

Qualität und Versorgung  
im Wochenbett

# Blinder Fleck?

Es ist nicht einfach, die Qualität in der Wochenbettbetreuung zu messen. Denn das klassische Qualitätsmanagement bewertet im Nachhinein den Erfolg und die Zufriedenheit mit erbrachten Leistungen. Was nicht stattgefunden hat, wird nicht erfasst. Wie lässt sich die Lücke schließen?

Von Daniela Erdmann

Das deutsche Gesundheitssystem ist im Vergleich zu anderen Ländern ein sehr komplexes Regelwerk, mit einer Einteilung in ambulante und stationäre Sektoren und damit in zum Teil voneinander getrennte Versorgungsstrukturen.

Das bedeutet, dass in der gesundheitlichen Versorgung Schnittstellen koordiniert werden müssen. Dies funktioniert nicht immer und gerade Hebammen als nicht-ärztliche Leistungserbringer:innen sind an vielen Stellen außen vor. Hinzu kommt, dass unterschiedliche Akteur:innen in verschiedenen Zusammenhängen oft sehr voneinander abweichende, nicht selten sogar diametral entgegengesetzte Ansichten über die Ziele der Gesundheitsversorgung haben. Am Ende stehen sogar unterschiedliche Vorstellungen davon, was Qualität bedeutet.

Häufig findet dabei die Qualitätsorientierung ohne die Perspektive auf die Vergütungs- und Versorgungsplanung statt, sondern konzentriert sich ausschließlich auf die Methoden der klassischen Qualitätssicherung, die sich nur auf messbare Ergebnisse bezieht.

Für die Versorgung von Wöchnerinnen gibt es konkrete Ansätze, die Qualität zumindest entsprechend der jeweiligen Struktur zu definieren. Da sind zum einen die Qualitätssicherungssysteme innerhalb der Kliniken, die sich an unterschiedlichen Normen orientieren, zum anderen sind die freiberuflichen Hebamme als Leistungserbringerin innerhalb des SGB V, § 134a vertraglich verpflichtet, die Qualität ihrer Arbeit zu sichern und weiterzuentwickeln.

Aber die Zufriedenheit der betreuten Frauen und Familien mit der Qualität der erbrachten Leistungen wird nach dem klassischen Qualitätsmanagement gemessen, dessen Wurzeln in der Industrie liegen. Das bedeutet, es werden Leistungen erbracht und im Nachgang die Zufriedenheit damit evaluiert. Anders ausgedrückt: Nicht erbrachte Leistungen werden nicht erfasst.

## Wirksamkeit oder Nutzen in der Versorgung

Nun ist die Zeit des Wochenbetts zwar krisenhaft (Filipp & Aymanns, 2018), aber in erster Linie ein physiologischer Prozess, der entsprechende Unterstützung benötigt.

In einer britischen Studie wurde der Frage nachgegangen, was Wöchnerinnen als unterstützend erleben (McLeish et al., 2021). Demnach werden die Ziele folgendermaßen formuliert:

- Bestätigung
- emotionale Unterstützung
- Empowerment
- Stärkung der eigenen Wahrnehmung.

Es gibt allerdings keine Indikatoren, wie das Erreichen der Ziele nachgehalten werden könnte oder wie die einzelnen Punkte jeweils individuell definiert werden.

Eine Grundlage zur Bewertung der erbrachten Leistungen sind Qualitätsindikatoren. Damit soll eine Brücke gebaut werden, um die nicht-messbare Qualität der medizinischen Versorgung zu überprüfen. Das kann im Ansatz auch für die Versorgung innerhalb der physiologischen Prozesse Schwangerschaft, Geburt und eben auch Wochenbett genutzt werden.



