tabelle 28).

[9] Die angegebenen Kategorien entsprechen der Raumabgrenzungen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Stand 2017). Großstadt: mind. 100.000 Einwohner, Mittelstadt: 20.000 bis 100.000 Einwohner, Kleinstadt 5.000 bis unter 20.000 Einwohner, Landgemeinde: unter 5.000 Einwohner (https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/startseite/_node.html).

93,0% (n=1.788) der Stichprobe haben zur Erlangung des Hebammenberufes eine Ausbildung absolviert, 4,9% (n=95) haben studiert und 2,1% (n=40) haben eine Ausbildung absolviert und parallel studiert.
97,0% (n=1.866) der teilnehmenden Hebammen haben ihre Ausbildung bzw. ihr Studium in Deutschland absolviert, davon 70,0% (n=1.267) in NRW. Tabelle 29 gibt einen detaillierten Einblick über die Qualifikation der teilnehmenden Hebammen.

Tabelle 29: Qualifikation der teilnehmenden Hebammen

Merkmal		n	(%)
Teilnahmen		1.924	(100,0)
Schulabschluss	Hauptschulabschluss	24	(1,3)
	Polytechnische Oberschule der DDR 8. oder 9. Klasse	2	(0,1)
	Realschulabschluss	295	(15,6)
	Polytechnische Oberschule der DDR 10. Klasse	40	(2,1)
	Fachhochschulreife	314	(16,7)
	Abitur/ Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife	1.198	(63,6)
	Anderer Schulabschluss	12	(0,6)
Summe		*1.885*	(39 Missings)
Ausbildungsform	Ausbildung	1.788	(93,0)
	Studium	95	(4,9)
	Beides	40	(2,1)
Summe		*1.923*	(1 Missing)
Ausbildungsland	Deutschland	1.866	(97,0)
	Anderes Land	58	(3,0)
Summe		*1.924*	
Nachqualifizierung	Nein	18	(31,0)
	Ja	40	(69,0)
Summe		*58*	
Ausbildung in NRW	Nein	543	(30,0)
	Ja	1.267	(70,0)
Summe		*1.810*	(56 Missings)
Studium aktuell	Nein	1.797	(93,8)
	Ja	119	(6,2)
Summe		*1.916*	(8 Missings)
Studium generell	Nein	1.493	(78,9)
	Ja	399	(21,1)
Summe		*1.892*	(32 Missings)
Weiterbildung	Nein	1.181	(62,0)
	Ja	724	(38,0)
Summe		*1.905*	(19 Missings)
		n	**(%)**
Weiterbildung Ja		724	(100,0)
Weiterbildungsart	Leitung	103	(14,2)
	Praxisanleiterin	165	(22,8)
	Lehrerin	21	(2,9)
	Pflegedienstleitung	5	(0,7)
	Familienhebamme	182	(25,1)
	Still- und Laktationsberaterin	82	(11,3)
	Sonstige	321	(44,3)

38,0% (n=724) der befragten Hebammen verfügen über einen Abschluss einer zertifizierten Weiterbildung (siehe Tabelle 29). Unter „Sonstiges“ gaben die Hebammen beispielsweise Weiterbildungen in Akupunktur oder Taping an.

Anmerkungen zu Weiterbildungen
*Die erworbenen Kenntnisse können im Rahmen der Hebammentätigkeit eingesetzt werden. Dies trifft auch für Hebammen mit einer Weiterbildung als Familienhebamme, Praxisanleiter*in, Leitung einer Station oder als Still- und Laktationsberaterin zu. Diese Hebammen können weiter in der direkten Versorgung tätig sein.*

Nettoeinkommen

Tabelle 30 bietet eine Übersicht über das monatliche Nettoeinkommen in Vollzeit tätiger Hebammen in der direkten Versorgung. Das monatliche Nettoeinkommen beinhaltet in der Summe Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Rente oder Pension sowie Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung und Verpachtung, Vermögen, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte (Statistisches Bundesamt, 2016).

Tabelle 30: Monatliches Nettoeinkommen von Hebammen in Vollzeit

Werte/Tätigkeit	Klinisch Vollzeit (n=146, 61 Missings)	Außerklinisch Vollzeit (n=361, 133 Missings)	Klinisch & Außerklinisch Vollzeit (n=300, 82 Missings)
Mittelwert	2.063,6€	2.197,6€	2.102,0€
Standardabweichung	± 728,6€	± 1.097,69€	± 862,0€
Median	2.000 €	2.000 €	2.000 €
Interquartilsabstand (IQA)	(1.800-2.500)	(1.500-2.800)	(1.500;2.500)
Range	[500;5.000]	[100;8.000]	[1.500;5.500]

Das am häufigsten genannte monatliche Nettoeinkommen von in Vollzeit tätigen Hebammen, unabhängig vom Tätigkeitsbereich, beträgt 2.000 €.
In den folgenden Unterkapiteln werden die Ergebnisse zu den fünf Forschungsfragen dargestellt.

10.2 Forschungsfrage 1: Versorgung durch Hebammen in NRW

In diesem Kapitel werden einige berufsbezogenen Merkmale für die gesamte Gruppe der Hebammen, die in der direkten Versorgung tätig sind, dargestellt. Anschließend erfolgt eine getrennte Darstellung der klinischen bzw. außerklinischen Hebammentätigkeit sowie der Familienhebammentätigkeit.

10.2.1 Berufsbezogene Merkmale von Hebammen

Zu den berufsbezogenen Merkmalen zählen Tätigkeitsfelder und Leistungsangebote sowie Arbeitsumfang und -organisation. Für den klinischen Bereich werden Merkmale der Kliniken erhoben, sowie spezifische Aspekte der angestellten Tätigkeiten, wie Schichtsysteme und Teamgröße. Für den außerklinischen Bereich werden neben dem detailliert erhobenen Leistungsangebot Merkmale der Arbeitsstrukturen dargestellt. Für beide Bereiche werden zusätzlich die Auslastung bzw. auch Hinweise für Belastungen beschrieben. Zuletzt erfolgt eine Betrachtung der Netzwerkstrukturen im klinischen und außerklinischen Bereich.

Tätigkeitsfelder von Hebammen

89,1% (n=1.715) der teilnehmenden Hebammen sind in der direkten Versorgung tätig. 12,9% (n=222) haben ihre Tätigkeit in der direkten Versorgung in NRW im letzten Jahr (wieder) aufgenommen.
Von den Hebammen, die in der direkten Versorgung tätig sind, ist ein Anteil von insgesamt 59,7% (n=1.023) klinisch tätig, 74,4% (n=1.276) der Hebammen sind außerklinisch tätig und 7,9% (n=135) arbeiten als Familienhebammen. Die Gruppe der Familienhebammen wird unter Abschnitt 10.2.12 differenzierter betrachtet. Abbildung 57 stellt dar, wie sich die Berufstätigkeit von Hebammen in der direkten Versorgung in die unterschiedlichen Bereiche aufteilt.

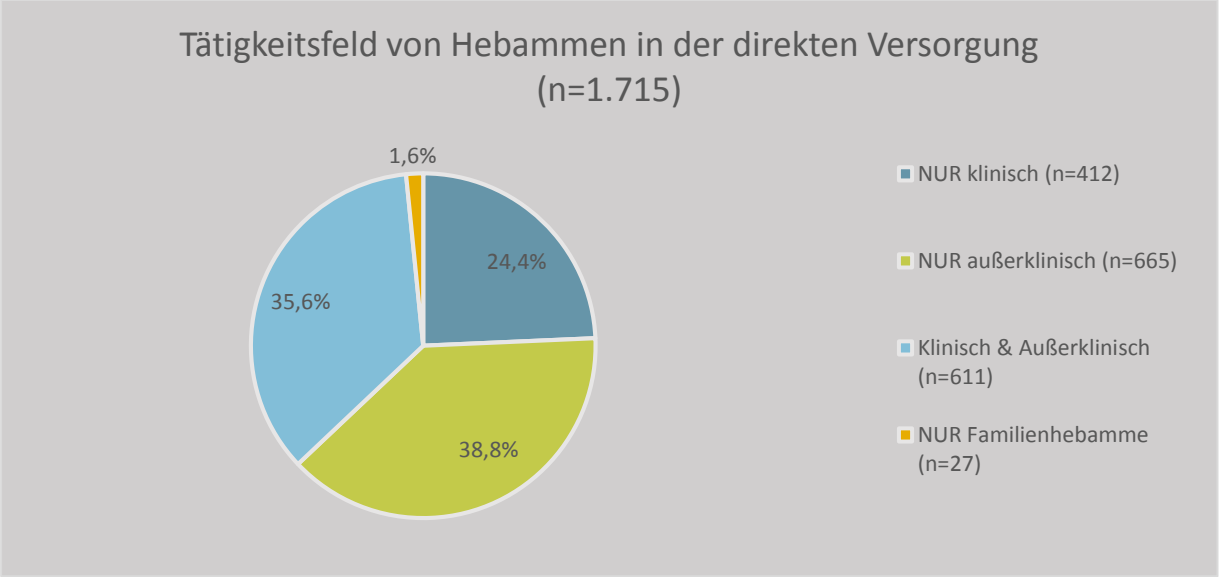


Abbildung 57: Tätigkeitsbereiche von Hebammen in der direkten Versorgung

Andere Tätigkeitsfelder

22,0% (n=378) der Hebammen, die angeben in der direkten Versorgung tätig zu sein, arbeiten zusätzlich auch in einem anderen hebammenrelevanten Tätigkeitsfeld. Dazu gehören die Tätigkeit an einer Hebammenschule oder an einer Hochschule, in der Fort- und Weiterbildung, in der Berufspolitik und im Management.

Länge der Arbeitszeit

Hebammen, die zugleich klinisch und außerklinisch tätig sind (35,6%, n=611), haben die höchste durchschnittliche Wochenarbeitszeit (40,6%, SD±16,4) (siehe Abbildung 58). In der Berechnung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit wurden die klinisch geleisteten Überstunden nicht berücksichtigt,

sondern nur die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit mit einbezogen. Zu anderen Tätigkeitsfeldern wurden keine Arbeitszeiten erfragt.

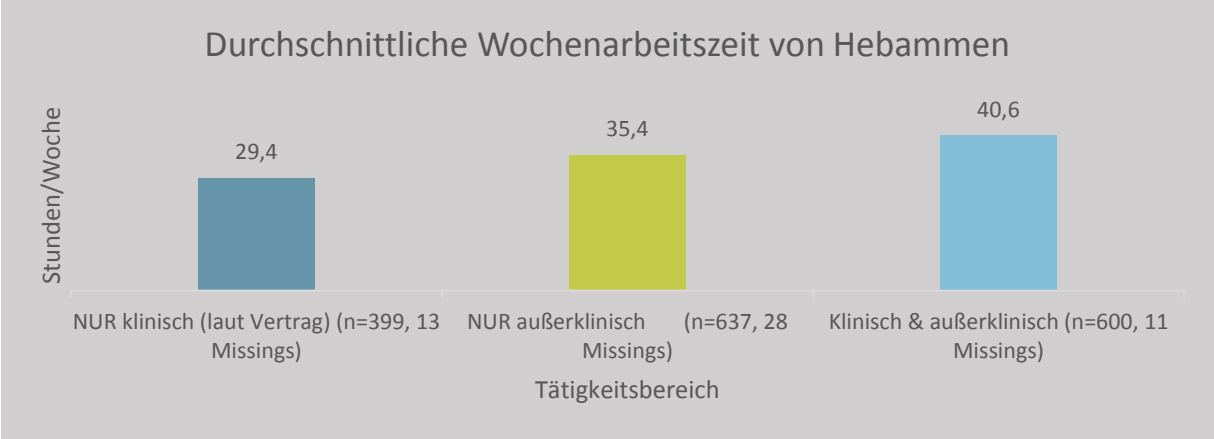


Abbildung 58: Arbeitszeit von Hebammen in der direkten Versorgung

Anmerkungen zur Arbeitszeit
Laut der BAuA liegt die durchschnittliche Arbeitszeit im Gesundheits- und Sozialwesen bei 36,5 Wochenstunden. Im Vergleich zu anderen Branchen ist dies die kürzeste durchschnittliche Arbeitszeit, welche sich durch die hohe Teilzeitquote der überrepräsentierten berufstätigen Frauen in dieser Branche erklären lässt. Im Gesundheits- und Sozialwesen arbeiten 67,0% der abhängig Beschäftigten in Vollzeit (35 Stunden und mehr) und 33,0% in Teilzeit (zehn bis 34 Stunden). 71,0% der Beschäftigten in dieser Branche sind Frauen. Frauen arbeiten insgesamt zu einem Drittel in langer Teilzeit (20 bis 34 Stunden) und zu einem Drittel in langer Vollzeit (40 bis 47 Stunden). Junge Frauen arbeiten deutlich länger in Vollzeit. Mit der Familiengründung nimmt der Anteil an teilzeitbeschäftigten Frauen zu (BAuA, 2016). Abbildung 59 stellt den Anteil von in Teilzeit und Vollzeit arbeitenden Hebammen nach Tätigkeitsbereich dar. Eine Vollzeittätigkeit ist nach BAuA mit 35 Wochenarbeitsstunden und mehr definiert. In der vorliegenden Erhebung ist der Teilzeitanteil bei ausschließlich klinisch tätigen Hebammen am größten (64,4%, n=399).

Die Mehrheit der Hebammen, die ausschließlich klinisch tätig sind, arbeitet in Teilzeit (64,4%). Den höchsten Anteil an Vollzeit arbeitenden Hebammen gibt es in der Gruppe der Hebammen, die klinisch und außerklinisch tätig ist (siehe Abbildung 59).

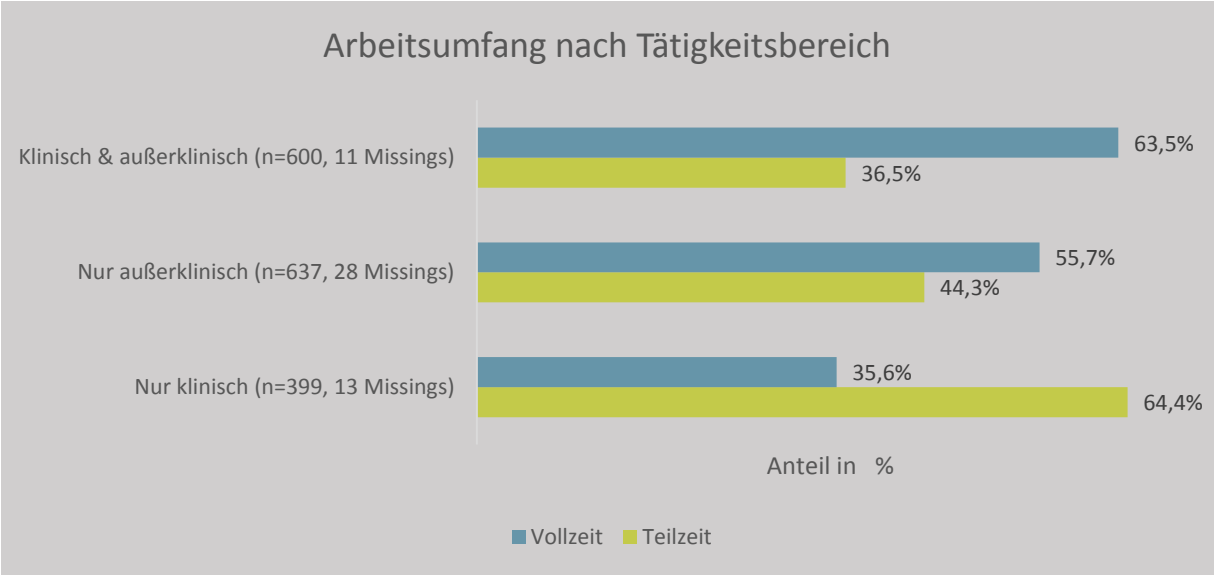


Abbildung 59: Arbeitsumfang nach Tätigkeitsbereich

Gründe für reguläre Arbeitstage, an denen nicht gearbeitet werden konnte

Hebammen arbeiteten in den letzten drei Monaten durchschnittlich an regulären Arbeitstagen nicht aufgrund von Urlaub 8,7 Tage (SD±9,0), Krankheit 4,5 Tage (SD±9,6) und Fort- und Weiterbildungen 3,2 Tage (SD±9,7). Unter sonstigen Gründen wird am häufigsten Mutterschutz/Elternzeit genannt (n=24) sowie Überstundenabbau (n=6) und Freizeitausgleich (n=3), „zufällig weniger zu tun“ (n=3), Beschäftigungsverbot (n=3) oder Berufspolitik (n=3) (siehe Tabelle 31) .

Tabelle 31: Nicht gearbeitete Tage in den letzten drei Monaten

Merkmale						
	M	(SD)	Md	(IQA)	[Range]	n
Urlaub	8,7	(9,0)	6	(03;10)	[00;70]	1.238
Sonstiges	5,3	(14,6)	0	(00;03)	[00;90]	248
Krankheit	4,5	(9,6)	2	(00;05)	[00;90]	960
Fort-und Weiterbildung	3,2	(9,7)	1	(00;03)	[00;90]	957
Studientage	1,6	(5,9)	0	(00;00)	[00;70]	612
Pflege	1,4	(3,7)	0	(00;01)	[00;35]	649
Freistellung	0,8	(5,5)	0	(00;00)	[00;90]	558
Trauerfall	0,4	(1,4)	0	(00;00)	[00;15]	596

Die nun folgenden Unterkapitel stellen den klinischen und außerklinischen Tätigkeitsbereich von Hebammen detailliert und getrennt voneinander dar.

10.2.2 Tätigkeitsbereich klinisch

Versorgungsstufen

Nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL des G-BA (G-BA, 2020) gibt es in der perinatalen Versorgung vier Stufen, in die Kliniken mit perinatalen Versorgungsangeboten eingeteilt werden. Entsprechend dieser Versorgungsstufen arbeiten 46,0% der Hebammen (n=471), die eine klinische Tätigkeit angeben, in der Versorgungsstufe 4 (Geburtsklinik). 34,3% (n=351) arbeiten in

einem Perinatalzentrum Level 1, 8,3% (n=85) in einer Klinik mit der Versorgungsstufe 2 und 6,4% (n=65) in einem perinatalen Schwerpunkt (Versorgungsstufe 3).

Besondere Klinikmerkmale/Einrichtungen

Die klinisch tätigen Hebammen wurden gefragt, ob die Klinik, in der sie arbeiten, über die Merkmale *Hebammenkreißsaal*, *Zertifizierung „Babyfreundliches Krankenhaus“* oder den *„Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt“* verfügen. Insgesamt arbeiten 118 Hebammen (11,5%) in einer Klinik, die mindestens über eines der beschriebenen Merkmale verfügt: 83 (8,1%) Hebammen geben an, in einer Klinik, die babyfreundlich zertifiziert ist, zu arbeiten. 36 (3,5%) arbeiten in einer Klinik mit Hebammenkreißsaal und 27 (2,6%) in einer Klinik, die den *Expertinnenstandard* eingeführt hat.

89,8%(n=874) haben in ihrer Klinik die Möglichkeit, regelmäßig an innerbetrieblichen Fortbildungen teilzunehmen.

10.2.3 Klinisch tätige Hebammen

Insgesamt gaben 1.023 Hebammen (59,7%) an, im klinischen Bereich tätig zu sein. Hebammen, die ausschließlich in der Klinik arbeiten (24,4%, n=412), geben eine vertraglich festgelegte Wochenarbeitszeit von durchschnittlich 29,4 Stunden (SD±12,5) an. 64,4% (n=257) der Hebammen arbeiten unter 35 Wochenstunden, also in Teilzeit. 35,6% (n=142) der nur klinisch tätigen Hebammen arbeitet Vollzeit (35 Wochenstunden und mehr)[10].
Hebammen, die den Papierfragebogen ausgefüllt haben, gaben entgegen der Aufforderung nur einen Hauptgrund für eine Teilzeittätigkeit in der Klinik zu nennen, häufig mehrere Gründe an. 34,6% (n=254) geben an, dass sie auch in einem anderen Tätigkeitsbereich des Hebammenberufes arbeiten. 27,6% (n=202) geben familiäre Verpflichtungen und Zeit für die Erziehung ihrer Kinder haben zu wollen an. Mit 15,4% (n=113) folgt für eine klinische Teilzeittätigkeit der Grund, genügend Erholungsphasen zu benötigen, da die Arbeit als Hebamme sehr fordert.
Teilnehmer*innen der Onlinebefragung konnten nur einen Hauptgrund für ihre Teilzeittätigkeit auswählen. Diese nennen mit 65,8% (n=296) „arbeiten in einem anderen Tätigkeitsbereich des Hebammenberufes“ als Hauptgrund für eine klinische Teilzeittätigkeit. Es folgen familiäre Verpflichtungen und Erziehung der Kinder (12,7%, n=57) und genügend Erholungsphasen zu benötigen (7,6%, n=34).

Klinischer Tätigkeitsbereich

85,0% (n=833) der klinisch tätigen Hebammen der Stichprobe geben an, ausschließlich im Kreißsaal zu arbeiten. Zusätzliche 10,0% (n=98) arbeiten in einem Rotationssystem und werden im Wechsel auf Stationen und im Kreißsaal eingesetzt. Einige Hebammen geben an, dass sie in ihrer Tätigkeit im Kreißsaal auch die gynäkologische Ambulanz mitbetreuen. Somit ist die Ambulanztätigkeit nicht direkt ersichtlich. In weiteren Tätigkeitsbereichen wie Wochenbettstation (3,4%, n=33), Ambulanz (0,8%, n=8), gynäkologische Station (0,1%, n=1) oder andere klinische Tätigkeitsbereiche (0,7%, n=7) werden Hebammen nur vereinzelt eingesetzt.

---

[10] Definition von Teilzeit und Vollzeit (BAuA, Kapitel 3.1.1, S.25, 2016)

Weitere Merkmale der klinischen Tätigkeit:
Durchschnittlich arbeiten 17,2 Hebammen (SD±7,6) im Team zusammen.
Die einfache Entfernung zum Arbeitsplatz beträgt durchschnittlich 16,8 (SD±16,3) Kilometer.
12,2% (n=119) der teilnehmenden Hebammen geben an, ihren Arbeitsplatz in den letzten zwölf Monaten gewechselt zu haben.

Besondere Funktionen

26,9% (n=260) der teilnehmenden Hebammen in der klinischen Tätigkeit übernehmen eine besondere Funktion innerhalb ihres Teams. 10,9% (n=111) sind als Praxisanleiter*in, 7,1% (n=73) als leitende Hebamme und 3,6% (n=37) als stellvertretende leitende Hebamme tätig. 7,2% (n=74) geben eine andere besondere Funktion an. Beauftragungen für spezielle fachliche Themen wie zum Beispiel Hygiene, Elternschule, Qualitätsmanagement, Stillen, Hebammenkreißsaal, Expertinnenstandard oder für innerbetriebliche Abläufe wie Geräte, IT, Öffentlichkeitsarbeit, Hebammensprecherin, etc. werden benannt.
39,2% (n=40) der leitenden und stellvertretenden leitenden Hebammen (n=110, 8 Missings) verfügen über eine vertragliche Regelung zu dieser Tätigkeit, 60,8% (n=62) haben keine zusätzliche vertragliche Regelung. Die häufigste vertragliche Regelung zur Leitungstätigkeit ist eine Freistellung, diese variiert in ihrem Umfang erheblich. Die Freistellung erfolgt von sieben Stunden oder drei bis vier Tagen im Monat bis zu 100% der Arbeitszeit.
Nur acht Praxisanleiterinnen (7,3%) verfügen über eine vertragliche Regelung ihrer Tätigkeit, 92,7% (n=102) der Praxisanleiter*innen verfügen über keinerlei vertragliche Regelung. Die vertraglichen Regelungen für Praxisanleiter*innen beinhalten zusätzliche Vergütungen (zwischen 30€ brutto im Monat und 1.150€ für acht Stunden, jedoch maximal drei bis vier Tage im Monat), Teil des Tätigkeitsprofils oder Mehrarbeit. Freistellungen werden nicht genannt.
Neben der Frage nach besonderen Funktionen im klinischen Bereich wurde auch erhoben, wie viele Hebammen an der praktischen Ausbildung von werdenden Hebammen beteiligt sind. Dies geben 70,4% (n=670) der angestellten Hebammen an.

Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

Nach der Zufriedenheit zur Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen gefragt, zeigt sich, dass die Mehrheit der klinisch tätigen Hebammen mit der Kooperation mit den meisten Berufsgruppen *zufrieden bis sehr zufrieden* ist (siehe Abbildung 60). In Bezug auf Hausärzt*innen (46,9%, n=146) und leitende Hebammen (31,2%, n=269) geben die meisten Hebammen an, mit der Zusammenarbeit *unzufrieden bis weniger zufrieden* zu sein. Als Antwortmöglichkeit ist auch die Antwort *Nicht zutreffend* möglich. Am häufigsten geben klinisch tätige Hebammen an, nicht mit Hausärzt*innen (54,9%, n=509), Beleghebammen (45,5%, n=418) oder freiberuflich tätigen Hebammen (21,7%, n=205) zusammenzuarbeiten.

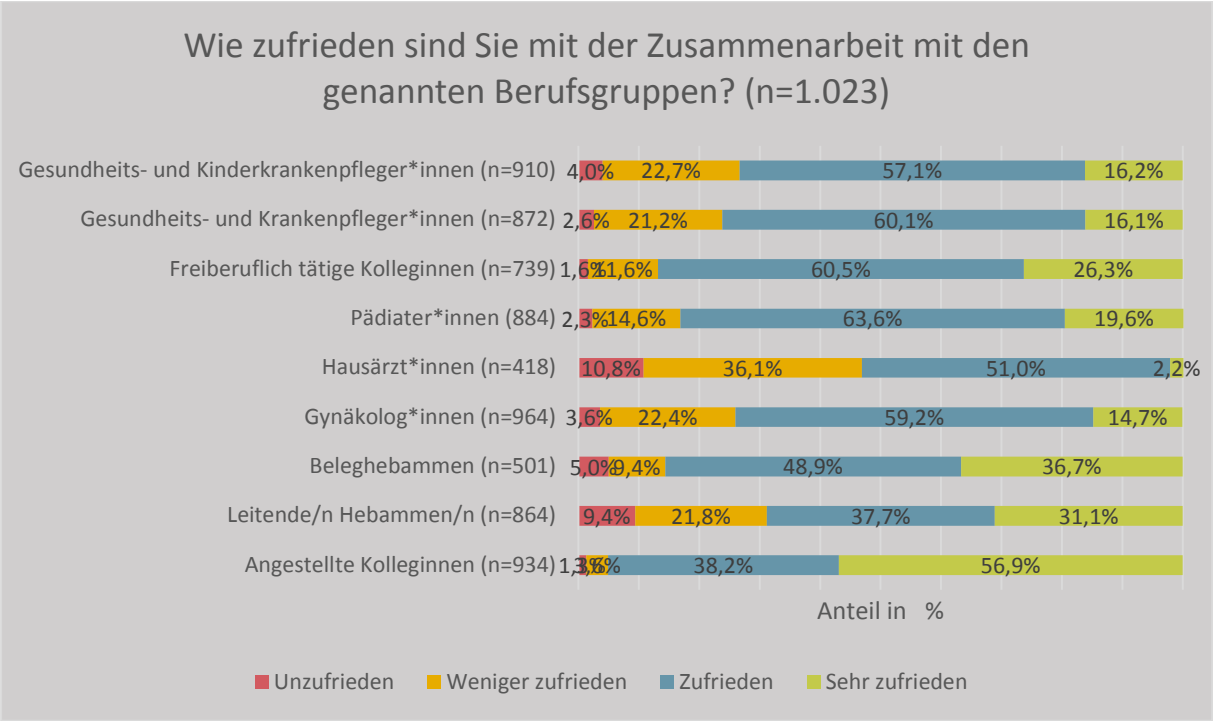


Abbildung 60: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit angestellt tätiger Hebammen

Weitere Berufsgruppen wie Anästhesie- und OP-Pflege, Chef- und Oberärzt*innen, Pflegedienstleitung, Geschäftsführung, Service-Kräfte, Still- und Laktationsberater*innen, werdende Hebammen und andere Auszubildende, Personalabteilung, Personal von Zeitarbeitsfirmen, Feuerwehr und Rettungskräfte Seelsorge, Medizinische Fachangestellte und Berufsgruppen aus dem ambulanten Versorgungsbereich werden unter Sonstiges genannt. Klinisch tätige Hebammen arbeiten demnach mit einer hohen Anzahl verschiedenster Berufsgruppen zusammen.

10.2.4 Arbeitsbezogene Belastungsmerkmale klinisch

Im folgenden Abschnitt wird die Häufigkeit der von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA, 2016) identifizierten Faktoren, die Arbeitszufriedenheit bzw. die gesundheitliche Situation von Arbeitnehmer*innen (hier klinisch tätige Hebammen) beeinflussen, betrachtet (siehe Kapitel 8).

Lage der Arbeitszeit

Die Mehrheit (75,3%, n=726) der klinisch tätigen Hebammen arbeitet im 3-Schicht-System (Früh-, Spät- und Nachtdienst) (siehe Abbildung 61). Es ist davon auszugehen, dass die Mehrheit neben der Arbeit im Schichtdienst auch Wochenend- und Feiertagsarbeit leistet (BAuA, 2016). Dies wurde nicht explizit erfragt.

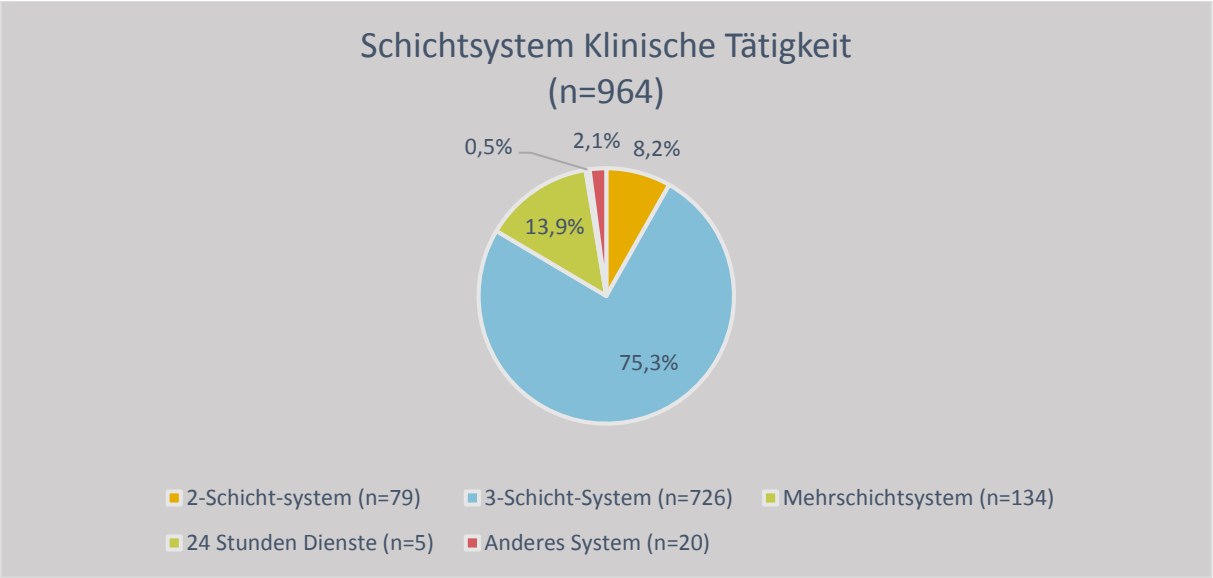


Abbildung 61: Schichtsystem klinische Hebammentätigkeit
(Missings=59)

Die Mehrheit der Klinikhebammen (81,0%, n=828) leistet Nachtdienst, davon 86,8% (n=643) regelmäßig, 9,4% (n=70) selten und 3,8% (n= 28) ausschließlich.
Zusätzlich leisten 37,9% (n=363) Rufbereitschaft und 11,4% (n=108) Bereitschaftsdienst.

Überstunden

Zum Befragungszeitpunkt haben die befragten klinisch tätigen Hebammen einen aktuell durchschnittlichen Überstundenbestand von 67,7 Stunden (SD±70,8) angegeben. Die Hälfte der Teilnehmer*innen hat 20 bis 96 Überstunden, ein Viertel hat mehr als 96 Überstunden. 6,8% (n=61) der Hebammen geben an, aktuell keine Überstunden zu haben. Somit arbeitet die Mehrheit der klinisch tätigen Hebammen real mehr Stunden als vertraglich festgelegt.
Die klinisch tätigen Hebammen wurden gefragt, wie oft sie gebeten werden, Überstunden zu machen bzw. einzuspringen (siehe Abbildung 62). Jede zweite Hebamme wird mindestens einmal wöchentlich um zusätzliche Dienste gebeten.

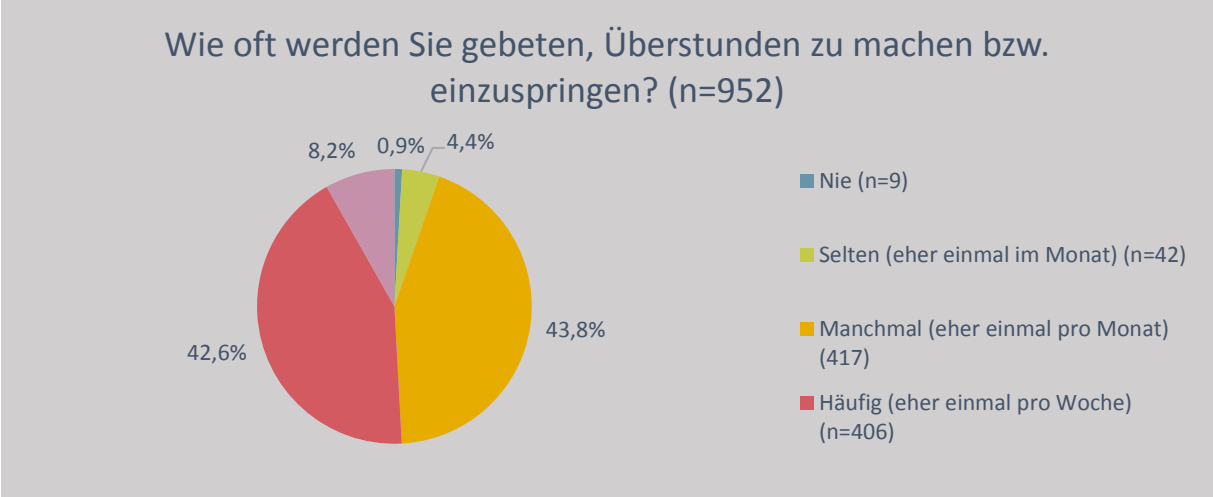


Abbildung 62: Nachfrage nach Überstunden bei klinisch tätigen Hebammen
(Missings=71)

Gefahrenanzeigen und temporäre Kreißsaalschließungen

43,1% (n=414) der klinisch tätigen Hebammen geben an, im letzten Monat eine Gefahrenanzeige geschrieben zu haben. 58,2% (n=559) waren im letzten Monat mindestens einmal in einer Situation, in der sie eine Gefahrenanzeige hätten schreiben können.

Es liegen keine Untersuchungen vor, inwieweit die Anzahl der geschriebenen Gefahrenanzeigen derjenigen entspricht, die der tatsächlichen Arbeitssituationen angemessen wäre. Aufgrund zu befürchtender Ressentiments der Hebammen beim Verfassen und Veröffentlichen einer Gefahrenanzeige, ist davon auszugehen, dass die Zahl noch höher sein könnte. Die Mitglieder des Advisory Board teilen diese Ansicht mehrheitlich. Dazu ein Zitat der letzten Frage (Fragebogen Seite 34, Variable I.4):

> *„(…) Gefahrenanzeigen werden vom Haus nicht gerne gesehen. Kolleginnen wurde nahegelegt, sich zu überlegen ob sie in der Lage sind den Beruf generell auszuüben.“*

Anmerkungen zur Gefahrenanzeige
Laut ver.di ist eine Gefahrenanzeige „… Der (schriftliche) Hinweis an den Arbeitgeber bzw. unmittelbaren Vorgesetzten über potenzielle Schädigungen und Gefährdungen der Kunden/Patienten/Bewohner, des Unternehmens oder der Beschäftigten durch eine vorliegende „Überlastung“, z.B. durch personelle Unterbesetzung, organisatorische Mängel oder mangelhafte Arbeitsbedingungen.“ (ver.di, 2017)
Die Gefahrenanzeige informiert den Arbeitgeber darüber, dass eine ordnungsgemäße Erfüllung der Arbeitsleistung in einer konkret zu beschreibenden Situation gefährdet ist, und Schäden für die Beteiligten zu befürchten sind. Dies dient dem Eigenschutz des Arbeitnehmers vor strafrechtlichen, arbeitsrechtlichen oder zivilrechtlichen Konsequenzen. Demnach sind Gefahrenanzeigen ein Hinweis auf massive Arbeitsbelastungen bzw. Ressourcendefizite (ver.di, 2012).

Vorübergehende Kreißsaalschließungen

Jede vierte Hebamme arbeitet (25,6%, n=248) in einem Kreißsaal, der im letzten Monat vorübergehend geschlossen werden musste. Gründe sind fehlendes Hebammenpersonal (66,5%; n=165), fehlende Räume (48,0%, n=119) und sonstige Gründe (19,4%, n=48). Neben fehlenden Kapazitäten in der geburtshilflichen Abteilung werden unter den „sonstigen Gründen“ am häufigsten Engpässe in der Kinderklinik genannt. Darüber hinaus geben einige teilnehmende Hebammen den Hinweis, dass in ihrer Klinik eine Kreißsaalschließung oftmals kurz bevorstand.

10.2.5 Außerklinische/freiberufliche Tätigkeit

Dieser Abschnitt beschreibt zunächst arbeitsorganisatorische Merkmale von außerklinisch/freiberuflich tätigen Hebammen. Nach der Darstellung der Leistungsangebote in der ambulanten Versorgung werden die Ergebnisse zur Auslastungssituation von Hebammen vorgestellt.

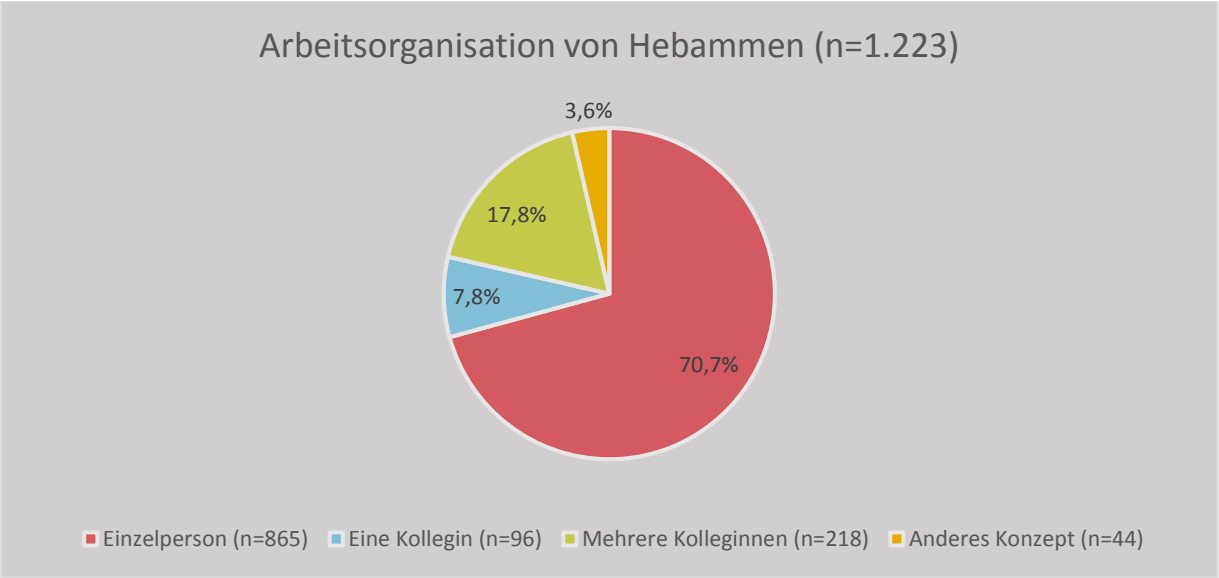


Abbildung 63: Arbeitsorganisation von außerklinisch tätigen Hebammen
(Missings=53)

Außerklinisch tätige Hebammen arbeiten mehrheitlich als Einzelpersonen (70,7%, n=865) (siehe Abbildung 63). 65,7% (n=818) der außerklinisch tätigen Hebammen geben an, über eine geregelte Urlaubsvertretung zu verfügen. Die Hälfte (n=432) der Hebammen lässt sich durch eine*n Kolleg*in vertreten, 35,0% (n=286) durch ein Netzwerk von Kolleg*innen und 29,8% (n=244) durch ihr Team. 2,7% (n=22) lassen sich im Urlaub durch Ärzt*innen vertreten.
Außerklinisch tätige Hebammen können ihre Tätigkeit nur bedingt planen, da Geburten nicht auf den Tag genau zu terminieren sind. Beratungstermine in der Schwangerschaft und Kursangebote (Geburtsvorbereitung, Rückbildung und weitere Kurse) können am ehesten zeitlich geplant werden. Für Geburtsbetreuungen machen Hebammen bezahlte Rufbereitschaft, meistens über einen Zeitraum von vier bis fünf Wochen, 24 Stunden am Tag, je nachdem, ob sie als Einzelperson oder im Team tätig sind. Hebammen, die Geburtsbetreuungen im häuslichen Umfeld, in HgEs, in ärztlich geleiteten Einrichtungen oder als Begleit-Beleghebamme anbieten (n=157; 22 Missings), leisten im Durchschnitt 23,4 Tage (SD±8,1) bezahlte Rufbereitschaft im Monat für Geburtsbetreuungen.

Anmerkungen zur aufsuchenden Wochenbettbetreuung und Geburtsbegleitung
Eine aufsuchende Wochenbettbetreuung beginnt idealerweise am Tag der Geburt oder am Tag der Entlassung aus der Klinik. Dementsprechend arbeiten die meisten Hebammen auch an Wochenenden und Feiertagen. Je nach Bedarf können in den ersten zehn Wochenbetttagen auch zwei Hausbesuche an einem Tag erfolgen. Hebammen, die Geburtsbetreuungen und Wochenbettbetreuungen anbieten, müssen ihre Berufstätigkeit kurzfristig und zeitlich flexibel organisieren. Die Arbeit ist deshalb wenig planbar.

Kommunikation

Abbildung 64 stellt dar, welche Medien außerklinisch tätige Hebammen zur Kommunikation mit den von ihnen betreuten Frauen nutzen.

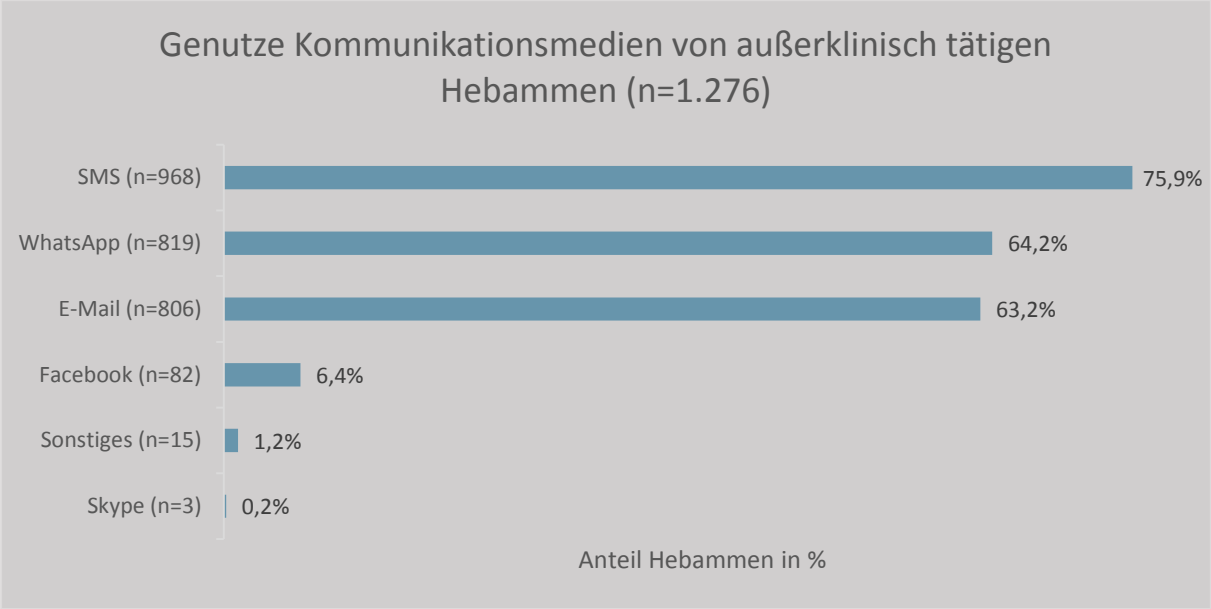


Abbildung 64: Genutzte Kommunikationsmedien von außerklinisch tätigen Hebammen
(Mehrfachnennungen möglich)

Neben dem Telefon (95,5%, n=1.218) und der SMS-Funktion (75,9%, n=968) nutzen Hebammen hauptsächlich WhatsApp (64,2%, n=819) und E-Mail-Kontakt (63,2%, n=806).

10.2.6 Informationsangebot von Hebammen

Freiberuflich tätige Hebammen nutzen unterschiedliche Möglichkeiten, um auf ihre Tätigkeit aufmerksam zu machen.

