Zeitschrift für
Hebammenwissenschaft
Journal of Midwifery Science

Wissenschaftlicher Teil

Research articles
Forschungsartikel
Position papers
Positionspapiere
Education, Research, and Development
Lehre, Forschung und Entwicklung
Student papers
Studentische Arbeiten
Reviews

Aus der DGHWi

Leitlinien und Stellungnahmen

Mandate und Sektionen

Aktuelles

Termine

Band / Jahrgang:
12/2023
Heft: 02
ISSN: 2196-4416

dghw Deutsche Gesellschaft für Hebammenwisschenschaft

INHALTSVERZEICHNIS

Editorial

WISSENSCHAFTLICHER TEIL

Forschungsartikel

Zugang zur Hebammenhilfe - die Perspektive von Frauen* in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren – eine qualitative Studie
Ab Seite 5

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum European Perinatal Health Report, 2015 - 2019
Ab Seite 16

Positionspapier

Hebammen-Versorgung in Deutschland: Der Hebammenkompass stellt Daten in Form von interaktiven Grafiken bereit
Ab Seite 20

Lehre, Forschung und Entwicklung

Advanced Midwifery Practice in der Schweiz. Eine Diskussionsgrundlage
Ab Seite 25

Fort und Weiterbildung im deutschen Hebammenverband (DHV)
Ab Seite 31

Der Ausschuss Hebammen-wissenschaft in der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA)
Ab Seite 31

Lehre, Forschung und Entwicklung

Wie breit ist Hebammenwissenschaft zu denken?
Ab Seite 32

(Un-)Zuverlässigkeit einer Hebamme – Auswirkung von Straftaten auf die Berufsausübung
Ab Seite 33

Studentische Arbeiten

Praktische Ausbildung von Hebammen aus der Perspektive der Praxisanleitenden im klinischen Setting
Ab Seite 35

Interventionen von der Schwanger-schaft bis zwei Jahre nach der Geburt für Eltern mit komplexer posttraumatischer Belastungs-störung und/oder mit Misshand-lungserfahrungen in der Kindheit
Ab Seite 38

Reviews

Hebammenrelevante Cochrane Reviews
Ab Seite 39

AUS DER DGHWI

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum Vorbericht des IQTIG „Mindestanforderungen an Prozesse und Ergebnisse der Versorgung. Konzept für die Messung und Bewertung“
Ab Seite 41

Leitlinien und Stellungnahmen

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum Aktionsplan der Bundesregierung „Gesundheit rund um die Geburt“ vom 13.07.2023
Ab Seite 44

Leitlinien und Stellungnahmen

Stellungnahme zu den einzelnen Handlungsfeldern
Ab Seite 45

Anfrage zur Petition "Gestaffelter Mutterschutz" nach Fehlgeburten vor der 24. Schwangerschaftswoche
Ab Seite 52

Leitlinien und Stellungnahmen

Stellungnahme zum Referentenentwurf des BMG, Verordnung zur Umsetzung des Urteils des Bundesverwaltungsgerichtes vom 10.4.2019 – 6 C 19.18 und des Urteils des Bundesverwaltungsgerichtes vom 28.Oktober 2020-6 C8.19 in den Prüfungsverfahren der Heilberufe
Ab Seite 54

MANDATE UND SEKTIONEN

Änderung der Mutterschafts-richtlinien durch den G-BA – ein großer Erfolg für die professionelle Gleichberechtigung
Ab Seite 60

Aktuelles aus der Sektion Hochschulbildung
Ab Seite 60

Kurzbericht: 18. Ordentliche Mitgliederversammlung der DGHWi e.V. am 16. Mai 2023 in Berlin
Ab Seite 61

„Write now“: Bericht zum 1. Schreibretreat der Sektion Junges Forum
Ab Seite 61

Neeltje Schubert, Beisitzerin Öffentlichkeit
Ab Seite 62

Barbara Fillenberg, Präsidentin der DGHWi
Ab Seite 62

Aktuelles

Impressum

Liebe Leser*innen der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft,

am 8. und 9. Februar 2024 wird die 7. Internationale Konferenz der DGHWi „Wege zur Nachhaltigkeit in der Hebammenarbeit“ an der Evangelischen Hochschule Berlin stattfinden. Diesmal mit einem Novum: Direkt an den Kongress schließt sich, am 10. Februar 2024, die Konferenz zur pädagogischen Arbeit im Hebammenstudium, HEBA-Päd 2024, an. Sie ist die erste gemeinsam mit dem Deutschen Hebammenverband ausgerichtete Fachtagung, die besonders all jene ansprechen möchte, die Studierende berufspraktisch qualifizieren. Auf beiden Veranstaltungen sind die aktuellen hebammenwissenschaftlichen Erkenntnisse und Entwicklungen zentral, die wie gewohnt in abwechslungsreichen Formaten präsentiert und von Abendveranstaltungen gerahmt werden. Platz ist zudem für die individuellen, persönlichen Kontakte, denn schon so mancher guten Idee waren mäuetische Gespräche vorgelagert - und oftmals braucht es mehr als eine Hebamme, bis aus der Idee ein Projekt für Forschung, Lehre oder Praxis resultiert. Wir freuen uns daher schon heute auf die zahlreichen Interaktionsmöglichkeiten und über jede Person, die sich auf den Weg nach Berlin macht!

Aber nicht nur auf der Konferenz, sondern schon jetzt können Sie sich mit der vor Ihnen liegenden Ausgabe der ZHWi in spannende Beiträge vertiefen, die hier auszugsweise vorgestellt werden.

Der Originalartikel zum qualitativen Forschungsprojekt „Zugang zur Hebammenhilfe - die Perspektive von Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren“ verdeutlicht, dass insbesondere benachteiligte Frauen besondere Unterstützung benötigen. Gerade sie haben jedoch oft keinen Zugang. Die identifizierten Barrieren sowie die wahrgenommene Ungleichheit implizieren einen konkreten Handlungsbedarf, der als sanfter Appell an alle Hebammen und Entscheidungsträger*innen im Gesundheitswesen gelesen werden kann.

Dazu passt das Positionspapier der DGHWi zum European Perinatal Health Report, 2015 – 2019. Das Ziel des Euro-Peristat-Netzwerks, dem aktuell 31 Länder angehören, ist es, ein zuverlässiges Informationssystem für die Perinatalperiode aufzubauen. Mit vergleichenden Indikatoren zu den Gesundheitsoutcomes von Schwangeren und Neugeborenen sollen Entscheidungsgrundlagen zur Gesundheitsverbesserung und -versorgung geschaffen werden. Es zeigt sich, dass in Deutschland Optimierungsbedarf besteht.

Um zielgerichtete Angebote schaffen zu können, bedarf es künftig in allen Bereichen der Hebammenarbeit Weiterungen. Neue Qualifizierungsangebote werden daher bereits erprobt und mit der Advanced Midwifery Practice ein erfolgversprechendes Modell vorgestellt.

Auch eine der studentischen Arbeiten beschäftigt sich mit dem Wissenserwerb, nämlich mit der praktischen Ausbildung von Hebammen aus der Perspektive der Praxisanleitenden im klinischen Setting. Außerdem greift der Nachwuchs das komplexe Thema „straffällig gewordene Kolleg*innen“ auf. Die Kreativität ist ungebrochen und so kann das Junge Forum auch ein erfolgreiches Schreib-Retreat für sich verbuchen.

Die übersetzte Kurzzusammenfassung des Cochrane-Reviews „Interventionen von der Schwangerschaft bis zwei Jahre nach der Geburt für Eltern mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung und/oder mit Misshandlungserfahrungen in der Kindheit“, das eine deutliche Forschungslücke aufzeigt, finden Sie samt einer Auswahl der aktuellen hebammenrelevanten Cochrane-Reviews in der Rubrik „Reviews“.

Als noch nicht am Ende, aber auf der Zielgeraden befindlich, lesen sich die Änderungen, die für die Mutterschaftsrichtlinien erwirkt wurden: Die Wahlfreiheit der Frauen im Hinblick auf die Schwangerenvorsorge wurde in der aktuellen Version gestärkt.

Ans Herz legen möchte ich Ihnen die Lektüre des Auszugs an Stellungnahmen. Neben den Änderungen bei den Prüfungsmodalitäten in den Heilberufen wurde zum gestaffelten Mutterschutz nach Fehlgeburten, zum Aktionsplan Gesundheit rund um die Geburt, sowie zum Vorbericht der IQTIG für die DGHWi Stellung bezogen. Dieser Querschnitt zeigt erneut auf eindrückliche Weise, wie vielfältig die Themenstellungen sind, die unmittelbar Auswirkung auf die Familien selbst, unsere Berufstätigkeit sowie die Forschung und Lehre haben. Stellung beziehen zu können ermöglicht der Profession, ihre Argumente einzubringen und Einfluss zu nehmen. Jeder Beitrag ist daher wertvoll. Hierzu zählen auch die zahlreichen Leitlinien, die unter hebammenwissenschaftlicher Federführung oder Begleitung beantragt, entwickelt oder aktualisiert werden.

Unsere Sektionen sind in dieser Ausgabe mit einem äußerst interessanten Artikel zur Hochschulbildung vertreten.

Herzlichst danken möchte ich nun allen, die sich so unermüdlich engagieren, die ZHWi ermöglichen, die Weiterentwicklung der Hebammenwissenschaft, unserer Profession und Fachgesellschaft befördern, sowie den Kolleg*innen des Hebammenwissenschaftlichen Fachbereichstags, die uns auch auf politischer Ebene vertreten. Es zeigt sich immer wieder, dass ein steter Tropfen den Stein höhlen und sich so Neues entwickeln kann!

Nun wünsche ich Ihnen Inspiration und viel Freude beim Lesen,

Ihre Prof. Dr. Barbara Fillenberg

Präsidentin der DGHWi

Wissenschaftlicher Teil

FORSCHUNGSARTIKEL

POSITIONSPAPIERE

LEHRE, FORSCHUNG, ENTWICKLUNG

STUDENTISCHE ARBEITEN

REVIEWS

Zugang zur Hebammenhilfe - die Perspektive von Frauen* in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren – eine qualitative Studie

Hintergrund

Armut macht krank. Dieses sozialmedizinische Kernparadigma spielt für die Schwangerschaft eine bedeutende Rolle. Lebenslagen mit schwierigen Bedingungen, geprägt von z.B. sozioökonomischer Benachteiligung (niedriges Einkommen, niedriger Bildungsstand), Flucht- und/oder Rassismuserfahrung sind nachweislich mit gesundheitlichen Benachteiligungen verbunden [42, 43, 64, 75, 83, 108]. Erkenntnisse sozialepidemiologischer Forschung mit dem Ansatz der Lebenslaufperspektive betonen die hohe Relevanz der Schwangerschaft als eine Phase nachhaltiger Prägung [19, 56, 85]. So führen schwierige Lebensbedingungen während der Schwangerschaft zu einem erhöhten Risiko für Pathologien und Komplikationen und zu langfristigen Auswirkungen auf die Gesundheit des Kindes [9, 15, 49, 57, 78]. Wenn sich Belastungen kumulieren, sind gesundheitliche Auswirkungen besonders deutlich [15, 19, 63]. Einer Prävalenzstudie zufolge sind in Deutschland 12,9 Prozent der Eltern mit Kindern im Alter von 0 bis 3 Jahren mehrfach psychosozial belastet [24]. Gerade diese Familien haben einen erhöhten Unterstützungsbedarf und können von der Versorgung durch Hebammen profitieren [4, 16, 25].

Hieraus ergeben sich Chancen für die Hebammenarbeit zu nachhaltiger Gesundheitsförderung. Nachweislich kann die Arbeit von Hebammen entscheidend zum Erreichen des Rechts auf Gesundheit für alle Frauen und Neugeborenen beitragen [67, 79, 80, 86]. Aufgrund ihres frühen Zugangs und besonders vertrauensvoll geprägten Arbeitsbeziehung zu den von ihnen betreuten Frauen [60, 92], sind Hebammen von großer Bedeutung als vermittelnde Fachpersonen zu weitergehenden, bedürfnisorientierten Unterstützungsangeboten [81, 92]. Allerdings zeigen die internationalen Studien zum Zugang von Frauen in belasteten Lebenslagen zur Hebammenversorgung eindeutig auf, dass diese häufiger einen erschwerten Zugang haben [16, 17, 21, 22, 25, 31, 68, 70, 105]. Die internationalen Forschungserkenntnisse weisen Gemeinsamkeiten auf bezüglich mangelnder Informiertheit dieser Frauen [21, 31, 68, 71], einer Passivität beim Navigieren im Gesundheitssystem [16, 33] und einem Bedarf an Unterstützung, um sich im Versorgungssystem zurechtzufinden [16, 21, 31, 71, 68]. Für Frauen mit Fluchterfahrung ist der Zugang durch sprachliche und strukturelle Hürden erschwert [12, 28, 47, 56, 57, 71, 72, 78]. Frauen in belasteten Lebenslagen, welche Hebammenhilfe erhalten, schätzen diese [16, 25, 56].

Der Forschungsstand in Deutschland zeigt, dass es insbesondere in der ambulanten Versorgung durch Hebammen Engpässe gibt. [3, 8, 40, 50, 87]. Die überwiegend quantitativen Studien zeigen, dass Inanspruchnahme von Hebammenleistungen in hohem Maße vom sozioökonomischen Status abhängig ist. In einer quantitativen Querschnittstudie werden auch Begründungen für die Schwierigkeiten bei der Hebammensuche berichtet [8]. Dabei wird deutlich, dass Frauen mit hohem Bildungsgrad die Hebammensuche einfacher fanden als Frauen mit niedrigerem Bildungsstand. Die Rahmenbedingungen der deutschen Gesundheitsversorgung in der Lebensphase rund um die Geburt mit Fragmentierung der Leistungen und mangelnder Betreuungskontinuität scheinen hinderlich für den Zugang zu sein [6, 39, 90]. Hinzu kommt ein Mangel an Hebammen in Deutschland [7, 36, 102]. Es zeigt sich außerdem ein Informationsdefizit von Frauen mit einem niedrigen Bildungsstand bezüglich der ambulanten Hebammenleistungen in der Schwangerschaft [65, 99]. Frauen mit Fluchterfahrung stoßen beim Zugang zur Hebammenhilfe auf Hürden, insbesondere aufgrund von Sprachbarrieren und mangelnder Kultur- und Diversitätssensibilität im Gesundheitswesen [47]. Die Einflussfaktoren für die (Nicht-) Inanspruchnahme aus der Perspektive der Frauen in belasteten Lebenslagen sind jedoch noch wenig erforscht.

Autor*innen

Heike Edmaier,
M. Sc. Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Institut für Hebammenwissenschaft und reproduktive Gesundheit

Prof.in Dr.in **Jessica Pehlke-Milde,**
Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Institut für Hebammenwissenschaft und reproduktive Gesundheit

Theoretischer Bezugsrahmen

Als theoretischer Bezugsrahmen der Studie dient das Framework zum Zugang zu Gesundheitsleistungen von Levesque et al. [59]. Es skizziert den Zugang als aktiven Prozess, welcher mit dem Auftreten eines gesundheitlichen Bedarfes beginnt, dann in den Schritten Wahrnehmen, Aufsuchen, Erreichen und Nutzen erfolgt und idealerweise mit der Verbesserung des Gesundheitszustandes abgeschlossen ist (siehe Abbildung 1). Das Framework fokussiert neben verschiedenen Aspekten, welche die Dimensionen seitens des Versorgungssystems und seitens der Nutzenden beeinflussen, auch deren Zusammenspiel.

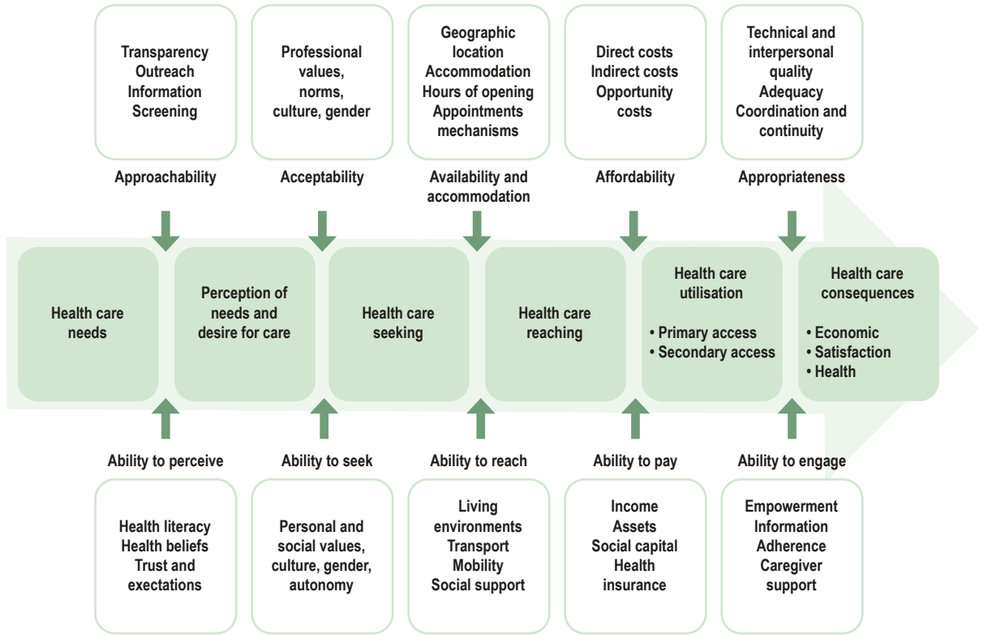


Abbildung 1: A conceptual framework of access to health care von Levesque et al. 2013, (CC BY 2.0)

Ziel und Fragestellung

Das Ziel der Studie ist es, die Erfahrungen und Perspektiven von Frauen in belastenden Lebenslagen in Bezug auf den Zugang zur Hebammenversorgung zu untersuchen. Dadurch sollen die Gründe für die Entscheidung zur (Nicht-) Inanspruchnahme von Hebammenhilfe besser verstanden werden. Es soll die folgende Forschungsfrage beantwortet werden: Welche Faktoren beeinflussen den Zugang zur Versorgung mit Hebammenleistungen in Deutschland aus der Perspektive von Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren?

Methodik

Design:

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitatives Design mit leitfadengestützten Interviews gewählt. Dies ermöglicht einen vertieften Einblick in die subjektiven Sichtweisen, Wünsche, Bedürfnisse und Erfahrungen von Frauen in belasteten Lebenslagen zu erhalten [37, 101, S.67]. Die Anwendung dieses Ansatzes zielt darauf ab, das komplexe Phänomen der verminderten Inanspruchnahme zu verstehen [104]. Dabei sollen strukturelle Einflüsse des Gesundheitssystems sowie die Bedeutung der Lebenslagen dieser Frauen besser verstanden werden.

Zugang und Rekrutierung:

Der Feldzugang erfolgte in verschiedenen Regionen Deutschlands, um verschiedene strukturelle Rahmenbedingungen erfassen zu können. In der Ausschreibung zur Teilnahme an der Studie wurden Frauen angesprochen, die zum Zeitpunkt der Ansprache entweder schwanger waren oder in den letzten 12 Monaten geboren hatten und sich in Lebenssituationen befanden, die sie selbst als belastend empfanden. Neben der Rekrutierung von Frauen über Aushänge und Bekanntmachungen in sozialen Medien nutzte die Autorin Kontakte ihres beruflichen Netzwerkes als Familienhebamme. Des Weiteren wurden Hebammen als vermittelnde Personen über Informationskanäle des Deutschen Hebammenverbandes angesprochen. Informierte Interessent*innen wurden gebeten, per E-Mail oder Telefon Kontakt zur Forscherin aufzunehmen. Ein schriftliches Einverständnis wurde jeweils nach informierter Entscheidung vor der Interviewdurchführung eingeholt.

Deutsche Schlüsselwörter: Hebammenhilfe, Zugang, psychosoziale Belastungen, soziale Ungleichheit, Barrieren

Englische Schlüsselwörter: Maternity Care, Midwifery, Access, vulnerable women, disadvantaged

Eingereicht 29.3.2023
Nach Revision angenommen: 29.9.2023.

Sampling:

Zielgruppe der vorliegenden Untersuchung waren Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungen. Hiermit sind Frauen gemeint, welche auf struktureller, familiärer und/oder individueller Ebene besonderen psychischen und sozialen Einflüssen ausgesetzt sind, welche zur Belastung und Überforderung der Ressourcen dieser Frauen führen können [34, 84, 103]. Diese Belastungsfaktoren können vielfältig wahrgenommen werden. Es wurden in der Literatur häufig genannte Aspekte wie niedriges Einkommen, geringer Bildungsabschluss, Alleinerziehung, Erwerbslosigkeit, migrationsspezifische Belastungen, chronische Erkrankungen, Rassismuserfahrungen und Diskriminierungserfahrungen aufgrund sexueller Orientierung berücksichtigt [20, 23, 62]. Einschlusskriterien für die Studienteilnahme waren neben mindestens einem dieser als belastend wirkend empfundene Faktoren, eine bestehende Schwangerschaft ab der zwanzigsten Schwangerschaftswoche oder eine Geburt innerhalb der letzten 12 Monate. Bei der Planung des Samplings wurde nach dem Prinzip der Varianzmaximierung eine Heterogenität der befragten Frauen angestrebt [48, 76, 97]. Die Stichprobe sollte also durch eine Strategie der bewussten Auswahl von Fällen kriteriengeleitet gezogen werden [96].

Datenerhebung:

Die Datenerhebung erfolgte mittels leitfadengestützter Interviews, bei deren Gestaltung Elemente des problemzentrierten Interviews nach Witzel angewandt wurden [110]. Der verwendete Leitfaden wurde angelehnt an das Framework von Levesque et al. entwickelt [59]. Gemäß dem Offenheitsprinzip der qualitativen Forschung wurde in einem ersten Teil mit einem Erzählimpuls Narration angeregt [37, S.21, 77]. Im weiteren Verlauf des Interviews wurden leitfadengestützt erzählgenerierende Fragen gestellt, welche thematisch auf die Forschungsfrage ausgerichtet waren [111]. Zur Reflektion der Interviewsituation und Selbstreflektion der eigenen Haltung in der Interaktion verfasste die Autorin zeitnah nach den Interviews jeweils ein Postskriptum als Memo [110]. Gegenüber den Interviewpartner*innen kommunizierte die Autorin transparent ihre Doppelrolle als Hebamme und Forscherin. Sie akzentuierte ihre Rolle als Forscherin und legte dar, dass sie die Befragungen nicht als potenzielle Dienstleisterin, sondern aus einem Interesse an der Sichtweise der Teilnehmenden heraus durchführt.

Im Vorfeld dieser Forschungsarbeit wurde am 23.07.2021 ein ethisches Clearing bei der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft beantragt. Dies wurde am 26.08.2021 erteilt (Nr. 21-019).

Analyse:

In der vorliegenden Studie wurde ein interpretativ hermeneutisches Design verwendet, das sich an dem von Schreier [95] beschriebenen schrittweisen Vorgehen einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse orientiert. Dies ermöglichte eine zielgerichtete Identifikation und Konzeptualisierung ausgewählter inhaltlicher Aspekte mit einer offenen Haltung für neue Erkenntnisse [94, S.5-7]. Die digital aufgezeichneten Interviews wurden zeitnah wörtlich transkribiert und anschließend ausgewertet, um die Bedeutung der Inhalte zu bestimmen [54, S.56]. Initiierend wurden Fallzusammenfassungen und Memos erstellt [54, S.59], um sich mit dem Datenmaterial vertraut zu machen [95]. Die Autorin entwickelte zunächst deduktiv Oberkategorien, indem sie sich an den Dimensionen des Frameworks von Levesque et al. [59] orientierte. Daraufhin wurden Kodiereinheiten bestimmt. Im Wechselspiel zwischen deduktiven und induktiven Analyseschritten wurde das Kategoriensystem ausdifferenziert und erprobt [95]. Dabei wurde ein inhaltlicher Aspekt als überformende Oberkategorie identifiziert und daraufhin das Kategoriensystem modifiziert [95]. Anschließend erfolgte die Kodierung des Datenmaterials mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem [95, 55, S.43ff.]. Der gesamte Analyseprozess erfolgte computergestützt mit der Software MAXQDA [107].

Zur Sicherung der Qualität der Arbeit reflektierte die Autorin im gesamten Forschungsprozess ihre eigenen Vorannahmen. Eine diskursive Form der Herstellung von Nachvollziehbarkeit des Analyseprozesses fand in regelmäßigen Treffen mit der Zweitautorin statt.

Von Oktober 2021 bis Februar 2022 wurden n=13 leitfadengestützte Interviews durchgeführt. In Tabelle 1 sind soziodemographischen Faktoren der befragten Frauen (n=13) aufgeführt.

Merkmal	Ausprägung	Anzahl
Altergruppen	20-25	5
	25-35	6
	35-40	2
Anzhal der Kinder	Ein Kind	6
	Zwei Kinder	6
	Drei Kinder	1
Hebammenversorgung	Ja	8
	Nein	5
Bundesland des Wohnortes	Baden-Württemberg	11
	Hessen	1
	Thüringen	1

Tabelle 1: Soziodemographische Daten der Interviewteilnehmer*innen

In Tabelle 2 werden aus der Literatur identifizierte und subjektiv berichtete Belastungsfaktoren aufgeführt.

Merkmal	Ausprägung	Anzahl
Einkommen	Staatliche Transferleistungen Sozialhilfe oder ALG II	8
	Ohne ALG II oder Sozialhilfe	5
Bildungsstand	Kein Schulabschluss	4
	Hauptschulabschluss	2
	Mittlerer Schulabschluss	3
	Hochschulreife	4
Migrationsspezi-fische Belastung	Ja	4
	Nein	9
Beziehungsstatus	Feste Beziehung/ verheiratet	9
	alleinerziehend	4
Erwerbstätigkeit	Erwerbstätig, z.Zt. In Mutterschutz / Elternzeit	3
	erwerbslos	7
	In Ausbildung	2
	Nicht erwerbsfähig	1
Chronische Erkrankung	Ja	5
	Nein	8
Psychische Belastung	Ja	11
	Nein	2
Soziale Isolation	Ja	4
	Nein	9
Weitere, von den TN berichtete Belastungsfaktoren	Ehemann in Haft	1
	Diskriminierung aufgrund sexueller Orientierung	1
Mehrfache Belastungen		10

Tabelle 2: Soziodemografische Faktoren der Teilnehmer*innen, welche Hinweise auf eine psychosoziale Belastung liefern können

Ergebnisse

Die befragten Frauen sehen den Zugang zur Hebammenhilfe maßgeblich durch den Einflussfaktor des Glücks geprägt. Dies spiegelt sich in Privilegien, einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur, geglückten Suchstrategien sowie der persönlichen Beziehung zur Hebamme wider. Das Glück wird als fördernder Faktor betrachtet, der die verschiedenen Zugangsdimensionen überformt und von den Befragten als bedeutsames Moment im Zugang zur Hebammenhilfe wahrgenommen wird. Bei einigen Befragten wirkt das Glück als konstantes narratives Element in ihrem Zugang zur Hebammenhilfe. Die Gliederung der Ergebnisse erfolgt anhand der in Tabelle 3 dargestellten Kategorien.

Oberkategorie "Glück haben"	Zugang als Privileg	schlechte Verfügbarkeit
		privilegierende Faktoren
		Persönliche Empfehlung
	Der Vorteil einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur	angepasste Versorgungs-struktur
		Vermittlung von Hebammenhilfe
	Erfolgversprechende Suchstrategien, welche die Chance auf Zugang erhöhen	Beharrlichkeit
		Rechtzeitigkeit
		Frustration und Ablehnung
		begrenzte Ressourcen
	Vertrauen und Kompetenz der Hebamme als Schlüsselfaktoren bei der Inanspruchnahme	Sympathie
		Empowerment
		Angst vor Stigmatisierung
		Respektlosigkeit

Tabelle 3: Endgültiges Kategoriensystem

Zugang als Privileg

Aus der Perspektive von Frauen mit psychosozialen Belastungen wird der Zugang zur Hebammenhilfe von persönlichen Empfehlungen, sozialen Netzwerken sowie von Bekanntheit beeinflusst. Dies kann dazu führen, dass der Zugang als *"wahnsinniges Privileg" (Philis, 108)* wahrgenommen wird. In den Interviews wird kontinuierlich von der schlechten Verfügbarkeit von Hebammen berichtet. Dies führt dazu, dass Frauen trotz ihres Wunsches, Hebammenversorgung zu erhalten, keine Betreuung finden können.

Philis, die sehr isoliert lebte und keine Hebamme gefunden hatte, berichtet:

"Also, ich empfinde die Unterstützung von einer Hebamme [...] leider nicht als selbstverständlich [...]. Für mich ist das ein wahnsinniges Privileg, wenn man da die Unterstützung hat." (Philis, Z.106-08)

Laut Philis findet man in ihrer Region nur dann eine Hebamme, wenn man frühzeitig sucht und am besten eine persönliche Empfehlung hat.

"Sechste, siebte Woche kommst du nur rein, wenn du eine Empfehlung hast. Und die Hebamme der Empfehlung von einer Freundin traut, weil sie von der Freundin schon mehrere Kinder betreut hat oder so.“ (Philis, Z.220-2)

Philis meint, dass der Zugang zur Hebammenhilfe nicht für jede Frau gleich ist. Persönliche Empfehlungen könnten eine Rolle spielen, um Zugang zu erhalten. Diese Ungleichheit kann Frustration und Enttäuschung über fehlende Unterstützung hervorrufen und verstärkte in Philis' Fall ihre soziale Isolation.

Ruth, 33 Jahre alt, erlebte beim Zugang zur Hebammenhilfe eine gewisse Vorzugsstellung. Nach ihrer Kündigung als wissenschaftliche Mitarbeiterin befand sie sich in einer schwierigen Lage und konnte aufgrund ihrer Belastung nicht rechtzeitig nach einer Hebamme suchen. Trotz einem *"brutalen Mangel an Hebammen" (Ruth, Z.205)* in ihrer Region, hatte sie dann *"richtig, richtig, richtig Glück!" (Z.207)*. Für Ruth erwies sich die Bekanntschaft mit der Hebamme und die Tatsache, dass sie als Zweitgebärende für die Hebamme als weniger betreuungsintensiv erscheint, als Vorteil.

Sie erzählt:

"[...] als es mir so schlecht ging, konnte ich nichts machen [...] irgendwie, hat man andere Sorgen. Und dann habe ich die Hebamme eben angerufen und hat sie gesagt, ja [...], sie kann das gerne, übernehmen. Ähm, weil sie mich ja schon kennt und weil sie oft bei zweiten Kindern, ist das nicht mehr ganz so aufwändig. Ähm, oder nicht mehr ganz so neu alles, wie beim, wie bei einem Erstgeborenen. Und deshalb hat sie mich da noch aufgenommen.“ (Ruth, Z.58-63)

Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass der Versorgungsmangel Barrieren im Zugang zur Hebammenhilfe erhöhen kann und somit ein ungleicher Zugang entsteht. Dies bedeutet, dass Frauen in herausfordernden Lebenssituationen aufgrund von begrenzten Ressourcen und einer unzureichenden Verfügbarkeit von Hebammen möglicherweise keinen angemessenen Zugang haben und dadurch in einer benachteiligten Position sind.

Der Vorteil einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur

Das von einigen Befragten beschriebene Glück resultierte nicht aus Zufall, sondern aus einer gezielten aufsuchenden Gestaltung der Versorgungsstruktur. Diese Anpassung des Angebotes empfinden einige Befragte als förderlich. Nesrin, eine syrische Migrantin, beschreibt das Angebot einer Hebammensprechstunde in einer Geflüchtetenunterkunft als Glück:

" Und ich kenne meine Hebamme von vor vier Jahren und deswegen habe ich die Hebamme gefun-den. [...] Vom Camp. Das war Glück – wegen Camp. Danach kennen alle Leute die Hebamme in Deutschland." (Nesrin, Z.76-8)

Carla wiederum hatte kein Glück mit dem Zugang. Als Migrantin mit begrenztem Wissen über das deutsche Gesundheitssystem wurde sie nicht rechtzeitig über die Hebammenhilfe informiert.

"Und spät, war spät, spät! Ich war schon im neunten Monat! Weil ich es nicht gewusst habe. [...] Blöd gegangen! [...] Niemand hat mir gesagt, dass ich eine Hebamme brauche [...]." (Carla, Z.157-61)

Für Frauen in ökonomisch schwierigen Lebenslagen sind Angebote der ambulanten Hebammenbetreuung schwer erreichbar, wenn Mobilität mit privatem Verkehrsmittel eine Voraussetzung zum Zugang ist. Philis berichtet über das Angebot einer Wochenbettambulanz:

"Aber da war es mir einfach nicht möglich, hinzukommen. Weil wir kein Auto haben und das ein-fach viel zu weit weg ist." (Philis, Z.305-6)

Die Vermittlung aufsuchender Hebammenhilfe durch interdisziplinäre Kooperation kann für belastete Frauen die Erreichbarkeit fördern.

Chantal, die keine Hebamme in der Schwangerschaft fand, erhielt aufgrund von Schwierigkeiten im Beziehungsaufbau zu ihrem Neugeborenen nach der Geburt vom Klinikpersonal eine Familienhebamme vermittelt. Sie beschreibt diese Art des Zugangs als *„Glück im Unglück“. (Chantal, Z.66)* Die Unterstützung half ihr, mit dieser Überforderung umzugehen.

"War halt alles neu! Also wir waren schon halt am Anfang ein bisschen überfordert mit allem, ganz ehrlich gesagt!" (Chantal, Z.96-7)

Auch Sophia hätte die Vermittlung einer Hebamme förderlich gefunden. Sie war in der Schwangerschaft *"...viel mehr mit dem Konsum beschäftigt." (Sophia, Z.205)*

"Also, ich war, ähm, ja, drogenabhängig. [...] Und dadurch habe ich halt sehr viele Termine bei der Drogen-beratung, Motivationsgruppen, Jugendamt Termine. [...]. Hätte ich eine Hebamme bekommen, dann hätte die mir auch sagen können, was in der Schwangerschaft gut ist. Vielleicht hätte die mir ja auch was Gutes zureden können.“ (Sophia, Z.47-8; 232-4)

Ein förderliches Merkmal bei der Vermittlung von Hebammenhilfe ist die Berücksichtigung von Freiwilligkeit und Partizipation. Wird das Angebot der Hebammenhilfe aufgedrängt, kann dies zu Entmündigung und Unwohlsein führen. Möglicherweise durch gesellschaftliche Normen beeinflusst, legten einige Befragte großen Wert auf ihre Autonomie und Selbstbestimmung.

Wendy, einer 23-jährige Zweitpara, wurde ihre Selbstständigkeit abgesprochen. Sie hat unfreiwillig eine Familienhebamme vermittelt bekommen. Sie wollte die Herausforderungen allein bewältigen, um ihre Stärke und Fähigkeiten zu zeigen. Wendy äußerte den Wunsch, die Schwangerschaft und Geburt ohne externe Unterstützung zu meistern.

"Aber ich habe dann so gesagt: Ja ich habe es bei Anton auch ohne Hebamme hingekriegt, bei meinem Großen. Also werde ich es diesmal auch hinkriegen. Aber das wollten die ja alle nicht. Die wollten alle unbedingt, die haben alle richtig darauf bestanden, dass ich noch jemanden habe. (Wendy, Z.232-5). "[...] das war mein Sturkopf [...] wollte es halt zuerst alleine, [...] probieren, um halt zu zeigen, dass ich es auch kann!“ (Wendy, Z.380)

Erfolgversprechende Suchstrategien, welche die Chance auf Zugang erhöhen

Der Zugang zur Hebammenhilfe wird von den befragten

Frauen durch verschiedene Suchstrategien beeinflusst. Die Suche ist von intensivem Wettbewerb geprägt und erfolgreiche Strategien sowie selbstinitiierte Aktivitäten erhöhen die Chance auf geeignete Betreuung. Ena, eine 23-jährige Erstgebärende, war gut über die Hebammenversorgung in ihrer Region informiert. Sie verortete Absagen von Hebammen in deren hohen Arbeitsbelastung und hat eine Erfolgsstrategie gewählt.

"Also, du hast den Test! Melde dich direkt! Warte nicht mal die eine Woche ab!" (Ena, Z.401-2) "Weil du halt von vielen eine Absage bekommst. [...], weil du halt von vielen eine Absage bekommst, weil sie halt überlastet sind. [...] ich hatte extrem Glück!" (Ena, Z. 147-8)

Eine entschlossene und beharrliche Suche kann zum Erfolg führen. Pia, eine 29-jährige Zweitpara, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen erwerbsunfähig war, berichtet von ihrer Hartnäckigkeit bei der Suche:

"Ich hab' eben nicht aufgegeben. Ich hab' dauernd weiter telefoniert." (Pia, Z.107)

Pia zeigte eine sehr entschlossene proaktive Herangehensweise, die daraufhin deutet, dass sie daran glaubt, durch ihre Bemühungen Erfolg zu haben.

„Also, das habe ich von vielen gehört, dass es nicht so einfach werden kann. Aber ich denk, ich hab' mir halt gedacht: ‚wenn man dranbleibt und hartnäckig bleibt, dann findet man schon eine!' [...] Das kann ich sehr gut! (lacht) Das Hartnäckige!“ (Pia, Z.299-01)

Um erfolgreiche Suchstrategien zu wählen, braucht es Ressourcen zur Selbstaktivierung, um eine lange und kräftezehrende Suche zu bewältigen. Schwierige ökonomische Verhältnisse können dazu führen, dass Frauen keine Ressourcen haben, um sich um ihre eigenen Bedürfnisse zu kümmern und sich am Wettbewerb um eine Hebamme zu beteiligen. Maria, eine Viertpara, deren Mann in der Schwangerschaft inhaftiert wurde, berichtet darüber:

"Da hatte ich andres auf dem Schirm, weil halt mein Mann gehen musste, als ich schwanger war und ich das dann alles praktisch alleine stemmen musste. Und das alles zu organisieren. Finanziell natürlich total am Limit, sag ich jetzt mal.“ (Maria, Z.18-20)

Manchen Befragten erweist sich die Suchstrategie als nicht erfolgreich. Dies kann zu Frustration, Resignation und einem Gefühl von Ablehnung führen.

Chantal hatte sich die Suche unkomplizierter vorgestellt und hoffte auf ein persönliches Kennenlernen. Als sie jedoch merkte, dass die Suche komplizierter ist als erwartet, gab sie auf und resignierte.

"Ich hab‘ mir das [...] ganz anders vorgestellt. Ich hab‘ gedacht, ich ruf da ein paar an und die kommen dann zum Kaffee vorbei und die, die mir sympathisch ist, die nehme ich. Aber, so war das dann leider nicht." (Chantal, Z. 281-3)

"...wir waren ja total auf der Suche." (Chantal, Z.217) *"Ja- irgendwann hab‘ ich dann so gesagt: "Ja, gut- wenn mich da keiner haben möchte, dann lass ich's." (Chantal, Z.54-5)*

Vertrauen und Kompetenz der Hebamme als Schlüsselfaktoren für die Inanspruchnahme

Die Person der Hebamme spielt für die Befragten eine große Rolle. Sympathie und Vertrauen fördern die Akzeptanz des Hebammenangebots, während fehlende Sympathie eine Barriere darstellen kann. Chantal drückt es so aus:

"[...] und wenn sie mir nicht sympathisch ist, kann ich ja auch kein Vertrauen mit ihr aufbauen. Dann denke ich lieber, nein, dann habe ich lieber doch keine.“ (Chantal, Z.292-294)

Die besondere Vulnerabilität und Intimität der reproduktiven Lebensphase begründen die Relevanz einer Vertrauensbeziehung zur Hebamme. So meint Ena, die im Interview von ihren Schamgefühlen berichtet:

"[...] du musst dich wirklich mit dieser Frau wohlfühlen! [...]. Weil, [...], diese Frau wird dich so fertig sehen und so ungeduscht oder alles Mögliche. Und so fertig. Und so viel obenrum nackt. [...] von daher, du musst dich mit dieser Frau wohlfühlen!" (Ena, Z.409-416)

Scham und die Angst vor Stigmatisierung durch die Hebamme können den Zugang zur Hebammenhilfe behindern. Sophia hatte bereits wegen ihres Drogenkonsums Stigmatisierung erfahren, was die Scham für sie zu einer Barriere machte, sich überhaupt an eine Hebamme zu wenden.

"Ich glaube das war auch eher so ein Schamgefühl, [...], ähm, ich glaube, ich dachte so, dass sie denkt, [...], als Mutter zu konsumieren, ähm: ‚Schlimm!' und ‚Wie kann eine Mutter so was machen?'“ (Sophia, Z.217-9)

Für die Akzeptanz ist es relevant, die Möglichkeit einer individuellen Wahl in Bezug auf die Person der Hebamme und die Gestaltung des Angebots zu haben.

Viele Befragte berichten von der unterstützenden und gesundheitsförderlichen Wirkung der Hebammenhilfe. Besonders hervorgehoben wird der Angstabbau und die daraus resultierende Entspannung sowie Verbesserung der Gesundheit durch Gespräche mit der Hebamme. So berichtet Eva, die in ihrem familiären Umfeld Diskriminierungserfahrungen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung erlebt hat:

"Ich hatte echt Glück, dass ich so eine tolle Hebamme hatte, da vor Ort. Die hat auch Gespräche mitgeführt. Also mit uns gesprochen mit dem Schwiegervater gesprochen, und viel dazu beigetragen, dass das dann doch auch so gut geklappt hat. Und ich denk mal auch, dass dann auch die Geburt gut war, deswegen. Weil ich dann entspannter war." (Eva, Z.31-4)

Chantal betont, dass die Handlungspraxis der Hebamme genau ihren Bedürfnissen entsprochen hat und sie dadurch in ihren eigenen Kompetenzen gestärkt und ermächtigt wurde.

"[...] sie hat mir immer sehr viel Mut gemacht. Dass ich das mit dem Kleinen hinbekomme. Wenn wir darauf mal zurückschauen, dass wir da lachen werden, und da hat sie auch Recht behalten (lacht)." (Chantal, Z.393-5)

Die psychosozialen Kompetenzen der Hebamme sind entscheidend für eine angemessene Versorgung. Einige

Befragte tragen Gefühle der Machtlosigkeit und geringen Selbstwerts in sich. Respektlose Versorgung kann diese Empfindungen verstärken. Respektlosigkeit und Diskriminierung im geburtshilflichen Kontext beeinträchtigen das Selbstvertrauen und das Vertrauen in die Hebammenversorgung, was für betroffene Frauen eine große Herausforderung darstellt. Canan erzählt von traumatischen Erfahrungen bei der Geburt ihres ersten Kindes, inklusive körperlicher und psychischer Gewalt durch eine Hebamme. Nun zögert sie in der zweiten Schwangerschaft Hebammenhilfe in Anspruch zu nehmen:

"Ich würde gerne halt einfach, dass ich mich bei ihr auch wohlfühle. [...] Ich habe eine ein bisschen traumatische Geburt gehabt. [...], weil die Hebamme richtig, richtig, richtig schlimm mich behandelt hat. Also, es war, [...] das habe ich auch nicht bis heute irgendwie verarbeitet." (Canan, 252-5)

Diskussion

Die vorliegende Studie präsentiert heterogene Erfahrungen und Einstellungen zum Zugang zur Hebammenhilfe aus der Perspektive von Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungen. Die in verschiedenen Studien beschriebenen Versorgungslücken [3, 8, 36, 50, 87] führen dazu, dass Frauen in belasteten Lebenslagen erschwert Zugang zur Hebammenhilfe haben und dabei eine ungleiche Verteilung von Zugangschancen erfahren. Dies führt zu einer spürbaren Ungleichheit und resultiert in Frustration, Ohnmacht und Gefühlen der Ablehnung.

Angesichts der Rechtsverpflichtung des deutschen Staates, den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten [18], besteht ein dringender Handlungsbedarf, der bereits in vielen Studien [5, 8, 36] identifiziert wurde. Es bedarf der Entwicklung einer Versorgungsgestaltung, die den beschränkten Möglichkeiten von Personen in belasteten Lebenslagen gerecht wird. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass aufsuchende Hebammenarbeit nicht nur in Flüchtlingsunterkünften den Zugang zur Hebammenversorgung für Personen mit Fluchterfahrung verbessern kann [10, 24, 39]. Dies gilt auch für andere spezialisierte Einrichtungen, die auf die Bedürfnisse von Zielgruppen mit besonderen Bedürfnissen ausgerichtet sind, wie beispielsweise Suchtberatungsstellen.

Wie in anderen Studien bereits aufgezeigt wurde, kann durch eine wirksame Koordination an Schnittstellen und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit gezielte Unterstützung für Familien in belastenden Situationen verbessert werden [26, 82, 88, 93]. Es ist relevant, das Angebot der Hebammenhilfe mit Betonung von Freiwilligkeit und Partizipation zu gestalten. Ein spezifischer Zugang zu Hebammenbegleitung mittels selektiver Zuweisung statt Selbstauswahlprozessen birgt Risiken zur Stigmatisierung und Autonomiebeschränkung [29, 38]. Im Gegensatz zu anderen Studien [16, 39] finden sich in den Daten kaum Hinweise auf ein passives Verhalten der Frauen beim Navigieren durch das Gesundheitssystem. Einige Frauen berichten sogar von einem sehr hohen Engagement und durchdachten Strategien bei der Hebammensuche. Die Möglichkeiten, Gesundheitsversorgung zu nutzen, werden jedoch durch soziale Lebensbedingungen geprägt [1]. Analog dazu unterliegen die Frauen gewissen Einschränkungen bei der Wahrnehmung eines Versorgungsbedarfes. Dies resultiert daraus, dass bestimmte erforderliche Handlungen beim Zugang zur Versorgung, wie von Levesque et al. [59] beschrieben, in bestimmten Lebenslagen gar nicht leistbar sind [53, 58]. So können schwierige ökonomische Lebenslagen, beschränkte Mobilität, psychische Belastungen oder Suchterkrankungen die Handlungsmöglichkeiten zur Inanspruchnahme von Hebammenhilfe einschränken. Insgesamt zeigt die Studie in Übereinstimmung mit anderen Quellen [41, 109], dass die Erlebnisse von Personen in belastenden Lebenslagen aufgrund der komplexen Interaktion von sozialen Umständen und psychischem Wohlbefinden äußerst individuell geprägt sind.

