

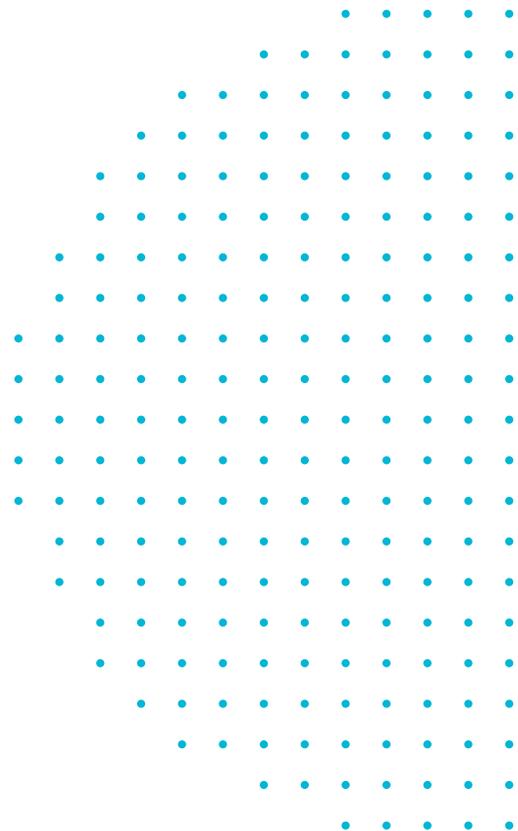
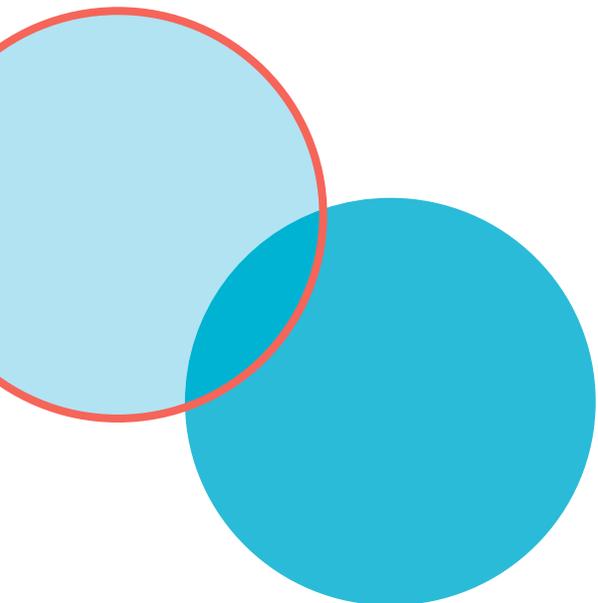


Institut für
Hebammenwissenschaft

„Zurück zu dem, was wirklich zählt“

Wiedereinstieg von Hebammen
in die klinische Geburtshilfe
des Bürgerhospital Frankfurt a. Main
Evaluationsbericht des Projektes

Angela Rocholl, Nicola H. Bauer & Andrea Villmar



UNIVERSITÄT
ZU KÖLN

MEDIZINISCHE
FAKULTÄT

Impressum

Projektverantwortliche

Univ.-Prof.in Dr. Nicola H. Bauer

Telefon 0221/478-42515; E-Mail: nicola.bauer1@uk-koeln.de

Projektdurchführung

M.A. Angela Rocholl

Telefon 0221/478- 39508; E-Mail: angela.rocholl@uk-koeln.de

www.hebammenwissenschaft.uni-koeln.de

Empfohlene Zitation:

Rocholl, A.; Villmar, A & Bauer N.H. (2024). „Zurück zu dem, was wirklich zählt“. Wiedereinstieg von Hebammen in die klinische Geburtshilfe des Bürgerhospitals Frankfurt. Evaluationsbericht des Projektes. Institut für Hebammenwissenschaft, Medizinische Fakultät, Universität zu Köln und der Universitätsklinik Köln.

Im Auftrag von:



Gefördert durch:



In Kooperation mit:



Köln, den 28. Mai 2024

Abstract

Einleitung/Hintergrund

Die Arbeitsbedingungen und eine erschwerte Vereinbarkeit von Familie und Beruf haben zum Ausstieg vieler Hebammen aus der klinischen Geburtshilfe geführt. Auf Basis von Studienergebnissen und dem „Runden Tisch Geburtshilfe“ in Hessen wurde ein Wiedereinstiegsprogramm für Hebammen in die klinische Geburtshilfe im Rahmen dreier Projektdurchgänge von je 8 bis 15 Teilnehmerinnen im Bürgerhospital Frankfurt am Main realisiert. Das 12-wöchige Wiedereinstiegsprogramm enthält theoretische und praktische Inhalte. Das Institut für Hebammenwissenschaft an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln wurde beauftragt, zwischen dem 01.08.2023 und dem 31.05.2024 die ersten zwei Durchgänge zu evaluieren.

Methode

Es wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Durchgeführt wurden Online Einzelinterviews jeweils drei Monate nach Beendigung des Projektes und zwei Gruppendiskussionen vor Ort in Frankfurt unter Beteiligung von Teilnehmerinnen und Mitarbeiterinnen. An den Interviews nahmen 10 von 12 möglichen Teilnehmerinnen des Projektes teil. An den Gruppendiskussionen nahmen sechs Teilnehmerinnen teil und sieben Mitarbeiterinnen.

Ergebnisse

Aus dem Datenmaterial ergaben sich nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse neun Hauptkategorien:

1. Berufliche Vorgeschichte der Teilnehmerinnen
2. Hintergrund zur Teilnahme am Wiedereinstiegsprojekt
3. Rahmenbedingungen der Maßnahme aus Sicht der Teilnehmerinnen
4. Bewertung des Mentorings im Rahmen des Projektes (Mitarbeiterinnen/Teilnehmerinnen)
5. Bewertung des Projektes aus Sicht der Teilnehmerinnen
6. Bewertung des Projektes aus Sicht der Mitarbeiterinnen des Bürgerhospitals
7. Bedeutung des Bürgerhospitals im Kontext des Projektes (Mitarbeiterinnen/Teilnehmerinnen)
8. Aspekte zum Verbleib in der klinischen Geburtshilfe
9. Arbeitssituation nach Ende des Projektes.

Schlussfolgerung

Die hohe Zahl, der nach Beendigung der Maßnahme im klinischen Setting Verbliebenen, ist als Erfolg des Projektes zu betrachten. Auf Basis der Daten bestätigen sich die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Ausstieg und zur Motivation zum Wiedereinstieg in die klinische Tätigkeit von Hebammen. Der Einbezug des individuellen Wissenstandes und eventuell belastender Faktoren aus früheren Tätigkeiten sind wichtig und sollten auch im Verlauf des Projektes im Fokus stehen. Wertschätzung und die Schaffung von Angeboten für die involvierten Mitarbeiterinnen sind notwendig. Bundesweite Nachfolgeprojekte könnten wissenschaftliche Erkenntnisse bezüglich des Bedarfs und der Effizienz bieten. Das Bürgerhospital erfüllt gute Voraussetzungen für eine weiterführende Realisation.

Keywords: Wiedereinstieg, klinische Geburtshilfe, Hebammen, Mentoring

Danksagung

Unser Dank gilt den Teilnehmerinnen des Projektes „Wiedereinstieg in die klinische Geburtshilfe“ für ihre Bereitschaft, sich für die Befragungen im Rahmen der Evaluation zur Verfügung zu stellen. Unser Dank gebührt auch den Mitarbeiterinnen des Bürgerhospitals für die Teilnahme an der Gruppendiskussion.

Ebenfalls danken möchten wir dem Projektteam und der Geschäftsführung des Bürgerhospitals für die konstruktive Zusammenarbeit über die gesamte Laufzeit des Projektes.

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Übersicht Theoretischer Anteil Schulungsprogramm	14
Tab. 2: Theoretischer Anteil Schulungsprogramm - Inhalte	15
Tab. 3: Praktischer Anteil Schulungsprogramm - Einsatzorte und Einsatzdauer	16
Tab. 4: Zeitplan Evaluation Wiedereinstiegsprogramm	22
Tab. 5: Sample Mitarbeiterinnen Bürgerhospital	24
Tab. 6: Demografische Daten Teilnehmerinnen Wiedereinstiegsmaßnahme	32
Tab. 7: Aufteilung VZÄ Teilnehmerinnen	41
Tab. 8: Beruflicher Verbleib Teilnehmerinnen	50

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Mögliche Fragestellungen der Evaluation	19
Abb. 2: Kategoriensystem	31

Abkürzungsverzeichnis

CTG	Cardiotokographie
DHV	Deutscher Hebammenverband e.V.
HMSI	Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
IfH	Institut für Hebammenwissenschaft
KRS	Kreißsaal
TVÖD	Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst
VZÄ	Vollzeitäquivalent

Inhalt

1	Einleitung	11
2	Das Projekt „Wiedereinstieg von Hebammen“	13
2.1	Projektteam	13
2.2	Theoretischer Anteil	14
2.3	Praktischer Anteil	16
2.4	Mentoring	16
2.5	Rahmenbedingungen	17
3	Methodisches Vorgehen	19
3.1	Ziel der Evaluation	19
3.2	Forschungsdesign	20
3.3	Zeitplan	22
3.4	Projekttreffen	23
3.5	Feldzugang	23
3.6	Sample	24
3.7	Datenerhebung	24
3.7.1	Online-Interviews Teilnehmerinnen 1. Durchgang	25
3.7.2	Gruppendiskussion Mitarbeiterinnen und Teilnehmerinnen	26
3.7.3	Online-Interviews Teilnehmerinnen 2. Durchgang	27
3.8	Datenanalyse	28
4	Ergebnisse	30
4.1	Berufliche Vorgeschichte der Teilnehmerinnen	32
4.2	Hintergrund zur Teilnahme am Wiedereinstiegsprojekt	33
4.3	Rahmenbedingungen des Projektes aus Sicht der Teilnehmerinnen	34
4.4	Bewertung des Mentorings im Rahmen des Projektes	35
4.5	Bewertung des Projektes aus Sicht der Teilnehmerinnen	39

4.6	Bewertung des Projektes aus Sicht der Mitarbeiterinnen des Bürgerhospitals	42
4.7	Bedeutung des Bürgerhospitals im Kontext des Projektes	46
4.8	Aspekte zum Verbleib in der klinischen Geburtshilfe	48
4.9	Arbeitssituation nach Ende des Projektes	50
5	Diskussion	54
6	Stärken und Schwächen der Evaluation	59
7	Fazit	60
8	Literatur	62

Gendernote

Um eine geschlechtergerechte und inklusive Sprache zu fördern, wird in dieser Arbeit ein Gender* verwendet, wenn alle unterschiedlichen Geschlechter gemeint sind. Dieser Ansatz ermöglicht die bewusste Einbeziehung aller Geschlechter und trägt dazu bei, Geschlechterstereotypen zu vermeiden sowie die Vielfalt und Individualität der angesprochenen Personen angemessen zu repräsentieren. Da sich die in die Evaluation persönlich einbezogenen Personen weiblich zugeordnet haben, wird bei ihrer Nennung die weibliche Form benutzt.

1 Einleitung

Das vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) 2018 in Auftrag gegebene Gutachten zur Hebammenversorgung in Hessen macht deutlich, dass zum Zeitpunkt der Datenerhebung 38% der in der direkten Versorgung in Hessen tätigen Hebammen mit dem Gedanken spielen, den Beruf als Hebamme aufzugeben. Dies betrifft auch die Hebammen im klinischen Setting, die sich durch Schichtdienst, Rufbereitschaften und Mehrarbeit belastet fühlen (Bauer et al. 2020a). Mehrere weitere auf Bundes- und Länderebene durchgeführten Erhebungen bestätigen die belastenden Faktoren im klinischen Alltag (Loos et al. 2023; Bauer et al. 2020c; Albrecht et al. 2019). Auch internationale Studien zeigen, dass sich die belastenden Faktoren auf die allgemeine Arbeitszufriedenheit auswirken können und nicht selten den Ausstieg aus dem Arbeitsfeld Kreißsaal bedingen (Peter et al. 2021; Bloxsome et al. 2019; Bedwell et al. 2015).

Der Ausstieg aus der klinischen Hebammentätigkeit spiegelt sich auch bei den offenen Stellenangeboten wider. Beim hessischen Gutachten ergaben sich im Mittel 1,9 beständig offene Stellen pro Klinik. Eine mögliche Selbstregulation der angespannten Personalsituation im klinischen Bereich durch den prognostizierten Geburtenrückgang bis zum Jahr 2030 kann als hypothetische Berechnung gesehen werden (Bauer et al. 2020a). Neben dem Ausbau an Ausbildungskapazitäten (Studienplätzen) und einer Optimierung der Steuerung der Kapazitäten im Bereich der Geburtshilfe wurde in den Handlungsempfehlungen des Forschungsprojektes auch der Aufbau von Wiedereinstiegsprogrammen als eine Möglichkeit zur Personalgewinnung durch Rückgewinnung von bereits examinierten Hebammen genannt (Bauer et al. 2020b). Eine vom Deutschen Hebammenverband (DHV) (2022) durchgeführte Erhebung ergab, dass 77% der befragten Hebammen auf Basis geänderter Arbeitsbedingungen, wie einer Eins-zu-Eins-Betreuung, weniger fachfremder Tätigkeiten und einer hebammengeleiteten Geburtshilfe, bereit wären, in den Kreißsaal zurückzukehren.

Im Bereich der Pflege gibt es bundesweit bereits mehrere Initiativen, Mitarbeiter*innen durch mehrwöchige Kurse mit theoretischen und praktischen Inhalten

und mit Hilfe von Anreizen bezüglich Entgelt, Arbeitszeiten und Einsatzorten wieder in den klinischen Kontext zu integrieren (Helios Gesundheit 2024; Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden - Württemberg 2023).

Für den geburtshilflichen klinischen Bereich bot die Fortbildungslandschaft bis zum Projekt „Wiedereinstieg für Hebammen im Bürgerhospital“ nur Projekte, die auf zumeist theoretischer Grundlage basierten (Herztöne 2024) oder Kursangebote, die zwar auch kurze Praxisanteile enthalten, jedoch mit einem finanziellen Aufwand für die Teilnehmenden verbunden sind (Diakonissen Speyer 2023). Im Rahmen der Initiative „Runder Tisch Geburts- und Hebammenhilfe“ in Hessen, bestehend aus Vertreter*innen des DHV, der klinischen Geburtshilfe, Vertreter*innen aus Studium und Lehre, Eltern, Frauen-, Kinder- und Jugendärzt*innen, Krankenkassen und kommunalen Spitzenverbänden wurde ein Konzept zum Wiedereinstieg von Hebammen in die klinische Geburtshilfe erarbeitet und 2022 im Rahmen des Runden Tisches „Zukunftsprogramm Geburts- und Hebammenhilfe Hessen“ vorgestellt (Richardt et al. 2022).

2 Das Projekt „Wiedereinstieg von Hebammen“

Ziel des Projektes ist es, ausgebildete Hebammen, die aus der klinischen Geburtshilfe ausgeschieden sind, wieder dauerhaft für den klinischen Kontext zurückzugewinnen. Dies soll mit einer Fortbildungsmaßnahme mit theoretischen und praktischen Inhalten, die auf die Rückkehr in den klinischen geburtshilflichen Kontext abgestimmt sind, erlangt werden. Dadurch soll die geburtshilfliche Versorgung auf Basis der personellen Besetzung in den Kreißsälen in Hessen langfristig verbessert werden (HMSI 2022). Das Projekt wurde am Bürgerhospital in Frankfurt am Main (Perinatalzentrum Level 1) mit ca. 4.200 Geburten pro Jahr durchgeführt. Das Bürgerhospital ist Ausbildungsklinik für Studierende der Hebammenwissenschaft an der Universität Frankfurt/Frankfurt UAS und bietet darüber hinaus seit mehreren Jahren Anerkennungslehrgänge für Hebammen aus Drittstaaten an.

Das Projekt wird vom Land Hessen finanziell gefördert und wurde vom Ministerium auf zwei bis drei Durchläufe zwischen 2022 und 2024 mit jeweils 8 bis 15 Teilnehmer*innen angesetzt (HMSI 2022).

Das Projektteam am Bürgerhospital erarbeitete einen Maßnahmenplan mit einer Dauer von 12 Wochen, der Theorie- und Praxisphasen enthält. Ergänzt werden diese durch Reflexionstage. Die ersten beiden Durchgänge wurden im Jahr 2023 realisiert. Der erste Durchgang fand zwischen dem 15.03.2023 und dem 09.06.2023 und der zweite Durchgang zwischen dem 18.09.2023 und dem 15.12.2023 statt. Der dritte Durchgang startete am 15.04.2024 und endet im Juli 2024. Aus zeitlichen Gründen konnte dieser Kurs nicht bei der Evaluation berücksichtigt werden. Das Projekt wurde auf Basis der Projektskizze von Richardt et al. (2022) unter Berücksichtigung möglicher Herausforderungen für das Team und der Besonderheiten der Zielgruppe aufgebaut. Die Mitarbeiterinnen des Bürgerhospitals wurden in die Planung durch die Durchführung von zweitägigen Kick-Off-Veranstaltungen einbezogen (Richardt et al. 2022).

