

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW

Institut für Hebammen

Masterstudiengang Hebamme (MScM)

Zugang zur Hebammenhilfe - die Perspektive von Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren

Eine qualitative deskriptive Studie

Master-Thesis zur Erlangung des Master of Science Hebamme ZFH

Erstreferierende: Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde

Zweitreferierende: Julia Butz

Datum: 23.06. 2022

Zusammenfassung

Hintergrund: Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren haben in der perinatalen Lebensphase einen erhöhten Unterstützungsbedarf und profitieren von den gesundheitsförderlichen Angeboten der Hebammenhilfe. Forschungsergebnisse zeigen jedoch, dass diese Frauen weniger Leistungen in Anspruch nehmen als Frauen ohne Belastungsfaktoren. Noch nicht erforscht sind die Faktoren, welche ursächlich für die Ungleichheiten bei der Inanspruchnahme sind.

Fragestellung/Ziel: Ziel der Untersuchung war es, Determinanten des Zugangs zu ambulanten Leistungen der Hebammenhilfe in Deutschland aus der Perspektive dieser Frauen zu untersuchen, um Indikatoren zu ermitteln, welche Chancengleichheit beim Zugang zur Hebammenhilfe fördern können.

Methodik: Es wurden leitfadengestützte Interviews (n=13) mit zwei Schwangeren und elf Müttern, welche sich in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren befinden, durchgeführt. Die Interviews wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. Basis für die Bildung deduktiver Kategorien stellten die Dimensionen des Frameworks für den Zugang zur Gesundheitsversorgung von Levesque et al. (2013) dar.

Ergebnisse:

In der Studie wurden Determinanten des Zugangs aus Sicht der befragten Frauen identifiziert. Gezielte Informationen, Wahlmöglichkeiten, psychosoziale und fachliche Kompetenzen der Hebamme und eine respektvolle, kontinuierliche Vertrauensbeziehung, aufsuchende Versorgung mit ausreichend Zeit und ein gutes Schnittstellenmanagement wurden als förderliche, angebotsseitige Faktoren berichtet. Von Seiten der Nutzenden wirken Rechtzeitigkeit und Hartnäckigkeit bei der Suche und eine ausreichende Gesundheitskompetenz förderlich für den Zugang. Informationsdefizite, reduzierte Mobilität, Scham, kognitive Einschränkungen, existenzielle Sorgen, Autonomieeinschränkung und der Anspruch, es allein schaffen zu wollen, stellen Barrieren für die Inanspruchnahme dar. In erster Linie wird aus der Perspektive von Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren der Zugang zu ambulanten Hebammenleistungen vom Zufall bestimmt. Diese Zufälligkeit überformt die Dimensionen des Modelles von Levesque et al. (2013) und wird als prägendes Moment des Zugangs erlebt. In den Interviews wird auffallend häufig von Glück als einem wichtigen Faktor für den Zugang gesprochen. Grundsätzlich ist Versorgung mit Hebammenhilfe für die befragten Frauen mit Wohlbefinden und Zunahme der Selbstkompetenzen assoziiert. Es braucht aus Sicht der Frauen aber auch das Glück, die

richtige Hebamme zu finden. Negative Erfahrungen mit Hebammen können zum Erleben von Abweisung und zur Ablehnung des Versorgungsangebotes führen.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse belegen eine mangelnde Verfügbarkeit von Hebammenbetreuung für Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren. Dies impliziert einen Handlungsbedarf im Bereich der Versorgungsgestaltung, damit ein realisierter Zugang nicht als Zufall, Glück oder Privileg, sondern als garantiert erlebt werden kann. Darüber hinaus werden in der Arbeit Empfehlungen für die Praxis der Hebammen und für zukünftige Forschung abgeleitet.

Schlüsselwörter: Hebammenhilfe, Inanspruchnahme, psychosoziale Belastungen, Chancengleichheit

Abstract

Background: Women living with complex psychosocial needs have a higher demand for support during pregnancy, childbirth and in the postpartum phase. This high demand could be met by health- promoting midwifery services. However, research evidence indicates that these women access less than those with less complex psychosocial needs. The determinants behind the inequalities in service access and use in women with complex psychosocial needs remain unexplored.

Aim: This study aimed to explore what determines access to outpatient midwifery services for women with complex psychosocial needs in Germany and elucidate indicators that may promote equity in access to midwifery services.

Methodology: From October 2021 to February 2022, semi-structured interviews (n=13) were conducted with two pregnant women and eleven mothers living with complex psychosocial needs. The interviews were evaluated with content analysis. Deductive categories were formed according to the framework for access to health care by Levesque et al. (2013).

Results: The study identified key determinants from perspectives of the participating women. Women reported that receiving tailored information, having an informed and free choice, building a continuous relationship with a midwife, which is based on mutual trust and respect, and the psychosocial and professional competencies of the midwife would facilitate access to midwifery services. Sufficient time during consultations and for the midwives to have good links with other relevant stakeholders are other relevant facilitators. From the user's perspective, women stated that persisting and conducting the search for services at the right time, together with having adequate health literacy would also function as facilitators to accessing midwifery services.

As barriers to care, women reported a lack of information about the services available, being unable to travel to where the services are provided, having shame, cognitive limitations, existential burden, restricted autonomy and having to meet the expectation of being able to manage it all on her own. Women with complex psychosocial needs described accessing outpatient midwifery services primarily as a matter determined by chance. This randomness reshapes the dimensions of the Levesque et al. (2013) model and is experienced as a defining factor in accessing services. In the interviews, women referred often to "being lucky" as an important factor for accessing midwifery services. Whilst the provision of midwifery care was associated with well-being and an increase in self-competence for the women interviewed, women view it as a matter of luck in finding the right midwife. However, negative experiences with midwives may lead to a sense of rejection and the refusal of any services offered.

Conclusion: The results provide evidence for a lack of availability of midwifery care for women with complex psychosocial needs. This implies a need for action in service design, so that gained access to midwifery care is not experienced as a matter of “being lucky”, as random or as privileged, but as guaranteed. Furthermore, the paper derives recommendations for midwifery practice and future research.

Key words: Midwifery, Utilisation, psychosocial stress, equal opportunity

I Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	II
Abstract	IV
I Inhaltsverzeichnis	VI
II Abbildungsverzeichnis	VIII
III Tabellenverzeichnis	IX
IV Abkürzungsverzeichnis	X
Anmerkungen zum Sprachgebrauch	XI
1 Einleitung	1
2 Theoretischer Hintergrund	3
2.1 Ein Framework für den Zugang zur Gesundheitsversorgung	3
2.2 Lebenslagenkonzept	5
2.3 Aktueller Forschungsstand und Forschungslücke	6
2.4 Forschungsfrage/ Ziel der Arbeit	9
3 Methode	10
3.1 Forschungsdesign	10
3.2 Forschungsprozess	11
3.2.1 Einschlusskriterien und Feldzugang	11
3.2.2 Sampling	13
3.2.3 Datensammlung	15
3.2.4 Datenanalyse	17
3.2.5 Gütekriterien	21
3.2.6 Ethische Überlegungen	22
4 Ergebnisse	23
4.1 Zugänglichkeit	25
4.2 Möglichkeit, wahrzunehmen	25
4.3 Akzeptanz	27
4.4 Möglichkeit, Hilfe in Anspruch zu nehmen	28
4.5 Verfügbarkeit	29
4.6 Möglichkeit, Hilfe zu erreichen	29
Heike Edmaier	VI

4.7	Erschwinglichkeit.....	31
4.8	Möglichkeit, zu bezahlen	31
4.9	Angemessenheit	32
4.10	Möglichkeit, umzusetzen	35
4.11	Glück, eine Hebamme zu haben	37
5	Diskussion.....	40
5.1	Zugang zur Versorgung mit Hebammenhilfe als zufälliges Glück	40
5.2	Relevante Determinanten auf der System- und Individualebene	41
5.3	Limitationen.....	45
6	Schlussfolgerungen.....	46
6.1	Schlussfolgerungen in Bezug auf die Versorgungsgestaltung	47
6.2	Schlussfolgerungen für die professionelle Beziehungsgestaltung.....	48
6.3	Forschungsbezogene Implikationen	49
	Literaturverzeichnis	51

II Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Ein konzeptioneller Rahmen für den Zugang zur Gesundheitsversorgung	3
Abbildung 2: Samplingverfahren (eigene Darstellung)	14
Abbildung 3: Zugang zur Hebammenhilfe	39

III Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Informationen zur Interviewdurchführung	24
Tabelle 2: Soziodemographische und belastungsbezogene Daten der TN	25

IV Abkürzungsverzeichnis

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
ICM	International Confederation of Midwives
QMNC	Quality Maternal and Newborn Care
TN	Teilnehmende
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Anmerkungen zum Sprachgebrauch

In der Ausformulierung der vorliegenden Arbeit werden verschiedene Möglichkeiten zur Umsetzung einer geschlechter- und gendergerechten Sprache verwendet. Zur Gewährleistung einer guten Lesbarkeit wurden, wenn möglich, geschlechtsneutrale Ausdrücke genutzt. Die weibliche Form wird dann verwendet, wenn es sich bei den aufgeführten Personen ausschließlich um Frauen handelt. So wird der Begriff Teilnehmerinnen verwendet, da ausschließlich Frauen in der Studie befragt wurden. Die Berufsbezeichnung Hebamme wird in der, in Deutschland inzwischen üblichen, geschlechtsneutralen Form verwendet (Tegethoff, 2020b). Wenn in der Arbeit von der Forscherin geschrieben wird, ist jeweils die Autorin der vorliegenden Masterthesis gemeint.

1 Einleitung

Der vielfach belegte enge Zusammenhang von niedrigem sozioökonomischem Status und schlechteren Gesundheitschancen (Hoebel & Lampert, 2020; Marmot et al., 2010; Robert Koch-Institut, 2018) zeigt sich auch in einem erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung (Mielck, 2005; Rosenbrock, 2021). Für die Schwangerschaft hat das sozialmedizinische Kernparadigma Armut macht krank besondere Bedeutung, da der mütterliche gesundheitliche Zustand zusätzlich Auswirkungen auf die langfristige Gesundheit des Kindes hat (Harron et al., 2021; Loftus et al., 2015; Ramraj et al., 2020; Stolberg & Becker, 2015; World Health Organization, 2013). Demzufolge ist es ausschlaggebend, dass Frauen in dieser Lebensphase eine bestmögliche gesundheitliche Versorgung erhalten. Diesbezüglich birgt die wissenschaftlich belegte gesundheitsförderliche Hebammenarbeit im Bereich von Wissensvermittlung, Beurteilung und Förderung der physiologischen Vorgänge und Stärkung der Selbstwirksamkeit von Frauen großes Potenzial (McRae et al., 2019; Renfrew & Malata, 2021; Sandall et al., 2016; Schäfers, 2010; Ten Hoop-Bender et al., 2014). Nachweislich verbessern Maßnahmen der Hebammenarbeit nicht nur die mütterliche und kindliche Gesundheit (Nove et al., 2021; Renfrew et al., 2014), sondern stärken Frauen in ihrer Gesundheitskompetenz und in der Fähigkeit, sich um ihre Kinder zu kümmern (Loytved & Berger, 2017; Niemeyer & Schwarz, 2021). Hebammen wird eine tragende Rolle in der ganzheitlichen Gesundheitsversorgung zugeschrieben, welche sich unter anderem durch den frühen Zugang auszeichnet (Grylka et al., 2019; Jakab, 2015; Mattern, 2013; Schäfers, 2010). Neben dem niedergelassenen, ärztlichen Fachpersonal haben auch Hebammen die Möglichkeit, bereits in der Schwangerschaft gesundheitliche Risiken zu erfassen, präventiv zu handeln und Schwangere und deren Familien auf weitergehende, passgenaue Beratungs- oder Unterstützungsangebote aufmerksam zu machen, welche an deren spezifischen Bedürfnissen orientiert sind (Adamaszek, 2018; Edmaier, 2019; Renner, 2010). Die hohe Akzeptanz von Hebammen in der Bevölkerung und die nachweislich besonders vertrauensvoll geprägte Arbeitsbeziehung zwischen Hebammen und von ihnen betreuten Frauen begründen die hohe Relevanz dieser Berufsgruppe als vermittelnde Fachpersonen (Lewis, 2019; Renner, 2010; Schlüter-Cruse & zu Sayn-Wittgenstein, 2017).

In Deutschland wurden, nach vorläufigen Daten, im Jahr 2021 zwischen 775 000 und 795 000 Kinder geboren (Destatis Statistisches Bundesamt, 2022). Diese Anzahl stellt eine relevante Größe für die Gesundheitsversorgung in Deutschland dar. Viele Frauen in Deutschland sind in der reproduktiven Lebensphase mit psychosozialen Belastungen konfrontiert (European Perinatal Health Report, 2018; Simoes & Kunz, 2011). Daten

einer repräsentativen Prävalenzstudie zufolge haben 12,9 Prozent der Eltern mit Kindern im Alter von 0 bis 3 Jahren mehrfache psychosoziale Belastungen (Eickhorst et al., 2016). Gerade diese Familien haben einen erhöhten Unterstützungsbedarf und können von der Versorgung durch Hebammen profitieren (Ayerle et al., 2012; Darling et al., 2019; Hertle, et al., 2021; Hetherington et al., 2018; Sutherland et al., 2012; Zimmermann et al., 2016). Verschiedene Untersuchungen weisen allerdings auf einen erschwerten Zugang zur Versorgung mit Hebammenhilfe für Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungen in Deutschland hin (AOK, 2018; Bauer et al., 2020; Grieshop, 2013; Sander et al., 2018). Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit diesen Zugangshürden zur gesundheitlichen Versorgung mit ambulanten Hebammenleistungen, indem sie die Determinanten des Zugangs aus der Perspektive dieser Frauen untersucht. Dabei sollen in der vorliegenden Arbeit alle ambulanten Leistungen der Hebammenhilfe entlang des Betreuungsbogens in den Blick genommen werden (zu Sayn-Wittgenstein, 2007).

Eine qualitative Untersuchung der Determinanten der Inanspruchnahme von Angeboten der ambulanten Hebammenhilfe durch Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungen kann Beteiligten der Gesundheitsversorgung Anhaltspunkte für eine zielgruppenspezifische Ansprache und bedarfsgerechte Gestaltung eines niederschweligen Zugangs zu frühzeitiger gesundheitlicher Versorgung durch Hebammen liefern. Die Perspektive der betroffenen Frauen kann Hinweise auf systemimmanente Faktoren geben, welche relevant sind im Hinblick auf die geringere Inanspruchnahme dieser Frauen, aber bisher wenig Beachtung fanden. Die erworbenen Erkenntnisse sollen einen Beitrag als empirische Grundlage zur Entwicklung und Implementierung kontextbezogener, gerechter Versorgungsmodelle für Hebammenleistungen und für zukünftige Forschung leisten (Eldh et al., 2017; Graham et al., 2006). Darüber hinaus sollen die gewonnenen Erkenntnisse dazu beisteuern, Hebammen in der Versorgung von Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren für deren Bedürfnisse zu sensibilisieren und sie darin unterstützen, die professionelle Begleitung dementsprechend zu optimieren (Cross-Sudworth et al., 2015). Ein verbesserter, chancengleicher Zugang zur Versorgung mit Hebammenhilfe stellt einen gezielten Beitrag zu Prävention und Gesundheitsförderung dar, da Hebammenarbeit nachweislich zu besserer Gesundheit von Mutter und Kind beiträgt (Nove et al., 2021; Renfrew et al., 2014; Sandall et al., 2016). Bessere Ergebnisse bei der Gesundheit von Müttern und Kindern haben nicht nur das Potenzial, den Lebenslauf positiv zu beeinflussen, sondern haben durch Senkung der Gesundheitskosten auch eine gesundheitsökonomische Bedeutung (Bundesamt für Gesundheit, 2018; Juraszovich, 2017; Marmot et al., 2010; Zemp et al., 2017).

2 Theoretischer Hintergrund

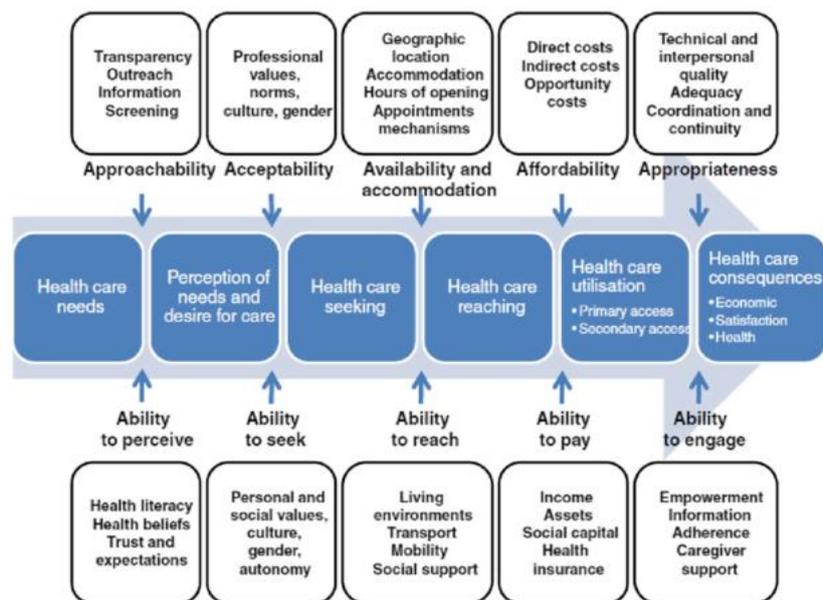
Im Folgenden wird zur Erläuterung des theoretischen Bezugsrahmens dieser Arbeit zunächst das Framework zum Zugang zu Gesundheitsleistungen von Levesque et al. (2013) und ein Konzept der Lebenslagen vorgestellt. Im Anschluss belegt und akzentuiert die Darstellung bisheriger empirischer Erkenntnisse die Bedeutung der Untersuchung der Forschungsfrage.

2.1 Ein Framework für den Zugang zur Gesundheitsversorgung

Der Begriff des Zugangs zur Gesundheitsversorgung ist ein komplexer Begriff, der verschiedene Dimensionen umfasst (Kis & Augustin, 2022). Der von Levesque et al. (2013) aus einer Literaturarbeit entwickelte konzeptionelle Rahmen zum Zugang zur Gesundheitsversorgung beschreibt in einer multidimensionalen Sichtweise die Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen als aktiven Prozess, welcher mit dem Auftreten eines gesundheitlichen Bedarfes beginnt und mit der Verbesserung des Gesundheitszustandes abgeschlossen ist.

Abbildung 1

Ein konzeptionelles Framework für den Zugang zur Gesundheitsversorgung nach Levesque et al. (2013).



Anmerkung. Die Abbildung steht unter der Lizenz CC-BY 2.0.

Levesque et al. (2013) skizzieren diesen Prozess in fünf Dimensionen, welche jeweils sowohl von anbietender Seite als auch von der nutzenden Seite der Versorgung determiniert werden (Rolke et al., 2020). Der beschriebene Prozess beginnt mit dem

Auftreten eines gesundheitlichen Bedarfes und erfolgt dann in den Schritten Wahrnehmen, Aufsuchen, Erreichen und Nutzen (Levesque et al., 2013). Idealerweise ist der Prozess mit einer Verbesserung des Gesundheitszustandes abgeschlossen. Die *Zugänglichkeit* eines Versorgungsangebotes bezieht sich auf die Tatsache, dass Personen mit gesundheitlichen Bedürfnissen tatsächlich erkennen können, dass ein solches existiert, erreichbar ist und einen Einfluss auf ihre Gesundheit hat. Komplementär dazu erfordert der Zugang auf der Individualebene die Möglichkeit einer bewussten Wahrnehmung eines Bedarfes. Die *Akzeptanz* bezieht sich auf die Anpassungsfähigkeit eines Versorgungsangebotes an die individuellen Aspekte der Personen auf der Nachfrageseite. Komplementär dazu ist die Fähigkeit, eine Leistung in Anspruch zu nehmen. Unter *Verfügbarkeit* wird im Modell die physische und zeitliche Erreichbarkeit von gesundheitlichen Versorgungsangeboten verstanden mit ausreichender Kapazität. Auf der Nachfrageseite erfordert dies die Möglichkeit, ein Versorgungsangebot erreichen zu können. *Erschwinglichkeit* bezieht sich auf die Bezahlbarkeit der Leistungen der Gesundheitsversorgung. In Abhängigkeit davon müssen die nutzenden Personen finanzielle Mittel und Zeit für die Bereitstellung der Leistungen aufwenden. Die letzte Dimension des Zugangs von Seiten der Gesundheitsversorgung ist *Angemessenheit*. Sie bezeichnet die Passung zwischen der Gesundheitsdienstleistung und den Bedürfnissen der Nutzenden. Die komplementäre Eigenschaft umzusetzen, bezieht sich auf die Möglichkeit, sich zu engagieren und ist damit stark von der Fähigkeit und Motivation abhängig, an der Versorgung teilzunehmen. In dieser Arbeit wird für die deutsche Übersetzung der *capabilities* im englischen Original von Levesque et al. (2013) der Begriff der *Möglichkeiten* verwendet, weil dieser auf die Bedingungen von Lebenslagen verweist, welche Handlungsmöglichkeiten prägen (Leßmann, 2006). Das Framework fokussiert neben den verschiedenen Aspekten aus Perspektive des Gesundheitssystems und der Perspektive der Nutzenden dieses Systems auch die Interaktion dieser Aspekte. An den Übergängen der skizzierten Prozessabfolge können Barrieren für den Zugang aufgedeckt werden (Cu et al., 2021; Levesque et al., 2013). Das Framework ermöglicht es somit, den dynamischen Prozess des Zugangs zur Gesundheitsversorgung sowohl auf Ebene des Versorgungssystems als auch in unterschiedlichen Kontexten der Nutzenden des Systems zu bewerten und Zugangshindernisse zu identifizieren (Cu et al., 2021; Packness et al., 2019; Russell et al., 2019). Für die vorliegende Arbeit liefert das Framework aus einer konzeptionellen Perspektive Hinweise für mögliche Barrieren für die Inanspruchnahme der Hebammenversorgung von Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungen.

2.2 Lebenslagenkonzept

Das Konzept der Lebenslagen, welches maßgeblich von Neurath (1931) und Weisser (1956) in sozialwissenschaftlichen Diskursen eingeführt wurde, ermöglicht eine Erfassung gesundheitsrelevanter Lebenskontexte und bildet eine weitere theoretische Grundlage dieser Arbeit. Es kann der Gesundheitsversorgung Unterstützung darin leisten, Angebote zielgruppengerichtet zu gestalten (Kolip, 2020). Unter Lebenslagen werden die strukturellen Lebensbedingungen eines Menschen verstanden, sowohl materieller als auch immaterieller Art (Mielck, 2005). In Abgrenzung zum Begriff der Lebenswelt, welche die subjektive Perspektive der Lebenssituation einer Person benennt, fokussiert der Lebenslagenbegriff die Rahmenbedingungen (Füssenhäuser, 2015; Kraus, 2016; Thiersch, 2013). Kraus (2014) beschreibt mit einem systemisch-konstruktivistischen Ansatz Lebenslagen als die einschränkenden und anregenden Bedingungen, unter welchen die Lebenswelt von einer Person jeweils konstruiert wird. Diese Rahmenbedingungen sind bedeutsam für die Möglichkeiten der konstruierten Wirklichkeiten und daraus resultierenden Handlungsspielräumen (Kraus, 2013; Traunsteiner, 2018). Der soziologisch geprägte Begriff der Lebenslage bezieht sich auf soziale, ökonomische und kulturelle Faktoren und Wechselwirkungen, welche die konkreten Lebenssituationen bestimmen. Im Fokus steht dabei neben den einzelnen Variablen, wie der Bildungsstand, die Gesundheit, die Einkommens-, Familien- und Arbeitssituation, die Mehrdimensionalität und Interaktion dieser einzelnen Variablen (Leßmann, 2006). Das Lebenslagenkonzept steht in Abgrenzung zu Modellen der sozialen Schichtung, welche sich an weniger differenzierten, konstituierenden Merkmalen wie Beruf, Einkommen und Bildung orientieren und in der Regel eine vertikale Anordnung konzeptionieren (Dahrendorf, 2009). Lebenslagen zeichnen sich durch fließende Übergänge und nicht durch disjunkte soziale Gruppen aus (Schmidtke, 2008). In persönlichen Bewertungen von Lebensbedingungen kommen neben Beschreibungsdimensionen, welche sich auf den sozioökonomischen Status beziehen auch psychosoziale Belastungen zum Ausdruck, welche oftmals mit Unsicherheiten in Bezug auf gesellschaftliche Anforderungen und einem Mangel an positiven Zukunftsaussichten einhergehen (Brüggemann-Helmold et al., 1996). Die Lebensphase des Übergangs in die Elternschaft kann für Frauen auch aufgrund mangelnder sozialer Unterstützung, psychischer Belastung und Isolation mit vielen Diskrepanzen verbunden sein (Fthenakis, 1999; Jost, 2013). In der vorliegenden Arbeit soll der Blick auf den Zugang zu ambulanten Hebammenleistungen aus der Perspektive von Frauen aus Lebenswelten mit Rahmenbedingungen, welche eine gewisse Einschränkung von Handlungsmöglichkeiten bedeuten, gerichtet werden. Dies können neben einem

geringen Einkommen und geringer Bildung auch psychische Belastungen, chronische Erkrankungen oder Lebenssituationen mit mangelnder sozialer Unterstützung sein (Hendlmeier et al., 2015; Ulrich & Petermann, 2014). Es soll untersucht werden, ob die von Seiten der Nutzerinnen zu erbringende Entscheidungen und Handlungen in Bezug auf den Zugang zur Hebammenversorgung unter den gegebenen Bedingungen realisierbar, leistbar oder im konstruktivistischen Sinne viabel sind (Kraus, 2016). Dies kann dazu beitragen, Verantwortlichen in der Gesundheitsversorgung die Relevanz gewisser Strukturen und Handlungen sichtbar und deutlich zu machen (Klein & von dem Knesebeck, 2016; Lampert et al., 2020).