Analog zu anderen Studien [65, 80, 86] ist Versorgung mit Hebammenhilfe bei den befragten Frauen grundsätzlich positiv und mit Umschreibungen von Glück assoziiert. Die Ergebnisse der Studie betonen die bedeutende Rolle der Person der Hebamme für die Akzeptanz und Wirksamkeit der Hebammenhilfe. Sympathie, Vertrauen, Diversitätssensibilität und eine respektvolle, einfühlsame Betreuung sind entscheidende Faktoren für das Wohlbefinden der Frauen. Genau diese Aspekte wurden von Renfrew et al. [80] als evidenzbasierte Komponenten einer wirksamen Versorgung von Müttern und Neugeborenen identifiziert. Nicht nur der Rahmen des Arbeitsbündnisses, sondern auch die Qualität der Beziehung zur Hebamme hat direkten Einfluss sowohl auf die Inanspruchnahme als auch auf die Wirksamkeit der Hebammenleistung [13, 74, 91, 112]. In Übereinstimmung mit anderen Studien [10, 61, 108] zeigen die vorliegenden Daten ebenfalls, dass Diskriminierungserfahrungen in der Hebammenversorgung zu einem Gefühl der Ablehnung und des Nicht-Unterstützt-Werdens führen können. Solche Erfahrungen können zur Hürde oder gar Ablehnung des Versorgungsangebotes beitragen.

In Übereinstimmung mit anderen Studien [14, 32, 46] zeichnet sich für Frauen mit Belastungen eine bedeutende Möglichkeit ab. Durch eine Handlungspraxis von Empowerment könnte ein höheres Maß an gesundheitsförderlicher Selbstkompetenz erlangt werden. Gemäß Van Staa und Renner [106] kann eine angeordnete Hebammenversorgung einen bevormundenden Charakter haben, begleitet von potenzieller Stigmatisierung und der Ablehnung des Angebots.

Wie auch bei Simon [100] zeigen die Ergebnisse, dass die psychosozialen Kompetenzen der Hebamme wesentlich zur Akzeptanz und Angemessenheit der Versorgung beitragen und somit die Inanspruchnahme fördern. In Diskrepanz dazu zeigen zahlreiche internationale Studienergebnisse, dass Hebammen sich in der ambulanten Versorgung oft nicht ausreichend kompetent im Umgang mit den psychosozialen Problemen der Frauen fühlen [35, 45, 66, 70, 100].

Die Ergebnisse verdeutlichen die Relevanz kommunikativer Kompetenzen bei Hebammen, wie von Pehlke-Milde betont [73]. Ähnlich zu Kraus [52, S.68ff.] geben befragte Frauen an, dass eine solche Kommunikationskompetenz eine positiv aktivierende Atmosphäre schafft. Dies kann interne Hürden bei der Inanspruchnahme von Hebammenhilfe mindern und den Nutzen steigern.

In der vorliegenden Studie ist ein umfassender Blick auf den komplexen Prozess des Zugangs aus der Perspektive

von Frauen in belasteten Lebenslagen gelungen. Trotz der Herausforderung, "selten gehörte" [89] Zielgruppen zu erreichen [2, 11, 44, 51] konnten 13 Interviews mit der untersuchten Zielgruppe geführt werden. Dies kann als Stärke der Studie betrachtet werden. Die Befragten teilten größtenteils sehr offen und vertrauensvoll ihre Sichtweisen und Erfahrungen. Die reichhaltigen Ergebnisse liefern nützliche Erkenntnisse, aus denen nachfolgend Schlussfolgerungen für die Versorgungsgestaltung und zukünftige Forschung abgeleitet werden. Limitationen ergeben sich primär durch die Art und Weise der Rekrutierung. Es kann vermutet werden, dass die Form der Rekrutierung über Gatekeeper und die Tatsache, dass die Interviews von einer Forscherin durchgeführt wurden, die selbst als Hebamme qualifiziert ist, eher zu sozial erwünschten Antworten geführt hat.

Schlussfolgerungen

Die in der Studie identifizierten Barrieren zur Hebammenhilfe für Frauen in Lebenslagen mit psychosozialen Belastungsfaktoren und die wahrgenommene Ungleichheit implizieren einen Handlungsbedarf, um Ohnmacht und Benachteiligung zu vermeiden.

Neben Bereitstellung ausreichend verfügbarer Kapazitäten von Hebammen, braucht es für eine zielgerichtete Optimierung der Versorgungsgestaltung wirksame Konzepte, welche die Bedürfnisse und Herausforderungen dieser Frauen berücksichtigen. Beispiele für etablierte Versorgungskonzepte in kommunalen Strukturen sind Hebammenzentralen [50] und aufsuchende Hebammenarbeit in Geflüchtetenunterkünften. In einigen Kantonen der Schweiz sind Hebammennetzwerke wie Familystart [30] etabliert, die gezielt Familien Hebammenhilfe vermitteln und eine garantierte Versorgung sicherstellen. Ein Beispiel für eine erweiterte Betreuung ist das evaluierte Schweizer Modell "Sorgsam-Support am Lebensstart" [98], welches die Leistungen von Familystart erweitert und als Frühe-Hilfen-Programm die bedeutende Rolle der Hebammen als wichtige Ansprechpartner*innen für Familien in belasteten Lebenslagen anerkennt. Das Betreuungsmodell bietet diesen Familien eine verbesserte Unterstützung durch Hebammen, die kontinuierlich in familienzentrierter Beratung weitergebildet werden, einen Härtefallfond für nicht versicherte Leistungen und finanzielle Nothilfe. Das Modell wird in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Hebammenverband Basel angeboten und vom Gesundheitsdepartement Basel-Stadt mitfinanziert. Eine weitere Möglichkeit zur Optimierung der Erreichbarkeit für Frauen, die bereits Kontakte im Sozialwesen aufgrund von psychischen Erkrankungen haben, könnte eine verstärkte intersektorale Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheits- und Sozialwesen sein. Wichtige Faktoren für die Akzeptanz der Hebammenhilfe sind Freiwilligkeit und Partizipation. Frauen sollten Hebammen frei wählen können und am Versorgungsprozess teilhaben können. Um den Anforderungen belasteter Familien gerecht zu werden und Respektlosigkeit zu vermeiden, sollten Diversitätssensibilität und angemessene Gesprächsführung in der curricularen Entwicklung von Studiengängen für die Hebammenausbildung und Weiterbildungen verankert werden. Zukünftige Forschung sollte die Diversitätskompetenz und Handlungspraxis von Hebammen in der Versorgung belasteter Frauen in den Fokus nehmen.

Literaturverzeichnis

1. Abel T, Sommerhalder K. Gesundheitskompetenz/Health Literacy: Das Konzept und seine Operationalisierung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2015. 58:923–929. DOI: 10.1007/s00103-015-2198-2.
2. Aglipay M, Wylie JL, Jolly AM. Health research among hard-to-reach people: six degrees of sampling. Can Med Assoc. 2015. 187:1145–1149. DOI: 10.1503/cmaj.141076.
3. AOK. Gesunder Start ins Leben. Schwangerschaft-Geburt-erstes Lebensjahr [Internet]. AOK Rheinland/Hamburg, Düsseldorf. 2018 [Zugriff: 25.03.2023]. Verfügbar unter: aok-rh-themenreport-geburt-2018.pdf
4. Ayerle GM, Makowsky K, Schücking BA. Key role in the prevention of child neglect and abuse in Germany: continuous care by qualified family midwives. Midwifery. 2012;28:e469-47. DOI: 10.1016/j.midw.2011.05.009.
5. Ayerle GM, Mattern E. Prioritäre Themen für die Forschung durch Hebammen: Eine Analyse von Fokusgruppen mit schwangeren Frauen, Müttern und Hebammen. GMS Z Für Hebammenwissenschaft. 2017;4:Doc04. DOI: 10.3205/zhwi000010.
6. Ayerle GM, Mattern E, Lohmann S. Kirchner Hebammenversorgung: "Ich wünsche mir...". Präferenzen und Defizite in der hebammenrelevanten Versorgung in Deutschland aus Sicht der Nutzerinnen und Hebammen: Eine qualitative explorative Untersuchung [Internet]. 2017 [Zugriff: 25.03.2023]. Verfügbar unter: Projektbeschreibung_Präferenzen_und_Defizite_in_der_hebammenrelevanten_Versorgung.pdf (umh.de)
7. Bauer N, Blum K, Löffert S, Luksch K. Handlungsempfehlungen zum "Gutachten zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen.": Gutachten des Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) und der Hochschule für Gesundheit (hsg) Bochum, StB Hebammenwissenschaft für das Hessische Ministerium für Sozilaes und Integration (HSMI). Bochum/Duesseldorf: DKI & hsg; 2020.
8. Bauer NH, Villmar A, Peters M, Schäfers R. HebAB.NRW - Forschungsprojekt „Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen“; 2020.
9. Benarous X, Raffin M, Bodeau N, Dhossche D, Cohen D. Consoli Adverse Childhood Experiences Among Inpatient Youths with Severe and Early-Onset Psychiatric Disorders: Prevalence and Clinical Correlates. Child Psychiatry Hum Dev. 2017;48:248–259. DOI: 10.1007/s10578-016-0637-4.
10. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. PLoS Med. 2015;12:e1001847; discussion e1001847. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001847.
11. Bonevski B, Randell M, Paul C, Chapman K, Twyman L, Bryant J, et al. Reaching the hard-to-reach: a systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups. BMC Med Res Methodo.l 2014;14:42. DOI: 10.1186/1471-2288-14-42.
12. Bradby H, Humphris R, Newall D, Phillimore J. Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Refugees and Asylum Seekers in the European Region. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen; 2015.
13. Bradfield Z, Duggan R, Hauck Y, Kelly M. Midwives being ‘with woman’: An integrative review. Women Birth. 2018;31:143–152. DOI: 10.1016/j.wombi.2017.07.011.
14. Connelly LM, Keele BS, Kleinbeck SV, Schneider JK, Cobb AK. A place to be yourself: empowerment from the client’s perspective. Image-- J Nurs Scholarsh. 1993;25:297–303. DOI: 10.1111/j.1547-5069.1993.tb00263.x.
15. Crandall A, Miller JR, Cheung A, Novilla LK, Glade R, Novilla MLB, et al. ACEs and counter-ACEs: How positive and negative childhood experiences influence adult health. Child Abuse Negl. 019;96:104089. DOI: 10.1016/j.chiabu.2019.104089.
16. Darling EK, Grenier L, Nussey L, Murray-Davis B, Hutton EK, Vanstone M. Access to midwifery care for people of low socioeconomic status: a qualitative descriptive study. BMC Pregnancy Childbirth 2019;19:416. DOI: 10.1186/s12884-019-2577-z.
17. Dawson AJ, Nkowane AM, Whelan A. Approaches to improving the contribution of the nursing and midwifery workforce to increasing universal access to primary health care for vulnerable populations: a systematic review. Hum Resour Health. 2015;13:97. DOI: 10.1186/s12960-015-0096-1.
18. Deutscher Bundestag. Grundgesetzlicher Anspruch auf gesundheitliche Versorgung. Deutscher Bundestag, Berlin; 2015.
19. Dravta J, Grylka-Baeschlin S, Volken T, Zyssen A. Wissenschaftliche Übersichtsarbeit frühe Kindheit (0-4j.) in der Schweiz: Gesundheit und Prävention. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW, Winterthur; 2019.
20. Dudenhausen JW, Kirschner R. Psychosoziale Belastungen als Risikofaktoren der Frühgeburt - Erste Befunde der Daten des Baby Care-Projekts. Zentralblatt Für Gynäkol. 2003;125:112–122. DOI: 10.1055/s-2003-41907.
21. Ebert L, Bellchambers H, Ferguson A, Browne J. Socially disadvantaged women’s views of barriers to feeling safe to engage in decision-making in maternity care. Women Birth J Aust Coll Midwives. 2014;27:132–137. DOI: 10.1016/j.wombi.2013.11.003.
22. Economidoy E, Klimi A, Vivilaki VG. Caring for substance abuse pregnant women: The role of the midwife. Health Sci J. 6; 2012.
23. Ehlert U. Einfluss von Stress auf den Schwangerschaftsverlauf und die Geburt. Psychotherapeut. 2004;49:367–376. DOI: 10.1007/s00278-004-0389-7.
24. Eickhorst A, Schreier A, Brand C, Lang K, Liel C, Renner I, et al. Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2016;59:1271–1280. DOI: 10.1007/s00103-016-2422-8.
25. Fair F, Raben L, Watson H, Vivilaki V, van den Muijsenbergh M, Soltani H. ORAMMA team Migrant women’s experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. PloS One. 2020; 15:e0228378. DOI: 10.1371/journal.pone.0228378.
26. Fischer J, Geene R. Gelingensbedingungen der Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen: Handlungsansätze und Herausforderungen im Kontext kommunaler Präventionsketten. Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung e.V. (FGW), Düsseldorf; 2019.
27. Flick U, Kardorff E von, Steinke I. Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick U, Kardoff E von, Steinke I (eds). Qualitative Forschung: Ein Handbuch, 14th ed. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch; 2000. S. 13-19.
28. Gewalt SC, Berger S, Ziegler S, Szecsenyi J, Bozorgmehr K. Psychosocial health of asylum seeking women living in state-provided accommodation in Germany during pregnancy and early motherhood: A case study exploring the role of social determinants of health. PloS One. 2018;13:e0208007. DOI: 10.1371/journal.pone.0208007.
29. Grieshop M, Tegethoff D, Streffing J. Stigmatisierung versus Unterstützung von Eltern –der Erstzugang zu jungen Familien im Kontext der Frühen Hilfen. Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft. Berlin; 2020. DOI:10.3205/20dghwi23.
30. 30. Grylka-Baeschlin S, Iglesias C, Erdin R, Pehlke-Milde J. Evaluation of a midwifery network to guarantee outpatient postpartum care: a mixed methods study. BMC Health Serv Res. 2020;20:565. DOI: 10.1186/s12913-020-05359-3.
31. Haddrill R, Jones GL, Mitchell CA, Anumba DOC. Understanding delayed access to antenatal care: a qualitative interview study. BMC Pregnancy Childbirth. 2014; 14:207. DOI: 10.1186/1471-2393-14-207.
32. Halldorsdottir S, Karlsdottir SI. The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. Scand J Caring Sci. 2011;25:806–817. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x.
33. Hänelt M, Renner I. Unterstützungsbedarf von Müttern in Belastungslagen rund um die Geburt. Hebamme 2021;34:39–46. DOI: 10.1055/a-1644-7453.
34. Hasler M, Magklara K, von Wyl A, Zollinger R. Psychosoziale Belastungsfaktoren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie - eine retrospektive Studie. Schweiz Med.2012;12(42):819-820. DOI:10.21256/zhaw-194.
35. Hauck YL, Kelly G, Dragovic M, Butt J, Whittaker P, Badcock JC. Australian midwives× knowledge, attitude and perceived learning needs around perinatal mental health. Midwifery. 2015;31:247–255. DOI: 10.1016/j.idw.2014.09.002.
36. Hebammenverband Baden-Württemberg. Studie zum Hebammenmangel [Internet]. 2019 [Zugriff: 25.03.2023]. Verfügbar unter: https://hebammen-bw.de/studie-zum-hebammen-mangel
37. Helfferich C. Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews, 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010.
38. Helming E, Sandmeir G, Sann A, Walter M. Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Deutsches Jugendinstitut e.V.: München; 2006.
39. Hertle D, Lange U, Wende D. Schwangerenversorgung und Zugang zur Hebamme nach sozialem Status: Eine Analyse mit Routinedaten der BARMER. Gesundheitswesen. 2021;a-1690-7079. DOI: 10.1055/a-1690-7079
40. Hertle D, Schindele E, Hauffe U. Es ist nicht egal, wie wir geboren werden und wie Frauen gebären. Ein Plädoyer für einen Kulturwandel in der geburtshilflichen Versorgung. Barmer, 2021.
41. Hobfoll SE. Social and Psychological Resources and Adaptation. Rev Gen Psychol. 2002;6:307–324. DOI: 10.1037/1089-2680.6.4.307.
42. Hoebel J, Lampert T. Subjective social status and health: Multidisciplinary explanations and methodological challenges. J Health Psychol. 2020;25:173–185. DOI: 10.1177/1359105318804.
43. Janßen C, Frie KG, Ommen O. Der Einfluss von sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland. In: Richter, M., Hurrelmann, K. Gesundheitliche Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. 2009; 141–155. DOI: 10.1007/978-3-531-91643-9_8.
44. Johnston LG, Sabin K. Sampling Hard-to-Reach Populations with Respondent Driven Sampling. Methodol Innov Online. 2010;5:38–48. DOI: 10.4256/mio.2010.0017.
45. Jones CJ, Creedy DK, Gamble JA. Australian midwives’ awareness and management of antenatal and postpartum depression. Women Birth J Aust Coll Midwives. 2012;25:23–28. DOI: 10.1016/j.wombi.2011.03.001.
46. Jones PS, Meleis AI. Health is empowerment. Adv Nurs Sci. 1993;15:1–14.
47. Kasper A. Geburtshilfliche Versorgung von Frauen mit Fluchterfahrung. In: Kasper A (ed) Die geburtshilfliche Betreuung von Frauen mit Fluchterfahrung: Eine qualitative Untersuchung zum professionellen Handeln geburtshilflicher Akteur*innen. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2021. S. 33–44.
48. Kelle U, Kluge S. Verfahren der Fallkon-trastierung I: Qualitatives Sampling. In: Kelle U, Kluge S (eds) Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010. S. 41–55.
49. Kim HW, Jung YY. Effects of antenatal depression and antenatal characteristics of pregnant women on birth outcomes: a prospective cohort study. J Korean Acad Nurs. 2012;42:477–485. DOI: 10.4040/jkan.2012.42.4.477.
50. Kohler S, Bärnighausen T Entwicklung und aktuelle Versorgungs-

situation in der Geburtshilfe in Baden-Württemberg - Bericht für den Runden Tisch Geburtshilfe in Baden-Württemberg. Heidelberg; 2018.

51. von Köppen M, Schmidt K, Tiefenthaler S. Mit vulnerablen Gruppen forschen – ein Forschungsprozessmodell als Reflexionshilfe für partizipative Projekte. In: Wright MT, Wihofszky P, Hartung S (eds). Partizipative Forschung: Ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden. Wiesbaden: Springer Nature; 2020. S. 21–62.
52. Kraus B. Erkennen und Entscheiden: Grund-lagen und Konsequenzen eines erkenntnistheoretischen Konstruktivismus für die Soziale Arbeit, 1st ed. Weinheim: Beltz Juventa; 2013.
53. Kraus B. Systemisch-konstruktivistische Lebensweltorientierung. Familiendynamik 2016;41(3):188–196.
54. Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse Methoden, Praxis, Computerunterstützung, 3., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz Juventa; 2016.
55. Kuckartz U. Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA: Schritt für Schritt. Wiesbaden: Springer VS; 2020.
56. Larkin P, Begley CM, Devane D. 'Not enough people to look after you': An exploration of women's experiences of childbirth in the Republic of Ireland. Midwifery. 2012;28:98–105. DOI: 10.1016/j.midw.2010.11.007.
57. Larrañaga I, Santa-Marina L, Molinuevo A, Álvarez-Pedrerol M, Fernández-Somoano A, Jimenez-Zabala A, et al. Poor mothers, unhealthy children: the transmission of health inequalities in the INMA study, Spain. Eur J Public Health. 2019;29:568–574. DOI: 10.1093/eurpub/cky239.
58. Leßmann O. Lebenslagen und Verwirklichungschancen (capability) – Verschiedene Wurzeln, ähnliche Konzepte. Vierteljahrsh Zur Wirtsch. 2006; 5:30–42. DOI: 10.3790/vjh.75.1.30.
59. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient–centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health. 2013;12:18. DOI: 10.1186/1475-9276-12-18.
60. Lewis M. Trust me I am a midwife. Int J Integr Care. 2019;19:307. DOI: 10.5334/ijic. S3307.
61. Limmer C, Striebich S, Tegethoff D, Jung T, Leinweber J. Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe. GMS Z Für Hebammenwissenschaft. 2020;7:Doc05. DOI: 10.3205/zhwi000019.
62. Lorenz S, Marlene Ulrich S, Sann A, Liel C. Self-Reported Psychosocial Stress in Parents with Small Children. Dtsch Ärztebl Int. 2020;117:709–716. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0709.
63. Lyons-Ruth K, Todd Manly J, Von Klitzing K, Tamminen T, Emde R, Fitzgerald H, et al. The Worldwide Burden of Infant Mental and Emotional Disorder: Report of the Task Force of the World Association for Infant Mental Health. Infant Ment Health. 2017;J 38:695–705. DOI: 10.1002/imhj.21674.
64. Marmot M, Goldblatt P, Allen J, Boyce T, DiMc N, Ilaria G, et al. Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review) [Internet]. In: Inst. Health Equity.2010 [Zugriff: 25.03.2023] Verfügbar unter: http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-exec-summary-pdf.pdf.
65. Mattern E, Lohmann S, Ayerle GM. Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups. BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17:389. DOI: 10.1186/s12884-017-1552-9.
66. McCauley K, Elsom S, Muir-Cochrane E, Lyneham J. Midwives and assessment of perinatal mental health. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2011;18:786–795. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01727.x.
67. McConville F, Af Ugglas A, Tehongue B. Qualität und Würde-Hebammen im Fokus der WHO. Dtsch Hebammenzeitschrift. 017;69:52–55.
68. McLeish J, Redshaw M. Maternity experiences of mothers with multiple disadvantages in England: A qualitative study. Women Birth J Aust Coll Midwives. 2019;32:178–184. DOI: 10.1016/j.wombi.2018.05.009.
69. Oni HT, Buultjens M, Blandthorn J, Davis D, Abdel-Latif M, Islam MM. Barriers and facilitators in antenatal settings to screening and referral of pregnant women who use alcohol or other drugs: A qualitative study of midwives' experience. Midwifery. 020;81:102595. DOI: 10.1016/j.midw.2019.102595.
70. Origlia Ikhilor P, Hasenberg G, Kurth E, Asefaw F, Pehlke-Milde J, Cignacco E. Communication barriers in maternity care of allophone migrants: experiences of women, healthcare professionals and intercultural interpreters. J Adv Nurs. 2019;75:2200–2210. DOI: 10.21256/zhaw-3205.
71. Pangas J, Ogunsiji O, Elmir R, Raman S, Liamputtong P, Burns E, et al. Refugee women's experiences negotiating motherhood and maternity care in a new country: A metaethnographic review. Int J Nurs Stud. 2019;90:31–45. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2018.10.005.
72. Pehlke-Milde J. Ein Kompetenzprofil für die Hebammenausbildung: Grundlage einer lernergebnisorientierten Curriculumentwicklung. Dissertation, Universität Berlin; 2009.
73. Perriman N, Davis DL, Ferguson S. What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. Midwifery. 2018;62:220–229. DOI: 10.1016/j.midw.2018.04.011.
74. Pillas D, Marmot M, Naicker K, Goldblatt P, Morrison J, Pikhart H. Social inequalities in early childhood health and development: a European-wide systematic review. Pediatr Res. 2014;76:418–424. DOI: 10.1038/pr.2014.122.
75. Przyborski A, Wohlrab-Sahr M, Mohr A. Sampling. In: Qualitative Sozialforschung, 4., erweiterte Auflage. Walter de Gruyter GmbH. 2013;177–188.
76. Przyborski A, Wohlrab-Sahr M, Mohr A. Im Feld: Zugang, Beobachtung, Erhebung. In: Qualitative Sozialforschung, 4., erweiterte Auflage. Walter de Gruyter GmbH. 2013;39–176.
77. Ramraj C, Pulver A, O'Campo P, Urquia ML, Hildebrand V, Siddiqi A. A Scoping Review o Socioeconomic Inequalities in Distributions of Birth Outcomes: Through a Conceptual and Methodological Lens. Matern Child Health J. 2020; 4:144–152. DOI: 10.1007/s10995-019-02838-w.
78. Renfrew MJ, Malata AM. Scaling up care by midwives must now be a global priority. Lancet Glob Health. 2021;9:e 2-e3. DOI: 10.1016/S2214-109X (20)30478-2.
79. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidenceinformed framework for maternal and newborn care. Lancet Br Ed. 2014;384:1129–1145. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60789-3.
80. Renner I. Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems: Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2010;53:1048–1055. DOI: 10.1007/s00103-010-1130-z.
81. Renner I, Scharmanski S, van Staa J, Neumann A, Paul M. Gesundheit und Frühe Hilfen: Die intersektorale Kooperation im Blick der Forschung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2018; 61:1225–1235. DOI: 10.1007/s00103-018-2805-0.
82. Robert Koch-Institut. Health inequalities in Germany and in international comparison: trends and developments over time. J Health Monit. 2018;3:1–24. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2018-036.
83. Rosenhagen G, Boogaart H, Stimmer F. Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit, 4., völlig überarb. und erw. Aufl. Oldenbourg, München; 2000.
84. Salinas-Miranda AA, King LM, Salihu HM, Berry E, Austin D, Nash S, et al. Exploring the Life Course Perspective in Maternal and Child Health through Community-Based Participatory Focus Groups: Social Risks Assessment. J Health Disparities Res Pract. 2017;10:143–166.
85. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2016;4:14651858. DOI: 10.1002/14651858. CD004667.pub5.
86. Sander M, Albrecht M, Loos S, Stengel V. Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern [Internet]. 2018 [Zugriff: 25.03.2023] Verfügbar unter: https://www.stmgp.bayern. de/wp-content/uploads/2018/08/hebammenstudie_kurzfassung.pdf
87. Sann A, Küster E-U, Pabst C, Peterle C. Entwicklung der Frühen Hilfen in Deutschland: Ergebnisse der NZFH-Kommunalbefragungen im Rahmen der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen (2013-2017): Forschungsbericht, Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln; 2022.
88. Schaefer I, Kümpers S, Cook T. „Selten Gehörte" für partizipative Gesundheitsforschung gewinnen: Herausforderungen und Strategien. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2021;64:163–170. DOI: 10.1007/s00103-020-03269-7.
89. Schäfers R, zu Sayn-Wittgenstein F. Neue Perspektiven entwickeln – Hebammen stellen ihre Arbeit dar. Osnabrück; 2009.
90. Schlüter-Cruse M. Die Kooperation freiberuflicher Hebammen im Kontext Früher Hilfen. Dissertation, Witten/Herdecke; 2018.
91. Schlüter-Cruse M, zu Sayn-Wittgenstein F. Die Vertrauensbeziehung zwischen freiberuflichen Hebammen und Klientinnen im Kontext der interprofessionellen Kooperation in den Frühen Hilfen: eine qualitative Studie. GMS Z Für Hebammenwissenschaft. 2017;4:Doc03. DOI: 10.3205/zhwi000009.
92. Schmitt M, Blue A, Aschenbrener CA, Viggiano TR. Core competencies for interprofessional collaborative practice: reforming health care by transforming health professionals' education. Acad Med J Assoc Am Med Coll. 2011;86:1351. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3182308e39.
93. Schreier M. Qualitative content analysis in practice. Los Angeles: SAGE; 2012.
94. Schreier M. Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. Forum Qual Sozialforschung Forum Qual Soc Res.2014; 15:27.
95. Schreier M. Fallauswahl in der qualitativpsychologischen Forschung. In: Mey G, Mruck K (eds). Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2017. S. 1–21.
96. Schreier M. Sampling and Generalization. In: The SAGE Handbook of Qualitative Data Collection. London: SAGE Publications London; 2018. S. 84–97.
97. Schwind B, Zemp E, Jafflin K, Späth A, Barth M, Maigetter K, et al. "But at home, with the midwife, you are a person": experiences and impact of a new early postpartum home-based midwifery care model in the view of women in vulnerable family situations. BMC Health Serv Res. 2023;23:375. DOI: 10.1186/s12913-023-09352-4.
98. Siegmund-Schultze E, Kielblock B, Bansen T. Schwangerschaft und Geburt: Was kann die Krankenkasse tun? Gesundheitsökonomie Qual. 2008;13:210–215. DOI: 10.1055/s-2008-1027223.
99. Simon S. Die ambulante Wochenbettbetreuung Eine qualitative Studie zum Professionellen Handeln von Hebammen. Dissertation, Universität Witten/Herdecke; 2017.
100. Speziale HS, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative, 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
101. Stahl K. Arbeitssituation von angestellten Hebammen in deutschen Kreißsälen – Implikationen für die Qualität und Sicherheit der Versorgung. Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen. 2016. DOI: 10.1016/j.zefq.2016.07.005.
102. Sterzing D. Deutsches Jugendinstitut Präventive Programme für sozial benachteiligte Familien mit Kindern von 0 - 6 Jahren Überblick über die Angebote in Deutschland. 2012.
103. Strübing J. Qualitative Sozialforschung: eine komprimierte Einführung für Studierende. Oldenbourg, München; 2013.
104. Sutherland G, Yelland J, Brown S. Social Inequalities in the Organization of Pregnancy Care in a Universally Funded Public Health Care System. Matern Child Health J. 2012;16:288–296. DOI: 10.1007/s10995-011-0752-6.
105. Van Staa J, Renner I. »Man will das einfach selber schaffen« – Symbolische Barrieren der Inanspruchnahme Früher Hilfen. Ausgewählte Ergebnisse aus der Erreichbarkeitsstudie des NZFH. BZGA - Federal Centre for Health Education, Köln; 2020.
106. VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH MAXQDA, Software für qualitative Datenanalyse. 2022.
107. Winkler C, Babac E. Birth Justice. Die Bedeutung von Intersektionalität für die Begleitung von Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft. Österr Z Für Soziol. 2022;47:31–58. DOI: 10.1007/s11614-022-00472-5.
108. Wittchen H-U, Hoyer J. Was ist Klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In: Klinische Psychologie & Psychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2011. S. 3–25.
109. Witzel A. Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann G (ed) Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Weinheim: Beltz; 1985. S. 227–255.
110. Witzel A. The Problem-centered Interview. Forum Qual Sozialforschung Forum Qual Soc Res. 2000;1. DOI: 10.17169/fqs-1.1.1132.
111. Zoege von Manteuffel M. (2002) Hebammenausbildung: eine Untersuchung zur Qualifizierung von Hebammen vor dem Hintergrund der soziologischen Professionalisierungsdebatte. Dissertation, Universität Hannover; 2002.

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum European Perinatal Health Report, 2015 - 2019

Ziel des Euro-Peristat-Netzwerks ist es, ein zuverlässiges europäisches Informationssystem für die Perinatalperiode aufzubauen. Aktuell sind 31 europäische Länder Teil dieses Netzwerkes, das mit den vergleichenden Kernindikatoren zu Gesundheitsoutcomes von Schwangeren und Neugeborenen sowie Analysen eine Grundlage für Entscheidungen zur Verbesserung der Gesundheit und der Gesundheitsversorgung bietet. So kann eine Orientierung hinsichtlich der Qualität der Gesundheit und der Gesundheitsversorgung rund um die Geburt im eigenen Land ermöglicht werden. Zudem ist es eine Chance, auf Probleme in diesen Bereichen hinweisen. Vergleichende Daten über mehrere Länder hinweg können helfen, Bereiche zu identifizieren, in denen Fortschritte möglich und/oder erforderlich sind. Sie sind damit eine zentrale Grundlage für die Steuerung des Gesundheitssystems.

Schlechte Outcomes in der Geburtshilfe gehen mit hohen individuellen und gesellschaftlichen Kosten einher. Gute geburtshilfliche Outcomes hingegen bieten eine wichtige und gute Voraussetzung für das ganze weitere Leben von Neugeborenen und Müttern*. Zudem gelten geburtshilfliche Outcomes als Marker für die Gesundheit der Bevölkerung und für die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems.

Im European Perinatal Health Report, 2015 - 2019 werden neun Kernindikatoren zur Gesundheit von Frauen* und ihren Kindern von 2015 bis 2019 verglichen. Die Indikatoren zeigen Ergebnisse bezogen auf die Mortalität (Totgeburtenrate, neonatale Mortalität, Kindersterblichkeit), das Geburtsgewicht und das Schwangerschaftsalter, verschiedene Bevölkerungscharakteristika (Mehrlingsschwangerschaften, maternales* Alter, Parität) und den Modus der Geburt. Die Daten für Deutschland werden über das Institut für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (IQTIG) bereitgestellt. Es fließen keine Daten der „Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe“ (QUAG e.V.) ein.

Der European Perinatal Health Report, 2015 – 2019 wurde 2022 veröffentlicht und hat in Deutschland bisher kaum Beachtung gefunden. Dies bietet Anlass für eine Positionierung der DGHWi.

Indikatoren zur Mortalität

Im European Health Report wird über fetale und neonatale Todesfälle sowie über die kindliche Mortalität im ersten Lebensjahr berichtet. Dies sind wichtige Indikatoren für die Versorgungsqualität im geburtshilflichen Setting. Aufgrund der hohen Anzahl an Geburten in Deutschland sind hier stabile Ergebnisse und weniger Zufallsschwankungen im Vergleich zu anderen europäischen Ländern zu erwarten. In der Vergleichbarkeit der Daten zeigen sich jedoch methodische Einschränkungen. Für Deutschland konnten nicht für jeden Indikator Daten in den European Perinatal Health Report einbezogen werden.

Fetale Todesfälle können durch angeborene Erkrankungen, pathologische Veränderungen der Plazenta, Frühgeburtlichkeit, maternale* Komplikationen und Infektionen auftreten. Europaweit bestehenden verschiedene Definitionen für Lebend- und Totgeburten. Deutschland ist eines der Länder, die eine Gewichtsgrenze von 500 Gramm für eine Totgeburt definiert. In vielen europäischen Ländern wird die vollendete 22. Schwangerschaftswoche (SSW) als Kriterium angesehen. Die Autor:innen des *European Perinatal Health Reports, 2015 – 2019* versuchen eine Vergleichbarkeit herzustellen, indem sie eine Grenze bei der vollendeten 24. SSW ansetzen. Die Rate an Totgeburten nach der vollendeten 24. SSW lag im Jahr 2019 europaweit bei 3,2 % (Interquartile Range IQR 2,8 %; 3,8 %; Range R: 1,8 %; 4,7 %). Insgesamt stagnierte oder sank die Rate an Totgeburten im europäischen Raum. In Deutschland jedoch stieg die Totgeburtenrate in den Jahren 2015 bis 2019 leicht von 3,1 % auf 3,4 %. **Mit einer Totgeburtenrate von 3.4 % nach der vollendeten 24. SSW lag Deutschland im Jahr 2019 im europäischen Mittelfeld.**

Die Autor*innen des *European Perinatal Health Report 2015 – 2019* geben an, dass für die neonatale Mortalität keine Daten aus Deutschland übernommen werden konnten, da sie nicht in das festgelegte Datenmodell passten. Neonatale Todesfälle wurden in Bundesauswertungen des IQTIG für die Jahre 2015 bis 2019 meist entsprechend der SSW und dem Geburtsgewicht dargestellt [2, 3, 4, 5, 6]. Beim Gestationsalter werden hier jedoch alle Todesfälle vor der 28. SSW zusammengefasst. Weiterhin werden Todesfälle nur bis zum 7. Lebenstag aufgeführt.

Neonatale Todesfälle (Lebenstag 0 bis 27) wurden im European Perinatal Health Report bereits ab der vollendeten 22. SSW aufgenommen. Insgesamt stagnierten oder sanken die Raten an neonatalen Todesfällen von 2015 bis 2019 in Europa. Im Jahr 2019 lag der Median bei 2,1 % (IQR 1,5 %; 2,4 %; R 0,5 %; 4,3 %) ab der vollendeten 22. SSW und 1,5 % ab der vollendeten 24. SSW (IQR 1,1 %; 2,1 %; R 0,5 %; 3,8 %). Es wurden hauptsächlich frühe neonatale Todesfälle (Lebenstag 0 bis 6) verzeichnet. Etwa 50 % der Todesfälle traten bei Kindern auf, die vor der vollendeten 28. SSW geboren wurden oder weniger als 1000g wogen.

Für die Auswertung kindlicher Todesfälle innerhalb des ersten Lebensjahres sollten Daten idealerweise in Form einer Kohorten-Rate gesammelt werden. In Deutschland existiert bislang kein bundesweites Mortalitätsregister, das die Gelegenheit bietet, Geburten und Todesfälle direkt miteinander zu verknüpfen [9]. Die Autor*innen des *European Perinatal Health Report 2015 – 2019* geben an, dass für die kindliche Mortalität aus Deutschland keine Daten übernommen werden konnten, da sie nicht in das festgelegte Datenmodell passten.

Die kindliche Mortalität (Lebenstag 0 bis 364) in europäischen Ländern sank tendenziell von 2015 bis 2019. Im Jahr 2019 lag der Median bei 2,6 % (IQR 2,1 %; 3,2 %). Etwa zwei Drittel der Todesfälle traten bei Kindern auf, die vor der vollendeten 37. SSW geboren wurden oder ein Geburtsgewicht von weniger als 2.500 Gramm aufwiesen.

Autor*innen

Julia Röhrig, B.Sc.

Mirjam Peters, M.Sc.

Indikator Geburtsgewicht

Sehr geringes und sehr hohes Geburtsgewicht sind wichtige Einflussfaktoren für die Morbidität von Neugeborenen. Das Geburtsgewicht kann jedoch auch durch physiologische Unterschiede in den Bevölkerungen der europäischen Länder mitbestimmt werden. Es hängt zudem sowohl eng mit dem Gestationsalter bei der Geburt zusammen als auch mit Risikofaktoren und Erkrankungen der Schwangeren oder der Plazenta sowie mit dem sozioökonomischen Status der Schwangeren*. Dies erschwert eine Interpretation.

Der Anteil an Lebendgeburten mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2.500 Gramm lag im Jahr 2019 bei 6,1 % (IQR 4,5 %; 7,1 %; R 4,0 %; 10,1 %). Die niedrigsten Raten waren in den nordeuropäischen Ländern, die höchsten in den süd- und osteuropäischen Ländern vorhanden. Der Anteil an Kindern mit einem geringen Geburtsgewicht ging tendenziell zwischen 2015 und 2019 leicht zurück (Median -0,2 %, IQR -0,4 %; 0,0 %), dieses entspricht auch dem bundeweiten Trend. **Deutschland lag mit einer Rate von 5,4 % im hinteren Mittelfeld.**

Der Anteil an Geburten mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm lag im Jahr 2019 bei 1 % (R 0,6 %; 1,3 %). Auch hier waren die niedrigsten Raten in den nordeuropäischen Ländern. **Deutschland erzielte mit 1,2 % einen hinteren Platz im europäischen Ranking.**

Der Anteil an Geburten mit einem Geburtsgewicht von 4.500 Gramm oder mehr lag im Jahr 2019 bei 1 % mit stärkeren Schwankungen zwischen den Ländern (R 0,2 %; 4,8 %). Im Durchschnitt blieb der Anteil über den untersuchten Zeitraum fast unverändert (Median: 0,0 %; IQR -0,1 %; 0,1 %). Ein hohes Geburtsgewicht war in nordeuropäischen Ländern häufiger und in südeuropäischen Ländern weniger häufig. **Deutschland lag mit einer Rate von 1,3 % im hinteren Mittelfeld.**

Indikator Gestationsalter

Das Gestationsalter ist ein wichtiger Einflussfaktor für die Morbidität von Neugeborenen. Auf das Gestationsalter können bevölkerungsbezogene Faktoren, maternale* Risikofaktoren, Mehrlingsschwangerschaften sowie soziale und ökologische Faktoren, wie Stress, Armut, Rauchen oder Luftverschmutzung einen Einfluss haben. Auch geburtshilfliche Interventionen, wie Einleitungen und Kaiserschnitte spielen dabei eine Rolle.

Der Anteil an Frühgeborenen (22+0 SSW bis 36+6 SSW) betrug im Median 6,9 % (IQR 6,1 %; 7,5 %; R 5,3 %; 11,3 %). Die niedrigsten Raten gab es in den nordischen und in den baltischen Ländern. Die Frühgeborenenrate ging zwischen 2015 und 2019 in Europa tendenziell zurück (mediane Differenz von -0,2 %, IQR -0,4 %; 0,0 %). **In Deutschland war zwischen 2015 und 2019 ein leichter Rückgang der Frühgeborenenrate von 8,5 auf 8,2 zu verzeichnen. Die Frühgeborenenrate von 8,2 % in Deutschland ist im internationalen Vergleich hoch.** Dies gilt auch, wenn der Vergleich ausschließlich auf **Einlingsschwangerschaften** eingeschränkt wird. **Dann bleibt die Rate mit 6,2 % hoch.**

Die Rate an frühen Frühgeborenen (22 – 31 SSW) war mit 1,3 % in Deutschland ebenfalls hoch.

Die Rate von Kindern, die zwischen der 37. und der 38. SSW geboren wurden, schwankte stark zwischen 17,0 % und 42,8 % (Median 22,6 %, IQR 19,1 %; 26,2 %). **In Deutschland betrug die Rate 25,4 % und lag damit im vorderen Mittelfeld.**

Kinder, die nach der 41+0 SSW geboren wurden, waren selten und lagen in den meisten Ländern bei unter 1 %. Eine Ausnahme bilden die nordischen Länder, dort war die Rate höher. **In Deutschland war die Rate von Kindern, die nach der 41+0 SSW geboren wurden, mit 0,5 % gering.**

Indikator Mehrlingsschwangerschaften

Mehrlingsgeburten gehen mit einer erhöhten Mortalität und Morbidität von Neugeborenen und ihren Müttern* einher, insbesondere mit einer erhöhten Rate an Frühgeburten (45 % - 60 % gegenüber 5 % bei Einlingen). Ein Teil der Mehrlingsschwangerschaften ist auf assistierte Reproduktionstechnologien zurückzuführen, diese korrelieren wiederum mit einem höheren maternalen* Alter.

In den europäischen Ländern gibt es hohe Schwankungen bei den Zwillingsschwangerschaften mit einer mittleren Rate von 15,6 pro 1.000 Lebend- oder Totgeburten (IQR 13,2 %; 17,1 %; R 11,9 %; 23,6 %). Die Rate sank zwischen 2015 und 2019 in den meisten Ländern um -1,1 % (IQR -1,8; 0,1%). Dies könnte mit einer zunehmenden Begrenzung der Anzahl transferierter Embryonen zusammenhängen und den in diesem Zusammenhang erhöhten Frühgeborenenraten zusammenhängen. **Deutschland hat mit 18,8 pro 1.000 Geburten eine der höchsten Rate an Zwillingen und mit 0,4 pro 1.000 Geburten auch an höhergradigen Mehrlingen.** In Europa bewegt sich die Range zwischen 0,1 und 0,4.

Indikator mütterliches* Alter bei der Geburt

Bei einem niedrigen (<20 Jahre) und einem hohen (>35/>40 Jahre) mütterlichen* Alter ist die Wahrscheinlichkeit für schlechtere Outcomes der Schwangerschaft erhöht. Es ist wichtig, Bildung in diesem Bereich und eine gute Unterstützung für Familien mit kleinen Kindern anzubieten, damit fundierte Entscheidungen im Bereich der Familienplanung möglich sind. Für die wachsende Gruppe der älteren Schwangeren ist eine optimale Betreuung bedeutsam.

Der Anteil an Gebärenden unter 20 Jahren lag 2019 bei 1,7 % (IQR 1,1 %; 2,3 %). **Der Anteil beträgt in Deutschland 1,8 % und liegt damit im Mittelfeld.** Die Tendenz in Europa ist mit minus 0,4% fallend (IQR -0,6 %; -0,2 %).

Der Anteil an Gebärenden über 35 Jahren beträgt 20 % und über 40 Jahren 4 %. Die Raten schwanken zwischen den europäischen Ländern stark. In Deutschland beträgt der Anteil an Gebärenden über 35 Jahren 20,7 % und über 40 Jahren 4,4 %. **Deutschland bewegt sich damit im Ranking der europäischen Länder weiter oben.** Die Tendenz in Europa ist steigend (2,6 %; IQR 1,6 %; 3,7 %).

[1] Es gibt Menschen, die sich als männlich oder nichtbinär identifizieren und schwanger sind, Kinder gebären und im Wochenbett sind. Diese Personen möchten wir in dieser Stellungnahme auch bei der Verwendung der Wörter „Frauen“ und „Mütter“ einschließen.

Dies gilt auch für Deutschland.

Indikator Parität

Bei Erstgeburten besteht ein erhöhtes Risiko für intrauterine Wachstumsretardierungen, Bluthochdruck sowie eine Kaiserschnittgeburt. Der Median beträgt in Europa 44,2 % (IQR 42,4 %; 48.4 %; R: 31,3 %; 53,3 %). In Deutschland beträgt der Anteil an Erstgebärenden 45,9 %. 2019 betrug er noch 49 %. **Deutschland bewegt sich damit im hinteren Mittelfeld.** Der Indikator kann als beeinflussender Faktor für andere Indikatoren betrachtet werden.

Indikator Geburtsmodus

Hier werden sowohl die Kaiserschnittraten als auch die Raten an vaginal-operativen Geburten betrachtet.

Der Kaiserschnitt ist ein wichtiger geburtshilflicher Eingriff. Bei einem übermäßigen Gebrauch steigt jedoch das Risiko kurzfristiger und langfristiger Folgen für Mütter* und Neugeborene sowie der Ressourcen- und Kostenverbrauch. Der Weltgesundheitsorganisation zufolge gehen Kaiserschnittraten über 16 % nicht mit einem Rückgang der Neugeborenensterblichkeit (infant mortality) einher. Die mittlere Kaiserschnittrate betrug im Jahr 2019 26,0 % (IQR 20,7 %; 32,1 %; R 16,4 %; 53,1 %). In Nordeuropa sind die Raten niedriger und in Süd- und Mitteleuropa höher. Die Trends sind gegenläufig. Zwölf Länder verzeichnen einen Rückgang der Kaiserschnittraten. Neun Länder verzeichnen einen Anstieg. Andere bleiben stabil. Mit einer Rate von 31,8% zeigt sich in Deutschland ein minimaler Rückgang im Vergleich zu 2015. Dies gilt sowohl für primäre (13,4 %) als auch für sekundäre (15,6 %) Kaiserschnitte. Die Kaiserschnittrate in Deutschland liegt damit im hinteren Mittelfeld. Die mittlere Rate an instrumentellen vaginalen Geburten (Zange und Vakuumextraktion) betrug im Jahr 2019 6,1 % (IQR 3,5 %; 9,8 %; R 1,4 %; 13,8 %). Die Trends zwischen 2015 und 2019 waren in verschiedenen Ländern gegenläufig. Es gab keinen Zusammenhang zwischen den Kaiserschnittraten und den Raten an vaginalen instrumentellen Geburten. In Deutschland betrug die Rate 6,9 % und lag damit im Mittelfeld.

