

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin  
der Universität zu Lübeck

Direktor: Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser

**Theoretisch benötigte Kompetenzen von Allgemeinärzten/Allgemeinärztinnen  
bei der Versorgung von Familien in Wochenbett – eine qualitative Studie mit  
Hebammen**

**Inauguraldissertation**

zur Erlangung der Doktorwürde  
der Universität zu Lübeck

**- Aus der Sektion Medizin -**

Vorgelegt von

**Joana Knobloch-Maculuve, geb. Maculuve**

aus Hamburg

Lübeck 2025

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser  
Ko-Betreuer: Prof. Dr. med. Karl-Friedrich Klotz  
2. Berichterstatterin: PD Dr. med. Frederike Hoellen

Tag der mündlichen Prüfung: 18.09.2025

Zum Druck genehmigt.

Lübeck den 22.09.2025

Promotionskommission der Sektion Medizin

## Inhaltsverzeichnis

### 1. Einleitung

1.1	Hintergrund.....	1
1.2	Das Wochenbett.....	4
1.3	Rechtliche Rahmenbedingungen für die Wochenbettarbeit.....	7
1.4	Veränderte Anforderungen in der Wochenbettarbeit aufgrund des gesellschaftlichen Wandels.....	9
1.5	Zielsetzung und Fragestellung.....	13

### 2. Methodenteil

2.1	Studienplanung .....	14
2.2	Qualitative Durchführung.....	14
2.3	Qualitative, leitfadengestützte Expertinneninterviews.....	15
2.4	Leitfadenerstellung und Leitfragen.....	16
2.5	Rekrutierung der Teilnehmerinnen, Einschlusskriterien und Entstehungssituation.....	17
2.6	Tonaufnahmen der Gespräche.....	18
2.7	Transkription.....	18
2.8	Technik der Datenanalyse.....	19
2.9	Gütekriterien in der Inhaltsanalyse.....	21
2.10	Ethikvotum der Studie.....	22

### 3. Ergebnisse

3.1	Zusammensetzung der Gesprächsteilnehmerinnen.....	23
3.2	Ergebnisteil der Inhaltsanalyse/ Überblick Kategoriensystem.....	24
3.2.1	Beratungsschwerpunkte.....	28
3.2.2	Kulturelle Unterschiede.....	31
3.2.3	Kongruenz bezüglich der Beratungsanlässe und Ausbildungsinhalte.....	37
3.2.4	Wochenbettversorgung in der Zukunft.....	40

3.2.5	Herausforderungen in der Versorgung von Familien im Wochenbett.....	44
3.2.6	Lösung des Hebammenmangels.....	48
3.2.7	Kompetenzerwerb für Allgemeinärzte/ Allgemeinärztinnen.....	54
3.2.8	Umgang mit Kapazitätsengpässen in der Betreuung von Familien im Wochenbett.....	56
3.2.9	Komplikationen und Beratungsanlässe, die zur Hinzuziehung anderer Fachrichtungen führen.....	59
<b>4.</b>	<b>Diskussion</b>	
4.1	Diskussion der Ergebnisse.....	63
4.1.1	Beratungsschwerpunkte.....	63
4.1.2	Kulturelle Unterschiede.....	64
4.1.3	Kongruenz bezüglich der Beratungsanlässe und Ausbildungsinhalte.....	68
4.1.4	Wochenbettversorgung in der Zukunft.....	70
4.1.5	Herausforderungen in der Wochenbettversorgung.....	72
4.1.6	Lösung des Hebammenmangels.....	74
4.1.7	Kompetenzerwerb für Allgemeinärzte/ Allgemeinärztinnen .....	75
4.1.8	Umgang mit Kapazitätsengpässen in der Betreuung von Familien im Wochenbett.....	77
4.1.9	Komplikationen und Beratungsanlässe, die zur Hinzuziehung anderer Fachrichtungen führen.....	79
4.2	Diskussion des Studiendesign.....	81
4.3	Limitation und Qualitäten der Studie.....	81
4.4	Schlussfolgerung.....	82
<b>5.</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>85</b>
<b>6.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>87</b>
<b>7.</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>104</b>
	Anhang 1 Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung.....	104

Anhang 2 Interviewleitfaden.....	108
Anhang 3 Transkriptionsregeln.....	109
Anhang 4 Kodierleitfaden.....	113
Anhang 5 Ethikvotum.....	131
Anhang 6 COREQ- Checkliste.....	132
<b>8. Veröffentlichungen .....</b>	<b>134</b>
<b>9. Danksagung.....</b>	<b>135</b>

# **1. Einleitung**

## **1.1 Hintergrund:**

Das Wochenbett beginnt nach der Plazentageburt eines Kindes und beinhaltet die ersten 6-8 Wochen nach diesem Ereignis. Der Zeitraum nach der Geburt eines Kindes ist eine elementare Übergangsphase für junge Familien. Die Versorgung während dieser Phase ist eine unverzichtbare gesundheitliche Dienstleistung. Durch den Hebammenmangel in Deutschland ist eine flächendeckende Grundversorgung für junge Familien im Wochenbett nicht immer gewährleistet. Es liegt daher nahe, dass Allgemeinärzte/Allgemeinärztinnen, die als erste Ansprechpartner/-innen für alle gesundheitlichen Fragen in unserem System fungieren, zukünftig häufiger mit Fragestellungen zum Thema Wochenbett konsultiert werden. Ziel dieser qualitativen Studie ist es, zentrale Kompetenzen für die Versorgung von Familien im Wochenbett zu explorieren.

Hebammen sind in Deutschland die Person mit Expertise, wenn es um die Betreuung von jungen Familien in der Phase des Wochenbettes geht. Als zentrale Berufsgruppe beraten sie über das gesamte Spektrum von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit [1]. Jede gesetzlich versicherte Frau hat einen Anspruch auf Hebammenhilfe während dieser Lebensphasen [2]. Regional scheint es allerdings schwerer zu werden, eine Hebamme für die Versorgung während der Wochenbettzeit zu finden [3]. Der ökonomische Druck, der das gesamte Gesundheitswesen erfasst, macht auch vor dem Arbeitsbereich der Hebammen nicht Halt. Durch die Verkürzung von stationären Liegezeiten nach der Entbindung, findet die Wochenbettversorgung zunehmend im ambulanten Bereich statt. Während sich die Haftpflichtversicherungsprämien in den letzten 20 Jahren von 453 € auf 12.659 € um annähernd das 28fache gesteigert haben [4], hat sich der Verdienst einer Hebamme nicht im gleichen Maße entwickelt. Aufgrund der Arbeitsbedingungen und der stagnierenden Entlohnung arbeiten Hebammen oft nur 4-7Jahre in ihrem Berufsfeld [5].

Seit Einführung des DRG-Systems in Deutschland findet eine stetige Schließung von geburtshilflichen Stationen gerade in kleinen Kliniken statt, die Geburtshilfe trägt sich dort finanziell nicht mehr [6]. Dies bedeutet zum einen lange Anfahrtswege für die Schwangeren. Zum anderen führen die Schließungen zu einer Vereinzelung weniger großer Geburtszentren, was teilweise zu einer Überlastung der Kliniken führt [6].

Zusätzlich haben sich die stationären Liegezeiten nach Entbindung seit knapp 20 Jahren kontinuierlich verkürzt [6], was eine veränderte Situation für die ambulante Arbeit im Wochenbett nach sich zieht. Die Einsparungen durch eine verkürzte postpartale Liegedauer führen jedoch nicht zu einer Erhöhung der Wochenbettpauschale für Hebammen. Für viele Hebammen lohnen sich der Verwaltungs- sowie der Organisationsaufwand und die Versicherungskosten bei Teilzeittätigkeit nicht mehr, um weiter in der Wochenbettarbeit tätig zu sein [7].

In einem Gutachten über die Versorgungssituation mit Hebammenhilfe in Brandenburg wurde ermittelt, dass nahezu jede freiberuflich tätige Hebamme die aufsuchende Wochenbetthilfe anbietet. Gleichzeitig können etwa 50% der Wochenbettanfragen nicht bedient werden, obwohl die Hebammen den Versorgungsbereich in den letzten Jahren ausgebaut haben [8]. Ein ähnliches Bild zeigt sich in einer 2018 durchgeführten Studie zur Hebammenversorgung in Bayern, in der über 70% der Hebammen angaben, die Nachfrage zur Wochenbettversorgung nicht decken zu können (in München sogar über 90%). Dabei hatten insbesondere Erstgebärende und Frauen mit Migrationshintergrund Schwierigkeiten, eine Hebamme für die Versorgung im Wochenbett zu finden. Die mittlerweile hohe Schwelle zum Zugang zu einer Hebammenversorgung im ambulanten Sektor wird verdeutlicht durch die Angabe von etwa der Hälfte der Frauen, mehr als eine Hebamme kontaktiert zu haben oder sogar wie im städtischen Raum von München 30% der Frauen mindesten 7 Hebammen kontaktieren mussten, bevor sie eine positive Zusage erhielten [9]. In einer weiteren Studie bestätigte sich, dass es besonders in städtischen Gebieten eine große Herausforderung sei, eine Hebamme für die ambulante Wochenbettarbeit zu finden [10].

Deutschlandweit haben 2018 über 20% der jungen Familien keine Hebammenhilfe in Anspruch genommen. Der Hauptgrund dafür liegt in der fehlenden Verfügbarkeit von Hebammen im näheren Umfeld. In Schleswig-Holstein wurde Hebammenhilfe während der Wochenbettphase mit 74,3% am wenigsten angenommen [11]. Die Befragung wurde 2023 wiederholt. Hier fällt ein deutlicher Rückgang der Hebammenbetreuung auf. Von den deutschlandweit befragten Müttern hatten nun lediglich knapp 60% eine sie betreuende Hebamme im Wochenbett. 47% der Befragten gaben an, Schwierigkeiten bei der Suche nach einer Hebamme gehabt zu haben [12]. Das Versorgungsproblem im Wochenbett scheint sich folglich weiter zu

verdichten. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, neue Konzepte zu entwickeln, um dem Missstand der Unterversorgung im Wochenbett zu begegnen.

Der Deutsche Hebammenverband versucht seit Jahren, auf den Mangel in der Versorgung aufmerksam zu machen. Er fordert, die mangelnden Daten zur Hebammenversorgung bundesweit zu erheben, um die Hebammenversorgung an den tatsächlichen Bedarf der Schwangeren und jungen Familien anzupassen [13].

Laut der 2022 durchgeführten Studie „Kinder in Deutschland 0-3“, an der sich 7.818 Familien beteiligten und deren Stichproben repräsentativ waren, benannten 89,4% der befragten Familien die Wochenbettbetreuung als hilfreich oder sehr hilfreich. Damit erzielte die durch Hebammen durchgeführte Wochenbettarbeit die beste Bewertung bei universell-präventiven Angeboten für Familien rund um die Geburt [14].

Den Zugang zu Hebammenleistungen müssen sich Familien in Deutschland selbstständig verschaffen. Die Möglichkeiten und Ressourcen müssen folglich vorhanden sein, um die Schwelle zur Hebammenversorgung im Wochenbett zu überwinden. Es ist davon auszugehen, dass nicht alle Familien über die gleichen Valenzen verfügen, den teilweise herausfordernden Weg zur Versorgung im Wochenbett zu ebnen. Es ist bereits Gegenstand von Erhebungen gewesen, dass beispielsweise Frauen mit Migrationshintergrund weniger Versorgung im Wochenbett in Anspruch nehmen [9].

Vor dem Hintergrund dieser Gegebenheiten liegt es nahe, dass Allgemeinärzte/Allgemeinärztinnen zukünftig häufiger von Patientinnen während der Wochenbettphase konsultiert werden. Allgemeinärzte/Allgemeinärztinnen begleiten die von ihnen betreuten Familien meist schon seit Jahren, oft auch generationenübergreifend, sodass häufig ein Vertrauensvorschuss besteht, der in der Beratung während der Wochenbettphase von Nutzen sein kann. Zudem sind die holistische Betrachtungsweise und Versorgung der Familie Kernkompetenzen von Allgemeinärzten/Allgemeinärztinnen und im Curriculum [15] sowie den Zukunftspositionen der DEGAM fest verankert [16]. Darüber hinaus sind sie gerade im ländlichen Raum, in denen ein/-e Spezialist/-in nicht immer wohnortnah zur Verfügung steht, ein/-e niederschwellige/-r und greifbare/-r Ansprechpartner/-in für Familien, die sich in einer gesundheitlichen Beratungsnot befinden. Hier könnten sie einen Beitrag zum Schließen der Versorgungslücke während der Wochenbettversorgung leisten. Dabei gilt es allerdings zu beachten, dass sie - wenn möglich - zunächst versuchen

sollten, einen Zugang zur Hebammenversorgung zu ermöglichen, bevor sie selbst in der Wochenbettversorgung tätig werden.

Die aktuelle und zu erwartende Versorgungssituation von Familien während der Wochenbettzeit erfordert die Erforschung und Weiterentwicklung der bestehenden Konzepte für Kompetenzen, die für die ambulante Wochenbettbetreuung benötigt werden.

In einem 2022 veröffentlichten Praxisratgeber für die Wochenbettbetreuung, der viele Hebammen in der alltäglichen Praxis begleitet, äußern sich die erfahrenen Hebammen U. Harder und C. Borchert wie folgt:

„Für etliche Aspekte der originären Hebammenarbeit im Wochenbett stehen kaum Studienergebnisse aus randomisierten Kontrollstudien zur Verfügung, die den höchsten Anspruch der evidenzbasierten Medizin erfüllen. Insbesondere in der Begleitung physiologischer Anpassungsprozesse im Wochenbett stellt das reflektierte Erfahrungswissen von Hebammen bislang die beste Evidenz.“ [17, S.5]

Durch die Akademisierung der Hebammenausbildung gibt es zunehmend Forschungsarbeiten, die sich mit dem Arbeitsfeld von Hebammen auseinandersetzen. Trotzdem gibt es wenige Studien, die sich mit der Versorgung im Wochenbett und den daraus resultierenden Kompetenzen und Handlungsstrategien der Hebamme befassen. Wie leisten Hebammen ihren Versorgungsauftrag in Zeiten großer ökonomischer Herausforderungen, wechselnden Anforderungen, knappen Personalressourcen und welche Fertigkeiten können aus ihrer alltäglichen Wochenbettarbeit abgeleitet werden, um Allgemeinärzte/Allgemeinärztinnen für die Wochenbettarbeit zu professionalisieren? In dieser Arbeit soll die berufliche Praxis von Hebammen während der Versorgung von Frauen, Kindern und der gesamten Familie im ambulanten Wochenbett beschrieben werden, um daraus Handlungsorientierungen für die allgemeinmedizinische ambulante Wochenbettarbeit abzuleiten.

## **1.2 Das Wochenbett**

Als Wochenbett (lat. Puerperium) wird umgangssprachlich die Zeit nach der Geburt beschrieben. Das Wochenbett erstreckt sich, je nach Literatur, von der Phase nach der Geburt der Plazenta bis zu den ersten 6-8 Wochen nach der Geburt [18/19]. Laut WHO ist das Wochenbett für die ersten 6 Wochen nach der Geburt des Babys definiert [20]. Es wird in der deutschsprachigen Fachliteratur meist in ein Frühwochenbett (1.-10.Tag

postpartal) und ein Spätwochenbett (10.Tag bis Ende 8. Woche postpartal) gegliedert [17]. Im Frühwochenbett finden die primären Rückbildungs- sowie Hormonumstellungen statt. Im Spätwochenbett kommt es zu einer langsamen Rückkehr des Körpers der Frau in einen Zustand wie vor der Schwangerschaft, wobei dieser den ursprünglichen Zustand nicht vollständig erreicht [17]. Die primären Prozesse während der Wochenbettphase sind der Aufbau einer Mutter-Kind-Beziehung, somatische Rückbildung, Wundheilung, Laktation und Hormonumstellung [17]. In der von Hebammen verfassten Fachliteratur werden die somatischen Umstellungsprozesse meist um die psychosozialen Aspekte erweitert [17]. In der ärztlich-gynäkologischen und geburtshilflichen Fachliteratur stehen häufig die somatischen Rückbildungsprozesse der Frau im Vordergrund [19].

Im Jahr 2016 wurde das nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ von einer Experten-/Expertinnengruppe erarbeitet und vom Deutschen Bundesministerium für Gesundheit 2017 in Form einer Broschüre veröffentlicht und einmütig verabschiedet. Inhaltlich werden die Phasen der Schwangerschaft, der Geburt, des Wochenbettes und die Entwicklungsphase im ersten Lebensjahr abgebildet. Für das Wochenbett werden folgende Ziele vorgesehen:

- Teilziel 3.1 Die Bedeutung des Wochenbetts ist anerkannt. Vorhandene Ressourcen und Kompetenzen sowie das Wohlbefinden der Eltern zur Bildung einer Familie werden gestärkt.
- Teilziel 3.2 Der Anteil stillender Mütter sowie die Stilldauer sind erhöht.
- Teilziel 3.3 Komplikationen im Wochenbett werden frühzeitig erkannt und/oder vermieden.
- Teilziel 3.4 Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung werden frühzeitig erkannt und Mithilfe spezifischer Maßnahmen aufgefangen.
- Teilziel 3.5 Eine Verbesserung der Zusammenarbeit in den Bereichen Kinderschutz und Frühe Hilfen ist gewährleistet.

Um diese Ziele zu erreichen, wird am Ende jedes Kapitels um eine Zusammenarbeit von relevanten Berufsgruppen/Multiplikatoren gebeten und anschließend werden diese gelistet. Dazu gehören Hebammen, Ärzte/Ärztinnen, Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen, Familienpfleger/-innen,

Psychologen/Psychologinnen, Netzwerkkoordinatoren/Netzwerkkoordinatorinnen Frühe Hilfe, Still-/Laktationsberater/-innen sowie zivilgesellschaftliches Engagement durch Ehrenamt [21].

Deutlich wird an dieser Stelle, dass in der Wochenbettarbeit tätige Personen ein breites Netzwerk unterschiedlicher Professionen benötigen, um eine familienorientierte, bedarfsgerechte und ganzheitliche Wochenbettarbeit zu ermöglichen und somit das nationale Gesundheitsziel zu erreichen. Im ersten Teilziel wird beschrieben, dass die Bedeutung des Wochenbetts in den Fokus gerückt werden sollte. In Fachkreisen von Hebammen wird von einem Verlust der „Wochenbettkultur“ gesprochen [22, 23]. Gemeint ist damit, das Anerkennen der Phase nach der Geburt eines Kindes, in der sich die Wöchnerin, das Kind und letztendlich die ganze Familie in einer Zeit des Umbruchs befinden und somit einen Schutzraum für die Regeneration und Adaptation benötigen, der gesamtgesellschaftlich gesehen und unterstützt werden müsste.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass in der Wochenbettbetreuung ein breites Spektrum an Beratungsanlässen abgedeckt werden muss. Neben dem Blick auf die physische Gesundheit von Mutter und Kind sind Hebammen Begleiterinnen einer natürlichen „Krise“ der Familie und Ansprechpartnerinnen für alle Belange in der ersten Zeit der Familienentstehung. In der Zeit nach der Geburt eines Kindes überwachen sie den Wochenbettverlauf, helfen beim Erlernen der Versorgung des Kindes, unterstützen den Bindungsaufbau zwischen dem Neugeborenen und allen Familienmitgliedern und beraten zur Gesundheitsprävention sowie allen Fragen der Familienentstehung. Durch die verbesserten hygienischen Bedingungen und Lebensstandards ist die Morbidität und Mortalität in der Wochenbettphase gesunken, wodurch psychosoziale Aspekte mehr in den Vordergrund rücken [24]. Die Müttersterblichkeit lag in Deutschland Ende des 19. Jahrhunderts bei ca. 300-500 pro 100.000 Lebendgeborene und reduzierte sich bis zum Jahr 2020 auf ca. 4 pro 100.000 Lebendgeborene [25]. Seit März 2023 gibt es eine neue Handlungsempfehlung der WHO zur evidenzbasierten Betreuung im Wochenbett, die neben Gesundheitsprävention und -erhaltung von Mutter und Kind die positive Erfahrung der Wochenbettzeit als wichtiges Endziel definieren [20]. Um diese Handlungsempfehlungen auf Deutschland zu übertragen, wären angepasste Leitlinien empfehlenswert. In der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen

Fachgesellschaft e.V. (AWMF) wurde eine S3-Leitlinie zur Betreuung von Mutter und Kind im Wochenbett zur Erarbeitung am 6.9.23 angemeldet [26].

### **1.3 Rechtliche Rahmenbedingungen für die Wochenbettarbeit**

Der Schutz während der Wochenbettzeit ist in Deutschland gesetzlich verankert und im Mutterschutzgesetz festgeschrieben. So darf eine Frau, die geboren hat, in den ersten 8 Wochen nach der Geburt von ihrem/ihrer Arbeitgeber/-in nicht beschäftigt werden. Diese Frist verlängert sich in bestimmten Fällen (Frühgeburt, Mehrlinge, Behinderung des Kindes) auf 12 Wochen [26]. In Ausnahmefällen, wie dem Tod eines Kindes, kann eine Beschäftigung ggf. schon nach zwei Wochen wieder zulässig sein [27].

Im Sozialgesetzbuch V (SGB V) ist das Recht auf Hebammenhilfe und ärztliche Betreuung für jede gesetzlich versicherte Frau während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett geregelt [28]. Der Hebammenhilfevertrag wurde 2007 auf Bundesebene zwischen den Hebammenverbänden und dem GKV- Spitzenverband nach § 134a SGB V geschlossen. Er regelt unter welchen Voraussetzungen Hebammen ihre erbrachten Leistungen abrechnen dürfen. Ohne Beitritt zu diesem Vertrag kann die freiberufliche Hebamme ihre erbrachten Leistungen nicht mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen. Die pauschale Vergütung eines einzelnen aufsuchenden Wochenbettbesuchs lag bei 38,46 € und wurde ab dem 1.4.2024 auf 40,30 € erhöht ohne Berücksichtigung des Zeitfaktors (Stand:7.2.2024) [29]. Der Anspruch auf Hebammenhilfe besteht für die ersten 12 Wochen nach der Geburt und kann auf ärztliche Anordnung verlängert werden. Innerhalb der ersten 10 Tage kann die Hebamme die Wöchnerin bis zu zweimal täglich besuchen. Darüber hinaus kann die tägliche Frequenz nach ärztlicher Anordnung erhöht werden. Ab dem 11. Tag bis zum Ende der 12. Woche sind bis zu 16 weitere Besuche möglich. Des Weiteren sind anlassbezogene Beratungen der Eltern bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings bis zum Ende der Abstillphase oder bei Ernährungsschwierigkeiten bis zum 9. Lebensmonat des Säuglings bis zu achtmal möglich. Die von den Krankenkassen finanzierte Wochenbetthilfe ist damit in Deutschland sehr umfangreich und hat ein globalgesehenes Alleinstellungsmerkmal.

Das Hebammengesetz sieht nach § 4 vor, dass zur Leistung von Geburtshilfe nur Ärzte/Ärztinnen und Hebammen befähigt sind. Nur Notfälle erlauben an dieser Stelle eine Ausnahme. Die Geburtshilfe umfasst neben dem Geburtsvorgang und Hilfe bei

der Geburt auch die Überwachung des Wochenbettverlaufs [30]. Die nur in Deutschland gültige einmalige Hinzuziehungspflicht einer Hebamme zur Geburt unterstreicht die gewichtige Rolle der Hebamme in diesem Versorgungskomplex. Die Hebamme darf eine physiologisch und normal verlaufende Geburt alleine leiten, während ein/-e Arzt/Ärztin nur in Notfällen eine Geburt ohne Hebamme leiten darf. Die Hebamme ist im Bereich der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett den Ärzten/Ärztinnen gleichgestellt und benötigt lediglich bei Normabweichungen die Unterstützung von ärztlichen Kollegen/Kolleginnen. Vor dem Hintergrund des Versorgungsproblems in der Wochenbettarbeit erscheint der Aspekt, dass lediglich Hebammen und Ärzte/Ärztinnen zur Verfügung stehen, um die Wochenbettversorgung zu gewährleisten, besonders wichtig. Es liegt folglich Nahe, wenn Hebammen nicht in ausreichender Menge zur Verfügung stehen, Ärzte/Ärztinnen mit in die Versorgungsstruktur der Wochenbettphase einzubinden.

Auf Länderebene werden die genauen Aufgabenbereiche der Hebamme in Deutschland durch die Hebammenberufsverordnungen geregelt. Sie unterscheiden sich inhaltlich in einigen Punkten und sollten somit von jeder Hebamme in ihrem zugehörigen Bundesland eingesehen werden. Auszüge für die Arbeit im Wochenbett werden anhand der Landesverordnung über die Berufspflicht der Hebamme beispielhaft für das Land Schleswig-Holstein im Folgenden dargestellt:

Landesverordnung über die Berufspflichten der Hebamme, Hebammenberufsverordnung (HebBVO), Schleswig-Holstein vom 26. November 2020

*Hebammen beraten, betreuen und beobachten Frauen während der Schwangerschaft, bei der Geburt, während des Wochenbettes und der Stillzeit selbstständig und umfassend. In besonderen Fällen nehmen sie diese Aufgaben bis zu einem Jahr nach der Geburt wahr. Hebammen leiten physiologische Geburten selbstständig und untersuchen, pflegen und überwachen Neugeborene und Säuglinge. (§2, Absatz2)*

*Hebammen führen folgende Aufgaben selbstständig durch:*

*3. Frauen auf die Geburt, das Wochenbett und die Elternschaft vorbereiten sowie zur Ernährung, Pflege, Hygiene und Versorgung des Neugeborenen und des Säuglings anleiten und beraten,*

*4. belastende Lebenssituationen und psychosoziale Problemlagen bei Frauen und deren Familien erkennen und gegebenenfalls auf erforderliche Maßnahmen zur Unterstützung hinwirken,*

*6. Anzeichen von Regelwidrigkeiten, die eine ärztliche Behandlung erforderlich machen, in der Schwangerschaft, bei der Geburt, während des Wochenbettes und während der Stillzeit zu erkennen und die im jeweiligen Fall angemessenen Maßnahmen für eine ärztliche Behandlung ergreifen,*

*16. das Neugeborene und die Frau nach der Geburt, im Wochenbett und in der besonders belastenden Lebenssituation bis zu einem Jahr nach der Geburt untersuchen, beraten, pflegen und deren körperlichen und seelischen Zustand überwachen,*

*17. über die Fragen der Familienplanung aufklären,*

*(§2, Absatz 3.)*

[31]

Aus diesen Vorschriften wird deutlich, wie umfassend die Beratung und Begleitung in und schon vor der Wochenbettphase sein sollten, um die Familie protektiv auf die Phase des Umbruchs vorzubereiten und adäquat zu begleiten.

#### **1.4 Veränderte Anforderungen in der Wochenbettarbeit aufgrund des gesellschaftlichen Wandels**

Wie im vorherigen Abschnitt dargestellt, sollen Hebammen nach den Hebammenberufsverordnungen unter anderem Familien auf die Elternschaft vorbereiten, belastende Lebenssituationen wie auch psychosoziale Problemlagen erkennen und bei Bedarf weitere Maßnahmen einleiten. Zudem sollen sie die körperlichen sowie seelische Zustände von Mutter und Kind im ersten Lebensjahr des Säuglings überwachen und dabei pflegerisch, beratend, untersuchend sowie supportiv tätig sein. Zusätzlich sollen Fragen der Familienplanung, Ernährung, Pflege, Hygiene und Versorgung des Kindes während der Wochenbettversorgung beantwortet werden [31].

Die Anforderungen an Elternschaft und Familienentstehung ist stark von der gesellschaftlichen Entwicklung abhängig und daher stets im Wandel [32]. Dementsprechend muss sich auch die Beratungskompetenz im Wochenbett den stetig veränderten Bedürfnissen von Familien anpassen. Durch die strukturelle Diversität von Elternschaft und Familie sowie der Wege, die in die Elternschaft führen und die Ausgestaltung dieser, erscheint die Beratung vielfältig und komplex.

Lediglich 2/3 aller Kinder in Deutschland werden innerhalb einer Ehe geboren, zudem zerbrechen etwa 1/3 aller Ehen wieder und diese dient damit in vielen Fällen nicht mehr als Absicherung, Versorgung und Stabilität für die Kinder [33]. Der Anteil der Alleinerziehenden liegt mittlerweile bei 19%. Des Weiteren wachsen 12% aller minderjährigen Kinder in nichtehelichen Lebensgemeinschaften auf [33]. Darüber hinaus stehen biologische und soziale Elternschaft nicht mehr zwingend in einem

Zusammenhang. Die Reproduktionsmedizin und assistierte Befruchtung machen es möglich, dass Elternschaft für Singles, gleichgeschlechtliche Paare und andere Personen mit unerfülltem Kinderwunsch möglich wird. Die Beratung zur Familienplanung und das Aufzeigen möglicher Wege ist dementsprechend vielfältig. Die zunehmende Heterogenität in Familien ist auch durch kulturelle und ethnische Vielfalt zu begründen. So haben in Deutschland etwa 40% der Familien mit minderjährigen Kindern einen Migrationshintergrund [33]. Interkulturelle Kompetenz bei der Beratung von Wöchnerinnen und deren Familien scheint demzufolge unabdingbar.

Ein weiterer Aspekt in der Wandlung der Beratung zur Elternschaft ist die Entwicklung von der Einverdienerfamilie zur Zweiverdienerfamilie, um die ökonomische Sicherheit der Familie zu gewährleisten. In Deutschland sind aktuell in 70% der Paarhaushalte beide Eltern berufstätig [34]. Die Beratung bezüglich Elternzeit, Druck der Eltern, um ein für sie passendes Betreuungsmodell zu finden, Rechte und Möglichkeiten des Stillens am Arbeitsplatz, eventuell mangelnde Zeit und Ressourcen für Bindungsaufbau und Familienzeit sind nur einige exemplarisch genannte Beratungsfelder, die sich in diesem Kontext ergeben können.

Zudem ist durch die zunehmend gefragte berufliche Mobilität die Unterstützung durch die eigene Herkunftsfamilie seltener möglich [35]. Auch die Geburtenraten von aktuell 1,46 pro Frau [36] verringern die Möglichkeit, dass die werdenden Eltern durch Kinder in der Verwandtschaft oder andere enge Bezugspersonen wie Freunde Vorbilder erleben und bereits einen gefestigten Umgang mit Kindern implementiert haben. Die fehlende Unterstützung und Unerfahrenheit mit der Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern müssen in der Beratung von Familien im Wochenbett berücksichtigt und begleitet werden.

Zu beachten ist überdies die veränderte Altersstruktur von Familien. Seit der Wiedervereinigung Deutschlands stieg das Alter der Mutter beim ersten Kind vom Ende der achtziger Jahre von 22,9 Jahre auf 27,4 Jahre im Jahre 2010 an [37]. Laut statistischem Bundesamt betrug im Jahr 2022 bei der Geburt ihres ersten Kindes das Durchschnittsalter der Frau 30,4 Jahre, das der Männer 33,3 Jahre [36]. Es ist anzunehmen, dass durch die steigende Altersstruktur die Fragen der Familienplanung, des Elternseins und auch der Morbidität zu veränderten Beratungsinhalten führen.

Eltern beschäftigten sich zunehmend mit Fragen zur Bindungs- und bedürfnisorientierten Erziehung. Die kindzentrierte Erziehung, bestmögliche Förderung der Kinder und Bildungserwartung sind Themen, mit denen sich Personen in der Phase der Elternwerdung auseinandersetzen [33]. Fragen zum Thema "Gestaltung von Elternschaft" sollten statt von diversen Internetformaten auch von Fachpersonen begleitet werden. Die eigene Einstellung zur Mutterschaft und Vaterschaft und auch die Möglichkeit des Bereuens werden im öffentlichen Diskurs zunehmend unter anderem unter dem Schlagwort „Regretting motherhood“ geführt. Die Auseinandersetzung, Besprechung und Entstigmatisierung solcher Themen scheinen zunehmende Bedürfnisse junger Eltern zu sein und bedürfen einer differenzierten Reflektion, um kompetent und professionell in diesem Beratungsfeld tätig zu sein. Der Übergang von der Paarebene zur Elternschaft und die gleichzeitige Übernahme der Mutter- bzw. Vaterrolle und deren Begleitung sollten in die Wochenbettarbeit integriert sein [17]. Darüber hinaus sind die Verarbeitung der eigenen Geburt und die Integration des Geburtserlebnisses in die eigene weibliche Biographie Bedürfnisse, die in den letzten Jahren zunehmend Aufmerksamkeit bekommen haben und Teil der Wochenbettarbeit geworden sind [38].

Mit Einführung des DRG-Systems im Jahr 2004 haben sich die Liegezeiten in Krankenhäusern verkürzt. Nach der Entbindung haben die meisten Frauen und ihre Neugeborenen eine Verweildauer von 3,7 Tagen in der Klinik. Sie variiert je nach Bundesland und ist in Hamburg, Berlin und Schleswig-Holstein mit durchschnittlich 3,2 Tagen am geringsten [6]. Die Anzahl von außerklinischen Geburten in Deutschland betrifft mit 1,94% nur eine geringe Anzahl von Familien [39]. Die kürzeren Liegezeiten nach Entbindung in den Kliniken rücken zunehmend den Bedarf an ambulanter Wochenbettbetreuung in den Fokus.

Die Covid-19-Pandemie hat den ambulanten Versorgungsbereich der Hebammen zusätzlich verändert. Bis zum Jahre 2020 haben Hebammen ihren Versorgungsauftrag in der Wochenbettarbeit aufgrund des Vertrags über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach §134a SGB V im unmittelbaren Kontakt mit der Wöchnerin und dem Säugling ausgeführt [40]. Durch die Pandemie ist es möglich geworden, die Wochenbettversorgung auch über digitale Medien zu gewährleisten und abzurechnen [41]. Die Pandemie hat dazu beigetragen, dass die Nutzung von digitalen Medien für die Versorgung von Patienten/Patientinnen im gesamten Gesundheitssektor

ausgebaut wurde [42]. Im Juni 2021 trat das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPfMG) in Kraft. Damit wurde gesetzlich verankert, dass Leistungen der Hebammenhilfe per Videobetreuung erbracht werden können [43]. Digitale Hebammenhilfe wird von einem Großteil der Familien als positiv bewertet, jedoch gibt es gerade in der Wochenbettbetreuung einige Untersuchungen von Mutter und Kind, die ein Arbeiten in Präsenz nötig machen und von den Hebammen auch in Zeiten der Pandemie im persönlichen Kontakt durchgeführt wurden [44]. Zukünftig kann dementsprechend davon ausgegangen werden, dass digitale Medien in der Wochenbettversorgung eine größere Rolle zukommen, sie jedoch eine Wochenbettbetreuung in Präsenz nicht ablösen werden, sondern als zusätzliches Leistungsangebot integriert werden können. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass für Frauen, die beispielsweise psychische Belastungen, negative Geburtserlebnisse in der Vergangenheit oder auch eine Flüchtlingshistorie haben, sich ein digitaler Zugang zur Hebammenversorgung als besonders herausfordernd darstellt und eine Hebammenversorgung für marginalisierte Gruppen nicht ohne niederschwellige und aufsuchende Angebote in Präsenz auskommt [44,45,46].

Dass der Betreuungsbedarf in der Wochenbettzeit nicht flächendeckend gedeckt werden kann, ist mittlerweile Konsens mehrerer Erhebungen [8,9,10,11,12]. In Zeiten der Unterversorgung erscheint es konsequent, sich nicht-aufsuchende Versorgungskonzepte zu vergegenwärtigen. Unter anderem deswegen hat der deutsche Hebammenverband e.V. einen Leitfaden zur nicht-aufsuchenden Wochenbettbetreuung herausgegeben. In diesem wird verdeutlicht, dass die nicht-aufsuchende Betreuung nur in begründeten Ausnahmefällen durchgeführt werden sollte, wie beispielsweise beim ausdrücklichen Wunsch der Wöchnerin oder bei Hebammenversorgung, die nur durch diese Form der Arbeitsorganisation zu gewährleisten ist [47]. Hebammen könnten so beispielsweise in unterversorgten Gebieten in kürzerer Zeit mehr Wochenbettversorgungen durchführen, da Fahrtzeiten wegfallen und die Planbarkeit der Arbeitszeiten zunimmt.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass aufgrund der multiplen, strukturellen und inhaltlichen Veränderungen über die letzten Jahre die Befragung von Hebammen bezüglich der Beratungsanlässe und ihren Erfahrungen während der Wochenbettarbeit sinnvoll erscheint, um die für die aktuelle Wochenbettarbeit nötigen Kompetenzen bei individuellem Beratungsbedarf differenziert erfassen zu können.