Foto: © Katharina Bau

»Das Qualitätsmanagement orientiert sich nicht an den Inhalten und schon gar nicht an der Zuwendung, die die Frauen in der Wochenbettzeit benötigen.«

Schon 1988 wurden von der US-amerikanischen Non-Profit-Organisation Joint Commission on Accreditation in Healthcare Organizations (JCAHO) folgende Indikatoren festgelegt:

- Zugänglichkeit der Versorgung (accessability)
- Angemessenheit der Versorgung (appropriateness)
- Stetigkeit/Koordination der Versorgung (continuity)
- Wirksamkeit unter Idealbedingungen (efficacy)
- Wirksamkeit/Nutzen in der Versorgungspraxis (effectiveness)
- Wirtschaftlichkeit der Versorgung (efficiency)
- Patientenorientierung der Versorgung (patient perspective)
- Sicherheit der Versorgungsumgebung (safety)
- Rechtzeitigkeit der Versorgung (timeless).

Mit Blick auf einzelne Punkte wird aber deutlich, dass das, was so selbstverständlich erscheint, zum Teil noch nicht einmal im Ansatz vorhanden ist. Zwischen dem gesetzlich verankerten Anspruch und der Wirklichkeit besteht eine Diskrepanz.

## Unter Idealbedingungen

Woher weiß man denn, was Frauen und ihre Familien in der Wochenbettzeit benötigen? Eine sinnvolle Möglichkeit ist es, sie zu fragen. Und tatsächlich widmen sich unterschiedliche Studien in den letzten Jahren genau dieser Frage (Grieshop, 2013).

Lange Zeit wurden die Ziele ausschließlich prozessorientiert formuliert und beinhalteten messbare Ergebnisse. Somit gab es auch Vorstellungen, das gesamte Wochenbett könne in einzelne Abschnitte aufgeteilt werden für eine Still- und Laktationsberater:in, eine Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:in, eine Beckenbodentrainer:in, eine Gynäkolog:in, eine Pädiater:in und so weiter.

Je mehr Berufsgruppen sich die Betreuung aufteilen, ohne dass eine interprofessionelle Zusammenarbeit stattfindet, desto größer wird die Gefahr, dass es zu einer Fragmentierung kommt. Die Hebamme wirkt durch ihre Arbeit dem entgegen, dass es dabei einerseits zur Unterversorgung kommt – durch nicht ausreichende Pflege, Behandlung oder Beratung – oder andererseits zur Überversorgung – durch hochtechnische und medizinische Interventionen bei gesunden Menschen (Graf & Hurni 2014). Die Hebamme ist die einzige Fachperson, deren originäre Tätigkeit den gesamten Zeitraum von Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit, beziehungsweise bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes umfasst. Darin ist die Geburtshilfe inklusive der Überwachung des Wochenbettes eine den Hebammen und Ärzt:innen vorbehaltene Tätigkeit.

Die Hebamme steht als Hauptakteur:in der Wochenbettbetreuung besonders im Fokus, denn ihr kommt eine Schlüsselrolle zu – sowohl in der klinischen Wochenbettbetreuung, mit dem Beginn der Überwachung des Verlaufes in der häuslichen Versorgung, als auch an den Schnittstellen der verschiedenen Fachdisziplinen. Die Idealbedingung scheint also die Hebamme als zentrale Figur zu sein, die in der Wochenbettbetreuung eine Lots:innenfunktion wahrnimmt, wenn es um interprofessionelle Zusammenarbeit geht.

### Zugänglichkeit

Die Rahmenbedingungen für eine gute Versorgung mit Hebammenhilfe scheinen optimal. Jede Wöchnerin in Deutschland hat laut SGB V, § 134a Anspruch auf bis zu 20 Wochenbettbesuche in den ersten 10 Tagen nach der Geburt und vom 11. Tag bis zum Ablauf von 12 Wochen postpartal auf weitere 16 Termine. Aber: Die Versorgung kann nicht flächendeckend gewährleistet werden. Mehr noch, nach unterschiedlichen Studien ist das Resümee einheitlich: Je gebildeter und sozial sicherer aufgestellt, desto eher bekommen die Frauen und ihre Familien häusliche Hebammenbetreuung (Bauer et al., 2020; Sander et al., 2018).

