

Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen: Determinanten vorzeitiger Ausstiege aus dem Hebammenberuf

Zusammenfassung

Hintergrund: Belastende Arbeitsfaktoren gelten als wichtige Determinanten vorzeitiger Ausstiege im Hebammenberuf. Arbeitspsychologische Modelle können eine Basis für die theorieorientierte Modellierung und Operationalisierung bieten.

Ziele: Das Ziel der Untersuchung war a) die Identifikation von Arbeitsanforderungen und -ressourcen, die aus Sicht der Hebammen mit einem vorzeitigen Berufsausstieg assoziiert sind und b) die Spezifizierung der Komponenten des Job-Demands-Resources-Modell (JD-R) für das Tätigkeitsfeld von Hebammen unter Berücksichtigung berufsfeldspezifischer Arbeitsfaktoren und Rahmenbedingungen.

Methodik: Es wurden fünf leitfadengestützte qualitative Interviews mit aktiven und ehemaligen Hebammen aus verschiedenen Arbeitsbereichen geführt. Die Leitfadententwicklung fand in Anlehnung an das JD-R-Modell statt. Die Datenanalyse erfolgte gemäß der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz.

Ergebnisse: Zentralen Anforderungen (Zeit- & Personalmangel, fachfremde Tätigkeiten, ungünstiger Personalschlüssel) stehen positiv wirkenden berufsbezogenen und personalen Ressourcen (Unterstützung durch Kolleg*innen, Optimismus, Coping-Strategien) gegenüber. Die berichteten Arbeitsfaktoren stehen im Einklang mit der Struktur des JD-R-Modells. Die Zentralisierung der Versorgungsstrukturen erweist sich als wichtige strukturelle Rahmenbedingung, deren Bedeutung für die Modellstruktur im Arbeitskontext der Hebammen weiterer Klärung bedarf.

Schlussfolgerung: Die Studienbefunde erweitern die theoretische Grundlage zur Operationalisierung von Determinanten vorzeitiger Berufsausstiege von Hebammen und bilden die Basis für eine integrierte Betrachtung variierender Tätigkeits- und Kontextmerkmale.

Schlüsselwörter: Arbeitsanforderungen, Arbeitsressourcen, Berufsausstieg, Hebammentätigkeit, qualitative Inhaltsanalyse

Anja Alexandra Schulz¹
Theresa Laschewski¹
Markus Antonius Wirtz¹

1 Pädagogische Hochschule
Freiburg, Institut für
Alltagskultur, Bewegung und
Gesundheit, Fachbereich
Forschungsmethoden,
Freiburg, Deutschland

Einleitung

Der Fachkräftemangel in der Hebammenhilfe stellt ein zunehmendes Problem für die Sicherstellung einer flächendeckenden, wohnortnahen und qualitativ hochwertigen Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und jungen Müttern dar. Die Zunahme an vorzeitigen Berufsausstiegen im Hebammenberuf wird dabei als eine zentrale Ursache dieses Fachkräftemangels diskutiert [18], [30], [36]. Arbeitspsychologische Modelle wie z.B. das Demand-Control-(Support)-Modell (DCS-Modell) [19], [20] oder das Effort-Reward-Imbalance-Modell (ERI-Modell) [33] können einen theoriebasierten Erklärungsansatz für (vorzeitige) Berufsausstiege liefern, indem Wirkzusammenhänge von (psycho sozialen) Arbeitsanforderungen und wahrgenommener Arbeitsbelastung bei gleichzeitigem Fehlen beruflicher Ressourcen (z.B. Autonomie, Wertschätzung) identifiziert werden. Belastende Aspekte der

Arbeitssituation, die die Tätigkeit der Hebammen und damit die Qualität der Versorgung der betreuten Frauen negativ beeinflussen können, werden dabei als wesentliche Prädiktoren für den Berufsausstieg angenommen. Das DCS-Modell sieht die Arbeitsanforderungen (engl. job demands) und den Handlungsspielraum bzw. die Autonomie bei der Ausübung der Tätigkeit als kritische Determinanten an [19], [20]. Im Pflegesektor konnte unter Anwendung des DCS-Modells ein Zusammenhang zwischen dem Konstrukt *berufliche Belastung* und der Absicht, den Beruf zu verlassen, nachgewiesen werden [41]. Nach dem ERI-Modell entsteht eine sog. Gratifikationskrise, wenn das investierte Arbeitsengagement eine zu geringe Wertschätzung oder Anerkennung (z.B. durch Gehalt, Sicherheit, Aufstiegsmöglichkeiten) erfährt [33]. Mössinger et al. [26] konnten auf Basis des ERI-Modells in einer Querschnitterhebung Hinweise auf bestehende Gratifikationskrisen freiberuflicher Hebammen identifizieren.

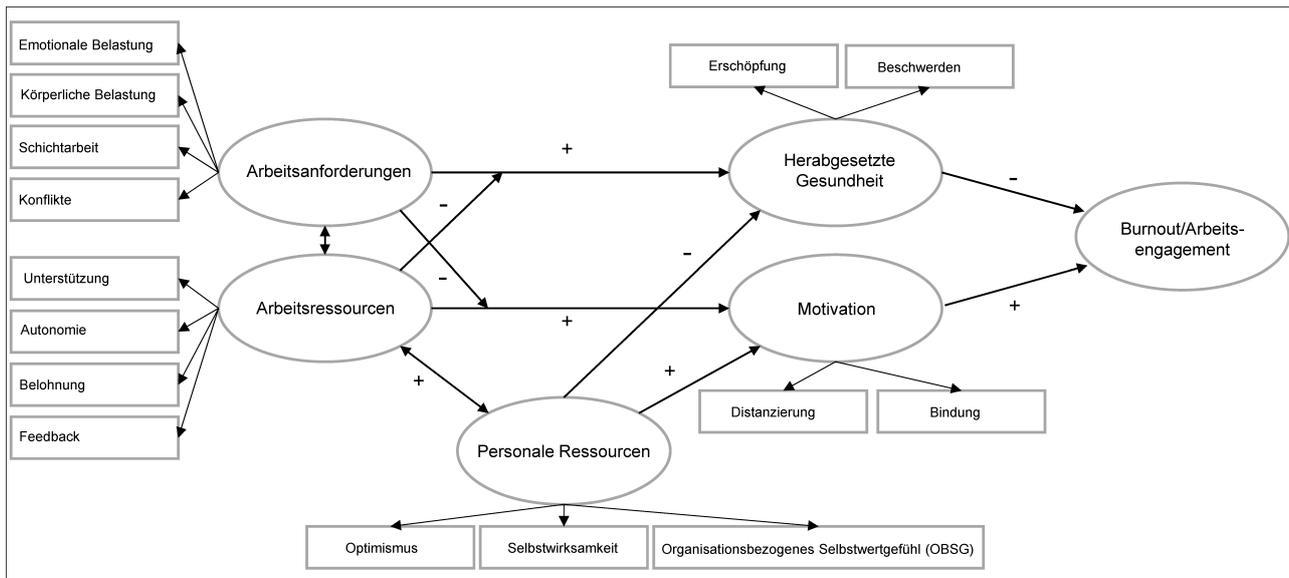


Abbildung 1: Struktur des Job-Demands-Resources-Modell nach Demerouti & Nachreiner [9]

ren. Ob sich die verwendete Kennzahl (ERI-Score) als Prädiktor vorzeitiger Berufsausstiege eignet, ließ sich aufgrund methodischer Einschränkungen nicht beantworten.

Von Demerouti et al. [8] wurde das Job-Demands-Resources-Modell (JD-R-Modell) [2], [3], [6], [7], [8] ausgehend von den Annahmen des DCS- und des ERI-Modells zur Vorhersage von Burnout und dessen positiver Antipode Arbeitsengagement entwickelt. Entgegen dem damaligen Verständnis, die Burnout-Symptomatik sei vorrangig in sozialen Berufsfeldern (z.B. Schulwesen, Gesundheitsversorgung, soziale Arbeit) zu verorten [24], sollte das JD-R-Modell nicht allein für den (humanen) Dienstleistungssektor, sondern darüber hinaus für unterschiedliche Tätigkeitsformen (z.B. Industrie- oder Transportsektor) geeignet sein [8]. Deshalb berücksichtigt das JD-R-Modell zusätzlich die Diversität verschiedener Kombinationen an Arbeitsfaktoren, die je nach Arbeitsverhältnis und Berufsfeld unterschiedlich mit Stress in Zusammenhang stehen können. Abbildung 1 verdeutlicht zwei zentrale theoretische Grundannahmen des JD-R-Modells. In diesem Beitrag soll der Fokus vorrangig auf der ersten Grundannahme liegen. Die zweite etwas komplexere Grundannahme ist von Bedeutung, wenn das Modell als Grundlage praktischen Handelns dienen soll. Letztere wird lediglich in ihren theoretischen Grundzügen dargestellt.

Grundannahme 1: Trotz einer großen Vielfalt an Arbeitsfaktoren, können diese den zentralen Konstrukten *Arbeitsanforderungen* und *Arbeitsressourcen* zugeordnet werden [3]: *Arbeitsanforderungen* beziehen sich auf physische, psychische und soziale Arbeitsaspekte. Sie wirken vorwiegend als Stressor, wenn Personen hohen oder schlecht gestalteten Arbeitsanforderungen ausgesetzt sind, deren Bewältigung anhaltend ein hohes Maß an physischer und/oder psychischer Anstrengung erfordert [8]. *Arbeitsressourcen* fördern das Erreichen arbeitsbezogener Ziele, reduzieren *Arbeitsanforderungen* und die damit

einhergehenden physischen und psychischen Konsequenzen. Zudem stimulieren diese die persönliche Entwicklung [2]. Es werden Ressourcen auf psychischer, physischer, organisatorischer und sozialer Ebene unterschieden. Grundannahme 2: Burnout und Arbeitsengagement resultieren im beruflichen Kontext als Produkt zweier divergierender Prozesse. Im *Beeinträchtigungsprozess* führt eine anhaltende Häufung von Arbeitsanforderungen (z.B. Zeitdruck) bei wiederholt erfolglosen Bewältigungsversuchen (erschöpfte Ressourcen) zu einer herabgesetzten Gesundheit, welche sich in gesundheitlichen Problemen und Erschöpfungszuständen manifestiert [7]. Arbeitsanforderungen sind nicht per se als negativ zu werten. Ungünstige Konsequenzen treten vor allem dann auf, wenn sich Beschäftigte nach einer erfolgreichen Bewältigung der Anforderungen nicht hinreichend erholen können (Distress) [25].

Als *Motivationsprozess* wird angenommen, dass Arbeitsressourcen als motivationale Anreize wirken und das Arbeitsengagement sowie die wahrgenommene Leistungsfähigkeit positiv beeinflussen [2]. Ressourcen können intrinsisch motivierend wirken, indem diese das Wachstum, das Lernen sowie die eigene Entwicklung der Mitarbeitenden fördern. Arbeitsressourcen tragen zur Erreichung von Arbeitszielen bei und motivieren extrinsisch [3]. Aufgrund eines Interaktionseffekts können vorhandene Ressourcen die negativen Konsequenzen des Beeinträchtigungsprozesses abschwächen [8]. Dies bedeutet wiederum, dass ein Defizit an Arbeitsressourcen das Erfüllen von Arbeitszielen erschwert und aufgrund entstehender negativer Empfindung (z.B. Frustration, Scheitern) die Motivation vermindert wird. Beschäftigte Personen können sich demzufolge langfristig emotional negativ von ihrer eigenen Arbeit distanzieren und entwickeln in der Folge gegebenenfalls Zynismus gegenüber der eigenen Arbeit [9]. Generell gilt: Eine Vielfalt an Arbeitsressourcen sowie eine gesteigerte Motivation der Mitarbeitenden stehen in Zusammenhang mit einer stärkeren Bindung

an das Tätigkeitsumfeld und somit einer höheren Wahrscheinlichkeit einer Berufs- bzw. Organisationsbindung [9].

