

# Zeitschrift für **Hebammenwissenschaft** Journal of Midwifery Science

## Wissenschaftlicher Teil

### Forschungsartikel

Research articles

### Lehre, Forschung und Entwicklung

Education, Research, and Development

### Studentische Arbeiten

Student papers

## Aus der DGHWi

### Stellungnahmen

### Leitlinien

### Aktuelles

Band Jahrgang:  
11/2023  
Heft: 01  
ISSN: 2196-4416

**dgh**  
**w** Deutsche Gesellschaft für  
Hebammenwissenschaft

Editorial

**WISSENSCHAFTLICHER TEIL**

Forschungsartikel

Führungsverhalten leitender Hebammen und Organisationales Commitment – eine quantitative Befragung im Krankenhaus tätiger Hebammen in Deutschland  
Ab Seite 5

Lehre, Forschung und Entwicklung

Geschlechtersensible Sprache in der Hebammenarbeit: Wieviel sprachliche Geschlechterneutralität verträgt sich mit dem Schutz der Vulnerabilität von Müttern und ihren Kindern?  
Ab Seite 15

Staatliche Prüfungen im primärqualifizierenden Studium: Zwei Praxisbeispiele aus Bayern  
Ab Seite 21

Studentische Arbeiten

Mutter, Vater, Kind. Eine diskursanalytische Untersuchung von Elternbildern in hebammenspezifischen Lehrbüchern.  
Ab Seite 30

Die Bedürfnisse von Frauen nach Erleben eines geburtshilffichen Notfalls  
Ab Seite 33

**AUS DER DGHWi**

Leitlinien & Stellungnahmen

Stellungnahme der DGHWi zur Änderung der Mutterschafts-Richtlinien: Klarstellende Anpassung zum Regelungsumfang  
Ab Seite 37

Stellungnahme der DGHWi zur Kommentierung für MIO Laborbefund 1.0.0  
Ab Seite 37

Stellungnahme der DGHWi zur Kommentierung für MIO Elektronischer Impfpass  
Ab Seite 38

Stellungnahme der DGHWi zum Zwischenbericht des IQTIG Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal  
Ab Seite 38

Stellungnahme der DGHWi zu den Mutterschafts-Richtlinien: Nicht-invasive Pränataldiagnostik zur Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors  
Ab Seite 44

Stellungnahme der DGHWi zur Verordnung über das Verfahren und die Anforderungen der Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Gesundheitsanwendungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung – DiGAV)  
Ab Seite 45

Mandate & Sektionen

Vorstellung Mandatsträger\*innen  
Ab Seite 47

Aktuelles

Bericht zur 17. Mitgliederversammlung der DGHWi  
Ab Seite 49

Termine  
Ab Seite 50

## Liebe Mitglieder der DGHWi, liebe Kolleg\*innen, liebe Studierende, liebe Leser\*innen,



seit nunmehr zehn Jahren erscheint die Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (ZHWi), das wissenschaftliche Publikationsorgan der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi). Wie Sie feststellen können, haben wir das Jubiläum zum Anlass genommen, die Zeitschrift neu zu gestalten. Das Design der Zeitschrift ähnelt dem der Website unserer Fachgesellschaft, so dass die Zugehörigkeit gut erkennbar ist. Neben einer in dieser Hinsicht geänderten Farb- und Schriftauswahl und der Auswahl einer praktischeren Software für das Layout wurde auch der Aufbau der Zeitschrift angepasst.

Dem Editorial folgt der wissenschaftliche Teil der ZHWi. Im wissenschaftlichen Teil sind die folgenden Rubriken, jeweils mit deutschem und englischem Titel, versammelt:

- **Forschungsartikel** (ehemals Originalartikel): Hier finden Sie aktuelle Beiträge aus der Forschung, die ein Peer-Review durchlaufen haben.
- **Positionspapiere**: In dieser Rubrik werden grundsätzliche Positionen der DGHWi veröffentlicht.
- **Studentische Arbeiten** (ehemals Junges Forum): Hier können Qualifikationsarbeiten ohne Peer-Review publiziert werden.
- **Lehre, Forschung und Entwicklung** (ehemals Einblicke in Forschung und Lehre): Auch in dieser Rubrik gibt es kein Peer-Review und die Beiträge können unterschiedlichen Charakter haben. Neu ist die Möglichkeit, an dieser Stelle Diskussionsbeiträge zu platzieren, zu denen ausdrücklich Reaktionen aus der Leser\*innenschaft erwünscht sind.
- **Übersichtsarbeiten** (ehemals Reviews): Hier werden voraussichtlich ab der nächsten Ausgabe Zusammenfassungen hochwertiger Übersichtsarbeiten zur Verfügung gestellt.

Der dann folgende, zweite Teil berichtet *Aus der DGHWi*. Er enthält die Rubriken:

- **Stellungnahmen**: In dieser Rubrik werden von der DGHWi verfasste Stellungnahmen publiziert.
- **Leitlinien**: Hier erfolgen Berichte zur Leitlinienarbeit der DGHWi.
- **Aktuelles**: An dieser Stelle sind alle weiteren Nachrichten aus der DGHWi zusammengefasst.

Die unterschiedlichen Rubriken der Zeitschrift erscheinen nur, wenn entsprechende Publikationen vorliegen.

Mit dieser inhaltlichen Anordnung möchten wir den hebammenwissenschaftlichen Charakter mit zunehmend internationaler Ausrichtung der ZHWi stärken.

Seit 2014 erscheinen die einem Peer-Review unterzogenen Studien, die in der ZHWi veröffentlicht werden, auch englischsprachig in der Datenbank German Medical Science (GMS). Die Zeitschrift für Hebammenwissenschaft ist seit 2018 in der Datenbank CINAHL gelistet. Der nächste Schritt ist die Listung der Publikationen auf PubMed Central/MEDLINE, der Datenbank der United States Library of Medicine.

Eine Voraussetzung für die Aufnahme von Forschungsartikeln der ZHWi in MEDLINE ist die Existenz eines international besetzten wissenschaftlichen Beirates für die Zeitschrift. Diesen zu gründen ist nun also der notwendige nächste Schritt. Der wissenschaftliche Beirat wird das bestehende Reviewboard ersetzen.

Folgend möchten wir Ihnen nun die neue Ausgabe der ZHWi vorstellen: In dieser Ausgabe beschäftigt sich der Forschungsartikel mit Führungsverhalten von Hebammen vor dem Hintergrund des Hebammenmangels in klinischen Settings. Im Rahmen einer Querschnittstudie wurden Hebammen mithilfe eines standardisierten Fragebogens kombiniert mit weiteren Fragen nach Merkmalen von Führungsverhalten und dem organisationalen Commitment, also der Verbundenheit mit der klinischen Institution, in der sie tätig sind, und auch den Arbeitsbedingungen befragt.

In der Rubrik Lehre, Forschung und Entwicklung erscheint ein Beitrag, der Gestaltung und Ablauf der praktischen staatlichen Prüfungen in zwei primärqualifizierenden Hebammenstudiengängen in Bayern beschreibt und dafür plädiert, diese Prüfungen nicht als reguläre Modulprüfungen zu regeln und handzuhaben, da die strukturellen und personellen Aufwände im Vergleich deutlich höher sind. Ein erster Beitrag, der sich explizit als Diskussionsbeitrag versteht, greift die im Hebammenwesen in Deutschland junge Debatte zur Verwendung geschlechtssensibler Sprache in der Hebammenarbeit auf. Die Autor\*innen verleihen darin ihrer Befürchtung Ausdruck, dass mit der Verwendung „geschlechterneutrale[r] Sprache [...] der Verlust der sprachlichen und damit auch gesellschaftlichen Sichtbarkeit der geschlechtsspezifischen Vulnerabilität von Frauen und Mädchen“ einherginge und berufen sich dabei auf „inhärent weibliche Prozesse und Zustände, wie etwa [...] physiologische Prozesse im Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und Stillzeit“.

In der Rubrik Studentische Arbeiten fragt ein Beitrag danach, ob und inwiefern Hebammen daran beteiligt sein könnten, dass (werdende) Eltern die Erwerbs- und Familienarbeit vergeschlechtlicht aufteilen und untersucht dazu ausgewählte Kapitel aktueller Hebammen-Lehrbücher zur hebammen-spezifischen Ernährungsberatung in der Schwangerschaft diskursanalytisch. Die zweite studentische Arbeit basiert auf einem integrativen Review dazu, wie „Frauen geburtshilfliche Notfälle erleben, welche Bedürfnisse sie in der Notfallsituation und der postpartalen Zeit angeben und welche Implikationen dies für die Hebammenarbeit hat“.

In der Rubrik *Aus der DGHWi* ist ein Bericht zu der letzten Mitgliederversammlung der DGHWi am 09.02.2023 in Frankfurt/Main zu lesen. Außerdem stellen sich die Mandatsträger\*innen vor.

Wir hoffen, dass Ihnen die neue Zeitschrift für Hebammenwissenschaft zusagt. Über Ihre Rückmeldung dazu unter [editor@dghwi.de](mailto:editor@dghwi.de) freuen wir uns und wünschen Ihnen nun eine inspirierende Lektüre,

**Annekatriin Skeide und Dorothea Tegethoff**  
Editors-in-Chief der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft

# Wissenschaftlicher Teil

**FORSCHUNGSARTIKEL /  
RESEARCH ARTICLES**

---

**LEHRE, FORSCHUNG UND ENTWICKLUNG /  
EDUCATION, RESEARCH, AND DEVELOPMENT**

---

**STUDENTISCHE ARBEITEN /  
STUDENT PAPERS**

---

# Führungsverhalten leitender Hebammen und Organisationales Commitment – eine quantitative Befragung im Krankenhaus tätiger Hebammen in Deutschland

## Leadership behavior of the Midwife Manager and Organizational Commitment - a quantitative survey of midwives working in hospitals in Germany

### Kurzzusammenfassung / Abstract

**Hintergrund:** Hintergrund Der Hebammenmangel in Krankenhäusern (KH) in Deutschland (D) unterstreicht die Relevanz, die Verbundenheit von Hebammen zum KH zu fördern (Organisationales Commitment, OC). Die Trans-formationale Führung (TF) – ein vorbildhafter, inspirier-ender, intellektuell herausfordernder, wertschätzender Führungsstil – korreliert positiv mit OC. Führung bei Hebammen in D ist nicht erforscht.

**Ziel** Ziel ist die Darstellung des Führungsverhaltens leitender Hebammen aus Sicht klinisch tätiger Hebammen und Überprüfung eines multivariaten Zusammenhangs zwischen TF und OC

**Methodik** Klinisch tätige Hebammen (N=111) wurden online mit dem „Multifactor Leadership Questionnaire“ und „Organizational Commitment Questionnaire“ befragt (Nov.-Dez.'20). Die Analyse erfolgte deskriptiv, mit Pearson Korrelation und multipler linearer Regression.

**Ergebnisse** TF der leitenden Hebammen wird selten bis manchmal von den Befragten wahrgenommen ( $1,77 \leq M \leq 2,12$ ; Skala: 0 bis 4). Das OC ist im Durchschnitt  $M=1,69$  (Skala: 0 bis 4). Ein signifikanter Zusammenhang zwischen TF und OC zeigt sich nur in der bivariaten Analyse ( $r=0,34$ ).

**Schlussfolgerung** Forschungsbedarf besteht mit einer größeren, repräsentativeren Stichprobe und zur Arbeitssituation leitender Hebammen. TF der Leitungen und das OC der Hebammen sind niedrig. Dies zeigt Handlungsbedarf. Bedeutsam für OC zeigen sich in der multivariaten Analyse das Engagement der KH-Leitung, die Reduktion arbeitsbezogenen Stresses und die Verbesserung der Teamatmosphäre.

**Background** The shortage of midwives in hospitals in Germany (GER) underlines the relevance of promoting commitment of midwives to the hospital (Organizational Commitment, OC). Transformational leadership (TL) - an exemplary, inspiring, intellectually stimulating, considerate leadership style - correlates positively with OC. Leadership among midwives in GER has not been studied.

**Aim** The aim is to assess the leadership behavior of the Senior Midwife from the perspective of midwives working in hospitals in Germany and to test for an association between TL and OC in a multivariate analysis.

**Methods** Midwives working in hospitals (N=111) were surveyed online using the “Multifactor Leadership Questionnaire” and “Organizational Commitment Questionnaire” (Nov-Dec'20). The analysis involved descriptive statistics, Pearson correlation and multiple linear regression.

**Results** Respondents perceive TL once in a while to sometimes of the Midwife Managers ( $1.77 \leq M \leq 2.12$ ; scale: 0 to 4). OC is on average  $M=1.69$  (scale: 0 to 4). A significant association between TF and OC is seen only in the bivariate analysis ( $r=0.34$ ).

**Conclusion** Research is needed with a larger, more representative sample and on the work situation of Midwife Managers. TL of Midwife Managers and OC of midwives are low. This shows a need for action. In the multivariate analysis, hospital management's support, reduction of work-related stress and the improvement of the team atmosphere are shown to be of importance for OC.

### Hintergrund

#### Problem 1: Fehlende Daten zu Führung im Kontext von Hebammenarbeit in Deutschland

Führung stellt einen relevanten Einflussfaktor für Arbeitszufriedenheit, Gesundheit von Beschäftigten, Organisationales Commitment (Definition s.u.), die Intention, den Hebammenberuf zu verlassen, und die Qualität der gesundheitlichen Versorgung dar [22, 24, 38, 43, 48]. Zu Führungsverhalten im Kontext von Hebammenarbeit in Deutschland ist bisher jedoch keine Studie bekannt.

### Führung im deutschen Gesundheitswesen

Im Jahr 1996 gab Berlin als erstes Bundesland eine Weiterbildungsverordnung für „die Heranbildung von Pflegefachkräften für leitende Funktionen“ heraus [1]. Seit Veröffentlichung der ersten Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) 2006 sind leitende Hebammen in Perinatalzentren in ganz Deutschland verpflichtet, eine Weiterbildung zum Thema Führung zu absolvieren [21]. Im Jahr 2007 gab die Bundesärztekammer erstmals ein Dokument zum Thema Führung heraus: das "Curriculum ärztliche Führung" für die Fort- und Weiterbildung von Ärzt\*innen in Führungspositionen [12].

### Autor\*innen

**Irina Blissenbach**  
Absolventin der Hochschule für Gesundheit Bochum

Prof. Dr. **Michael Schuler**  
Hochschule für Gesundheit Bochum

Prof.in Dr.in **Nicola H. Bauer**  
Universität zu Köln

Die genaue Anzahl der leitenden Hebammen in Deutschland ist nicht bekannt.

Die Begriffe leitende Hebamme, Leitung, Führungskraft und Führungsperson sind in diesem Artikel austauschbar. Mit den Begriffen ist eine Hebamme in einer Führungsposition, nicht Stellvertretung, im Krankenhaus gemeint, der ein Team von Hebammen und ggf. anderen Fachkräften direkt unterstellt ist.

### Transformationale Führung (TF)

Die TF kennzeichnet sich durch vorbildhaftes Verhalten der Führungskraft, die Vermittlung einer Vision für die Zukunft, intellektuelle Herausforderung der Geführten sowie durch wertschätzende und individuelle Behandlung der Mitarbeitenden [50].

Hebammenwissenschaftlerinnen schlagen die TF für den Hebammenbereich vor und argumentieren, dass es Überschneidungen des Führungsverhaltens mit frau-zentrierter Hebammenbetreuung gibt [10, 13].

Die TF setzt sich aus den folgenden fünf Dimensionen von Führungsverhalten zusammen:

- Idealized Influence behavior (*IIB*; Idealisierter Einfluss, Verhalten): Die Führungskraft verhält sich ethisch und moralisch beispielhaft und vermittelt hohe Standards [6, 36].
- Idealized Influence attributed (*IIA*; Idealisierter Einfluss, Zuschreibungen): Die Mitarbeitenden nehmen die Führungskraft als herausragenden Menschen/als Vorbild wahr (Charisma), bewundern sie und vertrauen ihr [6, 50].
- Inspirational Motivation (*IM*; Inspirierende Motivierung): *IM* beschreibt, dass die Führungskraft die Mitarbeitenden in die Entwicklung einer attraktiven Zukunftsvision einbezieht. Die Person zeigt Optimismus dafür, die kollektiven Ziele zu erreichen, vermittelt Begeisterung und zeigt den Sinn der Arbeit auf. [6, 50]
- Intellectual Stimulation (*IS*; Intellektuelle Stimulierung): Die Mitarbeitenden werden motiviert, nach kreativen Lösungen zu suchen und bestehende Annahmen zu hinterfragen. Sie werden von der Führungsperson intellektuell herausgefordert und ermuntert, ihre Ideen einzubringen. [6, 50]
- Individual Consideration (*IC*; Individuelle Mitarbeiterorientierung): Die Führungskraft kennt die Vorlieben und Bedürfnisse der Geführten und fungiert als Coach und Mentor. Die Leitung stellt Fragen, hört zu, fördert und behandelt jedes Teammitglied individuell. [6, 50]

Die TF ist Teil des „Full Range of Leadership Model“ von Bass und Avolio [6], welches außerdem die „Transaktionale“ und „Passive“ Führung umfasst. Die Transaktionale Führung beinhaltet die Dimensionen "Management by Exception active" (*MbEa*) und "Contingent Reward" (*CR*) und beschreibt ein Führungsverhalten, welches bei Leistungen belohnt und Fehlern aktiv entgegenwirkt [50]. Der Passive Führungsstil umfasst die Dimensionen „Management by Exception passive“ (*MbEp*) und „Laissez-faire“ (*LF*) und ist das Vermeiden aktiver Führung [50]. Nach dem

Modell zeigt eine erfolgreiche Führungskraft ein hohes Maß an TF, ein mittleres Maß an transaktionalem Führungsverhalten und wenig bis gar kein passives Führungsverhalten [6].

Es wurden vier Studien gefunden, die Transformationale, Transaktionale und Passive Führung im Kontext pflegerischer und ärztlicher Arbeit in Krankenhäusern in Deutschland untersuchten [26, 29, 41, 49]. Im Vergleich zu einer verschiedenen Branchen umfassenden Stichprobe ( $N=1.267$ ) aus Deutschland [39] sind die Werte der transformationalen Führungsdimensionen in den Studien aus dem Pflegebereich hoch. Einzig der hohe Wert der Dimension *LF* in der Studie von Schmidt-Huber fällt hier negativ auf [41].

### Problem 2: Hebammenmangel

Führung sollte auch vor dem Hintergrund von Hebammenmangel in Krankenhäusern in Deutschland in Augenschein genommen werden, da Führung mit Organisationalem Commitment (*OC*) in Verbindung gebracht wird [11].

### Organisationales Commitment

*OC* beschreibt die „Verbundenheit“ [44, S. 88] einer Person zu einer Organisation. Mitarbeitende mit hohem *OC* identifizieren sich mit der Organisation und ihren Werten und möchten Teil des Unternehmens bleiben [47]. Sie sind bereit, Arbeitskraft und Energie zu investieren, um zum Erfolg der Organisation beizutragen [35]. Organisationales Commitment korreliert negativ ( $r=-0,46$ ) mit der Kündigungsabsicht [31].

### Hebammenmangel in Kliniken in Deutschland

In Krankenhäusern in Deutschland gibt es einen Hebammenmangel [2, 7]. Um den Bedarf an Hebammen entsprechend der Leitlinie „Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland“ beispielsweise für Hessen zu decken, bräuchte es bis 2030 dort 22% mehr Hebammen in den Krankenhäusern [9]. Darüber hinaus, gaben 60 % der klinisch tätigen Hebammen in einer Studie in Nordrhein-Westfalen an, in den letzten sechs Monaten mit dem Gedanken gespielt zu haben, ihren Beruf aufzugeben [7]. Als Grund für die Überlegungen von Hebammen, ihre Stelle im Krankenhaus zu reduzieren oder vollständig aufzugeben, wurde in einer Befragung am häufigsten die „zu hohe Arbeitsbelastung“ genannt [2]. Es gibt Hinweise, dass sich der Hebammenmangel in Kliniken auf die Arbeitsbelastung der Hebammen und damit auf ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden auswirkt [45]. 45% von im Krankenhaus arbeitenden Hebammen in NRW geben an, dass sie nur *selten* dazu kommen die geforderte Ruhepause während der Arbeitszeit zu nehmen [2]. In einer anderen Studie bezeichnen 29,6% klinisch tätiger Hebammen ihren Gesundheitszustand als *weniger gut* oder *schlecht*. Dies gilt signifikant häufiger für in Kliniken tätige Hebammen [7].

### Transformationale Führung und Organisationales Commitment

Felfe [18] schreibt Führungskräften eine große Bedeutung bei der Aufgabe zu, *OC* zu stärken. Nach Bass und Riggio [6] trägt jede Dimension der TF zur Stärkung von *OC* bei. Internationale Studien aus dem Bereich der Pflege zeigen einen positiven Zusammenhang zwischen TF und dem *OC* von Mitarbeitenden [4, 11].

## Ziele

Die TF könnte für den Hebammenbereich geeignet sein und sich auch positiv auf das OC von Hebammen auswirken. Letzteres ist angesichts des Hebammenmangels in Kliniken relevant.

Deshalb soll in der vorliegenden Arbeit untersucht werden,

1. in welchem Maße leitende Hebammen in Deutschland Führungsverhalten nach dem Full Range of Leadership Model aus Sicht von (ehemals) klinisch tätigen Hebammen zeigen, und
2. ob es einen Zusammenhang zwischen TF und OC gibt, wenn für soziale und organisationale Arbeitsbedingungen kontrolliert wird.

## Methodik

### Design

Es handelt sich um eine Querschnittsstudie im Rahmen einer Masterarbeit.

### Einschlusskriterien

Teilnehmen konnten Hebammen, die in den letzten fünf Jahren für mindestens ein halbes Jahr unter einer Hebamme als direkt vorgesetzter Person in Deutschland gearbeitet haben. Die Teilnahme war auch für in einem Dienst-Belegschaftsystem tätige Hebammen möglich, wie auch für Hebammen, die zum Zeitpunkt der Befragung ihre Tätigkeit im Krankenhaus pausierten oder aufgegeben hatten.

### Datenerhebung

Um auf die Befragung aufmerksam zu machen, wurde ein Video gedreht. Dieses wurde über Soziale Medien, u.a. eine Facebook-Gruppe mit 5.575 Hebammen, den Alumni-Verteiler der Hochschule für Gesundheit Bochum und die Website der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft geteilt. Außerdem wurden alle Landesverbände des Deutschen Hebammenverbands angeschrieben und gebeten, die Umfrage an ihre Mitglieder weiterzuleiten. Acht Landesverbände (BB, BE, BW, BY, HB, HH, NRW, TH) und die Bochumer Regionalgruppe kamen der Bitte nach.

Die Rekrutierung von Studienteilnehmenden fand am 16.11.2020 statt und die Befragung wurde über das Portal SosciSurvey [27] für den Zeitraum vom 23.11. bis 14.12.2020 zugänglich gemacht. Es wurden keine materiellen Incentives vergeben.

### Stichprobengröße

Mit G\*Power wurde a priori eine erforderliche Stichprobengröße von 150 ermittelt, um in bivariaten Zusammenhangsanalysen für Effekte von  $r \geq 0,260$  statistisch signifikante Ergebnisse erzielen zu können (Alpha-level: 0,05; Beta-level: 0,10) [16].

### Erhebungsinstrument

Der Online-Fragebogen benötigt ca. 30 min zum Ausfüllen. In der Befragung sind zwei validierte Frage-

bogeninstrumente enthalten, einzelne Items aus Fragebögen anderer Forschenden und explorativ erstellte Fragen.

Zur Erhebung des Führungsverhaltens wurde der „Multifactor Leadership Questionnaire 5x short“ (MLQ) in der deutschen Übersetzung von Rowold [39] verwendet. Anhand von 36 Aussagen zu einem bestimmten Führungsverhalten bewerten die Teilnehmenden auf einer fünfstufigen Ratingskala von (0) *überhaupt nicht bis* (4) *häufig, wenn nicht sogar immer*, in welchem Maße sie dieses Verhalten bei ihrer Leitung beobachten. Je vier Items bilden die Grundlage für eine Subskala, die eines der neun Führungsverhaltensdimensionen nach dem Full Range of Leadership Model abbildet [39]. Subskalen werden als intervallskaliert betrachtet. Der MLQ enthält außerdem Items zur Erhebung von Erfolgsfaktoren von Führung, wovon hier die wahrgenommene *Effektivität der Führungskraft (EF)* und *Zufriedenheit mit der Führungskraft (SAT)* analysiert werden.

Das OC wurde mit dem „Organizational Commitment Questionnaire“ von Porter und Smith in der Deutschen Übersetzung von Maier und Woschée [32] erhoben. Damit wird das OC unidimensional gemessen und deckt nach Meyer et al. [33] vor allem affektives Commitment ab. Die Kurzversion des Fragebogens mit neun Items wurde um ein negativ formuliertes Item aus der Langversion ergänzt. Auf einer fünfstufigen Skala von (0) *stimme überhaupt nicht zu bis* (4) *stimme voll und ganz zu* bewerten die Befragten ihre Verbundenheit zu dem Krankenhaus, in dem sie arbeiten oder gearbeitet haben.

Neben Basisdaten der Teilnehmenden sowie Daten zu deren Arbeitsplatz und Leitung wurde nach organisationalen und sozialen Arbeitsbedingungen gefragt:

- *Engagement der Krankenhausleitung für den Arbeitsbereich* [angelehnt an 45]
- *Stress in Bezug auf die Arbeit*: einzelne Items aus den Kategorien *Anspannung, Anforderungen* und *Sorgen* des „Perceived Stress Questionnaire“ welche in den Bezug zur Arbeit gesetzt wurden [20]
- *Teamatmosphäre* (selbst formuliert)

Es erfolgte ein Pretest des Fragebogens von zwei Hebammen mit und zwei Hebammen ohne Hochschulabschluss, wonach die Formulierung einzelner Items angepasst wurde und ein Freitextfeld am Ende ergänzt wurde.

### Datenanalyse

Insgesamt nahmen  $N=159$  Hebammen an der Befragung teil, jedoch konnten nur  $N=111$  Fälle ausgewertet werden. In 35 Fällen wurde die Befragung im ersten Drittel abgebrochen, bei einem Fall lag ein technischer Fehler vor und bei den anderen 11 Fällen wurde individuell entschieden, diese aufgrund sehr vieler fehlender Werte in den Bereichen Führungsverhalten und OC auszuschließen.

Für die Datenanalyse wurde SPSS 25 und Jamovi 1.6.15 genutzt [46]. Für alle Analysen gilt ein Signifikanzniveau Alpha von 5%.

Forschungsziel 1: Zur Beantwortung der ersten Fragestellung wurde die Verteilung der Daten durch Lage- und

**Schlüsselworte:**  
Führung; Leitung;  
Klinische  
Hebammenarbeit;  
Transformationale  
Führung,  
Organisationales  
Commitment

Leadership  
Management;  
Hospital-based  
midwifery;  
Transformational  
leadership;  
Organizational  
Commitment

**Eingereicht:**  
11.07.2022

**Nach Revision  
angenommen:**  
21.04.2023

Streuparameter sowie grafisch anhand von Balkendiagrammen und Whisker-Boxplot-Diagrammen analysiert. Insbesondere wurden Mittelwerte der Subskalen berechnet.

Forschungsziel 2: Zur Erreichung des zweiten Forschungsziels wurden zunächst Korrelationsanalysen nach Pearson und dann multiple lineare Regressionsanalyse durchgeführt. Die Regressionsanalyse erfolgte hierarchisch mit blockweisem Einschluss und es wurde auf das Fehlen von Multikollinearität, auf Linearität der Zusammenhänge, Normalverteilung der Residuen und Homoskedastizität überprüft. Da die einzelnen Dimensionen der TF untereinander hoch korrelieren ( $0,472 < r < 0,840$ ), war es aufgrund von Multikollinearität nicht möglich, diese gleichzeitig ins Modell einzuschließen. Deshalb wurde eine gemittelte Subskala „*Transformationale Führung*“ gebildet und eingeschlossen. Dies wurde mit den Items zur Erhebung von Stress in Bezug auf die Arbeit gemacht. Des Weiteren wurden die Variablen *Engagement der Krankenhausleitung* und *Teamatmosphäre* als Prädiktoren im Modell ergänzt. Der Einschluss weiterer Variablen wie z.B. die *Zufriedenheit mit der Bezahlung* führte zu keiner signifikanten Verbesserung von  $R^2$ , jedoch zu einer Erhöhung von Multikollinearität, weshalb das Modell mit Einschluss der Variable *Teamatmosphäre* als „gesättigt“ angesehen wurde. Es wurden keine Kontrollvariablen wie *Alter* oder *Bildungsstatus* eingeschlossen, da diese die Fallzahl für die Analyse aufgrund fehlender Werte deutlich reduziert hätten. Außerdem zeigten sich bivariat keine Zusammenhänge dieser Variablen mit dem OC.

Explorative Analyse: Zudem wurde der Mann-Whitney-U-Test genutzt, um die Bewertung von leitenden Hebammen mit und ohne Führungsweiterbildung miteinander zu vergleichen.

### Datenschutz und ethische Überlegungen

Die Datenerhebung erfolgte anonym und es wurde nach dem Prinzip der Datensparsamkeit gearbeitet [15]. Um die Anonymität zu wahren, wurde u.a. auf die Erhebung von Geburtenzahl der Krankenhäuser oder Organisationsform (Belegschaft, Anstellung, Honorar) verzichtet. Die gesetzlichen Datenschutzgrundlagen des Bundesdatenschutzgesetzes, des Landesdatenschutzgesetzes NRW und der Datenschutz-Grundverordnung werden eingehalten. Die Daten werden für 10 Jahre geschützt gespeichert und sind nur den Projektmitgliedern zugänglich.

Das Forschungsvorhaben wurde durch die Ethik-Kommission der Hochschule für Gesundheit Bochum geprüft und die Studiendurchführung von dieser mit dem Votum vom 15.11.2020 in ethischer Sicht befürwortet.

### Ergebnisse

Zunächst werden Merkmale der Stichprobe und das wahrgenommene Führungsverhalten der bewerteten Leitungen beschrieben. Anschließend werden die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen TF und OC dargelegt und zuletzt die Ergebnisse der explorativen Analyse aufgeführt.

#### Merkmale der Befragten (siehe Tabelle 1)

Die Befragten sind im Mittel 34,7 Jahre alt ( $SD=9,97$ ;  $Md=31,50$ ,  $Fehlend=3$ ).

**Tabelle 1: Merkmale der Befragten, der Arbeit der Befragten und der bewerteten Leitungen**

STICHPROBENMERKMALE	N	ANTEIL (%)
<b>Höchster Bildungsabschluss im Gesundheitsbereich der Befragten</b>		
Examen an Berufsfachschule	63	60
Hochschulabschluss (Bachelor, Master, Diplom, Promotion)	42	40
Fehlend	6	
<b>Versorgungsstufe des (ehemaligen) Arbeitsortes</b>		
Perinatalzentrum Level 1	52	47,7
Perinatalzentrum Level 2	11	10,1
Perinataler Schwerpunkt	10	9,2
Geburtsklinik	36	33
Fehlend	1	
<b>(Ehemaliger) Arbeitsbereich der Befragten</b>		
Kreisssaal	76	68,5
Kreisssaal und Wochenbettstation	15	13,5
Wochenbettstation	3	2,7
Kreisssaal und Ambulanz	6	5,4
Ambulanz	1	0,9
Kreisssaal und weitere Bereiche	10	9
<b>Zuständigkeitsbereich(e) der Leitung</b>		
Kreisssaal	72	65,8
Wochenbettstation	1	0,9
Kreisssaal und Wochenbettstation	26	23,4
Kreisssaal, Wochenbettstation und gynäkologische Station	5	4,5
Weitere verschiedene Kombinationen aus Kreisssaal und anderen Bereichen	7	6,3
<b>Stellvertretende Leitung vorhanden</b>		
Ja	80	72,1
Nein	31	27,9
<b>Leitungsweiterbildung</b>		
Ja	77	81,1
Nein	18	18,9
Weiß nicht	16	
<i>Anmerkungen: N=111 abzüglich fehlender Werte.</i>		

Zum Zeitpunkt der Befragung sind 80,2% (n=89) der Teilnehmenden im Krankenhaus als Hebamme tätig (siehe Tabelle 1). Die Gründe, warum die klinische Hebammen­tätigkeit verlassen wurde, sind u.a. Arbeitsbedingungen (n=14), Qualität der gesundheitlichen Versorgung (n=10) und Bezahlung (n=9; Mehrfachauswahl).

**Merkmale der Leitungen der Befragten (siehe Tabelle 1)**

Das Engagement der Krankenhausleitung für den Arbeitsbereich der Befragten wird im Mittel mit 1,50 (SD=1,19) bewertet, was kaum bis mittelmäßig entspricht. Nur 22,0% der Hebammen finden, dass die Krankenhausleitung ziemlich (n=17) oder außerordentlich (n=7) viel Engagement für den Arbeitsbereich zeigt (N=109; Fehlend=2).

**Führungsverhalten nach dem Full Range of Leadership Model**

Vier der fünf Dimensionen der TF haben Mittelwerte unter zwei (siehe Tabelle 2). Einzig die Dimension I1b wird insgesamt etwas mehr als manchmal (2) von den Geführten wahrgenommen. Am wenigsten sehen die Befragten bei ihrer Führungskraft IS (M=1,77; SD=0,90).

