



## **HEDI – Schwangerenversorgung digital unterstützt und koordiniert**

Evaluationsbericht

Maike Simmank

Soziologisches Forschungsinstitut Göttingen (SOFI) e.V.

*HEDI II+III – Schwangerenversorgung digital unterstützt und koordiniert* ist ein Projekt der Gesellschaft für Wirtschaftsförderung und Stadtentwicklung mbH (GWG)/ Gesundheitsregion Göttingen/Südniedersachsen

Das Projekt wurde im Rahmen des Förderprogramms *Soziale Innovation* im Programmgebiet „Stärker entwickelte Region“ aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) gefördert.

Der vorliegende Evaluationsbericht wurde verfasst von  
Maike Simmank, wissenschaftliche Mitarbeiterin am  
Soziologischen Forschungsinstitut Göttingen (SOFI) e.V.  
An der Georg-August-Universität  
Friedländer Weg 31  
37085 Göttingen

Das SOFI war wissenschaftlicher Partner im Projekt HEDI II+III  
Laufzeit (SOFI): 6/2020 – 9/2022  
Projektleitung: Prof. Dr. Berthold Vogel

© November 2022

Anmerkung zur gendergerechten Sprache: Bei der Bezeichnung der Berufsgruppe der Hebammen wird im vorliegenden Bericht ausschließlich die Berufsbezeichnung ‚Hebamme‘ verwendet; männliche Entbindungspfleger sind hier mitgemeint (§ 3 HebG). Des Weiteren gilt, dass die Bezeichnung ‚Frau‘ im Zusammenhang mit Schwangeren und Gebärenden als Fachterminus der Geburtshilfe verwendet wird, der alle gebärenden Personen gleich welchen Geschlechts einschließt.

# INHALT

Abbildungsverzeichnis .....	4
Tabellenverzeichnis .....	4
<b>I. Projektrahmen und Beteiligte.....</b>	<b>5</b>
<b>II. Zielsetzung des Projekts HEDI .....</b>	<b>9</b>
<b>III. Evaluation: Design und Methode .....</b>	<b>12</b>
Evaluations-Design .....	12
Methoden.....	15
<b>IV. Schwangerenversorgung: ein zentraler Bereich der Daseinsvorsorge.....</b>	<b>21</b>
Das Hebammenwesen: Eine Berufsgruppe mit hoher gesellschaftlicher Relevanz .....	21
Versorgungsunterschiede in Stadt und Land? Eine Frage gleichwertiger Lebensverhältnisse .....	23
<b>V. Empirische Eindrücke: Hebammen als Akteurinnen der Daseinsvorsorge .....</b>	<b>26</b>
<b>Regionale Versorgungssituation: Räumliche und soziale Ungleichheiten .....</b>	<b>26</b>
<b>Kommunikation im beruflichen Alltag: Umgang mit digitalen Medien .....</b>	<b>36</b>
<b>Herausforderungen im ländlichen Raum: Mobilität und Anreize .....</b>	<b>43</b>
<b>Chancen und Grenzen von Digitalisierung im Hebammenberuf .....</b>	<b>50</b>
Projektdurchführung unter dem Eindruck der Pandemie: Steigende Akzeptanz für die Digitalisierung im Hebammenwesen? .....	50
Erwartungen an HEDI .....	53
<b>VI. Agil und co-kreativ: Bedarfsorientierte Entwicklung.....</b>	<b>58</b>
Nutzer:innen-Feedback (quantitative Auszählung) .....	63
<b>VII. Resümee &amp; Ausblick: Beitrag von HEDI zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse.....</b>	<b>66</b>
Literaturverzeichnis .....	71

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Modellregion: Die Landkreise Göttingen und Northeim und die Stadt Göttingen. .....	8
Abbildung 2: Darstellung der Entwicklungs- (oben, grün) und Evaluationsphasen (unten, bunt) im ursprünglich geplanten Ablauf. ....	13
Abbildung 3: Methodenübersicht. ....	15
Abbildung 4: Sample der befragten Hebammen (N=10). ....	17
Abbildung 5: Anzahl der gelesenen HEDI-Texte.....	64

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Interviewleitfaden: Themenblöcke und Beispielfragen.....	17
Tabelle 2: Auszählung Fragebogen 1 (professionelle Nutzer:innen). ....	63
Tabelle 3: Auszählung Fragebogen 2 (Konsument:innen). ....	65

## I. PROJEKTRAHMEN UND BETEILIGTE

„HEDI – Schwangerenversorgung digital unterstützt und koordiniert“ ist ein EU-gefördertes Projekt der Gesellschaft für Wirtschaftsförderung und Stadtentwicklung Göttingen mbH (GWG)/Gesundheitsregion Göttingen/Südniedersachsen, das auf die Unterversorgung durch Hebammen im ländlichen Raum in der Region Südniedersachsen (Modellregion: Stadt und Landkreis Göttingen und Landkreis Northeim) reagiert. In Kooperation mit der Firma aidminutes GmbH, die über Expertise im Bereich medizinischer Kommunikation verfügt, wurde eine digitale Plattform entwickelt, die eine Verbesserung der Versorgungssituation von Schwangeren und Familien sowie der Arbeitsbelastung von Hebammen und weiteren professionellen Nutzer:innengruppen (Ärzt:innen, Berater:innen) zum Ziel hat. Begleitet wurde der Entwicklungsprozess von Juni 2020 bis September 2022 durch eine formative Evaluation des Soziologischen Forschungsinstituts Göttingen (SOFI), das durch die Verbindung seiner beiden profilbildenden Themen Daseinsvorsorge und Digitalisierung ein besonderes wissenschaftliches Interesse an dem Projekt hat. Der Fokus der Begleitforschung, die im vorliegenden Bericht präsentiert wird, lag auf der Betrachtung der gesellschaftlichen Relevanz des Hebammenwesens im Kontext gleichwertiger Lebensverhältnisse und der zu erwartenden Effekte auf regionale Versorgungslagen durch HEDI. Der vorliegende Bericht richtet sich primär an Akteure aus der kommunalen Praxis und kann als Handlungsempfehlung für (kommunal-)politische Entscheidungen im Bereich der Schwangerenversorgung herangezogen werden.

Im Folgenden werden kurz der Förderzusammenhang und die beteiligten Akteure des Projekts vorgestellt.

### **Förderprogramme „Soziale Innovation“ (HEDI II+III) und „Förderung von Gesundheitsregionen in Niedersachsen“ (HEDI I)**

Eine Besonderheit des Projekts HEDI ist die Förderung in zwei verschiedenen Programmen des Landes Niedersachsen. Während HEDI I – die Entwicklung mehrsprachiger Informationseinheiten – ab 2019 im Rahmen des Programms „Förderung von Gesundheitsregionen in Niedersachsen“ des Niedersächsisches Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung gefördert wurde, konnte die Fortsetzung – HEDI II+III als Erweiterung der Informationsinhalte um Kommunikations- und Koordinationsmodule – aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) im Rahmen des Programms „Soziale Innovation“ des Niedersächsischen Ministeriums für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung realisiert werden. Mit dem Ineinandergreifen der Projektteile I und II+III stellt HEDI eine Schnittstelle der beiden niedersächsischen Ministerien dar.

Das Förderprogramm „Soziale Innovation“ des Niedersächsischen Ministeriums für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung bezuschusst öffentliche Einrichtungen, Verbände und Vereinigungen in Niedersachsen, die dem Förderbereich „Arbeit, Gesundheit & Soziales, Corona Hilfe“ zugeordnet sind. Im Vordergrund des Förderprogramms stehen die „Entwicklung und Erprobung innovativer und übertragbarer Projekte“, die auf neue Anforderungen durch den demografischen und gesellschaftlichen Wandel an die Arbeitswelt und Daseinsvorsorge reagieren. HEDI ist eins der geförderten Projekte, die mit der Verbesserung und Sicherung des Zugangs zu hochwertigen Gesundheits- und Sozialdienstleistungen auf einen Beitrag zur Lösung gesellschaftlicher Herausforderungen zielt und dabei speziell auf regionale Bedarfe und lokale soziale Herausforderungen eingeht (vgl. MB Soziale Innovation 2022).

### **Projektträger: GWG/ Gesundheitsregion Göttingen/Süd-niedersachsen**

Die GWG - Gesellschaft für Wirtschaftsförderung und Stadtentwicklung Göttingen mbH ist als städtische Wirtschaftsfördergesellschaft ein erfahrener Projektträger. Seit 2014 ist die Geschäftsstelle der Gesundheitsregion Göttingen/Süd-niedersachsen bei der GWG angesiedelt und koordiniert u.a. regionale Netzwerke und große Kooperationsprojekte. Die Gesundheitsregion Göttingen/Süd-niedersachsen verfolgt gemeinsam mit den Kommunen und weiteren Mitgliedern das Ziel der Fortentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen, der Verbesserung sektorübergreifender Kommunikation, der Förderung von Wissenstransfer und Kooperation zwischen Forschungseinrichtungen und Unternehmen in der Gesundheitswirtschaft. Seit 2010 besteht der gemeinnützige Verein „Gesundheitsregion Göttingen/Süd-niedersachsen e.V.“, der das Gebiet der Landkreise Göttingen, Northeim, Holzminden und die Stadt Göttingen umfasst. Von Anfang an stand hierbei sowohl die sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, als auch die regionale Verantwortung der gesundheitlichen Versorgung im Vordergrund. Seit Dezember 2014 ist die Gesundheitsregion Göttingen/Süd-niedersachsen durch das niedersächsische Landesförderprogramm anerkannt, worüber es möglich ist innovative Versorgungsprojekte, wie z. B. die „HEDI 1- App“ zu finanzieren und anzustoßen. Neben gesellschaftlichen Synergieeffekten, wegweisenden Gesundheitsprojekten, dem Gedankenaustausch und der Erweiterung der Mitgliedernetzwerke stehen viele Informationsveranstaltungen und Aktionen auf dem Programm, um u.a. die Gesundheitskompetenz und das Bewusstsein für Gesundheitsthemen zu fördern.

### **Produktentwicklung: aidminutes GmbH**

Die aidminutes GmbH steht für die Verbesserung der zwischenmenschlichen Kommunikation im medizinischen Bereich. Mit Hilfe digitaler Lösungen werden Kommunikationsprozesse

vereinfacht und so skaliert, dass sie in verschiedenen Bereichen angewandt werden können. aidminutes hat es sich zur Aufgabe gemacht, gerade für anderssprachige Personen und vulnerable Gruppen passende Angebote zu formulieren, die es ihnen ermöglichen, gleichermaßen am Gesundheitssystem teilzunehmen und Angebote wahrnehmen zu können. Ziel ist immer die langfristige Implementierung der Produkte im jeweiligen Bereich und die verstetigte Zusammenarbeit mit Institutionen, Landkreisen und Städten. Dabei werden folgende Zielkunden angesprochen: Patient:innen und Rettungsdienste, Arztpraxen/MVZ, Krankenhäuser, Gesundheitsämter und öffentliche Gesundheitsdienste, nichtärztliche Leistungserbringer:innen (Hebammen, Physiotherapeut:innen) und Krankenkassen.

Die aidminutes GmbH entwickelt die inhaltlichen Anforderungen in Zusammenarbeit mit einem interdisziplinären Qualitätszirkel, um diese in einem agilen Entwicklungsprozess mit allen Stakeholder:innen praxisnah umzusetzen. Dieser co-kreative Prozess ist die Grundlage für alle barrierearmen/-freien digitalen Lösungen von aidminutes, die für das Gesundheitssystem angeboten werden. Das Unternehmen wurde im Juni 2017 mit 6 Mitarbeiter:innen gegründet. Inzwischen arbeiten 37 Personen unterschiedlichster Professionen in der aidminutes GmbH.

### **Wissenschaftliche Begleitung: Soziologisches Forschungsinstitut Göttingen (SOFI)**

Das Soziologische Forschungsinstitut Göttingen (SOFI) e.V. an der Georg-August-Universität ist ein nichtkommerzielles Institut im Bereich der anwendungsorientierten soziologischen Grundlagenforschung. Das SOFI widmet sich zentralen Themen der Zeit: dem Wandel der Arbeitswelt, der Gestaltung öffentlicher Güter und der Analyse des sozialen Zusammenhalts. Seit 2020 ist das SOFI ein Teilinstitut des bundesweiten und durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Forschungsinstituts Gesellschaftlicher Zusammenhalt (FGZ).

Expertise für die transferorientierte und praxisbezogene Forschung weist das SOFI durch mehrere in den letzten Jahren erfolgreich abgeschlossene Projekte mit starkem Regionalbezug auf (etwa: [„Das Soziale-Orte-Konzept. Neue Infrastrukturen für gesellschaftlichen Zusammenhalt“](#), [„Gleichwertigkeit – Mehr als eine gute Idee?!“](#), [„Modellvorhaben Dorf ist nicht gleich Dorf“](#)). Diese Projekte stehen exemplarisch für eine qualitative, empirische Sozialforschung, die vor Ort, in den Lebenswelten der Menschen ansetzt, um Gesellschaft und sozialen Zusammenhalt zu erklären. Beispielhaft verdeutlichen diese Projekte darüber hinaus, dass das SOFI auch in seiner regionalen Forschung mit Kooperationspartner:innen aus Wissenschaft und Praxis zusammenarbeitet.

An HEDI hat das SOFI ein besonderes wissenschaftliches Interesse, weil es seine beiden profilbildenden Forschungsthemen Daseinsvorsorge und Digitalisierung verbindet. Die Untersuchung der beruflichen Situation der Hebammen im Kontext regionaler Gegebenheiten im Projekt HEDI wurde zudem durch die institutsinterne Kooperation mit dem Projekt

„Gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen sicherstellen: Ist Arbeit am Gemeinwohl attraktiv? (GenDis)“ ergänzt, das die berufliche Mobilität und Berufsmotivation von Dienstleistungsbeschäftigten untersucht und die Hebammen als eine vertieft zu untersuchende Berufsgruppe einbezieht. Mit der Bearbeitung des Projekts HEDI werden neue Erkenntnisse in den Themenbereichen Akzeptanzforschung, Veränderung eines Berufsbildes durch IT, sowie Zukunft gesellschaftlicher Daseinsvorsorge entwickelt.

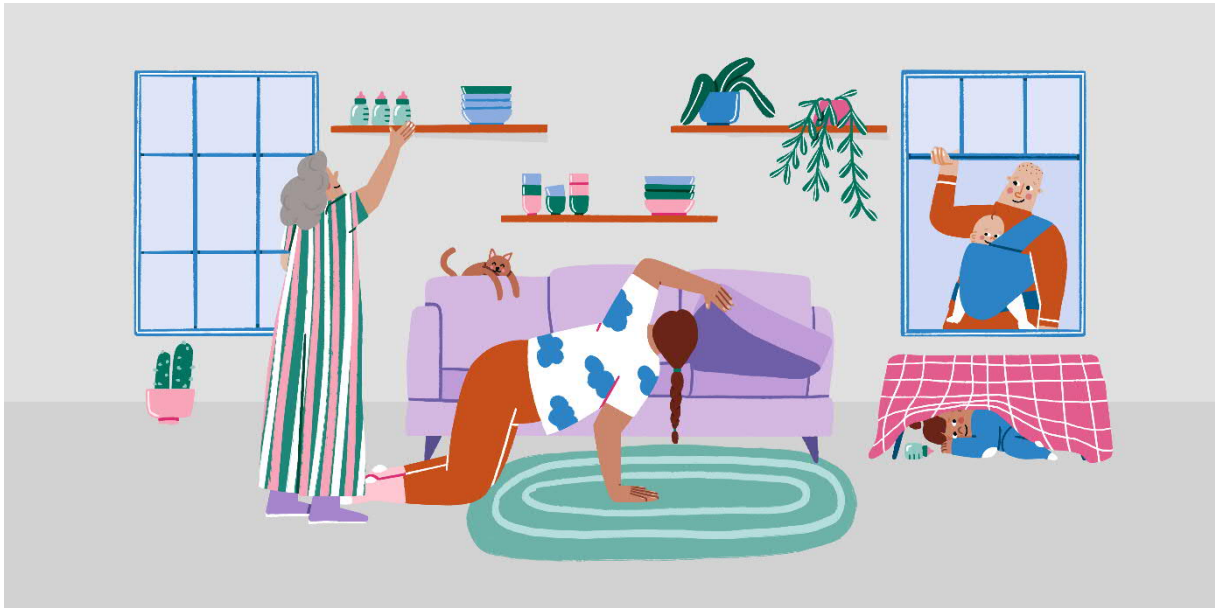
### **Kommunale Partner – Untersuchungsregion**

Um eine längerfristig valide Lösung zur Stärkung der Hebammenversorgung zu entwickeln, verfolgte das Projekt einen kooperativen Ansatz, der über (Land-)Kreisgrenzen hinaus ging. Kommunale Partner waren die Stadt Göttingen, der Landkreis Göttingen und der Landkreis Northeim, in und mit denen HEDI als Modellprojekt entwickelt wurde. Die beiden Landkreise Göttingen und Northeim haben HEDI jeweils in ihren Konzepten zur Stärkung der Versorgung mit Hebammen als eine von mehreren Säulen integriert.



Abbildung 1: Modellregion: Die Landkreise Göttingen und Northeim und die Stadt Göttingen.





## II. ZIELSETZUNG DES PROJEKTS HEDI

Das Projekt „HEDI – Schwangerenversorgung digital unterstützt und koordiniert“ adressiert die Daseinsvorsorge im Bereich der Schwangerenversorgung und setzt auf eine Unterstützung der Hebammentätigkeit mittels digitaler Technik. Wie kann eine bedarfsgerechte Schwangerenversorgung insbesondere in strukturschwachen Regionen gewährleistet werden? Wie können vulnerable Gruppen besser in das Gesundheitssystem integriert werden und wie lässt sich die Tätigkeit von Hebammen unterstützen?

Ziel des Projekts war es, die regionale Versorgung von Schwangeren und jungen Familien nachhaltig zu verbessern, indem ein digitales Angebot (namens „HEDI“) die Arbeit von Dienstleistenden (Hebammen, Ärzt:innen, Berater:innen) unterstützt und entlastet sowie die Hebammensuche und -kommunikation für Benutzer:innen erleichtert und (datenschutzrechtlich) absichert (Morys-Wortmann 2021). Ausgangspunkt des Projekts waren strukturelle und demografische Entwicklungen, die zu Engpässen bei der Versorgung mit Hebammen insbesondere in den ländlichen Räumen Südniedersachsens führten. In diesem Zusammenhang wurden Anknüpfungspunkte für die Entwicklung einer digitalen Unterstützung entlang der folgenden Handlungsfelder festgestellt: Fehlende sichere und datenschutzkonforme Instrumente zur Kommunikation, „Fernbetreuung“ und interprofessionellen Arbeit, lange Anfahrtswege und mangelnde Koordination, Zunehmende Diversifizierung der zu betreuenden Frauen sowie fehlende Synergien durch unzureichende Nutzung digitaler Potenziale. Auch wachsende Sprachbarrieren im Zuge demografischer Entwicklungen sowohl im ländlichen wie in städtischen Räumen wurden als Handlungsbereiche identifiziert, die Herausforderungen bei der sensiblen Kommunikation rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit sich bringen.

*HEDI* verfolgt einen Lösungsansatz in drei Modulen. Mit Fokus auf Südniedersachsen wurden digitale Hilfen für die lokale Schwangerenversorgung entwickelt, um sie anschließend auf weitere Regionen zu übertragen. Das Modellprojekt adressiert die zwei Hauptzielgruppen der Schwangeren bzw. Wöchnerinnen und Hebammen, richtet sich aber auch an weitere Akteure „und um die Geburt“, wie Ärzt:innen, Verwaltungen, frühe Hilfen und soziale Dienste. Gemeinsam mit Hebammen, Frauen- und Kinderärzt:innen sowie Akteuren aus dem medizinischen und sozialen Bereich wurde *HEDI* in einem partizipativen Prozess mit den verschiedenen Zielgruppen gemeinsam entwickelt. Auch Schwangere und junge Familien waren in den Entwicklungsprozess einbezogen (Schäning/Glüsing 2022).

Das Gesamtkonzept von *HEDI* umfasst ein Netzwerk von drei kostenlosen und werbefreien App-Modulen, die aufeinander aufbauen, miteinander integriert sind und im Zusammenspiel einen ganzheitlichen Ansatz zur Bewältigung von regionsspezifischen Herausforderungen bieten. Mehrsprachigkeit ist von vornherein mitgedacht. *HEDI* soll den Hebammenberuf effektiver, attraktiver und moderner machen. Die im Folgenden dargestellten Module I bis III konzentrieren sich dabei auf drei Handlungsschwerpunkte: *Information, Kommunikation* und *Koordination*.

## **Modul 1: Information**

### **Mehrsprachige, medizinisch validierte & regionale Informationen**

Modul I stellt medizinisch sichere Informationen zu Themen rund um die Schwangerschaft (Medizin, Alltag, Finanzen, Formulare, Fristen, psychosoziale Hilfe) bereit, vereinfacht den Zugang zu regionalen Hilfsangeboten (regional-spezifische, thematische Listen von medizinischen, therapeutischen, psycho-sozialen Diensten) und erleichtert die gezielte Suche von Hebammen im Umfeld des eigenen Wohnortes (organisatorische Liste der registrierten Hebammen). *HEDI* ist konsequent mehrsprachig und komplexere Themen werden über Videos in jeweils einfacher Sprache erläutert. Sie dienen neben der Information der Schwangeren auch allen Versorger:innen und Betreuer:innen als Kommunikationsstütze bei der Betreuung.

## **Modul 2: Kommunikation**

### **Sicherer Chat, Datentransfer & Zugriff auf alle *HEDI* Informationen und Inhalte**

Um Abläufe zu optimieren und eine schnelle, unkomplizierte Kommunikation zu ermöglichen, bietet das Kommunikations-Modul für Hebammen und Schwangere einen Messenger für den Austausch von Nachrichten und Fotos. Über einen Chat mit Ende-zu-Ende Verschlüsselung sowie Bild- und Videotransfer kann sicher und EU-DSGVO-konform kommuniziert werden und es können Informationen und Behandlungsvorschläge ausgetauscht werden. Sensible

Gesundheitsdaten und persönliche Kontaktdaten bleiben in dem Netzwerk sicher und sind vor dem Zugriff durch Dritte geschützt. Chatverläufe sind lokal auf Nutzergeräten gespeichert, nicht auf externen Server. Die Integration mit Modul I ermöglicht ein direktes Einbetten von mehrsprachigen Informationen in den Chatverlauf.

### **Modul 3: Koordination**

#### **Hebammensuche, gezielte Bündelung, Weiterleitung, Organisation von Hebammen-Anfragen**

Um Betreuungs-Ressourcen besser überblicken zu können, ermöglicht das Koordinations-Modul für Hebammen eine dezentrale und selbstständige Koordinierung von Hebammen untereinander. Hebammen können Anfragen zu einer für sie passenden Zeit und in ihrem Rhythmus überprüfen. Das Modul liefert eine Visualisierung der geographischen und zeitlichen Verteilung der Anfragen, auf deren Basis es den Hebammen ermöglicht wird, schnell einschätzen zu können, ob eine Anfrage zu ihren zukünftigen Betreuungsverhältnissen (logistisch) passt. Dadurch können die Hebammen ihre Betreuungen so wählen, dass Fahrtwege optimiert und somit die effektive Versorgungszeit erhöht werden. Gleichzeitig priorisiert das Koordinations-Modul bei der Weiterleitung der Anfragen diejenigen Hebammen, deren tatsächlichen Fahrtwege dem Wohnort der Schwangeren entsprechen. Spontan frei werdende Kapazitäten können gemeldet und die gezielte Übernahme von Betreuungsanfragen kann verwaltet werden. Als zentraler Anfrage-Kanal entlastet das Modul die Hebammen auch zeitlich von der Annahme permanenter telefonischer Betreuungsanfragen. Die Aufgaben einer Hebammenzentrale werden so digital dargestellt und unterstützt. Es wird eine dezentrale Versorgungssteuerung über Verwaltungsgrenzen hinweg ermöglicht.

Ziel des Projekts ist es, dass die ineinandergreifenden HEDI-Module die digitalen Potenziale der Versorgung von Schwangeren – in städtischen, insbesondere aber auch in ländlichen Räumen – heben, indem sie den Hebammen ein Instrumentarium an die Hand geben, das sie bei ihrer Arbeit unterstützt. Es sollen etwa Zeiten, die für administrative Tätigkeiten mit Telefonaten oder Fahrten verbracht werden, reduziert werden und somit die Zeit, die für Beratung und Begleitung der Schwangeren und Wöchnerinnen zur Verfügung steht, erhöhen. Durch den dezidierten Fokus auf Mehrsprachigkeit und einfache Bedienbarkeit wird die Einbindung vulnerabler sozialer Gruppen verfolgt. Der partizipative Kooperationsprozess soll dazu führen, dass die entwickelten Module genau auf die jeweiligen aktors- und regionsspezifischen Strukturen und Bedarfe abgestimmt sind und dass die regionalen Akteure enger und synergetischer zusammenarbeiten.

Eine Beurteilung dieser Zielsetzungen erfolgte im Zuge einer umfassenden Prozessbegleitung und wird im vorliegenden Bericht insbesondere in [Kapitel VI](#), erläutert.



### III. EVALUATION: DESIGN UND METHODE

#### Evaluations-Design

Als formative Evaluation erfolgte die wissenschaftliche Begleitung während des laufenden Entwicklungsprozesses und dokumentierte die Entstehung des Produkts. Sie stand unter der übergreifenden Fragestellung, welche (wahrgenommenen) Effekte durch die digitale Unterstützung durch HEDI auf die Daseinsvorsorge im Bereich der Schwangerenversorgung in Südniedersachsen zu erwarten sind. Dieser Bericht nimmt die Berufsgruppe der Hebammen in den Fokus. Er widmet sich der Wahrnehmung regionaler Versorgungsstrukturen und damit verbundenen Chancen und Grenzen durch digitale Hilfsmittel aus Hebammenperspektive. Angelegt war die Evaluation entlang der geplanten Produktentwicklungsphasen (Content- und App-Entwicklung, Pilotierung, Evaluation & Dissemination) und gliederte sich in vier Evaluationsphasen, die jeweils einer Subfragestellung folgte (Abb. 2). Diese Konzeption ist auf die Form der prozessbegleitenden Untersuchung zurückzuführen, durch die der Stand der technischen Entwicklung die Möglichkeit der Produkt-Testung vorgibt (Hegner 2003: 31ff.). Da im Rahmen der (Evaluations-)Projektlaufzeit der finale Prototyp nicht im geplanten Umfang vorlag, konnten keine begleitenden Testungen im Berufsalltag von Hebammen bzw. in Betreuungsverhältnissen stattfinden. Um Aussagen über die tatsächliche Anwendung und tatsächliche Verbesserungen der Organisation der Arbeit von Hebammen sowie der Verbesserung von regionaler Hebammensuche und dem Ablauf von Betreuungsverhältnissen machen zu können, ist eine vertiefende Evaluation anzustreben. Der vorliegende Bericht bezieht sich somit auf mögliche, zu erwartende Effekte und stellt eine vorwiegend deskriptive Darstellung der regionalen Versorgungssituation aus Perspektive von Hebammen in den Fokus. Die Evaluation ist in eine übergeordnete Fragestellung zu öffentlichen Dienstleistungen

und Gleichwertigkeitsfragen eingebunden, die als Ziel gesellschaftlich notwendiger Dienstleistungen betrachtet werden.