## 1.5 Zielsetzung und Fragestellung

Allgemeinärzte/Allgemeinärztinnen sind neben Hebammen, Gynäkologen/Gynäkologinnen und Kinderärzten/Kinderärztinnen in das gesundheitliche Versorgungskonzept von Familien eingebunden. Sie sind die ersten ärztlichen Kontaktpersonen im Gesundheitssystem und können ca. 80-90% aller Beratungsanlässe abschließend klären [16, 48]. Dementsprechend erscheint es sinnvoll, sie bezüglich vielfältiger Beratungsanlässe vergleichsweise breit aufzustellen.

Ziel dieser Analyse war es, Kompetenzen zu identifizieren, die von Allgemeinärzten/Allgemeinärztinnen im Rahmen der Wochenbettversorgung erlernt werden müssten, um eine Familie, die sich im Wochenbett befindet und keine Hebamme für die Wochenbettversorgung gefunden hat, holistisch begleiten zu können. Gleichzeitig sollte exploriert werden, welchen Herausforderungen und Zukunftssorgen Hebammen begegnen und welche Handlungsstrategien sie in ihrer alltäglichen Wochenbettarbeit entwickelt haben. Dazu wurden Hebammen zu Erfahrungen, Einstellungen und Zukunftsideen bezüglich ihrer Wochenbettarbeit befragt.

## **2. Methodenteil**

### **2.1 Studienplanung**

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine qualitative Studie, in der Hebammen zu ihren beruflichen Erfahrungen, Einstellungen und Zukunftsvorstellungen in Bezug auf die Wochenbettarbeit und die Versorgung von jungen Familien befragt wurden. Unter „Familie“ wurde dabei mindestens ein Erwachsener und ein Neugeborenes verstanden.

Es wurden Einzelinterviews mit Hebammen als Expertinnen in der Wochenbettversorgung mit Hilfe eines semistrukturierten Fragebogens geführt. Anschließend wurden die Interviews anhand der Inhaltsanalyse nach Mayring strukturiert und ausgewertet.

### **2.2 Qualitative Durchführung**

Zur Durchführung der Studie wurde ein qualitatives Design gewählt. Die qualitative Forschung ist zur Hypothesenfindung und Theorienbildung geeignet, da es ermöglicht wird, relevante Einzelfaktoren aufzudecken und deren mögliche Beziehung zueinander zu verstehen [49]. Mit ihrer Hilfe lassen sich folglich vor allem soziale Sachverhalte darstellen und analysieren. Im Rahmen von qualitativen Studien wird häufig systematisch interpretativ gearbeitet, um ein unerwartetes Feld zu erkunden und gleichzeitig unerwartete Phänomene detektieren zu können [50]. Sie eignet sich damit insbesondere bei wenig untersuchten Forschungsfeldern. Der qualitativ-verstehende Ansatz war insbesondere für die Erfassung der Arbeitssituation von Hebammen anwendbar, da er ermöglicht, Zusammenhänge und Phänomene nicht nur zu analysieren, sondern zu verstehen und nachempfinden zu können [49]. Dies erschien bei der bestehenden Forschungsfrage sinnvoll, um eine Gegenstandsbeschreibung der komplexen Arbeitssituation der befragten Hebammen sowie der Situation von Familien in der vulnerablen Wochenbettzeit zu erhalten.

Mit dieser Studie konnten dementsprechend keine repräsentativen Ergebnisse erzielt werden. Vielmehr dient sie dazu, Sachverhalte aufzudecken und Hypothesen zu generieren. In der Wissenschaft wurden qualitative und quantitative Ansätze lange als zueinander in Konkurrenz stehend angenommen. Heute wird demgegenüber davon ausgegangen, dass sich diese beiden Ansätze ergänzen und die Kombination beider Verfahren häufig zu maximalem Erkenntnisgewinn beitragen kann [50].

### **2.3 Qualitative, leitfadengestützte Expertinneninterviews**

Um die subjektiven Sichtweisen der Hebammen zu explorieren, erwies sich das qualitative Experteninterview als sinnvoll. Es ermöglicht, die Interviewten selbst zu Wort kommen zu lassen und sich frei zu angesprochenen Sachverhalten zu äußern. Dabei wird das Interview vom Befragten mitgeleitet und der Interviewer dadurch in die Lage versetzt, Aspekte zu vertiefen, nachzufragen, neu aufgeworfene Fragen zu verfolgen und situationsspezifisch, flexibel auf den Gesprächsverlauf einzugehen [50]. Es soll durch eine geringe Zahl an Teilnehmerinnen und das nicht-standardisierte Vorgehen ermöglicht werden, neue Hypothesen und Theorien auf dem Boden der verschriftlichten Interviews zu generieren, die analytisch und interpretativ ausgewertet werden [50]. Die Hebammen wurden dabei als Expertinnen für das Wochenbett verstanden, die zum einen über fachliches Sonderwissen verfügen und zum anderen eine Deutungsmacht in Bezug auf die Versorgung von Familien während des Wochenbettes haben und als Sachverständige in diesem Bereich gelten. Diese verschiedenen Ebenen galt es, bei der Durchführung der Expertinneninterviews zu berücksichtigen [51].

Bei der Durchführung von Experteninterviews ist es wichtig, eine gewisse Expertise und Vorwissen beim Forschenden zu generieren, da nur so der Interviewte bereit ist, sein Wissen preiszugeben und beim Forschenden die Möglichkeit besteht, Vorgänge gezielt zu explorieren und tiefer zu verstehen [52]. Dies wurde durch vorausgehende Probeinterviews mit Hebammen und letztendlich die eigene berufliche Spezifikation der Forschenden als Hebamme und Medizinstudentin sichergestellt. Der Interviewleitfaden wurde halbstrukturiert konzipiert. Die Interviewerin konnte dementsprechend die Reihenfolge der gestellten Fragen ändern, aber auch die Spezifikation der Fragen situationsbedingt anpassen, erweitern und ändern, um weitere vertiefende Inhalte von den Befragten zu erfahren [50].

Semistrukturierte, leitfadengestützte Interviews eignen sich insbesondere, um den Interviewten möglichst frei zu Wort kommen zu lassen und dabei trotzdem die Form für weitere Datenanalysen und einheitliche Kategorienbildung nicht zu verlieren [53].

## 2.4 Leitfadenerstellung und Leitfragen

Vor dem Hintergrund einer Vorarbeit, in der Beratungsanlässe für die Versorgung von Familien im Wochenbett zusammengetragen wurden [54], sind sechs Vorinterviews mit Hebammen geführt worden, um die Problemfelder während ihrer Tätigkeit im Wochenbett zu eruieren und Phänomene gezielter zu explorieren. Mit diesen Erkenntnissen wurde daraufhin ein semistrukturierter Fragebogen mit zunächst sechs Leitfragen erstellt. Nach Erstellung des Leitfadens wurden im Anschluss zwei Probeinterviews mit Hebammen geführt. Diese dienten zur Überprüfung des Leitfadens. Es sollte getestet werden, welchen zeitlichen Umfang die Interviews haben, ob die Fragen verständlich waren und gegebenenfalls die Reihenfolge geändert werden musste [52]. Nach diesem Probedurchlauf wurden die Leitfragen modifiziert und angepasst. Die Informationen aus den Vorinterviews flossen nicht in die weitere Datenanalyse ein. Anschließend wurde nach der ersten Datenerhebung von fünf Gesprächen eine vorläufige Analyse der Interviews vorgenommen. Es sollte geprüft werden, ob eine Anpassung des Leitfadens durch schon erworbene Zwischenergebnisse sinnvoll wäre. Durch dieses zirkuläre Vorgehen kann der Fokus auf neue Gesichtspunkte gelenkt werden [50]. Daraufhin wurde der Leitfaden auf zehn Leitfragen erweitert.

Die sechs Leitfragen lauteten zunächst:

- Ihrer Erfahrung nach: Mit welchen Beratungsanlässen werden Sie im Zusammenhang mit der Versorgung von Familien im Wochenbett konfrontiert?
- Welche Erfahrungen haben Sie bei der Versorgung von Familien im Wochenbett gemacht, die unterschiedliche kulturelle Hintergründe haben?
- In welchen Bereichen der Versorgung junger Familien im Wochenbett sehen Sie für die Zukunft Herausforderungen?
- Welche Kompetenzen sollte Ihrer Meinung nach ein Arzt/eine Ärztin in Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Allgemeinmedizin für die Betreuung im Wochenbett erlernen?
- In 100 Jahren, was meinen Sie, wie dann die Betreuung im Wochenbett aussehen wird?
- Hat Ihnen ein Aspekt in unserem Gespräch gefehlt?

Die vier zusätzlich ergänzten Leitfragen lauteten:

- Decken sich die Beratungsanlässe mit den Themen, die Sie für die Betreuung der Wochenbettzeit während ihrer Ausbildung erlernt haben?

- Was denken Sie, wie die Versorgung von Familien während des Wochenbetts in Zeiten des Hebammenmangels gelöst werden könnte?
- Müssen sie die Betreuung von Familien im Wochenbett ablehnen und wenn ja, warum?
- Gibt es gehäuft Komplikationen während ihrer Arbeit im Wochenbett, mit denen sie die von ihnen betreute Familien an andere ärztliche Fachrichtungen weiterschicken müssen?

Beendet wurde jedes Interview mit der offenen Frage, ob ein Aspekt in dem Gespräch gefehlt habe. Hier sollte den Befragten die Möglichkeit gegeben werden, das Thema des Gesprächsausstiegs selbst festzulegen und mögliche Sachverhalte, die ihnen wichtig waren, zu ergänzen.

Der Interviewleitfaden ist im Anhang beigelegt.

## **2.5 Rekrutierung der Teilnehmerinnen, Einschlusskriterien und Entstehungssituation**

Nach der Rekrutierungsstrategie sollten solange Interviews geführt werden, bis sich eine inhaltliche Sättigung eingestellt hat. Insgesamt wurden telefonisch 25 Interviews mit examinierten Hebammen aus dem Raum Schleswig-Holstein geführt. Alle 25 Gespräche sind in die Datenanalyse einbezogen worden. Einschlusskriterien für die Teilnehmerinnen waren Hebammen mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung, die ambulante Wochenbettbetreuungen durchführen und ihre berufliche Tätigkeit in Schleswig-Holstein ausüben. Die Hebammen wurden über das Portal Hebammensuche Schleswig-Holstein des Hebammenverbandes Schleswig-Holstein gesucht. Der Arbeitsort wurde dabei vorab über dieses Portal in Erfahrung gebracht. Es wurde dabei darauf geachtet, die ländlich gelegenen Randgebiete Schleswig-Holsteins und die westlich gelegenen Inseln als Arbeitsort für Hebammen mit einzubeziehen.

Die Hebammen wurden telefonisch oder per E-Mail von der Forschenden kontaktiert. Anschließend wurden sie vor den Interviews sowohl schriftlich als auch mündlich über die Studie informiert. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Eine gewisse Gegenseitigkeit wurde darüber hergestellt, dass die Ergebnisse dieser Studie in die zukünftige Wochenbettarbeit integriert werden könnten. Sowohl inhaltliches Wissen

als auch Erkenntnisse über organisatorische Strukturen könnten zum Beispiel in die Planung von Hebammenressourcen und in die Weiterbildung von Allgemeinärzten/Allgemeinärztinnen und Hebammen einfließen. Somit könnten Aspekte der Studie sowohl bei der Ausbildung von Hebammen als auch bei der Weiterbildung von Allgemeinärzten/Allgemeinärztinnen genutzt werden. Daraus kann eine Entlastung von ambulant tätigen Hebammen entstehen.

Eine unterschriebene Einwilligungserklärung, bei der das Alter und die Jahre der Berufserfahrung abgefragt wurden, lag bei allen teilnehmenden Hebammen vor Aufzeichnung der Gespräche vor. Des Weiteren wurde über die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie die Möglichkeit, jederzeit die Teilnahme ohne Angabe von Gründen zu beenden, die digitale Aufzeichnung der Gespräche und deren Auswertung und Veröffentlichung in pseudonymisierter Form vom Institut für Allgemeinmedizin der Universität Lübeck informiert. Die Einwilligungserklärung sowie die Teilnehmerinformationen sind im Anhang beigefügt. Die Forschende stand vor der Kontaktierung in keiner Beziehung zu den interviewten Hebammen.

Nach Abschluss von 25 Interviews wurde ein inhaltlicher Sättigungseffekt festgestellt, das heißt es konnten keine zusätzlichen Erkenntnisse durch weitere Interviews vermutet werden und es wurde dementsprechend davon abgesehen, weitere Gespräche zu führen.

## **2.6 Tonaufnahmen der Gespräche**

Der Zeitraum der Interviewaufnahmen lag zwischen Juli 2019 und Mai 2020. Zum Zeitpunkt der Gesprächsaufnahme befanden sich die Hebammen in ihrem zu Hause, im Auto oder ihrer Hebammenpraxis.

Die Gespräche wurden dabei mit einem digitalen Tonbandgerät aufgezeichnet. Die Gesprächsdauer sollte im Mittel zwischen 30-45 Minuten liegen.

## **2.7 Transkription**

Nach Beendigung der Interviewaufnahmen wurden diese einzeln wörtlich transkribiert. Es wurden die geltenden Transkriptionsregeln des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck berücksichtigt. Diese sind im Anhang beigefügt. Dabei wurde das Transkriptionsprogramm f4transkript® genutzt. Die Einzelinterviews wurden zuvor chronologisch nach dem Aufnahmedatum durchnummeriert. Die Nennung von Ortsnamen und personenbezogene Daten wurde dabei pseudonymisiert. Im

Anschluss an die vollständige Transkription wurden die Tonbandaufzeichnungen erneut mit dem Transkript abgeglichen, um mögliche Unklarheiten und Fehler aufzudecken.

## **2.8 Technik der Datenanalyse**

Nach Beendigung der Transkription wurde das Material inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring dient dazu, Textmaterial systematisch und regelgeleitet zu analysieren [49]. Durch Bildung von Kategorien, die in einem Kodierleitfaden beschrieben und festgelegt werden, soll die Interpretation und Analyse des Textmaterials nachvollziehbar und überprüfbar gemacht werden. Durch das Durchführen der Inhaltsanalyse durch mehrere Personen und anschließendes vergleichen der Ergebnisse wird die Intercoderreliabilität hergestellt, die ein spezifisches inhaltsanalytisches Gütekriterium ist.

Das analysierte Datenmaterial, die Entstehungssituation des Materials und deren formale Charakteristika wurden an vorheriger Stelle ausführlich beschrieben.

Die transkribierten Daten wurden vollständig in die Analyse einbezogen. Mayring schlägt hierzu ein regelgeleitetes Vorgehen vor. Er unterscheidet drei Grundformen des Analysierens: Die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung. Bei der Zusammenfassung kommt es zur Reduzierung des Textmaterials, ohne dass bedeutende Inhalte verloren gehen. Bei der Explikation wird mit zusätzlicher Materialherantragung bei ausgewählten Textbestandteilen gearbeitet, um das Verständnis zu verbessern. Mit der Strukturierung wird versucht, den Text in einzelne Bestandteile nach vordefinierten Kriterien zu zergliedern. Mayring beschreibt sie als drei Analysetechniken, die unabhängig voneinander einzusetzen sind, jedoch auch in Mischformen angewendet werden können [49].

In dieser Arbeit wurde auf die Strukturierung als Grundform zurückgegriffen. Dabei wurden unter zuvor definierten Kriterien die Interviews analysiert. Es wurden anhand des Interviewleitfadens deduktiv zunächst Hauptkategorien definiert, mit denen das Textmaterial regelgeleitet durchgesehen wurde. Die Textbestandteile, die durch die jeweilige Hauptkategorie definiert sind, wurden aus dem Text extrahiert und farblich markiert. Anhand eines Kategoriensystems wurde genau definiert, welche Textbestandteile unter eine Kategorie fallen. Unter Anwendung dieses Systems kam es zur Strukturierung der Gesprächsinhalte, indem einzelne Textbestandteile der passenden Kategorie zugeordnet wurden. Anschließend wurden passende Ankerzitate

herausgesucht, in denen konkrete Textstellen als passendes Beispiel für diese Kategorie stehen. Bei Abgrenzungsproblemen zu anderen Kategorien wurden Kodierregeln formuliert, um eine genau Zuordnung der Textpassagen zu ermöglichen. Nachfolgend wurden durch erneute Durchsicht der Texte Unterkategorien definiert, die sich direkt aus dem Material ableiten ließen. Durch die induktiv gebildeten Unterkategorien konnten inhaltliche Aspekte der Interviews differenzierter erfasst werden.

Durch das Festlegen des Kategoriensystems und die Definition der einzelnen Analyseeinheiten erhielt die Forschende gegen Ende der Analyse einen Kodierleitfaden, anhand dessen die gesamten Transkripte in einzelne Bestandteile zerlegt und zugeordnet wurden.

Die gesamte Analyse wurde von zwei Forschenden unabhängig voneinander durchgeführt (JKM und RM, Professorin für Hebammenwissenschaft). Anschließend wurden die Ergebnisse miteinander verglichen. Bei Interpretationsunterschieden wurden Kategorien gegebenenfalls korrigiert. In einem Konsensmeeting mit JS (Facharzt für Allgemeinmedizin, erfahren mit qualitativen Studien) wurden die finalen Kodierungen festgelegt.

In Abbildung 1 ist ein auf die Studie angepasstes Ablaufmodell der Inhaltsanalyse nach Mayring dargestellt.

**Abbildung 1:** Angepasstes Ablaufmodell der Inhaltsanalyse nach Mayring:





Nochmalige Festlegung von Ankerbeispielen und ggf. Formulierung von Kodierregeln



Analyse durch 2. Forschenden und ggf. Korrektur von Kategorien und Zuordnung von Textmaterial

## 2.9 Gütekriterien in der Inhaltsanalyse

Die Anwendung von klassischen Gütekriterien erscheint in der qualitativen Inhaltsanalyse schwieriger und wird kontrovers diskutiert [49/55]. Durch die Durchführung der gesamten Inhaltsanalyse von unterschiedlichen Personen soll eine intersubjektive Nachvollziehbarkeit hergestellt werden. Anschließend werden die Ergebnisse verglichen, so wie auch bei dieser Arbeit durchgeführt [49].

Laut Helfferich geht es in der qualitativen Arbeit darum, subjektive Sichtweisen darzustellen und zu verstehen. Dies geschieht meist durch die Analyse sprachlicher Äußerungen [53]. Bei der Durchführung von Interviews entsteht das Forschungsmaterial in einer Kommunikationssituation zwischen Interviewer und erzählender Person. Neben der Kommunikation, postuliert Helfferich, ist Offenheit ein wichtiges Prinzip für die qualitative Forschung. Dem Erzählenden sollte der Raum gegeben werden, seine Antworten frei zu gestalten und zu gewichten, gleichzeitig sollte der Interviewende seine eigene selektive Aufmerksamkeit, sein Vorwissen und die Interview-Interventionen kritisch reflektieren und wahrnehmen [53]. Durch die offenen Leitfragen wurde versucht, den interviewten Hebammen diesen Gestaltungsspielraum zu geben. Darüber hinaus wird zur Qualitätssicherung in der qualitativen Forschung unter anderem die COREQ-Checkliste verwendet. Sie dient dazu, zu überprüfen, welche Informationen ein Bericht über eine qualitative Studie enthalten sollte [56] und ist in drei Themenschwerpunkte untergliedert: 1. Research team and reflexivity, 2. Study design und 3. Analysis and findings. Insgesamt enthält

sie 32 Items, die angegeben werden sollten [57]. Die ausgefüllte Checkliste ist im Anhang beigefügt.

### **2.10 Ethikvotum der Studie**

Vor Durchführung der Studie wurde ein Studienprotokoll erstellt und der Ethik-Kommission der Universität zu Lübeck vorgelegt. Die Durchführung der Studie wurde am 27.04.2016 von der Ethik-Kommission der Universität zu Lübeck genehmigt (Aktenzeichen: 16-014). Das Ethikvotum der Studie ist im Anhang beigefügt.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Zusammensetzung der Gesprächsteilnehmerinnen

Insgesamt wurden 25 Hebammen interviewt. Bei allen Teilnehmerinnen lag vor der Aufzeichnung der Gespräche eine schriftliche Einverständniserklärung vor. Keine der kontaktierten Hebammen zog nach Abgabe der schriftlichen Einwilligung ihr Einverständnis zurück, so dass 25 Gespräche aufgezeichnet und anschließend analysiert werden konnten.

Der weibliche Anteil der Teilnehmerinnen betrug 100%. Das durchschnittliche Alter der Hebammen lag bei 44,7 Jahren (mind. 26 Jahre, max. 63 Jahre). Die Berufserfahrung lag bei durchschnittlich 19,6 Jahren (mind. 2 Jahre, max. 41 Jahre). Die Gesprächsdauer der Interviews betrug mindestens 27:56 Minuten und maximal 43:26 Minuten. Die durchschnittliche Gesprächsdauer lag bei 32:13 Minuten.

Es wurden acht Interviews mit Hebammen aus dem Kreis Ostholstein geführt, wovon eine Hebamme auf der Insel Fehmarn tätig ist. Zwölf Interviews wurden mit Hebammen aus dem Kreis Nordfriesland aufgezeichnet. In dieser Gruppe sind drei Hebammen auf den Inseln Amrum oder Sylt tätig. Fünf Interviews wurden mit Hebammen geführt, die ihre Wochenbettstätigkeit im städtischen Bereich, das heißt Kiel oder Lübeck, ausgeführt haben.

**Tabelle 1:** Soziodemographische Daten der Teilnehmerinnen

Teilnehmerinnen gesamt	N=25
<b>Alter</b>	
45-67	11
30-44	6
18-29	3
Keine Angabe	5
<b>Berufserfahrung</b>	
0 -10 Jahre	7
11-20 Jahre	5
>20 Jahre	10
Keine Angabe	3
<b>Ort der Berufsausübung</b>	

Ostholstein	8
Nordfriesland	12
Städtischer Bereich	5

### 3.2 Ergebnissteil der Inhaltsanalyse/Überblick Kategoriensystem

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in der Reihenfolge der einzelnen Hauptkategorien. Es ergaben sich insgesamt mit Festlegung im Kodierleitfaden neun Hauptkategorien und 27 Unterkategorien. Die Kennzeichnung erfolgte mit Ankerzitate und bei Bedarf mit Kodierregeln. Der komplette Kodierleitfaden ist im Anhang beigefügt. Die Haupt- und Unterkategorien werden im Folgenden chronologisch entsprechend dem Kodierleitfaden dargestellt. Abbildung 2 zeigt eine Übersicht der qualitativen Inhaltsanalyse, bestehend aus dem Kategoriensystem und dem jeweiligen Belegzitat.

**Tabelle 2:** Übersicht der Haupt- und Unterkategorie mit Belegzitat für die jeweilige Hauptkategorie

Hauptkategorie	Unterkategorie	Belegzitat
Beratungsschwerpunkte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Veränderung bzgl. der Zeit</li> <li>- Veränderung bzgl. Erst- oder Geschwisterkind</li> </ul>	<i>Was an Veränderungen nach der Schwangerschaft eben auftritt. Der Milchfluss, der Wochenfluss, der Tränenfluss, der Schweißfluss und das Kind im Ganzen. (TN 10)</i>
Kulturelle Unterschiede	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Umgang mit dem Neugeborenen und dem Stillen</li> <li>- Vorhandene Vorbilder</li> <li>- Ausgeprägtes Bewusstsein für die Phase des Wochenbetts</li> </ul>	<i>Ja klar, die haben eine ganz andere Anbindung an die Familie. Und die Mama und die Cousine und die Tante und die Schwester, die haben</i>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sprachbarriere</li> <li>- Administrative Angelegenheiten</li> <li>- Heimweh</li> <li>- Weniger Hebammenbetreuung</li> <li>- Akzeptanz für unterschiedliche kulturelle Prägung</li> </ul>	<p><i>alle Kinder und das sind die Fachfrauen. Das sind ganz unschätzbare Quellen von Unterstützung und Wissen oft. Die brauchen das nicht so doll mit den Hebammen und die wollen das auch gar nicht. Meine Erfahrung. (TN 23)</i></p>
<p>Kongruenz bezüglich der Beratungsanlässe und der Ausbildungsinhalte</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beratungsanlässe die in der Ausbildung nicht ausreichend thematisiert wurden</li> <li>- Wie fehlendes Wissen erlangt werden konnte</li> </ul>	<p><i>Also da waren Hausbesuche eigentlich Nabelpflege und Uterus abtasten, das war es eigentlich. Also so gar nicht, diese ganzen psychosozialen Geschichten, haben wir, also das haben wir eigentlich nicht gelernt. (TN 4)</i></p>
<p>Wochenbettversorgung in der Zukunft</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die vermutete Realität der Hebammen</li> <li>- Die Wunschvorstellung der Hebammen</li> </ul>	<p><i>Ich glaube, dass wird für die Frauen ganz schlimm. Ich glaube, sie haben uns dann ausgerottet. Das glaube ich, dann gibt es keine Hebammen mehr, die nach Hause fahren, weil das keiner mehr bezahlt. Vielleicht können sich das dann nur noch die leisten, die das privat</i></p>

		<i>bezahlen oder so. (TN 9)</i>
Herausforderungen in der Versorgung von Familien im Wochenbett	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktuelle Situation</li> <li>- Zeitlicher Umfang der Betreuung während der gesamten Wochenbettzeit</li> <li>- Zeitlicher Umfang der einzelnen Wochenbettbesuche</li> <li>- Verlust der aufsuchende Hebammenhilfe</li> </ul>	<i>Die Frauen brauchen immer mehr Halt quasi, die brauchen mehr Zuspruch, in dem was sie tun, ob das okay ist, ob das alles richtig ist. (TN 9)</i>
Lösung des Hebammenmangels	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivierung</li> <li>- Arbeitsorganisation</li> <li>- Verpflichtung</li> <li>- Positives Rollenmodell</li> <li>- Positive Änderung des Berufsbildes</li> </ul>	<i>Man müsste es möglich machen, dass Hebammen auch quasi auf geringfügig beschäftigt freiberuflich arbeiten können...freiberuflich kann man entweder ganz oder gar nicht..., wenn die ganzen Nebenkosten nicht so hoch wären. (TN 4)</i>
Kompetenzerwerb für Allgemeinärzte/Allgemeinärztinnen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inhaltliche Themen, über die ein/-e Allgemeinarzt/Allgemeinärztin in Wissen generiert haben müsste</li> <li>- Voraussetzungen und Grundhaltung des Arztes/der Ärztin</li> </ul>	<i>Ja, was sollte ein Arzt im Prinzip ja dasselbe wie eine Hebamme so, er muss natürlich die Rückbildungsvorgänge kennen, er muss etwas über Laktation wissen, wie das so funktioniert und dann aber nicht nur so zwei Minuten Medizin zack zack, irgendwie ein Antibiotikum</i>

		<i>aufschreiben, sondern auch mal so psychologisch und feinfühlig. (TN 7)</i>
Umgang mit Kapazitätsengpässen in der Betreuung von Familien im Wochenbett	- Lösungen bei Limitation in der Betreuungskapazität der Familien	<i>Und wenn ich dann Frauen dann hab, die mich anrufen und eine Wochenbetthebamm e suchen, die ich nicht mehr annehmen kann, dann habe ich aber meistens noch Namen, an die ich weiter verweisen kann. Und sag den Frauen auch, wenn es nicht geklappt hat, sollen Sie sich bitte nochmal melden. (TN 1)</i>
Komplikation und Beratungsanlässe, die zur Hinzuziehung anderer Fachrichtungen führen	- Themenschwerpunkte, zu denen andere Fachrichtungen hinzugezogen werden - Vernetzung mit anderen Fachrichtungen	<i>Sieh zu, dass ihr Kontakt zu den üblichen Ärzten hier aufnehmt. Ob das Allgemeinärzte hier im Dorf sind oder eben Gynäkologen, Kinderärzte, dass ihr da immer im Kontext bleibt und dass man einfach untereinander schnacken kann. Das ist schon wichtig. Aber deswegen habe ich auch relativ wenig, irgendwie die ich da wegschicken muss. (TN 2)</i>

### 3.2.1 Beratungsschwerpunkte

Die Befragung zeigte, dass die Aufnahme der Stillbeziehung und die Ernährung des Säuglings häufige Beratungsschwerpunkte sind und einen Großteil der Beratung zu Beginn der Wochenbettbetreuung einnehmen. Als weitere Beratungsanlässe hinsichtlich des Kindes wurden das Handling und Gedeihen des Säuglings, der Beziehungsaufbau und die Pflege des Neugeborenen, SIDS-Prophylaxe sowie das Deuten oder Interpretieren des Verhaltens des Säuglings und Wissensvermittlung in Bezug auf die Bedürfnisse des Neugeborenen von den Teilnehmerinnen genannt. Darüber hinaus wurde die Entwicklung im ersten Lebensjahr, U-Untersuchungen, Impfungen und Aufklärung über den Neugeborenen-Ikterus ebenfalls als häufige Beratungsthemen erwähnt.

Die Wöchnerinnen wurde von den Gesprächsteilnehmerinnen bezüglich ihrer Rückbildungsvorgänge sowie der Naht- und Wundkontrolle aufgeklärt, beraten und körperlich untersucht. Außerdem wurden die Hebammen bei den Themen allgemeiner Hygieneberatung, Familienplanung, Sexualität, Organisation der Kinderbetreuung, Mediennutzung während der Wochenbettzeit, Kindergeld, Elterngeld, Geburtsurkunden, Kinderbetreuungsplätzen und Kaufentscheidungen rund um das erste Lebensjahr des Kindes in der Beratung tätig.

Die Hebammen äußerten, dass die psychosoziale Begleitung und Beratung bezüglich der neuen Familienkonstellation, Elternwerdung, neue Geschwisterkonstellation, Paarbeziehung und -konflikte, Wochenbettverstimmung und -depression, Nachbesprechung der Geburt und Unterstützung der Eltern in Bezug auf den Umgang mit dem Neugeborenen einen Großteil der Beratung ausfüllen würde.

*„Ja oft auch so Psychogeschichten, also wenn die Kinder schreien zum Beispiel, das ist ja häufig so, dann gucke ich immer erst was bei der Frau los ist, was ist bei dem Paar los, weil die Kinder ja darauf reagieren, auf die Schwingungen, auf die Energie, die da so ist und oft, wenn die Kinder schreien, dann ist die Mutter gestresst oder das Paar hat ein Problem oder irgendwie sowas. Das sind dann häufig Gespräche über so Beziehungsdinge oder Stress, Auslöser von Stress...das ist immer sehr zeitintensiv.“*  
(TN 7)

Des Weiteren wurden Wochenbettverläufe in der Versorgung als einfacher bewertet, wenn es eine Kontaktaufnahme mit der Familie schon in der Schwangerschaft vor der

Geburt des Kindes gab und somit ein Informationsaustausch über wichtige Beratungsthemen bereits vor dem Wochenbett stattgefunden hat.

*„Dazu treffe ich mich auch schon mit den Frauen in der Schwangerschaft, um ihnen da viel im Voraus schon zu erklären und zu zeigen, damit es gar nicht so weit kommt. Und seitdem ich mich schon...dieses Konzept geändert hab darauf, dass ich mich mehrfach schon in der Schwangerschaft mit den Frauen treffe und Themen durchspreche, habe ich sehr viel leichtere Wochenbettverläufe.“ (TN 1)*

### Veränderung der Beratungsanlässe über die Zeit

Eine zunehmende Verunsicherung, teilweise mangelnde Intuition im Umgang mit dem Neugeborenen sowie Veränderungen der Einstellung gegenüber dem Kind bei jungen Familien wurden beobachtet. Das Neugeborene müsse nun mehr „funktionieren“ und sich in den Familienalltag einfügen. Die Hebammen äußerten, dass sie den Familien vermehrt Orientierung in der Gestaltung des alltäglichen Umgangs mit dem Kind geben müssen. Die Strukturierung des Alltags, die Erledigung der Hausarbeit und der Umgang mit der plötzlichen Fremdbestimmung sind Beratungsfelder, die von Familien zunehmend angefragt werden.

*„Das liegt daran, dass wir perfekt sein müssen, dass wir viel schaffen in unserem Alltag und das wir darauf geeicht sind, zu funktionieren und alles perfekt hinzukriegen. [...] Das ist, es gibt keine große Spanne für Frustration oder das ist nicht erlaubt. Also es muss funktionieren und das Kind funktioniert nicht. Und das finden viele, glaube ich, sehr überraschend und das macht die Zeit im Wochenbett auch manchmal sehr schwer.“ (TN 21)*

Begründet wurde diese Entwicklung von den Teilnehmerinnen zumeist mit nicht ausreichenden oder den eigenen Vorstellungen nicht entsprechenden Vorbildern, mangelnder Unterstützung im Familienalltag, häufigem Medienkonsum, zunehmendem Technikglaube sowie frühem Zurückstreben in den Beruf und der damit einhergehenden Doppelbelastung von Familie und Berufstätigkeit. Ferner wurde ein allgemeines Perfektionsstreben innerhalb der Familien sowie mangelnde Frustrationstoleranz gegenüber nicht planbaren Geschehnissen von den Hebammen beschrieben.

*„Ja ich glaub, dass viele Netzwerke nicht mehr so greifen, wie es vor ein paar Jahren noch war..., dass da ein hoher Erwartungsdruck da ist, also ganz viel richtig zu*

*machen, also ich weiß nicht, ob das durch die Medien kommt, oder...aber das ist schon massiv mehr geworden. Auch die Erwartung an uns Hebammen, irgendwie viel da zu sein, früher haben wir die Frauen zwei, drei Mal zu Hause besucht und die hat sich gemeldet, wenn was war und das ist schon nochmal verändert inzwischen.“ (TN 4)*

Gleichzeitig wurden die Informationen, die Familien über das Internet erhalten können, nicht ausschließlich als negativ bewertet. Von einigen Teilnehmerinnen wurde eine verbesserte Informiertheit der jungen Familien durch das Online-Angebot angegeben. Sie äußerten, dass die Inhalte mittlerweile eine Entwicklung gemacht hätten und nun qualitativ hochwertiger seien. Damit sahen sich die Hebammen Familien in der Wochenbettarbeit gegenüber, die sich bereits vielfältig informiert hatten und dementsprechend eine differenzierte Beratung benötigten.

*„Ich glaube da kriegen sie inzwischen Informationen, die ich ihnen auch geben würde [...], mein Gefühl ist wirklich, dass die Fachforen besser werden. Vielleicht auch, weil es mehr davon gibt und man sie schneller findet.“ (TN 8)*

#### Veränderung der Beratungsanlässe bei ersten Kindern oder Geschwisterkind

Die Hebammen gaben an, dass die Wochenbettbesuche bei Familien, die ihr erstes Kind bekommen haben, deutlich betreuungs- und zeitintensiver seien als bei Folgekindern. Die Familien seien unsicherer im Umgang mit dem Säugling, im Deuten von dessen Verhalten und Lesen der säuglingsspezifischen Bedürfnisse. Die Teilnehmerinnen erklärten, dass ein Großteil ihrer Arbeit sei, Erstlingseltern beim Zugang zu ihrer eigenen Intuition im Umgang mit dem Kind zu stärken und als Fachpersonen zu bestätigen.

*„Das ist eher so ein Beruhigen und Unterstützen, dass sie so ein bisschen mehr Selbstvertrauen kriegen, die meisten haben nicht so ein Vertrauen, dass sie das schon hinkriegen, sie denken, sie machen alles falsch oder sie wissen es nicht und eigentlich hat man als Mensch auch irgendwie so eine Intuition und genetisch sage ich immer, wisst ihr, wie es geht, ihr wisst nur nicht, dass ihr es wisst.“ (TN 7)*

Darüber hinaus beobachteten die Teilnehmerinnen, dass auf Vorwissen innerhalb der Familie aufgebaut werden könne. Somit seien die Grundversorgung des Babys, die Pflege und der alltägliche Umgang mit dem Neugeborenen meist nicht die Beratungsthemen, die im Vordergrund bei Mehrgebärenden stünden. Bei Geschwisterkindern werde der Fokus der Beratung zunehmend auf die neue

Geschwisterkonstellation gelegt und orientiere sich weg vom Baby auf die gesamte Familiendynamik.