Abgesehen von der Dimension MbEa (M=2,04) werden die Dimensionen Transaktionaler und Passiver Führung zwischen selten und manchmal bei der Leitung wahrgenommen (siehe Tabelle 3).

**Transformationale Führung und Organisationales Commitment**

Im Durchschnitt liegt das OC in der Stichprobe bei M=1,69 (SD=0,81; Md=1,60; N=111, Skala von 0 stimme dieser Aussage überhaupt nicht zu bis 4 stimme voll und ganz zu).

Bivariate Analysen zeigen mittlere bis hohe Zusammenhänge der Variablen TF (r=0,343; p=0,000), Engagement der Krankenhausleitung für den Bereich (r=0,500; p=0,000), Stress in Bezug auf die Arbeit (r=-0,347; p=0,000) und Teamatmosphäre (r=0,342; p=0,000) mit der abhängigen Variable OC. In der multivariaten Analyse erklären die aufgezählten Variablen 35,1% der Varianz von OC (korr. R<sup>2</sup>=0,351; F(4; 104)=15,613; p<0,001; N=109). Die Anpassungsgüte des Modells ist mit f<sup>2</sup>=0,541 hoch [28, S. 576]. Nach Ein­schluss der Variable Teamatmosphäre ist die TF kein signifikanter Prädiktor mehr (Tabelle 4). Die größte Verbesserung des OC ist bei einer Erhöhung des Engagements der Krankenhausleitung zu erwarten. Wenn diese um einen Einheitsschritt erhöht wird, kann mit einer Verbesserung des OCs um 0,252 (Skala von 0 bis 4) gerechnet werden. Weitere signifikante Faktoren sind der empfundene Stress in Bezug auf die Arbeit (B=-0,213; SE(B)=0,083; p=0,011; 95%KI für B [-0,377; -0,049]; β=-0,210) und die Teamatmosphäre (B=0,158; SE(B)=0,073; p=0,034; 95%KI für B [0,012; 0,303]; β=0,180).

**Führungsweiterbildung und Bewertung der leitenden Hebamme als Führungskraft**

Durchschnittlich finden die Teilnehmenden, dass die leitende Hebamme ihre Arbeit als Führungskraft

**Tabelle 2: Durchschnittswerte, Standardabweichungen, Interkorrelationen und Cronbachs Alpha der Dimensionen Transformationaler Führung und der Outcomes "Zufriedenheit mit der Führungskraft" (SAT) und "wahrgenommene Effektivität der Führungskraft" (EF)**

DIMENSION	M	SD	MD	I1A	I1B	IM	IS	IC
I1a	1,79	1,08	1,75	0,852				
I1b	2,12	0,9	2	0,716 N=110	0,755			
IM	1,9	0,97	1,75	0,597 N=110	0,678	0,857		
IS	1,77	0,9	1,75	0,827 N=110	0,762	0,661	0,846	
IC	1,89	0,96	1,63	0,84 N=110	0,655 N=110	0,472 N=110	0,808 N=110	0,854
SAT	2,01	1,09	2	0,843 N=110	0,626 N=110	0,488 N=110	0,778 N=110	0,81 N=110
EF	2,03	1,01	2	0,843 N=110	0,682 N=110	0,524 N=110	0,772 N=110	0,768 N=110

Anmerkungen: I1a = Idealized Influence attributed, I1b = Idealized Influence behavior, IM = Inspirational Motivation, IS = Intellectual Stimulation, IC = Individualized Consideration, SAT = Zufriedenheit mit der Führungskraft, EF = Effektivität der Führungsperson; Wertebereich der Variablen von 0 (nie) bis 4 (meistens, wenn nicht immer); Pearson Korrelationen (zweiseitig); alle Zusammenhänge sind statistisch signifikant; Reliabilitäten (Cronbachs Alpha) kursiv in den Diagonalen; wenn nicht anders angegeben N=111.

**Tabelle 3: Durchschnittswerte, Interkorrelationen und Cronbachs Alpha der Dimensionen Transaktionaler Führung und Passiver Führung und der Outcomes "Zufriedenheit mit der Führungskraft" (SAT) und "wahrgenommene Effektivität der Führungskraft" (EF)**

DIMENSION	M	SD	MD	CR	MBEA	MBEP	LF
CR	1,98	0,89	2	0,778			
MbEa	2,04	0,78	2	0,346	0,71		
MbEp	1,8	0,97	2	-0,675	-0,381	0,808	
LF	1,59	1,12	1,75	-0,748	-0,338	0,817	0,881
SAT	2,01	1,09	2	0,699	0,334	-0,685	-0,733
				N=110	N=110	N=110	N=110
EF	2,03	1,01	2	0,76	0,418	-0,764	-0,825
				N=110	N=110	N=110	N=110

Anmerkungen: CR = Contingent Reward, MBEa = Management by Exception active, MbEp = Management by Exception passive, LF = Laissez-faire, SAT= Zufriedenheit mit der Führungskraft, EF= Effektivität der Führungskraft; Wertebereich der Variablen von 0 (nie) bis 4 (meistens, wenn nicht immer); Pearson Korrelationen (zweiseitig); alle Zusammenhänge sind statistisch signifikant; Reliabilitäten (Cronbachs Alpha) kursiv in den Diagonalen; wenn nicht anders angegeben N=111.

**Tabelle 4: Multivariates Modell zur Erklärung Organisationalen Commitments**

STICHPROBENMERKMALE	B	SE(B)	BETA	p	$\Delta R^2$
<b>Schritt 1</b>					
Konstante	1,061	0,179		0,000	
Transformationale Führung (TF)	0,333	0,086	0,351	0	0,169
<b>Schritt 2</b>					
Konstante	0,873	0,166		0	
Transformationale Führung (TF)	0,204	0,082	0,215	0,014	
Engagement der Krankenhausleitung (KHLeit)	0,291	0,058	0,433	0	0,056
<b>Schritt 3</b>					
Konstante	1,361	0,228		0	
Transformationale Führung (TF)	0,169	0,08	0,178	0,037	
Engagement der Krankenhausleitung (KHLeit)	0,264	0,056	0,393	0	
Stress in Bezug auf die Arbeit (StressArb.)	-0,247	0,083	-0,255	0,003	0,028
<b>Schritt 4</b>					
Konstante	0,98	0,286		0,001	
Transformationale Führung (TF)	0,129	0,081	0,136	0,112	
Engagement der Krankenhausleitung (KHLeit)	0,252	0,056	0,375	0	
Stress in Bezug auf die Arbeit (StressArb.)	-0,213	0,083	-0,21	0,011	
Teamatmosphäre (Teamat.)	0,158	0,073	0,18	0,034	
Korr. $R^2$ Gesamt 0,351; $p < 0,001$ ;					
Anmerkungen: Abhängige Variable: Organisationales Commitment Werte von 0 (stimme dieser Aussage überhaupt nicht zu) bis 4 (stimme voll und ganz zu);					
Unabhängige Variablen: TF: Gesamtskala transformationales Führungsverhalten Wertebereich von 0 (nie) bis 4 (meistens, wenn nicht immer); KHLeit von 0 (gar nicht) bis 4 (außerordentlich); StressArb. von 0 (fast nie) bis 3 (meistens); Teamat.: von 0 (gar nicht) bis 4 (außerordentlich); N=108.					

mittelmäßig gut macht ( $M=2,01$ ;  $SD=1,28$ ,  $N=111$ ). 36,9% sind der Meinung, dass diese ihren Job gar nicht ( $n=16$ ) oder kaum ( $n=25$ ) gut macht.

Befragte bewerten die Führungsarbeit einer Leitung mit Weiterbildung nicht besser ( $Md=2$ ;  $U=633,500$ ;  $p=0,563$ ), als wenn diese keine absolviert hat ( $Md=2$ ,  $N=95$ ; Weiß nicht=16).

**Diskussion**

Die Ergebnisse werden getrennt nach Forschungsziel diskutiert. Im Anschluss wird die Methodik kritisch beleuchtet.

**Wahrgenommenes Führungsverhalten nach dem Full Range of Leadership Model**

In einem ersten Schritt sollte die Frage beantwortet werden, in welchem Maße Führungsverhalten nach dem Full Range of Leadership Model von den Geführten wahrgenommen wird. Die befragten Hebammen nehmen TF bei den leitenden Hebammen durchschnittlich *manchmal* oder *etwas weniger als manchmal* wahr ( $1,77 IS <= M <= 2,12 I Ib$ ).

Zunächst konnten die Annahmen des Full Range of Leadership Models für diese Studienpopulation bestätigt werden: Die fünf transformationalen Führungsdimensionen (*Ila*, *I Ib*, *IS*, *IM*, *IC*) sowie *CR* korrelieren hoch mit den erhobenen Erfolgsfaktoren von Führung, mit wahrgenommener *Effektivität der Führungskraft EF* ( $0,524 IM <= r <= 0,843 I Ia$ ) und mit *Zufriedenheit mit der Leitung* ( $0,488 IM <= r <= 0,843 IC$ ). Entsprechend der Modellannahmen zeigen sich auch hoch negative

Zusammenhänge von *LF* mit *SAT*, ( $r=-0,733$ ;  $p=0,000$ ) und *EF* ( $r=-0,825$ ;  $p=0,000$ ). Somit ist auch im Kontext von Hebammenarbeit ein hohes Maß transformationalen Führungsverhaltens und ein niedriges Maß passiven Führungsverhaltens erstrebenswert.

Verglichen mit den Ergebnissen einer Studie aus der Pflege [26] und den Werten einer branchenübergreifenden Stichprobe aus Deutschland [39] wird aus Sicht der Hebammen in dieser Erhebung jedoch weniger transformationales Führungsverhalten und mehr passives Führungsverhalten ihrer Leitungen gezeigt (Abbildung 1).

Zu bedenken ist, dass eine gewisse negative Verzerrung der Ergebnisse durch Selbstselektion zu erwarten ist (siehe auch Limitationen).

Auf der anderen Seite gibt es Faktoren, die sich gegenteilig auswirken, so dass die Ergebnisse für TF eher hoch ausfallen müssten: Aufgrund der Ähnlichkeiten der TF mit hebammenspezifischen Handlungsweisen wird eher ein hohes Maß TF bei leitenden Hebammen vermutet [13]. Zudem ist davon auszugehen, dass die Führenden, wie Geführten, in der Befragung vornehmlich Frauen sind. Es ist bekannt, dass Frauen häufiger transformational führen als Männer und dass weibliche Geführte ihre Führungskraft höher transformational einschätzen als männliche [5, 19].

Zusammengenommen wird vermutet, dass die niedrigen Werte transformationaler Führung nicht allein auf den Selbstselektionsbias zurückzuführen sind.

Ursächlich für das niedrige Maß an TF können hinderliche Arbeitsbedingungen auf Seiten der Leitungen sein. Nach der Erhebung von Albrecht et al. [2] sind nur 5% der

**DURCHSCHNITTSWERTE DER DIMENSIONEN NACH DEM FULL RANGE OF LEADERSHIP MODEL IM VERGLEICH**

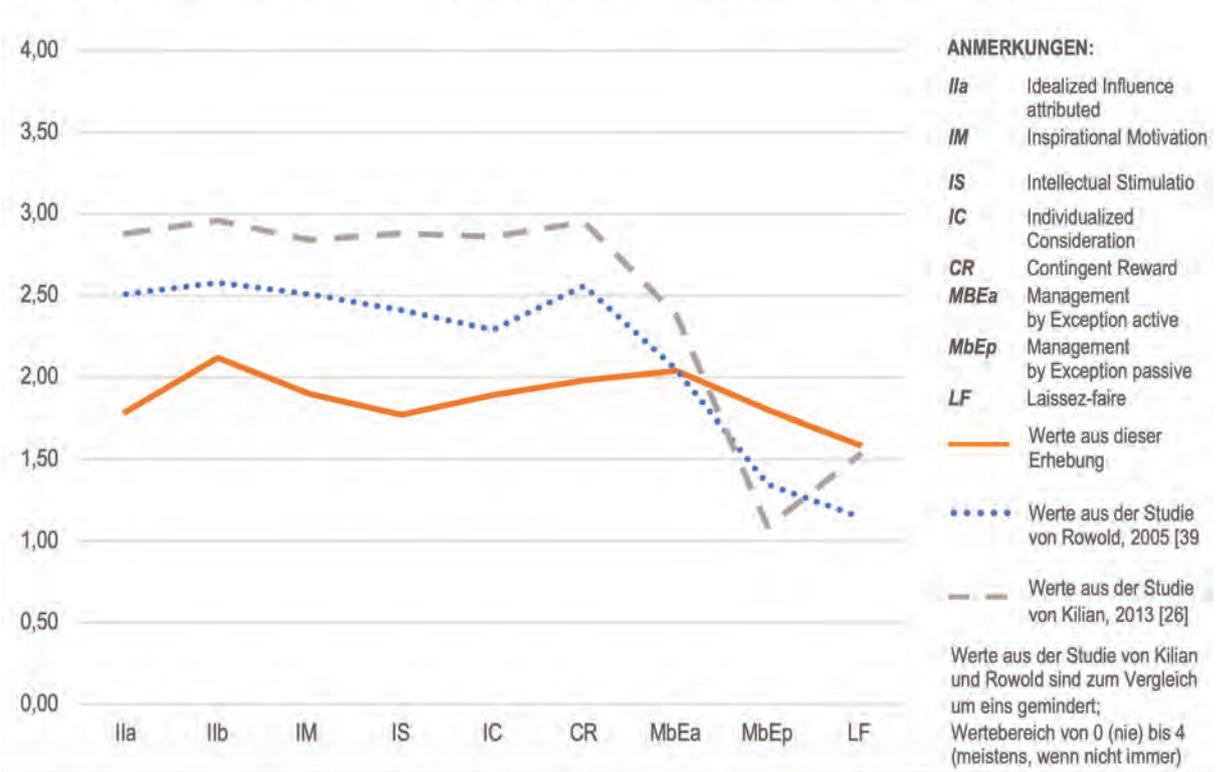


Abbildung 1: Durchschnittswerte der Dimensionen nach dem Full Range of Leadership Model im Vergleich zu anderen Studienergebnissen aus Deutschland

leitenden Hebammen für ihre Arbeit als Führungskraft komplett freigestellt. Die Arbeit der Leitungen wird vermutlich auch durch ihre „Sandwichposition“ im Krankenhaus erschwert: Sie befinden sich zwischen den Erwartungen und Ansprüchen der Pflegedienstleitung (PDL), Krankenhausleitung, ärztlichen Leitung und den Geführten [37]. Aufgaben werden von oben nach unten weitergegeben, was die Belastung erhöht. Gleichzeitig ist der Handlungsspielraum in dieser Position oft gering [8].

Es erscheint schwierig unter solchen Bedingungen ein Team im Sinne von TF zu führen.

### Transformationale Führung und Organisationales Commitment

Die zweite Forschungsfrage zielt auf die Identifikation eines möglichen Zusammenhangs zwischen transformationalem Führungsverhalten und dem OC der Hebammen unter Berücksichtigung sozialer und organisationaler Faktoren ab.

Insgesamt ist das OC der Befragten niedrig ( $M=1,69$ ) und liegt deutlich unter dem Durchschnitt aus der Studie von Maier und Woschée [31] mit  $M=2,11$ <sup>1</sup>. Dies könnte auf die Besonderheit des Krankenhauses als Expert\*innenorganisation zurückzuführen sein. In solchen identifizieren sich die Fachkräfte weniger mit der Organisation als mit der eigenen Berufsgruppe [40].

Als Prädiktoren für OC zeigen sich das *Engagement der Krankenhausleitung für den Bereich* ( $\beta=0,375$ ;  $p=0,000$ ), *Stress in Bezug auf die Arbeit* ( $\beta=-0,210$ ;  $p=0,011$ ) und *Teamatmosphäre* ( $\beta=0,180$ ;  $p=0,034$ ), was mit den Ergebnissen anderer Forschungsarbeiten korrespondiert [2, 3, 34, 42].

TF korreliert bivariat mit OC ( $r=0,343$ ;  $p=0,000$ ), was im Bereich der Werte internationaler Studien aus dem pflegerischen Bereich liegt ( $0,15 \leq r \leq 0,495$ ) [4, 11]. In der multivariaten Analyse liegt jedoch im letzten Schritt kein unabhängiger signifikanter Beitrag der TF zur Varianzaufklärung mehr vor. Dies könnte auf einen geringen Eigenanteil der TF sowie eine nicht ausreichende Stichprobengröße zurückzuführen sein. Felfe [17] schildert, der Beitrag von Führung sei deutlich verringert, wenn für Arbeitsmerkmale kontrolliert wurde. Avolio et al. [4] beschreiben außerdem, dass der Effekt von Führung für das OC höher ist, je größer die Distanz zwischen Führungsperson und Geführten in der Hierarchie ist. Das passt zu dem Befund, dass der Einfluss des Verhaltens der Krankenhausleitungen in dieser Erhebung größer ausfällt als das der leitenden Hebammen. TF wird auch mit persönlicher Identifikation mit den Zielen der Gruppe, Stolz auf die Gruppe und kollektiver Selbstwirksamkeit in Verbindung gebracht [6]. Die Wirkung auf das Teamgefühl könnte erklären, warum sich der signifikante Beitrag des Führungsverhaltens mit dem Einschluss der Variable *Teamatmosphäre* aufhebt. Somit würde der Zusammenhang zwischen TF und OC partial durch *Teamatmosphäre* mediiert werden.

### Führungsweiterbildung

Befragte bewerten ihre Leitung nicht besser, wenn diese eine Führungsweiterbildung absolviert hat. Dies könnte auf mangelnde Wirksamkeit der Programme hinweisen. Jedoch ist bei der Interpretation auch zu beachten, dass nicht unterschieden wurde, was für eine Leitungs-

<sup>1</sup> Der Mittelwert aus der Studie von Maier und Woschée (2002) wurde hier um eins vermindert dargestellt, da in der Studie der beiden Forschenden die Skala um eins nach rechts verschoben ist, also von eins bis fünf.

weiterbildung durchlaufen wurde und wie lange diese zurückliegt. Hier zeigt sich weiterer Forschungsbedarf.

### Methodenkritik und Limitationen

Die erhobenen Informationen zu Führung stellen die subjektive Wahrnehmung der teilnehmenden Hebammen dar. Dies ist insofern sinnvoll, da diese für die Reaktion der Geführten und damit für den Führungserfolg entscheidend ist. Möglich ist jedoch, dass die Hebammen in Leitungspositionen ihr eigenes Führungsverhalten ganz anders einschätzen.

Die Rekrutierungsmethode über digitale Medien könnte mit dafür verantwortlich sein, dass junge Hebammen überrepräsentiert sind. Möglicherweise liegt dies aber auch daran, dass es für junge Menschen in der Phase des Berufsstartes typisch ist, sich eine gute Führungskraft zu wünschen [30]. Da es sich um eine Gelegenheitsstichprobe handelt, ist eine Verzerrung durch Selbstselektion unvermeidbar. Dies könnte sich hinsichtlich des OCs dadurch verstärkt haben, dass Hebammen teilnehmen durften, die ihre Arbeit im Krankenhaus aufgegeben haben. Dieses Kriterium hatte jedoch auch den Grund, einen Sampling Bias zu vermeiden und diese Gruppe nicht systematisch auszuschließen. Schlussendlich ist auch ein Recall Bias bei der Frage möglich, ob die Leitung eine Führungsweiterbildung absolviert hat. Dem wurde aber mit der Integration eines „Weiß nicht“-Feldes vorgebeugt.

Es ist unklar, wie sehr die Ergebnisse generalisierbar sind. Vermutlich besteht aber zumindest für die hier besonders vertretenen jungen Hebammen mit Hochschulabschluss eine Aussagekraft.

Erschwerend für die Aussagekraft der Analysen kommt die nicht erreichte angestrebte Stichprobengröße von 150 Teilnehmenden hinzu. In der multivariaten Regressionsanalyse zur Erklärung des OCs konnte entgegen der Erwartung kein signifikanter Beitrag der TF festgestellt werden, was auf einen Fehler erster Art zurückzuführen sein könnte.

Außerdem ist zu beachten, dass eine Mehrfachteilnahme an der Befragung nicht vollständig auszuschließen war, um die Anonymität der Teilnehmenden zu gewährleisten.

Das Design der Querschnittsstudie lässt zudem keine kausalen Aussagen zu.

### Schlussfolgerung

**Führungsverhalten:** Die vorliegende Erhebung gibt erste Hinweise auf das praktizierte Führungsverhalten von leitenden Hebammen in Kliniken in Deutschland. Trotz der genannten Limitationen kann ein geringes Maß an TF vermutet werden. Die Ergebnisse dieser Arbeit deuten darauf hin, dass Teams mit Hebammen davon profitieren, wenn transformational geführt wird. Gleichzeitig zeigen auch das hohe Maß an Laissez-faire Führung sowie der Befund, dass 36,9% der Befragten die Führungsarbeit als *gar nicht* ( $n=16$ ) oder *kaum* ( $n=25$ ) gut bewerten, Handlungsbedarf auf.

Dies impliziert, dass leitende Hebammen transformationales Führungsverhalten anstreben sollten. Dabei dürfen sie sich auf ihre Hebammenkompetenzen besinnen und „Midwifing the midwives“ [23, S. 3] praktizieren: So, wie Frauen in der Hebammenbetreuung

Lob und Anerkennung zugesprochen wird, Entscheidungen gemeinsam getroffen werden, ihnen geholfen wird, Herausforderungen zu überwinden und den Sinn ihrer Anstrengungen nicht aus den Augen zu verlieren, so kann auch das Verhalten gegenüber den Geführten gestaltet werden. Gleichzeitig erscheint es unverzichtbar, die Arbeitssituation der leitenden Hebammen zu verbessern, damit diese die Kapazität haben, zu führen.

**Führung und OC:** Die dargestellte Evidenz lässt keinen Rückschluss zu, ob TF einen positiven unabhängigen Einfluss auf das OC von Hebammen hat. Dies ist anhand der Daten jedoch auch nicht auszuschließen und sollte weiter untersucht werden. Dennoch ergeben sich wichtige Hinweise zur Förderung von OC aus den Berechnungen:

Die Ergebnisse legen die Bedeutung der Führungskräfte der höheren Hierarchieebenen nahe. Ein interessantes Tool für Krankenhausleitungen und PDLs hierfür könnte der sog. „Gemba Walk“ aus dem Lean Management sein [25]. Hierbei sind alle Führungskräfte aufgefordert, ihren Schreibtisch gelegentlich zu verlassen, die Mitarbeitenden bei der Arbeit aufzusuchen und mit ihnen ins Gespräch zu kommen.

Zur Reduktion arbeitsbezogenen Stresses sollte die Arbeitssituation von Hebammen in der Klinik verbessert werden. Der DHV schlägt zur Entlastung die Einstellung von mehr Hebammen sowie von fachfremden Personen vor, die z.B. Telefondienste und Reinigungsaufgaben übernehmen könnten [14].

Für die leitenden Hebammen zeigt sich ein zentraler Ansatzpunkt in der Verbesserung der Teamatmosphäre. Ideen hierfür sind soziale Aktivitäten mit dem Team, interdisziplinäre Fallbesprechungen und die TF. Im gemeinsamen Arbeitsprozess Hürden zu überwinden und gemeinsam Lösungen zu finden, wirke sich positiv auf Gruppen aus [6].

**Forschung:** Diese Arbeit zeigt deutlich weiteren Forschungsbedarf auf. Weiterführende Studien sollten mit probabilistischen Stichproben mit größerer Fallzahl durchgeführt werden. Besonders auch ältere Hebammen ohne Hochschulabschluss sollten erreicht werden. Dies könnte durch den Einsatz von Papierfragebögen gelingen, da Hebammen dafür in der HebAB.NRW Studie eine Präferenz gezeigt haben [7].

Auch die Arbeitsbedingungen der leitenden Hebammen scheinen ein Schlüssel zu sein, um Führung zu verbessern. Hier könnte qualitative Forschung geeignet sein, die Herausforderungen und das Verständnis leitender Hebammen hinsichtlich ihrer Führungsaufgabe zu erforschen. Insgesamt würde das Thema Führung und OC vermutlich sehr von Erkenntnissen aus qualitativer Forschung profitieren.

Thematisch zu kurz kamen in dieser Arbeit auch die Führung von Teams mit freiberuflich arbeitenden Hebammen oder in hebammengeleiteten Kreißsälen.

Abschließend sollten auch die Führungsweiterbildungen auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden.

**Fazit:** Diese Arbeit leistet einen ersten Beitrag zur Analyse von Führung im Kontext klinischer Hebammenarbeit. Die Ergebnisse lassen die These zu, dass das Führungsverhalten der leitenden Hebammen insgesamt verbesserungswürdig und das OC der Hebammen niedrig

ist. Im Blick auf OC von Hebammen ergeben sich für Krankenhausleitungen/ PDL und leitende Hebammen die Aufgaben, ihrer Führungsaufgabe nachzukommen, Stress für die Hebammen zu reduzieren und, die Teamatmosphäre zu verbessern.

**Interessenkonflikt:** Die Arbeit wurde aus Eigenmitteln finanziert und es liegt kein Interessenskonflikt vor.

#### LITERATURANGABEN

1. Abgeordnetenhaus Berlin. Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für die Heranbildung von Pflegefachkräften für leitende Funktionen vom 30. Juni 1996. Zuletzt geändert durch Artikel I des Gesetzes vom 09.11.2005. GVBl. Berlin. 2005,(40):718.
2. Albrecht M, Bock H, Heiden I ad, Loos S, Ochmann R, Sander M, et al. Stationäre Hebammenversorgung: Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit [Internet]. Berlin: IGES Institut; 2019 [Zugriff 07.06.2022]. Verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Berichte/stationaere\\_Hebammenversorgung\\_IGES-Gutachten.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/stationaere_Hebammenversorgung_IGES-Gutachten.pdf).
3. Alipour F, Kamaee Monfared M. Examining the relationship between job stress and organizational commitment among nurses of hospitals. *Patient Saf Qual Impro.* 2015;3(4):277–80. DOI: 10.22038/psj.2015.5250.
4. Avolio BJ, Zhu W, Koh W, Bhatia P. Transformational leadership and organizational commitment: Mediating role of psychological empowerment and moderating role of structural distance. *J Organ Behav.* 2004;25(8):951–68. DOI: 10.1002/job.283.
5. Bass BM, Avolio BJ, Atwater L. The transformational and transactional leadership of men and women. *Appl Psychol Int Rev.* 1996;45(1):5–34. DOI: 10.1111/j.1464-0597.1996.tb00847.x.
6. Bass BM, Riggio RE. *Transformational Leadership*. 2. Aufl. Riggio RE, Hrsg. Mahwah: Taylor and Francis; 2005. S.296. DOI: 10.4324/9781410617095.
7. Bauer NH, Villmar A, Peters M, Schäfers R. HebAB.NRW – Forschungsprojekt „Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen“. Abschlussbericht der Teilprojekte Mütterbefragung und Hebammenbefragung. Bochum: Hochschule für Gesundheit; 2020. S.221. DOI: 10.13140/RG.2.2.26614.83529.
8. Bergmann B. Personalmanagement im Krankenhaus: Mitarbeiterorientierung ist Chefsache. *Dtsch Arztebl International.* 2012; 109(6):278–80.
9. Blum K, Löffert S. Gibt es einen Hebammenmangel in Deutschland? *Public Health Forum.* 2021;29(2):163–5. DOI: 10.1515/pubhef-2021-0025.
10. Bode A, Bauer NH, Hellmers C. Arbeitszufriedenheit von Hebammen im Kreißaal. *Die Hebamme.* 2016;29(02):118–23. DOI: 10.1055/s-0042-100785.
11. Brewer CS, Kovner CT, Djukic M, Fatehi F, Greene W, Chacko TP, et al. Impact of transformational leadership on nurse work outcomes. *J Adv Nurs.* 2016;72(11):2879–93. DOI: 10.1111/jan.13055.
12. Bundesärztekammer. Curriculum Ärztliche Führung. [Internet] 2007 [Zugriff: 20.05.2021]. Verfügbar unter: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/CurrFuehrung2007.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/CurrFuehrung2007.pdf).
13. Byrom S, Downe S, Byrom A. Transformational Leadership and Midwifery: A Nested Narrative Review. In: Downe S, Byrom S, Simpson L, Hrsg. *Essential Midwifery Practice: Leadership, Expertise and Collaborative Working*. 1. Aufl. Oxford: Blackwell Publishing; 2011. S.23–43. DOI: 10.1002/9781118784990.ch2.
14. Deutscher Hebammenverband. Die Arbeitssituation von angestellten Hebammen in Kliniken – Hebammenbefragung 2015 [Internet]. 2016 [Zugriff: 11.08.2020]. Verfügbar unter: [https://www.hebammenverband.de/fileadmin/download/DHV\\_Studie\\_Hebammenbefragung2015\\_final\\_web.pdf](https://www.hebammenverband.de/fileadmin/download/DHV_Studie_Hebammenbefragung2015_final_web.pdf).

15. Döring N, Bortz J. Operationalisierung. In: Döring N, Bortz J, Hrsg. Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer; 2016. S.221-89. DOI: 10.1007/978-3-642-41089-5\_8.
16. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007;39(2):175-91. DOI: 10.3758/BF03193146.
17. Felfe J. Transformationale und charismatische Führung - Stand der Forschung und aktuelle Entwicklungen. *Z Personalpsychol*. 2006;5(4):163-76. DOI: 10.1026/1617-6391.5.4.163.
18. Felfe J, Ducki A, Franke F. Führungskompetenzen der Zukunft. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M, Hrsg. Fehlzeiten-Report 2014: Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten. Berlin, Heidelberg: Springer; 2014. S.139-48. DOI: 10.1007/978-3-662-43531-1\_14.
19. Felfe J, Schyns B. Personality and the Perception of Transformational Leadership: The Impact of Extraversion, Neuroticism, Personal Need for Structure, and Occupational Self-Efficacy. *J Appl Soc Psychol*. 2006;36(3):708-39. DOI: 10.1111/j.0021-9029.2006.00026.x.
20. Fliege H, Rose M, Arck P, Levenstein S, Klapp BF. PSQ Perceived Stress Questionnaire [Verfahrensdokumentation aus PSYINDEX Tests-Nr. 9004426, PSQ20-Skalenberechnung, PSQ20-Fragebogen Englisch, Deutsch, Deutsch (letzte 2 Jahre)]. In: Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID), Hrsg. Elektronisches Testarchiv. Trier: ZPID; 2009. DOI: 10.23668/psycharchives.351.
21. Gemeinsamer Bundesausschuss. Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen. Fassung vom 20. September 2005, in Kraft getreten 01. Januar 2006. *Bundesanzeiger BAnz*. Nr. 205 (S. 15 684) vom 28.10.2005.
22. Harvie K, Sidebotham M, Fenwick J. Australian midwives' intentions to leave the profession and the reasons why. *Women Birth*. 2019;32(6):e584-93. DOI: 10.1016/j.wombi.2019.01.001.
23. Hewitt L, Priddis H, Dahlen HG. What attributes do Australian midwifery leaders identify as essential to effectively manage a Midwifery Group Practice? *Women Birth*. 2019;32(2):168-77. DOI: 10.1016/j.wombi.2018.06.017.
24. Jackson TA, Meyer JP, Wang X-H. Leadership, commitment, and culture: A meta-analysis. *J Leadersh Organ Stud*. 2013;20(1):84-106. DOI: 10.1177/1548051812466919.
25. Kaplan GS. Defining a New Leadership Model to Stay Relevant in Healthcare. *Front Health Serv Manage*. 2020;36(3):12-20. DOI: 10.1097/hap.000000000000077.
26. Kilian R. Transformationale Führung in der Pflege als Beitrag zur Managemententwicklung: empirische Studie zum Führungsstil von Stationsleitungen im Krankenhaus. Hamburg: Kovač; 2013. S.342.
27. Leiner DJ. SoSci Survey (Version 3.2.21) [Computer software]. 2019 [Zugriff 05.11.2020]. Verfügbar unter: <https://www.sosicisurvey.de/>
28. Leonhart R. Lehrbuch Statistik: Einstieg und Vertiefung. 2. Aufl. Bern: Hogrefe; 2009. S.709. DOI: 10.1024/85797-000.
29. Löffert S, Strohbach H. Landesprojekt „Führung im Krankenhaus in Rheinland-Pfalz“. Mainz: Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz; 2018. S.171.
30. Lüthy A. Krankenhäuser als attraktive Arbeitgeber: Mitarbeiterkultur erfolgreich entwickeln. Ehret T, Hrsg. Stuttgart: Kohlhammer; 2013. S.228.
31. Maier GW, Woschée R-M. Die affektive Bindung an das Unternehmen: Psychometrische Überprüfung einer deutschsprachigen Fassung des Organizational Commitment Questionnaire (OCQ) von Porter und Smith (1970). *Z Arb Organ*. 2002;46:126-36. DOI: 10.1026//0932-4089.46.3.126.
32. Maier GW, Woschée R-M. Organizational Commitment Questionnaire - German Version [PsycTESTSRecord]. 2002 [Zugriff 28.08.2020]. Verfügbar unter: [https://zis.gesis.org/skala/Maier-Wosch%C3%A9-Deutsche-Fassung-des-Organizational-Commitment-Questionnaire-\(OCQ-G\)](https://zis.gesis.org/skala/Maier-Wosch%C3%A9-Deutsche-Fassung-des-Organizational-Commitment-Questionnaire-(OCQ-G))
33. Meyer JP, Allen NJ. A three-component conceptualization of organizational commitment. *HRMR*. 1991;1(1):61-89. DOI: 10.1016/1053-4822(91)90011-Z.
34. Meyer JP, Stanley DJ, Herscovitch L, Topolnitsky L. Affective, continuance, and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. *J Vocat Behav*. 2002;61(1):20-52. DOI: 10.1006/jvbe.2001.1842.
35. Mowday RT, Steers RM, Porter LW. The measurement of organizational commitment. *J Vocat Behav*. 1979;14(2):224-47. DOI: 10.1037/0021-9010.87.6.1183.
36. Oechsler WA. Personal und Arbeit: Einführung in das Personalmanagement. 11. überarb. und aktual. Aufl. Paul C, Hrsg. Berlin, Boston: De Gruyter; 2018. S.640. DOI: 10.1515/9783110349498.
37. Quell-Liedke S. Kreifsaalleitung: Wer? Wie? Was? *Hebammenforum*. 2010;11(10):850-3.
38. Rigotti T, Holstad T, Mohr G, Stempel C, Hansen E, Loeb C, et al. Rewarding and sustainable healthpromoting leadership. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; 2014. S.249.
39. Rowold J. Multifactor Leadership Questionnaire - Psychometric properties of the German translation by Jens Rowold. Menlo Park, CA, USA: MindGarden; 2005. S.28.
40. Rybnicek R, Bergner S, Suk K. Führung in Expertenorganisationen. In: Felfe J, Dick Rv, Hrsg. Handbuch Mitarbeiterführung: Wirtschaftspsychologisches Praxiswissen für Fach- und Führungskräfte. Berlin, Heidelberg: Springer; 2016. S.227-37. DOI: 10.1007/978-3-642-55080-5\_42.
41. Schmidt-Huber M, Hörner K, Weisweiler S. Wirksames Führungsverhalten von Oberärzten und pflegerischen Stationsleitungen unter der Lupe: Führen Pflegekräfte anders als Ärzte? *ZFPG*. 2015;1(3):28-43. DOI: 10.17193/HNU.ZFPG.01.03.2015-07.
42. Schmidt C, Halbe B, Wolff F. Generation Y – Wie muss das Management einer Frauenklinik den Anforderungen und Bedürfnissen einer jungen Generation entgegenkommen? *Gynaekologe*. 2015;48(7):528-36. DOI: 10.1007/s00129-015-3742-8.
43. Sfantou DF, Laliotis A, Patelarou AE, Sifaki-Pistolla D, Matalliotakis M, Patelarou E. Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. *Healthcare*. 2017;5(4):73-90. DOI: 10.3390/healthcare5040073.
44. Spieß E, Rosenstiel Lv. Organisationspsychologie: Basiswissen, Konzepte und Anwendungsfelder. Berlin, Boston: De Gruyter; 2012. 285 S. DOI: 10.1524/9783486710274.
45. Stahl K. Arbeitssituation von angestellten Hebammen in deutschen Kreißsälen – Implikationen für die Qualität und Sicherheit der Versorgung. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2016 (in press). DOI: 10.1016/j.zefq.2016.07.005.
46. The jamovi project. Jamovi (Version 1.6) [Computer Software]. 2021 [Zugriff: 18.02.2021]. Verfügbar unter: <https://www.jamovi.org>
47. Treier M. Personalpsychologie kompakt. Weinheim: Beltz; 2011. S.220.
48. Tsai Y. Relationship between organizational culture, leadership behavior and job satisfaction. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(1):98. DOI: 10.1186/1472-6963-11-98.
49. Wagner A, Rieger MA, Manser T, Sturm H, Hardt J, Martus P, et al. Healthcare professionals' perspectives on working conditions, leadership, and safety climate: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):53. DOI: 10.1186/s12913-018-3862-7.
50. Walenta C. Empirie der Führung. In: Sichler R, Heimerl P, Hrsg. Strategie, Organisation, Personal, Führung. Wien: Facultas-Verlag; 2012. S.495-532.