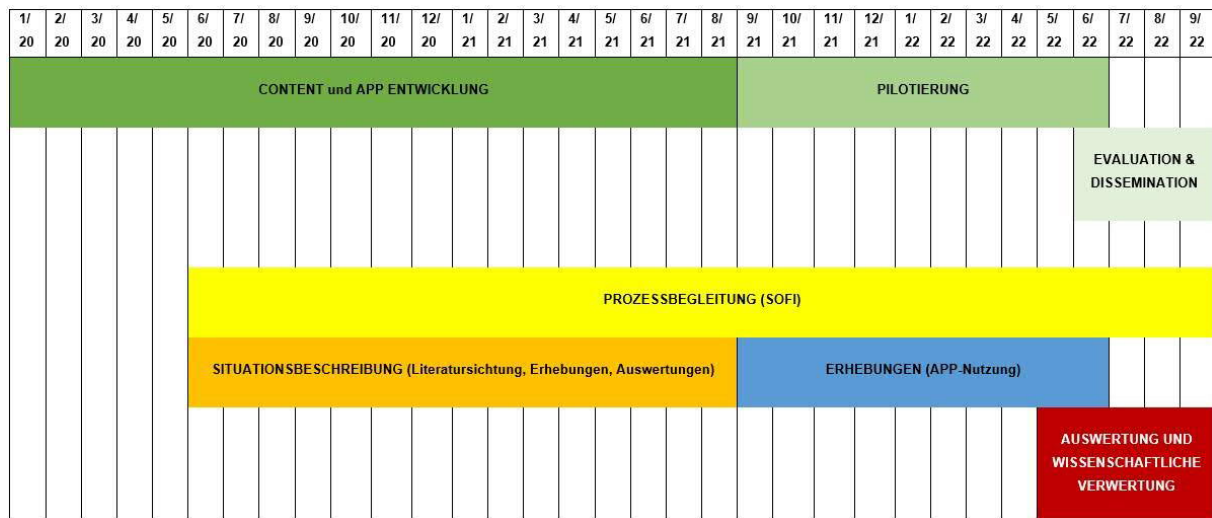


Abbildung 2: Darstellung der Entwicklungs- (oben, grün) und Evaluationsphasen (unten, bunt) im ursprünglich geplanten Ablauf.

### (1) Situationsbeschreibung

Die Phase der Situationsbeschreibung nimmt den Hauptteil des Berichts ein und beschreibt die Erhebung der Ist-Situation der Daseinsvorsorge im Bereich der Schwangerenversorgung auf Basis der Schilderungen und Erfahrungen von praktizierenden Hebammen, die mittels qualitativer Interviews befragt wurden. Im Zentrum dieser Phase stand folgende forschungsleitende Frage:

*Wie wird die Situation der Schwangerenversorgung in der Untersuchungsregion bewertet und welche Herausforderungen bestehen für Hebammen bei der Ausübung ihrer Tätigkeit?*

Die ausführliche Darstellung der empirischen Befunde ist in [Abschnitt V.](#) dieses Berichts beschrieben und anhand von ausgewählten Interviewpassagen illustriert.

### (2) (App-)Testung/ Kontrastierung (angepasst)

In der zweiten Phase sollte die Testnutzung der HEDI-Module unter Berücksichtigung der in Phase 1 ermittelten Erkenntnisse erfolgen. Diese Kontrastierung der Versorgungssituation vor und während der Produkt-Erprobung sollte es ermöglichen, vorläufige (und auf Basis der Einschätzung eines ausgewählten Testnutzer:innenkreises) Rückschlüsse über die Auswirkungen des digitalen Angebots zu ziehen. Jedoch konnte die Fertigstellung des Prototyps in der Evaluationslaufzeit nicht im vollem Umfang realisiert werden, was u.a. den pandemischen Bedingungen seit 2020 geschuldet war (Kurzarbeit, Krankheitsausfälle), bei der Implementierung technischer Infrastrukturen aber immer auch als Teil eines kollektiven Such- und Entwicklungsprozesses zu berücksichtigen ist: „Die Komplexität [bei der

Implementierung technischer Infrastrukturen in co-kreativen Prozessen, Anm. MS] resultiert aus der Vielzahl sozialer, organisatorischer und technischer Einflussfaktoren, welche die Gestaltung der Nutzung von Kollaborationsplattformen bestimmen, und ihre kaum antizipierbaren Wechselbeziehungen. Damit die betrieblichen [bzw. involvierten, Anm. MS] Akteure die Bedingungen gestalten können, müssen sie sich auf einen Such-, Lern- und Entwicklungsprozess einlassen, dessen Ergebnis nicht im Voraus geplant werden kann, sondern durch die Akteure gefunden werden muss“ (Hardwig/Weißmann 2021: 180).

Erfolgreich umgesetzt werden konnte der Launch der Informationsplattform (HEDI I) als erstes funktionstüchtiges Modul. Die Module Kommunikation (HEDI II) und Koordination (HEDI III) konnten während der Evaluationslaufzeit nicht wie zunächst geplant – mit einer Intensivbegleitung von Testnutzer:innen – getestet und die Frage

*„Kann HEDI (in einzelnen Bereichen) zu einer Verbesserung der Versorgungssituation von Schwangeren und Familien bzw. zur Entlastung der Hebammentätigkeit führen?“*

nicht wie beabsichtigt im Rahmen der Evaluation bearbeitet werden. Stattdessen hat zum Ende der Evaluationslaufzeit eine Erhebung via Online-Fragebogen stattgefunden, bei der verschiedene Nutzer:innengruppen zu ihren ersten Erfahrungen mit der Plattform ([www.hedi.app](http://www.hedi.app)) befragt wurden. Die Ergebnisse sind in [Kapitel VI](#) dieses Berichts dargestellt.

### (3) Kontinuierliche Prozessbegleitung

Die Begleitung des Entwicklungsprozesses war ein kontinuierlicher Bestandteil der Evaluation. Es wurden teilnehmende Beobachtungen bei HEDI-Veranstaltungen durchgeführt sowie Interviews mit den Entwickler:innen der Bereiche Inhalt/Konzeption, technische Programmierung und Design geführt, um die Art der Entwickler:innen-Nutzer:innen-Interaktion während des Entwicklungsprozesses zu beurteilen, die ein entscheidender Faktor für die Entwicklung eines erfolgreichen digitalen Tools sein kann. Die Prozessbegleitung, die im [Abschnitt VI](#) dieses Berichts dokumentiert ist, stand unter der Fragestellung:

*Hat die Art der (App-)Entwicklung (Entwickler:innen-Nutzer:innen-Kommunikation) den Entwicklungsprozess (das Produkt) positiv beeinflusst?*

### (4) Auswertung & Wissenschaftliche Verwertung

Zum Abschluss fand die finale Auswertung des erhobenen Materials und die wissenschaftliche Verwertung statt. Neben der Erstellung des vorliegenden Evaluationsberichts ist ein Handbuchartikel zum Thema „Geburtshilfe“ (Simank 2022) aus den Projekthinhalten hervorgegangen. Die Schreibphase läutete einen „Redaktionsschluss“ für Evaluationsinhalte ein, weshalb die HEDI-Aktivitäten der letzten Projektmonate nicht im Einzelnen berücksichtigt sind.

Aussagen über langfristige Effekte auf die Daseinsvorsorge und die Qualitätssicherung im Bereich der Schwangerenversorgung können und sollten nach Implementierung von HEDI im Rahmen einer Folgestudie systematisch erhoben werden.

## Methoden

Die zum Einsatz gekommenen (bzw. ursprünglich geplanten) Methoden sind in Abbildung 3 zusammenfassend dargestellt und werden im Folgenden entlang der Evaluationsphasen erläutert.<sup>1</sup>



Abbildung 3: Methodenübersicht.

### Expert:inneninterviews

Der Einstieg in das Thema erfolgte mit der Durchführung von vier Expert:inneninterviews. Als Expert:innen galten in diesem Kontext Personen, deren berufliche Tätigkeit mit dem Feld der Hebammen- und Schwangerenversorgung zu tun hat und die somit einen spezifischen Blick auf die Thematik im Allgemeinen (bundesweite Entwicklungen) oder Speziellen (regionale Situation) werfen (Bogner et al. 2002). Befragt wurden hier ein Göttinger Kommunalpolitiker, der eine Förderrichtlinie für die Unterstützung von Hebammen im Landkreis Göttingen veranlasst hat, der Geschäftsführer einer Personalvermittlung, die auf die Vermittlung von Hebammen als Zeitarbeiterinnen spezialisiert ist und bundesweit auf Mangelsituationen reagiert. Zudem fanden Gespräche mit der Leiterin der Hebammenschule an der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) sowie der Vorstandsvorsitzenden des

<sup>1</sup> Die zweite Erhebungswelle (App-Testung), zu deren Umsetzung es in diesem Umfang nicht kam, ist hier der Vollständigkeit halber mit aufgeführt, jedoch nachfolgend nicht näher erläutert.

Niedersächsischen Hebammenverbandes statt. Die Gesprächsleitfäden orientierten sich jeweils an der beruflichen Perspektive und zielten auf eine Einschätzung der strukturellen Versorgungssituation von Schwangeren sowie die Verfügbarkeit und Arbeitsbedingungen von Hebammen. Die aus den Gesprächen gewonnen Erkenntnisse fließen als Hintergrundwissen in den Bericht ein und werden nicht explizit angeführt.

### **Hebammeninterviews**

Den Kern der Evaluationsphase der Situationsbeschreibung machten die Hebammeninterviews aus. Das Erkenntnisinteresse lag in der Beschreibung der Tätigkeitsausübung innerhalb regionaler Kontexte, des beruflichen Kommunikationsverhaltes sowie Herausforderungen und Bedarfen im Kontext des Hebammenberufs. Leitfragen richteten sich zum einen auf die Wahrnehmung der Versorgungssituation („Wie sieht die Versorgungssituation von Schwangeren/Familien in der Untersuchungsregion aus?“), zum anderen auf die Schilderung der Arbeitsverhältnisse von Hebammen („Auf welche Herausforderungen und Bedarfe stoßen Hebammen in ihrem Arbeitsalltag?“).

### Sample

Befragt wurden zehn Hebammen, die im Landkreis Northeim, im Landkreis Göttingen oder in der Stadt Göttingen tätig sind. Um möglichst multiperspektivische Schilderungen über die Hebammentätigkeit zu erhalten und das Feld abzudecken, wurde ein theoretisches Sample verfolgt (Flick 2002: 102ff.). Dabei wurde als ein Kriterium der *Ort* der Tätigkeitsausübung gesetzt, da die drei Untersuchungsgebiete (Stadt und Landkries Göttingen und Landkreis Northeim) vertreten sein sollten. Ein weiteres Auswahlkriterium bestand in der *inhaltlichen* Tätigkeitsausübung (Abb. 4). Insgesamt wurden zehn Interviews geführt. Vier der interviewten Hebammen waren ausschließlich freiberuflich ohne Geburtsbetreuung tätig (Schwangeren- und/oder Wochenbettbetreuung, Kurse, Beratung), weitere vier Hebammen waren freiberuflich mit Geburtsbetreuung (außerklinisch oder stationär) tätig und zwei berichteten aus der Perspektive mit Anstellung in einer Klinik. Die freiberufliche Tätigkeit kann dabei in verschiedenen Kontexten erfolgen. Unter den Befragten waren fünf Hebammen in einer eigenen oder Gemeinschaftspraxis organisiert, eine weitere in einer Gynäkologischen Praxis beschäftigt. In der außerklinischen Geburtshilfe begleitete eine der Befragten Hausgeburten sowie Entbindungen im Geburtshaus. Vier der Freiberuflichen waren als (Begleit-)Beleghebammen in einer Klinik beschäftigt.



Art Ort	ausschl. freiberuflich ohne Geburtsbetreuung	ausschl. freiberuflich mit Geburtsbetreuung	Anstellung in Klinik
Göttingen (Stadt)	#3 #4	#1	
Göttingen (Lkr.)	#2	#5 #8 # 10	#9
Northeim (Lkr.)	#6		#7

Abbildung 4: Sample der befragten Hebammen (N=10).

### Leitfaden Hebammeninterviews

Das Erhebungsinstrument der Wahl waren problemzentrierten Leitfadeninterviews (Witzel 2000). Dabei handelt es sich um eine teilstandardisierte Methode, die eine Vergleichbarkeit der Interviews durch die Verwendung eines Leitfadens ermöglicht und „eine möglichst unvoreingenommene Erfassung individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realität“ (ebd.) erlaubt. Die Orientierung an einem Leitfaden dient der Strukturierung des Interviews und stellt sicher, dass alle relevanten Themen angesprochen werden. Der Großteil der Interviews wurde gemeinsam mit dem Projekt im Projekt HEDI wurde zudem durch die institutsinterne Kooperation mit dem Projekt „Gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen sicherstellen: Ist Arbeit am Gemeinwohl attraktiv? (GenDis)<sup>2</sup> geführt, ein Kooperationsprojekt von HEDI, das u.a. die Berufsgruppe der Hebammen untersucht. Grundlage der Interviews war daher ein sehr ausführlicher Leitfaden, der die sowohl für HEDI als auch für GenDis zentralen Themen abdeckte. Wenngleich die Auswertung selektiv bezogen auf die jeweilige Fragestellung erfolgt ist, konnten beide Projekte durch die Zusammenarbeit von Synergien profitieren, da durch die breiten Themenfelder tiefer in das Berufsbild der Hebamme eingetaucht werden konnte, als dies mit den Fragestellungen der Einzelprojekte erfolgt wäre. Tabelle 1 gibt einen Überblick der behandelten Themenblöcke mit Beispielfragen.<sup>3</sup>

Tabelle 1: Interviewleitfaden: Themenblöcke und Beispielfragen.

Nr.	Themenblock	Beispielfrage
1	<b>Eröffnungsfrage (Erzählimpuls)</b>	<i>Schauen wir zuerst auf den Weg, der Sie in Ihre jetzige Arbeitsstelle und Funktion geführt hat. Welche Ausbildung haben Sie gemacht und</i>

<sup>2</sup> Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Projekt lief zeitgleich am Soziologischen Forschungsinstitut Göttingen (SOFI).

<sup>3</sup> Die speziell für das Projekt HEDI relevanten Themengebiete sind farblich hervorgehoben.

		<i>welcher berufliche Weg führte Sie dann dorthin, wo Sie derzeit tätig sind?</i>
2	<b>Beschreibung und Bewertung der derzeitigen Arbeitssituation</b>	<i>Typischer Arbeitstag? Welche Tätigkeit macht den Großteil Ihrer Arbeit aus?</i>
3	<b>Eigene Ansprüche an die Arbeit, Arbeitsmotivation</b>	<i>Hatten Sie sich den Beruf damals so vorgestellt, als Sie sich dafür entschieden, Hebamme zu werden? Was sind die Schwierigkeiten und Belastungen in Ihrem Beruf?</i>
4	<b>Eigenheiten und Veränderungen des Berufsbilds</b>	<i>Hat sich die Arbeit der Hebammen in den letzten Jahren und Jahrzehnten gewandelt? Hat sich der Status des Berufs verändert? Wenn Sie Menschen kennenlernen, sagen Sie dann gerne, dass Sie Hebamme sind? Wie reagieren Andere auf diese Information?</i>
5	<b>Regionaler Bezug / Daseinsvorsorge</b>	<i>Welche besonderen Herausforderungen sind mit dem Standort/Arbeitsregion verbunden? Gibt es genug Hebammen, um eine ausreichende Versorgung zu erfüllen?</i>
6	<b>Verbesserungsansätze und Akteure</b>	<i>Was müsste sich konkret ändern, dass Hebammen ihren Beruf besser ausüben können bzw. dass der Beruf attraktiver wird? Gibt es Schnittstellen, an denen Sie mit anderen Akteuren in Austausch treten (Ärzt:innen, Beratungsstellen usw.)?</i>
7	<b>Kommunikation / Digitale Unterstützung</b>	<i>Können gute digitale Lösungen [Apps] Ihre Tätigkeit unterstützen / die Arbeitssituation entlasten? In welchen Bereichen kann dies funktionieren? Wo liegen Grenzen?</i>
8	<b>Zukunft des Berufs / Corona</b>	<i>Wie bewerten Sie die Akademisierung des Hebammenberufs? Hat Corona neue Erkenntnisse gebracht?</i>

### Durchführung und Auswertung

Acht von zehn Interviews fanden pandemiebedingt online via Zoom statt. Die Befragungsdauer war zwischen 60 und 90 Minuten. Die Interviews wurden nach vorherigem Einverständnis aufgezeichnet und anschließend durch ein Transkriptionsbüro verschriftlicht.

Zur Auswertung der Interviewdaten wurde zunächst ein Kategoriensystem erstellen, das sich sowohl deduktiv auf Grundlage des Leitfadens als auch induktiv aus dem Material heraus zusammensetzte. Es erfolgte eine Systematisierung des Materials durch Kategorien. Entlang

der zuvor definierten Auswertungsdimensionen erfolgte eine inhaltsanalytische Auswertung und Interpretation. Gearbeitet wurde mit der qualitativen Auswertungssoftware MaxQDA.

### **Mütterinterviews**

Ergänzend zu den Hebammeninterviews wurden Gespräche mit Müttern geführt, die aus ihrer Perspektive über die Versorgungssituation in der Region berichtet haben. In den leitfadengestützten Gesprächen ging es um die Hebammensuche (Vorgehen, Schwierigkeiten), das Betreuungsverhältnis (Kommunikation, Beratung, Informationsbeschaffung), die Zufriedenheit mit regionalen Versorgungsangeboten rund um die Geburt (medizinische Leistungen, Beratungsmöglichkeiten, Hebammenleistungen) und damit zusammenhängenden Problemen (Entfernungen, Angebot/Nachfrage).

Es fanden sieben Gespräche mit jungen Müttern statt, die über eine Stillgruppe in Göttingen akquiriert wurden. Pandemiebedingt fanden die Gespräche online via Zoom statt, dauerten im Schnitt 30 Minuten und wurden in Form von Mitschriften dokumentiert. Um diese Perspektiven mit Eindrücken von Müttern und Familien im ländlicheren Raum zu erweitern, wurden weitere sieben Gespräche mit Müttern einer Krabbelgruppe im Landkreis Northeim geführt, die alle ihren Wohnsitz außerhalb von Göttingen haben. Diese Gespräche fanden am Rand des Gruppentermins vor Ort statt, dauerten im Schnitt 20 Minuten und wurden handschriftlich protokolliert. Als ergänzendes Material wurden die Mütterinterviews an einigen Stellen zur Kontrastierung bzw. Bestätigung der Hebammenaussagen herangezogen.

### **Literatur- und Materialrecherche**

Zur Einarbeitung in den Themenbereich rund um Hebammen und Daseinsvorsorge im Bereich der Schwangerenversorgung wurden Erkenntnisse aus Fachliteratur zum Hebammenwesen (z.B. Sayn-Wittgenstein 2007) und regionale Informationsmaterialien, Presseberichte sowie Verwaltungsberichte, die Auskunft über die Versorgungsstruktur in der Untersuchungsregion geben (etwa Landkreis Göttingen 2020; Landkreis Northeim 2019), herangezogen. Zudem flossen wissenschaftliche Studien, die sich mit der Versorgungssituation von Hebammen (z.B. IGES 2019; IGES 2012; Bauer et al. 2020), mit Digitalisierung im Hebammenwesen (z.B. Bauer/Schlömann 2021) oder mit der Beurteilung von digitalen Gesundheitsanwendungen (z.B. Bertelsmann-Stiftung 2016; Wangler/Jansky 2020) befassen, in die Analysen mit ein.

### **Kurzfragebögen Nutzer:innen-Feedback**

Um Feedback von Nutzer:innen einzuholen, wurden seit dem Launch der HEDI-Plattform im April 2022 Online-Fragebögen an alle Nutzer:innengruppen versendet und laufend ausgewertet. Ziel ist es, kontinuierliche Rückmeldungen zur Nutzer:innenfreundlichkeit, Bedienbarkeit und Alltagstauglichkeit zu erhalten sowie offene, generelle Anmerkungen

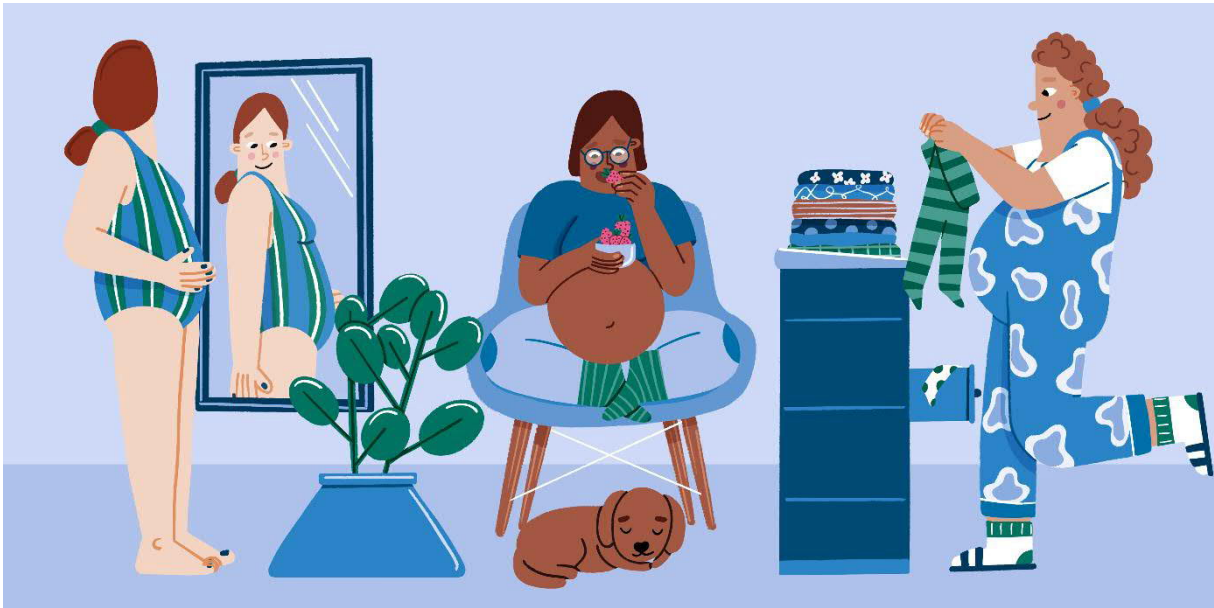
einzuholen. Der agile Entwicklungsprozess ermöglicht die stete Modifizierung und Anpassung der Inhalte in den HEDI-Modulen, weshalb Nutzer:innenfeedback jeder Zeit eingearbeitet werden kann. Entwickelt wurden zwei Fragebogenversionen: Eine für professionelle Nutzer:innen, die HEDI im beruflichen Alltag nutzen, wie Hebammen, Ärzt:innen oder Berater:innen. Eine zweite Version adressiert die Konsument:innengruppe der Schwangeren, Mütter und alle Interessierten, die HEDI im privaten Alltag nutzen. Beide Fragebögen beginnen mit soziographischen Angaben zur Person und fragen anschließend nach der Bewertung verschiedener HEDI-Funktionen. Angaben zum Sample, den Fragebogeninhalten sowie der Ergebnisauswertung sind in [Kapitel VI.](#) in diesem Bericht aufbereitet.

### **Entwickler:innen-Interviews**

Im Rahmen der Prozessbegleitung wurden Interviews mit Entwickler:innen des Kooperationspartners *aidminutes* geführt, die an der Entwicklung von HEDI in den Bereichen inhaltliche Konzeption, technische Programmierung und Design befasst waren. In Orientierung an einem kurzen – und jeweils an den Themenbereich angepassten – Leitfaden, betrug die Gespräche zwischen 30 und 40 Minuten und hatten den Zweck, Eindrücke zum laufenden Entwicklungsprozess, deren Herausforderungen und Ansprüche aus Sicht der Entwickler:innen einzufangen. Die Gespräche begannen mit einer Eingangsfrage nach der aktuellen Arbeit („Woran arbeiten Sie gerade?“). Weitere Themen waren die Arbeitsorganisation (interne Arbeitsprozesse, Austausch mit Projektpartnern, Einbindung externer Akteure), Herausforderungen im Entwicklungsprozess sowie die Darstellung der Tätigkeiten und Ziele im jeweiligen Aufgabenbereich. Die Interviews wurden zur Hälfte der Projektlaufzeit geführt, ein Prototyp lag zu diesem Zeitpunkt noch nicht vor. Eindrücke aus den Gesprächen fließen im gesamten Bericht in Form von Hintergrundwissen bzw. explizit in [Kapitel VI.](#) ein.

### **Teilnehmende Beobachtungen**

Kontinuierlich haben während der gesamten Projektlaufzeit teilnehmende Beobachtungen in der Form stattgefunden, dass an Projekttreffen sowie themenspezifischen Veranstaltungen teilgenommen wurde. Ein wesentlicher Bestandteil war die Teilnahme an den vierteljährlich stattfindenden HEDI-Qualitätszirkeln, einer interdisziplinären Expert:innenrunde zur Beratung. Hinzu kommt die Begleitung einer Gruppendiskussion mit Hebammenstudentinnen, die im Rahmen des Partnerprojekts GenDis durchgeführt wurde. Die Erkenntnisse und Eindrücke der teilnehmenden Beobachtungen dienen vornehmlich als Hintergrundwissen, das die tiefere Erschließung des Feldes ermöglichte. Zudem waren sie grundlegender Bestandteil der formativen Prozessbegleitung.



#### IV. SCHWANGERENVERSORGUNG: EIN ZENTRALER BEREICH DER DASEINSVORSORGE

##### **Das Hebammenwesen: Eine Berufsgruppe mit hoher gesellschaftlicher Relevanz**

Die Versorgungslage im Bereich der Schwangerenversorgung ist ein wiederkehrendes Thema in medialer Berichterstattung und öffentlichen Debatten, denkt man an Schlagzeilen zur Schließung von sich für Kliniken nicht rechnenden Geburtsstationen (NDR Online 2022), Protesten für bessere Arbeitsbedingungen von Hebammen (Süddeutsche Zeitung 2014) oder gar spontanen „Taxigeburten“ in ländlichen Regionen (ZEIT Online 2017). Solche Medienberichterstattung führt auch denjenigen, die sich selber nicht in der reproduktiven Lebensphase befinden, die gesellschaftliche Brisanz dieses Versorgungsbereichs vor Augen und macht deutlich: Die Begleitung und Unterstützung rund um die Geburt ist kein individuelles, sondern ein gesellschaftliches Thema. Unterschiede zwischen der Versorgungssituation in Stadt und Land kristallisieren sich an diesem Versorgungsbereich ebenso heraus wie soziale Ungleichheiten innerhalb der Gesellschaft.

Die Geburts- und die Schwangerenversorgung sind elementare Bereiche der Daseinsvorsorge im Gesundheitswesen. Zentrale Akteure, die diese Versorgungsleistung erbringen, sind Hebammen. Sie besetzen eine bedeutsame Position im Betreuungsnetz und erbringen medizinische wie soziale Dienste rund um die Geburt. Dennoch scheint es, dass die zentrale Funktion dieser Berufsgruppe in der Öffentlichkeit jenseits der temporär aufkommenden Schlagzeilen wenig wahrgenommen wird. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Begleitung von Hebammen einen punktuellen Bedarf im Leben von Schwangeren und

Familien trägt, der nach Beendigung dieser Lebensphase an Aufmerksamkeit verliert. Der Fokus verschiebt sich auf darauffolgende Mangelbereiche wie fehlende Kita-Plätze (NDR 2022) gefolgt vom Lehrermangel in Niedersachsen (FAZ 2022). Anders verhält es sich mit breiter aufgestellten Akteuren der Gesundheitsversorgung: Der Landarztmangel ist seit Jahren ein öffentlich diskutiertes Thema (z.B. Bertelsmann Stiftung 2015), der Hebammenmangel hingegen wird oft erst mit der eigenen Betroffenheit Realität.