2.3 Aktueller Forschungsstand und Forschungslücke

Um die empirischen Erkenntnisse über Determinanten des Zugangs zur Versorgung mit ambulanten Hebammenleistungen für Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungen zusammenzutragen, wurde von Februar bis Mai 2021 eine systematische Literaturrecherche in vier internationalen Fachdatenbanken durchgeführt. Die Recherche wurde durch eine Handsuche ergänzt und im April 2022 aktualisiert. Eine Dokumentation der Recherche befindet sich im Anhang A. Im Folgenden wird der aktuelle Wissenstand dargestellt.

Aus den Ergebnissen vieler internationaler Studien geht hervor, dass Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungen vom Angebot der Hebammenversorgung sowohl in der Schwangerschaft als auch im Wochenbett nur eingeschränkt erreicht werden (Dawson et al., 2015; Economidoy et al., 2012; Goodman, 2015; McLeish & Redshaw, 2019; Stroschia et al., 2019; Sutherland et al., 2012). Eine Sekundäranalyse der Daten freipraktizierender Hebammen in der Schweiz zeigt, dass Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren im Wochenbett zwar mehr Hausbesuche durch die Hebamme erhalten, diese aber erst später beginnen (Erdin et al., 2017). Internationale Forschungserkenntnisse weisen Gemeinsamkeiten in den Erkenntnissen auf bezüglich mangelnder Informiertheit dieser Frauen, einer Präferenz ärztlicher Versorgung, welcher ein starkes Sicherheitsbedürfnis zugrunde liegt, und einem Bedarf an Unterstützung, um sich im Versorgungssystem zurechtzufinden (Darling et al., 2019; Ebert et al., 2014; Haddrill et al., 2014; McLeish & Redshaw, 2019; Origlia Ikhilor et al., 2017, 2019; Owens et al., 2016). Die Studien zeigen, dass Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungen, welche Hebammenhilfe erhalten, diese schätzen. Da die geburtshilfliche Versorgung und Struktur der Hebammenpraxis in den einzelnen Ländern sehr stark variieren, lassen sich die Ergebnisse der Studien aus

anderen Ländern nur begrenzt übertragen und müssen immer im Kontext der Versorgungsstruktur betrachtet werden. Das *Quality Maternal Newborn Care Framework* (QMNCF) ist ein auf vier umfangreichen internationaler Forschungsarbeiten basierender Qualitätsrahmen, welcher eine evidenzbasierte gesundheitliche Versorgung von Frauen und deren Familien in der Lebensphase rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett auf fünf Ebenen beschreibt (Renfrew et al., 2014; Symon, 2020). Eine der Kernaussagen des QMNCF ist die Notwendigkeit der Fokussierung der Perspektive der Frauen und deren Familien und die Priorisierung deren Bedürfnisse bei der gesundheitlichen Versorgung (Renfrew, 2015; Symon et al., 2018). Dazu bedarf es Wissen über die Bedürfnisse der Zielgruppe der Versorgung.

In Deutschland wird mit dem vom Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses erarbeiteten Gesundheitsziel *Gesund rund um die Geburt* (2017) in der Gesundheitsversorgung eine qualitativ hochwertige Versorgung von Frauen und Familien in der reproduktiven Lebensphase fokussiert. Trotzdem zeigen sich Defizite dieser Versorgung in Bezug auf die Strukturqualität (Bauer et al., 2020). In diversen Analysen zur Versorgungssituation in Deutschland wurden Engpässe insbesondere in der ambulanten Versorgung durch Hebammen identifiziert (AOK, 2018; Kohler & Bärnighausen, 2018; Sander et al., 2018). Die überwiegend quantitativ erhobenen Studien zeigen, dass Inanspruchnahme von Hebammenleistungen in hohem Maße vom sozioökonomischen Status abhängig ist. In einer quantitativen Querschnittstudie von Bauer et al. (2020), in welcher in zwei Teilprojekten Mütter und Hebammen befragt wurden, werden auch Begründungen für die Schwierigkeiten bei der Hebammensuche berichtet. Dabei wird deutlich, dass Frauen mit hohem Bildungsgrad die Hebammensuche einfacher fanden als Frauen mit niedrigerem Bildungsstand (Bauer et al., 2020). 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 (Ayerle et al., 2016; Hertle et al., 2021; Schäfers & zu Sayn-Wittgenstein, 2009; zu Sayn-Wittgenstein, 2007). In Deutschland haben alle gesetzlich versicherten Frauen Anspruch auf Hebammenleistungen über den gesamten Betreuungsbogen hinweg. Der Zugang zu den ambulanten Versorgungsleistungen ist aber nicht niederschwellig gestaltet (Bauer & Luksch, 2021; zu Sayn-Wittgenstein, 2007). Hebammen sind an keine Bedarfsplanung gebunden und Schwangere müssen sich selbst um den Zugang kümmern (Deutscher Bundestag 19. Wahlperiode, 2019). Hinzu kommt ein Mangel an Hebammen in Deutschland und dementsprechend ist es beispielsweise schwierig, während Ferienzeiten eine Hebammenbegleitung zu finden (Bauer et al., 2020; Blum & Löffert,

2021; Hebammenverband Baden-Württemberg, 2019). Es zeigt sich ein Informationsdefizit von Frauen mit einem niedrigen Bildungsstand bezüglich der ambulanten Hebammenleistungen in der Schwangerschaft (Mattern et al., 2017; Siegmund-Schultze et al., 2008). Eine unveröffentlichte Studie aus Deutschland, welche sich mit den Bedürfnissen von Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungen in der Schwangerschaft beschäftigt, zeigt, dass diese Frauen häufiger Unterstützung brauchen, um einen frühen Zugang zu ambulanten Hebammenleistung zu erhalten (zu Sayn-Wittgenstein et al., 2011). Die Studie zeigt auch, dass durch Leistungen der Hebammenhilfe, die Bedürfnisse nach Information, Zuwendung und Akzeptanz befriedigt werden können.

Das Potenzial von Hebammen als vermittelnde Personen zu weiterführenden Angebote der Frühen Hilfen für Familien wurde auf politischer Ebene erkannt (Lange & Liebald, 2013; Schlüter-Cruse & zu Sayn-Wittgenstein, 2017). In einigen Kommunen in Deutschland wurde das Angebot der Familienhebammen eingeführt, um den Bedarfen von Frauen mit erhöhtem Betreuungsbedarf zu begegnen. Allerdings bestehen aufgrund der Verortung der Leistungserbringung von Familienhebammen in der Kinder- und Jugendhilfe in der Praxis Abgrenzungsprobleme und rechtliche Unsicherheiten (Hirschmüller, 2017). Darüber hinaus birgt ein spezifischer Zugang zu Hebammenbegleitung, welcher durch selektive Zuweisungsprozesse an Stelle von Selbstauswahlprozessen begleitet ist, Potential zur Stigmatisierung und Autonomiebeschränkung (Edmaier, 2019; Grieshop et al., 2020; Helming et al., 2006). Verschiedene Forschungsarbeiten des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen zeigen einen deutlichen sozialen Gradienten in der Inanspruchnahme von präventiven Angeboten der Frühen Hilfen (Neumann & Renner, 2016; Van Staa, 2018; Van Staa & Renner, 2020). In diesen Untersuchungen wurden nicht ausschließlich das Angebot der Hebammenhilfe, sondern jeweils mehrere verschiedenartige Angebote beleuchtet.

Explizit bezogen auf das Unterstützungsangebot der originären Hebammenhilfe fehlen Untersuchungen. Es besteht ein Mangel an hebammenwissenschaftlichen Erkenntnissen über die genauen Ursachen für das Phänomen der geringeren Inanspruchnahme und die Motive von Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren für eine geringe Nachfrage nach ambulanten Hebammenleistungen in Deutschland. Es ist nicht klar, welche Aspekte der Versorgung oder des individuellen Verhaltens ursächlich für die beschriebenen Ungleichheiten sind. In der vorliegenden Arbeit sollen expliziter die Faktoren erforscht werden, die dazu führen, dass Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren in Deutschland weniger häufig

gesundheitliche Versorgung durch eine Hebamme in Anspruch nehmen. Als praktizierende Hebamme und Familienhebamme hat die Autorin ein großes Interesse daran, dass die Sichtweise der Frauen und ihrer Familien bei der Planung von chancengleichen Versorgungsmodellen im Zentrum steht und dass diese Frauen und deren Familien eine qualitativ hochwertige Versorgung erhalten. Die berufliche Erfahrung der Autorin zeigt, dass gerade diese Frauen und deren Familien von den Angeboten der Hebammenhilfe sehr profitieren können.

2.4 Forschungsfrage/ Ziel der Arbeit

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, Determinanten des Zugangs zu ambulanten Leistungen der Hebammenhilfe für Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren zu analysieren. Es sollen Erkenntnisse über die Determinanten der Inanspruchnahme von Leistungen der ambulanten Hebammenhilfe generiert werden und Schlussfolgerungen abgeleitet werden für die Gestaltung eines niederschweligen, frühzeitigen, chancengleichen und bedürfnisorientierten Zugangs zu diesen Leistungen. Der Deutsche Hebammenverband hat sich zum Ziel gesetzt, die gesundheitsförderlichen Angebote der Hebammenarbeit allen Frauen und Familien zur Verfügung zu stellen (2017). Dieses Ziel entspricht der Vision einer gerechten und für alle Frauen zugänglichen, gesundheitlichen Versorgung, welche im internationalen Ethik- Kodex der Hebammenarbeit formuliert wird (International Confederation of Midwives, 2008). Zur Erfüllung dieses Zieles kann die vorliegende Arbeit einen Beitrag leisten.

Forschungsfrage(n)

Die übergeordnete Forschungsfrage lautet:

Welche Determinanten beeinflussen den Zugang zur Versorgung mit ambulanten Hebammenleistungen in Deutschland aus der Perspektive von Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren?

Zur Beantwortung dieser Frage werden folgende untergeordnete forschungsleitende Fragen formuliert:

- Welchen Bedarf nehmen Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungen in Bezug auf die Versorgung mit ambulanten Hebammenleistungen wahr und welche Erfahrungen haben sie in Bezug auf die Zugänglichkeit dieser Angebote?

- Welche Aspekte der Ausgestaltung der ambulanten Hebammenleistungen beeinflusst die Annehmbarkeit für diese Frauen und deren Möglichkeit, Hilfe in Anspruch zu nehmen?
- Welche Aspekte bestimmen die Möglichkeit von Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren, die Angebote ambulanter Hebammenleistungen zu erreichen und welche Erfahrungen haben sie in Bezug auf die Verfügbarkeit dieser Leistungen?
- Welche Rolle spielt die Erschwinglichkeit und Bezahlbarkeit der ambulanten Hebammenleistungen für Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren in Bezug auf die Inanspruchnahme?
- Welche Faktoren der ambulanten Hebammenleistungen determinieren die Übereinstimmung mit den Bedürfnissen von Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungen und die Möglichkeit der Frauen, sich am Versorgungsprozess zu beteiligen?

3 Methode

An dieser Stelle wird das methodische Vorgehen in dieser Arbeit dargestellt. Zunächst wird die Auswahl des Designs begründet und anschließend der Forschungsprozess detailliert beschrieben. Dabei werden das Sampling, der Zugang zum Forschungsfeld, die Methode und Durchführung der Datenerhebung sowie die Datenaufbereitung und Datenanalyse skizziert. Weiterhin werden die Gütekriterien angeführt, um die Qualität des methodischen Vorgehens und der gewonnen empirischen Daten einschätzen zu können. Am Ende des Kapitels schließen sich ethische Überlegungen an.

3.1 Forschungsdesign

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wird ein qualitatives Design gewählt. Nach Bennewitz (2010) liegt qualitativer Forschung ein konstruktivistisches Paradigma mit der Annahme zugrunde, dass soziale Wirklichkeiten, Strukturmerkmale und Deutungsmuster als Ergebnis der "Interpretationsleistungen" der Individuen und deren wechselseitiges Handeln entstehen. Ein qualitativer Ansatz ermöglicht einen Einblick in die "subjektiven Sichtweisen" von Individuen und trägt zum Verstehen von deren "sozialen Lebenswelten" bei (Helfferich, 2010). Dies bedeutet im vorliegenden Kontext, einen vertieften Einblick in die Lebenswelt und die Wünsche, Bedürfnisse, Erwartungen und Erfahrungen von Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungen zu erhalten und den Prozess des Zugangs zur Hebammenversorgung aus deren

Perspektive besser verstehen und erklären zu können (Kraus, 2013; Speziale & Carpenter, 2011).

Die Sichtweise von Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungen auf den Zugang zur Hebammenversorgung ist zentraler Gegenstand der vorliegenden Arbeit. Zur Erfassung von subjektiven Sichtweisen ist der methodische Ansatz von qualitativen Interviews weit verbreitet (Mayring, 2016; Misoch, 2019). Die Grundidee dabei ist, dass sich im Rahmen des Interviews das interessierende Phänomen sprachlich niederschlägt (Rosenthal, 2015). In der vorliegenden Arbeit zielt die Anwendung dieses methodischen Ansatzes darauf, den komplexen Bezugsrahmen, in welchem das Phänomen der verminderten Inanspruchnahme von ambulanten Angeboten der Hebammenversorgung erfahren wird, zu verstehen. So sollen die Anteile der strukturellen Einflüsse des Gesundheitssystems und die Bedeutung der Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren in diesem Kontext besser verstanden werden können. Für die Analyse der erhobenen Daten wird eine qualitative Inhaltsanalyse verwendet, welche eine genaue und umfassende Beschreibung des Gegenstandsbereiches priorisiert und nahe an den Daten bleibt (Mayring, 2007; Sandelowski, 2000, 2010). Die systematische und regelgeleitete Vorgehensweise ist ein geeigneter Weg im Umgang mit dem umfangreichen offenen Datenmaterial. Ziel der Analyse ist es, die Komplexität des Datenmaterials zu reduzieren, bedeutungstragende Aspekte zur Beantwortung der Forschungsfrage in den Daten zu erfassen und diese beschreibbar und interpretierbar zu machen (Schreier, 2014). So können aus qualitativer Forschung generierte Ergebnisse zu einer an den Bedürfnissen und Präferenzen der Frauen orientierten Versorgung mit Hebammenhilfe beitragen und diese legitimieren (Tegethoff, 2020a).

3.2 Forschungsprozess

Im Folgenden werden die einzelnen Schritte im Forschungsprozess detailliert beschrieben, um eine gute Nachvollziehbarkeit zu ermöglichen.

3.2.1 Einschlusskriterien und Feldzugang

Zielgruppe der vorliegenden Untersuchung sind 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. (Hasler et al., 2012; Rosenhagen et al., 2000; Sterzing & Deutsches Jugendinstitut, 2012; Zygowski, 1989; Bengel, 2016). Im Einzelnen sind dies Armut, ein

geringer Bildungsstand, Arbeitslosigkeit, schlechte Wohnverhältnisse, chronische familiäre Konflikte oder Trennung, anhaltende Überforderung, chronische Erkrankung und soziale Isolation. (Dudenhausen & Kirschner, 2003; Ehlert, 2004; Lorenz et al., 2020). Bei den soziodemographischen Daten wurden deshalb neben Alter und Anzahl der Kinder, der Bezug von Transferleistungen, der Beziehungsstatus, der Bildungsstand, Erwerbstätigkeit, migrationsspezifische und mögliche weitere Belastungsfaktoren abgefragt.

Als Frau in einer Lebenslage mit psychosozialen Belastungsfaktoren wird eine Frau dann definiert, wenn mindestens eines der Belastungsmerkmale auf sie zutreffen. Bei der Beurteilung der Einschlusskriterien orientiert sich die Autorin am subjektiv beschriebenen Belastungserleben der Frauen. Einschlusskriterien für die Studienteilnahme sind neben mindestens einem dieser von den Frauen als belastend wirkend empfundener Faktoren, eine bestehende Schwangerschaft ab der zwanzigsten Schwangerschaftswoche oder eine Geburt innerhalb der letzten 12 Monate und ein Alter von 18 bis 45 Jahren. Ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache sind ein weiteres Einschlusskriterium, da dies Voraussetzung ist, um ein Interview ohne Sprachmittlung durchzuführen. Der Feldzugang erfolgte bundesweit in verschiedenen Regionen Deutschlands, um verschiedene strukturelle Rahmenbedingungen erfassen zu können. Eine direkte Ansprache der Frauen wurde über Aushänge in ärztlichen Praxen, Geschäften und Beratungseinrichtungen und über Bekanntmachungen in sozialen Medien, wie beispielsweise in Elterngruppen auf Instagram oder Facebook, versucht. Des Weiteren dienten Netzwerkmitglieder und geburtshilfliches Fachpersonal als sogenannte „Gatekeeper“ (Kruse, 2015). Dabei nutzte die Autorin unter anderem Kontakte ihres beruflichen Netzwerkes als Familienhebamme. Es wurden aber auch Schwangerenberatungsstellen, Mutter-Kind-Einrichtungen und Gesundheitszentren aus Landkreisen in anderen Bundesländern kontaktiert.

Im September und Oktober 2021 erfolgte eine Vorstellung des Forschungsvorhabens in regionalen Netzwerktreffen der Frühen Hilfen in zwei verschiedenen Landkreisen in Baden-Württemberg, dabei wurden jeweils auch Informationsflyer verteilt. Eine weitere geplante Vorstellung in einem Landkreis in Thüringen konnte aufgrund der Situation im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie nicht stattfinden. Hier erfolgte die Information über E-Mail und Telefon. Des Weiteren wurden Hebammen als vermittelnde Personen über ein Informationsschreiben im bundesweiten Newsletter für Familienhebammen, über eine Bekanntmachung auf der Homepage des Deutschen Hebammenverbandes und dem Instagram-Auftritt des Hebammenlandesverbandes Baden-Württemberg angesprochen. Die Hebammen wurden im Informationsschreiben per Link auf die

Homepage der Autorin verwiesen, wo ausführliche Informationen zur Studie eingestellt waren. Sie wurden gebeten, einen dort verlinkten Flyer an potenzielle Teilnehmerinnen (TN) der Interviewstudie weiterzuleiten. Die informierten Frauen, welche Interesse an einer Teilnahme hatten, wurden gebeten, per E-Mail oder Telefon Kontakt zur Forscherin aufzunehmen. Bei der Terminvereinbarung wurden Wünsche der TN bezüglich Zeit und Ort der Interviewdurchführung priorisiert. Es wurde bei der Kontaktaufnahme vor dem Interview anhand von Fragen zu psychosozialen Belastungsfaktoren abgeklärt, ob die Interessentinnen den Einschlusskriterien entsprechen. Ein schriftliches Einverständnis wurde jeweils nach informierter Entscheidung vor der Interviewdurchführung eingeholt. Die Rekrutierung gestaltete sich aufgrund der Bedingungen in Verbindung mit der Corona-Pandemie als sehr schwierig und aufwändig. Eine Schwierigkeit bestand darin, dass in vielen Beratungsstellen oder anderen Institutionen die direkten Kontakte mit Klientinnen und Klienten aufgrund der Corona-Pandemie stark reduziert waren und dadurch die Erreichbarkeit potenzieller TN eingeschränkt war. Neun vereinbarte Interviews konnten nicht stattfinden aufgrund kurzfristiger Absage oder Nichterscheinen der TN. So dauerte die Rekrutierung der TN anstatt der geplanten drei Monate insgesamt mehr als fünf Monate, von Anfang Oktober 2021 bis Mitte Februar 2022.

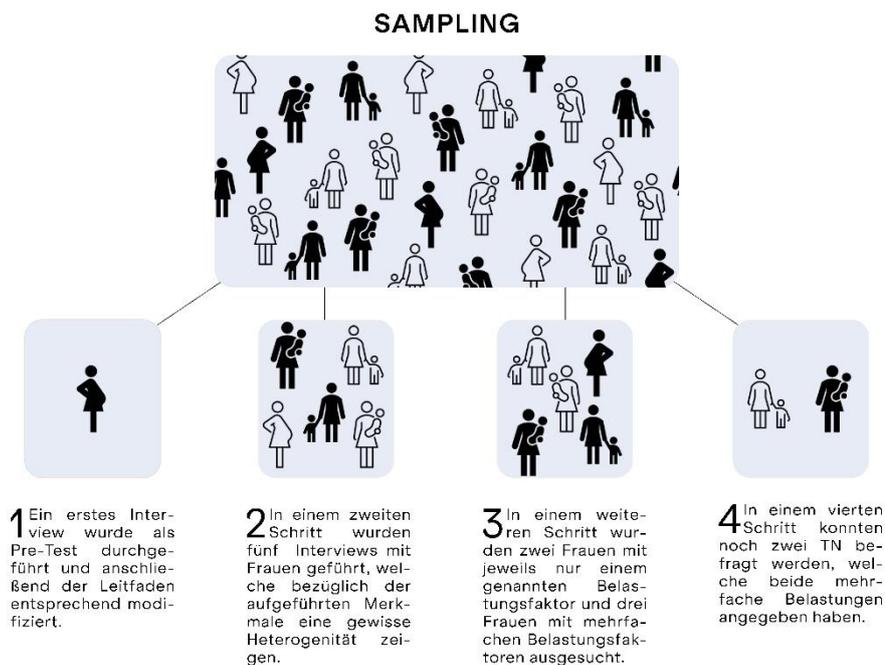
3.2.2 Sampling

Die Auswahl der Teilnehmenden in der qualitativen Forschung zielt darauf, möglichst für die Fragestellung relevante und informationsreiche Fälle einzubeziehen, um aus den gewonnenen Daten generelle Formulierungen abzuleiten (Kelle & Kluge, 2010; Mayring, 2016; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2013). Dabei gehen qualitative Analysen vom Anspruch einer Repräsentativität aus, der inhaltlich und nicht statistisch definiert ist (Misoch, 2019). Deshalb wird idealerweise die Auswahl so gezielt getroffen, dass eine "innere Repräsentation" der Stichprobe erreicht wird (Helfferich, 2010). Bei der Planung des Samplings dieser Arbeit wurde deshalb nach dem Prinzip der Varianzmaximierung eine Heterogenität der befragten Frauen angestrebt (Patton, 2002). Die Heterogenität bezog sich dabei auf Merkmale der Zielgruppe, die aus theoretischem Vorwissen identifiziert wurden und potenziell Erkenntnisse zur Fragestellung liefern sollten (Kelle & Kluge, 2010). Im Einzelnen waren dies neben Alter, Bildungsstand, Einkommen und dem Beziehungsstatus, der Migrationsstatus, das Vorhandensein psychischer und sozialer Belastungsfaktoren und die Tatsache, ob die TN Zugang zur ambulanten Hebammenhilfe hatte oder nicht. Die Stichprobe sollte also durch eine Strategie der bewussten Auswahl von Fällen kriteriengeleitet gezogen werden (Schreier, 2017). Die Faktoren, welche im interessierenden Phänomen der geringeren Inanspruchnahme von

ambulanten Hebammenleistungen Variation verursachen können, wurden unterschiedlich kombiniert, um möglichst unterschiedliche Facetten des untersuchten Phänomens herauszuarbeiten (Byrne, 2001; Schreier, 2018). Aufgrund des theoretischen Vorwissens war bei der Stichprobenplanung eine Heterogenität vor allem in Bezug auf Einkommen, Bildungsstand und Beziehungsstatus relevant. Ein Stichprobenplan befindet sich im Anhang B. Es wurde eine Stichprobengösse von 14-18 Interviews geplant, dabei wurde eine Sättigung der Daten angestrebt. Wie im gesamten Forschungsprozess, sollte eine Offenheit für Modifikationen gelten (Mayring, 2016). Die Realisierung eines Sampling-Verfahrens in vier Schritten, welches in Abbildung 2 verdeutlicht wird, erfuhr gewisse Einschränkungen dadurch, dass sich die Rekrutierung von TN als sehr schwierig darstellte, was eine kriteriengeleitete Auswahl erschwerte. Die Schwierigkeiten beim Feldzugang verhinderten eine Auswahl überwiegend auf Grundlage theoretisch begründeter Kriterien. Im vierten Schritt sollten eigentlich kriteriengeleitet weitere TN, welche keine Hebammenversorgung in Anspruch genommen hatten, ausgewählt werden. Dies ist aufgrund mangelnder interessierter TN nicht gelungen. Insgesamt konnte im Sample aber eine Heterogenität erreicht werden in Bezug auf die Merkmale als auch eine gewisse Sättigung, was die Datenerhebung betrifft.