*„Naja, ich brauch bei den Zweitgebärenden nicht mehr viel über Handling und Neugeborenenpflege erzählen, was ich jetzt bei Erstgebärenden muss [...] das sind halt ganz andere Themen [...] Umgang mit dem Geschwisterkind und weil die ja nun mal auch in der neuen Rolle erstmal sind und dann, wie sie damit umzugehen haben und ob das alles normal ist [...] nicht nur das Baby, Baby, Baby, natürlich auch, aber halt so das ganze Drumherum und Umfeld.“ (TN 3)*

### **3.2.2 Kulturelle Unterschiede**

#### Umgang mit dem Neugeborenen und dem Stillen

In Familien mit einem nicht-deutschen kulturellen Hintergrund gelinge der Aufbau der Stillbeziehung häufig intuitiv und gestalte sich zumeist ohne Schwierigkeiten. Bei den großen Beratungsthemen (Stillen, Handling und Deuten des Kindes) seien die Hebammen in diesen Familien weniger gefordert, da kaum Beratungsbedarf vorhanden sei. Die Hebammen empfanden die Bereitschaft der Familien, sich auf das Neugeborene und dessen Bedürfnisse einzustellen, als sehr hoch. Einige Problemfelder der Wochenbettberatung, wie etwa das anfängliche sehr zeitintensive Stillen oder die große Bedürftigkeit der frisch geborenen Kinder, kämen hierdurch deutlich seltener vor.

*„Für die ist es ganz selbstverständlich, die stillen alle und die stillen gut und die stillen ständig. Die haben auch kaum Schwierigkeiten mit Brustwarzen oder irgendwie, dass ihnen etwas wehtut [...] die haben keine Probleme ihre Kinder durch die Gegend zu schleppen oder so [...] für die ist das Oberste halt die Kinder, und das hat die oberste Priorität und deswegen haben die auch überhaupt keine Probleme oder meistens nicht.“ (TN 2)*

Die Hebammen vermuteten, dass der selbstverständlichere Umgang mit dem Baby oder dem Stillen darauf zurückzuführen sei, dass es häufig Vorbilder und vorhandene Netzwerkstrukturen gebe, auf die die junge Familie in der Zeit der Familienentstehung zurückgreifen könne. Dieser Aspekt wird in der Unterkategorie „vorhandene Vorbilder“ genauer betrachtet. Einige Gesprächsteilnehmerinnen beurteilten den von ihnen beobachteten Umgang mit dem Neugeborenen anfänglich als irritierend. Sie äußerten, dass sie zu Beginn ihrer beruflichen Tätigkeit lernen mussten, sich zurückzunehmen,

um das für sie fremdartige Handling mit dem Neugeborenen zu deuten und mit ihrem fachlichen Hintergrundwissen zu bewerten.

*„Das fand ich beim ersten Mal, da wollte ich noch sagen, das kannst du so nicht machen und so, aber dann dachte ich mir, Moment das hat sie wahrscheinlich von ihrer Mutter so oder ist halt so üblich in dem Land und ja auffällig war, dass die Kinder sehr ruhig sind, also gar nicht so viel geschrien haben, wie man das so von deutschen Kindern kennt, die schreien ja wirklich viel muss ich sagen, das ist ja häufig das Hauptthema und das war bei den Frauen gar nicht so das Thema, auch Stillen war jetzt überhaupt kein Problem, war ich so ein bisschen erstaunt, mit deutschen Frauen ist das eigentlich immer somit das Hauptproblem, das Kind schreit und mit dem Stillen klappt das alles so nicht.“ (TN 7)*

#### Vorhandene Vorbilder

Die Befragung zeigte, dass Hebammen präsenste Vorbilder im Umgang mit dem Baby und das Erleben von stillenden Frauen im Alltag als Grund für den scheinbar leichteren Zugang zum Neugeborenen und zum Stillen sahen. Sie vermuteten, dass das Erleben von Stillsituationen in anderen Kulturkreisen häufiger vorkäme. Durch die größeren Familienstrukturen gäbe es mehr alltägliche Erfahrung mit Babys und Kindern im Allgemeinen. Auch im gesellschaftlichen Kontext seien Mütter in anderen Kulturen im Umgang mit Babys häufiger präsent. So wurde das Bild der stillenden Frau am Straßenrand und in der Öffentlichkeit angesprochen, dass man im deutschen Kulturraum kaum zu sehen bekäme.

*„Wenn man jetzt zum Beispiel nach Sri Lanka geht, da war ich letztes Jahr, da sieht man an jeder Hausecke irgendwo eine Frau draußen stillen. Das ist total normal. Das wird ganz anders vorgelebt, als hier in Deutschland.“ (TN 5)*

Es wurde nicht nur eine starke Vernetzung innerhalb der Familie, sondern auch durch Freunde, Bekannte und die „Community“ beobachtet. Darüber hinaus werde Wohnraum von Familien mit nicht-deutschem Hintergrund häufiger mit mehreren Personen geteilt. Dadurch hätten die Familien während der Wochenbettzeit einerseits eine intensive Unterstützung und guten Austausch. Andererseits führe dies dazu, dass nicht nur die Hebamme Empfehlungen gebe und Beratung erteile, sondern auch der Familie nahestehende Personen. Einige Hebammen berichteten, dass die Beratung

aufgrund der vielfältigen Einflüsse erschwert sein könne, da es zu unterschiedlichen Aussagen von Hebamme und anderen Vertrauenspersonen kommen könne.

In Familien aus anderen Kulturen wurde häufig ein ausgeprägter internalisierter Umgang mit Babys und Kleinkindern beobachtet. Die Hebammen vermuteten, dass dieser Umstand darauf zurückzuführen sei, dass die jungen Eltern oft selbst aus Mehrkeinfamilien stammten.

*„Da wird von Müttern weitergegeben und da ist die Familienkultur einfach noch eine ganz andere. Dass die ja in mehreren Generationen oft noch miteinander wohnen und dadurch viel mitgegeben wird, das heißt ich habe das so empfunden. Die sind viel sicherer und die haben auch nicht viele Fragen. Die kommen klar und gut.“ (TN 15)*

#### Ausgeprägtes Bewusstsein für die Phase des Wochenbetts

Es gebe ein großes Bewusstsein für die Phase des Wochenbettes in anderen Kulturkreisen. Die Hebammen beobachteten bei den von ihnen betreuten Familien ein ausgeprägtes Selbstverständnis aus dem bezugsnahen Umfeld der Familie zur Unterstützung nach der Geburt eines Kindes. Darüber hinaus würde das Wochenbett als eine Phase der Regeneration für Mutter und Kind begriffen. Die Wöchnerin sei häufig von Haushaltspflichten entbunden, da sie von anderen Familienmitgliedern übernommen würden. Des Weiteren beobachteten die Hebammen, dass die junge Familie während der Phase des Wochenbetts häufig von anderen Familienmitgliedern, Bekannten oder Nachbarn bekocht und gepflegt werde. Der Übergang in die Mutterschaft sei ein positiv besetztes Ereignis und es werde vor allem die Frau in den Mittelpunkt gestellt.

*„Die feiern das Wochenbett richtig. Also, da ist die Mutter die Königin zu Bette. Da wird gekocht, da werden [...], da ist auch dann die ganze Familie da, aber die kümmern sich auch um alles, da wird das ein bisschen mehr zelebriert, da wird dann gekocht und da gibt es dann spezielle Speisen, die dann im Wochenbett gekocht werden sollen, damit die Milchproduktion angeregt wird. Das ist schon anders auf jeden Fall.“ (TN 25)*

Es bestand die Sorge, dass die jungen Familien in Deutschland sich kaum Zeit für die Wochenbettphase nähmen. Das Bestreben, sehr früh mit dem Neugeborenen wieder den gewohnten Alltag aufzunehmen, das Neugeborene aus der Häuslichkeit zu bringen und sich wenig Ruhepausen zu gönnen, sei weit verbreitet. Die Frau soll häufig möglichst früh in ihre vorherige Funktion kommen und das Neugeborene schnell

selbstständig werden. Dieses Phänomen würde bei der Versorgung von Familien mit nicht-deutschem kulturellen Hintergrund seltener auftreten.

*„Also ich finde bei in der typischen deutschen Familie ist oft die Wochenbettkultur so ein bisschen verloren gegangen, [...] also nicht bei allen, aber so bei einigen, dass da so der Sinn verloren geht und auch oft so dieses, ich verbringe Zeit mit meinem Kind und lerne das erstmal ganz in Ruhe kennen, das fehlt mir manchmal.“ (TN 16)*

### Sprachbarriere

Die Wochenbettarbeit unterscheidet sich aufgrund einer häufig vorhandenen Sprachbarriere deutlich. Diese erschwere das angemessene Beraten teilweise erheblich. Die Kommunikation sei dadurch zeitaufwendiger oder müsse sogar mit Hilfe eines Dolmetschers erfolgen. Angemessene Hilfe bei Verständigungsproblemen zu finden und zu organisieren, sei oft schwierig und sehr zeitintensiv.

Einige Hebammen gaben an, dass die Sprachbarriere möglicherweise auch der Grund für die geringer erscheinenden Beratungsanlässe sei, da die Familien ihren Beratungsbedarf nicht bedarfsgerecht ausdrücken und somit auch nicht in Anspruch nehmen könnten. Dies führe teilweise dazu, dass sie sich im Rahmen ihrer Wochenbetttätigkeit auf die somatische Kontrolle von Mutter und Kind konzentrierten und weitere Beratungsthemen aussparten. Das Gedeihen des Kindes und die komplikationslose Rückbildung der Mutter machten dabei den Fokus ihrer Wochenbettarbeit aus.

Ferner gaben die Teilnehmerinnen an, dass aufgrund der mangelnden Verständigung Unsicherheit bei der Beratung bestünde, da sie sich nie sicher seien, wieviel von dem Gesagten richtig verstanden wurde. Sie äußerten Befürchtungen in rechtlicher Hinsicht dahingehend, dass Verständigungsschwierigkeiten ein genaues Aufklären problematisch machten.

*„Je nachdem, wie sprachlich das so funktioniert, fragen die ehrlich gesagt meistens gar nicht so viel, man guckt da eigentlich nur, ob das Kind gut gedeiht und das funktioniert, also würde ich mal fast sagen zu neunzig Prozent super. Die Kinder sind schön warm eingepackt, die dürfen an die Brust so oft sie wollen irgendwie und also da guckt man meistens tatsächlich eher so nach diesen körperlichen Ursachen.“ (TN 4)*

### Administrative Angelegenheiten

Ein weiterer Beratungsschwerpunkt wurde von den Teilnehmerinnen in Bezug auf bürokratische Angelegenheiten erwähnt. Hier gäbe es bei Familien mit nicht-deutschen kulturellen Hintergrund was den Umfang als auch das inhaltliche Verständnis betrifft einen erhöhten Beratungsbedarf. Insoweit beschrieben die Hebammen teilweise einen Zwiespalt in der Gestaltung ihrer Wochenbettarbeit, da sie einerseits die Grenzen für ihren Zuständigkeitsbereich erreicht sahen und andererseits sich für die von ihnen betreute Familie verantwortlich fühlten und unterstützend tätig wurden.

### Heimweh

Darüber hinaus wurde das Thema Heimweh erwähnt, das im Unterschied zu deutschen Familien häufiger ein Beratungsthema sei. Es würde vordringlich von den Wöchnerinnen angebracht, wenn die Anwesenheit von Familienmitgliedern aus den Heimatländern nicht möglich sei. Die Teilnehmerinnen äußerten, dass die Wöchnerinnen es aus ihren Heimatländern häufig gewöhnt seien, dass die Frauen der Familie zusammenkämen und vor allem auch die eigene Mutter unterstützend zur Seite stehe.

*„Ich habe jetzt kürzlich eine Flüchtlingsfamilie gehabt, da hat die Frau ganz doll vermisst, dass ihre Familie nicht da ist, weil die das einfach so kennen; in den ersten paar Wochen sind alle Frauen aus der Familie da und helfen der Frau.“ (TN 12)*

### Wenig Hebammenbetreuung

Die Hebammen gaben an, dass sie den Eindruck hätten, dass Familien mit nicht-deutschem Hintergrund seltener Hebammenbetreuung erhielten. Begründet wurde dies mit einer stärkeren familiären Einbindung und damit einhergehend einem geringeren Bedarf, der Unwissenheit über den Anspruch auf Hebammenhilfe im deutschen System sowie erfolgloser und zu später Suche nach Hebammenhilfe. Einige Teilnehmerinnen gaben an, dass möglicherweise ein mangelndes Vertrauen zu den Hebammen dazu führe, dass Hebammenhilfe weniger in Anspruch genommen werde. Die Hebammen berichteten, dass sie von einigen Familien als Kontrollinstanz wahrgenommen würde, die Vorschriften erteilen. Häufig bestehe dann die Besorgnis, dass bei Nicht-Einhaltung von Handlungsempfehlungen eine Information an das Jugendamt erfolge.

*„Dann glaube ich, dass das viel mit Vertrauen zu tun hat, wenn ich jemanden in meine Wohnung lasse, wenn ich jemand eigentlich mein privates Umfeld zeige, dass ich vielleicht auch nicht das Vertrauen habe zu jemandem, der meiner Kultur absolut fremd ist. Dass man das Gefühl bestimmt hat, diejenige kann mich gar nicht verstehen.“ (TN 17)*

### Akzeptanz für unterschiedliche kulturelle Prägung

Mehrere Hebammen äußerten, dass es bei der Beratung von Familien mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen wichtig sei, seine eigenen Vorstellungen und Prägungen nicht auf die Familien zu übertragen und sie in ihrem kulturspezifischen Handeln zu unterstützen. Die Limitation sollte dabei lediglich die Abwendung von Gefahr oder Schaden für das Kind sein. Als Fachperson eine offene Haltung gegenüber anderen kulturspezifischen Handlungsweisen zu haben, sei ein wichtiger Aspekt im Rahmen ihrer Wochenbettstätigkeit.

*„Wenn die Oma dann da ist quasi aus Afrika und dann das Baby badet, das ist auch spannend zu sehen. Das Baby liegt da nicht im Wasser, die haben ein Eimer heißes, einen Eimer kaltes Wasser, nachher schwimmt alles und die machen immer so, so als handvoll immer Wasser von allen Seiten auf das Baby und das liegt nackt überm Schoß [lachendes Geräusch] schreit wie der Teufel, wo du manchmal denkst „Ich kann es nicht aushalten“. Aber es ist da so, da greife ich dann auch nicht ein. Das ist da so.“ (TN 9)*

Das Kennenlernen anderer Kulturen und Verhaltensweisen sei ein Lernprozess, der im Laufe der Hebammenarbeit stattfindet. So könne sich das Verhalten der Frauen unter der Geburt, aber auch im Wochenbett kulturspezifisch unterscheiden. Von einer Hebamme wurde das Beispiel von Äußerungen über Schmerzen angeführt, die sich im Ausdruck stark voneinander unterschieden. Durch Erfahrung habe sie die anfänglich bestehenden Unsicherheiten ablegen können.

Einige Hebammen empfinden die Wochenbettarbeit mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen als besonders spannend und abwechslungsreich.

*„Da muss man auch erst lernen, dass es in anderen Kulturen auch eine ganz andere Bedeutung hat Schmerz rauszulassen und vielleicht auch lauter zu sein, was ja bei deutschen Frauen vielleicht nicht so, die würden sich eher zurücknehmen so, also da hatte ich immer Schwierigkeiten.“ (TN 7)*

### 3.2.3 Kongruenz bezüglich der Beratungsanlässe und Ausbildungsinhalte

#### Beratungsanlässe die in der Ausbildung nicht ausreichend thematisiert wurden

Aus den Gesprächen wurde deutlich, dass sich die Hebammen für die Beratungsanlässe im psychosozialen Bereich nicht ausreichend ausgebildet fühlten. Es wurde kritisiert, dass der Fokus in der Ausbildung auf dem klinischen frühen Wochenbett und den medizinischen Belangen gelegen habe. Des Weiteren wurde berichtet, dass die Wochenbettarbeit als komplexes Arbeitsfeld in der Hebammenarbeit erlebt werde. Die Hebammen erklärten, dass sie die Vielschichtigkeit der Beratungsanlässe teilweise unterschätzt hätten und sie für die Wochenbettarbeit viele Lernbereiche nach der Ausbildung komplettieren mussten. Sie beurteilten ihre Ausbildung bezüglich der Geburt und der frühen klinischen Wochenbettstage als ausreichend jedoch nicht für die gesamte Wochenbett- und Säuglingszeit.

*„Ich bin seit zwanzig Jahren Hebamme, und ich finde das Wochenbett am schwierigsten. [...] Aber das Wochenbett ist, ehrlich gesagt, finde ich als erfahrene Hebamme fast das Anstrengendste, weil man für zwei Leute mindestens, also eigentlich, wenn man die ganze Familie sieht, die ganze Familie, unglaublich präsent sein muss und auch sehr viel, ich finde, sehr viel Verantwortung haben.“ (TN 23)*

Die Begleitung der Familienentstehung und damit häufig einhergehenden innerfamiliären Beziehungskonflikten, das natürliche Verhalten eines Säuglings sowie dessen bedürfnisorientiertes Aufwachsen und die psychische Entwicklung des Kindes seien teilweise gar nicht oder nicht ausreichend behandelt worden. Die Hebammen berichteten, dass dies insbesondere ins Gewicht falle, da die Beratung in diesen Schwerpunkten häufig in Anspruch genommen werde und sie somit als Fachpersonen gefragt seien. Aus den Interviews wurde zudem deutlich, dass die Hebammen sich in der Verantwortung sahen, diese Prozesse neben der mütterlichen Rückbildung und dem Gedeihen des Kindes zu begleiten.

*„Also es kommt auch viel aus der Richtung psychologischer Beratung, Familienberatung, Familientherapie [...] im häuslichen Umfeld ist halt dieser ganze emotionale Wust dann auch mehr Thema, den ich ja mindestens genauso wichtig finde, damit es eine schöne Familienentwicklung sein kann. Und ja da ist auch viel an Vermittlungsarbeit zwischen den Partnern.“ (TN 1)*

Einige Hebammen äußerten, dass das Thema des Stillens und die Varianz der Normabweichungen überhaupt nicht oder nicht ausreichend während ihrer Ausbildung zur Hebamme behandelt worden sei. Aufgrund dessen hätten sich einige Hebammen nach der Ausbildung als Berufsanfängerin phasenweise überfordert gefühlt. Sie berichteten, dass ihnen längere Externate und Praktika für die praktische und klinische Arbeit weitergeholfen hätten.

*„Ich glaube, es geht auch viel umso eine klinische Beobachtung von Grenzfällen. Das ist das was ihnen total fehlt, dass sie mal ein gelbes Kind wirklich aushalten können, und dass man auch aushalten kann, dass der Fundus keine Ahnung unter Nabel steht. Das habe ich jeden Tag vor mir und dass es dafür irgendwie einfach gute Gründe gibt. Und das ist völlig in Ordnung so.“ (TN 23)*

Es gab jedoch auch Gesprächsteilnehmerinnen, die den Zustand der Überforderung während des Berufseinstiegs als Wochenbetthebamme als normale berufliche Entwicklungsphasen ansahen. Sie äußerten, dass diese Form der Überforderung immer auftrete, sobald man in das Berufsleben einsteige und man im Rahmen einer Ausbildung und eines Studiums nur begrenzt auf die mannigfaltigen Beratungsanlässe der Wochenbetttätigkeit eingehen könne.

Darüber hinaus sahen einige Gesprächsteilnehmerinnen sich für die bürokratischen Belange sowohl der betreuten Familien als auch für ihre Freiberuflichkeit nicht ausreichend vorbereitet. Gleichzeitig wurde geäußert, dass sie es nicht als ihre Aufgabe ansähen, in bürokratischen Angelegenheiten der Familien unterstützend tätig zu werden, da es sich nicht um Hebammentätigkeiten handeln würde. Sie verwiesen diesbezüglich an weiterführende Beratungsstellen. Ein anderer Teil der Befragten äußerte, dass sie sich für die hilfsbedürftigen Familien verantwortlich fühlten und sich trotz ihres Widerwillens mit der Bürokratie für die Familien auseinandersetzten.

*„Also ich werde viel gefragt zum Elterngeld: „Wie muss ich das beantragen? Wo muss ich dahin? Wie machen wir das am besten?“ Und da bin ich raus. Weil ich dafür nicht ausgebildet bin und da kann ich auch nur an Beratungsstellen verweisen, das sind aber auch immer Fragen, die kommen.“ (TN 1)*

#### Wie konnte fehlendes Wissen erlangt werden?

Fehlendes Wissen wurde durch die Teilnehmerinnen auf unterschiedlichen Wegen erlangt. Sie gaben an, dass sie primär durch die eigene Berufserfahrung deutlich an

Sicherheit gewonnen hätten. Des Weiteren wurde das Studium von Fachliteratur und die Teilnahme an Fortbildungen sowie Fachkongressen als wichtige Quelle von Wissen angegeben. Einige Hebammen führten an, dass sie zusätzliche Aus- und Fortbildungen im Bereich der emotionalen ersten Hilfe, Gesprächsführung und Krisenintervention gemacht hätten, um die Familien bedarfsgerecht begleiten zu können. Die Gesprächsteilnehmerinnen äußerten, dass dem häufig ein Prozess vorausging, in dem sie sich im Rahmen der Ausübung von Wochenbettbegleitung bestimmten Fragestellungen nicht gewachsen fühlten.

*„Das habe ich aus dieser Unzufriedenheit heraus für mich gemerkt, dass da immer mehr Anfragen kamen, die ich aus meinem Wissensschatz als Hebamme überhaupt nicht beantworten konnte... Aber ich weiß, dass ich mich da viele Jahre gequält habe und nicht fit war.“ (TN 23)*

Einige Hebammen führten den regen Austausch mit erfahrenen Kolleginnen und die Durchführung von zusätzlichen freiwilligen Praktika als bedeutsame Informationsquelle für die Wochenbettarbeit an. Dadurch sei es ihnen gelungen, mehr praktische Erfahrungen vor allem in der freiberuflichen Hebammentätigkeit zu sammeln und gleichzeitig von dem Erfahrungsschatz der Kolleginnen mit mehr Berufserfahrung zu profitieren.

*„Diese Besuche haben mich geprägt und ich habe so viel gelernt, gerade was die Freiberuflichkeit anging, was ich letztendlich in der Ausbildung definitiv nicht gelernt habe. Und letztendlich war es einfach die Erfahrung dann auch der Austausch, der Austausch unter Kollegen. Also du lernst einfach mit jeder Nachsorge, du lernst mit den Frauen.“ (TN 19)*

Zudem führten die Hebammen an, dass die Erfahrung in der eigenen Ursprungsfamilie eine bedeutende Prägung gewesen sei, die sie mit zusätzlichem Wissen und Erfahrungen für die Beratung im Wochenbett bereichert hätte. Vor allem Hebammen mit vielen Geschwistern äußerten, dass sie schon in ihrer Kindheit die Versorgung von Babys und Kleinkindern erlernt hätten und dementsprechend Handwerkszeug für den Umgang mit Säuglingen in den Beruf einbringen konnten.

*„Zunächst, also die erste Quelle ist glaube ich einfach die eigene Erfahrung in der Familie. Einfach also ich bin nun mal die älteste von vier Kindern mit einem großen Abstand zu meinen jüngeren Geschwistern.“ (TN 25)*

Darüber hinaus wurden die Erfahrung der selbsterlebten Mutterschaft und Gründung einer eigenen Familie als wichtigste Wissensquellen für die Wochenbettarbeit angeführt. So gaben einige Hebammen an, dass sie sehr froh gewesen seien, schon selber Mutter gewesen zu sein, bevor sie mit der Wochenbettarbeit starteten. Damit habe eine intensive Auseinandersetzung mit Wochenbettthemen stattgefunden bevor sie selber in diesem Bereich beratend tätig wurden. Die Erfahrung der eigenen Mutterschaft wurde als so bedeutend angesehen, dass einige Hebammen angaben, erst nach dieser Erfahrung vollumfänglich beraten zu können. Die Hebammen äußerten, dass sie in vielen Themen differenzierter und fundierter beraten könnten, nachdem sie selber eine Schwierigkeit oder Abweichung der Physiologie erlebt hätten.

*„Also ich konnte dadurch, dass ich selbst alle Stillprobleme mitgenommen habe, die man mitnehmen konnte, konnte ich dadurch wirklich wesentlich besser beraten [...] es gibt halt gewissen Dinge doch, dass man das doch irgendwie anders mit umgehen kann, wenn man es doch selbst erlebt hat.“ (TN 3)*

### **3.2.4 Wochenbettversorgung in der Zukunft**

#### Die vermutete Realität der Hebammen

Viele der Teilnehmerinnen waren überzeugt, dass es den Berufsstand der Hebamme in ferner Zukunft nicht mehr oder nur noch in abgewandelter Form geben werde. Sie vermuteten, dass künftig immer weniger Familien eine Hebammenversorgung erhielten bis die Wochenbettversorgung ganz wegfallen würde. Insbesondere die aufsuchende Hebammenhilfe sahen die meisten Gesprächsteilnehmerinnen zukünftig nicht mehr als durchführbar an. Insgesamt schienen sie davon auszugehen, dass sich die Bedingungen für ihre Arbeit im Wochenbett und damit auch für die Familien verschlechterten. Die Teilnehmerinnen beschrieben, dass sie schon seit einigen Jahren eine Abwärtsspirale ihrer Arbeitsbedingungen beobachteten und zeichneten das Bild weiterer Verschlechterungen für den Berufsstand der Hebamme. Die Gesprächsteilnehmerinnen äußerten, dass sie sich einen stärkeren Widerstand wünschten, der die Gefährdung ihres Berufsstandes besser sichtbar machte. Einige Hebammen berichteten, dass es in früheren Jahren einen größeren Kampfgeist gegeben habe, bei dem Familien und Hebammen für ihre Belange demonstriert hätten.

*„Also ich würde mir natürlich für heut auch schon viel mehr Kampf auf den Straßen wünschen und nicht jetzt alles via Facebook. Und dafür sind wir ein sehr kleiner Kreis,*

*aber wir bräuchten die Familien, die da mitkämpfen und die sind nicht mehr da. In den 80ern bist du auf die Straße gegangen, das fehlt heute.“ (TN 19)*

Ferner wurde vermutet, dass sich die Liegezeiten postpartal weiter verkürzten, ohne dass es zu einem Ausbau der ambulanten Wochenbettbetreuung käme. Die Hebammen gingen davon aus, dass sich Familien zukünftig nach der Geburt an Praxen oder Zentren wenden könnten, in denen die Wochenbettversorgung stattfinden würde. Sie mutmaßten, dass es eventuell noch eine Kurzzeitbetreuung in der Häuslichkeit innerhalb der ersten Tage postpartal geben könne.

*„In 100 Jahren gibt es keine Hebammen mehr im klassischen Sinne, das ist meine feste Überzeugung. Weil wir, dann haben wir geburtshilfliche Assistentinnen, die überwiegend im OP-Saal stehen und die Kinder in Empfang nehmen. Und der klassische Handwerksberuf, der Beruf als Berufung, den wird es nicht mehr geben. Der ist jetzt schon am Aussterben.“ (TN 22)*

Hebammen aus ländlich geprägten und eher strukturschwachen Regionen gaben an, dass es aktuell an beruflichem Nachwuchs mangle. Sie vermuteten, dass es zukünftig niemanden mehr gäbe, der das Handwerk der Hebamme in ihrer Region weiter ausführe, wenn sie in Rente gingen. Darüber hinaus wurde von den Hebammen spekuliert, dass die Hebammeninanspruchnahme in Zukunft eine reine Privatleistung würde. Sie befürchteten, dass sich dementsprechend nur noch ausgewählte Frauen und Familien Hebammenhilfe leisten könnten. Überdies sind die Teilnehmerinnen davon ausgegangen, dass viele Facetten der Hebammenbetreuung in Zukunft online etwa in Form von Live-Chats und Gruppenberatung angeboten würden. Von einigen Hebammen wurde dies als Chance der Weiterentwicklung gesehen, um den Familien vielfältigere Betreuungsmöglichkeiten anbieten zu können. Andere Gesprächsteilnehmerinnen nahmen die vermutete Medialisierung als bedrohlich für ihre Hebammentätigkeit wahr und befürchteten, von den Familien nicht mehr gebraucht zu werden.

*„Dass die Frauen halt dann sich irgendwie immer mehr informieren wollen und halt immer mehr gucken, wie sie es alleine halt hinkriegen, also das ist schon, das könnte ich mir vorstellen, dass auf alle Fälle halt schwieriger wird, für die klassische Hebamme da Fuß zu fassen.“ (TN 24)*

Skeptisch äußerten sich einige Teilnehmerinnen bezüglich der Akademisierung des Berufes der Hebamme. Es wurde Sorge darüber geäußert, dass das Studium einige Anwärterinnen für den Hebammenberuf abschreckte und diejenigen nicht zugelassen würden, die die Zulassungsvoraussetzungen zum Studium nicht erfüllen könnten. Hier könne es zu einem großen Verlust von potentiell sehr gut geeigneten Hebammen kommen. Ferner wurde angemerkt, dass Abiturientinnen den Beruf der Hebamme eventuell nicht ergreifen möchten und nach dem Erlernen des Hebammenberufs letztendlich ein weiteres Studium anschließen bzw. in die Wissenschaft gehen möchten und so nicht im praktischen Hebammenberuf arbeiteten.

*„Ich bin ein bisschen skeptisch, was die Ausbildung angeht, das Studium, ob wir uns wirklich damit einen Gefallen tun. Sicher, die Theorie wird immer mehr, das ist ganz klar. Ich weiß bloß nicht, ob wir damit viele Frauen oder eventuelle Kolleginnen vergraulen, die einfach, die das Abitur nicht haben, aber eine hervorragende Hebamme abgeben würden. Das ist ja doch ein sehr praktischer Beruf und es gehört eine Menge Toleranz dazu und Sozialverhalten. [...] hör ich doch halt ganz viel, für diejenigen, die das Hebammenstudium machen, dass die dann nachher doch auch irgendwie alle mit dem Medizinstudium weitermachen. Ja, oder in die Hebammenwissenschaften gehen oder so.“ (TN 2)*

Aus den Gesprächen wurde deutlich, dass die Hebammen die Sorge teilten, der Hebammenberuf ginge durch die Akademisierung ein Stück weit verloren. Sie äußerten die Befürchtung, dass die praktischen Erfahrungen, die einen großen Teil der Hebammenarbeit ausmachten, durch das Studium in den Hintergrund träten und die Ausbildung der Nachwuchshebammen zu theoretisch würde.

*„Jetzt kommt diese Studiengeschichte dazu, wo ich auch denke, merkwürdig, wieso müssen Hebammen studiert sein? [...] Hebamme eigentlich ist und bleibt es irgendwie auch ein Handwerksberuf und mit Erfahrung und Berufung, Empathie für die Frauen, Gefühl, viel Bauchgefühl. Viel ja so Sachen, die man eigentlich nicht studieren kann. Die man mitbringt oder erwirbt im Laufe des Lebens.“ (TN 22)*

### Die Wunschvorstellung der Hebammen

Die Teilnehmerinnen sahen die aufsuchende Wochenbetthilfe und das freie Arbeiten als Hebamme als ideale Versorgungsstruktur für Familien in der Wochenbettsituation an. Dementsprechend wünschten sich die Interviewten auch für die Zukunft diese

Form der Wochenbettversorgung, in der die Familien einzeln von einer Hebamme in der Häuslichkeit aufgesucht würden.

*„Vielleicht kriegt das Gesundheitssystem ja dann doch nochmal die Kurve und es bleibt halt alles weiterhin so bestehen. Das wäre schon mein Wunsch und mein Traum.“ (TN 2)*

In Bezug auf die aktuelle Arbeitsstruktur und -organisation wurde kein grundsätzlicher Veränderungsbedarf gesehen, sondern lediglich eine Verbesserung der Modalitäten gewünscht. Die Hebammen berichteten, dass es ihnen grundsätzlich schwer gemacht würde, ihre Arbeit auszuführen. Hier äußerten sie den Wunsch nach kürzeren Fahrtwegen, anderen Abrechnungsmodalitäten, besserer Vernetzung mit Frauenärzten, Kliniken und Kinderärzten, stärker ausgebauten lokalen Angeboten für Familien mit Babys und eine engere Vernetzung zwischen den Familien. Bezüglich der besseren Vernetzung mit Kliniken und Ärzten wurde bemängelt, dass von der Klinik kaum Informationen für die Wochenbettbesuche zu erhalten seien und es kompliziert wäre, die Erlaubnis zur Abnahme des Neugeborenen Screenings zu bekommen.

*„Das heißt Arbeitsbedingungen werden einfach so geschaffen, dass es auch wirklich Spaß macht zu arbeiten und nicht gesagt wird, es werden einem nur Steine in den Weg gelegt, das kann ich einfach nicht mehr mit mir vereinbaren. Und das würde natürlich auch schon dahinführen, dass die Frauen einfach dann natürlich ausreichend versorgt sind und dass auch längerfristig nicht unbedingt mit Ambulanzen geklärt werden muss, sondern tatsächlich mit 1:1 Betreuung.“ (TN 6)*

Einige Teilnehmerinnen gaben an, dass sie sich eine Entwicklung entgegen der Zentralisierung in der Krankenhauslandschaft wünschen würden. Die Hebammen äußerten, dass die Zentralisierung der Kliniken eine weniger individuelle Geburtshilfe fördere und damit der Selbstbestimmung der Frauen und Familien entgegenwirke.

*„Also die Entwicklung ist eigentlich nicht so positiv, wenn ich mir das wünschen würde, wäre es eben andersrum, dass man wieder dezentral, kleine Geburtshäuser, kleine Kliniken, die ganz nah, gut erreichbar sind so und die Frauen ja einfach mehr Selbstbestimmung hätten, so unter der Geburt und auch im Wochenbett.“ (TN 7)*

### 3.2.5 Herausforderungen in der Versorgung von Familien im Wochenbett

#### Aktuelle Situation

Häusliche Gewalt sowie psychische und chronische Erkrankungen in der Familie führten zu einer noch stärkeren Beanspruchung der Hebammen während der Wochenbettversorgung. Ferner wurde beschrieben, dass die Wochenbettarbeit eine besondere Herausforderung darstellen würde, wenn das Neugeborene nicht gut versorgt sei. Die Hebammen berichteten, dass sie in schwierigen Arbeitssituationen gelegentlich eine Kollegin in die Familie schicken, um einen zweiten Eindruck von einer Fachperson zu erhalten.

Inhaltlich wurden die Themen Müdigkeit der Eltern, Geschwisterkinder, Stillen, Medien in der Wochenbettzeit, mangelnde Intuition im Umgang mit dem Kind und eine zunehmende starke Unsicherheit bei den jungen Eltern als komplexe Beratungsfelder genannt. In den Gesprächen wurde deutlich, dass junge Familien verstärkt Bestätigung und Unterstützung benötigten und sich wenig auf das eigene Bauchgefühl verließen.

*„Eine weitere Herausforderung finde ich, den Frauen irgendwie mehr Selbstsicherheit zu vermitteln, das finde ich halt immer sehr schade, wenn die so überhaupt kein Selbstvertrauen und keinen Mut haben und denken, sie machen alles falsch, das belastet irgendwie immer sehr...“ (TN 7)*

Die Hebammen äußerten sich besorgt, dass es durch die zunehmende Schnelllebigkeit und Medialisierung zu Bindungs- und Entwicklungsstörungen zwischen dem Kind und seinen primären Bezugspersonen käme. Es würde sowohl im Wochenbett als auch in der gesamten frühen Kindheit zu wenig Zeit als Familie verbracht. In diesem Bereich sahen die Hebammen großes Informationsdefizit auf Seiten der jungen Familien und dementsprechend einen hohen Aufklärungsbedarf von ihrer Seite.

*„Also mit Sicherheit die Bindung zwischen Mutter und Kind oder in der Familie, dieses miteinander sprechen, miteinander zu tun haben, miteinander mal Zeiten zusammen zu nehmen, also einfach gemeinsame Zeit in der Familie, das ist eine große Herausforderung finde ich, weil so viel Ablenkung da ist und überall Smartphones und iPads und Zeug rumfliegen und die Kinder ja total überfordert sind [...] ich habe Kinder,*

*die kriegen da schon mit drei Tagen ein Smartphone ins Bett gelegt mit Einschlafmusik.“ (TN 14)*

#### Zeitlicher Umfang der gesamten Wochenbettbetreuung

Die Hebammen gaben an, dass sie die Betreuungsmöglichkeiten im Wochenbett, die von der Krankenkasse ohne ärztliche Anordnung finanziert werden, grundsätzlich als ausreichend empfinden würden. Darüber hinaus berichteten sie, dass sich insgesamt wenig Familien nach Abschluss der Wochenbettbetreuung erneut melden würden, um in der späteren Säuglingszeit auf Hebammenberatung zurückzugreifen. Hebammen aus den ländlichen Regionen erhielten häufiger Anfragen zur Ernährungsberatung im späteren Säuglingsalter und begründeten diesen Beratungsbedarf mit den weiten Fahrtwegen zum nächsten Kinderarzt. Die Hebammen vermuteten, dass die Familien dann lieber auf die Hebamme als niederschwellige Fachperson zurückgreifen. Ferner thematisierten die Gesprächsteilnehmerinnen, dass es Beratungssituationen gäbe, die sie nicht befriedigend lösen könnten. Eine Steigerung der Besuche könne diese mangelnde Beratung indes nicht kompensieren. Das Problem läge in diesen gesonderten Fällen innerhalb der Familie, die keine Ratschläge annähmen und umsetzten.

