

Schwangerenversorgung und Zugang zur Hebamme nach sozialem Status: Eine Analyse mit Routinedaten der BARMER

Healthcare in Pregnancy and Access to Midwives according to Socio-Economic Situation: An Analysis with Routine Data from BARMER Health Insurance

Autoren

Dagmar Hertle¹, Ute Lange², Danny Wende¹

Institute

- 1 BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, Wuppertal, Deutschland
- 2 Studienbereich Hebammenwissenschaft, Hochschule für Gesundheit Bochum, Deutschland

Schlüsselwörter

Schwangerschaft, Schwangerschaftsvorsorge, Zugang zur Hebamme, Sozioökonomische Lage

Key words

pregnancy, antenatal care, access to midwife, socio-economic situation

online publiziert 23.12.2021

Bibliografie

Gesundheitswesen 2023; 85: 364–370

DOI 10.1055/a-1690-7079

ISSN 0941-3790

© 2021. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Dr. Dagmar Hertle, medical doctor
BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung
Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal
Deutschland
dagmar.hertle@barmer.de

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund Der sozioökonomische Status ist eine wichtige Ursache von Ungleichheit in Gesundheitsstatus und Versorgung. Dies trifft auch auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu. Die Betreuung während der Schwangerschaft hat eine weichenstellende Rolle für das Gelingen der Lebensphase rund um die Geburt. Untersucht wurde deshalb auf der Basis von Routinedaten der BARMER, welche Leistungen Schwangere in Abhängigkeit von der sozioökonomischen Lage erhalten haben und

wie sich diese auf die Berufsgruppen der Gynäkolog*innen und Hebammen verteilt haben.

Methode Die Studienpopulation umfasste 237 251 bei der BARMER versicherte Frauen mit 278 237 Geburten in den Jahren 2015–2019. Betrachtet wurden die von Gynäkolog*innen und Hebammen abgerechneten Leistungen während der Schwangerschaft nach sozio-ökonomischer Lage.

Ergebnisse Die ärztliche Vorsorge dominiert das Versorgungsgeschehen: Für knapp 98 % der Schwangeren wurde in mindestens drei Quartalen eine ärztliche Vorsorgepauschale abgerechnet. Eine regelmäßige Beteiligung der Hebamme an der Vorsorge ab dem 4. Schwangerschaftsmonat mit mehr als vier Vorsorgeleistungen war nur bei 1,2 % der Frauen der Fall. Frauen aus einkommensschwachen Verhältnissen erhalten weniger Vorsorgeleistungen sowohl durch Gynäkolog*innen als auch durch Hebammen, wobei 31 % der einkommensschwachen Frauen gar keinen Hebammenkontakt vor der Geburt hatten, bei den Frauen mit hohem Einkommen waren es nur 11 %. Frauen mit hohem Einkommen hatten zudem häufiger früh Kontakt zur Hebamme (47 vs. 37 % im ersten Trimenon). Der Zeitpunkt des Erstkontaktes erwies sich als relevant für die spätere kooperative Schwangerschaftsbetreuung durch beide Berufsgruppen.

Schlussfolgerungen Die Potentiale der Hebammenbetreuung werden nicht ausgeschöpft. Hebammen sollten insgesamt deutlich mehr in die Schwangerschaftsvorsorge eingebunden sein, wobei der Zugang zur Hebamme insbesondere für sozial benachteiligte Frauen verbessert werden muss. Diese Gruppe könnte besonders von der Hebammenversorgung profitieren, da diese die sozialen Aspekte in der Betreuung stärker berücksichtigt und auch aufsuchende Angebote macht.

ABSTRACT

Background Socio-economic status is an important cause of inequality in health status and access to healthcare. This also applies to pregnancy, birth and the postpartum period. Healthcare during pregnancy plays a crucial role in the success of the life phase around birth. On the basis of routine data from BARMER health insurance, the study investigated which services pregnant women received during pregnancy depending on their socio-economic situation.

Methods The study population comprised 237,251 women insured with BARMER with 278,237 births in 2015–2019. The services billed by gynaecologists and midwives during pregnancy were considered in relation to the socio-economic situation of the women involved.

Results Physicians dominated the provision of preventive healthcare. For almost 98 % of the pregnant women, a medical preventive healthcare flat rate was billed in at least three quarters. A regular participation of the midwife in preventive healthcare from the fourth month of pregnancy with more than four preventive services was the case in only 1.2 % of women. Women from low-income backgrounds received fewer antenatal healthcare services from both gynaecologists and midwives, with 31 % of women with low income having no antenatal mid-

wife contact at all, compared to only 11 % of high-income women. High-income earning women were also more likely to have had early contact with a midwife (47 vs. 37 % in the first trimester). The timing of the first contact seemed to be relevant for the subsequent cooperative antenatal healthcare by both professional groups.

Conclusion The potentials of midwifery healthcare are not being leveraged. Midwives should be significantly more involved in prenatal healthcare overall, and access to midwives must be improved, especially for socially disadvantaged women. These women could benefit in particular from midwifery healthcare, as it takes greater account of social aspects in healthcare and also provides outreach services.