2.1 Projektteam

Das Projektteam von Seiten des Bürgerhospitals besteht aus der Leitenden Hebamme des Kreißsaals, drei Hebammen des Kreißsaalteams und der dezentralen Qualitätsmanagement- und Risikobeauftragten des Bürgerhospitals.

Unterstützt wurde das Team durch eine Assistenzstelle. Die drei Teammitglieder des Kreißsaales sind mit unterschiedlichen Stellenanteilen für die Konzeption, Koordination und Durchführung der Maßnahme freigestellt. Zwei befanden sich in der Projektzeit in der Qualifizierungsphase zum Bachelorabschluss, verfügen über eine Weiterbildung zur Praxisanleitung und die dritte ist zur Praxisanleitung ermächtigt. Darüber hinaus ist die Pflegedienstleitung des Bürgerhospitals beteiligt.

2.2 Theoretischer Anteil

Das Schulungsprogramm der theoretischen Einheiten wurde von den Projektmitarbeiterinnen des Bürgerhospitals auf Expertinnenbasis in der Konzeptionsphase des Projektes ausgearbeitet. Es umfasst Grundlagen und Notfallwissen aus dem klinischen geburtshilflichen Bereich. Die detaillierten Pläne befinden sich in den Anhängen I und II. Ein Schultag umfasst sechs Unterrichtseinheiten à 45 Minuten. Im Rahmen der gemischten Schulungs-Reflexionstage wurde der Tag in zwei Unterrichtseinheiten Schulung und vier Unterrichtseinheiten Reflexion eingeteilt.

Tab. 1: Übersicht Theoretischer Anteil Schulungsprogramm (eigene Erstellung)

	Schulungstage	Schulungs-Reflexionstage	Verlauf
1. Durchgang	13	4	<ul style="list-style-type: none"> • Unterrichtsblock zu Beginn des Projektes
2. Durchgang	13	4	<ul style="list-style-type: none"> • 5 Tage Schulung • 1 Woche Praxis • 8 Tage Schulung
3. Durchgang	9	Einzelne Schultage/Schulungs-Reflexionstage innerhalb des Praxiseinsatzes (insg. 10 Std. Reflexion)	<ul style="list-style-type: none"> • 5 Tage Schulung • 1 Woche Praxis mit 1 Tag Schulung • 3 Tage Schulung

Die Theorieeinheiten werden von Mitarbeiterinnen des Projektteams, Ärzt*innen des Bürgerhospitals und themenspezifischen Expert*innen durchgeführt.

Innerhalb der Theorieeinheiten werden 18 Theoriebereiche behandelt. Diese sind in Tabelle 2 dargestellt:

Tab. 2: Theoretischer Anteil Schulungsprogramm - Inhalte (Angaben Bürgerhospital 2023)

Thema	Inhalte
Hygiene	Hände- und Flächendesinfektion, Einwirkzeiten der unterschiedlichen Desinfektionsmittel, Umgang mit multiresistenten Keimen, aktuelle Coronavorgaben, Abstrichentnahme, Wiederholung allgemeiner Hygienevorgaben wie Arbeitskleidung, Arbeitssicherheit
CTG (Cardiotokographie)	Wiederholung, aktuelle Bewertungskriterien und Scores, Fallbeispiele
S3 Leitlinie „Physiologische Geburt“	Vorstellung der Leitlinie und der Punkte, die im Bürgerhospital umgesetzt werden
Schwangerschaftserkrankungen	HELLP-Syndrom, Präeklampsie, Gestationsdiabetes mit Symptomen, Risikofaktoren, möglichen Komplikationen, Therapien und klinikinterne Standards
Einleitungen	Indikationen und Kontraindikationen, Risiken, aktuelle Medikamente und klinikinternes Vorgehen
Besondere Geburten (Gemini- und Frühgeburten)	Schwangerschaftsverlauf, Risiken, Feto-fetales-Transfusionssyndrom, Besonderheiten bei der spontanen Geburt, klinikinterne Abläufe
Wassergeburt	Voraussetzungen, Kontraindikationen, klinikinterne Abläufe
Geräteeinweisung	alle medizinischen Geräte
Digitale Dokumentation	Anamneseerhebung und Einführung ins Nexus-Programm, Digitale Akte
Computerschulung	Orbis, Anlegen von Fällen, Laboranforderungen, Arbeiten mit der Patientenakte
Dokumentation	Datenschutz
Haftung	Rechtliche Grundlagen
Periduralanästhesie	Neuerungen bei Medikamenten und Voraussetzungen, Walking PDA, Umgang mit Perfusoren, klinikinterne Abläufe
Erwachsenen Reanimation	Theoretische Inhalte, Übung
Simulationstraining (SIM-Training)	Schulterdystokie, Atonie, Notsectio, jeweils mit Theorieteil und interdisziplinärem Training an simulierten Fallbeispielen mit anschließender Reflexion
Medikamentenkunde	aktuelle Medikamente zur Schmerztherapie, Wehen-Hemmung, Wehen-Unterstützung und Einleitung, Notfallmedikamente
Stille Geburt/Interruptio	Betreuung, Unterstützung des Trauerprozesses, rechtliche Aspekte, klinikinterne Abläufe
Brandschutz	Theoretische Inhalte, Übung

Die theoretischen Inhalte dienen als Vorbereitung auf die praktischen Einsätze.

2.3 Praktischer Anteil

Alle praktischen Einsatzorte befinden sich im Bürgerhospital.

Als Praxisorte zur Wiedereingliederung wurden der Kreißsaal, der Vor-Kreißsaal¹, die Schwangerenambulanz², die gynäkologische/präpartale Station und die Wochenbettstation mit unterschiedlichen Stundenanteilen geplant.

Tab. 3: Praktischer Anteil Schulungsprogramm - Einsatzorte und Einsatzdauer (eigene Erstellung)

	Kreißsaal	Vor-Kreißsaal	Wochenbettstation	Schwangeren-Ambulanz	Gynäkologische/präpartale Station
Einsatzdauer 1. und 2. Durchgang	6 Wochen	1 Woche	1 Woche	1 Woche	1 Woche
Einsatzdauer 3. Durchgang	8 Wochen	3-5 Dienste	2 Dienste	2 Dienste	2 Dienste

Hier fanden bei der Planung des dritten Durchgangs Anpassungen zu den Durchgängen eins und zwei statt.

2.4 Mentoring

Zur Erleichterung des Wiedereinstiegs in den klinischen Kontext werden die Teilnehmerinnen der Maßnahme über den gesamten Zeitraum des Kreißsaaleinsatzes von Mentorinnen als konstante Ansprechpartnerinnen betreut. An den drei weiteren Einsatzorten ist dies nicht vorgesehen. Die Mentorinnen sind angestellte Kreißsaalhebammen des Bürgerhospitals.

¹ Im Vor-Kreißsaal werden Schwangere mit unterschiedlichen Symptomen aufgenommen. Hier wird Diagnostik durchgeführt und entschieden, ob die Schwangere in den Kreißsaal weitergeleitet wird.

² In der Schwangerenambulanz werden anamnestische Daten erhoben und ggf. eine weiterführende Diagnostik indiziert.

Gemäß der Projektplanung des Bürgerhospitals übernimmt die Mentorin folgende Aufgaben:

- Funktion als Vertrauensperson
- Zu Beginn der Praxisphase möglichst 1:1 mit der Wiedereinsteigerin arbeiten
- Individuelle Zielsetzung pro Dienst erarbeiten
- Selbstständiges Arbeiten zum Ende der Praxisphase begleiten
- Stärken der Wiedereinsteigerin erkennen und fördern
- Schwächen der Wiedereinsteigerin erkennen, benennen und Anleitung anbieten
- Anleitungssituationen erkennen und nutzen
- Durch Austausch die Reflexion der Wiedereinsteigerin anregen
- Feedback geben (zwischendurch und möglichst nach jedem Dienst)
- Feedback verschriftlichen (am Ende des Programms)

(Angaben Bürgerhospital 2023)

Die Aufgaben der Mentorinnen sind anhand eines Leitfadens beschrieben. Insgesamt waren 20 Mentorinnen an den ersten beiden Durchgängen beteiligt. Sie wurden im Rahmen von Informationsveranstaltungen auf die Maßnahme vorbereitet. Alle verfügen durch die Anleitung von Studierenden und Anerkennungshebammen aus Drittstaaten über Erfahrungen in diesem Bereich und 10 von ihnen haben die Weiterbildung zur Praxisanleitung absolviert. Aufgrund unterschiedlicher Stellenanteile begleiteten 10 Mentorinnen die Teilnehmerinnen mehr als fünfmal und 10 weniger als fünfmal.

2.5 Rahmenbedingungen

Die Teilnehmerinnen erhalten mit Beginn der Maßnahme einen unbefristeten Arbeitsvertrag am Bürgerhospital gemäß des Tarifsystems des TVÖD. Sie können die Höhe des Stellenanteils flexibel wählen. Das Minimum liegt bei 50% VZÄ (Bürgerhospital Frankfurt am Main 2024).

Die Anzahl der Praxisstunden richtet sich nach diesem Stellenanteil. Bei einem Arbeitsanteil von 50 % bedeutet dies zwei bis drei Dienste pro Woche. Aufgrund

des Arbeitsverhältnisses sind während der Projektzeit auch noch Urlaubstage einzuplanen, zudem werden die Reflexionstage auf die Praxiszeit angerechnet.

Die Theoriestunden werden für alle Teilnehmer*innen auf Basis einer 50% VZÄ-Stelle geplant. Somit erhöht sich bei einem größeren Stellenumfang nur die Zahl der Praxisstunden bzw. Dienste.

Vor Beendigung der Maßnahme werden im Rahmen eines Gesprächs mit Projektkoordination, der Leitenden Hebamme und der Pflegedienstleitung der Projektverlauf reflektiert und Perspektiven zum Verbleib im Bürgerhospital besprochen.

Für Teilnehmer*innen mit längeren Anfahrtswegen ist die Anmietung einer Unterkunft möglich und alle Teilnehmer*innen können die Cafeteria für Mitarbeitende für den Zeitraum der Maßnahme nutzen.

3 Methodisches Vorgehen

Im Rahmen der finanziellen Förderung durch das HMSI ist eine Evaluation des Projektes vorgesehen. Das Institut für Hebammenwissenschaft (IfH) der Medizinischen Fakultät an der Universität zu Köln hat zum 01.08.2023 den Auftrag zur Evaluierung der Maßnahme „Wiedereinstieg ins Bürgerhospital“ übernommen. Ein Forschungsschwerpunkt des Instituts liegt auf der Evaluation der geburtshilflichen, familienorientierten geburtshilflichen Versorgung durch Hebammen. Die Laufzeit der Evaluation beträgt zehn Monate.

3.1 Ziel der Evaluation

Die Evaluation des Projektes soll nicht nur den messbaren Erfolg beinhalten, der durch die Anzahl im klinischen Kontext verbleibender Teilnehmerinnen erhoben werden kann, sondern umfasst die Bewertung der gesamten Maßnahme unter Berücksichtigung unterschiedlicher Aspekte und Perspektiven der Beteiligten.

Von Seiten des Bürgerhospitals wurden vor Projektbeginn mögliche Fragestellungen zur Evaluation des Projektes formuliert.

Abb. 1: Mögliche Fragestellungen der Evaluation (Angaben Bürgerhospital 2023)

<p>1. Schwerpunkt Schulungsprogramm <i>Aus Sicht der Teilnehmenden</i></p> <ul style="list-style-type: none">a. Was hat zur Teilnahme am Schulungsprogramm geführt?b. Was waren die Bedenken/Ängste der teilnehmenden Hebammen und konnten diese im Verlauf des Projektes aufgenommen und abgebaut werden?c. Waren das Schulungsprogramm sowie die Reflexionstage ausreichend, um Wissenslücken aufzufüllen? Waren Inhalte und Schwerpunkte der Schulungen passend?d. War die Mentor*innen-Begleitung ausreichend, um gut wieder in die Praxis zu starten? <p><i>Aus Sicht der Koordinatorinnen</i></p> <ul style="list-style-type: none">a. Welche Ressourcen werden benötigt, um das Schulungsprogramm erfolgreich umsetzen zu können? <p><i>Aus Sicht des Teams/der Mentorinnen</i></p> <ul style="list-style-type: none">a. Wie bewerten Team und Mentor*innen den Aufwand bzw. den Gewinn durch die Schulung?
<p>2. Schwerpunkt Klinische Tätigkeit – Strukturen</p> <ul style="list-style-type: none">a. Können sich die Teilnehmer*innen vorstellen, weiter im klinischen Setting zu arbeiten? Wenn ja/nein, warum?

Aus den Vorinformationen des Projektteams des Bürgerhospitals und den sich aus dem Projekt entwickelten möglichen Evaluationsfragen wurde von Seiten des IfH das Forschungsdesign erarbeitet.

3.2 Forschungsdesign

Für die Evaluation wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Dies ergab sich aus den vorgegebenen Fragestellungen und der kleinen Stichprobengröße. Damit können in einem noch wenig erforschten Gegenstandsbereich Daten zu Deutungen, subjektiven Wahrnehmungen, individuellen Relevanzsetzungen und handlungsleitenden Orientierungen bezüglich eines Tätigkeitsfeldes, in diesem Fall die Wiedereingliederungsmaßnahme in den klinischen Kontext, erfasst werden (Hollstein 2016). Um neben biographischen Aspekten und persönlichen Haltungen auch strukturelle Erkenntnisse aus den erhobenen Daten zu gewinnen, wurden zwei unterschiedliche Datenerhebungsmethoden gewählt. Zudem können durch den Methodenmix einerseits alle Teilnehmerinnen der ersten beiden Durchgänge gemeinsam befragt werden und andererseits wird eine vertiefende Analyse im Rahmen der Gruppendiskussionen möglich. Es wurden folgende Datenerhebungsmethoden geplant und umgesetzt.

Datenerhebungsmethoden

- Einzel-Interviews über ein Video Konferenz System drei Monate nach Beendigung des Programms mit allen Teilnehmenden (n=12)
 1. Durchgang: Anfang September 2023
 2. Durchgang: Mitte März 2024
- Gruppendiskussion A³:
 - Teilnehmerinnen des 1. und 2. Durchgangs (n=10)
 - Zeitpunkt: Mitte Dezember 2023
- Gruppendiskussion B:
 - Team/Mentor*innen/Koordinator*innen (n=10)
 - Zeitpunkt: Mitte Dezember 2023

³ Im Folgenden werden die Gruppendiskussionen mit A und B bezeichnet.

Als Instrument für die Durchführung der Datenerhebungen wurden Interview-/Gesprächsleitfäden entwickelt.

Diese Instrumente ermöglichen eine thematische Fokussierung und machen die Gesprächsinhalte vergleichbar. Neben spezifisch ausformulierten Fragen umfassen die Leitfäden auch thematische Felder, die im Verlauf des Interviews erörtert werden sollen. Diese können ebenfalls als Frage formuliert werden (Kuckartz & Rädiker 2024). Zur Validierung der Daten wurden sämtliche Forschungsschritte, insbesondere die Analyse der Daten und die Kategorienentwicklung nach den Gütekriterien qualitativer Forschung (Flick 2021) im Rahmen regelmäßig stattfindender Peer Group-Treffen diskutiert. Die Peer Group setzte sich zusammen aus dem Forscherinnenteam (Projektleitende, Projektverantwortliche) und weiteren wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen des IfH.

Nachfolgend wird der Ablauf des Projektes und die Herangehensweise detailliert dargestellt.

3.3 Zeitplan

Der Zeitplan wurde unter Berücksichtigung der Dauer der beiden ersten Projektdurchgänge erstellt.

Tab. 4: Zeitplan Evaluation Wiedereinstiegsprogramm (eigene Erstellung)

Arbeitspaket	Monate									
	Aug 23	Sep 23	Okt 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Feb 24	März 24	Apr 24	Mai 24
Projektbeginn Infos zum Projekt										
Vorbereitung digitale Interviews 1. Durchgang										
Digitale Interviews 1. Durchgang										
Auswertung digitale Interviews 1. Durchgang										
Vorbereitung Gruppendiskussion A und B										
Gruppendiskussion A in Präsenz										
Gruppendiskussion B in Präsenz										
Auswertung Gruppendiskussionen										
Vorbereitung digitale Interviews 2. Durchgang										
Digitale Interviews 2. Durchgang										
Auswertung aller Erhebungen										
Erstellung Abschlussbericht und Präsentation										

3.4 Projekttreffen

Zum Projektstart wurde ein erstes Treffen mit den Projektkoordinatorinnen, der Leitenden Hebamme, einer Vertreterin des Pflegedienstes, der Projektverantwortlichen und der Projektleitung des IfH und der Assistenz der Projektverantwortlichen online durchgeführt.