Die Rolle des Individuums wurde im JD-R-Modell zunächst eher nachrangig berücksichtigt. Eine relevante Erweiterung des Modells bestand darin, das Konstrukt *Personale Ressourcen* als weiteren Prädiktor zu modellieren [9] (siehe Abbildung 1). Selbstwirksamkeit, Optimismus und Organisationsbasiertes Selbstwertgefühl (OBSG) werden für den Arbeitskontext als relevante *Personale Ressourcen* betrachtet [17]. Das Konstrukt OBSG bildet ab, in welchem Maße Individuen sich innerhalb der Organisation selbst als bedeutsam, kompetent und fähig betrachten [28]. Die im Modell postulierte Mediatorvariable personale Ressource konnte in Bezug auf die Vorhersage von Burnout und Arbeitsengagement in einer psychometrischen Strukturanalyse teilweise bestätigt werden [44]. Während der angenommene Effekt von *Personalen Ressourcen* auf den Beeinträchtigungsprozess nicht bestätigt werden konnte, bestand ein mediiender Effekt in Bezug auf die Wirkbeziehung zwischen Arbeitsressourcen und Arbeitsengagement im Rahmen des Motivationsprozesses [44]. Weiterhin konnte ein mediiender Effekt zwischen Arbeitsressourcen und der emotionalen Erschöpfung identifiziert werden. Darüber hinaus identifizierten Xanthopoulou et al. [44] personale Ressourcen als einen signifikanten Prädiktor von Arbeitsressourcen, gleichzeitig können Arbeitsressourcen die Entwicklung von personalen Ressourcen fördern.

Für das Tätigkeitsfeld der Hebammen scheint das JD-R-Modell eine geeignete Theoriegrundlage zu sein. Es ist anzunehmen, dass Arbeitsfaktoren im Hebammenberuf aufgrund unterschiedlicher Tätigkeitsschwerpunkte (Vorsorge, (außer-) klinische Geburtshilfe, Wochenbettbetreuung oder einer Kombination) sowie variierender Arbeitsverhältnisse (angestellt, freiberuflich, Belegschaft, Mix) systematisch unterschiedlich wahrgenommen und gewichtet werden. Ein Review von Cramer et al. [5] zur Beziehung von Arbeitsbedingungen und dem emotionalen Wohlbefinden bei Hebammen bestärkt die Hypothese. Sie konnten einen Zusammenhang zwischen dem emotionalen Wohlbefinden sowie Burnout und dem Arbeitsbereich von Hebammen (Krankenhaus, ambulantes Setting) nachweisen. Dieser Zusammenhang wird u.a. auf unterschiedliche Arbeitsfaktoren in den jeweiligen Arbeitsbereichen zurückgeführt [5]. Für diesen Aspekt bietet das JD-R-Modell eine angemessene theoretische Grundannahme.

Die Gültigkeit des generischen JD-R-Modells konnte für verschiedene Arbeitsbereiche, Populationen und Länder empirisch bestätigt werden [9]. Im Bereich der Hebammenversorgung ist der Einsatz des JD-R-Modells kaum untersucht. Zum Beispiel verwendete eine niederländische Studie Elemente des Modells als Basis einer Fokusgruppendifkussion mit Neueinsteigerinnen im Hebammenberuf [21], ohne dass die Eignung des Modells als theoretische Grundlage für diesen Forschungsbereich explizit thematisiert wurde. Obwohl das JD-R-Modell vorrangig zur Vorhersage von Burnout und Arbeitsengage-

ment eingesetzt wird, liefern Untersuchungen Hinweise darauf, dass Burnout hoch mit der Absicht assoziiert ist, den Beruf zu verlassen [34].

Ziel

Das Forschungsprojekt soll ein vertieftes Verständnis der Prozesse liefern, die die Wahrscheinlichkeit eines vorzeitigen Berufsausstiegs von Hebammen bedingen. Langfristig soll hierdurch die Basis dafür geschaffen werden, diesen Prozess durch Interventionen positiv zu beeinflussen, sodass einem vorzeitigen Berufsausstieg entgegen gewirkt werden kann. Gemäß dem Modell nach Craig et al. [4] sind qualitative Forschungsstudien wichtig, um strukturelle Besonderheiten im Arbeitsalltag angemessen identifizieren zu können. Im Sinne der Merkmale qualitativer Forschung wird die Analyse spezifischer Falltypen als sinnvoll erachtet, um ein vertieftes Verständnis generieren zu können (induktive Konzeptionsphase).

Das Ziel der Untersuchung war deshalb die Identifikation und Beschreibung von Arbeitsanforderungen und -ressourcen, die aus Sicht der Hebammen mit einem vorzeitigen Berufsausstieg im Hebammenberuf assoziiert sind. Die Datenbasis diente dazu, die im JD-R-Modell postulierten Arbeitsfaktoren in Bezug auf den Hebammenberuf aus Perspektive der Hebammen zu konkretisieren.

Methode

Studiendesign

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Von November bis Dezember 2019 wurden fünf systematisierte, leitfadengestützte Interviews mit Hebammen aus Süddeutschland durchgeführt. Der qualitative Ansatz ist insbesondere aufgrund der Aspekte Offenheit, Prozesshaftigkeit, Kontext- und Subjektorientierung geeignet, da individuelle Begründungen und Hintergründe aus der Perspektive der befragten Hebammen ermittelt werden sollen [12].

Während der Interviews lag der Hauptfokus auf der ersten Grundannahme des JD-R-Modells: Die Unterteilung relevanter Arbeitsfaktoren in zwei allgemeingültige Konstrukte. Entsprechend wurde der Leitfaden in Bezug auf die Konstrukte Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen konzipiert. Er beinhaltet sechs Hauptleitfragen (siehe Tabelle 1). Die Verständlichkeit der Leitfragen wurde mittels zweier kognitiver Interviews überprüft [29].

Tabelle 1: Übersicht Hauptleitfragen

Arbeitsanforderungen	1. Welche anspruchsvollen Situationen fallen Ihnen ein, wenn Sie an die (vergangene) Hebammentätigkeit denken?
	2. Was müsste verändert werden, um den Beruf als Hebamme Ihrer Einschätzung nach attraktiver zu gestalten?
	3. Welche anspruchsvollen Situationen oder Probleme haben Sie in Ihrer Organisation/ Gemeinschaft/Verband, in welcher Sie als Hebamme tätig waren/sind, wahrgenommen?
	4. Wie hätte Ihr Arbeitgeber/Gemeinschaft/ Verband/Gesetzgeber Ihren Job als Hebamme attraktiver gestalten können?
Arbeitsressourcen	5. Was haben Sie persönlich an Ihrem Beruf als Hebamme geschätzt bzw. was schätzen Sie persönlich an Ihrem Beruf als Hebamme?
	6. Was sind für Sie die Merkmale, die den Beruf einer Hebamme attraktiv machen?

Sampling

Bei der Stichprobenauswahl wurde eine deduktive Rekrutierungsstrategie in Verbindung mit Gatekeepern gewählt [22]. Drei Multiplikatorinnen des deutschen Hebammenverbands und 14 Hebammen wurden per E-Mail kontaktiert. Bei der Zusammenstellung des Interviewsamples wurde darauf geachtet, dass spezifische Falltypen der Hebammentätigkeit (Hauptarbeitskontexte: angestellt, freiberuflich, Beleghebamme) repräsentiert sind, sodass eine angemessene strukturelle Variationsbreite abgedeckt wird [22].

Zur Sicherstellung der Einschlusskriterien wurden zuvor einige Ad-hoc-Fragen per E-Mail gestellt (z.B. Arbeitsverhältnis, Berufserfahrung). Insgesamt resultierten fünf verbindliche Interviewzusagen; zwei Personen waren zum Zeitpunkt des Interviews aus dem Hebammenberuf ausgestiegen, drei noch aktiv tätig. Die bereits ausgestiegenen Hebammen waren 17 bzw. 20 Jahre in ihrem Beruf als Hebamme tätig gewesen und arbeiteten sowohl als angestellte als auch als freiberufliche Hebammen. Der Ausstieg aus dem Hebammenberuf lag zwei bzw. sechs Jahre zurück. Die Arbeitserfahrung betrug im Mittel 11,5 Jahre (Standardabweichung: 9,05 Jahre) und variierte mit einer Spannweite von einem Jahr bis zu 21 Jahren.

Durchführung

Alle Teilnehmerinnen erhielten vorab ein Schreiben mit Informationen über das Ziel und den Ablauf der Interviews sowie über datenschutzrechtliche Aspekte nach DSGVO. Letzteres beinhaltete u.a. die Information zum Umgang mit und zur Verarbeitung personenbezogener Daten, zu persönlichen Rechten bezüglich der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum Vorgang der pseudonymisier-

ten Transkription sowie zur Verschlüsselung, Aufbewahrung und Speicherdauer der Daten. Von allen teilnehmenden Personen liegt eine schriftliche Einwilligungserklärung vor. Die Interviews verliefen mündlich, offen und erzählerisch mit einer Fokussierung auf Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen [22]. Der Ort der Interviews variierte zwischen beruflichen oder privaten Räumlichkeiten der Interviewteilnehmerinnen sowie einer Räumlichkeit an einer Hochschule. Die digital aufgezeichneten Interviews (Aufzeichnungsgerät: ROLAND R-05) dauerten durchschnittlich 59 Minuten (Standardabweichung: 18,2 Minuten). Die Tonaufnahmen wurden auf einem extern verschlüsselten Speichermedium gesichert.

Datenaufbereitung und Datenanalyse

Die Audioaufnahmen wurden gemäß der fünf moderaten Grundregeln nach Kuckartz [23] transkribiert und anschließend pseudonymisiert. Die Auswertung erfolgte deduktiv in Anlehnung an die strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz ([23] S.97):

1. Modellbasierte deduktive Bildung von Oberkategorien (Arbeitsanforderungen, Arbeitsressourcen) und Hauptkategorien (für Anforderung: emotionale/körperliche Belastung, Schichtarbeit, Konflikte; für Ressourcen: Unterstützung, Autonomie, Belohnung, Feedback) auf Basis der Konstruktebene des JD-R-Modells. Personale Ressourcen wurden als separate Mediatorvariable in das Kategoriensystem aufgenommen.
2. Durchführung der Inhaltsanalyse auf Basis des deduktiven Kategoriensystems an 50% des Datenmaterials in zwei unabhängigen Durchläufen. Die von Hebammen berichteten positiven/negativen Arbeitsfaktoren wurden in Subkategorien untergliedert. Dies diente der Strukturierung des Datenmaterials sowie der Konkretisierung der modellbasierten postulierten Arbeitsfaktoren für den Hebammenberuf. Die Zuordnung orientierte sich inhaltlich an den Hauptkategorien. So wurden belastende Arbeitsfaktoren, welche Hebammen mit emotionaler Belastung in Verbindung brachten, der gleichnamigen Hauptkategorie zugewiesen. Im Rahmen der Abgrenzbarkeit wurden alle Subkategorien mit einer jeweiligen Definition verknüpft.
3. Kodierung des restlichen Datenmaterials anhand des Kategoriensystems aus Schritt eins und zwei in zwei unabhängigen Durchläufen. Zum Zwecke der Validierung wurde Schritt zwei und drei von zwei Projektmitarbeitenden unabhängig durchgeführt. Unstimmigkeiten bei der Codierung wurden in einem konsensuellen Verfahren besprochen und gelöst.

Ergebnisse

Die Gliederung der Ergebnisse richtet sich nach den allgemeinen Konstrukten des JD-R-Modells (siehe Tabelle 2). Aufgrund der Fülle an erhobenem Material liegt der Fokus auf der Abgrenzung von theoriekonformen und von Heb-

ammen wahrgenommenen Arbeitsfaktoren sowie der Identifikation von (strukturellen) Besonderheiten.