*„Dementsprechend reichen die Besuche eigentlich völlig aus. Ich habe es jetzt, glaub ich, in den drei Jahren, die ich jetzt selbstständig bin, zwei oder dreimal gehabt, dass wir uns ein Rezept geholt haben.“ (TN 5)*

#### Zeitlicher Umfang der einzelnen Wochenbettbesuche

Zum zeitlichen Umfang der einzelnen Wochenbettbesuche äußerten die Teilnehmerinnen, dass es herausfordernd sei, die Dauer der einzelnen Wochenbettbesuche nicht angemessen abrechnen zu können. Das Abrechnungsmodell würde dem unterschiedlichen Betreuungsbedarf der Familien nicht ausreichend gerecht.

*„Der eigentliche Stundensatz ist einfach viel zu wenig. Ich brauche immer eine Stunde, wenn ich alles richtig mache, brauche ich eine Stunde und die Kassen sagen 20 Minuten. Das schaffe ich vielleicht so beim letzten Besuch.“ (TN 13)*

Ferner wurde berichtet, dass das aktuelle Abrechnungsmodell dazu verleite, nicht in ausreichend zeitlichem Umfang zu betreuen, da die umfangreiche Betreuung nicht

ausreichend vergütet würde. Überdies würde die fehlende Vergütungsmöglichkeit dazu führen, bei der Abrechnung mit der Krankenversicherung keine richtigen Angaben zu tätigen, da ein Besuch von längerer Dauer nicht finanziell aufgewertet würde. Einige Teilnehmerinnen berichteten, dass sie zu Beginn der Betreuung in längere Betreuungszeiten investieren würden und sie gegen Ende der Betreuung bei kürzeren Besuchen gegenrechneten.

*„Das heißt man ist durchaus eher mal länger bei Familien, aber gar nicht mehr so häufig [...] Und wenn man nicht gerade mit der Abrechnung ein bisschen trickst, sondern wirklich einen Besuch wirklich als einen Besuch abrechnet, dann wird das überhaupt nicht aufgewertet.“ (TN 6)*

Eine andere Hebamme berichtete, dass sie durch die weiten Fahrwege keine kurzen und häufigen Besuche darstellen könne und dadurch in Abrechnungsschwierigkeiten bei den einzelnen Wochenbettbesuchen komme.

*„Das finde ich lächerlich, das mache ich nie, ich bin immer länger unterwegs, also ich mache keine Wochenbettbesuche unter 35 Minuten. Das lehne ich ab. Dadurch, dass ich auch viele weite Wege habe und bin dann nur dreißig Minuten da. Das geht nicht. [...] Allerdings schummeln halt so viele Hebammen. Das sag ich mal ganz ehrlich.“ (TN 23)*

Teilweise wurde berichtet, dass sich die Wochenbettarbeit finanziell nicht lohne, sie jedoch nicht von dem Verdienst der Wochenbettarbeit abhängig seien. Durch die finanzielle Unabhängigkeit könnten sie ihre Arbeit mit den Familien frei gestalten.

*„Ich nehme mir halt die Zeit und das ist sicherlich was, was ich hier machen kann. Das ist nicht unbedingt finanziell lukrativ für mich. [...] dass könnte ich mir aber sicher nicht leisten, wenn ich auf, ja wirklich von diesem Job jetzt leben muss, weil davon leben kann ich hier auf der Insel so oder so nicht.“ (TN 19)*

#### Verlust der aufsuchenden Hebammenhilfe

Als besondere Herausforderung für die zukünftige Arbeitsorganisation sahen die Teilnehmerinnen den etwaigen Verlust der aufsuchenden Hebammenhilfe. Sie äußerten große Bedenken darüber, dass es damit zu einem Informationsverlust über die Familie und deren soziales Umfeld käme. Sie erklärten, dass sie unter anderem deswegen gezielt beraten können, da sie die Familie in ihrer häuslichen Umgebung

wahrnehmen könnten und so viele Beratungsanlässe erst auffielen. Sie berichteten, dass sie durch das Erleben der Familien in ihrem persönlichsten Umfeld einen intimen Einblick in die familiäre Situation bekämen. Gleichzeitig würde durch häusliche Situationen ein sehr persönlicher Rahmen hergestellt, der es ermögliche, einen raschen Zugang zu der Familie zu bekommen und als Vertrauensperson wahrgenommen und akzeptiert zu werden.

*„Und viele Dinge nehme ich ja wahr, ohne dass sie ausgesprochen werden, wenn ich in eine Familie reingehe, kann ich ja schon bei meinem ersten Besuch schon sehen, Mensch, was essen die, läuft der Fernseher, wie sind die aufgestellt und wo sind meine Beratungsschwerpunkte, wo kann ich die abholen.“ (TN 17)*

Ferner sei es für die Wöchnerin und das Neugeborenen in der vulnerablen Phase des frühen Wochenbettes nicht vorteilhaft, das eigene Zuhause verlassen zu müssen. Das frühe Verlassen der Häuslichkeit könne zu behandlungsbedürftigen Komplikationen führen, da es unnötigen Stress für Mutter und Kind bedeute. Darüber hinaus sei es für den Aufbau der Beziehung zum Neugeborenen und für den Stillstart nicht förderlich. Einige Schwierigkeiten würden sich zudem nur in der Häuslichkeit zeigen und müssten dementsprechend auch dort angesehen werden.

*„Wir haben uns das ja mal erkämpft, dass wir zu den Frauen nach Hause fahren dürfen, also von daher wäre es schön, wenn das so bleiben könnte, weil mit einem schreienden Kind in die Klinik fahren und dann zeigt man der Hebamme oder wem auch immer ein schlafendes Kind, weil es im Auto halt eingeschlafen ist, das ist den Eltern ja auch keine Hilfe.“ (TN 12)*

Überdies wurde Sorge darüber bekundet, dass junge Familien teilweise keine Hilfe im Wochenbett in Anspruch nehmen würden, wenn diese nicht aufsuchend stattfinden würde.

*„Aber ich sehe es jetzt, wenn ich der Frau sag. „Ich komm zu dir nach Hause nach der Geburt:“, dann ist es himmelhochjauchzend toll. Wenn ich sage: „Ich sitze hier und du kommst zu mir.“, dann kommen die nicht.“ (TN 2)*

Gleichzeitig berichteten einige Teilnehmerinnen, dass sie die aufsuchende Wochenbettbetreuung nicht mehr durchführten und damit positive Erfahrungen gemacht hätten. So wurde erklärt, dass die Vernetzung und der Austausch zwischen den Familien in der Hebammenpraxis besser gelängen. Einige Hebammen

berichteten, dass sie den Vorbildaspekt, Familien im Umgang mit ihrem Baby zu sehen und daran zu lernen, im Wochenbett für ihre Arbeit nutzen würden, indem sie Wöchnerinnen zusammenführten. Einige Hebammen erzählten, dass sie den Effekt der Gruppe besonders für psychisch labile Frauen nutzten, damit diese sich mit anderen austauschen könnten. Die Hebammen äußerten, dass einige ihrer Kolleginnen der Wochenbettversorgung in einer Praxis und in der Gruppe ablehnend gegenüberstünden und sie deswegen diese Arbeitsweise für sich behielten.

*„Aber ich muss gestehen, dass ich das auch in Kollegenkreisen das oft nicht erzählen möchte, dass wir das so machen, weil ich weiß, wie viele Kolleginnen dazu stehen. Aber inzwischen hat sich der Wind auch schon ein bisschen gedreht und ich denke, dass das eigentlich ein gutes Modell ist [...] grade junge Mütter bestell ich auch wirklich ein und möchte auch, dass sie sehen, wie andere Frauen mit ihren Kindern umgehen, die lernen ja auch viel durch das Sehen.“ (TN 4)*

### **3.2.6 Lösung des Hebammenmangels**

#### Incentivierung

Die Hebammen nahmen an, dass eine höhere Entlohnung ihrer Arbeit dazu führen würde, dass mehr Hebammen in ihrem Beruf arbeiten möchten. In den Gesprächen äußerten einige Hebammen, dass sie sich nicht allein durch den Hebammenberuf finanzieren könnten. Arbeiten in Teilzeit würde sich in der Wochenbettversorgung finanziell kaum lohnen. Die Kosten für die Berufsausübung seien im Vergleich zum Lohn relativ hoch. Dies führe dazu, dass viele Hebammen nicht mehr in der Wochenbettarbeit tätig seien, sobald sie durch Familiengründung oder andere Verpflichtungen nur noch mit geringer Stundenzahl berufstätig sein könnten. Somit würden einige Hebammen aus der Wochenbettversorgung gedrängt, die eigentlich hierfür Kapazitäten hätten.

*„Also, ich glaube tatsächlich, dass diese Teilzeitgeschichte eine gute Lösung wäre, auch für junge Kolleginnen, die vielleicht ein Baby zu Hause haben, mal zu sagen: „Okay, ich mache ein Wochenbett im Monat“ das ist, wäre ja möglich [...] Aber ja inzwischen ist das leider, dadurch, dass die Nebenkosten so explodiert sind, dass das schwierig ist.“ (TN 4)*

Die Hebammen äußerten darüber hinaus, dass die Übernahme der Berufshaftlichtversicherungsprämien durch Dritte eine mögliche Lösung wäre und in

einigen Landkreisen schon praktiziert werde. Dieses Vorgehen würde die Schwelle senken, in die Freiberuflichkeit zu gehen und die ambulante Wochenbettversorgung damit einfacher gestalten. Durch die Gespräche wurde deutlich, dass durch einen finanziellen Stimulus und die damit einhergehende Entlastung ein möglicher Anreiz geschaffen werden könnte, die Wochenbettarbeit (wieder verstärkt) aufzunehmen.

*„Es ist einfach nicht mehr so attraktiv, in die Freiberuflichkeit zu gehen. Das muss unterstützt werden, also wie gesagt, ich kriege meine Versicherung bezahlt [...] Das entspannt mich natürlich und ich glaube nur so kann es gehen, dass wir Hebammen einfach entlastet werden in bestimmten Bereichen, damit genau das wieder attraktiv wird.“ (TN 19)*

Ferner wurde angeführt, dass sie über individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), die nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen gehören, ihre originäre Hebammenarbeit finanzierten. Dies sahen einige Hebammen als problematisch an, da es von ihrer ursprünglichen Tätigkeit wegführe.

*„Also, wenn ich Babymassage, Yoga für alle möglichen Leute und so weiter machen muss, um meine Hebammenarbeit zu finanzieren ist natürlich auch schwierig. Also dann fehlt die Zeit für das Eigentliche.“ (TN 4)*

### Arbeitsorganisation

Die Befragten gaben an, dass durch die Aufgabe der aufsuchenden Hebammenhilfe und dem damit einhergehenden abnehmenden Fahrtzeiten die Frequenz der einzelnen Betreuungskontakte gesteigert und so dem Betreuungsbedarf im Wochenbett effektiver nachgekommen werden könnte. Der Zusammenschluss von Hebammen in Form von größeren medizinischen Versorgungszentren, Hebammenambulanzen oder auch die Teilaufgabe von aufsuchender Wochenbetthilfe, bei der beispielsweise die Familie nur im Frühwochenbett zu Hause besucht wird, wurden zudem erwähnt und werden teilweise auch schon praktiziert. Die Aufgabe der aufsuchenden Hebammenhilfe wurde jedoch größtenteils kritisch beurteilt.

Gleichzeitig wurde die Möglichkeit der Wochenbettbetreuung in der Gruppe als mögliches Arbeitskonzept in Erwägung gezogen. Dabei wurden jedoch Bedenken bezüglich des Verlusts der individuellen Betreuung sowie der Wahrung der Intimsphäre der Wöchnerin und des Neugeborenen erhoben. Hinzu käme Stress, der durch die Betreuung innerhalb der Gruppe entstehen könnte.

Die Verteilung von Hebammen durch ein Kassensitzsystem wurde ebenfalls vorgeschlagen. Des Weiteren wurde ein Zusammenschluss von Hebammen innerhalb eines Landkreises, in dem relativ wohnortnah gearbeitet und Kapazitäten offengelegt würden, erläutert. In diesem Zusammenhang wurde eine mangelnde Organisation in der Zusammenarbeit der Hebammen erwähnt, die es zum einen nicht ermögliche, die Frauen effizient zu verteilen und zum anderen den Frauen die aufwendige Kontaktaufnahme zu den Hebammen nicht erspare.

*„Größere Hebammenorganisationen. Dass die Hebammen weniger Weg fahren. Also, dass die Hebammen einfach aufhören von diesem Einzelkämpferischen „Ich will alles für mich haben und kann nichts abgeben“ hin zu wirklich vielleicht Hebammenzentren. Also, dass man sich mit zehn, fünfzehn Hebammen organisiert in einem Landkreis und schaut, dass jeder halt sehr nah an seinem Ort herum bleibt, dass man die Kapazitäten, die man hat, offenlegt [...] Das wäre ein Traum. Und ich glaube auch, dann ist der Hebammenmangel noch da, aber nicht mehr so riesig. Wir verbauen uns ganz viel selber.“ (TN 5)*

Ferner wurde vorgeschlagen, dass die bürokratischen Hürden für die ambulante Wochenbettarbeit gesenkt werden sollten. Ältere Hebammen fühlten sich durch Einführung des Qualitätsmanagements dem bürokratischen Aufwand teilweise nicht mehr gewachsen und hätten deshalb ihre Tätigkeit aufgegeben. Auch deshalb würden wichtige Hebammenressourcen verloren gehen.

*„Ja und dass nicht so viele bürokratische Hürden da im Wege sind, das ist ja bei den Ärzten auch so, dass einfach so viel Dokumentation und so viel Bürokratie, QM und alles da, dass das immer weiter ausufert, dass viele keine Lust mehr haben, diesen Beruf tatsächlich auszuüben.“ (TN 7)*

Überdies wurde von einigen Teilnehmerinnen überlegt, den Hebammen Wochenbettpflegerinnen zur Seite zu stellen, die zusätzlich unterstützend neben den Hebammen im Wochenbett tätig werden könnten. Die Hebammen könnten sich dann mehr auf den medizinischen Bereich fokussieren und eine höhere Taktung ihre Wochenbettbesuche absolvieren, während die Wochenbettpflegerinnen sich mit größerer zeitlicher Ressource auf den pflegerischen Beratungsbedarf konzentrieren könnten.

## Verpflichtung

Von einer Gesprächsteilnehmerin wurde angebracht, eine Verpflichtung dahingehend einzuführen, dass Hebammen in allen Bereichen ihres Berufsfeldes, wie der Geburtshilfe, Wochenbettversorgung, Schwangerenvorsorge und Kurstätigkeit arbeiten müssen. Darüber hinaus wurde vorgeschlagen, eine Mindestanzahl an Wochenstunden für die Berufstätigkeit verpflichtend einzuführen.

*„Dass das strenger kontrolliert wird. Dass das im Prinzip, guck mal, kennen Sie einen Arzt der halb arbeitet? Die arbeiten auch voll. Und dass man da irgendwie vom Bund Deutscher Hebammen sagt, du musst! [...] dass du entweder so und so viele Frauen nachweisen musst oder dass du so und so viele Stunden nachweisen musst. Weil dann, wenn eine Hebamme sagt, ich nehme zwei Frauen im Monat, das ist lächerlich. Oder warum braucht eine Hebamme, warum darf sie nur Wochenbesuche machen, warum macht sie, warum ist das nicht vorgeschrieben, dass man immer Kurse und Wochenbesuche und Rückbildungskurse geben muss.“ (TN 20)*

## Positives Rollenmodell

Manche Teilnehmerinnen äußerten den Wunsch, dass zukünftig nur diejenigen Hebammen werden sollten, die den Beruf als Berufung ansähen und sich dementsprechend stärker in den Dienst der Familien stellten. Sie wünschten sich eine größere Leistungsbereitschaft von der jüngeren Hebammengeneration, die früher häufiger vorhanden gewesen sei.

*„Ich würde mir einfach wünschen, dass nur derjenige Hebamme wird, der diesen Beruf liebt. Das ist kein Beruf, das ist eine Berufung, das ist kein Job. Und warum studieren die und die sind noch keine drei Wochen dabei und das sind 20 Studenten gewesen, also 19 und alle haben sie schon rumgestöhnt, dass sie so schlecht verdienen. Warum studieren sie es denn? Die haben doch gar keine Ahnung.“ (TN 20)*

Sie beschrieben, dass es für sie selbstverständlich gewesen sei, ohne freie Wochenenden zu arbeiten, sie nie Familien abgewiesen, mit durchgehender Erreichbarkeit ohne geregelte Freizeit gearbeitet und sich ohne weiteres vertreten hätten. Zudem sei der Verdienst nebensächlich gewesen. Dies sei für sie ein Teil der Hebammenarbeit, den die jüngeren Hebammen nicht mehr in dieser Form ausführen

wollten. Sie erklärten, dass sich der Beruf der Hebamme schon seit einigen Jahren einem stetigen Wandel unterzogen hätte und in seiner originären Form nicht mehr bestünde. Als weiterer Grund für diese Entwicklung wurde die mannigfaltigen Zusatzleistungen angeführt, die manche Kolleginnen mittlerweile in der Wochenbett- und Schwangerschaftsversorgung anböten und sich damit von der ursprünglichen Hebammenarbeit entfernten.

*„Also, ich mach die Stunden und dann schalt ich mein Telefon aus und dann, wenn du keinen kriegst, hast du Pech gehabt, geh ins Krankenhaus oder wie auch immer. Das kannten wir früher nicht. Wir waren Hebammen, so wie es früher halt war, das war kein Beruf, das war eine Berufung. [...] Der Beruf der Hebamme, den wird es in 50-100 Jahren nicht mehr geben in dem Sinne, wie er eigentlich ursprünglich war. Das ist meine Meinung. Das kam in den 90ern, 2000ern kamen diese ganzen Zusatzgeschichten auf [...] und hat eigentlich mit unserem Handwerk als Hebamme nichts zu tun.“ (TN 22)*

Die Hebammen sahen eine große Veränderung in der Einstellung zu ihrem Beruf. Die älteren Teilnehmerinnen gaben an, dass es für sie häufig schwer gewesen sei, einen Platz zur Hebammenausbildung zu erlangen und der Beruf für sie eine Lebensentscheidung gewesen sei, für die sie bereit gewesen seien, private Einschränkungen in Kauf zu nehmen. Sie erklärten, dass sie die Bereitschaft, sich dem Beruf unterzuordnen, bei den jüngeren Hebammen nicht mehr sähen. So gaben sie an, dass es für sie selbstverständlich gewesen sei, ihr Privatleben für Dauerrufbereitschaften oder vermehrte Anfragen zurückzustellen und für die Frauen und Familien rund um die Uhr verfügbar zu sein. Dabei äußerten sich jedoch einige Gesprächsteilnehmerinnen kritisch, dass sie ihre eigenen Kapazitäten dabei nicht berücksichtigt hätten.

*„Das ist mein Leben, ich bin mit Leib und Seele Hebamme, ... ja, das ist mein Leben. Ich könnte es mir nicht anders vorstellen. Also es gibt wie gesagt keine Krankheit, wo ich nicht arbeiten würde.“ (TN 20)*

Gleichzeitig erklärten einige Hebammen, dass man seine beruflichen Ziele und Verpflichtungen gegenüber den Familien nicht zu hoch hängen sollte, da es sonst sehr kraftraubend und auch enttäuschend sein könnte, wenn die Familien Vorstellungen der Hebamme nicht teilten und umsetzten. Die Hebammen berichteten, dass man sich gut

abgrenzen können muss, um nicht persönlich enttäuscht zu sein, falls die Beratung nicht wie erwartet umgesetzt wird.

*„Ich habe einfach keinen persönlichen Ehrgeiz und ich kann für mich ist eine Mutter genauso gut, die nicht stillt, wie eine, die stillt und das haben viele Kolleginnen nicht. Sondern die haben wirklich so ein Bild im Kopf, wie es zu sein hat und dann ist man frustriert, aber das ist ja mit allem so. Und ich glaube, dass macht sie unzufrieden.“ (TN 8)*

### Positive Änderung des Berufsbildes

Von den Hebammen wurde angeführt, dass der Beruf der Hebamme aktuell häufig mit negativen Themen assoziiert würde. Sie äußerten, dass der eigentlich schöne und positive Beruf der Hebamme in vielen Fällen im Zusammenhang mit schlechten Verdienstmöglichkeiten, Haftungsfällen und Personalengpässen in Verbindung gebracht würde. Sie berichteten, dass damit die Attraktivität des Berufes der Hebamme sinke, da er in der Öffentlichkeit nicht richtig dargestellt würde. Aus den Gesprächen wurde deutlich, dass die Hebammen ihren Beruf häufig einseitig abgebildet sahen und sich wünschten, dass den positiven Seiten ihres Berufes in der öffentlichen Wahrnehmung mehr Beachtung geschenkt würde. Die Kombination aus viel Verantwortung bei schlechten Verdienstmöglichkeiten und gleichzeitig großer Einschränkung im Privatleben müsse durchbrochen werden.

*„Mehr einfach ja Werbung für den Beruf, finde ich. Es ist so ein schöner, toller Beruf [...] dass der Beruf wieder ja schmackhaft gemacht wird. Also zu meiner Zeit, also vor 10 Jahren, da kamen tausend Bewerber auf 15 Plätze.“ (TN 3)*

Die Akademisierung des Hebammenberufes wurde im Zusammenhang mit der Frage nach Lösungen für den Hebammenmangel angesprochen. Aus den Antworten war eine deutliche Ambivalenz erkennbar. Die Hebammen berichteten, dass sie nicht davon ausgingen, dass es durch die Akademisierung zu einer Aufwertung des Berufsbildes der Hebamme komme.

*„Also ich glaube nicht, dass er durch das Studium attraktiver wird. Ich glaube eher, dass er durch die Bezahlung und die sozialen, das Umfeld attraktiver werden würde. Auch wenn man studiert, verdient man ja nicht mehr, als die, die nicht studiert haben.“ (TN 2)*

Gleichzeitig wurde dennoch deutlich, dass sie sich durch die Akademisierung eine Attraktivitätssteigerung und größere Wertschätzung für den Beruf der Hebamme erhofften. Die Gesprächsteilnehmerinnen schienen die zukünftigen Lösungsstrategien für den Hebammenmangel zumeist mit dem Studiengang der Hebammenwissenschaften zu verknüpfen.

*„Da hoffe ich, dass dieser Beruf auch nochmal für mehr junge Frauen attraktiv wird, dadurch dass er eben mehr Wertschätzung bekommt, dass er eben akademisiert ist.“*  
(TN 7)

Einige Teilnehmerinnen berichteten von fehlender Wertschätzung und Anerkennung gegenüber dem Beruf der Hebamme. In diesem Aspekt fühlten sie sich als Hebamme gesamtgesellschaftlich nicht richtig wahrgenommen. So würde der Fokus in der Öffentlichkeit auf die Fehlersuche bei der Berufsausübung gelegt und nicht auf das positive Tun gelenkt. Dieses negative Berufsbild könne junge Anwärter/innen für den Beruf abschrecken.

*„Ich finde, wir sind wirklich nicht gut aufgestellt, was das Selbstbild angeht, wenn ich gewusst hätte, was da wirklich alles auf mich zukommt. Ich glaube nicht, dass ich den Beruf ergriffen hätte. Ich finde, das ist irgendwie unfair, was man alles, ich habe bestimmt schon acht Kinder gerettet, dass sich vielleicht nicht viel anhört, finde ich aber doch schon ganz schön viel und eigentlich ist man nicht gesehen. Nur wenn jemand einen Fehler finden kann [...] aber ich glaube, dass das jungen Kolleginnen Angst machen kann.“* (TN 14)

### **3.2.7 Kompetenzerwerb für Allgemeinarzte/Allgemeinärztinnen**

Inhaltlich Themen über die ein/-e Allgemeinarzt/Allgemeinärztin Wissen generiert haben müsste

Nach den Aussagen der Hebammen sollte sich ein Facharzt/eine Fachärztin für Allgemeinmedizin mit den Rückbildungsvorgängen, der Wundheilung und den somatischen Umstellungsprozessen der Wöchnerin sowie der physiologisch-körperlichen und mentalen Entwicklung eines Neugeborenen auskennen, wenn er/sie in der Wochenbettzeit beratend tätig wird. Darüber hinaus sollten ihm/ihr das Erkennen, Diagnostizieren und Behandeln aller üblichen medizinischen Komplikationen, die im Wochenbett auftreten können, vertraut sein. Des Weiteren

sollte auch die Varianz der physiologischen Normabweichungen ohne pathologischen Charakter in dieser Phase bekannt sein.

Zudem müsste er/sie Kompetenzen in allen Fragen rund um das Stillen, die daraus resultierenden möglichen Komplikationen und der Ernährung eines Säuglings erlernt haben und bedarfsgerecht anwenden können.

Weiterhin wurde erwähnt, dass die psychische und mentale Verfassung der frisch entbundenen Frau beachtet werden sollte und Tage von emotionaler Instabilität von einer behandlungsbedürftigen Wochenbettdepressionen abgegrenzt werden müssten. Ebenso wurde aus den Gesprächen mit den Hebammen deutlich, wie wichtig Kenntnisse über die psychosozialen Themen im Wochenbett sind, die die gesamte Stillzeit und das erste Lebensjahr des Säuglings betreffen.

*„Also, der müsste natürlich vom Stillen und Rückbildung eine Ahnung haben und der müsste auch von den psychischen Dingen eine Ahnung haben und auch auf was vielleicht einfach bindungsmäßig abgeht zwischen Mutter und Kind oder Vater und Kind und auch vielleicht Beziehungsprobleme, die Eltern haben können oder diese neue Situation, dass nichts mehr ist, wie vorher und wie kriegt man das alles zurecht und diese Veränderungen auch kennen, die da passieren. Also, dass der nicht nur begrenzt sein darf auf körperliche Geschichten, weil eigentlich das Meiste an Veränderung auch in der Paarbeziehung ist und dass jeder zu seinem Recht kommt oder erstmal nicht kommt.“ (TN 14)*

#### Voraussetzungen und Grundhaltung des Arztes/der Ärztin

Von den Teilnehmerinnen wurde hervorgehoben, dass es neben dem inhaltlichen Wissen Grundvoraussetzungen gäbe, die vorhanden sein müssten, um eine Familie im Wochenbett betreuen zu können. Hierzu zählten ausreichend Zeit, eine offene, vertrauenswürdige und empathische Grundhaltung gegenüber der jungen Familie sowie eine Hinwendung von der pathologisch zentrierten Arbeitsweise des Arztes/der Ärztin hin zur Physiologie. Nebstdem wurde eine kooperative Zusammenarbeit mit Hebammen und anderen Fachrichtungen als wichtiges Element erwähnt.

*„Ich denke, dass er keinerlei Fortbildung braucht in Richtung Nahtbeobachtung oder so. Das ist ja alles schon im Studium erfolgt oder in der Ausbildung [...] Ja, ich denke hauptsächlich geht es ums Stillen, um Bonding, um eine gute Familienbeziehung und er müsste Zeit mitbringen. Also, das merke ich immer wieder, dass man doch teilweise*

*mehr Zeit braucht. Also ich komme selten unter einer halben Stunde aus dem Hausbesuch raus. Brauche eher tendenziell länger und er müsste Zeit mitbringen, um auch ein offenes Ohr haben zu können und nicht schon mit einem Fuß wieder in der Tür stehen.“ (TN 1)*

Die Einhaltung dieser Grundvoraussetzungen sei aus Sicht der Teilnehmerinnen mit Schwierigkeiten verbunden. So wurde die fehlende Zeit eines Arztes/einer Ärztin und eine daraus resultierende mangelnde Aufmerksamkeit für die Belange der Familie explizit erwähnt. Des Weiteren wurde ausgeführt, dass das wichtige Thema des Stillens und dessen Beratung ein zeitintensiver Vorgang sei, bei dem es häufig von Nöten sei, einen gesamten Stillvorgang zu beobachten und anschließend zu beraten.

*„Ganz viel in der Hebammenarbeit hat einfach mit Empathie zu tun. Und mit sich reindenken und nicht vorschreiben, sondern der Familie halt ihre Entscheidung zu lassen und das Ganze in eine Richtung zu leiten, die fachlich zu vertreten ist [...] und ich glaube, das ist das, und die fehlende Zeit ist das was Ärzte einfach nicht leisten können. Ein Arzt kann sich da nicht eine Stunde hinsetzen und eine Stillanleitung machen.“ (TN 5)*

### **3.2.8 Umgang mit Kapazitätsengpässen in der Betreuung von Familien im Wochenbett**

Die Hebammen aus dem ländlichen Raum gaben deutlich seltener an, Familien für die Betreuung abzulehnen, als Hebammen die in städtischen Gebieten tätig sind. Darüber hinaus äußerten Teilnehmerinnen aus dem ländlichen Raum, dass sie einen Überblick über Kapazitäten von den anderen Kolleginnen aus der Region hätten und mit diesen häufig zusammenarbeiteten. In einigen ländlichen Regionen seien, laut der Hebammen, keine Betreuungsempässe vorhanden. Dementsprechend hatten die Teilnehmerinnen den Eindruck, dass in diesen Regionen alle Familien, die eine Wochenbetthebamme wünschten, diese auch erhielten.

*„Also bei uns kann jeder betreut werden, aber das ist, glaube ich, auch ein bisschen das Glück unserer Insellage. Weil es einfach schön ist, bei uns zu wohnen und ich glaube, deswegen sind tatsächlich auch Kolleginnen da.“ (TN 8)*

Teilnehmerinnen aus dem städtischen Bereich berichteten regelhaft, dass sie eine Wochenbettbetreuung aufgrund mangelnder Kapazitäten absagen müssten. Viele Familien würden ohne Wochenbettbetreuung bleiben. Diese Familien würden sie gelegentlich in offenen Hebammensprechstunden treffen und die Auswirkungen der mangelnden Wochenbettversorgung erleben.

*„Also ich habe noch eine Hebammensprechstunde in der Apotheke und da kommen dann viele Frauen die nicht, keine Betreuung haben [...] und die sind schon verzweifelt [...] also gerade auch dadurch, ja dass das eigene Kind dann ja meistens auch das erste ist, mit dem sie sich beschäftigen.“ (TN 16)*

Gleichzeitig gäbe es saisonale Unterschiede. So sei es in den Sommermonaten und über die Weihnachtszeit deutlich schwerer, eine Hebamme zu finden, da die Betreuungskapazitäten der Hebammen innerhalb dieser Monate geringer seien. Begründet wurden dies mit der Betreuung von eigenen Kindern oder dem Umstand, dass bestimmte Monate für mehr Freizeit freigehalten würden.

*„Ganz, ganz drastisch ist es natürlich immer in den Sommermonaten und Weihnachten. [...] Die müssen ja keinen fragen und sind dann einfach nicht mehr da und der Rest muss sich eben auf das verteilen, was noch übrig ist.“ (TN 2)*

Neben Kapazitätsengpässen sind weite Fahrtwege im ländlichen Raum ein weiterer Grund für die Ablehnung der Betreuung. Ab einer gewissen Entfernung lohne sich das Arbeiten nicht mehr. Gleichwohl würden schon längere Strecken gefahren, als es die Abrechnungsmöglichkeiten hergäbe.

*„Also eigentlich ist unser Einzugsgebiet so 25 Kilometer, aber damit kommen wir hier in [ländlicher Raum] nicht aus, weil das so weitläufig ist hier [...] so am Tag fahr ich locker 150 Kilometer.“ (TN 14)*

Die Kapazitäten für die Wochenbettbetreuung variierten bei den Hebammen während ihrer unterschiedlichen Lebensphase. Teilweise wurde erklärt, durch die eigene Familiengründung Betreuungskapazitäten als Hebamme limitiert zu haben. Einige der älteren Hebammen gaben an, dass sie in früheren Berufsjahren nie Familien abgelehnt, im Laufe der Jahre aber gelernt hätten, mehr auf ihre persönlichen Ressourcen zu achten. Hierdurch hätten sich die eigenen Betreuungskapazitäten verändert.

Zum Teil würde bis zur Belastungsgrenze gearbeitet und Entlastung durch Kolleginnen für die Wochenbettarbeit sei wünschenswert. Durch die Annahme von vielen Wochenbettbetreuungen seien zudem die zeitlichen Ressourcen für die einzelnen Besuche begrenzt.

*„Zwischendurch mal eine Entlastung zu haben und vor allen Dingen auch mal mehr Zeit für die Wochenbetten zu haben, wäre schon ganz schön.“ (TN 5)*

#### Lösungen bei Limitation in der Wochenbettbetreuung

Die Teilnehmerinnen gaben an, dass sie versuchten, die abgelehnten Familien an Kolleginnen weiter zu verweisen, wenn sie keine eigenen Kapazitäten für eine Wochenbettversorgung hätten. Die Möglichkeit für die Familie sich erneut für eine gemeinsame Lösungssuche zu melden, falls sich nach ausreichender Suche keine Hebamme für das Wochenbett gefunden haben, wurde von einigen Teilnehmerinnen angeboten. Teilweise würden sie sich die Wochenbettbesuche mit Kolleginnen teilen. Dies sei für sie jedoch nur eine Notlösung, damit eine Familie überhaupt betreut werden könne. Zum Teil würden Wochenbettbetreuung abgesagt, aber den Familien gleichzeitig die Möglichkeit angeboten, sich bei Schwierigkeiten zu melden. In Ausnahmefällen würden auch „kleine“ Wochenbettbetreuungen angeboten, bei denen in größeren Abständen und verkürzt die Wochenbetthilfe gewährleistet oder nur bei auftretenden Problemen die Familie in ihrer Häuslichkeit aufsucht würde.

*„Und wenn ich dann Frauen dann hab, die mich anrufen und eine Wochenbetthebamme suchen, die ich nicht mehr annehmen kann, dann habe ich aber meistens noch Namen, an die ich weiter verweisen kann. Und sag den Frauen auch, wenn es nicht geklappt hat, sollen Sie sich bitte nochmal melden.“ (TN 1)*

Offene Wochenbettsprechstunden würden in der alltäglichen Praxis häufig zur Hebammensuche durch die Familien genutzt. Hebammen aus dem städtischen Bereich berichteten, dass sie oftmals auf vorgefertigte Standardabsagen per Mail oder Anrufbeantworter zurückgriffen, um den vielen Anfragen gerecht zu werden. Damit können sie zumindest sicherstellen, den betroffenen Familien überhaupt eine Rückmeldung zu geben.

*„Wir sind sehr, sehr bekannt und haben deswegen sowieso immer mehr Nachfrage als wir tatsächlich annehmen können, aber für Juni, Juli und August habe ich schon im Vorfeld Standardabsagen geschrieben [...] Ich allein habe in meinen Bürodiensten so*

*ungefähr 30 Frauen abgesagt. Nur für den Monat Juli. [...] Und ich würde mal sagen, wenigstens ein Drittel der Frauen in <Stadt> hat keine Chance eine Hebamme zu bekommen.“ (TN 17)*

Die Interviewteilnehmenden äußerten, dass sie sich mit den Absagen bezüglich einer Wochenbettbetreuung nicht wohl fühlten. Es sei für die betroffene Schwangere in ihrer schutzbedürftigen und emotional labilen Situation keine gute Lösung, dass sich die Hebammensuche teilweise so schwierig gestalte. Darüber hinaus beobachteten die Hebammen, dass ressourcenschwache Familien die aufwändige Hebammensuche nicht bewerkstelligen könnten und damit weiter in die Mangelversorgung gedrängt würden.

*„Es ist gar nicht so, dass die Frauen immer gar keine Hebamme finden würden, sondern wenn ich von zehn Hebammen Absagen bekomme, dann bin ich vielleicht auch irgendwann am Ende und kann nicht auch noch eine elfte und zwölfte Absage gerade unter den Schwangerschaftshormonen in Kauf nehmen.“ (TN 5)*

### **3.2.9 Komplikation und Beratungsanlässe, die zur Hinzuziehung anderer Fachrichtungen führen**

#### Themenschwerpunkte zu denen andere Fachrichtungen hinzugezogen werden

Die Teilnehmerinnen berichteten, dass Komplikationen innerhalb der Wochenbettzeit grundsätzlich selten auftreten würden und sie nur in Ausnahmefällen an andere Fachdisziplinen weiterleiten müssten. Sie äußerten, dass sie die meisten im Wochenbett auftretenden Normabweichungen und Pathologien selbst begleiten könnten, dabei würden die Hebammen von ihrer zurückhaltenden und abwartenden Arbeitsweise meist profitieren.

