

# Wissenschaftlicher Teil

FORSCHUNGSARTIKEL

POSITIONSPAPIERE

LEHRE, FORSCHUNG, ENTWICKLUNG

STUDENTISCHE ARBEITEN

REVIEWS

## Zugang zur Hebammenhilfe - die Perspektive von Frauen\* in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren – eine qualitative Studie

### Hintergrund

Armut macht krank. Dieses sozialmedizinische Kernparadigma spielt für die Schwangerschaft eine bedeutende Rolle. Lebenslagen mit schwierigen Bedingungen, geprägt von z.B. sozioökonomischer Benachteiligung (niedriges Einkommen, niedriger Bildungsstand), Flucht- und/oder Rassismuserfahrung sind nachweislich mit gesundheitlichen Benachteiligungen verbunden [42, 43, 64, 75, 83, 108]. Erkenntnisse sozialepidemiologischer Forschung mit dem Ansatz der Lebenslaufperspektive betonen die hohe Relevanz der Schwangerschaft als eine Phase nachhaltiger Prägung [19, 56, 85]. So führen schwierige Lebensbedingungen während der Schwangerschaft zu einem erhöhten Risiko für Pathologien und Komplikationen und zu langfristigen Auswirkungen auf die Gesundheit des Kindes [9, 15, 49, 57, 78]. Wenn sich Belastungen kumulieren, sind gesundheitliche Auswirkungen besonders deutlich [15, 19, 63]. Einer Prävalenzstudie zufolge sind in Deutschland 12,9 Prozent der Eltern mit Kindern im Alter von 0 bis 3 Jahren mehrfach psychosozial belastet [24]. Gerade diese Familien haben einen erhöhten Unterstützungsbedarf und können von der Versorgung durch Hebammen profitieren [4, 16, 25].

Hieraus ergeben sich Chancen für die Hebammenarbeit zu nachhaltiger Gesundheitsförderung. Nachweislich kann die Arbeit von Hebammen entscheidend zum Erreichen des Rechts auf Gesundheit für alle Frauen und Neugeborenen beitragen [67, 79, 80, 86]. Aufgrund ihres frühen Zugangs und besonders vertrauensvoll geprägten Arbeitsbeziehung zu den von ihnen betreuten Frauen [60, 92], sind Hebammen von großer Bedeutung als vermittelnde Fachpersonen zu weitergehenden, bedürfnisorientierten Unterstützungsangeboten [81, 92]. Allerdings zeigen die internationalen Studien zum Zugang von Frauen in belasteten Lebenslagen zur Hebammenversorgung eindeutig auf, dass diese häufiger einen erschwerten Zugang haben [16, 17, 21, 22, 25, 31, 68, 70, 105]. Die internationalen Forschungserkenntnisse weisen Gemeinsamkeiten auf bezüglich mangelnder Informiertheit dieser Frauen [21, 31, 68, 71], einer Passivität beim Navigieren im Gesundheitssystem [16, 33] und einem Bedarf an Unterstützung, um sich im Versorgungssystem zurechtzufinden [16, 21, 31, 71, 68]. Für Frauen mit Fluchterfahrung ist der Zugang durch sprachliche und strukturelle Hürden erschwert [12, 28, 47, 56, 57, 71, 72, 78]. Frauen in belasteten Lebenslagen, welche Hebammenhilfe erhalten, schätzen diese [16, 25, 56].

Der Forschungsstand in Deutschland zeigt, dass es insbesondere in der ambulanten Versorgung durch Hebammen Engpässe gibt. [3, 8, 40, 50, 87]. Die überwiegend quantitativen Studien zeigen, dass Inanspruchnahme von Hebammenleistungen in hohem Maße vom sozioökonomischen Status abhängig ist. In einer quantitativen Querschnittstudie werden auch Begründungen für die Schwierigkeiten bei der Hebammensuche berichtet [8]. Dabei wird deutlich, dass Frauen mit hohem Bildungsgrad die Hebammensuche einfacher fanden als Frauen mit niedrigerem Bildungsstand. Die Rahmenbedingungen der deutschen Gesundheitsversorgung in der Lebensphase rund um die Geburt mit Fragmentierung der Leistungen und mangelnder Betreuungskontinuität scheinen hinderlich für den Zugang zu sein [6, 39, 90]. Hinzu kommt ein Mangel an Hebammen in Deutschland [7, 36, 102]. Es zeigt sich außerdem ein Informationsdefizit von Frauen mit einem niedrigen Bildungsstand bezüglich der ambulanten Hebammenleistungen in der Schwangerschaft [65, 99]. Frauen mit Fluchterfahrung stoßen beim Zugang zur Hebammenhilfe auf Hürden, insbesondere aufgrund von Sprachbarrieren und mangelnder Kultur- und Diversitätssensibilität im Gesundheitswesen [47]. Die Einflussfaktoren für die (Nicht-) Inanspruchnahme aus der Perspektive der Frauen in belasteten Lebenslagen sind jedoch noch wenig erforscht.

### Autor\*innen

**Heike Edmaier**,  
M. Sc. Züricher  
Hochschule für  
Angewandte  
Wissenschaften,  
Institut für  
Hebammenwissen-  
schaft und  
reproduktive  
Gesundheit

Prof.in Dr.in **Jessica  
Pehlke-Milde**,  
Züricher Hochschule  
für Angewandte  
Wissenschaften,  
Institut für  
Hebammenwissen-  
schaft und  
reproduktive  
Gesundheit

## Theoretischer Bezugsrahmen

Als theoretischer Bezugsrahmen der Studie dient das Framework zum Zugang zu Gesundheitsleistungen von Levesque et al. [59]. Es skizziert den Zugang als aktiven Prozess, welcher mit dem Auftreten eines gesundheitlichen Bedarfes beginnt, dann in den Schritten Wahrnehmen, Aufsuchen, Erreichen und Nutzen erfolgt und idealerweise mit der Verbesserung des Gesundheitszustandes abgeschlossen ist (siehe Abbildung 1). Das Framework fokussiert neben verschiedenen Aspekten, welche die Dimensionen seitens des Versorgungssystems und seitens der Nutzenden beeinflussen, auch deren Zusammenspiel.

Erfahrungen von Frauen in belasteten Lebenslagen zu erhalten [37, 101, S.67]. Die Anwendung dieses Ansatzes zielt darauf ab, das komplexe Phänomen der verminderten Inanspruchnahme zu verstehen [104]. Dabei sollen strukturelle Einflüsse des Gesundheitssystems sowie die Bedeutung der Lebenslagen dieser Frauen besser verstanden werden.

### Zugang und Rekrutierung:

Der Feldzugang erfolgte in verschiedenen Regionen Deutschlands, um verschiedene strukturelle

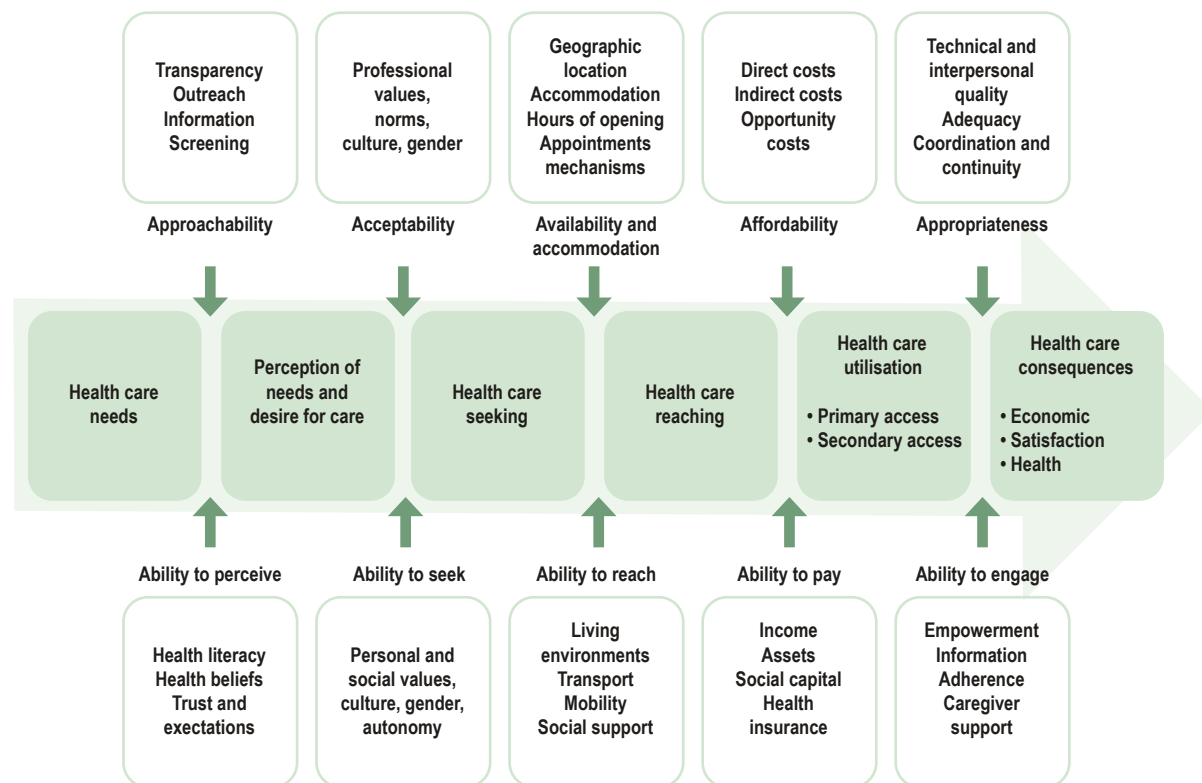


Abbildung 1: A conceptual framework of access to health care von Levesque et al. 2013, (CC BY 2.0)