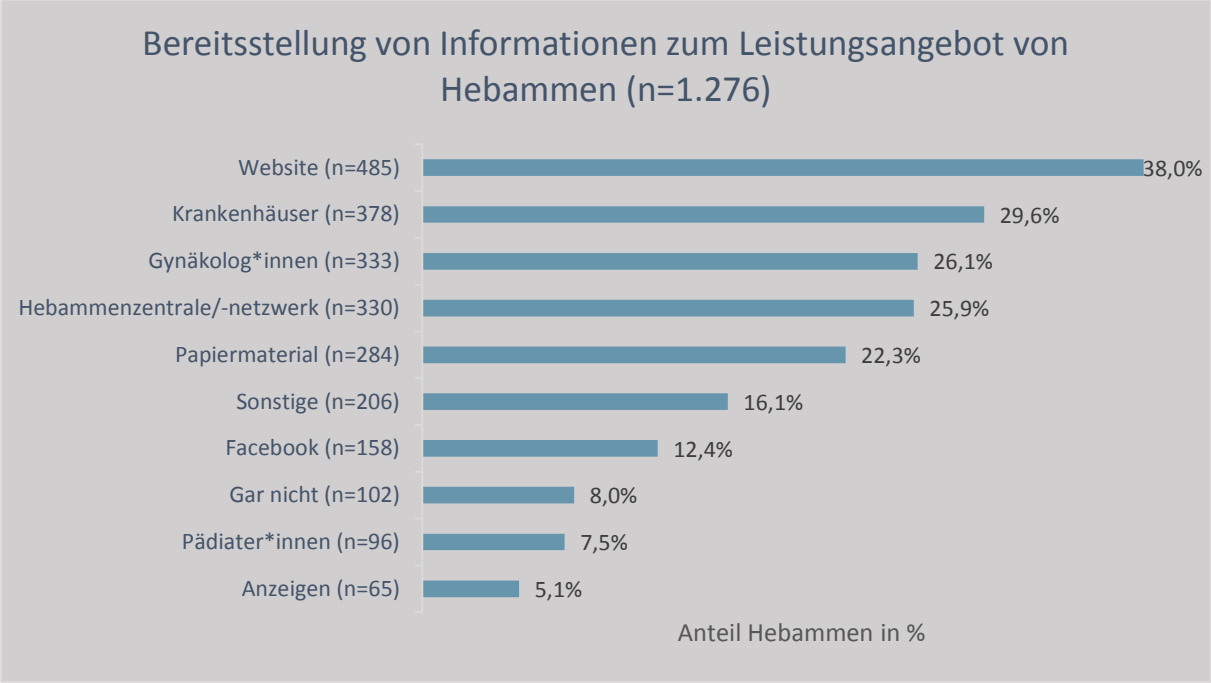


Abbildung 65: Wie machen Hebammen auf sich aufmerksam?
(Mehrfachnennungen möglich)

Sie verwenden dazu mehrheitlich (67,8%, n=866) Hebammenlisten (siehe Abbildung 65). Mehr als jede dritte Hebamme verfügt über eine eigene Website (38,0%, n=485). Ebenso nutzen 29,6% (n=378) der Hebammen Kliniken, um auf sich aufmerksam zu machen. Jede vierte Hebamme nutzt das Angebot von Hebammenzentralen/-netzwerken (25,8%, n=330).

Workload

Tabelle 32 stellt dar, wie viele Frauen, in Vollzeit außerklinisch tätige Hebammen mit und ohne Geburtshilfe angeben, in unterschiedlichen Phasen von Schwangerschaft und/oder Geburt und/oder Wochenbett im Jahr 2017 betreut zu haben.

Tabelle 32: Anzahl betreuter Frauen von in Vollzeit tätigen Hebammen außerklinisch

	Hebammen in Vollzeit außerklinisch mit Geburtshilfe betreuen					
Zum Zeitpunkt	Mittelwert	Standardabweichung	Median	Interquartilsabstand	Spannbreite	n
NUR Schwangerschaft	19,2	(35,0)	5	(01;15)	[0;200]	103
NUR Geburt	8,4	(14,1)	2	(00;08)	[0;54]	96
NUR Wochenbett	15,1	(25,0)	5	(01;16)	[0;150]	109
Schwangerschaft & Wochenbett	28,9	(27,7)	21	(09;43)	[0;150]	114
Schwangerschaft & Geburt	11,2	(20,0)	3	(00;10)	[0;120]	92
Kontinuierliche Betreuung	24,5	(23,0)	19	(06;35)	[0;120]	134
Geburt & Wochenbett	8,1	(17,8)	0	(00;05)	[0;86]	73
Durchschnitt insgesamt	16,5					

Hebammen, die außerklinisch in Vollzeit arbeiten und Geburtshilfe anbieten, geben an, im Jahr 2017 durchschnittlich 24,5 (SD±23,0) Frauen kontinuierlich (in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) zu betreuen. Insgesamt betreut diese Hebammengruppe im Jahr 2017 durchschnittlich 16,5 Frauen. Zusätzlich werden einige Frauen auch ohne Geburtsbegleitung betreut.
Vollzeittätige Hebammen in der Außerklinik ohne Geburtshilfe geben an, im Jahr 2017 durchschnittlich 27,6 Frauen betreut zu haben.

Die folgende Darstellung der Hebammenleistungen und deren Benennung orientiert sich an der Anlage 1.3 Vergütungsverzeichnis zum Vertrag nach § 134a SGB V, Stand 2017 (siehe Anhang Q). Die beschriebenen Leistungen werden bei Erbringung für gesetzlich krankenversicherte Frauen, Familien und Kinder von den Krankenkassen erstattet. Gleiches gilt für privat versicherte Frauen, Familien und Kinder. Hier greift die Hebammengebührenordnung Nordrhein-Westfalen (HebGO NRW, 2015). Zudem kön-

nen Hebammen so genannte IGeL-Leistungen erbringen, die privat mit den betreuten Frauen abgerechnet werden können. Einzelne gesetzliche Krankenkassen erstatten ausgewählte IGeL-Leistungen wie die Rufbereitschaftspauschale und den Anteil für die Geburtsvorbereitung der Partner*innen z.B. in Form von Bonuszahlungen.

Fahrzeiten - Wege

Die Frage nach dem am häufigsten genutzten Transportmittel im Rahmen der außerklinischen Tätigkeit ist als Einfachauswahl formuliert. Viele der außerklinisch tätigen Hebammen, die den Papierfragebogen genutzt haben, haben jedoch entgegen der Anweisung mehrere Antwortmöglichkeiten angekreuzt. Somit geben sie an, mehrere Transportmittel gleich häufig zu nutzen. Bei der Mehrfachauswahl wird das Auto mit 92,9% (n=906) angeben, das Fahrrad mit 12,5% (n=122), zu Fuß mit 3,2% (n=31) und die Öffentlichen Verkehrsmittel mit 1,3% (n=13). Die Nutzer*innen der Onlinebefragung (n=301) geben das Auto zu 89,7% (n=270) als am häufigsten benutzen Transportmittel an. 9,0% (n=27) nutzen am häufigsten das Fahrrad, jeweils 0,7% (n=2) die Öffentlichen Verkehrsmittel oder sie gehen zu Fuß. Demnach ist das Auto das von der Mehrheit der außerklinisch tätigen Hebammen am häufigsten genutzte Transportmittel.

Insgesamt haben die außerklinisch tätigen Hebammen im Jahr 2017 aus beruflichen Gründen durchschnittlich 7.825,6 km zurückgelegt (SD±8.091,4, n=1.028). Die maximale einfache Entfernung zu einer betreuten Frau betrug durchschnittlich 23,8 km (SD±26,1, n=1.190).

- Hebammen, die außerklinisch tätig sind, würden in der **Schwangerschaft** durchschnittlich maximal 18,5 km zu einer Frau fahren (SD±8,4, n=1.131).
- Hebammen, die außerklinisch tätig sind, würden im **Wochenbett** durchschnittlich maximal 19,5 Kilometer (SD±10,4) zu einer Frau fahren. Die Hälfte gibt einen Wert zwischen 15 und 25 km an.
- Hebammen, die Leistungen zur **Geburtshilfe** anbieten (n=175), würden durchschnittlich maximal 35,5 Kilometer (SD±23,5) zu einer Frau fahren. Die angegebene maximale Kilometerzahl liegt zwischen Null und 150 Kilometer, wobei die Hälfte der antwortenden Hebammen 20 bis 40 Kilometer fahren würde.

10.2.7 Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung

1.254 Hebammen haben im Jahr 2018 Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung angeboten (98,3% der außerklinisch tätigen Hebammen). Die große Mehrheit der Hebammen (94,9%, n=1.190) bietet die Möglichkeit eines Vorgespräches an, 91,5% (n=1.147) leisten Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen, 91,3% (n=1.145) bieten Beratung der Schwangeren an und 60,8% (n=762) Vorsorgeuntersuchungen (siehe Abbildung 66).
Außerklinisch tätige Hebammen geben an, dass sie in der Schwangerschaft im Durchschnitt 4,7 Besuche pro Frau leisten (SD±2,8). Eine Vorsorgeuntersuchung dauert im Durchschnitt 33,9 Minuten (SD±16,2), Hilfe bei Beschwerden oder Wehen 50,5 Minuten (SD±19,3). Durchschnittlich haben die befragten Hebammen 5,4 (SD±3,7) telefonische Beratungen in der Schwangerschaft durchgeführt.

In der Schwangerschaft sind ca. zwölf Schwangerenvorsorgen und Beratungen vorgesehen. Die Position *Hilfe bei Beschwerden oder bei Wehen* ist unbegrenzt abrechenbar (Anlage 1.3 Vergütungsverzeichnis zum Vertrag nach § 134a SGB V, 2017).[11]

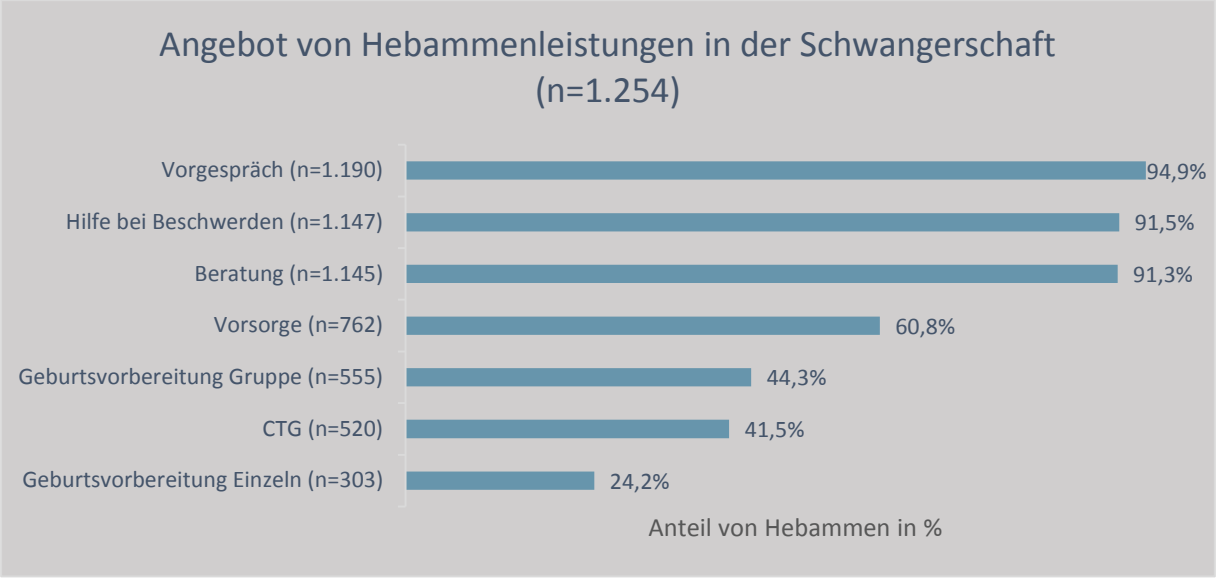


Abbildung 66: Angebot von Hebammenleistungen in der Schwangerschaft
(Mehrfachnennungen möglich)

Hebammen, die Geburtsvorbereitung in der Gruppe anbieten (44,3%, n=555), boten im Jahr 2017 durchschnittlich 4,9 Kurse (SD±3,9) an. An den Geburtsvorbereitungskursen dürfen, nach dem Vergütungsverzeichnis zum Vertrag nach §134a SGB V, maximal zehn Schwangere teilnehmen. Eine Gesamtdauer von maximal 14 Zeitstunden wird vergütet. Dies entspricht der angegebenen durchschnittlichen Dauer eines Kurses (Mittelwert 12,4, Median 14,0, SD±3,9).

10.2.8 Leistungen zur Geburtshilfe

Von den 1.276 Hebammen, die außerklinisch tätig sind, bieten 20,4% (n=260) Leistungen zur Geburtshilfe an. 175 Hebammen begleiten Geburten als Begleit-Beleghebamme oder im außerklinischen Setting. Von diesen bieten 63,2% (n=110) diese Leistungen ganzjährig an und 36,8% (n=64) anteilig für durchschnittlich 4,8 Monate (SD±2,9) im Jahr. 52 Hebammen arbeiten als Dienst-Beleghebamme im Schichtdienst in einer Klinik. Abbildung 67 stellt dar, welcher Anteil der außerklinisch tätigen Hebammen welche Art von Leistungen zur Geburtshilfe anbietet. Neben der Hilfe bei einer Fehlgeburt (69,6%, n=181) wird am häufigsten Hilfe bei Geburten im häuslichen Umfeld (46,5%, n=121) und bei Geburten in der Klinik als Begleit-Beleghebamme (40,8%, n=106) angegeben. Die Hilfe bei einer Geburt in einer Einrichtung unter ärztlicher Leitung bietet nur eine einzige Hebamme an, dieses Angebot scheint somit nicht relevant für die Versorgung.

[11] Bei den Fragen zur durchschnittlichen Anzahl von Besuchen und Beratungen wurden angegebene Werte, die über den abzurechnenden Leistungen liegen, nicht in der Analyse berücksichtigt. Mit Arztrezept wäre das möglich, nicht plausible Werte wurden jedoch ausgeschlossen.

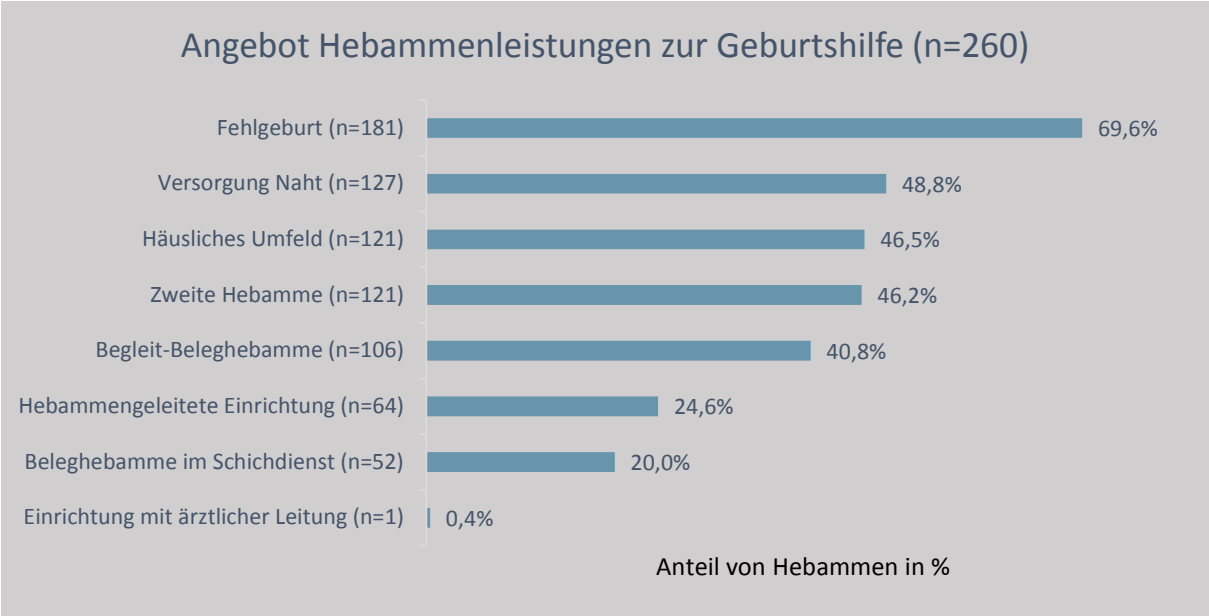


Abbildung 67: Angebot von abrechenbaren Hebammenleistungen zur Geburtshilfe
(Mehrfachnennungen möglich)

Hebammen, die Geburten im häuslichen Umfeld, in HgEs, in ärztlich geleiteten Einrichtungen oder als Begleit-Beleghebamme betreuen (n=174, Missing=1), geben an, im Jahr 2017 durchschnittlich 27,1 Geburtsbetreuungen begonnen zu haben (SD±25,5). Die angegebenen Geburtsbetreuungen bewegen sich zwischen null und 146, wobei die Hälfte der antwortenden Hebammen acht bis 38 Geburtsbetreuungen begonnen hat.
181 Hebammen (14,2%) geben an, Fehlgeburten zu begleiten. Im Jahr 2017 hat eine Hebamme durchschnittlich zwei Frauen (SD±3,4) bei einer Fehlgeburt begleitet.

10.2.9 Leistungen während des Wochenbetts

96,7% (n=1.234) der außerklinisch tätigen Hebammen bieten Leistungen im Wochenbett an. Die aufsuchende Wochenbettbetreuung (98,5%, n=1.216) sowie Hilfe bei Still- und Ernährungsschwierigkeiten (97,6%, n=1.204) wird am häufigsten angeboten (siehe Abbildung 68).

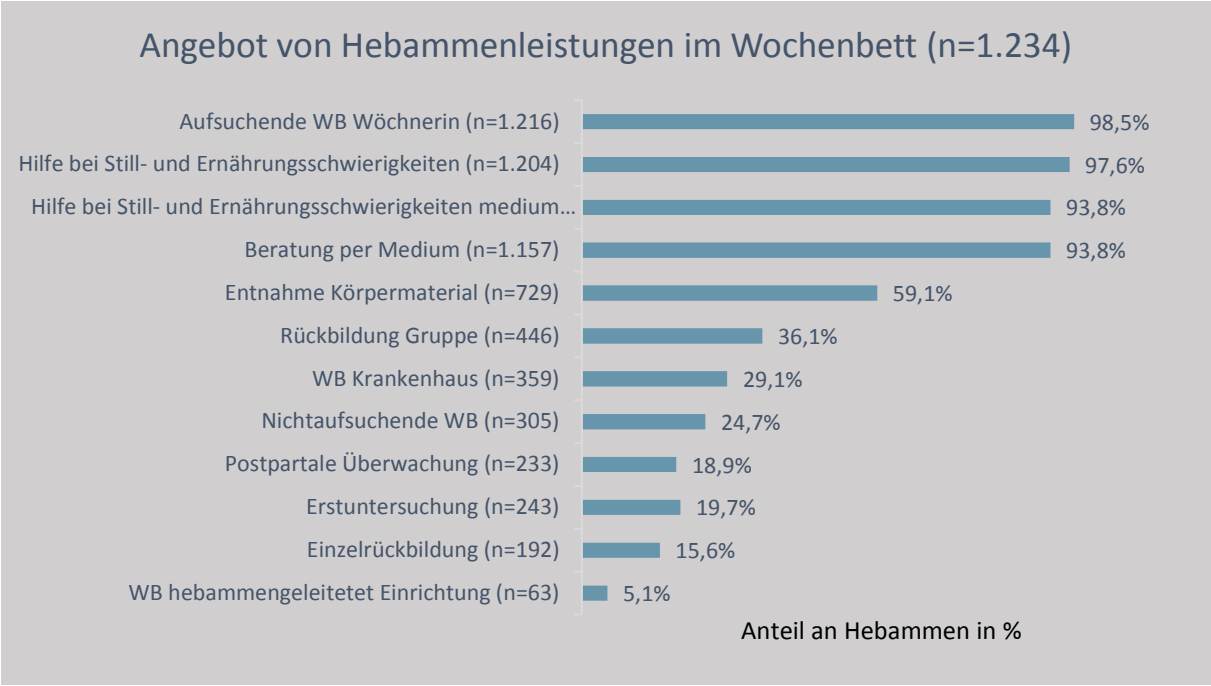


Abbildung 68: Angebot von Hebammenleistungen im Wochenbett
(Mehrfachnennungen möglich, WB= Wochenbettbetreuung)

In der Wochenbettbetreuung sind in den ersten zehn Tagen bis zu 20 Hausbesuche möglich, anschließend weitere 16 Leistungen bis das Kind zwölf Wochen alt ist. Weitere acht Leistungen sind zur *Hilfe bei Still- und Ernährungsschwierigkeiten* abrechenbar. Pro Tag stationärem Aufenthalt in der Klinik werden in den ersten Tagen zwei abrechenbare Leistungen abgezogen (Anlage 1.3 Vergütungsverzeichnis zum Vertrag nach § 134a SGB V, 2017).
Hebammen leisten im Wochenbett durchschnittlich 13,3 Besuche pro betreute Frau (SD±4,3). Zusätzlich beraten sie durchschnittlich 7,0-mal (SD±4,5) telefonisch.
Die aufsuchende Wochenbettbetreuung dauert nach Angaben der antwortenden Hebammen durchschnittlich 52,5 Minuten (SD±14,9), die nicht aufsuchende Wochenbettbetreuung dauert durchschnittlich 36,7 Minuten (SD±13,1). Die Hilfe bei Still- und Ernährungsschwierigkeiten des Kindes im Rahmen der Wochenbettbetreuung dauert durchschnittlich 51,9 Minuten (SD±19,3).

Veränderungen im angebotenen Leistungsspektrum 2017

27,2% (n=336) der außerklinisch tätigen Hebammen geben an, ihr angebotenes Leistungsspektrum im Verlauf des Jahres 2017 verändert zu haben. Mehrfachnennungen waren möglich. Als neue Leistungen werden am häufigsten Akupunktur[12] (9,7%, n=18), Geburtsvorbereitungskurse (8,6%, n=16) und Rückbildungskurse (8,1%, n=15) angegeben.
Leistungen, die am häufigsten nicht mehr angeboten werden, sind Geburtsvorbereitungskurse (9,7%, n=22), Geburtshilfe (7,1%, n=16) und Rückbildungskurse (6,7%, n=15).
32,2% (n=393) der Hebammen geben an, die Menge ihrer angebotenen Leistungen verändert zu haben. 127 Hebammen machen konkrete Angaben zu den Leistungen, die sie nun mehr anbieten.

[12]Akupunktur ist eine IGeL, die nicht Bestandteil des Vergütungsverzeichnisses ist, sondern privat durch die Frau bezahlt werden muss.

15,0% (n=19) Hebammen bieten mehr Wochenbettbetreuung an, 8,7% (n=11) mehr Rückbildungskurse und 7,9% (n=10) mehr Vorsorgen. 236 Hebammen machen konkrete Angaben zu den Leistungen, die sie weniger anbieten. 15,2% (n=32) bieten weniger Wochenbettbetreuung an. 11,0% (n=26) geben an, insgesamt weniger Frauen zu betreuen.

Individuelle Gesundheitsleistungen

Neben den regulären Leistungen geben 72,5% (n=901) der außerklinisch tätigen Hebammen ergänzende Angebote an (siehe Abbildung 69).

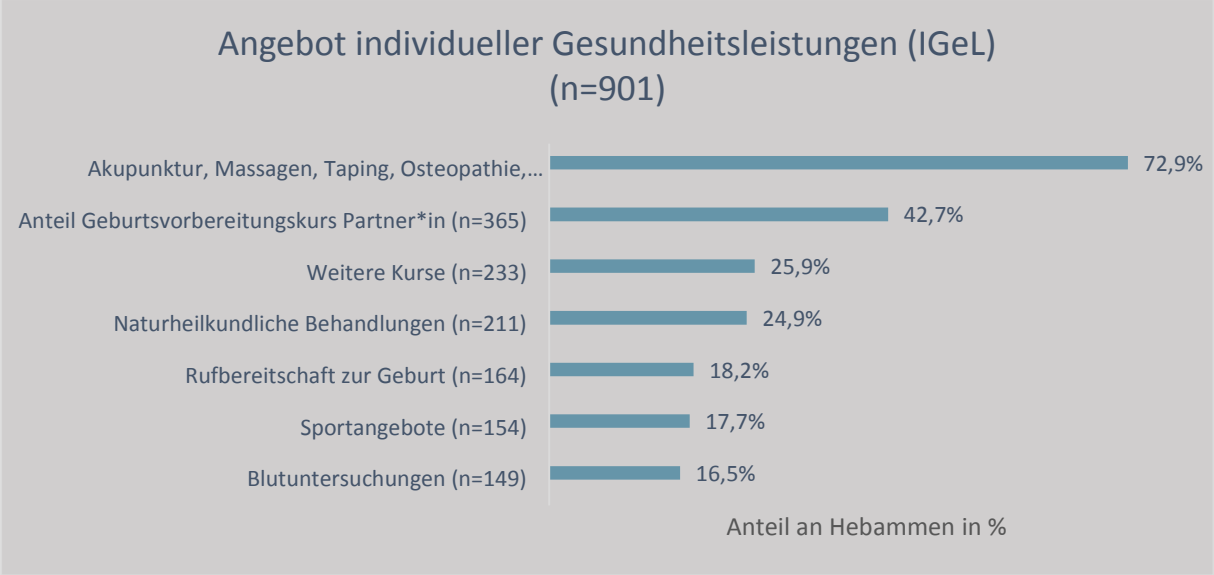


Abbildung 69: Angebot von individuellen Gesundheitsleistungen
(Mehrfachnennungen möglich)

Gründe für das Angebot von individuellen Gesundheitsleistungen sind laut offenen Antworten die Nachfrage (73,9%, n=666) und der damit zu erzielende zusätzliche Verdienst (42,1%, n=379). Unter den Angaben zu sonstigen Gründen (n=231) werden am häufigsten Spaß/Freude bzw. Abwechslung 14,7%, n=34), persönliches Interesse (12,5%, n=29) und Überzeugung der Wirksamkeit (alternativer Methoden) (11,3%, n=26) genannt.

10.2.10 Auslastung und Ablehnung von Anfragen

Hebammen, die bei der Befragung angeben außerklinisch bzw. freiberuflich tätig zu sein, wurden gebeten mitzuteilen, ab welchem Zeitpunkt sie Frauen zur Betreuung annehmen können. Dabei wird unterschieden zwischen sofort und in ein, drei bis fünf, sechs und mehr als sieben Monate. Hebammen können kurzfristig, also sofort Frauen zur Betreuung annehmen, wenn beispielsweise ihre Kapazität nicht voll ausgeschöpft ist oder aber, wenn Frauen geplante Betreuungen absagen, Kinder früher oder später geboren werden oder eine Tätigkeitsaufnahme nach längerer Pause erfolgt.
Ein Drittel der Hebammen gibt eine Auslastung in der Schwangerenbetreuung für die nächsten sieben Monate und mehr an (30,0%, n=359). Von den Hebammen, die Geburtsbetreuung anbieten, sind 51,2% (n=86) die nächsten sieben Monate ausgelastet, 17,3% (n=29) für sechs Monaten und 8,3% (n=14) für drei bis fünf Monate. Im Gegensatz dazu können 10,1% (n=17) der Hebammen Frauen sofort für Geburtsbetreuungen annehmen.

Bei Anfragen zur kontinuierlichen Betreuung in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett geben 56,7% (n=97) einen möglichen Annahmezeitpunkt nach sieben Monaten und mehr an und 14,6% (n=25) einen Annahmezeitpunkt nach sechs Monaten. Somit gibt es für viele Frauen keine Möglichkeit, eine individuelle Geburtsbetreuung bzw. kontinuierliche Betreuung zu erhalten, da es nur eine kleine Anzahl von Hebammen gibt, die Geburtsbetreuungen anbietet und diese zu einem großen Anteil auf lange Sicht ausgelastet sind (siehe Tabelle 33). Die höchste Auslastung (bis zu sechs Monaten und mehr) in der außerklinischen Hebammenbetreuung ergibt sich mit 71,3% (n=122) zum Zeitpunkt der Datenerhebung bei der kontinuierlichen Betreuung.
43,7% (n=526) der außerklinischen Hebammen sind im Rahmen der Wochenbettbetreuung zum Zeitpunkt der Befragung sieben Monate und mehr ausgelastet, 23,5% (n=283) der Befragten für sechs Monate. Somit sind über 60,0% der Hebammen für einen langen Zeitraum keine freien Kapazitäten.

Tabelle 33: Auslastung nach Leistungsangebot der freiberuflich tätigen Hebammen

	Zeitpunkt, das Leistungsangebot zu ermöglichen					
Leistung/ Zeitpunkt	Sofort	In einem Monat	In 3 bis 5 Monaten	In 6 Monaten	Nach 7 Monaten und mehr	Biete ich nicht an
Schwangeren-betreuung (n=1.254, Missings=58)	259 (21,7%)	150 (12,5%)	147 (12,3%)	166 (13,9%)	359 (30,0%)	115 (9,6%)
Geburtsvor-bereitung (n=555, Missings=20)	64 (12,0%)	84 (15,7%)	228 (42,6%)	76 (14,2%)	60 (11,2%)	23 (4,3%)
Geburts-betreuung (n=175, Missings=7)	17 (10,1%)	4 (2,4%)	14 (8,3%)	29 (17,3%)	86 (51,2%)	18 (10,7%)
Wochenbett-betreuung (n=1.234, Missings=29)	122 (10,1%)	67 (5,4%)	180 (14,9%)	283 (23,5%)	526 (43,7%)	27 (2,2%)
Rückbildung (n=446, Missings=12)	61 (14,1%)	82 (18,9%)	183 (42,2%)	47 (10,8%)	38 (8,8%)	23 (5,3)
Kontinuierliche Betreuung (n=175, Missings=4)	25 (14,6%)	6 (3,5%)	10 (5,8%)	25 (14,6%)	97 (56,7%)	8 (4,7%)

Zusätzlich zur Auslastung haben die teilnehmenden Hebammen angegeben, wie oft sie oder ihr Team im letzten Monat Anfragen für Leistungen ablehnen mussten. Dabei wurden auch Hebammen gefragt, welche die Leistungen selbst nicht anbieten. Auch hier müssen am häufigsten Anfragen zur Wochenbettbetreuung, zur Schwangerenbetreuung und zur kontinuierlichen Betreuung abgelehnt werden (siehe Tabelle 34). Anfragen zur Wochenbettbetreuung im letzten Monat haben 34,4% (n=272) der

Hebammen häufig (zwei bis drei Mal pro Woche) und 31,5% (n=439) sehr häufig (fast täglich) abgelehnt.

Tabelle 34: Ablehnung von Anfragen an freiberuflich tätige Hebammen

Leistung/ Ablehnungen	Nie	Selten	Manchmal (2-3 mal im Monat)	Häufig (2-3 mal pro Woche)	Sehr häufig (fast täglich)
Schwangerenbetreuung (n=1.176)	144 (12,2 %)	184 (15,6 %)	290 (24,7 %)	323 (27,5 %)	235 (20,0 %)
Geburtsvorbereitung (n=935)	213 (22,8 %)	226 (24,2 %)	247 (26,4 %)	163 (17,4 %)	86 (9,2 %)
Geburtsbetreuung (n=720)	277 (38,5 %)	140 (19,4 %)	120 (16,7 %)	88 (12,2 %)	95 (13,2 %)
Wochenbettbetreuung (n=1.226)	31 (2,5 %)	83 (6,8 %)	271 (22,2 %)	439 (35,8 %)	401 (32,7 %)
Rückbildung (n=876)	223 (25,5 %)	204 (23,3 %)	215 (24,5 %)	156 (17,8 %)	78 (8,9 %)
Kontinuierliche Betreuung (n=791)	169 (21,4 %)	143 (18,1 %)	162 (20,5 %)	172 (21,7 %)	145 (18,3 %)

Wie in Tabelle 34 ersichtlich, werden Anfragen zur Wochenbettbetreuung, Schwangerenbetreuung und kontinuierlicher Betreuung am häufigsten abgelehnt. Dies entspricht der von den Hebammen angegebenen hohen Auslastung in diesen Leistungsbereichen. Bei den Leistungsbereichen Geburtsvorbereitung (49,4%, n=482) und Rückbildung (43,4%, n=428) geben ungefähr die Hälfte der Teilnehmer*innen die Auslastung als Grund an und die andere Hälfte, dass sie die Leistung nicht anbietet (43,9% und 50,5%). Bei Geburtsbetreuungen (76,9%, n=672) und kontinuierlichen Betreuungen (62,4%, n=536) gibt die Mehrheit an, diese Leistungen ablehnen zu müssen, da diese durch sie nicht angeboten werden. 300 (34,9%) Hebammen geben als Ablehnungsgrund eine Auslastung im Bereich kontinuierliche Betreuung an. Kontinuierliche Betreuung ist jedoch nicht genauer definiert und kann auch Formen von Betreuungen in Schwangerschaft und Wochenbett ohne individuelle Geburtsbetreuung beinhalten. 84,6% (n=131) der Hebammen, die eine Geburtsbetreuung anbieten (n=179), geben als Grund für Ablehnungen die Auslastung an.

10.2.11 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Regelmäßigen Kontakt (von einmal im Monat bis zu mehrmals pro Woche) haben außerklinisch tätige Hebammen am häufigsten zu geburtshilflichen Abteilungen/Kliniken (46,9%, n=964), zu niedergelassenen Gynäkolog*innen (27,1%, n=329) und zu niedergelassenen Pädiater*innen (21,0%, n=253). Die geringsten Anteile an regelmäßigen Kontakten bestehen zur Polizei (0,2%, n=2) und zu Suchtberatungsstellen (0,3%, n=3) (siehe Abbildung 70).

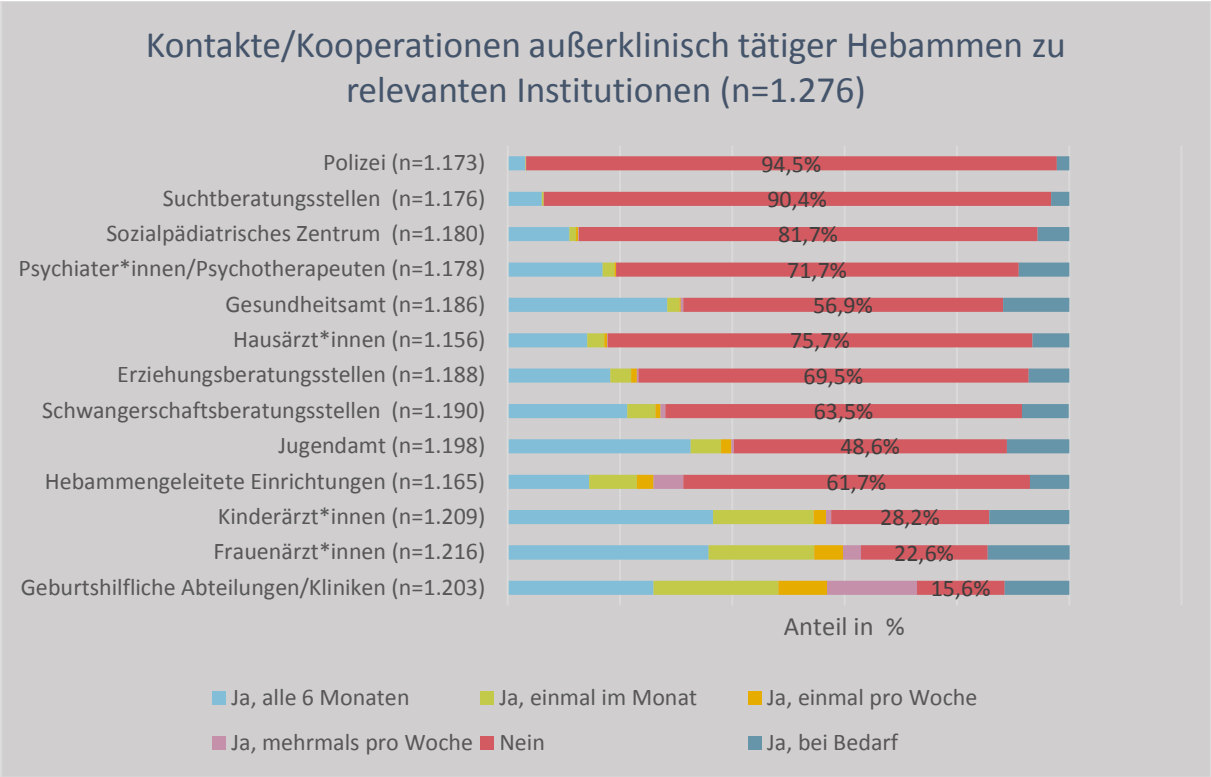


Abbildung 70: Kooperationen von außerklinisch tätigen Hebammen

Der Kontakt zu geburtshilflichen Abteilungen/Kliniken (78,7%, n=895), zu den niedergelassenen Kinderärzt*innen (62,8%, n=695) und zu den niedergelassenen Frauenärzt*innen (55,5%, n=629) wird am häufigsten mit *eher gut* bis *gut* bewertet (siehe Abbildung 71). Gleichzeitig bewerten die teilnehmenden Hebammen den Kontakt zu Frauenärzt*innen (30,3%, n=344) im Vergleich zu den anderen relevanten Akteur*innen/Institutionen auch am häufigsten mit *schlecht* bis *eher schlecht*, ebenso zu Jugendämtern (20,2%, n=211).

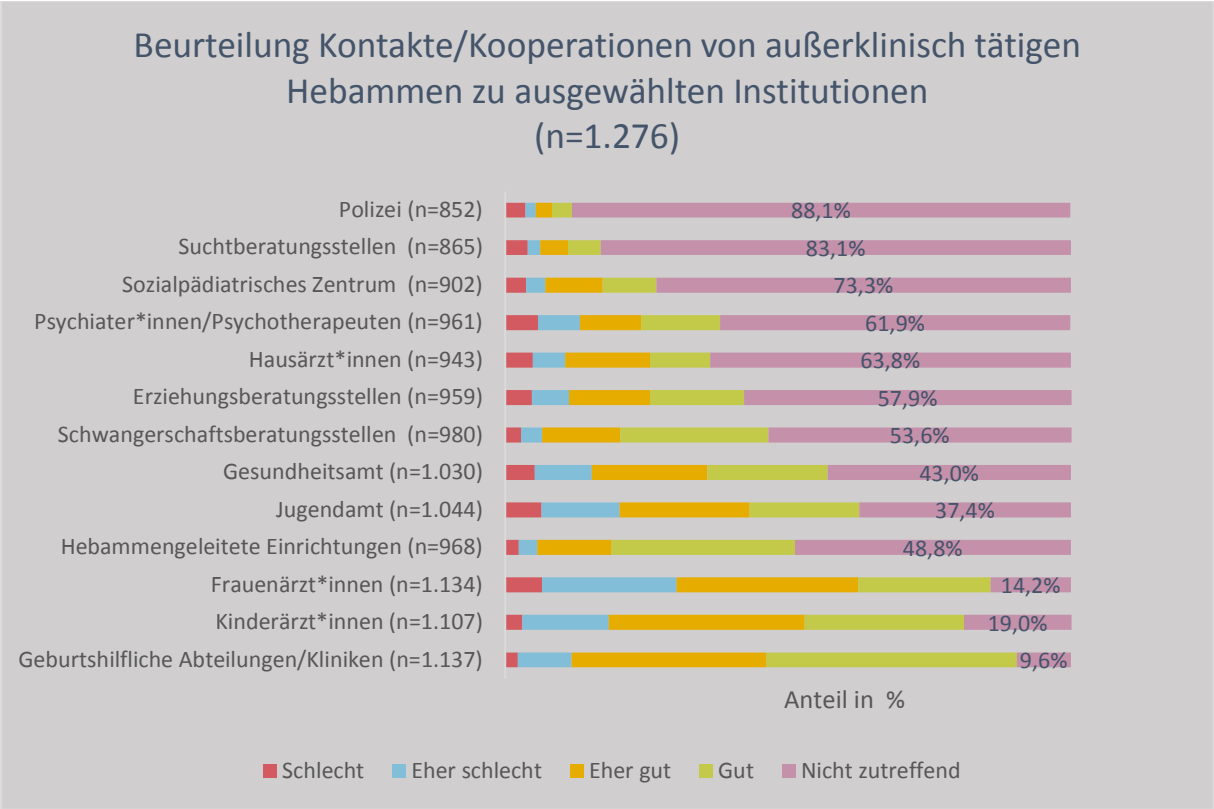


Abbildung 71: Beurteilung der Kooperationen von außerklinisch tätigen Hebammen

Praktische Ausbildung

Jede fünfte außerklinisch tätige Hebamme (22,7%, n=280) gibt an, im Jahr 2017 an der praktischen Ausbildung von werdenden Hebammen beteiligt gewesen zu sein. Eine außerklinisch tätige Hebamme hat im Jahr 2017 durchschnittlich 5,4 (SD±10,5) werdende Hebammen ausgebildet.

10.2.12 Familienhebammentätigkeit

Von den Hebammen, die in der direkten Versorgung tätig sind, geben 135 (7,9%) an, als Familienhebamme tätig zu sein. Davon sind 27 Hebammen ausschließlich als Familienhebamme tätig.

„Familienhebammen sind staatlich examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation. Diese befähigt sie dazu, Eltern und Familien in belastenden Lebenssituationen zu unterstützen, und zwar bis zu einem Jahr nach der Geburt des Kindes. (…) Die Familienhebammen vermitteln bei Bedarf weitere Hilfen. Sie sind damit für Familien wichtige Lotsinnen durch die zahlreichen Angebote der Frühen Hilfen.“ (NZFH, 2013: S. 10).

Familienhebammen arbeiten angestellt bei öffentlichen und/oder freien Trägern und/oder freiberuflich. Diese drei Formen der Familienhebammentätigkeit können kombiniert werden. Einige Familienhebammen scheinen zeitgleich in mehreren Formen tätig zu sein.

54,0% (n=126) der antwortenden Familienhebammen arbeiten angestellt bei öffentlichen oder freien Trägern, 47,4% (n=14) sind freiberuflich als Familienhebamme tätig.

Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit als Familienhebamme beträgt 15,6 Stunden (SD±9,7).

Interprofessionelle Zusammenarbeit von Familienhebammen

Regelmäßigen Kontakt (von einmal im Monat bis zu mehrmals pro Woche) haben Familienhebammen am häufigsten zum Jugendamt (74,7%, n=92), zu Schwangerenberatungsstellen (59,2%, n=74) und zu Kinderärzt*innen (52,4%, n=65). Die geringsten Anteile an regelmäßigen Kontakten bestehen zur Polizei (2,5%, n=3) und zu Hausärzt*innen (6,5%, n=8) (siehe Abbildung 72). Zu HgEs haben die meisten Familienhebammen gar keinen Kontakt (62,5%, n=75).

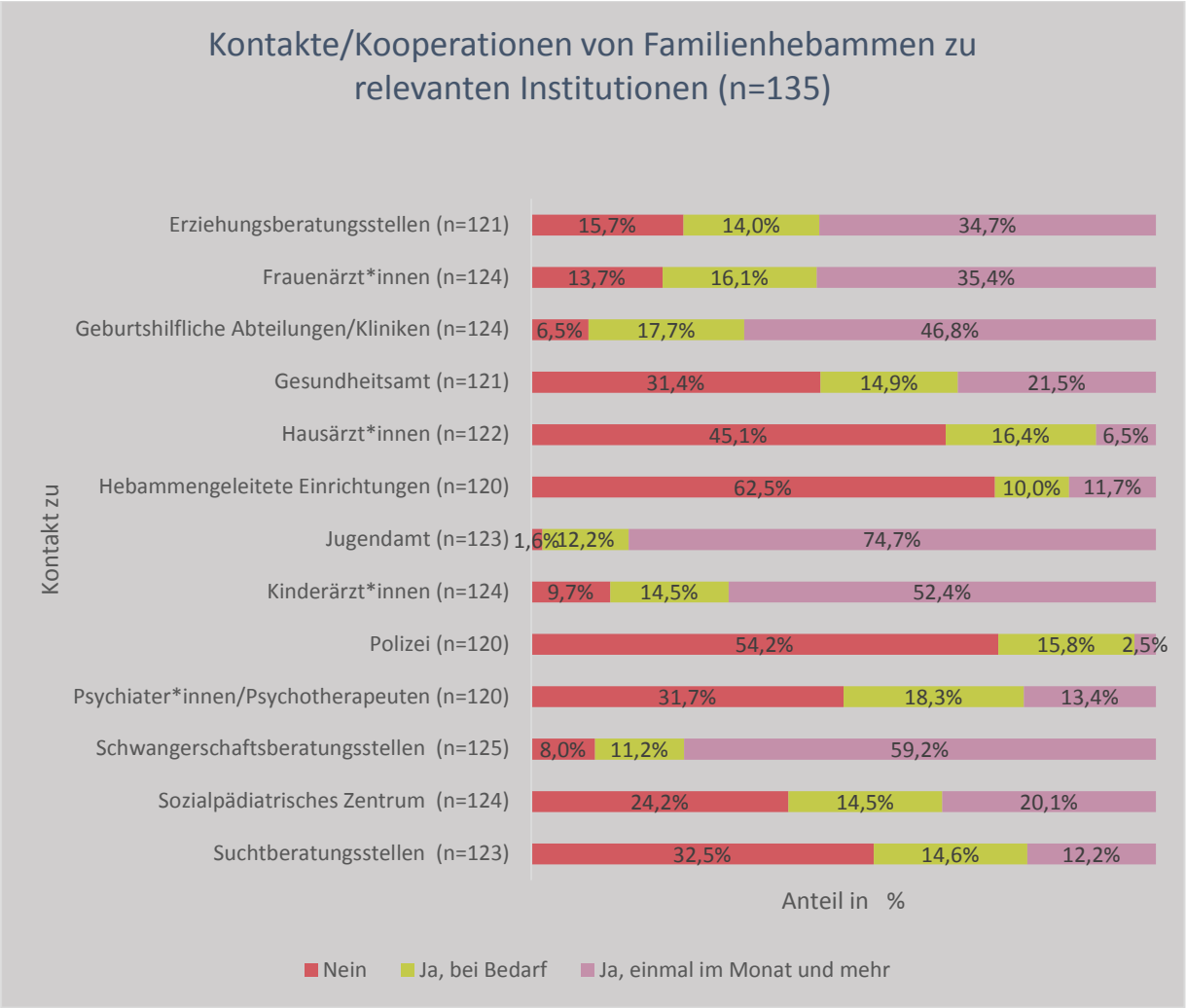


Abbildung 72: Kooperationen von Familienhebammen

Der Kontakt zum Jugendamt (87,6%, n=106), zu den Schwangerenberatungsstellen (87,1%, n=108) und zu den Erziehungsberatungsstellen (79,3%, n=92) wird am häufigsten mit e*her gut* bis *gut* bewertet. Der Kontakt zu geburtshilflichen Abteilungen/Kliniken (21,0%, n=25) und Frauenärzt*innen (20,7%, n=25) am häufigsten mit *schlecht* bis *eher schlecht* bewertet (siehe Abbildung 73).