Tabelle 2: Kategoriensystem

		Kategorien	
Ober-	Haupt-	Sub-	
Arbeitsanforderungen	Emotionale Belastung	• Personalmangel	
		• Zeitmangel	
		• Beeinträchtigung des Privatlebens	
		• Handeln gegen eigene/s Wissen/Ansprüche	
		• Verantwortung und Schadensfälle	
		• Standardisierte Versorgung	
		• Geburtshilfe bei Frauen, die sie nicht kennen	
		• Investitionen zur Berufsausübung	
		• Anspruchsvolle Kund*innen	
		• Fachfremde Tätigkeiten	
		• Organisatorischer Aufwand	
		• Gleichzeitig zu betreuende Klientinnen	
		Körperliche Belastung	• Körperliche Belastung durch Schichtarbeit
• Allgemeine körperliche Belastung			
Schichtarbeit	• Kompensation bei Personalausfall		
	• Beeinträchtigung des Schlafverhaltens		
Konflikte	• Konflikte in der Aufgabenteilung		
	• Konflikte aufgrund verschiedener Ansichten der Geburtshilfe		
	• Konflikte im Umgang mit Zeitmangel		
	• Konflikte mit Ärzt*innen		
	• Konflikte mit anderen Hebammen		
	• Konflikte mit Klientinnen		
Arbeitsressourcen	Unterstützung	• Unterstützung durch Kolleg*innen	
		• Unterstützung durch Vorgesetzte*n	
		• Unterstützung durch Arbeitgeber*in	
		• Unterstützung durch vernetzende Strukturen	
	Belohnung	• Zufriedenheit mit finanzieller Entlohnung	
	Autonomie	• Eigenverantwortung und Entscheidungsfindung	
		• Weiterbildungsmöglichkeiten	
		• Wissenschaftliches Arbeiten	
	Feedback	• Gesellschaftliche Wertschätzung	
		• Wertschätzung durch Klientinnen	
Mediatoren	Personale Ressourcen	• Optimismus und Leidenschaft für den Beruf	
		• Selbstwirksamkeit aufgrund von Coping-Strategien zur Bewältigung von Arbeitsanforderungen	
Externe Faktoren	Zentralisierung der Versorgungsstrukturen	• Arbeitsaufwand in großen Kliniken	
		• Anfahrtswege zur nächsten Klinik	
		• Schließung von kleinen Kliniken	

Arbeitsanforderungen

Die im JD-R-Modell verankerten Arbeitsanforderungen *emotionale Belastungen*, *körperliche Belastungen*, *Schichtarbeit* und *Konflikte* stimmen mit den wahrgenommenen Arbeitsanforderungen der Hebammen überein. Einige der gewonnenen Subkategorien beinhalten tätigkeitsspezifische Anforderungen sowie Ursachenzuschreibungen für emotionale Arbeitsbelastungen, die in besonderem Maße für das Berufsfeld der Hebammen relevant sind. Der Hauptkategorie *emotionale Belastungen* wurde die Subkategorie *Personalmangel* zugeordnet. Im klinischen Setting sei aus Sicht der Hebammen die Menge an auszuführenden Aufgaben im Vergleich zur Anzahl der im Dienst eingeteilten Hebammen oft unverhältnismäßig hoch. Dies führe dazu, dass die Anzahl an *gleichzeitig zu betreuenden Klientinnen* im Geburtsprozess ansteige und dies in emotionaler Belastung auf Seiten der Hebammen resultiere. Weiterhin nannten die Hebammen Aspekte wie *fachfremde Tätigkeiten* und Tätigkeiten mit einem hohen *organisatorischen Aufwand* als Ursache von emotionaler Belastung.

Einen weiteren Subfaktor der Ursachen emotionaler Belastung bilden die Faktoren *große Verantwortung* sowie das Risiko potenzieller *Schadensfälle*, bei denen die Hebammen rückwirkend aufkommen müssten. Der hohe Verantwortungsaspekt spiele vor allem in der Freiberuflichkeit eine zentrale Rolle, was zu hohen Berufshaftpflichtprämien und einer hohen Gesamtinvestition im Rahmen der Berufsausübung führe. Zusätzlich würden Konflikte zwischen den Berufsgruppen der Hebammen und des ärztlichen Personals, hervorgerufen durch Differenzen in geburtsspezifischen Ansichten sowie Unklarheiten in Verantwortungs- und Aufgabenbereichen, die emotionale Belastungsgrenze weiter ausreizen.

Arbeitsressourcen

Die im JD-R-Modell verankerten Arbeitsressourcen *Unterstützung*, *Belohnung*, *Autonomie* und *Feedback* stimmen vorwiegend mit den wahrgenommenen Arbeitsressourcen der Hebammen als Hauptkategorien überein. Die von den Hebammen identifizierten Subkategorien wiesen im Allgemeinen keine spezifischen Aspekte auf, die im Theoriemodell nicht enthalten sind. Lediglich bei der Hauptkategorie *Unterstützung* wurde die *Unterstützung durch Kolleginnen* als eine zentrale Arbeitsressource betont. In Bezug auf die Freiberuflichkeit wurden die Aspekte *Eigenverantwortung* und selbstständige *Entscheidungsfindungen* als wertvolle Ressourcen hervorgehoben.

Personale Ressourcen

Die *Personale Ressource* nimmt im JD-R-Modell eine besondere Rolle als Mediatorvariable im Wirkprozess zwischen Arbeitsanforderungen und Burnout bzw. Arbeitsengagement ein. Aus dem Datenmaterial konnten die *Personale Ressource Optimismus* und *Leidenschaft* für den Hebammenberuf identifiziert werden. Eine Hebamme

beschrieb das Geburtsergebnis „(...) jedes Mal wieder [als] ein Wunder (...)“ (I-1: 26:16). Sie sei sehr dankbar dafür, dass sie Familien in einer solch besonderen Zeit begleiten dürfe. Dass der Optimismus im Beruf eine personale Ressource darstellt, spiegelte sich in einer weiteren Aussage wider, bei der die Hebamme berichtete, sie „(...) konnte [sich] nicht ganz von dem Beruf lösen, der Wunsch waren einfach bessere Arbeitsbedingungen, aber eigentlich nicht, den Beruf ganz zu verlassen“ (I-3: 48:12). Eine weitere Personale Ressource sei die Art und Weise der individuellen Bewältigung der Arbeitsanforderungen. Als wirksame Coping-Strategien wurden Nebenjobs mit einer geringen Verantwortung oder Supervisionen sowie Gespräche mit Arbeitskolleginnen oder Familienmitgliedern hervorgehoben. Eine Hebamme berichtete, dass

„[es] einige Kolleginnen [gab], (...) die [die Bewältigung] nicht so gut geschafft haben und die dann wirklich mit einem Burn-out raus sind (...) und eine lange Zeit gebraucht haben, wieder zurückzufinden“ (I-5: 45:40).

Zentralisierung der Versorgungsstrukturen

Als externe Rahmenbedingung identifizierten die Interviewteilnehmerinnen den Aspekt der *Zentralisierung der Versorgungsstrukturen*. Darunter wird eine Zentrumsbildung in der medizinischen Versorgungsstruktur verstanden. Zentralisierung führe aus Sicht der Hebammen zu einem erhöhten *Arbeitsaufwand in großen Geburtskliniken*, da

„(...) [das] Einzugsgebiet [pro Klinik] immer größer [wird]. Das heißt, [dass es zu] steigende[n] Geburtenzahlen, zu wenig Personal und ganz viele[n] Krankheitsausfälle[n], ganz aktuell die letzten Monate Burnout [und] Erschöpfung [kam] (...)“ (I-1: 15:29).

Eine Hebamme berichtete, dass der Aspekt der Zentralisierung mit aufkommenden Unruhen in großen Kliniken assoziiert sei. In großen Kliniken seien viele verschiedene Akteure gleichzeitig beschäftigt, was einen ungestörten Geburtsprozess negativ beeinflussen würde. Weiterhin sei die aus der Zentralisierung resultierende Verlängerung des *Anfahrtsweges zur nächsten Klinik* sowohl für Hebammen als auch für Gebärende aus dem ländlichen Raum eine große Herausforderung. Die Geburtsverläufe in kleinen, ländlichen Kreißsälen seien zudem „unkomplizierter“ und „rascher“ (I-4:11:07), weil Gebärende durch einen kürzeren Anfahrtsweg nicht bereits bei den ersten Anzeichen einer Geburt (z.B. Latenzphase) die Klinik aufsuchen müssten.

Schließungen von kleinen Kliniken, könnten nach Einschätzung der Hebammen einen vorzeitigen Berufsausstieg direkt beeinflussen, da

„viele Hebammen [nach einer Kreißsaalschließung] dann nicht mehr als Hebamme arbeiten. Es geht manchen Kolleginnen [von ihr] gleich, dass sie den Preis nicht zahlen wollen, für ein Umfeld, wo sie nicht gar so gerne arbeiten“ (I-4: 31:10).

Indirekt wirke die Zentralisierung als Mediatorvariable, indem Schließungen kleiner, dezentral verorteter Geburtsabteilungen zu einer Verlängerung des Anfahrtswegs zur Klinik führen würde, was wiederum die Wahrscheinlichkeit, die Absicht, den Beruf zu verlassen, erhöhe. Eine befragte Hebamme erklärt diesen Zusammenhang dergestalt, dass der Hebammenberuf

„(...) ein Frauenberuf [ist] und die [Hebammen] sind meistens verwurzelt und haben da ihr Häuschen, und ihre Kinder und ihr[en] Mann vor Ort, und die nehmen diesen langen Anfahrtsweg zu den Kliniken nicht in Kauf“ (I-4: 31:41).

Weiterhin würde sich aufgrund von Schließungen regionaler Geburtsabteilungen und unter Berücksichtigung des invariablen Fachkräftemangels der Arbeitsaufwand angrenzender Geburtsabteilungen von zentral verorteten Kliniken erhöhen. Als Konsequenz könne ein Anstieg des Stresslevels (z.B. aufgrund vieler gleichzeitig zu betreuender Frauen) sowie der wahrgenommenen emotionalen Belastung resultieren, was insgesamt in einer Zunahme der Arbeitsunzufriedenheit münden könne. Der Aspekt der Zentralisierung stellt für die Hebammen eine relevante Rahmenbedingung bezüglich der Arbeitsbelastungen im Hebammenberuf dar. Die Aussagen der Hebammen weisen darauf hin, dass der externe Faktor *Zentralisierung der Versorgungsstrukturen* verschiedene im JD-R-Modell postulierte Phänomene beeinflussen oder diese ursächlich bedingen könnte.

Besonderheiten während des Kodierungsprozesses

Während des Prozesses der Kodierung konnte festgestellt werden, dass die theoretischen Konstrukte *Arbeitsanforderungen* und *Arbeitsressourcen* im berichtbaren Erleben der Hebammen teilweise nur schwer voneinander trennbar waren. Verantwortung kann negativ im Sinne der Notwendigkeit der Übernahme von Verantwortlichkeiten in Notsituationen oder Schadensfällen verstanden werden. Diese werden als emotional belastend wahrgenommen:

„Dass es Schicksal ist oder die Natur oder dass es vorher bei einem anderen der Fehler war, da wird als erstes auf die Hebamme geguckt, ob die was falsch gemacht haben“ (I-1: 13:56).

Im Gegensatz dazu kann Verantwortung positiv im Sinne der wünschenswerten selbstständigen Gestaltungsfreiheit aufgefasst werden. Dies ist insbesondere in Betreuungssituationen der Fall, in denen die Hebammen frei entscheiden und individuell auf die Bedürfnisse von Mutter und Kind eingehen können:

„man konnte die Frauen einfach gebären lassen; ohne sie ständig zu unterbrechen mit irgendwas (...) also die Ärzte kamen eigentlich nur bei wichtigen Dingen, den Rest macht man telefonisch, und einfach, da sollte ein ungestörter Geburtsverlauf von Anfang bis zur Geburt des Kindes [sein]“ (I-4: 12:34)

Im Modell wird das Zusammenspiel von *Arbeitsanforderungen* und *Arbeitsressourcen* als Interaktion berücksichtigt. In den Darstellungen der Hebammen wird der Beitrag der Einzelkomponenten *Arbeitsanforderungen* und *Arbeitsressourcen* kaum differenziert, sondern nur integriert thematisiert. Somit erweist sich die postulierte Interaktion zwar als relevant, kennzeichnende Merkmale der Interaktion bleiben aber intransparent. Eine ähnliche Schwierigkeit ergab sich in der Abgrenzung von Arbeitsfaktoren, die mit einer emotionalen oder körperlichen Belastung verknüpft sind. Bei den Subkategorien *Personalmangel* und *fachfremde Fähigkeiten* erfolgte eine ambivalente Einteilung durch die Interviewpersonen, weshalb die endgültige Zuordnung im Rahmen des Analyseprozesses zu einer der Belastungsformen durch die Forschungsperson erfolgte. Diese Problematik konnte trotz eines Kodierleitfadens mit Ankerziten und definierten Subkategorien nicht komplett gelöst werden.

Diskussion

Den Ausgangspunkt dieser Studie stellte die Erhebung von wahrgenommenen Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen aus Sicht der Hebammen dar, die Assoziationen mit der *Absicht*, den Beruf zu verlassen, hervorgerufen. Die teilnehmenden Hebammen berichteten über eine Bandbreite an Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen, welche einerseits unabhängig vom Hebammenkontext auftreten können (z.B. Zeitmangel, (Un-)Zufriedenheit mit finanzieller Entlohnung) andererseits spezifisch im Rahmen der Tätigkeit als Hebamme vorkommen (z.B. gleichzeitig zu betreuende Klientinnen). Dass die für den Hebammenkontext relevanten Arbeitsfaktoren aus dem Datenmaterial identifiziert werden konnten, wird durch den Vergleich mit bestehenden empirischen Forschungserkenntnissen unterstützt. Die erhobenen Arbeitsanforderungen sind mehrheitlich konkulent mit Ergebnissen aus anderen Hebammenbefragungen in Deutschland. So assoziierten Hebammen aus Bayern [31] und Sachsen [32] arbeitsbezogene Aspekte wie ein zu geringes Einkommen, mangelnde Anerkennung, einen zu hohen Anteil an fachfremden Tätigkeiten sowie Zeitmangel, um Frauen adäquat betreuen zu können, mit einer hohen Arbeitsbelastung im Hebammenberuf. Ein bundesweites Gutachten zur aktuellen Situation der stationären Versorgung hebt ebenfalls die Problematik von Personalengpässen in der Geburtshilfe sowie einen Mehraufwand aufgrund gleichzeitig zu betreuender Frauen in Bezug auf Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung hervor [1].