In diesem Rahmen war es für die Projektdurchführenden auf Seiten des IfH wichtig, die Funktionen der Teilnehmerinnen des Treffens und Ansprechpartnerinnen zu identifizieren, Wege zum Austausch von Informationen zu bestimmen und Terminplanungen abzusprechen. Projekttreffen wurden monatlich geplant und über die von der Universitätsklinik Köln lizenzierten Plattform GoToMeeting digital durchgeführt.

Im Evaluationszeitraum fanden zehn monatliche Treffen statt.

Im Rahmen der Treffen wurden die notwendigen Hintergrundinformationen zum Ablauf des Wiedereinstiegsprojektes, zur Zusammensetzung des Teilnehmerinnensamples, Akquise der Teilnehmerinnen und Aufbau der theoretischen und praktischen Anteile der Maßnahme ausgetauscht.

Die an der Projektgruppe beteiligten Personen aus dem Bürgerhospital wurden über das geplante methodische Vorgehen in Kenntnis gesetzt. Das IfH bekam die dafür benötigten Unterlagen vom Bürgerhospital zur Verfügung gestellt.

Die Protokollierung der Treffen erfolgte von Seiten des IfH und wurde jeweils nach einer Rückmeldefrist von fünf Werktagen als finale Fassung in Umlauf gebracht.

In die Erarbeitung der Interviewleitfäden wurden die Anregungen der Teilnehmerinnen der Projektgruppe einbezogen.

3.5 Feldzugang

Für die Kontaktaufnahme mit den Teilnehmerinnen der Wiedereinstiegsmaßnahme von Seiten des IfH, die eine Datenweitergabe von Seiten des Bürgerhospitals notwendig machte, wurde ein Auftragsverarbeitungsvertrag geschlossen. Nach Einverständnis von Seiten der Teilnehmerinnen zur Weitergabe der personenbezogenen Daten durch das Bürgerhospital an das IfH, wurden die Teilnehmerinnen per E-Mail angeschrieben und in einem Informationsschreiben über das Vorhaben, die Rahmenbedingungen der Datenerhebung und des Datenschutzes aufgeklärt. Das Informationsschreiben für die Teilnehmerinnen der Maßnahme

enthielt Informationen zu beiden Datenerhebungsmethoden. Inkludiert war auch eine Einwilligungserklärung.

Die Teilnehmerinnen der Gruppendiskussion B, bestehend aus Teammitgliedern, Projektkoordinatorinnen und Mentorinnen, wurden von Seiten des Bürgerhospitals rekrutiert und erhielten darüber die Informationsdokumente.

3.6 Sample

An beiden zu evaluierenden Durchgängen der Wiedereinstiegsmaßnahme nahmen jeweils sechs weibliche Personen teil. Nach Kontaktaufnahme mit den Teilnehmerinnen haben sich pro Durchgang fünf von sechs Personen zur Teilnahme bereit erklärt.

Das Sample der Gruppendiskussion der Mitarbeiterinnen des Bürgerhospitals setzte sich wie folgt zusammen:

Tab. 5: Sample Mitarbeiterinnen Bürgerhospital (eigene Erstellung)

Funktion	Anzahl
Projektkoordinatorinnen	3
Mentorinnen	4
Kreißsaalhebammen	3
Gesamt	10

3.7 Datenerhebung

Aus den schon dargestellten Fragestellungen ergaben sich Kernthemen, die in die Erarbeitung der Interviewleitfäden für die Interviews via GoToMeeting und Gruppendiskussionen einbezogen wurden.

1. Motivation zur Teilnahme an der Maßnahme
2. Rahmenbedingungen der Maßnahme
3. Inhalte der Maßnahme
4. Mentoring
5. Verbleibperspektive im klinischen Setting

Die Fragestellungen der Interviewleitfäden wurden im Rahmen der Peer Group-Treffen und der Projekttreffen diskutiert und erarbeitet. Die Darstellung der einzelnen Erhebungsmethoden erfolgt in chronologischer Abfolge des Forschungsvorhabens.

3.7.1 Online-Interviews Teilnehmerinnen 1. Durchgang

Mit Kontaktaufnahme der Teilnehmerinnen per E-Mail wurde ihnen eine Auswahl an Terminen für das Online-Interview mitgeteilt. Ein Link zum Online-Meeting wurde ihnen nach Zusage zugeschickt. Jede Teilnehmerin erhielt einen eigenen Link. Die Interviews wurden drei Monate nach Ende der Maßnahme durchgeführt. Der zeitliche Abstand zum Projekt „Wiedereinstieg ins Bürgerhospital“ ermöglichte zudem die Erhebung der beruflichen Verbleibssituation der Teilnehmerinnen der Maßnahme.

Der teilstrukturierte Interviewleitfaden fungierte als Orientierung und die Reihenfolge der Fragen variierte durch den narrativen Prozess der Interviewten. Aufgrund des innovativen Themas war kein klassischer Pre-Test des Interviews und der Fragen möglich. Nach der Durchführung des ersten Interviews bestätigte sich die Relevanz der Themenbereiche sowie die Durchführbarkeit und es wurden keine Änderungen vorgenommen. Durch den Wissenszuwachs und erkennbare Schwerpunktsetzung der Aussagen der Interviewten kam es zu geringfügigen Modifizierungen im Verlauf der weiteren Interviews. Hierbei wurde jedoch die Vergleichbarkeit gewahrt. Neben Schwerpunkten zum biografischen Hintergrund der Teilnehmerinnen standen auch die subjektiven Erfahrungen zu den in 3.7 genannten Hauptthemen im Fokus.

Vor der Aufzeichnung wurden die Teilnehmerinnen nochmals über den Zweck der Datenerhebung und über Aspekte des Datenschutzes aufgeklärt. Im Rahmen des Online-Interviews wurden nur die Audiodaten aufgezeichnet, die nach Beendigung auf einem externen Datenträger gespeichert wurden. Die Interviewlänge variierte zwischen 25 und 50 Minuten. Die Audiodateien wurden mit Hilfe vom MAXQDA, einem Programm zur Datenanalyse qualitativer Daten (MAXQDA 2024) transkribiert. Nähere Informationen zur Analyse der Daten befinden sich im Kapitel 3.8. Die Interviewdateien wurden mit Abkürzungen pseudonymisiert.

3.7.2 Gruppendiskussion Mitarbeiterinnen und Teilnehmerinnen

Gruppendiskussionen dienen forschungsmethodisch dazu, gemeinsam einen Lebensbereich zu diskutieren und ihn zu überprüfen, wenn Mitglieder sich widersprechen. Die Gruppe wird zum Mittel, um individuelle Meinungen angemessen zu rekonstruieren. Ziel kann hier auch die Analyse gemeinsamer Problemlösungsprozesse sein (Flick 2021).

Die getrennt stattfindenden Gruppendiskussionen der Mitarbeiterinnen und der Projektteilnehmerinnen wurden an einem Tag vor Ort im Bürgerhospital geplant. Für die einzelnen Termine war ein Zeitfenster von 90 Minuten vorgesehen. Vom IfH war neben der Projektdurchführenden noch eine weitere wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Durchführung beteiligt.

Gruppendiskussion A (Teilnehmerinnen)

Um möglichst viele Teilnehmerinnen aus beiden Durchgängen erreichen zu können, erfolgte die Gruppendiskussion mit den Teilnehmerinnen zu einem Zeitpunkt, an dem die Wiedereinsteigerinnen des zweiten Durchgangs im Praxiseinsatz und somit noch lokal angebunden waren. Aus dem ersten Durchgang nahmen Projektteilnehmerinnen teil, die nach der Maßnahme im Bürgerhospital verblieben waren und dementsprechend auch keine weiten Anfahrtswege auf sich nehmen mussten. Krankheit und Witterungsverhältnisse führten zur Absage von drei Teilnehmerinnen. Es ergab sich die Teilnahme von zwei Teilnehmerinnen aus dem ersten und vier aus dem zweiten Durchgang.

Vor Beginn der Audioaufnahme wurde auch in diesem Rahmen auf die Datenschutzbedingungen hingewiesen und die Aspekte der Schweigepflicht bzw. des geschützten Raums hervorgehoben. Die Vertreterinnen des IfH fungierten in der Rolle der formalen Leitung sowie der thematischen und dynamischen Steuerung (Flick 2021). Dies beinhaltete im Rahmen der Gesprächsleitung auch den Fokus auf die Ausgewogenheit der Gesprächsanteile aller Diskussionsteilnehmerinnen.

Aufgrund der Vorinformationen aus der ersten Interviewreihe im Herbst 2023 lag der Schwerpunkt der Gruppendiskussion auf dem gemeinsamen Austausch über die bereits im Interview abgefragten Inhalte und Rahmenbedingungen der Wiedereinstiegsmaßnahme.

Beide Gruppen von Teilnehmerinnen waren sich vorher noch nicht bewusst begegnet. Selbst die Hebammen nicht, die aus dem ersten Durchgang der Wiedereinstiegsmaßnahme im Bürgerhospital verblieben waren. Da es unter anderem einige Anpassungen bezüglich der Aufteilungen der Theorie- und Praxisphasen vom ersten zum zweiten Durchgang gegeben hatte, war von einem interessierten Informationsaustausch auszugehen. Die veranschlagte Zeit von 90 Minuten wurde eingehalten.

Die Teilnehmerinnen wurden zu Beginn nach ihrem Namen befragt, um die Zuordnung im Transkript zu vereinfachen. Auch hier wurde der Name im Transkript pseudonymisiert.

Gruppendiskussion B (Mitarbeiterinnen)

Aufgrund verkehrs- und krankheitsbedingter Ausfälle nahmen am Austausch sieben statt wie geplant zehn Mitarbeiterinnen teil.

Für die Gruppendiskussion mit den Mitarbeiterinnen wurden die Fragestellungen auf die Perspektive der Mitarbeiterinnen und auf die Effekte auf die Institution, das Team und die eigene Arbeit ausgerichtet. Die Einführung durch die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen des IfH erfolgte wie schon beschrieben.

Um die Funktionen der einzelnen Gesprächsteilnehmerinnen zu identifizieren, wurden diese zu Beginn der Gruppendiskussion abgefragt. Dies erleichterte auch die Zuordnung der Wortbeiträge im Transkript. Die Audiodatei wurde mit MAXQDA transkribiert, wobei die Namen so pseudonymisiert wurden, sodass die Einteilung in Mentorin, Teamhebamme oder Projektkoordinatorin nachvollziehbar blieb.

3.7.3 Online-Interviews Teilnehmerinnen 2. Durchgang

Zeitlich fanden die Online-Interviews mit den Teilnehmerinnen des zweiten Durchgangs der Wiedereinstiegsmaßnahme auch drei Monate nach Beendigung der Maßnahme statt. Die Terminvereinbarungen verliefen wie bei der ersten Durchführung.

Vor Aufzeichnung wurden die Teilnehmerinnen noch einmal über den Zweck der Datenerhebung und über Aspekte des Datenschutzes aufgeklärt. Im Rahmen des Online-Termins wurden nur die Audio- nicht aber die Videodaten aufgezeichnet.

Die Audiodatei wurde nach Beendigung des Interviews auf einem externen Datenträger gespeichert.

Die Aufklärung und die Informationen vor Beginn der Audioaufnahme unterschieden sich nicht zum ersten Durchgang. Von den fünf teilnehmenden Hebammen hatten vier bereits an der Gruppendiskussion teilgenommen. Auf Basis der bereits schon in der Gruppendiskussion gewonnenen Informationen wurde der Fokus des Interviews auf die momentane berufliche Situation in Zusammenhang mit der Wiedereinstiegsmaßnahme gelegt. Die Datenzusammenführung mit den Ergebnissen der ersten Interviews bot die Möglichkeit, Erkenntnisse zu ergänzen.

Bei der Teilnehmerin des zweiten Durchgangs, die nicht an der Gruppendiskussion teilgenommen hatte, wurde der Interviewleitfaden der ersten Interviewgruppe verwendet. Hierbei kam es, wie schon in 2.7.1 beschrieben, zu kleinen Modifikationen während des Interviews aufgrund des fortgeschrittenen Erkenntnisstands der Forscherin. Die Interviewdauer aller Interviews variierte zwischen 20 und 45 Minuten.

Die Audiodateien wurden mit Hilfe von MAXQDA transkribiert. Nähere Informationen zur Analyse der Daten befinden sich im folgenden Kapitel. Die Interviewdateien wurden mit Abkürzungen pseudonymisiert.

3.8 Datenanalyse

Die Audiodateien wurden mit der Transkriptionsfunktion von MAXQDA transkribiert. Dabei wurde eine wörtliche Niederschrift gewählt (Kuckartz & Rädiker 2024). Füllwörter, Pausen und Tonlagen wurden nicht festgehalten. Interpunktion wurde sinnvoll gesetzt. Die Interviewbeiträge wurden mit pseudonymisierten Kürzeln versehen. Bei beiden Gruppendiskussionen wurde keine Differenzierung der sich zu Wort Meldenden durchgeführt. Die Teilnehmenden der Gruppendiskussion der Mitarbeiterinnen waren gleichzeitig mehreren Gruppierungen zugehörig (Mentorin, Projektkoordinatorin, Teamhebamme). Aufgrund der Spezifizierung der Teilnehmerinnen und der Fragestellungen kann keine vollständige Anonymisierung der Daten gewährleistet werden.

Die Transkripte wurden intensiv gesichtet und mit Hilfe von MAXQDA kategorisiert. Die Kategorien dienen der Klassifizierung, Reduzierung, Abstrahierung und Be-

deutungszuschreibung und können zur Erschließung, Beschreibung und Erklärung der Daten genutzt werden (Kuckartz & Rädiker 2024). Subkategorien werden in thematischen Hauptkategorien zusammengefasst. Diese Kategorien lehnen sich weitgehend an den in den Interviewleitfaden integrierten Themenbereichen an. Dabei muss die Benennung der Kategorie nicht zwingend mit dem Thema übereinstimmen und aus einem Thema können mehrere Kategorien entstehen (Kuckartz & Rädiker 2024). Neue Aspekte, die sich im Rahmen der Interviews und Gruppendiskussionen ergeben haben, erhalten eigene Kategorien. Bei einigen Hauptkategorien wurde zwischen den unterschiedlichen Blickwinkeln der Teilnehmerinnen und der Mitarbeiterinnen des Bürgerhospitals differenziert. Die im Rahmen einer Kategorie zusammengefassten Textanteile der durchgeführten Erhebungsmethoden werden im Rahmen der Analyse generalisiert zusammengefasst und mit relevanten Zitaten unterstützt.

4 Ergebnisse

Aus dem vorliegenden Datenmaterial der neun Einzelinterviews und zwei Gruppendiskussionen können neun thematische Hauptkategorien herausgearbeitet werden. Diese ermöglichen eine multiperspektivische Betrachtung und Bewertung der Wiedereinstiegsmaßnahme. Den Hauptkategorien werden in der Datenauswertung mehrere Subkategorien untergeordnet. Diese werden in einer logischen Struktur zusammengefasst. Aufgrund der engen Verknüpfung der unterschiedlichen Interviewgruppen (Mitarbeiterinnen/Teilnehmerinnen) in einigen Hauptkategorien werden in den selbigen Inhalten aus dem Datenmaterial beider Gruppierungen aufgezeigt.

