

Die Kooperation freiberuflicher Hebammen im Kontext Früher Hilfen

Dissertation zur
Erlangung des Grades eines
Philosophical Doctor (Ph.D.)

an der
Universität Witten/Herdecke
Fakultät für Gesundheit
Department für Pflegewissenschaft

vorgelegt von
Martina Schlüter-Cruse

aus
Warstein

2018

Dipl. Berufspädagogin (FH), Martina Schlüter-Cruse

1. Betreuerin: Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein

2. Betreuer: Prof. Dr. Wilfried Schnepf

1. Gutachter/in: Prof. Dr. Claudia Hellmers

2. Gutachter/in: Prof. Dr. Ute Lange

Tag der Disputation: 25. Juni 2018

Zusammenfassung

Für etwa 13% der Familien mit Säuglingen in Deutschland besteht Unterstützungsbedarf im Rahmen Früher Hilfen. Frühe Hilfen streben an, die Entwicklungsmöglichkeiten von Eltern und ihren Kindern frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Ein zentrales Ziel der Frühen Hilfen, die Kooperation der Berufsgruppen des Sozial- und Gesundheitswesens, ist eine Herausforderung. Zu den Kooperationspartnerinnen/-partnern der Netzwerke gehören freiberufliche Hebammen, deren Perspektive in diesem Kontext jedoch kaum erforscht ist.

Ziel der Studie ist es, die Sichtweisen und Erfahrungen freiberuflicher Hebammen im Rahmen der interprofessionellen Kooperation im Kontext Früher Hilfen zu untersuchen. Der Fokus liegt dabei insbesondere auf der Kooperation der Hebammen mit den Akteurinnen/Akteuren des Sozialwesens.

27 problemzentrierte Interviews mit freiberuflichen Hebammen in 13 deutschen Bundesländern bilden die Basis der qualitativen Untersuchung. Im Vorfeld wurde eine Gruppendiskussion durchgeführt, um die Erhebungsinstrumente für die Haupterhebungsphase daraus abzuleiten. Durch diese Vorgehensweise wurden theoretische Vorüberlegungen gestützt sowie die Authentizität des Forschungsvorhabens gesichert. Der Feldzugang erfolgte über lokale E-Mail-Verteiler, Anzeigen in Hebammenzeitschriften, Besuche von Kongressen sowie durch Unterstützung von Multiplikatorinnen/Multiplikatoren. Die Interviews wurden mittels Leitfaden geführt, digital aufgezeichnet und transkribiert. Die Auswertung erfolgte über die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz. Das Vorhaben wurde durch die Ethik-Kommission der Universität Witten/Herdecke bewilligt.

Freiberufliche Hebammen kooperieren häufiger mit Berufsgruppen des Gesundheitswesens als mit jenen des Sozialwesens. Bei der Betreuung von Frauen, Kindern und Familien mit einem besonderen Unterstützungsbedarf spielen informelle Kontakte innerhalb des Gesundheitswesens für freiberufliche Hebammen eine zentrale Rolle.

Kontinuierliche Kontakte, gegenseitiges Interesse und eine Kommunikation, die durch Respekt und klare Absprachen gekennzeichnet ist, tragen zu einer gelingenden Kooperation mit den Akteurinnen/Akteuren in den Frühen Hilfen bei. Fehlendes Wissen der

Hebammen über die Strukturen und Angebote Früher Hilfen und die unterschiedliche berufliche Sozialisation der Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens stellen zentrale Herausforderungen für die Zusammenarbeit dar.

Am Übergang von der Hebammen- zur Familienhebammenversorgung sowie zu Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe ist die Vertrauensbeziehung zwischen Klientinnen und freiberuflichen Hebammen ein wichtiger Faktor, um Familien mit einem besonderen Unterstützungsbedarf zur Annahme dieser Angebote zu motivieren.

Damit freiberufliche Hebammen ihr gesundheitsförderndes Potential in den Frühen Hilfen entfalten können, bedarf es einer systematischen Einbeziehung dieser Akteurinnen in die Netzwerke der Frühen Hilfen. Zur Stärkung dieses Prozesses sind auch gesundheitspolitische Entscheidungen notwendig. Das Thema Kooperation sollte in der Aus- und Weiterbildung und im Studium von Hebammen berücksichtigt werden.

Schlüsselbegriffe

Frühe Hilfen, Hebammen, Kooperation, problemzentrierte Interviews

Abstract

Around 13% of families with newborns in Germany are in need of assistance of the early prevention networks. To improve the development opportunities for children and parents, early prevention support is provided by local and regional systems in form of coordinated services for families. Interprofessional cooperation between the professionals working in healthcare and social welfare are discussed as a goal in this context. Freelance midwives are respected as partners in the early prevention networks but there has been hardly any research on their view of this cooperation.

The aim of the study is to analyse the different views and experiences of freelance midwives in context of interprofessional cooperation in early prevention. Special attention is paid to the cooperation of midwives with actors of the social support services.

The qualitative study is based on 27 problem-centered interviews with freelance midwives in 13 federal states of Germany. To allow an explorative entry into the field, an initial group-discussion was conducted to support the construction of the interview framework. This approach helped to support the initial theoretical considerations as well as to ensure the authenticity of the whole research engagement. Access to the field was gained through posts on local mailing lists, adverts in professional midwifery journals, participation in conventions and by involving professionals acting as gatekeepers. The interviews were conducted based on a script, were digitally voice recorded and lastly transcribed. Data evaluation was carried out using a qualitative text analysis. Ethical clearance for the research was received at Witten/Herdecke University.

Freelance midwives do more often cooperate with professions of the health sector compared to those of the social support sector. Informal contacts to actors of the health services take a central role for the interaction of freelance midwives with women, children and families with special support needs.

Regular contacts, bilateral interest and a communication style characterized by respect and clear agreements do foster a successful cooperation of actors in early prevention from the perspective of midwives. A lack of knowledge amongst midwives in regard to the structure and support offered in early prevention, as well as different professional

socialisation of actors in health vs. social services are challenges for effective cooperation.

Trusted relationships between women and freelance midwives at the boundary between midwife to family midwife care as well as to social support services are important to motivate families with special needs in accepting these offers.

A systematic integration of freelance midwives into the networks of early prevention is required for them to realize their potential. This has to be fostered by healthcare policy decisions. The cooperation of freelance midwives should be given due consideration in midwifery training and education.

Keywords

Early prevention, midwife, cooperation, problem-centred interviews

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
Zusammenfassung	III
Abstract	V
Tabellenverzeichnis	X
Abbildungsverzeichnis	X
Übersetzungsverzeichnis	XI
Abkürzungsverzeichnis	XII
Terminologie	XIV
1 Einleitung.....	1
2 Kooperation und Netzwerke	5
2.1 Kooperation	5
2.2 Netzwerk	7
3 Das Versorgungskonzept Frühe Hilfen.....	10
3.1 Die Entwicklung der Frühen Hilfen in Deutschland	10
3.2 Zum Konstrukt Frühe Hilfen	11
3.3 Familienhebammen und Hebammen in den Frühen Hilfen	13
3.4 Zwischenfazit	14
4 Gesundheitsförderung und Prävention	16
4.1 Begriffe und Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive	16
4.2 Der Beitrag von Hebammen zur Gesundheitsförderung und Prävention.....	17
4.3 Gesundheitsförderung und Prävention im Kontext Früher Hilfen	19
4.4 Zwischenfazit	19
5 Analyse empirischer Arbeiten zur interprofessionellen Kooperation von Hebammen der ambulanten Versorgung	21
5.1 Literaturrecherche und Auswahl geeigneter Studien	21
5.2 Die interprofessionelle Kooperation von Hebammen im Handlungsfeld der ambulanten Versorgung	24
5.3 Zwischenfazit	30
6 Die ambulante Versorgung durch freiberufliche Hebammen in Deutschland	32
6.1 Gesetzliche Grundlagen	32
6.2 Anzahl und Leistungsspektrum freiberuflicher Hebammen	35
6.3 Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen.....	37
6.4 Zwischenfazit	39

	<u>Seite</u>
7 Methodik	40
7.1 Problemstellung.....	40
7.2 Zielsetzung und Fragestellungen.....	41
7.3 Qualitative Forschung.....	43
7.4 Der Forschungsprozess.....	44
7.4.1 Einschlusskriterien und Feldzugang.....	44
7.4.2 Datenerhebung.....	48
7.4.3 Theoretisches Sampling.....	56
7.4.4 Beschreibung der Samples.....	60
7.4.5 Datenaufbereitung und Transkription.....	64
7.4.6 Datenanalyse.....	66
7.4.7 Gütekriterien.....	77
7.4.8 Ethische Überlegungen.....	80
8 Empirische Ergebnisse	83
8.1 Ausgangssituation interprofessioneller Kooperation	83
8.1.1 Kooperationspartnerinnen/-partner.....	83
8.1.2 Informelle Netzwerke	87
8.1.3 Hierarchien	93
8.1.4 Vertrauensgewinn.....	96
8.1.5 Zwischenfazit.....	97
8.2 Interprofessionelle Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und den Institutionen sowie Akteurinnen/Akteuren des Sozialwesens.....	99
8.2.1 Kontinuität der Kontakte	99
8.2.2 Begegnungen	102
8.2.3 Vorausgegangene Erfahrungen.....	105
8.2.4 Kommunikationsstrukturen	106
8.2.5 Gegenseitiges Interesse oder Desinteresse	108
8.2.6 Wissensmangel	110
8.2.7 Unterschiedliche Perspektiven	111
8.2.8 Wirksamkeitsverlust von Hierarchien	113
8.2.9 Vertrauensverlust.....	115
8.2.10 Zwischenfazit.....	117
8.3 Intraprofessionelle Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen	119
8.3.1 Kooperationserfahrungen	119
8.3.2 Einflussfaktoren.....	125
8.3.3 Merkmale.....	127
8.3.4 Subjektiver Gewinn von Familienhebammen	132
8.3.5 Gründe nicht als Familienhebamme zu arbeiten	134
8.3.6 Zwischenfazit.....	136
8.4 Zusammenfassung der Ergebnisse – die Kooperation freiberuflicher Hebammen im Kontext Früher Hilfen.....	136

	<u>Seite</u>
9 Diskussion	140
9.1 Theoretische Relevanz	140
9.1.1 Fehlende systematische Einbindung freiberuflicher Hebammen in die Frühen Hilfen – ein gesundheitspolitischer Diskurs.....	141
9.1.2 Berufliche Sozialisation als Herausforderung für die interprofessionelle Kooperation	145
9.1.3 Vertrauensbildung zwischen Hebammen und Klientinnen	147
9.1.4 Bedeutung einzelfallbezogener Kooperation.....	149
9.2 Empfehlungen für die Berufspraxis	151
9.2.1 Berufs- und Gesundheitspolitik.....	151
9.2.2 Einzelfallarbeit.....	153
9.2.3 Hebammenausbildung und Studium.....	154
9.2.4 Arbeitsbeziehung zu den Frauen	158
9.3 Grenzen der Studie	158
9.4 Ausblick auf weitere Forschung.....	160
10 Schlusswort	163
Literatur	166
Anhang	192
Inkludierte Studien zur interprofessionellen Kooperation im Handlungsfeld der ambulanten geburtshilflichen Versorgung	192
Ethik-Kommission Schreiben vom 28.02.2014.....	199
Ethik-Kommission Schreiben vom 13.03.2014.....	200
Einladung zur Mitwirkung an der Gruppendiskussion zum Thema „Hebammen im System der Frühen Hilfen“.....	201
Aufruf zur Teilnahme an der Studie	203
Information zur Mitwirkung an der Studie zum Thema „Hebammen im System der Frühen Hilfen“.....	204
Teilnahmeanzeige	206
Einverständniserklärung zur wissenschaftlichen Verwendung personenbezogener Daten.....	208
Kurzfragebogen für die Teilnehmerinnen der Studie	210
Postskriptum	212
Verschwiegenheitserklärung (Schreibbüro)	213
Lebenslauf	214
Publikationen und Vorträge	217
Eidesstattliche Erklärung	220
Danksagung	221

Tabellenverzeichnis

	<u>Seite</u>
Tabelle 1: Überblick zu Definitionen von Kooperation.....	6
Tabelle 2: Überblick zu Definitionen von Netzwerken	8
Tabelle 3: Übersicht über die deutschen Hebammenzeitschriften unter Berücksichtigung der Druckauflagen	45
Tabelle 4: Subkategorien am Beispiel der Hauptkategorie „Einflussfaktoren“ der Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und den Institutionen/Berufsgruppen des Sozialwesens.....	71
Tabelle 5: Endgültiges Kategoriensystem.....	73
Tabelle 6: Inkludierte Studien zur interprofessionellen Kooperation im Handlungsfeld der ambulanten geburtshilflichen Versorgung	198

Abbildungsverzeichnis

	<u>Seite</u>
Abbildung 1: PRISMA Flow Chart (Moher et al., 2009; Ziegler, Antes & König, 2011)	23
Abbildung 2: Theoretisches Sampling der drei Feld- und Analysezeiträume	59
Abbildung 3: Beschäftigungsformen der Interviewtenehmerinnen.....	62
Abbildung 4: Leistungsangebote der Interviewtenehmerinnen	63
Abbildung 5: Transkriptionsregeln der Untersuchung (nach Dresing & Pehl, 2013, S. 21–23)	66
Abbildung 6: Planungs-Notiz vom 11.02.2015.....	75
Abbildung 7: Theoretische Notiz vom 13.02.2016.....	76
Abbildung 8: Kooperationspartnerinnen/-partner der befragten Hebammen aus dem Gesundheitswesen	85
Abbildung 9: Kooperationspartnerinnen/-partner der befragten Hebammen aus dem Sozialwesen.....	87

Übersetzungsverzeichnis

Aboriginal health worker	Mitarbeiterin/Mitarbeiter eines nationalen Gesundheitsförderungsprogramms für australische Ureinwohner
Community-based provider	Anbieterin/Anbieter gesundheitlicher Dienstleistungen in Kanada, z.B. Laktationsberaterin/-berater
Community health professional...	Mitarbeiterin/Mitarbeiter kommunaler Gesundheitsdienstleistungen in Australien
Families First coordinator.....	Koordinatorin/Koordinator lokaler Gesundheitsdienstleistungen für Familien in Australien
Health visitor	Gesundheits- und Krankenpflegende oder Hebamme des englischen Gesundheitssystems mit spezifischer Qualifizierung zur Gesundheitsförderung in Familien
Midwife	Hebamme
Nurse	Gesundheits- und Krankenpflegende
Practice nurse.....	Gesundheits- und Krankenpflegende in einer hausärztlichen Praxis
Public health nurse	Gesundheits- und Krankenpflegende der öffentlichen Gesundheitsversorgung
Support worker	Hilfskraft im Haushalt und bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens
Sure Start worker	Mitarbeiterin/Mitarbeiter eines englischen Kinderschutzprogramms

Abkürzungsverzeichnis

BfHD	Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands
BIFH.....	Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen
BKiSchG.....	Bundeskinderschutzgesetz
BMFSFJ.....	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
CTG	Kardiotokographie
DHV	Deutscher Hebammenverband
FageV	Forschungsprofessur „Familienorientierte geburtshilfliche Versorgung“
FamiLe.....	Forschungskolleg „Familiengesundheit im Lebensverlauf“
GMK.....	Gesundheitsministerkonferenz
HebG.....	Hebammengesetz
HSG	Hochschule für Gesundheit Bochum
IGES-Institut.....	Unabhängiges Forschungs- und Beratungsinstitut für Infrastruktur- und Gesundheitsfragen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KVBW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
MIFKJF	Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen Rheinland-Pfalz
MFKJKS	Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen
NZFH.....	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
PFB	Pädagogischer Fachbeirat des Deutschen Hebammenverbandes e.V.
PrävG	Präventionsgesetz

PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses
QUAG.....	Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.
SGB	Sozialgesetzbuch
SPFH.....	Sozialpädagogische Familienhilfe
SVR	Sachverständigenrat
VV	Verwaltungsvereinbarung
WHO.....	Weltgesundheitsorganisation
ZePP	Zentrum für Primäre Prävention und Körperpsychotherapie
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Terminologie

Im vorliegenden Forschungsbericht wird in Anlehnung an die Vorgaben des Leitfadens zur Erstellung einer wissenschaftlichen Seminar-, Haus- und Abschlussarbeit (Hochschule Osnabrück, 2013) die geschlechtsneutrale Formulierung von Texten angewendet. Texte mit personenbezogenen Worten werden so formuliert, dass beide Geschlechter angesprochen werden. Dabei wird vorrangig die neutrale Form gewählt, wie z.B. die Mitarbeitenden. Geschlechtsspezifische Varianten (Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter) werden nur verwendet, wenn sie stilistisch verträglich sind.

Sofern im Rahmen der Untersuchung bei einer Gruppe der Frauenanteil überwiegt, wird die weibliche Form bevorzugt. So wird in dieser Dissertation der Begriff Hebamme verwendet, da es in Deutschland nur wenige männliche Berufsausüßer gibt. Auch werden die Interviewten als Studienteilnehmerinnen bezeichnet, da ausschließlich Frauen in die Studie involviert waren.

In der verwendeten internationalen Forschungsliteratur wurden Berufsbilder identifiziert, die in Deutschland nicht existieren. In diesen Fällen wird der englische Sprachgebrauch in Kursivschrift übernommen. Berufsbezeichnungen, die auch in Deutschland etabliert sind, wurden übersetzt, wohl wissend, dass die jeweiligen Zuständigkeits- und Aufgabenbereiche der Berufe in den Ländern variieren. Die Übersetzung ist dem Übersetzungsverzeichnis zu entnehmen.

1 Einleitung

Seit etwa zehn Jahren wird das physische, psychische und soziale Wohlergehen von Kindern vermehrt in der Öffentlichkeit diskutiert (SVR, 2009; BMFSFJ, 2009). Parallel dazu werden Maßnahmen zur Unterstützung belasteter Familien politisch umgesetzt (Bundeskinderschutzgesetz (BKSchG, 2011)). Zwar sind die meisten Kinder heute körperlich gesund, dennoch haben Entwicklungs- und Verhaltensstörungen zugenommen (Pott, Fillinger & Paul, 2010). Armut und soziale Benachteiligung gehören zu den wichtigsten Gesundheitsrisiken im Kindesalter (SVR, 2009). Eine repräsentative Studie zu psychosozialen Belastungen von Eltern belegt, dass ca. 13% der Familien mit Säuglingen in Deutschland als hoch belastet einzustufen sind (Eickhorst et al., 2016).

Freiberufliche Hebammen verfügen aufgrund ihrer durchgängigen, aufsuchenden Betreuung über einen besonderen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit (Sayn-Wittgenstein, 2007). In Deutschland haben alle Frauen – und damit auch sozial und medizinisch belastete (werdende) Mütter und ihre Kinder – einen gesetzlichen Anspruch auf Hebammenhilfe (Mattern & Lange, 2012).

Die Thematik der vorliegenden Studie entstand einerseits aus meinen praktischen Erfahrungen als freiberufliche Hebamme im Rahmen der Versorgung von Frauen und Familien in belasteten Lebenslagen, andererseits aus Beobachtungen als Lehrende im Modul „Nutzerinnenorientierte Versorgungsgestaltung für Frauen und junge Familien“ im Bachelorstudiengang für Hebammen an der Hochschule Osnabrück.

Schließlich war es der gesetzliche Auftrag zur Kooperation in den Frühen Hilfen, den freiberufliche Hebammen mit dem Inkrafttreten des BKSchG (2011) im Jahre 2012 erhielten, der zu einer Auseinandersetzung mit den Perspektiven von freiberuflichen Hebammen im Rahmen der vorliegenden qualitativen Studie führte. Frühe Hilfen zielen darauf ab, die Entwicklungsmöglichkeiten von Eltern und ihren Kindern frühzeitig und nachhaltig zu verbessern (NZFH, 2009). Obschon nach dem BKSchG (2011, Art. 1 § 3 Abs. 4) primär die Einbindung von Familienhebammen in die Netzwerke Früher Hilfen gefördert wird, werden auch freiberufliche Hebammen explizit zur Kooperation aufgefordert (BKSchG, 2011, Art. 1 § 3 Abs. 2). Hebammen wird in den Frühen Hilfen eine zentrale Rolle zugeschrieben, da sie ein besonderes Vertrauen der Klientinnen genießen,

das sich unter anderem aus der regelhaften Inanspruchnahme und daher fehlenden Stigmatisierung ergibt (Renner, 2010). Derzeit mangelt es an wissenschaftlichen Daten zur Kooperation freiberuflicher Hebammen im Rahmen der Frühen Hilfen. Wenige Einzelbeiträge zu diesem Thema verdeutlichen den weiteren Forschungsbedarf (Ayerle, Mattern & Fleischer, 2014; Schlüter-Cruse, Schnepf & Sayn-Wittgenstein, 2016; Schöllhorn, König, Künster, Fegert & Ziegenhain, 2010). Laut eines integrativen Reviews fokussieren wenige existierende Studien ausschließlich auf die Hebammenperspektive in der interprofessionellen Kooperation (Schlüter-Cruse et al., 2016). Die mit dem Auf- und Ausbau der Netzwerke der Frühen Hilfen in Deutschland einhergehende Forderung nach Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und den Akteurinnen/Akteuren der Frühen Hilfen wirft grundlegende Fragen zur interprofessionellen Kooperation in diesem Feld auf.

Abgeleitet aus dem übergeordneten Interesse dieser Arbeit, einen Beitrag zur Versorgung von Frauen, Kindern und Familien mit einem besonderen Unterstützungsbedarf zu leisten, wird die Kooperation freiberuflicher Hebammen mit den Institutionen sowie Akteurinnen/Akteuren des Sozialwesens im Kontext Früher Hilfen untersucht. Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Hilfesystemen und Akteursgruppen, insbesondere zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe, gilt als zentraler Ansatz zur Förderung von Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft (NZFH, 2014a). Ergänzend werden weitere relevante Aspekte der Kooperation von freiberuflichen Hebammen innerhalb des Gesundheitswesens analysiert.

Für die Gestaltung der Versorgung von Frauen und Familien in belasteten Lebenslagen scheint es sinnvoll, den gesundheitsfördernden Beitrag freiberuflicher Hebammen in den Frühen Hilfen umfassend zu analysieren. Die Studie zielt auf die Exploration der Ausgestaltung der Zusammenarbeit in den Frühen Hilfen aus der Perspektive freiberuflicher Hebammen ab. Die Ergebnisse sollen zur Schärfung des Profils freiberuflicher Hebammen im Kontext der Frühen Hilfen beitragen, was als Grundlage für eine gelingende interprofessionelle Kooperation gilt (Marzinzik, Nauerth & Walkenhorst, 2010).

Die im Rahmen der vorliegenden Studie durchgeführte Befragung freiberuflicher Hebammen in Deutschland gewährt einen Einblick in ihre Sicht auf die Kooperation mit den

Akteurinnen/Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens. Die Methoden der qualitativen Forschung zielen darauf ab, das „Handeln und Interagieren der Subjekte“ (Flick, 2016, S. 27) in ihren Alltagswelten zu beschreiben. Das gewählte qualitative Design eignet sich daher in besonderem Maße dazu, Erkenntnisse über die bislang kaum erforschten Facetten des alltäglichen Handelns von Hebammen in diesem Kontext zu gewinnen.

Die Promotionsschrift besteht aus zehn Kapiteln, die sich in zwei Teile untergliedern. Im ersten Teil (Kapitel 2–6) wird der theoretische Rahmen der Arbeit ausgeführt, der die Grundlage für die empirische Untersuchung im zweiten Teil der Arbeit (Kapitel 7–10) bildet.

In dem der Einleitung folgenden Kapitel 2 erfolgt eine Auseinandersetzung mit dem Kooperations- und Netzwerk-begriff und eine Beschreibung, wie diese Begriffe in der vorliegenden Arbeit definiert werden.

Das sich anschließende Kapitel 3 befasst sich mit dem Versorgungskonzept Frühe Hilfen. Neben der Analyse des Begriffs werden die Entwicklung der Frühen Hilfen in Deutschland und die Rolle von Hebammen und Familienhebammen in diesem Kontext erörtert.

Im Mittelpunkt von Kapitel 4 stehen die Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention, die den theoretischen Zugang zu dieser Arbeit bilden. Zunächst werden die Begrifflichkeiten und Konzepte veranschaulicht und auf die Hebammenarbeit bezogen. Anschließend wird die Gesundheitsförderung und Prävention im Kontext Früher Hilfen betrachtet.

In Kapitel 5 folgt eine Auseinandersetzung mit der aktuellen Forschungsliteratur im Rahmen einer empirischen Analyse. Nach der Literaturrecherche werden die in den ausgewählten Studien behandelten Themen zur interprofessionellen Kooperation von Hebammen der ambulanten Versorgung dargestellt.

Kapitel 6 thematisiert die ambulante Versorgung durch freiberufliche Hebammen in Deutschland. Nach der Darstellung der gesetzlichen Grundlagen der Hebammenarbeit werden die Leistungsangebote freiberuflicher Hebammen im Rahmen ihres Versorgungsauftrags während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit, die Inanspruchnahme von Hebammenleistungen durch Frauen mit einem besonderen Betreu-

ungsbedarf sowie die generelle Nutzung von Angeboten der Hebammenhilfe besprochen.

Der empirische Teil der Arbeit beginnt in Kapitel 7 mit der Darstellung der Methodik. Diese beinhaltet eine Präzisierung der Problemstellung, der Zielsetzung und der Fragestellungen der Arbeit, eine Begründung des qualitativen Forschungsdesigns und eine ausführliche Erläuterung des Forschungsprozesses.

Im anschließenden Kapitel 8 werden die empirischen Ergebnisse deskriptiv und interpretierend dargestellt. Dabei werden die drei zentralen Kategorien „Ausgangssituation interprofessioneller Kooperation“, „Interprofessionelle Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und den Institutionen sowie Akteurinnen/Akteuren des Sozialwesens“ und „Intraprofessionelle Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen“ verwendet. Die Darstellung folgt den im Rahmen der Datenanalyse identifizierten Hauptkategorien, welche die jeweiligen Unterkapitel bilden.

In Kapitel 9 werden die Studienergebnisse im Hinblick auf ihre theoretische Relevanz diskutiert. Die gewonnenen Erkenntnisse münden in Empfehlungen für die Berufspraxis. Aus der Diskussion ergeben sich die Grenzen der vorliegenden Studie und ein Ausblick auf die zukünftige Forschung.

Die Arbeit endet mit einem Schlusswort in Kapitel 10.

2 Kooperation und Netzwerke

In diesem Kapitel werden die Begriffe Kooperation und Netzwerk definiert und voneinander abgegrenzt. Die theoretischen Ausführungen münden in Arbeitsdefinitionen, die die Grundlage für die weitere Untersuchung bilden.

2.1 Kooperation

Das Thema Kooperation spielt in vielen wissenschaftlichen Disziplinen eine Rolle (Balz & Spieß, 2009). In Deutschland fehlt aber ein einheitliches Begriffsverständnis (Grundwald, 1982). Kuhlmeier (2011) beschreibt die zunehmende „Inflation“ (ebd., S. 9) der Verwendung dieses Begriffs. Laut Merten (2015) wird der Begriff Kooperation alltags-sprachlich häufig im Sinne von gemeinsamem Handeln, Mit- und Zusammenarbeit benutzt.

Auch in der internationalen Literatur werden unterschiedliche Terminologien in Bezug auf den Kooperationsbegriff thematisiert (Pollard, Sellman & Thomas, 2014; Sheehan, Robertson & Ormond, 2007; Xyrichis & Lowton, 2008). Zwischen den Begriffen *cooperation*, *collaboration* und *teamwork* wird oftmals nicht differenziert (Downe, Finlayson & Fleming, 2010; Xyrichis & Lowton, 2008). Die Forderung, die Begrifflichkeiten in jedem Kontext klar zu definieren (Kälble, 2004a), scheint vor diesem Hintergrund nur berechtigt.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über verschiedene Definitionen des Begriffs Kooperation. Dabei werden nur Bereiche berücksichtigt, die in Zusammenhang mit der Zielstellung dieser Arbeit stehen.

Quelle	Definition von Kooperation
Balz & Spieß, 2009	<p>„Kooperation zeichnet sich durch bewusstes und planvolles Herangehen bei der Zusammenarbeit sowie durch Prozesse der gegenseitigen Abstimmung aus [...]. Kooperation besteht aus dem Grundgedanken von Gegenseitigkeit bzw. der Reziprozität [Gouldner, 1984]. Kooperation gilt somit auch als eine sozialetische Norm, als Strukturprinzip von Gruppen und Organisationen sowie als Verhalten bzw. Interaktionsform“ (S. 19–20).</p> <p>„Kooperation lässt sich auf drei Ebenen untersuchen: auf der individuellen, der interpersonellen und auf der strukturellen Ebene“ (S. 20ff).</p> <p>„Im Zusammenhang mit Kooperation sind Ziele ein wichtiger Bestandteil: Für eine gute Kooperation müssen sich die Kooperationspartner über die Ziele verständigen, um im Vollzug der Zusammenarbeit dann auch an den gemeinsam vereinbarten Zielen arbeiten zu können“ (S. 34).</p>
Kälble, 2004a	<p>„Interprofessionelle oder Berufsgruppen übergreifende Kooperation im Gesundheitswesen heißt, dass Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen mit unterschiedlichen Spezialisierungen, beruflichen Selbst- und Fremdbildern, Kompetenzbereichen, Tätigkeitsfeldern und unterschiedlichem Status im Sinne einer sich ergänzenden, qualitativ hochwertigen, patientenorientierten Versorgung unmittelbar zusammenarbeiten, damit die spezifischen Kompetenzen jedes einzelnen Berufes für den Patienten nutzbar gemacht werden [...]. Der Begriff intraprofessionelle Kooperation und der synonym gebrauchte Terminus monoprofessionelle Kooperation [Garms-Homolova et al., 1998] [...] stehen [...] für die Zusammenarbeit von Angehörigen eines Berufes/einer Profession, die in unterschiedlichen Berufsfeldern tätig sind“ (S. 39–41).</p>
Kuhlmeiy, 2011	<p>„Kooperation wird allgemein als eine enge und harmonische Interaktion zwischen gleichberechtigten Partnern bzw. Organisationseinheiten mit gemeinsamen Zielvorstellungen definiert [Zelewski, 1993]. Während Kooperation sowohl auf der mono- als auch auf der multiprofessionellen Ebene stattfinden kann, setzt Interdisziplinarität immer die Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe voraus“ (S. 9).</p>
Pollard et al., 2014	<p>“[...] we take interprofessional working to mean collaborative practice: that is, the process whereby members of different professions and/or agencies work with each other and with patients/service users, to provide integrated health and/or social care for the latter’s benefit” (S. 13).</p>
von Kardorff, 1998	<p>Unter Kooperation wird „eine problembezogene, zeitlich und sachlich abgegrenzte Form der gleichberechtigten arbeitsteilig organisierten Zusammenarbeit zu festgelegten Bedingungen an einem von allen Beteiligten in einem Aushandlungsprozeß abgestimmten Ziel mit definierten Zielkriterien verstanden [...]; Kooperation beinhaltet die Zusammenarbeit zwischen gleichen und unterschiedlichen Berufsgruppen [inner- und interprofessionelle Kooperation], entweder in einer Organisation (z.B. Klinik) oder zwischen verschiedenen Organisationen (z.B. Sozialpsychiatrischer Dienst und Psychiatrische Klinik) [inner- und interinstitutionelle Kooperation] sowie die Zusammenarbeit innerhalb (z.B. zwischen ambulantem und stationärem Bereich) oder zwischen inhaltlichen Aufgabengebieten (z.B. zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie [inner- und intersektorale Kooperation]“ (S. 210).</p>

Tabelle 1: Überblick zu Definitionen von Kooperation

In diesen Definitionen werden zentrale Merkmale der Kooperation thematisiert. Darauf basierend wird als Arbeitsgrundlage für die weitere Untersuchung ein durch folgende Charakteristika gekennzeichnetes Kooperationsverständnis verwendet:

- Beteiligung von Kooperationspartnerinnen/-partnern aus unterschiedlichen Berufsgruppen und Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens (interprofessionelle Kooperation)
- Zusammenarbeit von Angehörigen eines Berufes/einer Profession, die in unterschiedlichen Berufsfeldern tätig sind (intraprofessionelle Kooperation)
- Zusammenarbeit von Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe (intersektorale Kooperation)
- Verständigung der Kooperationspartnerinnen/-partner auf eine gemeinsame Zielausrichtung
- eine auf Gleichberechtigung beruhende Auffassung von Zusammenarbeit.

2.2 Netzwerk

In der Regel werden die Begriffe Netzwerk und Kooperation voneinander abgegrenzt (Balz & Spieß, 2009; Luthe, 2017). Für Luthe (2017) besteht ein zentraler Unterschied zwischen Kooperation und Vernetzung darin, dass Kooperationen feste Partnerschaften zur Erreichung vorgegebener Ziele beinhalten, während Netzwerke sich tendenziell durch eine offene Mitgliederstruktur auszeichnen. Netzwerke sind eine Weiterentwicklung von Kooperationen, haben eine größere Anzahl von Partnern und ein dynamisches Zielverständnis, d. h. Ziele werden reflektiert und ggf. weiterentwickelt. Zwar finden in Netzwerken Kooperationen statt, jedoch sind diese nicht mit den Netzwerken identisch (Luthe, 2017). Laut Balz und Spieß (2009) beruht eine Vernetzung auf der Eigeninitiative der Beteiligten, während sich Kooperationen auch aus institutionellen, fachlichen und gesetzlichen Vorgaben ableiten. Tabelle 2 gibt einen Überblick über unterschiedliche Definitionen von Netzwerken.

Quelle	Definition von Netzwerk
Brocke, 2003	„Netzwerke bringen Akteure aus dem öffentlichen Sektor, der Zivilgesellschaft und der Wirtschaft zu einem bestimmten Problemfeld zusammen. Netzwerke bestehen aus Gruppen, die bislang häufig gegeneinander und aneinander vorbeigearbeitet haben. Netzwerkarbeit als Methode hat die Aufgabe, Wissen und andere Ressourcen der verschiedenen Akteure zusammenzutragen, in einen neuen übergreifenden Kontext unterschiedlicher Problemwahrnehmungen und Interessen einzubringen, ggf. zu überbrücken und über Sektorengrenzen hinweg neue Lösungsansätze zu entwickeln“ (S. 14).
Luthe, 2017	„Netzwerke sind ein heterarchisches System aktivierbarer Kooperationen und als solche ebenso innerhalb wie außerhalb von Organisationen denkbar. Sie präformieren Kooperationen in zweierlei Weise: dadurch, dass sie schlicht deren Entstehung begünstigen und dadurch, dass sie diesen eine bestimmte Richtung geben“ (S. 52). „Netzwerke basieren auf losen Verknüpfungen, nicht aus festgefügteten Mitgliedschaftsrollen; [...]“ (S. 53).
Baecker, 2007	„Ein Netzwerk verwebt Identitätsentwürfe von Personen, Institutionen und Geschichten zu einem Versuch wechselseitiger Kontrolle, der an den Identitäten, die hier im Spiel sind, laufend scheitert und daraus, nämlich aus den resultierenden Unsicherheiten, seine nächsten Motive rekrutiert“ (S. 226).
Cleppien, 2017	„Unter Netzwerken lassen sich ganz allgemein relativ dauerhafte und gering formalisierte Beziehungsstrukturen verstehen [...]. Dabei sind sie von anderen Gebilden [Gruppen, Organisationen etc.] durch geringe Formalisierung und höhere Eigenständigkeit der Akteurinnen und Akteure systematisch abgegrenzt, wobei der Übergang von Netzwerken in andere soziale Gebilde durch zunehmende Formalisierung oder durch Verlust der Eigenständigkeit nicht ausgeschlossen ist“ (S. 281).
Quilling, Nicolini, Graf & Starke, 2013	„Die Stärke der Netzwerkakteure beruht darauf, bei einem gemeinsamen Ziel selbstständig Ressourcen zu akquirieren, zu mobilisieren und zu bündeln, unabhängig von der Art der Steuerung der Akteursbeziehungen. Durch den <i>Kollektivcharakter</i> des Netzwerks selbst entsteht etwas qualitativ Neues, ohne dass die Akteure ihre Eigenständigkeit verlieren. Jeder Akteur operiert einerseits für sich selbst und andererseits für das Netzwerk. Die Zusammenarbeit in Netzwerken ist kein einfacher Prozess und geschieht nicht automatisch“ (S. 11). Zentrale Elemente der Netzwerktheorie: <u>Kooperation</u> – Sie setzt Austauschprozesse zwischen den Beteiligten voraus [...]. <u>Emergenz</u> – Durch die Kooperation der Akteure im Netzwerk entstehen neue Strukturen, die nach eigenen Regeln funktionieren und zu einer neuen Qualität der Zusammenarbeit führen [...]. <u>Innovation</u> – Die etablierten Systeme werden schrittweise verändert und es entsteht etwas Neues. <u>Leitbild</u> – Das Leitbild dient der Identifikation der Akteure mit den Zielen des Netzwerks [...]“ (S. 11–12)

Tabelle 2: Überblick zu Definitionen von Netzwerken

Die im Fokus dieser Arbeit stehenden Frühen Hilfen sind mit dem Netzwerkbegriff eng verknüpft. Das Verständnis des Netzwerkbegriffs in der vorliegenden Arbeit unterscheidet sich jedoch von den oben genannten, allgemeinen Definitionen. Damit wird die Empfehlung von Cleppien (2017) aufgegriffen, Netzwerke der Frühen Hilfen von anderen Netzwerken abzugrenzen. Der Autor unterstreicht die Aussage von Fischer (2014), wonach gesetzliche Regelungen der Kooperation im Kontext Früher Hilfen den allgemeinen Charakteristika von Vernetzung widersprechen. Cleppien (2017) rät zu einem sensibleren Umgang mit dem Netzwerkbegriff. Vor diesem Hintergrund nutzt die vorliegende Arbeit den Begriff Netzwerk, wohl wissend, dass dieser in dem untersuchten Kontext in der Regel nicht entsprechend seiner allgemeingültigen Definition verwendet wird.

3 Das Versorgungskonzept Frühe Hilfen

Den Ausgangspunkt bildet die Darstellung der Entwicklung von Frühen Hilfen in Deutschland. Es folgt eine Begriffsbestimmung der Frühen Hilfen mit Einblicken in die damit einhergehende Diskussion. Darauf basierend wird die Bedeutung von Kooperationen im Rahmen der Frühen Hilfe für die Berufsgruppe der Hebammen skizziert.

3.1 Die Entwicklung der Frühen Hilfen in Deutschland

Die gesundheitliche Entwicklung von Kindern kann von familiären psychosozialen Belastungen geprägt sein (Haffner et al., 2002; Zimmermann et al., 2016). In Deutschland gelten ca. 13% der Familien mit Säuglingen als psychosozial hochbelastet. Diese Einstufung beruht auf dem Vorliegen von mindestens vier der folgenden Merkmale: Alleinerziehendenstatus, ungeplante Schwangerschaft, kindliche Dysregulation, hoher elterlicher Stress, elterliche Impulsivität, elterliche Gewalterfahrung in Partnerschaften, häufige Partnerschaftskonflikte, hohes Angststörungs-/Depressionsrisiko, negative elterliche Kindheitserfahrungen, Bezug einer Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) II, Alter der Mutter < 21 Jahre bei der Geburt des Kindes (Eickhorst et al., 2016). Zu den Folgen familiärer Belastungen gehören ein höheres Ausmaß an Verhaltensproblemen (Haffner et al., 2002; Zimmermann et al., 2016), Einschränkungen bei der kognitiven Entwicklung und eine Verminderung der kindlichen Affektregulation (Zimmermann et al., 2016). Einige Autoren sehen einen Zusammenhang zwischen einer erhöhten Vulnerabilität für psychische und/oder körperliche Erkrankungen im Erwachsenenalter und einer psychisch belasteten Kindheit (Egle et al., 2016; Wegman & Stetler, 2009). Diese Korrelation unterstreicht die Notwendigkeit einer Prävention im Sinne der Frühen Hilfen (Eickhorst et al., 2016).

Zur Verbesserung des Schutzes vor Gefährdungen von Kindern im vorgeburtlichen Alter bis zum Alter von drei Jahren initiierte das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) im Jahre 2006 das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ (BMFSFJ, 2006, S. 2). Im Rahmen dieses Programms wurden verschiedene Ansätze Früher Hilfen wissenschaftlich begleitet (Renner & Heimeshoff, 2014). Ein zentraler Bestandteil des Aktionsprogramms war die Einrichtung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) (BMFSFJ,

2006), mit dem Ziel, den Auf- und Ausbau von Unterstützungssystemen für werdende Eltern und Eltern von Säuglingen und Kleinkindern bundesweit voranzutreiben (NZFH, 2010). Wichtige Säulen der Arbeit des NZFH sind die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen für die Praxis, die Kommunikation der Ergebnisse sowie die Unterstützung von Akteurinnen/Akteuren bei der Weiterentwicklung Früher Hilfen (NZFH, 2010). Zudem hat das NZFH von 2007–2010 zehn vom BMFSFJ geförderte Modellprojekte zu Frühen Hilfen in den 16 Bundesländern begleitet und evaluiert (NZFH, 2014a; Renner & Heimeshoff, 2014; Renner & Sann, 2010). Zentrale Ergebnisse der Modellprojekte schlugen sich in dem 2012 in Kraft getretenen BKiSchG (2011) nieder (NZFH, 2014a), wie die Verankerung der „Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen“, kurz Bundesinitiative Frühe Hilfen (BIFH) zeigt. Damit unterstützt das BMFSFJ bis heute den Auf- und Ausbau der Netzwerke Frühe Hilfen sowie den Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Gesundheitsfachberufen. Die Entwicklung wird mit erheblichen finanziellen Mitteln gefördert. Für die zunächst von 2012–2015 befristete Verwaltungsvereinbarung (VV) BIFH wurden 177 Millionen Euro zur Verfügung gestellt (VV BIFH, 2012). Die VV BIFH wurde im Verlauf bis Ende 2017 verlängert (Thaiss, 2016). Seit Oktober 2017 wird mit einem auf Dauer angelegten Fonds der Bundesstiftung Frühe Hilfen, dessen Ausgestaltung durch eine VV (VV BIFH, 2017) zwischen Bund und Ländern geregelt ist, die psychosoziale Unterstützung von Familien gewährleistet. Zur Erfüllung des Stiftungszwecks stattet der Bund die Stiftung jährlich mit 51 Millionen Euro Vermögen aus (BMFSFJ, 2017).

3.2 Zum Konstrukt Frühe Hilfen

Der wissenschaftliche Beirat (NZFH, 2009) definierte Frühe Hilfen 2009 wie folgt:

„Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0–3-Jährigen [...]. Grundlegend sind Angebote, die sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung richten (universelle/primäre Prävention). Darüber hinaus wenden sich Frühe Hilfen insbesondere an Familien in Problemlagen (selektive/sekundäre Prävention). Frühe Hilfen basieren vor allem auf multiprofessioneller Kooperation, beziehen aber auch bürgerschaftliches Engagement und die Stärkung sozialer Netzwerke von Familien mit ein [...]“ (NZFH, 2009, Abs. 1–3).

Frühe Hilfen zielen darauf ab, die Entwicklungsmöglichkeiten von Eltern und Kindern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern (NZFH, 2009). Das zentrale Ziel (NZFH, 2014a) und gleichzeitig eine der Herausforderungen (Lohmann, 2015) im Bereich Früher Hilfen ist die Kooperation der Berufsgruppen und Institutionen des Gesundheitssystems mit denen der Kinder- und Jugendhilfe. Diese Zielsetzung basiert auf der Erkenntnis, dass eine ausreichende Versorgung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern nur durch eine enge Vernetzung unterschiedlicher Sektoren erreicht werden kann (NZFH, 2014a). Die Notwendigkeit dieser Kooperation wurde in den vergangenen Jahren u.a. in Gutachten des Sachverständigenrats zur Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR, 2007; SVR, 2009), dem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz zu Kindergesundheit und Kinderschutz (GMK, 2008) und dem 13. Kinder- und Jugendbericht des BMFSFJ (2009) thematisiert und im BKiSchG (2011) verankert.

In einem 2014 von einer Arbeitsgruppe des wissenschaftlichen Beirats des NZFH veröffentlichten Leitbild (NZFH, 2014b) wurde die Begriffsbestimmung der Frühen Hilfen von 2009 bestätigt und durch Ausführungen zum Fundament und Arbeitsfeld ergänzt. Diese Präzisierung wurde vor dem Hintergrund der dynamischen Entwicklung Früher Hilfen als notwendig erachtet. Nachdem sich das Handlungsfeld zu Beginn durch eine ausgeprägte Heterogenität in Bezug auf Angebote und Kooperationsstrukturen auszeichnete, wurden die Frühen Hilfen 2012 mit dem Inkrafttreten des BKiSchG (2011) zu einem festen Bestandteil der Sozialgesetzgebung (NZFH, 2014b).

Seit seiner Einführung ist die Begriffsbestimmung der Frühen Hilfen des NZFH nicht unumstritten. Sann und Küster (2013) verweisen in diesem Zusammenhang auf „heftige und kontroverse Debatten“ (ebd., S. 38). Kritisiert werden die fehlende Eindeutigkeit des Begriffs in Bezug auf den Kinderschutz (Sann & Landua, 2010; Sann & Küster, 2013; Ziegenhain et al., 2011), die Altersbegrenzung der zu betreuenden Kinder (Sann & Küster, 2013), Widersprüche hinsichtlich der Zielgruppe (Buschhorn, 2014; Hentschke et al., 2011) und eine fehlende Definition der Rolle der Kooperationspartnerinnen/-partner aus dem Gesundheitswesen (Lohmann, 2015). Patschke (2015) analysiert in ihrer Dissertation das Phänomen Frühe Hilfen mit dem Ergebnis, dass der Gegenstand widersprüchlich konstruiert wird und die Akteurinnen/Akteure Früher Hilfen letztlich unbestimmt bleiben.

Da eine gesetzliche Definition der Frühen Hilfen fehlt, besteht in der Fachpraxis ein heterogenes Verständnis, das „von Familienförderung bis zu Gefahrenabwehr“ (Schäfer & Sann, 2014, S. 77) reicht. Laut Schäfer und Sann (2014) lässt sich auf einer solch heterogenen Basis keine eindeutige und einheitliche Ausrichtung ableiten, was zu einer unterschiedlichen Umsetzung der Frühen Hilfen in den Kommunen führt.

3.3 Familienhebammen und Hebammen in den Frühen Hilfen

Einen zentralen Förderschwerpunkt der BIFH bilden Familienhebammen (BKiSchG, 2011, Art. 1 § 3 Abs. 4; VV BIFH, 2012, Art. 1 Abs. 4). Familienhebammen sind staatlich geprüfte Hebammen mit Zusatzqualifikation (Hahn & Sandner, 2013; Horschitz, Meysen, Schaumberg, Schönecker & Seltmann, 2015). Zu den Aufgabenschwerpunkten der Familienhebammentätigkeit gehört die physische und psychosoziale Betreuung und Beratung von Familien mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf während der Schwangerschaft und in den ersten zwölf Lebensmonaten des Säuglings (Hahn & Sandner, 2013; Lange & Liebald, 2013). Das Tätigkeitsfeld der Familienhebammen ist als „Querschnittsaufgabe“ (Lange & Liebald, 2013, S. 17) sowohl im Gesundheitsbereich als auch in der Kinder- und Jugendhilfe verortet (ebd., S. 17). Zahlreiche Veröffentlichungen thematisieren die interprofessionelle Kooperation als zentrales Merkmal der Familienhebammenarbeit (Ayerle, 2012; Hahn & Sandner, 2013; Lange & Liebald, 2013; Horschitz et al., 2015; Rettig, Schröder & Zeller, 2017). Diskussionen über eine bedarfsgerechte Versorgung belasteter Familien in Deutschland werden u.a. von einem Mangel an Familienhebammen bestimmt (NZFH, 2014a; NZFH, 2016).

Familienhebammen werden vom öffentlichen Gesundheitsdienst, von der Kinder- und Jugendhilfe, von freien Trägern der Wohlfahrtspflege oder von Stiftungen und Vereinen beauftragt und entlohnt (Hahn & Sandner, 2013; Mattern & Lange, 2012). In der Regel erfüllen sie ihren Auftrag auf Honorarbasis, seltener im Angestelltenverhältnis (Gran, Küster & Sann, 2012). Die Leistungen von Familienhebammen sind weder als gesundheitliche Regelleistung im SGB V (1988, § 134a) noch über die ambulante Kinder- und Jugendhilfe im SGB VIII (1990, § 16) geregelt (Hahn & Sandner, 2013, S. 9), sondern als „Sonderfinanzierung“ (Horschitz et al., 2015, S. 16) in der VV BIFH (2012) verankert.

In der praktischen Ausgestaltung kombinieren Familienhebammen ihre Tätigkeit mit der originären Hebammentätigkeit oder kümmern sich nicht um die Regelversorgung (Horschitz et al., 2015; Lange & Liebald, 2013). In letzterem Fall entstehen mitunter Kooperationen zwischen Hebammen und Familienhebammen (Horschitz et al., 2015).

Neben Familienhebammen sind in Deutschland auch freiberufliche Hebammen als „relevante Akteure aus dem Gesundheitswesen“ (VV BIFH, 2012, Art. 2 Abs. 3) aufgefordert, in den Netzwerken der Frühen Hilfen zu kooperieren. In explorativen Befragungen im Rahmen der zehn Modellprojekte Früher Hilfen wurden Hebammen unter 20 aufgeführten Akteurinnen/Akteuren neben niedergelassenen Kinderärztinnen/-ärzten, Geburtskliniken, Frauenärztinnen/-ärzten sowie dem Jugendamt als bedeutendste Kooperationspartnerinnen in den Frühen Hilfen eingestuft (Renner, 2010). Freiberufliche Hebammen sind seltener als Familienhebammen in den lokalen Netzwerken Früher Hilfen aktiv (Küster, Mengel, Pabst & Sann, 2015). Laut einer Netzwerkanalyse (Künster, Schöllhorn, Knorr, Fegert & Ziegenhain, 2010) sollten freiberufliche Hebammen besser ins Netzwerk integriert werden.

Den Berufsgruppen des Gesundheitswesens wird in den Frühen Hilfen ein besonderes Potential zugesprochen (Clauß, Fleischer, Mattern & Ayerle, 2016; Lohmann et al., 2012; Lohmann, 2015; Renner, 2010). Die Bedeutung von Hebammen im Rahmen von Netzwerken der Frühen Hilfen ergibt sich aus dem ihnen entgegengebrachten Vertrauen, das darauf beruht, dass ihre Leistungen regelhaft in Anspruch genommen werden und deshalb als nicht stigmatisierend erlebt werden (Renner, 2010). Durch ihren Zugang zum häuslichen Umfeld werden Hebammen häufig ins Vertrauen gezogen und können Familien zur Annahme weiterer Hilfen motivieren (Renner, 2010).

3.4 Zwischenfazit

Der Auf- und Ausbau der Netzwerke Frühe Hilfen stellt eine noch junge Entwicklung in Deutschland dar. Da eine gesetzliche Definition Früher Hilfen bislang fehlt, ist das Verständnis der Ausgestaltung in der Praxis sehr heterogen. Der Grundsatz der Frühen Hilfen ist die interprofessionelle Kooperation der Berufsgruppen und Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens. Damit sind auch freiberufliche Hebammen aufgefordert, mit den Akteurinnen/Akteuren im Feld der Frühen Hilfen zu kooperieren und sich zu

vernetzen. Die interprofessionelle Kooperation in dem heterogenen Feld stellt für freiberufliche Hebammen eine Herausforderung dar und setzt erweiterte Kompetenzen voraus. Auffällig ist die Diskrepanz zwischen der hohen Bedeutung, die freiberuflichen Hebammen als Kooperationspartnerinnen in den Frühen Hilfen beigemessen wird, und ihren momentanen Aktivitäten in den Netzwerken.

4 Gesundheitsförderung und Prävention

In diesem Kapitel wird der dieser Forschungsarbeit zugrundeliegende theoretische Zugang dargestellt. Dieser ist im Gegenstandsbereich von Gesundheitsförderung und Prävention verankert. Nach einer Charakterisierung der Begriffe aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive folgen Ausführungen zum Beitrag von Hebammen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Allgemeinen und im Kontext Früher Hilfen. Aus der Schlussfolgerung ergeben sich die Ansatzpunkte für die vorliegende Untersuchung.

4.1 Begriffe und Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive

Der Begriff der Gesundheitsförderung ist eng mit den Rahmenprogrammen und Strategien der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Gesundheitsfachorganisation der Vereinten Nationen, verknüpft (Kaba-Schönstein, 2003). Die Begriffsprägung erfolgt unter bevölkerungsmedizinischen, ökonomischen, politischen, kulturellen und sozialen Impulsen (Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2014). Das Konzept der Gesundheitsförderung wurde nach einer mehrjährigen Entwicklungsphase erstmals 1986 in der Ottawa Charta veröffentlicht (Kaba-Schönstein, 2011a; Hurrelmann et al., 2014). Gefeierte als „Kristallisationspunkt für ein neues Gesundheitsverständnis“ (Altgeld & Walter, 1997, S. 14) ist sie bis heute als „Schlüsseldokument der weiteren konzeptionellen Entwicklung sowie der internationalen Verbreitung von Gesundheitsförderung“ (Kaba-Schönstein, 2011b, S. 145) anerkannt. Das zentrale Ziel der Gesundheitsförderung ist laut Ottawa-Charta „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO, 1986, S. 1). Das zugrundeliegende positive Konzept betont die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso wie die der körperlichen Fähigkeiten (WHO, 1986). Laut Kaba-Schönstein (2011a) ist die Gesundheitsförderung ein komplexer sozialer und gesundheitspolitischer Ansatz zur Verbesserung der gesundheitsrelevanten Lebensweisen und -bedingungen. Dieses Verständnis basiert auf dem gesundheitsfördernden Settingansatz, wonach Gesundheit im Alltag hergestellt und aufrechterhalten wird (Altgeld & Kickbusch, 2012). Mit den Begriffen „Vermitteln und Vernetzen“ (WHO, 1986, S. 2) wird in der Ottawa Charta die aktive und dauerhafte Koopera-

tion der Akteurinnen/Akteure innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens als zentrale Handlungsstrategie der Gesundheitsförderung betont (Kaba-Schönstein, 2011a):

„Der Gesundheitssektor allein ist nicht in der Lage, die Voraussetzungen und guten Perspektiven für die Gesundheit zu garantieren. Gesundheitsförderung verlangt vielmehr ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und den Medien. Menschen in allen Lebensbereichen sind daran zu beteiligen als einzelne, als Familien und Gemeinschaften. Die Berufsgruppen und sozialen Gruppierungen sowie die Mitarbeiter des Gesundheitswesens tragen große Verantwortung für eine gesundheitsorientierte Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen in der Gesellschaft“ (WHO, 1986, S. 2).

Die Prävention verfolgt das Ziel „eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern“ (Walter, Robra & Schwarz, 2012, S. 196). Während die Primärprävention die Aktivitäten vor Eintritt einer Schädigung durch Vermeidung auslösender Ursachen umfasst, zielen sekundärpräventive Maßnahmen auf die Entdeckung symptomloser Krankheitsfrühstadien ab. Im Rahmen der Tertiärprävention soll die wirksame Behandlung einer Erkrankung die Progression sowie Teilhabeverluste verhindern (Walter et al., 2012). Weiter werden universelle, selektive und indizierte Präventionsmaßnahmen unterschieden (Springer & Phillips, 2007).

Betrachtet man das Verhältnis von Gesundheitsförderung und Prävention, so spiegeln sich in den Begriffen unterschiedliche Strategien wider (Blättner & Waller, 2011). Im Gegensatz zur Orientierung der Prävention an pathogenen Risiken und Belastungen stellt die Gesundheitsförderung die Stärkung salutogener Ressourcen in den Vordergrund (Kaba-Schönstein, 2011c; Walter et al., 2012). Zahlreiche Autoren heben die ergänzende Bedeutung beider Ansätze im Hinblick auf die Erhaltung der Gesundheit hervor (Hurrelmann et al., 2014, S. 17; Kaba-Schönstein, 2011c; SVR, 2000; Walter et al., 2012).

4.2 Der Beitrag von Hebammen zur Gesundheitsförderung und Prävention

Das Potential von Hebammen bei der Verwirklichung der europäischen Regionalstrategie „Gesundheit für alle“ wurde erstmalig im Rahmen der Europäischen Pflegekonfe-

renz 1988 in Wien hervorgehoben (WHO, 1988; WHO, 2015). Zwölf Jahre später wurde in der Erklärung von München die „Schlüsselrolle“ (WHO, 2000) von Hebammen im Hinblick auf die „Sicherstellung von hochwertigen, zugänglichen, chancengleichen, effizienten und gegenüber den Rechten und sich wandelnden Bedürfnissen der Menschen aufgeschlossenen Gesundheitsdiensten“ (ebd., S. 1) betont. Der zentrale Punkt dieses Beschlusses der Gesundheitsminister der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO war die eindringliche Aufforderung zur Umsetzung von Maßnahmen zur Stärkung des Hebammenwesens, die sich an alle Behörden der Europäischen Region richtete. Diese fand in den Folgejahren in wegweisenden Resolutionen und Programmen ihren Ausdruck (WHO, 2002; WHO, 2010; WHO, 2015; WHO, 2016).

Der Beitrag von Hebammen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit ist in den vergangenen Jahren auch in Deutschland verstärkt ins wissenschaftliche Blickfeld gerückt. Grundlegende Arbeiten zum Thema publizierten u.a. Anding et al. (2013), Grieshop (2013), Sayn-Wittgenstein (2007), Sayn-Wittgenstein, Lange und Knorz (2010) und Schäfers (2011). Der Forschungsbedarf zur gesundheitlichen Versorgung von Frauen und Familien durch Hebammen ist bislang jedoch nicht gedeckt (Ewers et al., 2012).

Im 13. Kinder- und Jugendbericht (BMFSFJ, 2009) wird die Bedeutung der Hebammenhilfe als „Schlüssel zur Gesunderhaltung von Mutter und Kind“ (ebd., S. 11) sowie als spezifische Leistung zur Unterstützung und Förderung eines gesunden Aufwachsens in der frühen Lebensphase hervorgehoben. Die niedrigschwelligen Angebote von Hebammen spielen insbesondere im Hinblick auf eine Vermeidung von Stigmatisierung bei gleichzeitiger früher Unterstützung eine zentrale Rolle (BMFSFJ, 2009). Seit 2000 werden in Deutschland auf nationaler Ebene Gesundheitsziele mit der Absicht entwickelt, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten und zu verbessern (Maschewsky-Schneider et al., 2009). Im aktuellen nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ (BMG, 2017) sind neben weiteren Akteurinnen/Akteuren auch Hebammen ausdrücklich aufgefordert, vorhandene Ressourcen und Potentiale von der Schwangerschaft bis zum ersten Jahr nach der Geburt umfassend zu fördern. Eine besondere Bedeutung hat die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Betreuung (BMG, 2017). Bei der Unterstützung der Familienentwicklung im ersten Jahr nach der Geburt bestehen große Synergiepotentiale. In dieser Phase soll eine ge-

sunde Entwicklung von Eltern und Kind ermöglicht und gefördert werden (BMG, 2017).

4.3 Gesundheitsförderung und Prävention im Kontext Früher Hilfen

Der Begriff Prävention wird in Abhängigkeit vom Erkenntnisinteresse unterschiedlich gedeutet (Geene, 2017). Im Kontext Früher Hilfen beschreiben Hahn und Sandner (2013) Unterstützungsmöglichkeiten, die sich prinzipiell an alle Familien wenden, als universell und primärpräventiv. Hilfen, die ein frühzeitiges Erkennen und eine Unterstützung von Familien in belasteten Lebenssituationen umfassen, werden als sekundärpräventiv und spezifisch definiert. Tertiärpräventive und indizierte Interventionen betreffen Familien mit manifesten Problemen und dienen der Abwendung von konkreten Gefährdungen (Hahn & Sandner, 2013).

Zwischen den Konzepten Gesundheitsförderung und Frühe Hilfen bestehen zahlreiche Verbindungen (BMG, 2017; Geene, 2017; Paul, 2012). Paul (2012) betont, dass sich Frühe Hilfen als „förderndes, präventives, an den Ressourcen der Eltern orientiertes Unterstützungsangebot“ (ebd., S. 7) an den Prinzipien der Gesundheitsförderung anlehnen. Geene (2017) sieht Gemeinsamkeiten bei den Zielsetzungen des neuen Handlungsfelds Frühe Hilfen und der politischen Konzepte der Ottawa-Charta. Wobei das Konzept Frühe Hilfen an die Ansprüche und den Umfang der politischen Konzepte der Gesundheitsförderung nicht heranreicht (Geene, 2017). Der Bundesrat kritisiert in einer Stellungnahme, dass im Präventionsgesetz (PrävG, 2015) keine explizite Erwähnung von Frühen Hilfen verankert wurde (Geene & Reese, 2016).

4.4 Zwischenfazit

Die zentrale Rolle von Hebammen im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention ist unbestritten, obwohl die Datenlage zur gesundheitlichen Versorgung von Frauen und Familien durch Hebammen mangelhaft ist. Von besonderer Bedeutung erscheinen Handlungsansätze, die in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit auf die Unterstützung und Erhaltung der Gesundheit durch Gesundheitsförderung und Prävention gerichtet sind (Sayn-Wittgenstein, 2007).

Ob die im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit stehenden freiberufliche Hebammen in Kooperation mit den Akteurinnen/Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens einen gesundheitsfördernden Beitrag in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit im Rahmen Früher Hilfen leisten, ist bislang nicht erforscht. Weiter fehlen Untersuchungen zur Kooperation in diesem Kontext.

5 Analyse empirischer Arbeiten zur interprofessionellen Kooperation von Hebammen der ambulanten Versorgung

Die Fragestellungen dieser Arbeit haben sich aus empirischen Beobachtungen zur interprofessionellen Kooperation von Hebammen im Kontext der ambulanten Versorgung entwickelt. Da eine systematische Analyse der Kooperation von Hebammen in diesem Feld bislang fehlt, erfolgte dies auf Basis der nationalen und internationalen Forschungsliteratur. Die folgenden Kapitel geben Einblick in die Literaturrecherche und die Ergebnisse der Literaturanalyse.

5.1 Literaturrecherche und Auswahl geeigneter Studien

Ziel der Analyse war es, empirische Daten zu zentralen Themen der interprofessionellen Kooperation von Hebammen der ambulanten Versorgung zu gewinnen (Schlüter-Cruse et al., 2016). Der Fokus lag dabei auf der Perspektive der Hebammen. Vor diesem Hintergrund wurde die systematische Literaturrecherche unter folgender Fragestellung durchgeführt: Wie erleben Hebammen die interprofessionelle Kooperation in der ambulanten geburtshilflichen Versorgung?

Die Recherche wurde im Zeitraum von April–August 2015 in den elektronischen Datenbanken Pubmed, Cochrane Database, CINAHL, PsycInfo und CareLit durchgeführt. Darüber hinaus erfolgte eine Handsuche in den Fachzeitschriften und Veröffentlichungen des NZFH. Folgende Suchbegriffe wurden sowohl einzeln als auch in Kombination und mit Trunkierungen eingesetzt: (midwife* OR midwives) AND (interdisciplin* OR multidisciplin* OR multiprofessional* OR interprofessional* OR intersectoral* OR cooperat* OR collaborat* OR network OR early prevention). Um die Aktualität in diesem wachsenden Forschungsfeld zu gewährleisten, wurde die Recherche auf den Zeitraum von 2005–2015 begrenzt. Die Suchhistorie orientierte sich an den Vorgaben des Preferred Reporting Items for Systematic Research and Metanalyses-(PRISMA)-Statements (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009). Das Vorgehen wird in dem Flussdiagramm in Abbildung 1 dargestellt.

Durch die Datenbankrecherche wurden insgesamt 4.778 Studien identifiziert; weitere acht Artikel wurden durch Handsuche ergänzt. Nach der Bereinigung von Dubletten wurden die Titel und Abstracts von 3.928 Studien anhand festgelegter Ein- und Aus-

schlusskriterien einem Screening unterzogen. Eingeschlossen wurden qualitative und quantitative Studien, Mixed-Methods Studien und Literaturreviews, die über einen Abstract verfügten und in einer Zeitschrift mit Peer-Review in englischer oder deutscher Sprache veröffentlicht wurden. Es wurden ausschließlich Studien herangezogen, die in einer westlichen Industrienation oder in mit westlichen Industrienationen vergleichbaren Staaten durchgeführt wurden, da die nationalen Sozial- und Gesundheitssysteme vermutlich die Ausgestaltung der Kooperation prägen. Eingeschlossene Studien berücksichtigen ausschließlich die außerklinische Versorgung. In Studien, die Fragen der Kooperation berufsgruppenübergreifend untersuchten, berücksichtigte die Recherche gezielt die Hebammenperspektive. Ausgeschlossen wurden Abstracts zu Konferenzbeiträgen, Kommentare zu Artikeln, Buchrezensionen, Positionspapiere und Veröffentlichungen mit einem Fokus auf die Kooperation im klinischen Kontext ohne Übertragbarkeit auf den ambulanten Bereich. Auch wurden Studien exkludiert, die Interdisziplinarität im Rahmen von Lernangeboten, Studium und Fort- und Weiterbildung thematisieren und damit auf den Erwerb interdisziplinärer Kompetenzen abzielen.

Nach der Sichtung der Titel und Abstracts wurden 53 Studien einer Volltextsuchung unterzogen. Im Rahmen des Volltextscreenings wurden weitere 28 Studien ausgeschlossen, da diese die Sichtweise von Hebammen nicht berücksichtigten. Andere Studien erwiesen sich als thematisch irrelevant, zielten auf terminologische Abgrenzungen ab, erforschten die Kooperation ausschließlich im klinischen Kontext oder basierten nicht auf einer empirischen Erhebung, was ebenfalls zum Ausschluss führte. Zwei potentiell relevante Reviews wurden exkludiert, da die Studien zwar die Hebammensicht behandelten, aber entweder außerhalb des Recherchezeitraums lagen oder Themen behandelten, die den Ausschlusskriterien entsprachen. Von den ursprünglich 53 identifizierten Studien wurden 25 Artikel einer kritischen Beurteilung unterzogen, um ihrer Relevanz für die weitere thematische Analyse einzuschätzen (Aveyard, 2014).