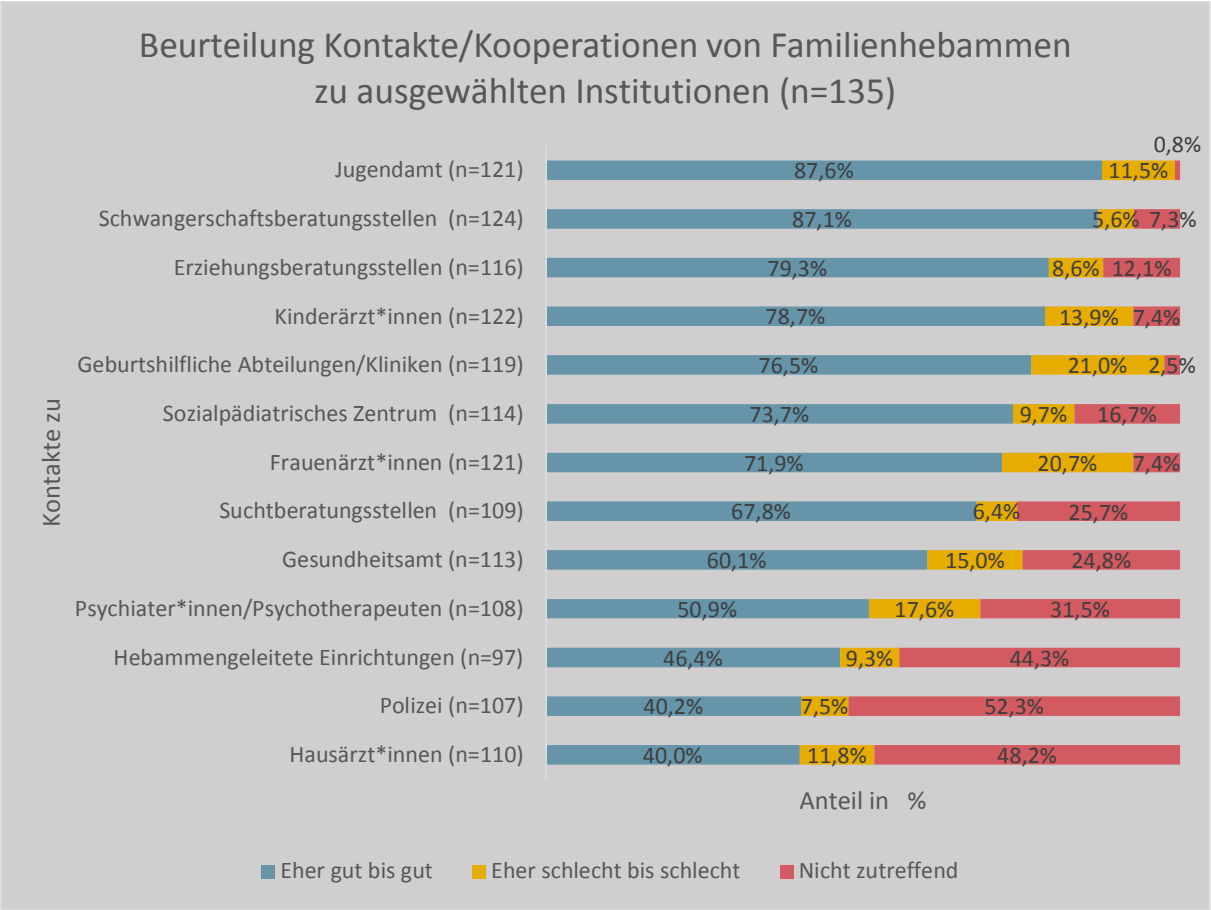


Abbildung 73: Beurteilung der Kooperationen von Familienhebammen

10.2.13 Hebammen, die nicht in der direkten Versorgung tätig sind

Von den 209 Hebammen, die angeben, nicht in der direkten Versorgung tätig zu sein, sind 52,7% (n=108, Missings=4) vorübergehend nicht tätig. Das sind 5,6% der gesamten Stichprobe (n=1.924). Über ein Drittel der vorübergehend nicht aktiven Hebammen befindet sich in Mutterschutz/Elternzeit (37,5%, n=39).

92 Hebammen geben an, generell nicht mehr in der direkten Versorgung tätig zu sein (46,2%, n=92, Missings=10). Das sind 4,8% der gesamten Stichprobe. 25,6%(n=21) davon arbeiten jedoch in einem anderen Tätigkeitsbereich der Hebammenarbeit, wie Ausbildung, Lehre und Forschung. Jede fünfte Hebamme gibt an, aus persönlichen Gründen nicht mehr in der direkten Versorgung tätig zu sein (22,0%, n=18). Eine einzige teilnehmende Hebamme ist arbeitssuchend (siehe Abbildung 74).

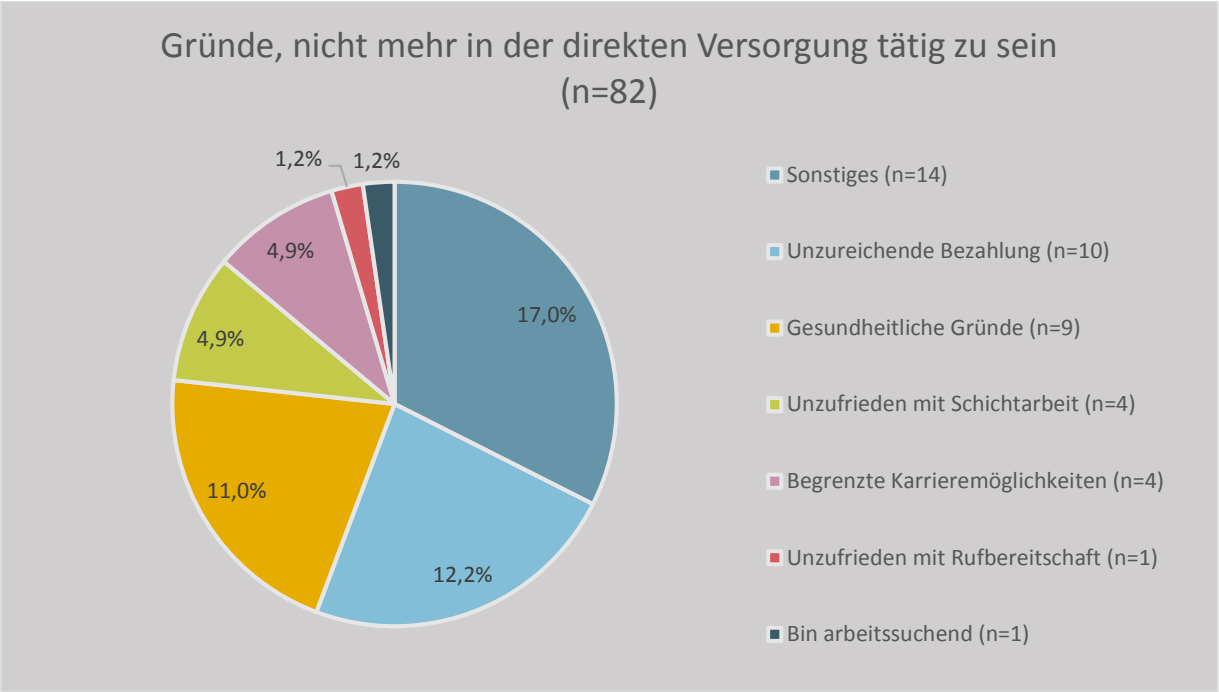


Abbildung 74: Gründe von Hebammen, nicht mehr in der direkten Versorgung tätig zu sein ***(Missings=10)***

Zusammenfassend zeigt sich folgendes Bild der teilnehmenden Hebammen (n=1.924) bezogen auf Tätigkeitsbereiche (siehe Abbildung 75)

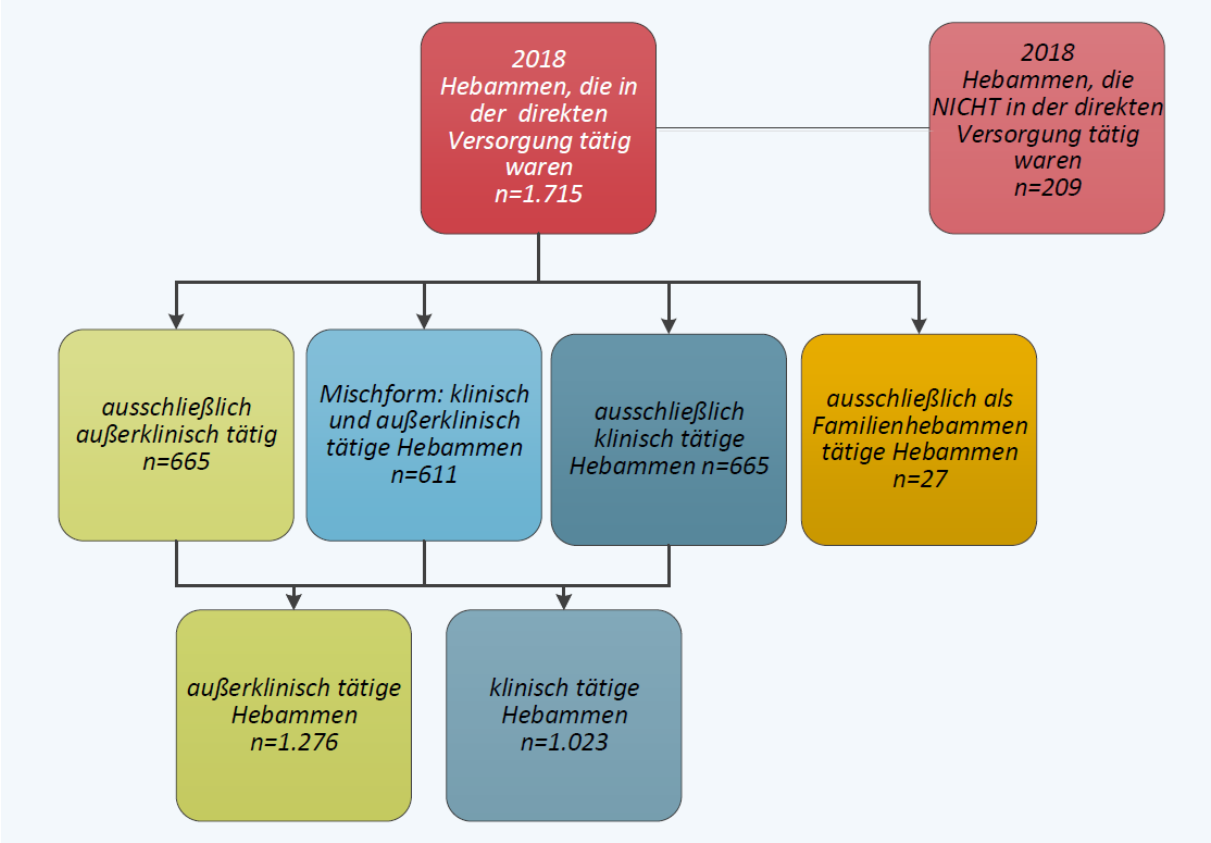


Abbildung 75: Verteilung der Hebammen aus der Stichprobe

Im Folgenden werden die regionalen Unterschiede im Bezug Regierungsbezirke und Urbanisierungsgrad dargestellt.

10.3 Forschungsfrage 2: Regionale Unterschiede in der Hebammenversorgung in NRW

Bezogen auf die Hebammenbefragung gingen 1.805 (93,8%) der Fragebögen in die, auf die Regierungsbezirke bezogene Auswertung ein. Die Hebammen haben dazu die Postleitzahl ihres Wohnortes angegeben. 13 Teilnehmer*innen haben keine Postleitzahl angegeben. Die Postleitzahlen von 69 Teilnehmer*innen lassen sich nicht eindeutig einem Regierungsbezirk in NRW zuordnen und 14 Hebammen aus angrenzenden Bundesländern (Niedersachsen und Hessen) haben teilgenommen. Diese Postleitzahlen wurden aus den Analysen zu Regierungsbezirken ausgeschlossen. Tabelle 35 stellt einige Kennzahlen der fünf Regierungsbezirke dar.

Tabelle 35: Kennzahlen der Regierungsbezirke II

Regierungsbezirk	Arnsberg	Köln	Düsseldorf	Detmold	Münster	SUMME
Einwohner	3.582.497	4.468.904	5.202.321	2.055.310	2.623.619	17.943.008
Quadratkilometer	8.012	7.364	5.292	6.252	6.918	34.112
Einwohner/km²	447	607	983	315	378	526
Stichprobe Hebammen	333	583	432	210	247	1.805
Geburten	33.232	44.109	50.241	19.971	25.597	173.150

(Eigene Darstellung in Anlehnung an DESTATIS, 2019)

10.3.1 Ausgewählte demographische Daten nach Regierungsbezirk

Abbildung 76 stellt das durchschnittliche Alter der teilnehmenden Hebammen nach Regierungsbezirken dar.

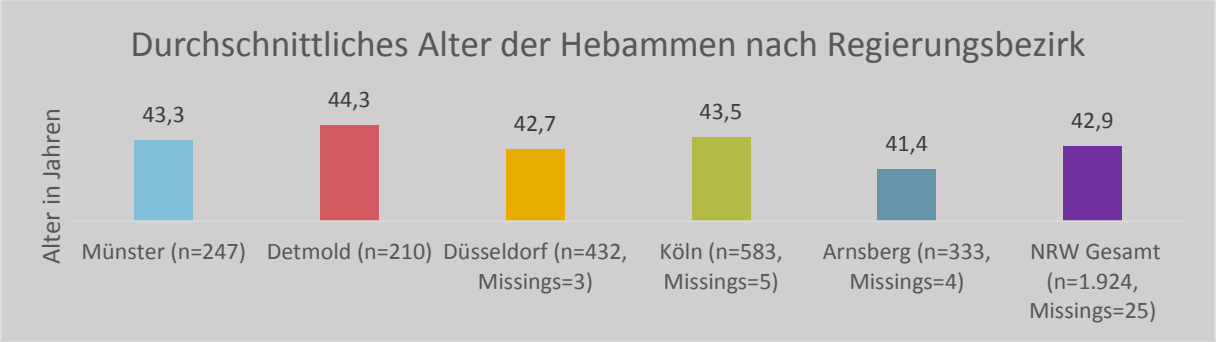


Abbildung 76: Durchschnittsalter teilnehmender Hebammen nach Regierungsbezirk

Das Durchschnittsalter der teilnehmenden Hebammen variiert zwischen den Regierungsbezirken bis zu 2,9 Jahren.

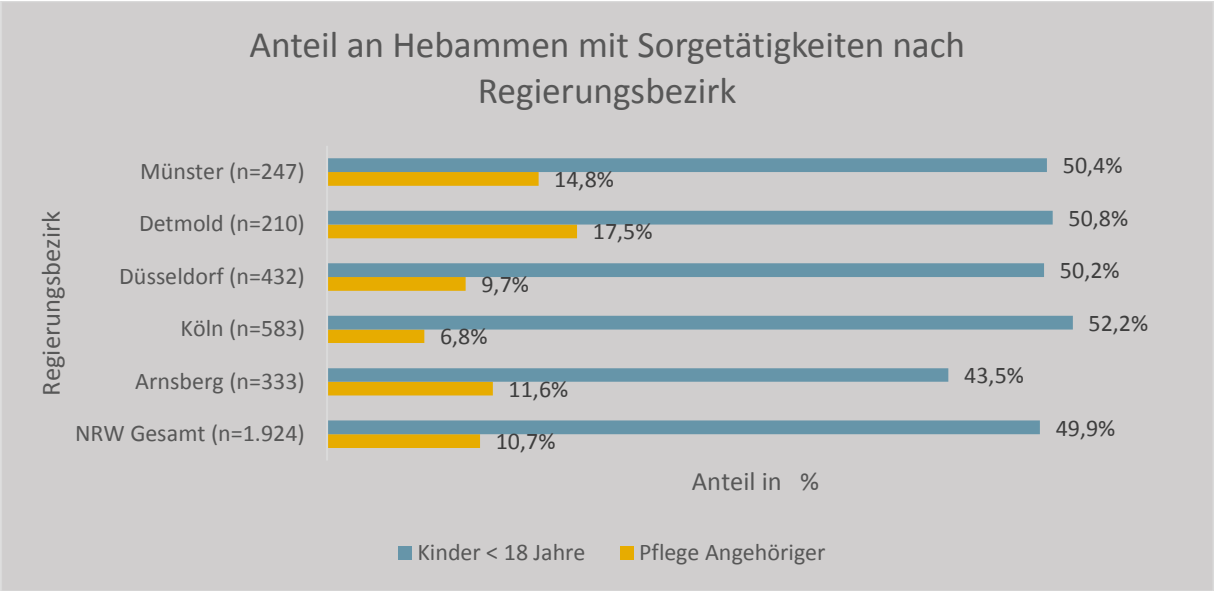


Abbildung 77: Anteil an Hebammen mit Sorgetätigkeiten nach Regierungsbezirk

Der geringste Anteil von Hebammen, die mit Kinder unter 18 Jahren in einem Haushalt leben, liegt mit 43,5% (n=137) im Regierungsbezirk Arnsberg. Im Regierungsbezirk Köln ist der Anteil mit 52,2% (n=289) am höchsten. Im Regierungsbezirk Detmold ist der Anteil derer, die Angehörige pflegen, mit 17,5% (n=36) am höchsten. Im Regierungsbezirk Köln ist der Anteil mit 6,8% (n=39) am geringsten (siehe Abbildung 77).

10.3.2 Arbeitsumfang und Tätigkeitsbereich nach Regierungsbezirk

Die Mehrheit aller Hebammen arbeitet in Vollzeit (35 Wochenstunden und mehr), wobei im Regierungsbezirk Arnsberg der Anteil von vollzeittätigen Hebammen mit 57,7% (n=162) am höchsten ist. In den Regierungsbezirken Detmold, Düsseldorf, Köln und Münster variiert der Anteil zwischen 53,5% (n=260) und 50,2% (n=103) (siehe Abbildung 78).

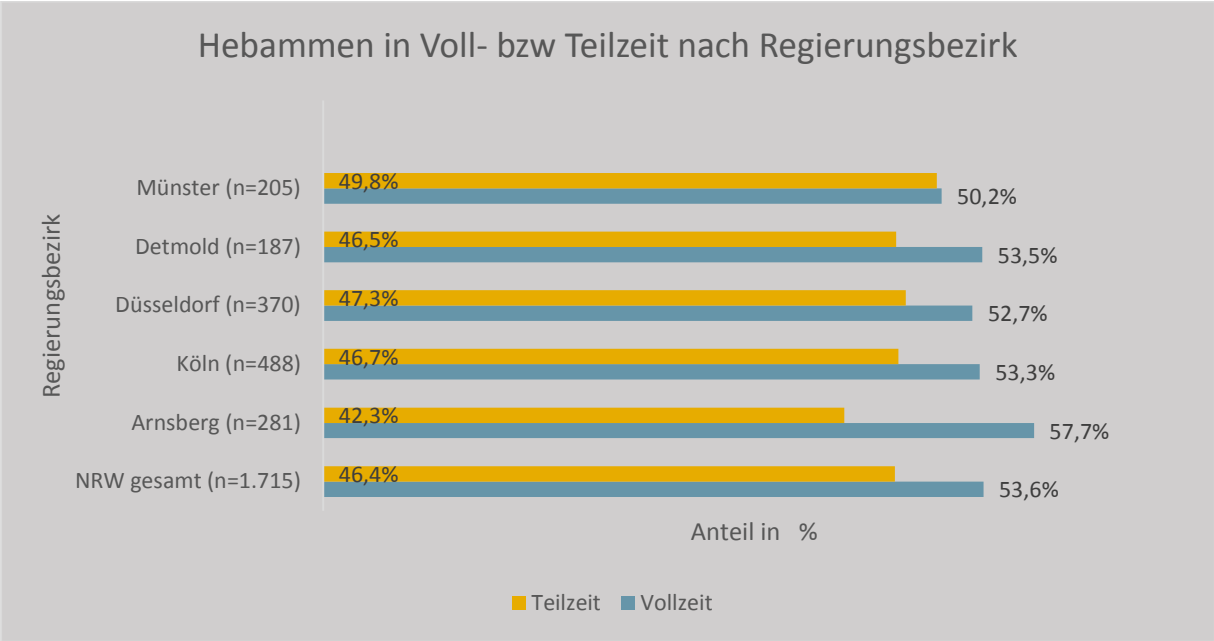


Abbildung 78: Arbeitsumfang von Hebammen nach Regierungsbezirk

Abbildung 79 stellt den jeweiligen Anteil von Hebammen in der direkten Versorgung auf den Regierungsbezirk des Wohnortes nach Tätigkeitsbereich dar. Im Regierungsbezirk Köln überwiegt die Gruppe der ausschließlich außerklinisch tätigen Hebammen (41,3%, n=241). Im Regierungsbezirk Münster hat die Gruppe der klinisch und außerklinisch tätigen Hebammen den größten Anteil (38,5%, n=95). Im Regierungsbezirk Düsseldorf ist der Anteil der ausschließlich klinisch tätigen Hebammen im Vergleich zu den anderen Regierungsbezirken am höchsten (25,2%, n=109).

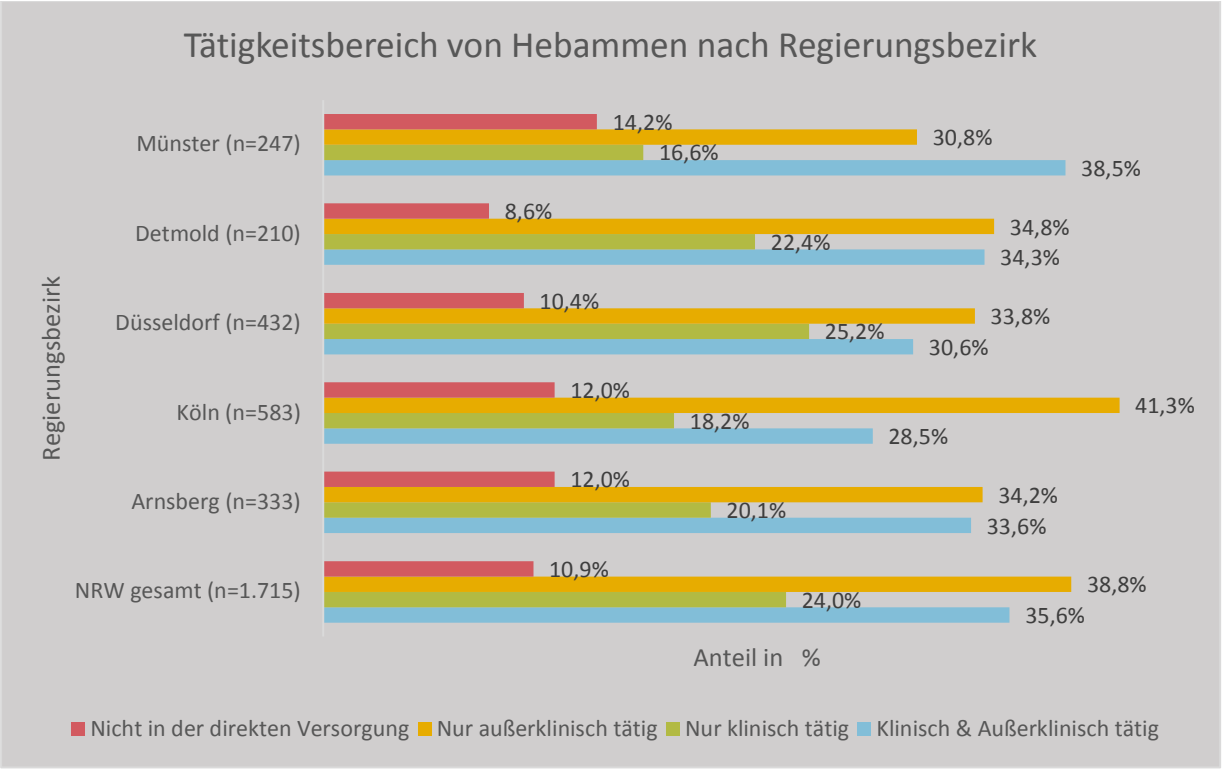


Abbildung 79: Tätigkeitsbereich von Hebammen nach Regierungsbezirk

Für den außerklinischen Bereich wurden zur differenzierteren Analyse die Leistungsmerkmale Schwangerenvorsorge, individuelle Geburtsbegleitungen und aufsuchende Wochenbettbetreuung ausgewählt (siehe Abbildung 80).

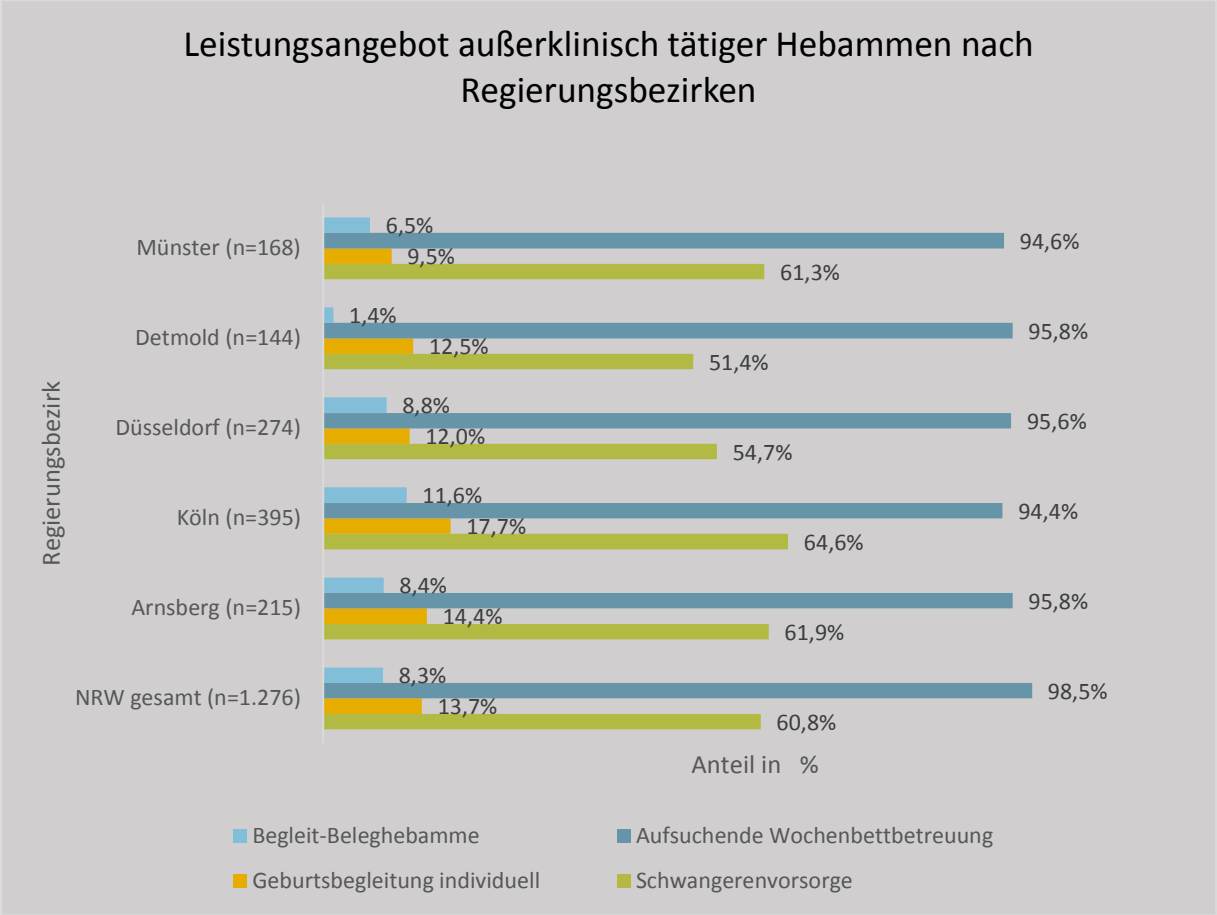


Abbildung 80: Leistungsangebot außerklinisch tätiger Hebammen nach Regierungsbezirk

Fast alle Hebammen bieten eine aufsuchende Wochenbettbetreuung an. Im Regierungsbezirk Köln gibt es anteilig (17,7%) und absolut (n=70) die größte Gruppe von Hebammen, die eine individuelle Geburtsbegleitung anbietet. Im Regierungsbezirk Düsseldorf gibt es anteilig die kleinste Gruppe (12,0%, n=33).

Dienst-Beleghebammen im Schichtdienst stellen in NRW und über die Regierungsbezirke verteilt eine kleine Untergruppe dar (Münster: 7,7%, n=13, Detmold: 7,6%, n=11, Düsseldorf: 4,0%, n=11, Arnsberg: 2,3%, n=5, Köln: 1,3%, n=5).

10.3.3 Auslastung und Ablehnung von Anfragen nach Regierungsbezirk

Tabelle 36 stellt unterteilt nach Regierungsbezirk dar, wie hoch der Anteil der Anfragen ist, den außerklinisch tätige Hebammen *Häufig* (2-3-mal pro Woche) bis *Sehr Häufig* (fast täglich) ablehnen. Weitere Antwortoptionen waren *Nie* und *Selten.*

Tabelle 36: Häufige Ablehnungen von Hebammenleistungen nach Regierungsbezirk

Leistung/ Ablehnungen	Münster (n=168)	Detmold (n=144)	Düsseldorf (n=274)	Köln (n=395)	Arnsberg (n=215)
Schwangerenbetreuung	73 (43,5%)	57 (42,3%)	147 (58,8%)	181 (50,0%)	70 (34,8%)
Geburtsvorbereitung	38 (31,4%)	28 (24,3%)	56 (29,5%)	65 (22,5%)	47 (29,4%)
Geburtsbetreuung	17 (18,9%)	10 (11,2%)	43 (31,9%)	76 (12,2%)	34 (27,2%)
Wochenbettbetreuung	105 (65,2%)	100 (70,0%)	206 (78,3%)	262 (69,9%)	118 (56,8%)
Rückbildung	32 (27,9%)	23 (21,3%)	73 (35,4%)	64 (23,5%)	40 (26,5%)
Kontinuierliche Betreuung	37 (37,4%)	27 (25,7%)	77 (47,9%)	110 (44,6%)	53 (38,7%)

Im Regierungsbezirk Düsseldorf gibt es im Vergleich zu allen anderen Regierungsbezirken den größten Anteil an außerklinisch tätigen Hebammen, die Schwangerenbetreuung (58,8%, n=147), Geburtsbetreuung (31,9%, n=43), kontinuierliche Betreuung (78,3%, n=206), Rückbildung (35,4%, n=73) und Wochenbettbetreuung 47,9%, n=77) häufig bis sehr häufig ablehnen mussten. In den Regierungsbezirken Münster (31,4%, n=38) und Düsseldorf (29,5%, n=56) lehnt jede dritte Hebamme eine Anfrage für Geburtsvorbereitung häufig bis sehr häufig ab. Die Wochenbettbetreuung ist die Leistung, die über alle Regierungsbezirke hinweg mit dem größten Anteil häufig bis sehr häufig abgelehnt wird (zwischen 56,8% im Regierungsbezirk Arnsberg und 78,3% im Regierungsbezirk Düsseldorf).

Tabelle 37 stellt dar, welcher Anteil an den teilnehmenden Hebammen, die außerklinisch tätig sind und das entsprechende Leistungsportfolio anbietet, erst in sechs Monaten oder später Frauen zur Betreuung annehmen kann. Weitere Antwortoptionen sind *sofort*, *in einem Monat* und *in drei bis fünf Monaten*.

Tabelle 37: Annahmezeitpunkt zur Betreuung nach sechs Monaten je Regierungsbezirk

Annahme in 6 Monaten oder später	Münster (n=168)	Detmold (n=144)	Düsseldorf (n=274)	Köln (n=395)	Arnsberg (n=215)
Schwangerenbetreuung	74 (46,5%)	53 (37,1%)	130 (51,1%)	167 (45,1%)	65 (32,5%)
Geburtsvorbereitung	30 (41,1%)	17 (24,0%)	18 (18,9%)	37 (22,4%)	24 (26,1%)
Geburtsbetreuung	14 (93,3%)	8 (50,1%)	21 (70,0%)	52 (75,3%)	15 (48,4%)
Wochenbettbetreuung	114 (70,8%)	94 (68,2%)	175 (68,4%)	256 (69,1%)	118 (58,1%)
Rückbildung	17 (28,8%)	13 (21,7%)	13 (16,3%)	21 (16,4%)	16 (20,8%)
Kontinuierliche Betreuung	11 (73,4%)	9 (52,9%)	24 (72,8%)	54 (78,3%)	17 (56,6%)

Ein später Annahmezeitpunkt ist vor allem bei Geburtsbetreuungen bzw. kontinuierlicher Betreuung im Regierungsbezirk Münster (93,3%, n=14 und 73,4%, n=11) gegeben, sowie in den Regierungsbezirken Köln (75,3%, n=52 und 78,3%, n=54) und Düsseldorf (70,0%, n=21 und 72,8%, n=24).
Auch für die Wochenbettbetreuung geben in allen Regierungsbezirken mehr als die Hälfte der antwortenden Hebammen an, für die nächsten sechs Monate und länger niemanden mehr zur Betreuung annehmen zu können. Für die Leistung Geburtsvorbereitung können am häufigsten Hebammen in Regierungsbezirk Münster erst wieder in sechs Monaten und später Frauen annehmen (41,1%, n=30).

Für den klinischen Bereich werden als Kenngrößen für die Belastung die Anzahl der Hebammen nach Regierungsbezirken dargestellt, die im Monat vor der Befragung eine Gefahrenanzeige geschrieben haben bzw. hätten schreiben können. Ein Merkmal zur Darstellung der Auslastung im klinischen Bereich ist der Anteil der Hebammen, die in einer Klinik arbeiten, deren Kreißsaal im letzten Monat vor der Befragung vorübergehenden geschlossen wurde.
Fast die Hälfte der Hebammen, die klinisch tätig sind und im Regierungsbezirk Düsseldorf leben geben an, im letzten Monat eine Gefahrenanzeige geschrieben zu haben (49,3%, n=110). Hebammen aus den Regierungsbezirken Köln und Arnsberg geben ähnlich häufig an, dass sie Gefahrenanzeigen geschrieben haben (44,7% in Köln n=115 und 44,7% in Arnsberg n=76). Der Anteil der Hebammen, die angeben im letzten Monat mindestens in einer Situation gewesen zu sein, in der sie eine Gefahrenanzeige hätten schreiben können, ist in den Regierungsbezirken Köln, Arnsberg und Düsseldorf mit 61,6% (n=159), 60,9% (n=103) und 60,2% (n=136) ähnlich hoch. In den Regierungsbezirken Münster und Detmold sind die Anteile für beide Fragen niedriger, jedoch hätte auch hier jede zweite Hebamme im letzten Monat vor der Befragung eine Gefahrenanzeige schreiben können. Jede dritte hat dies auch getan (siehe Abbildung 81).

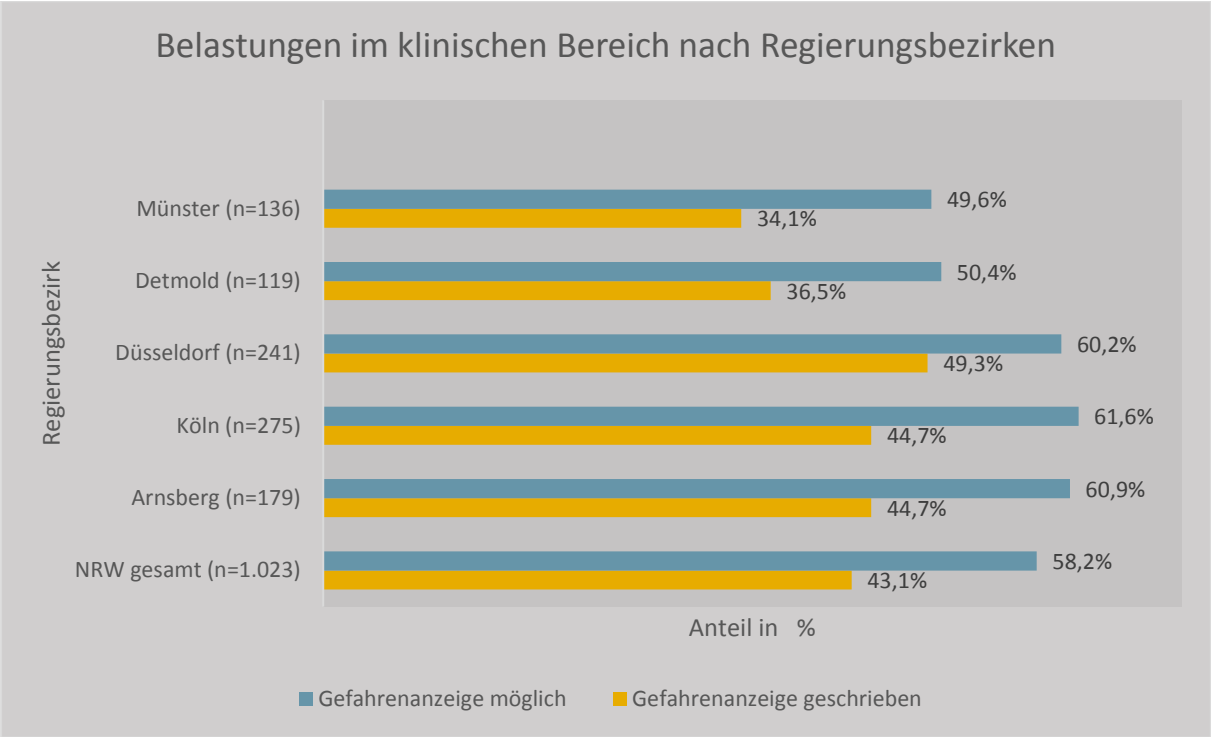


Abbildung 81: Hinweise auf Belastungen im klinischen Bereich nach Regierungsbezirk

Von den teilnehmenden Hebammen, die klinisch tätig sind und im Regierungsbezirk Köln leben, geben 46,1% (n=119) an, dass der Kreißsaal in ihrer Klinik im letzten Monat vor der Befragung vorübergehend geschlossen werden musste. Dieser Anteil ist im Vergleich zu den anderen Regierungsbezirken mit Abstand am höchsten. Für den Regierungsbezirk Münster gibt jede vierte Hebamme an, im einer Klinik zu arbeiten, deren Kreißsaal im letzten Monat vorübergehend geschlossen werden musste (26,0%, n=33) (siehe Abbildung 82).

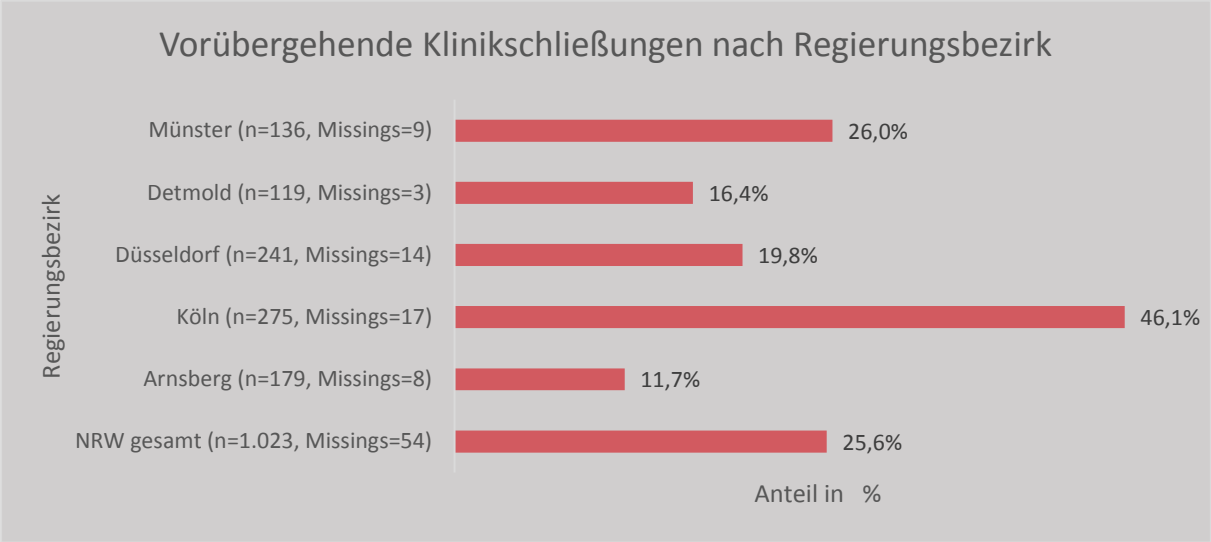


Abbildung 82: Vorübergehende Klinikschließungen nach Regierungsbezirk

Die folgenden Kapitel stellen die regionale Hebammenversorgung nach Urbanisierungsrad dar. Die Einteilung der Stichprobe nach Urbanisierungsgrad[13] ergibt, dass 40,1% (n=771) der Teilnehmer*innen *urban* leben, 32,7% (n=630) *high density* und 25,2% (n=485) *rural*. Bei 15 Angaben ist der Urbanisierungsgrad nicht zuzuordnen. 23 Teilnehmer*innen gaben keine Postleitzahl an.

10.3.4 Ausgewählte demographische Daten nach Urbanisierungsgrad

Das durchschnittliche Alter der antwortenden Hebammen unterscheidet sich zwischen den Urbanisierungsgraden geringfügig (*high density*: 41,8, SD±11,7; *urban*: 43,2, SD±11,3; *rural*: 43,8, SD±11,4). In Großstädten liegt das Durchschnittsalter am niedrigsten.
Der Anteil an Hebammen, die mit Kindern unter 18 Jahren in einem Haushalt zusammenleben und denen, die Angehörige pflegen, wird in Abbildung 83 dargestellt.

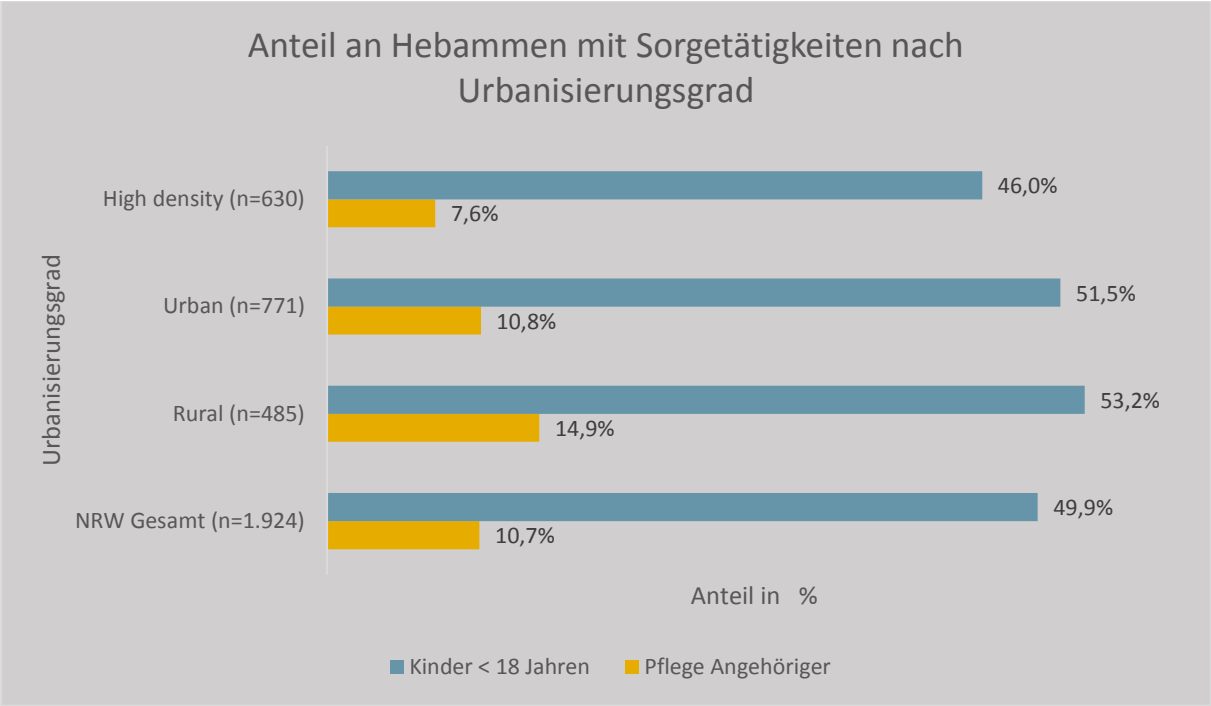


Abbildung 83: Anteil an Hebammen mit Sorgetätigkeiten nach Urbanisierungsgrad

Der Anteil von Hebammen, die mit Kindern unter 18 Jahren zusammenleben, nimmt mit dem Urbanisierungsgrad ab und ist im ländlichen Raum mit 53,2% (n=246) am höchsten. Der Anteil an Hebammen, die Angehörige pflegen, ist im ländlichen Raum mit 14,9% (n=71) doppelt so hoch, wie bei Hebammen, die in Großstädten leben (7,6%, n=47). Der Anteil nimmt mit höherem Urbanisierungsgrad ab.