## Geschlechtersensible Sprache in der Hebammenarbeit: Wieviel sprachliche Geschlechterneutralität verträgt sich mit dem Schutz der Vulnerabilität von Müttern und ihren Kindern?

Ein Diskussionsbeitrag

### Hintergrund

Sprache stellt ein Kommunikationsinstrument zwischen Menschen dar und ist Ausdruck und Träger von Kultur [46]. Sie wird dadurch zum Spiegel einer Gesellschaft, ihrer Haltungen, Einstellungen und Überzeugungen. Sprache ist aber auch Werkzeug, mit dem Wirklichkeit hergestellt und geprägt wird und beeinflusst die Emotionen des Empfängers [51]. In diesem Bewusstsein verwenden Hebammen in ihrer Arbeit zunehmend bewusst andere Worte für tradierte, aber wertende oder gewaltvolle Begriffe wie „Presswehen“, „Milcheinschuss“, „Blasensprengung“ und „Austreibungsphase“. Eine achtsame Sprache gegenüber werdenden Eltern und Familien soll Ängsten und negativen Bewertungen entgegenwirken und Vertrauen auf ihre Fähigkeiten vermitteln.

Im Zuge der allgemeinen Gender-Debatte und um eine Offenheit gegenüber trans\*, queeren/non-binären oder intergeschlechtlichen Personen zu signalisieren, werden im professionellen Dialog an Hochschulen zunehmend die Worte Frau und Mutter vermieden und stattdessen geschlechterneutrale Formulierungen wie „Personen mit Uterus“, „schwangere/gebärende Personen“ oder „Eltern im Wochenbett“ verwendet. Eine solche geschlechterneutrale Sprache wird oft missverständlich als „gender-“ oder „geschlechtergerecht“ oder „geschlechtersensibel“ angesehen. Eine geschlechtergerechte Sprache zielt jedoch auf eine sprachliche Sichtbarmachung aller Geschlechter ab und beinhaltet nicht automatisch die Neutralisierung aller Bezugnahmen auf das biologische oder soziale Geschlecht.

Genau hier setzt eine Diskussion mit hohem internationalem Interesse innerhalb der Hebammenwissenschaft [26] an. Hauptargument gegen eine geschlechterneutrale Sprache ist die Befürchtung, dass schwangere und gebärende Frauen, Mütter und ihre Neugeborenen und auch Mädchen, die aufgrund ihres weiblichen Geschlechts eine vulnerable Personengruppe mit eigenen Bedürfnissen in der Gesundheitsversorgung darstellen und deshalb auch unter besonderem Schutz der Vereinten Nationen stehen [Artikel 25 "motherhood and childhood are entitled to special care and assistance", 56], sprachlich nicht mehr benannt und so in ihrer Schutzwürdigkeit unsichtbar werden. So ist doch aus der Linguistik bekannt, dass nur das, was sprachlich benannt wird, auch sichtbar ist und was nicht benannt wird, auch nicht existent ist und verborgen bleibt [9].

Die Auswirkungen einer geschlechterneutralen Sprache in der Hebammenarbeit müssen auch in Deutschland offen diskutiert und sorgfältig bedacht werden. Dieser Artikel soll zur Diskussion beitragen.

### Begriffsbestimmungen: Geschlecht und Geschlechtsidentität

Das Geschlecht (engl. Sex) ist ein genetisch, anatomisch und hormonell geformtes, individuelles Merkmal eines Menschen mit eigenen psychischen und sozialen Erscheinungsformen [32]. Dabei ist die Binarität „weiblich“ und „männlich“ konstituierend für die geschlechtliche Fortpflanzung – ein Grundprinzip in der Natur, das evolutionsgeschichtlich einen Vorteil gegenüber der ungeschlechtlichen Vermehrung bot [60].

Mit der Verschmelzung von Eizelle und Samenzelle und der Kombination der Geschlechtschromosomen wird das chromosomale Geschlecht des Embryos festgelegt. In der Embryonalentwicklung differenzieren sich ab der 6. Woche die zunächst indifferenten Gonaden und Genitalien des Embryos, und nehmen nach und nach männliche oder weibliche Merkmale an, ausgelöst durch eine komplexe Interaktion von vielen unterschiedlichen Genen und initiiert durch das "SRY"-Gen (sex-determining region Y) auf dem Y-Chromosom [50]. Die Geschlechtsentwicklung kann auf chromosomaler, gonadaler und/oder anatomischer Ebene untypisch verlaufen; man spricht von **Varianten der Geschlechtsentwicklung** (Intergeschlechtlichkeit, Variationen der körpergeschlechtlichen Merkmale) [50]. Nur bei einem Teil intergeschlechtlicher Menschen sind bei der Geburt Abweichungen in den äußerlich sichtbaren Genitalien vorhanden – man geht von etwa 150 Neugeborenen pro Jahr in Deutschland aus; bei anderen wirken sich die Abweichungen erst in der Pubertät aus oder werden zeitlebens nicht entdeckt [50]. Die Gesamthäufigkeit von Varianten der Geschlechtsentwicklung bzw. des urogenitalen Systems liegt zwischen 0,018 % und 2,1 % bzw. 3,8 % aller Geburten [31]. Intergeschlechtlichkeit ist kein „drittes Geschlecht“, sondern eine individuelle Ausprägung von weiblichen und männlichen Anteilen [13].

Abhängig von den biologischen, also chromosomalen, gonadalen und hormonalen Determinanten, entwickelt sich die **Geschlechtsidentität** (engl. Gender), d.h. die innere Wahrnehmung und Gefühl zum eigenen Geschlecht und dessen sozialer und kultureller Dimension. Die Geschlechtsidentität einer Person ist ein Resultat des Zusammenwirkens von Anlage und Umwelt, also Biologie und Kultur. Zum einen sind es hormonelle Einflüsse, die von der Embryonalentwicklung bis zur Pubertät die Aktivität von Genen aktivieren oder hemmen [60]. Zum anderen entwickelt ein Säugling durch körperlich-genitale Empfindungen ein Bewusstsein der eigenen sexuellen Körperlichkeit. Nicht zuletzt vermitteln Eltern natürlicherweise ihrem Kind über bewusste und unbewusste verbale und körpersprachliche Interaktionen automatisch Erwartungen an die Geschlechtsidentität und Geschlechtsrolle [5]. Die Kategorien weiblich und männlich mit den sich daraus ergebenden Stereotypen und Rollenzuschreibungen sind hierbei weltweit anzutreffen. Beim Kind setzen durch diese prägenden Erfahrungen Identifizierungs- und Ablehnungsprozesse ein und bereits vor dem 2. Geburtstag, etwa im Alter von 18 Monaten, hat eine Person i.d.R. eine Vorstellung davon, zu welchem Geschlecht bzw. zu welcher Geschlechtsrolle sie bzw. er sich zugehörig fühlt. Dies ist psychologisch betrachtet ein instinktiver, orientierungsgebender und identitätsstiftender Prozess [5].

In den allermeisten Fällen fühlt sich der Mensch im Einklang mit dem Geschlecht. Ist das nicht so, spricht man von **Genderinkongruenz**. Personen bezeichnen sich

#### Autor\*innen

Prof. Dr. **Sabine Striebich**  
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Prof. Dr. **Claudia Plappert**  
Universität Tübingen

selbst als Transgender, transident, transgeschlechtlich, Trans\* oder einfach trans (als Adjektiv) [20]. Das Trans\*-Spektrum beinhaltet auch Personen, die sich nicht als Mann bzw. Frau verstehen, sondern als etwas anderes (transgender, genderqueer, genderfluide, nonbinär, agender) [20, 21]; die Geschlechtsidentität kann eine Person jeweils nur selbst angeben [14].

Das Gefühl der Fremdheit zum eigenen Körper kann einen Leidensdruck verursachen und wird als **Geschlechtsdysphorie** bezeichnet. Schätzungen gehen von 5 bis 14 von 10.000 der geburtsgeschlechtlichen Männer (0,005 bis 0,014%) und 2 bis 3 von 10.000 der geburtsgeschlechtlichen Frauen (0,002 bis 0,003%) aus [10]. Mit der sexuellen Orientierung, also der Frage, zu welchen Personen man sich sexuell oder romantisch hingezogen fühlt (hetero-, homo-, pan- oder bisexuell), steht die Geschlechtsidentität in keinem Zusammenhang.

Eine besondere gesellschaftliche Aufmerksamkeit in Deutschland erlangten die Bedürfnisse von trans\*-Personen durch die theoretische soziologische Queer-Strömung, die auf die US-amerikanische feministische Philosophin Judith Butler zurückgeht [19]. Die Queer-Theorie sieht die Normen-bildende Dichotomie des männlichen und weiblichen sozialen Geschlechts (Gender) in der Gesellschaft aus Perspektive des sozialen Konstruktivismus als Ausgangspunkt jeder Diskriminierung, Pathologisierung und Ausgrenzung aller Personen in der Gesellschaft an, die dieser Dichotomie nicht entsprechen. Daher müsse die sog. „heteronormative Zweigeschlechtlichkeit“ gesellschaftlich überwunden werden [19].

### Lebens-/Gesundheitssituation und Bedürfnisse von inter\* und trans\* Personen

Eltern von Kindern, deren Geschlechtsmerkmale bei der Geburt nicht eindeutig weiblich oder männlich sind, können seit 2018 im Personenstandsregister den Eintrag „divers“ oder „unbekannt“ wählen (sog. „dritte Option“, Gesetz zur Änderung der in das Geburtenregister einzutragenden Angaben vom 18. Dezember 2018 (BGBl. I Seite 2635)), um ihrem Kind ein Leben nach dem eigenen geschlechtlichen Selbstverständnis zu ermöglichen. Die medizinische Beratung sollte achtsam und individuell erfolgen, geschlechtsangleichende operative Eingriffe sind aufgrund der langfristigen Folgen für die Persönlichkeit des Kindes seit 2021 gesetzlich geregelt und nur unter besonderen Bedingungen zulässig [11].

Junge Menschen, die sich nicht mit ihrem biologischen Geschlecht identifizieren, erleben vielfältige Stigmatisierung, Diskriminierung und sind Zielscheibe von Angriffen. Diese Erfahrungen prägen ein negatives Selbstbild und tragen zur Entwicklung von Ängsten oder Depressionen bei; nicht selten kommt es zum Schulabbruch, zu ökonomischer Ausgrenzung bis hin zu Arbeitslosigkeit [2]. Trans\* Jugendliche in Deutschland erleben durch das soziale Umfeld in Schule und Studium Verbesonderung und Ausschluss, fehlende Akzeptanz und geschlechtsbezogene Anerkennung sowie Vorurteile [22].

Im Zuge der Geschlechtsdysphorie kann der Wunsch nach hormoneller und/oder chirurgischer Behandlung bestehen, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht so weit wie möglich anzugleichen (sog.

Transition). Trans\* Personen erleben im Gesundheitssystem oft „unnötige oder aufdringliche Befragungen, Vorurteile bei Behandelnden und einen restriktiven Zugang zur Behandlung“ [20, S.12]. Dies kann weitere psychische Probleme, zusätzlich zu den Alltagsbelastungen durch Trans\*Negativität und Trans\*Feindlichkeit im sozialen Umfeld, verursachen. In Deutschland fehlt es an ausgebildetem und klinisch erfahrenem Personal, insbesondere die Transition betreffend [28]. Auch die in Deutschland noch bestehenden Hürden zur Änderung des Geschlechtseintrags belasten die Personen. Heute ist dies nach geltendem Recht nur nach psychiatrischer Beurteilung möglich. Abhilfe schaffen soll das neue Selbstbestimmungsgesetz, welches sich derzeit im politischen Abstimmungsprozess befindet. Es sieht vor, dass der Geschlechtseintrag im Personenstandsregister unkompliziert auf Antrag der Person geändert werden kann [12]. In mehreren europäischen Ländern, wie Norwegen, Belgien, Frankreich, Schweiz und Finnland existieren bereits solche vereinfachten Regelungen.

Trans\* Personen nehmen tendenziell häufiger Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch, miss-trauen diesem aber gleichzeitig [20]. Tabuisierung und Stigmatisierung gehen mit besonderen gesundheitlichen Risiken einher, wenn Beschwerden aus Scham verschwiegen oder aus Angst keine Hilfe gesucht wird; dadurch können Behandlungen ausbleiben oder zu spät erfolgen [19]. Sind weitere Stressoren, wie wirtschaftliche Schwierigkeiten, körperliche oder geistige Behinderung, geringe Bildung oder Migrationserfahrung vorhanden, verstärkt dies den psychischen Stress [20]. Ein guter Kontakt zur Trans\*-Community wird als entscheidender Faktor angesehen, solche negativen gesundheitliche Folgen abzumildern [52]. Sie wünschen sich eine individuelle, nicht psychopathologisierende, sondern respektvolle, zugewandte, menschenrechtsbasierte Gesundheitsversorgung [29].

### Versuch einer geschlechtergerechten Sprache

Im Jahr 2021 empfahl der „Rat für deutsche Rechtschreibung“, dass allen Menschen mit einer geschlechtergerechten Sprache begegnet werden soll und bezeichnet die kontextspezifische Umsetzung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe; spezifische Regelungen zur Umsetzung wurden jedoch nicht empfohlen [48]. Grundsätzlich werden bei dem Versuch einer Umsetzung dabei die Strategien **Neutralisierung**, etwa durch geschlechterneutrale Formulierungen, wie etwa Person, Mensch, Mitglied, Leute, Eltern, Vertretung, sowie **Sichtbarmachung von Geschlecht**, etwa durch die Nennung des männlichen und der weiblichen Form, verwirklicht, wobei die Neutralisierung für Kontexte empfohlen ist, in denen Rollen, Funktionen oder eine Gruppenzugehörigkeit im Vordergrund stehen [35]. Diese Sprachregelungen zielen darauf ab, Inklusion zu gewährleisten, um für Personen, die in der Gesellschaft besonders von systematischer Benachteiligung betroffen sind, gleiche Chancen und Möglichkeiten in den Bereichen Arbeit, Bildung und öffentlichen Dienstleistungen sicher zu stellen.

Im Zuge der Bemühungen einer sprachlichen Inklusion von trans\* Personen im Bereich der Frauengesundheitsversorgung haben in den vergangenen Jahren in englischsprachigen Ländern viele Organisationen und Institutionen die Worte „Frau“, „schwängere Frau“, „Mutter“, „stillende Frau“ oder

„Muttermilch“ durch Begriffe ohne Geschlechtsbezug (engl. „desexed language“) ersetzt, wie etwa „persons with cervix/uterus“, „pregnant persons“, „bearing persons“, „breastfeeders“, „lactating families“, „chestmilk“ [Überblick in 3]. In der deutschen Sprache ist laut Duden eine „Frau“ eine erwachsene Person weiblichen Geschlechts und eine „Mutter“ eine Frau, die ein oder mehrere Kinder geboren hat. Im Queer-Diskurs jedoch ist „Frau“ eine erwachsene Person mit der Geschlechtsidentität „Frau“ und „Mutter“ das Elternteil mit der Geschlechtsidentität „Frau“ [41].

Ziel einer solchen geschlechterneutralen Sprache in der Frauengesundheit soll die Demonstration des generellen Respekts gegenüber der Vielfalt an Geschlechtsidentitäten sein, Freundlichkeit auszudrücken und Spannungen vermeiden [4]. Es zeigt sich jedoch, dass diese sprachliche Achtsamkeit in der Hebammenarbeit dazu führt, dass Frauen und Mädchen in ihrer besonderen Vulnerabilität und Schutzwürdigkeit sprachlich nicht mehr genannt und damit unsichtbar werden, was dazu führt, dass deren besondere Bedürfnisse aus dem Blickfeld geraten [vgl. 26]. Im Folgenden sollen diese Auswirkungen näher erläutert werden.

## Folgen der Verwendung geschlechterneutraler Begriffe für die Hebammenarbeit

### Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung

Die Vermeidung einer Geschlechtszuweisung in der Gesundheitsversorgung ignoriert die Befunde der Gender Medizin. Diese machen deutlich, dass das biologische Geschlecht genetische, epigenetische und hormonelle Einflussfaktoren auf die Physiologie und Pathophysiologie des Menschen hat; damit bestehen entscheidende Unterschiede in den Risikofaktoren für Erkrankungen zwischen den Geschlechtern [42]. Auch die neuesten Befunde zum bidirektionalen Austausch von fetalen und maternalen Zellen über die Plazenta und die daraus resultierenden Auswirkungen auf den mütterlichen Organismus [18] zeigen, dass die Gesundheit von Müttern in spezifischer Weise durch die Wechselwirkung mit dem Feten beeinflusst wird. Bei der Diagnostik, Behandlung und Prävention von Erkrankungen bestehen daher speziell für Frauen und Mütter Besonderheiten und Unterschiede [49], die auch sprachlich durch eine Benennung des Geschlechts deutlich gemacht werden müssen.

Eine Vermeidung geschlechtsspezifischer Bezeichnungen im Zusammenhang mit der weiblichen Fortpflanzung ist auch mit dem Grundsatz der Empfängerorientierung in der Gesundheitskommunikation [30] nicht vereinbar. Die Verwendung von Begriffen ohne Geschlechtsbezug etwa in Aufklärungsmaterialien führt dazu, dass sich Mädchen und Frauen oder werdende Eltern, insbesondere diejenigen mit geringen Les- und Schreibkenntnissen, geringer Bildung oder kognitiven Einschränkungen, nicht angesprochen fühlen oder diese nicht verstehen [44].

Eine synonyme Verwendung des Begriffs „Brusternährung (chestfeeding/breastfeeding)“ oder „Menschenmilchernährung“ („Human milk feeding“) für den Begriff des Stillens im Zuge einer geschlechterneutralen Sprache lässt die besondere Bedeutung der Muttermilch per se, aber auch der direkten Brusternährung für das gestillte Kind sprachlich nicht mehr sichtbar werden. Der Begriff „Menschenmilch“ beinhaltet neben der Milch der Mutter

auch die Gabe von Donormilch einer anderen Frau und unter dem Begriff „Brusternährung“ wird auch die Ernährung des Kindes mit abgepumpter Muttermilch über ein Brusternährungsset verstanden. Die direkte Ernährung des Kindes an der Brust der Mutter hat im Vergleich zur indirekten Muttermilchernährung jedoch große Vorteile für die Gewichtsentwicklung [38], den immunologischen Schutz des Kindes [8, 37] und die Bindungs- und Beziehungsaspekte des Stillens für Mutter und Kind [39, 47].

### Verlust der Sichtbarkeit der besonderen Schutzbedürftigkeit und Vulnerabilität von Frauen und ihren Kindern

In der deutschen Sprache beziehen sich neugewählte Bezeichnungen ohne Geschlechtsbezug für "Frauen" und "Mütter" meist auf physiologische oder soziale Prozesse, etwa „schwängere Person“, „gebärende Person“, „Eltern im Wochenbett“. Im Englischen werden dafür oft auch geschlechtsspezifische physiologische Vorgänge („menstruators“, „gestational carrier“ oder „birth givers“) benannt. Während „schwängere Frau“ oder „gebärende Frau“ eine Person meint, die sich in einer physiologischen Lebensphase befindet, steht bei „schwangerer Person“ oder „gebärender Person“ rein die Funktion des Körpers im Mittelpunkt. Eine solche reduzierte, mechanistische Beschreibung des Körpers reduziert den Menschen rein auf seine Körperlichkeit und lässt die Frau als passives Objekt erscheinen [34].

Mutter und Kind bilden im Kontinuum von Schwangerschaft, Geburt und Postpartalzeit eine einzigartige dyadische Beziehung mit wechselseitigen, komplexen Interaktionen auf der physiologischen, sensorischen, neuroendokrinen und emotionalen Ebene und im autonomen Nervensystem [25]. Eine Trennung von der Mutter verursacht lebensbedrohlichen Stress beim Neugeborenen und Säugling; die physische Präsenz der Mutter ist Voraussetzung der Entwicklung der kindlichen Selbstregulation [32] und eine sichere emotionale Bindung ist Basis einer gesunden Entwicklung und Grundlage lebenslanger Resilienz [7]. Dieser besondere Schutz von Mutterschaft und Kindheit ist daher im Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen fest verankert [56]. Das Wort „Mutter“ ist meist eines der ersten Worte eines Kindes in allen Sprachen [40] und steht auch für „nährend“, „behütend“, „pflegend“ und „liebend“ [17]. Ein Ersetzen durch den Begriff „austragendes Elternteil“ lässt daher die besondere Bedeutung der biologischen oder sozialen Mutter für ihre Kinder unsichtbar werden.

In Deutschland hat Umsetzung der Frauenrechtskonvention das Ziel, für alle Frauen ein höchstmögliches Maß an Gesundheit zu verwirklichen [15]. Schwanger zu sein und Mutter zu werden, sind ureigene und exklusive Lebenserfahrungen von Frauen, die mit besonderen Bedürfnissen einhergehen; das Recht zu Stillen ist hierbei ein Menschenrecht, das speziell geschützt werden muss, da Nicht-Stillen mit Gesundheitsrisiken sowohl für die Mutter als auch für das Kind einhergeht [27, 59]. Aktuell ist das Recht von Frauen, ihr Kind zu stillen jedoch nicht als fundamentales Menschenrecht anerkannt, was sich daran zeigt, dass das Stillen in Veröffentlichungen zu sexuellen und reproduktiven Rechten fast gar nicht erwähnt wird [54].

Ein Ersatz der Worte „Frau“ und „Mutter“ durch die Begriffe „Eltern“ und „Familien“ im Kontext des Stillens führt dazu, dass Frauen sprachlich nicht mehr sichtbar

sind und damit ihre speziellen Bedürfnisse und ihre Schutzwürdigkeit innerhalb der Familien, beispielsweise im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt [36] übersehen werden [45]. Die geschlechterneutrale Bezeichnung „stillende Person“ statt „stillende Mutter“ führt außerdem dazu, dass andere Personen, z.B. weitere Familienmitglieder, implizit als direkte Teilnehmende im stillenden Prozess gesehen werden, diesen aber nicht selten unterminieren [45]. Körperliche, psychische oder emotionale Gewalt durch den Partner ist beispielsweise ein häufiger Grund für frühzeitiges Zufüttern oder eine frühzeitige Beendigung des Stillens [53].

Insgesamt birgt die Verwendung von Begriffen ohne Geschlechtsbezug wie „Personen“ in der Gesellschaft die Gefahr, spezifische Problemlagen von Frauen oder Mädchen zu übersehen. Beispielhaft dafür sind gesundheitsschädigenden Praktiken zu nennen, die geflüchteten Frauen aufgrund ihres weiblichen Geschlechts in den Herkunftsländern oder auf der Flucht zugefügt wurden [23, 55, 57], z.B. Genitalverstümmelung, Frühverheiratung oder sexuelle Gewalt. Auch Erfolgs- und Leistungsnormen unserer Gesellschaft hinsichtlich Normierung und Selbstoptimierung des Frauenkörpers führen zu einem gesellschaftlichen Druck einem gesundheitsschädlichen Verhalten speziell bei Frauen und Mädchen [24]. Durch eine geschlechterneutrale Sprache geraten solche Phänomene aus dem Fokus.

## Schlussfolgerung und Empfehlungen

### Empfehlungen für die Hebammenarbeit und die Hebammenwissenschaft

Hebammen stärken die Autonomie und Selbstbestimmung der von ihnen betreuten Frauen und beachten dabei deren individuelle Lebenssituation und Lebenserfahrungen [16, Anlage 1, Kompetenzbereich III, Absatz 1]. Es ist ein wesentlicher Teil der **interkulturellen** Kompetenz von Hebammen, Sensibilität und Respekt gegenüber Personen jeglicher Geschlechtsidentität sowie sexuellen Orientierung zu zeigen. Um trans\* Personen als Hebammen adäquat beraten, betreuen und begleiten zu können und trans\* Männern eine positive Schwangerschafts- und Geburtserfahrung zu ermöglichen [33], benötigen Hebammen Fachwissen zur Gestaltung einer bedürfnisorientierten Begleitung [3]. Gemäß der S3-Leitlinie gehört dazu, dass Hebammen sich mit geschlechtlicher Vielfalt und geschlechtlicher Selbstbestimmung auseinandergesetzt und hierbei auch die eigene geschlechtsbezogene Entwicklung und das Verhältnis zu ihren körperlichen Geschlechtsmerkmalen kritisch reflektiert haben. Die Selbstreflexion sollte „den Umgang mit der Verwirrung einschließen, die der Widerspruch zwischen eigener Wahrnehmung und Selbstdarstellung bzw. Selbstbeschreibung der Behandlungssuchenden hinsichtlich des Geschlechts auslösen kann“ [20, S.16]. Auch die Kenntnis von Modellen sexueller Entwicklung und das Vertrautsein mit Konzepten affirmativer Beratung und achtsamer Wortwahl ist erforderlich [20]. Die Befähigung dazu sollte in den Curricula der hebammenwissenschaftlichen Studiengänge als fester Bestandteil von Beginn des Studiums an entwickelt werden.

Ein großer Bedarf besteht an partizipativer Forschung unter Beteiligung von trans\* Personen [58], um die spezifischen Betreuungssituationen sicherer und unterstützender zu gestalten. Zentrale Frage muss dabei

sein welche Bedürfnisse und Wünsche trans\* Personen an die Hebammenbetreuung haben. Hierbei ist auch der Aspekt der zugeschnittenen Ansprache ein wichtiges Thema, etwa die Frage nach dem gewünschten Namen, dem Pronomen und der Bezeichnung von Körperteilen [1]. In diesem Fall macht eine geschlechterneutrale Sprache dann tatsächlich Sinn.

Im inter- und intraprofessionellen Dialog in der Hebammenwissenschaft sollten bei der Verwendung geschlechterneutraler Begriffe im Zusammenhang mit der reproduktiven Gesundheit von Frauen oder Mädchen die oben diskutierten negativen Folgen bedacht werden [26]. Das bedeutsamste Argument gegen eine geschlechterneutrale Sprache in der Hebammenarbeit ist dabei der Verlust der sprachlichen und damit auch gesellschaftlichen Sichtbarkeit der geschlechtsspezifischen Vulnerabilität von Frauen und Mädchen. Hebammen sollten daher ihren geschlechtsbezogenen Sprachgebrauch gemäß dem jeweiligen Anlass und Kontext sorgfältig differenzieren. Sollten gesundheitsbezogenen Aspekte von Personen mit einem bestimmten biologischen Geschlecht gemeint sein, egal ob Frauen oder Männer, sollte auch von Frauen bzw. Männern gesprochen werden.

In der professionellen Kommunikation über inhärent weibliche Prozesse und Zustände, wie etwa über physiologische Prozesse im Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und Stillzeit, sollte weiterhin von „Frauen“, „Müttern“ und „Mädchen“ gesprochen werden, um gemäß der Public Health Ethik deren Sichtbarkeit zu erhalten. Dabei muss jedoch immer zusätzlich bedacht und expliziert werden, welche Besonderheiten bei trans\* Personen in diesem Zusammenhang gegeben sein könnten. Im Falle von gesundheits- oder versorgungsbezogenen Besonderheiten von trans\* Personen sollte die Geschlechtsidentität und das biologische Geschlecht sprachlich auseinandergelassen werden.

Ziel ist eine sensible und umsichtige situationspezifische Entscheidung darüber, ob eine geschlechtsspezifische oder eine Wortwahl ohne Geschlechtsbezug gewählt wird und keine universelle geschlechterneutrale Sprache. Denn die Wahl der Sprache tangiert immer auch die unveräußerlichen Menschenrechte von Frauen und Kindern.

### LITERATURANGABEN

1. Alpert AB, Ruddick R, Manzano C. Rethinking sex-assigned-at-birth questions. *BMJ*. 2021;373:n1261. DOI: 10.1136/bmj.n1261.
2. American Psychiatric Association, Falkai P, Wittchen UW, Hrsg. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen: DSM-5 – Deutsche Ausgabe: Geschlechtsdysphorie. Göttingen: Hogrefe; 2015. S.619.
3. Ayerle G, Mattern E. Erwartungen von Frauen an eine Hebamme. *Hebamme*. 2018;31(01):30–36. DOI: 10.1055/s-0043-118609.
4. Bartick M, Stehel EK, Calhoun SL, Feldman-Winter L, Zimmerman D, Noble L, Rosen-Carole C, Kair LR. Academy of Breastfeeding Medicine Position Statement and Guideline: Infant Feeding and Lactation-Related Language and Gender. *Breastfeed Med*. 2021;16(8):587–590. DOI: 10.1089/bfm.2021.29188.abm.
5. Beier KM. Sexualität und Geschlechtsidentität – Entwicklung und Störungen. In: Fegert JM, Eggers C, Resch F, Hrsg. *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Springer: Berlin; 2012. S.737–761. Doi: 10.1007/978-3-642-19846-5\_26.