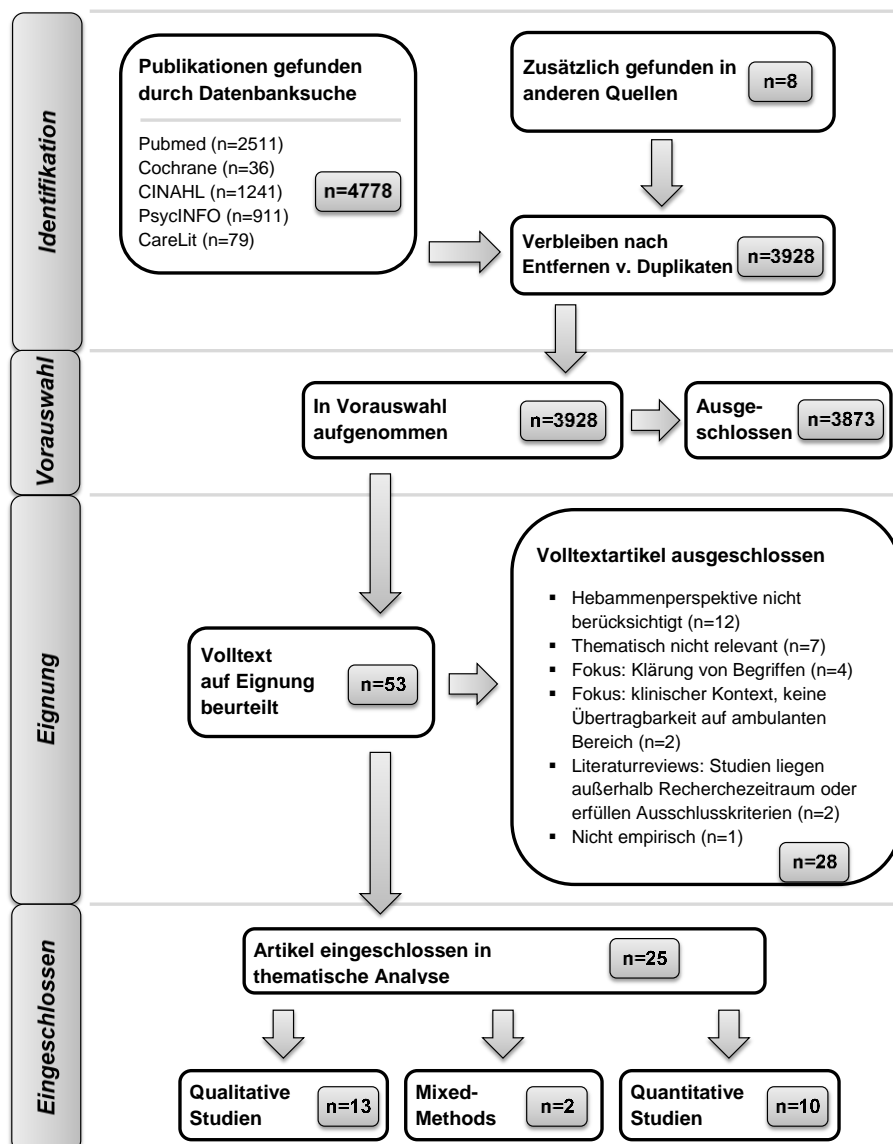


Abbildung 1: PRISMA Flow Chart (Moher et al., 2009; Schlüter-Cruse et al., 2016; Ziegler, Antes & König, 2011)

Die Überprüfung der qualitativen Studien erfolgte mit dem Critical Appraisal Skills Programme (CASP, 2013). Für die quantitativen Studien wurde das Rahmenmodell von Caldwell, Henshaw und Taylor (2011) verwendet. Die Mixed-Methods Studien wurden über die von Aveyard, Sharp und Wooliams (2011) auf der Basis von Wooliams, Williams, Butcher und Pye (2009) weiterentwickelten sechs Fragen zur Anregung kritischen Denkens analysiert. Die unterschiedlichen Instrumente sind auf verschiedene Studiendesigns spezialisiert. Alle Instrumente berücksichtigen sowohl methodische als auch inhaltliche Merkmale der Studien. Die kritische Beurteilung der Studien ergab, dass die Mehrzahl der Studien die Qualitätsanforderungen erfüllten; bei acht Studien

wurden methodische Einschränkungen identifiziert. Trotz der Schwächen wurden diese Studien eingeschlossen und leisteten einen wertvollen Beitrag für die Forschungsarbeit. Die Beurteilung der Studien erfolgte durch die Erstautorin und wurde in regelmäßigen Abständen mit den Betreuenden der Arbeit abgestimmt. Das Gleiche gilt für die im Rahmen der Analyse identifizierten Themen und Subthemen. An dem Prozess der Studienauswahl waren darüber hinaus auch Wissenschaftlerinnen der Pflege-, Hebammen und Sozialwissenschaften im Rahmen einer bestehenden Interpretationsgruppe an der Hochschule Osnabrück beteiligt.

Insgesamt 25 Studien bildeten die Grundlage der thematischen Analyse nach Aveyard (2014). Die Studien wurden im Zeitraum von 2005–2015 publiziert, wobei die Mehrzahl der Studien (n=18) ab 2010 veröffentlicht wurde. Jeweils fünf der Studien kamen aus Australien, Großbritannien und Kanada, vier Studien aus Schweden, jeweils zwei aus Deutschland und den Niederlanden, eine aus Norwegen und eine aus Neuseeland. 13 Studien zeigten einen qualitativen Forschungsansatz, zehn ein quantitatives Design und zwei Arbeiten nutzten Mixed-Methods. Im Anhang (vgl. S. 192ff.) werden die inkludierten Studien mit Autorinnen/Autoren, Land, Jahr, Studiendesign und den Teilnehmerinnen/Teilnehmern der Untersuchungen gelistet.

5.2 Die interprofessionelle Kooperation von Hebammen im Handlungsfeld der ambulanten Versorgung

Im Rahmen der thematischen Analyse (Aveyard, 2014) wurden die drei Themenkomplexe Gewinn durch Kooperation, fördernde und hemmende Faktoren von Kooperation und Kompetenzen für eine effektive Kooperation analysiert, die aus Hebammenperspektive im Hinblick auf die interprofessionelle Kooperation im Handlungsfeld der ambulanten geburtshilflichen Versorgung zentral erscheinen.

Gewinn durch Kooperation

In zahlreichen Studien wird seitens der Hebammen ein Gewinn durch die Zusammenarbeit für die Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens betont (Ayerle et al., 2014; Barimani & Hylander, 2008; Barimani & Hylander, 2012; Clancy, Gressnes & Svensson, 2013; Munro, Kornelsen & Grzybowski, 2013; Peterson, Medves, Davies & Graham, 2007; Psaila, Fowler, Kruske & Schmied, 2014a). Dieser äußert sich besonders bei der Betreuung von Frauen und Familien mit besonderen Bedürfnissen (Ayerle et al.,

2014; Barimani & Hylander, 2008; Psaila, Kruske, Fowler, Homer & Schmied, 2014b). In berufsgruppenübergreifenden Meetings können Probleme gemeinsam diskutiert (Psaila et al., 2014b) und psychosoziale Bedürfnisse von Familien erörtert werden (Schmied et al., 2015). Hebammen hoffen, durch eine Kooperation im Rahmen eines Netzwerks Frühe Hilfen von einer engmaschigen und kollegialen Zusammenarbeit zu profitieren (Ayerle et al., 2014). Die Zusammenarbeit kann einen Kontakt zu Frauen und Familien mit erschwertem Zugang schaffen und einen Beziehungsaufbau ermöglichen (Psaila et al., 2014a).

Auch die Nutzerinnen/Nutzer des geburtshilflichen Versorgungssystems profitieren von der Kooperation (Barimani & Hylander, 2008; Barimani & Hylander, 2012; Homer et al., 2009; Nagel-Brotzler, Brönner, Hornstein & Albani, 2005; Peterson et al., 2007; Psaila et al., 2014a) durch eine hochwertige Patientenversorgung (Peterson et al., 2007; Ratti, Ross, Stephanson & Williamson, 2014). Die interprofessionelle Kooperation ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung von Frauen mit psychischen Beschwerden in der frühen Mutterschaft (Nagel-Brotzler et al., 2005). Eine berufsgruppenübergreifende Versorgung ermöglicht den Frauen aus Sicht von 25 Vertreterinnen/Vertretern von kanadischen Hebammen-, Ärzte- und Pflegeverbänden einen verbesserten Zugang zu den geburtshilflichen Leistungen und stärkt die Wahlmöglichkeiten hinsichtlich der Anbieter (Peterson et al., 2007). Laut den Hebammen und Kindergesundheitspflegenden einer schwedischen Untersuchung ist es für die Frauen vorteilhaft, wenn sich die vorgeburtliche und postpartale Versorgung sowie die Kindergesundheitsversorgung effektiv vernetzen (Barimani & Hylander, 2008) und beide Berufsgruppen sich als „Einheit“ verstehen (Barimani & Hylander, 2012). Ein Konsens zwischen den beiden Berufsgruppen verhindert Unsicherheiten und ein Gefühl des Verlorenseins im Versorgungssystem seitens der Eltern (Barimani & Hylander, 2008). Effektive Arbeitsbeziehungen an der Schnittstelle zwischen geburtshilflichen Dienstleistungen und Kinder- und Familiengesundheitsdienstleistungen bereichern laut Psaila, Schmied, Fowler und Kruske (2015) die Familien. Aus Sicht der Hebammen sowie Kinder- und Familiengesundheitspflegenden in Australien unterstützt eine gelingende Kooperation den Aufbau positiver Beziehungen zu den Familien und gewährleistet einen längerfristigen Kontakt zu den Dienstleistern (Psaila et al., 2015).

Fördernde und hemmende Faktoren von Kooperation

Im Rahmen der Analyse wurden unterschiedliche Faktoren identifiziert, die eine Kooperation der Berufsgruppen unterstützen, aber auch einschränken können. Aus der Perspektive der Hebammen haben insbesondere die Kommunikation, das Rollenverständnis, die Sichtweisen zur Versorgung, die Beziehungen sowie Macht- und Konkurrenzdenken das Potential, die Zusammenarbeit zu fördern oder zu behindern.

Die Kommunikation beeinflusst die Intensität der Zusammenarbeit (Psaila et al., 2015) und trägt dazu bei, dass der Übergang an Versorgungsschnittstellen für Frauen und Familien gelingt (Homer et al., 2009). Die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen findet auf einer formellen oder informellen Ebene statt; beide Formen werden für die Förderung der interprofessionellen Kooperation als wichtig erachtet (Munro et al., 2013; Psaila et al., 2015; Murray-Davis, Marshall & Gordon, 2011). Informationen können sowohl in offiziellen Besprechungen, aber auch im gemeinsam genutzten Pausenraum ausgetauscht werden (Barimani & Hylander, 2012). In vielen Studien werden gemeinsame Meetings der Berufsgruppen als förderlich für die Zusammenarbeit beschrieben (Barimani & Hylander, 2008; Edvardsson et al., 2011; Homer et al., 2009; Miers & Pollard, 2009; Schmied et al., 2015; Schölmerich et al., 2014). Sie ermöglichen, bekannten Stimmen das passende Gesicht zuzuordnen (Barimani & Hylander, 2008), eine Verständigung zwischen den Beteiligten (Miers & Pollard, 2009), Einblicke in die Aktivitäten anderer Professionen und die Identifikation von Synergien (Edvardsson et al., 2011). Auch wirken sie dem Kommunikationsmangel und bestehenden Misstrauen zwischen den Berufsgruppen entgegen (Ratti et al., 2014). Nur wenige Studien finden eine ablehnende Haltung der Teilnehmenden gegenüber berufsgruppenübergreifenden Meetings (Barimani & Hylander, 2008). Dagegen thematisieren zahlreiche Studien Kommunikationsprobleme zwischen den Berufsgruppen und ihre Auswirkungen auf die Zusammenarbeit (Barimani & Hylander, 2008; Homer et al., 2009; Nagel-Brotzler et al., 2005; Psaila et al., 2014b; Schmied et al., 2015; Schölmerich et al., 2014; Shaw, 2013; Smith et al., 2009). Eine ungenügende Kommunikation schränkt die Effektivität von Arbeitsbeziehungen ein (Murray-Davis et al., 2011; Psaila et al., 2015) und gilt als „Haupthindernis“ (Shaw, 2013), „Schlüsselproblem“ (Psaila et al., 2014b) oder „eigentliches Problem“ (Schmied et al., 2015).

Das Rollenverständnis ist für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen von großer Wichtigkeit (Miers & Pollard, 2009; Munro et al., 2013; Murray-Davis et al., 2011). Studienteilnehmende thematisieren aber auch die Auswirkung fehlender Rollenkenntnisse zwischen den Berufsgruppen (Homer et al., 2009; Munro et al., 2013; Psaila et al., 2014b; Schmied et al., 2015). Missverständnisse über Rollen können die Zusammenarbeit hemmen (Munro et al., 2013), die Effektivität der Versorgung beeinträchtigen (Homer et al., 2009; Psaila et al., 2014b) und Spannungen zwischen den Professionellen verursachen (Psaila et al., 2014b; Schmied et al., 2015). Spannungen aufgrund mangelnder Rollenkenntnisse werden am Übergang der Versorgung zwischen Hebammen und Kinder- und Familiengesundheitspflegenden beobachtet. So bedauern einige Hebammen, dass Kinder- und Familiengesundheitspflegende die Rolle der Hebamme häufig anders bewerten als sie selber (Psaila et al., 2014b). Rollenmissverständnisse werden mitunter auf mangelnde Kommunikation zurückgeführt (Ratti et al., 2014; Schmied et al., 2015). Dies zeigt sich z.B. beim Aufbau universeller Dienstleistungen im Bereich der Kinder- und Familiengesundheit in Australien (Schmied et al., 2015). In ihrer qualitativen Studie thematisieren die Autoren die fehlende Kommunikation zwischen den gesundheitlichen Dienstleistungserbringern, was zu Missverständnissen in Bezug auf die spezifischen Aufgaben und Rollen der Berufsgruppen führt. Alle im Bereich der Kinder- und Familiengesundheitsleistungen tätige Professionen äußern sich besorgt darüber, dass die anderen Berufsgruppen ihren spezifischen Beitrag zur Gesundheitsförderung nicht kennen (Schmied et al., 2015).

Berufsgruppenspezifische und individuelle Sichtweisen zur Versorgung haben einen bedeutenden Einfluss auf interprofessionelle Arbeitsbeziehungen: Sie können gemeinsame Ziele definieren oder eine Quelle für Spannungen sein (Murray-Davis et al., 2011). Hebammen und Kindergesundheitspflegende betonen die Relevanz der Perspektive für die Zusammenarbeit am Übergang zwischen der vorgeburtlichen Versorgung, der postpartalen Versorgung und der Kindergesundheitsversorgung. Förderlich ist eine Position, die durch einen Blick auf die gesamte Versorgungskette geprägt ist und Wissen über andere an der Versorgung beteiligten Professionen beinhaltet. Eine solche Perspektive unterstützt das gemeinsame Handeln verschiedener Berufsgruppen (Barimani & Hylander, 2012). Im Gegensatz dazu hat eine Sichtweise, die die eigenen Möglichkeiten priorisiert und berufsgruppenspezifische Aufgaben nicht als Teil eines übergrei-

fenden Versorgungssysteme wahrnimmt, einen hemmenden Einfluss auf die Zusammenarbeit (Barimani & Hylander, 2008; Barimani & Hylander, 2012). Verschiedene Studien thematisieren Probleme der Zusammenarbeit durch unterschiedliche Sichtweisen der Berufsgruppen (Barimani & Hylander, 2008; Barimani & Hylander, 2012; Munro et al., 2013; Murray-Davis et al., 2011; Psaila et al., 2014b). Einige stellen explizit die unterschiedlichen Perspektiven zwischen Hebammen und Ärztinnen/Ärzten in den Mittelpunkt (Ratti et al., 2014; Schölmerich et al., 2014; Shaw, 2013; Smith et al., 2009; Vedam et al., 2012). Solche Unterschiede resultieren in Spannungen und Konflikten, fehlendem Vertrauen und einem Mangel an Respekt (Ratti et al., 2014). In einer quantitativen Befragung geben 60,7% der Hebammen die unterschiedliche Sichtweise als zentrales Hindernis für die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärztinnen/Ärzten an. Bei den Geburtshelferinnen/-medizinerinnen bzw. Hausärzten/Hausärztinnen waren nur 46,5% bzw. 23,3% dieser Meinung (Smith et al., 2009).

Interprofessionellen Beziehungen sind für eine erfolgreiche Zusammenarbeit von immenser Bedeutung (Clancy et al., 2013; Homer et al., 2009; Munro et al., 2013; Psaila et al., 2015; Psaila et al., 2014a; Psaila et al., 2014b). Sie sind der Schlüssel zur erfolgreichen Einführung von Innovationen an der Schnittstelle zwischen geburtshilflichen Dienstleistungen und Kinder- und Familiengesundheitsdienstleistungen (Psaila et al., 2014a). Zur Analyse ihrer Arbeitsbeziehungen wurden australische Hebammen gebeten, auf einer Liste auszuwählen, mit welchen Berufsgruppen sie am häufigsten zusammenarbeiten. Die Hebammen gaben dabei besonders häufig benachbarte Berufsgruppen des Gesundheitswesens, wie Logopädinnen/Logopäden, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter und Klinische Psychologinnen/Psychologen gefolgt von Kinder- und Familiengesundheitspflegenden und Pädiaterinnen/Pädiatern, an. Der Aufbau und Aufrechterhaltung von Arbeitsbeziehungen zu anderen Akteurinnen/Akteuren wurde als zeitintensiv bewertet. Laut der Untersuchung messen Hebammen und andere Berufsgruppen der Beziehungsdimension im Hinblick auf die Intensität der Zusammenarbeit eine höhere Bedeutung bei als organisatorischen Faktoren (Psaila et al., 2015). Zum gleichen Ergebnis kommt eine norwegische Querschnittstudie, in der 1418 Mitarbeiter aus dem Gesundheits- und Sozialwesen Führungsstrukturen und formale Faktoren für weniger wichtig hielten als interprofessionelle Beziehungen (Clancy et al., 2013).

Laut zahlreicher Studienteilnehmenden wirken sich Macht- und Konkurrenzdenken als Hindernisse für eine Zusammenarbeit der Berufsgruppen aus (Clancy et al., 2013; Murray-Davis et al., 2011; Schölmerich et al., 2014; Peterson et al., 2007). Einen wichtigen Einblick in das Erleben von Konkurrenzsituationen geben Clancy et al. (2013), die in einer Querschnittstudie die Sichtweise von Hebammen, *public health nurses*, Ärztinnen/Ärzten sowie Kinderschutzfachkräften auf die interprofessionelle Zusammenarbeit in norwegischen Kommunen untersuchten. Danach hat die Größe der Kommune einen Einfluss auf das Konkurrenzserleben. Studienteilnehmende in Kommunen mit > 10.000 Einwohnern waren signifikant häufiger der Meinung, dass Konkurrenzdenken die Zusammenarbeit hemmt als Teilnehmende aus Kommunen mit < 10.000 Einwohnern (Clancy et al., 2013). Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass in größeren Kommunen die Zusammenarbeit durch politische Vorgaben sichergestellt werden sollte. Peterson et al. (2007) beschreiben mit dem Begriff „Interdisziplinäre Rivalität“ historisch bedingte „Grabenkämpfe“ zwischen den Leistungserbringern der geburtshilflichen Versorgung. Diese basieren auf unterschiedlichen Ursachen. Dazu zählen die Angst, die berufliche Autonomie zu verlieren, ein Mangel an Wissen bezüglich des Leistungsspektrums anderer Disziplinen oder die erlebte Ungerechtigkeit bezüglich der Bezahlung. Vor allem Hebammen äußern Ängste, ihre Autonomie zu verlieren, und verteidigen ihre unabhängige Tätigkeit (Peterson et al., 2007). Bei der Einführung eines sektorenübergreifenden Gesundheitsförderungsprogramms erleben Hebammen rivalisierende Ziele der teilnehmenden Professionen als hemmend für die Programmimplementierung. Dieser Aspekt verliert jedoch im Laufe der Umsetzung an Bedeutung. Resümierend stellen die Autoren das besondere Potential einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Berufsgruppen heraus (Edvardsson et al., 2012).

Kompetenzen für eine effektive Kooperation

Die interprofessionelle Kooperation erfordert spezifische Kompetenzen (Miers & Polard, 2009; Munro et al., 2013; Murray-Davis et al., 2011). Hebammen nennen in diesem Kontext kommunikative Eigenschaften, Rollenverständnis, Reflektionsfähigkeit, Vertrauen und Respekt. Rollenkenntnisse sind bei der Vermittlung einer Klientin an andere Berufsgruppen von Bedeutung, ermöglichen aber auch die Einordnung unterschiedlicher Professionen innerhalb des Gesundheitssystems. Ein Konsens darüber, welche Kompetenzen für eine effektive Zusammenarbeit erforderlich sind, besteht unter

Hebammen nicht. Murray-Davis et al. (2011) kommen zu dem Schluss, dass Hebammen interprofessionelle Beziehungen häufiger aus einer eindimensionalen Sicht betrachten und spezifische Kompetenzen für eine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit nicht berücksichtigen, was beispielsweise bei der Klärung von Meinungsverschiedenheiten deutlich wird.

Ein umfassenderes Bild über die erforderlichen Eigenschaften zur Zusammenarbeit liefern Studien mit Teilnehmenden aus unterschiedlichen Berufsgruppen (Miers & Pollard, 2009; Munro et al., 2013). Neben kommunikativen Fähigkeiten, Rollenverständnis, Respekt und Vertrauen halten Interviewteilnehmende aus dem Gesundheits- und Sozialwesen auch die Fähigkeit im Team zu arbeiten und persönliche Merkmale wie Toleranz, Ausdauer, Aufgeschlossenheit, Einsatzbereitschaft, Aufrichtigkeit, Erfahrung und persönliche Reife für wichtig. Als weitere Faktoren nennen sie Pünktlichkeit, Effizienz und die Fähigkeit über professionelle Grenzen hinweg zu arbeiten (Miers & Pollard, 2009). Die Teilnehmenden einer kanadischen Studie betonen die Bedeutung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung sowie einer flexiblen Vorgehensweise bei der Versorgung (Munro et al., 2013).

5.3 Zwischenfazit

Ziel der Literaturanalyse war es, anhand von nationalen und internationalen empirischen Daten die zentralen Themen im Bereich der interprofessionellen Kooperation von Hebammen der ambulanten Versorgung zu definieren. Im Mittelpunkt stand die Perspektive der Hebammen auf die interprofessionelle Kooperation mit Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens.

Die Ergebnisse belegen die Vielfältigkeit der Situationen, in denen Hebammen der ambulanten geburtshilflichen Versorgung mit anderen Berufsgruppen kooperieren. Wenige Studien analysieren ausschließlich die Sichtweise von Hebammen; in der Mehrzahl der Studien wird die Hebammenperspektive unter einer disziplinübergreifenden Perspektive subsummiert. Dies kann dazu führen, dass die Sichtweise von Hebammen relativiert und falsche Rollenerwartungen gefördert werden. In den untersuchten Studien dominiert die Kooperation von Hebammen mit den Berufsgruppen des Gesundheitswesens, nur wenige Studien berücksichtigen Vertreterinnen/Vertreter des Sozialwesens.

In den Studien besteht ein allgemeiner Konsens, dass die interprofessionelle Kooperation ein Gewinn für die Nutzerinnen/Nutzer des Versorgungssystems darstellt. Dieser äußert sich in einem verbesserten Zugang zu den Dienstleistungen, mehr Wahlmöglichkeiten und einer Festigung von Beziehungen zwischen den Familien und den Dienstleistungserbringern. Auch Hebammen und andere Berufsgruppen erleben die gemeinsame Zusammenarbeit als Gewinn. Dieser wird beispielsweise darin gesehen, dass durch die Kooperation Zugänge zu Frauen und Familien entstehen, die ansonsten nur schwer erreichbar sind.

Für die vorliegende Untersuchung lieferten die ausgewählten Arbeiten zwar wertvolle Hinweise, zeichnen aber kein umfassendes Bild zur Kooperation von Hebammen der ambulanten Versorgung mit anderen Berufsgruppen.

Die Kooperation freiberuflicher Hebammen mit den Berufsgruppen und Institutionen des Sozialwesens erhält mit dem Auf- und Ausbau der Netzwerke Frühe Hilfen in Deutschland ein neues Gewicht. Obschon die Relevanz effektiver Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialwesen auch international diskutiert wird, bleibt offen, inwiefern die Situation in anderen Ländern aufgrund unterschiedlicher Strukturbedingungen auf deutsche Verhältnisse übertragen werden kann. Der bisherige Mangel an Aufmerksamkeit unterstreicht die Notwendigkeit, die interprofessionelle Kooperation von Hebammen mit den Berufsgruppen und Institutionen des Sozialwesens zu erforschen.

6 Die ambulante Versorgung durch freiberufliche Hebammen in Deutschland

Im folgenden Kapitel wird die geburtshilfliche Versorgung durch freiberufliche Hebammen in Deutschland beschrieben, in deren Kontext die Forschungsarbeit verankert ist. Zunächst werden die gesetzlichen Grundlagen freiberuflicher Hebammenarbeit dargestellt. Es folgt ein Überblick über die Anzahl freiberuflicher Hebammen in Deutschland und ihr Leistungsspektrum. Die Fragestellung der Dissertation ist unmittelbar mit der Versorgung von Frauen und Familien in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit in belasteten Lebenslagen assoziiert. Vor diesem Hintergrund wird die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen durch Frauen mit einem besonderen Betreuungsbedarf sowie die generelle Nutzung von Angeboten der Hebammenhilfe analysiert.

6.1 Gesetzliche Grundlagen

Die Versorgung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit durch eine Hebamme ist eine Regelleistung des deutschen Gesundheitssystems (SGB V, 1988, § 134a).

Die für die Fragestellung der Arbeit wichtigen Gesetze und Verordnungen finden sich im Hebammengesetz (HebG, 1985), den Berufsordnungen der Länder und im SGB V (1988).

Hebammen sind nach dem HebG (1985) dazu befähigt,

„ [...] Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett Rat zu erteilen und die notwendige Fürsorge zu gewähren, normale Geburten zu leiten, Komplikationen des Geburtsverlaufs frühzeitig zu erkennen, Neugeborene zu versorgen, den Wochenbettverlauf zu überwachen und eine Dokumentation über den Geburtsverlauf anzufertigen (Ausbildungsziel)“ (HebG, 1985, § 5).

Diese Ausführungen implizieren die Zuständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Hebammen insbesondere für die physiologischen Verläufe von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (Schönberner, Schäfers & Kehrbach, 2010; Thomas & Schönberner, 2010). Mit der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung (HebG, 1985, § 1) können Hebammen sich für eine freiberufliche und/oder angestellte Tätigkeit entscheiden (Schirren & Stephan, 2015; Horschitz & Kurtenbach, 2003).

Laut HebG (1985, § 4 Abs. 1) sind die Leistungen in der Geburtshilfe ausschließlich Ärztinnen/Ärzten sowie Hebammen vorbehalten. In diesem Kontext gehören zur Geburtshilfe die Überwachung und Hilfeleistung bei einer Geburt sowie die Kontrolle des Wochenbettverlaufs (HebG, 1985, § 4 Abs. 2). Hebammen sind in diesem Rahmen befugt, alle erforderlichen Maßnahmen selbständig auszuüben und über die dafür notwendigen Mittel und Methoden zu entscheiden (Hochhausen, 2015). Eine besondere Regelung im deutschen HebG (1985, § 4 Abs. 1) ist die sogenannte „Zuziehungspflicht“, auf deren Grundlage Ärztinnen/Ärzte verpflichtet sind, zu jeder Geburt eine Hebamme hinzuziehen. Bei physiologischen Geburtsverläufen sind umgekehrt Hebammen nicht verpflichtet Ärztinnen/Ärzte hinzuziehen (Horschitz & Kurtenbach, 2003). Die Zuziehungspflicht wird als eine „Schutznorm für Frauen und Neugeborene“ (Horschitz & Kurtenbach, 2003, S. 34) interpretiert, die darauf abzielt, „andere [...] Berufsgruppen von der Geburtshilfe fernzuhalten“ (ebd., S. 34). Bei komplikationslosen Geburten arbeiten Ärztinnen/Ärzte und Hebammen gleichberechtigt nebeneinander. Bei Komplikationen sind Hebammen dagegen verpflichtet, Ärztinnen/Ärzte hinzuzuziehen und sind weisungsgebunden (Horschitz & Kurtenbach, 2003).

Die Gestaltung der Berufsausübung liegt im Zuständigkeitsbereich der Länder (Hochhausen, 2015; Schirren & Stephan, 2013) und wird über die Berufsordnungen (BO) geregelt (Diefenbacher, 2017). Laut Horschitz et al. (2015) verweisen zahlreiche Landesgesetze bei der Hebammenbetreuung explizit auf die Berücksichtigung sozialer und psychisch/seelischer und kultureller Faktoren (z.B. HebBO BB (2008), HebBO BW (2016), HebBO BY (2013), HEbBO HB (2012), HEBBO NW (2017), HebG NI (2004)).

Die Prüfung der Einhaltung der ordnungsgemäßen Berufsausübung liegt beim öffentlichen Gesundheitsdienst als zuständiger Aufsichtsbehörde (Horschitz et al., 2015).

In Deutschland erhalten alle in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Frauen Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Diese sind im SGB V (1988, § 24c) verankert. Dazu gehören die ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe, die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, die Entbindung, häusliche Pflege sowie Ansprüche auf Haushaltshilfe und Mutterschaftsgeld (SGB V, 1988, § 24c–i).

Im § 24 finden sich darüber hinaus weitere für Hebammen relevante Vorschriften, wie Regelungen zur medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter.

Die konkrete Anzahl, Dauer und Vergütung der Leistungen während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit, die freiberufliche Hebammen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen bzw. erhalten, basieren auf der Hebammen-Vergütungsvereinbarung und entsprechender Leistungsbeschreibung (Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V, 2015, Anlage 1.1, Anlage 1.2). Seit 2007 werden sie zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen bzw. seit 2008 zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Berufsverbänden der Hebammen vereinbart (Albrecht, Loos, Sander, Schliwen & Wolfschütz, 2012). Als Leistungserbringerinnen der Krankenkasse rechnen freiberufliche Hebammen ihre Leistungen direkt mit der Krankenkasse ab (Diefenbacher, 2017).

Zu den Tätigkeitsfeldern freiberuflicher Hebammen gehören die Mutterschaftsvorsorge, die Schwangerenbetreuung, die Geburtshilfe im Krankenhaus, in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung, einer hebammengeleiteten Einrichtung oder im häuslichen Umfeld sowie die Begleitung von Wochenbett und Stillzeit (Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V, 2015, Anlage 1.2). Für die Geburtsbetreuung in der Klinik schließen freiberufliche Hebammen mit der Einrichtung einen Belegvertrag ab, in dem sämtliche Rechte und Pflichten geregelt werden (Knobloch, 2015; Diefenbacher, 2017). Die Wochenbettbetreuung erfolgt bis zu zwölf Wochen nach der Geburt des Kindes. Eine Erweiterung der Wochenbettbetreuung nach der Geburt des Kindes von zuvor acht auf zwölf Wochen wurde 2015 im Präventionsgesetz (PrävG) verankert und führte zu Änderungen im SGB V (1988, § 24d). Ferner beraten Hebammen Mütter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings bis zum Ende der Abstillphase bzw. bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt. Hebammen können innerhalb der ersten zehn Tage des Wochenbetts bis zu 20 Leistungen abrechnen, danach sind bis zum Ablauf von zwölf Wochen weitere 16 Leistungen abrechenbar. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen im Rahmen der Hebammen-Vergütungsvereinbarung auch die Gebühren für Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungsgymnastikkurse durch Hebammen (Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V, 2015, Anlage 1.1). Die festgelegte Anzahl der postpartalen

Besuche ist durch ein ärztliches Rezept über die achte Woche hinaus erweiterbar (Knobloch, 2015).

6.2 Anzahl und Leistungsspektrum freiberuflicher Hebammen

Bundesweit existieren keine einheitlichen Daten zur Anzahl der in Deutschland tätigen Hebammen (Albrecht et al., 2012). Im Rahmen einer bundesweiten Befragung durch ein unabhängiges Forschungs- und Beratungsinstitut für Infrastruktur- und Gesundheitsfragen (IGES) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wurde 2011 die Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe untersucht (Albrecht et al., 2012). Danach können insbesondere zu den freiberuflichen Hebammen keine „annähernd zuverlässigen Angaben“ (Albrecht et al., 2012, S. 34) gemacht werden. Im abschließenden Gutachten wurde die Anzahl der freiberuflichen Hebammen für das Jahr 2010 zwischen 12.039 und 17.814 geschätzt (Albrecht et al., 2012). Diese Zahlen basieren auf den bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege sowie beim GKV-Spitzenverband als Vertragspartnerinnen gemeldeten Hebammen (Albrecht et al., 2012). Die Autorinnen/Autoren (Albrecht et al., 2012) gehen davon aus, dass mehr als 15.145 Hebammen tätig waren. Auf diese Ergebnisse stützt sich auch der Deutsche Hebammenverband (DHV), der mit 19.000 Mitgliedern derzeit die größte Interessenvertretung der Hebammen in Deutschland darstellt. In einem aktuellen Zahlenspiegel (März 2017) beziffert er die Zahl der freiberuflich arbeitenden Hebammen mit mindestens 12.796 (DHV, 2016a; DHV, 2017).

Freiberufliche Hebammen arbeiten entweder ausschließlich freiberuflich oder zusätzlich als Angestellte in einer Klinik (Albrecht et al., 2012; DHV 2017; Fertmann, 2015; Sayn-Wittgenstein & Schäfers, 2009). Derartige „Mischformen“ (Sayn-Wittgenstein & Schäfers, 2009, S. 4) sind im Beschäftigungsstatus von Hebammen weit verbreitet (ebd., S. 4; Albrecht et al., 2012; Fertmann, 2015; Loos, 2015). In jüngerer Zeit wurde in verschiedenen Studien die Hebammenversorgung mit dem Fokus auf die Leistungen freiberuflicher Hebammenhilfe in Deutschland untersucht (Albrecht et al., 2012; Fertmann, 2015; Loos, 2015; Sayn-Wittgenstein & Schäfers, 2009). Die Forschungsergebnisse zeigen übereinstimmend, dass die am häufigsten angebotene Leistung freiberuflicher Hebammen die Wochenbettbetreuung ist (Albrecht et al., 2012; Fertmann, 2015; Loos, 2015; Sayn-Wittgenstein & Schäfers, 2009). Im Hinblick auf die Häufigkeit der

Leistungserbringung und hinsichtlich des Orts der Geburtsbetreuung zeigen die Studien Unterschiede zwischen ausschließlich freiberuflichen Hebammen und freiberuflich und angestellt tätigen Hebammen auf.

Ausschließlich freiberufliche Hebammen üben nach der Wochenbettbetreuung am häufigsten Leistungen der Schwangerenversorgung aus (Albrecht et al., 2012; Loos, 2015). Die in der IGES-Studie befragten 2.195 ausschließlich freiberuflich tätigen Hebammen gaben mehrheitlich an, 2011 am zweithäufigsten Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung (91,6%) angeboten zu haben, gefolgt von Geburtsvorbereitungskursen (68,1%) (Albrecht et al., 2012, S. 80). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch Loos (2015), der mittels Online-Befragung die Versorgungs- und Arbeitssituation von 167 Hebammen in Thüringen untersuchte. Die 87 befragten, ausschließlich freiberuflichen Hebammen leisteten nach der Wochenbettbetreuung am häufigsten Geburtsvorbereitung (91%) sowie Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung (86%). Laut Albrecht et al. (2012, S. 79, 91, 100) sind ausschließlich freiberufliche Hebammen mehrheitlich nicht in der Geburtshilfe tätig. Geburtshilflich aktive, freiberufliche Hebammen leisteten 2010 häufiger außerklinische Geburtshilfe zu Hause oder in einer hebammengeleiteten Einrichtung (34,1%, n=716) als im Rahmen von Beleggeburten in der Klinik (30,3%, n=637) (Albrecht et al., 2012). Die an der Thüringer Studie (Loos, 2015) teilnehmenden Hebammen waren dagegen mehrheitlich geburtshilflich aktiv (n=62) und führten häufiger Beleggeburtshilfe (38%, n=33) als außerklinische Geburtshilfe durch (34%, n=29).

Das Leistungsspektrum und der Leistungsumfang von Hebammen, die ihre freiberufliche Tätigkeit mit einer Klinikanstellung kombinieren, weicht von dem ihrer ausschließlich freiberuflich tätigen Kolleginnen ab. Nach der Wochenbettbetreuung ist die Geburtshilfe im Krankenhaus ihr häufigstes Leistungsangebot. Seltener leisten sie Mutterschaftsvorsorge und Schwangerschaftsbetreuung sowie Geburtsvorbereitungskurse (Albrecht et al., 2012; Loos, 2015).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass freiberufliche Hebammen die Geburtshilfe häufiger im klinischen als im außerklinischen Setting ausüben (Albrecht et al., 2012; Loos, 2015; Fertmann, 2015; Sayn-Wittgenstein & Schäfers, 2009). Die Angaben spiegeln sich auch in einer Statistik der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Ge-

burtshilfe wider, wonach 2015 nur ca. 9.562 (1,29%) aller in Deutschland geborenen Kinder außerhalb eines Krankenhauses zur Welt kamen (QUAG, 2017).

6.3 Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

Das Leistungsangebot freiberuflicher Hebammen richtet sich im Rahmen der Regelversorgung an alle Frauen und damit auch an sozial und medizinisch belastete Schwangere und Mütter (Hahn & Sandner, 2013; Mattern & Lange, 2012).

Frauen mit einem erhöhten Risiko und Betreuungsbedarf werden jedoch vom Angebot der Schwangerenvorsorge in Deutschland oftmals nicht oder nur eingeschränkt erreicht und sind daher unterversorgt (Günter, Scharf, Hillemanns, Wenzlaff & Maul, 2007; MGEPA, 2013; Simoes, Kunz, Bosing-Schwenkglens, Schwoerer & Schmahl, 2003; Wulf, 1992). Vor allem schwangere Frauen mit einer besonderen sozialen oder psychischen Belastung, alleinstehende Schwangere und Schwangere mit Migrationshintergrund nutzen die Schwangerenvorsorge oft unzureichend. Schwangere mit ausgeprägten sozialen Belastungen und alleinstehende Migrantinnen nehmen häufig weniger als fünf Vorsorgeuntersuchungen wahr. Im Vergleich zu Frauen, die die Schwangerenvorsorge regelmäßig nutzen, führt dieses Verhalten zu einer signifikant höheren Rate an Frühgeburten und Verlegungen der Neugeborenen in die Kinderklinik. Bei Frauen, die die Schwangerenvorsorge nur einmal oder gar nicht aufsuchen, ist der Anteil mit sozialen Belastungen im Vergleich zum Gesamtkollektiv um das 12-Fache erhöht (Simoes et al., 2003); außerdem sind sie häufiger jünger als 18 oder älter als 40 Jahre (Günter et al., 2007).

Einen zentralen Einfluss auf die Inanspruchnahme von primär präventiven Angeboten in der Schwangerschaft und der frühen Kindheit hat die elterliche Steuerungskompetenz. Unter Steuerungskompetenz wird die elterliche Selbstwirksamkeit und Kompetenzüberzeugung verstanden (Neumann & Renner, 2016). In einer Studie untersuchten die Autorinnen, ob verschiedene Eltern unterschiedliche Einstellungen zu Gesundheit, Prävention und Angeboten für Familien haben und inwiefern die Einstellung die Nutzung von Angeboten zur Schwangerschaft und Geburt beeinflusst. 89% der 271 mittels Fragebogen untersuchten Eltern mit hoher Steuerungskompetenz und 67% der Eltern mit niedriger Steuerungskompetenz nutzten die Hebammenhilfe nach der Geburt. Signifikante

Unterschiede zeigten sich auch hinsichtlich der Nutzung der Schwangerenvorsorge durch Hebammen und der Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen (Neumann & Renner, 2016).

Weitere Gründe für eine geringe Inanspruchnahme von Hebammenleistungen bei sozial benachteiligten Schwangeren und Müttern sind ein unklares Bild über die Rolle von Hebammen, Unwissenheit in Bezug auf das Leistungsspektrum der Berufsgruppe und Zweifel am Nutzen der Hebammenbetreuung (Sayn-Wittgenstein et al., 2010).

In Deutschland werden primärpräventive Angebote, wie Geburtsvorbereitung und Hebammenhilfe, häufiger von Eltern mit einer höheren Bildung in Anspruch genommen (Eickhorst et al., 2016; Lang et al., 2015). Der Bildungsgrad wird aus der schulischen und beruflichen Bildung ermittelt. Ein hoher Bildungsgrad ist gemäß der Internationalen Standardklassifikation des Bildungswesens durch einen Hochschulabschluss oder eine berufliche Meisterqualifikation charakterisiert. Eine niedrige Bildung liegt vor, wenn der höchste Schulabschluss die mittlere Reife ohne einen beruflichen Abschluss darstellt (Eickhorst et al., 2016; Lang et al., 2015). In einer repräsentativen Befragung nahmen von 8.063 Eltern 94,3% der Mütter mit hoher Bildung Hebammenhilfe in Anspruch und nur 67,3% der Mütter mit niedrigem Bildungsgrad (Eickhorst et al., 2016). Bei einer Untersuchung in zwei Großstädten nutzten im Vergleich zu niedrig gebildeten doppelt so viele hochgebildete Familien die Hebammenhilfe vor und nach der Geburt (Lang et al., 2015). Das soziale Gefälle bei der Nutzung von Geburtsvorbereitungskursen ist noch größer (Eickhorst et al., 2016; Lang et al., 2015).

Eltern nehmen unabhängig vom Bildungsgrad häufiger primärpräventive Angebote der Hebammenhilfe in Anspruch als sekundärpräventive Maßnahmen wie die Betreuung durch eine Familienhebamme (Eickhorst et al., 2016; Lang et al., 2015), was das besondere Potential der durchgängigen, aufsuchenden Betreuung durch freiberufliche Hebammen verdeutlicht (Sayn-Wittgenstein, 2007). Dabei ist mitunter die Hinzuziehung weiterer Hilfen erforderlich (Renner, 2010). Vor diesem Hintergrund gewinnt die Analyse der Zusammenarbeit freiberuflicher Hebammen mit anderen Berufsgruppen an Bedeutung.

6.4 Zwischenfazit

Freiberufliche Hebammen leisten im Rahmen ihrer durchgängigen, aufsuchenden Betreuung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit einen zentralen Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. Obschon sich ihre primärpräventiven Angebote an alle (schwangeren) Frauen richten, werden diese nicht von allen gleichermaßen in Anspruch genommen. Einen besonderen Einfluss auf das Nutzungsverhalten haben Bildungsgrad, Steuerungskompetenz und individueller Betreuungsbedarf. Freiberufliche Hebammenleistungen während der Schwangerschaft und im Wochenbett werden häufiger von Frauen mit hoher Bildung und hoher Steuerungskompetenz in Anspruch genommen. Schwangere mit einem erhöhten Betreuungsbedarf, wie Alleinstehende, Migrantinnen oder Frauen mit besonderer sozialer und psychischer Belastung nehmen die Schwangerenvorsorge oft unzureichend in Anspruch. Die Sichtweise freiberuflicher Hebammen auf die Versorgung besonderer Zielgruppen ist bislang kaum erforscht, könnte aber möglicherweise Hinweise darauf liefern, welche Bedeutung freiberufliche Hebammen der Kooperation mit anderen Berufsgruppen beimessen.

7 Methodik

Im folgenden Kapitel wird zunächst die Problemstellung der Untersuchung aufgezeigt. Es schließen sich die Zielsetzung sowie die Fragestellungen der Arbeit an. Abschließend erfolgt eine ausführliche Darstellung des Studiendesigns und des Forschungsprozesses.

7.1 Problemstellung

Die in der Literatur vorhandenen Daten geben nur eingeschränkt Einblick in die Sichtweisen der Hebammen der ambulanten geburtshilflichen Versorgung zur interprofessionelle Kooperation mit anderen Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens (Schlüter-Cruse et al., 2016).

Der Blick in die aktuelle Forschungsliteratur macht deutlich, dass zahlreiche Studien sich auf die Zusammenarbeit von Hebammen und Familien- und Kindergesundheitspflegenden an Versorgungsschnittstellen konzentrieren (Barimani & Hylander, 2008; Barimani & Hylander, 2012; Homer et al., 2009; Psaila et al., 2015; Psaila et al., 2014a; Psaila et al., 2014b). Die Kinder- oder Familiengesundheitsversorgung in Schweden und Australien zeigt eine Besonderheit. In beiden Ländern werden Frauen und ihre Neugeborenen während der Schwangerschaft, der Geburt und in der postpartalen Periode durch eine Hebamme versorgt (Barimani & Hylander, 2008; Homer et al., 2009) und von der Geburt bis ins Kleinkindalter durch Kinder- und Familiengesundheitspflegende (Australien) bzw. durch Kindergesundheitspflegende (Schweden) betreut (Barimani & Hylander, 2008; Homer et al., 2009). Andere Untersuchungen thematisieren die interprofessionelle Zusammenarbeit von Hebammen und Ärztinnen/Ärzten (Ratti et al., 2014; Schölmerich et al., 2014; Shaw, 2013; Skinner & Foureur, 2010; Smith et al., 2009; Vedam et al., 2012). Studien zur Einführung berufsgruppenübergreifender Programme zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Familien (Edvardsson et al., 2011; Edvardsson et al., 2012; Schmied et al., 2015) geben Einblicke in die Zusammenarbeit der Berufsgruppen bei der Betreuung von vulnerablen Frauen (Fontein-Kuipers, Budé, Ausems, Vries & Nieuwenhuijze, 2014; Nagel-Brotzler et al., 2005) und liefern Erkenntnisse zur Kooperation der Gesundheitsberufe im Kontext der geburtshilflichen Versorgung (Munro et al., 2013; Peterson et al., 2007; Pollard, 2011; Murray-Davis et

al., 2011). Nur wenige Studien stellen explizit die Kooperation zwischen den Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens und den Hebammen in den Mittelpunkt (Ayerle et al., 2014; Clancy et al., 2013; Miers & Pollard, 2009; While, Murgatroyd, Ullmann & Forbes, 2006). Die Kooperation zwischen den Berufsgruppen dieser beiden Sektoren gewinnt mit dem Auf- und Ausbau der Netzwerke Frühe Hilfen in Deutschland auch für Hebammen der ambulanten Versorgung an Bedeutung (BKisSchG, 2011, Art. 1 § 3 Abs. 2; VV BIFH, 2012, Art. 2 Abs. 3; NZFH, 2014a). Wie freiberufliche Hebammen im deutschen Gesundheitswesen die Zusammenarbeit mit den Berufsgruppen des Sozialwesens wahrnehmen, lässt sich anhand der vorhandenen Literaturdaten nur eingeschränkt beurteilen. Lediglich einzelne Studien machen Aussagen zu dieser Thematik (Ayerle et al., 2014). Obschon die Relevanz einer effektiven Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialwesen auch international diskutiert wird, bleibt offen, inwiefern diese Daten aufgrund der unterschiedlichen Strukturbedingungen in den Ländern auf deutsche Verhältnisse übertragen werden können.

Die beschriebene Datenlücke zur Sichtweise von Hebammen der ambulanten Versorgung auf die interprofessionelle Kooperation mit den Berufsgruppen des Sozial- und Gesundheitswesens soll mit der vorliegenden Forschungsarbeit gefüllt werden. Das besondere Interesse gilt dabei der Kooperation freiberuflicher Hebammen im Kontext Früher Hilfen. Diese Kooperationen sind in Deutschland noch weitgehend unerforscht (Lohmann, 2015). Auch Clauß et al. (2016) verweisen auf einen Mangel an systematischen Untersuchungen zu den Sichtweisen, Motiven und Erwartungen von niedergelassenen Akteurinnen/Akteuren des Gesundheitswesens zur Kooperation in den Frühen Hilfen.

7.2 Zielsetzung und Fragestellungen

Bislang gibt es in Deutschland kaum Daten zu den gesundheitlichen Versorgungsleistungen von Hebammen bei der Betreuung von Frauen und jungen Familien (Sayn-Wittgenstein, 2007). Die Bedeutung einer in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit durchgängigen, aufsuchenden Betreuung für die Familien durch Hebammen ist kaum untersucht (Knorz & Sayn-Wittgenstein, 2009).

Die vorliegende Analyse soll dazu beitragen, das gesundheitsfördernde Potential freiberuflicher Hebammen in den Frühen Hilfen nutzbar zu machen und die Diskussion über die Rolle von freiberuflichen Hebammen in diesem Kontext anzuregen. Ziel der Untersuchung ist es, fundierte Einblicke in die interprofessionelle Kooperation freiberuflicher Hebammen mit den Berufsgruppen des Sozialwesens zu gewinnen. Im Mittelpunkt steht dabei die Wahrnehmung freiberuflicher Hebammen. Über eine Schärfung des Profils des Tätigkeitsbereichs von freiberuflichen Hebammen der ambulanten Versorgung soll die Grundlage für das Gelingen interprofessioneller Zusammenarbeit gestärkt werden (Marzinzik et al., 2010). Fundierte Einblicke in die Kooperationserfahrungen freiberuflicher Hebammen in Deutschland erhöhen die Transparenz für die beteiligten Akteurinnen/Akteure in den Frühen Hilfen. Die Stärkung fördernder und die Einschränkung hemmender Faktoren der Kooperation ist eine Herausforderung in der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen (Cameron & Lart, 2003). Daher ist es notwendig, entsprechende Faktoren auch aus Hebammenperspektive zu identifizieren und klassifizieren.

Die vorliegende Arbeit bearbeitet folgende Forschungsfragen:

Fragestellung für die Gruppendiskussion:

- Wie stellt sich die Situation von freiberuflichen Hebammen im System der Frühen Hilfen aus ihrer Perspektive dar?

Fragestellungen für die Interviews:

- Wie erleben und gestalten freiberufliche Hebammen die interprofessionelle Kooperation mit den Berufsgruppen und Institutionen des Sozialwesens in Deutschland? Welche Berufsgruppen und Institutionen sind in diesem Kontext relevant?
- Welche Chancen und Herausforderungen sehen freiberufliche Hebammen in der Kooperation mit den Berufsgruppen und Institutionen des Sozialwesens?
- Welche Faktoren fördern, welche Faktoren hemmen die Zusammenarbeit?
- Wie erleben und gestalten freiberufliche Hebammen die Zusammenarbeit mit Familienhebammen?
- Welche Anforderungen stellt ein multiprofessioneller Ansatz an das berufliche Handeln freiberuflich tätiger Hebammen?

7.3 Qualitative Forschung

Die Wahl der Forschungsstrategie einer Studie ist abhängig vom Forschungsthema, dem Ziel der Studie und dem zu erwartenden Erkenntnisgewinn (Makowsky, 2013). Im Mittelpunkt der vorliegenden Studie stehen die subjektiven Sichtweisen freiberuflicher Hebammen bezüglich der Kooperation mit den Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens. Das Ziel der Studie liegt darin, die Interaktion der Hebammen mit anderen Professionen im Alltag zu verstehen. Im Mittelpunkt steht dabei die Kooperation mit den Berufsgruppen des Sozialwesens im Kontext Früher Hilfen. Die Ergebnisse sollen zur Analyse der bislang wenig erforschten Aspekte des Handelns von Hebammen beitragen.

Vor diesem Hintergrund wurde für die Untersuchung ein qualitatives Studiendesign gewählt. Dieser Ansatz erlaubt es, Gegenstände in ihrer Komplexität und Ganzheit in ihrem alltäglichen Kontext zu untersuchen. Im Mittelpunkt steht das „Handeln und Interagieren der Subjekte im Alltag“ (Flick, 2016, S. 27). Die qualitative Forschung gestattet einen erklärenden und verstehenden Zugang zu den Daten (Strübing, 2013). Ihr Ziel ist es, soziale Wirklichkeiten verständlich und Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale sichtbar zu machen (Flick, von Kardorff & Steinke, 2013). Dabei ist qualitative Forschung offen für das „Neue im Untersuchten“ (Flick et al., 2013, S. 17) sowie für das „Unbekannte im scheinbar Bekannten“ (ebd., S. 17). Eines der zentralen Prinzipien qualitativer Forschung ist die Flexibilität, die sich dadurch auszeichnet, dass der Forschungsprozess sich veränderten Bedingungen anpasst und flexibel auf die Situation zwischen Forschendem und Forschungssubjekt reagiert (Flick, 2010).

Die vorliegende Untersuchung begreift ihren Auftrag in der Rekonstruktion der „Wissensbestände“ und „Deutungsmuster“ (Brüsemeister, 2008, S. 23) freiberuflicher Hebammen sowie im Verstehen ihrer „subjektiven Sichtweisen“ (Helfferich, 2011, S. 21) im Kontext der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.

Die Studie kombiniert die Methoden der Gruppendiskussion (Kühn & Koschel, 2011) und des problemzentrierten Interviews (Witzel, 2000).

7.4 Der Forschungsprozess

Zunächst folgt die Darstellung der Einschlusskriterien der Studie sowie der Zugänge in das Forschungsfeld. Es folgen Überlegungen zur Methode der Datenerhebung und ihre Realisierung. Im Kapitel „Theoretisches Sampling“ steht die Auswahl der Studienteilnehmerinnen im Vordergrund. Anschließend werden die Studiensamples, die Datenaufbereitung und -analyse sowie die zugrundeliegenden Gütekriterien und ethischen Überlegungen beschrieben.

7.4.1 Einschlusskriterien und Feldzugang

Die Zielgruppe bestand aus freiberuflichen Hebammen, die Leistungen entsprechend dem Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V (2015) anbieten. Voraussetzung zur Studienteilnahme war die Tätigkeit in mindestens einem der Leistungsbereiche des Vertrags (Leistungen in der Schwangerschaft und/oder während der Geburt und/oder in Wochenbett bzw. Stillzeit). Ausschließlich fest angestellte Hebammen und Familienhebammen waren von der Untersuchung ausgeschlossen, da angestellte Hebammen bedingt durch ihre vertragliche Anbindung an die Klinik nicht selbständig im System der Frühen Hilfen agieren und Familienhebammen ihren Auftrag nicht als Regelleistung auf der Basis des SGB V (1988), sondern in der Regel im Auftrag des Jugendamts erbringen (Mattern & Lange, 2012; vgl. auch Kapitel 3.3). Der Umfang der Freiberuflichkeit sollte mindestens zehn Stunden pro Woche umfassen, um ein Minimum an Erfahrung der Teilnehmerinnen sicherzustellen. Inkludiert wurden Hebammen, die freiberufliche und angestellte Tätigkeit kombinieren, da dieser Beschäftigungsstatus innerhalb der Berufsgruppe weit verbreitet ist (Albrecht et al., 2012; Sayn-Wittgenstein & Schäfers, 2009). Aufgrund meiner Zugehörigkeit zur Profession und Mitgliedschaft im DHV ergab sich ein guter Zugang zur Berufsgruppe der Hebammen.

Zur Rekrutierung von Studienteilnehmerinnen für die Gruppendiskussion wurde ein Einladungsschreiben mit einem Überblick über das Forschungsvorhaben über die regionalen E-Mail-Verteiler des DHV an Hebammen in vier Großstädten und zwei Landkreisen der Bundesländer Bremen, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen gesendet (vgl. Anhang S. 201f.). In den beiden großen Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen sind zahlreiche Hebammen beschäftigt, wodurch Berührungspunkte zu den Frühen Hilfen sichergestellt sind. Bremen ist historisch von Interesse, da hier 1980 das

erste Modell der Familienhebamme entstand (Collatz & Rohde, 1986). Darüber hinaus stellte ich auf regionalen Hebammentreffen in zwei Großstädten und einer Kleinstadt in Bremen und Nordrhein-Westfalen das Forschungsvorhaben vor. Um die Akzeptanz für die Teilnahme an der Studie zu erhöhen, wurden schriftliche Informationen über das Forschungsprojekt zur Verfügung gestellt (vgl. Anhang S. 201f.). Mit interessierten Hebammen erfolgte ein Gespräch im Anschluss an das Treffen oder die Vereinbarung einer telefonischen Kontaktaufnahme. Freiberufliche Hebammen, die einer Teilnahme an der Gruppendiskussion zustimmten, erhielten zeitnah eine Einverständniserklärung (vgl. Anhang S. 208f.) sowie ergänzende Teilnahmehinweise (vgl. Anhang S. 206f.).

Für die Interviews sollten freiberufliche Hebammen aus möglichst allen Bundesländern gewonnen werden, um unterschiedliche strukturelle Rahmenbedingungen zu erfassen. Zur Erhebung regionaler Unterschiede wurden gezielt Hebammen aus städtischen und ländlichen Gebieten rekrutiert. Von April–Juni 2014 erfolgte ein Aufruf in den vier in Deutschland herausgegebenen Hebammenzeitschriften „Die Hebamme“, „Hebammenforum“, „Deutsche Hebammen Zeitschrift“ und „HebammenInfo“ (vgl. Anhang S. 203). Dadurch wurden bundesweit Hebammen über die Studie informiert und zur Interviewteilnahme aufgerufen. Tabelle 3 bietet eine Übersicht über die Druckauflagen der Zeitschriften. Die Daten erlauben Rückschlüsse über die Anzahl der potentiellen Adressatinnen/Adressaten. Der Anteil der freiberuflichen Hebammen unter den Leserinnen/Lesern ist nicht bekannt. Weil davon auszugehen war, dass die Zeitschrift HebammenInfo die Zielgruppe in besonderem Maße erreicht, da es sich hier um die Verbandszeitschrift des Bundes freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. (BfHD) handelt, wurde der Aufruf trotz der geringen Druckauflage auch in diesem Magazin veröffentlicht.

	Die Hebamme	Deutsche Hebammen Zeitschrift	Hebammenforum	Hebammen-Info
Verlag	Hippokrates Verlag in MVS Medizinverlage Stuttgart GmbH & Co. KG	Elwin Staude Verlag GmbH	Deutscher Hebammenverband (DHV) e.V.	Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD) e.V.
Druckauflage	5.000	7.520	9.100	1.200

Quellen: Hippokrates Verlag in MVS Medizinverlage Stuttgart GmbH & Co. KG, 2016; DHV, 2016b; Elwin Staude Verlag GmbH, 2016; Schriftl. Auskunft auf Anfrage vom BfHD e.V., 01.08.2016

Tabelle 3: Übersicht über die deutschen Hebammenzeitschriften unter Berücksichtigung der Druckauflagen

Darüber hinaus erhielten die 16 Landesvorsitzenden des DHV bei Projektbeginn ein postalisches Schreiben mit Informationen über die geplante Untersuchung. Im weiteren Projektverlauf ging ihnen per E-Mail der Aufruf zur Studienteilnahme (vgl. Anhang S. 203) mit der Bitte zu, diesen auf Landesebene zu verbreiten. Interessierte Hebammen wurden im Aufrufertext auf die Homepage der Hochschule Osnabrück verwiesen, wo eine ausführliche Information zur Studie eingestellt war. Der Aufruf enthielt meine Kontaktdaten, so dass weiterführende Informationen bei Bedarf per E-Mail, auf dem Postweg oder am Telefon angefragt werden konnten. Alle Landesvorsitzenden sicherten ihre Unterstützung zu.

Der Feldzugang wurde im Studienverlauf erweitert, da die Ansprache der Hebammen über die E-Mail-Verteiler nicht den gewünschten Erfolg erbrachte. Die Rekrutierung von Teilnehmerinnen über die Vorstellung der Studie im Rahmen von Hebammentagungen und -kongressen erwies sich als erfolgreicher. Durch persönliche Gespräche konnten Fragen vor Ort geklärt werden. Einen weiteren Feldzugang ermöglichten Personen, die als „Gatekeeper“ (Kruse, 2015, S. 251–252) fungierten. Diese Rekrutierungsstrategie ist sinnvoll, wenn über einen „vermittelnden Zugang“ (ebd., S. 251–252) leichter Interviewpersonen gefunden werden können. Um zu verhindern, dass die Gatekeeper bei der Fallauswahl eigene Strategien verfolgen (Kruse, 2015), wurden sie zu einer möglichst breiten Streuung der Studieninformation in ihren Netzwerken angehalten.

Da sich zunächst kaum Hebammen meldeten, die aktiv in den Netzwerken Früher Hilfen kooperierten, wurden Gatekeeper rekrutiert, die entsprechende Kontakte vermitteln konnten. Zusätzlich wurde ein Aufruf zur Studienteilnahme im E-Learning Portal „Frühe Hilfen und Frühe Interventionen im Kinderschutz“ der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm platziert. Seit 2011 werden in Baden-Württemberg Fachkräfte aus der Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen mit Hilfe dieses E-Learning Angebots weitergebildet (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, 2011).

Über die Beauftragte für Frühe Hilfen des Bayerischen Hebammen Landesverbandes e.V. als Gatekeeperin gelang der Kontakt zu sogenannten „MAJA Hebammen“. Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen initiierte 2006–2013 in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Hebammen Landesverband

e.V. die Weiterbildung „MAJA. Hebammen helfen Eltern“ (Hemmerle, 2013; Mengel, 2010b). Diese Weiterbildung zielte darauf ab, die Kompetenzen von Hebammen im Bereich der Familienbildung zu vertiefen und ihr Handlungsrepertoire zu erweitern (Mengel, 2010b).

Erfolglos blieb die Rekrutierung von Teilnehmerinnen der Projektinitiative „VIVA FAMILIA. Hebammen und andere Gesundheitsberufe beraten Familien“ in Rheinland-Pfalz (MIFKJF, 2012). Seit 2005 wurden auf Initiative des Ministeriums für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen des Landes freiberufliche Hebammen geschult, „damit sie die Familien noch umfassender, intensiver, länger und eingebunden in ein Netzwerk begleiten und beraten können“ (Schneider, 2007, S. 118). Nach Auskunft der früheren Projektkoordinatorin wurde das Programm 2012 eingestellt. Eine Landesjugendamtsmitarbeiterin versendete den Aufruf zur Studienteilnahme an Hebammen, die die Weiterbildung absolviert hatten. Offen bleibt, ob möglicherweise das Auslaufen der Initiative das Interesse an einer Studienteilnahme bei den ehemaligen Teilnehmenden des Projekts reduziert hat.

Auffällig war, dass sich vor allem berufserfahrene und/oder ältere Hebammen zum Interview bereit erklärten. Um jüngere und/oder weniger erfahrene Hebammen zu gewinnen, wurden die Infrastrukturen der Studiengänge B.Sc. Midwifery an der Hochschule Osnabrück sowie Hebammenkunde an der Hochschule für Gesundheit in Bochum genutzt. Beide Hochschulen leiteten den Aufruf zur Studienteilnahme an die Alumni der genannten Studiengänge weiter. Zusätzlich wurde der Aufruf an die 23 mit der Hochschule Osnabrück kooperierenden Hebammenschulen (Hochschule Osnabrück, 2016) mit der Bitte um Verbreitung an ihre Netzwerke gesendet. Die Rekrutierungsmaßnahmen blieben erfolglos. Stattdessen erwies sich wiederum der persönliche Zugang über Gatekeeper als erfolgreiche Maßnahme, jüngere und weniger erfahrene Teilnehmerinnen für die Studie zu gewinnen.

Mit allen Interviewteilnehmerinnen wurde ein Telefonat zur Terminabsprache und Klärung möglicher Fragen vereinbart. Individuelle Terminpräferenzen der Studienteilnehmerinnen wurden berücksichtigt. Das Interview wurde an einem Ort der Wahl der Hebamme durchgeführt. Nach dem Telefonat erhielten die Studienteilnehmerinnen eine schriftliche Information zur Mitwirkung an der Studie (vgl. Anhang S. 204f.), Teilnah-

mehinweise (vgl. Anhang S. 206f.) und eine Einverständniserklärung (vgl. Anhang S. 208f.).

Elf Studienteilnehmerinnen wurden durch die Unterstützung von Gatekeepern rekrutiert, acht durch die Projektvorstellung auf Tagungen und Kongressen, fünf über die Anzeige in den Hebammenzeitschriften und eine Teilnehmerin über den Aufruf auf der Plattform der Universitätsklinik in Ulm. Eine Interviewteilnehmerin hatte sich ursprünglich zur Teilnahme an der Gruppendiskussion bereit erklärt. Da sie den Termin aus organisatorischen Gründen nicht wahrnehmen konnte, bot sie an, die Studie durch ein Interview zu unterstützen. Eine weitere Interviewteilnehmerin hatte im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung von der Studie erfahren. Es wurden insgesamt 27 Interviews geführt.

Die Interviews wurden in der Privatwohnung der Hebammen (n=8), in Cafés (n=6), in Hebammenpraxen (n=5), am Ende oder in den Pausen einer Tagung (n=2), in Krankenhäusern (n=2), in einer Hebammenausbildungseinrichtung (n=1), in einer Beratungsstelle (n=1), in einem Schulgebäude (n=1) und in einem Kinderzentrum (n=1) geführt. Bei den Interviews an öffentlichen Orten wurden ruhige Plätze aufgesucht, um eine ungestörte Atmosphäre zu schaffen und das Zuhören unbeteiligter Personen zu verhindern.

Allen Interviewteilnehmerinnen wurde die Übersendung des verschriftlichten Skripts angeboten. 22 Interviewte nahmen von diesem Angebot Gebrauch.

7.4.2 Datenerhebung

Die Daten der vorliegenden Untersuchung stammen aus der Gruppendiskussion (Kühn & Koschel, 2011) und aus den problemzentrierten Interviews (Witzel, 2000).

Gruppendiskussion

Seit den 1950er Jahren hat sich die Gruppendiskussion als Methode der qualitativen Sozialforschung im deutschsprachigen Bereich etabliert und zunehmend zu einem Standardverfahren entwickelt (Bohnsack, Przyborski & Schäffer, 2008; Przyborski & Riegler, 2010). Eine einheitliche Definition des Begriffs Gruppendiskussion existiert bisher nicht; ebenso bestehen unterschiedliche Vorstellungen hinsichtlich der methodischen Einordnung. In der qualitativen Forschung zeichnet sich die Gruppendiskussion durch den diskursiven Austausch von Kommunikationsinhalten aus (Lamnek, 2005).

Die Gruppendiskussion kann zur Exploration im Forschungsprozess eingesetzt werden (Lamnek, 1995; Lamnek, 2005; Morgan, 1997; Witzel, 2000). Dieses Vorgehen bietet sich an, wenn ein Problem bisher kaum in empirischen Studien thematisiert wurde und ein Literaturstudium allein den Objektbereich nicht hinreichend und präzise erfasst. Aufgrund ihrer explorativen Funktion ermöglicht die Gruppendiskussion Einblicke in verschiedene Aspekte und Dimensionen eines Problems und die Strukturierung des Forschungsfelds im Vorfeld der Untersuchung (Lamnek, 2005). Gruppendiskussionen können der Datenerhebung über Interviews vorangestellt werden. Sie liefern einen ersten Überblick über die Meinungsinhalte der ausgewählten Stichprobe, was für die weiterführende Datenerhebung von Nutzen sein kann (Witzel, 2000). Lamnek (2005) befürwortet den Einsatz der Gruppendiskussion bei der Entwicklung von Erhebungsinstrumenten, wie Interviewleitfäden, und beruft sich dabei auf Morgan (1997).

Aufgrund dieser Erkenntnisse wurde die Gruppendiskussion in der vorliegenden Untersuchung zum Zwecke der Exploration dem folgenden Forschungsprozess vorgeschaltet. Da kaum Forschungsarbeiten zur Kooperation freiberuflicher Hebammen in den Frühen Hilfen vorlagen, konnten so theoretische Vorüberlegungen gestützt und die Authentizität des Forschungsvorhabens gesichert werden (Lamnek, 1995). Die zentrale Fragestellung für die Gruppendiskussion lautete: „Wie stellt sich die Situation von freiberuflichen Hebammen im System der Frühen Hilfen aus ihrer Perspektive dar?“ Ziel war es, einen diskursiven Austausch von Meinungen, Einstellungen, Berichten von Verhaltensweisen und Argumenten (Lamnek, 2005) unter den Hebammen anzuregen. Eine Stärke der Focus Group (Morgan, 1997) liegt darin, dass die Thematik durch das Interesse des Forschenden bestimmt wird. Durch die Gruppendiskussion wurden in dieser Arbeit zentrale, thematische Aspekte identifiziert, die im weiteren Forschungsprozess zur Entwicklung des Interviewleitfadens genutzt wurden.

Die Anzahl der Teilnehmerinnen für die Gruppendiskussion wurde im Vorfeld nicht festgelegt. Für Angehörige von Berufsgruppen mit zeitintensiven Tätigkeiten wird aus pragmatischen Gründen die Variante Minigruppe mit mindestens vier bis sechs Personen empfohlen (Kühn & Koschel, 2011). Hebammen gehören aufgrund unregelmäßiger Arbeitszeiten zu einer solchen Berufsgruppe, weshalb die Formierung einer Minigruppe angestrebt wurde. Die Anzahl der durchgeführten Gruppendiskussionen folgte dem Prinzip der „Theoretischen Sättigung“ (Lamnek, 2005, S. 193). Die Frage nach der

Homogenität des Aufbaus von Gruppen wird in der Literatur ausführlich diskutiert (Kühn & Koschel, 2011; Lamnek, 2005). In dieser Untersuchung konnte entsprechend den Einschlusskriterien (vgl. Kapitel 7.4.1) eine homogene Gruppe aus neun freiberuflichen Hebammen zusammengestellt werden. Die Homogenität war insofern gegeben, als dass alle Teilnehmerinnen durch die Ausübung ihrer Hebammenarbeit in der ambulanten Versorgung vom Untersuchungsgegenstand betroffen waren. Die Teilnehmerinnen zeigten auch im Hinblick auf ihr Alter, ihre Berufserfahrung und ihr Leistungsangebot ähnliche Merkmale (vgl. Kapitel 7.4.4). Es ist zu vermuten, dass sich ältere und erfahrene Hebammen von der Thematik eher angesprochen fühlten. Lamnek (1995) betont den Nutzen annähernd homogener Gruppen für die Reproduktion von Gruppenmeinungen. Kühn und Koschel (2011) weisen darauf hin, dass die Ähnlichkeit der Gruppe bezüglich zentraler Rekrutierungskriterien nicht zwingend zu einem einseitigen Diskussionsverlauf führt. Auch scheinbar homogene Gruppen sind heterogen bezüglich ihrer Biographien und Identitäten, was eine ausreichende Variabilität sicherstellt. Diese Überlegungen bestätigten sich bei der Gruppendiskussion der vorliegenden Studie, die sich als lebhaft erwies und auch kontroverse Diskurse beinhaltete.