Zusammenfassung

Deutschland hat im europäischen Vergleich eine hohe Rate an Zwillingen und höhergradigen Mehrlingen. Der Anteil an Frauen* unter 20 Jahren ist durchschnittlich. Der Anteil an Frauen* über 35 Jahren und über 40 Jahren ist im europäischen Vergleich gering. Der Anteil an Erstgebärenden ist leicht über dem Durchschnitt.

Es zeigt sich eine hohe primäre und sekundäre Kaiserschnittrate und eine durchschnittliche Rate an instrumentellen vaginalen Geburten im europäischen Vergleich.

Für Deutschland zeigt sich eine Totgeburtenrate im europäischen Mittelfeld. Die Totgeburtenrate zeigt eine steigende Tendenz. Der Anteil an Lebendgeburten mit einem geringen Geburtsgewicht (<2.500g) ist im europäischen Vergleich hoch. Für den Anteil an Lebendgeburten mit einem sehr geringen Geburtsgewicht (<1.500g) hat Deutschland eine der höchsten Raten im europäischen Vergleich. Beim Anteil an Geburten mit einem hohen Geburtsgewicht (>4.500g) liegt Deutschland im hinteren Mittelfeld. Es wurde eine im europäischen Vergleich hohe Frühgeborenenrate festgestellt. Dies gilt auch bei der Beschränkung auf Einlingsschwangerschaften.

Schlussfolgerungen

Der europäische Vergleich ermöglicht das Identifizieren von Problemfeldern und damit Möglichkeiten, um die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Die sich daraus ergebenden Handlungsfelder sind die Datenverfügbarkeit, Diskurs über die Ergebnisse, Gesundheitsversorgung und eine Stärkung des Konzeptes von Gesundheit in allen Politikbereichen („Health in all Policies“).

Handlungsfelder 1: Datenverfügbarkeit

Es ist unabdingbar, dass Deutschland über eine solide Datenbasis verfügt. Die Tatsache, dass das IQTIQ für die Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen im Bereich der Geburtshilfe seit 2020 die von der Weltgesundheitsorganisation empfohlene Robson-Klassifikation nutzt, ist ein wesentlicher Verbesserungsschritt [7]. Dennoch steht eine zuverlässige Erhebung der Schwangerschaftswoche, in der ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, noch aus.

Gerade aufgrund eines europäischen Benchmarkings und eines medizinisch-technischen Fortschritts, der das Ergreifen von Maßnahmen ab einer frühen Schwangerschaftswoche möglich macht [1], scheint die Diskussion einer angepassten Dokumentationsgrenze für Lebend- und Totgeburten in Deutschland sinnvoll. Zu bedenken bleibt allerdings, dass die Chance für das Überleben eines Kindes bei einem Geburtsgewicht unter 500 Gramm rapide sinkt und das Risiko für eine schwere Beeinträchtigung stark ansteigt [1].

Die DGHWi fordert daher, die Zahlen für Totgeburten ab der 22. SSW und ab der 24. SSW bereitzustellen, sowie Daten zur neonatalen Mortalität und zur Kindersterblichkeit. Hinzu kommt das genaue Schwangerschaftsalter bei Kaiserschnitt-Geburten.

Handlungsfeld 2: Diskurs über die Ergebnisse

Für Risikofaktoren wie das mütterliche* Alter und die Parität lag Deutschland im Mittelfeld. Diese Risikofaktoren bieten sich daher nicht als Begründung für unterdurchschnittliche Outcomes an. Es zeigt sich hingegen ein hoher Anteil an Mehrlingen, der auch Einfluss auf die geburtshilflichen Outcomes nimmt.

Die hohe Rate an niedrigem Geburtsgewicht und die hohe Frühgeborenenrate gehen miteinander einher. Ein sehr geringes Geburtsgewicht mag auch mit höheren Überlebensraten bei sehr kleinen Frühgeborenen assoziiert sein, erklärt jedoch nicht die insgesamt hohe Frühgeborenenrate. Diese besteht auch weiterhin, wenn Mehrlinge ausgeschlossen werden.

Die DGHWi fordert diese Ergebnisse intensiv zu diskutieren und mehr Forschung zu Ursachen und möglichen Interventionsprogrammen zur Verringerung der Frühgeborenenrate zu initiieren. Dabei sollten insbesondere Risikofaktoren wie soziale und ökologische Faktoren (Stress, Armut & Luftverschmutzung) in den Blick genommen werden.

Handlungsfeld 3: Gesundheitsversorgung

Länder mit niedrigen Kaiserschnittraten haben überwiegend keine erhöhte Mortalität und Morbidität. Die Kaiserschnittrate konnte in einigen Ländern gesenkt werden, auch bei einer höheren Rate an bestehenden maternalen* Risikofaktoren. Im Bericht wird das 25. Perzentil (20,7 %) als Zielhorizont empfohlen. Dies sollte in Deutschland als klare Zielvorgabe kommuniziert werden. Bereits durch eindeutige Zielvorgaben können Interventionen stark verringert werden [13].

Die DGHWi fordert, dass diese Zielsetzung auch in Qualitätsverträgen aufgenommen werden soll. Zudem sollten sich weitere Maßnahmen, die in Deutschland etabliert werden, an Ländern orientieren, die die Kaiserschnittrate bereits erfolgreich senken konnten

Handlungsfeld 4: Health in all Policies

Politik gestaltet in allen Bereichen die Bedingungen für ein gesundes Leben. Frauen* und Familien brauchen gute Bedingungen, um Kinder zu bekommen und sich auch in einem physiologisch günstigen Alter für Kinder entscheiden zu können. Dazu gehört eine gute Vereinbarkeit von Kindern und Arbeit und eine gute Absicherung z.B. für alleinerziehende Elternteile [12]. Generell sollte allen Bevölkerungsschichten ein gesundes Leben einfach gemacht werden. Ein zentraler Ansatzpunkt sind verbesserte Rahmenbedingungen z.B. im Hinblick auf Luftqualität, Ernährungsmöglichkeiten, Klimakrise, Bewegungsmöglichkeiten.

Die DGHWi empfiehlt einen Fokus auf die Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben zu legen.

1. Bührer C, Felderhoff-Müser U, Gembruch U, Hecher K, Kainer F, Kehl F et al. (2020). Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit. S2k-Leitlinie. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 024/019. [Zugriff: 03.05.2023]. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/024-019l_S2k_Frühgeburt_Grenze_Lebensfähigkeit_2021-01.pdf.
2. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) (Hrsg.) (2016). Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2015 Geburtshilfe Qualitätsindikatoren. [Zugriff: 08.06.2023]. Verfügbar unter: https://iqtig.org/downloads/auswertung/2015/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2015_BUAW_V02_2016-07-07.pdf.
3. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) (Hrsg.) (2017). Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2016 Geburtshilfe Qualitätsindikatoren. [Zugriff: 08.06.2023]. Verfügbar unter: https://iqtig.org/downloads/auswertung/2016/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2016_BUAW_V02_2017-07-12.pdf.
4. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) (Hrsg.) (2018). Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2017 Geburtshilfe Qualitätsindikatoren. [Zugriff: 08.06.2023]. Verfügbar unter: https://iqtig.org/downloads/auswertung/2017/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2017_BUAW_V02_2018-08-01.pdf.
5. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) (Hrsg.) (2019). Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2018 Geburtshilfe Qualitätsindikatoren. [Zugriff: 08.06.2023]. Verfügbar unter: https://iqtig.org/downloads/auswertung/2018/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2018_BUAW_V02_2019-07-23.pdf.
6. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) (Hrsg.) (2020). Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019 Geburtshilfe Qualitätsindikatoren. [Zugriff: 08.06.2023]. Verfügbar unter: https://iqtig.org/downloads/auswertung/2019/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2019_BUAW_V02_2020-07-14.pdf.
7. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) (Hrsg.) (2021). Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach QSKH-RL. Geburtshilfe. Endgültige Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2020. [Zugriff: 26.06.2020]. Verfügbar unter: https://iqtig.org/downloads/auswertung/2020/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2020_QIDB_V02_2021-04-20.pdf.
8. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2023). Perinatalmedizin (PERI). [Zugriff: 28.06.2023]. Verfügbar unter: https://iqtig.org/qs-verfahren/peri/.
9. Luttmann S, Eberle A, Kibele E, Ahrens W. Perspektiven für ein bundesweites Mortalitätsregister: Erfahrungen mit dem Bremer Mortalitätsindex. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. 2019; 62(12):1500-9. DOI: 10.1007/s00103-019-03049-y.
10. Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD). OECD Health Statistics 2022. Definitions, Sources and Methods. Health Status. [Zugriff: 15.05.2023]. Verfügbar unter: https://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=9dc6e690-fa1d-40fa-a279-b726e2616433.
11. Perinatologische Arbeitsgemeinschaft München, Hrsg. Die Münchner Perinatalstudie. Versuch einer ärztlichen Selbstkontrolle. Deutsches Ärzteblatt. 1977;51:3015-3020.
12. Robert Koch-Institut Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. 2020. [Zugriff: 26.06.2023]. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Gesundheitliche_Lage_der_Frauen_2020.pdf?___blob=publicationFile.
13. Zhang-Rutledge K, Clark S, Denning S, Timmins A, Dildy G, Gandhi M. An Initiative to Reduce the Episiotomy Rate: Association of Feedback and the Hawthorne Effect With Leapfrog Goals. Obstet Gynecol. 2017;130(1):146–150. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002060.

Hebammen-Versorgung in Deutschland: Der Hebammenkompass stellt Daten in Form von interaktiven Grafiken bereit

Hintergrund

Jährlich werden etwa 780.000 Kinder geboren. Obwohl die meisten Schwangeren und ihre Kinder gesund sind, gehören Schwangerschaft und Geburt zu den häufigsten Behandlungsanlässen in Deutschland. In der Versorgung rund um die Geburt werden seit Jahren Qualitätsmängel thematisiert. Diese betreffen sowohl Überversorgung, wie z. B. ein Übermaß an nicht indizierten Kontrollen und Interventionen als auch Unterversorgung, z. B. im Zugang zur Hebamme oder bei evidenzbasierter Information und Beratung sowie Gewalt und Respektlosigkeit unter der Geburt.

Im Bestreben eine mehr auf die Bedarfe der Frauen und ihrer Fähigkeit zu Gebären ausgerichtete Versorgung voranzubringen, wurde das nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ (NGZ) verfasst und 2017 vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht [9]. Die Umsetzung dieses Gesundheitsziels fand 2021 Eingang in den Koalitionsvertrag der Bundesregierung. Dass die Problemlage auf höchster Ebene angekommen ist, zeigte sich auch in einer aktuellen Diskussionsrunde zwischen Gesundheitsminister Lauterbach und Vertreter*innen des überregionalen Bündnisses „Gute Geburt“ [3]. Auch auf Länderebene gibt es fast in jedem Bundesland mittlerweile Gutachten, Fachtage, Arbeitskreise oder Bündnisse zur Verbesserung der geburtshilflichen Versorgung.

Es besteht Einigkeit darüber, dass einer der Dreh- und Angelpunkte für eine qualitativ gute Versorgung die Hebammenversorgung ist, denn die meisten Frauen und ihre Kinder sind gesund und die Hebammen sind die Expert*innen für die physiologische Schwangerschaft, Geburt und das Wochenbett.

In Deutschland müssen Ärzt*innen nach dem Hebammengesetz bei jeder Geburt eine Hebamme hinzuziehen [10] und die Wochenbettbetreuung ist eine Vorbehaltstätigkeit der Hebammen. Eine Hebammenbegleitung in der Schwangerschaft, während der Geburt in 1:1 Betreuung und aufsuchend im Wochenbett für alle Schwangeren gilt als Ziel einer guten Versorgung. Um dies zu erreichen, braucht es zuverlässige Daten zur aktuellen Hebammenversorgung. Weder das elektronische Gesundheitsberuferegister für die Teilnahme an der Telematikinfrastruktur noch das Statista Research Department [19] liefern diese Daten derzeit. Es gibt keine aktuelle Übersicht zur Anzahl ausgebildeter Hebammen, zur Anzahl der tatsächlich in ihrem Beruf tätigen Hebammen und auch keine vollumfängliche Transparenz zum Ort (ambulant, stationär), zur Art (Vorsorge, Wochenbettbetreuung, Geburtsbegleitung etc.) und zum Umfang der von ihnen ausgeübten Tätigkeit (Vollzeit, Teilzeit) und deren regionaler Verteilung. Die auf der Basis von Leistungsdaten der GKV und/oder von Daten der Abrechnungszentren von Hebammen generierten Daten sind schon älter [1, 2, 15] und nicht sektorenübergreifend.

Um mehr Transparenz zu schaffen, stellt das Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) im Rahmen eines Versorgungskompasses Daten zur Hebammenversorgung bereit [6]. Die interaktiven Grafiken und Landkarten ermöglichen durch das Setzen entsprechender Filter den Nutzer*innen auch die Beantwortung eigener Fragestellungen, z. B. zu zeitlichen Verläufen, zur regionalen Verteilung, zur Versorgung nach sozioökonomischer Lage oder Analysen nach dem Alter der Mütter, dem Geburtsmodus oder – soweit mit den verfügbaren Daten möglich - zum Betreuungsschlüssel während der Geburt. Alle Interessierten, z. B. Studierende, Forschende oder in der Versorgungsplanung Tätige, können den frei zugänglichen Kompass nutzen. Im vorliegenden Papier wird der methodische Hintergrund erläutert und es werden einige zentrale Ergebnisse zur Versorgungslage beispielhaft dargestellt.

Methodenbeschreibung

Datengrundlage zur Erfassung der Hebammenanzahl und -dichte

Hebammen können als freiberufliche oder als angestellte Hebammen an der Versorgung teilnehmen. Die freiberuflich tätigen Hebammen sind Vertragspartnerinnen des Hebammenhilfevertrags nach §134a und werden in der Vertragspartnerliste des GKV-Spitzenverbandes erfasst, über die auch die einzelnen Krankenkassen verfügen, denn sie rechnen mit den Hebammen direkt ab. Den Analysen zu den angestellten Hebammen liegen Daten zur Anzahl der Hebammen nach Tätigkeitsort und -umfang gemäß der Agentur für Arbeit zugrunde.

Um die Versorgungskapazitäten darzustellen, wird ein Bezug hergestellt zwischen der Anzahl der an der Versorgung teilnehmenden Hebammen und der Anzahl der Geburten in der jeweiligen Region. Die Anzahl der Geburten in den Kreisen und kreisfreien Städten wurde dem interaktiven Online-Atlas des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (INKAR-Datenbank) entnommen. Zusätzlich werden Regionen nach ihrer Siedlungsstruktur und ihrer sozioökonomischen Lage (Deprivation) unterschieden. Die Siedlungsstruktur folgt hierbei der laufenden Raumbeobachtung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung und unterscheidet vier Typen, von dünn besiedelten ländlichen Kreisen bis kreisfreien Großstädten [Bundesinst für Bau]. Die sozioökonomische Lage einer Region wird anhand des „German Index of Socioeconomic Deprivation“ (GSID) des Robert Koch Instituts in fünf Kategorien der sozioökonomischen Benachteiligung von niedriger bis hoher Deprivation eingeteilt [16]. Maßgeblich für diese Einteilung sind Indikatoren aus den Bereichen Bildung, Beschäftigung und Einkommen.

Datengrundlage der Versorgungsleistungen der Hebammen

Die Versorgungsleistungen können im Detail nur für die freiberuflich tätigen Hebammen dargestellt werden, denn die Leistungen der angestellten Hebammen werden nicht einzeln, sondern im Rahmen der Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG) des Krankenhauses abgerechnet. Die Leistungen nach dem Hebammenhilfevertrag werden hingegen einzeln mit den Krankenkassen abgerechnet. Diese umfassen Leistungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett, aber auch die Begleitung von Geburten in hebammengeleiteten Einrichtungen, bei Hausgeburten und im Krankenhaus als Begleit-Beleghebammen und Dienst-Belegheb-

ammen. Die abgerechneten Hebammenleistungen können auf der Grundlage der BARMER-Abrechnungsdaten auf die Versicherten der GKV hochgerechnet werden.

Auswertungsbeispiele

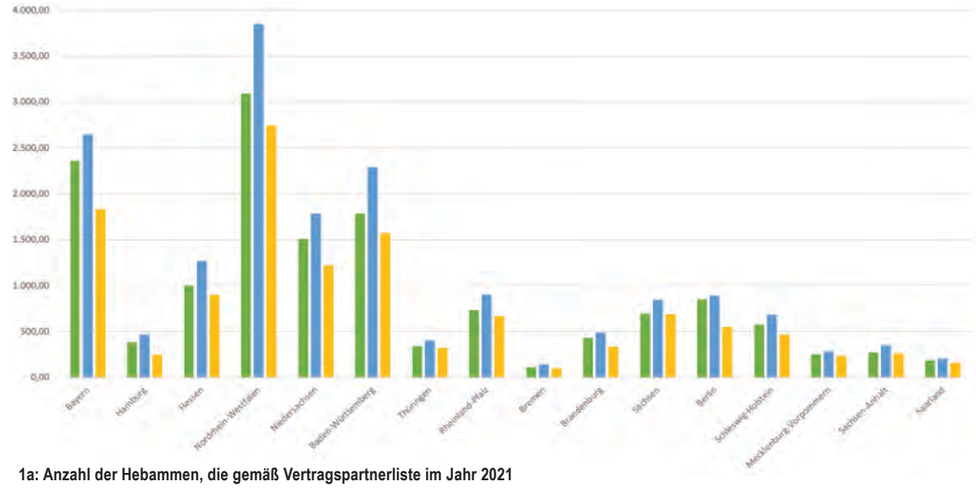
Beispiel 1: Wie viele Hebammen arbeiten in welchem Tätigkeitssetting?

Abb. 1: zeigt die Anzahl und Kapazität von Hebammen in der Versorgung rund um die Geburt

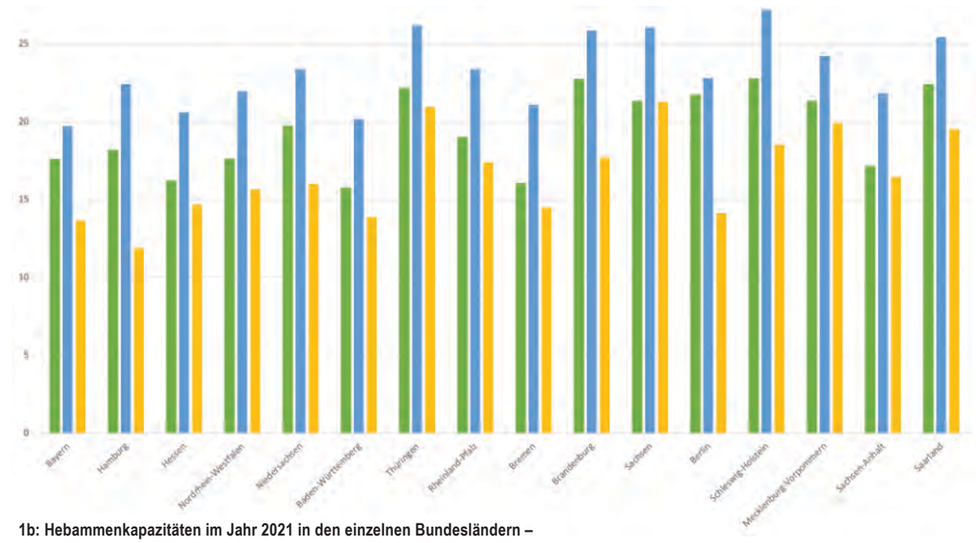
Abb. 1a zeigt die Anzahl der Hebammen, die im Jahr 2021 an der Versorgung vor und nach der Geburt teilnahmen, in den einzelnen Bundesländern. Erfasst wurden alle freiberuflichen Hebammen, die gemäß Vertragspartnerliste die angeführten Leistungen angeboten haben.

Versorgungsrelevanter als die absolute Anzahl an Hebammen ist deren Bezug zu den Geburtenzahlen im jeweiligen Bundesland und im gewählten Zeitraum, da daraus die Kapazitäten, die zur Versorgung zur Verfügung stehen, ersichtlich werden. Diese Filteroptionen sind ebenfalls möglich. Abb. 1b zeigt, wie viele (freiberufliche) Hebammen für wie viele Schwangere bzw. Wöchnerinnen (dargestellt pro 1000 Geburten) mit ihrem Leistungsangebot im jeweiligen Zeitraum und Bundesland zur Verfügung standen. Damit ist aber keine Aussage zum Tätigkeitsumfang der einzelnen Hebammen verbunden.

An der Geburtsbegleitung nehmen die in Krankenhäusern angestellten Hebammen teil und auch freiberuflich tätige Hebammen. Diejenigen unter den freiberuflichen Hebammen, die im Rahmen ihrer Teilnahme am Hebammenhilfevertrag auch Geburtsbegleitung anbieten, sind an den entsprechenden Angaben erkennbar. Aus Abb. 1c wird ersichtlich, dass in allen Bundesländern bis auf Bayern deutlich weniger freiberufliche Hebammen bezogen auf 1000 Geburten für die Geburtsbegleitung zur Verfügung stehen, als angestellte Hebammen.



1a: Anzahl der Hebammen, die gemäß Vertragspartnerliste im Jahr 2021 Schwangerenvorsorge, Wochenbettbetreuung bzw. Kurse angeboten haben.

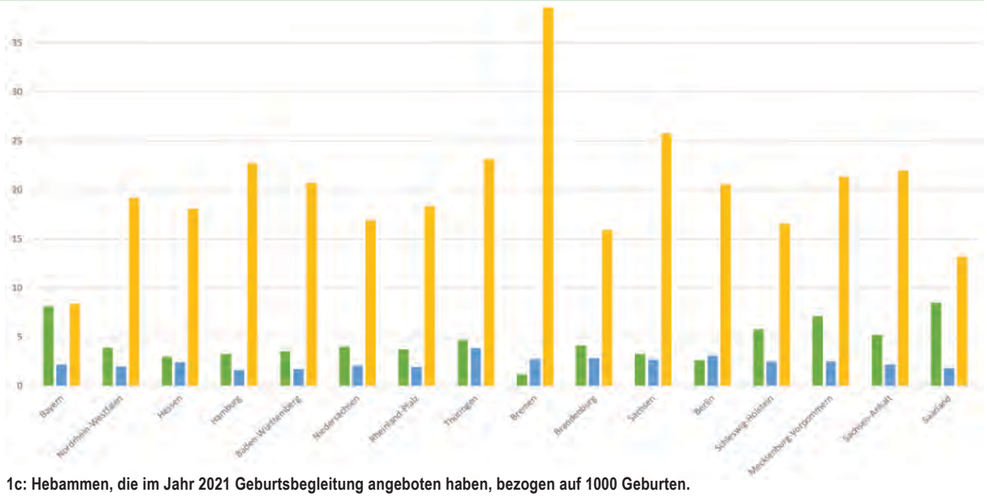


1b: Hebammenkapazitäten im Jahr 2021 in den einzelnen Bundesländern – Hebammen mit dem jeweiligen Angebot bezogen auf 1000 Geburten.

Autor*innen

Dr. **Dagmar Hertle** Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung) Kontaktadresse: dagmar.hertle@barmer.de

Dr. oec. **Danny Wende** Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung Kontaktadresse: danny.wende@barmer.de



1c: Hebammen, die im Jahr 2021 Geburtsbegleitung angeboten haben, bezogen auf 1000 Geburten.

Beispiel 2: Freiberufliche Hebammen und deren regionale Verteilung

Um sich der Frage anzunähern, welche Probleme hinter den Schwierigkeiten stecken könnten, eine Hebamme für die Versorgung in der Schwangerschaft und im Wochenbett zu finden, gibt es im Hebammenkompass auch die Möglichkeit, die Anzahl der freiberuflich tätigen Hebammen mit den entsprechenden Angeboten nach sozioökonomischer Lage (Deprivation) und Siedlungsstruktur darzustellen.

Betrachtet man, wie viele Geburten durchschnittlich auf eine an der Versorgung teilnehmende freiberufliche Hebamme kommen, so zeigt sich, dass in Deutschland im Durchschnitt auf 36,5 Geburten eine Hebamme kommt, wobei regionale Schwankungen erkennbar sind zwischen 30 (Saarland) und 43 (Sachsen-Anhalt) [6]. Statt nach Bundesländern kann auch nach Siedlungsstruktur aufgeschlüsselt werden. Hier ist erkennbar, dass Hebammen im ländlichen Raum im Durchschnitt nur geringfügig mehr Frauen betreuen müssen als in den Städten [6]. Große Unterschiede zeigen sich aber, wenn neben der Siedlungsstruktur zusätzliche auch noch nach Deprivation aufgeschlüsselt wird (Abbildung 2). Dann wird deutlich, dass in den sozioökonomisch am schlechtesten gestellten Gegenden, und dort vor allem in den Städten, auf eine Hebamme bis zu eineinhalbmal so viele Geburten kommen, wie in sozial besser gestellten Gegenden. In ländlichen und dünnbesiedelten Regionen spielen sozioökonomische Unterschiede eine geringere Rolle.

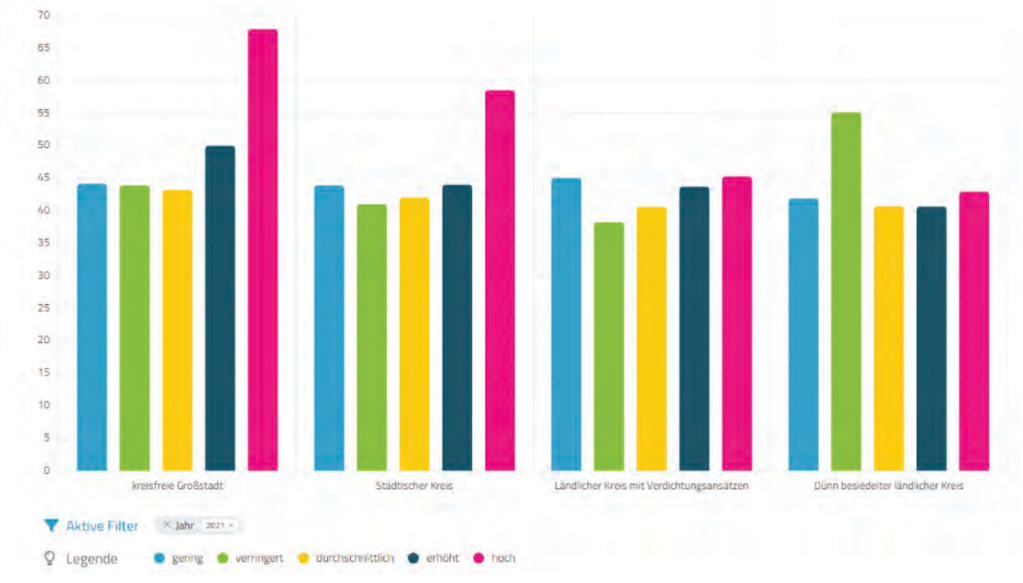


Abbildung 2: Anzahl der freiberuflichen Hebammen bezogen auf 1000 Geburten, aufgeschlüsselt nach Deprivation und Besiedlungsdichte

Beispiel 3: Geburtsbegleitung durch Hebammen – 1:1 Betreuung – 1:2 Betreuung – 1:X Betreuung

Die S3 Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ [4] nennt die 1:1 Betreuung durch eine Hebamme während der Geburt als konsentierten Versorgungsstandard. Dieser ist in der aktuellen Versorgung nicht zuverlässig gewährleistet. Je nachdem in welchem Setting Hebammen arbeiten, gibt es unterschiedliche Vereinbarungen über die zu gewährleistenden Betreuungsschlüssel. Für außerklinische Geburten (Hausgeburten und Geburten in einer hebammengeleiteten Einrichtung) sowie für Geburten mit Begleit-Beleghebamme (die Frau bringt „ihre“ Hebamme zur Geburt mit ins Krankenhaus) gilt die 1:1 Betreuung. Für Dienst-Beleghebammen (Hebammen, die freiberuflich am Krankenhaus Geburten begleiten, ggf. auch ohne die Frau vorher zu kennen) sieht die Vereinbarung mit dem GKV-Spitzenverband vor, dass höchstens zwei Versicherte gleichzeitig betreut werden, wobei während der Corona-Pandemie wegen vermehrter Personalausfälle zeitweise auch die Betreuung von drei Versicherten zulässig war. Ist die Hebamme im Krankenhaus angestellt, so ist der Betreuungsschlüssel von den – teilweise zufälligen - aktuellen Gegebenheiten vor Ort abhängig. So kann eine 1:1 Betreuung möglich sein, 18 Prozent der Einrichtungen gaben in einer hessischen Befragungsstudie aber an, dass eine Hebamme häufig drei Gebärende gleichzeitig betreut habe und 15 Prozent gaben an, dass manchmal eine Hebamme mehr als drei Gebärende gleichzeitig betreuen musste [Bauer].

In welchem Setting eine Hebamme die Geburtsbegleitung erbracht hat, lässt sich in den Krankenkassendaten an der abgerechneten Leistung feststellen. Freiberufliche Hebammen stellen an das jeweilige Setting gebundene Ziffern aus dem Hebammenhilfevertrag in Rechnung und im Krankenhaus wird die je nach „Status“ der Hebamme (angestellt, Dienst-Beleghebamme oder Begleit-Beleghebamme) unterschiedlich gewichtet. In der außerklinischen Geburtshilfe und bei im Krankenhaus freiberuflich tätigen Hebammen kann somit auf den (vereinbarten) Betreuungsschlüssel rückgeschlossen werden. Bei den angestellten Hebammen ist dies nicht möglich.

Unter welchen strukturellen Bedingungen Hebammen Geburten begleitet (und abgerechnet) haben ist regional sehr unterschiedlich.

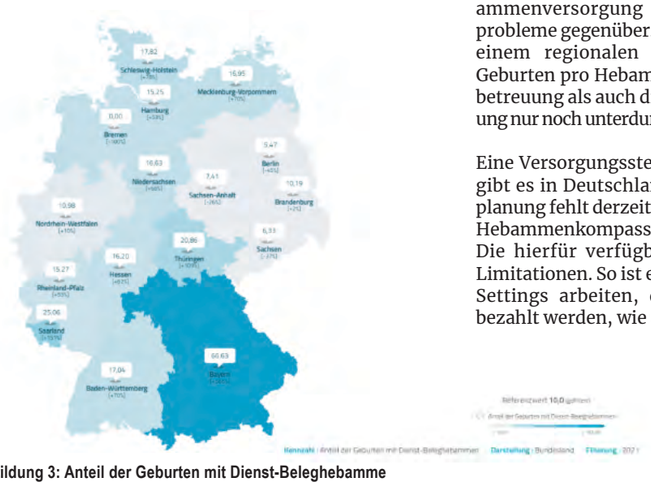


Abbildung 3: Anteil der Geburten mit Dienst-Beleghebamme

Aus Abbildung 3 wird deutlich, dass die Geburtsbegleitung durch Hebammen in den einzelnen Bundesländern teilweise unter sehr unterschiedlichen strukturellen Bedingungen stattfindet. Das System der Dienst-Beleghebammen ist in Bayern am weitesten verbreitet. Dort finden zwei Drittel aller Geburten im Krankenhaus mit einer Dienst-Beleghebamme statt. Im Saarland sind es 25 Prozent, in Bremen hingegen gibt es überhaupt keine Dienst-Beleghebammen. Der Anteil außerklinischer Geburten und Geburten mit Begleit-Beleghebamme (demnach 1:1 Betreuung) betrug im Bundesdurchschnitt im Jahr 2021 zwischen 1,5 und 4,4 Prozent, wobei Frauen über 30 Jahren doppelt so häufig eine 1:1 Betreuung erhielten als Frauen unter 25 Jahren (hier nicht dargestellt; Filteroption im Hebammenkompass). Alle Geburten, die nicht durch freiberuflich tätige Hebammen abgerechnet wurden, fanden im Umkehrschluss in der Begleitung durch angestellte Hebammen statt, bei denen das Betreuungsverhältnis nicht aus den Krankenkassendaten ersichtlich ist.

Diskussion

Schwangere haben in Deutschland gesetzlich verbrieft die freie Wahl zwischen Hebammenversorgung und ärztlicher Versorgung und können auch beide Leistungserbringer*innen in Anspruch nehmen (SGB V §24d). Sie müssen sich aber selbst um eine Hebamme kümmern. Dies gestaltet sich mitunter schwierig. Eine Befragung von Müttern in NRW und Hessen ergab, dass 10,7 Prozent (NRW) bzw. 14 Prozent (Hessen) der Frauen sechs bis zehn und 7,8 Prozent (NRW) bzw. 16 Prozent (Hessen) der Frauen mehr als zehn Hebammen kontaktieren mussten, um eine Betreuung zu finden [7, 8]. Analysen von Abrechnungsdaten der BARMER zeigten, dass sowohl in der Schwangerschaft als auch im Wochenbett zwischen 10 und 30 Prozent der Frauen keine abgerechneten Hebammenleistungen hatten. Dabei wurden deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von der sozioökonomischen Lage der Frauen sichtbar: ein Drittel der Frauen mit niedrigem Einkommen hatten keine Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft. Je später der Erstkontakt zur Hebamme stattfand, desto unwahrscheinlicher war es, dass im weiteren Verlauf eine Hebammenversorgung stattfand [12]. 74,1 Prozent der Frauen ohne Hebammenkontakt in der Schwangerschaft hatten auch nach der Geburt keine aufsuchende Wochenbettbetreuung. Dem Anspruch auf Hebammenversorgung stehen also deutliche Zugangsprobleme gegenüber. Es konnte gezeigt werden, dass bei einem regionalen Durchschnitt von mehr als 36 Geburten pro Hebamme sowohl die Schwangerschaftsbetreuung als auch die aufsuchende Wochenbettbetreuung nur noch unterdurchschnittlich häufig erfolgen [13, 14].

Eine Versorgungssteuerung der Hebammenversorgung gibt es in Deutschland bisher nicht. Für eine Bedarfsplanung fehlt derzeit die Datengrundlage. Der vorgelegte Hebammenkompass versucht diese Lücke zu schließen. Die hierfür verfügbaren Daten haben jedoch einige Limitationen. So ist ein Einbezug von Hebammen, die in Settings arbeiten, die nicht von der Krankenkasse bezahlt werden, wie z.B. Familienhebammen, nicht

möglich. Wie bereits dargestellt können die Tätigkeiten von Hebammen, die im Krankenhaus angestellt sind, nicht differenziert werden (z.B. hinsichtlich des Betreuungsverhältnisses während der Geburt). Hier könnte die Etablierung entsprechender Qualitätsindikatoren durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) Abhilfe schaffen. Da viele Hebammen sowohl im Krankenhaus angestellt (z.B. in Teilzeit) als auch zusätzlich freiberuflich tätig sind, kann die Gesamtzahl der an der Versorgung teilnehmenden Hebammen nicht durch Addition der freiberuflichen und der angestellten Hebammen ermittelt werden. Eine Registrierung der Hebammen, z.B. über eine lebenslange Hebammennummer, analog zur lebenslangen Arztnummer wäre hilfreich, um die Gesamtzahl der Hebammen in Deutschland zuverlässiger zu erfassen.

Der Nutzen der Hebammenversorgung ist wissenschaftlich belegt [18]. Der gesundheitsfördernde Ansatz der Hebammenarbeit wirkt der Pathologisierung von Schwangerschaft und Geburt entgegen und trägt zu niedrigeren Interventionsraten, einer Reduktion von Frühgeburten und zu einer höheren Zufriedenheit der Mütter bei. Dies ist für Deutschland sehr bedeutsam, denn obwohl Deutschland mit 12,8 Prozent Ausgabenanteil für das Gesundheitssystem am Bruttoinlandsprodukt Platz 1 innerhalb der OECD belegt, ist die Qualität der Versorgung in Ländern, die weniger Geld ausgeben, besser: So ist die Kaiserschnittrate in Deutschland überdurchschnittlich hoch (Platz 6 von 27 in Europa), Deutschland liegt nur auf Platz 28 (von 32) bei der Frühgeburtlichkeit und auf Platz 28 (von 45) bei den Totgeburten. Viel Geld, viele Interventionen, unterdurchschnittliche Ergebnisse. Länder, die besser dastehen, zeichnen sich u.a. durch eine andere Verteilung von Hebammen und Frauenärzt*innen pro 1000 Lebendgeburten aus. Dabei spielt einerseits die Anzahl der Hebammen eine Rolle, aber nicht nur. Auch die Aufgabenteilung zwischen Ärzt*innen und Hebammen scheint von Bedeutung zu sein. Laut OECD [17, 20] ist Deutschland das einzige Land, in dem es ähnlich viele Frauenärzt*innen bezogen auf 1000 Lebendgeburten gibt, wie Hebammen: Im internationalen Vergleich gibt es mit 30 Hebammen pro 1000 Lebendgeburten vergleichsweise wenig Hebammen. Mit 27 Frauenärzt*innen pro 1000 Lebendgeburten ist Deutschland jedoch – neben der Schweiz - mit Abstand Spitzenreiter. Dies könnte nicht zuletzt durch die Aufnahme der Schwangerenvorsorge in den kassenärztlichen Leistungskatalog in den 1960er Jahren bedingt sein, die zu einer Konkurrenz der Berufsgruppen und zweier Sichtweisen auf die Versorgung geführt hat: die eher auf Risiken und Komplikationen fokussierte ärztliche Versorgung und die der Hebammen, die mehr auf Empowerment und Gesundheitsförderung setzt. Die Konkurrenz erschwert dabei eine konstruktive Zusammenarbeit auf Augenhöhe [5]. Möglicherweise besteht ein Zusammenhang zwischen der im internationalen Vergleich hohen ärztlichen Beteiligung und hohen Interventionsraten, wie z.B. einer dauerhaft hohen Kaiserschnittrate von über 30 Prozent. Der Hebammenkompass liefert auch hierzu Daten und Analysen, die bei Bedarf durch die Daten des Morbiditäts- und Sozialatlas des bifg [5] ergänzt werden können.

Der Hebammenkompass wird ebenso wie der Morbiditäts- und Sozialatlas fortlaufend aktualisiert und soll durch weiterführende Analysen ergänzt werden. Im Ergebnis stellt der Hebammenkompass bereits jetzt Daten zur Verfügung, die in dieser Zusammenstellung und Detailtiefe ansonsten nicht zur Verfügung stehen.

Literaturangaben

1. Albrecht M, Bock H, der Heiden I an, Loos S, Sander M, Temizdemir E. Stationäre Hebammenversorgung [Internet]. IGES-Institut; 2019. Verfügbar unter: https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e24893/e24894/e24895/e24897/attr_objs24976/IGES_stationaere_Hebammenversorgung_092019_ger.pdf.
2. Albrecht M, Loos S, Sander M, Schliwen A, Wolfschütz A. Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe: Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit; 2012.
3. Arbeitskreis sozialdemokratischer Frauen. Speedating mit Karl Lauterbach [Internet]. Verfügbar unter: https://asf.spd.de/aktuelles/aktuelles/news/die-gute-geburt-speed-dating-mit-karl-lauterbach-am-30-mai-2023-ab-1700-uhr-/24/05/2023.
4. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. Vaginale Geburt am Termin: S3-Leitlinie; Version 1.0. 2020. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-083.html.
5. Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung. Morbiditäts- und Sozialatlas [Internet]. Verfügbar unter: https://www.bifg.de/morbiditaets-und-sozialatlas.
6. Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung. Versorgungskompass Geburtshilfe und Hebammenversorgung [Internet]. Verfügbar unter: https://www.bifg.de/versorgungskompass/geburtshilfe.
7. Bauer N, Blum K, Löffert S, Luksch K. Gutachten zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen: Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) und der Hochschule für Gesundheit (hsg) Bochum, StB Hebammenwissenschaft Für das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) [Internet]. 2019 [Zugriff: 07.10.2020]. Verfügbar unter: https://soziales.hessen.de/sites/default/files/media/gutachten_-_hebammen_in_hessen_-_erste_erkenntnisse.pdf.
8. Bauer NH, Villmaer A, Peters M, Schäfers R. HebAB.NRW - Forschungsprojekt "Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westphalen". Abschlussbericht der Teilprojekte Mütterbefragung und Hebammenbefragung.: Hochschule für Gesundheit Bochum[Internet]. 2020. Verfügbar unter: https://www.hs-gesundheit.de/aktuelles/details/hebab.
9. BMG (Bundesministerium für Gesundheit). Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt. 2017. Verfügbar unter: https://gesundheitsziele.de/nationale_gz/geburt
10. BMJ (Bundesministerium für Justiz). Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz - HebG): BMJ. 2020. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/HebG.pdf.
11. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Laufende Raumbeobachtung - Raumabgrenzungen: Amtliche Regionalstatistik. Verfügbar unter: https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/kreise/siedlungsstrukturelle-kreistypen/kreistypen.html.
12. Hertle D, Lange U, Wende D. Schwangerenversorgung und Zugang zur Hebamme nach sozialem Status: Eine Analyse mit Routinedaten der BARMER. Gesundheitswesen. 2021. DOI: 10.1055/a-1690-7079.
13. Hertle D, zu Sayn-Wittgenstein-Hohenstein F, Wende D. Aufsuchende Wochenbettbetreuung: Die sozioökonomische Lage hat einen starken Einfluss auf den Betreuungsumfang: Eine Analyse mit Routinedaten der BARMER. Gesundheitswesen. 2023, accepted for publication.
14. Hertle D, Wende D, zu Sayn-Wittgenstein-Hohenstein F. Wenig Einkommen - keine Hebamme. Hebammenforum. 7/2023; 24:S.32-35.
15. IGES-Gutachten zur Hebammenversorgung. Hebamme. 2020;33(02):6–8. DOI: 10.1055/a-1110-1971.
16. Michalski N, Reis M, Tetzlaff F, Herber M, Kroll LE, Hövener C, et al. D-German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD): Revision, Aktualisierung und Anwendungsbeispiele. 2022. DOI: 10.25646/10640.
17. Roper W. U.S. Midwife Workforce Far Behind Globally [Internet]. 2020. Verfügbar unter: https://www.statista.com/chart/23559/midwives-per-capita/;
18. Sandall J, Devane D, Soltani H, Hatem M, Gates S. Improving quality and safety in maternity care: the contribution of midwife-led care. J Midwifery Womens Health. 2010;55(3):255–61. DOI: 10.1016/j.jmwh.2010.02.002.
19. Statista Research Department. Anzahl der Hebammen und Entbindungspfleger in Deutschland bis 2020 [Internet]. 2022. Verfügbar unter: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/159664/umfrage/hebammen-und-entbindungspfleger-in-deutschland-seit-2000/
20. The Global Economy Business an deconomic data for 200 countries [Internet]. Verfügbar unter: (https://www.statista.com/chart/23559/midwives-per-capita/ https://www.theglobaleconomy.com/rankings/midwives_per_1000_live_births/

Advanced Midwifery Practice in der Schweiz. Eine Diskussionsgrundlage

Hintergrund

Die Berufskonferenz Hebamme (BKH) – der Verbund aller Schweizer Hochschulen mit Hebammencurriculum – publizierte im Jahr 2021 in enger Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Hebammenverband (SHV) ein Positionspapier zur Advanced Midwifery Practice (AMP) im schweizerischen Kontext. Dieses Dokument über die professionsinterne Information und Diskussion gibt einen aktuellen Überblick über AMP im nationalen und internationalen Kontext und erläutert die Bedeutung der Entwicklung und Etablierung von AMP-Rollen für die Schweiz. Ein weiteres Ziel der Publikation bestand darin, innerhalb der Hebammenprofession ein gemeinsames Verständnis für AMP zu schaffen und diese im schweizerischen Gesundheitssystem zu stärken. Das Dokument verfolgt auch berufspolitische Ziele [4], etwa hinsichtlich der anstehenden Revision des Gesundheitsberufegesetzes (GesBG) [13], das in Zukunft auch für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe die Masterstufe landesweit reglementieren soll.

Die aktuellen Tendenzen im schweizerischen Gesundheitswesen, die mit den global in der Gesundheitsversorgung zu beobachtenden Entwicklungen einhergehen, sind ein Grund für die Notwendigkeit von AMP-Rollen. So sind Hebammen immer häufiger mit Frauen konfrontiert, die während Schwangerschaft und Geburt sowie im Postpartum somatische und psychische Grunderkrankungen aufweisen und/oder in sozial belasteten Situationen leben [4, 31]. Solche Situationen sind mit einer hohen Versorgungskomplexität verbunden. Sie erfordern von Hebammen ein vertieftes Fachwissen sowie erweiterte Handlungskompetenzen, damit sie trotz des veränderten Versorgungsbedarfs eine professionelle und qualitativ hochstehende Betreuung gewährleisten können [4, 39].

