

Gleiche Chancen für alle Schwangeren und Kinder?

Versorgung durch Hebammen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Mirjam Peters

Eine qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung von Frauen und Familien rund um die Geburt wird als hochrangiges Ziel der deutschen Gesundheitsversorgung angesehen. Angestrebt wird, gesundheitliche Risiken, die mit dieser Lebensphase einhergehen, für Schwangere und das Kind abzumildern (BMG 2017).

Da die schwangere Person meist weiblich ist, stellt eine qualitativ hochwertige Versorgung rund um die Geburt ein Merkmal der Gleichstellung der Geschlechter dar. Hängt die Chance auf eine Versorgung rund um die Geburt von soziodemografischen Merkmalen ab, spiegelt dies die ungleichen Chancen auf Gesundheit für verschiedene sozioökonomische Klassen wider, die sogar auf die nächste Generation übertragen werden.

In diesem Beitrag wird die Frage gestellt, ob alle Personen die Chance auf eine gleichwertige Versorgung rund um die Geburt haben. Die Auswertung erfolgte auf der Grundlage eines Datensatzes aus einer quantitativen Querschnittsstudie, in der Personen nach der Geburt zu ihrer Versorgung in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett befragt wurden. Damit bietet sich eine Chance auf eine kritische Auseinandersetzung mit dem gesellschaftlichen und politischen Stellenwert der geburtshilflichen Versorgung und der sozioökonomischen Gerechtigkeit unseres Gesundheitssystems in der reproduktiven Lebensphase.

Relevanz der geburtshilflichen Versorgung

Mit Schwangerschaft und Geburt gehen eine Vielzahl an psychischen und physischen Risiken für die schwangere Person einher. So besteht beispielsweise das Risiko verschiedener schwangerschaftsspezifischer Erkrankungen oder das Risiko, bei der Geburt eine Genitalverletzung oder einen Kaiserschnitt zu erhalten. Ebenso besteht das erhöhte Risiko einer psychischen Erkrankung, wie zum Beispiel einer postpartalen Depression (Bauer 2011; Schäfers 2011a). Die Risiken der Schwangerschaft liegen damit im Kontext

einer Familie und auch einer Gesellschaft vor allem bei der schwangeren Person. Oder andersrum gesagt, das Co-Elternteil trägt kein Risiko, einen Dammschnitt zu erhalten oder Karriereeinbußen wegen monatelanger starker Übelkeit in der Schwangerschaft zu erleiden. Um die Risiken der schwangeren, meist weiblichen Person möglichst gering zu halten, ist eine qualitativ hochwertige Versorgung in dieser Zeit für die Geschlechtergerechtigkeit innerhalb der Gesellschaft von besonderer Bedeutung.

Die Lebenserwartung eines Kindes wird durch die gesellschaftliche Stellung seiner Eltern beeinflusst (Lampert et al. 2015). Da die gesundheitlichen Risiken bei Kindern von Eltern mit einem geringen sozioökonomischen Status erhöht sind, ist eine Versorgung dieser Familien rund um die Geburt von einer besonderen Bedeutung, um diese Risiken abzupuffern.

Die Versorgung rund um die Geburt wird in Deutschland vornehmlich durch Hebammen und Ärzt*innen geleistet.¹ Der Versorgung durch Hebammen wird u.a. durch die Weltgesundheitsorganisation äußerst große Bedeutung in der Gesunderhaltung von Frauen und Familien zugerechnet (Renfrew et al. 2014; WHO 2022), die langfristige Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit von Schwangeren und ihren Kindern hat (Bauer 2011; Schäfers 2011a).

Hebammen versorgen Schwangere, Gebärende und Wöchner*innen auf der Primärversorger*innen-Ebene mit medizinischer Expertise und psychosozialer Kompetenz (Schäfers 2011b). Allerdings müssen die Personen sich eigenständig eine Hebamme für die Versorgung suchen. Dazu müssen Barrieren, wie das Wissen über diese Versorgungsmöglichkeit und zur Kostenübernahme vorhanden sein sowie dazu, wie eine Hebamme erreicht werden kann. Sind viele Anrufe bei Hebammen notwendig, erfordert dies zudem organisatorisches Geschick sowie Zeit und Kapazitäten, um mit Frustration umzugehen.

