

WENIG EINKOMMEN – KEINE HEBAMME

**Dagmar Hertle, Danny Wende und
Friederike zu Sayn-Wittgenstein-Hohenstein**

Viele Schwangere und Wöchnerinnen bekommen keine Hebamme. Wer ist besonders von dem Problem betroffen – und welche Faktoren spielen eine Rolle dafür, wer in den Genuss von Hebammenversorgung kommt und wer nicht? Eine Auswertung von Versichertendaten der Barmer.

Hintergrund

In Deutschland müssen werdende Mütter sich selbst um ihre Versorgung durch eine Hebamme kümmern. Aber eine Hebamme zu finden, ist oft schwierig. Obwohl es Vermittlungsdienste für Frauen gibt, die eine Hebamme suchen, bleiben viele Schwangere und Wöchnerinnen ohne Hebammenversorgung.

Welche Faktoren spielen beim Verteilungskampf um Hebammen die größte Rolle?

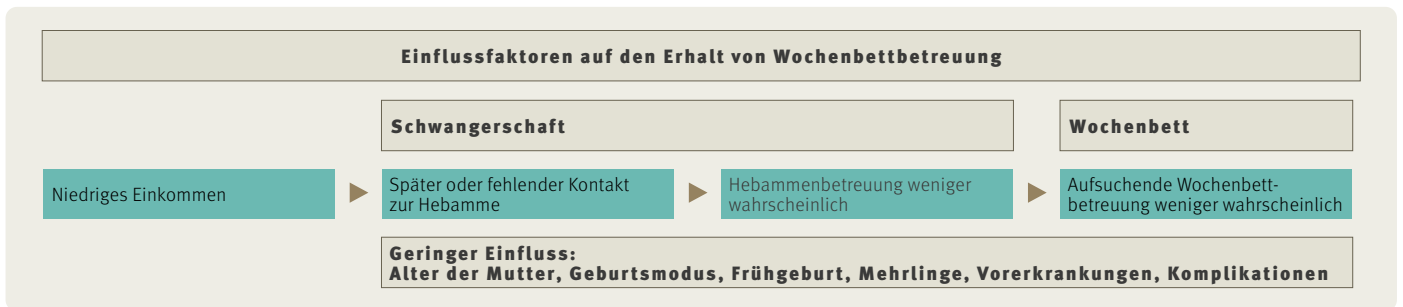
Welche Faktoren spielen beim Verteilungskampf um die Hebammen die größte Rolle? Der vorliegende Beitrag untersucht die Rolle sozioökonomischer Faktoren und besonderer Bedarfe wie Mehrlinge, Begleiterkrankungen oder Frühgeburten sowie den Einfluss der regio-

Merkmale Mütter	Familieneinkommen (EK)		
	Niedriges EK	Mittleres EK	Hohes EK
Alter der Mutter bei der Geburt (Jahre)	31,4	31,8	32,8
Anteil der Unter-25-Jährigen (%)	13,2	6,2	1,8
Arbeitslosenquote*	22,5	3,2	0,6
Durchschnittliches monatliches Nettoäquivalenzeinkommen in Euro	465	1.210	2.106
Ausbildungsjahre	10,9	12,6	14,1
Anteil von Studentinnen (%)	2,1	0,9	0,3
Merkmale Geburten			
Anzahl Geburten	56.577	104.276	66.235
Anteil Spontangeburt (%)	67,3	66,9	66,9
Anteil hebammengeleitete Geburt (%)	1,8	1,5	1,3
Anteil vaginal-operative Geburten (%)	2,2	2,7	3,2
Anteil Kaiserschnittgeburten (%)	30,5	30,5	29,8
Anteil Mehrlinge (%)	1,5	1,6	1,8
Anteil Frühgeburt** (%)	6,4	6,3	6,5
Erkrankungen in der Schwangerschaft			
Anteil Infektionen in der Schwangerschaft (%)	16,0	15,1	14,4
Anteil Gestationsdiabetes (%)	14,8	13,1	11,6
Anteil Hypertonie (%)	8,5	9,7	8,8
Anteil (Prä-)Eklampsie/HELLP-Syndrom (%)	1,3	1,7	1,8
Anteil Drogenkonsum (%)	0,8	0,6	0,5
Anteil Thrombosen (%)	0,1	0,1	0,1

* Bezug von Arbeitslosengeld 1 oder 2 im Kalenderjahr der Schwangerschaft

** Geburt vor der 37. Schwangerschaftswoche

Tabelle 1: Studienpopulation



nenalen Verfügbarkeit von Hebammen auf die Wochenbettversorgung. Außerdem wird der Zusammenhang zwischen einer Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft und einer späteren aufsuchenden Wochenbettbetreuung hergestellt. Analysiert wurden die Abrechnungsdaten zu ambulanten Hebammenleistungen bei Barmer-Versicherten.