Die subjektiv berichteten Arbeitsfaktoren stehen im Einklang mit der ersten Grundannahme des JD-R-Modells, bei der Arbeitsanforderungen und -ressourcen die beiden zentralen Arbeitsfaktoren darstellen. Dies soll anhand des Konstrukts *Personale Ressourcen* beispielhaft verdeutlicht werden. Insgesamt nannten die Befragten *Optimismus*, *Leidenschaft für den Beruf* sowie *Selbstwirksamkeit* aufgrund eines erfolgreichen *Copings* als relevante persönliche Ressourcen. Optimismus und Selbstwirksam-

keit gelten neben einem OBSG als fundamentale Komponenten der individuellen Anpassungsfähigkeit [17] und werden als relevanter Bestandteil des JD-R-Modells diskutiert. Als Mediatoren im Zusammenhanggefüge von Arbeitsressourcen und Arbeitsengagement tragen diese personalen Ressourcen zu der Varianzaufklärung der Outcome-Variablen *Arbeitserschöpfung* und *Arbeitsengagement* bei [44].

Die teilweise unklare Abgrenzung von berichteten Arbeitsfaktoren gibt die anfängliche Annahme der hohen Diversität an wahrgenommenen Arbeitsfaktoren im Hebammenberuf wieder. Je nach Tätigkeitsschwerpunkt der Hebammen erhalten arbeitsbezogene Faktoren eine unterschiedliche Gewichtung und werden als unterschiedlich belastend bzw. unterstützend wahrgenommen. Der Bedarf an anpassungsfähigen Arbeitsfaktoren je nach Tätigkeit unterstützt die Verwendung des JD-R-Modells, das aufgrund der generischen Ausrichtung eine hohe Flexibilität bei der Erhebung divergierender Arbeitsfaktoren ermöglicht und für zukünftige Erhebungen im Bereich der Arbeitsbelastung im Hebammenberuf als besonders bedeutsam erscheint [8].

Eine noch zu klärende Besonderheit stellt der externe Faktor *Zentralisierung der Versorgungsstrukturen* dar. Der prozentuale Anteil an geburtshilflichen Abteilungen in Deutschland sank innerhalb eines Jahrzehnts (2007-2017) um 28 Prozent [38], [39]. Vorwiegend kleine und dezentral verortete geburtshilfliche Abteilungen sind von Schließungen betroffen. Ökonomische Gründe, der Fachkräftemangel sowie Qualitätsaspekte (z.B. bessere Ergebnisqualität aufgrund höherer Fallzahlen) spielen bei dieser Entscheidung eine wichtige Rolle [13], [37]. Obwohl Zentralisierungsbestrebungen in allen medizinischen Versorgungssektoren umgesetzt werden, ist dieser Trend besonders gravierend für die ambulante und stationäre Geburtshilfe. Bereits im Jahr 2014 prognostizierte der GKV-Spitzenverband einen Versorgungsengpass in der Geburtshilfe, rückführbar auf einen Anstieg an Kündigungen von Vertrags- und Beleghebammen als Resultat der Zentralisierungsmaßnahmen [14]. Stahl et al. [37] greifen dies auf und argumentieren, dass dieser Trend in zeitlicher Überschneidung mit einem Anstieg der Berufshaftpflichtprämie für Hebammen dazu führe, dass insbesondere freiberufliche Hebammen ihre Tätigkeit in der klinischen Geburtshilfe aufgeben und sich fortan auf das Leistungsspektrum der Vor- und Nachsorge fokussierten. Dies spielt eine Rolle, da im Jahr 2017 20 Prozent der Krankenhausgeburten von freiberuflichen Beleghebammen begleitet wurden [10]. Innerhalb des Zeitraums von 2008 bis 2010 gaben ein Viertel der in Kliniken tätigen freiberuflichen Hebammen ihre Tätigkeit als Beleghebamme auf [11]. Der im Jahr 2015 eingeführte Haftpflichtausgleich konnte die Konsequenz der Ausstiege in der Geburtshilfe nicht aufhalten [37]. Diese direkten Auswirkungen auf die stationäre und ambulante Geburtshilfe aufgrund von Zentralisierungsmaßnahmen spiegeln sich in den vorliegenden Ergebnissen wider.

Generell zeigten sich in der vorliegenden Untersuchung Unsicherheiten in Bezug auf die Einordnung des Aspekts

der Zentralisierung bzgl. der Struktur des JD-R-Modells und deren beschriebener Phänomene. Um herauszufinden, inwiefern der externe Faktor eine Besonderheit des Hebammenkontextes darstellt und konkreten Einfluss auf die postulierten Wirkprozesse des JD-R-Modells nimmt, sollte in zukünftigen Untersuchungen detaillierter untersucht werden.

Limitationen

Die Generalisierbarkeit der vorliegenden Untersuchungsergebnisse ist aufgrund des kleinen Samples eingeschränkt. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass vor allem ausgestiegene Hebammen retrospektiv negativ über ihre damalige Arbeitssituation berichten als aktiv tätige Hebammen. Der Self-Serving-Bias verstärkt diese Tendenz, indem Ursachen für einen Berufsausstieg vorwiegend external attribuiert werden und weniger stark auf persönliche Entscheidungen, Defizite oder Schwierigkeiten zurückgeführt werden [35]. Weiterhin können kognitive Verzerrungen aufgrund des Recall-Bias [40] sowie eines Halo-Effekts auftreten [42]. Zudem könnte das soziale Rollenverständnis der Hebamme allgemein in der Gesellschaft als auch die soziale Erwünschtheit zu verzerrten Urteils- und Wahrnehmungsprozessen im Rahmen der Interviewsituation führen [27]. Primär sind Studien mit einem größeren und repräsentativen Stichprobenumfang notwendig, um ein vollständigeres und differenzierteres Bild zu Arbeitsressourcen und -anforderungen von unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen von Hebammen zu erhalten und die Bedeutsamkeit der Zentralisierung von Versorgungsstrukturen als Mediatorvariable im Rahmen des Wirkungsgefüges weiter zu kontrollieren. Dies bildet die Basis, um den kontextübergreifenden Einsatz des JD-R-Modells für den Hebammenkontext weiter zu verifizieren. Aufgrund sich ändernder Arbeitsmodelle sollten neben den drei untersuchten Tätigkeitsformen vor allem auch hybride Arbeitsformen eingeschlossen werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass Hebammen mit einem Mix aus unterschiedlichen Arbeitstätigkeiten wiederum anderen Arbeitsbelastungen ausgesetzt sind als Hebammen, die ausschließlich im klinischen oder außerklinischen Kontext arbeiten.

Heuristische Modelle, wie das JD-R-Modell, können einen sinnvollen Erklärungsansatz im Rahmen arbeitspsychologischer Fragestellungen bieten. Dennoch sollte bei der Interpretation der Daten die eingeschränkte bedingungsbezogene Messgüte des Modells berücksichtigt werden [9]. Dies impliziert, dass Erhebungen im Arbeitskontext, vorrangig auf Daten aus Selbstauskünften der beschäftigten Personen angewiesen sind. Die daraus resultierenden Messungen besitzen einen subjektiven Referenzstandard und sind in ihrer Reliabilität, Validität und Sensitivität eingeschränkt zu bewerten. Wenn es darum geht, Arbeitsbedingungen objektiv zu charakterisieren, sollten Fehleranteile aufgrund subjektiver Varianzanteile eingeplant und im besten Falle durch externe Beobachtungen validiert werden.

Die Untersuchung trägt dazu bei, die theoretische Grundlage des Forschungsfeldes zu erweitern, um darauf aufbauend Ansatzpunkte für Maßnahmen für einen langfristigen Verbleib im Hebammenberuf zu identifizieren und evaluieren sowie auf dieser Basis Versorgungsengpässen in der Geburtshilfe entgegenzuwirken [43]. Als richtungweisendes Beispiel dient die longitudinale NEXT-Studie. Auf Basis eines theoretischen Modells wurden Pflegekräfte aus zehn EU-Ländern zur Arbeitssituation und Gründen eines vorzeitigen Ausstiegs aus dem Beruf befragt [15]. Die Ergebnisse dienen der domänenspezifischen Analyse und der Entwicklung zielgerichteter Lösungsmaßnahmen für die zukünftige Ausgestaltung des Pflegesektors und Prävention vorzeitiger Berufsausstiege [16]. Um diese zielführende Vorgehensweise auf den Hebammenkontext übertragen zu können, bedarf es a) der empirischen Bestätigung der postulierten Struktur des JD-R-Modells für den Hebammenkontext und b) der Analyse der Wirkbeziehung von Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen isoliert sowie in Wechselwirkung hinsichtlich arbeitspsychologischer Erfahrungen und insbesondere vorzeitiger Berufsausstiege im Hebammenberuf [8].

Schlussfolgerungen

Die Hebammen berichteten über eine Vielzahl an Arbeitsfaktoren, die je nach Tätigkeitsbereich unterschiedlich gewichtet wurden. Die hohe Übereinstimmung der subjektiv wahrgenommenen Arbeitsfaktoren mit dem deduktiven, modellbasierten Kategoriensystem ergab, dass die Konstruktebene des JD-R-Modells geeignet zu sein scheint, um hebammenspezifische Unterschiede in den Arbeitsfaktoren erfassen zu können. Klärungsbedarf besteht hinsichtlich des Aspekts *Zentralisierung der Versorgungsstrukturen* und deren möglichen Einfluss auf belastende und förderliche Rahmenbedingungen und Tätigkeitsmerkmale im Hebammenberuf. Das JD-R-Modell stellt eine fundierte theoretische Grundlage für variierende Tätigkeitsfelder von Hebammen dar, das bei der Planung von Studiendesigns zur Analyse von Determinanten vorzeitiger Berufsausstiege im Hebammenberuf berücksichtigt werden sollte.

Anmerkungen

Die vorliegende Studie ist mit dem übergeordneten Forschungsprojekt „Strukturanalyse der Hebammenversorgung im ländlich geprägten Ortenaukreis“ assoziiert und stellt eine zeitlich versetzte Erweiterung des Forschungsprojektes dar. Die Hauptstudie wurde durch die Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie als ethisch unbedenklich geprüft (Az: MAW 022019). Da es sich bei den Interviews um eine Expert*innenbefragung handelt, der Fokus auf deren fachlicher Einschätzung und Bewertung liegt und weder persönliche Daten noch Patient*innendaten erhoben wurden, ist nach Aus-

kunft der lokalen Ethikkommission ein Ethikvotum für diesen Studienarm nicht erforderlich.