Hebammen betreuen, beobachten und beraten Frauen während der Schwangerschaft, bei der Geburt bis zum Wochenbett und darüber hinaus bis zum Ende der Stillzeit (§ 1 Hebammengesetz (HebG)). Sie stellen Schwangerschaften fest und Mutterpässe aus, sie führen fast alle im Mutterpass vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen durch (etwa Gewicht- und Blutdruckkontrolle, Vermessung von Position, Größe und Herztönen des ungeborenen Kindes, Kontrolle von Blut- und Urinwerten), sie beraten bei Beschwerden während der Schwangerschaft, geben geburtsvorbereitende Kurse, leiten selbstständig physiologische Geburten sowie untersuchen und überwachen Neugeborene und Säuglinge (DHV 2022). Auf die Versorgung durch eine Hebamme entlang dieses Betreuungsbogens (Sayn-Wittgenstein 2007) hat in Deutschland jede versicherte Schwangere gesetzlichen Anspruch (§ 24d Sozialgesetzbuch (SGB)). Die Hebammentätigkeit ist sehr vielschichtig und betrifft neben gesundheitlichen auch soziale und territoriale Aspekte. Rund um die Geburt sind Hebammen somit zentrale Ansprechpersonen.

Das breite Aufgabenspektrum wird im Rahmen unterschiedlicher Arbeitsmodelle und Tätigkeitsfelder ausgeführt. Hebammen können im Angestelltenverhältnis beschäftigt sein, freiberuflich arbeiten oder diese beiden Arbeitsformen kombinieren. Sie können in der Geburtshilfe tätig sein oder sich auf Bereiche der Vorsorge und/oder Wochenbettbetreuung beschränken. Viele freiberufliche Hebammen arbeiten als Beleghebammen in Kliniken mit Belegsystem in der Geburtshilfe, nur wenige begleiten außerklinische Geburten. Neben Kliniken und Hebammen- oder gynäkologischen Praxen sind Geburtshäuser und das Zuhause der betreuten Frauen und Familien Orte, an denen Hebammen ihre Arbeit ausführen. In schwierigen (familiären) Situationen, die besonderer Unterstützung bedürfen, kommen Familienhebammen zum Einsatz. Mit entsprechender Qualifizierung leisten diese über die medizinische Versorgung hinaus auch häusliche und psychosoziale Unterstützung und gehen für einen Zeitraum von bis zu einem Jahr nach der Geburt in die Familien. Dabei erfüllen sie eine wichtige Funktion an der Schnittstelle von Gesundheitsversorgung und sozialer Arbeit. Sie arbeiten eng mit medizinischen und sozialen Diensten sowie karitativen Einrichtungen zusammen. Die Tätigkeit von Familienhebammen kann freiberuflich oder in Anstellung bei Jugendämtern, Gesundheitsämtern oder freien Trägern erfolgen. Auch der Umgang mit

kulturellen Unterschieden ist Bestandteil der Hebammenarbeit und erfordert mitunter den Umgang mit sprachlicher Diversität.

Bezeichnend für das Berufsbild der Hebammen ist, dass sie sehr selbstständig und unabhängig arbeiten. Eine ärztliche Betreuung ist im Falle einer Risikoschwangerschaft sowie für Ultraschalluntersuchungen hinzuzuziehen. Während Hebammen berechtigt sind, Geburten selbstständig und ohne Beisein eines Arztes oder einer Ärztin zu begleiten, besteht für Letztere die Hinzuziehungspflicht einer Hebamme bei einer Entbindung (§ 4 HebG; DHV 2022). Infolge einer EU-Richtlinie zur Anerkennung von beruflichen Qualifikationen (Richtlinie 2005/36/EG) fand im Jahr 2020 die Umwandlung der bis dahin dreijährigen schulischen Ausbildung mit staatlicher Abschlussprüfung in eine akademische Ausbildung mit dualem Studium statt.

### **Versorgungsunterschiede in Stadt und Land? Eine Frage gleichwertiger Lebensverhältnisse**

Mit der Begleitung und Betreuung von Frauen und Familien rund um die Geburt leisten Hebammen zentrale Aufgaben der Daseinsvorsorge. Durch die aufsuchende Betreuung bringen und gewährleisten sie Gesundheitsdienstleistungen in die Fläche. So in der Theorie. Was aber, wenn es vor Ort nicht genug Hebammen gibt? Anders als die Sicherstellung von ärztlicher Versorgung besteht für Länder und Kommunen kein gesetzlicher Auftrag einer Bedarfsplanung für Hebammen (IGES Institut 2012: 31). Kommunen werden zwar immer stärker mit dem Thema Gesundheitsversorgung in Verbindung gebracht, stehen jedoch nicht unter dem Handlungsdruck eines Grundversorgungsauftrags für Hebammen. Der Versuch, die bundesweite Hebammenauslastung zu ermitteln, liefert kein stichhaltiges Ergebnis. Eine bundesweit einheitliche und umfassende Statistik zu Art und Anzahl der tätigen Hebammen gibt es nicht (Bauer u.a. 2020: 192; IGES Institut 2012: 31). Die fehlende systematische Datenerhebung und -grundlage über die gesundheitliche Versorgung schwangerer, gebärender und stillender Frauen und ihrer Kinder sowie deren Versorgung in der Wochenbettphase wird in vielen Studien problematisiert (z.B. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2019; IGES Institut 2012; Huter/Runde/Rothgang 2017).

Trotz fehlender dezidierter Quantifizierung des Mangels an Hebammen zeigen Studien regionale Versorgungslücken und -engpässe im klinischen wie außerklinischen Bereich (Bauer u.a. 2020: 202). Versorgungsengpässe verschärfen sich zunehmend im regionalen Vergleich: Im Zuge demografischer und sozioökonomischer Entwicklungen bestehen insbesondere in ländlichen Regionen Herausforderungen bei der flächendeckenden Bereitstellung daseinsvorsorgender Leistung und dem Zugang zu notwendigen Gesundheitsdienstleistungen (Lübking 2020: 15). Der Bereich der Schwangerenversorgung sieht sich durch Schließungen von Geburtskliniken in der Fläche (DHV o.J.) und ein unterdurchschnittliches Hebammenangebot in vielen Regionen (IGES Institut 2012: 175) herausgefordert. Regionale

Versorgungsungleichheiten sind mit dem Grundsatz der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse nicht vereinbar (Lübking 2020: 8).

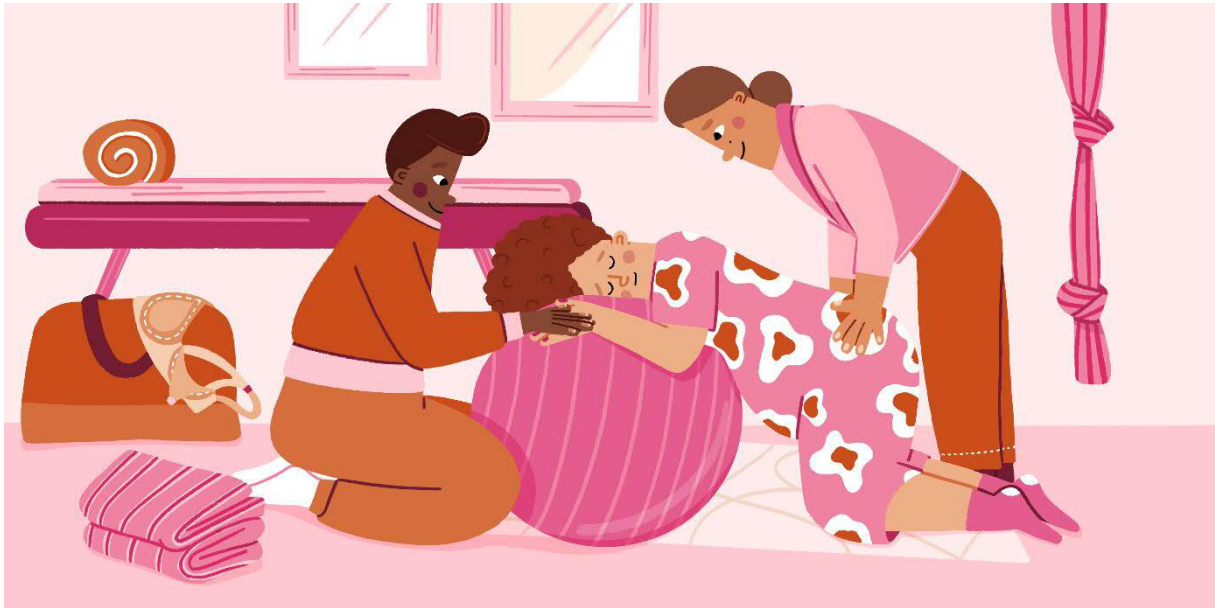
Um Dorf und Kleinstadt als Orte für die Familiengründung attraktiv zu halten und der Abwanderung junger Leute entgegenzuwirken, ist die regionale Hebammenversorgung als Standortfaktor nicht zu unterschätzen. Die Erreichbarkeit von Geburtsstationen, medizinischen Anlaufstellen und Hebammenleistungen können entscheidende Faktoren für das Gehen oder Bleiben junger Familien in ländlichen Regionen sein. Hebammen stellen hier Schlüsselfiguren für Versorgungssicherheit rund um die Geburt dar. Auf der anderen Seite braucht es Lebensbedingungen, die ländliche Regionen für die Ansiedlung von Hebammen interessant machen. Die südniedersächsischen Landkreise Göttingen und Northeim gehören zu den ersten Regionen, die auf die kritische Situation der lokalen Hebammenversorgung mit dem Erlass einer Förderrichtlinie für Hebammen reagiert haben. Mit der Bezuschussung der Ansiedlung von Fachkräften in der Region, von Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen, der Wochenbettbetreuung sowie Fahrtgeldern sollen langfristige Perspektiven für die Tätigkeit im ländlichen Raum eröffnet werden (Landkreis Northeim 2019; Landkreis Göttingen 2020) – ein wichtiger Schritt, der im besten Fall Versorgungsengpässen entgegenwirkt, vor allem aber ein wichtiges politisches Signal ist.

Zum Ausdruck kommt das Ungleichgewicht von Versorgungskapazitäten in der räumlichen Komponente. Hebammenbetreuung im ländlichen Raum ist in der Regel mit größeren Distanzen zwischen den aufzusuchenden Frauen und damit längeren Fahrtwegen verbunden. Hier bewegen sich viele Hebammen im Spannungsfeld von Quantität und Qualität. Je mehr Fahrten, desto knapper die Versorgungszeit; doch je weniger Betreuungen pro Tag, desto unrentabler wird die aufsuchende Tätigkeit. Die Ausführung abrechnungsrelevanter Leistungen ist durch Vorgaben der Krankenkassen an enge zeitliche Vorschriften gekoppelt, was in manchen Fällen eine bedarfsgerechte Versorgung erschwert. Viele Hebammen schildern, einen Großteil ihrer Arbeitszeit im Auto zu verbringen, wenn Frauen im Wochenbett, zur Vorsorge oder im Fall einer Hausgeburt aufgesucht werden. Der Tätigkeitsradius ist im Arbeitsalltag von Hebammen eine wichtige Komponente, die großen Einfluss auf die Arbeitsbelastung und Kapazitäten ausübt.

Neben der räumlichen Ungleichheit werden im Kontext des Hebammenberufs auch soziale Ungleichheiten deutlich. Betreuungsanfragen müssten frühzeitig gestellt werden, damit eine (umfassende) Betreuung zugesagt werden könne. Hier zeichnet sich ein Ungleichgewicht der Versorgungskapazitäten ab, von dem diejenigen profitieren, die früh dran sind. Für den Rest sind durchaus bereits jetzt Versorgungsengpässe anzunehmen. Der Anspruch auf eine Hebammenbetreuung und/oder die Notwendigkeit einer frühzeitigen Anfrage ist vielen nicht



bekannt. Sozial benachteiligte oder bildungsferne Gruppen, die besonders von einer Hebammenhilfe profitieren könnten, nehmen diese unterdurchschnittlich häufig in Anspruch (Bauer u.a. 2019: 192), was zur Folge hat, dass viele Unterstützungsangebote diese Gruppen nicht erreichen.



## V. EMPIRISCHE EINDRÜCKE: HEBAMMEN ALS AKTEURINNEN DER DASEINSVORSORGE

Dieses Kapitel stellt die Situation der Schwangerenversorgung aus Perspektive von Hebammen dar, die ihre Sichtweisen auf arbeitsorganisatorische und strukturelle Herausforderungen, Anforderungen und Bedarfe sowie Erwartungen an digitale Unterstützung vermitteln. Zur Illustration der subjektiven Wahrnehmungen sind stellenweise Originalzitate aus den Hebammeninterviews angeführt.

Im folgenden Abschnitt geht es um die Bewertung der Versorgungssituation, wobei räumliche und soziale Ungleichheiten besprochen werden. Der sich anschließende Abschnitt befasst sich mit Kommunikationsabläufen im Hebammenalltag. Darauf folgend werden die geschilderten Aussagen über spezifische Herausforderungen in ländlichen Räumen dargestellt. Chancen und Grenzen durch IT im Hebammenwesen werden im abschließenden vierten Abschnitt diskutiert, indem (neue) „pandemische Erkenntnisse“ sowie konkrete Erwartungen an HEDI einbezogen werden.

### REGIONALE VERSORGUNGSSITUATION: RÄUMLICHE UND SOZIALE UNGLEICHHEITEN

Ein zentrales Thema in den Hebammeninterviews betraf die Wahrnehmung von Versorgungsengpässen durch fehlende Hebammen oder andere Versorgungs(dienst)leistungen in der Region. Auf die Frage, ob eine Mangelsituation an

Hebammen wahrgenommen werde, stiegen viele der Befragten mit einem Vergleich der Situation zu ihrer Ausbildungszeit ein, als die Lage noch eine andere war und Ausbildungsplätze aufgrund der hohen Nachfrage nur schwer zu ergattern waren:

*„Zu dem Zeitpunkt [2010-2013, Anm. MS] war es so, uns wurde immer gesagt, das war ein Sechser im Lotto einen Platz an der Hebammenschule zu bekommen, weil die damals noch SO überlaufen waren. Mittlerweile sieht das ja leider irgendwie anders aus“ (#6).*

In dieser Zeit habe es in der Region Südniedersachsen viele Hebammen gegeben, die auf Stellensuche waren, auch in den Kliniken (#9). Die praktizierenden Hebammen befanden sich in einem Wettbewerbsverhältnis: *„Dann musste man schon noch eine Sonderausbildung in Akkupunktur oder irgendwas haben, um nochmal angefragter zu sein“ (#5).*

Heute sei die Situation anders zu bewerten und viele der Befragten bestätigen, dass sie durchaus regionale Versorgungsengpässe wahrnehmen. Die Verfügbarkeit von Hebammen in der Region Göttingen habe sich in den vergangenen zehn bis zwölf Jahren sehr verändert: Während es 2009 ca. 2000 Bewerbungen auf 18 Plätze an der Hebammenschule gegeben habe, so schilderte es eine der Befragten (#3), ringe man heute um jede Bewerbung. Eine Vermutung, warum die Zahl an ausgebildeten und vor allem an praktizierenden Hebammen heute kleiner ist als noch vor einigen Jahren, sei, dass durch negative mediale Berichterstattung – Stichworte Haftpflichtprämie und Arbeitsbedingungen – die Attraktivität des Berufs in der Öffentlichkeit gelitten habe. Eine Befragte vermutet, *„dass dadurch eher ein negatives Bild entstanden ist und dass es vielleicht doch einige jüngere Frauen abgeschreckt hat“ (#9).* Verstärkt wird dieser Eindruck durch die Vermutung, dass Ausbildungsberufe insgesamt an Attraktivität verloren hätten. In diesem Fall könnte die derzeit stattfindende Akademisierung des Hebammenberufs eine vielversprechende Perspektive sein.

Aus Hebammenperspektive sei man als Hebammen dank der hohen Betreuungsnachfrage heute in der Situation, sehr gute Rahmenbedingungen zu haben und die Arbeit nach den eigenen Vorstellungen gestalten zu können, was die Aussage einer Göttinger Hebammen verdeutlicht: *„Mittlerweile kann ich mir den Luxus rausnehmen, wenn eine Anfrage kommt [aus dem ländlichen Raum, Anm. MS], dass ich sage: Nö, brauche ich nicht“ (#4).*

### **Aufsuchende Betreuung in Stadt und Land**

Die strukturelle Versorgungssituation in der Region in und um Göttingen wird von den befragten Hebammen allgemein als gut wahrgenommen, da durch die relativ hohe Dichte von Kliniken mit Geburtsstationen eine Wahlmöglichkeit zwischen fünf unterschiedlichen Häusern bestehe, die alle relativ gut erreichbar seien: *„Dass man nicht das Problem hat, dass man eine Stunde unterwegs ist, bis man da am nächsten Kreissaal ist“ (#9).* Dennoch weist Hebamme #4 auf die Frage, ob regionale Engpässe in der Schwangerenversorgung bestünden, auf die

Webseite des Deutschen Hebammenverbandes hin, die bundesweit Versorgungslücken unter dem Aufruf „Unterversorgung melden“ dokumentiert (DHV 2022b). In den Bereichen Haugeburt, Beleggeburt, Geburtshausgeburt, Schwangerenvorsorge, Wochenbettbetreuung und Hebammenkurse liegen in der Stadt Göttingen und im ländlichen Umland Eintragungen vor, die Fälle dokumentieren, in denen Frauen keine Hebammen für die entsprechende Versorgungsleistung gewinnen konnten. Die meisten Einträge beziehen sich auf fehlende Betreuung im Wochenbett. Diese sind zwar auch in der Stadt Göttingen, doch vorwiegend im ländlichen Umland verzeichnet. Der persönliche Eindruck von Hebamme #4 ist, dass es Lücken meistens nur außerhalb der Stadt gebe. In Göttingen habe sie selber derzeit weniger Anfragen als noch vor zwei, drei Jahren, was damit zusammenhängen könne, dass die Hebammenversorgung in der Stadt besser aufgestellt sei:

*„Also es wird irgendwie weniger. Und ich glaube nicht, weil die Frauen weniger Kinder kriegen, sondern weil wir doch immer besser aufgestellt sind. Es immer mehr Hebammen hier gibt, glaube ich. (...) Und wir haben immer noch genug zu tun und wir müssen am Ende des Monats doch wieder ganz vielen absagen“ (#4).*

Trotz gesunkener Anfragezahlen sei ihre Hebammengemeinschaft für neun Monate im Voraus ausgebucht. Einen ähnlichen Eindruck teilt eine der anderen Befragten:

*„Es gibt überall einen Hebammenmangel. Ich glaube, Göttingen ist noch verhältnismäßig gut aufgestellt. Göttingen ist eine Unistadt, so da zieht es viele hin. Das ist kein Landstrich, sage ich jetzt mal. Ich glaube, wir sind hier noch gut aufgestellt“ (#8).*

Einer weiteren Hebamme aus der Stadt Göttingen fällt es schwer, die Frage nach Versorgungsengpässen zu beantworten, da sie viele Anfragen über die eigene Homepage erhält und selbst gut versorgt sei (#3). Hebammen #2 und #5 teilen den Eindruck, dass die Hebammenversorgung in der Stadt Göttingen gut abgedeckt sei und man dort deutlich besser eine Betreuung finden könne als im Umland. Im ländlichen Raum um Göttingen könne hingegen definitiv von Versorgungsengpässen die Rede sein:

*„Also es gibt viel zu wenige. Es könnten locker noch viel mehr Kolleginnen davon leben. Und es gibt viele Frauen, die jetzt keine Betreuung mehr finden oder ewig suchen“ (#5).*

„Richtung Harz“ sei es schwierig, dort seien nur noch vereinzelt Hebammen ansässig. Hebamme #1, die am Rande von Göttingen wohnt, bekommt so viele Anfragen aus dem ländlichen Raum, dass sie fast ausschließlich dort tätig sei und es sich lohne, weitere Strecken zu fahren – ein Indiz dafür, dass im ländlichen Raum weniger Hebammen wohnen und daher die Hebammen aus der Stadt angefragt werden. Dass auch weitere Gründe für die Wahl einer bestimmten Hebamme sprechen können – Sympathie, Empfehlungen, Spezialisierung etc. –, spielt freilich auch eine Rolle und ist nicht zu vernachlässigen. Eine Hebamme aus Göttingen schildert, dass sie häufig Anfragen aus Duderstadt oder Heiligenstadt (beide ca. 30 Kilometer

entfernt) erreichen und führt dies auf einen dortigen Hebammenmangel im Bereich der Wochenbettbetreuung zurück. Für einige Hebammen kamen weitere Fahrten seit 2018 nicht mehr in Frage, als strengere Dokumentationspflichten für das Qualitätsmanagement eingeführt wurden und sich der Aufwand für weite Strecken immer weniger rentierte. Die Erweiterung der dokumentarischen Anforderungen führte mit dazu, dass weniger Hebammen die Leistung der Wochenbettbetreuung überhaupt anbieten, was seither zu einem stärkeren Anstieg der Nachfrage führte. Die, die es weiterhin machen, müssten weitere Wege in Kauf nehmen (#5). Bei manchen Frauen im ländlichen Raum sei die Lage, eine aufsuchende Hebamme zu bekommen, so aussichtslos, dass viele bereit seien, eine Kilometerpauschale für die aufsuchende Hebamme anzubieten und diese aus eigener Tasche zu übernehmen (#3).

Eine befragte Hebamme im östlichen Landkreis Göttingen beantwortet die Frage nach regionalen Engpässen mit Blick auf ihre eigene perspektivische Absicherung: Sie errechne sich bei der aktuellen Bevölkerungsentwicklung gute und sichere Beschäftigungschancen für die nächsten 10-15 Jahre (#9). Die Hebammenversorgung im östlichen Landkreis schätze sie als schwierig ein. Sie habe aktuell nachgelassen, was sie daran festmache, dass die Anzahl der Frauen, die keine Hebammenbetreuung finden, gestiegen sei. Dies hänge zum einen damit zusammen, dass einige Kolleginnen in den Ruhestand gegangen seien oder ihre Tätigkeitsstunden verringert hätten. Zwar berichtet sie weiter, dass zwei bis drei neue Kolleginnen in die Region nachkamen. Jedoch seien diese derzeit in der eigenen Familiengründung und würden weniger arbeiten bzw. nicht das auffangen können, was durch den Weggang der in den Ruhestand eintretenden Hebammen offenbleibe: *„Insofern würde ich sagen, gibt es da im Vergleich zu den Jahren vorher noch ein leichtes Defizit. Dass es sich tatsächlich eher zugespitzt hat“* (#9). Einen weiteren Effekt führt sie auf bauliche Erweiterungen (Neubaugebiete) und den damit einhergehenden Zuzug junger Familien in den ländlichen Raum zurück: *„Also es gibt sehr viele junge Familien. Also es sind zwei Trends finde ich, die sich verstärken; eben abnehmende Hebammenbetreuung, plus eben Zuwanderung von jungen Familien, die gerade in der Familiengründung sind“* (#9).

Engpässe im Landkreis Northeim machen dort tätige Hebammen an monatelang ausgeschöpften Kapazitäten, hohen Absagezahlen und fehlender Vertretung fest. Bei Anfragen müsse man auf andere Praxen verwiesen, die jedoch vor ähnlicher Auslastung stünden. *„Und es gibt immer mal wieder Frauen, die keine Hebamme finden. Also leider ist das so“* (#6). Hebamme #7 mache häufig die Erfahrungen, dass Frauen ohne frühzeitig organisierte Hebammenbetreuung nach der Entbindung kurzfristig keine Unterstützung im Wochenbett mehr finden und somit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus im Zweifel auf

sich allein gestellt sein. Eine Zuspitzung der Versorgungssituation im Vergleich zu den vergangenen Jahren machen alle Befragten daran fest, dass sich die Situation des Anfragezeitpunkts verschärft habe. Es sei nötig, dass Schwangere sich bereits in der 7. Schwangerschaftswoche melden, um eine Chance auf einen Platz zu bekommen – früher genügte es in der 12. Schwangerschaftswoche (#9). Spürbar sei die unzureichende Zahl an aktiven Hebammen tagtäglich, denn es vergehe kein Tag, an dem man niemanden abweisen müsse, da man voll sei. Dies gehe so weit, dass in manchen Fällen, wenn eine Grundversorgung nicht übernommen werden kann, eine Notfallversorgung angeboten werde: *„Wenn man sieht, wie viele da keine Betreuung mehr haben, gerade in der ländlichen Region. Das ist schon nicht gut“* (#5).

### **Versorgungslage in Kliniken**

Hebamme #8 nimmt regionale Engpässe insofern wahr, dass sie vor einigen Jahren auf Bitten ihrer Klinikkolleginnen zurück in die zu dem Zeitpunkt unterbesetzte stationäre Geburtshilfe ging. Aktuell bestünde dort jedoch keine Unterversorgung: *„Wir haben, ich glaube, wir sind das einzige Krankenhaus, was genug Hebammen hat“* (#8). Sie führt dies auf ein gut funktionierendes Team zurück, in dem sich alle gut verstehen und was auch nach außen einen guten Eindruck mache, sodass sich junge Hebammen gezielt in diesem Haus bewerben würden (#8). Eine weitere Hebamme berichtet vom Belegsystem in einem Göttinger Krankenhaus, das knapp 20 Hebammen beschäftigt, was derzeit ausreichend sei. Fast alle von ihnen arbeiteten nebenbei freiberuflich in der Vorsorge bei den Frauen zu Hause. Generell, so der Eindruck der befragten Hebamme #1, werde die Arbeitsbelastung in den Krankenhäusern jedoch immer höher, was sich in den nächsten Jahren wohl auch nicht ändern werde. Dies liege daran, dass zu wenig Hebammen ausgebildet würden. Zudem besteht die Befürchtung, dass die zukünftigen studierten Hebammen aufgrund der Arbeitsbedingungen nicht lange im Beruf (Kreißsaal) verbleiben würden und eine akademische Karriere verfolgen: *„Weil die Arbeitsbedingungen einfach schwer sind“* (#1). Diese Vermutung hat auch Hebamme #5, deren Prognose mit Blick auf die Akademisierung lautet, dass dies den Mangel nicht beseitigen werde, wenn viele der Studierten an den Universitäten verblieben und folglich in der Praxis fehlten (#5).

Auf der Wochenbettstation in einer der regionalen Kliniken seien zu wenig Hebammen, die in der Nachsorge Erfahrung hätten. Aufgrund des Hebammenmangels seien hier hauptsächlich Kinderkrankenschwestern eingesetzt (#7). Der Kreißsaal sei lange unterbesetzt gewesen, in letzter Zeit seien einige junge Hebammen dazu gekommen, die nach der Ausbildung (im Haus) übernommen wurden:

*„Im Moment sind wir aber glaube ich ganz gut bestückt, weil wir recht viele junge Hebammen bekommen haben. Von daher denke ich, ist das schon im Moment zu leisten. Klar, es gibt Tage, da arbeitet man ohne Pause, wenn Sie das meinen. Dass*

*wir jetzt unterbesetzt sind. Aber es gibt auch Tage, wo man wieder viel Zeit hat um Kühlschränke sauber zu machen, so die Nebentätigkeiten zu tun" (#7).*

Der Grund, warum zu wenig Hebammen dort beschäftigt sind, sei, dass es keine Bewerbungen gebe, was wiederum auf einen Mangel an praktizierenden Hebammen zurückzuführen sei, so der Eindruck von Hebamme #7.

