

Versorgungskompass Geburtshilfe und Hebammenversorgung

Teil 2: Abgerechnete Leistungen freiberuflich tätiger Hebammen



Hintergrund

Im ersten Teil des **Versorgungskompass Geburtshilfe und Hebammenversorgung** [\[2\]](#) wurden Daten rund um die Geburt dargestellt und es wurden die angebotenen Hebammenleistungen regional, nach Deprivationsgrad, Bevölkerungsdichte und bezogen auf Schwangerschaft, Wochenbett und Geburtsbetreuung in interaktiven Grafiken aufbereitet (Hertle & Wende, 2023a, 2023b).

Im zweiten Teil geht es nun um die abgerechneten Leistungen. Diese erweitern das Bild von den Versorgungsangeboten um die Versorgungsleistungen, die tatsächlich in Anspruch genommen wurden, sofern sie von der Krankenkasse bezahlt wurden. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) sind aus Krankenkassendaten nicht ersichtlich, können aber punktuell über die

Befragung von Müttern erfasst werden. Eine Mütterbefragung von BARMER-Versicherten zu Leistungen in der Schwangerschaft hat 2023 stattgefunden (Schäfers et al., eingereicht), basierend auf einer vorausgegangenen Studie von 2015 (Schäfers & Kolip, 2015). Die Befragungen ergänzen den Blick auf die abgerechneten Leistungen.

Regelungen zur Leistungserbringung

Frauen haben gemäß § 24d SGB V rund um die Geburt einen Anspruch auf Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte sowie durch Hebammen. Während die Wochenbettbetreuung eine Vorbehaltstätigkeit der Hebammen ist, sind die Tätigkeitsbereiche von Ärztinnen und Ärzten und den Hebammen in der Schwangerschaft und in der Geburtsbegleitung nicht überschneidungs-



frei. Hebammen können gemäß Ausbildung und Berufsrecht Schwangerenvorsorge bei unauffälligem Schwangerschaftsverlauf ohne vorherige ärztliche Konsultation eigenständig und eigenverantwortlich durchführen und im Mutterpass entsprechend dokumentieren (BMG, 2019; NRW, 2017). Sie sind darüber hinaus zur eigenständigen Begleitung physiologischer Geburten befugt, wohingegen Ärztinnen und Ärzte bei jeder Geburt eine Hebamme hinzuziehen müssen. Das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ (BMG, 2017) fordert im Interesse der Schwangeren, der Mütter und ihrer Kinder dezidiert eine gute und reibungslose Zusammenarbeit der Berufsgruppen. Im Teilziel 1.7 wird die „Entwicklung von Kooperationsmodellen für die Zusammenarbeit zwischen Frauenärztinnen und Frauenärzten und den Hebammen unter Beachtung der berufsrechtlichen Bedingungen“ ausdrücklich angemahnt. Die Mutterschafts-Richtlinien regeln die Versorgung jedoch ausschließlich aus der Perspektive der Ärztinnen und Ärzte. Die weiteren an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen kommen in der Richtlinie nicht vor. In der Versorgungsrealität zeigt sich immer wieder, dass diese Aufhängung der Versorgung an einer rein ärztlichen Mutterschafts-Richtlinie, die nur regelt, was Ärztinnen und Ärzte tun sollen, zu dem Missverständnis führt, dass die Ärztinnen und Ärzte die Generalverantwortung für alles hätten, was rund um Schwangerschaft und Geburt geschieht. Dies verstärkt den ärztlichen Risikofokus, erschwert die Zusammenarbeit der Berufsgruppen erheblich und führt zu Konflikten, in die die Schwangeren und Mütter mit hineingezogen werden (Hertle et al., 2021). Zwar hat die Streichung des Delegationsvorbehalts in den Mutterschafts-Richtlinien (Hertle et al., 2023) zu einer Klarstellung geführt, jedoch bestehen die Ängste der

Ärztinnen und Ärzte vor Nachteilen durch eine Zusammenarbeit mit Hebammen fort. Die möglichen Nachteile, die sich aus dem ärztlichen Risikofokus und einer fehlenden Betreuungskontinuität bis zum Wochenbett bzw. zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes ergeben, auch für das Outcome, werden oft nicht wahrgenommen, obwohl sie in der internationalen Literatur beschrieben wurden (Sandall et al., 2010; Sandall et al., 2016). Hinzu kommt, dass die Berücksichtigung der Wahl- und Entscheidungsfreiheit der Frauen hinsichtlich der Behandlerinnen und Behandler und des Geburtsortes sowie die Bereitstellung entsprechender Informationen Teil des Patientenrechtegesetzes sind, das erfüllt werden muss.

Wie im ersten Teil des Versorgungskompasses Geburtshilfe und Hebammenversorgung dargelegt wurde, gibt es in Deutschland keine Planung der Versorgung durch Hebammen. Die Frauen müssen sich selbst darum kümmern, eine Hebamme zu finden, und Studien haben gezeigt, dass dies oft schwierig ist (Bauer et al., 2010; Bauer et al., 2019; Bauer et al., 2020). Neben der Analyse der Versorgungsangebote von Hebammen und deren regionaler Verteilung ist es also relevant, aus den Abrechnungsdaten zu ermitteln, wie sich die tatsächliche Inanspruchnahme der Versorgung durch die Frauen darstellt. Denn der Zugang zur Hebammenversorgung ist insbesondere für sozioökonomisch benachteiligte Frauen erschwert (Hertle et al., 2021; Hertle et al., 2023a; Hertle et al., 2023b).

Das Leistungsgeschehen wird aus der Perspektive der Versicherten dargestellt, mit dem Schwerpunkt auf den freiberuflichen Hebammenleistungen. Punktuell werden ärztliche Leistungen mit einbezogen.

Methodenbeschreibung – Datengrundlage

Datengrundlage sind die gegenüber der BARMER abgerechneten Leistungen durch freiberufliche Hebammen gemäß Hebammenhilfevertrag (GKV-SV, 2018) sowie die Abrechnung der Frauenärztinnen und -ärzte im Rahmen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM).