## Ziel und Fragestellung

Das Ziel der Studie ist es, die Erfahrungen und Perspektiven von Frauen in belastenden Lebenslagen in Bezug auf den Zugang zur Hebammenversorgung zu untersuchen. Dadurch sollen die Gründe für die Entscheidung zur (Nicht-) Inanspruchnahme von Hebammenhilfe besser verstanden werden. Es soll die folgende Forschungsfrage beantwortet werden: Welche Faktoren beeinflussen den Zugang zur Versorgung mit Hebammenleistungen in Deutschland aus der Perspektive von Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren?

## Methodik

### Design:

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitatives Design mit leitfadengestützten Interviews gewählt. Dies ermöglicht einen vertieften Einblick in die subjektiven Sichtweisen, Wünsche, Bedürfnisse und

Rahmenbedingungen erfassen zu können. In der Beschreibung zur Teilnahme an der Studie wurden Frauen angesprochen, die zum Zeitpunkt der Ansprache entweder schwanger waren oder in den letzten 12 Monaten geboren hatten und sich in Lebenssituationen befanden, die sie selbst als belastend empfanden. Neben der Rekrutierung von Frauen über Aushänge und Bekanntmachungen in sozialen Medien nutzte die Autorin Kontakte ihres beruflichen Netzwerkes als Familienhebamme. Des Weiteren wurden Hebammen als vermittelnde Personen über Informationskanäle des Deutschen Hebammenverbandes angesprochen. Informierte Interessent\*innen wurden gebeten, per E-Mail oder Telefon Kontakt zur Forscherin aufzunehmen. Ein schriftliches Einverständnis wurde jeweils nach informierter Entscheidung vor der Interviewdurchführung eingeholt.

### Sampling:

Zielgruppe der vorliegenden Untersuchung waren Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungen. Hiermit sind Frauen gemeint, welche auf struktureller, familiärer und/oder individueller Ebene besonderen psychischen und sozialen Einflüssen ausgesetzt sind, welche zur Belastung und Überforderung der Ressourcen dieser Frauen führen können [34, 84, 103]. Diese Belastungsfaktoren können vielfältig wahrgenommen werden. Es wurden in der Literatur häufig genannte Aspekte wie niedriges Einkommen, geringer Bildungsabschluss, Alleinerziehung, Erwerbslosigkeit, migrationsspezifische Belastungen, chronische Erkrankungen, Rassismuserfahrungen und Diskriminierungserfahrungen aufgrund sexueller Orientierung berücksichtigt [20, 23, 62]. Einschlusskriterien für die Studienteilnahme waren neben mindestens einem dieser als belastend wirkend empfundene Faktoren, eine bestehende Schwangerschaft ab der zwanzigsten Schwangerschaftswoche oder eine Geburt innerhalb der letzten 12 Monate. Bei der Planung des Samplings wurde nach dem Prinzip der Varianzmaximierung eine Heterogenität der befragten Frauen angestrebt [48, 76, 97]. Die Stichprobe sollte also durch eine Strategie der bewussten Auswahl von Fällen kriteriengeleitet gezogen werden [96].

### Datenerhebung:

Die Datenerhebung erfolgte mittels leitfadengestützter Interviews, bei deren Gestaltung Elemente des problemzentrierten Interviews nach Witzel angewandt wurden [110]. Der verwendete Leitfaden wurde angelehnt an das Framework von Levesque et al. entwickelt [59]. Gemäß dem Offenheitsprinzip der qualitativen Forschung wurde in einem ersten Teil mit einem Erzählimpuls Narration angeregt [37, S.21, 77]. Im weiteren Verlauf des Interviews wurden leitfadengestützt erzählgenerierende Fragen gestellt, welche thematisch auf die Forschungsfrage ausgerichtet waren [111]. Zur Reflektion der Interviewsituation und Selbstreflektion der eigenen Haltung in der Interaktion verfasste die Autorin zeitnah nach den Interviews jeweils ein Postskriptum als Memo [110]. Gegenüber den Interviewpartner\*innen kommunizierte die Autorin transparent ihre Doppelrolle als Hebamme und Forscherin. Sie akzentuierte ihre Rolle als Forscherin und legte dar, dass sie die Befragungen nicht als potenzielle Dienstleisterin, sondern aus einem Interesse an der Sichtweise der Teilnehmenden heraus durchführt.

Im Vorfeld dieser Forschungsarbeit wurde am 23.07.2021 ein ethisches Clearing bei der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft beantragt. Dies wurde am 26.08.2021 erteilt (Nr. 21-019).

### Analyse:

In der vorliegenden Studie wurde ein interpretativ hermeneutisches Design verwendet, das sich an dem von Schreier [95] beschriebenen schrittweisen Vorgehen einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse orientiert. Dies ermöglichte eine zielgerichtete Identifikation und Konzeptualisierung ausgewählter inhaltlicher Aspekte mit einer offenen Haltung für neue Erkenntnisse [94, S.5-7]. Die digital aufgezeichneten Interviews wurden zeitnah wörtlich transkribiert und anschließend ausgewertet, um die Bedeutung der Inhalte zu bestimmen [54, S.56]. Initiierend wurden

Fallzusammenfassungen und Memos erstellt [54, S.59], um sich mit dem Datenmaterial vertraut zu machen [95]. Die Autorin entwickelte zunächst deduktiv Oberkategorien, indem sie sich an den Dimensionen des Frameworks von Levesque et al. [59] orientierte. Daraufhin wurden Kodiereinheiten bestimmt. Im Wechselspiel zwischen deduktiven und induktiven Analyseschritten wurde das Kategoriensystem ausdifferenziert und erprobt [95]. Dabei wurde ein inhaltlicher Aspekt als überformende Oberkategorie identifiziert und daraufhin das Kategoriensystem modifiziert [95]. Anschließend erfolgte die Kodierung des Datenmaterials mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem [95, 55, S.43ff.]. Der gesamte Analyseprozess erfolgte computergestützt mit der Software MAXQDA [107].

Zur Sicherung der Qualität der Arbeit reflektierte die Autorin im gesamten Forschungsprozess ihre eigenen Vorannahmen. Eine diskursive Form der Herstellung von Nachvollziehbarkeit des Analyseprozesses fand in regelmäßigen Treffen mit der Zweitautorin statt.

Von Oktober 2021 bis Februar 2022 wurden n=13 leitfadengestützte Interviews durchgeführt. In Tabelle 1 sind soziodemographische Faktoren der befragten Frauen (n=13) aufgeführt.

Merkmal	Ausprägung	Anzahl
Altergruppen	20-25	5
	25-35	6
	35-40	2
Anzahl der Kinder	Ein Kind	6
	Zwei Kinder	6
	Drei Kinder	1
Hebammenversorgung	Ja	8
	Nein	5
Bundesland des Wohnortes	Baden-Württemberg	11
	Hessen	1
	Thüringen	1

Tabelle 1: Soziodemographische Daten der Interviewteilnehmer\*innen

**Deutsche Schlüsselwörter:** Hebammenhilfe, Zugang, psychosoziale Belastungen, soziale Ungleichheit, Barrieren

**Englische Schlüsselwörter:** Maternity Care, Midwifery, Access, vulnerable women, disadvantaged

Eingereicht 29.3.2023  
Nach Revision  
angenommen: 29.9.2023.



In Tabelle 2 werden aus der Literatur identifizierte und subjektiv berichtete Belastungsfaktoren aufgeführt.