Einleitung: Schwangerschaft und sozialer Status

Das Gelingen der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett hat langfristige Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit von Mutter und Kind und den Prozess der Familienbildung. Eine bedarfsgerechte und bedürfnisorientierte geburtshilfliche Versorgung gehört damit zu den allgemeinen gesellschaftlichen Aufgaben und den Forderungen an ein Gesundheitssystem [1, 2]. In Deutschland haben Frauen nach SGB V §24d neben der Versorgung durch Ärzt*innen ein Recht auf Hebammenhilfe. Deren Aufgabe ist die geburtshilfliche Versorgung unter Berücksichtigung der biologischen, sozialen und kulturellen Prozesse und individuellen Ressourcen und findet auch aufsuchend statt [3, 4]. Insbesondere für Frauen und Familien in schwierigen Lebenslagen ist eine an den individuellen lebensweltlichen Bedingungen orientierte geburtshilfliche Betreuung wichtig und ein Zugang zu Versorgungsangeboten im Sinne einer Berücksichtigung sozialer Ungleichheit grundlegend [5].

Der sozioökonomische Status ist eine wichtige Ursache von Ungleichheit im Gesundheitsstatus und in der Versorgung [6]. Bezogen auf die Versorgung in der Schwangerschaft ist die Bedeutung sozialer Faktoren für die Rate von Frühgeburten [7] sowie für die Entstehung einer postpartalen Depression [8] belegt. Internationale Studien legen zudem nahe, dass der Zugang speziell zur Hebammenversorgung für Frauen mit niedrigem sozioökonomischen Status schwieriger ist [9], wobei der Hebammenarbeit gleichzeitig eine wichtige Rolle in der präventiven Arbeit zugeschrieben wird [10, 11].

Die vorliegende Untersuchung stellt auf Basis von Routinedaten Versorgungsunterschiede während der Schwangerschaft nach dem sozioökonomischen Status der Frauen dar mit dem Schwerpunkt auf der Hebammenversorgung. Unter dem sozioökonomischen Status wird im Folgenden die relative Position der Frau innerhalb der Hierarchie der Nettoäquivalenzeinkommen verstanden. Die Einteilung erfolgt in drei Stufen in der Definition nach Goebel et al. (2010) [12].

Methodik

Datengrundlage für die Studie waren die Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkasse BARMER mit ca. 9,1 Millionen Versicherten. Der Zugriff der Studienpopulation erfolgte über die Lebendgeburt

eines Kindes. Eine Geburt im Sinne dieser Studie lag vor, wenn diese von einem Krankenhaus oder einer Hebamme in den Jahren 2015 bis 2019 dokumentiert wurde. Ausgeschlossen wurden Totgeburten (ICD: 036.4 oder P95), Frauen mit Flüchtlingsstatus und Frauen mit überwiegender Wohnort im Ausland. Die Schwangerschaftsdauer wurde über die Diagnosen O09.xx und den tatsächlichen Geburtstermin abgeschätzt (durchschnittlich 265 Tage).

Die Zuordnung des sozioökonomischen Status einer schwangeren Frau wurde anhand des jährlichen Nettoäquivalenzeinkommens vorgenommen. Maßgeblich war das jährliche beitragspflichtige Nettoeinkommen¹ der Familie der Schwangeren. Die Anrechnung von Familienpersonen erfolgte entsprechend der Einteilung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (0,5 je weiteren Erwachsenen, 0,2 je Kind nach [12]). Wird das Nettoeinkommen aller Familienmitglieder durch die Familiengröße geteilt, ergibt sich das Nettoäquivalenzeinkommen. Frauen deren Nettoäquivalenzeinkommen zwischen 70 % und 150 % des deutschlandweiten Median des Äquivalenzeinkommens² beträgt haben ein mittleres Einkommen [12]. Frauen ohne Einkommensinformationen wurden ausgeschlossen³.

¹ Arbeitsentgelte inklusive Einmalzahlungen, Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit, Beamtenbezüge, Versorgungsbezüge (insb. gesetzliche und betriebliche Renten), Miet- und Pachteinnahmen, Unterhaltszahlungen, Erträge aus Kapitalvermögen, Sozialhilfe und Ausgleichsgeld bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze (jährlich 54 450 Euro im Jahr 2019). Frauen mit eigener Kassenmitgliedschaft (insbesondere Frauen, deren Ehegatten bei einer anderen Krankenkasse versichert sind), wurden wie Einpersonenhaushalte gezählt.

² Der deutschlandweite Median des Äquivalenzeinkommens betrug im Jahr 2019 1 790 Euro. Das Ergebnis beruht auf einer Hochrechnung die fortgeschriebenen Ergebnisse des Zensus 2011 und wird für alle Jahre vom statistischen Bundesamt veröffentlicht [13].

³ Bei 22 135 Frauen konnten keine Einkommensinformationen gewonnen werden. Davon wären bei 13 331 Frauen aufgrund einer vollständigen Versichertenperiode Einkommensinformationen erwartbar gewesen. Von diesen sind 11 789 als verheiratet geführt, sodass davon auszugehen ist, dass aufgrund fehlerhafter bzw. unterjährig wechselnder Angaben im Versichertenstatus das Einkommen des beitragspflichtigen Mitgliedes (im Allgemeinen der Ehemann) nicht ermittelt werden konnte. Aufgrund des geringen Anteils von ca. 4 % gehen wir von keiner systematischen Verzerrung der Ergebnisse aus. Auf den Status „verheiratet“ wird kontrolliert.