Die Auswertungen nehmen die Perspektive der Frauen mit Lebendgeburt ein und beziehen sich auf deren persönliche Merkmale Alter, Wohnort und sozioökonomischer Status. Der sozioökonomische Status beschreibt die normativ bewertete Stellung einer Person in der Gesellschaft und wird hier in fünf Kategorien von einem niedrigen bis zu einem hohen sozioökonomischen Status unterteilt. Die Kriterien für die Einteilung des sozioökonomischen Status und deren jeweilige Gewichtung sind in Anlehnung an die „Messung des sozioökonomischen Status in der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)“ des Robert Koch-Instituts erhoben worden (Lampert et al., 2013). Die genutzten Kriterien waren: der Beruf der Frau ein Jahr vor der Schwangerschaft, der höchste Bildungs- und Ausbildungsabschluss sowie das Nettoäquivalenzeinkommen bemessen am beitragspflichtigen Einkommen der Schwangeren und ihrer Familie (bestimmt durch die Familienversicherung, soweit vorhanden). Bei der Aus-

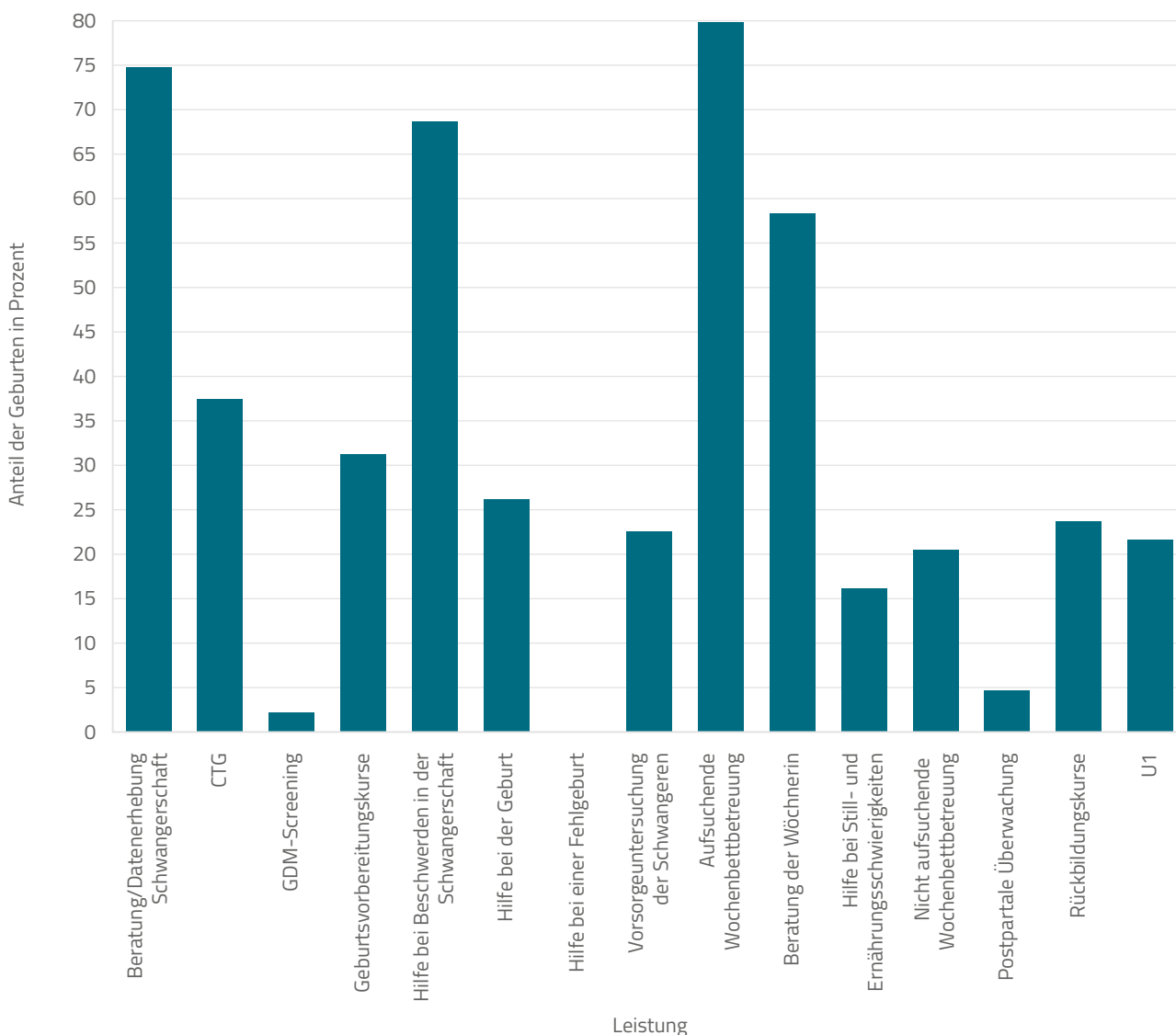
wertung der Schwangerenvorsorge durch Hebammen wurden nun – abweichend von vorausgegangenen Auswertungen – alle in Sammelrechnungen enthaltenen Tage mit erbrachten Vorsorgen einzeln ausgezählt.

Beispieldarstellungen

Abgerechnete Leistungen freiberuflich tätiger Hebammen

Hebammen sind die Expertinnen für die physiologische Schwangerschaft und Geburt. Sie können alle im Hebammenhilfe-Vertrag nach § 134a SGB V gelisteten Leistungen erbringen und über die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) abrechnen. Abbildung 1 zeigt die abgerechneten Leistungen freiberuflich tätiger Hebammen. Dargestellt ist der Anteil der Geburten, bei dem mindestens eine der aufgeführten Leistungen in der Schwangerschaft, während der Geburt oder in der Wochenbettzeit abgerechnet wurde. Durch entsprechende Filteroptionen im Online-Kompass können die Leistungen in der Schwangerschaft und während der Geburt sowie im Wochenbett getrennt angezeigt werden. Es ist auch eine auf die Bundesländer und die für einzelne Jahre (2018–2021) getrennte Darstellung möglich. Dabei ist zu beachten, dass die Leistungen *Hilfe bei Geburt und Fehlgeburt und postpartale Überwachung* nur einbezogen sind, sofern sie von freiberuflichen Hebammen erbracht und abgerechnet wurden.