10.3.5 Arbeitsumfang und Tätigkeitsbereich nach Urbanisierungsgrad

Der Anteil an in Teilzeit tätigen Hebammen nimmt mit dem Urbanisierungsgrad zu und ist in *high density* Gebieten mit 47,3% (n=253) am höchsten. Unabhängig vom Urbanisierungsgrad arbeitet annähernd jede zweite Hebamme in Teilzeit (siehe Abbildung 84).

[13] Degree of urbanization classification: Großstädte, Städte und ländliche Gebiete. Politische Gebietseinheiten mit 1.500 Einwohnern pro km² Großstadt (high density), Gebiete mit mindestens 300 Einwohnern pro km² bis 1.500 Einwohnern pro km² Stadt (urban), alles, was darunterliegt, ländliches Gebiete (rural) (eurostat, 2018) (siehe auch Kapitel 3.3.6).

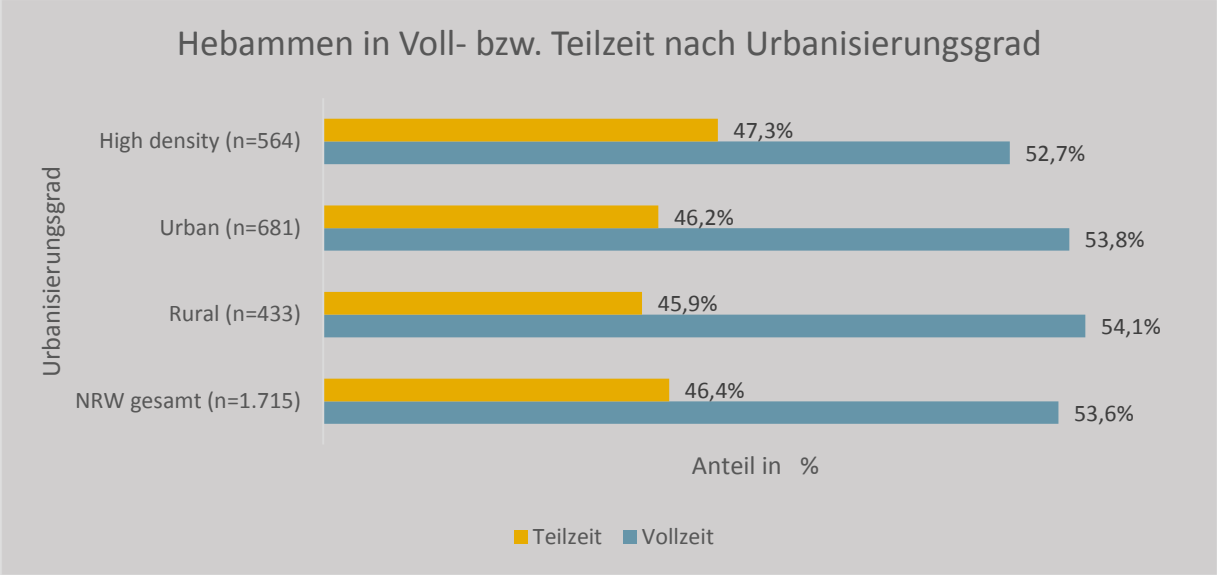


Abbildung 84: Arbeitsumfang von Hebammen nach Urbanisierungsgrad

Der Anteil von Hebammen, die in der direkten Versorgung tätig sind, ist über alle Urbanisierungsgrade ähnlich bei ca. 89,0 %. Der Anteil von ausschließlich klinisch oder ausschließlich außerklinisch tätigen Hebammen ist mit 27,0% (n=152) bzw. 39,9% (n=225) im großstädtischen Raum am höchsten. Der Anteil steigt in beiden Bereichen mit dem Urbanisierungsgrad. In ruralen Gebieten ist der Anteil an Hebammen, die klinisch und außerklinisch tätig sind, am höchsten (40,0%, n=173) (siehe Abbildung 85).

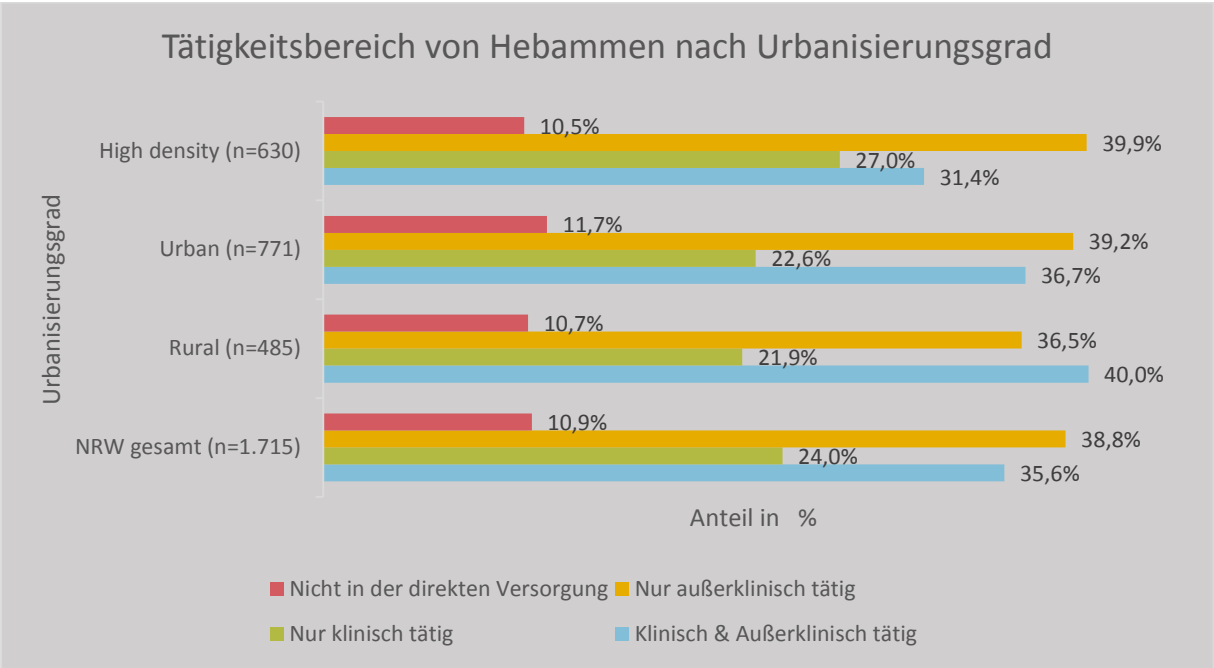


Abbildung 85: Tätigkeitsbereiche von Hebammen nach Urbanisierungsgrad

Die differenziertere Betrachtung ausgewählter außerklinischer Leistungsangebote zeigt, dass in allen Urbanisierungsformen über 90,0% der Hebammen aufsuchende Wochenbettbetreuung anbieten. Ge-

burtsbegleitungen werden mit zunehmendem Urbanisierungsgrad zu einem größeren Anteil von außerklinisch tätigen Hebammen angeboten (*rural* 11,5%, n=38; *urban* 13,5%, n=70; *high density* 16,4%, n=66). Der Anteil an Begleit-Beleghebammen ist in urbanen Gebieten mit 9,5% (n=49) am höchsten. Insgesamt ist der Anteil an Begleit-Beleghebammen gering. Schwangerenvorsorge bietet mehr als jede zweite außerklinisch tätige Hebamme an, in high density Gebieten ist der Anteil mit 66,9% (n=269) am höchsten (siehe Abbildung 86).

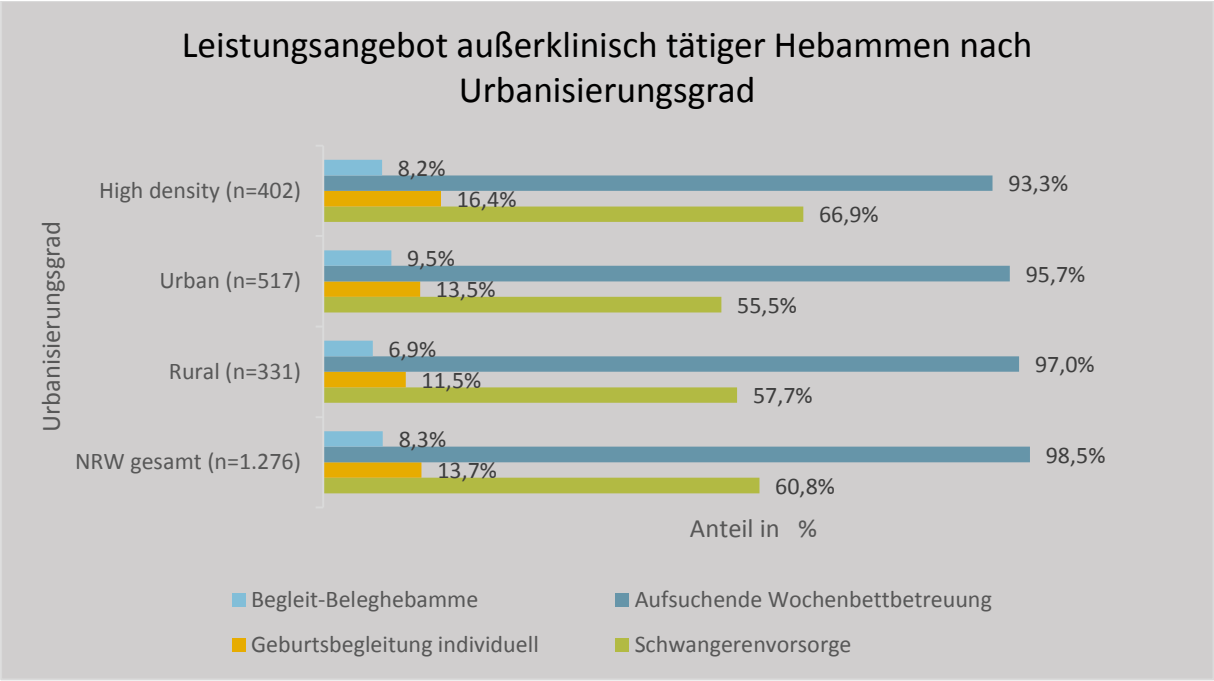


Abbildung 86: Leistungsangebot ambulanter Hebammenleistungen nach Urbanisierungsgrad

10.3.6 Auslastung und Ablehnung von Anfragen nach Urbanisierungsgrad

Die Darstellung der Anzahl von *häufig bis sehr häufig* abgelehnten Anfragen zu Hebammenleistungen und dem Annahmezeitpunkt für Leistungen nach sechs Monaten und später erfolgt analog zur Differenzierung nach Regierungsbezirken.

Wie in Tabelle 38 ersichtlich ist die aufsuchende Wochenbettbetreuung die Hebammenleistung, die in jedem Urbanisierungsgrad mit 55,9% (n=178) in ruralen Gebieten, mit 70,6% (n=353) und in high density Gebieten mit 77,5% (n=297) zum größten Anteil häufig abgelehnt wird. Kontinuierliche Betreuung und Geburtsbetreuung werden jeweils mit in high density Gebieten mit dem größten Anteil häufig abgelehnt. Schwangerenbetreuung lehnt jede zweite Hebamme (50,7%, n=238) im urbanen Raum häufig ab. Für alle anderen dargestellten Leistungsangebote von Hebammen ist der Anteil der häufig abgelehnten Betreuungsanfragen in high density Gebieten am höchsten.

Tabelle 38: Ablehnung von ambulanten Hebammenleistungen nach Urbanisierungsgrad

Leistung/ Ablehnungen häufig bis sehr häufig	Rural (n=331)	Urban (n=517)	High density (n=402)
Schwangerenbetreuung	110 (35,4%)	238 (50,7%)	205 (35,0%)
Geburtsvorbereitung	72 (27,8%)	93 (24,5%)	82 (29,3%)
Geburtsbetreuung	33 (18,4%)	76 (25,8%)	73 (31,3%)
Wochenbettbetreuung	178 (55,9%)	353 (70,6%)	297 (77,5%)
Rückbildung	61 (24,8%)	92 (26,0%)	81 (31,2%)
Kontinuierliche Betreuung	60 (29,6%)	133 (39,9%)	120 (49,6%)

In ländlichen Gebieten ist der Anteil der Hebammen, der erst wieder nach sechs Monaten und später Frauen für Geburtsvorbereitung und Rückbildung annehmen kann, mit 33,9% (n=58) bzw. 22,5% (n=32) am höchsten. Bei allen anderen Leistungen sind die Anteile mit hoher Auslastung im Vergleich zu städtischen und großstädtischen Gebieten geringsten. Die Auslastung für Geburtsbetreuung (73,8%, n=48) und kontinuierliche Betreuung (74,6%, n=50) ist in städtischen Gebieten am ausgeprägtesten. Bei kontinuierlicher Betreuung und Wochenbettbetreuung sind die Anteile an hohen Auslastungen insgesamt am höchsten (siehe Tabelle 39).

Tabelle 39: Annahmezeitpunkt für ambulante Hebammenleistungen in sechs Monaten oder später nach Urbanisierungsgrad

Annahme in sechs Monaten oder später	Rural (n=331)	Urban (n=517)	High density (n=402)
Schwangerenbetreuung	122 (38,5%)	210 (43,6%)	184 (49,2%)
Geburtsvorbereitung	58 (33,9%)	40 (19,2%)	36 (25,0%)
Geburtsbetreuung	24 (63,1%)	48 (73,8%)	43 (67,2%)
Wochenbettbetreuung	198 (62,8%)	332 (67,8%)	262 (70,1%)
Rückbildung	32 (22,5%)	34 (20,7%)	19 (16,1%)
Kontinuierliche Betreuung	23 (60,5%)	50 (74,6%)	48 (73,8%)

Der Anteil an klinisch tätigen Hebammen, die eine Gefahrenanzeige geschrieben haben oder hätten schreiben können, steigt mit dem Urbanisierungsgrad (siehe Abbildung 86). Der Anteil klinisch tätiger Hebammen, die eine Gefahrenanzeigen geschrieben haben (53,5%, n=166) bzw. dies auch hätten schreiben können (62,2%, n=194), weil sie sich in mindestens einer entsprechenden Situation befunden haben, ist in high density Gebieten am höchsten.

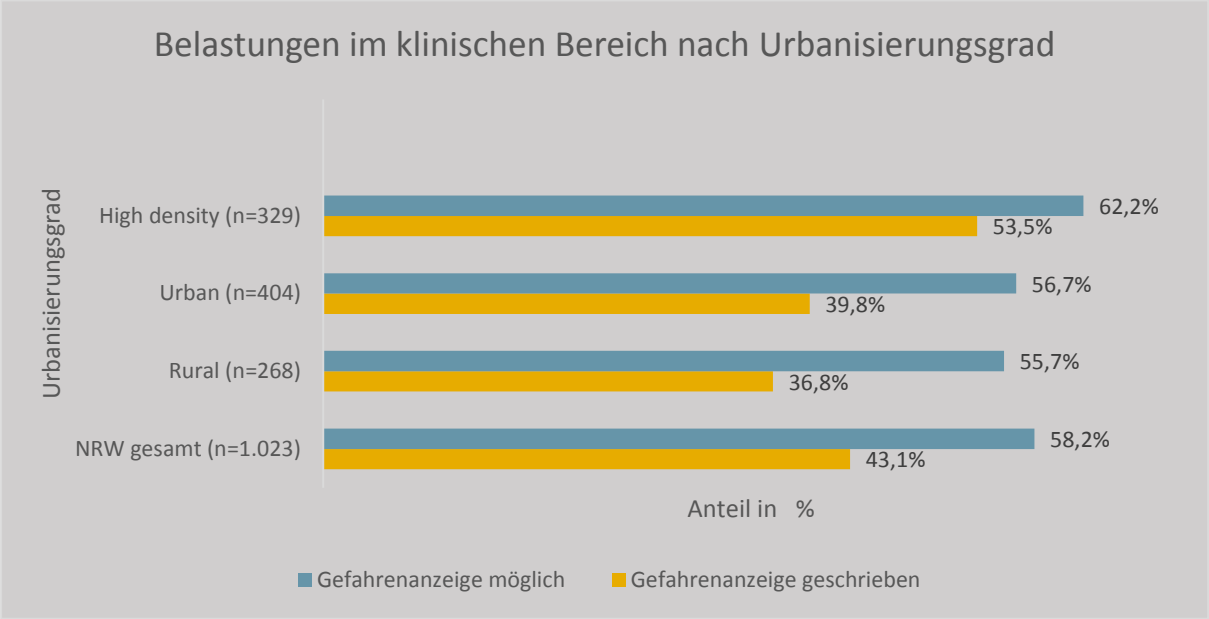


Abbildung 87: Belastungen im klinischen Bereich nach Urbanisierungsgrad

Dies ist auch beim Anteil der Hebammen der Fall, die angeben in einem Kreißsaal zu arbeiten, der vorübergehend geschlossen werden musste. Kreißsäle, in denen die teilnehmenden Hebammen tätig sind, wurden in Großstädten anteilig am häufigsten vorübergehend geschlossen (34,3%, n=107) (siehe Abbildung 88).

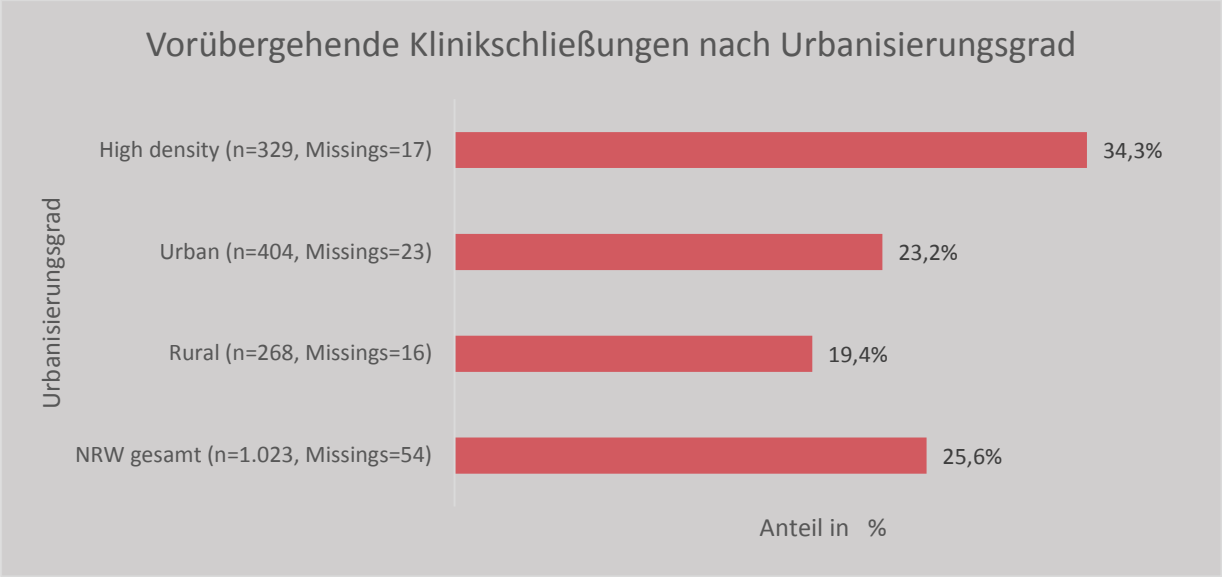


Abbildung 88: Vorübergehende Klinikschließungen nach Urbanisierungsgrad

Forschungsfrage drei untersucht im Folgenden Faktoren, die mit Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität assoziiert sind.

10.4 Forschungsfrage 3: Faktoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der individuellen Hebammenbetreuung

Ausgewählte Ergebnisse der Hebammenbefragung stellen Faktoren dar, die laut Qualitätsvereinbarung zum Vertrag nach §134a SGB V den Maßnahmen zur Erlangung von Strukturqualität in der geburtshilflichen Versorgung durch Hebammen entsprechen (GKV Spitzenverband, 2020) (siehe Kapitel 2.1.3). Zu den personellen Rahmenbedingungen bezogen auf die Strukturqualität der gesundheitlichen Versorgung zählen Kenntnisse, Fähigkeiten, Kompetenzen, Qualifikationen, Aus-, Weiter-, und Fortbildungsstand, Erreichbarkeit. Die Qualifikationen der Studienteilnehmer*innen wurden bereits in Kapitel 10.1 beschrieben. Faktoren der Prozess- und Ergebnisqualität können nicht durch die Ergebnisse der Hebammenbefragung abgebildet werden.

Fortbildungen

Die Hebammenberufsordnung NRW schreibt vor, dass Hebammen sich innerhalb von drei Jahren 60 Stunden (jeweils 45 Minuten) fortbilden müssen (§7 HebBO NRW, 2017). Davon sind 20 Stunden auf dem Gebiet des Notfallmanagements vorgeschrieben. Hebammen sind verpflichtet, die Fortbildungsnachweise der zuständigen unteren Gesundheitsbehörde in einem geregelten Überprüfungsrhythmus zu melden (Landesverband der Hebammen Nordrhein-Westfalen e.V., 2019). Die Fortbildungen werden von den außerklinisch tätigen Hebammen selbst finanziert. Neben Teilnahmegebühren können Fahrt- und Übernachtungskosten anfallen. An Fortbildungstagen kann zudem von selbstständig tätigen Hebammen kein Einkommen erwirtschaftet werden.

Um ungedeckte Fortbildungsbedarfe identifizieren zu können, wurden die befragten Hebammen gebeten, Themenwünsche für Fortbildungsangebote zu nennen.
Insgesamt haben 876 (45,5%) teilnehmende Hebammen Themenwünsche für Fortbildungen angegeben. Jede Teilnehmer*in konnte bis zu drei verschiedene Themen nennen. Die genannten berufsrelevanten Themen wurden zu thematisch passenden Kategorien zusammengefasst (siehe Tabelle 40). Die drei am häufigsten genannten Kategorien sind:

1. Notfälle (34,0%, n=298)
2. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu berufsrelevanten Themen (28,5%, n=250)
3. Unternehmerische Fähigkeiten (24,2%, n=212)

Der Wunsch jeder dritten antwortenden, außerklinisch tätigen Hebamme nach mehr Fortbildungsangeboten im Bereich Notfallmanagement zeigt, dass es aktuell in diesem Bereich zu wenig (passgenaue) Angebote gibt. Die weiteren Themenwünsche sind vielfältig. Sie beziehen sich auf Methoden- und Fachkompetenzen.

Tabelle 40: Fortbildungsbedarf von Hebammen

Neue (wissenschaftliche) Erkenntnisse zu:	Unternehmerische Fähigkeiten
Körperliche Erkrankungen Mutter	Vernetzung
Psychische Krankheiten Mutter	Kommunikation
Körperliche Erkrankungen Kind	Dokumentation
Geburtsvorgang	Zeitmanagement
Labordiagnostik	Selbständigkeit/Freiberuflichkeit
CTG	Supervision
Naht	Gesetze
Pränataldiagnostik	Qualitätsmanagement

Qualitätszirkel

36,7% (n=456) der außerklinisch tätigen Hebammen geben an, im letzten Jahr an einem Qualitätszirkel teilgenommen zu haben. Davon haben 42,4% (n=190) einmalig teilgenommen, 31,2% (n=144) mehrmals und 25,4% (n=114) regelmäßig.

Supervision und Fallbesprechungen

19,5% (n=242) der teilnehmenden, außerklinisch tätigen Hebammen geben an, im letzten Jahr an einer Supervision teilgenommen zu haben. Der größte Anteil von 44,1% (n=105) nahm regelmäßig an einer Supervision teil, 27,3% (n=65) mehrmals und 28,6% (n=68) einmalig.
Im Gegensatz zu freiberuflich tätigen Hebamme wird für Familienhebammen empfohlen, Supervisionen und Fallbesprechungen durch den jeweiligen Träger zu fördern und somit kostenlos anzubieten (Verwaltungsvereinbarung zur Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen, 2012). Von den teilnehmenden Familienhebammen nehmen 66,1% (n=84) regelmäßig an Supervisionen teil und 84,3% (n=107) an Fallbesprechungen. Eine Nicht-Teilnahme wird durch fehlende regelmäßige Angebote begründet bzw. für unnötig angesehen. Im Vergleich nehmen Familienhebammen dreimal so häufig regelmäßig an Supervisionen teil, als freiberuflich tätige Hebammen. Die Verankerung von Supervisionen und Fallbesprechungen im Leistungskatalog und die damit verbundene Finanzierung und zeitliche Honorierung scheinen die Inanspruchnahme im Sinne der Strukturqualität zu erhöhen.

Erreichbarkeit

Hebammen verwenden mehrheitlich (67,8%, n=866) Hebammenlisten, um auf sich aufmerksam zu machen. Mehr als jede dritte Hebamme verfügt über eine eigene Website (38,0%, n=485). Ebenso nutzen 29,6% (n=378) der Hebammen Kliniken, um auf sich aufmerksam zu machen. Jede vierte Hebamme nutzt das Angebot von Hebammenzentralen/-netzwerken (25,8%, n=330).
Neben dem Telefon (95,5%, n=1.218) und der SMS-Funktion (75,9%, n=968) nutzen Hebammen hauptsächlich WhatsApp (64,2%, n=819) und E-Mail-Kontakt (63,2%, n=806).

Vertretungsregelungen

34,3% (n=428) der außerklinisch tätigen Hebammen verfügen nicht über eine geregelte Urlaubsvertretung. 65,7% (n=818) der außerklinisch tätigen Hebammen geben an, über eine geregelte Urlaubsvertretung zu verfügen. Die Hälfte (n=432) der Hebammen lässt sich durch eine*n Kolleg*in vertreten, 35,0% (n=286) durch ein Netzwerk von Kolleg*innen und 29,8% (n=244) durch ihr Team. 2,7% (n=22) lassen sich im Urlaub durch Ärzt*innen vertreten.

Kooperationen/ Intra- und interdisziplinäre Zusammenarbeit

Wie in Abschnitt 10.2.11 beschrieben, verfügt die Mehrheit der teilnehmenden Hebammen über wenige Kooperationen zu relevanten Berufsgruppen in der geburtshilflichen Versorgung, die zudem nicht regelmäßig oder nur in großen Abständen genutzt werden. Auffällig ist die geringe Kooperation mit HgEs und Hebammen, die im jeweils anderen Bereich tätig sind (angestellt bzw. freiberuflich).

Registrierung

Nach der Studie von de Bruin-Kooistra et al. aus dem Jahr 2012 stellt die Registrierung von Hebammen einen weiteren Qualitätsindikator dar. Unterkapitel 10.6 beschreibt die aktuellen Erkenntnisse zur Registrierung von Hebammen.

10.5 Forschungsfrage 4: Faktoren, die mit dem Angebot von Hebammenleistungen assoziiert sind

In diesem Kapitel wird der Forschungsfrage „Gibt es Faktoren, die das Angebot von Hebammenleistungen beeinflussen?“ nachgegangen. Hierbei werden im ersten Unterkapitel Einflussfaktoren auf die Arbeitszeit betrachtet. Des Weiteren werden Aspekte wie die subjektive Gesundheitseinschätzung der Hebammen, die Bewertung der Work-Life-Balance, die Arbeitszufriedenheit von neu qualifizierten Hebammen und die Gründe für den Ausstieg aus der momentanen Tätigkeit als Hebamme bzw. aus dem Hebammenberuf betrachtet.

10.5.1 Einflussfaktoren der Arbeitszeit

Folgend wird mittels logistischer Regressionsanalyse untersucht, inwieweit bekannte Einflussfaktoren die Arbeitszeit von in der direkten Versorgung tätigen Hebammen und somit das Angebot von Hebammenleistungen beeinflussen.
Der Hebammenberuf wird fast ausschließlich von Frauen ausgeübt. Wie im *Arbeitszeitreport Deutschland* beschrieben, haben Frauen einen durchschnittlich geringeren Arbeitsumfang, welcher hauptsächlich aufgrund von Care-Arbeit (Familiengründung, Kindererziehung, Pflege von Angehörigen) reduziert wird (BAuA, 2016).

Zudem ist bekannt, dass die persönliche Erwartung, bis zum Rentenalter arbeitsfähig zu sein, unter den Arbeitnehmer*innen über die vergangenen Jahre hinweg abgenommen hat. Nur 28,0% der jetzt 45- bis 60-Jährigen Arbeitnehmer*innen können sich vorstellen bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter voll erwerbstätig zu bleiben. 26,0% wünschen sich eine reduzierte Erwerbstätigkeit und 34,0% einen früheren Renteneintritt (BAuA, 2017).

Die abhängige Variable *Vollzeittätigkeit*[14] wird auf Zusammenhänge mit den Einflussfaktoren bzw. Variablen

- Kinder (ja/nein)
- Pflege Angehöriger (ja/nein)
- Alter (bis zu 53 Jahre/ über 53 Jahre)

hin untersucht. Bisher liegen keine statistischen Untersuchungen dazu vor, die den Einfluss der beschriebenen Faktoren aus der Literatur untersuchen.
Um besonders die Altersgruppe der Hebammen betrachten zu können, die in den nächsten 10 bis 15 Jahren das gesetzliche Rentenalter erreicht, wird die Variable *Alter* in die zwei Gruppen *bis zu 53 Jahre* und *über 53 Jahre* dichotomisiert. Das Alter 53 stellt den Rand des oberen Quartils und damit die 25,0% Perzentile der Stichprobe dar (Durchschnittsalter 42,9 Jahre; Median 43,0; SD±11,5; IQA 33;53; Range 21;78).
Bereits in der univariaten Analyse zeigt sich, dass sowohl im Haushalt lebende Kinder unter 18 Jahren als auch zu pflegende Angehörige und ein Alter über 53 Jahre in einem signifikanten Zusammenhang mit einer Tätigkeit in Vollzeit stehen, wobei Kinder und zu pflegende Angehörige sich reduzierend, ein Alter über 53 Jahre sich hingegen begünstigend auf den Anteil der in Vollzeit tätigen Hebammen auszuwirken scheinen. Auch unter Berücksichtigung eines möglichen gegenseitig bedingenden Einflusses der genannten Faktoren bleibt der Zusammenhang der einzelnen Faktoren in Bezug auf die Tätigkeit in Vollzeit erhalten (siehe Tabelle 41). Überprüft wurden hierbei folgende Annahmen:

1. Es gibt keinen Unterschied zwischen den Hebammen mit und den Hebammen ohne Kindern in Bezug auf eine ausgeübte Vollzeittätigkeit.
2. Es gibt keinen Unterschied zwischen den Hebammen mit und den Hebammen ohne zu pflegende Angehörige in Bezug auf eine ausgeübte Vollzeittätigkeit.
3. Es gibt keinen Unterschied zwischen den Hebammen bis zu einem Alter von 53 Jahren und Hebammen über 53 Jahren in Bezug auf eine ausgeübte Vollzeittätigkeit.

[14] Vollzeit ist als Wochenarbeitszeit von 35 Stunden und mehr definiert (BAuA, 2016).

Tabelle 41: Einflussfaktoren auf die Vollzeittätigkeit von Hebammen

Einflussfaktoren		Vollzeit	OR	Konfidenzintervall		OR	Konfidenzintervall	
	n	n (%)	crude	untere	obere	Adj.	untere	obere
Kinder <18 Jahre								
Ja	771	293 (38,0)	0,29*	0,23	0,35	0,25*	0,20	0,31
Nein	813	555 (68,3)						
Pflege Angehöriger								
Ja	176	80 (45,5)	0,69*	0,50	0,94	0,68*	0,48	0,95
Nein	1.464	803 (54,8)						
Alter								
>53	355	200 (56,3)	1,14	0,90	1,45	1,60*	1,20	2,13
<=53	1.305	692 (53,0)						

Signifikanz des Modells Chi²= 163,981 p< 000, Modellpassung Nagelkerkes R²= 0,132; *=Signifikant auf dem Niveau von p<=0,05; OR= Odds Ratio, a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Kinder ja/nein, Pflege ja/nein, Alter<=53/>53, Anzahl der in der Regressionsanalyse berücksichtigten Fälle n= 1.570, Missings= 354

1. Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Zusammenleben mit Kindern unter 18 Jahren und einer Vollzeittätigkeit. Die Chance, in Vollzeit tätig zu sein, wenn Kinder unter 18 Jahren im Haushalt der berufstätigen Hebamme leben, ist um 75,0% geringer, als für Hebammen, die nicht mit Kindern unter 18 Jahren in einem Haushalt leben (38,0% vs. 68,3%; OR 0,25 [95% KI, 0,20-0,31]). Die Annahme eins wird durch die Regressionsanalyse verifiziert.
2. Hebammen, die Angehörige pflegen haben eine ca. 30,0% geringere Chance in Vollzeit zu arbeiten, als Hebammen, die nicht im familiären Umfeld pflegen (45,5% vs. 54,8%; OR 0,68 [KI 0,48-0,95]). Annahme zwei wird durch die Regressionsanalyse verifiziert.
3. Hebammen, die älter als 53 Jahre sind haben eine 60,0% höhere Chance, in Vollzeit tätig zu sein (56,3% vs. 53,0%; OR 1,60; KI 1,20-2,13). Annahme drei wird durch die Regressionsanalyse falsifiziert.

10.5.2 Subjektive Gesundheitseinschätzung von berufstätigen Hebammen

Zur Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes wird die Self-rated Health Question - eine singuläre Frage - gestellt. Im deutschsprachigen Raum wird diese Frage mit *Subjektive Einschätzung der Gesundheit* (SEG) oder *Allgemeine Einschätzung der Gesundheit* (AGES) bezeichnet. International anerkannt ist, dass diese globale Frage eine gute Zusammenfassung der Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit auf einer einfachen eindimensionalen Ordinalskala der Befragten bietet (Bauer, 2011).

Die Einschätzung der eigenen Gesundheit ist eine gewichtete Summe verschiedener Aspekte von Gesundheit, die die Befragten als wichtig erachten, abhängig vom eigenen Gesundheitszustand, von der Lebenssituation, vom Lebensstil und dem emotionalen Wohlbefinden. Dies ist ein guter Indikator für die objektive gesundheitliche Lage und erlaubt Vorhersagen über die künftige Häufigkeit von Erkrankungen und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Manderbacka, 1998; Robert Koch-Institut, 2008). Die Frage nach dem Gesundheitszustand wird in verschiedenen Instrumenten zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wie dem EQ-5D der EuroQol Group, dem EORTC QLQ-C30 und dem SF-36 verwandt (Fayers & Sprangers, 2002).

Die Frage im eingesetzten Hebammenfragebogen lautet: „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen in der letzten Woche bezeichnen?“ Es stehen fünf Antwortmöglichkeiten zur Auswahl: *ausgezeichnet*, *sehr gut*, *gut*, *weniger gut* und *schlecht*.

Es zeigt sich, dass 70,4% (n=1.169) der befragten Hebammen, die in der direkten Versorgung tätig sind, ihren allgemeinen Gesundheitszustand in der letzten Woche vor der Befragung als ‚gut bis ausgezeichnet‘ bezeichnen (siehe Abbildung 89). Das bedeutet im Umkehrschluss, dass nahezu 30% der berufstätigen Hebammen ihren Gesundheitszustand als ‚weniger gut bis schlecht‘ einschätzen.

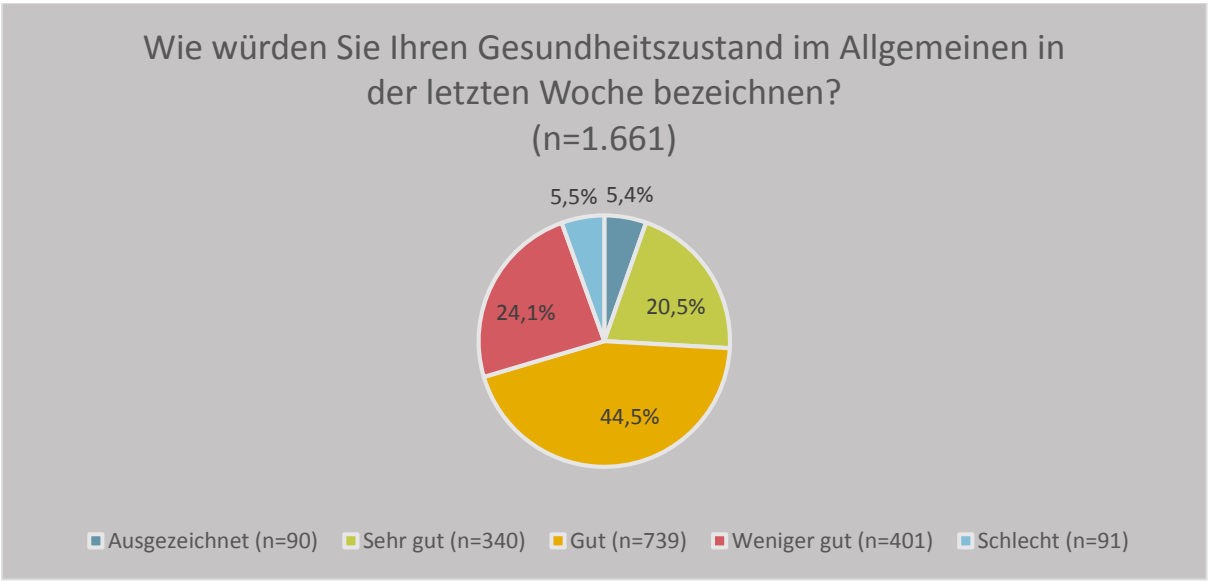


Abbildung 89: Subjektive Gesundheitseinschätzung (SF-1) von Hebammen in der direkten Versorgung *(Missings=54)*

Für eine Betrachtung der subjektiven Gesundheitseinschätzung der Subgruppen *ausschließlich klinisch* bzw. *außerklinisch* tätigen Hebammen, werden die Antworten auf diese Frage dichotom ausgewertet. Die Antwortmöglichkeiten *ausgezeichnet*, *sehr gut* und *gut* werden zusammengefasst sowie die Antworten *weniger gut* und *schlecht*.
Die Betrachtung der subjektiven Gesundheitseinschätzung im Zusammenhäng mit dem Tätigkeitsbereich zeigt Unterschiede in Bezug auf die Gruppen, die ausschließlich klinisch bzw. außerklinisch tätig sind. 62,9% (n=259) der ausschließlich klinisch tätigen Hebammen bezeichnen ihren Gesundheitszustand in der vergangenen Woche als *gut bis ausgezeichnet* gegenüber 69,8% (n=464) der ausschließlich außerklinisch tätigen Hebammen. Dieser Unterschied erweist sich mit $p<0,05$ als signifikant.

10.5.3 Freizeit und Work-Life-Balance

Die angestellte Hebammentätigkeit im Kreißsaal geht in der Regel mit Schichtarbeit einher und beinhaltet auch die Arbeit an Wochenenden und Feiertagen. Häufig können gesetzlich geregelte Ruhepausen nicht eingehalten werden.
Freiberuflich tätige Hebammen haben eine zum Teil zeitlich schwer planbare Tätigkeit, da außerklinische Geburten und Begleit-Beleggeburten, aber auch der Start in die aufsuchende Wochenbettbetreuung nicht verlässlich terminierbar sind und im Extremfall eine 24/7 Bereitschaft bedeuten. Zu bedenken sind zudem die Rufbereitschaftszeiten sowie die Arbeit an Wochenenden und Feiertagen. Urlaubsvertretungen und regelmäßige Pausen sind - je nach Organisationsform - schwer zu bewerkstelligen.

Die Frage „Haben Sie das Gefühl, Ihre Arbeit und Ihre Freizeit sind planbar?“ wird wie folgt von den befragten Hebammen in der direkten Versorgung beantwortet: 65,0% (n=1.083) haben das Gefühl, dass ihre Arbeit und ihre Freizeit teilweise planbar sind. 18,7% (n=312) geben an, ihre Arbeit und ihre Freizeit seien planbar, 16,2% (n=270) sagen, diese wären nicht planbar. Insgesamt haben über 80% der befragten Hebammen das Gefühl, ihre Arbeit und ihre Freizeit seien nur teilweise oder nicht planbar.

Mit der Anzahl ihrer freien Tage sind 48,1% (n=796) der befragten Hebammen in der direkten Versorgung *unzufrieden bis sehr unzufrieden* und 51,9% (n=859) *zufrieden bis sehr zufrieden*.

Auf die Frage, ob die Teilnehmer*in mit ihrer Work-Life-Balance zufrieden ist, antworten über die Hälfte der Befragten (56,6%, n=931), dass sie *sehr unzufrieden bis weniger zufrieden* sind, 43,4% (n=713) sind *zufrieden bis sehr zufrieden* (siehe Abbildung 90).

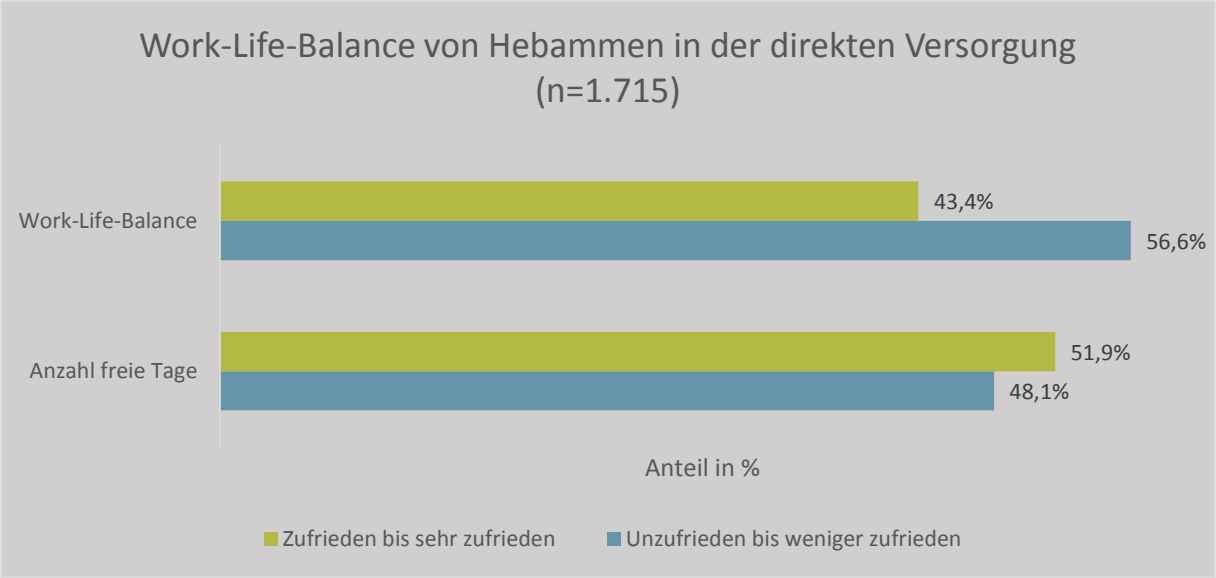


Abbildung 90: Work-Life-Balance von Hebammen in der direkten Versorgung

Werden die beiden Gruppen der ausschließlich klinisch tätigen und der ausschließlich außerklinisch tätigen Hebammen betrachtet, zeigt sich folgendes Bild:
Im Gegensatz zu den ausschließlich klinisch tätigen Hebammen mit 59,9% (n=232) sind ausschließlich außerklinisch tätige Hebammen nur zu 53,9% (n=351) mit der Anzahl ihrer freien Tage *zufrieden bis sehr zufrieden*. Ausschließlich außerklinisch tätige Hebammen sind aber mit einem größeren Anteil von 49,2% (n=316) mit ihrer Work-Life-Balance *zufrieden bis sehr zufrieden*, als die Gruppe der ausschließlich klinisch tätigen Hebammen mit 43,1% (n=168).

Von den befragten Hebammen, die in der direkten Versorgung tätig sind, geben 57,9% (n=965) an, dass es ihnen in der Regel möglich ist, ihre freien Tage (Wochenenden, Gleittage, Freizeitausgleich oder ähnliches) nehmen zu können. 42,1% (n=702) der Hebammen geben aber an, dies nicht tun zu können.
Der Hauptgrund ist bei den Online-Teilnehmer*innen (n=161) das *Einspringen“ für Kolleg*innen* (39,1%, n=61) und *keine Vertretung zu haben* (28,8%, n=45). Die Teilnehmer*innen, die den Papierfra-

gebogen genutzt haben (n=541), kreuzen mehrere Hauptgründe an[15]. Auch hier sind die zwei am häufigsten genannten Gründe *Einspringen für Kolleg*innen* (51,0%, n=276) und *keine Vertretung* (34,6%, n=187). Bei Betrachtung der Gründe kann vermutet werden, dass klinisch tätige Hebammen den Grund *Einspringen" für Kolleg*innen* und außerklinisch tätige Hebammen den Grund *keine Vertretung* nennen.