Abbildung 2

Sampling (eigene Darstellung)



3.2.3 Datensammlung

Die Auswahl der Datenerhebungs- und Auswertungsmethode einer Studie orientiert sich einerseits am Forschungsinteresse, andererseits an Qualifikation, Erfahrung und Ressourcenverfügbarkeit der Forscherin. Zur Untersuchung der Perspektiven von Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungen auf den Zugang zu ambulanten Hebammenleistungen eignen sich Interviews, bei welchen betroffene Frauen mit ihren subjektiven und individuellen Ansichten und Bedürfnissen zu Wort kommen sollen (Helfferich, 2010). Daher erfolgte die Datenerhebung mittels leitfadengestützter Interviews, bei deren Gestaltung Elemente des problemzentrierten Interviews nach Witzel (1982) als Kommunikationsstrategie angewandt wurden. Dies bedeutet, dass situationsangepasst ein Wechsel zwischen erzähl- und verständnisgenerierenden Fragen stattfindet, um subjektive Bedeutungen der befragten Personen zu eruieren (Witzel, 1982). Das problemzentrierte Interview nach Witzel zielt darauf, aus der individuellen Perspektive der Befragten Wesentliches zu einem gesellschaftlich relevanten Problem zu erfassen (Mrowczynski, 2013). Diese Erhebungsmethode kann als gewisser struktureller Kompromiss angesehen werden zwischen narrativem und leitfadenorientierten Interview (Witzel & Reiter, 2012). Das Nachfragen bleibt hierbei am zu untersuchenden Problem orientiert und dient dazu, die Sichtweise nachzuvollziehen, sie zu interpretieren und das Gespräch auf das Forschungsproblem "zuzuspitzen" (Witzel, 2000). Diese Strategie zum Erkenntnisgewinn wird als geeignete Methode angesehen, um die Begründungen und Absichten Frauen von Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren bezüglich geringerer Inanspruchnahme von Hebammenbegleitung in der Schwangerschaft zu erforschen.

Instrumente

Die Autorin verwendete für die Erhebung der Interviews die von Witzel (2000) aufgeführten Instrumente: Kurzfragebogen, Audio-Aufzeichnung, Interviewleitfaden und Postskriptum. Der Kurzfragebogen dient dem Erfassen relevanter soziodemographischer Merkmale, welche nicht Inhalt des Interviews, aber relevant für die Forschungsarbeit sind. In der vorliegenden Arbeit wurden im Kurzfragebogen, das Alter, die Einkommenssituation, der höchste erreichte Bildungsabschluss, die Anzahl der Kinder, der Migrationsstatus, Erwerbstätigkeit, der Beziehungsstatus, das Bundesland, weitere soziale oder psychische Belastungsfaktoren und eine Inanspruchnahme von Hebammenhilfe abgefragt. Bei der Einkommenssituation wurde dichotomisiert in die Kategorien mit und ohne Transferleistungen. Die erfragten Daten wurden anhand einer ID-Nummer anonymisiert und mit einem Kunstnamen pseudonymisiert, so dass keine

Rückschlüsse auf die jeweiligen Personen gezogen werden können. Die Audioaufzeichnung ermöglicht ein präzises Erfassen der Kommunikation und entlastet die Interviewende, welche sich dadurch auf nonverbale Äußerungen konzentrieren kann (Witzel, 1985). Ergänzend zur Audioaufzeichnung wird nach dem Interview von der Forscherin ein Postskriptum erstellt, in welchem Eindrücke zum Verhalten der befragten Person, das Erleben des Interviewsettings, Auffälligkeiten im Gesprächsverlauf oder spontane Eindrücke protokolliert werden (Misoch, 2019). Der im Anhang C angefügte Interviewleitfaden ist so gestaltet, dass er Offenheit ermöglicht und als strukturierender Rahmen den Gesprächsfluss und Nachfragemöglichkeiten unterstützt (Helfferich, 2010). Er unterstützt darin, konkrete Erfahrungsbeispiele "hervorzulocken" und trotzdem die anzusprechenden Themen im Blick zu behalten (Witzel, 2000). Der für diese Arbeit konzipierte Leitfaden wurde angelehnt an das Framework zum Zugang zur Gesundheitsversorgung von Levesque et al. (2013) entwickelt und beinhaltet neben einem offenen Einstieg und Ausstieg, Fragen zu den Dimensionen des Zugangs zur Versorgung mit Hebammenleistungen.

Gestaltung der Interviews

Mit allen TN wurde vorab per Telefon oder E-Mail zur Terminabsprache und Klärung von Fragen kommuniziert. Terminliche Wünsche der TN wurden berücksichtigt. Aufgrund der Sicherheitsmaßnahmen als Folge der Covid-19-Pandemie wurde den TN zur Auswahl gestellt, die Interviews online über die Plattform Zoom oder in Präsenz unter Einhaltung der Hygienemaßnahmen durchzuführen. Es wurden im Vorfeld mögliche Vor- und Nachteile erörtert und der Kontext der TN, wie beispielsweise deren technische Voraussetzungen, berücksichtigt (Archibald et al., 2019; Self, 2021). So wurden acht Interviews in Präsenz durchgeführt und fünf über die Videoplattform Zoom. Eine TN bevorzugte dabei eine Durchführung des Interviews ohne Video. Die Interviews in Präsenz wurden an einem Ort der Wahl der TN durchgeführt. Von den in Präsenz durchgeführten Interviews fanden vier in der Wohnung der TN, zwei jeweils in einem Besprechungszimmer von sozialen Einrichtungen und eines in einem öffentlichen Café statt. Gegenüber den Interviewpartnerinnen kommunizierte die Autorin transparent ihre Doppelrolle als Hebamme und Forscherin. Sie akzentuierte ihre Rolle als Forscherin und legte verständlich dar, dass sie die Befragungen aus dem Interesse heraus durchführt, das Angebot der Hebammen kritisch zu hinterfragen und weiterzuentwickeln. Die Autorin machte deutlich, dass sie die Interviews nicht als potenzielle Dienstleisterin führt, sondern mit einem Interesse an der Sichtweise der TN. Um dem Offenheitsprinzip der qualitativen Forschung gerecht zu werden, wurde in einem ersten Teil mit einem Erzählimpuls Narration angeregt. Dies ermöglichte den befragten Personen, ihre

Perspektiven, Relevanzen und Deutungsmuster in Bezug auf das angesprochene Thema möglichst offen zu entwickeln (Rosenthal & Loch, 2002). Im weiteren Verlauf des Interviews wurden leitfragengestützt erzählgenerierende Fragen gestellt, welche thematisch auf die Forschungsfrage ausgerichtet sind. Zeitnah nach den Interviews verfasste die Autorin jeweils ein Postskriptum als Memo. Dies diente sowohl der Reflektion der Interviewsituation als auch der Selbstreflektion der eigenen Gefühle und der Haltung im Kommunikationsprozess (Helfferich, 2010; Turner & Ingrisch, 2008).

3.2.4 Datenanalyse

Datenaufbereitung

Die digital aufgezeichneten Interviews wurden zeitnah wörtlich transkribiert. Ziel der Transkription ist es, das per Audioaufnahme aufgezeichnete Geschehen für eine wissenschaftliche Auswertung zugänglich und nutzbar zu machen (Dresing & Pehl, 2017). Kowal und O'Connell (2007) beschreiben diesen Akt der Verschriftlichung eines Gespräches als eine gesteuerte aktive Herangehensweise der transkribierenden Person. Im Bewusstsein, dass dieser Prozess immer eine Reduktion bedeutet und ein unvollständiges Abbild des tatsächlich stattgefundenen Ereignisses darstellt, sollte der Grad der Reduktion abgewogen und hinsichtlich der Forschungsfrage angemessen bestimmt werden (Bird, 2005; Fuß, 2019).

Beim Transformationsprozess der Transkription wurde das semantisch–inhaltliche Transkriptionssystem nach Dresing und Pehl (2018) angewandt. Dieses Transkriptionssystem ergänzt ältere Vorschläge unter Berücksichtigung einer computergestützten Analyse, hält beschränkt Paraverbales fest und generiert dadurch einen geglätteten Text (Dresing & Pehl, 2018; Kuckartz, 2016). Der auf diese Weise generierte Text ermöglicht durch leichte Lesbarkeit einen raschen Zugang zum Gesprächsinhalt. Durch Anmerkungen innerhalb des Transkriptes konnten Missverständnisse kommentiert werden, die beispielsweise durch technische Störungen oder Störungen von außen herbeigeführt wurden oder auch durch eine intensive Verwendung von Gestik und Mimik der TN. Dies trägt zum Verständnis des Textes bei. Die genauen Transkriptionsregeln sind dem Anhang D zu entnehmen.

Die beschriebene Vorgehensweise erschien der Autorin als angemessen in Bezug auf das Forschungsinteresse der Arbeit. In zwei der durchgeführten Interviews ergab sich eine gewisse Problematik hinsichtlich der Sprachfixierung von Transkripten. In diesen Interviews waren manche Aussagen nur unter Beachtung von Mimik oder Gestik verständlich, da die TN entweder durch kognitive Einschränkungen oder einen eher geringen deutschen Wortschatz, eine semantisch und syntaktisch fehlerhafte Sprache

verwendeten. Die Autorin begegnete diesem Umstand neben der oben beschriebenen Verwendung von Anmerkungen mit entsprechenden Hinweisen im jeweiligen Postskriptum. Bei der Transkription wurde das Datenmaterial pseudonymisiert, indem sowohl die Namen als auch alle Informationen, welche Hinweise zur Identifizierung der TN geben könnten, entfernt wurden. Die Transkripte wurden von der Autorin mit einer ID-Nummer versehen. Namen und Ortsangaben, wie beispielsweise der Wohnort wurden durch Kunstnamen ersetzt. Zeitbestimmende Angaben wie beispielsweise der Geburtstermin des Kindes wurden geändert. Die Transkription wurde computergestützt mit der Software MAXQDA (VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH, 2022) durchgeführt. Die Software erstellt automatisch Zeilenangaben und Absatznummerierungen. Darüber hinaus werden mit der Audiodatei verbundene Zeitmarken erstellt, welche bei der Analyse das Anhören des Originalmaterials ermöglichen. Dies erhöht die Nachvollziehbarkeit der Verschriftlichung (Rädiker, 2019).

Auswertungsmethode

Die Auswertung der Transkripte erfolgte orientiert am generellen Ablaufschema qualitativer Inhaltsanalysen nach Kuckartz mit dem Ziel, die Bedeutung der Inhalte zu bestimmen (Kuckartz, 2016). Es gibt eine Vielfalt verschiedener Varianten qualitativer Inhaltsanalyse, welche alle mit unterschiedlichen systematischen und prozesshaften Vorgehensweisen das Ziel verfolgen, qualitative Daten zu beschreiben und zu interpretieren (Elo & Kyngäs, 2008; Schreier, 2014). Schreier (2014) beschreibt ein Konzept eines "Werkzeugkastens" verschiedener Verfahren, bei denen neben dem Ablauf der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse als Basis, der Analyseprozess in relevanten Aspekten passend zum Forschungsprojekt spezifiziert werden kann. In der vorliegenden Arbeit wird das von Kuckartz (2016) beschriebene schrittweise Vorgehen einer inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse verwendet, welche eine Offenheit für unvorhergesehene Informationen während des gesamten Forschungsprozesses und die Gewinnung komplexer Informationen aus dem Material ermöglicht (Sandelowski, 2000). Diese Form der Analysetechnik zielt auf eine dichte Beschreibung des Forschungsgegenstandes, eine regelgeleitete Klassifizierung und Kategorisierung des gesamten Materials und trägt zur strukturierten Zusammenfassung der Daten bei (Kuckartz, 2019). Für die vorliegende Arbeit erscheint zur Beantwortung der Forschungsfrage ein deduktiv-induktives Vorgehen als geeignet. Dabei wird das theoretische Vorwissen zur Bildung deduktiver Kategorien genutzt (Graneheim et al., 2017). Ebenso werden aus den Daten heraus induktive Kategorien gebildet und analytisch neue Erkenntnisse generiert (Kuckartz, 2016; Schreier, 2013). Ziel der Analyse ist es, die Komplexität des Datenmaterials zu reduzieren, bedeutungstragende

Aspekte zur Beantwortung der Forschungsfrage in den Daten zu erfassen und diese beschreibbar und interpretierbar zu machen (Schreier, 2012; Vaismoradi et al., 2013). Die Tatsache, dass das regelgeleitete Verfahren von Kuckartz in sieben Phasen verständlich beschrieben wird, ermöglicht eine nachvollziehbare Anwendbarkeit (Kuckartz, 2019). Die Kompatibilität der Auswertungsmethode und der unterstützenden Software trägt zur Umsetzbarkeit einer regelgeleiteten Vorgehensweise bei (Rädiker, 2019).

Analyseprozess

Der Auswertungsprozess erfolgte bereits während des Transkriptionsprozesses, den die Autorin bei sämtlichen Interviews selbst durchführte. Nach vollständiger Transkription der Interviews wurden diese zunächst jeweils nochmals gelesen, während begleitend die Datenaufzeichnung genutzt wurde, um den Kommunikationszusammenhang besser zu erfassen und Transkriptionsfehler zu bereinigen. Dann wurde in einem initiierenden Vorgehen durch wiederholtes Lesen der Transkripte ein Gesamtüberblick über das Datenmaterial erzielt. Dabei markierte die Autorin wichtige Textstellen, verfasste Memos und jeweils eine Fallzusammenfassung, in welcher die von den Interviewteilnehmerinnen geäußerten, relevanten Aspekte in Bezug auf die Beantwortung der Forschungsfrage zusammengetragen wurden. In einem zweiten Schritt wurde ausgehend von den im Interviewleitfaden inkludierten Themen, welcher durch das theoretische Vorwissen generierte Aspekte beinhaltet, zunächst deduktiv ein Kategoriensystem entwickelt. Dabei orientierte sich die Autorin an den Dimensionen des Framework zum Zugang zur gesundheitlichen Versorgung von Levesque et al. (2013). So wurden für die zentrale Kategorie "versorgungsseitigen Faktoren" die Hauptkategorien "Zugänglichkeit", "Akzeptanz", "Verfügbarkeit", "Erschwinglichkeit" und "Angemessenheit" und für die zentrale Kategorie "nachfrageseitigen Faktoren" die Hauptkategorien "Möglichkeit, wahrzunehmen", "Möglichkeit, Hilfe zu suchen", "Möglichkeit, Hilfe zu erreichen", "Möglichkeit, zu bezahlen" und "Möglichkeit, sich zu beteiligen" gebildet. Das Kategoriensystem wurde in einem dritten Schritt an den semantischen Inhalten des Textes erprobt und angepasst. Zu den festgelegten Kategorien passendes Textmaterial wurde dabei diesen jeweils zugeordnet (Kuckartz, 2016). In einem vierten Schritt wurden alle mit der gleichen Unterkategorie codierten Textstellen zusammengestellt. Hierfür wurde die Funktion "Liste der codierten Segmente" der Software MAXQDA (VERBI Software, 2022) genutzt. In einem fünften Schritt wurden aus dem Material heraus induktiv weitere Kategorien hinzugefügt oder subsumiert und somit die bestehenden Kategorien ergänzt und weiterentwickelt (Schreier, 2012). So wurde eine dritte Kategorie "Glück, Hebammenhilfe zu erhalten"

ergänzt und als übergeordnete Oberkategorie angeordnet. Unter die oben angeführten deduktiv gebildeten Hauptkategorien wurden jeweils Ausprägungen dieser Aspekte und Themen aus dem Material heraus zugeordnet. Für jede Kategorie wurde eine Definition festgelegt und mit Ankerbeispielen versehen. Im Anhang E ist exemplarisch eine Übersicht über die aus der Hauptkategorie „Zugänglichkeit“ gebildeten Subkategorien aufgeführt. Das abschließende, ausdifferenzierte Kategoriensystem, welches im Prozess der Analyse verschiedenen Anpassungen erfuhr, bildet die thematische Struktur der weiteren Analyseschritte. Es umfasst 45 Kategorien, verteilt auf vier Hierarchieebenen. Im Anhang F befindet sich eine, mit MAXQDA (VERBI Software, 2022) erstellte, Visualisierung des Kategoriensystems. In einem sechsten Schritt wurde dann das gesamte Datenmaterial in einem weiteren Analyseprozess mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem codiert. Dabei wurde versucht, auch die latenten Inhalte der sprachlichen Äußerungen zu erfassen (Schreier, 2014). Beobachtungen, Kommentare und Deutungen, welche sich während der Analyse ergaben, wurden in Form von Memos festgehalten und dienten der Unterstützung im Erkenntnisprozess und der Interpretation des Datenmaterials (Schreier, 2013; Schrems & Fringer, 2015). In einem siebten Schritt des Analyseprozesses wurden die Daten dann kategorienbasiert ausgewertet, durch Vergleichen und Kontrastieren differenziert, und die jeweiligen Inhalte der Aussagen der TN systematisch beschrieben. So wurden aufgrund der soziodemografischen Daten jeweils verschiedene Gruppen gebildet und deren Aussagen kategorienorientiert verglichen. Wie von Kuckartz empfohlen, wurden bei diesem Schritt, kategorienorientierte Zusammenfassungen in eigenen Worten erstellt (2016). Der gesamte Analyseprozess erfolgte computergestützt mit der Software MAXQDA (VERBI Software, 2022), mit welcher die große Datenmenge systematisch organisiert werden konnte. Im kategorienbasierten Auswertungsprozess wurde dabei die *Summary-Funktion*, *Visual Tools*, und die *interaktive Segmentmatrix* genutzt (Kuckartz, 2019). Die beschriebenen Analyseschritte fanden nicht immer linear oder in völlig getrennten Projektphasen statt. Kuckartz betont bei seiner Beschreibung des Ablaufes einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse die Flexibilität der sieben Phasen, welche nicht einen starren Ablauf, sondern ein Orientierung gebendes Modell abbilden (2016). Eine Herausforderung bestand dadurch, dass die Dimensionen des Modelles von Levesque et al. (2013) und dementsprechend die gebildeten Kategorien nicht immer klar abgegrenzt, sondern teilweise miteinander verflochten sind. Diesem Umstand wurde mit dem Verfassen möglichst präziser Kategoriendefinitionen begegnet. In Anhang G befindet sich eine Visualisierung des Ablaufes der durchgeführten Inhaltsanalyse.

3.2.5 Gütekriterien

Zu der Frage, welche Kernkriterien zur Bewertung qualitativer Forschung herangezogen werden sollen, findet sich in der Literatur eine breite Diskussion (Brüsemeister, 2008; Kruse, 2015; Steinke, 2000; Strübing et al., 2018). Zur Sicherung der Qualität der vorliegenden Arbeit erschienen Gütekriterien, welche Steinke (2000) als Kernkriterien beschreibt, als geeignet. Diese wurden bei Durchführung der Studie konkretisiert. So wurde im Sinne von intersubjektiven Nachvollziehbarkeit darauf geachtet, dass der gesamte Forschungsprozess transparent, konkret, nachvollziehbar und überprüfbar dargelegt wird. Neben der Dokumentation im Methodenkapitel dieser Arbeit führte die Forscherin während des gesamten Forschungsprozesses ein Tagebuch, in welchem das Vorgehen und Reflektionen der Forscherin protokolliert wurden. Die Verwendung von halbstrukturiertem Interviewleitfaden und Postskriptum bei der Datenerfassung und die Verwendung des kodifizierten Verfahrens der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse tragen ebenfalls zur Nachvollziehbarkeit der Studie bei. Mit wortgetreuer, regelgeleiteter Transkription wurden die erhobenen Daten nachprüfbar dargestellt. Die Indikation und Darlegung methodischer Entscheidungen und Strategien, und die explizite Darstellung des Analyseprozesses sichern ebenfalls die Qualität der Studie. Die empirische Verankerung der Ergebnisse in den Daten wird von der Autorin mit vielen Zitaten ausgewiesen. Eine diskursive Form der Herstellung von Nachvollziehbarkeit fand in regelmäßigen Treffen in einer Gruppe mit zwei anderen Masterstudierenden, mit der Erstbetreuerin und einer Psychologin statt. Als weitere Strategie zur Sicherung der Qualität der Studie reflektierte die Autorin im gesamten Forschungsprozess ihre eigenen Vorannahmen (Kalitzkus, 2005; Mruck & Mey, 1999). Dies ist im Falle dieser Arbeit besonders relevant wegen der Doppelrolle der Autorin als Forscherin, die über den Zugang zum Handlungsfeld ihrer Berufsgruppe forscht, und zugleich als freiberufliche Hebamme und Familienhebamme tätig ist. Die Doppelrolle wurde den TN transparent kommuniziert und im gesamten Forschungsprozess von der Forscherin mitbedacht im Sinne von reflektierter Subjektivität, welche Pehlke-Milde (2012) als grundlegende Erfordernis qualitativer Forschung betrachtet. So wurden auch die wertebasierten Intentionen der Autorin, welche mit dem Forschungsanliegen verbunden sind, wie beispielweise die Herstellung von mehr Chancengerechtigkeit zum Gegenstand kritischer Auseinandersetzung gemacht (Wohlrab-Sahr, 1993). Die eigenen Vorannahmen, welche durch die professionelle Arbeit der Autorin als Hebamme und Familienhebamme geprägt sind, wurden verschriftlicht und in Gesprächen in einer Peergruppe und in einem Forschungsworkshop besprochen. Unterstützende Wirkung für eine selbstreflektierte Haltung hatten die forschungspraktischen Anleitungen im

Manual von Helfferich (2010). Zur Güte der vorliegenden Arbeit trägt schließlich auch die Relevanz der Thematik bei, welche in der Einleitung und im Kapitel zwei dieser Arbeit nachvollziehbar dargelegt wird.