International und national sind folgende Entwicklungen feststellbar:

1. **Bei Frauen im reproduktiven Alter gibt es einen Anstieg chronischer somatischer und psychischer Erkrankungen.** Als Erklärung dafür werden verbesserte Diagnose- und Therapiemöglichkeiten sowie das große Angebot an medizinischen Leistungen in den Industrienationen genannt [43]. Gemäß Kersten et al. belief sich die Prävalenz von chronischen Erkrankungen bei Schwangeren und Gebärenden in Norddeutschland auf 21% [38]. Die Erhebung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 des Bundesamtes für Statistik (BFS) ergab, dass in der Schweiz 22,6% der Frauen ab 15 Jahren übergewichtig und 9,3% adipös sind [10]. Adipositas gilt als chronische Erkrankung; viele adipöse Frauen weisen mindestens eine Komorbidität auf [2]. Weitere häufige chronische Erkrankungen in der Perinatalphase sind metabolische Störungen wie Diabetes, kardiovaskuläre, onkologische sowie neurologische Erkrankungen wie Epilepsie [4]. Untersuchungen in den USA, Frankreich und Großbritannien ergaben, dass Frauen in der Perinatalphase häufig nicht an den üblichen bekannten maternalen Todesursachen versterben, sondern an kardiovaskulären und psychischen Erkrankungen bzw. am zweithäufigsten an endokrinologischen und hämatologischen Krankheiten [22, 23, 57]. Eine Studie aus den USA mit 1018 schwangerschaftsbedingten Todesfällen in 36 Bundesstaaten ergab, dass über 80% der Todesfälle als vermeidbar eingestuft wurden [63].
2. **Die zunehmende Komplexität des perinatalen Versorgungsangebots** stellt Frauen und ihre Familien vor Herausforderungen: Sie müssen situativ komplexe Entscheidungen treffen (z.B. nach einer Pränataldiagnostik), flexibel Verhaltensänderungen initiieren (z.B. Ernährungsumstellung bei einem Gestationsdiabetes) und hohe Anforderungen erfüllen (z.B. bei zahlreichen Untersuchungen oder Medikamentenregimes) [40, 61]. In diesem Zusammenhang sind Hebammen gefordert, eine qualitativ hochwertige, ethische und evidenzbasierte sowie auf die Bedürfnisse von Frauen und Familien ausgerichtete Betreuung zu gewährleisten [4, 51–53]. Solch komplexe Betreuungssituationen verlangen ein Handeln nach wissenschaftlichen Erkenntnissen und erfordern eine interprofessionelle Zusammenarbeit sowie eine fortgeschrittene transkulturelle Kompetenz. Neben ihrer Fachkompetenz ist es für Hebammen wichtig, hervorragende adressatengerechte Kommunikations- und Erklärungsfähigkeiten zu besitzen, effektiv mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten, eine kontinuierliche Betreuung über verschiedene Versorgungssektoren sicherzustellen und den Frauen und Familien eine sichere Umgebung zu bieten [26, 47, 52].
3. **Die Umsetzung hebammengeleiteter Versorgungsmodelle zum Erhalt und zur Förderung der Physiologie in der Perinatalphase** sowie zur Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit im klinischen und außerklinischen Setting sind zentrale Aspekte der perinatalen Gesundheitsversorgung. Gemäß dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) erzielen Gesundheitsförderung und Prävention in den ersten Lebensjahren eine positive Wirkung auf das spätere Leben und tragen dazu bei, die Kosten im Gesundheits-, Sozial- und Justizsystem zu reduzieren [8]. Die Umsetzung hebammengeleiteter Versorgungsmodelle, welche eine nahtlose interdisziplinäre Versorgung in der klinischen und außerklinischen Betreuung gewährleisten soll, wird in der Schweiz auf berufspoliti-

Autor*innen

Prof.in Dr.in **Eva Cignacco Müller**
Berner Fachhochschule

Silvia Ammann-Fiechter, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Sophie Laura Boegli, Berner Fachhochschule

Murielle Caldelari
Haute École de Santé Vaud

Therese Damke
Berner Fachhochschule

Prof.in Dr.in **Claire de Labrusse**
Haute École de Santé Vaud

Beatrice Friedli
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Dr.in **Astrid Krahl**
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

scher Ebene diskutiert [1, 29, 42]. AMP-Rollen könnten hier eine entscheidende Schlüsselfunktion bei der Entwicklung, Implementierung und Evaluation neuer Versorgungsmodelle einnehmen [34].

4. **Der Anteil an Frauen mit Migrationshintergrund** ist hoch. Gemäß einer Erhebung des BFS aus dem Jahr 2021 haben 39,5% der ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz ab 15 Jahren einen Migrationshintergrund. Davon gehören 31% der ersten Migrationsgeneration an, wovon wiederum 71% eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzen [12, 56]. Eine Erhebung des BFS aus dem Jahr 2019 ergab, dass Personen mit Migrationshintergrund der ersten Generation mit einem Anteil von 21% signifikant stärker armutsgefährdet sind als jene ohne Migrationshintergrund (11%) [11]. Von Flucht und Armut Betroffene sind nicht nur sozioökonomisch, sondern auch gesundheitlich vermehrt belastet. Um eine chancengleiche und bedarfsgerechte perinatale Versorgung dieser vulnerablen Frauen zu gewährleisten, ist ein umfassendes Diversitätsverständnis erfor-derlich: dazu gehört ein systemisches Verständnis für die sozialen, ökonomischen, kulturellen und gesundheitlichen Zusammenhänge sowie für die strukturellen Herausforderungen, die ein barrierefreier Zugang zur Gesundheitsversorgung mit sich bringt [18, 32, 33, 48, 49, 52].

5. In der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung lässt sich **eine rasche Entwicklung hoch individualisierter Technologien** beobachten. Im Vordergrund stehen Veränderungen in den Bereichen «Personal Medicine», Medizintechnologie und Digitalisierung (E-Health) oder die Anwendung künstlicher Intelligenz, z.B. bei der intrapartalen Überwachung von Risikoschwangeren. Von interprofessionellen Teams – so auch von Hebammen – wird gefordert, sich an innovativen Entwicklungen zu beteiligen [25, 26, 39, 50].

Catia Nunno Paillard
Haute École de Santé

Prof.in Dr.in **Patricia Perrenoud** Haute École de Santé Vaud

Franziska Schläppy-Muntwyler Haute École de Santé Vaud

Mona Schwager Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Evelyne Sandra Sigrist, B.Sc. Berner Fachhochschule

Barbara Stocker Kalberer
Schweizerischer Hebammenverband

Virginia Storni, M. Sc. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Christiane Sutter
Haute École de Santé

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) spricht den Hebammen in ihrem europäischen Kompendium «Nurses and Midwives: A Vital Ressource for Health» eine Schlüsselrolle in der Bewältigung der Herausforderungen in der Perinatalversorgung zu. Sie fordert auch für die spezialisierte Versorgung entsprechende Ausbildungsprogramme [64].

Im angelsächsischen Raum und zunehmend auch in der Schweiz ist «Advanced Practice» (AP) in der Pflege- und Hebammenprofession ein etabliertes Ausbildungskonzept [15]. Es gibt erweiterte und spezialisierte APM-Rollen für Hebammen, die auf der vorgeschriebenen Ausbildung und auf Praxiserfahrung basieren. In Großbritannien sind spezialisierte Hebammen beispielsweise in den Bereichen perinatale psychische Gesundheit oder Epilepsieerkrankung tätig [20, 45, 59]. Auch Irland kennt national definierte Anforderungen an Pflegende und Hebammen in AP-Rollen [37, 46]. In den USA arbeiten auf Geburtshilfe spezialisierte Pflegefachpersonen (Nurse-Midwives) grundsätzlich als Advanced Practice Nurse (APN) [4]. In Kanada wird für eine APM-Rolle mindestens ein Master of Science (MSc) verlangt [15].

Konzept und Relevanz der AMP

Das von Tracy und O'Grady [62] beschriebene Konzept «Advanced Practice Nursing» umfasst erweiterte Praxisrollen mit folgenden Kernkompetenzen: Beratung, evidenzbasierte Praxis, Leadership, Zusammenarbeit, ethische Entscheidungsfindung und Coaching. Allen sechs Kompetenzen wird die gleiche Bedeutung zugeschrieben.

In der Pflege wurde das AP-Konzept breit erforscht [14, 36, 44]. In der Grundversorgung führte der Einsatz von APN zu einer gesteigerten Betreuungskontinuität, einer intensiveren Anwendung von evidenzbasierter Pflege und Behandlung, einer Abnahme von Notfallkonsultationen und einer gesteigerten Lebensqualität [44, 65]. Betreffend die Versorgung in der Langzeit- und Übergangspflege sowie in Praxen von Hausärztinnen und -ärzten wurden ähnliche Ergebnisse verzeichnet [14, 36, 55].

Die Wirksamkeit von AMP wurde hingegen bisher nur in wenigen Studien untersucht [7, 16, 54]. In der perinatalen Versorgung konnte durch den Einsatz einer spezialisierten Hebamme in der häuslichen Versorgung von Risikoschwangeren ein Rückgang von Frühgeburten und intrauterinen Fruchttoden beobachtet werden [7, 54]. Der Zugang zur Primärversorgung in der Geburtshilfe konnte für ausgewählte Gruppen bei geringeren Kosten gesteigert werden [16]. Die Unterscheidung zwischen der Wirksamkeit von AMP und Advanced Nursing Practice scheint schwierig, da keine professionsspezifischen Analysen durchgeführt wurden [30].

Obwohl von einer positiven Auswirkung auf strategische, klinische und finanzielle Outcomes ausgegangen werden kann [4], bedarf es weiterer Forschung bezüglich der Wirksamkeit von AMP [30].

Aktuelle Entwicklung in der Schweiz

Die Entwicklung und Implementierung von AP-Rollen in der Schweiz stehen im internationalen Vergleich noch am Anfang. Im Zuge der Einführung des Bologna-Systems an europäischen Hochschulen ab 1999 und der Überführung der Hebammenausbildung an die Fachhochschulen (Bachelorstufe) im Jahr 2008 wurde die Profession auch in der Schweiz akademisiert [24]. Im Jahr 2017 wurden in der Deutschschweiz und in der Westschweiz Mastercurricula für Hebammen eingeführt. Neben der fundierten Vermittlung von Instrumenten zum wissenschaftlichen Arbeiten wurde damit auch die Sensibilisierung der Studierenden für die Notwendigkeit von AMP-Rollen vorangetrieben. Dennoch mangelt es bis heute an einer national gültigen gesetzlichen Grundlage, die die Kompetenzen und Handlungsfelder von AMP festlegt. Mit der im Jahr 2024 geplanten Umsetzung der Pflegeinitiative [9] soll die Masterstufe für Pflegefachpersonen im GesBG geregelt werden. Dieser Schritt wäre auch für die APM-Rollen wegbereitend. Ein erster Schritt dafür ist die Definition von AMP-Rollen und die Festlegung der Voraussetzungen, die zum Tragen eines APM-Titels berechtigen. Bezüglich der Definition lehnten sich die BKH und der SHV an die bestehende Definition von Goemaes et al. [30] an. Sie erweiterten diese aber so, dass sie dem Ausbildungsstand von Hebammen MSc in der Schweiz entspricht.

Die Definition von APM lautet wie folgt (Stand März 2020):

„Eine APM ist eine akkreditierte praktizierende Hebamme mit MSc-Abschluss, fundiertem Fachwissen in einem spezifischen Praxisbereich, Forschungsfähigkeiten und fortgeschrittenen Führungskompetenzen. APM bieten eine kontinuierliche frauen- und familienzentrierte Betreuung in komplexen klinischen Situationen mit einem hohen Maß an Autonomie, Effizienz und Verantwortlichkeit. Sie arbeiten in einer Vielzahl von Settings, fördern und koordinieren die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheits- und Sozialsystem. APM tragen zur Gewinnung von wissenschaftlichen Erkenntnissen bei und vermitteln diese an unterschiedliche Zielgruppen. Sie konzipieren und implementieren zugängliche, gerechte, kosteneffiziente und innovative Lösungen zur Gesundheitsförderung und Prävention. APM verbessern die Qualität der Pflege, tragen zur öffentlichen Gesundheit bei und fördern die Hebammenprofession als akademischen Beruf [4].“

Im März 2021 verabschiedeten die BKH und der SHV unter Mitarbeit von Berufsvertreterinnen und -vertretern aus Praxis, Lehre und Forschung in Anlehnung an die nationale und internationale Literatur folgenden Konsensvorschlag zur Akkreditierung einer APM-Rolle.

Für das Tragen eines APM-Titels sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen (Stand 01.03.2021):

- Hebamme Bachelor of Science (BSc) oder Diplom als Hebamme und nachträglicher Titelerwerb Fachhochschule (NTE FH);
- Hebamme MSc oder Msc im Gesundheitsbereich im Umfang von 90 European Credit Transfer System (ECTS) -Punkten;
- Hebamme MAS oder MAS im Gesundheitsbereich im Umfang von mindestens 60 ECTS-Punkten, zusätzlich müssen 30 ECTS-Punkte «sur dossier» erworben werden;
- mindestens 5500 Stunden Berufserfahrung als praktizierende Hebamme (entspricht drei Jahren Arbeit auf Vollzeitbasis mit einem Beschäftigungsgrad von 90%), und zwar vor, während oder nach dem MSc. Diese Berufsausübung kann in Teilzeit erfolgen, im Ganzen muss jedoch die obengenannte Stundenanzahl erreicht werden.
- Um als APM registriert zu werden oder den Titel APM zu behalten, muss die Hebamme mindestens 40–50% als APM in der klinischen Praxis arbeiten und den größten Teil ihres Arbeitspensums in der Rolle einer APM mit direktem Kontakt zu Frauen und Familien praktizieren.

Derzeit entstehen – meist initiiert von engagierten Absolventinnen des MSc – an verschiedenen Spitälern erste Rollenprofile im Bereich der AMP [58]. Diese haben zunächst einen pionierhaften Charakter, da sie weder auf einer schweizweit einheitlichen Definition und Konzeptualisierung noch auf einer gesetzlichen Grundlage basieren [4]. Auch in anderen Disziplinen des Gesundheitswesens werden Pionierrollen beschrieben, so werden etwa in Praxen von Hausärztinnen und -ärzten Nurse-Practioner-Rollen implementiert. Um diese Projekte weiter auszubauen, müssen zuerst die finanziellen und rechtlichen Gegebenheiten geklärt werden [55].

Abgrenzung BSc und MSc Hebamme sowie APM

In der Schweiz orientieren sich die Abschlusskompetenzen beider Stufen am kanadischen CanMEDS 2015 Modell, welches die sieben Rollen: Expert, Teamworker, Health Advocate, Professional, Communicator, Leader und Scholar beschreibt [27]. Auf Bachelorstufe bestehen bereits definierte Abschlusskompetenzen, wohingegen die Abschlusskompetenzen auf Masterstufe aktuell in Erarbeitung sind [41]. Zur Unterscheidung der verschiedenen Kompetenzniveaus wird hier beispielhaft anhand der Rolle „Expert“ eine der BSc- und MSc-Hebammen-Kompetenzen beschrieben. Eine BSc-Hebamme ist in der Lage, klinische komplexe Assessments durchzuführen und behandlungswürdige Risikofaktoren und Komorbiditäten zu erkennen. Eine MSc-Hebamme hingegen kann in komplexen Situationen innerhalb eines interprofessionellen Teams die Fallführung übernehmen und ist verantwortlich für die Koordination der verschiedenen Leistungserbringer. Damit gewährleistet sie die Behandlungskontinuität in komplexen klinischen Situationen [5], womit sie direkt die klinische Versorgung verbessert [3, 4].

Bei einer APM kommt zu der obenerwähnten Kompetenz eine Fachspezialisierung hinzu (z.B. perinatale psychische Gesundheit). Eine APM kann in ihrem definierten Bereich eigenständig arbeiten und möglicherweise auch ärztliche Aufgaben übernehmen. Letztere werden häufig unter Supervision oder in Delegation eines Facharztes/einer Fachärztin ausgeübt [21, 58].

Weiter qualifiziert der MSc-Abschluss für Karrieren in Lehre und Forschung, sowie in Leitungsfunktionen [5].

Herausforderungen in der Umsetzung von APM-Rollen in der Schweiz

Das seit dem 30. September 2016 gültige GesBG (Stand Januar 2022) [13] beinhaltet keine Regelung der Gesundheitsberufe auf Masterstufe, da in den Entstehungsjahren des Gesetzes die Aufgaben und Kompetenzen von nichtärztlichen Gesundheitsfachpersonen auf Masterstufe nicht ausformuliert und somit nicht bekannt waren [13,35]. Ebenfalls konnte der Mehrwert von spezialisierten Rollen und erweiterten Funktionen, die einen MSc-Abschluss voraussetzen, gegenüber Gesellschaft, Politik, Stakeholdern, aber auch innerhalb der Gesundheitsberufe bis dato nur in geringem Maße auf Studienbasis dargelegt werden [26]. Die Kompetenzen einer MSc-Hebamme in der Praxis gilt es noch deutlicher von jenen einer BSc-Hebamme abzugrenzen. Obwohl der Mehrwert von AMP aufgrund der Veränderungen und Herausforderungen im Gesundheitswesen vermutet werden kann, wird er kontrovers diskutiert [4].

Was die oben erwähnten Herausforderungen betrifft, soll die Entwicklung von AMP-Rollen im schweizerischen Kontext [4] Gegensteuer geben. Ohne gesetzliche Regelung und formulierte MSc-Abschlusskompetenzen für Hebammen könnte es in der Schweiz zu einem Wildwuchs an AP-Rollen kommen, was dem Qualitätsanspruch des Schweizer Gesundheitssystems kaum Rechnung tragen würde [17].

Rolle der Fachhochschulen

In diversen Gesundheitsberufen, beispielsweise den Fachrichtungen Pflege, Physiotherapie und Ergo-

therapie, wird für die Ausübung einer AP-Rolle ein MSc-Abschluss vorausgesetzt, was auch in der Schweiz der Fall ist [19, 28, 30, 60]. Vor 2009 gab es hier keine Möglichkeit, einen berufsspezifischen konsekutiven MSc zu absolvieren. Schweizer Hebammen erwarben ihren MSc in Midwifery meist in Großbritannien oder Österreich. Zwischen 2009 und 2021 war die Haute école spécialisée de la Suisse occidentale (HES-SO) Teil des Programms «European MSc in Midwifery» (120 ECTS-Punkte). Es wurde in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Hochschule Hannover in Deutschland und der Academie Verloskunde Maastricht in den Niederlanden vorwiegend online und in englischer Sprache angeboten. 2017 wurde das Angebot durch die mit 90 ECTS-Punkten kreditierten berufsspezifischen Masterstudiengänge der Berner Fachhochschule, der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, der HES-SO sowie der Haute école de santé Genève ergänzt. Die vier MSc-Studiengänge Hebamme der Schweiz vermitteln unter anderem die Kernkompetenzen von AP nach Tracy und O'Grady [62]. Sie bilden die Grundlage für die Übernahme von APM-Rollen in der erweiterten und hochspezialisierten klinischen Praxis [4].

Schlussfolgerung und Ausblick

Um den zunehmend hohen Anforderungen in der perinatalen Gesundheitsversorgung gerecht zu werden, braucht es qualifizierte Hebammen mit einem MSc-Abschluss, die in anspruchsvollen Betreuungssituationen kompetent und mit erweitertem Fachwissen handeln. Der Einsatz von AMP in der Grund- oder spezialisierten Versorgung hat das Potenzial, maternale und neonatale Outcomes und die Zufriedenheit von Frauen und Familien zu verbessern [6].

Die Entwicklung und Etablierung von AMP-Rollen leisten einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung sowie zur Professionalisierung und Akademisierung des Hebammenberufs [26]. Das AMP-Modell stellt eine wichtige Grundlage für qualifizierte Hebammen auf MSc- oder Doktoratsstufe dar. Diese beteiligen sich im Rahmen von Forschungsprojekten an der Generierung neuer Evidenzen, vermitteln diese in der Lehre, beteiligen sich kompetent an ethischen Entscheidungsfindungen und leisten einen relevanten Beitrag zur Interprofessionalität in komplexen klinischen Situationen [4]. Nicht zu unterschätzen ist die Bedeutung von AMP-Rollen für die Attraktivitätssteigerung des Hebammenberufs, denn sie bilden ein wichtiges Element für eine weiterführende klinische oder außerklinische Karriere für Hebammen, die sich für die Entwicklung von Expertise in einem spezifischen Fachgebiet interessieren [4]. Eine solche berufliche Perspektive könnte eine wichtige Maßnahme sein, um dem aktuell bestehenden hohen Hebammenmangel in der Schweiz entgegenzuwirken.

Das Kompetenzprofil von Hebammen MSc – insbesondere von Hebammen in AMP-Rollen – gilt es in der Schweiz in unmittelbarer Zukunft weiterzuentwickeln und zu schärfen. Das Positionspapier «Advanced Midwifery Practice» der BKH ist im schweizerischen Kontext ein erster Meilenstein in dieser bildungspolitisch hoch brisanten Diskussion.

Literaturangaben

1. Aubry E, Cignacco Müller E. Hebammengeleitete Geburtshilfe im Kanton Bern Antwort auf das Postulat der Grossrätin Frau Natalie Imboden (126.2013) Ein Expertinnen- und Expertenbericht. 2015 [Zugriff: 27.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.bfh.ch/dam/jcr:6a91b3a3-baa5-4824-bbbc-20439fa74b18/projektbericht-heb-ammengeleitete-geburtshilfe-im-kanton-bern.pdf
2. Aubry E, Oelhafen S, Fankhauser N, Raio L, Cignacco Müller E. Adverse Perinatal Outcomes for Obese Women Are Influenced by the Presence of Comorbid Diabetes and Hypertensive Disorders. Sci Rep. 2019;9(1):9793. DOI: 10.1038/s41598-019-46179-8.
3. Berner Fachhochschule Gesundheit, Schneider M, Cignacco Müller E. Argumentarium zugunsten der Regelung vom Masterstudiengang für Hebammen im Gesundheitsberufegesetz (GesBG). [Unpubliziertes, Internes Dokument Berner Fachhochschule]. 2023.
4. Berufskonferenz Hebamme der Fachkonferenz Gesundheit und Schweizerischer Hebammenverband. Positionspapier zu Advanced Practice Midwifery Practice im schweizerischen Kontext - Ein Dokument zur professionsinternen Information, Diskussion und Weiterentwicklung [Internet]. 2021 [Zugriff: 15.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.bfh.ch/dam/jcr:e9b86ddf-7c42-4b2f-96e2-4b922816949b/Positionspapier-Advanced-Practice-Midwifery-Schweiz.pdf
5. Berufskonferenz Hebamme der Fachkonferenz Gesundheit und Schweizerischer Hebammenverband. FKG-CSS Transversale MSc Abschlusskompetenzen. [Unpubliziertes, Internes Dokument Berner Fachhochschule]. 2023.
6. 6Bonsall K, Cheater FM. What Is the Impact of Advanced Primary Care Nursing Roles on Patients, Nurses and Their Colleagues? A Literature Review. Int J Nurs Stud. 2008;45(7):1090–102. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2007.07.013.
7. Brooten D, Youngblut JM, Brown L, Finkler SA, Neff DF, Madigan E. A Randomized Trial of Nurse Specialist Home Care for Women with High-Risk Pregnancies: Outcomes and Costs. Am J Manag Care. 2001;7(8):793–803.
8. Bundesamt für Gesundheit. Frühe Kindheit beeinflusst Gesundheit ein Leben lang [Internet]. Bundesamt für Gesundheit. 2022 [Zugriff: 27.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/praevention-fuer-kinder-und-jugendliche/fruehe-kindheit.html#19_1535985611128___content_bag__de__home__gesund-leben__gesundheitsfoerderung-und-praevention__praevention-fuer-kinder-und-jugendliche__fruehe-kindheit__jcr_content__par_tabs
9. Bundesamt für Gesundheit. Faktenblatt Pflegeinitiative: 2. Etappe Umsetzung Art. 117b und 197 Ziff. 13 BV [Internet]. 2023 [Zugriff: 08.06.2023]. Verfügbar unter: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/berufe gesundheitswesen/teritaerstufe/pflegeinitiative/faktenblatt-umsetzung- etappe2.pdf.download.pdf/20230125_Faktenblatt_2.20Etappe%20Umsetzung%20Pflegeinitiative.pdf
10. Bundesamt für Statistik. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017 Übergewicht und Adipositas [Internet]. 2020 [Zugriff: 27.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/determinanten/uebergewicht assetdetail.14147705.html
11. Bundesamt für Statistik, Sektion Demografie und Migration. Armutsgefährdungsquote [Internet]. Bundesamt für Statistik. 2021 [Zugriff: 25.04.2023]. Verfügbar unter: https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/integrationindikatoren/indikatoren/armutsgefaehrdungsquote.html
12. Bundesamt für Statistik, Sektion Demografie und Migration. Bevölkerung nach Migrationsstatus [Internet]. Bundesamt für Statistik. 2022 [Zugriff: 24.04.2023]. Verfügbar unter: https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/nachmigrationsstatuts.html
13. Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft. Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (811.21) [Internet]. 2016 [Zugriff: 08.06.2023]. Verfügbar unter: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2020/16/de
14. Campbell C, Nowell A, Karagheusian K, Giroux J, Kiteley C, Martelli L, et al. Practical Innovation: Advanced Practice Nurses in Cancer Care. Can Oncol Nurs J. 2020;30(1):9–15. DOI: 10.5737/23688076301915.
15. Canadian Nurses Association. Advanced Practice Nursing: A Pan-Canadian Framework. Ottawa, Ont., Canada: Canadian Nurses Association; 2019.
16. Casey M, O'Connor L, Cashin A, Smith R, O'Brien D, Nicholson E, et al. An Overview of the Outcomes and Impact of Specialist and Advanced Nursing and Midwifery Practice, on Quality of Care, Cost and Access to Services: A Narrative Review. Nurse Educ Today. 2017;56:35–40. DOI: 10.1016/j.nedt.2017.06.004.
17. Cignacco Müller E, Eicher M. Die Schweiz ein internationaler Sonderfall? Ärztegesellschaft Kantons Bern. 2016;(3):11-13.
18. Cignacco Müller E, zu Sayn-Wittgenstein F, Sénac C, Hurni A, Wyssmüller D, Grand-Guillaume-Perrenoud JA, et al. Sexual and Reproductive Healthcare for Women Asylum Seekers in Switzerland: A Multi-Method Evaluation. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):712. DOI: 10.1186/s12913-018-3502-2.
19. Council of Occupational Therapists for the European Countries. Advanced Practice in Occupational Therapy. Switzerland National OT News – COTEC [Internet]. 2019 [Zugriff: 21.04.2023]. Verfügbar unter: https://www.coteceurope.eu/member- ship-2/switzerland-2/switzerland-national-ot-news/
20. Crabbe K, Hemingway A. Public Health and Wellbeing: A Matter for the Midwife? BJM. 2014;22(9):634–40. DOI: 10.12968/b-jom.2014.22.9.634.
21. Von Dach C, Eschmann R, Petry H, Staudacher D, Spirig R. Pflegeexpertin APN: Eine Fortschrittliche Rolle an Der Schnittstelle von Pflege Und Medizin. 2016;(4):216–23.
22. Deneux-Tharaux C, Saucedo M, ENCMM. Les morts maternelles en France: Mieux comprendre pour mieux prévenir. 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015. 2021;237.
23. Draper ES, Gallimore ID, Smith LK, Fenton AC, Kurinczuk JJ, Smith PW, et al. MBRRACE-UK Perinatal Mortality Surveillance Report UK Perinatal Deaths for Births from January to December 2019 [Internet]. 2021 [Zugriff: 27.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.hqip.org.uk/wp-content/uploads/2021/10/Ref.-325-MNI-Perinatal-Surveillance-Main-report-FINAL.pdf
24. Eggenschwiler L, Cignacco Müller E, zu Sayn-Wittgenstein F. Forschung durch Hebammen für bessere Evidenz. Heb Wiss. 2023;(04):56–9. DOI: https://doi.org/10.1007/s43877-023-0774-5.
25. Ehealthsuisse. Strategie eHealth Schweiz 2.0 2018–2024 [Internet]. 2018 [Zugriff: 27.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2018/D/181214_Strategie-eHealth-Suisse-2.0_d.pdf
26. Eissler C, Lehmann U, Tal A, Cignacco Müller E. Neue Master-Curricula: Unsere Antwort auf Herausforderungen im Gesundheitswesen. 2019. DOI: 10.24451/ARBOR.9545.
27. Fachkonferenz Gesundheit der Fachhochschulen der Schweiz. Professionsspezifische Kompetenzen [Internet]. 2021 [Zugriff: 10.09.2023]. Verfügbar unter: https://fkg-css.ch/wp-content/uploads/2021/11/Competences-professions-de-la-sante_D_21.09.03.pdf
28. Fachkonferenz Gesundheit der Fachhochschulen (FKG), Institut für Pflegewissenschaft (INS), Institut universitaire de formation et recherche en soins (IUFRS), Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft (VFP), Swiss ANP (Interessengruppe), et al. The Way to Regulation of APN Roles –Project Planning [Internet]. 2017 [Zugriff: 21.04.2023]. Verfügbar unter: https://30310363-61df-470f-b2de-c9718b50cb15.filesusr.com/ugd/32c467_c8f7be20931f4eec884ba96e3689ead6.pdf
29. Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. Bikantonale Arbeitsgruppe zur hebammengeleiteten Geburtshilfe: Gesamtbericht Zu Den Anforderungen Sowie Ein- Und Ausschluss-Kriterien Für Geburtshäuser [Internet]. 2018 [Zugriff: 27.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.geburtshaus.ch/uploads/docs/AG_HGH_Gesamtbericht_20181206_public_de.pdf
30. Goemaes R, Beeckman D, Goossens J, Shawe J, Verhaeghe S, Van Hecke A. Advanced Midwifery Practice: An Evolutionary Concept Analysis. Midwifery. 2016;42:29–37. DOI: 10.1016/j.midw.2016.09.004.
31. Goemaes R, Shawe J, Beeckman D, Decoene E, Verhaeghe S, Van Hecke A. Factors Influencing the Implementation of Advanced Midwife Practitioners in Healthcare Settings: A Qualitative Study. Midwifery. 2018;66:88–96. DOI: 10.1016/j.midw.2018.08.002.
32. Grand-Guillaume-Perrenoud JA, Origlia P, Cignacco Müller E. Barriers and Facilitators of Maternal Healthcare Utilisation in the Perinatal Period among Women with Social Disadvantage: A Theory-Guided Systematic Review. Midwifery. 2022;105:103237. DOI: 10.1016/j.midw.2021.103237.
33. Grand-Guillaume-Perrenoud JA, zu Sayn-Wittgenstein F, Cignacco Müller E. Barrieren abbauen. Deutsche Hebammenzeitschrift. 2019. DOI: 10.24451/ARBOR.9547.
34. Grylka S, Aeberli R, Günthard B, Meier Käppeli B, Leutenegger V, Pehlke-Milde J. Berufszufriedenheit rund um die Einführung eines von Hebammen initiierten und geleiteten Projekts. Maritim Hotel Berlin. 2019. p. s-0039-3401274 DOI: 10.1055/s-0039-3401274.
35. Hänni T. Neue Rollen im Gesundheitswesen. Vitamin G. 2019;(Nr. 6):9–30.
36. Harrington CC. Nurse Practitioner Practice Patterns for Management of Heart Failure in Long-Term Care Facilities. J Dr Nurs Pract. 2016;9(1):73–80. DOI: 10.1891/2380-9418.9.1.73.
37. Health Education England, University of East Anglia. Advanced Clinical Practice in Midwifery: Capability Framework [Internet]. 2022 [Zugriff: 20.03.2023]. Verfügbar unter: https://advanced-practice.hee.nhs.uk/launched-today-advanced-clinical-practice-in-midwifery-capabilities-framework/
38. Kersten I, Lange AE, Haas JP, Fusch C, Lode H, Hoffmann W, et al. Chronic Diseases in Pregnant Women: Prevalence and Birth Outcomes Based on the SNiP-Study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2014;14(1):75. DOI: 10.1186/1471-2393-14-75.
39. Klamroth V, Gemperle M, Ballmer T, Grylka-Baeschlin S, Pehlke-Milde J, Gantschnig B. Does Therapy Always Need Touch? - A Cross-Sectional Study among Switzerland-Based Occupational Therapists and Midwives Regarding Their Experience with Health Care at a Distance during the COVID-19 Pandemic in Spring 2020. BMC Health Serv Res. In Review. 2020 Nov. DOI: 10.21203/rs.3.rs-103168/v1.
40. Koch A, Kozhumam A, Albrecht T, Son H, Brandon D, Docherty S. Parental Decision-Making: Intersections of Hope, Communication, Relationships, and Emotions. J Pediatr Health Care. 2022;36(2):210. DOI: 10.1016/j.pedhc.2021.07.008.
41. Krahl A. Advanced Midwifery Practice – Ein erweitertes Handlungsfeld für Hebammen. Hebamme. 2023;36(03):20–9. DOI: 10.1055/a-2060-3237.
42. De Labrusse C, Ramelet A-S, Humphrey T, Maclennan SJ. Patient-Centered Care in Maternity Services: A Critical Appraisal and Synthesis of the Literature. Womens Health Issues. 2016;26(1):100–9. DOI: 10.1016/j.whi.2015.09.003.
43. Lange U, Schnepp W, zu Sayn-Wittgenstein F. Das subjektive Erleben chronisch kranker Frauen in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett – eine Analyse qualitativer Studien. Z Geburtsh Neonatol. 2015;219(04):161–9. DOI: 10.1055/s-0034-1398632.
44. Maier C, Aiken L, Busse R. Nurses in Advanced Roles in Primary Care: Policy Levers for Implementation. OECD Health Working Papers. 2017;(98). DOI: 10.1787/a8756593-en.
45. Nagle U, Farrelly M. Women's Views and Experiences of Having Their Mental Health Needs Considered in the Perinatal Period. Midwifery. 2018;66:79–87. DOI: 10.1016/j.midw.2018.07.015.
46. Nursing and Midwifery Board of Ireland. Advanced Practice (Midwifery) Standards and Requirements [Internet]. 2018 [Zugriff: 20.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.nmbi.ie/NMBI/media/NMBI/Advanced-Practice-(Midwifery)-Standards-and-Requi-

rements-2018-final.pdf

47. Origlia Ikhilor P, Hasenberg G, Kurth E, Stocker Kalberer B, Cignacco Müller E, Pehlke-Milde J. Barrierefreie Kommunikation in der geburtshilflichen Versorgung allophoner Migrantinnen – BRIDGE [Internet]. 2017 [Zugriff: 06.06.2023]. Verfügbar unter: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/natprogramm-migration-und-gesundheit/chancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/mutter-kind-gesundheit-in-der-migrationsbevoelkerung/BRIDGE-Studie/BRIDGE-Studie%20Barrierefreie%20Kommunikation.pdf.download.pdf/Projektbericht_BRIDGE.pdf
48. Origlia P, Hasenberg G, Kurth E, Asefaw F, Pehlke-Milde J, Cignacco Müller E. Communication Barriers in Maternity Care of Allophone Migrants: Experiences of Women, Healthcare Professionals, and Intercultural Interpreters. J Adv Nurs. 2019;75(10):2200–10. DOI: 10.1111/jan.14093.
49. Origlia P, Jevitt C, Sayn-Wittgenstein F zu, Cignacco Müller E. Experiences of Antenatal Care Among Women Who Are Socioeconomically Deprived in High-Income Industrialized Countries: An Integrative Review. Journal of Midwifery & Women's Health 2017;62(5):589–98. DOI: 10.1111/jmwh.12627.
50. Oudshoorn N. Telecare Technologies and the Transformation of Healthcare. London: Palgrave Macmillan UK; 2011. DOI: 10.1057/9780230348967.
51. Perrenoud P. REISO - Revue d'information Social et Santé de Suisse Romande [Internet]. 2017. [Zugriff: 27.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.reiso.org/
52. Perrenoud P. Détresses Sociales Autour de La Naissance. Emulations - Revue de sciences sociales. 2020;(35–36):37–50. DOI: 10.14428/emulations.03536.03.
53. Peter KA, Grylka S, Golz C, Hahn S. Nachhaltiges Personal-management in Zeiten knapper Ressourcen. Obstetrica. 2020. DOI: 10.21256/ZHAW-21006.
54. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-Led Continuity Models versus Other Models of Care for Childbearing Women. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2016(4). DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
55. Schlunegger MC, Palm R, Zumstein-Shaha M. Der Beitrag von Advanced Practice Nurses in Schweizer Hausarztpraxen: Multiple Case Study Design. Pflege. 2023;36(1):40–7. DOI: 10.1024/1012-5302/a000890.
56. Sektion Demografie und Migration. Integration. Bundesamt für Statistik [Internet]. 2022 [Zugriff: 24.04.2023]. Verfügbar unter: https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/integration.html
57. Serrano M, NGM Staff, Nowakowski Kelsey. Can the Lives of Mothers Giving Birth Be Saved? Culture [Internet]. 2018 [Zugriff: 27.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.nationalgeographic.com/culture/article/maternal-mortality-usa-health- motherhood
58. Sutter L, Cignacco Müller E, Walther S, Surbek D. «Advanced Midwifery Practice» – Ein Umsetzungsbeispiel. Obstetrica. 2021.
59. Swanborough N. Epilepsy Midwife Looks at Risks around Epilepsy Drugs during Pregnancy [Internet]. 2021 [Zugriff: 29.03.2023]. Verfügbar unter: https://epilepsysociety.org.uk/blog/epilepsy-midwife-looks-risks-around- epilepsy-drugs-during-pregnancy
60. Swiss Advanced Physiotherapy Practitioner (SwissAPP), Physioswiss. Positionspapier Swiss Advanced Physiotherapy Practitioner (SwissAPP) [Internet]. 2018 [Zugriff: 21.04.2023]. Verfügbar unter: https://www.physioswiss.ch/media/3645/download/190725__d__Positionspapier%20SwissAPP.pdf?v=2
61. Toxvig L, Hyldgård Nielsen J, Jepsen I. Women's Experiences with Managing Advice on Gestational Diabetes - a Qualitative Interview Study. Sex Reprod Healthc. 2022;34:100780. DOI: 10.1016/j.srhc.2022.100780.
62. Tracy MF, O'Grady ET, editors. Hamric and Hanson's Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach. Edition 6. St. Louis, Mo.: Elsevier; 2019.
63. Trost S, Beauregard J, Chandra G, Njie F, Berry J, Harvey A, et al. Pregnancy-Related Deaths: Data from Maternal Mortality Review Committees in 36 US States, 2017–2019 [Internet]. 2022 [Zugriff: 20.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternal-mortality/erase-mm/data-mmrc.html
64. World Health Organization. NURSES AND MIDWIVES: A Vital Resource for Health—European Compendium of Good Practices in Nursing and Midwifery towards Health 2020 Goals [Internet]. 2020 [Zugriff: 20.03.2023]. Verfügbar unter: https://apps.who.int/iris/handle/10665/353563
65. Zumstein-Shaha M, von Dach C, Moramba R, Thormann K, Schenk M, Fröhli C, et al. Neue Rollen der nicht ärztlichen Berufe in der Schweizer Grundversorgung. Primary and Hospital CARE - Allgemeine Innere Medizin 2022;22(4):106–9.

Zum 15-jährigen Jubiläum der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) hat die Redaktion der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft Vertreterinnen verschiedener Organisationen, mit denen die DGHWi vor allem im Bildungsbereich kooperiert um eine kurze Darstellung ihrer Tätigkeit und möglicher Zusammenarbeit mit der DGHWi gebeten. Die eingereichten Beiträge finden Sie hier.

Fort und Weiterbildung im deutschen Hebammenverband (DHV)

Der Deutsche Hebammenverband hat den satzungsgemäßen Auftrag, für seine Mitglieder geeignete Fort- und Weiterbildungen anzubieten.

Neben den Fortbildungen und Fachtagen für alle Bereiche im Betreuungsbogen der Hebammen gibt es Kooperationen mit Hochschulen für die Weiterbildung zur Praxisanleitung und die Weiterbildung für Hebammen in Leitungsfunktionen.

Der Bildungsbereich im DHV beschäftigt sich neben der Fort- und Weiterbildung der Kolleginnen auch mit der Ausbildung der werdenden Hebammen. Nach der erfolgreichen Umsetzung der Akademisierung des Berufes, gilt es nun, das Gesetz richtig zu interpretieren und praktikable Lösungen für die Herausforderungen, die eine Umstrukturierung mit sich bringt, zu implementieren.

Seit März 2022 bietet der DHV einen Jour-Fixe für die Lehrenden im Hebammenwesen und die Vertreterinnen den verantwortlichen Praxiseinrichtungen an. Zu Beginn monatlich, sind inzwischen die Abstände größer und ein breites Wissen aus diesen Treffen ist protokolliert und steht allen Interessierten auf unserer online Plattform OlGA zur Verfügung. Internationaler Studierendenaustausch, rechtliche Fragen, viele Fragen rund um die Praxisanleitung und die Kooperationen mit den freiberuflichen Kolleginnen wurden schon beantwortet. Die Anmeldung zu diesen Jour-Fixes erfolgt über den Fortbildungsbereich des DHV.

Aufgrund der Ergebnisse und der Bedarfe dieser regelmäßigen Treffen wurde eine Fortbildungsreihe für die Praxisanleiter*innen initiiert. Jeden zweiten Mittwoch im Monat von 18.00 Uhr – 19.30 Uhr bieten wir gemeinsam mit den Hochschulen eine online Fortbildung an. Unter dem Titel „Wissens Update" werden Themen aus den Vorlesungen 45 Minuten vorgestellt und in den zweiten 45 Minuten erläutert, wie diese Themen in die Praxis transferiert werden kann. Diese Online Fortbildungsreihe erlebt einen sehr großen Zuspruch. Aktuell suchen wir wieder Referent*innen die ihre Vorlesung einer „Zweitverwertung" zuführen möchten. Wir freuen uns, wenn sich Kolleginnen für die Termine 2024 und 2025 bei Isabell Schwager, unserer Mitarbeiterin im Fortbildungsbereich, melden.

Aus diesen ersten gemeinsamen Treffen zwischen DHV und Vertreterinnen der Hochschulen entstand die Idee einer gemeinsamen größeren Veranstaltung. Die erste Konferenz zur pädagogischen Arbeit im Hebammenstudium, als gemeinsame Veranstaltung von DGHWi und DHV, findet am 10.02.2024 an der Evangelischen Hochschule in Berlin statt. Der call for abstracts ist beendet und neben wissenschaftlichen Vorträgen und einer Poster Session sind Workshops und eine Podiumsdiskussion geplant.

Der DHV und die DGHWi erarbeiten, zum Teil in enger Absprache, Stellungnahmen zu politischen Themen. Da wir eine kleine Berufsgruppe sind, sind Absprachen wichtig um unseren gemeinsamen Forderungen großes Gewicht zu verleihen. Die Zusammenarbeit zwischen DGHWI und DHV hat sich verstetigt und steht auf sicheren Füßen.

Der Ausschuss Hebammenwissenschaft in der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA)

Die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) ist eine hochschuldidaktische, wissenschaftliche Fachgesellschaft für die Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Human- und Zahnmedizin und den Gesundheitsberufen. Sie setzt sich gemäß ihrer Satzung für eine „evidenzbasierte, ressourcen-schonende und humane Hochleistungsmedizin […] und die Fähigkeit zur Zusammenarbeit mit allen Gesundheitsberufen und lebenslangem Lernen" ein. Die Arbeit findet in 26 Ausschüssen statt. In jedem Ausschuss können sich themenbezogene und unabhängig organisierte Unter-Arbeitsgruppen bilden, die aktuelle Literatur zusammentragen, analysieren und diskutieren und/oder Workshops mit Dozent*innen veranstalten, die Ergebnisse auswerten und einen gemeinsamen Schreibprozess etablieren. Studierende sind zur Mitarbeit sehr willkommen. Als technischer Support und zur Vernetzung untereinander dient die Lernplattform ILIAS. Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird als sehr wichtig erachtet.

Die GMA veranstaltet jährlich im August/September eine große mehrtägige Tagung, zuletzt vom 14.-16.09.2023 in Osnabrück. Zur GMA gehört die Zeitschrift für Medizinische Ausbildung („GMS-Journal for Medical Education", JME [www.gma-jme.org]. Sie ist peer-reviewed und hat 2023 einen Impact Faktor von 1,6. Aktuelle Forschungsergebnisse erscheinen Open Access sowohl in Englisch als auch in Deutsch.

Der Ausschuss Hebammenwissenschaft (AHW) wurde im Juni 2022 gegründet. Er bietet die Plattform für einen – vor allem auch interprofessionellen und interdisziplinären – Austausch von Erfahrungen und Informationen zu Lehr-/Lern- und Prüfungsformaten, der Beforschung und (Weiter-) Entwicklung von berufsbildenden und wissenschaftlich fundierten, pädagogisch-didaktischen Lehr-Lern-Konzepten und Prüfungsszenarien und der Entwicklung von geeigneten Instrumenten und Konzepten zur Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten sowie Möglichkeiten der Verfügbarmachung dieses Wissens innerhalb und außerhalb der Disziplin. Damit werden nun pädagogisch-didaktische Fragen der Hebammenwissenschaft innerhalb der GMA institutionalisiert und professionalisiert. Langfristiges Ziel soll die Entwicklung eines einheitlichen Kerncurriculums für die verschiedenen Standorte (HAWs/FHs/Universitäten) sein

Autor*innen

Fort und Weiterbildung im Deutschen Hebammenverband (DHV)

Prof.in Dr.in
Lea Beckmann

und damit die hochwertige akademische Ausbildung von Hebammen in Deutschland.

Dem AHW gehören derzeit 24 Mitglieder aus der Hebammen-, der Gesundheitswissenschaft und der Medizin an.

Folgende Kooperation mit der DGHWi bieten sich an:

- Austausch und Kooperation mit der Sektion Hochschulbildung der DGHWi als hochschulübergreifendes Gremium, in dem Entwicklungen und Planungen der Bildungspolitik im Bereich Hebammenwissenschaft diskutiert und vorangetrieben werden.
- Nutzen von Synergien beispielsweise durch gegenseitigen Besuch/Zusammenarbeit bei Vorträgen, Workshops und der jeweiligen Jahrestagungen von DGHWi und GMA.
- Werbung für weitere aktive Mitarbeit von DGHWi-Mitgliedern in interprofessionellen Arbeitsgruppen, z.B. bei der Entwicklung eines Kompetenzmodells / Kerncurriculums sowie eines Lernzielkatalogs, Entwicklung von innovativen Lehrformaten/Prüfungsformaten insbesondere zur Förderung und Überprüfung des Theorie-Praxis Transfers und der interprofessionellen Zusammenarbeit.

Wie breit ist Hebammenwissenschaft zu denken?

Mit der Akademisierung erfährt die Professionalisierung des Hebammenberufs eine weitere Dynamisierung. Unter einer systemischen Perspektive kann der Professionalisierungsprozess einer Berufsgruppe jedoch nicht auf die Anwendung hebammenwissenschaftlicher Erkenntnisse beschränkt bleiben. Auch die rahmengebenden Strukturen und Prozesse müssen auf institutioneller und gesellschaftlicher Ebene in der Breite berücksichtigt und an die Anforderungen des Studiums von Hebammen und der Versorgungsbedarfe von Frauen* und ihren Familien angepasst werden.