6. Bergman, NJ. Birth practices: Maternal–neonate separation as a source of toxic stress. *Birth Defects Res.* 2019;111(15):1087–1109. DOI: 10.1002/bdr2.1530.
7. Bergman NJ, Ludwig RJ, Westrup B, Welch MG. Nurturescience versus neuroscience: A case for rethinking perinatal mother–infant behaviors and relationship. *Birth Defects Res.* 2019;111(15):1110–1127. DOI: 10.1002/bdr2.1529.
8. Brandtzaeg P. Mucosal immunity: integration between mother and the breast–fed infant. *Vaccine.* 2003;21(24):3382–8. DOI: 10.1016/S0264-410X(03)00338-4.
9. Breit, S. Wie Sprache Wirklichkeit schafft [Internet]. 2018 [Zugriff: 01.04.2023]. Verfügbar unter: <https://ethik-heute.org/wie-sprache-wirklichkeit-schafft/>
10. Brown GR. Genderdysphorie und Transsexualität [Internet]. *MSD Manuals*; 2019 [Zugriff: 03.03.2023]. Verfügbar unter: <https://www.msmanuals.com/de-de/profi/psychische-st%C3%B6rungen/sexualit%C3%A4t-geschlechtsdysphorie-und-paraphilias/genderdysphorie-und-transsexualit%C3%A4t>
11. Bundesgesetzblatt. Gesetz zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung [Internet]. Deutscher Bundestag; 2021 [Zugriff: 03.03.2023]. Verfügbar unter: [https://www.bmj.de/SharedDocs/Gesetzgebungsverfahren/DE/Verbot\\_OP\\_Geschlechtsaenderung\\_Kind.html](https://www.bmj.de/SharedDocs/Gesetzgebungsverfahren/DE/Verbot_OP_Geschlechtsaenderung_Kind.html)
12. Bundesministerium für Frauen, Familie, Senioren und Jugend, Hrsg. Fragen und Antworten zum Selbstbestimmungsgesetz [Internet]. 2022 [Zugriff: 03.03.2023]. Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/gleichgeschlechtliche-lebensweisen-geschlechtsidentitaet/fragen-und-antworten-zum-selbstbestimmungsgesetz-199332>
13. Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend, Hrsg. Regenbogenportal: Soll Geschlecht jetzt abgeschafft werden? [Internet]. 2022 [Zugriff: 03.03.2023]. Verfügbar unter: <https://www.regenbogenportal.de/materialien/soll-geschlecht-jetzt-abgeschafft-werden/show>
14. Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend, Hrsg. Regenbogenportal: Geschlechtsidentitäten jenseits von männlich und weiblich [Internet]. 2022 [Zugriff: 08.01.2023]. Verfügbar unter: <https://www.regenbogenportal.de/informationen/geschlechtsidentitaeten-jenseits-von-maennlich-und-weiblich>
15. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Hrsg. Mit RECHT zur Gleichstellung! Handbuch zur Frauenrechtskonvention der Vereinten Nationen. 2020 [Zugriff: 03.03.2023]. Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/mit-recht-zur-gleichstellung--162366>
16. Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz. Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV). 2020 [Zugriff: 03.03.2023]. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/hebstprv/BjNR003900020.html>
17. Carston R. Polysemy: Pragmatics and sense conventions. *Mind & Language.* 2020;36(1):108–133. DOI: 10.1111/mila.12329.
18. Comitre–Mariano B, Martinez–Garcia M, Garcia–Galvez B, Paternina–Die M, Desco M, Carmona S, Gomez–Gavro MV. Feto–maternal microchimerism: Memories from pregnancy. *iScience.* 2022;25(1):103664. DOI: 10.1016/j.isci.2021.103664.
19. De Silva A. Entwicklungen der Trans\*bewegung in Deutschland [Internet]. Bundeszentrale für politische Bildung; 2018 [Zugriff: 25.11.2022]. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/themen/gender-diversitaet/geschlechtliche-vielfalt-trans/245379/entwicklungen-der-trans-bewegung-in-deutschland/>
20. Deutsche Gesellschaft für Sexualeforschung e.V. (DGfS), Hrsg. AWMF–Register–Nr. 138:001. Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans–Gesundheit: S3–Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. 2019 [Zugriff: 3.03.2023]. Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/138-001>
21. Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität e.V. (dgti). Zahlenspiele [Internet]. 2022 [Zugriff: 11.02.2023]. Verfügbar unter: <https://dgti.org/2021/08/12/zahlenspiele/>
22. Deutsches Jugendinstitut. Queere Jugendliche erleben Diskriminierung. 2022 [Zugriff: 13.01.2023]. Verfügbar unter: <https://www.dji.de/themen/jugend/queere-jugendliche-erleben-diskriminierung.html>
23. Ganeshpanchan Z, Masson I. Harmful social and cultural practices that exist within South Asian communities in the UK and their impact on women. In: Masson I, Baldwin L, Booth N, Hrsg. *Critical Reflections on Women, Family, Crime and Justice.* Policy Press; 2021. DOI: 10.1332/policypress/9781447358688.003.0003.
24. Glade N, Schnell C. Perfekte Körper, perfektes Leben? Selbstoptimierung aus der Perspektive von Geschlecht und Behinderung. Bielefeld: transcript; 2022. DOI: 10.1515/9783839462256.
25. Grant AD, Erickson EN. Birth, love, and fear: Physiological networks from pregnancy to parenthood. *Compr Psychoneuroendocrinol.* 2022;11:100138. DOI: 10.1016/j.cpnec.2022.100138.
26. Gribble KD, Bewley S, Bartick MC, Mathisen R, Walker S, Gamble J, Bergman NJ, Gupta A, Hocking JJ, Dahlen HG. Effective Communication About Pregnancy, Birth, Lactation, Breastfeeding and Newborn Care: The Importance of Sexed Language. *Front Glob Womens Health.* 2022;3:818856. DOI: 10.3389/fgwh.2022.818856.
27. Gribble KD, McGrath M, MacLaine A, Lhotska L. Supporting breastfeeding in emergencies: protecting women's reproductive rights and maternal and infant health. *Disasters.* 2011;35(4):720–738. DOI: 10.1111/j.1467-7717.2011.01239.x.
28. Guethlein N, Grahlow M, Lewis CA, Bork S, Habel U, Derntl B. Healthcare for Trans\*gender People in Germany: Gaps, Challenges, and Perspectives. *Front Neurosci.* 2021;15:718335. DOI: 10.3389/fnins.2021.718335.
29. Hamm J, Sauer A. Perspektivenwechsel: Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans\*–Gesundheitsversorgung. *Z Sexualforschung.* 2014;27(01):4–30. DOI: 10.1055/s-0034-1366140.
30. Hastall MR. Effektive Gesundheitskommunikation: Grundlagen, Barrieren und Erfolgsfaktoren aus kommunikationswissenschaftlicher Sicht. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2019;149:66–72. DOI: 10.1016/j.zefq.2020.01.003.
31. Hauck L, Richter–Appelt H, Schweizer K. Zum Problem der Häufigkeitsbestimmung von Intergeschlechtlichkeit und Varianten der Geschlechtsentwicklung: Eine Übersichtsarbeit. *Z Sex Forsch.* 2019;32(02):80–89. DOI: 10.1055/a-0897-0404.
32. Hiort O. Gibt es mehr als zwei Geschlechter? [Internet]. 2021 [Zugriff: 13.11.2022] Verfügbar unter: <https://www.spektrum.de/frage/geschlechtsidentitaet-gibt-es-mehr-als-zwei-geschlechter/1835662>
33. Hoffkling A, Obedin–Maliver J, Sevelius J. From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(Suppl2):332. DOI: 10.1186/s12884-017-1491-5.
34. Hunter LP. Women give birth and pizzas are delivered: language and Western childbirth paradigms. *J Midwifery Womens Health.* 2006;51(2):119–24. DOI: 10.1016/j.jmwh.2005.11.009.
35. Ivanov C, Lange MB, Tiemeyer T. Gender–fair nouns in academic German. From early feminist proposals for gender–fair language to their implementation in scientific abstracts. *Suvremena lingvistika.* 2018;44 (86). DOI: 10.22210/suvlin.2018.086.05.
36. James L, Brody D, Hamilton Z. Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta–analytic review. *Violence Vict.* 2013;28(3):359–80. DOI: 10.1891/0886-6708.vv-d-12-00034.
37. Kaiser G, Abele H, Plappert CF. Muttermilch – individualisierte Nahrung für das Kind. *HebammenWissen.* 2021;2(4):50–53.
38. Li R, Magadia J, Fein SB, Grummer–Strawn LM. Risk of bottle–feeding for rapid weight gain during the first year of life. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2012;166(5):431–6. DOI: 10.1001/archpediatrics.2011.1665.

39. Liu J, Leung P, Yang A. Breastfeeding and active bonding protects against children's internalizing behavior problems. *Nutrients*. 2013;6(1):76-89. DOI: 10.3390/nu6010076.
40. MacNeilage PF. Sound patterns and conceptual content of the first words. In: Lefebvre C, Comrie B, Cohen H, Hrsg. *New Perspectives on the Origins of Language*. John Benjamins Publishing Company; 2013. S.301-332. DOI: 10.1075/slcs.144.
41. Magaria, A. Trans-Men Giving Birth and Reflections on Fatherhood: What to Expect? *International Journal of Law, Policy and the Family*. 2020;34(3):225-246. DOI: 10.2139/ssrn.3645101.
42. Mauvais-Jarvis F, Bairey Merz N, Barnes PJ, Brinton RD, Carrero JJ, DeMeo DL, De Vries GJ, Epperson CN, Govindan R, Klein SL, Lonardo A, Maki PM, McCullough LD, Regitz-Zagrosek V, Regensteiner JG, Rubin JB, Sandberg K, Suzuki A. Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *Lancet*. 2020;396(10250):565-582. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31561-0.
43. Morgan E. Inclusive, gender-neutral language helps us all – it doesn't take away 'woman-ness'. *Independent*. 2022 [Zugriff: 20.12.2022]. Verfügbar unter: <https://www.independent.co.uk/voices/inclusive-language-gender-neutral-trans-nhs-b2098314.html>
44. Mottl-Santiago J, Fox CS, Pecci CC, Iverson R. Multidisciplinary collaborative development of a plain-language prenatal education book. *J Midwifery Womens Health*. 2013;58(3):271-7. DOI: 10.1111/jmwh.12059.
45. Munzer M. Families do not breastfeed, mothers do...and we need to say so. *World Nutrition*. 2021;12(3): 30-33. DOI: 10.26596/wn.202112330-33.
46. Nägele S, Hrsg. *Sprache als Spiegel der Kulturen: Interview mit Melanie Malzahn* [Internet]. Universität Wien; 2020 [Zugriff 12.11.2022]. Verfügbar unter: <https://medienportal.univie.ac.at/uniview/wissenschaft-gesellschaft/detailansicht/artikel/sprache-als-spiegel-der-kulturen/>
47. Plappert CF, Kaiser G, Graf J, Abele H. Oxytocin im Spiegel der Hebammen-tätigkeit. *Neurobiologische Grundlagen der peripheren Wirkung bei der Geburt*. *HebammenWissen*. 2021;2(1):51-54.
48. Rat für Deutsche Rechtschreibung. *Geschlechtergerechte Schreibung: Empfehlungen vom 26.03.2021*. 2021 [Zugriff 03.03.2023]. Verfügbar unter: <https://www.rechtschreibrat.com/geschlechtergerechte-schreibung-empfehlungen-vom-26-03-2021/>
49. Richter-Kuhlmann E. *Gendermedizin: Frauen erkranken anders*. *Ärzteblatt*. 2020;12(117)48:A-2336 / B-1972. [Zugriff: 03.03.2023]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/216908/Gendermedizin-Frauen-erkranken-anders>
50. Richter-Kuhlmann E. *Varianten der Geschlechtsentwicklung: Junge, Mädchen oder „anderes“* [Internet]. *Ärzteblatt*. 2015;164:112. [Zugriff: 03.03.2023]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/169182/Varianten-der-Geschlechtsentwicklung-Junge-Maedchen-oder-anderes>
51. Rummer R, Engelkamp J. *Sprache und Emotion*. In: Otto JH, Euler HA, Mandl A, Hrsg. *Emotionspsychologie - Ein Handbuch*. 2. Aufl. Weinheim: Beltz Psychologie-Verl.-Union; 2014. S.325.
52. Sherman ADF, Clark KD, Robinson K, Noorani T, Poteat T. *Trans\* Community Connection, Health, and Wellbeing: A Systematic Review*. *Lgbt Health*. 2020;7(1):1-14. DOI: 10.1089/lgbt.2019.0014.
53. Sorbo MF, Lukasse M, Brantsaeter AL, Grimstad H. Past and recent abuse is associated with early cessation of breast feeding: results from a large prospective cohort in Norway. *BMJ Open*. 2015;5(12): e009240. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009240.
54. Stone C, Smith JP. The visibility of breastfeeding as a sexual and reproductive health right: a review of the relevant literature. *Int Breastfeed J*. 2022;17(1):18. DOI: 10.1186/s13006-022-00457-w.
55. Unicef. *Gender Equality: Global Annual Results Report 2021* [Internet]. 2021 [Zugriff: 15.02.2023]. Verfügbar unter: <https://www.unicef.org/reports/global-annual-results-2021-gender-equality#GARRGenderReport>
56. United Nations. *Universal Declaration of Human Rights*. 1948.
57. United Nations Human Rights Office. *Information series on sexual and reproductive rights and health: Harmful Practices* [Internet]. 2020 [Zugriff: 03.03.2023]. Verfügbar unter: <https://www.ohchr.org/en/women/information-series-sexual-and-reproductive-health-and-rights>
58. Veale JF, Deutsch MB, Devor AH, Kuper LE, Motmans J, Radix AE, Amand CS. Setting a research agenda in trans health: An expert assessment of priorities and issues by trans and nonbinary researchers. *International Journal of Transgender Health*. 2022;23(4):392-408. DOI: 10.1080/26895269.2022.2044425.
59. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016;387(10017):475-490. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
60. Voland E, Jochow J. *Geschlecht und Geschlechterrolle: Soziobiologische Aspekte* [Internet]. 2012 [Zugriff: 23.11.2022]. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/135433/geschlecht-und-geschlechterrolle-soziobiologische-aspekte/>

\*\*\* SAVE THE DATE \*\*\*

## Die 7. Internationale Konferenz der DGHWi „Wege zur Nachhaltigkeit in der Hebammenarbeit – Ways to sustainability in midwifery“

findet am **8. und 9. Februar 2024**  
an der Evangelischen Hochschule Berlin statt.

Fragen oder Anregungen richten Sie an:  
[int-conference@dghwi.de](mailto:int-conference@dghwi.de)

Abstracts werden bis zum 31.08.2023 über unsere Website angenommen:  
[www.dghwi.de/veranstaltungen/internationale-konferenz/](http://www.dghwi.de/veranstaltungen/internationale-konferenz/)

# Staatliche Prüfungen im primärqualifizierenden Studium: Zwei Praxisbeispiele aus Bayern

## Neuregelung der Staatlichen Prüfungen

Mit Einführung der primärqualifizierenden Studiengänge auf Basis des Hebammengesetzes (HebG) [1] und der Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV) [2] im Jahr 2020 änderten sich nicht nur der Qualifikationsweg, sondern auch der Ablauf und die Umgebung der staatlichen Prüfungen. Geprüft wird wie bisher in schriftlicher, mündlicher und praktischer Form – die Grundlage der Prüfungsinhalte ist nun aber ein Kompetenzprofil, welches ein breites Spektrum an Prüfungsabläufen ermöglicht.

Die praktische Prüfung besteht aus drei Prüfungsteilen (1. Schwangerschaft, 2. Geburt, 3. Wochenbett) und ist als Modulprüfung im Studienverlauf verankert. Gegenstand sind sämtliche berufspraktische Kompetenzen für die staatliche Prüfung zur Hebamme nach HebStPrV, Anlage 1. Teil 2 der praktischen Prüfung zur Geburt soll grundsätzlich im Simulationslabor mit Simulationspersonen und Modellen stattfinden. Teil 1 und 3 zu Schwangerschaft und Wochenbett sollen entweder an der Hochschule oder in Praxiseinrichtungen durchgeführt werden. Bei diesen Prüfungsteilen sollen geeignete Schwangere, Wöchnerinnen und Neugeborene angefragt werden. Teil 1 oder 3 können auch mit Simulationspersonen durchgeführt werden.

Die praktische Prüfung wird als Einzelprüfung von zwei Prüfenden abgenommen – ein\*e Vertreter\*in der Hochschule und ein\*e praxisleitende Hebamme. Die Gesamtdauer der praktischen Prüfung beträgt max. 360 Minuten und darf durch höchstens zwei Werktage unterbrochen werden. Der Ablauf, die Inhalte sowie die teilnehmenden Prüfenden werden in Einvernehmen mit der zuständigen Regierungsbehörde festgelegt.

In Deutschland prüften im Sommersemester (SoSe) 2022 drei Hochschulen nach den neuen Vorgaben. In Bayern standen die Katholische Stiftungshochschule München (KSH) und die Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg (OTH), deren Kohorten bereits im SoSe 2020 vom Modell- in den Regelstudiengang überführt worden waren, vor dieser Herausforderung.

## Problem und Fragestellung

Die Umsetzung der Vorgaben der HebStPrV zur praktischen staatlichen Prüfung ohne Modell oder Best Practice Vorlage ermöglicht bei aller Regulierung eine gewisse Freiheit, am jeweiligen Hochschulstandort die Umsetzung individuell zu gestalten, bzw. zu konkretisieren. Damit kann folgende Frage formuliert werden: Wie wurden die Vorgaben der HebStPrV an den zwei bayerischen Hochschulen, die nach neuer Gesetzgebung im Jahr 2022 die ersten Kohorten prüften, umgesetzt?

## Prüfung an der KSH

Im März 2021 fand ein erstes Treffen mit den zuständigen Beamt\*innen der Regierung von Oberbayern

(ROB) zur Planung des Staatsexamens statt – die zu prüfenden Studierenden waren zu dem Zeitpunkt im dritten Semester. Zur Klärung standen die Abstimmungen für die Bildung bzw. Benennung des Prüfungsausschusses wie auch der Prüfer\*innen, die Fristen für die Bekanntgabe von Prüfungszeiten und Übermittlung von Tätigkeitsnachweisen oder Prüfungsunterlagen. Im weiteren Verlauf der Vorbereitungen auftretende Fragen wurden per Telefonat oder E-Mail beantwortet, wobei die Antwortzeit der ROB teilweise sechs Wochen oder länger war. Die Kommunikation mit der ROB wurde durch die Studiengangleitung, das Praxis-Center der KSH und das Prüfungsamt übernommen.

## Rahmenbedingungen KSH

Das praktische Examen fand im August 2022 als Modulprüfung des Praxismoduls III statt. Aufgrund der pandemischen Situation verfügte die ROB zu Gunsten der Planungssicherheit für diese erste Kohorte, alle drei Teile mit Schauspieler\*innen als Simulation an der Hochschule stattfinden zu lassen.

Allen prüfenden Personen der KSH konnte bis zum Examen eine Teilnahme an einem Instruktor\*innenkurs ermöglicht werden, der von einem externen Institut spezifisch für Lehrende in Hebammenstudiengängen angeboten wurde. Die Räumlichkeiten des Simulationslabors (SimLab) waren erst mit dem Jahreswechsel 2021/22 fertiggestellt und somit wurden im Verlauf des 5. und 6. Semesters erstmalig, aber intensiv 5 Semesterwochenstunden (SWS) der Lehrveranstaltungen sowie Teile der Praxisbegleitung als Prüfungsvorbereitung unter „echten“ Examenbedingungen im Simulationslabor (SimLab) durchgeführt. Das Labor für die Schulung von Skills (SkillsLab) stand bereits seit Semester 1 zur Verfügung. Neben den Prüfenden der KSH begleiteten teilweise die prüfenden Praxisleiter\*innen (PA) die Simulationen.

Mit Inbetriebnahme des Simulationslabors erfolgte für die Studierenden eine Einführung in die Simulationsprozesse durch die SimLab Referentin. Neben der Lehre konnten die Studierenden optional in zahlreichen freien Trainingseinheiten das SimLab selbstständig nutzen.

## Vorbereitung und Durchführung

Im Dezember 2021 wurde der Ablauf des praktischen Examens im Team der Prüfenden festgelegt. Vorrangige Prüfungsziele waren ein strukturiertes und reflektiertes Vorgehen in komplexen Situationen sowie professionelle Beratung und Kommunikation. Die Prüfenden orientierten sich an Settings aus dem Arbeitsalltag einer Hebamme – Schwerpunkt war der physiologische Verlauf. Um die Kompetenzen der Studierenden bei der Bewältigung komplexer Situationen (§9 HebG [1]) im Rahmen der Prüfung realistisch abbilden zu können, wurde das Handlungsspektrum um häufige Herausforderungen des Arbeitsalltags erweitert (z.B. Abfall der kindlichen Herztonne, vorzeitiger Fruchtwasser-Abgang). Eine gleichberechtigte Abbildung der Tätigkeitsbereiche klinisch und außerklinisch von Hebammen wurde im Prüfungsformat umgesetzt. Für die Durchführung am sinnvollsten erschien ein hybrides Setting mit vorwiegend low fidelity Simulatoren – Skills-Einheiten (vaginale Untersuchung, Dammnahrt, Reanimation) sollten nicht gesondert geprüft, sondern mit in den Verlauf eingebaut werden. Die Schauspieler\*innen und Studierenden wurden

### Autor\*innen:

Prof.in Dr.in  
**Barbara Fillenberg**  
Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg

**Birgit Gollor**  
Katholische Stiftungshochschule München

**Kerstin Hartmann**  
Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg

**Verena Hämmerle**  
Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg

Prof.in  
**Karolina Luegmair**  
Katholische Stiftungshochschule München

**Korrespondenz:**  
karolina.luegmair@ksh-m.de

auf die Bereitstellung von Fotos, Phantomen oder Modellen sowie die „Voice of God“ im Szenario vorbereitet.

Nach Rücksprache mit der ROB einigte man sich auf eine Gesamtprüfungszeit von 330 Minuten. Zudem wurde der Prüfungsaufbau festgelegt (Tabelle 1).

Die Studierenden kannten den Prüfungszeitraum ab Mai 2022 – ein vorläufiger Zeitplan wurde im Juni bekannt gegeben, zwei Wochen vor Prüfungsstart wurde der angegebene Termin verbindlich festgelegt.

### Prüfungspersonal und Personalplanung

Die Zusammensetzung des Prüfungsteams gestaltete sich nach den gesetzlichen Vorgaben gemäß §15 HebStPrV [2]. Für die hochschulexternen Prüfenden genügte die Berufszulassung und Anerkennung zur PA - von der ROB wurde kein akademischer Grad vorausgesetzt. Die KSH konnte auf sieben Kolleg\*innen mit dem einschlägigen fachlichen Hintergrund zurückgreifen, die acht prüfenden PAs wurden durch den (einzigen) Kooperationspartner bestellt und kamen sowohl aus dem klinisch, angestellten als auch dem außerklinisch, freiberuflichen Arbeitsbereich. Die Teilnahme als Prüfer\*in war aus mehreren Gründen für Vertreter\*innen aus der Hochschule und der Praxis unattraktiv. Zu nennen sind die Sommer- und somit Urlaubszeit, Arbeitszeitbegrenzungen durch das Tarifrecht, der vorherrschende Hebammenmangel sowie die fehlenden Vergütungsmöglichkeiten. Als Form der Unterstützung wurden allen beteiligten PAs Fortbildungsstunden im zeitlichen Äquivalent zum Aufwand bestätigt. Den gesamten Hochschulvertreter\*innen wurde eine Deputatsanrechnung von 0,2 SWS/Studierender in Aussicht gestellt. Eine Lösung, die für alle Beteiligten langfristig nicht tragbar ist.

Neben der Akquise von unterstützenden Tutor\*innen als z.B. Prüfungsaufsicht oder technische Helfer\*innen für das SimLab, stellte sich die Vorbereitung der Simulationen als weiterer zeitintensiver Punkt heraus. Zwar konnten Schauspieler\*innen über eine auf medizinische Simulationen spezialisierte Agentur gewonnen werden, doch derart intensive Szenarien aus

dem gesamten Spektrum des Betreuungsbogens, sowie das Prüfungssetting an der KSH waren für die Akteur\*innen neu und dementsprechend ausführlich vorzubereiten. Diese Aufgaben wurde von Beteiligten der Lehre und der Simulationsreferentin übernommen.

Der zeitliche Aufwand für die Erstellung der Schauspieler\*innen-Skripte war ebenfalls immens, konnte für die Prüfer\*innen nicht in Form von SWS o.ä. abgebildet und so die aufgewendete Arbeitszeit nicht berücksichtigt werden.

### Materialien und Aufbereitung der Prüfungsfälle

#### Beispiel Geburtsszenario (Tabelle 1):

- Fallakte
- Schauspiel-Drehbücher mit sozialem Hintergrund der am Szenario beteiligten Personen, aber auch detaillierten medizinischen Erläuterungen. Aufgrund der Komplexität der Fälle bzw. Handlungsoptionen seitens der Studierenden mussten Handlungsanweisungen teils auf dynamische Verläufe angepasst werden.
- Für die Zeitsprünge zwischen den Geburtsanteilen wurden Dokumente zum Zwischenbriefing erstellt.
- Das Simulationslabor benötigte zudem ein ausführliches Szenarienskript, um die Prüfungsräumlichkeiten und dazu passende Simulatoren vorzubereiten.
- Es musste für jeden Abschnitt der Prüfung ein Erwartungshorizont erstellt werden.

Somit lag der geschätzte Aufwand für die Erstellung eines einzelnen Wochenbettsszenarios (Mutter und Kind) bei ca. zehn Stunden – jede einzelne Schwangerenvorsorge bzw. Geburt wurde in ca. sieben Stunden erstellt. Hinzu kamen noch ca. 12 Stunden gesamte Kopier- und Heftungszeit sowie Zusammenstellung von Prüfungsunterlagen, Prüfungsmappen und Niederschriften.

Tabelle 1 Prüfungsaufbau an der KSH

	TEIL 1 UND TEIL 3	TEIL 2
Vorbereitungszeit	30 Minuten	30 Minuten
Material (inkl. Aufgabenstellung und Strukturierungshilfe)	Mutterpass/ Verlaufsdokumentation, Geburtsdokumente/ gelbes Kinderheft	Mutterpass/klinische Anmeldebögen/ Dokumente/Partogramm, Verlaufsdokumentation, Aufklärung, Hausgeburts/Behandlungsverträge, individuelle Befunde
Fallvorstellung(en)	15 Minuten	45 Minuten
Simulation(en) inkl. Dokumentation	60 Minuten <b>Vorsorge</b> im freiberuflichen Umfeld mit speziellem Beratungswunsch der Mutter oder klärungsbedürftigem Befund  Häusliche oder klinische <b>Wochenbettvisite</b> mit einem Beratungsthema oder klärungsbedürftigem Befund bei Mutter oder Kind	75 Minuten Betreuung eines <b>Geburtsverlauf</b> im <b>häuslichen</b> oder <b>klinischen Umfeld</b> 3 Szenarien mit derselben Schwangeren, jedoch zu verschiedenen Zeitpunkten (Zwischenbriefing) – immer mit einer Geburt
Reflexion	15 Minuten	30 Minuten

Von der ROB wurde die Zusendung doppelt so vieler Fälle wie benötigt drei Monate vor Prüfungsbeginn verlangt.

Durch die parallel stattfindenden Prüfungen (Abbildung 1) waren für alle drei Teile des praktischen Examens insgesamt 28 Fälle notwendig.

## Prüfungsablauf und Bewertung

Für eine gesetzeskonforme Umsetzung der praktischen Prüfung wurden die 24 zugelassenen Studierenden in zwei Gruppen aufgeteilt. An sechs aufeinanderfolgenden Wochentagen wurde in zwei bzw. vier parallel verlaufenden Prüfungen das Examen abgenommen. Geprüft wurde parallel in Sim- und Skillslab, um die Gleichzeitigkeit von vier Prüfungen während Schwangerschaft und Wochenbett gewährleisten zu können – beobachtet wurde via Kamera oder durch Anwesenheit der Prüfenden im Raum.

Bei Prüfungsantritt des zweiten und dritten Teils der Prüfung losten sich die Studierenden das Setting (häuslich/klinisch) eigenhändig zu.

Die Aufgabenstellung lag schriftlich vor und konnte von den Studierenden auf bereits bekannten Dokumentationsbögen strukturiert werden. Im Anschluss an die beaufsichtigte Vorbereitungszeit wurden sie zu den Prüfungsräumen begleitet. Bei Teil 2 zur Geburt hatten die Studierenden in der Umbauphase Zeit, zu dokumentieren oder an ihrer Reflexion zu arbeiten – vor dem nächsten Szenarioabschnitt wurde jeweils ein Zwischenbriefing gegeben.

Zur Bewertung und zur Dokumentation wurde ein für alle Prüfungsteile identischer Bewertungsbogen herangezogen. Er wurde am Anfang und Ende der jeweiligen Prüfung gemeinsam von den Prüfenden ausgefüllt und mit den formalen wie punkterelevanten Anmerkungen ergänzt – der dem Fall zu Grunde liegende Erwartungshorizont wurde während der Simulation mitverfolgt und diente als Gedächtnisstütze. Gegliedert wurde der Bewertungsbogen sowohl durch die Struktur der Prüfung als auch die geforderten Kompetenzen (z.B. verbale Kommunikation, Dokumentation, Handlungsstruktur).

Jeder Prüfungstag wurde von einer Vertretung der ROB begleitet.

Die Bewertungskriterien waren den Studierenden ebenso bekannt wie die Leitfragen für den geforderten Reflexionszyklus. Die Punktwerte wurden in die durch ROB übermittelten Niederschriften übertragen – die Notenbekanntgabe sollte nach Rücksprache mit der ROB erst mit Abschluss der schriftlichen und mündlichen Prüfung sowie der den Gesamtprozess beschließenden Notenkonferenz erfolgen. Die Umrechnung der Punktzahlen erfolgte primär nach hochschulischem Notenschlüssel und wurde dann an die gesetzlichen Vorgaben angepasst.

## Evaluation KSH

Die Absolvent\*innen gaben mehrheitlich ein positives Feedback zur Organisation und dem Ablauf. Der Großteil der Kohorte schätzte die Prüfungssimulationen als realistisch und realitätsrelevant ein – wenngleich der Wunsch, mit richtigen Schwangeren die Prüfung zu bestreiten, sehr häufig geäußert wurde. Den größten Kritikpunkt stellte die mangelnde Vertrautheit mit den

Simulationsräumlichkeiten und Simulatoren dar. Eine fehlende Voraussetzung, die den Prüfenden durch die späte Inbetriebnahme des SimLabs selbst bewusst war und in der Bewertung dementsprechend berücksichtigt wurde. Die Mehrheit der Studierenden gab an, sich fair bewertet zu fühlen.

Die Prüfenden sind mit dem ersten Durchlauf sehr zufrieden, da die meisten Erwartungen an die erste Kohorte umgesetzt werden konnten und notwendige inhaltliche Anpassungen perspektivisch leicht vorgenommen werden können. Die Zusammenarbeit mit den PAs sollte intensiver sein, was sich aber aufgrund begrenzter zeitlicher und finanzieller Ressourcen auf Seiten der Praxis nur schwer gestalten lässt.

## Prüfung an der OTH

Der praktische Teil der Staatlichen Prüfungen an der OTH fand erstmals im Juli 2022 statt. Im Zeitraum von zwei Wochen wurden 19 Studierende an sieben Werktagen geprüft. Die verantwortliche Behörde, die Regierung der Oberpfalz, interpretierte § 31 Abs. 2 der HebStPrV [2] dahingehend, dass den Studierenden die Maximaldauer der Prüfung von bis zu 360 Minuten ermöglicht werden muss. Seitens der Hochschulprüfenden (HP) wurden 34 Szenarien konzipiert, von denen ärztliche Vertreter\*innen der Regierung 28 als Prüfungsfälle auswählten. Da die OTH zum Prüfungszeitpunkt mit 15 Kliniken und Krankenhäusern kooperierte, welche bis zu 200 km von der OTH entfernt lagen und zudem allesamt mit Beleghebammenteams arbeiteten, wurde mit der Regierung vereinbart, alle Prüfungsteile zu simulieren. Die Tabelle 2 im Anhang bildet den Zeit- und Ressourcenaufwand für die einzelnen Prozessschritte ab, wobei sich die Zeitangaben entweder auf die direkte Ausführung der Tätigkeit oder auf den Zeitraum, der für den jeweiligen Prozessschritt erforderlich war, beziehen. Es werden die erforderlichen Vorgänge zur Vorbereitung und Durchführung der Prüfung verkürzt dargestellt.

## Prüfungspersonal und Personalplanung

Das Team der HPs bestand aus einer Professorin für Hebammenwissenschaft und zwei Lehrkräften für besondere Aufgaben. Als Prüfungsaufsichten wurden zudem 10 HPs (Professor\*innen und Lehrkräfte für besondere Aufgaben) aus der Fakultät Angewandte Sozial- und Gesundheitswissenschaften der OTH eingesetzt. Die Prüfenden aus der Praxis waren allesamt PAs aus den kooperierenden Praxiseinrichtungen (verantwortliche Praxiseinrichtungen/vPEs, Kliniken, Krankenhäuser).