Merkmal	Ausprägung	Anzahl
Einkommen	Staatliche Transferleistungen Sozialhilfe oder ALG II	8
	Ohne ALG II oder Sozialhilfe	5
Bildungsstand	Kein Schulabschluss	4
	Hauptschulabschluss	2
	Mittlerer Schulabschluss	3
	Hochschulreife	4
Migrationsspezifische Belastung	Ja	4
	Nein	9
Beziehungsstatus	Feste Beziehung/ verheiratet	9
	alleinerziehend	4
Erwerbstätigkeit	Erwerbstätig, z.Zt. In Mutterschutz / Elternzeit	3
	erwerbslos	7
	In Ausbildung	2
Chronische Erkrankung	Ja	5
	Nein	8
Psychische Belastung	Ja	11
	Nein	2
Soziale Isolation	Ja	4
	Nein	9
Weitere, von den TN berichtete Belastungsfaktoren	Ehemann in Haft	1
	Diskriminierung aufgrund sexueller Orientierung	1
Mehrfache Belastungen		10

Tabelle 2: Soziodemografische Faktoren der Teilnehmer\*innen, welche Hinweise auf eine psychosoziale Belastung liefern können

## Ergebnisse

Die befragten Frauen sehen den Zugang zur Hebammenhilfe maßgeblich durch den Einflussfaktor des Glücks geprägt. Dies spiegelt sich in Privilegien, einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur, gegliederten Suchstrategien sowie der persönlichen Beziehung zur Hebamme wider. Das Glück wird als fördernder Faktor betrachtet, der die verschiedenen Zugangsdimensionen überformt und von den Befragten als bedeutsames

Moment im Zugang zur Hebammenhilfe wahrgenommen wird. Bei einigen Befragten wirkt das Glück als konstantes narratives Element in ihrem Zugang zur Hebammenhilfe. Die Gliederung der Ergebnisse erfolgt anhand der in Tabelle 3 dargestellten Kategorien.

Oberkategorie "Glück haben"	Zugang als Privileg	schlechte Verfügbarkeit
		privilegierende Faktoren
		Persönliche Empfehlung
	Der Vorteil einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur	angepasste Versorgungsstruktur
		Vermittlung von Hebammenhilfe
	Erfolgversprechende Suchstrategien, welche die Chance auf Zugang erhöhen	Beharrlichkeit
		Rechtzeitigkeit
		Frustration und Ablehnung
		begrenzte Ressourcen
	Vertrauen und Kompetenz der Hebamme als Schlüsselfaktoren bei der Inanspruchnahme	Sympathie
		Empowerment
		Angst vor Stigmatisierung
Respektlosigkeit		

Tabelle 3: Endgültiges Kategoriensystem

## Zugang als Privileg

Aus der Perspektive von Frauen mit psychosozialen Belastungen wird der Zugang zur Hebammenhilfe von persönlichen Empfehlungen, sozialen Netzwerken sowie von Bekanntheit beeinflusst. Dies kann dazu führen, dass der Zugang als "wahnsinniges Privileg" (Philis, 108) wahrgenommen wird. In den Interviews wird kontinuierlich von der schlechten Verfügbarkeit von Hebammen berichtet. Dies führt dazu, dass Frauen trotz ihres Wunsches, Hebammenversorgung zu erhalten, keine Betreuung finden können.

Philis, die sehr isoliert lebte und keine Hebamme gefunden hatte, berichtet:

"Also, ich empfinde die Unterstützung von einer Hebamme [...] leider nicht als selbstverständlich [...]. Für mich ist das ein wahnsinniges Privileg, wenn man da die Unterstützung hat." (Philis, Z.106-08)

Laut Philis findet man in ihrer Region nur dann eine Hebamme, wenn man frühzeitig sucht und am besten eine persönliche Empfehlung hat.

"Sechste, siebte Woche kommst du nur rein, wenn du eine Empfehlung hast. Und die Hebamme der Empfehlung von einer Freundin traut, weil sie von der Freundin schon mehrere Kinder betreut hat oder so." (Philis, Z.220-2)

Philis meint, dass der Zugang zur Hebammenhilfe nicht für jede Frau gleich ist. Persönliche Empfehlungen könnten eine Rolle spielen, um Zugang zu erhalten. Diese Ungleichheit kann Frustration und Enttäuschung über fehlende Unterstützung hervorrufen und verstärkte in Philis' Fall ihre soziale Isolation.

Ruth, 33 Jahre alt, erlebte beim Zugang zur Hebammenhilfe eine gewisse Vorzugsstellung. Nach ihrer Kündigung als wissenschaftliche Mitarbeiterin befand sie sich in einer schwierigen Lage und konnte aufgrund ihrer Belastung nicht rechtzeitig nach einer Hebamme suchen. Trotz einem "brutalen Mangel an Hebammen" (Ruth, Z.205) in ihrer Region, hatte sie dann "richtig, richtig, richtig Glück!" (Z.207). Für Ruth erwies sich die Bekanntschaft mit der Hebamme und die Tatsache, dass sie als Zweitgebärende für die Hebamme als weniger betreuungsintensiv erscheint, als Vorteil.

Sie erzählt:

"[...] als es mir so schlecht ging, konnte ich nichts machen [...] irgendwie, hat man andere Sorgen. Und dann habe ich die Hebamme eben angerufen und hat sie gesagt, ja [...], sie kann das gerne übernehmen. Ähm, weil sie mich ja schon kennt und weil sie oft bei zweiten Kindern, ist das nicht mehr ganz so aufwändig. Ähm, oder nicht mehr ganz so neu alles, wie beim, wie bei einem Erstgeborenen. Und deshalb hat sie mich da noch aufgenommen." (Ruth, Z.58-63)

Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass der Versorgungsmangel Barrieren im Zugang zur Hebammenhilfe erhöhen kann und somit ein ungleicher Zugang entsteht. Dies bedeutet, dass Frauen in herausfordernden Lebenssituationen aufgrund von begrenzten Ressourcen und einer unzureichenden Verfügbarkeit von Hebammen möglicherweise keinen angemessenen Zugang haben und dadurch in einer benachteiligten Position sind.

## Der Vorteil einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur

Das von einigen Befragten beschriebene Glück resultierte nicht aus Zufall, sondern aus einer gezielten aufsuchenden Gestaltung der Versorgungsstruktur. Diese Anpassung des Angebotes empfinden einige Befragte als förderlich. Nesrin, eine syrische Migrantin, beschreibt das Angebot einer Hebammensprechstunde in einer Geflüchtetenunterkunft als Glück:

"Und ich kenne meine Hebamme von vor vier Jahren und deswegen habe ich die Hebamme gefunden. [...] Vom Camp. Das war Glück – wegen Camp. Danach kennen alle Leute die Hebamme in Deutschland." (Nesrin, Z.76-8)

Carla wiederum hatte kein Glück mit dem Zugang. Als Migrantin mit begrenztem Wissen über das deutsche Gesundheitssystem wurde sie nicht rechtzeitig über die Hebammenhilfe informiert.

"Und spät, war spät, spät! Ich war schon im neunten Monat! Weil ich es nicht gewusst habe. [...] Blöd gegangen! [...] Niemand hat mir gesagt, dass ich eine Hebamme brauche [...]." (Carla, Z.157-61)

Für Frauen in ökonomisch schwierigen Lebenslagen sind Angebote der ambulanten Hebammenbetreuung schwer erreichbar, wenn Mobilität mit privatem Verkehrsmittel

eine Voraussetzung zum Zugang ist. Philis berichtet über das Angebot einer Wochenbettambulanz:

"Aber da war es mir einfach nicht möglich, hinzukommen. Weil wir kein Auto haben und das ein-fach viel zu weit weg ist." (Philis, Z.305-6)

Die Vermittlung aufsuchender Hebammenhilfe durch interdisziplinäre Kooperation kann für belastete Frauen die Erreichbarkeit fördern.

Chantal, die keine Hebamme in der Schwangerschaft fand, erhielt aufgrund von Schwierigkeiten im Beziehungsaufbau zu ihrem Neugeborenen nach der Geburt vom Klinikpersonal eine Familienhebamme vermittelt. Sie beschreibt diese Art des Zugangs als „Glück im Unglück“. (Chantal, Z.66) Die Unterstützung half ihr, mit dieser Überforderung umzugehen.

"War halt alles neu! Also wir waren schon halt am Anfang ein bisschen überfordert mit allem, ganz ehrlich gesagt!" (Chantal, Z.96-7)

Auch Sophia hätte die Vermittlung einer Hebamme förderlich gefunden. Sie war in der Schwangerschaft "...viel mehr mit dem Konsum beschäftigt." (Sophia, Z.205)

"Also, ich war, ähm, ja, drogenabhängig. [...] Und dadurch habe ich halt sehr viele Termine bei der Drogenberatung, Motivationsgruppen, Jugendamt Termine. [...] Hätte ich eine Hebamme bekommen, dann hätte die mir auch sagen können, was in der Schwangerschaft gut ist. Vielleicht hätte die mir ja auch was Gutes zureden können." (Sophia, Z.47-8; 232-4)

Ein förderliches Merkmal bei der Vermittlung von Hebammenhilfe ist die Berücksichtigung von Freiwilligkeit und Partizipation. Wird das Angebot der Hebammenhilfe aufgedrängt, kann dies zu Entmündigung und Unwohlsein führen. Möglicherweise durch gesellschaftliche Normen beeinflusst, legten einige Befragte großen Wert auf ihre Autonomie und Selbstbestimmung.

