

Zeitschrift für **Hebammenwissenschaft** Journal of Midwifery Science

Wissenschaftlicher Teil

Forschungsartikel

Research articles

Lehre, Forschung und Entwicklung

Education, Research, and Development

Aus der DGHWi

Aktuelles

Leitlinien und Stellungnahmen

Mandate und Sektionen

Termine

Band Jahrgang:
12/2024
Heft: 01
ISSN: 2196-4416

**dgh
w** Deutsche Gesellschaft für
Hebammenwissenschaft

Inhaltsverzeichnis

Editorial

WISSENSCHAFTLICHER TEIL

Forschungsartikel

Orientierungsmuster von Hebammen bei der Geburt in verschiedenen Gebärräumen – eine rekonstruktive Studie
Ab Seite 5

Arbeitszufriedenheit von Hebammen im klinischen Setting – eine Querschnittserhebung in Deutschland
Ab Seite 13

Becoming a midwife: a qualitative study on factors influencing the decision to study midwifery
Ab Seite 14

Lehre, Forschung und Entwicklung

Erstes hebammenwissenschaftliches Netzwerk Maieutic Endeavours: Theorizing Midwifery Practices von der Deutschen Forschungs- gemeinschaft (DFG) gefördert
Ab Seite 19

AUS DER DGHWI

Aktuelles

Bericht zur 19. Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)
Ab Seite 31

Bericht zur 7. Internationalen DGHWi-Konferenz „Wege zur Nachhaltigkeit in der Hebammenarbeit – Ways to Sustainability in Midwifery“
Ab Seite 32

Bericht zur ersten Konferenz zur pädagogischen Arbeit im Hebammenstudium - HEBA-PÄD 2024
Ab Seite 33

Leitlinien und Stellungnahmen

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement des Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), Okt. 2022
Ab Seite 34

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften (Pflegestudiumstärkungsgesetz – PfiStudStG) Betr. Artikel 6 – Änderung des Hebammen- gesetzes i.V.m. Artikel 7 – Änderung der Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen
Ab Seite 36

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zur Erweiterung des Evaluationskonzepts zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V (Qualitätsverträge nach § 110a SGB V) ; Ankündigung des Beteiligungsverfahrens § 137a Abs. 7 SGB V
Ab Seite 36

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zur Änderung der Mutterschafts-Richtlinien: Anpassung der Anlage 5 –Versicherteninformation zu Basis-Ultraschalluntersuchungen
Ab Seite 45

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG)
Ab Seite 46

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum Entwurf einer Formulierungshilfe der Bundesregierung für die Fraktionen der SPD, von Bündnis 90/Die Grünen und der FDP für einen Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaus-transparenzgesetz)
Ab Seite 47

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum Referentenentwurf „Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung“ (Hybrid-DRG-V)
Ab Seite 51

Mandate und Sektionen

Redaktionelle Anpassung der Mutterpass-Innenseiten
Ab Seite 52

Schwangerenvorsorge ein Thema am Runden Tisch „Lebensphase Elternwerden“ beim Arbeitskreis Frauengesundheit (e.V.)
Ab Seite 52

„Schreib doch mal“: die Sektion „Junges Forum“ berichtet über zweites Schreib-Retreat
Ab Seite 53

Termine

Impressum

«Und jedem Anfang liegt ein Zauber inne, der uns beschützt und der uns hilft, zu leben.»



Hermann Hesse

Wie gerne zitieren Hebammen diesen hoffnungsvollen Satz und ich möchte ihn auf die Gründung, das Bestehen und die Weiterentwicklung der DGHWi übertragen. Lange Zeit hat die große Freude und der «Zauber» der Gründung der DGHWi die Arbeit von zahlreichen, zumeist ehrenamtlich Engagierten getragen. Nach 16 Jahren zeigen sieben Internationale Konferenzen, die erste hebammenpädagogische Konferenz (HebaPäd) in Kooperation mit dem Deutschen Hebammenverband e.V. (DHV) und mehr als 700 Mitgliedern die Erfolgsgeschichte auf und es ist deutlich geworden, dass nun ein weiterer Entwicklungsschritt erfolgen muss, damit die mittlerweile gut etablierte und hoch respektierte DGHWi weiterhin professionell auftreten und agieren kann. Auf der jährlichen Mitgliederversammlung (MV) im Februar 2024 hat Barbara Fillenberg die vom Präsidium erarbeiteten Pläne den zahlreich erschienenen Mitgliedern vorgestellt. Neben einer Konsolidierung der internen Verwaltungsprozesse ist beispielsweise geplant, über eine verbesserte und strukturierte Netzwerk-, Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit den Bekanntheitsgrad, den Einfluss und die Wahrnehmung der DGHWi national und international als wissenschaftliche Fachgesellschaft zu erhöhen. Nachdem die Leitlinien- und Stellungnahmenbeauftragten bereits nach der letzten MV durch die Schaffung von Kommissionen eine Unterstützung erhielten, soll nun auch die Arbeit in den Sektionen gefördert werden. Die mittlerweile neun Sektionen und zwei Arbeitsgruppen tragen mit der Bearbeitung verschiedener Themenbereiche zur Expertise und Arbeit der DGHWi bei. Dies soll deutlicher unterstützt werden und an die Öffentlichkeit gelangen. Ein weiteres Ziel ist es, relevante und aktuelle Themen zu identifizieren und hierzu neue Positionspapiere zu verfassen sowie bestehende zu aktualisieren.

Die Umsetzung dieser und weiterer Vorhaben benötigt Zeit und Konstanz, damit aktiv und an aktuellen Themen gearbeitet und Strategien umgesetzt werden können. Die MV hat über den Vorschlag des Präsidiums über die Einrichtung einer Referent*innenstelle positiv entschieden. Das Präsidium hofft sehr, dass die Arbeit in Kürze von einer geeigneten Person aufgenommen werden kann. Und dennoch, ohne das große und wertvolle ehrenamtliche Engagement von Mitgliedern und weiteren uns zugeneigten Personen ist die DGHWi nicht denkbar. Dieses Engagement ist der Grund dafür, dass der Zauber der Anfangszeit noch immer nicht verfliegen ist und immer wieder an vielen verschiedenen Stellen und Erfolgen hervorblitzt!

Auch die Zeitschrift für Hebammenwissenschaft ist inzwischen ein fortgeschrittenes Projekt, das im Moment vor allem durch ehrenamtliches Engagement getragen wird. Durch die steigende Zahl der Einreichungen wird die Arbeit so umfangreich und komplex, dass Redaktion und Präsidium Kooperationsverhandlungen mit einem großen wissen-

schaftlichen Verlag aufgenommen haben. Auf diese Weise sollen wichtige Prozesse professionalisiert und die Sichtbarkeit der Zeitschrift weiter erhöht werden.

In der vorliegenden Ausgabe erhalten Sie von Julia Steinmann, Barbara Baumgärtner, Lena Agel, Nicola Bauer und Lea Beckmann weitere Impressionen zur 19. Mitgliederversammlung, 7. Internationalen DGHWi-Konferenz und der 1. HebaPäd, die in Kooperation mit dem DHV durchgeführt worden ist.

In sieben Stellungnahmen zu verschiedenen Gesetzesänderungen oder -entwürfen und Änderungen der Mutterschafts-Richtlinien im Bereich Basis-Ultraschalluntersuchungen werden präzise und evidenzinformiert hebammenwissenschaftlich notwendige oder relevante Vorschläge für Überarbeitungen formuliert.

Im wissenschaftlichen Teil liegt in zwei von drei Artikeln der Fokus auf dem Einfluss von räumlicher Gestaltung von Gebärräumen auf die Handlungsorientierung oder die Berufszufriedenheit von Hebammen. Eine von Karoline Luegmaier et al. im Kontext der Be-Up: Geburt aktiv-Studie durchgeführte qualitative Untersuchung geht der Frage nach, welche handlungsleitenden Orientierungen Hebammen in einem alternativ gestalteten Gebärraum („Be-Up-Gebärraum“) zeigen. Es werden zum einen die Chancen und Grenzen der Raumgestaltung bei der Förderung der Autonomie von Gebärenden, z. B. selbstgesteuerter intuitiver Bewegung im Raum, dargelegt. Lesen Sie im Artikel, warum allein der Raum und seine Gestaltung das Handeln von Hebammen nicht zu beeinflussen vermag und welche Voraussetzungen es dazu bedarf. Der zweite Artikel von Sonja Wangler et al. ist ebenfalls eingebettet in die Be-Up: Geburt aktiv Studie und untersucht, neben anderen Aspekten, den Einfluss von Raumgestaltung und Ausstattung auf die Arbeitszufriedenheit. Im letzten englischsprachigen wissenschaftlichen Artikel von Oana Gröne et al. werden Hebammenstudentinnen nach ihrer Motivation zur Entscheidung für ein Hebammenstudium befragt. Die interessanten Ergebnisse, z. B. Motivation durch intrinsische Faktoren wie Werte, Emotionen und professionsspezifisches Interesse können für die Hochschulen, aber auch für Arbeitgeber*innen von großem Interesse sein.

Ich wünsche allen Lesenden viel Freude und Erkenntnisgewinn mit dieser hochspannenden Ausgabe und zudem eine zauberhafte Sommerzeit.

Astrid Krahl

Vize-Präsidentin der DGHWi

Orientierungsmuster von Hebammen bei der Geburt in verschiedenen Gebärräumen – eine rekonstruktive Studie

Midwives' orientation patterns during birth in different birthing spaces – a reconstructive study

Kurzzusammenfassung Abstract

Hintergrund

Geburtshilfe in Deutschland zeichnet sich aktuell durch einen hohen Anteil an Kaiserschnitten aus. Bestrebungen, diese Rate im Sinne von WHO-Empfehlungen deutlich zu senken und mehr Frauen vaginale Geburten zu ermöglichen, beziehen auch eine veränderte räumliche Gestaltung klinischer Gebärräume ein.

Ziel

Untersuchung der Handlungspraxis im Sinne von handlungsleitenden Orientierungen von Hebammen bei der Arbeit im alternativ gestalteten Gebärraum und Kontrastierung mit handlungsleitenden Orientierungen von Hebammen bei der Arbeit im üblich gestalteten Gebärraum.

Methodik

Qualitativer Ansatz mit insgesamt 16 narrativ orientierten themenzentrierten Einzelinterviews mit Hebammen aus unterschiedlich gestalteten Gebärräumen und Auswertung dieser mit der Dokumentarischen Methode.

Ergebnisse

Orientierungsmuster tragen zur Erklärung der Handlungspraxis von Hebammen in unterschiedlichen Gebärräumen bei, wenn man Aspekte der grundlegenden Betreuungsmöglichkeiten, professionsbezogenen Sozialisierung und Haltung zum Raum betrachtet. Eine Orientierung an Gebärenden kann dabei nicht konstant vollzogen werden, wenn Probleme auf relevanten Dimensionen erlebt werden.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Handlungspraxis von Hebammen kann nicht losgelöst von der Gestaltung des Raumes erklärt und verstanden werden. Erst wenn alle Dimensionen der Handlungspraxis von Hebammen betrachtet und notwendige Veränderungen angestoßen werden, kann Hebammenarbeit im Sinne einer durchgängigen Orientierung an Gebärenden realisiert werden.

Hintergrund

In Deutschland werden mehr als 98 % der Geburten im klinischen Setting betreut [22] und der Geburtsmodus eines knappen Drittels der Geburten ist die Sectio caesarea, was im europäischen Vergleich relativ hoch ist [20]. Die Empfehlung der World Health Organisation (WHO) lautet, Sectiones als lebensrettende Intervention, aber nicht als Routinemaßnahme, durchzuführen. Vielmehr sollten Versuche unternommen werden, allen

Frauen eine selbstbestimmte und dabei sichere Geburt zu ermöglichen [30]. Dabei wird in Deutschland klinische Geburtshilfe zumeist von einem Team aus ärztlichem Personal und Hebammen begleitet, mit der ärztlich geleiteten Geburtshilfe als häufigste Form. Hebammen müssen dennoch zur Geburt mindestens hinzugezogen werden [10]. Im klinischen Alltag ist zudem die Betreuung des gesamten Geburtsverlaufs durch die Hebamme das primäre Modell. Erschwert wird diese Betreuung durch Rahmenbedingungen, welche sich durch Unterbesetzung, gestiegene Anforderungen und allgemein erschwerte Arbeitsbedingungen, wie eine Konzentrierung auf eine geringere Anzahl an Kliniken, die Geburtshilfe anbieten, den Aufbau von Überstunden und vermehrte Ausübung fachfremder Tätigkeiten, auszeichnen [1]. Die außerklinische Geburtshilfe hat dagegen zwar in den letzten Jahren einen steigenden Zulauf erfahren, bewegt sich aber immer noch bei einem Anteil von unter 2% der gesamten Geburten in Deutschland [22]. Außerklinische Geburtshilfe ist eine Form der Geburtshilfe, die unter deutlich unterschiedlichen Rahmenbedingungen stattfindet: Gebärende sind dem Niedrig-Risiko-Kollektiv zuzuordnen, um unter ausschließlicher Hebammenleitung betreut zu werden und die Räume und die Ausstattung müssen in jedem Fall von Hausgeburtshilfe neu auf ihre Tauglichkeit geprüft und im Sinne der Geburt gestaltet werden. Zudem erlebt die betreuende Hebamme selbst eine andere Form der Verantwortlichkeit; die Arbeit im Team steht hier nicht im Vordergrund, wenn sie auch in ein System eingebettet ist [25]. Damit unterscheiden sich die Rahmenbedingungen klinischer und außerklinischer Geburtshilfe deutlich. Die Interpretation der Handlungspraxis von Hebammen soll aber nicht ohne Berücksichtigung der materiellen Umweltbedingungen stattfinden; auch die räumliche Gestaltung und generelle Rahmenbedingungen sind mit zu betrachten. Auf diesem Weg kann eine konstatierte „Technikvergessenheit“ überwunden werden; mit dieser wird bis dato eher der Versuch gemeint, menschliches Handeln zu verstehen, ohne auf die Betrachtung der in eine Handlung eingebundenen Akteure ohne menschliches Bewusstsein einzugehen [23]. Unter Mitbetrachtung auch nicht-menschlicher Elemente einer Handlung kann möglicherweise auch die Handlungspraxis von Hebammen im Raum noch besser verstanden werden [7]. Als Handelnde im Rahmen der klinischen Geburt sind dabei sowohl die Gebärende und ihre Begleitperson(en) zu bezeichnen, als auch das medizinische Personal, welches die Geburt betreut.

Im Zusammenhang mit Bestrebungen zu Verbesserungen in der klinischen Geburtshilfe wird seit Jahren in die Überlegungen zur architektonischen Neugestaltung klinischer Gebärräume die Zielsetzung integriert, Frauen selbstbestimmte und interventionsärmere Geburten zu ermöglichen [6, 11]. Begründungen dazu leiten sich aus Erkenntnissen zur

Autor*innen

Karolina Luegmair
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
karolina.luegmair@ksh-muenchen.de

Getrud M. Ayerle
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Anke Steckelberg
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

komplexen Vernetzung von räumlichen sowie technischen Bedingungen und menschlichem Handeln ab. So wird angenommen, dass sowohl die Gestaltung des Raumes sowie auch die Wahrnehmung der Gegenstände (technische Aktanten) im Raum deren routinierte Nutzung steuern [12]. Diese Wahrnehmung ist dabei normativ-regulierend und verursacht zudem Emotionen bei den Handelnden (menschlichen Aktanten) [10].

Um dem bis 2018 unzureichenden Forschungsstand zur alternativen Gestaltung klinischer Gebäräume entgegenzutreten, wurde zu dieser Zeit in Deutschland die Studie „Be-Up: Geburt aktiv“ als multizentrische randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie initiiert [4]. Ziel der Studie war es zu untersuchen, ob sich die alternative räumliche Gestaltung, welche das zentrale Gebärbett aus dem Fokus nimmt und die Förderung von Mobilität der Gebärenden anstrebt, auf die Rate vaginaler Geburten auswirkt [3]. Hintergrund der Zielsetzung waren auch hier Überlegungen zur Wechselwirkung von räumlicher Ausstattung und handelnden Personen im Raum. Als Ergebnis zeigte sich, dass die Zahl vaginaler Geburten im Interventions-Gebärraum anstieg – ebenso auch in der Kontrollgruppe der Studie. Eine trennscharfe Erfassung der Effekte des Raumes war damit in dieser Studie nicht möglich, vielmehr scheinen Kontextbedingungen (wie die Möglichkeit der Randomisierung bei gleichzeitiger Verfügbarkeit von zwei Gebäräumen und damit ein Indikator für einen nicht voll besetzten Kreißsaal) eine Rolle gespielt zu haben [4]. Im Kontext der Be-Up Studie wurde auch die hier vorliegende Arbeit zu Orientierungen von Hebammen in üblichen und alternativen Gebäräumen entwickelt, um die Handlungspraxis von Hebammen in den unterschiedlich gestalteten Gebäräumen besser nachzuvollziehen.

Als Vorarbeiten zur vorliegenden Arbeit wurde eine Zusammenschau internationaler Forschungsarbeiten, in welchen allgemeine handlungsleitende Orientierungen klinisch tätiger Hebammen untersucht werden [13] und eine qualitativ-rekonstruktive Untersuchung der handlungsleitenden Orientierungen von Hebammen in üblichen klinischen Gebäräumen in Deutschland, durchgeführt [15]. Durch die Erfassung der handlungsleitenden Orientierungen war es möglich, eine Form des Wissens zu rekonstruieren, welches die Handlungspraxis bestimmt und durch das Verhältnis zwischen Normen, Schemata und gezeigter Handlungspraxis erkennbar wird [7]. In der genannten Arbeit wurde eine Basistypik entwickelt, welche das Praxiswissen von Hebammen in einem Spannungsfeld zwischen Anspruch und Umsetzung darstellt. Die drei dabei rekonstruierten Typen „Hebammenhandeln in Balance von Anspruch und Umsetzung“, „Hebammenhandeln zerrissen zwischen Anspruch und Umsetzung“ und „Im ungelösten Dilemma von Anspruch und Umsetzung“ befinden sich auf einem Kontinuum zwischen den Polen der Lösung bzw. fehlenden Lösung eines Dilemmas, welches sich aus Anspruch und Umsetzung ergibt [15]. Anspruch an die eigene Berufspraxis und Umsetzung in der Begleitung von Geburten befinden sich insofern in einem Dilemma, wenn dem eigenen Anspruch nicht konstant gefolgt werden kann („zerrissen zwischen Anspruch und Umsetzung“). Damit weicht die Handlungspraxis vom Anspruch ab und es ergibt sich daraus die Form eines Konflikts. Im Gegensatz dazu befindet sich Hebammenhandeln in einem ‚ungelösten‘ Dilemma zwischen Anspruch und Umsetzung, wenn diese Diskrepanz zwischen Anspruch und Umsetzung prinzipiell

da ist, dieser Abweichung aber keine Lösungsversuche mehr entgegengestellt werden, oder wenn eine Form von Anpassung an den Umstand stattgefunden hat. Beim Typ „in Balance von Anspruch und Umsetzung“ zeigen sich derartige Diskrepanzen allerdings nicht oder nur selten. Wenn Diskrepanzen auftreten, kann diesen aktiv entgegengetreten werden und die Hebamme erlebt wenig Schwierigkeiten in der dem eigenen Anspruch folgenden Umsetzung.

Ziel

Das Ziel der vorliegenden Studie war eine qualitativ-rekonstruktive Untersuchung des möglichen Einflusses einer alternativen räumlichen Gestaltung auf die handlungsleitenden Orientierungen dort tätiger Hebammen und eine daran anschließende Kontrastierung mit jenen von Hebammen in üblichen Gebäräumen oder von in der Hausgeburtshilfe tätigen Hebammen.

Folgende Forschungsfrage wurde untersucht:

Welche handlungsleitenden Orientierungen zeigen Hebammen im alternativ gestalteten Gebärraum („Be-Up-Gebärraum“) der Studie „Be-Up: Geburt aktiv“?

Methodik

Das nachfolgende Reporting folgt den COREQ-Guidelines [27].

Design

Um individuelle handlungsleitende Orientierungen im konjunktiven Erfahrungsraum der Geburtshilfe zu erfassen, wurde ein qualitativ-rekonstruktiver Forschungsansatz mit der Erhebungsmethode von narrativ orientierten themenzentrierten [29] Einzel-Interviews und paralleler Datenauswertung gewählt. Dabei wurde zur Rekonstruktion der Handlungspraxis und der handlungsleitenden Orientierungen die Dokumentarische Methode gewählt, die sich über ihren Zugang zum impliziten Wissen, das für den reibungslosen Ablauf komplexer Handlungen zuständig ist, auch im Berufsfeld der Hebamme als ertragreich erwiesen hat [15]. Hierbei werden methodisch kontrolliert Normen und Schemata aus argumentativen Passagen rekonstruiert und mit habituellem Handeln aus narrativen Passagen in Beziehung gesetzt. So können die handlungsleitenden Orientierungen und möglichen Diskrepanzen rekonstruiert werden und auf diesem Weg einen Zugang zur Handlungspraxis ermöglichen [8].

Die Erstautorin führte die Interviews durch. Sie ist selbst Hebamme und legte diesen gemeinsamen professionellen Hintergrund den Interviewten auch bereits in der Aufklärung offen. Um den Zugang zum konjunktiven Erfahrungsraum zu verbessern, ist es hilfreich, wenn Personen einander verstehen, ohne auf vertiefende Erklärungen auf kommunikativer Ebene angewiesen zu sein [15], und sie auf den gemeinsamen Erfahrungshintergrund zurückgreifen, argumentative Erklärungen reduzieren und Narrationen unerklärt gestalten können.

Sampling

Um die handlungsleitenden Orientierungen von Hebammen bei der Betreuung im alternativ gestalteten Gebärraum zu erfassen, wurde die Strategie für eine Gelegenheitsstichprobe von Hebammen mit praktischen

Erfahrungen im Be-Up-Gebärraum entworfen. Der Zugang zu den Kliniken der Studie „Be-Up: Geburt aktiv“ wurde über die Zweitautorin ermöglicht und es wurden in einem Anschreiben sowie durch persönliche Kontakte Teilnehmende für der Studie gesucht. Daraufhin wurde ein Gesprächstermin außerhalb der Dienstzeiten vereinbart. Zur Kontrastierung wurden außerdem Hebammen mit Erfahrung bei der Begleitung von Hausgeburten gesucht. Außerklinisch arbeitende Hebammen wurden dazu persönlich und über einen landesweiten E-Mail-Verteiler der außerklinischen Hebammen angesprochen. Teilnehmer*innen beider Settings, die sich auf die Aufrufe meldeten, wurden entweder per E-Mail als auch teilweise persönlich eingeladen, an der Studie teilzunehmen. Die handlungsleitenden Orientierungen mit Hebammen aus dem üblichen klinischen Setting wurden bereits in einer Vorstudie erfasst [15].

Interview-Setting und Datenerhebung

Die Gespräche, die auf einem Digital-Rekorder aufgezeichnet wurden, wurden den Gegebenheiten der Pandemie folgend, unter vier Augen entweder persönlich oder virtuell geführt. Entscheidend war hier die Präferenz der teilnehmenden Hebamme. Die Interviewerin fertigte handschriftliche Notizen an und anonymisierte dabei bereits die Daten und Notizen, die nur unter dem Alias-Namen der Teilnehmenden aufbewahrt wurden. Den Interviewten wurde in Vorbereitung des Gesprächs eine ausführliche mündliche und schriftliche Erklärung des Forschungsvorhabens sowie eine Datenschutzaufklärung vorgelegt. Erst nach Erteilung des mündlichen und schriftlichen Einverständnisses wurde mit dem Interview begonnen.

Der verwendete Leitfaden wurde von den Autorinnen gemeinsam im Rückgriff auf einschlägige Literatur zur Hebammen-Handlungspraxis und Raumgestaltung erstellt und im Rahmen eines Probeinterviews getestet und adaptiert. Die Funktion des gewählten Eingangsimpulses zur Erzählung der letzten Geburt kann zum einen als Indikator für die Zugehörigkeit zu klinischen bzw. außerklinischen Erfahrungsräumen gesehen werden [10]; zum anderen können über die Aussagen settingspezifische Wissensbestände erfasst und rekonstruiert werden. Der Eingangsimpuls lautete (mit geringen Variationen): „Das Ziel meiner Studie ist es zu verstehen, wie Hebammen bei der Begleitung einer klinischen Geburt im Be-Up-Gebärraum / bei der Hausgeburt handeln. Wie ist es für Sie, dort als Hebamme zu arbeiten? Vielleicht hilft es Ihnen dabei, von der letzten Geburt, die Sie dort betreut haben, zu erzählen.“ An diesen Eingangsimpuls schlossen sich Themenblöcke zur Handlungspraxis bei der Geburt, zur Gestaltung des Raumes und zu Wünschen und Vorstellungen für den Beruf an.

Dokumentarische Methode und Auswertung

Auf eine stringente Anonymisierung und Maskierung der Daten wurde von Beginn an geachtet; die Aufnahmen und Transkripte wurden nur passwortgeschützt und ohne Zuordnung zu Klarnamen verwahrt. Originaldateien wurden direkt nach dem Ende des Projekts vernichtet.

Um der Forschungsfrage nach der Situation der veränderten räumlichen Umgebung gerecht zu werden, erfolgte die Integration und Anwendung des Blicks auf die technischen Bedingungen des Raumes und

Rekonstruktion einer möglichen „Kontagion“ darin [7, 24]. Damit sollte dem technischen Gewicht durch veränderte Rahmenbedingungen Rechnung getragen werden [24]. Aspekte aus der Technik-Soziologie, bzw. Akteur-Netzwerk-Theorie, bei denen das gemeinsame Handeln von Mensch und Technik betrachtet wird [5, 7], wurden integriert. Auf diesem Weg sollte der Interpretation auch ein theoretischer Rahmen, der auf den Forschungsgegenstand zugeschnitten wird, gegeben werden. Dieser Rahmen bietet über die Praxeologische Wissenssoziologie der Dokumentarischen Methode hinaus Erklärungsansätze zum Handeln im Kontext mit den räumlichen Bedingungen. Das bedeutet, dass die Prozessstrukturen des Handelns im Blick auf die Gestaltung des Gebärtaumes erfasst werden können, wenn die konstituierenden Bedingungen in ihrer Gesamtheit betrachtet werden – erst so können Genese und Durchführung von Handlungen anhand von Motiven identifiziert und damit deren Zusammenhang zum Handeln rekonstruiert werden [19].

Um diese Verbindung der Grundannahmen der mit der Dokumentarischen Methode zu verstehen, ist es wichtig, unterschiedliche Formen der Intentionalität zu berücksichtigen. Den menschlichen Handelnden wird dabei eine implizite Intentionalität zugeschrieben, welche nachträglich argumentativ begründet werden kann und dennoch im Kontext mit dem tatsächlichen Handeln betrachtet werden muss. Technischen und weiteren Agenten (also Handelnden) wiederum wird eine explizite, dem Zweck folgende und damit scheinbar unmittelbar nachvollziehbare Intentionalität zugeschrieben. Durch die Verbindung der menschlichen und technischen Agenten zu einem Hybridakteur ergibt sich eine gemischte implizit-explizite Intentionalität [28]. Im Rahmen der Interpretation und Rekonstruktion kann so mit den Schritten der Dokumentarischen Methode die Intentionalität der Handlungen menschlicher Handelnden nachvollzogen und in Bezug zur Gestaltung des Raumes gesetzt werden.

Nach einer Volltexttranskription wurden die Interviews den Auswertungs- und Interpretationsschritten der Dokumentarischen Methode unterzogen. Für Textstellen der Eingangs- und Schlusspassage, für die, die sich mit den Räumlichkeiten beschäftigten, und für solche mit hoher narrativer und/oder performativer Dichte wurde dabei die formulierende und reflektierende Interpretation mit semantischer Analyse angewendet. Zugleich wurde von Beginn an konstant ein Inter-Fall-Vergleich zwischen den einzelnen Fällen der Be-Up-Räume und der Hausgeburtshilfe als auch mit den Interviews aus dem üblichen Gebärraum durchgeführt. Dies erfolgte, um die Homologien aber auch Differenzen zwischen den einzelnen Fällen zu identifizieren und die in der Vorarbeit geschene Typenbildung zu überprüfen [18]. Im steten Abgleich wurde hierbei nach Orientierungsmustern gesucht, welche die Handlungspraxis im üblichen und im alternativen (Be-Up-Raum oder in der Hausgeburtshilfe) Gebärraum leiten. Dabei wurde konsequent die Funktion der einzelnen Agenten (technisch und menschlich) im Sinn der untersucht, um mögliche Handlungspraktiken der Befragten im Abgleich mit den existierenden Normen und Schemata in Beziehung setzen zu können. Immer mitbetrachtet wurde dabei die jeweilige räumliche und grundsätzliche Rahmung (klinisch/außerklinisch) der Geburtshilfe, mit dem Ziel, die unterschiedlichen Bedingungen in der Interpretation mit zu berücksichtigen. Um die vorgestellten Schritte ab Transkription bis Auswertung und Rekonstruktion durchzuführen, wurde die Software

Schlüsselwörter:
Kreißsaal, Design, Hebamme, Praxis, Orientierung

Keywords:
labor ward, design, midwife, practice, orientation

Eingereicht: 14.03.2023

Nach Revision
angenommen: 27.03.2024

MAXQDA in einem an die Dokumentarische Methode angepassten Verfahren verwendet [16]. Zur Sicherung der Qualität der Auswertung und Reflexion der Standortgebundenheit wurden methodenimmanente Prozesse der Dokumentarischen Methode genauso konstant verfolgt wie auch eine Diskussion der Interpretationen in diversen Forschungswerkstätten durchgeführt. Auch eine konstante Selbstreflexion, um den konjunktiven Erfahrungsraum distanziert zu betrachten, wurde durchgeführt. Dies wurde umgesetzt, indem Ergebnisse besonders mit explizit fachfremden, aber mit der wissenschaftlichen Herangehensweise der Dokumentarischen Methode vertrauten Menschen, diskutiert wurden [7].

Es nahmen sieben Hebammen teil, davon vier aus Kliniken der Studie „Be-Up: Geburt aktiv“ und drei aus dem Setting der Hausgeburtschilfe. Zwei weitere potenzielle Kandidat*innen aus Kliniken der Studie „Be-Up: Geburt aktiv“ partizipierten nach einem Erstkontakt nicht aus persönlichen Gründen.

Die Erhebung erfolgte im Zeitraum zwischen Juli 2021 und März 2022 durch die Erstautorin; die Interviews dauerten im Mittel 86 Minuten (Spanne 52 - 157 Minuten). Die Charakteristika zu den professionsbiographischen und weiteren Hintergründen der Teilnehmerinnen sind der Tabelle 1 zu entnehmen. Die hier verwendeten Namen sind Alias-Namen.

Tabelle 1: Berufsbiographische Eckdaten des gesamten Samplings

	n
Primäre Berufsausbildung	18
Schulisch	12
Hochschulisch	4
Berufserfahrung	18
< 5 Jahre	3
5-9 Jahre	3
10-19 Jahre	6
20-29 Jahre	1
> 30 Jahre	3
Geburten pro Jahr	18
< 24	9
25-49	3
50-99	3
> 100	6
Aktuelles geburtshilfliches Setting (Mehrfachnennungen möglich)	19
Level 1 (Regionales Perinatalzentrum)	11
Level 2 (Perinatalzentrum)	2
Level 3 (Perinatalzentrum)	1
Heusgeburten	5
Weitere Qualifikationen (Mehrfachnennungen möglich) (5 ohne Nennung)	11
Praxisleitende	2
Führungsausschuss	2
Weiterbildungsausschuss	5
Weitere	2
Aktuelle geburtshilfliche Tätigkeit	18
Angestellt	10
Freiberuflich	8

Ergebnisse

Ein Fall konnte keiner Typenbildung zugeführt werden, da durch technische Schwierigkeiten das Interview nur zum Teil auswertbar war. Ansätze der Interpretation dieses Interviews wurden aber in die Weiterentwicklung der Dimensionen aufgenommen.

Die fünf Dimensionen der Handlungspraxis von Hebammen

In den bereits rekonstruierten vier Dimensionen der vorangegangenen Untersuchung der Autorinnen [15]

zeigten sich relevante Homologien und Differenzen in Bezug auf die Handlungspraxis von Hebammen. Es zeigte sich die Handlungspraxis der Hebamme in Bezug zur Dimension der „betreuten Frau“ auf einem Kontinuum zwischen Begleitung und Leitung. In Bezug auf das „klinische Setting“ ließ sich immer eine Form des Commitments oder der Ablehnung der jeweiligen Hebamme rekonstruieren, in Bezug auf die „eigene Person“ Facetten von Selbstschutz und Selbstsicherheit. Die Handlungspraxis zur Dimension „Profession der Hebamme“ zeigte sich im Bereich von reflektierter Praxis und Mystifizierung des Berufes [15].

Die in der vorliegenden Arbeit zusätzlich rekonstruierte Dimension der „Hoheit über den Raum“ wird von den befragten Hebammen ebenfalls in einer Bandbreite zwischen zwei Polen gelebt. So ist festzustellen, dass die Hebamme sich als Gast im Raum verhält oder eine Rolle der Gastgeberin übernimmt. In der Rolle als Gast achtet die Hebamme die Intimsphäre und Handlungshoheit der Gebärenden, zieht sich örtlich in den Randbereich des Raumes zurück und hält sich auch mit Handlungen zurück.

„Aber ansonsten hab ich des Paar einfach [...] für sich gelassen weil se halt des einfach gut für sich zusammen gemacht ham und mich dann auch dabei nich gebraucht ham [...] und hab dann nur als dann klar war ok jetzt schiebs mehr die hat sich vors Bett gekniet dann ähm mir was z-äh fürn Dammschutz zurecht gelegt Binden und heißes Wasser Unterlagen druntergelegt öhm dass alles gut abgedeckt is. den Teil den ich halt machen kann.“ (Nicole – Hausgeburten (HG), Z. 50-4)

Diese Rolle wird von der Hebamme im Hausgeburts-Setting geachtet, kann aber auch im klinischen Setting realisiert werden. Dabei offenbart sich, dass der Be-Up-Gebärraum die Handlungshoheit der Gebärenden unter bestimmten Umständen deutlich erleichtert.