Interessant ist in dem Zusammenhang die Frage, wie denn die Qualität beurteilt wird, wenn die Versorgung gar nicht stattfindet und das vielleicht gerade bei besonders vulnerablen Wöchnerinnen? Die kritischen Situationen, die unter Umständen entstehen, werden im Rückblick nicht mehr ursächlich mit der fehlenden Hebammenbetreuung in Verbindung gebracht, da es dafür keine Indikatoren gibt.

Und trotzdem gibt es ein Bewusstsein für die Versorgungslücke. So haben sich zum Beispiel Pädiater:innen dazu geäußert: Dadurch, dass nicht zuverlässig davon ausgegangen werden kann, dass eine Hebamme die Überwachung des Wochenbettverlaufes durchführt, könne eine frühzeitige Entlassung zum Risiko werden (Berns, 2017). Beispiele sind das Erkennen einer Hyperbilirubinämie oder die Versorgung von Neugeborenen diabetischer Mütter.

In den Empfehlungen der WHO-Leitlinie zur Wochenbettbetreuung wird das Minimum von vier Nachsorgen während der Wochenbettzeit als betreuungsrelevanter Faktor identifiziert (WHO, 2022) – eine Leistung, die so in Deutschland nicht garantiert werden kann. Die Ursachen dafür sind multifaktoriell, aber vorrangig darin begründet, dass Frauen entweder nicht ausreichend informiert sind oder nicht ausreichend Hebammen zur Verfügung stehen, um den Bedarf zu decken. Letzteres ist übrigens ein Problem, dass sich auch in der hausärztlichen Versorgung zeigt. Das bedeutet, dass es hier (neben monetären Anreizen) Konzepte braucht, die eine Versorgung für beide Seiten möglich macht: für diejenigen, die die Leistungen erbringen, und für diejenigen, die die Leistungen in Anspruch nehmen.

» Der Vergleich der aufsuchenden gegenüber der nicht-aufsuchenden Betreuung ist wissenschaftlich nicht untersucht. «

### Angemessenheit

Die aufsuchende Wochenbettbetreuung ist in Deutschland Standard und erreicht die Familien im häuslichen Umfeld und damit in ihrem Sozialraum. Besonders im frühen Wochenbett sollte sie die bevorzugte Versorgung sein und – dem individuellen Bedarf entsprechend – selbstverständlich auch darüber hinaus. Um aber den Versorgungsengpässen zu begegnen, gibt es inzwischen weitere Möglichkeiten, die Hebammen selbst geschaffen haben: Einrichtungen, die ergänzend zur aufsuchenden Wochenbettbetreuung eine nicht-aufsuchende Betreuung anbieten.

Dabei ist die am häufigsten geäußerte Sorge, dass es bei der nicht-aufsuchenden Wochenbettbetreuung einen Verlust der Qualität geben könnte. Im Unterschied zu anderen Leistungen im Gesundheitswesen ist der Vergleich der aufsuchenden gegenüber der nicht-aufsuchenden Betreuung durch Hebammen nicht wissenschaftlich untersucht, so dass es Aussagen zu Vor- oder Nachteilen zum Ort der Leistungserbringung nicht gibt. Nichtsdestotrotz werden diese Leistungen in Wochenbettpraxen oder -ambulanzen von Hebammen angeboten und von Frauen zunehmend nachgefragt. Verschiedene Erhebungen bestätigen hier die hohe Qualität der Betreuung (Bernard, 2019). Schließlich ist die Qualität der Leistungen erst einmal unabhängig vom Ort, an dem sie erbracht werden.

