

7 Digitalisierung von Hebammendiensteleistungen – eine Lösungsperspektive für die Versorgungssicherheit in Stadt und Land?

Maike Reinhold

Digitale Tools gehören in den meisten Branchen und Berufen längst zum Alltag. Die Berufsgruppe der Hebammen, der sich dieser Beitrag widmet, steht der Nutzung digitaler Hilfsmittel in der beruflichen Praxis zwiegespalten gegenüber. Neue Erfahrungen damit wurden – teils gezwungenermaßen – während der COVID-19-Pandemie gemacht, die auch im Hebammenwesen einen kleinen, aber spürbaren Digitalisierungsschub bewirkt hat. Dieser Beitrag thematisiert, welche Chancen und Risiken digitaler Unterstützungstools Hebammen für die Versorgungssituation und Tätigkeitsausübung wahrnehmen und wie die Nutzung dieser Hilfsmittel zur Sicherung der Versorgung auch in ländlichen Regionen beitragen kann.¹

Mit der Begleitung und Betreuung von Frauen und Familien rund um die Geburt leisten Hebammen elementare Aufgaben der Daseinsvorsorge im Gesundheitswesen. Vor, während und nach der Schwangerschaft sind Hebammen zentrale Ansprechpersonen: Sie stellen Schwangerschaften fest und Mutterpässe aus, führen fast alle vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen durch,² sie beraten bei Beschwerden während der Schwangerschaft, geben geburtsvorbereitende Kurse, leiten selbstständig physiologische Geburten und sie untersuchen und überwachen Neugeborene und Säuglinge (Deutscher Hebammenverband, 2022). Indem sie Frauen und Familien in intensiven Lebensphasen medizinische wie psychosoziale Unterstützung bieten, decken Hebammen eine wichtige Funktion an der Schnittstelle von Gesundheitsversorgung und sozialer Arbeit ab. Neben gesundheitlichen und sozialen Aspekten leisten Hebammen mit ihrer aufsuchenden Tätigkeit zudem einen Beitrag zum territorialen Ausgleich, wenn sie beim Wochenbettbesuch, Hausgeburten oder Vorsorgeterminen in urbanen wie auch in

1 Der Text basiert zu großen Teilen auf dem von Maike Reinhold (geb. Simmank) verfassten Evaluationsbericht in dem Projekt „HEDI – Schwangerenversorgung digital unterstützt und koordiniert“ (vgl. Simmank, 2022).

2 Z. B. Gewicht- und Blutdruckkontrolle, Vermessung von Position, Größe und Herzτόnen des ungeborenen Kindes, Kontrolle von Blut- und Urinwerten.

ländlichen Regionen ihre Gesundheitsdienstleistungen zu den Frauen und Familien nach Hause bringen.

Wenn es um die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse³ geht, macht sich am Bereich der Schwangerenversorgung ein strukturelles Problem der Versorgungssicherheit in ländlichen Regionen bemerkbar. Im Zuge demografischer und struktureller Entwicklungen, die einen Einwohnerrückgang und Infrastrukturabbau in vielen ländlich geprägten Regionen zur Folge haben, bestehen dort besondere Herausforderungen bei der flächendeckenden Bereitstellung daseinsvorsorgender Leistung und dem Zugang zu notwendigen Gesundheitsdienstleistungen (Lübking, 2020, S. 15). Anders als bei der Sicherstellung ärztlicher Versorgung⁴ besteht für Länder und Kommunen kein gesetzlicher Auftrag einer Bedarfsplanung für Hebammen (IGES Institut 2012, S. 31). In der Konsequenz führt dies zu Schließungen von Geburtskliniken in dünn besiedelten Gegenden (Deutscher Hebammenverband, o. J.) und einem unterdurchschnittlichen Hebammenangebot in vielen Regionen (IGES Institut, 2012, S. 175).⁵ Für ländliche Gemeinden können die Erreichbarkeit von Geburtsstationen, medizinischen Anlaufstellen und Hebammenleistungen entscheidende Faktoren für das Gehen oder Bleiben insbesondere junger Familien sein. Hebammen können dort Schlüsselfiguren für die Versorgungssicherheit rund um die Geburt sein.

-
- 3 Verankert ist die verfassungsrechtliche Norm der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in Art. 72 Abs. 2 GG; konkretisiert wird sie im Raumordnungsgesetz, wo es heißt: „Die Versorgung mit Dienstleistungen und Infrastrukturen der Daseinsvorsorge, insbesondere die Erreichbarkeit von Einrichtungen und Angeboten der Grundversorgung für alle Bevölkerungsgruppen ist zur Sicherung von Chancengerechtigkeit in den Teilräumen in angemessener Weise zu gewährleisten; dies gilt auch in dünn besiedelten Regionen“ (§2 Abs. 2 Nr. 3 ROG).
 - 4 Ein Steuerungselement hierfür ist die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), die die Anzahl an Hausarztsitzen für Regionen vorgibt. In vielen ländlichen Gegenden mangelt es dennoch an der erforderlichen Erreichbarkeit von Praxen, da längst nicht alle Hausarztsitze, die von der KV vorgesehen sind, besetzt sind. In Niedersachsen fehlen nach aktueller Berechnung der KV 546 Hausärzt:innen (vgl. Bundesärztekammer, 2022, A4).
 - 5 Eine bundesweit einheitliche und umfassende Statistik zu Art und Anzahl der tätigen Hebammen gibt es allerdings nicht (Bauer, Villmar, Peters & Schäfers, 2020, S. 192; IGES Institut, 2012, S. 31). Die fehlende systematische Datenerhebung und -grundlage über die gesundheitliche Versorgung schwangerer, gebärender und stillender Frauen und ihrer Kinder sowie deren Versorgung in der Wochenbettphase wird in vielen Studien problematisiert (z. B. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, 2019; IGES Institut, 2012; Huter, Runde & Rothgang, 2017).

Allgemein gilt, dass Hebammen ihre Tätigkeit innerhalb der vorzufindenden Strukturen organisieren müssen. Eine Herausforderung bei der Betreuung in ländlichen Räumen besteht im Gegensatz zur Stadt häufig darin, mit größeren Distanzen zwischen den aufzusuchenden Frauen und damit längeren Fahrtzeiten umzugehen. Für viele Hebammen, die „auf dem Lande“ tätig sind, ist es Alltag, einen Großteil der Arbeitszeit im Auto zu verbringen, wenn Frauen im Wochenbett, zur Vorsorge oder im Fall einer Hausgeburt besucht werden. Da die Erbringung abrechnungsrelevanter Leistungen an enge zeitliche Vorgaben der Krankenkassen gebunden ist, befinden sich Hebammen stets in einem Spannungsfeld zwischen Quantität und Qualität, was in manchen Fällen eine bedarfsgerechte Versorgung erschwert. Der Tätigkeitsradius ist im Arbeitsalltag von Hebammen somit eine wichtige Komponente, die großen Einfluss auf die Arbeitsbelastung und Kapazitäten ausübt – und die Versorgung in städtischen und dichter besiedelten Räumen für die Hebammenarbeit finanziell tendenziell auskömmlicher macht als das Aufsuchen einzelner Frauen in weit verteilten Dörfern.

Um Abläufe effizient zu gestalten, die Produktivität von Arbeitsprozessen zu steigern oder einzelne Tätigkeitsbereiche zu entlasten, ist die Implementierung digitaler Tools in den meisten Branchen und Berufen längst Alltag. So findet auch im Gesundheitswesen – vornehmlich unter Rationalisierungsaspekten – die Digitalisierung zunehmend Einzug in viele Bereiche. Auch im Hebammenwesen könnte die Digitalisierung einzelner Tätigkeitsbereiche Entlastung bewirken und bestenfalls zu einer besseren Versorgung peripherer Regionen beitragen.

Am Beispiel der Hebammenarbeit berührt dieser Beitrag die allgemeine Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen der Digitalisierung im Rahmen der Dienstleistungsgesellschaft, die stark auf zwischenmenschlicher Interaktion basiert. Spezifische Fragen, denen in diesem Beitrag nachgegangen wird, lauten: In welchen Teilbereichen des Aufgabenspektrums von Hebammen ist Digitalisierung sinnvoll, in welchen hinderlich? Wo würde die Dienstleistungsqualität durch digitale Hilfsmittel erhöht, wo würde sie leiden? Und schließlich: Kann Digitalisierung eine Lösungsperspektive für regionale Versorgungsengpässe sein und damit zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse beitragen?