„Die-äh Poster an der Wand fällt mer grad noch ein [...], da ham Fraun tatsächlich auch n Blick drauf geworfen [...] so beim Wandern durchn Raum und könn wer des ma machen und.“ (Pauline – Be-Up-Raum (BU), Z. 290-3)

Zu diesen erleichternden Umständen zählt unter anderem die Möglichkeit, der Frau eine engmaschige Betreuung (z.B. eins-zu-eins) gewähren zu können. Dabei ist zwar auch im üblich gestalteten Gebärraum eine Verschiebung zur Hoheit über den Raum und die Vorgänge darin zur Gebärenden hin zu erkennen. Gleichzeitig aber sind in diesem Fall der üblichen Raumgestaltung von der Hebamme noch Anpassungen der räumlichen Ausstattung vorzunehmen, welche die Hoheit in Hebammenhänden erhalten; eine komplette Verschiebung der Hoheit zur Frau wird nur in Ausnahmefällen möglich. Anders scheint es im Be-Up-Raum realisiert zu werden; die räumliche Ausstattung erfährt wenige bis gar keine Anpassungen durch die Hebamme, die Gebärende kann möglicherweise unmittelbarer frei agieren. Somit stellt der Be-Up-Raum eine Ressource in Richtung Autonomie der Gebärenden in der Hebammenbetreuung dar. Diese Autonomie kann aber als Hindernis erlebt werden, wenn die räumliche Ausstattung und die Arbeitsbedingungen der Betreuung nicht in optimaler Kombination vorliegen. So wird zum einen in Notfällen die von der üblichen Gestaltung abweichende Ausstattung sowohl als ein räumliches als auch mentales Hindernis der Hebamme gezeigt und die Handlungshoheit der Gebärenden abgenommen. Zum anderen kann die Hoheit der Gebärenden auch

abgenommen werden, wenn organisatorische Bedingungen die Arbeit der Hebamme erschweren.

„Dann C-ich hab dann CTG geschrieben und alles sehr schnell eingerichtet zur Geburt [...] weil ich wusste ich muss nochmal woanders [...] und dann nochmal so hin zu ihr. [...] und [...] sie hat sehr schnell geboren tatsächlich [...] und ähm im-im kniend auf dieser Matte und hat sich gestützt auf des Bett. [...] In der Position hab ich sie hingekriegt.“ (Lena – BU, Z. 30-7)

Wenn die Hebamme Gastgeberin im Raum ist, leitet sie die Gebärende stark in ihren Handlungen und ihrer Nutzung der Räumlichkeiten an, oftmals auch, um Gefahren von der Gebärenden abzuwenden. Damit ist die Verbindung zu den vier bereits rekonstruierten Dimensionen „Betreute Frau“, „Klinisches Setting“, „Eigene Person“ und „Profession der Hebamme“ nachvollziehbar. Im Zusammenhang mit den jeweiligen vorherrschenden Bedingungen erfährt die Gebärende diese Dimensionen als angepasste Betreuung als das Zentrum der Hebammenpraxis.

Integration in eine vorhandene Basistypik

Es zeigte sich, dass eine Zuordnung zu den drei Typen der Basistypik „Hebamme bei der Begleitung von Geburten im Spannungsfeld zwischen Anspruch und Umsetzung“ [15] für alle Fälle nach kritischer Überlegung folgerichtig war. Damit wurden die zuvor rekonstruierten Spannungsfelder einerseits gestützt, andererseits ließ sich daraus auch ableiten, dass die Gestaltung des Raumes bei den zugrunde liegenden handlungsleitenden Orientierungen keine unmittelbare Änderung verursachte.

Drei Orientierungsmuster der Hebammenpraxis in verschiedenen Gebärräumen

Die Verwobenheit und Komplexität aller Dimensionen zeigt sich deutlich an den vermittelnden Orientierungsmustern, welche sich aus der Rekonstruktion der Hebammenpraxis in unterschiedlichen Settings ergeben [14, S. 40, Abb. 1]. Dabei unterscheiden sich diese Orientierungsmuster besonders in der Umsetzbarkeit von Ansprüchen, vorerst unabhängig von der Gestaltung des Raumes, und beziehen sich auf 1) grundlegende Betreuungsmöglichkeiten, 2) die professionsbezogene Sozialisierung der Hebamme und 3) deren Haltung zum Raum. Im Zusammenspiel individueller Orientierungen zeigt sich ein Muster, welches die Umsetzbarkeit von individuellen Ansprüchen an die eigene Professionsausübung bei der Begleitung von Geburten erklärt.



Abbildung 1

Grundlegende Betreuungsmöglichkeiten

Kann die Hebamme dem eigenen Anspruch gerecht werden und die Betreuung der Gebärenden so gestalten, wie sie es persönlich vorhat, dann sind die Betreuungsmöglichkeiten so, wie sie den Vorstellungen der Hebamme entsprechen. Diese Vorstellung bezieht sich in den meisten Fällen auf eine eins-zu-eins oder mindestens eins-zu-zwei Betreuung der Frau, welche aber im klinischen Setting nur in Ausnahmefällen realisierbar ist.

„Wenn die Frau da irgendwie ihr Ding macht und ich hock neben der. [...] ähm [...] Alles is gut des geht irgendwie alles seinen Weg und ich kann da irgendwie auf m Boden sitzen bei der des find ich übelst schön.“ (Konstanze – BU, Z. 843-5)

Vielmehr ist es so, dass diese Form der Betreuung durch eine hohe Arbeitslast nicht umgesetzt werden kann und somit oft eine Wunschvorstellung bleibt.

„Und war-es war echt viel los im Kreißsaal. Deswegen konnt ich auch nicht die ganze Zeit bei ihr sein und sie hat halt da so irgendwie so ihr Ding gemacht“ (Konstanze – BU, Z. 35-6)

Allerdings widersprechen die tatsächlichen Betreuungsmöglichkeiten und die normativen Vorstellungen der Hebammen sich auch teilweise in die andere Richtung. So ist vor allem bei den Hebammen, die dem Typ „Im ungelösten Dilemma von Anspruch und Umsetzung“ zugeordnet werden, eine engmaschige Begleitung der Frauen nicht mehr explizit gewünscht. Vielmehr wird aktiv versucht, die existierenden Bedingungen zu akzeptieren und dabei handlungsfähig zu bleiben.

„Und weil man sich nich zerteilen kann. Also des wird uns in der Klinik mit ner recht hohen Geburtenzahl immer passieren als Hebamme und da macht man sich immer Vorwürfe wenn die eine eben weniger davon profitiert. Öh des is schade aber des gehört leider dazu. Und man äh kann dann nur in dem Moment wo man da is alles geben ja“ (Pauline – BU, Z. 700-3)

Der alternativ gestaltete Raum unterstreicht grundsätzliche Potenziale bei Erfüllung der Ansprüche, aber auch Schwierigkeiten, wenn diese Erfüllung aussteht. So kann die Begleitung und Betreuung der Gebärenden auch im alternativ gestalteten Raum von den Rahmenbedingungen abhängen. Eine Stärkung der Autonomie der Frau kann nicht automatisch aus der Gestaltung alleine resultieren. Vielmehr beschränken klinische Vorgaben die Bewegungsautonomie der Gebärenden auch in den Augen der Hebamme, so dass diese bei der Betreuung von ihrem Anspruch abweichen muss und (um den Vorgaben gerecht zu werden), eine Betreuung realisiert, die der Gebärenden die Bewegungsfreiheit nur unter erschwerten Bedingungen ermöglicht.

„Ich hatte die ganze Zeit mütterlichen Puls [...] s war echt ärgerlich. Also ich hab ich musste immer an ihr dranhängen und hatte dann zeitweise wieder Kind [...] und dann wars wieder Mutter. Und dann hatt ich wieder Kind. [...] Und im-in den Wehen hat die sich halt bewegt und war eigentlich keine Chance so. [...]“ (Konstanze – BU, Z. 30-6)

Professionsbezogene Sozialisierung

Hebammen weisen bei der Begleitung der Geburt unterschiedliche Formen der professionsbezogenen Sozialisierung auf. Dabei sind diese Unterschiede aber nicht exklusiv dem jeweiligen Setting zuzuordnen. Vielmehr scheint auch hier die Möglichkeit der Umsetzung individueller Ansprüche durch. So zeigen sich die Hebammen bei der Orientierung an der Gebärenden in ihrer Handlungspraxis sehr zufrieden und handlungsfähig, wenn die tatsächlichen Gegebenheiten der Hebammenarbeit den eigenen geburtshilflichen Vorstellungen von der Orientierung an der Physiologie entsprechen. Diese Vorstellungen werden aber sowohl im klinischen als auch im außerklinischen Setting individuell als erfüllt oder als nicht angemessen erfüllt wahrgenommen.

„Ich versuch die Fraun wenig zu stören und sie wenig aus ihrem Rhythmus zu bringen [...] ja und n'Gespür dafür zu haben und zu sehn wieviel brauch sie dann doch. [...] ähm ich ha-ich merk schon je länger und anstrengender die Geburt wird desto mehr werd ich aktiv. [...] Unterstützung aber versuch da auch immer wieder mich drauf zu besinnen wieviel muss ich jetzt wirklich machen.“ (Nicole – HG, Z. 72–9)

Bei Hebammen „zerrissen zwischen Anspruch und Umsetzung“ zeigte sich dabei unter anderem, dass die Ansprüche an die Geburtshilfe und die tatsächlichen Gegebenheiten dazu beitrugen, dass die Wahrnehmung von Erlebtem stark beeinflusst wurde. Wich den Gegebenheiten von den Ansprüchen deutlich ab, so verdeutlichte sich eine Form des Dilemmas, vor allem, wenn eine Änderung der Situation durch eigenes Handeln nicht realisierbar schien.

„und [...] das fand ich halt schon echt ne krasse-krass unnötige also meiner Meinung nach unnötige [...] Intervention. weil des Kind war natürlich auch quietschfidel ne.“ (Konstanze – BU, Z. 492–4)

Zudem zeigt sich ein Zusammenhang mit dem Potenzial, das die Hebamme sich selbst bezüglich der Änderungsmöglichkeiten bei bestehender Diskrepanz zwischen Anspruch und Umsetzung, zuschreibt. Diese Zuschreibung findet sich beim Typ „Zerrissen zwischen Anspruch und Umsetzung“ noch in der Findung, während sie beim Typ „In Balance“ als erfolgreich wahrgenommen wird. Beim Typ „Ungelöstes Dilemma“ wird die Lösung dieser Diskrepanz nicht mehr angestrebt. Dieses wahrgenommene Potenzial verdeutlicht sich an den professionsbezogenen Entscheidungen der Hebammen, im jeweiligen Setting zu bleiben oder es zu verlassen.

„Und also wie gesagt ich bin eh noch son bisschen am hadern ob ich die Hausgeburtshilfe weitermache [...] an sich die Arbeit gefällt mir sehr sehr gut. [...] weil-also die Rufbereitschaft ich hab des vorher wirklich nich erwartet wie einschränkend des is.“ (Martha – HG, Z. 798–803)

Wenn eine Zuordnung zum Typ „Zerrissen zwischen Anspruch und Dilemma“ vorliegt, ist die eigene Zugehörigkeit zum jeweiligen Setting entweder noch nicht final abgeschlossen, oder es zeigt sich eine Form von Unversöhnlichkeit mit dem anderen (außerklinischen) Setting. Für die Hebammen des Typs „Ungelöstes Dilemma“ ist das jeweilige alternative Setting darüber hinaus überhaupt kein Thema; eine Reflektion hiervon findet nicht statt. Außerdem entscheiden sich

dem Typ „In Balance“ zugeordnete Hebammen bewusst dafür, im jeweiligen aktuellen Setting zu verbleiben, bewahren sich aber eine Offenheit für das alternative klinische oder außerklinische Setting.

„Wir ham alte Kollegn wir ham Kollegen die aus den Geburtshäusern wieder [...] zurück in die Klinik gekommen sind. Die ham nochma andre Erfahrungen ich bring ja auch en bisschen was andres mit.“ (Olga – BU, Z. 168–170)

Haltung zum Raum

Die befragten Hebammen haben alle eine grundsätzliche Haltung zum jeweiligen Gebäuerraum und dessen Gestaltung, welche sich ebenfalls besonders mit den individuellen Orientierungen deckt und eine Entsprechung im grundsätzlichen Status der Erfüllung von Ansprüchen findet. So ist die Wahrnehmung des Raumes bei der eigenen Professionsausübung förderlich oder hinderlich. Diese Wahrnehmung zeigt sich in den unterschiedlich gestalteten Räumen der Settings im Zusammenspiel mit der Wahrnehmung der eigenen Handlungspotenziale. So wird ein Gebäuerraum auch in üblich gestalteter Form als förderlich für die eigene Handlungspraxis erlebt, wenn eine Wertschätzung für Hebammenarbeit durch das jeweilige Setting wahrgenommen wird. Umgekehrt werden hinderliche Elemente besonders dann wahrgenommen, wenn diese Wertschätzung nicht ausreichend vorhanden scheint.

„Nichts ist dann irgendwie so bequem vorbereitet ich muss mir alles zusamm suchen [...] ich brauch nen Gebärhocker dann brauch ich wieder ne Matte s kann aber nich liegen bleiben ne, weil des im-im üblichen [...] Kliniksbetrieb einfach stört. des is so, also des is so schade.“ (Olga – BU, Z. 71–4)

Im Rahmen der alternativen Gestaltung lässt sich feststellen, dass auch hier die der eigenen Arbeit zuträglichen oder diese behindernden Elemente stark im Vordergrund der Handlungspraxis stehen. So bleibt die Schwierigkeit, während Notfallsituationen die ungewohnten Elemente entfernen zu müssen, während die grundlegende Orientierung an physiologischer Geburtshilfe durch diese Elemente stark gefördert werden kann.

„Und des war voll gut weil die meinte da schon zu während der-als sie noch in dem Vorbe-andern Raum war meinte sie, woah was zum festhalten. und ich hatte halt nichts zum festhalten (...) und es war halt dann richtig cool weil ähm wir kamen in Be-Up-Raum und ich hatte-wir ham ja da des Seil da an der Wand und ich hatte diese Matte unter des Seil gepackt und dann hat die sich direkt da ans Seil gepackt und dann hat sie halt da ihr Kind gekriegt“ (Konstanze – BU, Z. 759–764)

Diskussion

Es konnten die handlungsleitenden Orientierungen von Hebammen bei der Begleitung im alternativen Gebäuerraum rekonstruiert werden. Dabei stellte sich heraus, dass sich die Dimensionen der Handlungspraxis von Hebammen unabhängig vom Gebäuerraum auf fünf Bereiche beziehen. Zudem ließen sich Orientierungsmuster rekonstruieren, welche eine Erklärungshilfe für die Genese der Handlungspraxis von Hebammen bieten.

Die hier vorgestellten Ergebnisse ergänzen durch den methodologischen Ansatz der Dokumentarischen Methode, welcher der Rekonstruktion von Spannungs-

feldern zwischen Norm und Habitus dient, Erkenntnisse aus vergleichbaren Studien zu alternativer Gestaltung von Gebäuräumen. In diesen erlebten die Hebammen durch die alternative Gestaltung des Gebäurraums explizite Unterstützung bei der Begleitung physiologischer Geburten [2]. In der vorliegenden Studie wurde diese explizite Unterstützung auch festgestellt. Durch das in Beziehung setzen zu den vorliegenden Arbeitsumständen ergaben sich zudem tiefergehende Zusammenhänge der Unterstützung, welche eine klare Zugehörigkeit zu den allgemeinen Bedingungen des Arbeitssettings zeigen. Durch die professionsbezogene Haltung zum eigenen Setting und dessen innewohnenden Spezifika (ärztlich geleitete Geburtshilfe im klinischen Setting, Dominanz der Eigenverantwortung im Hausgeburts-Setting) lassen sich auch handlungspraktische Reaktionen der Hebammen auf diese Spezifika nachvollziehen. Wichtig wäre hier eine zielgerichtete Reflexion der eigenen Handlungspraxis, um diese Reaktionen in ihrer Bedeutung nicht dominierend werden zu lassen, zumal wenn sie aus dem Spannungsfeld zwischen Anspruch und Umsetzung resultieren. Diese Erkenntnis deckt sich auch mit anderen Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum, in der Risikoorientierung mit settingbezogenen Umständen in Verbindung gebracht wurde [21]. In der vorliegenden Arbeit lassen sich Hinweise auf die Bezüge zwischen dem Erleben der Gestaltung des Raumes und der eigenen Handlungspraxis rekonstruieren, welche eine Form der Verwobenheit zwischen Gestaltung und Handlungspraxis nahelegen, die den befragten Hebammen in dieser Form noch nicht immer explizit bewusst scheint. Das Spannungsfeld zwischen Umsetzung und Anspruch bleibt handlungsleitend.

Es zeigte sich zudem, dass die alternativ gestalteten Elemente des Raumes und deren Wahrnehmung durch die Hebammen die grundsätzlichen handlungsleitenden Orientierungsmuster und Bedürfnisse unterstreichen und damit nicht isoliert stehen. Dennoch werden sie in der Handlungspraxis als verstärkt erlebt. So konnte eine geänderte Handlungspraxis durch die Umgestaltung nicht rekonstruiert werden. Vielmehr ist die Annäherung an neue räumliche Ausstattung im Abgleich mit vorhandenen Wissensbeständen zu sehen, während die Haltung zum Raum als eine grundsätzliche zu sehen ist. Dabei werden existierende Wissensbestände auf das Neue übertragen, beeinflussen und verändern so die Rahmenbedingungen der Gegenstände und gehen damit im Handeln auf - wenn auch individuell den eigenen Wissensbeständen angepasst. Zusammenfassend lässt sich dies als ein Vorgang beschreiben, der sich mit Erkenntnissen zur Habitualisierung von aktionistischen Verhaltensmustern deckt [9]. Eine Nutzung, wie vorgesehen, scheint damit abhängig von den individuell vorhandenen Wissensbeständen zu sein und kann schwer prognostiziert oder geleitet werden. Ideen für die Flexibilität der Wissensbestände und den damit verbundenen Umgang liefern auch generationenspezifische Bedingungen, vor allem im Umgang mit technischen Artefakten; hieraus lassen sich auch potenziell entstehende Fremdheitsgefühle bei der Begegnung mit Neuerungen ableiten [24].

Allerdings ließen sich deutliche Spuren eines veränderten Erlebens der eigenen Handlungspotenziale von Hebammen im alternativ gestalteten Raum nachweisen. Erklärbar wird dieses veränderte Erleben im Raum auch durch die sogenannte „Kontagion der Dinge“: Wechselwirkungen zwischen den Agierenden zeigen sich, indem sich beide Parteien durch das Erleben

als Hybrid-Akteur verändern [24]. Tiefer gehende Untersuchungen zu dieser Veränderung können dazu beitragen, das Hebammenhandeln im Zusammenhang mit der räumlichen Gestaltung noch besser zu verstehen, damit diese Thematik auch im Bereich der Aus- und Weiterbildung bewusst gemacht, reflektiert und in die Praxis integriert werden kann.

Auch die professionsbezogene Sozialisierung muss noch weiter untersucht werden, um die Bezüge zwischen dieser und der Hebammenhandlungspraxis stärker in der Ausbildung werdender und junger Hebammen zu integrieren. Diese Reflexion könnte zusätzlich zu bereits untersuchten Interventionen dazu beitragen, dass die Physiologie-Orientierung von Hebammen bereits in den ersten Jahren im Beruf an Stärke gewinnt und zur Begleitung der Gebärenden auch im klinischen Setting positiv beitragen kann [26].

Im Rahmen der handlungsleitenden Orientierung zu den individuellen Betreuungsmöglichkeiten lassen sich Ansprüche an eine Verbesserung der Bedingungen der Geburtshilfe im klinischen Setting ableiten, welche schon an anderer Stelle festgestellt wurden [1]. So scheint eine nachhaltige Orientierung von Hebammenarbeit an Wünschen und Bedürfnissen Gebärender nur durch einen deutlich und dauerhaft verbesserten Betreuungsschlüssel möglich.

Stärken und Schwächen

Es konnten Orientierungsmuster von Hebammen im alternativ gestalteten Gebäuerraum rekonstruiert werden, um daraus Schlussfolgerungen für die Hebammenarbeit zu ziehen. Auch wenn die Teilnahme von Hebammen aus Kliniken der Studie „Be-Up: Geburt aktiv“ mit vier Personen gering war, ergab sich ein vielseitiges Bild klinischer und außerklinischer Hebammentätigkeit unter den Gegebenheiten des jeweiligen Raumes. Zur geringen Bereitschaft von Hebammen an der Studie teilzunehmen lassen sich Vermutungen anstellen, die sich auf eine hohe Arbeitsbelastung zu Zeiten der Pandemie beziehen, sowie die immer wiederkehrende Anfrage, an dieser aber auch weiteren Studien teilzunehmen. Möglicherweise ergab sich dabei ein Überlastungseffekt durch die Frequenz der Anfragen. Nichtsdestotrotz konnte eine Form der inhaltlichen Sättigung festgestellt werden, da sich die beschriebenen handlungsleitenden Orientierungen und Orientierungsmuster bereits nach den ersten vier Interviews in Grundzügen rekonstruieren ließen. Durch die Kontrastierung mit außerklinischen Hebammen beim Bemühen, die handlungsleitenden Orientierungen in unterschiedlichen Gebäuräumen zu rekonstruieren, war die angestrebte Rekonstruktion möglich. Es zeigten sich der Hebammenpraxis immanente Orientierungen in vielseitiger und vom Setting unabhängiger Ausprägung. Der gleiche professionelle Hintergrund der Erstautorin mit den Interviewten kann als Ressource für eine Untersuchung der Handlungspraxis aus einem konjunktiven Erfahrungsraum heraus gesehen werden.

Gleichzeitig war dieser gemeinsame Hintergrund auch eine mögliche Schwäche der Studie und musste zur Lösung von der Standortgebundenheit durchgängig reflektiert werden. Als weitere Schwäche ist zu nennen, dass von einer Sättigung der Ergebnisse nur bedingt ausgegangen werden kann, da die Rekrutierung in Kliniken der Studie „Be-Up: Geburt aktiv“ sich schwierig gestaltete. Weitere Interviewpartner*innen aus dem Be-Up-Raum waren aber auch trotz intensiver

Bemühungen und mehrmaliger Aufrufe nicht mehr zu gewinnen. Zudem bezeichneten sich alle befragten Hebammen als das Konzept der Studie und des Raumes unterstützend – Erkenntnisse von Hebammen, die die Studie ablehnten, hätten sicher noch weitere Aspekte beitragen können. Als mögliche Schwäche kann außerdem die virtuelle Ausführung eines Teils der Interviews gesehen werden. Auch hier konnte der konjunktive Erfahrungsraum aber rasch zu einer (trotz der räumlichen Distanz) vertrauten Situation beitragen und damit die Rekonstruktion mit der Dokumentarischen Methode ermöglichen. Da die Interviewpartner*innen nach eigener Angabe zum Zeitpunkt des Gesprächs mit virtuellen Konferenzen vertraut waren und selbst das virtuelle oder persönliche Gespräch wählten, entstand auch keine nachvollziehbare Hierarchie zu Gunsten der Interviewerin im Gespräch [17].

Schlussfolgerung

Es lässt sich feststellen, dass sich bei Hebammen, die Geburten begleiten, grundsätzliche sowohl normative als auch habituelle Orientierungen auch in der Haltung zum Raum spiegeln. Dabei sind individuelle Handlungspraktiken im komplexen Zusammenspiel mit den räumlichen, organisatorischen und personellen Bedingungen zu sehen, die die Hebammenarbeit nachvollziehbarer machen und so Perspektiven für weitere Entwicklung bieten. Dies lässt sich besonders am Umgang mit dem Raum und der Wahrnehmung seiner Funktion nachvollziehen – sowohl im üblichen klinischen als auch in den beiden alternativen Settings. Es dominieren die individuellen Orientierungen. Wenn diese in einem grundsätzlich ungelösten Dilemma oder in Zerrissenheit sind, so kann auch der Raum nur in eingeschränktem Maße einen innovativen Beitrag leisten. Vielmehr wird der Raum in das bewährte Handeln integriert und kann in diesem seine Wirkung nur situationsspezifisch entfalten. Wenn an diesem grundsätzlichen Spannungsfeld angesetzt wird, dieses den Hebammen bewusst gemacht wird und strukturelle Verbesserungen ermöglicht werden, die helfen können dem Spannungsfeld entgegenzuwirken, hat die Betreuung gebärender Frauen eine Chance, auch durch die räumliche Umgestaltung verändert zu werden.

Literaturangaben

- Albrecht M, Loos S, der Heiden I an, Temizdemir E, Ochmann R, Sander M, et al. Stationäre Hebammenversorgung: Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit [Internet]. 2019. [Zugriff: 23.10.2023] Verfügbar unter: https://www.iges.com/kunden/gesundheitsforschungsergebnisse/2020/hebammen/index_ger.html.
- Andrén A, Begley C, Dahlberg H, Berg M. The birthing room and its influence on the promotion of a normal physiological childbirth – a qualitative interview study with midwives in Sweden. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2021;16(1):1939937. DOI: 0.1080/17482631.2021.1939937.
- Ayerle GM, Schäfers R, Seliger G. Effekt der Geburtsumgebung auf den Geburtsmodus und das Wohlbefinden von Frauen am Geburtstermin: Studienprotokoll; 2020.
- Ayerle GM, Mattern E, Striebich S, Oganowski T, Ocker R, Haastert B, et al. Effect of alternatively designed hospital birthing rooms on the rate of vaginal births: Multicentre randomised controlled trial *Women Birth*. 2023;36(5):429–38. Verfügbar unter: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519223000410>.
- Belliger A, Krieger DJ, Hrsg. ANThology: Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie. Bielefeld: Transcript-Verl.; 2006.
- Berg M, Goldkuhl L, Nilsson C, Wijk H, Gyllensten H, Lindahl G, et al. Room4Birth – the effect of an adaptable birthing room on labour and birth outcomes for nulliparous women at term with spontaneous

- labour start: study protocol for a randomised controlled superiority trial in Sweden. *Trials* 2019;20(1):629. DOI: 10.1186/s13063-019-3765-x.
- Bohnsack R, Hrsg. Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. 2., erw. und aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2007.
 - Bohnsack R. Professionalisierung in praxeologischer Perspektive: Zur Eigenlogik der Praxis in Lehramt, Sozialer Arbeit und Frühpädagogik. Opladen, Toronto: Verlag Barbara Budrich; 2020.
 - Gaffer Y, Liell C. Handlungstheoretische und methodologische Aspekte der dokumentarischen Interpretation jugendkultureller Praktiken. In: Bohnsack R, Hrsg. Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. 2., erw. und aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2007.
 - Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen: Hebammen-gesetz – HebG [Internet]. 2019 [Zugriff: 23.10.2023]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/BjNR175910019.html.
 - Hammond A, Homer CSE, Foureur M. Friendliness, functionality and freedom: Design characteristics that support midwifery practice in the hospital setting. *Midwifery*. 2017; 50:133–8. DOI: 10.1016/j.midw.2017.03.025.
 - Häußling R, Hrsg. Techniksoziologie: Eine Einführung. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Opladen, Toronto: Verlag Barbara Budrich; 2019. (utb Soziologie; Bd. 4184).
 - Luegmair K, Ayerle GM, Steckelberg A. Midwives' action-guiding orientation while attending hospital births – A scoping review. *Sex Reprod Healthc*. 2022;34:100778. DOI: 10.1016/j.srhc.2022.100778.
 - Luegmair K. Handlungsleitende Orientierungen von Hebammen in verschiedenen Gebärräumen – eine qualitative Studie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; 2023.
 - Luegmair K, Ayerle GM, Steckelberg A. Midwives' practice-guiding orientations when attending births in the clinical setting in Germany – a qualitative study: Manuscript submitted; 2023.
 - MAXQDA. Die Software für Qualitative Datenanalyse und Mixed Methods [Internet]. [Zugriff: 23.10.2023]. Verfügbar unter: <https://www.maxqda.de/>.
 - Nicklich M, Röbenack S, Sauer S, Schreyer J, Tihlarik A. Qualitative Sozialforschung auf Distanz. Das Interview im Zeitalter seiner virtuellen Durchführbarkeit [Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, Vol. 24 No. 1 (2023): Mixed Methods and Multimethod Social Research—Current Applications and Future Directions] [Internet]. *FQS* 2023; 24(1). Verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/4010>.
 - Nohl A-M. Interview und dokumentarische Methode: Anleitungen für die Forschungspraxis. 4., überarb. Aufl. Wiesbaden: Springer VS; 2012. (Qualitative Sozialforschung).
 - Nohl A-M. Relationale Typenbildung und Mehrebenenvergleich: Neue Wege der dokumentarischen Methode. Wiesbaden: Springer VS; 2013. (Qualitative Sozialforschung).
 - OECD. Caesarean sections [Internet]. [Zugriff: 23.10.2023]. Verfügbar unter: <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm>.
 - Peterwerth NH, Halek M, Schäfers R. Intrapartum risk perception—A qualitative exploration of factors affecting the risk perception of midwives and obstetricians in the clinical setting. *Midwifery*. 2022; 106:103234. DOI: 10.1016/j.midw.2021.103234.
 - QUAG Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. Geburtenzahlen in Deutschland [Internet]. 2023. Verfügbar unter: <https://www.quag.de/quag/geburtenzahlen.htm>.
 - Rammert W. Technik – Handeln – Wissen: Zu einer pragmatistischen Technik- und Sozialtheorie. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Springer VS; 2016.
 - Schäffer B. „Kontagion“ mit dem Technischen. Zur dokumentarischen Interpretation der generationenspezifischen Einbindung in die Welt medientechnischer Dinge. In: Bohnsack R,

Hrsg. Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. 2., erw. und aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2007.

- Stone NI, Thomson G, Tegethoff D. Skills and knowledge of midwives at free-standing birth centres and home birth: A meta-ethnography. *Women Birth*. 2023; 36(5):e481–e494. Verfügbar unter: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519223000665>.
- Thompson SM, Low LK, Budé L, Vries R de, Nieuwenhuijze M. Evaluating the effect of an educational intervention on student midwife self-efficacy for their role as physiological childbirth advocates. *Nurse Educ Today*. 2021; 96:104628. Verfügbar unter: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691720314787>.
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007; 19(6):349–57. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042.
- Weyer J. Die Kooperation menschlicher Akteure und nicht-menschlicher Agenten: Ansatzpunkte einer Soziologie hybrider Systeme: DEU; Dortmund; 2006. (Bd. 16).
- Witzel A. The Problem-Centered Interview. *FQS* 2000; 1(1). DOI: 10.17169/fqs-1.1.1132.
- World Health Organization Human Reproduction Programme. WHO Statement on caesarean section rates. *Reproductive Health Matters*. 2015; 23(45):149–50. DOI: 10.1016/j.rhm.2015.07.007.

Arbeitszufriedenheit von Hebammen im klinischen Setting – eine Querschnittserhebung in Deutschland

Job satisfaction of midwives in the hospital setting – a cross-sectional survey in Germany

Kurzzusammenfassung / Abstract

Hintergrund

Arbeitszufriedenheit (AZ) wirkt sich auf die Arbeitsleistung, das persönliche Wohlbefinden und den Verbleib im Beruf aus. Das Arbeitsumfeld beeinflusst die AZ, wobei die Gestaltung des Gebärraums auf die Handlungspraxis von Hebammen und ihre Zufriedenheit noch wenig untersucht ist. Ziel ist es, die AZ von Hebammen im klinischen Setting und die Zufriedenheit mit der Gestaltung des Gebärraums zu untersuchen und Zusammenhänge zu beschreiben.

Methode

Es wurde eine Online-Querschnittserhebung durchgeführt. Die Stichprobe bestand aus Hebammen (N=323), die in der klinischen Geburtshilfe in Deutschland arbeiten. Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet und mit statistischen Analyseverfahren untersucht.

Ergebnisse

Die globale AZ lag ebenso im mittleren Bereich wie die Zufriedenheit mit der Raumgestaltung. Am unzufriedensten waren die Hebammen mit der Zeit, die ihnen für die Betreuung von Frauen zur Verfügung stand und mit ihrem Gehalt. Die Zufriedenheit mit dem Team war hoch und war zusammen mit der Unterbesetzung der größte Einflussfaktor auf die globale AZ. Die Zufriedenheit mit der Raumgestaltung hatte nur einen geringen Einfluss auf die AZ.

Schlussfolgerung

Die Studie zeigt auf, dass die AZ durch Förderung des Teams und eine ausreichende Personalbesetzung gesteigert werden kann. Der Zusammenhang von Gebärraumgestaltung, Betreuungsmodell und Arbeitszufriedenheit von Hebammen bedarf weiterer Untersuchung.

Background

Job satisfaction has a significant impact on work performance, personal well-being, and job retention. The work environment is known to influence job satisfaction, but little research has been conducted on how the design of the birthing environment affects midwives' practice and satisfaction. The objective of this study is to investigate midwives' job satisfaction in the hospital setting, the satisfaction with the design of the birthing room, and to identify correlations.

Method

An online cross-sectional survey was conducted. The sample consisted of midwives (N=323) working in hospitals in Germany. The data was analysed using descriptive and statistical analysis methods.

Results

The global job satisfaction was in the middle range, as was satisfaction with the room design. The midwives were most dissatisfied with the time they had available to care for women and with their salary. Satisfaction with the team was high and, together with understaffing, was the highest influencing factor on global job satisfaction. Satisfaction with the room design had only minor impact on job satisfaction.

Conclusion

The study shows that job satisfaction can be increased by promoting the team and by adequate staffing. The relationship between birth environment, model of care and job satisfaction of midwives requires further studies.