Die Gruppe wurde als *Ad-hoc* Gruppe zusammengestellt. Das heißt, dass sie in dieser Konstellation vorher noch nicht zusammengekommen war und auch nach der Diskussion nicht als Gruppe weiterbesteht. Ein sich im Diskussionsverlauf der Studie bestätigender Vorteil der *Ad-hoc* Gruppe ist das Fehlen hierarchischer Strukturen, wodurch die Offenheit innerhalb der Gruppe gefördert wird (Kühn & Koschel, 2011).

Die Ausgestaltung des Leitfadens und die Moderation der Gruppendiskussion orientierten sich an den Grundsätzen von Kühn und Koschel (2011). Im Leitfaden wurden vier grundlegende Phasen unterschieden: „Einführungsphase“, „Warm-up-Phase“, „Hauptteil“ und „Abschlussphase“ (Kühn & Koschel, 2011, S. 104–118). Der Leitfaden gewährleistete, dass die im Vorfeld festgelegten Themen und Fragestellungen während der Gruppendiskussion berücksichtigt wurden. Gleichzeitig war der Leitfaden so offen gestaltet, dass die Teilnehmerinnen eigene thematische Impulse setzen konnten (Kühn & Koschel, 2011). Meine Rolle als Moderatorin bestand darin, vermittelnd und zusammenführend zu agieren und war von einer fragenden und um Verständnis bemühten Grundhaltung geprägt (Kühn & Koschel, 2011). An der Gruppendiskussion nahmen neben den Diskussionsteilnehmerinnen die leitende Professorin des Forschungsprojek-

tes sowie eine wissenschaftliche Mitarbeiterin teil. Die Gruppendiskussion wurde mit Zustimmung der Teilnehmerinnen aufgezeichnet und transkribiert, die wissenschaftliche Mitarbeiterin schrieb zentrale Punkte mit (Lamnek, 2005).

Die Einführungsphase begann mit einer Vorstellung des wissenschaftlichen Teams sowie der Teilnehmerinnen. Es folgte eine Erläuterung der Methode durch die Moderatorin. Die Teilnehmerinnen wurden darauf hingewiesen, dass es keine richtigen und falschen Antworten gibt, sondern alle Ansichten und Erfahrungen als relevant und wertvoll gelten (Kühn & Koschel, 2011).

In der anschließenden *Warm-up*-Phase zur Herstellung einer vertrauensvollen Gesprächsatmosphäre wurde das Forschungsprojekt vorgestellt und das Thema kurz skizziert. Der Hauptteil der Gruppendiskussion begann mit einem *Brainstorming*, bei dem die Teilnehmerinnen gebeten wurden den Satz „Zu Frühen Hilfen fällt mir als erstes ein...“ mit ihren eigenen Erfahrungen zu ergänzen. Die sich anschließende Diskussion wurde in vier Themenblöcke gegliedert:

- Hebammen im Kontext Früher Hilfen
- Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen
- Berufliches Selbstverständnis
- Wünsche

Im Sinne eines Abschlussplädoyers erhielten die Teilnehmerinnen zum Ende der Gruppendiskussion die Gelegenheit, mögliche zukünftige Entwicklungen im Kontext der Fragestellung zu artikulieren. Eine Einleitung durch die Moderatorin erfolgte mit dem Satz: „Stellen Sie sich vor, Sie hätten eine Minute Zeit, der Familienministerin/dem Gesundheitsminister Ratschläge für die weitere Entwicklung von Hebammen in den Frühen Hilfen mit auf den Weg zu geben. Was würden Sie sagen?“

Ein im Anschluss an die Diskussion an die Teilnehmerinnen ausgegebener Kurzfragebogen (vgl. Anhang S. 210f.) diente der Erfassung persönlicher Daten. Aufgenommen wurden das Alter, der Leistungsumfang, die berufliche Vernetzung und die Berufserfahrung in Jahren. Der Kurzfragebogen wurde am Ende der Gruppendiskussion ausgeteilt, um den Gesprächsverlauf im Vorfeld nicht zu beeinflussen. Abschließend wurden die Teilnehmerinnen verabschiedet.

Zur Sicherung zentraler Aussagen der Gruppendiskussion und zur Dokumentation des Spektrums an Positionen und Grundhaltungen für den Analyseprozess fertigte ich nach der Diskussion ein Postskriptum an (Kühn & Koschel, 2011).

Problemzentrierte Interviews

Zur weiteren Datenerhebung wurde die Methode des Problemzentrierten Interviews gewählt (Witzel, 2000; Witzel, 1996). Die Erhebungsphase dauerte von Juni 2014 bis Februar 2016 und erfolgte in drei Feld- und Analysezeiträumen (vgl. Kapitel 7.4.3). Das problemzentrierte Interview ist u.a. durch eine gesellschaftlich relevante Problemstellung charakterisiert (Witzel, 2000). Der theoretische Hintergrund der Methode ist die Auseinandersetzung mit den subjektiven Sichtweisen der Befragten (Flick, 2016). Eine gelingende Kooperation gilt als Voraussetzung für eine zielorientierte Gesundheitsversorgung, die auch gesellschaftliche Präferenzen einbezieht (SVR, 2007). Zur Analyse der interprofessionellen Kooperation freiberuflicher Hebammen mit den Berufsgruppen des Sozialwesens ist eine Auseinandersetzung mit den subjektiven Sichtweisen der Hebammen unentbehrlich. Kennzeichnend für das problemzentrierte Interview ist, dass es am theoretisch-wissenschaftlichen Vorverständnis des Forschenden anknüpft (Lamnek, 2010), was ihm ermöglicht, Interviewaussagen verstehend nachzuvollziehen und am Problem orientierte Nachfragen zu stellen (Witzel, 2000). Obschon der Forschende das Feld mit einem theoretischen Konzept betritt, liegt die Konzeptgenerierung bei den Befragten (Lamnek, 2010). Die Dynamik von Offenheit und Theoriegeleitetheit im Erhebungsprozess ermöglicht eine adäquate Auswertung der Daten im weiteren Verlauf (Witzel, 1996). Daher wurde das problemzentrierte Interview in Abgrenzung zu anderen Interviewformen als geeignete Methode zur Beantwortung der Forschungsfragen angesehen.

Die Interviewsituation wurde mit einer Begrüßung zur Kontaktaufnahme eröffnet. Folgende, das problemzentrierte Interview auszeichnende Instrumente wurden während der Interviews genutzt: „Kurzfragebogen“, „Leitfaden“, „Tonbandaufzeichnung“ und „Postskriptum“ (Witzel, 2000, S. 4).

Kurzfragebogen

Ein Kurzfragebogen (vgl. Anhang S. 210f.) diente der Erhebung der Sozialdaten. Da die zeitlichen Ressourcen der Hebammen für das Interview oftmals begrenzt waren, konnte auf diese Weise die zur Verfügung stehende Zeit für die wesentlichen Themen genutzt werden. Die Teilnehmerinnen füllten den Bogen im Anschluss an das Interview aus. Dadurch sollte verhindert werden, dass sich die Frage-Antwort-Struktur des Fragebogens auf den Dialog auswirkt (Flick, 2016). Erfasst wurden das Leistungsangebot der Hebamme, die Vernetzung mit anderen Berufsgruppen, das Alter, das Jahr des Hebammenexamins, die Berufserfahrung in Jahren, weitere berufliche Qualifikationen sowie der Umfang der freiberuflichen Tätigkeit in Stunden.

Leitfaden

Der Interviewleitfaden wurde auf der Basis der Auswertung der Gruppendiskussion erstellt. Der Leitfaden umfasste vier zentrale Themenblöcke:

- Hebammenarbeit im Kontext Früher Hilfen
- Inter- und intrprofessionelle Zusammenarbeit
- Anforderungen an das professionelle Handeln von Hebammen
- Verständnis von Frühen Hilfen

Witzel (1996) beschreibt den Leitfaden folgendermaßen: „Er manifestiert [...] das kollektive Vorwissen der Forschergruppe und breitet die für die Forschungsfrage bedeutsamen Themenfelder kaleidoskopartig und möglichst vollständig aus“ (ebd., S. 57). Im Rahmen dieser Forschungsarbeit diente der Leitfaden als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen (Witzel, 2000). Im Sinne eines offenen Vorgehens wurden die Fragestellungen dem Gesprächsverlauf angepasst und relevante Impulse der Interviewpartnerinnen aufgenommen (Witzel, 1996). Die Einstiegsfrage wurde erzählungsgenerierend formuliert und lautete:

Können Sie mir als erstes von Situationen aus Ihrem Berufsalltag berichten, in denen sie Frauen oder Familien in belasteten Situationen betreut haben?

Wiederholte Schilderungen von extremen Ausnahmebeispielen mit vermuteter Kindeswohlgefährdung veranlassten mich dazu, die Einstiegsfrage nach dem Abschluss der ersten Analysephase (nach dem 8. Interview) offener zu gestalten:

Wie Sie wissen, beschäftige ich mich mit der Rolle von Hebammen in den Frühen Hilfen. Erzählen Sie mir doch einmal mal von Ihrer Arbeit als freiberuflich tätige Hebamme.

Eine weitere Anpassung des Leitfadens im Anschluss an die erste Analysephase betraf den Verzicht auf die Bestimmung des Begriffs „Frühe Hilfen“. Erläuterungen des Begriffs führten in der ersten Erhebungsphase zu einer Verunsicherung der Teilnehmerinnen, woraufhin der Gesprächsfluss regelmäßig ins Stocken geriet. Dies bescheinigten auch die Forscherinnen/Forscher eines qualitativen Methodenworkshops im September 2014 in Berlin, die gemeinsam mit mir den Leitfaden erprobten. Die Forscherinnen/Forscher fühlten sich durch begriffliche Vorgaben in ihrem Antwortverhalten eingeschränkt.

Das Nachfragen und das „Hervorlocken“ (Witzel, 2000, S. 5) von Erfahrungsbeispielen führten dazu, dass die Teilnehmerinnen ihre subjektive Sicht zum Thema darlegten. Um die Darstellungen der Teilnehmerinnen im Interview besser nachvollziehen zu können, wurden weitere Techniken eingesetzt, die Witzel (2000) unter dem Begriff „verständnisgenerierende Kommunikationsstrategien“ (ebd., S. 6) subsummiert. Durch „Zurückspiegelung“ (ebd., S. 6) erhielten die Befragten die Möglichkeit, ihre eigene Sichtweise zu bekräftigen. Bei ausweichenden oder widersprüchlichen Antworten wurden „Verständnisfragen“ (ebd., S. 6) gestellt, um die Alltagsselbstverständlichkeiten der Befragten nachzuvollziehen. „Konfrontationen“ (ebd., S. 6) wurden genutzt, um die Sichtweisen der Befragten weiter zu detaillieren (Witzel, 2000).

In dem folgenden Dialog mit einer freiberuflichen Hebamme wird deutlich, wie die Interviewte durch eine Verständnisfrage angeregt wird, ihre Interpretation des Begriffs „sozialer Geschichte“ darzulegen:

B: Weißt Du, Du bist doch in dem Moment, wo Du in die Familie reinkommst, bist Du doch Familienhebamme. Ob sich das so nennt, oder nicht so nennt, ist egal. Aber Du hast immer die soziale Geschichte. Das geht nicht anders.

I: Und wenn Sie sagen ‘Du hast immer die soziale Geschichte’, was meinen Sie damit?

B: Ja, dass Du auch immer guckst, wie ist es in dieser Familie, ne? Also wie geht es in dieser Familie. Was denkst Du, was hier nicht stimmt? [...] (I23, 125–127)

Tonbandaufzeichnung

Die Interviews wurden auf einem Tonband aufgezeichnet (Olympus Digital Voice Recorder WS 813) und zeitnah vollständig transkribiert (Witzel, 2000).

Postskriptum

Unmittelbar nach jedem Interview wurde als Ergänzung zur Tonbandaufzeichnung ein Postskriptum erstellt (Witzel, 2000). Neben Anmerkungen zu situativen und nonverbalen Aspekten wurden thematische Auffälligkeiten, Schwerpunktsetzungen der Interviewten und Interpretationsideen notiert. Auch die Motivation zur Interviewteilnahme, besondere Vorkommnisse bei der Kontaktierung, Gesprächsinhalte vor und nach der Tonbandaufnahme sowie Aussagen zu meiner Selbstwahrnehmung als Interviewerin wurden festgehalten (vgl. Anhang S. 212).

Rolle der Interviewerin

Die Rolle der Interviewerin ist in der Interviewsituation von zentraler Bedeutung. Ob es gelingt, ein Interview tiefgründig zu gestalten, hängt maßgeblich von dem situativen Vertrauen zwischen Interviewerin und Interviewpartnerin ab (Strübing, 2013). Durch Sprachstil, Körperhaltung, Einfühlungsvermögen und freundliche Aufmerksamkeit konnte ich in der Interviewsituation eine situative Präsenz aufbauen (Strübing, 2013), in der ein Vertrauensaufbau zwischen mir und den Interviewten gelang. Möglicherweise trug die Tatsache, dass ich selbst der Berufsgruppe der Hebammen angehöre, dazu bei, dass mir die Teilnehmerinnen rasch Vertrauen entgegenbrachten und ausführlich antworteten. Meine Zugehörigkeit zur Hebammenprofession stellte gleichzeitig eine Herausforderung dar, da das Vorwissen durch die eigene berufliche Erfahrung ein Hinterfragen der Erläuterungen der Hebammen möglicherweise verhinderte, da mir auch unpräzise Formulierungen logisch und verständlich vorkamen. Laut Helfferich (2011) führt die „Fremdheitsannahme“ (ebd., S. 24) dazu, dass die im eigenen Denken als selbstverständlich geltende Normalität auf die Erzählinhalte der Interviewpartnerin übertragen werden. Um die „Fremdheit der Sinnsysteme“ (Helfferich, 2011, S. 24) zwischen mir und den Erzählenden zu berücksichtigen, wurden im Leitfaden verständnisgenerierende Fragen in entsprechenden Situationen gezielt eingesetzt:

- „Können Sie das noch näher beschreiben?“
- „Erzählen Sie doch noch ein bisschen mehr darüber“
- „Können Sie ein Beispiel für ... nennen?“
- Was verbirgt sich hinter...?

Als weitere Herausforderungen für den Interviewer in der Interviewsituation schildert Helfferich (2011) die Schwierigkeit den Erzählfluss anzuregen, die Sorge bei der Verfolgung des Forschungsinteresses zu zudringlich zu sein, das Vermeiden spontaner Impulse an Anschlussstellen sowie den Umgang mit Pausen. Zur Vorbereitung auf die Interviews besuchte ich im September 2014 einen Methodenworkshop zum Thema „Qualitative Interviews – Theorie und Praxis“ am Institut für Qualitative Forschung in Berlin. Hier erhielt ich die Möglichkeit, Formen der Gesprächsführung am eigenen Leitfaden zu erproben und mein Verhalten gemeinsam mit einer Gruppe von Forschenden aus unterschiedlichen Fachgebieten zu reflektieren. Die Anregungen aus dem Seminar führten zu Veränderungen am Leitfaden sowie zu einem sicheren Umgang mit herausfordernden Interviewsituationen.

Aufgrund der hohen Anforderungen an die Interviewerin (Witzel, 2000) wurden alle Interviews von mir selbst durchgeführt.

7.4.3 Theoretisches Sampling

Die Auswahl der Studienteilnehmenden ist in der qualitativen Interviewforschung von großer Bedeutung (Kruse, 2015). Das Sampling trägt maßgeblich dazu bei, ob die Ergebnisse einer Studie verallgemeinerbar sind (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014). Kelle und Kluge (2010) betonen die Bedeutung einer „bewussten (d.h. nicht zufälligen!), kriteriengesteuerten Fallauswahl und Fallkontrastierung“ (ebd., S. 42), um sicherzustellen, dass für die Fragestellung relevante Fälle berücksichtigt werden (ebd., S. 42).

Die Auswahlstrategie der vorliegenden Untersuchung orientierte sich am Prinzip des Theoretischen Samplings (Glaser & Strauss, 2010; Strauss & Corbin, 1996). Das Verfahren wurde verwendet, um möglichst alle Facetten des untersuchten Phänomens detailliert und vollständig herauszuarbeiten (Strübing, 2013).

Das Theoretische Sampling der Grounded Theory nutzt den Ansatz der „Minimierung und Maximierung von Unterschieden“ (Glaser & Strauss, 2010, S. 71–73) als Grundlage für die Auswahl der Teilnehmenden, die als „Gruppen“ oder „Vergleichsgruppen“

(ebd., S. 63) bezeichnet werden. Während es bei der Minimierung von Differenzen darum geht, ähnliche Daten zu sammeln und zugleich fundamentale Unterschiede auszu-leuchten, erhöht der Ansatz der Maximierung von Differenzen durch die Sammlung unterschiedlicher Daten die Wahrscheinlichkeit, mögliche Ähnlichkeiten zu identifizieren (Glaser & Strauss, 2010). Dabei stehen nicht die Unterschiede der „Personen an sich“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 149) im Vordergrund, sondern vielmehr ihr Handeln oder Nicht-Handeln sowie dessen Ursachen und mögliche Konsequenzen (ebd., S. 149). Erst wenn eine „theoretische Sättigung“ (Glaser & Strauss, 2010, S. 76–78) erreicht ist, d.h. wenn keine weiteren relevanten Ähnlichkeiten und Unterschiede mehr im Datenmaterial auftreten, endet der Samplingprozess (ebd., S. 76–78; Kelle & Kluge, 2010).

Beim Theoretischen Sampling werden die Daten während des gesamten Untersuchungszeitraums parallel erhoben, codiert und analysiert. Dabei wird entschieden, welche Personen als nächstes in die Forschung einbezogen werden (Glaser, 2011). Die Datenauswertung beginnt nach der Transkription des ersten Interviews. Einschränkend ist zu erwähnen, dass die zu Beginn des Analyseprozesses aufgetretenen Überlegungen kaum Einfluss auf die weitere Datenerhebung hatten.

Dieser Forderung konnte erst mit Aufnahme der zweiten Feld- und Analysephase (Interviews 9–18) entsprochen werden. Dies ist auf anfängliche Schwierigkeiten beim Feldzugang zurückzuführen, die verhinderten, dass die Auswahl der ersten Interviewteilernehmerinnen ausschließlich auf der Grundlage theoretisch begründeter Kriterien erfolgte. Die erste Feld- und Analysephase ergab, dass freiberufliche Hebammen in Bezug auf die bestehenden Netzwerke Frühe Hilfen kaum Kenntnisse aufwiesen. Nur wenige Hebammen waren aktiv in die lokalen Netzwerke Frühe Hilfen integriert. Aus Vergleichen während der Analyse (Strauss & Corbin, 1996) entwickelte sich die Frage, ob es freiberufliche Hebammen gibt, die eine stärkere Einbindung in die Netzwerke Frühe Hilfen erfahren oder sich aktiv dort einbringen.

Um diese Frage zu beantworten, wurden im Rahmen der zweiten Feld- und Analysephase von Oktober 2014 bis August 2015 (Interviews 9–18) Studienteilnehmerinnen gesucht, bei denen ein deutlicher Bezug zu den Netzwerken Frühe Hilfen angenommen wurde. Die Erweiterung der Rekrutierungswese erwies sich als erfolgreiche Strategie und ließ im weiteren Untersuchungsverlauf eine Stichprobenauswahl auf der Grundlage

theoretischer Überlegungen zu. Somit konnten freiberufliche Hebammen rekrutiert werden, die eine Weiterbildung in den Frühen Hilfen absolviert hatten. Neben den landesspezifischen Weiterbildungen zur Familienhebamme existieren oder existierten Fort- und Weiterbildungen für Hebammen, die dem Erwerb von Kompetenzen im Bereich der Frühen Hilfen unter Berücksichtigung gesundheitlicher und psychosozialer Aspekte dienen (Ayerle, Czin Zoll & Behrens, 2012). Dazu zählen Kursangebote, wie die rheinland-pfälzische Initiative „VIVA FAMILIA. Hebammen und andere Gesundheitsberufende beraten Familien“ (MIFKJF, 2012; Schneider, 2007), die familienpädagogische Weiterbildung „MAJA. Hebammen helfen Eltern“ für Hebammen in Bayern (Mengel, 2010a; Mengel, 2010b) oder die Qualifizierung zur Fachberaterin für Emotionelle Erste Hilfe (ZePP, 2014). Weiter wurden Hebammen gesucht, die in Landesmodellvorhaben Früher Hilfen (MFKJKS, 2014) oder in Präventionsprojekten eingebunden waren. In die Studie aufgenommen wurden auch Hebammen, die schon beim ersten Kontakt angaben, „Berührungspunkte“ mit regionalen Netzwerken Früher Hilfen zu haben.

Die Analyse ergab, dass die Beweggründe für eine Kooperation mit anderen Berufsgruppen sehr unterschiedlich waren. So schienen Alter und Berufserfahrung einen Einfluss auf die Vernetzung mit anderen Berufsgruppen zu haben. Daraus ergaben sich die folgenden Fragen: „Welchen Einfluss haben Alter und die Berufserfahrung auf die Bereitschaft zu kooperieren? Kooperieren erfahrene Hebammen anders als weniger erfahrene? Haben ältere Hebammen ein anderes Verständnis von Kooperation als junge?“

Um diese Fragen zu beantworten, wurden im Rahmen der dritten Feld- und Analysephase von Oktober 2015 bis Februar 2016 (Interviews 19–27) freiberufliche Hebammen mit weniger als fünf Jahre Berufserfahrung und berufserfahrene Kolleginnen mit mehr als 15 Jahren beruflicher Praxis rekrutiert. Weiter wurden gezielt Informantinnen der Altersgruppe 20–30 gesucht, die bis dahin im Sample unterrepräsentiert waren. Die Interviews lieferten Informationen zu den Herausforderungen und Chancen der Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe und die Kategorie „Einflussfaktoren“ der interprofessionellen Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen sowie Akteurinnen/Akteuren des Sozialwesens verdichtete sich. Durch eine Berücksichtigung der Datenbestände der ersten und zweiten Feldphase wurden die sich darstellenden Kategorien erweitert.

Durch die drei Feld- und Analysephasen basierend auf dem Prinzip des Theoretischen Samplings konnten unterschiedliche Facetten des untersuchten Phänomens herausgearbeitet werden. Das Leistungsangebot der interviewten Hebammen umfasste den gesamten Betreuungsbogen von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit. Sie kamen aus städtischen und ländlichen Regionen Deutschlands und waren im Hinblick auf Alter und Berufserfahrung heterogen. Im folgenden Kapitel wird das Sample ausführlich beschrieben. In Abbildung 2 wird das Theoretische Sampling der drei Feld- und Analysezeiträume graphisch veranschaulicht.

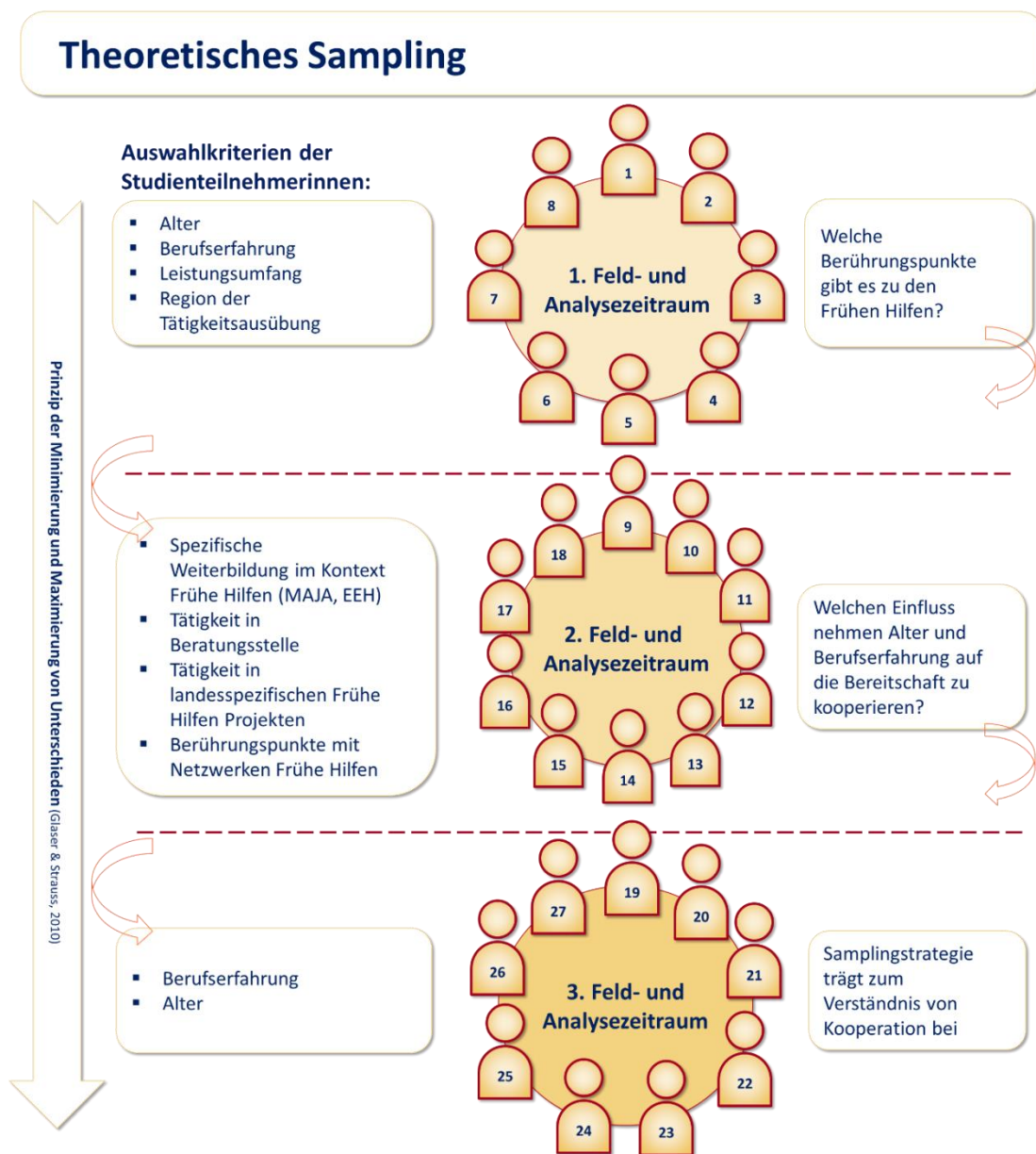


Abbildung 2: Theoretisches Sampling der drei Feld- und Analysezeiträume

7.4.4 Beschreibung der Samples

An der Gruppendiskussion im März 2014 nahmen neun freiberufliche Hebammen aus Nordrhein-Westfalen, Bremen und Niedersachsen teil. Ihr Durchschnittsalter lag bei 48,6 Jahren, ihre Berufserfahrung im Mittel bei 21,7 Jahren. Die Gruppendiskussion dauerte 98 Minuten. Acht Teilnehmerinnen erbrachten Leistungen im Rahmen der Hebammenhilfe während Schwangerschaft, Wochenbett und Stillzeit (Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V, 2015, Anlage 1.2). Eine Teilnehmerin kombinierte ihr freiberufliches Leistungsangebot in Wochenbett und Stillzeit mit einer Anstellung in der Klinik.

Im Datenerhebungszeitraum von Juni 2014 bis Februar 2016 wurden 27 problemzentrierte Interviews (Witzel, 2000) mit freiberuflichen Hebammen im gesamten Bundesgebiet geführt. Das Ziel einer heterogenen Zusammensetzung des Samples konnte erreicht werden.

Die durchschnittliche Länge der Interviews betrug 57 Minuten. Das längste Interview dauerte 81,48 Minuten, das kürzeste 30,47 Minuten. Bei der Beschreibung des Interviewsamples wurden die Merkmale Alter, regionale Zugehörigkeit, Berufserfahrung, Beschäftigungsformen, Leistungsangebot, wöchentliche Arbeitszeit, vorausgegangene Berufsabschlüsse oder akademische Qualifikationen sowie spezifische Weiterbildungen oder Tätigkeiten in Projekten der Frühen Hilfen berücksichtigt. Dabei stand jederzeit der Schutz der Teilnehmerinnen durch eine Anonymisierung der Daten im Vordergrund. Da die Zahl der freiberuflichen Hebammen in den Netzwerken Frühe Hilfen derzeit sehr klein ist und zahlreiche Projekte in diesem Feld durch ihren Modellcharakter spezifische Identifizierungsmerkmale aufweisen, wurde die Beschreibung der Tätigkeiten von Hebammen in diesen Projekten zur Wahrung der Anonymität der teilnehmenden Hebammen verfremdet und auf ein Minimum beschränkt. Auch auf differenzierte Projektbeschreibungen wurde aus diesem Grund verzichtet.

Alter

Im Durchschnitt waren die freiberuflichen Hebammen 41,4 Jahre alt. 22,2% (n=6) der Teilnehmerinnen waren zwischen 20 und 29 Jahren alt, 14,8% (n=4) zwischen 30 und 39 Jahren, 44,4% (n=12) zwischen 40 und 49 Jahren, 11,1% (n=3) zwischen 50 und 59

Jahren und 7,4% (n=2) zwischen 60 und 69 Jahren. Die jüngste Studienteilnehmerin war 24, die älteste 65 Jahre alt.

Regionale Zugehörigkeit

Die Interviews wurden in 13 Bundesländern in städtischen und ländlichen Gebieten geführt. Dadurch konnten, wie beabsichtigt, unterschiedliche Rahmenbedingungen und Kontraste auf regionaler Ebene erfasst werden.

Berufserfahrung

Die Berufserfahrung der Hebammen betrug im Durchschnitt 16,6 Jahre. 37,0% (n=10) der Befragten verfügten zum Zeitpunkt der Datenerhebung über eine Berufserfahrung von bis zu neun Jahren, 25,9% (n=7) waren 10–19 Jahre im Hebammenberuf tätig, 22,2% (n=6) 20–29 Jahre, 11,1% (n=3) 30–39 Jahre und 3,7% (n=1) 40–49 Jahre. Mit 63% (n=17) hatte der Großteil der Hebammen mehr als zehn Jahre Erfahrung im Beruf. Die meiste Berufserfahrung hatte eine Hebamme mit 44 Berufsjahren, die geringste Berufserfahrung betrug ein Jahr.

Beschäftigungsformen

Die Hebammen arbeiteten in unterschiedlichen Beschäftigungsformen. Entweder gingen sie ausschließlich ihrer freiberuflichen Tätigkeit nach (n=19, 70,4%) oder sie kombinierten die Freiberuflichkeit mit einer Anstellung in einer Klinik n=8, 29,6%) (vgl. Abbildung 3).

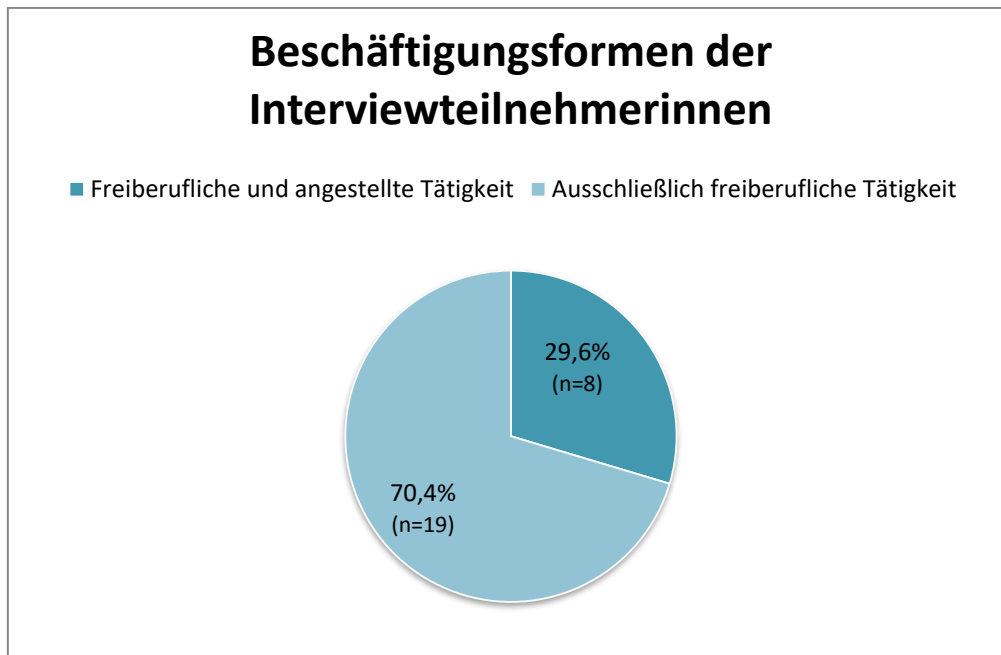


Abbildung 3: Beschäftigungsformen der Interviewteilnehmerinnen

Leistungsangebote

Das Leistungsangebot der Studienteilnehmerinnen erstreckte sich über den gesamten Bereich von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett bzw. Stillzeit. Nicht alle Interviewteilnehmerinnen waren in allen Leistungsbereichen tätig, Art und Umfang variierten individuell. Eine Wochenbettbetreuung wurde durchgängig von allen Befragten angeboten.

Abbildung 4 gibt einen Überblick über die Dienstleistungsbereiche der Interviewteilnehmerinnen. Die Mehrzahl der Hebammen (51,9%, n=14) boten freiberufliche Leistungen nach dem Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe während der Schwangerschaft und Wochenbett/Stillzeit an. 25,9% (n=7) der Befragten erbrachten neben den freiberuflichen Leistungen in Schwangerschaft und Wochenbett/Stillzeit Dienstleistungen als angestellte Hebamme auf der Wochenstation oder im Kreißaal einer Klinik. 18,5% (n=5) der Hebammen leisteten neben der Schwangerenversorgung und Betreuung in Wochenbett/Stillzeit auch freiberufliche Geburtshilfe. Davon führten zwei Hebammen Beleggeburten durch und jeweils eine Hausgeburten, Haus- + Beleg- + Geburtshausgeburten und Haus- + Beleggeburten. 3,7% (n=1) der Hebammen kombinierten die freiberuflichen Leistungen in Wochenbett bzw. Stillzeit mit einer Klinikanstellung.

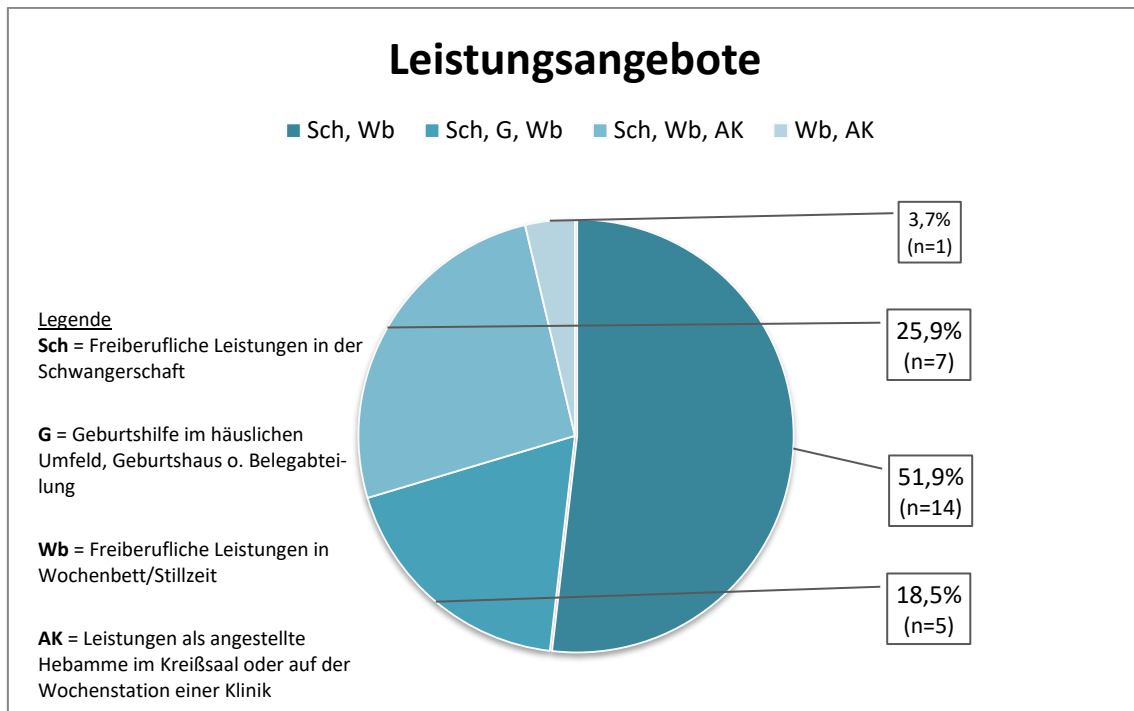


Abbildung 4: Leistungsangebote der Interviewteilerinnen

Wöchentliche Arbeitszeit

Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit für die freiberufliche Tätigkeit betrug bei den Interviewteilerinnen 30 Stunden. Dabei wendeten die ausschließlich freiberuflichen Hebammen im Durchschnitt 34,5 Stunden pro Woche für ihre Arbeit auf. Hebammen, die parallel zur Freiberuflichkeit einer Teilzeitbeschäftigung in der Klinik nachgingen, arbeiteten im Durchschnitt 19,6 Stunden freiberuflich. Eine Teilnehmerin, die sowohl als freiberufliche Hebamme als auch als pädagogische Mitarbeiterin in einer Beratungsstelle tätig war, arbeitete durchschnittlich vier Stunden pro Woche als Hebamme und damit weniger als die Minimalanforderung (freiberuflichen Hebammentätigkeit \geq zehn Stunden pro Woche, vgl. Kapitel 7.4.1). Da sie aufgrund ihrer Doppelrolle die Verbindung zwischen Gesundheits- und Sozialwesen in persona repräsentierte, erschien ihr Einschluss zur Kontrastierung der Daten aber von besonderer Bedeutung.

Vorausgegangene Berufsabschlüsse oder akademische Qualifikationen

Ein Drittel (n=9) der befragten Hebammen verfügte neben dem staatlichen Examen als Hebamme über einen weiteren Berufsabschluss oder einen akademischen Abschluss. Vier Teilnehmerinnen waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung staatlich geprüfte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, davon eine Gesundheits- und Kinderkrankenpfle-

gerin, eine hatte einen Bachelorabschluss in allgemeiner Pflege. Eine Teilnehmerin war Medizinische Fachangestellte, jeweils eine weitere hatte eine Ausbildung im Bereich Agrartechnik absolviert oder ein Studium der Diplom-Pädagogik abgeschlossen. Eine Befragte verfügte über den akademischen Grad BSc Midwifery, eine weitere Teilnehmerin war im Untersuchungszeitraum Studentin in einem Hebammenwissenschaftlichen Studienprogramm.

Spezifische Weiterbildungen oder Tätigkeiten in Projekten der Frühen Hilfen

Die freiberuflichen Hebammen dieser Studie wurden im Sinne des Theoretischen Samplings nach kontrastierenden Merkmalen ausgewählt (vgl. Kapitel 7.4.3). Deshalb wurden im Verlauf der Studie gezielt Hebammen rekrutiert, die eine Weiterbildung in den Frühen Hilfen absolviert hatten oder im Vorfeld angaben, Berührungspunkte zu den Netzwerken Frühe Hilfen zu haben. Zwei Hebammen verfügten über die Zusatzqualifikation „MAJA. Hebammen helfen Eltern“, eine war Teilnehmerin der Weiterbildung zur Fachberaterin für Emotionelle Erste Hilfe. Eine Hebamme ging neben ihrer Tätigkeit als freiberufliche Hebamme einer angestellten Tätigkeit in einem Präventionsprojekt eines Kinderschutzverbandes nach. Eine fünfte Hebamme hatte neben ihrer freiberuflichen Tätigkeit einen Honorarvertrag beim Jugendamt und arbeitete in einem Projekt eines Landesmodellvorhabens Frühe Hilfen. Eine weitere Hebamme war neben ihrer freiberuflichen Arbeit in einer Beratungsstelle für Schwangere, werdende Väter und Paare angestellt. Eine siebte Hebamme bot neben ihrer freiberuflichen Tätigkeit im Rahmen eines Honorarvertrags in einem Projekt für werdende Eltern, das als Teil eines Landesmodellvorhabens in Kooperation von Jugend- und Gesundheitsamt durchgeführt wurde, Kurse für Frauen in besonderen Lebenslagen an.

7.4.5 Datenaufbereitung und Transkription

Die auf Tonband aufgezeichneten Interviews sowie die Gruppendiskussion wurden zeitnah und vollständig transkribiert. Die Transkription ist ein für die spätere Analyse bedeutsamer Transformationsprozess, der stets mit einer Informationsreduktion einhergeht (Dresing & Pehl, 2010). Vor diesem Hintergrund ist die transparente Darstellung der Entstehung der Transkripte für ein wissenschaftliches Vorgehen unabdingbar (Dresing & Pehl, 2010).

Die Verschriftlichung der Gruppendiskussion erfolgte durch eine Projektmitarbeiterin, das erste Interview wurde von mir transkribiert. In Anbetracht des Zeitaufwandes und aus forschungsökonomischen Gründen wurden die folgenden Interviews extern in einem professionellen Schreibbüro transkribiert. Eine mögliche Verschriftlichung durch Dritte wird auch in der Literatur erörtert (Dresing & Pehl, 2010). Das Transkriptionsbüro folgte den vereinfachten Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2013).

Nach der Fertigstellung der Transkripte durch die Schreibkraft wurden sie gründlich gelesen, während das Interview nochmals abgespielt wurde. So konnten mögliche Fehler korrigiert und als unverständlich gekennzeichnete Wörter und Sätze ergänzt werden. Es folgte die Pseudonymisierung der Dokumentationen (vgl. Kapitel 7.4.8). Die intensive Auseinandersetzung mit dem Transkript wurde mit Hilfe von Notizen gestützt. Als zentraler Teil des Verständnisprozesses entwickelte sich dieser Teil der Arbeit zum ersten wesentlichen Schritt der Analyse.

Nach der Auswertung des ersten Interviews im Rahmen einer Interpretationsgruppe an der Hochschule Osnabrück (vgl. Kapitel 7.4.7) wurde festgestellt, dass vor dem Hintergrund der Forschungsfrage auch Pausen als Äußerungsmerkmale für die Datenauswertung von Interesse waren. Daher wurden die Transkriptionsregeln erweitert, indem Pausen in Abhängigkeit von ihrer Länge durch Auslassungspunkte in Klammern im Transkript markiert wurden. Die Transkriptionsregeln sind in Abbildung 5 dargestellt. Die fertiggestellten Transkripte wurden in MAXQDA verwaltet.

Transkriptionsregeln

- (1) *Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt.*
- (2) *Wortverschleifungen werden nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angenähert. Beispielsweise „Er hatte noch so 'n Buch genannt.“ wird zu „Er hatte noch so ein Buch genannt.“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, beispielsweise: „bin ich nach Kaufhaus gegangen“.*
- (3) *Wort- und Satzabbrüche sowie Stottern werden geglättet bzw. ausgelassen, Wortdoppelungen nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden. „Ganze“ Halbsätze, denen nur die Vollendung fehlt, werden jedoch erfasst und mit dem Abbruchzeichen / gekennzeichnet.*
- (4) *Interpunktion wird zu Gunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt bei kurzem Senken der Stimme oder uneindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Dabei sollen Sinneinheiten beibehalten werden.*
- (5) *Pausen werden durch drei Auslassungspunkte in Klammern markiert. Hierbei steht (.) für circa eine Sekunde, (..) für circa zwei Sekunden, (...) für circa drei Sekunden und (Zahl) für mehr als drei Sekunden.*
- (6) *Verständnissignale des gerade nicht Sprechenden wie „mhm, aha, ja, genau, ähm“ etc. werden nicht transkribiert. Ausnahme: Eine Antwort besteht NUR aus „mhm“ ohne jegliche weitere Ausführung.*
- (7) *Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch Großschreibung gekennzeichnet.*
- (8) *Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.*
- (9) *Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.*
- (10) *Unverständliche Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen sollen möglichst mit der Ursache versehen werden.*
- (11) *Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet. Bei mehreren Interviewpartnern (z.B. Gruppendiskussion) wird dem Kürzel „B“ eine entsprechende Kennnummer zugeordnet.*
- (12) *Das Transkript wird als Rich Text Format (rtf-Datei) gespeichert.*

Abbildung 5: Transkriptionsregeln der Untersuchung (nach Dresing & Pehl, 2013, S. 21–23)

7.4.6 Datenanalyse

Es folgt die Beschreibung der Datenanalyse der Gruppendiskussion und der problemzentrierten Interviews.

Gruppendiskussion

Lamnek (2005) befürwortet für die Auswertungsmethode der Gruppendiskussion eine Auswahl in Abhängigkeit von der Zielsetzung. Da mit der Methode die Erhebungsinstrumente für die Haupterhebungsphase konstruiert werden sollten (vgl. Kapitel 7.4.2), orientierte ich mich an der dokumentarischen Methode (Bohnsack, 1997), die laut Bohnsack (2013) thematische Inhalte der Diskussion von dem, was in den Beiträgen

über die Gruppe dokumentiert wird, trennt. Aus diesem Grund war ein Vorgehen in Anlehnung an die Methode für die vorliegende Arbeit geeignet.

Im Kern der „formulierenden Interpretation“ (Bohnsack, 2013, S. 383), einem zentralen Analyseschritt der dokumentarischen Methode, steht die Frage, welche Themen, Inhalte, Fragen und Probleme während der Diskussion angesprochen wurden (Lamnek, 2005). Die thematische Gliederung steht im Vordergrund; daher ist eine „Entschlüsselung der weitgehend impliziten thematischen Struktur“ der Texte erforderlich (Bohnsack, 1997, S. 202). Passagen, die sich durch ihre „metaphorische Dichte“ (Bohnsack, 2014, S. 125), das heißt durch ihren hohen Detaillierungsgrad und ausgeprägte Bildhaftigkeit der Darstellung auszeichnen (ebd., S. 125), werden in einem weiteren Schritt der „reflektierenden Interpretation“ (Bohnsack, 2013, S. 383) zugeführt. Dabei steht die Art und Weise, wie die an der Diskussion Beteiligten aufeinander Bezug nehmen, im Vordergrund (Bohnsack, 2013).

Im Rahmen der Auswertung der Gruppendiskussion dieser Arbeit wurde primär die „formulierende Interpretation“ (Bohnsack, 2013, S. 383) verwendet. Bei diesem Prozess erfolgte die Gliederung des Transkripts in Ober- und Unterthemen, die mit Überschriften bezeichnet wurden. Vermerkt wurde, ob die Themen aus der Gruppe selbst hervorgingen oder durch die Moderatorin eingebracht wurden (Lamnek, 2005). Przyborski und Slunecko (2010) erachten die vollständige Transkription des Materials aus forschungsökonomischen Gründen für nicht notwendig und favorisieren die Transkription ausgewählter Passagen. Entgegen dieser Meinung wurde die Gruppendiskussion vollständig transkribiert, um sich dem weitgehend unbekanntem Forschungsgegenstand schneller und intensiver anzunähern. Besonderes Augenmerk richtete ich auf Themenwechsel (Przyborski & Slunecko, 2010). Es folgte die Ausarbeitung von Textmaterial hoher inhaltlicher Dichte, aus denen dann in Abgrenzung zu den Folgeschritten der dokumentarischen Methode (Lamnek, 2005; Bohnsack, 2013; Przyborski & Slunecko, 2010) der Interviewleitfaden für die Haupterhebungsphase konstruiert wurde.

Problemzentrierte Interviews

Die Auswertung der Interviewdaten erfolgte durch eine inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse, nach den Vorgaben von Kuckartz (2016). Dieses Verfahren wurde durch die Entwicklung von zentralen Kategorien als zusätzlichem analytischen Schritt modifiziert.

Die Inhaltsanalyse ist ein Verfahren zur Beschreibung ausgewählter Textbedeutungen (Schreier, 2014). Ziel dabei ist es, „am Material ausgewählte, inhaltliche Aspekte zu identifizieren, zu konzeptualisieren und das Material im Hinblick auf solche Aspekte systematisch zu beschreiben“ (Schreier, 2014, S. 5). In der Literatur finden sich verschiedene Varianten der qualitativen Inhaltsanalyse, deren Unterschiede vielfach nicht deutlich werden (Schreier, 2014). Ein Konsens zu den Kriterien der qualitativen Inhaltsanalyse besteht nicht, damit ist „die“ (Schreier, 2014, S. 2) eine Form der Inhaltsanalyse nicht existent (ebd., S. 2).

Für Kuckartz (2016) bildet die Hermeneutik wichtige Orientierungspunkte für qualitativ inhaltsanalytische Verfahren. Damit wird die interpretative Form der Inhaltsanalyse hervorgehoben, die die Textauswertung als eine „menschliche Verstehens- und Interpretationsleistung“ (Kuckartz, 2016, S. 27) begreift. Diese Auswertungsmethode erscheint für die vorliegende Arbeit besonders geeignet, da sie es zulässt, Vorwissen zu integrieren und gleichzeitig analytische Perspektiven einbezieht.

Kategorie, Analyseeinheit und Codiereinheit sind zentrale Grundbegriffe der Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2016). Kuckartz (2016) betont den variablen Komplexitätsgrad einer Kategorie und definiert diese als „Ergebnis einer Klassifizierung von Einheiten“ (ebd., S. 37), wobei diese Klassifizierung anders als beim ‚Code‘ bereits einen gewissen ‚Reifegrad‘ erreicht hat und nicht nur vorläufig ist (ebd., S. 37).

Kuckartz (2016) unterscheidet verschiedene Arten von Kategorien. Das Spektrum reicht von eng an die Begrifflichkeiten im Material angelehnte Kategorien bis hin zu konzeptualisierend-abstrahierenden Kategorien (Schreier, 2014, S. 7). Differenziert werden beispielsweise „thematische Kategorien“, „analytische Kategorien“ und „natürliche Kategorien“ (Kuckartz, 2016, S. 34–35). Während thematische Kategorien die „Funktion von Zeigern“ (Kuckartz, 2016, S. 34) haben und auf ein bestimmtes Thema im Textmaterial verweisen, sind analytische Kategorien das „Resultat der intensiven Auseinander-

setzung der Forscherin oder des Forschers mit den Daten“ (Kuckartz, 2016, S. 34). Natürliche Kategorien umfassen „Begriffe, die von den Handelnden im Feld selbst verwendet werden“ (Kuckartz, 2016, S. 35). Diese Kategorieformen prägten auch die Kategorienentwicklung der vorliegenden Arbeit.

Eine Analyseeinheit beschreibt die „Art des Einbezugs in die inhaltsanalytische Auswertung“ (Kuckartz, 2016, S. 30). In der vorliegenden Arbeit wurden die Interviewtranskripte als Analyseeinheit definiert. Die Codiereinheiten, das heißt die Textstellen, „die mit einer bestimmten Kategorie [...] in Verbindung“ stehen (Kuckartz, 2016, S. 41), bildeten Sinneinheiten. Kleinste Sinneinheiten bestanden aus einzelnen Sätzen, größere aus längeren Ausführungen.

Sieben Phasen (Kuckartz, 2016) charakterisieren den Ablauf der inhaltlich strukturierenden, qualitativen Inhaltsanalyse. Mit dem Begriff „Phase“ soll zum Ausdruck gebracht werden, dass der Ablauf nicht starr ist, sondern auch parallele Prozesse gestattet sind (Kuckartz, 2016, S. 47).

- (1) Initiierende Textarbeit, Markierung wichtiger Textstellen, Verfassung von Memos
- (2) Entwicklung von thematischen Hauptkategorien
- (3) Codierung des gesamten Materials in die Hauptkategorien
- (4) Zusammenstellung aller mit der gleichen Hauptkategorie codierten Textstellen
- (5) Induktive Bestimmung von Subkategorien am Material
- (6) Codierung des kompletten Materials mit dem differenzierten Kategoriensystem
- (7) Einfache und komplexe Analysen, Visualisierungen

Die Datenauswertung der vorliegenden Arbeit orientierte sich mit einer Ausnahme an diesem Ablauf: Die siebte Phase wurde durch die Entwicklung von drei zentralen Kategorien erweitert und modifiziert, die die Grundlage für den Ergebnisbericht bilden. Im Folgenden wird der Prozess der Datenanalyse dieser Arbeit dargestellt.

Alle Interviewtranskripte wurden zunächst sorgfältig gelesen. Dabei stand die Offenheit gegenüber den Daten im Vordergrund, die dadurch gekennzeichnet war, die „eigene Brille so weit wie möglich außen vor und den Text für sich sprechen zu lassen“ (Kruse, 2015, S. 367). Mögliche Vorannahmen können auf diese Weise eine Veränderung erfahren (Kruse, 2015). Zentrale Begriffe wurden markiert, bedeutende Abschnitte und Metaphern

gekennzeichnet, die inhaltliche Struktur analysiert. Nach Kuckartz (2016) liegt das Ziel der initiierenden Textarbeit darin „ein erstes Gesamtverständnis für den jeweiligen Text auf der Basis der Forschungsfragen“ (ebd., S. 56) zu entwickeln. Erste Auswertungsideen wurden in Form von Memos festgehalten. Memos werden für die qualitative Inhaltsanalyse als „hilfreiche Arbeitsmittel“ (Kuckartz, 2016, S. 58) während des gesamten Analyseprozesses hervorgehoben (ebd., S. 58). Das Verfassen von Memos für diese Arbeit wird am Ende dieses Kapitels vertieft. Die erste Phase wurde mit Fallzusammenfassungen der einzelnen Interviews abgeschlossen (Kuckartz, 2016), die die Grundlage für die Formulierung zentraler Themen darstellten, aus denen vorläufige Hauptkategorien entstanden.

Die Entwicklung der Hauptkategorien erfolgte sowohl deduktiv als auch induktiv. Entsprechend stammten die Kategorien aus dem bei der Datenerhebung eingesetzten Leitfaden, andere wurden direkt am Material entwickelt. Ausgewählte Textstellen wurden bereits vorhandenen Kategorien zugeordnet oder, sofern geeignete Kategorien noch nicht definiert waren, zur Bildung neuer Kategorien genutzt. Kuckartz (2016) empfiehlt einen Probedurchlauf mit ca. 10–25% des Auswertungsmaterials, um die Kategoriethemen auf ihre konkrete Anwendbarkeit auf das Material zu überprüfen. Auf der Basis von sieben Interviews entstand zunächst ein vorläufiges Kategoriensystem. Dieses wurde im Februar 2015 im Rahmen der Osnabrücker Methodenschule bei einem Workshop unter Leitung von Frau Prof. Cornelia Helfferich mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern anderer Disziplinen erprobt. Die Teilnehmenden des Seminars codierten unabhängig voneinander einen Ausschnitt des Textmaterials unter Hinzuziehung des Kategoriensystems. Die fehlende Trennschärfe einiger Kategorien erforderte teilweise Überarbeitungen.

Anschließend wurde in einem ersten Codierprozess das gesamte vorliegende Material mit den Hauptkategorien codiert. Mit MAXQDA konnten alle mit der gleichen Kategorie codierten Textstellen zusammengestellt werden.

Im nächsten Schritt wurden die Hauptkategorien durch die induktive Bestimmung von Subkategorien differenziert. In dieser Phase steigt parallel zur Anzahl der Subkategorien die Anfälligkeit gegenüber fehlerhaften Codierungen (Kuckartz, 2016). Um dem entgegenzuwirken, wurde auf präzise Kategoriendefinitionen geachtet. In Tabelle 4 ist exemplarisch die finale Liste der aus dem Material gebildeten Subkategorien für die Hauptkategorie „Einflussfaktoren“ der interprofessionellen Kooperation zwischen frei-

beruflichen Hebammen und den Institutionen sowie Berufsgruppen des Sozialwesens mit entsprechenden Definitionen dargestellt.

Einflussfaktoren auf die interprofessionelle Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und den Institutionen/Berufsgruppen des Sozialwesens	
Subkategorien	Definitionen
Kontinuität der Kontakte	Umfasst Aussagen der Hebammen zur Häufigkeit ihrer Kontakte mit den Institutionen/Berufsgruppen des Sozialwesens und den Auswirkungen auf die Zusammenarbeit.
Begegnungen	Schließt Situationen ein, in denen Hebammen die Begegnungen/Interaktionen mit den Institutionen/Berufsgruppen des Sozialwesens als gewinnbringend oder belastend erleben.
Vorausgegangene Erfahrungen	Beschreibt, wie vorausgegangene Erfahrungen der Hebammen mit den Institutionen/Berufsgruppen des Sozialwesens die aktuelle Zusammenarbeit prägen.
Kommunikationsstrukturen	Umfasst Kommunikationshürden, die die Zusammenarbeit erschweren und Beispiele, wie Kommunikation zum Gelingen von Zusammenarbeit beitragen kann.
Interesse/Desinteresse	Bezeichnet, wie Interesse aneinander die Zusammenarbeit erleichtert und fehlendes Interesse eine Annäherung der Akteurinnen/Akteure verhindert.
Wissensmangel	Offenbart mögliche Wissensdefizite seitens der Hebammen.
Unterschiedliche Perspektiven	Beschreibt unterschiedliche professionsspezifische Sichtweisen zwischen freiberuflichen Hebammen und den Institutionen/Berufsgruppen des Sozialwesens sowie mögliche Folgen im Hinblick auf die Zusammenarbeit.

Tabelle 4: Subkategorien am Beispiel der Hauptkategorie „Einflussfaktoren“ der Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und den Institutionen/Berufsgruppen des Sozialwesens

Nach der Ausdifferenzierung des Kategoriensystems schloss sich ein zweiter Codierprozess des nun vollständig vorliegenden Materials an. Die Subkategorien wurden in diesem Prozess teilweise präzisiert.

Die letzte Phase der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse bilden sogenannte „einfache und komplexe Analysen“ (Kuckartz, 2016, S. 117–121). Kuckartz (2016) betont einerseits, dass an dieser Stelle die „eigentliche Analyse“ (ebd., S. 117) und Vorbereitung der Ergebnispräsentation stattfindet, andererseits weist er darauf hin, dass Erhebungen und Auswertungsprozesse im Forschungsprozess parallel erfolgen können (ebd., S. 47) und distanziert sich von einem „starr fixierten Ablauf“ (Kuckartz, 2016, S. 47). Die Datenanalyse in dieser Arbeit war von Beginn an Teil des Forschungsprozesses und steuerte die Datenerhebung (vgl. Kapitel 7.4.3).

Verschiedene Formen der Analyse, von eher deskriptiven Beschreibungen bis hin zur Visualisierung von komplexen Zusammenhängen, können den Auswertungsprozess leiten (Kuckartz, 2016). Schreier (2014) vergleicht die Auswahloptionen bei der strukturierenden Inhaltsanalyse mit einem „Werkzeugkasten“ (ebd., S. 24), aus dem an unterschiedlichen Stellen im Analyseprozess die Werkzeuge ausgewählt werden, die vor dem Hintergrund von Forschungsfrage und Material passend erscheinen (ebd., S. 24).

In der vorliegenden Arbeit wurde eine „kategorienbasierte Auswertung der Hauptkategorien“ (Kuckartz, 2016, S. 118) sowie eine Analyse der „Zusammenhänge zwischen Hauptkategorien“ genutzt (ebd., S. 119). Die gewählten Methoden gestatteten, die wichtigsten Themen zur Beantwortung der Forschungsfragen anhand der Hauptkategorien zu bearbeiten und zugleich Verknüpfungen zwischen den Kategorien zu berücksichtigen (Kuckartz, 2016). Die kategorienbasierte Auswertung der Hauptkategorien soll im Folgenden exemplarisch anhand der Hauptkategorie „Informelle Netzwerke“ (vgl. Tabelle 5) skizziert werden.

Im Rahmen der Interviews wurde deutlich, dass die interprofessionelle Kooperation freiberuflicher Hebammen einen weitgehend informellen Charakter hat. Informelle Netzwerke der Hebammen weisen besondere Eigenschaften, wie eine rasche Verfügbarkeit auf, und basieren häufig auf langjährig gewachsene Beziehungen. Förderliche Bedingungen, wie ein langfristiges Wirken der Hebammen an einem Ort, begünstigen ihre Erhaltung.

Die Bildung der drei zentralen Kategorien aus den Zusammenhängen zwischen den Hauptkategorien wird exemplarisch anhand der Kategorie „Interprofessionelle Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und den Institutionen sowie Akteurinnen/Akteuren des Sozialwesens“ (vgl. Tabelle 5) dargestellt:

Der Analyseprozess ergab, dass die Hauptkategorien „Einflussfaktoren“ und „Konsequenzen auf Akteurs- und Klientinnenebene“ zentrale Elemente der interprofessionellen Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und den Berufsgruppen des Sozialwesens darstellten, was zur Bildung einer zentralen Kategorie mit einer entsprechenden Bezeichnung führte. An dieser Stelle wich das Vorgehen vom Ablauf nach Kuckartz (2016) ab, der keine zentrale Kategorienbildung als letzten analytischen Schritt beschreibt. Das endgültige Kategoriensystem ist in Tabelle 5 dargestellt.

Zentrale Kategorien	Hauptkategorien	Subkategorien
Ausgangssituation interprofessioneller Kooperation	Kooperationspartnerinnen/-partner	Berufsgruppen und Institutionen des Gesundheitswesens
		Berufsgruppen und Institutionen des Sozialwesens
	Informelle Netzwerke	Charakteristika
		Beziehungen als Basis
		Förderliche Bedingungen der Erhaltung
	Hierarchien	Konstruktion von Hierarchien
		Die Illusion von der Gleichberechtigung
	Vertrauensgewinn	Vertrauensvorschuss
		Vertrauensbildung
		Funktion von Vertrauen
Interprofessionelle Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und den Institutionen sowie Akteurinnen/Akteuren des Sozialwesens	Einflussfaktoren	Kontinuität der Kontakte
		Begegnungen
		Vorausgegangene Erfahrungen
		Kommunikationsstrukturen
		Gegenseitiges Interesse oder Desinteresse
		Wissensmangel
		Unterschiedliche Perspektiven
	Konsequenzen auf Akteurs- und Klientinnenebene	Wirksamkeitsverlust von Hierarchien
		Vertrauensverlust
Intraprofessionelle Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen	Kooperationserfahrungen	Persönliche Kontakte
		Vermittlung von Familienhebammen
		Gemeinsame Hausbesuche
	Einflussfaktoren	Familienhebammenmangel
		Persönlicher Nutzen
		Betreuungsumfang und Klientel
		Bereitschaft, aufeinander zuzugehen
	Merkmale	Vermittelnde Rolle der Frauen
		Konstruktion oder Auflösung von Grenzen
		Konkurrenz
	Subjektiver Gewinn von Familienhebammen	Profit für die Familien
		Profit für die eigene Arbeit
	Gründe nicht als Familienhebamme zu arbeiten	

Tabelle 5: Endgültiges Kategoriensystem

Verfassen von Memos

Unter einem Memo werden die von den Forschenden während des Analyseprozesses dokumentierten Gedanken, Ideen, Vermutungen und Hypothesen verstanden (Kuckartz, 2016). Die Niederschrift analytischer Gedanken sowie projektbezogener Ideen wird als entlastend angesehen, um weitere analytische Überlegungen anstellen zu können (Strübing, 2013). Die Nutzung von Memos spielt im Rahmen der Grounded Theory eine zentrale Rolle (Strauss & Corbin, 1996). Bei der Inhaltsanalyse wird darauf zurückgegriffen (Kuckartz, 2016).

In der vorliegenden Arbeit wurde mit dem Schreiben von Memos bei Beginn des Analyseprozesses begonnen. Die von Strauss und Corbin (1996) betonte, sich entwickelnde Komplexität, Dichte, Klarheit und Genauigkeit von Memos im fortschreitenden Forschungs- und Analyseprozess war auch in dieser Arbeit zu beobachten. Die Memos wurden fortlaufend und systematisch in einem Word-Dokument geordnet und in einem Forschungstagebuch festgehalten. In Anlehnung an Strauss und Corbin (1996) fertigte ich in dieser Arbeit „Theoretische Notizen“ (ebd., S. 169) und „Planungs-Notizen“ (ebd., S. 169) an. Ihre konkrete Ausgestaltung im Forschungsprozess wird im Weiteren erläutert.

Planungsnotizen umfassten sämtliche Planungen und Reflexionen im Forschungsprozess. Dazu gehörten die Erstellung von Zeitplänen und der Ausblick auf Meilensteine im Forschungsprozess. Auch die Diskussionsergebnisse aus den Gesprächen mit den Betreuenden der Promotion wurden verschriftlicht. Weitere Planungsnotizen entstanden aus forschungsrelevanten Fragestellungen, die in einer Interpretationsgruppe der Hochschule Osnabrück, im Doktorandenkolleg der Universität Witten/Herdecke (vgl. Kapitel 7.4.7) oder beim Besuch von Methodenworkshops diskutiert wurden. In Abbildung 6 wird ein Beispiel aufgeführt, das im Anschluss an die Teilnahme am Workshop „Auswertung qualitativer Interviews von qualitativen Forschungsergebnissen“ im Rahmen der Osnabrücker Methodenschule im Februar 2015 entstanden ist.

Planungs-Notiz vom 11.02. 15

Eingereichtes Material zum Workshop „Auswertung qualitativer Interviews von qualitativen Forschungsergebnissen“ (09.–11.02.15, Leitung: Frau Prof. Dr. C. Helfferich

- ✓ *Kurzskizze Forschungsarbeit*
- ✓ *Kategoriensystem mit vorläufigen Hauptkategorien*
- ✓ *Ausschnitt Interview 6*

Bearbeitete Fragestellungen zum eingereichten Material:

- ✓ *Eignet sich das Kategoriensystem?*

Vorgehen:

In Gruppenarbeit erprobten die Seminarteilnehmenden die Eignung meines Kategoriensystems. Dazu erhielten Sie die vorläufigen Hauptkategorien und einen Auszug des Transkripts aus Interview 6. Sie wurden gebeten, Textpassagen den Kategorien zuzuordnen. Dabei wurde die Verlässlichkeit (Haben alle die gleichen Zitate?) und die Trennschärfe des Kategoriensystems (Überschneiden sich die Kategorien?) überprüft. Im anschließenden Plenum wurde die Eignung der Kategorien für die Gliederung der Abschlussarbeit sowie die Tauglichkeit der Hauptkategorien zur Bildung von Subkategorien diskutiert.

Fazit:

Das Kategoriensystem erwies sich zum jetzigen Zeitpunkt als nicht trennscharf und nicht in allen Punkten verlässlich. Es wird empfohlen, die Anzahl der Hauptkategorien zu reduzieren. Zukünftig sollte zwischen übergeordneten zentralen und untergeordneten Kategorien unterschieden werden. Eine erste, mögliche Gliederung für den Endbericht, abgeleitet aus den Kategorien, wurde hergestellt.

Abbildung 6: Planungs-Notiz vom 11.02.2015

Die Erstellung von theoretischen Notizen erfolgte parallel zur Anlage von Fallzusammenfassungen aus den Interviews.

Laut Strauss und Corbin (1996) geben theoretische Notizen Einblicke in möglicherweise relevante Kategorien, ihre Eigenschaften, Dimensionen, Beziehungen und Prozesse. Strübing (2013) beschreibt die Entwicklung der Memos von vorläufigen Versuchen bzw. vom Festhalten vager Ideen hin zu detaillierten Formen. In der vorliegenden Arbeit entstanden in der Anfangsphase umfangreiche Interpretationen ohne Kategoriebildung. Manche dieser theoretischen Notizen wurden im fortschreitenden Analyseprozess verworfen, andere ausgebaut. In dem nachfolgenden Memo „Allgemeines Verständnis von Zusammenarbeit – Bedeutung persönlicher Kontakte“ in Abbildung 7 zeichnet sich der Prozess der Kategorieentwicklung ab. Die theoretische Notiz entstand

in einem frühen Stadium der Analyse. Die im Anschluss aufgeworfenen Fragen leiteten den weiteren Auswertungsprozess.

Theoretische Notiz vom 13.02.16

Allgemeines Verständnis von Zusammenarbeit – Bedeutung persönlicher Kontakte

Insgesamt beruht die Zusammenarbeit häufig auf persönlichen Erfahrungen und Kontakten. Dies zeigt sich sowohl in der Zusammenarbeit mit den genannten Berufsgruppen des Gesundheitswesens als auch im Kontext einer systemübergreifenden Zusammenarbeit zwischen freiberuflichen Hebammen und den Akteurinnen/Akteuren des Sozialwesens.

- ✓ *„Ich schicke die hin, ich gucke, wann ist die Sprechstunde, wer ist das, ich kenne die natürlich, hier im kleinkommunalen Rahmen kennt man sich ja auch, das ist, da kennt man sich, ne?“ (I18, 168).*

„Sich persönlich zu kennen“ scheint einen wesentlichen Einfluss auf die Zusammenarbeit der Berufsgruppen zu haben. Der hohe Stellenwert von persönlichen Kontakten lässt möglicherweise auch darauf schließen, dass Zusammenarbeit wenig systematisch ist. Persönliche Kontakte entstehen oftmals am Telefon oder man kennt sich, weil man schon lange am Ort ist.