1. Forschung unter den Bedingungen eines pandemischen Realexperiments

Die in diesem Beitrag dargestellten Forschungsergebnisse gehen aus dem Projekt „HEDI – Schwangerenversorgung digital koordiniert und unterstützt“ (kurz HEDI) der Gesundheitsregion Göttingen/Süd-niedersachsen⁶ hervor, das im Zeitraum Juni 2020 bis Oktober 2022 vom Soziologischen Forschungsinstitut Göttingen (SOFI) evaluiert wurde. Das Ziel dieses an der Schnittstelle von Digitalisierung und Gleichwertigkeit ansetzenden Projekts war es, mit der Entwicklung und Etablierung der digitalen *HEDI-App* regionale Versorgungsengpässe zu verringern und die Tätigkeit von Hebammen mit diesem Unterstützungstool zu entlasten. Die ineinandergreifenden Module der *HEDI-App*, welche Funktionen in den Bereichen Information, Kommunikation und Koordination bereitstellen, sollen die digitalen Potenziale der Versorgung von Schwangeren – in städtischen, insbesondere aber auch in ländlichen Räumen – heben, indem sie den Hebammen ein Instrumentarium an die Hand geben, das sie bei ihrer Arbeit unterstützt. Durch digitale Unterstützung soll eine Reduzierung von Zeiten, die für administrative Tätigkeiten mit Telefonaten oder Fahrten verbracht werden, erreicht und somit die Zeit, die für Beratung und Begleitung der Schwangeren und Wöchnerinnen zur Verfügung steht, erhöht werden. Des Weiteren soll die Vernetzung der Akteurinnen und Akteure im Bereich der Schwangerenversorgung optimiert, die Suche nach Hebammen und die Koordination von Betreuungsverhältnissen erleichtert, sowie die Vermittlung von geprüften und mehrsprachigen Fachinformationen rund um die Geburt ermöglicht werden.⁷

Im Rahmen der Evaluation sollten die Effekte einer digitalen Unterstützung am Beispiel der sich im Entwicklungsprozess befindlichen *HEDI-App* herausgearbeitet und aus der Perspektive von Hebammen bewertet werden. Eingebunden war die Evaluation in eine übergeordnete Fragestellung zu öffentlichen Gütern und Gleichwertigkeitsfragen, die als Ziel gesellschaftlich notwendiger Dienstleistungen betrachtet werden. Die Untersuchung der beruflichen Situation der Hebammen im Kontext regionaler Gegebenheiten im Projekt HEDI stand in der institutsinternen Kooperation mit dem Projekt *GenDis*, das Hebammen als eine vertieft zu betrachtende Berufsgruppe einbezieht (vgl. Kapitel 2 und 5 in diesem Band).

6 <https://gesundheitsregiongoettingen.de/>

7 Nähere Informationen zum Projekt unter www.projekt-hedi.de, zur digitalen Plattform unter www.hedi.app, letzter Zugriff: 02.11.2023.

Das methodische Vorgehen der Evaluation orientierte sich an einer qualitativen, empirischen Sozialforschung, die vor Ort, an den Lebenswelten der Menschen ansetzt, um Gesellschaft und soziales Handeln zu erklären. Als formative Evaluation erfolgte die wissenschaftliche Begleitung während des laufenden Entwicklungsprozesses und dokumentierte die Entstehung des Produkts. Die Entwicklung der *HEDI-App* erfolgte in einem partizipativen Prozess unter Mitwirkung von Hebammen, Frauen- und Kinderärzt:innen sowie Akteur:innen aus dem medizinischen und sozialen Bereich. Auch Schwangere und junge Familien waren in den Entwicklungsprozess einbezogen.⁸

Und plötzlich Pandemie! Als sich im Frühjahr 2020 das COVID-19-Virus auf der Welt ausbreitete, kam der gewohnte Alltag in vielen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Bereichen zum Erliegen. Auch für die Durchführung des Projekts HEDI blieb dies nicht ohne Folgen: Kurzarbeit, krankheitsbedingte Ausfälle, Lieferengpässe und weitere Faktoren führten zur Verzögerung des Entwicklungsprozesses der App. In der weiteren Konsequenz konnten keine Feldbesuche und Nutzer:innentests durchgeführt und evaluiert werden, weshalb die Evaluation kurzfristig einen neuen Schwerpunkt auf die *zu erwartenden* Effekte der entstehenden *HEDI-App* aus Hebammensicht setzte.

Für die Sozialforschung bedeuten gesellschaftliche Krisen immer auch Erkenntnisgewinn. Im Falle von HEDI bekräftigte die pandemische Lage einen Digitalisierungsschub, der passenderweise das Projektthema beförderte und für die laufende Entwicklung eines digitalen Tools die Bedingungen eines Realexperiments hervorbrachte. Denn plötzlich waren die Hebammen durch die pandemischen Bedingungen zeitweise mehr oder weniger gezwungen, auf digitale Optionen umzusatteln, um ihre Betreuungsleistungen trotz Kontaktbeschränkungen zu erfüllen. Die Auseinandersetzung mit und die Anwendung von digitalen Tools im professionellen Kontext wurde unabhängig vom Projekt eine neue Alltagserfahrung. Nur konsequent, dass die geführten Interviews mit Hebammen stets auch auf die (neuen) Erkenntnisse für die Hebammentätigkeit und die Frage, was mit Blick auf Digitalisierung in der Krisensituation besonders deutlich wurde, zielten.

8 Das Projekt HEDI wurde in Zusammenarbeit mit dem Landkreis Northeim, dem Landkreis Göttingen und der Stadt Göttingen durchgeführt, welche daher die Untersuchungsregionen der Evaluation darstellten.

Ähnliches lässt sich in Bezug auf die eigene empirische Forschungspraxis sagen: Die Interviews, auf denen der vorliegende Beitrag fußt, wurden im Zeitraum von Januar 2021 bis November 2021 geführt,⁹ und zwar aufgrund der pandemischen Bedingungen entgegen der bis dato gewohnten Forschungspraxis größtenteils per Videokonferenz. Hiermit wurden sehr gute Erfahrungen gemacht. Das Erkenntnisinteresse der Interviews lag in der Beschreibung der Tätigkeitsausübung innerhalb regionaler Kontexte, des beruflichen Kommunikationsverhaltes sowie Herausforderungen und Bedarfen im Kontext des Hebammenberufs. Befragt wurden zehn Hebammen aus Südniedersachsen – der Untersuchungsregion des Projekts HEDI. Um möglichst multiperspektivische Schilderungen über die Hebammen-tätigkeit zu erhalten und das Feld abzudecken, wurde ein theoretisches Sample verfolgt (Flick, 2002, S.102 ff.). Als ein Auswahlkriterium wurde dabei der *Ort* der Tätigkeitsausübung gesetzt, um städtische wie ländliche Gegenden abzudecken. Ein weiteres Auswahlkriterium betraf die *inhaltliche* Tätigkeitsausübung.¹⁰ Der Großteil der Interviews wurde gemeinsam mit dem Projekt *GenDis* geführt.¹¹ Grundlage der Interviews war daher ein sehr ausführlicher Leitfaden, der die sowohl für HEDI als auch für *GenDis* zentralen Themen abdeckte. Wenngleich die Auswertung bezogen auf die jeweilige Fragestellung selektiv erfolgt ist, konnten beide Projekte durch die Zusammenarbeit von Synergien profitieren, da durch die breiten Themenfelder tiefer in das Berufsbild der Hebamme eingetaucht werden konnte, als dies allein mit den Fragestellungen der Einzelprojekte erfolgt wäre.

9 Ein ausdrücklicher Dank geht an unsere Interviewpartnerinnen für ihre Zeit und Bereitschaft, an einer wissenschaftlichen Studie teilzunehmen, ihre Offenheit und dem uns entgegengebrachten Vertrauen!