► **Tab. 1** Merkmale der Studienpopulation.

Merkmale/Familieneinkommen	Hohes Einkommen	Mittleres Einkommen	Niedriges Einkommen	Gesamt
Merkmale der Schwangerschaften				
Anzahl Schwangerschaften	79 502	130 787	67 948	278 237
Anteil Risikoschwangerschaften (ICD Z35.9)	31,18 %	31,15 %	33,70 %	32,16 %
Anteil Mehrlingsschwangerschaften	2,39 %	2,01 %	1,96 %	2,11 %
Anteil Frühgeburt ¹	6,03 %	5,77 %	5,67 %	5,82 %
Merkmale der Schwangeren				
Alter der Mutter bei der Geburt	32,69	31,61	30,50	31,90
Anteil der u25 Jährigen	1,56 %	6,13 %	11,95 %	6,25 %
Arbeitslosenquote vor der Schwangerschaft	0,29 %	2,60 %	18,51 %	5,82 %
Monatliches Äquivalenzeinkommen	2843,71€	1590,71€	532,71€	1690,34€
Ausbildungsjahre ²	13,9	12,5	10,8	12,49
Anteil an Studentinnen	0,14 %	0,60 %	1,30 %	0,64 %
Morbiditätsmerkmale				
Infektionen unter der Schwangerschaft	21,29 %	22,05 %	22,48 %	21,93 %
Gestationsdiabetes	11,77 %	12,93 %	14,02 %	12,08 %
Hypertonie	9,43 %	10,05 %	8,45 %	9,49 %
(Prä-)Eklampsie	2,06 %	1,97 %	1,57 %	1,90 %
Drogenkonsum	0,77 %	0,85 %	1,00 %	0,86 %
Thrombosen	0,14 %	0,13 %	0,13 %	0,13 %
Leistungen während der Schwangerschaft				
Gynäkologischen Leistungen	98,51 %	97,62 %	94,82 %	97,19 %
Abgerechnete Vorsorgepauschalen ³	3,98	3,91	3,33	3,89
Hebammenleistungen	17,49 %	15,14 %	11,45 %	14,91 %
Vorsorgeuntersuchungen ⁴	0,40	0,35	0,30	0,35
Hilfe bei Beschwerden	1,41	1,28	1,04	1,26
¹ Schwangerschaftsdauer bis zu 252 vollendete Tage; ² Ausbildungsjahre ermittelt über die jeweils höchsten Bildungs- und Ausbildungsabschlüsse; ³ Die Abrechnung der Vorsorgepauschale (01770) ist einmal pro Quartal möglich; ⁴ Einzelleistungsvergütung (1 × 0300 = eine Vorsorgeleistung).				

Für die Analyse der erbrachten Leistungen wurden für die ärztlichen Leistungen die Ziffern des EBM-Katalogs herangezogen, für die Hebammen die Ziffern nach der Hebammenvergütungsvereinbarung⁴.

Ergebnisse

Merkmale der Studienpopulation

In Zeitraum 2015–2019 wurden bei den versicherten Frauen 363 072 Lebendgeburten erfasst. Ausgeschlossen wurden 96 402 Geburten, weil die Schwangeren nicht durchgängig bei der BARMER versichert waren, sowie 422 im Ausland gemeldete Frauen und 25 743 Frauen, für die keine Informationen zum Einkommen ermittelt werden konnten. Die Studienpopulation umfasste demnach 237 251 Frauen mit 278 237 Geburten (einige Frauen waren im Untersuchungszeitraum mehrfach schwanger).

Relevante Merkmale der Studienpopulation werden in der ► **Tab. 1** getrennt nach Einkommensklassen dargestellt. Einkommen, Bildungsniveau und Arbeitslosigkeit gliedern sich erwartungsgemäß und proportional zu den Vergleichsdaten des DIW [12]. Dagegen können die hier differenzierten Klassen im Sinne eines

sozioökonomischen Status interpretiert werden mit Ausnahme der Studentinnen. Die Einkommensklassen haben untereinander ca. ein Lebensjahr Abstand. Maßgeblich hierfür ist der Anteil Junggebärender (unter 25 Jahre), welcher in der Gruppe mit niedrigem Einkommen ca. 12 % erreicht, jedoch in der Gruppe mit hohem Einkommen weniger als 2 % beträgt. Das Durchschnittsalter der Frauen bei der Geburt liegt mit 32 Jahren im deutschlandweiten Mittel [14].

Deskriptive Ergebnisse zu Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft

Vorsorgeleistungen durch Gynäkolog*innen und Hebammen werden in unterschiedlichen Systemen abgerechnet: Gynäkolog*innen rechnen die Vorsorge als Quartalspauschale ab (EBM-Ziffer 01770 für alle Vorsorgeuntersuchungen im Quartal), die Hebammen als Einzelleistungen (Hebammen-Vergütungsvereinbarung Ziffer 0300 pro Vorsorge).