Verschiedene Untersuchungsergebnisse weisen darauf hin, dass Familien mit geringem sozioökonomischem Status seltener Versorgung durch Hebammen in Anspruch nehmen als Familien mit einem höheren sozioökonomischen Status: In einer Studie von 2012/2013 nahmen Mütter mit einem niedrigeren Nettohaushaltseinkommen signifikant seltener eine Wochenbettbetreuung durch Hebammen in Anspruch (Grieshop et al. 2013). Einer Studie in Bayern zufolge nahmen die befragten Mütter zu 95 % Hebammenversorgung im Wochenbett in Anspruch, jedoch nur 90 % der Mütter mit Migrationshintergrund (IGES 2018). Siegmund-Schultze et al. (2008) legten dar, dass Personen mit einem niedrigen Bildungsabschluss und/oder niedrigem Einkommen ein Informationsdefizit bezüglich Hebammenleistungen zeigten, während Kolip und Baumgärtner (2013) herausstellten, dass Frauen mit Migrationshintergrund seltener und später Vorsorgetermine wahrnahmen. Auch Routinedaten der AOK zufolge besteht ein Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status der Eltern und der Inanspruchnahme der Hebammenleistung (AOK 2018).

1 Die Grundlagen sind in verschiedenen Gesetzen (Hebammenberufsordnung NRW (HebBO NRW 2017); Hebammenengesetz (HebG 2019); Mutterschutzgesetz (MuSchuGe §15 2019); Sozialgesetzbuch (SGB V §24d, §134a 2020)) festgehalten.

Die Studie »Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen« (HebAB.NRW)

In der im Folgenden vorgestellten quantitativen Querschnittsstudie wurde die »Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen« (HebAB.NRW) aus der Perspektive der Hebammen und aus der Perspektive der Mütter untersucht (Bauer et al. 2020). Die Studie wurde durch das Landeszentrum Gesundheit NRW gefördert² und erhielt ein positives Votum der Ethikkommission der Hochschule für Gesundheit.

Im Teilprojekt Mütterbefragung wurde eine repräsentative Klumpenstichprobe auf der Ebene der geburtshilflichen Kliniken in NRW gezogen. Die Personen wurden vier Monate nach der Geburt online oder postalisch per Fragebogen befragt. Alle Rekrutierungsmaterialien sowie der Fragebogen lagen in Deutsch, Englisch, Französisch, Türkisch und in Leichter Sprache vor.

In NRW wurden im Jahr 2018 173.150 Kinder geboren (IT NRW 2020). 3.101 Personen gaben ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie HebAB.NRW, 1.973 Mütter füllten die Fragebögen aus, davon konnten 1.783 Fragebögen in die Auswertung eingeschlossen werden.

Die Frauen, die an der Studie HebAB.NRW teilnahmen, waren zum Zeitpunkt der Befragung im Durchschnitt 32,6 (SD±4,4) Jahre alt. Damit liegt der Altersdurchschnitt der Stichprobe etwas höher als in gesamt NRW. Frauen, die 2018 in NRW ein Kind geboren haben, waren im Durchschnitt 31,0 Jahre alt (DESTATIS 2020). Die Stichprobe von HebAB.NRW zeigt einen höheren Anteil an Frauen mit einer Allgemeinen Hochschulreife (62 %) als im Sozialbericht NRW angegeben (30 % bis 45 %) (MAGS 2020). Ein überdurchschnittlich hoher Bildungsgrad ist jedoch typisch für Fragebogenstudien.

89,4 % (n=1.587) der Teilnehmerinnen haben als Muttersprache Deutsch angegeben, 10,6 % (n=189) eine andere Muttersprache. 88,5 % (n=1.571) der Frauen in der Stichprobe sind in Deutschland geboren, 11,6 % (n=202) sind nach Deutschland immigriert. In NRW hatten im Jahr 2018 26,6 % der geborenen Kinder eine Mutter mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit (DESTATIS 2020). Dabei ist die Staatsangehörigkeit nicht vollständig gleichzusetzen mit der Angabe, ob die Frau selbst nach Deutschland immigriert ist. Eine Vergleichbarkeit der von uns erhobenen Daten mit den statistisch vorhandenen Routinedaten ist auf Grund verschiedener Standards nicht gegeben, möglicherweise sind Frauen mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit jedoch in der Stichprobe von HebAB.NRW unterrepräsentiert.