Hauptkategorien

1. Berufliche Vorgeschichte der Teilnehmerinnen
2. Hintergrund zur Teilnahme am Wiedereinstiegsprojekt
3. Rahmenbedingungen der Maßnahme aus Sicht der Teilnehmerinnen
4. Bewertung des Mentorings im Rahmen des Projektes (Mitarbeiterinnen/Teilnehmerinnen)
5. Bewertung des Projektes aus Sicht der Teilnehmerinnen
6. Bewertung des Projektes aus Sicht der Mitarbeiterinnen des Bürgerhospitals
7. Bedeutung des Bürgerhospitals im Kontext des Projektes (Mitarbeiterinnen/Teilnehmerinnen)
8. Aspekte zum Verbleib in der klinischen Geburtshilfe
9. Arbeitssituation nach Ende des Projektes

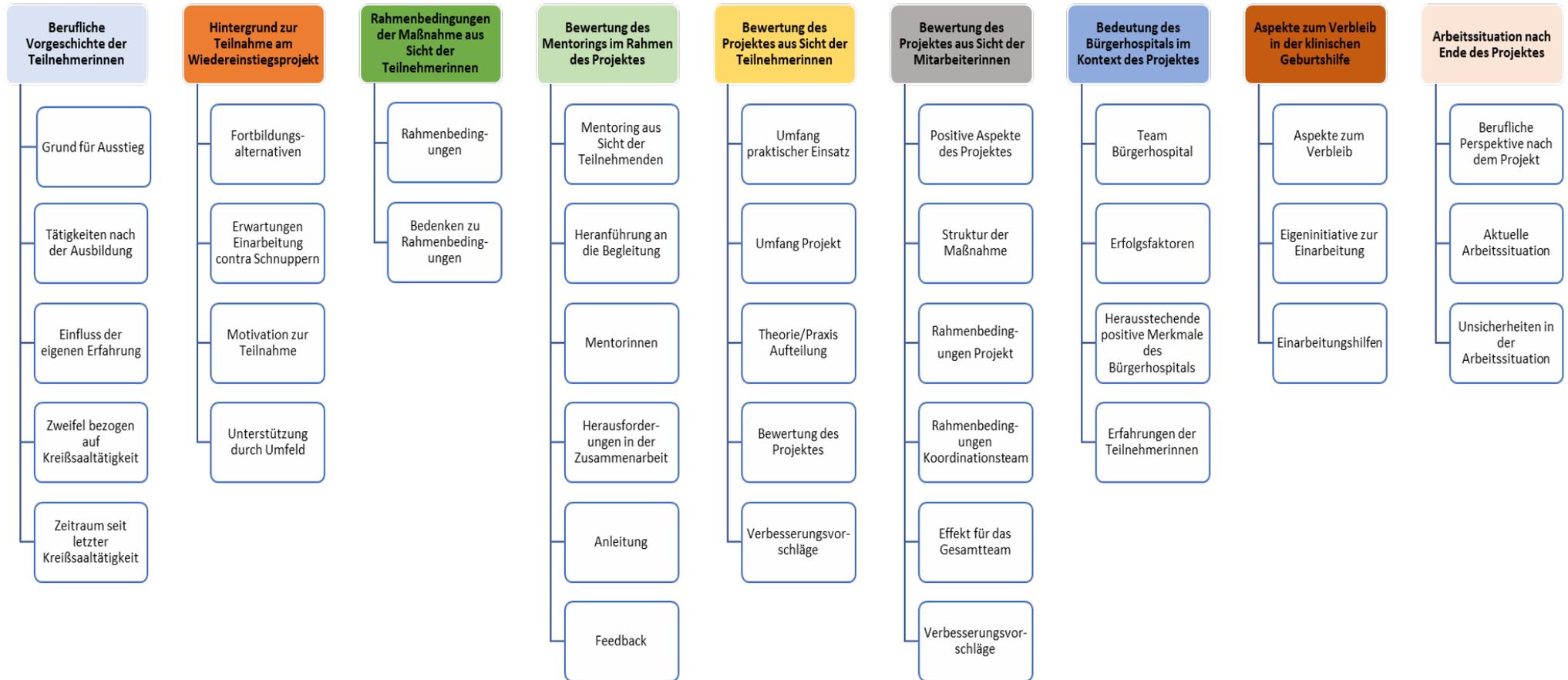


Abb. 2: Kategoriensystem (eigene Erstellung)

Zur Differenzierung der im weiteren Text verwendeten Zitate werden diesen die Bezeichnung Interview bzw. Gruppendiskussion, Pseudonymisierungscode und Position im Transkript angehängt.

- Beispiel: (Interview 6021, Pos. 23)

Bei den Gruppendiskussionen wird die Bezeichnung „Grup. A, Pos.“ (Gruppendiskussion Teilnehmerinnen) oder „Grup. B., Pos.“ (Gruppendiskussion Mitarbeiterinnen) verwendet.

- Beispiel: (Grup. A, Pos. 25)
- Beispiel: (Grup. B, Pos. 25)

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus den neun Hauptkategorien dargestellt.

4.1 Berufliche Vorgeschichte der Teilnehmerinnen

Aus den Angaben der interviewten Teilnehmerinnen können weitere Informationen zum Hintergrund des Samples gemacht werden, was das Durchschnittsalter der Teilnehmerinnen, den Zeitpunkt des Abschlusses als Hebamme und den zurückliegenden Zeitpunkt der letzten klinischen geburtshilflichen Tätigkeit betrifft.

Tab. 6: Demografische Daten Teilnehmerinnen Wiedereinstiegsmaßnahme (eigene Erstellung)

Durchgang	1. Durchgang	2. Durchgang
Durchschnittsalter Jahre	50	45
Wohnort in Hessen	3	3
Durchschnitt Zeitpunkt Hebammenabschluss Jahre	27	22,4
Durchschnitt Zeitraum seit letztem Einsatz in klinischer Geburtshilfe Jahre	17,4	17,8

Aus den erhobenen Daten wird ersichtlich, dass die Berufshistorien sehr heterogen sind. Einige der Teilnehmerinnen wählten nach dem Hebammenexamen den direkten Weg in die Freiberuflichkeit. Dabei wurden die Tätigkeitsfelder in der prä-

und postpartalen Versorgung, Kursangebote und auch die außerklinische Geburtshilfe eingeschlossen. Die in der klinischen Geburtshilfe tätigen Hebammen waren an Kliniken mit unterschiedlicher Levelinordnung tätig.

Familiäre Care-Arbeit durch die Geburt von Kindern schränken den Anteil der beruflichen Tätigkeit zunehmend ein. Familiengründung wird von den betroffenen Teilnehmerinnen auch als Grund für den Wechsel des Arbeitsbereiches angegeben. Dieser Wechsel wird in den meisten Fällen von der Kreißsaaltätigkeit in die Freiberuflichkeit vollzogen. Mehrere Teilnehmerinnen verfügen über Weiterbildungsabschlüsse, wie dem einer Familienhebamme oder einer Laktationsberaterin.

Als Gründe für den Ausstieg aus der Kreißsaaltätigkeit geben die Teilnehmerinnen neben der Vereinbarkeit mit der Familie auch die Arbeitsbedingungen in der klinischen Geburtshilfe an:

„Also ich weiß, dass ich da teilweise, ich weiß nicht, 5,6 Frauen parallel betreut hab in Diensten. Also einfach so eine hohe Arbeitsbelastung für so unglaublich wenig Geld, dass ich irgendwie dachte, also das möchte ich irgendwie so nicht machen!“ (Interview 8092, Pos. 2.)

Eine Befragte begründet das Verlassen des klinischen Arbeitsbereichs damit, dass die anfängliche Naivität nach der Ausbildung im Umgang mit herausfordernden Situationen zunehmend durch ein Gefühl der Überforderung und Angst ersetzt wurde.

4.2 Hintergrund zur Teilnahme am Wiedereinstiegsprojekt

Die Datenauswertung macht deutlich, dass die Teilnehmerinnen bundesweit über unterschiedliche Informationsplattformen Kenntnis von dem Projekt erlangten. Dies fand über Informationen auf Landestagungen des jeweiligen Hebammenverbandes, über eine Kontaktaufnahme mit dem DHV und über Mund-zu-Mund-Propaganda statt.

Die Interviewten geben unterschiedliche Motivationsgründe zur Teilnahme am Projekt an. Die Mehrheit der Teilnehmerinnen arbeitete vor Beginn der Maßnahme freiberuflich. Mit einer erneuten Anstellung im klinischen Bereich verbinden einige Teilnehmerinnen eine Entlastung aus dem als schwer planbar und körperlich beschwerlich empfundenen Format der Freiberuflichkeit und den mit einem festen

Arbeitsverhältnis verbundenen Sicherheiten als Arbeitnehmerin. Eine Teilnehmerin ist in einer Schwangerschaftsberatungsstelle tätig und möchte durch das Projekt die Gelegenheit nutzen, noch einmal Geburtshilfe zu erleben. Zwei Teilnehmerinnen streben eine Anstellung als Hebamme im europäischen Ausland an und versuchen aufgrund langjähriger klinischer Abstinenz durch Absolvierung des Projektes Anstellungsvoraussetzungen zu erfüllen. Nach einer mehrjährigen Anpassung des Arbeitsfeldes an die Familiensituation, insbesondere an die Betreuung von Kindern, fühlen sich einige Interviewte zu einem Tätigkeitswechsel motiviert hin zur Kerntätigkeit als Hebamme:

„Meine Kinder sind jetzt groß, [...] und ich habe noch 20 Jahre Berufsleben vor mir und für mich war das ein optimaler Zeitpunkt noch etwas zu starten, was ich im Grunde genommen als Kerntätigkeit als Hebammenarbeit die Jahre über nicht gemacht habe. Die Chance das auszuprobieren und zu gucken, ob das was für mich sein könnte, mit offenem Ende. Mit der Möglichkeit, dass ich feststelle, dass ich vorher richtig war oder aber neu zu starten.“

(Interview 6031, Pos. 4).

Aufgrund des Fehlens vergleichbarer Fortbildungsangebote, die ähnliche Rahmenbedingungen bieten konnten, fanden sich für die Teilnehmerinnen nach ihren Aussagen keine alternativen Möglichkeiten, um die Rückkehr in den Kreißsaal zu wagen. Bei der Entscheidung zur Teilnahme werden auch die Unterstützung durch familiäre und berufliche Netzwerke hervorgehoben.

4.3 Rahmenbedingungen des Projektes aus Sicht der Teilnehmerinnen

Die Rahmenbedingungen, die das Projekt bietet, werden von allen Teilnehmerinnen als überaus positiv bewertet und nicht zuletzt als ausschlaggebend für die Entscheidung zur Teilnahme benannt. Hierbei kann die mit der Teilnahme gekoppelte Festanstellung, mit der das tarifliche Entgelt verbunden ist, herausgestellt werden. Das Entgelt gibt den Teilnehmerinnen eine finanzielle Sicherheit, da mehrere von ihnen ihre ursprüngliche Tätigkeit für den Zeitraum der Maßnahme ruhen lassen. Der feste Arbeitsvertrag eröffnet ihnen die Option, nach Beendigung des Projektes im Bürgerhospital ohne einen weiteren Vertragsabschluss zu verbleiben.

„Für mich war das Thema, dass es null Risiko birgt. Ich bin angestellt, kriege Geld für eine Schulung, kriege Geld für betreutes Arbeiten, wo ich keine alleinige Verantwortung hab und die Begrenzung nach hinten war für mich auch wichtig. Dass ich nicht das Gefühl hab, ich hab versagt, wenn ich merke, es ist nicht meins, sondern es ist ein Projekt für drei Monate. Also diesen Projektcharakter mit null Risiko fand ich super.“ (Grup. A, Pos.13)

Die Teilnehmerinnen nehmen die Möglichkeit in Anspruch, den Stellenanteil flexibel zu wählen. Dies variiert zwischen Stellenanteilen von 50 bis 80% VZÄ. Das Angebot einer anzumietenden Unterkunft nahmen zwei Teilnehmerinnen wahr und heben das unproblematische Anmietungsverfahren und die Möglichkeit, Mahlzeiten im Bürgerhospital einnehmen zu können, hervor.

Auch die geplanten Gruppengrößen von jeweils sechs Teilnehmerinnen werden aufgrund der guten Lehr- und Lernmöglichkeiten und Zusammenarbeit als Entscheidungsaspekt für das Projekt angegeben.

4.4 Bewertung des Mentorings im Rahmen des Projektes

Die intensive Begleitung im Rahmen der Praxiszeit im Kreißaal ist Kernthema im Wiedereinstiegsprojekt. Sie findet sich als solches in den Daten der Erhebung sowohl als ausschlaggebender Grund zur Teilnahme als auch in den Erfahrungen innerhalb der Projektzeit wieder. Aus den Ergebnissen wird ersichtlich, dass gleiche Aspekte sowohl aus der Perspektive der Teilnehmerinnen wie auch aus der Perspektive der Mentorinnen erwähnt wurden, so dass in dieser Kategorie die Perspektiven von Teilnehmerinnen und Mitarbeiterinnen gegenübergestellt werden.

Alle Teilnehmerinnen der Maßnahme bewerten das Mentoring im Kreißaal positiv und benennen es als einen Kernanreiz für die Teilnahme. Sie fühlen sich in der Begleitung durch eine Mentorin zumeist sicher und vor möglichen Überforderungen im Wiedereinstiegsprozess geschützt. Die Anzahl der geplanten Mentorinnen pro Teilnehmerin belief sich auf drei bis fünf Personen. Auch bei Dienstaussfall von Seiten der Mentorinnen wurde ein Ersatz zur Begleitung der Wiedereinsteigerinnen gefunden.

Einige Teilnehmerinnen sehen in der Heterogenität der sie begleitenden Personen neben Herausforderungen durch ein beständiges Neu-Kennenlernen auch Vorteile:

„Weil auch natürlich da gehts ums Lernen und jeder macht es irgendwie anders und da nochmal verschiedene Einblicke zu haben von verschiedenen Leuten, das fand ich irgendwie gut.“ (Interview 9101, Pos. 8)

Die Interviewten geben an, sich durchweg immer von allen Mentorinnen wahrgenommen gefühlt zu haben. Die Begleitung umfasst das „Mitlaufen“ bis zum „Übertragen von Tätigkeiten“, den „fachlichen Austausch“ und ein „gemeinsames Arbeiten auf Augenhöhe“. Es wird angemerkt, dass die Spannbreite der übertragenen Aufgaben von den Mentorinnen an die Teilnehmerinnen sehr individuell verschieden ist und als abhängig von der persönlichen Einschätzung der Kompetenzen der Teilnehmerin seitens der Mentorin empfunden wird. Das Mentoring ist nur für den Einsatz im Kreißaal vorgesehen. Die Teilnehmerinnen wünschen sich auch für die anderen Einsatzorte (siehe Tab. 3) eine feste Ansprechpartner*in:

„Wenn das auch über eine Mentorinfunktion gelaufen wäre, hätte sich jemand verantwortlich gefühlt. Es hätte die Zeit inhaltsvoller machen können.“ (Interview 6031, Pos. 29)

Aus den Angaben wird deutlich, dass die Rolle der Teilnehmerinnen des Projektes gerade auf den Stationen nicht klar definiert ist. Eine Teilnehmerin berichtet:

„...die Nachtwache hat angerufen, du musst auf die Chirurgie. Und da hab ich gesagt, ne, ne, stopp. Ich geh hier nirgendwo hin. Ich bin jetzt hier und ich bin auch keine zusätzliche Kraft.“ (Interview 9101, Pos. 24)

Nach Aussagen der Projektkoordinatorinnen werden bei der Zuteilung der Mentorinnen zu den Teilnehmerinnen auf Aspekte wie Stellenumfang, Berufserfahrung und Alter beider Personen geachtet. Die Mentorinnen erhielten die Möglichkeit bei einem Treffen vor den Praxiseinsätzen die Teilnehmerinnen kennenzulernen. Diejenigen, die an diesem Treffen nicht teilnehmen konnten, erfragten sich Informationen zu Erwartungen, Bedürfnissen und Vorstellungen beim ersten Zusammentreffen mit der Teilnehmerin im Kreißaal.

Dabei sahen sie keine Unterschiede zum Prozedere, welches sie beim Erstkontakt mit Hebammenstudierenden anwenden:

„Bei mir geht jeder Anleitungsdienst los mit: Wir kennen uns nicht, wer bist du, was kannst, was darfst du, was möchtest du lernen?“

(Grup. B, Pos. 38)

Bei der Bewertung des Mentorings aus Sicht der Mentorinnen wird die besondere Rolle der teilnehmenden Hebammen des Wiedereinstiegsprogrammes erkennbar. Die Hebammen des Bürgerhospitals sehen die Wiedereinstiegshebammen in einer Sonderrolle, die sie als Mentorinnen in der Begleitung herausfordert:

„Da ist es komplett anders und ein bisschen mehr herausfordernd würd ich sagen, weil man weiß, die andere Person weiß viel und vielleicht sogar mehr als du und trotzdem musst du sie einordnen können bei dem was sie jetzt tut und ja, spannend.“ (Grup. B, Pos 13)

Durch die unterschiedlichen Erfahrungslevel im klinischen geburtshilflichen Kontext sehen sich die Mentorinnen mit einer großen Heterogenität der Teilnehmenden konfrontiert. Diese reicht von der Erwartung, in das Handeln einbezogen zu werden, bis hin zu Teilnehmerinnen, die kaum Erfahrung im Kreißaal mitbringen und an Tätigkeiten langsam herangeführt werden müssen.