Die Akademisierung wird seit Jahren intensiv von DGHWi und Sektion Hochschulbildung in Fragen der rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen des Studiums von Hebammen und deren organisatorischen und pädagogisch-didaktisch Umsetzung durch Hebammenwissenschaftlerinnen der Hochschulstandorte begleitet. Neben dem ressourcenintensiven Aufbau und der Weiterentwicklung hebammenwissenschaftlicher Studiengänge war und ist dies eine erhebliche zeitliche und organisatorische Herausforderung.

Daher haben die Mitglieder der Sektion im Jahr 2022 beschlossen, neben der DGHWi einen hochschul- und bildungspolitisch ausgerichteten Fachbereichstag zu gründen, der die Interessen der Hochschulen für angewandte Wissenschaft (HAWs) und Universitäten mit einem Studium von Hebammen auf Bundesebene gegenüber relevanten Akteuren vertritt. Die Gründung des Hebammenwissenschaftlichen Fachbereichstags e. V. (HWFT) erfolgte am 15. Mai 2023 in Berlin.

Mit der bildungs- und hochschulpolitischen Ausrichtung des HWFT, der fachwissenschaftlichen Expertise der DGHWi und der pädagogischen Orientierung der Sektion Hochschulbildung wollen sich Fachgesellschaft und Fachbereichstag zukünftig zielorientiert ergänzen und unterstützen sowie doppelte Sichtbarkeit und Interessenvertretung gegenüber Entscheidungsträgern in Politik und Verwaltung erreichen. Diese Absicht konnte Anfang September erstmalig realisiert und gemeinsam zentrale Änderungsvorschläge zu Hebammengesetz und Hebammen-Studien- und Prüfungsvorordnung an das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt werden. Auch an dieser gelingenden Zusammenarbeit wird deutlich, wie sich die Professionalisierung im Feld der Hebammenwissenschaft inzwischen über alle Ebenen und Entscheidungsbereiche zieht. Mit der Gründung des HWFT wird die bisherige professionelle Arbeit zukünftig in einem weiteren wichtigen Einfluss- und Entscheidungsbereich in Wissenschaft und Bildung verstärkt.

Autor*innen

Wie breit ist Hebammenwissenschaft zu denken?

Dr.in **Melita Grieshop,** Evangelische Hochschule Berlin

Dr.in **Henrike Todorow,** Universitätsmedizin Leipzig

Sprecherinnen des AHW:
Prof.in Dr.in **Nicola H. Bauer** Universität zu Köln

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

Prof.in Dr.in **Sabine Striebich** Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Rebecca Dallmann, M. Sc., Hochschule Bielefeld

(Un-)Zuverlässigkeit einer Hebamme – Auswirkung von Straftaten auf die Berufsausübung

Hintergrund

„Hebammen leisten einen unverzichtbaren Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung und Begleitung von Frauen von Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit, sowie von Neugeborenen und Säuglingen“ [4]. Daher ist es ein wichtiges Anliegen des Staates eine qualitativ hochwertige Hebammenversorgung sicherzustellen [5]. Hierfür bedarf es gesetzlicher Vorschriften, die garantieren müssen, dass Hebammen die notwendigen Qualifikationen zur Bewältigung dieser Aufgabe besitzen und, dass sowohl die Frauen als auch die Feten und die Neugeborenen vor, während und nach der Schwangerschaft ausreichend geschützt sind. Diese gesetzlichen Vorschriften, insbesondere jene, die die Erlaubnis zum Ausüben des Berufes „Hebamme“ betreffen, sollen im Folgenden dargestellt werden.

Überblick gesetzlicher Regelungen

Gesetzliche Regelungen finden sich vorrangig im seit dem 01.01.2020 reformierten „Gesetz über das Studium und den Beruf der Hebamme“ (HebG), in der Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV) sowie in den Berufsordnungen der 16 Bundesländer (BayHebBO, HebBO BW etc.), wobei sich die Inhalte dieser lediglich in Details voneinander unterscheiden [8].

Wer Hebamme sein möchte, bedarf der Erlaubnis, §5 Abs. 1 HebG. Diese muss bei der zuständigen Behörde beantragt werden und wird erteilt, wenn die vier aufgelisteten Zulassungsvoraussetzungen des §5 Abs. 2 HebG vorliegen. Dies ist der Fall, wenn die antragstellende Person

1. das vorgeschriebene Studium erfolgreich absolviert und die staatliche Prüfung bestanden hat,
2. sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich ihre Unwürdigkeit oder ihre Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt,
3. nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist und
4. über die Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt, die für die Ausübung des Berufs erforderlich sind.

Wenn eine Voraussetzung nach Erteilung wieder entfällt, hat die Behörde die erteilte Erlaubnis gem. §7 Abs. 1 HebG zurückzunehmen.

Ziel

Während sich die Voraussetzungen Nr. 1, 3 und 4 mittels messbarer Methoden wie einem Abschlusszeugnis, einem ärztlichen Attest und einem Sprachzertifikat feststellen lassen, ist die Voraussetzung der Würdigkeit/Zuverlässigkeit nicht messbar. Es handelt sich dabei um einen unbestimmten Rechtsbegriff, der vom Gesetzgeber bewusst offen formuliert worden ist, um verschiedene Interpretationen zuzulassen und um die Norm so auf möglichst viele verschiedene Lebenssachverhalte anwenden zu können [3, Rn. 570]. Den Behörden wird also ein Beurteilungsspielraum gegeben, damit jeder Sachverhalt individuell nach seinen konkreten Umständen bewertet werden kann.

Eine Definition der Unzuverlässigkeit wird somit erst mithilfe von Beispielen und Verwendungsgründen der Praxis sowie mithilfe gerichtlicher Überprüfungen der Verwaltungsentscheidungen entwickelt [9, Rn. 27]. Die Darstellung dieser Definition ist Ziel dieser Arbeit, damit aktuell tätige und angehende Hebammen verstehen, wie sich potenzielle Fehlverhalten auf ihre Berufstätigkeit auswirken können.

Methodik

Ausgangspunkt der Recherche bildete das reformierte „Gesetz über das Studium und den Beruf der Hebamme“ (HebG) sowie die Ausführungen im dazugehörigen Gesetzesentwurf des Deutschen Bundestages [5]. Schwerpunktmäßig wurde beim Erstellen dieser Arbeit insbesondere ständige Rechtsprechung bezüglich Entscheidungen zu Unzuverlässigkeitsgründen bei Hebammen analysiert, da die Definition der Unzuverlässigkeit erst anhand von Praxisbeispielen entwickelt wird. Parallel wurde auch Rechtsprechung zur Unzuverlässigkeit im Zusammenhang mit anderen Berufen des Gesundheitswesens (Krankenpfleger*innen, Notfallsanitäter*innen, etc.) analysiert. Die Zuverlässigkeit ist nämlich eine Standardvoraussetzung bei allen bundesrechtlich geregelten Heilberufen [10]. Dies ergibt sich aus der Regelungsabsicht des Gesetzgebers, allen Patienten*innen der BRD gesicherten Gesundheitsschutz zu gewährleisten [16]. Die Urteile wurden über das juristische Informationssystem „juris“ recherchiert und nach Aktualität sowie Ausführlichkeit der Sachverhalte und der gerichtlichen Argumentationen ausgewählt. Ebenso wurde aktuelle Fachliteratur zu den Themen Hebammenrecht und Verwaltungsrecht ausgewählt, um allgemein die Funktionsweise der Behörden und grundlegende Rechtsdefinitionen darzustellen [3, 7-10].

Ergebnisse und Diskussion

Unzuverlässigkeit wird in der Literatur allgemein definiert als ein Charaktermangel oder ein vorwerfbares Verhalten, z.B. im Sinne einer Straftat, das keine ausreichende Gewähr für eine ordnungsgemäße Berufsausübung bietet [7]. Unwürdig ist hingegen, wer durch sein Verhalten das zur Ausübung des Berufes erforderliche Ansehen und Vertrauen bei der Bevölkerung nicht besitzt [10]. Unwürdigkeit ist damit viel mehr von subjektiven Wahrnehmungen Außenstehender abhängig.

Nach Definition der Rechtsprechung ist eine Hebamme unzuverlässig, wenn ein Verhalten vorliegt, das nach Art, Schwere und Zahl von Verstößen insbesondere gegen Berufspflichten die Prognose rechtfertigt, die Hebamme biete aufgrund der begangenen Verfehlungen nicht die Gewähr, in Zukunft alle in Betracht kommenden, insbesondere die berufsspezifischen Vorschriften und Pflichten zu beachten [13].

Dabei sind die gesamte Persönlichkeit der Hebamme und ihre Lebensumstände zu würdigen, sodass auch nicht berufsbezogene Verfehlungen, wie die in rechtskräftigen Strafurteilen oder Strafbefehlen enthaltenen Tatsachen, die Annahme der Unzuverlässigkeit begründen können [11].

Autor*innen

Felix Dieckmann

Qualifikationsabschluss: Bachelor of Laws, LL.B. des.

Betreuer*in:
Frau Prof. Dr.
Julia Maria Gokel

Studiengang: Wirtschaftsrecht, Schwerpunkt Gesundheits- und Medizinrecht

Deshalb kann bei Antragsstellung die Vorlage eines erweiterten Führungszeugnisses verlangt werden [5]. Unter einer Straftat versteht man jede Handlung durch Tun oder Unterlassen, die einen gesetzlichen Straftatbestand erfüllt und rechtswidrig und schuldhaft begangen wird [8]. Hierbei kommt es einerseits auf Art, Umfang und Schwere der Tat an. Andererseits muss es sich auch um eine Tat handeln, die gerade in Bezug auf die Hebammentätigkeit Rückschlüsse zur beruflichen Eignung zulässt (Kausalzusammenhang) [8]. Von Bedeutung sind daher insbesondere Straftaten, die während der Berufstätigkeit begangen werden oder solche, die zwar außerhalb von der Berufstätigkeit begangen werden, aber dennoch aufzeigen, dass die Hebamme ungeeignet ist, mit Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen, Neugeborenen oder anderem Gesundheitspersonal zusammenzuarbeiten. Zu solchen Straftaten zählen vor allem Körperverletzungsdelikte, Tötungsdelikte, Sexualdelikte als auch Vermögensdelikte wie Diebstahl oder Abrechnungsbetrug [1, 2, 11, 12]. Ein Einzelfall ist hierbei in der Regel ausreichend [6]. Dies folgt daraus, dass Berufstätige im Gesundheitswesen eine besondere Verantwortung haben, da sie mit vulnerablen Personen arbeiten [15]. Wer sich nun also dadurch strafbar macht, dass er einem schutzbedürftigen Menschen in seiner Tätigkeit als Gesundheitspersonal Schaden zufügt, zeigt damit auf, dass die Gefahr besteht, dass er zukünftig wieder schädigende Handlungen an jenen vornehmen könnte.

Analog kann diese Argumentation auch angewendet werden, wenn eine Hebamme außerhalb des beruflichen Wirkungskreises eine Straftat begeht. Denn ob eine schädigende Handlung allein im privaten Bereich oder auch während der beruflichen Tätigkeit als Hebamme stattfinden wird, ist nicht vorhersehbar [15]. Für Mütter und ihre Neugeborenen, die sich in die Obhut der Hebamme begeben, ist diese Unsicherheit jedoch nicht hinnehmbar [15].

Beispielsweise im Fall einer Hebamme, die sich durch sexuellen Missbrauch an Minderjährigen (1 und 7 Jahre) strafbar machte [15]. Laut Urteil könne es nicht verantwortet werden, ihr den Kontakt und die Pflege von Wöchnerinnen und insbesondere von Neugeborenen zu überlassen. Gerade in der „von Emotion und Intimität geprägten Zeit unmittelbar nach der Geburt ist ein vertrauensvolles Verhältnis der Patienten zur Hebamme unabdingbar“ [15]. Eine Mutter gäbe ihr Neugeborenes nicht in die Obhut einer Hebamme, wenn sie nicht voll auf deren Integrität und Fürsorge vertraute. Die Fürsorge für Neugeborene, dürfe daher nicht einer Person überlassen werden, die Kinder sexuell misshandelt hat und so ein unerträglich hohes Maß an fehlendem Mitgefühl offenbart [15].

Ein weiteres Beispiel ist ein Vorfall aus dem Jahr 2014, bei dem eine Hebamme in einer Klinik unerlaubterweise in 85 Fällen Schmerzmittel entwendete und dabei gegen das Betäubungsmittelgesetz verstieß. Hier begründete das Gericht die Unzuverlässigkeit damit, dass die im Beruf notwendige und für das Wohl der Patient*innen unabdingbare vertrauensvolle Zusammenarbeit mit anderen Hebammen, Ärzt*innen oder mit den Gesundheitsbehörden nicht gewährleistet ist [14]. Die Hebamme hat gezeigt, dass sie „ihre eigenen Interessen über die Interessen der Allgemeinheit stellt“ [14].

Dagegen begründen Vergehen wie Sachbeschädigung, einmaliger Konsum von Cannabis oder ein Autounfall nie eine Unzuverlässigkeit im Sinne des §5 Abs. 2 Nr. 2 HebG. Es fehlt sowohl am Bezug zur Hebammentätigkeit als auch an einem oben beschriebenen schwerwiegenden charakterlichen Mangel wie etwa Rücksichtlosigkeit, Kinderhass, oder auch mehrmalige Verstöße gegen die Schweigepflicht (Verantwortungslosigkeit) [8].

Durch den Entzug der Berufserlaubnis wird der Schutz des generellen Vertrauens in die Integrität des Gesundheitspersonals gewährleistet [6]. Eine fortdauernde Berufstätigkeit einer unzuverlässigen Person wäre geeignet, das Vertrauen in die Zuverlässigkeit aller Berufsangehörigen von Heilberufen mit staatlicher Erlaubnis über die Person des Täters*der Täterin hinaus zu beeinträchtigen [6].

Schlussfolgerung

Unzuverlässigkeit kann aus Straftaten hergeleitet werden. Dabei ist entscheidend, ob sich aus der jeweiligen Straftat Rückschlüsse auf das Verhalten der Betroffenen ziehen lassen. Wenn dies der Fall ist, muss im Einzelfall individuell entschieden werden. Jedoch lässt sich aus Straftaten, die in direktem Bezug zur Hebammentätigkeit stehen, regelmäßig unzuverlässiges Verhalten ableiten.

1. Bayrischer Verwaltungsgerichtshof. Beschluss vom 21.01.2020, 21 C 19.439.
2. Bayrischer Verwaltungsgerichtshof. Beschluss vom 17.06.2020, 21 ZB 18.1807.
3. Bull H P, Mehde V. Allgemeines Verwaltungsrecht mit Verwaltungslehre. 10. Auflage, Heidelberg: C.F. Müller; 2022.
4. Bundesministerium für Gesundheit. Hebammen. [Zugriff: 29.07.2023] Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesund-heitswesen/gesundheitsberufe/hebammen.html
5. Bundestag. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuchs, BT-Drucksache 19/10612 vom 04.06.2019.
6. Bundesverwaltungsgericht. Urteil vom 28.04.2010, 3 C 22.09.
7. Clausen T, Schroeder-Printzen J. Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3.Auflage. München: C.H. Beck; 2020.
8. Diefenbacher M, Frey C, Gruber P, Knobloch R. Praxisratgeber Recht für Hebammen, 2. Auflage, Stuttgart: Hippokrates; 2017. DOI: 10.1055/b-004-129 672
9. Ehlers D, Pünder H. Allgemeines Verwaltungsrecht. 16. Auflage. Heidelberg: C.F. Müller; 2022.
10. Haage H. Pflegeberufsgesetz. 1. Online-Auflage. Baden-Baden: Nomos; 2019. [Zugriff: 19.09.2023] Verfügbar unter: https://beck-online.beck.de/?vpath=bibdata%2Fkomm%2FHaaKoPflBG_1%2FPflBG%2Fcont%2FHaaKoPflBG%2EPflBG%2Ehtm
11. Oberverwaltungsgericht Lüneburg. Beschluss vom 18.01.2017, 8 LA 162/16.
12. Oberverwaltungsgericht Lüneburg. Beschluss vom 04.03.2014, 8 LA 138/13.
13. Oberverwaltungsgericht Münster. Beschluss vom 19.02.2021, 13 A 3028/20.
14. Verwaltungsgericht Arnsberg. Urteil vom 05.10.2020, 7 K 2725/19.
15. Verwaltungsgericht Augsburg. Beschluss vom 4.2.2019, 8 K 18.1974.
16. Verwaltungsgericht Sigmaringen. Urteil vom 8.12.2022, 4 K 3154/21.

Praktische Ausbildung von Hebammen aus der Perspektive der Praxisanleitenden im klinischen Setting

Hintergrund

Mit dem neuen Hebammengesetz (HebG, 2019) und der Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV, 2020) ist die Durchführung von qualifizierter Praxisanleitung werdender Hebammen im berufspraktischen Teil des Studiums gesetzlich verankert [13, 14]. Studierende müssen während eines Praxiseinsatzes durch eine praxisanleitende Hebamme im Umfang von mindestens 25 %, übergangsweise bis zu 15 %, der zu absolvierenden Stundenanzahl strukturiert angeleitet werden [13]. Die Landesgesetzgebung in Nordrhein-Westfalen sieht einen Umfang von mindestens 15 % bis 2025 vor [12].

Der Lernort Krankenhaus stellt im Kontext von Praxisanleitung mitunter eine Herausforderung für alle Beteiligten dar. Dieser ist geprägt durch *„ständig wechselnde Anforderungen“* [4, S. 85], die eine konkrete Planung durch akute Erfordernisse, wie z.B. unerwartete Ereignisse im Geburtsverlauf, in den Hintergrund rücken lassen können. Diese Umstände erschweren die Aufgabe, im Rahmen von Studium und Ausbildung die Praxisphasen durchgehend bedürfnisorientiert zu gestalten [23]. Als hemmend für die Umsetzung von Praxisanleitung wird eine mangelnde Unterstützung oder Wertschätzung dieser Tätigkeit durch die Leitungsebene oder ein zu geringes Verständnis von Kolleg*innen für die Durchführung der Anleitung beschrieben [5].

Die praktische Ausbildung während des Hebammenstudiums in Deutschland und die damit verbundene Anleitung in der Praxis wurde bisher vor allem aus der Perspektive der Lernenden erforscht [27, 28]. Die systematische Literaturanalyse zeigt, dass der Perspektive der praxisanleitenden Hebammen im Kontext der hochschulischen Hebammenausbildung bisher kaum Beachtung geschenkt wurde.

Ziel

Im Rahmen der Bachelorarbeit wurden mögliche fördernde und motivierende Faktoren von Praxisanleitung, sowie Herausforderungen der Tätigkeit aus der Perspektive von Praxisanleitenden im klinischen Setting untersucht. Ziel war es, Empfehlungen abzuleiten, die zur Förderung der Arbeitsbedingungen für praxisanleitende Hebammen und damit zu einer gelingenden Umsetzung der Praxisanleitung im klinischen Setting beitragen können. Die Forschungsfragen lauteten: Welche spezifischen Faktoren fördern die Tätigkeit der praxisanleitenden Hebammen im klinischen Kontext? Wo liegen mögliche Herausforderungen? Welche Optimierungsbedarfe werden gesehen?

Methodik

Um das subjektive Erleben und die individuellen Sichtweisen von praxisanleitenden Hebammen näher zu beleuchten, wurde diesem Forschungsprojekt ein qualitatives Forschungsdesign zugrunde gelegt [21]. Die Datenerhebung erfolgte mittels problemzentrierter Interviews nach Witzel [35, 36]. Dazu wurden von Oktober bis November 2022 vier Interviews mit praxisanleitenden Hebammen aus drei Kliniken in Nordrhein-Westfalen geführt. Der Ablauf der Datenerhebung orientierte sich an Misoch [24].

Eingeschlossen wurden Hebammen, die eine 300-stündige Weiterbildung zur Praxisanleitung gemäß Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen [14] absolviert haben, seit mindestens zwei Jahren als Praxisanleitung in der Ausbildung der werdenden Hebammen tätig waren und zum Zeitpunkt der Erhebung mit einem Stellenanteil von mindestens 50% im klinischen Setting in Nordrhein-Westfalen arbeiteten. Dadurch wurde sichergestellt, dass die Teilnehmenden über umfassende praktische Erfahrungen in diesem Arbeitsfeld verfügten.

Der Feldzugang erfolgte über die Mailverteiler ausgewählter Hochschulen in NRW, die einen Studienaufruf an kooperierende Kliniken weiter-leiteten. Zusätzlich wurde der Aufruf auf der Fortbild-ungsplattform des Deutschen Hebammenverbandes veröffentlicht [6].

Die Leitfadenentwicklung basierte auf der Grundlage des „SPSS-Prinzips“ nach Helfferich [15]. Die Durchführung der vier Interviews erfolgte je nach Wunsch der Teilnehmenden über die Videoplattform Zoom oder in Präsenz. In einem Kurzfragebogen [35, 36] wurden relevante soziodemografische Daten der Teilnehmenden erfasst. Die Teilnehmenden erklärten mittels Teilnahme- und Einverständniserklärung ihre Einwilligung. Die Daten wurden im Sinne der Verordnung datenschutzkonform behandelt [2, 7, 8]. Ein Postskriptum [35, 36] diente der Dokumentation von relevanten Informationen im Anschluss an die Interviews. Die Auswertung der Daten erfolgte mittels strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz [17] mit Unterstützung der Software f4 Transkription und f4 Analyse.

Die im folgenden dargestellte Hauptkategorien „Förderfaktoren“, „Herausforderungen“ und „Optimierungswünsche“ wurden deduktiv aus den Forschungsfragen abgeleitet. Die Entwicklung der Subkategorien erfolgte induktiv. Als Grundlage zur Bewertung der Güte dieser Arbeit fanden die Kriterien nach Steinke Beachtung [34].

Ergebnisse

Die Berufserfahrung der Teilnehmenden als Hebamme liegt zwischen vier und achtzehn Jahren, als Praxisanleitende zwischen zwei und fünfzehn Jahren. Die Teilnehmenden arbeiten im Kreißsaal, auf der Wochenstation oder in beiden Bereichen. Eine der Hebammen wird für Ihre Tätigkeit als Praxisanleitende im Umfang von 10% freigestellt. Eine Interviewte erhält für Ihre Anleitungsaufgaben eine finanzielle Zulage.

Förderfaktoren für die Tätigkeit als praxisanleitende Hebamme in der Klinik

Als hilfreich für die Praxisanleitung wird von allen Teilnehmenden die Freistellung vom regulären Dienst genannt. Diese wird mit einem Zeitgewinn gleichgesetzt, der eine strukturierte Anleitung erst ermöglicht. Als förderlich wird auch die eigene Berufserfahrung gewertet. Erfahrungen aus unterschiedlichen Einsatzorten und aus verschiedenen Perspektiven helfen den Interviewten dabei, die praktische Anleitung der Studierenden durchzuführen. Zudem wird der Austausch mit Kolleg*innen als gewinnbringend erachtet. Eine Interviewte hebt hervor: *„Also ein Austausch mit allen ist immer ein Benefit“* (Interview 3, Absatz 38).

Autor*innen

Gwendolyn Vogt
Qualifikationsabschluss: Bachelor, B.Sc.
hebamme-gwendolyn@gmx.de

Betreuer*in:
Prof.in Dr.in **Martina Schlüter-Cruse**

Hochschule:
Hochschule für Gesundheit Bochum

Herausforderungen der praxisanleitenden Tätigkeit in der Klinik

Als herausfordernd werden die zeitlichen und personellen Rahmenbedingungen genannt. Praxisanleitung ist unmittelbar mit ausreichend personellen Ressourcen verknüpft. Ursächlich wird von den Interviewten ein Mangel an Praxisanleitenden, und ein grundsätzlicher Hebammenmangel in den Kliniken beschrieben. Eine Befragte erklärt ihre Situation im Kreißsaal: *„Ich habe einfach KEINERLEI Zeit irgend wofür“* (Interview 1, Absatz 36). Die Faktoren Zeit und Personal können dazu führen, dass Anleitung mitunter *„auf der Strecke […] bleibt“* (Interview 1, Absatz 36) und nicht, oder nur unzureichend stattfinden kann. Auch Rollenkonflikte werden als herausfordernd beschrieben. Hier werden Inter-Rollenkonflikte formuliert, die dann entstehen, wenn die Hebamme eine Diskrepanz zwischen ihrer Rolle als Hebamme und der Rolle als Anleitende erlebt. Zum anderen wird ein Intra-Rollenkonflikt erlebt, wenn durch die Doppelrolle als Praxisanleitende unterschiedliche Erwartungen von Kolleg*innen und Studierenden an sie herangetragen werden. Die Anforderungen durch die veränderten gesetzlichen Vorgaben mit Umsetzung der Vollakademisierung, erleben manche Interviewte als erhöhten Druck.

Optimierungsbedarf

Als Optimierungsbedarf sehen die Befragten die Anpassung struktureller Rahmenbedingungen in den Kliniken, die eine 1:1-Betreuung der Gebärenden möglich machen. Eine Interviewteilnehmerin beschreibt: *„Unter optimalen Bedingungen wären wir ja grundsätzlich in einer 1:1-Betreuung und dann kann man natürlich wunderbar Praxisanleitung leisten und nahezu in jedem Dienst eine geplante Praxisanleitung stattfinden lassen. Zu sämtlichen Situationen“* (Interview 2, Absatz 22).

Ebenso wird der Bedarf nach im Vorfeld festgelegten Anleitungstagen und einer im Dienstplan kontinuierlich der Studierenden zugeteilten praxisanleitenden Hebamme im Sinne einer Bezugsperson geäußert. Zudem erwarten die Interviewten mehr Anerkennung und Wertschätzung für ihre Tätigkeit. Sie wünschen sich, dass ihre Arbeit *„honoriert [und] gewertschätzt wird […] im besten Fall natürlich in Geld“* (Interview 1, Absatz 56). Alle Interviewten fordern eine zusätzliche finanzielle Vergütung für ihre praxisanleitende Tätigkeit. Optimal wäre außerdem eine angemessene räumliche und materielle Ausstattung mit Demonstrationsmaterial zu Schulungszwecken, eine möglichst gleichmäßige Einsatzplanung der Studierenden über das gesamte Semester und ein umfangreiches berufspädagogisches Fortbildungsangebot für anleitende Hebammen seitens der verantwortlichen Praxiseinrichtungen und der kooperierenden Hochschulen.

Diskussion

In der aktuellen Forschungsliteratur zeigt sich, dass sich eine Freistellung [3] und das damit einhergehende *„ausreichende Zeitdeputat“* [19] förderlich auf die anleitende Tätigkeit auswirkt. Als motivierender Faktor für die Arbeit als Praxisanleitung spielt für die Interviewten der monetäre Anreiz eine große Rolle. Auch andere Autor*innen fordern eine zusätzliche Vergütung für Praxisanleitende [9, 18, 25].

Als Herausforderung werden in den Interviews strukturelle Rahmenbedingungen in Form von mangelnden zeitlichen und personellen Ressourcen durch die fehlende Freistellung genannt. Dies deckt sich mit Ergebnissen aus vorangegangener Forschung. In der nationalen und internationalen Literatur ist beschrieben, dass fehlende Zeit die Anleitung erschwert oder unmöglich macht [4, 5, 10, 11, 20, 23]. Eine Unzufriedenheit über die mangelnde Wertschätzung ihrer Tätigkeit und ein zu geringes Einkommen äußerten Hebammen auch in anderen Zusammenhängen [16, 18, 30-32].

Als Optimierungswünsche werden die zeitlichen und personellen Rahmenbedingungen im klinischen Setting genannt. Den Wunsch nach mehr Personal, einer Freistellung und einer kontinuierlich zur Verfügung stehenden Betreuungsperson erklären auch Studierende in vorangegangener Forschung [27]. Zu den Forderungen nach Rahmenbedingungen, die Anleitung ermöglichen, lassen sich in der Literatur Wünsche nach geplanten Anleitungstagen finden, die aus dem Arbeitsalltag exkludiert sind, sowie nach einer kontinuierlichen Bezugsperson für die Studierenden [23, 29, 33]. Mehr Zeit durch eine Freistellung für die praktische Anleitung fordert auch der Bundesverband der Lehrenden in Gesundheits- und Sozialberufen von den verantwortlichen Praxiseinrichtungen [3]. Die Optimierungswünsche weisen teilweise Parallelen zu nationalen und internationalen Empfehlungen zur Verbesserung der geburtshilflichen Versorgung auf [1, 26].

Limitationen

Diese Forschungsarbeit beschränkt sich auf das Erleben von praxisanleitenden Hebammen aus drei Kliniken aus Nordrhein-Westfalen. Möglicherweise sind die Bedingungen in anderen Kliniken und anderen Bundesländern anders. Mit vier geführten Interviews kann keine theoretische Sättigung erreicht werden.

Weitere Untersuchungen sollten die Sichtweisen der praxisanleitenden Hebammen in der Freiberuflichkeit, sowie die Perspektive der Hebammenstudierenden einbeziehen, um umfassende Empfehlungen für eine gelingende Anleitung im Rahmen des hochschulischen Studiums ableiten zu können.

Schlussfolgerung

Im klinischen Setting sollten organisatorische Strukturen verändert werden, damit praktische Anleitung werdender Hebammen gelingen kann.

Die Änderungen der Rahmenbedingungen für praxisanleitende Hebammen wie ein angemessener Personalschlüssel, bei dem die Freistellung der Praxisanleitenden und feste Anleitungstage mit Bezugspersonen umgesetzt werden, die Förderung des kollegialen Austauschs, die Anerkennung, sowie die Honorierung der Tätigkeit, können dazu beitragen den Anreiz zur Übernahme dieser Arbeit zu steigern und die Zufriedenheit der Hebammen bei der Durchführung von Praxisanleitung erhöhen.

Literaturangaben

1. AWMF. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. S3-Leitlinie: Die vaginale Geburt am Termin, Registernummer 015 - 083 Frankfurt2020. [Zugriff: 03.11.2022]. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-083k_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-01_1.pdf
2. BDSG. Bundesdatenschutzgesetz: Bundesministerium der Justiz; 2022. [Zugriff: 20.10.2022] Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/bdsg_2018/
3. BLGS. Bundesverband Lehrende in Gesundheits- und Sozialberufe eV. Brennpunkt Praxisanleitung in der Pflege: Positionspapier der Praxisanleiter*innen im BLGS LV Hessen 2019. [Zugriff: 20.10.2022]. Verfügbar unter: https://www.blgsev.de/media/files/20191111_PA-Positionspapier_LV_Hessen-01.pdf
4. Brand-Hörsting B. In der Praxis Praxisanleitung ermöglichen. CNE Pflegemanagement. 2021;1: 4-9. DOI: 10.1055/a-1327-6249
5. Denzel S. Praxisanleiter: pflegen, ausbilden, begleiten (4. Auflage). Stuttgart: Georg Thieme; 2019.
6. DHV. Deutscher Hebammenverband e.V. Fortbildungen 2022. [Zugriff: 20.10.2022]. Verfügbar unter: https://www.hebammenverband.de/fortbildung/
7. DSG NRW. Datenschutzgesetz Nordrhein-Westfalen: Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen. 2022. [Zufriff: 20.10.2022]. Verfügbar unter: https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=3520071121100436275
8. DSG-VO. Datenschutz-Grundverordnung: Bundesministerium der Justiz. 2022. [Zugriff: 20.10.2022]. Verfügbar unter: https://www.bmj.de/DE/Themen/FokusThemen/DSGVO/DSVGO_node.html
9. Gerhard-Mehl A. Praktisch anleiten: Praxisanleitung verzahnt Theorie und Praxis. CNE Pflegemanagement. 2021;1: 10-12. DOI: 10.1055/a-1327-6259
10. Gholizadeh L, Shahbazi S, Valizadeh S, Mohammadzad M, Ghahramanian A, Shohani M. Nurse preceptors' perceptions of benefits, rewards, support, and commitment to the preceptor role in a new preceptorship program. BMC Medical Education. 2022;22:472. DOI: 10.1186/s12909-022-03534-0
11. Girotto LC, Classen-Enns S, Siriani de Oliveira M, Brenneisen-Meyer F, Perotta B, Souza-Santos I, et al. Preceptors' perception of their role as educators and professionals in a health system. BMC Medical Education. 2019;19: 203. DOI: 10.1186/s12909-019-1642-7
12. HebBO NRW. Hebammenberufsordnung Nordrhein-Westfalen: Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen. 2022. [Zugriff: 20.10.2022]. Verfügbar unter: https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_vbl_detail_text?anw_nr=6&vd_id=20232&vd_back=N160&sg=0&menu=0
13. HebG. Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen, vom 22. November 2019 (BGBl. I S. 1759), das durch Artikel 10 des Gesetzes vom 24. Februar 2021 (BGBl. I S. 274) geändert worden ist: Bundesamt für Justiz. 2019. [Zugriff: 20.10.2022]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/BJNR175910019.html#BJNR175910019BJNG000100000
14. HebStPrV. Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen: Bundesministerium der Justiz. 2020. [Zugriff: 20.10.2022]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/hebstprv/BJNR003900020.html
15. Helfferich C. Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews (4. Auflage). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften; 2011.
16. IGES. Institut für Gesundheit und Sozialforschung. Stationäre Hebammenversorgung. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin. 2019. [Zugriff: 20.10.2022]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/stationaere_Hebammenversorgung_IGES-Gutachten.pdf
17. Kuckartz U, Rädiker S. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (5. Auflage). Weinheim: Beltz Juventa; 2022.
18. Loos S, Zimmermann A, Sander M, Ochmann R. Hebammenversorgung in Thüringen. Ergebnisbericht für das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. Berlin: IGES Institut GmbH. 2015. [Zugriff: 20.10.2022]. Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/291336941_Hebammenversorgung_in_Thuringen_-_Gutachten_zur_Versorgungs-_und_Bedarfssituation_mit_Hebammenleistungen_sowie_uber_die_Einkommens-_und_Arbeitssituation_von_Hebammen_in_Thuringen
19. Mamerow R. Praxisanleitung in der Pflege (5. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer; 2016.
20. Manhart F. Kollegiale Beratung im Rahmen der Praxisbegleitung für Lehrende und Praxisanleitende. In: Lüftl K, Kerres A, Felber B, Kemser J, editors. Praxisbegleitung: Perspektiven für die berufliche und akademische Pflegebildung: Berlin, Heidelberg: Springer; 2019.
21. Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung (6. Auflage). Weinheim: Beltz; 2016.
22. Mensdorf B. Schüleranleitung in der Pflegepraxis. Hintergründe - Konzepte - Probleme - Lösungen (5. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer; 2013.
23. Mensdorf B. Praxisanleitung ist keine Nebensache. Pflegezeitschrift. 2000;2: 86-90.
24. Misoch S. Qualitative Interviews (2. Auflage). Berlin: DeGruyter; 2019.
25. Monney Hunkeler MC. Die Ausbilderinnen der Hebammen und ihre Situation im Spital. Pflegepädagogik. 1997;1: 10-13.
26. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care. Quality standard. Quality statement 2: One-to-one care. 2017. [Zugriff: 05.11.2022]. Verfügbar unter: https://www.nice.org.uk/guidance/qs105/chapter/Quality-statement-2-One-to-one-care
27. Polleit H. Praktische Ausbildung im Kreißsaal aus der Perspektive der Lernenden. Die Hebamme. 2021;34: 56-64. DOI: 10.1055/a-1382-3851
28. Polleit H. Praktische Hebammenausbildung im Kreißsaal – Überlegungen zur Qualitätssicherung. Die Hebamme. 2021;34: 53-58. DOI: 10.1055/a-1401-4140
29. Rothgerber P. Praktische Anleitung von Schülerinnen und Schülern der Krankenpflege- und Kinderkrankenpflege- sowie der Hebammenschulen am Beispiel eines Großklinikums. Die Schwester/ Der Pfleger. 1991;5: 454-456.
30. Sander M, Temizdemir E, Albrecht M. Hebammenstudie Sachsen-Anhalt: Regionale Bedarfe und deren Deckung durch Leistungen der Geburtshilfe inklusive der Vor- und Nachsorge. Ergebnisbericht für das Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt. Berlin: IGES Institut GmbH. 2018. [Zugriff: 20.10.2022]. Verfügbar unter: https://ms.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/MS/2_Aktuelles_Gesundheit/IGES_Hebammenstudie_Sachsen_Anhalt_11-2018.pdf
31. Sander M, Albrecht M, Temizdemir E. Hebammenstudie Sachsen: Studie zur Erfassung der Versorgungssituation mit Hebammenleistungen in Sachsen sowie zur Möglichkeit der kontinuierlichen landesweiten Erfassung von Daten über Hebammenleistungen. Ergebnisbericht für das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz. Berlin: IGES Institut GmbH. 2019. [Zugriff: 20.10.2022]. Verfügbar unter: https://www.hebammen-sachsen.de/wp-content/uploads/2019/05/hebammenstudie-sachsen-schlussfassung.pdf
32. Schirmer C, Steppat S. Die Arbeitssituation von angestellten Hebammen in Kliniken. Hebammenbefragung 2015 Karlsruhe: Im Auftrag des Deutschen Hebammenverbandes in Zusammenarbeit mit dem Picker Institut Deutschland gGmbH. 2016. [Zugriff: 20.10.2022]. Verfügbar unter: https://www.hebammen-nrw.de/cms/fileadmin/redaktion/Aktuelles/pdf/2016/DHV_Hebammenbefragung_Nov_2015_final.pdf
33. Schubert B. Wie Praxisanleiter Auszubildende motivieren. Praxisanleiter Akademie. 2021;1: 26-30. [Zugriff: 20.10.2022]. Verfügbar unter: https://www.wokotu.de/dateien/2021_01_Wie%20PK%20AZ%20motivieren.pdf
34. Steinke I. Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, Kardorff Ev, Steinke I, editors. Qualitative Forschung: Ein Handbuch (13. Auflage). Reinbeck: Rohwolt; 2019.
35. Witzel A. Das problemzentrierte Interview. Forum Qualitative Sozialforschung. 2000;1: 1-13. DOI:10.1007/978-3-8349-9441-7_29
36. Witzel A, Reiter H. Das problemzentrierte Interview – eine praxisorientierte Einführung (1. Auflage). Weinheim: Juventa; 2022.

praktische Ausbildung,
Hebammenstudium,
klinisches Setting

Interventionen von der Schwangerschaft bis zwei Jahre nach der Geburt für Eltern mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung und/oder mit Misshandlungserfahrungen in der Kindheit

JONES KA, FREIJAH I, BRENNAN SE, MCKENZIE JE, BRIGHT TM, FIOLET R, KAMITSIS I, REID C, DAVIS E, ANDREWS S, MUZIK M, SEGAL L, HERRMAN H, CHAMBERLAIN C. INTERVENTIONS FROM PREGNANCY TO TWO YEARS AFTER BIRTH FOR PARENTS EXPERIENCING COMPLEX POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND/OR WITH CHILDHOOD EXPERIENCE OF MALTREATMENT. COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS 2023, NO.: CD014874. DOI: HTTPS://DOI.ORG/10.1002/14651858.CD014874.PUB2. ACCESSED 04 MAY 2023.

Verbessern Unterstützungsmaßnahmen während der Schwangerschaft oder in den zwei Jahren nach der Geburt elterliche Fähigkeiten oder das Wohlbefinden von Eltern, die traumabedingte Symptome aufweisen oder in ihrer Kindheit misshandelt wurden?

Kernaussagen

Die meisten Belege deuteten entweder darauf hin, dass Interventionen für das Verhalten als Eltern und psychologische Interventionen das psychische Wohlbefinden und elterliche Fähigkeiten kaum oder gar nicht beeinflussen, oder sie waren von geringer Qualität, so dass das Vertrauen in die Ergebnisse sehr unsicher ist.

Interventionen für elterliche Fähigkeiten können die Beziehungen zwischen Müttern und ihren Kindern im Vergleich zur üblichen Betreuung leicht verbessern.

Eine psychologische Intervention könnte möglicherweise einer etwas größeren Zahl von Müttern helfen, das Rauchen während der Schwangerschaft aufzugeben, als eine verstärkte übliche Behandlung. Eine andere psychologische Intervention wirkt sich möglicherweise leicht positiv auf die Beziehungen der Eltern aus, und eine weitere kann möglicherweise die elterlichen Fähigkeiten leicht verbessern.

Interventionen für Eltern mit komplexer PTSD (posttraumatischer Belastungsstörung) oder die in ihrer Kindheit misshandelt wurden

Misshandlungen in der Kindheit können im Erwachsenenalter zu einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (CPTSD) und zu Problemen in Beziehungen führen. Menschen, die in ihrer Kindheit misshandelt wurden, haben auch ein höheres Risiko, andere Widrigkeiten im Leben zu erfahren und gesundheitliche Nachteile zu erleben. Diese Probleme können sich auf das Verhalten als Eltern auswirken und zu "intergenerationalen Zyklen" von Traumata führen.

Zu den Arten der Unterstützung für Eltern, die in ihrer Kindheit misshandelt wurden, gehören psychologische Therapien, Interventionen für elterliche Fähigkeiten, körperlich-geistige und biomedizinische Ansätze, Medikamente und Ansätze im Dienstleistungssystem.

Was wollten wir herausfinden?

Wir wollten herausfinden, welche dieser Hilfen dazu beitragen, die elterlichen Fähigkeiten und das Wohlbefinden von Eltern zu verbessern, die in ihrer Kindheit misshandelt wurden oder eine CPTSD haben.

Wie gingen wir vor?

Wir suchten nach Studien, die untersuchten, wie gut diese Interventionen im Vergleich zur üblichen perinatalen Unterstützung die elterlichen Fähigkeiten und das Wohlbefinden der Eltern verbessern. Wir verglichen die Studien und fassten die Ergebnisse mit statistischen Methoden zusammen. Wir bewerteten die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz basierend auf Faktoren wie Studienmethodik und Studiengröße.

Was fanden wir?

Wir fanden 15 Studien, an denen 1925 Eltern teilnahmen, die in ihrer Kindheit misshandelt worden waren und/oder CPTSD- oder PTSD-Symptome aufwiesen. Etwa die Hälfte der Studien bezog Personen ein, die mittelschwere Misshandlungen in der Kindheit erlebt hatten, während die anderen ein geringeres Maß an Misshandlung in der Kindheit erlebt hatten.

Die meisten Studien untersuchten, wie gut Interventionen für elterliches Verhalten oder psychologische Interventionen funktionierten, und diese wurden meist mit der üblichen pränatalen oder postnatalen Betreuung verglichen. Wir fanden keine Studien, die sich mit geistig-körperlichen, biomedizinischen oder pharmakologischen Ansätzen zur Verbesserung der elterlichen Fähigkeiten oder des Wohlbefindens der Eltern befassten. Die meisten Studien berichteten über Veränderungen des Wohlbefindens oder des elterlichen Verhaltens unmittelbar nach Abschluss der Intervention. Die Interventionen reichten von einer einzigen Sitzung bis zu wöchentlichen Sitzungen über 12 Monate. Bis auf eine Ausnahme fanden alle Studien in den USA statt, und fast alle Teilnehmenden waren Mütter. Die meisten Studien wurden von großen Forschungsinstitutionen, Regierungsstellen und philanthropischen/karitativen Organisationen finanziert.

Hauptergebnisse

Wir stellten fest, dass in den meisten Studien keine wissenschaftlich fundierten Methoden angewendet wurden, um Studienabbrüche zu berücksichtigen, so dass die Ergebnisse unzuverlässig waren.

Interventionen für elterliche Fähigkeiten

Die Ergebnisse einer Studie, in der eine Intervention für elterliches Verhalten mit einer Kontrollgruppe verglichen wurde, waren sehr unzuverlässig in Bezug auf traumabezogene Symptome und Symptome des psychischen Wohlbefindens (postnatale Depression) bei Müttern, die in ihrer Kindheit misshandelt worden waren und bei denen aktuelle Risikofaktoren hinsichtlich ihrer elterlichen Fähigkeiten bestanden. Zwei Studien ergaben, dass Interventionen für elterliches Verhalten die Beziehung zwischen Müttern und ihrem Kind im Vergleich zur üblichen Betreuung leicht verbessern können. In vier Studien wurde kein oder nur ein geringer Unterschied zwischen einer Intervention für elterliches Verhalten und der üblichen Betreuung in Bezug auf die elterlichen Fähigkeiten festgestellt. In keiner Studie wurden die Auswirkungen von Intervention für elterliches Verhalten auf den Suchtmittelkonsum der Eltern, die Beziehungsqualität oder Selbstverletzungen untersucht.

Psychologische Interventionen

Vier Studien fanden keinen oder nur einen geringen Unterschied bei traumabezogenen Symptomen durch eine psychologische Intervention im Vergleich zur üblichen Versorgung. Acht Studien fanden keinen oder nur einen geringen Unterschied zwischen einer psychologischen Intervention und der üblichen Betreuung in Bezug auf das psychische Wohlbefinden der Eltern (Depression). Eine andere Studie zeigte, dass eine zusätzliche psychologische Intervention etwas mehr Frauen dabei helfen kann, das Rauchen in der Schwangerschaft aufzugeben, als die übliche Betreuung und Beratung zur Rauchentwöhnung in der Schwangerschaft. Eine andere ergab, dass eine psychologische Intervention die Beziehungsqualität der Eltern etwas verbessern kann. Die Erkenntnisse aus einer Studie waren sehr unzuverlässig, ob eine psychologische Intervention einen Unterschied in der Eltern-Kind-Beziehung im Vergleich zur üblichen Betreuung bewirkte. In einer anderen Studie wurde festgestellt, dass sich die elterlichen Fähigkeiten geringfügig verbessern können, wenn die Eltern eine psychologische Intervention im Vergleich zur üblichen Betreuung erhalten. In keiner Studie wurden die Auswirkungen psychologischer Interventionen auf selbstverletzendes Verhalten der Eltern untersucht.

Ansätze in Dienstleistungssystemen

Ein Programm zur Finanzerziehung für Eltern mit geringem Einkommen und Misshandlungserfahrungen in der Kindheit führte im Vergleich zur üblichen Betreuung zu einem leichten Anstieg der Depressionssymptome. In keiner Studie wurden die Auswirkungen von Interventionen des Dienstleistungssystems auf traumabezogene Symptome der Eltern, Suchtmittelkonsum, Beziehungsqualität, Selbstverletzung, Eltern-Kind- Beziehung oder elterliche Fähigkeiten untersucht.