*„Es ist wenig, und meine Kolleginnen und ich, wir betreuen tatsächlich sehr viel, also sehr engmaschig am Anfang und ich glaube, dass das grad was zum Beispiel Gelbsucht angeht, was Milchstau angeht, dass das einfach ganz viel vorgreift. Also wir haben wenig Überweisungen an Ärzte.“ (TN 5)*

Eine Hebamme, die auf einer Insel ansässig war, berichtete, dass es schwierig für sie sei, den richtigen Moment der Weiterleitung an andere Fachrichtungen oder die Klinik abzugeben, da nur unter größerem Aufwand eine ärztliche Fachperson oder ein Krankenhaus erreichen werden könnte. Dadurch stehe sie permanent unter dem

Druck, nicht zu früh zusätzliche Fachkompetenzen hinzuzuziehen, damit die Familie nicht unnötig gestresst werde. Gleichzeitig sei sie bei Komplikationen, die ein rasches Handeln benötigen, auf sich selbst angewiesen. Ohne Labor und ohne Facharzt befinde sie sich häufig in einer Grauzone, wenn sie eigenständig beispielsweise Bilirubinkontrollen durchführe.

*„Das wird immer vergessen, dass wir auf den Inseln wenig Handhabe haben, was das angeht [...] wir haben jetzt eine Wetterlage, gerade jetzt zu dieser Zeit fahren jetzt zum Beispiel keine Fähren mehr. So, und wie geh ich jetzt damit um?“ (TN 19)*

Die Hebammen verwiesen ihre Familien jedoch regelhaft auf die prophylaktisch vorgesehenen Untersuchungen bei Gynäkologen zur Nachsorgeuntersuchung und die Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt mit dem Säugling. Teilweise äußerten die Gesprächsteilnehmerinnen, dass vor allem Familien, die in nicht-städtischen Orten ansässig seien, für medizinischen Belange zuerst die am nächsten gelegene Hausarztpraxis aufsuchten. Als Grund hierfür führten sie die kürzeren Fahrwege und das langjährige Betreuungsverhältnis an, dass zu den niedergelassenen Allgemeinärzten/Allgemeinärztinnen bestehe.

*„Hier im ländlichen Bereich ist es so, dass die Familien oft zu ihrem Hausarzt gehen, der auch die „Us“ machen kann und dort ihr Kind versorgen lassen. Dass sie gar nicht erst in die Kinderarztpraxis fahren, sondern in die Dorfarztpraxis, die am nächsten dran ist, wo sie schon selber seit ihrer Kindheit an in Betreuung sind und sich dort eben versorgen lassen.“ (TN 1)*

Wenn es zu medizinischen oder psychologischen Auffälligkeiten innerhalb der Wochenbetttätigkeit komme, sei die Zusammenarbeit für die Hebammen mit ärztlichem Fachpersonal teilweise schwierig. Des Weiteren sei es bei psychischen Auffälligkeiten grundsätzlich sehr aufwendig für die Familien, schnell und niederschwellig Hilfe zu bekommen.

#### Wie ist die Vernetzung mit anderen Fachrichtungen

Die Befragten äußerten zum einen, dass auffällige Befunde nicht immer ausreichend abgeklärt würden und sie sich dadurch nicht ernst genommen fühlten von dem ärztlichen Fachpersonal. Gleichzeitig erklärten die Teilnehmerinnen, dass sie nur wenn es unabdingbar notwendig sei, eine ärztliche Fachperson in die Behandlung einbeziehen würden. Sie begründeten dieses Vorgehen damit, dass sie häufig den

Eindruck hätten, dass die Ärzte und Ärztinnen dazu neigten, physiologische Befunde zu pathologisieren und ihnen die nötige Geduld fehle, abweichende Befunde abwartend und geduldig zu begleiten. Sie fühlten sich mit diesem Vorgehen in ihrer Arbeitsweise nicht unterstützt, sondern äußerten, dass mit dieser Art der Behandlung häufig die physiologischen Abläufe und Prozesse gestört würden.

*„Zum Gynäkologen schick ich ungern, weil die da meistens dran rumfummeln irgendwie und vieles reguliert der Körper alleine. Also ganz viele Dinge verwachsen sich und ganz viele Dinge brauchen einfach so ein bisschen Geduld und Zeit und dass da haben Ärzte einfach oft in ihrer Ausbildung so nicht gelernt irgendwie. Die sind da oft unruhiger und ungeduldiger.“ (TN4)*

Besonders die Zusammenarbeit mit den Gynäkologen/Gynäkologinnen bezüglich der Schwangerenvorsorge sei konfliktreich. Es gebe Gynäkologen/Gynäkologinnen, die Hebammen in ihrer Berufsausübung bezüglich der Schwangerenvorsorge ablehnten und dies auch den Patientinnen gegenüber kommunizierten. Somit würden nicht nur die Hebamme und die ärztliche Fachperson, sondern auch die Schwangere in einen Konflikt miteinbezogen. Dies bedeute für die Schwangere einen Loyalitätskonflikt, der sie unnötig belaste.

*„Ich habe schon gehört, dass Gynäkologen gesagt haben: „Ja, wenn sie das bei der Hebamme machen, brauchen sie hier gar nicht wieder herzukommen.“ Und das ist natürlich unangenehm, dass die Frauen dann so dazwischenstehen und das Gefühl haben, sie müssen sich jetzt entscheiden für den einen oder anderen.“ (TN 7)*

Die Teilnehmerinnen äußerten, dass sie sehr heterogene Erfahrungen in der Zusammenarbeit gemacht hätten. Es habe in den letzten Jahren einen Generationswechsel bei dem ärztlichen Fachpersonal gegeben. Die junge Generation an ärztlichem Fachpersonal sei offener für eine gleichberechtigte Zusammenarbeit. Zudem erhofften sich die Hebammen, dass es durch die Akademisierung ihrer Ausbildung eine weitere Annäherung zwischen ärztlichem Fachpersonal und Hebammen geben werde und man sie als gleichwertige Fachdisziplin anerkenne.

*„Das kommt drauf an, also ich sag mal es gibt immer Ärzte, mit denen kann man super zusammenarbeiten, mit denen kann man sprechen und es gibt Ärzte, die versuchen, uns Hebammen zu dominieren. [...] also wenn quasi, wir die nur mal unsere Ausbildung gemacht haben, wenn wir alle ausgemerzt sind und die Hebammen alle*

*studiert haben, dann weiß ich nicht, wie es dann aussieht, ob die Ärzte sie dann tatsächlich als gleichberechtigt sehen.“ (TN 12)*

Gleichzeitig gaben die Hebammen an, dass sie eine gute Vernetzung mit den niedergelassenen ärztlichen Fachpersonal in der Umgebung für sehr wichtig hielten. Sie würden ihre neuen Kolleginnen dazu ermutigen, sich ein funktionierendes Netzwerk aufzubauen und in regen Austausch mit dem ärztlichem Fachpersonal zu gehen.

*„Was man da noch unbedingt braucht, ist wirklich sehr, sehr guten kollegialen Austausch, diese Partnerschaft. Ich sage auch den krawalligen Hebammen immer, im besten Falle sind das unsere Partner. Und nicht irgendwelche blöden Ärzte, die jetzt wieder nichts kapieren und Hebammen sowieso scheiße finden [...]*

*Hey, ihr zieht an eurem Strang und wir an unserem und am besten begegnen wir uns an der Stelle, wo wir sozusagen Grenzbereiche haben. Auf respektvolle und freundliche und wirklich die Profession der anderen total wertschätzenden Art und Weise.“ (TN 23)*

## **4. Diskussion**

### **4.1 Diskussion der Ergebnisse**

Durch die qualitativen Einzelgespräche mit Hebammen konnten Hypothesen generiert werden, welche Kompetenzen ein/-e Allgemeinarzt/Allgemeinärztin haben müsste, der/die eine Familie in der Wochenbettsituation berät und medizinisch betreut. Neben dem Fachwissen über die pathophysiologischen Rückbildungs- und Entwicklungsvorgänge von Mutter und Neugeborenen bräuchte er/sie Expertise für alle psychosozialen Belange in der Phase des Wochenbettes und es müssten bestimmte Grundvoraussetzungen erfüllt sein, damit sich die Familien mit ihren Fragen und Nöten an ihn/sie wenden und die individuellen Beratungsanlässe vom Hausarzt/von der Hausärztin identifiziert werden können.

#### **4.1.1 Beratungsschwerpunkte**

Laut der WHO ist die Wochenbettphase: „A critical time for women, newborns, partners, parents, caregivers and families.“ Aus der vorliegenden Arbeit wird deutlich, dass Hebammen in der Wochenbettbetreuung ein breites Spektrum an Beratungsanlässen abdecken müssen. Die befragten Hebammen erlebten eine Expansion ihrer originären Tätigkeit im Wochenbett. Die von den Teilnehmerinnen erwähnten Beratungsthemen für die Wochenbettarbeit decken sich mit bereits publizierten Arbeiten zu diesem Thema [54] und zeigen zugleich, dass die Begleitung der neuen (Lebens-) Situation der Familie einen Großteil ihrer Arbeit einnimmt.

Durch die guten hygienischen Bedingungen und Lebensstandards ist die Morbidität und Mortalität in der Wochenbettphase gesunken, wodurch psychosoziale Beratungskomponenten eine höhere Relevanz bekommen haben [58]. Aus den Interviews wird deutlich, dass neben dem Blick auf die physische Gesundheit von Mutter und Kind Belange der Familienentstehung relevant sind. Die Veränderung der Beratungsanlässe werden auch durch die Ergebnisse der Studie „Die ambulante Wochenbettbetreuung“ von S. Simon bestätigt. Darin wurde festgestellt, dass die Organisation des Alltags mit Kind, der frühe Einstieg in das Berufsleben, mangelnde Coping-Strategien der Eltern sowie das Aufklären über kindliche Bedürfnisse häufige Beratungsanlässe in der Wochenbettarbeit sind [59]. Dies lässt vermuten, dass der Beratungsbedarf sich hinsichtlich dieser Aspekte weiter verstärken wird.

Da mangelnde Vorbilder und Unterstützung zunehmende Problemfelder in der Wochenbettarbeit zu sein scheinen, sollten Vernetzung von Familien und Auffinden von unterstützenden Ressourcen, wie beispielsweise das Verordnen von Haushaltshilfen, Kurse in Familienbildungszentren und weitere Beratungsangebote Themen in der Wochenbettberatung sein. Laut Robert-Koch-Institut ist die soziale Unterstützung als psychosoziale Ressource ein wichtiger Faktor zur Gesundheit [60]. Soziale Bindungen und Netzwerkstrukturen sind dementsprechend protektiv für eine gesunde Familienentwicklung.

Nutzen und Risiken von Medienkonsum während der Neugeborenenperiode und Verweise auf inhaltlich fundierte Informationen sollten in der Wochenbettbetreuung erwähnt werden. Die starke Prägung des Schlafverhaltens der Säuglinge durch die Mediennutzung der Eltern ist bereits Gegenstand der Forschung und wurde unter anderem in der BLIKK-Studie genauer untersucht. Hier wurde ein signifikanter Zusammenhang von Schlafstörungen beim Säugling und kompensatorischem Einsatz von Medien festgestellt [61].

Der präventive Ansatz der Wochenbettarbeit wird zudem in der frühen Aufnahme von Beratungsthemen unterstützt, kann schon in der Schwangerschaft beginnen und somit zur Reduzierung von postpartalen Störungen beitragen. Das frühzeitige Aufnehmen von Beratungsthemen in der pränatalen Zeit und Erkennen möglicher Handlungsbedarfe trägt zur Mutter-Kind-Gesundheit bei und ist bereits Gegenstand mehrerer internationalen Studien gewesen [62,63,64]. Gerade hier kann der/die Allgemeinarzt/Allgemeinärztin, der/die die Familie meist schon seit Jahren begleitet, aufgrund seiner Informationen über den sozialen Hintergrund der Familie Beratungsthemen identifizieren und vorrauschauend tätig werden. Beim Planen von Betreuungsressourcen für die Wochenbettarbeit kann vermutet werden, dass die Arbeit bei Erstlingseltern zeitintensiver sein wird.

#### **4.1.2 Kulturelle Unterschiede**

Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass bei Familien mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen nicht von einer homogenen Gruppe gesprochen werden kann. Die Unterschiedlichkeit und Varianz der Beratungsarbeit bei Familien mit Migrationshintergrund ist sehr breit. Laut statistischem Bundesamt hat eine Person einen Migrationshintergrund: „wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde“ [65]. Den Hebammen war die

Heterogenität der Familien bei der Beantwortung der Frage bewusst und wurde von einigen Teilnehmerinnen angemerkt. Trotz der inhomogenen Gruppe ergaben sich aus den Gesprächen Hypothesen, die abgeleitet werden konnten.

Der von den Teilnehmerinnen beschriebene routiniertere Umgang mit den Neugeborenen durch Familien mit Migrationshintergrund lasse sich auf Großfamilienstrukturen und engere Netzwerke zurückführen, die in anderen Kulturen (noch) stärker vorhanden seien. Darüber hinaus beschrieben sie das Erleben anderer Gesellschaftsnormen in Bezug auf das Stillen und den Umgang mit dem Säugling, die einen niederschweligen Zugang zu diesen Themen ermöglichten. In einer 2018 in Deutschland durchgeführten Studie, in der die Akzeptanz des Stillens in der Öffentlichkeit untersucht wurde, gaben die Hälfte der 1003 Studienteilnehmer/-innen an, in den letzten 12 Monaten keine stillende Frau in der Öffentlichkeit wahrgenommen zu haben [66]. Darüber hinaus befürworteten nur 50% der Teilnehmer/-innen das Stillen in Cafés und Restaurants [66]. Das von den Hebammen beschriebene Fehlen der Vorbilder in der Öffentlichkeit wird durch diese Ergebnisse bestätigt. Nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie fällt der Informationsweitergabe innerhalb der eigenen Community und Familie eine starke Gewichtung zu. Dieser Befund deckt sich mit mehreren in Deutschland erhobenen Forschungsarbeiten [67,68]. Die größere Bedeutung des familiären Zusammenhaltes in Familien mit Migrationshintergrund verglichen mit Familien ohne Migrationshintergrund wird unter anderem im DJI-Kinder- und Jugendmigrationsreport beschrieben, der eine Datenanalyse zur Situation junger Menschen in Deutschland abbildet. Darüber hinaus geht aus dieser Datenanalyse hervor, dass Kinder mit Migrationshintergrund häufig aus Mehrkindfamilien stammen und in Haushalten mit mehreren Personen aufwachsen [69]. Damit werden die Beobachtungen der Hebammen aus dieser Studie bestätigt. Es ist zu vermuten, dass unter anderem durch die intensive Prägung der Familienmitglieder Vorbilder verinnerlicht werden, die den Umgang mit dem Baby und die Gestaltung der Stillbeziehung positiv beeinflussen. Auch in der „Strategie zur Stillförderung“, herausgegeben vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft im Jahr 2021, wird erwähnt, dass Frauen mit Migrationshintergrund, speziell der ersten Generation, eine höhere initiale Stillquote haben [70]. Zudem werden Babys und Kleinkinder von Familien mit Migrationshintergrund seltener außerhäuslich betreut [70], was einen zeitintensiveren Umgang mit den Kindern innerhalb der ersten Lebensjahre direkt durch die Eltern mit sich bringt. Aus diesen Aspekten lässt sich

ableiten, dass es in diesem Umfeld einen vertrauteren Umgang mit dem Stillen und bei der Versorgung von Säuglingen gibt. Dies unterstreicht den von den Hebammen beschriebenen Gesichtspunkt des intuitiveren Umgangs in der Versorgung des Babys bei diesen Familien.

Kulturelle und religiöse Unterschiede in der Phase des Wochenbetts sind bereits in mehreren Publikationen beschrieben worden. Sie bestätigen die Beobachtung der Teilnehmerinnen dieser Studie, dass es besondere Riten und Vorschriften im Umgang mit dem Neugeborenen und der Wöchnerin gebe, die meistens mit einem verstärkten Rückzug und der Entlastung der Wöchnerin einhergingen. Im Praxisleitfaden für Fachpersonal aus Gesundheits- und Sozialwesen „Interkulturelle Kompetenz in der Mütter- und Frauengesundheit“ wird unter anderem beschrieben, dass muslimische Wöchnerinnen die ersten 40 Tage nach der Geburt besonders geschützt und umsorgt werden, da sie als gesundheitlich gefährdet gelten [71]. Aus diesen Ergebnissen lässt sich ableiten, dass in anderen Kulturen Unterstützungsnormen gelten, die in der deutschen Gesellschaft nicht verankert sind.

Die Ergebnisse der Studie lassen den Schluss zu, dass es durch sprachliche Barrieren und den daraus resultierenden Folgen, wie Unsicherheiten bei der beratenden Fachkraft, mangelndem Verständnis der zu beratenden Person und der Notwendigkeit, Dolmetscher zu organisieren, zu deutlich erschwerten Konsultationen kommen kann. Des Weiteren kann es durch bürokratische Hürden zu einem arbeitsaufwendigeren und zeitintensiveren Beratungsbedarf kommen. Bisherige Studien bestätigen diese Aspekte und sind zu implementieren bei dem Verständnis für die Betreuung von Familien mit multikulturellen Hintergründen [72,73].

Die herabgesetzte Kommunikation kann auch zu geringeren Beratungsanlässen führen, da die Familien ihren eigentlichen Beratungsbedarf nicht ausschöpfen können. Die zum Teil als unkomplizierte und durch wenig Beratungsbedarf beschriebenen Wochenbetten könnten auch auf dieses Phänomen zurückzuführen sein. Sprachliche Barrieren als Erschwerung für bedarfsgerechte Beratung und Kommunikation als Grundvoraussetzung für medizinische gesundheitliche Aufklärung sind bereits Gegenstand vieler Forschungsarbeiten und Fachartikel. Im Bundesgesundheitsblatt wurde 2023 ein Fachartikel zum Thema „Interkulturelle Kompetenzen durch Fort- und Weiterbildung fördern“ veröffentlicht. In diesem heißt es: „Viele Konflikte und Probleme ergeben sich aus unzureichender Kommunikation und sind nicht kulturspezifisch

erklärbar.“ [74]. Bei der Wochenbettarbeit erscheint es folglich besonders wichtig, die Sprachbarriere zu senken, um adäquate Gesundheitsberatung durchführen zu können.

Der Eindruck der Teilnehmerinnen, dass Familien mit Migrationshintergrund weniger Hebammenhilfe in Anspruch nehmen, konnte bereits in mehreren Studien bestätigt werden [9,75,76]. Hauptgründe scheinen dabei die Unkenntnis des Anspruches auf Hebammenhilfe und die Sprachbarriere zu sein. Darüber hinaus belegen Studien, dass in dieser Gruppe generell seltener eine medizinische Versorgung in Anspruch genommen wird [77], was die Beobachtung der Gesprächsteilnehmerinnen stützt.

Keine der Teilnehmerinnen hatte Erfahrung in der Arbeit in Flüchtlingsheimen. So wurde das Erleben von Familien, die starken Traumata und Gewalt ausgesetzt waren, nicht angesprochen. Dieser Umstand kann erklären, dass ein Großteil der Teilnehmerinnen die Arbeit mit Familien mit Migrationshintergrund als unkompliziert und interessant beschrieben. Laut aktuellen Studien geht die Hebammenarbeit mit geflüchteten Familien mit einer deutlichen Arbeitsbelastung einher [78].

Die Themen Heimweh und Vermissen der Herkunftsfamilie wurden als zusätzliche inhaltliche Themen eingebracht. Menschen mit Migrationsgeschichte leiden häufiger an psychischen Belastungen und Erkrankungen, was unter anderem an der Entwurzelung ihrer Heimat liegt. In der Fachliteratur wird beschrieben, dass die Komplexität der Beratung darauf zurückzuführen sei, einerseits empathisch und schwingungsfähig für die Gefühle der Betreuenden zu sein und sich andererseits nicht vom erlebten Schmerz und der Trauer mitreißen zu lassen [79].

Grundbaustein für die Arbeit mit Familien mit Migrationshintergrund sei die Akzeptanz der Andersartigkeit und Diversität. Aus den Gesprächen ging hervor, dass die Erfahrung und das damit gesammelte Wissen die Wochenbettarbeit erleichtern können. Der Begriff interkulturelle Kompetenz wurde von der Bertelsmann Stiftung im Zuge eines internationalen Kulturdialogs wie folgt definiert: „Interkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit in interkulturellen Situationen effektiv und angemessen zu interagieren, sie wird durch bestimmte Einstellungen, emotionale Aspekte, (inter-)kulturelles Wissen, spezielle Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie allgemeine Reflexionskompetenz gefördert.“ [80, S.5]. Die Erlangung von interkulturellen Kompetenzen bei der Versorgung von Familien im Wochenbett scheint

dementsprechend zentral zu sein, um der Vielfältigkeit der Beratungsanlässe im Wochenbett gerecht werden zu können.

#### **4.1.3 Kongruenz bezüglich der Beratungsanlässe und der Ausbildungsinhalte**

Aus den Ergebnissen der Gespräche wurde deutlich, dass die Inhalte der Ausbildung zur Hebamme dem Beratungsbedarf der aktuellen Wochenbettversorgung nicht ausreichend gerecht wurden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Gesprächsteilnehmerinnen alle eine Berufsausbildung absolviert haben und kein Studium der Hebammenwissenschaften durchlaufen hatten. Die Ausbildung der Teilnehmerinnen lag zudem teilweise mehr als 40 Jahre zurück. Es ist dementsprechend davon auszugehen, dass Hebammen, die aktuell universitär ausgebildet werden, andere Antworten auf die Ausbildungsinhalte bezüglich der Wochenbettversorgung gegeben hätten.

In Bezug auf die erhöhte psychische Vulnerabilität aller Familienmitglieder, insbesondere der Mutter, aber auch im Zusammenhang mit den besonderen Bedürfnissen eines Neugeborenen hätten sich die Hebammen eine differenziertere Ausbildung gewünscht, um den vielfältigen Beratungsanlässen bezüglich der innerfamiliären Prozesse gerecht werden zu können. Diese Ergebnisse werden in der Arbeit von S. Simon et al bestätigt [59]. In dieser Arbeit wurde aufgezeigt, dass Hebammen bezüglich der psychosozialen Themenschwerpunkte in der Wochenbettarbeit teilweise ein Wissensdefizit haben und sich einen besseren Informationszugang zu diesen Beratungsschwerpunkten wünschen. Dies wird im Zuge der Akademisierung des Hebammenberufes in den Modulen der Hebammenwissenschaften berücksichtigt. So gehört es zu den Kompetenzziele für die Studierenden, den jungen Eltern die Bedürfnisse eines Neugeborenen und Säuglings zu erklären, sowie dessen Vorzeichen zu deuten und die Eltern in die Lage zu versetzen, in altersgerechte Interaktion mit dem Kind zu gehen, aber auch die individuellen Bedürfnisse und Lebenssituationen der gesamten Familie beurteilen zu können [81].

Das im Rahmen der Hebammenausbildung absolvierte Externat wurde von einigen Hebammen nicht als Bestandteil der Ausbildung eingeordnet. Das Wissen, das sie sich im Rahmen des Externats angeeignet hatten, wurde als „selbsterworben“ gesehen. Es ist davon auszugehen, dass durch die Erweiterung des Externats auf zwölf Wochen [82]

eine höhere Expertise insbesondere für die außerklinische Hebammenarbeit erworben werden kann.

Der geringe Ausbildungsanteil der Hebammen auf dem Gebiet des Stillens erscheint angesichts ihres Auftrages der Stillförderung und dem häufigen Beratungsbedarf bei Stillschwierigkeiten überraschend. Auf Initiative des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft wurde von 2017 bis 2019 das Forschungsprojekt „Becoming Breastfeeding Friendly (BBF)“ in Deutschland durchgeführt, um die Rahmenbedingungen für das Stillen in Deutschland zu verbessern und stillförderliche sowie -hinderliche Faktoren zu ermitteln. Bezüglich stillrelevanter Lehrinhalte zeigte sich ein sehr heterogenes Bild in Curricula von Ärzten/Ärztinnen, Hebammen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen, Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen sowohl inhaltlich als auch zeitlich. Dieser Aspekt zeigte sich nicht nur zwischen den Berufsgruppen, sondern auch innerhalb jeder einzelnen Profession [83] und bestätigt damit die Ergebnisse dieser Studie, wonach die Hebammen unterschiedlich bezüglich stillrelevanter Themen ausgebildet worden sind. Aus dem 2019 abgeschlossenen Forschungsprojekt ergaben sich acht Handlungsempfehlungen einer Experten- und Expertinnenkommission. Es wird unter anderem eine Anpassung der Curricula in Theorie und Praxis empfohlen: „Ärzte/Ärztinnen sowie staatliche geregelte Gesundheitsfachberufe (Hebammen, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege), die durch den Gesetzgeber mit der Versorgung von Mutter und/oder Kind beauftragt sind, sollen entsprechend der berufsspezifischen Versorgungsaufträge und der Versorgungserfordernisse dezidierte Kenntnisse der Stillförderung erwerben.“

Es erscheint dementsprechend sinnvoll, dass alle, die in der Wochenbettarbeit tätig sind, ein differenziertes Wissen bezüglich stillrelevanter Themen in Aus- und Fortbildung erlangen müssen. Dass Stillen in der Hausarztpraxis ein Konsultationsgrund ist und unter anderem eine entsprechend vorhandene Ausbildung von Allgemeinärzten/Allgemeinärztinnen zur Stillförderung beiträgt, ist bereits Gegenstand mehrerer Publikationen und Fachartikel [83,84,85].

Neben der Ausbildung konnten die Hebammen ihr Wissen über die Wochenbettarbeit durch Fachliteratur, Fortbildungen, Fachkongresse, Austausch mit Fachpersonen und durch eigene Erfahrungen erweitern. Die eigene Mutterschaft, der Austausch mit Kolleginnen und das Externat im Rahmen der Hebammenausbildung wurden

schließlich als wichtigste Lernquellen für die Wochenbettversorgung genannt. Aus der vorliegenden Studie wurde deutlich, dass dieses zusätzlich erworbene Wissen sehr heterogen ist. Freiberufliche Hebammen sind nach der jeweiligen Berufsordnung der Bundesländer verpflichtet, an Qualitätssicherung und Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen. Da sich die Inhalte der einzelnen Berufsordnungen unterscheiden und auch die Themen der Fortbildungen nicht festgelegt sind, sondern lediglich eine Stundenanzahl gefordert wird, ist davon auszugehen, dass die Qualifikation der einzelnen Hebamme durch diese Vorgaben weiter gestreut wird. Es wäre dementsprechend zu empfehlen, einheitliche Inhalte bezüglich des ambulanten Wochenbetts in der Häuslichkeit in die Aus- und Fortbildung von Hebammen sowie aller in der Wochenbettarbeit tätigen Berufsgruppen zu integrieren.

Aus den Gesprächen wurde deutlich, dass Hebammen die eigene Erfahrung mit Säuglingen und insbesondere ihrer eigenen Mutterschaft als große Wissensquelle für die Wochenbettarbeit ansahen. Bis ins 19. Jahrhundert durften nur diejenige Hebamme werden, die selber schon Kinder geboren hatte [86]. Diese Aussagen lassen vermuten, dass Hebammen - neben ihrem erworbenen Wissen - der eigenen Erfahrung einen wichtigen Stellenwert in ihrer Berufspraxis einräumen. Die Kombination von Wissenschaft und Erfahrung macht laut einer Erhebung auch für Ärzte/Ärztinnen die größte Wirksamkeit einer Maßnahme aus und deckt sich mit den Aussagen der interviewten Hebammen [87].

#### **4.1.4 Wochenbettversorgung in der Zukunft**

Für die Zukunft prognostizierten die Hebammen einige Veränderungen in der Ausführung ihrer ambulanten Wochenbettversorgung. Den Verlust bzw. die Verringerung der aufsuchenden Wochenbetthilfe, deutlich vermehrte Online-Angebote von Hebammen und den eventuellen Wegfall des gesamten Berufstandes der Hebamme thematisierten die Gesprächsteilnehmerinnen.

Im Zuge der Covid-19-Pandemie haben sich die Online- Angebote von Hebammen deutlich verstärkt [88]. So könnten digitale Lösungen wie Telemedizin und Onlineberatung eine zunehmend größere Rolle spielen, um Hebammen auch über größere Distanzen hinweg besser zu erreichen.

Durch die Interviews wurde deutlich, dass Hebammen die Erhaltung ihrer gesamten Profession als gefährdet wahrnehmen. In Anbetracht von schwierigen

Arbeitsbedingungen, steigenden Kosten und mangelnder Verbesserungsmaßnahmen für die Ausübung des Berufes seitens der Politik erscheint diese negativ futuristische Haltung der Teilnehmerinnen verständlich. In einer 2020 mit Hebammen durchgeführten Studie, in der die Gesundheit und berufliche Zufriedenheit von angestellten und freiberuflichen Hebammen untersucht wurde, konnte aufgezeigt werden, dass Hebammen über einen überdurchschnittlichen Gesundheitszustand verfügen bei gleichzeitig unterdurchschnittlichem Wohlbefinden im Mittel zur Allgemeinbevölkerung in Deutschland [89]. Die Studie bestätigte zudem, dass ein Großteil der Hebammen Symptome einer Depression oder Burnout zeigte. Dabei gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen freiberuflichen oder angestellten Hebammen. Die Belastungen von Hebammen durch ihren Beruf scheinen dementsprechend hoch. Problematisch ist darüber hinaus, dass Hebammen nicht langfristig in ihrem Beruf tätig sind [5]. Die Sorge der Teilnehmerinnen, dass es zukünftig an Nachwuchshebammen mangeln könnte und somit weniger Hebammen für die Wochenbettversorgung zur Verfügung stünden, ist folglich nachvollziehbar. In einem 2023 veröffentlichten Gutachten zur Situation der Hebammen in Brandenburg wurde festgestellt, dass ein Drittel aller Hebammen in den nächsten 10 Jahren das Rentenalter erreichen wird [8]. Dementsprechend scheint der Nachwuchsbedarf bei Hebammen noch größer zu werden.

Der Umstand, dass sich die Verweildauer im Krankenhaus seit den 1990er Jahren fast halbiert hat und die Anzahl der Krankenhausbetten seit Jahren rückläufig ist, bestätigt das negativ gezeichnete Bild der Hebammen [90].

Aus den Gesprächen ging hervor, dass viele Hebammen der Akademisierung kritisch gegenüberstehen. Eine Veröffentlichung des deutschen Hebammenverbandes bestätigt diese Vorbehalte. In einem „Faktencheck zur Akademisierung des Hebammenberufes“ wurden Antworten auf häufige Sorgen und Ängste bezüglich der Akademisierung der Hebammen gegeben [91]. In diesem wurden weitere Argumente gegen die Akademisierung angeführt und gleichzeitig entkräftet. Da die Akademisierung seit Erhebung der Gespräche deutlich vorangeschritten ist, wäre eine aktuelle Erhebung und Evaluation sinnvoll, um die Sorgen der Hebammen zu entkräften oder bei Bedarf die Schwachstellen der Akademisierung zu explorieren und zu verbessern.

Die grundsätzlichen Arbeitsmöglichkeiten für das ambulante Wochenbett zu erhalten bei gleichzeitig besseren Arbeitsbedingungen und Verdienstoptionen, gaben die Hebammen als ideales Modell für ihre Zukunft an. Eine enge intensive Betreuung im häuslichen Umfeld scheint auch dem Wunsch der meisten jungen Familien gerecht zu werden, im Umgang mit dem Neugeborenen sicherer zu werden und die beste Prävention für postpartale Depressionen zu sein [92].

#### **4.1.5 Herausforderungen in der Wochenbettversorgung**

Stark belastete Familien, zunehmend verunsicherte Eltern sowie die intensive Medialisierung betonten die Hebammen als besondere Herausforderung während ihrer Wochenbetttätigkeit.

Eltern sind aktuell vielfältigen Belastungen ausgesetzt. So geben laut einer 2022 durchgeführten Erhebung 40% der Eltern an, (sehr) stark finanziell, 41% (sehr) stark zeitlich und 34% (sehr) stark psychisch belastet zu sein. Die Ergebnisse der Erhebung zeigen zudem, dass das Ausmaß der elterlichen Belastung mit gesundheitlichen Beschwerden des Kindes korreliert. Darüber hinaus besteht ein Zusammenhang zwischen der elterlichen Belastung und dem Gesundheitszustand von Eltern [93]. Die Befragungsergebnisse dieser Studie zeigten zudem, dass die Eltern sich in ihrer Rolle eher sicher und sehr sicher fühlten [93] und decken sich dementsprechend nicht mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie. Die Erhebung bildete Eltern mit Kindern im Alter zwischen 4 und 14 Jahren ab, die sich also seit mehreren Jahren in der Elternrolle befanden. Die Diskrepanz der Ergebnisse könnte dementsprechend auf das unterschiedlich befragte Altersspektrum zurückzuführen sein. Die intensive Unterstützung von stark belasteten Familien ist eine wichtige Gesundheitsprävention und sollte im Kompetenzprofil der Wochenbettbegleitung Berücksichtigung finden.

Die Mediennutzung in der Kindheit und Unsicherheiten in Bezug auf die Regelung im Umgang mit elektronischen Medien haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen [61] und bestätigen die geschilderte Beobachtung der Hebammen, dass die Mediennutzung schon in der frühen Wochenbettzeit eine große Rolle einnehme. Es ist demzufolge davon auszugehen, dass der Beratungsbedarf hinsichtlich elektronischer Medien während der Wochenbettphase und im ersten Lebensjahr weiterhin zunehmen wird.

Die Ergebnisse zeigten, dass Hebammen ausreichend Betreuungsmöglichkeiten zur Verfügung hätten, um ein Wochenbett vollumfänglich und befriedigend abschließen zu können. Es wurde jedoch angemerkt, dass der einzelne Wochenbettbesuch nicht ausreichend vergütet sei. Eine zeitliche Staffelung in der Abrechnungsmöglichkeit der einzelnen Wochenbettbesuche zu implementieren, wäre diesbezüglich eine Möglichkeit, den Wochenbettbesuch mehr an den tatsächlichen Betreuungsbedarf der Familie anzupassen und Hebammen dementsprechend zu vergüten. Es ist bereits Gegenstand der Forschung, dass Hebammen für den einzelnen Wochenbettbesuch nicht in ausreichendem Maße vergütet werden, was unter anderem damit begründet wird, dass ein großer Anteil der Beratung nicht der originären Hebammentätigkeit zuzuordnen ist [94]. D. Möller kommt in ihrer Arbeit zu dem Ergebnis, dass ca. 50% der Hebammentätigkeit im Wochenbett von dem Leistungskatalog der GKV nicht erfasst seien und somit eine Eigenleistung der Hebamme darstellten, die sie nicht adäquat abrechnen könnten [94].

Aus den Interviews wurde deutlich, dass die Hebammen große Bedenken bezüglich des Rückgangs bzw. der gänzlichen Abschaffung der aufsuchenden Hebammenhilfe hatten. In Anbetracht dessen, dass Hebammen häufig psychosoziale Beratungsbereiche abdecken und sich intime und vertrauenswürdige Beziehungen in häuslicher Umgebung leichter gestalten lassen, scheinen die Bedenken verständlich. Aus einer Studie mit Daten der BARMER Gesundheitskasse geht hervor, dass aufsuchende Hebammenhilfe schon jetzt für Familien mit niedrigerem Einkommen weniger zur Verfügung stünde [95]. Darüber hinaus werden Präventionsprogramme in der Säuglingszeit und frühen Kindheit von bildungsfernen Familien deutlich weniger als von höher gebildeten Eltern angenommen. Gerade für Familien, die besonders von der Wochenbettbetreuung profitieren würden, scheint somit der Zugang zur häuslichen Wochenbettbetreuung eingeschränkt. Aufsuchenden Angebote scheinen Eltern mit niedrigem Bildungsniveau besser erreichen zu können [96]. Der Erhalt der aufsuchenden Wochenbettversorgung wäre somit ein wichtiges Element in der Präventionsarbeit insbesondere für marginalisierte Gruppen.