Persönliche Kontakte, z.B. auf der Basis freundschaftlicher Beziehungen, führen dazu, dass Frauen schnell und unkompliziert an andere Professionen „vermittelt“ werden. Dies wird z.B. in Situationen genutzt, in denen Hebammen das Gefühl haben, dass etwas nicht in Ordnung sein könnte (I22, 168).

Kontakte aus dem privaten Umfeld werden auch in beruflichen Zusammenhängen genutzt, was als vorteilhaft erlebt wird (I27, 73). Kontakte dieser Art können scheinbar ohne großen Aufwand gepflegt und im Bedarfsfall rasch aktiviert werden.

Persönliche Kontakte erhöhen die Bereitschaft freiberuflicher Hebammen, auf Berufsgruppen des Sozialwesens zuzugehen. „Traditionelle Grenzen“ scheinen plötzlich überwindbar:

- ✓ *„Muss auch sagen, dass ich seitdem der „Storchentreff“ ist, öfter beim Jugendamt anrufe als sonst [...]. Weil man die Leute einfach kennt [...]. Das war vorher nicht so. Da war man halt freiberuflich tätige Hebamme, aber hatte sich ja nie da irgendwie gemeldet oder so. Und da nie mit zu tun gehabt“ (I16, 48).*

Fragen: *Welche Bedeutung und welchen Nutzen haben persönliche Kontakte auf die Versorgung der Frauen? Haben persönliche Kontakte Einfluss auf die Intensität der Zusammenarbeit? Können persönliche Kontakte systematische Formen der Kooperation ergänzen oder gar ersetzen? Welche Formen der systematischen Zusammenarbeit zeigen sich?*

Abbildung 7: Theoretische Notiz vom 13.02.2016

Zusammenfassend erwies sich das Schreiben von Memos als zentraler analytischer Schritt bei der Entwicklung der Kategorien.

7.4.7 Gütekriterien

In der Literatur findet sich eine breite Debatte über die Qualitätsmerkmale qualitativer Forschung (Brüsemeister, 2008; Flick, 2016; Flick, 2010; Kruse, 2015; Steinke, 2013). Während in der Frage nach den Gütekriterien in der quantitativen Forschung ein Konsens besteht (Flick, 2010), wird bei der qualitativen Forschung diskutiert, ob quantitative Kriterien auf die qualitative Forschung übertragbar sind, ob die qualitative Forschung eigene Kriterien benötigt oder qualitative Kriterien gar unnötig sind (Flick, 2016; Steinke, 2013). Die Debatte kann an dieser Stelle nicht vertieft werden. Dennoch stellt sich vor dem Hintergrund der Auseinandersetzung die Frage nach der Bewertung der Qualität der vorliegenden Arbeit. Steinke (2013) vertritt die These, dass qualitative Forschung eigener Kriterien bedarf und beschreibt „Kernkriterien“ (ebd., S. 323–331), auf deren Grundlage zu entscheiden ist, ob das bestmögliche Ergebnis erzielt wurde. Die von Steinke (2013, S. 324) beschriebenen Kernkriterien „Intersubjektive Nachvollziehbarkeit“ (ebd., S. 324), „Indikation des Forschungsprozesses“ (ebd., S. 324), „Empirische Verankerung“ (ebd., S. 324), „Limitation“ (ebd., S. 324) und „Reflektierte Subjektivität“ (ebd., S. 324) erwiesen sich für die Qualitätsbewertung der vorliegenden Arbeit als geeignet. Im Weiteren werden sie angepasst an die Fragestellung, den Gegenstand und die Methodik dieser Untersuchung konkretisiert und modifiziert.

Intersubjektive Nachvollziehbarkeit

Die Sicherung und Prüfung der Nachvollziehbarkeit qualitativer Forschung kann durch die Dokumentation des Forschungsprozesses, durch Interpretationen in Gruppen sowie durch Anwendung kodifizierter Verfahren erfolgen (Steinke, 2013). In dieser Arbeit kamen alle drei Möglichkeiten zum Einsatz.

Neben der sorgfältigen Dokumentation der Erhebungs- und Auswertungsmethoden erfolgte die Verschriftlichung der Transkriptionsregeln (vgl. Kapitel 7.4.5). Quellen wurden präzise erfasst und Entscheidungen im Forschungsprozess, wie Überlegungen zum Sampling und zur Auswahl der Methoden, thematisiert (vgl. Kapitel 7.4.2, 7.4.3).

Mit den Methoden der Gruppendiskussion und des Problemzentrierten Interviews kamen kodifizierte Verfahren zum Einsatz, die das methodische Vorgehen vereinheitlichten.

Als Doktorandin im Forschungsprojekt „Familienorientierte geburtshilfliche Versorgung (FageV)“ und Kollegiatin des Forschungskollegs „Familiengesundheit im Lebensverlauf (FamiLe)“ der Hochschule Osnabrück in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke bin ich in gefestigte und bewährte Strukturen eingebunden. Die Interpretation der Daten in Gruppen war von Anfang an ein fester Bestandteil des Forschungsprozesses. Dazu gehörte von 2014–2016 die halbjährliche Teilnahme an den Doktorandinentreffen des Forschungsschwerpunktes „Versorgung während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett – Instrumente zur sektorenübergreifenden Qualitätsentwicklung (IsQua)“ und ab 2017 die vierteljährliche Mitwirkung an den Kolloquien des Forschungskollegs „FamiLe“. Die Sitzungen und Kolloquien dienten dem Austausch und der Reflektion des Forschungsstandes mit den Betreuenden der Arbeit und den Doktorandinnen/Doktoranden der Forschungsschwerpunkte. Darüber hinaus war ich Mitglied einer Interpretationsgruppe an der Hochschule Osnabrück, in der ich in regelmäßigen Abständen gemeinsam mit Forscherinnen der Pflege-, Hebammen- und Sozialwissenschaft Interviewauszüge analysierte und zentrale Arbeitsprozesse reflektierte. Für die Arbeit relevante Impulse erhielt ich darüber hinaus durch das viermal jährlich stattfindende pflegewissenschaftliche Doktorandenkolleg der Universität Witten/Herdecke. Jährlich präsentierte und diskutierte ich in dem Kolleg den Arbeitsstand. Ergänzend präsentierte ich den Stand der Arbeit über Poster und Vorträge im Rahmen von nationalen und internationalen Tagungen und Kongressen. Diese Veranstaltungen boten die Möglichkeit, Ergebnisse der Studie mit Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftlern der eigenen und angrenzenden Disziplinen sowie mit Hebammen aus der Praxis zu diskutieren. Weiter erlaubte die Teilnahme an zwei interdisziplinären Methodenworkshops am Institut für Qualitative Forschung in der Internationalen Akademie Berlin sowie im Rahmen der Osnabrücker Methodenschule eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Material. Besonders förderlich im Hinblick auf die Interpretation der Daten erwies sich ein achtwöchiger Aufenthalt am Karolinska Institut in Stockholm von August–Oktober 2016, bei dem die Ergebnisse gemeinsam mit den Forscherinnen des Department of Women’s and Children’s Health reflektiert wurden. Dieser internationale Vergleich lieferte zentrale Anregungen für die Diskussion der Arbeit.

Indikation des Forschungsprozesses

Das Kriterium umfasst die Angemessenheit des gesamten Forschungsprozesses (Steinke, 2013), die bei den Indikationen für die Erhebungs- und Auswertungsmethoden in Kapitel 7.4.2 und 7.4.6 ausführlich dargelegt wurde.

Empirische Verankerung

Obschon die Arbeit nicht unmittelbar auf eine Theoriebildung abzielte, wurde die empirische Verankerung der Daten als wichtiges Qualitätsmerkmal betrachtet. Die Daten orientieren sich an den subjektiven Sicht- und Handlungsweisen der freiberuflichen Hebammen und wurden auf der Basis systematischer Datenanalyse entwickelt (Steinke, 2013). Zitate gewährleisteten die Rückbindung der im Forschungsprozess entwickelten Kategorien mit den Aussagen der Befragten. Der Umgang mit herausfordernden Situationen, z.B. im Rahmen des theoretischen Samplings (vgl. Kapitel 7.4.3), wurde mit Textbelegen gesichert.

Limitationen

Dieses Kriterium trägt dazu bei, die Grenzen des Geltungsbereichs, d.h. der Verallgemeinerbarkeit der Forschungsergebnisse, zu prüfen. Steinke (2013) empfiehlt dazu die Technik der „Fallkontrastierung“ (ebd., S. 330), die in dieser Arbeit im Rahmen des Theoretischen Samplings zur Anwendung kam (vgl. Kapitel 7.4.3). Auf diese Weise wurden unterschiedliche Elemente, Ursachen und Bedingungen der Kooperation freiberuflicher Hebammen mit den Berufsgruppen des Sozialwesens identifiziert.

Reflektierte Subjektivität

An verschiedenen Stellen der Arbeit erfolgte die Reflektion meiner Rolle als Subjekt. Neben meinen persönlichen Voraussetzungen für die Erforschung des Gegenstandes wurde auch die Vertrauensbeziehung zu den befragten Hebammen analysiert (vgl. Kapitel 7.4.2). Die Wahrnehmung meiner eigenen Rolle wurde nach jedem Interview im Postskriptum hinterfragt und verschriftlicht. Darüber hinaus unterstützten die Anlage von Memos in einem Forschungstagebuch sowie der regelmäßige Austausch mit anderen Doktorandinnen/Doktoranden und den Betreuenden der Arbeit meine kritische Selbstreflektion.

7.4.8 Ethische Überlegungen

Die Einreichung des Ethikantrags erfolgte am 24.01.2014 bei der Ethikkommission der Universität Witten-Herdecke und wurde am 13. März 2014 positiv beschieden (vgl. Anhang S. 200). Die Kommission bat nach ihrer Prüfung am 19.02.2014 um zwei textliche Anpassungen in den Teilnahmehinweisen, die den Studienteilnehmerinnen im Vorfeld der Studie zur Information ausgehändigt wurden (vgl. Anhang S. 206f.). Die Änderungen und erneute Übersendung an die Ethikkommission erfolgten zeitnah.

Ethische Aspekte gehören zu den Grundlagen der Forschung mit Menschen. Zur Sicherung der Qualität der Arbeit verpflichtete ich mich zur Einhaltung forschungsethischer Prinzipien in Anlehnung an Schnell und Heinritz (2006). Dazu zählten die informierte Zustimmung, die Gewährung von Datenschutz und Pseudonymisierung, die Prüfung der Vulnerabilität der Studienteilnehmerinnen sowie die Verpflichtung zu forschungsethischem Verhalten. Diese werden im Folgenden ausführlich dargelegt.

Informierte Zustimmung

Die Studienteilnehmerinnen wurden schriftlich über das Ziel des Projektes, die Fragestellung, das methodische Vorgehen sowie Zeit und Ort der Datenerhebung informiert. Eine Zusicherung der Pseudonymisierung der Daten erfolgte in Schriftform (vgl. Anhang S. 204f, 206f, 208f). Für Fragen stand ich telefonisch oder per E-Mail zur Verfügung.

Die Begrüßung vor Interviewbeginn diente der Bekräftigung der Zusage der Pseudonymisierung der Transkripte sowie der Erläuterung der Untersuchungsfrage und des Erkenntnisinteresses. Die Teilnehmerinnen wurden über die geplante Interviewsituation, einer Kombination aus Zuhören und Nachfragen, informiert (Witzel, 2000). Es folgten Erläuterungen zur Aufnahme der Gruppendiskussion und der Interviews mittels Tonträger sowie zur Transkription der Daten. Jede Hebamme wurde schriftlich um eine informierte Zustimmung zur Teilnahme an der Studie gebeten (vgl. Anhang S. 208f.). Grundlegende Bestandteile dieser Erklärung waren die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme zu jeder Zeit und ohne Angabe von Gründen.

Datenschutz und Pseudonymisierung

Im Forschungsprozess wurden neben den Transkripten auch Kontaktdaten der Hebammen und weitere personenbezogene Daten (z.B. Leistungsspektrum, Berufserfahrung) erhoben. Die Anonymität der Teilnehmerinnen wurde durch eine Pseudonymisierung der Daten gewahrt. Die Trennung und gesonderte sichere Aufbewahrung von Kontakt-, personenbezogenen und erhobenen Daten verhinderte eine Zuordnung von Personen zu Diskussions- oder Interviewbeiträgen. Für alle Mitglieder der Forschungsgruppe (Forscherin, Betreuende, wissenschaftliche Hilfskräfte) gilt die Schweigepflicht. Die Teilnehmerinnen wurden über die Transkription durch eine professionelle Schreibkraft informiert, die ebenfalls der Verordnung zur Einhaltung der Schweigepflicht sowie den datenschutzrechtlichen Bestimmungen unterliegt (vgl. Anhang S. 213).

Damit die Teilnehmerinnen in der Gruppendiskussion und in den problemzentrierten Interviews offen sprechen konnten, wurden alle Angaben pseudonymisiert. Nach der Transkription wurden die Namen der Teilnehmerinnen durch einen Zahlencode ersetzt und Namen und Orte verschlüsselt wiedergegeben, so dass sie von Dritten nicht mehr erkennbar waren. Der Zahlencode verschlüsselte auch die personenbezogenen Daten. Lediglich die verantwortliche Wissenschaftlerin hatte Zugriff zu einer Liste mit den Namen und Zahlencodes. Diese Liste wurde getrennt von allen Daten unter Verschluss aufbewahrt.

Die Nutzung, Weitergabe und Veröffentlichung der erhobenen Daten erfolgte ausschließlich in pseudonymisierter Form. Die Tondokumente wurden nach der Transkription gelöscht, die Transkripte zehn Jahre lang an einem sicheren Ort unter Verschluss in Verantwortung der Forscherin aufbewahrt. Nach Abschluss der Studie wurden Daten für die Kontaktaufnahme (z.B. Namen, Telefonnummern) gelöscht. Die schriftlichen Einwilligungserklärungen wurden geschützt vor dem Zugriff Unbefugter aufbewahrt.

Vulnerabilitätsprüfung

Die an der Studie teilnehmenden Hebammen wurden als Expertinnen betrachtet, da sie viele Jahre im Berufsfeld tätig waren und über Strategien zum Umgang mit möglichen Belastungen im Rahmen ihrer Tätigkeit verfügten (Schnell & Heinritz, 2006). Den in einzelnen Interviewsituation dennoch zum Ausdruck kommenden Emotionen der Teilnehmerinnen begegnete ich mit einer einfühlsamen und wertschätzenden Haltung.

Da die freiberufliche Hebammenarbeit eine hohe zeitliche Flexibilität erfordert, wurden Gruppendiskussion und Interviews frühzeitig angekündigt und vereinbarte Termine als verbindlich angesehen. Ich orientierte mich in Bezug auf den Ort und den Termin der Datenerhebung an den Bedürfnissen der Teilnehmerinnen und sorgte für eine angenehme Gesprächsatmosphäre.

Forschungsethisches Verhalten

Die Interviewfragestellungen veranlassten manche Teilnehmerinnen, Teile ihrer Biografie zu erzählen, die ihnen in der Situation wichtig erschienen, jedoch keine unmittelbare Relevanz für das Forschungsvorhaben aufwiesen (Schnell & Heinritz, 2006). Dieser Besonderheit wurde durch eine wertschätzende Kommunikation und einen zugewandten Umgang begegnet.

8 Empirische Ergebnisse

In der vorliegenden Arbeit werden die Erfahrungen freiberuflicher Hebammen zur Kooperation mit den Akteurinnen/Akteuren in den Frühen Hilfen analysiert. Im Folgenden wird die Auswertung der Interviews der 27 Probandinnen dargelegt. Die Ausführungen orientieren sich an den bei der Datenauswertung inhaltsanalytisch gebildeten Kategorien. Die Struktur des Kapitels entspricht den drei im Hinblick auf die Fragestellung der Arbeit als bedeutsam identifizierten zentralen Kategorien.

In Kapitel 8.1 wird einleitend die Ausgangssituation der interprofessionellen Kooperation analysiert. Dabei werden Kontextfaktoren und Bedingungen beleuchtet, die die Zusammenarbeit der freiberuflichen Hebammen mit den Institutionen/Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens beeinflussen. Das komplexe Zusammenspiel der interprofessionellen Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und den Institutionen sowie Akteurinnen/Akteuren des Sozialwesens wird in Kapitel 8.2 beleuchtet. Kapitel 8.3 konzentriert sich auf die Zusammenarbeit zwischen freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen.

8.1 Ausgangssituation interprofessioneller Kooperation

Das folgende Kapitel beschreibt den Kontext und die Bedingungen der Kooperation von freiberuflichen Hebammen mit den Akteurinnen/Akteuren und Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens. Dazu werden zunächst die Kooperationspartnerinnen und -partner freiberuflicher Hebammen vorgestellt. Unter den Überschriften „Informelle Netzwerke“ und „Hierarchien“ folgen spezifische Kooperationsmuster der Hebammen, welche die Ausgangssituation interprofessioneller Kooperation charakterisieren. Die professionelle Beziehungsebene zwischen freiberuflichen Hebammen und ihren Klientinnen wird im Kapitel „Vertrauensgewinn“ skizziert.

8.1.1 Kooperationspartnerinnen/-partner

Die befragten Hebammen berichten über Kontakte zu unterschiedlichen Kooperationspartnerinnen/-partnern. Sie unterscheiden dabei zwischen Institutionen und Akteurinnen/Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens. Einzelne Hebammen thematisieren

Kontakte zu Institutionen außerhalb der genannten Sektoren, beispielsweise zu Polizeibehörden und Justiz.

Die von den Hebammen als Kooperationspartner am häufigsten genannte Institution des Gesundheitswesens ist das Krankenhaus. Es bestehen Berührungspunkte zu geburtshilflichen Kliniken, Kinderkliniken und Elternschulen, manchmal auch zu Suchtkliniken sowie Sozialpädiatrischen Zentren. Weitere aufgeführte Einrichtungen sind Gesundheitsämter und Ambulanzen.

Als kooperierende Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen nennen die Probandinnen am häufigsten Ärztinnen/Ärzte, Pflegende und Familienhebammen. Bei den Medizinerinnen/Mediziner finden vor allem Fachärztinnen/-ärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Pädiatrie Erwähnung, seltener Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie, Allgemeinmedizin und Orthopädie. Bei den Pflegenden dominieren Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflegende sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende. Weitere Berufsgruppen, mit denen Hebammen Kontakte pflegen, sind therapeutische Berufe, wie Physio- und Ergotherapeutinnen/-therapeuten, sowie Psychologinnen/Psychologen und Medizinische Fachangestellte. Die differenzierte Darstellung der Kooperationspartnerinnen/-partner der Hebammen innerhalb des Gesundheitswesens beruht möglicherweise darauf, dass den Hebammen durch die eigene Zugehörigkeit das Gesundheitswesen vertraut ist. In Abbildung 8 sind die von den Interviewten genannten kooperierenden Berufsgruppen und Institutionen aus dem Gesundheitswesen zusammengestellt.

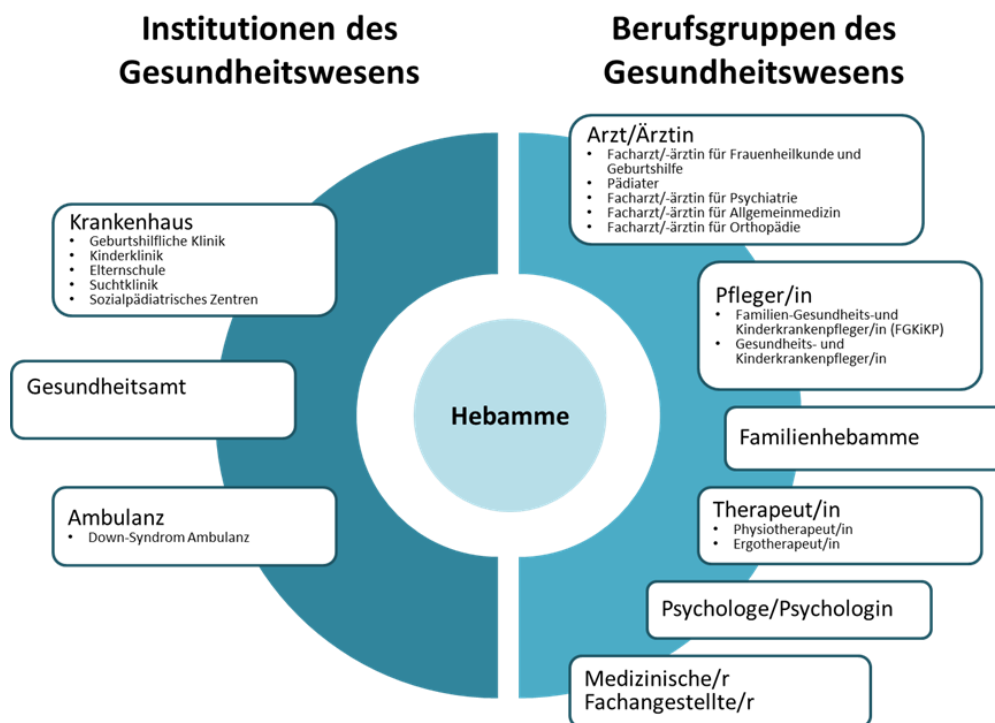


Abbildung 8: Kooperationspartnerinnen/-partner der befragten Hebammen aus dem Gesundheitswesen

Alle befragten Hebammen berichten darüber hinaus über aktuelle oder zurückliegende Kontakte zu Institutionen und Akteurinnen/Akteuren des Sozialwesens. Diese werden in Abbildung 9 skizziert.

Die am häufigsten erwähnten Institutionen des Sozialwesens sind Einrichtungen der öffentlichen und freien Kinder- und Jugendhilfe. Vornehmlich wird das Jugendamt als öffentlicher Träger auf kommunaler Ebene genannt, seltener freie Träger. Wenn im Folgenden von den Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe die Rede ist, ist daher primär das Jugendamt gemeint. Weiterhin bewerten manche der befragten Hebammen die Netzwerke Frühe Hilfen als eine Institution.

Ich glaube, ich war das letzte Mal da, als das Kind dann acht Monate war. Und dann habe ich quasi abgeschlossen und hatte versucht, sie an Frühe Hilfen anzugliedern und das war nicht möglich.

Nicht immer wird in den Interviews deutlich, wer oder was sich hinter den Frühen Hilfen verbirgt. Die zitierte Hebamme könnte von einer Einrichtung, von einem Angebot Früher Hilfen oder von bestimmten Akteurinnen/Akteuren sprechen. Auffällig ist, dass diese oftmals nicht explizit benannt werden. Möglicherweise spricht dieser Befund dafür, dass viele Hebammen kaum kontinuierliche Kontakte mit den Akteurin-

nen/Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe im Kontext Früher Hilfen haben (vgl. Kapitel 8.2.1).

Darüber hinaus kooperieren einige Hebammen mit Beratungsstellen zur Schwangerschafts-, Familien- und Suchtberatung sowie mit Schreibaby-Ambulanzen. Weiter existieren vereinzelte Kontakte zu Mutter-Kind-Einrichtungen, Institutionen für betreutes Wohnen und Familienbildungsstätten. Kontakte zu Vereinen spielen eine untergeordnete Rolle.

Die befragten Hebammen benennen die kooperierenden Akteurinnen/Akteure des Sozialwesens entweder mit ihrer spezifischen Funktion (z.B. Familienhelferin/-helfer (Sozialpädagogische Familienhilfe, SPFH, SGB VIII, 1990, § 31)) oder aber mit ihrer Qualifikation (z.B. Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter). Daher ist die folgende Auflistung nicht immer trennscharf. Genannt werden Netzwerkkoordinatorinnen/Netzwerkkoordinatoren, Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner der Frühen Hilfen, Familienhelferinnen/Familienhelfer, die beim Jugendamt oder bei einem freien Träger beschäftigt sind, Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jugendamtes, insoweit erfahrene Fachkräfte (SGB VIII, 1990, § 8a), Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen sowie Erzieherinnen/Erzieher, die in Einrichtungen und Projekten der öffentlichen oder freien Kinder- und Jugendhilfe tätig sind. Diese werden im Folgenden unter dem Begriff Akteurinnen/Akteure der Kinder- und Jugendhilfe subsummiert.

Bemerkenswert ist, dass die von den befragten Hebammen gewählten Funktionsbezeichnungen teilweise spezifisch (z.B. Netzwerkkoordinatorin) und teilweise eher unklar sind. Beispielweise ist die Rede von „*Ansprechpartnerinnen, die Frühen Hilfen machen*“, einer „*Verantwortlichen in der Stadt [...], die den Bereich Frühe Hilfen [...]so ein bisschen sortiert*“, „*zwei Damen [...], die koordinieren*“ oder einer „*Beauftragten für die Frühen Hilfen*“. Diese werden in Abbildung 9 unter „Ansprechpartnerinnen/-partner der Frühen Hilfen“ subsummiert, da offenbleibt, ob es sich um Netzwerkkoordinatorinnen/-koordinatoren handelt oder nicht. Möglicherweise deuten sich hier schon fehlende Kenntnisse mancher Hebammen in Bezug auf die Strukturen Früher Hilfen an (vgl. Kapitel 8.2.6). Je stärker die Hebammen in die Netzwerke Frühe Hilfen

eingebunden sind, desto präziser sind in der Regel die Funktionsbezeichnungen der Akteurinnen/Akteure des Sozialwesens.

Nur 16 der 27 befragten Hebammen berichten von Kontakten in die regionalen Netzwerke Frühe Hilfen, die in ihrer Ausgestaltung differieren. Möglicherweise ist dies ein erster Hinweis darauf, dass kommunale Bemühungen, Netzwerke aufzubauen, nicht von allen freiberuflichen Hebammen wahrgenommen werden.

Durchgängig werden Begegnungen innerhalb des Gesundheitswesens häufiger thematisiert als sektorenübergreifende Kontakte zu Akteurinnen/Akteuren und Institutionen des Sozialwesens. Insgesamt lassen die Darstellungen Rückschlüsse auf die Vielfalt der Kontakte und auf den hohen Vernetzungsgrad freiberuflicher Hebammen zu.

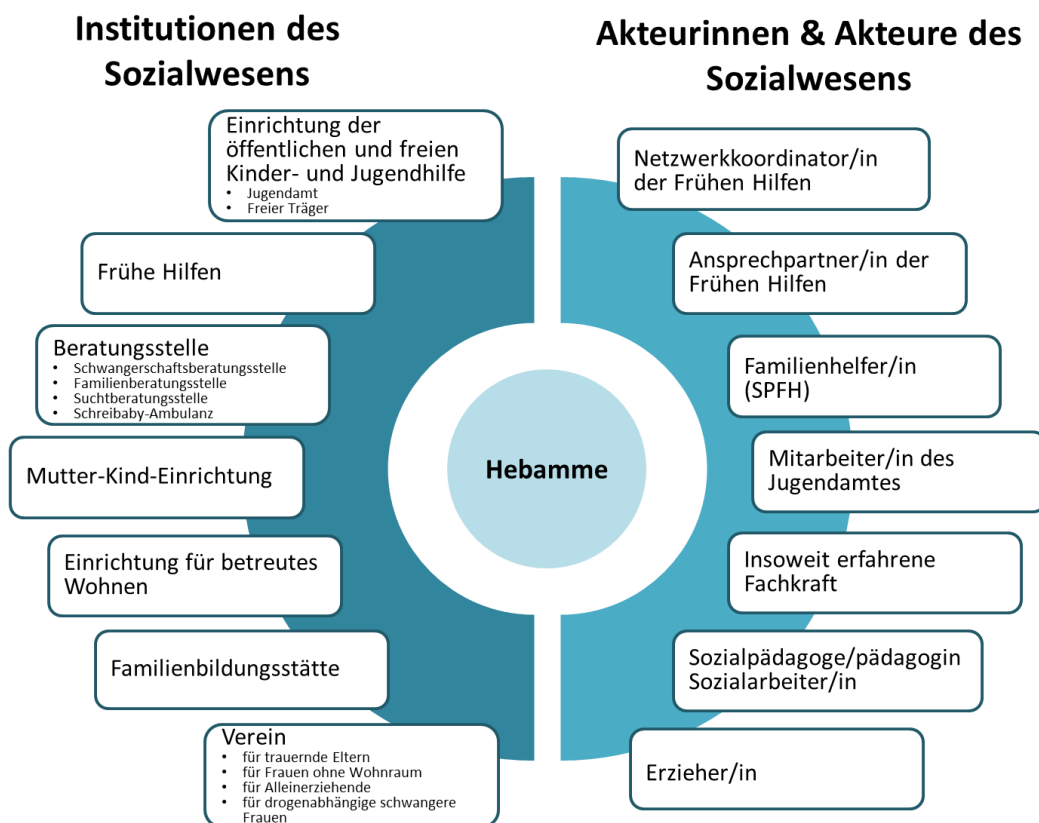


Abbildung 9: Kooperationspartnerinnen/-partner der befragten Hebammen aus dem Sozialwesen

8.1.2 Informelle Netzwerke

Informelle Netzwerke spielen bei der Betreuung von Frauen mit einem besonderen Unterstützungsbedarf für die befragten Hebammen eine zentrale Rolle. Sie basieren in der Regel auf privaten oder beruflich erworbenen Beziehungen und bestehen vor allem zu

den Berufsgruppen des Gesundheitswesens, seltener zu den Berufsgruppen des Sozialwesens. Informelle Kontakte erfüllen für die Hebammen zahlreiche Funktionen. Ihre Aktivierung ermöglicht bei Bedarf weiterführende, zielgenaue und schnelle Unterstützung für die Frauen, entlastet die Hebammen und vermittelt ihnen ein Gefühl von Sicherheit, weil sie sich als Teil eines Netzwerks begreifen.

Die Aktivität zur Knüpfung dieser informellen Netzwerke geht in der Regel von den Hebammen aus; seltener wenden sich andere Professionen an Hebammen.

Charakteristika

Die informellen Kontakte zwischen den Hebammen und den Akteurinnen/Akteuren anderer Professionen erfordern keine aufwändige Pflege und sind in der Regel auf Abruf verfügbar. Die Begegnungen der Hebammen mit anderen Berufsgruppen zeichnen sich dadurch aus, dass die Beteiligten *„nicht viel miteinander reden“*, aber dennoch wissen, dass sie sich bei Bedarf *„gegenseitig melden könnten“*. Die Hebammen profitieren von der Zielgenauigkeit ihrer Netzwerke und einer bei Bedarf verlässlichen Unterstützung durch andere Professionen. In diesem Zusammenhang berichtet eine Interviewte *„ein kleines Netzwerk“* von Leuten zu haben, die sie in *„speziellen Situationen“* empfiehlt und von denen sie *„einfach weiß, dass die gut sind“*. Eine andere Hebamme betont, dass sie die Fachleute, mit denen sie zusammen arbeitet kennt und weiß, *„dass die Frauen da gut versorgt werden“*.

Deutlich wird, dass sich trotz der Informalität eine gewisse Verbindlichkeit hinter den Beziehungen verbirgt. Von den anderen Akteurinnen/Akteuren zu wissen, kann darüber hinaus ein Gefühl der Zugehörigkeit vermitteln:

Wir wissen alle voneinander, dass wir da sind und auch ungefähr wer wer ist.

Die hier zitierte Hebamme fühlt sich einer Gruppe von Akteurinnen/Akteuren, die für die gesundheitliche Versorgung von Eltern und Neugeborenen zuständig sind, zugehörig. Das Gefühl, voneinander zu wissen, scheint Sicherheit zu geben. Mit der Einschränkung *„ungefähr“* deutet sie aber auch die Grenzen dieser informellen Netzwerkstrukturen an. Sie kennt möglicherweise die anderen Netzwerkteilnehmer nicht persönlich und ihre Zuständigkeitsbereiche nur in Ansätzen. Im weiteren Interviewverlauf kommt sie zu der Einschätzung, dass es *„schon einiges“* gibt, dies jedoch *„einfach*

nicht koordiniert“ ist. Damit reflektiert sie die fehlende Systematik, die die Zusammenarbeit der Berufsgruppen des Gesundheitswesens in ihrer Region charakterisiert.

Beziehungen als Basis

Die informellen Netzwerke der Hebammen unterscheiden sich in der Ausrichtung und Anzahl der Kontakte. Gemeinsam ist ihnen, dass sie häufig auf privaten Beziehungen zu anderen Berufsgruppen oder früheren bzw. aktuellen Arbeitsbeziehungen zu Ärztinnen/Ärzten aus dem klinischen Kontext beruhen. Oftmals entstehen auch Arbeitsbeziehungen zu ehemaligen Klientinnen/Klienten.

Private Beziehungen zu anderen Berufsgruppen werden von den befragten Hebammen aktiviert, wenn Kompetenzgrenzen erreicht werden, Unsicherheiten bestehen oder eine zweite Meinung gefragt ist. Eine Hebamme erzählt von ihren Bemühungen, eine Frau mit psychischen Auffälligkeiten, deren Betreuung sie als nicht mehr ihre „Baustelle“ bezeichnet, an eine Psychologin aus ihrem „Bekanntkreis“ zu vermitteln. Eine weitere Hebamme schätzt an einer befreundeten Therapeutin, dass diese „viel Erfahrung“ in der Arbeit mit Kindern hat. Insbesondere Berufsanfängerinnen scheinen von privaten Beziehungen zu anderen Berufsgruppen zu profitieren. Eine noch unerfahrene Hebamme berichtet, wie sie sich bei einem befreundeten Physiotherapeuten bei der Therapie eines Nabelbruchs bei einem Neugeborenen absichert:

Und dann dadurch, dass ich halt auch im Freundeskreis eben Physiotherapeuten habe, rufe ich dann immer noch mal an, und sage: „Du ich würde das jetzt so und so machen, so hab ich das in dem Kurs gelernt, was sagst denn Du dazu?“ Und dann holt man sich noch mal ein Feedback.

Eine Absicherung der eigenen Entscheidung findet durch die Hinzuziehung von Expertinnen/Experten im privaten Bereich statt. Deutlich wird die Notwendigkeit der Zusammenarbeit in den dargestellten Situationen. Diese erfolgt jedoch nicht auf formeller, sondern auf persönlicher Ebene. Möglicherweise deuten diese Befunde darauf hin, dass es systematische Formen der Zusammenarbeit kaum gibt.

Umgekehrt profitieren auch andere Professionen von ihren freundschaftlichen Beziehungen zu Hebammen. Dabei geht es in der Regel um die Vermittlung von Hebammenbetreuung. So berichtet beispielsweise eine Hebamme von ihrer Freundin, einer Sozialarbeiterin in einer Schwangerenberatungsstelle, die sie immer dann empfiehlt, wenn sich in Beratungssituationen ein Betreuungsbedarf durch eine Hebamme ergibt.

Einige Befragte verfügen durch eine (frühere) Klinikanbindung über unregelmäßige Arbeitsbeziehungen zu Ärztinnen/Ärzten. Die Kontakte basieren auf einer Zusammenarbeit in der Klinik, die – auch wenn sie bereits länger zurückliegt – der Arbeitsbeziehung Stabilität verleiht. So unterstreicht eine Hebamme das gute Verhältnis zu den niedergelassenen Frauen- und Kinderärztinnen/-ärzten in ihrer Stadt, mit denen sie schon früher „im Kreißsaal zusammengearbeitet“ hat. Dieses zeigt sich daran, dass ihr einer der Gynäkologen die CTG-Kontrollen bei seinen schwangeren Patientinnen überträgt, während er „drei Wochen in Urlaub“ ist. Von den guten Kontakten zu den Kinderärztinnen/-ärzten profitiert sie, wenn im Rahmen der Wochenbettbetreuung ein „Problem“ bei dem Kind auftritt, beispielsweise ein erhöhter Bilirubinwert.

Wichtig ist ihr die persönliche Zusage, die Kinderärztinnen/-ärzte „immer anrufen“ zu können. Für diese Hebamme ist es „ideal“, die Akteurinnen/Akteure am Ort gut zu kennen. Es bedeutet für sie in schwierigen Situationen Entlastung. Dass informelle Kontakte in hohem Maße auf einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung beruhen, zeigt sich für sie darin, dass der Gynäkologe ihr während seiner Abwesenheit „seine“ Frauen anvertraut.

Insbesondere wenig erfahrene Hebammen scheinen von Kontakten zu Ärztinnen/Ärzten über eine Klinikanbindung zu profitieren, da es ihnen Sicherheit bei der Diagnostik gibt:

Was ist das jetzt? Ist das ein Herpes oder nicht? Da scheu ich mich dann auch nicht, wenn ich dann eben durch die neuen Medien ein Foto geschickt bekomme, das eben dann auch mal, wenn ich grade im Dienst bin, meinen Ärzten zu zeigen.

Da ihr selbst die Erfahrung zur Einschätzung einer Herpesinfektion fehlt, verspricht der schnelle und informelle Zugang zu einer Ärztin im Krankenhaus eine rasche Problemaufklärung. Der Datenschutz wird dabei außer Acht gelassen. Möglicherweise kompensiert diese wenig erfahrene Hebamme ihre fehlenden systematischen Arbeitsbeziehungen zu anderen Berufsgruppen über informelle Kontakte zu den Ärztinnen/Ärzten in der Klinik.

Mehrere Hebammen berichten von informellen Beziehungen zu ehemaligen Klientinnen/Klienten. Eine Hebamme ruft beispielsweise, wenn sie sich um eine Klientin sorgt, die Sozialarbeiterin einer Schwangerenberatungsstelle am Ort an, die sie „sehr gut“

kennt, da sie diese schon „dreimal betreut hat“. Umgekehrt profitiert die Sozialarbeiterin vom Hebammenkontakt:

[...] die vom Landkreis, die Frau XY, die hab ich selber dreimal betreut. Also die kenne ich also sehr gut. Und wir können einfach, wir können uns gegenseitig anrufen, und sagen, also ich hab jetzt Frau sowieso, und da mache ich mir Sorge. [...] Oder sie sagt, ich hab jetzt das Paar hier sitzen, die brauchen noch mal jemanden, und so. Also das ist ganz unkompliziert.

Die Vertrauensbeziehung zwischen der Hebamme und der Klientin wird nach Abschluss der Betreuung nicht aufgelöst, sondern in einen kollegialen Austausch überführt. Der Kontakt bietet Vorteile für alle Beteiligten. Wichtig ist der unkomplizierte Rahmen, der sich wie ein „Netzwerk auf Abruf“ darstellt. Den Umgang mit der Schweigepflicht thematisiert die Hebamme an dieser Stelle nicht.

Eine andere Hebamme hat vor einigen Jahren im Rahmen einer Betreuungssituation den Sozialarbeiter eines Vereins für drogenabhängige schwangere Frauen kennengelernt. Dieser aktiviert den Kontakt zu ihr, wenn für eine schwangere Frau im Projekt eine „Hebamme gebraucht“ wird. Die Interviewte schildert, dass sie in solchen Fällen die Schwangerenvorsorge auch schon mal „auf dem Bordstein“ durchführt. Die Grenzen informeller Kontakte liegen darin, dass sie mitunter wenig Beständigkeit aufweisen.

[...], dass ich dann bei Silberstreif [Verein für drogenabhängige schwangere Frauen, Anm. der Autorin] gelandet bin, das war auch ein Zufallsprojekt. Ja, also das ist so, das ist also nichts dergleichen oder auch hier ein Sozialarbeiter aus A-Stadt, aus dem Stadtteil, hat mich empfohlen, weil ich ihn betreut hab und dann hat der immer, wenn er eine Hebamme gebraucht hat, hat er dann halt gesagt „ja, die Hebamme, die können wir/“ und dann hat man eins, zwei Mal jemanden betreut und dann wird nochmal der Name gewä/ und dann kann es aber auch drei Mal sein, dass ich voll bin und nicht kann und dann ist der Name auch wieder weg und dann dauert es wieder vielleicht Jahre oder zwei oder drei, bis jemand wieder kommt. Also es ist nicht so eine fette Kontinuität, dass man so sagen kann, also das ist immer so, ja. Sondern ein bisschen auch Zufallsprinzip.

Manchmal muss die Hebamme die Anfrage des Sozialarbeiters ablehnen, wenn sie mit anderen Klientinnen ausgelastet ist. Obschon der ohnehin wenig beständige Kontakt zu dem Sozialarbeiter daraufhin vorübergehend abbricht, kann daran immer wieder angeknüpft werden. Die Interviewte spiegelt aber auch die Grenzen der unsystematischen Zusammenarbeit, da die Hebammenversorgung drogenabhängiger, schwangerer Frauen mit ihren besonderen Bedürfnissen hier maßgeblich vom Engagement des Sozialarbei-

ters und der Arbeitsbelastung der Hebamme abhängig erscheinen. Eine Kontinuität der Versorgung besonderer Nutzerinnengruppen kann nicht garantiert werden.

Die behandelten Beispiele informeller Beziehungen zwischen freiberuflichen Hebammen und anderen Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens berühren die interprofessionelle Zusammenarbeit. Das zuletzt angesprochene Phänomen der Vermittlung von Hebammenhilfe, das mit den Beziehungen zwischen den Akteurinnen/Akteuren zusammenzuhängen scheint, zeigt sich später als relevanter Aspekt der intraprofessionellen Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen.

Die Beschreibungen hier deuten an, dass die Vermittlung freiberuflicher Hebammenhilfe mitunter von den Akteurinnen/Akteuren des Sozialwesens ausgeht. Eine Vermittlung findet vor allem dann statt, wenn für „*Problemfälle*“, wie junge oder wohnungslose Mütter, eine Hebammenbegleitung gesucht wird. In solchen Situationen wenden sich insbesondere Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, aber auch Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jugendamtes, sowie aus Beratungsstellen und Vereinen an freiberufliche Hebammen. Vermittlungsprozesse dieser Art erfolgen selten systematisch, sondern sind in hohem Maße abhängig von gewachsenen Beziehungen zwischen freiberuflichen Hebammen und den Akteursgruppen des Sozialwesens. Sie unterliegen damit dem Zufall. Einzelne Hebammen wünschen sich eine größere Systematik bei der Vermittlung von Hebammenhilfe seitens der Akteurinnen/Akteure des Sozialwesens.

Förderliche Bedingungen für die Erhaltung informeller Netzwerke

Die lokale Nähe zu den anderen Akteurinnen/Akteuren, aber auch eine örtliche Bindung der Hebammen fördert die Aufrechterhaltung informeller Netzwerke.

Vor allem in ländlichen Regionen scheinen Bemühungen zur Erhaltung der Beziehungen zu den anderen Professionen aus Sicht der Hebammen kaum notwendig, da man sich „*im kleinkommunalen Rahmen kennt*“. Die lokale Nähe zu den anderen Akteurinnen/Akteuren ermöglicht es den Hebammen, Frauen mit einem besonderen Unterstützungsbedarf gezielt und ohne großen Aufwand an andere Professionen weiterzuleiten. Der Austausch mit den anderen Akteurinnen/Akteuren findet dabei auch gelegentlich „*zwischen Tür und Angel*“ statt. Absprachen sind damit niedrighschwellig und können ohne formale Initialisierung getroffen werden.

In Orten, in denen sich aufgrund ihrer Größe „*alle irgendwo miteinander kennen*“, scheinen Hebammen aufgrund ihrer Professionsangehörigkeit einen gesellschaftlichen Status zu genießen, der ihren Einschluss in informelle Netzwerkstrukturen festigt.

Weil wir so ein kleiner Ort sind, und weil wie ich gesagt habe, die Hebamme und Pastor und Kirchen/ -Totengräber kennen Sie halt alle, ne.

Für die Vernetzung mit anderen Berufsgruppen müssen Hebammen, die schon lange am gleichen Ort wirken, kaum aktiv werden, denn diese „*ergibt sich ja von alleine*“. Kontakte zu anderen Akteurinnen/Akteuren erscheinen wie ein Selbstläufer. Eine Hebamme betont, dass sie häufig eine Heilpraktikerin „*um Rat*“ fragt, die sie schon seit „*vielen Jahren*“ kennt. Vor dem Hintergrund dieses langjährigen Kontakts scheint sich ein besonderes Vertrauen entwickelt zu haben.

Auffällig ist, dass Hebammen, die lange an einem Ort wirken, keinen Bedarf an regelmäßiger, systematischer Kooperation zu haben scheinen. Die nachfolgend zitierte Hebamme ist als „*alte G-Städterin*“ auf persönlicher Ebene gut vernetzt. Ihre Art der Kontaktgestaltung mit andern Professionen erlebt sie als befriedigend:

Wir haben keine gemeinsame Planung. Ich kenne viele, ich bin eine alte G-Städterin. Zwar nicht jetzt so, aber ich kenne ganz viele persönlich, haben kurz geredet und so.

Für andere Formen der Vernetzung besteht „*gar keine Zeit*“ und auch „*gar keine Kapazitäten*“. Formale Netzwerke erfordern einen größeren Zeitaufwand, der möglicherweise im Gegensatz zu den knappen Zeitkapazitäten von Hebammen steht.

8.1.3 Hierarchien

Konstruktion von Hierarchien

Von den befragten Hebammen subjektiv wahrgenommene Hierarchien beeinflussen ihr Erleben und Handeln. Insbesondere prägen sie die Zusammenarbeit mit anderen Professionen des Gesundheitswesens. Nur wenige freiberufliche Hebammen sprechen Hierarchien zwischen den Berufsgruppen ausdrücklich an und nehmen diese bewusst wahr. Häufiger lassen Konnotationen der Erzählungen Rückschlüsse auf hierarchisch geprägte Denkmuster zu, die das professionelle Handeln der Befragten unbewusst beeinflussen. Hierarchische Strukturen lassen sich häufig zwischen freiberuflichen Hebammen und Ärztinnen/Ärzten beobachten, zeigen sich aber auch im Kontakt mit Gesundheits- und Krankenpflegenden.

Mehrere Teilnehmerinnen erörtern in ihren Aussagen eine Rangordnung, die zwischen Hebammen und Ärztinnen/Ärzten, teilweise aber auch zwischen Hebammen und Gesundheits- und Krankenpflegenden hergestellt wird. Mit ihren Ausführungen zeichnen die Hebammen Bilder ihrer subjektiven Wahrnehmung von Hierarchien. Unterschiedliche, scheinbar unbewusste Strategien tragen zur Verfestigung dieser Bilder bei. Eine dieser Strategien zur Manifestation von Hierarchien zwischen den Berufsgruppen sind Zuschreibungen. So ist eine Interviewte davon überzeugt, dass Ärztinnen/Ärzte die Berufsgruppe der Hebammen nicht als „*professionelle Teilnehmer*“ der Gesundheitsversorgung ansehen. Sie erlebt, dass Mütter nach der Geburt „*sehr zeitig*“, oftmals mit ausgeprägter Neugeborenenengelbsucht des Kindes, aus dem Krankenhaus entlassen werden. Um kein Risiko einzugehen, sendet sie die Mütter mit ihren Kindern in den Folgetagen zu Bilirubinkontrollen in die Klinik zurück. An dieser Stelle beklagt sie Kommunikationsprobleme mit den Ärztinnen/Ärzten, da sie über die Kontrollwerte in der Regel nicht informiert wird, sondern sich auf die Aussagen der Frauen verlassen muss. Dass die Medizinerinnen/Mediziner für sie an dieser Stelle nicht als Ansprechpersonen zur Verfügung stehen, führt sie auf eine fehlende Anerkennung von Hebammen als gleichwertige Partnerinnen der gesundheitlichen Versorgung zurück.

Und die, da habe ich immer das Gefühl, die, dieses Hebamme, das ist, irgendwie kommt in deren Kategorie nicht vor, als Professionelle, also das ist eben so wie eine Schwester halt. Die macht untergeordnete Arbeiten, aber mit der kommuniziert man nicht. So. Und das finde ich eigentlich total schade.

Das angeführte Zitat offenbart ihr Bild eines hierarchischen Gefüges von Ärztinnen/Ärzten, freiberuflichen Hebammen und Gesundheits- und Krankenpflegenden. Am unteren Ende ihrer Hierarchie rangieren Gesundheits- und Krankenpflegende, deren Arbeit aus ihrer Perspektive wenig Bedeutung beigemessen wird. Sie bedauert, dass Hebammen von Ärztinnen/Ärzten auf die gleiche Stufe gestellt werden. Die Gewissheit, Teil einer – wenn auch subjektiv konstruierten – Hierarchie zu sein, hat zur Folge, dass sie sich dem System ausgeliefert zu fühlen scheint.

Die Illusion von der Gleichberechtigung

Manche Hebammen sprechen offen über Hierarchien. Sie beschreiben, dass die Zusammenarbeit mit Ärztinnen/Ärzten nicht zwangsläufig hierarchisch geprägt sein muss. Eine Interviewte, die „*im Team*“ einer gynäkologischen Praxis tätig ist, betrachtet die

gemeinsamen Besprechungen von Hebammen und Ärztinnen/Ärzten als positiven Bestandteil der Zusammenarbeit. Diese Erfahrung steht im Gegensatz zu den ihr bislang vertrauten Hierarchien des Klinikalltags.

Diese Besprechungen, die sind einfach, das gehört einfach dazu, wenn man im Team zusammenarbeitet. Also das sehe ich jetzt schon so, ja [...] ich find das einfach toll, dass das so möglich ist, weil ich aus Klinik bisher nur immer Hierarchie gewöhnt war.

Im weiteren Verlauf des Interviews beschreibt sie die konkrete Gestaltung der Besprechungskultur, „die die Ärzte so überlegt haben“. Die Interviewte relativiert damit die anfangs dargestellte „Zusammenarbeit auf Augenhöhe“ zwischen den freiberuflichen Hebammen und Ärztinnen/Ärzten der Praxis. Sie berichtet, dass zuerst die im Rahmen von Schwangerenvorsorge und Kursen tätigen Hebammen „gefragt werden, ob es ein Thema gibt“. Nachdem die Hebammen ihre Themen eingebracht haben, schildern die Ärzte „was sie davon halten“. Manchmal berichten die Hebammen auch von Einzelfällen aus der Praxis und fragen den Arzt „was man da verbessernd tun kann“. Die dargestellte Struktur lässt darauf schließen, dass die Konzeption der gemeinsamen Besprechungen von den Ärztinnen/Ärzten ausgeht. Durch die klare Zuschreibung von Gesprächsführung und fachlicher Kompetenz an die ärztliche Profession werden hierarchische Strukturen unterschwellig anerkannt. Obschon die Interviewte sich als Teil des Teams erlebt, lassen ihre Erläuterungen auf eine passive Rolle als Teammitglied schließen, die den Ärzten die Leitung überlässt. Auffällig ist an dieser Stelle die Illusion der Gleichberechtigung: Trotz einer hierarchischen Struktur wird das Bild von einer Beteiligung der freiberuflichen Hebammen an Teamprozessen aufrechterhalten.

Ähnlich positiv erlebt eine andere Hebamme die Situation ihrer freiberuflichen Kolleginnen, die in einer ärztlichen Praxis die Schwangerenvorsorge ausüben. Sie bewundert, dass ihre Kolleginnen in der Arztpraxis als „gleichberechtigte Person mit integriert“ werden. Sie erkennt aber, dass in der Arztpraxis nicht alles „super schön“ ist, denn schließlich läuft die Vorsorge „nicht so wie eine Hebammenvorsorge ab, sondern [...] wie beim Arzt“. Dass die Hebammen keinen Einfluss auf die inhaltliche Ausgestaltung der Schwangerenvorsorge nehmen, sondern sich der Praxisroutine – „[...] es wird Blut abgenommen, es wird CTG geschrieben und wenn nichts ist, geht die Frau wieder“ – fügen, trübt ihr Bild einer „wunderbar“ funktionierenden Zusammenarbeit unter

Gleichberechtigten nicht. Auch sie hält unbewusst an ihrer Illusion von einer Gleichberechtigung trotz ausgeprägter hierarchischer Strukturen fest.

8.1.4 Vertrauensgewinn

Auffallend in den Interviews ist die Bedeutung der Vertrauensbildung zwischen freiberuflichen Hebammen und Klientinnen. Die Hebammen betonen die Relevanz des ihnen entgegengebrachten Vertrauens. Hebammen erfahren, dass ihnen aufgrund ihres professionellen Status vertraut wird und genießen daher häufig einen „*Vertrauensvorschuss*“:

Und (...) ich denke, das war schon immer so, dass auch eine Hebamme eine wichtige Vertrauensperson war.

Die hier zitierte Hebamme braucht aus ihrer Sicht nicht viel tun, um Vertrauen zu den Frauen herzustellen. Sie profitiert von einem grundlegenden, scheinbar traditionell verankerten Vertrauen, das mit dem Hebammenberuf in Verbindung gebracht wird. Ähnlich beschreibt eine andere Hebamme, dass ihr per se Vertrauen entgegengebracht wird, was sie mit Blick auf andere Professionen „*eigentlich ein bisschen unverdient*“ findet. Solche Erfahrungen teilen aber nicht alle Interviewten. Manchmal muss das Vertrauen zwischen Frau und Hebamme im Verlauf der Betreuungssituation erst wachsen. Eine freiberufliche Hebamme betont den zeitlichen Aspekt beim Vertrauensaufbau:

Weil die Frau, also am Anfang hatten wir halt Schwierigkeiten, so dieses Vertrauen aufzubauen [...], auch weil sie halt einfach in der Kindheit einiges erlebt hatte, ja, hat sie halt nicht so vielen Menschen vertraut. Und bis wir überhaupt auf dieser Stufe waren, wo sie mir vertraut hat, hat's lange gedauert.

Die Ausführung zeigt, dass es zuweilen harte Arbeit ist, das Vertrauen der Frauen zu gewinnen. Trotz des Zeitaufwands versteht sie die Vertrauensbildung als Teil ihres professionellen Auftrags. Eine gelingende Vertrauensbildung wird damit zur Basis der Arbeitsbeziehung zwischen ihr und der betreuten Frau.

Bewerten Hebammen die familiäre Situation als subjektiv kritisch, nehmen sie mitunter Abstand von ihren üblichen Betreuungsprinzipien und beschränken sich darauf, das Vertrauen der Frauen zu erhalten. In solchen Situationen wird Vertrauen zum zentralen Element der professionellen Beziehungsgestaltung mit dem Ziel, den Zugang zu den Frauen nicht zu verlieren.

Also, ich habe meine Ziele nicht so hochgesteckt, sondern habe einfach nur versucht, ein gutes Vertrauensverhältnis zu haben, um mitzukriegen, wenn es ganz dramatisch wird. Und habe eben versucht, eher die Frau in dem zu bestärken, was sie richtigmacht [...] anstatt aufzuzeigen, was nicht gut läuft so.

Die Hebamme berücksichtigt die Ressourcen der Frau und stellt den Zugang zur Frau über ihre professionellen Erwartungen einer guten Mutter-Kind-Beziehung. „*Ein gutes Vertrauensverhältnis zu haben*“ wird bei dieser Hebamme zu einer gezielten Strategie, um „*quasi das Schlimmste zu verhindern*“. Damit bewegt sie sich möglicherweise an der Grenze ihrer Kompetenzen.

8.1.5 Zwischenfazit

Diverse Bedingungen prägen die Ausgangssituation der interprofessionellen Kooperation, auf dessen Basis die freiberuflichen Hebammen die Zusammenarbeit mit den Institutionen und Akteurinnen/Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens gestalten. Bei den Ausgangsbedingungen lassen sich eine Akteurs- und eine Klientinnenebene unterscheiden. Auffällig ist die hohe Bedeutung der Beziehungsgestaltung auf beiden Ebenen, deren zentrales Element Vertrauen bildet.

Informelle Kontakte haben zwischen freiberuflichen Hebammen und den Berufsgruppen des Gesundheitswesens einen hohen Stellenwert. Seltener werden sie zu den Akteurinnen/Akteuren des Sozialwesens beobachtet. Insbesondere Hebammen, die bereits lange an einem Ort oder in einer ländlichen Region wirken, die eine Klinikanbindung haben und freundschaftliche Kontakte zu anderen Berufsgruppen oder persönliche Beziehungen zu früheren Klientinnen/Klienten pflegen, profitieren von den Vorzügen informeller Netzwerke. Dazu zählen eine rasche und zuverlässige Abrufbereitschaft, Entlastung und zielgenauen Ausrichtung. Durch informelle Kontakte kann eine bedarfsgerechte Versorgung für die Frauen gefördert werden.

Die professionelle Beziehungsgestaltung über informelle Kontakte hat Grenzen. Da der individuelle Vernetzungsgrad der Hebammen unterschiedlich ist, unterliegt es oftmals dem Zufall oder dem persönlichen Engagement der Akteurinnen/Akteure, ob Frauen von einer Zusammenarbeit der Berufsgruppen profitieren.

Offen bleibt, wie sich ein Ortswechsel, eine Tätigkeit im städtischen Bereich, eine fehlende Klinikanbindung, fehlende freundschaftliche Kontakte zu anderen Professionen

oder persönliche Beziehungen zu ehemaligen Klientinnen auf die Netzwerkgestaltung von freiberuflichen Hebammen auswirkt.

Das Thema Schweigepflicht wird von den Hebammen im Kontext ihrer informellen Kontakte kaum thematisiert. Daraus lässt sich schließen, dass sie unter Umständen außer Acht gelassen wird, was als problematisch anzusehen wäre.

Im Rahmen der informellen Netzwerkarbeit trennen die Hebammen Arbeits- und Privatleben nicht voneinander, wenn freundschaftliche Netzwerke beruflich genutzt werden. Obschon diese fehlende Abgrenzung zwischen den beiden Bereichen von den Hebammen nicht beklagt wird, wirft sie vor dem Hintergrund der Aussage einer Hebamme, keine Kapazitäten für systematische Formen der Zusammenarbeit zu haben, Fragen auf. Möglicherweise lassen sich im Rahmen systematischer Kooperationen Arbeit und Privatleben deutlicher voneinander abgrenzen.

Zusammenfassend besitzen informelle Netzwerke ein Potential für die Zusammenarbeit freiberuflicher Hebammen mit den Berufsgruppen in den Frühen Hilfen, können aber auch verhindern, dass Hebammen sich aktiv in die kommunalen Netzwerke Früher Hilfen einbinden lassen, da die vorhandenen Strukturen systematische Formen der Kooperation überflüssig erscheinen lassen.

Der Auf- und Ausbau der Netzwerke Früher Hilfen ist für viele Hebammen eine neue Erfahrung in Bezug auf eine systematische Kooperation von Berufsgruppen. Zwar ist den Hebammen der Wert von Vernetzung bekannt, die in den Frühen Hilfen verankerte Systematik und Formalität der Kooperationsbeziehungen jedoch bislang wenig vertraut.

Die Ausgangssituation wird auch durch subjektive Denk- und Handlungsmuster der Hebammen bestimmt, die ihr Verhältnis zu den Berufsgruppen des Gesundheitswesens beeinflussen. Hebammen erleben sich häufig als Teil einer Hierarchie. Dies ist möglicherweise Ausdruck eines durch die Strukturen des Gesundheitswesens geprägten Selbstverständnisses der Hebammen. Auffällig ist, dass sie diese Hierarchien mitunter selbst konstruieren. Sich als Teil einer Hierarchie zu verstehen, macht in der Kooperation mit anderen Berufsgruppen Abgrenzung möglich und gestattet den Hebammen, sich im Verhältnis zu anderen Akteurinnen/Akteuren zu positionieren.

Als zentrales Element der professionellen Arbeitsbeziehung schaffen die befragten Hebammen eine wechselseitige Vertrauensbasis zu den von ihnen betreuten Klientin-

nen. Den hohen Stellenwert, den die Vertrauensbildung für die interviewten Hebammen hat, ist ein möglicher Hinweis dafür, dass dieser Aspekt auch im Rahmen der Kooperation freiberuflicher Hebammen in den Frühen Hilfen eine Rolle spielt.

8.2 Interprofessionelle Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und den Institutionen sowie Akteurinnen/Akteuren des Sozialwesens

Auf der Basis der im Kapitel 8.1 beschriebenen komplexen Ausgangssituation interprofessioneller Kooperation wird im Folgenden die systemübergreifende Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und den Institutionen sowie Akteurinnen/Akteuren des Sozialwesens, insbesondere jenen der Kinder- und Jugendhilfe, beschrieben. Ihre Entstehung und Ausgestaltung unterliegt vielfältigen Einflüssen, die in den Kapiteln 8.2.1–8.2.7 dargestellt werden. Mögliche Konsequenzen der Zusammenarbeit, die sich sowohl auf Akteurs- als auch auf Klientinnenebene identifizieren lassen, werden in den Kapiteln 8.2.8–8.2.9 thematisiert.

Die Darstellungen der freiberuflichen Hebammen weisen einerseits auf Faktoren hin, die die Entstehung von Kooperationen zwischen freiberuflichen Hebammen und den Berufsgruppen des Sozialwesens fördern, andererseits auf Faktoren, die eine Annäherung zwischen den Akteurinnen/Akteuren behindern.

8.2.1 Kontinuität der Kontakte

Viele der befragten Hebammen beschreiben ihre Arbeitsbeziehungen zu den Institutionen und Berufsgruppen des Sozialwesens als wenig kontinuierlich. Diese Hebammen charakterisieren die seltenen Berührungspunkte, insbesondere mit dem Jugendamt, mit „wenigen Kontakten“ oder „immer nur mal sporadisch“ oder bezeichnen sie als lange zurückliegend. Es scheint, als habe die Häufigkeit von Kontakten einen Einfluss auf die Zufriedenheit der Hebammen mit der Arbeitsbeziehung. Die Mehrheit der Hebammen, die nur vereinzelte Kontakte zu Institutionen und Akteurinnen/Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe angeben, beurteilen diese Begegnungen negativ.

[...] also muss ich ganz ehrlich sagen, wenn man dann direkten Kontakt zum Jugendamt hat, das bewerte ich nicht allzu positiv. Also kann ich hier einfach nur sagen. Die wenigen Kontakte, die ich hatte, fand ich als sehr unbefriedigend, ja. Das ist aber wirklich auch der einzige Punkt, wo ich sage, alles ande-

re finde ich, läuft wirklich gut. Aber wenn ich dann mal direkten Kontakt habe zum Jugendamt mit den Mitarbeitern, da habe ich dann ein Problem.

Im weiteren Verlauf des Interviews berichtet die Hebamme, dass die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter vom Jugendamt „über die Hebammenbetreuung [...] wenig wissen“. Außerdem hat sie die Erfahrung gemacht, dass eine durch das Jugendamt begleitete Frau mit ihrem Kind nach der Geburt aus der Klinik entlassen wurde, obschon die häusliche Situation dies aus ihrer Sicht nicht zugelassen hätte. Sie wünscht sich, dass „das Jugendamt seine Aufgaben dann auch wirklich ernstnimmt“. Seltene Kontakte zwischen freiberuflichen Hebammen und den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern des Jugendamtes führen dazu, dass die Aufgaben und Zuständigkeiten der jeweils anderen Berufsgruppe unklar bleiben. Dies stellt eine Herausforderung für die Zusammenarbeit dar.

Fehlende kontinuierliche Begegnungen können mögliche Berührungängste der Hebammen gegenüber Einrichtungen und Berufsgruppen der Kinder- und Jugendhilfe auslösen. Dieses Phänomen lässt sich beispielsweise bei der Versorgung von Familien beobachten, die von freiberuflichen Hebammen und von Berufsgruppen des Sozialwesens betreut werden. Üblicherweise arbeiten freiberufliche Hebammen in Familien, die einen zusätzlichen Unterstützungsbedarf haben, im Rahmen ihres Versorgungsauftrags vor dem Hintergrund ihrer eigenen Disziplin. Auffällig ist, dass insbesondere Hebammen, die wenige Kontakte zu Institutionen und Berufsgruppen des Sozialwesens haben, eine Verunsicherung in Bezug auf den Umgang mit den anderen in der Familie wirkenden Akteurinnen/Akteuren äußern.

Für mich ist es so, dass ich für mich die Erfahrung gemacht habe, wenn ich solche Frauen hatte, dass ich die Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen, die dann da zugange sind, schwierig finde, weil ich wenige Kontakte habe und weil ich auch oft nicht so genau weiß, wie ich mich da verhalten muss. Also zum Beispiel in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt oder mit SPZ [Sozialpädagogisches Zentrum, Anm. d. Autorin] oder mit, also da/

Die zitierte Hebamme weiß nicht, wie sie sich gegenüber den anderen Akteursgruppen zu verhalten hat. Im weiteren Interviewverlauf konkretisiert sie, dass sie unsicher ist, worüber sie mit den anderen Berufsgruppen sprechen darf. Möglicherweise meidet diese Hebamme zukünftig die parallele Betreuung von Klientinnen mit Akteurinnen/Akteuren des Sozialwesens. Dies kann dazu führen, dass eine Annäherung zwischen freiberuflichen Hebammen sowie Institutionen und Berufsgruppen der Kinder-

und Jugendhilfe scheitert und die beiden Unterstützungs- und Versorgungsangebote für Familien getrennt nebeneinander stehen bleiben.

Andere Hebammen verfügen durch eine regelmäßige Teilnahme an Netzwerktreffen oder durch eine Einbindung in Präventionsprojekte oder Landesmodellvorhaben Früher Hilfen über systematische Kontakte zu den Institutionen und Berufsgruppen des Sozialwesens. Diese zahlenmäßig kleinere Gruppe von Hebammen berichtet seltener von Schwierigkeiten der Zusammenarbeit und stellt die positiven Aspekte der Zusammenarbeit deutlicher in den Vordergrund. Dazu zählt, dass komplexe Probleme gemeinsam mit der Klientin in einem Team von Experten/Expertinnen beraten werden.

Und dass man einfach so im guten Kontakt auch ist und durch diese (...) Vernetzung hier bei uns im Zentrum ist natürlich auch toll mit der Schreibbabyambulanz. Wir machen auch Beratung mit der Schreibbabyambulanz zusammen, weil sich eben Schreien, Essen und so/ Es vermischt sich ja auch ganz viel. Also, meine Kollegin ist Sozialwissenschaftlerin und dann kann man da einfach sehen, wie man verschiedene Professionen miteinander verbindet.

Offenbar gehen mit der Intensivierung von Kontakten oftmals auch positive Erfahrungen mit den Institutionen und Berufsgruppen des Sozialwesens einher. Von einer kontinuierlichen Zusammenarbeit profitieren wiederum die Klientinnen. Regelmäßige Kontakte und Begegnungen können zu einer Verbesserung der Versorgungssituation beitragen und werden zu einer Ressource für eine gelingende Zusammenarbeit. Dies bestätigt die Aussage der nachfolgend zitierten Hebamme, für die mit der Aufnahme ihrer Tätigkeit in einem Präventionsprojekt die Kontakthürden zum Jugendamt deutlich gesunken sind:

B: Muss auch sagen, dass ich seitdem der „Storchentreff“ [Projekt eines Landesmodellvorhabens Früher Hilfen, Anm. der Autorin] ist, öfter beim Jugendamt anrufe als sonst.

I: Ach ja, wie kommt das?

B: Weil man die Leute einfach kennt. Also man kennt sie aus E-Mail-Kontakten oder aus telefonischem Kontakt. Das war vorher nicht so. Da war man halt freiberuflich tätige Hebamme, aber hatte sich ja nie da irgendwie gemeldet oder so. Und da nie mit zu tun gehabt.

Durch die Anbindung an das Projekt ist die Hebamme Teil eines Netzwerks, wodurch positive Beziehungen zu den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern des Jugendamts entstanden sind. Dies wiederum erleichtert aus ihrer Sicht die Zusammenarbeit.

8.2.2 Begegnungen

Manche Hebammen erleben die Begegnungen mit den Berufsgruppen des Sozialwesens als gewinnbringend für die eigene Arbeit. Sie betonen darüber hinaus den Vorteil der Kooperation für die betreuten Frauen. Durch gemeinsame Interaktionen, wie gemeinsame Betreuungsangebote, entstehen fachliche Synergien. Dadurch erfahren die Klientinnen passgenaue und individuelle Unterstützung. Auffällig ist, dass Hebammen, die auf vertraglicher Basis in Präventionsprojekten arbeiten, sich nachdrücklich als Teil eines interprofessionellen Teams präsentieren. Für die nachfolgend zitierte Hebamme, die mit einer Sozialpädagogin ein Tandem bildet, liegt der Gewinn der Zusammenarbeit darin, dass durch die gegenseitige Ergänzung eine bestmögliche Versorgung der Frauen erzielt werden kann.

Und dann waren wir bei der Frau eben zuhause und meine Kollegin als Sozialpädagogin konnte so den Part übernehmen, was Spielsituationen angeht und hat auch nochmal gesagt, wie sie eben mit dem Säugling in Kontakt treten kann. Wir haben (...) ja/ Wir haben versucht eine Gruppe für sie zu finden, eine Spielgruppe. Das ist uns gelungen, wohnortnah, dass sie eine Anbindung hat an andere Mütter, an andere Familien. Ja, sie/ Wir haben Beikost besprochen, wie sie die Beikost einführen kann. Das waren viele Themen, wo wir uns so ein bisschen die Bälle zugespielt haben oder wo wir uns auch fachübergreifend immer die Bälle eigentlich zuspielden können, meine Kollegin und ich, wo man sagen kann, es ergänzt sich ganz gut.