Interessenkonflikte

Die Autor*innen erklären, dass sie keine Interessenkonflikte in Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Literatur

- Albrecht M, Loos S, an der Heiden I, Temizdemir E, Ochmann R, Sander M, et al. Stationäre Hebammenversorgung [Inpatient midwifery care]. 2019 [Access: 31 Mar 2021]. Available from: https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e24893/e24894/e24895/e24897/attr_objjs24976/IGES_stationaere_Hebammenversorgung_092019_ger.pdf
- Bakker AB, Demerouti E. Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward. *J Occup Health Psychol.* 2017;22(3):273-85. DOI: 10.1037/ocp0000056
- Bakker AB, Demerouti E. The Job Demands-Resources model: state of the art. *J Manag Psychol.* 2007;22(3):309-28. DOI: 10.1108/02683940710733115
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S, et al. Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *Brit Med J.* 2008;337:979-83. DOI: 10.1055/a-1101-6960
- Cramer E, Hunter B. Relationships between working conditions and emotional wellbeing in midwives. *Women Birth.* 2019;32(6):521-32. DOI: 10.1016/j.wombi.2018.11.010
- Demerouti E, Bakker AB. The Job Demands-Resources model – Challenges for future research. *SA J Industr Psychol.* 2011;37(2):a974. DOI: 10.4102/sajip.v37i2.974
- Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *J Adv Nurs.* 2000;32(2):454-64. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2000.01496.x
- Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol.* 2001;86(3):499-512. DOI: 10.1037/0021-9010.86.3.499
- Demerouti E, Nachreiner F. Zum Arbeitsanforderungen-Arbeitsressourcen-Modell von Burnout und Arbeitsengagement – Stand der Forschung. *Z Arb Wiss.* 2019;73(2):119-30. DOI: 10.1007/s41449-018-0100-4
- Deutscher Hebammenverband. Zahlenspiegel zur Situation der Hebamme 6/2017 [Numerical mirror on the situation of the midwife in June 2017]. 2017 [Access: 31 Mar 2021]. Available from: https://www.unsere-hebammen.de/w/files/tour-1/dhv-zahlenspiegel_web.pdf
- Deutscher Hebammenverband. Zahlenspiegel zur Situation der Hebammen 11/2019 [Numerical mirror on the situation of the midwives in November 2019]. 2019 [Access: 31 Mar 2021]. Available from: https://www.hebammenverband.de/index.php?elD=tx_securedownloads&p=3805&u=0&g=0&t=1597087504&hash=0aff59b9f1bbe9092676499ae5995b3f8d90c6f7&file=/fileadmin/user_upload/pdf/Presse/2019_11_Zahlenspiegel_zur_Situation_der_Hebammen.pdf
- Flick U. Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung [Qualitative Social Research: An Introduction]. 8th ed. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2017.
- George W. Regionale Gesundheitsversorgung als Chance zukunftsfaehiger Ziel- und ressourcensteuerung im Gesundheitswesen. In: George W, Bonow M, editors. *Gesundheitsversorgung.* Lengerich, Westf.: Pabst Science Publishers; 2007. p.21-37.
- GKV-Spitzenverband. Zusammenfassung des GKV-Spitzenverbandes als Eraenzung zum Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“ [Summary of the GKV-Spitzenverband as a supplement to the final report of the interministerial working group “Provision of Midwifery Assistance”]. 2014 [Access: 31 Mar 2021]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/hebammen_1/14-01-07_Zusammenfassende_Stellungnahme_GKV-SV_Leseversion.pdf
- Hasselhorn HM, Mueller BH, Tackenberg P. Die Untersuchung des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf in Europa - die europäische NEXT-Studie. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, editor. *Berufsausstieg bei Pflegepersonal: Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa.* Dortmund/Berlin/Dresden: Wirtschaftsverl. NW, Verl. fuer Neue Wiss.; 2005. (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin). p.11-20.
- Hasselhorn HM, Tackenberg P, Mueller BH. Vorzeitiger Berufsausstieg aus der Pflege in Deutschland als zunehmendes Problem fuer den Gesundheitsdienst - eine Übersichtsarbeit. *Gesundheitswesen.* 2003;65(1):40-6. DOI: 10.1055/s-2003-36918
- Hobfoll SE. Social and psychological resources and adaptation. *Review Gen Psychol.* 2002;6(4):307-24. DOI:10.1037//1089-2680.6.4.307
- Jarosova D, Gurkova E, Palese A, Godeas G, Ziakova K, Song MS, et al. Job satisfaction and leaving intentions of midwives: analysis of a multinational cross-sectional survey. *J Nurs Manag.* 2016;24(1):70-9. DOI: 10.1111/jonm.12273
- Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Admin Sci Quart.* 1979;24(2):285-308. DOI: 10.2307/2392498
- Karasek RA, Theorell T. *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life.* New York, NY: Basic Books; 1999.
- Kool L, Feijen-de Jong EI, Schellevis FG, Jaarsma DADC. Perceived job demands and resources of newly qualified midwives working in primary care settings in The Netherlands. *Midwifery.* 2019;69:52-8. DOI:10.1016/j.midw.2018.10.012
- Kruse J, Schmieder C, Weber KM, Dresing T, Pehl T. *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz.* 2nd ed. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2014.
- Kuckartz U. *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung.* 3rd ed. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2016.
- Maslach C. Understanding Burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. In: Paine WS, editor. *Job stress and burnout.* Beverly Hills, CA: Sage; 1982. p.29-40.
- Meijman TF, Mulder G. Psychological Aspects of Workload. In: Drenth PJD, Thierry H, editors. *Handbook of Work and Organizational Psychology.* Hove: Psychology Press; 1998. p.5-33.
- Moessinger C, Weigl M, zu Sayn-Wittgenstein F zu. Stress bei der Arbeit – Warum freiberufliche Hebammen in Bayern die Geburtshilfe aufgeben: Eine Querschnittsstudie [Effort-reward imbalance of independent midwives in one federal state of Germany (Bavaria): A cross-sectional study]. *GMS Z Hebammenwiss.* 2019;(6):20-5. DOI: 10.3205/ZHWI000013
- Mummendey H. Methoden und Probleme der Kontrolle sozialer Erwünschtheit (Social Desirability). *Zeitschrift für differentielle und diagnostische Psychologie.* 1981;2(3):199-218.

28. Pierce JL, Gardner DG. Self-Esteem Within the Work and Organizational Context: A Review of the Organization-Based Self-Esteem Literature. *J Manag.* 2004;30(5):591-622. DOI: 10.1016/j.jm.2003.10.001
29. Pohontsch N, Meyer T. Das kognitive Interview - Ein Instrument zur Entwicklung und Validierung von Erhebungsinstrumenten. *Rehabilitation.* 2015;54(1):53-9. DOI: 10.1055/s-0034-1394443
30. Pugh JD, Twigg DE, Martin TL, Rai T. Western Australia facing critical losses in its midwifery workforce: a survey of midwives' intentions. *Midwifery.* 2013;29(5):497-505. DOI: 10.1016/j.midw.2012.04.006
31. Sander M, Albrecht M, Loos S, Stengel V, Kleinschmidt L. Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern [Study on midwifery care in a German federal state (Bavaria)]. Berlin; 2018 [Access: 31 Mar 2021]. Available from: https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2018/08/hebammenstudie_vollfassung.pdf
32. Sander M, Albrecht M, Temizdemir E. Hebammenstudie Sachsen: Studie zur Erfassung der Versorgungssituation mit Hebammenleistungen in Sachsen sowie zur Möglichkeit der kontinuierlichen landesweiten Erfassung von Daten über Hebammenleistungen. 2019 [Access: 31 Mar 2021]. Available from: <https://publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/33820>
33. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med.* 2004;58(8):1483-99. DOI: 10.1016/S0277-9536(03)00351-4
34. Simon D, Tackenberg P, Hasselhorn HM, Kuemmerling A, Buescher A, Mueller BH. Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland [Evaluation of the first survey of the NEXT study in Germany]. 2005 [Access: 31 Mar 2021]. Available from: http://www.altenpflege-online.net/content/download/146776/2922740/file/ap_09_10_pflegepraxis_next.pdf
35. Six B, Caspar F. Attributionsfehler. In: Wirtz MA, editor. *Dorsch - Lexikon der Psychologie.* 19th ed. Bern: Hogrefe AG; 2020. p.217.
36. Stahl K. Arbeitssituation von angestellten Hebammen in deutschen Kreissaalen - Implikationen für die Qualität und Sicherheit der Versorgung [Working situation of employed midwives in German delivery rooms - implications for quality and safety of care]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2016. DOI: 10.1016/j.zefq.2016.07.005
37. Stahl K, Hildebrandt H, y Lehen C, Doering R, Siegmund-Schultze E. Verbesserung der Situation der Geburtshilfe in Baden-Wuerttemberg: Massnahmenplan [Improving the situation of obstetrics in a German federal state (Baden Wuerttemberg): plan of action]. 2019 [Access: 31 Mar 2021]. Available from: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Runder-Tisch-Geburtshilfe/RTG_Massnahmenplan-OptiMedis_April-2019.pdf
38. Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhaeuser 2007 [Basic data of hospitals 2007]. 2008.
39. Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhaeuser 2017 [Basic data of hospitals 2017]. 2018.
40. Sterne JAC, Hernán MS, McAleenan A, Reeves BC, Higgins JPT. Assessing risk of bias in a non-randomized study. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page, MJ, Welch VA, editors. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions.* 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; 2020. p.621-41.
41. Widerszal-Bazyl M, Radkiewicz P, Hasselhorn HM, Conway P. Die Analyse von Pflegearbeit unter Anwendung des Demand-Control-Support-Modells in zehn europaeischen Laendern. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, editor. *Berufsausstieg bei Pflegepersonal: Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa.* Dortmund/Berlin/Dresden: Wirtschaftsverl. NW, Verl. fuer Neue Wiss.; 2005. (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin). p.109-15.
42. Wirtz MA. Hof-Effekt. In: Wirtz MA, editor. *Dorsch - Lexikon der Psychologie.* 19th ed. Bern: Hogrefe AG; 2020. p.772.
43. Wirtz MA, Schulz A. Evidenzbasierung in der Rehabilitation - Studiendesigns und konzeptuelle Grundlagen der empirischen Analyse der Wirksamkeit von Rehabilitationsmassnahmen. *Rehabilitation.* 2020;59(5):303-14. DOI: 10.1055/a-1064-6587
44. Xanthopoulou D, Bakker AB, Demerouti E, Schaufeli WB. The role of personal resources in the job demands-resources model. *Int J Stress Manag.* 2007;14(2):121-41. DOI: 10.1037/1072-5245.14.2.121

Korrespondenzadresse:

Anja Alexandra Schulz, M.Sc. Gesundheitspädagogin
Pädagogische Hochschule Freiburg, Institut für
Alltagskultur, Bewegung und Gesundheit, Fachbereich
Forschungsmethoden, Kunzenweg 21, 79117 Freiburg,
Deutschland
anja.schulz@ph-freiburg.de

Bitte zitieren als

Schulz AA, Laschewski T, Wirtz MA. *Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen: Determinanten vorzeitiger Ausstiege aus dem Hebammenberuf.* *GMS Z Hebammenwiss.* 2021;8:Doc03. DOI: 10.3205/zhwi000022, URN: urn:nbn:de:0183-zhwi0000228

Artikel online frei zugänglich unter

<https://www.egms.de/en/journals/zhwi/2021-8/zhwi000022.shtml>

Eingereicht: 11.08.2020

Angenommen: 12.04.2021

Veröffentlicht: 13.09.2021

Copyright

©2021 Schulz et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Job demands and job resources: determinants of early career exit of midwives

Abstract

Background: Adverse work factors are assumed to be important determinants of premature departure from the midwifery profession. Occupational psychological models can provide a basis for theory-based modelling and operationalisation.

Aims: The aim of the study was a) to identify job demands and resources associated with early career exit from the perspective of midwives and b) the specification of the components of the job demands-resources (JD-R) model for the field of midwifery, taking job-specific work factors and conditions into account.

Methods: Five guideline-based qualitative interviews were conducted with active and former midwives from various areas of practice. Guideline development was based on the JD-R model. Data analysis was performed using Kuckartz's qualitative content analysis.

Results: Central demands (lack of time and staff, tasks not related to the professional role, inadequate staffing ratios) contrast with positive job-related and personal resources (support from colleagues, optimism, coping strategies). The work factors reported align with the structure of the JD-R model. The centralisation of care structures proves to be an important structural framework condition that needs to be further clarified regarding its implications for the model structure in the context of midwives' work.

Conclusion: The study results expand the theoretical basis for the operationalisation of determinants of premature career exit of midwives and create an integrated view of varying activity and context characteristics.

Keywords: job demands, job resources, career exit, midwifery, qualitative content analysis

Anja Alexandra Schulz¹

Theresa Laschewski¹

Markus Antonius Wirtz¹

1 University of Education
Freiburg, Institute for
Everyday Culture, Sports and
Health, Department
Research Methods, Freiburg,
Germany

Background

The shortage of trained midwives is a growing problem for ensuring comprehensive, local, high-quality care for pregnant women, women in childbirth and new mothers. The increase in early career departure among midwives is seen as one of the key reasons for this shortage [18], [30], [36]. Occupational psychological models, such as the demand-control-(support) model (DCS model) [19], [20] or the effort-reward imbalance model (ERI model) [33], can provide a theory-based approach. They can explain (premature) departure from the midwifery profession by identifying cause-effect relationships between (psychosocial) job demands and perceived workload with a simultaneous lack of occupational resources (e.g. autonomy, appreciation). Adverse aspects of the job situation, which can have a negative impact on midwives' work and thus also the quality of care they provide to the women they support, are assumed to be key predictors of career exit. The DCS model considers job demands and job latitude or autonomy in performing professional

tasks to be important determinants [19], [20]. By applying the DCS model in the care sector, a correlation could be proved between the construct of job strain and intention to leave the profession [41]. According to the ERI model, a gratification crisis emerges when the occupational commitment invested is met with too low appreciation or recognition (e.g. through salary, security, opportunities for promotion) [33]. Using the ERI model in a cross-sectional survey, Mössinger et al. [26] provided evidence of existing gratification crises among freelance midwives. Because of methodological limitations, it was not possible to ascertain whether or not the ERI score is also a suitable predictor of premature career exit.