Wendy, einer 23-jährige Zweitpara, wurde ihre Selbstständigkeit abgesprochen. Sie hat unfreiwillig eine Familienhebamme vermittelt bekommen. Sie wollte die Herausforderungen allein bewältigen, um ihre Stärke und Fähigkeiten zu zeigen. Wendy äußerte den Wunsch, die Schwangerschaft und Geburt ohne externe Unterstützung zu meistern.

"Aber ich habe dann so gesagt: Ja ich habe es bei Anton auch ohne Hebamme hingekriegt, bei meinem Großen. Also werde ich es diesmal auch hinkriegen. Aber das wollten die ja alle nicht. Die wollten alle unbedingt, die haben alle richtig darauf bestanden, dass ich noch jemanden habe. (Wendy, Z.232-5). "[...] das war mein Sturkopf [...] wollte es halt zuerst alleine, [...] probieren, um halt zu zeigen, dass ich es auch kann!" (Wendy, Z.380)

## Erfolgversprechende Suchstrategien, welche die Chance auf Zugang erhöhen

Der Zugang zur Hebammenhilfe wird von den befragten

Frauen durch verschiedene Suchstrategien beeinflusst. Die Suche ist von intensivem Wettbewerb geprägt und erfolgreiche Strategien sowie selbstinitiierte Aktivitäten erhöhen die Chance auf geeignete Betreuung. Ena, eine 23-jährige Erstgebärende, war gut über die Hebammenversorgung in ihrer Region informiert. Sie verteilte Absagen von Hebammen in deren hohen Arbeitsbelastung und hat eine Erfolgsstrategie gewählt.

*"Also, du hast den Test! Melde dich direkt! Warte nicht mal die eine Woche ab!" (Ena, Z.401-2) "Weil du halt von vielen eine Absage bekommst. [...], weil du halt von vielen eine Absage bekommst, weil sie halt überlastet sind. [...] ich hatte extrem Glück!" (Ena, Z. 147-8)*

Eine entschlossene und beharrliche Suche kann zum Erfolg führen. Pia, eine 29-jährige Zweitpara, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen erwerbsunfähig war, berichtet von ihrer Hartnäckigkeit bei der Suche:

*"Ich hab' eben nicht aufgegeben. Ich hab' dauernd weiter telefoniert." (Pia, Z.107)*

Pia zeigte eine sehr entschlossene proaktive Herangehensweise, die daraufhin deutet, dass sie daran glaubt, durch ihre Bemühungen Erfolg zu haben.

*„Also, das habe ich von vielen gehört, dass es nicht so einfach werden kann. Aber ich denk, ich hab' mir halt gedacht: ‚wenn man dranbleibt und hartnäckig bleibt, dann findet man schon eine!‘ [...] Das kann ich sehr gut! (lacht) Das Hartnäckige!“ (Pia, Z.299-01)*

Um erfolgreiche Suchstrategien zu wählen, braucht es Ressourcen zur Selbstaktivierung, um eine lange und kräftezehrende Suche zu bewältigen. Schwierige ökonomische Verhältnisse können dazu führen, dass Frauen keine Ressourcen haben, um sich um ihre eigenen Bedürfnisse zu kümmern und sich am Wettbewerb um eine Hebamme zu beteiligen. Maria, eine Viertpara, deren Mann in der Schwangerschaft inhaftiert wurde, berichtet darüber:

*"Da hatte ich andres auf dem Schirm, weil halt mein Mann gehen musste, als ich schwanger war und ich das dann alles praktisch alleine stemmen musste. Und das alles zu organisieren. Finanziell natürlich total am Limit, sag ich jetzt mal." (Maria, Z.18-20)*

Manchen Befragten erweist sich die Suchstrategie als nicht erfolgreich. Dies kann zu Frustration, Resignation und einem Gefühl von Ablehnung führen.

Chantal hatte sich die Suche unkomplizierter vorgestellt und hoffte auf ein persönliches Kennenlernen. Als sie jedoch merkte, dass die Suche komplizierter ist als erwartet, gab sie auf und resignierte.

*"Ich hab' mir das [...] ganz anders vorgestellt. Ich hab' gedacht, ich ruf da ein paar an und die kommen dann zum Kaffee vorbei und die, die mir sympathisch ist, die nehme ich. Aber, so war das dann leider nicht." (Chantal, Z. 281-3)*

*"...wir waren ja total auf der Suche." (Chantal, Z.217) "Ja- irgendwann hab' ich dann so gesagt: "Ja, gut-wenn mich da keiner haben möchte, dann lass ich's." (Chantal, Z.54-5)*

## Vertrauen und Kompetenz der Hebamme als Schlüsselfaktoren für die Inanspruchnahme

Die Person der Hebamme spielt für die Befragten eine große Rolle. Sympathie und Vertrauen fördern die Akzeptanz des Hebammenangebots, während fehlende Sympathie eine Barriere darstellen kann. Chantal drückt es so aus:

*"[...] und wenn sie mir nicht sympathisch ist, kann ich ja auch kein Vertrauen mit ihr aufbauen. Dann denke ich lieber, nein, dann habe ich lieber doch keine." (Chantal, Z.292-294)*

Die besondere Vulnerabilität und Intimität der reproduktiven Lebensphase begründen die Relevanz einer Vertrauensbeziehung zur Hebamme. So meint Ena, die im Interview von ihren Schamgefühlen berichtet:

*"[...] du musst dich wirklich mit dieser Frau wohlfühlen! [...] Weil, [...], diese Frau wird dich so fertig sehen und so ungeduscht oder alles Mögliche. Und so fertig. Und so viel obenrum nackt. [...] von daher, du musst dich mit dieser Frau wohlfühlen!" (Ena, Z.409-416)*

Scham und die Angst vor Stigmatisierung durch die Hebamme können den Zugang zur Hebammenhilfe behindern. Sophia hatte bereits wegen ihres Drogenkonsums Stigmatisierung erfahren, was die Scham für sie zu einer Barriere machte, sich überhaupt an eine Hebamme zu wenden.

*"Ich glaube das war auch eher so ein Schamgefühl, [...], ähm, ich glaube, ich dachte so, dass sie denkt, [...], als Mutter zu konsumieren, ähm: ‚Schlimm!‘ und ‚Wie kann eine Mutter so was machen?‘" (Sophia, Z.217-9)*

Für die Akzeptanz ist es relevant, die Möglichkeit einer individuellen Wahl in Bezug auf die Person der Hebamme und die Gestaltung des Angebots zu haben.

Viele Befragte berichten von der unterstützenden und gesundheitsförderlichen Wirkung der Hebammenhilfe. Besonders hervorgehoben wird der Angstabbau und die daraus resultierende Entspannung sowie Verbesserung der Gesundheit durch Gespräche mit der Hebamme. So berichtet Eva, die in ihrem familiären Umfeld Diskriminierungserfahrungen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung erlebt hat:

*"Ich hatte echt Glück, dass ich so eine tolle Hebamme hatte, da vor Ort. Die hat auch Gespräche mitgeführt. Also mit uns gesprochen mit dem Schwiegervater gesprochen, und viel dazu beigetragen, dass das dann doch auch so gut geklappt hat. Und ich denk mal auch, dass dann auch die Geburt gut war, deswegen. Weil ich dann entspannter war." (Eva, Z.31-4)*

Chantal betont, dass die Handlungspraxis der Hebamme genau ihren Bedürfnissen entsprochen hat und sie dadurch in ihren eigenen Kompetenzen gestärkt und ermächtigt wurde.