Abbildung 1: Abgerechnete Leistungen freiberuflicher Hebammen in Schwangerschaft und Wochenbett im Jahr 2021 [↗](#)

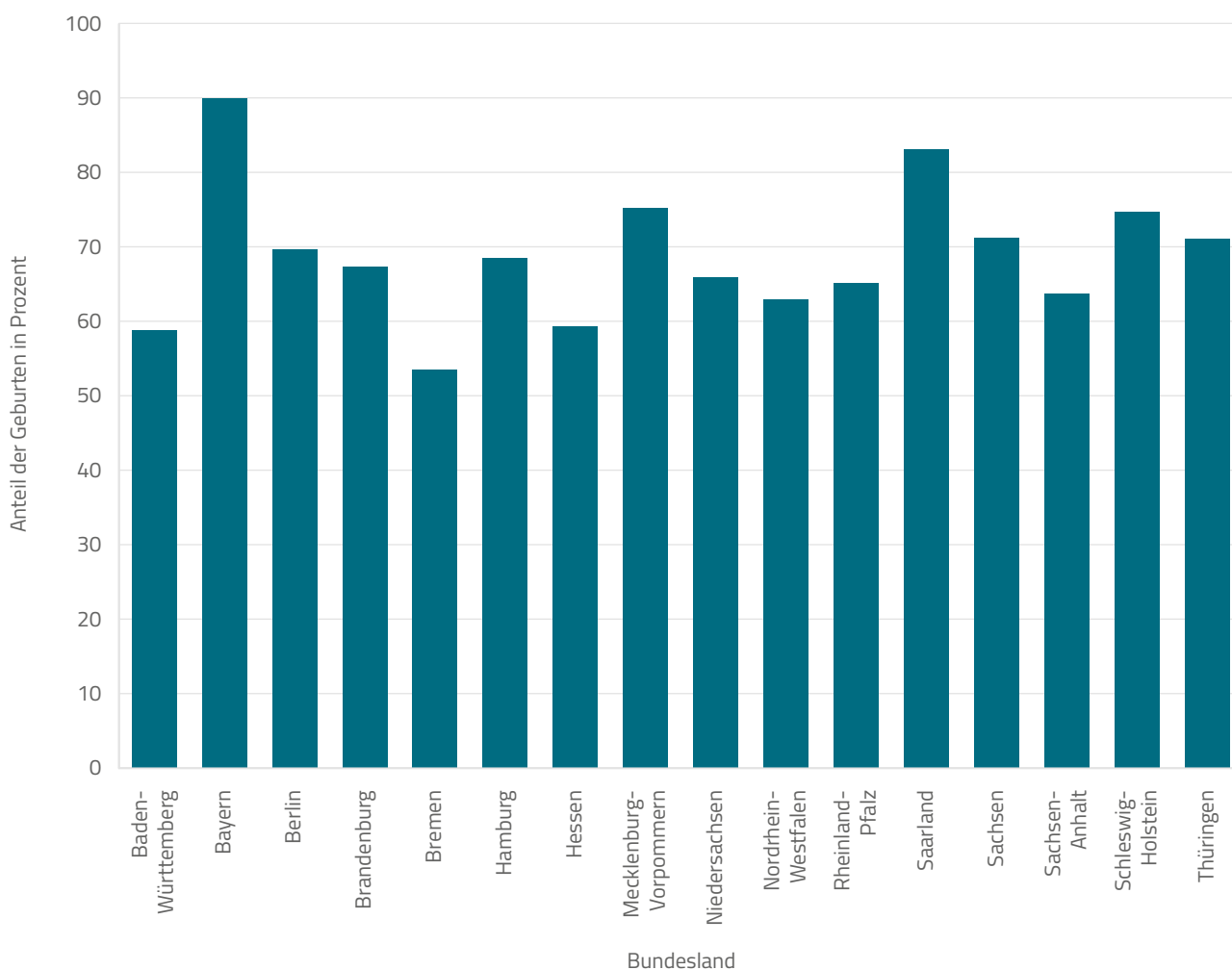


Anmerkung: CTG = Kardiotokografie; GDM-Screening = Screening auf Gestationsdiabetes mellitus (Schwangerschaftsdiabetes); U1 = Neugeborenen-Erstuntersuchung
 Quelle: BARMER-Daten 2018–2021

Abbildung 2 zeigt am Beispiel der Leistung *Hilfe bei Beschwerden in der Schwangerschaft* die Option, jede Leistung einzeln zu betrachten und sich getrennt nach

Bundesländern anzeigen zu lassen. Dargestellt wird der Anteil der Frauen, die jeweils mindestens eine der ausgewählten Leistungen erhalten haben.

Abbildung 2: Abgerechnete Leistungen freiberuflicher Hebammen nach Bundesländern im Jahr 2021: Hilfe bei Beschwerden in der Schwangerschaft [↗](#)



Quelle: BARMER-Daten 2018–2021

Digitale Hebammenleistungen

Seit Beginn der Coronapandemie dürfen freiberuflich tätige Hebammen in Deutschland erstmals Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse, Beratungen bei Beschwerden in der Schwangerschaft und Betreuung im Wochenbett und in der Stillzeit auch digital durchführen und gesondert abrechnen. Während in anderen Ländern bereits vor der Pandemie digitale Hebammenleistungen angeboten und die Erfahrungen damit beschrieben wurden (Lindberg et al., 2007; Lindberg et al., 2009; Pflugeisen & Mou, 2017), standen die Hebammen in Deutschland der digitalen Leistungserbringung eher skeptisch gegenüber. In einer Hebammenbefragung zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen im Jahre 2019 gaben noch 54 % der befragten Hebammen an, dass sie sich in keinem Fall vorstellen

könnten, Frauen auch per Telemedizin zu versorgen. Nur 9% konnten sich dieses Leistungsangebot auf alle Fälle vorstellen (Bauer & Luksch, 2021). Eine Befragungsstudie aus dem Jahr 2021 mit BARMER-versicherten Müttern ergab aber, dass digitale Angebote in der Pandemie von den Hebammen schnell bereitgestellt und von den Schwangeren und Müttern auch gut angenommen wurden (Bauer & Schlömann, 2021). Digital erbrachte Hebammenleistungen sind im Juni 2021 durch das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) zu einem dauerhaften Leistungsanspruch der Schwangeren und Mütter verstetigt worden (BMG, 2021) und werden deshalb in den Versorgungskompass aufgenommen (Abbildung 3). Die Angebote digitaler Leistungen mussten von den Hebammen erst aufgebaut werden, daher sind die Fall-

zahlen zu Beginn der Pandemie sehr gering. 2021 nehmen die Angebote deutlich zu, insbesondere Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse wurden in

größerem Umfang angeboten und in Anspruch genommen.