„Das heißt da war das tatsächlich auch nochmal was anderes, wenn wir auch schon Kleinigkeiten, oder für uns vermeintliche Kleinigkeiten trainiert haben, wodurch aber auch die Erfolgserlebnisse irgendwie viel größer waren, weil man sich schon über einen Zugang total gefreut hat und über eine gelungene vaginale Untersuchung, das war irgendwie so ein richtiges Highlight und ist dann danach schon raus [aus dem Kreißaal] und war so "Ja!" und dann hat man sich angeguckt und war so, "das war total cool".[...] Ich fand das ganz schön, wenn man sich ein bisschen so über die Kleinigkeiten freuen kann und sich dann so von Mal zu Mal steigern kann.“ (Grup. B, Pos. 29)

Aufgrund der kurzen Einsatzzeiten der teilnehmenden Hebammen hinterfragen die Mentorinnen den Aufwand im Rahmen der Eingliederung. Insbesondere bei den Teilnehmerinnen, deren Verbleibperspektive im Bürgerhospital fraglich ist, wird darüber diskutiert, gewisse Themen wie Dokumentation oder Computerprogramme nicht zu vertiefen.

Neben den positiven Erfahrungen mit den Teilnehmerinnen durch ein Arbeiten auf Augenhöhe und dem Zugewinn durch den Erfahrungsschatz einiger Teilnehmerinnen sehen die Mentorinnen durch ihre neue Rolle im Projekt eine zusätzliche Belastung in ihrem Arbeitsalltag. Dies resultiert aus dem Gefühl eine beständige Mitverantwortung für das Handeln einer weiteren Person zu übernehmen und das Einstellen auf unterschiedliche Persönlichkeiten:

„Ich hatte vielleicht einen Dienst im Monat wo ich alleine war. Also nicht, dass es - aber die Anstrengung ist echt, für mich zumindest, vor allem wenn man das richtig machen will.“ (Grup. B Pos. 165)

Die limitierten Einsatzzeiten im Kreißsaal und wechselnde Mentorinnen machen laut der Aussagen derselben eine umfassende Feedbackkultur schwierig. Die Teilnehmerinnen des Projektes geben an, Rückmeldungen zu ihrer Tätigkeit von den Mentorinnen erhalten zu haben. In welchem Umfang und in welcher Weise ist jedoch abhängig von der jeweiligen Mentorin und der Arbeitsbelastung. Von Seiten einer Teilnehmerin wurde ein Gesprächsangebot ihrer Mentorin nach einer herausfordernden Situation sehr positiv aufgenommen.

Die Bereitschaft und das Prozedere zum Feedback werden von einer interviewten Teilnehmerin wie folgt beschrieben:

„Während der einzelnen Arbeitstage im Kreißsaal hab ich versucht am Tag danach, wenn ich die gleiche Hebamme wiedergesehen [habe], meine Patin, mit ihr noch ein paar Sachen dann nachzubesprechen sozusagen. [...], dass ich mir die Zeit nochmal genommen hatte mit ihr, lass uns doch nochmal darüber reden oder dies und jenes ist noch hängengeblieben und da waren die eigentlich immer offen dann die Patinnen ne? Ansonsten gab es schon zwischendurch auch ein Kompliment, "hast du gut gemacht" und so.“ (Interview 8092, Pos.2)

Zum Ende des Praxiseinsatzes im Kreißsaal sind einige Teilnehmerinnen aktiv in einen Austausch mit den Mentorinnen bezüglich einer Verbleibperspektive in der klinischen Geburtshilfe gegangen. Die Teilnehmerinnen erhalten nach Beendigung des Projektes einen Feedbackbrief von einer der Mentorinnen. Dies erfolgte zum Bedauern der Teilnehmerinnen des ersten Durchgangs erst nach Abschluss des Projektes.

Die Teilnehmerinnen des Projektes merken an, dass auch die Mentorinnen ein Feedback zu ihrer Begleitung einfordern und sie diesem Wunsch zur gegenseitigen Reflexion entsprochen haben.

4.5 Bewertung des Projektes aus Sicht der Teilnehmerinnen

Alle Teilnehmerinnen der Evaluation sind davon überzeugt, dass sie den Weg in den Wiedereinstieg nicht ohne das Programm mit seinem Theorie-/Praxisanteil und den schon beschriebenen Rahmenbedingungen eingeschlagen hätten:

„Ich würde schon sagen, das Projekt hat sein Ziel erreicht [...] es soll ja Lust machen, ein Gefühl dafür vermitteln, kann ich diesen Weg weitergehen und dabei ist es ausschlaggebend für meinen Weg gewesen. Ohne dieses Projekt hätte ich mich niemals getraut.“ (Interview 6031, Pos. 39)

Es wird jedoch offensichtlich, dass die Teilnehmerinnen zum Teil mit unterschiedlichen Erwartungen in das Programm gestartet sind, was ihre abschließende Bewertung beeinflusst. Die Teilnehmerinnen äußern den Eindruck, dass das Projekt nicht nur als Wiedereinstieg in den klinischen Kontext, sondern auch zur Personalgewinnung für das Bürgerhospital geplant ist. Dies wird von Seiten der Teilnehmerinnen auch damit beschrieben, dass schon während der Projektzeit Gespräche zur Weiterbeschäftigung durchgeführt werden, obwohl noch kein Einsatz im Kreißaal stattgefunden hat. Für einige Wiedereinstiegshebammen wird das Programm von Seiten des Bürgerhospitals als Einarbeitung in die Kreißaaltätigkeit wahrgenommen, für andere als Schnuppermöglichkeit, sich gegebenenfalls für den Tätigkeitsbereich zu entscheiden.

„Also für mich war das eigentlich schon, mir war schon klar, dass es irgendwie nur ein Schnuppern wird. Also ich hatte mir davon erhofft irgendwie zu entscheiden. Lass ich das überhaupt? Also ist mir das „too much“ oder versuche ich es weiter und, dass das nicht gewesen sein kann, das war mir ja eigentlich schon klar.“ (Grup. A Pos.67)

Aufgrund der Datenauswertung lassen sich viele Aspekte bezüglich der Beurteilung erkennen, die die Theorie-Praxis-Aufteilung und den Umfang der Maßnahme betreffen. Aus den Angaben der Interviewten wird ersichtlich, dass es seit der Durchführung des ersten Durchgangs eine Veränderung in der Aufteilung der the-

oretischen Lehreinheiten gegeben hat. Zwar heben die Teilnehmerinnen des ersten Durchgangs hervor, dass der Theorieblock zu Beginn der Maßnahme sich günstig auf den Gruppenaufbau der Teilnehmerinnen ausgewirkt hat. Beide Gruppen sind sich einig, dass ein Beginn mit theoretischen Lehreinheiten eine gute Grundlage zum Aufbau und zur Wiederholung von notwendigen Wissensinhalten ist, jedoch ein Abwechseln von Theorie und Praxis besser gewesen wäre, um einen besseren Theorie-Praxis Transfer zu realisieren. Die darauf erfolgte Anpassung des Konzeptes bewerten die Teilnehmerinnen des zweiten Durchgangs positiv:

„Ich fand das gut mit Theorie am Anfang, dann in die Praxis zu gehen, auszuprobieren, Fragen zu stellen und dann in den nächsten Theorietagen noch Fragen zu stellen, sich auszutauschen mit den anderen, wie ist es euch ergangen?“ (Interview 6031, Pos. 13)

Einige der Hebammen im Wiedereinstiegsprogramm sehen sich überfordert mit der Simulationsübungseinheit zu Notfallsituationen, da sie zu diesem Zeitpunkt durch das rotierende System der Praxisorte noch nicht im Kreißsaaleinsatz gewesen waren. Die Mehrheit der Teilnehmerinnen sieht im Simulationstraining die Möglichkeit, Sicherheit für den praktischen Einsatz durch die Beteiligung der interprofessionellen Berufsgruppen und Gynäkolog*innen zu erhalten.

Die Inhalte der Theorieeinheiten werden laut den Ergebnissen der Datenerhebung als sinnvoll und zielführend erachtet. Als Vorschlag wird zudem eine Vertiefung von digitalen Fähigkeiten in diesem Kontext genannt. Auch geben die Befragten an, dass eine thematische Bündelung von Inhalten an den Theorietagen hilfreich wäre.

Bezüglich des Umfangs des praktischen Einsatzes wünscht sich die Mehrheit der Teilnehmerinnen einen größeren Stundenanteil im Kreißsaal. Es wird ersichtlich, dass die Teilnehmerinnen mit dem Projekt einen Wiedereinstieg in den Kreißsaal verbinden. Die Einsatzzeiten auf den Stationen werden aufgrund des beruflichen Hintergrundes als nicht zielführend angesehen:

„Also, ich, die 25 Jahre Wochenbettbetreuung zuhause macht. Ich war auf der Wochenstation- natürlich ist es wichtig zu sehen wie die Routinen laufen, was da so passiert, wie das alles ist, klar. Aber ähm ja. Das hat mich nicht weitergebracht in irgendeiner Form.“ (Grup. A, Pos. 42)

Auch dabei kommt die rotierende Einsatzplanung der Praxiseinsätze innerhalb der Projektzeit zur Sprache:

„Ich hätte mir mehr Zeit im Kreißsaal gewünscht. Man muss sich das so vorstellen, das ist uns allen nicht klar gewesen. Gerade. die, die noch mit weniger Prozent da waren, [...]. Ich bin auch nicht direkt in den Kreißsaal gekommen, sondern war halt am Anfang in der Schwangerenambulanz, gefühlt hatte man einen Monat, wo man nichts mit dem Kreißsaal zu tun hatte. Da hätte ich mir gewünscht, dass man schneller im Kreißsaal ist, weil das ja, da kann ich nur für mich sprechen, das Tätigkeitsfeld gewesen, das ich kennenlernen wollte.“ (Interview 6031, Pos. 19)

Aus diesem Zitat wird nicht nur die Thematik des Umfangs des praktischen Einsatzes, sondern auch die Bedeutung des zu Beginn des Projektes gewählten Arbeitsumfangs ersichtlich.

Tab. 7: Aufteilung VZÄ Teilnehmerinnen (eigene Erstellung)

Anteil % VZÄ	Anzahl Teilnehmerinnen
50	5
60	2
65	1
75	3
80	1

Die Mehrheit der teilnehmenden Hebammen haben einen Arbeitsumfang von 50% gewählt hat, was für den sechswöchigen Einsatz im Kreißsaal ca. 16 Arbeitstage bedeutet. Dienste ohne Geburten, die lange Abwesenheit von der Tätigkeit im Kreißsaal und der Anspruch an sich selbst im Projektzeitraum wiedereinstiegsfähig zu werden, lassen die Teilnehmerinnen im Rahmen der Interviews und der Gruppendiskussion zu der Erkenntnis kommen, dass mehr Zeit im Kreißsaal für einen weitreichenderen Kompetenzerwerb und ein damit verbundenes gesteigertes Sicherheitsgefühl wichtig gewesen wäre:

„Ich würd auch sagen, diese Prozentzahl, diese 50% ist schon gut, aber eigentlich müsste man die nur im Kreißaal sein. Also die auf anderen Stationen zu verbringen, das hat mich zu viel Zeit gekostet.“ (Interview 9101, Pos. 36)

Eine Teilnehmerin schlägt vor, den Praxiseinsatz nur im Kreißaal und im Vor-Kreißaal umzusetzen. Im Falle des Entschlusses, nach der Maßnahme im Bürgerhospital zu verbleiben, könnten dann zur Orientierung in der gesamten Einrichtung auch Zeiten auf den anderen Stationen geplant werden. Als Lösungsmöglichkeiten werden des Weiteren Verlängerungen der Praxiszeit um vier Wochen, ein Follow-Up-Programm nach Beendigung des Projektes und gezieltere Tätigkeitsbeschreibungen für den Praxiseinsatz im Kreißaal vorgeschlagen.

4.6 Bewertung des Projektes aus Sicht der Mitarbeiterinnen des Bürgerhospitals

Die Mitarbeiterinnen erkennen im Wiedereinstiegsprojekt positive, zum Erfolg führende Aspekte für die Teilnehmerinnen, wie die Möglichkeit in einem geschützten Raum wieder in die klinische Tätigkeit einsteigen zu können und dadurch vorangegangene negative Erfahrungen auszugleichen:

„Ich glaube für die Kollegin war das auch nochmal ganz schön, nochmal reinzuschnuppern und sich nochmal anders kennenzulernen und anders herauszufordern, aber auch irgendwie mit der Geburtshilfe und der Klinik so ein bisschen Frieden zu schließen [...]. Und dass die Maßnahme einfach hilft, behüteter vielleicht an die Sache nochmal herangeführt zu werden in einem Rahmen, der glaub ich, weniger schnell überfordern kann, weil man direkt sich jemanden greifen kann oder sagen kann: „Das ist zu viel, ich kann das nicht.“ [...], ohne dass man das Gefühl hat, man wird direkt vielleicht auch bewertet oder man kriegt eine Kompetenz abgesprochen oder Ähnliches.“ (Grup Mi, Pos.156)

Demgegenüber sehen sie auch positive Synergien für sich selber in der Zusammenarbeit, wie eine Mitarbeiterin in der Gruppendiskussion erläutert:

„[...] , dass Kolleginnen wiederkommen die ganz viele andere Sachen gemacht haben und viel Lebenserfahrung mitbringen. Auch wenn vielleicht in der Geburtshilfe, sie da nicht so erfahren sind, aber sie bringen einfach ganz viele andere Sachen mit und das ist total gut für unser Team, weil wir auch so ein großes Team sind.“ (Grup. B, Pos. 11)

Die Festanstellung, die mit der Teilnahme an der Maßnahme verbunden ist, beurteilen die Mitarbeiterinnen unterschiedlich. Sie sehen den wirtschaftlichen und planerischen Vorteil eines regelmäßigen Entgelts für die Teilnehmerinnen. Kritisch hinterfragt wird die Entscheidungsfindung über den weiteren Verbleib im Bürgerhospital noch bevor der praktische Einsatz im Kreißaal absolviert ist.

Eine Mitarbeiterin äußert, dass mit der Festanstellung der Projektcharakter der Maßnahme hinterfragt werden kann, da der Schlusspunkt nicht fest fixiert ist. Eine begrenzte Anstellung über den Projektzeitraum mit der Möglichkeit eines vereinfachten Bewerbungsverfahrens zur Weiterbeschäftigung wird hier als Alternative angeregt.

Perspektivisch eine „Best Practice Lösung“ für die Aufteilung der Theorieeinheiten innerhalb des Projektzeitraumes zu erarbeiten, sehen die Mitarbeiterinnen kritisch, da durch ein Splitting der Lehreinheiten zwar die Belastung durch die Menge des theoretischen Inputs verringert wird, dadurch jedoch in den praktischen Einsätzen Wissen zur eigenverantwortlichen Durchführung von Maßnahmen fehlt:

„Ich finde das ist eine große Herausforderung da die perfekte Ansammlung an: Wann mach ich die Theorie? Wann geht wer in die Praxis? Ich finde das ist eine sehr große Herausforderung, das so zu gestalten, dass es für alle perfekt ist. Klar man kann sich überlegen, stellt man Pharmakologie oder so ans Ende. Naja gut aber dann sind sie im Kreißaal und sollen irgendwelche Sachen geben und wissen nicht mehr was es ist.“ (Grup. B, Pos69)

Dies betrifft auch die Platzierung der Simulationstrainings. Hier wird angemerkt, dass neben den Notfallsituationen auch das Einüben von Fertigkeiten, wie der vaginalen Untersuchung oder dem Katheterisieren, vor dem Einsatz im Kreißaal als relevant erachtet wird.

Von Seiten der Mitarbeiterinnen wird das Projektziel mit der Wiedereingliederung im gesamtklinischen Kontext verbunden. Dies wird von den Projektkoordinatorinnen auch als Grund angegeben, warum die Teilnehmerinnen Praxiszeit in unterschiedlichen Bereichen verbringen sollen.

„Ich meine rein von dem Projekt her, ist das ja nicht die Hebammen für den Kreißaal, sondern die Hebammen für die Klinik und wir haben ja auch einfach unterschiedliche Stationen, wo Hebammen eingesetzt sind und einfach sinnvoll sind, ja? Und von daher ist es, ja die meisten wollen zurück in die Geburtshilfe und deswegen wär das für die schön, wenn die hauptsächlich im Kreißaal wären und vielleicht in die anderen Stationen mal einen Tag oder zwei hospitieren. [...], aber ich glaube vom Ursprungsprojektgedanken ging es ja um die Klinik und wenn ich mir vorstelle auf unserer Pränatalstation, wo auch die CTGs geschrieben werden, wo die Frauen mit vorzeitigen Wehen liegen, auch da wär das für die total schön, wenn da Hebammen arbeiten würden. Und genauso auf der Wochenstation wäre das für die schön, wenn da mehr Hebammen arbeiten würden. Also wenn wir auch einfach Kolleginnen für diese Stationen gewinnen könnten, wäre das total super, einfach.“ (Grup. B, Pos.115)

Mit dem Einblick in unterschiedliche Tätigkeitsbereiche, sollen nach Angabe einer Interviewten die Teilnehmerinnen nach der langen klinischen Abstinenz wieder einen Zugang zum klinischen System erhalten. Die Teilnehmerinnen, die am längsten aus dem klinischen Setting ausgeschieden waren, durchlaufen in der Einsatzplanung auch zuerst die anderen Stationen, bevor sie im Vor-Kreißaal und Kreißaal eingesetzt werden.