*"[...] sie hat mir immer sehr viel Mut gemacht. Dass ich das mit dem Kleinen hinbekomme. Wenn wir darauf mal zurückschauen, dass wir da lachen werden, und da hat sie auch Recht behalten (lacht)." (Chantal, Z.393-5)*

Die psychosozialen Kompetenzen der Hebamme sind entscheidend für eine angemessene Versorgung. Einige

Befragte tragen Gefühle der Machtlosigkeit und geringen Selbstwerts in sich. Respektlose Versorgung kann diese Empfindungen verstärken. Respektlosigkeit und Diskriminierung im geburtshilflichen Kontext beeinträchtigen das Selbstvertrauen und das Vertrauen in die Hebammenversorgung, was für betroffene Frauen eine große Herausforderung darstellt. Canan erzählt von traumatischen Erfahrungen bei der Geburt ihres ersten Kindes, inklusive körperlicher und psychischer Gewalt durch eine Hebamme. Nun zögert sie in der zweiten Schwangerschaft Hebammenhilfe in Anspruch zu nehmen:

*"Ich würde gerne halt einfach, dass ich mich bei ihr auch wohlfühle. [...] Ich habe eine ein bisschen traumatische Geburt gehabt. [...], weil die Hebamme richtig, richtig, richtig schlimm mich behandelt hat. Also, es war, [...] das habe ich auch nicht bis heute irgendwie verarbeitet." (Canan, 252-5)*

## Diskussion

Die vorliegende Studie präsentiert heterogene Erfahrungen und Einstellungen zum Zugang zur Hebammenhilfe aus der Perspektive von Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungen. Die in verschiedenen Studien beschriebenen Versorgungslücken [3, 8, 36, 50, 87] führen dazu, dass Frauen in belasteten Lebenslagen erschwert Zugang zur Hebammenhilfe haben und dabei eine ungleiche Verteilung von Zugangschancen erfahren. Dies führt zu einer spürbaren Ungleichheit und resultiert in Frustration, Ohnmacht und Gefühlen der Ablehnung.

Angesichts der Rechtsverpflichtung des deutschen Staates, den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten [18], besteht ein dringender Handlungsbedarf, der bereits in vielen Studien [5, 8, 36] identifiziert wurde. Es bedarf der Entwicklung einer Versorgungsgestaltung, die den beschränkten Möglichkeiten von Personen in belasteten Lebenslagen gerecht wird. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass aufsuchende Hebammenarbeit nicht nur in Flüchtlingsunterkünften den Zugang zur Hebammenversorgung für Personen mit Fluchterfahrung verbessern kann [10, 24, 39]. Dies gilt auch für andere spezialisierte Einrichtungen, die auf die Bedürfnisse von Zielgruppen mit besonderen Bedürfnissen ausgerichtet sind, wie beispielsweise Suchtberatungsstellen.

Wie in anderen Studien bereits aufgezeigt wurde, kann durch eine wirksame Koordination an Schnittstellen und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit gezielte Unterstützung für Familien in belasteten Situationen verbessert werden [26, 82, 88, 93]. Es ist relevant, das Angebot der Hebammenhilfe mit Betonung von Freiwilligkeit und Partizipation zu gestalten. Ein spezifischer Zugang zu Hebammenbegleitung mittels selektiver Zuweisung statt Selbstauswahlprozessen birgt Risiken zur Stigmatisierung und Autonomiebeschränkung [29, 38]. Im Gegensatz zu anderen Studien [16, 39] finden sich in den Daten kaum Hinweise auf ein passives Verhalten der Frauen beim Navigieren durch das Gesundheitssystem. Einige Frauen berichten sogar von einem sehr hohen Engagement und durchdachten Strategien bei der Hebammsuche. Die Möglichkeiten, Gesundheitsversorgung zu nutzen, werden jedoch durch soziale Lebensbedingungen geprägt [1]. Analog dazu unterliegen die Frauen gewissen Einschränkungen bei

der Wahrnehmung eines Versorgungsbedarfes. Dies resultiert daraus, dass bestimmte erforderliche Handlungen beim Zugang zur Versorgung, wie von Levesque et al. [59] beschrieben, in bestimmten Lebenslagen gar nicht leistbar sind [53, 58]. So können schwierige ökonomische Lebenslagen, beschränkte Mobilität, psychische Belastungen oder Suchterkrankungen die Handlungsmöglichkeiten zur Inanspruchnahme von Hebammenhilfe einschränken. Insgesamt zeigt die Studie in Übereinstimmung mit anderen Quellen [41, 109], dass die Ergebnisse von Personen in belastenden Lebenslagen aufgrund der komplexen Interaktion von sozialen Umständen und psychischem Wohlbefinden äußerst individuell geprägt sind.

Analog zu anderen Studien [65, 80, 86] ist Versorgung mit Hebammenhilfe bei den befragten Frauen grundsätzlich positiv und mit Umschreibungen von Glück assoziiert. Die Ergebnisse der Studie betonen die bedeutende Rolle der Person der Hebamme für die Akzeptanz und Wirksamkeit der Hebammenhilfe. Sympathie, Vertrauen, Diversitätssensibilität und eine respektvolle, einfühlsame Betreuung sind entscheidende Faktoren für das Wohlbefinden der Frauen. Genau diese Aspekte wurden von Renfrew et al. [80] als evidenzbasierte Komponenten einer wirksamen Versorgung von Müttern und Neugeborenen identifiziert. Nicht nur der Rahmen des Arbeitsbündnisses, sondern auch die Qualität der Beziehung zur Hebamme hat direkten Einfluss sowohl auf die Inanspruchnahme als auch auf die Wirksamkeit der Hebammenleistung [13, 74, 91, 112]. In Übereinstimmung mit anderen Studien [10, 61, 108] zeigen die vorliegenden Daten ebenfalls, dass Diskriminierungserfahrungen in der Hebammenversorgung zu einem Gefühl der Ablehnung und des Nicht-Unterstützt-Werdens führen können. Solche Erfahrungen können zur Hürde oder gar Ablehnung des Versorgungsangebotes beitragen.

In Übereinstimmung mit anderen Studien [14, 32, 46] zeichnet sich für Frauen mit Belastungen eine bedeutende Möglichkeit ab. Durch eine Handlungspraxis von Empowerment könnte ein höheres Maß an gesundheitsförderlicher Selbstkompetenz erlangt werden. Gemäß Van Staa und Renner [106] kann eine angeordnete Hebammenversorgung einen bevormundenden Charakter haben, begleitet von potenzieller Stigmatisierung und der Ablehnung des Angebots.

Wie auch bei Simon [100] zeigen die Ergebnisse, dass die psychosozialen Kompetenzen der Hebamme wesentlich zur Akzeptanz und Angemessenheit der Versorgung beitragen und somit die Inanspruchnahme fördern. In Diskrepanz dazu zeigen zahlreiche internationale Studienergebnisse, dass Hebammen sich in der ambulanten Versorgung oft nicht ausreichend kompetent im Umgang mit den psychosozialen Problemen der Frauen fühlen [35, 45, 66, 70, 100].

Die Ergebnisse verdeutlichen die Relevanz kommunikativer Kompetenzen bei Hebammen, wie von Pehlke-Milde betont [73]. Ähnlich zu Kraus [52, S.68ff.] geben befragte Frauen an, dass eine solche Kommunikationskompetenz eine positiv aktivierende Atmosphäre schafft. Dies kann interne Hürden bei der Inanspruchnahme von Hebammenhilfe mindern und den Nutzen steigern.

In der vorliegenden Studie ist ein umfassender Blick auf den komplexen Prozess des Zugangs aus der Perspektive



von Frauen in belasteten Lebenslagen gelungen. Trotz der Herausforderung, "selten gehörte" [89] Zielgruppen zu erreichen [2, 11, 44, 51] konnten 13 Interviews mit der untersuchten Zielgruppe geführt werden. Dies kann als Stärke der Studie betrachtet werden. Die Befragten teilten größtenteils sehr offen und vertrauensvoll ihre Sichtweisen und Erfahrungen. Die reichhaltigen Ergebnisse liefern nützliche Erkenntnisse, aus denen nachfolgend Schlussfolgerungen für die Versorgungsgestaltung und zukünftige Forschung abgeleitet werden. Limitationen ergeben sich primär durch die Art und Weise der Rekrutierung. Es kann vermutet werden, dass die Form der Rekrutierung über Gatekeeper und die Tatsache, dass die Interviews von einer Forscherin durchgeführt wurden, die selbst als Hebamme qualifiziert ist, eher zu sozial erwünschten Antworten geführt hat.

### Schlussfolgerungen

Die in der Studie identifizierten Barrieren zur Hebammenhilfe für Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren und die wahrgenommene Ungleichheit implizieren einen Handlungsbedarf, um Ohnmacht und Benachteiligung zu vermeiden.