Die Studie

Die Barmer ist mit etwa neun Millionen Versicherten (rund zwölf Prozent der Bevölkerung) eine der größten gesetzlichen Krankenkassen Deutschlands. Pro Jahr werden ungefähr 60.000 Kinder von bei der Barmer versicherten Frauen geboren. Ausgehend von 278.723 Geburten über die Jahre 2017–2020 konnten nach Ausschluss von Versicherten nach Totgeburt, mit unvollständiger Versichertenzeit oder fehlenden Angaben zum Einkommen 277.088 sogenannte Beobachtungsfälle in die Auswertung einfließen. Betrachtet wurden die über die Krankenkasse gemäß Hebammenvergütungsvereinbarung abgerechneten Hebammenleistungen freiberuflicher Hebammen in der Schwangerschaft und im Wochenbett.

Die Mütter wurden nach Einkommen in Gruppen eingeteilt, die nach der Definition des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) anhand des beitragspflichtigen Nettoäquivalenzeinkommens der Familie gebildet wurden (Familieneinkommen). Dabei wird das Nettoeinkommen aller Familienmitglieder durch die Familiengröße geteilt.¹ Darüber hinaus liegen aus den Abrechnungsdaten Informationen zu Alter, Erkrankungen der Mutter und zur Geburt vor (Mehrlinge, Frühgeburtlichkeit, Geburtsmodus, Geburtsort). Tabelle 1 zeigt die Studienpopulation.

Wie viele Hebammen es in Deutschland gibt, ist nicht genau bekannt. Die LEO-Vertragspartner Datenbank des Verbands der Ersatzkassen (vdek) enthält jedoch alle Hebammen, die an der Versorgung von Versicherten der Ersatzkassen teilnehmen. Damit lässt sich ein Bezug herstellen zwischen der Zahl der freiberuflichen Hebammen, die an der Versorgung teilnehmen, und der Zahl der Geburten in einer Region. Anhand der Versorgungsdichte kann analysiert werden, ob die Zahl der Geburten pro Hebamme in einer Region einen Einfluss auf den Betreuungsumfang hat.

Die Ergebnisse im Einzelnen

Welche Frauen hatten Hebammenbetreuung?

26 Prozent der Mütter leben nach der Definition des DIW in einer Situation mit niedrigem, 46 Prozent mit mittlerem und 29 Prozent mit hohem Familieneinkommen. Für die Hebammenversorgung in

der Schwangerschaft und im Wochenbett fanden sich große Unterschiede je nach sozioökonomischem Hintergrund: Sowohl in der Schwangerschaft als auch im Wochenbett hatten etwa ein Drittel der Frauen mit niedrigem Einkommen keine abgerechneten Hebammenleistungen. In der Schwangerschaft betraf dies 28 Prozent der Frauen mit niedrigem Einkommen gegenüber 7 Prozent mit hohem Einkommen. Die Analysen für das Wochenbett (aufsuchende Wochenbettbetreuung, Ziffern 1800 und 1810) zeigten bei 32 Prozent der Mütter mit niedrigem Einkommen keine abgerechneten Hebammenleistungen. Bei den Müttern mit hohem Einkommen galt das nur für 9,5 Prozent.

Als wichtigster Faktor für den Erhalt von Hebammenversorgung im Wochenbett erwies sich eine bereits in der Schwangerschaft vorhandene Hebammenbetreuung: 74,1 Prozent der Frauen ohne Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft hatten auch im Wochenbett keine Hebammenbetreuung. Entscheidend für das Zustandekommen einer Hebammenversorgung in der Schwangerschaft wiederum war ein möglichst frühzeitiger Kontakt zur Hebamme². Der Zeitpunkt des ersten Hebammenkontakts in der Schwangerschaft (erste Abrechnung einer Leistung) hing wiederum stark mit dem sozioökonomischen Status zusammen: Frauen mit hohem Einkommen gelang es besser, früh in der Schwangerschaft einen Kontakt zur Hebamme herzustellen.

Das Alter der Mütter, Vor- oder Begleiterkrankungen, Geburtsmodus, Frühgeburtlichkeit und Mehrlinge waren gegenüber der sozioökonomischen Lage nur von geringer Bedeutung.

Wie umfangreich war die Hebammenbetreuung im Wochenbett?

Untersucht wurde die Anzahl der Besuche nach der Geburt beziehungsweise nach der Entlassung aus dem Krankenhaus innerhalb der ersten zehn Tage und danach. Frauen mit mittlerem und hohem Einkommen erhielten im Durchschnitt (Median) sechs Hebammenbesuche innerhalb der ersten zehn Tage, bei Frauen mit niedrigem Einkommen waren es vier Besuche, bezogen auf alle Schwangeren (auch die ohne Hebammenbetreuung). Auch nach diesem Zeitpunkt war die Anzahl der Besuche einkommensabhängig. Frauen mit hohem Einkommen erhielten in der Restzeit noch durchschnittlich fünf Besuche, Frauen mit mittlerem Einkommen vier, bei den Frauen mit niedrigem Einkommen waren es durchschnittlich noch drei Besuche nach dem zehnten Tag.