Insgesamt waren 42 Personen (teils in Mehrfachfunktionen) an den Prüfungen beteiligt:

- Mitglieder des Prüfungsausschusses (Vorsitz: Vizepräsidentin; drei Regierungsvertreter\*innen, Studiengangleitung, vPE-Prüferin, Lehrkraft)
- drei hauptamtlich Lehrende als HP (davon eine Professorin für Hebammenwissenschaft (= Studiengangleitung) und zwei Lehrkräfte)
- eine Lehrbeauftragte als HP
- 10 PAs als Prüfende aus der Praxis
- 11 Hebammen als Simulationspersonen (SimP)

- vier Hebammen als vertretende SimP
- zwei Mitarbeitende des Bayerischen Roten Kreuzes (BRK) für die High fidelity Simulation
- drei Verwaltungsangestellte (Referent\*in, Sekretär\*in, Assistent\*in)
- vier studentische Hilfskräfte

Die Personalplanung bedurfte eines langen zeitlichen Vorlaufs und gestaltete sich aufgrund folgender Aspekte komplex:

- Hebammenmangel in den Häusern
- langfristige Urlaubsplanung
- keine Übernahme von Fahrt- und Übernachtungskosten (aber teils weite Anfahrt)
- im Vergleich zum Klinikdienst<sup>1</sup> wesentlich geringere Vergütung für die in der Prüfungszeit abgestellten Hebammen

Die beteiligten Personen unterzeichneten zur Klärung des Rechtsverhältnisses eine Vereinbarung mit der OTH, die auch eine Geheimhaltungserklärung enthielt. Die Prüfenden mussten zudem formal durch die zuständige Prüfungskommission legitimiert werden.

Alle SimP waren ausschließlich berufserfahrene Hebammen. Jede an der Prüfung beteiligte Person wurde einen Tag lang an der OTH in die Spezifika von Hochschulprüfungen, die Ablaufplanung sowie in ihre eigenen, aus den jeweiligen Prüfungsteilen resultierenden Zuständigkeiten und Handlungsabläufe eingewiesen. Um alle Beteiligten zu erreichen, musste diese Veranstaltung fünfmal angeboten werden.

Darüber hinaus wurde das Assistenzpersonal in seine Tätigkeiten (Materialfluss, Vor- und Nachbereitung der Prüfungsräume, Bewirtung, „Springer\*innendienste“ als kurzfristige Hol- und Bringedienste, Ausstattung und „Maske“ der SimP) eingeführt.

### Materialien und Aufbereitung der Prüfungsfälle

Da Simulationen ressourcenintensiv sind, ist es auch erforderlich, viel Zeit für die Materialbeschaffung und ausreichend Lagerkapazität einzuplanen. Hilfreich erwies sich Materialvorsortierung in fallspezifische Prüfungsboxen, die unter Verschluss gehalten wurden.

Zur Prüfung eingesetzt wurden high fidelity Simulatoren (Schwangere, Gebärende und Neugeborenes) des BRK, sowie low fidelity Simulatoren, z. B. MamaBirthie und MamaNatalie von Laerdal. Für hybride Simulationen fanden alle Simulatoren und geburtshilfliche Phantome, z.B. PROMPT Flex von Laerdal und Sophie's Mum von MODEL-med zur Diagnostik von Haltungs- und Einstellungsanomalien Verwendung.

Die HP arbeiteten die Prüfungsfälle aus. Jeder Prüfungsfall wurde mit einem Deckblatt versehen (mit Angaben zur Prüfung, zur studierenden Person, zu den

<sup>1</sup> Die Höhe der Vergütung orientierte sich an Lehraufträgen. Derzeit laufen Verhandlungen mit der Bayerischen Krankenhausgesellschaft, um die Prüfungsgebühren zukünftig über die Pauschalen für die Praxisanleitung abdecken zu können.

Prüfenden, zur Leistungsübersicht und einem Feld für Signaturen). Daran wurden die Aufgabenstellung (= Vorbereitungsteil) für die studierende Person, die Materialliste, die Liste der Zusatzdokumente (z.B. Mutterpass, Kinderuntersuchungsheft), das schriftliche Briefing für die Simulationspersonen (Szenario), die Prüfungsunterlagen mit Erwartungshorizont für die vPE-Prüfenden und die Prüfungsunterlagen mit Erwartungshorizont für die HPs gereiht. So konnten die Prüfungsunterlagen direkt an die sie jeweils betreffenden Personen ausgegeben und nach Bearbeitung wieder auf Vollständigkeit geprüft werden. Für alle Prüfenden und auch für die Studierenden stand zudem Notizpapier zur Verfügung, das ebenfalls zu den Prüfungsunterlagen geheftet wurde.

Zu den durch die Regierung ausgewählten Prüfungsfällen wurden sämtliche für die Prüfung relevanten Dokumente, z.B. Mutterpässe, Kinderuntersuchungshefte und Partogramme, ausgearbeitet. Alle Unterlagen wurden so erstellt, dass den Studierenden eine möglichst realistische Dokumentation ermöglicht werden konnte.

### Prüfungsablauf

An sieben Prüfungstagen wurden täglich die Prüfungsfälle ausgelost und zwischen 08:30 und 17:00 Uhr die Einzelprüfungen abgenommen. Tabelle 3 zeigt den Ablauf der Prüfungstage an der OTH, die Anzahl der durchgeführten Prüfungen, sowie die Art der Prüfung. Geprüft wurde parallel von zwei Teams in zwei SimLabs. Zwischen den Prüfungen waren 20 Minuten Pause, um die Beurteilung der Prüfungsleistung vornehmen zu können. Hierfür setzen sich die Prüfenden ins Benehmen. Zeitgleich wurde der Raum samt Ausstattung sowie die Simulationspersonen und/oder Simulatoren für die nächste Prüfung vorbereitet. Die Prüfenden begleiteten die Prüflinge jeweils zu oder vom Vor- und Nachbereitungsraum zu den Simulationsräumen.

Zusätzlich zu den beiden Simulationsräumen wurde ein Hörsaal, in dem die Vor- und Nachbereitung der Einzelprüfungen durch die Studierenden stattfand, komfortabel ausgestattet, da die Prüflinge entweder den gesamten Vormittag oder Nachmittag – mit Ausnahme der eigentlichen Prüfungszeit – in diesem Raum waren. Eine Prüfungsaufsicht protokollierte dort die Anwesenheiten sowie die Aus- und Abgaben der Prüfungsunterlagen. Hierfür wurde für jeden Prüfling ein Timer gestellt. Zur Erleichterung für die Prüfungsaufsichten und Prüfenden wurden die Prüfungsunterlagen mit Farbcodes markiert.

Die Vertreter\*innen der Regierung nahmen bei jeder studierenden Person an zwei Prüfungseinheiten teil. Zudem inspizierten sie die Dokumentationsunterlagen und Notengebung nach jedem Prüfungstag.

### Prüfungsdokumentation

Pro Prüfling wurde eine Prüfungsmappe angelegt, die täglich mit den Prüfungsunterlagen und -dokumentationen bestückt wurde. Diese soll später durch die schriftlichen und mündlichen Prüfungsunterlagen ergänzt werden. Nach Abschluss der staatlichen Prüfungen muss die Mappe fünf volle Kalenderjahre an der Hochschule archiviert werden.

Zeitliche Planung			
Dienstag, 16.08.22			
Team 1	Team 2	Team 3	Team 4
Vorbereitung			
8.00 - 9.30	SSV - Ambulantes Setting		
Vorbereitung			
9.30 - 11.00			
Vorbereitung			
11.00 - 12.30			
Vorbereitung			
12.45 - 14.15			
WoBett 2 mal ambulant, 2 mal klinisches Setting			
Vorbereitung			
14.15 - 15.45			
Vorbereitung			
15.45 - 17.15			
Mittwoch, 17.08.22		Donnerstag, 18.08.22	
Team 1	Team 2	Team 1	Team 2
Vorbereitung		Vorbereitung	
8.00 - 11.00	häuslich	8.00 - 11.00	klinisch
Vorbereitung		Vorbereitung	
11.00 - 14.00		11.00 - 14.00	
Vorbereitung		Vorbereitung	
14.00 - 17.00		14.00 - 17.00	

Abbildung 1 Prüfungsplan für die erste von zwei Prüfungskohorten mit 12 Studierenden an der KSH

Zudem wurden Unterlagen zur Protokollierung des Prüfungsablaufes ausgearbeitet. An jedem Prüfungstag und für jeden Prüfungsraum wurden die „Check-in“ und „Check-out“-Zeiten dokumentiert. Hierfür notierten die Prüflinge die Uhrzeit des Betretens und Verlassens des Prüfungsraums und bestätigten dies mit ihrer Unterschrift. Auch die Anwesenheit der Prüfenden und/oder weiterer Personen im Raum wurde dokumentiert. Hierfür wurde ein Tisch im Prüfungsraum direkt vor der Tür platziert, so dass das Betreten und Verlassen des Raumes nur nach dem Passieren dieser „Dokumentationsstation“ möglich war.

### Evaluation OTH

Während die Studierenden der OTH die Chancengleichheit lobten, gaben sie auch an, die Prüfungen als herausfordernd erlebt zu haben. Abgesehen vom hohen Niveau der Prüfungsaufgaben wurde die Wartezeit vor und nach den Prüfungen sowie die Sommerhitze an den Prüfungstagen als belastend eingestuft.

### Gemeinsames Fazit

Aufgrund des hohen Aufwands, der mit dem praktischen Teil der staatlichen Prüfungen einhergeht, ist anzuregen, dass diese Form der Prüfung evaluiert wird und diese spätestens bei der für 2035 geplanten Überprüfung des Gesetzes, basierend auf Evaluationsergebnissen, zu überdenken. Grobe Fehler von Studierenden können, z.B. durch regelmäßige, unterjährige OSPE (Objective Structured Practical Exams) in Form von Modulprüfungen, mittels derer ebenfalls Hebammenarbeit unter Druck und Stress simuliert werden können, bereits lange vor dem Studienabschluss sicher erkannt werden. Dazu tragen außerdem der enge Austausch mit den eigens hierfür qualifizierten PAs, sowie die hochschulische Praxisbegleitung bei. Unzureichend qualifizierte Studierende können so frühzeitig am Studienfortschritt gehindert werden und müssen nicht am Ende des Studiums, im Rahmen des praktischen Teils der staatlichen Prüfungen, identifiziert werden. Somit könnte dieser Teil der Prüfungen u.U. sogar komplett entfallen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es für die Studierenden Vorteile bietet, die praktischen Prüfungen

zu simulieren. Der Schwierigkeitsgrad einer Prüfung wird objektivierbarer als im realen Setting und die Planbarkeit sowie der Ablauf werden zum Teil studierendenfreundlicher. Grundvoraussetzung ist die rechtzeitige Heranführung an den dritten Lern- und Prüfungsort, das Skills- und Simulationslabor.

Aufgrund des enormen personellen, zeitlichen, organisatorischen und materiellen Ressourcenaufwandes kommen die Prüfenden beider Standorte zum Schluss, dass die Staatlichen Prüfungen in dieser Form derzeit nicht als reguläre Modulprüfung zu rechtfertigen sind. Der Zusatzaufwand für die semesterweisen, regelhaften, vorbereitenden Lehrveranstaltungen im SimLab sowie für die Prüfungen selbst kann ohne deutliche Reduktion des Lehrdeputats nicht dauerhaft als Zusatzleistung erbracht werden.

## LITERATURANGABEN

1. Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz – HebG) vom 22. November 2019. [Zugriff: 06.12.2022]. Verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/hebg\\_2020/BJNR175910019.html](https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/BJNR175910019.html)
2. Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV) vom 08.01.2020. [Zugriff: 06.12.2022]. verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/hebstprv/BJNR003900020.html>

**Tabelle 2 Vorarbeiten zum praktischen Teil der staatlichen Prüfungen an der OTH**

VORGANG (VORBEREITEND)	ZEITAUFWAND/-DAUER (GESAMT)	RESSOURCEN-AUFWAND	BETEILIGTE PERSONEN
<b>Abstimmungen mit der zuständigen Behörde (ROP = Regierung der Oberpfalz)</b>			
Austausch mit ROP und Klärung der Rahmenbedingungen: Festlegung <ul style="list-style-type: none"> <li>• der Zulassungskriterien</li> <li>• des zeitlichen Rahmens der einzelnen Prüfungsteile</li> <li>• der Prüfungsorte (alle Teile simuliert)</li> <li>• der Mitglieder der Prüfungskommission</li> <li>• Prüfer*innen (Hochschule und vPEs)</li> </ul>	Ca. 8 Monate	Sehr hoch	Referentin Studiengangleitung Vizepräsidentin Regierungsvertreter*innen
Auswahl einer sicheren Austauschplattform für die Kommunikation mit ROP (wurde von ROP gestellt)	Ca. 2 Wochen	Niedrig	Referentin Studiengangleitung
Terminfindung und Einladung für Sitzung der Prüfungskommission	Ca. 3 Wochen	Normal	Referentin
<b>Prüfungsfälle</b>			
Fälle konzipieren: Erstellung der <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erwartungshorizonte pro Fall</li> <li>• Briefing-Infos für Studierende</li> <li>• Informationen für Simulationspersonen</li> </ul>	Reine Arbeitszeit: mind. 6 Stunden pro Fall	Sehr hoch	Studiengangleitung 2 Lehrkräfte
Prüfung und Auswahl der Fälle durch ROP (Austausch über Plattform)	Bearbeitungszeit ROP: 6 Wochen	Normal	Referentin
Rückmeldung der Auswahl der Prüfungsfälle durch ROP: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Austausch über Plattform</li> <li>• Information aller Beteiligten per E-Mail</li> </ul>	½ Tag	Normal	Referentin
Weitere Ausarbeitung der Fälle: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bearbeitung der Kritikpunkte der ROP</li> <li>• Erstellung der zugehörigen Unterlagen, z. B. Mutterpässe, Kinder-U-Hefte, Partogramme, Dokumentationsbögen Schwangerschaft/ Wochenbett, etc.</li> <li>• Erstellung der Kopien für die Prüfungsmappen</li> </ul>	Ca. 8 Stunden pro Fall	Sehr hoch	Studiengangleitung 2 Lehrkräfte
Erstellung der Materiallisten pro Fall	½ Arbeitstag pro Person	Normal	2 Lehrkräfte Studiengangleitung

VORGANG (VORBEREITEND)	ZEITAUFWAND/- DAUER (GESAMT)	RESSOUR- CEN- AUFWAND	BETEILIGTE PERSONEN
<b>Personalplanung und -organisation</b>			
Festlegung der Rahmenbedingungen für die vPE-Prüfer*innen und Simulationspersonen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verträge/Lehraufträge</li> <li>• Vergütung</li> </ul> Inkl. hochschulinterne Absprachen (Finanzabteilung und Rechtsabteilung)	Ca. 3 Monate	Hoch	Studiengangleitung Referentin
Klären der Rahmenbedingungen für die Beteiligung des Bayerischen Roten Kreuzes an den Prüfungen (für High-fidelity Simulationen)	Ca. 6 Monate	Hoch	Studiengangleitung
Auswahl der Prüfer*innen aus den vPE's	Ca. 8 Monate	Sehr hoch	Studiengangleitung
Auswahl der Simulationspersonen	Ca. 8 Monate	Sehr hoch	Studiengangleitung Referentin Lehrkraft
Beschluss der externen Prüferinnen und des Prüfungsausschusses durch hochschulinterne Gremien	Achtung: Bearbeitungszeit abhängig von Sitzungsterminen	Normal	Prüfungskommissionsvorsitzende
Meldung der Prüferinnen an ROP	1 Stunde	Normal	Referentin
Einarbeitung der vPE-Prüferinnen in den Ablauf der Prüfungen und die gewählten Fälle: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terminfindung</li> <li>• Erstellung einer Präsentation</li> <li>• Vorbereitung des Labs</li> <li>• Durchführung von 4 Einarbeitungstagen</li> </ul>	Terminfindung ist zeitintensiv; Rest: gesamt 5 Arbeitstage	Hoch	Lehrkraft Studiengangleitung
Einarbeitung der Simulationspersonen in den Ablauf der Prüfungen und die gewählten Fälle <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstellung einer Präsentation</li> <li>• Vorbereitung des Labs</li> <li>• Durchführung von zwei Einarbeitungstagen</li> </ul>	Terminfindung ist zeitintensiv; Rest: gesamt 3 Arbeitstage	Hoch	Lehrkraft Studiengangleitung
Einarbeitung des Personals des Bayerischen Roten Kreuzes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstellung einer Präsentation</li> <li>• Vorbereitung des Labs</li> <li>• Durchführung von drei Einarbeitungstagen – einer davon mit Studierenden</li> </ul>	Terminfindung ist zeitintensiv; Rest: gesamt 3 1/2 Arbeitstage	Hoch	Lehrkraft Studiengangleitung
Einarbeitung der Laborassistenten in die Prüfungen: Ablauf der Prüfung je Fall <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anweisung für das Packen der Materialpakete</li> <li>• Anweisung für die Sicherstellung des Materialflusses</li> <li>• Suchen und Einarbeiten von 4 SHKs, die die Laborassistenten im Notfall vertreten könnten</li> </ul>	Gesamt: 2 Arbeitstage	Hoch	2 Lehrkräfte Studiengangleitung
Organisation der Prüfungsaufsicht: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestellung von zwei Prüfungsaufsichten pro Tag</li> <li>• Einweisungstermin für Prüfungsaufsichten (Ablauf und Dokumentation erläutert)</li> <li>• Erstellung von Handreichungen für Aufsichten</li> </ul>	Gesamt: 1 Arbeitswoche	Hoch	Lehrkraft Studiengangleitung Referentin

VORGANG (VORBEREITEND)	ZEITAUFWAND/-DAUER (GESAMT)	RESSOURCEN-AUFWAND	BETEILIGTE PERSONEN
<b>Prüflinge</b>			
Prüfung der Zulassung der Studierenden: <ul style="list-style-type: none"> <li>Kontrolle der erbrachten Stunden</li> <li>Kontrolle der erbrachten Leistungen (z. B. Anzahl Geburten, etc.)</li> </ul>	Ca. 2 Monate	Hoch	Lehrkraft Studiengangleitung Referentin
Zulassung der Studierenden: <ul style="list-style-type: none"> <li>Erstellen eines Zulassungsvorschlages für Regierung</li> <li>Sammeln der Anträge und Unterlagen der Prüflinge</li> <li>Austausch mit Regierung über Plattform</li> </ul>	Sammeln der Unterlagen ist zeitintensiv; Rest ca. 1 Arbeitstag	Normal	Studiengangleitung Lehrkraft Referentin
Informationsveranstaltung für die Studierenden zur Prüfung <ul style="list-style-type: none"> <li>Vorbereitung, Durchführung</li> <li>Einteilung der Prüfungstage</li> </ul>	1 ½ Arbeitstage (gesamt) Allerdings viele Rückfragen!	Normal	Studiengangleitung 2 Lehrkräfte Referentin
<b>Ablaufplanung und Vorbereitung der Prüfungstage</b>			
Erstellung der genauen Ablaufplanung/Einteilung der Prüfungstage kurz vor Prüfungsbeginn: <ul style="list-style-type: none"> <li>Zuteilung der Hochschulprüfer*innen und Vertretungen</li> <li>Zuteilung der vPE-Prüfer*innen und Vertretungen</li> <li>Zuteilung der Simulationspersonen und Vertretungen zu den Tagen</li> <li>Zuteilung der Studierenden zu den Prüfungstagen</li> </ul>	Achtung: Vorlaufzeit erforderlich	Sehr hoch	Referentin Studiengangleitung Vizepräsidentin Regierungsvertreter*innen
Lösen und Zuweisung der Fälle zu den Prüfungstagen/Prüflingen	ca. 1 Stunde	Normal	Referentin
Erstellung der Ablaufdokumentation hinsichtlich des Prüfungsverlaufs	1 Arbeitstag (pro Person)	Normal	Studiengangleitung Referentin
Bestellung des Verbrauchsmaterials	Ca. 5 Wochen	Sehr hoch (Lieferengpässe)	Laborassistentin
Zusammenstellung der Materialpakete	Ca. 4 Arbeitstage	Normal	Laborassistentin
Festlegung der Hygienemaßnahmen (Corona-Zeit) Erstellung von Hinweisen	Ca. 2 Stunden	Niedrig	Studiengangleitung Referentin
Organisation der Verpflegung für: <ul style="list-style-type: none"> <li>Mitglieder der Prüfungskommission</li> <li>Prüfungsaufsichten</li> <li>vPE-Prüfer*innen</li> <li>Simulationspersonen, etc.</li> </ul>	Vorlaufzeit beachten!	Normal	Referentin Laborassistentin Sekretär
Erstellung von Namensschildern für Studierende und Prüferinnen	1 Stunde		Sekretär
Vorbereitung der Simulationsräume → Abstimmung mit Prüfer*innen erforderlich	Ständig während Prüfungszeit; kurze Tätigkeit – aber Person muss ganztägig anwesend sein	Mittel	Laborassistentin
Vorbereitung des Prüfungsraumes (für die Vor- und Nachbereitung) → Abstimmung mit Prüfer*innen erforderlich	Ständig während Prüfungszeit; kurze Tätigkeit – aber Person muss ganztägig anwesend sein	Mittel	Referentin Sekretär
Vorbereitung eines Raumes für den Austausch der Prüfenden und der Regierungsmitglieder	30'	Niedrig	Sekretär
Anfertigung der Prüfungsmappen für jede studierende Person	2 Stunden	Normal	Studiengangleitung Praktikantin

VORGANG (VORBEREITEND)	ZEITAUFWAND/-DAUER (GESAMT)	RESSOURCEN-AUFWAND	BETEILIGTE PERSONEN
<b>Durchführung und Nachbereitung der Prüfungen</b>			
Bestückung der Prüfungsmappe mit den Prüfungsunterlagen (täglich vor und nach den Prüfungen)	Täglich 1 1/2 Stunden	Mittel	Studiengangleitung Lehrkraft (4-Augen-Prinzip)
Erstellung einer Niederschrift für jeden Prüfling	Täglich gesamt 2 Stunden	Mittel Studiengangleitung	Prüfer*innen
Erstellung einer Übersicht über die Prüfungsergebnisse für den Prüfungsvorsitz Insgesamt	1 Stunde	Mittel	Studiengangleitung Lehrkraft (4-Augen-Prinzip)
Sitzung des Prüfungsausschusses (inklusive Vor- und Nachbereitung/Protokoll)	4 Stunden	Mittel	Studiengangleitung Referentin Lehrkraft Alle Mitglieder des Prüfungsausschusses
Noteneintrag im elektronischen Prüfungsverwaltungssystem	30'	Normal	Studiengangleitung
Sammlung und Abwicklung der durch externe Prüferinnen und Simulationspersonen gestellten Rechnungen	Gesamt ca. 2 Arbeitstage	Hoch	Referentin

**Tabelle 3 Gliederung der Prüfungstage und -inhalte an der OTH**

TAG	PRÜFUNG	ANZAHL PRÜFLING
1	Geburtshilflicher Notfall (high fidelity/hybrid)	10
	Geburtshilfe (low fidelity)	7
2	Geburtshilflicher Notfall (high fidelity/hybrid)	9
	Geburtshilfe (low fidelity)	6
3	Hebammenarbeit in der Schwangerschaft (low fidelity)	7
	Geburtshilfe (low fidelity)	6
4	Hebammenarbeit in der Schwangerschaft (low fidelity)	6
	Hebammenarbeit in der Schwangerschaft (low fidelity)	6
5	Phantomprüfung (Haltungs- und Einstellungsanomalien)	6
	Phantomprüfung (Haltungs- und Einstellungsanomalien)	7
6	Phantomprüfung (Haltungs- und Einstellungsanomalien)	6
	Wochenbett und Stillzeit (low fidelity)	6
7	Wochenbett und Stillzeit (low fidelity)	7
	Wochenbett und Stillzeit (low fidelity)	6

## Mutter, Vater, Kind. Eine diskursanalytische Untersuchung von Elternbildern in hebammenspezifischen Lehrbüchern.

Mother, father, child. A discours-  
analysis of parental imagery in  
midwifery-specific textbooks.

### Schlüsselbegriffe

Elternbilder, Eltern werden, Geschlechterrollen,  
Hebammenarbeit

### Keywords

parental imagery, becoming parents, gender roles,  
midwifery

### Hintergrund

Wie Elternschaft heutzutage idealerweise gestaltet werden sollte, wird immer wieder prominent gesellschaftlich verhandelt. Das Ideal der ‚aktiven Vaterschaft‘, bei dem der Vater eine wichtige Bezugsperson des Kindes sein soll, etabliert sich immer stärker und wird im öffentlich-politischen Diskurs als das aktuell gültige Leitbild gehandelt [2, 6]. Auch ist etwa die Hälfte aller Paare der Auffassung, dass die Aufteilung der häuslichen und beruflichen Arbeit unabhängig vom biologischen Geschlecht erfolgen sollte. Die Geburt eines Kindes bewirkt jedoch häufig eine veränderte Aufgabenverteilung, mehrheitlich hin zu einer geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung [7]. Das in Deutschland dominierend gelebte Familienmodell ist aktuell jenes einer ‚modernisierte[n] Ernährerfamilie‘ [3, S. 12], in welcher der Vater den Hauptteil des Familieneinkommens erwirtschaftet und die Mutter als Zuverdienerin agiert und sich hauptverantwortlich um Familie und Haushalt kümmert [3]. Es werden verschiedene Ursachen für die Differenz zwischen dem formulierten Ideal der symmetrischen Elternschaft und der davon abweichenden elterlichen Lebensrealität benannt, wie zum Beispiel institutionelle, familienpolitische, rechtliche Rahmenbedingungen des Sozialstaats; das Zusammenspiel von Ausbildungssystem, Arbeitsmarkt und Wohlfahrtsstaat [11]. Auch bestehende gesellschaftliche und individuelle Vorstellungen darüber, wie eine Familie ‚normalerweise‘ aussehen sollte, beeinflussen, wie die Ausgestaltung des neuen Familienlebens erfolgt [5, 8, 10]. Da Hebammen Menschen auf dem Weg in die Elternschaft begleiten, einer biographischen Phase, die von neuen Herausforderungen geprägt ist, ist Ausgangspunkt der Arbeit die Annahme, dass auch Hebammen Einfluss auf das Elternsein nehmen. Hebammenspezifische Diskurse könnten beeinflussen, wie die von ihnen begleiteten Personen Mutterschaft, Vaterschaft, Elternschaft, Kindschaft und Familie konstruieren, da Hebammen im Rahmen der professionellen Begleitung des Elternwerdens diesen Phänomenen Bedeutung und Sinn zuschreiben und infolgedessen vermitteln, wie die ‚normale‘ Familie aussieht.

Da sich ein Diskurs auch textlich manifestiert, kann er durch Analyse ausgewählter Dokumente rekonstruiert werden [7]. Lehrbücher bilden allgemein anerkanntes Wissen der Profession ab und transportieren dabei auch implizite Bedeutungen. So zeigen beispielsweise ernährungsbezogene Regeln auch auf, wie sich beratene Person(en) laut beratender Person ‚normalerweise‘ verhalten sollten, transportieren also auch soziale Normen [1].

### Ziel

Der Einfluss von Hebammen auf die Konstituierung von Elternschaft blieb in der hebammenwissenschaftlichen Forschung bisher weitestgehend unbeachtet. Die Leitfrage der vorliegenden Arbeit lautet daher: Welche Beiträge leisten Hebammen dazu, dass (werdende) Eltern die Erwerbs- und Familienarbeit vergeschlechtlicht aufteilen? Dazu wurden ergänzende Unterfragen formuliert: Welche Elternbilder werden in Hebammen-Lehrbüchern transportiert? Wie werden Mutter- und Vaterrolle verhandelt? Werden geschlechtsspezifisch unterschiedliche Aufgaben und Erwartungen an (werdende) Mütter und Väter gestellt? Wie wird über den Fetus gesprochen?

### Methode

Den Forschungsfragen wurde sich aus der Perspektive der Wissenssoziologischen Diskursanalyse nach Reiner Keller genähert [7]. Grundlage der Diskursrekonstruktion waren ausgewählte Kapitel aus aktuellen Hebammen-Lehrbüchern zur Ernährungsberatung in der Schwangerschaft [4, 9, 11]. Das dort Festgehaltene gilt als anerkanntes Wissen innerhalb der Hebammenprofession, formt das Verständnis der (werdenden) Hebammen und offenbart über die ‚sozialen Regeln des Essens‘ [1, S. 55] auch, wie sich nach Auffassung der beratenden Person verhalten werden soll. Durch die Analyse von Aussageereignissen, ihre Reflexion und kontrollierte Interpretation werden die transportierten kollektiven Normalitätsworstellungen der Hebammen zu Schwangeren, ihren Partnern und Feten aufgezeigt (Abbildung 1).

### Ergebnisse

#### Die schwangere Mutter

Das Bild, das sich aus professioneller Hebammensicht von ‚der Schwangeren‘ in den analysierten Buchbeiträgen erkennen lässt, setzt sich aus drei Hauptaspekten zusammen. Die Schwangere wird zunächst als beratungswürdiges Subjekt verstanden, welches durch die professionelle Intervention der Hebamme zu einem anderen Menschen, nämlich einer Mutter, werden soll. Die Teilaspekte beschreiben, was aus Hebammenposition zu erwarten ist, damit die geforderte und als notwendig charakterisierte Transformation hin zu einem neuen Subjekt, erfolgreich ist. Im Rahmen der Beratung wird von der Schwangeren erwartet, dass sie ihr gesamtes Verhalten grundlegend verändert, hin zu einem komplett auf den Fetus als zukünftiges Kind ausgerichteten (Hauptaspekt 1: Die Frau, die nur noch ‚die Schwangere‘ sein soll). Weiterhin soll sie sich durch Inanspruchnahme professioneller Hilfe und Investition von Zeit und Mühe tiefgehendes Gesundheitswissen aneignen und dieses eigen-

#### Autorin:

**Anna  
Lichtenberg**

annalichtenberg@  
posteo.de

#### Qualifikations- abschluss:

Bachelor, B. Sc.

#### Betreuer\*innen:

Prof. Dr.  
**Annekatriin  
Skeide**

**Kristin Rammel**

#### Hochschule:

Ernst-Abbe  
Hochschule Jena

verantwortlich umsetzen. Dabei wird von ihr erwartet, dass sie ihre Bedürfnisse mit dem Ziel der Gesundheitsförderung des Fetus eigenverantwortlich abgleicht und anpasst und ihre Bedürfnisse nötigenfalls diesem Ziel unterordnet (Hauptaspekt 2: Die Schwangere als beratungswürdige Expertin ihrer selbst). Daneben gehört ein Verzichtverhalten als Selbstdisziplinierungsmaßnahme zum (erwarteten) Vorteil des Fetus als zentrales Element zur Schwangerschaft und damit zum Mutter-werden dazu (Hauptaspekt 3: Die Schwangere, die verzichten muss).

### Der personifizierte Fetus

Das im Datenmaterial gezeichnete Bild vom Fetus setzt sich teilweise widersprüchlich zusammen. Einerseits wird dem Fetus ein Persönlichkeitsstatus zugeschrieben. Er besitzt Bedürfnisse und Rechte, wie zum Beispiel das Recht auf Schutz und körperliche Unversehrtheit. Gleichzeitig weist seine Existenz eine existenzielle Abhängigkeit von der Schwangeren auf. Er ist somit gleichzeitig keine individuelle Person, sondern integraler Bestandteil einer anderen. Paradoxiertweise kann aus dargestellter Hebammenposition die Schwangere trotzdem, dass der Fetus als Teil ihrer selbst beschrieben wird, durch seine Existenz in ihren Rechten eingeschränkt werden, was wiederum durch die dem Fetus zugeschriebene Rolle des Kindes, also jene Person mit bestimmten Rechten, begründet wird.

### Der irrelevante Partner

Auch wenn darauf hingewiesen wird, dass eine Schwangerschaft nicht nur ein biologisches und damit individuelles Ereignis, sondern auch ein soziales ist, wird der Partner der Schwangeren in der Beratung als unüblicher Adressat verstanden. Dem Partner wird aus Hebammenposition kein Platz als Vater zugewiesen; er darf abwesend bleiben. Im kollektiven Hebammenverständnis ist er nicht primär verantwortlich, noch kommt ihm eine tragende Rolle zu. Er wird in der Schwangerschaft nicht als (werdender) Vater des kommenden Kindes angerufen.

## Diskussion

Die nachgezeichneten Bilder der Akteur\*innen bilden einzeln für sich sowie in ihrer Positionierung zueinander die kollektive Normalitätsvorstellung der Hebammen ab. Schwangere, Partner und Fetus werden aus Hebammenposition in der Beratungssituation als Mutter, Partner, Kind, also in einem asymmetrischen Verhältnis zueinander positioniert sowie mit geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Aufgaben und Erwartungen bedacht. Der Fokus der Hebammenposition liegt (fast) ausschließlich auf der Frau. Für sie wird die Schwangerschaft als Anlass verstanden, bereits mütterliche Sorgearbeit sowie Optimierungsarbeit an sich selbst zu leisten. Die Beratung zur Ernährung nimmt dabei die Funktion ein, die an sie gestellten impliziten Erwartungen durch explizite Ernährungsempfehlungen zu transportieren. Die resultierende Positionierung aller (zukünftigen) Familienmitglieder orientiert sich dadurch in erster Linie an der vorgezeichneten Mutterrolle. Diese ist wiederum stark durch eine charakteristische, nämlich mütterliche, d.h. kindzentrierte, sich kümmernde und bemühende, sich selbst zurücknehmende und verzichtende Haltung zum Fetus definiert. Der Schwangeren werden bereits in der Schwangerschaft mütterliche Pflichten auferlegt, auch dadurch, dass der Fetus als Kind in die gegenwärtige Situation geholt wird. Die Schwangere ist die Person, welche, bedingt durch die körperliche Einheit, mit dem Personenstatus konfrontiert wird. Dies bewirkt, dass sich ihr Verhalten in Relation zum kommenden Kind bewegen muss. Durch die zeitlich vorgezogene Positionierung der Schwangeren als Mutter sowie durch die implizit ausformulierte Definition der ‚guten‘ Mutter wird auch vorgegeben, welche Vaterrolle der Partner noch einnehmen kann. Da ihm kein Platz zugewiesen wird, könnte er auch abwesend bleiben, ohne aus Hebammenposition Sanktionen zu erfahren. Einer Orientierung hin zum gesellschaftlich verbreiteten Leitbild vom Vater, der durch Erwerbsarbeit seine Familie absichert und seiner Partnerin den Großteil der Sorgearbeit überlässt, liegt nahe.