Abbildung 3: Digitale Hebammenleistungen nach Bundesländern im Jahr 2021: Geburtsvorbereitungskurse [↗](#)



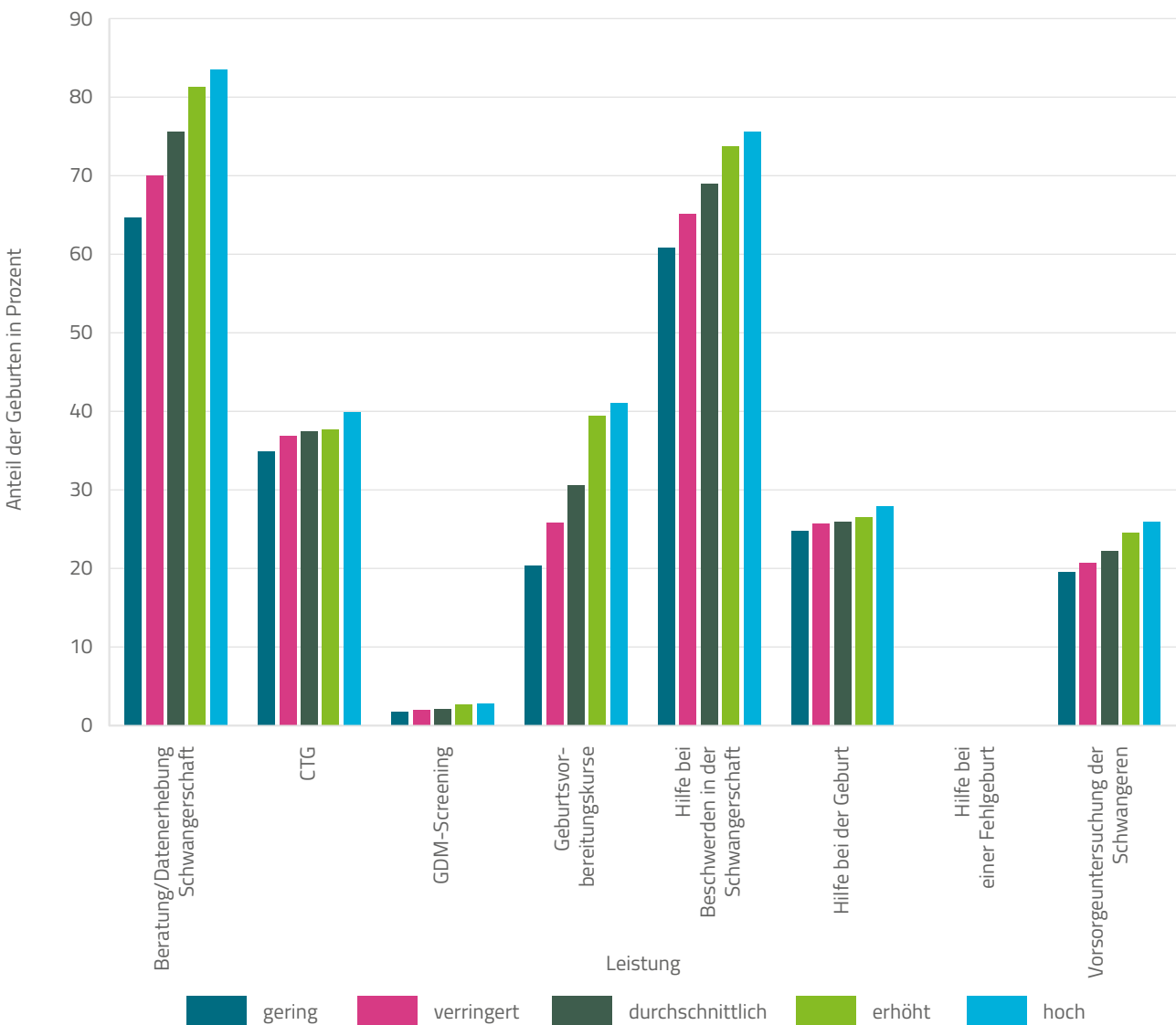
Quelle: BARMER-Daten 2018–2021

Betreuung in der Schwangerschaft und im Wochenbett nach sozioökonomischem Status

Vorausgegangene Routinedatenanalysen haben gezeigt, dass der Erhalt von Hebammenleistungen stark mit dem sozioökonomischen Status der Schwangeren und Mütter zusammenhängt. Dies betrifft primär die Frage, ob überhaupt ein Hebammenkontakt stattfindet, Unterschiede fanden sich dabei aber auch im Umfang der Leistungen (Hertle et al., accepted for publication; Hertle et al., 2021). Abbildung 4 zeigt die abgerechneten Leistungen gruppiert nach dem Zeitpunkt der Leis-

tungserbringung (Schwangerschaft/Geburt oder Wochenbett) und bezogen auf den sozioökonomischen Status der Versicherten. Hier beispielhaft dargestellt sind die Leistungen während der Schwangerschaft und der Geburt. Gezeigt wird der Anteil der Frauen, bei denen die jeweilige Leistung in der Schwangerschaft/Geburtsbegleitung mindestens einmal abgerechnet wurde. Eine Darstellung der Leistungen im Wochenbett nach sozioökonomischem Status kann im Online-Kompass durch eine entsprechende Änderung der Filtereinstellungen generiert werden.