### **Außerklinische Geburtshilfe, Familienhebammen, sonstige Leistungen**

Ein weiterer wichtiger Bereich, der in der Region „am Limit“ sei (#8), sei die Verfügbarkeit von *Familienhebammen*, also weiterqualifizierte Hebammen die auf die Versorgung in prekären Verhältnissen spezialisiert sind. Eine befragte Familienhebamme schildert, dass die Nachfrage riesig und viel höher als die Jahre zuvor sei, was, so ihre Vermutung, mit den Auswirkungen des Corona-Pandemiegeschehens zusammenhänge. Familienhebammen sind über Stadt und Landkreis organisiert, die als Honorarkräfte für wöchentlich 40 Stunden in der Stadt und 40 Stunden im Landkreis finanziert werden: *„Das reicht bei weitem nicht. Aber die beantragten Mehrstunden sind nicht bewilligt worden aus finanziellen Gründen“ (#8).*

Deutliche Engpässe bestünden außerdem im Bereich der außerklinischen Geburtshilfe, die für die Region zu schmal aufgestellt sei. Die Nachfrage nach Hausgeburten bestehe durchaus, könne jedoch nicht ausreichend bedient werden; die wenigen Praktizierenden in diesem Bereich müssen einen sehr weiten Radius abdecken (#8, #10). Beim Wunsch einer Hausgeburt müsse man sich bereits mit Bekanntwerden der Schwangerschaft um eine entsprechende Betreuung kümmern. Aufgrund der zahlreichen und teilweise sehr weiten Fahrtstrecken sowie der Unplanbarkeit und ständigen Rufbereitschaft, seien die meisten Hebammen, die diese Leistung anbieten, auf die außerklinische Geburtsbetreuung beschränkt, machten also keine oder kaum Vor- und Nachsorge. Insgesamt würden die Anfragen steigen – zum Zeitpunkt der Befragung Ende 2020 *„immer je nach Corona-Welle“* wie eine außerklinisch tätige Hebamme schmunzelnd berichtet (#10). Auch in den Geburtshäusern bestehe seit fünf Jahren Mangel: *„Die Geburtshäuser scheinen extrem unattraktiv zu sein. Für den Bedarf der da ist. Ich glaub das drum herum ist schon okay“*, so die Einschätzung der Befragten (#10). Eine Möglichkeit, die eine 1:1-Betreuung während der Geburt garantiert, ist das Modell der Begleitbeleghebamme, die bereits die Vorsorge übernimmt und zur Entbindung in die Klinik kommt. Doch auch dieses Angebot biete nur *„eine Hand voll Hebammen“* an, weshalb auch in diesem Bereich ein Engpass deutlich sei (#4).

Schließlich wurde das Kursangebot in der Region als ein weiterer überlasteter Bereich genannt: *„Geburtsvorbereitungskurse werden zum Teil nicht in ausreichender Zahl angeboten. Und auch Rückbildungskurse seien sehr überlaufen, genauso wie die Betreuung im*

Wochenbett“ (#9). Pandemiebedingt sei das Angebot einerseits weiter zurückgegangen, da Präsenzkurse nicht stattfinden konnten. Andererseits fand ein Anstieg der Online-Beratungen und -Kurse statt, was zwar den Vorteil einer ortsunabhängigen Nutzung hatte, durch die Vorgaben der abrechnungsfähigen Leistungen jedoch in der Teilnehmer:innenzahl weiterhin reglementiert blieb.

### **Umgang mit Absagen**

Im Durchschnitt nimmt eine Hebamme vier Frauen im Monat an, so die Erfahrungen der Befragten. Auf der anderen Seite müsse man um die 20 Anfragen im Monat absagen, das seien mehrere Absagen die Woche, die sich zum Monatsende deutlich häuften:

*„Es vergeht kein Tag, wo nicht irgendwer anruft, der eine Hebamme sucht und man kann es nicht annehmen, weil man schon voll ist“ (#5).*

Bei Absagen verweise man auf die Hebammenliste des Landkreises, die die Frauen abtelefonieren können, oder Kolleginnen, von denen man wisse, dass sie frei sind. Alle Befragten schildern, dass sie sehr daran bemüht sind, die Anfragen weiterzuvermitteln und die Frauen nicht hängen zu lassen. Es kommt ein großes Verantwortungsgefühl zu den Frauen zum Ausdruck, die man nicht „im Stich lassen“ möchte (#7). Auf der anderen Seite wird betont, dass die eigenen Kapazitäten nicht um jeden Preis ausgereizt werden sollten. Nicht nur die Zufriedenheit der Frauen, sondern auch die persönliche Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit ist mit der Entscheidung verknüpft, wie viele Frauen betreut werden können. Wichtig sei es, die Qualität der Arbeit im Blick zu haben, die nicht unter zahlenorientierter Abfertigung leiden dürfe:

*„Ein wichtiger Punkt ist, diesen Job zu machen, dass man auch eine Zufriedenheit hat, weil die Arbeitsbedingungen jetzt nicht so sind, dass sich vielleicht jeder drum reißen würde. Darum brauchen wir halt einfach das Feedback von den Familien und müssen selbst auch mit der Betreuung zufrieden sein, eine Zufriedenheit haben. Insofern gestalten wir das schon so, dass wir letztendlich natürlich schon auch gucken, was wir verdienen, aber, dass wir nicht profitorientiert jetzt arbeiten. Dass wir sagen, wir kommen dann nur 20 Minuten, machen eine sehr kurze Betreuung, fahren dann wieder. Sondern das ist für uns, also für meine Kollegin und für mich, schon wichtig, dass wir da emotional auch zufrieden rausgehen können. Deswegen nehmen wir auch nicht extrem viele Frauen an tatsächlich. Sondern sagen dann ‚Das schaffen wir, können wir noch schaffen‘ und müssen dann eben aber auch teilweise Frauen abweisen und sagen ‚Nein, wir haben keine Kapazitäten mehr‘, weil wir sonst eben den Frauen, denen wir zugesagt haben eben nicht mehr gerecht werden könnten, so wie wir es besprochen haben. Das ist dann halt dieser Spagat, den man da irgendwie hat“ (#9).*

Betont wurde zudem, dass Anfragen an Familienhebammen nicht abgelehnt werden. Die wenigen Hebammen, die mit dieser Qualifizierung in und um Göttingen tätig sind, seien untereinander gut organisiert und bemüht, immer eine Betreuung zu gewährleisten. Häufige



Praxis sei es, dass zu einer „normalen“ Betreuung eine Familienhebamme hinzukomme, die dann übernimmt, wenn die reguläre Hebamme ihren Dienst erfüllt hat und es weniger um medizinische als um soziale Aspekte in der Familie geht (#8).

### **Regionale Vernetzung unter Hebammen**

Die ausgelastete Situation wird vor allem dann sichtbar, wenn Hebammen ausfallen oder in den Urlaub gehen. Die größten Versorgungslücken bestünden in den Ferienzeiten, insbesondere im Sommer und in der Weihnachtszeit (#2):

*„Im Sommer direkt oder in der Weihnachtszeit, da haben immer ganz viele keine Hebamme. Weil wir halt AUCH Urlaub nehmen, ne“ (#6).*

*„Der Sommer und um die Weihnachtszeit, das sind immer/ das tut einem schon weh, wenn man immer nur schreiben muss ‚Ich kann nicht‘, ‚Wir sind nicht da‘, ‚Ich kann dich nicht annehmen, weil ich habe keine Vertretung‘. Das, das ist schon irgendwie schwer so“ (#3).*

Froh ist, wer eine Vertretung findet. Überlastet sind die, die der Vertretung zustimmen. So schildert eine außerklinisch tätige Hebamme, dass sie in der Regel vier bis fünf Frauen im Monat betreue. In diesem Monat seien es 14 (!) Frauen, da sie mehrere Kolleginnen vertrete. Wie dies machbar sei? *„Geburten starten nicht parallel“*, das sei noch nie vorgekommen (#10), so die zuversichtliche Einstellung.

Insgesamt scheinen die Hebammen in der Region untereinander sehr gut vernetzt zu sein. Die meisten kennen sich, viele sind untereinander im engen Austausch und vertreten einander in Urlaubs- und Krankheitsfällen. Organisiert sind einige in regelmäßig stattfindenden Qualitätszirkeln oder Stammtischen und Runden Tischen, wo sie zu berufsspezifischen Themen (etwa Qualitätsmanagement) oder über aktuelle, regionale Belange diskutieren, teilweise gemeinsam mit Vertreter:innen weiterer Berufsgruppen (Gynäkolog:innen, Kinderärzt:innen). Der Austausch laufe über private Netzwerke, oft entstünden über die Jahre freundschaftliche Kontakte. Man sei nicht auf digitale Plattformen vernetzt oder gar darauf angewiesen.

Insbesondere in Form institutionalisierter Zusammenschlüsse wie Hebammengemeinschaften oder Gemeinschaftspraxen versuchen freiberufliche Hebammen, eine lückenlose Versorgung durch organisierte Vertretungen zu gewährleisten. Denn: Eine Vertretung zu finden ist verpflichtend für die Hebammen und innerhalb des Qualitätshandbuchs zu regeln (#2): *„Wir arbeiten jede für uns alleine, aber wir nennen uns Praxis und vertreten uns gegenseitig“ (#6).* So schildert es auch eine Hebamme aus einer Zweier-Praxis: Sie teilten sich auf, jede Frau habe eine Haupthebamme, die andere vertrete bei Krankheit oder Urlaub. Dazu hätten sie

eine Schweigepflichtentbindung in ihrem Vertrag, damit der Austausch der Daten den Datenschutzrichtlinien entspreche (#9).

Eine solche Organisationsform mit selbst eingeführten Vertretungsmodellen ermögliche es, sich abzugrenzen, „das gibt schon mal viel Sicherheit und Ruhe“ (#4). Das Modell einer rotierenden Wochenendvertretung

*„konnte ich mir ganz lange nicht vorstellen. Weil ich immer dachte ‚Oh ne, meine Familien und dann kennst du die und dann kannst du die denn abgeben?‘ Aber das ist so gut. Seitdem wir das machen ist das so schön. Ich habe mein freies Wochenende und weiß, ich kann machen was ich will, ich muss nirgendwo mehr los. Das lernt man mit der Zeit. Sich abzugrenzen“ (#3).*

Die Qualität und auch die empfundene Notwendigkeit solcher Vertretungsnetzwerke, die auf persönlichen Kontakten beruhen, verdeutlicht eine der Befragten:

*„Das sind die persönlichen Vernetzungen und die müssen es auch sein. Also weil ich ja nicht jede Kollegin empfehlen will. Bewusst auf die eine oder andere Kollegin verweise. Das ist wie in jedem anderen Beruf auch. Schwarze Schafe gibt es überall und man muss sich auch einfach überlegen, ob man das was dann die Kollegin da so erzählt, vertreten kann oder nicht. Und wenn die einfach überhaupt nicht konform ist, mit meiner Arbeitsweise, dann können wir uns da auch nicht vertreten“ (#10).*

Auch Hebamme #5 vermittelt an Kolleginnen im Kreis: man kenne sich und wisse daher oft, wenn auch die Kolleginnen keine Kapazität mehr haben. Dafür erscheine ihr eine App sinnvoll, die die jeweiligen Kapazitäten anzeigt (#5). Die persönliche Ebene sei wichtig, auch für die Vermittlung:

*„Ja, ich muss, ich würde die gerne eben alle ganz gerne kennenlernen, weil ich habe, also wo ich früher gewohnt habe, habe ich schon so mehrere Hebammen gehabt und dann ist es ja auch manchmal so typbedingt. Zu der einen Frau brauche ich die gar nicht schicken, weil ich weiß, die kommen eh nicht miteinander klar. Da schicke ich dann lieber die andere hin. Und so habe ich das immer ganz gerne, dass ich meine Kolleginnen wenigstens kenne und so ein bisschen weiß, wie die arbeiten“ (#7).*

Bei einigen der befragten Hebammen führt die angespannte Betreuungs- und Vertretungssituation dazu, sich in eine aufopfernde Rolle zu begeben und die eigenen Bedürfnisse zurückzustellen:

*„Ja, es demotiviert mich nicht, aber das finde ich manchmal traurig, dass man schlecht Vertretungshebammen findet. Das wäre schon schicker, wenn man sagt, „Hier ich fahre das Wochenende weg, kannst du mal.“. Dann könnte man häufiger auch mal kurze Urlaube machen und wenn es nur bei den Eltern ist. Und auch mal abschalten, ne? Das ist, ich habe zum Beispiel immer mein Handy im Urlaub mit und ich bin immer erreichbar, auch im Urlaub, für meine Frauen. Weil es manchmal wirklich Fragen sind, die man am Telefon beantworten kann, wo jetzt nicht eine fremde Hebamme eingeschaltet werden muss, die keine Ahnung hat, wie der Werdegang war. Deswegen bin ich auch im Urlaub immer erreichbar“ (#7).*

Die räumliche Nähe führe auch dazu, dass Frauen trotz ausgeschöpfter Kapazitäten angenommen würden – zu Ungunsten der eigenen work-life-balance:

*„Also ich weiß nicht, wie andere das machen. Ob die, ich weiß nicht, dann rigoros immer nein sagen. Also ich gucke dann schon, jetzt habe ich wieder eine angenommen, weil die sowieso in der Nebenstraße der anderen Frau wohnt, wo die den gleichen Termin haben, ne? Aber im Prinzip ist es natürlich eine Stunde wieder mehr, die mir dann an dem Tag abhanden geht von meiner Freizeit“ (#7).*

Für Notfälle sei eine institutionelle Vertretung im Sinne einer Wochenbettzentrale wünschenswert, die immer besetzt ist und eine Anlaufstelle für Frauen bietet, die keine Hebammenbetreuung finden konnten oder deren Hebamme im Urlaub oder krank ist (#3). Eine solche Einrichtung, die mit städtischer bzw. kommunaler Unterstützung initiiert werden müsste, könnte zudem als Anlaufstelle für Kurse, Beratung sowie Bildungsangebote funktionieren, so eine Wunschvorstellung einiger Befragter, um ein festintegriertes Versorgungsangebot vorzuhalten (#4, #3). Betont wurde jedoch, dass solche Zentralen etwa für Vermittlungszwecke und Notfallversorgung sinnvoll sein würden, doch nicht als Einrichtung, die das Aufsuchen der Frauen ersetzen: (#5):

*„Ich muss das Umfeld sehen. Wie lebt die? Wie nervig sind die anderen Kinder? Das ist auch ganz wichtig, gerade jetzt zur Corona-Zeit ganz viele Stillprobleme, weil Homeschooling. Mit Kindern, die Probleme haben in der Schule, wie soll man da noch stillen in Ruhe? Da bringt mir die Frau in der Praxis nichts. Das würde die mir gar nicht erzählen, wie es zu Hause drüber und drunter geht“ (#7).*

### **Soziale Unterschiede**

Der stark betonte Hinweis, dass sich Schwangere möglichst früh melden müssen, um eine Betreuung zu bekommen, deutet eine Unterversorgung an, die vor allem die betrifft, die sich vergleichsweise spät um eine Betreuung bemühen – häufig sind dies Frauen in prekären Lebenssituationen, wie Studien zeigen (Bauer u.a. 2019: 192). Von Hebammenseite lässt sich dieses Ungleichgewicht kaum beeinflussen. Oftmals bleibt die zu betreuende Klientel einer Hebamme aufgrund der räumlichen Einbettung oder durch die Weiterempfehlung relativ homogen innerhalb einer bestimmten Sozialschicht (#2):

*„Und ja, also die Klientel hier in Göttingen ist dadurch, dass sich die Frauen so früh melden, das sind meistens die intelligenten, sehr gut informierten Frauen. Und ich habe kaum sozial schwächere Familien in der Betreuung, weil ja die sich dann viel zu spät melden. Also dass dann jemand aus dem Krankenhaus anruft "Meine Frau hat ihr Kind gekriegt, wir brauchen jetzt eine Hebamme.", das kommt vor, aber denen muss ich natürlich absagen, weil ich so kurzfristig natürlich nie Termine frei habe. Und ich glaube, diese, dieses Klientel, das wächst ohne Hebamme auf und das rutscht so durch und geht verloren. Und deswegen habe ich nur diese hochgebildeten Göttinger, die man ja so kennt. Die, mit denen man sich dann abgibt die ganze Zeit, ne? Das Bild verschwimmt dann glaube ich auch ganz schön für mich, weil ich den Rest ja nicht sehe“ (#4).*

Einen sehr unterschiedlichen Kenntnisstand über den Hebammenanspruch nimmt Hebamme #5 wahr:

*„Dass viele Frauen das auch wirklich zu nutzen wissen und andere nicht mal die grundlegenden Dinge mitabschöpfen oder gar keine Hebamme mehr finden. Also dieses Auseinanderdriften finde ich demotivierend“ (#5).*

Eine wichtige Ergänzung für die Beurteilung der Lage rufen einige der Hebammen mit dem Hinweis in Erinnerung, dass es auch nicht außer Acht zu lassen ist, dass es natürlich auch Frauen gebe, die keine Hebammenbetreuung wünschen (#7, #4).

### **Folgerungen (I)**

Auf Basis dieser Schilderungen ist festzuhalten, dass man in der Untersuchungsregion von einem breiten Angebot an Hebammenleistungen ausgehen kann, dessen hohe Nachfrage durch die verfügbaren Hebammen jedoch nicht vollständig bedient werden kann. Insbesondere im Bereich der Wochenbettbetreuung (vor allem im ländlichen Raum), der Verfügbarkeit von Familienhebammen und Begleitbeleghebammen sowie der Kreißsaalbelegung durch Hebammen und dem Angebot von Kursen übersteigt die Nachfrage das Angebot, sodass eine Versorgung in erster Linie für diejenigen sichergestellt ist, die sich früh genug melden.

Ein Aspekt, der sich auf die zu geringe Zahl an aktiven Hebammen auswirkt, ist, dass viele Hebammen nicht ihr ganzes Erwerbsleben in diesem Beruf bleiben (Kohler/ Bärnighausen 2018). Zentrale Gründe seien zum einen die hohe Arbeitsbelastung, zum anderen der Eintritt in das eigene Familienleben, wonach viele Hebammen nicht mehr in die Geburtshilfe einsteigen und in der Vor- und Nachsorge bleiben. Chancen für eine Attraktivitätssteigerung des Berufs werden vereinzelt in der Akademisierung vermutet – dennoch führen mehr Absolventinnen nicht zwingend zu mehr praktizierenden Hebammen, da breitere Karrieremöglichkeiten bestehen und auch der Ausstieg bzw. Berufswechsel mehr Möglichkeiten vorhält.

## **KOMMUNIKATION IM BERUFLICHEN ALLTAG: UMGANG MIT DIGITALEN MEDIEN**

### **Kommunikationsmedien: Art und Nutzung im Alltag**

Erreichbarkeit, Terminierung, Dokumentation. Im beruflichen Alltag von Hebammen spielt die Kommunikation und damit die Verwendung verschiedener Kommunikationsmedien eine zentrale Rolle. Zu den, von den Befragten geschilderten, täglich genutzten Kommunikationsmitteln zählen Telefon, SMS und E-Mail. Auch der Anrufbeantworter, ganz

klassisch über das Festnetz, oder die Mailbox auf dem Handy haben eine wichtige Funktion. Die meisten geben an, ihre Terminabsprachen und Anfragen, die i.d.R. telefonisch oder per Nachricht (E-Mail/SMS/WhatsApp) eingingen, zwischen den aufsuchenden Terminen abzuarbeiten. Einige von ihnen haben eine Homepage mit Kontaktmöglichkeit (Formular), wo sie auch ihre aktuellen Kapazitäten vermerken. Dies bedeute jedoch einer permanenten Pflege der Homepage und werde von einigen als zusätzliche Belastung empfunden. Als eine neuere und besonders praktisch wahrgenommene Alltagsfunktion wurden zudem *Sprachnachrichten* benannt, die einen schnellen und unkomplizierten Austausch von Informationen ermöglichten (#3).

### **Digitale Dokumentation**

Mit jeder kommunikativen Leistung (Beratung, Besuch) gehen für die Hebammen administrative Aufgaben einher – das Qualitätsmanagement und die Abrechnung, die von den Befragten zum Teil direkt digital erledigt oder anschließend handschriftlich in eine Software übertragen werde. Gut die Hälfte der befragten Hebammen schildert jedoch, dass sie die Nutzung digitaler Geräte während der Termine vor Ort vermeide: *„Aber ich versuche eigentlich so wenig wie möglich digital zu machen und so viel wie möglich einfach auf Papier und verbal“* (#10). Die Hebammen, die sich als „visuelle Typen“ beschrieben, begründeten dies mit einer wahrgenommenen Unhöflichkeit oder empfundenen Abwesenheit, wenn statt Blickkontakt mit den Frauen die Aufmerksamkeit auf ein digitales Hilfsmittel gerichtet werde:

*„Was ich gemerkt habe, dass ich dann vor der Frau sitze und aufs Handy gucke. Und das ist total unkommunikativ. Und es ist etwas anderes, als wenn du nebenbei einen Kuli in der Hand hast und schreibst den gleichen Satz anstatt du ihn ins Handy eintickerst. Und das fand ich so befremdlich, dass ich das sofort nach ein, zwei Versuchen wieder abgeschafft habe. Also für mich auch. Ich finde, man fühlt sich so zurückgesetzt, wenn jemand anderes aufs Handy guckt und man erzählt dem gerade etwas. Dann denkt man, der hört nicht zu. Wenn er sich aber genau das aufschreibt, was ich gesagt habe, das ist ein ganz anderes Arbeiten oder ein ganz anderes Gefühl. Und das glaube ich ist so das Problem der digitalen Dokumentation“* (#4).

Wesentlicher sei jedoch die Uneinheitlichkeit sowie Dezentralität der unterschiedlichen Anforderungen an Dokumentationspflichten. Zum Teil kann die Verarbeitung in digitaler Form stattfinden (z.B. Abrechnung bei der Krankenkasse), in anderen Bereichen (z.B. Patientenakte, Unterschriften für Leistungserbringung) bestehen (noch) keine zentralen, digitalen Anknüpfungspunkte, sodass bestimmte Dokumentationsschritte analog verarbeitet werden (müssen). Mit der Folge, dass sich die Hebammen zwischen Zettelwirtschaft und unterschiedlichen Software-Angeboten bewegen. Der Wunsch nach einer ganzheitlichen Lösung kommt immer wieder zum Ausdruck:

*„Also was Dokumentation angeht, glaube ich, stehe ich schon so ganz gut da. Aber ich mache das nicht digital. Das wäre halt was anderes, wenn man jetzt merkt, dass die*

*ganze Patientenakte digital wäre. Dass es digital Mutterpass gibt, digitales Kinderheft. Dann würde ich das auf jeden Fall so mitnutzen. Da habe ich irgendwie weniger Papier bei mir Zuhause. Wir müssen ja diesen feuerfesten Schrank haben und zehn Jahre alle Papiere aufheben. Also wenn es da/ Wenn das irgendwie so alles integriert wäre da mit drinnen, würde ich das auch mehr nutzen. Also würde ich auch auf eine digitale Akte umsteigen. Und da ist halt jetzt immer so, dass man denkt, es gibt dieses miya, es gibt HebRech, es gibt so die verschiedensten Möglichkeiten. Da gibt es ja schon viele Apps für Hebammen. Und genau, wenn das halt kombinierbar ist mit den/ mit den/ mit so was wie was hier lokal dann wäre, fände ich das auch, also würde ich das auch nutzen und mir angucken“ (#5).*

Insbesondere in der außerklinischen Geburtsbetreuung sei eine Online-Akte eine wichtige Unterstützung, um spontan und von unterwegs auf alle relevanten Informationen zugreifen zu können (z.B. Adresse, Blutgruppe, wievielttes Kind) (#10).

### **Erreichbarkeit vs. Work-Life-Balance**

Im Zusammenhang mit der Nutzung von Kommunikationsmitteln im Alltag wurde von den Hebammen das Thema der Erreichbarkeit eingebracht. Eine oft geschilderte Befürchtung lautete, dass mit einem unmittelbaren Kommunikationskanal (vergleichbar mit WhatsApp) eine permanente Erreichbarkeit suggeriert werde. Umso wichtiger sei es, die Zeiten der Erreichbarkeit zu besprechen und in einem Betreuungsvertrag festzuhalten. Im Falle von Rufbereitschaft und außerklinischen Geburten sei die permanente Erreichbarkeit hingegen nicht zu umgehen, wie eine Hebamme eindrücklich beschreibt:

*„Ich geh mit dem Handy aufs Klo. Ich geh mit dem Handy duschen. Ich hab es direkt neben dem Kopf liegen. Ich hab dieses Ding IMMER an mir dran. Weil es jede Sekunde klingeln kann. Das ist anstrengend. Dauerrufbereit sein ist anstrengend“ (#10).*

In anderen Interviews kommt zum Ausdruck, dass die Einschränkung der Erreichbarkeit – und dadurch definierte Freizeit – immer auch eine Frage der Einstellung und des persönlichen Anspruchs an die Betreuungsleistung ist:

*„Dann ist man zu Hause, dann wird man ja auch nicht in Ruhe gelassen, weil dann hat die eine vielleicht einen Milchstau, die andere hat nur eine Frage, dann ist man wieder am Telefonieren mit denen. Gehört dazu, ne? Also das, sie müssen Fragen haben, sie dürfen auch Probleme kriegen, ne? Und die kann ich nicht voraussehen. Und dann muss das Abendessen eben auch mal eine Stunde warten“ (#7).*

Auch ein starkes Verantwortungsgefühl kommt bei der Frage nach der Erreichbarkeit zum Tragen:

*„Naja, dass man eigentlich immer on stage ist. Trotzdem. Auch wenn man sich im Behandlungsvertrag habe ich zum Beispiel auch bestimmte Zeiten, wo ich erreichbar bin. Da ich ja keine Geburtshilfe mache, muss ich ja eigentlich nicht 24 Stunden erreichbar sein. Trotzdem sage ich den Frauen auch immer ‚Im Notfall ruf an. Und wenn ich nicht rangehe, dann machst du es noch zwei Mal, dann gehe ich ran‘. Also man hat*

*so das Gefühl, nicht abschalten zu können, ne? Weil man ja eine Verantwortung für zwei Leute im Grunde hat. Entweder für die Frau, die schwanger ist oder später dann auch für das Kind. Oder jetzt wie die ungeplante Hausgeburt. Hätte ich der Frau das nicht so angeboten, hätte sie vielleicht nicht nochmal und nochmal angerufen. Und ich wäre nicht rangegangen und sie hätte ihr Kind alleine zu Hause bekommen, ne? Also das ist zwar schön in diesem Moment. Also dass man jemandem so ein Vertrauen schenken kann. Auf der anderen Seite ist man halt auch immer in diesem Zwiespalt ‚Du musst aufs Handy gucken ob jemand geschrieben hat, ob jemand Hilfe braucht‘. Und das ist natürlich ja eine Belastung. Man/ Und das meine ich mit der Passion. Andere Hebammen kenne ich auch, ganz klar, die sagen ‚Nö, wenn 16 Uhr ist, dann schalte ich mein Handy aus. Das ist mir egal. Steht so in meinem Behandlungsvertrag. Fertig aus‘. Kann man machen. Schützt man natürlich sich selber und sorgt für sich, das ist klar. Aber ich glaube, das ist nicht das, was diesen Beruf ausmacht. Das, ne. Also das ist für mich eine ganz andere Herangehensweise. Die einen auch belasten kann, auf jeden Fall“ (#4).*

Die Schilderung verdeutlicht das Spannungsfeld von Druck, in Form von Verantwortungsgefühl, und Bereitschaft, im Sinne der Arbeitserfüllung, in dem sich (manche) Hebammen bewegen. Zudem sei man als Hebamme oft in einer sensiblen Situation, in der manche Frauen die Grenzen zwischen Beruf und Freundin schwer trennen könnten, wie mehrere Hebammen schilderten. Hier gelte es professionell zu bleiben und Grenzen zu wahren. In der Rolle als Dienstleisterin fühle man sich insbesondere, wenn man die erbrachte Leistung abschließend per Fragebogen bewerten lässt (#3).