Diese Hebamme betont implizit die Bedeutung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung zwischen den Professionen. Dadurch werden Synergien zwischen den Berufsgruppen vermutlich erst möglich. Zu ihrer Arbeitszufriedenheit trägt wahrscheinlich auch bei, dass sie sich bewusst für die Tätigkeit in einem Projekt entschieden hat, in dessen Rahmen Kooperation ausdrücklich vorgesehen ist.

Hebammen verweisen auf die Nützlichkeit zeitlicher Ressourcen, damit eine Zusammenarbeit gelingen kann. Für viele Hebammen ist es eine grundlegend neue Erfahrung, dass die Zeit für einen Austausch der Berufsgruppen im Rahmen von Projekten honoriert wird:

Wir tauschen uns ja dann auch aus [...]. Also wir haben auch immer noch so ein bisschen Vor- und Nachbereitungszeit. Also oft sind wir schon um neun Uhr hier, um uns dann auszutauschen oder wir bleiben eine halbe Stunde länger. Bis dann elf Uhr dreißig ist, dass wir dann noch einmal austauschen können und gucken können. Ja, das wird dann auch mit honoriert.

An diesem Zitat wird die Bedeutung unterstützender Strukturen für eine gelingende Kooperation deutlich.

Einige Hebammen profitieren vom Wissens- und Informationserwerb durch die Teilnahme an Netzwerktreffen Früher Hilfen. Dort erfahren sie, welche „*Aktionen [...] an verschiedenen Familienbildungsstätten*“ angeboten werden oder „*wenn neue Kurse ins Leben gerufen werden*“ und „*wo man Leute hinschicken kann*“. Eine Interviewte schildert, dass, wenn sie mal einen Fall hat, bei dem sie sich Sorgen macht, die Teilnahme am lokalen Arbeitszirkel ihr Unterstützung bietet, weil eine Person „*vom Jugendamt auch oft mit dabei*“ ist. Für manche Hebammen steht dabei der Austausch informeller Informationen im Vordergrund. Implizit deuten alle Hebammen, die von Netzwerktreffen profitieren an, den Informationszuwachs als arbeitsentlastend zu empfinden. Manche Interviewte machen die Erfahrung, dass sie beim Netzwerktreffen beiläufig auf Berufsgruppen treffen, mit denen sie anders kaum Berührungen haben. Die Erweiterung des professionellen Netzwerks ist für sie bereichernd. Aus Sicht der nachfolgend zitierten Hebamme sind Begegnungen bei Netzwerktreffen für alle beteiligten Berufsgruppen von Vorteil:

Und da ist es glaube ich wirklich von Vorteil, wenn man eben in solchen, grad dieser Arbeitszirkel „Familie Werden“, wenn man da mit drin ist. Dann weiß ich nicht nur den Namen, sondern dann weiß ich das Gesicht dazu. Und die andersrum auch.

Einschränkend gibt sie im weiteren Interviewverlauf zu bedenken, dass Hebammen bei diesen Treffen „*nicht sehr im Boot sitzen*“. Damit deutet sie möglicherweise an, dass Hebammen ihre Rolle im Netzwerk Frühe Hilfen zukünftig präziser ausgestalten oder aber durch die Netzwerkkoordinatorinnen/-koordinatoren stärker eingebunden werden sollten.

Nicht alle Hebammen erleben die Zusammenarbeit mit den Berufsgruppen des Sozialwesens als gewinnbringend. Die Teilnahme an Netzwerktreffen wird von manchen Hebammen auch als zusätzliche Belastung wahrgenommen. Die Befragten machen dafür strukturelle, zeitliche, inhaltliche und individuelle Gründe verantwortlich. Die Konsequenz ist, dass sie nicht oder nur selten an Netzwerktreffen teilnehmen.

Auffällig erscheint, dass finanzielle Anreize die Teilnahme der Hebammen an den Netzwerktreffen insgesamt nur in geringem Maße beeinflussen. Lediglich eine Hebam-

me konstatiert, dass sie die Mitwirkung an den Netzwerktreffen nicht vergütet bekommt, während „*alle anderen, die in diesen Gremien sitzen*“, für ihre Anwesenheit „*halt bezahlt*“ werden. Häufiger wird kritisiert, dass das Format von Netzwerktagungen nicht zur „*Lebens- und Arbeitssituation von Hebammen*“ passt. Andere Hebammen geben an, von den Inhalten nicht zu profitieren, und sind der Meinung, dass ein Großteil der Veranstaltungen aus „*Gelaber*“ und „*ewigen, sinnlosen Diskussionen*“ besteht. Diese Aussagen der Interviewten unterstreichen die Notwendigkeit, dass Hebammen lernen müssen, ihre Rolle im Netzwerk Frühe Hilfen zu finden und diese auszugestalten. Von zentraler Bedeutung erscheint dabei eine kompetente Leitung der Netzwerktreffen. Darüber hinaus lassen mangelnde zeitliche Ressourcen und individuelle Belastungen eine Teilnahme an Netzwerktreffen bei einigen der befragten Hebammen nicht oder nur gelegentlich zu. Diese Aspekte sind für die nachfolgend zitierte Hebamme so wesentlich, dass auch ein Honorar von „*37 Euro pro Stunde*“ sie nicht zur regelmäßigen Mitwirkung am Netzwerktreffen bewegen kann:

Mich interessiert diese Arbeit schon, aber das ist mir dann manchmal einfach, hat das mir nicht in meinen Zeitplan gepasst, ja. Also wenn ich da so an mein letztes Jahr denke, da konnte ich nicht da einen Vormittag unterwegs sein. Das muss ich dann immer vor- oder nacharbeiten. Und also das ist mir manchmal einfach über die Kraft auch gegangen.

Für sie sind die Begegnungen mit anderen Berufsgruppen im Rahmen von Netzwerktreffen vor allem mit einem zeitlichen Mehraufwand verbunden, den sie an anderer Stelle kompensieren muss. Obschon sie eine grundlegende Bereitschaft an der Arbeit der Frühen Hilfen signalisiert, verhindert ihre berufliche Auslastung eine systematische Zusammenarbeit mit den Berufsgruppen des Sozialwesens. Im Widerspruch zu ihrem signalisierten Interesse bemerkt sie an anderer Stelle, dass das „*zeitaufwändige Beobachten und Beraten*“ von Frauen in belasteten Lebenssituationen weniger ihr Arbeitsschwerpunkt ist. Möglicherweise deutet sie auch eine fehlende Berücksichtigung der Arbeitskulturen und -prozesse von freiberuflichen Hebammen, die sich von den Arbeitsabläufen der Berufsgruppen des Sozialwesens unterscheiden, durch die Netzwerkkordinatorinnen/-koordinatoren an. Dies kann dazu führen, dass eine systematische Einbindung von freiberuflichen Hebammen in die Netzwerke nicht gelingt und Begegnungen zwischen den Berufsgruppen unterbleiben.

8.2.3 Vorausgegangene Erfahrungen

Vorausgegangene Erfahrungen der Hebammen mit Institutionen und Akteurinnen/Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe beeinflussen die Zusammenarbeit zwischen den Professionen. Vielfach werden unbefriedigende Erfahrungen geschildert, wodurch einige Hebammen sich von den Berufsgruppen und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe distanzieren. Sie schildern, wie aus ihrer Sicht in hochgradig sensiblen Situationen, in denen das Jugendamt seinen öffentlichen Schutzauftrag zur Sicherung des Kindeswohls wahrgenommen hat, die Entscheidungen der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der Kinder- und Jugendhilfe nicht nachvollziehbar waren. Dies untermauern sie mit Aussagen wie *„letzten Endes hätte es, glaube ich, vermieden werden können“* oder *„es gab keinen Grund das Kind zu entziehen [...]“. Und das Jugendamt war ständig auf der Suche nach Gründen“*. Hier offenbaren sich gänzlich unterschiedliche Sichtweisen, die auf Seiten der Hebammen zu Abgrenzung und Distanz gegenüber der Kinder- und Jugendhilfe führen. Die beschriebenen Erfahrungen verunsichern einige Hebammen, da sie mögliche Reaktionen der Berufsgruppen der Kinder- und Jugendhilfe bei einer Kontaktaufnahme in schwierigen familiären Situationen nicht abschätzen können. Eine Befragte berichtet von ihrer Angst *„eine Lawine loszutreten“*, die sie daran hindert in einer solchen Lage die Notfallnummer des Kinderschutzes anzurufen:

Na also, wenn die dann wiederum, auch gerade weil Wochenende ist, irgendetwas in der Bereitschaft haben, der jetzt auch/ Naja, ich sage mal, vielleicht nicht so Geduld hat, sich da einen Überblick zu verschaffen, was da nun wirklich los ist und meint, wir nehmen jetzt eben mal fix das Kind hier heraus. Das muss in eine Pflegefamilie und dann ist das Problem für mich gelöst hier bis Montag. Das will man ja nicht. Man will ja dann nicht so etwas. Das habe ich auch schon mal miterlebt.

Die möglichen Folgen der Nutzung der Notfallnummer scheinen für diese Hebamme unberechenbar. An dieser Stelle offenbaren sich offensichtliche Wissensdefizite der Hebamme, denn die Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung setzt zahlreiche, geregelte Abstimmungsprozesse auf Seiten der Kinder- und Jugendhilfe voraus.

Auffällig erscheint die Nachhaltigkeit, mit der negative Erfahrungen der Hebammen die Zusammenarbeit mit den Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe prägen. Dies führt mitunter dazu, dass Hebammen sich aus weiteren Kooperationen zurückziehen.

[...] aber ich bin da sehr restriktiv inzwischen, nachdem ich etliche oder einige ziemlich dösige Erfahrungen mit dem Jugendamt gemacht habe, und mauern auch gerne dann, dann bin ich voll, das ist definitiv so.

Statt aktiv den Dialog zu suchen, lehnt diese Hebamme die Zusammenarbeit unter einem Vorwand ab. Weitere Anstrengungen mit dem Jugendamt zu kooperieren hätten nur zu ihrer allgemeinen Belastung beigetragen. In diesem Kontext erscheinen die Bedürfnisse der Frauen und Familien zweitrangig.

8.2.4 Kommunikationsstrukturen

Die Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit den Institutionen sowie Akteurinnen/Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe werden von zahlreichen Hebammen auf eine mangelnde Kommunikation zurückgeführt. Zentrale Themen der Befragten sind unklare Kommunikationsstrukturen und ein Mangel an Ansprechpartnerinnen/-partnern auf der Seite der Kinder- und Jugendhilfe.

Mehrere Hebammen kritisieren, dass sie bei Netzwerktreffen Früher Hilfen nicht berücksichtigt werden. Sie glauben „regelmäßig bei Einladungen übersehen“ zu werden oder beklagen sich, trotz mehrfach geäußerten Interesses keine Einladung zum Runden Tisch Früher Hilfen zu erhalten und „immer noch nicht im Verteiler“ zu sein. Ganz überrascht ist dagegen eine Interviewte, die als einzige Hebamme eine Einladung zum Netzwerktreffen in ihrer Region erhalten hat.

Ich bin die einzige Hebamme beim ersten und zweiten Treffen gewesen. Die anderen Male weiß ich nicht. Ich war jetzt aber auch zweimal nicht da. Kurioserweise, meine Kolleginnen, unter anderem die Familienhebamme, die war nicht eingeladen.

Offen bleibt an dieser Stelle, warum sie eingeladen wurde und andere nicht. Die Kommunikation darüber, wer zum Netzwerk Früher Hilfen dazugehört, scheint entweder nicht stattzufinden oder bei den Hebammen nicht anzukommen. Es entsteht der Eindruck, als würden die Einladungen zu den Netzwerktreffen Früher Hilfen willkürlich und zufällig ausgesprochen. Möglicherweise offenbaren sich an dieser Stelle auch strukturelle Probleme, die darin liegen, dass die konzeptuelle Ausrichtung Früher Hilfen von Kommune zu Kommune unterschiedlich sein kann. Mangelnde Kommunikation wird von einzelnen Interviewten als fehlende Wertschätzung gedeutet, wodurch die Motivation der Hebammen für eine weitere Zusammenarbeit sinkt.

Mehrfach beklagen Hebammen, dass die Akteurinnen/Akteure der Kinder- und Jugendhilfe in Situationen, in denen sie sich Unterstützung wünschen, nicht oder nur schwer erreichbar sind. Sie bemängeln das Fehlen fester Ansprechpartnerinnen/-partner oder Probleme bei der Kontaktaufnahme. Zu ihrem Bedauern sind insbesondere an Wochenenden und Feiertagen die Akteurinnen/Akteure der Kinder- und Jugendhilfe für Hebammen bei Problemen nicht verfügbar.

Das war gerade, also die hat – lassen Sie mich gerade überlegen – zwischen Weihnachten und Silvester entbunden und die Klinik hat zwar die Meldung gemacht, und es hat auch geheißen: „Okay, es ist immer jemand von den Frühen Hilfen ansprechbar.“ Nur, da kam halt nix. Und ich als Hebamme hatte dann quasi für diese Frau, die ich im Vorfeld gar nicht gekannt habe, dann die ganze Zeit die Verantwortung gehabt. Die Frau wollte nicht stillen, hatte keine Nahrung zu Hause gehabt. Also, das war halt alles sehr, ne/ Und bei der Familie – oder bei dieser Frau, also der Partner war nicht mehr da –, bei dieser Frau hätte ich mir halt schon gerne mehr Hilfe erhofft, gell, dass man da einfach ein bisschen zusammenarbeitet, ja?

Die zitierte Hebamme ist enttäuscht und fühlt sich von den Frühen Hilfen allein gelassen. Aus ihrer Sicht wurden Informationen zur Erreichbarkeit der lokalen Ansprechpartnerinnen/-partner der Frühen Hilfen nicht ausreichend kommuniziert. Deutlich wird auch, dass die Hebamme sich mit der Situation überfordert fühlt. Die Last der Verantwortung sieht sie bei sich.

„Die Last der Verantwortung tragen“ ist ein Phänomen, das als Folge einer mangelnden Kommunikation zwischen freiberuflichen Hebammen und den Institutionen und Akteursgruppen der Kinder- und Jugendhilfe auftritt. Es ist dadurch charakterisiert, dass Hebammen Verantwortung in den Familien übernehmen, wenn aus ihrer Perspektive andere Berufsgruppen und Institutionen, insbesondere jene der Kinder- und Jugendhilfe, für die Familien nicht verfügbar scheinen. Auffallend ist der ausdrückliche Wunsch der Hebammen nach Unterstützung und Entlastung durch die Kinder- und Jugendhilfe im „Einzelfall“, der scheinbar unberücksichtigt bleibt. Als Folge nehmen die Hebammen ein Überschreiten ihrer originären Hebammentätigkeit in Kauf. Die nachfolgend zitierte Hebamme beschreibt, wie sie eine Familie mit Nahrungsmitteln versorgt:

Ja und dann hatte ich diese Wochenbettbetreuung, weiter, hatte aber niemals großartig einen richtigen Ansprechpartner beim Jugendamt, das war Pfingsten, es war Feiertag ich konnte überhaupt mit niemandem sprechen! Weder per E-Mail noch per Telefon oder sonst was wie, nie war einer erreichbar, erst am

Dienstag [...]. Ich hab da teilweise denen Toastbrot gebracht, damit die wenigstens irgendetwas im Bauch haben!

Deutlich wird das Bedürfnis der befragten Hebammen nach verbindlichen Strukturen und der Erreichbarkeit der Berufsgruppen und Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe, auch an Feiertagen und Wochenenden, auf die sie bei Bedarf zurückgreifen können. Diese sind aber aus ihrer Sicht nicht gegeben.

Möglicherweise offenbaren sich an dieser Stelle neben Kommunikationsdefiziten auch Wissensdefizite der Hebammen im Hinblick auf die Zuständigkeiten und Aufgaben der Institutionen sowie Akteurinnen/Akteure der Kinder- und Jugendhilfe. Scheinbar gibt es keine gemeinsame Basis und keine gemeinsamen Ziele der Zusammenarbeit zwischen den beiden Professionen. In der Folge formulieren die Hebammen ihre Erwartungen und Wünsche in Bezug auf eine gelungene Kommunikation an die Akteurinnen/Akteure der Kinder- und Jugendhilfe:

Einfach mehr Austausch, dass wir halt da einfach mehr Möglichkeiten haben, jemanden zu erreichen, dass die vielleicht sich selber auch mal ein Bild machen, ja, und sagen: „Okay, gut. Das ist jetzt wirklich dringend. Da müssen wir jetzt dringend jemand reinschicken.“ Und, ja, einfach diesen, ja, diese Kommunikation, das würde ich mir halt wünschen, gell?

Die Verantwortung für die Kommunikationsdefizite liegt laut Hebammen bei der Kinder- und Jugendhilfe, ein möglicher eigener Beitrag wird nur am Rande thematisiert.

Der Einfluss der Kommunikation auf das Gelingen von Zusammenarbeit wird in den Interviews seltener thematisiert. Dennoch wird deutlich, dass der verbale Austausch bestimmte Eigenschaften aufweisen muss, damit sich eine Zusammenarbeit zwischen freiberuflichen Hebammen und den Akteurinnen/Akteuren des Sozialwesens entwickeln kann. Von Seiten der Hebammen spielen Respekt, das Gefühl ernst genommen zu werden und klare Absprachen eine zentrale Rolle.

8.2.5 Gegenseitiges Interesse oder Desinteresse

Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit ist aus Sicht zahlreicher Hebammen ein Interesse der Berufsgruppen aneinander erforderlich. Darunter verstehen sie, dass der Kontakt auf beiden Seiten gesucht wird. Dies erfordert eine grundlegende Aufgeschlossenheit und Neugierde gegenüber der jeweils anderen Disziplin.

Eine Hebamme, die gelegentlich parallel zu einer Familienhelferin (SPFH) Familien betreut, vereinbart mit dem Einverständnis der Frauen „*mindestens ein oder zwei Termine*“ gemeinsam, um sich untereinander abzustimmen.

Die guckt mal, was ich da so mache. Und ich frag dann auch mal, was sie da so machen. Und (lacht) ja, und ja, so ist das.

Ein gegenseitiges Interesse ist für die Annäherung der Berufsgruppen unverzichtbar. Die Bereitwilligkeit, Einblicke in die eigene Arbeitsweise zu geben und sich mit Neugierde zu begegnen, ist die Basis für eine gelingende Zusammenarbeit, von der auch die betreute Frau profitieren kann.

Andere Darstellungen der Hebammen deuten an, dass diese Voraussetzungen nicht immer gegeben sind. Sie berichten, dass ihr Interesse an einer Zusammenarbeit von Seiten der Akteurinnen/Akteure der Kinder- und Jugendhilfe nicht erwidert wird. Ein einseitiges Interesse verhindert möglicherweise eine Annäherung zwischen freiberuflichen Hebammen und der Kinder- und Jugendhilfe. Diese Erfahrung macht eine Interviewte, deren Ideen zu einer möglichen Zusammenarbeit zwischen den Hebammen und dem Netzwerk Frühe Hilfen von der Beauftragten für die Frühen Hilfen abgewiesen wurden, da freiberufliche Hebammen in diesem kommunalen Netzwerk als Kooperationspartnerinnen nicht vorgesehen sind.

Dann habe ich mit der Kontakt aufgenommen, telefonisch und habe gefragt, ob es da nicht irgendwie eine Möglichkeit gäbe der Zusammenarbeit, zum Beispiel eine Hebammenliste zu erstellen für B-Stadt oder (...) ja (...). Und die hat mich da ziemlich abgeübelt. Die hat gesagt, Frühe Hilfen sind zuständig für Familienhebammen, mit den normalen Hebammen haben wir überhaupt nichts zu tun. Wir sind für Sie überhaupt nicht zuständig. Bums. Dann habe ich gedacht, okay, gut. Dann nicht.

Die Hebamme zieht sich aufgrund der Aussage der Beauftragten für die Frühen Hilfen zurück, ihr Engagement wird gebremst. Da die Netzwerke Früher Hilfen in den Kommunen konzeptuelle Unterschiede aufweisen, ist es denkbar, dass eine Einbindung freiberuflicher Hebammen als Kooperationspartnerinnen in dieser Kommune tatsächlich nicht vorgesehen ist. Hinter der Aussage der Beauftragten für Frühe Hilfen, die die Hebamme als mangelndes Interesse deutet, verbergen sich möglicherweise strukturelle Eigenheiten oder auch fehlende Kenntnisse zum Versorgungsauftrag freiberuflicher Hebamme nach dem SGB V (1988). Über die Gründe der ablehnenden Haltung kann nur spekuliert werden.

Andere Hebammen haben bereits mehrfach den Kontakt zu den Akteurinnen/Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe gesucht, ohne dass ihr Interesse erwidert wird.

Also das ist so ein Knackpunkt, wo ich so denke/oder wird der Kontakt auch wirklich nicht gepflegt zu den Hebammen, wo ich dann auch mehrfach nachfrage und wo man so denkt, man würde sich gerne einbringen, aber da ist nicht so großes Interesse da [...].

Interviewte, die ein fehlendes Interesse auf Seiten der Akteurinnen/Akteure der Kinder- und Jugendhilfe beklagen, wünschen sich vermehrt Kontakt. Einzelne Hebammen würden gern stärker in bestehende Strukturen eingebunden werden, beispielsweise bei der Versorgung von Flüchtlingsfrauen. Interessant ist, dass die Hebammen nicht thematisieren, welche Faktoren sie berücksichtigen sollten, damit ihr Interesse an einer Zusammenarbeit Gehör findet. Viele Hebammen haben kaum Kenntnisse über die Koordinatorinnen/Koordinatoren des lokalen Netzwerks sowie über die lokalen Angebote und Strukturen Früher Hilfen. Daher wählen sie möglicherweise nicht die optimalen Ansprechpartnerinnen/-partner für ihre Anliegen.

Nicht alle Hebammen signalisieren ein Interesse an einer Kooperation mit den Institutionen und Berufsgruppen der Kinder- und Jugendhilfe. Ein Großteil der befragten Hebammen thematisiert diesen Punkt nicht. Lediglich eine der interviewten Hebammen berichtet, dass ihre Kolleginnen an einer Weiterbildungsmaßnahme zum Thema Kindeswohlgefährdung durch das Jugendamt interessiert sind. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass das Interesse der Hebammen an einer Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe ausbaufähig ist.

8.2.6 Wissensmangel

In den Interviews werden fundamentale Wissenslücken der Hebammen in Bezug auf die Strukturen und Ansprechpartnerinnen/-partner der Frühen Hilfen vor Ort, den Umgang mit der Schweigepflicht und die Einbeziehung erfahrener Fachkräfte im Falle einer potentiellen Gefährdung des Kindes deutlich. Manche Hebammen thematisieren ihre Unwissenheit offen, andere können auf Fragen zu den genannten Themen keine Antworten geben.

Fehlende Kenntnisse der Hebammen zu den Strukturen, Angeboten und Ansprechpartnerinnen/-partnern Früher Hilfen verhindern eine Annäherung der beiden Berufsgruppen. Kommunale Bemühungen, Netzwerke aufzubauen, scheinen selbst bei engagierten

Hebammen nicht immer anzukommen. So beschreibt eine Interviewte, dass Frühe Hilfen „*immer wieder Thema*“ sind und Hebammen „*immer viel genannt werden im Zusammenhang mit den Frühen Hilfen*“. Dennoch hat sie zu ihrem Bedauern keine Kontakte zu den Ansprechpartnerinnen/-partnern vor Ort:

Ich bin bestimmt interessiert, gehe auch immer zu den Versammlungen und lese Zeitung und so weiter. Und es geistert immer rum. Frühe Hilfen. Nur dass ich persönlich damit keinen Kontakt habe.

Mit der Metapher „*geistert immer rum*“ verdeutlicht sie, dass die Frühen Hilfen für sie eine unsichtbare Erscheinung sind. Sie weiß nicht, welche Personen und welche Konzepte sich dahinter verbergen. Indirekt weist sie damit auf mögliche strukturelle Schwächen der Frühen Hilfen hin. In dem Zitat wird aber auch deutlich, dass sie keine gezielten Aktivitäten verfolgt, die Frühen Hilfen kennenzulernen, was darauf hindeutet, dass dieses Thema für sie keinen allzu hohen Stellenwert besitzt.

Zahlreiche Hebammen äußern Unsicherheiten in Bezug auf ihre Schweigepflicht. Sie wissen nicht, ob und worüber sie sich mit anderen Professionen austauschen dürfen:

[...] Also ich finde eben total schwierig, diese/ (...) zu wissen, wie viel darf man sich austauschen und wie viel nicht? Weil, eigentlich quasi unterstehen wir alle einer Schweigepflicht. Und dann ist es einfach tatsächlich schwierig, wenn man miteinander sprechen will.

Interessant ist die Position, sich nicht aktiv um eine Vernetzung mit den Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe bemühen zu müssen. Manche Hebammen vertreten die Meinung, dass das Jugendamt ihnen entsprechende Auskünfte geben sollte.

[...] also ich denke, wenn das Jugendamt etwas von uns will, dann müssten die wenigstens eine Schulung oder so etwas uns an die Hand geben und etwas anbieten! [...] Ich kann sehen, wenn ein Kindeswohl gefährdet ist, klar! Das kann ich erkennen, aber was dann kommt, da bräuchte ich einen Zettel oder was weiß ich, wo man dann da hingehen muss oder so (lacht).

Diese Haltung ist umso erstaunlicher, als der Gesetzgeber mit dem BKiSchG (2011) auch Hebammen einen Auftrag zur Beratung und Übermittlung von Informationen bei Kindeswohlgefährdung erteilt, der dieser Hebamme nicht bekannt ist.

8.2.7 Unterschiedliche Perspektiven

Die freiberuflichen Hebammen begegnen den Berufsgruppen des Sozialwesens bei der Betreuung von Familien mit einem besonderen Unterstützungsbedarf oder bei regiona-

len Netzwerktreffen. Ihre im Gesundheitssektor verankerten Vorstellungen hinsichtlich ihres Versorgungsauftrags treffen dabei auf Ansichten der Berufsgruppen des Sozialwesens, die eine andere Systemlogik aufweisen. Einige Hebammen thematisieren unterschiedliche professionsspezifische Sichtweisen der Berufsgruppen und ihre möglichen Folgen für die Zusammenarbeit.

[...] weil wir sprechen natürlich bei Kreistreffen auch über solche Sachen, dass es viel Differenzen gibt zwischen den Hebammen und den Frühe Hilfen und den Jugendamtsmitarbeitern. Die haben oft einfach so eine andere Sicht auf die Sachen, dass wir das Gefühl haben, die helfen nicht in dem Sinne, in dem wir das uns wünschen. Und das, was wir anbieten, das wird nicht wertgeschätzt oder (.) verdreht.

Ihre Perspektive untermauert die befragte Hebamme damit, dass Hebammen und Jugendamtsmitarbeiterinnen/-mitarbeiter „*unterschiedliche Menschenbilder*“ haben. Sie beschreibt, dass die Akteurinnen/Akteure des Jugendamtes Eltern als „*potentielle Gefährder von Kindern*“ wahrnehmen, während Hebammen die Eltern als „*Menschen, denen geholfen werden muss*“ betrachten. Die Positionen erscheinen dieser Hebamme so unterschiedlich, dass für sie eine mögliche Annäherung der Berufsgruppen kaum vorstellbar ist. Ihre Vorstellungen von einer Unterstützung durch die Akteurinnen/Akteure der Kinder- und Jugendhilfe im Jugendamt scheinen mit der Realität nicht vereinbar.

Einige Interviewte thematisieren ein mangelndes Verständnis der Akteurinnen/Akteure der Frühen Hilfen für die Arbeitsweise von Hebammen. Dies zeigt sich beispielsweise an einer nicht ausreichenden Berücksichtigung der Arbeitszeiten der Hebammen bei der Planung von Netzwerktreffen. Manche Hebammen reagieren darüber mit Verärgerung. Andere deuten ein mangelndes Verständnis als fehlende Wertschätzung ihrer Tätigkeit. Die daraus resultierende Unzufriedenheit der Hebammen kann sich als Anspruchshaltung gegenüber den Berufsgruppen des Sozialwesens äußern. Die nachfolgend zitierte Hebamme ist empört darüber, dass ihre Vorstellungen zur Einbindung freiberuflicher Hebammen in das regionale Netzwerk Frühe Hilfen von der Netzwerkkoordinatorin vor Ort nicht beachtet werden.

Wir haben eine Netzwerkkoordinatorin im Landkreis sitzen, die seit zwei Jahren auf dieser Stelle sitzt und im Grunde genommen nichts zustande bringt. Die hat jetzt irgendwie, die hat eine unvollständige Hebammendatei, warum sie die hat, ist mir unklar, weil sie hat meine Adressen, sie hat die Adressen vom Gesund-

heitsamt und trotzdem schafft sie es nicht. Sie hat zweimal so einen Tag des Netzwerks organisiert, ich habe mir den Mund fusselig telefoniert mit der Frau, um ihr zu erklären, wie die Lebens- und Arbeitssituation von Hebammen ist und warum es so ist, dass die Hebammen zu ihren Netzwerktagungen nicht kommen oder nur in unzureichend kleiner Zahl und auch warum nicht alle eine Ausbildung zur Familienhebamme machen wollen. Das hört sie sich an, sagt: „Ja, ja“, und richtet sich in keinster Weise in ihrer Arbeit danach. Klagt dann aber hinterher wieder, dass die Hebammen nicht mitmachen.

Aus Sicht dieser freiberuflichen Hebamme kann eine Zusammenarbeit nur dann erfolgreich sein, wenn die Akteurinnen/Akteure der Frühen Hilfen ein Verständnis für die Arbeit von Hebammen signalisieren. Möglicherweise fühlt sie sich ohnmächtig gegenüber der Netzwerkkoordinatorin, die ihre auf langjährigen, freiberuflichen Erfahrungen innerhalb des Gesundheitssystems basierenden Erwartungen, nicht berücksichtigt. Im weiteren Interviewverlauf berichtet sie, dass sie sich aus der Zusammenarbeit in den Frühen Hilfen zurückgezogen hat. Möglicherweise zeigt dieses Beispiel, dass beide Berufsgruppen nur wenig voneinander wissen.

Einige Hebammen thematisieren am Rande eine fehlende klare Abgrenzung zwischen den Aufgaben und Verantwortungsbereichen der freiberuflichen Hebammen und den Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe im Handlungsfeld Frühe Hilfen.

Es hat speziell hier, kann ich ja nur von ausgehen, habe ich den Eindruck, dass a) das Jugendamt überhaupt keinen Plan, was wir hier machen und umgekehrt genauso. Oder wo Grenzen sind oder wer welche Kompetenzen hat, und so weiter und so fort und so kann es eigentlich/so kann es nicht laufen.

Laut dieser Interviewten ist ein gegenseitiges Wissen über die Zuständigkeiten der Berufsgruppen aus den unterschiedlichen Sektoren unverzichtbar für eine gelingende Zusammenarbeit ist. Offen bleibt, welchen Beitrag Hebammen leisten könnten, um dieser Herausforderung zu begegnen. Vielleicht sieht sie die Verantwortung an dieser Stelle aber auch eher bei den Institutionen sowie Akteurinnen/Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe.

Die unterschiedliche berufliche Sozialisation der Akteurinnen/Akteure in den Frühen Hilfen ist eine zentrale Herausforderung bei der Gestaltung der Kooperation.

8.2.8 Wirksamkeitsverlust von Hierarchien

Die interprofessionelle Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und den Berufsgruppen des Sozialwesens wirkt sich auf die Akteurs- und Klientinnenebene aus.

Die Folgen werden einerseits von der Ausgangssituation geprägt, andererseits haben sie das Potential die Ausgangsbedingungen zu verändern.

Neben ihrer freiberuflichen Tätigkeit arbeiten einige der Interviewten als Hebammen in angestellter Form oder auf Honorarbasis in Projekten der Frühen Hilfen. Durch den mit der Projektzugehörigkeit einhergehenden Positionswechsel erleben sie, wie sich bestehende Hierarchien zwischen Hebammen und Ärztinnen/Ärzten verändern können.

Eine Interviewte berichtet, dass je nachdem, ob sie als freiberufliche Hebamme oder in ihrer Projektfunktion als „*Hebamme in beratender Tätigkeit*“ eines anerkannten Trägers der freien Jugendhilfe agiert, sie unterschiedliche Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Ärztinnen/Ärzten macht. Als freiberufliche Hebamme benötigt sie in der Zusammenarbeit mit der ärztlichen Berufsgruppe viel Durchsetzungsvermögen, was nicht erforderlich ist, wenn sie als Hebamme im Projekt agiert.

Ja, also ich finde schon, dass man zum Beispiel, wenn man mit Praxen spricht, bei Gynäkologen oftmals sich ein bisschen mehr noch behaupten muss. Also, so/ „Alleinstellungsmerkmal“ ist vielleicht dann der falsche Begriff dazu, so dass ich merke, (...) da ist doch schon so eine Hierarchie-Geschichte mehr im Spiel. Und wenn ich im Rahmen meines Projektes auftrete als Hebamme in beratender Tätigkeit, anerkannter Träger der freien Jugendhilfe (...), wo man immer sagen muss, der Träger der freien Jugendhilfe hat ja eben auch eine ganz gute Lobby. (...) Da ist nochmal so ein bisschen mehr, (...) ja, da habe ich so das Gefühl, da ist die Kooperation noch mal, auch seitens der Gynäkologen, etwas, ja, großzügiger, sagen wir mal so.

Durch ihre Position als Akteurin in einem Präventionsprojekt werden hierarchische Strukturen zwischen Hebammen und Ärztinnen/Ärzten unwirksam. Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass die gemeinsame Arbeit am „Fall“ im Vordergrund steht, so dass Hierarchien keine Rolle mehr spielen. Im Auftrag eines anerkannten Trägers der freien Jugendhilfe zu agieren, stärkt ihre Position. Die verbesserte Zusammenarbeit spiegelt sich in einer veränderten Kooperationsbereitschaft der Ärzte wider. Die zaghaften Signale zur Zusammenarbeit der Ärztinnen/Ärzte sind für sie eine neue Erfahrung. Gleichzeitig distanziert sie sich von ihrer Rolle als freiberufliche Hebamme. Ihre berufliche Identität scheint in der gemeinsamen Arbeit an einem „Fall“ an Bedeutung zu verlieren.

Auch andere Hebammen machen sich zunutze, dass durch ihre Position in einem Projekt Früher Hilfen traditionelle, professionsbedingte Hierarchien zwischen Hebammen und Ärztinnen/Ärzten aufgebrochen werden. Die Strategie der nachfolgend zitierten

Hebamme besteht darin, im telefonischen Kontakt mit den Ärztinnen/Ärzten ihre Zugehörigkeit zum Projekt herauszustellen und ihre Tätigkeit als freiberufliche Hebamme zu verheimlichen. Sie hat die Erfahrung gemacht, dass die Stimmung der Ärztinnen/Ärzte am Telefon „anders“ ist, wenn sie als Mitarbeiterin des Projektes auftritt als wenn sie als freiberufliche Hebamme Kontakt aufnimmt.

Ja, viele haben schon gehört vom „Storchentreff“ [Projekt eines Landesmodellvorhabens Früher Hilfen, Anm. der Autorin]. Viele Kinderärzte, viele Gynäkologen. [...] Und dann, wenn ich dann sage, ich rufe im Auftrag vom „Storchentreff“ an, sind sie oft ein bisschen anders gestimmt. Ich lasse dann auch oft weg, dass ich halt Hebamme bin (lacht).

Obschon sie nicht ausdrücklich den Begriff „Hierarchien“ verwendet, zeigt doch ihr taktisches Agieren, dass sie realisiert, wie über professionsbedingte Zuschreibungen auch Hierarchien legitimiert werden. Sie möchte verhindern, dass sie als Hebamme „einen Stempel aufgedrückt kriegt“. Gleichzeitig unterstellt sie den Ärztinnen/Ärzten mit ihrer Aussage professionsbedingte Zuschreibungen.

Indem sie ihren professionellen Status als Hebamme verschweigen, distanzieren sich einzelne Interviewte von der Gruppe der freiberuflichen Hebammen. Damit stehen sie aus ihrer Perspektive „neutraler da“, was ihre Vernetzungsbemühungen mit Ärztinnen/Ärzten erleichtert.

8.2.9 Vertrauensverlust

Einige der befragten machen die Erfahrung, dass sich die Klientinnen von ihnen abwenden, wenn sie den Kontakt zum Jugendamt suchen. Diese Hebammen sorgen sich um einen Verlust der Vertrauensbeziehung zu den Frauen. Eine Hebamme schildert einen Kontaktabbruch durch eine Mutter aufgrund der Annahme, dass die Hebamme mit dem Jugendamt kooperiert.

[...] und da hat sie mir dann auch klar und deutlich gesagt, dass sie alleine zu-rechtkommen möchte und sie meine Hilfe nicht in Anspruch nehmen möchte mehr, weil sie denkt, sie schafft das alleine und sie hat öfters mal das Gefühl, dass ihre Arbeit kontrolliert wird, dass ich praktisch an das Jugendamt gehe und denen das mitteile, dass ich so eher die Beobachterfunktion habe, obwohl ich das nicht gemacht habe. Also sie hat sich da sehr kontrolliert gefühlt und wollte das einfach nicht mehr.

Die Hebamme erfährt, wie ihr die Frau das Vertrauen entzieht, da sie ihr eine Zusammenarbeit mit dem Jugendamt unterstellt, die es laut Aussage der Hebamme nicht gab.

An dieser Stelle wird die hohe Sensibilität der Klientin deutlich, deren Verhältnis zum Jugendamt von Ängsten geprägt ist. Nach einer anfänglich vertrauensvollen Zusammenarbeit kommt es zu einem abrupten Ende des Kontakts.

Die Sorge, bei einer Kooperation mit den Institutionen und Akteurinnen/Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe das Vertrauen der Eltern zu verlieren, äußert auch eine junge Hebamme, die parallel zu einer Familienhelferin (SPFH) des Jugendamtes eine Frau und ihr Neugeborenes im Wochenbett begleitet. Aus ihrer Perspektive kann ein Gespräch zwischen beiden Akteurinnen vor der Haustür folgenreiche Konsequenzen haben.

Und die Familien haben uns halt gesehen, wie wir noch draußen kurz gesprochen haben. Und da ist halt irgendwann die Frage gewesen, wie viel vertrauen die mir noch? Weil die mich auch explizit darauf angesprochen haben, ach hast Du Dich noch gut unterhalten mit denen, ja.

Die Hebamme spürt die Befürchtung der Familie, sie könne sich mit dem Jugendamt austauschen, und erlebt, wie exakt die Familie ihr Handeln beobachtet. Dies zeigt sich daran, dass die Eltern sie explizit auf das Gespräch vor der Tür ansprechen und sie mit der Unterstellung konfrontieren, mit dem Jugendamt „gemeinsame Sache“ zu machen. Deutlich wird in diesem Kontext der Konflikt der Hebamme, die ein Ende der Vertrauensbeziehung zu den Eltern befürchtet.

Die Sorge vor einem Vertrauensverlust hat Auswirkungen. Die Kontaktaufnahme der Hebammen zum Jugendamt kann dadurch zu einer „großen Überwindung“ werden. Erstaunlich ist, dass selbst anonyme Beratungsangebote der Jugendhilfe mit der Begründung, der Familie nicht „in den Rücken [...] fallen“ zu wollen, von einzelnen Hebammen nicht in Anspruch genommen werden.

Auf der anderen Seite nutzen freiberufliche Hebammen das Vertrauen der Frauen, um sie bei Bedarf an Angebote des Jugendamtes zu vermitteln. Laut ihrer Erfahrung ist das Jugendamt für manche Frauen „mit ganz viel Angst behaftet“. Da Angebote des Jugendamtes häufig auf Ablehnung stoßen, versuchen einige Interviewte, die Frauen über Unterstützungsmöglichkeiten aufzuklären und bei Bedarf an weitere Hilfen zu vermitteln.

Und es ist ja auch so, wenn da draufsteht, Jugendhilfe oder Jugendamt, denn kriegen die Leute ja schon das P und sagen: „Oh, was wollen die hier?“ Ne,

das ist ja auch schlecht! Und da ist es eigentlich ganz gut, wenn wir aus der Position die wir haben, die ich als Vertrauensperson habe, sage, ne die wollen euch überhaupt nichts. Sondern die bringen dann auch so einen dicken Ordner mit, Erstes Lebensjahr des Kindes [...]. Und erzählen dann, was alles geht.

Die zitierte Hebamme knüpft an das bestehende Vertrauensverhältnis zu der Frau an, um Vorurteile zu relativieren und über Angebote der Frühen Hilfen zu informieren.

Ähnlich agiert eine weitere Hebamme. Sie weiß um die Sorge der Frau, das Jugendamt könnte ihr die Kinder wegnehmen. Sie beruhigt, klärt auf und stellt schließlich mit dem Einverständnis der Frau den Kontakt zum Jugendamt her. Im Weiteren erfährt die Frau durch das Jugendamt Unterstützung und Entlastung.

Dann habe ich ihr nochmal versucht zu erklären, Moment. Bis die Kinder weggenommen werden ist es ein langer Weg und du versorgst die gut, also würde da gar kein Problem bestehen. Und dann habe ich da wieder angerufen, denen Namen und alles gegeben und die haben sich dann gekümmert.

Die Sorge vor einem Vertrauensverlust der Klientinnen kann die Kooperationsbereitschaft der Hebammen hemmen. Gleichzeitig hat ein bestehendes Vertrauensverhältnis zwischen Hebamme und Klientin das Potential, die intersektorale Kooperation nachhaltig zu fördern.

8.2.10 Zwischenfazit

Die interprofessionelle Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und den Institutionen und Akteurinnen/Akteuren des Sozialwesens, insbesondere jenen der Kinder- und Jugendhilfe, wird durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst. Die wesentlichen Merkmale gelingender Kooperation sind aus Hebammensicht regelmäßige Kontakte zwischen den Berufsgruppen, Aufgeschlossenheit und gegenseitiges Interesse an der Arbeitsweise der anderen Profession. Darüber hinaus nähern sich die Berufsgruppen aus den unterschiedlichen Sektoren an, wenn die Zusammenarbeit seitens der Hebammen als bereichernd und entlastend erlebt wird. Bedeutend ist auch eine Kommunikation, die durch Respekt und klare Absprachen geprägt ist.

Auf der anderen Seite wirken sich laut den Schilderungen der Hebammen vorausgegangene negative Erfahrungen mit der Kinder- und Jugendhilfe, ein Desinteresse der Berufsgruppen aneinander sowie Berührungspunkte gegenüber der Kinder- und Jugendhilfe nachteilig auf die Zusammenarbeit aus. Außerdem hemmen Kommunikationsprobleme, die sich aus Hebammensicht in unklaren Zuständigkeiten, fehlenden festen An-

sprechpartnerinnen/-partnern sowie wenig verbindlichen Strukturen der Erreichbarkeit der Akteurinnen/Akteure und Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere an Wochenenden und Feiertagen, äußern, den Erfolg von Kooperation. Fehlende Wertschätzung, keine gemeinsamen Ziele oder systematischen Kontakte, Unsicherheiten und eine subjektiv hohe Verantwortung der Hebammen sind weitere Faktoren, die die Zusammenarbeit zwischen freiberuflichen Hebammen und den Berufsgruppen des Sozialwesens behindern können. Als kooperationshemmend aus Hebammenperspektive lässt sich weiterhin eine fehlende Präsenz der Netzwerke Frühe Hilfen identifizieren. Fehlendes Wissen der Hebammen zu den Strukturen und Angeboten Früher Hilfen, die unterschiedliche berufliche Sozialisation der Akteurinnen/Akteure sowie verschiedenartige Arbeitskulturen stellen mitunter eine Herausforderung bei der Zusammenarbeit dar.

Insgesamt spielen kooperationshemmende Faktoren eine größere Rolle als fördernde Aspekte. Manche Ausführungen deuten auf eine unbewusste Anspruchshaltung der Hebammen gegenüber den Akteurinnen/Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe hin, was sich in der wiederholten Formulierung von Erwartungen und Wünschen hinsichtlich einer Verbesserung der Zusammenarbeit äußert. Die Bedürfnisse der Frauen werden dabei mitunter zur Nebensache. Inwiefern sie selbst zu der fehlenden Zusammenarbeit beitragen, reflektieren die befragten Hebammen kaum. Ihr Potential zur Förderung der intersektoralen Zusammenarbeit stellen sie nur selten in den Vordergrund.

In Zukunft ist die Stärkung fördernder und die Einschränkung hemmender Faktoren der Kooperation eine Herausforderung für die Zusammenarbeit zwischen freiberuflichen Hebammen und den Institutionen und Akteursgruppen des Sozialwesens.

Die interprofessionelle Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und der Kinder- und Jugendhilfe hat Konsequenzen sowohl auf Akteurs- als auch auf Klientinnenebene. Dies zeigt sich darin, dass hierarchische Strukturen zwischen freiberuflichen Hebammen und den Berufsgruppen des Gesundheitswesens, insbesondere Ärztinnen/Ärzten, teilweise unwirksam werden. Darin liegt die Chance, sich in der Kooperation mit Ärztinnen/Ärzten neu zu verständigen.

In der Beziehungsgestaltung zu den Klientinnen kann es durch die Zusammenarbeit freiberuflicher Hebammen mit den Institutionen und Akteurinnen/Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe zu einem Vertrauensverlust kommen. Mitunter wird das professionelle

Verhältnis zwischen freiberuflichen Hebammen und ihren Klientinnen dadurch nachhaltig beeinträchtigt. Auf der anderen Seite ergeben sich auch positive Konsequenzen aus der Kooperation. Dazu zählt, dass Frauen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf davon profitieren, wenn Hebammen sie an Angebote der Kinder- und Jugendhilfe vermitteln.

8.3 Intraprofessionelle Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen

Das folgende Kapitel erläutert die Zusammenarbeit zwischen freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen. Unter der Überschrift „Kooperationserfahrungen“ wird die Gestaltung der Interaktionen beschrieben, die von unterschiedlichen Einflussfaktoren geprägt wird. Die besonderen Merkmale der intraprofessionellen Kooperation zwischen freiberuflichen Hebamme und Familienhebammen werden durch die Kategorien „Vermittelnde Rolle der Frauen“, „Konstruktion oder Auflösung von Grenzen“ und „Konkurrenz“ dargestellt. Es folgen Einblicke in den subjektiven Gewinn von Familienhebammen. Die persönliche Entscheidung nicht als Familienhebamme zu arbeiten trägt zur Position der Interviewten im Rahmen der Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen bei und wird abschließend thematisiert.

8.3.1 Kooperationserfahrungen

Die Zusammenarbeit mit Familienhebammen hat für viele freiberufliche Hebammen einen wichtigen Stellenwert. Die dargestellten Kooperationserfahrungen variieren in der Ausgestaltung und reichen von persönlichen Kontakten über die Vermittlung an Familienhebammen bis zu gemeinsamen Hausbesuchen.

Persönliche Kontakte

Eine Form der Zusammenarbeit mit einem ausgeprägten informellen Charakter sind persönliche Kontakte zwischen freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen. Die Kontakte entstehen beispielsweise bei gemeinsam besuchten Fortbildungen und bilden oftmals den Ausgangspunkt für eine weitere Vernetzung, wie eine Hebamme nach einem Austausch mit einer Familienhebamme im Rahmen einer Veranstaltung schildert:

Mit der hab ich mich also auch auf Fortbildungen schon immer mal und dann unterhalten wir uns ganz locker und, ja. Also wenn ich jetzt nochmal was hätte, würde ich auch sie anrufen, also würde sie auch nochmal fragen.

Persönliche Kontakte zu Familienhebammen werden auch genutzt, um sich in besonderen Situationen Rat zu holen. Eine Interviewte profitiert immer dann von dem Kontakt, wenn ihr „*Strukturen nicht klar sind*“, wie es beispielsweise bei der Betreuung von jungen Frauen in Wohngemeinschaftseinrichtungen der Fall ist. Wenn sie den Müttern in Richtung einer „*begleitenden Hilfe*“ eine „*Empfehlung geben*“ will, selbst aber nicht genau weiß „*wie [...] der Weg zu gehen ist*“, nutzt sie ihre Kontakte zu Familienhebammen und fragt „*öfter mal*“ nach.

In schwierigen Betreuungssituationen entlastet ein informeller Austausch mit einer Familienhebamme manche Befragte teilweise von der Verantwortung. So involviert eine noch unerfahrene Hebamme ihre Kollegin, eine Familienhebamme, indirekt in den Betreuungsprozess. Die junge Hebamme fühlt sich mit der Familienstruktur und einem Gewaltverdacht in der Familie überfordert und hätte „*am liebsten die Betreuung abgelehnt*“, weil es ihr „*eigentlich zu viel war*“. Weil sie die Familienhebamme schätzt, vertraut sie ihr ihre Sorgen in Bezug auf die familiäre Situation an.

War immer im Kontakt mit meiner Kollegin, die hier in der Praxis ist, mit einer von den beiden, die auch Familienhebamme ist. Also die wussten, was da passiert in der Familie. Ich hab das erzählt, was da los war. Dass mir das Sorgen macht. Und die haben mir halt immer Hilfe angeboten, dass ich mich auch melden könnte.

Die hier zitierte Hebamme erfährt über den informellen, kollegialen Kontakt Unterstützung in einer Situation, in der sie sich überlastet fühlt. Die Umgehung der Schweigepflicht wird dabei billigend in Kauf genommen.

Schnelle und unbürokratische persönliche Kontakte zu Familienhebammen scheinen insbesondere dort eine Rolle zu spielen, wo systematische Kooperationen nicht vorhanden sind. Beachtlich sind ihre positiven Effekte. Insbesondere wenig erfahrene Hebammen profitieren von dieser Form der Zusammenarbeit in schwierigen Betreuungssituationen, in denen sie an ihrer Kompetenz zweifeln und an Grenzen der Überforderung gelangen. Der Aufbau von systematischen, unterstützenden Netzwerken außerhalb dieses informellen Geschehens ist für diese Hebammen keine Option. Insgesamt sind persönliche Kontakte durch ihre fehlende Formalisierung als niedrigstes Niveau der Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen einzustufen.

Vermittlung von Familienhebammen

Einige freiberufliche Hebammen berichten, dass sie in bestimmten Situationen an Familienhebammen „vermitteln“. Die Vermittlung wird von den Interviewten mit den Worten „den Kontakt herstellen“, „verweisen auf die Familienhebamme“ oder „schauen, dass die Frau in die Betreuung von einer Familienhebamme kommt“ umschrieben. Umgekehrt spielt die Kontaktaufnahme von Familienhebammen mit freiberuflichen Hebammen eine untergeordnete Rolle.

Vereinzelt thematisieren Interviewte die wechselseitige Vermittlung von Frauen. Eine Hebamme, die im Rahmen ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit bei einem Kinderhilfswerk eine Familienhebamme kennengelernt hat, verweist Frauen an die beim Familienhilfswerk angestellte Familienhebamme, wenn sich Betreuungssituationen „ganz schwierig“ darstellen. Umgekehrt profitiert die Familienhebamme von dem Kontakt zur freiberuflichen Hebamme, wenn sie für ihre Frauen eine Hebamme sucht. Die im Interview benutzte Metapher, einander Frauen „zuzuschustern“, drückt aus, dass die Beziehung durch ein gegenseitiges Geben und Nehmen charakterisiert ist und für beide eine entlastende Funktion hat.

Insgesamt spielt aber die Vermittlung von Klientinnen durch freiberufliche Hebammen an Familienhebammen eine größere Rolle als umgekehrt. Nur eine junge, wenig erfahrene Hebamme, die neu an ihren Wirkungsort gezogen ist, berichtet, dass Familienhebammen häufig auf sie zukommen und ihr Frauen vermitteln. Dies führt sie darauf zurück, dass sie öfter freie Kapazitäten hat als andere Kolleginnen, die aus ihrer Sicht „fest in C-Stadt verankert“ und stärker ausgelastet sind.

Ein zentrales Thema in den Interviews ist der Zeitpunkt der Vermittlung an Familienhebammen. Die Befragten berichten mehrheitlich, dass die Vermittlung entweder frühzeitig, beim ersten Kontakt mit der Frau erfolgt oder aber im Wochenbett, nach Beendigung der Betreuung. Andere Vermittlungszeitpunkte sind in den Interviews zweitrangig.

In der Regel entscheidet die Frau, ob grundsätzlich eine Familienhebamme in die Betreuung eingebunden wird. Einige Hebammen berichten, dass Frauen die Betreuung durch eine Familienhebamme manchmal auch ablehnen. Mögliche Gründe sind, dass sich die Frauen „nicht auf jemand noch anders einlassen“ möchten oder ablehnen, „dass hier noch jemand zusätzlich kommt“.

Zahlreiche Interviewte erwägen eine frühzeitige Vermittlung an eine Familienhebamme, wenn sie die Frauen beim ersten Kontakt als belastet erleben. Sie sprechen beispielsweise von einem „*schwierigen Fall*“, von „*vielen Baustellen*“ oder schildern, die Frau sei „*krank oder belastet oder auffällig [...] in der Art, wie sie spricht oder wie sie sich verhält*“. Eine Hebamme betont, dass sie eine frühzeitige Einbindung einer Familienhebamme immer dann für wichtig hält, wenn absehbar ist, dass die Frau eine „*längerfristige Unterstützung*“ benötigt. Entsprechend erläutert sie:

Wir haben jetzt wirklich den Fall/ letzte Woche noch/ Ja, siebzehnjährige Frau, wo wir glauben, dass die längerfristige Unterstützung braucht als acht Wochen, da würden wir halt den „Guten Start“ [Regionales Projekt Früher Hilfen, Anm. der Autorin] mit einbinden.

Freiberufliche Hebammen können gemäß den gesetzlichen Vorgaben bis zu zwölf Wochen nach der Geburt des Kindes Leistungen zur Überwachung des Wochenbettverlaufs erbringen. Da sie bei der minderjährigen Schwangeren einen Unterstützungsbedarf über den Zeitraum von zwölf Wochen hinaus sieht, entschließt sich die Hebamme gegen die Betreuung und stellt mit dem Einverständnis der Frau einen Kontakt zum Frühe Hilfen Projekt „Guter Start“ her, das in ihrer Region Familienhebammen vermittelt.

Die Interviewten gestalten die Vermittlung an eine Familienhebamme auf unterschiedliche Weise. Manche Hebammen raten den Frauen bereits beim ersten Telefonat sich mit Hilfe einer Liste eine Familienhebamme zu suchen. Andere schlagen den Frauen Familienhebammen vor, die in der Region für eine Betreuung zur Verfügung stehen. Viele Hebammen zweifeln am Erfolg solcher Vermittlungsstrategien. Um eine Vermittlung sicherzustellen, bietet eine Hebamme den Frauen die Möglichkeit, sich erneut zu melden, sofern sie keine Familienhebamme finden. Andere Interviewte treten mit dem Einverständnis der Frau zunächst selbst in telefonischen Kontakt mit einer Familienhebamme. Diese Vorgehensweise begründen sie damit, dass es für die Frauen „*eine ganz schöne Hürde*“ ist, eine Familienhebamme zu finden und „*rauszufinden, wie das alles funktioniert*“. Eine andere Hebamme überlässt der Frau die Wahl, den Kontakt zur Familienhebamme selbst oder in einem gemeinsamen Telefonat herzustellen.

Da nicht alle Frauen über Familienhebammen informiert sind, geben einige Hebammen beim ersten Kontakt Auskunft über die Aufgaben und möglichen Vorteile einer Familienhebamme.

Ich mach den Vorschlag, genau, ich mach den Vorschlag, dass es vielleicht sinnvoll wäre mit der Familienhebamme und sag auch schon so ein bisschen, was die Arbeit ist oder was für Vorteile natürlich so eine Familienhebamme hat.

Als Grund für eine Vermittlung nach Abschluss ihrer Wochenbettbetreuung geben die befragten Hebammen die zeitliche Begrenzung ihres Auftrags, dem teilweise ein weitergehender Unterstützungsbedarf der Frau gegenübersteht, an. Eine Hebamme berichtet, dass es sich manchmal schon im Wochenbett abzeichnet, dass die Betreuung eine „lange, anhaltende Geschichte“ wird. Schwierigkeiten im Hinblick auf das „ganze Familienkonstrukt“ können aus ihrer Sicht eine längere Betreuung erfordern, die sie über die Gebührenverordnung nicht mehr abrechnen kann. Eine weitere Interviewte agiert nach dem Prinzip, Frauen dann weiterzuvermitteln, wenn ihre Betreuung „erschöpft ist“ und sie der „Frau nichts mehr anbieten kann, die braucht aber noch etwas“. Auch „schwierige Fälle“ werden weitervermittelt, wenn „die normale Wochenbettbetreuung [...] mehr oder weniger erledigt“ ist.

Einige der Interviewten thematisieren die besonderen Herausforderungen, die eine Vermittlung an eine Familienhebamme nach Abschluss der Wochenbettbetreuung mit sich bringt. Misslingt der Übergang, kann es zu einem „Bruch“ kommen, der sich darin äußert, dass die Familie keine weitere Unterstützung durch eine Hebamme erfährt. In mehreren Interviews wird deutlich, dass die Beziehung zwischen der freiberuflichen Hebamme und den Frauen eine zentrale Rolle bei der Verhinderung solcher Brüche spielt. Eine Interviewte glaubt, aufgrund ihrer guten Beziehung zu den Frauen einen derart großen Einfluss zu besitzen, dass sich manche Frauen erst eine Familienhebamme suchen, wenn sie ihre Zustimmung dafür erhalten.

Also manchmal ist es sogar so, dass die Frauen sich erst trauen eine Familienhebamme in Anspruch zu nehmen, wenn sie mit uns Kontakt hatten. Einfach durch die Beziehung. Weil wir die Familienhebamme kennen. Also wir hatten jetzt ein paar Fälle/ meine Kollegin hat das oft, so dass sie den Erstkontakt herstellt, und dass dann einfach durch uns, so zu sagen, die Familienhebamme als Vertraute geht. So ne?

Diese Hebamme erlebt sich als Vermittlerin. Sie erkennt ihre zentrale Bedeutung am Übergang von der Hebammen- zur Familienhebammenversorgung. In ähnlicher Weise betont eine andere Hebamme ihre vermittelnde Rolle. Auch sie hat sie die Erfahrung gemacht, dass ihr persönlicher Kontakt zu den Eltern wesentlich ist, um diese für eine Weiterbetreuung durch eine Familienhebamme zu sensibilisieren.

Geht in der Regel ganz gut, wenn man sagt, das ist meine Kollegin, die kenne ich, die bringt einfach größere Möglichkeiten für euch mit. Die kann mit mehr Zeit, kann mit besseren Kontakten. Also wenn ich das sozusagen persönlich reinbringe, als wenn man einfach sagt: „So meine Betreuung ist jetzt zu Ende, jetzt müsst ihr mal gucken wo ihr was findet“. Ja oder: „Wendet euch ans Jugendamt, die vermitteln euch dann eine Familienhebamme.“

Aus ihrer Perspektive vergrößert die Tatsache, dass sie die Familienhebamme kennt und ihre Möglichkeiten der Unterstützung der Familie schätzt, den Vermittlungserfolg.

Manche freiberuflichen Hebammen verfolgen eine besondere Strategie, um eine längerfristige Versorgung über das Wochenbett hinaus zu gewährleisten. Sie betreuen die Frauen über den im Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe festgelegten Zeitraum hinaus und lassen sich dazu eine ärztliche Bescheinigung ausstellen.

Also ich hatte dann Kontakt mit dem Jugendamt und die waren froh, dass ich dann immer noch da bin. Und denen war auch wichtig, dass ich länger drin war, und hab dann im Prinzip mir auch vom Kinderarzt nochmal, ja, so ein, wie so eine Art Attest geholt, dass ich eben noch mehr Besuche machen darf.

Wichtig erscheint ihr in diesem Kontext eine gute Zusammenarbeit mit dem Kinderarzt, die dadurch charakterisiert ist, dass er das Attest „*sofort ausgestellt*“ hat und sie sich „*gar nicht groß erklären musste*“.

Auf die gleiche Weise arrangiert auch eine weitere erfahrene Hebamme eine langfristige Betreuung von Frauen mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf. Wenn sie die Frauen „*länger betreut*“, bekommt sie dafür „*immer entsprechende Atteste*“ von einem Kinderarzt.

Die Vermittlung von Klientinnen zwischen Hebammen und Familienhebammen ist ein bilaterales Geschehen. Obschon in den Interviews häufiger berichtet wird, dass freiberufliche Hebammen die Klientinnen an Familienhebammen verweisen, kontaktieren umgekehrt auch Familienhebammen ihre freiberuflichen Kolleginnen, wenn sie in einer Familie einen Betreuungsbedarf sehen.

Gemeinsame Hausbesuche

Wenige der befragten Hebammen verfügen über Erfahrungen mit gemeinsamen Hausbesuchen mit Familienhebammen. Diese Interviewten betonen den Gewinn für die Familien, der einerseits auf der Möglichkeit eines reibungsloseren Übergangs der Betreuung durch die freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen, andererseits auf dem

gemeinsamen Dialog beruht. Eine der freiberuflichen Hebammen sieht auch einen Nutzen für sich selbst. Diese noch unerfahrene Hebamme ist verzweifelt und weiß nicht, wie sie mit einer Frau umgehen soll, die sie scheinbar „komplett ignoriert“. In ihrer Ratlosigkeit kontaktiert sie eine Familienhebamme.

Und da habe ich die Familienhebamme angerufen und gesagt: „Ich weiß nicht mehr was ich machen soll.“ Und sie sagte: „Ja weißt du was, wann habt ihr euren nächsten Termin, ich komme dazu.“ Und dann hat sie auf den gleichen Termin einen Termin mit ihr gebucht und dann sind wir da gemeinsam hingegangen.

Durch den gemeinsamen Besuch erfährt sie, dass eine andere Hebamme ihre Vorschläge unterstützt und fühlt sich dadurch nicht „so alleine“. Die Verbündung mit der Familienhebamme gibt ihr Sicherheit und Rückhalt. Gemeinsame Hausbesuche können eine unterstützende Funktion in Betreuungssituationen bieten, die für freiberufliche Hebammen mit Gefühlen von Hilflosigkeit und Überforderung einhergehen. Daher scheinen insbesondere wenig erfahrene Hebammen von gemeinsamen Hausbesuchen zu profitieren.

8.3.2 Einflussfaktoren

Wie beschrieben, kann die intraprofessionelle Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen unterschiedlich gestaltet werden. Eine Zusammenarbeit zwischen freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen findet aber nicht überall routinemäßig statt, sondern unterliegt komplexen Einflüssen. Einige Studienteilnehmerinnen verfügen nicht über Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Familienhebammen. Auch ihre Perspektive fließt in die Ergebnisdarstellung ein, da ihre Aussagen Hinweise darauf geben, welche Faktoren die Zusammenarbeit zwischen freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen beeinflussen können.

Die freiberuflichen Hebammen thematisieren insbesondere in ländlichen Versorgungsgebieten einen Mangel an Familienhebammen. Eine der Interviewten beschreibt, dass Familienhebammen „gerade in den kleineren Städten noch nicht angekommen“ sind. Eine andere Befragte erinnert sich, dass es mal eine Familienhebamme in der Nähe gab, die aber weggezogen ist. Angesichts der Auslastung der Familienhebamme, betrachtet eine weitere Hebamme die Vermittlung als eine Herausforderung. Sie hat die Erfahrung

gemacht, dass es „*wahnsinnig schwierig*“ war, weil die Familienhebamme keine Kapazitäten mehr hatte.

Nicht in allen Regionen gibt es Familienhebammen, mit denen freiberufliche Hebammen kooperieren könnten. In seltenen Fällen thematisieren die Hebammen, dass dadurch ihre eigene Arbeit berührt wird. Sie vermissen den Kontakt zu Familienhebammen nicht. Es scheint, dass das Fehlen persönlicher Begegnungen die Zusammenarbeit einschränkt und unbedeutend erscheinen lässt.

Ohne erkennbare Vorteile wird eine Kooperation nicht in Betracht gezogen. Eine der Interviewten schildert, dass sich eine Zusammenarbeit mit einer Familienhebamme für sie „*bislang noch nicht wirklich [...] ergeben*“ hat. Im Weiteren Interviewverlauf ergänzt sie, dass sie die Frauen in der ihr zur Verfügung stehenden Zeit gut betreuen kann. Die Aussage, dass die Betreuung der Frauen „*gut funktioniert*“ unterstreicht ihr persönliches Kompetenzgefühl, das Kooperationsbemühungen mit einer Familienhebamme für sie nicht notwendig erscheinen lässt.

Auch der zeitliche Betreuungsumfang und die Klientel beeinflussen die Entscheidung zur Zusammenarbeit mit einer Familienhebamme. Dies wird an den Erläuterungen einer Interviewten deutlich, die gemeinsam mit einer Kollegin eine Hebammenpraxis in einer Großstadt betreibt. Diese Hebamme weiß nicht, ob es in ihrer Stadt Familienhebammen gibt. Das Thema scheint für sie nicht relevant. Sie betreut ihre Frauen über „*eine sehr lange Zeit*“, d.h. in der Regel von Beginn der Schwangerschaft bis zu acht Monaten nach der Geburt. Ihre Klientinnen suchen die Hebammenpraxis in der Regel schon „*ganz früh*“ in der Schwangerschaft auf, so dass sie manchmal denkt, „*der Eisprung war doch gestern erst*“. Ihre Beschreibungen lassen vermuten, dass Frauen in sozialen Belastungssituationen seltener zu ihrer Klientel gehören.

Als „*Glück*“ empfindet eine junge, noch wenig erfahrene Hebamme die Tatsache, dass sie bislang noch nirgendwo anrufen musste, da ihre Betreuungssituationen bislang gut ausgegangen sind. Mit Familienhebammen hatte sie bisher keine Berührung.

Von demher war das immer relativ glimpflich, so dass ich das nie mit einem schlechten Gewissen oder mit einem schlechten Gefühl im Bauch abgeben musste oder so. Wo ich dann schon überlegt hätte, hätte ich jetzt noch mal irgendwo anrufen müssen. Die Situation hatte ich zum Glück noch nicht. So dass es sich immer irgendwie in die richtigen Bahnen dann doch noch bewegt hat.

Ihre Beschreibung verdeutlicht, dass die Kooperation mit anderen Berufsgruppen für sie insbesondere in Situationen Bedeutung erhält, in denen ein akutes Handeln notwendig erscheint. Obschon sie reflektiert, dass es bislang eher dem Zufall zu verdanken ist, dass sie solche Situationen noch nicht erlebt hat, gehört die Kooperation nicht zu ihrem Handlungsrepertoire. Ergänzend fügt sie im weiteren Interviewverlauf hinzu, dass ihre Frauen meist „*normal situiert sind*“. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Kooperation mit Familienhebammen für sie nebensächlich.

Auch die Bereitschaft der Hebammen, aufeinander zuzugehen, kann aus Sicht einer Befragten den Kontaktaufbau zwischen freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen beeinflussen. Eine Interviewte bedauert, dass die Familienhebamme in ihrer Region den Kontakt zu den freiberuflichen Hebammen nicht sucht.

Es ist doch immer ein Geben und Nehmen. Aber wenn derjenige sich nicht rührt oder da für sich eingekapselt bleibt.

Aus ihrer Sicht ist Kooperation ein wechselseitiges Geschehen, bei dem sowohl freiberufliche Hebammen als auch Familienhebammen zu einem Gelingen beitragen. Die fehlenden Anstrengungen einer Seite – in dem Beispiel der Familienhebamme – verhindern den Kontaktaufbau.

Das Zustandekommen einer intraprofessionellen Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Strukturelle Bedingungen, aber auch die vermuteten Vorteile einer Zusammenarbeit spielen eine wichtige Rolle. Vor allem in akuten Situationen wird eine Kooperation als notwendig erachtet. Der zeitliche Betreuungsumfang der freiberuflichen Hebamme sowie ihre betreute Klientel sind weitere Einflussfaktoren. Schlussendlich trägt auch die Bereitschaft der Hebammen, aufeinander zuzugehen, maßgeblich dazu bei, ob Kooperationen entstehen.

8.3.3 Merkmale

Als besondere Merkmale der Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen werden die vermittelnde Rolle der Frauen, die Konstruktion und Auflösung von Grenzen sowie das Erleben von Konkurrenz dargestellt.

Vermittelnde Rolle der Frauen

Ein zentrales Thema zwischen freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen ist die Kommunikation. Die Schilderungen der Hebammen lassen auf die vermittelnde Rolle der Frauen als ein bemerkenswertes Phänomen in diesem Kontext schließen.