Abbildung 4: Abgerechnete Leistungen freiberuflicher Hebammen während der Schwangerschaft/Geburt nach sozioökonomischem Status im Jahr 2021 [↗](#)



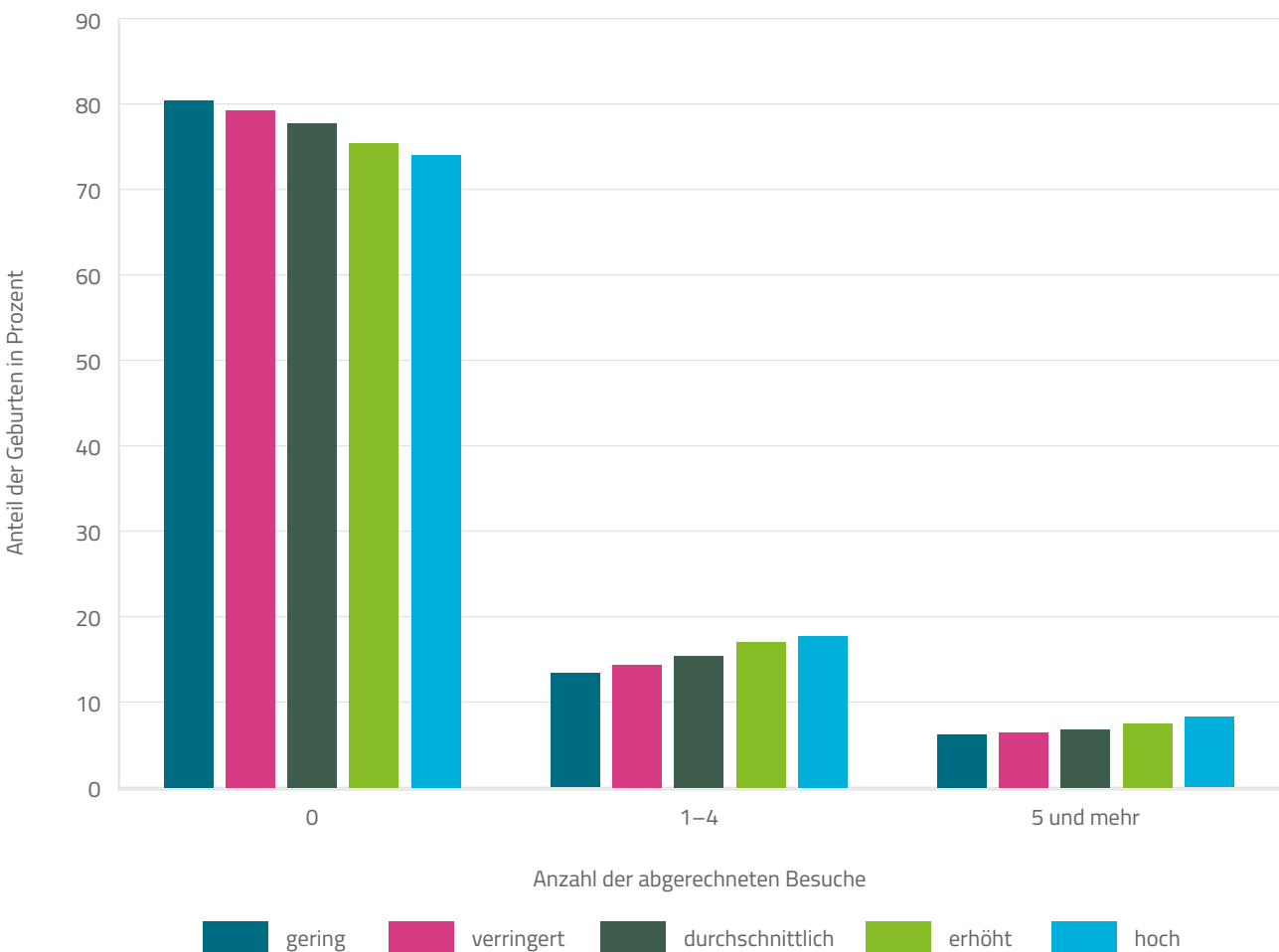
Anmerkung: CTG = Kardiotokografie; GDM-Screening = Screening auf Gestationsdiabetes mellitus (Schwangerschaftsdiabetes)
 Quelle: BARMER-Daten 2018–2021

Gemeinsame Schwangerenvorsorge durch Hebammen und Frauenärztinnen/Frauenärzte

Die Schwangerenvorsorge gemäß Mutterschafts-Richtlinien kann von Hebammen und Frauenärztinnen/Frauenärzten gleichermaßen erbracht werden. Auch eine zwischen den Berufsgruppen aufgeteilte interdisziplinäre Vorsorge, bei der die vorgesehenen Vorsorgetermine bei einer Frauenärztin und einer Hebamme im Wechsel stattfinden, ist möglich und wird von den Krankenkassen übernommen. Immer wieder angeführte Abrechnungsprobleme oder gar Regresse gibt es dabei nicht (Hertle, Wende et al., 2021). Die gemeinsame Vorsorge erfordert aber eine gute Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen, wie sie auch im Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ gefordert wird (Teilziel 1.7).

Betrachtet man in den Analysen die abgerechneten Vorsorgeleistungen etwas genauer, so zeigt sich, dass nur wenig Schwangerenvorsorge (Abrechnungsziffer 0300 gemäß Hebammenhilfvertrag) von den Hebammen durchgeführt wird. Abbildung 5 zeigt, dass bei drei Viertel aller Schwangerschaften gar keine Vorsorgeleistung durch eine Hebamme abgerechnet wurde. Er-sichtlich ist auch, dass mehr als vier Vorsorgeunter-suchungen bei einer Hebamme in unter 10% der Schwangerschaften vorkamen. Es ist demnach davon auszugehen, dass eine kooperative interdisziplinäre Schwangerenvorsorge, bei der sich Frauenärzte/Frau-enzistinnen und Hebammen abwechseln und wie sie im Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ gefordert und von vielen Frauen gewünscht wird, nur sehr selten stattfindet. Auch hier ist ein Zu-sammenhang mit dem sozioökonomischen Status feststellbar.

Abbildung 5: Abgerechnete Hebammenvorsorge nach Anzahl und sozioökonomischem Status im Jahr 2021 [↗](#)



Quelle: BARMER-Daten 2018–2021

Demgegenüber wurden bei 98% aller Schwangeren durchschnittlich 3,8 Vorsorgepauschalen bei einer Frauenärztin/einem Frauenarzt abgerechnet. In Ta-

belle 1 sind die ärztliche Vorsorge und die Hebammenvorsorge gegenübergestellt.