Based on the assumptions of the DCS and ERS models, Demerouti et al. [8] developed the job demands-resources model (JD-R model) [2], [3], [6], [7], [8] to predict burnout and its positive antipode, work commitment. Contrary to the understanding at the time that burnout symptoms were to be located primarily in social occupational fields (e.g. education, health care, social work) [24], the JD-R model was intended to be suitable not only for the (human) service sector, but also for different types of activity

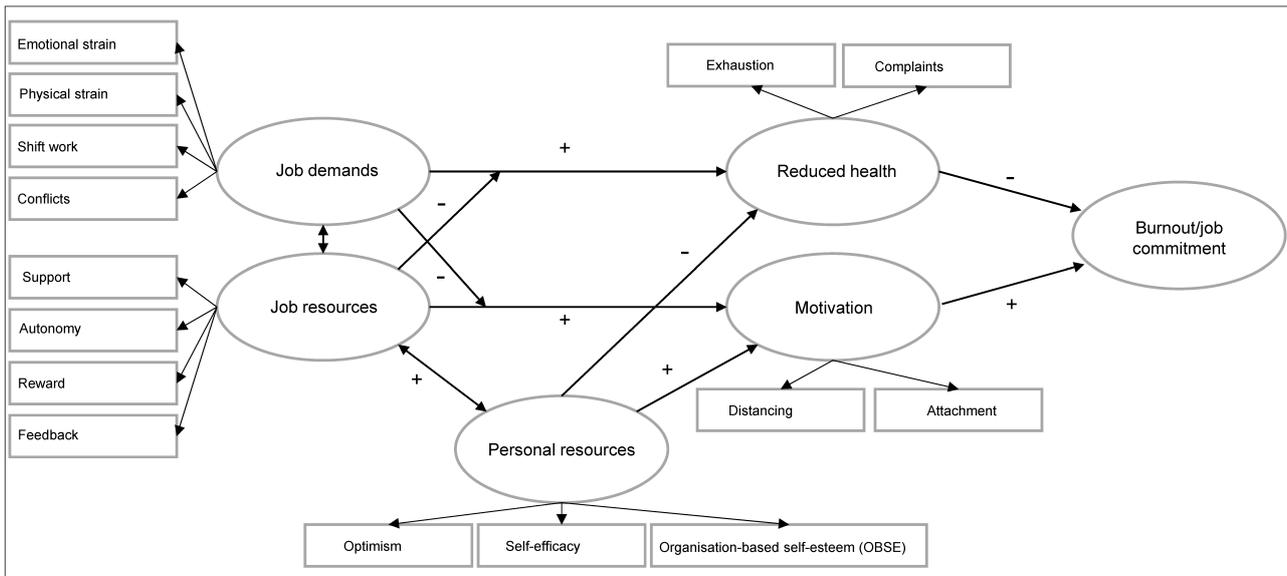


Figure 1: Structure of the job demands-resources model by Demerouti and Nachreiner [9]

(e.g. industrial or transportation sectors) [8]. Therefore, the JD-R model also takes into account the variety of different combinations of work factors that may be associated with stress in different ways depending on the employment relationship and professional field. Figure 1 shows two key basic theoretical assumptions of the JD-R model. The focus of this article is primarily on the first of these two basic assumptions. The second, slightly more complex basic assumption is of importance if the model is intended as a basis for practical action. Only the main theoretical principles of the latter will be described.

Basic assumption 1: Despite the wide range of work factors, they can be assigned to the central constructs of *job demands* and *job resources* [3]: *Job demands* concern physical, psychological and social aspects of work. They function primarily as a stressor when people are subjected to high or poorly structured job demands, which require a sustained high level of physical and/or psychological effort to tackle [8]. *Job resources* facilitate the achievement of work-related objectives and reduce *job demands* and the accompanying physical and psychological consequences. In addition, they stimulate personal development [2]. Resources are subdivided into psychological, physical, organisational and social.

Basic assumption 2: In the professional context, burnout and job commitment are the product of two divergent processes. In the *impairment process* a sustained accumulation of job demands (e.g. time pressure) with repeatedly unsuccessful attempts to tackle these demands (exhausted resources) leads to reduced health and well-being, which manifests itself as health problems and exhaustion [7]. Job demands should not be considered negative per se. Adverse consequences arise mainly when, having successfully addressed these demands, the employee is unable to adequately recover (distress) [25].

In the *motivational process* it is assumed that job resources function as motivational stimuli, positively influ-

encing both job commitment and perceived capability [3]. Resources can have an intrinsically motivating effect by promoting the growth, learning and self-development of employees. Job resources contribute to the achievement of work objectives and constitute extrinsic motivation [3]. As a result of an interaction effect, available resources can mitigate the negative consequences of the impairment process [8]. This, in turn, means that a deficit of job resources makes it difficult to achieve work goals and, due to the negative feelings (e.g. frustration, failure) that arise as a result, motivation decreases. As a result, employees may emotionally distance themselves from their own work in the long run and, as a result, sometimes develop cynicism about their own work [9]. In general, a wide range of job resources along with increased motivation of staff are correlated with a stronger work-role attachment and thus a higher probability of commitment to the organisation or the profession [9].

Initially, the role of the individual was only of secondary importance in the JD-R model. An important extension of the model involved modelling the construct of *personal resources* as an additional predictor [9] (see Figure 1). Self-efficacy, optimism and organisation-based self-esteem (OBSE) are considered relevant personal resources in the work context [17]. The OBSE construct represents the extent to which individuals see themselves as important, competent and capable within the organisation [28]. The mediator variable personal resources postulated in the model could be partially verified in a psychometric structural analysis with respect to the prediction of burnout and job commitment [44]. While the assumed effect of *personal resources* on the impairment process could not be confirmed, it did have a mediating effect with respect to the causal relation of job resources and job commitment within the framework of the motivational process [44]. Moreover, it was also possible to identify a mediation effect between job resources and emotional exhaustion. Further, Xanthopoulou et al. [44] identified

personal resources as a significant predictor of job resources, and, at the same time, job resources can promote the development of personal resources.

The JD-R model appears to provide a suitable theoretical framework for the midwifery profession. It can be assumed that, in midwifery, work factors will be systematically differently perceived and weighted because of the differences between midwives' areas of practice (antenatal care, attendance at (non-) hospital births, postnatal care, or a combination) as well as various different types of employment relationship (employed, freelance, hospital-affiliated midwife, or a mixture of these). A study by Cramer et al. [5] on the relationship between working conditions and emotional wellbeing in midwives confirms this hypothesis. The authors were able to provide evidence of a correlation between emotional wellbeing as well as burnout and the work setting of midwives (hospital, outpatient setting). This correlation was ascribed, *inter alia*, to different work factors in the respective professional settings [5]. The JD-R model provides an appropriate basic theoretical assumption for this aspect.

The validity of the generic JD-R model has been empirically substantiated for different work settings, populations and countries [9]. However, the model has rarely been investigated in midwifery care. A study conducted in the Netherlands, for example, used elements of the model as a basis for a focus group discussion with new midwives [21], without explicitly exploring the model's suitability as a theoretical basis for this area of research. Although the JD-R model is predominantly used to predict burnout and job commitment, studies suggest that burnout is highly associated with the intention to leave the profession [34].

Aim

The research project aims to provide an enhanced understanding of the processes that determine the probability of premature departure from the midwifery profession. The long-term objective is to be able to use this as a basis to positively influence this process through interventions with the aim of preventing early career exit. According to the model outlined by Craig et al. [4], qualitative research studies are important to be able to adequately identify structural characteristics of daily working practices. In line with the features of qualitative research, an analysis of specific case types is considered appropriate to acquire a more in-depth understanding (inductive conception phase).

Thus, the aim of the study was to identify and describe job demands and resources, which are, from the midwife's perspective, associated with early career exit. The data basis served to substantiate work factors postulated in the JD-R model specifically in relation to the midwifery profession, from the midwife's perspective.

Methods

Study design

To answer the research question, a qualitative study design was selected. Between November and December 2019, five standardised, qualitative, semi-structured interviews were conducted in German with midwives from southern Germany. The qualitative approach is particularly well suited in terms of openness, processuality, context and subject orientation aspects, as it makes it possible to acquire information on individual reasons and backgrounds from the perspective of the midwives being interviewed [12].

During the interviews, the main focus was on the first basic assumption of the JD-R model: the subdivision of relevant work factors into two generic constructs. Accordingly, the guideline used for the interviews was conceived in relation to the constructs of job demands and job resources. It includes six main guiding questions (see Table 1). The comprehensibility of the guiding questions was tested in two cognitive interviews [29].

Table 1: Overview of key questions

Job demands	1. What challenging situations come to mind when you think about your (past) midwifery practice?
	2. What would have to be changed, in your view, to make the midwifery profession more attractive?
	3. What challenging situations or problems did you notice in the organisation/community/association, in which you practice(d) as a midwife?
	4. What could your employer/community/association/legislative authority have done to make your job as a midwife more attractive?
Job resources	5. What do you personally value/did you personally value in your job as a midwife?
	6. What characteristics do you think make the midwifery profession attractive?

Sampling

For the sample selection, we chose a deductive recruitment strategy combined with gatekeepers [22]. Three multipliers from the German Midwives' Association and 14 midwives were contacted by email. When composing the interview sample, care was taken to ensure that specific case types of midwifery practice (main work context: employed, freelance, hospital-associated) were represented so that an adequate structural range of variation was covered [22].

To ensure that inclusion criteria were fulfilled, a number of ad-hoc questions were emailed in advance (addressing, e.g. employment relationship, professional experience). The result was a total of five firm interview acceptances; two individuals had already left the midwifery profession at the time of the interview and three were still practicing midwifery. The two women who had left the profession had worked as midwives for 17 and 20 years, respectively, and had worked both as employed and freelance midwives. They left the profession two and six years ago, respectively. The average professional experience of the interviewees was 11.5 years (standard deviation: 9.05 years) and ranged from 1 year to 21 years.

Conduct of the study

All participants received a letter in advance providing them with information about the study aim and interview process as well as data protection aspects in accordance with GDPR. The latter included information about the handling and processing of personal data, their individual rights regarding the processing of personal data, the process of pseudonymised transcription as well as encryption, the type and duration of storage of the data. All participants submitted a written declaration of informed consent. The face-to-face interviews were open and narrative-generating with a focus on job demands and job resources [22]. The location of the interviews varied between the professional and private premises of the interviewees as well as a room at a university. The interviews were digitally recorded (recording device: ROLAND R-05) and lasted 59 minutes, on average (standard deviation: 18.2 minutes). The audio recordings were secured on an externally encrypted storage medium.

Data preparation and data analysis

The audio recordings were transcribed and then pseudonymised according to Kuckartz's five moderate basic rules [23]. Data analysis was deductive based on the structuring qualitative content analysis developed by Kuckartz ([23] p.97):

1. Model-based, deductive creation of overarching categories (job demands, job resources) and main categories (for demands: emotional/physical strain, shift work, conflicts; for resources: support, autonomy, reward, feedback), based on the construct level of the JD-R model. Personal resources were included in the category system as separate mediator variables.
2. Content analysis, based on the deductive system category, conducted for 50 percent of the data material in two independent runs. The positive/negative work factors reported by the midwives interviewed were subdivided into subcategories. This served to structure the data material and to substantiate the model-based work factors postulated specifically for the midwifery profession. The categorisation followed the main categories in terms of content. Thus, for in-

stance, adverse work factors, which the midwives associated with emotional strain, were assigned to the main category of the same name. To ensure the separability and distinctness, all subcategories were linked to the respective definition.

3. Coding of remaining data material, based on the category system from steps one and two, in two independent runs. For validation purposes, steps two and three were conducted independently by two members of the project team. Inconsistencies in the coding were discussed and resolved in a consensual process.

Results

The structuring of the results was oriented towards the general constructs of the JD-R model (see Table 2). Due to the wealth of material collected, we focus on distinguishing between the work factors that comply with the theory and those perceived by the midwives themselves, as well as the identification of specific (structural) features.

Job demands

The job demands set out in the JD-R model *emotional strain, physical strain, shift work and conflicts* are consistent with the midwives' perceived job demands. Some of the derived subcategories include job-specific demands as well as causal attributions for emotional job strains that are particularly relevant for the midwifery profession. The subcategory *staff shortage* was assigned to the main category emotional strain. In the hospital setting, the midwives often perceive the volume of tasks that have to be performed as disproportionately high compared to the number of midwives on duty. This would increase the number of clients who have to be *cared for at the same time* during the birth process, which, in turn would result in emotional strain for the midwives. In addition, the midwives mentioned aspects such as *activities that were not related* to their professional role and tasks requiring a high level or *organisational effort* as causes of emotional strain.

High level of *responsibility* and risk of potential *damage claims*, which midwives would have to bear the cost of retrospectively are reported to be further causes of emotional strain. The high level of responsibility plays a particularly important role for freelance midwives, resulting in a need for high professional liability insurance premiums and a high overall investment in practicing the profession. In addition, conflicts between the midwives and the medical staff would lead to emotional strain. This could be caused by differences in birth-specific views as well as unclear areas of responsibility and tasks.

