

HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Studiengang Midwifery B.Sc.

Bachelorarbeit

Hebammenteams in Deutschland – Lösungsansätze für Herausforderungen im freiberuflichen Arbeitsfeld

Erstprüferin: Prof. Dr. Friederike zu Sayn- Wittgenstein- Hohenstein
Zweitprüferin: Dipl. Pflegew. (FH) Petra Blumenberg

Vorgelegt von: Judith Hartmann
Matrikelnummer: 810594

Ausgabedatum: 03.05.2019
Abgabedatum: 05.07.2019

Danksagung

Mein Dank geht an meine Eltern Antonie und Wilfried Hartmann, die mich in jeder Phase meines Studiums unterstützt haben und mir stets mit Rat und Tat sowie mit kritischer Überprüfung meiner Arbeiten zur Seite standen, sowie an meine Kinder Johannes, Clara und Thaddäus, die nach ihren Möglichkeiten kooperiert haben und Umzüge sowie Kindergarten- bzw. Schulwechsel mitgemacht haben. Ebenso bedanke ich mich bei Frau Professor Friederike zu Sayn-Wittgenstein, die diese Arbeit betreut hat und die mit ihrer Fähigkeit, die Dinge auf den Punkt zu bringen, wertvolle Impulse dafür gab.

Inhaltsverzeichnis

DARSTELLUNGSVERZEICHNIS	V
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	VI
ZUSAMMENFASSUNG	VII
ABSTRACT.....	VIII
1 HINFÜHRUNG	1
1.1 EINFÜHRUNG IN DIE PROBLEMSTELLUNG	1
1.2 STRUKTUR DER ARBEIT	2
1.3 DEFINITIONEN	2
2 HINTERGRUND	3
2.1 TÄTIGKEITSBEREICHE VON HEBAMMEN.....	3
2.2 ENGPÄSSE IN DER VERSORGUNG DURCH FREIBERUFLICHE HEBAMMEN.....	5
2.3 URSACHEN FÜR DEN RELATIVEN HEBAMMENMANGEL	8
2.4 DIE FREIBERUFLICHE HEBAMME ALS EINZELUNTERNEHMERIN.....	9
2.5 HEBAMMENARBEIT IM TEAM	11
2.6 BUURTZORG	11
2.7 FORSCHUNGSFRAGE / ZIEL DER ARBEIT	13
3 METHODEN	13
3.1 LITERATURRECHERCHE	13
3.2 DESIGN	13
3.3 ZIELGRUPPE	14
3.4 ZUGANG	14
3.5 DATENERHEBUNG	15
3.5.1 <i>Entwicklung des Interviewleitfadens</i>	15
3.5.2 <i>Auswahl der Stichprobe</i>	16
3.5.3 <i>Durchführung der Interviews und Interviewpartner</i>	16
3.5.4 <i>Transkription</i>	17
3.6 ANALYSE	17
3.7 ETHISCHE KRITERIEN	18
4 ERGEBNISSE	18
4.1 ZUSAMMENSETZUNG DES SAMPLES:.....	18
4.2 STRUKTURIERUNG DER ERGEBNISSE.....	19
4.3 LÖSUNGSANSÄTZE FÜR HERAUSFORDERUNGEN IM HEBAMMENALLTAG	19

4.3.1	<i>Gegenseitige Entlastung und Vertretung</i>	19
4.3.2	<i>Umgang mit der Versorgungslage</i>	20
4.3.3	<i>Rationalisierung</i>	21
4.3.4	<i>Abrechnung und Vergütung</i>	24
4.3.5	<i>Qualitätsmanagement</i>	25
4.4	LÖSUNGSANSÄTZE FÜR HERAUSFORDERUNGEN IM TEAM	26
4.4.1	<i>Gemeinsame Ausrichtung</i>	26
4.4.2	<i>Kommunikation und Konfliktlösung</i>	26
4.4.3	<i>Fürsorge untereinander</i>	27
4.4.4	<i>Entscheidungsfindung</i>	27
4.4.5	<i>Mitarbeiterbindung</i>	28
4.4.6	<i>Leitung</i>	28
4.4.7	<i>Wachstum von Teams</i>	29
4.5	VON DEN BEFRAGTEN BENANNTEN HERAUSFORDERUNGEN UND LÖSUNGSANSÄTZE IM ÜBERBLICK	29
5	DISKUSSION	31
5.1	ÜBERSICHT	31
5.2	VERGLEICH MIT DEN KRITERIEN AUS DER HEBAMMENBEFRAGUNG IN BADEN-WÜRTTEMBERG .	32
5.3	GEGENSEITIGE VERTRETUNG, ENTLASTUNG UND FÜRSORGE	33
5.4	RATIONALISIERUNG	34
5.5	QUALITÄTSMANAGEMENT.....	35
5.6	LEITBILD	36
5.7	ORGANISATIONSFORM	36
5.8	EMPFEHLUNGEN FÜR DIE BERUFSPRAXIS	37
5.9	LIMITATIONEN UND AUSBLICK.....	41
	LITERATURVERZEICHNIS	42
	RECHTSQUELLENVERZEICHNIS	46
	ANHANG	47
	EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	

Darstellungsverzeichnis

DARSTELLUNG 1: „MEHR ANFRAGEN ALS ICH ANNEHMEN KONNTE“ (EIGENE DARSTELLUNG).....	6
DARSTELLUNG 2: HERAUSFORDERUNGEN UND LÖSUNGSANSÄTZE IM ÜBERBLICK (EIGENE DARSTELLUNG)	30

Abkürzungsverzeichnis

BfHD	Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands
DHV	Deutscher Hebammenverband
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
PartG	Partnerschaftsgesellschaft
QDA	Qualitative Datenanalyse
QM	Qualitätsmanagement

Zusammenfassung

Hintergrund: Ein zunehmender Mangel an berufstätigen Hebammen in Deutschland ist zum Teil auf die Unzufriedenheit vieler Hebammen mit den Arbeitsbedingungen zurückzuführen. Dies führt vielfach zu Reduzierung der Arbeitszeit und Berufsaufgabe. Angeregt durch Teamstrukturen der Pflegeorganisation Buurtzorg in den Niederlanden, deren Mitarbeiter eine sehr hohe Zufriedenheit aufweisen, wurde die Frage gestellt, inwieweit auch Hebammen im Team innerhalb des bestehenden Systems in Deutschland ihre Arbeitsbedingungen verbessern können.

Ziel: Da freiberufliche Hebammen mehr Gestaltungsmöglichkeiten haben als in der Klinik, soll herausgearbeitet werden, welche Lösungen für Herausforderungen im freiberuflichen Arbeitsfeld von bestehenden Hebammenteams entwickelt wurden, in welcher Weise diese die Zufriedenheit im Beruf erhöhen können, und welche Anregungen von Buurtzorg zusätzlich zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen beitragen könnten.

Methode: In einer qualitativen Querschnittsstudie wurden fünf leitfadengestützte Interviews mit Vertretern von Hebammenteams in Deutschland und eines mit Mitarbeiterinnen der niederländischen Wochenpflegeorganisation Buurtzorgkraam, einer Tochter von Buurtzorg, geführt. Die Auswertung der transkribierten Interviews erfolgte angelehnt an die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz.

Ergebnisse: Die Organisation im Team kann u.a. in folgenden Bereichen eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen zeitigen: geregelte Freizeit, Rationalisierung mit Freisetzung von mehr Zeit für die Betreuung sowie höhere Vergütung. Durch die Teamarbeit selbst kommen weitere Herausforderungen auf, insbesondere in den Bereichen Entscheidungsfindung, Kommunikation, Fluktuation und Wachstum.

Diskussion: Besondere Vorteile von Teamarbeit sind die Unterstützung durch Teamkolleginnen und die Sicherstellung der Betreuungskontinuität bei erforderlichem Wechsel der Hebamme. Vielen potenziell belastenden Faktoren kann im Team besser begegnet werden. In Bezug auf Entscheidungsfindung und Wachstum bzw. Teilung von Teams kann der Blick auf Buurtzorg zusätzliche Anregungen geben. Die Frage, ob die erhöhte Arbeitszufriedenheit tatsächlich zu einer Verbesserung der Versorgungslage führt, bleibt offen und sollte Gegenstand weiterer Forschungen sein.

Abstract

Background: An increasing shortage of working midwives in Germany is partly due to the dissatisfaction with working conditions. As a result, midwives reduce their working hours or leave the job. Inspired by the team structures of the nursing organization Buurtzorg in the Netherlands, whose employees are highly satisfied, it was to be investigated how also midwife teams in Germany could improve their working conditions within the existing system.

Objective: As freelanced midwives can influence their job circumstances more effectively than clinical midwives, it should be worked out which solutions have been developed by existing midwife teams to solve challenges in the freelance field. As well, it should be investigated how these solutions can increase job satisfaction, and what suggestions from Buurtzorg could add to improving working conditions.

Method: In a qualitative cross-sectional study, five semi-structured interviews were carried out with representatives of midwives teams in Germany, and one with employees of the Dutch organization Buurtzorgkraam, a subsidiary of Buurtzorg, who provide postpartum care. The interviews were recorded digitally and then transcribed. The evaluation was done based on the content-structuring content analysis according to Kuckartz.

Results: The organization as a team may lead to improvement of working conditions, inter alia in the following areas: regulated leisure, streamlining for release of more time for giving care, and increasing profit. As well, through teamwork additional challenges may come up, including decision-making, communication, fluctuation and growth.

Discussion: Special benefits of teamwork are the support by teammates and the possibility to ensure the continuity of care in case of alternation of the caring midwives. Concerning decision-making and the growth or division of teams, the view on Buurtzorg can give additional suggestions. The question whether increased job satisfaction actually leads to an improvement in the care situation for women remains open and should be the subject of further research.

1 Hinführung

1.1 Einführung in die Problemstellung

In Deutschland ebenso wie in vielen anderen Ländern zeichnet sich in den letzten Jahren ein zunehmender Hebammenmangel¹ ab. Immer mehr Frauen² erhalten in der Schwangerschaft und im Wochenbett keine Hebammenbetreuung, und Kliniken weisen Gebärende ab oder schließen zeitweise ihre geburtshilfliche Abteilung ganz. (vgl. z.B. Deutschlandfunk 2018)

Eine hohe Arbeitsbelastung, problematische Arbeitszeiten, schwierige Vereinbarkeit des Berufs mit der Familie und dem Privatleben und eine geringe Vergütung tragen verbreitet zu einer Unzufriedenheit im Hebammenberuf bei (vgl. Loos 2015, S. 83). Teilzeitarbeit oder Berufsaufgabe können die Folge sein (vgl. ebenda), was wiederum den Hebammenmangel verstärkt.

Es wird versucht, dem Mangel mit einer Steigerung der Zahl der Ausbildungs- und Studienplätze zu begegnen (vgl. Kohler u. Bärninghausen 2018, S. 28). Teilweise locken Kliniken mit Prämien, um Hebammen für Ihre Kreißsäle zu finden (vgl. NDR 2018). Einige Gemeinden und Kommunen unterstützen den Aufbau von neuen Hebammenpraxen oder finanzieren Hebammenzentralen, die die Vermittlung von freiberuflichen Hebammen übernehmen (vgl. Landkreis Gifhorn 2019). Dennoch bleibt das Problem bestehen.

Demgegenüber gibt es durchaus Betriebe im medizinisch-pflegerischen Bereich, aber auch in verschiedenen anderen Fachrichtungen, denen es gelingt, eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit zu erreichen, und die gleichzeitig sehr effizient arbeiten. Ein in den letzten Jahren zunehmend beachtetes Beispiel ist die niederländische Pflegeorganisation „Buurtzorg“, die mit selbstführenden Teams arbeitet und eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit aufweist (vgl. Laloux 2015). Angeregt durch dieses Modell stellt sich die Frage, inwieweit auch in Deutschland für Hebammenteams die Möglichkeit besteht, innerhalb des vorfindlichen Systems gewissermaßen von unten, also von den Hebammen selbst aus, die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Insbesondere freiberufliche Hebammen haben viele Möglichkeiten, ihr Arbeitsumfeld selbst zu gestalten. Dabei arbeiten die meisten von ihnen regelmäßig mehr

¹ Hebammen im Sinne dieser Arbeit sind Hebammen und Entbindungspfleger mit Anerkennung durch die jeweils zuständige Behörde.

² Bezeichnungen wie „Frau“, „Betreute“, „Klientin“ oder „Mutter“ als Empfängerin von Hebammenbetreuung schließen ggf. auch den Partner und den Säugling mit ein, ohne dass dies jeweils gesondert erwähnt wird.

oder weniger eng mit Kolleginnen zusammen, um sich gegenseitig zu unterstützen, zu vertreten oder auch gemeinsam eine Praxis zu betreiben (vgl. Sander et al. 2018, S. 59f). In der Optimierung dieser Kooperation könnte ein großes Verbesserungspotenzial liegen, welches in dieser Arbeit herausgearbeitet werden soll.

Diese Arbeit widmet sich daher der Frage, auf welche Weise bereits bestehende Hebammenteams sich den aktuellen Herausforderungen im freiberuflichen Arbeitsfeld stellen und ein Umfeld schaffen, in dem die einzelne Hebamme sich in ihrer Arbeit wohlfühlt. Außerdem sollte untersucht werden, inwieweit Impulse von der Pflegeorganisation Buurtzorg einen Beitrag zu erhöhter Arbeitszufriedenheit auch bei deutschen Hebammen leisten können. Zur Beantwortung dieser Fragen wurden Vertreterinnen³ von Hebammenteams in unterschiedlichen Organisationsformen sowie von Buurtzorgkraam, einer Tochterorganisation von Buurtzorg, befragt.

1.2 Struktur der Arbeit

Einleitend wird die Situation der Versorgung mit Hebammenhilfe in Deutschland dargestellt, und es werden bestehende Herausforderungen und Schwierigkeiten benannt. Nach einem Überblick über die Methoden werden im Ergebnisteil die Inhalte der Interviews aufbereitet und zusammengefasst. In der Diskussion wird erörtert, in welcher Weise die gefundenen Strategien zu einer höheren Arbeitszufriedenheit bei Hebammen im freiberuflichen Arbeitsfeld beitragen können. Unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse werden abschließend Empfehlungen für die Praxis aufgeführt, wie die gefundenen Lösungsansätze integriert werden können. Dies könnte bestehende oder sich in Gründung befindende Hebammenteams inspirieren und als Anregung für die eigene Arbeit dienen.

1.3 Definitionen

Klinisches bzw. außerklinisches Arbeitsfeld

Diese Arbeit beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit Hebammen im außerklinischen Arbeitsfeld. Zur Unterscheidung der Begriffe soll hier vorab geklärt werden, was in dieser Arbeit unter außerklinischem bzw. klinischem Arbeitsfeld zu verstehen ist.

Freiberufliche Hebammen sind in Deutschland vorwiegend in der Schwangerschaft, in der außerklinischen Geburtshilfe und im Wochenbett tätig. In der Regel sind sie über ihren Berufsverband oder als Einzel-Hebamme Vertragspartner der Krankenkassen und rechnen ihre Leistungen jeweils direkt mit den Krankenkassen ab. Die Einzelheiten sind im „Vertrag

³ In dieser Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit jeweils nur die männliche oder die weibliche Form verwendet. Das andere Geschlecht ist ggf. jeweils inbegriffen.

über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V“ (vgl. GKV-Spitzenverband 2019) geregelt.

In den Kliniken arbeiten vorwiegend angestellte Hebammen und führen dort Geburtshilfe und stationäre Wochenbettbetreuung durch.

Davon abweichend gibt es Kreißsäle in Belegkliniken, in denen nominell freiberufliche Hebammen tätig sind (16%, mit großen regionalen Unterschieden, vgl. Statistisches Bundesamt 2018), und Hebammenpraxen, in denen zum Teil angestellte Hebammen arbeiten.

In dieser Arbeit wird folgendermaßen unterschieden: Tätig im **freiberuflichen Arbeitsfeld** im Sinne dieser Arbeit sind Hebammen, die Vor- und Nachsorge, Kurse und ggf. außerklinische Geburtshilfe durchführen, unabhängig davon, ob sie freiberuflich arbeiten oder bei einer anderen Hebamme angestellt sind.

Hebammen im **klinischen Arbeitsfeld** erbringen ihre Leistungen in Krankenhäusern, insbesondere in der Geburtshilfe, in der stationären Wochenbettbetreuung und in der Schwangerenambulanz, entweder als angestellte Hebammen oder als Beleghebammen.

Hebammenteams und Praxen

Für diese Untersuchung wurden Vertreterinnen von Hebammenteams in unterschiedlichen Organisationsformen befragt. Darunter war auch eine Hebamme, die mehrere Hebammenpraxen mit jeweils ein oder zwei Angestellten oder Kooperationspartnerinnen führt, sowie ein Geburtshaus. Alle für diese Arbeit befragten Zusammenschlüsse werden in dieser Arbeit als „Team“ bezeichnet. Die zugehörigen Räumlichkeiten werden als „Praxis“ bezeichnet, auch wenn es sich um ein Geburtshaus handelt.

2 Hintergrund

2.1 Tätigkeitsbereiche von Hebammen

Schwangere und junge Mütter werden weltweit traditionell von Hebammen betreut. Hebammen begleiten Frauen im gesamten Betreuungsbogen von der Frühschwangerschaft bis zum Abstillen und teilweise darüber hinaus. Unter anderem führen sie Vorsorgeuntersuchungen durch, leisten Geburtshilfe und Wochenbettbetreuung und leiten beim Stillen und der Babypflege an (vgl. DHV 2019).

Einer Übersichtsarbeit der Cochrane Collaboration zufolge bieten insbesondere kontinuierliche Betreuungsangebote („Continuity of care“ oder „Caseload midwifery“) durch Hebammen für die meisten Frauen Vorteile gegenüber anderen Betreuungsmodellen (vgl. Sandall et al. 2016, S. 24).

In Deutschland sind Hebammen laut der Hebammen-Berufsordnung von Baden-Württemberg⁴ im gesamten Betreuungsbogen von der Familienplanung bis zum Ende des ersten Lebensjahrs des Kindes bzw. bis zum Abstillen tätig (vgl. §2 Abs. 2 HebBO B-W). Dies umfasst u.a. Leistungen in der Schwangerschaft mit Kursen, Vorsorge, Beratung und Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden. Bei der Geburt begleiten und betreuen Hebammen die Gebärende und führen die Erstversorgung von Mutter und Kind nach der Geburt durch. Die Wochenpflege nach der Entlassung aus der Klinik wird zumeist in Form von Hausbesuchen geleistet. (vgl. ebenda) Während in der Schwangerschaft die Betreuung auch ausschließlich durch einen Arzt erfolgen kann, ist bei der Geburt und für die Wochenbettbetreuung stets eine Hebamme zuzuziehen. (vgl. § 4 Hebammengesetz)

In Deutschland haben alle gesetzlich versicherten Mütter Anspruch auf Hebammenhilfe. Dieser Anspruch ist im 5. Buch des Sozialgesetzbuchs verankert (vgl. §24 d SGB V). Es ist unterschiedlich, in welchem Maß dieser Anspruch von den Frauen auch wahrgenommen wird:

Tatsächlich erfolgt die Betreuung in der Schwangerschaft vielfach entweder parallel bzw. abwechselnd durch den Frauenarzt **und** die Hebamme oder aber ausschließlich durch niedergelassene Gynäkologinnen. So fanden Stengel und Borde in einer Mütterbefragung (n=1271) in Berlin heraus, dass 16% der Frauen in der Schwangerschaft nur durch den Gynäkologen betreut worden waren, 1% nur durch die Hebamme und 83% sowohl vom Frauenarzt als auch von der Hebamme individuell betreut wurden (d.h. nicht gerechnet Kurse in der Schwangerschaft). (vgl. Stengel u. Borde 2018, S. 9) Insgesamt waren somit 99% der Frauen zumindest teilweise in ärztlicher Vorsorge.