Tabelle 1: Gegenüberstellung von abgerechneter ärztlicher Vorsorgepauschale und Hebammenvorsorge nach sozioökonomischem Status

	sozioökonomischer Status				
	gering	verringert	durchschnittlich	erhöht	hoch
Vorsorge bei Frauenärztinnen/Frauenärzten (EBM Pauschale 01770) – Anteil Schwangerschaften mit Abrechnung in Prozent					
keine Vorsorge	1,24	0,99	0,89	0,60	0,70
1 oder 2 Quartale	6,58	5,53	5,93	3,82	3,37
3 oder 4 Quartale	92,18	93,48	94,3	95,57	95,93
Vorsorge bei Hebammen (Einzelabrechnung 0300*) – Anteil Schwangerschaften mit Abrechnung in Prozent					
keine Vorsorge	80,42	79,26	77,79	75,43	74,04
1–4 Vorsorgeleistungen	13,37	14,34	15,36	17,06	17,72
mehr als 4 Vorsorgeleistungen	6,21	6,21	6,85	7,51	8,25
Vorsorge bei Frauenärztinnen/Frauenärzten oder Hebammen – Anteil Schwangerschaften mit Abrechnung in Prozent					
keine Vorsorge	1,12	0,87	0,67	0,55	0,58
Vorsorge	98,88	99,15	99,33	99,45	99,42

*In der aktuellen Auswertung wurden – abweichend von vorausgegangenen Auswertungen – alle in Sammelrechnungen enthaltenen Tage mit erbrachten Vorsorgen einzeln ausgezählt.

Quelle: BARMER-Daten 2018–2021

Da die ärztliche Vorsorge über eine Quartalspauschale vergütet wird, sind die einzelnen Vorsorgeleistungen bei den Ärztinnen und Ärzten nicht in den Abrechnungsdaten sichtbar. Gezeigt wird daher für die ärztliche Versorgung der Anteil der Schwangerschaften, bei denen ein oder zwei bzw. drei oder vier Vorsorgepauschalen abgerechnet wurden (zu den ambulanten frauenärztlichen Leistungen gibt es aktuell keine Grafik im Versorgungskompass).

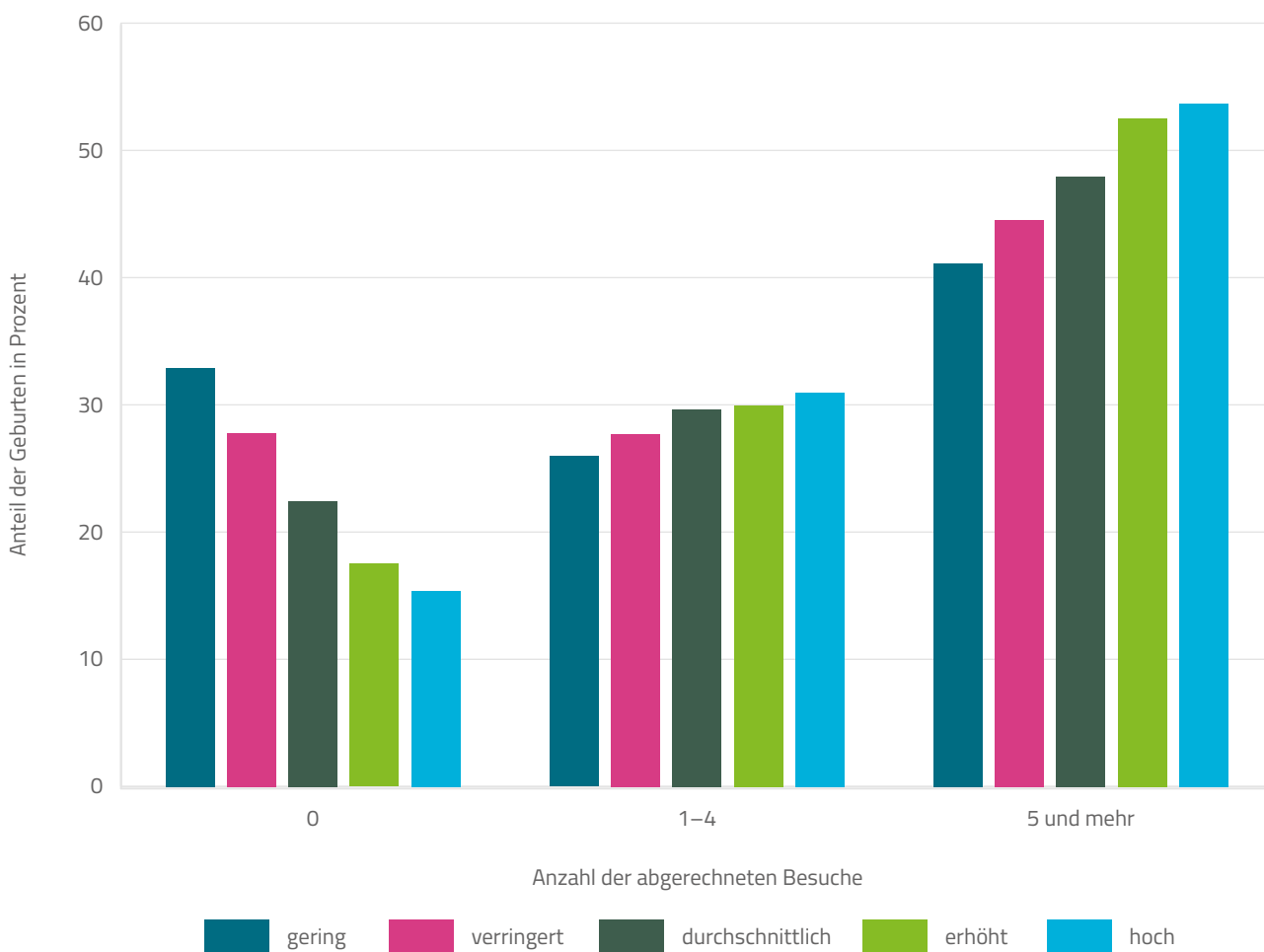
Aufsuchende Wochenbettbetreuung

Deutschland verfügt über eine im europäischen Vergleich einzigartige aufsuchende Wochenbettbetreuung über zwölf Wochen nach der Geburt und in Problemfällen darüber hinaus und bietet damit strukturell gute Versorgungsmöglichkeiten. Bisher gibt es jedoch nur wenige Studien auf der Basis von Routinedaten, die zeigen, welche Wöchnerinnen in welchem Umfang die aufsuchende Wochenbettbetreuung erhalten (Hertle et

al., accepted for publication). Die Inanspruchnahme von aufsuchender Wochenbettbetreuung wird in Abbildung 6 aufgeschlüsselt nach sozioökonomischem Status und Anzahl der durchgeführten Besuche innerhalb der ersten zehn Tage dargestellt. Stichtag ist die Geburt bei außerklinischer und ambulanter Geburt bzw. die Krankenhausentlassung bei stationärer Geburt. Die

Anzahl der Besuche innerhalb der ersten zehn Tage und ab dem elften Tag nach dem Stichtag sind im Online-Kompass getrennt abrufbar. Auch hier werden deutliche Unterschiede im Erhalt aufsuchender Wochenbettbetreuung je nach dem sozioökonomischen Status der Frauen sichtbar.