### **Datenaustausch, aber sicher!**

Auch das Thema Datenschutz wurde in diesem Zusammenhang seitens der Hebammen angesprochen und als wichtiges Thema benannt, für das eine praktikable Lösung begrüßt würde. Es wurde betont, dass die zu behandelten Frauen über die datenschutzrechtlichen Bestimmungen aufgeklärt werden und diese im Betreuungsvertrag festgehalten sind. Ein regelmäßig aufkommendes Thema sei die Nutzung des Nachrichtendienstes *WhatsApp*, der im professionellen Beratungskontext die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen nicht erfülle (DHV 2019). In der Praxis hielten sich daran allerdings die wenigsten, da die App Bestandteil im Alltagsgebrauch vieler Frauen sei. Würde man per *WhatsApp* angeschrieben, per SMS antworten, so komme die Antwort in den meisten Fällen trotzdem wieder per *WhatsApp* zurück, so die Erfahrungen einiger Hebammen. In diesem Zusammenhang wurde in den Interviews häufig der Wunsch nach einem Tool geäußert, das den sicheren Austausch von Wort und Bild gewährleistet. Zudem würde ein separater Nachrichtendienst – wie er in HEDI integriert ist – eine Trennung von beruflichen und privaten Nachrichten auf dem Endgerät ermöglichen, was ebenfalls sehr begrüßt würde (#5).

## **Videocall statt Wegstrecke?**

Können erweiterte Kommunikationskanäle, wie etwa Videoanrufe, das Tätigkeitspensum von aufsuchenden Hebammen entlasten, indem etwa Wege reduziert werden? Möglich wurde die teilweise Fernbetreuung durch die Sondergenehmigung, die es Hebammen während der Pandemie erstmalig ermöglichte, Leistungen wie Online-Kurse, telefonische Beratungen und Videosprechstunden bei der Krankenkasse abzurechnen. In manchen Situationen könne dies auch dauerhaft es eine Option sein, die aber – so wurde es nachdrücklich betont – den persönlichen Kontakt nicht ersetze. Die Beschränkungen während der Corona-Lockdowns haben hier erste Erfahrungen gebracht. Die Hebammen berichten, in der pandemischen Anfangszeit teilweise auf Online-Beratung umgeschwenkt zuhaben, um den Kontaktbeschränkungen zu entsprechen. Ein positiver Effekt war, dass dies die Möglichkeit eröffnete, überregionale Beratung anzubieten. Es konnte über den räumlichen Tätigkeitsradius hinausgewirkt werden, wovon Frauen, die weiter entfernt wohnten, profitieren konnten (#5). Während Leistungen wie Still- und Beikostberatung oder Fragen während der Schwangerschaft i.d.R. gut telefonisch zwischendurch erfolgen könnten, ließe sich die Betreuung im Wochenbett keinesfalls in den digitalen Raum verlegen, darin waren sich alle Befragten einig. In dieser Phase sei es essenziell, sowohl Mutter als auch Kind zu sehen, abzutasten und vor Ort zu sein: *„Gerade was den Neugeborenen betrifft, muss man den live und in Farbe sehen“* (#10).

Das Kennenlernen am Bildschirm war bei einigen eine Notlösung während strenger Abstands- und Kontaktregeln (#6). Der direkte Kontakt sei für die Betreuung jedoch unumgänglich:

*„Das kann ich nicht, wenn ich sie nicht vor Ort habe. Und von daher finden die meisten Termine in Präsenz statt und das Medium ja Video oder Telefon ist ganz nebensächlich und nicht sehr sinnvoll für meine Arbeit“* (#4).

In den Fällen, die tatsächlich ohne Präsenz auskommen können, sei die neue Abrechnungsmöglichkeit durchaus vorteilhaft, um Wege zu sparen, aber vor allem auch dafür, um für spontane Beratung „zwischendurch“ *entlohnt* zu werden. Eine Befragte hoffe daher auf den Erhalt dieser Ziffer, da sie die Abrechnung digitaler Leistungen für zukunftsfähig erachte: *„Weil das ist ja schon einfach was ist, was immer mehr kommen wird und einen Raum in unserer Gesellschaft finden wird“* (#3).

## **Technikaffinität und Generationenkonflikte?**

Ein weiterer Aspekt, der in den Gesprächen deutlich wurde, ist, dass die Bereitschaft der Mediennutzung auch eine Generationsfrage ist. Nicht zu vernachlässigen bei der Wahl von Kommunikationsmitteln ist gewiss die individuelle Technikaffinität. Während die jüngeren Hebammen weniger vor der Nutzung digitaler Tools zurückschrecken – da der Umgang für die jüngere Generation „normaler“ sei (#4) –, ist Skepsis eher von den älteren Befragten zu



vernehmen. So schilderte eine Hebamme (Ende 50), dass Videotelefonie für sie nicht in Frage komme, einzig als Notfalllösung im Krankheitsfall, wenn ein Besuch nicht möglich sei. Sie greife lieber zum Telefon und vermute, dass die jüngere Generation offener mit Videoanrufen umgehen würde:

*„Aber ansonsten bin ich nicht der Fan von diesem Medium. Ich jetzt persönlich. Vielleicht bin ich dafür schon zu alt. Und interessiere mich auch für diese Technik nicht, muss ich ehrlich gesagt sagen. Ich jetzt persönlich, aber für junge Hebammen ist das vielleicht toll. Die machen sowas sicherlich häufiger auch mit ihren Frauen. Also ich telefoniere gerne so am Telefon“ (#7).*

Einige der Befragten, die weniger geübt im Umgang mit Technik seien, äußern sich bei der zur Hilfenahme digitaler Tools zunächst gehemmt, obgleich ein Nutzen vermutet wird: *„Ich bin einfach nicht so ein Computermensch. Und ich glaube aber schon, dass wenn man digital dokumentiert, dass man insgesamt weniger Schreibkram hat. Weniger ja Papierzeug zu Hause rumliegen hat“ (#4).*

### **Sprachliche Barrieren? Austausch mit Händen und Füßen!**

Die befragten Hebammen berichteten, dass sie sehr unregelmäßig Anfragen von Frauen und Familien bekämen, die kein Deutsch sprechen und/oder aus anderen Kulturkreisen kommen. Eine mehrsprachige Betreuung sei, so die Erfahrungen der befragten Hebammen, daher eher selten. Es bestehe der Eindruck, dass es in anderen Kulturkreisen entweder nicht bekannt oder unüblich sei, eine Hebamme hinzuzuziehen. Wenn doch einmal anderssprachige Anfragen kämen, sei dies oft sehr kurzfristig, sodass Hebammen, die ihre Kapazitäten langfristig planen, oft nicht übernehmen könnten. Die Unregelmäßigkeit solcher kurzfristigen Anfragen erschwere es, Notfallplätze freizuhalten (#9).

Vereinzelt wird von der Betreuung geflüchteter Frauen und Familien, von fremdsprachigen Kursteilnehmerinnen oder Kontakten in der Klinik berichtet. Anfragen aus anderen Kulturkreisen kämen meist über Kontakte und den Austausch unter Frauen, z.B. in Geflüchtetenunterkünften oder im Migrationsbüro: *„Kontakt, also wer Kontakt haben will, kriegt immer über irgendeine Institution Kontakt zu uns“ (#8).* Ab und zu kämen Anfragen direkt aus dem Krankenhaus, die eine Hebamme vermitteln wollen. Selber würden die meisten nicht anrufen, so die Erfahrung einer Hebamme aus Göttingen (#3).

In der außerklinischen Geburtshilfe habe eine der Befragten kaum mit fremdsprachigen Frauen zu tun. Diese würden meist den „klassischen Weg“ über Gynäkologen gehen, die oftmals nicht früh genug auf die Hebammenunterstützung hinweisen würden. Hinzu komme, dass die Möglichkeit der außerklinischen Geburtshilfe nicht ausreichend bekannt sei, so ihr Eindruck (#10). Insbesondere Migrantinnen, so schildert es eine Hebamme von der Wochenbettstation, bekämen erst im Krankenhaus mit, dass sie eine Hebamme hinzuziehen

können, wenn es bereits zu spät sei (#7). Es werde sich nicht vorausschauend gekümmert, kritisiert sie.

Was sprachliche Barrieren angeht, schildern die Befragten übereinstimmend gute Erfahrungen damit, sich mit „Händen und Füßen“ zu verständigen. Eine Hebamme beschreibt den Umgang mit Sprachbarrieren im Klinikalltag wie folgt: *„Gar kein Problem/, das ist alles überhaupt kein Problem. Das macht man sich höchstens zum Problem, wenn man damit nicht umgehen kann“* (#7). Wichtig sei, dass man offen aufeinander zugehe und lächelt. *„Mit Händen und Füßen kann man sich super auseinandersetzen“* (#7). Ähnlich erlebt es eine Hebamme in der Vor- und Nachsorge:

*„Ja also ich sage denen dann, ich kann ein bisschen Englisch, also man kann ja mit Händen und Füßen, also so eine richtige Sprachbarriere gibt es da eigentlich nicht. Ich habe auch schon Frauen betreut, die kamen aus dem Sudan und trotzdem ging es irgendwie, haben wir es hingekriegt mit ein bisschen Englisch und dann hat die ein bisschen Französisch (...) also man konnte sich irgendwie verständigen, geht trotzdem“* (#1).

Als unterstützende Medien wurden zudem gute Erfahrung mit Bildatlanten gemacht, mit deren visueller Unterstützung etwa Fragen zum Stillen erklärt werden können. Solche Materialien gebe es vom Hebammenverband, um die Betreuung fremdsprachiger Frauen zu erleichtern. Hilfreich seien auch Online-Übersetzer (#9). Auch komme es vor, dass Freunde oder Bekannte zum Übersetzen mitgebracht werden (#6). Familienhebammenklientel lasse sich hingegen nicht gut betreuen, wenn Sprachbarrieren vorliegen: Bürokratische Dinge seien nicht mit Händen und Füßen zu erklären, hier bedürfe es einer dolmetschenden Person (#8).

## **Folgerungen (II)**

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die befragten Hebammen durchaus Vorteile in der Nutzung digitaler Tools als ergänzende Kommunikationsmittel im Hebammenalltag erkennen können, aber auch klare Grenzen setzen. In gewissen Bereichen könnten Absprachen über digitale Formate erleichtert werden (z.B. Still- und Beikostfragen). Zudem ist eine gewisse Technikaffinität nicht zu unterschätzen, die über die individuelle Bereitschaft der Integration digitaler Hilfsmittel im beruflichen Alltag mitentscheidet. Mit Blick auf die Einsparung von Besuchen und damit entstehenden Wegstrecken sei immer zunächst abzuwägen, worum es geht. Manche Dinge könnten gut über Messenger geklärt werden und eine Zeitersparnis bedeuten. In vielen Situationen bedürfe es aber dem persönlichen Gespräch oder auch dem persönlichen Kontakt vor Ort, was nicht unter der Möglichkeit einer erleichterten digitalen Kommunikation leiden dürfe:

*„Aber ich kann natürlich nicht alle Situationen digital klären oder das Gespür für diese Situation bekommen, wie ich es aus persönlichen Telefongesprächen oder aus einem persönlichen Gespräch bekommen kann. Es kann unterstützen aber es wird nie 100%-ig ersetzen können“* (#9).

Die Gespräche über die lebensweltlichen Erfahrungen der Hebammen aus ihrem Alltag unterstreichen: Digitalisierung hat ihre Grenzen, wenn es um das Emotionale und Psychosoziale geht. Eine Befragte bringt die Stärken und Schwächen deutlich auf den Punkt:

*„Also unterstützen denke ich kann es bei der Alltagsorganisation. Bei niedrigschwelligen Fragestellungen. (...) Also niedrigschwellig irgendwelche Allgemeinsachen, dass sie da einfach eine gesicherte Informationsquelle haben, das könnte uns entlasten. Dass wir da weniger Anfragen bekommen bei der Organisation des Arbeitsalltags dadurch, dass wir eine gesicherte Kommunikationsstruktur haben. Das finde ich ganz wichtig. Grenzen sehe ich eben bei der emotionalen Beratung tatsächlich. Ich glaube das ist eher dazu geeignet das, um Fakten und solche Sachen auszutauschen wie Gewicht, wie Stillhäufigkeit (...) oder eine Terminabsprache. Aber das ganze emotionale und psychosoziale muss tatsächlich, glaube ich, einfach persönlich stattfinden, weil man da einfach mehr Feedback braucht, als es, glaube ich, eine Digitalisierung bieten kann. (...) Und da, denke ich, sind die Grenzen einfach der Digitalisierung erreicht“ (#9).*

## HERAUSFORDERUNGEN IM LÄNDLICHEN RAUM: MOBILITÄT UND ANREIZE

### Tätigkeitsradius

Lange Fahrtzeiten spielen vor allem in ländlichen Räumen eine Rolle im Arbeitsalltag von aufsuchenden Hebammen. Viele Hebammen schildern, einen Großteil ihrer Zeit im Auto zu verbringen, wenn Frauen im Wochenbett, zur Vorsorge oder im Fall einer Hausgeburt aufgesucht werden. Die Hebammen haben i.d.R. bestimmte Tätigkeitsgebiete, doch je ländlicher und verteilter Gemeinden und Dörfer liegen, desto längere Fahrten ergeben sich zwischen den Besuchen. Der Tätigkeitsradius ist daher im Arbeitsalltag von Hebammen eine wichtige Komponente, die über Arbeitsbelastung und Kapazitäten bestimmt.

Eine Hebamme, die in einer Kleinstadt im Landkreis Northeim sowie deren näherer Umgebung tätig ist, berichtet von Anfragen, die bis in den benachbarten Landkreis reichen und die sie aufgrund von Distanzen bis zu 40 Kilometer pro Strecke kaum übernehmen kann (#6). Ihre Kollegin in einer anderen und sehr ländlich geprägten Ecke des Landkreises schildert, dass sie teilweise 30-minütige Strecken zu Frauen in den umliegenden Dörfern fahre. Dabei achte sie darauf, dass die Termine an einem Tag auf einer Route liegen. Dies habe Vorteile für die Abrechnung, da die Krankenkasse nur Strecken bis 25 Kilometer übernehme<sup>4</sup> – längere Distanzen seien nicht abrechenbar. Komme es also zu der Überschreitung und es werden längere Strecken gefahren – was im ländlichen Raum kaum zu verhindern ist –, könnten diese

---

<sup>4</sup> Unterscheidet sich je nach Krankenkasse.

zusätzlichen Kilometer von den Frauen auf der Route geteilt werden. Dieses Vorgehen geht natürlich nur so lange auf, bis sich Geburtstermine verzögerten oder verschoben und die Stationen auf der Route weniger würden (#7).

Die Befragte sieht aber auch Vorteile in der Arbeit im ländlichen Raum. Sie schätze die Überlandfahrten, da dies etwas von Urlaub für sie habe. Auch entfielen die stressige Parkplatzsuche, wie sie meist in der Stadt anfallen und Besuche in der Stadt für sie anstrengender machten (#7). Für bekannte Frauen würden auch längere Fahrtwege in Kauf genommen, etwa wenn das erste und zweite Kind schon betreut wurden und bei der dritten Schwangerschaft wieder eine Anfrage kommt. In so einem Fall versucht die Befragte eine weitere Betreuung auf dieser Strecke zu bekommen, die sie sonst nicht anfahren würde, damit die Kilometer unter den Frauen geteilt werden können. Ihr ist die Rücksichtnahme auf ländlichen Wohnort wichtig:

*„Dann könnte ich der Frau das privat in Rechnung stellen, was ich allerdings nicht machen würde, weil die Frau soll da nicht drunter leiden, dass sie, also gerade so im Uslarer Raum findet man auch nicht unbedingt eine Hebamme. Und dann gucke ich eher, dass ich eine Frau noch auf dem Weg finde“ (#7).*

Eine andere Hebamme im östlichen Landkreis Göttingen bemisst ihren Tätigkeitsradius nach den Vorgaben der Krankenkassen: Die Reichweite der zu betreuenden Frauen sei durch den vorgegebenen Radius der Krankenkassen gegeben. Der Radius von etwa 20 Kilometern sei im Zuge der Pandemie etwas erhöht worden:

*„Wir haben jetzt so einen festgesteckten Radius, in dem wir die Frauen dann betreuen dürfen. Wir versuchen das schon so ein bisschen auf die nähere Umgebung hier zu begrenzen“ (#9).*

In Ausnahmefällen (Bekannte, Freundin, befreundete Hebamme) werde die Grenze überschritten, doch im Normalfall betreue sie im Radius von 12-15 Kilometern und nehme nach Möglichkeit Frauen aus einem Bereich an, die nicht völlig entgegengesetzt wohnten. Insgesamt sei ihre Erfahrung, dass Schwangere, die ländlich wohnen und zum Beispiel für die Teilnahme an Kursen länger fahren müssen, diese Strecken gerne in Kauf nähmen (#9).<sup>5</sup> Ähnliches schildert Hebamme #8, die im südlichen Landkreis tätig ist und nur in Ausnahmefällen (Familienhebamme) in die andere Richtung fahre (#8). Eine sorgfältig geplante Route schildert auch Hebamme #2, die primär in Göttingen betreue, aber auf der Strecke dorthin bereits Frauen auf die Route durch das Umland aufnehmen.

Als eine der wenigen Hebammen, die außerklinische Geburten betreuen, befährt die Befragte einen sehr großen Radius:

---

<sup>5</sup> Dass mit dem Leben im ländlichen Raum weitere Strecken einhergehen, um gewisse Leistungen zu erreichen, wurde auch in Interviews mit Müttern im Landkreis Northeim thematisiert. Dass Angebote i.d.R. nicht vor der Haustür zu finden und immer mit Fahrtwegen verbunden seien, wurde von den ländlich lebenden Familien als Normalität und nicht als benachteiligend wahrgenommen.

*„Also ich betreue einen wahnsinnig großen Radius, aber schon immer (...) Also bevor es das Geburtshaus gab, hab ich Hausgeburten bis Hannover begleitet. Nordhausen, Beverungen also Nordrhein-Westfalen. (...) Großalmerode hinter Witzenhausen. So als Süden. Hessisch Lichtenau waren wir jetzt auch“ (#10).*

Eine Befragte aus dem südlichen Landkreis Göttingen schildert, dass sie teilweise Anfragen aus Duderstadt oder Heiligenstadt erreichten, was das Betreuungsdefizit auch in diesen Regionen veranschaulicht: *„das ist wirklich sehr weit, dass man bis Göttingen quasi angefragt wird. Weil dort keiner mehr ist, der Hausbesuche macht. Wochenbettbetreuung“ (#5).*

Die befragten Hebammen aus der Stadt Göttingen schildern den „Luxus“, der mit ihrem Wohn- und Tätigkeitsraum in der Stadt verbunden sei, wo genug Frauen zu betreuen seien und keine Wege ins Umland, die längere Wegstrecken mit sich bringen würden, getätigt werden müssten:

*„Also früher habe ich wirklich auf den Dörfern auch noch Wochenbettbesuche gemacht. Da war so die Angst ‚Oh Gott, ich muss schnell voll werden‘. Also das bedeutet, so viele Frauen annehmen, dass für mich sich safe anfühlt. Mittlerweile kann ich mir den Luxus rausnehmen, wenn eine Anfrage kommt aus was weiß ich Hardeggen oder Bovenden oder was auch immer, dass ich sage: ‚Nö. Brauche ich nicht‘. Ich kann eine Frau hier im Stadtgebiet annehmen. Fahre vier bis zehn Minuten von einem Termin zum nächsten. Was natürlich eine super Zeitersparnis ist. Anstatt lange über Dorf zu fahren. Oder über die Autobahn. Und so kann ich natürlich eher eine Frau mehr annehmen, weil ich nicht mehr so lange im Auto sitze. Ja und man spart natürlich Kilometer und Benzin und den ganzen Mist. Also ich kann mir den Luxus rausnehmen. Das ist natürlich blöd für die Frauen, die auf dem Land wohnen. Ich meine, das ist ja auch bei den Ärzten ein Problem. Aber ja, ich habe genug hier zu tun. Ich, ja genau brauche nicht so weit fahren mehr. Gott sei Dank“ (#4).*

Die befragte Hebamme #2 weist auf einen Aspekt hin, der die sorgfältige Planung der Routen durchkreuzen kann: Im Vertretungsfall, wenn spontan eine Schwangere einer Kollegin übernommen wird, könne es schnell dazu kommen, über den eigenen Radius hinauszufahren, was sich letztlich auf die Betreuungszeit bei der Schwangen vor Ort auswirkte *„Ja, wenn ich jetzt mal Uslar nehme, wenn ich nur nach Uslar fahre, dann sitze ich mehr im Auto als bei der Frau“ (#2).*

Eine weitere Befragte aus Göttingen berichtet, dass sie seitdem sie selber Kinder habe, fast nur noch Frauen in der Stadt betreue. Um die schlechtere Betreuungssituation von Frauen im ländlichen Raum zeigt sie sich besorgt. Neben der eigenen familiären Verpflichtung, wird hier auch der Umweltgedanke ins Gespräch gebracht. Es zeigt sich eine Diskrepanz zwischen dem Leistbaren und dem eigenverantwortlichen Handeln:

*„Ich bin vor den Kindern überall hingefahren, weil ich immer nicht an der Stadtgrenze Schluss machen wollte. Auch gerade für die Belegfrauen, also die sich verabreden zur Geburt, war mir das wichtig, dass auch die auf dem Land/ Land da eine Möglichkeit haben. Aber ja, ich versuche das immer weiter einzuschränken, weil ich auch versuche*

*immer weniger Auto zu fahren. Also das ist so/ noch so ein persönlicher Anspruch. Und weil natürlich auch einfach diese Fahrzeit Zeit ist. (...) Und je nachdem wie viel man zu tun hat, wie intensiv die Hausbesuche ist, ist es ein entspanntes Hin- und Herfahren oder ist es ein Hetzen von Haustür zu Haustür, vergessen zu essen und immer mit dem schlechten Gewissen, wann hole ich die Kinder heute ab“ (#3).*

### **Anreize schaffen durch Fördermaßnahmen**

Im Landkreis Northeim bereits im Jahr 2019 erfolgt, hat im Jahr 2020 auch der Kreistag des Landkreises Göttingen eine Richtlinie für Fördermaßnahmen zur Verbesserung der Hebammenversorgung im ländlichen Raum beschlossen. Die beiden südniedersächsischen Landkreise reagierten damit auf die bundesweit schlechter werdende Entwicklung im Bereich der Schwangerenversorgung und ergriffen diese Gegenmaßnahme, um eine flächendeckende Betreuung sicher zu stellen. Die Maßnahme umfasst für den Landkreis Northeim fünf, für den Landkreis Göttingen sieben Module, die Hebammen und Entbindungspfleger bei ihrer beruflichen Tätigkeit unterstützen und langfristige Perspektiven für die Tätigkeit im ländlichen Raum eröffnen sollen (vgl. Landkreis Northeim 2019; Landkreis Göttingen 2020). Direkte Unterstützung erfolgt durch die Bezuschussung der Ansiedlung von Fachkräften in der Region, von Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen und der Wochenbettbetreuung. Im Landkreis Göttingen kommt die Bezuschussung von Fahrtgeldern hinzu. Zusätzlich ist das Projekt HEDI als fünftes bzw. siebtes Modul in den Förderprogrammen als eine indirekte Unterstützung durch die Gesundheitsregion Göttingen e.V. verankert. Im Landkreis Northeim trat die Richtlinie zum 1. September 2019 in Kraft und läuft bis 31. Dezember 2022. Im Landkreis Göttingen trat sie (rückwirkend) zum 1. Januar 2020 in Kraft, lief zunächst bis Ende 2021 und wurde für die Jahre 2022 und 2023 verlängert. Damit fiel die Erprobung der Förderrichtlinie in den beiden Landkreisen in die Projektlaufzeit von HEDI und konnte in den qualitativen Interviews mit ansässigen Hebammen berücksichtigt werden. Für die Umsetzung der Maßnahme stellt der Landkreis Northeim jährlich 38.000 Euro im Haushalt bereit (Landkreis Northeim 2019a). Im Landkreis Göttingen stellt der Kreistag jährlich jeweils 100.000 Euro zur Förderung der Hebammenversorgung zur Verfügung (Göttinger Tageblatt 2020). Im Jahr 2020 wurden nur wenig Fördermittel abgerufen, im Jahr 2021 waren es ca. 50.000 Euro, die abgerufen und an vierzig Hebammen ausgezahlt wurden. 2021 gab es fünf Neugründungen im Landkreis Göttingen, für die eine Gründungsunterstützung erfolgte. Darüber hinaus wurden die meisten Fördermittel für die Betreuung im Wochenbett beantragt (ebd.). Welche Erfahrungen die befragten Hebammen mit der Förderrichtlinie gemacht haben und wie sie die Maßnahme mit Blick auf eine Verbesserung der Versorgungslage bewerten, war Inhalte der im Projekt geführten Interviews und wird im Folgenden dargestellt.

Die Umsetzung der Förderrichtlinie im Landkreis Northeim bewertet eine dort ansässige Hebamme als gut; sie habe selber bereits von der Bezahlung von Fortbildungen und der Bezuschussung von Wochenbettbesuchen profitiert (#6). Den Anreiz für die Bezuschussung von Neuansiedlungen beschreibt sie als *„(...) eine nette Geste auch für neue Kolleginnen, die sich neu ansiedeln. Die kriegen ja richtig so einen Gründungszuschuss. Also das finde ich schon echt eine nette Sache“* (#6).

Eine Hebamme, die im Landkreis Göttingen tätig ist, spricht das Mentorenprogramm als integralen Bestandteil der Förderrichtlinie an: *„Ganz wichtiger Punkt, dass man von älteren Hebammen mit an die Hand genommen wird und eine Einführung eben auch bekommt. Das hat mir sehr geholfen am Anfang tatsächlich“* (#9). Sie selbst mache Gebrauch von der Maßnahme und beschreibt, welche Leistungen gefördert werden:

*„Für jede betreute Frau bekommt man nochmal einen gewissen Zuschlag als Landkreis-Hebamme. Für weite Strecken, die man fährt, bekommt man dann nochmal einen Zuschlag, weil das zum Teil eben nicht von den Krankenkassen übernommen wird. Und Neuansiedlungen bekommen die Kollegen, meine ich, dieses Jahr auch noch. 3000 Euro, wenn sich eine Hebamme im Landkreis niederlässt. Wenn man jetzt als Althebamme quasi Mentorenprogramm macht und diese neue Hebammenkollegin mit an die Hand nimmt, bekommt man auch nochmal Geld vom Landkreis quasi“* (#9).