Bei Geburten in der Klinik, die etwa 98% aller Geburten in Deutschland ausmachen (vgl. QUAG e.V. 2019), ist neben der Hebamme gewöhnlich ein Arzt anwesend. Bei geplanten außerklinischen Geburten hingegen obliegt die Betreuung in der Regel ausschließlich einer oder auch zwei Hebammen (vgl. Loytved 2018, S. 37).

Wochenbettbetreuung durch eine Hebamme wird von den meisten jungen Familien in Anspruch genommen. Die Hebamme kommt in den ersten Tagen und Wochen regelmäßig oder nach Bedarf in die Wohnung der Familie und führt notwendige Untersuchungen durch, berät zu allen Fragen des Wochenbetts und leitet beim Stillen und der Pflege des Babys

⁴ Beispielhaft wurde die aktuell jüngste deutsche Landes-Berufsordnung gewählt. Die Hebammenberufsordnungen der anderen Länder sind inhaltlich weitgehend vergleichbar.

an. In der Berliner Mütterbefragung hatten 94% der Frauen häusliche Wochenbettbetreuung in Anspruch genommen, weitere 3% hätten sich Wochenbettbetreuung gewünscht, aber nicht erhalten. (vgl. Stengel u. Borde 2018, S. 29)

Im Folgenden soll dargestellt werden, wie sich die Unterversorgung mit Hebammenhilfe insbesondere durch freiberufliche Hebammen darstellt und entwickelt.

2.2 Engpässe in der Versorgung durch freiberufliche Hebammen

In den letzten 10 bis 15 Jahren zeichnet sich ab, dass es bei der Hebammenversorgung in vielen Regionen vermehrt zu Engpässen kommt. Zunehmend wird es schwieriger für Eltern, eine Hebamme für die Betreuung zu finden. Manche bleiben notgedrungen ohne Versorgung. Der Deutsche Hebammenverband (DHV) führt eine „Karte der Unterversorgung“, in die Frauen sich eintragen können, wenn sie keine Hebamme für die Betreuung gefunden haben (vgl. Unsere Hebammen 2019). Auch wenn sich verlässliche Zahlen daraus nicht ableiten lassen, da keine Eintragungspflicht besteht, wird dennoch erkennbar, dass das Problem bundesweit an vielen Orten auftritt.

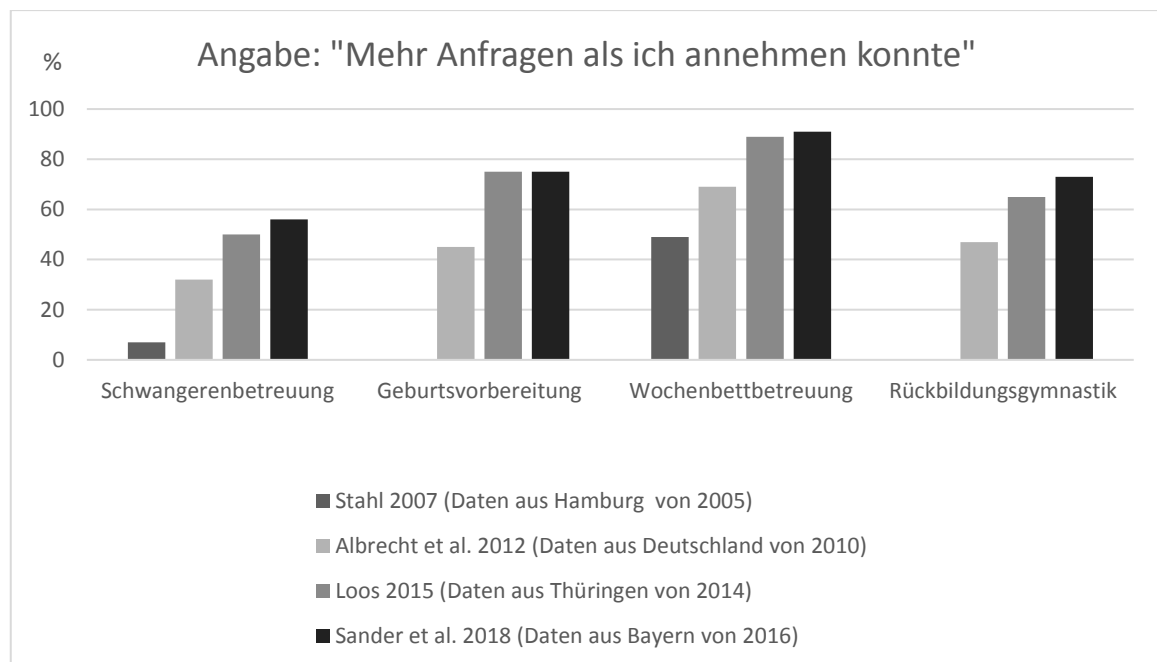
Es deutet außerdem einiges darauf hin, dass diese Situation sich zunehmend verschärft. In verschiedenen Studien wurde das Problem bereits beleuchtet:

Albrecht et al. führten im Jahr 2011 im Auftrag des IGES-Instituts eine großangelegte Untersuchung (n=3603) zur Situation von Hebammen im gesamten Bundesgebiet durch (vgl. Albrecht et al. 2012). Bei dieser Befragung gaben knapp 69% der in der Wochenpflege tätigen Hebammen an, mehr Anfragen zu haben als sie annehmen konnten (vgl. S. 98). Bei einer späteren Umfrage ebenfalls vom IGES-Institut in Thüringen aus dem Jahr 2015 mit 167 Teilnehmerinnen hatten 89% der Hebammen mehr Anfragen für Wochenbettbetreuung als sie annehmen konnten, für Geburtsvorbereitungskurse lag der Wert bei 75% und für Schwangerenbetreuung bei 50% (vgl. Loos 2015, S. 101). 2017 gaben in Baden-Württemberg 90% der Hebammen an, im vergangenen Jahr für Wochenbettbetreuung mehr Anfragen erhalten zu haben als sie annehmen konnten (vgl. Kohler und Bärninghausen 2018, S. 50).

In Hamburg wurde im Jahr 2005 eine Untersuchung zur Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen durch Hebammen durchgeführt, in der aufgrund der ermittelten Zahlen geschätzt wurde, dass je nach Art der Berechnung 10 bis 36% der Schwangeren und Wöchnerinnen überhaupt keine individuelle Hebammenbetreuung erhielten (vgl. Stahl 2007, S. 15). Fertmann kommt in einer späteren Studie zu dem Ergebnis, dass etwa 50% der Wöchnerinnen in Hamburg im Jahr 2014 nicht von Hebammen betreut wurden, obwohl fast alle befragten freiberuflichen Hebammen (auch) in der Nachsorge tätig waren

(vgl. Fertmann et al. 2016, S. 22). Beide Ergebnisse sind mit Vorbehalt zu betrachten, da die Autorinnen auf eine Hochrechnung der Hebammenleistungen angewiesen waren und zudem lediglich Hebammen, jedoch keine Mütter befragt wurden. In jedem Falle ist die Größenordnung alarmierend. Hinzu kommt, dass beide Untersuchungen zu dem Ergebnis kommen, dass sozial schwache Stadtteile bzw. benachteiligte Regionen überproportional schlecht versorgt waren (vgl. Stahl 2007, S. 44 und Fertmann et al. 2016, S. 23f).

In der folgenden Darstellung 1 wird exemplarisch die Entwicklung in ausgewählten Bereichen der Hebammentätigkeit dargestellt. Es wird in auf das volle Prozent gerundeten Zahlen angegeben, wie viele Hebammen in der jeweiligen Untersuchung angegeben haben, mehr oder viel mehr Anfragen für eine bestimmte Leistung zu erhalten, als sie annehmen können.



Darstellung 1: „Mehr Anfragen als ich annehmen konnte“ (eigene Darstellung)

Obwohl die Daten aus verschiedenen Regionen stammen und somit nur bedingt vergleichbar sind, zeichnet sich ab, dass das Problem der Hebammenknappheit weit verbreitet ist und eine zunehmende Tendenz aufweist. Auch scheint sich das Problem bei der Wochenbettbetreuung in besonderem Maße zu konzentrieren. Da diese als den Hebammen vorbehalten Tätigkeit nicht von anderen Berufsgruppen durchgeführt werden darf, haben die Frauen anders als in der Schwangerschaft bei der Wochenbettbetreuung keine Wahlmöglichkeit, wodurch der Engpass an dieser Stelle für die Familien besonders problematisch sein kann.

Ein weiteres Problem ist, dass die Qualität der Versorgung leiden kann, wenn Hebammen regelmäßig viel mehr Anfragen haben, als sie übernehmen können. In einer Studie in Bayern gaben 78% der befragten Hebammen an, mehr oder viel mehr zu arbeiten, als sie eigentlich wollten (vgl. Sander et al. 2018, S. 54f). Darunter litt auch die Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit: von den freiberuflichen Hebammen fanden lediglich 31% der Hebammen, dass sie genügend Zeit zur Verfügung hätten, um die Frauen so zu betreuen, wie sie es für richtig hielten; 36% konnten dies nicht bejahen (vgl. ebenda, S. 61).

Auch eine Vertretung zu finden kann schwierig sein, wenn bereits die Mehrheit der Hebammen ohnehin mehr arbeitet als sie möchte: In der deutschlandweiten Studie des IGES-Instituts gaben bereits 2011 26% der Hebammen an, es sei schwer oder (fast) unmöglich, eine Vertretung zu finden, insbesondere wenn diese gewöhnlich selten gebraucht wurde (vgl. Albrecht et al. 2012, S. 55f). Ähnlich zeigte sich die Situation in Thüringen, wo es im Jahr 2014 für 26 bis 43% der befragten Hebammen schwer oder sehr schwer war, im Bedarfsfall eine Vertretungshebamme zu finden, je nach Länge des Zeitraums der Vertretung. Für 6% der Vertretung suchenden Hebammen war dies sogar unmöglich (vgl. Loos 2015, S. 71f), die betroffenen Frauen blieben mithin gegebenenfalls ohne Betreuung. Dass dies nicht nur die Frauen, sondern auch die Hebammen belastet, zeigt sich an der Tatsache, dass in der oben erwähnten Studie in Bayern von den Hebammen, die über eine Reduktion oder Aufgabe der Hebammentätigkeit nachdachten, 41% angaben, dass unter anderem ein Grund dafür die fehlenden Vertretungsmöglichkeiten seien. (vgl. Sander et al. 2018, S. 67)

Trotz der in den Hebammenbefragungen ermittelten Notwendigkeit, vielen Frauen die Betreuung absagen zu müssen, wurde bei verschiedenen Mütterbefragungen in anderen Regionen festgestellt, dass sich das Auffinden einer Hebamme zwar häufig schwierig gestaltete, jedoch letztlich ein hoher Anteil der Frauen dennoch eine Betreuung fand. Z.B. wurden in der genannten bayrischen Studie im Jahr 2017 sowohl Hebammen als auch Mütter befragt. Während in dieser Untersuchung, ähnlich wie in anderen Studien, 71% der Hebammen angaben, mehr Anfragen für die Wochenbettbetreuung zu haben, als sie annehmen konnten, in München sogar 91% (vgl. Sander et al. 2018, S. 97f), wurden demgegenüber nach den Ergebnissen der Mütterbefragung dennoch 95% der Schwangeren letztlich im Wochenbett mit aufsuchender Hebammenhilfe versorgt, allerdings mit deutlichen regionalen Unterschieden (vgl. ebenda, S. 175).

In Berlin wurde in einer Mütterbefragung (n=1271) ermittelt, dass 6-8% der Mütter im Jahr 2016 keine Hebammenbetreuung im Wochenbett erhielten, was in absoluten Zahlen etwa 1900 Frauen entspricht (vgl. Stengel u. Borde 2018, S. 30). Im Schnitt hatte jede Frau neun Hebammen kontaktiert, um eine Hebamme zu finden (vgl. S. 28); diejenigen, die ungewollt

ohne Betreuung blieben (60% der Unbetreuten), hatten im Schnitt 16 Hebammen kontaktiert, bevor sie die Suche aufgaben (vgl. S. 29).

Selbst wenn man sehr vorsichtig schätzt, dass nur 3% aller Mütter in Deutschland ungewollt ohne Wochenbettbetreuung bleiben, würde dieses zum Beispiel im Jahr 2017 in absoluten Zahlen bei 787.904 Geburten (vgl. Statistisches Bundesamt 2019) über 15.700 Familien betreffen.

Zusammenfassend lässt sich erkennen, dass eine Unterversorgung mit Hebammenleistungen besteht, diese jedoch regional unterschiedlich ausgeprägt ist. Die Entwicklung scheint sich zu verschärfen. Die Qualität der Betreuung ist unter Umständen ebenfalls gefährdet.

2.3 Ursachen für den relativen Hebammenmangel

Die vielfältigen Ursachen des zunehmenden Hebammenmangels sind teilweise schwer durchschaubar und nicht ohne Weiteres kurzfristig lösbar. Neben der Schaffung von genügend **Ausbildungs- und Studienplätzen** stellt sich die Frage, ob und in welchem Umfang die ausgebildeten Hebammen dann dem Arbeitsmarkt auch tatsächlich zur Verfügung stehen.

Die mittlere **Verweildauer** von Hebammen im Beruf wird allgemein in Deutschland mit vier bis sieben Jahren veranschlagt, wie z.B. aus einer Pressemitteilung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg hervorgeht (vgl. Sozialministerium Baden-Württemberg 2018).

Hinzu kommt, dass ein hoher Prozentsatz der Hebammen nur in **Teilzeit** arbeitet. So gaben z.B. bei der Befragung in Baden-Württemberg 50% der freiberuflich ohne Geburtshilfe tätigen Hebammen an, weniger als 34 Stunden in der Woche zu arbeiten (vgl. Kohler und Bärninghausen 2018, S. 57).

In verschiedenen Studien wurde untersucht, welche Faktoren Hebammen veranlassen, über eine Reduktion der Arbeitszeit oder über eine Berufsaufgabe nachzudenken. In der bundesweiten IGES-Studie 2012 wurden Hebammen, die planten, ihr Leistungsangebot zu reduzieren oder ihre Tätigkeit ganz aufzugeben, nach den Gründen befragt. Am häufigsten wurde dabei angegeben:

1. zu geringes Einkommen
2. zu hohe Arbeitsbelastung
3. Unvereinbarkeit mit Privatleben / Familie
4. Unzufriedenheit mit den Arbeitszeiten
5. zu hohe Berufshaftpflichtprämie (bes. Freiberuflerinnen)

6. insgesamt zu hohe Betriebskosten (bes. Freiberuflerinnen)
(vgl. Albrecht et al. 2012, S. 74)

Danach befragt, welche Änderungen notwendig wären, damit sie ihr Leistungsangebot erhöhen, gaben freiberufliche Hebammen in Baden-Württemberg vor allem folgende Faktoren an:

1. höhere Vergütung
2. Verringerung des Verwaltungsaufwands
3. planbare Absicherung gegen steigende Berufshaftpflichtkosten
4. sicherere Freizeit
5. stärkere Anerkennung der Hebammenarbeit
6. Erhöhung der Anzahl der Hebammen, um die Arbeitsbelastung pro Hebamme zu verringern
7. mehr Zeit pro betreute Frau
8. Verstärkung der Zusammenarbeit zwischen Hebammen, Frauen- und Kinderärzten
(vgl. Kohler und Bärninghausen 2018, S. 61)

Eine Untersuchung unter Hebammenschülerinnen in Baden-Württemberg ergab interessanterweise, dass eine Reduktion der Arbeitszeit nach einigen Jahren der Tätigkeit von vielen schon während der Ausbildungszeit geplant wurde. Dieser Umfrage zufolge wollten die Hebammenschülerinnen nach Beendigung der Ausbildung mehrheitlich (77%) in Vollzeit anfangen, jedoch nach drei bis fünf Jahren nur noch mit einem Anteil von 49% Vollzeit arbeiten (vgl. Kohler und Bärninghausen 2018, S. 64). Begründet wurde dies von den Befragten mit dem Wunsch nach mehr Zeit für die eigene Familie, mit der hohen Belastung durch den Beruf, dem Bedürfnis nach einer verbesserten Work-Life-Balance und der Absicht, neben der Hebammentätigkeit eine besser bezahlte Arbeit auszuüben (vgl. ebenda).

2.4 Die freiberufliche Hebamme als Einzelunternehmerin

Zwischen den Arbeitsbedingungen der freiberuflichen und der angestellten Hebammen lassen sich deutliche Unterschiede feststellen.

Einerseits genießen freiberufliche Hebammen mehr Autonomie in der Berufsausübung als angestellte Hebammen (vgl. Sander et al. 2018, S. 62), was sie in die Lage versetzt, ihre Arbeitsbedingungen in höherem Maße selbst zu gestalten. Zumindest bei Tätigkeit in Vollzeit haben sie ferner im Schnitt ein höheres Einkommen als angestellte Hebammen (vgl. ebenda, S. 112 u. S. 114).

Andererseits sind freiberufliche Hebammen als Einzelunternehmerinnen vor etliche zusätzliche Herausforderungen gestellt. Auf der Checkliste des Deutschen Hebammenverbands für die Existenzgründung werden unter anderem genannt: Meldung beim Gesundheitsamt, Beantragung eines Institutionskennzeichens, Beitritt zu einem Verband oder dem Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen, Anmeldung bei der Berufsgenossenschaft, den Sozialversicherungen und der Berufshaftpflichtversicherung sowie Fortbildungspflicht und Qualitätsmanagement (vgl. DHV 2012). Hinzu kommen Organisation von Vertretung, Abrechnung, Mahnwesen, Akquise und Fortbildung sowie gegebenenfalls Dauer-Rufbereitschaft, all dies bei hoher Verantwortung und eher mäßiger Vergütung.