Dieses lässt sich beispielsweise am Übergang zwischen den freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen beobachten. Hier kommt es nicht zu einer direkten Kommunikation zwischen den Hebammen, sondern die Frau agiert als Vermittlerin.

Und dann, wenn die Familienhebamme reinkommt, und das dann übergebe ich und dann ist fein. Also übergeben meine ich dann, das mach ich aber dann mit der Frau. Also ich, dass ich dann großartig mit der Familienhebamme rede, kommt nicht vor.

Ein persönlicher Kontakt mit der Familienhebamme ist aus der Perspektive dieser Hebamme bei der „Übergabe“ der Frau nicht zwingend notwendig. In diesem Punkt sind sich freiberufliche Hebamme und Familienhebamme einig, denn die Interviewte führt weiter aus, dass die Familienhebammen „übrigens auch nicht den Kontakt suchen“. Es scheint, als würden beide Hebammen keinen Mehrwert in einer direkten Kommunikation sehen. Welche Rolle in diesem Zusammenhang die Schweigepflicht spielt, wird von den Interviewten nicht thematisiert.

Dieses Phänomen lässt sich aber auch beobachten, wenn freiberufliche Hebammen und Familienhebammen parallel in einer Familie ihre Arbeit verrichten. Nicht immer besteht ein intraprofessioneller Kontakt zueinander. Ob das Fehlen von Kontakten mit dem Auftraggeber zusammenhängt, bleibt an dieser Stelle offen.

Eine der Interviewten berichtet, nicht anwesend zu sein „wenn die andere Hebamme da ist“. Die Frau übernimmt eine vermittelnde Rolle, damit die Zusammenarbeit zwischen Hebamme und Familienhebamme gelingt. Dies zeigt sich in dem folgenden Beispiel, wo über die Frau ausgehandelt wird, welche der beiden Hebammen das Wiegen des Kindes übernimmt.

Und dann war ich da zwei Tage später, und da hat die Frau gesagt: „Ach die Familienhebamme hat schon gewogen“. Okay, dann haben wir es eben nicht gemacht. Und dann haben wir ausgemacht, okay, wenn die Familienhebamme einmal in der Woche kommt, dann soll sie wiegen. Und wir machen dann die anderen Sachen. Rückbildungsgymnastik und andere Themen, die dann dran sind.

Obwohl die hier zitierte Hebamme das Wiegen des Kindes eigentlich als ihren Auftrag begreift, zeigt sie sich offen gegenüber einer neuen Aufgabenteilung, verzichtet auf die Tätigkeit, überlässt diese der Familienhebamme. Wichtig erscheint es ihr, grundlegende Zuständigkeiten zu regeln. Dazu sucht sie nicht den direkten Kontakt zur Familienhebamme, sondern kommuniziert ihre Vorstellungen von Aufgabenteilung über die Frau.

Wenn die Frauen eine aktive, kommunikationsunterstützende Rolle übernehmen, müssen Zuständigkeiten nicht im direkten Kontakt zwischen freiberuflicher Hebamme und Familienhebamme geklärt werden.

Konstruktion oder Auflösung von Grenzen

Ein weiteres Merkmal der Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen ist die Abgrenzung. Dabei zeigen die Interviews unterschiedliche Dimensionen dieses Merkmals: Einerseits werden Grenzen konstruiert, andererseits werden Grenzen von den Befragten aufgelöst.

Die überwiegende Zahl der interviewten Hebammen betrachtet ihre Zuständigkeit als zeitlich begrenzt.

Nur wir sind halt begrenzt in unserer Arbeit, weil es halt eine klassische Hebammenversorgung ist und dann nach acht Wochen endet.

Aus Perspektive dieser Interviewten ist der Auftrag freiberuflicher Hebammen auf acht Wochen beschränkt. Danach endet die Zuständigkeit. Für die Interviewte ist klar, wo die „klassische Hebammenversorgung“ aufhört. Durch die Generalisation ihrer Aussage verleiht sie ihrer Sichtweise Allgemeingültigkeit.

Mit ähnlicher Klarheit weisen andere Interviewte auf Unterschiede hinsichtlich der zeitlichen Zuständigkeit von Familienhebammen und freiberuflichen Hebammen hin, indem sie hervorheben, dass Familienhebammen „*nochmal eine längere Zeit*“ haben, um die Frauen zu betreuen oder „*wirklich länger als die normale Hebamme in den Familien sein*“ können.

Eine Abgrenzung zu Familienhebammen erfolgt darüber hinaus über Zuschreibungen von Aufgaben. Viele Hebammen sind der Meinung, dass Familienhebammen die gesetzlichen Grundlagen besser kennen. Eine freiberufliche Hebamme betont, dass ihr „*im Gegensatz zu den Familienhebammen diese ganzen rechtlichen Schienen*“ fehlen. Auch bürokratische Angelegenheiten, wie Antragsstellungen oder das Ausfüllen von Antrags-

formularen wird Familienhebammen zugeschrieben. Eine Hebamme ist der Meinung, dass „Anträge“ und „Schreibkram“ ihre „*Fachlichkeit als Hebamme nicht betreffen*“. Ähnlich resümiert die folgende Interviewte, dass sie oftmals nicht weiß, „*wie [...] der bürokratische Gang*“ ist. Eine weitere muss bei allem, was mit Behördengängen zu tun hat einfach „*passen*“. Dafür sind aus ihrer Sicht Familienhebammen verantwortlich.

Andere Befragte betonen zur Abgrenzung von Familienhebammen ihre unabhängige Rolle. Eine Interviewte ist beispielsweise der Meinung, dass ihre „*freie Rolle*“ verhindert, dass Frauen ihr – im Gegensatz zu Familienhebammen – ein „*Frühe Hilfen Negativetikett*“ zuweisen. Sie spielt darauf an, dass Familienhebammen über ihre Anbindung an die Frühen Hilfen nicht unabhängig von Einrichtungen der öffentlichen und freien Kinder- und Jugendhilfe agieren. Im Gegensatz dazu sind freiberufliche Hebammen aus ihrer Sicht autonom.

Eine andere Hebamme grenzt sich in ihrer Rolle als freiberufliche Hebamme ab, indem sie betont, dass sie auf „*keine Liste von Familienhebammen oder sonst irgendetwas*“ möchte. Sie glaubt, dass die Bezeichnung Familienhebamme negative Assoziationen bei den Frauen auslöst.

Bin ich bei der Familienhebamme, dann bin ich sozusagen schon beim Jugendamt.

Aus ihrer Sicht verbinden Frauen in der Regel mit Familienhebammen einen unmittelbaren Bezug zum Jugendamt. Freiberufliche Hebammen agieren dagegen selbständig. Mit ihrer Aussage distanziert sie sich von der Gruppe der Familienhebammen und indirekt auch vom Jugendamt. Ihre Aussage – interessanterweise aus Sicht der Klientel formuliert – macht deutlich, dass aus ihrer Perspektive die Rollenklarheit vor allem für die Frauen eine zentrale Bedeutung hat.

Aber nicht allen Befragten sind die Grenzen zwischen freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen klar. Dies zeigt sich beispielsweise am Übergang von freiberuflicher Hebammentätigkeit zur Familienhebammenarbeit. Manchen Interviewten fällt es schwer, den Punkt zu benennen, wo sie ihren Auftrag als beendet erleben und den Einsatz einer Familienhebamme als sinnvoll erachten. Eine Interviewte spricht in diesem Zusammenhang von einer „*Grenzentscheidung*“. Für eine andere Hebamme ist es „*schwierig, das festzumachen*“, da die „*Übergänge [...] sehr fließend*“ sind. Die nach-

folgend zitierte Hebamme macht deutlich, dass sie am Übergang zwischen freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen immer entscheiden muss, wo ihre Kompetenzen enden. Es scheint, als ringe sie um Grenzen.

Das ist total schwer zu beantworten, weil das ja verschwimmende Grenzen meistens sind. Also es gibt Frauen, die kommen halt auch schon, und sagen ja auch schon, dass, (...) dass vielleicht schon Kinder vorher aus der Familie rausgenommen worden sind oder so. Wo vielleicht schon feststeht, dass man weiß, da sind schwierige Umstände in der Familie.

Die Interviewte handelt mit sich aus, ob und wann Belastungen innerhalb von Familien ihre Kompetenzen übersteigen und setzt die Grenzen dort, wo sie überfordert ist.

Während sich einerseits beobachten lässt, wie die Interviewten Grenzen konstruieren, gibt es andererseits Tendenzen, Grenzen aufzulösen. Statt Unterschiede zu betonen, heben manche Hebammen die Gemeinsamkeiten zwischen freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen hervor. Mehrere Interviewte bezeichnen sich selbst als Familienhebamme und lösen damit bestehende Unterschiede zwischen Hebammen und Familienhebammen vollständig auf. Dies verdeutlicht das folgende Zitat einer erfahrenen Hebamme, die bei Bedarf über ein ärztliches Attest ihre Frauen auch längerfristig begleitet:

Weißt Du, Du bist doch in dem Moment, wo Du in die Familie reinkommst, bist Du doch Familienhebamme. Ob sich das so nennt, oder nicht so nennt, ist egal. Aber Du hast immer die soziale Geschichte.

Bezeichnungen spielen für diese Hebamme keine Rolle. Sie erlebt sich als Familienhebamme und begründet dies damit, dass sie soziale Komponenten schon immer berücksichtigt hat. Die Aussage der zitierten Hebamme verdeutlicht aber auch, dass die Interviewte offenbar nicht weiß, welche Unterstützungsmöglichkeiten eine Familienhebamme der Familie über die Kompetenzen der freiberuflichen Hebamme hinaus bieten kann.

Eine andere Hebamme ist der Meinung, dass sie eigentlich „*schon wie eine Familienhebamme*“ arbeitet, da viele von ihr betreute Familien „*Begleitung für eine lange Zeit brauchen*“. Zu ihrer Klientel gehören oftmals „*Familien, die auch wirklich Unterstützung brauchen*“. Obschon sie keine qualifizierte Familienhebamme ist und sich an anderen Stellen im Interview deutlich davon abgrenzt, ist sie der Meinung, dass ihre Art von Betreuung der Arbeit von Familienhebammen gleicht. Eine mögliche Kompetenzerweiterung durch eine Weiterbildung zur Familienhebamme sieht sie nicht. Sie

erlebt sich als kompetent – auch im Umgang mit belasteten Frauen. Offen bleibt, ob sie darüber informiert ist, welche unterstützenden Leistungen Familienhebammen der Familie über die längerfristige Begleitung hinaus anbieten können.

Konkurrenz

Konkurrenzsituationen zwischen freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen sind nur am Rande ein Thema und werden am Übergang zwischen der Betreuung durch freiberufliche Hebammen und Familienhebammen geschildert. Eine Interviewte berichtet von einem Konflikt, weil die Frau die Familienhebamme, die die Versorgung im Anschluss an die Hebammenbetreuung im Wochenbett übernommen hat, nicht akzeptiert:

So, und das Jugendamt hatte dann da eine Familienhebamme aus D-Stadt eingeschaltet, die die nach acht Wochen übernommen hat. Und dann rief diese Frau mich aber dann an und sagte: „Ich komme mit der überhaupt nicht klar. Kannst du nicht weiterkommen?“

Die freiberufliche Hebamme, die sich dem „Wohl der Frau“ verpflichtet fühlt, verlängert ihre Betreuung, woraufhin sie einen „ganz bösen Anruf“ von der Familienhebamme erhält. Die Familienhebamme habe sie „total als Konkurrentin gesehen“. Das Resultat ist, dass die Frau am Ende „gar keine Hebamme mehr“ hat. Die Rivalität zwischen den beiden Hebammen wird auf dem Rücken der Frau ausgetragen, deren Hebammenversorgung nicht länger gesichert ist. Die Situation zeigt, dass sich die Hebammenwahl der Frauen nicht ausschließlich an der Erfüllung eines Versorgungsauftrags orientiert, sondern persönliche Beziehungen eine maßgebliche Rolle spielen.

8.3.4 Subjektiver Gewinn von Familienhebammen

Die freiberuflichen Hebammen erleben es als positiv, dass Familienhebammen das „Familiensystem stützen und tragen“ und damit zusätzliche Aspekte in die Familie einbringen. Darüber hinaus profitieren die Familien aus Hebammensicht von der längeren Betreuung durch die Familienhebammen. Laut einer Befragten lohnt sich die Qualifikation der Familienhebammen insbesondere für Frauen mit psychischen Problemen. Der Nutzen für die Familien wird von einer anderen Hebamme indirekt unterstrichen, indem sie den Bedarf an Familienhebammen bekräftigt.

Der Bedarf ist da. Den sehe ich so auf jeden Fall, also das/ Das, finde ich, ist auf jeden Fall so.

Während diese Hebammen den Gewinn für die Familien betonen, äußern andere Hebammen Zweifel an einem langfristigen Nutzen von Familienhebammen für die Familien. Laut einer Hebamme sind den Familienhebammen *„die Hände gebunden“* und sie können in den Familien *„auch an der Situation an sich nichts ändern“*. Eine andere Hebamme ist der Meinung, dass Familienhebammen in belasteten Familien nur wenig ausrichten können. Aus ihrer Sicht fallen die Familien früher oder später *„wieder durch das Netz“*. Ihre Haltung zu den Familien scheint durch eine negative Sicht geprägt. Aus dieser Position heraus stellt sie das Konzept der Familienhebammenversorgung insbesondere im Hinblick auf seine Nachhaltigkeit für die Familien in Frage:

Was ist, wenn die Kinder zur Schule kommen? Da ist keine Familienhebamme mehr da. Wer kümmert sich denn dann? Das ist alles so, ich weiß nicht, nicht richtig zu Ende gedacht, finde ich. Solange die Kinder klein sind und sich nicht wehren können, sicher, ist es wunderbar, aber was ist, wenn die nachher zur Schule kommen?

Thematisiert wird in den Interviews aber auch der positive Einfluss der Arbeit von Familienhebammen für die eigene Arbeit. *„Jemand Neues“* in der Familie *„hat nochmal einen ganz anderen Blick“*, was dazu führt, *„dass auf ganz andere Dinge“* geachtet wird, die bislang nicht im Fokus der Betreuung standen. Eine andere Interviewte bekommt durch die gemeinsamen Hausbesuche mit der Familienhebamme Anregungen in Bezug auf die Kommunikation mit der Frau. Sie freut sich, dass sie sich davon *„sehr viel abgucken“* kann. Für eine wenig erfahrene Hebamme steht die Entlastung durch die Familienhebamme im Vordergrund.

Wenn ich weiß, eine Familienhebamme oder eine Familienhilfe ist mit in der Familie drin, dann wälze ich Dinge auf diese Frauen ab.

Die Interviewte berichtet im weiteren Verlauf, dass es mit mindestens 30% ihrer Frauen schwierig ist *„normal zu sprechen“*. Die Arbeit mit belasteten Familien *„stresst“* sie und sie ist der Meinung dafür *„nicht ausgebildet“* zu sein. Da sie noch nicht lange in der Stadt wohnt, ist sie oft nicht *„ganz so voll“*, d.h. weniger ausgelastet, was zur Folge hat, dass Familienhebammen sie häufiger in belastete Familien vermitteln. Die hier zitierte Frau ist erleichtert, bestimmte Aufgaben abgeben zu können, wenn eine Familienhebamme in der Familie ist.

8.3.5 Gründe nicht als Familienhebamme zu arbeiten

Die freiberuflichen Hebammen geben im Interview vielfältige Gründe an, sich gegen die Weiterbildung zur Familienhebamme entschieden zu haben. Zahlreiche Hebammen äußern die Sorge, durch das Tätigkeitsfeld einer Familienhebamme könne die eigene Psyche zu stark belastet werden. Mehrere Interviewpartnerinnen befürchten, dass sie sich nicht ausreichend abgrenzen können und die Arbeit als Familienhebamme zu sehr in ihr Privatleben greift. Eine Interviewte vermutet, dass sie sich „*sehr viele Gedanken auch [...] im Nachhinein [...] im Feierabend*“ machen würde, eine andere, dass sie „*immer viel mit nach Hause*“ nehmen würde. In anderen Interviews werden ähnliche Einschätzungen kommuniziert. Die Verknüpfung von Furcht vor erhöhter psychischer Belastung und fehlenden Grenzen zum Privatleben beschreibt die folgende Hebamme:

Und ich denke, da muss man wirklich auch so ein bisschen typabhängig bei sich selber gucken, wäre das was, wo ich wirklich dann klar abgrenzen kann, wenn ich zu Hause bin, oder belastet mich das einfach auch in meinem Privatleben so sehr, diese psychischen Anforderungen, dass ich mich damit vielleicht einfach in meiner Arbeit oder in meinem persönlichen Umfeld einfach nicht so gut mehr abgrenzen kann.

Zum Teil lehnen die Interviewten die Arbeit als Familienhebamme auch aufgrund der Klientinnen ab. Sie möchten nicht ausschließlich „*Brennpunktfamilien*“ oder „*Problemfälle*“ betreuen. Dahinter verbirgt sich unter anderem die Sorge, dass sich die eigenen Wünsche nicht mit den Vorstellungen der Familie decken. Eine Hebamme betont, dass sie keine Sozialarbeiterin sei. Eine andere Hebamme glaubt, dass die Klientel sie auf Dauer „*ganz fertig*“ und „*traurig*“ machen würde und die Arbeit mit den Familien ihr „*zu sehr ans Herz*“ gehen könnte. Die ausschließliche Betreuung belasteter Familien ist für viele Hebammen eine emotionale Herausforderung. Offensichtlich fühlen sie sich nicht darauf vorbereitet, mit Frauen in belasteten Lebenslagen umzugehen.

Ich weiß, wie viele von diesen Familien ich pro Jahr verkrafte nervlich, und mehr will ich auch nicht.

Diese Hebamme lehnt die Betreuung belasteter Familien nicht grundsätzlich ab, sondern ist der Meinung, diese im Rahmen ihrer freiberuflichen Hebammentätigkeit bereits zu erledigen. Als Familienhebamme befürchtet sie „*auf bestimmte Fallzahlen*“ festgelegt zu werden, wozu sie sich nicht verpflichten möchte.

Eine andere Hebamme grenzt sich dagegen deutlich ab. Sie war öfter in „solchen Familien“ und ist dabei „fast durchgedreht“. Familienhebammenarbeit sollte aus ihrer Sicht etwas „ganz Spezielles“ bleiben, wofür sich Hebammen „extra entscheiden“ können.

Neben der erhöhten psychischen Belastung und den besonderen Herausforderungen durch die Klientel ist die Sorge vor Ausbeutung ein weiteres zentrales Thema. Eine Hebamme befürchtet, zu einem schlechten Preis „als Vermittlungsperson zwischen Jugendamt und schwierigen Familien“ ausgebeutet zu werden. Eine weitere Hebamme möchte nicht „billige Handlangerin für diese Arbeit“ sein. Häufig basieren diese Annahmen auf Gesprächen mit Familienhebammen.

...und es gab da manchmal immer mal wieder Berichte von Familienhebammen, in welche Situationen die da gebracht werden. Da denke ich mir auch manchmal, das ist wirklich auch Ausnutzen. Also wir sind nun mal keine Drogenberatung oder sonst oder Gewaltexperten oder wie auch immer. Also da, ich will mich da auch nicht für ausnutzen lassen, ja.

Diese Hebamme hat Erzählungen von einer Kollegin vor Augen, die mit Drogenproblemen und Gewalt in Familien konfrontiert ist. Aus ihrer Sicht sind Hebammen für diese Probleme nicht zuständig. Dafür braucht es aus ihrer Meinung nach andere Fachleute. Als weitere Argumente für die Entscheidung gegen eine Weiterbildung zur Familienhebamme werden das Alter, Kostenfaktoren, das Gefühl, mit der originären Hebammen-tätigkeit ausgelastet zu sein, und fehlende Kapazitäten genannt. Eine Hebamme beklagt die fehlende Regelung der Kompetenzen und Bezahlung von Familienhebammen. Während für die meisten Interviewten die Weiterbildung zur Familienhebamme keine Option darstellt, haben zwei Hebammen diese Möglichkeit schon einmal in Erwägung gezogen.

Also ich muss ganz ehrlich sagen, ich hab immer mal überlegt so, ob ich diese Ausbildung mache, und bis jetzt ist es aber wirklich so, ich hab total Respekt davor. Also weil ich eben/ Ja, ich glaube, man muss dann von seinen Wunschvorstellungen ganz schön abspecken.

Diese Interviewpartnerin befürchtet mögliche Abstriche in Bezug auf ihre eigenen Erwartungen und zu viele Kompromisse machen zu müssen.

Die andere Interviewte hat sich bereits aktiv um eine Stelle als Familienhebamme beworben, diese aber nicht erhalten. Für sie war die Tatsache, dass Familienhebammen

fest angestellt sind und geregelte Arbeitszeiten haben, ausschlaggebend für die Bewerbung.

8.3.6 Zwischenfazit

Das Verhältnis zwischen freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen wird durch verschiedene Faktoren geprägt. Die Befragten sind sich nicht einig, ob die betreuten Familien vom Familienhebammenmodell profitieren. Die meisten Hebammen sehen aber eine Entlastung in ihrer eigenen Arbeit durch Familienhebammen. Während die meisten Hebammen ihre originäre Hebammentätigkeit deutlich von der Familienhebammenarbeit abgrenzen, betonen manche die Gemeinsamkeiten und setzen teilweise ihren Versorgungsauftrag mit dem einer Familienhebamme gleich. Die Kompetenzerweiterung durch die Weiterbildung von Familienhebammen wird in diesen Fällen nicht thematisiert.

Die Zusammenarbeit zwischen freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen gestaltet sich dort, wo sie vorkommt, variabel. Sie reicht von persönlichen Kontakten, über die Vermittlung von Familienhebammen an freiberufliche Hebammen und umgekehrt bis hin zu gemeinsamen Hausbesuchen. Ob eine intraprofessionelle Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen stattfindet, ist abhängig von regionalen Strukturen, von der Klientel der Hebammen und der Bereitschaft der Hebammen aufeinander zuzugehen.

8.4 Zusammenfassung der Ergebnisse – die Kooperation freiberuflicher Hebammen im Kontext Früher Hilfen

Bei der Analyse der Fragestellung, wie freiberufliche Hebammen die Kooperation mit den Akteurinnen/Akteuren in den Frühen Hilfen gestalten und erleben, wurde der besondere Stellenwert der Zusammenarbeit mit den Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens, insbesondere mit Familienhebammen, deutlich.

Die Kooperation mit den genannten Akteurinnen/Akteuren der Frühen Hilfen basiert auf Ausgangsbedingungen, die durch das Verhältnis freiberuflicher Hebammen zu anderen Professionen sowie zu den Klientinnen geprägt ist. Informelle Netzwerkstrukturen, die unabhängig von der in den Frühen Hilfen geforderten Kooperation entstehen und aufrechterhalten werden, charakterisieren das Verhältnis freiberuflicher Hebammen zu an-

deren Berufsgruppen. Im Bedarfsfall greifen die Hebammen auf bekannte Kontakte, vor allem aus dem Gesundheitswesen, zurück. In der Interaktion mit den Berufsgruppen des Gesundheitswesens erleben sich freiberufliche Hebammen als Teil einer Hierarchie, die es ihnen ermöglicht, sich zu positionieren. Sie halten Vertrauen für das zentrale Element der professionellen Arbeitsbeziehung zu ihren Klientinnen.

Ob freiberufliche Hebammen die Zusammenarbeit mit den Berufsgruppen des Sozialwesens als produktiv erleben oder schon die ersten Versuche der Annäherung erfolglos enden, wird von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst. Während die Befragten die Verantwortung für Kooperationsdefizite vorwiegend den Berufsgruppen des Sozialwesens zuschreiben, machen sie für das Gelingen von Zusammenarbeit alle Beteiligten gleichermaßen verantwortlich.

Kontinuierliche Begegnungen zwischen freiberuflichen Hebammen und den Berufsgruppen des Sozialwesens sind fördernd für eine gelingende Zusammenarbeit. Die Kooperation zwischen den Professionen gelingt dort, wo Hebammen sie als nützlich für die eigene Arbeit oder für die Versorgung der Klientinnen erleben. Kontakte in die Netzwerke Frühe Hilfen tragen zum Wissens- und Informationsgewinn der Hebammen bei und werden als entlastend im Hinblick auf die eigene Arbeit erlebt. Die betreuten Frauen profitieren aus Hebammensicht von einer passgenauen und individuellen Unterstützung durch die Zusammenarbeit der Professionen. Respektvolle Begegnungen und das Gefühl, ernst genommen zu werden, sind Voraussetzung für eine gelingende Kommunikation zwischen freiberuflichen Hebammen und den Berufsgruppen des Sozialwesens.

Erstaunlich ist die hohe Relevanz, die zahlreiche Hebammen der Zusammenarbeit mit den Berufsgruppen des Sozialwesens beimessen. Sie stellt jedoch keine Garantie für das Gelingen von Kooperation dar.

Eine fehlende Kontinuität in den Begegnungen zwischen freiberuflichen Hebammen und den Einrichtungen und Akteursgruppen des Sozialwesens verstärkt seitens der Hebammen Berührungängste und Unsicherheiten, insbesondere gegenüber der Kinder- und Jugendhilfe. Negative Kooperationserfahrungen führen dazu, dass Hebammen sich aus der Zusammenarbeit zurückziehen. Auffällig ist der hohe Stellenwert solch negativer Erfahrungen. Unklare Strukturen, ein Mangel an Ansprechpartnerinnen/-partnern auf Seiten der Kinder- und Jugendhilfe und eine fehlende Verbindlichkeit von Zuständig-

keiten, insbesondere an Wochenenden und Feiertagen, erschweren aus Hebammensicht die Kommunikation, insbesondere bei der Betreuung von Frauen in belasteten Lebenslagen. Auffallend ist, mit welchem Engagement einzelne Hebammen die interprofessionelle Kooperation mit den Berufsgruppen des Sozialwesens suchen, ihr Interesse wird jedoch nicht immer erwidert. Die unterschiedliche berufliche Sozialisation der Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens kann eine Anspruchshaltung der Hebammen auslösen, die zum Scheitern der Zusammenarbeit führt. Wissenslücken in Bezug auf Strukturen und Ansprechpartnerinnen/-partner der Frühen Hilfen auf Seiten der Hebammen verhindern die Annäherung der Berufsgruppen. Kommunale Bemühungen, Netzwerke aufzubauen, scheinen nicht alle Hebammen zu erreichen.

Die dargestellten Interaktionen haben Konsequenzen, die auf der Ebene der beschriebenen Ausgangsbedingungen wirken. Sie beeinflussen die Beziehungsgestaltung der Hebammen sowohl zu ihren Klientinnen als auch zu den Berufsgruppen des Gesundheitswesens. Einige Hebammen berichten von einem Verlust der professionellen Vertrauensbeziehung zu den Frauen durch ihre Nähe zum Jugendamt. Andere Hebammen nutzen das Vertrauen der Frauen, um sie bei Bedarf an weitere Angebote der Kinder- und Jugendhilfe zu vermitteln. Auf Akteursebene verlieren als Folge der interprofessionellen Kooperation traditionelle Hierarchien innerhalb des Gesundheitswesens ihre Wirkung. Dies lässt sich vor allem dann beobachten, wenn gemeinsam an einem „Fall“ gearbeitet wird. Die Kooperation freiberuflicher Hebammen in den Frühen Hilfen hat damit das Potential, Beziehungen zwischen den Berufsgruppen des Gesundheitswesens zu verbessern.

Auffällig ist die wichtige Rolle, die Hebammen bei der Vermittlung von Frauen an Familienhebammen spielen. Dabei profitieren sie von ihrem frühzeitigen Zugang und von dem Vertrauensverhältnis zu den Klientinnen. Die Herausforderung bei der Vermittlung nach Abschluss der regulären Wochenbettbetreuung besteht darin, Vertrauensbrüche zu verhindern, die einer Betreuung durch eine Familienhebamme entgegenwirken. Beachtlich ist der positive Effekt persönlicher Kontakte, der bewirkt, dass sich Hebammen in herausfordernden Situationen kollegialen Rat bei einer Familienhebamme zu holen. Die Vermittlung von Klientinnen erfolgt insbesondere von freiberuflichen Hebammen zu Familienhebammen, mitunter aber auch umgekehrt.

Die Vermittlung von Frauen durch die Kinder- und Jugendhilfe an freiberufliche Hebammen wurde in den Interviews nur selten thematisiert. Ob dies auf fehlendes Wissen über die Aufgaben und Zuständigkeiten freiberuflicher Hebammen seitens der Akteurinnen/Akteure der Kinder- und Jugendhilfe zurückzuführen ist, kann nicht beantwortet werden. Vor dem Hintergrund, dass insbesondere sozial benachteiligte Schwangere und Mütter das Leistungsspektrum von Hebammen nicht kennen, könnte eine aktive Vermittlung die Versorgung von Schwangeren und Müttern mit einem besonderen Betreuungsbedarf verbessern.

9 Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die empirischen Ergebnisse dieser Untersuchung vor dem Hintergrund theoretischer Ansätze und der Studienlage diskutiert. Ziel ist es, die Ergebnisse in den aktuellen Forschungskontext einzuordnen und dadurch bestehende Erkenntnisse zu bestätigen, zu ergänzen oder zu widerlegen. Anschließend werden Empfehlungen für die Berufspraxis ausgesprochen, die Grenzen der Studie diskutiert und ein Ausblick für weitere Forschungen gegeben.

Ausgangspunkt der Studie war die Analyse der Kooperation freiberuflicher Hebammen im Kontext Früher Hilfen. Das empirische Material wurde daraufhin untersucht, wie Hebammen ihre Kooperation mit den Institutionen und Akteurinnen/Akteuren des Sozialwesens erleben. Das Forschungsinteresse galt darüber hinaus der Klärung der Chancen und Herausforderungen der Kooperation freiberuflicher Hebammen in den Netzwerken Früher Hilfen sowie der Ausgestaltung der intraprofessionellen Zusammenarbeit zwischen freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen.

Die Ergebnisse dieser Studie belegen, dass die Zusammenarbeit mit den Institutionen und Akteurinnen/Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe für die meisten Hebammen der ambulanten Versorgung ein relevantes Thema ist. Deutlich wird aber auch, dass freiberufliche Hebammen stärker innerhalb des Gesundheitswesens vernetzt sind als sektorenübergreifend mit den Akteurinnen/Akteuren des Sozialwesens. Die Zusammenarbeit in den Frühen Hilfen stellt für viele Hebammen eine neue Erfahrung dar. Dabei wird die Qualität der professionellen Arbeitsbeziehungen von den Interviewten unterschiedlich bewertet. Insgesamt zeigt sich ein heterogenes Bild der Zusammenarbeit zwischen freiberuflichen Hebammen und den Institutionen sowie Akteurinnen/Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe im Kontext Früher Hilfen.

9.1 Theoretische Relevanz

Die Diskussion wird anhand von vier zentralen Themen geführt. Dazu gehören die gesundheitspolitischen Aspekte der fehlenden systematischen Einbindung freiberuflicher Hebammen in die Netzwerke Früher Hilfen, die berufliche Sozialisation der Akteurinnen/Akteure als Herausforderung für die interprofessionelle Kooperation, die Vertrau-

ensbildung zwischen Hebammen und Klientinnen sowie die Bedeutung einzelfallbezogener Kooperation.

9.1.1 Fehlende systematische Einbindung freiberuflicher Hebammen in die Frühen Hilfen – ein gesundheitspolitischer Diskurs

Die Analyse der Interviews zeigt, dass freiberufliche Hebammen nicht systematisch in die regionalen Netzwerke der Frühen Hilfen eingebunden sind. Dies betrifft insbesondere die fallübergreifende Zusammenarbeit. Mehrere Befragte geben an, trotz ihres grundlegenden Interesses keine Informationen zu den lokalen Netzwerktreffen zu erhalten. Ob sie ihr Interesse auch gegenüber den regionalen Netzwerkkordinatorinnen/-koordinatoren signalisieren, bleibt offen. Dieser Befund unterscheidet sich von anderen Studienergebnissen, wonach sich Akteurinnen/Akteure des Gesundheitswesens mehrheitlich über selbst initiierte Kontakte Zugang zur Kinder- und Jugendhilfe verschaffen (Lohmann, 2015).

Andere Hebammen dieser Studie reflektieren, dass ihnen aus zeitlichen Gründen und wegen der zusätzlichen Arbeitsbelastung eine Teilnahme an den Netzwerktreffen Früher Hilfen nicht regelmäßig möglich ist. Die beschriebenen Befunde unterstützen die Ergebnisse von Küster et al. (2015), wonach niedergelassene Hebammen eher selten in der fallübergreifenden Kooperation lokaler Netzwerke aktiv sind. Laut einer neueren Studie waren 2015 72,5% der in Kommunen niedergelassenen Hebammen fallübergreifend in Netzwerke integriert (Küster, Pabst & Sann, 2017a). Obschon sich in den vergangenen Jahren eine positive Entwicklung abzeichnet, lässt sich festhalten, dass eine flächendeckende Einbeziehung freiberuflicher Hebammen in die Netzwerke Früher Hilfen bislang nicht gelungen ist (Küster et al., 2017a). Hier zeigt sich ein deutlicher Gegensatz zu den Familienhebammen, die als „prototypisches Angebot für Familien mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf“ (Küster et al., 2015, S. 23) im Rahmen der BIFH systematisch eingebunden werden (ebd., S. 23).

Einige Hebammen der vorliegenden Studie berichten von ihrer Initiative, Kontakte zu Institutionen und Akteurinnen/Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe zu knüpfen, die jedoch nicht immer erwidert wird. Diese Befunde zeigen deutliche Parallelen zu älteren Studien, in denen niedergelassene Hebammen eher randständig in regionalen Netzwerken verortet sind (Künster et al., 2010).

Die Hebammen der vorliegenden Studie bemängeln die fehlende Transparenz, welche Berufsgruppen und Institutionen in die Netzwerke der Frühen Hilfen integriert sind. Die fehlenden Kenntnisse führen bei den Befragten mitunter zu Spekulationen über die Gründe, warum sie dem regionalen Netzwerk angehören oder nicht. Auch Lohmann (2015) bestätigt im Rahmen einer Studie zu Kooperationen in den Frühen Hilfen (KoF-Hi-Studie), dass die Zusammensetzung der Netzwerke häufig keiner, nach außen sichtbaren Systematik folgt. Vielmehr beruht die Entscheidung zur Kooperation teilweise auf persönliche Bekanntschaft mit dem Kooperationspartner, Sympathie und einer gleichen Zielsetzung (Lohmann, 2015). Die von den Hebammen erlebte, fehlende Transparenz kann möglicherweise darauf zurückgeführt werden, dass Kooperationen der Berufsgruppen in den Frühen Hilfen häufig auf mündlichen Absprachen und eher selten auf gemeinsam entwickelten Konzepten oder schriftlichen Verträgen beruhen (Buschhorn, Karsunky & Ludewig, 2015). Laut Wulff (2017) haben Netzwerke in der Regel fließende Grenzen, was die Festlegung, welche Akteurinnen/Akteure dazu gehören, erschwert.

Die Hebammen dieser Studie verfügen mehrheitlich über geringe oder gar keine Kenntnisse in Bezug auf die Strukturen und Ansprechpartnerinnen/-partner der regionalen Netzwerke Frühe Hilfen. Die Analyse der Interviews zeigt, dass entsprechende Informationen manche Hebammen nicht erreicht. Ob Wissenslücken der Hebammen die Ursache für ihre unzureichende Einbindung in die Netzwerke Früher Hilfen sind, oder eine Konsequenz der mangelnden Systematik von Kooperationen in den Frühen Hilfen, kann anhand der vorliegenden Daten nicht beantwortet werden. Auch Ayerle et al. (2014) beschreiben, dass die lokalen Angebote und das Konzept der Frühen Hilfen zur Unterstützung und Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern freiberuflichen Hebammen vielfach nicht bekannt sind. Dies könnte als Hinweis darauf gewertet werden, dass sich freiberufliche Hebammen bislang nicht als Akteurinnen der Frühen Hilfen verstehen und ihre Position in den Netzwerken noch nicht gefunden haben (Ayerle et al., 2014). Das würde auch erklären, warum nicht alle Interviewten aktive Bemühungen zur Vernetzung mit den Institutionen und Akteurinnen/Akteuren des Sozialwesens für notwendig erachten.

Insgesamt besteht eine deutliche Diskrepanz zwischen den empirischen Befunden und den Vorgaben des BKiSchG (2011, Art. 1 § 3 Abs. 2), wonach Angehörige der Heilberufe und damit auch freiberufliche Hebammen ausdrücklich in die Netzwerke Früher

Hilfen einbezogen werden sollen. Auch die BIFH erachtet Netzwerke Früher Hilfen explizit als förderfähig, wenn sie „[...] mindestens relevante Akteurinnen/Akteure aus dem Gesundheitswesen (wie zum Beispiel [...] Hebammen) [...]“ einbeziehen (VV BIFH, 2012, Art. 2 Abs. 3).

Diese Diskrepanz weist darauf hin, dass das gesundheitsfördernde Potential freiberuflicher Hebammen im Rahmen der Regelversorgung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit im Kontext Früher Hilfen bislang von den Netzwerkkordinatorinnen/-koordinatoren und möglicherweise auch von den Hebammen selbst nicht ausreichend wahrgenommen wird. Die vorliegenden Befunde verdeutlichen, dass freiberufliche Hebammen im Kontext Früher Hilfen primär als Lotsinnen fungieren und Frauen mit besonderem Unterstützungsbedarf an weiterführende Angebote, wie eine Familienhebammenversorgung oder Unterstützungssysteme der Kinder- und Jugendhilfe, weitervermitteln. Darüber hinaus vermitteln sie die Klientinnen bei Bedarf an die Berufsgruppen und Institutionen des Gesundheitswesens. Eine Vermittlung durch freiberufliche Hebammen an Familienhebammen und andere Unterstützungssysteme wird in verschiedenen Studien thematisiert (Borchardt et al., 2010; Ayerle, 2012; Clauß et al., 2014). Auch der Gesetzgeber hat die besondere Eignung von Hebammen in diesem Feld erkannt und erweiterte 2015 mit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes (PrävG) die Hebammenhilfe im Wochenbett von zuvor acht auf zwölf Wochen (SGB V, 1988, § 24d).

Die Hebammen dieser Studie berichten von einem Mangel an Familienhebammen besonders in ländlichen Versorgungsgebieten. Auch die Kommunen beklagen einen Fachkräftemangel bei der Versorgung von Familien mit erhöhtem Unterstützungsbedarf (NZFH, 2014a; NZFH 2016). Zwar werden Familienhebammen sowie Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflegende als Unterstützungsangebot für Familien in belasteten Lebenslagen von der überwiegenden Mehrzahl der Kommunen in Deutschland vorgehalten (Renner & Scharmanski, 2016), jedoch kann mehr als die Hälfte der Kommunen eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleisten (Paul, 2017), da entsprechende Fachkräfte fehlen und ihr Einsatzprofil unklar ist (NZFH, 2014a). Darüber hinaus gibt es Schwierigkeiten bei der Klärung des Auftrags und unterschiedliche Erwartungen über die Höhe der Vergütungen (NZFH, 2014a). Zu den weiteren Argumenten, die die Hebammen dieser Studie daran hindern, sich für eine Tätigkeit als Familienhebamme zu qualifizieren, gehören die Befürchtung vor einer erhöhten psychischen Belastung und

die Ablehnung, ausschließlich Familien in belasteten Lebenslagen zu betreuen. Über die BIFH wird das Konzept der Familienhebamme politisch befürwortet (BKisSchG, 2011, Art. 1 § 3 Abs. 4; VV BIFH, 2012, Art. 1 Abs. 4).

Eine systematische Einbindung freiberuflicher Hebammen in die Netzwerke Früher Hilfen könnte zukünftig einen zentralen Beitrag zu einer bedarfsgerechten Versorgung leisten. Niedergelassene Hebammen werden als primär helfende Instanz in der Verantwortung für Familien in Problemlagen von Kinder-, Frauen- und Hausärztinnen/-ärzten sowie Psychotherapeutinnen/-therapeuten anerkannt (Clauß et al., 2016). Dabei ist zu erwähnen, dass diese erweiterten Kompetenzen Anpassungen in der Ausbildung und im Studium der Hebammen erfordern.

Ein möglicher Grund für die Schwierigkeit der Etablierung intersektoraler Netzwerke ist die mangelnde Einbeziehung des Gesundheitswesens in den rechtlichen Rahmen (Buschhorn et al., 2015; NZFH, 2014a; Wiesner, 2010). Weder das BMG noch die Krankenkassen haben sich am Gesetzgebungsprozess im Rahmen des BKisSchG (2011) beteiligt, so dass eine Regelfinanzierung über das Gesundheitssystem nicht zustande kam (Horschitz et al., 2015). Damit sollen freiberufliche Hebammen als Angehörige der Heilberufe gemäß BKisSchG (2011, Art. 1 § 3 Abs. 2) in das Netzwerk Frühe Hilfen zwar einbezogen werden, entsprechende Anpassungen im SGB V (1988) blieben jedoch aus (Buschhorn et al., 2015). Derzeit wird daher einzig die Kinder- und Jugendhilfe in die Leistungsverantwortung genommen, während die gesetzliche Krankenversicherung und damit der Gesundheitsbereich „außen vor“ (Buschhorn et al., 2015, S. 41) bleibt. Dies führt dazu, dass das beschriebene Potential freiberuflicher Hebammen im Kontext Früher Hilfen nicht ausgeschöpft werden kann. Laut Wiesner (2010) kann nur durch belastbare Regelungen zur strukturellen Zusammenarbeit der „Brückenschlag über die Systeme hinweg“ (ebd., S. 35) gelingen.

Da freiberufliche Hebammen aufgrund ihres gesundheitsfördernden Potentials im Rahmen der Regelversorgung eine wesentliche Bedeutung für die Versorgung von Frauen, Kindern und Familien in belasteten Lebenslagen haben, ist ihre systematische Einbindung in die Netzwerke Früher Hilfen zukünftig unverzichtbar. Vor dem Hintergrund einer bedarfsgerechten Versorgung sind dringend nachhaltige politische Lösungen er-

forderlich, die den gesundheitsfördernden Ansatz von Hebammen der Regelversorgung in den Frühen Hilfen anerkennen und flächendeckend integrieren.

9.1.2 Berufliche Sozialisation als Herausforderung für die interprofessionelle Kooperation

Ein zentrales Thema in den Interviews sind Auseinandersetzungen zwischen freiberuflichen Hebammen und den Institutionen sowie Akteurinnen/Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe. Dabei erschweren unterschiedliche Perspektiven im Hinblick auf die Versorgung der Frauen, Kinder und Familien, aber auch ein fehlendes Verständnis der Berufsgruppen füreinander die Zusammenarbeit.

Die Ergebnisse der Studie belegen unterschiedliche professionsbezogene Sichtweisen der freiberuflichen Hebammen und der Institutionen sowie Akteurinnen/Akteure der Kinder- und Jugendhilfe. Manche Hebammen thematisieren verschiedene Ansichten in Bezug auf die Versorgung der Klientel und die Arbeitsorganisation. Bei anderen Hebammen lässt das wiederholte Hervorheben der eigenen Perspektive implizit auf differierende Arbeitsansätze schließen. Ziegenhain et al. (2011) beschreiben unterschiedliche berufliche Selbstverständnisse der Professionen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, die den beruflichen Alltag und das Zusammentreffen in der interdisziplinären Arbeit in den Frühen Hilfen prägen. Fachkräfte arbeiten vor dem Hintergrund ihrer eigenen Disziplin und deren Leistungsrepertoires, was zu Reibungsverlusten infolge struktureller Unterschiede zwischen den Disziplinen führen kann (Ziegenhain et al., 2011). Besonders deutlich zeigen sich unterschiedliche Sichtweisen in der vorliegenden Studie dort, wo das Jugendamt seinen Schutzauftrag zur Sicherung des Kindeswohls wahrnimmt. In diesen Situationen sind die Entscheidungen der Akteurinnen/Akteure der Kinder- und Jugendhilfe für die befragten Hebammen nicht immer nachvollziehbar. Nach Alberth, Bühler-Niederberger und Eisentraut (2014) ist dies möglicherweise darauf zurückzuführen, dass Hebammen in Übereinstimmung mit ihrer traditionellen beruflichen Rolle Vernachlässigung als mangelnde Sorge definieren. Ihr Wissen reduziert sich aus Sicht der Autoren (ebd., S. 49) auf die familiäre Situation bezüglich der Pflege und der körperlichen Entwicklung des Kindes. Da sie keine systematische Analyse vornehmen, erkennen sie Vernachlässigungen nur bedingt (Alberth et al., 2014). Dieses Beispiel belegt, dass die professionsspezifischen Sichtweisen der Berufsgruppen zu einer abweichenden Einschätzung derselben Situation führen können. Das Phänomen verschiedener

Sichtweisen zur Versorgung und ihre Herausforderungen für die Zusammenarbeit werden in der Literatur häufig behandelt (Barimani & Hylander, 2008; Barimani & Hylander, 2012; Munro et al., 2013; Murray-Davis et al., 2011; Psaila et al., 2014b).

Auch die Arbeitsorganisation von Einrichtungen sowie Akteurinnen/Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe ist laut den vorliegenden Interviews vielen Hebammen fremd. Für einige Hebammen ist die fehlende Verfügbarkeit der Berufsgruppen der Kinder- und Jugendhilfe an Wochenenden und Feiertagen nur schwer nachvollziehbar. Andere Hebammen äußern Schwierigkeiten, sich inhaltlich auf die Netzwerktreffen Früher Hilfen einzulassen, da ihnen ausgiebige Diskussionen in diesem Rahmen entbehrlich erscheinen. Möglicherweise deuten die Reaktionen der Hebammen an, dass ihnen dieses Format neu ist. Hall (2005) prägt in diesem Zusammenhang den Begriff „professional culture“ (ebd., S. 188). Jede Berufsgruppe verfügt über eigene Werte, Überzeugungen, Einstellungen und Verhaltensweisen (Hall, 2005). Wenn diese zwar verinnerlicht, aber nicht ausgesprochen werden, können sie zu einem unsichtbaren Hindernis für Berufsgruppen werden, die gemeinsam an einem Problem arbeiten. Die Offenlegung der berufsspezifischen Kultur wird in der Literatur als Strategie zur Überwindung von Hindernissen bei der Zusammenarbeit genannt (Hall, 2005). Laut Petrie (1976) verfügt jede Berufsgruppe als Folge von beruflicher Sozialisation und Bildung über eigene „cognitive maps“ (ebd., S. 35). Dies kann dazu führen, dass unterschiedliche Disziplinen die gleiche Situation unterschiedlich wahrnehmen (Petrie, 1976). Die Herausforderung effektiver interprofessioneller Zusammenarbeit besteht darin, Möglichkeiten zu schaffen, die inneren Landkarten der anderen Berufsgruppen zu verstehen (Hall, 2005).

Bei einigen Hebammen dieser Studie erwachsen aus den unterschiedlichen professions-spezifischen Perspektiven Wünsche und Erwartungen, die sie an die Akteurinnen/Akteure der Kinder- und Jugendhilfe adressieren. Diese beinhalten die Verfügbarkeit fester Ansprechpartnerinnen/-partner seitens der Kinder- und Jugendhilfe sowie die Berücksichtigung der Arbeitszeiten von Hebammen bei der Planung von Netzwerktreffen. Dieser Befund deckt sich mit der Studie von Clauß et al. (2016), wonach auch andere Akteurinnen/Akteure des Gesundheitswesens, darunter u.a. Pädiaterinnen/Pädiater und Frauenärzte/-ärztinnen die Bedeutung klar definierter, regionaler Ansprechpartnerinnen/-partner betonen. Außerdem ist ein Termin der Netzwerktreffen außerhalb ihrer Sprechstundenzeiten das wichtigste Kriterium für die Teilnahme (Clauß et al., 2016).

Laut der vorliegenden Studie reagieren Hebammen teilweise verärgert, wenn ihre Perspektive nicht berücksichtigt wird, und ziehen sich infolgedessen aus der Zusammenarbeit zurück. Auch Buschhorn et al. (2015) definieren eine gegenseitige Wertschätzung professionsspezifischer Sicht- und Arbeitsweisen als zentralen Erfolgsfaktor von Kooperation und ein Fehlen dieser Wertschätzung als Hindernis für eine Zusammenarbeit in den Frühen Hilfen.

Die Kenntnisse der Akteurinnen/Akteure der Kinder- und Jugendhilfe über die Kompetenzen und die Arbeitsorganisation von freiberuflichen Hebammen sind gering. Dies führt bei den Befragten dieser Studie mitunter zu einem Gefühl fehlender Wertschätzung. Die Vermittlung einer Hebammenbetreuung seitens der Berufsgruppen des Sozialwesens erfolgt wenig systematisch und unterliegt häufig dem Zufall. Aber auch umgekehrt sind die Hebammen mit den Aufgaben der Akteurinnen/Akteure sowie Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe nicht immer vertraut. Fehlende Kenntnisse über die Aufgabenbereiche und das Vorgehen der anderen Disziplinen wird als Schwierigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Praxis beschrieben (Ziegenhain et al., 2011). Laut Erpenbeck (2010) bringen unterschiedliche Disziplinen Kompetenzen in Form von bewertetem und emotional-motivational tief verankertem Wissen sowie in Form von Erfahrungen und kreativer Handlungsfähigkeit in die Zusammenarbeit ein. Als Grundlage für das Gelingen interprofessioneller Zusammenarbeit gilt die Klarheit über die eigenen Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungsbereiche sowie die Schärfung des eigenen Profils bei gleichzeitiger Wahrnehmung der Grenzen der eigenen Perspektive (Marzinzik et al., 2010).

Der Mangel an Wissen um die Möglichkeiten der Berufsgruppen des jeweils anderen Systems wird bereits in der Präambel der VV BIFH (2012) als Herausforderung der Kooperation benannt. Die vorliegende Studie zeigt, dass auch fünf Jahre nach dem Inkrafttreten der BIFH Kooperationshemmnisse zwischen freiberuflichen Hebammen als Partnerinnen aus dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe nicht überwunden werden konnten.

9.1.3 Vertrauensbildung zwischen Hebammen und Klientinnen

Auffallend häufig betonen die Hebammen die Vertrauensbildung zu den Klientinnen. Diese erscheint im Kontext der Zusammenarbeit mit den Berufsgruppen in den Frühen

Hilfen als bedeutende Ressource. Die Vertrauensbeziehung gilt als wichtiger Faktor zur Motivation der Familien zur Annahme weitergehender Hilfen.

Diese Ergebnisse decken sich mit den Ausführungen in der Fachliteratur für Hebammen. Dort wird die Vertrauensbildung als „Basis der Beziehung zwischen Frau und Hebamme“ (Ahrendt, 2013, S. 33), als „wesentlicher Aspekt der Beziehungsarbeit“ (Schönberner et al., 2010, S. 21) sowie als „Herzstück der Hebammenarbeit“ (ebd., S. 21) bezeichnet. Ein allgemeiner Vertrauensvorschuss durch die Wertschätzung des Hebammenberufs in der Gesellschaft wurde bereits von Lange und Liebald (2013) beschrieben. Auch Rettig et al. (2017) identifizierten bei der Analyse der Beziehung zwischen Familienhebammen und ihren Klientinnen Vertrauen als eine „ständig erbrachte Leistung von Familienhebamme und Adressat/-in“ (ebd., S. 129). Weiter hebt Ayerle (2012) die zentrale Bedeutung der Vertrauensbeziehung zwischen Familienhebammen und Frauen hervor.

Das Vertrauen der Klientinnen beruht möglicherweise zumindest teilweise darauf, dass die Leistungen der freiberuflichen Hebammen regelhaft in Anspruch genommen und deshalb als nicht stigmatisierend erlebt werden (Renner, 2010). Darüber hinaus wird die Vertrauensbeziehung durch die Schweigepflicht der Hebamme geschützt (Meysen & Schönecker, 2011; StGB, 1998, § 203). Die Vertrauensbildung zwischen Hebammen und Klientinnen zeigt unterschiedliche Ausprägungen. Einige der befragten Hebammen nutzen die Vertrauensbeziehung bei der Betreuung von Frauen in belasteten Lebenslagen gezielt, um den Zugang zu ihnen aufrechtzuerhalten. Auffällig ist, dass Hebammen dabei vor allem an vorhandene Ressourcen der Frau anknüpfen. Eine Untersuchung zum Handeln von Familienhebammen (Rettig et al., 2017) zeigt, dass die Arbeitsbeziehung von Familienhebammen darauf abzielen kann, über Loben und Stärken die Frauen handlungsfähig zu erhalten. Die Autorinnen deuten diese Art der Beziehungsgestaltung zwischen Familienhebamme und Frau als „kleinsten gemeinsamen Nenner“ (Rettig et al., 2017). Da sowohl freiberufliche Hebammen als auch Familienhebammen die Vertrauensbeziehung strategisch nutzen, kann diese Strategie als Teil des professionellen Selbstverständnisses von Hebammen gedeutet werden. Laut Fabel-Lamla, Tiefel und Zeller (2012) hat die Vertrauensbildung beim Aufbau von Klientenbeziehungen eine konstitutive Bedeutung. Betont wird in der Untersuchung die Autonomie der Adressaten, die den Professionellen aktiv Vertrauen schenken müssen, wodurch die Vertrauens-

bildung nicht alleinig als personale Ressource der Professionellen aufzufassen ist (Fabel-Lamla et al., 2012).

Bei der Vermittlung von Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe bauen einige Hebammen dieser Studie auf dem Vertrauen der Frauen auf. Auf diese Weise gelingt es ihnen, Frauen an weiterführende Hilfen zu leiten. An dieser Stelle zeigt sich die hohe Bereitschaft der Hebammen, eine Kooperation mit anderen Berufsgruppen einzugehen, die auch Ayerle et al. (2014) beschreiben. Gleichzeitig empfinden sie einen erhöhten Unterstützungsbedarf, wenn ihre Kompetenzen überschritten werden.

Anderen Befragten fällt es schwer, Frauen an Angebote der Frühen Hilfen zu vermitteln, da sie einen Verlust der vertrauensvollen Beziehung befürchten. Manche Hebammen setzen daher in der interprofessionellen Kooperation mit den Institutionen und Akteurinnen/Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe stärker auf Abgrenzung als auf Vermittlung. Diese Sichtweise kann die Bereitschaft zur Kooperation einschränken. Clauß et al. (2016) stellten fest, dass die Befürchtung, durch eine Empfehlung von Hilfsangeboten die eigene professionelle Vertrauensbeziehung zu gefährden von niedergelassenen Kinder-, Frauen-, Hausärztinnen/-ärzten sowie Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten in den Frühen Hilfen nicht geteilt wird. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Hebammen dieser Studie ein enges Vertrauensverhältnis zu den Klientinnen eingehen und mitunter die Grenzen ihrer Kompetenz nur schwer akzeptieren können.

9.1.4 Bedeutung einzelfallbezogener Kooperation

Die vorliegende Studie zeigt, dass die interprofessionelle Kooperation freiberuflicher Hebammen mit den Berufsgruppen des Sozialwesens im konkreten Einzelfall häufig gelingt. Hebammen, die in Präventionsprojekte oder Modellprojekte Früher Hilfen eingebunden sind, beurteilen die Zusammenarbeit „am Fall“ besonders positiv. Der Nutzen der Kooperation liegt für sie in der gegenseitigen Ergänzung der Berufsgruppen sowie der passgenauen und individuellen Unterstützung für die Klientinnen. Die Ergebnisse könnten ein Hinweis darauf sein, dass die unterschiedliche berufliche Sozialisation für freiberufliche Hebammen an Geltung verliert, sobald der „Fall“ im Vordergrund steht.

Die Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen freiberuflichen Hebammen und den Akteurinnen/Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe im Einzelfall heben auch Küster et al.

(2015) hervor. Im Rahmen einer Kommunalbefragung des NZFH im Jahr 2013 gaben 68,3% der Kommunen an, einzelfallbezogen mit niedergelassenen Hebammen zu kooperieren. Eine fallübergreifende Zusammenarbeit fand dagegen im gleichen Zeitraum nur in 64,7% der Kommunen statt (Küster et al., 2015). Die Autoren führen dies darauf zurück, dass die mit der BIFH beabsichtigte rechtliche Normierung und Qualitätsentwicklung von Frühen Hilfen noch am Anfang steht (Küster et al., 2015, S. 23). Die Einbeziehung des Gesundheitswesens wird als bislang „nicht vollständig gelöste Entwicklungsaufgabe“ (Küster et al., 2015, S. 23) bezeichnet. In der vorliegenden Studie berichten die Hebammen nicht häufiger von Kooperationen im Einzelfall als von fallübergreifenden Kooperationen. Auffällig erscheint jedoch die durchgängig hohe Bedeutung, die die befragten Hebammen der fallbezogenen Kooperation beimessen. Möglicherweise suchen freiberufliche Hebammen, die in Projekten Früher Hilfen tätig sind, bei der Betreuung von Frauen, Kindern und Familien in belasteten Lebenslagen häufiger eine Unterstützung durch die Kinder- und Jugendhilfe, weil sie die Akteurinnen/Akteure der Kinder- und Jugendhilfe kennen. Kontinuierliche Begegnungen führen zu einer stärkeren Offenheit zwischen den Berufsgruppen.

Ein erschwertes Verständnis füreinander aufgrund der Unkenntnis des anderen Systems und seiner Handlungslogiken ist im Gegensatz zu einer Studie des NZFH (2014a) im Erleben der Hebammen dieser Studie im Rahmen der Kooperation „am Fall“ nicht erkennbar. Deutlich wird in dieser Studie der Wunsch der Hebammen nach einem Ausbau der einzelfallbezogenen Zusammenarbeit, womit sie ihr Interesse an einem Austausch mit den Akteurinnen/Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe bekräftigen. Auch andere Studien belegen das Interesse der Hebammen, ihre Erfahrungen mit anderen Berufsgruppen zu diskutieren. Nach ihrer Meinung sind die Fallkonferenzen Früher Hilfen eine geeignete Form, wichtige Kompetenzen und Handlungsstrategien zur Einschätzung von Familien in Problemlagen zu gewinnen (Ayerle et al., 2014). Laut Küster et al. (2015) kann nur durch die Verknüpfung der einzelfallbezogenen und fallübergreifenden Kooperation ein Benefit für die Adressatinnen/Adressaten erzielt werden.

Die vorliegende Studie zeigt, dass der Umgang mit der Schweigepflicht für viele der Befragten eine Herausforderung ist, die vor allem in der einzelfallbezogenen Kooperation zu Unsicherheiten führt. Dies kann als Hinweis gewertet werden, dass für die Kooperation spezifische Kompetenzen vermittelt werden müssen. Kenntnisse über Regelungen

zum Datenschutz sowie die Fähigkeit, sich fachlich angemessen mit anderen Berufsgruppen über fallbezogene Fragestellungen auszutauschen, sind wichtige Kompetenzen der Berufsgruppen in den Frühen Hilfen (NZFH, 2014c).

9.2 Empfehlungen für die Berufspraxis

Die Erkenntnisse der vorliegenden Studie betonen die zentrale Bedeutung freiberuflicher Hebammen als Kooperationspartnerinnen in den Netzwerken Früher Hilfen. Sie deuten jedoch auch daraufhin, dass das gesundheitsfördernde Potential freiberuflicher Hebammen in diesem Kontext von der Gesundheitspolitik und innerhalb der Netzwerke nicht in ausreichendem Umfang wahrgenommen wird. Die Ergebnisse sind für die Weiterentwicklung der Frühen Hilfen und für die Berufspraxis von Hebammen von Relevanz. Es lassen sich Empfehlungen zum Ausbau der Integration freiberuflicher Hebammen in die Netzwerke Früher Hilfen ableiten, so dass ihre Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsförderung für Familien mit einem besonderen Unterstützungsbedarf stärker genutzt werden können.

9.2.1 Berufs- und Gesundheitspolitik

Die Erkenntnis, dass die Einbeziehung von freiberuflichen Hebammen in das System Früher Hilfen vernachlässigt wurde, untermauert notwendige Nachjustierungen in der Gesundheitspolitik sowie auf Netzwerkebene. Aufgrund der politischen Fokussierung auf den Einsatz von Familienhebammen sowie Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden als Förderschwerpunkt der BIFH (BKISchG, 2011, Art. 1 § 3 Abs. 4) hält mittlerweile die Mehrzahl der Kommunen in Deutschland dieses Angebot für Familien mit einem besonderen Unterstützungsbedarf vor (Renner & Scharmanski, 2016). Dennoch kann eine bedarfsgerechte Versorgung von Familien mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf derzeit in der Regel nicht gewährleistet werden (NZFH, 2014a). Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung belasteter Familien erscheint die aktuelle Forderung nach einer systematischen Einbeziehung freiberuflicher Hebammen in die Netzwerke Früher Hilfen als dringlich. Die Versorgung mit Hebammenleistungen während dieser Lebensphase steht in Deutschland allen Frauen als Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung (SGB V, 1988, § 134a). Den niedrigschwelligen, aufsuchenden Angeboten der Hebammenhilfe sollte auch im Kontext Früher Hilfen gesundheitspolitisch stärker Beachtung zukommen. Die Tatsache,

dass sich das Konzept der Familienhebamme nicht als Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen durchsetzen konnte (Sayn-Wittgenstein, 2007; Horschitz et al., 2015), sollte nicht verhindern, die Potentiale originären Hebammenhandelns, nämlich die gesundheitliche und psychosoziale Versorgung von (werdenden) Müttern und ihren Kindern, auch in belasteten Lebenslagen zu nutzen. Die Ergebnisse dieser Studie bekräftigen die Forderung des DHV, dem erhöhten und erweiterten Versorgungsbedarf durch eine Ausweitung der Regelversorgung mit Hebammenhilfe im SGB zu begegnen (DHV, 2014).

Studien zeigen, dass bisher nicht alle Frauen von den primärpräventiven Angeboten freiberuflicher Hebammen gleichermaßen erreicht werden (Eickhorst et al., 2016; Lang et al., 2015; Neumann & Renner, 2016; Sayn-Wittgenstein et al., 2010). Für eine bedarfsgerechte Versorgung müssen Versorgungskonzepte von Hebammen stärker an den Versorgungsbedürfnissen der Frauen ausgerichtet werden. Dies kann nur in enger Kooperation mit den anderen Akteurinnen/Akteuren und Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens erfolgen und unterstreicht die Notwendigkeit einer systematischen Einbindung freiberuflicher Hebammen in den Kontext Früher Hilfen.

Die in dieser Studie aufgezeigte, unzureichende Einbeziehung freiberuflicher Hebammen in die Netzwerke Früher Hilfen liegt überwiegend nicht in der Verantwortung der einzelnen Hebamme, vielmehr liegt die Aufgabe der Koordination bei der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe (Buschhorn et al., 2015; Küster et al., 2015). Damit treffen die verantwortlichen Netzwerkkordinatorinnen/-koordinatoren in den Kommunen auch die Entscheidung, wer am Netzwerk teilnehmen soll (Hoffmann, Mengel & Sandner, 2013). Sie sind es auch, die die Rahmenbedingungen für die Einbeziehung freiberuflicher Hebammen und für die Kooperation zwischen den Akteurinnen/Akteuren in den Netzwerken gestalten. Durch den intensiveren Einbezug freiberufliche Hebammen in die Netzwerke Früher Hilfen könnte ihre bisher nur unzureichend ausgenutzte Lotsinnenfunktion einen wichtigen Beitrag in den Netzwerken leisten. Laut der vorliegenden Untersuchung kommt der professionellen Vertrauensbeziehung zwischen Hebammen und ihren Klientinnen eine wichtige Rolle bei der Vermittlung weiterführender Angebote zu. Ob dieses Potential genutzt wird, hängt bislang von der Aufmerksamkeit und dem individuellen Vernetzungsrad einzelner Hebammen ab und nicht von gesundheitspolitisch gewollten Entscheidungen.

9.2.2 Einzelfallarbeit

Aus der Perspektive der befragten Hebammen können die Klientinnen von einer Zusammenarbeit freiberuflicher Hebammen mit den Akteursgruppen der Kinder- und Jugendhilfe im Einzelfall profitieren. Deshalb sollte die einzelfallbezogene Kooperation freiberuflicher Hebammen in den Frühen Hilfen zukünftig ausgebaut werden. Regelmäßige, interdisziplinäre Fallkonferenzen sind ein wichtiges Instrument, um dem im Rahmen der vorliegenden Studie identifizierten Bedürfnis der freiberuflichen Hebammen nach einem stärkeren Austausch mit den Akteurinnen/Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe entgegenzukommen. Die Fallkonferenz ist die „Zusammenkunft eines interdisziplinären, multiprofessionellen Teams, bei der möglichst alle an einem Fall beteiligten Helferinnen/Helfer, eventuell auch die Klientin/der Klient selbst, die weitere Vorgehensweise in der Betreuung der Klientin/des Klienten besprechen, aufeinander abstimmen und beschließen“ (Ziegenhain et al., 2011). Das Bedürfnis der Hebammen voneinander zu lernen und sich regelmäßig mit anderen Akteurinnen/Akteuren der Frühen Hilfen auszutauschen, ist eine zentrale Erkenntnis der Studie. Die Betreuung von Frauen, Kindern und Familien mit einem besonderen Unterstützungsbedarf stellt für Hebammen eine Herausforderung dar, weshalb die Teilnahme an Fallkonferenzen entlastend sein kann. Bei einer empfundenen Überlastung besteht die Gefahr, dass sich freiberufliche Hebammen aus der Betreuung von Frauen, Kindern und Familien in belasteten Lebenslagen zurückziehen. Dies stellt sich vor dem Hintergrund der aktuell bestehenden Unterversorgung dieser Klientel als problematisch dar.

Darüber hinaus gilt es, freiberufliche Hebammen im Rahmen von interprofessionellen Qualitätszirkeln auch strukturell einzubinden. Das Modell der „Interprofessionellen Qualitätszirkel Frühe Hilfen“ wird für Ärztinnen/Ärzte und Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe eingesetzt und erhält sozialpolitisch auf breiter Ebene Unterstützung (NZFH, KBV & KVBW, 2014). Ziel des Modells ist es, die Kooperationsqualität zwischen Ärztinnen/Ärzten und Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe zu verbessern, indem anhand von anonymisierten Fallbeispielen die Zusammenarbeit reflektiert wird (Küster et al., 2017a). Auch freiberufliche Hebammen sind als Leistungserbringer verpflichtet, die Qualität ihrer Leistungen zu sichern (Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V, 2015, Anlage 3, Anlage 3a). Zukünftig sollte die strukturierte Einbindung von Akteurinnen/Akteuren aus dem Gesundheitswesen im

Rahmen fallbezogener Zusammenarbeit auch freiberufliche Hebammen erfassen. Auch müssen freiberufliche Hebammen bei der Entwicklung neuer Modelle zur fallbezogenen Zusammenarbeit explizit berücksichtigt werden.

9.2.3 Hebammenausbildung und Studium

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung lassen sich Empfehlungen für die Ausbildung und das Studium von Hebammen ableiten.

Fachwissenschaftliche Verankerung von Kooperation und familienorientierten Versorgungskonzepten

Die Versorgung von Frauen, Kindern und Familien mit einem besonderen Unterstützungsbedarf durch Hebammen sollte fachwissenschaftlich in der Hebammenausbildung verankert werden. Die Studienergebnisse zeigen, dass sich viele Hebammen in der Betreuung von Frauen mit besonderem Unterstützungsbedarf als nicht ausreichend kompetent erleben. Weitere Studien belegen, dass die primärpräventiven Angebote freiberuflicher Hebammen nicht alle Frauen gleichermaßen erreichen (Eickhorst et al., 2016; Lang et al., 2015; Neumann & Renner, 2016; Sayn-Wittgenstein et al., 2010). Möglicherweise ist dies darauf zurückzuführen, dass die Betreuungskonzepte freiberuflicher Hebammen die Bedürfnisse von Frauen, Kindern und Familien mit einem besonderen Unterstützungsbedarf derzeit nicht ausreichend berücksichtigen. Unzweifelhaft können diese Mängel nur berufsgruppenübergreifend beseitigt werden. Daher ist eine Verankerung der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Hebammenausbildung und im -studium erforderlich.

Bislang sieht die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung von 1987, die zuletzt 2016 geändert wurde (HebAPrV, 1987), Lerninhalte zur Versorgung belasteter Frauen, Kinder und Familien nicht explizit vor. Hier zeigt sich ein Widerspruch zu zahlreichen Berufsordnungen der Länder, die die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte bei der Betreuung von Frauen, Kindern und Familien durch Hebammen ausdrücklich betonen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Hebammen mit den Berufsgruppen und den Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens bei der Versorgung von Frauen, Kindern und Familien mit einem besonderen Unterstützungsbedarf von großer Bedeutung ist. Diese Anforderung ist jedoch nicht in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung verankert.