10 Vier der interviewten Hebammen waren ausschließlich freiberuflich ohne Geburtsbetreuung tätig (Schwangeren- und/oder Wochenbettbetreuung, Kurse, Beratung), weitere vier Hebammen waren freiberuflich mit Geburtsbetreuung (außerklinisch oder stationär) tätig und zwei berichteten aus der Perspektive mit Anstellung in einer Klinik. Die freiberufliche Tätigkeit kann dabei in verschiedenen Kontexten erfolgen. Unter den Befragten waren fünf Hebammen in einer eigenen oder Gemeinschaftspraxis organisiert und eine weitere in einer Gynäkologischen Praxis beschäftigt. In der außerklinischen Geburtshilfe begleitete eine der Befragten Hausgeburten sowie Entbindungen im Geburtshaus. Vier der Freiberuflichen waren als (Begleit-)Beleghebammen in einer Klinik beschäftigt.

11 Siehe Kapitel 5 in diesem Band, das die gemeinsam geführten Interviews unter anderen Aspekten auswertet. Bis auf eine Ausnahme (H9) handelt es sich um dieselben Interviews wie im vorliegenden Kapitel.

2. Digitalisierung im Hebammenwesen: Empirische Eindrücke

Die im Folgenden dargestellten Einblicke auf Basis von Interviews mit Hebammen geben Hinweise auf arbeitsorganisatorische und strukturelle Herausforderungen, Anforderungen und Bedarfe sowie Erwartungen, die im Kontext mit technischen Hilfsmitteln (allgemein sowie bezogen auf die *HEDI-App* (s. o.)) und Digitalisierungsprozessen stehen. Thematisiert werden nach einem kurzen Abriss zur Versorgungssituation in der südnie-sächsischen Untersuchungsregion Kommunikationsabläufe im Hebammenalltag, die im Kontext (neuer) Erkenntnisse durch die pandemische Erfahrung eingeordnet werden.

2.1 Versorgungssituation in Stadt und Land

Engpässe in der regionalen Versorgung machen die befragten Hebammen an über Monaten hinweg ausgeschöpften Kapazitäten, zahlreichen Ablehnungen von Kundenanfragen und fehlenden Vertretungen unter den Hebammen fest. Eine Zuspitzung der Versorgungssituation im Vergleich zu den vergangenen Jahren zeigt sich laut der Befragten daran, dass immer früher angefragt werden müsse. Während es früher genügte, sich in der 12. Schwangerschaftswoche um eine Hebammenbetreuung zu kümmern, sei es für heutige Schwangere nötig, sich bereits in der 7. Schwangerschaftswoche zu melden, um eine Chance auf einen Platz zu bekommen (H9). Im Durchschnitt nimmt eine Hebamme vier Frauen im Monat an, so die Erfahrungen der Befragten. Auf der anderen Seite stehen um die 20 abgelehnte Anfragen im Monat – das seien mehrere Absagen die Woche, die sich zum Monatsende deutlich häuften: *„Es vergeht kein Tag, wo nicht irgendwer anruft, der eine Hebamme sucht und man kann es nicht annehmen, weil man schon voll ist.“* (H5) Bei Anfragen verweisen viele der lange ausgebuchten Hebammen auf andere Praxen, die jedoch vor ähnlicher Auslastung stehen: *„Und es gibt immer mal wieder Frauen, die keine Hebamme finden. Also leider ist das so.“* (H6) Eine der Hebammen schildert die häufige Erfahrung, dass Frauen ohne frühzeitig organisierte Hebammenbetreuung nach der Entbindung kurzfristig keine Unterstützung im Wochenbett mehr finden konnten und somit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus auf sich allein gestellt waren. Dies gehe so weit, dass in manchen Fällen, wenn eine Grundversorgung nicht übernommen werden kann, eine Notfallversorgung

angeboten werde: „Wenn man sieht, wie viele da keine Betreuung mehr haben, gerade in der ländlichen Region. Das ist schon nicht gut.“ (H5)

Die befragten Hebammen, die in der Stadt Göttingen wohnen, schildern den „Luxus“, der mit ihrem städtischen Wohn- und Tätigkeitsraum verbunden sei. Dort seien genug Frauen zu betreuen und keine Wege ins Umland nötig, die längere Wegstrecken mit sich bringen würden:

„Also früher habe ich wirklich auf den Dörfern auch noch Wochenbettbesuche gemacht. Da war so die Angst: ‚Oh Gott, ich muss schnell voll werden‘. Also das bedeutet, so viele Frauen annehmen, dass für mich [es] sich safe anfühlt. Mittlerweile kann ich mir den Luxus rausnehmen, wenn eine Anfrage kommt aus – was weiß ich – Hardeggen oder Bovenden oder was auch immer, dass ich sage: ‚Nö. Brauche ich nicht‘. Ich kann eine Frau hier im Stadtgebiet annehmen. Fahre vier bis zehn Minuten von einem Termin zum nächsten. Was natürlich eine super Zeitersparnis ist. Anstatt lange über Dorf zu fahren. Oder über die Autobahn. Und so kann ich natürlich eher eine Frau mehr annehmen, weil ich nicht mehr so lange im Auto sitze. Ja und man spart natürlich Kilometer und Benzin und den ganzen Mist. Also ich kann mir den Luxus rausnehmen. Das ist natürlich blöd für die Frauen, die auf dem Land wohnen. Ich meine, das ist ja auch bei den Ärzten ein Problem. Aber ja, ich habe genug hier zu tun. Ich, ja genau brauche nicht so weit fahren mehr. Gott sei Dank.“ (H4)

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

„Ich bin vor den Kindern überall hingefahren, weil ich immer nicht an der Stadtgrenze Schluss machen wollte. Auch gerade für die Belegfrauen, also die sich verabreden zur Geburt, war mir das wichtig, dass auch die auf dem Land da eine Möglichkeit haben. Aber ja, ich versuche das immer weiter einzuschränken, weil ich auch versuche, immer weniger Auto zu fahren. Also das ist noch so ein persönlicher Anspruch. Und weil natürlich auch einfach diese Fahrzeit Zeit ist. (...) Und je nachdem, wie viel man zu tun hat, wie intensiv die Hausbesuche ist, ist es ein entspanntes Hin- und Herfahren oder ist es ein Hetzen von Haustür zu Haustür, vergessen zu

essen und immer mit dem schlechten Gewissen, wann hole ich die Kinder heute ab.“ (H3)

Eine andere Hebamme weist auf einen Aspekt hin, der die sorgfältige Planung der Routen durchkreuzen kann: Im Vertretungsfall, wenn spontan eine Schwangere einer Kollegin übernommen wird, könne es schnell dazu kommen, über den eigenen definierten Radius hinauszufahren, was sich letztlich auf die Betreuungszeit bei der Schwangen vor Ort auswirke *„Ja, wenn ich jetzt mal Uslar nehme – wenn ich nur nach Uslar fahre, dann sitze ich mehr im Auto als bei der Frau.“ (H2)*

Der zuvor betonte Hinweis, dass sich Schwangere möglichst früh melden müssen, um eine Betreuung zu bekommen, deutet auf eine Unterversorgung hin, die vor allem die betrifft, die sich vergleichsweise spät um eine Betreuung bemühen – häufig sind dies Frauen in prekären Lebenssituationen, wie Studien zeigen (Bauer et al., 2019, S.192). Vonseiten der Hebammen lässt sich dieses soziale Ungleichgewicht kaum beeinflussen. Oftmals bleibt die zu betreuende Klientel einer Hebamme aufgrund der räumlichen Einbettung oder durch die Weiterempfehlung relativ homogen innerhalb einer bestimmten Sozialschicht (H2):

„Und ja, also die Klientel hier in Göttingen ist dadurch, dass sich die Frauen so früh melden – das sind meistens die intelligenten, sehr gut informierten Frauen. Und ich habe kaum sozial schwächere Familien in der Betreuung, weil ja die sich dann viel zu spät melden. Also dass dann jemand aus dem Krankenhaus anruft: ‘Meine Frau hat ihr Kind gekriegt, wir brauchen jetzt eine Hebamme.’ – das kommt vor, aber denen muss ich natürlich absagen, weil ich so kurzfristig natürlich nie Termine frei habe. Und ich glaube, diese, dieses Klientel, das wächst ohne Hebamme auf und das rutscht so durch und geht verloren. Und deswegen habe ich nur diese hochgebildeten Göttinger, die man ja so kennt. Die, mit denen man sich dann abgibt die ganze Zeit, ne? Das Bild verschwimmt dann glaube ich auch ganz schön für mich, weil ich den Rest ja nicht sehe.“ (H4)

Während eine Befragte einen disparaten Kenntnisstand über den Hebammenanspruch wahrnimmt (*„Dass viele Frauen das auch wirklich zu nutzen wissen und andere nicht mal die grundlegenden Dinge mitabschöpfen oder gar keine Hebamme mehr finden. Also dieses Auseinanderdriften finde ich demotivierend.“ (H5)*), rufen andere Hebammen in Erinnerung, dass nicht außer Acht zu lassen sei, dass es natürlich auch Frauen gibt, die keine

Hebammenbetreuung wünschen (H7, H4), was ebenfalls in die Beurteilung der Versorgungslage einzubeziehen ist.