Auch die befragte Hebamme #10 hat von der Förderrichtlinie im Rahmen einer Neugründung Gebrauch gemacht und bewertet die Maßnahme auf Nachfrage mit: *„Also das ist ganz nett.“* Jedoch sei das Formular *„zu bürokratisch“*, weshalb sie vermutet, dass viele Kolleginnen die Förderungen gar nicht beantragen werden. Auch würde es, nach ihrer Einschätzung, nicht überzeugen, damit sich Hebammen neu im Landkreis ansiedelten, die dies nicht auch ohne diesen Anreiz vorgehabt hätten. Das Problem seien viel mehr die Krankenkassensätze:

*„Die gesetzlichen Krankenkassen machen sich mittlerweile einen Spaß daraus, unsere Rechnungen zu kürzen. Und da ist der Frust viel höher. Also die AOK setzt einen Praktikanten dran und sagt Google Maps soll ihm sagen, was die kürzeste Strecke ist, damit ich ja nicht 3km zu viel abgerechnet habe“* (#10).

Ähnlich beschreibt es die befragte Hebamme #8, die im Landkreis Göttingen tätig ist: Sie bezweifelt, dass sich die Situation im ländlichen Raum durch die Förderrichtlinie verbessern wird. Es sei ein netter Zuschuss für Besuche und weitere Fahrten, die sie ohnehin gemacht hätte. Jedoch ist sie skeptisch, dass es ein Anreiz für die Niederlassung neuer Hebammen sei (#8). Weiter führen diesen Aspekt die Hebammen #3 und #5 aus:

*„Es würde mich jetzt aber auch nicht an der Entscheidung irgendwie, glaube ich, dass es fördert dann rauszugehen aufs Land. Also, nicht, weil ich nicht auf das Land will, aber da kann man sich ja auch nichts mehr leisten. Dann wären die 4.000 Euro glaube ich auch nicht, nicht so der Grund. Also das ist nett, aber ich glaube nicht, dass jetzt daraufhin Kolleginnen rausziehen. Das glaube ich nicht. Das nimmt man gerne mit,*

*wenn das so ist, aber ich glaube nicht, dass es zu der Entscheidung beiträgt und (..) es/ es ist, also es ist, ja, es ist wie so ein Bonbon, finde ich so“ (#3).*

*„Ich meine, wenn Hebammen mehr im ländlichen Bereich arbeiten sollen, die würden es ja machen, wenn sie da wären. Also, es ist, glaube ich, die Menge insgesamt, die das Problem ist. Und für die, die das dann machen oder irgendwie mehr im ländlichen Bereich arbeiten ist es ja ein guter Zuschuss, ja. Aber prinzipiell glaube ich, um das attrak/ ist es viel wichtiger, genau, das insgesamt attraktiver zu machen. Und da müsste man, glaube ich, über eine ganz andere Art der Finanzierung von Hebammenarbeit nachdenken“ (#5).*

Ein weiterer Eindruck blickte der Fördermaßnahme mit einer gewissen Skepsis entgegen, die die Befragte mit einer wahrgenommenen Kontrolle durch die Offenlegung ihrer Tätigkeit gegenüber dem Landkreis beschrieb:

*„Ich wollte es nicht beantragen, weil ich habe natürlich zehn Frauen im Umkreis betreut, auch mit so und so viel Wochenbetten und mir hat diese, dass man die eventuell überprüfen kann, also muss oder sollte (...) Das heißt, es kann sein, dass ich auch kontrolliert werde, ob ich auch diese zehn Frauen betreut habe. Das war ein Punkt, wo ich gedacht habe ‚Okay, Kontrolle‘. Kontrolle Landkreis, Kontrolle Krankenkasse, Kontrolle Finanzamt, Kontrolle der Kilometer, ja richtig aufschreiben. Im Grunde genommen werde ich ja nur noch kontrolliert“ (#2).*

Zudem bestand die Befürchtung, dass durch die Bezuschussung die Einkommensgrenze überschritten werde und somit eine höhere Steuerklasse erreicht werde:

*„Ich habe das jetzt gemacht, weil es hieß, sonst werden die Gelder gestrichen. Aber ich wollte es nicht. Ich habe es aber trotzdem gemacht, damit die Gelder nicht für die anderen Kollegen gestrichen werden. Ich hätte die, ich wollte diese Einnahmen echt mehr haben. Ich will keine Einnahmen mehr haben über mein Pensum was ich habe, das ich mir gesetzt habe, damit ich nicht höher rutsche“ (#2).*

Ähnlich argumentiert eine Hebamme, mit Wohnsitz in Göttingen, die gelegentlich Fahrten in den ländlichen Raum unternimmt. Auf die Frage, ob sie von der Maßnahme bereits Gebrauch gemacht habe, beschreibt sie ihre Kritik:

*„Ich habe es nicht gemacht. Das bedeutet, dass man für jede Frau bekommt man 20 Euro. Wenn man sie mindestens dreimal besucht hat im Wochenbett. Das hat nichts mit der Schwangerschaft zu tun, nichts mit der Geburt. Man muss sie dreimal im Wochenbett besucht haben. Und naja, wenn ich jetzt über das Jahr drei Frauen hatte, die ich eben außerhalb hatte, in Bovenden, Gleichen oder wo auch immer, dann habe ich 60 Euro verdient. Brutto. Die muss ich nachher auch wieder steuerlich absetzen. Und das geht dann auch wieder auf meinen Gewinn drauf. Also wie gesagt, ne? Man muss das immer wirtschaftlich sehen, Und das ist ein Witz. Also für 20 Euro pro Frau, die ich dann aber intensiv neun Monate plus Wochenbett betreue, ist es kein Anreiz für mich dann draußen mehr Frauen anzunehmen. Ne? Die Idee ist nicht schlecht. Aber es ist für mich kein Anreiz. Da würde ich jetzt nicht denken ‚Ach ja, dann lohnt sich das*



*ja dieses Mal. Ne. Also diese Frau nehme ich trotzdem nicht an. Und deswegen wird das auch nach hinten losgehen. Es wird sich nichts verändern" (#4).*

Die Frage danach, wie viel Arbeit sich lohnt, ohne dass die steuerlichen Abgaben zu hoch werden, ist ein Aspekt, der bei der Betrachtung von Kapazitäten in der Freiberuflichkeit nicht zu vernachlässigen ist. Für Hebammen, die ihren Wohnsitz in der Stadt Göttingen haben, betrifft die mögliche Förderung Fahrten und Betreuungen, die im Landkreis stattfinden. Eine Hebamme berichtet, dass sie den Zuschuss für Wochenbettbesuche beantragt und „recht flott“ ausbezahlt bekommen hat. Sie bemängelte jedoch, dass sie, obwohl ihr Tätigkeitsgebiet vorwiegend der ländliche Raum liege, keine Zuschüsse für Fortbildungen beantragen könne, da ihr Wohnsitz zur Stadt Göttingen zähle (#1). Zwei weitere Hebammen, die in der Stadt Göttingen tätig sind, hätten von der Förderrichtlinie im Landkreis gehört und lobten in erster Linie das Zeichen der Anerkennung, das mit der Maßnahme einhergehe: „Also das ist, finde ich, gut, finde ich, nett und es ist auf jeden Fall ein Stück Anerkennung auch. Ein Schritt so – ah okay, es wird gesehen, dass es da Probleme gibt, so“ (#3).

### **Folgerungen (III)**

Größere Distanzen zwischen den aufzusuchenden Frauen in ländlicheren Gegenden sind eine Herausforderung für die Schwangerenversorgung. Für Hebammen spielt der Tätigkeitsradius, innerhalb dessen sie praktizieren, daher im Arbeitsalltag eine wichtige Komponente, die über Arbeitsbelastung und Kapazitäten bestimmt. Um Besuche möglichst effizient zu organisieren, kommt es auf eine gute Koordination und Planung der zu fahrenden Routen an. Zunehmende Anfragen, die die befragten Hebammen zum Teil weit über ihre Tätigkeitsradien hinaus erreichen, legen offen, dass in vielen ländlichen Regionen zu wenig Hebammen ansässig sind. Das Problem der Unterversorgung findet durch die beschlossene Förderrichtlinie (zumindest auf Landkreisebene) politische Beachtung. Ob die Maßnahme wirkungsvoll ist wird jedoch von den Befragten mehrheitlich mit Skepsis betrachtet. Der Eindruck ist, dass es für Hebammen, die hauptsächlich in Göttingen und nur sehr selten im Landkreis unterwegs sind, wirtschaftlich kein Anreiz sei und sich nicht lohne, zusätzliche Betreuungen im Landkreis anzunehmen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die befragten Hebammen die Fördermaßnahme größtenteils als ein nettes Angebot und die Möglichkeit eines kleinen Zuverdienstes bewerten. Ein Anreiz für die Neuansiedlung von Hebammen im ländlichen Raum oder gar ein nachhaltiges Entgegenwirken des Versorgungsengpasses halten die Befragten jedoch für unwahrscheinlich. Hervorzuheben ist zudem die wahrgenommene Wertschätzung der Problematik seitens der Politik, was als ein erster und wichtiger Schritt bei der langfristigen Verbesserung der regionalen Schwangerenversorgung bewertet wird.

# CHANCEN UND GRENZEN VON DIGITALISIERUNG IM HEBAMMENBERUF

## **Projektdurchführung unter dem Eindruck der Pandemie: Steigende Akzeptanz für die Digitalisierung im Hebammenwesen?**

Die Durchführung des Projekts fiel in den Zeitraum der aufkommenden Pandemie im Frühjahr 2020. Für die Projektbeteiligten hatten die damit verbundenen Maßnahmen und Ereignisse große Auswirkungen auf die Entwicklung, Koordination wie auch Evaluation. Die Durchführung der Hebammeninterviews fand entgegen der gewohnten Forschungspraxis per Videokonferenz statt, womit jedoch sehr gute Erfahrungen gemacht wurden. Für die Arbeit der interviewten Hebammen brachte die Pandemie Herausforderungen in der alltäglichen Berufspraxis. Neben vielfachen Einschränkungen hat die Corona-Pandemie seit 2020 neuen Fahrtwind in die Digitalisierung in Deutschland gebracht. Begegnungen, Erledigungen und Dienstleistungen wurden zeitweise (sofern möglich) aus dem analogen in den digitalen Raum verlegt, was in vielen Branchen zum Betreten bislang wenig genutzter digitaler Pfade führte. Für Hebammen trat eine Sonderregelung zur Abrechnung digitaler Leistungen (gemäß § 134a SGB V) in Kraft, die das Abrechnen von Telefonaten und Fernbetreuungen seither ermöglicht<sup>6</sup>. Ein wichtiger Schritt für die Nutzbarmachung digitaler Möglichkeiten und die Alltagstauglichkeit von Plattformen wie HEDI.

Im Interview wurden die Hebammen gefragt, ob die Pandemie neue Erkenntnisse gebracht habe, was in der Krisensituation besonders deutlich wurde und in welchen Bereichen sich dringender Handlungsbedarf gezeigt hätte. Insgesamt habe sich auch im Arbeitsalltag der Hebammen mehr Arbeit ins Digitale verlagert, was für die Qualität der Tätigkeit jedoch weitestgehend als nachteilig empfunden wurde:

*„Eigentlich ist die normale Hebammen-Arbeit für mich gleichgeblieben, außer jetzt zu Corona, dass ich online viel arbeite. Dass sich viel digitalisiert hat. Das ist natürlich nicht so schön, weil man lieber die Kurse und auch manche Gespräche lieber in echt führen würde. Aber das gilt wahrscheinlich in allen Branchen allen so“ (#6).*

Durch die fehlende persönliche Komponente, schilderten einige Hebammen, dass sich ein Qualitätsverlust in der Betreuung bemerkbar machte. Deutlich würde dies etwa beim Führen von telefonischen Erstgesprächen, da durch die fehlende Nähe „das Gefühl für die Frau und ihre Bedürfnisse“ weniger intensiv sei (#9) und man vor Ort zudem einen Eindruck der familiären Umstände bekomme (#6), was nicht zu unterschätzen sei:

---

<sup>6</sup> Geregelt in der „Befristeten Vereinbarung über im Wege der Videobetreuung erbringbare Leistungen der Hebammenhilfe vom 17.02.2022 (Übergangsvereinbarung Videobetreuung Hebammen)“ zwischen dem Deutschen Hebammenverband und dem GKV-Spitzenverband der Krankenkassen, unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/ambulante\\_leistungen/hebammen/22-02-17\\_Videobetreuung\\_Hebammen\\_Uebergangsvereinbarung.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/22-02-17_Videobetreuung_Hebammen_Uebergangsvereinbarung.pdf).

*„Und da habe ich zum Beispiel mir bei den Vorgesprächen, diesem ersten Kontakt, den man ja sonst auch Face-to-Face hat, den habe ich da mit ein paar Frauen am Telefon geführt. Und das war nett. Das war in Ordnung. Und dann habe ich aber gemerkt, dass ich natürlich kein Gesicht dazu habe. Und selbst wenn ich es gehabt hätte, war dann eine total große Barriere, weil wir uns irgendwie noch nie in echt kennengelernt haben. Und beim zweiten Kontakt, der dann real war, ja war es doch wieder wie ein Erstkontakt. Das war ganz, ganz eigenartig für beide glaube ich. (...) Und ich biete eigentlich immer Präsenzkontakte an, weil es einfach nicht anders geht, ne? Schwangere muss man auch natürlich am Bauch rumtasten und gucken und Herztöne hören und das funktioniert eigentlich in der Regel nicht. Klar kann ich mal am Telefon eine kurze Frage beantworten, aber viel ergibt sich wirklich über diesen Präsenztermin“ (#4).*

Auch die Wahrnehmung des Umfeldes sei ein wichtiger Teil der aufsuchenden Hebammentätigkeit:

*„Also wirklich vor Ort mit den Familien als komplett zu arbeiten. Ich lerne die Familie kennen, ich lerne die Geschwisterkinder kennen, den Mann, vielleicht die Großeltern noch und die Frau. Und so kann man eigentlich gut an der Basis arbeiten“ (#2).*

Hebamme #3 erkennt Chancen in digitaler Unterstützung, um auf eine Mangelsituation zu reagieren, indem Videosprechstunden im Sinne einer digitalen Wochenbettzentrale die Frauen unterstützen, die sonst keine Betreuung hätten. In allen Gesprächen wurde jedoch nachdrücklich betont, dass der persönliche Kontakt nicht durch das Digitale ersetzt oder kompensiert werden könne. Der analoge, direkte Kontakt sei eine wichtige Säule der Hebammenarbeit, wie die folgenden zwei Zitate hervorheben:

*„Und dann eben, dass letztendlich Digitalisierung wichtig ist aber eben das komplette Normalprogramm nicht ersetzen kann. Also das persönliche, dass das eine sehr, sehr wichtige Säule ist. Und jetzt hat mir das persönlich nochmal gezeigt, die Pandemie, wie wichtig wir doch sind. Auch der emotionale Beistand, das persönliche Aufsuchen der Frauen, dass das einfach eine sehr, sehr wichtige Säule der Hebammenarbeit ist“ (#9).*

*„Also ersetzen kann es das nicht. Auf keinen Fall. Das geht nicht. Mhm (vern.). Man merkt schon, dass alleine diese Distanz in einem Raum, dass das schon für einige, auch für mich, manchmal eine Herausforderung ist. Also, das geht nicht, wenn eine Frau das Kind unter der Geburt verloren hat, Wochenbettbesuche per Video zu machen, so etwas. Das ist einfach nicht machbar“ (#3).*

Mit Blick auf die Umstellung auf Online-Kurse waren die Meinungen verschieden. Einige der Befragten hätten sich für ein Online-Kursangebot entschieden, um einerseits eine Einnahmequelle zu haben und andererseits den Frauen das benötigte Angebot zu geben, die sonst keine Anleitung (z.B. Geburtsvorbereitung oder Rückbildung) hätten (#6). Für eine andere Hebamme sei es wichtig, Online-Kurse anzubieten, da Schwangere zur Risikogruppe gehörten und ein Kursangebot ohne Gefährdung haben sollten. Die Kurse liefen gut und seien

sehr gefragt (#9). Viele Hebammen würden sich aber auch weigern, Online-Kurse zu geben und verzichteten lieber darauf (#6). Eine der Befragten schildert ihren inneren Widerspruch mit der Situation, nicht ins Online-Format wechseln zu *wollen*, trotz des Wissens, dass dann ein Versorgungsangebot fehle: *„Aber ich finde es genauso dramatisch, dass so viele Frauen einfach keinen Kurs haben, keinen Kurs finden. Also das ist so/ Ich bin da selber im Widerspruch mit mir“* (#3). Allerdings verhinderten Vorgaben der Krankenkassen, die digitalen Möglichkeiten auszuschöpfen, denn die Teilnehmerzahl in den Online-Kursen sei weiterhin auf zehn Frauen begrenzt, mehr dürften nicht abgerechnet werden. Somit ermöglichten Online-Angebote zwar eine ortonabhängige Teilhabe, doch stünden dennoch nur für eine begrenzte Anzahl an Teilnehmer:innen zur Verfügung (#6).

Die Befragten schilderten, sich in den ersten Monaten der Pandemie in einer ungewissen Situation und alleingelassen gefühlt zu haben, da das Hebammenwesen als systemrelevante Berufsgruppe lange nicht berücksichtigt wurde (vgl. dhz-online 2021). Hinzu kam, dass es lange Zeit kaum evidenzbasierte Erkenntnisse zu der Situation von Schwangeren im Kontext von Corona und Impfung gab und die Hebammen den verunsicherten Frauen kaum Antworten oder Ratschläge geben konnten (#4).

Über einen positiven Aspekt durch die zu der Zeit geltenden Kontaktbeschränkungen waren sich die befragten Hebammen einig: Den Frauen tat es gut, dass weniger Besuche stattfanden und sie Zeit für Erholung im Wochenbett gehabt hätten (#5, #6). Die Ruhe durch fehlende Besucher:innen auf den Wochenbettstationen wurde seitens der Hebammen als sehr positiv wahrgenommen. Frauen kämen leichter ins Stillen, da sie mehr Ruhe hätten (#1).

Dringenden Handlungsbedarf hat nicht zuletzt die Pandemie im Bereich der sicheren und datenschutzkonformen Kommunikation im Betreuungsverhältnis deutlich gemacht.

*„Wie gesagt, Digitalisierung war auf jeden Fall, da bestand Handlungsbedarf, weil es einfach ja kein MEDIUM für uns Hebammen gibt, wo wir / oder es sehr schwierig ist an ein Medium ranzukommen, wo man wirklich datenschutzrechtlich ausreichende Beratungsmöglichkeiten via Bildschirm hat. Das haben wir so gut wie nicht. Und auch Zoom ist ja umstritten, ob es jetzt wirklich 100%-ig sicher ist. Würde ich jetzt für eine medizinische Beratung auch nie benutzen. Sondern für eine Kursstruktur, da wissen die Frauen auch Bescheid dann eben. Also das, denke ich, ist so eine gewisse Grauzone. Selbst wenn Zoom das jetzt verbessert hat. (...) Also da wünsche ich mir mehr Sicherheit rechtlich. Was die Kommunikation betrifft. Das hat die Pandemie denke ich gezeigt, dass wir da wirklich einfach sowas brauchen, was einfach für uns zugänglich ist, für uns Hebammen, für die Frauen auch“* (#9).

Grundsätzlich habe die Erfahrung seit und während der Pandemie gezeigt, dass digitale Unterstützung, etwa in Form von Videoberatung, perspektivisch eine Möglichkeit sein könne, mehr Betreuung anzubieten, wenn Fahrtzeiten wegfielen. Die Schwierigkeit liege allerdings in

der Planbarkeit, da man vorher nie wisse, wie Betreuungsintensiv ein Fall ist und wie oft Präsenztermine tatsächlich notwendig sein werden:

*„Was man schon, also, was ich in dieser Vor- und Nachsorge gemerkt habe ist, dass man schon sich schnell auch entfernen kann. Also das man schon wahrscheinlich viel digital machen kann. Wir vielleicht mehr präsent sind, als wir es eigentlich sein müssen teilweise. Also manchmal denke ich auch, könnte ich auch eine Familie mehr annehmen und dann insgesamt weniger besuchen. Aber es ist einfach so schwer zu kalkulieren, wie viel braucht diese Familie mich in dieser Zeit“ (#3).*

Konsens in allen Gesprächen war, dass der persönliche Kontakt, das Aufsuchen und Berühren der Schwangeren und Wöchnerinnen nicht zu ersetzen und oder gar zu unterlassen sei – auch nicht während der „Corona-Lockdowns“, die verdeutlichten: *„(...) dass es halt nicht ohne Körperkontakt geht“ (#4).* Auch während der Lockdowns seien Hausbesuche gemacht worden, da viele körpernahe Leistungen nicht telefonisch abgewickelt werden könnten. Insbesondere in Haushalten, die von Familienhebammen betreut wurden, hätten Hausbesuche eine besondere Relevanz, um die sozialen Belastungen während der pandemischen Ausnahmesituation zu begleiten: *„Also ich habe durchgehend gearbeitet. Vielleicht war ich dann mal ein bisschen weniger da, aber jetzt nicht wirklich. Das geht ja auch gar nicht. Wir machen aufsuchende Hilfe. Und die ist halt aufsuchend und nicht am Telefon“ (#8).*

## **Erwartungen an HEDI**

Was ist von HEDI für die Entlastung der Hebammentätigkeit zu erwarten? Welchen Mehrwert versprechen sich Hebammen, welche Bedenken haben Sie mit Blick auf ein neues digitales Tool im Berufsalltag? Drei der Befragten kannten das Projekt HEDI bereits, da sie als Mitglieder des HEDI-Qualitätszirkels durch Feedback und Beratung in den Entwicklungsprozess eingebunden waren. Die restlichen Befragten wurden mit der Interviewanfrage über das Projekt und die geplanten Funktionen von HEDI informiert. Die folgenden Aussagen betreffen erwartete wie auch befürchtete Effekte der drei HEDI-Module.<sup>7</sup>

### **Informations-Modul:**

In den Interviews beschrieben die Hebammen oft zunächst negative Aspekte, die sie sehen, wenn die Frauen ihre Fragen rund um die Geburt mit der Informationssuche über das Internet zu beantworten versuchten:

*„Das Internet spielt natürlich eine große Rolle, dieses Googlen der Frauen, auch schon in der Schwangerschaft. Ich finde, viele Frauen sind unsicherer. Also die machen nicht mehr so viel aus dem Bauch raus. Die fragen zu viel nach bei ihren Freundinnen, die hören zu viele grässliche Geschichten, die googlen alles“ (#7).*

---

<sup>7</sup> Die Interviews wurden im Zeitraum von Januar 2021 bis November 2021 geführt. Zu dem Zeitpunkt befand sich HEDI noch in der Entwicklung, die Schilderungen beziehen sich somit nicht auf eine vorliegende Testversion, sondern auf die Produkt- bzw. Modulbeschreibungen.

Dem Griff zum Smartphone, um im Internet nach Ursachen und Antworten zu suchen, versuchen einige Hebammen vorzubeugen, indem sie auf ihre Beratung verweisen aber auch versuchen, an das Selbstvertrauen der Frauen zu appellieren:

*„Ich sage ‚Ihr macht euch hier mal einen schönen Fragenkatalog und das besprechen wir dann alles.‘ Damit nicht irgendwas im Netz recherchiert wird, wo ich denke ‚Du lieber Himmel, wie kann das sein.‘ Ich versuche immer, alle zu stärken. Ich sage immer, das ist praktisch mein Standardsatz ‚Wir als Frauen sind einfach auf Schwangerschaft, Geburt und auch Stillen eingerichtet, einfach von der Anatomie her und in den aller, allermeisten Fällen klappt es auch super.‘ Das ist glaube ich manchen auch gar nicht klar. Also man fängt da manchmal bei null an“ (#8).*

Es sei wichtig, dass Informationen aus dem Internet oder Büchern auch hinterfragt und mit der Hebamme besprochen würden. Das Hebammenhandwerk dürfe nicht unter der Hinzunahme digitaler Hilfsmittel leiden:

*„Ich hoffe, diesem ganzen Wahn von Internet und weiß ich auch nicht, Medien, so ein bisschen was entgegen zu setzen auch. Also in der persönlichen Betreuung. Ich finde das nach wie vor total wichtig. Also jetzt HEDI oder sonst andere Plattformen hin oder her, das ersetzt es nicht“ (#8).*

*„Das ist ja auch ein Handwerk also als Hebamme. Und dass das nicht hinten runterfällt. Das, das wäre eine große Sorge“ (#5).*

Kritisch werde es, wenn Apps zu unnötiger Sorge oder auch falscher Information führten, wie eine Hebamme am Beispiel einer Schwangeren illustriert, die sich auf eine Wehen-App verlassen habe:

*„Also ist so die Frage, wie verlässlich war denn jetzt unsere Wehen-App, wenn die Frau dann doch notfallmäßig nicht mehr rauskonnte und ihr Kind zu Hause bekommen hat. Obwohl ich der Frau morgens gesagt habe: ‚Ich würde ins Krankenhaus fahren.‘ Also wir HATTEN schon Kontakt am Morgen. Und die Wehen-App hat aber etwas anderes gesagt so. (...) Und ja, von daher die Apps werden sich bestimmt verbessern mehr und mehr und mehr. Aber ich glaube, sie sind nicht immer hilfreich in meinem Job“ (#4).*

In dem Wissen, dass die Internetsuche immer eine schnelle Option darstelle, stellen die Befragten einem digitalen Nachschlagewerk mit validierten, medizinisch korrekten und immer wieder geprüften Texten, einen großen Mehrwert für ihre Arbeit in Aussicht. Mit Blick auf die unterschiedliche zu betreuende Klientel habe man mit einem digitalen Angebot gute Chancen, möglichst alle zu erreichen: *„Das sind alle. Also was Medien und Handy und weiß ich nicht alles, was damit zu tun hat, ist glaube ich in jeder Gruppe stark vertreten. Das kann ich mir vorstellen, dass das gut angenommen wird“ (#8).*

Der Austausch und die Vermittlung von (Fach-)Informationen über HEDI wurde als eine Erleichterung verstanden, jedoch stehe der direkte Kontakt immer an erster Stelle (#5). Es

gelte, das richtige Maß der Informationen zu finden. HEDI sollte informieren, ohne zu überinformieren und Ängste hervorzurufen:

*„Also ich hoffe ja, dass dieses HEDI-Projekt jetzt nicht alles also, dass das so vorgekaut ist für die Frauen. Die sind alle durch das Internet und durch die vielen Apps so etwas von überinformiert, aber nicht richtig. Dass sie Pathologie im Kopf haben. Die wissen genau, was alles passieren kann, alle schlimmen Sachen, die es gibt und so weiter. Und gehen schon mit so einer Erwartung entweder nach Hause, dass sie einen Milchstau kriegen, dass sie einen Rückbildungsstau kriegen, das vernarbt sich. So und dann kriegen sie es auch, ne? (...) Gucken wir mal. Ich befürchte ja, dass viel Information dann da ist. Dass man dann so von dem Wesentlichen wegrückt, so ne? (...) Ich kann einer Frau natürlich in so einer App irgendwie Hinweise geben: ‚Ich habe Harndrang.‘ Vielleicht ist sie noch gar nicht auf die Idee gekommen. Vielleicht findet sie es auch normal, dass man einfach mehr pinkeln muss, wenn man schwanger ist. Und plötzlich guckt sie und denkt: ‚Ach das könnte ja pathologisch sein. Ach da habe ich ja noch gar nicht dran gedacht. Es könnte ja etwas nicht in Ordnung sein.‘ Wissen Sie, was ich meine? Ich bringe die Frau dazu, pathologisch zu denken, weil ich ihr sage: ‚Ach es kann das sein, kann das sein, kann das passieren‘“ (#2).*

Im Großen und Ganzen erachten die befragten Hebammen das Informationstool als hilfreiche Unterstützung, die jedoch immer im Zusammenspiel mit einer persönlichen Beratung genutzt werden sollte, um Inhalte in den richtigen und individuellen Kontext zu setzen.