Betreuung in der Schwangerschaft

Gesetzlich Versicherte haben einen Anspruch auf Hebammenhilfe in der Schwangerschaft einschließlich der Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft und zur Schwangerenvorsorge (§24d SGB V 2020; HebBO NRW 2017). 67,2 % (n=1.198) der Teilnehmerinnen nahmen in der Schwangerschaft eine individuelle Betreuung durch

eine Hebamme in Form von Schwangerenvorsorge, Hilfe bei Beschwerden und/oder Beratung in Anspruch. Diese Personen hatten durchschnittlich sechs Termine ($SD \pm 4,2$) bei einer Hebamme in der Schwangerschaft, die Hilfe bei Beschwerden, Vorsorge und Beratung umfassten. Sie waren zu 84,7 % ($n=1.009$) mit der Häufigkeit der Termine zufrieden.

Bei Personen ohne individuelle Betreuung durch eine Hebamme (32,8 %, $n=585$), jedoch mit einer möglichen Teilnahme an Gruppenangeboten, spielten geringes Wissen über die Versorgungsleistung, sowie das Nicht-Auffinden einer Hebamme für die Leistung unter anderem eine Rolle. 11,4 % ($n=203$) der Personen hatten in der Schwangerschaft keinen Kontakt zu einer Hebamme, zum Teil, weil sie kein Bedürfnis danach hatten, weil sie sich zum Beispiel ausreichend durch Ärzt*innen begleitet fühlten oder weil sie keine Hebammen für die Betreuung finden konnten.

Betreuung während der Geburt

Gesetzlich versicherte Personen können in Deutschland ihr Kind in einer Klinik, in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung, in einer ärztlich geleiteten Einrichtung, in einer Hebammenpraxis oder im Rahmen einer Hausgeburt zur Welt bringen (§24f SGB V 2020). Von den Studienteilnehmerinnen haben 94,4 % ($n=1.681$) in der Klinik, 2,9 % ($n=52$) im Geburtshaus und 2,4 % ($n=42$) zu Hause geboren. Insgesamt liegt der Anteil der Personen mit außerklinischen Geburten in dieser Studie deutlich über dem laut der QUAG für das Jahr 2017 bundesweit angegebenen Anteil von 1,3 % (QUAG 2018).

88,6 % ($n=1.564$) der befragten Mütter wünschten sich in der Schwangerschaft eine Geburt in einer Klinik, 6,8 % ($n=120$) eine Geburt im Geburtshaus oder in einer Hebammenpraxis und 4,6 % ($n=82$) eine Geburt zu Hause. 86,9 % ($n=1.523$) der Personen konnten an dem in der Schwangerschaft gewählten Ort gebären, während das für 13,1 % ($n=230$) der Personen nicht möglich war. Dabei waren sowohl medizinische Gründe ausschlaggebend als auch strukturelle Gründe des Versorgungssystems. 75,2 % ($n=1.252$) der Personen war die Hebamme, die sie während der Geburt betreute, vorher nicht bekannt.

Dabei wurde auch die Qualität der Betreuung durch Hebammen rund um die Geburt erfragt: 78,4 % der Personen gaben an, dass die Hebamme während der Geburt immer genug Zeit hatte. 48,3 % ($n=804$) der Teilnehmerinnen erhielten eine Nachbesprechung der Geburt (Debriefing). 51,9 % ($n=863$) nahmen diese Leistung nicht in Anspruch. 32,1 % ($n=277$) dieser Teilnehmerinnen hatten kein Bedürfnis danach und 73,3 % ($n=633$) dieser Personen bekamen eine Nachbesprechung der Geburt nicht angeboten.

Betreuung im Wochenbett

In den ersten drei Monaten nach der Geburt haben Wöchnerinnen bzw. Familien einen Anspruch auf Hebammenbetreuung. Im Fokus steht dabei die physische und psychische Gesundheit sowie das Ankommen in einer neuen Lebensphase mit Beratungs- und Anleitungsbedarf.