Neben Bereitstellung ausreichend verfügbarer Kapazitäten von Hebammen, braucht es für eine zielgerichtete Optimierung der Versorgungsgestaltung wirksame Konzepte, welche die Bedürfnisse und Herausforderungen dieser Frauen berücksichtigen. Beispiele für etablierte Versorgungskonzepte in kommunalen Strukturen sind Hebammenzentralen [50] und aufsuchende Hebammenarbeit in Geflüchteten-unterkünften. In einigen Kantonen der Schweiz sind Hebammennetzwerke wie Familystart [30] etabliert, die gezielt Familien Hebammenhilfe vermitteln und eine garantierte Versorgung sicherstellen. Ein Beispiel für eine erweiterte Betreuung ist das evaluierte Schweizer Modell "Sorgsam-Support am Lebensstart" [98], welches die Leistungen von Familystart erweitert und als Frühe-Hilfen-Programm die bedeutende Rolle der Hebammen als wichtige Ansprechpartner\*innen für Familien in belasteten Lebenslagen anerkennt. Das Betreuungsmodell bietet diesen Familien eine verbesserte Unterstützung durch Hebammen, die kontinuierlich in familienzentrierter Beratung weitergebildet werden, einen Härtefallfond für nicht versicherte Leistungen und finanzielle Nothilfe. Das Modell wird in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Hebammenverband Basel angeboten und vom Gesundheitsdepartement Basel-Stadt mitfinanziert. Eine weitere Möglichkeit zur Optimierung der Erreichbarkeit für Frauen, die bereits Kontakte im Sozialwesen aufgrund von psychischen Erkrankungen haben, könnte eine verstärkte intersektorale Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheits- und Sozialwesen sein. Wichtige Faktoren für die Akzeptanz der Hebammenhilfe sind Freiwilligkeit und Partizipation. Frauen sollten Hebammen frei wählen können und am Versorgungsprozess teilhaben können. Um den Anforderungen belasteter Familien gerecht zu werden und Respektlosigkeit zu vermeiden, sollten Diversitätssensibilität und angemessene Gesprächsführung in der curricularen Entwicklung von Studiengängen für die Hebammenausbildung und Weiterbildungen verankert werden. Zukünftige Forschung sollte die Diversitätskompetenz und Handlungspraxis von Hebammen in der

Versorgung belasteter Frauen in den Fokus nehmen.

### Literaturverzeichnis

- Abel T, Sommerhalder K. Gesundheitskompetenz/Health Literacy: Das Konzept und seine Operationalisierung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2015; 58:923-929. DOI: 10.1007/s00103-015-2198-2.
- Aglipay M, Wylie JL, Jolly AM. Health research among hard-to-reach people: six degrees of sampling. Can Med Assoc. 2015; 187:1145-1149. DOI: 10.1503/cmaj.141076.
- AOK. Gesunder Start ins Leben. Schwangerschaft-Geburt-erstes Lebensjahr [Internet]. AOK Rheinland/Hamburg, Düsseldorf. 2018 [Zugriff: 25.03.2023]. Verfügbar unter: aok-rh-themenreport-geburt-2018.pdf
- Ayerle GM, Makowsky K, Schücking BA. Key role in the prevention of child neglect and abuse in Germany: continuous care by qualified family midwives. Midwifery. 2012;28:e469-47. DOI: 10.1016/j.midw.2011.05.009.
- Ayerle GM, Mattern E. Prioritäre Themen für die Forschung durch Hebammen: Eine Analyse von Fokusgruppen mit schwangeren Frauen, Müttern und Hebammen. GMS Z Für Hebammenwissenschaft. 2017;4:Doc04. DOI: 10.3205/zhwi000010.
- Ayerle GM, Mattern E, Lohmann S. Kirchner Hebammenversorgung: "Ich wünsche mir...". Präferenzen und Defizite in der hebammenrelevanten Versorgung in Deutschland aus Sicht der Nutzerinnen und Hebammen: Eine qualitative explorative Untersuchung [Internet]. 2017 [Zugriff: 25.03.2023]. Verfügbar unter: Projektbeschreibung\_Praeferenzen\_und\_Defizite\_in\_der\_hebammenrelevanten\_Versorgung.pdf (umh.de)
- Bauer N, Blum K, Löffert S, Luksch K. Handlungsempfehlungen zum "Gutachten zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen.": Gutachten des Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) und der Hochschule für Gesundheit (hsg) Bochum, StB Hebammenwissenschaft für das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HSMI). Bochum/Duesseldorf: DKI & hsg; 2020.
- Bauer NH, Villmar A, Peters M, Schäfers R. HebAB.NRW - Forschungsprojekt „Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen“; 2020.
- Benarous X, Raffin M, Bodeau N, Dhossche D, Cohen D. Consoli Adverse Childhood Experiences Among Inpatient Youths with Severe and Early-Onset Psychiatric Disorders: Prevalence and Clinical Correlates. Child Psychiatry Hum Dev. 2017;48:248-259. DOI: 10.1007/s10578-016-0637-4.
- Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. PLoS Med. 2015;12:e1001847; discussion e1001847. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001847.
- Bonevski B, Randell M, Paul C, Chapman K, Twyman L, Bryant J, et al. Reaching the hard-to-reach: a systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups. BMC Med Res Methodol. 2014;14:42. DOI: 10.1186/1471-2288-14-42.
- Bradby H, Humphris R, Newall D, Phillimore J. Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Refugees and Asylum Seekers in the European Region. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen; 2015.
- Bradfield Z, Duggan R, Hauck Y, Kelly M. Midwives being 'with woman': An integrative review. Women Birth. 2018;31:143-152. DOI: 10.1016/j.wombi.2017.07.011.
- Connelly LM, Keele BS, Kleinbeck SV, Schneider JK, Cobb AK. A place to be yourself: empowerment from the client's perspective. Image - J Nurs Scholarsh. 1993;25:297-303. DOI: 10.1111/j.1547-5069.1993.tb00263.x.
- Crandall A, Miller JR, Cheung A, Novilla LK, Glade R, Novilla MLB, et