Auch die Mitarbeiterinnen bewerten einen Stellenumfang von 50% VZÄ im Rahmen des Projektes nach den Erfahrungen der ersten beiden Durchgänge als zu gering, um ein Sicherheitsgefühl in der Tätigkeit zu erlangen und geben an, Interessierte für den dritten Durchgang des Programms zu einem höheren Stellenanteil beraten zu haben.

„Aber 50% muss man einfach sagen, sind schon sehr wenig, weil sie dann in 6 Wochen Kreißaal irgendwie sieben Dienste haben oder 12 und das ist einfach nicht genügend, um wieder so eine Sicherheit zu haben, um dann nach den 3 Monaten zu sagen, so und jetzt arbeite ich direkt los. Genau, aber da das ja eben ein Projekt ist, das Leute anspricht die vielleicht auch noch Kinder haben, die versorgt werden müssen, die einfach nicht sich mit 100% in die Arbeit stürzen können [...], ja, kann man das eben nicht voraussetzen, dass man sagt, es geht nur mit so viel Prozent. Aber sinnvoll wärs, ne größere Stelle.“ (Grup. B, Pos 80)

Neben dem Problem, bei einer Erhöhung des Mindeststellenanteils manche interessierten Bewerber*innen aus oben beschriebenen Gründen auszuschließen, sehen die Mitarbeiterinnen auch die Herausforderung, für diesen höheren Praxisaufwand eine ausreichende Anzahl von Mentorinnen zu benötigen.

Die aus den Ergebnissen der Gruppendiskussion herausgearbeitete Vielzahl an organisatorischen und inhaltlichen Aspekten veranschaulicht den Umfang an Koordinationsarbeit, die die Realisation des Projektes mit sich bringt. Die Projektkoordinatorinnen sind neben der Planung der Lehreinheiten und Praxiseinsätze auch selbst in der Lehre tätig. Sie führen die Simulationstrainings durch und stehen den Teilnehmerinnen wie Mitarbeiterinnen bezogen auf das Projekt beratend zur Verfügung. Dies wird zum großen Teil auch im Rahmen ihrer Tätigkeit als Kreißsaalhebamme zusätzlich erbracht. Eine Assistenzstelle, die zu Beginn des Projektes mit 50% VZÄ administrative Aufgaben übernommen hat, lief zum Ende des Jahres 2023 aus, wodurch die drei Mitarbeiterinnen des Projektteams mit einem Gesamtumfang von 75% VZÄ die 50% zusätzlichen Workload übernehmen mussten.

Die interviewten Mitarbeiterinnen empfinden positive Einflüsse des Projektes auf das Gesamtteam, da viele Kolleginnen im Kreißsaal neue Rollen übernommen haben, wie z.B. Mentorinnen- oder Dozierenden-Tätigkeit. Viele Mitarbeiterinnen aus unterschiedlichen Ebenen und Bereichen haben an der Projektgestaltung mitgearbeitet, zusammen auch neue Fortbildungsformate entwickelt und an Themen konzeptionell weitergearbeitet.

Sie sehen die Teilnehmerinnen, die im Bürgerhospital verblieben sind, als große Bereicherung. Jedoch geben die Mentorinnen im Rahmen der Gruppendiskussion die Rückmeldung, dass ein zweimaliger Projektstart im Jahr neben den anderweitigen Zusatzaufgaben, wie der Begleitung von Hebammenstudierenden, belastend empfunden wird. Eine interviewte Mentorin unterstreicht diese Aussage:

„Deswegen tatsächlich, wenn jetzt die Frage kommt nach der nächsten Runde, müsste ich mir das ein bisschen noch überlegen.“ (Grup. B Pos.162)

In diesem Kontext werden Anregungen geäußert, die Maßnahme in größeren Abständen zu wiederholen, um die Koordination mit den Praxiseinsätzen der Hebammenstudierenden zu entzerren.

Perspektivisch äußern die Mitarbeiterinnen Bedenken, ob das Modell bei einer Fortführung ausreichend potentielle Teilnehmerinnen aus dem Großraum Frankfurt finden wird. Bei einer Ausweitung des Einzugsbereiches und der damit unter Umständen geringer werdenden Chance, Kolleginnen für das eigene Team finden zu können, müssen Überlegungen bezüglich einer Anpassung der Inhalte, der Intensität der Einarbeitung und der Motivation der teilnehmenden Mitarbeiterinnen einbezogen werden. Diesbezüglich gibt eine Interviewte an, dass es im Vorfeld des Projektes Planungen gab, die theoretischen Anteile im Bürgerhospital zu zentrieren und Teilnehmerinnen in unterschiedlichen geburtshilflichen Abteilungen einzusetzen. Das wurde aufgrund von organisatorischen und rechtlichen Herausforderungen nicht weiterverfolgt.

4.7 Bedeutung des Bürgerhospitals im Kontext des Projektes

Bei der Auswertung der Daten werden Einzelheiten zu den Erfolgsfaktoren, Besonderheiten und Herausforderungen bei der Implementierung eines Projektes, wie dem Wiedereinstiegsprogramm, von Seiten aller teilnehmenden Gruppen (Teilnehmerinnen und Mitarbeiterinnen) ersichtlich. Auch unter dieser Kategorie finden sich die Ergebnisse der Datenauswertung beider Gruppierungen.

Im Kreißsaal des Bürgerhospitals arbeiten nach Angaben der Mitarbeiterinnen ca. 80 Hebammen. Im Rahmen der Gruppendiskussion äußern sie Bedenken, dass es schwierig sei, durch das Anwachsen der Teamgröße und einer kontinuierlichen Fluktuation von Mitarbeiter*innen einen Überblick über ständige Veränderungen und den Erfahrungsstand der einzelnen Mitglieder des Teams zu behalten:

„Es sind so viele. Es sind so viele neue Gesichter. Man weiß gar nicht mehr, wer wo hingehört“ (Grup. B, Pos. 188)

Trotz dieser Tatsache stellen die Mitarbeiterinnen die gute Arbeitsatmosphäre verbunden mit der ständigen Bereitschaft, neue Kolleginnen zu unterstützen, heraus. Als wichtige Faktoren zur erfolgreichen Durchführung des Wiedereinstiegsprogramms sehen sie das gut funktionierende Team und eine gute personelle Besetzung in jedem Dienst. Dazu gehört für die Mitarbeiterinnen auch die gute interprofessionelle Zusammenarbeit mit den Ärzt*innen.

Die damit als positiv verbundenen Arbeitsbedingungen sehen sie als Anreiz für Hebammen in die klinische Geburtshilfe zurückzukehren:

„Naja und auch der Grund warum Hebammen wieder zurückkommen sind ja verbesserte Arbeitsbedingungen. Wenn die Arbeitsbedingungen besser sind, dann komm ich zurück, dann bleibe, dann stock ich meine Stelle auf.“
(Grup. B, Pos. 200)

Von Seiten der Teilnehmerinnen des Projekts wird die Arbeitssituation im Bürgerhospital und der damit eventuell verbundene Effekt auf einen Wiedereinstieg unterschiedlich wahrgenommen. Positiv wurden die interventionsarme Geburtshilfe, die einzelfallbezogene Betreuung und das Arbeiten auf Augenhöhe mit den Ärzt*innen hervorgehoben. Eine gute personelle Besetzung macht es nach Ansicht der Teilnehmerinnen möglich, sich Zeit für die Gebärenden zu nehmen. Das Arbeiten nach neuesten Standards und das Angebot von regelmäßigen Simulationstrainings im Team sowie Strukturen zum Fehlermanagement machen die Arbeit hier attraktiv:

„Und erleb es in Frankfurt anders, dass es anders geht, dass Kristellern und Epi kein Standard sein muss.“ (Interview 6021, Pos.16)

Mehrere Teilnehmerinnen merken an, dass die computerbasierte Dokumentation nach ihrem Empfinden zu viel Zeit im Arbeitsalltag einnimmt. In kritischen Anmerkungen zum Arbeitsfeld Kreißsaal wird die berufliche Sozialisation bei einigen Hebammen offensichtlich. Für diejenigen, die nach der Ausbildung nur in der Freiberuflichkeit und Hausgeburtshilfe tätig waren, birgt das große Team und die Vielzahl an unterschiedlichen Abläufen eine Herausforderung:

„Und hier ist das für mich immer noch wie ein "D-Zug" in vielen Abläufen, wo ich mir so denke, das kenne ich so gar nicht, muss das so sein? Also da sieht man wie unterschiedlich man auch groß wird als Hebamme und dass ich, ich find das alles legitim grundsätzlich, dass es so eine Klinik gibt und die Pathologie und alles, [...] aber für mich war das auch neu. Oder ist es auch neu, weil ich das so nicht kenne oder nie kennengelernt hab, dadurch dass ich dann ja danach im Geburtshaus gearbeitet hab.“
(Grup. A, Pos. 53)

Auch werden die Teilnehmerinnen mit Themen und Situationen konfrontiert, derwegen sie das System Kreißsaal in der Vergangenheit verlassen haben:

„...also ich hab XX mein Examen gemacht und dann XX bis XX in der Uniklinik gearbeitet und wieder auf dieselben Themen zu treffen, wegen denen ich eigentlich schon XX dann nicht mehr dort arbeiten wollte quasi.“ (Grup. A, Pos. 27)

Zwei Teilnehmerinnen merken an, dass sie sich durch die Diversität an Risikofällen und der Häufigkeit des Auftretens als Wiedereinsteigerinnen haftungsrechtlich in einer herausfordernden Situation fühlen:

„Also das war eine Sache, die ich auch zum Abschiedsgespräch angesprochen hab und da wurde auch klar, da wurde sich vorher nicht so richtig Gedanken drüber gemacht, wie weit wir als Hebammen eben auch haftbar gemacht werden können. Ich hatte auch ne nicht so schöne Situation und da stand ich, sag ich mal überspitzt, plötzlich alleine da, und dann: ich hab einen Vertrag als Hebamme, ich hab ein Hebammenexamen und Mentorin ist nicht da, der Arzt kommt nicht, wie auch immer. Wie weit bin ich denn haftbar?“ (Grup. A, Pos. 118)

Auf der anderen Seite wird die große heterogene Spannweite des geburtshilflichen Feldes von einer Interviewten wie folgt beschrieben:

„Ich hab das Gefühl, wenn man das Bürgerhospital verstanden hat, dann kann man eigentlich jedes System erobern.“ (Interview 8091, Pos. 48)

Eine Übertragbarkeit der im Bürgerhospital erworbenen Kompetenzen auf andere geburtshilfliche Abteilungen wird dabei angemerkt.

4.8 Aspekte zum Verbleib in der klinischen Geburtshilfe

Nach den Erfahrungen, die die Teilnehmerinnen des Projektes im Maßnahmenzeitraum gemacht haben, geben sie Informationen zu Aspekten, die für sie für einen Verbleib in der klinischen Geburtshilfe von Relevanz sind.

Unabhängig vom klinischen Arbeitgeber spielen allgemeine Anreize, wie ein kompetenzangepasstes Entgelt, gute Arbeitsbedingungen bezogen auf den Stellenschlüssel und ein respektvoller Umgang innerhalb des Teams eine große Rolle.

Beim Verbleib im Bürgerhospital geben die Interviewten an, dass sie eine weiterführende strukturierte Einarbeitungszeit über den Maßnahmenzeitraum hinaus erwartet hätten:

„Also ich dachte, wir hatten nach dem Projekt, also wenn wir verlängern, noch eine Einarbeitungszeit. Die gab es aber nicht. [...] In der Projektzeit hatte ich nicht die Möglichkeit mich so einzuarbeiten, dass ich mich dann einigermaßen sicher gefühlt hatte mit so vielen Besonderheiten, die es dort halt gibt.“ (Interview 6022, Pos. 14)

Die Teilnehmerinnen, die im Bürgerhospital verbleiben, werden zusätzlich zur üblichen Dienstbesetzung geplant. Trotzdem kommt es häufig vor, dass die vorgeplante Anzahl an Kolleginnen nicht zum Dienst antritt und die Hebamme aus dem Wiedereinstiegsprogramm den Extrastatus verliert.

Um sich besser in das Kreißsaalsystem einzufinden, fordern mehrere Teilnehmerinnen aktiv Unterstützung vom Team und sogar zusätzliche Dienste ein, in denen sie weiterhin als über die normale Besetzung hinaus geplante Hebamme mitlaufen können. Aus den Daten wird ersichtlich, dass nicht nur der schon beschriebene Austausch mit den Mentorinnen wichtig für die Teilnehmerinnen ist, sondern auch ein Abschlussgespräch mit der Leitenden Hebamme als wichtiger Aspekt zum Verbleib im Kreißsaal angesehen wird:

„Aber ich find ein abschließendes Gespräch nicht nur mit der Mentorin oder einer der Mentorinnen aber auch der Stationsleitung wäre wichtig gewesen, um zu gucken, wie kann man weitermachen.“ (Grup. A Pos.109)

Gerade bei der Absicht, in einer anderen geburtshilflichen Abteilung tätig zu werden, wird von einer Teilnehmerin die Notwendigkeit geäußert, mehr Praxiszeit im Vor-Kreißsaal zu verbringen, da in kleineren geburtshilflichen Abteilungen Kreißsaal und Vor-Kreißsaal als Arbeitsbereiche nicht getrennt sind. Ein auf die Wiedereinsteigerinnen abgestimmter Einarbeitungsleitfaden und eine mögliche Festlegung von Parametern, wie Anzahl an selbstständig durchgeführten Geburten, Sectiones, etc. vor Beendigung der Einarbeitungszeit, sehen die Teilnehmerinnen des Wiedereinstiegsprogramms als hilfreiche Unterstützung an, um in der klinischen Geburtshilfe zu verbleiben.

4.9 Arbeitssituation nach Ende des Projektes

Von den 10 Teilnehmerinnen die an der Evaluation teilgenommen haben, hat eine Teilnehmerin aus persönlichen Gründen und eine Teilnehmerin wegen Krankheit das Ende des Projektzeitraums nicht erreicht.

Die Tabelle zeigt in welchem beruflichen Arbeitsfeld sich die 10 Teilnehmerinnen, die an der Evaluation teilgenommen haben, zum 31.03.2024 befinden.⁴

Tab. 8: Beruflicher Verbleib Teilnehmerinnen (eigene Erstellung)

Tätigkeitsfeld/Einrichtung	Anzahl n=10
Kreißsaal/Bürgerhospital	4
Kreißsaal andere Klinik	2
Klinisches Setting andere Klinik (Vor-Kreißsaal; Ambulanz)	2
Freiberuflichkeit ohne Geburtshilfe	1
Anderes Tätigkeitsfeld	1

Wie aus der Tabelle ersichtlich hat die Mehrzahl der Teilnehmenden den Schritt in das klinische geburtshilfliche Setting vollzogen. Hierbei geht die Bandbreite der Stellenanteile von 60 bis 90% VZÄ. Die in der Geburtshilfe verbliebenen Teilnehmerinnen sind sich einig, dass das Konzept und die Durchführung als guter Einstieg zurück in das geburtshilfliche Setting bewertet werden kann, jedoch die erworbenen Kompetenzen in der anschließenden Tätigkeit erweitert und vertieft werden müssen. Hierbei spielt für die Hebammen die Vielzahl an möglichen Risikosituationen und das Arbeiten im Team eine Rolle:

„Also ich bin noch sehr damit beschäftigt mich da einzufinden und das alles wieder zu lernen und sicherer zu werden. Sowohl was das Arbeiten im Team angeht, als auch die reine Hebammenarbeit und da gibts sicherlich viele, die das schneller hinkriegen, [...] aber das ist mir auch alles jetzt ein bisschen egal. Für mich ist das ein super Weg das Ganze wieder anzugehen und ich lass das auch ein bisschen auf mich zukommen und guck dann einfach mal.“
(Interview 5091, Pos. 34)

⁴ Laut Informationen des Bürgerhospitals haben die zwei Teilnehmerinnen, die nicht an der Evaluation teilgenommen haben, beide eine klinische Tätigkeit aufgenommen.

Generell sehen die Teilnehmerinnen ihre Chancen, auch in anderen Kliniken angestellt zu werden, positiv. Einige geben in den Interviews an, sich nach einer gewissen Zeit im Bürgerhospital vorstellen zu können, an kleineren geburtshilflichen Abteilungen tätig zu werden.