### Wirtschaftlichkeit

Wenn Qualität auch bedeutet, dass die Finanzierung mitberücksichtigt wird, dann stellt sich die Frage, ob die Qualität der Versorgung wirklich unabhängig vom Ort ist? Wie ist denn die Versorgung der Wöchnerin im klinischen Bereich mit Blick auf das Finanzierungssystem?

Zunächst lohnt es sich, noch einmal den Blick auf die Frage zu werfen, was denn Qualität eigentlich ausmacht. Selbstverständlich gibt es im klinischen Bereich Qualitätssicherung entsprechend der unterschiedlichen Qualitätsmanagementsysteme. Trotzdem bewegt man sich mit der klinischen Wochenbettbetreuung in einem System, das durch Fehlanreize für Interventionen und durch die Pathologisierung von gesunden Prozessen eigentlich nicht ausgelegt ist für die Unterstützung von physiologischen Abläufen, wie es das Wochenbett in der Regel darstellt.

Es werden im klinischen Kontext vor allem Routinedaten erhoben, die stark Prozedurenlastig sind, aber die Hebammenversorgung nicht widerspiegeln. Zudem ist im DRG-System das Wochenbett lediglich ein »Anhängsel« der Geburt. In der Praxis sieht das so aus, dass Hebammen sich täglich dafür einsetzen, Frauen und Familien beim Aufenthalt in der Klinik die notwendige Unterstützung zu geben, ohne dass sich das im Finanzierungssystem wirklich abbildet. Mehr noch: Mit den derzeitigen Gesetzesentwürfen besteht die Gefahr, dass letztlich gar keine Hebammen mehr auf den Wochenbettstationen vertreten sind. Abgesehen davon, dass es dann auch fraglich ist, wie denn künftig die Ausbildung der neuen Kolleg:innen stattfinden soll, werden damit auch alle Vorteile der interprofessionellen Zusammenarbeit zunichte gemacht und so die Qualität der Versorgung stark eingeschränkt.

Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung hat in der Wochenbettbetreuung zusätzlich den Aspekt der angemessenen Vergütung der freiberuflich arbeitenden Hebamme. Im Forschungsprojekt »Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen«

(Bauer et al., 2020) zeigt sich, dass die Wochenbettbetreuung mit 98 % die am häufigsten angebotene außerklinische Leistung von Hebammen ist. Auch da muss die Vergütung der (Finanzierungs-)Realität angepasst werden, damit die Versorgung sichergestellt werden kann. Zur Frage nach der Wirtschaftlichkeit von Finanzierungskonzepten gehört auch die Berechnung von Folgekosten bei nicht stattfindender Versorgung, die unter Umständen langfristige gesundheitliche Folgen für die Mutter und/oder das Kind haben kann.

» Im DRG-System ist das klinische Wochenbett lediglich ein »Anhängsel« der Geburt. «

### Patient:innenorientierung

Wenn es um die Versorgung von Wöchnerinnen geht, kommt man an dem Thema Digitalisierung nicht mehr vorbei. Als ein wichtiges Ziel der Digitalisierung ist übereinstimmend sowohl vom Gesetzgeber als auch von Patient:innenvertretungen die angestrebte Verbesserung der Versorgungsprozesse formuliert worden (Hecker, 2020). Darüber hinaus steht die Stärkung der Patient:innenrechte im Mittelpunkt, werden diese doch mit dem Zugriff auf ihre Daten und der Hoheit darüber aktiv in die Versorgungsprozesse mit eingebunden.