Während die Bedingungen im klinischen Arbeitsfeld im Allgemeinen nur bedingt von den Hebammen selbst verbessert werden können, besteht in der Freiberuflichkeit an verschiedenen Punkten ein erheblich größeres Veränderungspotenzial. Einschränkend muss hier jedoch angemerkt werden, dass sich einige der Probleme nur bedingt von der Basis aus verändern lassen, weil sie in der Zuständigkeit der Verbandsarbeit und der Politik liegen. Beispielsweise unternehmen die Hebammenverbände viele Anstrengungen, um die Vergütung von freiberuflichen Hebammenleistungen zu verbessern und haben auf dem Gebiet auch bereits einige Erfolge erzielt, zuletzt eine Gebührenerhöhung von gut 17% (vgl. GKV-Pressemitteilung 2019). Für die Planungssicherheit in Bezug auf die Haftpflichtkosten und für eine Erhöhung der Anzahl der Ausbildungsplätze kann nur der Gesetzgeber sorgen. Die Gestaltung der Arbeitsorganisation hingegen liegt zumindest im freiberuflichen Arbeitsfeld in der Verantwortung der einzelnen Hebamme. Die WHO betont in ihren „Strategischen Leitlinien für das Pflege- und Hebammenwesen in der Europäischen Region im Einklang mit den Zielen von Gesundheit 2020“ die Wichtigkeit eines positiven Arbeitsumfelds für Hebammen und Pflegepersonal. Dieses verbessere die Patientenresultate ebenso wie die Leistung der Organisation. (vgl. WHO 2015, S. 15)

Ein möglicher Ansatz dafür könnte die Teambildung sein, denn Erleichterungen wie Verbesserung der Vereinbarkeit des Berufs mit Familie und Privatleben, geregeltere Arbeitszeiten und eine reduzierte Arbeitsbelastung (vgl. Albrecht et al. 2012, S. 2.3) sind für die alleine arbeitende Hebamme nur schwer zu verwirklichen, wenn sie gleichzeitig die Qualität der Versorgung erhalten will. Dies wäre in Kooperation mit Kolleginnen erheblich leichter zu gestalten.

Diesem möglichen Lösungsansatz folgend sollen im Folgenden die Bedeutung und die Möglichkeiten der Teamarbeit näher betrachtet werden.

2.5 Hebammenarbeit im Team

Nach dem Duden bezeichnet ein Team eine „Gruppe von Personen, die gemeinsam an einer Aufgabe arbeiten“ (vgl. Duden 2019). Armin Poggendorf vom Institut für Teamdynamik an der Hochschule Fulda formuliert die Bedeutung von Teamarbeit folgendermaßen: „Teamarbeit ist ein Weg, die zunehmende Komplexität zu bewältigen, die den einzelnen spezialisierten Mitarbeiter überfordert“. (Poggendorf 2018)

In der Berufsausübung von Hebammen kommt der Zusammenarbeit oder Kooperation mit Kolleginnen eine große Bedeutung zu, allerwenigstens in der Frage der gegenseitigen Vertretung. Einige Berufsordnungen geben eine ständige Erreichbarkeit der Hebamme vor. Z.B. legt das Niedersächsische Hebammengesetz fest, dass Hebammen, wenn sie nicht unmittelbar zu erreichen sind, für eine Vertretung zu sorgen haben (vgl. NhebG §6 Abs. 2 (2)).

Auch ist die kollegiale Zusammenarbeit in den Berufsordnungen festgelegt. So heißt es z.B. in der Berliner Berufsordnung in §1 Abs. 3: „Hebammen und Entbindungspfleger haben bei ihrer beruflichen Tätigkeit untereinander und mit anderen Gesundheitsberufen kollegial zusammenzuarbeiten“ (HebBO Berlin). In §7 werden sie explizit verpflichtet, „sich grundsätzlich gegenseitig zu vertreten“ (ebenda).

2016 gaben in einer Untersuchung in Bayern (n=896) gut 85% der befragten Hebammen an, regelmäßig mit anderen Hebammen (mit oder ohne gemeinsame Praxis) zusammenzuarbeiten (vgl. Sander et al. 2018, S. 59f).

Während bezüglich der Frage nach dem Nutzen der interprofessionellen Zusammenarbeit für die Betreuung von Schwangeren bereits etliche Forschungsarbeiten durchgeführt wurden, ist die Effektivität von Kooperation und Teamwork unter freiberuflichen Hebammen, insbesondere mit Blick auf das Wohlbefinden der Hebammen, bislang wenig untersucht worden.

Eine lockere Kooperation mit Kolleginnen kann in jedem Fall einige der oben genannten Probleme entschärfen. Es stellt sich jedoch die Frage, ob und in welcher Hinsicht eine engere Zusammenarbeit im Team darüber hinaus Vorteile bieten kann. Ein Blick auf die niederländische Pflegeorganisation Buurtzorg legt nahe, dass hier ein großes Gestaltungspotenzial zu vermuten ist.

2.6 Buurtzorg

In den Niederlanden entwickelte Jos de Blok vor 13 Jahren aus der Unzufriedenheit mit einer stark fragmentierten und überbürokratisierten Pflege heraus mit einigen Kollegen ein

kleines Pflegeunternehmen namens „Buurtzorg“, sinngemäß übersetzt etwa „Nachbarschaftspflege“. Dieses Pflegeunternehmen hat inzwischen in großen Teilen die häusliche Pflege in den Niederlanden sozusagen von unten revolutioniert und deckt inzwischen über 40% dieser Dienste dort ab (vgl. Kramp 2018). Heute ist Buurtzorg eine Organisation mit Ablegern in über vierzig Ländern (vgl. Buurtzorg 2019). Die Zufriedenheit sowohl der Mitarbeiter als auch der Patienten ist außerordentlich hoch (vgl. Nandram 2014, S. 174). Dabei arbeitet die gesamte Organisation mit selbstführenden Teams. Es gibt keinerlei mittleres Management, und alle Entscheidungen werden von den Mitarbeitern getroffen, die die Arbeit auch durchführen (vgl. Nandram 2015, S. 34). Grundlage der Arbeit im Team ist dabei unter anderem eine spezielle Wahrnehmung des Klienten, wie er dort bezeichnet wird, der als handelnder Mittelpunkt eines persönlichen Netzwerks gesehen und unterstützt wird (vgl. Nandram 2015, S. 45ff), und besondere Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen, die die Weiterentwicklung der Arbeit und der Organisation ermöglichen und begünstigen. Hat ein Mitarbeiter eine Idee, so stellt er sie in einer Teamsitzung vor. Jeder darf sich dazu äußern, und gegebenenfalls wird die Idee modifiziert. Sie wird schließlich akzeptiert und umgesetzt, wenn es keine prinzipiellen Einwände dagegen gibt. Dies trägt der Tatsache Rechnung, dass es manchmal die perfekte Lösung nicht gibt, jedoch eine Entscheidung, die im Einklang mit der Ausrichtung des Teams steht, in der Regel besser ist als keine Entscheidung. (vgl. Laloux 2015, S. 66)

Inspiziert durch dieses international außerordentlich erfolgreiche Pflegemodell stellt sich die Frage, inwieweit vergleichbare Strukturen auch deutschen Hebammen zugute kommen könnten. Es sollte daher erforscht werden, ob bereits ähnliche Strukturen in deutschen Hebammenteams entwickelt wurden, und welche andersartigen und unter Umständen besser auf die deutschen Verhältnisse zugeschnittenen Lösungen für Herausforderungen und Probleme von diesen gefunden wurden. Dieser Fragestellung sollte in einer Befragung von ausgewählten Hebammenteams nachgegangen werden.

Darüber hinaus galt das Interesse der Frage, an welchen Punkten Elemente des Buurtzorg-Modells weitere Impulse geben könnten, um die Arbeitsbedingungen für deutsche Hebammen zu verbessern. Dafür sollte neben der Beschäftigung mit der Literatur ein Vertreter eines Buurtzorg-Teams befragt werden.

Da mögliche Verbesserungen primär von Hebammen umgesetzt werden können, die die Entscheidungsmacht über ihre Arbeitsorganisation haben, beschränkt sich diese Untersuchung auf Hebammen im freiberuflichen Arbeitsfeld. Dies schließt nicht aus, dass sich einzelne Aspekte möglicherweise auch im klinischen Arbeitsfeld umsetzen lassen und auch dort die Arbeitssituation verbessern könnten.

2.7 Forschungsfrage / Ziel der Arbeit

Vor dem Hintergrund des Hebammenmangels soll daher in der vorliegenden Arbeit folgenden Fragen nachgegangen werden: **Wie können sich Hebammenteams organisieren, um im freiberuflichen Arbeitsfeld die Arbeitsbedingungen zu verbessern? Wie können die Verbesserungen dazu beitragen, die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen und den Verbleib im Beruf zu begünstigen?**

3 Methoden

3.1 Literaturrecherche

Es wurde eine Literaturrecherche zur Situation der Hebammen, Zufriedenheit mit dem Beruf, Fakten zur Versorgungssituation und zu Faktoren für den Verbleib im Beruf durchgeführt. Dabei wurden die Suchmaschine Google, die Datenbank Medline (Pubmed) und die Suchmaschine ScinOs der Hochschule Osnabrück verwendet sowie im Schneeballsystem über die Literaturlisten nach Hinweisen auf weitere Studien gesucht.

Weiterhin fand eine Recherche zu den Themen Buurtzorg sowie Teamarbeit statt. Dies erfolgte hauptsächlich über die Datenbanken Medline und Cinahl sowie die Suchmaschine Google.

Die Literaturrecherche wurde im Zeitraum von Dezember 2018 bis Februar 2019 sowie in den Monaten Mai und Juni des Jahres 2019 durchgeführt.

3.2 Design

Die Untersuchung fand im Rahmen eines Wissenschaftlichen Praxisprojekts der Autorin im Abschlusssemester des Studiengangs Midwifery B.Sc. an der Hochschule Osnabrück statt. Das Ziel der durchgeführten Recherchen war es zu erkunden, auf welche Weise und mit welchen Modellen bereits erprobte Hebammenteams im freiberuflichen Arbeitsfeld den Herausforderungen des Berufs begegnen und damit möglicherweise ein Arbeitsumfeld schaffen, das Hebammen dazu motivieren kann, in ihrem Beruf zu verweilen und dauerhaft als Hebamme tätig zu sein oder sogar ihr Angebot zu erweitern. Außerdem sollte herausgefunden werden, welchen Beitrag die Übernahme von Elementen aus der Arbeit der niederländischen Pflegeorganisation Buurtzorg dazu leisten könnte, die Arbeitsbedingungen weiter zu verbessern.

Um diesen Fragen nachzugehen, wurde ein qualitatives Design gewählt. In der quantitativen Forschung werden gewöhnlich bereits bestehende Forschungshypothesen anhand von

vorgefertigten Fragen und großen Stichproben überprüft (vgl. Döring u. Bortz 2015, S. 184). Dies erlaubt statistische Auswertungen.

Dem gegenüber wird in der qualitativen Forschung mit offenen Fragen gearbeitet, die auch Raum für neue und unerwartete Aussagen geben. Laut Döring u. Bortz wird dabei „die alltägliche Lebenswelt angesehen, die durch ihre jeweiligen Akteurinnen und Akteure, durch soziale Regeln und Normen sowie kulturelle und historische Einflüsse geprägt ist“ (ebenda, S. 64). Weiter heißt es dort, die zu untersuchenden sozialen Phänomene seien von den Besonderheiten der beteiligten Individuen und ihrer jeweiligen Lebenswelt geprägt (vgl. ebenda, S. 65). Es geht also darum, Zusammenhänge aufzudecken, die die Erlebenswelt der Probanden in Hinblick auf eine bestimmte Fragestellung bestimmen und deren individuelle und kreative Lösungswege zu erkennen. Dies ließe sich mittels eines quantitativen Designs mit vorbestimmten Antworten nicht verwirklichen.

Für die gegebenen Fragestellungen wurde daher ein qualitatives Design als geeignet erachtet. In einer Querschnittsstudie wurden in den Monaten Februar und März 2019 sechs leitfadengestützte Interviews geführt.

3.3 Zielgruppe

Zielgruppe der Untersuchung waren Zusammenschlüsse von Hebammen, die sich als Team verstehen und die möglichst unterschiedliche Wege gefunden haben, sich zu organisieren. Um valide Konzepte abzubilden, die sich auch bewährt haben, wurde eine Zeitspanne des Bestehens der Teams von mindestens fünf Jahren angesetzt. Da kleinere Teams von zwei oder drei Hebammen in Bezug auf die Fragestellung weniger repräsentativ waren, wurde sich auf Teams von mindestens fünf Hebammen konzentriert, denen außerdem weitere Mitglieder auch aus anderen Berufsgruppen wie z.B. Geschäftsführer, Geburtsvorbereiterin oder Physiotherapeuten angehören konnten.

Darüber hinaus sollte ein Interview mit einem Vertreter von Buurtzorg in den Niederlanden oder in Deutschland stattfinden.

Hebammenteams aus dem klinischen Arbeitsfeld waren nicht Gegenstand der Untersuchung, da ihnen weniger Gestaltungsspielraum zur Verfügung steht als Hebammen im freiberuflichen Arbeitsfeld und zudem weitere spezifische Problemstellungen haben, deren Behandlung über den Rahmen dieser Untersuchung hinausgehen würde.

3.4 Zugang

Die Hebammenverbände DHV und Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD) zeigten sich nicht bereit, ein Schreiben an ihre Mitglieder zu versenden. Über das Hebam-

menportal der Abrechnungszentrale HebRech (HebRech 2019) wurde eine Anfrage gestartet, worüber eine Interviewpartnerin gefunden wurde. Weiterhin wurden im Jahrgang 2018 der Deutschen Hebammenzeitschrift sowie des Hebammenforums die Stellenanzeigen auf Hinweise nach unterschiedlichen und neuartigen Arbeitsmodellen gesucht. Die so gefundenen Hebammenpraxen wurden gezielt angeschrieben und um Teilnahme an der Umfrage gebeten. Ein Kontakt kam durch persönliche Bekanntschaft zustande, ein weiterer über Internetrecherche und Weitervermittlung.

Nachdem eine zunächst angestrebte Hospitanz mit Interview bei einem deutschen Buurtzorg-Team nicht möglich war, wurde über die Zentrale von Buurtzorgkraam, einer Tochterorganisation von Buurtzorg (vgl. 2.6), in welcher Wochenpflegerinnen in Teams arbeiten, der Kontakt zu zwei Wochenpflegerinnen vermittelt, welche ebenfalls bereit waren, ein Interview zu geben. In den Niederlanden kommen Wochenpflegerinnen in den ersten zehn Tagen nach der Geburt für jeweils mehrere Stunden in den Haushalt der Familie und kümmern sich dort um Haushalt, Babypflege, Stillanleitung und Pflege der Wöchnerin. Teilweise machen sie dort die Arbeit, die in Deutschland bei der aufsuchenden Wochenbettbetreuung durch Hebammen durchgeführt wird.

3.5 Datenerhebung

3.5.1 Entwicklung des Interviewleitfadens

Für die Befragung wurde das Modell des teilstrukturierten Leitfaden-Interviews gewählt, in dem einerseits sichergestellt wird, dass alle Bereiche von Interesse auch tatsächlich abgefragt werden und andererseits ein hoher Grad an Flexibilität ermöglicht wird, die es dem Interviewer und dem Befragten erlaubt, einzelne Aspekte, die sich aus dem Verlauf des Interviews ergeben, eingehender zu betrachten. (vgl. Döring und Bortz 2016, S. 372) Hierzu wurde ein Interviewleitfaden entwickelt, anhand dessen die Interviews strukturiert wurden (s. Anhang I). Beim leitfadengestützten Interview werden die vorgefertigten Fragen nicht zwingend wörtlich gestellt, und auch die Reihenfolge kann je nach Gesprächsverlauf angepasst werden, wodurch die Vertiefung bestimmter Aspekte ermöglicht und sichergestellt wird, dass der Interviewer die Aussagen wirklich verstanden hat. Trotz dieser Variationsmöglichkeiten erlaubt die Orientierung am Leitfaden eine gewisse Vergleichbarkeit der Interviews und trägt dafür Sorge, dass nicht einzelne Aspekte ausgelassen werden (vgl. ebenda).

Es wurden Fragen zu den Rahmenbedingungen, in denen das jeweilige Team tätig war (rechtliche Organisationsform, Anzahl der Hebammen und Tätigkeitsbereiche), zu Details der Teamentwicklung, zur Zusammenarbeit untereinander, zu Finanzen, Organisation der Nebentätigkeiten, Qualitätsentwicklung und Fortbildung formuliert. Üblicherweise wird bei

teilstrukturierten Befragungen der Leitfaden vorab mit Hilfe von Probe-Interviews optimiert (vgl. Döring u. Bortz, S. 372). Daran orientiert wurden die ersten beiden Interviews als Probe-Interviews genutzt, indem anhand der ersten beiden durchgeführten Interviews die Fragestellungen im Hinblick auf Vollständigkeit und Verständlichkeit der Fragen überprüft und anschließend die Reihenfolge der Fragen leicht verändert wurde, um einen besseren Gesprächsfluss zu erreichen. Wegen des kleinen Umfangs der Stichprobe wurden sie jedoch inhaltlich voll in die Analyse einbezogen.

Für die Befragung in den Niederlanden wurde der Interviewleitfaden ins Englische übersetzt.

3.5.2 Auswahl der Stichprobe

Die Auswahl der Interviewpartnerinnen erfolgte angelehnt an die Prinzipien des Theoretischen Sampling. Das Theoretische Sampling stammt aus der Methodologie der Grounded Theory und sieht vor, dass im Verlauf der Untersuchung anhand der bisherigen Ergebnisse gezielt weitere Interviewpartner ausgewählt werden und die Fallauswahl so gesteuert wird, dass ein möglichst großer Erkenntnisgewinn ermöglicht wird (vgl. Döring u. Bortz 2016, S. 302).

Im Sinne dieser Methode wurden, nachdem die ersten zwei Interviews durchgeführt worden waren, gezielt Praxen angefragt, die andere Organisationsmodelle praktizierten als die bereits befragten. Dadurch sollte erreicht werden, in fünf bis acht Interviews ein möglichst breites Spektrum von Lösungsansätzen abzudecken. Wenn auch aufgrund der geringen Anzahl der Interviews nicht von einer Datensättigung auszugehen ist, wie sie im Theoretischen Sampling angestrebt wird, zeichnete sich doch in den letzten beiden Interviews ab, dass der Erkenntniszugewinn gegenüber den ersten Befragungen deutlich abnahm. Es wurden schließlich fünf Interviews mit deutschen Hebammenteams unterschiedlicher Organisationsform geführt und außerdem ein Interview mit Angehörigen der Wochenpflegeorganisation Buurtzorgkraam in den Niederlanden. Es gibt in den Niederlanden und in Deutschland derzeit keine Buurtzorg-Hebammenteams. Allerdings sind die Teamstrukturen, die von Interesse waren, bei Buurtzorg und den Tochterorganisationen überall vergleichbar.

3.5.3 Durchführung der Interviews und Interviewpartner

Die Interviews wurden teilweise persönlich (n=3) und teilweise telefonisch (n=3) durchgeführt, je nach Entfernung und Wunsch der Befragten. Sie dauerten zwischen 30 und 78 Minuten. Die Interviews wurden auf einen Tonträger aufgezeichnet.