3.2.6 Ethische Überlegungen

Bei der Durchführung der Studie werden ethische Grundprinzipien beachtet, wie Gerechtigkeit, Wohltun und die Wahrung der Autonomie der Teilnehmerinnen (Bislimi et al., 2009). Dementsprechend wurden formale Kriterien, wie die informierte Zustimmung, die Anonymisierung der Teilnehmenden durch Pseudonymisierung der Daten und die Gewährung von Datenschutz eingehalten (Robinson, 2003). Interviewinteressierte wurden schriftlich und mündlich über das Forschungsvorhaben, die datenschutzrechtlichen Aspekte und die geplante Durchführung informiert. Dabei wurde die Freiwilligkeit der Teilnahme betont. Sie wurden darüber aufgeklärt, dass sie ihre Teilnahmebereitschaft jederzeit widerrufen können und die Löschung der Daten bis zum Beginn des Analyse- und Auswertungsprozess verlangen können. Bei der Aufklärung über die Studie wurde darauf geachtet, Diskriminierung oder Stigmatisierung zu vermeiden und ein ausreichendes Verständnis der Informationen zu gewährleisten, um eine informierte Einwilligung zu ermöglichen. Die Audiodateien wurden nach der Transkription gelöscht. Die Transkripte werden passwortgeschützt auf einem gesicherten Server der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft (ZHAW) in einem speziellen Projektordner aufbewahrt. Dabei wurden die personenbezogenen Daten pseudonymisiert und die Interviews mit einem Zahlencode versehen. Die Einwilligungserklärungen mit personenbezogenen Daten werden getrennt davon geschützt vor dem Zugriff Unbefugter archiviert. In den Interviewsituationen wurde Wert gelegt auf eine angenehme, einfühlsame und wertschätzende Atmosphäre mit ausreichend Zeit. In zwei Interviewsituationen kam es durch das Erzählen zu emotionalen Prozessen bei den TN, welche sich in Weinen oder einer gewissen Unruhe äußerten. Diesem Umstand wurde durch das Angebot zum Pausieren oder Abbruch der Gesprächssituation begegnet. In einem der Fälle erkundigte sich die Forscherin einige Stunden nach Interviewdurchführung bei der TN nach deren Befinden und versicherte sich deren Wohlergehen. In einem anderen Fall, in dem ein erforderlicher Bedarf eines geeigneten Unterstützungsangebote sichtbar wurde, konnte die Forscherin auf ausdrücklichen Wunsch der TN einen Kontakt vermitteln. Die Gesprächssituation im Interview führte bei manchen TN dazu, sehr ausführlich Erlebtes zu berichten, was Ihnen selbst als wichtig erschien, jedoch keine direkte Relevanz für den Forschungsgegenstand enthielt. Bei einigen Interviews erfolgte auch nach Abschalten

des Aufnahmeerätes noch ein langer Erzählfluss. Diesem Phänomen wurde mit Wertschätzung und Anerkennung begegnet. Die Forscherin strebte in der Begegnung mit den TN eine ressourcenorientierte Haltung an, welche die TN nicht reduziert auf deren belasteten Lebenssituationen. So sollte vermieden werden, Stigmatisierung und Machtdifferenzen zu reproduzieren, was in der Forschung mit vulnerablen Personen eine potenzielle Gefahr darstellt (Marino & Faas, 2020). Aus Sicht der Forscherin rechtfertigt der erwartete Nutzen die Herausforderungen für die TN. Teilweise stellten die Interviews für die Forscherin selbst eine emotionale Herausforderung dar. Diesem Umstand wurde mit Selbstfürsorge in Form einer Supervision begegnet. Im Vorfeld dieser Forschungsarbeit wurde am 23.07.21 ein ethisches Clearing bei der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft beantragt. Dies wurde am 26.08.21 erteilt.

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse, welche sich aus der qualitativ strukturierende Inhaltsanalyse ergeben haben, deskriptiv dargestellt und zusammengefasst, bevor sie in Kapitel 5 fokussiert auf die Forschungsfrage diskutiert werden. Die Ergebnisse werden anhand des konzeptionellen Rahmens des Modelles von Levesque et al. (2013) präsentiert.

Es konnten insgesamt dreizehn Interviews geführt werden. Von dreiundzwanzig Interessentinnen wurde eine wegen Nichterfüllung der Einschlusskriterien nicht in die Studie einbezogen. Neun Interessentinnen haben die Interviewteilnahme entweder kurzfristig abgesagt oder sind zum Interview ohne weitere Kommentierung nicht erschienen. Die soziodemographischen Daten der TN und Informationen zu den Interviews werden in den nachfolgenden beiden Tabellen, Tabelle 1 und 2 aufgeführt. Aus der Tabelle 2 wird ersichtlich, dass die befragten Frauen mit Ausnahme des Wohnortes eine Heterogenität bezüglich der soziodemografischen Daten aufweisen. Zehn der dreizehn TN haben mehrfache Belastungsfaktoren.

Tabelle 2

Informationen zur Interviewdurchführung

		Anzahl
Interviews		13
Interviewgestaltung	Online über Zoom	5
	In Wohnung der Frau	5
	In Räumen von Einrichtung	2
	Im Café	1
Dauer	Im Durchschnitt Ø 35,32min (min. 22,19; max. 56,10)	
	Gesamtmaterial: 459,21 min	

Tabelle 1

Soziodemographische und belastungsbezogene Daten der Interviewteilnehmerinnen

Merkmal	Ausprägung	Anzahl
Altersgruppen	20-25	5
	25-35	6
	35-40	2
Einkommen	Mit Transferleistungen	8
	Ohne Transferleistungen	5
Bildungsstand	Kein Schulabschluss	4
	Hauptschulabschluss	2
	Mittlerer Schulabschluss	3
	Hochschulreife	4
Anzahl der Kinder	Ein Kind	6
	Zwei Kinder	6
	Drei Kinder	1
Migrationsspezifische Belastung	ja	4
	nein	9
Beziehungsstatus	Feste Beziehung/ verheiratet	9
	Keine feste Beziehung	4
Erwerbstätigkeit	Erwerbstätig, z.Zt. in Mutterschutz/ Elternzeit	3
	erwerbslos	7
	In Ausbildung	2
	Nicht erwerbsfähig	1
Belastungsfaktoren	Finanzielle Sorgen	8
	Psychische Belastungen	11
	Soziale Isolation	4
	Fluchterfahrung	1
	Chronische Erkrankung	5
	Ehemann in Haft	1
Hebammenversorgung	Ja	8
	Nein	5
Bundesland des Wohnortes	Baden-Württemberg	11
	Hessen	1
	Thüringen	1

Die nachfolgenden Unterkapitel sind so aufgebaut, dass die im Analyseprozess entwickelten Subkategorien, welche als hinderliche oder förderliche Determinanten des Zugangs identifiziert wurden, entsprechend den Dimensionen des Zugangs dargestellt werden. So werden in diesem Kapitel die untergeordneten Forschungsfragen beantwortet.

4.1 Zugänglichkeit

Als relevante Determinanten in Bezug auf die Zugänglichkeit zum Versorgungsangebot der Hebammenhilfe, also deren Auffindbarkeit und Bekanntheit wurden „Informationen“, "Aufklärung für Migrantinnen" und "Schnittstellenmanagement" identifiziert. Die TN haben in den meisten Fällen Informationen erhalten, wie man eine Hebamme kontaktieren kann. Neben den Informationen durch Internetportale berichten die Frauen von Telefonlisten, welche sie meist vom gynäkologischen Fachpersonal erhalten haben. Von den befragten Frauen äußern diejenigen mit einer höheren Bildung einen Bedarf an differenzierteren Angaben zu den Angeboten der jeweiligen Hebammen. Frau Ritzweiler schätzt die Informationen auf Listen als „sehr, sehr spärlich“ (Frau Ritzweiler, Z.242) ein. Die TN, welche als Migrantinnen das deutsche System nicht so gut kennen, berichten einen Bedarf an Aufklärung über das Versorgungssystem. Als hilfreich beschreibt Frau Khaled das Vorhandensein einer Hebammensprechstunde in einer Unterkunft für Menschen mit Fluchterfahrung, wodurch das Angebot der Hebammenversorgung dort den Bewohnenden bekannt und damit zugänglich gemacht wurde. Zugang zur Hebammenversorgung kann auch an Schnittstellen durch Vermittlung anderer Fachpersonen eröffnet werden und die Nutzung von Leistungen der Hebammenhilfe wiederum kann Zugang zu weiterführenden Unterstützungsangeboten eröffnen. Drei TN berichten von solch weiterführenden Unterstützungsangeboten, welche aufgrund eines spezifischen Bedarfes durch die Vermittlung der Hebamme ermöglicht wurde.

4.2 Möglichkeit, wahrzunehmen

Als komplementäre Eigenschaft zur Zugänglichkeit braucht es die Möglichkeit der Frau, einen Bedarf wahrzunehmen. An beeinflussenden Faktoren wurden "Informiertheit", die "Wahrnehmung von Notwendigkeit", der Anspruch "allein zurechtkommen" und die Erklärung "andere Sorgen haben" gefunden. Die meisten TN sind größtenteils "eigentlich gut informiert" (Frau Aydin, Z.582). Ein Mangel an Informiertheit oder mangelnde Kenntnis des Systems stellt eine Barriere zur Versorgung dar. So berichten Migrantinnen, dass sie keinen Zugang zu Angeboten in der Schwangerschaft hatten, weil sie diese gar nicht kannten. Kognitive Einschränkungen können den Grad an

Informiertheit ebenfalls beeinträchtigen. Die Wahrnehmung eines Bedarfes an Hebammenversorgung unterscheidet sich zum einen bei den einzelnen TN, zum anderen auch bezüglich des Leistungsspektrums der Hebammenversorgung. So äußern einige TN, dass sie in ihrer ersten Schwangerschaft aufgrund von Wohlbefinden und Unerfahrenheit keinen Bedarf an Versorgung durch eine Hebamme hatte. Andere TN betonen gerade aufgrund von Komplikationen in der Schwangerschaft, Ängsten oder Sorgen die Notwendigkeit von und den starken Wunsch nach Versorgung durch eine Hebamme. Einigen TN ist das Angebot der Hebammenhilfe in der frühen Schwangerschaft gar nicht bewusst. Im Wochenbett wird der Bedarf an Versorgung von den meisten TN deutlicher wahrgenommen. Frau Ritzweiler empfindet die Unterstützung durch eine Hebamme im Wochenbett als unverzichtbar. Sie hat das Muttersein in den ersten Tagen als plötzliches Alleingelassen-Sein und Konfrontiert-Sein mit einer schwierigen Aufgabe erlebt.

[...] Das ist/ Also, ich hätte das nicht gekonnt! Also, ich bin froh, dass ich eine Nachsorgehebamme hatte. Weil, klar, beim zweiten Kind ist man ein bisschen versierter, was das, aber trotzdem! Man wird, man wird quasi ins kalte Wasser geworfen. Die haben mich ja fast schon aus dem Krankenhaus rausgeschmissen. [...] Und dann, ja, kriegt man dieses Mini-Baby in die Hand gedrückt, und. Also, klar, das Baby ist eh immer bei mir gewesen, aber quasi so: " Also, tschüss!" Das ist schon Wahnsinn! (Frau Ritzweiler, Z.183-187; Z.192-194)

Drei der TN hatten bei ihrem ersten Kind in der Schwangerschaft und im Wochenbett keine Versorgung durch eine Hebamme erhalten. Von ihnen wurde der Bedarf aufgrund damaliger schlechter Erfahrungen in der nächsten Schwangerschaft deutlicher wahrgenommen. Die Unterstützung durch eine Hebamme wird als Möglichkeit für mehr Wohlbefinden und eine bessere Gesundheit eingeschätzt. Eine Hürde für die Inanspruchnahme ist der Wunsch und Anspruch, die Herausforderungen der reproduktiven Lebensphase eigenständig bewältigen zu wollen. Frau Helbig formuliert diesen Anspruch folgendermaßen:

[...] das war mein Sturkopf[...] wollte es halt zuerst alleine, wollte es alleine probieren, um halt zu zeigen, dass ich es auch kann! (Frau Helbig, Z.380-381)

Das Eingeständnis eines Unterstützungsbedarfes kann auch mit Scham verbunden sein und in Folge eine Barriere für den Zugang darstellen. Ambivalente Gefühle in der Schwangerschaft, ein Schwangerschaftskonflikt oder existenzielle Sorgen können die Wahrnehmung eines Bedarfes an Versorgung beeinträchtigen. Frau Beer beschreibt, eine Priorisierung anderer Bedürfnisse im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung.

[...] also ich habe mich ja dann viel mehr mit dem Konsum beschäftigt wie jetzt wichtigere Termine oder was Wichtigeres zu suchen. (Frau Beer, Z.204-206)

Die untergeordnete Forschungsfrage, welchen Bedarf Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungen in Bezug auf die Versorgung mit ambulanten

Hebammenleistungen wahrnehmen und welche Erfahrung sie in Bezug auf die Zugänglichkeit dieser Angebote haben, kann damit folgendermaßen beantwortet werden:

Aufklärung, Informationen und ein gutes Schnittstellenmanagement sind förderliche Faktoren für die Zugänglichkeit. Die TN nehmen einen Bedarf an Hebammenhilfe besonders im Wochenbett wahr. Belastungen wie existenzielle Sorgen, der Konsum von Drogen, ambivalente Gefühle bezüglich der Schwangerschaft, Scham, eine mangelnde Kenntnis des Systems, kognitive Einschränkungen und der Anspruch, Herausforderungen eigenständig zu bewältigen, können eine Barriere für den Zugang sein.

4.3 Akzeptanz

Als Aspekte der Ausgestaltung der ambulanten Hebammenleistungen, welche die Akzeptanz beeinflussen, wurden die folgende Themen gefunden: "Chemie sollte stimmen“, "Wahlmöglichkeit“, "Respekt“. Für die TN spielt nicht nur der Rahmen des Arbeitsbündnisses, sondern im Besonderen die persönliche Beziehung eine wichtige Rolle. Eine gewisse Sympathie ist für die Akzeptanz des Angebotes der Hebammenversorgung förderlich. Umgekehrt kann ein Mangel an Sympathie eine Barriere darstellen.

[...] 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. (Frau Handke, Z.292-294)

Die besondere Vulnerabilität und Intimität der reproduktiven Lebensphase begründen die Relevanz einer Vertrauensbeziehung zur Hebamme.

*[...] du musst dich wirklich mit dieser Frau wohlfühlen! Weil, (.) die begleitet dich Minimum so ein paar Wochen oder so. Und guckt auch nach deinem Kind und so. Und du bist so erledigt nach der Geburt! Du brauchst dann nicht jemanden, über den du dich nur aufregst oder du dich total unwohl fühlst! 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! Weil, die wird dich in Situationen sehen, wo du eigentlich nicht von anderen Personen gesehen werden willst. (...) Ja. (Frau Köhler, Z.409-416)*

In den Aussagen der TN ist eine Heterogenität in Bezug auf Kriterien, welche ein gutes Arbeitsbündnis prägen, zu finden. So werden beispielsweise das Alter und die Erfahrung der Hebamme von den TN sehr unterschiedlich bewertet. Für eine TN hat die mit einem jüngeren Alter verbundene Vertrautheit durch den positiven Effekt von Ähnlichkeit eine hohe Bedeutung. Zum anderen assoziiert sie ein höheres Alter der Hebamme mit einer gewissen Rückständigkeit und Inflexibilität. Andere TN sehen ein junges Alter der Hebamme eher kritisch und legen Wert auf eine gewisse Erfahrung. Grundsätzlich ist es für die Akzeptanz der TN sehr relevant, die Möglichkeit, eine individuelle Wahl in Bezug

auf die Person der Hebamme und die Gestaltung des Angebotes zu haben. Einige TN befürworten in diesem Zusammenhang Vermittlungsagenturen, welche für eine Verwirklichung von Wahlmöglichkeiten förderlich sein könnten. Der Hebammenmangel führt allerdings dazu, dass manche Frauen Aspekte der Akzeptanz dem generellen Bedürfnis nach einer Versorgung unterordnen und trotzdem eine Hebamme wählen, auch wenn diese nicht ihren Wunschvorstellungen entspricht

[...] Aber hier in der Region muss man sich halt schon die Frage stellen: "Möchte ich eine Versorgung haben oder nicht?" Und nicht: "Gefällt mir die Person?" oder "Mag ich die lieber oder die?" (Frau Rindt, Z.140-142)

Auch wenn Frauen die Person der Hebamme nicht immer selbst wählen können, ist eine respektvoller Umgang für die Akzeptanz unabdingbar. Verständnis, Empathie und Wahrung der Autonomie sind für die TN maßgeblich. Erfahrungen von Respektlosigkeit führen zu Reaktionen wie Rückzug, Angst, Panik und Ablehnung der Versorgung.

4.4 Möglichkeit, Hilfe in Anspruch zu nehmen

Als Determinanten der nachfrageseitigen Möglichkeit, Hilfe zu suchen wurden die Themen "Scham /Angst vor Stigmatisierung" und "Autonomie" identifiziert. Scham kann die Möglichkeit, Hilfe zu suchen beeinträchtigen. So kann Unordnung in der Wohnung und ein mangelnder körperlicher Pflegezustand aufgrund von Scham die Fähigkeit, Hilfe zu suchen, einschränken.

Auch Scham davor eigene Unsicherheiten zu offenbaren und die Hebamme mit psychischen Problemen zu konfrontieren, kann eine Barriere für die Inanspruchnahme sein. Des Weiteren können Scham vor der eigenen Unzulänglichkeit als Mutter und die Ängste vor sozialer Verurteilung eine Hürde sein. Bei Frau Beer stellt ihr Drogenkonsum und die damit verbundene Angst vor Stigmatisierung eine solche Barriere dar:

[...] ich glaube einfach, dass ich mir keine Hebamme gesucht habe, weil, Scham auch. [...] und da war es für mich ich glaube einfach, die Scham, einfach. [...] ich glaube, ich dachte so, dass sie denkt: (...) „als Mutter zu konsumieren, schlimm!“ Und: „Wie kann eine Mutter so was machen?“ Und halt so was, ja. (Frau Beer, Z.217-218)

Einige TN betonen, dass sie das Angebot der Hebammenversorgung selbstbestimmt gewählt haben und gewisse Anforderungen an die Person der Hebamme hatten und dass sie, im Falle von Unhöflichkeit oder unangemessenem Verhalten, die Beziehung zu dieser Hebamme beenden würden. Andere TN beschreiben wiederum einen gewissen Druck von Seiten des Unterstützersystems der Frühen Hilfen eine Versorgung durch eine Hebamme in Anspruch zu nehmen.

[...] 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. (Frau Helbig, Z.232-235)

Die untergeordnete Forschungsfrage, welche Aspekte der Ausgestaltung der ambulanten Hebammenleistungen die Annehmbarkeit für diese Frauen und deren Möglichkeit, Hilfe in Anspruch zu nehmen beeinflusst, kann folgendermaßen beantwortet werden: Wahlmöglichkeiten, Sympathie und eine Vertrauensbeziehung zur Hebamme, welche von Respekt und Verständnis geprägt ist, sind für die befragten Frauen grundlegende Faktoren, welche die Akzeptanz des Angebotes der Hebammenhilfe beeinflussen. Scham, die Angst vor Stigmatisierung und Erfahrungen von Einschränkungen der Autonomie und Respektlosigkeit stellen Barrieren dar

4.5 Verfügbarkeit

Als Faktoren, welche die Verfügbarkeit von ambulanten Hebammenleistungen beeinflussen wurden "Mangel an Hebammen", "Mangelnde Kapazität", "Persönliche Abweisung" identifiziert. Durchgehend beschreiben die TN eine schlechte Verfügbarkeit durch einen Mangel an Hebammen und geringe Kapazitäten. Der Zugang ist dadurch eingeschränkt, dass verfügbare Ressourcen ungleichmäßig verteilt sind und Hebammen oftmals eine aufsuchende Versorgung nur in einem bestimmten Umkreis übernehmen. Die geringe Verfügbarkeit führt dazu, dass Frauen keine Hebammenversorgung finden, obwohl sie diese gerne in Anspruch genommen hätten. Dies führt oftmals zu Enttäuschung und zu einem Mangel an wichtiger Unterstützung.

[...] also, ich hatte mir sowieso keine großen Hoffnungen gemacht. Aber es war halt trotzdem eine Enttäuschung. Weil, es ist das erste Kind gewesen. Man hat selber nicht so die Ahnung davon und dann fällt halt auch die Unterstützung weg. (Frau Rindt, Pos. Z.93-95)

Die mangelnde Verfügbarkeit wird von TN als Enttäuschung und persönliche Abweisung erlebt, was wiederum eine zusätzliche Barriere darstellt, da Frauen aus Angst vor Frustrierung die Suche nach einer Hebamme beenden. Frau Handke beschreibt diese Konsequenz folgendermaßen:

[...] ja, gut- wenn mich da keiner haben möchte, dann lass ich es! (Frau Handke, Z.53-55)

4.6 Möglichkeit, Hilfe zu erreichen

Als bestimmende Determinanten der Möglichkeit, Hilfe zu erreichen zeigen sich Aussagen zu den Themen "Herausforderung der Mobilität", "Rechtzeitig dran sein", und "Hartnäckigkeit" Je nach Wohnort und Mobilität kann die Möglichkeit, Hebammenversorgung zu erreichen eingeschränkt sein.

[...] aber da war es mir einfach nicht möglich, hinzukommen. Weil wir kein Auto haben und das einfach viel zu weit weg ist, (...) genau! (Frau Rindt, Z.305-306)

Die Möglichkeit, Hilfe zu erreichen wird, aufgrund der in vielen Interviews betonten geringen Verfügbarkeit der Hebammen, stark von der Rechtzeitigkeit einer Kontaktaufnahme zu einer Hebamme von Seiten der Frau beeinflusst. Die Notwendigkeit einer rechtzeitigen Kontaktaufnahme ist einigen der Befragten bewusst. Diesem Umstand wird mit Strategien der frühzeitigen Hebammensuche begegnet.

[...] also wirklich, sofort, sobald man diesen Test in der Hand hat, alle Nummern abtelefonieren, die man irgendwo gefunden hat. Und hoffen, dass noch was frei ist. (Frau Rindt, Z.239-240)

[...] so quasi: Bei der Empfängnis am besten gleich das Telefon in die Hand nehmen und sich dann einen Platz reservieren. (Frau Abendstern, Z.269-270)

Durch den regional sehr ausgeprägten Hebammenmangel garantiert selbst eine frühzeitige Suche keine verfügbare Hebammenversorgung. Zusätzlich führt die schlechte telefonische und digitale Erreichbarkeit der Hebamme dazu, dass die Suche sehr zeitaufwändig und oftmals mit vielen Absagen oder gar nicht erfolgten Rückmeldungen verbunden ist.

Frau Klempners beschreibt ihre Hartnäckigkeit als erfolgreiche Strategie für eine erfolgreiche Suche.

[...] ne, da habe ich schon, ich glaube, zwei oder drei Tage gebraucht. [...] Also, das habe ich von vielen gehört, dass es nicht so einfach werden kann. Aber ich denk, ich habe mir halt gedacht: "Wenn man dranbleibt und hartnäckig bleibt, dann findet man schon eine!" [...] Das kann ich sehr gut! (lacht) Das Hartnäckige! (Frau Klempners, Z. 299-301)

Das Knüpfen von Kontakten zu Hebammen oder Schwangerenberatungsstellen erweist sich bei anderen TN als erfolgreiche Strategie, um trotz knapper Ressourcen von Hebammen noch eine Versorgung zu erhalten. Eine TN berichtet, dass man in ihrer Region bei Anmeldung nach der sechsten Schwangerschaftswoche nur noch über irgendwelche freundschaftlichen Beziehungen oder persönliche Fürsprache eine Hebammenversorgung für das Wochenbett erhält.

Zur untergeordneten Forschungsfrage, welche Aspekte die Möglichkeit von Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren beeinflussen, die Angebote ambulanter Hebammenleistungen zu erreichen und welche Erfahrungen sie in Bezug auf die Verfügbarkeit dieser Leistungen haben, verweisen die Daten auf folgendes Ergebnis: Die TN betonen die mangelnde Verfügbarkeit aufgrund des Hebammenmangels und zu geringen Kapazitäten als große Hürde, welche beim Zugang

vorrangig überwunden werden muss. Um diese Hürde zu überwinden, bedarf es einer gewissen Rechtzeitigkeit und Hartnäckigkeit bei der Suche. Regionale Ungleichverteilung und reduzierte Mobilität können zu Benachteiligung führen. Absagen von Hebammen werden teilweise als persönliche Abweisung erlebt.

4.7 Erschwinglichkeit

Als Faktoren, welche die Erschwinglichkeit als vierte angebotsseitige Dimension des Zugangs zur Hebammenhilfe bestimmen, wurden die Themen "Aufklärung über Finanzierung", "Zeitbedarf teilweise nicht vergütet" und ein "Mehrbedarf an unvergüteten Leistungen" identifiziert. In Deutschland werden die meisten der von Hebammen erbrachten Leistungen nach der Hebammengebührenordnung von den Krankenkassen finanziert. Den meisten TN ist das zwar bekannt, aber die Aufklärung darüber ist sehr relevant. Dies gilt insbesondere für Frauen, die das deutsche Gesundheitssystem nicht gut kennen. Frau Lettieri war das durch die Kassen finanzierte Angebot der Hebammenversorgung nicht bekannt. Sie ist es gewohnt, für Gesundheitsleistungen bezahlen zu müssen.