Einflussfaktor Hebammendichte

Die Zahl der Geburten pro in der Region freiberuflich tätiger Hebamme hatte ebenfalls eine – wenn auch nicht so deutliche – Auswirkung auf den Versorgungsumfang. Durchschnittlich erhielten die

Wöchnerinnen in Landkreisen und kreisfreien Städten mit weniger als 37 Geburten pro freiberuflicher Hebamme pro Jahr einen Besuch mehr in den ersten zehn Tagen.

Der Zugang zur Hebammenversorgung ist für sozioökonomisch schwächere Frauen deutlich eingeschränkt

Fazit

Der Zugang zur Hebammenversorgung in der Schwangerschaft und im Wochenbett ist für sozioökonomisch schwächere Frauen deutlich eingeschränkt. Dies legen die Abrechnungsdaten der Barmer nahe.² Analysen anderer Kassen bestätigen diese Ergebnisse.⁵

Damit stehen die dargelegten Ergebnisse im Gegensatz zu Befragungen, bei denen über 90 Prozent der Mütter angaben, Wochenbettbesuche erhalten zu haben.^{3,4} Es ist daher anzunehmen, dass deutlich mehr finanziell besser gestellte Mütter an den Befragungen teilgenommen haben (Selektions- und Response-Bias).

Der Verteilungskampf um die Hebammen wird in der frühen Schwangerschaft entschieden; fehlender Kontakt zu einer Hebamme in der Schwangerschaft wird im Wochenbett nicht aufgeholt. Dies ist insofern problematisch, als im Gegensatz zur Schwangerschaft die Mütter im Wochenbett nicht auf andere Leistungserbringerinnen* ausweichen können.

Betreuungskontinuität, wie sie unter anderem vom Nationalen Gesundheitsziel »Gesundheit rund um die Geburt« gefordert wird,⁶ ist damit vor allem für sozial schwächere Frauen, die vermutlich am meisten von ihr profitieren würden, weniger gut gewährleistet.

In Regionen mit mehr Hebammen, bezogen auf die Geburtenzahl, werden tendenziell mehr Wochenbettbesuche durchgeführt. Es liegt deshalb nahe, dass die Auslastung der Hebammen ebenfalls eine Rolle spielt.

Hebammen sollten Konzepte entwickeln, wie mehr sozial schwächere Frauen in den Genuss von Hebammenbetreuung kommen könnten

Hebammen sollten Konzepte entwickeln, wie mehr sozial schwächere Frauen in den Genuss von Hebammenbetreuung kommen könnten – zum Beispiel, indem sie Möglichkeiten schaffen, gezielt auch Frauen in die Betreuung aufzunehmen, die sich erst spät in der Schwangerschaft melden.

Quellen

- 1 Goebel J, Gornig M, Häusermann H: Polarisierung der Einkommen: Die Mittelschicht verliert. DIW Wochenschrift 2010; 24: 3–8
- 2 Hertle D, Lange U, Wende D: Schwangerenversorgung und Zugang zur Hebamme nach sozialem Status: Eine Analyse mit Routinedaten der BARMER. Gesundheitswesen 2023; 85: 364–370
- 3 Bauer NH, Villmaer A, Peters M, Schäfers R: Forschungsprojekt »Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen«. Abschlussbericht der Teilprojekte Mütterbefragung und Hebammenbefragung. HebAB-NRW 2020
- 4 Sander M, Albrecht M, Temizdemir E: Hebammenstudie Sachsen: Studie zur Erfassung der Versorgungssituation mit Hebammenleistungen in Sachsen sowie zur Möglichkeit der kontinuierlichen landesweiten Erfassung von Daten über Hebammenleistungen. Studie für das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz 2019
- 5 AOK Rheinland/Hamburg: Gesunder Start ins Leben: Schwangerschaft – Geburt – erstes Lebensjahr. Analysen zur Versorgungssituation in Rheinland und in Hamburg 2018
- 6 Bundesministerium für Gesundheit: Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt. 2017

*Dr.in med. Dagmar Hertle, Internistin und Psychotherapeutin, Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) Wuppertal, ehrenamtlich engagiert im Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF);
Dr. rer. pol. Danny Wende, Ökonometriker am Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) Wuppertal;
Prof.in Dr.in Friederike zu Sayn-Wittgenstein-Hohenstein, Professorin für Pflege- und Hebammenwissenschaft an der Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Osnabrück, dagmar.hertle@barmer.de*
Hertle D, Wende D, zu Sayn-Wittgenstein-Hohenstein F: Wenig Einkommen – keine Hebamme. Hebammenforum 7/2023; 24: 32–35