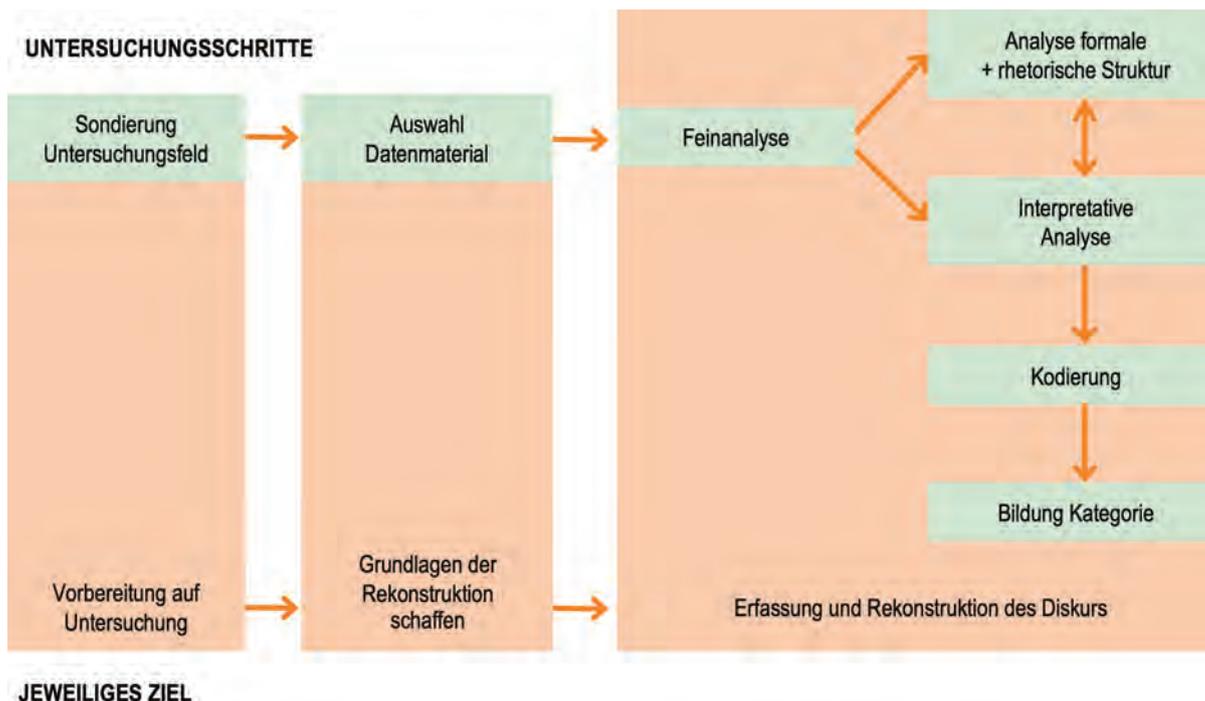


Abbildung 1: Methodisches Vorgehen nach Reiner Kellers Implikationen der Wissenssoziologischen Diskursanalyse [7]. Eigene Darstellung.

Der Diskurs könnte im Sprachgebrauch und im praktischen Handeln der Hebammenakteur\*innen Niederschlag finden und dadurch die definierte Realität beeinflussen. Da im sozialen Setting jedoch mehrere Diskurspositionen miteinander konkurrieren, kann in dieser Arbeit nicht abschließend eingeschätzt werden, inwieweit der hebammenspezifische Diskurs tatsächlich auf die betreuten Menschen wirkt; inwieweit die Positionierung der (werdenden) Eltern letztendlich beeinflusst, wie sie sich selbst positionieren. Da Hebammen (werdende) Eltern in der Schwangerschaft begleiten, ist jedoch davon auszugehen, dass sie einen gewissen Einfluss darauf haben, wie (werdende) Eltern das ‚wahre‘ Wesen von Mutterschaft, Vaterschaft, Elternschaft, Familie sowie Feten beziehungsweise Kindern konstruieren und dadurch auch ihre Selbstpositionierung demgemäß vornehmen.

### Schlussfolgerung

Die Analyse spiegelt wider, dass im kollektiven Hebammenverständnis geschlechtsabhängige Erwartungen an (werdende) Eltern gestellt werden. Die rekonstruierten Bilder legen eine Anbahnung einer geschlechtsspezifischen Aufteilung der Familien- und Erwerbsarbeit nahe. Es bleibt empirisch zu untersuchen, inwieweit Hebammen entsprechend dem identifizierten kollektiven Verständnis in Beratungssituationen agieren.

\*\*\* SAVE THE DATE \*\*\*

Die nächste  
Mitgliederversammlung  
der DGHWi  
ist geplant  
am **8. Februar 2024**  
an der Evangelischen  
Hochschule Berlin.

### LITERATURANGABEN

1. Barlösius E. Soziologie des Essens. Eine sozial- und kulturwissenschaftliche Einführung in die Ernährungsforschung. 3. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa; 2016.
2. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Kinder, Haushalt, Pflege – wer kümmert sich? Ein Dossier zur gesellschaftlichen Dimension einer privaten Frage. Berlin; 2020 [Zugriff: 15.07.2022]. Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/160276/3186dde7aa7d20b08979e6a78700148a/kinder-haushalt-pflege-wer-kuemmert-sich-dossier-sorgearbeit-deutsch-data.pdf>
3. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Neunter Familienbericht. Eltern sein in Deutschland – bei wachsender Vielfalt. Berlin; 2021 [Zugriff: 15.07.2022]. Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/174094/93093983704d614858141b8f14401244/neunter-familienbericht-langfassung-data.pdf>
4. Deutscher Hebammenverband e.V. Schwangerenvorsorge durch Hebammen. 3., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Hippokrates Verlag; 2015.
5. Diabaté S, Lück D, Schneider NF. Leitbilder der Elternschaft: Zwischen Kindeswohl und fairer Aufgabenverteilung. In: Schneider NF, Diabaté S, Ruckdeschel K, editors. Familienleitbilder in Deutschland. Kulturelle Vorstellungen zu Partnerschaft, Elternschaft und Familienleben. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich; 2015:247–268.
6. Kassner K, Nelles HG, Strenz H, Vonnoh C. Aktive Vaterschaft von Anfang an. Deutsche Hebammenzeitschrift. 2022; 3:40–44.
7. Keller R. Wissenssoziologische Diskursanalyse. Grundlegung eines Forschungsprogramms. 3. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011.
8. Levy R. Wie sich Paare beim Elternwerden retraditionalisieren, und das gegen ihre eigenen Ideale. Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften. 2016; 11:5–28.
9. Mändle C, Opitz-Kreuter S, editors. Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe. 6., überarb. und akt. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 2015.
10. Müller M, Zillien N. Das Rätsel der Retraditionalisierung. Zur Verweiblichung von Elternschaft in Geburtsvorbereitungskursen. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. 2016; 68:409–433.
11. Stiefel A, Geist C, Harder U, editors. Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. 5., überarb. und erw. Auflage. Stuttgart: Hippokrates Verlag; 2013.

# Die Bedürfnisse von Frauen nach Erleben eines geburtshilflichen Notfalls

## The needs of women after experiencing an obstetric emergency

### Schlüsselbegriffe

Geburtshilflicher Notfall, maternale Morbidität, Bedürfnisse

### Keywords

Obstetric emergency, maternal morbidity, women's needs

### Hintergrund

Die Geburt des eigenen Kindes ist eine komplexe und multifaktorielle Erfahrung, die vielen Frauen lebenslang in Erinnerung bleibt und weitreichende Folgen für ihre psychische und physische Gesundheit, die Bindung zum Kind und die Folgeschwangerschaften haben kann [17, 14].

Mehrere qualitative Erhebungen zu den Bedürfnissen von Frauen im Rahmen der Geburt und der postpartalen Zeit weisen ähnliche Ergebnisse auf [3, 8, 17]. Sie zeigen, dass der Erhalt des persönlichen Kontrollgefühls, das Involviertsein in Entscheidungsprozesse, der kontinuierliche Kontakt zum Kind sowie die Anwesenheit von respektvollem und kompetentem Fachpersonal Hauptbedürfnisse vieler Gebärender sind [3]. Es muss bedacht werden, dass die genannten Faktoren, die eher zu einem positiven Geburtserleben führen, beim Auftreten geburtshilflicher Notfälle gefährdet sind.

Da Notfallsituationen in der Geburtshilfe oftmals plötzlich und unvorhergesehen auftreten, eine rasche Intervention erfordern und wenig Spielraum für eine partizipative Entscheidungsfindung zulassen, sind betroffene Frauen allgemein als eine besonders vulnerable Gruppe anzuerkennen [6]. Frauen, die von einem geburtshilflichen Notfall betroffen sind, haben darüber hinaus ein erhöhtes Risiko, ihre Geburt im Nachhinein als traumatisch zu empfinden, an einer Wochenbettdepression zu erkranken oder eine posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln [6, 21].

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass die Erforschung von Notfallsituationen und schweren maternalen Morbiditätsfällen für deren Prävention dieser und für die allgemeine Verbesserung der Gesundheitsversorgung unabdingbar ist [22]. Während sich ein Großteil der Studien auf die Identifikation und die Verminderung von maternalen Morbidität- und Mortalitätsfällen bezieht, ist demgegenüber weniger über die Bedürfnisse der Betroffenen bekannt [15]. Hinzu kommt, dass die Erforschung der Notfälle und Komplikationen einen Aufschluss geben kann über erfolgte Versorgungsmaßnahmen, mögliche Defizite und die Perspektive der Betroffenen [22, 11, 15].

Die WHO klassifiziert schwere und lebensbedrohliche geburtshilfliche Komplikationen oftmals als maternalen

„near-miss“ Fall und definiert diesen als einen Fall, bei dem eine Frau an einer Komplikation während der Schwangerschaft, der Geburt oder in den ersten 42 Tagen nach Ende der Schwangerschaft beinahe gestorben wäre, aber überlebt hat [13, 22].

Während eine einheitliche internationale Definition des geburtshilflichen Notfalls noch ausbleibt, ist auch die genaue Identifikation geburtshilflicher Notfälle nicht immer einfach handzuhaben, da sie nur bei dem tatsächlich vorhandenen Zugang zu notwendigen Diagnostik- und Versorgungsmöglichkeiten erfolgen kann und somit weltweit nicht einheitlich möglich ist [5, 13]. Nicht immer können tatsächlich erfolgte Interventionen als repräsentativ für den Bedarf an diesen gesehen werden. Während die Prävalenz von schweren maternalen Morbiditätsfällen in einkommensstarken Ländern somit zwischen 0,5 – 1% liegt [20], sind in einigen afrikanischen Ländern Schätzungen zufolge bis zu 14,98% der Schwangeren, Gebärenden und jungen Mütter betroffen [19]. Während die Müttersterblichkeitsraten weltweit sinken, wird vermutet, dass die Rate der schweren maternalen Morbidität in Zukunft steigen wird und die Erforschung dieser an Relevanz zunimmt [20]. Die steigende Rate schwerer Morbiditätsfälle ist weltweit unter anderem auf ein höheres Alter der werdenden Mütter und der damit einhergehende höhere Prävalenz von Grunderkrankungen zurückzuführen [20]. Hinzu kommt, dass es gerade in einkommensstarken Ländern bei schweren Komplikationen aufgrund der Versorgungsmöglichkeiten seltener zu Todesfällen kommt und diese daher eher in die Statistik der maternalen Morbidität einfließen [20].

### Ziel

Das Ziel dieser Arbeit ist es, durch ein integratives Review darzustellen, wie Frauen geburtshilfliche Notfälle erleben, welche Bedürfnisse sie in der Notfallsituation und der postpartalen Zeit angeben und welche Implikationen dies für die Hebammenarbeit hat. Es wird näher auf die Definition des geburtshilflichen Notfalls eingegangen sowie auf das postpartale Debriefing als potenziellen Anhaltspunkt in der Betreuung.

### Methodik

Diese Literaturrecherche basiert auf einem integrativen Review, welches die Inklusion von Studien mit diversen Methodiken erlaubt und hierbei theoretische und empirische Forschungsergebnisse gleichermaßen betrachtet werden können [16]. Die Literaturrecherche wurde in den Datenbanken PubMed, Livivo, Cochrane (Database) und CINAHL durchgeführt. Sie fand zwischen April und Juni 2022 statt und wurde auf Studien aus den letzten elf Jahren begrenzt (2011 – 2022).

Bei der Auswahl der Studien wurde keine zeitliche Einschränkung zwischen dem Notfallereignis und der Befragung der Frau genutzt, da vermutet wird, dass die Erinnerung über längere Zeit gleichbleibend ist und manche Frauen erst zu einem späteren Zeitpunkt bereit waren, über ihr Erleben zu sprechen [4]. Es wurde nicht nach jeder denkbaren Notfallsituation separat recherchiert, aber auch keine Notfallsituation primär ausgeschlossen.

Alle inkludierten Studien wurden in einem peer-reviewed Fachjournal veröffentlicht. Bei den eingeschlossenen

**Autorin:**  
Inga Winterhof  
i.winterhof@web.de

**Qualifikationsabschluss:**  
Bachelor, B. Sc.

**Betreuer\*innen:**  
Prof. Dr.  
Dorothea Tegethoff

Dr. Clarissa Schwarz

**Hochschule:**  
Evangelische Hochschule Berlin

Studien handelte es sich hauptsächlich um qualitative Forschung, bei der Frauen im Nachhinein zu ihrer Erfahrung und ihren Bedürfnissen befragt wurden.

Die Literaturrecherche ergab insgesamt 495 Suchergebnisse, von denen nach Sichtung der Titel und Abstracts 437 Studien aussortiert werden konnten. Es wurden 29 Volltexte in die engere Auswahl genommen, von denen 16 Studien letztendlich in der Arbeit inkludiert wurden. Es fand eine Qualitätsprüfung der Studien mit dem Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) von Hong et al. (2018) statt [10]. Die Studien wurden in Australien, dem Vereinigten Königreich, Neuseeland, Tansania, Brasilien, Schweden und den Vereinigten Staaten Amerikas durchgeführt. Hierzu lässt sich sagen, dass die meisten Studien im Vereinigten Königreich und in Australien durchgeführt wurden und dass die Perspektive aus einkommensstarken Ländern daher häufiger vertreten wird.

## Ergebnisse

Beim Auftreten der Notfallsituation sprechen viele Frauen von einem ausgeprägten Angstgefühl, Gedanken über den eigenen Tod, den Verlust der physiologischen Geburt und einem Gefühl von Kontrollverlust. Allgemein haben junge Mütter im Nachhinein oft eine klare Erinnerung daran, was ihnen in der Situation gesagt wurde und wie sie sich vom Versorgungspersonal behandelt fühlten [7, 2].

Nach dem Notfall und noch während des Klinikaufenthaltes steht für viele betroffene Mütter die Versorgung des Neugeborenen und die eigene Genesung im Vordergrund [2]. Die Realisierung des Notfalls und deren Folgen folgt oftmals erst nach Wochen oder sogar Monaten [2]. Zu verstehen, was sich peripartal ereignete und dass sie sich teilweise in Lebensgefahr befanden, ist auch im Nachhinein für die meisten Mütter äußerst belastend und schwer zu akzeptieren [12]. Durchweg ist es in allen Interviews der inkludierten Studien ein Hauptbedürfnis betroffener Frauen, die geburtshilfliche Notfallsituation zu verstehen. Um das Erlebte im Nachhinein einordnen und akzeptieren zu können, ist es für beinahe alle Frauen unerlässlich, über die möglichen Ursachen, den Ablauf, die erfolgten Interventionen und die zu erwartenden Folgen des Notfalls informiert zu werden. Klare und kontinuierliche Erklärungen, die nicht in medizinischer Fachsprache erfolgen, werden zu allen Zeitpunkten des Notfalls als sehr hilfreich empfunden [12]. Das Bedürfnis, hinreichend informiert zu werden, wird in jeder in diesem Review inkludierten Studie thematisiert und ist nicht vom Ausmaß oder der Art des Notfalls abhängig.

In den ersten postpartalen Stunden und Tagen wünschen sich fast alle Mütter außerdem den direkten Kontakt zum Neugeborenen und wenn dies nicht möglich ist, kontinuierliche Informationen über dessen Zustand zu erhalten [1]. Besonders relevant scheint dies bei einer physischen Trennung oder bei unvollständigen Erinnerungen an die Notfallsituation zu sein. Wenn sie aufgrund ihrer eigenen gesundheitlichen Verfassung ihr Neugeborenes nicht oder nur sehr eingeschränkt versorgen und halten können, sprechen viele Frauen von Schuldgefühlen, die sie gegenüber ihrem Kind haben [2, 7, 9, 18].

Betroffene Frauen äußern außerdem das Bedürfnis, bei der Versorgung ihres Neugeborenen verständnisvoll unterstützt zu werden und eine Anerkennung ihrer erschwerten Situation zu erhalten. Allgemein haben Frauen das Bedürfnis nach kompetenter, feinfühligem und respektvoller Betreuung in und nach einer Notfallsituation und sind sehr dankbar, wenn das Fachpersonal diesem nachkommt [2].

Ein weiteres Bedürfnis, welches wiederholt thematisiert wird, ist die Anwesenheit der Begleitperson in der Notfallsituation sowie auch in der ersten postpartalen Zeit vor der Entlassung aus der Klinik. Von ihrem sozialen Umfeld wünschen Frauen sich in den ersten Wochen und Monaten postpartal oftmals praktische Unterstützung und Verständnis. Nach der physischen Genesung sprechen viele Frauen erneut von ihrem Bedürfnis, über die Folgen des Notfalls, ihre eigenen Handlungsmöglichkeiten und die Bedeutung für Folgeschwangerschaften informiert zu werden. Die Sorge um die Wiederholung des geburtshilflichen Notfalls ist nach fast allen Notfallsituationen vorhanden und führt bei manchen Frauen zu der Entscheidung, keine weiteren Kinder bekommen zu wollen [12].

## Diskussion

Hervorzuheben ist, dass das Erleben von geburtshilflichen Notfallsituationen sowie die daraus resultierenden Bedürfnisse subjektiv und multifaktoriell sind. So spielen Faktoren wie unter anderem das soziale Umfeld der Betroffenen, Ereignisse aus der Anamnese, persönliche Charaktereigenschaften und der Zugang zu medizinischer Versorgung vermutlich eine nicht unerhebliche Rolle [7]. Dennoch ließ sich im Rahmen dieser Arbeit feststellen, dass die meisten Frauen nach Erleben eines geburtshilflichen Notfalls sehr ähnliche Bedürfnisse angeben.

Die Wahl des integrativen Reviews sowie die systematisierte Literaturrecherche erwiesen sich als passend für diese Arbeit und ermöglichten eine Beantwortung der Forschungsfrage.

## Schlussfolgerungen

Viele betroffene Frauen wünschen sich postpartal ein Gespräch mit einer respektvollen und verständnisvollen Fachperson, bei dem sie die Möglichkeit bekommen, ihre Sicht des Erlebten zu schildern, ihnen zugehört wird und sie Fragen klären können. Auch wenn das optimale Format dieser Nachbesprechung weiterer Forschung bedarf, sollten alle von einem geburtshilflichen Notfall betroffene Frauen postpartal dennoch zumindest das Angebot eines Nachgesprächs bekommen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Erleben einer geburtshilflichen Notfallsituation für die meisten Betroffenen ein einschneidendes, folgenreiches und oftmals extrem belastendes Erlebnis ist. Den Bedürfnissen betroffener Frauen sollte demzufolge sowohl während des Ereignisses als auch im Nachhinein besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden und sie sollten Gegenstand weiterer Forschung sein.

## LITERATURANGABEN

1. Cram F, Stevenson K, Geller S, MacDonald E, Lawton B. A qualitative inquiry into women's experiences of severe maternal morbidity. *Kōtuitui: New Zealand Journal of Social Sciences Online*. 2019; 14(1):52-67. DOI: 10.1080/1177083X.2018.1528990
2. De la Cruz C, Coulter M, O'Rourke K, Alio P, Daley E, Mahan C. Women's Experiences, Emotional Responses, and Perceptions of Care After Emergency Peripartum Hysterectomy: A Qualitative Survey of Women from 6 Months to 3 Years Postpartum. *BIRTH*. 2013; 40(4):256-263. DOI: 10.1111/birth.12070
3. Downe S, Finlayson K, Oladapo O, Bonet M, Gülmezoglu A. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS ONE*. 2018; 13(4): e0194906.
4. Elmir R, Schmied V, Jackson D, Wilkes L. Separation, failure and temporary relinquishment: women's experiences of early mothering in the context of emergency hysterectomy. *Journal of Clinical Nursing*. 2011; 21:1119-1127. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03913.x
5. Filippi V, Ronsmans C. Reviewing severe maternal morbidity: learning from survivors of life-threatening complications. (2004) In *Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*. (World Health Organization):103-124.
6. Furuta M, Sandall J, Cooper D, Bick D. The relationship between severe maternal morbidity and psychological health symptoms at 6-8 weeks postpartum: a prospective cohort study in one English maternity unit. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014a; 14:133. DOI: 10.1186/1471-2393-14-133
7. Furuta M, Sandall J, Bick D. Women's perceptions and experiences of severe maternal morbidity – A synthesis of qualitative studies using a meta-ethnographic approach. *Midwifery*. 2014; 30:158-169. DOI: 10.1016/j.midw.2013.09.001
8. Henderson J, Redshaw M. Who Is Well After Childbirth? Factors Related to Positive Outcome. *BIRTH*. 2013; 40(1):1-9. DOI: 10.1111/birt.12022
9. Hinton L, Locock L, Knight M. Maternal critical care – what can we learn from patient experience? A qualitative study. *BMJ Open*. 2015a; (5):1-9. DOI:10.1136/bmjopen-2014-006676
10. Hong Q, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, Gagnon M, Griffiths F, Nicolau B, O'Cathain A, Rousseau M, Vedel I. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018. Registration of Copyright (#1148552), Canadian Intellectual Property Office, Industry Canada.
11. Kalhan M, Singh S, Punia A, Prakash J. Maternal near-miss audit: Lessons to be learnt. *International Journal of Applied and Basic Medical Research*. 2017; (7):85-87. DOI: 10.4103/2229-516X.205815
12. Knight M, Acosta C, Brocklehurst P, Cheshire A, Fitzpatrick K, Hinton L, et al. Unheard voices: women's and their partners' experiences of severe pregnancy complications. In *Beyond maternal death: improving the quality of maternal care through national studies of 'near-miss' maternal morbidity*. Programme Grants for Applied Research. 2016; 4(9):5-18. DOI: 10.3310/pgfar04090
13. Say L, Souza J, Pattinson R. Maternal near miss – towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2009; 23:287-296. DOI:10.1016/j.bpobgyn.2009.01.007
14. Simkin P. Just Another Day in a Woman's Life? Women's Long-Term Perceptions of Their First Birth Experience. Part I. *BIRTH*. 1991; 18(4):203-210. DOI: 10.1111/j.1523-536x.1991.tb00103.x
15. Souza J, Cecatti J, Parpinellei M, Krupa F, Osis M. An Emerging "Maternal Near-Miss Syndrome": Narratives of Women Who Almost Died During Pregnancy and Childbirth. *BIRTH*. 2009; 36(2):149-158. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2009.00313.x
16. Souza M, Dias da Silva M, de Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it?. *Einstein*. 2010; 8(1):102-06. DOI: 10.1590/S1679-45082010RW1134
17. Taheri M, Takian A, Taghizadeh Z, Jafari N, Sarafraz N. Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive Health*. 2018; 15:73. DOI: org/10.1186/s129-8018-0511-x
18. Thompson J, Ford J, Raynes-Greenow C, Roberts C, Ellwood D. Women's Experiences of Care and Their Concerns and Needs Following a Significant Primary Postpartum Hemorrhage. *BIRTH*. 2011; 38(4):327-335. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2011.00491.x
19. Tunçalp Ö, Hindin J, Souza J, Chou D & Say L. The prevalence of maternal near miss: a systematic review. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2012; 119:653-661. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2012.03294.x
20. Van Roosmalen J, Zwart J. Severe acute maternal morbidity in high-income countries. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2009; 23:297-304. DOI:10.1016/j.bpobgyn.2009.01.004
21. Wall-Wieler E, Carmichael S, Urquia M, Liu C, Hjern A. Severe maternal morbidity and postpartum mental health-related outcomes in Sweden: a population-based matched-cohort study. *Archives of Women's Mental Health*. 2019; 22(4):519-526. DOI: 10.1007/s00737-018-0917z
22. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: The WHO near-miss approach for maternal health. Geneva: World Health Organization; 2011.

# Aus der DGHWi

LEITLINIEN UND STELLUNGNAHMEN

---

MANDATE UND SEKTIONEN

---

AKTUELLES

---

## Stellungnahme der DGHWi zur Änderung der Mutterschafts-Richtlinien: Klarstellende Anpassung zum Regelungsumfang

**Autor\*innen:**

Damaris Lahmann, Caroline Agricola,  
Mirjam Peters, Sabine Scholz-de-Wall

**Datum: 19.12.2022**

Die DGHWi nimmt Stellung zur klarstellenden Anpassung zum Regelungsumfang der Mutterschafts-Richtlinien durch den G-BA. Die in den Richtlinien des G-BA über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt („Mutterschafts-Richtlinien“) beschriebenen Delegation der ärztlichen Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft an eine Hebamme (Mutterschaftsrichtlinie von 1985, zuletzt geändert 2021, S.7) entfällt mit der Begründung, dass die vorherige Formulierung in der Praxis zu Missverständnissen und zu Auslegungsproblemen geführt hat. Es wird klarstellend formuliert, dass der Regelungsauftrag des G-BA sich ausschließlich auf die ärztlichen Leistungen erstreckt (SGB V, §92 (1)4) und die Hebammenhilfe nach §24d SGB V nicht Gegenstand der Mutterschaftsrichtlinien ist.

Es wird begrüßt, dass mit der Änderung eine eindeutige Formulierung zum Regelungsauftrag der an der Schwangerschaftsvorsorge beteiligten Berufsgruppen, Hebammen und Frauenärzt\*innen ergänzt wird. Die DGHWi weist explizit darauf hin, dass Schwangeren ein freies Wahlrecht bezüglich der Inanspruchnahme der Betreuungsform durch Fachpersonen zusteht. Schwangeren steht frei, ob sie sich für eine Versorgung durch Hebammen, Ärzt\*innen oder eine geteilte Versorgungsform entscheiden (SGB V, §24d).

Um Schwangeren diese Wahlfreiheit deutlich zu machen, sollte insbesondere die erste Seite des Mutterpasses in ihrer Aufmachung überarbeitet werden, so dass bereits daraus die Wahlfreiheit der Versicherten deutlich wird. Als wissenschaftliche Fachgesellschaft fordern wir aus diesem Grund zusätzlich eine laienverständliche Formulierung, in der auf die drei beschriebenen Versorgungsformen in der Schwangerschaft und auf eine Referenz für die Ausgestaltung der Hebammenhilfe hingewiesen wird. Die DGHWi macht dazu folgenden Vorschlag:

„Wenn Sie gesetzlich versichert sind, haben Sie Anspruch auf Vorsorgeleistungen in der Schwangerschaft. Dabei können Sie wählen:

- Ob und in welchem Umfang Sie Schwangerenvorsorge in Anspruch nehmen.
- Ob Sie die Vorsorgeleistungen bei einer Ärzt\*in oder bei einer Hebamme durchführen lassen oder
- ob sie die Vorsorgeleistungen nach Ihren Vorstellungen auf Hebammen und Gynäkolo\*innen aufteilen (geteilte Vorsorge).“

Darüber hinaus soll die Begrifflichkeit „mitbetreuende Hebamme“ (Mutterschaftsrichtlinien Anlage 3, „Mutterpass“, Seite 1) durch eine gleichberechtigte Formulierung wie zum Beispiel „betreuende Hebamme“ ersetzt werden. Die DGHWi weist darauf hin, dass für eine evidenzbasierte Schwangerenvorsorge, an der mehrere Berufsgruppen beteiligt sind, der Bedarf für eine S3-Leitlinie besteht, um eine interprofessionelle Grundlage für Hebammen und Gynäkolog\*innen zu definieren

## Stellungnahme der DGHWi zur Kommentierung für MIO Laborbefund 1.0.0

**Autor\*in:**

Mirjam Peters

### Hebammen als Anwendergruppe nicht vollumfänglich berücksichtigt

Hebammen nehmen im Rahmen ihrer Arbeit Proben und geben Laborbefunde in Auftrag.

In diesem Abschnitt wird von ärztlichen und nicht-ärztlichen Personen gesprochen. An anderen Stellen wird ausschließlich von ärztlichen Personen gesprochen (z.B. in den Hintergrundinformationen u.a. in der Anwendergruppe), diese Stellen müssen entsprechend angepasst werden, insbesondere um Folgefehler zu

vermeiden. Wir schlagen vor einen übergeordneten Begriff zu verwenden, um Verwirrung zu vermeiden.

Es muss sichergestellt werden, dass Hebammen in vollem Umfang das MIO Laborbefund nutzen können. Es muss sichergestellt sein, dass es keine Pflichtfelder gibt, die von Hebammen nicht ausgefüllt werden können. Die EFN scheint bspw. kein Pflichtfeld zu sein. Dies muss für alle entsprechenden Felder gelten.

Zudem ist darauf hinzuweisen, dass Hebammen aktuell noch nicht an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind. Dies hat bereits zu Versorgungsproblemen und Informationsverlusten im Zusammenhang mit dem MIO Mutterpass geführt. Wir schlagen vor, dass MIO Laborbefund erst einzuführen, wenn Hebammen an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind

## Stellungnahme der DGHWi zur Kommentierung für MIO Elektronischer Impfpass

**Autor\*innen:**

Elke Mattern, Caroline Agricola

**Datum: 14.04.2020**

### Elektronischer Impfpass

Im Rahmen der Kommentierung des elektronischen Impfpasses bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung spricht sich die DGHWi ausdrücklich für ein Leserecht für Hebammen auf den elektronischen Impfpass aus. Im Referentenentwurf des PDSG ist die Profession der

Hebammen nicht für ein Zugriffsrecht auf den elektronischen Impfpass aufgeführt (§ 352).

Das Leserecht ist für die Berufsgruppe der Hebammen ist aus den folgenden Gründen von großer Relevanz.: Hebammen führen in selbstständiger Verantwortung Schwangerenvorsorgeuntersuchungen aus, bei denen sie die Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses berücksichtigen. Darin ist festgelegt, dass die Titer von Röteln und Hepatitis nur erhoben werden, wenn keine Befunde der Immunität im Impfausweis vorliegen (Mutterschafts-Richtlinie, C. Serologische Untersuchungen und Maßnahmen während der Schwangerschaft).

Aus Sicht der DGHWi ist es für die bevorstehende Digitalisierung essenziell, dass das Leserecht der Hebammen auf den elektronischen Impfpass der zu betreuenden Frauen weiterhin gewährleistet ist.

## Stellungnahme der DGHWi zum Zwischenbericht des IQTIG Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal

**Autor\*innen:**

Dr. Sabine Striebich, Cand. Dr. Tamara Marraffa, Anke Wiemer

**Datum: 20.10.2020**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 17.01.2019 das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt, ein Gesamtkonzept zur Umsetzung der einrichtungsbezogenen vergleichenden risikoadjustierten Übersichten über die Qualität der stationären Versorgung gemäß Paragraf 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 5 SGB V, kurz als G-BA-Qualitätsportal bezeichnet, zu entwickeln und umzusetzen.

Das neue Qualitätsportal soll Patient\*innen über die Qualität von maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung informieren und einen Vergleich der Kliniken anhand verdichteter Informationen/Kriterien ermöglichen. Hierbei sollen die konkreten Informationsbedürfnisse und Informationspräferenzen der Nutzer\*innen sowie für sie relevante Entscheidungskriterien für eine Krankenhauswahl berücksichtigt werden. Für den Zwischenbericht sollte geprüft werden, zu welchen Informationen bereits Daten vorliegen, die sich für eine Risikoadjustierung eignen, etwa aus den Qualitätsberichten der Kliniken. Darüber hinaus, sollte festgestellt werden, wozu bislang keine Daten vorliegen. Außerdem sollten konkrete Vorschläge entwickelt werden, wie diese fehlenden Daten gewonnen werden können.