Die Teilnehmerinnen, die nach Beendigung des Projektes im Bürgerhospital verbleiben, sind primär für einige Wochen für einen Einsatz im Vor-Kreisssaal geplant worden. Die Ergebnisse machen deutlich, dass diese Regelung nicht bei allen Teilnehmerinnen als zielführend aufgenommen wird, da sie ihren Fokus in der Geburtshilfe sehen und eine weitere längere Abstinenz als Rückschritt zum Erwerb von Kompetenzen ansehen.

„Gegen den Plan, die ersten vier Wochen komplett Vorkreisssaal zu machen habe mich gewehrt. Ich wollte Sicherheit im KRS bekommen. Ich bin bereit, weil der Vor- Kreisssaal Spaß macht, jeden Monat 1-2 Vor-Kreisssaaldienste zu machen, weil ich glaube in der Klinik vor Ort hätte ich auch Schwangere mit fraglichem Blasensprung. Das hätte ich on Top, deswegen also mir macht auch Vor-Kreisssaalarbeit Spaß -. fühle mich fast sicherer als im KRS.“
(Interview 6021, Pos. 18)

Die im Bürgerhospital verbliebenen Teilnehmerinnen geben an, dass auf ihre Arbeitszeitwünsche flexibel eingegangen wird und dass sie auch ohne eingeplante Mentorin auf umfassende Unterstützung durch Teamkolleginnen zurückgreifen können.

„Also für mich ist ausschlaggebend, dass ich bleiben kann, das ganz Praktische, das rechne ich dem Haus hoch an, ist das so Extrawürste wie ich kann nur jede zweite Woche arbeiten. Das ich diese Dienstplanung, das ich sagen kann, nach meinen Regeln oder gar nicht und das darauf eingegangen wird.“ (Grup. A, Pos. 207)

Eine Teilnehmerin merkt an, dass es ihr auch, wenn sie nicht mehr offiziell in der Einarbeitungsphase ist, ermöglicht wird, bei der Übergabe der zu betreuenden Frauen Wünsche zu äußern und ihr Status als Wiedereinsteigerin weiterhin Beachtung findet.

Daneben wird ersichtlich, dass die Hebammen ihre Situation im Kreißsaal unterschiedlich belastend wahrnehmen. Einige genießen es, im Gegensatz zu ihrer früheren freiberuflichen Tätigkeit, renten- und sozialversichert zu sein und empfinden das Kliniksetting im Gegensatz zu früheren Kreißsaaleinsätzen als „wohlwollend“ im Miteinander.

Manche schauen jedem Dienst mit positiver Spannung entgegen:

„Ja ich bin aufgeregt und gespannt, weil in der großen Klinik der Dienstbeginn spannend ist. Aber ich habe keine Angst, wenn's losgeht, läuft es. Ich fühle mich gut aufgefangen.“ (Interview 6021; Pos. 6)

Andere Teilnehmerinnen äußern hingegen einen gefühlten großen psychischen Druck in der Ableistung ihrer Dienste im Kreißsaal:

„Also die Angst, ja. Ich hatte das Glück in meiner freiberuflichen geburtshilflichen Tätigkeit nie irgendeinen Notfall zu haben und ich- wie auch sagt, bin auch eigentlich jemand der funktioniert, aber ich hab hier so kleine Situationen, wo ich dann einfach gemerkt hab, boah ich gefriere ein. Ich werde handlungsunfähig, mir fällt dann nix ein. Und für mich ist der größte Stress hier mit den eigenen Erwartungen an mich selbst, alles gleich können, wissen, machen zu wollen, Ähm, gesund umzugehen. Das ist meine Aufgabe.“ (Grup. A, Pos. 42)

Nicht nur herausfordernde, kritische geburtshilfliche Situationen, sondern selbst die Unsicherheiten in Abläufen und fehlendes Grundwissen bei Regeleingriffen bedingen Stresssymptome:

„Ich war jetzt eingeteilt für so einen Sectiodienst und das hat mich echt vorher ne schlaflose Nacht gekostet.“ (Interview 9101)

Eine Teilnehmerin gibt einen Erklärungsversuch für dieses Phänomen:

„Als junge Hebamme will man einfach wissen, wie reagiert man, hat man einen Blackout, kann man funktionieren, kann man sich fokussieren, das kann man üben. Aber wenn man 17 Jahre oder 14 Jahre raus ist aus der Situation, aus dieser, aus dem Risiko einfach einem Notfall zu begegnen, dann weiß man einfach nicht mehr, ob man noch so funktioniert. Ja, also viele Aspekte, die einen da so ein bisschen hindern da wieder ganz normal, ganz entspannt wieder einzusteigen.“ (Interview 8091, Pos. 8)

Drei der Interviewten geben an, nach einem Jahr Kreißsaaltätigkeit für sich selber eruieren zu wollen, ob der Tätigkeitsbereich der Richtige für sie ist – insbesondere bezogen auf Kompetenzen und psychische Verfassung - und ansonsten nach weiteren Alternativen zu suchen. In der momentanen Situation erfahren sie den Spagat:

„...zwischen dem was gebraucht wird von den Familien die ich betreue und den Ärzten mit denen ich zusammenarbeite und den Kollegen die sich darauf verlassen das ich die mir zugeteilte Frau vernünftig versorge, [...]. Das ist noch eine große Diskrepanz zu dem wie ich mich selber fühle.“ (Interview 8091, Pos. 30)

Auch die Teilnehmerinnen, die keine klinische Tätigkeit aufgenommen haben, sehen positive Synergien für ihre Arbeit durch das Projekt. Diese beziehen sich auf den Gewinn evidenzbasiertem geburtshilflichen Wissen und der Erkenntnis, als Hebamme auch in anderen Tätigkeitsfeldern Versorgungslücken fachlich kompetent zu füllen.

5 Diskussion

Das Projekt „Wiedereinstieg in die klinische Geburtshilfe“ am Bürgerhospital in Frankfurt am Main ist in dieser Form bisher einzigartig in Deutschland. Aus den Ergebnissen der Evaluation des Projektes werden Chancen und Herausforderungen in der Zielerreichung, Hebammen, die aus dem klinischen Kontext ausgeschieden sind, zurückzuholen, ersichtlich. Aufgrund weniger vergleichbarer Modelle, auch international, ist die Anlehnung an schon vorhandene wissenschaftliche Erkenntnisse schwierig. Wissenschaftliche Übereinstimmung findet sich allerdings bei den schon erforschten Gründen zum Verlassen der Institution Krankenhaus. Entgrenzende Arbeitszeitregelungen, mangelnde Vereinbarkeit von Arbeit und Familie, fehlende Autonomie und personelle Unterbesetzung werden auch in den Ergebnissen durchgeführter Studien als Gründe sichtbar (Peter et al. 2021; Bloxsome et al. 2019; Bode et al. 2016).

Der Großteil der teilnehmenden Hebammen in dieser Evaluation ist nach dem Ausstieg aus der Tätigkeit im Kreißaal in der Freiberuflichkeit tätig gewesen. Viele der Befragten befinden sich jetzt in der Phase, in der die Care-Verpflichtungen für zu versorgende Kinder weniger geworden sind. Diese Tatsache bedingt nicht nur die Möglichkeit, an der Maßnahme teilzunehmen, sondern auch die Intention einem beruflichen Wechsel nachgehen zu können. Der erhobene Altersdurchschnitt der Teilnehmenden deckt sich mit den vorhandenen Erkenntnissen eines Reviews zu Wiedereinstiegsprogrammen von McMurtrie et al. (2014). Beweggründe aus der Freiberuflichkeit im fortgeschrittenen Alter auszusteigen, werden auch schon bei Graf-Pohl (2020) mit den Faktoren „Entgrenzung“, „ungewisse Einkommensperspektiven“ und „altersbedingte Belastungserscheinungen körperlicher Art“ beschrieben. Obwohl gerade freiberuflich tätige Hebammen das klinische Setting häufig ablehnen, da es ihrer Idealvorstellung einer guten und qualitätsvollen Geburtshilfe nicht entspricht (Graf-Pohl 2020), überzeugen im evaluierten Wiedereinstiegsprogramm die angebotenen Rahmenbedingungen zur Teilnahme. Das Alleinstellungsmerkmal des Projektes, eine Kombination aus theoretischen Inhalten, praktischen Einsätzen, Entgelt und einem Mentoring Programm zu bieten, ist dafür entscheidend.

Der Theorieteil des Projektes bietet facettenreiche Themenbereiche, die auf den Neuerwerb und die Wiederholung von für die Arbeit in der klinischen Geburtshilfe wichtigen Wissensinhalten abgestimmt sind. Hierbei stechen insbesondere die Themenbereiche Digitalisierung im Kreißaal, Medikamente und Notfalltraining heraus, die zur Vorbereitung auf den klinischen Einsatz von hoher Relevanz sind.

Im Rahmen einer Beurteilung des Projektes werden unterschiedliche Sichtweisen - bezogen auf den Fokus des Projektes bei Teilnehmerinnen und Mitarbeiterinnen offensichtlich. Die Teilnehmerinnen sehen es als ihr persönliches Ziel an, nach Beendigung des Projektes wieder eine Anstellung im Kreißaal in Erwägung zu ziehen. Von Seiten der Projektkoordinierenden bezieht sich ein späteres Arbeitsfeld auf den gesamten geburtshilflichen klinischen Sektor. Der geplante rotierende Einsatz der Teilnehmerinnen auf den Stationen kollidiert mit deren Vorstellungen. Aufgrund der langjährigen freiberuflichen Erfahrung gerade im Bereich der postpartalen Versorgung wird der Einsatz auf der Wochenbettstation als uneffektiv wahrgenommen.

Auch die Festanstellung, die automatisch über das Programmende hinaus gilt, wirft bei den Interviewten die Diskussion auf, ob das Programm einem Schnuppern in den Arbeitsbereich Kreißaal dient oder als Einarbeitung in den Kreißaal des Bürgerhospitals, als potentielle verbleibende Mitarbeiterin, fungiert. Diese Unklarheit zieht sich auch in den Bereich der Mentoring - Tätigkeit im Rahmen des Projektes seitens der Teilnehmerinnen und der Mitarbeiterinnen hinein.

Die Teilnehmerinnen sehen das Mentoring als Schlüsselinstrument im Erwerb praktischer Kompetenzen und Sicherheit für die Kreißaaltätigkeit. Der Wieder- oder Neuerwerb von daraus resultierendem Selbstbewusstsein im Tätigkeitsfeld ist das Ziel (McMurtrie et al. 2014). Als Aufgabe des Mentoring wird in der Literatur insbesondere die Einarbeitung neuer Mitarbeitenden beschrieben und dadurch ist sie normalerweise nicht an übergeordnete Ausbildungsziele gebunden, sondern an typische Tätigkeitsinhalte im Praxisfeld. Die begleiteten Teilnehmerinnen erleben dadurch wie auch bei Klein & Ostertag (2013) beschrieben Wertschätzung und eine mögliche Identifikation mit der Einrichtung. Die in der wissenschaftlichen Literatur beschriebene Bedeutung von engem Austausch und regelmäßiger Klärung und Abstimmung von beiderseitigen Vorstellungen und Rollen (Richardt et al.

2022; Polleit 2021; Klein & Ostertag 2013) wird von den Teilnehmerinnen des Projektes und den Mentorinnen zum Teil als herausfordernd in der Realisation angesehen, insbesondere durch fehlende Kontinuität der Begleitung und dem eingeschränkten Umfang des Praxiseinsatzes. Außerdem wird im Rahmen des Mentorings die Sonderrolle der Wiedereinsteigerinnen sichtbar. Nach Klein & Ostertag (2013) erstreckt sich das Rollenspektrum als Mentorin von der Fachkraft, über die Erwachsenenbildner*in, der Rolle als Coach bis hin zur Führungskraft. Die unterschiedlichen Erfahrungslevel der Teilnehmerinnen als Hebamme, die Altersstruktur der Teilnehmerinnen und unterschiedliche Verbleibperspektiven in der Institution des Bürgerhospitals machen es für die Mentorinnen nicht immer leicht diese Rollen gesamtheitlich wahrzunehmen.

In den ausgewerteten Daten wird erkennbar, dass sich alle Teilnehmerinnen an der Evaluation darüber einig sind, dass der Stellenanteil von 50% VZÄ zur Erreichung des Ziels, umfassend Kompetenzen im geburtshilflichen Kontext zu erhalten, nicht ausreicht. Hier wird die Diskrepanz zwischen den, den Teilnehmerinnen zur Verfügung stehenden zeitlichen Kapazitäten, und dem Bedarf an Praxiszeit im Rahmen des Projektes deutlich. Auch die Heterogenität der Erwartungen auf Seiten der Teilnehmerinnen wird wieder ersichtlich und zeigt die Notwendigkeit, dies gegebenenfalls schon im Vorfeld deutlicher zu klären, wie es in der Projektskizze von Richardt et al. (2022) empfohlen wird. Diese Faktoren erschweren die Generierung eines Best-Practice-Modells. Durch Anpassungen der Theorie-Praxis-Aufteilung innerhalb der Projektzeit und Erarbeitung von Tätigkeitskatalogen in den Praxisphasen wird versucht, die Projektzeit inhaltlich und strukturell effizienter zu machen. Der Theorie-Praxis-Theorie-Transfer darf dabei nicht vernachlässigt werden. Eine festgesetzte Stundenzahl für alle Teilnehmerinnen im Kreißaal unabhängig vom Stellenumfang mit der Option, die Projektzeit zu verlängern, wie bei McMurtrie et al. (2014) beschrieben, kann bei der Erlangung eines sicheren Gefühls für den Tätigkeitsbereich hilfreich sein. Bei einer möglichen Verlängerung des Projektes in Zusammenhang mit der Flexibilität der Teilnehmenden erhält auch eine mögliche Erweiterung des Einzugsgebietes des Projektes, über die Grenzen von Hessen hinaus, Relevanz.

In beiden evaluierten Durchgängen des Projektes hatten nur 50% der Teilnehmerinnen ihren Hauptwohnsitz in Hessen. Weite Anfahrtswege bedingen auch einen zumeist erhöhten Organisationsaufwand zur Teilnahme. Auch die Teilnehmerinnen, die keine Anstellung in Frankfurt gewählt haben, bewerten das Projekt als gewinnbringend und die Mitarbeiterinnen spiegeln positive Synergien durch das Projekt wider. Es bleibt trotzdem abzuwarten, ob die Motivation aller am Projekt Beteiligten im Bürgerhospital aufrechterhalten werden kann, wenn die begleiteten Hebammen des Wiedereinstiegsprogramms planmäßig nicht als Mitarbeiterinnen gewonnen werden können. Diesbezüglich ist es besonders wichtig, dass nicht nur die Arbeit der Projektkoordinatorinnen sondern auch die der Mentorinnen von Seiten der Institution ausreichend wertgeschätzt wird und Rahmenbedingungen wie beispielsweise eine Freistellung für Supervision oder Weiterbildung ermöglicht werden (Klein & Ostertag 2013).

Das Bürgerhospital bietet den Ergebnissen entsprechend gute Voraussetzungen, ein Projekt wie dieses zielführend zu realisieren. Langjährige Erfahrungen in der Anleitung von Schüler*innen, Studierenden und Anerkennungshebammen stellen einen wichtigen pädagogischen Grundstein des Mentorings dar. Aufgrund des Leistungsspektrums offeriert das Bürgerhospital eine umfassende Bandbreite geburtshilflicher Fälle ohne das Ziel einer familien- und frauenfokussierten Geburtshilfe zu vernachlässigen. Die praktizierte Geburtshilfe, der Stellenschlüssel und die interprofessionelle Zusammenarbeit bieten gute Voraussetzungen, den Weg in das klinische Setting zurückzufinden. Hierbei spielen jedoch besonders auch die persönlichen Erfahrungen und die berufliche Herkunft und Historie der einzelnen Teilnehmerin eine große Rolle. Viele Hebammen verspüren vor dem Wiedereinstieg in die Kreißsaaltätigkeit Angst und fehlendes Selbstbewusstsein (Richardt et al. 2022; McMurtrie et al. 2014). Frühere herausfordernde bis traumatisierende Ereignisse bedingen auch einen Fokus auf die jeweilige psychische Situation der Teilnehmerinnen im Rahmen des Projektes. Eine Abteilung mit ca. 4200 Geburten kann in diesem Zusammenhang häufig überfordernd wirken und es bedarf der weiteren vertrauensvollen Anbindung an begleitende Personen.

Die Mehrzahl der Teilnehmerinnen ist nach Ende des Projektes im klinischen Setting bzw. im Bürgerhospital verblieben. Alle im Kreißaal tätigen Projektteilnehmerinnen fühlen sich unabhängig von der Länge der Abstinenz nur eingeschränkt ausreichend vorbereitet auf den neuen Status, den sie nach Ende des Projektes eingenommen haben.