10.5.4 Absicht, die jetzige Tätigkeit zu beenden bzw. den Beruf als Hebamme aufzugeben und Einflussgrößen

Die teilnehmenden Hebammen wurden gefragt, ob sie in den letzten sechs Monaten mit dem Gedanken gespielt haben, ihre aktuelle Tätigkeit zu beenden.
51,4% (n=858) der 1.668 antwortenden Hebammen geben an in den letzten sechs Monaten mit dem Gedanken gespielt zu haben ihre aktuelle Tätigkeit zu beenden. 60,0% (n=237 von 395 Antwortenden) der ausschließlich klinisch tätigen Hebammen und 41,6% (n=271 von 652 Antwortenden) der ausschließlich außerklinisch tätigen Hebammen beantworten diese Frage mit *ja* (siehe Abbildung 91).

Zudem wurden die teilnehmenden Hebammen gefragt, ob sie in den letzten sechs Monaten mit dem Gedanken gespielt haben, ihren Beruf als Hebamme aufzugeben.
Diese Frage beantworten 38,1% (n=635 von 1.668 Antwortenden) der befragten Hebammen, die in der direkten Versorgung tätig sind, mit *ja*. 222 ausschließlich klinisch tätige Hebammen (56,1% von 396 Antwortenden) geben an, mit dem Gedanken gespielt zu haben ihren Beruf als Hebamme aufzugeben, bei den ausschließlich außerklinisch tätigen Hebammen sind es 35,5% (n=231 von 651 Antwortenden).

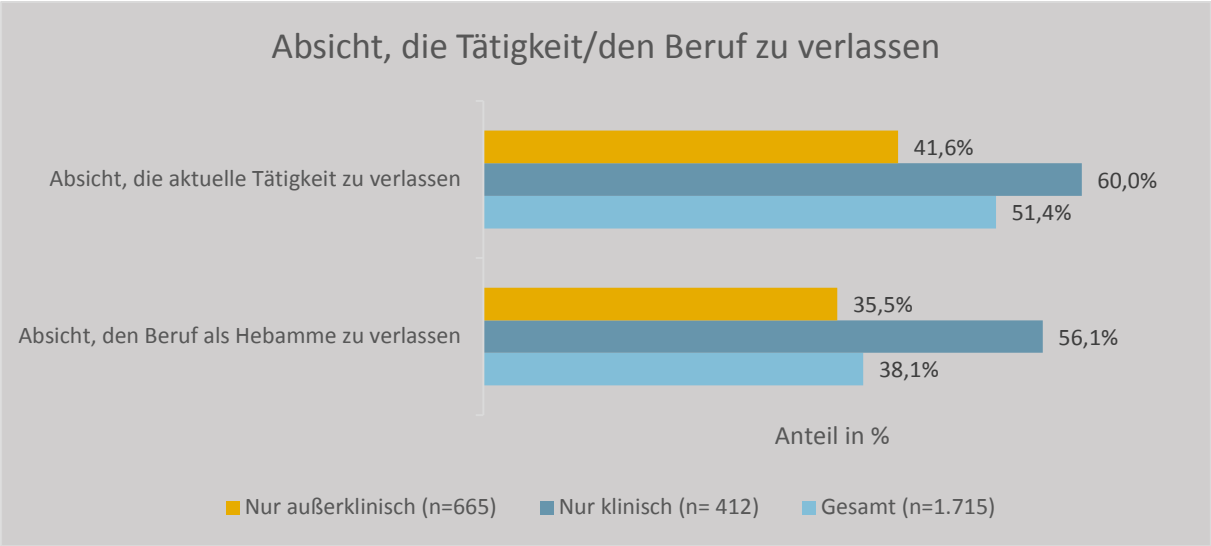


Abbildung 91: Absicht, die aktuelle Tätigkeit/den Beruf zu verlassen

[15] Die Teilnehmer*innen wurden bei dieser Frage gebeten, nur einen Hauptgrund, also eine Antwortmöglichkeit auszuwählen. Bei der Nutzung des Papierfragebogens wurden jedoch häufig mehrere Gründe angekreuzt. Im Gegensatz zur Teilnahme per Papierfragebogen konnten die Teilnehmer*innen der Online-Befragung nur einen Grund auswählen. Dementsprechend werden die Ergebnisse der beiden Teilnehmer*innengruppen getrennt voneinander dargestellt.

Auf die Frage welche Gründe dazu beitragen, dass erwogen wird, den Arbeitsplatz zu verlassen bzw. die jetzigen Tätigkeit/en aufzugeben waren Mehrfachnennungen möglich:

- Zu hohe berufliche Belastung (34,8%, n=596)
- Persönliche Gründe (13,9%, n=236)
- Geplante berufliche Veränderung (7,8%, n=133)
- Sonstige Gründe (22,9%, n=393)

Am häufigsten werden unter *Sonstige Gründe* folgende Aspekte genannt:

- Zu wenig Gehalt im Verhältnis zur Verantwortung/Arbeitsaufwand (10,5%, n=90)
- Qualitätsmanagement (in der Freiberuflichkeit), bürokratischer Aufwand/Kosten (4,9%, n=42)
- Vereinbarkeit von Beruf und Familie (3,3%, n=28)
- Rente Partner*in/Alter (2,6%, n=22)
- Mangelnde Unterstützung/Wertschätzung (insbes. Ärzt*innen/Leitung) (2,2%, n=19)
- Zusammenarbeit mit Gynäkolog*innen/Ärzt*innen/PDL/Hebammenleitung (1,8%, n=15)

Folgend wird die Absicht den Hebammenberuf zu verlassen genauer beleuchtet. Die Frage, inwieweit sich die Faktoren Kinder, Pflege Angehöriger, Alter, Vollzeittätigkeit sowie einer rein außerklinischen Geburtshilfe unabhängig voneinander auf die Absicht den Beruf zu verlassen auswirken, wird anhand einer binär logistischen Regression überprüft (siehe Tabelle 43).

Die Annahmen sind:

1. Es gibt keinen Unterschied zwischen den Hebammen mit und den Hebammen ohne Kindern in Bezug auf den Wunsch, den Beruf zu verlassen.
2. Es gibt keinen Unterschied zwischen den Hebammen mit und den Hebammen ohne zu pflegende Angehörige in Bezug auf den Wunsch, den Beruf zu verlassen.
3. Es gibt keinen Unterschied zwischen den Hebammen bis zu einem Alter von 53 Jahren und Hebammen über 53 Jahren in Bezug auf den Wunsch, den Beruf zu verlassen.
4. Es gibt keinen Unterschied zwischen den Hebammen mit und den Hebammen ohne eine Vollzeittätigkeit in Bezug auf den Wunsch, den Beruf zu verlassen.
5. Es gibt keinen Unterschied zwischen den Hebammen mit und den Hebammen ohne eine rein außerklinische Tätigkeit in Bezug auf den Wunsch, den Beruf zu verlassen.

Tabelle 42: Einflussfaktoren auf die Absicht den Beruf als Hebamme zu verlassen

Einflussfaktoren		Absicht Beruf zu verlassen	OR	Konfidenzintervall		OR	Konfidenzintervall	
	n	n (%)	crude	untere	obere	Adj.	Untere	obere
Kinder <18 Jahre								
Ja	781	289 (37,0%)	0,86	0,70	1,06	0,75*	0,59	0,94
Nein	833	337 (40,5%)						
Pflege Angehöriger								
Ja	179	75 (41,9%)	1,17	0,852	1,598	1,11	0,79	1,55
Nein	1492	570 (38,2%)						
Alter								
>53	365	131 (35,1%)	0,86	0,68	1,10	0,74*	0,55	0,98
<=53	1325	521 (39,3%)						
Vollzeittätigkeit								
ja	886	329 (37,1%)	1,14	0,931	1,387	0,87	0,70	1,10
nein	757	304 (40,1%)						
Rein außerklinische Tätigkeit								
ja	176	53 (30,1%)	0,66*	0,47	0,92	0,65*	0,45	0,93
nein	1533	606 (39,1%)						

*Signifikanz des Modells Chi²= 15,358 p< 0,05, Modellpassung Nagelkerkes R²= 0,13; *=Signifikant auf dem Niveau von p<0,05; OR= Odds Ratio, a. Anzahl der in der Regressionsanalyse berücksichtigten Fälle n= 1.540, Missings= 384*

Auch wenn sich in der univariaten Analyse zunächst mit der rein außerklinischen Tätigkeit nur ein Faktor als signifikante Größe in Bezug auf die Absicht den Beruf zu verlassen ergeben hat, wurden auf Basis der Literatur wie auch von Erfahrungsberichten aus der Berufsgruppe alle Faktoren in das abschließende Regressionsmodell überführt.

Als mögliche Einflussgrößen auf den Verbleib im Beruf erwiesen sich auf einem Signifikanzniveau von p<0,05 drei Variablen:

1. Leben Hebammen mit Kindern unter 18 Jahren gemeinsam in einem Haushalt, verringert sich die Chance für einen Ausstieg aus dem Beruf um 25,0% (OR 0,75 [95% KI 0,59-0,94]).
2. Ein höheres Alter scheint sich protektiv bezüglich eines Ausstiegs aus dem Beruf auszuwirken. Sind die Hebammen 53 Jahre und älter so verringert sich die Chance für einen Berufsausstieg gegenüber jüngeren Hebammen um 26,0% (OR 0,74 [95% KI 0,55-0,98]).
3. Die rein außerklinische Geburtshilfe erwies sich bereits in der univariaten Analyse als signifikanter Größe für den Ausstieg aus bzw. den Verbleib im Beruf. Bei einer rein außerklinischen Tätigkeit verringert sich die Chance gegenüber einer nicht rein außerklinischen Tätigkeit für einen Berufsausstieg um 35,0% (OR 0,65 [95% KI 0,45-0,93]).

Demnach werden die Annahmen 1, 3 und 5 durch die Regressionsanalyse falsifiziert.

10.5.5 Arbeitszufriedenheit neu qualifizierter Hebammen

Offene Fragen zum Thema Arbeitszufriedenheit im Beruf (Welche Faktoren tragen zu Ihrer Zufriedenheit im Beruf bei?“ und „Welche Faktoren tragen zu Ihrer Unzufriedenheit im Beruf bei?“) für die Untergruppe „Neu qualifizierte Hebammen mit bis zu drei Jahren Berufserfahrung“ (n=258) wurden im Zuge einer Bachelorarbeit (Schäfer, 2019) ausgewertet. Mithilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) wurden die Antworten untersucht. Neu qualifizierte Hebammen stellen eine relevante

Gruppe in Bezug auf die geburtshilfliche Versorgung von Frauen und ihren Familien dar, da sie erst in das Berufsleben eingestiegen sind und möglichst lange darin tätig sein sollen. Das Klassifizierungssystem, nach dem die Antworten der offenen Fragen ausgewertet wurden, orientiert sich an der der modifizierten Version der McCloskey/Mueller Satisfactory Scale (MMSS) (Lee, Dahinten & MacPhee, 2016). Die MMSS beinhaltet drei Dimensionen mit jeweils acht Faktoren.
Arbeitsbezogene und soziale Faktoren scheinen Einfluss bei der Entstehung von Arbeitszufriedenheit zu haben, da 40,4% der Proband*innen *Arbeitskultur und -bedingungen* und 31,1% *kollegiale Beziehungen* nennen. Hierunter fällt beispielsweise die Ausstattung der Kreißsäle, Teamwork und der Wunsch nach flachen Hierarchien. Monetäre Anreize spielen eine untergeordnete Rolle. Antworten, die den Kategorien *Arbeitskultur und -bedingungen* (27,7%) sowie *Planung und Balance zwischen Familie und Arbeit* (23,1%) wurden am häufigsten in Bezug auf Arbeitsunzufriedenheit genannt (Schäfer, 2019).

Im nächsten Kapitel werden mögliche Datenquellen zur Darstellung der geburtshilflichen Versorgung durch Hebammen erläutert.

10.6 Forschungsfrage 5: Datenquellen zur Darstellung der Versorgung

Wie in Unterkapitel 2.3 dargestellt, wurde für das Forschungsprojekt HebAB.NRW ein mehrstufiges Rekrutierungsverfahren genutzt, da kein vollständiges Berufsregister für Hebammen in Deutschland bzw. NRW vorliegt. Es existiert momentan kein Meldeverfahren, bei dem jede berufstätige Hebamme nur einmal erfasst wird. Dies sollte unabhängig von der Art der Tätigkeit (freiberuflich und/oder angestellt) und dem Ort, an dem die Tätigkeit ausgeübt wird, erfolgen. Die Einführung der Vertragspartnerliste der Gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetz-TSVG (2019) stellt eine laufend aktualisierte und öffentlich zugängliche Liste von Hebammen dar, die ambulante Hebammenleistungen für gesetzlich krankenversicherte Personen anbieten und mit Krankenkassen abrechnen. Diese Liste stellt kein vollständiges Berufsregister dar, da mehrere Untergruppen von Hebammen nicht erfasst werden.
Dies sind:

1. klinisch tätige Hebammen,
2. Hebammen, die ihre Leistungen ausschließlich privat abrechnen und
3. Hebammen, die nicht in der direkten Versorgung tätig sind.

Da Hebammen zu einem erheblichen Teil klinische und außerklinische Tätigkeiten kombinieren, reicht die aktuelle Vertragspartnerliste nicht aus, um alle Berufsangehörigen erfassen zu können. Zudem entstehen Doppelungen in den vorhandenen Datenquellen, da klinisch und freiberuflich tätige Hebammen getrennt voneinander gelistet werden, diese jedoch wie beschrieben häufig parallel in beiden Tätigkeitsbereichen arbeiten. Dass Hebammen ihr Tätigkeitsfeld bzw. den Tätigkeitsumfang selbstständig und jederzeit ändern können, erschwert die Aktualität der Daten jeder Liste.
Die Meldepflicht nach ÖGDG NRW verpflichtet Hebammen die Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit, bei der für sie zuständigen unteren Gesundheitsbehörde zu melden. Allein in NRW existierten zum Zeitpunkt der Datenerhebung 53 Gesundheitsämter, bei denen Hebammen gemeldet werden. Die Daten der gemeldeten Hebammen werden für die Überprüfung der Fortbildungspflicht verwendet

(§18 ÖGDG NRW, 2019). Das Vorgehen im Rahmen der Erhebung, das Erhebungsinstrument, die Anzahl der erhobenen Daten und deren Aufbereitung variiert. Die Daten werden bisher nicht auf Landesebene zusammengeführt.

11. Diskussion Teilprojekt B

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Hebammenbefragung diskutiert. Dabei wird zuerst auf die Befragungsform und die Stichprobe eingegangen, um anschließend die Ergebnisse analog der Forschungsfragen zu diskutieren. Drei der Forschungsfragen wurden in beiden Teilprojekten gestellt, diese Ergebnisse aus den Teilprojekten „Mütterbefragung“ und „Hebammenbefragung“ werden zudem abschließend im Kapitel 13 gegenübergestellt und diskutiert.

Befragungsform

In TP B hat sich die Verwendung von Papierfragebögen bewährt, da die Mehrheit der Teilnehmer*innen diese Form der Teilnahme gewählt hat, obwohl auch der Online-Zugang zur Befragung hätte verwendet werden können. Dies kann auch daran liegen, dass 4.214 Hebammen über den Landesverband der Hebammen NRW e.V. angeschrieben wurde und das persönliche Zustellen des Fragebogens hierüber erfolgt ist.

Die angestrebte Vollerhebung konnte trotz mehrerer Nachfassaktionen und verschiedener Feldzugänge aufgrund der freiwilligen und anonymen Befragung nicht realisiert werden. Die Rücklaufquote von 38,7% der DHV-Mitglieder bzw. 42,3% der angestellten Hebammen entspricht gängigen Zahlen in der Sozialforschung. Hier wird bei schriftlichen Befragungen teilweise von Rücklaufquoten von 20,0% ausgegangen (Porst, 2001). Im internationalen Vergleich der publizierten WHELM-Studien kann die hier erreichte Rücklaufquote als hoch bewertet werden.

Die geringe Anzahl an Fragebögen, die aufgrund von Unvollständigkeit ausgeschlossen werden mussten, sowie eine große Anzahl an beantworteten Freitextfragen, weisen auf ein hohes Interesse der teilnehmenden Hebammen an der vorliegenden Studie hin.

Relevante Soziodemographische Merkmale der Berufsgruppe und Tätigkeitsfelder

Das Durchschnittsalter der teilnehmenden Hebammen liegt bei 42,9 Jahren. In circa 25 Jahren gehen viele Hebammen zeitgleich in Rente. Frühzeitige Maßnahmen im Hinblick auf alternsgerechtes Arbeiten oder eine rechtzeitige Anpassung von Ausbildungsplätzen können den wahrscheinlichen Engpass kompensieren.

Der Anteil an Hebammen mit Hochschulzugangsberechtigung liegt zum Befragungszeitpunkt bei 80,3%. Dies bestätigt Aussagen des DHV, dass bereits vor der Akademisierung des Hebammenberufes werdende Hebammen überwiegend eine Hochschulzugangsberechtigung besitzen.

Das durchschnittliche Nettoeinkommen der teilnehmenden Hebammen, die in Vollzeit in der direkten Versorgung tätig sind, beträgt 2.000 €.

Die Berufsgruppe der Hebammen ist weiblich dominiert. Jede zweite Hebamme arbeitet in Teilzeit. Ein hoher Anteil leistet familiäre Care-Arbeit, was mögliche Arbeitszeiten und zeitliche Flexibilität u.U. einschränkt. Der Arbeitsumfang der Hebammen scheint ausgereizt. Höhere Kapazitäten können nur durch eine höhere Anzahl berufstätiger Hebammen geschaffen werden, da klinisch wie außerklinisch keine Verschiebungen von Arbeitskräften möglich scheinen. Zudem arbeitet ein erheblicher Anteil von berufstätigen Hebammen parallel im klinischen und außerklinischen Bereich. Die klinische Tätigkeit wird häufig aufgrund von Tätigkeiten in anderen Bereichen des Hebammenberufes reduziert. Gerade diese

Vielseitigkeit in der Ausübung des Berufes wurde als Motivation für den Beruf genannt. Hebammen schätzen die sektorenübergreifende Berufsausübung im Betreuungsbogen, was einer angestrebten kontinuierlichen Betreuung entspricht und somit im Sinne der Betreuungsqualität wünschenswert ist.

Forschungsfrage: Wie stellt sich die Versorgung von Hebammen in NRW dar?

Im Folgenden wird die Forschungsfrage bezüglich der unterschiedlichen Tätigkeitsformen diskutiert.

Klinische Tätigkeit

Etwas mehr als jede zweite Hebamme in der direkten Versorgung ist klinisch tätig (59,7%). 60,0% davon arbeiten zusätzlich außerklinisch. Hebammen, die ausschließlich klinisch tätig sind, arbeiten mehrheitlich in Teilzeit (64,4%). Die Daten bezogen auf geleistete Überstunden, häufigem Einspringen, geschriebenen und möglichen Gefahrenanzeigen stellen die angespannte Situation in Klinken dar, ebenso der Anteil von Hebammen, die über vorübergehende Kreißsaalschließungen berichten.
Hebammen mit besonderen Funktionen (Leitung, Praxisanleitung) werden in Kliniken selten freigestellt oder zusätzlich vergütet. Es ist keine einheitliche Vorgehensweise bei der Einordnung bzw. Honorierung der Tätigkeiten ersichtlich.
Dienst-Beleghebammen im Schichtdienst stellen eine kleine Gruppe der Stichprobe dar. Erfahrungsgemäß findet dieses Arbeitsmodell bisher nur vereinzelt in Kliniken in NRW Anwendung.
Besondere Merkmale der Kliniken wie der Hebammengeleitete Kreißsaal liegen in einem geringen Anteil vor, können aber attraktiv für (potentielle) Arbeitnehmer*innen sein.

Außerklinische/freiberufliche Tätigkeit

Fast alle außerklinisch tätigen Hebammen bieten bereits Wochenbettbetreuung an. Auch Schwangerenvorsorge wird zu einem hohen Anteil von Hebammen angeboten. Schwangerenbetreuung ist meistens in vierwöchigen Abständen planbar und zeitlich überschaubar. Die ambulante Wochenbettbetreuung ist ein Alleinstellungsmerkmal der Berufsgruppe der Hebammen. Dies scheint auch in der Bevölkerung bekannt, da besonders für diese Hebammenleistung die Nachfrage hoch ist. Der Beginn der Wochenbettbetreuung ist nur eingeschränkt terminierbar, erfordert zeitliche Flexibilität und beinhaltet je nach Entlassungstag Wochenend- und Feiertagsarbeit. Der Arbeits- und Zeitaufwand ist zu Beginn der Betreuung in der Regel intensiver sowie höher. Die beschriebenen Unterschiede in der Arbeitszeitgestaltung erfordern einen so genannten Case-Mix.
Jede vierte außerklinisch tätige Hebamme bietet eine individuelle Geburtsbegleitung an. Die Anzahl von Hebammen, die außerklinische Geburtshilfe anbieten oder als Begleit-Beleghebamme tätig sind, ist klein. Diese Arbeit ist geprägt von Rufbereitschaft und geringer Planbarkeit sowie rechtlichen Aspekten und höheren Kosten (z.B. durch die Berufshaftpflichtversicherung[16]).
Das alleinige Angebot bzw. Vorhalten der entsprechenden Leistung sagt nichts über die Häufigkeit der durchgeführten Leistungen pro Hebamme und betreuter Frau aus. Jeder betreuten Frau steht es zu,

[16] Mit § 134a Abs. 1b SGB V wurde eine Regelung zum Ausgleich der ab dem 1. Juli 2015 gestiegenen Berufshaftpflichtversicherungsbeiträge für in der Geburtshilfe freiberuflich tätige Hebammen geschaffen. Erbringt eine Hebamme in einem Ausgleichszeitraum Leistungen der Geburtshilfe und hat diese abgerechnet, hat sie - bei Erfüllung weiterer Voraussetzungen - Anspruch auf Auszahlung des auf diesen Zeitraum entfallenden Ausgleichsbetrags. Zwei Mal im Jahr kann eine Antragstellung erfolgen. (https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/hebammen/sicherstellungszuschlag/sicherstellungszuschlag.jsp)

die ihr passenden bzw. gewünschten Leistungen abzurufen, wenn sie durch Hebammen angeboten und verfügbar sind. Das Leistungsangebot hängt zudem vom Zeitpunkt des Betreuungsbeginns ab (Schwangerschaft, Wochenbett o.a.).

Die Antworten auf die Frage nach Leistungsveränderungen in Art und Umfang zeigt, dass sich Leistungen, die eingeschränkt bzw. gar nicht mehr angeboten werden, sich mit Leistungen die mehr oder neu angeboten werden, auszugleichen scheinen.

Hebammen im ambulanten Bereich sind ausgelastet bzw. scheinen ihre Kapazitätsgrenzen erreicht zu haben. Eine umfassende und individuell angepasste Wochenbettbetreuung kann kurzfristig kaum gewährleistet werden. Gerade im Bereich der Wochenbettbetreuung bedarf es mehr Kapazitäten. Schwangerenbetreuung wird seltener in Anspruch genommen, ist jedoch auch zeitlich weniger aufwändig und planbarer. Fraglich bleibt, wie viel Reservekapazitäten im Bereich der geburtshilflichen Versorgung durch Hebammen generell vorgehalten werden sollten.

Durch die hohe Auslastung besteht auf Seiten der Hebammen scheinbar ein geringer Bedarf, mehr Frauen (gezielter und umfangreicher) zu ihren Leistungen bzw. ihrer Tätigkeit generell zu informieren. Die Tatsache, dass Hebammen Anfragen zu Leistungen ablehnen müssen, auch wenn sie diese gar nicht anbieten, zeigt, dass die Informationen über das Angebotsportfolio und die Verfügbarkeit von Hebammen verbessert werden kann. Hebammenzentralen stellen eine geeignete Vermittlungsmöglichkeit dar. Die Verwendung mehrerer Quellen zur Information über ihr Leistungsspektrum von Seiten der Hebammen erschwert die Suche nach einer Hebamme für die Frauen. Ebenso erhöht die Vielfalt der Quellen den Aufwand zur Aktualisierung der bereitgestellten Informationen durch die Hebammen.

Praktische Hebammenausbildung

Der Anteil an Hebammen, die an der praktischen Ausbildung beteiligt sind, ist im klinischen Bereich mit 70,4% wesentlich höher, als im außerklinischen mit 22,7%. Im klinischen Bereich ist der Anteil qualifizierter Praxisanleiter*innen trotzdem gering. Die geringe Anzahl an Praxisanleiter*innen verfügt dazu auch noch selten über eine entsprechende Honorierung oder Abbildung ihrer Tätigkeit in Form von beispielweise Freistellungen.

Aktuell sind in der praktischen Ausbildung für den praktischen Teil in der Außerklinik optional 480 Stunden vorgesehen. Bisher erfolgte die praktische Ausbildung in der Außerklinik unentgeltlich. Im Rahmen der Novellierung des Hebammengesetztes erhalten die außerklinisch tätigen Hebammen zukünftig eine Vergütung für diese Tätigkeit und auch für die Weiterbildung zum*zur Praxisanleiter*in. Insgesamt wird die praktische Ausbildung aufgewertet, indem Praxisbegleitung und -anleitung sowie die verbindliche Stundenanzahl an Praxisstunden von 480 Stunden im außerklinischen Bereich durch das Gesetz in größerem Maße geregelt werden, als bisher (HebG, 2019).

Forschungsfrage: Gibt es regionale Unterschiede in der Hebammenversorgung in NRW?

Regional sind Unterschiede sichtbar und folgende Erkenntnisse bezüglich der Regierungsbezirke ersichtlich:

Die regionale Analyse der Hebammenversorgung in NRW zeigt geringfügige Unterschiede beim Durchschnittsalter der Hebammen auf Ebene der Regierungsbezirke. Der Anteil der Hebammen, die Angehörige pflegen und im Regierungsbezirk Detmold oder Münster leben, ist doppelt so hoch, wie in den Regierungsbezirken Düsseldorf und Köln.

Der Anteil an Vollzeit tätigen Hebammen schwankt zwischen 50,2% im Regierungsbezirk Münster und 57,7% in Arnsberg. Im Regierungsbezirk Köln ist der Anteil der Hebammen, die nur außerklinisch tätig sind im Vergleich zu den anderen Regierungsbezirken höher.
Der Anteil an Hebammen, die für Geburtsvorbereitungskurse sechs Monate und länger ausgelastet sind, ist in Münster am höchsten. In den Regierungsbezirken Münster und Düsseldorf ist der Anteil an Hebammen, die häufig Anfragen zur Geburtsvorbereitung ablehnen müssen, ebenfalls am höchsten. Der Anteil an Hebammen die Schwangerenvorsorge anbieten, ist in den Regierungsbezirken Köln, Arnsberg sowie Münster hoch. Im Regierungsbezirk Münster ist die Auslastung der Hebammen für eine kontinuierliche Betreuung am höchsten. In den Regierungsbezirken Köln und Düsseldorf ist der Anteil der Hebammen, die erst nach sechs Monaten und später Frauen für eine individuelle Geburtsbegleitung annehmen können, am höchsten. Eine hohe Auslastung (Anteil der Hebammen, die erst nach sechs Monaten und später Frauen zur angefragten Hebammenleistung annehmen kann) im außerklinischen Bereich variiert bei den Leistungsangeboten über die Regierungsbezirke. Bei Geburtsvorbereitungskursen und kontinuierlicher Betreuung ist im Regierungsbezirk Münster eine hohe Auslastung gegeben. Bei individueller Geburtsbegleitung ist dies in den Regierungsbezirken Köln und Düsseldorf der Fall. Die aufsuchende Wochenbettbetreuung bieten fast alle teilnehmenden Hebammen, die außerklinisch tätig sind, an. Hebammen aus allen Regierungsbezirken geben bei der Wochenbettbetreuung den höchsten Grad an Auslastung an (Anteil der Hebammen, die nach sechs Monaten und später Frauen zur angefragten Hebammenleistung annehmen kann).
Für den Regierungsbezirk Düsseldorf ist die angegebene Auslastung über alle außerklinischen Leistungsangebote und auch im klinischen Bereich anteilig am höchsten. Gefahrenanzeigen wurden am häufigsten von den teilnehmenden Hebammen, die im Regierungsbezirk Düsseldorf leben, geschrieben. Aus dem Regierungsbezirk Köln gibt der größte Anteil von klinisch tätigen Hebammen vorübergehende Kreißsaalschließungen an.
Gefahrenanzeigen wurden laut den Angaben der teilnehmenden Hebammen anteilig am häufigsten im Regierungsbezirk Düsseldorf geschrieben.

Folgende Erkenntnisse bezüglich der Urbanisierungsgrade sind erkennbar:
Das Durchschnittsalter der teilnehmenden Hebammen unterscheidet sich zwischen den Urbanisierungsgraden kaum. Ländliche Gebiete haben im Vergleich zu städtischen Gebieten einen höheren Anteil an Hebammen, die Care-Arbeit leisten. Der Teilzeit-Anteil berufstätiger Hebammen nimmt mit dem Urbanisierungsgrad zu, der Anteil steigt jedoch minimal. In ruralen Gebieten arbeitet der größte Anteil der befragten Hebammen klinisch und außerklinisch, in Großstädten ist der Anteil ausschließlich außerklinisch tätiger Hebammen am höchsten. Schwangerenvorsorge und individuelle Geburtsbegleitung bieten Hebammen, die in Großstädten leben, häufiger an als Hebammen, die städtisch oder ländlich leben.
Bei Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskursen sind Hebammen in ländlichen Gebieten stärker ausgelastet. Bei Geburtsbegleitungen und kontinuierlicher Betreuung Hebammen, die in Großstädten wohnen.
Die Betrachtung der Ergebnisse nach Urbanisierungsgrad zeigt einen klinischen Versorgungsengpass in Großstädten auf. Vorübergehende Kreißsaalschließungen und die Notwendigkeit der Erstellung von Gefahrenanzeigen im klinischen Bereich werden anteilig am häufigsten für high density Gebiete angegeben bzw. steigen mit dem Urbanisierungsgrad.

Forschungsfrage: Gibt es Faktoren, die das Angebot von Hebammenleistungen beeinflussen?

Verschiedene Faktoren können das Angebot von Hebammenleistungen im klinischen wie auch außerklinischen Bereich beeinflussen. Diese sind bisher nicht in Gänze identifiziert und systematisch erforscht worden. In der vorliegenden Studie werden Faktoren untersucht, die Einfluss haben können und die bereits in der Literatur benannt wurden. Darüber hinaus werden mögliche weitere explorativ erfragte Faktoren diskutiert.

Hebammen, die in der direkten Versorgung tätig sind, schätzen ihren subjektiven Gesundheitszustand mehrheitlich als gut ein. 70,4% (n=1.169) der befragten Hebammen bewerten ihren allgemeinen Gesundheitszustand in der letzten Woche vor der Befragung als *gut bis ausgezeichnet*. Eine nähere Betrachtung der berufstätigen Hebammen, die ihren Gesundheitszustand aber als *weniger gut bis schlecht* einschätzen (30,0%) ist angezeigt.

Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied ($p<0,05$) bei der Betrachtung der subjektiven Gesundheitseinschätzung im Zusammenhäng mit dem Tätigkeitsbereich: 62,9% (n=259) der ausschließlich klinisch tätigen Hebammen bezeichnen ihren Gesundheitszustand in der vergangenen Woche als *gut bis ausgezeichnet* gegenüber 69,8% (n=464) der ausschließlich außerklinisch tätigen Hebammen.

Das Ergebnis, dass mehr als die Hälfte (56,6%) der teilnehmenden Hebammen in der direkten Versorgung *unzufrieden bis weniger zufrieden* mit ihrer Work-Life-Balance sind, ist auf den ersten Blick nicht verwunderlich. Mit der Anzahl ihrer freien Tage sind 48,1% der Hebammen *nicht bis weniger zufrieden*. Zudem geben 42,1% (n=702) an, dass es ihnen in der Regel nicht möglich ist, ihre freien Tage (Wochenenden, Gleittage, Freizeitausgleich oder ähnliches) nehmen zu können. Ausschließlich außerklinisch tätige Hebammen (53,9%, n=351) sind seltener mit der Anzahl ihrer freien Tage *zufrieden bis sehr zufrieden*, ausschließlich klinisch tätige Hebammen zu 59,9% (n=232).

Ausschließlich außerklinisch tätige Hebammen sind aber dennoch mit einem größeren Anteil von 49,2% (n=316) mit ihrer Work-Life-Balance *zufrieden bis sehr zufrieden*, als die Gruppe der ausschließlich klinisch tätigen Hebammen mit 43,1% (n=168).

Hier zeigt sich, dass die Work-Life-Balance durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst wird und die Planbarkeit der Freizeit nicht nur ausschlaggebend ist. Hier scheinen Faktoren wie eine hohe Arbeitsbelastung, wenig Eigenverantwortlichkeit oder auch ein nicht zufriedenstellendes Arbeitsumfeld Einfluss zu nehmen.

Ausschließlich klinisch tätige Hebammen haben in den letzten sechs Monaten häufiger mit dem Gedanken gespielt, ihre aktuelle Tätigkeit zu beenden (60,0%, n=237), als Hebammen, die ausschließlich außerklinisch tätig sind (41,6%, n=271). Der Hauptgrund die Tätigkeit zu beenden, ist die zu hohe berufliche Belastung.

Zudem geben ausschließlich klinisch tätige Hebammen häufiger an, dass sie in den letzten sechs Monaten mit dem Gedanken gespielt haben, ihren Beruf als Hebamme aufzugeben (56,1%, n=396). Bei den ausschließlich außerklinisch tätigen Hebammen geben dies 35,5% (n=231) an.

Diese Ergebnisse sind als besorgniserregend einzustufen, deuten sie doch auf eine Unzufriedenheit - insbesondere bei ausschließlich klinisch tätigen Hebammen hin. Hier sollten Lösungen gesucht werden, um den klinischen Arbeitsplatz besser zu gestalten und Hebammen lange und gesund im Beruf zu halten. Flexible Arbeitszeitmodelle und verlässliche Dienstpläne, aber auch die Entlastung von nicht hebammenrelevanten Tätigkeiten, flache Hierarchien und die Möglichkeit eigenverantwortlich als Hebamme arbeiten zu können, können den klinischen Arbeitsplatz attraktiver gestalten. Lösungen im außerklinischen Bereich sind individueller zu sehen, aber z.B. das Bilden von Teams oder Praxisgemeinschaften im Gegensatz zur Arbeit als Einzelperson kann Erleichterungen in der Arbeitszeitgestaltung

und der Vertretung bringen und auch Hebammen mit Care-Arbeit die Möglichkeit bieten, außerklinisch tätig zu sein. Aber auch die Themen der unzureichenden Vergütung sowie die noch nicht endgültig gelöste Haftpflichtversicherungsproblematik haben einen Einfluss.
Sollten Hebammen vorübergehend oder endgültig aus dem Beruf aussteigen, stehen weniger Berufsangehörige zur Verfügung, um Hebammenleistungen anzubieten. Auch diese Ergebnisse könnten wichtig für die adäquate Planung von Studienplätzen sein.
Die Arbeitszufriedenheit neu qualifizierter Hebammen wird hauptsächlich durch arbeitsbezogene Faktoren wie Arbeitskultur und -bedingungen (Ausstattung der Kreißsäle, Wunsch nach flachen Hierarchien) und soziale Faktoren wie kollegiale Beziehungen (Teamwork) gestärkt. Da die Daten zur Arbeitszufriedenheit in Form von offenen Fragen erhoben und im Rahmen einer Bachelorarbeit qualitativ analysiert wurden, konnten diese nicht statistische Berechnungen einfließen.
Hebammen, die mit Kindern unter 18 Jahren in einem Haushalt zusammenleben, haben eine 75,0% geringere Chance, in Vollzeit tätig zu sein. Da die Hälfte der teilnehmenden Hebammen angibt, mit Kindern zusammen zu leben, ist es für einen großen Teil der Stichprobe durch diese Care-Arbeit unmöglich oder nicht erwünscht, den Arbeitsumfang zu erhöhen. Für Hebammen die Angehörige pflegen, trifft dies nur in einem geringeren Ausmaß zu (30,0% geringere Chance). Erfreulicherweise steigt die Chance auf eine Vollzeittätigkeit für die Gruppe der teilnehmenden Hebammen mit einem Alter von über 53 Jahren. Dies kann darin begründet sein, dass Frauen in diesem Alter aus der durch intensive Care-Arbeit geprägten Familienphase austreten und so zeitliche Kapazitäten frei werden oder dass Einkommensverluste durch eine langfristige Teilzeittätigkeit vor dem Renteneintritt durch „Aufstocken der Arbeitszeit“ kompensiert werden.
Die Gruppe der Hebammen, die Kinder versorgt und die Gruppe der Hebammen über 53 Jahren haben im Vergleich zu den anderen Gruppen eine 25,0% bzw. 26,0% geringere Chance aus dem Beruf aussteigen zu wollen. Grund könnte sein, dass diese beiden Gruppen auf ein verlässliches Einkommen angewiesen sind. Bei der Gruppe der über 53 Jahre alten Hebammen könnte es - wie bereits erwähnt - auch mit der Rentenvorsorge zusammenhängen.
Ausschließlich außerklinisch tätige Hebammen haben eine um 35,0% verminderte Chance, aus dem Beruf aussteigen zu wollen. Betrachtet man dieses Ergebnis zusammen mit der von ausschließlich außerklinisch tätigen Hebammen signifikant besseren subjektiven Gesundheitseinschätzung, scheint diese Art der Berufsausübung positiv für den Verbleib im Beruf zu sein. Hier könnte vermutet werden, dass ausschließlich außerklinisch tätige Hebammen sich ganz bewusst und wohlüberlegt für diese Form der Hebammentätigkeit entschieden haben und sich damit wohlfühlen. Studien zur Arbeitszufriedenheit zeigen, dass diese erhöht ist, wenn Hebammen eigenverantwortlich arbeiten und ihre Vision von einer guten Geburtshilfe verwirklichen können. Zu beachten ist, dass in der vorliegenden Studie die Arbeitszufriedenheit nicht explizit erfragt und betrachtet wurde. Unabhängig davon in welcher Organisationsform die ausschließlich freiberufliche Hebamme arbeitet (Einzelperson, mit einer oder mehreren Kolleginnen zusammen, in einer Hebammenpraxis oder in einem Geburtshaus), ist sie in der Regel keinen hierarchischen Strukturen unterworfen. Auch dies ist ein Faktor, der dazu beiträgt, dass Hebammen ihre Arbeit/Tätigkeit besser und erfüllender bewerten.

Auch regionale und strukturelle Gegebenheiten können das Angebot von Hebammenleistungen beeinflussen. Zum Beispiel benötigen freiberufliche Hebammen bezahlbare Räumlichkeiten, Begleit-Beleghebammen müssen eine oder mehrere geeignete Kliniken finden, um einen Vertrag abzuschließen und

vor der „Niederlassung“ als freiberufliche Hebamme, sollte die Hebamme evaluieren, ob Konkurrenzsituationen zu anderen Kolleg*innen entstehen könnten.

Die Möglichkeit der Kombination von angestellter und freiberuflicher Tätigkeit scheint aufgrund der hohen Anzahl von Hebammen, die dies tun, attraktiv zu sein. Die Gründe dafür können vielfältig sein. Ein geregeltes Einkommen kann durch freiberufliche Tätigkeiten je nach Bedarf aufgestockt werden. Geburtshilfe in der Klinik ist durch Schichtdienst planbarer als in der Außerklinik. Hebammen möchten Geburten betreuen, jedoch nicht im teilweise schwer planbaren außerklinischen Setting mit Rufbereitschaft.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Einflussfaktoren auf das Angebot von Hebammenleistungen komplex sind. Hierbei fehlen Untersuchungen, die die Einflussfaktoren auf die unterschiedlichen Tätigkeitsbereiche dezidierter betrachten. Dies erscheint aber wichtig, da sich die Gegebenheiten im klinischen und außerklinischen Bereich unterscheiden. Da keine validen Befragungsinstrumente existieren, wurden in dieser vorliegenden Befragung offene Fragen gestellt, die die teilnehmenden Hebammen aus ihrer subjektiven Sicht beantwortet haben.

Forschungsfrage: Welche Faktoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität lassen sich in der individuellen Hebammenbetreuung identifizieren?

Die durch die Hebammenbefragung identifizierten Qualitätsfaktoren beziehen sich auf die Ebene der Strukturqualität.

Der von den befragten Hebammen geäußerte Fortbildungsbedarf besteht hauptsächlich im Bereich Notfallmanagement.

Etwas mehr als jede dritte außerklinisch tätige Hebamme (34,3%) gibt an, nicht über eine geregelte Urlaubsvertretung zu verfügen, was die Strukturqualität mindert. Es zeigt sich, dass Netzwerkstrukturen in Form von intra- und interdisziplinären Kooperationen generell gering ausgebildet sind. Die Vernetzung zu anderen versorgungsrelevanten Berufsgruppen ist zur eigenen Entlastung und besserem Schnittstellenmanagement für Frauen und deren Familien zu intensivieren. Dadurch können die Kompetenzen relevanter Berufsgruppen stärker genutzt und Ressourcen schonender eingesetzt werden. Eine intradisziplinäre Vernetzung zu Kolleg*innen könnte eine Entlastung durch geregelte Arbeits- und Wochenendzeiten (Planbarkeit) für Hebammen bedeuten und darüber hinaus Frauen entlasten, da ihre Versorgung geregelt ist und kein Betreuungsausfall durch Urlaub, Krankheit oder Wochenenden zu befürchten ist.

Die institutionelle Anbindung von Familienhebammen im sozialen Bereich scheint anhand der Studienergebnisse zu gelingen, da in der Mehrheit regelmäßige und gut bewertete Kontakte angegeben werden. Die Zusammenarbeit mit den relevanten Akteur*innen in der geburtshilflichen Versorgung wie geburtshilflichen Abteilungen und niedergelassenen Frauenärzt*innen wird von den Familienhebammen als unzureichend bewertet. Hier besteht ein Bedarf an der Bildung von Strukturen, die im Sinne einer verbesserten Versorgung eine Vernetzung und einen interprofessionellen Austausch über die Schnittstellen zwischen klinischer und ambulanter Versorgung hinweg fördern.

Supervisionen, Qualitätszirkel und Fallbesprechungen im Sinne der Reflexion als Strukturqualität wird selten von freiberuflich tätigen Hebammen in Anspruch genommen. Bei Familienhebammen scheinen diese Angebote etabliert. Dies liegt wahrscheinlich daran, dass die Arbeitgeber die Kosten der Maßnahmen übernehmen und sie in der Arbeitszeit wahrgenommen werden kann.

Forschungsfrage: Welche Daten bzw. Datenquellen sind erforderlich, um die Versorgung durch Hebammen in NRW darstellen zu können?

Um bereits bestehende Strukturen zu nutzen, ist zunächst zu überprüfen, ob die Datenerfassung von Hebammen durch die unteren Gesundheitsbehörden optimiert werden kann. Die Meldepflicht von Hebammen kann durch Rechtsvorlagen gesetzlich konkretisiert und vereinheitlicht werden. Hier besteht die Möglichkeit, durch Präzisierung der Datenerhebung und Zusammenführung eine vollständige Übersicht über tätige Hebammen in NRW generieren zu können.

Zum Beispiel wurde eine Änderung in der Hebammen-Berufsordnung Hamburg vorgenommen und nun sind freiberuflich tätige Hebammen und Entbindungspfleger verpflichtet, den in den Bezirken für das Gesundheitswesen zuständigen Stellen sowie der für das Gesundheitswesen zuständigen Behörde auf deren Aufforderung anonymisierte Auskünfte zu erteilen, die eine systematische Erfassung und Beobachtung der Versorgungslage in Hamburg gewährleisten.

Das größte Problem in den bereits bestehenden Verfahren stellt die Mehrfachzählung von Hebammen dar. Eine persönliche Identifikationsnummer (ID) für jede (neu) zugelassene Hebamme in Deutschland, die auch bei Institutions-, Namens- oder auch Wohnortwechsel erhalten bleibt, kann dieses Problem lösen. Dazu bedarf es einer zentralen Stelle für die Registrierung von Hebammen. Das Bundesland NRW könnte in einem Modellvorhaben eine Form der Registrierung erproben und evaluieren. Ebenso ist eine Pilotstudie zur Ausgabe des Heilberufsausweises an Hebammen in NRW denkbar.

12. Limitationen

Es existiert momentan deutschlandweit sowie in den einzelnen Bundesländern kein Meldeverfahren, bei dem jede berufstätige Hebamme nur einmal erfasst wird, sodass der Zugang zur anvisierten Stichprobe erschwert war. Ethische Aspekte, wie die Freiwilligkeit der Studienteilnahme und der Datenschutz stehen konträr zum Bedarf, eine genaue Anzahl von Hebammen beziffern zu können bzw. eine Vollerhebung durchzuführen. Der Zugang zu den Hebammen über die Berufsverbände war hilfreich, dennoch haben nicht alle angeschriebenen Hebammen an der Studie teilgenommen.