[...] ja! Bei uns kommt niemand zum Helfen, niemand um (...) etwas zu fragen, nichts! (...) Nur dein Arzt, mit Geld! Alle sind mit Geld dort! (...) Wenn du nicht zahlst, ist es katastrophal. (Frau Lettieri, Z.294-296)

TN berichten von einem starken Zeitdruck der Hebammen, deren Begründung sie in der nicht angemessenen Bezahlung verorten. Einige TN äußern auch Bedarfe, welche nicht oder nicht ausreichend vergütet werden. Ausreichend lange Besuche im Wochenbett, bei denen Zeit bleibt für psychosoziale Beratung, werden als wirksame Form der Versorgung geschätzt. Frau Köhler, die erst fünf bis sechs Monate nach der Geburt eine Wochenbettdepression entwickelt hat, war sehr froh, auch dann noch Hilfe durch ihre Hebamme zu erhalten, obwohl diese das nicht mehr abrechnen konnte.

[...] unser Verhältnis hat sich eigentlich so eineinhalb Monate davor halt beendet eigentlich, weil dann nicht mehr bezahlt wird von der Kasse. Aber sie hat mir da zum Glück immer noch geholfen. (Frau Köhler, Z.363-365)

4.8 Möglichkeit, zu bezahlen

Die nachfrageseitige Dimension der Bezahlbarkeit wird durch "Fehlende finanzielle Ressourcen", "Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen" und "Zeitmangel" beeinflusst. Einige TN berichten von finanziellen Sorgen in der Schwangerschaft. Fehlende Ressourcen können auch dazu führen, dass sie ein Hindernis darstellen für den Zugang zu bevorzugten Versorgungsangeboten wie beispielsweise eine Geburt im

Geburtshaus oder eine Hausgeburt. Für manche TN sind finanzielle Unterstützungsangebote eine adäquate Möglichkeit, fehlende finanzielle Ressourcen zu kompensieren. Auch die zu investierende Zeit und die damit verbundenen Kosten können ein mögliches Hindernis für den Zugang zur Versorgung darstellen. Bei der Analyse der Fragestellung, welche Rolle die Erschwinglichkeit und Bezahlbarkeit der ambulanten Hebammenleistungen für Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren in Bezug auf die Inanspruchnahme spielt, wurde Folgendes deutlich: Die Bezahlbarkeit der Hebammenleistungen kann vor allem für Migrantinnen aufgrund mangelnder Informiertheit und Bedenken bezüglich anfallender Kosten eine Hürde zum Zugang darstellen. Es wird ein Mehrbedarf an zur Verfügung stehender Zeit und einer längerem Betreuungszeitraum deutlich, welcher durch das aktuelle Vergütungssystem nicht abgedeckt wird.

4.9 Angemessenheit

Als bestimmende Faktoren der Übereinstimmung der ambulanten Hebammenleistungen mit den Bedürfnissen der TN wurden Aussagen der TN zu folgenden Themen gefunden: "Aufsuchende Gestaltung der Leistungserbringung", "Fachliche Kompetenz", "Soziale Kompetenz", "Ausreichend Zeit" und "Kontinuität". Eine aufsuchende Gestaltung der Leistungen wird von einigen TN bevorzugt. Vor allem im Wochenbett entspricht diese Form der Leistungserbringung eher den Bedürfnissen der TN. Eine TN beschreibt einen Qualitätsunterschied der Versorgung zu Hause. Durch ihre Suchterkrankung, ihren finanziellen Unterstützungsbedarf und die Fremdunterbringung ihres ersten Kindes hat sie sehr viele terminliche Verpflichtungen, die mit ständigem Unterwegssein verbunden sind. Sie betrachtet eine aufsuchende Gestaltung der Versorgung mit Hebammenhilfe als wertschätzende Geste, welche eine persönliche Nähe, Vertrautheit und Zugewandtheit impliziert. Für eine andere TN war der Umstand, dass sie zu Hause von einer Hebamme besucht wurde, aufgrund eines hohen Hilfebedarfes Bedingung für die Entlassung aus dem Krankenhaus. Hebammen wird Fachwissen, Kompetenz und Expertise in der gesundheitlichen Versorgung in der reproduktiven Lebensphase zugesprochen. Die TN berichten, auch Hilfeleistungen bei körperlichen Beschwerden durch die Hebamme erhalten zu haben. Insgesamt werden aber die medizinischen Bedürfnisse eher an das ärztliche Fachpersonal gerichtet und von diesem auch erfüllt.

[...] und die paar Problemchen, die ich hatte, konnte ich sowieso nur beim Frauenarzt. Weil ich halt doch einen Pilz oder so etwas hatte, musst ich zum Frauenarzt. Der hat das dann gemacht. Das war (...), das hat er hinbekommen, (Frau Köhler, Z.319-321)

Hebammen wird ein ganzheitlicher Blick und Kompetenz in emotionalen Belangen zugesprochen. Frau Abendstern beschreibt diese Kompetenz folgendermaßen:

[...], weil, das Medizinische das ist ja durch die Frauenärztin immer alles gut abgedeckt [...].

Aber, die sind halt einfach MedizinerInnen! Die, (.), da hat man so das Gefühl, hinter diesem Körper sehen die nicht mehr so viel. (lacht) Ja! (..) Und da hat man das Gefühl, sind Hebammen einfach noch (.), ja gleichzeitig noch mit einem Herz ausgestattet, das auch hinter diesen Körper guckt. (.) Oder durch den Körper, besser gesagt. (Frau Abendstern, Z.368-371)

Auffällig häufig berichten TN von ihren emotionalen Bedürfnissen. Diese Bedürfnisse, welche Frau Khaled „nicht im Körper, sondern in meiner Seele“ (Frau Khaled, Z.104-105) verortet, werden bei der Hebamme adressiert. Konkret wünschen sich die Frauen von den Hebammen, dass sie ihnen zuhören, ihre Sorgen ernstnehmen, Ängste nehmen, Sicherheit und Zuversicht vermitteln und sie in ihrer Rolle als Mutter stärken. Überwiegend werden diese Bedürfnisse in der Versorgung auch gestillt. Frau Ritzweiler beschreibt die wirksame Unterstützung der Hebamme durch lösungsorientierte Gespräche wie folgt:

[...] also, ich hatte jetzt keine, (.) postpartale Depression, aber es war schon sehr grenzwertig. Also, es war schon sehr schwierig, ähm. Also, ich fand mein Baby nicht hübsch. Ich fand die Situation einfach sehr belastend und wollte nichts von anderen hören, die Kinder kriegen. Und also das war, das war halt emotional sehr schwierig. (.) Und die hat einfach durch ihr Wissen mir da sehr viel weitergeholfen. (Frau Ritzweiler, Z.349-355)

Die befragten Frauen möchten Unterstützung bei praktischen Schwierigkeiten erhalten. Dabei geht es für sie auch darum, ermutigt zu werden, eine Erweiterung von Perspektiven zu erfahren und in ihren eigenen Bewältigungsleistungen gestärkt zu werden. Frau Handke 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) (Frau Handke, Z.393-395)

Eine individuelle Begleitung wird allgemein sehr geschätzt und von einem großen Teil der TN in der Versorgung durch eine Hebamme auch erfahren. Die Frauen wünschen sich, dass die Hebamme sie persönlich in ihrer Individualität wahrnimmt und ihre Versorgung daran anpasst. Zum anderen möchten sie Möglichkeiten aufgezeigt bekommen und Gelegenheiten zur partizipativen Entscheidungsfindung erhalten.

[...] und die hat mich immer, bevor sie etwas gemacht hat, hat sie mich immer gefragt, ob ich das möchte. Und das fand ich auch gut. [...] ja, und ich glaube, ich finde es auch gut, wenn die Hebamme einem dann auch mehrere Möglichkeiten aufzeigt. Und jetzt nicht nur das sagt, was sie halt gut findet. Sondern sagt: " Es gibt da noch die Möglichkeiten, die Möglichkeiten, dass man das dann selbst irgendwie aussuchen kann, was man halt möchte. (Frau Greiner, Z. 377-378 und 382-385)

Die sozialen Kompetenzen der Hebammen sind relevant und grundlegend für die Passung zu den Bedürfnissen der Frauen. Die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehung hat für die meisten TN eine sehr hohe Bedeutung. Persönliche Gespräche, bei denen den TN zugehört wird und Ängste abgebaut werden, empfinden diese als sehr hilfreich. Durch solche Gespräche erleben Frauen oftmals Entspannung, was wiederum zu einer verbesserten Gesundheit führt. So führt Frau Greiner das gute Geburtserleben auf entlastende Gespräche mit der Hebamme im häuslichen Umfeld zurück.

[...] die hat auch Gespräche mitgeführt. Also mit uns gesprochen, mit dem Schwiegervater mitgesprochen und auch 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 etwas entspannter war. Die hat halt dann noch mit das in die Wege geleitet, dass der Schwiegervater dann kurz vor dem Entbindungstermin dann mal weggefahren ist. (Frau Greiner, Z.31-36)

Frau Köhler hat sich durch ihre Hebamme verstanden gefühlt. Sie beschreibt die Empathie ihrer Hebamme folgendermaßen:

[...] aber sie hat mir alle diese Fragen automatisch schon beantwortet, ohne dass ich sie überhaupt stellen musste. Als hätte sie meine Gedanken gelesen! (Frau Köhler, Z.231-233)

Hebammen wird insgesamt von den meisten TN ein gewisses emotionales Wissen zugeschrieben, welches in diagnostischen und therapeutischen Kontexten eine wichtige Rolle spielt. Viele der Befragten äußern einen Wunsch nach genügend Zeit der Hebamme für Gespräche und der Schaffung eines angemessenen Rahmens dafür. Die TN berichten von Zeitmangel der Hebammen, der wenig Raum für Gespräche bietet. Teilweise wird ein gehetztes Bild der Hebamme vermittelt.

[...], weil, oft ist es ja so, dass die dann von einem Termin schon wieder zum nächsten rennen. (Frau Ritzweiler, Z.363-364)

Eine kontinuierliche Versorgung durch eine Hebamme wird von den TN geschätzt, gibt ihnen Sicherheit und wird vermisst, wenn diese nicht ermöglicht wird.

[...], dass man die halt wirklich, jederzeit anrufen kann, Tag und Nacht, wenn etwas ist (...)

[...] bis jetzt habe ich das nicht gebraucht. Aber es hilft, zu wissen, dass, (...) wenn mal was ist, (...) da Hilfe holen kann. (Frau Klempners, Z.507, 515)

Vorbehalte gegenüber der Machtposition der Hebamme stellen eine interne Hürde für die Inanspruchnahme dar.

[...] ja, mir wäre es halt wichtig, dass sie mit mir arbeitet. Und nicht gegen mich (Frau Handke, Z.403-404)

So berichten TN auch von schlechten Erfahrungen mit Hebammen. Eine TN verzichtete in ihrer ersten Schwangerschaft auf die Versorgung durch eine Hebamme aufgrund der

schlechten Erfahrungen der eigenen Mutter, welche von einer respektlosen, autoritären Hebamme versorgt wurde. Ein andere TN berichtet über Gewalterfahrungen unter der Geburt, welche zu einem Gefühl des Nicht- Geborgen- Seins und zu Vorbehalten der Berufsgruppe der Hebammen gegenüber geführt haben.

[...] ähm, ich habe eine ein bisschen traumatische Geburt gehabt. Aber nicht, weil das Baby schwer war, also halt die Geburt an sich. Sondern, weil die Hebamme richtig, richtig, richtig schlimm mich behandelt hat. Also, es war, (..) das habe ich auch nicht bis heute irgendwie verarbeitet. (Frau Aydin, Z.251-254)

4.10 Möglichkeit, umzusetzen

Die komplementäre Dimension zur Angemessenheit einer Gesundheitsdienstleistung ist die Möglichkeit, umzusetzen. Als beeinflussenden Faktoren dieser Dimension von Seiten der TN wurden Eigenschaften wie "Informiertheit", "Selbstmanagement" und "Selbstbestimmung" gefunden. Manchen TN haben in der Schwangerschaft gewisse Informationen gefehlt, um sich am Versorgungsprozess angemessen beteiligen zu können. Vor allem Migrantinnen berichten von einem Mangel an adäquaten Informationen über den Versorgungsprozess, der die Möglichkeit sich am Versorgungsprozess zu beteiligen, stark eingeschränkt hat. Eine TN erfuhr von geburtsvorbereitenden Kursangeboten erst so spät, dass es für sie dann keinen Platz mehr gab. Die Migrantinnen erhielten von den Hebammen keine mehrsprachigen Informationen über die Versorgungsstrukturen der Hebammenhilfe oder zu verschiedenen Bereichen ihrer Handlungspraxis. Manche Frauen berichten, am Anfang der Schwangerschaft durch schwierige Umstände so beansprucht gewesen zu sein, dass es ihnen schwerfiel, gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen. So berichtet Frau Beer, dass in ihrer ersten Schwangerschaft ihr vom Drogenkonsum geprägte, strukturarme Lebensstil und ihre emotionale Verfassung dazu geführt habe, dass sie keine Verantwortung übernommen habe. Sie wusste zwar von dem Angebot der Hebammenversorgung, hatte aber keine Motivation, diese Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

[...] ja, das wusste ich. Aber muss ich ehrlich sagen, durch, wegen meiner Konsum-Phase habe ich mich nicht so darum gekümmert(..). Also, ich war sehr, sehr (..) ja, verantwortungslos. Sag ich jetzt mal so. Also, ich habe sehr Vieles schleifen lassen. Und, (..) ja. Dadurch habe ich/. Also, ich wusste, dass es Hebammen gibt, die einen begleiten in der Schwangerschaft und auch nach der Schwangerschaft. (..) Aber, habe ich mich nie darum gekümmert. (Frau Beer, Z.85-90)

Rückblickend bedauert Frau Beer die Nichtinanspruchnahme und sieht in der Versorgung durch eine Hebamme eine Chance auf Prozesse von Empowerment durch die Hebamme.

[...], aber ich bereue es auf jeden Fall, keine Unterstützung geholt zu haben. Ja. [...], ähm, (...), weil, ich glaube einfach, ich hätte (...). Hätte ich eine Hebamme gehabt, dann hätte die mir auch sagen können, was in der Schwangerschaft gut ist. Vielleicht hätte die mir ja auch was Gutes zureden können, damit ich schon mal, ja so quasi in die Abstinenzphase rutsche. Also, dass ich aufhöre zu konsumieren. Weil ich meine, ich habe ja auch Marie damit geschadet. Nicht nur mir, sondern ich war ja zu zweit. Also wir waren ja zu zweit (Frau Beer, Z.227-228 und 232-235).

Die Schilderungen einiger Frauen zeigen, wie ein gutes Selbstmanagement die Möglichkeit, sich im Versorgungsprozess zu engagieren, beeinflusst. Bei Frau Abendstern zeigt sich diese Kompetenz darin, dass sie nicht nur die eigenen Ressourcen kennt und nutzt, sondern auch auf deren Begrenzungen achtet und entsprechende Unterstützungsangebote nutzt.

[...] ja, also ich bin eine starke Frau und ich habe schon viel mitgemacht und viel durchgestanden. Aber, diese Angebote gibt es, weil sie helfen und weil man viele Dinge nicht allein machen muss, sondern sich auch helfen lassen kann. (Frau Abendstern, Z.50-52)

Scham oder Angst vor Zurückweisung kann diesbezüglich eine Barriere darstellen. Selbstbestimmte, autonome Entscheidungen sind für einige TN relevante Voraussetzung für einen befriedigenden Versorgungsprozess der Hebammenhilfe. Für Frau Köhler ist die Rollenverteilung im Arbeitsbündnis klar geregelt:

[...] also, die Frau ist die Chefin! Also, die Mutter, sag ich mal und nicht die Hebamme, sag ich mal. Die Hebamme hilft nur. Die zeigt nur die Sachen. (Frau Köhler, Z.377-379)

Die Möglichkeit zur Selbstbestimmung wird einerseits in Abhängigkeit von der Beziehungsgestaltung durch die Hebamme erlebt. Andererseits wird sie von den eigenen Überzeugungen und dem psychischen und emotionalen Zustand bestimmt. Manche TN bringen Gefühle von Machtlosigkeit und ein geringes Selbstwertgefühl in die Arbeitsbeziehung mit der Hebamme ein, die durch eine respektlose Versorgung erheblich verschlimmert werden kann. So erzählt eine TN von traumatischen Erfahrungen bei der Geburt ihres ersten Kindes. Sie musste sowohl körperliche als auch psychische Gewalt in Form von Demütigung, Erniedrigung und Respektlosigkeit erleben. Zur Vorbereitung der zweiten Geburt möchte sie nun in der Schwangerschaft von der Hebamme Hilfestellungen und Unterstützung zur Stärkung ihrer Autonomie und Selbstwirksamkeitsüberzeugung erhalten.

Die Frage, welche Faktoren der ambulanten Hebammenleistungen die Übereinstimmung mit den Bedürfnissen von Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungen und deren Möglichkeit, sich am Versorgungsprozess zu beteiligen determinieren, kann folgendermaßen werden: Für die TN sind die sozialen Kompetenzen der Hebamme sehr relevant für eine angemessene Versorgung. Emotionale Unterstützung, persönliche Gespräche, Ermutigung und eine individuelle, möglichst aufsuchende Versorgung, Kontinuität und ausreichend Zeit wird von den TN sehr geschätzt. Die Möglichkeit der

TN, sich zu engagieren wird von deren Informiertheit, Selbstbestimmung und Selbstmanagement beeinflusst.

4.11 Glück, eine Hebamme zu haben

Ein weiteres Ergebnis der Interviewstudie ist, dass der Zugang zur Versorgung mit ambulanten Hebammenleistungen vom Zufall bestimmt wird. Diese Zufälligkeit überformt die fünf Dimensionen des Modelles von Levesque et al. (2013) und wird als prägendes Moment des Zugangs erlebt. In den Interviews werden Umschreibungen von Glück als förderlicher Faktor für den Zugang zu Angeboten von ambulanter Hebammenhilfe dargestellt. In zehn der dreizehn Interviews wird der Begriff Glück verwendet, meist mehrfach. Bei manchen TN wirkt es wie ein Narrativ ihrer Suche nach Versorgung mit Hebammenhilfe insgesamt. Dieses Glück kann in den verschiedenen Phasen des Prozesses des Zugangs erlebt werden. So beschreibt Frau Khaled, die als geflüchtete Frau nach ihrer Ankunft in Deutschland zunächst in einer Gemeinschaftsunterkunft untergebracht war, diesen Umstand als Glück in Bezug auf die Zugänglichkeit zur Hebammenhilfe. Durch das Angebot einer Hebammensprechstunde in der Unterkunft war sie in ihrer eigenen Schwangerschaft, vier Jahre später, darüber informiert, dass es das Angebot der Hebammenhilfe in Deutschland gibt.

[...] 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. (Frau Khaled, Z.76-78)

Auch die Dimension der Akzeptanz des Versorgungsangebotes wird von TN mit Umschreibungen von Glück berichtet.

[...] und ich hatte echt Glück, dass ich so eine tolle Hebamme hatte, da vor Ort. (Frau Greiner, Z.242-243)

[...] und dann konnte ich sie mir zum Glück aussuchen. Aber, ja! (Frau Köhler, Z.451)

Aufgrund von Medienberichten, Erzählungen Bekannter und Verwandter und selbst gemachter Erfahrungen mit mangelnder Verfügbarkeit von Hebammen nehmen viele der TN das Finden gewünschter Versorgung mit ambulanter Hebammenhilfe als Glück wahr.

[...] und dann hatte ich einfach nur richtig, richtig Glück! (Frau Ritzweiler, Z.229)

Einige der befragten TN haben erfolglos nach einer Versorgung mit Hebammenhilfe gesucht, dies beschreiben sie als Pech. Das Glück, einen Zugang zu Angeboten der Hebammenhilfe zu erhalten wird aufgrund des Erlebens von Nicht-Selbstverständlichkeit auch als Privileg erfahren.

[...] ja, als Privileg. Also, ich empfinde die Unterstützung von einer Hebamme (.) leider nicht als selbstverständlich. Eben, weil ich kaum jemand kenne, der den Zugang dazu hat(.) Für mich ist das ein wahnsinniges Privileg, wenn man da die Unterstützung hat. Sowohl Vorsorge als auch Nachsorge oder während der Geburt auch. (Frau Rindt, Z.106-109)

Einige TN beschreiben ihre Erfahrungen der Zufälligkeit einer erfolgreichen Hebammensuche mit Gefühlen einer gewissen Ohnmacht, welche Frau Abendstern als "Opfer von der Struktur, die nicht funktioniert" erlebt. (Z.233).

Das erlebte Glück einer erfolgreichen Suche wird oftmals ursächlich bedingt durch eine begünstigende Gelegenheit beschrieben. So erhalten manche TN eine Versorgung durch eine Hebamme, welche noch nicht lange freiberuflich arbeitet und dementsprechend noch über mehr Kapazitäten verfügt.

[...] und alle haben gesagt: " Wir sind voll!". Und da war sie halt gerade mit der Ausbildung fertig und deswegen war es eine Chance für mich. (Frau Aydin, Z.536-538)

Auch bei der Erschwinglichkeit wird Glück erfahren. Frau Köhler berichtet das Handeln ihrer Hebamme über die von der Kasse vergüteten Leistungen hinaus als Glück.

[...] unser Verhältnis hat sich eigentlich so eineinhalb Monate davor halt beendet eigentlich, weil dann nicht mehr bezahlt wird von der Kasse. Aber sie hat mir da zum Glück immer noch geholfen. (Frau Köhler, Z.363-365)

Eine TN, welche sowohl unter der Geburt als auch im Wochenbett schlechte Erfahrungen mit Hebammen gemacht hat, beschreibt eine gewisse Angewiesenheit auf die Gunst des Glücks bezüglich der Dimension der Angemessenheit der Versorgung.

[...] aber, da ich glaube natürlich, dass nicht jede Hebamme so ist (lacht), ähm, habe ich noch die Hoffnung, dass ich diesmal vielleicht eine gute erwische. (Frau Aydin, Z.255-256)

Frau Handke hatte in der Schwangerschaft aufgrund mangelnder Verfügbarkeit der kontaktierten Hebammen keinen Zugang zur Versorgung durch eine Hebamme erhalten. Aufgrund von Schwierigkeiten im Beziehungsaufbau zu ihrem Neugeborenen wurde ihr durch das Personal der Klinik eine Familienhebamme vermittelt. Sie beschreibt diese Art des Zugangs als „Glück im Unglück“ (Frau Handke, Z.13)

Das Nutzen von Leistungen der ambulanten Hebammenhilfe werden von einigen TN ebenfalls mit Beschreibungen von Glück dargestellt. Die Unterstützung durch die Hebamme wird mit Wohlbefinden, Gelingen und verbessertem Outcome assoziiert.

Frau Abendstern drückt dieses Glück so aus:

[...] so aus der eigenen Erfahrung heraus muss ich sagen: " Das Leben ohne Hebammen wäre als Schwangere oder als Wöchnerin nur halb so schön!" (lacht) (Frau Abendstern, Z.431-433)

In der untenstehenden Abbildung werden die generierten Ergebnisse zusammenfassend dargestellt in Anlehnung an das Framework von Levesque et al. (2014). Zur besseren Lesbarkeit ist es zusätzlich in etwas größerer Darstellung im Anhang H zu finden.

Abbildung 3

Zugang zur Hebammenhilfe



Anmerkung. Eigene Darstellung, in Anlehnung an Levesque et al. (2014)

5 Diskussion

Das Ziel dieser Masterthesis ist es, Aspekte des Zugangs zur Versorgung mit ambulanten Hebammenleistungen aus der Perspektive von Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungen zu analysieren. Nachfolgend werden die zentralen Ergebnisse der empirischen Untersuchung, welche in der obenstehenden Abbildung 3 grafisch dargestellt werden, zusammenfassend und unter Bezugnahme von Literatur und in Anbindung an die Theorie diskutiert und anschließend das methodische Vorgehen der Arbeit reflektiert.