2.2 Kommunikationsmedien: Art und Nutzung im Alltag

Erreichbarkeit, Terminierung, Dokumentation – Kommunikation ist im Hebammenalltag Dreh- und Angelpunkt. Aus den Interviews ging hervor, dass Telefon, SMS und E-Mail zu den ständig genutzten Kommunikationsmitteln der Befragten zählen. Auch der Anrufbeantworter ganz klassisch über das Festnetz oder die Mailbox auf dem Handy haben eine wichtige Funktion. Die meisten geben an, ihre Terminabsprachen und Anfragen, die i. d. R. telefonisch oder per Nachricht (E-Mail/SMS/WhatsApp) eingingen, zwischen den Terminen abzuarbeiten. Einige von ihnen bieten eine Homepage mit Kontaktmöglichkeit (Formular), auf der u. a. freie Kapazitäten vermerkt sind.¹² Als eine neuere und besonders praktisch wahrgenommene Alltagsfunktion werden zudem Sprachnachrichten benannt, die einen schnellen und unkomplizierten Austausch von Informationen ermöglichen. Mit jeder kommunikativen Leistung (Beratung, Besuch) gehen für die Hebammen administrative Aufgaben einher – das Qualitätsmanagement und die Abrechnung, die von den Befragten zum Teil direkt digital erledigt oder anschließend händisch in eine Software übertragen werden. Gut die Hälfte der befragten Hebammen schildert jedoch, dass sie die Nutzung digitaler Geräte (etwa Tablet oder Smartphone) während der Termine vor Ort vermeide: *„Aber ich versuche eigentlich so wenig wie möglich digital zu machen und so viel wie möglich einfach auf Papier und verbal.“* (H10) Diejenigen Hebammen, die sich als *„visuelle Typen“* beschreiben, begründen dies mit einer wahrgenommenen Unhöflichkeit oder empfundenen Abwesenheit, wenn anstatt des Blickkontakts mit den Frauen die Aufmerksamkeit auf ein digitales Endgerät gerichtet werde:

„Was ich gemerkt habe, dass ich dann vor der Frau sitze und aufs Handy gucke. Und das ist total unkommunikativ. Und es ist etwas anderes, als wenn du nebenbei einen Kuli in der Hand hast und schreibst den gleichen Satz anstatt du ihn ins Handy eintickerst. Und das fand ich so befremdlich, dass ich das sofort nach ein, zwei Versuchen wieder abgeschafft habe. Also für mich auch. Ich finde, man fühlt sich so zurückgesetzt, wenn jemand

12 Damit einher gehe jedoch die Notwendigkeit der permanenten Pflege der Homepage, was z. T. als zusätzliche Belastung empfunden wurde.

anderes aufs Handy guckt und man erzählt dem gerade etwas. Dann denkt man, der hört nicht zu. Wenn er sich aber genau das aufschreibt, was ich gesagt habe, das ist ein ganz anderes Arbeiten oder ein ganz anderes Gefühl. Und das glaube ich ist so das Problem der digitalen Dokumentation.“ (H4)

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

„Also was Dokumentation angeht, glaube ich, stehe ich schon so ganz gut da. Aber ich mache das nicht digital. Das wäre halt was anderes, wenn man jetzt merkt, dass die ganze Patientenakte digital wäre. Dass es digital Mutterpass gibt, digitales Kinderheft. Dann würde ich das auf jeden Fall so mitnutzen. Da habe ich irgendwie weniger Papier bei mir Zuhause. Wir müssen ja diesen feuerfesten Schrank haben und zehn Jahre alle Papiere aufheben. Also wenn es da / Wenn das irgendwie so alles integriert wäre da mit drinnen, würde ich das auch mehr nutzen. Also würde ich auch auf eine digitale Akte umsteigen. Und da ist halt jetzt immer so, dass man denkt, es gibt dieses miya, es gibt HebRech, es gibt so die verschiedensten Möglichkeiten. Da gibt es ja schon viele Apps für Hebammen. Und genau, wenn das halt kombinierbar ist mit so was wie was hier lokal, dann wäre, fände ich das auch, also würde ich das auch nutzen und mir angucken.“ (H5)

Insbesondere in der außerklinischen Geburtsbetreuung sei eine Online-Akte eine wichtige Unterstützung, um spontan und von unterwegs auf alle relevanten Informationen zugreifen zu können (z. B. Adresse, Blutgruppe, wievieltens Kind) (H10). Ideal wäre demnach eine umfassende digitale Administrationshilfe im Hintergrund, die aber nicht in die Betreuungssituation direkt eingreift.

2.3 Datenaustausch, aber sicher!

Auch das Thema Datenschutz wurde seitens der Hebammen angesprochen und als wichtiges Thema benannt, für das eine praktikable digitale Lösung begrüßt würde. Es wurde betont, dass die zu behandelnden Frauen über die datenschutzrechtlichen Bestimmungen aufgeklärt werden und diese im Betreuungsvertrag, der vor Betreuungsstart zwischen Hebamme und Schwangerer geschlossen wird, festgehalten sind. Ein regelmäßig aufkommendes Thema sei die Nutzung des Nachrichtendienstes *WhatsApp*, der im professionellen Beratungskontext die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllte (DHV, 2019). In der Praxis hielten sich daran allerdings die wenigsten, da die App Bestandteil im Alltagsgebrauch vieler Frauen sei. Eine Antwort per SMS auf eine per *WhatsApp* geschriebene Nachricht habe in den meisten Fällen trotzdem wieder eine Antwort per *WhatsApp* zur Folge, so die Erfahrungen einiger Hebammen. In diesem Zusammenhang wurde in den Interviews häufig der Wunsch nach einem Tool geäußert, das den sicheren Austausch von Wort und Bild gewährleistet. Zudem würde ein separater Nachrichtendienst eine Trennung von beruflichen und privaten Nachrichten auf dem Endgerät ermöglichen, was ebenfalls sehr begrüßt wurde (H5).

Dringenden Handlungsbedarf hat nicht zuletzt die COVID-19-Pandemie im Bereich der sicheren und datenschutzkonformen Kommunikation im Betreuungsverhältnis deutlich gemacht, wie eine Hebamme mit dem folgenden Zitat verdeutlicht:

„Wie gesagt, Digitalisierung war auf jeden Fall, da bestand Handlungsbedarf, weil es einfach ja kein MEDIUM für uns Hebammen gibt, wo wir / oder es sehr schwierig ist, an ein Medium ranzukommen, wo man wirklich datenschutzrechtlich ausreichende Beratungsmöglichkeiten via Bildschirm hat. Das haben wir so gut wie nicht. Und auch Zoom ist ja umstritten, ob es jetzt wirklich 100 %ig sicher ist. Würde ich jetzt für eine medizinische Beratung auch nie benutzen. Sondern für eine Kursstruktur, da wissen die Frauen auch Bescheid dann eben. Also das, denke ich, ist so eine gewisse Grauzone. Selbst wenn Zoom das jetzt verbessert hat. (...) Also da wünsche ich mir mehr Sicherheit rechtlich. Was die Kommunikation betrifft. Das hat die Pandemie denke ich gezeigt, dass wir da wirklich einfach sowas brauchen, was einfach für uns zugänglich ist, für uns Hebammen, für die Frauen auch.“ (H9)

2.4 Unterschiedliche Technikaffinität der Generationen

Einige der Befragten, die im Umgang mit Technik weniger geübt sind, äußern sich bei der zur Hinzunahme von digitalen Tools zunächst gehemmt, obgleich ein Nutzen vermutet wird: *„Ich bin einfach nicht so ein Computer-mensch. Und ich glaube aber schon, dass wenn man digital dokumentiert, dass man insgesamt weniger Schreibkram hat. Weniger ja Papierzeug zu Hause rumliegen hat.“* (H4)