Was schränkt die Evidenz ein?

Die Ergebnisse vieler Studien sind unsicher, weil viele Teilnehmende die Studie vorzeitig abbrachen, so dass viele Daten fehlten. Außerdem gab nicht genügend große, gut konzipierte Studien, um sich der Ergebnisse sicher zu sein. Bislang gibt es nur wenig Evidenz für einen bedeutenden Nutzen in diesem sich entwickelnden Bereich.

Wie aktuell ist die vorliegende Evidenz?

Die Evidenz ist auf dem Stand von Oktober 2021.

Hebammenrelevante Cochrane Reviews

In Zusammenarbeit mit der Sektion Internationales der DGHWi veröffentlicht Cochrane seit 2020 pro Quartal einen Newsletter mit einer Auswahl der aktuellen hebammenrelevanten Cochrane Reviews. Auch Interessierte der Gesundheitsfachberufe Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie und Pflege können einen jeweils fachspezifischen Cochrane Newsletter abonnieren. Die Sektion Internationales sichtet systematisch alle von Cochrane neu erschienenen Artikel und beurteilt mit einem Punktesystem die Relevanz und somit den Ein- oder Ausschluss in die Newsletter-Liste. Der Newsletter sowie die Nennung der aktuellen hebammen-relevanten Reviews in der ZHWi soll über neuste fach-spezifische Forschung informieren und den Zugang dazu erleichtern.

Folgende Reviews wurden zwischen April und Juni 2023 dem Newsletter hinzugefügt und deren Abstracts teilweise ins Deutsche übersetzt:

- Williams et al. (2023). Cranberries zur Vorbeugung von Harnwegsinfektionen. CD001321.
- Tamminga et al. (2023). Interventionen auf individueller Ebene zur Verringerung von beruflichem Stress bei Beschäftigten im Gesundheitswesen. CD002892.
- Ramanadhan et al. (2023). Thromboembolierisiko bei Patientinnen mit COVID-19, die hormonell verhüten. CD014908.
- Okwundu et al. (2023). Transkutane Bilirubinometrie versus Gesamtserumbilirubinmessung bei Neugeborenen. CD012660.
- Sen Tan et al. (2023). Automatisierte Bolusverabreichung im Vergleich zur Basalinfusion zur Aufrechterhaltung der Epiduralanalgesie während der Geburt. CD011344.
- Kuti et al. (2023). Händehygiene zur Prävention von Infektionen bei Neugeborenen. CD013326.
- Coyle et al. (2023). Drehung in die Schädellage durch Moxibustion bei Beckenendlage. CD003928.
- Jones et al. (2023). Interventionen von der Schwangerschaft bis zwei Jahre nach der Geburt für Eltern mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung und/oder mit Misshandlungserfahrungen in der Kindheit. CD014874.
- Hanna et al. (2023). Isolierung von Säuglingen und Kohortenbildung zur Verhinderung oder Verringerung der Übertragung von therapieassoziierten Infektionen in Neugeborenenstationen. CD012458.

Anmerkung zur Übersetzung: E. Lesta, B. Schindler, freigegeben durch Cochrane Deutschland

Aus der DGHWi

LEITLINIEN UND STELLUNGNAHMEN

MANDATE UND SEKTIONEN

AKTUELLES

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum Vorbericht des IQTIG „Mindestanforderungen an Prozesse und Ergebnisse der Versorgung. Konzept für die Messung und Bewertung“

Die Festlegung von Mindestanforderungen an Versorgungsprozesse und -ergebnisse dient als wichtiges Steuerungsinstrument zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung nach der Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie (QFD-RL) des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) [9]. Es beinhaltet den Wegfall des Vergütungsanspruchs retrospektiv (Vergütungsausfall) oder prospektiv (Leistungsausschluss) bei Nichterreichen der Qualitätsanforderungen.

Der G-BA hat am 14.05.2020 das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt, am Beispiel der Richtlinie zur Versorgung hüftgelenksnaher Femurfrakturen (QSFFx-RL) fachwissenschaftlich basierte und standortbezogene Kennzahlen zur Festlegung von Mindestanforderungen an die Prozess- und Ergebnisqualität zur Versorgung solcher Frakturen, basierend auf § 136 Abs. 1 Satz 2 SGB V zu entwickeln. Der vorliegende Vorbericht [12] fasst das Verfahren zusammen.

Dem Vorbericht folgend entwickelt das IQTIG in einem ersten Schritt ein Qualitätsmodell für den Versorgungsbereich, das die spezifischen Qualitätsanforderungen benennt und bestehende Qualitätsdefizite identifiziert. Ausgehend davon werden die Ursachen analysiert, die den Qualitätsdefiziten zugrunde liegen. Das IQTIG empfiehlt anschließend dem G-BA, welche Qualitätsanforderungen mithilfe des Steuerungsinstruments „Mindestanforderungen an Prozesse und Ergebnisse“ adressiert werden können [12]. Nachfolgend entwickelt das IQTIG fachwissenschaftlich basiert und in methodisch kontrollierter Weise [11] Qualitätsindikatoren (QI), die zur Messung und Bewertung der Qualitätsanforderungen geeignet sind. Diese neuen QI ergänzen oder ersetzen bestehende QI.

Das IQTIG formuliert im Vorbericht zudem Empfehlungen dazu, welche Bezugs-/ Aggregationsebenen (Einrichtungen, Standorte, Abteilungen, Leistungen und Patient*innen) geeignet sind, um eine standortbezogene Auswertung der QI – wie vom G-BA vorgesehen – zu ermöglichen.

Weiterhin werden im Vorbericht verschiedene Szenarien für die konkrete Umsetzung der Verfahrensanwendung dargestellt. Es werden Aspekte zur Umsetzbarkeit, zum Aufwand- Nutzen-Verhältnis, zu Vor- und Nachteilen, Limitationen sowie Praktikabilität und Realisierbarkeit diskutiert. Kosten werden qualitativ bewertet, also notwendige Ressourcen, Nachteile und negative Konsequenzen beurteilt. Das Steuerungsinstrument „Mindestanforderungen an Prozesse und Ergebnisse“ hat laut IQTIG eine große Reichweite und wird für Patient*innen als potenziell sehr nützlich und grundsätzlich umsetzbar bezeichnet [12, S.30f.].

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi) möchte in dieser Stellungnahme das vorgestellte Verfahren auf den Leistungsbereich Geburtshilfe beziehen und Anregungen geben, welche besonderen Umstände bei der Definition von Mindestanforderungen an Versorgungsprozesse und -ergebnisse im Leistungsbereich „klinische geburtshilfliche Versorgung“ bestehen. Grund dafür ist, dass der Leistungsbereich „klinische geburtshilfliche Versorgung“ ein bedeutsamer Versorgungsbereich ist. Im Jahr 2019 wurden in Deutschland 746.960 schwangere Frauen [10] zur Geburt in einer Klinik betreut. Die bevorstehende Geburt eines Kindes als physiologischer Prozess stellt damit in absoluten Zahlen den häufigsten Anlass für eine stationäre Klinikaufnahme in Deutschland dar. Aktuell haben bundesweit 729 Kliniken eine Fachabteilung „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ [7].

Allgemeine Anmerkungen der DGHWi

Die DGHWi begrüßt die Arbeit des IQTIG zur Weiterentwicklung der Qualität der Gesundheits-versorgung sehr und sieht es als wichtig an, dass auch im Leistungsbereich „klinische geburtshilfliche Versorgung“ Kennzahlen mit Referenzbereich (QI) entwickelt werden, die zur Festlegung von Mindestanforderungen genutzt werden können, um die Qualität der geburtshilflichen Versorgung von Frauen vor, während und nach der Geburt in Kliniken weiterzuentwickeln.

Hinweise auf Qualitätsdefizite in der klinischen geburtshilflichen Versorgung

Bei Geburten in deutschen Kliniken sind aktuell hohe Interventionsraten zu beobachten. So werden 22% der Geburten eingeleitet und bei 25% kommt während der Geburt eine medikamentöse Wehenförderung, der sog. „Wehentropf“, zum Einsatz [10]. 2019 waren 31% der Geburten Kaiserschnittentbindungen [10], wobei die risikoadjustierte Kaiserschnittrate regional und in Abhängigkeit von der Klinikgröße stark variiert, was auf Über- oder Fehlversorgung hinweist [16]. Geburtshilfliche Eingriffe, wie etwa medikamentöse Interventionen, können das Geburtserleben negativ beeinflussen (Angst, Schmerzen, Einschänkung der Selbstbestimmung) und unerwünschte Folgen, wie etwa weitere Eingriffe, nach sich ziehen (sog. „Interventionskaskade“). Internationale Expert*-innen für die geburtshilfliche Versorgung betonen, dass der übermäßige und nicht evidenzbasierte Einsatz geburtshilflicher Interventionen (Über- oder Fehlversorgung), wie er in Kliniken in hochentwickelten Ländern zu beobachten ist, nicht nur keinen nachweisbaren gesundheitlichen Nutzen für Mutter und Kind hat, sondern sogar deren Gesundheit beeinträchtigen kann und zudem unnötige Kosten verursacht [13].

Das 9. Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ [3] empfiehlt, mehr Frauen eine interventionsarme, physiologische Geburt zu ermöglichen und Maßnahmen zu entwickeln, die einen Wandel hin zu einer gesundheitsfördernden, evidenzbasierten und nutzerinnenorientierten ge-burtshilflichen Versorgung unterstützen. Dazu gehört – dem BGB §§ 630ff „Patientenrechtegesetz“ [2] folgend – auch die Sicher-

Autor*in

Prof.in Dr.in
Sabine Striebich

Kontaktadresse:
geschaeftsstelle@dghwi.de

stellung einer angemessenen Aufklärung zur gemeinsamen Entscheidungsfindung vor einer Geburt.

Definition von Mindestanforderungen an Versorgungsprozesse und -ergebnisse: Potenzial zur Verbesserung der klinischen geburtshilflichen Versorgung

Die Festlegung von Mindestanforderungen an Versorgungsprozesse und -ergebnisse stellt auch im Leistungsbereich Geburtshilfe aus Sicht der DGHWi ein vielversprechendes Verfahren dar. Nach Ansicht der DGHWi liegen dessen Vorteile darin, dass einerseits aussagekräftige Qualitätsmerkmale der klinischen geburtshilflichen Versorgung benannt, gemessen und evaluiert werden können und andererseits sowohl die Leistungserbringer (Klinikleitungen und das Personal, also Hebammen und Ärzt*innen) als auch die Nutzer*innen (schwangere Frauen bzw. werdende Eltern) darüber informiert werden, welche Qualitätsmerkmale in der einzelnen Klinik realisiert werden. Das kann wesentliche Impulse für eine nachhaltige Qualitätsverbesserung in der klinischen geburtshilflichen Versorgung setzen, dient der Transparenz und kann den Wettbewerb unter Kliniken zielführend anregen. Das wird heute dringend benötigt, da im Rahmen der externen einrichtungs-bezogenen Qualitätssicherung in Geburtskliniken heute lediglich Daten zu fünf planungsrelevanten Prozess- bzw. Ergebnis-Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) [8] erhoben werden:

a) die Raten zur „Anwesenheit eines Pädiaters“ und zur „antenatalen Kortikoidtherapie“ bei einer Frühgeburt, b) die Entschluss-Entwicklungs-(E-E-)Zeit bei Notfall-Kaiserschnitten, c) die perioperative Antibiotikagabe bei Kaiserschnittent-bindungen sowie d) der kombinierte Qualitätsindex „kritisches Outcome bei Reifgeborenen“. Diese Qualitätsindikatoren geben Einblick in spezifische Qualitätsparameter.

Zur prozessbezogenen Gestaltung des geburtshilf-lichen Leistungsangebots in Kliniken geben die aktuell vorliegenden Qualitätsindikatoren nur unzureichend beziehungsweise keine Auskunft. So werden heutzutage wesentliche Qualitätskriterien, wie etwa zum Versorgungserleben aus Sicht der Nutzer*innen hinsichtlich effektiver Kommunikation, respekt- und würdevoller Behandlung oder emotionaler Unterstützung, die nach dem Qualitätsmodell der Weltgesundheitsorganisation [15] wesentliche Qualitätsmerkmale in der geburtshilflichen Versorgung darstellen, nicht erhoben und sind auch für Nutzer*innen, die eine Klinik für ihre Geburt wählen möchten, intransparent.

Die hohe Relevanz der Betrachtung definierter geburtshilflicher Versorgungsprozesse in Kliniken wird an folgendem Beispiel deutlich: Bei „Geburtseinleitungen“ ist weniger deren absolute Rate anzusehen als vielmehr die Frage, ob bei der Aufklärung eine partizipative Entscheidungsfindung realisiert wird, ob also die schwangere Frau Mitbestimmung erlebt hat [6], wie es im Patientenrechtegesetz (2017) gefordert ist. Ein weiteres Beispiel ist die vaginal-operative Entbindung („Vakuumentbindung“): Aus Nutzer-innensicht ist es wichtig, ob eine ausreichende Anästhesie sichergestellt wird oder ob – vor allem bei problematischem Verlauf – eine Nachbesprechung der Geburt angeboten wird, um eine mögliche Traumatisierung der Frau zu erkennen und gegebenenfalls Hilfe anzubieten.

Spezielle Anmerkungen der DGHWi zum Vorbericht

1. Methodische Anforderungen an die Qualitätsindikatoren

Im methodischen Vorgehen des IQTIG bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren ist der Einbezug der Perspektive der Nutzerinnen, also schwangerer Frauen und Mütter, regelhaft verankert, etwa durch die Eignungskriterien „Bedeutung für die Patientinnen und Patienten“ und „Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel“. Die DGHWi ist zuversichtlich, dass damit aussagekräftige und nutzerinnenorientierte Qualitätsanforderungen ermittelt werden, die die Qualität der klinischen geburtshilflichen Versorgung nachhaltig voranbringen. Beispielsweise könnte geprüft werden, ob die Empfehlungen der neuen evidenzbasierten S3-Leitlinien „Sectio Caesarea“ und „Vaginale Geburt am Termin“ sowie der S2K-Leitlinie „Geburtseinleitung“ operationalisiert und daraus QI entwickelt werden könnten.

2. Bezugs- bzw. Aggregationsebene

In Deutschland werden vier Versorgungsstufen der perinatologischen Versorgung unterschieden [8] und es gibt Empfehlungen zur Zuweisung schwangerer Frauen anhand ihres Risikostatus [1]. Schwangere Frauen sind jedoch frei in der Wahl der Klinik für die Geburt, so dass in allen Kliniken stets Frauen mit unterschiedlichem Risikoprofil betreut werden. Bei der Definition von Mindeststandards für die klinische geburtshilfliche Versorgung sollte daher bedacht werden, dass diese in allen Fachabteilungen angewendet werden können, in denen Geburtshilfe geleistet wird, um eine Versorgungsgerechtigkeit zu gewährleisten. Andernfalls müssen die Unterschiede der Versorgungsstufen den Frauen in geeigneter Form kommuniziert werden.

3. Einzelne Indikatoren vs. Indikatorensets

Um dem Umstand gerecht zu werden, dass Qualität ein multidimensionales Konstrukt ist, sehen die „Allgemeinen Methoden“ [11] zunächst die Entwicklung eines Qualitätsmodells für einen Versorgungsbereich vor, aus dem dann – gemäß den Eignungskriterien – Qualitätsindikatoren abgeleitet werden.

Bezüglich eines Wegfalls des Vergütungsanspruchs bei Nichterfüllung wird im Vorbericht die Frage gestellt, ob eine Kompensation ermöglicht werden soll, was bedeutet, dass der Ausgleich eines Merkmals für schlechte Qualität durch ein Merkmal für gute Qualität in einem anderen Bereich stattfindet. Dies schließt das IQTIG bislang aus [12, S.22]. Die DGHWi stimmt den Ausführungen zu, dass jeder Qualitätsindikator für sich betrachtet werden soll.

Die DGHWi kann nachvollziehen, dass erst im zweiten Schritt gesondert fachwissenschaftlich beurteilt wird, welche Qualitätsindikatoren sich eignen, um in letzter Konsequenz bei Nichterfüllung der Mindestanforderung („Qualitätsdefizit“) zu einem Entzug des Vergütungsanspruchs zu führen. Die DGHWi geht davon aus, dass an diesem Prozess regelhaft alle relevanten Berufsgruppen und die Nutzer*innen, also schwangere Frauen und Mütter, beteiligt werden.

4. Rolle des Stellungnahmeverfahrens:

Zur Messung von Qualität bestehen die Alternativen, dass entweder ein Qualitätsindikator quantitativ erfasst wird oder nach einem auffälligen Ergebnis ein nachgelagertes Verfahren wie Peer-Review, Visitation oder Audit [12, S.24f.] zum Einsatz kommt. In dieser Frage spricht sich die DGHWi dafür aus, im Leistungsbereich Geburtshilfe Prüf- bzw. Stellungsnahmeverfahren einzurichten, da solche Prüfverfahren beim Klinikpersonal zu einer nachhaltigen und fortdauernden Auseinandersetzung mit der Qualität der Versorgung innerhalb der Klinik beitragen können. Dies wurde in Studien – etwa zur Verringerung der Anzahl von Kaiserschnittentbindungen [4, 5] – bereits gezeigt.

5. Prospektiver oder retrospektiver Wegfall des Vergütungsanspruchs:

Das IQTIG bewertet einen prospektiven Wegfall des Vergütungsanspruchs als verbindlicher und wirksamer auf die Gestaltung des Versorgungsangebots der Leistungserbringer als die retrospektive Beurteilung, gegebenenfalls mit Vergütungsabschlag. Die DGHWi gibt hier zu bedenken, dass sich die Anzahl der Kliniken, die Geburtshilfe anbieten, in den vergangenen Jahren sehr stark verringert hat und ein weiterer Wegfall geburtshilflicher Abteilungen die wohnortnahe Erreichbarkeit eines Kreißsaals weiter negativ beeinflussen kann. Das könnte dafür sprechen, der Qualitätsentwicklung der klinischen geburtshilflichen Versorgung durch die Variante „retrospektiver Wegfall des Vergütungsanspruchs“ den Vorzug zu geben.

6. Duldungszeitraum:

Für den Fall, dass ein retrospektiver Wegfall des Vergütungsanspruchs implementiert wird, sollten die Leistungserbringer nach Ansicht der DGHWi bei Qualitätsdefiziten die Gelegenheit zur Verbesserung haben, also eine Frist zur Verbesserung des Versorgungsangebots erhalten.

7. Kriterien für den Einsatz des Steuerelements „Mindestanforderungen an Prozesse und Ergebnisse“

Das IQTIG sieht es als grundlegend an, versorgungsbereichsbezogene Ursachen zu identifizieren, die zu Qualitätsdefiziten führen können, etwa Fehlanreize im DRG-System sowie weitere Ursachen, um zielführende Strategien zu deren Überwindung zu entwickeln [12, S.34].

Die DGHWi sieht es als sehr wichtig an, dass bestehende Fehlanreize, die das Fallpauschalensystem im Leistungsbereich Geburtshilfe verursacht [14], abgebaut werden. Zudem stellt beispielsweise die Beratung zur gemeinsamen Entscheidungsfindung („shared decision making“) besondere Anforderungen an Hebammen und Ärzt*innen in Kliniken. Mangelnde Kompetenzen könnten die Versorgungsqualität negativ beeinflussen. Die DGHWi befürwortet und unterstützt die Konzeption und Verfügbarmachung von entsprechenden Fortbildungen.

Literatur:

1. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) e. V. Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland. AWMF WMF-Leitlinien-Register Nr. 087-001. 2015.
2. Bundesministerium der Justiz. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) § 630f Dokumentation der Behandlung. [Internet]. 2013. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/___630f.html
3. Bundesministerium für Gesundheit. Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt [Internet]. 2017. Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/
4. Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesundheit_rund_um_die_Geburtbarrierefrei.pdf
5. Chaillet N, Dumont A. Evidencebased Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A Meta-4 analysis. Birth. 2007;34(1):53-64.
6. Chen I, Opiyo N, Tavender E, Mortazhejri S, Rader T, Petkovic J, et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. Cochrane Database Syst Rev. 2018;9:CD005528
7. Coates D, Goodfellow A, Sinclair L. Induction of labour: Experiences of care and decision-making of women and clinicians. Women Birth. 2020;33(1):e1-e14.
8. Deutsche Krankenhausgesellschaft. Krankenhausverzeichnis. 2021. [Zugriff 05.02.2021]. Verfügbar unter: https://dkgev.deutsches-_krankenhausverzeichnis.de/app/suche
9. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL). 2016.
10. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zur Förderung der Qualität und zu Folgen der Nichteinhaltung sowie zur Durchsetzung von Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Absatz 1 SGB V (Qualitätsförderungs- und DurchsetzungsRichtlinie/QFD-RL). 2019.
11. Institut für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019. 2020.
12. Institut für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen. Methodische Grundlagen V1.1. 2019.
13. Institut für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen. Mindestanforderungen an Prozesse und Ergebnisse der Versorgung. Vorbericht zum Konzept für die Messung und Bewertung. 2021.
14. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comande D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evi- dence-based, respectful maternity care worldwide. Lancet. 2016;388(10056):2176-2192.
15. Osterloh, F. Die Fehlsteuerungen beheben. Dtsch Arztebl. 2020; 117(15): A-763/B-650.
16. Tuncalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, et al. Quality of care for pregnant women and newborns - the WHO vision. BJOG. 2015; 122(8):1045-9.
17. Science Media Center. Erste S3-Leitlinie für Kaiserschnitt: Hintergrund und regionale Datenanalyse [Internet]. 2020. Verfügbar unter: https://www.sciencemediacenter.de/alle-angebote/investigative/details/news/erste-s3-leitlinie-kaiserschnitt-hintergrund-und-regionale-datenanalyse/

Am 13. Juli 2023 legte die Bundesregierung den ENTWURF zu einem Aktionsplan vor, den die DGHWi wie folgt kommentiert.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum Aktionsplan der Bundesregierung „Gesundheit rund um die Geburt“ vom 13.07.2023

Hintergrund

Der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de – ein Zusammenschluss von 140 Organisationen aus Gesundheitswesen, Wissenschaft, Politik und Gesellschaft – hat 2017 gemeinsam mit dem Bundesgesundheitsministerium nach dreijähriger Arbeit das 9. Nationale Gesundheitsziel “Gesundheit rund um die Geburt” (NGZ) [9] veröffentlicht. Das 9. NGZ zielt darauf ab, einen Kulturwandel in der Geburtshilfe zu bewirken und die gesundheitsorientierte Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen mit evidenzbasierten Maßnahmen zu fördern [Kooperationsverbund]. Mittels eines auf allen Ebenen und konsequent eingerichteten gesundheitsfördernden bzw. salutogenen und ressourcenorientierten Ansatzes in der geburtshilflichen Versorgung, der Förderung von Autonomie von Schwangeren sowie der Verbesserung der Zusammenarbeit heterogener Berufsgruppen sollen die Weichen für Gesundheit in der reproduktiven Lebensphase grundsätzlich neu gestellt werden.

Mit 738.000 Lebendgeborenen im Jahr 2022 [55] hat eine gute Geburtshilfe nicht nur für werdende Eltern und Familien und die in der Geburtshilfe tätigen Hebammen und Ärzt*innen, sondern für die gesamte Gesellschaft eine herausragende Bedeutung. Die Regierungsparteien haben dies anerkannt und sich 2021 darauf geeinigt, einen Aktionsplan zur Umsetzung des NGZ zu entwickeln. Dieses Vorhaben wurde in den Koalitionsvertrag aufgenommen. Ein Aktionsplan ermöglicht es, “*vereinbarte Ziele gemeinsam maßgeblich voranzubringen und erforderliche gesetzliche Veränderungen anzustoßen*” [35]. Die große Chance besteht darin, dass die Bundesregierung die Maßnahmen strukturiert plant, zentral koordiniert und die Umsetzung und Evaluation monitoriert. Alle Bundesländer, die relevanten Bundesministerien BMG, BMFSFJ, BMEL, BMBF und BMAS und weitere Stakeholder auf kommunaler und regionaler Ebene werden einbezogen [35].

Am 13. Juli 2023 legte die Bundesregierung den Aktionsplan vor. Er enthält eine Aufstellung von Maßnahmen in insgesamt vier Handlungsfeldern, die bereits entwickelt und umgesetzt wurden sowie weitere, die beabsichtigt sind. Die vier Handlungsfelder sind:

1. Versorgungsstrukturen rund um die Geburt sicherstellen,
2. Interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit rund um die Geburt stärken,
3. Qualität der Betreuung rund um die Geburt weiterentwickeln sowie
4. Information, Aufklärung und Gesundheitskompetenz rund um die Geburt verbessern.

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) nimmt in dieser Stellungnahme die Gelegenheit wahr, auf die hohe Bedeutung einer planvollen, durch eine zentrale Instanz im Bund gesteuerten und wissenschaftlichbasierten Umsetzung des NGZs hinzuweisen, mit dem Ziel, eine evidenzbasierte und bedarfsorientierte geburtshilfliche Versorgung zu entwickeln.

Als wissenschaftliche Fachgesellschaft steht die DGHWi für das Bestreben, gemäß den Grundsätzen der Qualitäts- und Patient*innensicherheitsforschung [26], aus einem Gesundheitsziel im nächsten folgerichtigen Schritt Versorgungsziele abzuleiten und anschließend die Methoden zu wählen, mit denen diese Ziele erreicht werden können. Zu dem Zweck werden im Folgenden einzelne im Aktionsplan genannte, signifikante bestehende und insbesondere geplante Maßnahmen aus den vier Handlungsfeldern im Hinblick auf die Bedeutung bei der Umsetzung des NGZs kommentiert und Empfehlungen zur Weiterentwicklung zur Umsetzung des NGZs gegeben. Vor allem wird passend dazu jeweils der Bedarf an hochschulinitiierten, hebammenwissenschaftlichen Forschungsvorhaben aufgezeigt.

Zusammenfassung

Das 9. NGZ “Gesundheit rund um die Geburt” [9] fokussiert auf den beträchtlichen Bereich der Gesundheitsversorgung “Hebammenhilfe, Geburtshilfe und Perinatalmedizin” mit vielfachen institutionellen und versorgungspolitischen Logiken, gewachsenen Strukturen, regionalen bzw. kommunalen Akteurskonstellationen und berufsgruppenbezogenen Besonderheiten. Auch gibt es in dem Bereich eigene Herausforderungen zur zukunftsfähigen Weiterentwicklung, wie etwa dem vom *Sachverständigenrat für die Entwicklung im Gesundheitswesen* proklamierten Abbau von Ineffizienzen und Ineffektivitäten in der Versorgung und zum Abbau von Barrieren zwischen den Sektoren sowie der Verbesserung des Schnittstellenmanagements [46]. Und auch die Ausrichtung der Krankenhausversorgung am Patient*innenwohl, wie vom *Deutschen Ethikrat* empfohlen [16], sowie der von der Bundesärztekammer betonten Notwendigkeit des Abbaus des Ökonomisierungsdrucks [6] spielen hier eine Rolle.

Die DGHWi ist der Auffassung, dass die Umsetzung des NGZs eine hochkomplexe Aufgabe darstellt, die eine strategische Steuerung des Bundes erfordert. Sie sieht es als grundlegend an, dass zu diesem Zweck – bezugnehmend auf das Postulat des ebM-Netzwerk für eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik [18] – eine Arbeitsgruppe bzw. ein Ausschuss eingesetzt wird, der die Umsetzung des NGZs auf verschiedenen Ebenen zentral plant, steuert und monitoriert und die Evaluation beauftragt. Dieser soll unter Beteiligung aller relevanten Akteure eingerichtet werden.

Autor*innen

Prof. Dr. **Sabine Striebich**

Caroline Agricola, M.Sc.

Univ.-Prof. Dr. **Nicola H. Bauer**

Prof. Dr. **Claudia Hellmers**

Univ.-Prof. Dr. **Mechthild M. Groß**

Univ.-Prof. Dr. **Birgit-Christiane Zyriax**

Stellungnahme zu den einzelnen Handlungsfeldern

1. Versorgungsstrukturen rund um die Geburt sicherstellen

Die DGHWi begrüßt, dass das BMG die Sicherstellung der geburtshilflichen Versorgungsstrukturen als Handlungsfeld gewählt hat.

1.1 Freie Wahl des Geburtsorts

Die freie Wahl des Geburtsorts für werdende Eltern ist gesetzlich verankert (SGB V § 24f.). In der außerklinischen Geburtshilfe ist in den vergangenen zehn Jahren die Geburtenzahl um 68 Prozent gestiegen (von 10.554 im Jahr 2011 auf 17.755 im Jahr 2021); etwa zwei Prozent aller werdenden Eltern wählen eine Haus- oder Geburtshausgeburt [27]. Die sehr guten perinatalen Ergebnisse in diesem Versorgungsbereich sind durch Datenerfassung der *Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe* (QUAG e.V.) dokumentiert. Die DGHWi sieht es als wichtig an, dass weitere Maßnahmen zusätzlich zum Instrument des Sicherstellungszuschlags entwickelt werden, um in Deutschland die Versorgung mit außerklinischer Geburtshilfe flächendeckend zu erhalten und somit die Wahlfreiheit der Familien zu gewährleisten.

1.2 Klinische Versorgungsstrukturen rund um die Geburt

Derzeit gibt es bundesweit 638 Geburtskliniken [58]. Mit fortschreitender Zentralisierung gibt es immer mehr große Kliniken mit mehr als 1.500 Geburten pro Jahr; viele kleine Kliniken der wohnortnahen Geburtshilfe schließen [15]. Es sollte geprüft werden, ob die bislang kleine Anzahl von 56 Kliniken im ländlichen Raum, die aktuell die zusätzlichen, leistungsunabhängigen Finanzmittel, die von der *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung* in der ersten Stellungnahme [44, S.7 und 13] zusätzlich zu den Sicherstellungszuschlägen empfohlen wurden, erhalten, erhöht werden kann. Im Aktionsplan sollte festgehalten werden, dass die Bundesregierung gemäß der Empfehlung die politische Festlegung der Mittel und die Zuwendungen gemäß Klinikgröße sicherstellt und überwacht, sodass Klinikschließungen vermieden werden. Wie von der Regierungskommission empfohlen, sollten die jährlichen Qualitätsberichte zusätzlich Angaben enthalten, wie die Kliniken die erhaltenen Mittel in den Abteilungen Geburtshilfe und Pädiatrie verwendet haben.

1.2.1 Monitoring der Geburtshilfe

Die DGHWi begrüßt die Absicht der Bundesregierung sehr, eine systematische Datenerhebung in der klinischen Geburtshilfe einzurichten, um die Versorgungsrealität zu erfassen. Die routinemäßige Perinatalerhebung durch das *Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen* (IQTIG) [33] wird seit 2018 nur noch in reduziertem Umfang durchgeführt. Dadurch fehlen wichtige Daten, etwa die Rate an Geburtseinleitungen bei Terminüberschreitung.

Welche Daten in der systematischen Erhebung erhoben werden, sollte wissenschaftlich hergeleitet und durch den neuzugründenden Ausschuss auf Bundesebene festgelegt werden. Es sollten valide Instrumente eingesetzt werden. Um den Standort und die Tätigkeit von Hebammen zukünftig verlässlich zu erfassen, sieht es die DGHWi als sinnvoll an, ein verpflichtendes Register der Berufsangehörigen in Deutschland einzurichten.

1.2.2 Förderung hebammengeleiteter Geburtshilfe

Die von der Regierungskommission vorgeschlagene Neuordnung der Kliniken in drei Versorgungsstufen (Level) und der Definition von Leistungsgruppen [43] ermöglicht es, die hebammengeleitete Geburtshilfe als Maßnahme einer risikoadaptierten Geburtsbetreuung als Leistungsgruppe in allen geplanten drei Versorgungsleveln zu verankern. Bisher ist dieses Versorgungskonzept als “Hebammenkreißsaal” mit sehr guten perinatalen Ergebnissen [42] jedoch nur im Rahmen von Modellprojekten und in lediglich ca. 38 Kliniken [36] deutschlandweit implementiert.

Dies ist ein erster Schritt in Richtung evidenzbasierter kontinuierlicher Hebammenbetreuungsmodelle in der klinischen Praxis [47]. Die Rate an physiologischen Geburten mit wenigen Interventionen kann dadurch in Kliniken erhöht werden. Gleichzeitig illustriert dieses Versorgungsmodell die führende Rolle der Hebamme als primäre Gesundheitsversorgerin für insbesondere gesunde Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen und ihren Kindern und Familien.

Die DGHWi sieht es als wichtig an, dass die Bundesregierung Anreize zur Einrichtung hebammengeleiteter Geburtshilfe schafft. Solche Incentivierungen sind wirksam, wie das Beispiel aus NRW zeigt. Dort konnten durch Förderung des Landes im Laufe eines Jahres zu den bestehenden 9 in weiteren 20 von insgesamt 136 Krankenhäusern neue Hebammenkreißsäle eingerichtet werden [36]. Die Umsetzung dieser Maßnahmen in der Praxis sollte mittels hochschulinitiierter, hebammenwissenschaftlicher klinischer Studien evaluiert werden.

1.2.3 Förderung der physiologischen Geburt

Die Regierungskommission sieht es als erforderlich an, bestehende Fehlanreize wie Mengenausweitung im DRG-System abzubauen [43]; sie schlägt eine leistungsabhängige Vergütung und Vorhalte-finanzierung vor, die an Versorgungslevel und Leistungsgruppen gekoppelt ist. Die Umstellung des Vergütungssystems soll wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden [43].

Die DGHWi ist sehr besorgt über die bestehenden Fehlanreize zugunsten einer interventionsreichen Geburtshilfe [12, 41], die z.B. nach Ansicht von Fachleuten Frühgeburten [59] und Kaiserschnittentbindungen [49] befördern. Eine Geburt ist eine einmalige intensive, transformierende und stärkende Lebenserfahrung von Frauen [40], die die langfristige Gesundheit – körperlich, psychisch, mental und sozial-emotional – von Mutter, Kind und Familie positiv beeinflussen kann. Daher ist es vordringlich, Fehlanreize abzubauen und Maßnahmen zu entwickeln, wie die physiologische Geburt gemäß ihrem hohen Wert für die Gesellschaft besser vergütet werden kann. Zu dem Zweck sollte eine Vertreter*in der Hebammenwissenschaft als Chief-Midwife für Deutschland berufen werden, ähnlich wie dies in England, Schweden, Australien oder Chile bereits geschehen ist. Diese und ein/-e ärztliche Geburtshelfer*in sollten als Mitglieder in der Regierungskommission sowie ggf. in den neugegründeten Ausschuss/Gremium aufgenommen werden.

[1] Manche Personen, die schwanger werden und gebären, bezeichnen sich selbst nicht als Frau. Diese sollen hier eingeschlossen sein.

1.2.4 Förderung der ambulanten Versorgung

Die Regierungskommission hat vorgeschlagen [45], zu prüfen, inwieweit Tagesbehandlungen in Kliniken durchgeführt werden können. In der Geburtshilfe sind für manche geburtshilflichen Interventionen, z.B. Geburtseinleitungen, Tagesbehandlungen vorstellbar. Dies sollte geprüft werden. Die Bundesregierung sollte die Ausschreibung für eine diesbezügliche hochschulinitiierte, hebammenwissenschaftliche klinische Studien durch das BMBF veranlassen.

Hebammen können ihre Gesundheitsleistungen in Hebammenzentren bzw. -abteilungen (sog. „Midwifery Units“, MU) anbieten. Dort können Frauen mit unkomplizierten Schwangerschaften kontinuierlich von Hebammen, ggf. von einem Team betreut werden (sog. hebammengeleitete Betreuung, „Midwife-led Continuity of Care“); diese Zentren können außerhalb (freistehend) oder in unmittelbarer Nähe einer Geburtsklinik eingerichtet werden und auch ambulante Geburten und eine Wochenbettambulanz einschließen [19]. Es ist zu prüfen, ob diese ebenfalls als Modellprojekte gemäß §§63ff. SGB V entwickelt werden könnten. Auch eine passende organisationale Einbindung, etwa als *Medizinisches Versorgungszentrum* (MVZ) unter Hebammenleitung ist zu entwickeln. Solche Hebammenzentren haben auch unter der Perspektive der gesetzlich vorgeschriebenen qualifizierten Praxisanleitung [8, 28] von Hebammenstudierenden eine wichtige Bedeutung. Daher sollten Hochschulen bzw. Universitäten in die Entwicklung aktiv eingebunden werden.

1.2.5 Verbesserung der Arbeitsbedingungen

Im klinischen Bereich haben Hebammen – abgesehen von vereinzelten Modellprojekten wie dem Hebammenkreißsaal [42] –, nur selten die Möglichkeit, Frauen im Sinne gemäß ihrer autonomen, eigenverantwortlichen Hebammentätigkeit [17] und ihren berufsethischen Vorstellungen bei deren Geburt zu begleiten. Vielerorts sind nicht einmal Hebammensprechstunden in Kliniken etabliert, in denen hebammenspezifische Aufklärung und Beratung in Bezug auf die bevorstehende Geburt angeboten werden könnte; wie es nach BGB §630e ff. (“Patientenrechtegesetz”) geboten wäre.

Daher stellt das Fehlen von Hebammen in vielen Geburtskliniken – wie im Aktionsplan auch richtig benannt – keinen simplen “Hebammenmangel” dar. Die Gründe, dass in der Hälfte der Kliniken etwa ein Fünftel der Stellen nicht besetzt werden kann und etwa ein Viertel der Hebammen über eine Berufsaufgabe nachdenkt [31], liegen in den dort bestehenden Arbeitsbedingungen sowie an den in vielen Kliniken ausgeprägten Hierarchien [48]. Dies wird durch die Akademisierung des Berufsstands der Hebammen nicht per se beeinflusst.

Die DGHWi empfiehlt, dies differenziert wissenschaftlich zu analysieren, um eine nachhaltige Strategie zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in Kliniken anzubahnen. In solch einem hochschulinitiierten, hebammenwissenschaftlichen Forschungsprojekt sollte das Personal – Hebammen, Hebammenstudierende, Ärzt*innen und Elternvertreter*innen in Kliniken – partizipativ beteiligt werden; es sollten Schritte zur Umsetzung von kooperativen Arbeitsstrukturen und gegenseitiger wertschätzender Kommunikation und Kooperation erarbeitet werden (Translationsforschung).

Zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in Kliniken gehört ein adäquater Personalschlüssel für angestellte Hebammen. In Deutschland existiert bislang kein Personalberechnungsmodell im Bereich der klinischen geburtshilflichen Versorgung durch Hebammen. Insbesondere fehlt die Personalberechnung (Verhältnis Anzahl der Hebammen in einer Klinik zur Anzahl der Geburten) um eine Eins-zu-Eins-Betreuung ab der aktiven Eröffnungsphase zu gewährleisten. Die Eins-zu-Eins-Betreuung hat positive Effekte auf die Gesundheit von Mutter und Kind und wird in der aktuellen S3-Leitlinie ‚Vaginale Geburt am Termin‘ empfohlen [1]. Es gibt keine international akzeptierten Vorgaben und Instrumente für die Berechnung für die Personalstärke in geburtshilflichen Einrichtungen. Es gilt jedoch als gesichert, dass personelle Kapazitäten das geburtshilfliche Outcome positiv beeinflussen können [13]. Um valide Berechnungen durchführen zu können, ist es erforderlich, Instrumente zur Erhebung des erforderlichen Personals zu entwickeln, zu pilotieren und zu evaluieren.

Die DGHWi spricht sich für folgende 9 Empfehlungen für das erste Handlungsfeld aus:

1. **Sicherstellung der freien Wahl des Geburtsorts:** Entwicklung von zielgerichteten Maßnahmen zur Gewährleistung der Wahlfreiheit vom Geburtsort für werdende Familien.
2. **Gewährleistung einer wohnortnahen und flächendeckenden geburtshilflichen Versorgung:** Steigerung der leistungsunabhängigen Finanzmittel zum Verhindern von Schließungen geburtshilflicher Abteilungen und Verpflichtung der Kliniken zur transparenten Darstellung der finanziellen Mittel für Geburtshilfe und Pädiatrie.
3. **Monitoring der klinischen Geburtshilfe:** Implementierung einer systematischen Datenerhebung in der Geburtshilfe und Einführung eines bundesweiten Hebammenregisters.
4. **Förderung von Hebammenkreißsälen:** Die Implementierung von Hebammenkreißsälen soll bundesweit gefördert werden.
5. **Entwicklung von Anreizen zur Förderung der physiologischen Geburt:** Entwicklung von monetären Anreizen zur Förderung der physiologischen Geburt in Kliniken.
6. **Stärkung der Stimme der Hebammenwissenschaft in Deutschland:** Berufung einer Hebammenwissenschaftler*in als „Chief Midwife“ und Aufnahme dieser in die Regierungskommission zur Vertretung der Perspektive der Hebammenwissenschaft sowie ggf. in den neugegründeten Ausschuss/Gremium.
7. **Förderung der ambulanten Versorgung:** Prüfung, welche geburtshilflichen Maßnahmen in Kliniken als ambulante Leistungen in Form von Tagesbehandlungen durchgeführt werden können.
8. **Verbesserung der Arbeitsbedingungen:** Anwendung von gesundheitsfördernden und verhältnis-präventiven Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen für geburtshilfliches Personal im klinischen und außerklinischen Setting.
9. **Entwicklung eines Personalberechnungsmodells für Hebammen:** Förderung einer wissenschaftlichen Entwicklung eines Personalberechnungsmodells für angestellte Hebammen in Kliniken.

2. Interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit rund um die Geburt stärken

Die DGHWi stimmt der Bundesregierung zu, dass auch die “interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit” als Handlungsfeld sehr bedeutsam ist, um die Qualität der geburtshilflichen Versorgung gemäß dem NGZ zu verbessern. Eine gelungene interprofessionelle Zusammenarbeit ist im Wesentlichen durch eine wertschätzende Kommunikation, ein adäquates Rollenverständnis, gemeinsame Wertvorstellungen und das Agieren innerhalb eines Teams charakterisiert [34].

2.1 Förderung der interprofessionellen Lehre an Hochschulen

Die Akademisierung des Hebammenberufs in Deutschland, die mit den neuen Berufsgesetzen 2020 fixiert wurde, war international gesehen eine überfällige Maßnahme. Hochschulisch qualifizierte Hebammen mit dem Abschluss Bachelor of Science sind Fachpersonen für die „*selbständige und umfassende Hebammentätigkeit im stationären sowie im ambulanten Bereich*“, die sie nach „*allgemein anerkannten Stand hebammenwissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse auf Grundlage einer Berufsethik*“ praktizieren [28, § 9 Studienziel]. Hebammen arbeiten eng mit Ärzt*innen sowie mit Berufen pflegerischer und therapeutischer Disziplinen zusammen. Die benötigten Fähigkeiten für eine gute und effektive Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen sind als Kompetenzziele im Studium der Hebammenwissenschaft [8, 28] und in den aktuellen Empfehlungen für das Studium der Humanmedizin, im *Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog* (NKLM 2.0) [38, VIII.3], vorgesehen. Dabei können diese Fähigkeiten bereits im Studium in interprofessionellen Teams, z.B. am Beispiel von Notfallsituationen, erworben werden [57]. Die DGHWi sieht die monetäre Förderung von interprofessioneller Lehre in der Berufsausbildung von Hebammen und Ärzt*innen durch die Bundesregierung als wichtig an.

2.2 Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Versorgung

Aus Sicht der DGHWi liegen die Herausforderungen für eine gute interprofessionelle Kooperation aber insbesondere auch darin, ein Klima der Wertschätzung und Achtung zwischen den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen zu fördern und überkommene Hierarchien abzubauen. Das wäre möglich durch die gemeinsame Erarbeitung von klinikinternen Handlungsstandards (Standard Operating Procedures, SOPs), intersektoraler Übergabeberichte oder die Einrichtung von Qualitätszirkeln oder Morbiditäts- und Mortalitäts- oder anderer regelmäßiger Fallkonferenzen.

Eine gute Zusammenarbeit im Team und eine als erfüllend empfundene Tätigkeit, z.B. eine Beziehung zu Frauen und Familien aufbauen zu können, sind Schlüsselfaktoren der Arbeitszufriedenheit für Hebammen und ihres Verbleibs im Beruf [4, 53]. Das ist auch im Hinblick auf die Stärkung junger Berufsanfänger*innen im Sinne einer Nachwuchsförderung wichtig. Ungeachtet der zunehmenden Evidenz zur hohen Bedeutung interprofessioneller Zusammenarbeit für die Patient*innensicherheit [11], ist die Implementierung von existierenden Maßnahmen zu deren Verbesserung in der geburtshilflichen Versorgung bisher unzureichend.

Es ist erforderlich, interprofessionelle Angebote zur Verbesserung der Zusammenarbeit für Hebammen, Ärzt*innen und weiteren pflegerischen und therapeutischen Berufen zu entwickeln und zu verstetigen; dies sollte als Qualitätsmerkmal gelten und auch in Krankenhäusern verpflichtend eingeführt werden. Das schließt auch die Schaffung neuer Orte der Zusammenarbeit, wie etwa interprofessionell geleiteter *Medizinische Versorgungszentren* (MVZs) ein. Die Anregung der DGHWi ist es, dass hierfür durch den Bund eine Strategie zur Honorierung qualitätsorientierter Maßnahmen entwickelt wird.

Die DGHWi spricht sich für folgende 3 Empfehlungen für das zweite Handlungsfeld aus:

1. **Förderung der interprofessionellen Lehre an Hochschulen:** Hochschulen benötigen finanzielle Mittel um die interprofessionelle Lehre mit Hebammen-, Pflege- und Medizinstudierenden langfristig in den Curricula zu verankern.
2. **Maßnahmen zur Förderung der Qualität der interprofessionellen Zusammenarbeit:** Finanzielle Honorierung von fallbezogener interprofessioneller Kommunikation und Kooperation im klinischen und außerklinischen Setting in der Geburtshilfe.
3. **Finanzierung von Studien zur Evaluation von Maßnahmen zur Steigerung der Qualität der interprofessionellen Zusammenarbeit:** Ausschreibungen für hochschulinitiierte, hebammenwissenschaftliche Studien zur Evaluation von Maßnahmen z.B. zum Abbau von Hierarchien, zur Förderung der interprofessionellen Kommunikation und Kooperation in der Geburtshilfe.