Mit den Wochenpflegerinnen von Buurtzorgkraam in den Niederlanden wurde vorab per Email-Kontakt vereinbart, in der gemeinsamen Fremdsprache Englisch zu kommunizieren.

Aus pragmatischen Gründen wurde dabei gezielt bereits in der Anfrage nach Interviewpartnerinnen gefragt, die sich in einer der Sprachen, deren auch die Autorin mächtig ist, verständigen können. Die Möglichkeit, dass dadurch feinere Nuancen des Gesprächs nicht entstehen oder nicht verständlich sein könnten (vgl. Brandmaier 2015, S. 136), wurde dabei in Kauf genommen.

3.5.4 Transkription

Die aufgezeichneten Interviews wurden anschließend verschriftlicht (transkribiert). Für die Transkription wurden die Transkriptionsregeln nach Kuckartz (vgl. Dresing u. Pehl 2018, S. 21f) zugrunde gelegt (s. Anhang IV). Diese Methode hat sich bewährt bei Fragestellungen, bei denen es eher um die sachlichen Inhalte geht als um feine Nuancen des Gesprächs. Dabei wird wörtlich transkribiert, jedoch werden Doppelungen zugunsten einer besseren Lesbarkeit ausgelassen und Umgangssprache geglättet („es is´ so“ wird zu „es ist so“). Namen und Orte wurden durch Pseudonyme ersetzt, um die Anonymität der Befragten zu gewährleisten.

3.6 Analyse

Für die Auswertung von Interviews ist die qualitative Inhaltsanalyse ein bewährtes und vielseitiges Instrument (vgl. Schreier 2014, Kapitel 1). Es werden teilweise anhand von Vorannahmen (deduktiv) und in jedem Fall anhand des vorhandenen Materials (induktiv) Kategorien gebildet, anhand derer das Material strukturiert und aufbereitet wird.

Die einzelnen Aussagen der Befragten werden den verschiedenen Kategorien zugeordnet, wobei aus der Arbeit am Material neue Kategorien entstehen oder verfeinert werden. Die Aussagen der Interviewten werden so neu nach Themen geordnet. (vgl. Dresing u. Pehl 2018, S. 38ff)

Die Interviews wurden angelehnt an die inhaltlich strukturierende qualitative Datenanalyse nach Kuckartz ausgewertet (vgl. Kuckartz 2016, S. 97ff). Ein Teil der Hauptkategorien wurde bereits anhand des Interviewleitfadens entwickelt (deduktiv), während im Verlauf der Analyse aus den Interviews heraus induktiv neue Kategorien hinzukamen und vorhandene Kategorien verfeinert wurden. Mit Hilfe von Memos wurden Besonderheiten festgehalten und kommentiert. Die Analyse wurde mit Hilfe eines Computerprogramms für Qualitative Daten-Analyse (QDA), der QDA-Software f4analyse⁵, durchgeführt.

⁵ verfügbar unter www.audiotranskription.de

3.7 Ethische Kriterien

Es wurde das ethische Screening der Hochschule Osnabrück durchlaufen. Nach den Richtlinien der Hochschule erfolgte die Anonymisierung der Datensätze durch Pseudonymisierung von Namen, Orten und personenbezogenen Angaben. Die Pseudonymisierungsliste wurde bis zum Ende des Projekts unter Verschluss getrennt von den transkribierten Interviews aufbewahrt und anschließend vernichtet. Um Rückschlüsse auf Einzelpersonen zusätzlich zu erschweren, wurden die Einzelzitate nicht mit Pseudonymen oder Nummern versehen. Die Tonaufzeichnungen der Interviews wurden nach der Transkription gelöscht, die Transkripte werden auf dem Server der Hochschule nach den aktuellen Datenschutzrichtlinien verwahrt.

Die Befragten wurden mit Hilfe eines Aufklärungs- und Informationsschreibens (s. Anhang II) über den Zweck der Befragung und Maßnahmen des Datenschutzes informiert. Vor Beginn des Interviews hatten sie außerdem Gelegenheit, dazu Fragen zu stellen. Alle erteilten schriftlich ihre Einwilligung zu der Durchführung der Befragung. (s. Anhang III)

4 Ergebnisse

4.1 Zusammensetzung des Samples:

Bei sechs durchgeführten Interviews setzte sich die Stichprobe folgendermaßen zusammen: es wurden vier Hebammen als Angehörige oder Leitende eines Hebammenteams befragt, in einem Fall war der Geschäftsführer der Hebammenpraxis der Interviewpartner, und in einem Fall wurden zwei Angehörige der niederländischen Wochenpflegeorganisation Buurtzorgkraam, einer Tochterorganisation von Buurtzorg, interviewt.

Die Teams waren in vier verschiedenen Bundesländern sowie den Niederlanden ansässig. Drei der Praxen befanden sich in Großstädten, drei in Kleinstädten.

Folgende **Leistungen** wurden durch die befragten Hebammenteams angeboten: Vor- und Nachsorge (alle), Kurse (alle), Hausgeburtsilfe (n=1) und Geburtshilfe im Geburtshaus (n=1).

Bei den deutschen Hebammenteams waren folgende **Rechtsformen** vertreten: Partnerschaftsgesellschaft (PartG), Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR), Einzelunternehmen mit Angestellten und gGmbH (in Teilbereichen).

Folgende **Vergütungsstrukturen** fanden sich unter den befragten Hebammenteams: Einzelabrechnung, Poolsystem⁶, teilweise Poolsystem, Gehaltszahlung im Angestelltenverhältnis sowie Gehaltszahlung zzgl. Provision im Angestelltenverhältnis.

⁶ Abrechnung im Poolsystem: die Leistungen werden gemeinsam abgerechnet und dann nach einem zu definierenden Schlüssel unter den Leistungserbringerinnen aufgeteilt.

Die Größe der Hebammenteams lag zwischen 5 und 15 Hebammen. Der Zeitraum des Bestehens der Teams wurde mit 15 bis 25 Jahren angegeben.

Das Wochenpflegerinnenteam aus den Niederlanden existierte davon abweichend erst seit drei Jahren und bestand zum Zeitpunkt der Befragung aus vier Wochenpflegerinnen.

4.2 Strukturierung der Ergebnisse

Die befragten Hebammenteams sind alle langjährig erfahren in der Zusammenarbeit und haben innerhalb ihres jeweiligen Systems vielfältige Lösungen für etliche der oben genannten Probleme gefunden. Während die Arbeit im Team an verschiedenen Punkten für Entlastung und Verbesserung der Arbeitssituation sorgen kann, führt die Zusammenarbeit selbst andererseits zu zusätzlichen Herausforderungen, für die ebenfalls Lösungen entwickelt wurden.

Die Ergebnisse werden daher in zwei Themenbereiche aufgeteilt: Das Unterkapitel „**Lösungsansätze für Herausforderungen im Hebammenalltag**“ bezieht sich auf teamspezifische Wege, den unter 2.3 erwähnten Schwierigkeiten wie unzureichender Bezahlung, ungünstigen Arbeitszeiten etc. zu begegnen. Unter „**Lösungsansätze für Herausforderungen im Team**“, werden Antworten auf Herausforderungen der Zusammenarbeit selbst verstanden.

Zitate der Befragten werden eingerückt und kursiv dargestellt.

4.3 Lösungsansätze für Herausforderungen im Hebammenalltag

4.3.1 Gegenseitige Entlastung und Vertretung

In allen Teams wird die gemeinsame Kooperation zur gegenseitigen Entlastung genutzt, insbesondere durch Vertretung im Falle von Urlaub oder Krankheit. Dies führt zu einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Die Kooperation mit den Kolleginnen im Team wurde von mehreren Interviewpartnerinnen ausdrücklich als familienfreundlich bezeichnet. An vielen Stellen wird Rücksicht genommen auf Familien mit Kindern, etwa durch zusätzlichen Urlaub oder flexible Arbeitszeiten. Auch auf andere Belange, die die Aufmerksamkeit der Teammitglieder neben der Arbeit beanspruchten, wird Rücksicht genommen, z.B. wenn ein Teammitglied mit privaten Problemen zu kämpfen hat oder einfach überlastet ist.

Es wird deutlich, dass Kolleginnen als Individuen mit Stärken, Schwächen und wechselnden Bedürfnissen wahrgenommen werden. Dass die Familie und das Privatleben nicht zu häufig hintenangestellt werden dürfen, betonte eine Interviewpartnerin besonders:

„Und dafür zu sorgen, dass das Privatleben geschützt wird. Dass man da nicht der Versuchung verfällt, das zu vernachlässigen. Es gibt viele Hebammen, die sind allein unterwegs. Mit ihren Kindern. Ist ja ein Jammer. Dass wir so viel Gutes haben, das wir den Familien tun können, dass wir einfach selber auch achten auf unsere Partnerschaften. Auf unsere Kinder. Gute Beziehung.“

Gegenseitige Unterstützung erfolgt auch durch gegenseitige Beratung bei schwierigen Betreuungsfällen. Teilweise eröffnet die Spezialisierung einzelner Hebammen z.B. auf Akupunktur oder besondere Kursangebote die Möglichkeit für andere Kolleginnen, im Bedarfsfall zur spezialisierten Kollegin weiterzuvermitteln.

4.3.2 Umgang mit der Versorgungslage

Ein Thema, das sich durch alle Interviews zog, war der Umstand, dass es schwierig bis unmöglich ist, alle Frauen zu betreuen, die Betreuung anfragen. So erklärte eine Befragte bereits im März, die Geburtsvorbereitungskurse seien schon bis August ausgebucht.

Noch deutlicher wird der Mangel im Bereich der Wochenbettbetreuung. Alle befragten Praxen hatten mehr Anfragen als sie annehmen konnten, besonders ausgeprägt in den Sommermonaten. Angesichts der oben aufgeführten Zahlen (vgl. 2.2) ist dieser Umstand kaum überraschend, der Mangel nimmt jedoch in einigen Regionen offenbar geradezu dramatische Züge an:

„Also nach eigenen Angaben hat jede zweite Frau, die in Kirchhaus entbindet, keine Nachsorgehebamme. Das sind natürlich schlimme Zahlen.“

An Antworten wie dieser lässt sich auch bereits erkennen, dass diese Situation die Hebammen nicht unberührt lässt. Zum Teil wird versucht, dieser Situation mit zusätzlichen Hebammen zu begegnen, wobei die Akquise neuer Kolleginnen als schwierig wahrgenommen wird.

Alternativ dazu wird notgedrungen akzeptiert, dass zeitweise die Versorgung nicht in gewohnter Qualität zu leisten ist:

„[...] dann muss man sagen, es gibt dann eben keine Vertretung, das muss die Frau wissen, wenn sie sich anmeldet. [...] mittlerweile ist der Hebammenmangel ja so groß, dass man den Frauen das dann auch erklären kann, wenn es keine Vertretung gibt [...]“

Als Notlösung wird in einzelnen Praxen eine ambulante Hebammensprechstunde angeboten, die jedoch im Wochenbett nicht sonderlich gut angenommen wird.

Für das Team stellt sich dann zum Teil die Frage, ob Abstriche bei der Qualität zu akzeptieren wären, um möglichst vielen Frauen wenigstens eine Grundversorgung zu ermöglichen, oder ob sie sich darauf konzentrieren, diejenigen, die sie annehmen können, möglichst optimal zu betreuen.

4.3.3 Rationalisierung

Von allen befragten Hebammenteams wird in mehr oder weniger großem Maße eine Entlastung im Sinne einer Rationalisierung vorgenommen. Von einigen Teams wird das Instrument nur geringfügig, von anderen dagegen fast bis zur Perfektion genutzt. Das reicht vom Organisieren von Fortbildungen in den eigenen Räumen zwecks Einsparung von Wegezeiten bis hin zu einer eigenen Verwaltungsabteilung, durch die den Hebammen möglichst viele zusätzliche Tätigkeiten wie z.B. Anmeldung und Abrechnung abgenommen werden. Neben Kosteneinsparungen dienen diese Maßnahmen dazu, zusätzliche Arbeitszeit der Hebammen freizusetzen, in der diese ihrer originären Tätigkeit nachgehen können, da, wo sie gebraucht und auch dafür bezahlt werden.

„Sondern das Wertvolle an der Hebamme ist die Zeit, die sie zur Betreuung der Patientin aufwenden kann. Das soll zu 100 Prozent ausgeschöpft werden. Ne, und den Rest, die ganzen bürokratischen Elemente, die dampfen wir eben ein durch Synergieeffekte und durch Spezialisierung. [...] und dadurch hat die Hebamme natürlich eine viel höhere Zeitspanne zur Verfügung, um Ertrag zu generieren, wiederum.“

Eine regelrechte Verwaltungsabteilung wird bei den befragten Teams nur von den Praxen geführt, die entweder mit Angestellten oder im Poolsystem arbeiten, wobei eine der Unternehmerinnen zuvor mit Kooperationspartnerinnen gearbeitet hat und dafür ebenfalls bereits Beschäftigte in der Verwaltung hatte. Eine andere Praxis hat früher mit Angestellten gearbeitet und später auf das Poolsystem umgestellt. Die Strukturierung im Poolsystem kann dabei in Bezug auf Entlastung der einzelnen Hebamme dem Angestelltensystem in manchen Punkten ähnlich sein.

„[...] man hat wirklich ein bisschen wie so ein Angestelltenverhältnis [...]. Weil einfach super-viel schon so eingespielt ist, dass einfach alles geregelt wird, und man läuft da so mit, [...] und dann kommt die Hebamme, die die Abrechnung macht, und sagt: ‚Hier, da brauche ich eine Unterschrift für den Sicherstellungszuschlag, dann machst

du schnell die Unterschrift, und alles andere wird geregelt, so. Ne. Also, ja, das ist schon super-praktisch.“

In folgenden Bereichen wird Rationalisierung praktiziert:

Digitalisierung

Der Umgang mit den Neuen Medien wird in den verschiedenen Praxen unterschiedlich gehandhabt, wobei die meisten für die interne Kommunikation neben den regulären Besprechungen Emails und Messenger-Dienste nutzen. Zum Teil ist auch das Anmeldesystem digitalisiert, so dass sich interessierte Schwangere direkt über die Homepage anmelden können. Bei Buurtzorgkraam existieren von der Organisation vorgegeben zwei digitale Systeme: eins, das sich auf die Klientinnen bezieht, und ein zweites, in dem die Beschäftigten ihre Termine, Urlaube etc. organisieren.

Anmeldung und Telefondienst

Insbesondere für Kurse ist in einigen der befragten Praxen die direkte Buchung durch die Frauen über das Online-Portal der jeweiligen Praxis möglich. Die Terminvergabe obliegt ebenfalls teilweise der Verwaltung.

In einer Praxis übernimmt jeden Tag eine andere Hebamme aus dem Team den Telefondienst. Dies wird als wichtig erachtet, um es jeder Kollegin zu ermöglichen, in der Praxis über alles auf dem Laufenden zu sein. Außerdem sind sie der Ansicht, dass eine Frau, die anruft, auch direkt eine Hebamme sprechen sollte, falls sie noch Fragen hat.

Eine Praxis setzt auf größtmögliche Rationalisierung und verteilt die Frauen möglichst konsequent nach Gebieten, um so die Wege für die Hebammen kurz zu halten. Die Frauen, die sich in der Praxis anmelden, werden je nach Postleitzahl einer bestimmten Hebamme zugewiesen und haben darin keine Wahlmöglichkeit.

Ein weiteres Team hat eine Lösung gefunden, die weniger starr ist als die Verteilung nach Bezirken und außerdem der jeweils aktuellen Situation besser gerecht wird: Die Frauen werden von der Praxis für die Wochenbettbetreuung angenommen. Wenn sie geboren haben, melden sie sich im Büro, und von dort wird dann per Chat mit den Hebammen festgestellt, welche Hebamme gerade Kapazitäten frei hat und die (gesamte) Wochenbettbetreuung übernehmen kann. Dadurch können einerseits die Kapazitäten der Hebammen gleichmäßiger ausgelastet werden, andererseits kann Vorlieben und bereits bestehenden Beziehungen zwischen Frau und Hebamme Rechnung getragen werden:

„[...]die Patienten melden sich, ab wann sie zu Hause sind und ab wann sie versorgt werden möchten. Und dann wird das dann eben über die Teamsitzung, über den Praxischat dann verteilt. Das ist dann so, ja (lacht) so ein bisschen wie auf dem Bananenmarkt, ne. Man schreibt noch, hier ist noch die Müller, hier ist noch die Schmidt, wer will hier, wer will nach Bornstedt, wer möchte in den Ort, ah, kann ich noch machen, und ja, nee, da will ich nicht hin. Oder: ‚mit der kommst du doch besser zurecht‘, also so diese ganzen Soft-Kriterien. Da wird das dann quasi gehandelt wie auf dem Fischmarkt, bis alle Frauen verteilt sind.“

Diese Lösung trägt der Tatsache Rechnung, dass sich einerseits in der Schwangerschaft bereits Beziehungen bilden, die auch für die Wochenbettbetreuung relevant bleiben, andererseits nicht jede Hebamme jederzeit in jede Richtung fahren kann. Außerdem lässt sich über den errechneten Entbindungstermin allenfalls eine ungefähre Schätzung der Auslastung für die Hebamme in einem bestimmten Zeitraum vornehmen. Die flexible Anmeldung führt so zu einer gleichmäßigeren Auslastung der Hebammen.

Organisation der Vertretung

Während im Krankheitsfall die Organisation der Vertretung bzw. der Absagen häufig primär bei der erkrankten Hebamme liegen, wird dies von mehreren Teams anders organisiert: im Bedarfsfall übernimmt eine andere Hebamme oder auch die Verwaltungsabteilung die Umverteilung bzw. die Absage der Termine. Die erkrankte Hebamme ruft also eine Person an und kann sich anschließend pflegen, während die Umverteilung der Termine durch eine andere Person vorgenommen wird.

Auslastung der Räume

Alle befragten Teams bis auf Buurtzorgkraam haben eigene Räumlichkeiten und sind bestrebt, diese möglichst gut auszulasten. Es werden vielfach Kursleiterinnen aus anderen Berufsgruppen mit in die Praxis involviert, entweder als Honorarkräfte oder zur Miete. Die Praxen finanzieren sich zumindest teilweise durch die Einkünfte durch externe Kursanbieter. In einem Fall wurde eigens eine gGmbH gegründet, in der alle Leistungen und Kurse, die nicht von Hebammen erbracht werden, organisiert sind. Auf diese Weise werden bei einer guten Auslastung der Räumlichkeiten wiederum die Ausgaben für diese minimiert. Nebenbei bereichert das größere Spektrum das Angebotsprofil der Praxen. Die Verwaltung dieser zusätzlichen Kräfte obliegt zum Teil den Hebammen in der Praxis, zum Teil der Verwaltung.

Die Buurtzorgkraam-Wochenpflegerinnen haben keine eigenen Räumlichkeiten, sondern nutzen bei Bedarf Räumlichkeiten einer kooperierenden Hebammenpraxis. Dies folgt einem

Prinzip von Buurtzorg, an unnötigen Kosten zu sparen, um die Gelder möglichst in vollem Umfang für die Vergütung der Leistungen am Patienten, für Fortbildung oder andere vom Team als sinnvoll erachtete Dinge zu verwenden.