Die Analyse der Abrechnungspositionen von Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft zeigt die Dominanz der ärztlichen Vorsorge (vgl. ► **Tab. 2**). Für knapp 98 % der Schwangeren wurde in mindestens drei Quartalen eine ärztliche Vorsorgepauschale abgerechnet. Bei einer regelmäßigen Beteiligung der Hebamme an der Vorsorge ab dem 4. Schwangerschaftsmonat wären mindestens fünf Einzelabrechnungen der Ziffer 0300 zu erwarten. Dies war bei 1,2 % der Frauen der Fall.

⁴ Hebammen-Vergütungsvereinbarung (Anlage 1 zum Vertrag nach § 134a SGB V)

► **Tab. 2** Anteil Frauen nach Umfang der Vorsorge durch Gynäkolog*innen oder Hebammen.

	Hohes Einkommen	Mittleres Einkommen	Niedriges Einkommen
Vorsorge bei Gynäkolog*innen (Pauschale 01770)			
keine Vorsorge	0,51 %	0,62 %	1,46 %
1 oder 2 Quartale	1,57 %	2,54 %	5,18 %
3 oder 4 Quartale	97,93 %	96,83 %	93,35 %
Vorsorge bei Hebammen (Einzelabrechnung 0300)			
keine Vorsorge	74,13 %	76,76 %	79,87 %
1–4 Vorsorgeleistungen	24,47 %	22,05 %	19,17 %
Mehr als 4 Vorsorgeleistungen	1,40 %	1,19 %	0,96 %
Vorsorge bei Gynäkolog*innen oder Hebammen			
keine Vorsorge	0,43 %	0,52 %	1,21 %
Vorsorge	99,57 %	99,48 %	98,79 %

Es zeigen sich einkommensabhängige Unterschiede sowohl bei den abgerechneten gynäkologischen Vorsorgen ($\chi^2 = 2\,361,8$; $p < 0,01$), als auch bei Vorsorgen durch die Hebammen ($\chi^2 = 684,7$; $p < 0,01$). Für Frauen aus einkommensschwachen Verhältnissen werden weniger Vorsorgeleistungen durch die Gynäkolog*in abgerechnet, für manche auch gar keine. Dies betrifft 6,64 % der betrachteten Schwangerschaften (gar keine oder nur 1–2x Abrechnung der Ziffer 01770). Dies wird nicht durch Vorsorge bei Hebammen kompensiert. Nur 23 % der Frauen nutzten die Möglichkeit der Hebammenvorsorge. Zwar nahmen knapp 99 % der Frauen regelmäßig mindestens eine der beiden Leistungserbringer für Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch, jedoch bleibt der soziale Gradient erhalten ($\chi^2 = 414,0$; $p < 0,01$). Für 0,66 % aller Frauen, dies waren 1845 Schwangerschaften, wurde gar keine Vorsorgeleistung abgerechnet, weder bei einer Hebamme noch bei einer Gynäkolog*in. Diese Gruppe ist bei den Frauen mit niedrigem Einkommen mit 1,21 % besonders groß. Teilweise nahmen Frauen ohne Vorsorgeleistungen andere Hebammenleistungen wie die der Hilfe bei Beschwerden in Anspruch. Für 0,04 %, das waren 104 Frauen, wurden während der ganzen Schwangerschaft weder durch Gynäkolog*innen noch durch Hebammen Leistungen abgerechnet.

Zeitpunkt des Erstkontakts zur Hebamme und seine Auswirkungen

Unseren Daten zufolge haben die meisten Schwangeren zuerst Kontakt zu einer Gynäkolog*in. In 98 % der Fälle, bei denen mindestens einmal die 01770 abgerechnet wurde, fand dieser Kontakt in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft statt. Ob und wie zeitnah ein Kontakt zur Hebamme zustande kommt, ist sehr unterschiedlich und auch abhängig von dem sozialen Status. ► **Abb. 1** zeigt Kaplan-Meier-Schätzer für Hebammenkontakte (Leistung aus den Bereichen 01x, 0200, 050x, 051x, 0300) in Abhängigkeit von der Schwangerschaftswoche.

Aus der Abbildung wird deutlich, dass 31 % der Schwangeren aus der niedrigen Einkommensgruppe vor der Geburt gar keinen Kontakt zu einer Hebamme hatten. In der mittleren Einkommensgruppe waren es hingegen „nur“ 18 %, in der oberen Einkommensgruppe „nur“ 11 %. Unter den Frauen, für die Hebammenleistungen