Table 2: Category system

Over-arching	Categories	
	Main	Sub-
Job demands	Emotional strain	• Staff shortages
		• Lack of time
		• Negative impact on private life
		• Acting contrary to own knowledge/standards
		• Responsibility and damage claims
		• Standardised care
		• Providing care to previously unknown women in labour
		• Investment in practicing the profession
		• Demanding clients
		• Tasks not related to the professional role
		• Organisational effort
		• Multiple clients to care for at the same time
	Physical strain	• Physical stress due to shift work
		• General physical stress
	Shift work	• Compensation in the case of staff absence
		• Negative impact on sleep
Conflicts	• Conflicts about division of tasks	
	• Conflicts due to different views on midwifery	
	• Conflicts when dealing with lack of time	
	• Conflicts with doctors	
	• Conflicts with other midwives	
	• Conflicts with clients	
Job resources	Support	• Support from colleagues
		• Support from superiors
		• Support from employer
		• Support through networks
	Reward	• Satisfaction with financial reward
	Autonomy	• Self-responsibility and decision-making
		• Further training opportunities
	Feedback	• Research work
• Appreciation by society		
Media-tors	Personal resources	• Appreciation by clients
		• Optimism and passion for the job
External factors	Centralisation of care structures	• Self-efficacy due to successful use of coping strategies to overcome job demands
		• Workload in large hospitals
		• Journey to nearest hospital
		• Closure of small hospitals

Job resources

The job resources that are set out in the JD-R model *support, reward, autonomy* and *feedback* are largely consistent with the main categories representing midwives' perceived job resources. The subcategories identi-

fied by the midwives did not, in general, exhibit any specific aspects that were not included in the theoretical model. Only for the main category *support* was *support from colleagues* emphasised as a key job resource. With regard to freelance midwifery, the aspects of *self-responsibility* and independent *decision-making* were highlighted as valuable resources.

Personal resources

Personal resources play a special role in the JD-R model as a mediator variable in the interaction between job demands and burnout or job commitment. From the data it was possible to identify the personal resources of optimism and passion for the midwifery profession. One midwife described the birth event as "(...) a new miracle every time (...)" (I-1: 26:16). She was grateful to have the opportunity to support families during such a special time. The idea that optimism at work served as a personal resource was reflected in another statement, where the midwife interviewed reported that she "(...) could not quite detach herself from the job, I would wish for better working conditions but actually don't want to leave the profession altogether" (I-3: 48:12). Another personal resource is the way individuals cope with job demands. As effective coping strategies, second jobs with low levels of responsibility or supervision as well as conversations with work colleagues or family members were emphasised. One midwife reported that:

"[there were] some colleagues, (...) who did not [cope] very well and they left with real burnout (...) and needed a long time to find their way back" (I-5: 45:40).

Centralisation of care structures

One external condition identified by the midwives interviewed was centralisation of care structures. This means that centres are established as central medical care structures. From the midwives' point of view, centralisation resulted in a higher workload in large maternity hospitals, as

"(...) [the] catchment area [for each hospital] gets larger and larger. This [leads to] increasing numbers of births, too few staff and a large number of absences due to illness, which has resulted in a lot of burnout [and] exhaustion in recent months (...)" (I-1: 15:29).

One midwife reported that the centralisation aspect was associated with dissatisfaction arising among staff in major hospitals. Large hospitals employ many different actors at the same time, which may have a negative impact on the birth process. In addition, the *longer journey to the nearest hospital* resulting from centralisation presents a major challenge for both midwives and birthing mothers living in rural areas. Moreover, births in small, rural maternity wards are "*less complex*" and "*faster*" (I-4:11:07) as, because of the shorter distance to hospital, birthing mothers do not have to go into hospital at the first signs of labour (e.g. latency phase).

According to the midwives, closures of small hospitals can directly influence premature departure from the profession because

“[after the closure of a maternity ward], many midwives stop working as midwives. It is the same for many [of my] colleagues, they don’t want to pay the price to work in an environment where they don’t even like working very much” (I-4: 31:10).

Indirectly, centralisation may act as a mediator variable, as closures of small, non-centrally located maternity departments result in a longer distance to travel to the nearest hospital. In turn, this may increase the probability of intention, to leave the profession. One of the midwives interviewed explains this relationship as follows.

“[The midwifery profession is] a woman’s job and the [midwives] mostly have roots and they have their houses and their children and their husband where they live, and they are no longer willing to accept these long journeys to the hospitals” (I-4: 31:41).

Moreover, because of the closures of regional maternity departments and considering the invariable shortage of skilled staff, the workload in the maternity departments adjoining the centrally located hospitals may increase. One consequence could be an increase in the stress level (e.g. due to having to care for many women simultaneously) as well as the perceived emotional strain, which could lead to an overall increase in work dissatisfaction. The centralisation aspect is a relevant condition for midwives in terms of job stress in the midwifery profession. The midwives’ statements indicate that the external factor of *centralisation of care structures* could influence or even cause different phenomena postulated in the JD-R model.

Specific features observed during the coding process

During the coding process the theoretical constructs *job demands* and *job resources* were, to a certain extent, difficult to distinguish from one another in midwives’ reported experience. Responsibility can be understood negatively in the sense of the necessity to take on responsibilities in the event of an emergency or damage claim. Accordingly, it is perceived as emotionally stressful:

“The idea that it is fate or nature or that it had been someone else’s fault, everyone always looks to the midwife first, to see whether she has made a mistake” (I-1: 13:56).

In contrast, responsibility can also be understood positively in the sense of the desirable latitude for the individual to shape how they do their job. This is especially the case in care situations where midwives are free to make their own decisions and respond to the individual needs of the mother and baby:

“Women can simply be left to give birth; without constantly being interrupted with something (...) I mean, the doctors actually only come if there is something important, the rest can be done on the telephone, and actually, the birth process should be undisturbed

from the start right up until the baby is born” (I-4: 12:34)

In the model, the relationship between *job demands* and *job resources* is regarded as an interaction. In the midwives’ reports, barely any distinction was drawn between the contribution made by the individual components *job demands* and *job resources*. Instead, they were addressed as integrated components. Thus, although the postulated interaction is shown to be relevant, distinguishing characteristics of interaction remain opaque. A similar difficulty arose concerning in differentiating the work factors related to emotional or physical strain. In the case of the subcategory *staff shortages* and *activities not related* to their professional role, the interview participants’ classification was ambiguous classification. Therefore, the final classification of one of the forms of strain was made by the researcher during the analysis process. This issue could not be completely resolved, despite a coding guideline with anchor quotes and defined subcategories.

Discussion

The aim of this study was to assess perceived job demands and job resources, from the midwives’ perspective, which are associated with the intention to leave the profession. The participating midwives reported a range of job demands and job resources, some of which could occur outside the midwifery context (e.g. lack of time, (dis)satisfaction with financial remuneration) and others which were specific to the midwifery profession (e.g. having multiple clients to care for simultaneously). The identification of work factors specific to the midwifery context based on the data is supported by a comparison with existing empirical research findings. The job demands identified are, for the majority, consistent with the findings of other surveys of midwives in Germany. For example, midwives from the federal states of Bavaria [31] and Saxony [32] associated job-related aspects such as too low income, lack of recognition, an overly high share of tasks not related to their professional role, and insufficient time to be able to adequately care for their clients with a high level of job stress in the midwifery profession. A nationwide expert report on the current situation regarding in-patient care also highlights the problem of staffing bottlenecks in midwifery regarding job satisfaction and job stress [1]. Furthermore the additional effort required as a result of having to care for several women simultaneously was emphasised.

The subjectively reported work factors are in line with the first basic assumption of the JD-R model, that job demands and job resources are the two most important work factors. This will be illustrated using the example of the construct of *personal resources*. Overall, the respondents mentioned *optimism*, *passion for the job* and *self-efficacy* resulting from successful coping as relevant personal resources. Together with OBSE, optimism and self-efficacy were considered fundamental components of individual adaptive capacity [17] and are regarded as

relevant elements of the JD-R model. Within the framework of associated job resources and job commitment, personal resources act as mediators which help explain the variance in the outcome variables *job exhaustion* and *job commitment* [44].

The partially unclear demarcation between the reported work factors reflects the initial assumption of high diversity of perceived work factors in the midwifery profession. Depending on the midwife's area of practice, different job-related factors are weighted differently and perceived differently in terms of whether they are adverse or beneficial. The need for work factors that can be adjusted depending on the area of practice supports the use of the JD-R model. Due to the generic approach it enables a high level of flexibility if information about diverging work factors is to be assessed. It thus seems particularly appropriate for future surveys in the field of job stress in the midwifery profession [8].

The external factor *centralisation of care structures* needs further clarification. Over the course of a decade (2007–2017), the percentage of maternity departments in Germany decreased by 28 percent [38], [39]. It was primarily small and less centrally located maternity departments that were affected by closures. Economic reasons, staff shortages and quality aspects (e.g. better quality results due to a higher number of cases) play an important role in this decision [13], [37]. Although there are efforts to centralise in all medical care structures, this trend is particularly relevant for inpatient and outpatient midwifery care. Already in 2014, the National Association of Statutory Health Insurance Funds (GKV-Spitzenverband) predicted a care bottleneck in midwifery, which could be attributed to an increase in resignations from contract and hospital-affiliated midwives as a result of centralisation measures [14]. Stahl et al. [37] address this issue, arguing that this trend coincides with an increase in professional liability insurance premiums for midwives. Consequently, freelance midwives opted to no longer supervise hospital births, deciding instead to switch to ante and postnatal services. This is important, because in 2017 a total of 20 percent of hospital births were supported by freelance hospital-affiliated midwives [10]. Between 2008 and 2010, a quarter of freelance midwives reported having stopped working in hospitals [11]. The liability insurance subsidy introduced in 2015 was not enough to mitigate the consequences of midwives leaving the profession [37]. These direct effects of centralisation measures on inpatient and outpatient midwifery are reflected in our findings.

Generally, the current study demonstrated uncertainty regarding how to categorise the centralisation aspect in the structure of the JD-R model and the phenomena it describes. To ascertain the extent to which this external factor is a specific characteristic of the midwifery context and has a tangible impact on the postulated interaction processes within the JD-R model more detailed analyses in future studies are required.

Limitation

Due to the small sample size, the generalisability of this study's findings is limited. It cannot be ruled out that the midwives who had left the profession, in particular, may in retrospect, report more negatively about their job situation at the time than the respondents who are still practicing. The self-serving bias may strengthen this tendency by attributing the reasons for departure from the profession primarily to external factors and ascribing them less strongly to personal decisions, deficits or difficulties [35]. Furthermore, it is possible for cognitive distortions to have arisen due to recall bias [40] or a halo effect [42]. Moreover, the social perception of the role of midwives in society at large as well as its social desirability could result in distorted judgement and perception processes in the interview situation [27]. Above all, studies with larger and representative samples are needed to acquire a more comprehensive and differentiated picture of the job resources and demands of the different areas of midwifery practice. Furthermore, it is important to allow for testing of the relevance of the centralisation of care structures as a mediator variable within the interaction framework. This provides the basis for further verification of the application of the JD-R model in the midwifery context. In addition to the three forms of work models in midwifery practice investigated, hybrid forms have to be considered. It can be assumed that midwives conducting a mixture of different forms of practice will be exposed to different types of job strain than midwives who work exclusively in the hospital or non-hospital context.

Heuristic models like the JD-R model can provide a meaningful explanatory approach to address occupational psychology questions. However, when interpreting the data, it is important to take into account the limited context-specific measurement quality of the model [9]. This implies that surveys in the work context rely primarily on data from self-assessments of the employed individuals. The resulting measurements have a subjective reference standard and must be regarded as limited in terms of their reliability, validity and sensitivity. If a study's aim is to provide an objective characterisation of working conditions, bias components due to subjective sources of variances have to be considered. Ideally external observations should be integrated.

This study contributes to expanding the theoretical basis of the research field of midwifery care. By this means, measures shall be identified and evaluated which to ensure that midwives remain in the profession in the long term and, on this basis, to counteract supply bottlenecks in obstetric care [43]. The longitudinal NEXT study is a pioneering example. Based on a theoretical model, care staff from ten EU countries were surveyed about their job situation and the reasons for their premature departure from the profession [15]. The findings served as a basis for domain-specific analyses and the development of targeted measures to address the situation with a view to shaping the future care sector and preventing prema-

ture career exit [16]. To be able to transfer this target-oriented approach to the midwifery context requires a) an empirical validation of the postulated structure of the JD-R model for the midwifery context and b) the analysis of the causal relationship between job demands and job resources individually, as well as their interplay in respect of occupational psychological experiences and especially premature departure from the midwifery profession [8].