- al. ACEs and counter-ACEs: How positive and negative childhood experiences influence adult health. Child Abuse Negl. 019;96:104089. DOI: 10.1016/j.chiabu.2019.104089.
- Darling EK, Grenier L, Nussey L, Murray-Davis B, Hutton EK, Vanstone M. Access to midwifery care for people of low socio-economic status: a qualitative descriptive study. BMC Pregnancy Childbirth 2019;19:416. DOI: 10.1186/s12884-019-2577-z.
- Dawson AJ, Nkowane AM, Whelan A. Approaches to improving the contribution of the nursing and midwifery workforce to increasing universal access to primary health care for vulnerable populations: a systematic review. Hum Resour Health. 2015;13:97. DOI: 10.1186/s12960-015-0096-1.
- Deutscher Bundestag. Grundgesetzlicher Anspruch auf gesundheitliche Versorgung. Deutscher Bundestag, Berlin; 2015.
- Dravta J, Grylka-Baeschlin S, Volken T, Zyssen A. Wissenschaftliche Übersichtsarbeit frühe Kindheit (0-4j.) in der Schweiz: Gesundheit und Prävention. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW, Winterthur; 2019.
- Dudenhausen JW, Kirschner R. Psychosoziale Belastungen als Risikofaktoren der Frühgeburt - Erste Befunde der Daten des Baby Care-Projekts. Zentralblatt Für Gynäkol. 2003;125:112-122. DOI: 10.1055/s-2003-41907.
- Ebert L, Bellchambers H, Ferguson A, Browne J. Socially disadvantaged women's views of barriers to feeling safe to engage in decision-making in maternity care. Women Birth J Aust Coll Midwives. 2014;27:132-137. DOI: 10.1016/j.wombi.2013.11.003.
- Economidoy E, Klimi A, Vivilaki VG. Caring for substance abuse pregnant women: The role of the midwife. Health Sci J. 6; 2012.
- Ehlert U. Einfluss von Stress auf den Schwangerschaftsverlauf und die Geburt. Psychotherapeut. 2004;49:367-376. DOI: 10.1007/s00278-004-0389-7.
- Eickhorst A, Schreier A, Brand C, Lang K, Liel C, Renner I, et al. Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2016;59:1271-1280. DOI: 10.1007/s00103-016-2422-8.
- Fair F, Raben L, Watson H, Vivilaki V, van den Muijsenbergh M, Soltani H. ORAMMA team Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. PLoS One. 2020; 15:e0228378. DOI: 10.1371/journal.pone.0228378.
- Fischer J, Geene R. Gelingensbedingungen der Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen: Handlungsansätze und Herausforderungen im Kontext kommunaler Präventionsketten. Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung e.V. (FGW), Düsseldorf; 2019.
- Flick U, Kardorff E von, Steinke I. Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick U, Kardorff E von, Steinke I (eds). Qualitative Forschung: Ein Handbuch, 14th ed. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch; 2000. S. 13-19.
- Gewalt SC, Berger S, Ziegler S, Szecsenyi J, Bozorgmehr K. Psychosocial health of asylum seeking women living in state-provided accommodation in Germany during pregnancy and early motherhood: A case study exploring the role of social determinants of health. PLoS One. 2018;13:e0208007. DOI: 10.1371/journal.pone.0208007.
- Grieshop M, Tegethoff D, Streffing J. Stigmatisierung versus Unterstützung von Eltern -der Erstzugang zu jungen Familien im Kontext der Frühen Hilfen. Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft. Berlin; 2020. DOI:10.3205/20dghwi23.
- Grylka-Baeschlin S, Iglesias C, Erdin R, Pehlke-Milde J. Evaluation of a midwifery network to guarantee outpatient postpartum care: a mixed methods study. BMC Health Serv Res. 2020;20:565. DOI: 10.1186/s12913-020-05359-3.
- Hadrill R, Jones GL, Mitchell CA, Anumba DOC. Understanding delayed access to antenatal care: a qualitative interview study. BMC Pregnancy Childbirth. 2014; 14:207. DOI: 10.1186/1471-2393-14-207.
- Halldorsdottir S, Karlsdottir SI. The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. Scand J Caring Sci. 2011;25:806-817. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x.
- Hänelt M, Renner I. Unterstützungsbedarf von Müttern in Belastungslagen rund um die Geburt. Hebamme 2021;34:39-46. DOI: 10.1055/a-1644-7453.
- Hasler M, Magklara K, von Wyl A, Zollinger R. Psychosoziale Belastungsfaktoren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie - eine retrospektive Studie. Schweiz Med.2012;12(42):819-820. DOI:10.21256/zhaw-194.
- Hauck YL, Kelly G, Dragovic M, Butt J, Whittaker P, Badcock JC. Australian midwives' knowledge, attitude and perceived learning needs around perinatal mental health. Midwifery. 2015;31:247-255. DOI: 10.1016/j.midw.2014.09.002.
- Hebammenverband Baden-Württemberg. Studie zum Hebammenmangel [Internet]. 2019 [Zugriff: 25.03.2023]. Verfügbar unter: https://hebammen-bw.de/studie-zum-hebammenmangel
- Helfferich C. Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews, 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010.
- Helming E, Sandmeir G, Sann A, Walter M. Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Deutsches Jugendinstitut e.V.: München; 2006.
- Hertle D, Lange U, Wende D. Schwangerenversorgung und Zugang zur Hebamme nach sozialem Status: Eine Analyse mit Routinedaten der BARMER. Gesundheitswesen. 2021;a-1690-7079. DOI: 10.1055/a-1690-7079
- Hertle D, Schindele E, Hauße U. Es ist nicht egal, wie wir geboren werden und wie Frauen gebären. Ein Plädoyer für einen Kulturwandel in der geburtshilflichen Versorgung. Barmer, 2021.
- Hobfoll SE. Social and Psychological Resources and Adaptation. Rev Gen Psychol. 2002;6:307-324. DOI: 10.1037/1089-2680.6.4.307.
- Hoebel J, Lampert T. Subjective social status and health: Multidisciplinary explanations and methodological challenges. J Health Psychol. 2020;25:173-185. DOI: 10.1177/1359105318800804.
- Janßen C, Frie KG, Ommen O. Der Einfluss von sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland. In: Richter, M., Hurrelmann, K. Gesundheitliche Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. 2009; 141-155. DOI: 10.1007/978-3-531-91643-9\_8.
- Johnston LG, Sabin K. Sampling Hard-to-Reach Populations with Respondent Driven Sampling. Methodol Innov Online. 2010;5:38-48. DOI: 10.4256/mio.2010.0017.
- Jones CJ, Creedy DK, Gamble JA. Australian midwives' awareness and management of antenatal and postpartum depression. Women Birth J Aust Coll Midwives. 2012;25:23-28. DOI: 10.1016/j.wombi.2011.03.001.
- Jones PS, Meleis AI. Health is empowerment. Adv Nurs Sci. 1993;15:1-14.
- Kasper A. Geburtshilfliche Versorgung von Frauen mit Fluchterfahrung. In: Kasper A (ed) Die geburtshilfliche Betreuung von Frauen mit Fluchterfahrung: Eine qualitative Untersuchung zum professionellen Handeln geburtshilflicher Akteur\*innen. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2021. S. 33-44.
- Kelle U, Kluge S. Verfahren der Fallkontrastierung I: Qualitatives Sampling. In: Kelle U, Kluge S (eds) Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010. S. 41-55.
- Kim HW, Jung YY. Effects of antenatal depression and antenatal characteristics of pregnant women on birth outcomes: a prospective cohort study. J Korean Acad Nurs. 2012;42:477-485. DOI: 10.4040/jkan.2012.42.4.477.
- Kohler S, Bärnighausen T. Entwicklung und aktuelle Versorgungs-