# Weil Du pure Nähe liebst.

Zertifizierte Naturkosmetik – Natürlich parfümfrei für eine intensive Eltern-Kind-Bindung



# vujō

Frischling





Zertifizierte, vegane Naturkosmetik aus Deutschland



Parfümfrei – für eine optimale Eltern-Kind-Bindung



Mit Dermatologen für sensible Babyhaut entwickelt



Alkoholfrei\*  
\*frei von Ethanol



Frei von Mineralölen, Silikonen, Parabenen, PEGs und Mikroplastik



Jetzt scannen und Gratisprobe anfordern!



vujō-frischling.de/hebammen

Natürlich. Aus Liebe.  
vujō-frischling.de

Damit steht auch die Frage im Raum, inwieweit die betreuten Frauen und Familien davon profitieren. Auch hier fehlen bislang Qualitätsindikatoren, was eine gute digitale Betreuung ausmacht. Allerdings sind hier durch die Vorgaben für den Datenschutz und durch die Grenzen, die ohnehin gegeben sind, die Rahmen gesteckt.

Für Deutschland gibt es bereits ein Forschungsprojekt zur Frage, wie Frauen und Hebammen die digitale Hebammenbetreuung bewerten (Schlößmann et al., 2021). Die Mehrzahl der Befragten sah die digitalen Angebote als eine gute Ergänzung zum bestehenden Angebot an und möchten nicht mehr darauf verzichten. Eine Besonderheit innerhalb der Wochenbettbetreuung, beziehungsweise in der Arbeit mit (werdenden) Müttern und ihren Familien ist, dass es sich dabei um eine junge Klientel handelt, sogenannte »Digital Natives«. Somit kann die Versorgung mit Hilfe digitaler Medien Frauen und Familien adressatengerecht und niedrigschwellig quer durch alle Bevölkerungsschichten erreichen.

So war zum Beispiel die Nutzung von Beratungsportalen schon vor der Covid-19-Pandemie ein Bereich, der offensichtlich den Nerv derjenigen Frauen genau trifft, die Fragen an eine Hebamme als Fachperson stellen und nicht nur frei im Netz „googeln“ wollen. Hier wird von den Frauen häufig alleine die Tatsache als Qualität empfunden, dass es sich um eine Hebamme handelt, die Fragen beantwortet und Beratung anbieten kann. Das deckt sich damit, dass die Hebamme offensichtlich per se einen Vertrauensvorsprung genießt (Schlüter-Cruse, 2018).

### Stetigkeit und Koordination

Um das Ziel der bestmöglichen Versorgung zu erreichen, ist die Qualität der Prozesse unmittelbar abhängig von den strukturellen Voraussetzungen, bis hin zu einer funktionierenden Überleitung zwischen der Klinik und der ambulanten Weiterbetreuung (Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen/IQTIG, 2019). Während häufig die mitbehandelnden niedergelassenen Gynäkolog:innen einen Entlassbrief bekommen, ist dies für Hebammen in der Regel nicht vorgesehen. So entstehen gegebenenfalls versorgungsrelevante Informationslücken, da unter Umständen die betreute Frau nicht in der Lage ist, die Informationen entsprechend weiterzugeben.

Darüber hinaus kann es auch eine Überforderung der Frau bedeuten, dass sie relevante und nicht-relevante Informationen voneinander unterscheiden soll. Dieses Risiko besteht nicht nur an der Schnittstelle zwischen Klinik und ambulanter Betreuung, sondern auch im gesamten ambulanten Sektor, wenn die Frau zum Beispiel Pädiater:innen oder Gynäkolog:innen aufsucht.

Es gibt weder für die sektorenübergreifenden Schnittstellen noch für den ambulanten Bereich Qualitätsindikatoren, wie die Informationen weitergeleitet werden, und die bestehenden Instrumente, wie der Mutterpass oder das Kinderuntersuchungsheft, füllen diese Lücke nur unzureichend. Dabei könnte

» Bislang fehlen Qualitätsindikatoren, was eine gute digitale Betreuung ausmacht. «

eine ganzheitlich ausgerichtete Dokumentation als Instrument dienen, um die Verbesserung der Qualität der Versorgung sicherzustellen (Sørensen et al., 2018). Im Idealfall könnten alle beteiligten Akteur:innen, inklusive der Frau, hier dokumentieren. Somit würde man dem Anspruch einer aktiven Partizipation der Wöchnerin im Sinne einer Förderung von Gesundheitskompetenzen gerecht. Dies besonders vor dem Hintergrund, dass damit eine Möglichkeit gegeben ist, eine Chancengleichheit für sozial benachteiligte Frauen herzustellen.