Das Zitat deutet eine individuelle Ausprägung von Technikaffinität an. In den Gesprächen wurde deutlich, dass die Bereitschaft der Mediennutzung auch eine Generationsfrage ist. Hier gibt es den Unterschied zwischen den Generationen, jedoch ist mit Blick auf die Technikaffinität auch die individuelle Komponente innerhalb der Generationen nicht zu vernachlässigen. Während die jüngeren Hebammen weniger vor der Nutzung digitaler Tools zurückschrecken – da der Umgang für die jüngere Generation „normaler“ sei (H4) –, ist Skepsis eher von den älteren Befragten zu vernehmen. So schilderte eine Hebamme (Ende 50), dass Videotelefonie für sie nicht in Frage komme, einzig als Notfalllösung im Krankheitsfall, wenn ein Besuch nicht möglich sei. Sie greife lieber zum Telefon und vermute, dass die jüngere Generation offener mit Videoanrufen umgehen würde:

„Aber ansonsten bin ich nicht der Fan von diesem Medium. Ich jetzt persönlich. Vielleicht bin ich dafür schon zu alt. Und interessiere mich auch für diese Technik nicht, muss ich ehrlich gesagt sagen. Ich jetzt persönlich, aber für junge Hebammen ist das vielleicht toll. Die machen sowas sicherlich häufiger auch mit ihren Frauen. Also ich telefoniere gerne so am Telefon.“ (H7)

Eine weitere Befragte Hebamme (Mitte 50) ist gar nicht erst in Besitz eines Smartphones, das sie für ihre Arbeit als unnötig empfindet:

„Wer mich erreichen will, erreicht mich trotzdem und ich reagiere da ja auch drauf. Ist ja nicht so, als wäre ich jetzt in der Höhle und überhaupt (lacht auf) nicht mehr erreichbar. Aber dazu brauche ich jetzt kein Whats-App und keine Ahnung was.“ (H8)

2.5 Erreichbarkeit vs. Work-Life-Balance

Im Zusammenhang mit der Nutzung von Kommunikationsmedien im Alltag wurde von den Hebammen das Thema der (vermeintlich ständigen)

Erreichbarkeit eingebracht. Eine oft geschilderte Befürchtung lautete, dass mit einem unmittelbaren Kommunikationskanal (vergleichbar mit WhatsApp), wie er in der *HEDI-App* integriert ist, eine permanente Erreichbarkeit suggeriert werde. Umso wichtiger sei es, die Zeiten der Erreichbarkeit zu besprechen und in einem Betreuungsvertrag festzuhalten. Im Falle von Rufbereitschaft und außerklinischen Geburten gebe es zur permanenten Erreichbarkeit hingegen keine Alternative, wie eine Hebamme eindrücklich beschreibt:

„Ich geh mit dem Handy aufs Klo. Ich geh mit dem Handy duschen. Ich hab es direkt neben dem Kopf liegen. Ich hab dieses Ding IMMER an mir dran. Weil es jede Sekunde klingeln kann. Das ist anstrengend. Dauerrufbereit sein ist anstrengend.“ (H10)

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

„Dann ist man zu Hause, dann wird man ja auch nicht in Ruhe gelassen, weil dann hat die eine vielleicht einen Milchstau, die andere hat nur eine Frage, dann ist man wieder am Telefonieren mit denen. Gehört dazu, ne? Also das, sie müssen Fragen haben, sie dürfen auch Probleme kriegen, ne? Und die kann ich nicht voraussehen. Und dann muss das Abendessen eben auch mal eine Stunde warten.“ (H7)

Auch ein starkes Verantwortungs- und Pflichtgefühl kommt bei der Frage nach der Erreichbarkeit zum Tragen, das die im Folgenden Zitierte mit ihrem (persönlichen) Anspruch an den Beruf in Verbindung bringt:

„Naja, dass man eigentlich immer on stage ist. Trotzdem. Auch wenn man sich – im Behandlungsvertrag habe ich zum Beispiel auch bestimmte Zeiten, wo ich erreichbar bin. Da ich ja keine Geburtshilfe mache, muss ich ja eigentlich nicht 24 Stunden erreichbar sein. Trotzdem sage ich den Frauen auch immer: ‚Im Notfall ruf an. Und wenn ich nicht rangehe, dann machst du es noch zwei Mal, dann gehe ich ran.‘ Also man hat so das Gefühl, nicht abschalten zu können, ne? Weil man ja eine Verantwortung für zwei Leute im Grunde hat. Entweder für die Frau, die schwanger ist, oder später dann auch für das Kind. Oder jetzt wie die ungeplante Hausgeburt. Hätte ich der Frau das nicht so angeboten, hätte sie vielleicht nicht nochmal und nochmal angerufen. Und ich wäre nicht rangegangen und sie hätte ihr Kind alleine zu Hause bekommen, ne? Also das ist zwar

schön in diesem Moment. Also, dass man jemandem so ein Vertrauen schenken kann. Auf der anderen Seite ist man halt auch immer in diesem Zwiespalt ‚Du musst aufs Handy gucken, ob jemand geschrieben hat, ob jemand Hilfe braucht‘. Und das ist natürlich ja eine Belastung. Und das meine ich mit der Passion. Andere Hebammen kenne ich auch, ganz klar, die sagen ‚Nö, wenn 16 Uhr ist, dann schalte ich mein Handy aus. Das ist mir egal. Steht so in meinem Behandlungsvertrag. Fertig aus‘. Kann man machen. Schützt man natürlich sich selber und sorgt für sich, das ist klar. Aber ich glaube, das ist nicht das, was diesen Beruf ausmacht. Das, ne. Also das ist für mich eine ganz andere Herangehensweise. Die einen auch belasten kann, auf jeden Fall.“ (H4)

Die Schilderung verdeutlicht das Spannungsfeld von Druck in Form von Verantwortungsgefühl und Bereitschaft, im Sinne der Arbeitserfüllung, in dem sich (manche) Hebammen bewegen. Hierbei scheint auch das Vorhandensein der neuen Kommunikationstechnologien eine Rolle zu spielen, das die (inneren) Konflikte steigert, weil diese Technologien neue Dienstleistungsmöglichkeiten bzw. Aspekte von Dienstleistungsqualität schaffen.

2.6 Videocall statt Wegstrecke?

Können erweiterte Kommunikationskanäle wie etwa Videoanrufe das Tätigkeitspensum von aufsuchenden Hebammen verringern, indem Wege reduziert werden? Die Möglichkeit einer – zumindest teilweise – Fernbetreuung brachte die Einführung einer Sonderregelung zur Abrechnung digitaler Leistungen (gemäß § 134a SGB V). Diese ermöglichte es Hebammen während der COVID-19-Pandemie erstmalig, Leistungen wie Online-Kurse, telefonische Beratungen und Videosprechstunden bei der Krankenkasse abzurechnen.¹³ Für die Arbeit der Hebammen war dies ein wichtiger Schritt für die Nutzarmachung digitaler Möglichkeiten und die Alltagstauglichkeit von digitalen Unterstützungstools. Laut Einschätzungen der befragten Hebammen kann eine digitale Fernbetreuung zwar in manchen Situationen dauerhaft eine Option sein, diese ersetze aber – so wurde es nachdrück-

13 Vor der COVID-19-Pandemie waren dies keine abrechenbaren Leistungen. Geregelt ist dies in der „Befristeten Vereinbarung über im Wege der Videobetreuung erbringbare Leistungen der Hebammenhilfe vom 12.09.2022 (Übergangsvereinbarung Videobetreuung Hebammen)“ zwischen dem Deutschen Hebammenverband und dem GKV-Spitzenverband der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband, 2022).

lich betont – niemals den persönlichen Kontakt. Die Beschränkungen während der Pandemie-Lockdowns haben hier erste Erfahrungen gebracht. Die Hebammen berichten, in der pandemischen Anfangszeit teilweise auf Online-Beratung umgeschwenkt zu sein, um den Kontaktbeschränkungen zu entsprechen. Ein positiver Effekt war, dass dies die Möglichkeit eröffnete, überregionale Beratung anzubieten. Es konnte über den räumlichen Tätigkeitsradius hinausgewirkt werden, wovon Frauen, die weiter entfernt wohnten, profitieren konnten (H5). Während Leistungen wie Still- und Beikostberatung oder Fragen telefonisch während der Schwangerschaft i. d. R. gut zwischendurch erfolgen könnten, ließe sich die Betreuung im Wochenbett keinesfalls in den digitalen Raum verlegen – darin waren sich alle Befragten einig. In dieser Phase sei es essenziell, sowohl Mutter als auch Kind zu sehen, abzutasten und vor Ort zu sein: *„Gerade, was den Neugeborenen betrifft, muss man den live und in Farbe sehen.“* (H10)