„It is our money, and we can do good things for it. We don't have the nice office, cadeaux, [...]“⁷

4.3.4 Abrechnung und Vergütung

Die Abrechnung von Hebammenleistungen mit den Krankenkassen bzw. Betreuten läuft bei einigen Teams jeweils über die einzelne Hebamme, wie es bei Einzelunternehmerinnen üblich ist.

Die gemeinschaftliche Abrechnung, sei es im Poolsystem oder im Angestelltensystem, wird dagegen von einigen Praxen genutzt, um ein differenziertes und unter Umständen gerechteres Verteilungssystem anzuwenden. Zum Beispiel kann so gewährleistet werden, dass auch Tätigkeiten, die für das Team wichtig sind, von den Krankenkassen jedoch nicht unmittelbar bezahlt werden, wie Teamsitzungen oder Materialbestellung, regelmäßig vergütet werden.

Die Bezahlung auch von hebammenfremden Tätigkeiten kann zu einer Verringerung des Konfliktpotenzials führen.

„Es ist halt, das ist finde ich, finde ICH aus meiner Sicht ist der größte Vorteil, weil du eben 27 Euro kriegst, wenn du eine Geburt begleitest, und 27 Euro kriegst, wenn du die Wäsche zusammenlegst. Das macht ganz viel mit dem Team. Das ist halt, ja, es kommt gar nicht erst zustande, dass man sagt: „Boah, du hast jetzt aber hier schon dreimal nicht die Geschirrspülmaschine ausgeräumt“ oder „Du lässt immer die Wäsche liegen“. Sowas kommt da eigentlich, also das gibt es einfach nicht. Weil, egal was für eine Arbeit man macht, es wird alles gleich bezahlt, ob man jetzt Müll macht oder Plazentaphase. (beide lachen)“

In einer anderen Praxis werden die Tätigkeiten gewichtet und unbeliebtere Tätigkeiten besser vergütet, damit diese bereitwilliger übernommen werden. Außerdem gibt es dort für die Betreuung weiter entfernt wohnender Frauen eine gesonderte Wegegeldabrechnung.

⁷ „Es ist unser Geld, und wir können damit gute Sachen machen. Wir haben kein schickes Büro, Geschenke, (...)“ (Übers.J. Hartmann)

Die Bezahlung des Verwaltungspersonals kann bei Poolabrechnung oder im Angestellten-system ebenfalls direkt aus dem gemeinsamen Topf vorgenommen werden. Von den befragten Praxen mit Einzelabrechnung führte keine eine Verwaltungsabteilung mit Angestellten.

Trotz der Tatsache, dass eine Verwaltungsabteilung vordergründig gesehen teuer ist, sind die Praxen in der Lage, im Vergleich zu Klinikverträgen bessere Gehälter zu zahlen. Es zeichnet sich deutlich ab, dass die Auslagerung von hebammenfremden Tätigkeiten an eine gut organisierte Verwaltung durchaus keine finanzielle Mehrbelastung bedeutet, sondern im Gegenteil den Gesamtertrag erhöhen kann. Dabei führen insbesondere alle Prozesse der Rationalisierung zu einer Gewinnoptimierung. Die Praxis mit der am stärksten entwickelten Administration kann das beste Gehalt auszahlen und bietet darüber hinaus noch eine private Kranken-Zusatzversicherung und betriebliche Altersvorsorge für die Angestellten.

4.3.5 Qualitätsmanagement

Die Einstellung zum obligatorischen Qualitätsmanagement (QM) und der Umgang damit sind in den befragten Teams sehr heterogen. Durchgeführt wird es von allen. Die Bandbreite der Aussagen ging von der Empfindung, es handele sich um ein notwendiges aber überflüssiges Übel bis dahin, es als hilfreiches Mittel zur Organisation des gesamten Betriebs mit einem als sehr effektiv empfundenen Managementsystem zu schätzen.

„[...]ich finde das mit dem QM in meinen Augen komplett überflüssig, deswegen finde ich es schon schade um die Zeit. [...] Also das QM, das ich bis jetzt gemacht habe, hat nichts verändert in meinem Leben und auch nichts besser gemacht.“

„Also meistens, dann werden erstmal die Punkte abgesprochen von der Organisation oder auch vom Qualitätszirkel, das geht eigentlich immer alles Hand in Hand, das lässt sich häufig auch nicht sauber trennen. [...] der feste Kern ist eigentlich eine Stunde jeden Montag, von neun bis zehn, das ist eigentlich ausreichend für die Wochenplanung [...]“

Auch innerhalb der Teams ist teilweise die Wahrnehmung des Qualitätsmanagement als sinnvolles Instrument oder als Belastung sehr verschieden ausgeprägt. Einige unterteilen das QM in Praxis-QM und persönliches QM.

Mehrere der befragten Praxen haben im Lauf der Zeit das QM-System gewechselt, bis es sich als Entlastung bewährte. In einem Fall wird das QM nochmals aufgeteilt in QM für die

Hebammen und QM für die Verwaltung, was wiederum dazu beiträgt, dass sich die Hebammen besser auf ihre Frauen konzentrieren und alles Weitere abgeben können.

4.4 Lösungsansätze für Herausforderungen im Team

4.4.1 Gemeinsame Ausrichtung

Von mehreren Befragten wurde die Wichtigkeit einer gemeinsamen Ausrichtung herausgestrichen.

Ein gemeinsames Konzept, ein Leitbild oder übergeordnete Werte verbinden die Hebammen untereinander und geben in Zweifelsfragen die Richtung vor.

„[...] ich will und kann ja meine Kolleginnen nicht kontrollieren, wie die agieren, aber wenn ich weiß, dass die Werte stimmen, dann kann ich der vertrauen. Und dann findet man auch für Probleme, die sich ergeben, immer eine Lösung.“

„[...] also es muss ein festes Konzept geben, dem müssen alle irgendwie verpflichtet sein.“

Bei der Neueinstellung bzw. Aufnahme von neuen Partnerinnen kann anhand des Konzepts von beiden Seiten geprüft werden, ob die Ausrichtungen zueinander passen. Auch der gemeinsame Auftritt nach außen kann so teilweise einheitlicher gestaltet werden.

4.4.2 Kommunikation und Konfliktlösung

Während bei einigen Praxen das Leitbild die Grundlage darstellt, auf der ihre Arbeit basiert, ist die persönliche Kommunikation innerhalb des Teams essenziell für eine reibungslose Umsetzung.

Obwohl es in keinem der befragten Teams verbindlich festgelegte Kommunikationsregeln gibt, existieren vielfach unausgesprochene Richtlinien, die nach Ansicht der Befragten für das Miteinander wesentlich sind. Insbesondere eine Kultur des Sofort-Ansprechens bei Problemen und der direkten persönlichen Kommunikation anstelle von Emails wurde von zwei Befragten als wichtig herausgestrichen. Dabei wurde an keiner Stelle von unlösbaren Konflikten berichtet, einige gaben sogar an, Konflikte gebe es gar nicht. Klare Absprachen z.B. über Zuständigkeiten oder Details wie eine definierte Übergaberegulung tragen zum harmonischen Miteinander bei.

„Also, es ist ja alles geregelt. Was soll es da für Konflikte geben?“

Zum Teil wurde die Harmonie im Team auch auf die sorgfältige Auswahl der Mitarbeiterinnen zurückgeführt, die infolgedessen gut in die Gruppe passen. Eine Probezeit hilft in einigen Praxen dabei, die Passung festzustellen.

4.4.3 Gegenseitige Fürsorge

In den meisten Teams besteht ein starker Zusammenhalt, der sich zum Teil auch auf das Privatleben erstreckt. Teilweise wird dies gezielt gepflegt, teils ist es auch in der geringen Größe der Stadt begründet, in der es neben der Arbeit viele Berührungspunkte im Privatleben gibt.

Mehrere Befragte gaben an, dass auch bei persönlichen Krisen die Kolleginnen vielfach unterstützend wirken, indem jede ihre Bedürftigkeit zeigen und sich angenommen fühlen kann. Dadurch wird es z.B. auch möglich, Auszeiten zu erhalten, um über persönliche Krisen hinwegzukommen und mit Unterstützung der Kolleginnen nach einiger Zeit auch wieder im Beruf anzukommen.

„Wo schon auch wackelig war, ob, kann ich mit meiner Geschichte, oder will ich überhaupt noch als Hebamme arbeiten? Und es war immer gut, in Kontakt zu sein und zu reden miteinander und jeden halt auch einfach in seiner Krise stehen zu lassen und zu sagen, okay, dann geht es jetzt gerade nicht, du machst jetzt eine Pause.“

4.4.4 Entscheidungsfindung

Entscheidungen werden in den Teams größtenteils im Konsens getroffen. Auch die Vertreter von Teams, die mit angestellten Hebammen arbeiteten, betonten, dass es weniger Sache der Leitung sei, für die anderen Entscheidungen zu treffen, sondern dass die Entscheidungen aus der Motivation der Mitarbeiterinnen heraus getroffen werden sollten. Ein Team hatte im Gesellschaftervertrag festgelegt, dass bei Versagen des Konsenses die Mehrheit entscheiden sollte, jedoch konnte sich die Befragte an keine Situation erinnern, in der dies notwendig geworden wäre. Zum Teil sind die Zuständigkeiten aufgeteilt, so dass sich z.B. ein Zweierteam um die Organisation der Rückbildungskurse kümmert, ein anderes um externe Kursleiterinnen mit Babymassage etc., und diese dann auch in dem jeweiligen Rahmen alleine die Entscheidungen treffen.

Bei Buurtzorgkraam wird wegen der geringen Größe des Teams ebenfalls im Konsens entschieden. Zudem sind die Mitarbeiterinnen in der speziellen Entscheidungsfindungsmethode geschult worden, die bei Buurtzorg und auch bei Buurtzorgkraam in größeren Teams die Entscheidungsfähigkeit erhält, ohne dass dafür eine Leitung nötig wäre. (vgl. 2.6)

4.4.5 Mitarbeiterbindung

Dem Problem, dass freiberufliche Hebammen a priori ungebunden sind und prinzipiell jederzeit das Team verlassen können, wird in einigen Praxen gezielt begegnet.

Teilweise werden dabei teambildende Maßnahmen wie gemeinsame Unternehmungen oder Arbeitswochenenden eingesetzt. Andere schaffen Verbindlichkeit durch Gesellschafterverträge oder setzen auf das Angestelltensystem, in dem Kündigungsfristen die Norm sind. Eine Praxis erhebt von neuen Kolleginnen eine Einarbeitungsgebühr, außerdem muss eine Einlage in das Praxisvermögen gezahlt werden, um so die Verbindlichkeit zu erhöhen:

„Das heißt, alle die, die da drin sind, haben auch schon mal Geld bezahlt und Geld in die Hand genommen und haben sich das gut überlegt, ob sie da mitarbeiten möchten.“

Eine weitere Praxis wirbt mit Vergünstigungen wie einer privaten Zusatz-Krankenversicherung oder einer betrieblichen Altersvorsorge für die Angestellten. Auf diese Weise wird versucht, die Fluktuation im Team klein zu halten.

4.4.6 Leitung

Über die Frage, ob in einem Hebammenteam eine Person die Leitung haben sollte, gingen die Meinungen auseinander. In Teams mit Angestellten wurde dies bejaht, während bei den Zusammenschlüssen als GbR oder PartG jede Partnerin die gleiche Stimme hat und dies von den Befragten auch als positiv wahrgenommen wird. Das finanzielle Risiko, das bei der Arbeit mit Angestellten auf der leitenden Unternehmerin ruht, wurde teilweise durchaus als heikel und schwer kalkulierbar wahrgenommen:

„Naja, also wir hatten zum Beispiel vor zwei Jahren eine Masernwelle. Und dann stornieren die Leute ja alle ihre Kurse. [...] Und dann muss man sich das leisten können, dass man einige Wochen weniger Einnahmen hat.“

Für die Angestellten hingegen bringt die abhängige Beschäftigung in mancher Hinsicht eine große Erleichterung, da ihnen ein großer Teil der Administration abgenommen wird und das finanzielle Risiko etwa bei Erkrankung oder auch bei Erkrankung der Kinder beschränkt wird.

„Und die sind sehr dankbar, sind zum großen Teil Kolleginnen, die aus dem Kreißsaal kommen und nach dem Mutterschutz sich überlegen, wie kann ich weiter jetzt arbeiten, und dann entdecken, dass man eben in diesem schönen Bereich außerklinisch arbeiten kann, eben als Angestellte, und die das sehr schätzen.“

4.4.7 Wachstum von Teams

Vier der befragten Teams suchen aktiv nach weiteren Kolleginnen, um das Team zu erweitern. Die Suche gestaltet sich zum Teil schwierig. Eine Praxis beschäftigt sogar eine externe Person für die Akquise weiterer Kolleginnen, weil der Weg über Anzeigen in der Zeitung nicht zielführend sei.

In anderen Praxen besteht nicht der Wunsch nach einer Expansion. Es besteht die Sorge, dass mit weiteren Mitarbeitern die Entscheidungsfindung zu schwierig würde. Tatsächlich hat das größte der befragten Teams in dieser Beziehung bereits mitunter mit Problemen zu kämpfen:

Befragte: „Das sind dann halt so langwierige Entscheidungen. Bis es halt irgendwann passt.“

Interviewerin: „Bis alle zufrieden sind.“

Befragte: „Ja. [...] Oder manchmal auch, dann ist es auch gar keine Entscheidung, und man sagt, okay, dann bleibt es alles so wie es ist. So.“

Obwohl also unter Umständen eine Expansion sinnvoll sein könnte, um dem Bedarf besser gerecht zu werden, wird teilweise die Größe des Teams bewusst begrenzt, weil die Entscheidungsfindung sonst zu schwerfällig würde. Nur das Buurtzorgkraam-Teams hat ein Konzept zur Teilung der Praxis im Falle von größerem Wachstum: Wird ein Buurtzorg-Team zu groß, was gewöhnlich ab etwa 13 Mitgliedern der Fall ist, so teilt es sich auf in zwei Teams.

4.5 Von den Befragten benannte Herausforderungen und Lösungsansätze im Überblick

In der folgenden Tabelle (Darstellung 2) wird in einer Übersicht dargestellt, welche Herausforderungen von den Interviewten benannt wurden, und welche Strategien jeweils in den Praxen entwickelt wurden, um diesen zu begegnen.

Herausforderung	Lösungsansätze
Vergütung unzureichend	<ul style="list-style-type: none"> •Rationalisierung, um mehr Zeit für bezahlte Arbeit zu haben: professionelle Administration, Digitalisierung •Durchführung von Kursen •Auslastung der Räume durch externe Kursanbieterinnen
Vergütung ungerecht	<ul style="list-style-type: none"> •Poolssystem oder Gehalt mit Bezahlung von zusätzlichen Tätigkeiten, die für das Team erbracht werden •Gewichtung der Vergütung nach Beliebtheit der Tätigkeit
Finanzielles Risiko	<ul style="list-style-type: none"> •PartG für berufliche Haftungsbeschränkung •Angestelltensystem •Gütertrennung in der Ehe •gGmbH für Kurse externer Kursleiterinnen
Hoher Verwaltungsaufwand	<ul style="list-style-type: none"> •möglichst weitgehende Abgabe von administrativen Aufgaben an eine Verwaltungsabteilung
Lückenlose Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> •Vertretungsregelung •gemeinsame Urlaubsabsprachen
Fachliche Qualität	<ul style="list-style-type: none"> •QM •Spezialisierung •gegenseitige Beratung
Vereinbarkeit mit Familie / Privatleben	<ul style="list-style-type: none"> •Organisation im Team mit Vertretung •flexible Arbeitszeiten
relativer Hebammenmangel	<ul style="list-style-type: none"> •Team vergrößern •Betreuungsumfang reduzieren •Rationalisierung, um mehr Betreuungskapazität zu haben •Abgabe von administrativen Tätigkeiten an die Verwaltung •Abgabe von bestimmten Kursen an Nicht-Hebammen (z.B. Baby-massage etc.) •ambulante Hebammensprechstunde
Zusammenhalt	<ul style="list-style-type: none"> •Leitbild •Kommunikation •teambildende Maßnahmen
Kommunikation / Konfliktlösung	<ul style="list-style-type: none"> •Sorgfältige Auswahl der Kolleginnen •Kultur des Sofort-Ansprechens •Definierte Kommunikationsstrukturen im Bedarfsfall
Individuell belastende Situationen	<ul style="list-style-type: none"> •Auszeiten •Respekt und emotionale Unterstützung durch Kolleginnen
Fluktuation / Mitarbeiterbindung	<ul style="list-style-type: none"> •Verträge •Höheres Gehalt •Einlage •Angestelltensystem •Vergünstigungen (z.B. Zusatzversicherungen) •Teambildende Maßnahmen zur Stärkung des Zusammenhalts
Entscheidungsfindung	<ul style="list-style-type: none"> •Konsens •Mehrheit •Entscheidung durch die Chefin •Entscheidungsfindung nach Buurtzorg-Modell
Qualitätsmanagement als Belastung	<ul style="list-style-type: none"> •Einbindung des QM als ein Instrument der Strukturierung und Effizienz •Implementierung eines geeigneten QM-Systems

Darstellung 2: Herausforderungen und Lösungsansätze im Überblick (eigene Darstellung)

5 Diskussion

5.1 Übersicht

Der zunehmende Hebammenmangel und die damit verbundene Unterversorgung in der Betreuung werdender Mütter und junger Familien im gesamten Bundesgebiet war Anlass, der Frage nachzugehen, wie die Arbeitsbedingungen für Hebammen von diesen selbst dahingehend beeinflusst und verbessert werden können, dass Hebammen motiviert werden, im Beruf zu verbleiben und ggf. ihr Versorgungsangebot sogar zu erweitern.

Aus der Beschäftigung mit den Strukturen der niederländischen Pflegeorganisation Buurtzorg heraus, in der selbstführende Teams ihre Arbeitsbedingungen gestalten und dabei eine hohe Zufriedenheit erreichen, wurde die Fragestellung formuliert, ob in Zusammenschlüssen von mehreren Hebammen als Team vergleichbare oder auch ganz andersartige Lösungen für die oben formulierten Problemstellungen gefunden wurden, und inwieweit Impulse von Buurtzorg auch deutschen Hebammenteams zugutekommen könnten. Wegen der größeren Gestaltungsmöglichkeiten durch die Hebammen selbst wurde sich dabei auf Hebammenteams im freiberuflichen Arbeitsfeld konzentriert.

Es wurden in Interviews fünf bereits seit längerer Zeit aktive deutsche Hebammenteams befragt, wie sie sich unter anderem in Bezug auf Organisationsform, Zusammenarbeit und Finanzen organisiert haben, um den Herausforderungen im freiberuflichen Arbeitsfeld zu begegnen. Zusätzlich wurde ein Interview mit Vertreterinnen der Buurtzorg-Tochter Buurtzorgkraam geführt, die in den Niederlanden Wochenpflege durchführt.