Entsprechend der fortschreitenden Digitalisierung im Gesundheitswesen könnte dabei ein elektronischer Informationsaustausch oder eine Integration in die elektronischen Patientenakte durchaus förderlich sein.

### Fazit

Die Zufriedenheit der betreuten Frauen und Familien mit der Versorgung durch Hebammen ist sehr hoch – unabhängig vom Ort oder der Art der Betreuung (Bauer et al., 2020). Die geforderte Qualität wird hier offensichtlich umgesetzt. Die Versorgungsqualität geht weit darüber hinaus, was innerhalb des Qualitätsmanagements abgebildet werden kann. Das Qualitätsmanagement erschöpft sich in den Rahmenbedingungen der eigentlichen Betreuung, orientiert sich aber nicht an den Inhalten und schon gar nicht an der Zuwendung, die die Frauen in der Wochenbettzeit benötigen. Somit muss die Qualität differenziert betrachtet werden: einmal die vertraglichen und gesetzlichen Anforderungen an die Struktur und zum anderen die Anforderungen innerhalb der Betreuung.

Um die Qualität der Versorgung und Betreuung in der Wochenbettzeit beurteilen zu können, müssen Qualitätsindikatoren geschaffen werden, die die Förderung der physiologischen Prozesse im Blick haben und eine Erhebung der Folgen von Unterversorgung, aber die insbesondere die Schnittstellen und interprofessionelle Zusammenarbeit stärker berücksichtigen. Das bedeutet eine aktive Einbeziehung der subjektiven Perspektive der betreuten Frauen und Familien und Qualitätsentwicklung in der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Und immer wieder steht zur Verbesserung der Qualität am Ende die Forderung nach innovativen Arbeitskonzepten und adäquaten Verdienstmöglichkeiten! ○



### Die Autorin

**Daniela Erdmann** ist Hebamme (B.Sc.) und arbeitet nach ihrer Tätigkeit in einem Spital in Zü-

rich seit 1995 als freiberufliche Hebamme in Köln. Sie war elf Jahre die fachliche und organisatorische Leitung im Kölner Geburtshaus und ist seit 2009 in verschiedenen (berufs-) politischen Gremien tätig. Zu den Themenfeldern Wochenbett, Versorgungsmodelle mit Hebammenhilfe und Digitale Entwicklung/ Telemedizin ist sie bundesweit als Referentin und Dozentin tätig.

Kontakt: kontakt@daniela-erdmann.com

### Literatur

Bauer, N., Villmar, A., Peters, M. & Schäfers, R. (2020). HebAB.NRW - Forschungsprojekt »Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen:« Abschlussbericht der Teilprojekte Mütterbefragung und Hebammenbefragung. Hochschule für Gesundheit Bochum. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.26614.83529>

Bernard, H. (2019). Chance oder Irrweg? Pilotprojekt Wochenbettambulanz, DHZ 02/2019

Berns, M. (2017). Hyperbilirubinämie beim Neugeborenen. Die Hebamme, 30: 263–269.

Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (2018). Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen: Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens (2. Aufl.). W. Kohlhammer.