3. Qualität der Betreuung rund um die Geburt weiterentwickeln

Die DGHWi begrüßt die erklärte Absicht des BMG sehr, die Qualitätsentwicklung bestehender Leistungen des geburtshilflichen Versorgungsangebots voranzubringen und pflichtet den Aussagen bei, dass Fehlanreize für eine interventionsreiche Geburtshilfe im bestehenden DRG-System abgebaut, barrierefreie Informationen rund um die Geburt für werdende bzw. junge Eltern verankert, Leitlinien und Forschungsvorhaben, etwa zum Geburtsnachgespräch vorangebracht und neu eingerichtete qualitätssichernde Maßnahmen fortlaufend überprüft werden sollen.

3.1 Entwicklung von Qualitätskriterien

Für eine nachhaltige Förderung physiologischer Geburten in Kliniken sollte der Aktionsplan das Vorhaben enthalten, dass Qualitätskriterien bzw. -indikatoren für die klinische geburtshilfliche Versorgung entwickelt werden, die der ganzheitlichen und umfassenden Förderung physiologischer Geburtsverläufe gemäß dem NGZ entsprechen. Auch hierfür sollte die Bundesregierung initiieren, dass eine Ausschreibung des BMBF erfolgt. Die Anwendung dieser Qualitätskriterien, ggf. in Form eines Zertifikats [7], sollte mittels einer multizentrischen klinischen Studie evaluiert werden. Damit wäre dann die Grundlage vorhanden, um im nächsten Schritt mittels Qualitätsverträgen, die gemäß Beschluss des G-BA (Juli 2022) zukünftig in der Geburtshilfe erprobt werden sollen [23], eine gemäß dem

NGZ qualitätsbezogene Vergütung in Geburtskliniken in Deutschland zu realisieren. Die *Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie* (QFD-RL 2019) des G-BA [25] würde somit in der Geburtshilfe auf fundierte, fortschrittliche Weise umgesetzt – ergänzend zur bestehenden gesetzlichen Qualitätssicherung des G-BA (DeQS-RL 2023) in der Perinatalmedizin [24]. Der qualifizierte Einsatz von Hebammen würde außerdem zur Erlösgenerierung von geburtshilflichen Leistungen in Kliniken insbesondere der Versorgungsstufe 1 beitragen.

Laut NGZ orientiert sich ein fortschrittliches Gesundheitsverständnis nicht nur an physischen Kriterien, sondern auch an der subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Wohlbefinden. Bisherige Befragungen von Müttern, etwa zur Zufriedenheit, sind nicht aussagekräftig, da sie sich auf die Angaben weniger Frauen stützen. Die im Nationalen Aktionsplan rezipierte Zufriedenheit steht in eklatantem Widerspruch zu den zahlreichen Medienberichten über respektlose Behandlungen und Gewalterfahrungen von Frauen im Rahmen ihrer Geburt in Deutschland [56] und zu den Ergebnissen einer Befragung von Hebammenstudierenden, die regelmäßig übergriffiges Verhalten in Geburtsabteilungen beobachten [50]. Auch ist „Zufriedenheit“ nicht allein aussagekräftig und sollte um weitere Items, die die Qualität der Geburtshilfe abbilden, ergänzt werden; man weiß z.B., dass Vertrauen und individuell angepasste Verfügbarkeit Schlüsseldimensionen für die Versorgungsqualität aus Sicht der Frauen [54] darstellt. Es ist ein übersetztes und validiertes Instrument vorhanden, um die Qualität der Hebammenversorgung bei Müttern zu erfassen, der “Mother-Generated Index (MGI)” [29].

Demzufolge braucht es neben den derzeit ausschließlich medizinischen Qualitätsindikatoren in der Perinatalerhebung auch Qualitätskriterien, die sich direkt an den Bedürfnissen der Frauen und Familien orientieren. Diese Qualitätskriterien sollten von den Frauen und Familien auch bewertet werden. Dazu gehören z. B. die Berücksichtigung von Wünschen, die Wahl der Gebärposition, die Unterstützung beim Bonding und Stillen und eine gewaltfreie und respektvolle Begleitung sowie die Wahrung der Intimsphäre. Das BMG sollte eine Ausschreibung für ein hochschulinitiiertes, hebammenwissenschaftliches Forschungsvorhaben veranlassen, das eine aussagekräftige und forschungsmethodisch angemessene Entwicklung von Qualitätskriterien [32] für die klinische geburtshilfliche Versorgung inkl. Zertifikat sowie dessen Pilotierung in Kliniken unterschiedlicher Größe und Versorgungsstufe und dessen Evaluation beinhaltet.

Weiterhin ist eine grundlegende Strategie der Qualitätsentwicklung der bestehenden hochwertigen, geburtshilflichen Versorgung in Deutschland aus Sicht der DGHWi bedeutsam: der Ausbau und die Weiterentwicklung qualitätsfördernder Maßnahmen in Kliniken passend zu den Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft [14]. Hierbei sind

1. die Weiterentwicklung der gesetzlich festgelegten datengestützten, einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (DeQS-RL 2023) [24],

2. die Durchsetzung von Qualitätsanforderungen sowie auch

3. die Vorbereitung und Umsetzung einer qualitätsabhängigen Vergütung zu nennen.

Die DGHWi sieht es als geboten an, zusätzlich zu den bestehenden Qualitätsindikatoren der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) Perinatalmedizin [24] weitere, insbesondere auch prozessbezogene Qualitätsindikatoren zu entwickeln, die eine vor allem aus Elternsicht aussagekräftige Beurteilung der Qualität der geburtshilflichen Versorgung in Kliniken ermöglicht, etwa in welchem Ausmaß die Klinik eine Eins-zu-Eins-Betreuung während der Geburt realisieren kann, ob Hebammengespräche zur Aufklärung und Beratung zur Geburt angeboten werden, ob einrichtungsinterne Handlungsanweisungen zur evidenzbasierten Betreuung in Entscheidungssituationen (SOPs) existieren, ob ein internes, identitätsstiftendes Leitbild zur respektvollen Betreuung [5] vorliegt und Angebote existieren für Frauen mit negativen Geburtserfahrungen. Hebammen sollten in die Entwicklung dieser Qualitätsindikatoren einbezogen werden.

3.2 Qualität in der Hebammenversorgung

Im stationären Bereich ist das gesundheitsfördernde Potenzial von Hebammen gemäß dem NGZ bei Weitem nicht ausgeschöpft. Hebammen möchten allen Frauen eine positive Geburtserfahrung ermöglichen [5, 37, 39]; die geburtshilflichen Rahmenbedingungen (strukturell, personell, arbeitsorganisatorisch) in Kliniken müssen dies ermöglichen. Dies beinhaltet insbesondere die Schaffung von Arbeitsstrukturen, in denen eine kontinuierliche hebammengeleitete Betreuung („Midwife-led Continuity of Care“) realisiert werden kann. Nach diesem Modell wird die Betreuung während der Schwangerschaft, der Wehen und der Geburt sowie in der Zeit nach der Geburt durch dieselbe Hebamme oder ein kleines Hebammenteam geleitet, wobei bei Bedarf eine Überweisung an Spezialist*innen erfolgt [47]. In Studien, die in Ländern mit hohem Lebensstandard ähnlich Deutschland durchgeführt wurden, wurde in diesem Modell eine geringere Frühgeburtenrate (24 %) und eine geringere Anzahl Fehl- und Totgeburten sowie neonataler Todesfälle (16 %) beobachtet im Vergleich zu ärztlich geleiteten Versorgungsmodellen; Frauen mit geringem und gemischtem Komplikationsrisiko hatten eine geringere Wahrscheinlichkeit, ihr Baby zu verlieren [47]. Darüber hinaus war die Rate an medizinischen Interventionen wie Schmerzmittel- oder Wehenmittelgabe geringer und Frauen berichteten häufiger über positive Erfahrungen mit der Betreuung [47]. Die eindeutigen Evidenzen der kontinuierlichen Betreuung [47] gehören in überfälliger Weise flächendeckend in den Strukturen der Gesundheitsversorgung implementiert.

Im Nationalen Aktionsplan sollte das Versorgungsziel aufgenommen werden, kontinuierliche Betreuungsmodelle der Hebammenversorgung von der Schwangerschaft bis zum Wochenbett als Normalform in der Versorgung rund um die Geburt einzurichten und mit Begleitforschung zu evaluieren. Da der Hebammenberuf nicht in der Selbstverwaltung angesiedelt ist, sollte die kontinuierliche Betreuung in gesundheitlichen Versorgungsstrukturen, z.B. in einer Klinik plus Annex (Hebammenzentren, -abteilungen) für den ambulanten Bereich, stattfinden. In Kliniken können nur Begleit-Beleghebammen eine solche Betreuung anbieten; dies ist jedoch nur in geringem Umfang verfügbar. Derzeit werden Hebammen in die Freiberuflichkeit gedrängt, wenn sie kontinuierliche Hebammenbetreuung anbieten wollen.

Es sollten außerdem flächendeckend Hebammensprechstunden mit ausreichendem Zeitkontingent in Kliniken eingerichtet werden, in denen Hebammen werdende Eltern zur bevorstehenden Geburt aufklären und beraten, bspw. zur Nutzung von nichtmedikamentösen Methoden zum Umgang mit Wehen, zur Förderung der Mutter/Eltern-Kind-Bindung und zum Stillbeginn. Dies sollte gemäß BGB § 630e ff. rechtzeitig in der Schwangerschaft erfolgen und kann ggf. die Anzahl an Interventionen rund um die Geburt reduzieren. Diese qualitativ hochwertigen gesundheitsfördernden Leistungen dienen auch der Erlösgenerierung in Kliniken. Die aktuelle Darstellung des Versorgungsangebots in den Qualitätsberichten der Kliniken sollte für Eltern barrierefreier gestaltet werden.

3.3 Förderung der Entwicklung von Leitlinien

Die DGHWi begrüßt, dass die Bundesregierung die Forschung und Leitlinienentwicklung weiter fördert, etwa durch ein Forschungsvorhaben des BMEL zum Status Quo der Ernährungsbildung (inkl. Stillen) oder durch die Unterstützung von Leitlinien durch das Max Rubner-Institut. Die S3-Leitlinien „Sectio Caesarea“ und „Vaginale Geburt am Termin“ (beide aus 2020) sind sehr wichtige Errungenschaften zur Grundlegung einer evidenzbasierten geburtshilflichen Versorgung.

Zur Fundierung einer evidenzbasierten Betreuung in der reproduktiven Lebensphase werden weitere interprofessionelle Leitlinien unter Beteiligung der Hebammenwissenschaft (Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft – DGHWi) benötigt. Da diese Themenbereiche eine hohe Relevanz besitzen, ist die Verstetigung der Ausschreibung der Förderlinie „Medizinische Leitlinien“ des Innovationsfonds mit jährlich 200 Millionen Euro zu begrüßen. Aufgrund der Dringlichkeit ist das kompetitive Verfahren als nicht zielführend anzusehen und es sollte aus Sicht der DGHWi durch die Bundesregierung ein vereinfachter Weg zur Finanzierung eingerichtet werden, um weitere Leitlinien für den mit 738.000 Lebendgeborenen jährlich [55] epidemiologisch besonders wichtigen Bereich zu fördern. Es fehlen Leitlinien u.a. zu den Themen „Interprofessionelle Schwangerenbetreuung“, „Fehl-/Totgeburt“, „Wochenbett“ und „Psychische Beeinträchtigungen im Wochenbett“.

Die stabile hohe Rate an Frühgeburten in Deutschland – sie war 2019 mit 8,2% die dritthöchste in Europa [20, S. 64] – begründet vertiefte Präventionsanstrengungen. Die vorhandene S2k-Leitlinie (LL) „Prävention und Therapie der Frühgeburt“ aus dem Jahr 2022 sollte eine Evidenzrecherche erhalten und eine S3-LL werden, da bislang die potenziell positiven Effekte von psychosozialen Interventionen und einer kontinuierlichen Hebammenbetreuung, die sich in internationalen Studien zeigten [47], in der LL nicht enthalten sind. Eine internationale Übersichtsarbeit zeigte, dass kontinuierliche Hebammenbetreuung zu einer Verringerung der Rate an Frühgeburten [47] beitragen kann. Die Unterstützung durch eine Hebamme kann das subjektive Erleben einer Frühgeburt [21] verbessern, daher sollte eine hochschulinitiierte, hebammenwissenschaftliche Studie in Deutschland durchgeführt werden, die den Einfluss von Hebammenbetreuung auf Frühgeburten untersucht. Das BMG sollte eine passende Ausschreibung entwickeln.

Im Rahmen des Nationalen Aktionsplans sollte mittels Studien erfasst werden, welche Herausforderungen bestehen, dass LL in den praktischen Alltag gelangen. Es wäre bspw. wichtig, Factsheets, Handlungsalgorithmen und konsistente Patient*inneninfomationen zu entwickeln, die Hebammen, Ärzt*innen zur Aufklärung bei Behandlungsentscheidungen verwenden können. Auch muss Personal geschult werden, werdende Eltern mittels angemessener Risikokommunikation über Behandlungsalternativen gemäß der gemeinsamen bzw. partizipativen Entscheidungsfindung („Shared Decision Making“, SDM) aufzuklären, wie es nach dem BGB §630e ff. geboten ist.

Die DGHWi spricht sich für folgende 7 Empfehlungen für das dritte Handlungsfeld aus:

1. **Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die geburtshilfliche Versorgung in Kliniken:** Wissenschaftliche Entwicklung von validen Instrumenten zur Bewertung der Qualität in der klinischen Geburtshilfe (z.B. Betreuungskontinuität).
2. **Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die geburtshilfliche Versorgung in Kliniken aus Sicht der Nutzer*innen:** Wissenschaftsbasierte Entwicklung von validen Instrumenten zur Bewertung der Versorgungsqualität in der klinischen Geburtshilfe aus Sicht der Nutzer*innen (z.B. Berücksichtigung von Wünschen).
3. **Eins-zu-Eins-Betreuung in der Geburtshilfe:** Flächendeckende Implementierung einer Eins-zu-Eins-Betreuung von Gebärenden durch Hebammen in Kliniken.
4. **Schaffung von Hebammenzentren /-abteilungen:** Flächendeckende Implementierung von Modellen der kontinuierlichen Hebammenversorgung auch in Kliniken.
5. **Implementierung von Hebammensprechstunden:** Einrichtung von Sprechstunden durch Hebammen in geburtshilflichen Abteilungen in Kliniken für Frauen, z.B. mit Angst vor der Geburt oder zum Nachgespräch.
6. **Förderung von geburtshilflichen Leitlinien:** Finanzielle Förderung von Leitlinien für die Versorgung in der Schwangerschaft und im Wochenbett.
7. **Förderung der Umsetzung von Leitlinien in der Versorgung:** Finanzielle Förderung von hochschulinitiierten, hebammenwissenschaftlichen Studien sowie von Maßnahmen zur Umsetzung von Leitlinien in der geburtshilflichen Versorgung.

4. Information, Aufklärung und Gesundheitskompetenz rund um die Geburt verbessern

Die DGHWi pflichtet der Bundesregierung bei, dass qualitätsgesicherte und verständliche Information, Aufklärung und Verbesserung der Gesundheitskompetenz grundlegend ist, dass werdende Eltern und Familien aktiv in ihre Gesundheitsversorgung einbezogen werden, was die Gesundheit fördert und ihre Selbstwirksamkeit und das Sicherheitsgefühl verbessert.

4.1 Gesundheitsinformationen für Familien

Die DGHWi begrüßt die Absicht der Bundesregierung, die eigenen Materialien sowie die Materialien der

Geschäftsbereichs-Behörden zu Information und Aufklärung rund um die Geburt weiterzuentwickeln. Dabei sollte stets auch die hebammenwissenschaftliche Perspektive einbezogen werden, wie dies schon in Broschüren [10] und im Portal Familienplanung der BZgA (Referat Familienplanung und Verhütung) erfolgte.

Hebammen als Fachpersonen für die umfassende und eigenständige Begleitung und Betreuung von gesunden Frauen mit physiologischen Schwangerschaften, Geburten und Wochenbettverläufen – sowie bei Risiken und Komplikationen in ärztlicher Kooperation – sind bislang in der Schwangerenvorsorge nur marginal vertreten, wie die Auswertung von Versichertendaten der BARMER Ersatzkasse von 2015-2019 zeigt; bei 75 % der Schwangeren wurde keine Vorsorgeuntersuchung durch eine Hebamme abgerechnet und lediglich 1,2% der Schwangeren erhielten mehr als 4 Vorsorgeuntersuchungen durch eine Hebamme [30]. Dadurch bleibt bei fast allen Schwangeren ein großes gesundheitsförderndes Potenzial ungenutzt.

Es sollten Anreize geschaffen werden, dass mehr Hebammen in der Schwangerenvorsorge tätig werden und dieses Versorgungsmodell sollte durch die Kostenträger bei werdenden Eltern bekannter gemacht werden, insbesondere auch bei Familien mit psychosozialen Belastungen und/oder schwacher Sozialstruktur, da diese aktuell besonders schlecht erreicht werden, wie nicht nur die BARMER-Studie [30] sondern auch Daten aus Hamburg zeigen [22].

Werdende Eltern sollten über das NGZ und die Bedeutung einer physiologischen Geburt, Bindung und Stillen sowie auch über Versorgungsoptionen in der Schwangerschaft, bei und nach der Geburt und deren Evidenzen sowie über die Rollen der beteiligten Berufsgruppen besser informiert werden. Vorstellbar wäre eine Informationskampagne der relevanten Akteure (Gesundheitsportale wie "familienplanung.de" der BZgA, das Nationale Gesundheitsportal "gesund.bund.de" und über das Portal "gesundheitsinformation.de" des IQWIG) sowie über die gesetzlichen und privaten Krankenkassen, die öffentlich-rechtlichen Medien und die Tagespresse. Dabei sollten Informationen besonders auch gemäß der Grundsätze für leichte Sprache angewendet werden.

4.2 Beratung zur Entscheidungsfindung

Das Konzept der gemeinsamen bzw. partizipativen Entscheidungsfindung ("Shared Decision Making", SDM) hat in der Medizin heute eine hohe Bedeutung. Es beinhaltet die Nennung aller Handlungsoptionen unter korrekter, angemessener Nennung von Nutzen und Schaden und ein Gespräch über die Werte und Wünsche der Person. Hierbei werden besondere kommunikative Kompetenzen benötigt sowie Statistikverständnis für die angemessene Risikokommunikation [3]. Es ist bekannt, dass es besonders im Fachgebiet der Geburtshilfe, in der i.d.R. gesunde Schwangere oder Mütter mit ihren Kindern betreut werden, besondere Herausforderungen gibt, die die Umsetzung des SDM erschweren [2]. Es werden daher in der Praxis unterstützende Maßnahmen wie etwa interprofessionelle Schulungen und Anreize zur Anwendung des SDM wie der Einsatz qualitätsgesicherter Entscheidungshilfen benötigt, um eine evidenzbasierte geburtshilfliche Gesundheitsversorgung gemäß dem NGZ zu realisieren. Diese sollten unter Beteiligung hebammenwissenschaftlicher Expertise erstellt werden. Hier kann auf Vorarbeiten des innovationsfonds-geförderten Share-to-Care-Projekts [51] aufgebaut werden, in welchem eine evidenzbasierte Entscheidungshilfe zum Geburtsmodus bei Beckenendlage entwickelt wurde.

Die DGHWi betont nachdrücklich, dass ein großer Bedarf an evidenzbasierten Entscheidungshilfen für Entscheidungssituationen in der Schwangerschaft, wie etwa zur Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik oder zur Wahl des Geburtsorts, und für geburtshilfliche Interventionen (wie etwa zur Geburtseinleitung bei Terminüberschreitung, zur Periduralanästhesie oder zur Episiotomie) besteht. Die DGHWi begrüßt die Absicht des G-BA, vorhandene evidenzbasierte Entscheidungshilfen, wie etwa die im Rahmen des Share-to-Care-Projekt [51] zum Geburtsmodus bei Beckenendlage entwickelt, nach Prüfung zur Nutzung in Deutschland freizugeben; es sollten berufsgruppenübergreifende Schulungen zu deren Anwendung im praktischen Alltag entwickelt werden.

4.3 Gesundheitskompetenz von Familien

Wie im Nationalen Aktionsplan bereits erwähnt, sind Hebammen berufsrechtlich und aufgrund der Art ihrer Betreuung diejenige Berufsgruppe, die die Gesundheitskompetenz von werdenden bzw. jungen Eltern – vom Kinderwunsch bis zum Ende des ersten Lebensjahrs bzw. bis zum Ende der Stillzeit – in besonderem Maße stärken kann. Hebammen können qualitativ hochwertige, evidenzbasierte gesundheitliche Aufklärung und Beratung zum gesunden Lebensstil, zu physiologischen Veränderungen in der Schwangerschaft und zur Vorbereitung auf die Geburt, auf das Stillen, auf die Elternschaft und das Leben mit dem Kind anbieten; und zwar in der gesamten reproduktiven Lebensphase. Diese Beratungen sind an das Verständnis und die Bedürfnisse des Gegenübers anzupassen, besondere Belastungen der Zielgruppe müssen ebenso wie Ressourcen erkannt und genutzt werden [8]. Eine jüngste Erhebung ergab allerdings, dass nahezu 70% von 583 befragten Berufsanwärterinnen und -anwärter in Gesundheitsberufen über eine problematische oder sogar inadäquate Gesundheitskompetenz verfügen [52]. In hebammenwissenschaftlichen Studiengängen muss daher besonders die Gesundheits- und Beratungskompetenz der Studierenden gefördert werden.

Die Gesundheitskompetenz stellt auch eine Ressource für das persönliche Gesundheitsverhalten und adäquate Selbstfürsorge von Hebammenstudierenden dar; ein Faktor, der die langfristige Gesundheit und damit auch den Verbleib im Beruf beeinflussen kann, was eine Relevanz für eine nachhaltige und flächendeckende Hebammenversorgung hat. Aus dem Grund werden Maßnahmen in der Fort- und Weiterbildung benötigt, die darauf abzielen, die Gesundheitskompetenz von praktisch tätigen Hebammen zu verbessern. Auch dies sollte hochschulisch wissenschaftlich geplant, begleitet und evaluiert werden. Im Nationalen Aktionsplan sollte dies aufgenommen und monitoriert werden. Ergänzend sollten gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen und Arbeitsumwelt als verhältnispräventive Maßnahmen für angestellte Hebammen entwickelt werden.

Hochwertige, qualitätsgesicherte evidenzbasierte Aufklärung und Beratung von Hebammen haben einen hohen Wert für die Gesundheit der Bevölkerung und sollten dementsprechend vergütet werden.

Die DGHWi spricht sich für folgende 6 Empfehlungen für das vierte Handlungsfeld aus:

1. **Förderung der Hebammentätigkeit in der Schwangerenvorsorge:** Schaffen von Anreizen für Hebammen in die Tätigkeit der Schwangerenvorsorge einzusteigen.
2. **Informationen zu geburtshilflichen Versorgungsmodellen:** Kampagnen für werdende Familien zum gesetzlichen Anspruch der geburtshilflichen Versorgung sowie zu Modellen der Schwangerenvorsorge und verschiedenen Geburtsorten entwickeln.
3. **Entwicklung von Entscheidungshilfen und deren Anwendung in der Praxis**: Förderung von Entscheidungshilfen zu Themen wie Pränataldiagnostik, Geburtsort, Periduralanästhesie etc.
4. **Einbeziehung der Hebammenperspektive:** Hinzuziehung von Hebammenwissenschaftler*innen bei der Entwicklung von Aufklärungs- und Informationsmaterialien für Familien rund um die Geburt.
5. **Förderung der Gesundheitskompetenz von Eltern:** Finanzielle Honorierung der Tätigkeit von Hebammen bei der Förderung der Gesundheitskompetenz von Familien.
6. **Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz von Hebammen:** Förderung von Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz von Heb ammen(studierenden).

Literatur:

1. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) e.V. S3 Leitlinie Vaginale Geburt am Termin. AWMF 015-083 [Internet]. 2020. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-083k_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-01_1.pdf
2. Begley K, Daly D, Panda A, Begley C. Shared decision-making in maternity care: Acknowledging and overcoming epistemic defeaters. J Eval Clin Pract. 2019;25(6): S.1113-1120.
3. Bieber C, Gschwendtner K, Muller N, Eich W. Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Patient und Arzt als Team. Psychother Psychosom Med Psychol. 2016;66(5): S.195-207.
4. Bloxsome D, Ireson D, Doleman G, Bayes S. Factors associated with midwives' job satisfaction and intention to stay in the profession: An integrative review. J Clin Nurs. 2019;28: S.386-99.
5. Bohren MA, Tunçalp Ö, Miller S. Transforming intrapartum care: Respectful maternity care. Best Prac Res Clin Obstet Gynaecol. 2020;67: S.113-126.
6. Bundesärztekammer. Thesen zur Ökonomisierung der ärztlichen Berufstätigkeit [Internet]. 2022. [Zugriff: 19.08.2022] Verfügbar unter:https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/
7. Programme-Positionen/Thesen_zur_Oekonomisierung_der_aerztlichen_Berufstaetigkeit_DAEBL
8. Bundesärztekammer. Zentren und Zertifizierung. 2023. [Zugriff: 23.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/qualitaetssicherung/zentren-und-zertifizierung.
9. Bundesministerium der Justiz. Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV). 2020. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/hebstprv/BJNR003900020.html
10. Bundesministerium für Gesundheit. Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt [Internet]. 2017. Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/
11. Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesundheit_rund_um_die_Geburt_barrierefrei.pdf
12. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Rundum Schangerschaft und Geburt [Internet]. 2022. Verfügbar unter: https://shop.bzga.de/pdf/13500000.pdf
13. Cornthwaite K, Edwards S, Siassakos D. Reducing risk in maternity by optimising teamwork and leadership: an evidence-based approach to save mothers and babies. Best Prac Res Clin Obstet Gynaecol. 2013:27(4): S.571-581. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2013.04.004.
14. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe. 2022.
15. Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM). Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland. S2k-Leitlinie, **Registernummer 087 – 001 [Internet]**. 2021. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/service/awmf-aktuell/empfehlungen-fuer-die-strukturellen-voraussetzungen-der-perinatologischen-versorgung-in-deutschland
16. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG). Qualität und Patientensicherheit: Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft. 2019.
17. Deutscher Bundestag. Sachstand Überblick über Versorgungsstrukturen in der Geburtshilfe Deutschland, Dänemark, Schweden und Norwegen. Aktenzeichen: WD 9-3000 -012/212019. 2021.
18. Deutscher Ethikrat. Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme [Internet]. 2016. Verfügbar unter: https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf
19. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege und Verbund Hebammenforschung (DNQP), Expertinnenstandard zur Förderung der physiologischen Geburt. 2015.
20. ebm Netzwerk, Fünf Forderungen für eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik [Internet]. Krones T (Hrsg.). 2021. Verfügbar unter: https://www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/nachrichten/fuenf-forderungen-gesundheitspolitik
21. Edmonds JK, Ivanof J, Kafulafula U. Midwife Led Units: Transforming Maternity Care Globally. Ann Glob Health. 2020;86(1): S.44.
22. Euro Peristat. European Perinatal Health Report 2015-2019 [Internet]. 2022. Verfügbar unter: https://www.europeristat.com/images/Euro-Peristat_Fact_sheets_2022_for_upload.pdf
23. Fernandez Turienzo C, Silverio SA, Coxon K, Brigante L, Seed PT, Shennan AH, et al. Experiences of maternity care among women at increased risk of preterm birth receiving midwifery continuity of care compared to women receiving standard care: Results from the POPPIE pilot trial. PLoS One. 2021;6(4): S.E0248588.
24. Freie und Hansestadt Hamburg Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV), Amt für Gesundheit. Hebammenversorgung in Hamburg - Stand 2018. 2020.
25. Gemeinsamer Bundesausschuss. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung weiterer Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 i. V. m. § 110a Absatz 2 Satz 1 SGB V. 2022.
26. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). 2023.
27. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie zur Förderung der Qualität und zu Folgen der Nichteinhaltung sowie zur Durchsetzung von Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Absatz 1 SGB V – QFD-RL. 2019.
28. Geraedts M, Drösler S, Döbler K, Eberlein-Gonska M, Hellers G, Kuske S, et al. DNVF-Memorandum III „Methoden für die Versorgungsforschung", Teil 3: Methoden der Qualitäts- und Patientensicherheit. Gesundheitswesen. 2017;79(10): S. e95-e124.
29. Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG) e.V. Außerklinische Geburtenzahlen [Internet]. 2023. Verfügbar unter: https://www.quag.de/quag/ausserklinische-geburtenzahlen.htm.
30. Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz - HebG) vom 22. November 2019. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/BJNR175910019.html
31. Grylka-Baeschlin S, van Teijlingen E, Stoll K, Gross MM. Translation and validation of the German version of the Mother-Generated Index and its application during the postnatal period. Midwifery. 2015;31(1): S.47-53.
32. Hertle D, Blomeier B, Tormann D. Interprofessionelle Schwangerenvorsorge: Vorstellung eines Kooperationsmodells und Analyse von Routinedaten einer großen Krankenkasse zur Versorgungslage. Z Geburtshilfe Neonatol. 2021;225(S 01): S. P 116.
33. IGES Institut. Stationäre Hebammenversorgung. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit [Internet]. 2019. Verfügbar unter:https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e24893/e24894/e24895/e24897/attr_objs24976/IGES_stationaere_Hebammenversorgung_092019_ger.pdf
34. Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Methodische Grundlagen V 2.0. 2022.

35. Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Perinatalmedizin (QS PM). 2023. [Zugriff: 30.08.2023]. Verfügbar unter: https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-pm/.
36. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. International Education Collaborative (Hrsg.). 2011: Washington, D.C.
37. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de. Gesundheit rund um die Geburt – Der Aktionsplan als Schlüssel für einen Kulturwandel. 2023: Berlin.
38. Land Nordrhein-Westfalen, Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen. 20 neue Hebammenkreißsäle für Nordrhein-Westfalen. 2022.
39. Leinweber J, Fontein-Kuipers Y, Karlsdottir SI, Ekstrom-Bergstrom A, Nilsson C, Stramrood C, et al. Developing a woman-centered, inclusive definition of positive childbirth experiences: A discussion paper. Birth. 2023;50(2): S.362-383.
40. MFT Medizinischer Fakultätentag e.V., Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin Version 2.0. 2021.
41. Oladapo OT, Tunçalp Ö, Bonet M, Lawrie TA, Portela A, Downe S, et al. WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. Bjog. 2018;125(8): S.918-922.
42. Olza I, Leahy-Warren P, Benyamini Y, Kazmierczak M, Karlsdottir S I, Spyridou A, et al. Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. BMJ Open. 2018;8(10): S.E020347.
43. Osterloh F. Die Fehlsteuerungen beheben. Dtsch Arztebl. 2020;117(15).
44. Osterloh, F. Hebammengeleitete Kreißsäle: Gutes Angebot bei geringem Risiko. Dtsch Arztebl. 2023;120(4).
45. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung. 2023.
46. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Erste Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe. 2022.
47. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Zweite Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Tagesbehandlung im Krankenhaus zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens. 2022.
48. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten. 2018.
49. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D, et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2016;4(4): p. Cd004667.
50. Scheiwe H, Wittenberg L. Hebammenmangel in Deutschland: Verbandspräsidentin im Interview „Dass Kinder so geboren werden, können wir als Land nicht wollen". Redaktionsnetzwerk Deutschland [Internet]. 2023. Verfügbar unter: https://www.rnd.de/panorama/hebammenmangel-in-deutschland-verbandspraesidentin-im-interview-SSRAI4KDXVEWXMT76J4LVYOPIQ.html
51. Schneider U, Botson H, Linder R. Ökonomische Fehlanreize in der Geburtshilfe nach Anpassung des DRG-Systems in 15. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, 05.-07.10.2016. 2016, German Medical Science GMS Publishing House: Berlin.
52. Schoene BEF, Oblasser C, Stoll K, Gross M. Midwifery students witnessing violence during labour and birth and their attitudes towards supporting normal labour: A cross-sectional survey. Midwifery. 2023;119: S.103626.
53. Share to Care. Patientenzentrierte Versorgung GmbH. Share to Care - Gemeinsam entscheiden [Internet]. 2023. Verfügbar unter: https://share-to-care.de/.
54. Simon A, Ebinger M, Holoch E. Die Gesundheitskompetenz von angehenden Ärzt*innen Pflegenden, Hebammen, Therapeut*innen und Gesundheitsmanager*innen in Deutschland – Explorative Pilotstudie. Gesundheitswesen. 2021;84(11): S.1039-1049.
55. Stahl K, Agricola C J. Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht von Hebammen. Public Health Forum. 2021;29(2): S.166-169. DOI:10.1515/pubhef-2021-0026
56. Stahl, K. Prädiktoren der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung: Schlüsseldimensionen einer guten Betreuung aus Sicht der Gebärenden und Wöchnerinnen. eGMS Zeitschrift für Hebammenwissenschaft. 2019;6. DOI: 10.3205/zhwi000012.
57. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung Geburten [Internet]. 2023. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/_inhalt.html.
58. Südwestrundfunk (SWR). Gewalt auf der Geburtsstation "Stellen Sie sich nicht so an. Geburten tun halt weh.". 2023.
59. Tauscher A, Stepan H, Todorow H, Rotzoll D. Interteam PERINAT - interprofessionelle Team-Zusammenarbeit von Hebammenschülerinnen und PJ Studierenden im Zusammenhang mit geburtshilflichen Notfällen: Vorstellung von Simulationsszenarien und empirischen Auswertungsergebnissen. GMS Journal for Medical Education. 2021;40.
60. Weiße Liste. Krankenhäuser zum Behandlungsgrund Geburt - deutschlandweit. 2023. [20.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.weisse-liste.de/krankenhaus/s/deutschlandweit/i/Geburt--Z38.
61. Wille A. Kritik der Frauenärzte: DRG-System fördert Frühgeburten [Internet]. Medscape. 2014. Verfügbar unter: https://deutsch.medscape.com/artikel/4902225

Anfrage zur Petition "Gestaffelter Mutterschutz" nach Fehlgeburten vor der 24. Schwangerschaftswoche

Die DGHWi erreichte anlässlich der Petition "Gestaffelter Mutterschutz" vom 15.07.2022 (https://epetitionen.bundestag.de/petitionen/_2022/_07/_15/Petition_136221.nc.html) eine Anfrage aus dem Gesundheitsausschuss des Bundestages mit den folgenden konkreten Fragen.

Ab welcher Schwangerschaftswoche ist eine Mutterschutz-Freistellung nach Fehlgeburten aus medizinischer Sicht sinnvoll?

Welchen Vorschlag haben Sie für einen gestaffelten Mutterschutz, nach medizinischen Kriterien, in den einzelnen Phasen der Geburt vor der 24. Schwangerschaftswoche?

Können Sie eine grobe Schätzung abgegeben, wie viele Frauen zwischen der 12. und 24. Schwangerschaftswoche und der 16. und 24. Schwangerschaftswoche in Deutschland Fehlgeburten haben?

Dazu hat die DGHWi wie folgt geantwortet.

Ab welcher Schwangerschaftswoche ist eine Mutterschutz- Freistellung nach Fehlgeburten aus medizinischer Sicht sinnvoll?

Die Folgen einer Fehlgeburt sind sowohl physischer als auch psychischer Natur. Zu den psychischen Folgen gehört ein erhöhtes Risiko für Angstzustände, Depressionen (48 % – 59 %), posttraumatischer Stress (45 %), posttraumatische Belastungsstörungen und Suizid [9, 15]. Ein beträchtlicher Anteil an Frauen* und Partner*innen erleben einen intensiven Trauerprozess [2, 11, 16].

Es gibt aus medizinischer Perspektive drei gleichwertige Behandlungsmethoden. Ein abwartendes, medikamentöses und ein chirurgisches Management [5, 8, 10, 13]. Zum Teil werden unterschiedliche Optionen in unterschiedlichen Schwangerschaftswochen angewendet. Die Folgen und Nebenwirkungen der drei Optionen unterscheiden sich unabhängig von der Schwangerschaftswoche stark. In Deutschland wird vor der 14. SSW in den meisten Fällen ein chirurgisches Management vorgenommen. Mögliche Folgen der drei Optionen können sein: Operation/erneute Operation, verbunden mit seltenen Komplikationen wie: Uterusperforation, Notwendigkeit weiterer lebensrettender Eingriffe einschließlich Hysterektomie (Entfernung der Gebärmutter), Bluttransfusion oder Einweisung auf die Intensivstation. Darüber hinaus kann es zu starken Schmerzen, Entzündungen, Blutverlust, Anämie, tagelange Blutungen, Brechreiz, Erbrechen und Durchfall kommen. Zudem kann eine initiale Brustdrüsenschwellung, auch Milcheinschuss genannt, stattfinden.

Frauen berichten über ein noch immer vorherrschendes Stigma, das das Aufsuchen von (psychologischer) Hilfe erschwert. Die physischen und psychischen Auswirkungen einer Fehlgeburt werden häufig unterschätzt [3].

Es kann keine eindeutige Empfehlung für eine Freistellung abhängig von der Schwangerschaftswoche gegeben werden, da die physischen und psychischen Symptome sowie der Trauerprozess eher individuell und abhängig von der gewählten Behandlungsmethode sind, als abhängig von der Schwangerschaftswoche. Es kann keine Frist formuliert werden, unterhalb derer diese Belastungen nicht oder nur in einem sehr geringen Maße auftreten. Eine Freistellung ab der 6. SSW erscheint plausibel.

Welchen Vorschlag haben Sie für einen gestaffelten Mutterschutz, nach medizinischen Kriterien, in den einzelnen Phasen der Geburt vor der 24. Schwangerschaftswoche?

Es kann keine eindeutige Empfehlung für eine Freistellung abhängig von der Schwangerschaftswoche gegeben werden, da die physischen und psychischen Symptome sowie der Trauerprozess eher individuell und abhängig von der gewählten Behandlungsmethode sind, als abhängig von der Schwangerschaftswoche.

Die DGHWi macht folgenden Vorschlag unter Berücksichtigung der folgenden Punkte:

- Risiko für Fehlgeburten
- Wahrnehmung ärztlicher Termine oder Termine mit einer Hebamme oder Psycholog:in
- Körperliche Umstellung und Heilung
- Sehr heterogener Trauerprozess

Mutterschutz

- *Freistellung für 2 bis 4 Wochen nach einer Fehlgeburt vor der 12. SSW.*
- *Freistellung von 4 bis 6 Wochen nach einer Fehlgeburt zwischen der 16. und 24. SSW.*
- *Freistellung von 4 bis 6 Wochen nach einer Fehlgeburt zwischen der 12. und 16. SSW.*

Können Sie eine grobe Schätzung abgegeben, wie viele Frauen zwischen der 12. und 24. Schwangerschaftswoche und der 16. und 24. Schwangerschaftswoche in Deutschland Fehlgeburten haben?

Da wir keinen ad-hoc Zugriff auf Diagnosedaten in Deutschland haben, können wir lediglich auf Grundlage der medizinischen Literatur eine Schätzung abgeben: Eine Fehlgeburt ist definiert als der spontane Verlust einer Schwangerschaft vor der 24. Schwangerschaftswoche. Ca. 15 % - 20% der Schwangerschaften enden in einer Fehlgeburt [4, 15]. Schwankungen bestehen hier insbesondere, ab wann eine Fehlgeburt als Fehlgeburt gezählt wird. 10,8% Prozent der Frauen sind mindestens einmal in ihrem Leben von einer Fehlgeburt betroffen [15]. Das Risiko für eine Fehlgeburt ändert sich stark in Abhängigkeit von der Schwangerschaftswoche.

Grobe Schätzungen für Deutschland [17]

	Ungefährer Anteil an Fehlgeburten nach SSW in % von allen Schwangerschaften	Anzahl der Fehlgeburten: Schätzung für DE
06 - 12 SSW	12,7%	Ca. 118.857
12 - 16 SSW	1,2%	Ca. 11.231
16 - 24 SSW	< 1%	Unter 9.359

Ausgehend von 15 % und ca. 795.500 Geburten in Deutschland wären dies ca. 140.382 Fehlgeburten pro Jahr.

Weitere Anmerkungen

Regelhaft wird Frauen und Paaren keine psychologische Hilfe angeboten (vergl. USA) [6]. Berichten zufolge werden Frauen auch nicht über die Möglichkeit einer Hebammenbetreuung informiert. In Deutschland existiert keine Leitlinie zur Behandlung von Fehlgeburten, auf Grund fehlender finanzieller Mittel ist dies für die DGHWi aktuell nicht umsetzbar, erscheint jedoch dringend notwendig. Diese könnte zudem Empfehlungen zur Weitervermittlung zur psychologischen Unterstützung enthalten.

Offene Fragen

Aus Sicht der DGHWi bleiben Fragen offen zu sehr frühen Fehlgeburten, fehlgeschlagenen Versuchen einer assistierten Reproduktion, Abtreibungen (aus medizinischer Indikation) und Schutzzeiträumen für Frauen, die eine Missed Abortion haben und ein abwartendes oder medikamentöses Verfahren wählen (Kind ist verstorben, aber noch kein Einsetzen von Blutungen/Wehen).

Zudem können auch Partner*innen intensive Trauerprozesse durchlaufen. In Neuseeland gibt es seit 2021 einen dreitägigen Trauerurlaub für Frauen und ihre Partner nach einer Fehlgeburt [7].

Literaturverzeichnis

62. Ammon Avalos L, Galindo C, Li D. A systematic review to calculate background miscarriage rates using life table analysis. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. 2012;94(6):417–423. DOI: 10.1002/bdra.23014.
63. Brier N. Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. J Womens Health. 2008;17(3):451–464. DOI: 10.1089/jwh.2007.0505.
64. Coomarasamy A, Gallos I, Papadopoulou A, Dhillon-Smith R, Al-Memar M, Brewin J, et al. Sporadic miscarriage: evidence to provide effective care. Lancet. 2021;397(10285):1668–1674. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00683-8.
65. Devall A, Papadopoulou A, Podesek M, Haas D, Price M, Coomarasamy A, et al. Progestogens for preventing miscarriage: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2021;(4):CD013792.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD013792.pub2.

Autor*innen

Mirjam Peters,
M.Sc. PH

66. Ghosh J, Papadopoulou A, Devall A, Jeffery H, Beeson L, Do V, et al. Methods for managing miscarriage: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2021;6(6):CD012602. DOI: 10.1002/14651858.CD012602.pub2.

67. Ho A, Hernandez A, Robb J, Zeszutek S, Luong S, Okada E, et al. Spontaneous Miscarriage Management Experience: A Systematic Review. Cureus. 2022;14(4). DOI: 10.7759/cureus.24269.

68. Hodson, N. Time to rethink miscarriage bereavement leave in the UK. BMJ Sex Reprod Health. 2022;48(1):70–71. DOI: 10.1136/bmjsrh-2021-201282.

69. Kim C, Barnard S, Neilson J, Hickey M, Vazquez J, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage. Cochrane Database Syst Rev. 2017;1(1):CD007223. DOI: 10.1002/14651858.CD007223.pub4.

70. Kukulskienį M, emaitienį N. Postnatal Depression and Post-Traumatic Stress Risk Following Miscarriage. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(11). DOI: 10.3390/ijerph19116515.

71. Lemmers M, Verschoor M, Kim B, Hickey M, Vazquez J, Mol B, et al. Medical treatment for early fetal death (less than 24 weeks). Cochrane Database Syst Rev. 2019;6(6):CD002253. DOI: 10.1002/14651858.CD002253.pub4.

72. Mergl R, Quaatz S, Edeler L, Allgaier A. Grief in women with previous miscarriage or stillbirth: a systematic review of cross-sectional and longitudinal prospective studies. Eur J Psychotraumatol. 2022;13(2):2108578. DOI: 10.1080/20008066.2022.2108578.

73. Mukherjee S, Velez Edwards D, Baird D, Savitz D, Hartmann K. Risk of Miscarriage Among Black Women and White Women in a US Prospective Cohort Study. Am J Epidemiol. 2013;177(11):1271–1278. DOI: 10.1093/aje/kws393.

74. Nanda K, Lopez L, Grimes D, Peloggia A, Nanda G. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(3):CD003518. DOI: 10.1002/14651858.CD003518.pub3.

75. Miscarriage: worldwide reform of care is needed. Lancet. 2021;397(10285):1597. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00954-5.

76. Quenby S, Gallos I, Dhillon-Smith R, Podesek M, Stephenson M, Fisher J, et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. Lancet. 2021;397(10285):1658-1667. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00682-6.

77. Williams H, Topping A, Coomarasamy A, Jones L. Men and Miscarriage: A Systematic Review and Thematic Synthesis. Qual Health Res. 2020;30(1):133–145. DOI: 10.1177/1049732319870270.

78. Zauche L, Wallace B, Smoots A, Olson C, Oduyebo T, Kim S, et al. Receipt of mRNA Covid-19 Vaccines and Risk of Spontaneous Abortion. N Engl J Med. 2021;385(16):1533–1535. DOI: 10.1056/NEJMc2113891.

Stellungnahme zum Referentenentwurf des BMG, Verordnung zur Umsetzung des Urteils des Bundesverwaltungsgerichtes vom 10.4.2019 – 6 C 19.18 und des Urteils des Bundesverwaltungsgerichtes vom 28.Oktober 2020-6 C8.19 in den Prüfungsverfahren der Heilberufe

Das Ziel des Referentenentwurfs der Prüfungsmodernisierungsverordnung ist die Chancengleichheit nach Grundgesetz Artikel 3 Absatz 1 und Artikel 12 Absatz 1 für alle Prüfungskandidatinnen und Prüfungskandidaten im Prüfungsverfahren zu erreichen und ist prinzipiell zu begrüßen.