Für den theoretischen Teil der Hebammenausbildung und des -studiums existiert in Deutschland derzeit kein einheitliches, verbindliches Curriculum (Zoege, 2004). 2006 entwickelte der Pädagogische Fachbeirat in Zusammenarbeit mit dem DHV ein Kompetenzprofil für die deutsche Hebammenausbildung (Hellmers & Kehrbach, 2006), das acht berufsspezifische Kompetenzen definiert. Das Profil wurde 2008 in einem modulisierten Rahmencurriculum umgesetzt (PFB, 2008). Mit Hilfe des Kompetenzprofils sollten Veränderungen der Ausbildungsinhalte im Rahmen der Anhebung der beruflichen Ausbildungswege auf ein akademisches Niveau auf curricularer Ebene implementiert werden (Hellmers & Kehrbach, 2006). In Kompetenz 3 ist Interdisziplinarität ausdrücklich formuliert:

„Die Hebamme praktiziert eine effektive, interdisziplinäre, kollegiale Zusammenarbeit mit dem Fokus der optimalen Versorgung von Mutter, Kind und Familie“ (PFB, 2008, S. 2).

Eine Umsetzung des Rahmencurriculums ist für Hebammenschulen und Hochschulen nicht verbindlich. Curriculare Gestaltungsmöglichkeiten liegen im Ermessen der einzelnen Einrichtung. Damit die Bedürfnisse von Frauen, Kindern und Familien mit einem besonderen Unterstützungsbedarf in der beruflichen Praxis seitens der Hebammen stärker berücksichtigt werden können, bedarf es einer verbindlichen Verankerung von Ausbildungsmodulen zur Kooperation und zu Versorgungskonzepten für belastete Familien. Die vorliegende Studie belegt bei den Hebammen Defizite bei den Kenntnissen zu Strukturen und Ansprechpartnerinnen/-partnern der Frühen Hilfen sowie beim Umgang mit der Schweigepflicht. Es muss kritisch hinterfragt werden, ob der fehlende Kontakt mit diesen Themen im Rahmen der Ausbildung von Hebammen zu Unsicherheiten im alltäglichen Handeln führt. Der derzeitige Mangel an Fachkräften in der längerfristigen Betreuung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in belastenden Lebenslagen unterstreicht die Notwendigkeit, dass Hebammen gemäß ihrem Auftrag Hebammenhilfe bei allen, auch sozial und medizinisch belasteten Müttern und ihren Kindern leisten. Die Schulung entsprechender Kompetenzen muss bei der Überarbeitung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung dringend berücksichtigt werden. Nur so können Hebammen ihr gesundheitsförderndes Potential in den Netzwerken Früher Hilfen stärker entfalten.

Förderung interdisziplinären Lehrens und Lernens für Hebammen

Die vorliegende Studie macht deutlich, dass die betreuten Frauen und Familien von einer gelungenen Zusammenarbeit zwischen Hebammen und den Berufsgruppen des Sozialwesens profitieren können. Die Bedeutung von Kooperation für eine qualitativ hochwertige Versorgung wird vielfach hervorgehoben (Robert Bosch Stiftung, 2011; SVR, 2007; SVR, 2009). Nach den vorliegenden Interviews zeigen einige Hebammen aber wenig Interesse an einer Kooperation mit den Institutionen sowie Akteurinnen/Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe und reflektieren die Zusammenarbeit kaum. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Kooperation nicht zum selbstverständlichen Handlungsrepertoire aller Hebammen zählt. Um Hebammen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit bereits in Ausbildung und Studium zu sensibilisieren, sollten an Schulen und Hochschulen Konzepte entwickelt werden, die Hebammen auf die kooperativen Anforderungen in dem oben genannten Handlungsfeld vorbereiten.

Das Forschungsprojekt „Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen MESOP“ (Kaba-Schönstein & Kälble, 2004), das Erfahrungen und Einschätzungen zu gelingenden Ansätzen der Kooperation von Lehrenden, Lernenden und Praxisexperten der Berufsgruppen Soziale Arbeit, Medizin und Pflege untersucht, liefert grundlegende Erkenntnisse für die Realisierung von kooperationsfördernden, interdisziplinären Lehrveranstaltungen (Kaba-Schönstein, 2004b; Kälble, 2004b). Diese Erhebung analysiert, welches Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe benötigen, um im Interesse einer optimalen Qualität der Versorgung zu kooperieren (Kaba-Schönstein, 2004a). Danach sind fächerübergreifende Studienangebote in den Studiengängen des Gesundheitswesens, die Öffnung der Lehrangebote für Studierende anderer Disziplinen und der Einbezug von Lehrenden anderer Studiengänge in die Lehrveranstaltungen notwendig (Kaba-Schönstein, 2004c; Kälble, 2004b). Weiterhin gilt es, Themen aus fachsystematischen Kontexten herauszulösen und unter verschiedenen fachlichen oder disziplinären Perspektiven zu betrachten (Kälble, 2004b).

Auch Marzinzik et al. (2010) betonen, dass die Zusammenarbeit der Berufsgruppen des Sozial- und Gesundheitsbereichs neue kooperationsbezogene Qualifikationen und Kompetenzen der beteiligten Professionen erfordert. In der vorliegenden Studie erweist sich die unterschiedliche berufliche Sozialisation von freiberuflichen Hebammen und den Akteurinnen/Akteuren in den Frühen Hilfen als zentrale Herausforderung im Hin-

blick auf die Zusammenarbeit. Dies führt mitunter dazu, dass Hebammen sich aus der Zusammenarbeit zurückziehen.

Um Studierende und Schülerinnen des Hebammenberufs auf die Kooperation mit anderen Berufsgruppen vorzubereiten, werden an Hochschulen und Universitäten, wie an der Hochschule für Gesundheit in Bochum, der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften oder der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg, interprofessionelle Lehr- und Lernstrukturen auf- und ausgebaut (HSG, 2015; ZHAW, 2015; Universitätsklinikum Heidelberg, 2017). Die Relevanz interprofessioneller Lern- und Arbeitsprozesse wird in Deutschland auch vor dem Hintergrund der Akademisierung der Gesundheitsberufe diskutiert (SVR, 2007; Walkenhorst, 2016; Wissenschaftsrat, 2012). Die Implementierung von interprofessionellen Lehrangeboten in Studiengängen der Gesundheitsberufe befindet sich derzeit in der Erprobungsphase (Nowak, Klimke-Jung, Schäfer & Reif, 2016). Bislang wurden jedoch keine interprofessionellen Studien- oder Ausbildungsgänge zwischen dem Hebammen- und dem Sozialwesen realisiert. Um sich beispielsweise fachlich angemessen mit den Berufsgruppen des Sozialwesens über fallbezogene Fragestellungen auszutauschen (NZFH, 2014c), bedarf es zukünftig auch sektorenübergreifender Lehr- und Lernarrangements.

Empfehlungen für die praktische Hebammenausbildung

Die praktische Ausbildung von Hebammen findet in Deutschland derzeit überwiegend in der Klinik statt, Lernorte außerhalb des Krankenhauses spielen quantitativ nur eine geringe Rolle (Zoege, 2004). Das HebG (1985, § 6 Abs. 2) sieht vor, dass die Teile der praktischen Ausbildung zur Schwangerenvorsorge, zur außerklinischen Geburt sowie zum Wochenbettverlauf außerhalb der Klinik bis zu einer Dauer von 480 Stunden von freiberuflichen Hebammen oder in von Hebammen geleiteten Einrichtungen durchgeführt werden. Damit Hebammen Kooperationserfahrungen in verschiedenen Versorgungskontexten sammeln können, bedarf es einer Erweiterung der praktischen Ausbildung im ambulanten Versorgungssetting. Anstelle einer einseitig klinikorientierten Ausrichtung sollte die praktische Ausbildung von Hebammen stärker an den veränderten Anforderungen des Hebammenberufs sowie an den aktuellen Versorgungsbedürfnissen von Frauen, Kindern und Familien ausgerichtet werden. Vor diesem Hintergrund sollten Hebammen bereits in der Ausbildung und im Studium berufsgruppenübergreifende Ver-

sorgungskonzepte für Mütter mit einem besonderen Unterstützungsbedarf im Rahmen ihrer praktischen Einsätze kennenlernen.

9.2.4 Arbeitsbeziehung zu den Frauen

Die Relevanz des Vertrauens in der Arbeitsbeziehung zwischen Hebamme und Frau unterstreicht die zentrale Bedeutung dieses Aspektes für die Kooperation freiberuflicher Hebammen in den Frühen Hilfen (Schlüter-Cruse & Sayn-Wittgenstein, 2017). Die Herausforderung für die freiberuflichen Hebammen besteht darin, ihre Rolle als Kooperationspartnerin in den Netzwerken Früher Hilfen zu finden, ohne dabei das Vertrauen der Frauen zu verlieren. Damit die gesetzlich (BKSchG, 2011, Art. 1 § 3 Abs. 2) verankerte Forderung nach Kooperation freiberuflicher Hebammen in die Netzwerke der Frühen Hilfen gelingt, soll anknüpfend an die Ergebnisse dieser Studie folgendes Fazit gezogen werden: Die Strukturen der Netzwerke Früher Hilfen müssen so gestaltet werden, dass die Sorge der Hebammen vor einem Vertrauensverlust zu den Frauen nicht zu einem Kooperationshindernis wird. Dies erfordert klare und verständliche Rahmenbedingungen für alle in die Netzwerke eingebundenen Akteurinnen/Akteure und Institutionen.

Die Kooperation freiberuflicher Hebammen in den Frühen Hilfen kann nur auf der Basis einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung zu den Frauen gelingen. Dies erfordert einen sensiblen Umgang mit dem Vertrauen der Frauen, beispielsweise durch eine strikte Einhaltung der Schweigepflicht. Andernfalls besteht die Gefahr, dass eine Mitwirkung freiberuflicher Hebammen in den Netzwerken Früher Hilfen zu Lasten des Vertrauensverhältnisses von Hebammen und Frauen geht.

Damit Hebammen ihr Potential in den Netzwerken Früher Hilfen entfalten können, ohne die Vertrauensbeziehung zu den Frauen zu gefährden, müssen sie die Strukturen Früher Hilfen verstehen und die beteiligten Akteurinnen/Akteure kennen.

9.3 Grenzen der Studie

Die vorliegende Studie gibt wichtige Einblicke in die interprofessionelle Kooperation von Hebammen mit den Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens im Kontext Früher Hilfen. Die Erfahrungen und Sichtweisen von 27 freiberuflichen, bundesweit tätigen Hebammen wurden mittels eines Leitfadens erhoben und inhaltsanalytisch aus-

gewertet. Zur Beurteilung des Aussagewerts der Studienergebnisse sollen abschließend methodische Grenzen angeführt werden.

Aufgrund der Form der Datenerhebung ergeben sich Einschränkungen in der Generalisierbarkeit der Ergebnisse, da eine gezielt ausgewählte Gruppe von freiberuflichen Hebammen befragt wurde. Die Rekonstruktion der Perspektive dieser freiberuflichen Hebammen entspricht dem Erkenntnisinteresse dieser Arbeit. Durch die Vorgehensweise bei der Datenanalyse ist das Abstraktionsniveau begrenzt, wodurch die Ergebnisse als vorläufig zu betrachten sind.

Die Wahl der Datenerhebungsmethoden Gruppendiskussion und problemzentrierte Interviews implizieren, dass die in die Studie einbezogenen Hebammen über ihre Kooperationserfahrungen freiwillig Auskunft gaben. Es kann vermutet werden, dass sich die befragten Hebammen verstärkt mit dem Thema beschäftigen, was ihr Antwortverhalten beeinflusst haben könnte. Entgegen dieser Annahme fällt auf, dass ein Teil der Hebammen nicht über die regionalen Strukturen Früher Hilfen und die Ansprechpartnerinnen/-partner vor Ort informiert sind und weitere Wissenslücken zeigen.

Die Ansprache der freiberuflichen Hebammen zur Studienteilnahme über lokale E-Mail-Verteiler erbrachte nicht den gewünschten Erfolg. Als wirkungsvoller erwies sich der persönliche Kontakt im Rahmen von Hebammentagungen und -kongressen oder über Gatekeeper. Eine mögliche Erklärung könnte darin bestehen, dass die freiberufliche Hebammentätigkeit außerordentlich zeitintensiv ist, da sie eine hohe Flexibilität und Bereitschaft erfordert. Möglicherweise hemmt dieser Aspekt die Bereitschaft der Hebammen auf elektronische Anfragen zu reagieren. Auch in der IGES-Studie zur Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe erwies es sich als Herausforderung, freiberufliche Hebammen zur Studienteilnahme zu bewegen. So lag die Rücklaufquote zunächst nur bei 8,3% und auch nach einer Verlängerung des Befragungszeitraums konnten nur 31,6% der freiberuflichen Hebammen für die Teilnahme gewonnen werden. Die IGES-Studie wurde im Wesentlichen als Online-Befragung durchgeführt (Albrecht et al., 2012).

Das Ziel der vorliegenden Studie bestand darin, die Kooperation freiberuflicher Hebammen im Kontext Früher Hilfen zu untersuchen. Dies erfolgte aus der Perspektive freiberuflicher Hebammen. Die Verwendung eines multiperspektivischen Ansatzes, der

die Sichtweise weiterer Akteurinnen/Akteure und Institutionen der Frühen Hilfen integriert, wie beispielsweise von Netzwerkkoordinatorinnen/-koordinatoren, Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden, Ärztinnen/Ärzten sowie Einrichtungen der öffentlichen und freien Jugendhilfe oder Beratungsstellen könnte die hier gewonnenen Erkenntnisse vertiefen.

Durch die bundesweite Ausdehnung der Studie konnten unterschiedliche Rahmenbedingungen und Unterschiede auf regionaler Ebene erfasst werden. Die drei Feld- und Analysephasen basierend auf dem Prinzip des Theoretischen Samplings erlaubten es, unterschiedliche Facetten des untersuchten Phänomens herauszuarbeiten. Die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse erwies sich für die Fragestellungen als geeignet, da die subjektiven Sichtweisen der Hebammen und ihre Kooperationserfahrungen abgebildet werden konnten.

9.4 Ausblick auf weitere Forschung

Diese Untersuchung gibt Einblicke in die Kooperation freiberuflicher Hebammen mit den Institutionen sowie Akteurinnen/Akteuren des Sozialwesens im Kontext Früher Hilfen. Vielfältige Faktoren beeinflussen die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den Akteursgruppen aus den verschiedenen Sektoren. Die aufgezeigten Konsequenzen für die Zusammenarbeit betreffen sowohl die Akteurs-, als auch die Klientenebene. Im folgenden Kapitel wird diskutiert, welche Ansatzpunkte die Ergebnisse dieser Untersuchung für weitere Forschungen bieten.

Im Mittelpunkt der Untersuchung standen die Sichtweisen und Erfahrungen freiberuflicher Hebammen. Wie Frauen, Kinder und Familien die Kooperation zwischen den Akteursgruppen beurteilen und ob sie einen Vorteil für sich darin sehen, wurde nicht explizit untersucht. Die Aussagen der Hebammen geben jedoch deutliche Hinweise auf solche Effekte, insbesondere in Situationen, in denen die Kooperation aus Hebammenperspektive als gelingend erlebt wird. In nachfolgenden Forschungen sollte die Perspektive (werdender) Mütter und Väter im Hinblick auf den Betreuungsgewinn bei einer Kooperation von Akteurinnen-/Akteuren und Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens im Kontext Früher Hilfen untersucht werden. Weiter wäre es von Interesse zu erfahren, wie sie die Vernetzung freiberuflicher Hebammen beurteilen und wie sich diese aus

ihrer Sicht auf die Arbeit von Hebammen in den Familien auswirkt. Makowsky und Schücking (2013) bemerkten bei einer Untersuchung dieses Aspekts aus der Perspektive von Müttern, die Familienhebammenleistungen in Anspruch nahmen, dass die Vernetzung unterschiedlicher Helferinnen/Helfer, die den Familien neben der Familienhebamme Unterstützung boten, positiv bewertet wurde. Weitere Studien zu diesem Thema aus der Klientinnenperspektive sind notwendig, um diesen Aspekt zu vertiefen.

Das klinische Setting, dem im Zusammenhang mit Frühen Hilfen eine wichtige Rolle zugeschrieben wird (Küster, Pabst & Sann, 2017b), war nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit. Die Vernetzung der stationären Versorgung in Geburtskliniken mit den Frühen Hilfen ist jedoch für die Erkennung von psychosozialen Probleme in Familien und für die Vermittlung eines passenden Unterstützungsangebots von großer Relevanz (Küster et al., 2017b). Die Ergebnisse dieser Untersuchung deuten darauf hin, dass manche Hebammen durch ihre Anbindung an Klinikstrukturen über Kontakte in die Netzwerke Frühe Hilfen verfügen. Die Frage, ob sich die Sichtweisen von ausschließlich angestellten Hebammen zur Kooperation im Kontext Früher Hilfen von jenen des untersuchten Samples unterscheiden, kann nicht beantwortet werden. Zukünftige Studien sollten über den ambulanten Sektor hinaus die Perspektive von angestellten Hebammen in der Klinik erfassen und ihren möglichen Beitrag als Kooperationspartnerinnen in den Frühen Hilfen untersuchen. Untersuchungen zu „Lotsenprojekten“ (Küster et al., 2017b) in Geburtskliniken, die im Zuge der Förderung durch die BIFH eingeführt wurden, um Familien zielgerichtet und passgenau Unterstützung zukommen zu lassen, nutzen meist standardisierte Instrumente zur Einschätzung von psychosozialen Belastungen und Risiken (Fisch, 2015; Fisch et al., 2016; Kratzsch, 2017; Schürmann-Ebenfeld & Kindler, 2015; Sidor, Eickhorst, Stasch & Cierpka, 2012; Ziegenhain et al., 2011). Darüber hinaus wäre es von Interesse zu untersuchen, wie angestellte Hebammen die Kooperation in den Frühen Hilfen erleben und welche Rolle sie bei der Angebotsvermittlung in Geburtskliniken spielen können.

Die in dieser Studie aufgezeigten komplexen Einflussfaktoren und Herausforderungen für die interprofessionelle Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und den Akteurinnen/Akteuren sowie den Institutionen des Sozialwesens, insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe belegen, dass ein interdisziplinäres Zusammenwirken fachübergreifende Kompetenzen erfordert. Die Anforderungen an die Beteiligten für eine gelin-

gende Kooperation sind umso höher, je unterschiedlicher die disziplinar geprägten Wissensstrukturen, Normen, Werte und Einstellungen der Sektoren sind (Antoni, 2010). Als Ziel einer Folgestudie auf der Grundlage der Erkenntnisse dieser Studie bietet sich die Konzeption, Implementierung und Evaluation einer berufsgruppenübergreifenden Lehrveranstaltung für Hebammen und Berufsgruppen des Sozialwesens an.

10 Schlusswort

Die vorliegende Studie erlaubt einen detaillierten Einblick in das Kooperationserleben freiberuflicher Hebammen im Rahmen ihres Versorgungsauftrags während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit unter besonderer Berücksichtigung der Frühen Hilfen.

Um der Vielschichtigkeit der Thematik gerecht zu werden, gibt der gewählte methodische Ansatz den subjektiven Sichtweisen freiberuflicher Hebammen ausreichend Raum. Die Ergebnisse erweitern die Erkenntnisse zur interprofessionellen Kooperation zwischen Akteursgruppen aus dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe um die Perspektive freiberuflicher Hebammen. Sie belegen die Komplexität der Zusammenarbeit von freiberuflichen Hebammen mit den Akteurinnen/Akteuren Früher Hilfen. Dieser Prozess ist sowohl durch die Interaktionen zwischen den beteiligten Berufsgruppen, durch berufs- und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen als auch durch die Arbeitsbeziehungen der Hebammen zu den betreuten Frauen und Familien geprägt.

Die Ergebnisse der Arbeit geben Antworten auf die zuvor formulierten Forschungsfragen. Nur ein geringer Anteil der Hebammen ist über Präventionsprojekte und Modellvorhaben systematisch in die Netzwerke Früher Hilfen eingebunden. Die Mehrheit der Hebammen verfügt nur selten über systematische Kontakte zu diesem Feld.

Während sich die meisten Hebammen nicht als aktive Gestalterinnen von Kooperationsbeziehungen zu den Akteurinnen/Akteuren sowie den Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe begreifen, schildern einige Hebammen, wie Vernetzungsbemühungen ihrerseits auf Ablehnung seitens der Verantwortlichen in den Frühen Hilfen stoßen. Die meisten Hebammen wünschen sich eine von der Kinder- und Jugendhilfe ausgehende Initiative in Bezug auf die Zusammenarbeit, die ihre professionsspezifischen Sicht- und Arbeitsweisen berücksichtigt.

Die Sorge freiberuflicher Hebammen vor einem Vertrauensverlust der Frauen bei einer Zusammenarbeit mit den Institutionen und Akteurinnen/Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe kann die Kooperationsbereitschaft freiberuflicher Hebammen einschränken. Hier liegt die Herausforderung für die Berufsgruppe in einem sensiblen Umgang mit

dem Vertrauen der Frauen, beispielsweise durch eine strikte Einhaltung der Schweigepflicht.

Das besondere Potential freiberuflicher Hebammen besteht in der Vermittlung von Frauen, Kindern und Familien mit einem besonderen Unterstützungsbedarf an weiterführende Hilfen. Die an dieser Stelle identifizierte gesundheitsfördernde Resource freiberuflicher Hebammen wird bislang in den Frühen Hilfen nicht ausreichend genutzt, da Hebammen nicht systematisch in die Netzwerke eingebunden sind.

Für eine gelingende Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und den Akteurinnen/Akteuren sowie den Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe sind aus Hebammensicht regelmäßige Kontakte, Aufgeschlossenheit und ein Interesse an der jeweils anderen Profession sowie eine respektvolle und klare Kommunikation erforderlich. Unklare Zuständigkeiten, ein Mangel an festen Ansprechpartnerinnen/-partnern, insbesondere an Wochenenden und Feiertagen, fehlende gemeinsame Ziele und eine subjektiv hohe Verantwortungslast bei der Betreuung von Familien in belasteten Lebenslagen können die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen aus Hebammenperspektive beeinträchtigen. Darüber hinaus stellt die unterschiedliche berufliche Sozialisation der Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens eine zentrale Herausforderung für eine Annäherung dar.

Ein heterogenes Bild zeigt sich bei der Zusammenarbeit zwischen freiberuflichen Hebammen und Familienhebammen, die als Akteurinnen in den Netzwerken Frühe Hilfen eine bedeutende Rolle spielen. Auffällig ist, dass sich einige der befragten Hebammen deutlich von Familienhebammen abgrenzen, während andere die Gemeinsamkeiten in den Vordergrund stellen. Beachtlich sind die positiven Effekte von persönlichen Kontakten zwischen den beiden „Hebammengruppen“, von denen besonders wenig erfahrene Hebammen in Situationen, in denen sie sich als nicht ausreichend kompetent erleben, profitieren. An der Schnittstelle von der Hebammen- zur Familienhebammenversorgung ist die Vertrauensbeziehung zwischen Klientinnen und freiberuflichen Hebammen ein wichtiger Faktor, um Familien zur Annahme dieses Angebots zu motivieren.

Damit freiberufliche Hebammen ihr gesundheitsförderndes Potential in den Frühen Hilfen voll entfalten können, sollten alle beteiligten Akteurinnen/Akteure sowie Institutionen dazu beitragen, fördernde Faktoren der Zusammenarbeit zu stärken und hemmende

Faktoren zu reduzieren. Die erforderliche systematische Einbeziehung freiberuflicher Hebammen in die Netzwerke Früher Hilfen muss durch gesundheitspolitische Entscheidungen gestärkt werden. Dazu gehört neben der Anpassung rechtlicher Rahmenbedingungen die Finanzierung von Hebammenleistungen im Kontext Früher Hilfen durch die Regelversorgung nach SGB V (1988). Die aktive Rolle freiberuflicher Hebammen als Mitgestalterinnen von Kooperationsbeziehungen im Feld Früher Hilfen sollte durch die Integration der Thematik in die Ausbildung und das Studium von Hebammen gefördert werden.

Literatur

- Ahrendt, C. (2013). Hebammenrolle, Kommunikation und pädagogische Hebammenaufgaben. In A. Stiefel, C. Geist, U. Harder & C. Ahrendt (Hrsg.), *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (5., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 33–57). Stuttgart: Hippokrates.
- Alberth, L., Bühler-Niederberger, D. & Eisentraut, S. (2014). Wo bleiben die Kinder im Kinderschutz? Die Logik der Intervention bei Sozialarbeitern, Ärzten und Hebammen. In D. Bühler-Niederberger, L. Alberth & S. Eisentraut (Hrsg.), *Kinderschutz. Wie kindzentriert sind Programme, Praktiken, Perspektiven?* (S. 26–61). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Albrecht, M., Loos, S., Sander, M., Schliwen, A. & Wolfschütz, A. (2012). *Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe: Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit*. Abgerufen am 08.02.2018 unter: http://www.iges.com/presse/2012/hebammenhilfe/e6708/infoboxContent6710/IGES_Institut_Gutachten_zur_Versorgungs_und_Verguetungssituation_in_der_aeuerklinischen_Hebammenhilfe_2012_ger.pdf
- Altgeld, T. & Kickbusch, I. (2012). Gesundheitsförderung und Prävention. In F. W. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, M.-L. Dierks et al. (Hrsg.), *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen* (3., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage, S. 187–196). München [u.a.]: Urban und Fischer bei Elsevier.
- Altgeld, T. & Walter, U. (1997). Don't hesitate - innovate: Gesundheitsförderung zwischen Utopie und Realität. In T. Altgeld, I. Laser & U. Walter (Hrsg.), *Gesundheitsforschung. Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse* (S. 13–22). Weinheim: Juventa Verlag.
- Anding, J., Schillig, R., Christiansen, H., Grieshop, M., Schücking, B. & Röhrle, B. (2013). Die Hebammenpräventionsstudie. Hintergründe und Ergebnisse zur zeitlichen Ausweitung der Wochenbettbetreuung. In B. Röhrle & H. Christiansen (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung Bd V. Hilfen für Kinder und Jugendliche in schwierigen Situationen* (1. Auflage, S. 67–110). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Antoni, C. H. (2010). Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 104(1), 18–24. doi:10.1016/j.zefq.2009.12.027

- Ayerle, G. M. (2012). *Frühstart: Familienhebammen im Netzwerk Frühe Hilfen*. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Abgerufen am 02.07.2014 unter: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Fruehstart.pdf
- Ayerle, G. M., Czin Zoll, K. & Behrens, J. (2012). *Materialien zu Frühen Hilfen 6: Weiterbildungen im Bereich der Frühen Hilfen für Hebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen*. Eine Expertise im Auftrag des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. Abgerufen am 09.01.2015 unter: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Expertise_Weiterbildungen_FH.pdf
- Ayerle, G. M., Mattern, E. & Fleischer, S. (2014). Welche Kenntnisse und Einstellungen haben freiberuflich tätige Hebammen in Sachsen-Anhalt zum Netzwerk "Frühe Hilfen"? *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (J Midwifery Sci)*, 02(02), 53-61.
- Aveyard, H., Sharp, P. & Wooliams, M. (2011). *A beginner's guide to critical thinking and writing in health and social care*. Maidenhead: Open University Press.
- Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide* (3rd ed.). Maidenhead: Open University Press.
- Baecker, D. (2007). *Form und Formen der Kommunikation* (Suhrkamp-Taschenbücher Wissenschaft, Bd. 1828.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Balz, H.-J. & Spieß, E. (2009). *Kooperation in sozialen Organisationen. Grundlagen und Instrumente der Teamarbeit; ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Blättner, B. & Waller, H. (2011). *Gesundheitswissenschaft: Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung* (5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Barimani, M. & Hylander, I. (2008). Linkage in the chain of care: a grounded theory of professional cooperation between antenatal care, postpartum care and child health care. *International Journal of Integrated Care*, 8(4), 1–13.
- Barimani, M. & Hylander, I. (2012). Joint action between child health care nurses and midwives leads to continuity of care for expectant and new mothers. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 7(18183), 1–11. doi:10.3402/qhw.v7i0.18183
- BKiSchG. Bundeskinderschutzgesetz (2011). *Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen*. Vom 22. Dezember 2011. Abgerufen am 08.02.2018 unter: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/media/5A903B005EF4805936431F6CCECFD6C/bgbl111s2975_8829.pdf

- BMFSFJ. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006). *Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme – Aktionsprogramm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zum Schutz von Kleinkindern, zur Früherkennung von Risiken und Gefährdungen und zur Implementierung effektiver Hilfesysteme*. Abgerufen am 03.05.2016 unter: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/60816KonzeptFrueheHilfen.pdf
- BMFSFJ. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009). *13. Kinder- und Jugendbericht: Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. Abgerufen am 29.05.2014 unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/13-kinder-jugendbericht.property=pdf,bereich=bmfsfj,rwb=true.pdf>
- BMFSFJ. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2017). *Leistungsleitlinien Bundesstiftung Frühe Hilfen zur Umsetzung des Fonds Frühe Hilfen gem. § 3 Absatz 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)*. Abgerufen am 27.12.2017 unter: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Leistungsleitlinien-Bundesstiftung-Fruehe-Hilfen.pdf
- BMG. Bundesministerium für Gesundheit (2017). *Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt*. Abgerufen am 10.08.2017 unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf
- Bohnsack, R. (1997). Dokumentarische Methode. In R. Hitzler & A. Honer (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Eine Einführung* (S. 191–212). Opladen: Leske + Budrich.
- Bohnsack, R., Przyborski, A. & Schäffer, B. (Hrsg.). (2008). *Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis* (2. Auflage). Opladen: Budrich.
- Bohnsack, R. (2013). Gruppendiskussion. In U. Flick, E. v. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (10. Auflage, S. 369–384). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Bohnsack, R. (2014). *Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in qualitative Methoden* (9. überarbeitete und erweiterte Auflage). UTB. Opladen & Toronto: Barbara Budrich.
- Borchardt, S., Benz, M., Eickhorst, A., Scholtes, K., Demant, H., Götzing, K. et al. (2010). Vermittlungswege in aufsuchenden Maßnahmen der Frühen Hilfen. In I. Renner & A. Sann (Hrsg.), *Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen* (S. 260–279). Köln: NZFH.

- Brocke, H. Soziale Arbeit als Koproduktion. In Stiftung Sozialpädagogisches Institut Berlin (Hrsg.), *Jahresbericht 2002/2003* (S. 8–21). Abgerufen am 03.01.2018 unter http://www.spi-fachschulen.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/veroeffentlichungen/Jahresberichte/jb_2002_2003.pdf
- Brüsemeister, T. (2008). *Qualitative Forschung: Ein Überblick* (2., überarbeitete Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Buschhorn, C. (2014). Wächteramt, Kinderschutz, Frühe Hilfen. In M. Macsenaere, K. Esser, E. Knab & S. Hiller (Hrsg.), *Handbuch der Hilfen zur Erziehung* (S. 59–67). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Buschhorn, C., Karsunky, S. & Ludewig, A. (2015). Kooperationen von Ortsvereinen des Sozialdienstes katholischer Frauen mit Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens im Bereich Frühe Hilfen. Ergebnisse einer bundesweiten Erhebung. In Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.), *Datenreport Frühe Hilfen*. (S. 40–49). Köln: NZFH.
- Caldwell, K., Henshaw, L. & Taylor, G. (2011). Developing a framework for critiquing health research: an early evaluation. *Nurse Education Today*, 31(8), e1-e7. doi:10.1016/j.nedt.2010.11.025
- Cameron, A. & Lart, R. (2003). Factors Promoting and Obstacles Hindering Joint Working: A Systematic Review of the Research Evidence. *Journal of Integrated Care*, 11(2), 9–17.
- CASP. Critical Appraisal Skills Programme (2013). *Qualitative Research Checklist*. Abgerufen am 28.03.2015 unter: http://media.wix.com/ugd/dded87_29c5b002d99342f788c6ac670e49f274.pdf
- Collatz, J. & Rohde, J.-J. (1986). *Ergebnisse der Aktion Familien-Hebamme im Überblick: Evaluation eines Modellversuchs zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und gesundheitlichen Lebensweisen in der Schwangerschaft und im Säuglingsalter*. München: Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung.
- Clancy, A., Gressnes, T. & Svensson, T. (2013). Public health nursing and interprofessional collaboration in Norwegian municipalities: A questionnaire study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 659–668. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01079.x
- Clauß, D., Deutsch, J., Krol, I., Haase, R., Willard, P., Müller-Bahlke, T. et al. (2014). Frühe Hilfe für Familien und Frühgeborene - Zugangswege und Unterstützungen aus dem Gesundheitsbereich. *Klinische Pädiatrie*, 226(4), 243–247. doi:10.1055/s-0034-1374603

- Clauß, D., Fleischer, S., Mattern, E. & Ayerle, G. (2016). Befragung von niedergelassenen Ärzten/innen und Psychotherapeuten/innen zur Kooperation in regionalen Netzwerken der Frühen Hilfen in Sachsen-Anhalt. *Klinische Pädiatrie*, 228(4), 202–207. doi:10.1055/s-0042-101244
- Cleppien, G. Vertrauen in Netzwerke(n) von Sozialer Arbeit und Gesundheitssystem. In J. Fischer & R. Geene (Hrsg.), *Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung. Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung* (1. Auflage, S. 280–298). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- DHV. Deutscher Hebammenverband e.V. (2014). *Standpunkt zum Einsatz von „Familienhebammen“ vom 29.10.2014*. Abgerufen am 08.02.2018 unter: https://www.hebammenverband.de/familie/familienhebammen-fruehehilfen/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1525969315&hash=4bbe5b7ef4569a91706028a7ea35b9c726e99adf&file=/fileadmin/user_upload/pdf/Stellungnahmen/141029_DHV_Standpunkt_Einsatz_von_Familienhebammen.pdf
- DHV. Deutscher Hebammenverband e.V. (2016a). *Der Deutsche Hebammenverband auf einen Blick*. Abgerufen am 03.09.2016 unter: https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1476030596&hash=3d16725c1702305ba61ec6c2b24f495dd1d09&file=fileadmin/user_upload/pdf/Aktuelles/20160315_DHV_Auf_einen_Blick_final.pdf
- DHV. Deutscher Hebammenverband e.V. (2016b). *Media-Informationen und Preisliste Nr. 20/Gültig ab 1. Januar 2016*. Abgerufen am 25.11.2015 unter: https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1477643202&hash=c4f91f385c8d91dbab037760b5034c24410d2c22&file=fileadmin/user_upload/pdf/Hebammenforum/HF_mediadaten_Druck_2016_4.pdf
- DHV. Deutscher Hebammenverband e.V. (2017). *Zahlenspiegel zur Situation der freiberuflichen Hebammen 5/2017*. Abgerufen am 08.02.2018 unter: https://www.hebammenverband.de/aktuell/presse/pressematerialien/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1520068871&hash=6f0240ca837ec16bc3f403c8dbe52a3361f71fe3&file=/fileadmin/user_upload/pdf/Presse/20170510_Zahlenspiegel_freiberufliche_Hebammen.pdf
- Diefenbacher, M. (2017). *Praxisratgeber Recht für Hebammen* (2., vollständig überarbeitete Auflage). Stuttgart: Hippokrates.
- Downe, S., Finlayson, K. & Fleming, A. (2010). Creating a Collaborative Culture in Maternity Care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(3), 250–254.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2010). Transkription. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (1. Auflage, S. 723–732). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Dresing, T. & Pehl, T. (2013). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse*. Marburg: Eigenverlag. Abgerufen am 02.08.2016 unter: http://www.audiotranskription.de/download/praxisbuch_transkription.pdf?q=Praxisbuch-Transkription.pdf
- Edvardsson, K., Garvare, R., Ivarsson, A., Eurenus, E., Mogren, I. & Nyström, M. E. (2011). Sustainable practice change: Professionals' experiences with a multisectoral child health promotion programme in Sweden. *BMC Health Services Research*, *11*(61), 1–12. doi:10.1186/1472-6963-11-61
- Edvardsson, K., Ivarsson, A., Garvare, R., Eurenus, E., Lindkvist, M., Mogren, I. et al. (2012). Improving child health promotion practices in multiple sectors - outcomes of the Swedish Salut Programme. *BMC Public Health*, *12*(920), 1–13.
- Egle, U. T., Franz, M., Joraschky, P., Lampe, A., Seiffge-Krenke, I. & Cierpka, M. (2016). Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit - ein Update. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *59*(10), 1247–1254. doi:10.1007/s00103-016-2421-9
- Eickhorst, A., Schreier, A., Brand, C., Lang, K., Liel, C., Renner, I. et al. (2016). Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *59*(10), 1271–1280. doi:10.1007/s00103-016-2422-8
- Elwin Staude Verlag GmbH. (2016). *Mediadaten 2016*. Abgerufen am 08.02.2018 unter: <http://www.verlagsbuero-id.de/files/2016/deutsche-hebammen-zeitschrift/DHZ%20Mediadaten%202016.pdf>
- Erpenbeck, J. (2010). Interprofessionalität und Individualität. In K. Marzinzik, A. Nauerth & U. Walkenhorst (Hrsg.), *KomPASS: Vol. 1. Kompetenz und Kooperation im Gesundheits- und Sozialbereich* (S. 21–46). Münster: LIT.
- Ewers, M., Grewe, T., Höppner, H., Sayn-Wittgenstein, F. zu, Stemmer, R., Voigt-Radloff, S. et al. (2012). Forschung in den Gesundheitsfachberufen: Potentiale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, *137*, 37–72.
- Fabel-Lamla, M., Tiefel, S. & Zeller, M. (2012). Vertrauen und Profession. Eine erziehungswissenschaftliche Perspektive auf theoretische Ansätze und empirische Analysen. *Zeitschrift für Pädagogik*, *58*(6), 799–811.
- Fertmann, R. (2015). *Hebammenversorgung in Hamburg: Kurzbericht zur Gesundheit*. Herausgegeben von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) Freie und Hansestadt Hamburg. Abgerufen am 05.06.2017 unter: <http://www.hamburg.de/contentblob/4933628/d547378ff64bf357e43cb4395155a7f4/data/hebammenbericht-2016-download.pdf>

- Fisch, S. (2015). *Implementation eines psychosozialen Frühwarnsystems in der Geburtsmedizin – Babyotse Plus*. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doctor medicinae (Dr. med.). Medizinische Fakultät Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin. Abgerufen am 01.09.2017 unter: http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUДИSS_derivate_000000017262/Diss_SVLFisch.pdf
- Fisch, S., Keller, T., Nazmy, N., Stasun, U., Keil, T. & Klapp, C. (2016). Evaluation des Babyotse-Plus-Screeningbogens: Untersuchung eines einfachen Instruments zur Identifizierung psychosozial belasteter Eltern von Neugeborenen der Berliner Charité. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59(10), 1300–1309. doi:10.1007/s00103-016-2425-5
- Fischer, J. (2014). Vernetzung. In D. Düring, H.-U. Krause, F. Peters, R. Rätz, N. Rosenbauer & M. Vollhase (Hrsg.), *Kritisches Glossar der Hilfen zur Erziehung* (Grundsatzfragen, Bd. 51, S. 376–381). Frankfurt am Main: Internationale Ges. f. erzieherische Hilfen.
- Flick, U. (2010). Gütekriterien qualitativer Forschung. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (1. Auflage, S. 395–407). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Flick, U., Kardorff, E. v. & Steinke, I. (2013). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In U. Flick, E. v. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (10. Auflage, S. 13–29). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Flick, U. (2016). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (7. völlig überarbeitete Neuauflage). *Rororo Rowohlts Enzyklopädie*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Fontein-Kuipers, Y. J., Budé, L., Ausems, M., Vries, R. de & Nieuwenhuijze, M. J. (2014). Dutch midwives' behavioural intentions of antenatal management of maternal distress and factors influencing these intentions: An exploratory survey. *Midwifery*, 30(2), 234-241.
- Geene, R. & Reese, M. (2016). *Handbuch Präventionsgesetz: Neuregelungen der Gesundheitsförderung*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Geene, R. (2017). *Gesundheitsförderung und Frühe Hilfen*. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Abgerufen am 03.09.2017 unter: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Impulspapier_Gesundheitsfoerderung_und_Fruehe_Hilfen.pdf
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (2010). *Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung* (3., unveränderte Auflage). Bern: Huber.

- Glaser, B. G. (2011). Der Umbau der Grounded-Theory-Methodologie. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (2., aktualisierte u. erweiterte Auflage, S. 137–161). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- GMK. Gesundheitsministerkonferenz (2008). *Beschlüsse der 81. GMK: TOP: 5.3 Kindergesundheit und Kinderschutz*. Abgerufen am 01.09.2017 unter: https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=81_05.03&jahr=2008
- Gran, E., Küster, E.-U. & Sann, A. (2012). *Bestandsaufnahme Frühe Hilfen Dritte Teiluntersuchung: Kurzbefragung Jugendämter 2012*. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Abgerufen am 30.08.2017 unter: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Bestandsaufnahme_3_final.pdf
- Grieshop, M. (2013). *Gesundheitsverhalten von Müttern nach der Geburt. Eine quantitative Studie zur Gesundheitsförderung durch Hebammen* (Dissertation). Universität Osnabrück. Abgerufen am 03.01.2016 unter: https://repositorium.uni-osnabrueck.de/bitstream/urn:nbn:de:gbv:700-2014041412406/7/thesis_grieshop.pdf
- Grunwald, W. (1982). Konflikt - Konkurrenz - Kooperation: Eine theoretisch-empirische Konzeptanalyse. In W. Grunwald & H.-G. Lilge (Hrsg.), *Kooperation und Konkurrenz in Organisationen* (Uni-Taschenbücher, Bd. 1128, S. 50–96). Bern: P. Haupt.
- Günter, H., Scharf, A., Hillemanns, P., Wenzlaff, P. & Maul, H. (2007). Schwangerschaften ohne Vorsorgeuntersuchung - welche Frauen sind potenziell betroffen, welche Risiken ergeben sich für das Kind? *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 211(1), 27–32. doi:10.1055/s-2006-942204
- Haffner, J., Esther, C., Münch, H., Parzer, P., Raue, B., Stehen, R. et al. (2002). Verhaltensauffälligkeiten im Einschulungsalter aus elterlicher Perspektive – Ergebnisse zu Prävalenz und Risikofaktoren in einer epidemiologischen Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 51(9), 676–696.
- Hahn, M. & Sandner, E. (2013). *Kompetenzprofil Familienhebammen. 2. Auflage*. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Abgerufen am 30.08.2017 unter: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Kompetenzprofil_Familienhebammen.pdf
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *Journal of interprofessional care*, 19(Suppl 1), 188–196. doi:10.1080/13561820500081745

- HebAPrV Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (1987). *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. März 1987 (BGBl. I S. 929), die zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist.* Abgerufen am 24.09.2017 unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/hebapro/HebAPrV.pdf>
- HebBO BB. Hebammenberufsordnung Brandenburg (2008). *Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger im Land Brandenburg vom 8. November 1995, geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 11. Juni 2008.* Abgerufen am 24.09.2017 unter: <https://bravors.brandenburg.de/de/verordnungen-212306>
- HebBO BW. Hebammenberufsordnung Baden-Württemberg (2016). *Verordnung des Sozialministeriums über die Berufspflichten der Hebammen und Entbindungspfleger vom 2. Dezember 2016.* Abgerufen am 24.09.2017 unter: http://www.bfhd.de/images/pdf/Berufsordnung_01072017_B-W.pdf
- HebBO BY. Bayerische Hebammenberufsordnung (2013). *Bayerische Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger. Vom 28. Mai 2013.* Abgerufen am 24.09.2017 unter: <http://www.gesetze-bayern.de/Content/Pdf/BayHebBO?all=True>
- HebBO HB. Hebammenberufsordnung Bremen (2012). *Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger im Lande Bremen vom 11. Mai 2012.* Abgerufen am 23.09.2017 unter: <http://hebammen-bremen.com/wp-content/uploads/2016/04/BO-2012-Hebammen-Bremen.pdf>
- HebBO NW. Hebammenberufsordnung Nordrhein-Westfalen (2017). *Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger Nordrhein-Westfalen (HebBO NRW) vom 06. Juni 2017.* Abgerufen am 23.09.2017 unter: https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=71520170628110740035
- HebG NI. Niedersächsisches Gesetz über die Ausübung des Hebammenberufs (2004). *Niedersächsisches Gesetz über die Ausübung des Hebammenberufs (NHebG) vom 19. Februar 2004.* Abgerufen am 24.09.2017 unter: http://www.nds-voris.de/jportal/portal/t/smh/page/bsvorisprod.psml?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js_peid=Trefferliste&documentnumber=7&numberofresults=43&fromdoctodoc=yes&doc.id=jlr-HebGNDrahmen&doc.part=X&doc.price=0.0&doc.hl=1#jlr-HebGNDrahmen
- HebG. Hebammengesetz (1985). *Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), zuletzt geändert durch Artikel 17b des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191).* Abgerufen am 30.08.2017 unter: https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_1985/HebG.pdf
- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Auflage). *Lehrbuch.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Hellmers, C. & Kehrbach, A. (2006). Kompetenzprofil für die deutsche Hebammenausbildung. *Die Hebamme*, 19, 262–264.
- Hemmerle, P. (2013). *Frühe Hilfen in Bayern*. Vortrag der Beauftragten für Frühe Hilfen. Bayerischer Hebammen Landesverband e.V., Mitgliederversammlung des Bayerischen Hebammen Landesverbandes e.V. am 10. 04. 2013 in Nürnberg. Abgerufen am 30.12.2014 unter: <http://www.bhlv.de/medien/ppp-bericht-der-beauftragten-fuer-fruehe-hilfen-petra-hemmerle-10042013.pdf>
- Hentschke, A.-K., Bastian, P., Dellbrügge, V., Lohmann, A., Böttcher, W. & Ziegler, H. (2011). Parallelsystem Frühe Hilfen? *Soziale Passagen*, 3(1), 49–59. doi:10.1007/s12592-011-0073-z
- Hippokrates Verlag in MVS Medizinverlage Stuttgart GmbH & Co. KG (Hrsg.). (2016). *Die Hebamme. Media Information 2016*. Abgerufen am 29.07.2016 unter: https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/sw_mvsmediaservice/Hebamme_2016.pdf
- Hochhausen, A. (2015). Der Beruf der Hebamme. In *Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (6., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 3–30). Stuttgart: Schattauer.
- HSG. Hochschule für Gesundheit Bochum (2015). *Weg ins Leben Der Bachelorstudiengang Hebammenkunde*. Bochum. Abgerufen am 18.09.2017 unter: https://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Redakteure/pdfs/Hebammen/Flyer_Hebammenkunde_2015_NEU_WEB.pdf
- Hochschule Osnabrück (2013). *Leitfaden zur Erstellung einer wissenschaftlichen Seminar-, Haus- und Abschlussarbeit: Herausgegeben von der Fachgruppe Kommunikation*. Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Osnabrück.
- Hochschule Osnabrück (2016). *Midwifery Bachelor of Science. Ausführliche Informationen: Kooperierende Hebammenschulen*. Abgerufen am 14.06.2016 unter: <https://www.hs-osnabrueck.de/de/studium/studienangebot/bachelor/midwifery-bsc/#c3470>
- Hoffmann, T., Mengel, M. & Sandner, E. (2013). *Kompetenzprofil Netzwerkkordinatorinnen und Netzwerkkordinatoren Frühe Hilfen*. Köln: NZFH. Abgerufen am 30.08.2017 unter: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publication_NZFH_Kompetenzprofil__Netzwe rkkoordinatoren.pdf
- Homer, C. S., Henry, K., Schmied, V., Kemp, L., Leap, N. & Briggs, C. (2009). 'It looks good on paper': Transitions of care between midwives and child and family health nurses in New South Wales. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 22(2), 64–72. doi:10.1016/j.wombi.2009.01.004

- Horschitz, H. & Kurtenbach, H. (2003). *Hebammengesetz: Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger vom 4. Juni 1985; mit den Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft und der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Hebammen mit Erläuterungen* (3. Auflage). Hannover: Elwin Staude.
- Horschitz, H., Meysen, T., Schaumberg, T., Schönecker, L. & Seltmann, D. (2015). *Rechtsgutachten zu rechtlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Einsatz von Familienhebammen und Familien- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern: Erstellt im Auftrag des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. Materialien zu frühen Hilfen Expertise: Bd. 8*. Abgerufen am 01.06.2016 unter: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publication_NZFH_Rechtsgutachten_2015.pdf
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (2014). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4., vollständig überarbeitete Auflage, S. 13–24). Bern: Huber.
- Kaba-Schönstein, L. (2003). Gesundheitsförderung II: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge bis zur Ottawa-Charta 1986. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung* (S. 78–82). Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo.
- Kaba-Schönstein, L. (2004a). Einleitung. In L. Kaba-Schönstein & K. Kälble (Hrsg.), *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege. Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP* (S. 11–28). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Kaba-Schönstein, L. (2004b). Befragung von Lehrenden, Studierenden und Praxisexperten der Sozialen Arbeit. In L. Kaba-Schönstein & K. Kälble (Hrsg.), *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege. Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP* (S. 171–187). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Kaba-Schönstein, L. (2004c). Resümees und Empfehlungen: Einleitung. In L. Kaba-Schönstein & K. Kälble (Hrsg.), *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege. Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP* (S. 243–245). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Kaba-Schönstein, L. (2011a). Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien. In *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (S. 137–144). Köln: BZgA.

- Kaba-Schönstein, L. (2011b). Gesundheitsförderung II: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge (bis zur Ottawa-Charta 1986 und den Folgekonferenzen). In *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (S. 145–150). Köln: BZgA.
- Kaba-Schönstein, L. (2011c). Gesundheitsförderung VI: Einordnung und Bewertung der Entwicklung (Terminologie, Verhältnis zur Prävention, Erfolge, Probleme und Perspektiven). In *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (S. 203–214). Köln: BZgA.
- Kaba-Schönstein, L. & Kälble, K. (Hrsg.). (2004). *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen: Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege*. Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Kälble, K. (2004a). Berufsgruppen- und fachübergreifende Zusammenarbeit - Terminologische Klärungen. In L. Kaba-Schönstein & K. Kälble (Hrsg.), *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege*. Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP (S. 29–41). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Kälble, K. (2004b). Empfehlungen aus dem Teilprojekt Medizin. In L. Kaba-Schönstein & K. Kälble (Hrsg.), *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege. Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP* (S. 246–253). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Kardorff, E. v. (1998). Kooperation, Koordination und Vernetzung. Anmerkungen zur Schnittstellenproblematik in der psychosozialen Versorgung. In B. Röhrle (Hrsg.), *Netzwerkintervention* (Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung, Bd. 2, S. 203–222). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Kelle, U. & Kluge, S. (2010). *Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung* (2., überarbeitete Auflage). *Qualitative Sozialforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Knobloch, R. (2015). Die Organisation der Freiberuflichkeit. In *Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (6., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 1171–1181). Stuttgart: Schattauer.
- Knorz, B. & Sayn-Wittgenstein, F. zu (2009). Versorgungslücken aufdecken! *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, 10, 12–15.

- Kratzsch, W. (2017). *Handbuch zur Umsetzung der Frühen Hilfen in KinderZUKUNFT NRW: Handlungsempfehlungen und Mindeststandards*. Herausgegeben von der Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft. Düsseldorf.
- Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz* (2. überarbeitete und ergänzte Auflage). *Grundlagentexte Methoden*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3. überarbeitete Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kuhlmei, A. (2011) Die Idee des Memorandums "Kooperation der Gesundheitsberufe" - Einleitung. In Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), *Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung* (S. 9–13). Abgerufen am 08.02.2018 unter http://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/Memorandum_Kooperation_der_Gesundheitsberufe.pdf
- Kühn, T. & Koschel, K.-V. (2011). *Gruppendiskussionen: Ein Praxis-Handbuch*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Künster, A. K., Schöllhorn, A., Knorr, C., Fegert, J. M. & Ziegenhain, U. (2010). Kooperation und Vernetzung im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz: Bedeutung evidenzbasierter Methoden. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59(9), 731–743.
- Küster, E.-U., Mengel, M., Pabst, C. & Sann, A. (2015). Im Profil: Die Koordination von Netzwerken im Bereich Frühe Hilfen. Strukturen und Personen, Aufgaben und Herausforderungen. In Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.), *Datenreport Frühe Hilfen*. (S. 22–39). Köln: NZFH.
- Küster, E.-U., Pabst, C. & Sann, A. (2017a). *Vernetzung der ambulanten medizinischen Versorgung mit den Frühen Hilfen: Faktenblatt 4 zu den Kommunalbefragungen zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen*. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Abgerufen am 08.02.2018 unter: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/faktenblaetter/Faktenblatt-4-NZFH-Kommunalbefragungen-Vernetzung-der-ambulanten-medizinischen-Versorgung-mit-den-FH.pdf
- Küster, E.-U., Pabst, C. & Sann, A (2017b). *Vernetzung der stationären medizinischen Versorgung mit den Frühen Hilfen: Faktenblatt 5 zu den Kommunalbefragungen zum Auf und Ausbau der Frühen Hilfen*. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Abgerufen am 08.02.2018 unter: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/faktenblaetter/Faktenblatt-5-NZFH-Kommunalbefragungen-Vernetzung-der-stationaeren-medizinischen-Versorgung-mit-den-FH.pdf

- Lamnek, S. (1995). *Qualitative Sozialforschung: Band 2 Methoden und Techniken* (3., korrigierte Auflage). Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Lamnek, S. (2005). *Gruppendiskussion: Theorie und Praxis* (2. überarbeitete und erweiterte Auflage). Weinheim, Basel: Beltz.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch* (5., überarbeitete Auflage). Weinheim, Basel: Beltz.
- Lang, K., Brand, C., Renner, I., Neumann, A., Schreier, A., Eickhorst, A. et al. (2015). Wie werden Angebote der Frühen Hilfen genutzt? Erste Daten aus den Pilotstudien der Prävalenz- und Versorgungsstudie. In Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.), *Datenreport Frühe Hilfen*. (S. 6–21). Köln: NZFH.
- Lange, U. & Liebald, C. (2013). *Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Früher Hilfen: Leitfaden für Kommunen*. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Abgerufen am 14.07.2014 unter: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Leitfaden_Einsatz_Familienhebammen.pdf
- Lohmann, A. (2015). *Kooperationen in Frühen Hilfen: Ansätze zur zielorientierten Gestaltung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Lohmann, A., Hentschke, A.-K., Dellbrügge, V., Bastian, P., Böttcher, W. & Ziegler, H. (2012). Kooperationen in Frühen Hilfen und Sozialen Frühwarnsystemen. In W. Thole, A. Retkowski & B. Schäuble (Hrsg.), *Sorgende Arrangements. Kinderschutz zwischen Organisation und Familie* (S. 187–199). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Loos, S. (2015). *Hebammenversorgung in Thüringen: Gutachten zur Versorgungs- und Bedarfssituation mit Hebammenleistungen sowie über die Einkommens- und Arbeitssituation von Hebammen in Thüringen*. Endbericht für das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. Abgerufen am 02.05.2017 unter: https://www.thueringen.de/mam/th7/tmsfg/gesundheits/gutachten_hebammenversorgung_in_thueringen.pdf
- Luthe, E.-W. (2017). Dimensionen von "Integration", "Kooperation" und "Dezentralisierung". In A. Brandhorst, H. Hildebrandt & E.-W. Luthe (Hrsg.), *Kooperation und Integration - das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems* (Gesundheit. Politik - Gesellschaft - Wirtschaft, S. 33–76). Wiesbaden: Springer VS.
- Makowsky, K. (2013). Qualitative und quantitative Forschung: Zwei unterschiedliche Herangehensweisen zur Erfassung sozialer Wirklichkeit. In K. Makowsky & B. Schücking (Hrsg.), *Gesundheitsforschung. Was sagen die Mütter? Qualitative und quantitative Forschung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* (S. 14–29). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

- Makowsky, K. & Schücking, B. (2013). Erleben der Betreuung durch Familienhebammen aus der Perspektive (werdender) Mütter in psychosozial belastenden Lebenslagen. In K. Makowsky & B. Schücking (Hrsg.), *Gesundheitsforschung. Was sagen die Mütter? Qualitative und quantitative Forschung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* (S. 168–185). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Marzinzik, K., Nauerth, A. & Walkenhorst, U. (2010). Interprofessionelle Kooperation zwischen Anspruch und Realität - eine Einführung in das Tagungsthema. In K. Marzinzik, A. Nauerth & U. Walkenhorst (Hrsg.), *KomPASS: Vol. 1. Kompetenz und Kooperation im Gesundheits- und Sozialbereich* (S. 9–20). Münster: LIT.
- Maschewsky-Schneider, U., Klärs, G., Ryl, L., Sewöster, D., Starker, A. & Saß, A.-C. (2009). gesundheitsziele.de. Ergebnisse der Kriterienanalyse für die Auswahl eines neuen Gesundheitsziels in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 52(7), 764–774. doi:10.1007/s00103-009-0870-0
- Mattern, E. & Lange, U. (2012). Die Rolle der Familienhebammen im System der Frühen Hilfen. In Deutsche Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft in Kooperation mit dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.), *Frühe Kindheit. Die ersten sechs Jahre. Zeitschrift der Deutschen Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft e.V. Sonderausgabe 2012*, (S. 66–75). Abgerufen am 07.11.2014 unter: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Fruehe_Kindheit_2012_2_Auflage.pdf
- Mengel, M. (2010a). *Kurzbericht MAJA. Hebammen helfen Eltern: Zentrale Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung*. Abgerufen am 15.08.2014 unter: http://www.ifb.bayern.de/imperia/md/content/stmas/ifb/materialien/mat_2010_4.pdf
- Mengel, M. (2010b). *MAJA. Hebammen helfen Eltern: Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung 2005-2010*. Abgerufen am 15.08.2014 unter: http://www.ifb.bayern.de/imperia/md/content/stmas/ifb/materialien/mat_2010_5.pdf
- Merten, U. (2015). Professionelle Kooperation: Eine Antwort auf die Zersplitterung und Ausdifferenzierung sozialer Dienstleistungen. In U. Merten & U. Kaegi (Hrsg.), *Kooperation kompakt. Professionelle Kooperation als Strukturmerkmal und Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit* (1. Aufl., S. 21–69). Leverkusen: Budrich.
- Meysen, T. & Schönecker, L. (2011). Vertrauensschutz als Grundlage des Datenschutzes im System Frühe Hilfen. In J. Freese (Hrsg.), *Frühe Hilfen und Kinderschutz in den Kommunen. Praxisgrundlagen* (S. 77–91). Wiesbaden: Kommunal- und Schul-Verlag.

- MFKJKS. Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (2014). *Kein Kind zurücklassen! Kommunen in NRW beugen vor: Fachmagazin 2014 zum Landesmodellvorhaben "Kein Kind zurücklassen! Kommunen in NRW beugen vor" für das Jahr 2014*. In Zusammenarbeit mit der Bertelsmann Stiftung. Abgerufen am 06.06.2015 unter: https://www.kein-kind-zuruecklassen.de/fileadmin/user_upload/Fachmagazin_Kein_Kind_zuruecklassen_2014.pdf
- MGEPA. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2013). *Gesundheitsberichte Spezial. Schwangerschaft und Geburt in Nordrhein-Westfalen: Gesundheitliche Lage und Versorgung von Frauen in Nordrhein-Westfalen während der Schwangerschaft und rund um die Geburt*. Abgerufen am 03.04.2015 unter: https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/ges_bericht/gesundheitsberichte-nrw-spezial/gesundheit_spezial_schwangerschaft_und_geburt.pdf
- Miers, M. & Pollard, K. (2009). The role of nurses in interprofessional health and social care teams: Margret Miers and Katherine Pollard discuss a study of how health and social care professionals view collaboration. *Nursing Management*, 15(9), 30–35.
- MIFKJF. Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen Rheinland-Pfalz (2012). *VIVA FAMILIA. Hebammen und andere Gesundheitsberufe beraten Familien: Kurse 2012*. In Zusammenarbeit mit dem Hebammen-Landesverband Rheinland-Pfalz e.V. und dem Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung. Abgerufen am 21.06.2016 unter: <https://www.vmf-online.de/downloaddateien/flyer-kurse-2012-hebammen>
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg. (2011). *E-Learning-Kurs beim 14. Deutschen Kinder- und Jugendhilfetag freigeschaltet: Pressemitteilung*. Abgerufen am 06.02.2015 unter: http://www.baden-wuerttemberg.de/de/system/pdf/?tx_webkitpdf_pi1%5Burls%5D%5B0%5D=http%3A%2F%2Fwww.baden-wuerttemberg.de%2Fde%2Fservice%2Fpresse%2Fpressemitteilung%2Fpid%2Fe-learning-kurs-beim-14-deutschen-kinder-und-jugendhilfetag-freigeschaltet%2F%3Ftype%3D98%26print%3D1
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2nd edition). *Qualitative research methods series: Vol. 16*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Munro, S., Kornelsen, J. & Grzybowski, S. (2013). Models of maternity care in rural environments: Barriers and attributes of interprofessional collaboration with midwives. *Midwifery*, 29(6), 646–652. doi:10.1016/j.midw.2012.06.004

- Murray-Davis, B., Marshall, M. & Gordon, F. (2011). What do midwives think about interprofessional working and learning? *Midwifery*, 27(3), 376–381. doi:10.1016/j.midw.2011.03.011
- Nagel-Brotzler, A., Brönnner, J., Hornstein, C. & Albani, C. (2005). Peripartale psychische Störungen - Früherkennung und multiprofessionelle Kooperation. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 209(2), 51–58. doi:10.1055/s-2005-864114
- Nowak, A. C., Klimke-Jung, K., Schäfer, T. & Reif, K. (2016). Interprofessionelles Handeln im Gesundheitswesen: Ein Ausbildungsprojekt mit vier Lernsequenzen für Studierende aus sechs Studiengängen. *GMS Journal for Medical Education*, 33(2), 7–13. doi:10.3205/zma001028
- NZFH. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2009). *Was sind Frühe Hilfen? Begriffsbestimmung der 4. Sitzung des Wissenschaftlichen Beirats des NZFH am 26.06.2009 in Berlin*. Abgerufen am 30.01.2014 unter: <http://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/>
- NZFH. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2010). *Nationales Zentrum Frühe Hilfen*. Abgerufen am 17.07.2014 unter: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/NZFH_Imagebroschuere.pdf
- NZFH. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2014a). *Bundesinitiative Frühe Hilfen. Zwischenbericht 2014: Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen als Koordinierungsstelle des Bundes*. Abgerufen am 07.11.2014 unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung5/Pdf-Anlagen/fruehehilfen-zwischenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>
- NZFH. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2014b). *Leitbild Frühe Hilfen: Beitrag des NZFH-Beirats*. Abgerufen am 19.06.2015 unter: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/NZFH_Kompakt_Beirat_Leitbild_fuer_Fruehe_Hilfen_BZgA_low_14-02332.pdf
- NZFH. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2014c). *Empfehlungen zu Basiskompetenzen in den Frühen Hilfen: Beitrag des NZFH-Beirats*. Abgerufen am 19.06.2017 unter: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/NZFH_Kompakt_Beirat_Empfehlungen_Basiskompetenzen.pdf
- NZFH, KBV & KVBW. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Kassenärztliche Bundesvereinigung & Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2014). *Pressemitteilung: Nationales Zentrum Frühe Hilfen: Qualitätszirkel verbessern Zusammenarbeit und fördern gesundes Aufwachsen von Kindern*. Abgerufen am 22.09.2017 unter: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/PM_NZFH_KBV_KVBW_Qualitaetszirkel_verbessern_Zusammenarbeit_und_foerdern_gesundes_Aufwachsen_von_Kindern.pdf

- NZFH. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2016). *Bundesinitiative Frühe Hilfen. Bericht 2016: Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen als Koordinierungsstelle des Bundes*. Abgerufen am 22.01.2017 unter: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_BIFH_Bericht_2016.pdf
- Neumann, A. & Renner, I. (2016). Barrieren für die Inanspruchnahme Früher Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(10), 1281–1291. doi:10.1007/s00103-016-2424-6
- PFB. Pädagogischer Fachbeirat des Deutschen Hebammenverbandes e.V. (Hrsg.). (2008). *Rahmencurriculum für eine modularisierte Hebammenausbildung*. Karlsruhe: DHV.
- Patschke, M. (Hrsg.). (2015). *Der Diskurs Frühe Hilfen* (1. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Paul, M. (2012). Was sind Frühe Hilfen? In Deutsche Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft in Zusammenarbeit mit dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.), *Frühe Kindheit. Die ersten sechs Jahre. Zeitschrift der Deutschen Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft e.V. Sonderausgabe 2012* (S. 6–7). Berlin: Deutsche Liga für das Kind e.V.
- Paul, M. (2017). *Stand und Perspektiven der Frühen Hilfen - Professionelle und partizipative Aspekte*. Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Fachkongress Frühe Hilfen - Potentiale und aktuelle Herausforderungen, Mainz. Abgerufen am 11.09.2017 unter: http://www.ism-mz.de/fileadmin/uploads/Downloads/FortbildungenTagungen/Fachkongress_Fr%C3%BChe_Hilfen/1_Plenum_Paul_FaKoFr%C3%BCHi_2.02.2017.pdf
- Peterson, W. E., Medves, J. M., Davies, B. L. & Graham, I. D. (2007). Multidisciplinary collaborative maternity care in Canada: Easier said than done. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC*, 29(11), 880–886.
- Petrie, H. G. (1976). Do You See What I See? The Epistemology of Interdisciplinary Inquiry. *Journal of Aesthetic Education*, 10(1), 29. doi:10.2307/3332007
- Pollard, K. C., Sellman, D. & Thomas, J. (2014). The need for interprofessional working. Chapter 1. In J. Thomas, K. C. Pollard & D. Sellman (Hrsg.), *Interprofessional working in Health and Social Care. Professional Perspectives* (2nd edition, S. 9–21). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Pollard, K. C. (2011). How midwives' discursive practices contribute to the maintenance of the status quo in English maternity care. *Midwifery*, 27(5), 612–619.
- Pott, E., Fillinger, U. & Paul, M. (2010). Herausforderungen bei der Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 53(11), 1166–1172. doi:10.1007/s00103-010-1144-6

- PrävG. Präventionsgesetz. Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention vom 17. Juli 2015. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2015. Abgerufen am 01.09.2016 unter: http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl115s1368.pdf
- Przyborski, A. & Riegler, J. (2010). Gruppendiskussion und Fokusgruppe. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (1. Auflage, S. 436–448). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Przyborski, A. & Slunecko, T. (2010). Dokumentarische Methode. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (1. Auflage, S. 627–642). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch* (4., erweiterte Auflage). München: Oldenbourg.
- Psaila, K., Fowler, C., Kruske, S. & Schmied, V. (2014a). A qualitative study of innovations implemented to improve transition of care from maternity to child and family health (CFH) services in Australia. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 27(4), e51-60.
- Psaila, K., Kruske, S., Fowler, C., Homer, C. & Schmied, V. (2014b). Smoothing out the transition of care between maternity and child and family health services: Perspectives of child and family health nurses and midwives'. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(151), 1–13.
- Psaila, K., Schmied, V., Fowler, C. & Kruske, S. (2015). Interprofessional collaboration at transition of care: perspectives of child and family health nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1-2), 160–172. doi:10.1111/jocn.12635
- QUAG. Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (2017). *Geburtenzahlen in Deutschland*. Abgerufen am 02.05.2017 unter: <http://www.quag.de/quag/geburtenzahlen.htm>
- Quilling, E., Nicolini, H. J., Graf, C. & Starke, D. (2013). *Praxiswissen Netzwerkarbeit. Gemeinnützige Netzwerke erfolgreich gestalten*. Wiesbaden: Springer VS.
- Ratti, J., Ross, S., Stephanson, K. & Williamson, T. (2014). Playing nice: Improving the professional climate between physicians and midwives in the Calgary area. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC*, 36(7), 590–597.
- Renner, I. (2010). Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 53(10), 1048–1055. doi:10.1007/s00103-010-1130-z

- Renner, I. & Heimeshoff, V. (2014). *Modellprojekte in den Ländern: Zusammenfassende Ergebnisdarstellung*. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Abgerufen am 11.04.2017 unter: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_Modellprojekte_in_den_Laendern_Nachdruck2014_low.pdf
- Renner, I. & Sann, A. (Hrsg.). (2010). *Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen: Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen*. Abgerufen am 03.12.2013 unter: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/NZFH_Forschungsreader_low.pdf
- Renner, I. & Scharmanski, S. (2016). Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen: Hat sich ihr Einsatz bewährt? *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59(10), 1323–1331. doi:10.1007/s00103-016-2430-8
- Rettig, H., Schröder, J. & Zeller, M. (2017). *Das Handeln von Familienhebammen: Entgrenzen, abgrenzen, begrenzen* (1. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). (2011). *Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe: Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung*. Abgerufen am 08.02.2018 unter: http://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/Memorandum_Kooperation_der_Gesundheitsberufe.pdf
- Sann, A. & Küster, E.-U. (2013). Zum Stand des Ausbaus Früher Hilfen in den Kommunen. In Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.), *Datenreport Frühe Hilfen. Ausgabe 2013* (S. 36–45). Köln: NZFH. Abgerufen am 07.03.2014 unter: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Datenreport_Fruehe_Hilfen_Ausgabe_2013.pdf
- Sann, A. & Landua, D. (2010). Systeme Früher Hilfen: Gemeinsam geht's besser! *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53(10), 1018–1028. doi:10.1007/s00103-010-1124-x
- Sayn-Wittgenstein, F. zu (Hrsg.). (2007). *Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland*. Bern: Hans Huber.
- Sayn-Wittgenstein, F. zu, Lange, U. & Knorz, B. (2010). *Erfassung des Bedarfs von sozial benachteiligten schwangeren Mädchen und Frauen mit dem Ziel der Entwicklung eines Gesundheitsförderungskonzepts: Unveröffentlichter Abschlussbericht*. Hochschule Osnabrück.
- Sayn-Wittgenstein, F. zu & Schäfers, R. (2009). *Neue Perspektiven entwickeln- Hebammen stellen ihre Arbeit dar: Ergebnisse einer Bestandsaufnahme der Versorgungsleistungen durch Hebammen in Niedersachsen im Jahr 2007*. Abgerufen am 04.02.2015 unter: http://download.hebrech.info/FH_Osnabrueck_Ergebnisse_Bestandsaufnahme.pdf

- Schäfer, R. & Sann, A. (2014). Frühe Hilfen zwischen (gesundheitlicher) Familienförderung und Kinderschutz. In B. Bütow (Hrsg.), *Sozialpädagogik zwischen Staat und Familie. Alte und neue Politiken des Eingreifens* (S. 75–89). Wiesbaden: Springer VS.
- Schäfers, R. (2011). *Gesundheitsförderung durch Hebammen: Fürsorge und Prävention rund um Mutterschaft und Geburt*. Stuttgart: Schattauer.
- Schirren, C. & Stephan, Y. (2013). Hebammengesetz. In A. Stiefel, C. Geist, U. Harder & C. Ahrendt (Hrsg.), *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (5., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 858–860). Stuttgart: Hippokrates.
- Schlüter-Cruse, M., Schnepf, W. & Sayn-Wittgenstein, F. zu (2016). Interprofessional cooperation by midwives in the field of out-of-hospital obstetrical care: an integrative review / Interprofessionelle Kooperation von Hebammen im Handlungsfeld der ambulanten geburtshilflichen Versorgung: ein integratives Review. *International Journal of Health Professions*, 3(2), 136–152. doi:10.1515/ijhp-2016-0025
- Schlüter-Cruse, M. & Sayn-Wittgenstein, F. zu (2017). Die Vertrauensbeziehung zwischen freiberuflichen Hebammen und Klientinnen im Kontext der interprofessionellen Kooperation in den Frühen Hilfen: eine qualitative Studie. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (J Midwifery Sci)*, 5(2), 25–33.
- Schmied, V., Homer, C., Fowler, C., Psaila, K., Barclay, L., Wilson, I. et al. (2015). Implementing a national approach to universal child and family health services in Australia: Professionals' views of the challenges and opportunities. *Health and Social Care in the Community*, 23(2), 159–170. doi:10.1111/hsc.12129
- Schneider, E. (2007). Das Projekt "Hebammen beraten Familien" im Rahmen der Initiative VIVA FAMILIA. *Die Hebamme*, 20(2), 118–121.
- Schnell, M. W. & Heinritz, C. (2006). *Forschungsethik: Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch mit Beispielen für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft*. Bern: Huber.
- Schöllhorn, A., König, C., Künster, A. K., Fegert, J. M. & Ziegenhain, U. (2010). Lücken und Brücken. In I. Renner & A. Sann (Hrsg.), *Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen* (S. 202–221). Köln: NZFH. Abgerufen am 12.03.2015 unter:
http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/NZFH_Forschungsreader_low.pdf
- Schölmerich, V. L., Posthumus, A. G., Ghorashi, H., Waelput, A. J., Groenewegen, P. & Denktas, S. (2014). Improving interprofessional coordination in Dutch midwifery and obstetrics: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(145), 1–8.

- Schönberner, P., Schäfers, R. & Kehrbach, A. (2010). Die Bedeutung der Beziehungsarbeit im Geburtsprozess. In Deutscher Hebammenverband e.V. (Hrsg.), *DHV-Expertinnenwissen. Geburtsarbeit. Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt* (S. 20–35). Stuttgart: Hippokrates.
- Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten [59 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 15(1), Art. 18.
- Schürmann-Ebenfeld, S. & Kindler, H. (2015). *Evaluation des Ludwigshafener peripartalen Erhebungsbogens (EvalLupE) in Rheinland-Pfalz: Abschlussbericht*. Herausgegeben vom Deutschen Jugendinstitut (DJI). München. Abgerufen am 15.09.2017 unter: https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2015/Bericht_EvalLupE_final_kg.pdf
- SGB V. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (V). (1988). *Gesetzliche Krankenversicherung - Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477*. Abgerufen am 04.07.2016 unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___134a.html
- SGB VIII. Sozialgesetzbuch Ahtes Buch (VIII) (1990). *Kinder- und Jugendhilfe - Artikel 1 des Gesetzes v. 26. Juni 1990, BGBl. I S. 1163, § 16 Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie*. Abgerufen am 30.08.2017 unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/___16.html
- Shaw, B. (2013). Collaborative working within community maternity services - is this the chink in the armour? *British Journal of Midwifery*, 21(4), 285–291.
- Sheehan, D., Robertson, L. & Ormond, T. (2007). Comparison of language used and patterns of communication in interprofessional and multidisciplinary teams. *Journal of interprofessional care*, 21(1), 17–30.
- Sidor, A., Eickhorst, A., Stasch, M. & Cierpka, M. (2012). Einschätzung der Risikobelastung in Familien im Rahmen von Frühen Hilfen: Die Heidelberger Belastungsskala (HBS) und ihre Gütekriterien. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61(10), 766–780.
- Simoes, E., Kunz, S., Bosing-Schwenkglens, M., Schwoerer, P. & Schmahl, F. (2003). Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge - ein Spiegel gesellschaftlicher Entwicklungen und Aspekte der Effizienz: Untersuchung auf der Basis der Perinatalerhebung Baden-Württemberg 1998–2001. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 63, 538–545.
- Skinner, J. P. & Foureur, M. (2010). Consultation, referral, and collaboration between midwives and obstetricians: lessons from New Zealand. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(1), 28–37. doi:10.1016/j.jmwh.2009.03.015
- Smith, C., Brown, J. B., Stewart, M., Trim, K., Freeman, T., Beckhoff, C. et al. (2009). Ontario care providers' considerations regarding models of maternity care. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC*, 31(5), 401–408.

- Springer, J. F. & Phillips, J. (2007). *The Institute of Medicine Framework and its implication for the Advancement of Prevention Policy, Programs and Practice* (Prevention Policy Paper Series). Folsom, CA: EMT Associates Inc. Abgerufen am 02.04.2017 unter: http://ca-sdfsc.org/docs/resources/SDFSC_IOM_Policy.pdf
- Steinke, I. (2013). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. v. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (10. Auflage, S. 319–331). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. M. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion.
- Strübing, J. (2013). *Qualitative Sozialforschung: Eine komprimierte Einführung für Studierende* (1. Auflage). München: Oldenbourg.
- StGB. Strafgesetzbuch (1998). *Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. April 2017 (BGBl. I S. 815) geändert worden ist. Neugefasst durch Bek. v. 13.11.1998 I 3322; zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 1.3.2017*. Abgerufen am 01.04.2017 unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/stgb/gesamt.pdf>
- SVR. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000). *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Kurzfassung: Band I Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Band II Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege*. Abgerufen am 06.01.2014 unter: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2000-2001/kurz-f-de00.pdf
- SVR. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). *Kooperation und Verantwortung: Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Kurzfassung*. Abgerufen am 05.06.2015 unter: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurz-fassung_2007.pdf
- SVR. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). *Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft längeren Lebens: Sondergutachten. Kurzfassung*. Abgerufen am 05.06.2015 unter: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurz-fassung-2009.pdf
- Thaiss, H. M. (2016). Frühe Hilfen in Deutschland - Chancen und Herausforderungen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59(10), 1245–1246. doi:10.1007/s00103-016-2438-0
- Thomas, H. & Schönberner, P. (2010). Rechtsfragen. In Deutscher Hebammenverband e.V. (Hrsg.), *DHV-Expertinnenwissen. Geburtsarbeit. Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt* (S. 7–19). Stuttgart: Hippokrates.

- Universitätsklinikum Heidelberg (2017). *Ausbildung Hebamme: Hebammenschule am Universitätsklinikum Heidelberg*. Abgerufen am 01.09. 2017 unter: http://afg-heidelberg.de/fileadmin/ausbildung/hebammenschule/Flyer_Hebammen.pdf
- Vedam, S., Schummers, L., Stoll, K., Rogers, J., Klein, M. C., Fairbrother, N. et al. (2012). The Canadian Birth Place Study: describing maternity practice and providers' exposure to home birth. *Midwifery*, 28(5), 600–608. doi:10.1016/j.midw.2012.06.011
- Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V (2015). Abgerufen am 23.01.2018 unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/1_Vertragstext._Hebammenhilfevertrag_09-2017.pdf
- VV BIFH (2012). *Verwaltungsvereinbarung Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen 2012-2015 gem. § 3 Absatz 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz*. Abgerufen am 08.02.2018 unter: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Verwaltungsvereinbarung_zur_Bundesinitiative.pdf
- VV BIFH (2017). *Verwaltungsvereinbarung Fonds Frühe Hilfen über die Bundesstiftung Frühe Hilfen gem. § 3 Absatz 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz*. Abgerufen am 27.12.2017 unter: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Verwaltungsvereinbarung-Bundesstiftung-Fruehe-Hilfen.pdf
- Walkenhorst, U. (2016). Die Relevanz Interprofessioneller Lern- und Arbeitsprozesse im Kontext der Akademisierung der Gesundheitsberufe. *International Journal of Health Professions*, 3(1), 21–28. doi:10.1515/ijhp-2016-0003
- Walter, U., Robra, B.-P. & Schwartz, F. W. (2012). Prävention. In F. W. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, M.-L. Dierks et al. (Hrsg.), *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen* (3., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage, S. 196–223). München [u.a.]: Urban und Fischer bei Elsevier.
- Wegman, H. L. & Stetler, C. (2009). A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. *Psychosomatic medicine*, 71(8), 805–812. doi:10.1097/PSY.0b013e3181bb2b46
- While, A., Murgatroyd, R., Ullman, R. & Forbes, A. (2006). Nurses', midwives' and health visitors' involvement in cross-boundary working within child health services. *Child: Care, Health & Development*, 32(1), 87–99.
- WHO. World Health Organization (1986). *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung*. Abgerufen am 30.04.2017 unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1

- WHO. World Health Organization (1988). *Wiener Erklärung über das Pflegewesen im Rahmen der europäischen Strategie „Gesundheit für alle“*. Abgerufen am 30.04.2017 unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/114932/E93950G.pdf?ua=1
- WHO. World Health Organization (2000). *Erklärung von München – Pflegende und Hebammen – ein Plus für Gesundheit*. Abgerufen am 03.05.2017 unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/53855/E93016G.pdf
- WHO. World Health Organization (2002). *Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services 2002-2008*. Abgerufen am 03.05.2017 unter: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/strategic_directions_en.pdf
- WHO. World Health Organization (2010). *Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services 2011-2015*. Genf. Abgerufen am 03.05.2017 unter: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70526/1/WHO_HRH_HP_N_10.1_eng.pdf
- WHO. World Health Organization (2015). *Strategische Leitlinien für das Pflege- und Hebammenwesen in der Europäischen Region im Einklang mit den Zielen von Gesundheit 2020*. Abgerufen am 03.05.2017 unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/303320/WHO_Health_2020_ger_for_web.pdf?ua=1
- WHO. World Health Organization (2016). *Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020*. Abgerufen am 03.05.2017 unter: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/global-strategic-midwifery2016-2020.pdf
- Wiesner, R. (2010). Finanzierungsmöglichkeiten Früher Hilfen: Zwischen früher Förderung von Eltern und Kindern und Hilfen zur Erziehung. *IzKK-Nachrichten*, 1, 32–36.
- Wissenschaftsrat (Hrsg.). (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Abgerufen am 03.05.2017 unter <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>
- Witzel, A. (1996). Auswertung problemzentrierter Interviews: Grundlagen und Erfahrungen. In R. Strobl & A. Böttger (Hrsg.), *Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung.: Vol. 2. Wahre Geschichten? Zu Theorie und Praxis qualitativer Interviews. Beiträge zum Workshop Paraphrasieren, Kodieren, Interpretieren...im Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen am 29. und 30. Juni 1995 in Hannover* (S. 49–76). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 1(1), Art. 22. Abgerufen am 18.02.2018 unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/download/1132/2520>

- Wooliams, M., Williams, K., Butcher, D. & Pye, J. (2009). *'Be More Critical!' A practical guide for Health and Social Care students* (First Edition). Oxford: Oxford Brookes University.
- Wulf, K.-H. (1992). Schwangerenvorsorge - Inanspruchnahme und Effektivität. *Deutsches Ärzteblatt*, 89(40), 3215–3225.
- Wulff, P. (2017). Der Einsatz von Familienhebammen in Handlungsfeldern sozialer Organisationen: Inter- und transdisziplinäre Kooperation an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe. *Neue Praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik*, 47(1), 23–38.
- Xyrichis, A. & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), 140–153.
- ZePP. Zentrum für Primäre Prävention und Körperpsychotherapie (2014). *Ausbildungsprogramm Emotionelle Erste Hilfe: Bindungsförderung. Krisenintervention. Eltern-Baby-Therapie. Deutschland 2014-2016*. Abgerufen am 09.06.2016 unter: http://www.zepbremmen.de/wp_zepp/wp-content/uploads/2014/01/eeh_fin_einzeln.pdf
- ZHAW. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (Hrsg.). (2015). *Bachelorstudiengang Hebamme*. Abgerufen am 28.09.2017 unter: <https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/ueber-uns/info-broschueren/bsc/broschuere-bsc-hebamme-zhaw-gesundheit.pdf>
- Zimmermann, P., Vierhaus, M., Eickhorst, A., Sann, A., Egger, C., Förthner, J. et al. (2016). Aufwachsen unter familiärer Belastung in Deutschland: Design und Methoden einer entwicklungspsychologischen Studie zu Risiko- und Schutzmechanismen bei Familien mit unterschiedlicher psychosozialer Belastung. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59(10), 1262–1270. doi:10.1007/s00103-016-2423-7
- Ziegenhain, U., Schöllhorn, A., Künster, A. K., Hofer, A., König, C. & Fegert, J. M. (2011). *Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben: Werkbuch Vernetzung*. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz (4. Auflage). Köln: NZFH. Abgerufen 08.08.2014 unter: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Werkbuch_Vernetzung__NZFH_2010_.pdf
- Ziegler, A., Antes, G. & König, I. (2011). Bevorzugte Report Items für systematische Übersichten und Meta-Analysen: Das PRISMA-Statement. Preferred reporting items of systematic review and meta-analyses: the PRISMA statement. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 136 (08), e9–e15.
- Zoege, M. (2004). *Die Professionalisierung des Hebammenberufes: Anforderungen an die Ausbildung* (1. Auflage). *Projektreihe der Robert-Bosch-Stiftung*. Bern: Hans Huber.

Anhang

Inkludierte Studien zur interprofessionellen Kooperation im Handlungsfeld der ambulanten geburtshilflichen Versorgung

Autorinnen/Autoren	Land	Jahr	Studiendesign	Teilnehmerinnen/Teilnehmer der Studien
1. Ayerle, Mattern & Fleischer	Deutschland	2014	quantitativ	42 freiberufliche Hebammen
2. Barimani & Hylander	Schweden	2008	qualitativ	n=32 19 Hebammen 13 Kindergesundheitspflegende
3. Barimani & Hylander	Schweden	2012	qualitativ	n=41 9 Hebammen 11 Kindergesundheitspflegende 21 Mütter
4. Clancy et al.	Norwegen	2013	quantitativ	n=1.596 849 <i>public health nurses</i> 113 Ärztinnen/Ärzte 519 Kinderschutzfachkräfte 115 Hebammen
5. Edvardsson et al.	Schweden	2011	qualitativ	n=23 5 Hebammen 7 Kindergesundheitspflegende 7 Zahnmedizinische Fachangestellte 4 Vorschullehrerinnen/Vorschullehrer

Autorinnen/Autoren	Land	Jahr	Studiendesign	Teilnehmerinnen/Teilnehmer der Studien
6. Edvardsson et al.	Schweden	2012	quantitativ	<p>Umfrage 1: <u>Vor Implementierung: n=134</u> 30 Hebammen, 80 Gesundheits- und Krankenpflegende, 24 Vorschullehrerinnen/Vorschullehrer</p> <p><u>Nach Implementierung: n=109</u> 22 Hebammen, 67 Gesundheits- und Krankenpflegende, 20 Vorschullehrerinnen/Vorschullehrer</p> <p>Umfrage 2: <u>Anlass 1: n=142</u> Hebammen, Gesundheits- und Krankenpflegende, Vorschullehrerinnen/Vorschullehrer</p> <p><u>Anlass 2: n=98</u> Hebammen, Gesundheits- und Krankenpflegende, Vorschullehrerinnen/Vorschullehrer</p> <p><i>Genauere Anzahl der Teilnehmenden nach Professionen nicht dargestellt</i></p>
7. Fontein-Kuipers, Budé, Ausems, Vries & Nieuwenhuijze	Niederlande	2014	quantitativ	112 Hebammen der ambulanten Versorgung

Autorinnen/Autoren	Land	Jahr	Studiendesign	Teilnehmerinnen/Teilnehmer der Studien
8. Homer et al.	Australien	2009	qualitativ	<p><u>n=67</u></p> <p>19 Hebammen in leitender Funktion</p> <p>14 Hebammen in beratender Funktion, Hebammen aus dem ambulanten Setting</p> <p>12 Führungskräfte der Kinder- und Familiengesundheitspflege</p> <p>13 Beraterinnen/Berater für Kinder- und Familiengesundheitspflege</p> <p>4 <i>Families First coordinators</i></p> <p>5 Sonstige</p>
9. Miers & Pollard	England	2009	qualitativ	<p><u>n=34</u></p> <p>13 Gesundheits- und Krankenpflegende</p> <p>4 Hebammen</p> <p>5 Physiotherapeutinnen/-therapeuten</p> <p>7 Sozialarbeiterinnen/-arbeiter</p> <p>4 Ergotherapeutinnen/-therapeuten</p>
10. Munro, Kornelsen & Grzybowski	Kanada	2013	qualitativ	<p><u>n=73</u></p> <p>7 Hebammen</p> <p>27 Ärztinnen/Ärzte</p> <p>18 Gesundheits- und Krankenpflegende</p> <p>5 <i>community-based providers</i></p> <p>5 Schwangere Frauen</p> <p>5 Verwaltungsmitarbeiterinnen/-mitarbeiter</p> <p>6 Entscheidungsträgerinnen/-träger der Gesundheitsbehörde</p>

Autorinnen/Autoren	Land	Jahr	Studiendesign	Teilnehmerinnen/Teilnehmer der Studien
11. Murray-Davis, Marshall & Gordon	Großbritannien	2011	qualitativ	n=39 11 Leitende Hebammen 16 Lehrende 12 neu qualifizierte Hebammen
12. Nagel-Brotzler, Bronner, Hornstein & Albani	Deutschland	2005	quantitativ	111 Hebammen
13. Psaila, Fowler, Kruske & Schmied	Australien	2014a	qualitativ	n=33 Hebammen, Führungskräfte, Kinder- und Familiengesundheitspflegende, Hausärztinnen/-ärzte, support workers, sonstiges Gesundheitspersonal, Aboriginal health workers, community health professionals <i>Genaue Anzahl der Teilnehmenden nach Professionen nicht dargestellt</i>
14. Psaila, Kruske, Fowler, Homer & Schmied	Australien	2014b	quantitativ	n=1.753 655 Hebammen 1098 Kinder- und Familiengesundheitspflegende
15. Psaila, Schmied, Fowler & Kruske	Australien	2015	Mixed-Methods	Phase 1: n=105 45 Hebammen 60 Kinder- und Familiengesundheitspflegende Phase 2: n=1.753 655 Hebammen 1098 Kinder- und Familiengesundheitspflegende

Autorinnen/Autoren	Land	Jahr	Studiendesign	Teilnehmerinnen/Teilnehmer der Studien
16. Peterson, Medves, Davies & Graham	Kanada	2007	qualitativ	<u>n=25 Vertreterinnen/Vertreter von nationalen Verbänden</u> 4 Verband für Hausärztinnen/-ärzte 5 Hebammenverband 3 Pflegeverband 4 Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie 4 Gesellschaft für Hausärztinnen/-ärzte in ländlichen Regionen 5 Gesellschaft für Frauengesundheit, Geburtshilfe und Pflege der Neonatologie
17. Pollard	Großbritannien	2011	qualitativ	<u>n=32 (Interviews)</u> 20 Hebammen 4 Geburtsmedizinerinnen/-mediziner 8 Frauen <u>n=88 (Beobachtungen)</u> 32 Hebammen 4 Verwaltungsmitarbeiterinnen/-mitarbeiter 27 medizinisches Personal 5 Studenten 10 Hilfspersonen 6 weiteres Krankenhauspersonal 4 Frauen
18. Ratti, Ross, Stephanson & Williamson	Kanada	2014	quantitativ	<u>n=144</u> 25 Hebammen 73 Hausärztinnen/-ärzte 46 Geburtsmedizinerinnen/-mediziner

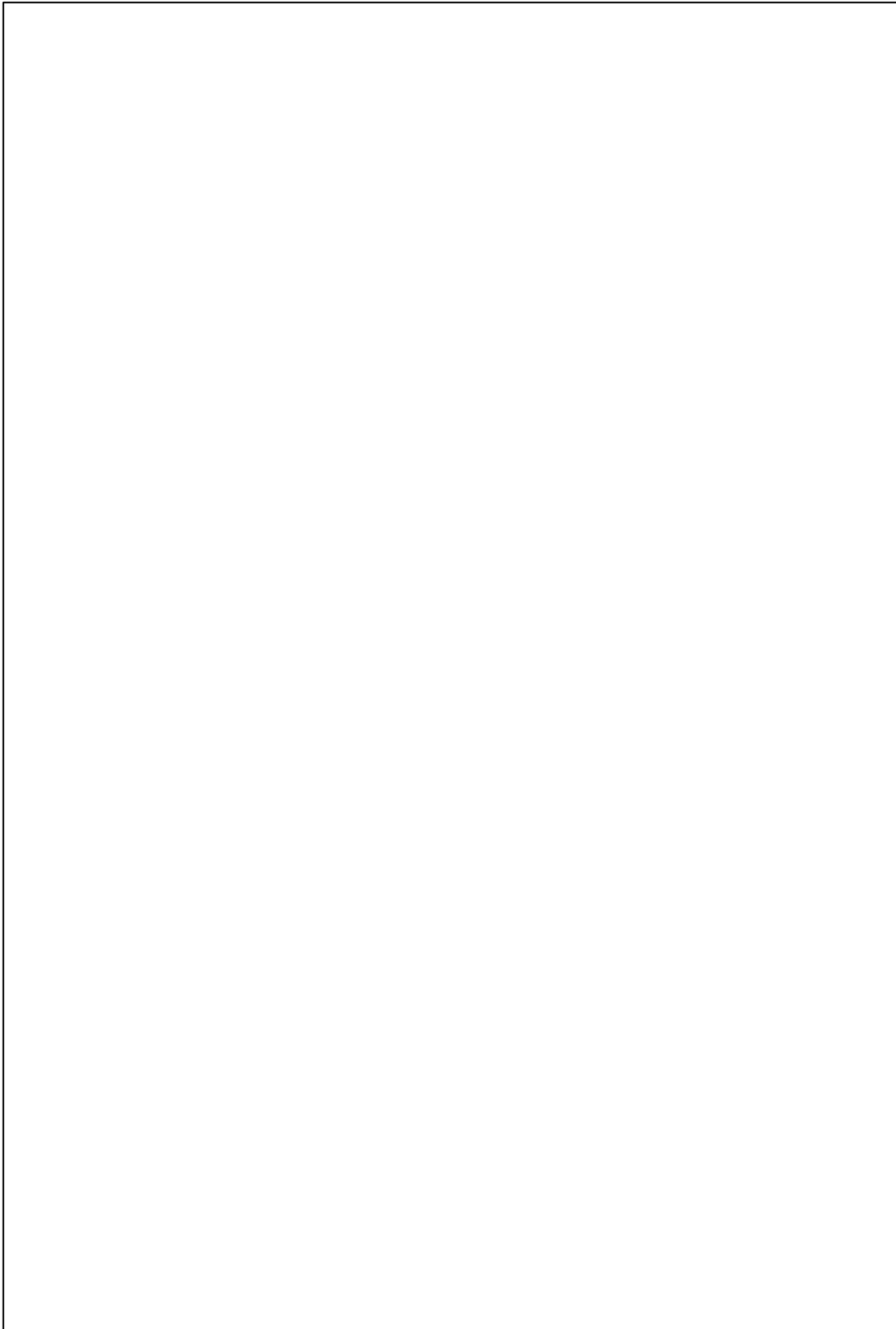
Autorinnen/Autoren	Land	Jahr	Studiendesign	Teilnehmerinnen/Teilnehmer der Studien
19. Schmied et al.	Australien	2015	qualitativ	<u>n=161</u> 60 Kinder- und Familiengesundheitspflegende 45 Hebammen 15 Hausärztinnen/-ärzte 12 <i>practice nurses</i> 14 Sonstiges Gesundheitspersonal 7 Kindheitspezialistinnen/-spezialisten 6 Personal nichtstaatlicher Organisationen 2 Regierungsberaterinnen/-berater
20. Schölmerich et al.	Niederlande	2014	qualitativ	<u>n=40</u> 13 Hebammen der ambulanten Versorgung 8 im Krankenhaus tätige Hebammen 19 Geburtsmedizinerinnen/-mediziner
21. Shaw	Großbritannien	2013	Mixed-Methods	Fragebogen 10 Hebammen der ambulanten Versorgung Senior-Partner aus 20 Hausarztpraxen <i>Genaue Anzahl nicht angegeben</i> <u>Interviews (n=5):</u> 6 Teilnehmerinnen/Teilnehmer <i>Keine Angaben zur Profession</i> Professionelles Forum: Hebammen, Hausärztinnen/-ärzte, Hebammen in beratender Funktion, Vertreter/Vertreterin des Öffentlichen Gesundheitswe- sens <i>Anzahl der jeweiligen Profession nicht angegeben</i>
22. Skinner & Fourreur	Neuseeland	2010	quantitativ	311 Hebammen

Autoren/Autoren	Land	Jahr	Studiendesign	Teilnehmerinnen/Teilnehmer der Studien
23. Smith et al.	Kanada	2009	quantitativ	<u>n=1.167</u> 258 Hebammen 414 Geburtswissenschaftlerinnen/-mediziner 495 Hausärztinnen/-ärzte <i>Eigene Kalkulationen, da in der Studie Prozentangaben gemacht werden</i>
24. Vedam et al.	Kanada	2012	quantitativ	<u>n=835</u> 451 Hebammen 245 Geburtshelfer 139 Hausärztinnen/-ärzte
25. While, Murgatroyd, Ullman & Forbes	Großbritannien	2006	qualitativ	<u>n=113</u> 16 Hebammen 66 Gesundheits- und Krankenpflegende 14 <i>health visitors</i> 3 Hausärztinnen/-ärzte 4 Sozialarbeiterinnen/-arbeiter 2 <i>Sure Start workers</i> 3 Dienstleistungsnutzerinnen/-nutzer 5 Sonstige

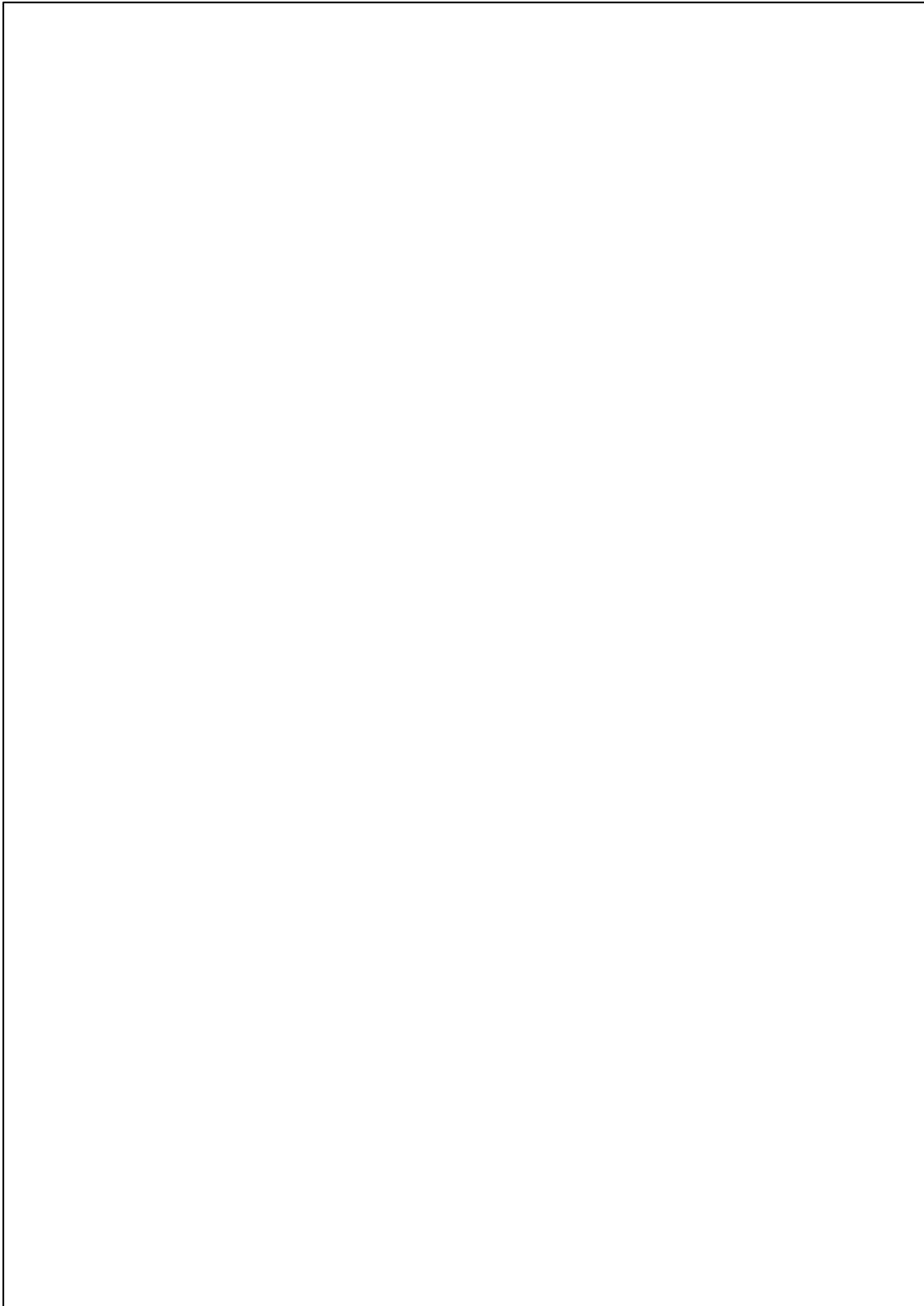
Tabelle 6: Inkludierte Studien zur interprofessionellen Kooperation im Handlungsfeld der ambulanten geburts hilfflichen Versorgung¹

¹ Die vollständigen Angaben der inkludierten Studien sind dem Literaturverzeichnis zu entnehmen.

Ethik-Kommission Schreiben vom 28.02.2014



Ethik-Kommission Schreiben vom 13.03.2014





Hochschule Osnabrück
University of Applied Sciences

Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Forschungsprojekt *Familienorientierte geburtshilfliche Versorgung (Fage V)*

Einladung zur Mitwirkung an der Gruppendiskussion zum Thema „Hebammen im System der Frühen Hilfen“

SEHR GEEHRTE KOLLEGIN,

seit August 2013 ist an der Hochschule Osnabrück das Forschungsprojekt *Familienorientierte geburtshilfliche Versorgung (FageV)* angesiedelt. In diesem Projekt wird über eine Laufzeit von zwei Jahren eine mögliche Verzahnung der Regelversorgung von Hebammen mit den Netzwerken der Frühen Hilfen untersucht. Das Projekt wird unter der wissenschaftlichen Leitung von Frau Prof. Dr. F. zu Sayn-Wittgenstein durchgeführt und von der Volkswagenstiftung gefördert.

WAS IST DAS ZIEL DER FORSCHUNG?

Seit einigen Jahren ist die Bedeutung Früher Hilfen angestiegen. In diesem Zusammenhang wird immer wieder die besondere Stellung der Hebamme diskutiert. Hebammenhilfe richtet sich an alle Frauen, auch an sozial und medizinisch belastete (werdende) Mütter und ihre Kinder. Hebammen verfügen über umfassende Kompetenzen zur Stärkung der Mutter-Kind-Beziehung und in der Unterstützung der Eltern bei der angemessenen Versorgung ihres Kindes. Vor diesem Hintergrund bildet die Hebamme in der Regelversorgung ein besonderes Potential, um bestehende Versorgungslücken zu schließen.

Unklar ist jedoch, ob und wenn ja, wie sich Hebammen im System der Frühen Hilfen verorten. Übernehmen Sie als Hebamme Aufgaben, die Sie dem System der Frühen Hilfen zuordnen würden? Arbeiten Sie mit anderen Berufsgruppen zusammen? Welche Anforderungen werden aus Ihrer Sicht an das professionelle Hebammenhandeln in Vernetzung mit anderen Berufsgruppen gestellt?

Das Vorhaben trägt dazu bei, erstmalig die Merkmale der Hebammenarbeit im Kontext Früher Hilfen zu identifizieren. Dies könnte eine Grundlage zur Diskussion sein, um die Rolle von Hebammen in den Frühen Hilfen stärker berücksichtigen zu können. Langfristiges Ziel ist eine Verbesserung der niedrigschwelligen geburtshilflichen Versorgung durch Hebammen im Bereich der Frühen Hilfen.

WER WIRD UM EINE TEILNAHME AN DIESER FORSCHUNG GEBETEN?

Sie sind freiberufliche Hebamme und bieten Leistungen der Hebammenhilfe nach SGB V im Rahmen von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und/oder Stillzeit an? Wir möchten Sie einladen, uns Ihre Erfahrungen sowie Ihre persönlichen Einschätzungen als Hebamme zur Thematik zu geben.

WIE SIEHT EINE TEILNAHME AN DER STUDIE AUS?

Für die Umsetzung der Studie planen wir eine Gruppendiskussion mit ca. 5-10 freiberuflichen Hebammen, die bereit sind gemeinsam zur Thematik *Hebammen im System der Frühen Hilfen* zu diskutieren. Wir beginnen mit einer Einführung in die Methode, einer Vorstellung der Teilnehmerinnen und planen dann ca. 2 Stunden für die Diskussion ein. Die Veranstaltung ist für den **11.03.2014 von 10 - 13 Uhr in der Hochschule Osnabrück, Sedanstraße 4**, geplant (s. Wegbeschreibung im Anhang). Anfahrtskosten mit dem PKW oder die Anreise per Bahn bis zur Höhe der Bahnfahrkarte 2. Klasse werden erstattet.

Ihre Teilnahme an der Gruppendiskussion ist freiwillig. Sie können eine Zustimmung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Die erhobenen Daten unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Alle Informationen, die Sie im Rahmen der Diskussion geben, werden vertraulich behandelt.

SIE HABEN INTERESSE AN EINER TEILNAHME?

Wenn Sie Interesse haben, unser Forschungsvorhaben mit Ihrer Teilnahme an der Gruppendiskussion zu unterstützen, nehmen Sie bitte Kontakt mit uns auf. Für weitere Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Kontakt:

Projektleitung

Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein
Professur für Pflege- und Hebammenwissenschaft

Hochschule Osnabrück
Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Tel.: 0541/969 – 2024
E-Mail: f.wittgenstein@hs-osnabrueck.de

Ansprechpartnerin

Martina Schlüter-Cruse
Dipl. Berufspädagogin (FH) & Hebamme

Hochschule Osnabrück
Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Tel.: 0541/969 – 3665
E-Mail: m.schlueter-cruse@hs-osnabrueck.de

Gastprofessorin an der

Universität Witten/Herdecke

Postanschrift:

Hochschule Osnabrück
Postfach 1940
D-49009 Osnabrück

Aufruf zur Teilnahme an der Studie

Freiberufliche *AUFRUF!* **HEBAMMEN** gesucht!



Hochschule Osnabrück
University of Applied Sciences

Im Rahmen des Forschungsprojektes „Familienorientierte geburtshilfliche Versorgung (FageV)“ an der Hochschule Osnabrück führen wir eine Untersuchung zur Rolle von Hebammen in den Frühen Hilfen durch.

Seit einigen Jahren ist die Bedeutung Früher Hilfen angestiegen. In diesem Zusammenhang wird immer wieder die besondere Stellung der Hebamme diskutiert. Hebammenhilfe richtet sich an alle Frauen, auch sozial und medizinisch belastete (werdende) Mütter und ihre Kinder. Hebammen verfügen über umfassende Kompetenzen zur Stärkung der Mutter-Kind-Beziehung und in der Unterstützung der Eltern bei der angemessenen Versorgung ihres Kindes. Unklar ist jedoch, ob und wenn ja, wie sich Hebammen im System der Frühen Hilfen verorten. Dies soll in dem Vorhaben untersucht werden.

Dazu suchen wir für den Zeitraum von Mai – Dezember 2014 Kolleginnen, die freiberuflich oder in freiberuflicher Nebentätigkeit Leistungen nach SGB V im Rahmen von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und/oder Stillzeit anbieten und bereit sind, uns in einem Interview Einblicke in ihre Tätigkeit zu geben. Treffpunkt nach Vereinbarung, gerne an Ihrem Wohnort.

Weitere Informationen unter: www.hebammenforschung.de

Kontakt:

Martina Schlüter-Cruse · Dipl. Berufspädagogin & Hebamme

Tel.: 0541 9693665 · Mobil: 0163 6372603 · E-Mail: m.schlueter-cruse@hs-osnabrueck.de



Information zur Mitwirkung an der Studie zum Thema „Hebammen im System der Frühen Hilfen“

Sehr geehrte Kollegin,

seit August 2013 ist an der Hochschule Osnabrück das neue Forschungsprojekt *Familienorientierte geburtshilfliche Versorgung (Fage V)* angesiedelt. In diesem Projekt wird über eine Laufzeit von zwei Jahren eine mögliche Verzahnung der Regelversorgung von Hebammen mit den Netzwerken der Frühen Hilfen untersucht. Das Projekt wird unter der wissenschaftlichen Leitung von Frau Prof. Dr. F. zu Sayn-Wittgenstein durchgeführt und von der Volkswagenstiftung gefördert.

WAS IST DAS ZIEL DER FORSCHUNG?

Seit einigen Jahren ist die Bedeutung Früher Hilfen angestiegen. In diesem Zusammenhang wird immer wieder die besondere Stellung der Hebamme diskutiert. Hebammenhilfe richtet sich an alle Frauen, auch an sozial und medizinisch belastete (werdende) Mütter und ihre Kinder. Hebammen verfügen über umfassende Kompetenzen zur Stärkung der Mutter-Kind-Beziehung und in der Unterstützung der Eltern bei der angemessenen Versorgung ihres Kindes. Vor diesem Hintergrund bildet die Hebamme in der Regelversorgung ein besonderes Potential, um bestehende Versorgungslücken zu schließen.

Unklar ist jedoch, ob und wenn ja, wie sich Hebammen im System der Frühen Hilfen verorten. Übernehmen Sie als Hebamme Aufgaben, die Sie dem System der Frühen Hilfen zuordnen würden? Arbeiten Sie mit anderen Berufsgruppen zusammen? Welche Anforderungen werden aus Ihrer Sicht an das professionelle Hebammenhandeln in Vernetzung mit anderen Berufsgruppen gestellt?

Das Vorhaben trägt dazu bei, erstmalig die Merkmale der Hebammenarbeit im Kontext Früher Hilfen zu identifizieren und könnte damit eine Grundlage zur Diskussion bieten, um die Rolle von Hebammen möglicherweise stärker berücksichtigen zu können. Langfristiges Ziel ist eine Verbesserung der niedrigschwelligen geburtshilflichen Versorgung durch Hebammen im Bereich der Frühen Hilfen.

WER WIRD UM EINE TEILNAHME AN DIESER FORSCHUNG GEBETEN?

Sie sind freiberufliche Hebamme oder üben Ihre Tätigkeit in freiberuflicher Nebentätigkeit aus und bieten Leistungen der Hebammenhilfe nach SGB V im Rahmen von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und/oder Stillzeit an? Wir möchten Sie einladen, uns von Ihren Erfahrungen zu berichten und uns einen Einblick in Ihre Tätigkeit als freiberufliche Hebamme zu geben.

WIE SIEHT EINE TEILNAHME AN DER STUDIE AUS?

Damit Sie mir von Ihrer Tätigkeit berichten können, würde ich gerne ein Interview mit Ihnen führen. Das Gespräch kann an Ihrem Arbeitsort oder einem anderen Ort Ihrer Wahl stattfinden. Normalerweise dauert ein Interview zwischen 30 und 60 Minuten. Das Interview wird auf einen Tonträger aufgenommen und anschließend abgetippt. Das Tonband wird an einem sicheren Ort aufbewahrt. Die Transkription erfolgt ggf. durch eine professionelle Fachkraft. Das Gespräch wird so anonymisiert, dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind.

WIE SEHEN IHRE RECHTE IN DIESER FORSCHUNG AUS?

Ihre Teilnahme am Interview ist freiwillig. Sie können jederzeit, auch nach Beginn des Interviews, unterbrechen, abbrechen oder keine Antwort geben, ohne Gründe dafür nennen zu müssen. Es besteht auch die Möglichkeit, das Tonband während des Interviews auszuschalten. Alle Informationen, die Sie im Gespräch geben, werden vertraulich behandelt. Angaben zu Ihrer Person und Tonbänder werden an einem sicheren Ort unabhängig voneinander aufbewahrt.

WAS GESCHIEHT MIT IHRER INFORMATION?

Ihr Interview wird zusammen mit anderen Interviews wissenschaftlich ausgewertet. Die Untersuchung wird von Frau Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein (Hochschule Osnabrück) und Herrn Prof. Dr. Wilfried Schnepf (Universität Witten/Herdecke) betreut. Die Ergebnisse der Auswertung werden zusammengefasst, mit dem wissenschaftlichen Team besprochen und veröffentlicht. Sie sind Bestandteil meines Promotionsvorhabens zur Erlangung des akademischen Grades Doctor of Philosophy (PhD) an der Universität Witten/Herdecke. Aus dem Bericht ist nicht zu entnehmen, welche Aussagen von Ihnen oder von den anderen Mitwirkenden der Diskussion getroffen wurden. Zur Veröffentlichung der Studienergebnisse können Artikel in wissenschaftlichen Zeitschriften erscheinen. Hier wird ebenfalls strengstens auf Ihre Anonymität und die aller Mitwirkenden geachtet. Alle Mitglieder der Forschungsgruppe (z.B. BetreuerIn, Transkriptionsfachkraft) unterliegen den geltenden datenschutzrechtlichen Bedingungen.

Wenn Sie Interesse haben, das Forschungsvorhaben zu unterstützen, nehmen Sie bitte Kontakt mit mir auf. Für weitere Fragen ich gerne zur Verfügung.

Osnabrück, den 01.07.2014

Projektleitung

Frau Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein
Professur für Pflege- und Hebammenwissenschaft
Hochschule Osnabrück
Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Tel.: 0541/969 – 2024
E-Mail: f.wittgenstein@hs-osnabrueck.de

Ansprechpartnerin

Frau Martina Schlüter-Cruse
Dipl. Berufspädagogin (FH) & Hebamme
Hochschule Osnabrück
Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Tel.: 0541/969 – 3665
E-Mail: m.schlueter-cruse@hs-osnabrueck.de

Postanschrift:

Hochschule Osnabrück
Postfach 1940
D-49009 Osnabrück
www.hebammenforschung.de

Gastprofessorin an der

Universität Witten/Herdecke



Teilnahmehinweise

FORSCHUNGSPROJEKT: FAMILIENORIENTIERTE GEBURTSHILFLICHE VERSORGUNG („FAGEV“)
PROMOTIONS-VORHABEN: ZUR ANBINDUNG DER REGELVERSORGUNG VON HEBAMMEN IN
DIE NETZWERKE FRÜHER HILFEN – EINE BETRACHTUNG AUS DER HEBAMMENPERSPEKTIVE

Sehr geehrte Frau _____,

vielen Dank, dass Sie sich dazu bereit erklärt haben an der Gruppendiskussion/an dem Interview zur Thematik *Hebammen im System der Frühen Hilfen* teilzunehmen, um von Ihren Erfahrungen zu sprechen.

Die wissenschaftliche Betreuung des Projekts erfolgt durch Frau Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein (Hochschule Osnabrück) in Kooperation mit Herrn Prof. Dr. Wilfried Schnepf (Universität Witten/Herdecke). Die Daten werden im Rahmen eines Promotionsvorhabens an der Universität Witten/Herdecke durch Frau Martina Schlüter-Cruse erhoben. Das Vorhaben ist Teil des Forschungsprojekts „Familienorientierte geburtshilfliche Versorgung (FageV)“ an der Hochschule Osnabrück.

In der Studie werden mit Ihrem Einverständnis personenbezogene Daten (z.B. Name, Telefonnummer, Alter) erhoben sowie eine Gruppendiskussion/ein Interview geführt. Die gesamten Daten unterliegen der Schweigepflicht sowie den gesetzlichen datenschutzrechtlichen Verordnungen.

Die Gruppendiskussion/das Interview werden auf einen Tonträger aufgenommen und anschließend verschriftlicht. In diesem Prozess werden Namen und andere Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen ersetzt, so dass diese von Dritten nicht mehr erkennbar sind und eine Rückführung auf Ihre Person ausgeschlossen ist. Die Verschriftlichung erfolgt ggf. durch eine professionelle Schreibkraft. Die Nutzung oder Weitergabe der erhobenen Daten erfolgt ausschließlich im Rahmen des Forschungszwecks und geschieht nur in verschlüsselter Form. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der Studienergebnisse im Rahmen des Promotionsvorhabens. Zur Publikation der Studienergebnisse können Artikel in wissenschaftlichen Zeitschriften erscheinen.

Ihre persönlichen Daten werden am Ende des Projektes in unseren Unterlagen gelöscht. Ebenso wird die aufgezeichnete Gruppendiskussion/das Interview nach der Verschriftlichung vom Tonträger gelöscht. Diese Dokumente werden 10 Jahre lang an einem sicheren Ort unter Verschluss aufbewahrt. Die von Ihnen unterschriebene Erklärung zur Einwilligung in die Auswertung, weitere personenbezogene Daten, Tonträger und Verschriftlichungen werden im gesamten Prozess sicher und unabhängig voneinander in Verantwortung der Forscherin aufbewahrt. Die Teilnehmerinnen der Gruppendiskussion sowie die Interviewten erhalten nach Absprache und zeitnah die Verschriftlichung ihrer Beiträge.

Zum Ende möchten wir Sie noch darüber informieren, dass Ihre Teilnahme an der Gruppendiskussion/am Interview freiwillig ist. Bei einer Nichtteilnahme entstehen keine Nachteile. Sie können jederzeit von der Studie zurücktreten, die Gruppendiskussion/das Interview unterbrechen, abrechnen oder keine Antwort geben, ohne Gründe dafür nennen zu müssen.

Die Verpflichtungen zur Einhaltung der Schweigepflicht und der datenschutzrechtlichen Bestimmungen gelten für die leitende Forscherin Martina Schlüter-Cruse sowie für die weiteren Mitglieder der Forschungsgruppe z.B. BetreuerIn, Schreibkraft.

Wenn Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte telefonisch oder per E-Mail an:

Martina Schlüter-Cruse
Dipl. Berufspädagogin (FH) & Hebamme

Hochschule Osnabrück
Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Tel.: 0541/969 – 3665
Mobil: 0163 63 72 603
E-Mail: m.schlueter-cruse@hs-osnabrueck.de

Postanschrift:

Hochschule Osnabrück
Postfach 1940
D-49009 Osnabrück



Hochschule Osnabrück
University of Applied Sciences

Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Forschungsprojekt *Familienorientierte geburtshilffliche Versorgung (Fage V)*

Einverständniserklärung zur wissenschaftlichen Verwendung personenbezogener Daten

FORSCHUNGSPROJEKT „FAMILIENORIENTIERTE GEBURTSHILFLICHE VERSORGUNG (FAGEV)“
PROMOTIONS-VORHABEN: ZUR ANBINDUNG DER REGELVERSORGUNG VON HEBAMMEN IN
DIE NETZWERKE FRÜHER HILFEN – EINE BETRACHTUNG AUS DER HEBAMMENPERSPEKTIVE

Ich habe die schriftlichen und mündlichen Informationen zur Kenntnis genommen und bin über die verantwortliche Person, in diesem Fall Frau Martina Schlüter-Cruse, vollständig über die Bedeutung, den Zweck und den Ablauf der Studie aufgeklärt worden. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen, habe die Antworten verstanden und akzeptiere sie. Ich bin über den möglichen Nutzen der Studie informiert.

Ich hatte genügend Zeit, meine Entscheidung zur Teilnahme zu überdenken und mir ist bekannt, dass die Teilnahme daran freiwillig ist. Ich wurde darüber informiert, dass ich meine Zustimmung jederzeit und ohne die Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass durch diesen Entschluss Nachteile für mich entstehen. Dies gilt auch während der Gruppendiskussion oder in der Interviewsituation.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten unter der Verantwortung der wissenschaftlichen Projektleitung in pseudonymisierter² Form für die Fragestellungen des Projektes und des Promotionsvorhabens gespeichert und verarbeitet werden. Die Daten werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet. Ich willige in die Aufzeichnung der Gruppendiskussion bzw. Interviews auf einen Tonträger und die anschließende Transkription ein.

Ich bin damit einverstanden, dass die Betreuer der Promotion, Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein, Hochschule Osnabrück und Prof. Dr. Wilfried Schnepf, Universität Witten/Herdecke, Einsicht in die Daten der Gruppendiskussion/Interviews nehmen.

Eine Kopie des schriftlichen Informationsmaterials und der Einwilligungserklärung liegen mir vor und ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme.

Ort Datum

Name, Vorname der Teilnehmerin Unterschrift

Name, Vorname d. verantwortlichen Wissenschaftlerin Unterschrift

² Pseudonymisieren ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren (§ 3 Abs. 6a BDSG).

Ihre Ansprechpartnerin im Verbund Hebammenforschung bei Fragen zur Studie ist:

Frau Martina Schlüter-Cruse
Dipl. Berufspädagogin und Hebamme
Tel.: 0541/969 – 3665
Mobil: 0163 63 72 603
E-Mail: m.schlueter-cruse@hs-osnabrueck.de

Postanschrift:

Hochschule Osnabrück
Postfach 1940
D-49009 Osnabrück
www.hebammenforschung.de

Verpflichtungserklärung

Als verantwortliche Wissenschaftlerin dieses Forschungsvorhabens verpflichte ich mich dafür Sorge zu tragen, dass die Schweigepflicht strikt eingehalten wird. Alle Erfordernisse des Datenschutzes werden von mir berücksichtigt. Die Daten, die im Rahmen des Forschungsprojektes „Familienorientierte geburtshilfliche Versorgung“ und des Promotionsvorhabens „Zur Anbindung der Regelversorgung von Hebammen in die Netzwerke Früher Hilfen – eine Betrachtung aus der Hebammenperspektive“ erhoben werden, und die daraus resultierenden Ergebnisse werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke genutzt.

Ort, Datum

Unterschrift d. verantwortlichen Wissenschaftlerin



Hochschule Osnabrück
University of Applied Sciences

Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Forschungsprojekt *Familienorientierte geburtshilfliche Versorgung (Fage V)*

Kurzfragebogen für die Teilnehmerinnen der Studie

Pseudonym der Studienteilnehmerin:

1. Welche Leistungen der Hebammenhilfe bieten Sie derzeit an (Mehrfachnennungen möglich)?

- Wochenbettbetreuung
- Schwangerenvorsorge, Schwangerenbetreuung
- Geburtsvorbereitungskurse
- Rückbildungskurse
- Hausgeburten
- Beleggeburten in 1:1 Betreuung
- Beleggeburten im Schichtdienst
- Geburten in einer hebammengeleiteten Einrichtung
- Leistungen außerhalb des Hebammenvertrages
- Geburten im Krankenhaus als angestellte Hebamme mit freiberuflicher Nebentätigkeit

Umfang des Angestelltenverhältnisses:

- 25%
 - 50%
 - 75%
 - Sonstige, und zwar:
- Weitere Leistungen:

2. Arbeiten Sie in Vernetzung mit anderen Berufsgruppen (z.B. Schwangerenberatungsstelle, Familienberatungsstelle, Klinik/Geburtshilfliche Abteilungen)?

- Ja.
- Nein.

Wenn ja, mit welchen?

3. Wie alt sind Sie?

_____ Jahre

4. In welchem Jahr haben Sie Ihr Hebammenexamen absolviert?

im Jahr _____

5. Wie viele Jahre sind Sie seit dem Examen als Hebamme aktiv tätig?

_____Jahre

6. Wie viele Jahre sind Sie seit dem Examen als freiberufliche Hebamme aktiv tätig?

_____Jahre

7. Verfügen Sie zusätzlich zur Hebammenausbildung über berufliche Qualifikationen (z.B. Weiterbildungen, abgeschlossene Zusatzausbildungen, vorausgegangene Berufsabschlüsse, akademische Abschlüsse)?

- ja
 nein

Wenn ja, welcher Art?

8. Leisten Sie derzeit Hilfe bei Geburten?

- Nein
 Ja

Und zwar bei:

- 1-20 vollendeten Geburten/Jahr
 21-40 vollendenden Geburten/Jahr
 41-60 vollendeten Geburten/Jahr
 61-80 vollendeten Geburten/Jahr
 81-100 vollendeten Geburten/Jahr
 mehr als 100 vollendeten Geburten/Jahr

9. In welchem Umfang üben Sie Ihre freiberufliche Tätigkeit aus?

Ich bin durchschnittlich mit _____ Stunden pro Woche freiberuflich tätig.

Postskriptum

Interview Nr.	
Datum	
Ort	
Räumlichkeit	
Interviewdauer	
Tätigkeit	
Teilnahmemotivation	
Anonymisierungsvorschlag	
Alter	
Besondere Vorkommnisse bei Kontaktierung	
Besondere Vorkommnisse im Interview	
Interviewatmosphäre	
Interaktion im Interview (z.B. schwierige Passagen)	
Gesprächsinhalte vor der Tonbandaufnahme	
Selbstwahrnehmung Interviewerin	
Gesprächsinhalte nach der Tonbandaufnahme	
Wahrnehmungen über nonverbale Aspekte	
Schwerpunktsetzung der Interviewten	
Spontane thematische Auffälligkeiten	
Abschrift des Transkripts gewünscht?	
Interpretationsideen	

Verschwiegenheitserklärung (Schreibbüro)

Lebenslauf

Persönliche Angaben

Martina Schlüter-Cruse

Wissenschaftliche Tätigkeiten

- seit 01/2017 Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Forschungskolleg „Familien-
gesundheit im Lebensverlauf – Gesundheitsförderung und
Krankheitsbewältigung (FamiLe)“, gefördert vom Bundesminis-
terium für Bildung und Forschung, Hochschule Osnabrück in
Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke (Leitung: Prof.
Dr. F. zu Sayn-Wittgenstein, Prof. Dr. W. Schnepf)
- 10/2013–12/2016 Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Forschungsprojekt „Familien-
orientierte geburtshilfliche Versorgung (FageV)“, gefördert durch
Landesmittel des Niedersächsischen Ministeriums für Wissen-
schaft und Kultur („Nds. Vorab“), Hochschule Osnabrück (Lei-
tung: Prof. Dr. F. zu Sayn-Wittgenstein)

Akademische Ausbildung

- seit 01/2014 Zulassung zur Promotion zum PhD. Pflegewissenschaft, Fakultät
für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke
- 10/2002–09/2006 Studium der Pflegepädagogik, Diplomstudiengang, Fachhoch-
schule Münster
Abschluss: Diplom Berufspädagogin (FH)
- Projektsemester vom 07.03.–05.04.2005: Tätigkeit als Hebamme
in der Glory Reborn Clinic, Cebu City, Philippinen

Beruflicher Werdegang

- 04/2010–09/2013 Stellvertretende Schulleiterin an der staatlich anerkannten Heb-
ammenschule am Universitätsklinikum Bonn
- 10/2006–03/2010 Lehrerin für Hebammenwesen an der Hebammenschule des
St. Franziskus-Hospitals in Ahlen

2004	Freiberufliche Hebamme im Geburtshaus Villa Dullstein, Geldern (Vertretungstätigkeit)
12/1997–09/2006	Freiberufliche Tätigkeit als Hebamme in Meschede, Leistungsangebote: Wochenbettbetreuung, Geburtsvorbereitung, Akupunktur, Babymassage
12/1997–09/2006	Angestellte Hebamme im St. Walburga Krankenhaus, Meschede
10/1994–09/1997	Berufsausbildung zur Hebamme an der Hebammenschule des St. Vincenz-Krankenhauses, Paderborn

Internationale Aufenthalte und Kontakte

08/2016–10/2016	Forschungsaufenthalt, Karolinska Institut, Department of Women's and Children's Health, Stockholm, Schweden
06.–08.05.2015	Teilnahme am Internationalen Netzwerktreffen Frühe Hilfen „3rd International Staff Week in the field of Early Life Family Care“ unter Leitung von Prof. Dr. R. Klein, Department Gesundheit und Soziales, Fachhochschule Kärnten, Klagenfurt, Österreich
01/2013–03/2013	Hospitation an der Catherine McAuley School of Nursing and Midwifery, University College Cork, Irland, Internationales Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit, gefördert von der Robert Bosch Stiftung

Gremienarbeit und sonstige Tätigkeiten

03/2018	Durchführung von Pre-Trial Visits in 12 Kliniken im Rahmen der klinischen Studie „Be-Up: Effekt der Geburtsumgebung auf den Geburtsmodus und das Wohlbefinden von Frauen am Geburtstermin (RCT)“ in Kooperation mit der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
seit 02/2018	Vorstandsmitglied (Schriftführerin) der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)
seit 01/2017	Mandatsträgerin der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. in der Arbeitsgruppe „Kooperation der Gesundheitsberufe“ des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung

-
- | | |
|---------------------|--|
| 10/2015 und 10/2017 | Reviewtätigkeit für die Internationale Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. |
| seit 05/2015 | Projektmitarbeit im Rahmen der Strukturprozessentwicklung des Deutschen Hebammenverbandes e.V. (DHV) |
| 11/2011–05/2013 | Mitautorin des Expertinnenstandards Physiologische Geburt im Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP (Leitung: Prof. Dr. A. Büscher) und Verbund Hebammenforschung (Leitung: Prof. Dr. F. zu Sayn-Wittgenstein), Hochschule Osnabrück |

Lehrerfahrung an Hochschulen

- | | |
|------------|--|
| 2014–2017 | Lehraufträge im Bachelorstudiengang Midwifery, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Hochschule Osnabrück |
| 15.09.2016 | Seminar im Studienprogramm Midwifery, Karolinska Institut, Stockholm |
| 02.12.2015 | Seminar im Dualen Bachelor-Studiengang Hebammenwesen, Hochschule Ludwigshafen am Rhein |
| seit 2012 | Dozentin im Weiterbildungskurs zur Praxisanleitung, Studienbereich Hebammenwissenschaft, Hochschule für Gesundheit, Bochum |

Publikationen und Vorträge

Publikationen und Vorträge im Sinne der Promotionsordnung

Artikel und Abstracts in Zeitschriften (peer-reviewed)

Schlüter-Cruse, M. & Sayn-Wittgenstein, F. zu (2017). Die Vertrauensbeziehung zwischen freiberuflichen Hebammen und Klientinnen im Kontext der interprofessionellen Kooperation in den Frühen Hilfen: eine qualitative Studie. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (J Midwifery Sci)*, 5(2), 77–85.

Parallel veröffentlicht: Schlüter-Cruse, M. & Sayn-Wittgenstein, F. zu (2017). Mutual trust between freelance midwives and their clients in the context of interprofessional cooperation and early prevention: a qualitative study. *GMS Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (GMS J Midwifery Sci)*, 4, Doc03. doi: 10.3205/zhwi000009

Schlüter-Cruse, M., Schnepf, W. & Sayn-Wittgenstein, F. zu (2016). Interprofessional cooperation by midwives in the field of out-of-hospital obstetrical care: an integrative review / Interprofessionelle Kooperation von Hebammen im Handlungsfeld der ambulanten geburtshilflichen Versorgung: ein integratives Review. *International Journal of Health Professions*, 3(2), 136–152. doi: 10.1515/ijhp-2016-0025

Schlüter-Cruse, M., Sayn-Wittgenstein, F. zu & Schnepf, W. (2016). Die Kooperation von Hebammen im Kontext der ambulanten Versorgung – Ergebnisse einer Literaturstudie. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (J Midwifery Sci)*, 4(Suppl. 01), 25–27.

Wissenschaftliche Vorträge und Posterpräsentationen

Schlüter-Cruse, M. & Sayn-Wittgenstein, F. zu (2018). Die Kooperation freiberuflicher Hebammen im Kontext Früher Hilfen. *Armut und Gesundheit. Der Public Health Kongress in Deutschland*, Berlin, 21.03.2018 (Vortrag angenommen).

Schlüter-Cruse, M., Schnepf, W. & Sayn-Wittgenstein, F. zu (2017). Fördernde und hemmende Einflüsse auf die interprofessionelle Kooperation von Hebammen der außerklinischen Versorgung – Ergebnisse eines integrativen Reviews. *Deutscher Kongress für Versorgungsforschung*, Berlin, 06.10.2017 (Vortrag).

Schlüter-Cruse, M., Schnepf, W. & Sayn-Wittgenstein, F. zu (2017). Cooperative activities of free-lance midwives in Early prevention networks in Germany: Chances and challenges. *Care4 International Scientific Nursing and Midwifery Congress*, Antwerpen, 09.02.2017 (Vortrag).

Schlüter-Cruse, M., Schnepf, W. & Sayn-Wittgenstein, F. zu (2016). Hebammen und das Versorgungskonzept Frühe Hilfen – Samplingstrategien im Forschungsprozess. *Forschungsworkshop der Hebammengemeinschaftshilfe (HGH)*, Hamburg, 01.05.2016 (Poster).

Schlüter-Cruse, M., Schnepf, W. & Sayn-Wittgenstein, F. zu (2016). Die Kooperation von Hebammen im Kontext der ambulanten Versorgung – Ergebnisse einer Literaturstudie. 3. *Internationale Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.*, Fulda, 12.02.2016 (Poster).

Schlüter-Cruse, M., Schnepf, W. & Sayn-Wittgenstein, F. zu (2015). Interprofessionelle Kooperation in den Frühen Hilfen – (k)ein Thema für Hebammen? 3. *Internationale Fachtagung – Geburtshilfe weiter Denken*, Osnabrück, 27.11.2015 (Vortrag).

Schlüter-Cruse, M., Schumann, M., Schnepf, W. & Sayn-Wittgenstein, F. zu (2015). Early Prevention: Multidisciplinary Cooperation as a Challenge for Midwifery in Germany. *3rd International Staff Week. In the field of Early Life Family Care*, Carinthia University of Applied Sciences, Klagenfurt, 07.05.2015 (Vortrag).

Schlüter-Cruse, M., Schnepf, W. & Sayn-Wittgenstein, F. zu (2015). Hebammen in den Frühen Hilfen? Eine qualitative Untersuchung. *Armut und Gesundheit. Der Public Health Kongress in Deutschland*, Berlin, 05.–06.03.2015 (Poster).

Weitere Publikationen und Vorträge im Zeitraum der Promotion

Artikel in Zeitschriften (nicht peer-reviewed)

Schlüter-Cruse, M. & Jonas, W. (2017). Auf Kooperationskurs. Forschungsbesuch am Karolinska Institut. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 69 (7), 78–83.

Berichte

Schlüter-Cruse, M. & Haldenwang, U. (2015). Familiengesundheit im Lebensverlauf. Bericht zur gleichnamigen Fachtagung im November 2014. Witten/Herdecke. Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit. Verfügbar unter: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?id=artikelautor&artikel2=950> [20.08.2017]

Sonstige Vorträge

- Schlüter-Cruse, M. (2016). Cooperative activities of free-lance midwives in Early Life Family Care in Germany. *Research Meeting Parent and Childbirth Group*, Karolinska Institut, Department of Women's and Children's Health. Stockholm, 31.08.16.
- Schlüter-Cruse, M., Simon, S. (2016). Midwifery Care in Germany. *UAS7-Austausch mit internationalen Studierenden aus Santa Maria, Brasilien*, Hochschule Osnabrück, 09.06.16.
- Schlüter-Cruse, M. (2015). Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt – Entwicklung, Aufbau & Chancen für die Praxis. *Mitgliederversammlung des Hebammenlandesverbandes Thüringen*, Erfurt, 22.10.2015.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere an Eides statt, dass ich die zur Erlangung des Doktorgrades Ph.D. Pflegewissenschaft vorgelegte Dissertation mit dem Thema

„Die Kooperation freiberuflicher Hebammen im Kontext Früher Hilfen“

selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt und die in der Arbeit verwendete Literatur vollständig zitiert habe.

Ich habe diese Dissertation weder in dieser noch in einer ähnlichen Form an einer anderen Hochschule eingereicht.

Düsseldorf, den 15. März 2018

Martina Schlüter-Cruse

Danksagung

Abschließend möchte ich mich bei all jenen bedanken, die durch ihre Unterstützung maßgeblich zu dieser Dissertation beigetragen haben.

Meiner Betreuerin Frau Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein danke ich für die umfassende und konstruktive Unterstützung sowie den Impuls zur Auseinandersetzung mit dem Thema der Arbeit. Es war eine große Freude mit ihr zu arbeiten, von ihr zu lernen und von ihrem Wissen zu profitieren. Dank ihrer vielfältigen und kontinuierlichen Förderung konnte ich wertvolle Erfahrungen im Bereich der Hebammenwissenschaft sammeln.

Meinem Betreuer Herrn Prof. Dr. Wilfried Schnepf danke ich dafür, dass er mir auf dem Weg zur Promotion mit seinen Ideen und seinen vielseitigen wissenschaftlichen und methodischen Erfahrungen zur Seite gestanden hat. Seine bestärkende Art war stets eine große Hilfe.

Die Dissertation wurde im Rahmen der Forschungsprofessur „FageV“ unter finanzieller Förderung durch Landesmittel des Niedersächsischen Ministeriums für Wissenschaft und Kultur (Nds. Vorab) sowie des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Forschungskollegs „FamiLe“ an der Hochschule Osnabrück in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke ermöglicht. Von den festen Strukturen in beiden Kontexten konnte ich sehr profitieren.

Herzlich bedanke ich mich bei meinen Kolleginnen des Forschungsschwerpunkts „IsQua“, den Doktorandinnen und Doktoranden des Forschungskollegs „FamiLe“ und des Promotionskollegs der Universität Witten/Herdecke für die engagierten Diskussionen und Anregungen während unserer Arbeitstreffen. Im Besonderen gilt mein Dank Dr. Marion Schumann für ihr stets konstruktives Feedback und den wertvollen, kollegialen Austausch im Projekt „FageV“. Dr. Stephanie Stelzig und Dr. Christiane Pinkert haben Teile meiner Arbeit lektoriert und mich mit hilfreichen Ratschlägen begleitet.

Des Weiteren möchte ich mich bei den befragten Hebammen bedanken, die durch ihre Mitwirkung die Arbeit in der vorliegenden Form möglich gemacht haben.

Mein allergrößter Dank richtet sich an meinen Ehemann Hendrik, der als Diskussionspartner die Höhen und Tiefen dieses Projekts mit mir durchlebt hat. Seine Geduld, seine Unterstützung bei der Überwindung technischer Hürden und sein Humor waren mir stets eine große Hilfe.

Meinen Eltern, meiner Schwester und meinen Freunden danke ich, dass sie meiner häufigen Abwesenheit mit viel Verständnis begegnet sind und mich durch viele hilfreiche Gesten und Taten unterstützt haben.