Das IQTIG sollte auch geeignete Methoden zur Darstellung vergleichbarer Einheiten von Krankenhäusern entwickeln und bewerten sowie stets eine umfassende Risikoadjustierung mitbedenken. Ein besonderes Augenmerk sollte darauf gerichtet werden,

wie Informationen verdichtet werden können, etwa durch Aggregation und Indexbildung, und wie aussagekräftige und handhabbare Kriterien entwickelt werden können, nach denen Patient\*innen die Qualität der stationären Versorgung beurteilen können. Und zuletzt sollten Vorschläge für die Visualisierung und Benutzerfreundlichkeit (Usability) der Portalstruktur und Portalinhalte erarbeitet werden.

Die DGHWi wird zunächst allgemeine Anmerkungen zum Qualitätsportal machen, dann auf die Relevanz des Bereichs Geburtshilfe und den Informationsbedarf schwangerer Frauen und ihrer Angehörigen eingehen, bevor konkrete Vorschläge zur Konzeption und Weiterentwicklung des Qualitätsportals gemacht werden. Hierbei bezieht sich die DGHWi stets auf Maßnahmen, die in den jeweiligen Teilzielen des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ (2017), im Folgenden NGZ abgekürzt, empfohlen werden. Zuletzt folgt noch ein Hinweis zur Methodik der Informationsaggregation.

### Allgemeine Anmerkungen der DGHWi

Schwangere Frauen stellen eine besondere Gruppe dar, die in Kliniken ambulante und stationäre Leistungen in Anspruch nimmt:

- Im Jahr 2019 wurden 746.960 Frauen zur geplanten Klinikgeburt stationär aufgenommen [18].
- Die Fallpauschale „gesundes Neugeborenes, Aufnahmegewicht über 2499g“ ist mit 641.214 Fällen (Zahl aus 2018) die am häufigsten abgerechnete DRG (P67E) [37, S.442].
- Im Jahr 2018 gab es insgesamt über 1 Mio. (1.045.825) Behandlungsfälle im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett (ICD 000-099) [7].
- Unter den 20 häufigsten Operationen in Deutschland sind die beiden geburtshilflichen Eingriffe „Rekonstruktion nach einem Dammriss“ und „Sectio Caesarea/ Kaiserschnitt“ [6].

Diese Zahlen machen deutlich, dass die Geburtshilfe ein besonders bedeutsamer Versorgungsbereich ist. Daher sollte die Konzeption von Informations- und geburts-hilflichen Leistungen im Qualitätsportal eine entsprechende Aufmerksamkeit erhalten. Die DGHWi begrüßt die Absicht des IQTIG, im Rahmen der weiteren Projektentwicklung des G-BA-Qualitätsportals Informationsangebote speziell für schwangere Frauen und ihre Angehörigen zu prüfen und stufenweise aufzunehmen [19]. Es ist wichtig, die Bezeichnung der Personengruppe, für die das Portal gedacht ist (bisher „Patientinnen und Patienten“) zu erweitern und ergänzend von „schwangeren Frauen und werdenden Eltern“ zu sprechen; das entspricht auch der Definition eines Krankenhauses nach §2 Abs. 1 KHG („Krankenhäuser sind Einrichtungen, in denen durch ärztliche oder pflegerische Hilfeleistung Krankheiten [...] gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird“). Die DGHWi empfiehlt, bei der Erstellung der Informationsangebote hebammenwissenschaftlich qualifizierte Personen kontinuierlich und systematisch einzubeziehen. Jede Schwangerschaft und jede Geburt sind einzigartige, physiologische und prägende Erfahrungen für werdende bzw. gewordene Eltern – und zwar in körperlichen, psychischen und sozio-emotionalen Dimensionen. Wie die Schwangerschaft und Geburt und die erste Zeit mit dem Neugeborenen erlebt werden, wird nicht nur lebenslang erinnert, sondern kann langfristige gesundheitliche Auswirkungen haben [21]. Schwangere Frauen sind keine Patientinnen im eigentlichen Sinne, sondern gesunde Nutzerinnen, die stationäre gesundheitliche Leistungen („Geburtshilfe“) in Anspruch nehmen. Sie nutzen die Zeit der Schwangerschaft bewusst, um vertiefte Informationen über Geburtskliniken einzuholen.

### Der Informationsbedarf schwangerer Frauen und ihrer Angehörigen

Übersichtsarbeiten zeigen, dass schwangere Frauen – ausgehend von ihren persönlichen Erwartungen und Überzeugungen – den Wunsch haben, ihre Schwangerschaft und ihre Geburt positiv zu erleben und in einer sicheren Umgebung ein gesundes Neugeborenes zur Welt zu bringen [11, 12]; Schwangere Frauen suchen heute regelmäßig gesundheitsbezogene Informationen im Internet [34]. Vorhandene Informationsquellen zu Kliniken, wie etwa die Webseite [www.perinatalzentren.org](http://www.perinatalzentren.org), bieten nicht – oder nicht vollständig – diejenigen Informationen an, die von den Nutzer\*innen gewünscht werden bzw. sind nicht nutzer\*innenfreundlich konzipiert [16].

Zur Vorrecherche des IQTIG ist zu ergänzen: Gerade der Umstand, dass schwangere Frauen und ihre Angehörigen sich üblicherweise persönlich bei Informationsveranstaltungen in Kliniken informieren und sich auch in Kliniken zur Geburtsanmeldung vorstellen [19], zeigt den großen Bedarf nach vertrauenswürdigen Informationen aus erster Hand. Das Qualitätsportal ergänzt als wichtige, verlässliche Informationsquelle die Informationen, die schwangere Frauen zur orientierenden Vorauswahl einer Klinik benötigen. Es wird aus Sicht der DGHWi dringend benötigt. Die DGHWi empfiehlt Suchmaschinenoptimierungs-Recherchen (SEO) zur Ermittlung und/oder Bestätigung von Themen bzw. Fragen, die schwangere Frauen im Zusammenhang mit der geplanten Geburt in einer Klinik interessieren.

### Vorschläge zur Konzeption und Weiterentwicklung des Qualitätsportals

Im Folgenden werden die Empfehlungen des IQTIG [19, Tabelle 34 ab S.174.] zu Informationsmodulen und Weiterentwicklungen im Qualitätsportal kommentiert und für die Geburtshilfe spezifiziert, soweit die DGHWi hierzu Anmerkungen hat oder Hinweise geben möchte.

#### 1.2.2 Tipps zur Krankenhaussuche (bleibt 1.2.2)

Zusätzlich zu [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de) sollte auch zu [www.familienplanung.de](http://www.familienplanung.de) verlinkt werden, da dort spezifische qualitätsgesicherte Informationen für Frauen mit Kinderwunsch und für (ungewollt) schwangere Frauen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verfügbar sind.

#### 3.1.1 Behandlungsschwerpunkte bzw. medizinische Leistungsangebote (wird zu 11.1 Behandlungsschwerpunkte)

Die DGHWi empfiehlt, dass spezialisierte geburtshilfliche Versorgungskonzepte aufgenommen werden, wie etwa das Angebot einer hebammengeleiteten Geburtshilfe [39], die Umsetzung des „Expertinnenstandards für die physiologische Geburt“ [13] und die Möglichkeit einer Begleitung durch Beleghebammen, da dies relevant für die Nutzer\*innen ist. Beispielsweise ermittelte eine Befragung in Nordrhein-Westfalen, dass 21,9% der Mütter sich eine Begleit-Beleghebamme gewünscht hätten (n=1523) [17].

#### 3.4 Ambulante Behandlung und Spezialsprechstunden (3.4 bis 3.4.2 soll im Portal entfallen)

Die DGHWi empfiehlt, „ambulant angebotene Behandlungen“ und „Spezialsprechstunden“ für den Bereich Geburtshilfe aufzunehmen. Schwangere Frauen können davon profitieren, wenn Spezialsprechstunden zur Geburtsplanung

- für Schwangere mit einem vorangegangenen Kaiserschnitt, mit Beckenendlagenschwangerschaft, mit Mehrlingen oder für Schwangere mit großer Angst vor der Geburt bzw. nach traumatischer Geburtserfahrung (etwa 20% aller Schwangeren [40]),
- für Schwangere mit Gestationsdiabetes (etwa 5% aller Schwangeren [33]),
- für werdende Eltern nach auffälligem pränatalen Befund, etwa eine Versorgung durch ein interdisziplinäres Palliativteam [14],
- für Eltern von Frühgeborenen, Kindern mit Erkrankungen oder Behinderungen (gemäß dem Teilziel 3.4, NGZ)

im Portal genannt werden. Auch besondere Angebote wie etwa ein Lotsendienst der Frühen Hilfen [35] oder das Programm Babylotsen für psychosoziale Unterstützung [23] sollten angegeben werden. Wenn Kliniken später weitere Angebote für Schwangere mit besonderen Bedürfnissen einführen, etwa für rauchende Schwangere oder für Schwangere mit BMI >35 (6% bzw. 15% aller Schwangeren [33]) soll sichergestellt werden, dass diese Angebote auch im Portal eingebunden werden können (entsprechend dem Teilziel 1.3 und 1.4, NGZ).

#### 4.3.1 Unterbringung einer Begleitperson bei erwachsenen Patientinnen und Patienten (wird zu 3.2.1)

Schwangere Frauen haben einen erhöhten Informationsbedarf, ob eine Begleitperson vor oder nach der Geburt mitaufgenommen werden kann (sog. „Familienzimmer“, „Kreißaalhotel“, Boarding-Häuser) [25]. Hierzu ist es relevant, inwieweit sich Angebot und Nachfrage nach diesen Leistungen die Waage halten. Es sollte ein allgemeiner Hinweis gegeben werden, unter welchen Umständen ein solches Angebot verfügbar ist, ob es auch vor oder nur nach der Geburt und ob es auch nach Kaiserschnitt genutzt werden kann. Das Prozedere zur Buchung einer solchen Wahlleistung muss transparent dargestellt werden.

#### 4.3.6 Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung (wird zu 3.2.3 Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit)

Da Geburten zu jeder Tageszeit sowie sonn- und feiertags stattfinden, sollte geprüft werden, ob die zeitliche Verfügbarkeit von Dolmetscher\*innen aufgenommen werden könnte. Schwangerschaft und Geburt sind kulturell geprägt und auch religiöse Aspekte sind für manche Nutzerinnen und ihre Begleitpersonen relevant. Daher empfiehlt die DGHWi zum Aspekt Religionsausübung eine Weiterentwicklung im Portal. Ein Auftrag dazu ergibt sich auch aus § 2 Abs.3 Satz 2 SGB V. Im Portal sollte aufgenommen werden können, ob das Personal für einen kultursensiblen Umgang qualifiziert ist (entsprechend dem Teilziel 3.5, NGZ).

### 5. Verlässliche Qualitätssiegel und Zertifikate (wird zu 12)

Vorhandene und zukünftig entstehende Zertifikate und Qualitätssiegel wie etwa „Perinatalzentrum“, „Babyfreundliches Krankenhaus“, „Hebammenkreißaal“ für geburtshilfliche Abteilungen sollten – sobald vorliegend – nach Methodik des IQTIG bewertet und bei positiver Bewertung im Portal präsentiert werden.

#### 6.1 Schmerzmanagement

Die DGHWi empfiehlt zu prüfen, ob die Angaben zum Schmerzmanagement während der Geburt im Portal schon bei der ersten Umsetzung ggf. unter „14 Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen“ konkret unter „14.1 Schwangere Frauen und ihre Angehörigen“ veröffentlicht werden können. In den Qualitätsberichten zur Geburtshilfe sind Daten zur Anwendung von Peridural-/Spinal-Anästhesie bei vaginaler Geburt und Kaiserschnitten enthalten. Hier ist zu überlegen, ob weitere nicht medizinische Mittel zur Schmerzerleichterung angegeben werden können.

#### 8.1.2 Betreuungsschlüssel Pflegepersonal / Verhältnis der Anzahl von Patientinnen und Patienten zur Anzahl der Pflegekräfte in einer Fachabteilung (wird zu 9.1.2)

Für schwangere Frauen und ihre Angehörigen ist das Verhältnis von schwangeren bzw. gebärenden Frauen zu diensthabenden Hebammen relevant. Da sich dies in der Praxis von Tag zu Tag stark unterscheiden kann, sind aussagekräftige Daten erforderlich. Wichtig wäre, dass die durchschnittlich tatsächlich besetzten Hebammenstellen im Kreißaal als Basis verwendet und diese dann auf die Gesamtzahl der Geburten bezogen werden.

Kreißaal-fremde Aufgaben, wie die Besetzung der Rettungsstelle, die Arbeit in der Schwangerenberatung, Aushilfsarbeiten auf den präpartalen oder auf den Wöchnerinnen-Stationen sollten nicht in die Berechnung einfließen. So kann sich dem wahren Wert der Anzahl der Geburten pro Hebammen (Vollzeitäquivalent (VZÄ) pro Jahr auf Klinikenebene genähert werden. Die DGHWi schlägt vor, statt der Angabe der Vollzeitkräfte in einem Kreißaal im Portal den Prozentanteil der 1:1- bzw. 1:2-Betreuungen pro Anzahl aller Geburten vorzusehen [9]. Diese Daten werden derzeit nicht erhoben. Eine Verpflichtung zur Erhebung müsste eingerichtet werden.

#### 9.2 Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen der Organisationseinheiten / Fachabteilungen (wird zu 7.2)

Die Fallzahlen an Geburten pro Klinik sollten im Portal präsentiert werden, unabhängig von der Größe der Einrichtung.

#### 9.3 Erfüllung von Mindestmenvorgaben (wird zu 7.3)

Die DGHWi bewertet die Veröffentlichung der Mindestmengen bei Frühgeborenen pro Zentrum positiv.

#### 10. bis 10.2.1 Sichere Behandlungsprozesse (soll überführt werden in: 5. Sichere Versorgungsprozesse)

Die DGHWi empfiehlt, dass Kliniken darstellen können, welche Maßnahmen sie für eine risikoangepasste und bedarfsorientierte Betreuung durchführen, etwa für Frauen mit Gewalterfahrung, mit Behinderung, mit psychischer Erkrankung (entsprechend dem Teilziel 2.2, NGZ). Auch sollte das Vorgehen bei den am häufigsten vorkommenden geburtshilflichen Prozessen dargestellt werden können, wie etwa bei vorzeitiger Wehentätigkeit, vorzeitigem Blasensprung am errechneten Termin, bei Terminüberschreitung, die Geburtsplanung bei Beckenendlagenschwangerschaft und bei Mehrlingen, der Geburtseinleitung, dem generellen Umgang mit medikamentöser Wehenförderung und der Betreuung in der Latenzphase, da diese Belange für schwangere Frauen eine große Relevanz haben. Hierzu könnte dargestellt werden, ob es klinikinterne Standards oder SOPs („Standard Operating Procedures“) gibt, die in den Kliniken eingesehen werden können.

Qualitätsstandards und Leitlinien dienen dazu, das Personal in Kliniken bei einer bestmöglichen, möglichst evidenzbasierten und sicheren Versorgung zu unterstützen. Da bei einer Geburt stets auch unvorhersehbare Umstände eintreten können, ist es für ein positives Geburtserlebnis wichtig, dass auch bei Interventionen die Frau sich als aktiv Handelnde erlebt und in Entscheidungen einbezogen wird [11, 12]. Die DGHWi hält es für wichtig, dass evidenzbasierte Gesundheitsinformationen und speziell Entscheidungshilfen zu geburtshilflichen Interventionen entwickelt und eingesetzt werden (entsprechend dem Teilziel 2.1, NGZ), die die partizipative Entscheidung der Schwangeren („Shared-decision-making“) fördern [22, 32] – dies sollte im Portal erkennbar sein.

Zudem sollte dargestellt werden, welche Maßnahmen die Klinik prä- und postnatal zur Still- und Bindungsförderung (entsprechend dem Teilziel 1.1 und 2.1, NGZ) praktiziert, ob einerseits die Stillentscheidung der

Wöchnerin akzeptiert wird und es andererseits auch Angebote der Stillberatung gibt (Teilziel 3.2, NGZ). Nicht zuletzt ist das Angebot an Feedback-Gesprächen nach der Geburt wesentlich (Teilziel 3.3, NGZ) sowie auch die Kooperation mit außerklinischen Einrichtungen (Geburtshäusern, freiberuflich tätigen Hebammen, frauen-, haus- und kinderärztlichen Praxen, Frühe Hilfen) (entsprechend dem Teilziel 3.5, NGZ).

Nicht zuletzt sollte besonderes Engagement des Personals, wie etwa durch interprofessionelle Notfallsimulationstrainings [36] oder regionale Qualitätszirkel, im Portal erwähnt werden können. Die Rahmenbedingungen (Personalausstattung, Räume, Versorgungsorganisation) in den Kliniken beeinflussen die Qualität der Versorgung ebenfalls und sollten angegeben werden.

Die DGHWi tritt dafür ein, dass Maßnahmen entwickelt werden, um die Qualität der stationären Geburtshilfe weiterzuentwickeln, etwa durch Verbesserung der Personalsituation allgemein und/oder durch verbindliche Personalanzahlzahlen und Betreuungsrelationen für Hebammen [38] oder durch Standards für eine respektvolle Betreuung [27]. Das Qualitätsportal sollte die Möglichkeit bieten, dass zukünftig die Anwendung derartiger Qualitätsmaße in einer Klinik aufgenommen werden können. Die DGHWi begrüßt die Empfehlung des IQTIG, im Portal zunächst Platzhalter für diese Maße einzufügen.

## **12. Kommunikation und Interaktion / 12.1 Umgang mit Patientinnen und Patienten / (soll in 6 bis 6.1.1 Kommunikation und Interaktion überführt werden)**

Das IQTIG konstatiert im Bericht, dass Patient\*innen vor, während und nach dem stationären Aufenthalt gut informiert werden wollen [18]. Die Verpflichtung unter anderem der Hebammen und der Geburtshelfer\*innen zu einer rechtzeitigen und verständlichen Aufklärung ergibt sich auch aus dem Behandlungsvertrag nach §§ 630a ff Bürgerliches Gesetzbuch, eingeführt durch das Patientenrechtegesetz (2013), unter Zuhilfenahme von schriftlichen Materialien. Das entspricht auch dem Wunsch schwangerer Frauen nach Beratung und Begleitung durch Hebammen und Ärzt\*innen, etwa wenn eine Geburtseinleitung geplant ist. Aus der Perspektive der DGHWi ist die Sicherstellung einer frauenzentrierten Versorgung ein zentrales Anliegen. Die Schwangere hat die Entscheidungshoheit über das an ihr und mit ihr realisierte geburtshilfliche Handeln. Sie hat einen aktiven Part im Entscheidungsfindungsprozess [5]. Im Portal sollte dargestellt werden, ob das Personal besonders in Kommunikation und Beziehungsgestaltung geschult ist (Teilziel 2.2, NGZ).

Die DGHWi begrüßt die Empfehlung des IQTIG, Qualitätsindikatoren zur „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ ins Portal aufzunehmen. Dies steht im Einklang mit der Forderung der DGHWi nach qualitätsfördernden Maßnahmen zur Sicherstellung einer frauenzentrierten, menschenrechtsbasierten und respektvollen geburtshilflichen Betreuung in Kliniken [27], wie sie im Nationalen Gesundheitsziel (NGZ) „Gesundheit rund um die Geburt“ (2017) niedergelegt ist. Im Portal sollte aufgenommen werden, ob Orientierungshilfen (ggf. mehrsprachig) eingesetzt werden und ob es ein evidenzbasiertes Informations- und Beratungsangebot zu Gesundheitsthemen/ -risiken oder zur geburtshilflichen Betreuung und zu geburtshilflichen Inter-

ventionen (entsprechend dem Teilzielen 1.1 bis 1.4 und 2.1, NGZ) gibt und ob in der Klinik eine psychosomatisch orientierte Arbeitsweise praktiziert wird, etwa zur Prävention einer Frühgeburt (Teilziel 1.5, NGZ). (Zum Aspekt „Rechtzeitige und kontinuierliche Versorgung“ siehe den Kommentar bei 8.1.2).

## **13. bis 13.3. Rechtzeitige und kontinuierliche Versorgung (soll überführt werden in 5.3 oder lt. Empfehlung IQTIG aufgrund von Überschneidungen mit dem Informationsmodul 5 in „Sichere Versorgungsprozesse“ zusammengeführt werden)**

Für schwangere Frauen ist es relevant, zu erfahren, wie oft eine geburtshilfliche Abteilung aufgrund von Personalengpässen zeit- / oder phasenweise geschlossen werden musste [1, 2], auch wenn Ergebnisse erst mit Verzögerung im Portal erscheinen. Schwangere Frauen benötigen diese Information, um nachfragen zu können, ob es aktuell noch zu Personalengpässen und/oder Schließungen kommt (siehe auch oben bei 8.1.2).

## **14. Behandlungsergebnisse und -erfolg (soll in 4 Behandlungserfolg überführt werden)**

Zu diesem Aspekt empfiehlt das IQTIG, die Unterthemen „Behandlungsergebnisse“, „Komplikationen“ und „Sterblichkeit“ aufzuführen.

Aus Sicht der DGHWi sind Behandlungsergebnisse im Bereich Geburt sehr relevant für schwangere Frauen. Die DGHWi empfiehlt, die Rate an Geburtseinleitungen, die Spontangeburtsrate, die Rate an vaginalen Geburten aus Beckenendlage und bei Mehrlingen und an vaginalen Geburten bei Frauen mit vorangegangenen Kaiserschnitt, die Rate der Geburten ohne Intervention, die Rate der Frauen ohne Geburtsverletzung nach einer vaginalen Geburt sowie die Kaiserschnittraten jeweils anhand der erweiterten Robson-Klassifikation im Portal zu nennen. Dies sollte auch differenziert nach Erst- und Mehrgebärenden erfolgen [20].

Die Robson-Klassifikation ist eine standardisierte, einfache und international etablierte Methode zur kategorialen Klassifizierung von Gebärenden und zum Vergleich von Kaiserschnittraten und wird von der WHO empfohlen [3, 41]; sie ist auch in der S3-Leitlinie zum Kaiserschnitt [8] verwendet worden. Für schwangere Frauen ist die Spontangeburtsrate in den Kategorien der Robson-Klassifikation eine nachvollziehbare Größe. Die Spontangeburtsrate fokussiert dabei auf die normale Geburt und nicht auf die Operationen, die sich aufgrund von pathologischen Verläufen ergeben. Sie ergibt sich nach Abzug der Kaiserschnitttrate und der Raten der vaginal-operativen Geburten (Vakuumentraktion und Zangengeburt) auf Klinikebene. Die Daten liegen aufgrund der externen Qualitätssicherung vor und werden jährlich vom IQTIG auf nationaler Ebene veröffentlicht. Dass die Kaiserschnitttrate für schwangere Frauen relevant ist, wurde auch schon vom IQTIG festgestellt.

Da sich die Kaiserschnittraten zwischen Kliniken und Regionen in Deutschland stark unterscheiden, ohne dass diese Streuung medizinisch zu erklären ist [15], ist eine Veröffentlichung dieser Raten auf Klinikebene ein wichtiges Kriterium für die Entscheidung der Schwangeren.

Dies wird wie folgt an zwei Beispielen erläutert:

- a) Für eine Frau die ihr erstes Kind erwartet und eine normale Geburt plant, ist es relevant zu wissen, wie hoch die Rate der Spontangeburt bei Frauen ist, die zur Einleitung ohne Wehen in die Klinik ihrer Wahl gehen, um zu gebären.

Begründung: In Deutschland liegt die durchschnittliche Kaiserschnitttrate von Erstgebärenden am Termin mit einem Kind in Schädellage, die ohne Wehen in die Klinik kommen – deren Geburt also eingeleitet wird oder die einen geplanten Kaiserschnitt erhält – bei 43,50% in 2019 (Robson 2) [18].

- b) Für eine Frau, die bei der ersten Geburt einen Kaiserschnitt hatte und die bei der zweiten Geburt vaginal gebären möchte, ist es relevant zu wissen, wie hoch die Spontangeburt bei Zustand nach Sectio in der Klinik ihrer Wahl ist.

Begründung: In Deutschland liegt die durchschnittliche Kaiserschnitttrate von Mehrgebärenden am Termin mit einem Kind in Schädellage mit mindestens einem vorausgegangenen Kaiserschnitt bei 69,44% in 2017 (Robson 5) [18].

Die DGHWi schließt sich der Empfehlung des IQTIG an, die Müttersterblichkeit im Zusammenhang mit einer Geburt aufgrund der fehlenden Eignung für Public Reporting (Sentinel-Event-Bewertungskonzept) nicht ins Portal aufzunehmen [19].

Die DGHWi spricht sich dafür aus, dass ein neuer Qualitätsindikator für die klinische Wochenbettbetreuung entwickelt und ein Platzhalter im Portal bedacht wird, in welchem die Stillraten bei Klinikentlassung publiziert werden. Gesundheitliche Risiken werden durch das Stillen des Säuglings reduziert [24]. Wenn Frauen stillen wollen und dabei aktiv und kompetent unterstützt werden, erhöhen sich die Stillraten [28].

Die DGHWi spricht sich dafür aus, dass die Geburtserfahrung von Frauen regelmäßig, flächendeckend und valide erfasst wird [27]. Es sollte bedacht werden, dass ein geeignetes Instrument [30], das auch eine Risikoadjustierung ermöglicht, im Portal aufgenommen werden kann.

### Anmerkungen zur Methodik der Informationsaggregation

Die DGHWi begrüßt die Zusammenfassung mehrerer Qualitätsindikatoren zu komplexitätsreduzierenden Indizes [19], möchte aber vorschlagen, dass die einzelnen Indikatoren als Vertiefungsangebot transparent gemacht werden. Personen mit einem starken Interesse an Details oder an einzelnen Indikatoren können diese so nachvollziehen. Die DGHWi teilt die Einschätzung des IQTIG, dass die Indizes nach inhaltlichen Überlegungen geprüft werden müssen, nicht formal getestet werden können und dass sie die Versorgungsqualität abbilden sollen. Auch teilt sie die Einschätzung, dass bei einem formativen Verständnis von Qualität die Bildung eines einzigen Index, der die Gesamtqualität eines Krankenhauses abbilden soll, für die anlassbezogene Suche nach einem Krankenhaus nicht zielführend ist [19].

In Bezug auf Geburtshilfe müssen diese Indizes der besonderen Situation eines primär physiologischen und

nicht krankhaften Prozesses Rechnung tragen. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als physiologische Prozesse sollten zur Sicherheit von Mutter und Kind professionell und situationsangemessen betreut und begleitet werden. Interventionen, die wohlüberlegt zur Behandlung einer Regelabweichung eingesetzt werden, führen bei routinemäßigem, verfrühtem oder nicht indiziertem Gebrauch zu einer Über-, Unter- und Fehlversorgung, die mehr Schaden als Nutzen hat [29]. Umso wichtiger erscheint es der DGHWi, dass in einem Qualitätsportal gerade solche Indizes entwickelt und implementiert werden, die die Bemühungen der Klinik zur Stärkung physiologischer Prozesse in der Schwangerschaft, bei und nach der Geburt, gemäß des Nationalen Gesundheitsziels (2017) abbilden wie z.B. die Rate der Geburten ohne Interventionen sowie die Rate der Frauen ohne Geburtsverletzung nach einer vaginalen Geburt, wie oben bei 14. ausgeführt.

Die Details der mathematisch-logischen Skalierung und Aggregation werden in dieser Stellungnahme nicht kommentiert.

### LITERATURANGABEN:

1. Ärzteblatt. Jede dritte Geburtsklinik musste Schwangere abweisen [Internet]. 2018 [Zugriff: 01.10.2020]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/88780/Jede-dritte-Geburtsklinik-musste-Schwangere-abweisen>
2. Berliner Abgeordnetenhaus. Schriftliche Anfrage des Abgeordneten Dr. Wolfgang Albers (LINKE) Drucksache 18 / 21 785. Berlin; 2019.
3. Betrán AP, Vindevoghel N, et al. A Systematic Review of the Robson Classification for Caesarean Section: What Works, Doesn't Work and How to Improve It. PLoS ONE. 2014;9(6): e97769. DOI: 10.1371/journal.pone.0097769.
4. Bundesgesetzblatt. Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. Berlin; 2013.
5. Coates R, Cupples G, Scamell A, et al. Women's experiences of induction of labour: Qualitative systematic review and thematic synthesis. Midwifery. 2019;69:17–28. DOI: 10.1016/j.midw.2018.10.013.
6. Destatis. Die 20 häufigsten Operationen insgesamt (OPS) – Stand:18.09.2019. [Zugriff: 01.10.2020]. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/drg-operationen-insgesamt.html>
7. Destatis. Gesundheit, Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten der Krankenhäuser, nach Diagnosekapitel 2018. 2020 [Zugriff: 10.10.2020]. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/diagnose-kapitel-geschlecht.html>
8. DGGG. S3-Leitlinie Die Sectio caesarea (015–084). 2020 [Zugriff: 01.10.2020]. Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-084>
9. DGPM. S2k Leitlinien Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalen Versorgung in Deutschland (087/001). 2021 [Zugriff: 01.10.2020]. Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/087-001>
10. DNQP. Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt. Osnabrück: DNQP; 2014.
11. Downe S, Finlayson K, Tuncalp Ö, et al. What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. BJOG. 2015;123(4):529–39. DOI: 10.1111/1471-0528.13819.
12. Downe S, Finlayson K, Oladapo O, et al. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. PLoS One. 2018;13(4):e0194906. DOI: 10.1371/journal.pone.0194906.
13. Downe S, Lawrie TA, Finlayson K, et al. Effectiveness of respectful care policies for women using routine inpatient services: a

- systematic review. *Reprod Health*. 2018;15(1):23. DOI: 10.1186/s12978-018-0466-y.
14. Garten L., von der Hude K. Perinatale Palliativversorgung. In: Garten L., von der Hude K, Hrsg. Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Neonatologie. Berlin, Heidelberg: Springer; 2019.
  15. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Entbindungen in Krankenhäusern in den Gliederungsmerkmalen Region, Art der Entbindung. 2020 [Zugriff: 10.10.2020]. Verfügbar unter [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=i&p\\_aid=45864542&nummer=480&p\\_sprache=D&p\\_indsp=5096&p\\_aid=22635866](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=45864542&nummer=480&p_sprache=D&p_indsp=5096&p_aid=22635866)
  16. Grieb B. Werdende Eltern wünschen sich konkretere Infos über Perinatalzentren. *Pädiatrie*. 2016;28:23-5. DOI: 10.1007/s15014-016-0812-x.
  17. Hochschule für Gesundheit. HebAB NRW: Forschungsprojekt Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen. Bochum: Hochschule für Gesundheit; 2019.
  18. IQTiG. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019 Geburtshilfe – Qualitätsindikatoren und Kennzahlen. 2020 [Zugriff: 01.10.2020]. Verfügbar unter: [https://iqtig.org/downloads/auswertung/2019/16nigebh/QSKH\\_16m1-GEBH\\_2019\\_BUAW\\_V02\\_2020-07-14.pdf](https://iqtig.org/downloads/auswertung/2019/16nigebh/QSKH_16m1-GEBH_2019_BUAW_V02_2020-07-14.pdf)
  19. IQTiG. Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal: Zwischenbericht zur Durchführung des Beteiligungsverfahrens nach §137 a Abs. 7 SGB V. Stand: 9. September 2020.
  20. Jardine J, Blotkamp A, Gurol-Urganci I et al. Risk of complicated birth at term in nulliparous and multiparous women using routinely collected maternity data in England: cohort study *BMJ*. 2020;371:m3377. DOI: 10.1136/bmj.m3377
  21. Karlstrom A, Nystedt A, Hildingsson I. The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:251.
  22. Kennedy K., et al. Shared decision aids in pregnancy care: A scoping review. *Midwifery*. 2020;81:102589. DOI: 10.1016/j.midw.2019.102589.
  23. Klapp C, Naif L, Baumhauer E, et al. Präventiver Kinderschutz – Ergebnisse des Babylotsenprogramms der Charité und Implementation als „Frühwarnsystem“ in allen Berliner Geburtskliniken. *Geburtshilfe Frauenheilkunde*. 2019;79(2). DOI: 10.1055/s-0039-1678365.
  24. Kramer MS, Kakuma R (2012): Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Systematic Review*. 2012;2012(8):CD003517. DOI: 10.1002/14651858.CD003517.pub2.
  25. Landesportal Schleswig-Holstein. Hilfe für die Geburtshilfe [Internet]. [Zugriff: 13.10.2020]. Verfügbar unter: [https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/G/gesundheitsland/gesundheitsland\\_Krankenhaus-plan2017Teil2\\_Geburtshilfe.html](https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/G/gesundheitsland/gesundheitsland_Krankenhaus-plan2017Teil2_Geburtshilfe.html)
  26. Lenzen-Schulte M. Besser als bisher über Risiken vaginaler Geburten aufklären. *Ärzteblatt*. 2018;115(45): A-2062/B-1716/C-1693.
  27. Limmer C, Striebich S, Tegethoff D, et al. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe. *GMS Z Hebammenwiss*. 2020;7:Doc05. DOI: 10.3205/zhwi000019.
  28. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Systematic Review*. 2017;2(2):CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub5.
  29. Miller S, Abalos E, Chamillard M. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*. 2016;388(10056):2176-2192. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31472-6.
  30. Nilver H, Begley C, Berg M. (2017). Measuring women's childbirth experiences: a systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):203. DOI: 10.1186/s12884-017-1356-y.
  31. Olza I, Leahy-Warren P, Benyamini Y, et al. Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open*. 2018;8(10):e020347. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-020347.
  32. Poprzeczny AJ, et al. Patient Decision Aids to Facilitate Shared Decision Making in Obstetrics and Gynecology: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2020;135(2):444-451. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003664.
  33. RKI. Gesundheitsmonitoring: Indikatoren aus dem Bereich: Vor und nach der Geburt. 2020 [Zugriff: 09.10.2020].
  34. Sayakhot P, Carolan-Olah M. Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:65. DOI: 10.1186/s12884-016-0856-5.
  35. Scharmanski S, Renner I. Geburtskliniken und Frühe Hilfen: Eine Win-Win-Situation? Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring). Köln: Nationales Zentrum für Frühe Hilfen (NZFH); 2019.
  36. Scholz C, Widschwendter P, Knauss A, et al. Besser vorbereitet: Notfalltraining im Kreißsaal. *Der Gynäkologe*. 2016;49(8):623-627. DOI: 10.1007/s00129-016-3924-z.
  37. Spindler J. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Krankenhauspatienten auf Basis der Daten nach §21 Krankenhausentgeltgesetz. In Klauer J, et al, Hrsg. Krankenhausreport 2020. Berlin: Springer; 2020.
  38. Striebich S. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG). *GMS Z Hebammenwiss*. 2020;08(02):48-50.
  39. Verbund Hebammenforschung. Handbuch Hebammenkreißsaal: Von der Idee zur Umsetzung. Osnabrück: Verbund Hebammenforschung; 2007.
  40. Weidner K, Garthus-Niegel S, Junge-Hoffmeister J. [Traumatic Birth: Recognition and Prevention]. *Z Geburtshilfe Neonatol*. 2018;222(5):189-196. DOI: 10.1055/a-0641-6584.
  41. World Health Organization. Robson Classification: Implementation Manual. Genf: WHO; 2017

## Stellungnahme der DGHWi zu den Mutterschafts-Richtlinien: Nicht-invasive Pränataldiagnostik zur Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors

**Autor\*innen:**

Elke Mattern, Jennifer Eisenhardt,  
Prof. Dr. Dorothea Tegethoff

**Datum: 25.05.2020**

Die DGHWi nimmt Stellung zu dem Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur nicht-invasiven Pränataldiagnostik zur Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors (NIPT-RhD) als kassenärztliche Leistung im Rahmen der Mutterschaftsrichtlinien. In den tragenden Gründen zu dem Beschlussentwurf wird davon ausgegangen, dass bei einer gezielten Indikation zur Anti-D-Prophylaxe nach erfolgtem NIPT-RhD ca. 40% der antepartalen Immunglobulin-Gaben eingespart werden können.