Hintergrund

In Deutschland werden ca. 98% aller Kinder im Krankenhaus geboren [27], dort sind Hebammen in der Regel die ersten Ansprechpartnerinnen für werdende Mütter. Um eine qualitativ hochwertige und sichere Geburtshilfe leisten zu können, ist ausreichend Personal notwendig. In den vergangenen Jahren berichten Hebammen von einer Zunahme der Arbeitsbelastung sowie einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen, die auf Faktoren wie Personalmangel, bürokratische und administrative Anforderungen sowie die zunehmende

Autor*innen

Sonja Wangler
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
sonja.wangler@dhbw-stuttgart.de

Gabriele Meyer
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Gertrud M. Ayerle
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Medikalisierung und Technisierung der Geburtshilfe zurückzuführen sind [1, 24]. Diese Bedingungen beeinflussen die Arbeitszufriedenheit von Hebammen im klinischen Setting negativ und erhöhen den Wunsch, den Beruf zu wechseln oder aus dem Beruf auszusteigen [1, 2, 5]. Um diese Entwicklung zu durchbrechen, werden Studien benötigt, welche die Vielfältigkeit von Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit beleuchten und Ansatzpunkte identifizieren, die die Arbeitszufriedenheit von Hebammen im Krankenhaus und ihren Verbleib positiv beeinflussen können.

Die Zufriedenheit von Mitarbeitenden trägt zur Gesamtleistung und dem Erfolg von Organisationen bei und beeinflusst die Verbundenheit und den Verbleib am Arbeitsplatz [23]. Das Konstrukt der Arbeitszufriedenheit beinhaltet verschiedene Aspekte wie die Inhalte der Arbeit mit den damit verbundenen Anforderungen und Aufgaben, die gesellschaftliche Bedeutung der Arbeit sowie die Perspektiven zur beruflichen Entwicklung. Auch die Beziehungen am Arbeitsplatz, einschließlich der Zusammenarbeit im Team, der kollegialen Unterstützung und der Unterstützung durch Vorgesetzte, die Organisation der Arbeit, die Arbeitszeiten, die Arbeitsumgebung und die Sicherheit am Arbeitsplatz spielen eine Rolle in diesem Konzept [23, 26]. In der Forschung zur Arbeitszufriedenheit von Hebammen konnten folgende Einflussfaktoren identifiziert werden: Neben guter Zusammenarbeit im Team, positiven Beziehungen zu Kolleg*innen und Wertschätzung und Unterstützung durch Vorgesetzte [5, 22] können erlebte Autonomie, Bedeutung der Arbeit, Entwicklungspotential, die Beziehung zu den Frauen und die Möglichkeit, natürliche Geburten zu unterstützen, zur Zufriedenheit beitragen [5, 13, 42]. Faktoren, die zu einer Abnahme der Arbeitszufriedenheit führen, sind hohe Arbeitsbelastung, Mangel an Personal und Ressourcen, Konflikte bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie niedriges Gehalt [1, 20, 24, 29, 36].

Die räumliche Arbeitsumgebung und deren Einfluss auf die Arbeitsleistung und die Zufriedenheit rückt erst neuerlich in den Fokus der Forschung [11, 12, 32, 40].

Die räumliche Arbeitsumgebung bezieht sich auf alle materiellen Objekte und Reize am Arbeitsplatz [34]. Besonders in Modellen zur Erforschung von Stress am Arbeitsplatz wird ein Augenmerk auf die räumliche Arbeitsumgebung bzw. die Bedingungen am Arbeitsplatz gelegt [40]. Eine angenehme räumliche Arbeitsumgebung kann die Arbeitszufriedenheit verbessern, während ein unangenehmes Arbeitsumfeld die Arbeitszufriedenheit beeinträchtigen kann [12]. Mitarbeiter*innen empfinden eine stärkere Bindung an ihr Unternehmen, wenn sie eine Identifikation mit ihrer Arbeitsumgebung erfahren und diese sowohl als attraktiv als auch funktional im Hinblick auf die zu erfüllenden Arbeitsaufgaben und Tätigkeiten wahrnehmen [40].

Zum Einfluss der räumlichen Arbeitsumgebung auf die Arbeitszufriedenheit von Hebammen gibt es bisher wenig Erkenntnisse. In der Bewertung der Umgebung wird deutlich, dass zum einen die Kreißsäle in der Abteilung und zum anderen die Anzahl/Ausstattung von Pausen- bzw. Sozialräumen, aber auch Büros und Umkleidebereiche von Bedeutung sind [1, 39]. Die Kreißsäle selbst, im Folgenden als Gebärräume bezeichnet, um sie von der Abteilung „Kreißaal“ abzugrenzen, beeinflussen mit ihrem Design und ihrer Einrichtung die Handlungspraxis von Hebammen [18, 19, 28]. Gebärräume sind im klinischen Setting geprägt von

einem technisierten und risikoorientierten Blick auf die Geburtshilfe [7, 35]. Dies spiegelt sich in ihrer Gestaltung und Ausstattung wider [3, 21]. Hebammen beschreiben die Wichtigkeit der Atmosphäre und der Ausstattung im Gebärraum, um die physiologische Geburt fördern zu können. Als zentrale Aspekte werden hier Ruhe und Intimität für die Gebärende, Förderung von aufrechten Positionen und auch die Herausnahme des Betts aus dem Zentrum des Raumes benannt [6, 8, 9]. Hebammen, die sowohl im Hausgeburtssetting als auch im klinischen Setting arbeiten, geben an, durch die klinischen Räumlichkeiten gestresst zu sein [6, 9]. Studien, die eine Umgestaltung von Gebärräumen untersuchten, konnten neben positiven Outcomes für die Gebärende auch eine erhöhte Zufriedenheit des Personals mit den Räumlichkeiten und ein reduziertes Stresslevel feststellen [3, 14, 28]. Diese Ergebnisse lassen einen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit erwarten.

Vor diesem Hintergrund geht die Untersuchung der Frage nach, wie zufriedene Hebammen im klinischen Setting in Deutschland mit der Gestaltung der Gebärräume sind und welchen Einfluss die Raumgestaltung auf die Arbeitszufriedenheit hat. Ziel ist es, (1) die Arbeitszufriedenheit von Hebammen im klinischen Setting und die Zufriedenheit mit der Gestaltung des Gebärraums zu erheben, (2) Zusammenhänge / Einflussfaktoren der Dimensionen der Arbeitszufriedenheit zu untersuchen und (3) den Einfluss ausgewählter sozio-demographischer Variablen zu untersuchen.

Methode

Es handelt sich um eine Querschnittserhebung unter Benutzung eines validierten Fragebogens [37].

Kontext der Studie und Teilnehmerinnen

Die Erhebung ist eingebettet in die randomisierte kontrollierte Studie „Be-Up: Geburt aktiv“. Von 2017 bis 2021 wurde in insgesamt 22 Kliniken in Deutschland ein Raum im Kreißaal-Komplex zu einem „alternativen“ Be-Up-Gebärraum umgestaltet, um die natürliche Geburt in der Klinik zu fördern. Im Be-Up-Gebärraum war das Bett aus dem Raum entfernt (oder verborgen), aktive Bewegung, aufrechte Körperhaltungen und Selbstbestimmtheit der Frau unter den Wehen wurden durch verschiedene Elemente (Bodenmatte, Schaumstoffwürfel, Gebärhocker) gefördert und über einen großen Bildschirm mit Naturfilmen wurde Entspannung ermöglicht. Darüber hinaus gab es ein Tisch-Stühle-Set mit einer SnackBar und dimmbares Licht [4].

Es wurden Hebammen in Deutschland befragt, die zum Zeitpunkt der Befragung in einer geburtshilflichen Abteilung im Kreißaal arbeiteten. Es handelt sich um eine Gelegenheitsstichprobe, die zum einen über die an der Be-Up-Studie beteiligten Kliniken und zum anderen über ein gezieltes Schneeballverfahren gewonnen wurde. In einer ersten Untersuchung wurden die Hebammen, die an der Be-Up-Studie teilnahmen, mit Hebammen, die an anderen Kliniken arbeiteten verglichen, um Auswirkungen durch die veränderte Raumgestaltung zu erheben [41]. Gegenstand der hier berichteten Untersuchung sind die Daten der Gesamtstichprobe, bestehend aus Hebammen, die an der Be-Up-Studie beteiligt waren und Hebammen aus anderen Kliniken in Deutschland.

Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte im März und April 2021 mit einem Online-Fragebogen über die Software SoSci Survey [25]. Die Verteilung des Fragebogens erfolgte bei den Be-Up Kliniken zum einen über ein Plakat mit QR-Code im Pausenraum der Hebammen und zum anderen über die Ansprechpartner*innen in den Be-Up-Kliniken, die den Link an alle Hebammen per E-Mail versendeten. Um auch Hebammen zu erreichen, die nur in üblich gestalteten Gebärräumen arbeiten, wurde die Einladung zum Fragebogen über den Verteiler „angestellte Hebammen“ im Deutschen Hebammen Verband (DHV) und über den Verteiler der Kreißsaalleitungen im DHV versandt. Zusätzlich wurden die Landesvorsitzenden der Hebammenlandesverbände um Verteilung an die Mitglieder per E-Mail gebeten. Zum Teil konnte der QR-Code in den Newslettern über die Landesverbände versandt werden, ebenso wie über die Website der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi). In einem Bundesland wurden die Kliniken im Rahmen einer Information des Hebammenverbandes direkt angeschrieben. Darüber hinaus wurde der Social Media Kanal Facebook genutzt und um weitere Verteilung gebeten.

Variablen und Messinstrument

Der validierte Fragebogen „Arbeitszufriedenheit- und Raumgestaltung Hebammen“ (ARaH) enthält neben Items zur globalen Arbeitszufriedenheit (AZ) folgende Dimensionen des Konstrukts Arbeitszufriedenheit: Team, Autonomie und Entwicklungspotential. Die Items zur Raumgestaltung und Items zur Ausstattung des Gebärraums wurden durch eine qualitative Vorstudie generiert, die anderen Items wurden über einen Scoping Review gewonnen [37]. Die verschiedenen Dimensionen bestehen jeweils aus vier bis 14 Items, die verschiedene Aspekte des Konstrukts spiegeln. Außerdem integriert der Fragebogen Items der Job Satisfaction Scale [43], die von Warr et al. entwickelt und validiert wurde und auch in deutscher Übersetzung vorliegt [16]. Zur Erfassung der Antworten wurden endpunktbenannte Intervall-Skalen mit 7 Abstufungen für die Erfassung der Antworten verwendet, wobei 7 jeweils die höchste Zufriedenheitsstufe darstellt. Es wurde ein Item zum allgemeinen Gesundheitszustand auf einer fünfstufigen Skala abgefragt, wobei 5 den besten Gesundheitszustand darstellt. Die Items der Dimension Raumausstattung waren dichotom. Folgende soziodemographische Daten wurden im Fragebogen erhoben: Alter, Geschlecht, Berufserfahrung, Anstellungsumfang, Versorgungslevel der Klinik, Häufigkeit der unterbesetzten Dienste.

Ethische Überlegungen

Die Befragung erfolgte anonym, die Einwilligung wurde über das Ausfüllen des Fragebogens gegeben. Ein positives Ethikvotum durch die Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg mit der Bearbeitungs-Nummer 2019-131 (B) liegt vor.

Statistische Analyse

Die Analyse der Daten erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS (Version 27).

Zur Beschreibung der Stichprobe wurden für die kategorialen Daten Häufigkeiten und Prozentwerte sowie Mittelwerte (Standardabweichung) für die

metrischen Variablen errechnet. Auch für die einzelnen Dimensionen wurde ein Mittelwert berechnet. Negativ formulierte Fragen wurden für die Analyse umgepolt. Um die interne Konsistenz der Skalen zu bestimmen, wurde Cronbach's Alpha berechnet. Mit einer multiplen linearen Regressionsanalyse wurde untersucht, welche Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Variablen Raumgestaltung, Team und Autonomie (unabhängige Variablen) und der globalen Arbeitszufriedenheit (abhängige Variable) bestehen. Außerdem wurde die Versorgungsstufe der Klinik und die personelle Unterbesetzung in die Regressionsanalyse aufgenommen. Die Daten wurden auf Normalverteilung getestet. Je nach Verteilung der Daten wurden parametrische Tests (T-Tests), bzw. nicht parametrische Tests (Mann-Whitney-U-Tests) durchgeführt. Fehlende Werte wurden paarweise ausgeschlossen.

Ein p-Wert von ,05 oder kleiner wurde als statistisch signifikant definiert. Es wurde eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt.

Ergebnisse

Insgesamt 367 Datensätze wurden in SPSS exportiert; n=44 unvollendete Fragebögen wurden ausgeschlossen, somit bestand die Stichprobe aus 323 Antworten von Hebammen.

Soziodemographie

Das Durchschnittsalter lag bei 38,4 Jahren (SD 11,3) mit einem Minimum von 20 Jahren und einem Maximum von 62 Jahren. Die mittlere Berufserfahrung lag bei 15,0 Jahren (SD 11,5). 79,3% (n= 256) der Hebammen arbeiteten angestellt, 8% (n=26) im Belegschaftssystem und 19,8% (n=64) arbeiteten zusätzlich zur Festanstellung freiberuflich. 57% (n=184) der Hebammen arbeiteten in Teilzeit, 31,3% (n=101) in Vollzeit. In einem Perinatalzentrum Level 1 arbeiteten 40,6% (n=131), 8% (26) in einem Level 2 Haus, 3,1% (n=10) in einem Haus mit perinatalem Schwerpunkt und 35,6% (n=115) in einer Geburtsklinik ohne Schwerpunkt.

Die Hebammen gaben zu 33,7% (n=109) an, dass Dienste in ihrer Abteilung häufig unterbesetzt sind, 31,6% (n=102) gaben eine seltene Unterbesetzung an, bei 4,6% (n=15) der Hebammen waren die Dienste immer unterbesetzt, bei 12,1% (n=39) nie. 18% (n=58) machten dazu keine Angabe.

Die interne Konsistenz der Dimensionen des Fragebogens war mit einem Cronbach's Alpha von 0,769–0,920 gut.

Schlüsselwörter:
Arbeitszufriedenheit, Hebammen, klinisches Setting, Gebärraumgestaltung, Querschnittserhebung

Keywords:
job satisfaction, midwives, hospital setting, birth room design, cross-sectional study

Eingereicht: 15.03.2023

Nach Revision
angenommen: 20.03.2024

(1) Arbeitszufriedenheit und Zufriedenheit mit der Gestaltung

Die Zufriedenheitswerte (Mittelwerte und Standardabweichungen) der Skalen bzw. der einzelnen Items in der Dimension Raumgestaltung und der Job Satisfaction Scale sind in Tabelle 1 dargestellt.

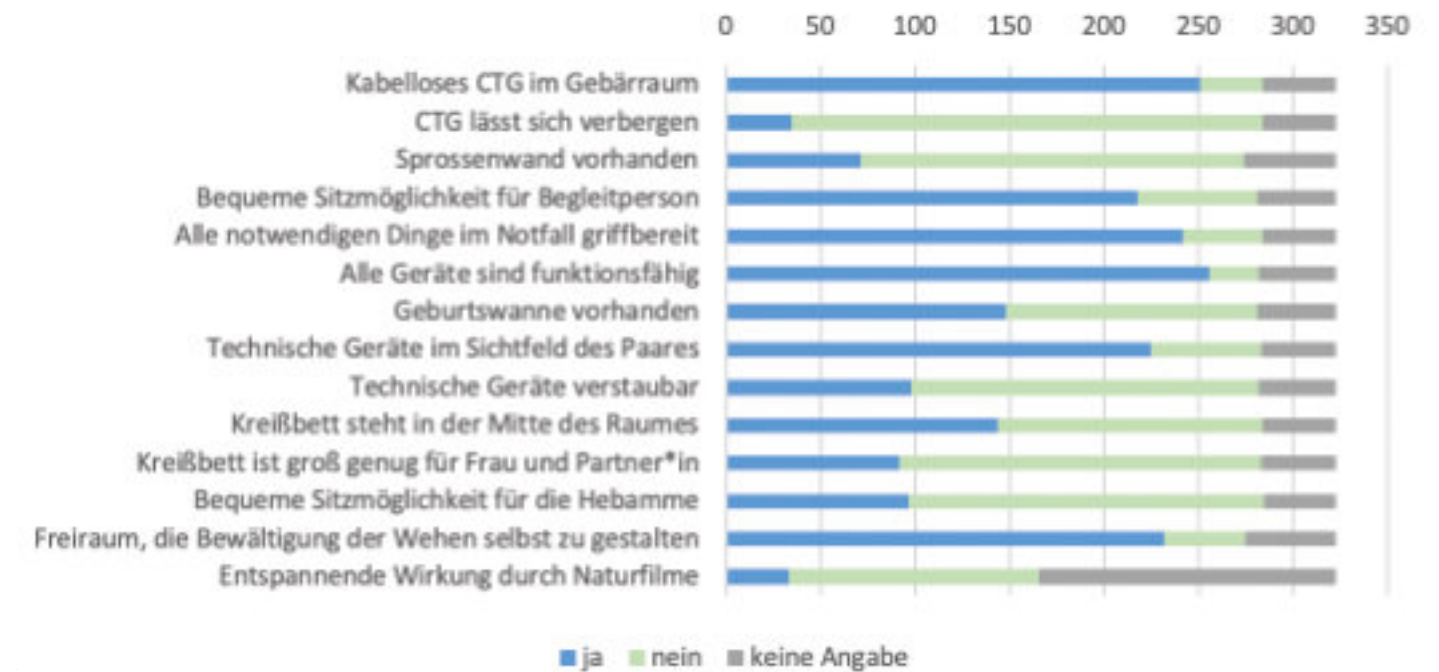
Tabelle 1: Mittelwerte

	Mittelwerte	SD
Arbeitszufriedenheit global gesamt (n=317)	4,74	1,352
Team gesamt (n=309)	5,44	1,072
Autonomie und Entwicklung gesamt (n=298)	5,41	0,954
Raumgestaltung gesamt (n=286)	4,78	1,381
Ich bin insgesamt zufrieden mit der Gestaltung des Gebärraumes.	4,55	1,575
Ich fühle mich wohl im Gebärraum.	5,03	1,463
Ich halte mich gerne im Gebärraum auf.	5,08	1,513
Es befinden sich wohnliche Möbel im Gebärraum.	4,13	1,730
Die Gestaltung im Gebärraum ist ansprechend.	4,55	1,682
Der Gebärraum ist so gestaltet, dass eine angenehme Atmosphäre herrscht.	4,70	1,667
Die Farben im Gebärraum empfinde ich als angenehm.	4,78	1,799
Ich habe die Möglichkeit, die Lichtqualität im Raum selbstständig zu verändern.	5,77	1,575
Das Hebammenteam wurde bei der Gestaltung des Gebärraum miteinbezogen.	4,12	2,083
Gesundheitszustand gesamt (Skala 1-5) (n=285)	3,47	0,858
Job Satisfaction Scale gesamt (Zufriedenheit mit...) (n=316)	4,86	0,994
...der psychischen Arbeitsbelastung?	4,16	1,490
...der Freiheit, eigene Arbeitsmethoden wählen zu können?	5,16	1,434
...Kolleg*innen und Mitarbeiter*innen?	5,74	1,217
...der Anerkennung, die Sie für Ihre Arbeit bekommen?	4,64	1,527
...Ihrem Einkommen?	3,61	1,741
...den Möglichkeiten, Ihre Fähigkeiten nutzen zu können?	5,14	1,385
...Ihren Arbeitsstunden?	4,75	1,686
...dem Grad der Abwechslung in Ihren Arbeitsaufgaben?	5,70	1,157

SD=Standardabweichung

Bei den Mittelwerten der Skalen war die Zufriedenheit mit dem Team mit 5,44 am höchsten und mit der Raumgestaltung mit 4,78 am niedrigsten. In der Betrachtung der einzelnen Items zeigten die Zufriedenheit mit dem Einkommen und die Zeit, Frauen gut betreuen zu können, mit 3,61 bzw. 3,99 die niedrigsten Werte, während die Items „Die Kolleginnen helfen sich gegenseitig“ und „Ich habe die Fähigkeiten, die ich für die Arbeit im Gebärraum benötige“ mit einem Mittelwert von jeweils 6,11 die höchsten Zufriedenheitswerte aufwiesen.

Abbildung 1 zeigt die Ausstattung der Gebärräume.



(2) Zusammenhänge zwischen den Dimensionen der Arbeitszufriedenheit

Die multiple lineare Regressionsanalyse (Tab. 2) zeigt, dass die Zufriedenheit mit dem Team, die Unterbesetzung und der Gesundheitszustand einen signifikanten Einfluss auf die globale Arbeitszufriedenheit hatten, $F(7,24) = 37,69$ $p < 0,001$. (Steigt die Unterbesetzung um einen Punkt an, nimmt die AZ um 0,6 Punkte ab, wird das Team um einen Punkt besser eingeschätzt, so steigt die AZ um 0,5 an.) Der Einfluss der Autonomie und der Raumgestaltung auf die globale Arbeitszufriedenheit war gering. Das Modell hat mit einem korrigierten $R^2 = 0,51$ eine hohe Anpassungsgüte.

Tabelle 2: Regressionsanalyse

Faktoren	Beta (Sig.)
Team	.501 (<0.001)
Autonomie und Entwicklungspotential	.105 (0.174)
Raumgestaltung	.083 (0.114)
Berufserfahrung	.000 (0.937)
Gesundheitszustand	.259 (<0.001)
Unterbesetzung	-.600 (<0.001)
Versorgungsstufe	-0.02 (0.661)
Korr. R^2	.507

a. Einflussvariablen: (Konstante), Unterbesetzung, Gesundheitszustand, Gestaltung, Berufserfahrung, Versorgungsstufe, Team, Autonomie
b. Abhängige Variable: globale Arbeitszufriedenheit

Zur Untersuchung der extremen Ausprägungen der Arbeitszufriedenheit wurde die Gruppe der Hebammen mit sehr hoher Arbeitszufriedenheit (n=77) verglichen mit der Gruppe der Hebammen mit sehr niedriger Arbeitszufriedenheit (n=52). Sehr niedrige Arbeitszufriedenheit wurde definiert mit Werten von 1 bis 3 globaler Arbeitszufriedenheit und sehr hohe mit Werten von 6 bis 7.

Der Mann-Whitney-U-Tests ergab in den Dimensionen Team ($U=453,00$, $Z=-7,13$, $p<,001$), Autonomie ($U=586,00$, $Z=-5,91$, $p<,001$), Gestaltung ($U=654,50$, $Z=-5,28$, $p<,001$) und Gesundheit ($U=1061,50$, $Z=-2,86$, $p=,004$) signifikant höhere Werte in der Gruppe der hohen Arbeitszufriedenheit.

(3) Zusammenhänge sozio-demographischer Variablen und Arbeitszufriedenheit

Alter und Berufserfahrung hatten keinen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit. Auch im Vergleich der extremen Ausprägungen zeigte sich hinsichtlich der Berufserfahrung kein signifikanter Unterschied ($U=1163,00$, $Z=-1,45$, $p=.148$). Die Hebammen in der Gruppe mit niedriger Zufriedenheit arbeiteten signifikant häufiger in Häusern der Maximalversorgung ($U=1164,50$, $Z=-2,36$, $p=.019$) und Dienste waren signifikant häufiger unterbesetzt ($U=302,00$, $Z=-7,15$, $p<.001$). Der Vergleich von Hebammen in Vollzeit- und Teilzeitstellenumfang zeigte keine signifikanten Unterschiede.

Zusammenhänge mit dem Versorgungslevel der Klinik

Der Vergleich von Hebammen aus Level-1-Häusern ($n=131$) mit Hebammen aus Geburtskliniken ohne perinatalen Schwerpunkt ($n=114$) ist in Abbildung 2 dargestellt.

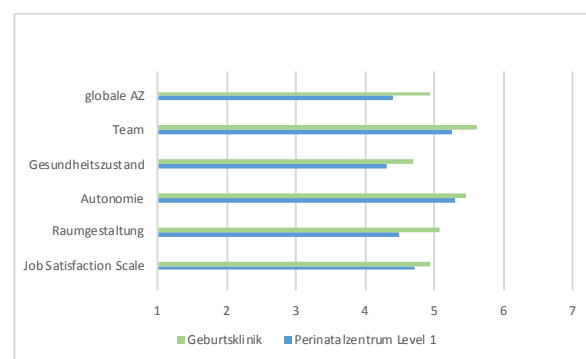


Abbildung 2: Vergleich Perinatalzentrum Level 1 und Geburtsklinik ohne perinatalen Schwerpunkt (Mittelwerte der Gruppen)

Die globale AZ unterschied sich statistisch signifikant ($t(243)=-3,00$, $p=0,03$), wobei die Hebammen in Geburtskliniken zufriedener waren ($M=4,91$, $SD=1,33$) als die Hebammen in Level-1-Häusern ($M=4,41$, $SD=1,40$). Sie gaben ($t(243)=-3,56$, $p<0,001$) häufiger an, ausreichend Zeit für die Betreuung der Frauen zu haben ($M=4,34$, $SD=1,61$) als die Hebammen der Perinatalzentren Level 1 ($M=3,53$, $SD=1,60$). Auch die Zufriedenheit im Team (Level 1: $M=5,25$, $SD=1,14$; Geburtskliniken: $M=5,61$, $SD=1,09$) war in dieser Gruppe erhöht ($t(243)=-2,54$, $p=0,01$). Autonomie und Gesundheitszustand unterschieden sich nicht signifikant. Vor allem mit der Gestaltung des Gebärraums waren die Hebammen in Geburtskliniken signifikant zufriedener ($t(242)=-3,35$, $p<0,001$). Die Hebammen aus den Level-1-Häusern hatten etwas weniger Berufserfahrung und waren jünger (Berufserfahrung: Level 1: $M=13,19$, $SD=11,02$; Geburtskliniken: $M=16,03$, $SD=11,14$, $p=0,051$; Alter: Level 1: $M=36,21,19$, $SD=10,73$; Geburtskliniken: $M=39,53$, $SD=11,23$, $p=0,021$).

Diskussion

Ziel der Studie war es, den aktuellen Forschungsstand zur Arbeitszufriedenheit von Hebammen im klinischen Setting, insbesondere zu Aspekten der Arbeitsumgebung und Raumgestaltung in Zusammenhang mit ausgewählten soziodemographischen Variablen zu erheben.

Die Bewertung der globalen Arbeitszufriedenheit und der einzelnen Dimensionen der Arbeitszufriedenheit lag bei den Teilnehmerinnen der Studie überwiegend im mittleren Bereich. Auch im internationalen Vergleich liegt die Arbeitszufriedenheit von Hebammen häufig nur im mittleren Bereich [30, 33]. In der bundesweiten Untersuchung zur stationären Hebammenversorgung von Albrecht et al. gaben nur ca. 50% der Hebammen in Deutschland an, den Beruf wahrscheinlich wieder zu ergreifen, 39% waren mit den Arbeitsbedingungen insgesamt unzufrieden [1]. Hebammen gaben dort auch an, dass sich die Arbeitsbedingungen in den letzten Jahren verschlechtert haben und mehr Frauen zeitgleich betreut werden müssen. Diese Unzufriedenheit mit der für die Betreuung von Frauen im Kreißaal zur Verfügung stehenden Zeit wurde in der vorliegenden Untersuchung deutlich und steht in starkem Widerspruch zu den Forderungen nach einer 1:1-Betreuung und dem positiven Outcome für Mutter und Kind bei einer solchen Betreuungsform [10]. Die Beziehung zwischen Gebärender und Hebamme ist ein Faktor, der die Arbeitszufriedenheit beeinflusst [38]. Je mehr Frauen Hebammen gleichzeitig betreuen müssen, desto höher ist auch ihre Wechselabsicht [1, 36]. Rodriguez et al. konnten einen Zusammenhang zwischen der Bewertung der Arbeitsumgebung, der Sicherheit für Mutter und Kind und den Wechselabsichten herstellen [33].

In der vorliegenden Untersuchung war die Zufriedenheit mit der Gestaltung von Gebärräumen nur moderat. Es wurden bestimmte Aspekte der Raumausrüstung identifiziert, die sowohl die Gebärende als auch die Hebamme negativ beeinflusst haben könnten, wie zum Beispiel technische Geräte, die nicht verstaubar sind und sich im Sichtfeld des Paares befinden, ein Gebärtisch, welches zentral im Raum steht und nicht groß genug ist, um Platz für die Gebärende und ihre*n Partner*in zu bieten, sowie das Fehlen einer gemütlichen Sitzgelegenheit für die Hebamme. Diese beschriebenen Aspekte könnten Hebammen an der Förderung von physiologischen Geburten hindern [3, 28, 35]. Im Gutachten zur Hebammenversorgung in Deutschland waren 20% der Hebammen unzufrieden mit der Ausstattung der Gebärräume [1]. Durch eine Veränderung der Gebärraumgestaltung, welche die physiologische Geburt unterstützt, konnte in Studien eine hohe Zufriedenheit mit den Gebärräumen erreicht werden, besonders die Atmosphäre der Räume wurde positiv hervorgehoben [15, 28]. Es wird in diesen Studien auch deutlich, dass die Gestaltung eines Raumes eng verbunden ist mit dem Betreuungsmodell, bzw. dem Betreuungsansatz und die Umgestaltung von Räumen einhergeht mit der Veränderung der Sichtweise der Betreuungspersonen von einer Risiko- und Technikorientierung hin zu einer salutogenetischen, frauenzentrierten Sichtweise [3, 15].

Die Unzufriedenheit der Hebammen mit ihrem Einkommen in dieser Studie deckt sich ebenfalls mit der Untersuchung von Albrecht et al. und anderen Untersuchungen in Deutschland, aber auch international [1, 24, 29] und bietet der Politik die Chance über eine angemessene Entlohnung die Zufriedenheit von Hebammen zu erhöhen.

Die vorliegende Studie identifizierte das Team, die Häufigkeit von unterbesetzten Schichten und die Gesundheit als wichtige Einflussgrößen auf die Arbeitszufriedenheit von Hebammen. Das bestätigt frühere Forschungsergebnisse, die gezeigt haben, dass Beziehungen und Team-Unterstützung am Arbeitsplatz wichtige Prädiktoren für die Arbeitszufriedenheit von

Hebammen sind [5, 22, 29]. Hieraus ergibt sich für die Praxis die Notwendigkeit zur Stärkung des Teams durch geeignete Maßnahmen.

Für die Praxis ist es von besonderer Bedeutung, dass der negativen Auswirkung von Unterbesetzung und erhöhter Arbeitsbelastung auf die Arbeitszufriedenheit politisch mehr Bedeutung beigemessen und dieser gegengesteuert wird, da sich diese wiederum nachweislich auf die Wechselabsicht von Hebammen auswirkt und somit das Problem verschärft [1, 17, 29, 31].

Der beobachtete Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und der Arbeitszufriedenheit wird ebenfalls durch die Literatur bestätigt [24]. Einige Studien belegen den Zusammenhang zwischen Unzufriedenheit am Arbeitsplatz und gesundheitlichen Auswirkungen in Form von Krankheitstagen bzw. Burnout [24, 29].

Die in dieser Studie beobachtete höhere Zufriedenheit von Hebammen in Geburtskliniken ohne perinatalen Schwerpunkt im Vergleich zu Hebammen aus Level-1-Häusern bedarf weiterer Untersuchungen. In Level-1-Häusern gab es vermehrt unterbesetzte Schichten und weniger Zeit für die Betreuung von Frauen. Die höhere Geburtenzahl in Level-1-Häusern von durchschnittlich ca. 2000 Geburten/Jahr im Vergleich zu durchschnittlich 800 Geburten/Jahr [1] könnte ebenso wie die höhere Rate an pathologischen Geburten in Level-1-Häusern erhöhte Arbeitsanforderungen mit sich bringen. Neben den hohen Arbeitsanforderungen könnten sich auch die erschwerten Bedingungen für Hebammen, physiologische Geburten zu fördern, negativ auf ihre Zufriedenheit auswirken [14, 19, 28]. In kleineren Kliniken war die Zufriedenheit mit dem Team größer, was für einen besseren Zusammenhalt in einem kleineren Team sprechen könnte. Da gerade diese Art von geburtshilflichen Abteilungen überdurchschnittlich häufig von Schließungen betroffen ist [1], können die Ergebnisse dieser Studie mit der größeren Zufriedenheit von Hebammen in verschiedenen Bereichen die Forderung nach dem Erhalt dieser Versorgungsstrukturen stärken und zum Überdenken anregen.

Limitationen

Die Rekrutierung erfolgte über ein Schneeballverfahren und zu einem Teil über Verteiler des Deutschen Hebammenverbandes mit der Problematik, dass nicht alle klinisch angestellten Hebammen dort Mitglied sind. Durch die Art der Rekrutierung der Stichprobe kann nicht gesagt werden, wie viele Hebammen Zugang zum Fragebogen hatten und daher kein Rücklauf bestimmt werden. Auch die regionale Verteilung der Stichprobe ist unbekannt, es könnte sein, dass aus einzelnen Häusern überdurchschnittlich viele Hebammen teilgenommen haben und aus anderen keine. Dennoch spiegelt die Stichprobe im Hinblick auf die Altersstruktur, die Berufserfahrung, den Beschäftigungsumfang der Hebammen und ihre Verteilung über die vier unterschiedlichen Versorgungsstufen der Kliniken, die im Gutachten zur stationären Hebammenversorgung erhobene Stichprobe wider [1].

Eine weitere Limitation dieser Erhebung ist, dass ein Teil der Stichprobe ($n=84$) an der Studie „Be-Up: Geburt aktiv“ teilnahm, was die Arbeitszufriedenheit bzw. das Antwortverhalten hinsichtlich der Raumgestaltung beeinflusst haben könnte. Eine Schwierigkeit in der Befragung zur Gestaltung der Gebärräume besteht darin,

dass Gebärräume in einer Abteilung unterschiedlich gestaltet sein können. Daher wurden die Hebammen in dieser Studie nur zu einem Gebärraum befragt, entweder zum Be-Up-Raum oder zu dem Raum, in dem sie bevorzugt Frauen betreuen. Dies könnte einerseits die Beurteilung der Räumlichkeiten positiv überhöht haben, andererseits ist es jedoch möglich, dass die Auswirkungen eines Raumes differenzierter eingeschätzt wurden im Vergleich zur pauschalen Bewertung aller Gebärräume in einer Abteilung.

Durch das Querschnittsdesign der Studie können nur Zusammenhänge aufgezeigt werden, aber keine kausalen Einflussfaktoren festgelegt werden. Zudem lag der Erhebungszeitraum mitten in der Covid-19-Pandemie, welche die Arbeitsbedingungen für Hebammen im klinischen Setting veränderte.