### **Kommunikations-Modul:**

Die Relevanz von klaren Kommunikationsregeln während eines Betreuungsverhältnisses wurde in den Interviews immer wieder betont. Damit über einen digitalen Kommunikationskanal wie HEDI nicht eine permanente Erreichbarkeit suggeriert werde, bleibe es wichtig, die Betreuungszeiten im Vorfeld klar zu definieren, „Denn die work-life-balance der Hebammen darf nicht zu kurz kommen“ (#9). Ein weiterer Punkt den es zu beachten gelte sei, dass nicht alle Hebammen gleichermaßen technikaffin seien und HEDI in unterschiedlichem Maße genutzt würde. Eine der befragten Hebammen gestaltet ihren Berufsalltag gänzlich ohne Smartphone:

*„Wer mich erreichen will, erreicht mich trotzdem und ich reagiere da ja auch drauf. Ist ja nicht so, als wäre ich jetzt in der Höhle und überhaupt (lacht auf) nicht mehr erreichbar. Aber dazu brauche ich jetzt kein WhatsApp und keine Ahnung was“ (#8).*

Skepsis äußerte eine Befragte mit Blick auf die Anzahl an verschiedenen Kommunikationskanälen. Sie befürchtete einen Mehraufwand und Überlastung durch die kontinuierliche Pflege und Aktualisierung des Nutzer:innenprofils sowie durch das Hinzukommen eines weiteren Kommunikationstools neben WhatsApp, E-Mail und Telefon:

*„Das heißt also ich sitze dann nicht mit drei Medien da, sondern habe ich mir noch eine VIERTE dazu geholt. (...) Und da muss man aufpassen. Und das gilt für die Frauen auch, ne?“ (#2).*

Auch mit Blick auf die Gewährleistung des Datenschutzes bestehen Erwartungen an HEDI, die die Kommunikation im Alltag unter datenschutzrechtlichen Bestimmungen erleichtern könnte. Mit der integrierten Kommunikationsplattform in HEDI ließen sich etwa berufliche und private Nachrichten besser trennen: *„Das fände ich total gut. Also das würde ich auf jeden Fall nutzen. Weil einfach halt, also ja, da der Datenschutz mit drin wäre“* (#5).

### **Koordinations-Modul:**

Vielversprechend sei HEDI mit Blick auf eine bessere Übersicht und Koordination von Anfragen. Dies wurde von fast allen Befragten betont. Einige stellten sich HEDI als eine Art digitale Zentrale vor, über die sie auch spontan freigewordene Kapazitäten schnell und unkompliziert mitteilen und Vertretungen untereinander besser organisieren könnten. Einschränkend sei hier, dass eine Vertretung nicht zufällig erfolgen sollte, denn es werde durchaus Wert auf eine persönliche Empfehlung gelegt. Durch die orts- und tätigkeitsspezifische Hebammensuche könnten Gesprächszeiten am Telefon oder Mails reduziert werden, so eine Erwartung, da den Suchenden auf einen Blick angezeigt werde, ob Kapazitäten frei seien. Dies würde nicht nur den Hebammen Koordinationsaufwand ersparen, sondern auch den Frauen, *„die nicht erst 20 Hebammen abtelefonieren müssen und oftmals frustriert sind“* (#6). Zudem nannten viele eine Schnittstelle von HEDI mit der digitalen Dokumentation bzw. Abrechnung als hilfreiche und wünschenswerte Ergänzung. Eine der Befragten, die Mitglied im HEDI-Qualitätszirkel ist, fasst zusammen, dass sie HEDI als ein Projekt verstehe, das sich bestehenden Problemen annehme und eine Verbesserung darstelle (#5).

### **Folgerungen (IV)**

Aus der Digitalisierungsforschung ist bekannt, dass „Digitalisierung“ im beruflichen Kontext mitunter als „unverzichtbar für die Bewältigung von Leistungs- und Arbeitsanforderungen erachtet“ werde, wenn sie Arbeitsabläufe reduziert und entlastet (Carls et al. 2021: 251). Eine zunehmende Digitalisierung im Hebammenwesen wurde von den befragten Hebammen hingegen eher zurückhaltend bewertet. In den Gesprächen über die Erwartung an das digitale Tool überwog zunächst die Befürchtung, dass durch HEDI die aufsuchende Tätigkeit reduziert werden könnte, was sich negativ auf die berufliche Praxis auswirken würde. Das Aufsuchen sei das Wichtige und Schöne am Hebammenberuf, das nicht abgeschafft werden dürfe (#7) und nicht durch eine App ersetzt werden könne (#5). Dass dies keinesfalls ein Anliegen von HEDI ist, musste seitens des Projektteams immer wieder hervorgehoben werden. Mit Blick auf die Vereinfachung administrativer Tätigkeiten wurde die digitale Unterstützung jedoch als vielversprechend bewertet und durchaus als Instrument zur Reduzierung und Entlastung



dieses Tätigkeitsbereichs in Erwartung gestellt. Zudem könne die Hinzunahme eines digitalen Tools ein Ansatz sein, um auf den lokalen Mangel zu reagieren: *„Also, wie eine Wochenbettzentrale, eine Videosprechstunde oder irgendwie so etwas“ (#3).*

Ergänzend zu der Hebammenperspektive wurden auch Mütter befragt, was sie von HEDI erwarteten. Die Befragten erhofften sich von HEDI eine Plattform, auf der sie regionale und aktuelle Informationen zu Kursen, Angeboten und verfügbaren Hebammen gebündelt finden können. Auch für lästige bürokratische Angelegenheiten, wie die Beantragung von Elterngeld oder Fristen für diverse Anträge, sei eine übersichtliche Hilfestellung willkommen. Vor allem wurde jedoch die Integration verschiedener Funktionen (Information, Koordination, Kommunikation) in ein und derselben Anwendung herbeigesehnt, in der alles Relevante rund um die Geburt erledigt werden könne.



## VI. AGIL UND CO-KREATIV: BEDARFSORIENTIERTE ENTWICKLUNG

Dieses Kapitel widmet sich der Darstellung und Beurteilung des agilen und co-kreativen Entwicklungsprozesses. Zunächst wird HEDI im Kontext etablierter Qualitätskriterien bei digitaler Entwicklung betrachtet sowie mit Blick auf die Beteiligung relevanter Nutzer:innengruppen und den Umgang mit Feedback im Entwicklungsprozess eingeordnet. Nachfolgend sind die Ergebnisse einer quantitativen Auszählung dargestellt, die ein mittels Online-Fragebogen erhobenes Stimmungsbild zu den ersten Erfahrungen mit HEDI-Funktionen abbilden.

Die Akzeptanz einer App steigt und fällt mit ihrer Qualität, die sich im Nutzen und der Alltagstauglichkeit ausdrückt. „Wann ist eine App eine qualitativ hochwertige App?“ – dieser Frage widmet sich u.a. die BMG-geförderte Studie „Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps – CHARISMHA“, die Hersteller:innen von Gesundheits-Apps mit der Aufstellung von Qualitätskriterien eine Orientierung bietet (Albrecht 2016). Demnach ist

*„eine qualitativ hochwertige Software für den angedachten Zweck (1) und flexibel darüber hinaus einsetzbar sowie auch geeignet (2), die Ziele der Nutzerinnen und Nutzer vollständig und richtig (Effektivität) und effizient (3) zu erreichen. Sie soll dabei risikofrei (4) im Blick auf den wirtschaftlich/sozialen Status, die Gesundheit oder die Umwelt sein. Eine solche Software führt zur Zufriedenheit (5) des Nutzers durch Erfüllung seiner Bedürfnisse, zu denen der praktische Nutzen, den er aus der App ziehen kann, sowie die persönliche Nutzungsfreude und der physische Komfort, den die App bietet, zählen. Der Nutzer oder die Nutzerin darf darauf vertrauen, dass sich die App wie beabsichtigt verhält“ (ebd., 322).*

Neben einer Bestandsaufnahme von Gesundheits-Apps, die sich bereits in der Anwendung befinden, unterstreicht die Studie die Bedeutsamkeit der in der ISO 25010 ausformulierten Qualitätskriterien für Softwareentwicklung, die sich auch auf die App-Entwicklung übertragen lassen<sup>8</sup>.

Die Erfüllung dieser produktbezogenen Qualitätskriterien wurde nach Einschätzungen der Prozessbegleitung im Rahmen der agilen Softwareentwicklung von HEDI stets mitgedacht.

Die Wahl eines *agilen* Ansatzes sollte zudem gewährleisten, dass nicht am Bedarf vorbei entwickelt wird und teure Fehlentwicklungen vermieden werden können. Die Erfahrungen, die Nutzer:innen mit einem digitalen Produkt machen, hängen auch davon ab, inwieweit deren Bedarfe bereits bei der Entwicklung berücksichtigt wurden (vgl. Janny/Pfeffer 2020). Hier spielen auch Aspekte der beruflichen Anerkennung, im Sinne von Wertschätzung, eine relevante Rolle, da mit der Einbeziehung späterer Nutzer:innen in die Produktentwicklung eine Würdigung der Expertise stattfindet (Kuhlmann 2021: 200; Honneth 2008). Das gilt für die Konsument:innen, aber es gilt insbesondere für die beruflichen Nutzer:innen, da diese ihr Handeln nach professionellen Logiken organisieren, in die sich die Funktionsweise der digitalen Unterstützung einfügen kann und sollte.

HEDI hat diese Ansätze befolgt – es ist ein Produkt, das in einem co-kreativen, partizipativen Entwicklungsprozess entstanden ist und von Anfang im engen Austausch mit den zukünftigen Nutzer:innengruppen stand. Auch im *internen* Entwicklungsprozess wurde dem co-kreativen Ansatz entsprochen: Iterative Prozesse und wechselseitiger Austausch unter den Beteiligten aller Kompetenzbereiche (Inhalt, Programmierung, Design) gehörten bei HEDI zur Konzeptgrundlage, um ein bedarfsgerechtes, intuitives und unterstützendes Tool zu entwickeln<sup>9</sup>.

Stärken der co-kreativen Entwicklung werden im Folgenden anhand der Darstellung der einbezogenen Nutzer:innengruppen, dem agilen Umgang mit Feedback und möglichen Effekten auf (professionelle) Nutzer:innen (Hebammen) aufgezeigt. Implizit finden in diesem Zusammenhang insbesondere die ISO-Kriterien Funktionalität, Gebrauchstauglichkeit und Transparenz besondere Berücksichtigung und Erfüllung.

---

<sup>8</sup> Hierbei handelt es sich im Einzelnen um die Aspekte: Funktionalität, Effizienz, Kompatibilität, Gebrauchstauglichkeit, Verlässlichkeit, Datenschutz, Datensicherheit, Wartbarkeit, Portabilität, Nutzersicherheit in Bezug auf die Gesundheit, Rechtskonformität und Transparenz.

<sup>9</sup> Neben den Kerninhalten der drei Module beinhaltete die Entwicklung zahlreiche weitere Aspekte, die stets mitgedacht und im co-kreativen Prozess diskutiert und umgesetzt wurden. Um einige Beispiele zu nennen: Gendergerechte Sprache (alle Texte in HEDI nutzen den Gender-Doppelpunkt um geschlechtliche Diversität abzubilden); offene Ansprache (z.B. nicht automatisch von heteronormativen Familienkonzepten ausgehen und bspw. nur Väter oder Ehemänner nennen); inklusives Design (gender-sensitive Darstellungen, Darstellung von kultureller, sexueller und körperlicher Diversität; Berücksichtigung sozialer und kultureller Unterschiede (z.B. Fliegen in der Schwangerschaft bedeutet nicht automatisch Urlaub bzw. ist nicht immer eine freiwillige Entscheidung); Diversität der Zielgruppen auch bezogen auf technische Ausstattung (verschiedene Endgeräte/ Screengrößen, ältere Browser).

### Einbezogene Nutzer:innengruppen

Die geschilderten Bedarfe von Hebammen, Schwangeren und Müttern aus der Modellregion haben die inhaltliche und technische Konzeption von HEDI von Anfang an richtungsweisend mitgestaltet und konnten ihre Einschätzungen in mehreren Entwicklungszyklen einbringen. Somit wurde sichergestellt, mit HEDI ein Angebot zu entwickeln, das sich an den tatsächlichen Bedarfen der späteren Nutzer:innen orientiert.

Ein zentrales Element während der inhaltlichen und technischen Entwicklung war der aus dem Projekt heraus gegründete **HEDI-Qualitätszirkel**. Das Expert:innen-Gremium setzte sich aus Personen zusammen, die rund um die Geburt mit Familien und jungen Müttern zu tun haben – Hebammen, Gynäkolog:innen, Pädiater:innen, Fachkräften für Frühe Hilfen, Berater:innen gemeinnütziger Träger. Der interdisziplinäre Qualitätszirkel, der vierteljährlich zusammenkam, hat die Entwicklung von HEDI kontinuierlich fachlich begleitet, kontrolliert, beraten, validiert – auf Basis von Fachwissen aus den jeweiligen Disziplinen. Während der vierteljährlichen Treffen wurde viel Zeit für inhaltliche Diskussionen eingeräumt, die stets sehr produktiv, teilweise kontrovers, immer zielführend für die Darstellung von Themen in HEDI verliefen. Zwischenergebnisse und Entwicklungsschritte wurden in Workshops mit **Akteur:innen im Landkreis** und später – während der Coronamaßnahmen – via Online-Umfragen getestet. Von Beginn der Projektlaufzeit an fanden zahlreiche Vorstellungen von HEDI in praxisorientierten wie auch wissenschaftlichen Kontexten statt – darunter Fachkongresse (Gesundheitskonferenz), Arbeitskreise (Frühe Hilfen) oder wissenschaftliche Tagungen (Loccum). Außerdem erfolgte eine Zusammenarbeit mit dem Hebammenstudiengang an der HAWK, wodurch Sichtweisen der **nächsten Hebammengeneration** eingeholt und in den Entwicklungsprozess einbezogen werden konnten<sup>10</sup>.

Die Akquise von **Multiplikator:innen und Kooperationspartner:innen** (etwa Hebammenverband, kommunale/regionale Akteur:innen etc.) war kontinuierlicher Bestandteil, um das Projekt bekannt zu machen und Unterstützung zu gewinnen. Gleichmaßen wurden in dem Zuge Erwartungen und Bedarfe abgesteckt, um HEDI langfristig in der Modellregion sowie perspektivisch in weiteren Regionen zu implementieren.

### Agiler Umgang mit Feedback

Feedback hat das Entwickler:innenteam über verschiedene Kanäle erreicht: Neben angeleiteten Diskussionen mit dem Qualitätszirkel kamen Rückmeldungen über das Kontaktformular auf der HEDI-Plattform oder telefonisch und per Mail in Reaktion auf den Newsletter oder Pressemitteilungen. Die Rückmeldungen zu Inhalten und technischen

---

<sup>10</sup> Eine umfassende Modelltestung mit dieser Zielgruppe konnte im Rahmen der Projektlaufzeit zeitlich durch die Verzögerung der Entwicklung nicht realisiert werden. Umgesetzt wurde eine Gruppendiskussion mit Hebammenstudentinnen durch das Partnerprojekt *GenDis*.

Aspekten erwiesen sich laut Aussagen der Entwickler:innen als überwiegend nützlich und positiv und flossen reflektiert in die Entwicklung ein.

Wie die Diskussionen im Rahmen des Qualitätszirkels abliefen, wird hier beispielhaft illustriert: Das Entwickler:innenteam stand vor der Frage, welche Haltung HEDI in Bezug auf spezielle Themen, wie etwa „Risikoschwangerschaft“ oder – zu dem Zeitpunkt ganz aktuell – Informationen zu Corona und Schwangerschaft, vertreten solle. Die Fragen, die mit dem Qualitätszirkel erörtert wurden, lauteten:

- Wie kann HEDI Themen darstellen, ohne durch die Benennung möglicher Risiken überhaupt erst Ängste zu schüren?
- Was ist mit Blick auf Umfang, Wording und regionale Einbettung zu beachten?
- Wie soll HEDI mit Themen rund um die Corona-Pandemie umgehen?

In der gemeinsamen Diskussion wurden Fragen wie diese aus den Perspektiven der unterschiedlichen Berufsgruppen beleuchtet und Umsetzungsmöglichkeiten besprochen. Mit Blick auf die Pandemie etwa erachteten es die Beteiligten als sinnvoll, einen Corona-Artikel im HEDI-Informationsmodul aufzunehmen. Wichtig war den Expert:innen aus den unterschiedlichen Fachdisziplinen stets, alle Seiten zu benennen: Inhaltlich sollte sich der Text an die Empfehlungen der STIKO orientieren, darüber hinaus aber auch auf Bedenken und mögliche (zu diesem Zeitpunkt nicht evidenzbasierte) Risiken eingehen. Der Grundtenor der Qualitätszirkel-Mitglieder bei Diskussionen über Themeninhalte lautete: *„Wir beraten, ihr entscheidet!“*

Mit Blick auf die (Außen-)Kommunikation wurde die Relevanz des richtigen Wordings an zwei Aspekten besonders deutlich:

**App oder Plattform?** Ein wichtiger Aspekt, der im Laufe der Entwicklung an Relevanz gewonnen hat und durch Feedback in das Projektteam getragen wurde, war die Anpassung des *Wordings*: Während zu Beginn des Projekts von der HEDI-App die Rede war, lief es im Verlauf zunächst auf eine Web-Anwendung hinaus. Der Begriff *App* ließ nach außen allerdings mehr vermuten und führte bei Nutzer:innen zu Irritationen, da HEDI (noch) nicht im App-Store gefunden werden konnte. Hintergrund ist das agile Verfahren, das aus HEDI ein lebendiges Produkt macht, das flexibel auf Feedback reagiert und (in der Anfangsphase) ständig optimiert und angepasst wird – was als Stärke des Produkts gesehen wird. Als App-Store-Produkt lassen sich Änderungen nicht mehr so einfach einpflegen, weshalb HEDI zunächst als „progressive Web-App“ über den Browser genutzt wird. In Reaktion auf das Feedback arbeitet das Projektteam seither mit dem Begriff der HEDI-Plattform, um diesen Entwicklungsschritt transparent zu machen.

**Unterstützen, nicht ersetzen!** Als nicht zu vernachlässigend kristallisierte sich im Entwicklungsprozess die Notwendigkeit heraus, den beabsichtigten Nutzen von HEDI als *ergänzendes* und keinesfalls als ein ersetzendes Tool zu betonen. Befürchtungen, dass mit HEDI wichtige aufsuchende Tätigkeiten und persönliche Kontakte verringert werden sollten, wurden dem Projektteam gegenüber wiederholt seitens der Hebammen geäußert – der zentralen Nutzer:innengruppe. Um Missverständnissen über die Anwendung des in der Entwicklung befindlichen Tools frühzeitig entgegenzuwirken, reagierten die Entwickler:innen mit einer verstärkten und deutlichen Kommunikation über diesen Aspekt. So wurde auch der Projektname, der zunächst „Schwangerenversorgung digital koordiniert“ lautete, um den Zusatz „unterstützt“ ergänzt. Was implizit durch die Entwickler:innen vorausgesetzt war – nämlich mit HEDI eine *Unterstützung* und *Erleichterung* von (professionellen) Arbeitsprozessen zu erreichen -, wurde in Reaktion auf das Feedback im Prozess immer wieder explizit hervorgehoben.

### Bilanzierung

Die angespannte Situation im Gesundheitswesen im Zeichen der Corona-Pandemie machte sich auch im Projektverlauf bemerkbar und zeigte sich etwa darin, dass Absprachen und Rückmeldungen oftmals weniger intensiv und in großen zeitlichen Abständen erfolgten. Ein positiver Effekt bestand darin, dass sich unter den Beteiligten des Qualitätszirkels im Verlauf persönliche Kontakte entwickelt haben, hier konnte HEDI zur Vernetzung innerhalb regionaler, professioneller Strukturen beitragen.

Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive kann die Gründung und Einbeziehung des Qualitätszirkels als überaus erfolgreich bewertet werden. Mit seiner Funktion, die HEDI-Inhalte und -Funktionen kritisch einzuordnen und beratend zu unterstützen, setzte das Expert:innengremium wertvolle Orientierungspunkte im Entwicklungsprozess und sicherte Qualitätsansprüche im Bereich der Fachinformationen. Die interdisziplinäre Zusammensetzung hat sich als überaus lohnenswert und produktiv erwiesen, da Inhalte aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet wurden (vgl. Steinheider/Legrady 2001). Inhalte wurden leitlinienkonform mit dem Qualitätszirkel entwickelt, durch Workshops mit Hebammen und Frühen Hilfen wurden stets professionelle Perspektiven und neue Impulse eingebunden. Die enge Zusammenarbeit und Entwicklung von Inhalten und Funktionsweisen in Co-Kreation hat die erfolgsversprechende Produktentwicklung von HEDI ausgemacht.

Der Vorteil von agiler Entwicklung zeigt sich zudem in der Möglichkeit, flexibel und kurzfristig auf gesellschaftliche Ereignisse zu reagieren: Am 30.03.22 erfolgte kurzfristig der Launch von HEDI I (Informationsplattform) auf Ukrainisch – einer Sprache, die ursprünglich nicht im Fokus der sprachlichen Erweiterung stand.

## Nutzer:innen-Feedback (quantitative Auszählung)

Mit dem Launch der Plattform ([www.hedi.app](http://www.hedi.app)) konnten die vorliegenden Funktionen von HEDI in der Praxis erprobt werden.<sup>11</sup> Per Online-Fragebogen wurden Hebammen, Ärzt:innen und Berater:innen sowie Schwangere und Familien zu ihren ersten Eindrücken und Erfahrungen mit HEDI befragt.<sup>12</sup> Auf diese Weise konnte auf Basis von Nutzer:innen-Feedback ein erstes Stimmungsbild zu den HEDI-Funktionen ermittelt werden. Verschickt wurden zwei Fragebogenversionen: Eine Version für professionelle Nutzer:innen (Hebammen, Ärzt:innen, Berater:innen), eine Version für die Konsument:innen (Schwangere, Familien, Interessierte). Beide Varianten gliederten sich in Personenangaben und adressierten nachfolgend die Einschätzung allgemeiner und konkreter HEDI-Funktionen.<sup>13</sup> Im Folgenden werden jeweils das Sample und die Ergebnisauszählung dargestellt.

### Fragebogen 1: Professionelle Nutzer:innen

Beschreibung des Samples: Von insgesamt 26 Personen, die den Fragebogen ausgefüllt haben, war mehr als die Hälfte über 45 Jahre alt. In der darunter liegenden Altersgruppe von 36-44 Jahren waren fünf Personen, drei weitere waren jünger als 25 Jahre und eine Person machte keine Angabe. Fast alle der Befragten identifizierten sich mit dem weiblichen Geschlecht, eine Person machte hierzu keine Angabe. Unter den Befragten waren elf Hebammen und acht Personen, die in Beratungsstellen tätig sind. Sieben weitere gaben an, einem anderen Beruf nachzugehen.<sup>14</sup> Die Hälfte der Befragten gab an, HEDI bereits im Berufsalltag einzusetzen, die andere Hälfte wendete HEDI (noch) nicht an.

### Ergebnisauszählung:

Tabelle 2: Auszählung Fragebogen 1 (professionelle Nutzer:innen).

Zu bewertende Aussage	Durchschnittliche Skalenbewertung
„Ich kann mir vorstellen, HEDI in meinem beruflichen Alltag einzusetzen.“	6*
„Ich empfinde HEDI als nützlich.“	7
„HEDI lässt sich leicht bedienen.“	8**
„HEDI kann mir den Alltag erleichtern.“	7

\* 16 von 26 Teilnehmenden übersprangen diese Frage.

\*\* 3 Personen übersprangen diese Frage.

Das überwiegend positiv ausfallende Feedback lässt darauf schließen, dass mit HEDI eine einfache, intuitive Bedienbarkeit gelungen ist (8/10 Punkten). Die fehlenden Angaben können

<sup>11</sup> Zunächst das mehrsprachige Informationsmodul sowie die regionale Hebammensuche.

<sup>12</sup> Die Akquise von Teilnehmer:innen erfolgte v.a. über die im Projekt aufgebauten Netzwerke und Kontakte. Der Fragebogen wurde im Zeitraum von 04/22 – 09/22 über verschiedene E-Mail-Verteiler versendet.

<sup>13</sup> Bewertungsgrundlage war die Einordnung von Aussagen auf einer zehnstufigen Skala von „1 = trifft überhaupt nicht zu“ bis „10 = trifft voll und ganz zu“.

<sup>14</sup> Darunter zwei Sozialarbeiter:innen/Sozialpädagog:innen, eine Fachkraft für Frühe Hilfen, eine Akteurin im Gesundheitswesen sowie eine Mitarbeiterin einer Bildungseinrichtung.

auf den unterschiedlichen Kenntnisstand im beruflichen Alltag zurückgeführt werden, wie es auch eine der Befragten im Kommentarfeld beschrieb: „Noch nutze ich es sehr selten, deswegen kann ich auch nur für diesen kleinen Ausschnitt Angaben machen.“

Auch trifft es eher zu, dass HEDI als nützliche Alltagserleichterung empfunden wird (7/10 Punkten). Optimierungsbedarf sieht eine Befragte in der übersichtlichen Darstellung: „Manche Themen findet man nicht auf Anhieb, aber es ist wirklich vieles an Informationen enthalten. Eine sehr hilfreiche App!“. Eine weitere Anmerkung rundet ein sehr positives Feedback ab: „Ich freue mich sehr über die Co-kreative Entwicklung und über ein tolles Produkt, was Menschen die Arbeit erleichtern wird.“

## Fragebogen 2: Konsument:innen

Beschreibung des Samples: Versendet wurde diese Fragebogenversion an Schwangere und ihre Familien und Interessierte. Insgesamt nahmen 31 Personen an der Befragung teil, die sich zum Großteil in der Altersspanne von 26 bis 45 befanden. Lediglich drei Personen waren jünger als 25 Jahre, eine Person machte keine Angabe. Die meisten Befragten gaben an weiblich zu sein, sieben Personen identifizierten sich mit dem männlichen Geschlecht, zwei ordneten sich der Angabe divers zu. Wohnhaft waren 84% (entspricht 26 Personen) in der Stadt, fünf Personen wohnten in einem ländlichen Gebiet. Eine weitere Frage in der Fragebogenversion für Schwangere und Interessierte betraf die Schwangerschaftserfahrung: Hier gaben 45% (14 Personen) an, schon einmal schwanger gewesen zu sein, 48% (15 Personen) waren noch nie schwanger, eine Person war zum Zeitpunkt der Befragung schwanger und eine weitere Person machte keine Angabe.

### Ergebnisauszählung:

Der Bewertungsfragen vorangestellt stand die Frage nach dem Kenntnisstand über das Informationsangebot von HEDI. Der Großteil der Befragten gab an, ein bis zehn HEDI-Texte gelesen zu haben, einzelne sogar elf bis 20 (s. Abb. 5).