5.1 Zugang zur Versorgung mit Hebammenhilfe als zufälliges Glück

Die übergeordnete Forschungsfrage, welche Determinanten den Zugang zur Versorgung mit ambulanten Hebammenleistungen in Deutschland aus der Perspektive von Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren beeinflussen, kann damit beantwortet werden, dass der Zugang zur Versorgung mit ambulanten Hebammenleistungen aus der Perspektive dieser Frauen vornehmlich vom Zufall bestimmt wird. Der Umstand, in den Genuss einer Versorgung mit ambulanten Hebammenleistungen zu kommen wird als Glück oder auch als Privileg erlebt. Die vorliegende Arbeit ergänzt damit bisherige Erkenntnisse um den Aspekt des zufälligen Glücks, welcher aus der Perspektive von den befragten Frauen als bedeutsamer Faktor den Zugang zur Hebammenversorgung maßgeblich beeinflusst. Neben verschiedenen förderlichen und hinderlichen Aspekten bei den Schritten entlang des Prozesses von Inanspruchnahme und Nutzen der ambulanten Hebammenleistungen scheint somit eine gewisse Zufälligkeit eine Rolle zu spielen. Diese Zufälligkeit wird von den befragten Frauen als Verwiesenheit auf glückliche Umstände erfahren. Manche Frauen verorten eine daraus resultierende Ohnmacht in strukturellen Ursachen, andere wiederum erleben dadurch eine persönliche Abweisung. Das Glück repräsentiert in einigen Erzählungen der Frauen das Erleben des Zugangs insgesamt und kann sich in den verschiedenen Phasen des Prozesses ereignen. Sehr deutlich wird aufgrund der mangelnden Verfügbarkeit von Hebammen eine erfolgreiche Suche als Glück erlebt. Die von Bauer et al. (2020) beschriebenen Versorgungslücken in Bezug auf Hebammenleistungen führen also dazu, dass ein realisierter Versorgungszugang als zufällig, als Glück oder Privileg und als nicht garantiert erlebt wird. Vor dem Hintergrund der Rechtsverpflichtung des deutschen Staates, den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu garantieren, welche sich aus dem Grundgesetz ableiten lässt und auch in vielen internationalen Abkommen festgehalten wird, impliziert dieses Ergebnis einen dringenden Handlungsbedarf im Bereich der Versorgungsgestaltung

(Deutscher Bundestag, 2015; Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights & World Health Organization, 2008; United Nations, 1948). Es besteht eine deutliche Diskrepanz zwischen den empirischen Befunden und der Selbstverpflichtung relevanter deutscher Institutionen in Politik und Gesundheitswesen für eine Stärkung der reproduktiven Lebensphase, welche mit dem vom BMG herausgegebenen Gesundheitsziel *Gesundheit rund um die Geburt* (2017) verbunden ist. Analog zu Ayerle und Mattern (2018) ist Versorgung mit Hebammenhilfe bei den befragten Frauen grundsätzlich positiv und mit Umschreibungen von Glück assoziiert. Die Frauen, welche nach einer erfolgreichen Suche das Glück haben, Versorgung mit Hebammenleistungen zu erhalten, erfahren Entspannung, Entlastung, Zunahme ihres Selbstvertrauens und eine Steigerung ihrer mütterlichen Kompetenzen. Hebammenhilfe für Frauen in schwierigen Situationen kann dazu beitragen, Schaden oder Not abzumildern oder abzuwenden, was zu Erleben von "Glück im Unglück" (Frau Handke, Z.13) führen kann. Allerdings braucht es auch das Glück, die richtige Hebamme zu finden. Übereinstimmend mit Ayerle und Mattern (2018) enthalten die Daten auch negative Erfahrungen mit Hebammen, die zu einem Gefühl von Abweisung, des Nicht-Geborgen-Seins und Nicht-Versorgt-Seins führen. Solche Erfahrungen können zur Hürde oder gar Ablehnung des Versorgungsangebotes beitragen. Oftmals scheint jedoch die Akzeptanz der Versorgungsleistung aufgrund der mangelnden Verfügbarkeit, dem Glück, überhaupt eine Hebamme zu haben, untergeordnet zu werden.

5.2 Relevante Determinanten auf der System- und Individualebene

Neben dem Erleben von Glück wurden in den empirischen Daten noch weitere Aspekte gefunden, welche den Zugang bestimmen. Das prozessbasierte Modell von Levesque et al. (2013) ermöglicht einen sehr umfassenden Blick auf den Zugang. Es konnten sowohl auf der Systemebene als auch auf der Individualebene in den fünf Schritten des Prozesses hinderliche und förderliche Aspekte für eine Inanspruchnahme von ambulanten Hebammenleistungen identifiziert werden. Es zeigt sich in den Daten ein allgemein hoher Bekanntheitsgrad des Angebotes der Hebammenversorgung. Zielgerichtete und präzise Informationen über das Versorgungsangebot stellen Erleichterungen für den Zugang dar. Regionale Versorgungsmodelle wie Hebammensprechstunden in Einrichtungen für Geflüchtete scheinen wirksame Konzepte zu sein, welche die Chance auf einen frühzeitigen Zugang erhöhen. Allerdings erleben Migrantinnen oftmals Zugangsbarrieren aufgrund der mangelnden Kenntnis von Hebammenhilfe. Dies deckt sich mit Ergebnissen von Razum et al. (2008, 2016), der die Möglichkeit der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen nach dem

Asylbewerbergesetz als stark vom Zufall abhängig beschreibt. Auch Origlia Ikhilor et al. (2017) beschreiben Benachteiligungen beim Zugang zur Versorgung mit Hebammenleistungen von Migrantinnen in der Schwangerschaft. Fair et al. (2020) berichten von einem Mangel an kultursensiblen und mehrsprachigen Informationen für Migrantinnen, welcher zu Barrieren zum Versorgungsangebot von Hebammen führt. Auf der Systemebene ist der Zugang für Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren von einigen Aspekten bestimmt, welche ganz allgemein Gültigkeit für den Zugang von Frauen zur Hebammenversorgung haben. Wie bereits dargelegt wurde, zeichnen sich Lebenslagen unter anderem durch ihre fließenden Übergänge aus (Kraus, 2014; Schmidtke, 2008). Somit sind die Erfahrungen und Bedürfnisse der Frauen, deren Perspektive Inhalt dieser Arbeit ist, nicht disjunkt, sondern Variationen und Modifikationen der Erfahrungen und Bedürfnisse aller Frauen. In Übereinstimmung mit vielen internationalen Studienergebnissen, welche in das QMNC von Renfrew et al. (2014) eingeflossen sind, betonen die befragten Frauen mehrheitlich eine respektvolle, auf Sympathie basierte Vertrauensbeziehung zur Hebamme, Empathie, Kontinuität und eine verständnisvolle Kommunikation als förderliche Faktoren für ihre Akzeptanz der Hebammenhilfe. Genau diese Aspekte wurden im QMNCF als evidenzbasierte Komponenten einer hochwertigen und wirksamen Versorgung von Müttern und Neugeborenen identifiziert (Renfrew et al., 2014; Symon, 2020). Die Qualität der Beziehung zur Hebamme hat einen direkten Einfluss sowohl auf die Inanspruchnahme als auch auf die Wirksamkeit der Hebammenleistung. So berichten analog zu Renfrew et al. (2014) befragte Frauen von gesundheitsförderlichen Erfahrungen durch die Hebammenversorgung und einem Zugewinn an Sicherheit und Stärkung in ihrer Mutterrolle. Andererseits berichten befragte Frauen von Rückzug, Ablehnung der Versorgung und traumatischen Erfahrungen als Folge von Respektlosigkeit und Missachtung ihrer Autonomie.

Die Ergebnisse zeigen analog zu anderen Untersuchungen, dass gerade für Frauen mit psychosozialen Belastungsfaktoren eine große Chance besteht, durch eine Handlungspraxis von Empowerment zu einem höheren Maß an gesundheitsförderlicher Selbstkompetenz zu gelangen (Connelly et al., 1993; Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011; P. S. Jones & Meleis, 1993). Übereinstimmend mit Van Staa und Renner (2020) zeigen die Daten, dass allerdings Versorgung mit Hebammenhilfe auf Anordnung den Charakter von Bevormundung mit dem potenziellen Nebeneffekt einer Stigmatisierung oder Beschämung haben kann. Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren sollte Autonomie in ihrer individuellen Lebensgestaltung und der Entscheidung zwischen ihnen zur Verfügung stehenden Alternativen zugeschrieben werden. Diese Freiwilligkeit sollte auch für die Inanspruchnahme der Hebammenhilfe

gelten. Wie in einem Positionspapier des Internationalen Hebammenverbands (ICM) deklariert, basiert die Hebammenarbeit auf einer Partnerschaft mit der Frau, die deren Recht auf eine partizipative Entscheidungsfindung berücksichtigt (International Confederation of Midwives, 2014). In Übereinstimmung mit vielen Untersuchungen zeigen die Ergebnisse dieser Arbeit, dass Hebammen neben ihrem eigenen Beitrag zur perinatalen Gesundheit durch ihr Vertrauensverhältnis zu Familien auch eine wichtige Vermittlerrolle im Zugang zu weiterführenden, psychosozialen, gesundheitsförderlichen Angeboten zukommt (Lewis, 2019; Renner, 2010; Schlüter-Cruse & zu Sayn-Wittgenstein, 2017). An Schnittstellen des Angebotes der Hebammenhilfe scheint eine erfolgreiche Weitervermittlung beziehungsgeleitet zu sein. Gerade deshalb erscheint es wichtig, in der Ansprache der Frauen und ihren Familien das Angebot der Hebammenhilfe mit Betonung von Freiwilligkeit und Partizipation zu gestalten, um das Vertrauensverhältnis, welches Grundlage der Arbeitsbeziehung ist, nicht zu gefährden. Die formulierten Bedürfnisse der befragten Frauen sind analog zu Seefat-van Teeffelen et al. (2011) und Simon (2017) vornehmlich emotionaler und psychosozialer Art. In den Ergebnissen wird deutlich, dass vor allem die psychosozialen Kompetenzen der Hebamme zu einer Akzeptanz und Angemessenheit der Versorgung beitragen und somit förderlich für die Inanspruchnahme sind. In Diskrepanz dazu fühlen sich Hebammen in der ambulanten Versorgung nach Berichten vieler deutscher und internationaler Studienergebnisse oftmals nicht ausreichend kompetent im Umgang mit psychosozialen Problemen der Frauen (Hauck et al., 2015; C. J. Jones et al., 2012; McCauley et al., 2011; Simon, 2017; Stewart & Henshaw, 2002; Oni et al., 2020). Die Daten zeigen im Besonderen das Erfordernis kommunikativer Kompetenzen der Hebamme. Die von Kraus (2016) verdeutlichte Relevanz methodischer Kompetenzen von Fachkräften in der professionellen Kommunikation wird von Pehlke-Milde (2009) als berufliche Anforderung an Hebammen für eine professionelle Beziehungsgestaltung ausgewiesen. Eine kommunikative Performanz der Hebamme mit einer lösungsorientierten Haltung kann gerade in herausfordernden Beratungssituationen die Wahrscheinlichkeit erfolgreicher Verständigung erhöhen. Analog zu Kraus (2013) berichten befragte Frauen, dass dadurch eine positive, aktivierende und partizipative Atmosphäre entsteht. Dies kann zu einem Abbau internaler Barrieren gegenüber einer Inanspruchnahme von Hebammenhilfe und zu einem gesteigerten Nutzen führen.

Die befragten Frauen betonen eine besondere Empfindsamkeit und damit verbundene Verletzlichkeit der Lebensphase rund um die Geburt, welche ein entsprechendes Feingefühl und Empathie der Hebamme erfordern. Aufsuchend gestaltete Versorgung durch die Hebamme entspricht einerseits dem Bedürfnis vieler Frauen, andererseits impliziert sie die Notwendigkeit, Einblick in die eigene Lebens-, Wohn- und

Familiensituation zu gewähren. Einen Einblick in die Privatsphäre zu gewähren kann mit Scham und Erfahrung von Peinlichkeit verbunden sein. Zusätzlich sind die psychosoziale Belastungen analog zu Fonti et al. (2016) und Alderdice und Kelly (2019) oftmals mit einer gewissen Scham und Angst vor Stigmatisierung verbunden. Van Staa und Renner (2020) stellen kongruent zu den vorliegenden empirischen Ergebnissen fest, dass das Abweichen vom Idealtyp einer guten Mutter bei Frauen ein tiefes Schamgefühl hervorrufen kann, welches ein Hindernis zum Zugang zur Versorgung mit Hebammenleistungen darstellen kann. Deshalb brauchen diese Frauen Erfahrungen von nicht stigmatisierenden, wertschätzenden und ressourcenorientierten Beziehungen in der Versorgung (Economidoy et al., 2012; Origlia Ikhilor et al., 2017). Hierfür sind ebenfalls die oben angeführten kommunikativen Kompetenzen von Hebammen sehr relevant.

Im Gegensatz zu Darling et al. (2019) und Hänelt und Renner (2021) finden sich in den empirischen Daten kaum Hinweise auf ein passives Verhalten der Frauen beim Navigieren durch das Gesundheitssystem. Sieben der befragten Frauen berichten sogar von einer ausgeprägten Beharrlichkeit und einem hohen Engagement bei der Suche nach einer Hebamme. Die Gesundheitskompetenz der Frauen wird jedoch nach Abel und Sommerhalder (2015) geprägt von den sozialen Lebensbedingungen. Analog dazu begründen die Frauen gewisse Einschränkungen, bezogen auf die Wahrnehmung eines Bedarfes an Versorgung mit ihren durch psychosoziale Belastungen geprägte Lebenslagen. Dieses Ergebnis lässt sich mit dem dargelegten Lebenslagenansatz so interpretieren, dass gewisse Entscheidungen und Handlungen, welche beim Zugang zur Versorgung von der Nachfrageseite eingebracht werden müssen, in bestimmten Lebenslagen gar nicht realisierbar oder leistbar sind (Kraus, 2016). Wenn Frauen am Anfang der Schwangerschaft ambivalente Gefühle gegenüber dem Kind haben, existenzielle Sorgen haben oder aufgrund psychischer Belastungen absorbiert sind, schränkt dies ihre Handlungsmöglichkeiten bei der Inanspruchnahme ein. Obwohl gerade in diesen Situationen Hebammenhilfe eine wirksame Unterstützung sein kann, zeigen die Daten analog zu Geppert-Orthofer und Tscheulin (2016), dass ambulante Hebammenleistungen in der frühen Phase der Schwangerschaft den Frauen weniger bekannt sind. Dies impliziert die Notwendigkeit, das Angebot der Hebammenversorgung auch für die frühe Phase der Schwangerschaft bekannter zu machen, damit Frauen ihre Unterstützungsbedarfe frühzeitig an Hebammen adressieren können.

Die Barrieren aufgrund eingeschränkter Handlungsmöglichkeiten werden durch die sowohl in der Literatur durch Bauer et al. (2020) als auch in den empirischen Daten

identifizierte schlechte Verfügbarkeit von Hebammen verstärkt. Die auf der Systemebene geringe Verfügbarkeit erfordert Rechtzeitigkeit und Hartnäckigkeit auf der Nachfrageseite. Diese Eigenschaften sind aber nicht von allen Frauen leistbar.

Aufgrund der Komplementarität struktureller und individueller Faktoren im beschriebenen Prozessmodell des Zugangs erscheinen für eine Optimierung systemische Lösungsansätze geeignet zu sein. Die Daten deuten darauf hin, dass eingeschränkte Möglichkeiten der Frauen teilweise durch eine optimale Gestaltung der Versorgungsstruktur kompensiert werden können.

5.3 Limitationen

In der vorliegenden Studie ist es gelungen, einen Einblick in die Perspektive von Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungen auf den Zugang zur Versorgung mit ambulanten Hebammenleistungen in Deutschland zu erhalten. Mit einem theoriegeleiteten Vorgehen unter Verwendung des Zugangsmodelles von Levesque et al. (2013) ist ein umfassender Blick auf den komplexen und dynamischen Prozess des Zugangs erreicht worden. Darüber hinaus konnten auch neue Erkenntnisse generiert werden. Die TN teilten größtenteils sehr offen und ungehemmt ihre Sichtweisen und Erfahrungen. In den meisten Interviews entstand eine vertraute Atmosphäre, in der die Frauen auch von schwierigen Erfahrungen berichteten. Die Ergebnisse liefern nützliche Erkenntnisse, aus denen nachfolgend Schlussfolgerungen für die Versorgungsgestaltung und zukünftige Forschung abgeleitet werden.

Die Ergebnisse dieser Studie sind jedoch vor dem Hintergrund gewisser Limitationen zu bewerten, die im Folgenden erläutert werden und sich primär durch die Schwierigkeiten bei der Rekrutierung ergeben. Trotz vieler Bemühungen konnte anstatt der angestrebten 14-16 Interviews nur eine Gesamtzahl von 13 Interviews erreicht werden. Die Stichprobe bildet zwar die Komplexität psychosozialer Belastungsfaktoren ab, das Ziel eines heterogenen Samplings konnte aber nur eingeschränkt erreicht werden. Eine Limitation ergibt sich daraus, dass der überwiegende Teil der Interviews mit Frauen aus Baden-Württemberg geführt wurde. Dabei wurden Frauen sowohl aus ländlichen als auch städtischen Gebieten befragt. Inwiefern regionale Unterschiede im Hinblick auf Determinanten des Zugangs bedeutsam sind, kann Gegenstand weiterführender Forschung sein. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung auf andere Regionen oder Ländern ist aber eingeschränkt.

Bei der Bewertung der Ergebnisse dieser Arbeit sollte berücksichtigt werden, dass durch eine andere Zusammensetzung des Samples noch andere Sichtweisen hätten erfasst werden können. Eine weitere Limitation liegt in den Lebenslagen der Zielgruppe

begründet, welche mit gewissen Einschränkungen in Handlungsmöglichkeiten verbunden sind. Dies führt dazu, dass es herausfordernd ist, diese Personen für Forschungsprojekte zu erreichen.

In der Forschungspraxis mit vulnerablen Personen oder „selten Gehörte“ (Schaefer et al., 2021), zu denen die untersuchte Zielgruppe zugerechnet werden kann, stellt der Zugang nachweislich eine Hürde dar (Aglipay et al., 2015; Bonevski et al., 2014; Johnston & Sabin, 2010; von Köppen et al., 2020). Analog zum Lebenslagenkonzept konnten nur solche Personen erreicht werden, deren Lebenslage ihnen dies ermöglichte. Eine direkte Ansprache von Interessierten zur Studienteilnahme oder das Schneeballprinzip brachte nicht den gewünschten Erfolg. Deshalb wurden die TN hauptsächlich über Gatekeeper rekrutiert. Dies birgt die Gefahr einer gewisser Einflussnahme durch Selektieren (Reinders, 2012). Es kann vermutet werden, dass diese Form der Rekrutierung und die Tatsache, dass die Interviews von einer Forscherin durchgeführt wurden, die selbst als Hebamme qualifiziert ist, eher zu sozial erwünschten Antworten geführt hat.

Aufgrund mangelnder Erfahrung ist es der Interviewenden nicht immer gelungen, den Kommunikationsprozess während des gesamten Interviews in einer angemessenen Ausgewogenheit zwischen Offenheit und verständnisgenerierenden Fragen zu steuern. In einem der Online-Interviews führten eine wortkarge Sprache und viele Pausen zu einer starken Steuerung durch die Interviewende. Da durch eine kognitive Einschränkung der TN Abstraktionsleistungen nicht leistbar waren, wurde versucht, Fragen präziser darzustellen und wirklichkeitsnahe Erzählungen anzuregen (Helfferich, 2010). In zwei Interviews erschwerte eine emotionale Betroffenheit die Impulskontrolle der Interviewenden, welche eventuell die TN beeinflusst hat. Eine weitere Limitation ergibt sich aus dem pragmatischen Forschungsansatz der Studie, welche als Masterthesis einen Analyseprozess bedingte, der von der Forscherin weitestgehend allein durchgeführt wurde. Trotz regelmäßigem Austausch mit der Erstbetreuerin und einer Peergruppe konnte dem Anspruch nach einer konsensuellen Auswertung nicht volle Genüge geleistet werden (Kuckartz, 2016).

6 Schlussfolgerungen

Die vorliegende Masterthesis zielte darauf ab, Anhaltspunkte für eine zielgruppenspezifische Ansprache und bedarfsgerechte Gestaltung eines niederschweligen Zugangs zu frühzeitiger gesundheitlicher Versorgung mit Hebammenhilfe von Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungen zu

erhalten. Aus den gewonnenen Erkenntnissen lassen sich Hinweise ableiten, welche nachfolgend dargestellt werden. Dabei werden zunächst Implikationen für die Versorgungsgestaltung angeführt, mit welchen der in dieser Masterthesis ermittelte und in Abbildung 3 beschriebene Prozess des Zugangs zur Hebammenversorgung so gesteuert werden kann, dass dieser eine chancengleiche Ausgestaltung erfährt. Daran anschließend werden Schlussfolgerungen für die professionelle Beziehungsgestaltung formuliert, welche dazu beitragen können, die Akzeptanz und Angemessenheit der Versorgung sicherzustellen. Abschließend werden Implikationen für zukünftige Forschung dargestellt.

6.1 Schlussfolgerungen in Bezug auf die Versorgungsgestaltung

Die Ergebnisse dieser Masterthesis bestätigen einen gesundheitspolitischen Handlungsbedarf in Bezug auf die Versorgungsgestaltung der ambulanten Hebammenhilfe, welcher durch Hebammen erkannt und in verschiedenen quantitativen Studien belegt wurde (Bauer et al., 2020; AOK, 2018; Sander et al., 2018). Damit der Zugang zur Hebammenversorgung nicht als zufälliges Glück, sondern als garantiert erlebt werden kann, bedarf es ausreichend verfügbarer Kapazitäten von Hebammen, welche ambulante Leistungen anbieten. Zur Sicherstellung einer angemessenen Versorgung und Implementation neuer Versorgungsmodelle wäre vorrangig eine deutschlandweite wissenschaftliche Erfassung und Bewertung der Versorgungsstrukturen ambulanter Hebammenleistungen empfehlenswert (Damschroder et al., 2009; Loytved et al., 2017). Für eine zielgerichtete Optimierung der Versorgungsgestaltung braucht es wirksame Konzepte, welche mit einem systemischen Ansatz individuelle und strukturelle Faktoren des Zugangsprozesses berücksichtigen und Anpassungen in der Struktur, im Prozess oder auf der Individualebene vornehmen. Dies könnte dazu beitragen, einen zuverlässigen und niedrigschwelligen Zugang zu gewährleisten, auch für solche Frauen, die aufgrund von Einschränkungen in ihren Handlungsmöglichkeiten beim Prozess des Zugangs benachteiligt sind. Beispielgebend können hier verschiedene, teilweise schon etablierte Ansätze von Versorgungskonzepten in kommunalen Strukturen wie Hebammenzentralen, Hebammensprechstunden in Einrichtungen für Geflüchtete und Hebammen in medizinischen Versorgungszentren sein (Jacobi & Hausen, 2020). Diese Versorgungsmodelle sollten hebammenwissenschaftlich evaluiert und diversitätssensitiv und kontextsensibel weiterentwickelt werden. Dabei sollte partizipativ vorgegangen werden.

Weiterhin lassen die Ergebnisse dieser Masterthesis schlussfolgern, dass Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungen frühzeitig präzise und passgenaue Informationen von gynäkologischem Fachpersonal oder relevanten Beratungsstellen erhalten sollten. Dem spezifischen Bedarf von Migrantinnen sollte mit mehrsprachigem Material begegnet werden. Bewährt haben sich audiovisuelle Materialien und der Einbezug von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, welche als Vertrauenspersonen Migrantinnen Wissen über die Versorgungsgestaltung mit Hebammenhilfe in Deutschland vermitteln können (Origlia Ikhilor et al., 2017).

Eine Beteiligung von Hebammen in pädagogischen Kontexten, wie beispielsweise im schulischen Aufklärungsunterricht kann dazu beitragen, die Berufsgruppe der Hebammen sichtbar und deren Tätigkeitsfeld bekannt zu machen (Schneider, 2007). Dies kann ebenso darauf hinwirken, dass Frauen in schwierigen Situationen schon zu Beginn der Schwangerschaft Hebammen als relevante Berufsgruppe erkennen und dadurch schon frühzeitig Bedarfe an diese adressieren. Als maßgebliches Kriterium für ein gelungenes Schnittstellenmanagement im Zugangsprozess sowohl in der Zuweisung zum Angebot der Hebammenhilfe als auch bei der Weiterleitung von Seiten der Hebamme an weiterführende Angebote ist Freiwilligkeit empfehlenswert. Diese Freiwilligkeit sollte auch konzeptionelle Arbeitsgrundlage beim Angebot der Familienhebammen in Form einer klaren Auftragserteilung von Seiten der Frau sein (Behrens & Langer, 2008).