92,8 % ($n=1.649$) der Wöchnerinnen haben eine aufsuchende Betreuung im Wochenbett in Anspruch genommen. 7,8 % ($n=129$) nahmen zusätzlich eine nicht-aufsuchende Betreuung ($n=129$) in Anspruch, das heißt, sie erhielten Betreuung in einer Hebammenpraxis oder einem Geburtshaus. Die Frauen mit aufsuchender Betreuung erhielten im Durchschnitt 12 Besuche ($SD \pm 5,7$). 89,0 % ($n=1.459$) der Wöchnerinnen waren mit der Häufigkeit der Besuche zufrieden. 7,2 % ($n=127$) aller Wöchnerinnen erhielten keine Wochenbettbetreuung durch eine Hebamme. 3,2 % ($n=57$) der Frauen hatten keine Hebamme für das Wochenbett gefunden, obwohl sie versucht hatten, eine zu finden. Die Personen, die trotz Wunsch keine Hebammenbetreuung erhielten, hatten im Durchschnitt in der 16. SSW Schwangerschaftswoche (SSW) nach einer Hebamme gesucht und dazu durchschnittlich zehn Hebammen angerufen.

Zugang zur ambulanten Betreuung

Der Zugang zur ambulanten Betreuung beschreibt die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme einer Leistung in der Gesundheitsversorgung. Barrieren für einen Zugang können zum Beispiel fehlende räumliche Nähe zum Angebot, fehlendes Wissen zum Angebot und der Finanzierung oder zum Zugang der Leistung sein (Pfaff et al. 2017).

60,2 % ($n=1.066$) der Teilnehmerinnen fühlten sich (sehr) gut über Hebammenleistungen in der Schwangerschaft informiert, 39,8 % der Teilnehmerinnen fühlten sich mäßig bis gar nicht informiert. Das Wissen zur Hebammensuche stammte häufiger aus informellen Quellen. So wussten 53,4 % der Personen, dass sie sich eine Hebamme suchen müssen, von Freund*innen und Bekannten; nur 25,8 % wurden darüber durch eine*n Ärzt*in informiert.

92,7 % ($n=1.627$) der Personen suchten bereits in der Schwangerschaft nach einer Hebamme (durchschnittlich in der 13. SSW, $SD \pm 6,6$) und nur weniger nach der Geburt. Um eine Hebamme für die Betreuung zu finden, riefen die Personen durchschnittlich 4,1 ($SD \pm 7,0$) Hebammen an. 7,8 % ($n=129$) riefen mehr als zehn Hebammen für eine Betreuung an.

Sozioökonomische Einflussfaktoren

Es wurde untersucht, inwieweit Einflussfaktoren, wie das Haushaltsnettoeinkommen, ein Hochschulabschluss, das Geburtsland, die Muttersprache oder städtisches vs. ländliches Wohnen einen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen hatte.

Personen mit einem Haushaltsnettoeinkommen über 2.500€ nahmen signifikant häufiger eine individuelle Versorgung in der Schwangerschaft und im Wochenbett in Anspruch als Personen, auf die dieses Merkmal nicht zutraf.

Ebenso nahmen Personen mit einem Hochschulabschluss signifikant häufiger individuelle Versorgung in der Schwangerschaft, Versorgung im Wochenbett und häufiger Schwangerenvorsorge bei einer Hebamme in Anspruch, als Personen, auf die dieses

Merkmal nicht zutraf. So nahmen 37,8 % der Frauen mit Hochschulabschluss Schwangerenvorsorge bei einer Hebamme in Anspruch, hingegen nur 28,1 % der Frauen ohne Hochschulabschluss (37,8 % vs. 28,1 %, OR 1,59; 95 % KI 1,25-2,03). Die Chance für die Inanspruchnahme einer Schwangerenvorsorge ist damit bei Frauen mit Hochschulausbildung eineinhalbmal so hoch im Vergleich zu Frauen ohne Hochschulausbildung. 97,1 % der Personen mit Hochschulausbildung nahmen eine Wochenbettbetreuung in Anspruch, hingegen nur 89,3 % der Frauen ohne Hochschulausbildung (97,1 % vs. 89,3 % OR 3,03; 95 % KI 1,73-5,30). Personen mit Hochschulabschluss fanden zudem auch die Hebammensuche signifikant einfacher als Personen ohne Hochschulabschluss.