Der Rücklauf der DHV-Mitglieder von 38,7% (n=1.631) sowie 42,3% bei den klinisch tätigen Hebammen (n=1.023) entspricht den bekannten Rücklaufquoten aus quantitativen Erhebungen bzw. liegt darüber. Es kann von einer größtmöglichen Gelegenheitsstichprobe ausgegangen werden. Diese ist im statistischen Sinn nicht repräsentativ, da als Voraussetzung für unabhängige Zufallsstichproben Zufallsziehungen aus einer bekannten Population durchgeführt werden müssen. Dies konnte aufgrund der unbekannten Population nicht erfolgen.

Aus Datenschutzgründen durften in der vorliegenden Befragung nur die ersten drei Stellen der Postleitzahl erhoben werden, was die regionale Zuordnung der Antworten limitiert.

Die Angaben erfolgten subjektiv, aus Sicht der befragten Hebammen. Teilweise konnten ausschließlich retrospektiv Schätzungen durch die teilnehmenden Hebammen (z.B. zur Dauer von erbrachten Leistungen) erhoben werden.

Die Heterogenität in der Berufsausübung von Hebammen ließ sich nur in einem umfangreichen Fragebogen abbilden. Trotz Bemühungen war die Bearbeitungszeit gerade für den Abschnitt C *Freiberufliche Tätigkeiten in der direkten Versorgung von Frauen* hoch, da durchschnittliche Werte in Abrechnungsprogrammen oder Dokumentationen recherchiert und berechnet werden mussten.

Die Fragen des Befragungsinstruments wurden - bis auf wenige Ausnahmen - explorativ entwickelt, da nur wenige validierte Fragen/Instrumente existieren. Einige Teilnehmer*innen gaben an, dass sie ihre

Angaben aufgrund von beruflichen Veränderungen (Elternzeit, o.ä.) bevorzugt auf den Erhebungszeitraum 2018 angegeben hätten. Dies spiegelt die Dynamik in den Tätigkeitsprofilen und häufig möglichen Änderungen im Leistungsspektrum wider.
Die Missingzahlen weisen auf nötige Anpassungen von Fragen hin bzw. entsprechen den Werten anderer Studien (z.B. Einkommen).
Der Workload von freiberuflich tätigen Hebammen konnte im konzipierten Studiendesign nicht objektiv erhoben werden. Eine dazu konzipierte Masterarbeit, die eine detaillierte Dokumentation über alle arbeitsbezogenen Tätigkeiten in Form eines Tagebuches als Studiendesign entwickelt hatte, wurde bisher leider nicht fertiggestellt. Neben der genauen (zeitlichen) Dokumentation der Tätigkeiten ist für ein Workload von in Vollzeit tätigen freiberuflichen Hebammen auch eine Differenzierung der betreuten Frauen zu berücksichtigen. Dazu zählen Aspekte wie Parität, physiologische oder pathologische Schwangerschaften, Zeitpunkt des Betreuungsbeginns, etc.

IV Schlussbetrachtung

13.Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der drei gemeinsamen Forschungsfragen der beiden Teilprojekte „Mütterbefragung“ und „Hebammenbefragung“ gegenübergestellt und diskutiert.

13.1 Forschungsfrage: Wie stellt sich die Versorgung von Hebammen in NRW dar?“

Die Ergebnisse der Mütterbefragung erwecken hinsichtlich der Versorgung durch Hebammen einen insgesamt positiven Eindruck. Ein Großteil der Frauen schätzt die Erreichbarkeit der Geburtsklinik positiv ein und deutlich über 90,0% der Frauen werden im Wochenbett durch eine Hebamme betreut. Dennoch gibt es Ergebnisse, die auf eine mangelnde Versorgung durch Hebammen in NRW schließen lassen. So geben 78,3% der Frauen an, während der Geburt das Gefühl gehabt zu haben, dass die Hebamme genügend Zeit hatte. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass gut ein Fünftel der Frauen dieses Gefühl nicht hatten. Knapp ein Fünftel der Frauen rief sechs und mehr Hebammen an, um eine ambulante Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft oder im Wochenbett zu erhalten. Und viele Frauen hatten sich eine Begleit-Beleghebamme gewünscht, aber keine erhalten. Der ungedeckte Bedarf lag hier bei mindestens 24,7% (n=363). Darüber hinaus zeigen Antworten auf offene Fragen, dass von den Frauen die Be- und Auslastung der Hebammen sehr deutlich wahrgenommen wird.
In der Hebammenbefragung finden sich sowohl im klinischen als auch im außerklinischen Setting ebenfalls Hinweise für eine Be- und Auslastung. So geben über 40,0% der im klinischen Setting tätigen Hebammen an, mindestens einmal pro Woche gebeten worden zu sein, Überstunden zu machen oder einzuspringen. Ebenfalls 43,1% (n=414) geben an, im vergangenen Monat eine Gefahrenanzeige geschrieben zu haben und 58,2% (n=559) befanden sich im vergangenen Monat mindestens einmal in einer Situation, in der eine Gefahrenanzeige hätte geschrieben werden können. Im außerklinischen Setting wird explizit die Auslastung in den Angaben der Hebammen ersichtlich. So erwähnen beispielsweise über zwei Drittel der Hebammen, im Rahmen der Wochenbettbetreuung für sechs Monate und mehr ausgelastet zu sein. Konkret bedeutet dies, dass eine Frau, die sich in der 14. Schwangerschaftswoche um eine Wochenbettbetreuung bei einer dieser Hebammen bemüht, sie eine Absage erhält. Gleichzeitig geben erfreulicherweise 10,1% (n=122) an, sofort für eine Wochenbettbetreuung zur Verfügung stehen zu können. Die kurzfristigen Verfügbarkeiten könnten zum einen dadurch bedingt sein, dass die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit nach Urlaub, Mutterschutz oder Elternzeit noch nicht so lange zurückliegt. Zum anderen können sie auch Ausdruck dessen sein, dass Zeiträume/Termine für Frauen lange geblockt wurden, die z.B. durch das Eintreten einer Frühgeburt oder Absagen der Frau kurzfristig frei werden. Generell ist aber auch denkbar, dass sie durch ein regional unterschiedliches Geburtenaufkommen bedingt sind.

Ein knappes Drittel der Frauen hat das Angebot der Schwangerenvorsorge als Hebammenleistung wahrgenommen. Gleichzeitig zeigt die Befragung der Hebammen, dass gut 60,0% der Hebammen Schwangerenvorsorge anbieten. Über ein Drittel der Frauen fühlten sich mäßig bis gar nicht über Hebammenleistungen in der Schwangerschaft informiert. Für die Bekanntmachung ihrer Leistung verwen-

den Hebammen mehrheitlich Hebammenlisten. Informationsquellen wie Website, Kliniken, gynäkologische Praxen oder auch Hebammenzentralen werden deutlich seltener für die Bereitstellung von Informationen von Hebammen genutzt. Hebammenlisten bergen generell die Gefahr schnell veraltet zu sein, sodass Frauen zumindest durch Verwendung dieses Mediums wichtige Informationen zum aktuellen Angebot an Hebammenleistungen möglicherweise vorenthalten bleiben. Unklar bleibt, warum Hebammen diese Wege der Informationsweitergabe für sich wählen. Denkbar wären strukturelle, aber auch persönliche Hürden bei der Verwendung von Informationsquellen wie Website, Kliniken, gynäkologische Praxen oder auch Hebammenzentralen. Gleichzeitig kann aber auch vermutet werden, dass in der eher zögerlichen Strategie von Hebammen auf sich aufmerksam zu machen, die Absicht steckt, den eigenen Workload zu regulieren. Diese Daten zeigen, dass Hebammen als Leistungsanbieterinnen auf der Primärversorgungsebene von den Frauen nicht wahrgenommen werden (können). In der Folge wird eine wichtige Ressource, die in der geburtshilflichen Versorgung zur Verfügung steht, nicht genutzt.

Neben der beschriebenen Problematik weist die Anzahl der Hebammen, die durch Frauen angerufen werden müssen, um eine ambulante Versorgung in der Schwangerschaft oder im Wochenbett zu erhalten, auf einen nicht barrierefreien Zugang zur Versorgungsleistung durch Hebammen im ambulanten Sektor hin. Angenommen werden darf, dass sich diese Problematik bei nicht Nicht-Muttersprachler*innen noch verschärft.

In Bezug auf eine telefonische Kontaktaufnahme berichten Frauen auch, bei der Suche nach einer Hebamme erfolglos auf einen Rückruf der Hebamme zu warten. Dies kann zum einen Ausdruck der Arbeitswiese der jeweiligen Hebamme sein. Zum anderen wäre es aber auch denkbar, dass Hebammen einen Rückruf meiden, da er mit einer Absage verbunden ist. Einzelne Aussagen von Hebammen zeigen, dass sie es mit dem Wissen um einen Hebammenmangel als emotionale Belastung erleben, Frauen eine Betreuung aus Zeitgründen verwehren zu müssen.

175 (9,1%) der Hebammen bieten eine Begleitung der Geburt als Begleit-Beleghebammen an. Demgegenüber stehen 184 (11,1%) Frauen, die durch eine Begleit-Beleghebamme betreut wurden. Als Grund für die Nicht-Inanspruchnahme gaben 694 (47,2%) an, dieses Angebot nicht gewünscht zu haben. Im Umkehrschluss haben 777 (52,8%) Frauen sich die Betreuung durch eine Begleit-Beleghebamme gewünscht. Nahezu die Hälfte (n=363) dieser Frauen gaben an keine Begleit-Beleghebamme gefunden haben. Auch wenn den Datensätzen keine Vollerhebung zugrunde liegt, stellt sich die Frage, ob die Begleit-Beleghebammen, die in NRW zur Verfügung stehen, dem Wunsch aller Frauen, die sich in NRW eine Begleit-Beleghebamme, gerecht werden. Bei einer angenommenen Anzahl von 5000 Hebammen in NRW entspräche ein Anteil von 9,1% 450 Hebammen. Hochgerechnet auf Basis der vorliegenden Studienergebnisse hätten diese Hebammen 19.220 (11,1%) der im Jahr 2018 stattgefundenen 173.150 Geburten als Begleit-Beleghebamme betreut. Von den verbleibenden 153.930 Frauen hätten sich möglicherweise mindestens 38.022 (24,7%) Frauen eine Geburt mit einer Begleit-Beleghebamme gewünscht, aber nicht erhalten. Eine Begleit-Beleghebamme kann aufgrund der Unvorhersehbarkeiten der Geburten ihren monatlichen Workload kaum planen. Ziel dieser Hebammen ist eine kontinuierliche Eins-zu-Eins-Betreuung der jeweiligen Frauen, weshalb sie nur eine sehr geringe Anzahl an Frauen pro Monat annehmen können. Erfahrungen zeigen, dass eine Anzahl von vier bis sechs Frauen pro Monat von vielen in Vollzeit tätigen Begleit-Beleghebammen als angemessen gesehen werden, um pro Frau eine Eins-zu-Eins-Betreuung größtmöglich zu gewährleisten. Die Summe der von Begleit-Beleghebammen und der von Frauen gewünschten, aber nicht erhaltenen Betreuungen durch Begleit-Beleghebamme in Bezug gesetzt zur - auf Basis der Studienergebnisse - geschätzten Anzahl von Begleit-

Beleghebammen in NRW, würde die doppelte Anzahl der betreuten Frauen pro in Vollzeit-tätige Begleit-Beleghebamme pro Arbeitsmonat ergeben.

Insgesamt konnten 13,1% (n=230) der Frauen nicht an ihrem Wunschort gebären. In der überwiegenden Zahl lagen hierfür medizinische Gründe vor. Dennoch geben 8,7% (n=20) dieser Frauen an, bei Geburtsbeginn von der Wunschklinik abgewiesen worden zu sein. Bezogen auf die Geburten im klinischen Setting (n=1.689) in der Gesamtstichprobe entspricht dies einem Anteil von 1,2%. Im Jahr 2018 fanden in NRW 168.501 Geburten im klinischen Setting statt (BQS-Institut, 2019). Bei einem angenommenen Anteil von 1,2% der Frauen, die nach Geburtsbeginn von ihrer Wunschklinik abgewiesen werden, waren im Jahr 2018 möglicherweise 2.022 Frauen in NRW hiervon betroffen. Der Grund, warum die Frauen der Stichprobe von der Klinik abgewiesen wurden, bleibt unklar. Denkbar sind medizinische Risiken, die erst nach Geburtsbeginn bei geplanter Aufnahme in die Klinik evident wurden. Denkbar ist aber auch ein plötzlich auftretendes hohes Geburtenaufkommen, dass durch die passagere Schließung einer oder mehrerer Kliniken im Umfeld, verursacht oder potenziert wurde. Im Zuge dessen gibt jede vierte Hebamme (25,6%, n=248) in der Hebammenbefragung an, in einem Kreißsaal zu arbeiten, der in den letzten Monaten vorübergehend geschlossen wurde. Einschränkend muss hier gesagt werden, dass auch mehrere Hebammen aus ein und derselben Einrichtung geantwortet haben. Aber auch die im Anschluss der Mütterbefragung durchgeführte Basisdatenerhebung der teilnehmenden Kliniken hat gezeigt, dass von 23 Kliniken (insgesamt 27 Kliniken, vier Missings), vier Kliniken angegeben haben, den Kreißsaal in der Vergangenheit vorübergehend geschlossen zu haben. Als Gründe werden sowohl ein Mangel an personellen wie auch räumlichen Ressourcen angegeben. Unabhängig von den Gründen, warum eine Frau nach Geburtsbeginn von ihrer Wunschklinik abgewiesen wird, darf man davon ausgehen, dass das Aufsuchen eines neuen und zugleich möglicherweise unbekannten Ortes ein nicht unerheblicher Stressfaktor für die Frau und ihre Begleitung darstellt.

Erfreulicherweise bieten 98,5% der außerklinisch tätigen Hebammen eine aufsuchende Wochenbettbetreuung an. 92,8% (n=1.649) der Frauen geben an, im Wochenbett im häuslichen Umfeld durch eine Hebamme betreut worden zu sein. Das System der häuslichen Wochenbettbetreuung scheint demnach in NRW gut etabliert zu sein. Generell wurde in den Auswertungen das Lebensalter des Kindes nicht in Bezug zur Anzahl der Wochenbettbesuche gesetzt und so bleibt unklar, inwiefern der Anteil an Frauen, die eine Wochenbettbetreuung erhalten haben, Aussagen über eine bedarfsgerechte Betreuung zulässt. Der hohe Anteil Frauen, die angeben, von der Hebamme zwei Tage nach der Entlassung aus der geburtshilflichen Einrichtung oder später besucht worden zu sein (42,2%, n=651), stimmt in diesem Zusammenhang nachdenklich. Das Ergebnis ist aus den Daten heraus nicht zu erklären. Auch hier kann es die Arbeitsweise der einzelnen Hebamme widerspiegeln oder aber Ausdruck für eine hohe Auslastung sein.
Die Angaben von den Frauen und den Müttern zur durchschnittlichen Häufigkeit der Wochenbettbetreuungen wie auch zur Dauer unterscheiden sich nur leicht. Frauen geben hier durchschnittlich 12, Hebammen hingegen 13,3 Besuche an. Die durchschnittliche Dauer eines Besuches geben die Frauen mit 38,8 Minuten an, die Hebammen hingegen mit 52,5 Minuten. Es wird angenommen, dass Hebammen bei diesen Angaben die Wegezeit mit einkalkulieren, da sie die Dauer für eine nicht aufsuchende Wochenbettbetreuung mit durchschnittlich 36,7 Minuten angeben.
60,1% (n=1.062) der Frauen geben an individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) einer Hebamme rund um die Geburt in Anspruch genommen zu haben. An erster Stelle stehen hier die zusätzlichen Kosten

für die Teilnahme der/des Partner*in an einem Geburtsvorbereitungskurs (35,4%), gefolgt von Alternativmethoden wie Akupunktur (30,8%). 13,0% der Frauen haben angegeben eine Rufdienstpauschale z.B. für eine Hausgeburt oder Begleit-Beleggeburt geleistet zu haben. In der Hebammenbefragung haben 901 (72,5%) Hebammen angegeben, IGeLeistungen anzubieten. An erster Stelle stehen hier die Alternativmethoden (72,9% der Hebammen) gefolgt von den zusätzlichen Kosten für die Teilnahme der/des Partner*in an einem Geburtsvorbereitungskurs (42,7% der Hebammen). Vor allem in Zusammenhang mit den Alternativmethoden bleibt unklar, inwiefern hier das marktwirtschaftliche Prinzip von Angebot und Nachfrage greift oder ob tatsächlich ein objektiver Bedarf besteht, dem die Hebammen mit ihrem Leistungsangebot nachkommen.

13.2 Forschungsfrage: „Gibt es regionale Unterschiede in der Hebammenversorgung in NRW?“

Die Ergebnisse der Hebammen- und Mütterbefragung geben Hinweise auf regionale Unterschiede oder Korrespondenzen in den Leistungsangeboten, der Auslastung und der Nachfrage bzw. Schwierigkeiten beim Erhalt gewünschter Hebammenleistungen.
Übereinstimmend ist zu sagen, dass sich in allen Regierungsbezirken erfreulicherweise eine gleich gute Erreichbarkeit des tatsächlichen Geburtsortes (durchschnittlich weniger als 30 Minuten) verzeichnen lässt, die zudem von dem überwiegenden Anteil der Frauen als „in Ordnung“ oder besser bewertet wurde. Und auch die Wochenbettbetreuung scheint in allen Regierungsbezirken und auch unterschieden nach Urbanisierungsgrad mit über 90,0% Inanspruchnahme gleich gut etabliert zu sein.

Versorgung Schwangerschaft

Die Rate an Frauen, die eine individuelle Begleitung in der Schwangerschaft (Schwangerenvorsorge, Hilfe bei Beschwerden, Beratung) in Anspruch genommen haben, lag in allen Regierungsbezirken zwischen 60,0% und 80,0% (Max. Arnsberg (76,4%, n=243) Min. Münster (62,5%, n=187)). Bezüglich der Anzahl der Kontakte und Zeitpunkt des Erstkontaktes in der Schwangerschaft unterschieden sich die Regierungsbezirke nur unwesentlich voneinander. In Bezug auf die Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen, weist der Regierungsbezirk Köln den höchsten Anteil Frauen auf, die Schwangerenvorsorgeuntersuchungen bei einer Hebamme wahrgenommen haben (37,2%, n=245) gefolgt Regierungsbezirk Arnsberg (36,8%, n=117). Alle anderen Regierungsbezirke lagen hier deutlich unter 30,0%. Hier wird möglicherwiese eine Konkurrenzsituation zu niedergelassenen Gynäkolog*innen deutlich, die in unterschiedlichen Zusammenhängen von den verschiedenen Berufsgruppen anekdotisch und als regional unterschiedlich dargestellt wird. Gleichzeitig zeigt sich aber auch im Regierungsbezirk Köln die höchste Rate an Hebammen (64,6%), die Schwangerenvorsorge anbieten, sodass generell auch diskutiert werden kann, ob der „Spitzenreiterplatz“ des Regierungsbezirks Köln ein Ausdruck von Angebot und Nachfrage (vize versa) sein kann.

Versorgung Geburt

In allen Regierungsbezirken wich der gewünschte Geburtsort in gleichem Umfang vom tatsächlichen Geburtsort ab. In der Hälfte der Fälle wurden medizinische Gründe als Ursache benannt.
Aber auch die Schwierigkeiten eine Hebamme für die Geburtsbetreuung zu finden oder die Schließung der geburtshilflichen Abteilung/des Geburtshauses wurden als Ursachen benannt.

Angaben auf Hebammenseite zum Anteil abgelehnter Betreuungen oder auch Auslastungen in den nächsten sechs Monate lassen die Angaben der Frauen plausibel erscheinen, wenngleich sich aus Hebammensicht deutliche Unterschiede zwischen den Regierungsbezirken abbilden. So mussten im Regierungsbezirk Düsseldorf 31,9% (n=43) der Hebammen eine Anfrage zur Geburtsbetreuung im Monat vor der Befragung mehrmals pro Woche bis täglich ablehnen. Im Regierungsbezirk Detmold betrug dieser Anteil nur 11,2% (n=10). Die Angaben zu den Auslastungen in den nächsten sechs Monaten machen den Unterschied zwischen den Regierungsbezirken noch deutlicher. So können 93,3% (n=14) der Hebammen, die eine Geburtsbetreuung im Regierungsbezirk Münster als Leistung anbieten, für einen Zeitraum von sechs Monaten keine weitere Geburtsbetreuung annehmen, gegenüber dem Regierungsbezirk Arnsberg, wo dieser Anteil nur 48,5% (n=15) betrug. Die absoluten Zahlen verdeutlichen hier, dass es generell offensichtlich große Unterschiede allein in der Anzahl der Hebammen zwischen den Regierungsbezirken gibt, die eine Betreuung während der Geburt anbieten, wodurch die Auslastung möglicherweise zu erklären ist.
Auch wenn der tatsächliche Geburtsort zeitlich gesehen in allen Regierungsbezirken gleich gut zu erreichen war, bewerteten die Frauen die Erreichbarkeit der Kliniken je nach Regierungsbezirk unterschiedlich. Die höchste Rate der als (sehr) schwer beurteilten Erreichbarkeit betrug jedoch nur 3,3% (Arnsberg).

Wochenbett

Die Wochenbettbetreuung ist die Leistung, die über alle Regierungsbezirke hinweg mit dem größten Anteil häufig bis sehr häufig abgelehnt wird (zwischen 56,8% im Regierungsbezirk Arnsberg und 78,3% im Regierungsbezirk Düsseldorf). Korrespondierend dazu scheint das Ergebnis, dass im Regierungsbezirk Düsseldorf der Anteil Frauen, die eine Wochenbettbetreuung erhalten haben, mit 90,2% (n=293) am geringsten war. Dennoch muss festgehalten werden, dass in allen Regierungsbezirken die Rate der Inanspruchnahme einer Wochenbettbetreuung durch die Frauen bei über 90,0% lag. Die vielen Telefonate, die Frauen führen müssen, um am Ende eine ambulante Betreuung zu erhalten, spiegeln sich im Verhältnis Ablehnung und Inanspruchnahme scheinbar wider. Dennoch kann auch diskutiert werden, inwiefern die Anzahl der Frauen, deren Suche erfolgreich war, überproportional in der Stichprobe vertreten war. Hier wird ggf. ein systematischer Bias der Studie sichtbar. Möglicherweise haben sich durch den Titel der Studie primär die Frauen, die eine Hebammenversorgung erhalten haben, aufgefordert gefühlt, an der Studie teilzunehmen.
Im Regierungsbezirk Detmold kamen die Hebammen bei 35,7% (n=30) der Frauen erst zwei Tage nach der Klinikentlassung oder später zum ersten Wochenbettbesuch, was im Vergleich der Regierungsbezirke den höchsten Anteil ausmacht. Der geringste Anteil in diesem Zusammenhang ist im Regierungsbezirk Düsseldorf auszumachen, in dem lediglich bei 20,3% (n=61) der Familien die Hebamme zwei Tage nach Klinikentlassung oder später den ersten Wochenbettbesuch durchführte. Im Gegenzug bietet der Regierungsbezirk Detmold gegenüberüber den anderen Regierungsbezirken ein eher positives Bild in Bezug auf den Zugang zur Hebammenbetreuung und der Zufriedenheit damit. Dort betrug der Anteil der Frauen, die sechs und mehr Hebammen anrufen mussten, um eine ambulante Betreuung zu erhalten lediglich 9,0%, gegenüber dem Regierungsbezirk Düsseldorf, der in diesem Zusammenhang einen Anteil von 25,2% aufweist. Korrespondierend damit gaben im Regierungsbezirk Detmold 13,2% der Frauen an, die Suche nach einer Hebamme sei (sehr) schwierig bis unmöglich gewesen. Im Regierungsbezirk Düsseldorf betrug dieser Anteil 34,4%. Die reine Gegenüberstellung der Zahlen, führt zur

Diskussion, inwiefern ein Zusammenhang zwischen der vergleichsweisen positiven Bewertung des Zugangs zur Hebammenversorgung und dem relativ späten ersten Wochenbettbesuch nach Klinikentlassung besteht. Eine zögerliche Aufnahme der Wochenbettbetreuung als möglicherweise etablierte Arbeitsweise der Hebamme könnte ihr ermöglichen, auf kurzfristige Anfragen spontan zu reagieren.

Abschließende Betrachtung

Insgesamt weisen die Daten auf ein Versorgungsproblem speziell in Ballungsgebieten hin. Der Regierungsbezirk Düsseldorf (983 Einwohnern/km²) und der benachbarte Regierungsbezirk Köln (607 Einwohner/km²) stellen die am dichtesten besiedelten Regierungsbezirke in NRW dar (DESTATIS, 2019). Im Regierungsbezirk Düsseldorf gibt es im Vergleich zu allen anderen Regierungsbezirken den größten Anteil an außerklinisch tätigen Hebammen, welche die unterschiedlichen Betreuungsformate häufig bis sehr häufig ablehnen mussten. Der hohe Grad an Auslastung im Regierungsbezirk Düsseldorf deckt sich mit Ergebnissen der Arbeit von Luksch (2018) zur Evaluation zweier Hebammenzentralen in NRW, darunter auch die Hebammenzentrale Düsseldorf. Diese hatte im Jahr 2018 eine Vermittlungsquote von 56,6% (n=1.260). Die mediane Vermittlungsdauer in der Düsseldorfer Hebammenzentrale beläuft sich auf sechs Tage (Luksch, 2018).

Alle 20 Frauen, die nach Geburtsbeginn abgewiesen wurde, haben im Regierungsbezirk Köln geboren. Unklar dabei ist, ob sie zuvor in einem benachbarten Regierungsbezirk abgewiesen wurden. Ebenso unklar bleibt, wie viele der beteiligten Kliniken innerhalb des Rekrutierungszeitraumes ihren Kreißsaal kurzfristig schließen mussten, wodurch die Abweisung möglicherweise zum Teil zu erklären wäre. In diesem Zusammenhang kann lediglich auf die Angaben der klinisch tätigen Hebammen zurückgegriffen werden. Dabei geben 46,1% (n=119) der Hebammen aus dem Regierungsbezirk Köln an, dass der Kreißsaal in ihrer Klinik im letzten Monat vor der Befragung vorübergehend geschlossen werden musste. An 2. Stelle steht der Regierungsbezirk Münster mit 26% (n=33). Bedacht werden muss, dass generell mehrere Hebammen aus der gleichen Einrichtung geantwortet haben könnten, weshalb aus diesen Daten keine Rückschlüsse auf die tatsächliche Anzahl der vorübergehend geschlossenen Abteilungen möglich ist. Aus den Recherchen zur Versorgungssituation in NRW ging jedoch hervor, dass im Regierungsbezirk Köln in den letzten Jahren die meisten klinischen geburtshilflichen Abteilungen dauerhaft geschlossen wurden. Demnach mussten die verbliebenen geburtshilflichen Abteilungen im jeweiligen Umfeld an und über ihre Kapazitäten hinausgehen, was möglicherweise zu temporären Schließungen der Abteilungen geführt hat. Gefahrenanzeigen wurden laut den Angaben der klinisch tätigen Hebammen anteilig am häufigsten im Regierungsbezirk Düsseldorf geschrieben. Vom Urbanisierungsgrad ausgehend werden von den Hebammen aus großstädtischen Gebieten am häufigsten Belastungen in Form von geschriebenen und möglichen Gefahrenanzeigen sowie vorübergehenden Klinikschließungen angezeigt. Dies wird durch die Antworten der teilnehmenden Mütter nicht bestätigt bzw. nicht wahrgenommen und somit nicht beschrieben.

Sowohl in HebAB.NRW, als auch in den anderen Bestandsaufnahmen, zeigt sich, dass es für Frauen in großstädtischen Gebieten schwieriger ist eine Hebamme für die ambulante Betreuung zu finden als in ländlichen Gebieten (IGES Institut, 2018b, 2019a). Dies obwohl es in high density Gebieten einen höheren Anteil von außerklinisch tätigen Hebammen gibt, die Leistungen wie Schwangerenvorsorge und Geburtsbegleitung anbieten. Fraglich bleibt, ob Hebammen ihr Leistungsangebot der Nachfrage an-

passen oder ob Hebammen ihr Arbeitsgebiet nach den von ihnen gewünschten zu erbringenden Leistungen auswählen. Eine weitere Einflussgröße auf Angebot und Nachfrage kann die Bevölkerungsstruktur der jeweiligen Wohnbezirke oder Regionen sein. Kenntnisse hierüber lagen nicht vor.
Die fehlende Vollerhebung sowohl in der Mütter- wie auch in der Hebammenbefragung sowie die aus Datenschutzgründen nicht zu ermittelnden Wohnorte aller Studienteilnehmerinnen lassen keine Aussagen zu einem konkreten Bedarf an Hebammen in Form einer Verhältnisdarstellung (Anzahl Frauen zu Anzahl Hebammen) in den spezifischen Regionen zu.

13.3 Forschungsfrage: "Welche Faktoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität lassen sich in der individuellen Hebammenbetreuung identifizieren?"

In den vorhandenen Datensätzen lassen sich eine Reihe von Faktoren erkennen, die auf eine gute Struktur- und Prozessqualität hinweisen. Die Darstellung der Ergebnisqualität scheint in diesem Kontext schwierig zu sein. Hierzu bitte auch die Ausführungen am Ende dieses Unterkapitels beachten. Dennoch wurden auch Schwächen ersichtlich, denen durch die Formulierung spezifischer Indikatoren begegnet werden könnte. Im Sinne einer angestrebten Optimierung der geburtshilflichen Versorgung durch Hebammen werden diese im Folgenden fokussiert.
Die Ergebnisse der Mütter- und Hebammenbefragung zeigen in Bezug auf die Strukturqualität, dass der Zugang zur geburtshilflichen Versorgung durch Hebammen nicht barrierefrei gewährleistet ist und somit optimiert werden sollte. Fehlendes Wissen um Notfallkontaktdaten bei Nicht-Erreichbarkeit der Hebamme, eine fehlende Urlaubsvertretung von Hebammen sowie gering ausgebildete intra- und interdisziplinäre Netzwerkstrukturen mindern die erhobene Strukturqualität. Letzteres bietet neben Vertretungsregelungen auch die Möglichkeit Fortbildungen, Qualitätszirkel, Supervision und Fallbesprechungen für alle in die geburtshilfliche Versorgung von Frauen involvierten Personen passgenau anzubieten und durchzuführen. Die Daten der Hebammenbefragung zeigen, dass die genannten Instrumente des Qualitätsmanagements von freiberuflichen Hebammen nicht in gewünschtem Umfang wahrgenommen werden. Angenommen wird, dass existierende Angebote wenig stimmig erscheinen und möglicherweise auch mit finanziellen Einbußen verbunden sind. So bedeutet für eine freiberufliche Hebamme, dass sie die Zeit, die sie in die genannten Angebote investiert, nicht mehr für die Betreuung von Schwangeren, Gebärenden oder Wöchnerinnen nutzen kann. Von angestellten Hebammen liegen in diesem Zusammenhang keine Daten vor, wenngleich auch hier aus Erfahrungsberichten ein Bedarf an Fortbildungen, Qualitätszirkel, Supervision und Fallbesprechungen konstatiert wird. Unstrittig ist, dass die genannten Aspekte zur Strukturqualität unmittelbare Auswirkungen auf das geburtshilfliche Outcome von Mutter und Kind/ern haben können, weshalb in der Folge Indikatoren benannt werden, die aus Sicht des Projektteams Ausdruck einer angemessenen Strukturqualität sein können:

- Die Hebamme verweist öffentlich zugänglich auf einen Notfallkontakt.
- Hebammen treffen regionale Vereinbarungen zur Vertretung in Urlaubszeiten.

Die Teilnahme an Angeboten wie Fortbildungen, Qualitätszirkeln, Supervision und interprofessionellen Fallbesprechungen ist mitunter von externen Faktoren wie inhaltliche oder zeitliche Passgenauigkeit

des Angebots oder ökonomischen Gesichtspunkten abhängig und liegt damit nicht zwingend im Einflussbereich der individuellen Hebammenversorgung. Auf Basis der Daten wie auch individueller Erfahrungsberichte könnte aus Sicht des Projektteams folgender Indikator zur Optimierung der Strukturqualität beitragen.

- Qualitätszirkel, Supervisionen und Fallbesprechungen werden als Teil der Arbeitszeit von Hebammen anerkannt und entsprechend angerechnet/durch Versicherungsträger vergütet (Aufnahme in den Leistungskatalog).

Dem letztgenannten Indikator wäre darüber hinaus zuträglich, wenn seitens der Kommunen Bedingungen geschaffen werden könnten, welche die Einrichtung von Qualitätszirkeln, Supervisionen oder auch Fallbesprechungen erleichtern. An erster Stelle wäre hier die kostenlose Verfügbarkeit räumlicher Ressourcen zu nennen. Darüber hinaus sind Krankenhausträger gefragt, die Teilnahme an Qualitätszirkeln, Supervisionen oder auch Fallbesprechungen zu gewährleisten und darüber hinaus mit Anreizen zu versehen.

In der Mütterbefragung stach bezüglich der Prozessqualität der hohe Anteil der Hebammen (42,2%, n=651) heraus, welche die Wöchnerin erst zwei Tage nach Klinikentlassung oder später besuchte. Mit dem Wissen, dass in Deutschland 98,0% der Frauen die Klinik in den ersten sechs Tagen nach der Geburt ihres Kindes verlassen, ein Viertel davon sogar in den ersten beiden Tagen und damit zu einer hochsensiblen Zeit, verwundert dieses Ergebnis. Die ersten Tage nach der Geburt eines Kindes sind für viele Frauen von Unsicherheit, Erschöpfung und ggf. auch körperlichen Beschwerden geprägt. In dieser Phase müssen sich Kinder mit körperlichen Veränderungen auseinandersetzen, die eine Begleitung durch die Hebamme/einer*m Pflegenden bedürfen, um das Risiko einer regelwidrigen Entwicklung zu minimieren. Vor diesem Hintergrund scheint die Formulierung folgenden Indikators zur Optimierung der Prozessqualität relevant:

- Der erste Wochenbettbesuch findet spätestens am zweiten Tag nach der Entlassung der Frau aus der Klinik statt.

Ein zweiter Aspekt, der prominent erscheint, ist die Nutzung elektronischer Kommunikationsmedien, die nicht immer eine datenschutzkonforme Kommunikation ermöglichen. Eine solche Nutzung darf als Bedürfnis eines barrierefreien Austausches zwischen der Hebamme und der von ihr betreuten Frau gewertet werden. Dennoch muss die Einhaltung von Datenschutzbestimmungen gewährleistet sein. Generell muss davon ausgegangen werden, dass nicht jeder Hebamme die Schwächen einzelner Medien in Bezug auf datenschutzrechtliche Bestimmungen bekannt sind. Eine Auseinandersetzung mit diesem Thema innerhalb des Qualitätsmanagementsystems von Hebammen, kann helfen, die erforderliche Sensibilität diesbezüglich zu entwickeln. Hieraus leitet sich folgender Indikator ab:

- Innerhalb des Qualitätsmanagementsystems der Hebamme ist ein Konzept zur digitalen Versorgung/Digital Health vorhanden.

Auch im Bereich der Prozessqualität gibt es weitere Faktoren, die die Qualität der Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett abbilden, die jedoch nicht im Einflussbereich der individuellen Hebammenversorgung liegen. Anhand der Literaturrecherche zur vorliegenden Studie sowie den vorhandenen Daten ließen sich weitere Faktoren identifizieren, die zu folgenden Empfehlungen führen:

- Jeder Frau wird ein Debriefing zur Geburt durch die geburtsbetreuende Hebamme nach der Geburt angeboten und wenn gewünscht wird ein Debriefing durchgeführt.
    - Externe Quellen: (Rowan, Bick & Bastos, 2007; Small, Lumley, Donohue, Potter & Waldenström, 2000)
- Der Frau wird während der aktiven Phase der Geburt eine Eins-Zu-Eins-Betreuung ermöglicht.
    - Externe Quellen: (IQWiG, 2018)
- Frauen werden bei Wehenbeginn in der Klinik zu möglichen Optionen - angepasst an die aktuelle Versorgungssituation - beraten. Eine passende Option wird gemeinsam ausgewählt.
    - Externe Quellen: (Mattern et al., 2017; Rummer & Scheibler, 2016)

Die Darstellung der Ergebnisqualität in der geburtshilflichen Versorgung durch Hebammen scheint schwierig. Das geburtshilfliche Outcome von Müttern und ihren Kindern ist von zahlreichen Faktoren abhängig. So beeinflussen nicht nur die Vorgeschichte der Frau, sondern auch die „Kultur“ in der jeweiligen geburtshilflichen Einrichtung und strukturelle Faktoren den Verlauf der Geburt und das damit zusammenhängende Wohlbefinden von Mutter und Kind. So scheint es plausibel, dass die externe Qualitätssicherung in der Geburtshilfe (klinische Perinatalstatistik) ihren Fokus auf das Outcome von Mutter und Kind in Abhängigkeit der Klinik, in der die Geburt stattgefunden hat, fokussiert. Die außerklinische Perinatalstatistik böte grundsätzlich die Möglichkeit, die Ergebnisqualität der Hebammenversorgung während der Geburt darzustellen. Dieses würde aber in Anbetracht der sehr geringen Anzahl von außerklinischen Geburten nur ein bedingt aussagekräftiges Bild in Bezug auf die Ergebnisqualität in der Hebammenbetreuung liefern. Zudem bezieht sich hier wie auch in der klinischen Perinatalerhebung die zu erhebende Ergebnisqualität bisher nur auf das Geschehen rund um die Geburt. Hebammen, die in der Wochenbettbetreuung arbeiten, richten ihr Handeln nach dem Gesundheitszustand von Mutter und Kind nach der Geburt aus, wodurch die Ergebnisqualität ihrer Arbeit in der Wochenbettbetreuung möglicherweise beeinflusst wird. In der vorliegenden Studie wurden in der Befragung der Mütter Fragen generiert, mit deren Hilfe die Darstellung der Ergebnisqualität in der Hebammenbetreuung sowohl während der Geburt als auch im Wochenbett gelingen soll. Die Auswertung einzelner Fragen lässt hier aber keine klaren Aussagen über die Ergebnisqualität zu, weshalb innerhalb eines angegliederten Promotionsprojektes mit Hilfe eines Teils dieser Fragen ein Instrument zur Bewertung- unter anderem der Ergebnisqualität in der Hebammenarbeit-entwickelt wird.
Die Ergebnisqualität der Wochenbettbetreuung wird bisher nicht standardisiert und ähnlich der Perinatalstatistik flächendeckend und verpflichtend erhoben. Neben der Entwicklung geeigneter Erhebungsinstrumente und der Verpflichtung zur Datenerhebung ist die Formulierung monodisziplinären Expert*innenstandards erforderlich, die das Leistungsspektrum von Hebammen auf den Ebenen Struktur, Prozess und Ergebnis definieren.

Abschließend lässt sich sagen, die Ergebnisqualität der Hebammenbetreuung in dieser Studie wie auch allgemein nicht ausreichend abgebildet werden kann, die Daten dieser Studie können aber genutzt werden, um dies in Zukunft ggfs. zu ermöglichen.

14.Handlungsempfehlungen

Die nachfolgend formulierten Handlungsempfehlungen beruhen auf Erkenntnissen, die durch die Ergebnisse der beiden Teilprojekte „Mütterbefragung“ und „Hebammenbefragung“ generiert wurden. Darüber hinaus fließen Themen und Ideen aus Diskussionen des Advisory Boards sowie hilfreiche Anmerkungen und Diskussionsbeiträge von Teilnehmer*innen ein, die im Rahmen der Abschlussveranstaltung am 20. November 2019 geäußert wurden.
Zu bedenken ist, dass manche Maßnahmen sehr kurzfristig wirksam sein sollten, wiederum andere können mittelfristig geplant werden. Wichtig ist außerdem zu betonen, dass die Wirkung und die Nachhaltigkeit der umgesetzten Maßnahmen evaluiert werden sollten.

Verbesserung des Meldeverfahrens und der statistischen Erfassung von Hebammen in NRW

Eine exakte Bezifferung der im Beruf aktiven Hebammen - klinisch und außerklinisch tätig bzw. in Mischform - ist derzeit leider nicht möglich. Die verfügbaren Quellen, etwa die bei den Gesundheitsämtern gemeldeten freiberuflichen Hebammen, die GKV-Vertragspartnerliste, Mitgliedsdateien von Hebammenverbänden oder die Daten der amtlichen Statistik, sind entweder unvollständig, nicht aktuell oder enthalten Doppelungen. Auch die Informationen zu den Tätigkeitsbereichen freiberuflicher Hebammen sind nicht bekannt. Informationen über die klinischen und außerklinischen Tätigkeitsbereiche sowie den Umfang sind nicht verfügbar, so dass eine gezielte Bedarfsplanung und Steuerung der Hebammenversorgung nicht möglich ist.
Sinnvoll wäre die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Erfassung regelmäßiger und weiterer Informationen über das Hebammenangebot bei den unteren Gesundheitsbehörden (Gesundheitsämtern). Dies ist sicherlich nicht kurzfristig umsetzbar, sollte jedoch mittelfristig angestrebt werden. Freiberuflich tätige Hebammen sollten zu einer jährlichen Meldung des Leistungsspektrums, des Arbeitsumfangs und der Meldung der von ihr im vergangenen Kalenderjahr betreuten Frauen verpflichtet werden. Klinisch tätige (angestellte) Hebammen melden ihre klinische Tätigkeit sowie den Arbeitsumfang. Hierbei sollte nicht nur die Erfassung klinisch tätiger Hebammen pro Kopf erfasst werden, sondern als Vollzeitäquivalente.
Um diesen Prozess optimal gestalten zu können, muss eine landesweite Anpassung der Software zur einheitlichen Erfassung dieser Informationen erfolgen, sodass eine standardisierte Erfassung möglich ist. Die Meldungen müssen digital erfolgen und sollten regelmäßig geprüft und aktualisiert werden.
Die landesweite Registrierung aller in NRW lebenden/tätigen Hebammen gibt einen Überblick über die Berufsgruppe der Hebammen und deren Versorgungsspektrum, zeigt eventuelle - auch regionale - Versorgungslücken und -defizite auf und ermöglicht es geeignete Maßnahmen umzusetzen.
Letztendlich sollte aber die Registrierung der Berufsangehörigen durch eine Berufskammer für Hebammen selbstverwaltet organisiert werden - analog zu einer Pflegekammer. Die Einführung einer Hebammenkammer stellt einen weiterführenden Schritt dar, indem der Berufsgruppe hoheitliche Aufgaben übertragen werden, die über die reine Registrierung hinausgehen (Zugang zum Beruf, Aus-, Fort- und Weiterbildungen regeln, etc.) (Initiative Hebammenkammer, 2020). Die Etablierung einer Hebammenkammer würde den Professionalisierungsprozess des Hebammenberufes neben der Akademisierung fortführen. Nach der erfolgreichen Gründung der Pflegekammer NRW könnte somit ein weiterer

Gesundheitsfachberuf in der Selbstverwaltung gestärkt werden. Das Bundesland NRW könnte als erstes Bundesland in einem Modellvorhaben die Einführung einer Hebammenkammer erproben und evaluieren.

Zugang zur Hebammenversorgung verbessern, um eine barrierearme Versorgung in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu gewährleisten

Um Frauen und ihren Familien Zugang zur Hebammenversorgung zu verschaffen, müssen mehrere Faktoren bedacht werden. Frauen müssen frühzeitig Informationen zum Zugang, zum Umfang und zu den Aspekten der Hebammenhilfe erhalten, um eine informierte Entscheidung hinsichtlich ihrer Betreuung treffen zu können. Insbesondere Frauen in beschwerlichen Lebenslagen haben größere Schwierigkeiten mit der Hebammensuche (Mattern et al., 2017). Informationen über Hebammenhilfe sollte günstigstenfalls bereits vor Eintritt einer Schwangerschaft - z.B. im Rahmen des Schulunterrichts - erfolgen (Petrus, 2020).

Das frühzeitige Suchen und Finden einer Hebamme stellt viele Frauen vor große Herausforderungen, aber auch Hebammen berichten von der Belastung durch Anfragen von Frauen, denen sie absagen müssen. Auch wenn dahinter nicht immer unbedingt ein Hebammenmangel zu vermuten ist, liegt hier ggfs. ein Vermittlungsproblem vor. Gängige Hebammenlisten, Websites von freiberuflichen Hebammen, Hebammenteams oder -praxen und Geburtshäusern sowie die GKV-Vertragspartnerliste stellen lediglich Kontaktdaten zur Verfügung, jedoch keine Daten zur Verfügbarkeit, und sind teilweise nicht aktuell.

Für die Vermittlung von Hebammen bzw. Hebammenleistungen eignen sich Hebammenzentralen. In NRW existieren zehn dieser Koordinierungsstellen in unterschiedlicher Trägerschaft (Stand: August 2020). Hier erfolgt die Ressourcenallokation durch eine zentrale Stelle. Hebammen werden Mitglied einer Hebammenzentrale und Frauen können sich telefonisch oder per E-Mail an die jeweilige Hebammenzentrale wenden. Dies erleichtert die Suche, da suchende Frauen nicht mehrere Hebammen anrufen müssen, sondern eine zentrale Nummer - bestenfalls kostenfrei - wählen. Hebammenzentralen können die Arbeit von freiberuflich tätigen Hebammen erleichtern und durch eine gleichbleibend stabile Auslastung der Kapazitäten kann die finanzielle Situation der freiberuflich tätigen Hebamme abgesichert werden. Urlaubszeiten können besser eingeplant werden und im Krankheitsfall Vertretungen organisiert werden. Dadurch werden Hebammen arbeitsorganisatorisch entlastet (Luksch, 2018; Luksch et al., 2019; Luksch et al., 2020).