Dennoch ist die DGHWi dagegen, den NIPT-RhD als kassenärztliche Leistung in die Mutterschaftsrichtlinien des G-BA aufzunehmen.

### Begründung:

Auch wenn therapeutische Maßnahmen wegfallen, sind doch zusätzliche diagnostische und beraterische Maßnahmen notwendig

1. Bei der derzeit praktizierten ungezielten Anti-D-Prophylaxe erhalten alle RhD-negativen schwangeren Frauen in der 27+0 bis 29+6 Schwangerschaftswoche (SSW) eine Standarddosis Anti-D-Immunglobulin. Nach der Geburt ihres Kindes erhalten dann nur die Frauen mit RhD-positivem Kind eine weitere Immunglobulin-Gabe.
2. Durch die nun geplante gezielte Anti-D-Prophylaxe soll zunächst der Rh-Faktor des Feten jeder RhD-negativen schwangeren Frau mittels NIPT-RhD getestet werden. Bei den schwangeren Frauen mit RhD-negativem Kind kann dann auf die Anti-D-Immunglobulin-Gabe verzichtet werden. Allerdings wird bei allen RhD-negativen schwangeren Frauen mit RhD-positivem Kind zu den weiterhin empfohlenen zwei Immunglobulin-Gaben zusätzlich noch der NIPT-RhD vorgenommen.
3. Um den NIPT-RhD gemäß Herstellerangaben durchführen zu können, ist zudem die sonografische Bestimmung des Gestationsalters und die Bestimmung der Anzahl der Embryonen oder Feten erforderlich.
4. Beim NIPT-RhD handelt es sich um eine gendiagnostische Untersuchung, vor der nach dem Gendiagnostikgesetz (GenDG) eine ärztliche Aufklärung erfolgen soll.

5. Laut IQWiG-Abschlussbericht zum G-BA-Auftrag D16-01 gibt es keine Studienergebnisse, die auf eine Schädigung durch eine nicht indizierte Anti-D-Prophylaxe hindeuten [1]. Andererseits wird nach Einführung einer gezielten pränatalen Anti-D-Prophylaxe durch NIPT-RhD mit höheren Kosten für jede RhD-negative schwangere Frau gerechnet [2]. Demnach soll eine bewährte Praxis zugunsten einer neuen aufwändigeren und teureren Vorgehensweise, die zudem für viele Frauen einen zusätzlichen, wenn auch nicht schwerwiegenden Eingriff (Venenpunktion) erfordert, umgestellt werden.

Für den Fall, dass sich der G-BA für die Einführung des NIPT-RhD als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entscheidet, werden folgende Anmerkungen zur geplanten Textänderung gemacht:

### 1. Fließtext Mutterschaftsrichtlinie, Abschnitt C Punkt 2:

Als Anlage 8 der Mutterschaftsrichtlinien soll ein Service-Dokument eingefügt werden, das die genetische Beratung und Einwilligung der Frau zum NIPT-RhD dokumentiert. Nach Position A des G-BA soll an dieser Stelle ein Text eingefügt werden, der die Nutzung der Anlage 8 empfiehlt. Position B verzichtet auf diesen Hinweis.

Die DGHWi unterstützt die Position A mit leichter Textänderung. Da es sich um ein Dokument handelt, das auch der Frau in Kopie ausgehändigt werden sollte, sollte mehr Wert auf ein ansprechendes Layout gelegt werden.

Nach Position A kann „zur Dokumentation der Beratung und der Einwilligung der Schwangeren das Dokument des G-BA (Service-Dokument Anlage 8) zur Einwilligung und genetischen Beratung verwendet werden“.

Die DGHWi bevorzugt den Satz: „Zur Dokumentation der Beratung und der Einwilligung der Schwangeren soll das Dokument des G-BA (Service-Dokument Anlage 8) oder ein vergleichbares Dokument (auch digital) zur Einwilligung und genetischen Beratung verwendet werden.“

### Begründung:

Es soll sichergestellt und bewusst sein, dass die Beratung gemäß GenDG erfolgt und entsprechend dokumentiert ist. Die Frau bestätigt jeweils den Erhalt von Informationsmaterial, den Wunsch für oder gegen eine Beratung vor und nach der genetischen Untersuchung und die Zustimmung zur Durchführung. Jede Beratung und die Durchführung werden dokumentiert und ärztlicherseits durch Unterschrift bestätigt. Datum der Aufklärung und der Abnahme des Blutes bei der Frau dokumentieren eine angemessene Bedenkzeit.

### 2. Fließtext Mutterschaftsrichtlinie, Abschnitt C Punkt 2 a, Satz 2:

Zitat: „Die Testgüte zur Abklärung des fetalen Rhesusfaktors muss für den im konkreten Fall zum Einsatz kommenden Test im Rahmen von prospektiv geplanten, verblindeten Studien untersucht worden sein und eine Sensitivität von mindestens 99 % sowie eine Spezifität von 98 % aufweisen.“ Die DGHWi schlägt vor, den Textteil „ab 11+0 SSW“ nach 98% einzufügen.

**Begründung:**

Dem IQWiG-Abschlussbericht zum G-BA-Auftrag D16-01 ist zu entnehmen, dass die Sensitivität des NIPT-RhD sich im ersten Trimenon mit zunehmendem Schwangerschaftsalter kontinuierlich verbessert. Da der Test ab 11+0 SSW eingesetzt werden soll, muss die angestrebte Testgüte ab 11+0 SSW sichergestellt sein.

**3. Anmerkungen zu Anlage 7 „Welchen Nutzen hat die Bestimmung des Rhesusfaktors vor der Geburt?“:**

Als Anlage 7 der Mutterschaftsrichtlinien soll zur Unterstützung der Aufklärung zur NIPT-RhD eine Versicherteninformation mit dem Titel „Welchen Nutzen hat die Bestimmung des Rhesusfaktors vor der Geburt?“ eingefügt werden.

- a) Falls der NIPT-RhD in die Mutterschaftsrichtlinien aufgenommen wird, ist davon auszugehen, dass der Test als Kassenleistung längerfristig möglich wird. Es sollte deshalb vermieden werden, in der Anlage 7 den Test als „neu“ zu bezeichnen (Seite 1, Eingangssatz und Seite 2, 1. Zeile).
- b) „Bisherige Anti-D-Prophylaxe in Deutschland“ (Seite 1 unten): Das Wort „bisherige“ kann wertend im Sinne von „veraltet“ verstanden werden. Dieses Vorgehen bleibt aber weiterhin bestehen, wenn der NIPT-RhD bei einer RhD-negativen Frau nicht durchgeführt wird. Zudem beziehen sich die beiden letzten Sätze dieses Kapitels (Seite 2) auf die ERSTE Anti-D-Prophylaxe, die als eventuell unnötig

bezeichnet werden kann und nicht auf die gezielte Anti-D-Prophylaxe nach der Geburt des Kindes. Der Zusammenhang ist in der jetzigen Version unverständlich.

Auch ist hier die Rede von etwa der Hälfte der RhD-negativen Frauen, die unnötigerweise eine Anti-D-Prophylaxe erhalten. Im Erklärungstext der Tragenden Gründe ist die Rede von 40%.

- c) Zuverlässigkeit des Tests (Seite 2): Trotz hoher Sensitivität und Spezifität kann es zu falschen Testergebnissen kommen. Dies sollte benannt sein.
- d) In dem Informationsschreiben (Anlage 7) fehlen Angaben zum Zeitraum, in dem der Test durchgeführt werden kann und es wird auch nicht erwähnt, dass auch zusätzliche Anti-D-Prophylaxen nötig sein können. Es wird zudem nicht erwähnt, dass bei einem die Prophylaxe auslösenden Ereignis nicht zunächst der NIPT-RhD durchgeführt werden kann, weil die Prophylaxe innerhalb von 72 Stunden verabreicht werden muss, das Ergebnis des NIPT-RhD aber erst nach mindestens 72 Stunden vorliegt.

**LITERATURANGABEN:**

1. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Nicht invasive Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors zur Vermeidung einer mütterlichen Rhesussensibilisierung. Köln: IQWiG; 2018.
2. Legler JT. Anti-D-Prophylaxe bei RhD-negativen Frauen. Hämotherapie. 2018;31:29-37.

## Stellungnahme der DGHWi zur Verordnung über das Verfahren und die Anforderungen der Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Gesundheitsanwendungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung – DiGAV)

**Autor\*in:**

Elke Mattern

**Datum: 17.02.2020**

Die DGHWi unterstützt den Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zur Regelung des Qualitätsanspruchs an digitale Gesundheitsanwendungen. Für gesetzlich Versicherte ist es notwendig, dass sie sich auf einen positiven Versorgungseffekt verlassen können, wenn Apps medizinisch empfohlen oder verordnet werden. Auch die Anforderungen an Funktionstauglichkeit, Sicherheit, Qualität, Datenschutz und -sicherheit müssen definiert sein.

Die DGHWi rechnet damit, dass auch Apps für schwangere Frauen, Wöchnerinnen, Väter, stillende Mütter und Eltern zur Beobachtung ihres/ihrer Neugeborenen u.a. entwickelt werden. Dabei handelt es sich bei den Nutzer\*innen mehrheitlich um gesunde Personen, denen digitale Gesundheitsanwendungen (auch) durch Hebammen empfohlen (diese im Umkehrschluss also NICHT ärztlich verordnet) werden. Die Abrechnung erfolgt hier entsprechend der Versorgung mit Hebammenhilfe (§ 134a SGB V). Bitte berücksichtigen Sie dies bei der redaktionellen Überarbeitung.

## Preiskategorien für die 7. Internationale Konferenz 2024

EARLY BIRD BIS ZUM 30.11.2023		NACH DEM 30.11.2023	
<b>MITGLIED DER DGHWi</b>		<b>MITGLIED DER DGHWi</b>	
regulär*	190,00 €	regulär*	240,00 €
<b>ermäßigt**</b>		<b>ermäßigt**</b>	
einzel	120,00 €	einzel	150,00 €
Gruppenticket ab 5 Personen***	100,00 € pro Person	Gruppenticket ab 5 Personen***	100,00 € pro Person
<b>NICHT-MITGLIED</b>		<b>NICHT-MITGLIED</b>	
regulär*	250,00 €	regulär*	295,00 €
<b>ermäßigt**</b>		<b>ermäßigt**</b>	
einzel	140,00 €	einzel	170,00 €
Gruppenticket ab 5 Personen***	120,00 € pro Person	Gruppenticket ab 5 Personen***	120,00 € pro Person
<b>ONLINE</b>		<b>ONLINE</b>	
<b>ONLINE Tagespass pro Tag****</b>	50,00 €	<b>ONLINE Tagespass pro Tag****</b>	50,00 €
<b>ONLINE 2-Tagespass</b>	100,00 €	<b>ONLINE 2-Tagespass</b>	100,00 €
Online 2-Tagespass Matrikel (nur zwei Tagespass möglich)	300,00 €	Online 2-Tagespass Matrikel (nur zwei Tagespass möglich)	300,00 €

**Anmerkungen:**

- \* ordentliches Mitglied oder 2 Personen eines Fördermitglieds
- \*\* Studierenden- oder Schülerschein nötig
- \*\*\* Studierenden- oder Schülerschein nötig, mindestens 5 Personen, Mitglied oder Nicht-Mitglied
- \*\*\*\* einfacher Mitschnitt der Hauptvorträge, Mitglied oder Nicht-Mitglied

\*\*\* Kurz vor Redaktionsschluss \*\*\*

Auf der 18. Mitgliederversammlung der DGHWi in Berlin wurde am 16.5.2023 Prof.in Dr.in **Barbara Fillenberg**, Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg, zur **neuen Präsidentin der DGHWi** gewählt.

Zur neuen **Beisitzerin für den Bereich Öffentlichkeitsarbeit** wurde **Neeltje Schubert**, Universitätsklinikum Tübingen, gewählt.

**Andrea Paucke**, Universitätsklinikum Würzburg, wurde im Amt der **Schatzmeisterin** bestätigt.

## Vorstellung Mandatsträger\*innen

### Sprecherinnen Sektion Junges Forum Hebammenwissenschaft

Mit vielen Ideen und neuen Themen ist das Junge Forum Hebammenwissenschaft ins Jahr 2023 gestartet und hat nun zwei neue Sprecherinnen: Anna von Hörsten und Christina Heß. Anna ist nach vielen Jahren im Ausland mit UNFPA kürzlich nach Deutschland zurückgekehrt und Christina verabschiedet gerade ihre frisch geschriebene Masterarbeit. Das Junge Forum ist ein Angebot für alle Nachwuchswissenschaftler\*innen, ob hungrig nach Forschung, auf dem Weg zum Bachelor, Master oder zur Promotion. Jede (Werdende) Hebamme ist herzlich willkommen, sich einzubringen und von dieser wundervollen Gruppe zu profitieren: [junges-forum@dghwi.de](mailto:junges-forum@dghwi.de)

**Anna von Hörsten** hat einen M.Sc. International Health Policy von der London School of Economics und einen B.Sc. (Hons) Midwifery vom King's College London. Ihre Hebammeausbildung absolvierte sie 2012 in Hamburg. Anna verbrachte fünf Jahre in London freiberuflich in der Hausgeburtsilfe im Case Loading Modell. 2017 begann sie bei UNFPA (Bevölkerungsfond der Vereinten Nationen) in Genf im internationalen Hebammenprogramm. Mit UNFPA war Anna über die letzten fünf Jahre in Bangladesch, New York und der Republik Guinea stationiert. Sie ist nun seit Anfang dieses Jahres wieder in Deutschland und lebt in Berlin mit ihrem Mann und ihrem 11 Monate alten Sohn.

**Christina Heß** hat einen Bachelor of Science Hebammenwesen an der Hochschule Ludwigs-hafen erworben und absolviert aktuell den European Master in Midwifery an der Medizinischen Hochschule Hannover. Ihre Ausbildung zur Hebamme hat sie 1999 in Aachen abgeschlossen. Sie war anschließend mehrere Jahre als Beleghebamme über den gesamten Betreuungsbogen hinweg in der Nähe von Freiburg tätig. Einige Jahre davon arbeitet sie nach entsprechender Weiterbildung in der Funktion als stellvertretende leitende Hebamme. Dabei begleitete sie die Umstrukturierung der geburtshilflichen Klinik von einem Belegkrankenhaus zur Level 1 Klinik, sowie eine Klinik- bzw. Abteilungsfusion. Seit eineinhalb Jahren arbeitet sie nun an der Albert-Ludwig-Universität in Freiburg im Bachelor Studiengang und begleitet nur noch wenige Familien im Wochenbett. Sie lebt mit ihrem Mann und drei Kindern (21, 17 und 11) in der Nähe von Freiburg.



## Kommission Leitlinien

Ende vergangenen Jahres haben die Kommissionen 'Leitlinien' und 'Stellungnahmen' ihre Arbeit aufgenommen. In diesem Heft möchten wir in alphabetischer Reihenfolge die Mitglieder der Kommission 'Leitlinien' vorstellen. Die Vorstellung der Kommission 'Stellungnahmen' wird im Winterheft folgen.

**Jonathan Dominguez Hernandez**, M.Sc., promoviert aktuell in Public Health zum Thema "Exploring Fear of Childbirth through digital storytelling: A mixed methods study" an der Lancaster University, GB. Er ist seit 2021 am Institut für Hebammen im Department Gesundheit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften als Dozent tätig. Er absolvierte Studienprogramme in den Bereichen Gesundheits- und Krankenpflege, Midwifery, Recht bzw. Medizinisches Recht, Public Health und Advanced Nursing Education in Spanien, Großbritannien sowie Österreich und war in der pflegenden und geburts-hilflichen Gesundheitsversorgung, in der Lehre und in der Gesundheitswissenschaft tätig.



**Luise Janning** ist seit 2015 Hebamme. Sie begleitet Schwangere sowie Wöchnerinnen und ist in einem Level 1 Haus tätig. Durch das nachqualifizierende Bachelorstudium an der Hochschule für Gesundheit in Bochum entdeckte sie ihr Interesse für Leitlinien, woraufhin sie ihre Mitarbeit in der Kommission aufnahm.



**Beate Kayer** ist seit 1991 Hebamme. Sie absolvierte 2006 ihr Diplomstudium Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung. Von 2013 bis 2021 war sie Dozentin am Studiengang Hebammen der FH Campus Wien. Seit 2015 ist sie Vorstandsmitglied des Österreichischen Hebammengremiums – derzeit als Vizepräsidentin und Leitung des Ressorts Hebammenwissenschaft. Seit 2016 engagiert sie sich als Mandatsträgerin in diversen Leitlinienprojekten der AWMF und auf nationaler Ebene. Seit 2022 wirkt sie als Studiengangsleitung des Hebammenstudiengangs der FH Burgenland.



**Kontakt**  
Sektion Junges Forum Hebammenwissenschaft  
[junges-forum@dghwi.de](mailto:junges-forum@dghwi.de)

**Linda Luhmann** hat 2016 ihren Bachelor of Science in Hebammenkunde an der Hochschule für Gesundheit Bochum sowie 2021 ihren Master of Science in Midwifery an der Medizinischen Hochschule Hannover absolviert. Nach ihrer klinischen und außerklinischen Tätigkeit in und um Wuppertal, hat sie einige Jahre als Lehrkraft und Praxisanleitung an der Hebammenschule Wuppertal und dem angegliederten Kreißsaal gearbeitet. Seit 2020 hat sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Entwicklung, Akkreditierung und Implementierung des dualen Bachelorstudiengangs Angewandte Hebammenwissenschaft an der Hochschule Niederrhein in Krefeld mitgewirkt und ist dort aktuell als Studiengangskoordinatorin tätig.



**Elke Mattern M.Sc.** ist Hebamme und Familienhebamme. Sie ist seit 2012 wiederholt am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg in der Hebammenforschung tätig; seit 2016 ist sie dort Doktorandin. Sie hat an mehreren Forschungsprojekten zur Familienhebamme- und Hebammentätigkeit in Deutschland mitgearbeitet. 2011 bis 2014 war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule für Gesundheit in Bochum; von 2017 bis 2021 arbeitete sie von dort aus im Team des RCT „Be-Up: Geburt aktiv“. Elke Mattern hat mehrere Jahre Auslandserfahrung und ist Mitautorin zweier Fachbücher. Von 2018 bis 2022 war sie Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi).



\*\*\*SAVE THE DATE\*\*\*

## HEBA-PÄD 2024 – 1. Konferenz zur pädagogischen Arbeit im Hebammenstudium

Markieren Sie sich heute schon den 10. Februar 2024 im Kalender! An der Evangelischen Hochschule Berlin (EHB) findet die erste Konferenz HEBA-PÄD 2024 zur pädagogischen Arbeit im Hebammenstudium statt. Ausgerichtet wird sie von der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) und dem Deutschen Hebammenverband (DHV) und richtet sich an diejenigen, die pädagogisch im Studium von Hebammen in Theorie und/oder Praxis tätig sind. Das Ziel ist die Förderung des Austauschs, der Vernetzung, Interaktion, Zusammenarbeit und der Forschung.

Im Programm erwarten Sie eine Keynote, eine Podiumsdiskussion, Workshops sowie Vorträge, Poster und Kurzvorträge.

Für die Teilnahme an der pädagogischen Konferenz wird ein Fortbildungsnachweis im Umfang von 6 Stunden ausgestellt.

Der Austragungsort der 1. Konferenz zur pädagogischen Arbeit im Hebammenstudium - HEBA-PÄD 2024 - ist die Evangelische Hochschule Berlin (EHB), Teltower Damm 118-122, 14167 Berlin.

Informationen zum Call for Abstracts finden Sie auf der Website der DGHWi ([www.dghwi.de](http://www.dghwi.de)).

**Weitere Informationen finden Sie demnächst auf den Websites der DGHWi ([www.dghwi.de](http://www.dghwi.de)) und des DHV ([www.hebammenverband.de](http://www.hebammenverband.de)).**

## Bericht zur 17. Mitglieder- versammlung der DGHWi

Am 9. Februar fand die 17. Ordentliche Mitglieder-  
versammlung der Deutschen Gesellschaft für Hebammen-  
wissenschaft in Frankfurt am Main statt. Die scheidende  
Präsidentin, Franziska Rosenlöcher, Hebamme und Psy-  
chologin sowie Professorin an der Brandenburgischen  
Technischen Universität Cottbus, eröffnete und leitete die  
Veranstaltung.

Im letzten Jahr wurden Kommissionen ins Leben gerufen,  
die die Arbeit des DGHWi-Präsidiums in zwei Teilbereichen  
entlasten sollen: die Kommission Stellungnahmen erhielt  
im vorangegangenen Jahr 45 Anfragen, wovon 41 Stel-  
lungnahmen von den Kommissionsmitgliedern verfasst  
und eingereicht werden konnten. Die in Arbeit befindlichen  
Stellungnahmen und deren Veröffentlichung können von  
Mitgliedspersonen auf der Homepage der DGHWi eingesehen  
werden. Die Kommission Leitlinien wirkte an sechs  
Leitlinieneröffnungen mit und ist am Bearbeitungs-  
prozess von aktuell zwölf Leitlinien beteiligt.

Es folgte der Bericht der Schatzmeisterin Andrea Paucke, die  
die Finanzen der DGHWi für das Geschäftsjahr 2022 und den  
Haushalt für 2023 vorstellte. Weiterhin gilt für die  
Mitgliedschaft in der DGHWi ein flexibles Beitragssystem.

Zur Abstimmung wurde im Folgenden die Kriterien zur  
Vergabe eines Stipendiums für die Fertigstellung eines  
Promotionsvorhabens gestellt. Die Mitgliederver-  
sammlung verabschiedete mit überwiegender Mehrheit die

Vergabekriterien für das Promotionsstipendium. Die bereits  
traditionelle kostenfreie Bonusmitgliedschaft für ein Jahr  
wurde an drei Absolventinnen vergeben – als  
leistungsstärkste ihres Abschlussjahrgangs wurden sie  
durch ihren Hebammenstudiengang bzw. ihre Heb-  
ammenschule nominiert.

Die Sektion Hochschulbildung berichtete von der tags zuvor  
durchgeführten Klausurtagung und sprach sich aus für die  
Gründung eines Fachbereichstages zur Strukturierung,  
Vernetzung, Bündelung und Qualitätssicherung der  
Hochschularbeit. Eine Gründungsversammlung wurde  
angesetzt und die Satzung bereits ausgearbeitet. Für den  
Bedarf des Austauschs zu den Themen Didaktik und  
Pädagogik in der Hebammenwissenschaft stellte die Sektion  
des Weiteren die Idee eines didaktisch-pädagogischen  
Konferenztages im Anschluss an die kommende Inter-  
nationale Konferenz der DGHWi vor.

Die Wahl des vakanten Präsident\*innen-Postens konnte  
mangels Kandidatur leider nicht stattfinden. Die  
Mitgliederversammlung beschloss die Einberufung einer  
zusätzlichen ordentlichen Mitgliederversammlung im Mai  
2023, bis zu der Kandidat\*innen sich zur Wahl stellen lassen  
können. Zuletzt wurde die bisherige Präsidentin aus ihrem  
Amt verabschiedet und für ihr Engagement für die DGHWi  
gedankt.

Für die 7. Internationale Konferenz, die am 8. und 9. Februar  
2024 an der Evangelischen Hochschule Berlin stattfinden  
wird, sind die Vorbereitungen bereits im vollen Gange. Die  
nächste ordentliche Mitgliederversammlung ist für den 15.  
Mai 2023 in Berlin angesetzt.

\*\*\*CALL FOR ABSTRACTS!\*\*\*

### HEBA-PÄD 2024 – 1. Konferenz zur pädagogischen Arbeit im Hebammenstudium

Call for Abstracts für die erste HEBA-PÄD  
2024 der Deutschen Gesellschaft für  
Hebammenwissenschaft (DGHWi) und des  
Deutschen Hebammenverbandes (DHV)  
am 10. Februar 2024 an der Evangelischen  
Hochschule Berlin (EHB).

Die Veranstaltung richtet sich an diejenigen,  
die pädagogisch im Studium von Hebammen  
in Theorie und/oder Praxis tätig sind.

Abstracts können als Vortrag (15 min.),  
Kurzvortrag (5 min.) oder Poster eingereicht  
werden.

**Weitere Informationen finden Sie  
demnächst auf den Websites der  
DGHWi ([www.dghwi.de](http://www.dghwi.de)) und des DHV  
([www.hebammenverband.de](http://www.hebammenverband.de)).**

Wir freuen uns auf Ihre Beiträge. Abstracts im Umfang von max. 3.500 Zeichen (inkl. Leerzeichen)  
mit einer kurzen Angabe zur Person können bis 31.08.2023 über die DGHWi-Website ([www.dghwi.de](http://www.dghwi.de))  
eingereicht werden. Die Rückmeldung erfolgt bis zum 07.11.2023.

Mögliche Themenbereiche für Ihre  
Einreichungen sind:

- Praxisanleitung und -begleitung;
- Konzepte des intra- und inter-  
disziplinären Skills-Trainings an  
unterschiedlichen Lernorten;
- Staatliche Prüfung an der Schnittstelle  
von Hochschule und Praxis;
- Digitalisierung im Studium von  
Hebammen;
- Didaktik der Hebammenpraxis/  
Hebammenarbeit;
- Bildungs- und Hochschulpolitik;
- Best-Practice-Beispiele;
- Lebenslanges Lernen im Kontext der  
Hebammenaus-, fort- und -weiterbildung  
u.v.m.

Die eingereichten Beiträge werden gerahmt  
von einer Keynote, einer Podiumsdiskussion,  
sowie Workshops und der Möglichkeit des  
Netzwerkens.

Schriftführer\*in

Julia Steinmann

## Termine

### JULI 2023

**FASD: Vortrag „Diagnostik der FASD“ nach S3-Leitlinie**

11. Juli 2023 (virtuell)

Nähere Informationen unter:

<https://www.deutsches-fasd-kompetenzzentrum-bayern.de/fortbildungen/>

**Women Deliver 2023 Conference**

17. – 20. Juli 2023, Kigali, Ruanda

Nähere Informationen unter: WD2023 – Women Deliver

### SEPTEMBER 2023

**GMA – Jahrestagung 2023**

15. – 17. September 2023, Osnabrück

Nähere Informationen unter: <https://gma2023.de/>

### OKTOBER 2023

**FIGO World Congress 2023**

09. – 12. Oktober 2023, Paris, Frankreich

Nähere Informationen unter: Home – FIGO Paris 2023 - ([figo2023.org](https://figo2023.org))

**World Health Summit**

15. – 17. Oktober 2023, Berlin

Nähere Informationen unter: <https://www.worldhealthsummit.org/>

**EMA Education Conference**

26. – 29. Oktober 2023, Athen, Griechenland

Nähere Informationen unter: <https://emaeducation2023.gr/>

### DEZEMBER 2023

**31. Kongress der DGPM 2023**

01. – 03. Dezember 2023, Berlin

Nähere Informationen unter: <https://dgpm-kongress.de/>

### FEBRUAR 2024

**7. Internationale Konferenz der DGHWi**

08. – 09. Februar 2024, Berlin

Nähere Informationen unter:

<https://www.dghwi.de/veranstaltungen/internationale-konferenz/>

## Präsidium der DGHWi

### Präsidentin

Prof. Dr. Barbara Fillenberg  
Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg  
E-Mail: praesidentin@dghwi.de

### Vize-Präsidentin

Dr. Astrid Krahl  
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften  
E-Mail: vizepraesidentin@dghwi.de

### Schriftführerin

Julia Steinmann  
E-Mail: schriftfuehrerin@dghwi.de

### Schatzmeisterin

Andrea Paucke  
Universitätsklinikum Würzburg  
E-Mail: schatzmeisterin@dghwi.de

### Beisitzerinnen

Prof. Dr. Barbara Baumgärtner  
Hochschule Bremen  
E-Mail: beisitzerin-leitlinien@dghwi.de

### Dr. Nancy Stone

Evangelische Hochschule Berlin  
E-Mail: beisitzerin-stellungnahmen@dghwi.de

### Neeltje Schubert

Universitätsklinikum Tübingen  
E-Mail: beisitzerin-oeffentlichkeit@dghwi.de

## Impressum

### Herausgeberin

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

### Geschäftsstelle (Office)

Postfach 1242, 31232 Edemissen

### Editors-in-chief

Prof. Dr. Annekatrin Skeide  
Prof. Dr. Dorothea Tegethoff

### Associate editors

Friederike M. Hesse  
Marielle Pommereau

### Reviewboard

Prof. Dr. Nicola H. Bauer, PD Dr. Eva Cignacco,  
Prof. Dr. Mechthild Groß, Prof. Dr. Sascha Köpke,  
Prof. Dr. Petra Kolip, Prof. Dr. Maritta Kühnert,  
Prof. Dr. Frank Louwen, Prof. Dr. Friederike zu  
Sayn-Wittgenstein, Prof. Dr. Beate Schücking

### Erweiterter (extended) Reviewboard

Dr. Gertrud M. Ayerle, Prof. Dr. Barbara Baumgärtner,  
Dr. Anke Berger, Prof. Dr. Andreas Büscher, Dr. Lena  
Dorin, Prof. Dr. Manuela Franitza, Prof. Dr. Claudia  
Hellmers, Prof. Dr. Elke Hotze, Prof. Nina Knape Ph.D.,  
Dr. Elisabeth Kurth, Prof. Dr. Ute Lange, Prof. Julia  
Leinweber Ph.D., Prof. Dr. Sabine Metzging, Prof. Dr.  
Michaela Michel-Schuldt, Prof. Dr. Jessica Pehlke-  
Milde, Dr. Beate Ramsayer, Dr. Nina Reitis, Dr. Tanja  
Richter, Prof. Dr. Rainhild Schäfers, Prof. Dr. Birgit  
Seelbach-Göbel, Dr. Katja Stahl, Prof. Dr. Sabine  
Striebich, Prof. Dr. Oda von Rahden, Carmen Wyss

### Lektorat (Editorial staff)

Friederike M. Hesse, Marielle Pommereau

### Layout

FORMLOS Berlin, [www.formlos-berlin.de](http://www.formlos-berlin.de)

### Druck (Printing house):

SAXOPRINT GmbH, Enderstraße 92c, 01277 Dresden

### ISSN: 2196-4416

### Copyright

Die Originalartikel sind Open-Access-Artikel und stehen unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License. Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

The original articles are Open Access articles distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license

information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

### Zitierung der Texte (Citation)

Autor\*innen. Titel. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science). 2023;11(01):Seitenzahlen.

Authors. Title. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science). 2023;11(01):page numbers.

### Datum (Date): 30.05.2023