Conclusion

The midwives reported a variety of work factors, which were weighted differently depending on the area of practice. The fact that the subjectively perceived work factors were closely aligned with the deductive, model-based category system shows that the construct level of the JD-R model appears to be a suitable tool for assessing midwife-specific differences in work factors. The aspect of *centralisation of care structures* and its possible impact on adverse and beneficial conditions and the characteristics of the different areas of midwifery practice requires further clarification, however. The JD-R model provides a well-founded theoretical basis for the varied areas of midwifery practice, which should be considered when designing a study to analyse determinants of premature departure from the midwifery profession.

Notes

The present study is associated with the overarching research project “Structural analysis of midwifery care in the rural Ortenau district” and was implemented at a separate point in time as an extension of that research project. The main study was reviewed by the Ethics Commission of the Germany Society for Psychology and no issues of ethical concern were identified (Az: MAW 022019). Given that experts were interviewed as part of this project and the focus was on their expert assessments and evaluations, no personal patient data was collected and we are therefore not required to seek approval from the local ethics committee for this part of the study. All interviews were conducted in German, the quotations are translations.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

- Albrecht M, Loos S, an der Heiden I, Temizdemir E, Ochmann R, Sander M, et al. Stationäre Hebammenversorgung [Inpatient midwifery care]. 2019 [Access: 31 Mar 2021]. Available from: https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e24893/e24894/e24895/e24897/attr_objs24976/IGES_stationaere_Hebammenversorgung_092019_ger.pdf
- Bakker AB, Demerouti E. Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward. *J Occup Health Psychol*. 2017;22(3):273-85. DOI: 10.1037/ocp0000056
- Bakker AB, Demerouti E. The Job Demands-Resources model: state of the art. *J Manag Psychol*. 2007;22(3):309-28. DOI: 10.1108/02683940710733115
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S, et al. Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *Brit Med J*. 2008;337:979-83. DOI: 10.1055/a-1101-6960
- Cramer E, Hunter B. Relationships between working conditions and emotional wellbeing in midwives. *Women Birth*. 2019;32(6):521-32. DOI: 10.1016/j.wombi.2018.11.010
- Demerouti E, Bakker AB. The Job Demands-Resources model – Challenges for future research. *SA J Industr Psychol*. 2011;37(2):a974. DOI: 10.4102/sajip.v37i2.974
- Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *J Adv Nurs*. 2000;32(2):454-64. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2000.01496.x
- Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol*. 2001;86(3):499-512. DOI: 10.1037/0021-9010.86.3.499
- Demerouti E, Nachreiner F. Zum Arbeitsanforderungen-Arbeitsressourcen-Modell von Burnout und Arbeitsengagement – Stand der Forschung. *Z Arb Wiss*. 2019;73(2):119-30. DOI: 10.1007/s41449-018-0100-4
- Deutscher Hebammenverband. Zahlenspiegel zur Situation der Hebamme 6/2017 [Numerical mirror on the situation of the midwife in June 2017]. 2017 [Access: 31 Mar 2021]. Available from: https://www.unsere-hebammen.de/w/files/tour-1/dhv-zahlenspiegel_web.pdf
- Deutscher Hebammenverband. Zahlenspiegel zur Situation der Hebammen 11/2019 [Numerical mirror on the situation of the midwives in November 2019]. 2019 [Access: 31 Mar 2021]. Available from: https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_securedownloads&p=3805&u=0&g=0&t=1597087504&hash=0aff59b9f1bbe9092676499ae5995b3f8d90c6f7&file=/fileadmin/user_upload/pdf/Presse/2019_11_Zahlenspiegel_zur_Situation_der_Hebammen.pdf
- Flick U. *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* [Qualitative Social Research: An Introduction]. 8th ed. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2017.
- George W. Regionale Gesundheitsversorgung als Chance zukunftsfaehiger Ziel- und ressourcensteuerung im Gesundheitswesen. In: George W, Bonow M, editors. *Gesundheitsversorgung*. Lengerich, Westf.: Pabst Science Publishers; 2007. p.21-37.
- GKV-Spitzenverband. Zusammenfassung des GKV-Spitzenverbandes als Eraenzung zum Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“ [Summary of the GKV-Spitzenverband as a supplement to the final report of the interministerial working group “Provision of Midwifery Assistance”]. 2014 [Access: 31 Mar 2021]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/hebammen_1/14-01-07_Zusammenfassende_Stellungnahme_GKV-SV_Leseversion.pdf
- Hasselhorn HM, Mueller BH, Tackenberg P. Die Untersuchung des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf in Europa - die europaeische NEXT-Studie. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, editor. *Berufsausstieg bei Pflegepersonal: Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Dortmund/Berlin/Dresden: Wirtschaftsverl. NW, Verl. fuer Neue Wiss.; 2005. (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin). p.11-20.

16. Hasselhorn HM, Tackenberg P, Mueller BH. Vorzeitiger Berufsausstieg aus der Pflege in Deutschland als zunehmendes Problem fuer den Gesundheitsdienst - eine Ubersichtsarbeit. *Gesundheitswesen*. 2003;65(1):40-6. DOI: 10.1055/s-2003-36918
17. Hobfoll SE. Social and psychological resources and adaptation. *Review Gen Psychol*. 2002;6(4):307-24. DOI:10.1037//1089-2680.6.4.307
18. Jarosova D, Gurkova E, Palese A, Godeas G, Ziakova K, Song MS, et al. Job satisfaction and leaving intentions of midwives: analysis of a multinational cross-sectional survey. *J Nurs Manag*. 2016;24(1):70-9. DOI: 10.1111/jonm.12273
19. Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Admin Sci Quart*. 1979;24(2):285-308. DOI: 10.2307/2392498
20. Karasek RA, Theorell T. *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, NY: Basic Books; 1999.
21. Kool L, Feijen-de Jong EI, Schellevis FG, Jaarsma DADC. Perceived job demands and resources of newly qualified midwives working in primary care settings in The Netherlands. *Midwifery*. 2019;69:52-8. DOI:10.1016/j.midw.2018.10.012
22. Kruse J, Schmieder C, Weber KM, Dresing T, Pehl T. *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz*. 2nd ed. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2014.
23. Kuckartz U. *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstuetzung*. 3rd ed. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2016.
24. Maslach C. Understanding Burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. In: Paine WS, editor. *Job stress and burnout*. Beverly Hills, CA: Sage; 1982. p.29-40.
25. Meijman TF, Mulder G. Psychological Aspects of Workload. In: Drenth PJD, Thierry H, editors. *Handbook of Work and Organizational Psychology*. Hove: Psychology Press; 1998. p.5-33.
26. Moessinger C, Weigl M, zu Sayn-Wittgenstein F zu. Stress bei der Arbeit - Warum freiberufliche Hebammen in Bayern die Geburtshilfe aufgeben: Eine Querschnittsstudie [Effort-reward imbalance of independent midwives in one federal state of Germany (Bavaria): A cross-sectional study]. *GMS Z Hebammenwiss*. 2019;(6):20-5. DOI: 10.3205/ZHWI000013
27. Mummendey H. Methoden und Probleme der Kontrolle sozialer Erwünschtheit (Social Desirability). *Zeitschrift für differentielle und diagnostische Psychologie*. 1981;2(3):199-218.
28. Pierce JL, Gardner DG. Self-Esteem Within the Work and Organizational Context: A Review of the Organization-Based Self-Esteem Literature. *J Manag*. 2004;30(5):591-622. DOI: 10.1016/j.jm.2003.10.001
29. Pohontsch N, Meyer T. Das kognitive Interview - Ein Instrument zur Entwicklung und Validierung von Erhebungsinstrumenten. *Rehabilitation*. 2015;54(1):53-9. DOI: 10.1055/s-0034-1394443
30. Pugh JD, Twigg DE, Martin TL, Rai T. Western Australia facing critical losses in its midwifery workforce: a survey of midwives' intentions. *Midwifery*. 2013;29(5):497-505. DOI: 10.1016/j.midw.2012.04.006
31. Sander M, Albrecht M, Loos S, Stengel V, Kleinschmidt L. Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern [Study on midwifery care in a German federal state (Bavaria)]. Berlin; 2018 [Access: 31 Mar 2021]. Available from: https://www.stmgb.bayern.de/wp-content/uploads/2018/08/hebammenstudie_vollfassung.pdf
32. Sander M, Albrecht M, Temizdemir E. Hebammenstudie Sachsen: Studie zur Erfassung der Versorgungssituation mit Hebammenleistungen in Sachsen sowie zur Moeglichkeit der kontinuierlichen landesweiten Erfassung von Daten über Hebammenleistungen. 2019 [Access: 31 Mar 2021]. Available from: <https://publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/33820>
33. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med*. 2004;58(8):1483-99. DOI: 10.1016/S0277-9536(03)00351-4
34. Simon D, Tackenberg P, Hasselhorn HM, Kuemmerling A, Buescher A, Mueller BH. Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland [Evaluation of the first survey of the NEXT study in Germany]. 2005 [Access: 31 Mar 2021]. Available from: http://www.altenpflege-online.net/content/download/146776/2922740/file/ap_09_10_pflegepraxis_next.pdf
35. Six B, Caspar F. Attributionsfehler. In: Wirtz MA, editor. *Dorsch - Lexikon der Psychologie*. 19th ed. Bern: Hogrefe AG; 2020. p.217.
36. Stahl K. Arbeitssituation von angestellten Hebammen in deutschen Kreisszaelen - Implikationen für die Qualitaet und Sicherheit der Versorgung [Working situation of employed midwives in German delivery rooms - implications for quality and safety of care]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2016. DOI: 10.1016/j.zefq.2016.07.005
37. Stahl K, Hildebrandt H, y Lehen C, Doering R, Siegmund-Schultze E. Verbesserung der Situation der Geburtshilfe in Baden-Wuerttemberg: Massnahmenplan [Improving the situation of obstetrics in a German federal state (Baden Wuerttemberg): plan of action]. 2019 [Access: 31 Mar 2021]. Available from: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Runder-Tisch-Geburtshilfe/RTG_Massnahmenplan-OptiMedis_April-2019.pdf
38. Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhaeuser 2007 [Basic data of hospitals 2007]. 2008.
39. Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhaeuser 2017 [Basic data of hospitals 2017]. 2018.
40. Sterne JAC, Hernán MS, McAleenan A, Reeves BC, Higgins JPT. Assessing risk of bias in a non-randomized study. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page, MJ, Welch VA, editors. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; 2020. p.621-41.
41. Widerszal-Bazyl M, Radkiewicz P, Hasselhorn HM, Conway P. Die Analyse von Pflegearbeit unter Anwendung des Demand-Control-Support-Modells in zehn europaeischen Laendern. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, editor. *Berufsausstieg bei Pflegepersonal: Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Dortmund/Berlin/Dresden: Wirtschaftsverl. NW, Verl. fuer Neue Wiss.; 2005. (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin). p.109-15.
42. Wirtz MA. Hof-Effekt. In: Wirtz MA, editor. *Dorsch - Lexikon der Psychologie*. 19th ed. Bern: Hogrefe AG; 2020. p.772.
43. Wirtz MA, Schulz A. Evidenzbasierung in der Rehabilitation - Studiendesigns und konzeptuelle Grundlagen der empirischen Analyse der Wirksamkeit von Rehabilitationsmassnahmen. *Rehabilitation*. 2020;59(5):303-14. DOI: 10.1055/a-1064-6587
44. Xanthopoulou D, Bakker AB, Demerouti E, Schaufeli WB. The role of personal resources in the job demands-resources model. *Int J Stress Manag*. 2007;14(2):121-41. DOI: 10.1037/1072-5245.14.2.121

Corresponding author:

Anja Alexandra Schulz, M.Sc. Gesundheitspädagogin
University of Education Freiburg, Institute for Everyday
Culture, Sports and Health, Department Research
Methods, Kunzenweg 21, 79117 Freiburg, Germany
anja.schulz@ph-freiburg.de

Please cite as

Schulz AA, Laschewski T, Wirtz MA. Arbeitsanforderungen und
Arbeitsressourcen: Determinanten vorzeitiger Ausstiege aus dem
Hebammenberuf. *GMS Z Hebammenwiss.* 2021;8:Doc03.
DOI: 10.3205/zhwi000022, URN: urn:nbn:de:0183-zhwi0000228

This article is freely available from

<https://www.egms.de/en/journals/zhwi/2021-8/zhwi000022.shtml>

Received: 2020-08-11

Accepted: 2021-04-12

Published: 2021-09-13

Copyright

©2021 Schulz et al. This is an Open Access article distributed under
the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license
information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.