- situation in der Geburtshilfe in Baden-Württemberg – Bericht für den Runden Tisch Geburtshilfe in Baden-Württemberg. Heidelberg; 2018.
51. von Köppen M, Schmidt K, Tiefenthaler S. Mit vulnerablen Gruppen forschen – ein Forschungsprozessmodell als Reflexionshilfe für partizipative Projekte. In: Wright MT, Wihofszky P, Hartung S (eds). Partizipative Forschung: Ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden. Wiesbaden: Springer Nature; 2020. S. 21–62.
  52. Kraus B. Erkennen und Entscheiden: Grundlagen und Konsequenzen eines erkenntnistheoretischen Konstruktivismus für die Soziale Arbeit, 1st ed. Weinheim: Beltz Juventa; 2013.
  53. Kraus B. Systemisch-konstruktivistische Lebensweltorientierung. Familiendynamik 2016;41(3):188–196.
  54. Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse Methoden, Praxis, Computerunterstützung, 3., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz Juventa; 2016.
  55. Kuckartz U. Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA: Schritt für Schritt. Wiesbaden: Springer VS; 2020.
  56. Larkin P, Begley CM, Devane D. 'Not enough people to look after you': An exploration of women's experiences of childbirth in the Republic of Ireland. Midwifery. 2012;28:98–105. DOI: 10.1016/j.midw.2010.11.007.
  57. Larrañaga I, Santa-Marina L, Molinuevo A, Álvarez-Pedrerol M, Fernández-Somoano A, Jimenez-Zabala A, et al. Poor mothers, unhealthy children: the transmission of health inequalities in the INMA study, Spain. Eur J Public Health. 2019;29:568–574. DOI: 10.1093/eurpub/cky239.
  58. Leßmann O. Lebenslagen und Verwirklichungschancen (capability) – Verschiedene Wurzeln, ähnliche Konzepte. Vierteljahrsh Zur Wirtsch. 2006; 5:30–42. DOI: 10.3790/vjh.75.1.30.
  59. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health. 2013;12:18. DOI: 10.1186/1475-9276-12-18.
  60. Lewis M. Trust me I am a midwife. Int J Integr Care. 2019;19:307. DOI: 10.5334/ijic.53307.
  61. Limmer C, Striebich S, Tegethoff D, Jung T, Leinweber J. Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe. GMS Z Für Hebammenwissenschaft. 2020;7:Doc05. DOI: 10.3205/zhwi000019.
  62. Lorenz S, Marlene Ulrich S, Sann A, Liel C. Self-Reported Psychosocial Stress in Parents with Small Children. Dtsch Arztebl Int. 2020;117:709–716. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0709.
  63. Lyons-Ruth K, Todd Manly J, Von Klitzing K, Tamminen T, Emde R, Fitzgerald H, et al. The Worldwide Burden of Infant Mental and Emotional Disorder: Report of the Task Force of the World Association for Infant Mental Health. Infant Ment Health. 2017;J 38:695–705. DOI: 10.1002/imhj.21674.
  64. Marmot M, Goldblatt P, Allen J, Boyce T, DiMc N, Ilaria G, et al. Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review) [Internet]. In: Inst. Health Equity. 2010 [Zugriff: 25.03.2023] Verfügbar unter: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-exec-summary-pdf.pdf>.
  65. Mattern E, Lohmann S, Ayerle GM. Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups. BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17:389. DOI: 10.1186/s12884-017-1552-9.
  66. McCauley K, Elsom S, Muir-Cochrane E, Lyneham J. Midwives and assessment of perinatal mental health. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2011;18:786–795. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01727.x.
  67. McConville F, Af Ugglas A, Tehongue B. Qualität und Würde-Hebammen im Fokus der WHO. Dtsch Hebammenzeitschrift. 017;69:52–55.
  68. McLeish J, Redshaw M. Maternity experiences of mothers with multiple disadvantages in England: A qualitative study. Women Birth J Aust Coll Midwives. 2019;32:178–184. DOI: 10.1016/j.wombi.2018.05.009.
  69. Oni HT, Buultjens M, Blandthorn J, Davis D, Abdel-Latif M, Islam MM. Barriers and facilitators in antenatal settings to screening and referral of pregnant women who use alcohol or other drugs: A qualitative study of midwives' experience. Midwifery. 020;81:102595. DOI: 10.1016/j.midw.2019.102595.
  70. Origlia Ikhlor P, Hasenberg G, Kurth E, Asefaw F, Pehlke-Milde J, Cignacco E. Communication barriers in maternity care of allophone migrants: experiences of women, healthcare professionals and intercultural interpreters. J Adv Nurs. 2019;75:2200–2210. DOI: 10.21256/zhaw-3205.
  71. Pangas J, Ogunsiji O, Elmira R, Raman S, Liamputtong P, Burns E, et al. Refugee women's experiences negotiating motherhood and maternity care in a new country: A metaethnographic review. Int J Nurs Stud. 2019;90:31–45. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2018.10.005.
  72. Pehlke-Milde J. Ein Kompetenzprofil für die Hebammenausbildung: Grundlage einer lernergebnisorientierten Curriculumentwicklung. Dissertation, Universität Berlin; 2009.
  73. Perriman N, Davis DL, Ferguson S. What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. Midwifery. 2018;62:220–229. DOI: 10.1016/j.midw.2018.04.011.
  74. Pillas D, Marmot M, Naicker K, Goldblatt P, Morrison J, Pikhart H. Social inequalities in early childhood health and development: a European-wide systematic review. Pediatr Res. 2014;76:418–424. DOI: 10.1038/pr.2014.122.
  75. Przyborski A, Wohlrab-Sahr M, Mohr A. Sampling. In: Qualitative Sozialforschung, 4., erweiterte Auflage. Walter de Gruyter GmbH. 2013;177–188.
  76. Przyborski A, Wohlrab-Sahr M, Mohr A. Im Feld: Zugang, Beobachtung, Erhebung. In: Qualitative Sozialforschung, 4., erweiterte Auflage. Walter de Gruyter GmbH. 2013;39–176.
  77. Ramraj C, Pulver A, O'Campo P, Urquia ML, Hildebrand V, Siddiqi A. A Scoping Review of Socioeconomic Inequalities in Distributions of Birth Outcomes: Through a Conceptual and Methodological Lens. Matern Child Health J. 2020; 4:144–152. DOI: 10.1007/s10995-019-02838-w.
  78. Renfrew MJ, Malata AM. Scaling up care by midwives must now be a global priority. Lancet Glob Health. 2021;9:e2–e3. DOI: 10.1016/S2214-109X(20)30478-2.
  79. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidenceinformed framework for maternal and newborn care. Lancet Br Ed. 2014;384:1129–1145. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60789-3.
  80. Renner I. Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems: Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2010;53:1048–1055. DOI: 10.1007/s00103-010-1130-z.
  81. Renner I, Scharmanski S, van Staa J, Neumann A, Paul M. Gesundheit und Frühe Hilfen: Die intersektorale Kooperation im Blick der Forschung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2018; 61:1225–1235. DOI: 10.1007/s00103-018-2805-0.
  82. Robert Koch-Institut. Health inequalities in Germany and in international comparison: trends and developments over time. J Health Monit. 2018;3:1–24. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2018-036.
  83. Rosenhagen G, Boogaart H, Stimmer F. Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit, 4., völlig überarb. und erw. Aufl. Oldenbourg, München; 2000.
  84. Salinas-Miranda AA, King LM, Salihu HM, Berry E, Austin D, Nash S, et al. Exploring the Life Course Perspective in Maternal and Child Health through Community-Based Participatory Focus Groups: Social Risks Assessment. J Health Disparities Res Pract. 2017;10:143–166.
  85. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2016;4:1465–1858. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
  86. Sander M, Albrecht M, Loos S, Stengel V. Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern [Internet]. 2018 [Zugriff: 25.03.2023] Verfügbar unter: [https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2018/08/hebammenstudie\\_kurzfassung.pdf](https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2018/08/hebammenstudie_kurzfassung.pdf)
  87. Sann A, Küster E-U, Pabst C, Peterle C. Entwicklung der Frühen Hilfen in Deutschland: Ergebnisse der NZFH-Kommunalbefragungen im Rahmen der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen (NZFH), Köln; 2022.
  88. Schaefer I, Kumpers S, Cook T. „Selten Gehörte“ für partizipative Gesundheitsforschung gewinnen: Herausforderungen und Strategien. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2021;64:163–170. DOI: 10.1007/s00103-020-03269-7.
  89. Schäfers R, zu Sayn-Wittgenstein F. Neue Perspektiven entwickeln – Hebammen stellen ihre Arbeit dar. Osnabrück; 2009.
  90. Schlüter-Cruse M. Die Kooperation freiberuflicher Hebammen im Kontext Früher Hilfen. Dissertation, Witten/Herdecke; 2018.
  91. Schlüter-Cruse M, zu Sayn-Wittgenstein F. Die Vertrauensbeziehung zwischen freiberuflichen Hebammen und Klientinnen im Kontext der interprofessionellen Kooperation in den Frühen Hilfen: eine qualitative Studie. GMS Z Für Hebammenwissenschaft. 2017;4:Doc03. DOI: 10.3205/zhwi000009.
  92. Schmitt M, Blue A, Aschenbrenner CA, Viggiano TR. Core competencies for interprofessional collaborative practice: reforming health care by transforming health professionals' education. Acad Med J Assoc Am Med Coll. 2011;86:1351. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3182308e39.
  93. Schreier M. Qualitative content analysis in practice. Los Angeles: SAGE; 2012.
  94. Schreier M. Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. Forum Qual Sozialforschung Forum Qual Soc Res. 2014; 15:27.
  95. Schreier M. Fallauswahl in der qualitativen psychologischen Forschung. In: Mey G, Muck K (eds). Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2017. S. 1–21.
  96. Schreier M. Sampling and Generalization. In: The SAGE Handbook of Qualitative Data Collection. London: SAGE Publications London; 2018. S. 84–97.
  97. Schwind B, Zemp E, Jafflin K, Späth A, Barth M, Maigetter K, et al. "But at home, with the midwife, you are a person": experiences and impact of a new early postpartum home-based midwifery care model in the view of women in vulnerable family situations. BMC Health Serv Res. 2023;23:375. DOI: 10.1186/s12913-023-09352-4.
  98. Siegmund-Schultze E, Kielblock B, Bansen T. Schwangerschaft und Geburt: Was kann die Krankenkasse tun? Gesundheitsökonomie Qual. 2008;13:210–215. DOI: 10.1055/s-2008-1027223.
  99. Simon S. Die ambulante Wochenbettbetreuung Eine qualitative Studie zum Professionellen Handeln von Hebammen. Dissertation, Universität Witten/Herdecke; 2017.
  100. Speziale HS, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative, 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
  101. Stahl K. Arbeitssituation von angestellten Hebammen in deutschen Kreißsälen – Implikationen für die Qualität und Sicherheit der Versorgung. Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen. 2016. DOI: 10.1016/j.zefq.2016.07.005.
  102. Sterzing D. Deutsches Jugendinstitut Präventive Programme für sozial benachteiligte Familien mit Kindern von 0 - 6 Jahren Überblick über die Angebote in Deutschland. 2012.
  103. Strübing J. Qualitative Sozialforschung: eine komprimierte Einführung für Studierende. Oldenbourg, München; 2013.
  104. Sutherland G, Yelland J, Brown S. Social Inequalities in the Organization of Pregnancy Care in a Universally Funded Public Health Care System. Matern Child Health J. 2012;16:288–296. DOI: 10.1007/s10995-011-0752-6.
  105. Van Staa J, Renner I. »Man will das einfach selber schaffen« – Symbolische Barrieren der Inanspruchnahme Früher Hilfen. Ausgewählte Ergebnisse aus der Erreichbarkeitsstudie des NZFH. BZGA – Federal Centre for Health Education, Köln; 2020.
  106. VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH MAXQDA, Software für qualitative Datenanalyse. 2022.
  107. Winkler C, Babac E. Birth Justice. Die Bedeutung von Intersektionalität für die Begleitung von Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft. Österr Z Für Soziol. 2022;47:31–58. DOI: 10.1007/s11614-022-00472-5.
  108. Wittchen H-U, Hoyer J. Was ist Klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In: Klinische Psychologie & Psychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2011. S. 3–25.
  109. Witzel A. Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann G (ed) Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Weinheim: Beltz; 1985. S. 227–255.
  110. Witzel A. The Problem-centered Interview. Forum Qual Sozialforschung Forum Qual Soc Res. 2000;1. DOI: 10.17169/fqs-1.1.1132.
  111. Zoege von Manteuffel M. (2002) Hebammenausbildung: eine Untersuchung zur Qualifizierung von Hebammen vor dem Hintergrund der soziologischen Professionalisierungsdebatte. Dissertation, Universität Hannover; 2002.