6.2 Schlussfolgerungen für die professionelle Beziehungsgestaltung

Die Ergebnisse dieser Masterthesis lassen schlussfolgern, dass es zur Verbesserung des Zugangs zur Versorgung mit Hebammenleistungen für Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungen einer frühzeitigen, bedarfsgerechten und akzeptierenden Ansprache dieser Frauen bedarf. Es wird deutlich, dass vor allem die psychosozialen Kompetenzen der Hebamme zu einer Akzeptanz und Angemessenheit der Versorgung beitragen und somit förderlich für die Inanspruchnahme sind. Für einen professionellen Beziehungsaufbau sollten Hebammen deshalb über Kompetenzen in Beratungs- und Gesprächsführung verfügen, welche nach Pehlke-Milde (2009) zwar auf persönlichen Fähigkeiten wie Offenheit, Empathie und Toleranz basieren, aber eine professionelle Ausgestaltung und Selbstreflexion erfordern. Der Erwerb dieser Kompetenzen sollte in der curricularen Entwicklung der Studiengänge für die hochschulische Hebammenausbildung gesichert werden. Neben den Ausbildungsinhalten sollten auch Weiterbildungsinhalte im Rahmen des lebenslangen Lernens vermehrt auf die beratenden Kompetenzen fokussieren (Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung

und Forschungsförderung, 2004). Eine respektvolle Haltung und die Herstellung einer auf Autonomie und Selbstermächtigung basierte, bedürfnisorientierte Arbeitsbeziehung sind sowohl förderliche Faktoren für die Inanspruchnahme als auch international formulierte Anforderungen an Hebammen (International Confederation of Midwives, 2014). Eine respektvolle Betreuung sollte als Qualitätsmerkmal der Hebammenarbeit festgeschrieben werden (Limmer et al., 2020). In Deutschland mangelt es bisher an einer Zieldefinition zur Hebammentätigkeit, welche als Grundlage zur Messung der Qualität von Hebammenarbeit verwendet werden könnte (Peters & Schäfers, 2018). Richtungsweisend könnte hier das Framework von Renfrew et al. (2014) sein, mit welchem neben den Versorgungskategorien und der Organisation der Versorgung auch die Werte, Philosophien und Kompetenzen der Hebammen reflektiert und hinsichtlich Verbesserungspotenzial diskutiert werden können. Die Anwendung eines validierten Instrumentes zur Messung der Qualität der Versorgung könnte geeignet sein, die Versorgungsqualität von Hebammen sicherzustellen und weiterzuentwickeln (Peters et al., 2021). Dies könnte zu einer Verbesserung des Zugangs für Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungen beitragen.

6.3 Forschungsbezogene Implikationen

Die Ergebnisse dieser Masterthesis geben einen umfassenden Einblick auf den Zugang zu ambulanten Hebammenleistungen aus der Sicht von Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungen. Darauf aufbauend könnte mit einer quantitativen Studie untersucht werden, welcher Zusammenhang zwischen den einzelnen Variablen im Prozess des Zugangs bestehen und welcher Stellenwert dem Phänomen des Glücks als Türöffner zum Zugang zukommt. Hierfür könnte das Rahmenmodell von Levesque et al. (2013) hilfreich sein, da es sich gut operationalisieren lässt (Cu et al., 2021). Auch quantitative Arbeiten, bei welchen systematischer die Belastungsfaktoren und deren Einfluss auf den Zugang betrachtet werden, könnten hilfreiche Hinweise für eine zielgruppengerechte Ansprache liefern.

Gegenstand dieser Arbeit sind die Sichtweisen und Erfahrungen von Frauen als Nutzerinnen des Versorgungsangebotes von Hebammen. Es empfiehlt sich, bei zukünftiger Forschung auch die Perspektive und Handlungspraxis der Hebammen in der Versorgung von Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungen in den Blick zu nehmen. Von Interesse wäre dabei die Fragestellung, wie Hebammen die einzelnen Prozesse des Zugangs von ihrer Seite aus gestalten. Eine interessante Fragestellung ist dabei, wie Hebammen den kommunikativen Herausforderungen begegnen, die mit den psychosozialen Belastungen der Frauen verbunden sein kann. Darüber hinaus wäre von

Interesse, wie Hebammen angesichts beschränkter Kapazitäten mit Versorgungsanfragen von Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren, welche nachweislich einen erhöhten Unterstützungsbedarf haben, umgehen.

Weiterhin könnten in praxisorientierten Forschungsprojekten Gelingensbedingungen bei Versorgungsleistungen durch Hebammen in Gefährdungssituationen bezüglich des Kindeswohles aufschlussreich sein. Daraus könnten Empfehlungen für die Gestaltung einer konstruktiven Arbeitsbeziehung abgeleitet werden, welche förderlich für den Zugang und die Inanspruchnahme von Hebammenhilfe in diesen Kontexten sein könnten.

Literaturverzeichnis

- Abel, T., & Sommerhalder, K. (2015). Gesundheitskompetenz/Health Literacy: Das Konzept und seine Operationalisierung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 58(9), 923–929.
<https://doi.org/10.1007/s00103-015-2198-2>
- Adamaszek, K. (2018). Warum brauchen wir Frühe Hilfen? Ein Einstieg aus Hebammensicht. *Die Hebamme*, 31(02), 103–110. <https://doi.org/10.1055/a-0589-4554>
- Aglipay, M., Wylie, J. L., & Jolly, A. M. (2015). Health research among hard-to-reach people: Six degrees of sampling. *Canadian Medical Association Journal*, 187(15), 1145–1149. <https://doi.org/10.1503/cmaj.141076>
- Alderdice, F., & Kelly, L. (2019). Stigma and maternity care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(2), 105–107.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1589758>
- AOK. (2018). *Gesunder Start ins Leben. Schwangerschaft-Geburt-erstes Lebensjahr*. AOK Rheinland/Hamburg.
https://www.aok.de/pk/cl/fileadmin/user_upload/AOK-Rheinland-Hamburg/05-Content-PDF/aok-rh-themenreport-geburt-2018.pdf
- Archibald, M. M., Ambagtsheer, R. C., Casey, M. G., & Lawless, M. (2019). Using Zoom Videoconferencing for Qualitative Data Collection: Perceptions and Experiences of Researchers and Participants. *International Journal of Qualitative Methods*, 18, 1–8. <https://doi.org/10.1177/1609406919874596>
- Ayerle, G. M., Makowsky, K., & Schücking, B. A. (2012). Key role in the prevention of child neglect and abuse in Germany: Continuous care by qualified family midwives. *Midwifery*, 28(4), e 469-477.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.05.009>
- Ayerle, G. M., & Mattern, E. (2018). Erwartungen von Frauen an eine Hebamme. *Die Hebamme*, 31(01), 30–36.

- Ayerle, G. M., Mattern, E., Lohmann, S., & Kirchner, Ä. (2016). *Hebammenversorgung: Ich wünsche mir... Präferenzen und Defizite in der hebammenrelevanten Versorgung in Deutschland aus Sicht der Nutzerinnen und Hebammen: Eine qualitative explorative Untersuchung*. https://www.medizin.uni-halle.de/fileadmin/Dokumente/Dokumente_neu/Institut_GPW/Hebammenversorgung/Bericht_dfg_Hebammenversorgung_Endfassung_161231.pdf
- Bauer, N. H., & Luksch, K. (2021). Versorgung durch Hebammen in der reproduktiven Lebensphase von Frauen in Deutschland. *Public Health Forum*, 29(2), 74–77. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2021-0037>
- Bauer, N. H., Villmar, A., Peters, M., & Schäfers, R. (2020). *HebAB.NRW - Forschungsprojekt „Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen“*. https://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Forschung/HebAB.NRW_Abschlussbericht_2020_08_31.pdf
- Behrens, J., & Langer, G. (2008). “Evidence-based Nursing” und die Ethik der Pflegeprofession. *Public Health Forum*, 16(4), 10–11. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2008.11.007>
- Bennewitz, H. (2010). Entwicklungslinien und Situation des qualitativen Forschungsansatzes in der Erziehungswissenschaft. In B. Friebertshäuser, A. Langer, & A. Prengel (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. (3., vollst. überarb. Aufl., S. 43–59). Juventa.
- Bird, C. M. (2005). How I Stopped Dreading and Learned to Love Transcription. *Qualitative Inquiry*, 11(2), 226–248. <https://doi.org/10.1177/1077800404273413>
- Bislimi, R., Amstad, H., Rehmann-Sutter, C., & Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2009). *Forschung mit Menschen ein Leitfadens für die Praxis*. Schwabe.
- Blum, K., & Löffert, S. (2021). Gibt es einen Hebammenmangel in Deutschland? *Public Health Forum*, 29(2), 163–165. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2021-0025>

- Bonevski, B., Randell, M., Paul, C., Chapman, K., Twyman, L., Bryant, J., Brozek, I., & Hughes, C. (2014). Reaching the hard-to-reach: A systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups. *BMC Medical Research Methodology*, 14(1), 42. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-14-42>
- Brüggemann-Helmold, K., Hanssen, K., Micheel, H.-G., Schmidt, M., & Wagenblass, S. (1996). Psychosoziale Belastungen und soziale Unterstützungssysteme. Eine empirische Rekonstruktion der Vielfältigkeit des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs junger Menschen. *Zeitschrift für Pädagogik*, 42(6), 811–830. <https://doi.org/10.25656/01:10778>
- Brüsemeister, T. (2008). *Qualitative Forschung: Ein Überblick* (2., überarb. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). (2018). *Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit*. https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/Fachthemen/BAG_2018_fruehe-Kindheit.pdf
- Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung. (2004). *Strategie für lebenslanges Lernen in der Bundesrepublik Deutschland*. BLK.
- Byrne, M. (2001). Sampling for qualitative research. *AORN Journal*, 73(2), 494–498. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)61990-X](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)61990-X)
- Connelly, L. M., Keele, B. S., Kleinbeck, S. V., Schneider, J. K., & Cobb, A. K. (1993). A place to be yourself: Empowerment from the client's perspective. *Image--the Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 297–303. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00263.x>
- Cross-Sudworth, F., Williams, M., & Gardosi, J. (2015). Community midwifery care and social care pathways. *Evidence Based Midwifery*, 13(1), 15–21.
- Cu, A., Meister, S., Lefebvre, B., & Ridde, V. (2021). Assessing healthcare access using the Levesque's conceptual framework- a scoping review. *International*

Journal for Equity in Health, 20(1), 116. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01416-3>

Dahrendorf, R. (2009). Gibt es noch Klassen? Die Begriffe der sozialen Schicht und sozialen Klasse in der Sozialanalyse der Gegenwart. In H. Solga, J. Powell, & P. A. Berger (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit: Klassische Texte zur Sozialstrukturanalyse* (S. 207–219). Campus Verlag.

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>

Darling, E. K., Grenier, L., Nussey, L., Murray-Davis, B., Hutton, E. K., & Vanstone, M. (2019). Access to midwifery care for people of low socio-economic status: A qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 416. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2577-z>

Dawson, A. J., Nkowane, A. M., & Whelan, A. (2015). 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. *Human Resources for Health*, 13(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0096-1>

Destatis Statistisches Bundesamt, (2022, Januar 20). *2021 voraussichtlich erneut kein Bevölkerungswachstum* [Pressemeldung]. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/01/PD22_027_124.html

Deutscher Bundestag. (2015). *Grundgesetzlicher Anspruch auf gesundheitliche Versorgung* [PDF]. Deutscher Bundestag. <https://www.bundestag.de/resource/blob/405508/4dd5bf6452b5b3b824d8de6efdad39dd/WD-3-089-15-pdf-data.pdf>

- Deutscher Bundestag 19. Wahlperiode. (2019). *Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Nicola Beer, Katja Suding, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP*. Deutscher Bundestag. <https://dserver.bundestag.de/btd/19/116/1911674.pdf>
- Deutscher Hebammenverband. (2017). *Eine Ethik für Hebammen*. <https://www.hebammenverband.de/verband/ethik/>
- Dresing, T., & Pehl, T. (2017). Transkriptionen qualitativer Daten. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 1–20). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-18387-5_56-1
- Dresing, T., & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Auflage). Eigenverlag.
- Dudenhausen, J. W., & Kirschner, R. (2003). Psychosoziale Belastungen als Risikofaktoren der Frühgeburt—Erste Befunde der Daten des Baby Care-Projekts. *Zentralblatt für Gynäkologie*, *125*(3/4), 112–122. <https://doi.org/10.1055/s-2003-41907>
- Ebert, L., Bellchambers, H., Ferguson, A., & Browne, J. (2014). Socially disadvantaged women's views of barriers to feeling safe to engage in decision-making in maternity care. *Women and Birth*, *27*(2), 132–137. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.11.003>
- Economidoy, E., Klimi, A., & Vivilaki, V. G. (2012). Caring for substance abuse pregnant women: The role of the midwife. *Health Science Journal*, *6*(1). <https://www.hsj.gr/abstract/caring-for-substance-abuse-pregnant-women-the-role-of-the-midwife-5297.html>
- Edmaier, H. (2019). Kooperation: Die Formel für den Kinderschutz. *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, *71*(10), 32–36.
- Ehlert, U. (2004). Einfluss von Stress auf den Schwangerschaftsverlauf und die Geburt. *Psychotherapeut*, *49*(5), 367–376. <https://doi.org/10.1007/s00278-004-0389-7>

- Eickhorst, A., Schreier, A., Brand, C., Lang, K., Liel, C., Renner, I., Neumann, A., & Sann, A. (2016). Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *59*(10), 1271–1280.
<https://doi.org/10.1007/s00103-016-2422-8>
- Eldh, A. C., Almost, J., DeCorby-Watson, K., Gifford, W., Harvey, G., Hasson, H., Kenny, D., Moodie, S., Wallin, L., & Yost, J. (2017). Clinical interventions, implementation interventions, and the potential greyness in between - a discussion paper. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 16.
<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1958-5>
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, *62*(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Erdin, R., Iljuschin, I., & Pehlke-Milde, J. (2017). Postpartum midwifery care and familial psychosocial risk factors in Switzerland: A secondary data analysis / Hebammenbetreuung im Wochenbett und familiäre psychosoziale Risikofaktoren in der Schweiz: eine Sekundäranalyse. *International Journal of Health Professions*, *4*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1515/ijhp-2017-0002>
- European Perinatal Health Report. (2018). *Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015*. Euro-Peristat.
https://www.europeristat.com/images/EPHR2015_web_hyperlinked_Euro-Peristat.pdf
- Fair, F., Raben, L., Watson, H., Vivilaki, V., van den Muijsenbergh, M., & Soltani, H. (2020). Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. *PLoS ONE*, *15*(2), e0228378.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228378>
- Fonti, S., Davis, D., & Ferguson, S. (2016). The attitudes of healthcare professionals towards women using illicit substances in pregnancy: A cross-sectional study.

- Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 29(4), 330–335. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.01.001>
- Fthenakis, W. E. (1999). Transitionspsychologische Grundlagen des Übergangs zur Elternschaft. In W. E. Fthenakis, M. Eckert, & M. von Block (Hrsg.), *Handbuch Elternbildung: Band 1: Wenn aus Partnern Eltern werden* (S. 31–68). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-322-80856-1_3
- Fuß, S. (2019). *Grundlagen der Transkription: Eine praktische Einführung* (2. Auflage). Verlag Barbara Budrich.
- Füssenhäuser, C. (2015). Was bleibt!? 1978—2015: Vier Jahrzehnte Alltags- und Lebensweltorientierung. *Zeitschrift für Sozialpädagogik ZfSp*, 02, 118–125.
- Geppert-Orthofer, U., & Tscheulin, D. K. (2016). *Hebammenversorgung in Baden-Württemberg Vorstudie zur Bestands- und Bedarfserhebung von Hebammenleistungen*. http://www.hebammen-bw.de/wp-content/uploads/5.1_161107_Praesentation_Studie_HebVersorgBW.pdf
- Goodman, D. (2015). Improving Access to Maternity Care for Women with Opioid Use Disorders: Colocation of Midwifery Services at an Addiction Treatment Program. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(6), 706–712. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12340>
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13–24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Grieshop, M. (2013). *Gesundheitsverhalten von Müttern nach der Geburt—Eine quantitative Studie zur Gesundheitsförderung durch Hebammen* [Dissertation, Universität Osnabrück]. <https://repositorium.ub.uni->

osnabrueck.de/bitstream/urn:nbn:de:gbv:700-
2014041412406/2/thesis_grieshop.pdf

Grieshop, M., Tegethoff, D., & Streffing, J. (2020). *Stigmatisierung versus Unterstützung von Eltern –der Erstzugang zu jungen Familien im Kontext der Frühen Hilfen* [Meeting Abstract]. Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft.

<https://www.egms.de/static/de/meetings/dghwi2020/20dghwi23.shtml>

Grylka, S., Iglesias, C., Iseli, K., & Pehlke-Milde, J. (2019, November 21).

Hebammennetzwerke: Eine Chance für psychosozial benachteiligte Familien.

Herbstmeeting Kompetenznetzwerk frühe Kindheit, «Too much, too soon – too late, too little» - Wann greifen wir ein? Winterthur, 21. November 2019.

<https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/19047>

Hadrill, R., Jones, G. L., Mitchell, C. A., & Anumba, D. O. (2014). Understanding delayed access to antenatal care: A qualitative interview study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 207. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-207>

Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: An evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 806–817.

<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x>

Hänelt, M., & Renner, I. (2021). Unterstützungsbedarf von Müttern in Belastungslagen rund um die Geburt. *Hebamme*, 34(06), 39–46. <https://doi.org/10.1055/a-1644-7453>

Harron, K., Gilbert, R., Fagg, J., Guttman, A., & Meulen, J. van der. (2021).

Associations between pre-pregnancy psychosocial risk factors and infant outcomes: A population-based cohort study in England. *The Lancet Public Health*, 6(2), e97–105. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30210-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30210-3)

Hasler, M., Magklara, K., von Wyl, A., & Zollinger, R. (2012). Psychosoziale Belastungsfaktoren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie—Eine retrospektive

- Studie. *Schweiz Med Forum*, 12(42), 819-820.
https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/5559/1/2012_Hasler_Psychosoziale%20Belastungsfaktoren%20in%20der%20Kinder-%20und%20Jugendpsychiatrie.pdf
- Hauck, Y. L., Kelly, G., Dragovic, M., Butt, J., Whittaker, P., & Badcock, J. C. (2015). Australian midwives knowledge, attitude and perceived learning needs around perinatal mental health. *Midwifery*, 31(1), 247–255.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.09.002>
- Hebammenverband Baden-Württemberg. (2019, April 2). *Studie zum Hebammenmangel*. Hebammenverband Baden-Württemberg
<https://hebammen-bw.de/studie-zum-hebammenmangel/>
- Helfferich, C. (2010). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Helming, E., Sandmeir, G., Sann, A., & Walter, M. (2006). *Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern*. Deutsches Jugendinstitut e.V.
<https://www.bmfsfj.de/resource/blob/90514/d0775c76244ceb51a31273b04a41516d/evaluation-fruehe-hilfen-kurzbericht-data.pdf>
- Hendlmeier, I., Hoell, A., & Schäufele, M. (2015). *Leitfaden Psychische Problemlagen: Kompendium* (2. Auflage). Zentrum für Qualität in der Pflege.
- Hertle, D., Lange, U., & Wende, D. (2021). Schwangerenversorgung und Zugang zur Hebamme nach sozialem Status: Eine Analyse mit Routinedaten der Barmer. *Das Gesundheitswesen*, a-1690-7079. <https://doi.org/10.1055/a-1690-7079>
- Hertle, D., Schindele, E., & Hauffe, U. (2021). *Es ist nicht egal, wie wir geboren werden und wie Frauen gebären. Ein Plädoyer für einen Kulturwandel in der geburtshilflichen Versorgung*. Barmer. <https://doi.org/10.30433/GWA2021-220>
- Hetherington, E., Tough, S., McNeil, D., Bayrampour, H., & Metcalfe, A. (2018). Vulnerable Women's Perceptions of Individual Versus Group Prenatal Care:

- Results of a Cross-Sectional Survey. *Maternal and Child Health Journal*, 22(11), 1632–1638. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2559-1>
- Hirschmüller, A.-K. (2017). *Rechtsgutachten zur rechtlichen Bewertung der Tätigkeit als Familienhebamme*. Rechtsanwälte Hirschmüller. http://www.hebammen-bw.de/wp-content/uploads/3.8.4_170930_FamHeb_RechtsGutacht_Hirschmueller.pdf
- Hoebel, J., & Lampert, T. (2020). Subjective social status and health: Multidisciplinary explanations and methodological challenges. *Journal of Health Psychology*, 25(2), 173–185. <https://doi.org/10.1177/1359105318800804>
- International Confederation of Midwives. (2008). *Core Document International Code of Ethics for Midwives*. ICM. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/english-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
- International Confederation of Midwives. (2014). *Core Document Philosophy and Model of Midwifery Care*. ICM, <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/english-philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf>
- Jacobi, M., & Hausen, A. (2020). Neue Strukturen in der Hebammenversorgung in Deutschland – welche Konzepte und Modelle existieren bereits? *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft*, 8(S1), 26-27. <https://doi.org/10.3205/20DGHWI26>
- Jakab, Z. (2015). *Strategische Leitlinien für das Pflege- und Hebammenwesen in der Europäischen Region im Einklang mit den Zielen von Gesundheit 2020*. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. <https://www.euro.who.int/de/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2015/european-strategic-directions-for-strengthening-nursing-and-midwifery-towards-health-2020-goals>

- Johnston, L. G., & Sabin, K. (2010). Sampling Hard-to-Reach Populations with Respondent Driven Sampling. *Methodological Innovations Online*, 5(2), 38–48. <https://doi.org/10.4256/mio.2010.0017>
- Jones, C. J., Creedy, D. K., & Gamble, J. A. (2012). Australian midwives' awareness and management of antenatal and postpartum depression. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 25(1), 23–28. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.03.001>
- Jones, P. S., & Meleis, A. I. (1993). Health is empowerment. *Advances in Nursing Science*, 15(3), 1–14.
- Jost, A. (2013). *Gesundheit und Soziale Arbeit: Ein Lehrbuch mit Beispielen aus allen Lebensphasen*. Kohlhammer.
- Juraszovich, B. (2017). *Zur Wirkung und Wirksamkeit von Frühen Hilfen – Darstellung von Kosten und Nutzen anhand exemplarischer Fallvignetten*. Gesundheit Österreich. https://www.fruehehilfen.at/fxddata/fruehehilfen/prod/media/downloads/Berichte/NZFH.at_Wirkung_Kosten_Nutzen_Fr%C3%BChe%20Hilfen_2017.pdf
- Kalitzkus, V. (2005). Die Bedeutung von Reflexivität und Positionierung im Prozess qualitativer Forschung in der Allgemeinmedizin. *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 81(06), 243–247. <https://doi.org/10.1055/s-2005-836618>
- Kelle, U., & Kluge, S. (2010). Verfahren der Fallkontrastierung I: Qualitatives Sampling. In U. Kelle & S. Kluge (Hrsg.), *Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung* (S. 41–55). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92366-6_4
- Kis, A., & Augustin, J. (2022). Zugang zur Gesundheitsversorgung in der Fläche. *Der Hautarzt*, 73(1), 40–46.
- Klein, J., & von dem Knesebeck, O. (2016). Soziale Einflüsse auf die gesundheitliche Versorgung. In K. Hurrelmann & M. Richter (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit*

- und Krankheit* (S.341-352). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9>
- Kohler, S., & Bärnighausen, T. (2018). *Entwicklung und aktuelle Versorgungssituation in der Geburtshilfe in Baden-Württemberg—Bericht für den Runden Tisch Geburtshilfe in Baden-Württemberg*. Heidelberg Institut für Global Health. https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Runder-Tisch-Geburtshilfe/Bericht_Entwicklung-Versorgungssituation-Geburtshilfe-BW_2018.pdf
- Kolip, P. (2020). Lebenslagen und Lebensphasen. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. BZgA <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-I071-2.0>
- Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. (2017). *Nationales Gesundheitsziel: Gesund Rund um die Geburt*. Bundesministerium für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf
- Kowal, S., & O’Connell, D. C. (2007). Zur Transkription von Gesprächen. In U. Flick, E. von Kardoff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (5. Aufl., Originalausgabe, S. 437–447). Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Kraus, B. (2013). *Erkennen und Entscheiden: Grundlagen und Konsequenzen eines erkenntnistheoretischen Konstruktivismus für die Soziale Arbeit* (1. Aufl.). Beltz Juventa.
- Kraus, B. (2014). Gelebtes und erlebtes Leben. Zur erkenntnistheoretischen Differenzierung zwischen Lebenswelt und Lebenslage. In M. Köttig (Hrsg.), *Soziale Wirklichkeiten in der Sozialen Arbeit: Wahrnehmen, analysieren, intervenieren* (S. 61–72). Verlag Barbara Budrich.