Abbildung 6: Aufsuchende Wochenbettbetreuung nach Anzahl und sozioökonomischem Status im Jahr 2021 [↗](#)



Quelle: BARMER-Daten 2018–2021

Diskussion

Limitationen der vorgestellten Analysen

Die vorgestellten Hebammenleistungen umfassen nur die abgerechneten Leistungen freiberuflich tätiger Hebammen nach dem Hebammenhilfevertrag. Leistungen, die Hebammen als angestellte Hebammen erbringen, gehen in den Abrechnungen der jeweiligen Arbeitgeber auf, z. B. in den diagnosebezogenen Fallgruppen (DRGs) der Krankenhäuser, und sind nicht getrennt in den Abrechnungsdaten der Krankenkassen sichtbar. Dies betrifft insbesondere die Geburtsbegleitung. Die im Online-Kompass aufgeführten Zahlen zeigen nicht die Geburtsbegleitung durch im Krankenhaus angestellte Hebammen, die in Deutschland die mit Abstand am häufigsten stattfindende Geburtsbegleitung darstellt.

Die Einteilung des sozioökonomischen Status ist mit folgenden Limitationen behaftet: Die Einkommensdimension der Familien und damit das Nettoäquivalenzeinkommen kann nicht vollständig erfasst werden, wenn Familienangehörige bei einer anderen Krankenkasse versichert sind oder keine Familienversicherung vorliegt. Diese Situation führt dann zu Verzerrungen, wenn das nicht beobachtbare Familienmitglied ein deutlich abweichendes Einkommen zur Mutter aufweist. Gleiches gilt, wenn keine formale, aber eine faktische einkommensbezogene Abhängigkeit vorliegt, z. B. bei unverheirateten Paaren. Unverheiratete Partnerinnen und Partner und nicht eingetragene Lebenspartnerschaften konnten nicht identifiziert und damit auch nicht berücksichtigt werden. In den genannten Konstellationen war ausschließlich das Einkommen der Schwangeren ausschlaggebend. Es wurde darauf verzichtet, eine regionale Kaufkraftbereinigung durchzuführen, sodass regionale Unterschiede in Aspekten wie Lohnniveau oder Miete ebenfalls nicht berücksichtigt wurden. Ferner konnten nur die beitragspflichtigen Einkommen betrachtet werden. Damit blieben die Eigentumsverhältnisse unberücksichtigt. Der höchste Bildungsabschluss wurde den Meldungen der Datenerfassungs- und Übermittlungsverordnung (DEÜV) der Arbeitgeber entnommen. Gab es keine solche Meldung und war der Bildungsabschluss auch nicht aus anderen

Quellen, z. B. einem aufgenommenen Studium, ersichtlich, wurde ein mittleres Bildungsniveau angenommen.

Die Auswertungen zur Schwangerenvorsorge durch Frauenärztinnen/Frauenärzte und Hebammen lassen keine Rückschlüsse auf die konkrete Zusammenarbeit der Berufsgruppen zu. Es wird lediglich die – willkürlich gesetzte – Annahme getroffen, dass im Falle einer gemeinsamen interdisziplinären Vorsorge mindestens fünf Vorsorgen bei einer Hebamme stattgefunden haben müssen, zusätzlich zu mindestens drei abgerechneten Vorsorgepauschalen (EBM 01770) bei einer Frauenärztin pro Schwangerschaft. Letzteres ist bei nahezu allen Frauen der Fall, wohingegen mehr als vier Vorsorgen bei einer Hebamme nur bei unter 2% aller Schwangeren abgerechnet wurden. Ob in diesen Fällen tatsächlich eine engere Zusammenarbeit zwischen Hebamme und Frauenarzt/Frauenärztin stattfand und wie diese konkret ausgestaltet war, ist aus den Daten nicht ersichtlich. Strukturelle Vorgaben für eine gemeinsame Vorsorge gibt es bisher nicht (AKF, 2022a, 2022b).

Literaturverzeichnis

AKF (2022a). Gynäkolog*in und Hebamme: Schwangerenvorsorge Hand in Hand. Informationsfaltblatt. Verfügbar unter: https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/wp-content/uploads/2022/11/Faltblatt_AKF_Schwangerenvorsorge_RZ.pdf [Zugriff am 04.03.2024].

AKF (2022b). Schwangerenzentrierte Lösungsansätze für eine gute Kooperation der beteiligten Berufsgruppen. Tagungsdokumentation. Verfügbar unter: <https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/2022/02/04/fachtag-gesundheitsziel-rund-um-die-geburt-wie-gelingt-die-umsetzung/> [Zugriff am 04.03.2024].

Bauer, N., Pohlabein, H. & Sayn-Wittgenstein, F. (2010). Hebammenkreißaal: weniger Interventionen, gute Ergebnisse. Hebammenforum, (10), 838–840.

Bauer, N. H., Villmaer, 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. Verfügbar unter: <https://www.hs-gesundheit.de/aktuelles/details/hebab> [Zugriff am 04.03.2024].

Bauer, N., Blum, K., Löffert, S. & Luksch, K. (2019). Gutachten zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen. Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) und der Hochschule für Gesundheit (Hsg.) Bochum, StB Hebammenwissenschaft Für das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI). Verfügbar unter: https://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Forschung/gutachten_-_hebammen_in_hessen_-_ergebnisbericht.pdf [Zugriff am 20.03.2024].