Schlussfolgerungen

Die vorliegende Studie unterstreicht bestehende Erkenntnisse zur Förderung der Arbeitszufriedenheit von Hebammen im klinischen Setting, die durch die Stärkung des Teams und der Zusammenarbeit erreicht werden können. Insbesondere betont sie die Notwendigkeit, Unterbesetzung entgegenzuwirken und verdeutlicht die Unzufriedenheit der Hebammen mit der Zeit, die ihnen für die Betreuung von Frauen zur Verfügung steht. Die Ergebnisse zur Raumgestaltung und Raumausrüstung zeigen Ansätze auf, wie der Gebärraum besser an den Bedürfnissen der Gebärenden und der Hebamme ausgerichtet werden kann und somit die Zufriedenheit mit der Arbeitsumgebung erhöht werden kann. Den Zusammenhang von räumlicher Arbeitsumgebung, Betreuungsmodell und Arbeitszufriedenheit von Hebammen gilt es weiter zu untersuchen.

Literaturangaben

- Albrecht M, Loos S, Heiden an der I, Temizdemir E, Ochmann R, Sander M, et al. Stationäre Hebammenversorgung. 2019 [Zugriff: 31.07.2023]. Verfügbar unter: https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e24893/e24894/e24895/e24897/attr_obj24976/IGES_stationaere_Hebammenversorgung_092019_ger.pdf.
- Alnuaimi K, Ali R, Al-Younis N. Job satisfaction, work environment and intent to stay of Jordanian midwives. *Int Nurs Rev*. 2020;67(3):403-10. DOI: 10.1111/inr.12605.
- Andrén A, Begley C, Dahlberg H, Berg M. The birthing room and its influence on the promotion of a normal physiological childbirth—a qualitative interview study with midwives in Sweden. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2021;16(1):1939937. DOI: 10.1080/17482631.2021.1939937.
- Ayerle GM, Schäfers R, Mattern E, Striebach S, Haastert B, Vomhof M, et al. Effects of the birthing room environment on vaginal births and client-centred outcomes for women at term planning a vaginal birth: BE-UP, a multicentre randomised controlled trial. *Trials*. 2018;19(1):1-13. DOI: 10.1186/s13063-018-2979-7.
- 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(3-4):386-99. DOI: 10.1111/jocn.14651.
- Bourgeault IL, Sutherns R, MacDonald M, Luce J. Problematising public and private work spaces: Midwives' work in hospitals and in homes. *Midwifery*. 2012;28(5):582-90. DOI: 10.1016/j.

- midw.2012.06.002.
7. Bowden C, Sheehan A, Foureur M. Birth room images: What they tell us about childbirth. A discourse analysis of birth rooms in developed countries. *Midwifery*. 2016;35:71-7.
 8. Carolan-Olah M, Kruger G, Garvey-Graham A. Midwives' experiences of the factors that facilitate normal birth among low risk women at a public hospital in Australia. *Midwifery*. 2015;31(1):112-21. DOI: 10.1016/j.midw.2014.07.003.
 9. Davis DL, Homer CSE. Birthplace as the midwife's work place: How does place of birth impact on midwives? *Women Birth*. 2016;29(5):407-15. DOI: 10.1016/j.wombi.2016.02.004.
 10. DGGG, DGHWi. S3-Leitlinie Die vaginale Geburt am Termin. 2020; Registernummer 015 - 083. [Zugriff: 31.07.23]. Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-083>.
 11. Djukic M, Kovner C, Budin WC, Norman R. Physical work environment: Testing an expanded model of job satisfaction in a sample of registered nurses. *Nurs Res*. 2010;59(6):441-51.
 12. Djukic M, Kovner CT, Brewer CS, Fatehi F, Greene WH. Exploring direct and indirect influences of physical work environment on job satisfaction for early-career registered nurses employed in hospitals. *Res Nurs Health*. 2014;37(4):312-25. DOI: 10.1002/nur.21606.
 13. Edmondson MC, Walker SB. Working in caseload midwifery care: The experience of midwives working in a birth centre in North Queensland. *Women Birth*. 2014;27(1):31-6. DOI: 10.1016/j.wombi.2013.09.003.
 14. Foureur M, Davis D, Fenwick J, Leap N, Iedema R, Forbes I, et al. The relationship between birth unit design and safe, satisfying birth: developing a hypothetical model. *Midwifery*. 2010;26(5):520-5. DOI: 10.1016/j.midw.2010.05.015.
 15. Goldkuhl L, Tistad M, Gyllensten H, Berg M. Implementing a new birthing room design: a qualitative study with a care provider perspective. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):1122.
 16. Götz K, Broge B, Willms S, Joos S, Szecsenyi J. Die Arbeitszufriedenheit von Allgemeinmedizinerinnen. *Medizinische Klinik*. 2010;105(11):767-71.
 17. Grylka-Baeschlin S, Aeberli R, Guenthard-Uhl B, Meier-Kaeppeli B, Leu-Tenegger V, Volken T, et al. Job satisfaction of midwives working in a labor ward: A repeat measure mixed-methods study. *Eur J Midwifery*. 2022;6. DOI: 10.18332/ejm/145494.
 18. Hammond A, Foureur M, Homer CS. The hardware and software implications of hospital birth room design: a midwifery perspective. *Midwifery*. 2014;30(7):825-30. DOI:10.1016/j.midw.2013.07.013.
 19. Hammond A, Homer CSE, Foureur M. Friendliness, functionality and freedom: Design characteristics that support midwifery practice in the hospital setting. *Midwifery*. 2017;50:133-8. DOI: 10.1016/j.midw.2017.03.025.
 20. Hansson M, Dencker A, Lundgren I, Carlsson I-M, Eriksson M, Hensing G. Job satisfaction in midwives and its association with organisational and psychosocial factors at work: a nation-wide, cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):1-10.
 21. Hodnett ED, Stremler R, Weston JA, McKeever P. Re-conceptualizing the hospital labor room: the PLACE (pregnant and laboring in an ambient clinical environment) pilot trial. *Birth*. 2009;36(2):159-66.
 22. Jasiński AM, Derbis R. Social support at work and job satisfaction among midwives: The mediating role of positive affect and work engagement. *J Adv Nurs*. 2023;79(1):149-60. DOI: 10.1111/jan.15462.
 23. Judge TA, Zhang SC, Glerum DR. Job satisfaction. Essentials of job attitudes and other workplace psychological constructs. New York: Routledge; 2020. S. 207-41.
 24. Kohler S, Bärnighausen T, Eichenauer J, Scheichenbauer C, Paul N. Gesundheit und berufliche Zufriedenheit von freiberuflichen und angestellten Hebammen: Ergebnisse einer Hebammenbefragung in Baden-Württemberg. *Das Gesundheitswesen*. 2022. DOI: 10.1055/a-1851-9619.
 25. Leiner DJ. SoSci survey. 2014; Verfügbar unter: <https://www.soscisurvey.de>.
 26. Locke EA. The nature and causes of job satisfaction. In: Dunnette MD, editor. *Handbook of industrial and organizational psychology*. Chicago: Rand McNally; 1976. S. 1297-343.
 27. Loytved C. Qualitätsbericht 2021 - Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG e.V.); 2022. [Zugriff: 01.07.23]. Verfügbar unter: https://www.quag.de/downloads/QUAG_Bericht2021.pdf.
 28. Murray-Davis B, Grenier LN, Plett RA, Mattison CA, Ahmed M, Malott AM, et al. Making Space for Midwifery in a Hospital: Exploring the Built Birth Environment of Canada's First Alongside Midwifery Unit. *HERD*. 2022;16(2), 189-207.
 29. Nedvedova D, Dvaov B, Jarosova D. Job Satisfaction of midwives: a literature review. *Cent Eur J Nurs Midw*. 2017;8(2):650-6. DOI: 10.15452/CEJNM.2017.08.0014.
 30. Papoutsis D, Labiris G, Niakas D. Midwives' job satisfaction and its main determinants: A survey of midwifery practice in Greece. *Br J Midwifery*. 2014;22(7):480-6.
 31. Peter KA, Meier-Kaeppeli B, Pehlke-Milde J, Grylka-Baeschlin S. Work-related stress and intention to leave among midwives working in Swiss maternity hospitals—a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2021;21:1-10. DOI: 10.1186/s12913-021-06706-8.
 32. Pierce JL, Brown G. Psychological ownership and the physical environment in organizations. *Organizational Behaviour and the Physical Environment*: Routledge; 2019. S. 67-95.
 33. Rodríguez-García MC, Martos-López IM, Casas-López G, Márquez-Hernández VV, Aguilera-Manrique G, Gutiérrez-Puertas L. Exploring the relationship between midwives' work environment, women's safety culture, and intent to stay. *Women Birth*. 2023;36(1):e10-e6. DOI: 10.1016/j.wombi.2022.04.002.
 34. Sander, E.J., Caza, A., & Jordan, P.J. (2019). The physical work environment and its relationship to stress. In O.B. Ayoko & N.M. Ashkanasy (Eds.), *Organizational Behaviour and the Physical Environment* (pp. 268- 284). London, UK: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315167237>
 35. Skogstrom LB, Vital E, Wijk H, Lindahl G, Berg M. Women's Experiences of Physical Features in a Specially Designed Birthing Room: A Mixed-Methods Study in Sweden. *HERD*. 2022. DOI: 10.1177/19375867221077097.
 36. Stahl K. Arbeitssituation von angestellten Hebammen in deutschen Kreißsälen – Implikationen für die Qualität und Sicherheit der Versorgung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2016. DOI: 10.1016/j.zefq.2016.07.005.
 37. Streffing J, Ayerle GM. Konstruktion und Validierung eines Fragebogens zur Arbeitszufriedenheit von Hebammen. 6 Internationale Konferenz der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft; Winterthur. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2022.
 38. Sullivan K, Lock L, Homer CS. Factors that contribute to midwives staying in midwifery: a study in one area health service in New South Wales, Australia. *Midwifery*. 2011;27(3):331-5. DOI: 10.1016/j.midw.2011.01.007.
 39. Symon A, Paul J, Butchart M, Carr V, Dugard P. Maternity unit design study part 2: perceptions of space and layout. *Br J Midwifery*. 2008;16(2):110-14.
 40. Vischer JC. The effects of the physical environment on job performance: towards a theoretical model of workspace stress. *Stress and Health*. 2007;23(3):175-84.
 41. Wangler S, Simon A, Meyer G, Ayerle GM. Influence of the birthing room design on midwives' job satisfaction-A cross-sectional online survey embedded in the 'Be-Up' study. *Sex Reprod Healthc*. 2023;37:100867.
 42. Wangler S, Streffing J, Simon A, Meyer G, Ayerle GM. Measuring job satisfaction of midwives: A scoping review. *Plos one*. 2022;17(10):e0275327.
 43. Warr P, Cook J, Wall T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *J Occup Psychol*. 1979;52(2):129-48.

Becoming a midwife: a qualitative study on factors influencing the decision to study midwifery

Abstract

Background

Professionalizing midwifery has led to the initiation of Bachelor degrees in Germany. Midwifery study programs potentially attract candidates with different types of motivation. Choosing a study program is significantly influenced by motivational factors because they have an impact on students' academic success and satisfaction. Both intrinsic and extrinsic motivation to work in a particular field increases the likelihood that someone will engage more deeply with their studies and achieve better results. Hence, selecting a field of study that considers both personal interests and factors that boost motivation is essential for ensuring a successful academic path.

Aim

The aim of our study was to identify factors that influence students' decision to study midwifery in a big German city.

Methodology

We used a qualitative approach to explore students' motivation to study midwifery. We carried out 23 interviews with first- and third-year midwifery students using a semi-structured interview guideline. The data was analyzed by means of the framework analysis.

Results

Study participants were mainly motivated by intrinsic factors such as values, emotions and profession-specific interests. Possessing certain attributes like empathy and resilience and past experience through internships or own birth were considered decisive when entering the midwifery program. Although weighing less in the decision to study midwifery, extrinsic factors such as job prestige and elements pertaining to the German healthcare system had both a motivating and demotivating role.

Conclusion

The predominance of intrinsic motivation amongst midwifery students indicates a great potential for satisfied midwifery students. However, study findings suggest that adverse working conditions could reduce motivation and potentially lead to attrition. The current study results can support educators in curriculum development and selection procedures.

Background

One approach to professionalizing midwifery has been through education. Triggered by international regulations and standards, the switch from a vocational to a Bachelor program has been implemented at different speeds across European countries [19, 35]. Until 2019, the majority of German midwives still trained in vocational training colleges [25]. In fact, Germany was the last EU member state to follow the WHO

Autor*innen

Oana Gröne
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
o.groene@uke.de

Ina Mielke
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Daniela Vogel
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Mirjana Knorr
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

recommendations [38] concerning the transfer of midwifery training to university level [5]; therefore, professionalization and educational reform are still in a transitional period.

Higher education provides midwifery candidates with more career opportunities and potentially contributes to increasing desirability of midwifery study programs. The attractiveness of programs is likely influenced both by institutional factors such as having new up-and-coming educational offers [2] but mostly by individual factors such as motivation [30]. Study choice motivation is a multifaceted construct that distinguishes between intrinsic and extrinsic motivation [20], which are concepts that originate in the theory of self-determination [27]. Thus, intrinsic motivation is the one most in line with one's own interests whereas extrinsic motivation refers to the extent to which behaviour is motivated by external factors, such as reward structures.

Given the early stages of midwifery studies development in Germany, exploring study motivation is extremely relevant to structural curriculum development and selection procedures, which are at their early stages of development and validation [17]. Internationally, in some European countries such as the UK, selection procedures are quite diverse and include amongst others: knowledge tests, standardized interviews and personal statements or motivation letters [7, 32, 39]. According to an overview provided by the German midwives association, entry requirements for midwifery study programs include the successful completion of a 12-year general education program (Abitur or Fachabitur) or of training in healthcare or nursing, submission of a medical certificate and a police clearance certificate and proof of German language proficiency [10]. Additionally, many universities require the completion of an internship in a relevant field and knowledge or social competencies tests [17].

Considering the challenges related to the retention of midwifery students [6, 26] and to midwives choosing to stay in the field [1], it is imperative that in the admission process, universities identify candidates who have the necessary personal characteristics for the job and who are aware of the demanding studying and working conditions [34]. Previous studies on midwives' motivation [22, 29, 31] pointed at a combination of intrinsic and extrinsic factors, which triggered students' decision to apply for a certain study program. For example, a desire to help or serve others and an interest in specific knowledge areas, such as improving maternal and child health, were common themes across studies. One study in Germany has looked at motivation of students who enrolled in a Bachelor program [6] because of their interest in the field and in research; however, the study was performed with already qualified midwives and focused mainly on satisfaction with the professional situation, job development, and opportunities and less on study motivation. In spite of some commonalities in study findings, it is difficult to draw generalizing conclusions related to motivations for the study of midwifery, mainly due to the diversity of education and healthcare systems, which may themselves trigger certain types of motivating factors. Considering context specificity and given that Germany is still in a transitional stage of educational reform and professionalization of midwifery, the aim of our study was to identify factors that influence students' decision to study midwifery in a big German city.

Methods

The current study focuses on understanding meaning; therefore, it adopts a qualitative approach in an interpretative paradigm to explore students' motivation to study midwifery [23]. Since detailed descriptions of participants' views on motivation were sought, the use of one-to-one interviews was considered the most appropriate method. We used purposive sampling to recruit participants that could provide crucial information on the investigated subject [18]. We invited 109 midwifery students via email to participate in our study and we offered them a 25 EUR voucher as an incentive to show appreciation for their time and effort. Briefly after the email invitation, 25 students confirmed their interest in being interviewed and 23 finally participated in the study. The 23 one-to-one interviews were conducted by three researchers, took place online, and had a length of 20 to 30 minutes. Before the interviews, participants were informed of the aims of the research. These were supplemented by the information sheet detailing the degree of their involvement and an informed consent letter which participants signed before the interview took place. The semi-structured interview guide was developed by our multidisciplinary team made up of two psychologists, an educationalist, and a public health professional. It was based on a literature review about motivation [20, 28] and written feedback from midwives and educators in the midwifery program. It contains questions about personal and general motivation to study midwifery, as well as questions regarding professional prospects (Appendix 1, see <https://www.dghwi.de/zhwi>). After the first two interviews, researchers finalized the interview guidelines and deemed the planned length of the interviews appropriate. The interviews were audio-recorded, transcribed verbatim and pseudonymized. As part of meeting quality criteria for qualitative research, participants were offered to read and make changes to the interview transcripts [24, 33]. Three of the participants were interested in reading and reviewing potential misunderstandings in the transcripts. One of them deleted three references to her previous work experience, which could have otherwise led to her being identifiable. This did not have any consequences on the coding system or interpretation of data.

The framework analysis method was used to analyze qualitative data [13]. This method is generally characteristic of teamwork and some of its procedures are used to ensure transparency. The analysis process combined deductive and inductive approaches to data analysis as the main overarching themes were derived from the research question; additionally, new themes emerged from the qualitative data due to the open nature of interview questions [15]. The MAXQDA 2022 software assisted the analysis process and management of collected data. After repeated reading of verbatim transcripts, two researchers coded the first two interviews and identified initial codes, categories and potential themes. At this point all four co-authors met and agreed on a general coding framework. Subsequently, the two researchers met regularly after coding additional interviews to discuss and agree on the final coding tree. The codes were then applied to the raw data, a process called indexing in the framework analysis method. Each code was discussed to ensure consistency in assigning it to the data. During the data analysis process, some quotations were re-coded or codes merged because of similarity in content and meaning. Lists of quotations for each code were

generated and read again. Researchers then identified typologies, which are understood as connections between categories and characteristics of data, and constitute an important step in the interpretation of data. A final list of 83 codes, organized in categories and themes, was generated.

Results

Participants' characteristics

The majority of study participants (65%, n=15) were in the third semester while the others had just started their studies. Interviewees were female and 27.9 years (SD=6.9) old on average. Most of them had previously started or completed a different university degree (70%, n=16).

Overarching themes

Interviews with midwifery students aimed at conveying factors that influenced their motivation to study midwifery. Findings are organized in four overarching themes: attributes, previous experience, intrinsic, and extrinsic factors. A summary of categories and themes is shown in figure 1, illustrating that the decision to study midwifery is determined by intrinsic and extrinsic (de)motivating factors. As possessing certain attributes and previous professional or personal experience can influence study motivation, the relationship between experience/attributes and motivation can be described as reciprocal. For example, some study participants reported that already being motivated influenced their decision to do an internship in the field of midwifery, whilst some other interviewees reported having decided to study midwifery after having completed an internship or after giving birth.

Attributes and previous experience

The attributes mentioned most often that were considered crucial for the midwifery profession were empathy and resilience. Additional attributes emphasized by interviewees were the following; being well-structured, goal-oriented, open, tolerant, confident, a good team player, flexible, motivated, self-reflective, patient, intelligent and communicative.

"The first thing that pops into my head is empathy. You should be empathetic, that's very important, and tolerant, and you should be able to put yourself in other people's shoes, in their thoughts and feelings, even if you disagree with them."

Some interviewees identified previous experience as an important factor determining the motivation to study midwifery. Doing internships, having completed a university degree and giving birth were some of the experiences mentioned by participants that as a result motivated them to pursue a career in midwifery. Doing an internship before applying for the study program was viewed as a trigger but also as a stepping stone in the decision to study midwifery.

"[...] and then I also did an internship in the delivery room, which I really enjoyed. And then I applied for university."

The motivation to study midwifery was sparked in the case of some participants after having started or completed a different university degree. Reflecting on their initial study choice led to the realization that it may not be the right path and gave participants the courage and confidence to pursue a career that they love.

"And after I finished my other studies, I then realized: I don't want to sit in an office all the time and I want to do something that is actually close to my heart, so I'm going to start all over again and become a midwife."

Giving birth was described both positively and negatively by study participants. Some decided to study midwifery after experiencing birth and having a positive personal experience with midwives during their maternity leave. On the other hand, some viewed a negative birth experience (not necessarily their own) and the desire to change certain aspects of care as being unrealistic and at the same time the „false“ motivator to study midwifery.

"I always knew I wanted to do something with people, but didn't see myself in the medical field at all. And then I actually came across this midwifery profession through my own first pregnancy. That was such a formative time for me as a mother, which was accompanied by the midwife very well and intensively and there was just suddenly the feeling: I want to do that too. What this woman gave me, I want to give to other women. I would also like to make that possible for other expecting families."

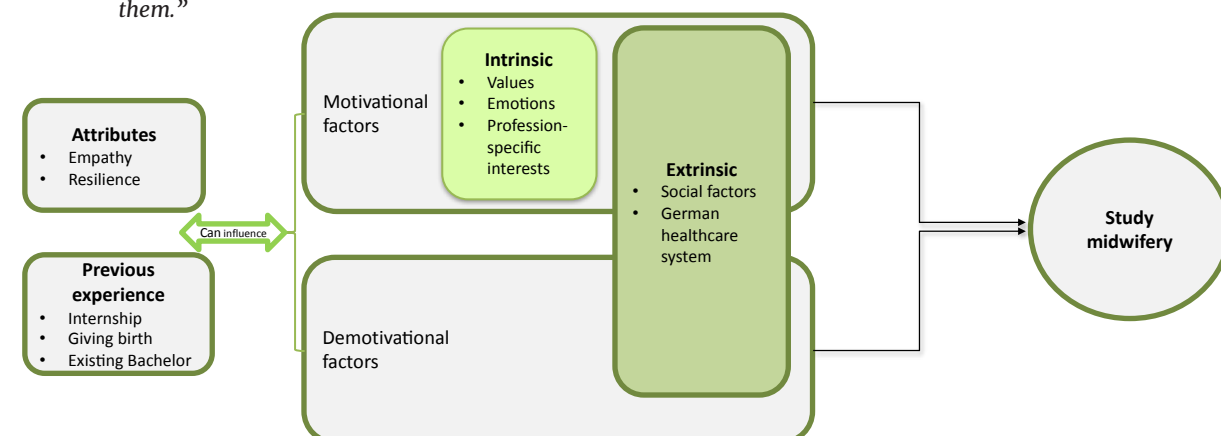


Figure 1: Factors influencing students' motivation to study midwifery

Keywords:
midwifery, motivation,
professionalization,
education, retention

Eingereicht: 05.06.2023

Nach Revision
angenommen: 02.11.2023

“I think you first have to deal with your own trauma in a different way before you start the course. It's a bit like not liking school and then becoming a teacher in order to do better. That's a total, honorable motivation, but I think maybe it's just not that realistic.”

Intrinsic factors

Most of the aspects influencing students' decision to study midwifery were intrinsic in nature. Main intrinsic factors were related to humanistic values, emotions and profession-specific interests. Some of the values that were important to midwifery students for example were meaningfulness, helping others, and empowering women. The meaningfulness associated with the nature of midwifery work, and the importance of pre- and postnatal care for women's health was crucial to most interviewees in their decision to become midwives. Many also expressed a sense of inevitability in that they “have always known” they wanted to be in a nurturing profession.

“So for me it's a very, very meaningful profession, that's important for me personally, that I'm probably going to deal with something a lot [...] and see the meaning behind it.”

Helping others and supporting women were other essential intrinsic motivators mentioned by the majority of interviewees. A strong sense of female identity and the desire to provide comprehensive healthcare to women and their families was a dominant theme in interviews.

“I am very feminist-oriented and it was important to me to work in a field that also promotes and supports women.”

In this context, some even viewed political engagement as part of their responsibility in the context of a changing profession and healthcare system. This was mentioned by several interviewees who expressed their wish to make a difference and contribute to the improvement of healthcare.

“For me, the midwifery profession, which I will be doing in ten years, also has a lot to do with socio-political commitment and political work. I would like to talk openly about it and also be effective in the social media in a way. Even if only to a small degree, I want to influence birth care.”

When asked what motivated them to study midwifery, participants often mentioned emotions and used terms such as “fascination”, “privilege”, “special moment”, or “passion”. Studying midwifery because of a fascination with the female body or with the mother-baby relationship was often named by study participants.

“And it is, yes, it is also every time a miracle when a child is born. And it's different every time and no day is like the next and you can never, never really predict exactly what will happen.”

Students thought that being able to work as a midwife is a privilege because of the special role of midwives in

counselling and accompanying families in intimate situations. Study participants considered giving birth and forming a family very special moments that they felt privileged to be part of.

“[...] you have the privilege of being able to accompany families in this super-sensitive and intimate situation. And [...] you are somehow the first person, I would say, to bring this new life into the world. So I think that is simply a huge privilege that you have there.”

Being passionate about midwifery was viewed as paramount for working in this profession, particularly when considering the challenging working conditions. Studying midwifery as a means of transition to a different career was perceived negatively and as unfair by many interviewed participants, above all because it results in many other passionate candidates missing their opportunity to study by not being considered in the admission process.

“Yes, and ultimately, of course, that you are somehow burning for your studies or burning for your profession and that you have a lot of motivation to somehow fight your way through beautiful but perhaps also difficult phases.”

The motivation to study midwifery was also influenced by interests that are specific to the midwifery profession. Being able to do practical work as opposed to working in an office was one of the intrinsic motivators named by some interviewees.

“I kind of wanted to do a job where I was on my feet a lot, where I was working with my hands, but still working with people.”

Some study participants explained their preference to study midwifery instead of medicine on account of having more opportunities to guide and support physiological as opposed to pathological processes. Another profession-specific interest named by participants was long-term care and the opportunity to care for families for an extended period of time, thus building a stronger partnership with women and their families.

“I think especially with midwifery and medicine, that is for me such a clear difference somehow again, that as a midwife I always have the closer personal contact to the women or to the families that I care for. Even over a long period of time.”

Interviewees were also motivated to study midwifery because of the psycho-social aspects of the midwifery profession which involves caring not only for women's physical but often for their mental health as well. This aspect was again described at times in comparison to physicians' roles and responsibilities.

“And then I realized that I would totally miss that and I want to be there and, above all, give psychosocial support and such. And that's not the doctors' job at all. And that was exactly the point.”

The role of a midwife as a knowledge facilitator and a person of trust for women was one of the intrinsic mo-

tivators specific to the midwifery profession. Participants also highly valued the variety of tasks and career opportunities within the midwifery profession.

“And what I find very attractive is that the profession is very diverse. So that you have many different possibilities wherever you go. You can combine different work activities. So freelancing and clinic, ambulatory obstetrics and freelancing. So you can also kind of adapt your work day to your personal situation right now.”

Participants' decision to study midwifery was triggered in some cases by their existing interest in natural and social sciences and medical procedures. Moreover, some students expressed their wish to work guided by evidence-based practice and their intention to pursue a career in research.

“I was more interested in the medical and biological subjects in school, so mainly biology, a little chemistry, generally natural sciences and I just knew very early on that I definitely wanted to pursue a social profession, definitely wanted to work with people and definitely wanted to have this biological aspect, this medical aspect.”

Extrinsic factors

Participants in our study mentioned a variety of extrinsic factors related to social elements and developments of the healthcare system, some of which were viewed as both motivating and demotivating. Social factors included the influence of family or friends in the decision to study midwifery, the image of midwives in society, being place-bound and family and life planning. Some midwifery students perceived the image of midwives in society positively and emphasized it as a potential motivating factor.

“So, for example, we all know that midwifery is a totally respected profession, which means that it has a certain standing in society, and I think that's completely fine if you're aware of that and want that.”

Many interviewees stated they had not been influenced by family and friends in their decision to study midwifery; however, some of them admitted they first considered midwifery at the suggestion of others in their social circle.

“And then a friend of mine who was studying medicine at the time and was working in gynecology said to me: [Name of interviewee] you are the kind of person I could imagine working in obstetrics, for example. And that was the first seed in my head, so to speak, to get into midwifery in the first place.”

In the interviews, participants referred to the healthcare system in Germany such as the initiation of university degrees. The professionalization of midwifery was seen as both a motivating and demotivating factor; on the one hand, it was seen as an opportunity to improve midwife's new position in the healthcare system, on the other hand it was perceived as a barrier for certain groups of applicants due to stricter academic entry requirements.

“I also believe that this point of academization,

which is somehow difficult, but at the same time can also be a great opportunity to really bring this profession of midwifery to another level and also to raise the social standard a bit and this value, which it actually already has in all other countries. And it was time that that also happens in Germany and then it must also catch up politically somehow.”

“And what I think is a shame is that fewer people are now being given the opportunity to become midwives. Because now there are simply no more people who don't have an Abitur.”

Despite their awareness of challenging working conditions, students still decided to apply for the midwifery bachelor program and to become midwives. Interviewees were aware that working in shifts could be demotivating and underlined the importance of having a good social network.

“I think that's the main point if you can't cope with shift work or if you're heavily involved in something outside of your job, whether it's caring for relatives or your own family. In any case, the network must be secured in order to be able to complete the studies.”

In spite of demotivating aspects related to the midwifery working environment such as having to pay high insurance fees and having a low salary, students maintained their motivation to study midwifery and were able to see the advantages rather than the negative aspects of the profession. At the same time, working in a team was described positively but also negatively because of existing hierarchical structures.

“Yes, but you don't earn any money with it and you have to pay so much insurance and shift work! And I say: well, but if I do something that I love, then I also do shift work and then you have a Monday and a Tuesday off, so these are things that don't bother me at all, but you get to hear them again and again.”

Some study participants were motivated by the career prospects of working as freelance professionals, mainly due to the provided life-work balance. The reluctance of some to work in the delivery room of a hospital was mostly triggered by the workload and working climate.

“And at the same time, of course, I see that many things are difficult in the delivery rooms and I don't necessarily see myself there. Then you somehow inevitably end up in out-of-hospital obstetrics as the end point of “I want to assist birth, but not in the delivery room”. [...] Nevertheless, I don't want to rule out the delivery room completely. If I find a delivery room where I feel comfortable, then I think I would be very happy to work there. [...] Where you say in the long run: the working conditions are such, the climate is such, that I want that. The workload is not too low, not too high, I don't know, all that kind of things.”

Participants demonstrated a good awareness of the high demand of midwives in the German healthcare

system and were concerned with the quality of their work being affected by precarious working conditions.

“I mean, every midwife would like to have one-to-one care in obstetrics, but if you are responsible for four women at the same time, it is somehow clear that you cannot provide the same quality of work. And I believe that this is simply difficult in the profession, that one simply gets the feeling that one cannot do justice to one's work and one's own demands, simply because of the external circumstances.”

Finally, Germany was described both positively as a country that has many resources and offers home visits and negatively as lacking women-centeredness and services related to preparation for birth.

“I had respect for the daily routine in the clinic and for the violence that takes place there in obstetrics and automatically to become an accomplice as a student. That is still an aspect that will probably accompany me throughout my studies, because we work in an obstetrics department that is still not completely women-centered, but that there is simply a lot that does more justice to the daily routine in the hospital than to the women.”

Discussion

The aim of the present study was to gain insights into what motivated midwifery students in one big German city in choosing their subject. As the education of midwives in Germany is currently at a turning point towards academization, a deeper understanding of students' motivation is crucial for recruitment and selection strategies as well as a comparison to curriculum goals to retain motivated future midwives.

Attributes and previous experience

Midwifery students participating in our study underlined the relevance of possessing attributes such as empathy and resilience for the midwifery profession. Such findings resonate with the image of the 'good midwife' reported in previous research [4], in which study participants similarly emphasized the significance of personal qualities and communication skills.

Interviewees' past experience was a main determinant in the decision to study midwifery. Previous study or work experience constituted a confirmation or a trigger of motivation, a result that was also common amongst Irish nursing students [21]. This finding can inform decision makers in the field of selection procedures who may consider midwifery internships as relevant admission criteria.

Experiencing childbirth also stimulated students' fascination with midwifery and guided their decision to apply for the Bachelor degree program, at times fueled by a desire to make a difference and contribute to the midwifery reform. Other studies from Portugal [29] and Australia [9] carried out with young midwifery students found similar results concerning the impact of exposure to childbirth upon entering midwifery studies. Unlike their Australian counterparts, some interviewees in our study had reservations about childbirth experience as being the “right” motivator to

become a midwife. These findings show a diversity of views which could partly be due to age differences, and which constitutes an aspect we did not specifically address in our research.

Intrinsic factors

Study participants perceived intrinsic motivating factors as most important in their decision to enter midwifery. These results are in line with previous research conducted with midwifery [31, 37], nursing [21, 36] and medical students [14], showing that the desire to help others or the passion for caring were crucial in the decision to pursue the respective careers, which appears to be characteristic of nurturing professions.

Unlike previous studies with nursing students, who would have chosen medicine if they had had the opportunity to do so [21], our interviewees demonstrated a real passion for the midwifery profession and described it as their primary career choice. Congruent with a UK-based study [37], midwifery students clearly stated the reasons why they had chosen midwifery over other health professions such as medicine. This included an opportunity to focus on women's health (as opposed to disease) and care for women in a more comprehensive way. A passion for midwifery and a strong sense of professional pride seems to transcend contextual features of healthcare systems, as evidence in the Democratic Republic of Congo points to comparable findings [3].

Lastly, and perhaps most relevant especially in the context of the academization of the midwifery profession, interviewed students in our study were driven to enter midwifery as a result of their interest in science and evidence. This resembles results of a systematic review of medical students' motivation who were equally drawn to science upon entering medicine [14]. Such findings show the potential of the professionalization of midwifery in strengthening evidence-based practice.

Extrinsic factors

In spite of the predominance of intrinsic motivators, study participants stressed the relevance of extrinsic motivating factors upon entering midwifery. Similar to an Ethiopian study [31], students acknowledged having been inspired by the positive image of midwives in society. As in the case of Ethiopian midwives, the decision to study midwifery mostly belonged to participants alone and had not been influenced by others.

Achieving a work-life balance was mentioned by participants who expressed their intention to shape their careers accordingly so as to be able to accommodate family commitments. The role of working conditions and supportive environments were previously found to challenge retention of midwives: German midwives enrolled in a midwifery Bachelor program in one region stated being primarily motivated to study (although already qualified midwives through vocational training) because of the current situation in midwifery, low wages, and poor career prospects [6]. Australian midwifery students' lack of motivation to work in the continuity of care was similarly due to unsupportive workplace cultures [8]. The introduction of Bachelor degrees can contribute towards achieving more autonomy and perhaps a more

established role of the midwife in the healthcare system, as new generations of midwifery students are increasingly committed to political and cultural change.

Limitations and future directions

Our study has a number of limitations. We only interviewed admitted students; future studies could investigate whether candidates that were not successful in the selection process may have a different motivation to study midwifery.