Eine Trennung zwischen Wiedereinstiegsprogramm und Einarbeitungszeit fehlt den Hebammen, die im Bürgerspital verblieben sind. Eine weitere Einarbeitungszeit als neue Kollegin hätte eine zusätzliche Zeit unter Begleitung einer weiteren Kollegin erfordert.

Das Bürgerhospital bietet unterschiedliche Möglichkeiten in der Geburtshilfe tätig zu sein, unter anderem durch die Implementierung eines Vor-Kreißaals. Dies ermöglicht in Teilbereichen tätig zu sein und nicht konsequent den Überblick über das Gesamtspektrum der Geburtshilfe haben zu müssen. Ob ein Abwechseln der Arbeitsbereiche zum Gewinn eines sicheren beruflichen Standings führt, kann hier auch wiederum vom Stellenanteil abhängig sein. Ein beschriebenes Fehlermanagement und regelmäßige Notfalltrainings bieten einen weiteren Aspekt für ein erfolgreiches Ankommen und Tätig sein im klinischen Setting. Inwiefern die Sicherheit im Umgang mit herausfordernden Situationen bei jeder Einzelnen erreicht werden kann, wird immer individuell bleiben. Die positiven Rahmenbedingungen, die das Bürgerhospital bietet, sind leider nicht grundsätzlich auf andere geburts-hilfliche Einrichtungen übertragbar.

6 Stärken und Schwächen der Evaluation

Die Evaluation des Wiedereinstiegsprogramms beinhaltet auf Grund der Innovation des Projektes einige Limitationen. Die eingeschränkte wissenschaftliche Grundlage bezogen auf das Thema „Wiedereinstieg“ bietet kaum Vergleichsdaten. Zudem ist die Gruppengröße mit $n=10$, der an der Evaluation Teilgenommenen, klein und die Anzahl der zu beforschenden Projektdurchgänge durch die begrenzte Projektzeit eingeschränkt. Die Anpassungen der inhaltlichen Struktur des Programmes schränken die Vergleichbarkeit innerhalb der Kernaussagen nicht ein.

Mit einer 83%igen Beteiligung von Seiten der Teilnehmerinnen bieten die erhobenen Daten eine gute Grundlage relevante Aussagen zu den Forschungsfragen zu tätigen. Die Erhebungsmethode per Online-Interview mit GoTo Meeting als niederschwelliges Erhebungsmedium war dabei sehr hilfreich.

Auch die Motivation zur Teilnahme an der Gruppendiskussion von Seiten der Mitarbeitenden war sehr groß. Aus forschungsmethodischen Gründen wurde die Gruppengröße auf zehn festgelegt. Da auch die Verteilung der einzelnen Statusgruppen (Projektkoordinatorinnen, Teamhebammen, Mentorinnen) bei der Datenerhebung Relevanz hatte, konnten nicht alle Interessierten in den Gruppendiskussionstermin einbezogen werden.

Das Forscherinnenteam wurde stets in die aktuellen Entwicklungen des Projektes von Seiten des Projektteams des Bürgerhospitals einbezogen und erhielt Zugang zu überarbeitete und neuen Dokumenten, um dieses Wissen in der Datenerhebung und Auswertung zu nutzen.

7 Fazit

„Das Projekt motiviert einen loszulegen“ (Grup. A, Pos. 11), kommentiert eine Interviewteilnehmerin das Programm. 10 von 12 Teilnehmerinnen haben den Schritt in das klinische Setting gewagt, diese Quote kann als großer Erfolg des Projektes gewertet werden. Auch wenn es auf Basis von Kommunikation und individuellen Vorstellungen zu unterschiedlichen Sichtweisen bezüglich der Definition „Wiedereinstieg Kreißsaal“ versus „Krankenhaus“ oder „Schnuppern“ versus „Einarbeitung“ gegeben hat, haben sich die Hebammen auf den Weg gemacht, das klinische Setting mit ihrer Berufserfahrung zu bereichern.

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen Möglichkeiten auf, die Maßnahme noch individueller auf die Bedürfnisse der Teilnehmenden anzupassen, wie sie auch schon in der Projektskizze beschrieben sind (Richardt et al. 2022). Dies zielt insbesondere auf die Altersstruktur und damit zusammenhängende Faktoren wie psychische Vorbelastung, digitale Kompetenzen, erweiterte Einarbeitungszeiten ab. Die Reduzierung der Einsatzzeiten auf der Wochenbettstation, der Schwangereambulanz und der gynäkologischen Station zeigen schon einen geänderten Fokus auch von Seiten des Projektteams auf die Wiedereingliederung in den Kreißsaal. Erste Durchgänge bedingen automatisch Anpassungen durch die Generierung von Erfahrungswerten. Obwohl bei der Implementierung des Wiedereinstiegsprogramms auf keine Vorerfahrungen zurückgegriffen werden konnte, mussten innerhalb der drei Durchgänge keine gravierenden Veränderungen vorgenommen werden. Dies spricht für ein durchdachtes strukturiertes Konzept.

Das große Team des Bürgerhospitals zeichnet sich trotz vielfältiger Herausforderung in der Begleitung und Anleitung auch durch ein gutes Miteinander aus. Immer neue Projekte mögen die Kapazitäten aller Mitarbeitenden in Anspruch nehmen, führen jedoch stets zur Durchführung, wie man am Wiedereinstiegsprogramm und seit Kurzem auch in der Implementierung eines Hebammenkreißsaals erkennen kann. Auch wenn die Größe der Einrichtung für einige Teilnehmerinnen herausfordernd war, dient sie doch als gute Grundlage, in einem begrenzten Zeitraum möglichst viele Erfahrungen und damit Kompetenzen zu generieren.

Zwar gibt es wissenschaftliche Erkenntnisse auf Länderebenen und von Seiten des DHV, wie viele Hebammen unter gewissen Rahmenbedingungen gewillt wären, in die Geburtshilfe zurückzukehren, für eine Berechnung von einer bundesweit erforderlichen Anzahl von Wiedereinstiegsprogrammen sind diese nicht ausreichend. Das bestehende Konzept auf die Kapazitäten der geburtshilflichen Abteilung des Bürgerhospitals und weiteren Kliniken im Bundesgebiet und der allgemeinen Anfragen abzustimmen, wäre für die Weiterführung eine bessere Option. Es wäre wünschenswert, wenn die bundesweit in die Thematik eingebundenen Länderministerien den Benefit des Wiedereinstiegsprogramms erkennen und auf dieser Basis eine finanzielle Unterstützung für die Durchführung in ihrem jeweiligen Bundesland bereitstellen. Vergleichbare Projekte an anderen Standorten bieten dann eine Grundlage zu weitreichenderen wissenschaftlichen Erkenntnissen bezüglich des Bedarfs und der Effizienz.

Die Gründe für den Ausstieg aus der Kreißaaltätigkeit sind vielfach erforscht (Bauer et al. 2020a; Albrecht et al. 2019). 25% der Pflegenden verlassen innerhalb der ersten fünf Jahre das Berufsfeld (Auffenberg et al. 2022). Genaue Zahlen dazu gibt es für die Hebammen nicht, jedoch scheint ein ähnliches Phänomen erkennbar zu sein. Die Arbeitsfelder innerhalb der geburtshilflichen Stationen auch für die Phase der Kindererziehung attraktiv zu halten und Rahmenbedingungen zu schaffen, die zu einer anhaltenden beruflichen Zufriedenheit führen können, sind die Aufgaben, die sich die Kliniken schon seit vielen Jahren hätten stellen können/müssen. Auch in den außerklinischen Tätigkeitsfeldern ist der Hebammenmangel spürbar. Alte und neue Initiativen, den Hebammenberuf zukunftssicher zu machen, hängen wie schon in den letzten Jahren auch von politischen Entscheidungen ab.

Das Bürgerhospital hat durch das Projekt nicht nur neue motivierte Hebammen für das eigene Team finden können, sondern einen Grundstein für eine bundesweite Übertragbarkeit geliefert. Dem gesamten Team und seiner hohen innovativen Motivation ist dies zu verdanken.

8 Literatur

Albrecht, Martin; Loos, Stefan; Heiden, Iris von der; Temizdemir, Ender; Ochmann, Richard; Sander, Monika; Bock, Hendrik (2019): Stationäre Hebammenversorgung. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit. Unter Mitarbeit von Guido Schiffhorst, Margaretha Nissing, Timo Schlammann, Valerie Alber und Juliane Schiller. IGES Institut. Berlin. Online verfügbar unter https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2020/hebammen/index_ger.html, zuletzt geprüft am 23.05.2024.

Auffenberg, Jenni; Becka, Denise; Evans, Michaela; Kokott, Nico; Schleicher, Sergej; Braun, Esther (2022): „Ich pflege wieder, wenn ...“ – Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften. Kurzfassung. Unter Mitarbeit von Moritz Heß und Franziska Heinze. Hg. v. Arbeitnehmerkammer Bremen. Berlin. Online verfügbar unter https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bundesweite_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Kurzfassung.pdf, zuletzt geprüft am 28.02.2024.

Bauer, Nicola H.; Blum, Karl; Löffert, Sabine; Luksch, Kristina (2020a): Gutachten zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen - Ergebnisbericht. Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) und der Hochschule für Gesundheit (hsg) Bochum, StB Hebammenwissenschaft Für das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI). Hrsg. v. Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) und Hochschule für Gesundheit (hsg) Bochum, StB Hebammenwissenschaft. Bochum/Düsseldorf. Online verfügbar unter https://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Forschung/gutachten_-_hebammen_in_hessen_-_ergebnisbericht.pdf, zuletzt geprüft am 23.05.2024.

Bauer, Nicola H.; Blum, Karl; Löffert, Sabine; Luksch, Kristina (2020b): Handlungsempfehlungen zum "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 Integration (HMSI). Hrsg. v. Deutschen

Krankenhausinstituts (DKI) und der Hochschule für Gesundheit (hsg) Bochum, StB Hebammenwissenschaft. Online verfügbar unter https://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Forschung/2020_Hebammenstudie_Hessen_-_Handlungsempfehlungen.pdf, zuletzt geprüft am 23.05.2024.

Bauer, Nicola H.; Villmar, Andrea; Peters, Mirjam; Schäfers, Rainhild (2020c): HebAB.NRW - Forschungsprojekt „Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen“. Abschlussbericht der Teilprojekte Mütterbefragung und Hebammenbefragung. Hochschule für Gesundheit Bochum. Hochschule für Gesundheit Bochum, zuletzt geprüft am 23.05.2024.

Bedwell, Carol; McGowan, Linda; Lavender, Tina (2015): Factors affecting midwives' confidence in intrapartum care: a phenomenological study. In: *Midwifery* 31 (1), S. 170–176. DOI: 10.1016/j.midw.2014.08.004.

Bloxsome, Dianne; Ireson, Deborah; Doleman, Gemma; Bayes, Sara (2019): Factors associated with midwives' job satisfaction and intention to stay in the profession: An integrative review. In: *Journal of clinical nursing* 28 (3-4), S. 386–399. DOI: 10.1111/jocn.14651.

Bode, Annika; Bauer, Nicola H.; Hellmers, Claudia (2016): Arbeitszufriedenheit von Hebammen im Kreißaal. In: *Hebamme* 29 (02), S. 118–123.

Bürgerhospital Frankfurt am Main (Hrsg.) (2024): Zurück zu dem, was wirklich zählt. Wiedereinstieg für Hebammen im Bürgerhospital. Online verfügbar unter <https://hebamme-comeback.de/>, zuletzt aktualisiert am 11.03.2024.

Deutscher Hebammenverband (Hrsg.) (2022): Pressemitteilung zum Welt-Hebammentag. Kreißaal in Not: 2700 Hebammen in Warteposition. Online verfügbar unter https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2023/03/Welt-Hebammentag_Pressemappe_220505.pdf, zuletzt geprüft am 23.05.2024.

Diakonissen Speyer (Hrsg.) (2023): Wiedereinstieg in die klinische Hebammentätigkeit. Online verfügbar unter https://www.diakonissen.de/fileadmin/default/06_Karriere/Fortbildung/BIZ/2023_Wiedereinstieg_in_die_klinische_Hebammentaetigkeit_web.pdf, zuletzt geprüft am 23.05.2024.

- Flick, Uwe (2021): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 10. Auflage, Originalausgabe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Graf-Pohl, Claudia (2020): Selbstständigkeit in späten Erwerbsphasen als Umsetzung professioneller Standards - Entscheidungsprozesse von Hebammen für oder gegen die Freiberuflichkeit... In: Frerich Frerichs und Uwe Fachinger (Hrsg.): Selbstständige Erwerbstätigkeit und Erwerbskarrieren in späteren Lebensphasen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 133–159.
- Helios Gesundheit (Hrsg.) (2024): Karriere. Dein (Wieder-) Einstieg bei uns. Online verfügbar unter https://www.helios-gesundheit.de/karriere/standorte/krefeld/startprogramme/klinikfit/?adgroupid=116473655443&keyword=pflegejob&gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwmMayBhDuARIsAM9HM8dR6B0K0wDjaGBjkHUx59iNro1QBc-tOwW7gHT0oI_fY9V7o4jMB8tAaApysEALw_wcB, zuletzt aktualisiert am 25.05.2024.
- Herztöne (Hrsg.) (2024): WEITERBILDUNG Wiedereinstieg in die Geburtshilfe. Online verfügbar unter <https://www.herztoene.org/kurse/termine/termine-detailansicht/weiterbildungwiedereinstieg-in-die-geburtshilfe.html#1356>, zuletzt geprüft am 23.05.2024.
- Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (2022): Runder Tisch Geburts- und Hebammenhilfe. Modellprojekt für Wiedereinstieg von Hebammen in die klinische Geburtshilfe vorgestellt. Hg. v. soziales.hessen.de. Online verfügbar unter <https://soziales.hessen.de/presse/runder-tisch-geburts-und-hebammenhilfe>, zuletzt geprüft am 07.03.2024.
- Hollstein, Bettina (2016): Qualitative Methoden und Netzwerkanalysen. In: Bettina Hollstein und Florian Straus (Hrsg.): Qualitative Netzwerkanalyse. Konzepte, Methoden, Anwendungen. Neuaufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 11–36.
- Klein, Michael; Ostertag, Margit (2013): Praxisanleitung und Mentoring. In: SozA 62 (11), S. 444–452. DOI: 10.5771/0490-1606-2013-11-444.

- Kuckartz, Udo; Rädiker, Stefan (2024): Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA. Schritt für Schritt. 2nd ed. 2024. Wiesbaden: Springer Nature.
- Loos, Stefan; Sander, Monika; Albrecht, Martin; Würz, Maximilian (2023): Hebammengutachten Brandenburg. Gutachten zur aktuellen und künftigen Versorgung mit Hebammenhilfe im Land Brandenburg. Hrsg. v. IGES Institut. Berlin. Online verfügbar unter https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e29580/e30472/e30473/e30475/attr_obj30525/198_Anlage_HebammengutachtenBrandenburg_final_2023-08-22_ger.pdf, zuletzt geprüft am 23.05.2024.
- MAXQDA (2024). Online verfügbar unter <https://www.maxqda.com/de/>, zuletzt geprüft am 23.05.2024.
- McMurtrie, Lorraine J.; Cameron, Michelle; OLuanaigh, Padraig; Osborne, Yvonne T. (2014): Keeping our nursing and midwifery workforce: Factors that support non-practising clinicians to return to practice. In: *Nurse Education Today* 34 (5), S. 761–765. DOI: 10.1016/j.nedt.2013.08.017.
- Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (2023): 13 Ideen zum Wiedereinstieg und Verbleib im P. Online verfügbar unter <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/publikation/did/broschuere-zum-ideenwettbewerb-wiedereinstieg-und-verbleib-im-pflegeberuf>, zuletzt geprüft am 23.05.2024.
- Peter, Karin Anne; Meier-Kaeppli, Barbara; Pehlke-Milde, Jessica; Grylka-Baeschlin, Susanne (2021): Work-related stress and intention to leave among midwives working in Swiss maternity hospitals - a cross-sectional study. In: *BMC health services research* 21 (1), S. 671. DOI: 10.1186/s12913-021-06706-8.
- Polleit, Heike (2021): Praktische Hebammenausbildung im Kreißsaal – Überlegungen zur Qualitätssicherung. In: *Hebamme* 34 (03), S. 53–58. DOI: 10.1055/a-1401-4140.

Richardt, Anna; Scholz, Julia; Schnitzler, Hebeisen, Johanna; Ramsell, Andrea
(2022): Projekt Wiedereinstieg in die klinische Geburtshilfe und klinische
Hebammentätigkeit. Hrsg. v. Deutscher Hebammenverband. Berlin.