Bauer, N. H. & Luksch, K. (2021). Versorgung durch Hebammen in der reproduktiven Lebensphase von Frauen in Deutschland. *Public Health Forum*, 29(2), 74–77. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2021-0037>

Bauer, N. H. & Schlömann, L. (2021). Digitale Hebammenbetreuung im Kontext der Covid-19-Pandemie. Ein Kooperationsprojekt zwischen der BARMER, dem Deutschen Hebammenverband e.V. und der Hochschule für Gesundheit Bochum. Abschlussbericht vom 31.08.2021. Verfügbar unter: <https://www.bifg.de/media/dl/News/Abschlussbericht%20Digiheb.pdf> [Zugriff am 04.03.2024].

BMG (2017). Nationales Gesundheitsziel. Gesundheit rund um die Geburt (BMG, Hrsg.). Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/nationales-gesundheitsziel-gesundheit-rund-um-die-geburt.html> [Zugriff am 04.03.2024].

BMG (2019). Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Hebammenreformgesetz. HebRefG. Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 42. Verfügbar unter: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//%*5B@attr_id=%27bgbl119s1759.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl119s1759.pdf%27%5D__1637226974920 [Zugriff am 04.03.2024].

BMG (2021). Digitale Versorgung und Pflege Modernisierungsgesetz. DVPMG. Bundesgesetzblatt, 2021 Teil I Nr. 28. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/D/DVPMG_BT_bf.pdf [Zugriff am 04.03.2024].

GKV-SV (2018). Vertrag nach § 134a Abs. 1 SGB V. Hebammenhilfevertrag (GKV-Spitzenverband [GKV-SV], Hrsg.).

Hertle, D., Lange, U. & Wende, D. (2021). Schwangerenversorgung und Zugang zur Hebamme nach sozialem Status: Eine Analyse mit Routinedaten der BARMER. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes [Germany]) [Healthcare in Pregnancy and Access to Midwives according to Socio-Economic Situation: An Analysis with Routine Data from BARMER Health Insurance]*. <https://doi.org/10.1055/a-1690-7079>

Hertle, D., Sayn-Wittgenstein-Hohenstein, F. zu & Wende, D. (accepted for publication). Aufsuchende Wochenbettbetreuung: Die sozioökonomische Lage hat einen starken Einfluss auf den Betreuungsumfang. Eine Analyse mit Routinedaten der BARMER.

Hertle, D. & Wende, D. (2023a). Hebammen-Versorgung in Deutschland: Der Hebammenkompass stellt Daten in Form von interaktiven Grafiken bereit. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft*, 2023(2), 20–25. Verfügbar unter: https://www.dghwi.de/wp-content/uploads/2022/12/ZHWi_Ausgabe12_2023a.pdf [Zugriff am 04.03.2024].

Hertle, D. & Wende, D. (2023b). Versorgungskompass: Geburtshilfe und Hebammenversorgung. Teil 1: Daten rund um die Geburt und Versorgungsangebote durch Hebammen (Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung, Hrsg.).

Hertle, D., Wende, D. & Sayn-Wittgenstein, F. zu (2023a). Aufsuchende Wochenbettbetreuung: Die sozioökonomische Lage hat einen starken Einfluss auf den Betreuungsumfang Eine Analyse mit Routinedaten der BARMER. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes [Germany])*, 7, 213. <https://doi.org/10.1055/a-2144-5180>

Hertle, D., Wende, D. & Sayn-Wittgenstein-Hohenstein, F. zu (2023b). Wenig Einkommen – keine Hebamme. Verfügbar unter: https://www.bifg.de/media/dl/Journals/HF_2023_07_Hebarbeit_digital_DHertle.pdf [Zugriff am 04.03.2024].

Hertle, D., Wende, D. & Schmitt, N. (2021). Schwangerschaftsvorsorge im Spannungsfeld der Berufsgruppen. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 75(2), 60–63. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2021-2-60>

Hertle, D., Wende, D. & Schmitt, N. (2023). G-BA stellt klar: Interdisziplinäre Schwangerenvorsorge auf Augenhöhe ist möglich. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 77(3), 51–53. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2023-3-51>

Lampert, T., Kroll, L. E., Müters, S. & Stolzenberg, H. (2013). Messung des sozioökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz [Measurement of the socioeconomic status within the German Health Update 2009 (GEDA)]*, 56(1), 131–143. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1583-3>

Lindberg, I., Christensson, K. & Ohrling, K. (2009). Parents' experiences of using videoconferencing as a support in early discharge after childbirth. *Midwifery*, 25(4), 357–365. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.06.002>

Lindberg, I., Ohrling, K. & Christensson, K. (2007). Midwives' experience of using videoconferencing to support parents who were discharged early after childbirth. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 13(4), 202–205. <https://doi.org/10.1258/135763307780908102>

NRW (2017). Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger. HebBO NRW. Gesetz- und Verordnungsblatt (GV. NRW.) (22), 595–636.

Pflugeisen, B. M. & Mou, J. (2017). Patient Satisfaction with Virtual Obstetric Care. *Maternal and Child Health Journal*, 21(7), 1544–1551. <https://doi.org/10.1007/s10995-017-2284-1>

Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., Hatem, M. & Gates, S. (2010). Improving quality and safety in maternity care: the contribution of midwife-led care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(3), 255–261. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2010.02.002>

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>

Schäfers, R., Wende, D. & Hertle, D. (eingereicht). Ultraschall- und CTG-Kontrollen in der Schwangerschaft: Vorgaben in den Mutterschafts-Richtlinien und Versorgungswirklichkeit.

Schäfers, R. & Kolip, P. (2015). Zusatzangebote in der Schwangerschaft: Sichere Rundumversorgung oder Geschäft mit der Unsicherheit? (Bertelsmann-Stiftung, Hrsg.) (Gesundheitsmonitor 3). *Gesundheitsmonitor*. Verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/17_Gesundheitsmonitor/Newsletter_Ueberversorgung_in_der_Schwangerschaft_20150727.pdf [Zugriff am 04.03.2024].

Impressum

Herausgeber

BARMER Institut für
Gesundheitssystemforschung (bifg)
10837 Berlin

Ansprechpartnerin zum Paper

Dr. Dagmar Hertle
info@bifg.de

Autorinnen und Autoren

Dagmar Hertle
Danny Wende

Design und Realisation

zweiband.media GmbH, Berlin

Veröffentlichungstermin

März 2024

DOI

10.30433/ePGSF.2024.004

Copyright



Lizenziert unter CC-BY-NC 4.0