Als ausschlaggebend erwies sich zudem die Herkunft der Schwangeren: Personen, die in Deutschland geboren waren, nahmen signifikant häufiger individuelle Versorgung in der Schwangerschaft in Anspruch (69,0 % vs. 56,4 %, OR 1,82; 95 % KI 1,27-2,62). Personen, die in Deutschland geboren waren, fanden auch die Hebammensuche einfacher als Personen mit Migrationshintergrund.

Personen, die auf dem Land wohnten, fanden die Hebammensuche signifikant häufiger leicht bis sehr leicht. So fanden 79,3 % der Landbewohnerinnen die Hebammensuche (sehr) leicht, dies fanden nur 67,1 % der Stadtbewohnerinnen (79,3 % vs. 68,1 %, OR 1,83; 95 % KI 1,32-2,52). Personen, die auf dem Land wohnten, nahmen auch signifikant häufiger Wochenbettbetreuung in Anspruch und konnten häufiger am gewünschten Ort gebären. So erhielten 91,0 % der Frauen, die auf dem Land wohnten, eine Geburt am gewünschten Ort, hingegen nur 86,0 % der in einer (Groß-)Stadt wohnenden Frauen.

Es zeigte sich kein signifikanter Einfluss der Variablen im Hinblick auf die Frage, ob die Hebamme während der Geburt ausreichend Zeit für die Betreuung hatte.

Fazit: Lücken in der Versorgung benötigen Veränderungen auf der Strukturebene

Insgesamt zeigt sich ein hoher Versorgungsgrad durch Hebammen rund um die Geburt in NRW. Allerdings weist diese Versorgung deutliche Lücken auf. Es stellt sich die Frage, wie die vorhandenen Ressourcen hier effizienter eingesetzt werden können, um eine gerechte Versorgung für alle Frauen und Familien zu erzielen. Ein Ansatzpunkt wäre die Ausweitung der Selbstverwaltung der Hebammen und damit die Etablierung einer Hebammenkammer, die auch für eine flächendeckend angebotene Versorgung verantwortlich wäre.

Punktuell können auch qualitative Verbesserungen der Versorgung erzielt werden, zum Beispiel durch die Implementierung eines Debriefings durch Hebammen oder ärztliches Personal nach der Geburt. Durch das Qualitätsentwicklungsinstrument Leitlinie, die solche Prozesse darstellt, können solche Verbesserungen unterstützt werden.

Soziodemografische Faktoren zeigen unserer Studie zufolge vor allem einen Einfluss auf die ambulante Versorgung während Schwangerschaft und Wochenbett, weniger auf die Versorgung im Krankenhaus während der Geburt. Dies könnte damit zusammenhängen, dass diese Versorgung selbst organisiert werden muss und ein nicht immer alltägliches Wissen erfordert. Den größten Einfluss scheint dabei die Hoch-

schulbildung zu haben. Aber auch der Migrationshintergrund scheint einen Einfluss auf den Zugang und die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungsleistungen zu haben.

Die Daten der vorliegenden Studie wurden mit einer repräsentativen Klumpenstichprobe erhoben und zeigen ähnliche Werte wie vorliegende Daten aus anderen Gebieten in Deutschland. Wie typisch für Fragebogenstudien ist ein höherer Bildungsgrad als in der zugrunde liegenden Zielgruppe vorhanden, dies könnte die Aussagekraft einschränken. So zeigen die in dieser Studie erhobenen Daten, dass Personen mit einem geringen Bildungsgrad seltener Zugang zu einer Hebamme haben. In dieser Studie war jedoch der Anteil von Personen mit einem geringen Bildungsgrad geringer als in der Allgemeinbevölkerung, sodass auch der Anteil von Personen, die keinen Zugang zu einer Hebamme haben, unterschätzt worden sein könnte.

Zur Verbesserung der sozioökonomischen Gerechtigkeit sollten daher Möglichkeiten gefunden werden, die dargestellten Barrieren zu verringern. Dazu ist zum einen eine genauere Analyse der empfundenen Barrieren bei der Zielgruppe erforderlich und zum anderen die Untersuchung der Möglichkeiten, diese zu verringern. Weiterführende, v.a. qualitative, Untersuchungen von Beweg- und Hintergründen schwangerer Personen wären hierzu sinnvoll.