Einige Hebammen schilderten auch, dass sich durch das Ausbleiben des persönlichen Kontakts ein Qualitätsverlust in der Betreuung bemerkbar machte. Deutlich würde dies etwa beim Führen von telefonischen Erstgesprächen, da „das Gefühl für die Frau und ihre Bedürfnisse“ durch die fehlende Nähe weniger intensiv sei (H9) und außerdem ein Eindruck der häuslichen, familiären Umstände ausbliebe (H6), was nicht zu unterschätzen sei:

„Und da habe ich zum Beispiel mir bei den Vorgesprächen, diesem ersten Kontakt, den man ja sonst auch Face-to-Face hat, den habe ich da mit ein paar Frauen am Telefon geführt. Und das war nett. Das war in Ordnung. Und dann habe ich aber gemerkt, dass ich natürlich kein Gesicht dazu habe. Und selbst wenn ich es gehabt hätte, war dann eine total große Barriere, weil wir uns irgendwie noch nie in echt kennengelernt haben. Und beim zweiten Kontakt, der dann real war, ja war es doch wieder wie ein Erstkontakt. Das war ganz, ganz eigenartig für beide glaube ich.“ (H4)
„Also wirklich vor Ort mit den Familien als komplett zu arbeiten. Ich lerne die Familie kennen, ich lerne die Geschwisterkinder kennen, den Mann, vielleicht die Großeltern noch und die Frau. Und so kann man eigentlich gut an der Basis arbeiten.“ (H2)

2.7 Risiken und Nebenwirkungen

Die Nutzung von Apps sei immer im Zusammenspiel mit einer persönlichen Beratung zu nutzen, um Inhalte in den richtigen und individuellen

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

„Also ist so die Frage, wie verlässlich war denn jetzt unsere Wehen-App, wenn die Frau dann doch notfallmäßig nicht mehr rauskonnte und ihr Kind zu Hause bekommen hat. Obwohl ich der Frau morgens gesagt habe: ‚Ich würde ins Krankenhaus fahren.‘ Also wir HATTEN schon Kontakt am Morgen. Und die Wehen-App hat aber etwas anderes gesagt so. (...) Und ja, von daher die Apps werden sich bestimmt verbessern mehr und mehr und mehr. Aber ich glaube, sie sind nicht immer hilfreich in meinem Job.“ (H4)

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

„Also unterstützen, denke ich, kann es bei der Alltagsorganisation. Bei niedrigschwelligen Fragestellungen. (...) Also niedrigschwellig irgendwelche Allgemeinsachen, dass sie da einfach eine gesicherte Informationsquelle haben, das könnte uns entlasten. Dass wir da weniger Anfragen bekommen bei der Organisation des Arbeitsalltags dadurch, dass wir eine gesicherte Kommunikationsstruktur haben. Das finde ich ganz wichtig. Grenzen sehe ich eben bei der emotionalen Beratung tatsächlich. Ich glaube, das ist eher dazu geeignet, dass, um Fakten und solche Sachen auszutauschen wie Gewicht, wie Stillhäufigkeit (...) oder eine Terminabsprache. Aber das ganze emotionale und psychosoziale muss tatsächlich, glaube ich, einfach persönlich stattfinden, weil man da einfach mehr Feedback braucht, als es, glaube ich, eine Digitalisierung bieten kann. (...) Und da, denke ich, sind die Grenzen einfach der Digitalisierung erreicht.“ (H9)

2.8 Erkenntnisse aus der COVID-19-Pandemie: virtueller Austausch als Notlösung

Zu Zeiten der strengen Abstands- und Kontaktregeln während der COVID-19-Pandemie wurden Treffen im digitalen Raum oft als Notlösungen herangezogen (H6). Dass der direkte Kontakt für die Betreuung jedoch unumgänglich und eine wichtige Säule der Hebammenarbeit sei, wurde wiederholt betont, wie die folgenden Zitate veranschaulichen:

„Das kann ich nicht, wenn ich sie nicht vor Ort habe. Und von daher finden die meisten Termine in Präsenz statt und das Medium ja Video oder Telefon ist ganz nebensächlich und nicht sehr sinnvoll für meine Arbeit.“ (H4)

„Und dann eben, dass letztendlich Digitalisierung wichtig ist, aber eben das komplette Normalprogramm nicht ersetzen kann. Also das persönliche, dass das eine sehr, sehr wichtige Säule ist. Und jetzt hat mir das persönlich nochmal gezeigt, die Pandemie, wie wichtig wir doch sind. Auch der emotionale Beistand, das persönliche Aufsuchen der Frauen, dass das einfach eine sehr, sehr wichtige Säule der Hebammenarbeit ist.“ (H9)

„Also ersetzen kann es das nicht. Auf keinen Fall. Das geht nicht. Mhm [vern.]. Man merkt schon, dass alleine diese Distanz in einem Raum, dass das schon für einige, auch für mich, manchmal eine Herausforderung ist. Also, das geht nicht, wenn eine Frau das Kind unter der Geburt verloren hat, Wochenbettbesuche per Video zu machen, so etwas. Das ist einfach nicht machbar.“ (H3)

Eine Aussage, die auf einen Qualitätsverlust durch die zunehmende Verlagerung von Tätigkeiten ins Digitale hinweist, spricht den längerfristigen Wandel des Berufsbildes von Hebammen an:

„Eigentlich ist die normale Hebammen-Arbeit für mich gleichgeblieben, außer jetzt zu Corona, dass ich online viel arbeite. Dass sich viel digitalisiert hat. Das ist natürlich nicht so schön, weil man lieber die Kurse und auch manche Gespräche lieber in echt führen würde. Aber das gilt wahrscheinlich in allen Branchen allen so.“ (H6)

Eine der befragten Hebamme erkennt weitere Chancen in digitaler Unterstützung, um auf eine Mangelsituation zu reagieren, indem Videosprechstunden im Sinne einer digitalen Wochenbettzentrale Frauen unterstützen, die sonst keine Betreuung hätten.

In den Fällen, die tatsächlich ohne Präsenz auskommen können, sei die neue Abrechnungsmöglichkeit von Telebetreuung durchaus vorteilhaft, um Wege zu sparen, aber vor allem auch dafür, um für spontane Beratung „zwischen durch“, die vorher nicht abrechnungsfähig waren, *entlohnt* zu werden. Eine Befragte hoffe daher auf den Erhalt dieser Ziffer, da sie die Abrechnung digitaler Leistungen für zukunftsfähig erachte: *„Weil das ist ja schon einfach was ist, was immer mehr kommen wird und einen Raum in unserer Gesellschaft finden wird.“ (H3)*

Die Schwierigkeit, die die Möglichkeit der Reduktion von Fahrtzeiten durch digitalen Kontakt einschränkt, liege allerdings in der Planbarkeit, da man vorher nie wisse, wie betreuungsintensiv ein Fall ist und wie oft Präsenztermine tatsächlich notwendig sein werden:

„Was man schon, also, was ich in dieser Vor- und Nachsorge gemerkt habe, ist, dass (...) man schon wahrscheinlich viel digital machen kann. Wir vielleicht mehr präsent sind, als wir es eigentlich sein müssen teilweise. Also manchmal denke ich auch, könnte ich auch eine Familie mehr annehmen und dann insgesamt weniger besuchen. Aber es ist einfach so schwer zu kalkulieren, wie viel braucht diese Familie mich in dieser Zeit.“ (H3)

Konsens in allen Gesprächen war, dass der persönliche Kontakt, das Aufsuchen und Berühren der Schwangeren und Wöchnerinnen nicht zu vernachlässigen und oder gar zu ersetzen sei – auch nicht während der „Corona-Lockdowns“, die verdeutlichten: *„(...) dass es halt nicht ohne Körperkontakt geht“ (H4)*. Auch während der Lockdowns seien Hausbesuche gemacht worden, da viele körpernahe Leistungen nicht telefonisch abgewickelt werden könnten. Insbesondere in Haushalten, die von Familienhebammen¹⁴ betreut wurden, hätten Hausbesuche eine besondere Relevanz, um die sozialen Belastungen während der pandemischen Ausnahmesituation zu begleiten: *„Also ich habe durchgehend gearbeitet. Vielleicht war ich dann mal ein bisschen weniger da, aber jetzt nicht wirklich. Das geht ja auch gar nicht. Wir machen aufsuchende Hilfe. Und die ist halt aufsuchend und nicht am Telefon.“ (H8)*