- Kraus, B. (2016). Systemisch-konstruktivistische Lebensweltorientierung. *Familiendynamik*, 41(3), 188–196.
- Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz* (2. Aufl.). Beltz Juventa.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3., überarbeitete Auflage). Beltz Juventa.
- Kuckartz, U. (2019). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten* (4. Auflage). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lampert, T., Kuntz, B., Waldhauer, J., & Hoebel, J. (2020). Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. In Deinzner, R., von dem Knesebeck, O. (Hrsg.) *Online-Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie* (2.6.5.). German Medical Science GMS Publishing House. <https://doi.org/10.5680/olmps000034>
- Lange, U., & Liebald, C. (2013). *Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken früher Hilfen: Leitfaden für Kommunen*. BZgA.
- Leßmann, O. (2006). Lebenslagen und Verwirklichungschancen (capability) – Verschiedene Wurzeln, ähnliche Konzepte. *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*, 75(1), 30–42. <https://doi.org/10.3790/vjh.75.1.30>
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Lewis, M. (2019). Trust me I am a midwife. *International Journal of Integrated Care*, 19(4), 307. <https://doi.org/10.5334/ijic.s3307>
- Limmer, C., Striebich, S., Tegethoff, D., Jung, T., & Leinweber, J. (2020). Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe. *GMS Zeitschrift für Hebammenwissenschaft*, 7, Doc05. <https://doi.org/10.3205/zhwi000019>
- Loftus, C. T., Stewart, O. T., Hensley, M. D., Enquobahrie, D. A., & Hawes, S. E. (2015). A Longitudinal Study of Changes in Prenatal Care Utilization Between

- First and Second Births and Low Birth Weight. *Maternal and Child Health Journal*, 19(12), 2627–2635. <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1783-1>
- Lorenz, S., Marlene Ulrich, S., Sann, A., & Liel, C. (2020). Self-Reported Psychosocial Stress in Parents With Small Children. *Deutsches Ärzteblatt International*, 117(42), 709–716. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0709>
- Loytved, C. A. L., Hasenberg, G., Brendel, K., Bothe-Moser, C., Eggenschwiler, R., Eigenmann, D., Graf, P., Hammer, K., Hauser, R., Oberndörfer, K., Pfister-Stoppa, A., Spiegel-Hefel, E., & Stiefel, A. (2017). Implementation in nursing and midwifery. A scoping review / Implementationsprojekte in der Pflege und Hebammenarbeit. Scoping review. *International Journal of Health Professions*, 4(2), 122–136. <https://doi.org/10.1515/ijhp-2017-0021>
- Loytved, C., & Berger, C. (2017). «The Lancet Series on Midwifery»: Ein neuer Qualitätsrahmen weltweit. *Hebamme.ch*, 2017 (6), 4–7.
- Marino, E. K., & Faas, A. J. (2020). Is Vulnerability an Outdated Concept? After Subjects and Spaces. *Annals of Anthropological Practice*, 44(1), 33–46. <https://doi.org/10.1111/napa.12132>
- Marmot, M., Goldblatt, P., Allen, Jessica, Boyce, T., DiMc, N., Ilaria, G., & Mike, G. (2010). *Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review)*. Institute of Health Equity. <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-exec-summary-pdf.pdf>
- Mattern, E. (2013, 03). *Zugang zum Netzwerk der Frühen Hilfen durch Hebammen und Familienhebammen*. 18. Kongress Armut und Gesundheit, Workshop: Familien rund um die Geburt tatsächlich erreichen - Zugänge gestalten, Berlin. https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Zugang_Netzwerk_Fruehehilfen_Hebammen.pdf
- Mattern, E., Lohmann, S., & Ayerle, G. M. (2017). Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: A qualitative study

- with focus groups. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 389.
<https://doi.org/10.1186/s12884-017-1552-9>
- Mayring, P. (2007). Designs in qualitativ orientierter Forschung. *Journal für Psychologie*, 15(2), 1–10.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Beltz Verlagsgruppe.
- McCauley, K., Elsom, S., Muir-Cochrane, E., & Lyneham, J. (2011). Midwives and assessment of perinatal mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(9), 786–795. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01727.x>
- McLeish, J., & Redshaw, M. (2019). Maternity experiences of mothers with multiple disadvantages in England: A qualitative study. *Women and Birth*, 32(2), 178–184. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.05.009>
- McRae, D. N., Muhajarine, N., & Janssen, P. A. (2019). Improving birth outcomes for women who are substance using or have mental illness: A Canadian cohort study comparing antenatal midwifery and physician models of care for women of low socioeconomic position. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 279. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2428-y>
- Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit Einführung in die aktuelle Diskussion*. Hans Huber.
- Misoch, S. (2019). *Qualitative Interviews* (2., erweiterte und aktualisierte Edition). De Gruyter Oldenbourg.
- Mrowczynski, R. (2013). Andreas Witzel and Herwig Reiter. The Problem-Centered Interview: Principles and Practice. Los Angeles: Sage, 2012. *Laboratorium: Russian Review of Social Research*, 5(2), 226–227.
- Mruck, K., & Mey, G. (1999). Selbstreflexivität und Subjektivität im Auswertungsprozess biographischer Materialien: Zum Konzept einer „Projektwerkstatt qualitativen Arbeitens“ zwischen Colloquium, Supervision und Interpretationsgemeinschaft. In G. Jüttemann & H. Thomae (Hrsg.), *Biographische Methoden in den Humanwissenschaften* (S. 284–306). Beltz.

- Neumann, A., & Renner, I. (2016). Barrieren für die Inanspruchnahme Früher Hilfen: Die Rolle der elterlichen Steuerungskompetenz. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *59*(10), 1281–1291.
<https://doi.org/10.1007/s00103-016-2424-6>
- Neurath, O. (1931). Empirische Soziologie. Der wissenschaftliche Gehalt der Geschichte und Nationalökonomie. In *Schriften zur wissenschaftlichen Weltauffassung* (Bd. 5). Springer. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-7091-2334-8>
- Niemeyer, A., & Schwarz, C. (2021). Der Beitrag von Hebammen zur perinatalen Gesundheit. *Public Health Forum*, *29*(2), 93–96. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2021-0005>
- Nove, A., Friberg, I. K., Bernis, L. de, McConville, F., Moran, A. C., Najjemba, M., Hoop-Bender, P. ten, Tracy, S., & Homer, C. S. E. (2021). Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: A Lives Saved Tool modelling study. *The Lancet Global Health*, *9*(1), 24–32. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30397-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30397-1)
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights & World Health Organization. (2008). *The right to health*. United Nations.
<https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>
- Oni, H. T., Buultjens, M., Blandthorn, J., Davis, D., Abdel-Latif, M., & Islam, M. M. (2020). 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*, *81*, 102595.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102595>
- Origlia Ikhilor, P., Hasenberg, G., Kurth, E., Asefaw, F., Pehlke-Milde, J., & Cignacco, E. (2019). Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals and intercultural interpreters.

Journal of Advanced Nursing, 75(10), 2200–2210.

<https://doi.org/10.21256/zhaw-3205>

Origlia Ikhilor, P., Jevitt, C., Sayn-Wittgenstein, F. zu, & Cignacco, E. (2017).

Experiences of Antenatal Care Among Women Who Are Socioeconomically Deprived in High-Income Industrialized Countries: An Integrative Review.

Journal of Midwifery & Women's Health, 62(5), 589–598.

<https://doi.org/10.1111/jmwh.12627>

Owens, C., Dandy, J., & Hancock, P. (2016). Perceptions of pregnancy experiences when using a community-based antenatal service: A qualitative study of refugee and migrant women in Perth, Western Australia. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 29(2), 128–137.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.09.003>

Packness, A., Halling, A., Simonsen, E., Waldorff, F. B., & Hastrup, L. H. (2019). Are perceived barriers to accessing mental healthcare associated with socioeconomic position among individuals with symptoms of depression?

Questionnaire-results from the Lolland-Falster Health Study, a rural Danish population study. *BMJ Open*, 9(3), e023844. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023844>

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3. Aufl.). SAGE Publications Inc.

Pehlke-Milde, J. (2009). *Ein Kompetenzprofil für die Hebammenausbildung: Grundlage einer lernergebnisorientierten Curriculumsentwicklung* [Dissertation, Universität Berlin]. https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/2171/Diss_Pehlke-Milde_Kompetenzprofil_ohne_LL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pehlke-Milde, J. (2012). Qualitative Methoden in der Hebammenforschung:

Exemplarische Darstellung des Experteninterviews zur Analyse beruflicher

Anforderungen. *Die Hebamme*, 25(3), 206–210. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1310462>

- Peters, M., Kolip, P., & Schäfers, R. (2021). Skala zur Messung der Qualität der Hebammenbegleitung während der Geburt aus der Perspektive der Nutzerinnen: Entwicklung und Validierung von MMAYbirth. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 26(05), 255–264. <https://doi.org/10.1055/a-1479-1564>
- Peters, M., & Schäfers, R. (2018). *Modelle der Hebammenarbeit – Qualität der Hebammenarbeit – Ziele der Hebammenarbeit: Eine Literaturanalyse* (S. Doc18dghwiP26) [Meeting Abstract]. German Medical Science GMS Publishing House.
- Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2013). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch* (4., erweiterte Edition). De Gruyter Oldenbourg.
- Rädiker, S. (2019). *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA: Text, Audio und Video* (erste Auflage, 2019). Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-22095-2>
- Ramraj, C., Pulver, A., O'Campo, P., Urquia, M. L., Hildebrand, V., & Siddiqi, A. (2020). A Scoping Review of Socioeconomic Inequalities in Distributions of Birth Outcomes: Through a Conceptual and Methodological Lens. *Maternal and Child Health Journal*, 24(2), 144–152. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02838-w>
- Razum, O., Kaasch, A., & Bozorgmehr, K. (2016). Commentary: From the primacy of safe passage for refugees to a global social policy. *International Journal of Public Health*, 61(5), 523–524. <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0817-9>
- Razum, O., Saß, A.-C., & Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2008). *Migration und Gesundheit: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert-Koch-Institut.
- Reinders, H. (2012). Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen: Ein Leitfaden. In *Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen*. Oldenbourg Wissenschaftsverlag. <https://doi.org/10.1524/9783486717600>

Renfrew, M. J. (2015, Januar 16). *Explaining the QMNC framework 4. The framework and how to use it* [Video]. YouTube.

https://www.youtube.com/watch?v=2pfskj_xbGE

Renfrew, M. J., & Malata, A. M. (2021). Scaling up care by midwives must now be a global priority. *The Lancet Global Health*, 9(1), e2–3.

[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30478-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30478-2)

Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R. A. D., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L., & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129–1145. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)

Renner, I. (2010). Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems: Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 53(10), 1048–1055.

<https://doi.org/10.1007/s00103-010-1130-z>

Robert Koch-Institut. (2018). Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklungen und Trends. *Journal of Monitoring*, 3(S1), 1–24. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-019>

Robinson, A. (2003). Phänomenologie. In E. R. Cluett (Hrsg.), *Hebammenforschung Grundlagen und Anwendung* (S. 207–223). Verlag Hans Huber.

Rolke, K., Wenner, J., & Razum, O. (2020). Der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung nach Einführung der elektronischen Gesundheitskarte: Die Sicht geflüchteter Patient(inn)en. *Das Gesundheitswesen*, 82(12), 961–968.

<https://doi.org/10.1055/a-1205-1021>

Rosenbrock, R. (2021). *Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung* (4., überarbeitete Auflage 2021). Hogrefe AG.

- Rosenhagen, G., Boogaart, H., & Stimmer, F. (2000). *Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit* (4., völlig überarb. und erw. Aufl.). Oldenbourg.
- Rosenthal, G. (2015). *Interpretative Sozialforschung*. Beltz Verlagsgruppe.
- Russell, G., Kunin, M., Harris, M., Levesque, J.-F., Descôteaux, S., Scott, C., Lewis, V., Dionne, É., Advocat, J., Dahrouge, S., Stocks, N., Spooner, C., & Haggerty, J. (2019). Improving access to primary healthcare for vulnerable populations in Australia and Canada: Protocol for a mixed-method evaluation of six complex interventions. *BMJ Open*, *9*(7), e027869. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027869>
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *4*, 1465–1858. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, *23*(4), 334–340. [https://doi.org/10.1002/1098-240x\(200008\)23:4<334::aid-nur9>3.0.co;2-g](https://doi.org/10.1002/1098-240x(200008)23:4<334::aid-nur9>3.0.co;2-g)
- Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Research in Nursing & Health*, *33*(1), 77–84. <https://doi.org/10.1002/nur.20362>
- Sander, M., Albrecht, M., Loos, S., & Stengel, V. (2018). *Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern*. IGES Institut. https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e22175/e23263/e23264/e23266/attr_obsjs23268/IGES_HebammenversorgungimFreistaatBayern_Kurzfassung_072018_ger.pdf
- Schaefer, I., Kümpers, S., & Cook, T. (2021). „Selten Gehörte“ für partizipative Gesundheitsforschung gewinnen: Herausforderungen und Strategien. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *64*(2), 163–170. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03269-7>

- Schäfers, R. (2010). *Gesundheitsförderung durch Hebammen: Fürsorge und Prävention rund um Geburt und Mutterschaft* (1. Edition). Schattauer.
- Schäfers, R., & zu Sayn-Wittgenstein, F. (2009). *Neue Perspektiven entwickeln – Hebammen stellen ihre Arbeit dar - Ergebnisse einer Bestandsaufnahme der Versorgungsleistungen durch Hebammen in Niedersachsen im Jahr 2007*.
Verbund Hebammenforschung
https://www.hebammenforschung.de/fileadmin/HSOS/Homepages/Hebammenforschung/Ergebnisse_Bestandsaufnahme.pdf
- Schlüter-Cruse, M., & zu Sayn-Wittgenstein, F. (2017). Die Vertrauensbeziehung zwischen freiberuflichen Hebammen und Klientinnen im Kontext der interprofessionellen Kooperation in den Frühen Hilfen: Eine qualitative Studie. *GMS Zeitschrift für Hebammenwissenschaft*, 4, Doc03.
<https://doi.org/10.3205/zhwi000009>
- Schmidtke, K. (2008). *Die Lebenslage im zeitlichen und räumlichen Vergleich. Zur methodischen Weiterentwicklung des Lebenslagenansatzes auf Basis des sozio-ökonomischen Panels 1992 bis 2005*. [Dissertation, TU Berlin]. <https://dnb.info/990546616/34>
- Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice*. SAGE.
- Schreier, M. (2013). Qualitative Analyseverfahren. In W. Hussy, M. Schreier, & G. Echterhoff (Hrsg.), *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor: Mit 23 Tabellen* (2., überarbeitete Auflage, S. 245–250). Springer.
- Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 15(1), 20–25.
- Schreier, M. (2017). Fallauswahl in der qualitativ-psychologischen Forschung. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*

- (S. 1–21). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-18387-5_19-1
- Schreier, M. (2018). Sampling and Generalization. In U. Flick, *The SAGE Handbook of Qualitative Data Collection* (S. 84–97). SAGE Publications Ltd.
<https://doi.org/10.4135/9781526416070.n6>
- Schrems, B., & Fringer, A. (2015). Qualitative Designs. In E.-M. Panfil, B. Mayer, & B. Schrems (Hrsg.), *Pflegewissenschaft* (3., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 73–90). Huber.
- Seefat-van Teeffelen, A., Nieuwenhuijze, M., & Korstjens, I. (2011). Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: A qualitative study. *Midwifery*, 27(1), e122–e127.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.09.006>
- Self, B. (2021). Conducting Interviews During the COVID-19 Pandemic and Beyond. *Forum, qualitative social research*, 22(3). <https://doi.org/10.17169/fqs-22.3.3741>
- Siegmund-Schultze, E., Kielblock, B., & Bansen, T. (2008). Schwangerschaft und Geburt: Was kann die Krankenkasse tun? *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 13(04), 210–215. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1027223>
- Simoës, E., & Kunz, S. K. (2011). Der leise Confounder – Armut macht krank
Gesundheitliche Ungleichheit in der geburtshilflichen Versorgung—ASU.
Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin ASU, 46, 629–635.
- Simon, S. (2017). *Die ambulante Wochenbettbetreuung Eine qualitative Studie zum Professionellen Handeln von Hebammen* [Dissertation, Universität Witten/Herdecke]. https://opus.hs-osnabrueck.de/frontdoor/deliver/index/docId/1436/file/Simon_2018.pdf
- Speziale, H. S., & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (5th ed). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

- Steinke, I. (2000). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardoff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (S. 319–331). Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Sterzing, D. & Deutsches Jugendinstitut. (2012). *Präventive Programme für sozial benachteiligte Familien mit Kindern von 0–6 Jahren Überblick über die Angebote in Deutschland* Deutsches Jugendinstitut. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:101:1-2012091010601>
- Stewart, C., & Henshaw, C. (2002). Midwives and perinatal mental health. *British Journal of Midwifery*, 10(2), 117–121. <https://doi.org/10.12968/bjom.2002.10.2.10186>
- Stolberg, C., & Becker, S. (2015). Gesundheitliche Ungleichheit zum Lebensbeginn: Zum Einfluss der mütterlichen Bildung auf die Wahrscheinlichkeit einer Frühgeburt. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 67(2), 321–354. <https://doi.org/10.1007/s11577-015-0306-9>
- Stroscia, M., Landriscina, T., Mondo, L., Rusciani, R., Carnà, P., Zengarini, N., & Costa, G. (2019). Maternal childbirth-related mortality in the last 40 years in Turin, Italy: The impact of universal health coverage on inequalities in a developed country. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40(3), 367–372.
- Strübing, J., Hirschauer, S., Ayaß, R., Krähnke, U., & Scheffer, T. (2018). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoß. *Zeitschrift für Soziologie*, 47(2), 83–100. <https://doi.org/10.1515/zfsoz-2018-1006>
- Sutherland, G., Yelland, J., & Brown, S. (2012). Social Inequalities in the Organization of Pregnancy Care in a Universally Funded Public Health Care System. *Maternal and Child Health Journal*, 16(2), 288–296. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0752-6>
- Symon, A. (2020, Februar 14). *The QMNC Framework's influence in policy, practice, education and research* [PDF]. 5th International Conference of the DGHWi,

- Bochum. https://www.dghwi.de/wp-content/uploads/2021/01/Symon_GSMS_talk_2020_4RS-1_protected_.pdf
- Symon, A., McFadden, A., White, M., Fraser, K., & Cummins, A. (2018). Adapting the Quality Maternal and Newborn Care (QMNC) Framework to evaluate models of antenatal care: A pilot study. *PLOS ONE*, *13*(8), e0200640. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200640>
- Tegethoff, D. (2020a). Die Bedeutung qualitativer Forschung für die Entwicklung von Gesundheitsberufen als akademische Profession –am Beispiel des Hebammenwesens. In Netzwerk Qualitative Gesundheitsforschung (Hrsg.), *Perspektiven qualitativer Gesundheitsforschung* (S. 186–199). Beltz Juventa. <https://content-select.com/de/portal/media/view/5aa7b780-e8d4-4bcc-b0b7-6955b0dd2d03>
- Tegethoff, D. (2020b). Hebamme. In *Socialnet Lexikon*. online. <https://www.socialnet.de/lexikon/Hebamme>
- Ten Hoop-Bender, P., de Bernis, L., Campbell, J., Downe, S., Fauveau, V., Fogstad, H., Homer, C. S. E., Kennedy, H. P., Matthews, Z., McFadden, A., Renfrew, M. J., & Van Lerberghe, W. (2014). Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *The Lancet*, *384*(9949), 1226–1235. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60930-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60930-2)
- Thiersch, H. (2013). *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit: Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel*. Beltz Verlagsgruppe.
- Traunsteiner, B. S. (2018). Das Analysekonzept der 'Lebenslagen'. In B. S. Traunsteiner (Hrsg.), *Gleichgeschlechtlich liebende Frauen im Alter: Intersektionalität, Lebenslagen und Antidiskriminierungsempfehlungen* (S. 187–201). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-20045-9_5
- Turner, A., & Ingrisch, D. (2008). Forschen als Prozess der Selbstreflexion—Eine Darstellung der Lehrveranstaltung „Forschungspraktikum mit begleitendem

- Reflexionsseminar“. *Zeitschrift Für Hochschulentwicklung*, 2(4).
<https://doi.org/10.3217/zfhe-2-04/07>
- Ulrich, F., & Petermann, F. (2014). Zur Bedeutung von sozialer Unterstützung während der Schwangerschaft. *Psychologische Rundschau*, 65(2), 57–74.
<https://doi.org/10.1026/0033-3042/a000197>
- United Nations. (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. United Nations.
<https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/2021/03/udhr.pdf>
- Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 15(3), 398–405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>
- Van Staa, J. (2018, Juni 14). *Perspektiven aus der Zielgruppe junge Eltern mit psychosozialen Belastungen Ergebnisse einer Fokusgruppe* [PDF]. Nationales Zentrum Frühe Hilfen Frühe Hilfen und Familien in Armutslagen, Köln.
https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Perspektiven-aus-der-Zielgruppe-junge-Eltern-mit-psychosozialen-Belastungen-Ergebnisse-Fokusgruppe-Praesentation-vanStaa_b.pdf
- Van Staa, J., & Renner, I. (2020). »Man will das einfach selber schaffen« – *Symbolische Barrieren der Inanspruchnahme Früher Hilfen. Ausgewählte Ergebnisse aus der Erreichbarkeitsstudie des NZFH*. (1.0). BZGA - Federal Centre for Health Education. <https://www.fruehehilfen.de/kompakt-ergebnisse-erreichbarkeitsstudie>
- Vedam, S., Stoll, K., MacDorman, M., Declercq, E., Cramer, R., Cheyney, M., Fisher, T., Butt, E., Yang, Y. T., & Kennedy, H. P. (2018). Mapping integration of midwives across the United States: Impact on access, equity, and outcomes. *PLoS ONE*, 13(2), e0192523. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192523>
- VERBI Software. (2022). *MAXQDA 2022, Software für qualitative Datenanalyse* [Computersoftware]. <https://www.maxqda.de/>

- von Köppen, M., Schmidt, K., & Tiefenthaler, S. (2020). Mit vulnerablen Gruppen forschen – ein Forschungsprozessmodell als Reflexionshilfe für partizipative Projekte. In M. T. Wright, P. Wihofszky, & S. Hartung (Hrsg.), *Partizipative Forschung: Ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden* (S. 21–62). Springer Nature.
- https://library.oapen.org/bitstream/handle/20.500.12657/39533/2020_Book_PartizipativeForschung.pdf;jsessionid=224D4455D4362779697E2B92A1404F56?sequence=1
- Weisser, G. (1956). Wirtschaft. In W. Ziegenfuß (Hrsg.), *Handbuch der Soziologie* (S. 970–1098). Enke.
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227–255). Beltz Verl.
- Witzel, A., & Reiter, H. (2012). *The problem-centred interview: Principles and practice*. SAGE.
- Wohlrab-Sahr, M. (1993). Empathie als methodisches Prinzip? Entdifferenzierung und Reflexivitätsverlust als problematisches Erbe der „methodischen Postulate zur Frauenforschung“. *Feministische Studien*, 11(2), 128–139.
- World Health Organization. (2013). *Gesundheit 2020: Rahmenkonzept und Strategie der europäischen Region für das 21. Jahrhundert*. Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa.
- Zemp, E., Signorell, A., Kurth, E., & Reich, O. (2017). Does Coordinated Postpartum Care Influence Costs? *International Journal of Integrated Care*, 17(1), 7. <https://doi.org/10.5334/ijic.2487>
- Zimmermann, P., Vierhaus, M., Eickhorst, A., Sann, A., Egger, C., Förthner, J., Gerlach, J., Iwanski, A., Liel, C., Podewski, F., Wyrwich, S., & Spangler, G. (2016). Aufwachsen unter familiärer Belastung in Deutschland.

Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 59(10),
1262–1270. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2423-7>

zu Sayn-Wittgenstein, F. (2007). *Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und
Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland* (1. Aufl.). Huber, Bern.

zu Sayn-Wittgenstein, F., Lange, U., & Knorz, B. (2011, September 23). *Nutzerinnen-
orientierte Versorgung – Ergebnisse einer Studie zu den Bedürfnissen von
sozial benachteiligten Mädchen und Frauen*. [Meeting Abstract]. 1.

Internationale Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für
Hebammenwissenschaft, Hildesheim. Doc11dghwi18.

<https://doi.org/10.3205/11dghwi18>