Furthermore, researchers could focus on exploring demotivating factors in students who were interested in midwifery, carried out midwifery internships but eventually decided not to apply for a Bachelor program in the field.

Our study participants were in the first and third semester; students' motivation is known to decrease with time, therefore an investigation of motivation progression until the end of the Bachelor degree and beyond should be examined. Moreover, participants were homogeneous in that 70% of them had already finished an academic degree (therefore also older), which could influence the results, particularly concerning the role of previous experience as a motivating factor. Future research should therefore explore the role of age and previous academic experience in the decision to study midwifery.

Finally, given that interviewees are members of admissions teams, the threat of social desirability to our research must be considered. However, interviewed students had already been admitted to the midwifery program and were transparent in their answers, mentioning for example both the advantages as well as disadvantages of midwifery professionalization.

Practical implications

Our study results suggest the predominance of intrinsic motivation amongst midwifery students, which point to an incredible potential for successful and satisfied midwives. However, national [1] and international [34] healthcare systems suffer from an acute shortage of midwives and a difficulty in filling midwifery positions, likely because of unfavorable working conditions that reduce motivation over time. Therefore, investigating students' motivation to study midwifery is central to the development of selection or screening tools that can predict attrition and retention of students [11, 12]. It is recommended that admission stakeholders use standardized interviews addressing motivation as a selection tool and require the existence of practical experience as an indication for students' interest in the midwifery profession. Finally, the current study findings can inform educators on how to improve the curriculum in order to increase student satisfaction and the likelihood for retention, namely by aligning the content and requirements of the study program with students' study expectations and motivation.

References

- Albrecht M, Bock H, an der Heiden I, Loos S, Ochmann R, Sander M, Temizdemir E. Stationäre Hebammenversorgung. Berlin: IGES Institut GmbH; 2019.
- Arpan L, Raney AA, Zivnuska S. A cognitive approach to

- understanding university image. Corp Commun. 2003;8(2):97-113.
- Bogren M, Grahn M, Kaboru BB, Berg M. Midwives' challenges and factors that motivate them to remain in their workplace in the Democratic Republic of Congo - an interview study. Hum Resour Health. 2020;18(1):65.
- Borrelli SE. What is a good midwife? Insights from the literature. Midwifery. 2014;30(1):3-10.
- Bovermann Y. Akademisierung des Hebammenberufs (Teil 1): Chancen – und wie sie in den Studiengängen bestmöglich genutzt werden können. Z Geburtshilfe Neonatol. 2020;224(3):124-9.
- Butz J, von Kolontay K, Wangler S, Wiechmann S. Zur Studienmotivation unter Hebammen: Ergebnisse einer Evaluierung. Hebammenforum. 2018;8:905-7.
- Callwood A, Groothuizen JE, Lemanska A, Allan H. The predictive validity of Multiple Mini Interviews (MMIs) in nursing and midwifery programmes: Year three findings from a cross-discipline cohort study. Nurse Educ Today. 2020;88:104320.
- Carter J, Sidebotham M, Dietsch E. Prepared and motivated to work in midwifery continuity of care? A descriptive analysis of midwifery students' perspectives. Women Birth. 2022;35(2):160-71.
- Cullen D, Sidebotham M, Gamble J, Fenwick J. Young student's motivations to choose an undergraduate midwifery program. Women Birth. 2016;29(3):234-9.
- Deutscher Hebammenverband. Wie werde ich Hebamme? Zugangsvoraussetzungen und Bewerbung [Internet]. Karlsruhe: Deutscher Hebammenverband. 2023. [Retrieved 26 January, 2023] Available from: <https://hebammenverband.de/hebamme-werden-und-sein/das-studium>.
- Eley D, Eley R, Bertello M, Rogers-Clark C. Why did I become a nurse? Personality traits and reasons for entering nursing. J Adv Nurs. 2012;68(7):1546-55.
- Fowler J, Norrie P. Development of an attrition risk prediction tool. Br J Nurs. 2009;18(19):1194-200.
- Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. BMC Med Res Methodol. 2013;13:117.
- Goel S, Angeli F, Dhirar N, Singla N, Ruwaard D. What motivates medical students to select medical studies: a systematic literature review. BMC Med Educ. 2018;18(1):16.
- Gray DE. Doing research in the real world. 3rd ed. London: Sage; 2014.
- Green S, Baird K. An exploratory, comparative study investigating attrition and retention of student midwives. Midwifery. 2009;25(1):79-87.
- Groene OR, Knorr M, Vogel D, Hild C, Hampe W. Reliability and validity of new online selection tests for midwifery students. Midwifery. 2022;106:103245.
- Hesse-Biber SN, Leavy P. The practice of qualitative research. Thousand Oaks: Sage; 2011.
- James HL, Willis E. The professionalisation of midwifery through education or politics? Aust J Midwifery. 2001;14(4):27-30.
- Janke S, Messerer LAS, Merkle B, Krille C. STUWA: Ein multifaktorielles Inventar zur Erfassung von Studienwahl-motivation. Z Pädagog Psychol. 2021;37(1):1-17.
- Mooney M, Glacken M, O'Brien F. Choosing nursing as a career: A qualitative study. Nurse Educ Today. 2008;28(3):385-92.
- Moores A, Catling C, West F, Neill A, Rumsey M, Samor M, Homer, CS. What motivated midwifery students to study midwifery in Papua New Guinea? Pac J Reprod Health. 2015;1(2):60-7.
- Morgan DL. Paradigms Lost and Pragmatism Regained: Methodological Implications of Combining Qualitative and Quantitative Methods. J Mix Methods Res. 2007;1(1):48-76.
- O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Acad Med. 2014;89(9):1245-51.
- Plappert C, Graf J, Simoes E, Schonhardt S, Abele H. The Academization of Midwifery in the Context of the Amendment of the

- German Midwifery Law: Current Developments and Challenges. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2019;79(8):854-62.
26. Rodgers S, Stenhouse R, McCreaddie M, Small P. Recruitment, selection and retention of nursing and midwifery students in Scottish Universities. *Nurse Educ Today.* 2013;33(11):1301-10.
 27. Ryan RM, Deci EL. Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemp Educ Psychol.* 2000;25(1):54-67.
 28. Sekhar C, Patwardhan M, Singh RK. A literature review on motivation. *Glob Bus Perspect.* 2013;1(4):471-87.
 29. Sim-Sim M, Zangão O, Barros M, Frias A, Dias H, Santos A, Aaberg V. Midwifery now: Narratives about motivations for career choice. *Educ Sci.* 2022;12(4):243.
 30. Skatova A, Ferguson E. Why do different people choose different university degrees? Motivation and the choice of degree. *Front Psychol.* 2014;5:1244.
 31. Tadesse D, Weldemariam S, Hagos H, Sema A, Girma M. Midwifery as a future career: Determinants of motivation among prep students in Harar, Eastern Ethiopia. *Adv Med Educ Pract.* 2020;11:1037-44.
 32. Taylor R, Macduff C, Stephen A. A national study of selection processes for student nurses and midwives. *Nurse Educ Today.* 2014;34(8):1155-60.
 33. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-57.
 34. United Nations Population Fund, International Confederation of Midwives, World Health Organization. *The state of the world's midwifery 2021.* New York: United Nations Population Fund; 2021.
 35. Vermeulen J, Luyben A, O'Connell R, Gillen P, Escuriet R, Fleming V. Failure or progress?: The current state of the professionalisation of midwifery in Europe. *Eur J Midwifery.* 2019;3:22.
 36. Wilkes L, Cowin L, Johnson M. The reasons students choose to undertake a nursing degree. *Collegian.* 2015;22(3):259-65.
 37. Williams J. Why women choose midwifery: a narrative analysis of motivations and understandings in a group of first year student midwives. *Evid Based Midwifery.* 2006;4(2):46-52.
 38. World Health Organization. *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities.* Geneva: World Health Organization; 2016.
 39. Zamanzadeh V, Ghahramanian A, Valizadeh L, Bagheriyeh F, Lynagh M. A scoping review of admission criteria and selection methods in nursing education. *BMC Nurs.* 2020;19(1):121.



Erstes hebammenwissenschaftliches Netzwerk Maieutic Endeavours: Theorizing Midwifery Practices von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert

Erstmals wird in Deutschland ein hebammenwissenschaftliches Netzwerk von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert. Das Netzwerk *Maieutic Endeavours: Theorizing Midwifery Practices* besteht aus einer dreizehnköpfigen Gruppe von Hebammenwissenschaftler*innen verschiedener Karrierestufen und mit jeweils unterschiedlichen inhaltlichen und methodischen Schwerpunktsetzungen. Unsere Netzwerkarbeit soll dazu dienen:

- lokale, soziale und erkenntnistheoretische Brüche zwischen Hebammenwissenschaft und hebammen-spezifischer Versorgungspraxis zu identifizieren und zu analysieren
- hebammenspezifische Konzepte kritisch zu untersuchen und weiterzuentwickeln
- interdisziplinäre methodologische, theoretische und methodische Zugänge systematisch zusammenzuführen mit dem Ziel methodologische Werkzeuge zu entwickeln, die einer Hebammenwissenschaft als Handlungswissenschaft gerecht werden
- Infrastrukturen anzubahnen, um Hebammenforschung strategisch zu fördern und Kontinuitäten zwischen Hebammenforschung, Hebammenstudium und Hebammenversorgung zu schaffen.

Um diese ambitionierten Ziele, die auf eine strategische und systematische Disziplinentwicklung abzielen, zu erreichen, sind innerhalb der nächsten drei Jahre insgesamt sechs Netzwerktreffen geplant. Jedes Netzwerktreffen hat spezifische thematische Schwerpunkte, zu denen unsere Gäste, Wissenschaftler*innen unterschiedlicher disziplinärer Verortungen wie Philosophie und Geschichte, Soziologie und Gender Studies, Kulturanthropologie und Hebammenwissenschaft, Impulsvorträge halten und anschließend mit uns ins Gespräch kommen. Die Ergebnisse dieser Gespräche werden wir im Rahmen einer Konferenz zur Diskussion stellen. Schließlich werden wir einen zukunftsweisenden Wissenskorpus erarbeiten, den wir publizieren und damit der Hebammenwissenschaft, der akademischen Ausbildung und der versorgenden Praxis zur Verfügung stellen werden.

Anfang Januar 2024 fand das zweitägige Auftakttreffen statt. Zu dem Thema des ersten Netzwerktreffens *Collaborations, coexistences, and competitions between*

midwifery and obstetrics hielt Prof. Dr. Jürgen Schlumbohm (ehem. Max-Planck-Institut für Geschichte, Göttingen) den Vortrag *Doctors conquering midwifery? Varieties of obstetrician – midwife relationships, c. 1750–1850.* Anschließend sprach Prof. Dr. Margaret Mac Donald (Department of Anthropology, York University) zu *A history of activism: Canadian midwifery as a social movement.* Von Dr. Andrea Ford (Centre for Biomedicine, Self and Society, University of Edinburgh) kam der dritte Beitrag *Regular and contextual. Ethnography as a way of understanding birth physiology.*

Das nächste Netzwerktreffen mit dem Titel *Women being with women. Midwifery's (,female') relationalities* wird am 14./15.6. an der Charité – Universitätsmedizin Berlin stattfinden. Wir freuen uns auf weitere einsichtsreiche Diskussionen.

Die Entwicklung und Implementierung hebammenwissenschaftlicher Studiengänge im vierten Jahr nach der Novellierung des Hebammengesetzes bindet enorme personelle und strukturelle Ressourcen. Obwohl so dringend notwendig, ist es den Akteur*innen, uns, kaum möglich, sich der Entwicklung der Hebammenwissenschaft als akademischer Disziplin ausreichend zu widmen. Das Netzwerk eröffnet eine solche Möglichkeit, insbesondere auch durch die Anbindung an die DFG, eine der wichtigsten wissenschaftlichen Förderinstitutionen in Deutschland.



Autor*in

Annekatriin Skeide

Aus der DGHWi

AKTUELLES

LEITLINIEN UND STELLUNGNAHMEN

MANDATE UND SEKTIONEN

TERMINE

IMPRESSUM

Bericht zur 19. Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Am 08. Februar 2024 fand die jährliche Mitgliederversammlung der DGHWi an der Evangelischen Hochschule Berlin statt. Die 708 Mitgliedspersonen zählende Fachgesellschaft für Hebammenwissenschaft tagte turnus- und satzungsgemäß. Nach der Begrüßung des Plenums, mit zunächst 105 Anwesenden in Präsenz und 30 Online- Teilnehmenden, erstatteten die Präsidentin Prof. Dr. Barbara Fillenberg und die Vizepräsidentin Dr. Astrid Krahl einen kurzen Bericht über die Aktivitäten des eingetragenen Vereins im vergangenen Geschäftsjahr. Das Protokoll der Mitgliederversammlung 2023 wurde angenommen.

Die Kassiererin Andrea Pauke legte den Geschäftsbericht 2023 dar, klärte über das aktuelle Beitragssystem auf und wies die Kontostände des Vereins zum Jahresabschluss aus. Der Kassenbericht ist auf der Website der DGHWi für Mitgliedspersonen zugänglich. Die durch die bestellte Prüferin Kirsten Asmushen erfolgte Kassenprüfung war unauffällig und führte zur Empfehlung, das Präsidium zu entlasten. Die Mitglieder folgten dieser Empfehlung.

Die Präsidentin Barbara Fillenberg sprach unter dem Agendapunkt „Aktuelle Aufgaben der DGHWi“ allen ehrenamtlich in der DGHWi Mitwirkenden Ihren Dank aus. Durch das Engagement der Leitlinienkommission konnte 2020 die zentrale S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin verabschiedet und an weiteren 13 Leitlinien eine Mitarbeit erreicht werden. Außerdem wurden federführend durch die DGHWi zwei Leitlinien bei der AWMF angemeldet. Die Beteiligten der Stellungnahmenkommission verfassten 21 Stellungnahmen und vier Positionspapiere und erhöhten so die Aufmerksamkeit für hebammenwissenschaftliche Anliegen in der Gesellschaft. Auch die engagierten Mitwirkenden aus dem Bereich Öffentlichkeitsarbeit & Social Media trugen maßgeblich hierzu bei.

Anschließend erfolgte der Bericht über die Veränderungen in der Geschäftsstelle. Das erfreuliche Wachstum der DGHWi, die steigenden Herausforderungen im Bereich Akademisierung und Lehre sowie organisatorische und strukturelle Anforderungen in der Mitgliederverwaltung, den täglichen Arbeitspaketen sowie den Sonderaktivitäten, z.B. der Organisation der Internationalen Konferenz, fordern eine Professionalisierung und personelle Ressourcenerweiterung. Das Konzept einer Referent*innenstelle wurde dem Plenum durch die Präsidentinnen vorgestellt. Ferner konnten Kräfte im Bereich des Veranstaltungsmanagements und der Mitgliederverwaltung auf Honorarbasis aktiviert werden. Plan ist es, für die Abläufe innerhalb der Fachgesellschaft Instrumente des Qualitätsmanagements zu nutzen, um wertvolles Struktur- und Prozesswissen zu bewahren. Ein Blick auf das Organigramm mit der Aufgabenverteilung im Präsidium rundete den Agendapunkt ab.

Des Weiteren folgte eine Vorstellung und Diskussion des geplanten Vereinshaushalts für 2024. Nach angeregter Diskussion konnten die anwesenden und online teilnehmenden Mitglieder zu verschiedenen Themen ein Stimmungsbild abgeben oder abstimmen: Eine Erhöhung der Mitgliedsbeiträge aus Gründen der Professionalisierung und den damit verbundenen

steigenden Kosten wurde von der Mitgliederversammlung grundsätzlich für notwendig erachtet; der Schaffung einer Referent*innenstelle wurde mit einer Befristung auf ein Jahr mehrheitlich zugestimmt; den Neugründungen der Sektionen „Simulation“ und „Ultraschall“ wurde nach Ausführungen der Initiantinnen zugestimmt. Über die finanzielle Aufwandsentschädigung von Mitgliedern, die sich in die oft zeitintensive Leitlinienarbeit einbringen, soll bei einer nächsten Sitzung abgestimmt werden. Der Haushaltsplan für 2024 konnte nach den Abstimmungen der Mitglieder angenommen werden.

Nun schlossen sich die Neu- und Wiederwahlen an:

Dr. Astrid Krahl wurde in ihrem Amt als Vizepräsidentin für weitere zwei Jahre bestätigt. Die Position der Schriftführerin konnte für eine weitere Amtsperiode mit Julia Steinmann besetzt werden. Den Beisitz für Leitlinien übernahm nach Wahl für eine weitere Amtsperiode Prof. Dr. Barbara Baumgärtner, während der Beisitz für Stellungnahmen erneut mit Dr. Nancy Stone besetzt werden konnte. Außerplanmäßig musste das Amt der Beisitzerin für Öffentlichkeitsarbeit neu besetzt werden und so wurde Prof. Dr. Nicola Bauer vom Plenum ins Amt gewählt.

Sechs Bonusmitgliedschaften konnten an die besten Absolvent*innen des vergangenen Abschlussjahrgangs im Hebammenstudium vergeben werden. Ein Dank erging an die Editor*innen und Mitwirkenden der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (ZHWi). Einige Ideen und Impulse für die im Jahr 2026 geplante 8. Internationale Konferenz der DGHWi wurden dem Plenum vorgestellt.

Zuletzt erstatteten die Präsidentin des neugegründeten Hebammenwissenschaftlichen Fachbereichstags, Prof. Dr. Melita Grieshop, und eine der Vertreterinnen des Ausschusses für Hebammenwissenschaft in der Gesellschaft für medizinische Ausbildung, Prof. Dr. Nicola Bauer, Bericht von ihren jüngsten spezifischen Aufgaben.

Dank ihrer zahlreichen, in originären Hebammen-tätigkeiten, Forschung und Lehre tätigen, wissenschaftskompetenten und engagierten Mitglieder wird die DGHWi auch zukünftig immer mehr Aufmerksamkeit erhalten und vertritt die Hebammenwissenschaft im interprofessionellen und (bildungs-)politischen Diskurs.

Autor*in

Julia Steinmann
Präsidium der DGHWi

Bericht zur 7. Internationalen DGHWi-Konferenz „Wege zur Nachhaltigkeit in der Hebammenarbeit – Ways to Sustainability in Midwifery“

Das Thema der diesjährigen internationalen Konferenz „Wege zur Nachhaltigkeit in der Hebammenarbeit – Ways to Sustainability in Midwifery“ zog wieder einmal zahlreiche Hebammenwissenschaftler*innen und Interessierte aus Nachbardisziplinen am 8. und 9. Februar 2024 nach Berlin an die Evangelische Hochschule. Die bisher höchste Teilnehmer*innenzahl von über 250 Personen wurde von der ausrichtenden Hochschule mit Bravour beherbergt; bei der Online-Teilnahme gab es keine Begrenzung. Von Beginn an war Nachhaltigkeit zu erleben: So waren die Namensschilder nachhaltig gestaltet, ebenso wie das Fingerfood in der Mittagspause.

In Folge des Calls for Abstracts zur Konferenz wurden 56 Abstracts eingereicht, aus denen ein Team von 30 Wissenschaftler*innen in einem strukturierten Peer-Review-Prozess letztendlich 14 Vorträge, 3 Workshops und 34 Poster auswählte. Den Auftakt für das Programm machte Frau Prof. Dr. Billie Hunter von der Universität Cardiff (UK), die als Keynote-Speaker in einem historisch formulierten, anschaulichen und unterhaltsamen Vortrag Aspekte von Nachhaltigkeit in der Hebammenarbeit zu Beginn des letzten Jahrhunderts herausstellte und aufzeigte, was wir aus der Geschichte lernen können. In den folgenden Vorträgen wurde der Gedanke der Nachhaltigkeit in der Hebammenarbeit auf verschiedenste Weisen beleuchtet: Beispielsweise ging es um die schädlichen Auswirkungen von Lachgas auf die Atmosphäre, um Klimawandel und Gesundheit für Gesundheitsfachpersonen, um Unterstützungspräferenzen von Frauen in Deutschland mit und ohne postpartaler Depression bzw. Angststörung, und als Abschluss der Vorträge des ersten Tages wurde die Geburtsgeschichte als nachhaltiges Erlebnis für Hebammen aufgegriffen. Allen Vorträgen schloss sich eine lebhaft diskutierte Diskussion an, die das große Interesse der Zuhörer*innenschaft am Thema der Nachhaltigkeit widerspiegelte. Mit einem abendlichen Get-together und angeregten Gesprächen wurde der erste Konferenztag abgeschlossen.

Mit Vorträgen zur Nachhaltigkeit in verschiedenen Versorgungssettings ging es am nächsten Tag weiter. So wurde der interaktive Hebammenkompass vorgestellt, den ein Team der Barmer entwickelt hatte, und neue Konzepte der Schwangerenvorsorge, der Versorgung von Schwangeren mit perinatalen psychischen Störungen sowie von Schwangeren mit GDM diskutiert. Im Anschluss bestand bis zur Mittagspause die Möglichkeit, an den geführten Postersessions teilzunehmen. Diese waren aufgeteilt in die Themen „Nachhaltige Konzepte, Klima und Gesundheit“, „Akademisierung, politische Arbeit und Forschung“ sowie „Versorgungskonzepte und Hebammenpraxis“. Die Poster zu Bachelor- und Masterarbeiten waren gesondert zusammengefasst.

In den am Nachmittag stattfindenden Workshops fanden die Teilnehmer*innen Gelegenheit, sich zu bestimmten Schwerpunktthemen vertieft auszutauschen. Alternativ konnte im Rahmen einer Campus-Tour die Hochschule besichtigt oder ein Yoga-Angebot zur Entspannung genutzt werden. Am späteren Nachmittag

gab es noch weitere sechs spannende Vorträge, in denen unter anderem die Thematik des subjektiven Geburtserlebens oder die Gewalterfahrung werdender Hebammen thematisiert wurden. Mit der Verleihung der Posterpreise fand die sehr gelungene Konferenz ihren Abschluss. Aufgrund der gestiegenen Teilnehmer*innenzahlen wird nun über ein neues Konzept für die internationale Konferenz nachgedacht, das dem großen Interesse am wissenschaftlichen Austausch innerhalb der Hebammenwissenschaft gerecht werden kann.

Bericht zur ersten Konferenz zur pädagogischen Arbeit im Hebammenstudium - HEBA-PÄD 2024

Mit der Akademisierung des Hebammenberufes traten im Jahr 2020 das neue Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (HebG) sowie die Studien- und Prüfungsordnung für Hebammen (HebStPrV) in Kraft. Hier werden auch der Umfang und die Güte der praktischen Anteile des Hebammenstudiums neu geregelt. So muss jede*r Studierende 25% der Praxiszeit von ausgebildeten Praxisanleiter*innen angeleitet werden.

Da seit der Einführung der Gesetze noch nicht ausreichend ausgebildete Praxisanleiter*innen zur Verfügung stehen, gibt es eine Übergangsregelung, die einen zeitlich begrenzten geringeren Anteil erlaubt. Zudem gibt es die Möglichkeit, dass Hebammen, die bereits vor 2020 in der praktischen Hebammenausbildung tätig waren, eine behördliche Ermächtigung erhalten, ohne die nun geforderten 300 Stunden Weiterbildung zur Praxisanleitung zu absolvieren. Gleichzeitig regelt das Gesetz, dass alle Praxisanleiter*innen berufspädagogische Fortbildungen in einem Umfang von 24 Stunden jährlich, oder 72 Stunden in drei Jahren, nachweisen müssen.

Da Bildung im föderalen Deutschland Ländersache ist, regeln 16 Bundesländer die Fortbildungspflicht im Rahmen ihrer Möglichkeiten individuell. So können z.B. die Praxisanleiter*innen in Baden-Württemberg die berufspädagogischen Fortbildungen zu 100% online absolvieren, in NRW müssen 50% der Fortbildungen in Präsenz nachgewiesen werden.

Fortbildungsangebote für Praxisanleiter*innen werden von den hebammenwissenschaftlichen Studiengängen an den Hochschulen und Universitäten, den verantwortlichen Praxiseinrichtungen und dem Deutschen Hebammenverband (DHV) angeboten. Dennoch fehlen bisher gemeinsame Angebote um alle Akteur*innen – Praxisbegleitung, Praxisanleitung sowie Lehrende der Studiengänge – miteinander zu vernetzen.

Aus dieser Idee entstand als gemeinsames Projekt der DGHWi und des DHV die erste Konferenz zur pädagogischen Arbeit im Hebammenstudium (HebaPäd), die am 10.02.2024 im Anschluss an die Internationale Konferenz der DGHWi an der Evangelischen Hochschule Berlin stattfand. Primäres Ziel der Veranstaltung war die Förderung des kollegialen Austauschs und die Vernetzung von Forschung und Praxis in der pädagogischen Arbeit. Die HebaPäd war mit 225 Teilnehmenden vollständig ausgebucht.

Am Samstag, den 10. Februar 2024, folgte nach der Begrüßung durch die Präsidentin der DGHWi – Professorin Dr. Barbara Fillenberg – und der Gastgeberin der EHB – Professorin Dr. Melita Grieshop – die Keynote von Professorin Dr. Claudia Hellmers zur Geschichte der Hebammen-Akademisierung in Deutschland. Anschließend fanden jeweils parallel in drei Strängen Vorträge und eine Postersession statt. Themenbereiche waren Konzepte für die Praxisanleitung und Gestaltung innovativer Lern- und Prüfungsformate. Hier stellten die Vortragenden Ergebnisse aus Studien, Best-Practice-Beispiele und innovative Ideen vor.

Nach der Mittagspause fand die interaktive und interprofessionell besetzte Podiumsdiskussion mit Vertreter*innen aus Praxis, Politik, Medizin, Hochschule und werdenden Hebammen statt. Das Thema ‚Allheilmittel Akademisierung!?' wurde zum Teil kontrovers diskutiert. Via Mentimeter wurden eine Vielzahl an Fragen aus dem Publikum gestellt, die aufgrund der Kürze der Zeit nicht alle zufriedenstellend beantwortet werden konnten. Letztendlich waren sich aber alle Teilnehmenden einig, dass die Akademisierung nur gemeinsam umgesetzt werden kann und für eine verbesserte geburtshilfliche Versorgung von Schwangeren, Gebärenden, Wöchner*innen und ihren Kindern sorgen wird.

Während des Konferenznachmittags boten sechs Workshops den Teilnehmenden eine interaktive Teilnahme zum Kennenlernen und Ausprobieren von innovativen Lehr- und Lernmethoden im Hebammenstudium an. Wer keinen Platz in einem der Workshops bekommen hatte, konnte die geführte Postersession oder einen offenen Austausch besuchen.

Der Workshop "Praxisanleitung und Notfallmanagement in der ambulanten Betreuung: Erfolgsstrategien im Fokus" konzentrierte sich auf das Notfallmanagement und präsentierte verschiedene Methoden zur Integration von Notfallsituationen in informelle Lernsituationen, darunter das bewährte 10-for-10-Konzept, das strukturierte SBAR-Schema und die effektive Close-the-loop-Methode. Ein weiterer Workshop setzte sich mit dem Thema problemorientiertes Lernen auseinander. Hier wurden anhand einer komplexen Situation aus der Hebammenarbeit die Anwendungsmöglichkeiten sowie die Herausforderungen der POL-Techniken im Rahmen des Hebammenstudiums erläutert. Der Workshop „Gesundheitskompetenz im Rahmen der Schwangerenvorsorge und Wochenbettbegleitung am Beispiel der Allergieprävention“ verdeutlichte, wie die Beratungskompetenz der Studierenden durch die Nutzung von Rollenspielen und Moderationstechniken gestärkt werden kann. Des Weiteren wurde im Simulationslabor die Konzeption eines High-Fidelity-Simulationstrainings am Beispiel der "Schulterdystokie" im Hebammenstudium in einer Kurzsimulation vorgestellt. In den Workshops "Praxisanleitung 4.0: Innovative Gestaltungsmethoden mit digitalen Medien" und "Augmented Reality gestütztes (Notfall-) Training als curricularer Baustein im Hebammenstudium" wurden digitale Lehrmethoden und Werkzeuge vorgestellt, die im Kontext der pädagogischen Arbeit im Hebammenstudium eingesetzt werden können. Den Teilnehmenden wurde ermöglicht, diese Methoden aktiv zu testen und zu evaluieren.

Im Rahmen der Evaluation der Workshops ergab sich ein äußerst positives Resultat und es zeigte sich ein großes Interesse seitens der Teilnehmenden. An dieser Stelle möchten wir den Workshop-Leitenden aus der Praxis und Lehre für die erfolgreiche Durchführung danken.

Insgesamt zeigt die Evaluation der HebaPäd-Konferenz, dass die große Mehrheit der Teilnehmenden sehr zufrieden mit dem Angebot war und sich eine Verstärkung wünscht. Momentan finden Gespräche über den Termin und den Veranstaltungsort der nächsten HebaPäd-Konferenz statt.

Autor*innen

Lena Agel
Sektion Hochschulbildung
der DGHWi

Nicola H. Bauer
Präsidium der DGHWi

Lea Beckmann
Präsidium des DHV

Autor*in

Barbara Baumgärtner
Präsidium der DGHWi

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement des Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG), Okt. 2022

Zusammenfassung

Die DGHWi begrüßt die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für das Entlassmanagement unter Berücksichtigung der patientenrelevanten Endpunkte (ungeplante Rehospitalisation, ambulante Notfallbehandlung nach Entlassung, Versorgungslücken nach Behandlung im Krankenhaus sowie das patientenindividuelle subjektive Gefühl, kompetent und selbstbestimmt im Versorgungsprozess zu sein). Diese Endpunkte gelten gleichermaßen für Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen und ihre Neugeborenen. Deswegen sollte sowohl inhaltlich als auch sprachlich stärker berücksichtigt werden, dass Schwangere, Gebärende, Mütter sowie Neugeborene eine relevante Gruppe im Sinne des QS-Verfahrens Entlassmanagement darstellen. Darüber hinaus gilt es im Entlassmanagement die jeweiligen gesundheitlichen Anforderungen in dieser Lebensphase differenziert zu berücksichtigen [12].

Wie schon in ihrer Stellungnahme der DGHWi zum Zwischenbericht der Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement des IQTiG vom 04.06.2021 dargelegt, liegt im Fokus der DGHWi eine die Physiologie fördernde Versorgung von Neugeborenen und ihren Müttern. Die Geburt ist ein Übergang im Leben der Frau und muss wie jede Transition aus der Perspektive qualitativ hochwertiger Versorgung gut begleitet werden. Ein nahtloser Übergang in die ambulante Versorgung nach einer Klinikgeburt und in die Bewältigung des Alltags ist eine besondere Herausforderung. Wie die Schwangerschaft und Geburt und die erste Zeit mit dem Neugeborenen erlebt werden, wird nicht nur lebenslang erinnert, sondern kann langfristige gesundheitliche Auswirkungen haben [6]. Schwangere Frauen sind jedoch keine Patientinnen im eigentlichen Sinne, sondern gesunde Nutzerinnen, die stationäre gesundheitliche Leistungen im Krankenhaus („Geburtshilfe“) in Anspruch nehmen.

In der Literatur wird das Gebären eines Kindes als lebensabschnittsprägendes Ereignis beschrieben, ähnlich wie auch der Übergang in die Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI, den viele Patientinnen und Patienten in Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt vollziehen. Rund 85 Prozent der Personen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten, werden in ihrer Häuslichkeit von Verwandten oder nahen Bezugspersonen gepflegt. Fast alle Neugeborenen werden nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in der Häuslichkeit von ihren Eltern gepflegt, betreut und als Teil einer gemeinsamen Familie verstanden. Diese Selbstverständlichkeit darf und sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich für Mutter und Kind um eine äußerst vulnerable Lebensphase handelt, die ein hohes Potential für Gesundheitsförderung und

Prävention in sich birgt. Diese Perspektive muss nach Auffassung der DGHWi in einem Entlassmanagement berücksichtigt werden.

Eine hohe Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Entlassmanagement ist nach Auffassung der DGHWi ein wichtiger Baustein, um die Versorgungsqualität von Neugeborenen und ihren Müttern zu erhöhen. Für Neugeborene und ihre Mütter relevante Aspekte des Entlassmanagements werden beispielsweise schon seit vielen Jahren in baby-freundlichen Krankenhäusern in Deutschland praktiziert und umgesetzt, auch wenn sie weit von einer flächendeckenden Versorgung entfernt sind [1]. Sie basieren auf einer Empfehlung der internationalen Initiative der WHO und Unicef von 2003 [14]. Studien zeigen, dass die Stillquote von Müttern, die Unterstützung beim Stillen erhalten, steigen [9]. Aber auch der Einsatz von Familienhebammen im Rahmen der Bundesstiftung und Netzwerke Frühen Hilfen für besonders sozial vulnerable Familien verfolgen den Gedanken der kontinuierlichen Betreuung und Bewältigung des Alltags von Neugeborenen und ihren Müttern [10].

Inhaltliche Änderungsvorschläge

1. Krankenhäuser im Sinne des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind Einrichtungen in denen auch Geburtshilfe geleistet wird, also Personen Leistungen erhalten, die nicht krank sind (§2 Abs. 1 KHG). In der gesamten Publikation wird immer von Patientinnen und Patienten gesprochen. Neugeborene und ihre Mütter können Patientinnen und Patienten sein, sind es aber in der Regel nicht. Das Wording sollte überdacht und angepasst werden. Die DGHWi empfiehlt, bei der Entwicklung der Qualitätsindikatoren diesen Aspekt kontinuierlich mitzudenken und textlich entsprechend anzupassen.
2. Das Gleiche gilt für die verwendeten Berufsbezeichnungen. In der stationären und ambulanten Leistungserbringung sind neben den ärztlichen, pflegerischen, therapeutischen und sozialen Berufen auch Hebammen tätig. Sie werden aber in großen Teilen nicht explizit erwähnt. In Teilen des Textes wird von Gesundheitsprofessionen gesprochen, etwa bei den Indikatorenset, ohne dass Hebammen in ihrem Kompetenzfeld im Zusammenhang mit dem Entlassmanagement aus dem Krankenhaus erwähnt werden. Aber auch inhaltlich werden ambulante Hebammenleistungen nicht als poststationäre Versorgungsmaßnahme erwähnt oder integriert, obwohl sie ein aus den Routinedaten der Krankenkassen ableitbares Zielkriterium darstellen.
3. Aus hebammenwissenschaftlicher Perspektive spielen für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für das Entlassmanagement die Datenbestände nach § 301a SGB V (Abrechnung der Hebammen und der von ihnen geleiteten Einrichtungen) sowie die bereits 1977 eingeführte und immer wieder angepasste Perinatalerhebung, die heute Teil der gesetzlichen Qualitätssicherung im Bereich der Perinatalmedizin ist

(Geburtshilfe, 16n1-GEBH) [5]. Es sollte geprüft werden, ob durch diese Daten wesentliche Erkenntnisse gewonnen werden können.