Literatur

- AOK (2018): Gesunder Start ins Leben. Schwangerschaft – Geburt – erstes Lebensjahr. Analysen zur Versorgungssituation im Rheinland und in Hamburg 2018, verfügbar unter: <https://www.aok.de/pk/rh/inhalt/bestellung-report-gesunder-start-ins-leben/> (letzter Zugriff am 14.08.2020).
- Bauer, Nicola (2011): Das Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal und die möglichen Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden von Mutter und Kind, Göttingen: V & R unipress.
- Bauer, Nicola/Villmar, Andrea/Peters, Mirjam/Schäfers, Rainhild (2020): »HebAB.NRW – Forschungsprojekt »Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen«. Abschlussbericht der Teilprojekte Mütterbefragung und Hebammenbefragung, Hochschule für Gesundheit Bochum.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017): Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt, verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf (letzter Zugriff: 08.08.2019).
- DESTATIS (2020): Geburten: Daten der Lebendgeborenen, Totgeborenen, Gestorbenen und der Gestorbenen im 1. Lebensjahr, verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/lebendgeborene-gestorbene.html> (letzter Zugriff: 02.06.2020).
- Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG e.V.) (2018): Qualitätsbericht 2017. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland, Auerbach: Verlag Wissenschaftliche Scripten.

- Grieshop, M./Hellmers, C./Sayn-Wittgenstein, F. (2013): Gesundheitliche Versorgung von Frauen nach der Geburt – eine Bestandsaufnahme. XIII. Hebammenkongress (unveröffentlichter Beitrag), Nürnberg.
- IGES Institut (2018): Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern. Studie für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Berlin, verfügbar unter: https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2018/08/hebammenstudie_vollfassung.pdf (letzter Zugriff: 20.08.2020).
- Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT NRW) (2020): Geburten Zahl, verfügbar unter: <https://www.it.nrw/zahl-der-geburten-nrw-2018-um-07-prozent-gesteiegen-96817#:~:text=NRW> (letzter Zugriff: 15.12.2020).
- Kolip, Petra/Baumgärtner, Barbara (2013): Gesundheitsberichte Spezial. Schwangerschaft und Geburt in Nordrhein-Westfalen. Gesundheitliche Lage und Versorgung von Frauen in Nordrhein-Westfalen während der Schwangerschaft und rund um die Geburt, Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Lampert Thomas/Kuntz Benjamin, KiGGS Study Group (2015): Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? Robert Koch-Institut, Berlin (Hg.), GBE kompakt 6 (1), verfügbar unter: www.rki.de/gbe-kompakt
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein- Westfalen (MAGS NRW) (2020): Indikator 10.1 Bevölkerung nach höchstem allgemeinbildenden Schulabschluss, verfügbar unter: http://www.sozialberichte.nrw.de/sozialindikatoren_nrw/indikatoren/10_bildung/indikator10_11/index.php (letzter Zugriff: 27.07.2020).
- Pfaff, Holger/Neugebauer, Edmund/Glaeske, Gerd/Schrappé, Matthias (Hg.) (2017): Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik – Methodik – Anwendung, 2. überarb. Aufl., Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Renfrew, Mary J./McFadden, Alison/Bastos, Maria Helena/Campbell, James/Channon, Andrew Amos/Cheung, Ngai Fen et al. (2014): »Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care«, in: The Lancet 384 (9948), S. 1129-1145.
- Schäfers, Rainhild (2011a): Subjektive Gesundheitseinschätzung gesunder Frauen nach der Geburt eines Kindes, Münster: Monsenstein & Vannerdat.
- Schäfers, Rainhild (2011b): Gesundheitsförderung durch Hebammen. Fürsorge und Prävention rund um Mutterschaft und Geburt, Stuttgart: Schattauer.
- Siegmund-Schultze, E./Kielblock, B./Bansen, T. (2008): »Schwangerschaft und Geburt: Was kann die Krankenkasse tun?«, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 13 (4), S. 210-215.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2022): Quality of Care, verfügbar unter: <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/quality-of-care> (letzter Zugriff: 19.07.2022).