Es wird die flächendeckende kommunale Einrichtung und Finanzierung von Hebammenzentralen in NRW empfohlen, um ein niedrigschwelliges Angebot für Schwangere und Wöchnerinnen zu gewährleisten. Zudem könnte die Digitalisierung der Hebammenzentralen unterstützt werden, um diese organisatorisch zu entlasten und den Zugang für Hebammen und Frauen zu erleichtern. Derzeit existieren zwar verschiedene digitale Angebote zur Hebammensuche, da diese jedoch nicht miteinander kommunizieren, fehlt für Frauen weiterhin eine einheitliche Stelle zur Hebammensuche.

Seit Juni 2020 bietet der DHV eine kostenfreie Online-Plattform zur Hebammenvermittlung für Frauen und Hebammen an (www.ammely.de). Hebammen müssen sich hier registrieren und ihre Daten regelmäßig aktualisieren, so dass passgenaue Anfragen an sie gestellt werden können (DHV, 2020).

Identifikation der Höchstzahl an Fällen, die eine Hebamme in Vollzeittätigkeit entsprechend des Betreuungsbogens bewältigen kann - unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten

Anhand der vorliegenden Daten der Hebammenbefragung kann die Frage nach der Höchstzahl an zu bewältigten Fällen nicht beantwortet und keine verlässliche Empfehlung abgegeben werden. International werden unterschiedliche Zahlen zum Workload (Arbeitsbelastung) bzw. zur Anzahl der zu betreuenden „Fälle"/Frauen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett pro Jahr angegeben. Diese Zahlen sind nur bedingt auf Deutschland übertragbar, da z.B. in den Niederlanden Hebammen als Primärversorger*innen eingestuft werden und das Gesundheitssystem sowie die Arbeitsorganisation von Hebammen sich anders gestaltet (Feijen-de Jong & Kool, 2019). Wiegers et al. (2014) gehen von einem Workload von 99 Frauen pro Jahr aus und geben an, dass die Hebammen - zuzüglich der Rufbereitschaft sowie der klient*innenfernen Tätigkeiten - circa 59 Stunden pro Woche arbeiten.

Sinnvoller Weise sollten mindestens zwei Hebammen gemeinsam arbeiten, um sich gegenseitig im Krankheitsfall oder im Urlaub vertreten zu können und auch verlässlich freie Wochenenden einplanen zu können.

Wie bereits erwähnt ist eine Übertragung auf NRW bzw. Deutschland nicht möglich. Auch eine Modellrechnung der möglichen, von der Hebamme abzurechnenden Leistungen anhand verschiedener Szenarien einer kontinuierlichen Betreuung ab Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit scheint nicht zielführend, da hier auf Grund der Unwägbarkeiten (individuelle Wahl der Hebammenleistungen sowie Zeitpunkt der Inanspruchnahme durch die Versicherte sowie persönliches Portfolio der angebotenen Leistungen der Hebamme) keine validen Aussagen möglich sind. Zu beachten ist, dass Hebammen als Primärversorger*innen einzustufen sind, aber diese Ressource im deutschen Gesundheitssystem bisher zu wenig berücksichtigt wird.

Hier sind politische Maßnahmen hilfreich: Öffentliche Statements der Landesregierung zur Position der Hebammen im Gesundheitssystem stärken Hebammen in ihrem beruflichen Alltag, wodurch der Hebammenberuf sichtbarer und attraktiver wird. Die öffentliche Darstellung des Berufes als Leistungsanbieter*innen auf der Primärversorgungsebene neben Ärzt*innen scheint dringend geboten. Es sollte zudem Sorge dafür getragen werden, dass in allen Gremien die geburtshilfliche Versorgung von Frauen und ihren Kindern betreffend, auch Hebammen vertreten sind. Dies inkludiert auch Gremien, die Standards der ärztlichen geburtshilflichen Versorgung festlegen. Ansprechpartner*innen könnten hier die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) e.V. und der Landesverband der Hebammen NRW sein.

Anzahl von klinisch tätigen Hebammen, um eine optimale Betreuung der Gebärenden in den Kliniken zu gewährleisten

Eine optimale Betreuung von Gebärenden im klinischen Setting sollte eine Eins-zu-Eins-Betreuung spätestens ab der aktiven Geburtsphase bedeuten. Internationale Studienergebnisse zeigen, dass die Eins-zu-Eins-Betreuung der Gebärenden während der aktiven Geburt das geburtshilfliche Outcome verbessert und die Interventionsraten sowie die Rate an Komplikationen senkt (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa & Cuthbert, 2017; Sandall et al., 2011).

In der momentan noch aktuellen S1-Leitlinie „Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland" (AWMF-LL 087-001/3) (DGPM, 2015) sind zu einer Gewährleistung einer durchgehenden Besetzung mit Hebammen in einer Klinik mit ≤ 600 Geburten/Jahr mindestens 5,65 Hebammenstellen erforderlich. Bei mehr als 600 Geburten müssen pro zusätzliche 100 Geburten mindestens 0,93 weitere Hebammenstellen vorhanden sein. Diese Berechnung beruht

aber vornehmlich auf arbeitsrechtlichen Überlegungen, ist nicht mehr aktuell und kann nur als grobe Orientierung dienen (Kühnert, Hellmeyer & Schmidt, 2006).

Im IGES-Gutachten „Stationäre Hebammenversorgung“ (2019) wird auf Grundlage der oben genannten S1-Leitlinie der Zeitaufwand für die Geburt mit 946 Minuten berechnet. Zudem wird ein Modell der blockweisen Personalzuführung vorgeschlagen, d.h. bei einer Anzahl von mehr als 600 Geburten wird eine doppelte Besetzung der Dienste, ab 1.200 Geburten die dreifache Besetzung der Dienste benötigt. Dies wird mit steigender Geburtenzahl analog weiterberechnet. Die Tagschichten sollen mit Präsenzdiensten und die Nachtschichten mit Bereitschaftsdiensten unterstützt werden. Hier wird davon ausgegangen, dass in den Tagdiensten vermehrt geplante Sectiones stattfinden.

Im „Gutachten zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen“ (Bauer et al., 2019) wird bei über 600 Geburten eine Anpassung zur Berechnung in der S1-Leitlinie vorgenommen. Es werden grundsätzlich 0,93 Hebammenstellen pro 100 Geburten unterstellt und dieser Wert um +3,0% korrigiert. Andere Tätigkeiten, die stellenrelevant sind, werden ebenfalls berücksichtigt. Ergebnis des Gutachtens ist, dass 28,0% der Arbeitszeit von Hebammen (Vollzeitäquivalente) für patient*innen-ferne Tätigkeiten aufgewendet werden und werden deshalb nicht in die Berechnung miteinbezogen. Insgesamt 10,0% der Vollzeitäquivalente werden für Leitungsaufgaben berechnet. Deshalb werden dem Hebammenbedarf gemäß der S1-Leitlinie 39,0% aufgeschlagen.

Um eine individuelle und angepasste Personalbedarfsermittlung für Hebammen durchführen zu können, sollte jede geburtshilfliche Klinik/Abteilung über ein entsprechendes Kalkulationsinstrument verfügen. In Großbritannien wird in der Regel das Tool Birthrate Plus® (Ball, Washbrook & The RCM, 2010; Ball & Washbrook, 2010) verwendet. Hierbei sind die Faktoren Geburten pro Jahr, Versorgungsstufe der Klinik, Workload, Skills- und Grade-Mix, Case-Mix der geburtshilflichen Fälle und die postoperative Überwachung nach der Sectio im Kreißsaal von Bedeutung. Es wird hierbei zwischen Hebammen, die direkte klinische Geburtshilfe leisten und denjenigen, die in Management-, Entwicklungs- und Führungspositionen tätig sind unterschieden. Es sollte ein Skills- und Grade-Mix berücksichtigt werden, so dass die Arbeitszeit von Hebammen fokussierter und zielgerichteter eingesetzt werden kann. Aufgrund des Skills-Mix sind insgesamt 90 Hebammen und zehn qualifizierte Mitarbeiter*innen aus anderen Berufsgruppen vorzusehen.

Weiterhin ist zu bedenken, dass Tätigkeiten und Aufgaben, die durch Hebammen übernommen werden (Schwangerensprechstunde, Geburtsanmeldungen, ambulante und stationäre CTG-Kontrollen, Kreißsaalführungen, Elternschule, gynäkologische Ambulanz, etc.) bei Personalberechnung mitberücksichtigt werden müssen. Darüber hinaus müssen in Ausbildungskliniken genügend weitergebildete Praxisanleiter*innen (Hebammen) vorgehalten werden, so dass im Umfang von 25,0% Praxisanleitung der Hebammenstudierenden (bis 2030 sind übergangsweise 15,0% Praxisanleitung möglich) erfolgen kann (HebStPrV, 2020).

Es dürfen in der Berechnung ausschließlich Hebammen berücksichtigt werden, welche aktiv im Kreißsaal tätig sind. Hebammen, die besondere Funktionen übernehmen (Leitung, Praxisanleitung, Qualitätsbeauftragte, etc.) müssen für diese Aufgaben freigestellt werden und können nicht in vollem Umfang in die Personalberechnung einfließen. Außerdem sollte eine realistische Berechnung des Personalausfalls durch Krankheit, Urlaub, Mutterschutz, Elternzeit, etc. erfolgen.

Ausbildungsbedarf von zukünftigen Hebammen

Aufgrund des 2020 in Kraft getretenen Hebammengesetzes (HebG, 2019) erfolgt in Deutschland eine Umstellung der bisher berufsfachschulischen Ausbildung auf hochschulisches Niveau (Vollakademisierung). Momentan existieren 12 Hebammenschulen im Land NRW, die durchschnittlich im Jahr circa 220 Ausbildungsplätze anbieten. Zusätzlich werden 42 Studienplätze im primärqualifizierenden Bachelorstudiengang Hebammenkunde an der hsg Bochum angeboten. Im Wintersemester 2019/20 wurden aufgrund der starken Nachfrage 57 Studierende im Studiengang immatrikuliert. Im kommenden Wintersemester 2020/21 werden 55 Studienplätze angeboten.

Wird die Anzahl von aktuell bereits insgesamt circa 260 bis 280 existierenden Ausbildungs- und Studienplätzen zugrunde gelegt, erscheint die Zahl von 300 geplanten Studienplätzen (Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes NRW, 2020) zu gering, da bereits heute ein Mangel an Hebammen in NRW zu erkennen ist (HebAB.NRW 2019). Geburtskliniken - insbesondere in großen Städten - geben an, dass sie Schwangere mit Wehentätigkeit wegen Kapazitätsengpässen bei Hebammen nicht ausreichend versorgen können (IGES Institut, 2019b).

In Bachelorstudiengängen an Fachhochschulen ist zudem die Studienabbruchquote zu bedenken. In der vergleichsweise noch jungen Fächergruppe Gesundheitswissenschaften lag die Abbruchquote im Jahr 2016 bei 29% (Heublein, Schmelzer & Sommer, 2008). Valide Daten zu Abbruchquoten in primärqualifizierenden bzw. dualen Studiengängen im Gesundheitsbereich sind nicht erhältlich. Das heißt, wenn davon ausgegangen wird, dass 300 Absolvent*innen im Bereich Hebammenwissenschaft pro Jahr erforderlich sind, sollten jährlich bis zu 400 Studienplätze in NRW angeboten werden.

Ob die Anzahl der Studienplätze ausreicht, um die Versorgung mit Hebammen in NRW zukünftig sicherzustellen, kann nicht abschließend beantwortet werden. Hier haben sicherlich noch weitere Faktoren einen Einfluss darauf. Diese Faktoren sind z.B. die Attraktivität des Hebammenberufes, die Vergütung im klinischen und außerklinischen Bereich, die Entwicklung der Geburtenrate und die langfristige Lösung der Haftpflichtproblematik in der außerklinischen geburtshilflichen Versorgung.

Die Nachfrage nach Studienplätzen ist bereits vor der Umstellung auf das neue Hebammengesetz hoch und es ist anzunehmen, dass die Nachfrage steigen wird, da das duale Studium eine Finanzierung der Studierenden während des gesamten Studiums vorsieht.

Um die Vollakademisierung zügig voranzutreiben, benötigen die interessierten Hochschul- und Universitätsstandorte Planungssicherheit, um die neuen Studienangebote entwickeln und umsetzen zu können. Eine strategisch sinnvolle Verteilung der künftigen Studienstandorte kann zu einer höheren Attraktivität der Studiengänge führen. Die Standorte sollten regional ausgewogen über Gesamt-NRW verteilt sein, so dass die an der akademischen Hebammenausbildung beteiligten klinischen und außerklinischen Praxiskooperationspartner*innen auch regional und flächendeckend verteilt sind.

Finanzielle Unterstützung von innovativen Versorgungskonzepten

Hebammengeleiteter Kreißsaal

Eine Handlungsempfehlung im Abschlussberichts des Runden Tisch Geburtshilfe NRW (2015) lautete „Versorgungskonzept „Hebammenkreißsaal“ weiterentwickeln“. Dieses klinische Versorgungskonzept stellt eine Ergänzung des geburtshilflichen Angebots einer Klinik dar. Das Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal hat sich als Maßnahme zur Senkung unnötiger geburtshilflicher Interventionen und zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit von Hebammen bewährt. Es zeichnet sich u.a. durch eine frauzentrierte und eine Eins-zu-Eins-Betreuung aus (Bauer, 2011).

Umso erfreulicher ist es, dass am 24. August 2020 die Ergebnisse der Studie GEscHIcK, gefördert durch das LZG NRW, vorgestellt wurden (MAGS, 2020a). Wichtig ist nun, dass an der Implementierung eines Hebammenkreißsaals interessierte Kliniken finanzielle Unterstützung durch das Land NRW erhalten. Klinische Einrichtungen, die einen Hebammenkreißsaal vorweisen oder auch einrichten möchten, sollten eine finanzielle Förderung erhalten, die vorrangig dem Personalaufbau und der Personalentwicklung vorbehalten sein sollte.

Errichtung von Lokalen und Regionalen Gesundheitszentren

In Regionalen bzw. Lokalen Gesundheitszentren (RGZ/LGZ) können mehrere Berufsgruppen in die Betreuung von Frauen, ihren Kindern und Familien vor, während und nach der Geburt eingebunden sein. Wesentliche Berufsgruppen für die interprofessionelle Versorgung sind Gynäkolog*innen, Pädiater*innen und Hebammen. Langfristig kann das Angebot ausgebaut und das RGZ/LGZ als erweitertes Gesundheitszentrum rund um die Frauen- und Familiengesundheit fungieren.

Hebammen können sich freiberuflich in einer Hebammenpraxis bzw. einem Geburtshaus organisieren und Ärzt*innen könnten sich in Form eines Medizinischen Versorgungszentrums organisieren. Schwangere werden gemeinsam von Hebammen und Gynäkolog*innen in der Schwangerschaft betreut. Primär findet die Betreuung nach der Geburt als aufsuchende Wochenbettbetreuung zu Hause statt. Vor- und nachgeburtliche Kurse werden durch die Hebammen angeboten. Geburtshilfe kann entweder als außerklinische Geburt in der Hebammengeleiteten Einrichtung angeboten werden oder Begleit-Beleghebammen betreuen die Gebärenden in nahegelegenen Kliniken. Die Gesundheitszentren sollen eine Art Lotsenfunktion übernehmen und durch eine Koordinierung der Angebote vor Ort die Betreuung von Frauen und ihren Familien verbessern. Zudem erfolgt eine Ressourcenbündelung der Leistungserbringer*innen, die interprofessionelle Zusammenarbeit wird gestärkt, die Fahrzeiten der Hebammen reduzieren sich und verlässliche Vertretungsregelungen können geschaffen werden.

Insbesondere in ländlichen bzw. strukturschwachen Gebieten können RGZ/LGZ gute Dienste leisten. In Baden-Württemberg wurden seit 2018 mehrere RGZ/LGZ mit Landesmitteln eingerichtet. Es wird empfohlen mit finanzieller Unterstützung des Landes NRW Modellprojekte einzurichten und zu evaluieren.

Hebammenambulanz

Eine Hebammenambulanz stellt ein niedrigschwelliges Angebot für Frauen dar, die keine Hebamme finden bzw. gefunden haben. Ziel ist eine Versorgung für diese Frauen und ihre Kinder anzubieten, um zumindest eine nicht-aufsuchende Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft und im Wochenbett zu ermöglichen. Ggf. können frühzeitig weitere Bedarfe der Frauen/Familien erkannt werden und ggf. eine Vermittlung an die Frühen Hilfen erfolgen.

In Köln ist eine Hebammenambulanz in ein interprofessionelles Gesundheitszentrum eingebunden (Neue Kölner Elternschule am Severinsklösterchen e.V.). Ein kommunal finanziertes Konzept ist in Bergheim (Rhein-Erft-Kreis) ab Januar 2021 geplant. Es sind feste Sprechstunden sowie eine Bereitschaftspauschale für die Hebammen des Hebammenteams vorgesehen.

„Mobile Hebammenpraxis“

Eine weitere Maßnahme um Frauen in Kommunen bzw. Stadtteilen zu erreichen, in denen wenig oder gar keine freiberuflichen Hebammen tätig sind, wäre eine „Mobile Hebammenpraxis“ (Hebammenmobil) zu etablieren. Den teilnehmenden Hebammen wird ein Bus (ähnlich eines Bücherbusses) zur Verfügung gestellt, der zu einer mobilen Hebammenpraxis ausgebaut ist. Es werden vorab ein Fahrplan festgelegt und das Hebammenmobil hält an bestimmten Tagen zu festen Zeiten an markanten und belebten Orten der Kommune oder des Stadtteils (z.B. auf dem Marktplatz, in der Nähe eines Einkaufszentrums oder einer Schule). Hier werden fest vereinbarte Termine zu Beratungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett durch die Hebammen durchgeführt, aber auch offene Sprechstunden und Informationsveranstaltungen finden ohne Voranmeldung statt. Vorteil bei diesem Angebot ist, dass Frauen erreicht werden, die normalerweise wahrscheinlich keinen Kontakt zu einer Hebamme gesucht hätten.

Die Hebammen können die Leistungen mit der Krankenversicherung der jeweiligen Frau abrechnen, eine Finanzierung der offenen Sprechstunde bzw. der Informationsveranstaltungen müsste durch die Kommunen erfolgen.

Interprofessionelle geburtshilfliche Konzepte unterstützen

Interdisziplinäre Fallbesprechungen

Interdisziplinäre Fallbesprechungen bieten sich an, um die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen in der sektorenübergreifenden Geburtshilfe zu fördern und zu stärken. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die in der direkten Versorgung tätigen Hebammen über gering etablierte Strukturen berichten und die Zusammenarbeit zum Teil, als unzureichend bewertet werden. Konzepte, die alle Akteur*innen aus dem klinischen sowie ambulanten Bereich (Hebammen und Ärzt*innen) einbezieht, erscheinen gewinnbringend. Um dies zu bewerkstelligen, wäre eine finanzielle Unterstützung für eine externe Moderation der Fallbesprechungen bzw. für die Anmietung von Räumlichkeiten hilfreich.

Interdisziplinäres Simulationstraining von Notfällen

Das Trainieren von selten auftretenden Notfällen und komplexen Situationen in der Geburtshilfe im Rahmen von interdisziplinären Simulationstrainings wird als sinnvolle Methode eingeschätzt, die praxisbezogen, fallorientiert und kompetenzorientiert ist. Unter Einbindung der Skills-Labs an den Hochschulstandorten der Hebammenstudiengänge sowie dem Landesverband der Hebammen NRW und der Ärztekammer NRW, sollten die interdisziplinären Simulationstrainings für die jeweiligen Mitglieder kostengünstig organisiert und durchgeführt werden.

Verbesserung der Arbeitsbedingungen von angestellten/klinisch tätigen Hebammen

Entlastung von nicht-hebammenrelevanten Tätigkeiten

Um dem Hebammenmangel in den Kliniken begegnen zu können, sind Maßnahmen notwendig, dass Hebammen primär hebammenrelevante (klient*innen-nahe) Aufgaben übernehmen können. Zudem soll eine Eins-zu-Eins-Betreuung während der aktiven Geburt angestrebt werden.

Das bedeutet, dass Hebammen nicht in Abteilungen außerhalb des Kreißsaals (z.B. gynäkologische Ambulanz) eingesetzt werden. Aber auch die Unterstützung bei der Übernahme von bestimmten (klient*innen-fernen) Tätigkeiten wie z. B. Reinigungsarbeiten, Bestellungen, Telefondienste, etc. führen dazu, dass Hebammen sich nicht auf ihre frau-zentrierten Tätigkeiten konzentrieren können.

Bestimmte Aufgaben sollten an andere Berufsgruppen wie Medizinische Fachangestellte oder Pflegehelfer*innen delegiert werden und diese fest in das Team der geburtshilflichen Abteilung eingeplant werden.

Vereinbarkeit Care-Arbeit und Beruf

Für einen großen Teil der Hebammen in NRW spielt die Vereinbarkeit familiärer Care-Arbeit und Beruf eine wichtige Rolle. Der übliche Schichtdienst ist meist nicht mit den Betreuungszeiten in Kindergärten und Schulen kompatibel. Hier kann ein Betriebskindergarten bzw. betriebliche Betreuungsoptionen unterstützen, aber auch Unterstützung durch Zuschüsse zur Kinderbetreuung oder Betreuung an Wochenenden, in den Ferien oder an Randzeiten können helfen.

Hebammen, die Angehörige pflegen äußern ähnliche Schwierigkeiten. Auch hier kann eine finanzielle und/oder organisatorische Unterstützung bezüglich einer stundenweisen Entlastungspflege, einer Notfallbetreuung oder einer Kurzzeitpflege im Arbeitsalltag helfen.

Kliniken sollten an die Bedürfnisse der Hebammen angepasste, innovative und flexible Arbeitszeitmodelle ermöglichen.

Hebammen, die mit betreuungspflichtigen Kindern zusammenleben, benötigen Kinderbetreuung auch in Randzeiten (vor 8.00 Uhr am Morgen, nach 16.30 Uhr oder nachts und am Wochenende) und ebenso verlässliche Dienstpläne. Der hohe Grad an geforderter Flexibilität in Form von Einspringen und Überstunden ist kaum mit der Kinderbetreuung vereinbar. Denkbar wären auch Dienste zu etablieren, die Bürozeiten oder auch üblichen Kinderbetreuungszeiten entsprechen.

Aufgrund des demografischen Wandels sowie rentenrechtlicher Veränderungen, steigt das Durchschnittsalter von Arbeitnehmer*innen und sinkt gleichzeitig das Erwerbspersonenpotenzial (BAuA, 2017). Es ist wichtig, qualifizierte und berufserfahrene Hebammen möglichst lange sowie leistungsfähig und gesund in den Kliniken zu halten. Arbeitszeiten werden von älteren Arbeitnehmer*innen als alternsgerecht wahrgenommen, wenn der geplante Dienstplan eingehalten und an die individuellen physischen Ressourcen angepasst ist. Zu bedenken ist zudem bis zu welchem Alter Hebammen regelmäßig Nachtdienste übernehmen können.

Die Arbeitsbedingungen im klinischen Setting können durch eine konsequente Umsetzung wertschätzender Konzepte und die Umstrukturierung von Arbeitsprozessen dazu beitragen die tätigen Hebammen zu halten und neue Fachkräfte zu finden.

Finanzielle Unterstützung von freiberuflichen Hebammen

Gründungszuschuss bei Niederlassung/Start als freiberufliche Hebamme

In Bayern erhalten Hebammen, die in die Freiberuflichkeit starten eine Niederlassungsprämie in Höhe von 5.000,00 € (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, n.d.). Auch dies kann für NRW eine gute Möglichkeit sein, Hebammen beim Start in die Freiberuflichkeit, bei der bekanntermaßen Investitionen zu tätigen sind, finanziell zu unterstützen.

Prämie pro betreuter Frau in der Freiberuflichkeit

Im Bundesland Bayern erhalten Hebammen einen sogenannten Hebammenbonus für freiberufliche Geburtshilfe in Höhe von 1.000 € pro Jahr. Voraussetzung ist die Betreuung von mindestens vier Geburten in freiberuflicher Hebammentätigkeit (Bayerisches Landesamt für Pflege, 2019). Dies stellt eine gewisse finanzielle Unterstützung der freiberuflichen Hebammen dar und kann auch in NRW zielführend eingesetzt werden.

Unterstützung Begleit-Beleghebammen

Die große - jedoch ungedeckte - Nachfrage nach Begleit-Beleghebammen in NRW kann durch eine finanzielle Unterstützung der freiberuflich arbeitenden Begleit-Beleghebammen begegnet werden. Es sollten finanzielle Anreize - ähnlich dem Hebammenbonus - geschaffen werden, damit Hebammen motiviert werden, diese Leistung verstärkt anzubieten. Auch die mit Begleit-Beleghebammen kooperierenden geburtshilflichen Abteilungen/Kliniken können Anreize und Vergünstigungen anbieten (z.B. die teilweise Übernahme der Berufshaftpflichtversicherung oder die Entlastung von administrativen Aufgaben).

Kostenfreie Überlassung von Räumlichkeiten für Hebammenpraxen und Kursräume

Eine kostenfreie bzw. günstige Überlassung von Räumlichkeiten, um die freiberufliche nicht-aufsuchende Hebammentätigkeit (Termine in der Schwangerschaft, Kurse in der Schwangerschaft und nach der Geburt, nicht-aufsuchende Wochenbettbetreuung) auszuüben, erleichtert Hebammen das Angebot einer Hebammenpraxis. Auch die finanzielle Hilfe bei der Ausstattung der Räumlichkeiten, kann insbesondere für Berufs- und Wiedereinsteigerinnen hilfreich sein. Günstiger Weise sollten diese Räume in der Nähe des Gesundheits-, Sozial- oder Jugendamtes bzw. der Räumlichkeiten der Frühen Hilfen liegen, so dass ein niedrigschwelliger Zugang von Frauen und ihren Familien möglich ist. Insbesondere Frauen, die bisher noch keinen Kontakt zu Hebammen hatten, würden hiervon profitieren.

Mobilität

Insbesondere in Großstädten kann die Parksituation die aufsuchende Arbeit von freiberuflichen Hebammen stark behindern. Unentgeltliche Mobilitätsangebote (freie Nutzung der öffentlichen Verkehrsmittel) oder kostenlose Sonderparkgenehmigungen können zur Erleichterung der Arbeitsbedingungen beitragen. Die Stadtwerke Düsseldorf und die Stadt Düsseldorf stellen bereits seit 2018 freiberuflich tätigen Hebammen ein Freikontingent für die Elektro-Vespas „Eddy“ zur Verfügung. Ähnliche Maßnahmen könnten in weiteren Großstädten in NRW umgesetzt werden (Bergmann, 2018).

Angebote für Wiedereinsteiger*innen und Rückkehrer*innen

Kostenlose bzw. kostengünstige Fortbildungsangebote

Hebammen, die längere Zeit nicht aktiv als Hebamme tätig waren oder zeitweise nur bestimmte Bereiche der Hebammenarbeit abgedeckt haben, sollten kostenlose oder kostengünstige Fortbildungsangebote in Anspruch nehmen können, um aktuelles Wissen zu erwerben und geburtshilfliche Fertigkeiten zu üben. Diese Angebote können durch den Landesverband der Hebammen NRW, durch Ausbildungsstätten für Hebammen oder Hochschulen angeboten werden.

Mentoring-Programm

Ein*e Mentor*in kann Hebammen den Wiedereinstieg in den Beruf nach einer längeren Auszeit erleichtern. Sie fungieren als Ansprechpartner*innen, erarbeiten gemeinsam ein angepasstes Konzept und eine individuelle Einarbeitungszeit.

Eine Rückkehr in den Hebammenberuf könnte finanziell durch eine Prämie vergütet werden. In Bayern erhalten Hebammen, die in die Freiberuflichkeit starten bzw. zurückkehren eine Niederlassungsprämie in Höhe von 5.000€ (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, n.d.).

Eine Prämie für den Wiedereinstieg in die klinische Hebammentätigkeit müsste - wenn gewünscht - durch die jeweilige Klinik bezahlt werden.

Digitale Angebote durch Hebammen

Das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG, 2019) eröffnet neue Möglichkeiten für Ärzt*innen, Hebammen, Pflegende und Nutzer*innen im Gesundheitssystem. Nutzer*innen können Apps auf Rezept bekommen, Videosprechstunden können einfacher angeboten und genutzt werden, Verordnungen werden auf elektronischem Wege übermittelt und überall kann bei Behandlungen auf das sichere Datennetz im Gesundheitswesen zugegriffen werden.

Bereits jetzt bieten Hebammen digitale Formate in der Betreuung in Schwangerschaft und im Wochenbett inklusive Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse an, in der Zeit der Covid 19-Pandemie wurde dies durch die „Befristete Vereinbarung über alternative Möglichkeiten zur Leistungserbringung von freiberuflich tätigen Hebammen nach dem Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe gemäß § 134a SGB V im Zusammenhang mit dem Coronavirus vom 19. März 2020“ möglich. Die Vereinbarung gilt bisher nur bis zum 30. September 2020. Eine Verstetigung dieser Vereinbarung wäre zeitgemäß und würde die Digitalisierung im Gesundheitsbereich unterstützen. Insbesondere wenn Frauen weite Wege zurücklegen müssen, da kein wohnortnahes Angebot vorhanden ist, ist eine digitale Möglichkeit eine gute Alternative. Aber auch aus Sicht der Hebammen kann dies zur Entlastung führen.

Videotelefonie bzw. Telemedizin kann eine geeignete Plattform sein, um Frauen bzw. Eltern in der Zeit von Schwangerschaft und Wochenbett zu beraten. Es gibt bereits verschiedene Angebote in dieser Form. Zum Beispiel bietet die BARMER Krankenkasse ihren Versicherten gemeinsam mit dem Kooperationspartner www.kinderheldin.de digitale Beratungen an. Digitale Beratungen können zur Entlastung der vorhandenen Strukturen beitragen, insbesondere abends, an Wochenenden oder in Zeiten, wenn Hebammen schwer zu erreichen sind. Aber auch für Frauen, die keine Hebamme finden bzw. gefunden haben, können digitale Angebote hilfreich sein.

Zu bedenken ist aber, dass hierbei datenschutzrechtlich sichere Medien durch Hebammen verwendet werden sollen. Hier gilt es zum einen den Unterstützungsbedarf hinsichtlich geeigneter Medien und zum anderen den Bedarf in Bezug auf die bedarfsgerechte Gestaltung von Online-Angeboten zu evaluieren, um dann geeignete Fortbildungen anzubieten.

Information über (vorübergehende) Schließungen geburtshilflicher Abteilungen/Kliniken

Kurzfristige, vorübergehende Schließungen geburtshilflicher Abteilungen bzw. von Kreißsälen aus Mangel an Hebammen oder Ärzt*innen sowie die Abweisung werdender Mütter zu Geburtsbeginn sollten möglichst vermieden werden. Eine vorausschauende Planung ist auch im Sinne der Gebärenden und werdenden Eltern sinnvoll. Eine Schließung führt nicht nur zu psychischen und emotionalen Belastungen, sondern kann im Extremfall das Wohl von Mutter und Kind gefährden.

Wenn eine vorübergehende Schließung unumgänglich erscheint, sollten die verbleibenden Kliniken im Umkreis vorab informiert werden, um auf eine eventuell höhere Nachfrage/Auslastung vorbereitet zu sein. Wichtig ist hierbei eine Transparenz über freie Kapazitäten des Kreißsaals bzw. der geburtshilflichen Abteilung zu gewährleisten. In einigen Städten (z.B. Berlin und München) wird der digitale interdisziplinäre Versorgungsnachweis (IVENA) eingesetzt. Kliniken speisen die Veränderungen ihrer Kreißsaalkapazitäten fortlaufend und zeitnah in das System ein, so dass jede Klinik über das System freie Kapazitäten abrufen und Gebärende in eine Klinik mit freien Kapazitäten verlegen kann (Berliner Aktionsprogramm, 2018).

Eine endgültige Schließung einer geburtshilflichen Abteilung sollte vorausschauend geplant werden. Die im Umkreis liegenden Kliniken benötigen Zeit sowie sachliche und personelle Ressourcen, um mit dem Anstieg der Geburten zurecht zu kommen.

15. Fazit

Es gibt deutliche Hinweise, die auf einen Mangel an Hebammenleistungen hindeuten, der aber -aufgrund vorab beschriebener Faktoren - nicht dezidiert quantifiziert werden kann. Ersichtlich sind regionale Versorgungslücken und -engpässe im klinischen wie auch außerklinischen Bereich. Die Geburtenzahl deutschlandweit wie auch in NRW ist in den letzten Jahren stetig gestiegen, im Jahr 2019 ist sie um 1,6% auf 170.391 geborene Kinder gesunken (IT.NRW, 2020). Die Nachfrage nach Hebammenleistungen ist gestiegen. Gleichwohl scheint das aktuelle Versorgungsniveau nicht optimal zu sein und erreicht nicht alle Frauen und Familien, die diese Leistungen benötigen bzw. wünschen. Das bestehende Versorgungsniveau wird momentan dadurch aufrechterhalten, dass klinisch und außerklinisch tätige Hebammen zum Teil erheblich über ihre Kapazitäten hinaus arbeiten. Dieses Problem bezieht sich scheinbar nicht nur auf NRW, sondern zeigt sich in Bestandsaufnahmen bzw. Studien in verschiedenen Bundesländern sowie bundesweit.

Inzwischen gibt es in nahezu allen Bundesländern, aber auch auf regionaler Ebene Bündnisse sowie Runde Tische, die sich mit der Verbesserung der geburtshilflichen Versorgung beschäftigen. Eines der bestehenden Bündnisse aus Ärzt*innen, Hebammen und Eltern macht sich für eine umfassende Reform der Geburtshilfe in Deutschland stark und fordert einen nationalen Geburtshilfegipfel. Hier sollten u.a. Themen wie der Zugang zur geburtshilflichen Versorgung durch die Nutzer*innen, die finanzielle Umgestaltung der Geburtshilfe, aber auch die Ausbildung von Gynäkolog*innen und Hebammen und die frühzeitige gemeinsame fach- und sektorenübergreifende Aus- und Weiterbildung diskutiert und bearbeitet werden (Deutsches Ärzteblatt, 2020).

Im August 2020 wurde ein Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) mit einem Förderprogramm für Hebammenstellen vorgelegt. Ab 2021 sollen im Rahmen dieses dreijährigen Förderprogramms neue Stellen für Hebammen in Kliniken geschaffen werden. Die Förderfähigkeit ist an die Anzahl der Geburten in der jeweiligen Klinik gebunden und sieht eine Förderung von 0,5 Vollzeitstellen je 500 Geburten vor. Die zusätzlichen Gelder können für Neueinstellungen von Hebammen

oder zur Aufstockung von vorhandenen Teilzeitstellen eingesetzt werden. Zudem sollen Stellen für assistierendes, medizinisches Fachpersonal gefördert werden. Hierbei erfolgt eine Deckelung auf 10,0% der in Vollzeit umgerechneten zum 1. Januar 2020 vorhandenen Hebammenstellen (Reichardt, 2020). Derartige Vorhaben sind ein erster Schritt der Be- und Auslastung von Hebammen zu begegnen und die geburtshilfliche Versorgung von Frauen zu verbessern. Darüber hinaus sind auch die Arbeitsplatzgestaltung und die Geburtskultur ein zu berücksichtigender Faktor in der klinischen Versorgung, der die dort tätigen Hebammen zukünftig entlasten kann und für eine höhere Arbeitszufriedenheit und damit einhergehend für einen Verbleib im Beruf sorgt. Gleichzeitig sollten aber ähnliche Vorhaben auch in der Bewältigung des bestehenden Ärzt*innenmangels und Mangels an Pflegenden angegangen werden. Die aus Gründen des Personalmangels vorübergehende Schließung von Kliniken und die damit verbundene emotionale Belastung für Gebärende und ihre Begleitperson/en ist ein unhaltbarer Zustand.

HebAB.NRW stellt die bisher umfangreichste Studie in Deutschland zur Versorgung von Frauen mit Hebammenhilfe dar. Bereits im Studienverlauf konnte internationaler Anschluss an die Versorgungsforschung im Bereich der Hebammenwissenschaft gefunden werden.
Die Ergebnisse der beiden Teilprojekte „Mütterbefragung“ und „Hebammenbefragung“ geben Hinweise auf Versorgungslücken und zu behebende Herausforderungen in unterschiedlichen Bereichen und auf verschiedenen Ebenen. Die daraus resultierenden Empfehlungen sollten nun auf politischer Ebene des Landes sowie der Kommunen geprüft und ggf. umgesetzt werden.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Wichtigkeit und Brisanz des Themas der angemessenen, wohnortnahen und flächendeckenden geburtshilflichen Versorgung von Frauen, ihren Kindern und Familien in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Stillzeit und erstem Lebensjahr des Kindes durch Hebammen erkannt wurde und verschiedene Ansätze zur Bearbeitung gewählt wurden. Aufgrund der Komplexität, der Heterogenität und der unterschiedlichen Interessenslagen der Akteur*innen, die in dieser Lebensphase in die Betreuung der Frauen und Familien eingebunden sind, gibt es keine einfachen Lösungen. Die Ergebnisse und die Handlungsempfehlungen des vorliegenden Forschungsprojektes „Geburtshilfe Versorgung durch Hebammen in NRW - HebAB.NRW“ können einen Beitrag dazu leisten. Wichtig ist, dass Politik, Versorgungspraxis und Nutzer*innen gemeinsam daran arbeiten, um diese gesellschaftlich wichtige Lebensphase im Sinne der Frauen und ihren Familien gut gestalten zu können.

16.Finanzierung

Die geforderten, jährlichen Zwischennachweise wurden am 17.05.2017, 14.05.2018, 16.05.2019 und am 27.04.2020 erstellt und fristgerecht eingereicht.

Der Zuwendungsbescheid für das Projekt HebAB.NRW erging am 21.11.2016. Ein 1. Änderungsbescheid erfolgte am 14.12.2016 wegen einer Änderung der kassenmäßigen Bereitstellung der Gelder für die Haushaltsjahre 2016 und 2017. Aufgrund des verspäteten Projektstarts wurden erste Mittel erst in 2017 verausgabt. Auch die weitere Planung wurde vom verspäteten Projektstart beeinflusst, wodurch sich insgesamt Verschiebungen in der Verausgabung der Mittel ergeben haben. In der Folge ergab sich am 22.12.2017 ein 2. Änderungsbescheid (Änderung der kassenmäßigen Bereitstellung der Gelder für die Haushaltsjahre 2017 und 2018) und am 13.12.2018 ein 3. Änderungsbescheid (Änderung der der kassenmäßigen Bereitstellung der Gelder für die Haushaltsjahre 2018 und 2019).
Bei Antragsstellung wurde mit höheren Ausgaben für Lizenzen, Software und Druck gerechnet. Im Laufe des Projekts zeigte sich, dass die Datenerhebung und -auswertung wesentlich aufwändiger waren als ursprünglich angenommen. Daher wurden Gelder, die für Software u. ä. kalkuliert waren, für die Unterstützung durch studentische und wissenschaftliche Hilfskräfte in der Datenverarbeitung genutzt.
Zur Jahresmitte 2019 wurde aus dem gleichen Grund eine kostenneutrale Verlängerung des Projekts beantragt. Am 24.07.2019 erging der 4. Änderungsbescheid (Verlängerung des Durchführungszeitraumes bis zum 30.06.2020). Hiermit ging wiederum die Verschiebung der angeforderten Mittel einher, die im 5. Änderungsbescheid vom 27.12.2019 mit der Änderung der kassenmäßigen Bereitstellung der Gelder für die Haushaltsjahre 2019 und 2020 festgestellt wurden.

Letztendlich musste der Projektabschluss durch die immer noch aktuelle Corona-Pandemie und dem in diesem Zusammenhang eingeschränkten Zugriff auf das Datenmaterial nochmals um drei Monate verschoben werden. Daher erging am 07.05.2020 der 6. Änderungsbescheid, in dem kostenneutralen Verlängerung des Durchführungszeitraumes bis zum 30.09.2020 festgestellt wurde. Der Bewilligungszeitraum endet zum 31.12.2020. Der Schlussverwendungsnachweis ist bis zum 31.03.2021 vorzulegen.

17.Verwertungsstrategie

In diesem Kapitel werden die im Projektzeitraum entstandenen Veröffentlichungen, Präsentationen, Veranstaltungen, die Pressearbeit sowie die Verwertung für Forschung und Lehre dargestellt.

17.1 Veröffentlichungen

Peters, M., Villmar, A., Hering, T., Bauer, N.H. & Schäfers, R. (2020). *Einfluss von Migrationshintergrund und niedrigem sozioökonomischen Status auf die Nutzung von aufsuchender Wochenbettbetreuung in Deutschland*. In: 5. Internationale Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi). Bochum, 14.02.2020. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2020. DOI: 10.3205/20dghwi08 or https://www.egms.de/en/meetings/dghwi2020/index.htm

Peters M, Schäfers R. *Quantitative Studie zur geburtshilflichen Versorgung durch Hebammen - HebAB.NRW: Die Perspektive der Mütter.* In: 4. Internationale Fachtagung der Deutschen Ge-

sellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi). Mainz, 16.02.2018. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2018. Doc18dghwiP25. DOI: 10.3205/18dghwi31, URN: urn:nbn:de:0183-18dghwi316

Peters M, Schäfers R. *Modelle der Hebammenarbeit - Qualität der Hebammenarbeit - Ziele der Hebammenarbeit: Eine Literaturanalyse.* In: 4. Internationale Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi). Mainz, 16.02.2018. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2018. Doc18dghwiP26. DOI: 10.3205/18dghwi32, URN: urn:nbn:de:0183-18dghwi324

Peters, M; Schäfers, R (2017) *Ist die geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen gefährdet?* Z Geburtshilfe Neonatol; 221(S 01): E1-E113 DOI: 10.1055/s-0037-1607926

Villmar, A., Hellmers, C., Bauer, N.H. (2020). *Geburtshilfliche Versorgungsmodelle und Wohlbefinden von Hebammen - eine quantitative Querschnittstudie in Nordrhein-Westfalen* In: 5. Internationale Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi). Bochum, 14.02.2020. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2020. DOI: DOI: 10.3205/20dghwi44 or https://www.egms.de/en/meetings/dghwi2020/index.htm

Villmar, A., Peters, M., Hering, T., Schäfers, R. & Bauer, N.H. (2020). *Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen: Angebot und Erreichbarkeit - Ergebnisse der HebAB.NRW Studie*. In: 5. Internationale Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi). Bochum, 14.02.2020. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2020. DOI: DOI: 10.3205/20dghwi44 or https://www.egms.de/en/meetings/dghwi2020/index.htm

Villmar A, Bauer NH. *Arbeit, Empowerment und emotionales Wohlbefinden im beruflichen Kontext von Hebammen - die Anwendung der WHELM Studie in Nordrhein-Westfalen.* In: 4. Internationale Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi). Mainz, 16.02.2018. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2018. Doc18dghwiP37. DOI: 10.3205/18dghwi43, URN: urn:nbn:de:0183-18dghwi439

Villmar, A., Peters, M., Schäfers, R. & Bauer, N.H. (2017). *HebAB.NRW - eine aktuelle Studie zur geburtshilflichen Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen*. Hebammenforum 2017; 18: 1402-1405.

Villmar, A; Bauer, N (2017) *HebAB.NRW - Hebammenversorgung in Nordrhein-Westfalen - eine explorative Querschnittstudie*. Z Geburtshilfe Neonatol; 221(S 01): E1-E113 DOI: 10.1055/s-0037-1607913.

17.2 Veranstaltungen

Vorträge, Posterpräsentationen, Workshops

Peters, M. (2020). Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen. Forschungsprojekt. Ringvortrag - Kölner Hebammennetzwerk. Februar 2020, Köln.

Villmar, A. & Bauer, N.H. (2019). Das Projekt HebAB.NRW. Bundesdelegiertentagung des Deutschen Hebammenverbandes, 21. November 2019, Berlin.

Bauer, N.H., Schäfers, R., Peters, M., & Villmar, A. (2019). HebAB.NRW - Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen, „Mütterbefragung & Hebammenbefragung“. Tag der anwendungsorientierten Forschung, 4. Juli 2019, Bochum.

Bauer, N.H., Luksch, K. & Villmar, A. (2019). HebAB.NRW-Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in NRW - Hebammenbefragung (Vortrag). XV. Deutscher Hebammen Kongress, 28. Mai 2019, Bremen.

Villmar, A. (2019). HebAB.NRW - Geburtshilfliche Versorgung in Nordrhein-Westfalen. Regionalkonferenz Gesundheitsberufe NRW 2019 in Duisburg. Themenschwerpunkt Therapieberufe und Hebammenwesen, 20. März 2019.

Peters, M. (2019). Hebammenversorgung in NRW - Herausforderungen und mögliche Ideen zur Verbesserung. 60. Gesundheitskonferenz Essen, März 2019, Essen.

Peters, M., Kolip, P., & Schäfers, R. (2019). MMAY childbirth - Measurement of Midwifery quality from womens' point of view: Development of an instrument (Vortrag). 21. Kongress des nordischen Verbands der Hebammen - Midwifery across borders'. 02.-04. Mai 2019, Reykjavik, Island.

Peters, M., & Schäfers, R. (2019). Skala zur Qualitätsmessung der Hebammenarbeit (Workshop). 5. Deutscher Hebammenkongress, 27.-29. Mai 2019, Bremen.