Änderungen in der Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV)

Zur Änderung:	Anmerkung:
§ 2 wird folgender Absatz 4 angefügt: „ (4) Lehrformate, die selbstgesteuertes Lernen oder E-Learning beinhalten, können zielgerichtet bei der Konzeption der theoretischen und praktischen Lehrveranstaltungen in einem angemessenen Umfang berücksichtigt werden. Die Teilnahme an Lehrformaten nach Satz 1 ist von der studierenden Person gegenüber der Hochschule nachzuweisen. Das Nähere regeln die Länder.“	Die Ergänzungen der Lehrformate sind zeitgemäß. Die geforderte Nachweispflicht der studierenden Person gegenüber der Hochschule ist in den Hochschulstandorten mit keiner Anwesenheitspflicht in den Theoriephasen ein grundsätzliches Problem. Somit müssten alle Hochschulen explizit für diese Lehrformate eine Anwesenheitspflicht einführen. Da im § 33 Hebammengesetz (2) die Teilnahme an den vorgeschriebenen anwesenheitspflichtigen hochschulischen Lehrveranstaltungen grundsätzlich geregelt ist, besteht aus unserer Sicht kein zusätzlicher Regelungsbedarf. Somit könnte der Passus „Die Teilnahme an Lehrformaten nach Satz 1 ist von der studierenden Person gegenüber der Hochschule nachzuweisen. Das Nähere regeln die Länder.“ gestrichen werden.
§ 17 wird wie folgt gefasst: „Die Vorsitzenden des Prüfungsausschusses haben das Recht, an den einzelnen Teilen der staatlichen Prüfung teilzunehmen, ohne dass ihnen ein Fragerecht zusteht. Eine Verpflichtung zur Anwesenheit besteht nicht. § 46 Absatz 3 Satz 4 und § 49 Absatz 3 Satz 4 bleiben davon unberührt.“	Aus der Perspektive der Aufsicht über das Prüfungsgeschehen erscheint diese Regelung logisch. Das würde bedeuten, dass beide Prüfungsvorsitzenden nicht prüfen dürfen. Diese Regelung könnte allerdings in Hochschulen mit geringer personeller Ausstattung, bspw. mit nur einer Professur, zu einer Situation führen, in der die Prüfung aufgrund von unzureichenden personellen Ressourcen nicht mehr durchgeführt werden kann, wenn die Professur den Prüfungsvorsitz inne hat.
§ 22 wird wie folgt geändert: a) In Absatz 1 wird das Wort „mindestens“ gestrichen.	Diese Änderung ist eindeutig und entspricht dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts.

Auto*innen

Prof.in Dr.in
Anne Kasper

Prof.in Dr.in
Petra Kolip

Zur Änderung:	Anmerkung:
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert: aa) Der Wortlaut wird Satz 1 und es werden die Wörter „im Benehmen mit den jeweiligen Prüferinnen oder Prüfern“ gestrichen und nach dem Wort „Klausuren“ die Wörter „als das arithmetische Mittel der Noten der einzelnen Prüferinnen oder Prüfer“ eingefügt.	Damit ist die Notenfindung, die durch die beiden Prüfungsvorsitzenden durchgeführt werden müssen, ein rein rechnerischer Akt und verhindert die Einflussnahme der Prüfenden auf die Gesamtnote.
bb) Folgender Satz 2 wird angefügt: „Die Berechnung erfolgt auf zwei Stellen nach dem Komma ohne Rundung. Dem berechneten Zahlenwert ist die entsprechende Note nach § 20 zuzuordnen	Es ist nichts dagegen einzuwenden, die Änderung entspricht § 20 HebStPrV
§ 25 Absatz 1 wird wie folgt geändert: a) In Satz 1 wird das Wort „mindestens“ gestrichen.	Diese Änderung ist eindeutig und entspricht dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts.
b) Satz 2 wird wie folgt gefasst: „Die Vorsitzenden des Prüfungsausschusses sind berechtigt, an der Prüfung teilzunehmen, ohne dass ihnen ein Fragerecht zusteht.“	Konsequenz siehe Bemerkungen zu §17
§ 26 Absatz 2 wird wie folgt gefasst: „ (2) Aus den einzelnen Noten der Prüferinnen oder Prüfer bilden die Vorsitzenden des Prüfungsausschusses die Note des mündlichen Teils der staatlichen Prüfung als das arithmetische Mittel der Noten der einzelnen Prüferinnen oder Prüfer. Die Berechnung erfolgt auf zwei Stellen nach dem Komma ohne Rundung. Dem berechneten Zahlenwert ist die entsprechende Note nach § 20 zuzuordnen.“	Siehe Bemerkungen zu §22 Absatz 2
§ 31 Absatz 3 Satz 1 wird das Wort „mindestens“ gestrichen. (3) „Der praktische Teil der staatlichen Prüfung wird von zwei Prüferinnen und Prüfern abgenommen. Eine Prüferin oder Prüfer ist nach §15 Absatz 1 Nummer 5 zur Abnahme der praktischen Prüfung geeignet.“	Die Streichung des Wortes „mindestens“ entspricht dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts. Die Formulierung dieser Regelung lässt einen großen Interpretationsspielraum zu und sollte präzisiert werden. Vorschlag: z.B.: jeder praktische Prüfungsteil wird von jeweils zwei Prüferinnen oder Prüfern …“. Wenn unter dem praktischen Teil die gesamten drei Prüfungsteile gemeint sind, die von dem gleichen Prüfungspaar (Prüferin aus Hochschule und eine PAL) durchgeführt werden müssen, sehen wir diese Regelung als nicht umsetzbar an. Die drei praktischen Prüfungsteile finden an unterschiedlichen Prüfungsorten im Krankenhaus oder im ambulanten Setting und im Skillslab an der Hochschule statt und können laut §31(2) von zwei Werktagen unterbrochen werden. Diese Vorgaben sind nicht einzuhalten siehe anschließende Ergänzung.
	ERGÄNZUNG zum § 31 (2) Mit Erlaub möchten wir diese Gelegenheit der Stellungnahme zur Studien- und Prüfungsordnung für Hebammen nutzen, um auf ein erhebliches Problem aufmerksam zu machen, das sich in den ersten Durchgängen des praktischen Examens an den betroffenen Standorten vor allem Schwierigkeiten mit dem § 31 Absatz 2 gezeigt hat.

Zur Änderung:	Anmerkung:
(2)„Der praktische Teil der staatlichen Prüfung ohne den Vorbereitungsteil soll einschließlich des Reflexionsgesprächs bis zu 360 Minuten dauern und kann durch eine organisatorische Pause von zwei Werktagen unterbrochen werden.“	Die strenge Zeitbindung des praktischen Prüfungsteils ist in dieser Art und Weise nicht umsetzbar und birgt ein großes Risiko. Die Gefahr der Verletzung des Gebots der Chancengleichheit ist hier ebenfalls gegeben. In den Kliniken ist ein eklatanter Hebammenmangel vorherrschend. Nach unserem Kenntnisstand können momentan nicht alle Bundesländer die geforderten 25% Praxisanleitung umsetzten und nutzen die Übergangsregelung siehe §13 Hebammengesetz (2) mit einer Praxisanleitung von mindestens 15% bis 2030. (Sächsische Gesundheitsfachberufe Verordnung am 31. Mai 2022) Deshalb ist davon auszugehen, dass sich der geforderte Ablauf der praktischen Prüfungen unter Beteiligung der PAL nicht in dem vorgesehenen zeitlichen Rahmen umsetzen lässt. Die ersten Hochschulen, welche bereits staatliche Prüfungen durchgeführt haben, bestätigen diese Probleme. Ein Scheitern mit daraus folgenden Klagen von Studierenden ist bereits jetzt absehbar.
	Wir sind Ihnen sehr dankbar, wenn Sie diese Problematik mit in die aktuelle Änderung aufnehmen und den Zeitraum zwischen den drei praktischen Prüfungsteilen auf mindestens eine Woche verlängern. Dies erscheint uns, insbesondere vor dem chronischen Hebammenmangel zzgl. hohem pandemiebedingtem Krankenstand/hohem Belastungsgrad in den Geburtskliniken und dem fortwährenden Mangel an qualifizierten Praxisanleiterinnen als zwingend erforderlich, um eine ordnungsgemäße Durchführung des praktischen Teils der staatlichen Prüfung gemäß HebStPtV überhaupt sicherstellen zu können.
§ 32 Absatz 2 wird wie folgt gefasst: „ (2) Aus den Bewertungen der Prüferinnen oder Prüfer bilden die Vorsitzenden des Prüfungsausschusses die Note des jeweiligen Prüfungsteils des praktischen Teils der staatlichen Prüfung als das arithmetische Mittel der Noten der einzelnen Prüferinnen oder Prüfer. Die Berechnung erfolgt auf zwei Stellen nach dem Komma ohne Rundung. Dem berechneten Zahlenwert ist die entsprechende Note nach § 20 zuzuordnen.“	Bedeutet auch hier, die Notenfindung wird von den beiden Prüfungsvorsitzenden aus drei Prüfungsteilen (gewichtet) berechnet.
Betrifft Anpassungsmaßnahmen Eignungsprüfung § 46 Absatz 3 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt: „Die Vorsitzenden des Prüfungsausschusses müssen zu diesem Zweck während der Prüfung anwesend sein, ohne dass ihnen ein Fragerecht zusteht.“	Die Anwesenheit der beiden Prüfungsvorsitzenden im Falle einer Wiederholungsprüfung der Eignungsprüfung ist prinzipiell in Ordnung, stellt jedoch eine organisatorische Herausforderung dar.
Kenntnisprüfung § 49 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt: „Die Vorsitzenden des Prüfungsausschusses müssen zu diesem Zweck während der Prüfung anwesend sein, ohne dass ihnen ein Fragerecht zusteht.“	Das würde bedeuten, dass beide Prüfungsvorsitzenden bei jeder mündlichen Kenntnisprüfung anwesend sein müssen. Soll die Anwesenheit nur im Wiederholungsfall gelten, müssten die Änderungen im § 51 Absatz 2 eingefügt werden. Dort werden die Wiederholungsprüfungen des mündlichen und praktischen Teils der Kenntnisprüfung geregelt.

Zur Änderung:	Anmerkung:
Kenntnisprüfung § 50 Absatz 7 wird folgender Satz angefügt: „Die Vorsitzenden des Prüfungsausschusses müssen zu diesem Zweck während der Prüfung anwesend sein, ohne dass ihnen ein Fragerecht zusteht.“	Das würde bedeuten, dass beide Prüfungsvorsitzenden bei jeder praktischen Kenntnisprüfung anwesend sein müssen. Soll die Anwesenheit nur im Wiederholungsfall gelten, müssten die Änderungen im § 51 Absatz 2 eingefügt werden. Dort werden die Wiederholungsprüfungen des mündlichen und praktischen Teils der Kenntnisprüfung geregelt.Wir verstehen die Bedeutung dieser Änderungen im §46 Eignungsprüfung bezogen auf die letztmalige Chance der Eignungsprüfung im Falle einer Wiederholungsprüfung. Die Änderungen im §49 mündliche Kenntnisprüfung und §50 praktische Kenntnisprüfung sehen wir nur im Falle einer Wiederholungsprüfung als sinnvoll an. Die Prüfungsteilnahmepflicht der Prüfungsvorsitzenden an allen Teilen der Wiederholungsprüfung ist jedoch mit einem sehr großen organisatorischen Aufwand verbunden.
Altrechtliche Hebammenausbildung/ Übergangsbestimmungen § 57 wird wie folgt geändert: 1) a) Nach dem Wort „Fassung“ werden die Wörter „nach Maßgabe der folgenden Absätze“ eingefügt. b) Der neue Wortlaut wird Absatz 1. c) Folgende Absätze werden angefügt: „ (2) Hinsichtlich § 1 Absatz 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung gilt, dass Lehrformate, das selbstgesteuerte Lernen und E-Learning beinhalten, zielgerichtet bei der Konzeption des theoretischen und praktischen Unterrichts in einem angemessenen Umfang berücksichtigt werden können. Die Teilnahme an Lehrformaten nach Satz 1 ist von den Auszubildenden gegenüber der Schule nachzuweisen. Das Nähere regeln die Länder.	Es nichts dagegen einzuwenden.
3) Im schriftlichen Teil der Prüfung nach § 5 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung ist jede Aufsichtsarbeit von zwei Fachprüferinnen oder Fachprüfern nach § 20 zu benoten. Aus den Noten der Fachprüferinnen oder Fachprüfer bildet die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses die Note für die einzelne Aufsichtsarbeit als das arithmetische Mittel der Noten der einzelnen Fachprüferinnen oder Fachprüfer. Die Berechnung erfolgt auf zwei Stellen nach dem Komma ohne Rundung. Dem berechneten Zahlenwert ist die entsprechende Note nach § 20 zuzuordnen.	Prinzipiell ist nichts dagegen einzuwenden. Es soll der neue Bewertungsmaßstab nach § 20 (HebStPrV) gelten und der alte Bewertungsmaßstab mit einer Notenvergabe von 1 bis 6 verlassen werden. Unsere Frage: Ist diese Änderung mit dem damit verbundenen Aufwand für die letzten Abschlussklassen der altrechtlichen Hebammenausbildung gerechtfertigt?
4) Im mündlichen Teil der Prüfung nach § 6 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung wird die Prüfung von drei Fachprüferinnen oder Fachprüfern abgenommen und nach § 20 benotet. Die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses ist berechtigt, am mündlichen Teil der Prüfung teilzunehmen, ohne dass ihr oder ihm ein Fragerecht zusteht. Aus den Noten der Fachprüferinnen oder Fachprüfer bildet die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses die Prüfungsnote für den mündlichen Teil der Prüfung. Die Berechnung erfolgt auf zwei Stellen nach dem Komma ohne Rundung. Dem berechneten Zahlenwert ist die entsprechende Note nach § 20 zuzuordnen.	Prinzipiell ist nichts dagegen einzuwenden. Es soll der neue Bewertungsmaßstab nach § 20 (HebStPrV) gelten und der alte Bewertungsmaßstab mit einer Notenvergabe von 1 bis 6 verlassen werden. Unsere Frage: Ist diese Änderung mit dem damit verbundenen Aufwand für die letzten Abschlussklassen der altrechtlichen Hebammenausbildung gerechtfertigt?

Zur Änderung:	Anmerkung:
5) Der praktische Teil der Prüfung wird von zwei Fachprüferinnen oder Fachprüfern abgenommen und nach § 20 benotet. Die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses ist berechtigt, am praktischen Teil der Prüfung teilzunehmen, ohne dass ihr oder ihm ein Fragerecht zusteht. Aus den Noten der Fachprüferinnen oder Fachprüfer bildet die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses die Prüfungsnote für den praktischen Teil der Prüfung als das arithmetische Mittel der Noten der einzelnen Fachprüferinnen oder Fachprüfer. Die Berechnung erfolgt auf zwei Stellen nach dem Komma ohne Rundung. Dem berechneten Zahlenwert ist die entsprechende Note nach § 20 zuzuordnen.	Prinzipiell ist nichts dagegen einzuwenden. Es soll der neue Bewertungsmaßstab nach § 20 (HebStPrV) gelten und der alte Bewertungsmaßstab mit einer Notenvergabe von 1 bis 6 verlassen werden. Unsere Frage: Ist diese Änderung mit dem damit verbundenen Aufwand für die letzten Abschlussklassen der altrechtlichen Hebammenausbildung gerechtfertigt?
Eignungsprüfung altrechtlich Für die Eignungsprüfung nach § 16a Absatz 3 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung gilt, dass der Vorsitzende des Prüfungsausschusses während der Prüfung anwesend sein muss, ohne dass ihm ein Fragerecht zusteht.	Es nichts dagegen einzuwenden, bis auf die organisatorischen Herausforderungen.
Für den mündlichen Teil der Kenntnisprüfung nach § 16b Absatz 4 und den praktischen Teil der Kenntnisprüfung nach § 16b Absatz 5 der Ausbildungs-und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung gilt, dass der Vorsitzende des Prüfungsausschusses während der Prüfung anwesend sein muss, ohne dass ihm ein Fragerecht zusteht. Für den praktischen Teil der Kenntnisprüfung nach § 16b Absatz 5 gilt auch § 16a Absatz 3 Satz 11 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung entsprechend.“	Es nichts dagegen einzuwenden.
Übergangsvorschriften zur Ausbildung in Form von Modellvorhaben § 58 wird wie folgt geändert: Nach dem Wort „Fassung“ werden die Wörter „nach Maßgabe der folgenden Absätze“ eingefügt. Der neue Wortlaut wird Absatz 1. Folgende Absätze werden angefügt: „ (8) Im schriftlichen Teil der Prüfung ist jede Aufsichtsarbeit von zwei Fachprüferinnen oder Fachprüfern nach § 20 zu benoten. Aus den Noten der Fachprüferinnen oder Fachprüfer bildet die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses die Note für die einzelne Aufsichtsarbeit als das arithmetische Mittel der Noten der einzelnen Fachprüferinnen oder Fachprüfer. Die Berechnung erfolgt auf zwei Stellen nach dem Komma ohne Rundung. Dem berechneten Zahlenwert ist die entsprechende Note nach § 20 zuzuordnen.“	Prinzipiell ist nichts dagegen einzuwenden. Es soll der neue Bewertungsmaßstab nach § 20 (HebStPrV) gelten und der alte Bewertungsmaßstab mit einer Notenvergabe von 1 bis 6 verlassen werden. Unsere Frage: Ist diese Änderung mit dem damit verbundenen Aufwand für die letzten Modellstudiengänge nach altrechtlichen Vorgaben gerechtfertigt?

Zur Änderung:	Anmerkung:
Im mündlichen Teil der Prüfung wird die Prüfung von drei Fachprüferinnen oder Fachprüfern abgenommen und nach § 20 benotet. Die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses ist berechtigt, am mündlichen Teil der Prüfung teilzunehmen, ohne dass ihr oder ihm ein Fragerecht zusteht. Aus den Noten der Fachprüferinnen oder Fachprüfer bildet die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses die Prüfungsnote für den mündlichen Teil der Prüfung. Die Berechnung erfolgt zwei Stellen nach dem Komma ohne Rundung. Dem berechneten Zahlenwert ist die entsprechende Note nach § 20 zuzuordnen.	Siehe Bemerkungen wie § 57 neuer Bewertungsmaßstab
Der praktische Teil der Prüfung wird von zwei Fachprüferinnen oder Fachprüfern abgenommen und nach § 20 benotet. Die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses ist berechtigt, am praktischen Teil der Prüfung teilzunehmen, ohne dass ihr oder ihm ein Fragerecht zusteht. Aus den Noten der Fachprüferinnen oder Fachprüfer bildet die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses die Prüfungsnote für den praktischen Teil der Prüfung als das arithmetische Mittel der Noten der einzelnen Fachprüferinnen oder Fachprüfer. Die Berechnung erfolgt auf zwei Stellen nach dem Komma ohne Rundung. Dem berechneten Zahlenwert ist die entsprechende Note nach § 20 zuzuordnen.“	Siehe Bemerkungen wie § 57 neuer Bewertungsmaßstab

Literaturverzeichnis:

1. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV), neugefasst durch B. v. 16.03.1987. Verfügbar unter https://www.buzer.de/gesetz/6215/index.htm
2. 2. Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (Heb-ammengesetz - HebG) vom 22. November 2019. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/BJNR175910019.html
3. 3. Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz - HebG) vom 04. Juni 1985. Verfügbar unter https://www.jav.info/sites/jav.info/files/pdf/Heb-ammengesetz%20(HebG).pdf
4. 4. Sächsische Gesundheitsfachberufe-Verordnung vom 4. Mai 2022 (SächsGVBl. S. 311). Verfügbar unter: https://www.revosax.sachsen.de/vorschrift/19618-Saechsische-Gesundheitsfachberufe-Verordnung
5. 5. Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV) vom 08.01.2020. Verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/hebstprv/BJNR003900020.html
6. 6. Verordnung zur Modernisierung der Prüfungsverfahren im Recht der Heilberufe (Heilberufe-Prüfungsrechtmodernisierungsverordnung) vom 7. Juni 2023. Verfügbar unter https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2023/148/regelungstext.pdf?__blob=publicationFile&v=2

Änderung der Mutterschafts-richtlinien durch den G-BA – ein großer Erfolg für die professionelle Gleichberechtigung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschloss am 16. Februar 2023 die Änderung der Mutterschafts-richtlinien [1]. Die Änderung beinhaltet die Streichung des Paragraphs A Nr. 7 zur Delegation ärztlicher Leistungen an Hebammen. Begründet wurde die Streichung damit, dass dieser Paragraph in der Praxis immer wieder zu Missverständnissen geführt hat. Mit der Streichung soll klargestellt werden, dass Hebammen eigenständig in ihrer Berufsausübung sind und Schwangere ein Wahlrecht im Hinblick auf die Betreuung in der Schwangerschaft haben. Es wurde zudem klar-stellend ergänzt, dass die Hebammenhilfe nach § 24d SGB V nicht Gegenstand der Mutterschaftsrichtlinien sind. Indirekt sind Hebammen jedoch durch den Heb-ammenhilfevertrag an die Mutterschaftsrichtlinien gebunden.

Die DGHWi begrüßt die Anpassungen in den Mutter-schaftsrichtlinien ausdrücklich. Die Änderungen sind ein wichtiger Schritt für die Gleichberechtigung von Heb-ammen in der Schwangerenversorgung. Als großer Erfolg zählt auch, dass auf Basis der Stellungnahme der DGHWi die Bezeichnung "Mitbetreuende Hebamme" in die gleichberechtigte Formulierung "Betreuende Heb-amme" in den Mutterschaftsrichtlinien angepasst wurde. Diese Änderung ist ein wichtiger Schritt, um Hebammen als eigenständige und unverzichtbare Akteur*innen in der Schwangerenvorsorge anzuer-kennen.

Zur Verdeutlichung der Wahlfreiheit für Schwangere im Hinblick auf Betreuungsform und -umfang fordert die DGHWi ergänzend einen laienverständlichen Passus im Mutterpass. Diese Forderung wurde vom G-BA bisher nicht angenommen. Die DGHWi als Fachgesellschaft regt zudem die Entwicklung einer S3 Leitlinie für die Schwangerenvorsorge an, um eine evidenzbasierte und interprofessionelle Grundlage für die Versorgung zu definieren.

[1] G-BA (2023). Pressemitteilung | Methoden-bewertung. Betreuung in der Schwangerschaft: G-BA stellt Eigenständigkeit der Hebammenhilfe in seiner Richtlinie durch redaktionelle Streichung klar. In: https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1094/

Autor*innen

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

Aktuelles aus der Sektion Hochschulbildung

Im Wintersemester 2023/2024 haben Prof. Dr. Oda von Rahden, Jade Hochschule Oldenburg und Prof. Dr. Julia Berger, Hochschule Furtwangen die Sprecherinnenfunktion der Sektion Hochschulbildung DGHWi übernommen. Zuvor wurde Sektion Hochschulbildung durch Prof. Dr. Anne Kasper, Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/ Holzminden/ Göttingen und Prof. Dr. Claudia Limmer, Hochschule für angewandte Wissen-schaft Hamburg vertreten. Die Sprecherinnen werden durch die Mitglieder der Sektion Hochschulbildung für das laufende Semester gewählt und rotieren alle sechs Monate. In der Sektion sind derzeit die Studiengangsleitungen von 42 Standorten vertreten.

Die Sektion Hochschulbildung vertritt gemeinsam mit den aktiven Mitgliedern DGHWi die Interessen von Hochschulen mit hebammenspezifischen Studienprogrammen und hat das Ziel die einzelnen Standorte bei der Umsetzung der akademischen Heb-ammenausbildung zu unterstützen und diese weiterzu-entwickeln. Zudem dient sie dem Austausch und der Vernetzung der Standorte. Sie beteiligt sich weiterhin an Stellungnahmen in bildungspolitischen Belangen, die der Stärkung der Disziplinentwicklung dienen.

Zu Beginn der Amtszeit von Julia Berger und Oda von Rahden konnten einige administrative Aufgaben der Sektion an die Geschäftsstelle abgetreten werden, so dass die Sektion nun von Heike Saalmann bei der Terminplanung und anderen organisatorischen Aufgaben unterstützt wird. Unser herzlicher Dank für die wertvolle Unterstützung!

Weiterhin wird zukünftig zwischen Sektion Hochschulbildung und dem Jungen Forum eine engere Vernetzung angestrebt. Die aktiven Mitglieder Sektion Hochschulbildung planen mehrere Workshops gemeinsam mit dem Junge Forum. Der erste Termin ist bereits für Februar 2024 in Berlin geplant.

Autor*innen

Prof. Dr. **Julia Berger**,
Prof. Dr. **Oda von Rahden**

„Write now“: Bericht zum 1. Schreibretreat der Sektion Junges Forum

In fordernden Arbeitswelten rund um Hebammen-studium, Lehre und Fachpraxis ist es häufig schwierig, Zeit für eigene Forschungs- und Schreibprojekte zu finden. Manchmal liegen angefangene Masterarbeiten oder Artikel (jahre-)lang auf Eis oder werden frustriert abgebrochen. Ziel des Schreibretreats „Write Now“ war es daher, einen Rahmen zu schaffen, in dem effizient an Artikeln, Haus- und Masterarbeiten, Sachkonzepten und Promotionen gearbeitet werden kann. Vom 15. – 17.09.2023 kamen bei einem ersten Schreib-Retreat der DGHWi-Sektion „Junges Forum“ zehn Personen in Weimar zusammen, um in einer produktiven Atmosphäre an ihren Texten zu arbeiten. Der Freitagabend diente zunächst dem Kennenlernen und sozialen Austausch rund um die Motivation zum wissenschaftlichen Schreiben. Gemeinsam wurde hier eine Struktur für den Retreat entwickelt, die ganztägig die Möglichkeit für konzentrierte Arbeitsphasen, wechselseitige Unter-stützung und Bewegung ermöglichte – von 06.30 Uhr bis 22.00 Uhr. Auch die Spätsommersonne, die Rundumversorgung mit leckeren Mahlzeiten an der Europäischen Jugend- und Begegnungsstätte und die Abwesenheit anderweitiger Care-Verpflichtung haben wesentlich zum Erfolg unseres Schreibretreats beigetragen. Bei der sonntäglichen Abschlussrunde konnten diverse Schreiberfolge gewürdigt und gefeiert werden. Auch in Zukunft wird die Sektion „Junges Fo-rum“ Schreibretreats als Möglichkeit nutzen, die Laufbahn junger Hebammenwissenschaftler*innen zu unterstützen und Peer-to-Peer-Netzwerke heraus-zubilden. Wir freuen uns auf Wiederholung.

Teilnehmerinnen des Schreib-Retreats bei der Arbeit und beim sozialen Austausch.

Kurzbericht: 18. Ordentliche Mitgliederversammlung der DGHWi e.V. am 16. Mai 2023 in Berlin

Am 16. Mai dieses Jahres berief die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. eine zweite ordentliche Mitgliederversammlung ein. Diese konnte flankierend zum Kongress des Deutschen Hebammenverbandes e.V. im Estrel Hotel in Berlin abgehalten werden. Schon im Februar hatte das Entscheidungsorgan der Fachgesell-schaft, die Mitgliederversammlung, getagt, aber mangels Kandidaturen konnten vakante Ämter nicht turnusgemäß besetzt werden.

Zunächst stimmten die schlussendlich 106 Anwesenden über eine Satzungsänderung ab, die die zeitversetzte Wahl der Präsidiumsämter jeweils in geraden und ungeraden Jahren regeln soll. Dieser Turnus ermöglicht, dass die Geschäfte der Fachgesellschaft durchgängig von Personen betreut sind, die mit den Abläufen vertraut sind. So kann wertvolles Wissen zu den Anliegen der DGHWi, neben der zuverlässigen Besetzung der Geschäftsstelle durch Heike Saalmann, durchgängig an neue Amtsinhaber*innen weitergegeben werden.

Erfreulicherweise konnte die Versammlung anschlie-ßend zur Wahl der neuen Präsidiumsmitglieder übergehen. Als Schatzmeisterin wurde Andrea Pauke ein weiteres Mal und mit großer Mehrheit im Amt bestätigt. Nach einer Kurzbeschreibung des Beisitzes für Öffentlichkeitsarbeit stellte sich Neeltje Schubert vor und zur Wahl. Auch sie wurde mit großer Mehrheit in das vakante Amt gewählt. Zu guter Letzt konnte die aus dem Plenum vorgeschlagene Kandidatin Barbara Fillenberg ins Amt als Präsidentin der DGHWi berufen werden, nachdem die Mitgliederversammlung ihr per Stimmabgabe das Vertrauen aussprach.

Mit einem Blick in die Zukunft endete die 18. Mitglieder-versammlung:

Das Motto „Wege zur Nachhaltigkeit in der Hebammen-arbeit - Ways to sustainability in midwifery“ leitet die am 8. und 9. Februar 2024 stattfindende 7. Inter-nationale Konferenz der DGHWi an der Evangelischen Hochschule Berlin. Die Planungen laufen bereits auf Hochtouren. Erneut sind alle Mitgliedspersonen herzlich eingeladen, die 19. Mitgliederversammlung im Vorfeld der Konferenz einzuplanen. Innovativ wird im Anschluss an die Internationale Konferenz erstmalig HEBA-PÄD stattfinden – eine Konferenz zur pädagogischen Arbeit in der akademischen Ausbildung von Hebammen, die durch eine Kooperation der Sektion Hochschulbildung der DGWHi und des Deutschen Hebammenverbands ins Leben gerufen wird.

Unmittelbar nach der Mitgliederversammlung konnte das Präsidium in neuer Besetzung an den anliegenden

Autor*innen

Clara Eidt, M. Sc.

Anna v. Hörsten
B. Sc.
für die Sektion "Junges Forum"

Themen weiterarbeiten und dank der tragfähigen Unterstützung in den Kommissionen und Sektionen die Ziele der Fachgesellschaft weiterverfolgen. Eine erste Präsenzsitzung fand im Juli in Frankfurt a. M. statt.

Neeltje Schubert, Beisitzerin Öffentlichkeit

Nach der Hebammenausbildung in Osnabrück hat Neeltje Schubert bis 2023 als freiberufliche Hebamme im Hamburger Raum gearbeitet. Im Anschluss an das Master-Studium an der MHH Hannover hat sie dort sowie an der HAW Hamburg als wissenschaftliche Mitarbeiterin gearbeitet. Seit April 2023 unterstützt sie die Abteilung Hebammenwissenschaft am Universitäts-klinikum Tübingen und freut sich sehr, den Beisitz für die Öffentlichkeitsarbeit zu übernehmen.

Barbara Fillenberg, Präsidentin der DGHWi

Geboren 1977 als Tochter einer Beleghebamme wurde mein beruflicher Weg früh geebnet. 1998 schloss ich die Ausbildung der Hebammenschule der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen ab.

Ich war angestellt und freiberuflich in der klinischen Geburtshilfe tätig, habe Schwangerenvorsorge, Wochenbettbetreuung und Kurse angeboten und besuche bis heute, in freiberuflicher Nebentätigkeit, Familien bis zum Ende der Stillzeit. Die Hausgeburtshilfe habe ich durch die Geburten meiner eigenen drei Kinder kennen und schätzen gelernt.

Nach einem Bachelorstudium in Midwifery in Osnabrück und Glasgow bis 2005, erwarb ich 2010 einen Abschluss in Diplom-Gesundheitsökonomie in Regensburg und absolvierte 2017, ebenfalls in Regensburg, den Masterstudiengang „Leitung und Kommunikationsmanagement“. So konnte ich auch Berufserfahrung in der Öffentlichkeitsarbeit, als Projektmanagerin für klinische Forschung sowie als Forschungs- und Studiengangreferentin gewinnen. In Vechta wurde ich 2021 in Soziologie promoviert und noch im selben Jahr zur Professorin für Hebammenwissenschaft an die Ostbayerische Technische Hochschule in Regensburg berufen. Seit Mai 2023 bekleide ich, mit großer Freude an den vielfältigen, interessanten Themen und Aufgaben, das Amt der Präsidentin der DGHWi.

Foto:
Auen60Photography

Vorläufiges Vortrags-Programm der

1. Konferenz zur pädagogischen Arbeit im Hebammenstudium Hebapäd

Kooperationsveranstaltung von DHV und DGHWi

10. February 2024

Evangelische Hochschule Berlin (EHB), Teltower Damm 118-122; 14167 Berlin

Samstag, 10. Februar 2024

08:00 – 09:00	**Registration**
09:00 – 09:15	**Begrüßung**
09:15 – 10:00	**Keynote – Claudia Hellmers** Rückblick und aktueller Stand der Akademisierung in Deutschland
10:00 – 10:15	**Pause**
10:15 – 11:15 Lehr- / Lernkonzepte für das Skills-/ Sim Lab	**V1: Im Einklang mit den Kernkonzepten der Hebammenarbeit – Skills-Lab-Trainings im Studium von Hebammen.** Malén Franke, Melita Grieshop, Karin Niessen, Henrike Todorow **V2: ‚Wenn Sekunden im Notfall zählen‘ – die Herausforderung, eine Frühgeburt kompetent zu meistern.** Barbara Beck, Ruth Berghoff, Martina Schlüter-Cruse **KV11: Planspiel im Bachelorstudiengang Hebammenwissenschaft - Simulation umfassender Praxissituationen.** Konstanze Weinert, Neeltje Schubert, Janice Hill, Claudia Plappert
10:15 – 11:15 Konzepte für die Praxis (-anleitung) I	**V3: 25 Prozent von Anfang an - Der Freiburger Weg.** Ellen Asal, André Doherr, Julia Pastak, Lynn Ziegler **V4: „Was macht ihr da eigentlich?“ Kompetenzentwicklung durch Praxisanleitung sichtbar machen.** Dominique Till, Anika Gießler, Daniela Vogel **KV12: Praxisanleitung unter der Geburt aus Sicht der anleitenden Hebamme.** Johanna Hebeisen **KV13: edubreak® – Eine kompetenzbasierte Online-Fortbildungsplattform im Bereich Praxisanleitung für Hebammen.** Joana Streffing, Katja Refai, Julia Leinweber
10:15 – 11:15 Gestaltung innovativer Lehr- / Lern-Angebote	**V5: Digitale Kompetenzen für Hebammen-Studierende: Ein innovatives Lehrkonzept.** Mirjam Peters, Caroline Johanna Agricola **V6: Transformatives Lernen im Hebammenstudium – Adaptation des holistischen Reflexionsmodells nach Bass.** Annabelle Ahrens, Juliane Bitschnau, Julia Leinweber **KV14: E-Portfolios im Hebammenstudium: Entwicklung, Implementierung und Evaluation.** Julia Hennicke **KV15: Wissenschaftliche Podcasts und Lernvideos als Prüfungsformat im Studium von Hebammen und Pflegenden.** Denise Rietzke, Sarah Bernhardt, Melita Grieshop
10:15 – 11:15	**Posterbegehung I (P19-P24)**
11:15 – 11:30	**Pause**
11:30 – 12:15 Perspektiven für die weitere Entwicklung	**V7: Sichtweisen von Hebammen bei der Definition zentraler Kompetenzen für ein Assessment-Instrument.** Angela Kranz, Anja Alexandra Schulz, Markus Antonius Wirtz, Claudia Plappert, Harald Abele **KV16: Weiterentwicklung der Profession Hebamme im M.Sc. „Hebammenwissenschaft und Frauengesundheit“.** Claudia Plappert, Angela Kranz, Janice Hill, Konstanze Weinert
11:30 – 12:15 Konzepte für die Praxis (-anleitung) II	**V8: Entrustable Professional Activities (EPA) als Praxiskonzept in der Hebammenausbildung.** Elsbe Peters **KV17: Best Practice: Steigerung der Praxisplatzangebote in der außerklinischen Hebammenarbeit.** Nicola Rinke, Simone Philipsenburg-Benger **KV18: Die Ausbildung von Hebammen im ambulanten Tätigkeitsfeld – Angebot und relevante Einflussfaktoren.** Gudrun Roemer
11:30 – 12:15 Gestaltung innovativer Prüfungsformate	**V9: Simulationsbasierte, praktische Prüfungen für Hebammen nach HebStPrV am Gesundheitscampus Göttingen.** Sylvie Fleur Göttsche, Anne Kasper, Inga Schlüter, Janine Reimann, Kerstin Pinnecke **V10: Kompetenzorientiert prüfen!? - Schritte zur Fallkonstruktion für Abschlussprüfungen im berufs-qualifizierenden Hebammenstudium.** Cordula Fischer, Mareike Kast, Claudia Hobbie
11:30 – 12:15	**Posterbegehung II (P25-P30)**
12:15 – 13:15	**Mittagessen**
13:15 – 14:45	**Interaktive Podiumsdiskussion – Allheilmittel Akademisierung?!**
14:45 – 15:00	**Pause**
15:00 – 16:30	**Workshops 1-6 und Offener Austausch** (im Audimax)
16:30 – 17:00	**Abschluss**

Für die Teilnahme an der pädagogischen Konferenz wird ein Fortbildungsnachweis ausgestellt im Umfang von 8 Fortbildungsstunden á 45 Minuten, der auch als Nachweis für berufspädagogische Fortbildungsstunden für Praxisanleitende genutzt werden kann.

Legende: V=Vortrag, KV=Kurzvortrag, P=Poster

Preliminary Program of the

7th International Conference of the German Society of Midwifery

Vorläufiges Programm

7. Internationale Konferenz der DGHWi e.V.

Ways to sustainability in midwifery
Wege zur Nachhaltigkeit in der Hebammenarbeit

08 & 09 February 2024
Evangelische Hochschule Berlin (EHB)
Protestant University of Applied Sciences Berlin
Teltower Damm 118-122; 14167 Berlin

Thursday, 08th February 2024

11:00 – 15:00	**General Meeting of the German Society of Midwifery / Mitgliederversammlung der DGHWi e.V.** (Lunch break included / Mittagspause eingeschlossen)
14:30 – 15:30	**Registration**
15:30 – 15:45	**Greeting and words of welcome**
15:45 – 16:30	**Keynote** **Sustainable midwifery: Taking the long view** *Nachhaltiges Hebammenwesen: Ein langfristiger Ausblick* Billie Hunter, Wales (UK)
16:30 – 16:50	**Presentation 1** **Nachhaltige Schmerztherapie im Kreißsaal. Lachgas im Kontext der Klimakrise.** *Sustainable pain management in the labour ward - nitrous oxide in the context of the climate crisis.* Franziska Dresen, Susanne Koch
16:50 – 17:15	**Break**
17:15 – 17:35	**Presentation 2** **"Klima(wandel) & Gesundheit" für Gesundheitsfachpersonen.** *"Climate change and health" for health professionals.* Ruth Eggenschwiler, Kristin Hammer
17:35 – 17:55	**Presentation 3** **Unterstützungspräferenzen von deutschen Frauen mit und ohne postpartale Depression und Angststörung.** *Support preferences of women with and without postpartum depression and anxiety disorder in Germany.* Vanessa Zieß, Lara Seefeld, Amera Mojahed, Julia Schellong, Susan Garthus-Niegel
17:55 – 18:15	**Presentation 4** **Die Geburtsgeschichte als nachhaltiges Erlebnis für Hebammen.** *The birth story as a long-lasting experience for midwives.* Nancy Iris Stone, Dorothea Tegethoff, Gill Thomson
18:15 – 19:30	**Get Together**

Friday, 09th February 2022

08:30 – 09:00	**Registration**
09:00 – 09:20	**Presentation 5** **Hebammenversorgung in Deutschland: Vorstellung des interaktiven Hebammenkompasses der Barmer.** *Midwifery care in Germany: presentation of the Barmer interactive midwifery compass.* Dagmar Hertle, Danny Wende
09:20 – 09:40	**Presentation 6** **Schwangerenvorsorge - wie sie ist und wie sie sein sollte.** *Antenatal care - how it is and how it should be.* Rainhild Schäfers, Dagmar Hertle
09:40 – 10:00	**Presentation 7** **Hebammenversorgung von Frauen mit einer perinatalen psychischen Störung seit mindestens drei Jahren. Eine qualitative Studie aus Nutzerinnensicht.** *Midwifery care of women with a perinatal mental disorder existing for at least three years. A qualitative study from the user's perspective.* Marion Schumann, Martina Schlüter-Cruse
10:00 – 10:20	**Presentation 8** **Numbers run my life – enabler and barrier identification for women with GDM to achieve glycaemic control.** *Zahlen bestimmen mein Leben – Wegbereiter und Barriereidentifikation für Frauen mit GDM, um gute Blutzuckerwerte zu erreichen.* Ruth Martis
10:20 – 10:35	**Break**
10:35 – 12:00	**Poster session (3 rooms, P18-P52)**
12:00 – 13:30	**Lunch**
13:30 – 14:50	**parallel: 3 workshops** (#neveragain **W15,** „gold standard" Cochrane Review **W16,** research live: focus group **W17)** **session by the Young Forum (DGHWi) and** **guided tour of the Protestant University of Applied Sciences Berlin**
14:50 – 15:00	**Break**
15:00 – 15:20	**Presentation 9** **Befragung von Fachpersonen zu Zweitmeinungen bei der Indikation zum elektiven Kaiserschnitt.** *Survey among professionals on second opinions in indication of elective cesarean sections.* Anke Kaulbert, Nadja Könsgen, Dawid Pieper, Katja Stahl, Sven Schiermeier, Barbara Prediger
15:20 – 15:40	**Presentation 10** **Zugang und Barrieren zu Versorgungsangeboten für deutsche postpartale Frauen mit geburtsbedingter posttraumatischer Belastungsstörung (CB-PTBS).** *Access and barriers to support for German postpartum women with childbirth-related posttraumatic stress disorder.* Valentina Jehn, Lara Seefeld, Julia Schellong, Susan Garthus-Niegel
15:40 – 16:00	**Presentation 11** **The power of one: N-of-1 – A relevant research method?** *The Power of One: N-of-1 – eine relevante Forschungsmethode?* Ruth Martis
16:00 – 16:15	**Break**
16:15 – 16:35	**Presentation 12** **Bewältigung von Gewalterfahrungen werdender Hebammen im praktischen Einsatz.** *Coping with experiences of violence by midwifery students in practical settings.* Petra Köhler, Cristiane Schwarz
16:35 – 16:55	**Presentation 13** **Wahrnehmung des sozialen Geburtsraums bei negativen / traumatischen Geburtserfahrungen.** *Social space perception in negative / traumatic birth narratives.* Yvonne Kuipers, Gill Thomson, Julia Leinweber
16:55 – 17:15	**Presentation 14** **Subjektives Geburtserleben und personenzentrierte Geburtshilfe: Erste Ergebnisse der RESPECT-Studie.** *Subjective birth experience and person-centered obstetric care: Insights from the study RESPECT* Bianca Vollert, Nina Schurig, Victoria Weise, Lara Seefeld, Cahit Birdir, Pauline Wimberger, Susan Garthus-Niegel
17:15 – 17:30	**Conclusion & Poster Award (**Gold, Silver and Bronze)

FEBRUAR 2024

7. Internationale Konferenz der DGHWi

08. – 09. Februar 2024, Berlin
Nähere Informationen unter:
https://www.dghwi.de/veranstaltungen/internationale-konferenz/

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

10. Februar 2024, BerlinNähere Informationen unter:
https://www.dghwi.de/veranstaltungen/internationale-konferenz/

APRIL 2024

7th Annual Black Maternal Health Conference

05. April 2024, Tufts University, USA (Massachusetts)
Nähere Informationen unter: https://sites.tufts.edu/bmhc/

50. Jahrestagung der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI)

17. – 19. April 2024, München
Nähere Informationen unter: https://gnpi-dgpi-tagung.de/

MAI 2024

18. Deutscher Hebammenkongress

05. – 07. Mai 2025, Münster
Nähere Informationen unter: https://hebammenkongress.de/

JUNI 2024

21. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pränatal- und Geburtsmedizin (DGPGM)

6. – 7. Juni 2024, Stuttgart
Nähere Informationen unter: https://www.dgpgm-kongress.de/

OKTOBER 2024

65. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG e.V.)

16.–19. Oktober 2024, Berlin
Nähere Informationen unter: https://www.dggg2024.de

International Normal Labour and Birth Research Conference

28. – 30.Oktober 2024, HongKong

Präsidium der DGHWi

Präsidentin

Prof. Dr. Barbara Fillenberg

Hebamme, Studiengangsleieterin (BA Hebammenkunde) an der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg

E-Mail: praesidentin@dghwi.de

Vize-Präsidentin

Dr. Astrid Krahl

Hebamme, Studiengangsleitung (M.Sc. Hebamme) an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

E-Mail: vizepraesidentin@dghwi.de

Schriftführerin

Julia Steinmann M.Sc. Midwifery

Hebamme, B.Sc. Angew. Psychologie, Lehrbeauftragte

E-Mail: schriftfuehrerin@dghwi.de

Schatzmeisterin

Andrea Paucke B.A. Medizinpädagogik

Hebamme, Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Coburg

E-Mail: schatzmeisterin@dghwi.de

Beisitzerinnen

Prof. Dr. Barbara Baumgärtner

Hebamme, Professorin an der Hochschule Bremen, Dipl. Berufspädagogin

E-Mail: beisitzerin-leitlinien@dghwi.de

Dr. Nancy Stone MScPH, PhD

Hebamme, Postdoktorandin an der Evangelischen Hochschule Berlin

E-Mail: beisitzerin-stellungnahmen@dghwi.de

Neeltje Schubert M. Sc

Hebamme, wiss. Miarbeiterin am Universitätsklinikum Tübingen

E-Mail: beisitzerin-oeffentlichkeit@dghwi.de

Impressum

Herausgeberin

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

Geschäftsstelle (Office)

Postfach 1242, 31232 Edemissen

FAX: 05372-971878

Editors in chief

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

Associate editors

Anna Dichtl M. Sc., Inga Winterhof B. Sc.,
Marielle Pommereau M. A.

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 SaynWittgenstein, 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 MPH, 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 Metzing, Michaela Michel-Schuldt M.Sc., 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, Dr. Sabine Striebich, Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA, Prof. Dr. Oda von Rahden, Carmen Wyss M.A.

Lektorat (Editorial staff)

Inga Winterhof B. Sc., Anna Dichtl M. A.,
Prof. Dr. Dorothea Tegethoff

Layout

Andre Flentje – www.gr-af-ik.de

Druck (Printing house):

www.saxoprint-de

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). 2022;10(01):Seitenzahlen.

Authors. Title. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science). 2022;10(01):page numbers.

Datum (Date): 30.11.2023

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwisschenschaft

dghwi.de