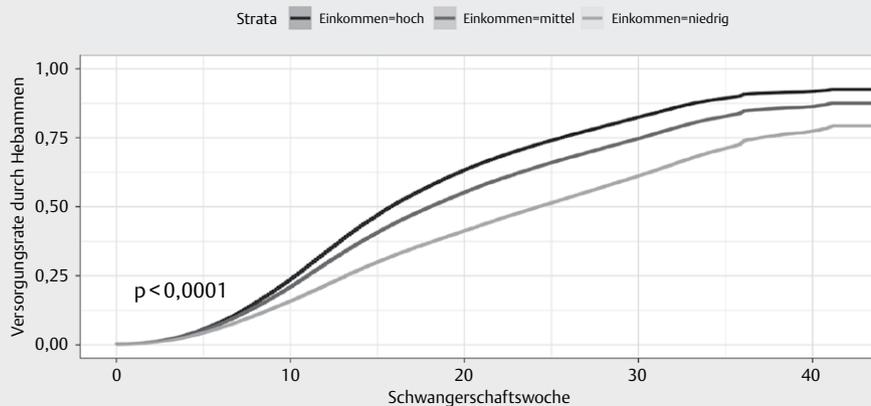
in der Schwangerschaft abgerechnet wurden, zeigt sich, dass ein größerer Anteil der oberen Einkommensgruppe, nämlich 42 %, bereits im 1. Trimenon Kontakt zu einer Hebamme hatte, wohingegen dies nur für 32 % der unteren Einkommensgruppe galt. Diese hatten zu 27 % erst im 3. Trimenon Hebammenkontakt, wohingegen dies nur 16 % der Frauen in der oberen Einkommensgruppe betraf. Der Verlauf der Kaplan-Meier Kurve ist für hohe bis mittlere Einkommen ab der 5 SW besonders steil. Die Gruppe der niedrigen Einkommen holt zu keinem Zeitpunkt der Schwangerschaft auf.

In einem nächsten Schritt wurde der Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt des Erstkontaktes bei einer Hebamme und einer gemeinsamen Vorsorge durch Hebamme und Gynäkolog*in untersucht, wobei eine gemeinsame Vorsorge vorlag, wenn mindestens eine Vorsorgeziffer durch beide Berufsgruppe abgerechnet wurde. ► **Abb. 2** zeigt einen linearen Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt des Erstkontaktes bei einer Hebamme und gemeinsamen Vorsorge durch Gynäkolog*innen und Hebammen. Mit jeder Woche späterer Kontaktaufnahme sank das Verhältnis um 1,1 Prozentpunkte. Die Wahrscheinlichkeit für eine gemeinsame Vorsorge durch Gynäkolog*innen und Hebammen nahm in Abhängigkeit vom Erstkontakt zur Hebamme auch ab, wenn noch genug Zeit für eine gemeinsame Vorsorge wäre. Bei Frauen, die die Hebamme ganz zu Beginn der Schwangerschaft kontaktiert hatten, findet bei fast 50 % gemeinsame Vorsorge statt, jedoch nur bei 30 % der Frauen, bei denen der Erstkontakt in der 15. Schwangerschaftswoche stattfand.

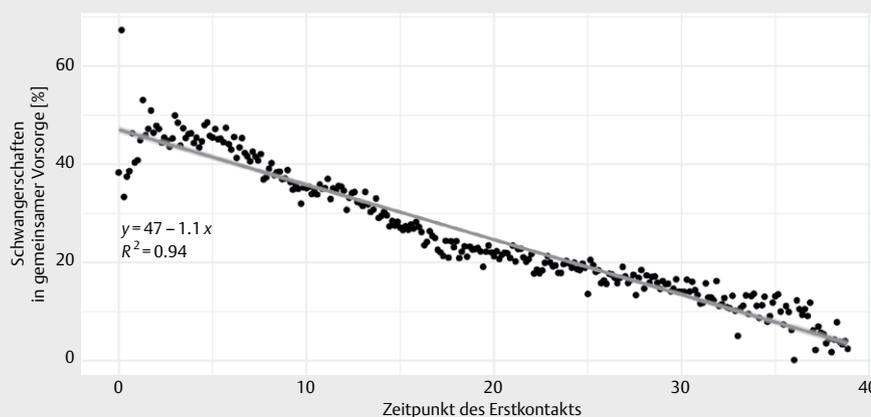
Entsprechend der Tatsache, dass Frauen mit niedrigerem Einkommen durchschnittlich später und seltener Kontakt zur Hebamme haben, erhalten sie auch weniger oft eine gemeinsame Vorsorge als Frauen mit höherem Einkommen. Allerdings ist eine gemeinsame Schwangerschaftsvorsorge insgesamt eher selten und sie hat zwischen 2015 und 2019 weiter abgenommen. Während 2015 noch knapp 30 % der Frauen mit hohem und etwa 25 % der Frauen mit niedrigem Einkommen teilweise Vorsorgeuntersuchungen bei einer Hebamme hatten, waren es 2019 nur noch 23 % bzw. 17 %. Es ist also sowohl die absolute Bedeutung der gemeinsamen Vorsorge bei Schwangeren aus dem niedrigem Einkommensbereich geringer, als auch der Rückgang der gemeinsamen Vorsorge ausgeprägter.

Der generelle Rückgang der gemeinsamen Vorsorge scheint hierbei nicht auf ein geringeres Bemühen der Frauen um eine Hebamme zurückzuführen zu sein. Im Gegenteil, der Anteil der Frauen mit Kontaktaufnahme zu Hebammen vor der 20 SW stieg von 49 % im Jahr 2015 auf 59 % im Jahr 2019 an. Auch die weiteren Kontakte nach einem Erstkontakt stiegen in diesem Zeitraum von durchschnittlich 2,0 auf 2,3 pro Schwangerschaft an. Lediglich die Vorsorgeleistungen (0300) gingen von 0,41 auf 0,31 je Schwangerschaft zurück. Auch die Geburtenzahlen liefern keine Erklärung: Abgesehen von einem deutlichen Anstieg der Lebendgeburten im Jahr 2016 ging die Zahl der Lebendgeburten in Deutschland zurück und befindet sich 2019 auf einem niedrigeren Niveau als 2015.