4. Auch wenn nur ein Teil der Wöchnerinnen, nämlich die Alleinerziehenden, zu der Gruppe der Personen mit erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement gehören, sind die Ziele des Entlassmanagement auf alle Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen anwendbar, ebenso wie der Prozess seiner Umsetzung.

Fazit

Es konnte dargelegt werden, dass die ambulante Versorgung einer Wöchnerin und ihres Kindes unter anderem durch Hebammen zu einer besseren Versorgung führt. Dabei konnte gezeigt werden, dass frühere Entlassungen in Folge von kürzeren Liegedauern im Krankenhaus nach der Geburt zu guten Outcomes führt, wenn die ambulante Versorgung in der Häuslichkeit durch Gesundheitsprofessionen sichergestellt ist [3,7,11, 13]. Eine solche Sicherstellung der postpartalen Versorgung hilft Wiedereinweisungen ins Krankenhaus zu vermeiden [2] und erlaubt es zudem, dass auch Personen, die Mühe haben, sich eine ambulante Hebammenversorgung [8] zu organisieren, Zugang erhalten [4]. Dieser Bedarf und diese Population sollten im hier kommentierten Verfahren ergänzt werden, da es sich um ein wichtiges Feld poststationärer Weiterversorgung handelt, das durch ein strukturiertes Entlassmanagement positiv beeinflusst werden kann.

In den vorliegenden Dokumenten wird deutlich, dass Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen und Neugeborene im Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement nicht im Fokus stehen, obwohl bekanntermaßen die Versorgung in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in Deutschland zwischen verschiedenen Berufsgruppen und Versorgungssektoren hochfragmentiert ist. Wenn diese Personengruppe sinnvoller Weise dennoch berücksichtigt werden soll, wird die DGHWi gerne erneut Stellung nehmen.

Literaturangaben

1. Babyfreundlich e.V. (BFHI) (o.J.). Fachinformationen [Internet]. [Zugriff: 16.11.2022]. Verfügbar unter: <https://www.babyfreundlich.org/fachkraefte/fachinformationen/dokumente-downloads.html>
2. Farhat R, Rajab M. Length of postnatal hospital stay in healthy newborns and re-hospitalization following early discharge. *N Am J Med Sci.* 2011;3(3): 146–51
3. Forster DA, McLachlan HL, Rayner J, Yelland J, Gold L, Rayner S. The early postnatal period: exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2008;8:27
4. 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 Jun 22;20(1):565. DOI: 10.1186/s12913-020-05359-3. PMID: 32571320; PMCID: PMC7310082.
5. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) (2020) Ausfüllhinweise [Internet]. [Zugriff: 16.11.2022]. Verfügbar unter: https://iqtig.org/downloads/erfassung/2020/v11/15/Ausfuellhinweise_16_1.html
6. Karlstrom A, Nystedt A, Hildingsson I. The meaning of a very

positive birth experience: focus groups discussions with women.

BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15:251

7. Kurth E, Krähenbühl K, Eicher M, Rodmann S, Fömlin L, Conzelmann C, et al. Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital - a focus group study. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:82.
8. 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(1):389
9. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, Veitch E, Rennie AM, Crowther SA, Neiman S, MacGillivray S. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub5
10. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [Internet]. [Zugriff: 16.11.2022]. Verfügbar unter: <https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/netzwerke-fruehe-hilfen/>
11. Nilsson I, Danbjørg DB, Aagaard H, Strandberg-Larsen K, Clemensen J, Kronborg H. Parental experiences of early postnatal discharge: a metasynthesis. *Midwifery.* 2015;31(10):926–34
12. Smith H, Harvey C, Portela A. Discharge preparation and readiness after birth: a scoping review of global policies, guidelines and literature. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022 Apr 5;22(1):281. DOI: 10.1186/s12884-022-04577-3.
13. WHO (2013). Postnatal care of the mother and newborn. Available from: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG): Postnatal care (NICE guideline ng194) [Internet]. [Zugriff: 16.11.2022]. Verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>
14. WHO (2021): Promoting baby-friendly hospitals [Internet]. [Zugriff: 16.11.2022]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals>

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften (Pflegestudiumstärkungsgesetz – PflStudStG) Betr. Artikel 6 – Änderung des Hebammengesetzes i.V.m. Artikel 7 – Änderung der Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen

Im Rahmen des Pflegestudiumstärkungsgesetzes ist eine Änderung des Hebammengesetzes (HebG 2019) und der Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV 2020) hinsichtlich einer partiellen Berufszulassung beabsichtigt, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Das HebG sichert in Verbindung mit der HebStPrV die vollumfängliche Handlungskompetenz von Hebammen gemäß Anlage 1 HebStPrV. Damit verbunden ist die Befähigung zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Berufsausübung in der klinischen und außerklinischen Hebammenarbeit/Geburtshilfe. Dabei wird Hebammenbetreuung als möglichst kontinuierliche Versorgung über den Verlauf von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit verstanden, um Frauen, ihre Kinder und Familien in dieser besonders sensiblen Phase im Prozess der Entwicklung von Eltern- und Gesundheitskompetenz langfristig zu begleiten und zu unterstützen. Die eigenverantwortliche Berufsausübung setzt ein hohes Kompetenz- und Verantwortungsniveau sowie ein komplexes Verständnis der physiologischen wie auch regelwidrigen bzw. pathologischen Prozesse in Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit voraus. Eine Fragmentierung der Versorgung in dieser Lebensphase durch eingeschränkte Berufszulassungen und Kompetenzen würde einen erheblichen Qualitätsverlust bedeuten und die Sicherheit von Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und ihren ungeborenen und geborenen Kindern gefährden.

Die DGHWi begrüßt ausdrücklich die stärkere Eingliederung von Hebammen aus Drittstaaten in den deutschen Arbeitsmarkt, sowohl aus Perspektive des Fachkräftemangels als auch aus der Perspektive der beruflichen und sozialen Integration von zugewanderten Personen. Allerdings sollte vor dem Hintergrund eines gleichberechtigten Zugangs zum Beruf und der Chancengerechtigkeit am Arbeitsmarkt weiterhin die vollumfängliche Anpassungs-Qualifikation und Berufszulassung von Hebammen aus Drittstaaten angestrebt werden. Die derzeitige 12-monatige hochschulische Anpassungsmaßnahme wird stark nachgefragt und führt im hohen Maß zum erfolgreichen

Abschluss, sodass die vollumfängliche Berufszulassung erfolgen kann. Über diesen Qualifizierungsweg ist eine vollumfängliche Integration von Hebammen aus Drittstaaten in den Arbeitsmarkt möglich, die dem hohen Kompetenzniveau und dem Anspruch einer kontinuierlichen, sicheren und qualitativ hochwertigen Klientelversorgung in Deutschland gerecht wird.

Zudem gibt es bereits heute in Deutschland eine Vielzahl an hebammenwissenschaftlichen Studiengängen (46, Stand: 01.05.2023) an Hochschulen für Angewandte Wissenschaften sowie Universitäten, die mehr Studierende qualifizieren, als es jemals mit dem System der Berufsfachschulen möglich war.

Die intendierten Regelungen zur partiellen Berufsausübung von Hebammen stellen daher aus Sicht der DGHWi eine Qualitätsverschlechterung und Gesundheitsgefährdung der betreuten Frauen, Kinder und Familien dar. Zudem berücksichtigen sie nicht das Gebot der Chancengleichheit in der Frage von Qualifikation/Bildung und Zugang zum Arbeitsmarkt.

Die Regelungen in Artikel 6 und Artikel 7 zur partiellen Berufsausübung von Hebammen/Änderung des Hebammengesetzes und der Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen sollten daher vollumfänglich gestrichen werden.

Literaturangabe

Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV) vom 08.01.2020. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/hebstprv/BjNR003900020.html>

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zur Erweiterung des Evaluationskonzepts zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V (Qualitätsverträge nach § 110a SGB V) ; Ankündigung des Beteiligungsverfahrens § 137a Abs. 7 SGB V

Vorbemerkung

Für ausgewählte Leistungen/Leistungsbereiche soll Versorgungsqualität (§136b Abs.8 SGB V) im Erprobungszeitraum (01.01.2024 bis voraus. 30.06.2027) entwickelt werden und anschließend stratifiziert nach Institutionen mit und ohne Vertrag nach §110a SGB V verglichen werden (Qualitätsverträge). Ziel ist es, Empfehlungen zum Nutzen der Qualitätsverträge und zu Rahmenbedingungen von Qualitätsverträgen als Instrument der Qualitätsentwicklung vorzulegen. Zudem soll geprüft werden, ob das übergreifende

Rahmenkonzept zur Evaluation ggf. angepasst werden sollte, was sich aus den Ergebnissen der Teilleistungsbereiche ergeben könnte.

Im Rahmen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) hat der Gemeinsame Bundesausschuss am 21.07.2022 den Leistungsbereich Geburten/Entbindung als einen von vier weiteren Bereichen aufgenommen, in denen zukünftig Qualitätsverträge erprobt werden sollen. Gleichzeitig wurde das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt, Teilevaluationskonzepte zu diesen Leistungsbereichen auszuarbeiten. Im Verfahren sollen die zentralen Elemente der Versorgungspraxis berücksichtigt, mögliche Verbesserungspotenziale anhand des Versorgungspfads aufgezeigt und auch die verfahrenstechnischen Voraussetzungen entworfen werden.

Die DGHWi nimmt hier zum Vorbericht bzw. zu dessen Anhang Stellung, mit einem besonderen Fokus auf eine die Physiologie fördernde Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen und ihren Kindern und Familien. Diese Perspektive wird auch im 9. Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ [1] und in der S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin [2] beschrieben. Im Folgenden wird immer von Geburten und nicht mehr von Entbindungen gesprochen, um einer aktiven Beteiligung von Frauen und ihren Kindern auch sprachlich Rechnung zu tragen.

Genderanmerkung: Es gibt Menschen, die sich als männlich oder nicht-binär 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.

Vorbemerkung zum Leistungsbereich Geburten

Frauen rund um die Geburt stellen eine besondere Gruppe dar, die in Kliniken ambulante und stationäre Leistungen in Anspruch nehmen, ohne an sich krank zu sein:

- Im Jahr 2022 wurden 739.000 Kinder geboren [3].
- Die Fallpauschale „gesundes Neugeborenes Aufnahmegehwicht über 2499g“ ist 2018 mit 641.214 Fällen die am häufigsten abgerechnete DRG (P67E) [4].
- Im Jahr 2018 gab es insgesamt über eine Million (1.045.825) Behandlungsfälle im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett (ICD 000-099) [5].
- Unter den 20 häufigsten Operationen vollstationär in Deutschland behandelter Personen liegen die beiden geburtshilflichen Eingriffe „Rekonstruktion der weiblichen Geschlechtsorgane nach einem Dammriss“ auf Rang zwei mit 363.147 Operationen und „Sectio Caesarea/Kaiserschnitt“ auf Rang fünf mit 256.500 Operationen [6].

Diese Zahlen allein machen deutlich, dass die Geburtshilfe in Kliniken nicht nur einen maßgeblichen, sondern einen besonders bedeutsamer und komplexer Versorgungsbereich darstellt. Die Geburt ist ein Übergang im Leben der Frau bzw. der werdenden Eltern und muss, wie jede Transition, aus der Perspektive

qualitativ hochwertiger Versorgung gut begleitet werden [7, 8]. Schwangere Frauen sind jedoch keine Patientinnen im eigentlichen Sinne, sondern gesunde Nutzerinnen, die stationäre gesundheitliche Leistungen im Krankenhaus („Geburtshilfe“) in Anspruch nehmen [9]. Der §24f SGB V sichert gesetzlich versicherten Schwangeren einen Anspruch auf stationäre Entbindung zu.

Krankenhäuser im Sinne des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind Einrichtungen in denen auch Geburtshilfe geleistet wird, also Personen Leistungen erhalten, die nicht krank sind (§2 Abs. 1 KHG). Neugeborene und ihre Mütter können Patientinnen und Patienten sein, sind es aber in der Regel nicht. Dies sollte bei der Wortwahl berücksichtigt werden.

Neugeborene werden nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in der Regel in der Häuslichkeit von ihren Eltern gepflegt, betreut und als Teil einer gemeinsamen Familie verstanden. Diese Selbstverständlichkeit darf und sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich bei Mutter und Kind in dieser Lebensphase um eine äußerst vulnerable Phase handelt, die ein hohes Potential für gesundheitliche Behandlung und Prävention in sich birgt. Diese Perspektive muss nach Auffassung der DGHWi in der Entwicklung von Qualitätsverträgen berücksichtigt werden.

Laut der Bundesauswertung 2021 beträgt die Anzahl an Geburtskliniken in Deutschland aktuell 616 Kliniken an 655 Standorten [10]. Nach der geltenden QFR-RL (Richtlinie zur Betreuung der Früh- und Reifgeborenen in Kliniken) [11] ist die geburtshilfliche Versorgung in Versorgungsstufen organisiert (Perinatalzentrum Level 1 und Level 2, Perinataler Schwerpunkt, Geburtsklinik). Gemäß den Empfehlungen der *Regierungskommission zur modernen und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung* [12] soll es zukünftig drei Versorgungslevel an Kliniken geben, die sich hinsichtlich ihres Spezialisierungsgrades unterscheiden. An dieser Stelle sei angemerkt, dass diese drei Versorgungslevel reziprok zu den Versorgungsstufen gemäß QFR-RL angelegt sind, ein Krankenhaus des Versorgungslevels 1 (Krankenhaus der Grundversorgung) der Versorgungsstufe 4 (Geburtsklinik) entspricht. Da die drei von der Regierungskommission empfohlenen Versorgungslevel den international verwendeten Einteilungen entsprechen, sollte über eine entsprechende Überarbeitung der QFR-R nachgedacht werden. Neben den empfohlenen Versorgungsleveln soll die Vergütung durch DRG-Fallgruppen zugunsten einer qualitätsorientierten Versorgung [13] verlassen werden. Die DGHWi sieht es als wichtig an, die hebammengeleitete Geburt auf allen Versorgungsleveln anzubieten und mit Leistungsgruppen zu versehen.

In der QFR-RL sind zwar Empfehlungen zur Zuweisung Schwangerer gemäß ihres Risikostatus enthalten. In der Praxis werden aber aufgrund der freien Wahl des Krankenhauses in allen Kliniken Schwangere mit und ohne geburtshilfliche Risiken betreut. Es existiert derzeit kein flächendeckende risikoadaptierte Versorgung Gebärender in Kliniken. Das Konzept „Hebammenkreißsaal“, das dies beinhaltet, wird derzeit nicht flächendeckend umgesetzt, wenngleich einige Bundesländer dies mit ausgeschriebenen Fördergeldern versuchen zu forcieren. Das führt aktuell zu der bekannten Überversorgung der großen Anzahl an Gebärenden, die keine oder geringe Geburtsrisiken haben.

Im Folgenden nimmt die DGHWi zum methodischen

Autor*innen

Melita Grieshop,
Nicola H. Bauer,
Barbara Fillenberg,
Astrid Krahl

Autor*innen

Mirjam Peters
Tamara Marraffa
Rainhild Schäfers
Sabine Striebich

Vorgehen des IQTiG und anschließend zu den einzelnen Qualitätsmerkmalen Stellung.

Methodisches Vorgehen

Es wurden erste mögliche patientenrelevante Endpunkte anhand einer orientierenden Vorrecherche entwickelt sowie eine systematische Leitlinien- und Literaturecherche durchgeführt, anhand derer 4 Leitlinien eingeschlossen wurden (S3-LL Vaginale Geburt am Termin 2020, S3-LL Diabetes in der Schwangerschaft 2021, S3-LL Adipositas in der Schwangerschaft 2019 und S3-LL Gestationsdiabetes mellitus 2018). Es ist unklar, warum die S3 Leitlinie „Sectio Caesarea“ (2020) nicht verwendet wurde.

Aus den Leitlinien wurden Qualitätsmerkmale entwickelt und nachfolgend mit Expert*innen beraten. Im Ergebnis wurden Qualitätsanforderungen mit korrespondierenden Evaluationskennziffern für Qualitätsverträge formuliert.

Es wurden 23 Qualitätsanforderungen ermittelt, die zu 12 Qualitätsaspekten im Versorgungsverlauf Schwangerschaft, Geburt des Kindes und Nachgeburtphase zugeordnet wurden (S.76). Sie betreffen folgende Merkmale im Versorgungsprozess:

1. Schulung Personal
2. Information und Beratung
3. Anamnese und klinische Beurteilung
4. Betreuungsdichte, personelle Betreuung
5. Beachtung der Bedürfnisse der Schwangeren
6. Betreuung der Schwangeren während der Geburt
7. Kontrolle der fetalen Herzfrequenz
8. Vermeidung von nicht indizierten routinemäßigen Untersuchungen und Interventionen
9. Schmerzbewältigung
10. Prävention Geburtsverletzung
11. Betreuung der Schwangeren in der Nachgeburtphase
12. Bonding

Als Ziel der Qualitätsentwicklung wird eine sichere und interventionsarme Geburt angestrebt, die den physiologischen Prozess des Gebärens unterstützt. Wenn Interventionen angewendet werden, sollen Nutzen und Schaden sorgsam gegeneinander abgewogen werden (S.76).

Aus Sicht der DGHWi sind Evaluationskennziffern nicht allein aus Leitlinienempfehlungen abzuleiten. Die DGHWi sieht weiteren Forschungsbedarf, um ein umfassendes Qualitätsmodell für die klinische geburts-hilfliche Versorgung zu entwickeln. Zur internationalen Vergleichbarkeit kann eine Orientierung an Internationalen Indikatorensets hilfreich sein [14, 15].

Aus Sicht der DGHWi bestehen die aktuellen Probleme in der Versorgungsqualität insbesondere in einer mangelnden Frau-Zentrierung [1], in nicht notwendigen Interventionen [1], in missbräuchlichen Behandlungen bis hin zu Gewalt in der Geburtshilfe [16, 17, 18] sowie zum Teil in mittelmäßigen Qualitätskennzahlen, wie etwa der Frühgeburtenrate, im internationalen Vergleich [19]. Die Ursachen hierfür werden vor allem in einem nicht ausreichenden Betreuungsschlüssel, in einer mangelhaften Zusammenarbeit der Berufsgruppen, in fehlenden Kompetenzen zur Realisierung einer frau-zentrierten Betreuung wie z.B. in der Beratung zur gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared-Decision-Making) sowie in einer Risikoorientierung bei Gebärenden mit geringen oder fehlenden Geburtsrisiken gesehen. Die DGHWi begrüßt daher insbesondere auch Qualitätsanforderungen im Bereich interprofessioneller Schulungen, Information und Beratung der Schwangeren/Gebärenden, einer Eins-zu-eins Betreuung sowie Strategien zur Vermeidung von nicht notwendigen Routine-Interventionen.

Zu 3.3.1 Hintergrund (S. 70-75)

Sectio

Ergänzend kann hinzugefügt werden, dass es eine statistisch signifikante Varianz der risikoadjustierten Sectiorate zwischen Kliniken und Regionen in Deutschland und im internationalen Vergleich gibt [20, 21]. Zur Vergleichbarkeit von Sectioraten zwischen Kliniken sowie zur besseren Einschätzung sollten die primären Sectioraten der Robsogruppen [22] 2 (NTSV), 4 (MTSV ohne vorhergehende Sectio) und 5 (MTSV mit vorhergehender Sectio) mit ausgewiesen werden.

Aufnahme-CTG

Im Vorbericht wird ausgeführt: „Als diagnostische Interventionen wurde bei 96 % der Kinder ein Aufnahme-CTG im Krankenhaus durchgeführt. 39 % dieser CTG-Aufnahmen erfolgte nicht kontinuierlich, sondern intermittierend“ (S. 74). Der letzte Satz suggeriert, dass ein Aufnahme-CTG intermittierend durchgeführt wird. Ein Aufnahme-CTG wird jedoch immer kontinuierlich geschrieben (in der Regel 30 Minuten). Möglicherweise bezieht sich das intermittierend auf die Verwendung des CTGs im weiteren Geburtsverlauf.

Risiko-Status

Die DGHWi unterstreicht das Problem der klinischen Relevanz von einem Teil der erhobenen Risikobefunde laut Mutterpass (vgl. S. 72). Die DGHWi empfiehlt die Ausführungen zu den Schwangerschafts- und Geburtsrisiken zu revidieren, da bestimmte Befunde der Problematik sonst unterliegen, dass sie zu einer ungenauen oder/und falschen Beurteilung führen. Deutschland hat im internationalen Vergleich einen sehr hohen Anteil an Risikoschwangeren, was möglicherweise in dem unzureichend trennscharfen Befundkatalog begründet liegt. Zudem erlaubt die hohe Anzahl an Risikoschwangeren kaum, eine an das Risiko angepasste Betreuung vorzunehmen.

Dabei sind insbesondere folgende Risiken hervorzuheben:

- Schwangere unter 18 Jahren, Schwangere über 35 Jahren sowie z. n. Totgeburt/Mangelgeburt gelten

als Surrogatparameter für ungünstige Lebensbedingungen und sind nicht an sich ein Risikofaktor.

- Bei den folgenden Aspekten ist unklar, ob es hier bei allen Gesundheitsfachpersonen eine einheitliche Interpretation gibt: Das Feld zum Risiko Allergie wird oftmals bei jeder Allergie angekreuzt, ohne dass jede Allergie ein Risiko für eine Geburt ist (beispielsweise Nickel). Die Risiken soziale Belastung und Skelettanomalien sind sehr ungenau und lassen einen sehr hohen Interpretationsspielraum zu.

Insgesamt werden die Befunde des Risikokatalogs in ihrer Bedeutung nicht gewichtet. Zudem unterliegen sie einer fehlenden Evidenzbasierung, so beispielsweise bei den Risiken z. n. Tot- und Frühgeburten oder Blutungen vor der 28. SSW. Darüber hinaus gibt es zum Teil eine Doppelung von Befunden im Katalog A und B, wie beispielsweise psychische Belastungen oder soziale Belastungen. Häufig werden auch Befunde angekreuzt, ohne dass diese von anderen betreuenden Gesundheitsfachpersonen als Risiko bewertet werden.

Aus Sicht der Praktiker*innen eignet sich der derzeit existierende Befundkatalog nur bedingt, um eine Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft mit erhöhtem Versorgungsbedarf zu identifizieren und damit eine Unter-, Über- oder Fehlversorgung zu vermeiden. Die DGHWi empfiehlt, die evidenzbasierte Erhebung des Risikostatus und die Vorhaltung einer evidenzbasierten, risikoadaptierten Versorgung auf Basis einer S3 Leitlinie Schwangerschaft und diese als sektorenübergreifenden Qualitätsindikator anzusehen.

Zu 3.3.4 Mögliche Qualitätsanforderungen (S.76-108)

Zu 1. Schulung Personal (S.77):

- Ergänzend zu Schulungen in Neugeborenen-Reanimation und zur kultursensiblen, frauen-trienden Kommunikation mit Schwangeren besteht Bedarf an Schulungen zur Beratung, zu gemeinsamer Entscheidungsfindung (Shared-Decision-Making) sowie in traumasensibler Betreuung.

- Alle Schulungen sollten interdisziplinär geplant werden, um die Kooperation der Berufsgruppen der Hebammen, Ärztinnen und Ärzte zu verbessern.

Zu 2. Information und Beratung (S.77):

- Diese Leistungen sollten innerhalb einer Hebammensprechstunde integriert werden, damit Hebammen gemäß ihrer berufsrechtlichen Kompetenzen (HebG 2019, HebStPrV 2020) tätig werden können. Aufklärung bei Geburtsrisiken oder Komplikationen sollten durch die ärztliche Berufsgruppe erfolgen.

- Integration von validierten Fragebögen, um die Bedürfnisse der Gebärenden zu erfassen, wie einen „birth beliefs scale – a new measure to assess basic beliefs about birth“ [23].

Vorhergehende traumatisch erlebte Geburten sollten

ebenfalls mit geeignetem Instrument erfasst werden.

Zu 3. Anamnese und klinische Beurteilung (S.81):

Hebammen sind für die „selbständige und umfassende Hebammentätigkeit im stationären sowie im ambulanten Bereich“ qualifiziert (§9 (1) HebG); sie planen, steuern und gestalten „hochkomplexe Betreuungsprozesse einschließlich Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der Hebammentätigkeit auf der Grundlage wissenschaftsbasierter und wissenschaftsorientierter Entscheidungen“ (§9 (3) HebG). Bei Bedarf ziehen sie die ärztliche Berufsgruppe hinzu §9 (4) und setzen ihre Betreuung parallel zur ärztlichen Versorgung fort. Daher sind die Aufnahme der Schwangeren zur Geburt und die Risikoeinschätzung aus Sicht der DGHWi Leistungen, die durch Hebammen erbracht werden sollten.

Zu 4. Betreuungsdichte, personelle Betreuung (S.82):

- Bei der Geburt sollte stets eine zweite professionelle Person (Hebamme oder ärztlicher Dienst) anwesend sein.

Zu 5. Beachtung der Bedürfnisse der Schwangeren (S.84):

- Gebärräume in Kliniken sollten Privatsphäre bieten und zu aufrechter Körperhaltung und Bewegung anregen, da dies hilft, Kaiserschnitte zu vermeiden und zu größerer Zufriedenheit der Gebärenden führt [24].

Zu 6. Betreuung der Schwangeren während der Geburt (S.85):

- Mit Blick auf die (inter-)nationalen Studienergebnisse und das darauf basierende Bestreben einzelner Bundesländer, das Konzept Hebammenkreißaal zu implementieren, sollte als Qualitätsanforderung im Sinne der Strukturqualität ein risikoadaptierter Zugang zur hebammengeleiteten Geburtshilfe in jedem Versorgungslevel formuliert werden. Die Entwicklung einer Evaluationskennziffer hierzu wäre wünschenswert.

Zu 7. Kontrolle der fetalen Herzfrequenz (S.85):

- Keine Ergänzungen

Zu 8. Vermeidung von nicht indizierten routinemäßigen Untersuchungen und Interventionen (S.86):

- Keine Ergänzungen

Zu 9. Schmerzbewältigung (S.88):

- Die Erfahrung lässt vermuten, dass es bei einer PDA häufiger als vermutet oder als der Literatur zu entnehmen, zu einer Einschränkung der Mobilität (Motorische Blockade) kommt. Es sollte ein Qualitätsmerkmal erfasst werden, ob eine „Walking-PDA“ tatsächlich angeboten wird.

Zu 10. Prävention Geburtsverletzung (S.88):

- Das Überdenken der klinikinternen Praktiken zu Dammverletzungen und Episotomien kann ein Merkmal zur Verbesserung der Strukturqualität darstellen.

- Statt der Erhebung von höhergradigen Dammrissen sollte nur der Dammriss 4. Grades erfasst werden, da dies der derzeit gültige Qualitätsindikator der Perinatalerhebung ist.

Zu 11. Betreuung der Schwangeren in der Nachgeburtphase (S.89):

- Die Varianten der Betreuung der Nachgeburtperiode (aktives und abwartendes Management) sollten als Standard (SOP) in jeder Klinik vorhanden sein.

Zu 12. Bonding (S.89):

- Das Thema Bindung und Bindungsförderung sollte in die Aufklärung werdender Eltern bei der Geburtsplanung aufgenommen werden.

Weitere Anmerkungen

Zu 3.3.5 Versorgungspfad (S.91), Abb. 4:

- Hier sollte entsprechend der Robson-Klassifikation zwischen einem Geburtsbeginn mit spontanen Wehen oder ohne (durch Einleitung oder primäre Sectio) unterschieden werden. In dem Schaubild fehlt die Einleitung als Geburtsbeginn, gleichzeitig ist sie eine überaus signifikante Variable für den Geburtsverlauf.

Zu 3.3.6. Endpunkte:

Säuglingssterblichkeit

- Die DGHWi empfiehlt die Verwendung der perinatalen Sterblichkeit (tot geboren, sowie innerhalb von 7 Lebenstagen verstorben) [25] oder der neonatalen Sterblichkeit (innerhalb von 7 Lebenstagen verstorben) anstelle der Verwendung der Säuglingssterblichkeit (S. 94, S. 100) (im ersten Lebensjahr verstorben) [25]. Dabei sollte sich auch an internationalen Mortalitätskennziffern orientiert werden [19]. Die Säuglingssterblichkeit scheint als Bezugsmaß für die geburtshilfliche Versorgung weniger geeignet.
- Im Bereich der Totgeburten ist Deutschland unter 45 High-Income Countries weltweit im Mittelfeld [26]. Im Bereich der neonatalen Sterblichkeit fehlt ein internationaler Vergleich, da keine Daten bereitgestellt wurden [19]. Die Begründung diesen Endpunkt nicht zu verwenden, erscheint daher nicht richtig.

Endpunkt Sectio

- Auch wenn eine optimale Rate nicht fundiert eingeschätzt werden kann, so wird mit Blick auf die vergleichsweise hohen Sectioraten in Deutschland das Qualitätsziel weniger Kaiserschnitte im Qualitätsindikator 52249 Kaiserschnittgeburt des Leistungsbereiches 16/1 Geburtshilfe formuliert. Potenzial für eine Senkung wird allgemein in der Rate der primären Sectiones bei reifen Einlingen in Schädelage gesehen. In der Perinatalerhebung und den jährlichen dazugehörigen Berichten erfolgt die Aufschlüsselung der Sectioraten entsprechend der Robson Klassifikationen. Die Klassifikationen 2 und 4 beschreiben die Kaiserschnittgeburten reifer Ein-

linge in Schädelage ohne vorherige Wehentätigkeit (primäre Sectio). Ein datenbasierter Wert in diesen beiden Klassifikationen als Orientierung für eine optimale Rate könnte möglicherweise als Endpunkt formuliert werden.

Maternale Gesundheit (S.95):

- Es sollten Maßnahmen bedacht werden, um okkulte Dammverletzungen besser zu detektieren [27].

Episiotomie

- Im Vorbericht wird erwähnt: „Verschiedene Studien haben aber auch aufgezeigt, dass ein selektiver Dammschnitt bei medizinischer Indikation das Auftreten von höhergradigen Dammrissen verringern kann (Jiang et al. 2017).“ (S. 96). Dies lässt die Interpretation zu, dass ein selektiver Dammschnitt bei medizinischer Indikation das Auftreten höhergradiger Dammrisse verringern kann. Die zitierte Studie vergleicht jedoch routinemäßige Episiotomien mit selektiven Episiotomien und kommt zu dem Schluss: „The review thus demonstrates that believing that routine episiotomy reduces perineal/vaginal trauma is not justified by current evidence“ [28].

Weitere Endpunkte

- Gemäß der Nationalen Stillstrategie sollte als weiterer Endpunkt das Stillen aufgenommen werden. Ein Fokus darauf wird schon seit vielen Jahren in baby-freundlichen Krankenhäusern in Deutschland gelegt, auch wenn dieses Zertifikat von nur etwa 100 Kliniken aktuell gehalten wird und damit weit von einer flächendeckenden Verbreitung entfernt ist [29]. Babyfreundlich® basiert auf einer Empfehlung der internationalen Initiative der WHO und Unicef von 2003 [30]. Wissenschaftliche Studien zeigen, dass die Stillquote von Müttern, die Unterstützung beim Stillen erhalten, steigt [31]. Aber auch der Einsatz von Familienhebammen im Rahmen der Bundesstiftung und Netzwerke Frühen Hilfen für besonders sozial vulnerable Familien verfolgen den Gedanken der kontinuierlichen Betreuung und Bewältigung des Alltags von Neugeborenen und ihren Müttern [32].

Zu 3.3.7 Empfohlene Evaluationskennziffern (S.97-105):

GE-02 Kultursensible Schulung

- Die DGHWi begrüßt die Evaluationskennziffer GE-02 Qualitätsgesicherte Schulung von Angehörigen der Gesundheitsberufe (Schwangerenzentrierung). Es wird empfohlen, diese Schulung mit aufzunehmen, analog zur Kennziffer GE-01. Denkbar wäre ebenfalls eine jährliche Schulung. Es wird zu bedenken gegeben, dass eine einmalige Schulung des Teams nicht ausreichend scheint, um eine lebenslange Förderung der Schwangerenzentrierung zu erreichen. Die Schulung sollte mit dem gesamten geburtshilflichen Team, insbesondere Hebammen, Ärzten, interprofessionell erfolgen. Es wird empfohlen, die Schulung durch eine externe Person mit einer entsprechenden Ausbildung durchführen zu lassen.

GE-03 Information und Beratung der Schwangeren

- Die DGHWi begrüßt die Kennziffer GE-03 Information und Beratung der Schwangeren. Es wird empfohlen, in die Liste zur Beratung bei Komplikationen auch *Auffälligkeiten der fetalen Herztöne/ pathologisches CTG* mit aufzunehmen, da dies eine der häufigsten Gründe für Interventionen während der Geburt darstellt, sowie den Punkt *protrahierte Austrittsphase*.
- Zudem sollte die Information und Beratung der Schwangeren auch häufige Interventionen an diesem Geburtsort (PDA, Episiotomie etc.) umfassen. Wird beispielsweise bei jeder fünften vaginalen Geburt eine Episiotomie durchgeführt, so ist dies ein möglicherweise zu erwartendes Ereignis und sollte bereits im Vorfeld unter Angabe der Häufigkeit besprochen werden. So hat die Schwangere Zeit, sich damit zu beschäftigen und ihr Einverständnis zu geben oder zu entziehen oder einen anderen Geburtsort zu wählen.