Graf, S., Hurni, A. (2014). Empfehlungen für die Betreuung im frühen und späten Wochenbett, Bern: Schweizerischer Hebammenverband, Sektion Bern (Hrsg.), Wochenbett

Grieshop, M. (2013). Mütterliche Gesundheit nach der Geburt. Primärpräventive Versorgung im Wochenbett durch Hebammen. In: Makowsky, K., Schücking, B. (Hrsg.): Was sagen die Mütter? Qualitative und quantitative Forschung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 193

Hecker, R. (2020). Stellungnahme des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung: Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz - PDSG). Aktionsbündnis Patientensicherheit. [www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2020/05/200519\\_SN\\_PDSG\\_final.pdf](http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2020/05/200519_SN_PDSG_final.pdf)

Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen. (2019). Entlassmanagement: Zwischenbericht zur Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze. Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen. [https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG\\_Entlassmanagement\\_Zwischenbericht\\_UEberarbeitung\\_2019-10-18.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Entlassmanagement_Zwischenbericht_UEberarbeitung_2019-10-18.pdf)

McLeish, J., Harvey, M., Redshaw, M. & Alderdice, F. (2021). A qualitative study of first time mothers' experiences of postnatal social support from health professionals in England. Women and Birth, 35(5), e451–e460. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.012>

Organisation for Economic Cooperation and Development & European Observatory on Health Systems and

Policies. (2019). Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2019. Organisation for Economic Co-operation and Development. <https://doi.org/10.1787/4ecf193f-de>

Sander, M., Albrecht, M., Loos, S., Stengel, V. & Kleinschmidt, L. (2018). Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern: Studie für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. IGES Institut. [www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e22175/e23263/e23264/e23266/attr\\_obj23269/IGES\\_HebammenversorgungimFreistaat-Bayern\\_Langfassung\\_072018\\_ger.pdf](http://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e22175/e23263/e23264/e23266/attr_obj23269/IGES_HebammenversorgungimFreistaat-Bayern_Langfassung_072018_ger.pdf)

Schlömann, L., Hertle, D., Jahn-Zöhrens, U., & Bauer, N. H. (2021). Digitale Hebammenbetreuung im Kontext der Covid-19-Pandemie. Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 225(5 01).

Schlüter-Cruse, M. (2018). Die Kooperation freiberuflicher Hebammen im Kontext Früher Hilfen (Dissertation, Universität Witten/Herdecke). OPUS. [https://opus.hs-osnabrueck.de/frontdoor/deliver/index/docId/1406/file/Schlüter-Cruse\\_Martina\\_Dissertation\\_2018.pdf](https://opus.hs-osnabrueck.de/frontdoor/deliver/index/docId/1406/file/Schlüter-Cruse_Martina_Dissertation_2018.pdf)

Sørensen, M., Stenberg, U. & Garnweidner-Holme, L. (2018). A scoping review of facilitators of multi-professional collaboration in primary care. International Journal of Integrated Care, 18(3), Artikel 13. <https://doi.org/10.5334/ijic.3959>

# THERALINE

*Wir geben Leben Halt*

Angebote fürs neue Jahr

Das Original  
THERALINE

Deutschlands meistgeliebtes Stillkissen

- Klasse: langlebig & leicht nachfüllbar
- Groß: optimale Größe ca. 190x40 cm, 42 l
- Edel: feinste Perlen, schadstofffrei
- Schön: inkl. Bezug aus 100 % Baumwolle (Feinkörper) oder Bambus mit Bio-Baumwolle



Ab 6 Stück  
ab **31,40\*** €/Stk.  
(Listenpreis ab 33,60 €)

Musterpreis\*  
ab **27,00** €/Stk.



Jede Menge weitere Angebote im SHOP: [hebammen.theraline.de](http://hebammen.theraline.de)

Angebote gültig vom 01.01. bis zum 31.01.2023. Nur für Hebammen. Versandkostenfrei ab 100 € Nettobestellwert. \* Alle Preise zzgl. MwSt. Muster frei Haus, einmalig je Hebamme. Änderungen und Druckfehler vorbehalten.

THERALINE eK  
Industriepark Nord 56  
D-53567 Buchholz WW.  
Tel: +49 (0)2683 96960  
Fax: +49 (0)2683 969678  
info@theraline.de  
[www.theraline.de](http://www.theraline.de)