3. Chancen und Grenzen von Digitalisierung im Hebammenwesen

Als eine zentrale Erkenntnis der im HEDI-Projektkontext durchgeführten Interviews mit Hebammen ist festzuhalten, dass die Nutzung digitaler Tools in manchen Bereichen des Hebammenalltags durchaus unterstützend wirken kann, sie aber immer nur bis zu einem gewissen Grad einen positiven Einfluss auf die Versorgungsdienstleistung hat. Inwieweit Hebammen die technischen Möglichkeiten in ihre Arbeitsprozesse einfließen lassen, ist

14 In schwierigen (familiären) Situationen, die besonderer Unterstützung bedürfen, kommen Familienhebammen zum Einsatz. Mit entsprechender Qualifizierung leisten diese über die medizinische Versorgung hinaus auch häusliche und psychosoziale Unterstützung und gehen für einen Zeitraum von bis zu einem Jahr nach der Geburt in die Familien.

stets auch im Kontext des individuellen beruflichen Selbstverständnisses, dem Berufsethos bzw. individueller Technikpräferenzen der Hebammen zu betrachten.

Aus der Digitalisierungsforschung ist bekannt, dass „Digitalisierung“ im beruflichen Kontext mitunter als „unverzichtbar für die Bewältigung von Leistungs- und Arbeitsanforderungen erachtet“ werde, wenn sie Arbeitsabläufe reduziert und entlastet (Carls, Gehrken, Kuhlmann, Thamm et al., 2021, S. 251). Für das Hebammenwesen wurde eine zunehmende Digitalisierung in der beruflichen Praxis von den befragten Hebammen eher zurückhaltend bewertet. Skeptisch waren die Befragten insbesondere, was den persönlichen Kontakt mit den Schwangeren betrifft, welcher eine wichtige Säule der Hebammenarbeit darstellt. Eine stärkere Verankerung digitaler Möglichkeiten im Hebammenwesen, wie etwa die Durchführung von Videosprechstunden oder Online-Kursen, kann Vorteile bringen und Kapazitäten sparen, sie darf jedoch nicht zu einer Einsparung und Reduzierung der aufsuchenden Tätigkeit führen. Es wurde die Erfahrung gemacht, dass einzelne Leistungen zwar mittels virtuellen Austausches erbracht werden können, dass eine vertrauensvolle Basis jedoch erst durch den persönlichen Austausch und den Körperkontakt aufgebaut und vertieft wird – ein entscheidendes Kriterium für die Hebammendiensteleistung. Die Verlagerung von Hebammenleistungen in den digitalen Raum wurde daher oft mit einem Qualitätsverlust der Leistungserbringung in Verbindung gebracht. Generell sei individuell abzuschätzen, ob ein Präsenztermin erforderlich ist oder ein Austausch per Video genügt, was im Vorfeld schwer planbar sei. Risikobehaftet sind zudem Apps für Schwangere, die als Ersatz der Hebammenleistung eingesetzt werden, wie das oben beschriebene Beispiel der Wehen-App illustriert. Auf Hebammenseite ist zudem eine gewisse Technikaffinität nicht zu unterschätzen, die über die individuelle Bereitschaft und die Umsetzbarkeit der Integration digitaler Hilfsmittel im beruflichen Alltag mitentscheidet.

Trotz der Relevanz des analogen Kontakts konnten für die Hebammentätigkeit auch positive Effekte durch digitale Hilfsmittel festgestellt werden, um einzelne Prozesse und Tätigkeitsbereiche zu entlasten. Im beruflichen Alltag von Hebammen sind es daher in erster Linie operative Tätigkeiten, die mit digitalen Apps rationalisiert werden können: die Koordination von Anfragen, Betreuungsverhältnissen und Vertretungen oder kurzfristige Absprachen zwischendurch, wie etwa dem videogestützten Austausch oder die Übermittlung von Informationen. Gute digitale Lösungen können diese Bereiche erleichtern und eine Zeitersparnis im beruflichen Alltag der Heb-

ammen bewirken. So können vor allem Prozesse optimiert und erleichtert werden, die Kapazitäten im Hebammenalltag unnötig binden. Die digitale Unterstützung, etwa in Form von Videoberatung, könnte perspektivisch eine Möglichkeit sein, mehr Kapazitäten vorzuhalten, wenn durch das Einsparen von Fahrtwegen mehr Betreuungsverhältnisse geschlossen werden können, solange dies nicht zu qualitativen Einbußen der körpernahen Betreuung geschieht.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch eine Studie zu Angebot und Akzeptanz digitaler Hebammenbetreuung im Kontext der COVID-19-Pandemie (Bauer & Schlömann, 2021): Demnach habe sich die Betreuung von Schwangeren durch Hebammen mit digitaler Technik während der Pandemie gut bewährt, sei jedoch je nach Leistung zu differenzieren. Für das erste Kennenlernen und die Betreuung im Wochenbett legte der Großteil der Befragten großen Wert auf die persönliche Begegnung und Anwesenheit der Hebamme. Spontane Fragen oder (Rückbildungs-)Kurse funktionierten für viele der Befragten auch digital. Die Studie zeigt, dass sich das Leistungsangebot vieler Hebammen im Verlauf der COVID-19-Pandemie erweitert hat. Als klare Vorteile der digitalen Angebote haben sowohl die befragten Frauen als auch die Hebammen eine Wege- und Zeitersparnis benannt, was die Betreuung von mehr Frauen ermögliche. Resümierend bewerteten sowohl die befragte Gruppe von Hebammen als auch die Gruppe der Schwangeren die digitale Hebammenbetreuung als sinnvolle *Ergänzung* – immer unter der Voraussetzung, dass digitale Unterstützung nicht als *Ersatz* von persönlichem Kontakt anzuwenden ist.

3.1 Besser digital als gar nicht?! Versorgungssituation in Stadt und Land

Mit Blick auf die strukturellen Bedingungen und die Frage, ob Digitalisierung eine Lösungsperspektive für regionale Versorgungsengpässe sein kann – ob sie gar für die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse zweckdienlich ist, zeigen sich sowohl Möglichkeiten als auch Einschränkungen. An der Grundproblematik, dass insbesondere in ländlichen Räumen zu wenig Hebammen aktiv sind, um der hohen Nachfrage nachzukommen, kann auch ein digitales Tool nur bedingt etwas verändern.¹⁵ Regionale

15 Ein mögliches Szenario wäre, dass es durch positive Effekte, die unmittelbar auf eine digitale Unterstützung zurückzuführen sind, zu einer Attraktivitätssteigerung des Hebammenberufs und in der Folge zu einem Anstieg der Beschäftigten käme.

Versorgungsengpässe drücken sich in einer Unausgewogenheit von Angebot und Nachfrage aus. Die befragten Hebammen befanden sich in der Position, dass sie aufgrund der hohen Nachfrage in ihrem Umfeld wöchentlich mehrere Anfragen ablehnen. Sie können wählen, welche Anfragen sie annehmen und welche nicht, während seitens der Nachfrager:innen eine angespannte Situation herrscht. Wer sich früh meldet, hat gute Chancen auf freie Kapazitäten. Keinen Zugang zu Versorgungsleistung findet, wer „zu spät“ dran ist. Häufig sind es die sozial bessergestellten Familien, die sich aufgrund ihrer Kompetenzen (Informationsbeschaffung etc.) die freien Hebammenplätze sichern.

Solange Frauen in prekären Lagen nur schwer eine Hebamme finden, ist es erforderlich, dass es neben dem regulären Versorgungssystem der freiberuflichen Hebammen weitere Möglichkeiten gibt, um Frauen, Kinder und Familien zu versorgen, die es nicht geschafft haben, in dieses geordnete System einzutreten. Digitale Tools können hier eine zweite Schiene der möglichen Versorgung als Notlösung anbieten, indem sie Videoberatung ermöglichen, *„Also, wie eine Wochenbettzentrale, eine Videosprechstunde oder irgendwie so etwas“* (H3). Hier kann schnell und unkompliziert beraten werden, ohne dass Fahrtwege anfallen und verbindliche Betreuungsverhältnisse geschlossen werden. In solchen (Not-)Fällen lautete die Devise: Besser eine digitale als gar keine Betreuung.