#### **4.1.6 Lösung des Hebammenmangels**

Als häufigste Gründe für die Unzufriedenheit in der Hebammentätigkeit wurden laut mehrerer Gutachten über die Hebammensituation innerhalb Deutschlands eine zu hohe Arbeitsbelastung, geringes Einkommen und in der Freiberuflichkeit zu hohe Berufshaftpflichtprämien sowie mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf angegeben [6,8,9]. Der geringe Verdienst scheint laut dieser Studie ebenfalls ein Hauptgrund für die Aufgabe der Wochenbetttätigkeit zu sein. Es kann folglich davon ausgegangen werden, dass bei höherer Entlohnung mehr Hebammen im Bereich der ambulanten Wochenbettversorgung tätig sein würden. In einigen Bundesländern - wie beispielsweise in Brandenburg - gibt es Förderprogramme zur Fortbildung oder Praxisgründung bzw. -erweiterung. Die Fortbildungsförderung wurde jedoch nur von 4,4% und die Praxisförderung nur von 3,3% der Hebammen beantragt [8]. Dies lässt den Schluss zu, dass Hebammen über die Möglichkeiten ihrer finanziellen Förderung und den damit erleichterten Zugang in die Freiberuflichkeit besser aufgeklärt werden müssten.

Aus der vorliegenden Studie wurde deutlich, dass Hebammen, die in der Wochenbettbetreuung tätig sind, zunehmend Privatleistungen anbieten, um ihr Einkommen zu erhöhen. Es sollte weitergehend diskutiert werden, ob die Ergänzung der Hebammenarbeit durch sogenannte individuelle Gesundheitsleistungen, die zum Teil nicht evidenzbasiert sind, dazu beiträgt, dass die Konturen des Hebammenberufes verschwimmen und ob es für eine flächendeckende Versorgung sinnvoll erscheint, Maßnahmen anzubieten, die nur ein Teil der betreuten Familien finanzieren kann.

Vor dem Hintergrund der vielschichtigen individuellen Gesundheitsleistungen, Fortbildungen und heterogener Ausgestaltung der Wochenbettversorgung stellt sich grundsätzlich die Frage, ob es eine aktualisierte Darlegung und Erläuterung des Versorgungsauftrags für die Wochenbettversorgung geben müsste und in diesem Rahmen die benötigten Kompetenzen exakter beschrieben werden könnten.

Ohne das Aufsuchen der Wöchnerin in der Häuslichkeit könne die Wochenbetthilfe effizienter gestaltet werden, aber dies würde für einen Großteil der Befragten mit einem Verlust der Qualität der Nachsorgearbeit einhergehen. Darüber hinaus erscheint eine verstärkte Unterstützung in administrativen Angelegenheiten bei der Aufnahme und Durchführung der freiberuflichen Hebammentätigkeit sinnvoll.

Eine starke Identifizierung der Hebammen mit ihrem Beruf geht offenkundig mit einer größeren Leistungsbereitschaft einher. Das Gefühl mit Leib und Seele Hebamme zu sein und sich deswegen in den Dienst der Familie stellen, scheint bei einigen Hebammen stark ausgeprägt zu sein. Laut mehrere Forschungsarbeiten geht eine als Berufung erlebte Berufstätigkeit mit stärkerer Arbeitszufriedenheit, Sinnhaftigkeit und Zufriedenheit der allgemeinen Lebensgestaltung einher. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass sich Personen für den Beruf aufopfern, da sie ihn mit großer Hingabe, Leidenschaft und Leistungsbereitschaft ausführen [97,98].

Laut der vorliegenden Studie steht die Anerkennung der Hebammenarbeit in keinem ausgeglichenen Verhältnis zur Leistung und Verantwortung, die Hebammen erbringen und tragen. Mangelnde berufliche Anerkennung scheint laut einem Gutachten zur stationären Hebammenversorgung für fast 50% der Befragten ein Grund für die Reduzierung oder Aufgabe der beruflichen Tätigkeit zu sein [6]. Diese Ergebnisse verdeutlichen die immense Wichtigkeit der Anerkennung der beruflichen Leistung.

#### **4.1.7 Kompetenzerwerb für Allgemeinärzte/Allgemeinärztinnen**

Inhaltlich deckten sich die Kompetenzerwartungen der Hebammen an die Allgemeinärzte/Allgemeinärztinnen mit den Beratungsanlässen, die die Interviewten in den Gesprächen anführten. Eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Stillen bzw. Ernährung im ersten Lebensjahr ist von Nöten, da es sich hierbei neben gesundheitlichen Fragen zum Kind um einen der häufigsten Beratungsanlässe im Wochenbett handelt [11]. Gleichzeitig ist die Stillförderung ein zentraler Punkt für die Verbesserung der Gesundheit von Mutter und Kind [99]. Überdies machten die Gespräche deutlich, dass es in der Wochenbettstätigkeit besonders wichtig ist, nicht nur die medizinischen, sondern auch die psychischen Adaptationsprozesse von Mutter und Kind im Blick zu haben. Um den präventiven Ansatz der Wochenbettbesuche zu erhalten, müsste der/die Allgemeinarzt/Allgemeinärztin zudem ein physiologisches Grundverständnis der Umstellungsprozesse der Wöchnerin und des Neugeborenen sowie der gesamten Familie haben und diese vor dem Hintergrund ihres sozialen und biografischen Raums begleiten. In einer 2021 durchgeführten Forschungsarbeit gaben 41% der befragten Allgemeinärzte/Allgemeinärztinnen an, innerhalb eines Jahres Frauen mit einer postpartalen Depression in ihrer Praxis behandelt zu haben. Gleichzeitig fühlten sich 46% der Befragten nicht ausreichend über die postpartale Depression informiert [100]. Dies zeigt zum einen, dass sich manche

Allgemeinärzte/Allgemeinärztinnen mehr Informationen bezüglich psychiatrischer Themen wünschten und zum andern, dass postpartal depressiv Erkrankte zum Patientinnenkollektiv von Allgemeinärzten/Allgemeinärztinnen gehören. Im aktuellen Standardlehrbuch für Allgemeinärzte/Allgemeinärztinnen werden die Themen Wochenbett und Stillzeit passend dazu thematisiert, was darauf hinweist, dass Wöchnerinnen mit ihrem medizinischen Beratungsbedarf durchaus auch in Hausarztpraxen vorstellig werden [101].

Da von den Teilnehmerinnen mangelnde Vorbilder und Unterstützung als Problemfelder in der Wochenbettarbeit identifiziert wurden, sollten Vernetzung von Familien und Einbezug von unterstützenden Ressourcen, wie beispielsweise das Verordnen von Haushaltshilfen, Kurse in Familienbildungszentren und weitere Beratungsangebote Themen in der Wochenbettberatung sein. Die Prägung des Schlafverhaltens von Säuglingen durch die Mediennutzung der Eltern wird bereits wissenschaftlich bearbeitet [61]. Dementsprechend sollten Nutzen und Risiken von Medienkonsum während der Neugeborenenperiode in der Wochenbettbetreuung erwähnt werden.

Auffällig war, dass die Hebammen in den Gesprächen auf die Grundhaltung und Beratungsvoraussetzungen die Allgemeinärzte/Allgemeinärztinnen mitbringen müssten hinwiesen und mutmaßten, dass diese häufig nicht in ausreichendem Maße vorhanden seien. Sie schienen davon auszugehen, dass Allgemeinärzte/Allgemeinärztinnen eine supportive, zugewandte und empathische Grundhaltung erst erlernen müssen, wohingegen sie diese Kompetenzen bei sich selbst als vorhanden voraussetzten. Ein ähnliches Phänomen konnte auch zwischen weiblichen und männlichen Ärzten/Ärztinnen festgestellt werden. Ärztinnen schätzen ihre Empathiefähigkeit ebenfalls höher ein als die ihrer männlichen Kollegen [102]. Gleichzeitig zeigt die Forschung, dass die selbst empfundene Empathiefähigkeit während der medizinischen Behandlung selten mit der von den Patienten /Patientinnen empfundenen korreliert. So zeigt eine Forschungsarbeit, dass Allgemeinärzte/Allgemeinärztinnen sich häufig schlechter in Bezug auf ihre Empathiefähigkeit während der Patienten-/Patientinnenkonsultation einschätzten [103]. Weniger Empathie aufgrund fehlender Zeit ist ebenfalls das Ergebnis einer Untersuchung [104] und unterstützt die Annahme der Hebammen aus dieser Studie,

dass der Faktor Zeit eine wichtige Rolle in der adäquaten Patienten-/Patientinnenversorgung spiele.

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie ergibt sich, dass die Hebammen davon ausgingen, dass der/die Allgemeinarzt/Allgemeinärztin in der Regel keine aufsuchende Wochenbetthilfe anbieten werde. Dieser Befund erscheint überraschend, da der Hausbesuch zur klassischen Tätigkeit eines/r Allgemeinarztes/Allgemeinärztin gehört und diesem/dieser vielfältige Informationen über die Lebenssituation seiner/ihrer Patienten/Patientinnen liefert [105]. Die Informationen, die in Form der erlebten Anamnese bei der aufsuchenden Wochenbettversorgung zugänglich sind, bleiben bei der Wochenbettversorgung in einer Ambulanz, Klinik oder Praxis allerdings verwehrt. Dass ambulante Wochenbettversorgung in einer Praxis trotzdem zu befriedenden Ergebnissen führen kann, zeigen die vielen Beispiele, in denen Hebammen erfolgreich ihre Wochenbettstätigkeit in Hebammenambulanzen und Praxen komplett oder ergänzend zur aufsuchenden Wochenbetthilfe anbieten [106].

Nach ausführlicher Weiter- und Fortbildung über die regelmäßig auftretenden Beratungsanlässe und deren Regelwidrigkeit im Wochenbett sollte ein/-e Allgemeinarzt/Allgemeinärztin die meisten Beratungsanlässe rund um das Wochenbett abdecken können.

Ein/-e Allgemeinarzt/Allgemeinärztin, der/die eine Familie im Wochenbett bedarfsgerecht berät, kann somit nicht nur zur somatischen Mutter-Kind-Gesundheit beitragen, sondern auch zu einer Verringerung der psychosozialen Belastung und so einen wichtigen Teil der Familiengesundheit fördern, indem er/sie dabei unterstützt, die Versorgungslücke bei mangelnder Hebammenressource zu schließen.

#### **4.1.8 Umgang mit Kapazitätsengpässen in der Betreuung von Familien im Wochenbett**

Dem Umgang mit Kapazitätsengpässen und der damit einhergehenden Limitation für die Betreuung begegneten die Hebammen unterschiedlich. Im ländlichen Raum schienen die Hebammen vernetzter und hatten weniger Anfragen, so dass eine persönliche Absage erfolgte oder sogar Hilfe bei der Suche von Kolleginnen für die Wochenbettbetreuung häufiger angeboten werden konnte. Im städtischen Bereich mussten die Teilnehmerinnen aufgrund der vielen Anfrage auf Standardabsagen zurückgreifen, um der großen Nachfrage eine Rückmeldung geben zu können. Diese

Ergebnisse überraschten, da der Hebammenmangel verstärkt im ländlichen Raum vermutet wurde. Die Studienlage ist heterogen und zeigt kein eindeutiges Bild. So gibt es im Bereich der frühen Hilfen eine Versorgungslücke im ländlichen Raum [107]. Offene Stellen für Hebammen, die nicht besetzt werden können, sind jedoch deutlich häufiger im städtischen Bereich zu finden [6], was Rückschlüsse darauf zulassen könnte, dass der Mangel an Hebammen dort größer ist. In Großstädten fällt es den Familien wiederum leichter, eine Hebamme für die außerklinische Geburt zu finden als im ländlichen Raum [6]. Die Wichtigkeit den Bedarf an Hebammenbetreuung flächendeckend für Deutschland zu explorieren, um ein genaues Bild von dem Betreuungsbedarf durch eine Hebamme zu erhalten, tritt hier deutlich zu Tage.

Die Vernetzungsstruktur mit anderen Kolleginnen und damit einhergehend das Wissen über freie Betreuungskapazitäten von Kolleginnen wurde uneinheitlich von den Teilnehmerinnen bewertet. Je enger die Zusammenarbeit und Vernetzung mit anderen Hebammen gewesen ist, desto eher schienen die Hebammen sich um eine weitere Betreuungsmöglichkeit für die Familien zu bemühen, wenn sie selber keine freien Betreuungskapazitäten hatten. Dies galt sowohl für die allein arbeitenden Hebammen, als auch für die Hebammen, die in einem Praxiszusammenschluss verbunden waren. Die Vernetzung von Hebammen ist ein zentraler Punkt bei der Lösung von Arbeitsengpässen bei der Wochenbettversorgung. Hebammen sind verpflichtet, eine Vertretungsregelung zu haben und müssten von daher mit mindestens einer Kollegin zusammenarbeiten [108]. Für Krankheit oder Urlaubszeiten sollte so die Betreuung der Familien gewährleistet sein. Ein 2019 durchgeführtes Gutachten zur „Hebammensituation in Hessen“ zeigt jedoch, dass etwa 78% aller freiberuflichen Hebammen allein arbeiten, nur 5% mit einer Kollegin zusammen und lediglich 17% im Team mit mindestens zwei weiteren Hebammen [75]. Knapp 30% der Hebammen gaben dabei an, dass sie keine geregelte Urlaubsvertretung hätten. Die Urlaubsvertretung wurde zu 80% durch eine Kollegin, zu 23% im Team, zu 1% durch eine/n Arzt/Ärztin und zu 6% durch sonstiges organisiert [75]. Hier zeigt sich, dass durch eine engere Zusammenarbeit von Hebammen eine bessere Versorgungsstruktur von Familien im Wochenbett möglich wäre.

#### **4.1.9 Komplikationen und Beratungsanlässe, die zur Hinzuziehung anderer Fachrichtungen führen**

Aus den Gesprächen wurde deutlich, dass die Hebammen die meisten Auffälligkeiten und Regelwidrigkeiten rund um die Wochenbettzeit selbstständig lösen. Die wenigen Komplikationen sprechen für die qualitativ hochwertige Arbeit der ambulant tätigen Hebammen in Deutschland. Die Zahlen zur Inanspruchnahme der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen liegt in den ersten Lebensjahren bei nahezu 99% [109]. Ein Umstand, der dazu beiträgt, scheint der regelhafte Verweis der Hebammen auf Vorsorgeuntersuchungen zu sein, der nach den Ergebnissen dieser Studie in die Wochenbettarbeit integriert ist. Depressionen werden in der frühen Mutterschaft je nach Studienlage mit einer Wahrscheinlichkeit von ca. 20% angegeben und sind damit einer der häufigsten Erkrankungen in der Peripartalzeit [110,111]. Es erscheint problematisch, dass es laut der Teilnehmerinnen schwierig sei, passende Angebote für Frauen mit postpartalen Depressionen zu finden, zumal sie, wenn erkannt, gut behandelbar wären [110,111]. Da Allgemeinärzte/Allgemeinärztinnen gerade in diesem Bereich ein Wissensdefizit zu haben scheinen [100], sollte das Kompetenzprofil bezüglich Erkrankungsformen rund um die postpartale Depression vertieft werden.

Mit Blick auf die Ergebnisse wird deutlich, dass Hebammen sich in der Zusammenarbeit von ärztlichen Kollegen/Kolleginnen und dem klinischen Sektor nicht als gleichberechtigt wahrgenommen und wertgeschätzt fühlten. Eine andere Publikation bestätigt, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit für Hebammen in der ambulanten Wochenbettversorgung schwierig ist, insbesondere was Absprachen und Informationsweitergabe betrifft, während die Zusammenarbeit mit der eigenen Berufsgruppe als unterstützend erlebt wird [59]. Gleichzeitig wurde aus den Gesprächen deutlich, dass die Hebammen der grundsätzlichen Behandlungsweise und Haltung der Ärzte/Ärztinnen kritisch gegenüberstehen und ihnen teilweise mangelnde Kompetenz vorwarfen. Hier zeigte sich das Spannungsfeld zwischen Arzt/Ärztin und Hebamme. Die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern, um den Wöchnerinnen eine möglichst hohe Versorgungsqualität zukommen zu lassen, ist bereits Gegenstand einiger Veröffentlichungen. So postulierte D. Erdmann in einer Publikation: „Für die Umsetzung einer interprofessionellen Zusammenarbeit muss eine gemeinsame Qualitätsentwicklung stattfinden, die jeweils aktiv die subjektiven

Perspektiven aller am Prozess Beteiligten mit einbezieht.“ [112]. Dabei fordert sie, dass eine Kompetenzentwicklung aller beteiligten Professionen zur interprofessionellen Zusammenarbeit in Fort -und Weiterbildung etabliert werden müsse.

Die Erreichbarkeit von Geburtskliniken ist gerade in Küstenregionen Schleswig-Holsteins erschwert [113]. Die Gespräche machten deutlich, dass Inselhebammen in der Wochenbetttätigkeit von diesem Umstand stark beeinflusst werden, da sie bei Notfällen oder einem rasch erforderlichen medizinischen Handeln die langen Fahrwege mit einkalkulieren müssten.

Hebammen arbeiten eigenverantwortlich bei der Betreuung von Familien in Phasen der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbetts und sind bei Bedarf verpflichtet, eine/n Arzt/Ärztin hinzuziehen. Zur Kommunikation zwischen unterschiedlichen Fachdisziplinen wird im ärztlichen Bereich die Überweisung genutzt. Hierdurch können Informationen zwischen den Disziplinen ausgetauscht und die Behandlungsform weiter spezifiziert werden. Hebammen kommunizieren mit anderen Fachdisziplinen nicht per Überweisungen. Gerade in der Wochenbettarbeit ist eine Hinzuziehung in Form direkter Zusammenarbeit durch unterschiedliche Fachdisziplinen selten. Die Hebamme ist folglich in ihrer Wochenbettarbeit bei der Integrierung von anderen Fachdisziplinen auf den Informationsfluss über die Wöchnerin bzw. auf ein Telefonat mit der Fachkraft angewiesen. Die Arbeit mit Überweisungsscheinen wäre ein möglicher Lösungsansatz, um die Kommunikation und Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachdisziplinen zu verbessern und ein kollegialeres Zusammenarbeiten zu ermöglichen. Des Weiteren würde der Überweisungsschein die Kompetenz und Transparenz der Hebammenarbeit für die jeweils angesprochene Fachkraft sichtbar machen.

## **4.2 Diskussion des Studiendesigns**

Bei der vorliegenden Studie wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt. Für wenig bearbeitete Forschungsfelder ist die qualitative Arbeit ein möglicher Ansatz. Die Kompetenzentwicklung von Allgemeinärzten/Allgemeinärztinnen in der Wochenbettversorgung ist ein im deutschsprachigen Raum nicht erforschter Bereich. Auch im internationalen Raum lässt sich kaum Literatur dazu finden. Durch die leitfadengestützten Interviews konnten die einzelnen Gesprächsteilnehmerinnen ihre individuellen Erfahrungen, Vorstellungen, Zukunftsideen und Meinungen äußern und gleichzeitig soziale und psychologische Zusammenhänge erkannt werden. Hierdurch ergab sich ein differenziertes Bild über die Arbeit der Hebammen in der Wochenbettversorgung und es konnten zudem Kompetenzen für die Arbeit in der Wochenbettversorgung exploriert werden. Um eine weitere Perspektive in das Forschungsthema einzubringen, wäre in einem nächsten Schritt das Durchführen einer Querschnittsstudie denkbar. Aus den im Rahmen dieser Arbeit generierten Hypothesen könnte ein Fragebogen für Hebammen und Allgemeinärzte/Allgemeinärztinnen erstellt werden. Die Hypothesen könnten so durch die Ergebnisse der Querschnittsstudie gewichtet werden.

Aufgrund der Anzahl der Interviews wurden große Datenmengen generiert. Die Planung, Durchführung, Transkribierung und anschließende Analyse der Daten gestalteten sich als ein zeitaufwendiger Forschungsprozess. Die Leitfrage nach den Herausforderungen der Hebammenarbeit wurde von den Gesprächsteilnehmerinnen unterschiedlich eingeordnet und interpretiert. An dieser Stelle hätte eine Präzisierung der Leitfrage erfolgen können.

## **4.3 Limitation und Qualitäten der Studie**

Eine der Stärken der Studie besteht in der Heterogenität der befragten Hebammen in Bezug auf Berufserfahrung, Alter, Arbeitsort und betreute Klientel. Darüber hinaus konnte eine Hebammenwissenschaftlerin zur Analyse der Interviews gewonnen werden, wodurch unterschiedliche Perspektiven von Hebammen und Mediziner/-innen in die Arbeit einfließen konnten.

Durch die Rekrutierung der Teilnehmerinnen kann nicht ausgeschlossen werden, dass ein Selektionbias entstanden ist, da möglicherweise nur sehr engagierte oder an dem

Thema interessierte Hebammen teilgenommen haben. Zudem können die Ergebnisse dieser Studie nicht verallgemeinert werden und sind rein deskriptiv.

Darüber hinaus sind Stör- und Verzehreffekte durch die Interviewerin und die Analyse nicht auszuschließen. Die individuelle und subjektive Aufmerksamkeit während der Gesprächsführung, das Vorwissen und die Vorannahmen der Forschenden prägten die Durchführung der Interviews und die anschließende Analyse, Darstellung und Interpretation der Ergebnisse.

#### **4.4 Schlussfolgerung**

Durch eine flächendeckende Versorgung von Familien im Wochenbett sollen medizinische, psychische und soziale Probleme möglichst frühzeitig erkannt werden. Dabei müssen familiäre Ressourcen gestärkt sowie gesundheitliche Störungen von Wöchnerin und Säugling detektiert und behandelt werden. Gleichzeitig gilt es, das Wochenbett als eine besondere Phase zu erfassen, die Ruhe, Unterstützung und Aufmerksamkeit benötigt. Der Bedarf an Erholung und Rückbildung sowie die Umstellung von somatischen, psychischen und sozialen Prozessen von Mutter und Kind und des gesamten Familiensystems sollten von Fachpersonen und gesamtgesellschaftlich begleitet und als vulnerable Phase beachtet werden.

Damit die Familienentstehung in dieser Zeit gut gelingen kann und intuitive Elternkompetenzen gestärkt werden, braucht es einen niederschweligen Zugang zur Wochenbettversorgung, weitere unterstützende Angebote, evidenzbasierte und neutrale Informationen, Wissen über die gesetzlich festgelegten Leistungsansprüche sowie einen vertrauten Rahmen, in dem der Versorgungsauftrag im Wochenbett erfüllt werden kann. Dabei ist weiterhin Forschung nötig, welche Maßnahmen in der Wochenbettarbeit evidenz-basiert eingesetzt werden können.

Aus dieser Studie wurde deutlich, dass Hebammen in der Wochenbettversorgung neben dem Ausbildungswissen häufig auf ihren persönlichen Erfahrungsschatz zurückgreifen. Zudem fühlten sie sich insbesondere in psychosozialen Aspekten nicht ausreichend ausgebildet. Das erworbene Wissen durch Aus-, Fortbildung, berufliche sowie eigene Erfahrung erwies sich als sehr heterogen. Dieser Umstand sollte bei der Ausbildung zukünftiger Hebammen und aller in der Wochenbettversorgung tätigen Personen berücksichtigt werden. Überdies sollte die Frage aufgeworfen werden, ob eine einheitliche Fortbildungspflicht zu bestimmten Themen für alle in der

Wochenbettarbeit integrierte Personen sinnvoll wäre. Themen wie Stillen, Gesprächsführung, interkulturelle Kompetenzen sollten immer wieder vertieft und aktualisiert werden.

Inwieweit im Rahmen der Grundversorgung von Familien im Wochenbett durch Hebammen, Gynäkologen/ Gynäkologinnen, Pädiater/-innen und Allgemeinärzte/Allgemeinärztinnen die Aspekte der psychosozialen Betreuung thematisiert und begleitet werden sollten, bedarf einer klaren Definition des diesbezüglichen Versorgungsauftrags. Vor dem Hintergrund der sich veränderten Beratungsanlässe sollte geklärt werden, welche Leistungen in der Wochenbettversorgung abzudecken sind. Die Funktion, die gesundheitliche Fachberufe in der Wochenbettversorgung einnehmen und was genau unter einer bedarfsgerechten und familienorientierten Betreuung verstanden wird, sollte explizit festgehalten werden. Dadurch kann eine klare Abgrenzung zu anderen Fachdisziplinen wie beispielsweise Psychologen/Psychologinnen, Sozialarbeiter/-innen oder Familienhebammen erfolgen und gleichzeitig genauer definiert werden, welche Kompetenzen im Rahmen der Grundversorgung im Wochenbett von Nöten sind. Es ist zudem zu überdenken, ob für die Wochenbettversorgung mit veränderten Leistungsansprüchen, neue Abrechnungsmöglichkeiten in der Wochenbettversorgung implementiert werden müssen. Sollten sich die Versorgungsbereiche geändert haben, müssen diese sich auch in angepassten Abrechnungsmodalitäten und den Ausbildungscurricula wiederfinden.

Allgemeinärzte/Allgemeinärztinnen werden von der Bevölkerung häufig als erste Anlaufstelle für gesundheitliche und soziale Fragen genutzt. Sie sind die größte Arztgruppe in Deutschland und bilden im Jahr 2023 mit 55.327 Personen die vertragsärztliche Versorgung in Deutschland ab [114]. Durch ihre Aufgaben im primären Versorgungsauftrag, die laut DEGAM die primäre Filter- und Steuer-, haus- und familienärztliche Funktion (insbesondere die Begleitung des/ der Patienten/ Patientinnen im Kontext seiner Familie, sozialen Gemeinschaft und häuslichen Umfeld), Gesundheitsbildungs-, Koordinations- und Integrationsfunktion zwischen den Versorgungsebenen sowie Hilfe und Pflege der Patienten/Patientinnen im näheren Umfeld beinhalten [115], ist es nachvollziehbar, dass sie von jungen Familien während der Wochenbettsituation aufgesucht werden. Die Fragestellung, welche Kompetenzen junge Allgemeinärzte/Allgemeinärztinnen erwerben müssten, erscheint im Hinblick auf

die aktuelle lückenhafte Versorgungssituation von Wöchnerinnen sinnvoll. Dies mit Hebammen als Expertinnen für das Wochenbett zu erörtern, ist dementsprechend folgerichtig und trägt zu maximalem Erkenntnisgewinn in diesem speziellen Fachgebiet bei.

Es geht dabei darum, Patientinnen, die in der aktuellen medizinischen Versorgungssituation einem Mangel in unterschiedlichen Fachgebieten ausgesetzt zu sein scheinen, mit maximaler Kompetenz und Fachwissen zu begegnen.

Vor dem Hintergrund des zunehmenden Hausärztemangels sollte auch hier eine Stärkung des ambulanten Sektors erfolgen, damit Hausärzte/Hausärztinnen ihrem Versorgungsauftrag ausreichend nachkommen können. Laut einer Prognose der durch das Robert-Bosch-Institut durchgeführten Studie wird es im Jahr 2035 ca. 11.000 unbesetzte Hausarztstellen geben und es so zu einer hausärztlichen Unterversorgung im städtischen sowie ländlichen Raum kommen [116]. Hausärzte/Hausärztinnen sind dementsprechend maximal ausgelastet. Nichtsdestotrotz erscheint es im Rahmen ihrer Funktion als „Allrounder“ in der Medizin absolut sinnvoll, sie im Rahmen ihres Ausbildungscurriculum mit den Grundkompetenzen für die Wochenbettarbeit auszustatten, um den jungen Familien und Wöchnerinnen eine bestmögliche, qualitativ hochwertige und sichere Versorgung zukommen zu lassen.

Die Hebammenversorgung im Wochenbett ist im internationalen Vergleich in Deutschland einmalig. Durch den Hebammenmangel ist eine flächendeckende Versorgung jedoch nicht immer gewährleistet. Vor diesem Hintergrund ist es unabdingbar, neue Konzepte für die Wochenbettversorgung zu entwickeln, um eine flächendeckende Grundversorgung im Wochenbett für alle Familien zu ermöglichen.

## 5. Zusammenfassung

Hintergrund: Jede gesetzlich versicherte Frau hat einen Anspruch auf Hebammenleistungen während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit [1]. In manchen Regionen scheint es jedoch schwerer zu sein, eine Hebamme für die Versorgung während der Wochenbettzeit zu finden [2]. Fachärzte/Fachärztinnen für Allgemeinmedizin sollten - wenn möglich - zuerst einen Zugang zur Hebammenversorgung ebnen, bevor sie selbst in der Wochenbettversorgung aktiv werden. Bei kürzeren stationären Liegezeiten findet die Betreuung zunehmend in der Häuslichkeit statt. Trotz des steigenden Bedarfs an Wochenbetthilfe denken freiberuflich tätige Hebammen oft über einen Berufsausstieg oder Arbeitszeitreduzierung nach. Die mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die hohe Arbeitsbelastung [3] sowie steigende Berufshaftpflichtprämien für geburtshilflich tätige Hebammen werden als Gründe hierfür angeführt [4]. Unter anderem deswegen verbleiben Hebammen oft nur vier bis sieben Jahre in ihrem Berufsfeld [5]. Die Inanspruchnahme von Hebammenleistungen ist mit 74,3% in Schleswig-Holstein am geringsten [6].

Mit Bezug auf diese Umstände liegt es nahe, dass Allgemeinärzte/ Allgemeinärztinnen zukünftig häufiger mit Fragen zum Wochenbett konsultiert werden. Darüber hinaus ist die ganzheitliche Betrachtungsweise der Familie eine der Kernkompetenzen von Allgemeinärzten/Allgemeinärztinnen und ist im Curriculum [7] sowie den Zukunftspositionen der DEGAM fest verankert [8].

Ziel dieser Studie war es, Kompetenzen zu identifizieren, die von Fachärzten/Fachärztinnen für Allgemeinmedizin erlernt werden müssten, um eine Familie, die sich im Wochenbett befindet, in dieser sensiblen Phase hinsichtlich ihrer somatischen und psychosozialen Umstellungsprozesse holistisch begleiten zu können.

Methodik: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitativer Zugang gewählt. Dabei wurden mit Hebammen als Expertinnen für das Wochenbett Einzelinterviews geführt. Hebammen, die im Raum Schleswig-Holstein tätig sind wurden dabei zu Erfahrungen, Einstellungen und Zukunftsvorstellungen in Bezug auf die Wochenbettarbeit und die Versorgung junger Familien während dieser Zeit befragt. Die Interviews wurden mithilfe eines semistrukturierten Fragebogens durchgeführt, anschließend transkribiert und nach der Inhaltsanalyse von Mayring ausgewertet. Die

Richtlinien der consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) wurden dabei berücksichtigt.

Ergebnisse: Es wurden 25 Interviews mit den Hebammen aufgezeichnet, die durchschnittlich 45 Jahre alt waren. Eine supportive Grundhaltung, Zeit und Wissen über die (patho)physiologischen Vorgänge von Mutter und Kind während der Wochenbettzeit sind wichtige Elemente der Arbeit mit jungen Familien im Wochenbett. Nebstdem sind Kompetenzen zu psychosozialen und interkulturellen Themen zu erlangen.

Schlussfolgerung: Ein Kompetenzerwerb für die Wochenbettarbeit stellt sich für Allgemeinärzte/Allgemeinärztinnen als sinnvoll dar. Angehende Allgemeinärzte/Allgemeinärztinnen sollten im Rahmen ihrer Facharztweiterbildung Kenntnisse über Rückbildungsvorgänge der Mutter sowie die Entwicklung und Ernährung des Kindes im ersten Lebensjahr erhalten, etwa über Seminare der Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin. Beispielsweise könnten im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung psychosoziale Beratungsanlässe thematisiert werden, da sie einen Großteil der Wochenbettversorgung ausmachen. Eine gute Zusammenarbeit mit Hebammen und anderen Fachrichtungen sowie eine wertschätzende Grundhaltung, Zeit und Empathie sind Grundvoraussetzungen für die Versorgung von Familien im Wochenbett.