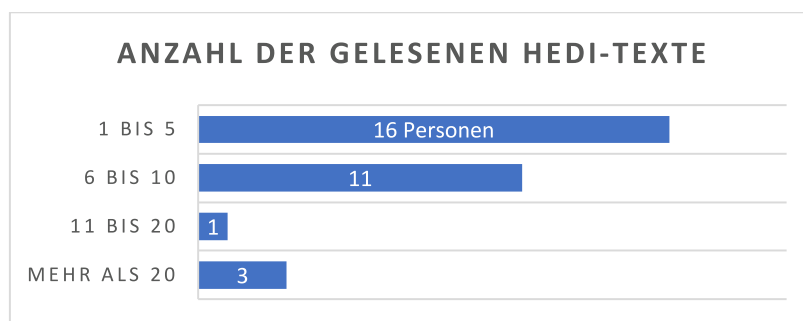


Abbildung 5: Anzahl der gelesenen HEDI-Texte.



Tabelle 3: Auszählung Fragebogen 2 (Konsument:innen).

Zu bewertende Aussage	Durchschnittliche Skalenbewertung
„Ich habe die Texte leicht verstanden.“	9
„Durch HEDI habe ich etwas Neues gelernt.“	8
„HEDI macht einen vertrauensvollen Eindruck.“	8
„Ich fühle mich durch HEDI besser informiert“	8

*Die Beurteilungen des Textverständnisses, des Informationsgehalts und der Nutzer:innenfreundlichkeit, fielen im Durchschnitt allesamt sehr positiv aus. Neben den hilfreichen Informationen rund um die Geburt („Hat mir sehr geholfen in der Schwangerschaft.“) das Design und die Illustrationen im Kommentarfeld lobend erwähnt:*

*„Kleinigkeit[en] die für mich einen großen Unterschied machen: Ich fühle mich auf eurer Seite wohl, weil die Grafiken Geborgenheit ausstrahlen. Alles wirkt sehr seriös und auf Aufklärung statt Profit ausgerichtet, toll!“*

*„Tolle Plattform, ich liebe die Grafiken, die strahlen wahnsinnig viel Geborgenheit aus.“*

Das auf diesem Wege generierte Nutzer:innen-Feedback gibt insgesamt ein positives Stimmungsbild zu den HEDI-Funktionen wieder. Die Online-Befragung bleibt ein integraler Bestandteil im Hintergrund von HEDI, um das Produkt inhaltlich und technisch laufend zu evaluieren und zu optimieren.



## **VII. RESÜMEE & AUSBLICK: BEITRAG VON HEDI ZUR HERSTELLUNG GLEICHWERTIGER LEBENSVERHÄLTNISSE**

Wie weit kann Digitalisierung für die Herstellung von gleichwertigen Lebensverhältnissen zweckdienlich sein? HEDI ist ein Projekt, das sich an der Schnittstelle von Digitalisierung und Gleichwertigkeit befindet und das Ziel hat, regionale Versorgungsengpässe durch die Hinzunahme von digitalen Unterstützungslösungen zu verringern. Seit 2020 hat die Corona-Pandemie neuen Fahrtwind in die Digitalisierung in Deutschland gebracht. Begegnungen, Erledigungen und Dienstleistungen wurden – sofern möglich – aus dem analogen in den digitalen Raum verlegt, was in vielen Branchen zum Betreten bislang wenig genutzter digitaler Pfade führte. Für Hebammen trat eine Sonderregelung zur Abrechnung digitaler Leistungen (gemäß § 134a SGB V) in Kraft, die das Abrechnen von Telefonaten und Fernbetreuungen seither ermöglicht – ein wichtiger Schritt für die Nutzbarmachung digitaler Möglichkeiten und die Alltagstauglichkeit von Plattformen wie HEDI.

Optimistisch für eine integrative Ergänzung durch digitale Unterstützung in der Schwangerenversorgung durch Hebammen stimmen die Ergebnisse einer Studie an der Hochschule für Gesundheit Bochum, die mit Schwangeren und Hebammen im Kontext der COVID-19-Pandemie durchgeführt wurde (Bauer/Schlömann 2021). Es wurden 1.821 Frauen und 1.551 Hebammen zu Angebot und Akzeptanz digitaler Hebammenbetreuung befragt. Das Ergebnis: Die Betreuung von Schwangeren durch Hebammen mit digitaler Technik hat sich in der Pandemie gut bewährt, sei jedoch je nach Leistung zu differenzieren. Für das erste Kennenlernen und die Betreuung im Wochenbett legte der Großteil der Befragten großen Wert auf die persönliche Begegnung und Anwesenheit der Hebamme. Spontane Fragen oder

(Rückbildungs-)Kurse funktionierten für viele der Befragten auch digital. Die Studie zeigt, dass sich das Leistungsangebot vieler Hebammen im Verlauf der Corona-Pandemie erweitert hat. Als klare Vorteile der digitalen Angebote haben sowohl die befragten Frauen als auch die Hebammen Wege- und Zeitersparnis benannt, was die Betreuung von mehr Frauen ermögliche. Resümierend bewerteten beide Gruppen die digitale Hebammenbetreuung als sinnvolle Ergänzung – immer unter der Voraussetzung, dass digitale Unterstützung als *Ergänzung* und nie als Ersatz von persönlichem Kontakt anzuwenden ist. Insbesondere in ländlichen Räumen mit langen Fahrtwegen kann durch die Nutzung von Telemedizin die Versorgung optimiert werden; sie ist demzufolge eine Möglichkeit, die Versorgungsqualität zu verbessern und gleichwertige Lebensverhältnisse herzustellen (Lübking 2020: 14).

Mit den HEDI-Funktionen können Defizite in der Daseinsvorsorge und vorhandene sozial-räumliche Ungleichheiten insbesondere in den Bereichen Regionalität und Barrierefreiheit angegangen werden:

#### Regionalität

Regional ist HEDI durch die Integration lokaler Dienstleistender und Kontakte, die nach Standort bzw. gesuchter Postleitzahl ausgegeben werden. Zur *Information* rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett hält die Plattform den schnellen Zugriff auf fachlich validierte Texte bereit, die zusammen mit einem Qualitätszirkel aus Hebammen, Ärzt:innen sowie Berater:innen sozialer Träger verfasst werden. Diese betreffen medizinische Informationen, alltagspraktische Fragen zu Behördengängen sowie psychosoziale Themen. Eine direkte Rückkopplung zu regionalen Versorgungsstrukturen erfolgt durch die Verknüpfung der Themen und Informationen mit entsprechenden Ansprechpersonen, Anlaufstellen und Angeboten am Wohnort oder in der Nähe. Auch die *Koordination* der Hebammentätigkeit wird an regionalen Gegebenheiten ausgerichtet. HEDI ermöglicht die Bündelung und Steuerung von Anfragen und erfüllt somit die Funktion einer dezentralen, virtuellen Koordinierungsstelle. Diese Funktion soll Hebammen einen schnellen Überblick über Anfragen, Termine, Betreuungszeiträume und Entfernungen ermöglichen und – insbesondere mit Blick auf lange Fahrtwege im ländlichen Raum – einen Beitrag zur effizienteren Arbeitszeitnutzung leisten. Wie und ob diese digitalen Möglichkeiten in der beruflichen Praxis Anwendung finden und positive Effekte auf die Versorgungssituation bewirken, kann im Rahmen einer zielgerichteten Nutzer:innen-Testung erhoben werden.

#### Barrierefreiheit

Der Aspekt der Barrierefreiheit geht über das kostenlose und werbefreie Angebot hinaus. Neben der einfachen Bedienbarkeit und einer leicht verständlichen Sprache ist die

Mehrsprachigkeit ein Alleinstellungsmerkmal von HEDI. Alle Informationstexte liegen in mehreren Sprachen vor (bislang: Deutsch, Englisch, Französisch, Farsi und Ukrainisch) und können mittels Sprachfunktion vorgelesen werden. Zur sicheren *Kommunikation* stellt HEDI einen Messenger bereit, der den datenschutzkonformen Austausch zwischen Hebammen und ihren Klientinnen ermöglicht. Durch den dezidierten Fokus auf Mehrsprachigkeit und einfache Bedienbarkeit wird die Einbindung vulnerabler sozialer Gruppen intendiert und ein Beitrag für eine größere sprachliche und kulturelle Diversität in der Gesundheitsversorgung geleistet.

Mit Blick auf Effekte von HEDI auf die Leistungsfähigkeit der Daseinsvorsorge im Bereich der Schwangerenversorgung bleiben vier zentrale Punkte festzuhalten. Diese Punkte unterstreichen die Relevanz, aber auch die Grenzen digitaler Tools in der Daseinsvorsorge:

**1. Der analoge, persönliche Kontakt mit Schwangeren und Wöchnerinnen stellt eine wichtige Säule der Hebammenarbeit dar.** Das Projekt war geprägt durch die wiederholte, nachdrückliche Aussage, dass die Relevanz der Aufsuchenden Tätigkeit und der persönliche Kontakt niemals durch digitale Lösungen kompensiert oder gar ersetzt werden könne – auch nicht im „Lockdown“. Welche neuen Erkenntnisse die Pandemie für die Hebammentätigkeit gebracht habe? „Naja, die Erkenntnis, dass es halt nicht ohne Körperkontakt geht“ (#4). Hausbesuche blieben somit auch während der Lockdowns nicht aus, vor allem Familienhebammen, die primär eine psychosoziale Begleitung von Familien erbringen, waren in dieser Zeit doppelt gefordert. Insgesamt haben die (neuen) Erfahrungen unter pandemischen Bedingungen gezeigt, dass digitale Unterstützung, etwa in Form von Videoberatung, perspektivisch zwar eine Möglichkeit sein kann, mehr Kapazitäten vorzuhalten, wenn durch das Einsparen von Fahrtwegen mehr Betreuungsverhältnisse geschlossen werden können. Die Schwierigkeit liege allerdings in der Planbarkeit, da jede Betreuung unterschiedlich betreuungsintensiv sei und sich das Erfordernis von Präsenzterminen im Vorfeld schwer abschätzen lasse - es sei stets von Fall zu Fall abzuwägen, nie von vornherein zu pauschalisieren (#3). Videosprechstunden als digitale Anlauf- und Beratungsstelle können insbesondere für die Frauen eine Verbesserung darstellen, die sonst keine Betreuung finden würden. Im beruflichen Alltag von Hebammen sind es daher in erster Linie operative Tätigkeiten (etwa Koordination von Anfragen, Betreuungsverhältnissen und Vertretungen) oder kurzfristige Absprachen zwischendurch (z.B. videogestützter Austausch oder Übermittlung von Fachtexten), die durch das digitale Tool erleichtert werden und Zeitersparnis bewirken können.

**2. Strukturelle Verhältnisse lassen sich durch digitale Unterstützung nur bedingt verändern.** Regionale Versorgungsgengpässe drücken sich in einer Unausgewogenheit von Angebot und Nachfrage aus. Zum Befragungszeitpunkt befinden sich Hebammen in der

betrachteten Region in der Position, dass sie aufgrund der hohen Nachfrage wöchentlich mehrere Anfragen ablehnen müssen. Sie können wählen, welche Anfragen sie annehmen – im Umkehrschluss zeigt dies, dass auf Nachfragerseite eine angespannte Situation herrscht. Wer sich früh meldet, hat gute Chancen auf freie Kapazitäten. Keinen Zugang zu Versorgungsleistung findet, wer „zu spät“ dran ist. Diesem Effekt kann auch ein digitales Tool nicht entgegenwirken. Soziale Ungleichheiten bleiben bestehen: Sozial bessergestellte Familien sichern sich aufgrund von bestimmten Kompetenzen (Bildung, Zugang zu Informationen etc.) die freien Hebammenplätze. Frauen in prekären Lagen werden weiterhin nur schwer eine Hebamme finden. Es bleibt somit erforderlich, dass es neben dem regulären Versorgungssystem der freiberuflichen Hebammen Möglichkeiten gibt, um Frauen, Kinder und Familien zu versorgen, die es nicht geschafft haben, in dieses geordnete System einzutreten. Digitale Tools können hier eine zweite Schiene der möglichen Versorgung als Notlösung anbieten, indem sie Videoberatung ermöglichen – hier kann schnell und unkompliziert beraten werden, ohne dass direkt Fahrtwege anfallen. Anzusetzen ist somit viel früher: Es erfordert frühzeitige Information und Einbindung von Multiplikator:innen, etwa Beratungsstellen und Gynäkolog:innen, die vulnerable Gruppen explizit auf Versorgungsansprüche durch Hebammen hinweisen. Nachhaltig kann die regionale Versorgungssituation nur dann verbessert werden, wenn Angebot und Nachfrage sich annähern und es mehr aktive Hebammen gibt, die räumlich und bedarfsgerecht verteilt sind. Förderprogramme zur Hebammenversorgung in ländlichen Regionen, wie sie in den Landkreisen Göttingen und Northeim bereits laufen, sind Maßnahmen, die vor allem ein gesundheitspolitisches Signal setzen. Um den Beruf der Hebamme attraktiver zu machen, sind punktuelle Zuschüsse nicht ausreichend, denn es braucht eine andere Art der Finanzierung, die etwa durch Krankenkassensätze geregelt werden könnte, die nicht in erster Linie quantitativ- sondern stärker qualitätsorientiert sind.

**3. Eine Quantifizierung der Hebammenversorgung ist anzustreben.** Die fehlende systematische Datenerhebung und -grundlage über die gesundheitliche Versorgung schwangerer, gebärender und stillender Frauen und ihrer Kinder sowie deren Versorgung in der Wochenbettphase wird in vielen Studien problematisiert (z.B. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2019; IGES Institut 2012; Huter/Runde/Rothgang 2017). Eine systematische Darstellung der Versorgungssituation ist jedoch voraussetzungsvoll, denn ohne belastbare Zahlen entsteht kein politischer Handlungsdruck. HEDI kann helfen, die Versorgungssituation zu quantifizieren und dadurch Fakten zu schaffen, die zu politischen Entscheidungen drängen. Voraussetzungsvoll für die Generierung belastbarer Zahlen sind hohe Nutzer:innenzahlen des digitalen Tools, um die vorliegenden Verhältnisse abbilden zu können. Ziel von HEDI ist die langfristige Implementierung in Städten und Kommunen über die

Modellregion hinaus sowie perspektivisch die Einstufung als Medizinprodukt. Im Erfolgsfall kann HEDI somit einen wertvollen Beitrag für eine bundesweite systematische Datenerhebung im Bereich der Schwangerenversorgung leisten.

**4. Die vielschichtige Tätigkeit von Hebammen demonstriert die gesellschaftliche Relevanz einer flächendeckenden Daseinsvorsorge.** Die Geburtshilfe ist ein elementarer Bereich der Daseinsvorsorge. Sie rückt die Lebenssituation junger Familien in den Vordergrund, deren lokale Präsenz für die Entwicklung ländlicher Räume von zentraler Bedeutung sind. Er erfordert eine flächendeckende Verfügbarkeit von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sowie von Gesundheitspersonal. Für die Schwangerenversorgung ist die Rolle von Hebammen eine tragende Säule. Hebammen leisten erstens einen Beitrag zum territorialen Ausgleich, da sie mit ihrer aufsuchenden Tätigkeit Versorgungsleistungen in die Fläche tragen. Sie decken zweitens eine wichtige Funktion an der Schnittstelle von Gesundheitsversorgung und sozialer Arbeit ab, indem sie Frauen und Familien in intensiven Lebensphasen medizinische wie psychosoziale Unterstützung bieten. Und sie stärken drittens und grundlegend das zukünftige, gesundheitliche Wohlergehen von Mutter und Kind im Besonderen und jungen Familien im Allgemeinen – als Ausgangspunkte einer kohäsiven Gesellschaft. Das zeigt die Empirie. Zugleich unterstreichen die Gespräche mit Hebammen: Um die Hebammentätigkeit als attraktiven Beruf zu erhalten, ist bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen und einer angemessenen Entlohnung von Hebammen anzusetzen (s. Kapitel V.; IGES Institut 2019: 217). Als Basis braucht es eine systematische Datenerhebung und innovative Konzepte. Mit der richtigen Strategie, einer modernen Infrastruktur und innovativen Projekten wie HEDI kann Herausforderungen in der Daseinsvorsorge gerade im gesundheitlichen Bereich erfolgreich begegnet werden. Insgesamt unterstreicht das Konzept HEDI, wie wichtig es gerade für ländliche Räume, also für Dörfer und Kleinstädte ist, jungen Familien in einer wichtigen und weichenstellenden Lebensphase Leistungen anzubieten, die lokale Bindungen herstellen und ermöglichen. Daseinsvorsorge ist daher auch immer Zukunftsvorsorge.

## LITERATURVERZEICHNIS

- Albrecht, Urs-Vito (Hrsg.) (2016): Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA). Medizinische Hochschule Hannover, unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Abschlussbericht\\_CHARISMHA.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Abschlussbericht_CHARISMHA.pdf).
- Bauer, Nicola H./Schlömann, Luisa (2021): Digitale Hebammenbetreuung im Kontext der Covid-19-Pandemie. Ein Kooperationsprojekt zwischen der BARMER, dem Deutschen Hebammenverein e.V. und der Hochschule für Gesundheit Bochum, Bochum.
- Bauer, Nicola H./Villmar, Andrea/Peters, Mirjam/Schäfers, Rainhild (2020): HebAB.NRW - Forschungsprojekt „Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen“, Abschlussbericht der Teilprojekte Mütterbefragung und Hebammenbefragung. Hochschule für Gesundheit Bochum, Bochum.
- Bauer, Nicola H./Blum, Karl/Löffert, Sabine/Luksch, Kristina (2019): Gutachten zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen, Bochum/Düsseldorf.
- Bertelsmann Stiftung (2016): Digital-Health-Anwendungen für Bürger, unter: [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie\\_VV\\_Digital-Health-Anwendungen\\_2016.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_Digital-Health-Anwendungen_2016.pdf).
- Bertelsmann Stiftung (2015): Faktencheck Gesundheit. Regionale Verteilung von Ärztesitzen (Ärztedichte), unter: [https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP\\_Faktencheck\\_Gesundheit\\_Aerztedichte\\_2.pdf](https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Faktencheck_Gesundheit_Aerztedichte_2.pdf).
- Bogner, Alexander/Littig, Beate/ Menz, Wolfgang (Hrsg.) (2002): Das Experteninterview. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Carls, Kristin/Gehrken, Hinrich/Kuhlmann, Martin/Thamm, Lukas/Splett, Barbara (2021): Digitalisierung, Arbeit und Gesundheit - Arbeitsbelastungen im Wandel? In: Buss, Klaus-Peter/Kuhlmann, Martin/Weißmann, Marliese/Wolf, Harald/Apitzsch, Birgit (Hrsg.): Digitalisierung und Arbeit. Triebkräfte - Arbeitsfolgen - Regulierung, Frankfurt/New York: Campus, S. 235-272.
- DHV – Deutscher Hebammenverband (2022): Die Arbeit der Hebammen, unter: <https://www.hebammenverband.de/beruf-hebamme/was-machen-hebammen/>.
- DHV – Deutscher Hebammenverband (2022b): „Unterversorgung melden“, unter: <https://www.unsere-hebammen.de/mitmachen/unterversorgung-melden/>.
- DHV – Deutscher Hebammenverband (o.J.): Landkarte der Kreißsaalschließungen; unter: <https://www.unsere-hebammen.de/aktionen/kreissaaalschliessungen/>.
- DHV – Deutscher Hebammenverband (2019): Positionierung des DHV zu Hebammen-Apps und Vermittlungsplattformen, unter: [https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx\\_securedownloads&p=5479&u=0&g=0&t=1672356570&hash=2381edf46707a5512c96d6dc480be6c8c70c2bed&file=/fileadmin/user\\_upload/pdf/Stellungnahmen/20190328\\_Position\\_Digitalisierung\\_und\\_Hebammen-Apps\\_HA.pdf](https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_securedownloads&p=5479&u=0&g=0&t=1672356570&hash=2381edf46707a5512c96d6dc480be6c8c70c2bed&file=/fileadmin/user_upload/pdf/Stellungnahmen/20190328_Position_Digitalisierung_und_Hebammen-Apps_HA.pdf).
- Dhz-online – Deutsche Hebammen Zeitschrift (2021): „Hebammen sind systemrelevant!“, Interview mit Andrea Ramsell, Beirätin im Corona-Krisenstab des DHV, Rubrik: Covid-19, Politik & Gesellschaft, DHZ 07/2020, unter: [https://www.dhz-online.de/no\\_cache/archiv/archiv-inhalt-heft/archiv-detail-abo/artikel/hebammen-sind-systemrelevant-1/](https://www.dhz-online.de/no_cache/archiv/archiv-inhalt-heft/archiv-detail-abo/artikel/hebammen-sind-systemrelevant-1/).
- FAZ Online (2022): „Pädagogischer Offenbarungseid“, 07.09.2022, unter: <https://www.faz.net/aktuell/karriere-hochschule/klassenzimmer/lehremangel-in-niedersachsen-deprofessionalisierung-unausweichlich-18282486.html>.

Flick, Uwe (2002). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek: Rowohlt.

Göttinger Tageblatt (2020): „Landkreis Göttingen stärkt die Hebammenversorgung im ländlichen Raum“, 09.06.2020, unter: <https://www.goettinger-tageblatt.de/beruf-und-bildung/regional/landkreis-goettingen-staerkt-die-hebammenversorgung-im-laendlichen-raum-4QX3XLFXDGPP6DSENZDTGVVGL4.html>.

Hardwig, Thomas/Weißmann, Marliese (2021): Auf der Suche nach dem digitalen Arbeitsplatz. In: Mütze-Niewöhner, Susanne; Hacker, Winfried; Hardwig, Thomas; Kauffeld, Simone; Latniak, Erich; Nicklich, Manuel; Pietrzyk, Ulrike (Hrsg.): Projekt- und Teamarbeit in der digitalisierten Arbeitswelt. Herausforderungen, Strategien und Empfehlungen. Berlin: Springer Vieweg, S. 179–202.

Hegner, Marcus (2003): Methoden zur Evaluation von Software. In: IZ-Arbeitsbericht Nr. 29, Informationszentrum Sozialwissenschaften der Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaftlicher Institute e.V. (ASI) (Hrsg.), Bonn.

Honneth, Axel (2008): Arbeit und Anerkennung Versuch einer Neubestimmung. In: Deutsche Zeitschrift für Philosophie 56 (3), S. 327-341.

Huter, Kai/Runde, Rebecca/Rothgang, Heinz (2017): Hebammen im Land Bremen. Ergebnisse des Gesundheitsberufe-Monitorings und der Befragung der freiberuflichen Hebammen im Land. Abschlussbericht, Bremen.

IGES Institut (2019): Stationäre Hebammenversorgung. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

IGES Institut (2012): Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

Janny, Benedikt/ Pfeffer, Stefan (2020): Formative und summative Usability Evaluationen medizintechnischer Produkte. In: Mensch & Computer 2020, S. 6-9.

Kohler, Stefan/Bärnighausen, Till (2018): Entwicklung und aktuelle Versorgungssituation in der Geburtshilfe in Baden-Württemberg: Bericht für den Runden Tisch Geburtshilfe in Baden-Württemberg. Heidelberg: Heidelberger Institut für Global Health.

Kuhlmann, Martin (2021): Mitgestaltung durch die Beschäftigten: ein Erfolgsfaktor der Digitalisierung! In: "mit uns digital!" des Mittelstand 4.0 Kompetenzzentrum Hannover.

Landkreis Göttingen (2020): Richtlinie Hebammenversorgung, unter: [https://serviceportal.landkreis-goettingen.de/dienstleistungen/-/egov-bis-detail/dokument/15708/download?\\_9\\_WAR\\_vrportlet\\_priv\\_r\\_p\\_action=bisview-dienstleistung-show](https://serviceportal.landkreis-goettingen.de/dienstleistungen/-/egov-bis-detail/dokument/15708/download?_9_WAR_vrportlet_priv_r_p_action=bisview-dienstleistung-show).

Landkreis Northeim (2019): Richtlinie Hebammenversorgung, unter: <https://www.landkreis-northeim.de/downloads/datei/OTAwMDAyMDI4Oy07L3Vzci9sb2NhbC9odHRwZC92aHRkb2NzL2xrbm9tL2xrbm9tL21ZGllbi9kb2t1bWVudGUvcmljaHRsaW5pZV9oZWJhbW1lbnZlcnNvcmd1bmcyMDE5MDkxMF8xNDEzMjc4NS5wZGY%3D>.

Landkreis Northeim (2019a): „Kreistag beschließt Zuschüsse und digitale Unterstützung für Hebammen“, 27.08.2019, unter: <https://www.landkreis-northeim.de/portal/meldungen/kreistag-beschliesst-zuschuesse-und-digitale-unterstuetzung-fuer-hebammen-900001019-23900.html?rubrik=900000044>.

Lübking, Uwe (2020): Sicherstellung der Gesundheitsversorgung auf dem Lande. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 74, S. 8-15.

MB Soziale Innovation (2022): Förderprogramm Soziale Innovation, unter: [https://www.mb.niedersachsen.de/soziale\\_innovation/soziale-innovation-208511.html](https://www.mb.niedersachsen.de/soziale_innovation/soziale-innovation-208511.html).



Morys-Wortmann, Corinna (2021): Hebammen- und Schwangeren-Versorgung digital unterstützt und koordiniert. Das Projekt HEDI. In: Joachim Lange/Josef Hilbert (Hrsg.), Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen. Nachhaltigkeit für erfolgreiche Pilotprojekte und Regionen. Loccumer Protokolle 67/2020, S. 35-38.

NDR (2022): „In Niedersachsen fehlen bis zu 45.500 Kita-Plätze“, 20.10.2022, unter: <https://www.ndr.de/In-Niedersachsen-fehlen-bis-zu-45500-Kita-Plaetze,kitas308.html>.

NDR Online (2022): „Weniger Kreißsäle in SH: Wo können Frauen noch Kinder zur Welt bringen?“, 12.03.2022; unter: <https://www.ndr.de/nachrichten/schleswig-holstein/Weniger-Kreisssaale-in-SH-Wo-koennen-Frauen-noch-Kinder-zur-Welt-bringen,kreisssaal126.html>.

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (2019): Gesundheitsbericht. Hebammenversorgung in Niedersachsen. Datenlage, Hannover.

Sayn-Wittgenstein, Friederike zu (Hrsg.) (2007): Geburtshilfe neu denken: Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland, Berlin.

Schäning, Jennifer/Glüsing, Oliver (2022): HEDI-App: Digitale Hilfe für die Schwangerenversorgung. In: Der Landkreis 04/2022, S. 153-154.

Simmann, Maike (2022): Geburtshilfe. In: Handbuch Daseinsvorsorge. Ein Überblick aus Forschung und Praxis, Claudia Neu (Hrsg.), VKU-Verlag: München/Berlin, S. 260-267.

Steinheider, Brigitte/Legrady, George (2001): Kooperation in interdisziplinären Teams in Forschung, Produktentwicklung und Kunst. In: Mensch & Computer 2001, S. 37-46.

Süddeutsche Zeitung Online (2014): „Versicherungskosten für Hebammen: Das wird Tote geben“, 23.06.2014; unter: <https://www.sueddeutsche.de/politik/versicherungskosten-fuer-hebammen-das-wird-tote-geben-1.2012671>.

Wangler, Julian/Jansky, Michael (2020): Gesundheits-Apps als Instrumente der Prävention? – Eine Interviewstudie zu Potenzialen für das hausärztliche Setting. In: Prävention und Gesundheitsförderung 4/2020, S. 340-346.

Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview. In: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 1(1), Art. 22.

ZEIT Online (2017): „Die Angst vor der Taxigeburt“, 17.05.2017; unter: <https://www.zeit.de/gesellschaft/2017-05/geburtsstation-menden-st-vincenz-krankenhaus-geburten>.