Für die Erklärung der Differenzen zwischen den Einkommensgruppen scheint der Zeitpunkt der ersten Kontaktaufnahme hingegen eine gute Erklärung zu liefern. So betrug die Differenz der durchschnittlichen Woche des Erstkontaktes zwischen unterer und oberer Einkommensklasse im Jahr 2015 noch 4,8 Wochen (23,9 zu 19,2). Im Jahr 2019 beläuft sich dieser Unterschied hingegen be-



► **Abb. 1** Kaplan-Meier-Schätzer für den ersten Hebammenkontakt in der Schwangerschaft.



► **Abb. 2** Zusammenhang zwischen Erstkontakt mit der Hebamme und Schwangerschaftsvorsorge.

reits auf 6,1 Wochen (22,8 zu 16,7), da vor allem die obere Einkommensklasse ihre Erstkontaktzeit deutlich absenken konnte.

Regressionsergebnisse zur Leistungsanspruchnahme während der Schwangerschaft

Die in ► **Tab. 3** dargestellten Regressionsergebnisse beleuchten die Frage näher, wie die Unterschiede im Zeitpunkt des Erstkontaktes bei einer Hebamme zwischen den Einkommensgruppen zu interpretieren sind und ob ein Zusammenhang im Einkommen oder in den Lebensumständen, wie z. B. Arbeitslosigkeit oder Studium, zu suchen ist.

Mit Blick auf die Hebammenversorgung wird erneut ersichtlich, dass die Versorgung durch Hebammen für Frauen mit hohem Einkommen und hohem Bildungsgrad zeitiger in der Schwangerschaft beginnt. Als stärkster Sozialindikator erweist sich hierbei die Arbeitslosigkeit, welche den Beginn der Hebammenversorgung am deutlichsten verzögert. Weiterhin wird erkennbar, dass vor allem junge Mütter und insbesondere Studentinnen später mit der Hebammenversorgung beginnen.

Dieser Zeitversatz hat eindeutige Auswirkungen auf die Versorgungsform. Findet man in einer Regression ohne Berücksichtigung des Erstkontaktes mit der Hebamme vor allem Effekte bei den sozialen Variablen in beschriebener Art und Weise, so reduziert sich dieser Befund maßgeblich, wenn für die Zeit des Erstkontaktes kontrolliert wird. Dieser Befund legt nahe, dass der Zeitpunkt des ersten Hebammenkontaktes einen Mediator für die Vorsorge darstellt. Wird frühzeitig eine Hebamme gefunden, so kommt es häufiger zur Beteiligung der Hebamme an der Vorsorge. Die gynäkologische Vorsorge ist durch einen frühen Erstkontakt mit der Hebamme unwesentlich beeinflusst.

Neben dem sozialen Status spielt das Alter eine Rolle: Bei den jungen Gebärenden findet sich eher die ärztliche Vorsorge in den Abrechnungsdaten. Beim ersten Kind werden insgesamt mehr Vorsorgeuntersuchungen durch Gynäkolog*innen abgerechnet. Ältere Gebärende nutzen häufiger das Angebot der Hebammenversorgung, insbesondere, wenn man bedenkt, dass diese sich eher spät um einen Hebammenkontakt kümmern. Verheiratete Frauen nutzen weniger Vorsorge und Frauen in Risikoschwangerschaft nutzen mehr ärztliche Vorsorge.

► **Tab. 3** Regressionsergebnisse über die Leistungsanspruchnahme während der Schwangerschaft.

	Hebammen			Gynäkolog*innen	
	Versorgung ¹	Vorsorge ^{2b}		Vorsorge ^{2c}	
Erstkontakt (Monat)			-0,31 ***		-0,01 ***
Einkommen (Referenz mittel)					
niedrig	-0,19 ***	-0,09 ***	0,01	-0,02 ***	-0,02 ***
hoch	0,15 ***	0,09 ***	0,03 **	0,02 ***	0,02 ***
Bildung (Referenz 10–12)					
niedrig (u10)	-0,12 ***	0,04 **	0,10 ***	-0,01 ***	-0,01 ***
hoch (ü12)	0,16 ***	0,10 ***	0,02	0,00 ***	0,01 ***
Arbeitslosigkeit	-0,50 ***	-0,34 ***	-0,03	-0,02 ***	-0,01 ***
Alter (Referenz 25–32)					
unter 25	-0,23 ***	-0,16 ***	-0,01	0,01 ***	0,01 ***
über 32	-0,05 ***	0,03 ***	0,07 ***	-0,01 ***	-0,01 ***
Studentin	-0,24 ***	-0,14 *	0,01	-0,01	-0,01
Verheiratet	0,09 ***	-0,14 ***	-0,21 ***	-0,01 ***	-0,01 ***
Erste Schwangerschaft*	0,09 ***	0,07 ***	0,05 ***	0,02 ***	0,02 ***
Risikoschwanger	-0,02 ***	-0,05 ***	-0,03 ***	0,03 ***	0,03 ***
Erkrankungen		Ja	Ja	Ja	Ja

¹ Cox-Regression auf beliebigen Kontakt; ^{2a} Poisson-Regression gegenüber Anzahl Hebammenvorsorgeleistungen (0300); ^{2b} Poisson-Regression gegenüber Anzahl gyn. Quartalsabrechnungen (01770); * Robuste Standardfehler: *** p(z)<0,001; ** p(z)<0,01; * p(z)<0,05; + Vorliegen der Diagnose Z35.4 oder Z35.5.