GE-04 Erst-/Aufnahmeuntersuchung

- Die DGHWi begrüßt die Kennziffer GE-04 Erst-/Aufnahmeuntersuchung. Es wird empfohlen anstelle des Punktes "Erfassen des Befindens, der Wünsche und Erwartungen der Schwangeren", zwei Punkte (1) *Erfassen des Befindens der Schwangeren* (2) *Erfassen, der Wünsche und Erwartungen der Schwangeren* zu formulieren, um zu verdeutlichen, dass dies zwei verschiedene Dinge sind, die beide erhoben werden müssen.
- Die Wünsche und Bedürfnisse sollten zudem nicht erst bei der Erst-/Aufnahmeuntersuchung erhoben und besprochen werden, sondern bereits im Vorgespräch in der Schwangerschaft, sodass die Schwangere die Möglichkeit hat, einen anderen Geburtsort zu wählen, falls der aktuelle nicht adäquat auf ihre Wünsche und Bedürfnisse eingehen kann. Zudem erlaubt dies eine eingehende Beschäftigung mit diesem Themenfeld im Vorfeld der Geburt. Die Schwangere muss demzufolge nicht mit Wehentätigkeit diese möglicherweise kommunikationsaufwändige Frage beantworten, sondern kann dies ggf. bereits im Vorfeld darstellen.

GE-08 Einsatz von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen

- Die DGHWi begrüßt den Qualitätsaspekt des abwartenden Managements in der Nachgeburtperiode (S. 89, S. 104). Es wird empfohlen, dieses präzise zu definieren. Zum Beispiel: unter abwartendem Management wird folgendes Vorgehen für mindestens 60 Minuten verstanden: Keine routinemäßige Anwendung von Uterotonika, kein Abklemmen der Nabelschnur, bevor deren Pulsation beendet ist, sowie Geburt der Plazenta und der Eihäute spontan durch die Mutter (siehe S3 Leitlinie Vaginale Geburt am Termin).

GE-10 Kontinuierliche Beurteilung von Mutter und Kind

- Die DGHWi begrüßt die Kennziffer GE-10 Kontinuierliche Beurteilung von Mutter und Kind. Es wird empfohlen, den Inhalt der stündlichen standardisierten Beurteilung von Mutter und Kind zu

konkretisieren. Zum Beispiel wie folgt: Befinden der Mutter, Frequenz der Kontraktionen, mütterliche Herzfrequenz und fetale Herzfrequenz (z.B. erhoben durch ein Dopton). Diese Beurteilung umfasst kein CTG und keine vaginale Untersuchung, wenn nicht angezeigt (siehe S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin).

GE-11 Mütterzufriedenheit

- Unter der Evaluationskennziffer GE-11 wird der Punkt Mütterzufriedenheit genannt. Die DGHWi begrüßt die Erhebung der Perspektive der Nutzer*innen sehr, ebenso wie die Nutzung von Patient Reported Experience Measures (PREMs) zur Erhebung dieser. Die Verwendung der Bezeichnung Zufriedenheit erscheint jedoch problematisch. So sind PREMs validierte Messinstrumente zur Erhebung der Erfahrung der Nutzer*innen mit der Versorgung. Hierbei geht es darum, was während der Versorgung passiert ist und wie es passiert ist [33]. PREMs sind von Zufriedenheitsmessungen abzugrenzen [33, 34]. Im Gegensatz zur Zufriedenheitsmessung basieren PREMs auf der detaillierten Erfassung der Erfahrungen der Nutzer*innen und gelten als objektivere und zuverlässigere Methode, um die Qualität der Versorgung zu bewerten [33, 35]. Das Konstrukt der Zufriedenheit basiert auf dem individuellen Vergleichsprozess zwischen der erwarteten und der tatsächlichen Leistung. Damit ist die Erwartung ein starker Confounder bei der Messung der Versorgungsleistung [36]. Die Messung der Zufriedenheit erfolgt zudem vorwiegend auf der emotional-affektiven Ebene und orientiert sich eher an einer Kund*innenperspektive [36, 37]. Zudem sind diese Instrumente weniger sensitiv [37, 38]. PREMs hingegen erfassen multidimensional die Erfahrungen der Nutzer*innen mit der Versorgung durch Fachpersonen. Die DGHWi empfiehlt daher, die Verwendung der Bezeichnung und der Konzepte Qualität aus der Perspektive der Nutzer*innen oder Erfahrungen der Nutzer*innen.

GE-12 Interventionsarme Geburt

- Die DGHWi begrüßt die Kennziffer GE-12 Interventionsarme Geburt. Es wird empfohlen, dass eine Kennziffer für jede einzelne Intervention z.B. Sectio, PDA, usw. erhoben wird, damit dies für die Fachpersonen klar und einfach zu interpretieren ist. Möglicherweise ist dies auch bereits angedacht. Dann könnte die Formulierung präzisiert werden.
- Es wird empfohlen, langfristig orientierende Vorgaben zu diesen Kennziffern zu machen, an denen sich das geburtshilfliche Fachpersonal orientieren kann. In Studien konnte eine interventionssenkende Wirkung solcher orientierender Vorgaben gezeigt werden [39].

GE-13 Höhergradige Dammrisse

- Die Evaluationskennziffer GE-13 mit der Bezeichnung Höhergradige Dammrise wird anhand von Dammrissen Grad III und Grad IV berechnet. Dabei wird angegeben, dass die Evaluationskennziffer an den Qualitätsindikator 181800 „Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV“ des Qualitätssicherungsverfahrens „Perinatalmedizin: Geburtshilfe“ angelehnt ist (S.

106). Die DGHWi empfiehlt auch für die Qualitätsverträge eine Beschränkung auf Dammrisse Grad IV, um ein einheitliches Vorgehen zu gewährleisten.

Weiterentwicklung der Evaluationskennziffern: Supervision

- Hebammen, Ärztinnen und Ärzte haben im Kontext der Geburtshilfe intensive Erlebnisse. Sie betreuen junge und meist gesunde Familien und sind gleichzeitig mit perinataler und maternaler Morbidität und Mortalität, Notfallereignissen sowie Gewalt in der Geburtshilfe konfrontiert. Dies führt auch zum Phänomen der Second Victims bei Geburtshelfer*innen sowie zu einer verringerten Leistungsfähigkeit, insbesondere im Bereich einer empathischen Betreuung [40, 41, 42, 43, 44]. Die DGHWi empfiehlt daher das Einrichten einer Evaluationskennziffer Interprofessionelle Supervision, an der alle Hebammen, Ärztinnen und Ärzte monatlich verpflichtend teilnehmen, unter der Leitung von externen Supervisor*innen. Dies kann die Belastung des Teams reduzieren, eine interprofessionelle Zusammenarbeit befördern und damit die Qualität der Versorgung erhöhen. Bisher ist eine solche Supervision nur vereinzelt in Kliniken vorzufinden.

Weiterentwicklung der Evaluationskennziffern: Geburtsnachgespräch („Debriefing“)

- International ist das Angebot eines Geburtsnachgesprächs zum Teil bereits Standard. Eine Geburt ist eine intensive und prägende Lebenserfahrung. Zum Teil werden Interventionen mit weitreichenden Konsequenzen durchgeführt, die nur kurz erläutert werden können. Ein nicht unerheblicher Teil der Gebärenden leidet unter dem Geburtserlebnis, was die Wahrscheinlichkeit für postpartale psychische Erkrankungen stark erhöht oder die Entwicklung eines Traumas begünstigt [45, 46]. Allen Gebärenden sollte daher ein Debriefing angeboten werden, bei dem der Geburtsverlauf sowie Interventionen während der Geburt erläutert werden und die Erlebnisse und Eindrücke der Gebärenden thematisiert werden [47]. Dabei steht der Gebärenden zur Wahl, ob sie dieses Gespräch mit geburtsbegleitenden Fachpersonen durchführen möchte oder traumatherapeutisch mit Fachpersonen, die nicht an ihrer Geburt beteiligt waren. Die Gebärende sollte niedrigschwellig die Möglichkeit haben, dies zu dem für sie richtigen Zeitpunkt wahrzunehmen. Zudem bietet ein solches Nachgespräch Fachpersonen die Möglichkeit, einen Einblick in das Erleben der von ihnen betreuten Personen zu erhalten [48].

Weitere Anmerkungen

- Die Kennziffern sollten um transparente und für den/die Endnutzer*in verständliche Informationen zu Maßzahlen der Kliniken oder einzelner Hebammen, Ärztinnen und Ärzten ergänzt werden [49]. Ein möglicher Ansatz dazu ist die Robson-Klassifikation, bei der Studien gezeigt haben, dass allein schon ihre transparente und offene Einführung zu einer Veränderung der Sectorate geführt hat [50].

Zu 3.3.8 Limitationen

Es wird einerseits ausgeführt, dass CTG-Aufzeichnungen zum Teil vorgenommen werden, um bei juristischen Auseinandersetzungen nachweisen zu können, dass fachgerecht und sorgfältig gehandelt wurde (S. 107). Andererseits wird dargestellt, dass es keine Evidenz für ein Aufnahme-CTG gibt, und dass dies möglicherweise mit einer erhöhten Sectio-Rate einhergehen kann (S. 75). Demzufolge erscheint die juristische Anforderung an ein Aufnahme-CTG widersprüchlich. Gutachter*innen im Zuge juristischer Beurteilungen orientieren sich an fachlichen Standards und regulatorischen Vorgaben. Möglicherweise könnte eine eindeutige Formulierung hier eine steuernde und damit für die Fachpersonen entlastende Wirkung entfalten.

Weitere Anmerkungen

Internationale Studien lassen vermuten, dass eine frühe und regelmäßige Ergebniskommunikation an die Kliniken inklusive eines Benchmarkings der Daten mitentscheidend für den Erfolg von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen sind. Die DGHWi empfiehlt eine Umsetzung dieser Empfehlungen [51, 52]. Die DGHWi weist darauf hin, dass die erhobenen Daten auch von großem Interesse für die Öffentlichkeit/Schwangere bei der Auswahl einer Klinik sind und schlägt ein Public Reporting der Daten in einer übersichtlichen und laienverständlichen Form, zum Beispiel über das Nationale Gesundheitsportal, vor.

Sprachliche Anmerkungen

Die DGHWi empfiehlt die Wörter *Geburt* und *gebären* anstelle der *Entbindung* und *entbinden* zu verwenden. Das Wort *gebären* betont die aktive Rolle der Frau bei der Geburt, während *entbinden* auf die Rolle der Geburtshelfer*innen verweist (z.B. S. 76).

Seit der Novellierung des Hebammengesetzes im Dezember 2019 führen alle Berufsangehörigen die Berufsbezeichnung *Hebamme* (HebG § 3 (2)). Die DGHWi empfiehlt daher, die Wörter *Entbindungspfleger* (z.B. S. 70) und *entbindungspflegerisch* (z.B. S. 71) zu streichen. Die DGHWi begrüßt, dass der Text gegendert wurde und damit alle Personen, unabhängig von ihrem Geschlecht, einschließt. Zum Teil wurde auf das Gendern verzichtet (z.B. S. 77 Akteure, Experteninterviews; S. 80 Ansprechpartner). Hier wäre ein einheitliches Vorgehen wünschenswert.

Die DGHWi empfiehlt die Verwendung des Begriffs *interventionsarme/ interventionsfreie vaginale Geburt* anstelle der Verwendung *natürliche Geburt*, da dieser Begriff irreführend sein kann.

Die DGHWi empfiehlt entsprechend der S3 Leitlinie Vaginale Geburt am Termin die Verwendung des Begriffes *Austrittsphase* anstelle von *Austreibungsphase*, da der Begriff *Austreibungsphase* mit stark negativen Assoziationen verbunden sein kann.

Die DGHWi empfiehlt, die Unterscheidung zwischen biologischem Geschlecht und Geschlechtsidentität sprachlich zu berücksichtigen, da sich nicht alle Gebärenden selbst als Frau bezeichnen. In der Abbildung zur Journey Geburt des Kindes befindet sich im

Maßnahmenfeld Abklärung und ggf. Therapie (...) ein Rechtschreibfehler im Wort *Hebamme* (S. 92).

Zusammenfassung

Die DGHWi begrüßt die Initiative des GBA sehr, das Instrument der Qualitätsverträge in der Geburtshilfe versuchsweise anzuwenden. Die Empfehlungen im Bericht sind eine ausgezeichnete Vorarbeit. Bei der Ausgestaltung sollten Hebammenwissenschaftler*innen beteiligt werden.

Literaturangaben

1. Gesundheitsziele.de. Gesundheit rund um die Geburt. 2017. [Zugriff: 27.10.2017]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf.
2. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi). Vaginale Geburt am Termin S3-Leitlinie der LANGFASSUNG [Internet]. 2020. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-083l_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-01.pdf.
3. Destatis (2023): Geburten. Daten der Lebendgeborenen, Totgeborenen, Gestorbenen und der Gestorbenen im 1. Lebensjahr. Wiesbaden: Destatis. [Zugriff: 20.05.2023]. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/geburten-aktuell.html>.
4. Spindler J. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Krankenhaus-patienten auf Basis der Daten nach §21 Krankenhausentgeltgesetz. In Klauer J, et al (Hrsg.): Krankenhausreport 2020, Springer: Berlin. Verfügbar unter: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-60487-8_21.
5. Destatis (2020a). Gesundheit, Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten der Krankenhäuser, nach Diagnosekapitel 2018. [Zugriff: 10.10.2020]. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/GesellschaftUmwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/diagnose-kapitel-geschlecht.html>.
6. Destatis (2021). Die 20 häufigsten Operationen insgesamt (OPS). [Zugriff: 29.05.2021]. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/drg-operationen-insgesamt.html>.
7. NICE. (2021). Postnatal Care (NICE Guideline NG 194). Verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>.
8. Karlstrom A, Nystedt A, Hildingsson I. The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15:251.
9. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze. § 2 Abs. 1: „Im Sinne dieses Gesetzes sind 1. Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.“ [Zugriff: 30.05.2021]. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/khg/2.html>.
10. Iqtig: Bundesauswertung Perinatalmedizin: Geburtshilfe, Erfassungsjahr 2021, [Zugriff: 30.06.2022].
11. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL). 2022.
12. Regierungskommission für eine bedarfsgerechte

Krankenhausversorgung. Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung. 2022. [Zugriff: 16.12.2022].

13. 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 [Internet]. 2022. [Zugriff: 8.07.2022].
14. Nijagal MA, Wissig S, Stowell C, Olson E, Amer-Wahlin I, Bonsel G, et al. Standardized outcome measures for pregnancy and childbirth, an ICHOM proposal. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):953. DOI: 10.1186/s12913-018-3732-3.
15. Escuriet R, White J, Beeckman K, Frith L, Leon-Larios F, Loytved C et al. Assessing the performance of maternity care in Europe: a critical exploration of tools and indicators. BMC Health Serv Res. 2015;15:491. DOI: 10.1186/s12913-015-1151-2.
16. Limmer C, Stoll K, Vedam S, Leinweber J, Gross MM. Measuring Disrespect and Abuse During Childbirth in a High-Resource Country: Development and Validation of a German Self-Report Tool. 2021.
17. Batram-Zantvoort S, Alaze A, Lazzarini M, Pessa Valente E, Mariani I, Covi B, et al. Verletzte Geburtsintegrität während der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Erfahrungen von Gebärenden mit der geburtshilflichen Versorgung. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. 2023;66(3), S. 302–311. DOI: 10.1007/s00103-023-03667-7.
18. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. 2014.
19. Peristat. 2022. Verfügbar unter: https://www.europeristat.com/images/EuroPeristat_Fact_sheets_2022_for_upload.pdf.
20. Betrán, A, et al. Optimising caesarean section use 3 – Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and baby. Lancet. 2018;392. [Zugriff: 12.03.2019]. Verfügbar unter: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)31927-5.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)31927-5.pdf).
21. Science Media Center. Erste S3-Leitlinie für Kaiserschnitt: Hintergrund und regionale Datenanalyse. 2020.
22. Robson Michael S. Classification of caesarean sections. Fetal and Maternal Medical Review. 2021;12:24.
23. Preis H, Benyamini Y. The birth beliefs scale – a new measure to assess basic beliefs about birth, Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 2016, DOI: 10.1080/0167482X.2016.1244180.
24. Ayerle GM, Mattern E, Striebig S, Oganowski T, Ocker R, Haastert B, Schäfers R, Seliger G. Effect of alternatively designed hospital birthing rooms on the rate of vaginal births: Multicentre randomised controlled trial Be-Up. Women Birth. 2023 Mar 17; S1871-5192(23)00041-0. DOI: 10.1016/j.wombi.2023.02.009.
25. Destatis. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/GesellschaftUmwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Glossar/saeuglingssterblichkeit.html>.
26. Healthy Newborn Network. 2023. Verfügbar unter: <https://www.healthynewbornnetwork.org/resource/database-global-and-national-newborn-health-data-and-indicators/>.
27. Johnson JK, Lindow SW, Duthie GS. The prevalence of occult obstetric anal sphincter injury following childbirth—literature review. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2007;20:7, 547–554, DOI: 10.1080/14767050701412917.
28. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. In: The Cochrane database of systematic reviews. 2017;2(2), CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub3.
29. Babyfreundlich e.v. (BFHI). Verfügbar unter: <https://www.babyfreundlich.org/nc/fachkraefte/initiative-babyfreundlich/ueber-die-initiative.html>.
30. WHO. Promoting baby-friendly hospitals. 2021 [Zugriff: 29.05.2021]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/activities/promoting-baby->

- friendly-hospitals.
31. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;2. Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub5.
 32. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Verfügbar unter: <https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/netzwerke-fruehehilfen/>.
 33. Bull C, Teede H, Watson D, Callander EJ. Selecting and Implementing Patient-Reported Outcome and Experience Measures to Assess Health System Performance. *JAMA Health Forum*. 2022;3(4): e220326. DOI: 10.1001/jamahealthforum.2022.0326.
 34. Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Patientenbefragung. In: Pfaff H, Neugebauer E, Glaeske G, Schrappe M, Hrsg. *Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik - Methodik - Anwendung*. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Schattauer; 2017.
 35. Mihaljevic AL, Michalski C, Kaisers U, Strunk G. Patientenorientierung. *Chirurgie (Heidelb)*. 2022;93(9):861-9. DOI: 10.1007/s00104-022-01629-4.
 36. Kowalski C. Patientenzufriedenheit und ihre Determinanten. In: Pfaff H, Neugebauer E, Glaeske G, Schrappe M, Hrsg. *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik - Methodik - Anwendung*: 2., vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Schattauer; 2017.
 37. Heaman MI, Sword WA, Akhtar-Danesh N, Bradford A, Tough S, Janssen PA, et al. Quality of prenatal care questionnaire: instrument development and testing. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014;14:188. DOI: 10.1186/1471-2393-14-188.
 38. Camacho FT, Weisman CS, Anderson RT, Hillemeier MM, Schaefer EW, Paul IM. Development and validation of a scale measuring satisfaction with maternal and newborn health care following childbirth. *Matern Child Health J*. 2012;16(5):997-1007. DOI: 10.1007/s10995-011-0823-8.
 39. Zhang-Rutledge K, Clark SL, Denning S, Timmins A, Dildy GA, Gandhi M. An Initiative to Reduce the Episiotomy Rate: Association of Feedback and the Hawthorne Effect With Leapfrog Goals. In: *Obstetrics and gynecology*. 2017; 130(1), S. 146-150. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002060.
 40. Cankaya S, Erkal Aksoy Y, Dereli Yilmaz S. Midwives' experiences of witnessing traumatic hospital birth events: A qualitative study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2021;27(4), 847-857. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1111/jep.13487>.
 41. Leinweber J, Rowe HJ. The costs of 'being with the woman': Secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery*. 2010;26(1), 76-87. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.04.003>.
 42. McDaniel LR, Morris C. The Second Victim Phenomenon: How Are Midwives Affected? *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2020;65(4), 503-511. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1111/jmwh.13092>.
 43. Rice H, Warland J. Bearing witness: Midwives experiences of witnessing traumatic birth. *Midwifery*. 2013;29(9), 1056-1063. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.003>.
 44. Schröder K, Edrees HH, Christensen R, dePont, Jørgensen JS, Lamont RF, Hvidt NC. Second victims in the labor ward: Are Danish midwives and obstetricians getting the support they need? *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*. 2019;31(8), 583-589. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy219>.
 45. Leinweber J, Fontein-Kuipers Y, Thomson G, Karlsdottir SI, Nilsson C, Ekström-Bergström A, et al. Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. In: *Birth (Berkeley, Calif.)*, 2022;49(4), S. 687-696. DOI: 10.1111/birt.12634.
 46. Thomson G, Diop MQ, Stuijzand S, Horsch A. Policy, service, and training provision for women following a traumatic birth: an international knowledge mapping exercise. In: *BMC health services research*. 2021;21(1), S. 1206. DOI: 10.1186/s12913-021-07238-x.
 47. Baxter JD, McCourt C, Jarrett PM. What is current practice in offering debriefing services to post partum women and what are the perceptions of women in accessing these services: a critical review of the literature. *Midwifery*. 2014, Feb;30(2):194-219. DOI: 10.1016/j.midw.2013.12.013. Epub 2013 Dec 27. PMID: 24491690.
 48. Garten D. Notwendigkeit von Geburtsreflexion – die Sprechstunde als Praxismodell. In: *Hebamme*. 2022;35(02), S. 61-66. DOI: 10.1055/a-1731-6008.
 49. Smith DC, Phillippi JC, Lowe NK, Breman RB, Carlson NS, Neal JL, et al. Using the Robson 10-Group Classification System to Compare Cesarean Birth Utilization Between US Centers With and Without Midwives. 2020;65:10-21.
 50. Kacerauskiene J, Minkauskiene M, Mahmood T, Bartuseviciene E, Railaite DR, Bartusevicius A, et al. Lithuania's experience in reducing caesarean sections among nulliparas. 2018 Oct 25;18(1):419. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30359241>
 51. Flott KM, Graham C, Darzi A, Mayer E. Can we use patient-reported feedback to drive change? The challenges of using patient-reported feedback and how they might be addressed. *BMJ Qual Saf* 2017; 26(6):502-7. DOI: 10.1136/bmjqs-2016-005223.
 52. Varagunam M, Hutchings A, Neuburger J, Black N. Impact on hospital performance of introducing routine patient reported outcome measures in surgery. *J Health Serv Res Policy*. 2014;19(2):77-84. DOI: 10.1177/1355819613506187.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zur Änderung der Mutterschafts-Richtlinien: Anpassung der Anlage 5 – Versicherteninformation zu Basis-Ultraschalluntersuchungen

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) nimmt Stellung zur Änderung der Mutterschafts-Richtlinien: Anpassung der Anlage 5 – Versicherteninformation zu Basis-Ultraschalluntersuchungen. Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf zur Änderung der Versicherteninformation zur Basis-Ultraschalluntersuchung (Anlage 5) sowie die dafür tragenden Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Babyfernsehen

Die DGHWi begrüßt die Hinzunahme des Hinweises „Ultraschalluntersuchungen, die ausschließlich der Anfertigung eines Souvenirs (Fotos, Videos) des ungeborenen Kindes dienen (sogenanntes Babyfernsehen), dürfen nicht durchgeführt werden“. Dies entspricht der aktuellen Gesetzeslage (Verordnung zum Schutz vor schädlichen Wirkungen nichtionisierender Strahlung bei der Anwendung am Menschen – NiSV), und schafft mehr Klarheit für die Schwangere in Bezug auf die Erwartungen und Zielsetzung der angebotenen Ultraschalluntersuchungen und grenzt eine medizinische Untersuchung von einem Freizeit-Event ab. Dies gilt unabhängig davon, ob sie selbst bezahlt werden oder nicht.

Medizinisch relevante Feindiagnostik

Die DGHWi betrachtet allerdings die Streichung des Hinweises zur Feindiagnostik auch ohne medizinische Indikation kritisch.

In Deutschland wird innerhalb der Schwangerschaftsvorsorge eine (erweiterte) Basis-Ultraschalluntersuchung angeboten. Diese wird durch Gynäkolog*innen anhand eines spezifischen Untersuchungskatalogs durchgeführt. Bei besonderen Risiken oder Auffälligkeiten im (erweiterten) Basis-Ultraschall wird dann die Durchführung einer *Feindiagnostik* angeboten.

Die *Feindiagnostik* wird durch Pränataldiagnostiker*innen mit einer DEGUM Stufe 2 durchgeführt. Damit ist der Ausbildungsstand des Untersuchenden höher. Die Feindiagnostik hat einen größeren Umfang und höhere Erkennungsraten von Erkrankungen oder Behinderungen [1]. Zum Beispiel können manche Herzfehler durch eine Feindiagnostik erkannt werden, nicht jedoch durch eine anamnestiche Risikoselektion oder durch den vorgegebenen Untersuchungsumfang der „erweiterten Basis-Ultraschalluntersuchung“.

Die DGHWi hält es für vertretbar, dass Schwangere bzw. Eltern sich die Durchführung einer medizinischen *Feindiagnostik* wünschen und diese auch ohne konkrete Indikation durchführen lassen möchten, um eine Erkrankung oder Behinderung des Kindes, wo möglich, frühzeitig zu erkennen.

Die DGHWi hält es für sinnvoll, dass Schwangere bzw. Eltern über die Möglichkeit einer *Feindiagnostik* aufgeklärt werden und diese als Selbstzahlerleistung auch ohne konkrete Indikation, jedoch mit einer medizinischen Fragestellung durchführen lassen können. Das Streichen dieser Information lässt sich nicht mit dem § 10 der NiSV begründen, wie in den tragenden Gründen erläutert, denn die Feindiagnostik ist eindeutig eine Ultraschalluntersuchung mit einem medizinischen Zweck.

Zusammenfassung

Die DGHWi begrüßt den expliziten Hinweis auf das Verbot des sogenannten Babyfernsehens. Die DGHWi hält es hingegen für sinnvoll, im Rahmen der Aufklärungspflicht dieser Versicherteninformation, Schwangere auf die eingeschränkte Aussagekraft der erweiterten Basis-Ultraschalluntersuchung und mögliche Auffälligkeiten, welche nur durch eine Feindiagnostik erkannt werden könnten, hinzuweisen. Nur so kann von der Schwangeren eine informierte Entscheidung getroffen werden.

Literaturangabe

1. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. *Ultraschallscreening in der Schwangerschaft: Testgüte hinsichtlich der Entdeckungsrate fetaler Anomalien. Abschlussbericht S05-03. Köln: IQWiG; 2008.*

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG)

Die DGHWi begrüßt eine Fortführung der Digitalisierungsbestrebungen des Bundesministeriums für Gesundheit und sieht hier äußerst dringenden Handlungsbedarf für die Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens.

Digitale Gesundheitsanwendungen

Die DGHWi begrüßt die Aufnahme der „digitalen Gesundheitsanwendung“ in den §§ 24c Satz 1 Nummer 2 und 24e Satz 1 SGB V. In dem Gesetzentwurf fehlt aus Sicht der DGHWi eine Erweiterung in §33a SGB V. Auch wenn laut §33a SGB V DiGAs zur „Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten“ (derzeitiger Gesetzestext) zugelassen werden könnten, so werden de facto bisher keine DiGAs zugelassen, welche die Schwangerschaft einer Frau per se als vulnerable Zeit begreifen. Ein Verdacht auf eine Schwangerschaftsbegleitende Erkrankung könnte mit DiGAs frühzeitig erkannt werden. Die entsprechenden ICD-Codes für Schwangerschaft und Mutterschaft werden durch das BfArM nicht anerkannt, da diese Zeiträume im deutschen Gesundheitswesen nicht als Krankheit angesehen werden.

In §33a SGB V Absatz 1 Punkt 2 sollten zusätzlich Hebammen als Personen, die DiGAs für die Zeiten Schwangerschaft und Wochenbett verordnen können, aufgenommen werden.

Das vornehmliche Ziel der Schwangerschaftsvorsorge besteht darin, mögliche Risiken frühzeitig zu erkennen sowie bei Bedarf weitere Diagnostik und Therapie einzuleiten. Die Schwangerschaft wird als ein besonders risikobehaftetes Zeitfenster angesehen, so besteht u.a. ein erhöhtes Risiko für Depressionen, hypertensive Erkrankungen, Diabetes, Fehlgeburten und weitere Gesundheitsprobleme [1]. Schwangerschaften können zudem mit einer ganzen Reihe von Beschwerden und Krankheitssymptomen einhergehen. Hierzu zählen Schlafstörungen, Schwindel, Tinnitus, Fatigue, Nausea, Emesis, Restless Legs-Syndrom, Eisenmangelanämie sowie ein erhöhtes Level von Angst, Stress und ein stark erhöhtes Risiko für Gewalt durch den Partner [2]. Die gesundheitliche Belastung für die Psyche und den Körper einer Schwangeren ist damit deutlich erhöht gegenüber Belastungen in der Allgemeinbevölkerung.

Auch das Wochenbett, das den Zeitraum bis zu zwölf Wochen nach der Geburt umfasst, stellt für die Mutter und das Neugeborene eine vulnerable Phase dar. Die Entlassungen aus dem Krankenhaus nach der Geburt erfolgen angesichts von Kapazitätsengpässen im stationären Setting immer früher. Im Jahr 2005 betrug die mittlere Verweildauer im Krankenhaus nach einer unkomplizierten Geburt 3,8 Tage [3], im Jahr 2022 waren es nur noch 2,9 Tage [4]. In den ersten Wochen nach der Geburt haben, variierend nach Region, bis zu 47% der Eltern keine Hebamme, die die ambulante Versorgung von Mutter und Kind übernimmt [5]. Dadurch sind Eltern

mit ihrem Neugeborenen unter Umständen ab dem dritten Tag auf sich allein gestellt. Bei Beschwerden durch Geburtsverletzungen, Wundheilungsstörungen, Stillproblemen, Problemen bei der Gewichtszunahme des Kindes oder bei einer Neugeborenen-Gelbsucht bleibt den Eltern ausschließlich das Aufsuchen von Wochenbettambulanzen, Frauen- oder Kinderärzt*innen sowie Notfallambulanzen, die die Familien nur zum Teil versorgen können, übrig.

Die DGHWi schlägt folgende Ergänzung in §33a SGB V vor: „(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Medizinprodukten niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen oder die Überwachung oder Versorgung von Schwangerschaft oder Mutterschaft zu unterstützen (digitale Gesundheitsanwendungen). ...“

Hebammen sind Expert*innen in der Versorgung von Frauen während der Schwangerschaft, während der Geburt, im Wochenbett und bis zum Ende der Stillzeit. Da Frauen in der Schwangerschaft Wahlfreiheit haben, ob sie ärztlich oder hebammengeleitet betreut werden möchten, besteht der Bedarf, dass Hebammen als Berufsgruppe DiGAs verschreiben können. Die ergänzende Versorgung durch DiGAs im Bereich Schwangerschaft und Wochenbett könnte somit einen deutlichen Beitrag zur Entlastung und Unterstützung von Frauen und jungen Familien leisten sowie die knappen Ressourcen von Fachkräften schonen.

Elektronische Patientenakte

Der Referentenentwurf legt den Fokus auf die Perspektive der Nutzer*innen für die elektronische Patientenakte (ePA) sowie auf Information für Versicherte. Aus der Sicht einer Fachgesellschaft für Hebammenwissenschaft ist an dieser Stelle zu erwähnen, dass bei den bisherigen Entwürfen der Medizinischen Informationsobjekte (Mios), unter anderem im Mutterpass und dem Kinderuntersuchungsheft, keine weiterführenden Kontextinformationen für die Versicherten aufgeführt wurden. Da Schwangere die Eigentümerinnen ihres Mutterpasses sind und die Sprache im Mutterpass nicht laienverständlich ist, spricht die Dt. Gesellschaft für Hebammenwissenschaft ausdrücklich die Empfehlung aus, dass Kontextinformationen bereitgestellt werden, um eine Nutzer*innenfreundlichkeit zu erreichen.

Die DGHWi begrüßt die Opt-Out Regelung für die elektronische Patientenakte. Möglicherweise könnte der Neustart der elektronischen Patientenakte auch durch eine sinnvolle Anpassung des Wordings begleitet werden, zum Beispiel in „digitaler Gesundheitsdatenraum“.

Die DGHWi mahnt zudem an, die (ambulante) Tätigkeit von Hebammen bei der Konzeption von MIOs und der ePA mitzudenken und den Anschluss von Hebammen an die Telematikinfrastruktur rechtzeitig sicherzustellen. Dies gilt auch für angedachte Veränderungen wie die Erstellung eines KBV-Systems zur Vermittlung von Telemedizin.

Beteiligung von Hebammen

Hebammen agieren als Leistungserbringerinnen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen §§ 24c, 24d und 24f des SGB V auf Grundlage des § 134a SGB V. Die genaue Ausgestaltung und der Umfang der Befüllung der elektronischen Patientenakte sind in § 341 SGB V festgelegt. Ziel ist es, die elektronische Patientenakte sektoren- und fachübergreifend sowohl für die Versicherten als auch zur Förderung der Gesundheitsvorsorge zu nutzen. Um dies sicherzustellen, ist es unabdingbar, die Hebammen in die Abstimmungsprozesse angemessen einzubinden. Eine fehlende bzw. unzureichende Einbindung der Hebammen kann zu Lücken und Einschränkungen bei der sektorenübergreifenden Nutzung der elektronischen Patientenakte führen. Besonders in den sensiblen Phasen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ist eine reibungslose Datenübermittlung ohne Verzögerung zwischen allen beteiligten Berufsgruppen von entscheidender Bedeutung, um die bestmögliche Versorgung von Mutter und Kind zu gewährleisten. Aus diesem Grund ist es unerlässlich, dass dieser Aspekt bei der Abstimmung berücksichtigt wird.

Deshalb schlägt die DGHWi vor, dass Hebammen in Nummer 53. b) zu § 355 Absatz 1 genannt werden, um sie angemessen in die Benennungsherstellung für weitere Anwendungen einzubinden.

Innovationsfond

Die DGHWi begrüßt die Verstärkung des Innovationsfonds ausdrücklich und empfiehlt für die Zukunft einen besonderen Fokus auf die Möglichkeiten der Implementierung und Verstärkung der Innovationen zu legen.

Literaturangaben.