Die Auswertung der Interviews ergab, dass Hebammenteams in vielen Bereichen vorteilhaftere Arbeitsbedingungen haben können als alleine arbeitende Hebammen. Hierzu zählen insbesondere die gegenseitige Vertretung und Unterstützung, die mögliche Rationalisierung und Entlastung von administrativen Tätigkeiten sowie teilweise eine verbesserte soziale Absicherung.

Ferner gaben die Interviews Aufschluss darüber, wie die Teams mit Herausforderungen umgehen, die sich durch die Arbeit im Team selbst ergeben, wie z.B. Dienstplanung, Entscheidungsfindung, Konflikte in der Zusammenarbeit und einem möglichst gerechten Vergütungsmodell.

Im Folgenden sollen die Bereiche, in denen Möglichkeiten zur Entlastung oder Verbesserungen gefunden wurden, unter dem Aspekt bewertet werden, in welcher Weise sie Hebammen zum Verbleib im Beruf bzw. zum Ausbau ihres Angebots motivieren könnten.

Abschließend werden aus den Ergebnissen heraus Empfehlungen für die Berufspraxis formuliert.

5.2 Vergleich mit den Kriterien aus der Hebammenbefragung in Baden-Württemberg

An dieser Stelle soll aufgezeigt werden, welchen Nutzen die gefundenen Wege der Teamarbeit im Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit haben können. Dafür soll anhand der unter 2.3 beschriebenen Untersuchung von Kohler und Bärninghausen (vgl. Kohler u. Bärninghausen 2018, S. 60f) diskutiert werden, auf welche Weise die dort aufgeführten Bedingungen, die der Umfrage zufolge Hebammen dazu motivieren könnten, ihr Angebot auszuweiten, durch Teamarbeit möglicherweise erfüllt werden könnten.

Eine **höhere Vergütung** kann erreicht werden, indem durch gelingende Rationalisierung wie z.B. Verringerung der von Hebammen durchgeführten Verwaltungstätigkeit mehr Arbeitszeit freigesetzt wird. Dann kann die erzielte Vergütung das tarifliche Gehalt in Krankenhäusern durchaus deutlich übertreffen.

Die **Verringerung des Verwaltungsaufwands** kann erreicht werden, indem Prozesse, die nicht unmittelbar mit der originären Hebammentätigkeit zu tun haben, an andere Personen abgegeben werden. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass dies nicht nur eine psychologische Entlastung sein kann, indem ungeliebte Tätigkeiten vermindert werden, sondern dass dieser Schritt auch durchaus wirtschaftlich ist.

Die **sicherere Freizeit** kann im Team durch Vertretungsregelungen organisiert werden. Dies gewährleistet eine bessere Work-Life-Balance und bessere Verträglichkeit des Berufs mit Familie und Privatleben.

Eine **stärkere Anerkennung der Hebammenarbeit** sowie **verstärkte Zusammenarbeit zwischen Hebammen, Frauen- und Kinderärzten** ist möglicherweise im Team ebenfalls leichter zu erreichen: Ein gemeinsamer Auftritt kann unter Umständen die Wahrnehmung der Arbeit in der Region verbessern und die Kommunikation sowie gemeinsame Absprachen mit anderen Gesundheitsdienstleistern wie Ärzten oder Krankenhäusern verbessern. Dies müsste gesondert untersucht werden.

Eine **Erhöhung der Anzahl der Hebammen, um die Arbeitsbelastung pro Hebamme zu verringern** kann auch in Teams, in denen eine Erweiterung erwünscht ist, nur erreicht werden, wenn interessierte Hebammen zu Verfügung stehen. Wenn die Teamarbeit gut funktioniert und die Arbeitszufriedenheit hoch ist, besteht zumindest die Chance, dass andere Hebammen sich ebenfalls für eine Mitgliedschaft interessieren. Eine zwangsläufige Folge guter Teamarbeit ist dies jedoch nicht.

Die weiteren in dieser Aufzählung von Kohler u. Bärninghausen aufgeführten wesentlichen Punkte lassen sich innerhalb der gegebenen Strukturen kaum von den Teams beeinflussen. **Für die betreuten Frauen mehr Zeit** aufzuwenden ist aufgrund der gegebenen Vergü-

tungsstruktur auch für größere Praxen zumindest in der Wochenbettbetreuung nicht rentabel. Hinzu kommt der Druck, möglichst viele Frauen zu betreuen, um möglichst wenige mit ihrem Baby allein zu lassen. Dieses Problem besteht in Zusammenschlüssen ebenso wie bei allein arbeitenden Hebammen. Eine **planbare Absicherung gegen steigende Berufshaftpflichtkosten** kann ebenfalls durch ein Team grundsätzlich nicht gelöst werden, auch wenn im Angestelltensystem vordergründig die Arbeitgeberin die Kosten dafür trägt. Letztlich muss auch in diesem Fall die Angestellte die Prämie wieder erwirtschaften.

Einige der zentralen von den Teams beschriebenen Maßnahmen sollen im Folgenden näher betrachtet werden.

5.3 Gegenseitige Vertretung, Entlastung und Fürsorge

Die Wertschätzung für das Team zog sich durch alle Interviews. Die Tatsache an sich, mit Kolleginnen zu arbeiten, die man gut kennt und denen man vertraut, ist ganz offensichtlich eine Ressource, die den Hebammenalltag erleichtert. Dies deckt sich mit den Ergebnissen in einer Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2019: Bloxsome et al. gingen in einem sechs Arbeiten umfassenden Review der Frage nach, welche Faktoren die Arbeitszufriedenheit von Hebammen steigern und aus welchen Gründen Hebammen im Beruf verbleiben. Sie kamen zu dem Schluss, dass an erster Stelle die **Beziehung zu den Kolleginnen und die Unterstützung durch Anleiter („Supervisors“) und das Personal⁸** standen. Dieser Faktor tauchte in allen betrachteten Untersuchungen auf, und es wurde ihm ein hoher Stellenwert beigemessen (vgl. Bloxsome et al. 2019, S. 393).

Es besteht weiterhin Konsens darüber, dass eine sinnvolle Planung von Freizeit bei möglichst lückenloser Versorgung der Frauen nur in Kooperation mit anderen Hebammen möglich ist. Nur wenn eine verbindliche Vertretungsregelung existiert, kann jede Hebamme ihren gesetzlich vorgegebenen Anspruch nach Betreuungskontinuität erfüllen und dabei eigene Freiräume genießen. Neben diesem praktischen Vorteil ist hierbei ein weiterer Aspekt, der die Motivation betrifft, von hoher Wichtigkeit. Bloxsome et al. arbeiteten heraus, dass auch die Faktoren **„Engagement für und Beziehung zu den Frauen“⁹** sowie **„Gefühl von Erfüllung durch die Sorge für Mutter und Kind“¹⁰** wesentlich dazu beitragen, dass Hebammen sich in ihrem Beruf wohlfühlen und ihre Arbeit fortsetzen. (vgl. Bloxsome et al.

⁸ “I value my working relationship with my colleagues, and I feel supported and well supervised by my senior supervisors and members of staff”

⁹ “I am committed to women and I enjoy building relationships with them throughout their pregnancy journey.” In dieser Rubrik wurde auch Betreuungskontinuität genannt

¹⁰ “I like to care for women and their babies and I feel a great sense of accomplishment when I do this”

S. 393 und S. 396) Hieraus lässt sich ableiten, dass das Engagement für Frauen ein zentraler Motivationsfaktor für die Hebamme ist.

Es handelt sich dabei um ein intrinsisches Moment, das von Vergütung, Rahmenbedingungen und Sorgen um die Haftpflichtregelung unberührt bleibt und die Hebamme befähigt, aus der Arbeit selbst Befriedigung zu ziehen. Aus diesem Grund ist es ihr wichtig, dass sie die Frauen jederzeit gut versorgt weiß, und dass sie Urlaub machen oder auch krank sein kann in dem Wissen, dass die Kolleginnen die Betreuung in ihrem Sinn weiterführen. Dieser Aspekt wurde in den Interviews an verschiedenen Stellen angedeutet, etwa in der Aussage, es müsse die Betreuungsqualität allen Widerständen zum Trotz hochgehalten und Betreuungskontinuität gewährleistet werden.

Sobald jedoch die Hebamme das Gefühl hat, „ihre“ Frauen im Stich zu lassen, wenn sie selbst verhindert ist, besteht die Gefahr, dass sie sich von ihrer Arbeit entfremdet und dass dadurch ihre Motivation erheblich sinkt. Um diese Gefahr zu vermeiden, ist neben einer strukturierten Vertretungsregelung eine gute inhaltliche Absprache vonnöten, die über ein geeignetes gemeinsames Qualitätsmanagementsystem unterstützt werden kann.

Neben der Entlastung durch Vertretungsregelungen begünstigt die Arbeit in einem Team, in dem sich die Beteiligten gut kennen und wertschätzen, die gegenseitige emotionale Stärkung sowie die Unterstützung in fachlichen Fragen. Belastende Situationen können so abgefedert werden, und im Vertrauensverhältnis können gegebenenfalls auch in Fallbesprechungen Fehler, mögliche Beinahe-Schäden etc. besprochen werden, was wiederum zu einer verbesserten Betreuungsqualität führen kann. (vgl. auch König-Bachmann et al. 2015, S. 183)

5.4 Rationalisierung

Allgemein dient die Rationalisierung der besseren Auslastung der Hebammen mit originärer Hebammentätigkeit. Kurze Wege zu garantieren und die Abgabe von administrativen Aufgaben zu organisieren ist in Teams in viel höherem Maße möglich als für Einzelhebammen. Es zeichnet sich ab, dass eine Auslagerung von hebammenfremden Tätigkeiten in hohem Maße möglich ist, und auch, dass dies wirtschaftlich sein kann.

Da diese Dienste jedoch zunächst bezahlt werden müssen, kann dies für Hebammen, die einzeln abrechnen, unter Umständen eine große psychologische Hürde darstellen. Möglicherweise ist das mit ein Grund, dass in einigen der befragten Praxen die Verwaltung unter den Hebammen aufgeteilt war, anstatt sie zu delegieren.

Dieses Problem wird umgangen, wenn im Poolsystem oder im Angestelltensystem die Kosten für zusätzliche Kräfte vor Auszahlung des Gehalts an die Hebammen abgezogen wer-

den. Dieser Posten bleibt somit gewissermaßen unsichtbar. Leisten sich hingegen Einzelunternehmerinnen oder Kooperationspartnerinnen eine zusätzliche Kraft, geht das Gehalt dafür von dem Geld ab, das bereits auf das eigene Konto geflossen ist.

Es ist jedoch trotz großen Einsparpotenzials die Frage zu bedenken, ob an manchen Stellen bei aller sinnvollen Rationalisierung insbesondere der Wegezeiten nicht die Beziehung zwischen der Hebamme und der betreuten Frau ins Hintertreffen geraten kann. Wird die Betreuung der Wöchnerinnen streng nach Bezirk vorgenommen, so ist es denkbar, dass Betreuungen unbefriedigend verlaufen, einfach weil die „Chemie“ zwischen Hebamme und Klientin nicht stimmt. Dies wurde z.B. in der Mütterbefragung in Berlin von Frauen geäußert, die mit der Hebammenbetreuung nicht zufrieden gewesen waren (n=231) (vgl. Stengel u. Borde 2018, S. 32). Ebenso hat der Wunsch, dass eine Frau mit einer Frage oder einem Problem unmittelbar mit einer Hebamme telefonieren sollte, ohne den Umweg über eine fachfremde Telefonkraft, durchaus seine Berechtigung.

Wenn man davon ausgeht, dass Teamarbeit und Rationalisierung sinnvolle Instrumente sind, um das Arbeitsfeld zu verbessern, muss in Kauf genommen werden, dass häufig keine ausschließliche Betreuung durch immer dieselbe Hebamme gewährleistet werden kann, wie es bei allein arbeitenden Hebammen üblich ist. Hier kommt ein weiterer Faktor ins Spiel, der für eine lückenlose und qualitativ hochwertige Betreuung essenziell ist: die Notwendigkeit von guten Absprachen. In diesem Zusammenhang spielt das Qualitätsmanagement eine wichtige Rolle.

5.5 Qualitätsmanagement

Die große Bandbreite der Aussagen zum QM in den Interviews lässt vermuten, dass das Potenzial dieses Instruments vielerorts nicht genutzt wird, sondern die Verpflichtung dazu als lästiges Übel wahrgenommen wird, das die Hebamme lediglich von ihrer originären Arbeit abhält. Selow beschreibt in einem Artikel in der Deutschen Hebammenzeitschrift diese Wahrnehmung folgendermaßen: „Angesichts katastrophaler Zustände in den Rahmenbedingungen der Berufsausübung als Hebamme und in der Qualität der geburtshilflichen Gesamtversorgung [...] ergeben sich für die Hebammen zu Recht andere Vorstellungen zu effektiven Maßnahmen der Qualitätsverbesserung. Ausgerechnet auf einer eher formalen Ebene Qualitätsanforderungen in schwer verständlicher Sprache an Hebammen zu richten oder ihre qualitativ hochwertige Arbeit zu torpedieren, beispielsweise durch Teile der Ausschlusskriterien für die Hausgeburt, ignoriert die Brisanz der Versorgungslage in Deutsch-

land“ (Selow 2016). Tatsächlich ist es fraglich, ob die formale Dokumentation von Prozessen, die Hebammen zumeist von sich aus ohnehin permanent zu verbessern suchen, die Versorgungsqualität positiv beeinflusst.

Der Umgang mit dem QM in einigen der befragten Praxen deutet jedoch darauf hin, dass das Instrument auch eine sehr nützliche Unterstützung der Praxisvorgänge darstellen kann. Insbesondere fungiert es als Instrument, um innerhalb eines Teams eine optimale Betreuungskontinuität sicherzustellen. Gemeinsame Richtlinien z.B. bei der Dokumentation gewährleisten eine nahtlose Anschlussbehandlung durch die Hebamme, die jeweils die weitere Betreuung übernimmt. Ein gemeinsam ausgearbeitetes QM-System trägt zu einer gemeinsamen Ausrichtung bei und vermindert Brüche in der Betreuung bei einem Wechsel der betreuenden Hebamme.

5.6 Leitbild

Eine definierte gemeinsame Ausrichtung oder ein Leitbild kann hilfreich sein, wenn es zu Differenzen im Team kommt. Nach Rößler (2018) enthält ein Leitbild Informationen über die Vision bzw. das Selbstverständnis einer Organisation, über ihre Mission und Ziele sowie über die Frage, wie die Ziele erreicht werden sollen. Besteht Einigkeit über diese Punkte, so kann im Zweifelsfall bei neuen Ideen die Frage lauten: *Steht die Idee mit den Grundsätzen unseres Teams in Einklang?* Ein gemeinsames Leitbild hilft außerdem bei der Entscheidung über die Einstellung neuer Mitarbeiter, die sich vorab mit den Leitgedanken der Praxis beschäftigen und überlegen können, ob sie mit dem Ansatz konform gehen. Von allen anerkannte gemeinsame Grundsätze tragen dazu bei, auch individuell sehr verschiedene Hebammen gewissermaßen unter einer Fahne zu vereinigen. Auch dient ein gemeinsames Leitbild der einheitlichen Außendarstellung des Teams.

Dieses Leitbild schriftlich zu formulieren kann hilfreich sein, dies ist jedoch nicht obligat. Bei Buurtzorg wurde auf die Fixierung eines Leitbildes verzichtet, obwohl viel über den Sinn der Organisation gesprochen wird. Dies halte den Sinn „lebendig“ (vgl. Laloux 2015, S. 201). Werden Entscheidungen nach Buurtzorg-Modell getroffen, so lautet die Frage nicht, ob alle einverstanden sind, sondern ob das Vorhaben mit den Grundsätzen oder, wie Laloux es formuliert, mit dem inneren Sinn der Organisation im Einklang steht. (vgl. Laloux 2015, S. 66 u. S. 220f)

5.7 Organisationsform

Zu der Frage, ob Teams im Angestelltensystem oder mit freiberuflichen Hebammen organisiert sein sollten, gab es verschiedene Standpunkte. Eine Entlastung durch Vertretung, gegenseitige Unterstützung und Rationalisierung ist in beiden Fällen möglich. Es ist mit

Angestelltenverträgen leichter, verbindliche Kündigungsfristen festzulegen. Auch sind die Vergünstigungen und sozialen Absicherungen für angestellte Hebammen unter Umständen attraktiv.

Viele Hebammen schätzen jedoch ihre Unabhängigkeit, zumal es in der Freiberuflichkeit im Vergleich zum klinischen Arbeitsfeld unbestreitbare Vorteile gibt: Neben einem höheren Einkommen (vgl. 2.4) und mehr Autonomie haben freiberufliche Hebammen mehr Möglichkeiten, ihre Kenntnisse und Fähigkeiten einzusetzen (vgl. Sander et al. 2018, S. 62) und sind zufriedener mit den Arbeitszeiten (vgl. ebenda, S. 52).

Ähnlich wie einige der befragten Hebammenteams hat Buurtzorg einen Weg gefunden, gewissermaßen die Vorteile der Freiberuflichkeit mit denen des Angestelltensystems zu verbinden. Während die Pflegenden bei Buurtzorg angestellt sind und alle entsprechenden Vorteile genießen, werden alle Entscheidungen an der Basis, also von den Mitarbeitern der Teams, getroffen. (vgl. 2.6)

5.8 Empfehlungen für die Berufspraxis

Abschließend sollen nun zentrale Kernpunkte, die sich aus der Analyse ergeben haben, als Anregung für die eigene Praxis zusammenfassend dargestellt werden.

Wenn Hebammen sich zusammenschließen, um ein Team zu gründen, sind neben verschiedenen formalen Vorgaben, zu denen beispielsweise der DHV reichlich Materialien bereithält, viele grundsätzliche Fragen zu bedenken. Manches kann sich aus der Zusammenarbeit heraus im Laufe der Zeit entwickeln, die Ergebnisse dieser Arbeit können jedoch einen Anstoß geben, sich vorab mit einigen wichtigen Faktoren zu beschäftigen. Auch für bereits bestehende Teams können die Empfehlungen ggf. Impulse zur Weiterentwicklung bieten.

Ob es sinnvoller ist, sich in einer **Gesellschaft** zu organisieren oder in einem System mit **Angestellten** zu arbeiten, kann aus den Ergebnissen dieser Arbeit heraus nicht beantwortet werden. Eine genaue Prüfung, welche Gesellschaftsform in Frage kommt, ist wesentlich, um Haftungsfragen und Vergütungsmodelle zu regeln. Beim Zusammenschluss in einer Gesellschaft tragen alle Unternehmerinnen das finanzielle Risiko für gemeinsame Verbindlichkeiten wie Miete, Bezahlung einer Putzhilfe und von Verwaltungspersonal, Telefonkosten etc. Anders als bei der Berufshaftpflicht ist dagegen keine Absicherung möglich. Eine GmbH für die Erbringung von Hebammenleistungen kommt aufgrund des Gebührenvertrags derzeit nur für Geburtshäuser in Frage. Vom organisatorischen Haftungsrisiko ausgenommen sind nur Angestellte. Für verheiratete Hebammen ist es daher zur Absicherung

der Familie in jedem Falle spätestens bei Gründung einer Gesellschaft oder der Beschäftigung von Angestellten empfehlenswert, mit dem Ehepartner **Gütertrennung** zu vereinbaren.