Diskussion

Für Frauen mit niedrigem Einkommen werden weniger Betreuungsleistungen während der Schwangerschaft abgerechnet. Dies betrifft insbesondere die Hebammenbetreuung und hier die Vorsorgeleistungen durch Hebammen. Ein verspäteter Kontakt zur Hebamme scheint hier eine wichtige Rolle zu spielen. Diese Struktur der verspäteten Kontaktaufnahme, der reduzierten Hebammenvorsorge und damit reduzierter kooperativer Vorsorge sowie weniger weiteren Hebammenleistungen in der Schwangerschaft sieht man bei allen sozialen Indikatoren, namentlich Einkommen, Bildung und Arbeitslosigkeit. Der Faktor der Arbeitslosigkeit ist an dieser Stelle besonders stark und beeinflusst insbesondere die Zeit bis zum ersten Hebammenkontakt.

Gründe für die Unterschiede in der Inanspruchnahme könnten eine reduzierte Aktivität der Schwangeren mit niedrigerem sozialen Status im Bemühen um eine Hebamme sein, ein nicht passgenaues Angebot der Hebammen, welches die Bedürfnisse und Bedarfe dieser Frauen nicht oder nur begrenzt erfasst oder auch eine geringere Motivation von Hebammen, diese Frauen zu versorgen. Studien zeigen außerdem, dass Frauen mit niedrigerem sozialen Status häufiger nicht ausreichend über ihre Versorgungsansprüche und Möglichkeiten informiert sind [15]. In geringerem Umfang betrifft dies auch die ärztliche Versorgung. Die verspätete Kontaktaufnahme kann aber auch ein Zeichen für einen Nachfrageüberhang für Hebammenvorsorge sein. Für diese Interpretation spricht, dass in den vergangenen Jahren in allen Einkommensschichten die Zeit bis zum Erstkontakt gesunken ist. Die Anzahl an Schwangerschaftsvorsorgen durch Hebammen ist pro Schwangerschaft gesunken, obwohl die Anzahl Schwangerer nicht maßgeblich gestiegen ist. Ursache hierfür könnten neben einem Hebammenmangel auch Konflikte zwischen den Berufsgruppen sein. Gynäkolog*innen motivieren die Schwangeren

oft nicht zu einer Hebammenvorsorge, da sie Haftungs-, Abrechnungs- und Kompetenzprobleme sehen [16]. Da die Schwangeren fast alle zuerst die gynäkologische Versorgung aufsuchen, haben die Gynäkolog*innen erheblichen Einfluss auf die Mitversorgung durch die Hebamme. Der in den Mutterschafts-Richtlinien [17] verankerte Delegationsvorbehalt, der fälschlicherweise und im Widerspruch zu den Berufsordnungen der Hebammen [18] sowie dem Hebammengesetz [19] eine ärztliche „Erlaubnis“ vor die Hebammenvorsorge stellt, schwächt die Stellung der Hebammen in der Vorsorge zusätzlich. Die geringere Versorgung durch Hebammen in der Schwangerschaft wirkt sich wahrscheinlich auf die nachgeburtliche Versorgung aus. In einer Bestandsaufnahme von 2012/13 nahmen Mütter mit einem niedrigeren Nettohaushaltseinkommen signifikant seltener eine Wochenbettbetreuung in Anspruch [20]. Für Frauen mit sozioökonomischer Benachteiligung bestehen also Schwierigkeiten im Zugang zur Hebammenvorsorge.

In der grundsätzlichen Annahme, dass Frauen mit sozioökonomischer Belastung einen erhöhten Bedarf bezüglich präventiver Maßnahmen und angepasster gesundheitsfördernder Konzepte haben, scheint sich hier das Präventionsdilemma anzubahnen, welches in weitere Benachteiligungen wie eine geringeren Stillrate mündet [5]. Leistungen des Gesundheitssystems wie die der Hebammen werden frühzeitig und durch eine insgesamt stärkere Inanspruchnahme durch die wohlhabenderen Frauen, die vermutlich auch über mehr soziales und kulturelles Kapital verfügen, abgegriffen. Dadurch entsteht ein Gefälle von Über- und Unterversorgung zugunsten der ressourcenschwächeren Gruppen. Das Potential der Hebammenvorsorge, das gerade in einer stärkeren Berücksichtigung sozialer Aspekte besteht wie sie in einer aufsuchenden Betreuung möglich ist, kann so gerade von sozial benachteiligten Frauen nicht genutzt werden. Es braucht eine ausreichende Zahl

an Hebammen, eine Berücksichtigung der Bedarfe von Frauen mit sozioökonomischen Belastungen, die Ermöglichung niederschwelliger Zugänge und interprofessionelle Betreuungskonzepte sowie angepasste Information für Frauen mit sozioökonomischer Benachteiligung [2].