## 6. Literaturverzeichnis

1. Deutscher Hebammenverband e.V. (9/2019): Kompetenzen von Hebammen, Karlsruhe, online verfügbar unter:

[https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2021/02/2019-09-13\\_DHV\\_Kompetenzen\\_von\\_Hebammen\\_Anhang\\_1\\_zur\\_Stellungnahme\\_HebStPrV.pdf](https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2021/02/2019-09-13_DHV_Kompetenzen_von_Hebammen_Anhang_1_zur_Stellungnahme_HebStPrV.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

2. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) Gesetzliche Krankenversicherung, (8/2023), §134a SGB V Versorgung mit Hebammenhilfe, online verfügbar unter: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/134a.html>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

3. Deutscher Hebammenverband e.V. (9/2018): Positionspapier Wochenbettbetreuungen, online verfügbar unter: [https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2020/12/2018-10-04\\_Positionspapier\\_WB\\_DHV.pdf](https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2020/12/2018-10-04_Positionspapier_WB_DHV.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

4. Deutscher Hebammenverband e.V. (2/2021): Zahlenspiegel zur Situation der Hebammen, online verfügbar unter: <https://www.unsere-hebammen.de/w/files/kampagnenmaterial/202111-zahlenspiegel-zur-situation-der-hebammen.pdf>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

5. Deutscher Hebammenverband e.V. (9/2023), Stellungnahme zum Entwurf des Aktionsplans zur Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“, online verfügbar unter: [https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2023/09/2023\\_09\\_07-SteNA-DHV-AP-Gesundheit-rund-um-die-Geburt.pdf](https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2023/09/2023_09_07-SteNA-DHV-AP-Gesundheit-rund-um-die-Geburt.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

6. Albrecht, M., Loos, S., an der Heiden, I., Temizdemir, E., Ochmann, R., Sander, M., Bock, H. (2019), Stationäre Hebammenversorgung, Gutachten für das Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit, online verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Berichte/stationaere\\_Hebammenversorgung\\_IGES-Gutachten.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/stationaere_Hebammenversorgung_IGES-Gutachten.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

7. Jacobi, M. (2020), Neue Wege gehen, Deutsche Hebammen Zeitschrift, 11/2020,72(11), S. 20-26

8. Loos, S., Sander, M., Albrecht, M., Würz, M. (2023), Hebammengutachten Brandenburg, Gutachten zur aktuellen und künftigen Versorgung mit Hebammenhilfe im Land Brandenburg, Gutachten für das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MSGIV), online verfügbar unter: [https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e29580/e30472/e30473/e30475/attr\\_objs30525/198\\_Anlage\\_HebammengutachtenBrandenburg\\_final\\_2023-08-22\\_ger.pdf](https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e29580/e30472/e30473/e30475/attr_objs30525/198_Anlage_HebammengutachtenBrandenburg_final_2023-08-22_ger.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
9. Sander, M., Albrecht, M., Loos, S., Stendel, V. (2018), Hebammenversorgung im Freistaat Bayern, Studie für das Bayerische Staatsministerium Gesundheit und Pflege, online verfügbar unter: [https://www.researchgate.net/publication/329416214\\_Studie\\_zur\\_Hebammenversorgung\\_im\\_Freistaat\\_Bayern](https://www.researchgate.net/publication/329416214_Studie_zur_Hebammenversorgung_im_Freistaat_Bayern), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
10. 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
11. Skopos (2018), Studie: Mangel an Hebammen in Deutschland Wie hoch ist der tatsächliche Bedarf und wie gestaltet sich die Suche? erstellt für die Kartenmacherei GmbH, online verfügbar unter: <https://www.kartenmacherei.de/studie-hebammen/>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
12. Appinio (2023), Studie aus 2023 zeigt: Mangel an Hebammen in Deutschland, erstellt für die Kartenmacherei GmbH, online verfügbar unter: <https://www.kartenmacherei.de/magazin/geburt/hebammenstudie-deutschland-2023>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
13. Deutscher Hebammenverband e.V. (2024)., Unsere Ziele-Unsere Forderungen, online verfügbar unter: <https://www.unsere-hebammen.de/themen/ziele-forderungen/>,letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
14. Neumann, A., Chakraverty, D., Ulrich, S., Lux, U., Hänel, M., Renner, I., (2023): War das hilfreich? Elterliche Bewertung von Angeboten für Familien rund um die Geburt. Faktenblatt 5 zur Studie »Kinder in Deutschland 0-3 2022«. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln, online verfügbar unter:

[https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/faktenblaetter/Faktenblatt-5-NZFH-Elterliche-Bewertung-von-Angeboten-rund-um-die-Geburt\\_KiD-0-3-2022-bf.pdf](https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/faktenblaetter/Faktenblatt-5-NZFH-Elterliche-Bewertung-von-Angeboten-rund-um-die-Geburt_KiD-0-3-2022-bf.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

15. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (2015), Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin, Stand: (07.2015), online verfügbar unter: [https://www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de/downloads/Curriculum\\_01-10-15.pdf](https://www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de/downloads/Curriculum_01-10-15.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

16. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (2012), Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Praxis, online verfügbar unter: [https://www.degam.de/files/inhalt/pdf/positionspapiere\\_stellungnahmen/positionspapiere-altes-verzeichnis/2012\\_degam\\_zukunftspositionen.pdf](https://www.degam.de/files/inhalt/pdf/positionspapiere_stellungnahmen/positionspapiere-altes-verzeichnis/2012_degam_zukunftspositionen.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

17. Harder, U., Borchert, C. (2022), Das Wochenbett, 5. Auflage, Thieme

18. Geist, C., Harder, U., Stiefel, A. (2007), Hebammenkunde, 4.Auflage, Hippokrates

19. Schneider, H., Husllein, P., Schneider, K. (2016), Die Geburtshilfe, 5.Auflage, Springer

20. World Health Organization, WHO recommendations on maternal and newborn care for a positiv postnatal experience (2022), online verfügbar unter: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353586/9789240044074-eng.pdf?sequence=1>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

21. Bundesministerium für Gesundheit (2017), Nationales Gesundheitsziel-Gesundheit Rund um die Geburt, 4.Auflage, online verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales\\_Gesundheitsziel\\_-\\_Gesundheit\\_rund\\_um\\_die\\_Geburt\\_barrierefrei.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesundheit_rund_um_die_Geburt_barrierefrei.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2014

22. Deutscher Hebammenverband e V, (2009), Auf den Anfang kommt es an, Plädoyer für eine Wochenbettkultur, online verfügbar unter: <https://hebammenverband.de/?id=2160>, letzter Zugriff erfolgt am 12.12. 2023

23. Arbeitskreisfrauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (2017), Positionspapier des Runden Tisches „Lebensphase Eltern werden“, online verfügbar unter: [https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/wp-content/uploads/2017/04/Positionspapier-Wochenbett-042017\\_neu.pdf](https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/wp-content/uploads/2017/04/Positionspapier-Wochenbett-042017_neu.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
24. Bütthe, K, (2023), Evidenzbasierte Wochenbettpflege, Eine Arbeitshilfe für Hebammen im Praxisalltag, 3.aktualisierte Auflage, Kohlhammer
25. Statistisches Bundesamt (2020), Berechnungen: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB), online verfügbar unter: [https://www.bib.bund.de/Permalink.html?cms\\_permaid=1217688](https://www.bib.bund.de/Permalink.html?cms_permaid=1217688)  
letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
26. Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften e.V., Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V., Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin e.V., Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaften e. V., Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (2023), S3Leitlinie Die Betreuung von Mutter und Kind im Wochenbett/S3 Wochenbett-ü, online verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/180-002>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
27. Mutterschutzgesetz vom 17.Mai 2017 (BGBl I S. 1278), § 3 Absatz 2-4, online verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/muschg\\_2018/](https://www.gesetze-im-internet.de/muschg_2018/), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
28. Das fünfte Buch Sozialgesetzbuch- Gesetzliche Krankenversicherung-Artikel I des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl I. S. 2477/2482), Dritter Abschnitt §24d, online verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/index.html#BJNR024820988BJNE058401119](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/index.html#BJNR024820988BJNE058401119), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
29. Befristete Übergangsvereinbarung zur Anpassung der Verfügung für Leistungen der Hebammenhilfe nach §134a Abs.1 SGB V vom 7.2.2024, online verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/ambulante\\_leistungen/](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/)

hebammen/aktuelle\_dokumente/24-02-

07\_Uebergangsvereinbarung\_Verguetungsanpassung\_Hebammen.pdf

letzter: Zugriff erfolgt am:9.8.2024

30. Hebammengesetz vom 22 November 2019 (BGBl I S.1759) Bundesministerium der Justiz, §4 Geburtshilfe als vorbehaltende Tätigkeiten, online verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-](https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/index.html#BJNR175910019BJNE000500000)

[internet.de/hebg\\_2020/index.html#BJNR175910019BJNE000500000](https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/index.html#BJNR175910019BJNE000500000), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

31. Landesverordnung über die Berufspflichten der Hebamme (Hebammenberufsverordnung HebBVO) vom 26. November 2020, Schleswig-Holstein, §2 Aufgaben, online verfügbar unter: <https://www.gesetzesrechtssprechung.sh.juris.de/bssh/document/jlr-HebBerufsVSH2021rahmen>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

32. Demski, J. (2023), Hilfeplangespräche in der Sozialpädagogischen Familienhilfe, 1. Auflage, SpringerVS

33. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2021), Eltern sein in Deutschland, Zusammenfassung des Gutachtens der Sachverständigenkommission,1. Auflage, online verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/174072/901fc1e82a5f657ea9eaaaa4a3fb140d/neunter-familienbericht-kurzfassung-data.pdf>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

34. Bertram, H. (2017) Die Zweiverdiener Familie: Ein europäischer Vergleich, Konrad- Adenauer- Stiftung e.V., online verfügbar unter: <https://www.kas.de/de/einzeltitel/-/content/die-zweiverdiener-familie>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

35. Löwenbrück, S. (2003), Berufliche Mobilität und Auswirkung auf die privaten Lebensformen, Grin Verlag

36. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2023), online verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/_inhalt.html), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

37. Bundeszentrale für politische Bildung (2020), Alter der Mütter bei der Geburt ihrer Kinder, online verfügbar unter: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und->

fakten/soziale-situation-in-deutschland/61556/alter-der-muetter-bei-der-geburt-ihrer-kinder/#:~:text=Bis%202018%20erh%C3%B6hte%20sich%20das,Kind%20bei%2033%2C1%20Jahren., letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

38. Harder, U. (2011), Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause, 4. Auflage, Hippokrates Verlag

39. Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (2023), Qualitätsbericht 2022 Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland, online verfügbar unter: [https://quag.de/downloads/QUAG\\_Bericht2022.pdf](https://quag.de/downloads/QUAG_Bericht2022.pdf), letzter Zugriff erfolgt 9.8.2024

40. Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach §134a SGB V (2015), online verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/ambulante\\_leistungen/hebammen/aktuelle\\_dokumente/1\\_Vertragstext.\\_Hebammenhilfevertrag\\_09-2017.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/1_Vertragstext._Hebammenhilfevertrag_09-2017.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

41. Befristete Vereinbarung über im Wege der Videobetreuung erbringbare Leistungen der Hebammenhilfe vom 30.5.2023, online verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/ambulante\\_leistungen/hebammen/23-05-30\\_Ubergangsvereinbarung\\_Videobetreuung\\_Hebammen\\_Unterschriftenfassung.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/23-05-30_Ubergangsvereinbarung_Videobetreuung_Hebammen_Unterschriftenfassung.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

42. Mumm, J.-N., Rodler, S., Mumm, M.-L., Bauer R., Stief, C.(2021), Digitale Innovation in der Medizin-die COVID-19-Pandemie als Akzelerator von „digital health“, J.Urol.Urogynäkol., AT2021,28:1-5, online verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s41972-020-00126-2>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

43. Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierung-gesetz-DVPMG) (6/2021), online verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/D/DVPMG\\_bgbl\\_S.1309.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/D/DVPMG_bgbl_S.1309.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

44. Bauer, N.H., Hertle, D., Schumacher, L. (2023), Digitale Hebammenbetreuung in der COVID-19-Pandemie in Deutschland-Akzeptanz bei Müttern, Bundesgesundheitsbl2023.66.292-301, online verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03666-8>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
45. Borsch, J. (2020), Schwanger in Zeiten von Corona, DeutscheApothekerZeitung, DAZ 22/28, online verfügbar unter: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2020/daz-22-2020/schwanger-in-zeiten-von-corona>, letzter Zugriff erfolgt 9.8.2024
46. Engelhardt, M., Krautstengel, A., Patzelt, L., Gaudion, M., Kamhiye, J., Borde, T. (2021), Na klar, jetzt spricht jeder über Corona. Aber wir sprechen nicht darüber was Corona für geflüchtete Mütter bedeutet.-Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Versorgungssituation von geflüchteten Frauen während Schwangerschaft und Geburt, Z Geburtshilfe Neonatal 2021;225(S 01): e89:1, online verfügbar unter: <https://doi.org/10.1055/s-0041-1739903>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
47. Deutscher Hebammenverband e.V. (2018), Leitfaden zur nicht-aufsuchenden Wochenbettbetreuung, online verfügbar unter: [https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2020/12/2018-10-15\\_Leitfaden\\_nicht\\_aufsuchende\\_Wochenbettbetreuung\\_DHV\\_UJZ.pdf](https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2020/12/2018-10-15_Leitfaden_nicht_aufsuchende_Wochenbettbetreuung_DHV_UJZ.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
48. C. Strumann, W.C.G. von Meißner, P.-G. Blicke, J. Steinhäuser (2024), Inanspruchnahme von akutmedizinischen Leistungen in der hausärztlichen Versorgung- eine retrospektive Routinedatenanalyse DEGAM Kongress 2024, online verfügbar unter: <https://eventclass.it/degam2024/scientific/online-program/session?s=V-26#e275>, letzter Zugriff erfolgt am 26. 12. 2024
49. Mayring, P. (2022), Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken, 13. Auflage, Beltz
50. Döring, N. (2022), Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften, 6.Auflage, Springer
51. Przyborski, A., Wohlrab-Sahr, M. (2021), Qualitative Sozialforschung, 5.Auflage, De Gruyter

52. Kaiser, R. (2021), Qualitative Experteninterviews-Konzeptionelle Grundlagen und Durchführung, 2. Auflage, Springer VS
53. Helfferich, C. (2011), Die Qualität qualitativer Daten-Manual für die Durchführung qualitativer Interviews, 4.Auflage, Springer VS
54. Maculuve, J., Steinhäuser, J. (2016), Versorgung von Familien im Wochenbett- was ein Hausarzt wissen sollte. Z Allg Med, 92: 408-413
55. Flick, U. (2020), Gütekriterien qualitativer Forschung, Mey G, Mrug K (Hrsg), Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie, 2. Auflage, Springer
56. Pohontsch, N.J. (2020) Die Qualität qualitativer Forschung, Z Allg Med, 96(6):267-269, online verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.3238/zfa.2020.0267-0269.pdf>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
57. Tong, A., Sainsbury, P., Craig, J. (2007), Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357, online verfügbar unter: [https://cdn.elsevier.com/promis\\_misc/ISSM\\_COREQ\\_Checklist.pdf](https://cdn.elsevier.com/promis_misc/ISSM_COREQ_Checklist.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
58. Büthe, K. (2023), Evidenzbasierte Wochenbettpflege, Eine Arbeitshilfe für Hebammen im Praxisalltag, 3. Auflage, Kohlhammer, S.15
59. Simon, S. (2017), Die ambulante Wochenbettbetreuung Eine qualitative Studie zum Professionellen Handeln von Hebammen, Hochschule Osnabrück, online verfügbar unter: [https://opus.hs-osnabrueck.de/frontdoor/deliver/index/docId/1436/file/Simon\\_2018.pdf](https://opus.hs-osnabrueck.de/frontdoor/deliver/index/docId/1436/file/Simon_2018.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
60. Borgmann, L.-S., Rattay, P., Lampert, T. (2017), Soziale Unterstützung als Ressource für Gesundheit in Deutschland, Journal of Health Monitoring, 2017 2(4):117-123. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-120, online verfügbar unter: <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/2909/21lvfnhmlJb0g.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

61. Büschung, U., Riedel, R. (2017), BLIKK-Medien: Kinder und Jugendliche im Umgang mit elektronischen Medien, Abschlussbericht (5/2017), online verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Prevention/Berichte/Abschlussbericht\\_BLIKK\\_Medien.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Prevention/Berichte/Abschlussbericht_BLIKK_Medien.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9-8-2024
62. Chin, K., Wendt, A., Bennett, I., Bhat, A. (2022), Suicide and Maternal Mortality, *Current Psychiatry Reports* (2022) Apr; 24(4):239-275. DOI: 10.1007/S11920-022-01334-3, online verfügbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-022-01334-3>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
63. Inekwe, J., Lee, E. (2022), Perceived social support on postpartum mental health: An instrumental variable analysis, *plos one*, online verfügbar unter: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0265941>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
64. Zaker, M., Khoram, S., Bazmandegan, G., Ghadei-Heidari, F., Talebi, B., Ramezani, N., Ahmadi, F., Kamiab, Z., Dehghan, M. (2022), Postpartum depression and its correlates: a cross-sectional study in southeast Iran, *BMC Women`s health* 22, article Number 387 (2022), online verfügbar unter: <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01978-6>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
65. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024), online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Glossar/migrationshintergrund.html>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
66. Koch, S., Abraham, K., Sievers, E., Epp, A., Lohmann, M., Böhl, G.-F., Weikert, C., (2018), Ist Stillen in der Öffentlichkeit gesellschaftlich akzeptiert?, Erfahrungen und Einstellungen der Bevölkerung und stillender Mütter, *Bundesgesundheitsbl* 2018-61:990-1000, online verfügbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-018-2785-0>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
67. Adam, Y., Berens, E.-M. (2022), Gesundheitskompetenz für die Familie: Frauen mit Migrationshintergrund als Mittlerinnen, Eine qualitative Analyse von Fokusgruppendifkussionen und Einzelinterviews, *Prä Gesundheitsf* 2022-17:96-103, online verfügbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11553-021-00841-0>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

68. Ikhilor, P., Hasenberg, C., Kurth, E., Kalberer, B., Cignacco, E., Pehlke-Milde, J. (2017), barrierefreie Kommunikation in der geburtshilflichen Versorgung allophoner Migrantinnen-BRIDGE, Projektbericht, Berner Fachhochschule, fachbereich Gesundheit, online verfügbar unter:

[https://www.fachdialognetz.de/fileadmin/pfm/formUploads/files/Projektbericht\\_BRIDGE\\_definitiv.pdf](https://www.fachdialognetz.de/fileadmin/pfm/formUploads/files/Projektbericht_BRIDGE_definitiv.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024, S. 32/68

69. Deutsches Jugendinstitut e.V., Jähnert, A., Lochner, S. (Hg) (2020), DJI-Kinder und Jugendmigrationsreport 2020, Datenanalyse zur Situation junger Menschen in Deutschland, online verfügbar unter: <https://www.wbv.de/shop/DJI-Kinder-und-Jugendmigrationsreport-2020-6004754w>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024, S.74

70. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2021), Nationale Strategie zur Stillförderung, online verfügbar unter: [https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/nationale-stillstrategie.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=11](https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/nationale-stillstrategie.pdf?__blob=publicationFile&v=11), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

71. Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. (2016), Interkulturelle Kompetenz in der Mütter- und Frauengesundheit, praxisleitfaden für Fachpersonal aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, 1. Auflage, online verfügbar unter: <https://www.mimi-bestellportal.de/wp-content/uploads/2017/06/Interkulturelle-Kompetenz-Praxisleitfaden-Deutsch-web-17-06.pdf>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

72. Hahn, K., Steinhäuser, J., Goetz, K. (2020), Equity in Health care: A Qualitative Study with refugees, health Care Professionals, and Administration in One Region in Germany, Bio Med research international Volume 2020, article ID 4647389, 8pages, online verfügbar unter: <https://doi.org/10.1155/2020/4647389>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

73. Nowak, A., Hornberg, C. (2023), Erfahrung mit Menschen mit Fluchtgeschichte bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung in Deutschland- Erkenntnisse einer qualitativen Studie, Bundesgesundheitsblatt, online verfügbar unter: <https://www.springermedizin.de/erfahrungen-von-menschen-mit-fluchtgeschichte-bei-der-inanspruch/23768472>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

74. Dimitrova, D., Sehouli, J. (2023), Interkulturelle Kompetenzen im Gesundheitswesen durch Fort- und Weiterbildung fördern, Bundesgesundheitsblatt,

online verfügbar unter: <https://www.springermedizin.de/pflege/interkulturelle-kompetenzen-im-gesundheitswesen-durch-fort-und-w/26054520>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

75. Bauer, N., Blum, K., Löffert, S., Luksch, K. (2019), Gutachten zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen, Hochschule für Gesundheit Bochum, online verfügbar unter: [https://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Forschung/gutachten\\_-\\_hebammen\\_in\\_hessen\\_-\\_ergebnisbericht.pdf](https://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Forschung/gutachten_-_hebammen_in_hessen_-_ergebnisbericht.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

76. Franzke, A., Schultz, A. (2016), Früh übt sich...Bedingungen und Formen der Inanspruchnahme präventiver Angebote von Familien mit dreijährigen Kindern, Bertelsmann Stiftung: online verfügbar unter: [https://www.kinderstark.nrw/fileadmin/public/main\\_domain/Dokumente/Werkstattbericht\\_Bd.\\_5\\_Orange\\_R\\_KeKiz\\_Frueh\\_uebt\\_sich.pdf](https://www.kinderstark.nrw/fileadmin/public/main_domain/Dokumente/Werkstattbericht_Bd._5_Orange_R_KeKiz_Frueh_uebt_sich.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

77. Starker, A., Hövener, C., Rommel, A. (2021), Utilization of preventive care among migrants and non-migrants in Germany: results from the representative cross-sectional study 'German health interview and examination survey for adults (DEGS1), Public Health (2021)79:86, online verfügbar unter: <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-021-00609-0>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

78. Wüstner, A., Richter, L., Mindermann, N., Kartschmitt, N., Barabasch, A., Färber, C. (2017), Interviewstudie zur Arbeit mit geflüchteten Frauen, Sie sind traumatisiert- und, wir werden nicht dafür ausgebildet, Deutsche Hebammen Zeitschrift, 2017.69(9):76-80, online verfügbar unter: [https://www.fachdialognetz.de/fileadmin/pfm/formUploads/files/Artikel%20DHZ\\_Luise%20Richter.pdf](https://www.fachdialognetz.de/fileadmin/pfm/formUploads/files/Artikel%20DHZ_Luise%20Richter.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

79. Abdallah-Steinkopff, B., Gavranidou, M., Kahrman, B. (2022), Heimweh und Heimatlosigkeit im Fokus von Beratung und Therapie, Konzepte und Methoden für die Praxis,!. Auflage, Vandenhoeck&Ruprecht, s.27.

80. Bertelsmann Stiftung, Fondazione Cariplo (2008), Interkulturelle Kompetenz-Die Schlüsselkompetenz im 21.Jahrhundert?, online verfügbar unter: [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/xcms\\_bst\\_dms\\_30236\\_30237\\_2.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/xcms_bst_dms_30236_30237_2.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

81. Evangelische Hochschule Berlin (2021), Modulhandbuch für den Bachelorstudiengang Hebammenwissenschaften (B. Sc. in Midwifery) (B.Sc.), online verfügbar unter: [https://www.eh-berlin.de/fileadmin/Redaktion/2\\_PDF/STUDIUM\\_ab\\_2020/B.Sc.\\_Hebammenwissenschaft/Ordnungen/Modulhandbuch\\_Hebammenwissenschaft.pdf](https://www.eh-berlin.de/fileadmin/Redaktion/2_PDF/STUDIUM_ab_2020/B.Sc._Hebammenwissenschaft/Ordnungen/Modulhandbuch_Hebammenwissenschaft.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
82. UKSH-Akademie gemeinnützige GmbH (2024), Ausbildungsintegrierender Studiengang-BSc Hebammenwissenschaften, Stellenbeschreibung, online verfügbar unter: <https://www.aubi-plus.de/duales-studium/uksh-akademie-gemeinnuetzige-gmbh-hebammenwesen-hebammenkunde-inkl-berufsausbildung-kiel-100213/>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
83. Bundeszentrum für Ernährung, (2019), Empfehlung zur Stillförderung in Deutschland, Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE), online verfügbar unter: [https://www.gesund-ins-leben.de/fileadmin/resources/import/pdf/bbf\\_empfehlungen.pdf](https://www.gesund-ins-leben.de/fileadmin/resources/import/pdf/bbf_empfehlungen.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
84. Bruni, C., Steinhäuser, J. (2014), Beratungsanlass „Fragen zum Stillen“-Was jeder Hausarzt wissen sollte, ZAllgMed, S. 424-427 (2014); 90(10)
85. Bürger, B., Tripolt, T., Griesbacher A., Stüger, H., Wolf-Spitzer, A. (2021) Sukie – Studie zum Stillverhalten und zur Kinderernährung in Österreich Endbericht, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), online verfügbar unter: [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:91fb031c-f08f-4b3e-b637-e78d61024b7f/Sukie\\_Endbericht\\_barrierefrei.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:91fb031c-f08f-4b3e-b637-e78d61024b7f/Sukie_Endbericht_barrierefrei.pdf), letzter Zugriff erfolgt 9.8.2024
86. Loytved, C. (2001), Von der Wehenmutter zur Hebamme: Die Gründung von Hebammenschulen mit Blick auf ihren politischen Stellenwert und ihren praktischen Nutzen, Osnabrück: Universitätsverlag Rasch
87. Posch, C. (2013), Evidenz und eigene Erfahrung zählen auch in der Phytotherapie, Pharmaforum, Volume 155, page 71 (2013), online verfügbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s15006-013-0053-7>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

88. Bauer, N., Schlömann, L. (2021) Digitale Hebammenbetreuung im Kontext der Covid-19-Pandemie Eine Kooperation zwischen der BARMER und dem Deutschen Hebammenverband e.V. und der Hochschule für Gesundheit Bochum, online verfügbar unter: [https://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Forschung/Abschlussbericht\\_Digiheb\\_31.08.2021.pdf](https://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Forschung/Abschlussbericht_Digiheb_31.08.2021.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
89. Kohler, S., Bärnighausen, T., Eichennauer, J., Scheichenbauer, C., Paul, N. (2022), Gesundheit und berufliche Zufriedenheit von freiberuflichen und angestellten Hebammen: Ergebnisse einer Hebammenbefragung Baden-Württemberg, Gesundheitswesen 2022;84: e5-e15, online verfügbar unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1851-9619>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
90. Statista (2022), Durchschnittliche Verweildauer in deutschen Krankenhäusern in den Jahren 1992-2022, online verfügbar unter: [https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2604/umfrage/durchschnittliche-verweildauer-im-krankenhaus-seit-1992/#:~:text=Die%20durchschnittliche%20Verweildauer%20in%20deutschen,%3A%2013%2C3%20Tage\).](https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2604/umfrage/durchschnittliche-verweildauer-im-krankenhaus-seit-1992/#:~:text=Die%20durchschnittliche%20Verweildauer%20in%20deutschen,%3A%2013%2C3%20Tage).), letzter Zugriff erfolgt 9.8.2024
91. Deutscher Hebammenverband e.V. (ohne Datum), Faktencheck zur Akademisierung des Hebammenberufs, online verfügbar unter: <https://www.unsere-hebammen.de/themen/akademisierung/fakten-zur-akademisierung/>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
92. Dennis, C. L., Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. Cochrane Database of Systematic Reviews., doi: 10.1002/14651858.CD001134.pub3, online verfügbar unter: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23450532/>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
93. an der Heiden, I., Ochmann, R., Bernhard, J. (2023), AOK-Familienstudie 2022 Eine Befragung von Eltern mit Kindern zwischen 4-14 Jahren, online verfügbar unter: [https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e29580/e29955/e29956/e29958/attr\\_objs30181/BerichtAOK-Familienstudie2022\\_2023-02-22\\_Verffentlichung\\_ger.pdf](https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e29580/e29955/e29956/e29958/attr_objs30181/BerichtAOK-Familienstudie2022_2023-02-22_Verffentlichung_ger.pdf) letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

94. Möller, D. (2022), Effektiv, niederschwellig und unterbezahlt, Deutsche Hebammenzeitschrift, Ausgabe 6/2022, online verfügbar unter: <https://www.dhz-online.de/news/detail/artikel/effektiv-niederschwellig-und-unterbezahlt/>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

95. Hertle, D., Wende, D., zu Sayn-Wittgenstein, F. (2023), Aufsuchende Wochenbettbetreuung: Die sozioökonomische Lage hat einen starken Einfluss auf den Betreuungsumfang Eine Analyse mit Routinedaten der BARMER, Gesundheitswesen 2024; 86(05): 354-361, online verfügbar unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-2144-5180>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

96. Salzmann, D., Fullerton, B., Sann, A. (2021), Kenntnis und Inanspruchnahme von Präventionsangeboten in der frühen Kindheit in Abhängigkeit vom Bildungsstand der Eltern, Faktenblatt3 zur Prävalenz- und Versorgungsforschung der Bundesinitiative frühe Hilfen, herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen, online verfügbar unter: [https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/faktenblaetter/Faktenblatt-3-NZFH-Praevalenz-Versorgungsforschung-Kennntnis-und-Inanspruchnahme-Praeventionsangebote-Bildungsstand-Eltern.pdf](https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/faktenblaetter/Faktenblatt-3-NZFH-Praevalenz-Versorgungsforschung-Kennntnis-und-Inanspruchnahme-Praeventionsangebote-Bildungsstand-Eltern.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

97. Hirschi, A., Hermann, A. (2012), Beruf aus Berufung? Ein Überblick über die Forschung, Wirtschaftspsychologie aktuell, Ausgabe: 3/2012, online verfügbar unter: [https://static1.squarespace.com/static/559a865ae4b00d130d5f6e4f/t/55b8691ae4b004188488c075/1438148890355/Hirschi\\_Herrmann\\_2012\\_Beruf+aus+Berufung.pdf](https://static1.squarespace.com/static/559a865ae4b00d130d5f6e4f/t/55b8691ae4b004188488c075/1438148890355/Hirschi_Herrmann_2012_Beruf+aus+Berufung.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

98. Berg, C. (2017), Zusammenhänge zwischen beruflicher Identität, Commitment und Arbeitszufriedenheit, Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, Volume 71, pages 169–178, online verfügbar unter: [https://www.researchgate.net/profile/Christoph-Berg/publication/320236488\\_Zusammenhange\\_zwischen\\_beruflicher\\_Identitat\\_Commitment\\_und\\_Arbeitszufriedenheit/links/5b0e749da6fdcc809959f566/Zusammenhaenge-zwischen-beruflicher-Identitaet-Commitment-und-Arbeitszufriedenheit.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Christoph-Berg/publication/320236488_Zusammenhange_zwischen_beruflicher_Identitat_Commitment_und_Arbeitszufriedenheit/links/5b0e749da6fdcc809959f566/Zusammenhaenge-zwischen-beruflicher-Identitaet-Commitment-und-Arbeitszufriedenheit.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

99. Europäisches Institut für Laktation und Stillen (2024), Die Bedeutung des Stillens und die Ernährung mit Muttermilch, online verfügbar unter: <https://www.stillen-institut.com/de/bedeutung-des-stillens.html>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
100. Döring, K. (2021), Postpartale Depression-Versorgungssituation in der hausärztlichen Praxis, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, online verfügbar unter: [https://ediss.sub.uni-hamburg.de/bitstream/ediss/10060/1/Dissertation\\_KD\\_StabiVer%C3%B6ffentlichung.pdf](https://ediss.sub.uni-hamburg.de/bitstream/ediss/10060/1/Dissertation_KD_StabiVer%C3%B6ffentlichung.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
101. Chenaut J.-F., Sherer M. (2024), Allgemeinmedizin, 2.Auflage
102. Surchat, C., Carrard, V., Gaume, J., Berney, A., Clair, C. (2022), Impact on physician empathy on patient outcomes: a gender analysis, British Journal of General Practice, February 2022, e99-e107. Online verfügbar unter: <https://bjgp.org/content/bjgp/72/715/e99.full.pdf>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
103. Hermans, L., Harmann, T., Dielissen, P. (2018), Differences between GP perception of delivered empathy and patient-perceived empathy: a cross-sectional study in primary care, British Journal of General Practice, September 2018, e621-e626, online verfügbar unter: <https://bjgp.org/content/bjgp/68/674/e621.full.pdf>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
104. Derksen, F., Hartman, T., Bensing, J., Lagro-Janssen, A. (2016), Managing barriers to empathy in the clinical encounter: a qualitative interview study with GPs, British Journal of General Practice, December 2016, e887-e895, online verfügbar unter: <https://bjgp.org/content/bjgp/66/653/e887.full.pdf>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
105. Steinhäuser, J., Rabady, S. (2019), Hausbesuche, Z. Allg. Med., 95. 66-69
106. Erdmann, D. (2019), Zeit für neue Konzepte, Deutsche Hebammen Zeitschrift 02/2029, online verfügbar unter: [https://www.dhz-online.de/no\\_cache/archiv/archiv-inhalt-heft/archiv-detail-abo/artikel/zeit-fuer-neue-konzepte/](https://www.dhz-online.de/no_cache/archiv/archiv-inhalt-heft/archiv-detail-abo/artikel/zeit-fuer-neue-konzepte/), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024
107. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI) (2022), Mit mobilen Angeboten Familien erreichen: Schwerpunktthema:

Frühe Hilfen im ländlichen Raum, online verfügbar unter: [https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Fruehe-Hilfen-aktuell-02-2022-b.pdf](https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Fruehe-Hilfen-aktuell-02-2022-b.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

108. Hebammenberufsverordnung Hamburg (HmbGVBl. Nr. 14), (2017), §8, online verfügbar unter: [https://hebammenverband-hamburg.de/download/hebammenberufsordnung.\\_hmbgvbl.\\_nr.\\_14\\_vom\\_9.5.2017.pdf](https://hebammenverband-hamburg.de/download/hebammenberufsordnung._hmbgvbl._nr._14_vom_9.5.2017.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

109. Schmidtke, C., Kuntz, B., Starker, A., Lampert, T. (2018), Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung für Kinder in Deutschland-Querschnittsergebnisse aus der KiGGS Welle 2, Journal of Healthmonitoring, 2018 3(4), DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-093, Robert-Koch-Institut, online verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM\\_04\\_2018\\_Inanspruchnahme\\_Fruherkennung\\_KiGGS-Welle2.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_04_2018_Inanspruchnahme_Fruherkennung_KiGGS-Welle2.pdf?__blob=publicationFile), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

110. Hübner-Liebermann, B., Hausner, H., Wittmann, M. (2012), Peripartale Depressionen erkennen und behandeln, Deutsches Ärzteblatt 109(24):419-424

111. Jordan, W., Bielau, H., Cohrs, S., Hauth, I., Hornstein, C., Marx, A., Reck, C., von Einsiedel, R. (2012) Aktuelle Versorgungs- und Finanzierungslage von Mutter Kind-Einheiten für schwangerschaftsassozierte psychische Störungen in Deutschland, PsychiatrPrax39:205–210, online verfügbar unter: <https://doi.org/10.1055/s-0032-1304918>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

112. Erdmann, D. (2022), Viele Hände, ein Ziel: interprofessionelle Zusammenarbeit im Wochenbett, Hebamme 2022;35:18-24

113. Loos, S., Würz, M. (2023), Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein Stand und Perspektiven, Ein Gutachten für die Friedrich-Ebert-Stiftung, online verfügbar unter: <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/jlf/20426.pdf>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

114. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023) Gesundheitsdaten, Mehr Ärztinnen und Ärzte, aber kürzere Arbeitszeiten, online verfügbar unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

115. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Fachdefinition Allgemeinmedizin (2002), online verfügbar unter: <https://www.degam.de/fachdefinition>, letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

116. Nolting, H.-D., Ochmann, R., Zich, K. (2021), Studie: Gesundheitszentren für Deutschland Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann, Robert Bosch Stiftung GmbH, online verfügbar unter: [https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie\\_Primaerversorgung\\_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf](https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf), letzter Zugriff erfolgt am 9.8.2024

## **7. Anhang**

### **Anhang 1**

#### **Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung**

SH UNIVERSITÄTSKLINIKUM  
Schleswig-Holstein

#### **Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung**

### **Die zukünftige Rolle von Hausärzten bei der Versorgung von Familien im Wochenbett - eine qualitative Studie mit Hebammen**

Sehr geehrte Hebammen,

das Institut für Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck führt eine qualitative Studie zum Thema Versorgung von Familien im Wochenbett durch.

Mit Zunahmen der Hebammenmangelgebiete vor allem im ländlichen Raum von Schleswig-Holstein sollte sich das Aufgabenspektrum des Hausarztes zwangsläufig erweitern und das Wissen über das physiologische Wochenbett vertieft werden, um eine wohnortnahe, flächendeckende Grundversorgung zu gewährleisten.

Ziel dieser Studie ist es, Ihre Erfahrungen, Einstellungen und Zukunftsideen zum Thema Wochenbettbetreuung in einem Interview zu erheben. Gleichzeitig sollen Kompetenzen der Wochenbettarbeit einer Hebamme identifiziert werden, die während der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin vermittelt werden sollten.

Die Ergebnisse dieser Studie könnten die Versorgungsqualität von Familien während der Wochenbettzeit verbessern und in die Ausbildung von Hebammen und Allgemeinmedizinern einfließen.

Dementsprechend ist das Thema dieser Studie von großer Bedeutung für die zukünftige wohnortnahe Versorgung junger Familien. Durch Ihre Teilnahme können Sie einen wesentlichen Beitrag dazu leisten. Die Teilnahme an der Studie beinhaltet ein ca. 30-minütiges Telefoninterview, in dem wir Sie zu Ihren Erfahrungen und Einstellungen bezüglich der Versorgung von Familien im Wochenbett befragen möchten. Das Interview wird digital mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet.

Ihre Daten werden in pseudonymisierter\* Form, d.h. ohne direkten Bezug zu Ihrem Namen, elektronisch gespeichert und ausgewertet. Die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes werden eingehalten. Zugriff auf Ihre Daten haben nur Mitarbeiter der Studie, die zur

Verschwiegenheit verpflichtet sind. Dritte erhalten keinen Einblick in Originalunterlagen. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird Ihr Name ebenfalls nicht genannt. Nach Beendigung der Studie werden Ihre Daten unwiederbringlich gelöscht.

Die Ethikkommission der Universität zu Lübeck hat im Rahmen des Ethikvotums vom 04.02.2016 keine Bedenken an der Durchführung dieser Studie geäußert. Die Teilnahme an der Studie erfolgt freiwillig und Sie können ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen, ohne dass daraus Nachteile für Sie entstehen.

Sollten Sie weitere Fragen zu dieser Studie haben, wenden Sie sich gerne an Prof. Dr. Steinhäuser (Tel.: 0451 500-5908; E-Mail: [jost.steinhaeuser@uksh.de](mailto:jost.steinhaeuser@uksh.de)).

[\*Pseudonymisieren (nach BDSG S3 Abs.6a) ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.]



Bei Rücktritt von der Studie kann auf Wunsch bereits gewonnenes Datenmaterial vernichtet werden. Ich kann mich beim Ausscheiden aus der Studie entscheiden, ob ich mit der Auswertung des Materials bzw. der Studiendaten einverstanden bin oder nicht. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt meine Entscheidung ändern wollen, setze ich mich mit dem Studienleiter in Verbindung. Ich erhalte eine Kopie dieser Einwilligungserklärung und das Original verbleibt bei der Studienleitung.

.

Ich wurde über meine Datenschutzrechte informiert. Mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner Daten sowie der Übermittlung im Rahmen der Studie bin ich einverstanden.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Studienteilnehmers

Name des aufklärenden Forschers

.....

---

Ort, Datum

Unterschrift des aufklärenden Forschers

## **Anhang 2**

### **Interviewleitfaden**

Die zukünftige Rolle von Hausärzten bei der Versorgung von Familien im Wochenbett  
- eine qualitative Studie mit Hebammen

Ihrer Erfahrung nach: Mit welchen Beratungsanlässen werden Sie im Zusammenhang mit der Versorgung von Familien im Wochenbett konfrontiert?

Welche Erfahrungen haben Sie mit der Versorgung von Familien im Wochenbett gemacht, die unterschiedliche kulturelle Hintergründe haben?

In welchen Bereichen der Versorgung junger Familien im Wochenbett sehen Sie für die Zukunft Herausforderungen?

Welche Kompetenzen sollte Ihrer Meinung nach ein Arzt in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin für die Betreuung im Wochenbett erlernen?

In 100 Jahren, was meinen Sie, wie dann die Betreuung im Wochenbett aussehen wird?

Hat Ihnen ein Aspekt bei unserem Gespräch gefehlt?

Decken sich die Beratungsanlässe mit den Themen, die Sie für die Betreuung der Wochenbettzeit während ihrer Ausbildung erlernt haben?

Was denken Sie, wie die Versorgung von Familien während des Wochenbetts in Zeiten des Hebammenmangels gelöst werden könnte?

Müssen sie die Betreuung von Familien im Wochenbett ablehnen und wenn ja, warum?

Gibt es gehäuft Komplikationen während ihrer Arbeit im Wochenbett, mit denen sie die von ihnen betreute Familien an andere ärztliche Fachrichtungen weiterschicken müssen?