Gleichzeitig und zusätzlich ist noch viel früher anzusetzen: Es bedarf frühzeitiger Information und Einbindung von Multiplikator:innen, etwa Beratungsstellen und Gynäkolog:innen, die vulnerable Gruppen explizit auf Versorgungsansprüche durch Hebammen hinweisen. Nachhaltig kann die regionale Versorgungssituation nur dann verbessert werden, wenn Angebot und Nachfrage sich annähern und es mehr aktive Hebammen gibt, die räumlich und bedarfsgerecht verteilt sind. Förderprogramme zur Hebammenversorgung in ländlichen Regionen, wie sie in den Landkreisen Göttingen und Northeim bereits laufen, sind Maßnahmen, die auf (drohende) Unterversorgung reagieren und ein gesundheitspolitisches Signal setzen.¹⁶

16 Die südniedersächsischen Landkreise Göttingen und Northeim gehören zu den ersten Regionen, die auf die kritische Situation der lokalen Hebammenversorgung mit dem Erlass einer Förderrichtlinie für Hebammen reagiert haben. Mit der Bezuschussung der Ansiedlung von Fachkräften in der Region, von Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen, der Wochenbettbetreuung sowie Fahrtgeldern sollen langfristige Perspektiven für die Tätigkeit im ländlichen Raum eröffnet werden (Landkreis Northeim, 2019; Landkreis Göttingen, 2020) – ein wichtiger Schritt, der im besten Fall

Die Geburtshilfe ist ein elementarer Bereich der Daseinsvorsorge und Hebammen sind hier eine tragende Säule. Sie leisten erstens einen Beitrag zum territorialen Ausgleich, da sie mit ihrer aufsuchenden Tätigkeit Versorgungsleistungen in die Fläche tragen. Auf die Bedarfe junger Familien einzugehen, die (noch) in ländlichen Regionen leben, ist für die weitere Entwicklung dieser Regionen von zentraler Bedeutung. Hebammen decken zweitens eine wichtige Funktion an der Schnittstelle von Gesundheitsversorgung und sozialer Arbeit ab, indem sie Frauen und Familien in intensiven Lebensphasen medizinische wie psychosoziale Unterstützung bieten. Sie stärken drittens und grundlegend das zukünftige, gesundheitliche Wohlergehen von Mutter und Kind im Besonderen und jungen Familien im Allgemeinen. Das zeigen Studien und die im HEDI-Projekt erhobene die Empirie.

Zugleich unterstreichen die Gespräche mit Hebammen: Um die Hebamentätigkeit als attraktiven Beruf zu erhalten, ist bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen und einer angemessenen Entlohnung von Hebammen anzusetzen (IGES Institut, 2019, S. 217). Als Basis braucht es eine systematische Datenerhebung über Anzahl, Tätigkeitsort und Aufgabenbereich aktiver Hebammen und innovative Konzepte wie die *HEDI-App*, die darauf ausgelegt sind, Abläufe zu vereinfachen und die Dienstleistungsqualität in Stadt und Land zu heben. Das Projekt HEDI steht beispielhaft dafür, wie Herausforderungen in der Daseinsvorsorge mit einer bedarfsorientierten Strategie, einer modernen (digitalen) Infrastruktur und innovativen Prozessen produktiv und zukunftsweisend begegnet werden kann. Voraussetzung für die (professionelle) Anwendung digitaler Hilfsmittel in der Daseinsvorsorge ist es, die Chancen, aber eben auch die Grenzen digitaler Hilfsmittel wahrzunehmen und zu berücksichtigen.

4. Literaturverzeichnis

- Bauer, N. H., & Schlömann, L. (2021). *Digitale Hebammenbetreuung im Kontext der Covid-19-Pandemie*. Ein Kooperationsprojekt zwischen der BARMER, dem Deutschen Hebammenverein e.V. und der Hochschule für Gesundheit Bochum. Bochum.
- Bauer, N. H., Villmar, A., Peters, M., & Schäfers, R. (2020). *HebAB.NRW: Forschungsprojekt „Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen“*. Abschlussbericht der Teilprojekte Mütterbefragung und Hebammenbefragung. Hochschule für Gesundheit Bochum. Bochum.

Versorgungsengpässen entgegenwirkt, vor allem aber ein wichtiges politisches Signal setzt.

- Bauer, N. H., Blum, K., Löffert, S., & Luksch, K. (2019). *Gutachten zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen*. Bochum/Düsseldorf.
- Bundesärztekammer. (2022). *Versorgung in dünn besiedelten Regionen. Teil 1: Problemstellung und Monitoring*. Deutsches Ärzteblatt. https://doi.org/10.3238/baek_sn_duenn_besiedelt_teil_2021
- Carls, K., Gehrken, H., Kuhlmann, M., Thamm, L., & Splett, B. (2021). Digitalisierung, Arbeit und Gesundheit: Arbeitsbelastungen im Wandel? In K.-P. Buss, M. Kuhlmann, M. Weißmann, H. Wolf, & B. Apitzsch (Hrsg.): *Digitalisierung und Arbeit: Triebkräfte – Arbeitsfolgen – Regulierung*. Campus, 235–272.
- Deutscher Hebammenverband. (2022). *Die Arbeit der Hebammen*. <https://www.hebammenverband.de/beruf-hebamme/was-machen-hebammen/>
- Deutscher Hebammenverband. (o. J.). *Landkarte der Kreißsaalschließungen*. <https://www.unsere-hebammen.de/aktionen/kreisssaalschliessungen/>
- Deutscher Hebammenverband. (2019). *Positionierung des DHV zu Hebammen-Apps und Vermittlungsplattformen*. https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_securedownloads&p=5479&u=0&g=0&t=1672356570&hash=2381edf46707a5512c96d6dc480be6c8c70c2bed&file=/fileadmin/user_upload/pdf/Stellungnahmen/20190328_Position_Digitalisierung_und_Hebammen-Apps_HA.pdf
- Flick, U. (2002). *Qualitative Sozialforschung: eine Einführung*. Rowohlt.
- GKV Spitzenverband. (2022). Befristete Vereinbarung über im Wege der Videobetreuung erbringbare Leistungen der Hebammenhilfe vom 12.09.2022. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/22-09-12_Unterschriftenversion_Ubergangsvereinbarung_Videobetreuung_Hebammen.pdf [Zugriff: 27.09.2023]
- Huter, K., Runde, R., & Rothgang, H. (2017). *Hebammen im Land Bremen: Ergebnisse des Gesundheitsberufe-Monitorings und der Befragung der freiberuflichen Hebammen im Land*. Abschlussbericht.
- IGES Institut. (2012). *Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe*. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit.
- Landkreis Göttingen. (2020). *Richtlinie Hebammenversorgung*. https://serviceportal.lan-dkreis-goettingen.de/dienstleistungen/-/egov-bis-detail/dokument/15708/download?_9_WAR_vpportlet_priv_r_p_action=bisview-dienstleistung-show
- Landkreis Northeim. (2019). *Richtlinie Hebammenversorgung*. <https://www.landkreis-northeim.de/downloads/datei/OTAwMDAyMDI4Oy07L3Vzci9sb2NhbC9odHRwZC92aHRkb2NzL2xrbm9tL2xrbm9tL2lZGllbi9kb2t1bWVudGUvcmljaHRsaW5pZV9oZWJhbWlbnZlcnNvcmdlbmcyMDE5MDkxMF8xNDEzMjc4NSwZGY%3D>
- Lübking, U. (2020). Sicherstellung der Gesundheitsversorgung auf dem Lande. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 74, 8–15.
- Niedersächsisches Landesgesundheitsamt. (2019). *Gesundheitsbericht: Hebammenversorgung in Niedersachsen*. Datenlage.
- Simmank, M. (2022): HEDI – Schwangerenversorgung digital unterstützt und koordiniert. Evaluationsbericht. Soziologisches Forschungsinstitut Göttingen (SOFI) eV. https://sofi.uni-goettingen.de/fileadmin/Maike_Simmank/HEDI_Evaluationsbericht_MSimmank_2022.pdf