Die vorliegende Studie hat folgende Limitationen: Die Beobachtungen beziehen sich auf abgerechnete Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies schließt einige Frauen aus, z. B. solche mit einem Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze sowie Beamt*innen oder Selbständige. Die höchsten Einkommen in Deutschland sind in den Daten unterrepräsentiert. Es ist davon auszugehen, dass ein Einschluss der entsprechenden Bevölkerungsgruppen die sozioökonomischen Unterschiede noch stärker hervorheben würde.

Aus den abgerechneten Leistungspositionen sind die tatsächlichen Versorgungsleistungen nur eingeschränkt erkennbar. Die gynäkologische Vorsorge ist über eine Quartalspauschale erfasst. Der tatsächliche Versorgungsumfang innerhalb einer abgerechneten Quartalspauschale ist unklar und die beobachtbare Varianz in der Zielvariable, der gynäkologischen Vorsorge, ist folglich eingeschränkt, was zu konservativen Schätzungen führt. Dennoch ist aus den Abrechnungspositionen ersichtlich, ob überhaupt eine Leistungsinanspruchnahme stattgefunden hat. Bei der Hebammenversorgung besteht die genannte Einschränkung nicht, da eine Einzelleistungsvergütung vorliegt.

Aus der Literatur ist bekannt, dass die Parität Einfluss auf die Nachfrage nach Vorsorgeleistungen in der Schwangerschaft hat. Die Parität kann mit den vorliegenden Daten nicht erfasst werden. Als Robustheitstest wurden alle Frauen mit Mehrfachgeburten im Beobachtungszeitraum ausgeschlossen und die Ergebnisse dieses reduzierten Datensatzes (auf Anfrage bei den Autor*innen) mit den hier dargestellten verglichen. Es ergaben sich keine nennenswerten Veränderungen, sodass wir davon ausgehen, dass die Parität die hier getätigten Aussagen in ihrem Wesensgehalt nicht ändert.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW). Abschlussbericht Runder Tisch Geburtshilfe. Online: https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/finale_fassung_abschlussbericht_rt_-_pdf.pdf
- [2] BMG. Nationales Gesundheitsziel. Gesundheit rund um die Geburt

- [3] Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet* 2014; 384: 1129–1145
- [4] Schäfers R. Gesundheitsförderung durch Hebammen. Fürsorge und Prävention rund um Mutterschaft und Geburt; mit 6 Tabellen. Stuttgart: Schattauer; 2011
- [5] Paul M. Umgang mit dem Präventionsdilemma 2019
- [6] Phelan JC, Link BG, Tehranifar P. Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *Journal of health and social behavior* 2010; 51: S28–S40
- [7] Raatikainen K, Heiskanen N, Heinonen S. Under-attending free antenatal care is associated with adverse pregnancy outcomes. *BMC public health* 2007; 7: 268
- [8] Goeckenjan M, Ramsauer B, Hänel M et al. Soziales Risiko – geburts-hilffliches Risiko? *Gynäkologe* 2009; 42: 102–110
- [9] Darling EK, Grenier L, Nussey L et al. Access to midwifery care for people of low socio-economic status: a qualitative descriptive study. *BMC pregnancy and childbirth* 2019; 19: 416
- [10] Sandall J, Soltani H, Gates S et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane database of systematic reviews* 2016; 4: CD004667
- [11] McRae DN, Muhajarine N, Stoll K et al. Is model of care associated with infant birth outcomes among vulnerable women? A scoping review of midwifery-led versus physician-led care. *SSM – population health* 2016; 2: 182–193
- [12] Goebel J, Gornig M, Häusermann H. Polarisierung der Einkommen: Die Mittelschicht verliert. *DIW Wochenschrift* 2010; 3–8
- [13] Statistisches Bundesamt Sozialberichterstattung der amtlichen Statistik. Nettoäquivalenzeinkommen. Wiesbaden: 2020
- [14] Destatis. Pressemitteilung Nr. 515, 6. Dezember 2020
- [15] Knorz B, Sayn-Wittgenstein F. zu. Psychosomatische Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Schwangere durch Hebammen und Familienhebammen – Optimierung der Versorgung durch bedarfsorientierte Unterstützung und Gesundheitsedukation. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* 2009; 213:
- [16] Berufsverband der Frauenärzte. Gemeinsame Schwangerenvorsorge durch Frauenärzte und Hebammen – Informationen zur Abrechnung. Newsletter Nr. 11; 2015
- [17] G-BA. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung. Mutterschafts-Richtlinien; 2020
- [18] NRW. Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger. HebBO NRW; 2017
- [19] BMJ. Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz – HebG); 2020
- [20] Grieshop M, Hellmers C, Sayn-Wittgenstein F. Gesundheitliche Versorgung von Frauen nach der Geburt – eine Bestandsaufnahme. XIII. Hebammenkongress. Nürnberg: 2013