Villmar, A., Hellmers, C. & Bauer, N.H. (2019). Promoting job retention among early career midwives - Findings from the HebAB.NRW study in North Rhine-Westfalia, Germany (Vortrag). European Midwives Association (EMA) Education Conference, 29.-30. November 2019, Malmö, Schweden.

Villmar, A., Hellmers, C. & Bauer, N.H. (2019). Perception of Empowerment in Midwifery Scale - Anwendung eines validierten Instrumentes zur Messung von beruflichem Empowerment von Hebammen in Nordrhein-Westfalen (Vortrag). Forschungsworkshop der Hebammengemeinschaftshilfe, 26. Mai 2019, Bremen.

Villmar, A., Hellmers, C. & Bauer, N.H. (2019). Cross-Cultural adaption of the Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale (PEMS) for German speaking countries (Vortrag). 3. CARE4- International Scientific Nursing and Midwifery Congress, 06. Februar 2019, Leuven, Belgien.

Bauer, N.H. (2018). Hebammenversorgung in NRW - Herausforderungen und mögliche Ideen zur Verbesserung. 14. Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) der StR Region Aachen, 21. November 2018

Peters, M., Schäfers, R. & Kolip, P. (2018). Entwicklung eines Instruments zur Messung der Qualität in der Versorgung durch Hebammen im Wochenbett anhand von PREMs (Posterpräsentation). Fachtagung: Familiengesundheit im Lebensverlauf, 25.05.2018, Osnabrück.

Villmar, A. & Bauer, N.H. (2018). Berufliches Empowerment von Hebammen in Nordrhein-Westfalen (Vortrag). Fachforum Soziale Arbeit, Empowerment und kollektive Organisierung, 06.-07. April 2018, Hochschule Düsseldorf.

Villmar, A. & Bauer, N.H. (2018). Wer sind wir - und wenn ja, wie viele? Landestagung des Landesverbandes der Hebammen NRW, 14. Juni 2018, Münster.

Peters, M. & Schäfers, R. (2017): Current supply of midwifery care and preferences of women in North Rhine-Westphalia, Germany. Abstract akzeptiert, nicht vorgestellt. 10. €pean Public Health Conference. 01.11.2017, Stockholm, Schweden.

Villmar, A. & Bauer, N. H. (2017). Strengthening midwifery care in Germany - a cross-sectional survey of the midwifery workforce. Abstract akzeptiert, nicht vorgestellt auf dem 10. €pean Public Health Conference. 01.11.2017, Stockholm, Schweden.

Villmar, A., Peters, M., Schäfers, R. & Bauer, N.H. (2017). HebAB.NRW: Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen -Querschnittsbefragungen von Müttern und Hebammen (Posterpräsentation). 16. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, 4. Oktober 2017, Berlin.

Weitere geplante Vorträge aufgrund bereits angenommener Abstracts im Jahr 2020 entfielen durch Veranstaltungsabsagen aufgrund der Covid 19-Pandemie.

Abschlussveranstaltung

An der Abschlussveranstaltung am 20. November 2019 nahmen 127 Teilnehmer*innen teil. Neben den Mitgliedern des Advisory Boards haben Vertreter*innen der Krankenhausgesellschaft NRW (KGNW), des DHV und von Mother Hood e.V. die Veranstaltung aktiv mitgestaltet. Die Teilnehmer*innen haben einen gedruckten Ergebnisflyer mit vorläufigen Ergebnissen zu ausgewählten Fragen erhalten. Die Gesamtauflage des Ergebnisflyers beträgt 500 Stück. Weitere Exemplare wurden am 21. November 2019 an die Delegierten und Gäste der Bundesdelegiertentagung des DHV verteilt. Der Ergebnisflyer und ein Factsheet sind seit dem 22. November 2019 auf der Projekt-Website als PDF-Datei zum Download für die Öffentlichkeit zugänglich (www.hebab.nrw). Eine vor- und nachbereitende Pressemitteilung wurde vom Projektteam erstellt und von der landes- und bundesweiten Presse aufgegriffen. Über die Ergebnisse von HebAB.NRW und die Abschlussveranstaltung wurde in zahlreichen Zeitungsartikeln und in einigen Fernseh- und Radiobeiträgen - teilweise inklusive einer Kommentierung - berichtet.

17.3 Verwertung für Forschung und Ausbildung

Promotionen

Mirjam Peters promoviert in einer kooperativen Promotion an der Universität in Bielefeld im Bereich Public Health zum Thema: „Entwicklung einer Skala zur Bewertung der Qualität der Hebammenversorgung während der Geburt und im Wochenbett anhand von PREMs“. Erstbetreuerin ist Prof.in Dr.in Petra Kolip, Zweitbetreuerin ist Prof.in Dr.in Rainhild Schäfers.

Andrea Villmar promoviert an der Universität Witten/Herdecke in einer kooperativen Promotion zum Thema: „Empowerment im Beruf - eine quantitative Querschnittserhebung angestellter und freiberuflicher Hebammen in Nordrhein-Westfalen“. Prof.in Dr.in Nicola H. Bauer ist Erstbetreuerin, Zweitbetreuerin ist Prof.in Dr.in Claudia Hellmers.

Bachelorarbeiten

Eine als Sekundärdatenanalyse konzipierte Bachelorarbeit zum Thema „Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit von neu qualifizierten Hebammen in Nordrhein-Westfalen“ wurde von Laura Noel Schäfer als studentische Hilfskraft im Projekt und Studentin der Interkulturellen Wirtschaftspsychologie an der Hochschule Hamm-Lippstadt erstellt. Eine weitere Bachelorarbeit zum Thema „Das seelische Wohlbefinden von klinisch tätigen Hebammen im beruflichen Kontext: eine qualitative Sekundäranalyse einer Hebammenbefragung“ wird aktuell von einer Bachelorstudentin im Studiengang Hebam-

menkunde an der hsg Bochum bearbeitet. Diese ist als eine Sekundärdatenanalyse der Subgruppe klinisch tätiger Hebammen in NRW konzipiert. Eine weitere Bachelorarbeit zum Thema "Wochenbettversorgung durch Hebammen im ländlichen Raum-eine quantitative Befragung von Hebammen und Mütter in Tuttlingen" wird aktuell im Rahmen des Studienganges Hebammenkunde an der hsg Bochum erstellt. Das Erhebungsinstrument orientiert sich am Hebammenfragebogen der HebAB.NRW-Studie.

Forschungsaufenthalt

Im März 2018 konnten Frau Prof.in Dr.in Nicola H. Bauer und Andrea Villmar einen zweiwöchigen Forschungsaufenthalt an der Griffith University Brisbane/Australien realisieren. Der Aufenthalt diente dem wissenschaftlichen Austausch mit den international renommierten Hebammenwissenschaftlerinnen Prof.in Dr.in Jenny Gamble, Prof.in Dr.in Jennifer Fenwick und Dr.in Mary Sidebotham und ihrem Team der WHELM-Studie. Aus dem Aufenthalt resultiert unter anderem die Vereinbarung, gemeinsame englische Publikationen und Ergebnispräsentationen zu erstellen. Auf dem Kongress der International Confederation of Midwives (ICM), der für Juni 2020 geplant war und nun aufgrund des aktuellen Pandemiegeschehens auf Mai 2021 verschoben wurde, wird ein von den beteiligten Forscherinnen geplantes Symposium mit dem Thema „Promoting and sustaining a healthy midwifery workforce - key messages from eight countries in the Work, Health and Emotional Lives of Midwives (WHELM) study“ durchgeführt.

Lehre

Das Forschungsprojekt wurde durch die Professorinnen und Doktorandinnen im Rahmen des Bachelorstudiengangs Hebammenkunde und im Masterstudiengang Evidence-based Health Care in Vorlesungen mit den Themen Projektmanagement, Verwertungsstrategien, Forschung als dynamischer Prozess und Ethische Implikationen/Ethikantrag behandelt.

17.4 Pressearbeit

Zu verschiedenen Zeitpunkten des Projektes wurden vier Pressemitteilungen durch die hsg Bochum veröffentlicht.
Im Folgenden ist ein Auszug des Pressespiegels zur Abschlussveranstaltung vom 20.11.2019 gelistet.

Fernsehen:

- WDR E | Lokalzeit Ruhr
- Sat.1 NW | Sat.1 am Abend, Live aus NRW

Radio:

- Radio NRW
- WDR 5 | Morgenecho
- WDR 5 | Quarks - Wissenschaft und mehr
- WDR 2 RR | Lokalzeit Rhein Ruhr
- https://www.lippewelle.de/artikel/die-hebammenversorgung-in-hamm-408793.html
- https://www.radioguetersloh.de/nachrichten/kreis-guetersloh/detailansicht/zu-wenige-hebammen.html
- https://www.hellwegradio.de/artikel/vier-bis-fuenf-geburten-gleichzeitig-410168.html

Zeitungen:

- https://www.sueddeutsche.de/leben/familie-bochum-studie-zeigt-missstaende-in-der-hebammenversorgung-auf-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-191120-99-803619
- https://www.arcor.de/article/News-Regional-Nordrhein-Westfalen--Studie-zeigt-Missstaende-in-der-Hebammenversorgung-auf/hub01-home-news-regional-nordrhein_westfalen/8869313
- https://www.n-tv.de/regionales/nordrhein-westfalen/Studie-zeigt-Missstaende-in-der-Hebammenversorgung-auf-article21405520.html
- https://www.welt.de/regionales/nrw/article203660362/Studie-zeigt-Missstaende-in-der-Hebammenversorgung-auf.html
- https://www.t-online.de/region/id_86844794/studie-zeigt-missstaende-in-der-hebammenversorgung-auf.html
- https://www.rtl.de/cms/studie-zeigt-missstaende-in-der-hebammenversorgung-auf-4440217.html
- https://www.hellwegeranzeiger.de/Nachrichten/Studie-zeigt-Missstaende-in-der-Hebammenversorgung-auf-1472957.html
- https://www.azonline.de/NRW/4038640-Geburtshilfe-Studie-zeigt-Missstaende-in-der-Hebammenversorgung-auf
- https://www.waz.de/region/rhein-und-ruhr/hebammen-studie-offenbart-massive-maengel-in-nrw-kliniken-id227699563.html
- https://www.nrz.de/region/rhein-und-ruhr/hebammen-studie-offenbart-massive-maengel-in-nrw-kliniken-id227699563.html
- https://www.ikz-online.de/region/rhein-und-ruhr/hebammen-studie-offenbart-massive-maengel-in-nrw-kliniken-id227699563.html
- https://www.wr.de/region/rhein-und-ruhr/hebammen-studie-offenbart-massive-maengel-in-nrw-kliniken-id227699563.html
- https://www.wp.de/region/rhein-und-ruhr/hebammen-studie-offenbart-massive-maengel-in-nrw-kliniken-id227699563.html
- https://rp-online.de/nrw/panorama/betreuung-von-schwangeren-in-nrw-missstaende-in-der-hebammenversorgung_aid-47304647
- https://www.mv-online.de/in-und-ausland/nrw/studie-zeigt-missstaende-in-der-hebammenversorgung-auf-285322.html
- https://www.ev-online.de/in-und-ausland/nrw/studie-zeigt-missstaende-in-der-hebammenversorgung-auf-285321.html
- https://www.borkenerzeitung.de/welt/regionales/Studie-zeigt-Missstaende-in-der-Hebammenversorgung-auf-246077.html
- https://www.wz.de/nrw/studie-zeigt-missstaende-in-der-hebammenversorgung-auf_aid-47299249
- https://www.die-glocke.de/lokalnachrichten/regionales/Missstaende-bei-der-Hebammenversorgung-1f349497-bf8d-4113-8147-b6cf1d19c682-ds
- https://www.extremnews.com/berichte/gesundheit/9de51775c2e1c82
- http://www.schattenblick.de/infopool/medizin/gesund/m3st0078.html
- https://www.hausarzt.digital/politik/kbv-und-kven/besorgniserregende-situation-57941.html
- https://biermann-medizin.de/hebammenversorgung-in-nordrhein-westfalen-nicht-immer-optimal/
- https://www.presseanzeigen24.com/artikel/presseschau/westfalen-blatt-kommentar-zu-hebammen/57263.html
- https://www.westfalen-blatt.de/Ueberregional/Nachrichten/Politik/4039521-Viele- Hebammen-stellen-Gefahrenanzeigen-Personalnot-Kreisssaele-gesperrt
- https://www.juraforum.de/wissenschaft/hebammenversorgung-in-nordrhein-westfalen-nicht-immer-optimal-672275
- https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/107557/Missstaende-in-der- Hebammenversorgung-in-Nordrhein-Westfalen

- https://medizin-aspekte.de/113252-hebammenversorgung-in-nordrhein-westfalen-nicht-immer-optimal/
- https://www.welt.de/regionales/nrw/article203673538/Hebammenmangel-in-NRW- Besorgniserregende-Situation-bei-Schwangeren.html
- https://idw-online.de/de/news727469

Social Media:

- https://www.facebook.com/motherhoodev/posts/1134815116724339
- https://www.facebook.com/Dirk.Schmidt.Ruhr/posts/3167148220024628
- https://ruhr.today/2019/hebammen-oft-ueberlastet/?fbclid=IwAR0SnkRLeKQNoI-Kayx_fap7k7j5XYhV9Q7QzbgBhRIbf6Aiq6cDSRLddzJQ
- https://twitter.com/wdr5/status/1197054988591271937

18. Literatur

Althaber, A. & Leuze, K. (in Press). Der Einfluss der beruflichen Geschlechtersegregation und beruflicher Arbeitszeitarrangements auf Teilzeitarbeit. KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie.

AOK (2018). Gesunder Start ins Leben. Schwangerschaft - Geburt - erstes Lebensjahr. Analysen zur Versorgungssituation im Rheinland und in Hamburg 2018. Verfügbar unter: https://www.aok.de/pk/rh/inhalt/bestellung-report-gesunder-start-ins-leben/ [14.08.2020]

Ball, J., Washbrook, M. & The RCM (2010). Working with Birthrate Plus®. How this midwifery workforce planning tool can give you assurance about quality and safety. London: The Royal College of Midwives.

Ball, J. A. & Washbrook, M. (2010). Birthrate Plus: using ratios for maternity workforce planning. British Journal of Midwifery, 18 (11), 724-731.

BAuA (2016). Arbeitszeitreport Deutschland 2016. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

BAuA (2017). Alterns- und altersgerechte Arbeitsgestaltung. Grundlagen und Handlungsfelder für die Praxis. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Bauer, N. H. (2011). Das Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal und die möglichen Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden von Mutter und Kind. Göttingen: V & R unipress.

Bauer, N. H., Blum, K., Löffert, S. & Luksch, K. (2019). Gutachten zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen. Gutachtenentwurf des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) und der Hochschule für Gesundheit (hsg) Bochum, Studienbereich Hebammenwissenschaft. Für das Hessische Ministerium für Soziales Integration (HMSI). Bochum/Düsseldorf.

Bauer, N. H., Schäfers, R., Villmar, A. & Bode, A. (2015). Pilotstudie Bestandsaufnahme Hebammenversorgung in NRW. Abschlussbericht, Hochschule für Gesundheit, Bochum.

Bauer, N. H., Schäfers, R., Villmar, A. & Hering, T. (2016). Forschungsvorhaben - Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen (unveröffentlicht). Hochschule für Gesundheit, Bochum.

Bayerisches Landesamt für Pflege (2019). Hebammenbonus. Verfügbar unter: https://www.hebammenbonus.bayern.de/index.htm [30.08.2020]

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (n.d.). Niederlassungsprämie – das Gründerpaket für Hebammen und Entbindungspfleger. Verfügbar unter: https://www.stmgp.bayern.de/service/foerderprogramme/hebammenniederlassungspraemie/ [18.08.2020]

Beckmann, S. (2016). Sorgearbeit (Care) und Gender: Expertise zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung. Verfügbar unter: https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-49972-4 [19.08.2020]

Bergmann, M. (2018). 1.000 Minuten "eddy", um Gutes zu tun. Stadtwerke Düsseldorf und Stadt unterstützen Düsseldorfer Hebammen. Verfügbar unter: https://www.duesseldorf.de/medienportal/pressedienst-einzelansicht/pld/11000-minuten-eddy-um-gutes-zu-tun.html [22.08.2020]

Bergold, J. (2013). Partizipative Forschung und Forschungsstrategien. eNewsletter Wegweiser Bürgergesellschaft, Nr. 8/2013 (10.05.2013)

Berliner Aktionsprogramm für eine sichere und gute Geburt (2018). Beschluss „Runder Tisch Geburtshilfe“ vom 01.02.2018. Verfügbar unter: https://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/stationaere-versorgung/krankenhaus-versorgung/ [Zugriff: 24.08.2020].

Berthold, A. (2017). Individuelle Gesundheitsleistungen während der Schwangerschaft bei Frauen in prekärer Lebenssituation. Unveröffentlichte Master-Thesis, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Köln.

Berufsordnung für die Hebammen und Entbindungspfleger in Hamburg (Hebammen-Berufsordnung) vom 25.04.2017 (HmbGVBl. S. 126).

Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBO NRW) vom 6. Juni 2017 (GV. NRW. S. 616). Zuletzt geändert 18.05.2020 (GV. NRW. S. 348, 386).

Birner, A. (2012). „Ich hab's geschafft!" Beruflicher Wiedereinstieg im Praxistest - Evaluation der power_m Teilnehmerinnen, die innerhalb der ersten zwei Jahre der Projektlaufzeit aus dem Programm ausgetreten sind, um eine Erwerbsarbeit aufzunehmen. München: FAM – Frauenakademie München e.V.

Bode, A., Bauer, N. H. & Hellmers, C. (2016). Arbeitszufriedenheit von Hebammen im Kreißsaal. Die Hebamme, 29 (2), 118-123.

Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K. & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews;7 (7).

Borde, T. & Stengel, V. (2018). Bericht zur Berliner Mütterbefragung 2016/2017 - Die Versorgung rund um die Geburt aus der Sicht von Müttern. Verfügbar unter: https://www.ash-berlin.eu/fileadmin/Daten/_userHome/41_bordet/Ergebnisbericht_Berliner_M%C3%BCtterbefragung_201__Stengel___Borde.pdf [12.08.2020]

BQS-Institut. (2019). Jahresauswertung 2018 Geburtshilfe. Düsseldorf, Münster: Geschäftsstelle QS-Nordrhein-Westfalen.

Braun, J., Schneider, M. & Lakomek, H.-J. (2016). Eckpfeiler der Qualitätssicherung in der Medizin in Deutschland. Zeitschrift für Rheumatologie, 75 (2), 203-212.

Brückner, M. (2008). Kulturen des Sorgens (Care) in Zeiten transnationaler Entwicklungsprozesse. In H. G. Homfeldt, W. Schröer & C. Schweppe (Hrsg.), Soziale Arbeit und Transnationalität. Herausforderungen eines spannungsreichen Bezugs (S. 167-184). Weinheim: Beltz.

Brückner, M. (2010). Entwicklungen der Care-Debatte. Wurzeln und Begrifflichkeiten. In U. Apitzsch & M. Schmidbaur (Hrsg.), Care und Migration. Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktionsarbeit entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen (S. 43- 58). Opladen und Farmington Hills: Barbara Budrich.

Bullinger, M. (2000). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 43, 190-197.

Bundesärztekammer (BÄK) & Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2012). Selbst zahlen? Ein Ratgeber zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte (2. Aufl.). Berlin: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin.

Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) vom 30. 06.2017 (BGBl. I S. 2097). Zuletzt geändert durch Artikel 12 am 20.11.2019 (BGBl. I S. 1626).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2016). Begriffe A-Z: IGeL. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/i/igel.html [27.07.2020]

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017). Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf [08.08.2019]

Bundesregierung (2018). Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. (Drucksache 19/3180). Köln: Bundesanzeiger Verlag

Bundeszentrale für politische Bildung (BpB). (n.d.). Themenseite Care-Arbeit. Verfügbar unter: https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/care-arbeit/ [17.08.2020]

Datenschutzgesetz Nordrhein-Westfalen (DSG NRW) vom 17. 05.2018 (GV. NRW. S. 244, 278, 404).

David, M., Borde, T. & Siedentopf, F. (2012). Do immigration and acculturation have an impact on hyperemesis gravidarum? Results of a study in Berlin/Germany. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 33 (2), 78-84.

David, M., Pachaly, J., Vetter, K. & Kentenich, H. (2004). Geburtsort Geburtshaus - Perinataldaten im Vergleich zu Klinikentbindungen in Bayern und Berlin. Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 208 (3), 110-117.

de Bruin-Kooistra, M., Amelink-Verburg, M. P., Buitendijk, S. E. & Westert, G. P. (2012). Finding the right indicators for assessing quality midwifery care. International Journal for Quality in Health Care, 24 (3), 301-310.

DESTATIS (2017). Zahlen und Fakten. Geburten. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Geburten.html. [26.08.2018]

DESTATIS (2019). Regierungsbezirke nach Fläche, Bevölkerung und Bevölkerungsdichte am 31.12.2018. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/03-regierungsbezirke.html [29.08.2020]

DESTATIS (2020a). Geburten: Daten der Lebendgeborenen, Totgeborenen, Gestorbenen und der Gestorbenen im 1. Lebensjahr. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/lebendgeborene-gestorbene.html [02.6.2020]

DESTATIS (2020b). Lebendgeborene nach der Staatsangehörigkeit der Mutter 2019. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/lebendgeborene-staatsangehoerigkeit-laender.html [27.07.2020]

Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM) (2015). S1-Leitlinie 087-001 - Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland. AWMF-LL 087-001/3. AWMF online.

Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV). (2020). Hebammensuche leicht gemacht mit Ammely. Kostenfreie Online-Plattform des Deutschen Hebammenverbandes vermittelt Hebammenleistungen. Verfügbar unter: https://www.hebammenverband.de/aktuell/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung-detail/datum/2020/06/11/artikel/hebammensuche-leicht-gemacht-mit-ammely/ [30.08.2020]

Deutsches Ärzteblatt (2020). Politik: Ärzte, Hebammen und Eltern wollen nationalen Geburtshilfe Gipfel. Verfügbar unter: https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/109716/Aerzte-Hebammen-und-Eltern-wollen-nationalen-Geburtshilfegipfel [30.08.2020]

Döring, N., Börtz, J. & Pöschl, S. (2016). Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften (5. überarb. und erw. Aufl.). Berlin: Springer.

eurostat (2018). Degree of urbanisation classification - 2011 revision. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Degree_of_urbanisation_classification_-_2011_revision [08.08.2019]

EU-Verordnung (EU) 2016/679 des europäischen Parlaments und des Rats vom 27.04.2016 (Amtsblatt der Europäischen Union L 119/1) zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung EU-DSGVO). Zuletzt geändert am 23.05.2018 (ABl. L 127).

Fayers, P. M. & Sprangers, M. (2002). Understanding self-rated health. Lancet, 359 (9302), 187-188.

Feijen-de Jong, E. & Kool, L. (2019). Transition to Practice for Newly Qualified Midwives in the Netherlands. In M. Gray, E. Kitson-Reynolds & A. Cummins (Hrsg.), Starting Life as a Midwife (S. 167-179). Cham: Springer.

Fenwick, J., Sidebotham, M., Gamble, J. & Creedy, D. K. (2018). The emotional and professional well-being of Australian midwives: A comparison between those providing continuity of midwifery care and those not providing continuity. Women and Birth, 31 (1), 38-43.

Freie und Hansestadt Hamburg (2015). Hebammenversorgung in Hamburg. Hamburg: Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).

Freie und Hansestadt Hamburg (2020). Hebammenversorgung in Hamburg Stand 2018. Hamburg: Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).

G-BA (2016). Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für Krankenhäuser: Bundeseinheitliche Regelungen beschlossen - Pressemitteilung vom 24.11.2016. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/650/ [27.07.2020]

G-BA (2019). Patientenbefragungen werden Teil von Qualitätssicherungsverfahren: Qualitätssicherung. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/834/ [27.07.2020]

G-BA (2020). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL). Zuletzt geändert 14.05.2020.

Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG e.V.) (2015). Qualitätsbericht 2014. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Auerbach: Verlag Wissenschaftliche Scripten.

Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG e.V.) (2018). Qualitätsbericht 2017. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Auerbach: Verlag Wissenschaftliche Scripten.

Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG e.V.) (2019). Qualitätsbericht 2018. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Auerbach: Verlag Wissenschaftliche Scripten.

Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz–DVG) vom 9.12.2019 (BGBl. I S. 2562).

Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 06.05.2019 (BGBl. I S. 646).

Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz - HebG). Hebammengesetz vom 22. November 2019 (BGBl. I S. 1759).

Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) vom 25. November 1997 (GV. NRW. S. 430). Zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 19. Dezember 2019 (GV. NRW. S. 1032).

Gesetz zum Schutz von Müttern bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium (Mutterschutzgesetz - MuSchG) vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228). Zuletzt geändert durch Artikel 57 Absatz 8 des Gesetzes vom 12.Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652).

Gesetz zur Anpassung des Datenschutzrechts an die Verordnung (EU) 2016/679 und zur Umsetzung der Richtlinie (EU) 2016/680 (Datenschutz-Anpassungs- und -Umsetzungsgesetz EU–DSAnpUG-EU) vom 30.06.2017 (BGBl. I S. 2097).

GKV-Spitzenverband (2017a). Anlage 1.3 Vergütungsverzeichnis zum Vertrag nach § 134a SGB V vom 07.09.2017, rückwirkend gültig ab 15.7.2017. Aufgehoben durch die Fassung vom 21.12.2018 (gültig ab 01.01.2019).

GKV-Spitzenverband (2017b). Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V (Hebammenhilfevertrag) 25.09.2015. Zuletzt geändert 02.09.2017. Letzte redaktionelle Änderungen der Anlagen am 01.04.2020.

GKV-Spitzenverband (2018). Ausgaben der GKV für Hebammenleistungen von 2008 bis 2018 [Graphik]. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/hebammen_geburtshaeuser/Grafik_Ausgaben_Hebammenleistungen_2019-07-29.jpg [13.08.2020]

GKV-Spitzenverband (2019). GKV-Kennzahlen. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/ [08.08.2019]

GKV-Spitzenverband (2020). Anlage 3 Qualitätsvereinbarung zum Vertrag nach § 134a SGB V vom 25.09.2015. Redaktionell angepasst am 01.04.2020.

Glenngård, A. H. & Anell, A. (2018). Process measures or patient reported experience measures (PREMs) for comparing performance across providers? A study of measures related to access and continuity in Swedish primary care. Primary health care research & development, 19 (1), 23-32.

Graf-Pfohl, C. (2020). Selbstständigkeit in späten Erwerbsphasen als Umsetzung professioneller Standards-Entscheidungsprozesse von Hebammen für oder gegen die Freiberuflichkeit. In F. Frerichs & U. Fachinger (Hrsg.), Selbstständige Erwerbstätigkeit und Erwerbskarrieren in späteren Lebensphasen - Potentiale, Risiken und Wechselverhältnisse (S. 133-159). Wiesbaden: Springer.

Grieshop, M., Hellmers, C. & Sayn-Wittgenstein, F. (2013). Gesundheitliche Versorgung von Frauen nach der Geburt - eine Bestandsaufnahme. XIII. Hebammenkongress, Nürnberg.

Härter, M., Moumjid, N., Cornuz, J., Elwyn, G. & van der Weijden, T. (2017). Shared decision making in 2017: International accomplishments in policy, research and implementation. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 123-124 (Sonderausgabe), 1-5.

Hebammengebührenordnung Nordrhein-Westfalen (HebGO NRW) vom 30. Juni 2015 (GV. NRW. S. 541). Zuletzt geändert durch § 3 Absatz 1 Satz 2 am 27.07.2020 (GV.NRW 2020 S. 726)

Heublein, U., Schmelzer, R. & Sommer, D. (2008). Die Entwicklung der Studienabbruchquoten an den deutschen Hochschulen - Berechnungen auf Basis des Absolventenjahrgangs 2016. HIS-Projektbericht, Hannover: Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung (DZHW).

hsg Bochum (2020). Willkommen an der hsg Bochum! Verfügbar unter: https://www.hs-gesundheit.de [10.08.2020]

Huter, K., Runte, R., Rothgang, H. (2018). Hebammen im Land Bremen. Ergebnisse des Gesundheitsberufe-Monitorings und der Befragung der freiberuflichen Hebammen im Land. Abschlussbericht, Uni Bremen Campus

IGES Institut (2012). Versorgungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

IGES Institut (2015). Hebammenversorgung in Thüringen - Gutachten zur Versorgung- und Bedarfssituation mit Hebammenleistungen sowie über die Einkommens- und Arbeitssituation von Hebammen in Thüringen. Ergebnisbericht für das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Berlin.

IGES Institut (2018a). Hebammenstudie Sachsen-Anhalt - Regionalbedarfe und deren Deckung durch Leistungen der Geburtshilfe inklusive der Vor- und Nachsorge. Studie für das Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt, Berlin.

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

IGES Institut (2019a). Hebammenstudie Sachsen - Studie zur Erfassung der Versorgungssituation mit Hebammenleistungen in Sachsen sowie zur Möglichkeit der kontinuierlichen landesweiten Erfassung von Daten über Hebammenleistungen. Studie für das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Berlin.

IGES Institut (2019b). Stationäre Hebammenversorgung. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

Initiative Hebammenkammer (2020). Initiative Hebammenkammer. Selbstverwaltung stärken – Qualität in der gesundheitlichen Versorgung von Frauen, Neugeborenen und Familien verbessern. Verfügbar unter: https://hebammenkammer.org/ [15.08.2020]

Institut Arbeit und Qualifikation (n.d.). Sozialversicherungspflichtige Vollzeit-und Teilzeitbeschäftigung1999 -2019. Verfügbar unter: http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Arbeitsmarkt/Datensammlung/PDF-Dateien/abbIV8c.pdf [16.08.2020]

IQTIG (2018). Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2017 Geburtshilfe. Verfügbar unter: https://iqtig.org/downloads/auswertung/2017/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2017_BUAW_V02_2018-08-01.pdf [28.07.2020]

IQTIG (2019). Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach QSKH-RL (Prospektive Rechenregeln, Veröffentlichungsversion). Verfügbar unter: https://iqtig.org/downloads/auswertung/2020/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2020_QIDB-RR-P_V01_2019-12-16.pdf [14.08.2020]

IQWiG (2018). Mobilisation ab der Austreibungsperiode. Addendum V16-01B. Verfügbar unter: https://www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/projekte/versorgung/v16-01b-unterstuetzung-bei-der-erstellung-einer-s3-ll-zur-natuerlichen-geburt-evidenzberichte.11007.html [29.08.2020]

IT.NRW (2018). Statistisches Jahrbuch Nordrhein-Westfalen 2018. Verfügbar unter: https://webshop.it.nrw.de/gratis/Z026%20201800.pdf [27.07.2020]

IT.NRW (2020). Zahl der Geburten in NRW 2019 um 1,6 Prozent gesunken. Verfügbar unter: https://www.it.nrw/zahl-der-geburten-nrw-2019-um-16-prozent-gesunken-99826 [30.08.2020]

kartenmacherei (n.d.). Studie: Mangel an Hebammen in Deutschland - Wie hoch ist der tatsächliche Bedarf an Hebammen und wie gestaltet sich die Suche? Verfügbar unter: https://www.kartenmacherei.de/studie-hebammen/#whitepaper-und-experteninterview [27.08.2019

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2017). Gesundheitsdaten. Krankenhausaufenthalte werden immer kürzer. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/krankenhaeuser-fa.html [08.08.2019]

Klakow-Franck, R. (2014). Perspektive: Rolle der Qualitätsmessung aus Sicht des Gemeinsamen Bundesausschusses. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 108 (8-9), 456-464.

Klinger, C. (2013). Krise war immer... Lebenssorge und geschlechtliche Arbeitsteilungen in sozialphilosophischer und kapitalismuskritischer Perspektive. In E. Appelt, B. Aulenbacher & A. Wetterer (Hrsg.), Gesellschaft – Feministische Krisendiagnosen (S. 82-104). Münster: Westfälisches Dampfboot.

Kohler, S. & Bärnighausen, T. (2018). Entwicklung und aktuelle Versorgungssituation in der Geburtshilfe in Baden-Württemberg. Bericht für den Runden Tisch Geburtshilfe in Baden-Württemberg, Heidelberger Institut für Global Health.

Kolip, P. & Baumgärtner, B. (2013). Gesundheitsberichte Spezial. Schwangerschaft und Geburt in Nordrhein-Westfalen. Gesundheitliche Lage und Versorgung von Frauen in Nordrhein-Westfalen während der Schwangerschaft und rund um die Geburt. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen.

Kolip, P., Nolting, H.-D. & Zich, K. (2012). Faktencheck Gesundheit. Kaiserschnittgeburten–Entwicklung und regionale Verteilung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Koller, D., Lack, N. & Mielck, A. (2009). Soziale Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen, beim Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft und beim Geburtsgewicht des Neugeborenen. Empirische Analyse auf Basis der Bayerischen Perinatal-Studie. Das Gesundheitswesen, 71 (01), 10-18.

Kühnert, M., Hellmeyer, L. & Schmidt, S. (2006). Minimalstandard im Kreißsaal. Gynäkologische Praxis, 30, 629-636.

Lee, S. E., Dahinten, S. V. & MacPhee, M. (2016). Psychometric evaluation of the McCloskey/Mueller Satisfaction Scale. Japan Journal of Nursing Science, 13 (4), 487-495.

Landesverband der Hebammen NRW e.V. (2019). Fortbildungspflicht für Hebammen. Empfehlungen des Landesverbandes der Hebammen NRW e. V. zur Umsetzung (2. Aufl.). Köln: Landesverband der Hebammen NRW e.V.

Leinweber, J. (2016). Prevalence and risk factors for posttraumatic stress among australian midwives. Dissertation, Griffith University.

Leinweber, J., Creedy, D. K., Rowe, H. & Gamble, J. (2017). A socioecological model of posttraumatic stress among Australian midwives. Midwifery, 45, 7-13.

Lohmann-Haislah, A., Wendsche, J., Schulz, A., Schöllgen, I. & Pinzon, L. C. E. (2019). Einflussfaktoren und Folgen des Ausfalls gesetzlicher Ruhepausen bei Pflegekräften in Deutschland. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 73 (4), 418-438.

Loytved, C. & Berger, C. (2017). «The Lancet Series on Midwifery»: ein neuer Qualitätsrahmen weltweit. Hebamme.ch (6), 4-7.

Lukasczik, M., Ahnert, J., Ströbl, V., Vogel, H., Donath, C., Enger, I.et al. (2018). Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Beschäftigten im Gesundheitswesen als Handlungsfeld der Versorgungsforschung. Das Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes), 80 (6), 511.

Luksch, K. (2018). Evaluation von zwei Hebammenzentralen in unterschiedlicher Trägerschaft in Nordrhein-Westfalen- Eine Entlastung für freiberufliche Hebammen? Unveröffentlichte Masterarbeit, Hochschule für Gesundheit, Bochum.

Luksch, K., Villmar, A. & Bauer, N. H. (2019). Evaluation von zwei Hebammenzentralen in unterschiedlicher Trägerschaft in NRW. Forschungsworkshop (Vortrag), XV. Hebammenkongress, Bremen.

Luksch, K., Villmar, A. & Bauer, N. H. (2020). Hebammenzentralen – Schlüsselfaktor zur Arbeitserleichterung von Hebammen? 5. Internationale Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi), Bochum.

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) (2019). Qualitätsdimensionen in der Gesundheitsförderung und Prävention: Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Verfügbar unter: https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/qualitaet/basiswissen/qualitaetsdimensionen/index.html [27.07.2020]

Manderbacka, K. (1998). Examining what self-rated health question is understood to mean by respondents. Scandinavian Journal of Public Health, 26 (2), 145-153.

Mattern, E., Lohmann, S. & Ayerle, G. M. (2017). Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups. BMC pregnancy and childbirth, 17(1), 1-16.

Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse; Grundlagen und Techniken (Band 12). Klagenfurt: Beltz.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein- Westfalen (MAGS NRW) (2020a). Forschungsprojekt zum Hebammenkreißsaal vorgestellt. Pressemitteilung. Verfügbar unter: https://www.mags.nrw/pressemitteilung/gesundheitsminister-laumann-und-universitaetsklinikum-bonn-stellen [24.08.2020]

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein- Westfalen (MAGS NRW) (2020b). Indikator 10.1 Bevölkerung nach höchstem allgemeinbildenden Schulabschluss. Verfügbar unter: http://www.sozialberichte.nrw.de/sozialindikatoren_nrw/indikatoren/10_bildung/indikator10_1/index.php [27.07.2020]

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) (2015). Abschlussbericht Runder Tisch Geburtshilfe. Verfügbar unter: https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/finale_fassung_abschlussbericht_rt_-_pdf.pdf [08.08.2019]

Ministerium für Kultur und Wissenschaft (2020). Presseinformation: Landesregierung stellt Weichen für die Einrichtung von 300 Studienplätzen für die Hebammenkunde in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf, 19.08.2020. https://www.land.nrw/de/pressemitteilung/landesregierung-stellt-weichen-fuer-die-einrichtung-von-300-studienplaetzen-fuer [20.08.2020]

Mother Hood e.V. (2018). Weil das Leben einen guten Anfang braucht: Umfrage zur Versorgung von Schwangeren und Müttern von Neugeborenen in Bonn und Rhein-Sieg. Verfügbar unter: https://www.mother-hood.de/fileadmin/user_upload/Medien/Publikationen/Brosch%C3%BCre_MotherHood_Bonn_Umfrageergebnis_2018.pdf [14.08.2020]

Mozygemba, K. (2011). Die Schwangerschaft als Statuspassage: das Einverleiben einer sozialen Rolle im Kontext einer nutzerinnenorientierten Versorgung. Bern: Huber.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (2013). Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Früher Hilfen. Leitfaden für Kommunen (2. Aufl.). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Nübling, M., Stößel, U., Hasselhorn, H., Michaelis, M. & Hofmann, F. (2005). Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen. Erprobung eines Messinstruments (COPSOQ). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Pallant, J. F., Dixon, L., Sidebotham, M. & Fenwick, J. (2015). Further validation of the Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale. Midwifery, 31 (10), 941-945.

Petrus, U. (2020). Hebammen an Schulen. Verfügbar unter: https://www.hebammenverband.de/services/arbeitshilfen-fuer-hebammen/hebammen-an-schulen/ [26.08.2020]

Pfaff, H., Neugebauer, E., Glaeske, G. & Schrappe, M. (Hrsg.) (2017). Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik - Methodik – Anwendung (2. überarb. Aufl.). Stuttgart: Schattauer GmbH.

Porst, R. (2001). Wie man die Rücklaufquote bei postalischen Befragungen erhöht (GESIS-How-to, 9). Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analyse - ZUMA

QS-NRW (n.d.). QS-Statistiken 2018. Verfügbar unter: https://www.qs-nrw.org/#!/report/2018 [28.07.2020]

Reichardt, A. (2020). Geburtshilfe: Doch kein Hebammengesetz. Deutsches Ärzteblatt International, 117 (27-28), 1374-1376.

Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F.et al. (2014). Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. The Lancet, 384 (9948), 1129-1145.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) & Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008). Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin: RKI.

Rowan, C., Bick, D. & Bastos, M. H. d. S. (2007). Postnatal Debriefing Interventions to Prevent Maternal Mental Health Problems After Birth: Exploring the Gap Between the Evidence and UK Policy and Practice. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 4 (2), 97-105.

Rummer, A. & Scheibler, F. (2016). Patientenrechte: Informierte Entscheidung als patientenrelevanter Endpunkt. Deutsches Ärzteblatt International, 113 (8), 322-323.

Sandall, J., Homer, C., Sadler, E., Rudisill, C., Bourgeault, I., Bewley, S.et al. (2011). Staffing in maternity units. Getting the right people in the right place at the right time. London: The King´s Fund.

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews, 4.

Sayn-Wittgenstein, F. (Hrsg.) (2007). Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Bern: Hans Huber.

Schäfer, L. N. (2019). Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit von neu qualifizierten Hebammen in Nordrhein-Westfalen. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, Hochschule Hamm-Lippstadt, Hamm

Schäfers, R. (2011a). Gesundheitsförderung durch Hebammen. Fürsorge und Prävention rund um Mutterschaft und Geburt. Stuttgart: Schattauer.

Schäfers, R. (2011b). Subjektive Gesundheitseinschätzung gesunder Frauen nach der Geburt eines Kindes. Münster: Monsenstein & Vannerdat.

Schäfers, R. & Kolip, P. (2015). Zusatzangebote in der Schwangerschaft: Sichere Rundumversorgung oder Geschäft mit der Unsicherheit? In J. Böcken, B. Braun & R. Meierjürgen (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2015. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen – Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK (S. 119-150). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Schäfers, R. & zu Sayn-Wittgenstein, F. (2009). Hebammenbetreuung im Bundesland Niedersachsen. Zeitschrift für Geburtshilfe & Neonatologie, 213 (S1), 73.

Schneider, S. (2008). Soziale Schichtunterschiede in Morbidität und Mortalität: Was sind die Ursachen? DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift, 133 (06), 256-260.

Schnell-Inderst, P., Hunger, T., Hintringer, K., Schwarzer, R., Seifert-Klauss, V., Gothe, H.et al. (2011). Individuelle Gesundheitsleistungen. Schriftenreihe Health Technology Assessment (Band 113). Köln: Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

Schrappe, M. (2015). Qualitätsorientierung als zentrales Paradigma in der Gesundheitsversorgung. Gesundheits-und Sozialpolitik, 69 (2), 8-14.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin (2018). Hebammen in Berlin. Verfügbar unter: file:///C:/Users/Owner/AppData/Local/Temp/kurz-informiert-20180403-hebammen.pdf [19.08.2020]

Siegmund-Schultze, E., Kielblock, B. & Bansen, T. (2008). Schwangerschaft und Geburt: Was kann die Krankenkasse tun? Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 13 (04), 210-215.

Small, R., Lumley, J., Donohue, L., Potter, A. & Waldenström, U. (2000). Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth. BMJ, 321(7268), 1043-1047.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477). Zuletzt geändert durch Artikel 311 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. IS. 1328)

Stahl, K. (2016). Arbeitssituation von angestellten Hebammen in deutschen Kreißsälen–Implikationen für die Qualität und Sicherheit der Versorgung. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, (in press).

Stahl, K. & Nadj-Kittler, M. (2017). Hohe Fallzahl - gute Geburt? Wie Frauen ihre Betreuung in großen und kleinen Kliniken erleben. Hamburg: Picker Institut Deutschland.

Statistisches Bundesamt (2016). Statistik und Wissenschaft. Demographische Standards Ausgabe 2016 (Band 17). Verfügbar unter: https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEMonografie_derivate_00001549/Band17_DemographischeStandards1030817169004.pdf [27.07.2020]

Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV) (2020). "Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen vom 8. Januar 2020 (BGBl. I S. 39)".

Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) vom 13. September 2005. Zuletzt geändert durch Änderungstarifvertrag Nr. 16 vom 18.04.2018.

Tscheulin, D. K. & Geppert-Orthofer, U. (2016). Hebammenversorgung in Baden-Württemberg - Pilotstudie zur Versorgung werdender und junger Mütter mit Hebammenhilfe in Baden-Württemberg. Bericht für den Hebammenverband Baden-Württemberg e.V. Freiburg: Uni Freiburg.

ver.di (n.d.). Klinikpersonal entlasten. Grenzen setzen. Verfügbar unter: https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/entlastung/++co++45d39a18-550a-11e7-a21f-525400b665de [17.08.2020]

Verwaltungsvereinbarung Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen vom 01.07.2012 gemäß § 3 Abs. 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz.

Villmar, A., Peters, M., Schäfers, R. & Bauer, N. H. (2017). HebAB.NRW - eine aktuelle Studie zur geburtshilflichen Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen. Hebammenforum, 18, 1402-1405.

von Unger, H. (2014). Forschungsethik in der qualitativen Forschung: Grundsätze, Debatten und offene Fragen. In H. von Unger, P. Narimani & R. M´Bayo (Hrsg.), Forschungsethik in der qualitativen Forschung: Reflexivität, Perspektiven, Positionen (S. 15-39). Wiesbaden: Springer.

Weckend, M., Downe, S., Balaam, M., Lengler, L., de Wall, S., Gehling, H.et al. (2016). Gesundheitsversorgung und Geburtshilfe im Umbruch: Was berichten Frauen über Defizite und Potenziale in Deutschland? Die Babies Born Better User Survey. 3. Internationale Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi), Fulda.

Weckend, M. J. (2019). Midwifery in Germany: Practice, Education and Transition for Newly Qualified Midwives. In M. Gray, E. Kitson-Reynolds & A. Cummins (Hrsg.), Starting Life as a Midwife (S. 107-122). Cham: Springer.

Wehrstedt, C., Müller-Rockstroh, B. & Schnepp, W. (2018). Berufsbiographien von Hebammen aus der außerklinischen Geburtshilfe: Kritische Ereignisse und Wendepunkte in der Entscheidung über Aufgabe oder Weiterführen der Tätigkeit. 4. Internationale Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi), Mainz.

Wiegers, T. A., Warmelink, J. C., Spelten, E. R., Klomp, T. & Hutton, E. K. (2014). Work and workload of Dutch primary care midwives in 2010. Midwifery, 30 (9), 991-997.

World Health Organization (WHO) (2015). Nurses and Midwives: A Vital Resource for Health: European compendium of good practices in nursing and midwifery towards Health 2020 goals. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/287356/Nurses-midwives-Vital-Resource-Health-Compendium.pdf?ua=1. [27.07.2020]

Zok, K. (2015). Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativumfrage unter gesetzlich Versicherten. Verbraucherzentrale NRW, Wissenschaftliches Institut der AOK. WIdO Monitor, 12 (1), 1–12.