## Anhang 3

### Transkriptionsregeln

<b>UK SH</b> UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein	<b>Institut für Allgemeinmedizin</b>	<b>Transkriptionsregeln Interne Regelung</b>
<b>Transkriptionsregeln</b>		
<b>Ziel</b>		
In diesem Dokument sind die Transkriptionsregeln festgehalten		
<b>Wichtig: Vor dem Transkribieren muss die Info, wie die Texte verschriftlich werden sollen von der, dem Projektdurchführenden weitergegeben werden. Das bedeutet auch, Nummerierung bei den Gruppeninterviews (fortlaufend) genauso bei mehreren Einzelinterviews. Und ob die Ortsnamen pseudonymisiert werden sollen/ müssen.</b>		
<b>Dateiname</b> Projektname_I (für Interview) oder FG (für Fokusgruppen)_Datum_Pseudonym (bei Interviews)		
<b>Standard-Formatierungen</b> Arial, Schriftgröße 11 1,5-zeilig Blocksatz Seitenzahlen (Beispiel: Seite x von x) und durchlaufende Zeilennummerierung (jedes Transkript beginnt mit Zeile 1) neuer Absatz bei Sprecherwechsel Kopfzeile soll Projekttitel und Fokusgruppennummer bzw. Teilnehmernummer beinhalten (Beispiel: Umgang mit Aggression und Gewalt_TN20 <b>oder</b> Flüchtlingsversorgung_FG1_TN1-4)		
<b>Zeitmarken</b> nach jedem Absatz (d.h. bei jedem Sprecherwechsel) und nach unverständlichen/unsicher transkribierten Äußerungen		
<b>Sprecherbezeichnung bei Fokusgruppen und Interviews</b> Interviewer = I Befragter = TN mit Kennnummer bei mehreren Befragten (z.B. TN1, TN5)		
<b>Sprechpausen</b> - Pause jeder Länge		
<b>Intonation</b> <u>nein</u> Unterstreichung bei sehr auffälliger Betonung		
<b>Beispiel:</b> Und wenn einer tatsächlich - also <u>richtig</u> zuschlagen würde.  Satzzeichen zur Verdeutlichung der Intonation werden bei allen rhythmischen und syntaktischen Einschnitten des Redeverlaufs gesetzt, <u>d.h. unabhängig von grammatikalischen Zeichensetzungsregeln:</u> ? stark steigende Intonation (Fragen und steigend endende Stimmführung) . stark sinkende Intonation (Abgeschlossener Gedanke) , schwach steigende Intonation (kurzes Zögern, Gedanke wird aber fortgesetzt) ... schwach sinkende Intonation (abgebrochener Gedanke, gefolgt von einem anderen)		
Erstellt von: LR	Freigegeben am: 15.05.2018	
Überprüft von: JS + KF	Gültig bis: 15.05.2019	

:	stark sinkende Intonation (Ankündigung einer ausführlichen Darstellung)
<b>Beispiel:</b>	Ich wusste es nicht, ich ahnte es ein bisschen... weil eh anhand der Körperhaltung [Fragendes Geräusch]? (I: Okay.) - Ja klar festmachen kann man, wenn jemand schon vom Auftritt her mit einem merkwürdigen Verhalten, die Praxis betritt.
<b>(doch)</b>	Vermuteter Wortlaut: Schlecht verständliche Äußerungen und/oder bei Unsicherheit
<b>(5)</b>	Unverständliche Äußerungen Die Nummer entspricht der Dauer der unverständlichen Äußerung in Sekunden.
<b>&gt;</b>	Von anderen Teilnehmern unterbrochene Sätze, die nach der Unterbrechung beendet werden
<b>[stöhnt]</b>	Kommentare oder Anmerkungen zu parasprachlichen, nicht-verbale oder gesprächsexternen Ereignissen
<b>Beispiel:</b>	Und sagte dann sogar irgendwie [lallend] "Ja, das verstehe ich ja auch." [lacht]
<b>&lt; Name &gt;</b>	Statt dem Namen verwenden des Pseudonyms (falls der TN durch Nennung eines Ortes oder einer Institutionen identifizierbar wird, sollte dieses ebenfalls nicht mit transkribiert werden: < Ort >, < Bank >, etc.)
<b>Statt „Mhm“</b>	[zustimmendes Geräusch]
<b>Statt „Mhmh“</b>	[ablehnendes Geräusch] wenn sie Teil der Antwort des Teilnehmers sind.
<b>Beispiel:</b>	I: Der Arzt ist eher zwischen den Behandlungszimmern unterwegs. (TN21: [Zustimmendes Geräusch.]) Das heißt, er hat jetzt nicht so viel Kontakt zu den MFAs oder Arzthelferinnen vorne.
	Zustimmende oder bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (mhm, aha) werden nicht transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
	Verzögerungssignale (äh, ähm, öh, ah, etc.) werden nicht transkribiert.
	Ist zu merken, dass der Interviewte/die Interviewte überlegt und unterlegt dies mit Geräuschäußerungen (hmm, äh, ähm, etc.) dann wird dies als [überlegendes Geräusch] transkribiert.
	<b>Kennzeichnung von besonders deutlichen Überschneidungen bei gleichzeitigem Sprechen:</b>
	Befragter1: Text Text [Textüberschneidung. Befragter2: Textüberschneidung] Text Text.
<b>Beispiel:</b>	I: Weil um die Distanz einfach [zu schaffen? #00:02:30-5# TN21: Ja genau,] um die Distanz zu schaffen.

Erstellt von: LR	Freigegeben am: 15.05.2018
Überprüft von: JS + KF	Gültig bis: 15.05.2019

Wird in der Aufnahme wörtliche Rede zitiert, wird das Zitat in Anführungszeichen („“) gesetzt ohne weitere Formatierung und Hervorhebung. Bitte dabei an die Regeln des Duden halten:  
<https://www.duden.de/sprachwissen/rechtschreibregeln/anfuhrungszeichen>. Wörtliche Rede in wörtlicher Rede wird mit halben Anführungszeichen (‘ [Strg + Rautetaste]) gekennzeichnet.

**Beispiel:**

Da kann ich ja schlecht sagen: „Okay, heute hört das jetzt aber auf. Heute kommen Sie nicht mehr morgens um acht einfach so, wo Sie eine halbe Stunde eher angerufen haben: ‚Ich bin um acht da und komme als Erster ran‘, sondern heute müssen Sie sich hinten anstellen.“

Äußerungen wie: *In Anführungszeichen* oder *Punkt*, werden mittranskribiert.

**Beispiel:**

TN2: Da diskutiere ich auch nicht: „Sie haben meine Helferin gehört, verlassen Sie einfach die Praxis.“  
Punkt.

Einwürfe einer anderen Person, die den Redefluss nicht unterbrechen, werden unter Angabe seiner Kennung im laufenden Text in Klammern gesetzt.

**Beispiel:**

TN1: Ich beginne meine Untersuchung immer mit einer freundlichen Vorstellung (TN4: Achso, ja.) und dann gehe ich zur Anamnese über.

Die Satzstellung der Sprecher wird in der Regel wie gesprochen transkribiert, auf die Transkription von Stottern etc. wird jedoch verzichtet. Grammatikalisch nicht korrekt gesprochene Sätze bleiben auch in der Transkription grammatikalisch inkorrekt. Hier ist es besonders wichtig mit Satzzeichen zu arbeiten, um dennoch das richtige Verständnis des Textes beim Lesen zu ermöglichen.

Die Transkription orientiert sich am hochdeutschen Wort. Mundart wird dann übernommen, wenn es keinen hochdeutschen Ausdruck dafür gibt, **oder wenn es im Kontext sinnvoll erscheint**. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, d.h. dem Schriftdeutsch angenähert.

**Beispiel:**

Er hatte noch so’n Buch genannt.“ -> „Er hatte noch so ein Buch genannt.

Erstellt von: LR

Freigegeben am: 15.05.2018

Überprüft von: JS + KF

Gültig bis: 15.05.2019

:	stark sinkende Intonation (Ankündigung einer ausführlichen Darstellung)
<b>Beispiel:</b>	Ich wusste es nicht, ich ahnte es ein bisschen... weil eh anhand der Körperhaltung [Fragendes Geräusch]? (I: Okay.) - Ja klar festmachen kann man, wenn jemand schon vom Auftritt her mit einem merkwürdigen Verhalten, die Praxis betritt.
<b>(doch)</b>	Vermuteter Wortlaut: Schlecht verständliche Äußerungen und/oder bei Unsicherheit
<b>(5)</b>	Unverständliche Äußerungen Die Nummer entspricht der Dauer der unverständlichen Äußerung in Sekunden.
<b>&gt;</b>	Von anderen Teilnehmern unterbrochene Sätze, die nach der Unterbrechung beendet werden
<b>[stöhnt]</b>	Kommentare oder Anmerkungen zu parasprachlichen, nicht-verbale oder gesprächsexternen Ereignissen
<b>Beispiel:</b>	Und sagte dann sogar irgendwie [lallend] "Ja, das verstehe ich ja auch." [lacht]
<b>&lt; Name &gt;</b>	Statt dem Namen verwenden des Pseudonyms (falls der TN durch Nennung eines Ortes oder einer Institutionen identifizierbar wird, sollte dieses ebenfalls nicht mit transkribiert werden: < Ort >, < Bank >, etc.)
<b>Statt „Mhm“</b>	[zustimmendes Geräusch]
<b>Statt „Mhmh“</b>	[ablehnendes Geräusch] wenn sie Teil der Antwort des Teilnehmers sind.
<b>Beispiel:</b>	I: Der Arzt ist eher zwischen den Behandlungszimmern unterwegs. (TN21: [Zustimmendes Geräusch.]) Das heißt, er hat jetzt nicht so viel Kontakt zu den MFAs oder Arzthelferinnen vorne.
	Zustimmende oder bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (mhm, aha) werden nicht transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
	Verzögerungssignale (äh, ähm, öh, ah, etc.) werden nicht transkribiert.
	Ist zu merken, dass der Interviewte/die Interviewte überlegt und unterlegt dies mit Geräuschäußerungen (hmm, äh, ähm, etc.) dann wird dies als [überlegendes Geräusch] transkribiert.
	<b>Kennzeichnung von besonders deutlichen Überschneidungen bei gleichzeitigem Sprechen:</b>
	Befragter1: Text Text [Textüberschneidung. Befragter2: Textüberschneidung] Text Text.
<b>Beispiel:</b>	I: Weil um die Distanz einfach [zu schaffen? #00:02:30-5# TN21: Ja genau,] um die Distanz zu schaffen.

Erstellt von: LR	Freigegeben am: 15.05.2018
Überprüft von: JS + KF	Gültig bis: 15.05.2019

## Anhang 4

### Kodierleitfaden

Kategorie	Definition	Unterkategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln
Beratungsschwerpunkte	Alle Textstellen, die sich auf den Inhalt der Beratungsanlässe im Wochenbett beziehen	-Veränderung der Beratungsanlässe über die Zeit	<p>Die meisten Themen gehen eigentlich ums Stillen, Handling, Schlafen und ganz häufig ist halt so Tragen, Verwöhnen das Thema. (TN5)</p> <p>Was an Veränderungen nach der Schwangerschaft eben auftritt. Der Milchfluss, der Wochenfluss, der Tränenfluss, der Schweißfluss und das Kl... l im Ganzen (TN10)</p> <p>Heutz... age ist es eben sehr viel mehr... ychisch. Also die Woch... bettsituation ist ein Thema. Und früher war das ein Tabuthema in der Gesellschaft...jetzt stößt man mehr auf offene Ohren. (TN10)</p> <p>Ganz viel Säuglingspflege, Handling, Stillen und so wirklich den Umgang mit dem Neugeborenen (TN:16)</p> <p>Früher hatte ich so das Gefühl, dass die Paare mehr</p>	Nur Beratungsschwerpunkte, keine Deutung der Familienverhältnisse

		<p>-Veränderung der Beratungsanlässe bezüglich ersten oder Geschwisterkind</p>	<p>Selbstverantwortung übernehmen, also so ein bisschen sich emanzipieren...(TN7)</p> <p>Ganz viel natürlich gerade bei Erstgebärenden einfach das Handling, generell die Zeichen also was sagt mein Kind mir oder wie muss ich das Kind anziehen, was ist das Beste bei Bauchschmerzen oder natürlich viel das Stillen, das ist auch ein großer Punkt. TN 6)</p>	
Kulturelle Unterschiede	Alle Textstellen die sich auf Erfahrung mit Einflüssen von kulturellen Unterschieden und deren Einfluss auf die Betreuung während der Zeit im Wochenbett beziehen	<p>- Umgang mit dem Neugeborenen und dem Stillen</p> <p>- Vorhandene Vorbilder</p>	<p>Für die ist es ganz selbstverständlich, die stillen alle und die stillen gut und die stillen ständig. Die haben auch kaum Schwierigkeiten mit Brustwarzen oder irgendwie, dass ihnen etwas wehtut...die haben keine Probleme ihre Kinder durch die Gegend zu schleppen oder so...für die ist das Oberste halt die Kinder, und das hat die oberste Priorität und deswegen haben die auch überhaupt keine Probleme oder meistens nicht. (TN2)</p> <p>In anderen Kulturen, haben die Frauen das eher schon mitbekommen, innerhalb der Großfamilie...was mache ich da im Wochenbett, wir pflege ich so ein Kind. Das ich da eher weniger machen musste. Und weniger</p>	Keine wertenden Äußerungen zu anderen kulturellen Vorgehensweisen

		<p>- Ausgeprägtes Bewusstsein für die Phase des Wochenbetts</p> <p>- Sprachbarriere</p> <p>-Administrative Angelegenheiten</p> <p>- Heimweh</p>	<p>Gesprächsthemen waren, als bei der deutschen Lehrerin zum Beispiel...Die Fragen eher innerhalb der Familie oder haben es sich einfach schon von klein an abgeguckt. Und können durchaus auch instinktiver handeln... (TN1)</p> <p>Aber ich habe oft erlebt, dass da schon die Strukturen drum herum...das Wochenbett ganz anders unterstützen als in der Deutschen Kultur...das ist schon irgendwie achtsamer (TN4)</p> <p>Also ich finde, sobald eine Sprachbarriere da ist, habe ich immer das Gefühl, ich kann die leider nicht ganz so gut betreuen, weil ich einfach wenig erklären kann. (TN18)</p> <p>...und dann eben Papiere, Papiere, Papiere. Mit der Angst abgeschoben zu werden oder eben überhaupt Fuß zu fassen, Wohnung einrichten, wo kriege ich was her, wer kümmert sich um mich. (TN 2)</p> <p>Ich habe jetzt kürzlich eine Flüchtlingsfamilie gehabt, da hat die Frau ganz doll vermisst, dass ihre Familie nicht da ist, weil die das einfach so kennen; in den</p>	
--	--	---	--	--

		<p>- Weniger Hebammenbetreuung</p> <p>- Akzeptanz für unterschiedliche kulturelle Prägung</p>	<p>ersten paar Wochen sind alle Frauen aus der Familie da und helfen der Frau.“ (TN 12)</p> <p>Die haben grundsätzlich, also ich glaube, die haben mehr Schwierigkeiten eine Hebamme zu finden und werden weniger häufig betreut, glaube ich (TN 17)</p> <p>„Da muss man auch erst lernen, dass es in anderen Kulturen auch eine ganz andere Bedeutung hat Schmerz rauszulassen und vielleicht auch lauter zu sein, was ja bei deutschen Frauen vielleicht nicht so, die würden sich eher zurücknehmen so, also da hatte ich immer Schwierigkeiten.“ (TN 7)</p>	
Kongruenz bzgl. der Beratungsanlässe und der Ausbildungsinhalte	Alle Textstelle sie sich auf die Inhalte der Hebammenausbildung und ihre Abdeckung bezüglich der Beratungsanlässe im Wochenbett richten	- Beratungsanlässe die in der Ausbildung nicht ausreichend thematisiert wurden	<p>Alles was in der Klinik so los war, das wurde gelehrt...aber für die Wochenbettbesuche...und Wochenbettbetreuung hinterher gar nicht, das gab es gar nicht. Stillen war damals in meiner Ausbildung auch überhaupt kein Thema... (TN2)</p> <p>...diese ganzen psychosozialen Geschichten haben wir, also das haben wir nicht gelernt. Durch Erfahrungen, durch Austausch mit Kolleginnen, dadurch dass meine Mutter ja auch Hebamme ist...auf einer</p>	

		<p>- Wie fehlendes Wissen erlangt werden konnte</p>	<p>Fortbildung eben auch. (TN4)          Spätwochenbett wird das eigentlich so gut wie gar nicht behandelt, das muss man wenn dann alles nachlesen, durch ein Praktikum irgendwie dann nochmal auffrischen oder halt einfach Berufserfahrung das heißt man wird in das kalte Wasser geschmissen und muss dann halt einfach mit den Frauen sozusagen mitlernen....(TN6)</p> <p>Also, es kommt viel aus der Richtung psychologischer Beratung, Familienberatung, Familientherapie...da habe ich aber für mich, mehrere kleinere Fortbildungen gemacht...als Berufsanfängerin bin ich da mit Sicherheit auch noch teilweise überfordert gewesen. (TN1)          ...also alles an Handwerkszeug, an Bauchmassage an Tipps und Tricks, das ist alles was während der Zeit gekommen ist, durch Fortbildung gekommen ist, durch ältere Kolleginnen, aber definitiv nicht durch die Ausbildung (TN5)          ...die Stillgeschichte die kam tatsächlich erst nachdem ich selber richtig gestillt habe und wusste was ich tue...(TN:12)</p>	
--	--	---	---	--

			<p>...habe viel aus meiner eigenen Schwangerschaft dann Geburt und Wochenbett mitgenommen. Also das kam dann so über die Jahre. (TN 18)</p> <p>Genau Fortbildungen, Austausch mit Kolleginnen, so Stammtische wo man sagt Mensch ich hatte den Fall und da war das und das, was hast du gemacht und so untereinander so einen Austausch... (TN 7)</p>	
Wochenbettversorgung in der Zukunft	Alle Textstellen die sich auf Vorstellungen und Ideen der Wochenbettversorgung in der Zukunft beziehen	-Die vermutete Realität der Hebammen	<p>...ich denke in 100 Jahren, wird es so sein, dass die Frauen auch schnell aus der Klinik rauskommen, vielleicht eine, sagen wir zweiwöchige Betreuung durch eine Hebamme haben und danach, sich nur noch an Zentren oder Praxen wenden können. (TN1)</p> <p>Ich kann mir sehr gut vorstellen, dass es eine Privatleistung wird. (TN5)</p> <p>...diese online-Beratung, ob es das in 100 Jahren jetzt nur noch gibt weil alle von zu Hause ausarbeiten und es keinen menschlichen Kontakt gibt das ist ja durchaus nicht auszuschließen...(TN6)</p> <p>Ich glaube das wird für die Frauen ganz schlimm. Ich glaube sie haben uns dann ausgerottet. Das glaube ich, dann gibt es keine Hebammen mehr, die nach Hause fahren, weil</p>	Keine Kritik zur aktuellen Arbeitsweise von Kolleginnen Keine Problemlösungen für die momentane Arbeits- und Abrechnungssituation der Hebammen

		<p>-Die Wunschvorstellung der Hebammen</p>	<p>das keiner mehr bezahlt. Vielleicht können sich das dann nur noch die leisten, die das privat bezahlen oder so. (TN9)</p> <p>In 100 Jahren gibt es keine Hebammen mehr im klassischen Sinne, das ist meine feste Überzeugung. Weil wir, dann haben wir geburtshilfliche Assistentinnen, die überwiegend im OP-Saal stehen und die Kinder in Empfang nehmen. Und der klassische Handwerksberuf, der Beruf als Berufung, den wird es nicht mehr geben (TN:22)</p> <p>...ich würde den Frauen wünschen, dass es das immer noch gibt, die Hausbesuche, denn vor 100 Jahren gab es das ja auch schon...und ich würde es schrecklich finden, wenn die Frauen wie in Dänemark in eine Ambulanz gegen müssen. (TN12, S.13)</p> <p>Hoffentlich, dass es uns noch gibt. Ja, also das ist meine Befürchtung, dass die Frauen dann vielleicht doch eher allein auf sich gestellt sind...Vielleicht kriegt das Gesundheitssystem ja dann doch nochmal die Kurve und es bleibt halt alles weiterhin so bestehen. Das wäre schon mein Wunsch und mein Traum. (TN2, S.10)</p>	
--	--	--	--	--



		<p>- Zeitlicher Umfang der einzelnen Wochenbettbesuche</p> <p>- Verlust der aufsuchende Hebammenhilfe</p>	<p>Rezept geholt haben, das waren dann meistens Frühchen, wo ja einfach die Beratungsthemen nochmal ganz anders sind. (TN5)</p> <p>Das heißt man ist durchaus eher mal länger bei Familien, aber gar nicht mehr so häufig [...] Und wenn man nicht gerade mit der Abrechnung ein bisschen trickst, sondern wirklich einen Besuch wirklich als einen Besuch abrechnet, dann wird das überhaupt nicht aufgewertet. (TN6) Also generell ist es tatsächlich weniger die Häufigkeit die mir immer so ein bisschen eine Frage ist, sondern tatsächlich auch mal mehr so die Länge, die ja überhaupt nicht vergütet wird ....dass ein besuch nicht nur 20 Minuten sind und dafür macht man 10, sondern man macht vielleicht nur 3 intensive und danach ist schon gar nicht mehr so viel da (TN6)</p> <p>Sodass Frauen dann nach einer gewissen Zeit nach der ersten Wochenbettzeit in die Hebammenpraxis kommen müssen. Und das sehe ich sehr kritisch, weil ich doch zu Hause</p>	
--	--	---	---	--

			<p>noch mal einen anderen Einblick hab in das Familienleben. Und weil ich auch denke, dass Frauen dies nötig hätten noch enger in Betreuung zu sein, teilweise es auch nicht schaffen, in die Hebammenpraxis anzureisen. (TN1)</p> <p>Und es wäre so wichtig, ich meine, gerade wenn die Frauen dann zu Hause sind und dann noch geschwächt von der Geburt, die gehen doch nicht jeden Tag irgendwohin(...) da muss jemand zu denen nach Hause kommen, das find ich einfach nur logisch (TN 7)</p> <p>Also man bekommt so ein Bild von der Familie und wenn irgendetwas in Schiefelage gerät, dann hat man vielleicht auch noch eine bessere Idee zu helfen, weil man einfach dieses ganze Paket sieht (TN 11)</p>	
Lösung des Hebammenmangels	Alle Textstellen die sich auf die Lösung des Hebammenmangels bei der Versorgung von Familien im Wochenbett beziehen	<p>- Incentivierung</p> <p>- Arbeitsorganisation</p>	<p>Man müsste es möglich machen, dass Hebammen auch quasi auf geringfügig beschäftigt freiberuflich arbeiten können...freiberuflich kann man entweder ganz oder gar nicht....wenn die ganzen Nebenkosten nicht so hoch wären. (TN4)</p> <p>Also generell ist ja in Großstädten gerade die Hebammenambulanz ja eine Sache die durchaus schon mal angewandt wird, die natürlich</p>	

		<p>- Verpflichtung</p>	<p>fragwürdig ist ob die tatsächlich so gut ist, eine 1zu1 Betreuung ist natürlich immer noch besser...(TN6)  ....ob man tatsächlich das so machen kann als Gruppe, Gruppenwochenbett, so oder ob man in der Klinik so eine Wochenbettsprechstunde einrichten kann...(TN12)  ...gerade auch in den Städten mit Parkplatzsituation und so weiter verbrauchen wir ja viel Zeit auf der Straße und auf der Parkplatzsuche und wenn man es stattdessen es so machen würde, dass mehr Frauen in die Praxis kommen würden, dann könnte man schon ein bisschen zügiger abarbeiten (TN:17)  Ich weiß, dass viele ältere Kolleginnen auch aus dem Grund aufgehört haben und auch diesen Hebammenmangel jetzt mit verursacht haben, dass die eben nicht diesen ganzen QM-Kram da machen wollten und ja vielleicht mit Computern auch nicht so versiert sind und ja diese Abrechnungen, also es ist sehr bürokratisiert teilweise...(TN7)</p> <p>Aber dass du entweder so und so viele Frauen nachweisen musst</p>	
--	--	------------------------	---	--

		- Positives Rollenmodell	<p>oder dass du so und so viele Stunden nachweisen musst...warum darf sie nur Wochenbesuche machen, warum macht sie, warum ist das nicht vorgeschrieben, dass man immer Kurse und Wochenbesuche und Rückbildungskurse geben muss. (TN:20)</p> <p>Ich würde mir einfach wünschen, dass nur derjenige Hebamme wird, der diesen Beruf liebt. Das ist kein Beruf, das ist eine Berufung, das ist kein Job. Und warum studieren die und die sind noch keine drei Wochen dabei und das sind 20 Studenten gewesen, also 19 und alle haben sie schon rumgestöhnt, dass sie so schlecht verdienen. Warum studieren sie es denn? Die haben doch gar keine Ahnung.“ (TN 20)</p> <p>Wir waren Hebammen, so wie es früher halt war, das war kein Beruf, das war eine Berufung. [...] Der Beruf der Hebamme, den wird es in 50-100 Jahren nicht mehr geben in dem Sinne, wie er eigentlich ursprünglich war. Das ist meine Meinung. Das kam in den 90ern, 2000ern kamen diese ganzen Zusatzgeschichten auf [...] und hat eigentlich mit unserem Handwerk</p>	
--	--	--------------------------	--	--

		- Positive Änderung des Berufsbildes	als Hebamme nichts zu tun“. (TN 22)  Mehr einfach ja Werbung für den Beruf, finde ich. Es ist so ein schöner, toller Beruf [...] dass der Beruf wieder ja schmackhaft gemacht wird. Also zu meiner Zeit, also vor 10 Jahren, da kamen tausend Bewerber auf 15 Plätze. (TN 3)	
Kompetenzerwerb für Allgemeinmediziner	Alle Textstelle die sich auf Kompetenzerwerb beziehen, die ein Allgemeinmediziner haben sollte, um eine Familie im Wochenbett vollumfänglich beraten zu können	- Inhaltliche Themen, über die ein/e Allgemeinmediziner*innen Wissen generiert haben müsste	Psychische Überlastung mit Burn-Out, Babyblues...stillen, überhaupt Füttern wie oft, wie lange, wie auch immer. Und eben die Nabelversorgung...(TN2) Tatsächlich nicht (nur) das physische mit Rückbildung oder Wundheilung ...sondern tatsächlich auch die psychischen Probleme die auftreten können. Dass er auch einfach weiß was normal ist und was nicht. (TN6) Also der müsste natürlich vom Stillen und Rückbildung eine Ahnung haben und der müsste auch von den psychischen Dingen eine Ahnung haben und auch auf was vielleicht einfach bindungsmäßig abgeht zwischen Mutter und Kind oder Vater und Kind und auch vielleicht Beziehungsprobleme die Eltern haben können...(TN14)	

		<p>- Voraussetzungen und Grundhaltung des Arztes/ der Ärztin</p>	<p>Ich glaube, dass Ärzte einfach anders ausgebildet sind....wir Hebammen sind ja für alles was physiologisch ist ausgebildet. Und das ist ein Arzt per se einfach schon mal nicht. (TN4)</p> <p>Ganz viel in der Hebammenarbeit hat einfach mit Empathie zu tun. Und mit sich reindenken...Ein Arzt kann sich da nicht eine Stunde mit einer Familie hinsetzen und eine Stillanleitung machen. (TN 5)</p> <p>... und dann aber auch nicht nur so zwei Minuten Medizin zack, zack irgendwie Antibiotikum aufschreiben, sondern auch mal so psychologisch und feinfühlig da rangehen...(TN7)</p> <p>Ich denke mir einfach, dass der Arzt zwar das Fachliche abdecken kann, aber nicht das Physiologische und das Psychische. Denn das geht nicht, also erstmal muss das, auch wenn es eine Frauenärztin ist, da braucht man ganz viel Einfühlungsvermögen und Zeit, das kriege ich ja auch nicht immer in den ersten zwei Tagen mit (TN20)</p>	
Umgang mit Kapazitätsengpässen in der Betreuung von Familien im Wochenbett	Textstellen die sich darauf beziehen, ob und wenn ja weshalb man Familien ablehnen muss, die sich eine		Wir sind sehr, sehr bekannt und haben deswegen sowieso immer mehr Nachfrage als wir tatsächlich annehmen können, aber für Juni, Juli und August habe ich schon im	

	<p>Wochenbettbetreuung wünschen</p>	<p>- Lösungen bei Limitation in der Betreuungskapazität der Familien</p>	<p>Vorfeld Standardabsagen geschrieben [...] Ich allein habe in meinen Bürodiensten so ungefähr 30 Frauen abgesagt. Nur für den Monat Juli. [...] Und ich würde mal sagen, wenigstens ein Drittel der Frauen in &lt;Stadt&gt; hat keine Chance eine Hebamme zu bekommen.“ (TN 17) Es ist gar nicht so, dass die Frauen immer gar keine Hebamme finden würden, sondern wenn ich von zehn Hebammen Absagen bekomme, dann bin ich vielleicht auch irgendwann am Ende und kann nicht auch noch eine elfte und zwölfte Absage gerade unter den Schwangerschaftshormonen in Kauf nehmen. (TN 5)</p> <p>Soweit ich das mitbekomme, sind die Frauen versorgt, also es ist sicherlich so, dass ich in manchen Monaten voll bin....dann habe ich aber meistens noch Namen, an die ich weiter verweisen kann. Und sag den Frauen auch, wenn es nicht geklappt hat, sollen Sie sich bitte nochmal melden. (TN1) ...in unserer Region sind wir gut bestückt und das ist natürlich so, dass ich nicht immer nur ja sagen kann, aber es gibt eben Kolleginnen und wir sind gut vernetzt und</p>	
--	---	--	--	--


			tauschen uns aus und vermitteln auch weiter, das heißt wenn ich keine Zeit habe, dann sag ich eben „Mensch, ruf doch mal die und die an.“ Also ich würde sagen, jeder wird bedient. (TN11)	
Komplikation/Hinzuziehung anderer Fachrichtungen	Alle Textstellen, die sich auf Komplikation während der Wochenbettarbeit und die Hinzuziehung anderer Fachrichtungen beziehen	- Themenschwerpunkte, zu denen andere Fachrichtungen hinzugezogen werden	Es ist so selten, dass ich Familien weiterschicken muss. Also selbst Mastitis, das kriegen wir alles meistens alleine hin und es ist wirklich in den seltensten Fällen, dass ich zum Gynäkologen schicken muss...(TN3) ...zum Gynäkologen schick ich ungern, weil die da meistens dran rumfummeln irgendwie und vieles reguliert der Körper alleine. Also ganz viele Dinge verwachsen sich und ganz viele Dinge brauchen einfach so ein bisschen Geduld und Zeit und das, da haben Ärzte einfach oft in ihrer Ausbildung so nicht gelernt irgendwie. Die sind da oft unruhiger und ungeduldiger...(TN4) Es ist wenig, und meine Kolleginnen und ich wir betreuen tatsächlich sehr viel, also engmaschig am Anfang und ich glaube, dass das grad was zum Beispiel Gelbsucht angeht, was Milchstau angeht, dass da einfach ganz viel vorgreift. Also wir haben wenig Überweisung an Ärzte. Die	

		<p>- Vernetzung mit anderen Fachrichtungen</p>	<p>meisten Überweisungen würde ich behaupten sind Lochialstau nach Sectio zum Beispiel. (TN5)</p> <p>...deswegen also sag ich auch immer zu meinen Kolleginnen: „Sieh zu, dass ihr Kontakt zu den üblichen Ärzten hier aufnehmt.“, ob das die Allgemeinärzte im Dorf sind oder eben Gynäkologen, Kinderärzte, dass da immer im Kontext bleibt und dass man da einfach untereinander schnacken kann. Das ist schon wichtig. Aber deswegen habe ich auch relativ wenig, irgendwie die ich wegschicken muss. (TN2)</p> <p>Das kommt drauf an, also ich sag mal es gibt immer Ärzte, mit denen kann man super zusammenarbeiten, mit denen kann man sprechen und es gibt Ärzte, die versuchen, uns Hebammen zu dominieren. [...] also wenn quasi, wir die nur mal unsere Ausbildung gemacht haben, wenn wir alle ausgemerzt sind und die Hebammen alle studiert haben, dann weiß ich nicht, wie es dann aussieht, ob die Ärzte sie dann tatsächlich als gleichberechtigt sehen.“ (TN 12)</p> <p>Was man da noch unbedingt braucht, ist wirklich sehr, sehr</p>	
--	--	--	---	--

			<p>guten kollegialen Austausch, diese Partnerschaft. Ich sage auch den krawalligen Hebammen immer, im besten Falle sind das unsere Partner. Und nicht irgendwelche blöden Ärzte, die jetzt wieder nichts kapieren und Hebammen sowieso scheiße finden [...]</p> <p>Hey, ihr zieht an eurem Strang und wir an unserem und am besten begegnen wir uns an der Stelle, wo wir sozusagen Grenzbereiche haben. Auf respektvolle und freundliche und wirklich die Profession der anderen total wertschätzenden Art und Weise.“</p> <p>(TN 23)</p>	
--	--	--	--	--

## Anhang 5

### Ethikvotum

 UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Universität zu Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Herrn  
Prof. Dr. med. J. Steinhäuser  
Direktor des Institutes für Allgemeinmedizin

im Hause

**Ethik-Kommission**  
Vorsitzender:  
Herr Prof. Dr. med. Alexander Katalinic  
Universität zu Lübeck  
Stellv. Vorsitzender:  
Herr Prof. Dr. med. Frank Gieseler  
Ratzeburger Allee 160  
23538 Lübeck

Sachbearbeitung: Frau Janine Erdmann  
Tel.: +49 451 500 4639  
Fax: +49 451 3101 1024

ethikkommission@uni-luebeck.de

**Aktenzeichen: 16-014**  
**Datum: 27. April 2016**

**Sitzung der Ethik-Kommission am 04. Februar 2016**  
**Antragsteller: Herr Prof. Steinhäuser**  
**Titel: Die zukünftige Versorgung von Familien im Wochenbett - eine qualitative Studie mit Hebammen**

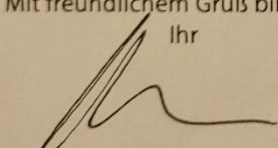
Sehr geehrter Herr Prof. Steinhäuser,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 20. April 2016, in dem Sie unserem Wunsch nach weiteren Informationen zum Studienvorhaben nachkommen und die überarbeiteten Unterlagen vorlegen.

Die Kommission hat nunmehr keine Bedenken mehr.

Bei Änderung des Studiendesigns sollte der Antrag erneut vorgelegt werden.  
Über alle schwerwiegenden oder unerwarteten und unerwünschten Ereignisse, die während der Studie auftreten, ist die Kommission umgehend zu benachrichtigen.  
Die Deklaration von Helsinki in der aktuellen Fassung fordert in § 35 dazu auf, jedes medizinische Forschungsvorhaben mit Menschen zu registrieren. Daher empfiehlt die Kommission grundsätzlich die Studienregistrierung in einem öffentlichen Register (z.B. unter [www.drks.de](http://www.drks.de)).  
Die ärztliche und juristische Verantwortung des Studienleiters und der an der Studie teilnehmenden Ärzte bleibt entsprechend der Beratungsfunktion der Ethikkommission durch unsere Stellungnahme unberührt.

Mit freundlichem Gruß bin ich  
Ihr

  
Prof. Dr. med. Alexander Katalinic  
Vorsitzender

## Anhang 6

### COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research) Checklist

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	17
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	15
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	15
Gender	4	Was the researcher male or female?	15
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	15
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	17
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	17
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	17
<b>Domain 2: Study design</b>			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	18
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	16, 17
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	17
Sample size	12	How many participants were in the study?	17
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	18
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	18
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	18
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	23
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	15, 16
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	18
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	17, 18
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	15
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	17, 18
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	16
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	17, 18

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
<b>Domain 3: analysis and findings</b>			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	19
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	19, 20
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	19, 20
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	18
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	27-61
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	62-77
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	27-61
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	27-61

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

## 8. Veröffentlichungen

Maculuve, J., Steinhäuser, J. (2016), Versorgung von Familien im Wochenbett-Was ein Hausarzt wissen sollte, *Z Allg Med* 92, 408–413 (2016).  
<https://doi.org/10.3238/zfa.2016.0408-0413>

Knobloch-Maculuve, J., Steinhäuser, J. (2024), Versorgung von Familien im Wochenbett-eine qualitative Studie, *Z Allg Med* 100, 213–218 (2024).  
<https://doi.org/10.1007/s44266-024-00184-x>

## **9. Danksagung**

Ich bedanke mich bei Herrn Professor Dr. Steinhäuser für seine langjährige Unterstützung bei der Bearbeitung dieses Herzensthemas, für seine ruhige, bedächtige Art, konstruktive Kritik und Impulse.

Ein großer Dank geht an meinen Ehemann für das Durchhaltevermögen, die Kraft, den Glauben an mich und vor allem die unzähligen Stunden der Kinderbetreuung.