- Schneider H, Husslein P, Schneider KTM. Die Geburtshilfe. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2016.
- Nazik E, Eryilmaz G. Incidence of pregnancy-related discomforts and management approaches to relieve them among pregnant women. J Clin Nurs. 2014;23(11-12):1736-50. DOI: 10.1111/jocn.12323
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK). G-DRG- Fallpauschalen-Katalog 2005; 2005. [Zugriff: 28.07.2023] Verfügbar unter: <https://www.g-drg.de/media/files/archiv/drg-systemjahr-2005-datenjahr-2003/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-2005/g-drg-fallpauschalen-katalog-2005>
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK). Fallpauschalen-Katalog gemäß § 17b Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Katalog ergänzender Zusatzentgelte gemäß § 17b Absatz 1 Satz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Pflegeerlöskatalog gemäß § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. [Zugriff: 28.07.2023] Verfügbar unter: <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2023/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-20232>
- AOK Rheinland/Hamburg. Gesunder Start ins Leben: Schwangerschaft - Geburt - erstes Lebensjahr. Analysen zur Versorgungssituation im Rheinland und Hamburg. Düsseldorf: KomPart Verlagsgesellschaft; 2018.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum Entwurf einer Formulierungshilfe der Bundesregierung für die Fraktionen der SPD, von Bündnis 90/Die Grünen und der FDP für einen Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaus-transparenzgesetz)

Mit dem Krankenhaustransparenzgesetz soll für Patienten und Patientinnen ein besserer Überblick über Angebot und Qualität von Kliniken in Deutschland geschaffen werden. Der Start ist zum 01.04.2024 geplant. Im Folgenden nimmt die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi) dazu Stellung.

Die DGHWi teilt die Sichtweise auf die Problemstellung im Gesetzentwurf uneingeschränkt und begrüßt das Vorhaben, mehr Transparenz für Nutzende und Angehörige über die stationäre Versorgung herzustellen, außerordentlich. Transparenz über die Versorgung hat positive Auswirkungen auf die Versorgungsqualität [1, 2, 3, 4] und entspricht demokratischen Werten. Mit dem geplanten Transparenzverzeichnis kann es gelingen, einen wichtigen Baustein für eine qualitativ hochwertige physiologische Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen in der stationären Versorgung zu entwickeln.

Leistungen in der Geburtshilfe werden ausschließlich durch Ärztinnen, Ärzte und Hebammen erbracht. Ärztinnen und Ärzte sind dazu verpflichtet, bei einer Geburt eine Hebamme hinzuzuziehen (HebG §4).

Daher ist es für Gebärende zentral, dass auch die personelle Besetzung mit Hebammen im Kreißaal transparent und laienverständlich im Verzeichnis enthalten ist. Bisher scheinen nur Angaben zum ärztlichen Dienst und Pflegepersonal vorgesehen zu sein.

Als Datengrundlage zur Darstellung der Qualitätsaspekte werden die Daten der stationären Qualitätssicherung nach § 136a genannt. Diese schließen aktuell überwiegend unerwünschte medizinische Outcomes und Interventionen ein. Dies sind wichtige Daten, die in die Darstellung einfließen sollten. Die Daten sind jedoch weniger geeignet, die Qualität bei der Versorgung einer physiologischen Geburt abzubilden. Zur Stärkung der Orientierung an den Nutzenden sollte daher erwohnen werden, Patient-Reported Experience Measures (PREMs) und Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) als Qualitätsaspekte aufzunehmen oder die Daten der stationären Qualitätssicherung nach § 136a dahingehend auszuweiten. Dies entspricht auch aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen [5, 6, 7].

Zudem sollte das IQTiG damit beauftragt werden, Versorgungsangebote, wie

Autor*innen

Kristina Vogel
Caroline Agricola
Mirjam Peters
Elke Mattern

Autor*innen

Tamara Marraffa,
Mirjam Peters

Hebammenkreißsäle, Familienzimmer und babyfreundliche Krankenhäuser mit auszuweisen. Für die Versorgung unter der Geburt sollte der Anteil vaginaler Geburten, primärer und sekundärer Kaiserschnitte, vaginal-operativen Geburten und Episiotomien für Erst- und Mehrgebärende unterschieden aufgenommen werden. Bei der Darstellung von Kaiserschnitten kann eine laienverständlich aufgearbeitete Robsonklassifikation einen spezifischen Mehrwert für die Entscheidungsfindung der Schwangeren liefern. Für die Versorgung im stationären Wochenbett sollte der Qualitätsindikator zum erfolgreichen Stillen aufgenommen werden. Bei der Klinikwahl stellen diese Angaben wertvolle Informationen für werdende Eltern dar.

1. Vorbemerkungen der DGHWi

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

- Im Jahr 2022 wurden 738.819 Kinder geboren [8].
- Im Jahr 2021 wurden 771.222 Kinder von 757.644 Müttern in einem Krankenhaus in Deutschland geboren [9].
- Die Fallpauschale „gesundes Neugeborenes, Aufnahmegehwicht über 24,99g“ ist mit 641.214 Fällen (2018) die am häufigsten abgerechnete DRG (P67E) [10].
- Im Jahr 2021 gab es insgesamt knapp 1 Mio. (986.571) Behandlungsfälle im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett (ICD Hauptdiagnosen O00-O99) [11].
- Unter den 30 häufigsten stationären Behandlungsanlässen in 2021 bei Krankenhauspatienten in Deutschland steht auf Rang 1 „Lebendgeborene nach dem Geburtsort“ mit 683 je 100.000 Einwohner; und Rang 19 „Spontangeburt eines Einlings“ mit 175 je 100.000 Einwohner [12].

Diese Zahlen allein machen deutlich, dass die Geburtshilfe in Kliniken nicht nur einen maßgeblichen, sondern auch einen besonders bedeutsamen und komplexen Versorgungsbereich darstellt. Die Geburt ist ein Übergang im Leben der Frau und muss wie jede Transition aus der Perspektive qualitativ hochwertiger Versorgung gut begleitet werden [13, 14]. Daher sollte die Konzeption von Transparenz und Informationen zu geburtshilflichen Leistungen eine entsprechende Aufmerksamkeit erhalten.

Gleichzeitig sind schwangere Frauen keine Patientinnen im eigentlichen Sinne, sondern gesunde Nutzerinnen, die stationäre gesundheitliche Leistungen („Geburtshilfe“) in Anspruch nehmen [15]. Aus der Perspektive der DGHWi muss daher der Fokus auf Physiologie fördernde und präventive Versorgung in Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett liegen. Bei der Bezeichnung der Personengruppe im Rahmen des Krankenhaustransparenzgesetzes ist es wichtig, nicht nur von „Patientinnen und Patienten“ zu sprechen, sondern erweitert und ergänzend ebenso von schwangeren Frauen, werdenden Eltern oder Gebärenden. Das entspricht auch der Definition eines Krankenhauses nach §2 Abs. 1 KHG („Krankenhäuser

sind Einrichtungen, in denen durch ärztliche oder pflegerische Hilfeleistung Krankheiten [...] gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird“). Diese Perspektive gilt es in allen Teilen des Leistungsspektrums zu berücksichtigen (Basis-, Fach-, Regel- und Maximalversorgung).

Die DGHWi empfiehlt dringend, bei der Erstellung der Transparenz- und Informationsangebote Hebammenwissenschaftlich qualifizierte Personen kontinuierlich und systematisch einzubeziehen.

2. Informationsbedarf schwangerer Frauen und ihrer Angehörigen

Übersichtsarbeiten zeigen, dass schwangere Frauen – ausgehend von ihren persönlichen Erwartungen und Überzeugungen – den Wunsch haben, ihre Schwangerschaft und ihre Geburt positiv zu erleben und in einer sicheren Umgebung ein gesundes Neugeborenes zur Welt zu bringen [16, 17]. Schwangere Frauen suchen heutzutage regelmäßig gesundheitsbezogene Informationen im Internet [18]. Vorhandene Informationsquellen zu Kliniken, wie etwa die Webseite www.perinatalzentren.org, bieten bisher nicht – oder nicht vollständig – diejenigen Informationen an, die von den Nutzenden gewünscht werden bzw. sind nicht nutzerfreundlich konzipiert [19].

Der unter anderem vom IQTIG [20] beschriebene Umstand, dass schwangere Frauen und ihre Angehörigen sich üblicherweise persönlich bei Informationsveranstaltungen in Kliniken informieren und sich auch in Kliniken zur Geburtsanmeldung vorstellen, zeigt den großen Bedarf nach vertrauenswürdigen und für das Gebären relevanten Informationen direkt aus erster Hand der Kliniken.

Da die bestehenden Regelungen zur Qualitätsberichterstattung offenbar nicht ausreichend sind, um die Öffentlichkeit angemessen über die stationäre Qualität und Leistungserbringung zu informieren (siehe S. 12 des Entwurfes), empfiehlt die DGHWi eine ausführliche Testung der Usability im Vorfeld der Veröffentlichung [21, 22]. Entsprechend müssen die Kostenplanungen für die Umsetzung des Gesetzes angepasst werden. Die angenommenen 100.000 Euro für die erstmalige Erstellung des Portals sind dafür zu gering.

3. Stellungnahme im Detail

Im Folgenden wird die DGHWi bei Bedarf Anmerkungen zum Entwurf eines Transparenzgesetzes und seiner Relevanz in der klinischen Geburtshilfe machen mit einem besonderen Fokus auf eine die Physiologie fördernde Versorgung von Neugeborenen und ihren Müttern. Diese Perspektive wird beispielsweise in den Nationalen Gesundheitszielen „Gesundheit rund um die Geburt“ [23] oder in der S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin [24] beschrieben.

§135d: Transparenz der Krankenhausbehandlung, Abs. 1

Dem IQTIG liegen umfangreiche Daten auf Basis der externen Qualitätssicherung für Geburten vor. Auf dieser Basis sind die oben vorgeschlagenen Krankenhauskennzahlen erfassbar und transparent und einfach darstellbar. Erfolgreiches Stillen wird zurzeit nicht abgebildet, kann aber ergänzt werden. Die DGHWi empfiehlt den Ausbau der erhobenen Daten innerhalb der externen Qualitätssicherung oder die zusätzliche

Erhebung von Daten wie oben beschrieben. Dazu könnte z.B. der Datensatz Geburtshilfe genutzt werden.

§135d: Transparenz der Krankenhausbehandlung, Abs. 3

In den standortbezogenen Informationen müssen auch laienverständliche Informationen enthalten sein, die es den werdenden Eltern ermöglichen, eine Klinik zu wählen, in der die Wahrscheinlichkeit einer physiologischen Geburt höher ist. Das sind vor allem klinikspezifische Daten aus schon bestehenden Qualitätssicherungsverfahren zu:

- Raten vaginaler Geburten nach vorangegangener Kaiserschnitt bei Frauen, die ein Kind am Termin gebären (Robson 5)
- Raten der Einleitungen, differenziert nach Parität der werdenden Mutter (Robson 2, 4, 5)
- Raten an „geplanten“, primären Kaiserschnitten, differenziert nach der Parität der werdenden Mutter (Robson 2, 4, 5)
- Raten vaginaler Beckenendlagegeburten, differenziert nach Parität der werdenden Mutter (Robson 6, 7). Zudem sollten Daten die bereits routiniert seit vielen Jahren bei jeder Geburt mit dem Datensatz Geburtshilfe [25] erfasst werden, transparent dargestellt werden für:
- Dammschnittraten, differenziert nach Parität der werdenden Mutter
- Durchschnittliche Geburtsdauer nach Aufnahme in den Kreißsaal, differenziert nach Parität der werdenden Mutter

§135d: Transparenz der Krankenhausbehandlung, Abs. 4

Sowohl die Dauer als auch der Zeitpunkt einer physiologischen Geburt ist nicht vorhersagbar und planbar. Beide unterliegen einer breiten physiologischen Range. Daher sollte Gebären mit den wichtigen Transparenzindikatoren für das Gebären auf allen Versorgungsleveln grundsätzlich möglich sein. Entsprechende Verlegungskonzepte in Level 2 oder Level 3 Häuser müssen vor Ort in die Versorgung entsprechend integriert werden.

Anlage 2 (zu § 135d) Leistungsgruppen der Krankenhausbehandlung

- Die DGHWi begrüßt, dass die bestehenden perinatalen Leistungsgruppen weiter Anwendung finden. Es sollte die Leistungsgruppe Hebammenkreißsaal ergänzt werden.
- Geburtshilfe sollte qualitätsgesichert und wohnortnah stattfinden können. Versorgungsstrukturen für die Verlegung in höhergradige Leistungsgruppen müssen vor Ort handhabbar und etabliert werden.
- Dabei müssen besonders auch langwierige Krankenhausaufenthalte, wie z.B. im Rahmen der Frühgeburt, berücksichtigt werden. Gerade bei dieser besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppe ist neben der qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung eine körpernahe Betreuung durch die Eltern und die Ernährung

durch Muttermilch ein wichtiger Baustein für ein gutes Outcome. Die jeweiligen konkreten familiären Strukturen der Eltern des Frühgeborenen müssen in der Versorgungsplanung berücksichtigt werden, beispielsweise, wenn weitere Kinder versorgt werden müssen. SGB übergreifende Leistungen, wie die der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), sollten an dieser Stelle besonders im ländlichen Raum mitgedacht werden und könnten an den jeweiligen regionalen öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) interdisziplinär angebunden werden. Auch eine Angliederung dieser Aufgaben an das noch zu gründende Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG) wäre eine konstruktive Lösung.

Art. 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes Abs. 2, Ziffer f

Neben dem ärztlichen Personal sollte auch die Anzahl der beschäftigten Hebammen respektive ihrer Vollzeit-äquivalente, differenziert für die ambulante Versorgung in der Schwangerschaft, der stationären Versorgung in Schwangerschaft und Wochenbett sowie für die Kreißsäle transparent dargestellt werden. Diese Angaben sollten aus einem Transparenzverzeichnis klar hervorgehen.

Literaturangaben.

1. Bayindir EE, Schreyögg J. Public Reporting Of Hospital Quality Measures Has Not Led To Overall Quality Improvement: From Germany. *Health affairs*. 2023; 42(4), 566–574. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2022.00470>
2. Cacace M, Geraedts M, Berger E. Public reporting as a quality strategy. In: Busse, R. Klazinga, Niek, D. Panteli & W. Quentin (Hrsg.), *Health policy series: Bd. 53. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies* (S. 331 ff). 2019.
3. Campanella P, Vukovic V, Parente P, Sulejmani A, Ricciardi W & Specchia ML. The impact of Public Reporting on clinical outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMC health services research*. 2016;16, 296. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1543-y>
4. Prang K H, Maritz R, Sabanovic H, Dunt D, Kelaher M. Mechanisms and impact of public reporting on physicians and hospitals' performance: A systematic review (2000-2020). *PloS one*. 2021;16(2), e0247297. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247297>
5. Nijagal MA, Wissig S, Stowell C, Olson E, Amer-Wahlin I, Bonsel G, et al. Standardized outcome measures for pregnancy and childbirth, an ICHOM proposal. *BMC Health Serv Res* 2018;18(1):953. DOI: 10.1186/s12913-018- 3732-3.
6. Chen A, Väyrynen K, Leskelä R-L, Heinonen S, Lillrank P, Tekay A, et al. A qualitative study on professionals' attitudes and views towards the introduction of patient reported measures into public maternity care pathway. *BMC Health Serv Res* 2021;21(1):645. DOI: 10.1186/s12913-021-06658-z.
7. OECD. RECOMMENDATIONS TO OECD MINISTERS OF HEALTH FROM THE HIGH LEVEL OF HEALTH STATISTICS: Strengthening the international comparison of health system performance through patient-reported indicators; January 2017 [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.oecd.org/health/Recommendations-from-high-level-reflection-group-on-the-future-of-health-statistics.pdf>

8. Destatis: Genesis-online Ergebnis 12612-0002 [Internet]. [Zugriff: 22.08.2023] Verfügbar unter: <https://www.genesis.destatis.de/genesis/onlineoperation=abrufabelleBearbeiten-levelindex=0&levelid=1692708867554&auswahloperation=abrufabelleAuspraegung-Auswahlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=126120002&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb>
9. IQTIG: Bundesauswertung Perinatalmedizin: Geburtshilfe, Erfassungsjahr 2021. [Zugriff: 30.06.2022]. Verfügbar unter: https://iqtig.org/downloads/auswertung/2021/pmgebh/DeQS_PM-GEBH_2021_BUAW_V01_2022-06-30.pdf: 61ff
10. Spindler J. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Krankenhaus-patienten auf Basis der Daten nach §21 Krankenhausentgeltgesetz. In: Klauer J, et al. (Hrsg.): Krankenhausreport 2020, Springer: Berlin. 2020. Verfügbar unter: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-60487-8_21
11. Destatis: Genesis-online: Krankenhauspatienten: Deutschland, Jahre, Hauptdiagnosen ICD-10 (1-3 Steller Hierarchie) Ergebnis 23131-0001 [Internet]. [Zugriff: 22.08.2023]. Verfügbar unter: <https://www.genesis.destatis.de/genesis/onlineoperation=previous&levelindex=0&step=0&titel=Tabellenaufbau&levelid=1692712457038&acceptcookies=false#abreadcrumb>
12. Schmuker C, Polte C, Beydoun G, Günster C. Diagnosehäufigkeit und Inanspruchnahmen von Gesundheitsleistungen. In: Günster C, et al. (Hrsg.): Versorgungs-Report: Leitlinien - Evidenz für die Praxis. MWV. Verfügbar unter: <https://mwv-open.de/site/books/e/10.32745/9783954668007/274>
13. NICE. Postnatal Care (NICE Guideline NG 194) [Internet]. 2021. Verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>
14. Karlstrom A, Nystedt A, Hildingsson I. The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15:251.
15. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze. § 2 Abs. 1: „Im Sinne dieses Gesetzes sind 1. Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können“ [Internet]. [Zugriff: 30.05.2021] Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/kg/___2.html
16. Downe S, Finlayson K, Tuncalp Ö, et al. What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology. 2015.
17. Downe S, Finlayson K, Oladapo O, et al. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. PLoS One. 2018;13(4):e0194906.
18. Sayakhot P, Carolan-Olah M. Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. 2016;16:65.
19. Grieb B. Werdende Eltern wünschen sich konkretere Infos über Perinatalzentren. pädiatrie hautnah [Internet]. 2016. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s15014-016-0812-x>
20. IQTIG. Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal. Zwischen-
- bericht zur Durchführung des Beteiligungsverfahrens nach §137 a Abs. 7 SGB V. Stand: 9. September 2020. 2020:86
21. Bertelsmann Stiftung. Qualitätstransparenz braucht einen großen Wurf: 15 Jahre Public Reporting in Deutschland – ein kritisches Resümee (Weisse Liste) [Internet]. 2022. Verfügbar unter: https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Qualitaetsberichterstattung_Studie.pdf
22. Neudam A. Public Reporting und Patienteninformation im Gesundheitswesen. Public Health Forum. 2019;27(3), 221–224. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1515/pubhef-2019-0054>
23. Gesundheitsziele.de. Gesundheit rund um die Geburt. [Internet]. 2017 [Zugriff: 27.10.2017] Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf
24. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi). Vaginale Geburt am Termin S3-Leitlinie der L A N G F A S S U N G [Internet]. 2020. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-083l_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-01.pdf
25. IQTIG Dokumentationsbogen, Datensatz Geburtshilfe in der aktuellen Fassung [Internet]. 2023 [Zugriff: 22.08.2023]. Verfügbar unter: https://iqtig.org/downloads/erfassung/2023/v01/161/Ausfuellhinweise_16_1.html

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum Referentenentwurf „Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung“ (Hybrid-DRG-V)

Die DGHWi hat den Referentenentwurf vom 21.09.2023 „Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V)“ zur Kenntnis genommen. Zum jetzigen Zeitpunkt beinhaltet dieser Entwurf keine konkreten Maßnahmen in Bezug auf die Geburtshilfe und die beteiligten Fachkräfte.

Die Einführung einer Hybrid-DRG-V in der Geburtshilfe eröffnet berufsgruppenübergreifende Chancen einer engeren fachlichen Verzahnung und Durchlässigkeit zwischen außerklinischer und klinischer Versorgung der werdenden Familien. Aus fachlicher Sicht ist eine höhere Flexibilität in der Betreuung und Versorgung der (werdenden) Familien bei der Wahl der Versorgungsform (ambulant oder stationär) zu begrüßen. Eine engere Verzahnung und Durchlässigkeit zwischen ambulant und stationär erbrachten Leistungen kann zu einer qualitativen Weiterentwicklung führen. Eine entsprechende Hybrid-DRG-V fördert klient*innenorientierte Entscheidungen und reduziert den Einfluss von monetären Gegebenheiten und Anreizen.

Die DGHWi sieht in der Einführung der Hybrid-DRG im Bereich der Geburtshilfe eine Chance, die Versorgung für Frauen und ihre Familien zu verbessern, dabei sollten jedoch einige Punkte Beachtung finden:

1. Die Einführung einer Hybrid-DRG-V darf nicht zu einer weiteren Arbeitsverdichtung in den Kreißsälen und auf den peripheren Stationen führen, noch darf sie zu einer Einschränkung des Angebots in der ambulanten Versorgung führen.

2. Hinsichtlich der Arbeitsbedingungen für den Bereich Geburtshilfe (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) ist zu sagen, dass die Aufgabengebiete beider autonom agierenden Berufsgruppen (Gynäkolog*innen und Hebammen) im Rahmen ihres fachlichen Handelns bei der Entwicklung einer Hybrid-DRG-V getrennt erfasst werden müssen.

3. Die Wahlfreiheit der Frau hinsichtlich des Geburtsortes und der Versorgungsform muss gewährleistet bleiben (SGB V § 24f).

4. Ein Unterlaufen des Hebammenhilfvertrags nach SGB V durch die neue Regelungen einer Hybrid-DRG-V ist in jedem Fall zu vermeiden. Die etablierten Belegsysteme (sowohl von Dienst- als auch Begleitbeleghebammen) stehen bereits für eine Verzahnung von außerklinischer und klinischer Versorgung der werdenden Familien und haben sich bewährt. Bei Einführung einer Hybrid-DRG-V müssen die bestehenden Belegsysteme unbedingt erhalten bleiben, da die Anzahl der Kreißsäle, die durch Dienst-Beleghebammen abgedeckt werden, zurzeit steigend ist und Belegsysteme einen wichtigen Eckpfeiler in der Hebammenversorgung und der geburts-hilflichen Versorgung allgemein darstellen. Zugleich leisten freiberufliche Hebammen im außerklinischen Bereich einen elementaren Beitrag in der Prävention und

Gesundheitsförderung sowie der medizinischen Versorgung von schwangeren und gebärenden Frauen, Wöchnerinnen sowie ihren Kindern. Die Parallelstrukturen der Versorgung in der Klinik und der ambulanten Hebammenversorgung müssen gleichberechtigt erhalten bleiben.

5. Die gesetzlichen Vorgaben der Praxiseinsätze und der Praxisanleitungszeiten von Hebammenstudierenden dürfen nicht gefährdet werden und müssen in ihrer Struktur zwingend erhalten bleiben (HebG §13 Absatz 2; HebStPrV Anlage 3).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass sich die Geburtshilfe durch eine sektorenübergreifende Versorgung aller beteiligter Berufsgruppen auszeichnet. Die Einführung einer Hybrid-DRG-V stellt eine große Chance zur qualitativen Weiterentwicklung der Geburtshilfe dar und kann flexiblere individuellere Lösungen für die Familien in ihrer Einzigartigkeit schaffen, wie im nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ gefordert. Gleichzeitig dürfte die Einführung einer Hybrid-DRG-V auf keinen Fall zu einer weiteren Arbeitsverdichtung bei den klinisch tätigen Hebammen führen. Die aktuell bestehenden Arbeitsbedingungen in den Kreißsälen sind bereits höchst fragil.

Vorrausschauend möchte die DGHWi benennen, dass, sollte es zu einer Erweiterung der Hybrid-DRG-V unter Miteinbeziehung der Geburtshilfe kommen, unbedingt frühzeitig das kollegiale Fachgespräch mit der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi e.V.) sowie weiterer Vertretungen der in der Geburtshilfe beteiligten Versorgungsgruppen gesucht werden sollte, sodass keine Fehlsteuerung in dem aktuell fragilen System der Geburtshilfe entsteht.

Literaturangaben.

1. Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz – HebG) §13 vom 22. November 2019. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/BJNR175910019.html
2. aG-DRG-System 2023. Fallpauschalen-Katalog. InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [Internet]. Verfügbar unter: www.g-drg.de/ag-drg-system-2023/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-20232
3. SGB V - § 134a Versorgung mit Hebammenhilfe. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___134a.html
4. Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrv) vom 08.01.2020, Anlage 3. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/hebstprv/BJNR003900020.html>
5. Vertrag zur Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134 a SGB V. Verfügbar unter: www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/1_Vertragstext._Hebammenhilfvertrag_09-2017.pdf

Autor*in

Claudia Donner

Redaktionelle Anpassung der Mutterpass-Innenseiten

Auf Initiative von Mother Hood wurde eine sprachliche Überarbeitung von Anlage III der Mutterschaftsrichtlinien, die Innenseiten vom Mutterpass, angeregt. Hierbei wurde insbesondere die Anpassung des Satzes "Manchmal können sie allerdings mit einem erhöhten Risiko für Mutter und Kind belastet sein.", der unter den Hinweisen für die Schwangere aufgeführt ist, gefordert. Die DGHWi hat neben dem DHV, BFHD und weiteren Fachgesellschaften am 25. August 2023 schriftlich Stellung genommen und alternative Formulierungen vorgeschlagen [1]. Erfreulicherweise wurde der Formulierungsvorschlag der DGHWi "Manchmal können sie allerdings mit einem erhöhten Risiko oder Belastungen für Mutter und Kind einhergehen." angenommen und im Mutterpass umgesetzt (Stand September 2023) [2]. Zusätzlich wurde die Terminologie "Entbindung" durch "Geburt" ersetzt und die Formulierung "Ärztin oder Arzt" gendergerecht angepasst. In einem gesonderten Verfahren soll beim G-BA über die weiteren inhaltlichen Anregungen der Fachgesellschaften beraten werden. Redaktionelle Anpassungen stellen einen wichtigen Schritt in Bezug auf eine Überarbeitung des Mutterpasses dar.

Literaturangaben

1. Peters, M., Agricola, C., Vogel, K., Scholz-de-Wall, S. & Lahmann, D. (2023). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zur Änderung der Mutterschafts-Richtlinien: Anpassung der Anlage 3 – Mutterpass (Umschlag-Innenseiten) vom 02.08.2023.
2. Gemeinsame Bundesausschuss (2023). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Mutterschafts-Richtlinie: Anpassung der Anlage III (Mutterpass).

Schwangerenvorsorge ein Thema am Runden Tisch „Lebensphase Elternwerden“ beim Arbeitskreis Frauengesundheit (e.V.)

Die Schwangerenvorsorge war Schwerpunkt eines Fachtags des AKF vor zwei Jahren. Der Runde Tisch „Lebensphase Elternwerden“ hatte die wesentlichen Positionen zu diesem Themenfeld innerhalb der in ihm organisierten Berufsgruppen abgestimmt und sie dort vorgestellt. Das nunmehr veröffentlichte, angestimmte Positionspapier „Positionspapier des Runden Tisches ‚Lebensphase Elternwerden‘ beim Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF e.V.) zur Schwangerenvorsorge“ stellt die schwangere Frau in den Mittelpunkt und orientiert sich am Nationalen Gesundheitsziel „Rund um die Geburt“ mit dem Unterziel: „Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert“. Alle dort aufgeführten Akteurinnen und Akteure sind auch im Positionspapier angesprochen.

Zum einen wird gefordert, endlich bestehendes Recht umzusetzen. Dieses reicht von der frühzeitigen Aufklärung über die Leistungen der Schwangerenvorsorge bis zum Recht auf Nichtwissen der Unter-

suchungsergebnisse.

Zum zweiten geht es darum, Selbstverständliches anzustoßen: Evidenzbasierte, einheitliche Informationen zur Schwangerenvorsorge sollten von unabhängigen Institutionen entwickelt werden und barrierefrei zugänglich sein. Die Inhalte müssen in sich widerspruchsfrei, nicht bewertend sowie gut verständlich dargestellt werden.

Das Positionspapier schließt mit einer umfangreichen Liste von Forderungen. Diese reichen von der respektvollen Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen über die Selbstverständlichkeit, dass alle Angebote fachlich gut begründet sind, bis hin zu einer nachhaltigen Struktur zur kontinuierlichen Qualitätssicherung der ärztlichen und Hebammenversorgung während der Schwangerschaft.

Erläuterungen und Begründungen dieser Punkte sollen in Zukunft als losgelöste Kommentare auf der Homepage des AKF zu lesen zu sein.

Fachgruppen im AKF und Elterninitiativen wie Mother Hood, Hebammenverbände wie der DHV und der BFHD sowie wissenschaftliche Fachgesellschaften wie die DGGG, DGPPG und die DGHWi haben das Papier unterzeichnet.

Links

Positionspapier:

<https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/2024/01/11/positionspapier-des-rt-lebensphase-elternwerden-beim-akf-e-v-zur-schwangerenvorsorge/>

Nationales Gesundheitsziel „Rund um die Geburt“:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/nationales-gesundheitsziel-gesundheit-rund-um-die-geburt>

„Schreib doch mal“: die Sektion „Junges Forum“ berichtet über zweites Schreib-Retreat

Nachdem die Sektion Junges Forum bereits im September 2023 ein erstes erfolgreiches Schreib-Retreat veranstaltet hat, folgte nun im April 2024 die Fortsetzung.

Wissenschaftlich schreibende Hebammen aller Qualifikationsstufen zwischen Bachelor- und Promotionsstudium kamen erneut an der Europäischen Jugend- und Begegnungsstätte in Weimar zusammen, um ins Schreiben zu kommen. Oft genug bekommen eigene Forschungs- und Schreibprojekte zwischen Studium, Lehre und Fachpraxis (zu) wenig Aufmerksamkeit und werden als mentale Belastung erlebt. Das Schreib-Retreat diente deshalb dazu, fernab von Ablenkungen des beruflichen und privaten Alltags, Zeit für konzentriertes Arbeiten zu finden – und dabei auch die Freude am eigenen Schreibprojekt zu stärken.

Nach einem Wiedersehen und Kennenlernen am Donnerstagabend konnte im Rahmen der bewährten Tagesstruktur effizient gedacht, recherchiert und geschrieben werden. Der flexible Wechsel von Schreiben, Ruhen, Essen, Bewegen und Peer-to-Peer-Beratungsphasen führte dazu, dass von frühmorgens bis Mitternacht kontinuierlich im Schreibzimmer gearbeitet wurde. Frühlingssonne und Freiheit von Care-Aufgaben haben zusätzlich zur konzentrierten Arbeitsatmosphäre und positiven Stimmung beigetragen. So konnten wir uns beim sonntäglichen Abschied über vorangebrachte Haus- und Masterarbeiten, Exposés und Methodenkapitel von Dissertationen sowie zwei wissenschaftliche Fachartikel freuen. Für den Herbst planen wir bereits die Wiederholung und Ergänzung des Schreib-Retreats um einen Methodenworkshop als Beitrag zur wissenschaftlichen Qualifizierung. Neugierige und Interessierte auf dem wissenschaftlichen Werdegang sind herzlich willkommen dazuzukommen und mitzugestalten.



Autor*innen

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

Autor*in

Christine Loytved
Mandatsträgerin für
den AKF

Autor*in

Clara Eidt
für die Sektion
„Junges Forum“

OKTOBER 2024

23rd International Association of Adolescent Health European Regional Conference

10. – 11. Oktober 2024, Kopenhagen, Dänemark
 Nähere Informationen unter: <https://iaahcopenhagen2024.dk/>

World Health Summit

13. – 15. Oktober 2024, Berlin (und virtuell)
 Nähere Informationen unter: <https://www.worldhealthsummit.org/summit.html>

DGGG Kongress

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

International Normal Labour and Birth Conference

28. – 30. Oktober 2024, Hong Kong, China
 Nähere Informationen unter: <https://normalbirth2024hk.org/>

NOVEMBER 2024

19th Annual Conference of the International Stillbirth Alliance

3. – 6. November 2024, Colombo, Sri Lanka
 Nähere Informationen unter: <https://colombo2024.stillbirthalliance.org/>

ICM regional congress Europe

7. - 9. November 2024, Berlin
 Nähere Informationen unter: <https://www.icmregionals.org/berlin/>

Symposium on Health Systems Research 2024

18. - 22. November 2024, Nagasaki, Japan
 Nähere Informationen unter: <https://healthsystemsglobal.org/hsr2024/>

MAI 2025

HEBA PÄD 2025 - 2.Konferenz zur pädagogischen Arbeit im Hebammenstudium

04. Mai 2025, Münster

18. Deutscher Hebammenkongress

5.-7. Mai 2025, Münster
 Nähere Informationen unter: <https://hebammenkongress.de/>

GNPI – 51. Jahrestagung 2025

22. – 24. Mai 2025, Lübeck
 Nähere Informationen unter: <https://gnpikongress.de/>

Präsidium der DGHWi

Präsidentin

Prof. Dr. Barbara Fillenberg
 Johannes Gutenberg-Universität Mainz
 E-Mail: praesidentin@dghwi.de

Vize-Präsidentin

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

Schriftführerin

Julia Steinmann M.Sc. Midwifery
 E-Mail: schriftfuehrerin@dghwi.de

Schatzmeisterin

Andrea Paucke B.A. Medizinpädagogik
 Hochschule für angewandte Wissenschaften Coburg
 E-Mail: schatzmeisterin@dghwi.de

Beisitzerinnen

Prof. Dr. Barbara Baumgärtner
 Hebamme, Professorin an der Hochschule Bremen
 E-Mail: beisitzerin-leitlinien@dghwi.de

Dr. Nancy Stone MScPH, PhD

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

Prof. Dr. Nicola Bauer

Uniklinik Köln
 E-Mail: beisitzerin-oeffentlichkeit@dghwi.de

Impressum

Herausgeberin (Sponsor)

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

Geschäftsstelle (Office)

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
 Geschäftsstelle
 Im Neuen Lande 12b
 31228 Peine
 FAX: 05372-971878

Editors in chief

Prof. Dr. Annekatriin Skeide, Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA

Associate editors

Anna Dichtl, M.A., 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

Lektorat (Editorial staff)

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

Druck (Printing house):

Druckhaus 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). 2024;12(01): Seitenzahlen. Authors. Title. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science). 2024;12(01):page numbers..

Datum (Date): 06.06.2024