Ein gemeinsames **Leitbild** kann bei Neueinstellungen und anderen Entscheidungen eine wertvolle Unterstützung sein. Existiert ein Team bereits längere Zeit in relativer Harmonie, so kann vermutet werden, dass eine gemeinsame Ausrichtung existiert, auch wenn sie nicht notwendigerweise verschriftlicht wurde.

Da schwer abschätzbar ist, wie sich die allgemeine Lage und das Team im Verlauf von vielen Jahren entwickeln werden, ist es empfehlenswert, schon zu Beginn der Zusammenarbeit zu formulieren, ob eine **Teilung** des Teams im Falle eines starken Wachstums in Frage kommt, und wie diese gestaltet werden könnte.

Grundsätzlich ist es möglich, dass sich Hebammen ohne **Praxisräume** zu einem Team zusammenschließen. Viele Hebammentätigkeiten können auf Hausbesuchsbasis erfolgen. Sollen Kurse gegeben werden, werden jedoch Räumlichkeiten benötigt.

Wenn ein Team zu Beginn nur aus wenigen Hebammen besteht, kann es sinnvoll sein, zunächst keine eigenen Praxisräume anzumieten, um die Gründungskosten klein zu halten. Da Hebammenarbeit eher mäßig bezahlt wird, stellt sich bei der Anmietung von Praxisräumen stets die Frage nach der Finanzierung. In mittleren bis großen Städten ist eine Auslastung durch externe Kursanbieter realistisch. Auf dem Land ist im Einzelfall zu prüfen, ob eine Finanzierung eigener Räume möglich und wirtschaftlich ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass neben der Raummiete weitere Kosten, z.B. für Materialien und Reinigung der Räume, hinzukommen. Eventuell kann es sinnvoll sein, sich erst einmal tageweise in eine bestehende Praxis anderer Ausrichtung einzumieten (z.B. bei Heilpraktikern, die das gleiche Problem haben) und erst dann eigene Räumlichkeiten zu mieten, wenn das Betriebs-einkommen ausreichend hoch ist.

Gegenseitige **Vertretungsregelungen** garantieren geregelte Freizeit und Krankheitsvertretung. Klare Vorgaben in Bezug auf die Kommunikation im Team begünstigen ein stärkendes und konstruktives Miteinander. Eine regelmäßige Begleitung durch Supervision kann dafür sinnvoll sein. Ein enger Kontakt mit den Kolleginnen erlaubt es auch, in belastenden Situationen **Unterstützung** zu bekommen.

Ein gut angepasstes **Qualitätsmanagement** vermindert Reibung und sorgt für Anschlussbetreuung ohne Brüche. Ist es erst einmal implementiert, kann es dazu beitragen, alle Prozesse innerhalb der Praxis so zu optimieren, dass die Kräfte der Hebammen auf ihrer Arbeit

konzentriert bleiben. Dies ist förderlich sowohl für die Motivation der Mitarbeiterinnen als auch für die Versorgungslage für die Frauen. Kommt es zu Konflikten über die Berufsausübung, so werden mit Hilfe des Qualitätsmanagements die Absprachen optimiert. Es lohnt sich jedoch, etwas Zeit zu investieren, um ein geeignetes QM-System zu finden, das auf die Bedürfnisse der jeweiligen Praxis zugeschnitten ist, und dafür vorab verschiedene QM-Systeme gründlich zu prüfen.

Wenn es eine Verwaltungsabteilung gibt, kann das QM nochmals aufgeteilt werden, so dass nur noch der Teil im Aufgabenbereich der Hebammen liegt, der sich unmittelbar auf die Arbeit mit den Frauen bezieht. In dem Fall muss QM nicht zu Entfremdung beitragen, sondern kann dazu dienen, die Arbeitsabläufe und die Betreuungsqualität tatsächlich zu verbessern.

Die **Entscheidungsfindung** kann in kleinen Teams zumeist im Konsens geschehen. Um für den Fall, dass der Konsens versagt, nicht handlungsunfähig zu werden, kann im Vertrag formuliert werden, welche Alternativen dazu möglich sind, z.B. Mehrheitsentscheid oder Entscheidungsfindung nach Buurtzorg-Modell, wie sie in 2.6 angedeutet wurde (vgl. Laloux S. 66)

Eine **gleichmäßige Auslastung** der Hebammen ist leichter zu erreichen, wenn die Anmeldung primär bei der Praxis erfolgt und nicht zwingend bereits vor der Entbindung festgelegt ist, welche Hebamme die Nachsorge übernimmt. Hier ist mit den Kolleginnen zu klären, wie im Einzelfall die Verteilung zu organisieren ist: nach Gebieten, nach Voranmeldung, oder flexibel nach der jeweiligen Situation. (vgl. 4.3.3) Die getroffene Regelung muss Teil des Behandlungsvertrags mit den Frauen sein.

Die **Neuaufnahme** von Kolleginnen ins Team sollte im Konsens entschieden werden. Eine ausreichende Probezeit kann für beide Seiten dazu dienen festzustellen, ob die jeweiligen Einstellungen zueinander passen.

Gelegentliche **Treffen** außerhalb des Arbeitszusammenhangs können dazu beitragen, den Teamzusammenhalt zu stärken und dabei die regelmäßigen **Teamsitzungen**, die primär der Organisation dienen, von allzu vielen persönlichen Gesprächen freizuhalten. Daneben ist zu erwägen, ob in größeren Abständen für einige Tage (z.B. jährlich oder alle zwei Jahre für ein Wochenende) Treffen an einem anderen Ort stattfinden sollen, um die grundsätzliche Ausrichtung der Praxis und die Strukturen zu überdenken und gleichzeitig miteinander eine stärkende Auszeit zu erleben.

In jeder Organisation fallen **Verwaltungstätigkeiten** an, ob diese nun ohne Vergütung zusätzlich zu ihrer originären Tätigkeit von den Hebammen durchgeführt werden oder aber bezahlt oder auch delegiert werden. Anmeldung, Abrechnung, Akquise, Einkauf und andere Tätigkeiten müssen erledigt werden, bringen aber vordergründig kein Geld ein. Einer der großen Vorteile in der gemeinsamen Organisation mit mehreren Kolleginnen ist die Möglichkeit, ungeliebte Tätigkeiten an eine Person abzugeben, die diese Arbeit gerne und oft auch besser erledigt. Bei einem Team von mehreren Hebammen kommen dabei Synergieeffekte hinzu, weil bestimmte Tätigkeiten für jede Hebamme gleich sind, z.B. indem der Antrag für den Sicherstellungszuschlag für alle betroffenen Hebammen von einer Person ausgefüllt wird, die sich dadurch in der Materie viel besser auskennt als die Einzel-Hebamme, die sich nur einmal im Vierteljahr damit befasst.

In jedem Falle kann durch entsprechende Organisation erreicht werden, dass durch gelingende **Rationalisierung** die Kapazitäten der Hebammen für originäre Tätigkeiten besser ausgenutzt werden können, um dem Versorgungsauftrag nachzukommen. Gleichzeitig kann durch die Beschäftigung von Verwaltungspersonal scheinbar paradoxerweise das Einkommen der Hebammen verbessert werden. (vgl. 5.4)

Ein großes Rationalisierungspotenzial liegt in der **Digitalisierung**. Kurze Wege für Absprachen über einen Messenger-Dienst, Kursanmeldung über die Website, das Versenden von Behandlungsverträgen per Email und eventuell das gemeinsame Führen einer elektronischen Karteikarte seien hier beispielhaft genannt. Wenn die Verwaltung online Einblick in die Terminpläne der Hebammen hat, kann dies die Organisation von kurzfristiger Vertretung erleichtern. Zeitfenster jeder einzelnen Hebamme für den Dienst in der Praxis können auch von der Verwaltung mit Terminen z.B. für Vorsorgen belegt werden.

Ab einer gewissen Größe des Teams kann ein gemeinsamer **Telefondienst** für Anmeldung, Durchführung von Absagen, Terminvergabe etc. sinnvoll sein. Obwohl dieser Posten auch mit einer fachfremden Person besetzt werden kann, spricht einiges dafür, hier eine Hebamme einzusetzen. Bei auftretenden fachlichen Fragen der Anrufenden kann diese in vielen Fällen ohne Weitervermittlung an eine andere Person bereits fachlich fundierten Rat erteilen. Sich aus einem Anruf ergebende telefonische Beratungen können wiederum teilweise die Stelle finanzieren. Diese Aufgabe könnte sich beispielsweise gut für ältere Hebammen eignen, die sich aus dem Hebammenalltag mit Hausbesuchen und Kursen zurückziehen möchten, deren wertvolle Expertise an dieser Stelle jedoch weiterhin genutzt werden kann.

Wenn gemeinsam abgerechnet wird, stellt sich die Frage nach der **Verteilung der Einkünfte**. Ob die Entlohnung nach Stunden oder nach Leistung erfolgt, und ob eine Gewichtung der Tätigkeiten stattfinden soll, sollte vorab geklärt werden, am besten mit der Option, das Konzept nach einiger Zeit anzupassen, wenn sich herausstellt, wie es sich bewährt hat. Die **Bezahlung auch von zusätzlichen Tätigkeiten** wie Organisation, Telefonaten mit Ärzten, Dekoration der Praxis etc. kann die Motivation erhöhen, Tätigkeiten für die Gruppe zu übernehmen, die erledigt werden müssen, jedoch vordergründig kein Geld einbringen. Dies kann sowohl bei Abrechnung im Poolsystem als auch im Angestelltensystem umgesetzt werden.

Ob eventuelle **Überschüsse** etwa als Weihnachtsgeld ausgezahlt oder z.B. für Neuschaffungen verwendet werden, kann in einer Teamsitzung gemeinschaftlich entschieden werden.

5.9 Limitationen und Ausblick

Die vorliegende Arbeit gibt Einblicke in verschiedenartig strukturierte Teams mit jeweils eigenen und kreativen Ansätzen, mit den aktuellen Erfordernissen umzugehen. Die Stichprobe war jedoch mit sechs Interviews klein, und es muss davon ausgegangen werden, dass nicht alle Möglichkeiten abgebildet wurden. Die Ergebnisse sind daher nur als Anhaltspunkte zu betrachten, anhand derer eine Reflexion des eigenen Vorgehens ermöglicht wird und die zu weiteren Fragen einladen sollen.

Während aus der Untersuchung hervorgeht, dass die Arbeitssituation von Hebammen im freiberuflichen Arbeitsfeld von ihnen selbst positiv beeinflusst und gestaltet werden kann, lässt sich nicht abschließend beantworten, ob und in welchem Maß dadurch die Versorgungslage der Frauen tatsächlich verbessert wird. Hierfür ist weitere Forschung erforderlich.

Literaturverzeichnis

Albrecht, M.; Loos, S.; Sander, M.; Schliwen, A.; Wolfschütz, A. (2012): Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin. IGES Institut

Bloxsome, D.; Ireson, D.; Doleman, G.; Bayes, S. (2019): Factors associated with midwives' job satisfaction and intention to stay in the profession. An integrative review. In: Journal of clinical nursing 28, S. 386–399. DOI: 10.1111/jocn.14651

Buurtzorg (2019): online verfügbar unter www.buurtzorg.com [Zugriff am 25.03.2019]

Brandmaier, M. (2015): Qualitative Interviewforschung im Kontext mehrerer Sprachen – Reflexion als Schlüssel zum Verstehen. Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, 3(2), 131-143. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org> [Zugriff am 15.04.2019]

Deutschlandfunk (2018): Hebammen- Krise. Berliner Aktionsprogramm für verbesserte Geburtshilfe. Verfügbar unter: https://www.deutschlandfunk.de/hebammen-krise-berliner-aktionsprogramm-fuer-verbesserte.1769.de.html?dram:article_id=409846 [Zugriff am 19.06.2019]

DHV (2012): Start in die Freiberuflichkeit. Faltblatt als Orientierungshilfe auf dem Weg in die Freiberuflichkeit. Deutscher Hebammenverband. Karlsruhe. Verfügbar unter: https://www.hebammenverband.de/mitgliederbereich/ausserklinische-arbeit/existenzgruendung/index.php?eID=tx_naw-securedl&u=97266&q=1%2C36&t=1565857777&hash=50e-ecf8a180e9de002a2122b9ce64a2c8060968b&file=/fileadmin/user_upload/pdf/Freiberufliche_Hebammen/Faltblatt_Freiberufliches_Arbeiten_20032012_neu_web.pdf [Zugriff am 16.05.2019; Login erforderlich]

DHV (2019): Die Arbeit der Hebammen. Verfügbar unter <https://www.hebammenverband.de/beruf-hebamme/was-machen-hebammen/> [Zugriff am 21.06.2019]

Döring, N.; Bortz, J. (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5., vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Heidelberg. Springer

Dresing, T.; Pehl, T. (Hg.) (2018): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage. Marburg. Eigenverlag. Verfügbar unter: www.audiotranskription.de/praxisbuch [Zugriff am 25.03.2019]

Duden (2019): verfügbar unter <https://www.duden.de/rechtschreibung/Team> [Zugriff am 15.05.2019]

- Fertmann, R.; Möller, N.; Eggers, D. (2015):** Hebammenversorgung in Hamburg. Kurzbericht zur Gesundheit. Hg. v. Freie und Hansestadt Hamburg. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV). Amt für Gesundheit. Abteilung für Gesundheitsdaten und Gesundheitsförderung. Hamburg
- Hirschmüller (2018):** Kreißsaal wegen Überfüllung geschlossen? Rechtstforum. Hebammenforum 7/2018, S. 781.
- GKV-Pressemitteilung (2019):** Fokus: Hebammenvergütung. GKV-Spitzenverband. Pressemitteilung. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/hebammenverguetung/thema_hebammen.jsp [Zugriff am 01.06.2019]
- GKV-Spitzenverband (2019):** Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankensversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/1_Vertragstext._Hebammenhilfevertrag_09-2017.pdf, zuletzt geprüft am 08.05.2019.
- Kohler, S., Bärninghausen, T. (2018):** Entwicklung und aktuelle Versorgungssituation in der Geburtshilfe in Baden-Württemberg: Bericht für den Runden Tisch Geburtshilfe in Baden-Württemberg. Heidelberg. Heidelberger Institut für Public Health
- König-Bachmann, M; Ederer, C.; Romano, I.; Knobloch, R.; Thun, A.; Gruber, P.; Schwarz, C.; Zenzmaier, C. (2015):** Fälle-für-Alle: Auf dem Weg zu einer konstruktiven Fehlerkultur. In: Die Hebamme 2015; 28: 180–185
- Laloux, F. (2015):** Reinventing Organisations. Ein Leitfaden zur Gestaltung sinnstiftender Formen der Zusammenarbeit. München. Verlag Franz Vahlen
- Landkreis Gifhorn (2019):** Einrichtung der Hebammenzentrale nimmt Fahrt auf! Pressemitteilung. Gifhorn. Verfügbar unter: <https://www.gifhorn.de/start/nachricht-start-seite/news/einrichtung-der-hebammenzentrale-nimmt-fahrt-auf/> [Zugriff am 21.06.2019]
- Loos, S. (2015):** Hebammenversorgung in Thüringen. Gutachten zur Versorgungs- und Bedarfssituation mit Hebammenleistungen. Endbericht für das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. Berlin. IGES Institut
- Loytved (2018):** Qualitätsbericht 2017. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Im Auftrag der „Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.“ Auerbach/V. Verlag Wissenschaftliche Scripten
- Kramp, M. (2018):** Buurtzorg: Das niederländische Modell im Praxischeck. Contec. Verfügbar unter: <https://www.contec.de/conzepte/buurtzorg-das-niederlaendische-modell-im-praxischeck/> [Zugriff am 17.06.2019]
- Nandram, S.; Koster, N. (2014):** Organizational innovation and integrated care. Lessons from Buurtzorg. In: Journal of Integrated Care 22 (4), S. 174–184. DOI: 10.1108/JICA-06-2014-0024.
- Nandram, S. (2015):** Organizational innovation by integrating simplification. Learning from Buurtzorg Nederland. Cham, Heidelberg. Springer

- NDR (2018):** Kreißsaal dicht. Klinik wirbt mit Prämie um Hebammen. NDR 1 Niedersachsen. Lesezeit. Verfügbar unter: <https://www.ndr.de/nachrichten/niedersachsen/braunschweig-harz-goettingen/Kreisssaal-dicht-Klinik-wirbt-mit-Praemie-um-Hebammen,he-lios426.html> [Zugriff am 21.06.2019]
- Poggendorf, A. (2018):** Was ist gute Teamarbeit und wozu brauchen wir sie? Ein Expertenbeitrag von Prof. Dr. Armin Poggendorf, Institut für Teamdynamik, Hochschule Fulda. Wissenschaftsjahr 2018. Arbeitswelten der Zukunft. Eine Initiative des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Verfügbar unter <https://www.wissenschaftsjahr.de/2018/klingt-nach-teamwork/aktuelles/aktuellen-meldungen/was-ist-gute-teamarbeit-und-wozu-brauchen-wir-sie/> [Zugriff am 15.05.2019]
- QUAG e.V. (2019):** Geburtenzahlen in Deutschland. Verfügbar unter: <https://www.quag.de/quag/geburtenzahlen.htm> [Zugriff am 21.06.2019]
- Rößler, A. (2018):** Leitbild entwickeln und umsetzen. Unternehmensführung. businesswissen.de. Verfügbar unter: <https://www.business-wissen.de/artikel/unternehmensleitbild-leitbild-entwickeln-und-umsetzen/> [Zugriff am 24.06.2019]
- Sandall, J.; Soltani, H.; Gates, S.; Shennan, A.; Devane, D. (2016):** Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. In: The Cochrane database of systematic reviews 4, CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
- Sander, M.; Albrech, M.; Loos, S.; Stengel, V.; Kleinschmidt, L. (2018):** Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern. Studie für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. Berlin. IGES Institut
- Schreier, M. (2014):** Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. In: Forum Qualitative Sozialforschung. Band 15 Nr. 1, Art. 18
- Selow, M. (2016):** QM in der Freiberuflichkeit / Teil 19: Qualität nachweisen. Deutsche Hebammen Zeitschrift. Rubrik: Organisation & Qualität, QM. DHZ 03/2016. Elwin Staude Verlag. Hannover. Verfügbar unter: https://www.dhz-online.de/no_cache/das-heft/aktuelles-heft/heft-detail-abo/artikel/qualitaet-nachweisen/ [Zugriff am 14.06.2019]
- Sozialministerium Baden-Württemberg (2018):** Runder Tisch Geburtshilfe. Bericht zur Versorgungssituation in der Geburtshilfe liegt vor. Pressemitteilung. 26.04.2018. Verfügbar unter: <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/bericht-zur-versorgungssituation-in-der-geburtshilfe-liegt-vor/> [Zugriff am 14.05.2019]
- Stahl, K. (2007):** Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen in Hamburg durch freiberufliche Hebammen. Ergebnisbericht Februar 2007. Eine Untersuchung im Auftrag des Hebammen Verband Hamburg e.V. Unter Mitarbeit von Hamburger Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz und Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. Hg. Hebammen Verband Hamburg e.V. und Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. Hamburg

Statistisches Bundesamt (2018): destatis. 11 077 Hebammen und Entbindungspfleger leisteten 2016 Geburtshilfe in Krankenhäusern. Pressemitteilung Nr. 17 vom 24. April 2018. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2018/PD18_17_p002.html [Zugriff am 08.05.2019]

Statistisches Bundesamt (2019): destatis. Lebendgeborene und Gestorbene. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/lebendgeborene-gestorbene.html> [Zugriff am 29.05.2019]

Stengel, V.; Borde, T. (2018): Bericht zur Berliner Mütterbefragung 2016/2017. Die Versorgung rund um die Geburt aus der Sicht von Müttern. Berlin

Unsere Hebammen (2019): Karte der Unterversorgung. Deutscher Hebammenverband. Verfügbar unter: https://www.unsere-hebammen.de/mitmachen/unterversorgung-melden/?no_cache=1%252Fclick.htm [Zugriff am 10.05.2019]

WHO (2015): Strategische Leitlinien für das Pflege- und Hebammenwesen in der Europäischen Region im Einklang mit den Zielen von Gesundheit 2020. Weltgesundheitsorganisation. Regionalbüro für Europa. Kopenhagen.WHO. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/303320/WHO_Health_2020_ger_for_web.pdf?ua=1 [Zugriff am 15.06.2019]

Rechtsquellenverzeichnis

Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz – HebG): Hebammengesetz vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), zuletzt geändert durch Art. 17b G v. 23.12.2016 I 3191

Verordnung des Sozialministeriums über die Berufspflichten der Hebammen und Entbindungspfleger (Hebammenberufsordnung - HebBO) vom 2. Dezember 2016 (Baden-Württemberg)

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Art. 3 G v. 22.3.2019 I 350

HebBO Berlin (2010): Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger. Vom 9. November 2010. Berlin.

Anhang

ANHANG I: INTERVIEWLEITFADEN	48
ANHANG II: INFORMATIONS- UND AUFKLÄRUNGSSCHREIBEN.....	49
ANHANG III: EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG	54
ANHANG IV: TRANSKRIPTIONSREGELN NACH KUCKARTZ	55

Anhang I: Interviewleitfaden

Interviewleitfaden für die Befragung von Hebammen, die im Team arbeiten

Eckdaten:

In welcher Organisationsform arbeitet Ihr Team?

Wie groß ist das Team?

In welchen Bereichen sind die beteiligten Hebammen tätig? (Geburtshilfe, Nachsorge, Kurse, Vorsorge,...)

Teamgeschichte:

Wie war die Gründungsphase des Unternehmens? Allmählich gewachsen, Startschuss,...

Wie haben Sie die Zusammenarbeit begonnen?

Wie hat es sich weiterentwickelt? (Anzahl, Organisationsform,...)

Seit wann besteht das Team, und inwiefern hat es sich seit der Gründung verändert?

Wie ist die Fluktuation?

Wie lange sind Sie schon dabei?

Zusammenarbeit:

In welchen Bereichen geschieht Zusammenarbeit?

Wie sind Urlaubs- und Krankheitsvertretung geregelt?

Wie ist das Qualitätsmanagement organisiert?

Wie geschieht Entscheidungsfindung im Team?

Wie viel Zeit verwenden Sie darauf wöchentlich?

Wie viel Zeit verwenden Sie im Team für gemeinsame Fortbildung, Entwicklung, Dienstplanung?

Empfinden die Teammitglieder die Zeit als angemessen?

Gibt es regelmäßige Supervision?

Für welche Bereiche hat sie sich als hilfreich erwiesen?

Wo gelingt Zusammenarbeit besonders gut? Worauf führen Sie das zurück?

Welches sind zentrale Reibungspunkte bei der Zusammenarbeit? Wie gehen Sie damit um?

Wie werden Konflikte gelöst? Gibt es ein standardisiertes Verfahren?

Finanzen

Wie geschieht die Vergütung von Hebammenleistungen? Wie rechnen Sie ab?

Wie gestaltet sich die Vergütung von Nebentätigkeiten wie Büroarbeit, Abrechnung, Qualitätssicherung?

Gibt es eine Lohnfortzahlung bei Urlaub und Krankheit?

Wie ist die Haftpflichtversicherung geregelt?

Wie werden Gebühren wie Gema, Miete etc. umgelegt?

Gibt es finanzielle Unterstützung für Fortbildungen?

Was würden Sie einer Hebamme, die ein Team mit neuen Wegen der Zusammenarbeit gründen will, mit auf den Weg geben?

Vielen Dank!

Anhang II: Informations- und Aufklärungsschreiben

Judith Hartmann
Hebamme, Studentin Midwifery B.Sc.
Fakultät WISO
Hochschule Osnabrück



Kontaktadresse:
Am Bobenwald 18
29574 Ebstorf
Telefon: 05822 946670
E-Mail: judith.hartmann@hs-osnabrueck.de

Ebstorf,

29.01.2019

Informations- und Aufklärungsschreiben

Untersuchung: Innovative Arbeitsmodelle für Hebammen im freiberuflichen Tätigkeitsfeld

Liebe Untersuchungsteilnehmerin, lieber Untersuchungsteilnehmer,

ich freue mich, dass Sie sich für dieses Projekt interessieren und ggf. bereit sind, an der Studie teilzunehmen. Dieses Schreiben dient dazu, Sie über das Ziel der Untersuchung sowie über das Vorgehen zu informieren. Außerdem informiert es Sie über die Datenverarbeitung. Bitte lesen Sie sich den Text aufmerksam durch. Wenn Sie noch Fragen haben, beantworte ich Ihnen diese gerne. Die Teilnahme an der Befragung erfolgt selbstverständlich freiwillig.

I. Ziel und Methoden der Untersuchung

im Rahmen meines Studiums der Hebammenwissenschaft (Midwifery B.Sc.) an der Hochschule Osnabrück führe ich zur Vorbereitung meiner Abschlussarbeit ein wissenschaftliches Praxisprojekt durch mit dem Ziel, die Grundlage für ein innovatives Arbeitsmodell für Hebammen im freiberuflichen Tätigkeitsfeld zu entwickeln. In vielen Landkreisen beobachtet man einen zunehmenden Mangel an berufstätigen Hebammen. Z.B. haben in einer Untersuchung des Bundesverbands der Frauenärzte 2017 bis zu 51% der befragten Wöchnerinnen von Schwierigkeiten beim Finden einer Hebamme

berichtet¹¹. Angesichts dieser Lage möchte ich untersuchen, welche Arbeitsbedingungen dazu beitragen können, dass Hebammen länger in ihrem Beruf verweilen, und wie ein Wiedereinstieg von derzeit nicht berufstätigen Hebammen erleichtert werden kann.

Entwickelt werden soll ein Arbeitsmodell für Hebammenteams, in dem im freiberuflichen Tätigkeitsfeld arbeitende Hebammen ihrem Beruf kostendeckend und mit nachhaltiger Motivation nachgehen können, auch in Teilzeit, mit Urlaubs- und Krankheitsvertretung und Vergütung von zusätzlichen Tätigkeiten wie z.B. Qualitätsentwicklung und Abrechnung. Dies soll dazu beitragen, dass Hebammen länger in ihrem Beruf verweilen können und ein beruflicher Wiedereinstieg von zuvor ausgeschiedenen Hebammen erleichtert wird. Neben den dafür notwendigen Rahmenbedingungen soll untersucht werden, welche Kommunikationsformen die Entscheidungsfindung und die Weiterentwicklung in Hebammenteams erleichtern können.

Im Einzelnen möchte ich untersuchen, welche Bedingungen zum Gelingen langfristiger Zusammenarbeit unter Hebammen beitragen, welche rechtlichen Rahmenbedingungen zu beachten sind, wie die Vergütung im Poolsystem erfolgen kann, wie die Arbeit im Angestelltensystem gestaltet werden kann, ob Fördermittel erhältlich sind und wie groß der Bedarf in den Landkreisen Uelzen und Lüneburg für innovative Arbeitsorganisationsformen bei den dort ansässigen Hebammen ist. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf Kommunikationsformen und Entscheidungsprozessen, die die Zusammenarbeit prägen.

Hierzu ist geplant, Hebammen in verschiedenen Organisationsmodellen, Angehörige von selbstführenden Teams in evolutionären Organisationen nach Laloux (2015)¹² sowie Experten anderer Arbeitsbereiche zu befragen.

Die Ergebnisse sollen zum einen in meine Abschlussarbeit einfließen, zum anderen soll mit den Erkenntnissen ein Konzept erarbeitet werden, auf dessen Grundlage in einem ab Herbst 2019 für die Region Uelzen / Lüneburg geplanten Projekt ein neues Arbeitsmodell für Hebammen umgesetzt und weiterentwickelt werden soll.

II. Datenschutz:

Allgemeine Informationen

(1) Verantwortlicher gem. Art. 4 Abs. 7 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) ist:

¹¹ vgl. Kohler, S., Bärninghausen, T. (2018): „**Entwicklung und aktuelle Versorgungssituation in der Geburtshilfe in Baden-Württemberg**“, S.16. Institut für Public Health der Universität Heidelberg, 5. Sitzung des Runden Tisches Geburtshilfe, Stuttgart

¹² Laloux, F. (2015): Reinventing Organizations. Ein Leitfaden zur Gestaltung sinnstiftender Formen der Zusammenarbeit. München. Verlag Franz Vahlen

Hochschule Osnabrück
Der Präsident
Albrechtstraße 30
49076 Osnabrück
Telefon: +49 541 969-0
Fax: +49 541 969-2066
praesident@hs-osnabrueck.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter: datenschutz@hs-osnabrueck.de oder unter der Postadresse (siehe oben) mit dem Zusatz „Datenschutzbeauftragter“.

(2) Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten: das

- Recht auf Auskunft,
- Recht auf Berichtigung,
- Recht auf Löschung,
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit

sofern diese Rechte nicht durch Gesetze im Rahmen der Datenverarbeitung zu wissenschaftlichen Zwecken eingeschränkt sind. Sie haben zudem das Recht, sich bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten in unserem Unternehmen zu beschweren.

(3) Bei Anliegen, Fragen oder Beschwerden zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen können Sie sich selbstverständlich auch jederzeit an die verantwortliche Studierende wenden. Die Kontaktdaten finden Sie oben in diesem Schreiben.

(4) Die Studienleitung wird alle angemessenen Schritte unternehmen, um den Schutz Ihrer Daten gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und anderen Gesetzen zu gewährleisten. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff gesichert. Die personenbezogenen Daten werden anonymisiert, sobald dies nach dem Forschungszweck möglich ist, es sei denn berechnete Interessen der betroffenen Person stehen dem entgegen. Bis dahin werden die Merkmale gesondert gespeichert, mit denen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbarer Person zugeordnet werden können. Sie werden mit den Einzelangaben nur zusammengeführt, soweit der Forschungszweck dies erfordert.

(5) Der Verantwortliche wird ihre personenbezogenen Daten nur verarbeiten, wenn Sie in die Verarbeitung ausdrücklich eingewilligt haben.

(6) Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung in die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Studienspezifische Informationen

Im Folgenden informieren wir Sie über die Erhebung personenbezogener Daten in Zusammenhang mit dem oben genannten Forschungsprojekt.

(1) Beschreibung und Umfang der Datenerhebung und -verarbeitung

Die Datenerhebung soll hauptsächlich durch mündliche Befragung erfolgen. Alle Teilnehmenden werden an einem Ort ihrer Wahl aufgesucht. Alternativ können auch Telefon-Interviews stattfinden. Die Dauer der Interviews wird etwa 30-40 Minuten betragen. Zur besseren Auswertung werden die Interviews auf einen Tonträger aufgezeichnet. Im Anschluss wird das Interview pseudonymisiert verschriftlicht, d.h. Namen und Orte werden durch Codes ersetzt. Das verschriftlichte Interview wird elektronisch passwortgeschützt gespeichert. Danach wird die Tonaufnahme gelöscht. Nach der pseudonymisierten Verschriftlichung werden die Informationen, mit denen ein Personenbezug hergestellt werden kann, gesondert gespeichert und verschlossen aufbewahrt. Die personenbezogenen Daten werden nur für dieses Forschungsvorhaben verwendet. Sobald es der Forschungszweck zulässt, werden die personenbezogenen Daten gelöscht bzw. vernichtet, so dass eine vollständige Anonymisierung vorliegt. Dies wird spätestens nach Abschluss des Projektes der Fall sein.

(2) Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung

Rechtsgrundlage ist die Einwilligungserklärung gem. Art. 6 Abs. 1 lit a) und Art. 9 Abs. 2 lit. a) DS-GVO.

1. Zweck der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten ist insbesondere erforderlich für die Kommunikation mit Ihnen (z.B. Email-Kontakt), für die Zuordnung des Interviews bis zur abgeschlossenen Transkription und für die Übermittlung der Ergebnisse der Untersuchung nach Abschluss des Projekts an Sie, falls Sie daran Interesse haben. Eine Weitergabe von persönlichen Daten an Dritte erfolgt nicht.

(4) Dauer der Speicherung

Unterlagen in Papierform werden im Archiv der Hochschule für 10 Jahre archiviert und anschließend vernichtet. Video- und/oder Tonbandaufnahmen werden regelmäßig unmittelbar nach der Transkription gelöscht, spätestens nach Beendigung des Forschungsvorhabens. Weitere Forschungsdaten in digitaler Form werden auf dem Server der Hochschule für 10 Jahre gespeichert und dann vernichtet.

(5) Widerspruchs- und Beseitigungsmöglichkeit

Die Einwilligung ist freiwillig. Sie können sie ohne Angabe von Gründen verweigern, ohne dass Sie deswegen Nachteile zu befürchten hätten. Sie können diese Einwilligung jederzeit per Email an judith.hartmann@hs-osnabrueck.de, an datenschutz@hs-osnabrueck.de oder per Brief an die oben unter II.1. genannte Hochschule mit dem Zusatz „Datenschutz“ widerrufen. Im Fall des Widerrufs werden wir Ihre Daten nicht weiterverarbeiten und unverzüglich löschen. Ich weise darauf hin, dass bereits anonymisierte Daten und Daten, die in wissenschaftliche Auswertungen eingeflossen sind, nicht mehr auf Wunsch gelöscht/vernichtet werden können.

Für weitere Fragen stehe ich gerne zur Verfügung. Vielen Dank für Ihre Bereitschaft!

Judith Hartmann

Anhang III: Einwilligungserklärung

Judith Hartmann
Hebamme, Studentin Midwifery B.Sc.
Am Bobenwald 18
29574 Ebstorf
Telefon: 05822 946670
E-Mail: judith.hartmann@hs-osnabrueck.de



Name des/der Mitwirkenden: _____

Einwilligung zur Teilnahme am wissenschaftlichen Praxisprojekt „Innovative Arbeitsmodelle für Hebammen im freiberuflichen Tätigkeitsfeld“ sowie in die Bearbeitung personenbezogener Daten für dieses Projekt

Frau Judith Hartmann hat mit mir am _____ ein ausführliches Informationsgespräch über Art, Umfang und Bedeutung des oben genannten Projektes geführt. Verantwortlicher Träger des Projekts ist die Hochschule Osnabrück.

Das Projekt soll der Entwicklung eines verbesserten Arbeits- und Organisationsmodells für Hebammen im freiberuflichen Tätigkeitsfeld dienen und die Grundlage für Frau Hartmanns Abschlussarbeit darstellen.

Mir ist erläutert worden, zu welchem Zweck, in welchem Umfang, auf welcher Rechtsgundlage und wie lange meine Daten gespeichert werden und welche Rechte ich gegenüber der verantwortlichen Stelle hinsichtlich meiner personenbezogenen Daten habe.

Mit ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich sie bis zum Zeitpunkt der Datenauswertung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönlichen Nachteil widerrufen kann. Meine Daten werden dann vollständig gelöscht. Hierüber erhalte ich Nachricht.

Ich erkläre mich bereit, an dem oben genannten Projekt teilzunehmen und willige in die hiermit verbundene und mit bekannte Verarbeitung meiner Daten, wie sie im Informations- und Aufklärungsschreiben vom 29.01.2019 beschrieben ist, ein. Soweit besondere personenbezogene Daten in Sinne des Art. 9 DS-GVO, wie etwa Gesundheitsdaten, erhoben werden, bezieht sich meine Einwilligung auch auf diese Angaben.

Das Aufklärungsschreiben vom 29.01.2019 sowie ein Exemplar dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift der/ des Mitwirkenden

Unterschrift Judith Hartmann

Anhang IV: Transkriptionsregeln nach Kuckartz

(vgl. Dresing u. Pehl 2018, S. 21f)

Inhaltlich-semantische Transkription

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.
2. Wortverschleifungen werden an das Schriftdeutsch angenähert. „So ‘n Buch“ wird zu „so ein Buch“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, z.B.: „Bin ich nach Kaufhaus gegangen.“
3. Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, z.B.: „Ich gehe heuer auf das Oktoberfest“.
4. Umgangssprachliche Partikeln wie „gell, gelle, ne“ werden transkribiert.
5. Stottern wird geglättet bzw. ausgelassen, abgebrochene Wörter werden ignoriert. Wortdoppelungen werden nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“
6. Halbsätze, denen die Vollendung fehlt, werden mit dem Abbruchzeichen „/“ gekennzeichnet.
7. Interpunktion wird zugunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt, bei kurzem Senken der Stimme oder nicht eindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Sinneinheiten sollten beibehalten werden.
8. Rezeptionssignale wie „hm, aha, ja, genau“, die den Redefluss der anderen Person nicht unterbrechen, werden nicht transkribiert. Sie werden dann transkribiert, wenn sie als direkte Antwort auf eine Frage genannt werden.
9. Pausen ab ca. 3 Sekunden werden durch (...) markiert.
10. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch VERSALIEN gekennzeichnet.
11. 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.
12. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, welche die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
13. Unverständliche Wörter werden mit „(unv.)“ gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen werden möglichst mit der Ursache versehen: „(unv., Mikrofon rauscht)“. Vermutet man einen Wortlaut, wird die Passage mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt, z.B. „(Axt?)“. Unverständliche Stellen werden mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine weitere Zeitmarke gesetzt ist.
14. 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 oder ein Name zugeordnet („B1:“, „Peter:“).
15. Das Transkript wird als Rich Text Format (RTF-Datei) gespeichert. Die Benennung der Datei erfolgt entsprechend dem Mediendateinamen (ohne Endung wav, mp3), beispielsweise: Interview_04022011.rtf oder Interview_schmitt.r

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche einzeln kenntlich gemacht. Es wurden keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift

