

Zeitschrift für **Hebammenwissenschaft** Journal of Midwifery Science

Wissenschaftlicher Teil

Forschungsartikel

Research articles

Lehre, Forschung und Entwicklung

Education, Research and Development

Reviews

Aus der DGHWi

Aktuelles

Leitlinien und Stellungnahmen

Mandate und Sektionen

Termine

Band / Jahrgang:
12/2024
Heft: 02
ISSN: 2196-4416

**dgh
w** Deutsche Gesellschaft für
Hebammenwissenschaft

Editorial

WISSENSCHAFTLICHER TEIL

Forschungsartikel

Begleitpersonen während der Geburt - Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung des subjektiven Wohlbefindens
Ab Seite 5

Erfahrungen von Hebammen mit Dolmetschen im Kreißaal. Eine explorative Inhaltsanalyse Midwives' experiences with interpreting in the delivery room. An exploratory content analysis
Ab Seite 12

Lehre, Forschung und Entwicklung

Auslands-Praxiseinsätze im Studium der Hebammenwissenschaft – Zugang zum europäischen/internationalen Bildungs- und Beschäftigungsraum erhalten
Ab Seite 21

Staatliche praktische Prüfungen – Teil I „Schwangerschaft“ und Teil III „Wochenbett und Stillen“ an der Hochschule prüfen
Ab Seite 24

Studieren im europäischen Kompetenzrahmen - rechtliche Vorgaben und Herausforderungen in der Umsetzung in hebammen-wissenschaftlichen Studiengängen
Ab Seite 28

Reviews

Hebammenrelevante Cochrane Reviews
Ab Seite 31

Unterschiedliche Blutzuckergrenzwerte bei Frauen mit Gestationsdiabetes mellitus
Ab Seite 31

AUS DER DGHWi

Aktuelles

Die neue Referentin der DGHWi stellt sich vor Dr. Kristina Jäger
Ab Seite 35

Information Präsidium
Ab Seite 35

Leitlinien & Stellungnahmen

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zur Änderung der Mutterschafts-Richtlinien: Anpassung der Anlage 3 – Mutterpass (Umschlag-Innenseiten) vom 02.08.2023
Ab Seite 36

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zu den Entwürfen für die Gesundheitsinformationen „Mehr Wissen. Wann kommt ein Kaiserschnitt infrage?“ und „Mehr Wissen. Wie läuft ein Kaiserschnitt ab?“
Ab Seite 40

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen, Jugend und des Bundesministeriums der Justiz über den Entwurf eines Gesetzes über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag (SBGG) und zur Änderung weiterer Vorschriften
Ab Seite 41

Mandate & Sektionen

Write now and again: die Sektion „Junges Forum“ berichtet über das 3. Methoden- und Schreibretreat
Ab Seite 45

Keine Sommerpause im Jungen Forum
Ab Seite 45

Termine

Ab Seite 46

Impressum

Liebe Leser*innen,



dieses Szenario aus dem Alltag einer Hochschullehrerin ist manchen von Ihnen vielleicht bekannt: Der Prüfungsausschuss tagt. Gegenstand sind unter anderem mehrere Anträge, die von Studierenden eingereicht wurden. Das Verfahren verläuft wie gewohnt, die Mitglieder des Ausschusses sichten die Unterlagen, beratschlagen und treffen zu dem jeweiligen Antrag eine einstimmige oder mehrheitliche Entscheidung. Nicht immer entspricht die Entscheidung den Wünschen der betreffenden Studierenden, es werden Widersprüche eingereicht und erneut behandelt. Vom formalen Ablauf her ist dies ein korrektes Vorgehen.

Nun passiert jedoch etwas Ungewöhnliches. Die Studierenden formulieren einen „Protestbrief“, in welchem die Autor*innen die „Neutralität“ und damit die Eignung der Mitglieder des Prüfungsausschusses für die dort wahrzunehmenden Aufgaben in Frage stellen. Wie ist dies zu verstehen? Wird die (aus Sicht der Betroffenen) richtige Entscheidung getroffen, ist alles gut. Wird jedoch die (aus Sicht der Betroffenen) falsche Entscheidung gefällt, muss über die Zusammensetzung des Prüfungsausschusses nachgedacht werden? Immerhin wurden die Mitglieder für ihre Aufgabe durch eine Wahl im Fakultätsrat auf der Basis verschiedener Ordnungen legitimiert, haben vor der Entscheidungsfindung beraten und nach demokratischen Prinzipien über die Anträge abgestimmt.

Warum ich diese Geschichte hier erzähle, ist vor dem Hintergrund der jüngsten Wahlen auf Länder- und internationaler Ebene zu verstehen. Vermutlich treibt uns alle gegenwärtig und schon seit einiger Zeit die Besorgnis im Hinblick auf das Funktionieren der Demokratie um. Und auch wenn die oben geschilderten Ereignisse eine sehr begrenzte Reichweite haben, zeigen sie meiner Ansicht nach doch recht gut, welche Verantwortung Hochschullehrende über die reine Kompetenzanbahnung in dem jeweiligen Fachgebiet hinaus noch haben. Studierende erwerben im Rahmen des Studiums nicht nur das Fachwissen, über welches sie für eine Tätigkeit im jeweiligen Berufsfeld verfügen müssen. Sie lernen auch, wie sie sich gemäß demokratischer Grundprinzipien in die Gesellschaft oder ganz konkret in hochschulische Gremien und die Meinungsbildung einbringen können, ebenso wie Hochschullehrende das in der mitunter lästigen Gremienarbeit tun. In dem geschilderten Beispiel haben Fakultäts- und sogar Hochschulleitung sich veranlasst gesehen, deutliche Worte zu sprechen.

Als Wissenschaftler*innen und Hochschullehrende führen wir unsere Arbeit auf der Basis der Freiheit von Forschung und Lehre durch. Wie wichtig Forschungsfreiheit im Hinblick auf die Qualität der gesundheitlichen Versorgung ist, sehen wir in diesem Heft erneut am Beispiel der eingereichten Originalartikel. Lesen Sie die Studie von Nadine Schmitt und Kolleginnen zu dem Thema, wie das Wohlbefinden der Begleitpersonen bei der Geburt über einen Fragebogen erfasst werden kann. Einen anderen methodischen Ansatz, nämlich einen qualitativen, setzen Sonja Domes und Kolleginnen um mit ihrer Studie zu der Frage, welche Erfahrungen Hebammen mit dem Dolmetschen im Kreißaal machen.

In der Rubrik „Lehre, Forschung und Entwicklung“ ist ein Positionspapier des Hebammenwissenschaftlichen Fachbereichstags zu lesen, erstellt von Melita Grieshop (Präsidentin des HWFT) und Kolleginnen. Dort erfahren wir, wie während des Studiums Praxiseinsätze im Ausland gelingen können. Darüber hinaus gewährt uns das Team von Claudia Limmer, Studiengangsleiterin an der HAW Hamburg, Einblicke in die Durchführung des praktischen Teils (Teil I und III) der staatlichen praktischen Prüfung. Beide Beiträge liefern wichtige Impulse zur Weiterentwicklung der akademischen Ausbildung unserer Studierenden.

Wie immer erwarten Sie in diesem Heft auch aktuelle Informationen aus der DGHWi: Dr. Kristina Jäger, die zum 15. August 2024 ihre Aufgabe als Referentin für die strategische Entwicklung dieser Fachgesellschaft aufgenommen hat, stellt sich vor. Weiterhin finden Sie auch Beiträge aus der Kommission für Stellungnahmen, die sich diesmal auf Formulierungen im Mutterpass sowie auf Informationen zum Kaiserschnitt beziehen. Beachten Sie auch die Hinweise zu Aktivitäten in den Sektionen der DGHWi und weiteren Terminen.

Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Lesen dieser Ausgabe, uns allen stabile politische Verhältnisse und nicht zuletzt einen angenehmen Winter,

Prof. Dr. Barbara Baumgärtner

Beisitzerin für Leitlinien der DGHWi

Begleitpersonen während der Geburt - Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung des subjektiven Wohlbefindens

Partners attending birth - development of a questionnaire to assess subjective well-being

Kurzzusammenfassung/Abstract

Hintergrund:

Die Begleitung der Gebärenden durch eine vertraute Person ist heute selbstverständlicher Teil einer Geburt. Systematische Untersuchungen des Befindens dieser Personen sind rar.

Ziel:

Entwicklung eines deutschsprachigen Fragebogens zur Erfassung des subjektiven Wohlbefindens von Begleitpersonen während einer Geburt.

Methodik:

Themen, die das Wohlbefinden der Begleitpersonen beeinflussen, wurden auf Basis von Literaturrecherche und Interviews identifiziert. Die vorläufigen Items wurden mittels Pretest, Expert*innen-Rating und Pilotierung mit Begleitpersonen und Literaturrecherche evaluiert. Anschließend wurde ein Fragebogenentwurf an 739 Begleitpersonen versandt. Testtheoretische Überprüfungen dienten der Itemreduktion und der Entwicklung eines finalen Fragebogens.

Ergebnisse:

Auf der Grundlage von 164 vollständig ausgefüllten Fragebögen konnten 31 Items extrahiert werden, die sich thematisch den Bereichen Informiertheit, Interaktion mit dem Personal, Zugehörigkeit und Empfindungen zuordnen lassen. Die Untersuchung bestätigt die Wichtigkeit eines Gefühls von Kontrolle und dem Bedürfnis, in Entscheidungen einbezogen zu werden. Begleitpersonen sorgen sich um die Gebärende und benötigen entsprechend adäquate Informationen vom Personal.

Diskussion:

Zur besseren Einbindung von Begleitpersonen und zur Förderung positiver Erfahrungen sollte deren Wohlbefinden während der Geburtsbegleitung systematisch untersucht werden. Der Fragebogen bestätigt die Schlüsselrolle des geburtshilflichen Personals.

Background:

Nowadays it is a common part of childbirth to be accompanied by a person familiar to the woman giving birth. However, systematic studies on the well-being of these partners are rare.

Objective:

Development of a German-language questionnaire to assess the subjective well-being of partners during childbirth.

Methods:

Topics influencing the partners' well-being were identified on the basis of literature research and interviews. The preliminary items were evaluated through a pretest, expert rating, and piloting with companions. A draft questionnaire was sent to 739 partners during birth. Test theory reviews were used for item reduction and the development of a final questionnaire.

Results:

Based on 164 fully completed questionnaires, 31 items were extracted. These can be thematically assigned to the areas of being informed, interaction with staff, belonging and feelings. The research confirms the importance of the feeling of control and the need to be involved in decisions. The accompanying persons are concerned about the woman giving birth and accordingly need adequate information from the staff.

Discussion:

Support persons are an important part of childbirth for the woman in labor. To improve the involvement of these partners and promote positive experiences, their well-being during labour support should be systematically studied. The questionnaire confirms the key role of obstetric staff.

Hintergrund

Die Geburt eines Kindes ist ein einschneidendes Ereignis im Leben aller Beteiligten, das dauerhafte Auswirkungen auf die persönliche Entwicklung haben kann und auch Jahre später noch lebhaft erinnert wird [26]. Die Erfahrung der Geburt hat langfristige Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mutter [20]. Die positiven Effekte kontinuierlicher Betreuung während der Geburt auf physiologische Outcomes sind inzwischen vielfach untersucht und bestätigt (kürzere Geburten, höhere Raten vaginaler Geburten, weniger intrapartale Analgesie, geringere Kaiserschnitttrate, seltener instrumentelle vaginale Geburten, weniger Regionalanästhesie sowie bessere Apgar-Werte) [4]. In Bezug auf die Geburtserfahrung erwies sich hierbei vor allem die Unterstützung während der Geburt durch eine Person des sozialen Netzwerkes als wirksam [4]. Andere internationale Studien belegen ebenfalls, dass die Begleitung der Gebärenden durch eine ihr vertraute Person ein essentieller und auch geburtsförderlicher Bestandteil der Geburt ist [14]. Eine im Kreißsaal anwesende Begleitperson - zumeist der werdende Vater - ist heute in den westlichen Ländern nicht mehr wegzudenken. Dieser Umstand begründet sich in dem Konzept der familienorientierten Geburt, welches sich seit den 80er Jahren zunehmend durchsetzt [2].

Die Erfahrung der Geburt hat auch Auswirkungen auf die künftige emotionale, körperliche und reproduktive Gesundheit und das Wohlbefinden der Begleitperson selbst. So kann die Geburtserfahrung zu Angstsymptomen, Depressionen bis hin zu Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei Begleitpersonen führen [5, 14]. Eine weitere Untersuchung berichtet von schwerwiegenden Folgen der negativen emotionalen Erfahrungen für die Beziehungen der Begleitpersonen und deren Familien und dass Traumata

Autor*innen

Nadine Schmitt
Martin-Luther
Universität
Halle-Wittenberg
nadine.
schmitt@medizin.
uni-halle.de

**Juliane
Lamprecht**
Martin-Luther
Universität
Halle-Wittenberg

Gabriele Meyer
Martin-Luther
Universität
Halle-Wittenberg

sexuell „vernarbend“ für die Begleitpersonen sein können [29].

In den letzten Jahren wurden die Erfahrungen von geburtsbegleitenden Vätern vermehrt in den Fokus genommen. Es wurde aufgezeigt, dass Väter sich freuen, die Geburt begleiten zu können, auch wenn es ihnen schwerfällt, ihre Frau unter Schmerzen zu sehen und nicht helfen zu können [7]. Gleichzeitig wurde berichtet, dass Väter sich hilflos, nutzlos und ängstlich fühlen und psychologische Unterstützung benötigen [11].

Eine systematische Literaturrecherche zeigt die Bedeutung der Unterstützung durch das medizinische Personal auf, in erster Linie der Hebamme [25]. Das Verhalten des Personals zeigte hier erhebliche Auswirkungen auf die Empfindungen der Begleitpersonen und ihre Rolle während der Geburt. Die Begleitpersonen benötigen adäquate Informationen darüber, was geschieht und wie sie helfen können. Weiterhin benötigen sie emotionale Unterstützung, Respekt, Empathie und Akzeptanz seitens des Personals. Sie möchten aktiv in Entscheidungsprozesse einbezogen werden und als wichtiger Teil des gebärenden Paares gesehen werden [25].

Auch wenn es inzwischen erste Hinweise darauf gibt, was Begleitpersonen während der Geburt benötigen, sind systematische Untersuchungen der Erfahrungen und des Befindens von geburtsbegleitenden Personen kaum vorhanden. Unsere Literaturrecherche erbrachte lediglich einen validierten Fragebogen zur Erfassung der Erfahrungen von Begleitpersonen während einer Geburt [24]. Dieser englischsprachige Fragebogen richtet sich ausschließlich an schwedische Männer, die zum ersten Mal Vater werden („first-time fathers“). Andere Begleitpersonen sowie Personen, die nicht zum ersten Mal eine Geburt begleiten, sind in dem genannten Instrument nicht berücksichtigt. Ein Fragebogen zur Erfassung der Geburtserfahrung von Begleitpersonen in deutscher Sprache ist aktuell nicht vorhanden. Somit bedarf es der Entwicklung eines Instruments, welches das Wohlbefinden von Begleitpersonen im deutschen geburtshilflichen System erhebt, alle geburtsbegleitenden Personen berücksichtigt und auch wiederholte Erfahrungen erfasst. Begleitpersonen können neben dem werdenden Vater gleichgeschlechtliche Partner*innen und auch andere der Gebärenden nahestehende Personen sein, wie beispielsweise die Mutter oder Schwester der Gebärenden, oder eine enge Freundin.

Ziel

Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, ein deutschsprachiges Instrument zur Erfassung des subjektiven Wohlbefindens von Begleitpersonen während der Begleitung einer Geburt zu entwickeln. Wohlbefinden ist hierbei in Anlehnung an das State-Trait-Modell der Affektivität [8] als situativ variierender Zustand gemeint, der das momentane Erleben einer Person von Gefühlen, Stimmungen und körperlichen Empfindungen sowie das Fehlen von Beschwerden ausdrückt [3]. Die vorliegende Arbeit möchte Wohlbefinden während der Geburt retrospektiv erfassen, d.h. die Gefühle und Stimmungen, die sich ausschließlich auf dieses eng umgrenzte, zeitlich beschränkte Erlebnis beziehen. Es wird somit die emotionale state-Komponente subjektiven Wohlbefindens erhoben und im Folgenden als ‚subjektives Wohlbefinden‘ bezeichnet.

Es sollen alle Begleitpersonen inkludiert werden.

Weiterhin richtet sich das Instrument sowohl an Personen, die zum ersten Mal eine Geburt begleiten, als auch an Personen, die dies zum wiederholten Male tun. Da Begleitpersonen während der Begleitung einer außerklinischen Geburt von anderen Erfahrungen berichten [28], beschränkt sich die vorliegende Entwicklung und anschließende Validierung des Fragebogens auf das Wohlbefinden während einer Klinikgeburt.

Methode

Das Vorgehen zur Entwicklung des Online-Fragebogens erfolgte in vier Schritten entsprechend der Konstruktionsphasen von Tests und Fragebogen nach Moosbrugger und Kelava [12]:

1. Identifikation von wichtigen Themenbereichen während der Geburtsbegleitung mittels systematischer Literaturrecherche und qualitativen Interviews,
2. Konstruktion und Generierung von Items und Entwurf des Fragebogens inklusive Instruktion,
3. Qualitative Verständlichkeitsanalysen: Evaluation der Items mittels kognitivem Pretest, Expert*innen-Rating und Pilotierung (1. Revision),
4. Erste empirische Erprobung der vorläufigen Fragebogenfassung mit Itemanalyse (2. Revision)

Für die Proband*innen-Beteiligung hat die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität ein positives Votum erteilt. Die Abbildung 1 gibt eine Übersicht über die einzelnen erfolgten Schritte bei der Erstellung des Fragebogens.

Zur Rekrutierung wurden Personen angefragt, die im Rahmen der „Be-Up-Studie“ eine Geburt in einer Klinik begleiteten. Diese wurden über die teilnehmenden Mütter kontaktiert, die im Rahmen der Studie eine Einwilligung zur Nachbefragung gaben. Die Studie „Be-Up: Geburt aktiv“ ist eine multizentrische randomisierte kontrollierte Studie, die den Effekt der Geburtsumgebung auf den Geburtsmodus untersucht hat [1]. Teilnehmende Frauen wurden einem konventionellen Kreißaal oder einem alternativ gestalteten Kreißaal („Be-Up-Raum“) zugeteilt. Im „Be-Up-Raum“ war kein Kreißbett vorhanden bzw. es war nicht sichtbar; stattdessen wurden Hilfsmittel zur Förderung der Mobilität, Entspannung, Selbstbestimmung und der aufrechten Körperhaltung angeboten. Für die Begleitpersonen wurden im „Be-Up-Raum“ verschiedene Annehmlichkeiten bereitgestellt, wie beispielsweise ein Sitzsack zum Verweilen, eine Sitzgruppe oder eine Kaffeemaschine. Die vorliegende empirische Erprobung des Fragebogens erfolgte im Rahmen dieser übergeordneten Studie.

1. Identifikation von Themen

Bei einer systematischen Literaturrecherche im Mai 2021 in den Datenbanken Medline via PubMed, CINAHL und midirs wurden keine Instrumente ermittelt, die den Kriterien der vorliegenden Studie entsprachen. Ein aus-

führlicher Bericht dieser Recherche wurde als systematisches Scoping Review publiziert [25]. Es konnten allerdings wichtige Themenbereiche identifiziert werden, die für die vorliegende Fragebogenentwicklung von Bedeutung waren. Folgende vier Themenbereiche, mit denen Begleitpersonen während der Geburtsbegleitung konfrontiert sind, wurden in der systematischen Literaturrecherche gefunden: dem Erleben intensiver Emotionen, dem Finden ihrer unterstützenden Rolle, die Unterstützung des medizinischen Personals und dem Vater werden. Fünf qualitative Interviews bestätigten diese Themenbereiche. Bei den Interviews handelt es sich um teilstrukturierte, leitfadengestützte Interviews, die aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie mittels Videochat durchgeführt und aufgenommen wurden. Die Interviewten waren vier Väter und eine Wöchnerin im Alter zwischen 30 und 37 Jahren. Drei der Befragten berichteten von Ersterfahrungen und zwei berichteten von einer zweiten Geburtserfahrung. Die Tonaufnahmen der Videos wurden transkribiert und inhaltlich ausgewertet. Die bereitgestellten Informationen der Interviewten waren konsistent mit den Ergebnissen der systematischen Literaturrecherche.

2. Itemgenerierung

Anhand von Literaturrecherche und Interviews wurde ein Itempool formuliert, der das subjektive Wohlbefinden der Begleitpersonen erfasst. Zur Generierung des Itempools wurde sich inhaltlich an den oben genannten Themenbereichen orientiert.

Die Items sollten auf einer 4-stufigen Likert Skala von 1 „trifft nicht zu“ bis 4 „trifft zu“ beantwortet werden. Eine höhere Ausprägung im Sinne der Merkmalsausprägung ist mit positiveren Werten assoziiert. Dies bedeutet, dass höhere Werte auf ein höheres subjektives Wohlbefinden hindeuten. Um Antworttendenzen zu verringern, wurden ausgewählte Items gegenteilig formuliert und vor der Auswertung invertiert. Jedes Item verfügte über die Ausweichmöglichkeit „weiß ich nicht“.

Neben den Empfindungen der Begleitpersonen während der Geburtsbegleitung wurden soziodemografische Variablen sowie geburtsbezogene Variablen erhoben. Die erfragten soziodemografischen Variablen beinhalteten die Frage nach dem Alter, dem Geschlecht, dem höchsten Bildungsabschluss, dem Verhältnis zur Gebärenden, der Anzahl der Beziehungsjahre, der ersten oder wiederholten Geburtsbegleitung und ob die Gebärenden Erstgebärende oder Mehrgebärende war. Die geburtsbezogenen Variablen erfragten den Geburtsmodus (z.B. spontan vaginal, vaginal-operativ oder Entbindung per Kaiserschnitt), die Geburtsposition, eine Geburt auf dem Gebärbett oder im Wasser, eine Teilnahme an der Be-Up-Studie und damit eventuell verbundener Aufenthalt im „Be-Up-Raum“. Da die Erhebung inmitten der SARS-CoV-2-Pandemie stattfand, wurde die Begleitperson gefragt, ob sie die Geburt von Beginn an begleiten konnte oder aber ab welchem Zeitpunkt.

Der konstruierte Itempool diente als Basis für einen Fragebogen, der mittels der Plattform SoSci Survey [19] online zur Verfügung gestellt wurde und dessen Link mittels E-Mail versandt wurde. Auf der ersten Seite des Online-Fragebogens wurden die Teilnehmenden kurz über das Vorhaben informiert und gebeten nur teilzunehmen, wenn sie in den letzten fünf Jahren eine Geburt in einem Krankenhaus in Deutschland begleitet hatten. Sie wurden weiterhin darüber aufgeklärt, dass

ihre Daten anonym erhoben, gespeichert und statistisch ausgewertet werden.

3. Itemevaluation

Zur Testung der Augenscheinvalidität wurde der vorläufig konstruierte Fragebogen zwei Begleitpersonen vorgelegt, die kürzlich die Geburt ihres Kindes begleiteten und über die Be-Up-Studie rekrutiert wurden. Die Personen wurden im Rahmen eines Interviews gebeten, den Fragebogen aufmerksam zu lesen, die Items zu beantworten und ihre Gedanken dabei laut zu formulieren (kognitiver Pretest mittels Think-Aloud-Technik). Sie wurden gefragt, ob sie die Items für relevant für ihre Geburtsbegleitung einschätzen und ob sie die Items als leicht verständlich empfanden. Sie wurden ebenfalls gebeten, die Punkte zu nennen, die für sie besonders wichtig waren. Das Gespräch wurde aufgenommen, anschließend ausgewertet und die Hinweise umgesetzt.

Zur Testung der Inhaltsvalidität wurde der auf Basis des kognitiven Pretests überarbeitete Fragebogen anschließend an Hebammen(-schüler*innen/-student*innen) mittels Online-Link versandt (Expert*innen-Rating). Zur Rekrutierung wurden Kolleg*innen befragt, die entsprechende Expert*innen in dem Bereich empfahlen sowie ein Aufruf bei der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) gestartet. Die Expert*innen wurden zunächst gebeten, die Bereiche und die Items des Fragebogens kritisch zu prüfen. Sie wurden aufgefordert, schriftliche Kommentare abzugeben, um die Eignung der Items zu verbessern. Insgesamt acht Expert*innen begutachteten und kommentierten den Fragebogen online und anonym. Alle Kommentare wurden bei der Weiterentwicklung der Items berücksichtigt.

Anschließend wurde der Online-Link zum revidierten Fragebogen an insgesamt 144 Frauen der Be-Up-Studie per E-Mail versandt, mit der Bitte um Weiterleitung an ihre Begleitpersonen zur Beantwortung und zur schriftlichen Rückmeldung (Pilotierung). Insgesamt 19 Personen kommentierten den Fragebogen und gaben Hinweise zur Verbesserung der Items sowie zum Streichen von irrelevanten oder dem Hinzufügen notwendiger Items.

Nach Evaluierung der Items auf Basis von kognitivem Pretest, Expert*innen-Rating und Pilotierung erbrachte der resultierende Itempool insgesamt 89 Items zur Erfassung des subjektiven Wohlbefindens während der Geburtsbegleitung. Die Items sind vier Themenbereichen zugeordnet: Der Themenbereich ‚Informiertheit‘ (7 Items) wurde zum Beispiel durch das Item ‚Ich hatte das Gefühl, dass ich emotional auf das vorbereitet war, was ich im Verlauf der Geburt erlebt habe‘ erfragt. Ein weiterer Themenbereich war die Versorgung durch das Personal, zum einen die ‚Interaktion mit der Hebamme‘ (27 Items) und zum anderen die ‚Interaktion mit dem ärztlichen Personal‘ (27 Items). Um Beeinflussungen durch die Fragestellungen zu vermeiden, wurden die Items zur Interaktion mit der Hebamme und die Items zur Interaktion mit dem ärztlichen Personal einheitlich formuliert. So wurde zum Beispiel das Item ‚Ich hatte das Gefühl, dass die Gebärende von der Hebamme gut versorgt wird‘ ebenfalls als ‚Ich hatte das Gefühl, dass die Gebärende vom ärztlichen Personal gut versorgt wird‘ formuliert. Weiterhin wurde die subjektiv erlebte ‚Zugehörigkeit‘ (16 Items) während der Geburtsbegleitung erfragt. Ein Beispielitem ist das invers

Schlüsselwörter: Geburtsbegleitung, Begleitpersonen, Fragebogen, Wohlbefinden, Elternschaft

Keywords: birth attendance, birth partner, questionnaire, well-being, parenthood

Eingereicht:
29.08.2023

**Nach Revision
angenommen:**
21.08.2024

formulierte Item „Ich hatte das Gefühl, nicht dazu zu gehören“. Der letzte Themenbereich betrifft die ‚Empfindungen‘ (12 Items) der Befragten während der Geburtsbegleitung und wurde zum Beispiel durch den Satz „Ich war überwältigt von den vielen Gefühlen in mir“ erhoben. Insgesamt 14 Items erfragten soziodemografische und geburtsbezogene Daten. Ein Item diente als externes Kriterium und erfragte allgemein das subjektiv eingeschätzte Wohlbefinden während der Geburt („Alles in allem, wie hoch würden Sie ihr Wohlbefinden insgesamt während der gesamten Geburt einschätzen?“). Die Antwortmöglichkeiten waren vierstufig von „sehr hoch“ bis „sehr niedrig“ formuliert.

4. Empirische Erprobung mit Itemanalyse

Der Link zum finalen Online-Fragebogen mit 89 Items wurde im April 2022 an insgesamt 739 Studien-Teilnehmerinnen mit der Bitte um Weiterleitung an ihre Begleitperson per Mail versandt. Drei Wochen nach Erstversand erfolgte eine erste Erinnerung, nach weiteren drei Wochen eine zweite und letzte Erinnerung. Fragebögen, die mehr als 20 % fehlende Werte aufwiesen, wurden von der Analyse ausgeschlossen.

Als erstes wurden Items, die nur gering mit dem externen Kriterium korrelieren ($r < 0,2$), ausgeschlossen.

Um weiterhin die Vielzahl der Items auf wesentliche Items zu reduzieren, wurden Hauptkomponentenanalysen (HKA) pro Themenbereich durchgeführt. Die Faktorladung eines Items zu einem Faktor sollte mindestens 0,45 betragen, damit eine inhaltliche Zuordnung sichergestellt ist [13]. Items mit einer Faktorladung unter 0,45 wurden entsprechend ausgeschlossen. Ebenso wurden Items eliminiert, die Nebenladungen $> 0,3$ hatten. Korrelationen zwischen den Faktoren (= spätere Themenbereiche) wurden angenommen und entsprechend eine schiefwinklige (oblique) Rotation gewählt.

Entsprechend der klassischen Testtheorie diente eine anschließend durchgeführte Itemanalyse der weiteren Identifikation ungeeigneter Items. Hierfür wurden für die einzelnen Items die Itemschwierigkeit und die Trennschärfe bestimmt. Die Itemschwierigkeit bezieht sich darauf, dass Personen mit unterschiedlichen Merkmalsausprägungen (im Fall dieser Untersuchung also das subjektive Wohlbefinden der Teilnehmenden) auch Unterschiede im Zustimmungsverhalten aufweisen [12]. Es wurde darauf geachtet, dass es eine ausreichende Zahl Items mittlerer Schwierigkeit gibt, die hinreichend zwischen den Teilnehmenden streuen. So kann eine differenziertere Unterscheidung zwischen zustimmenden und nicht zustimmenden Personen

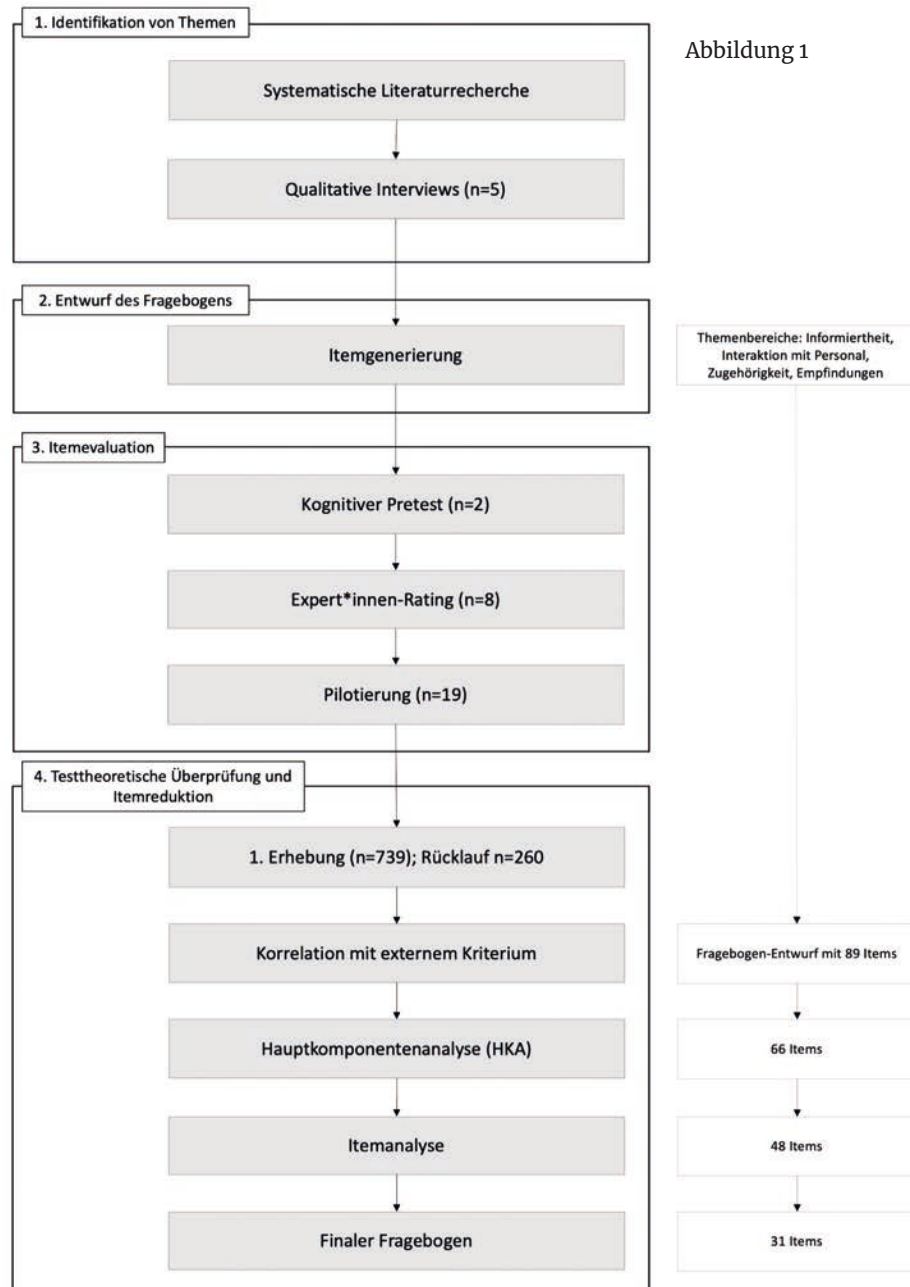


Abbildung 1

sichergestellt werden [12]. Konkret wurden Items mit einer Schwierigkeit unter 0,1 und über 0,9 ausgeschlossen. Die Trennschärfe beschreibt den korrelativen Zusammenhang zwischen einem Item und der Skala, zu der es gehört [12], also wie gut die Beantwortung des betreffenden Items das Gesamtergebnis (im vorliegenden Fall das subjektive Wohlbefinden) vorhersagt. Items mit einer negativen oder zu geringen Trennschärfe führten ebenfalls zum Ausschluss dieser. Eine Trennschärfe von $\geq 0,3$ wurde als akzeptabel angesehen [12]. Nach Ausschluss der zu schwierigen/zu leichten und zu wenig trennscharfen Items wurde eine erneute Itemanalyse durchgeführt.

Ergebnisse

Von den 739 angefragten Personen kamen 260 ausgefüllte Fragebögen zurück. Insgesamt 96 der 260 Fragebögen wiesen mehr als 20 Prozent fehlende Werte auf (37 %). Mehr als die Hälfte der fehlenden Werte entstanden durch die Beendigung des Fragebogens auf den ersten Seiten. Somit wurden 164 Teilnehmende in die Analyse eingeschlossen. Dies entspricht einem Rücklauf von 22 %. Die Tabelle 1 zeigt die soziodemografischen Merkmale der untersuchten Stichprobe sowie die Kennwerte für die geburtsbezogenen Variablen. Die Teilnehmenden waren im Mittel 34,5 (SD=5,1) Jahre alt, wobei die jüngste Person 21 und die älteste 49 Jahre alt war. Die Teilnehmenden waren fast ausschließlich männlich und die Mehrheit hatte einen höheren Bildungsabschluss. Etwas mehr als die Hälfte begleitete eine Geburt zum ersten Mal und die Mehrheit begleitete eine vaginale Geburt ohne Saugglocke oder Zange. Fast alle Begleitpersonen waren mit der Gebärenden verheiratet oder verpartnert. Ein Drittel der Teilnehmenden begleitete eine Geburt, bei der das Kind in einer aufrechten Gebärlage zur Welt kam.

Von den 89 konstruierten Items korrelierten 23 nur gering mit dem externen Kriterium, also dem allgemein eingeschätzten subjektiven Wohlbefinden während der Geburt, ($< 0,2$) und wurden entsprechend

Tabelle 1 Merkmale der Teilnehmenden (n=164) und geburtsbezogene Angaben.

Merkmale	
Alter in Jahren, Mittelwert (SD)	34,5 (5,1)
Geschlecht, männlich	150 (91,5)
(Fach-)Hochschulabschluss oder Abitur	122 (74,4)
Verheiratet oder verpartnert	152 (92,6)
>5 Beziehungsjahre	118 (71,9)
Erste Geburtsbegleitung	96 (58,5)
Frau Erstgebärende	96 (58,5)
Geburtsbegleitung nicht ab Beginn	27 (16,5)
Physiologische Geburt	121 (73,8)
Vaginal-operative Geburt	21 (12,8)
Kaiserschnitt	11 (6,7)
Geburt in Gebärlage	75 (45,7)
Aufrechte Gebärlage*	49 (29,8)
Wassergeburt	5 (3)
Anzahl Teilnehmende Be-Up-Studie	122 (74,4)
davon im Be-Up-Raum	67 (40,9)

Anmerkung: Die Werte sind absolute Zahlen (Prozent), wenn nicht explizit anders benannt. *Vierfüßlerstand, stehend, hockend, kniend, sitzend

Tabelle 2 Itemkennwerte und zugehörige Themenbereiche

Themenbereiche und Items	n	MW	SD	r _s	α
Informiertheit					0,82
Ich hatte meistens das Gefühl, zu wissen, was gerade passiert.	164	3,43	0,78	0,64	
Ich wusste meistens, was ich tun kann, um die Gebärende zu unterstützen.	163	3,15	0,82	0,54	
Ich habe mich auf das, was während der Geburt passieren kann/passiert ist, vorbereitet gefühlt.	162	3,14	0,86	0,63	
Ich hatte das Gefühl, dass ich emotional auf das vorbereitet war, was ich im Verlauf der Geburt erlebt habe.	161	3,14	0,92	0,55	
Meistens wusste ich, wie die Geburt weiter verlaufen wird.	161	2,95	0,85	0,68	
Mindestens einmal hatte ich das Gefühl, keine Kontrolle über die Situation zu haben. (umgepolt)	161	2,19	1,10	0,48	
Interaktion Hebamme					0,91
Ich hätte mir gewünscht, dass die Hebamme mir mehr zuhört. (umgepolt)	160	3,52	0,75	0,71	
Ich fühlte mich durch die Hebamme unterstützt.	162	3,47	0,83	0,73	
Die Hebamme hat mich ausreichend darüber informiert, was sie tut und tun wird.	164	3,41	0,83	0,75	
Ich hätte mir gewünscht, die Hebamme bezieht mich mehr in Entscheidungen ein. (umgepolt)	157	3,24	0,88	0,70	
Die Hebamme hat mir gezeigt, wie ich die Gebärende unterstützen kann.	161	3,16	0,96	0,71	
Es gab Situationen, in denen ich mir gewünscht hätte, dass mir die Hebamme mehr Informationen gibt. (umgepolt)	164	3,01	1,00	0,74	
Ich hätte mir gewünscht, dass die Hebamme öfter im Raum anwesend ist. (umgepolt)	164	2,96	1,01	0,61	
Ich fühlte mich von der Hebamme in Entscheidungen einbezogen.	150	2,89	0,98	0,74	
Die Hebamme hat mir etwas zu Trinken oder zu Essen angeboten oder mich gefragt, was ich brauche.	149	2,72	1,21	0,46	
Interaktion ärztliches Personal					0,79
Das ärztliche Personal hat mich ausreichend darüber informiert, was es tut und tun wird.	160	3,16	0,95	0,55	
Ich hätte mir gewünscht, dass das ärztliche Personal mir zeigt, was ich tun kann. (umgepolt)	155	3,14	0,94	0,47	
Ich hätte mir gewünscht, dass das ärztliche Personal öfter im Raum anwesend ist. (umgepolt)	161	3,01	1,00	0,42	
Das ärztliche Personal gab der Gebärenden und mir die Möglichkeit, die Geburt mitzugestalten.	148	2,51	1,03	0,58	
Ich fühlte mich vom ärztlichen Personal in Entscheidungen einbezogen.	148	2,43	1,13	0,72	
Jemand vom ärztlichen Personal hat mir gezeigt, wie ich die Gebärende unterstützen kann.	151	2,15	1,10	0,55	
Zugehörigkeit					0,84
Ich hatte das Gefühl, nicht dazu zu gehören. (umgepolt)	164	3,59	0,72	0,64	
Ich habe meine eigenen Erwartungen an mich selbst als Begleitperson erfüllt.	159	3,48	0,69	0,61	
Ich empfand mich selbst als einbezogen in die Geburt.	164	3,30	0,82	0,74	
Ich konnte die Gebärende gut unterstützen.	162	3,24	0,79	0,71	
Empfindungen					0,83
Ich hatte das Bedürfnis, aufkommende Gefühle unterdrücken zu wollen. (umgepolt)	161	3,48	0,77	0,65	
Ich hatte das Gefühl, aufkommende Gefühle unterdrücken zu müssen. (umgepolt)	161	3,48	0,75	0,47	
Ich war mit der Situation überfordert. (umgepolt)	162	3,40	0,78	0,54	
Ich hatte Angst. (umgepolt)	162	3,09	1,00	0,68	
Ich war besorgt über die Dauer der Geburt. (umgepolt)	161	2,95	1,18	0,63	
Ich war in Sorge aufgrund der Schmerzen der Gebärenden. (umgepolt)	164	2,36	1,06	0,59	

ausgeschlossen. Ein Item wurde aufgrund einer Faktorladung $< 0,45$ eliminiert. 17 Items wurden aufgrund von zu hohen Nebenladungen ($> 0,3$) ausgeschlossen. Somit erbrachten die Hauptkomponentenanalysen der jeweiligen Themenbereiche eine Reduktion der Items auf insgesamt 48 Items. Die Itemanalyse erbrachte einen Ausschluss von 17 Items aufgrund von Itemschwierigkeiten über 0,9. Die Abbildung 1 illustriert die Reduktion der Items in den jeweiligen Schritten.

Die Kennwerte der verbliebenen 31 Items und die dazugehörigen Themenbereiche sind in Tabelle 2 dargestellt. Die endgültigen Items weisen hohe Trennschärfen ($< 0,3$) auf. Die interne Konsistenz der jeweiligen Themenbereiche ist zufriedenstellend ($> 0,7$) [27].

Diskussion

Die vorliegende Studie berichtet die Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung des subjektiven Wohlbefindens von Begleitpersonen während einer Klinikgeburt. Nach mehreren Evaluations- und Analyse-schritten besteht die erste Fassung des Fragebogens aus insgesamt 31 Items, die sich in vier Themenbereiche aufteilen.

Die Items im Bereich ‚Informiertheit‘ thematisieren das subjektive Empfinden der Begleitperson zu wissen, was passiert, was passieren wird und wie die Gebärende unterstützt werden kann. Das Item „Mindestens einmal

hatte ich das Gefühl, keine Kontrolle über die Situation zu haben“ differenziert hierbei am meisten zwischen den Personen mit hohem und niedrigem Wohlbefinden. Das Gefühl, keine Kontrolle über die Situation zu haben, geht mit einem hohen Maß an Angst während der Geburtsbegleitung einher und taucht in der Literatur immer wieder als vorherrschendes Gefühl von Begleitpersonen auf [5].

Zur ‚Interaktion mit der Hebamme‘ sind insgesamt mehr Items im finalen Fragebogen verblieben als zur ‚Interaktion mit dem ärztlichen Personal‘. Dies trägt vermutlich dem Umstand Rechnung, dass in deutschen Kreißsälen der überwiegende Teil der Geburtsbegleitung durch Hebammen erfolgt und die Befragten entsprechend mehr Kontakt mit eben dieser hatten. Ärztliches Personal kommt hier – vor allem während physiologischer Geburten – meist erst gegen Ende der Geburt hinzu. Dass Begleitpersonen in ihren Erfahrungen retrospektiv zwischen den Berufsgruppen unterscheiden, zeigte sich schon vorab in den Interviews, in den Kommentaren der Pretests und wird hier durch unterschiedliche Items im finalen Fragebogen bestätigt. Bezüglich beider Professionen unterscheiden sich Begleitpersonen mit hohem und mit niedrigem Wohlbefinden vor allem in der Tatsache, wie sie vom Personal in Entscheidungen einbezogen wurden. So differenziert sowohl das Item „Ich fühlte mich von der Hebamme in Entscheidungen einbezogen“ als auch das Item „Ich fühlte mich vom ärztlichen Personal in Entscheidungen einbezogen“ stark zwischen den Personen. Dies ist konsistent mit Befunden, dass Begleitpersonen aktiv in den Entscheidungsprozess während der Geburt einbezogen werden wollen [15, 18]. Begleitpersonen, die sich in den Entscheidungsprozess einbezogen fühlen, berichten seltener von einem Gefühl des Kontrollverlustes. Hierfür benötigen die Begleitpersonen relevante und korrekte Informationen vom Personal und das Gefühl, dass ihre Meinung von Relevanz ist [18].

Die vier verbliebenen Items im Themenbereich ‚Zugehörigkeit‘ beziehen sich auf das Gefühl dazu zu gehören, eigene Erwartungen zu erfüllen und die Gebärende unterstützen zu können. Hierbei ist zu erwähnen, dass die Items relativ hohe Mittelwerte und geringe Standardabweichungen aufweisen, was bedeutet, dass die Mehrheit der Begleitpersonen sich zugehörig gefühlt hat. Dies steht in Kontrast zu den Befunden aus der Literaturrecherche, dass die Begleitpersonen sich in der Mehrheit nicht zugehörig zum Geburtsprozess fühlen. Es ist somit anzunehmen, dass bei den hier Befragten insgesamt eine größere Zufriedenheit mit dem Geburtserleben vorherrscht, als in der Gesamtbevölkerung anzunehmen wäre. Es benötigt im Folgenden eine Validierung des Fragebogens mit einer heterogeneren Stichprobe zur Prüfung dieses Deckeneffektes.

Die Items des Bereichs ‚Empfindungen‘ thematisieren Angst, Überforderung, Sorge über Dauer der Geburt und Schmerzen der Gebärenden sowie das Bedürfnis, aufkommende Gefühle zu unterdrücken. Anzumerken ist, dass die Begleitpersonen sowohl das Bedürfnis hatten, Gefühle unterdrücken zu *wollen* als auch das Gefühl, aufkommende Gefühle unterdrücken zu *müssen*. Dies ist konsistent mit Befunden, dass Begleitpersonen für die Gebärende stark sein möchten und sich nicht trauen ihre wahren Gefühle zu zeigen, aus Angst, die Gebärende damit zu verunsichern [24]. Das daraus resultierende Problem ist, dass Begleitpersonen entsprechend auch ihr Bedürfnis nach emotionaler

Unterstützung während der Geburtsbegleitung zu selten thematisieren [10]. Personen mit hohem Wohlbefinden und Personen mit niedrigem Wohlbefinden unterscheiden sich bezüglich der Sorgen um die Dauer der Geburt und der Schmerzen der Gebärenden. Hier zeigt sich die Wichtigkeit des Informationsflusses seitens des Personals. Begleitpersonen benötigen adäquate Informationen über den Verlauf der Geburt, um sich weniger zu sorgen und entsprechend positive Erfahrungen machen zu können [12].

Zur Konstruktion der Items dienten die vier Themenbereiche aus der systematischen Literaturrecherche. Auch nach den genannten Evaluations- und Analyseschritten des Fragebogens sind diese Themenbereiche nach wie vor nahezu konsistent mit den Themen aus der Literatur. Der Themenbereich ‚Interaktion mit dem medizinischen Personal‘ beinhaltet inhaltlich sehr ähnliche Themen wie der Themenbereich ‚Unterstützung durch das medizinische Personal‘ aus der Literatur. Das Thema ‚Zugehörigkeit‘ ist inhaltlich vergleichbar mit dem ‚Finden der unterstützenden Rolle‘ und der Themenbereich ‚Empfindungen‘ beschäftigt sich mit dem ‚Erleben intensiver Emotionen‘. Einzig die ‚Informiertheit‘ hat sich in dem hier konstruierten Fragebogen als eigenständiger Themenbereich entwickelt, wohingegen der Themenbereich ‚Vater werden‘ nicht mehr vertreten ist. Dieser Umstand könnte möglicherweise mit der veränderten Rolle und dem veränderten Selbstverständnis der Väter in den letzten Jahrzehnten erklärt werden. Während die Väter sich in den 90er Jahren vor allem in einer zugewiesenen passiven Rolle als „labour coach“ sahen [9], sehen sie sich heute als gleichberechtigte Partner, die über den Geburtsprozess informiert werden möchten [15] und sich auch selbst darauf vorbereiten [17].

Anhand der Merkmale der Stichprobe ist zu erkennen, dass es sich bei den Teilnehmenden zu einem großen Teil um Personen mit einem hohen Bildungsniveau handelt, die überwiegend eine physiologische Geburt begleiteten. Auch sind die Begleitpersonen über die Mütter der Be-Up-Studie rekrutiert worden und in der Mehrheit männlich. Der Fragebogen wurde dadurch zunächst in einer eher homogenen Stichprobe erprobt, was zu möglichen Verzerrungen der Ergebnisse geführt haben kann. Es bleibt abzuwarten, inwiefern sich die psychometrischen Gütekriterien in der nachfolgenden Validierung verändern. Ziel im nächsten Schritt ist es, den Fragebogen für alle Begleitpersonen, unabhängig ihres Geschlechts und ihres Verhältnisses zur Gebärenden, zu erproben und den Fragebogen gegebenenfalls weiter anzupassen. Es lässt sich vermuten, dass der Vater des Kindes andere Bedürfnisse in der Geburtsbegleitung und auch andere Erwartungen an die Geburt hat als beispielsweise die Mutter oder Schwester der Gebärenden. Der Fragebogen soll die Bedürfnisse aller potentiellen Begleitpersonen berücksichtigen und erfragen. In der zweiten empirischen Erprobung mit psychometrischen Analysen (u.a. Validierung) und weiterer Revision wird somit verstärkt darauf geachtet, dass auch gleichgeschlechtliche Partnerinnen, Mütter/Schwestern/Freundinnen der Gebärenden und weitere Begleitpersonen befragt werden. Der Beziehungsstatus zur Gebärenden sowie das Geschlecht der Begleitpersonen wird mit erhoben, wodurch entsprechend Gruppenunterschiede durch den Fragebogen untersucht werden können. Um dies zu erreichen, wird zum einen der Fragebogen breiter gestreut und über soziale Medien verteilt. Zum anderen wird der Fragebogen ganz bewusst in queere Netzwerke gestreut, mit der Bitte, ihn an queere Begleitpersonen

weiterzuleiten. Hierdurch soll erzielt werden, dass die Repräsentation queerer Begleitpersonen höher ist als in der vorliegenden Stichprobe.

Der Rücklauf liegt im durchschnittlichen Bereich [21], dennoch ist die untersuchte Stichprobe insgesamt klein. Nach der vorliegenden Entwicklung des Fragebogens wird dieser in einer Folgerhebung an einer größeren Stichprobe validiert, die über die sozialen Medien und weiterer Quellen rekrutiert wird. Hiernach können dann weitere umfassende und allgemeingültigere Analysen durchgeführt werden. Weiterhin ist die Abbruchquote auf den ersten Seiten des Fragebogens sehr hoch. Die Ursache liegt hierbei vermutlich in einem zu umfangreichen Fragebogen für die untersuchte Population. Personen, die in den letzten Monaten eine Geburt begleiteten, sind zumeist das zweite Elternteil und erleben entsprechend die Herausforderungen der jungen Elternschaft. Die anschließende Erhebung zur Validierung wird diesen Umstand berücksichtigen und den Fragebogen entsprechend formulieren.

Eine Stärke der vorliegenden Untersuchung ist die umfangreiche Konzeption und Überarbeitung der Items mithilfe vielfältiger Quellen. Die Literaturrecherche wurde ergänzt durch ausführliche Interviews. Die im Rahmen von Pretests und mit Begleitpersonen durchgeführte Prüfung auf Vollständigkeit, Relevanz und Verständlichkeit wurde durch eine Evaluierung und Testung der Inhaltsvalidität durch erfahrene Expert*innen ergänzt. Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich um ein Instrument handelt, welches wichtige Aspekte der Erfahrungen und Empfindungen von Begleitpersonen während der Geburt erfasst. Ein Großteil der Väter möchte über die erlebten Erfahrungen während der Geburt sprechen [23], ebenso kann anschließende Kommunikation die Häufigkeit von psychischen Problemen und Traumata nach der Geburt verringern [16]. Somit kann der Fragebogen als Instrument dienen, Begleitpersonen zu identifizieren, die zusätzliche anschließende Unterstützung und Beratung benötigen. Ebenso kann er dazu dienen, die Geburtserfahrungen von Begleitpersonen zu evaluieren, um strukturelle Bedingungen in der Geburtshilfe zugunsten der Begleitpersonen und ihrer Erfahrungen zu verbessern. Um das hier entwickelte Instrument zuverlässig einsetzen zu können, ist eine weitere empirische Erprobung und Validierung an einer größeren und heterogeneren Stichprobe notwendig.

Für die nachfolgende Validierung ist geplant, 300 Begleitpersonen über die sozialen Medien zu rekrutieren. Ziel ist es u.a., den Fragebogen einer heterogeneren Stichprobe vorzulegen. So wünschen gleichgeschlechtliche Partnerinnen ebenfalls aktiv in die Geburt eingebunden zu werden [6] und sollen in der weitergehenden Erhebung berücksichtigt werden. Weiterhin wird die Konstruktvalidität über Fragebögen geprüft, die verwandte Konstrukte messen. Anschließend ist geplant, die psychometrischen Gütekriterien des Fragebogens zu bestimmen, Subgruppenanalysen sowie Regressionsanalyse durchzuführen, um zu überprüfen, welche Faktoren das subjektive Wohlbefinden von Begleitpersonen beeinflussen.

Schlussfolgerung

Begleitpersonen sind aus dem Kreißsaal nicht mehr wegzudenken, stellen sie doch für die Gebärenden einen elementaren Bestandteil ihrer Geburtserfahrung dar. Jedoch nicht nur für die Gebärenden haben diese Personen einen sehr hohen Stellenwert, auch die Begleitpersonen möchten aktiv die Geburt des Kindes begleiten können und in den Beginn der Elternschaft einbezogen werden. Aus diesem Grund liegt nun ein Fragebogen vor, der das Wohlbefinden der Begleitpersonen adressiert. Begleitpersonen brauchen ein Gefühl von Kontrolle und das Gefühl, vom Personal in Entscheidungen einbezogen zu werden, um sich wohl zu fühlen. Sie haben das Gefühl, aufkommende Empfindungen unterdrücken zu wollen und unterdrücken zu müssen, sodass sie etwaige aufkommende Gefühle tendenziell eher verbergen. Medizinisches Personal, allen voran die betreuende Hebamme, sollte sich diesem Umstand bewusst sein und kann hier sensibel für die Empfindungen und Bedürfnisse der Begleitpersonen sein. Personen mit höherem Wohlbefinden unterscheiden sich auch in dem Ausmaß der Sorgen, die sie sich um die Gebärende machen. Hier benötigt es adäquate Informationen seitens des Personals, um das Wohlbefinden der Begleitpersonen zu erhöhen. Der Fragebogen kann in Forschung und Praxis der Evaluation der Praxis und/oder der Wirksamkeit von Interventionen dienen. Hierfür wird eine anschließende Validierung des Fragebogens umgesetzt.

Danksagung

Wir danken Dr. Gertrud Ayerle, Hebammenwissenschaftlerin an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, herzlichst für ihre Unterstützung in der konzeptionellen Phase dieses Vorhabens. Weiterhin danken wir PhD Johannes Horn, wissenschaftlicher Mitarbeiter der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, für die statistische Beratung. Dank gebührt ebenso Julia Hoppe für die wertvolle Unterstützung bei der sprachlichen und grafischen Überarbeitung des Fragebogens.

LITERATUR

1. Ayerle GM, Schäfers R, Mattern E, Striebich 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;19:641. DOI:10.1186/s13063-018-2979-7.
2. Awad O, Bühling K. Väter im Kreißsaal: Ergebnisse einer Umfrage [Fathers in the birth room: results of a survey]. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2011;71:511-7. DOI:10.1055/s-00000020.
3. Becker O. Theoretische Grundlagen. In: Abele A, Becker P, editors. *Wohlbefinden: Theorie - Empirie - Diagnostik*. 2nd ed. Weinheim: Juventa-Verl.; 1994. p.13-49.
4. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;7:CD003766. DOI:10.1002/14651858.CD003766.pub6.
5. Bradley R, Slade P, Leviston A. Low rates of PTSD in men attending childbirth: a preliminary study. *Br J Clin Psychol*. 2008;47:295-302. DOI:10.1348/014466508X279495.
6. Buchholz SE. Experiences of Lesbian couples during childbirth. *Nurs Outlook*. 2000;48:307-11. DOI:10.1067/mno.2000.106897.
7. Capogna G, Camorcia M, Stirparo S. Expectant fathers' experience during labor with or without epidural analgesia. *Int J Obstet Anesth*. 2007;16:110-5. DOI:10.1016/j.ijoa.2006.08.009.
8. Chaplin WF, John OP, Goldberg LR. Conceptions of states and traits:

- Dimensional attributes with ideals as prototypes. *J Pers Soc Psychol.* 1988;54:541-57. DOI:10.1037/0022-3514.54.4.541.
9. Chapman LL. Expectant fathers' roles during labor and birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1992;21:114-20. DOI:10.1111/j.1552-6909.1992.tb01729.x.
 10. Eggermont K, Beeckman D, van Hecke A, Delbaere I, Verhaeghe S. Needs of fathers during labour and childbirth: A cross-sectional study. *Women Birth.* 2017;30:e188-e197. DOI:10.1016/j.wombi.2016.12.001.
 11. Genesoni L, Tallandini MA. Men's psychological transition to fatherhood: an analysis of the literature, 1989-2008. *Birth.* 2009;36:305-18. DOI:10.1111/j.1523-536X.2009.00358.x.
 12. Hildingsson I, Cederlöf L, Widén S. Fathers' birth experience in relation to midwifery care. *Women Birth.* 2011;24:129-36. DOI:10.1016/j.wombi.2010.12.003.
 13. Hinderks A, Thomaschewski J. Herausforderungen beim Einsatz der Faktorenanalyse bei der Konstruktion von UX Fragebögen 2018. DOI:10.18420/muc2018-ws16-0504.
 14. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;7:CD003766. DOI:10.1002/14651858.CD003766.pub5.
 15. Howarth AM, Scott KM, Swain NR. First-time fathers' perception of their childbirth experiences. *J Health Psychol.* 2019;24:929-40. DOI:10.1177/1359105316687628.
 16. Inglis C, Sharman R, Reed R. Paternal mental health following perceived traumatic childbirth. *Midwifery.* 2016;41:125-31. DOI:10.1016/j.midw.2016.08.008.
 17. Johansson M, Fenwick J, Premberg Å. A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner's labour and the birth of their baby. *Midwifery.* 2015;31:9-18. DOI:10.1016/j.midw.2014.05.005.
 18. Johansson M, Rubertsson C, Rådestad I, Hildingsson I. Childbirth - an emotionally demanding experience for fathers. *Sex Reprod Healthc.* 2012;3:11-20. DOI:10.1016/j.srhc.2011.12.003.
 19. Leiner DJ. SoSci Survey [Computer software]; 2019.
 20. Maimburg RD, Vaeth M, Dahlen H. Women's experience of childbirth - A five year follow-up of the randomised controlled trial "Ready for Child Trial". *Women Birth.* 2016;29:450-4. DOI:10.1016/j.wombi.2016.02.003.
 21. Manfreda KL, Bosnjak M, Berzelak J, Haas I, Vehovar V. Web Surveys versus other Survey Modes: A Meta-Analysis Comparing Response Rates. *Int J Mark Res.* 2008;50:79-104. DOI:10.1177/147078530805000107.
 22. Moosbrugger H, Kelava A. Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2020.
 23. Olin R-M, Faxelid E. Parents' needs to talk about their experiences of childbirth. *Scand J Caring Sci.* 2003;17:153-9. DOI:10.1046/j.1471-6712.2003.00105.x.
 24. Premberg Å, Taft C, Hellström A-L, Berg M. Father for the first time—development and validation of a questionnaire to assess fathers' experiences of first childbirth (FTFQ). *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12:35. DOI:10.1186/1471-2393-12-35.
 25. Schmitt N, Striebich S, Meyer G, Berg A, Ayerle GM. The partner's experiences of childbirth in countries with a highly developed clinical setting: a scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022;22:742. DOI:10.1186/s12884-022-05014-1.
 26. Simkin P. Just another day in a woman's life? Part II: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth.* 1992;19:64-81. DOI:10.1111/j.1523-536X.1992.tb00382.x.
 27. Streiner DL. Starting at the Beginning: An Introduction to Coefficient Alpha and Internal Consistency. *J Pers Assess.* 2003;80:99-103. DOI:10.1207/S15327752JPA8001_18.
 28. Sweeney S, O'Connell R. Puts the magic back into life: Fathers' experience of planned home birth. *Women Birth.* 2015;28:148-53. DOI:10.1016/j.wombi.2014.12.001.
 29. White G. You cope by breaking down in private: fathers and PTSD following childbirth. *Br J Midwifery.* 2007;15:39-45. DOI:10.12968/B-JOM.2007.15.1.22679.

Erfahrungen von Hebammen mit Dolmetschen im Kreißsaal. Eine explorative Inhaltsanalyse

Midwives' experiences with interpreting in the delivery room. An exploratory content analysis

Kurzzusammenfassung/Abstract

Hintergrund:

Die Betreuung von Migrant*innen mit geringen Deutschkenntnissen gehört inzwischen zum Alltag im Kreißsaal. Herausfordernd dabei ist die sprachliche Verständigung, die häufig durch Sprachmittlung mittels Dolmetscher*innen sichergestellt bzw. erleichtert werden soll.

Ziele:

Erhoben werden sollte, durch welche Dolmetscher*innen Hebammen im Kreißsaalalltag unterstützt werden, welche Erfahrungen sie mit dieser Form der Sprachmittlung machen und wie diese die Versorgung der Schwangeren beeinflusst.

Methodik:

18 Hebammen aus drei Kliniken wurden mittels leitfadengestützter Interviews befragt. Nach der Transkription erfolgte die Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse.

Ergebnisse:

Zur Sprachmittlung im Kreißsaal werden in der Regel Laien-Dolmetscher*innen eingesetzt (Angehörige, Bekannte und Klinikpersonal). Selten kommen (semi-)professionelle Dolmetscher*innen zum Einsatz. Der einfachen Verfügbarkeit von Laien steht häufig eine eingeschränkte Übersetzungsqualität gegenüber, welche als problematisch in der Versorgung beschrieben wird. Bei professionellen Dolmetscher*innen ist die spontane Verfügbarkeit oft nicht gewährleistet. Bestehende Video-Dolmetsch-Angebote sind nicht verfügbar bzw. werden selten genutzt.

Schlussfolgerungen:

Der vermehrte Einsatz professioneller Dolmetschdienste (auch per Video), die Professionalisierung des klinikinternen Dolmetschens, sowie Schulungen zur Führung triadischer Gespräche könnten vielversprechende Ansatzpunkte sein.

Background:

The care of migrant women with little knowledge of German has become part of everyday life in the delivery room. As communication in this context is challenging, appropriate comprehension is often ensured or facilitated by language mediation through interpreters.

Objectives:

The aim of the study was to find out which interpreters support midwives in their daily work in the delivery room, what experiences they have with this form of language mediation, and how this influences the care of pregnant women.

Methodology:

18 midwives from three clinics were interviewed using semi-standardized interviews. After transcription, the interviews were analyzed by qualitative content analysis.

Results:

Lay interpreters (relatives, acquaintances, and clinic staff) are usually used for language mediation in the delivery room. (Semi-)professional interpreters are rarely used. The easy availability of laypersons is often contrasted by a limited translation quality, which is described as problematic in the care. The spontaneous availability of professional interpreters is often not guaranteed. Existing video interpreting services are not available or are rarely used.

Conclusions:

Increased use of professional interpreting services (also via video), professionalization of in-clinic interpreting, and training in conducting triadic conversations could be promising starting points.

Hintergrund

Jede vierte in Deutschland lebende Person hat eine Migrationsgeschichte [49], die soziokulturelle und sprachliche Vielfalt der Gesellschaft nimmt zu. Das stellt nicht zuletzt Beschäftigte im Gesundheitswesen vor Herausforderungen. Ein Aspekt ist der Umgang mit der Sprachbarriere, die in vielen Fällen eine ausreichende Verständigung erschwert [2, 16, 26, 45:130-132, 48], doch ohne Verständigung ist weder eine adäquate und sichere Betreuung noch eine angemessene medizinische Versorgung möglich [36, 53].

Kommunikation und Verständigung im Hebammenberuf

Medizinische Berufe sind in hohem Maße kommunikative Tätigkeiten. Der Ärzt*innenberuf wird schon lange als kommunikativer Beruf angesehen und erforscht [z.B. 41, 42,47]. Auch Pflegeberufe werden seit einiger Zeit verstärkt unter diesem Aspekt untersucht [55, 56, 58], z.T. auch mit Hinblick auf Anforderungen in der transkulturellen Kommunikation [10, 13, 31, 40, 53]. Kommunikationskompetenz als Teil der Professionskompetenz von Hebammen rückte erst in jüngster Zeit in den Blick. Hanken-Illjes [20] analysiert beispielsweise das Thema Verstehen und Relevanzsetzung in Schwangerenberatungsgesprächen, Gümüssoy et al. [19] untersuchen interkulturelle Kompetenz und Empathie bei Hebammen in der Türkei und Stevenson et al. [50]

entwickelten eine digitale Applikation zur Unterstützung der Kommunikation zwischen schwedischen Hebammen und arabisch-sprachigen Schwangeren. Domes et al. [9] erforschen die sprachlichen und nicht-sprachlichen Strategien, die Hebammen in der Kommunikation mit Nicht-Muttersprachler*innen mit geringen bzw. fehlenden Deutschkenntnissen anwenden.

Der Beruf der Hebamme ist mithin ein kommunikativer Beruf, in dem sprachliches Handeln nicht nur eine Begleiterscheinung, sondern eine wichtige Komponente im beruflichen Alltag und somit Teil der Professionsskompetenz ist [6]. Im Zuge von Zuwanderung sind die Anforderungen an die Sprachhandlungsfähigkeit von Hebammen deutlich gestiegen [52]: der Anteil Schwangerer nicht-deutscher Herkunft im Kreißsaal lag 2020 bei knapp 25 Prozent [49], darunter gab es zunehmend Frauen mit sehr geringen oder fehlenden Deutschkenntnissen. Es gehört daher heute zur beruflichen Routine von Hebammen, Frauen im Kontext von Mehrsprachigkeit zu betreuen; ein Kontext, der häufig von Sprachbarrieren gekennzeichnet ist.

Auf die Herausforderungen, die mit Sprachbarrieren einhergehen, sind Kliniken bisher allerdings nur unzureichend vorbereitet [29]. Die Verbesserung der Kommunikation mit Patient*innen mit geringen Deutschkenntnissen und die Sicherstellung von Verständigung gehören zu den dringendsten Aufgaben beim Abbau von Barrieren in der Gesundheitsversorgung [5]. Die sprachlichen Anforderungen im Bereich des Gesundheitswesens variieren; während in vielen Kommunikationssituationen auf relativ feste sprachliche Routinen zurückgegriffen werden kann, z.B. in Anamnesegesprächen oder bei der Patient*innenaufnahme, sind die Gesprächsanlässe im Kreißsaal vielfältiger. Oft erfordern sie Spontaneität, da sie in der Regel weniger voraussagbar als die oben genannten sind, und erweisen sich damit „anfälliger“ für Kommunikationsprobleme.

Vor dem Hintergrund, dass mangelnde Verständigung bis hin zur ggf. nicht sichergestellten Aufklärung erhebliche emotionale, finanzielle oder juristische Konsequenzen zur Folge haben kann [7, 16, 17, 34, 45:132, 48], erweist sich die Umsetzung der Forderung nach besserer Verständigung im Kreißsaal als besonders anspruchsvoll.

Sprachmittlung im Kreißsaal

Angesichts dieser Problematik ist es naheliegend, auf Sprachmittler*innen zurückzugreifen: Wie im Krankenhaus allgemein ist es auch in Kreißsälen gängige Praxis, bei Verständigungsproblemen Ad-hoc- bzw. Laiendolmetscher*innen aus dem Kreis der Angehörigen (z. B. Verwandte, Ehepartner oder Kinder) oder dem Bekanntenkreis der Schwangeren heranzuziehen [16, 30, 48, 54]. Zumeist sind die Ad-hoc-Dolmetscher*innen persönlich anwesend, mitunter zugeschaltet per Telefon. Auch mehrsprachiges Klinikpersonal wird häufig eingesetzt. Diese Personengruppen sind zwar alle mehrsprachig, verfügen aber über keine Qualifikation zum Dolmetschen. Professionelle Dolmetscher*innen kommen dagegen seltener zum Einsatz [16, 26, 30, 51].

In der Forschung wird das Dolmetschen durch Laien im Gesundheitsbereich aufgrund der hohen Anforderungen an die übersetzende Person äußerst kritisch betrachtet [15, 44, 46, 51]. Neben hohen kommunikativen und (fach-)sprachlichen Anforderungen, sowohl in der

Schlüsselwörter:
Sprachliche Barrieren, Hebamme, Migrantin, Dolmetschen, Qualitative Inhaltsanalyse

Keywords:
language barriers, midwife, migrant, interpreting, qualitative content analysis

Sprache der Hebamme als auch der Schwangeren [21:243], sind eine Reihe weiterer Fähigkeiten und Kenntnisse erforderlich, wie Bezugswissen, Kenntnisse der ethischen Richtlinien, transkulturelle Kompetenz, kommunikativ-strategische Fertigkeiten und Dolmetsch-Techniken sowie die Fähigkeit, mit belastenden und Stress-Situationen umzugehen [22, 51]. Laiendolmetscher*innen können dies in der Regel nicht leisten, klinisch relevante Übersetzungsfehler sind entsprechend häufig [15, 34]. Auch müssen mögliche Rollenkonflikte in Betracht gezogen werden [16, 37, 51]: So kann etwa familiäre Zugehörigkeit die Übersetzung beeinflussen [12, 32:68, 46, 54] und für minderjährige Kinder stellt das Dolmetschen eine zu große Verantwortung bzw. Überforderung dar [12, 38, 51, 57]. Sind keine Angehörigen verfügbar, setzen viele Kliniken mehrsprachiges Personal aus medizinischen und nicht-medizinischen Bereichen zum sporadischen Dolmetschen ein. Auch diese Praxis ist in mancher Hinsicht problematisch [15, 37, 51:231]: Die Personen leisten den Dolmetsch-Dienst additiv zu ihrer eigentlichen Tätigkeit, es kann hierbei zu Rollen- und Interessenskonflikten kommen [10:230]. Auch bei Klinikpersonal kann die Qualität der Übersetzung eingeschränkt sein, z.B. durch fehlendes fachspezifisches Wissen, Vokabular, fehlende Kenntnisse der Dolmetsch-Routinen, usw. [16].

Mehrsprachigkeit als alleiniges Kriterium für die Hinzuziehung einer Person als Dolmetscher*in ist also in keiner Weise ausreichend [33, 37:44, 51:231]. Daher wird zunehmend der Einsatz professioneller Dolmetsch-Dienste gefordert [23, 35]. Zu den professionellen Dolmetscher*innen werden hier auch semi-professionelle (bilinguale) Dolmetscher*innen gezählt, die nach Absolvieren einer einschlägigen Fortbildung z.B. von der Gemeinde zum Dolmetschen vermittelt werden. Dolmetscher*innen können physisch präsent oder als Remote-Dolmetscher*innen per Telefon [1, 2] bzw. Video [25, 26] zugeschaltet sein. Im Gesundheitswesen insgesamt, insbesondere aber in der Geburtshilfe, werden professionelle Dolmetschdienste bislang wenig in Anspruch genommen [51].

Die Dolmetsch-Situation ist durch ihre triadische Situierung gekennzeichnet, also die Beteiligung von mindestens drei Personen am Gespräch [3] (in der Geburtshilfe: Schwangere, Hebamme und Dolmetscher*in). Die Gesprächsführung eines triadischen Gesprächs, die im Kreißaal u.a. den Hebammen zukommt, ist eine komplexe und anspruchsvolle Tätigkeit [51, 57]. Im Rahmen dieser Konstellation können die dolmetschenden Personen unterschiedliche Positionen einnehmen, von einer neutralen, rein übersetzenden, bis hin zu einer aktiv fürsprechenden und kulturell vermittelnden [2, 37:6, 240ff., 51:227].

Resümierend lässt sich festhalten, dass die Kommunikation im Kreißaal durch die hohe Anzahl an Schwangeren mit geringen oder fehlenden Deutschkenntnissen neuen Anforderungen begegnet. Aufgrund von Sprachbarrieren ist die essenzielle Verständigung oftmals nicht hinreichend gewährleistet. Um den medizinischen, juristischen und nicht zuletzt ethischen Ansprüchen gerecht zu werden, ist es dringend notwendig, Maßnahmen zu einer adäquaten Verständigung zu veranlassen. Der Einsatz von Laiendolmetscher*innen ist hochproblematisch, der Einsatz professioneller Dolmetscher*innen erfolgt bislang zu selten. Das Thema Dolmetschen in der Medizin wurde in der Forschung unter verschiedenen

Gesichtspunkten in den Blick genommen. Die Geburtshilfe, und darunter im Besonderen Interaktionen mit Hebammen im Kreißaal, wurden jedoch noch wenig beachtet.

Ziele

Übergeordnetes Ziel der Studie war es, Ansatzpunkte für Interventionen zu identifizieren, mit denen die aus der Sprachbarriere resultierenden Herausforderungen besser bewältigt werden können. Teilziele waren die Herausarbeitung typischer sprachlicher Hürden und die von den Hebammen zu deren Überwindung angewandten Strategien. In diesem Zusammenhang wird hier die Perspektive der Hebammen auf ihre Erfahrungen mit Dolmetsch-Situationen und mit Dolmetscher*innen dargestellt. Insbesondere geht die Analyse der Interviewdaten folgenden Fragen nach: Mit welchen Dolmetscher*innen-Gruppen sind die Hebammen in ihrem Berufsalltag konkret konfrontiert? Welche positiven und negativen Aspekte sehen sie jeweils in deren Einsatz? Welche Auswirkungen auf die Versorgung der Schwangeren beobachten sie? Wie erleben die Hebammen die Geburtshilfe im Trialog? Welche Handlungsempfehlungen lassen sich aus den Analyseergebnissen ableiten?

Methodik

3.1 Studiendesign – Die Perspektive der Hebammen

Die Studie ist Teil des Forschungsprojekts „Sprachbarrieren im Kreißaal“, das im Zeitraum von Januar 2018 bis März 2019 durchgeführt wurde (vgl. [8,9]). In diesem Projektteil steht die Sicht der Hebammen auf den Gegenstand Sprachbarriere im Mittelpunkt. Mit qualitativen, leitfadengestützten Expertinnen-Interviews wurden 14 Hebammen und vier Hebammenschüler*innen (im Folgenden als „Hebammen“ zusammengefasst) [18] befragt. Die Interviews wurden aufgezeichnet, verschriftlicht und mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz [27] ausgewertet. Dieses Analyseinstrument eignet sich in besonderem Maße, wenig erforschte Gegenstände explorativ zu untersuchen. Die Nähe zum Forschungsgegenstand ermöglicht es, die Lebenswelten aus Sicht der handelnden Personen zu beschreiben [14, S. 14–17] und deskriptive Daten über einzelne Individuen im Kontext des Ganzen zu betrachten [28]. Die hier erhobenen Daten erheben nicht den Anspruch, die Häufigkeit oder Ausprägung eines Phänomens repräsentativ zu erfassen. Es interessieren die Phänomene im Kontext der Rahmenbedingungen und der Prozesse innerhalb derer sie vorkommen.

3.2 Teilnehmende und Setting

Das Setting sind geburtshilfliche Stationen dreier Krankenhäuser in einer Stadt in Süddeutschland, die in erster Linie aufgrund ihrer guten Erreichbarkeit angesprochen wurden und sich zur Durchführung der Studie bereit erklärten. Bei der Zielgruppe handelt es sich um eine Gelegenheitsstichprobe. Persönlich angesprochen und um Teilnahme an der Studie gebeten wurden möglichst alle zu den Untersuchungsterminen im Kreißaal anwesenden Hebammen. Bereit erklärt haben sich 14 Hebammen und vier Hebammenschüler*innen.

3.3 Durchführung

Die Erstautorin ist selbst ausgebildete Hebamme, mit

dem Setting Kreißaal (Routinen, Kommunikationsabläufe, Fachsprache usw.) vertraut und daher gut in der Lage, die Aussagen einzuordnen und entsprechende Nachfragen zu stellen. Die drei Kliniken waren ihr vor Studienbeginn nicht bekannt.

Die Befragungen wurden mittels halbstandardisierter Leitfadenterviews durchgeführt, bei denen die Themen und eine Frageliste vorgegeben sind, Formulierungen und Reihenfolge der Fragen jedoch individuell abweichen können [18, S. 41–43]. Der Interviewleitfaden wurde im Rahmen einer Vorstudie mit Hebammenschüler*innen pilotiert und überarbeitet. Er beinhaltet Fragen zu Erfahrungen im Umgang mit der Sprachbarriere, zu den Rahmenbedingungen in und außerhalb der Klinik sowie eine Frage nach Verbesserungsvorschlägen. Die Themenblöcke wurden jeweils mit offenen, zum Thema hinführenden Fragen begonnen und je nach Antwort durch spezifischere ergänzt.

3.4 Auswertung des Datenmaterials

Die Verschriftlichung der Audioaufnahmen erfolgte nach dem erweiterten einfachen Transkriptionssystem nach Dresing & Pehl [11], die Auswertung der Interviews nach der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse [27, S. 97 ff.] unter Nutzung der Auswertungssoftware MAXQDA. Die Bildung von Kategorien erfolgte in mehreren Schritten: (1) Deduktiv grobe Kategorisierung entsprechend der im Interview gestellten Leitfragen durch die Interviewer*in, (2) Mehrfachichtung des Materials mit induktiver Ergänzung und Ausdifferenzierung im Autor*innenteam sowie (3) Validierung des herausgearbeiteten Kategoriensystems und der Ankerbeispiele durch Überprüfung der Interdecoder-Übereinstimmung im Autor*innenteam. Die deduktiven Kategorien, die aufgrund des Interviewleitfadens gebildet wurden, umfassen ein breites inhaltliches Spektrum, das von sprachlichen und transkulturellen Aspekten, Aspekten der Sprachmittlung, Rahmenbedingungen und Auswirkungen auf die Betreuung von Schwangeren und den Arbeitsalltag im Kreißaal sowie Vorschläge der Hebammen zur Verbesserung der Situation reicht. Innerhalb der Kategorie *Sprachmittlung* wurde die Subkategorie *Erfahrungen mit Dolmetscher*innen* gebildet. In diesem Beitrag werden ausgewählte weitere induktiv gebildete Subkategorien davon vorgestellt.

3.5 Datenschutz und Ethik

Vor der Durchführung der Studie wurde das Einverständnis der ärztlichen Klinikleitungen, der Pflegedienstleitungen, des Personalrats, der leitenden Kreißaalhebammen sowie der Ethikkommission der Landesärztekammer Baden-Württemberg (Nr. F-2017-057) eingeholt. Die Studienteilnehmer*innen gaben nach schriftlicher Information über Ziele, Freiwilligkeit der Teilnahme, Ablauf und Datenschutz ihr schriftliches Einverständnis. Die Daten wurden gemäß der Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes erhoben, anonymisiert ausgewertet und aufbewahrt. Aufgrund einer Vorgabe des Personalrats fanden die Interviews größtenteils während der Arbeitszeit der Hebammen in den Räumlichkeiten der beteiligten Kliniken statt.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 18 Interviews durchgeführt, ihre Dauer lag zwischen neun und 50 Minuten (Md=20:54;

M=23:20). Die examinierten Hebammen, die an der Studie teilnahmen, waren zwischen 24 und 56 Jahre alt (Md=31,5; M=38,4) und verfügten über Berufserfahrung von 18 Monaten bis zu 37 Jahren (Md=9; M=15). Das Alter der Hebammenschüler*innen bewegte sich in einer Spanne von 26 bis 40 Jahren (Md=29; M=31). Drei von ihnen befanden sich zum Zeitpunkt der Interviews am Ende des dritten und eine am Ende des zweiten Ausbildungsjahres.

Die Auswertung der Interviews ergab folgende Kategorien:

- Laiendolmetscher*innen
 - Angehörige
 - Personen aus dem Bekanntenkreis und männliche Personen
 - Bilinguales Klinikpersonal
- (Semi-)professionelle Dolmetscher*innen
 - Sprachmittlung in Notsituationen
- Medium
 - Telefon
 - Video

Es zeigt sich, dass die Hebammen in ihrem Berufsalltag vielfältige Erfahrungen mit Dolmetscher*innen und gedolmetschten Gesprächen gemacht haben. Der Einsatz nicht-professioneller Dolmetscher*innen (Laiendolmetscher*innen) ist für die Befragten die Regel, (semi-)professionelle Dolmetscher*innen kommen selten vor. In der Gruppe der Laiendolmetscher*innen kommen Familienangehörige, Ehepartner, Kinder, Personen aus dem Bekanntenkreis und bilinguales Klinikpersonal zum Einsatz. Die Hebammen identifizieren hier vor allem zwei Problembereiche: Schwierigkeiten, die sich ergeben, wenn die dolmetschenden Personen männlich sind und wenn Notsituationen eintreten. Die Hebammen berichteten außerdem von direktem face-to-face-Dolmetschen sowie Situationen, in denen über ein Medium (Video und Telefon) kommuniziert wurde.

Im Folgenden werden die herausgearbeiteten Aspekte kurz erläutert und überwiegend anhand eines oder mehrerer Interviewausschnitte exemplarisch dargestellt. Aufgrund der explorativen Vorgehensweise wurden zusätzliche Beispiele ausgewählt, die nicht mehrfach thematisiert wurden, aber aus anderen Gründen als relevant erachtet wurden (siehe Diskussion). Die wiedergegebenen Beispiele repräsentieren persönliche Aussagen, die nicht zwangsläufig die Erfahrung oder die Meinung der Mehrheit der Hebammen widerspiegeln.

4.1 Laiendolmetscher*innen

4.1.1 Angehörige

Alle Befragten berichten vom regelmäßigen Einsatz Angehöriger als Dolmetscher*innen. Die Hebammen reflektieren dazu positive wie negative Aspekte. Im Hinblick auf die Verständigung sehen sie als positiv an, dass auf diese Weise überhaupt ein Mindestmaß an Kommunikation möglich ist.

„Ich habe eigentlich immer das Glück gehabt, dass die Schwester, Freundin, die Mutter, der Mann oder irgendjemand dabei war, der [...] vertraut mit der deutschen Sprache war und das einigermaßen übersetzen konnte.“ (HBI 05:16)

Eingereicht:
14.01.2024

Nach Revision
angenommen:
30.09.2024

Außerdem gehen sie davon aus, dass es in psychosozialer Hinsicht für die Gebärende positiv ist, nicht allein im Kreißaal zu sein. Vor allem die Anwesenheit weiblicher Angehöriger wird geschätzt.

„Wo ich oft das Gefühl habe, dass es eine gute Situation ist. Also, dass die dann im schönen Familienverbund sind.“ (HBI 09:82)

Jedoch sehen die Hebammen den Einsatz von Laien als Dolmetscher*innen auch kritisch. Elf der Befragten führen Zweifel an Qualität, Vollständigkeit oder Richtigkeit der Übersetzungen sowie den Versuch einer möglichen Einmischung der Begleitperson in das Geschehen auf. Die Hebammen betonen, dass die Zweifel zum Teil lediglich auf einem Gefühl beruhen, dies aber häufig vorkomme. In anderen Fällen begründen sie ihr Gefühl mit Beobachtungen, wie einer nur widerwillig durchgeführten Übersetzung oder einer auffälligen Nicht-Übereinstimmung von Textlänge der Übersetzung im Vergleich zur ursprünglichen Aussage. In einem Fall gelang es einer Hebamme, ihre Vermutung in einem Moment der Abwesenheit des Ehepartners zu verifizieren. Als vermutete Gründe für die unzureichenden Übersetzungen wurden zwei mögliche Ursachen angegeben.

Auf der einen Seite (kulturell bedingte) differierende persönliche Auffassungen, zum Beispiel zum Umgang mit Schmerzmitteln:

„Ich sage zum Beispiel: ‚Ihre Frau soll sich bitte melden, wenn sie etwas gegen die Schmerzen haben möchte.‘ Und dann passiert nichts. Und dann sehe ich, ja okay, er übersetzt nichts. Und dann sage ich: ‚Bitte sagen Sie das Ihrer Frau.‘ Und macht er vielleicht irgendetwas. Aber weiß ich nicht.“ (HBI 04:45)

Auf der anderen Seite wird mangelnde Sprachkompetenz angeführt.

„Ich glaube, das funktioniert NICHT so gut, wie man sich das manchmal vorstellt. Weil manchmal, glaube ich, wissen die gar nicht, wie sie es übersetzen sollen.“ (HBI 06:09)

Eine Hebamme berichtet, dass Kinder häufig mit in den Kreißaal gebracht und auch zum Dolmetschen eingesetzt werden. Im ausgewählten Beispiel wird beschrieben, wie das Kind als Adressat in den Blick rückt, die Hebamme ihr eigenes Gesprächsverhalten anpasst und die Aufklärung der Schwangeren zum Schutz des Kindes nicht im erforderlichen Umfang vorstattengehen kann.

„Ja also eine Sectio-Aufklärung machst du dann natürlich nicht SO wie jetzt bei einer Frau, die jetzt perfekt Deutsch spricht. Ja mit allen Risiken und allem. Natürlich klärst du auch auf, aber das / so ins Detail kannst du da ja dann so gar nicht gehen. [...] also gerade jetzt auch wenn ein Kind, das neun oder zehn ist, da erklärst du so das Grobste, ja, und das war es aber dann.“ (HBI 11:48)

4.1.2 Personen aus dem Bekanntenkreis und männliche Personen

Die Hebammen berichten von Fällen, in denen nur Personen aus dem entfernteren Bekanntenkreis zum

Dolmetschen zur Verfügung standen. Bei dieser Konstellation kann problematisch sein, dass ein geringeres Vertrauensverhältnis zwischen Schwangerer und Dolmetscher*in besteht, was schwierig ist, wenn emotional belastende Themen besprochen werden müssen:

„Da ging es um eine frühe Schwangerschaftswoche mit Zervixinsuffizienz, der Frau, die NULL Deutsch sprach, klarzumachen, dass das Kind jetzt momentan noch nicht lebensfähig ist. [...] Das war total schwer. Und dann kam auch nur ein Nachbar mit. Also auch noch ein fremder Mann.“ (HBI 14:10)

Die Tatsache, dass nur eine männliche Person zum Dolmetschen zur Verfügung steht, führt laut den Hebammen immer wieder zu Herausforderungen. Im Vordergrund stehen dabei die Scham beim Übersetzen gynäkologisch-geburtshilflicher Themen, die Wahrung der Intimsphäre und mögliche Schwierigkeiten, die sich daraus für die Dolmetsch-Situation ergaben.

„Und er stand dann immer hinter dem Vorhang, weil er nichts sehen durfte, so, und er halt männlich war.“ (HSI 04:130)

Es wird auch von Situationen berichtet, in denen die Ehepartner der Schwangeren die Anwesenheit männlicher Personen im Kreißaal grundsätzlich ablehnten und daher auch keine männlichen Dolmetscher akzeptierten.

4.1.3 Bilinguales Klinikpersonal

Zwei der Kliniken verfügen über eine hausinterne Liste, in der mehrsprachiges Klinikpersonal aufgelistet ist, das sich als Laien-Dolmetscher*in zum Ad-Hoc-Dolmetschen bereiterklärt hat. Aus der Perspektive der Hebammen wird diese Option grundsätzlich als hilfreich angesehen.

„Oder dass es hier im Haus jemanden gibt, wo man weiß, ah die kann jetzt die Sprache, die können mal kurz kommen, dass wir das Wichtigste klären oder so. Ich finde, das hat mir bislang immer geholfen.“ (HBI 06: 29)

Es wird jedoch auch von Einschränkungen berichtet. So problematisieren Hebammen auch hier die Frage des Geschlechts der dolmetschenden Person. Zusätzlich wird die mangelnde Verlässlichkeit aufgrund der Rahmenbedingungen bemängelt.

„Im Haus gibt es so eine Übersetzerliste. Also, dass Kollegen, die irgendeine spezielle Sprache sprechen, angerufen werden können. Aber das funktioniert halt oft nicht, weil sie oft nicht Dienst haben oder zu viel zu tun.“ (HBI 07:50)

Eine Hebamme hebt hervor, dass es im Kreißaal selbst bilinguale Hebammen gibt, die zum Dolmetschen oder zur Betreuung nicht-muttersprachlicher Frauen bereitstünden.

4.2. (Semi-)professionelle Dolmetscher*innen

Über (semi-)professionelle Dolmetscher*innen können

die Hebammen insgesamt wenig berichten. Eine Hebamme hatte die Erfahrung gemacht, dass diese Dolmetscher*innen zwar gut übersetzen, jedoch oftmals nicht über ausreichend Zeit verfügen.

4.3 Notsituationen

In Notsituationen, d.h. in Situationen, in denen Gefahr für Mutter und/oder Kind besteht und unverzüglicher Handlungsbedarf vorliegt, ist das medizinische Fachpersonal besonders darauf angewiesen, dass die Kommunikation schnell und eindeutig vorstattengeht, so dass die Frauen Anweisungen, die ihnen gegeben werden, direkt umsetzen können. In diesem Zusammenhang ist die Professionalität der Dolmetscher*innen von zentraler Bedeutung, da sie eine zügige, aber ruhige Übersetzung gewährleisten. Die Hebammen berichten von Erlebnissen, in denen nicht-professionelle Dolmetscher*innen mit der Situation überfordert waren, sodass sie ihre Aufgabe nicht erfüllen konnten. In einem Fall wurde die Situation durch das Verhalten der dolmetschenden Person sogar noch verschlimmert, sodass von der Hebamme nicht nur die medizinische Notsituation bewältigt, sondern darüber hinaus die Begleitperson beruhigt werden musste.

„Ähm Schulterdystokie. [...] Ähm die Dolmetscherin hat Panik gekriegt und hat nur noch auf diese Frau ein/geredet, eingeschrien, einge/war eine Bekannte von der. Da ging GAR keine Kommunikation mehr. Auch mit der Dolmetscherin nicht. [...] Und da haben wir dann halt einfach die Übungen gemacht. Versucht die Dolmetscherin oder die Bekannte zu beruhigen.“ (HBI 02:67-69)

4.4 Medium

4.4.1 Telefon

Obwohl die Frauen im Kreißaal sehr häufig eine dolmetschende Begleitperson an ihrer Seite haben, kommt es vor, dass Frauen auf sich allein gestellt sind. Sechs der befragten Hebammen berichten, dass in diesen Fällen häufig Angehörige oder Personen aus dem Bekanntenkreis ad hoc über Telefon dolmetschen. In der Regel handelt es sich dabei um wenig komplexe Sachverhalte. Dies wurde von den Hebammen durchweg als positiv bewertet. Auch wird berichtet, dass die Initiative zum Anrufen einer dolmetschenden Person zum Teil von den Schwangeren ausgeht.

„Und ähm wir auch oft telefonisch Sachen klären. Also das ist fast die praktikabelste Art und Weise.“ (HBI 10: 64)

4.4.2 Video

Die Möglichkeit, professionelle Dolmetscher*innen per Video zuzuschalten, besteht in einer der drei Kliniken. Von dieser Möglichkeit wird im dortigen Kreißaal jedoch kaum Gebrauch gemacht, sodass den Hebammen darüber kaum eigene Erfahrungen vorliegen. Eine der Befragten, die einmal eine Video-Dolmetsch-Situation erlebt hat, hebt als Vorteil hervor, dass durch das Medium eine Distanz hergestellt wird, die es erleichtert, auch männliche Dolmetscher zuzulassen

Diskussion

Die Erfahrungen der befragten Hebammen mit Dolmetscher*innen und gedolmetschten Gesprächen im Kreißaal decken sich weitgehend mit den in der Einleitung dargestellten Befunden. Zu den Forschungsfragen haben die Interviews vielfältige Aspekte geliefert. Sie zeigen sowohl die Breite der Thematik Dolmetschen im Kreißaal als auch eine kritische bzw. ambivalente Sichtweise der Hebammen darauf.

Laien – Angehörige und Bekannte, klinikinterne Dolmetscher*innen

Wie allgemein im Krankenhaus üblich, werden laut Aussagen der Hebammen auch im Kreißaal hauptsächlich nicht ausgebildete Laien aus dem Angehörigen- oder Bekanntenkreis zum Dolmetschen eingesetzt. Die Hebammen schätzen einerseits die sprachliche Unterstützung, äußern jedoch andererseits Zweifel an der Qualität der Übersetzungen und vermuten hierfür emotionale, transkulturelle sowie sprachliche Gründe. In der Forschung wird der Einsatz von Laiendolmetscher*innen im medizinischen Kontext als hochproblematisch angesehen [15, 44, 51]. Als Gründe werden mögliche sprachliche Überforderung, emotionale Involviertheit, kulturell bedingte gegensätzliche Auffassungen sowie Rollenkonflikte und daraus resultierende Verzerrungen und Fehlübertragungen angeführt, die sich negativ auf die Versorgungsergebnisse im Allgemeinen und den peripartalen Verlauf im Besonderen auswirken können [15, 16, 44, 45:202-203;12, 46, 51, 54]. Sator (2013) beschreibt bei nicht professionell gedolmetschten Gesprächen beispielsweise ein hohes Risiko von Fehlübersetzungen und nicht geklärten Missverständnissen, einen problematischen Umgang mit Fragen, z.B. die Beantwortung durch die dolmetschende Person, und damit die Gefahr des Ausschlusses des Patienten/der Patientin aus dem Gespräch [44].

Auch die Berichte der Hebammen zum Einsatz von bilingualem Klinikpersonal ohne einschlägige Fortbildung entsprechen den vorliegenden Befunden. Zeitdruck und mangelnde Abkömmlichkeit vom eigentlichen Arbeitsplatz beschränken ihren Einsatz [10, S. 230, 54]. Des Weiteren können sie ebenso sprachlich überfordert sein. Die Gefahr, bei Klinikpersonal aus anderen medizinischen Bereichen fälschlicherweise anzunehmen, es verfüge über das für das Dolmetschen notwendige fachspezifische und fachsprachliche Wissen, ist nicht zu unterschätzen. So berichtet auch Dreißig (2005) von Personal, das selbst über Schwierigkeiten im Umgang mit dem Fachvokabular anderer medizinischer Bereiche klagt [10, S. 230]. Anders kann es sich bei bilingualen Hebammen verhalten: Sie können zum Dolmetschen herangezogen werden oder im Idealfall Schwangere derselben Herkunftssprache selbst betreuen. Aber auch bei ihnen trifft dies nur zu, sofern sie auch fachsprachlich bilingual sind.

Männer als Dolmetscher

Aus den Befragungen gehen zwei weitere Ergebnisse hervor, die kreißaal-spezifisch zu sein scheinen und die sich auf das Ad-hoc-Hinzuziehen männlicher Laiendolmetscher beziehen. Das Übersetzen gynäkologisch-geburtshilflicher Themen kann die (fremden) männlichen Laiendolmetscher und die Gebärenden in persönlich unangenehme Situationen bringen. Neben der

(fach-)sprachlichen Überforderung kann dies ursächlich für mangelhafte Übersetzung sein. Schildberger (2011) stellt zu diesem Thema fest, dass schambedingte Auslassungen zur Vorenthaltung wesentlicher Informationen führen können [4,5:131]. In manchen Fällen wird das Dolmetschen durch eine fremde männliche Person vom Ehepartner der Schwangeren von vornherein verhindert.

Notsituationen

Das zweite Ergebnis betrifft das Dolmetschen durch Angehörige in Notsituationen. Dieses bringt besonders hohe Anforderungen an die dolmetschende Person, v.a. hinsichtlich Schnelligkeit und Genauigkeit mit sich. Deutlich wird, dass unausgebildete, ggf. emotional stark in das Geschehen eingebundene Personen nicht nur persönlich mit dieser Aufgabe überfordert sein können, sondern möglicherweise den geburtshilflichen Ablauf behindern. Die geschilderte Problematik ist aufgrund ihrer möglichen Folgen so relevant, dass sie einer über die hier gemachten Beobachtungen hinausgehenden genaueren Betrachtung bedarf.

Professionelle Dolmetscher*innen

Professionelle Dolmetscher*innen verbessern die Interaktion und damit den Behandlungserfolg eklatant [16, 23], sie werden jedoch den befragten Hebammen zufolge nur selten eingesetzt. Dafür sind sowohl kreißsaal-spezifische wie auch weitere Gründe verantwortlich. Die mangelnde Planbarkeit von Geburtsverläufen und das plötzliche Auftreten kritischer Situationen kann ein Hinzuziehen professioneller Dolmetscher*innen erschweren bzw. verhindern. Die Organisation ist aufgrund fehlender Infrastruktur und unklarer Finanzierungslage mit hohem bürokratischem Aufwand verbunden und daher mit den knappen zeitlichen Ressourcen der Hebammen schwer vereinbar [16, 48]. So berichtet auch Stanek (2020), dass von ihr befragte Hebammen aufgrund der knappen zeitlichen Ressourcen auf professionelle Dolmetscher*innen nur bei sehr komplexen Sachverhalten zurückgreifen, oder wenn Laiendolmetscher*innen nicht mehr weiterhelfen könnten [48]. Ein weiterer Faktor, der auf die Nicht-Hinzuziehung professioneller Dolmetscher*innen einwirkt, ist, dass die sprachlich-inhaltlichen Mängel beim Dolmetschen durch Laien nicht erkannt werden und daher die Übersetzung durch Angehörige als ausreichend empfunden wird [16, 25, 38]. Ein Lösungsansatz kann in der Bereitstellung von Telefon- oder Videodolmetschdiensten liegen, durch die für den Einsatz im Gesundheitsbereich geschulte Dolmetscher*innen den Gesprächssituationen bei Bedarf spontan zugeschaltet werden können. Die Erfahrungen mit solchen Diensten sind allerdings bislang eher gering. Als Gründe, sie nicht in Anspruch zu nehmen, wird das Festhalten an gewohnten Lösungsstrategien angesehen sowie der Versuch, den Arbeitsfluss aufrechtzuerhalten [26:116-117]. Dies deckt sich mit der vorliegenden Untersuchung: Eine der teilnehmenden Kliniken war im Untersuchungszeitraum 2018/2019 bereits an ein Video-Dolmetsch-System angeschlossen, es kam damals allerdings im betreffenden Kreißsaal bislang kaum zum Einsatz. Offen bleibt, ob dessen Akzeptanz nach der Corona-Pandemie gestiegen ist.

Limitationen

Bei der Datenauswertung zeigte sich nach einiger Zeit, dass keine weiteren Kategorien mehr ergänzt werden

konnten, sodass zumindest für die drei teilnehmenden Kliniken eine Datensättigung erreicht schien. Es ist jedoch möglich, dass bei Befragungen in anderen Regionen ggf. andere/weitere Erkenntnisse gewonnen werden könnten. Es ist nicht auszuschließen, dass die Ausführungen einiger Hebammen aufgrund der institutionellen Rahmenbedingungen (Zeitdruck) nicht vollständig oder nur verkürzt erfolgten. Ebenso ist es möglich, dass es aufgrund angenommener sozialer Erwünschtheit, z.B. Loyalität gegenüber der Klinik, zu Äußerungsverzerrungen kam. Ob eine Befragung im privaten Umfeld der Hebammen zu anderen Aussagen geführt hätte, lässt sich nicht beantworten. Die Reichweite der Forschungsergebnisse ist aufgrund der Spezifik der Thematik begrenzt. Zum Teil könnten sie auf andere klinische Bereiche, wie Wochen- oder gynäkologische Stationen übertragen werden.

Schlussfolgerungen

Professionelle Dolmetscher*innen und Video-Dolmetsch-System

Laien sollten aus ethischen, medizinischen, juristischen und ökonomischen Gründen nur im Ausnahmefall zum Dolmetschen herangezogen werden, dies gilt erst recht für minderjährige Kinder [7, 17, 25, 32:06, 51:231]. Eine vermehrte Implementierung des Einsatzes professioneller Dolmetscher*innen, z.B. über die Teilnahmen an einem Video-Dolmetsch-System, erscheint als ein folgerichtiger, flexibler Lösungsansatz [16, 17, 35:188]. Die Verantwortung für die Umsetzung läge bei den Kliniken. Die Bereitstellung eines solchen Angebots allein ist aber nicht ausreichend. Um dessen Nutzung für die Hebammen niederschwellig zu gestalten, müssen Verfahrensabläufe festgelegt und die Hebammen zur Nutzung motiviert und geschult werden. Schließlich wären politische Weichenstellungen hinsichtlich der verbindlichen Finanzierung der Leistungen nötig [54].

Klinikinternes Dolmetschkonzept

Als Ergänzung zum Dolmetschen durch professionelle Kräfte ist die Einrichtung eines klinikinternen institutionellen Dolmetsch-Konzepts ein möglicher Ansatz [4]. Hierzu gehört die sprachliche Professionalisierung und Zertifizierung des bilingualen medizinisch/pflegerischen Fachpersonals, die übergreifende Koordination der Einsätze sowie die Einführung zumindest eines Arbeitszeitausgleichs [54].

Schulungen für Hebammen

Hebammen sollten durch spezifische Schulungen auf die kultur- und sprachensible Führung gedolmetschter Gespräche vorbereitet werden [43]. Dabei sollte der Fokus zum einen auf der Vermittlung transkultureller und kommunikativer Kompetenzen liegen [24] und zum anderen den Hebammen ihre Erwartungshaltung an die dolmetschenden Personen [22] sowie ihre Steuerungs- und Handlungsmöglichkeiten bewusst gemacht werden [39, 48].

Schulungen für klinikinterne Laiendolmetscher*innen

Für die Dolmetsch-Schulungen für klinikinterne Laiendolmetscher*innen sind Konzepte zu entwickeln und umzusetzen.

Klinikinterne Leitlinien

Durch die Vielfältigkeit der Gesprächsanlässe differieren die zu führenden Gespräche auf inhaltlicher Ebene und hinsichtlich Aspekten wie Dringlichkeit, Komplexität oder Emotionalität, ebenso unterscheiden sich die zur Verfügung stehenden Dolmetscher*innen bezüglich ihrer sprachlichen Kompetenzen, emotionaler Involviertheit, etc. Somit ist im Kreißsaal ein bedarfsorientiertes, anlassbezogenes Vorgehen notwendig und die Hebammen stehen vor der Aufgabe, die kommunikativen Anforderungen der anstehenden Gespräche, die Rahmenbedingungen und die Ressourcen der Dolmetscher*innen entsprechend einzuschätzen. Für diese Fragen sollten klinikinterne Leitlinien festgelegt werden [4, 51].

Mögliche Anschlussstudien

Dieser qualitativen Untersuchung könnte sich eine Studie anschließen, welche die hier explorativ herausgearbeiteten Kategorien systematisch erfragt und die

Tabelle 1: in den Interviewausschnitten vorkommende Transkriptionsregeln

Bedeutung	Notation
Hervorhebung/ Betonung	RICHTIG
Pausen, je nach Länge	
ca. 1 Sekunde	(.)
ca. 2 Sekunden	(..)
ca. 3 Sekunden	(...)
Wortabbruch	eingel/
Satzabbruch	Da geht/ also da kann ich halt...

LITERATUR

- Bischoff A, Grossmann F. Telefondolmetschen im Spital. Forschungsbericht zuhanden des MFH-Netzwerks Schweiz. 2006. [Zugriff: 29 Mar 2023]. Verfügbar unter: <https://docplayer.org/1182464-Telefondolmetschen-im-spital.html>.
- Bischoff A, Grossmann F. Telefondolmetschen - eine Chance zur Überwindung von Sprachbarrieren? SÄZ. 2007;88(3):102-5. DOI: 10.4414/bms.2007.12486.
- Bischoff A, Kurth E, Schuster S. Der Dialog zu dritt: PatientInnen, DolmetscherInnen und Gesundheitsfachleute in der Universitäts-Frauenklinik Basel. Curare. 2008;31:163-75.
- Bischoff A, Steinauer R, Kurth E. Dolmetschen im Spital: Mitarbeitende mit Sprachkompetenzen erfassen, schulen und gezielt einsetzen. 2006. [Zugriff: 5 Apr 2023]. Verfügbar unter: <https://www.yumpu.com/de/document/read/4939569/dolmetschen-im-spital-das-schweizer-who-netzwerk->.
- Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit. Positionspapier. 2012. [Zugriff: 3 May 2022]. Verfügbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/425186/9e39d097803a8607e651b27b9487a165/2012-04-05-positionspapier-arbeitskreis-migration-gesundheit-data.pdf?download=1>.
- Dachs CE. Standpunkt des Deutschen Hebammenverbandes e.V. zur Migration von Hebammen nach Deutschland. 2015. [Zugriff: 27 Apr 2022]. Verfügbar unter: https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_securedownloads&p=5479&u=0&g=0&t=1683904177&hash=f3a658a71bc488d2f88603c5129c1d3282b96d64&file=/fileadmin/user_upload/pdf/Stellungnahmen/2015-9_Standpunkt_DHV_zur_Migration_von_Hebammen_nach_Deutschland.pdf.
- Diefenbacher M. Patientenaufklärung in der Hebammenarbeit. Hebammen. 2020;33(02):54-61. DOI: 10.1055/a-1110-2851.
- Domes S. Kommunikation im Kreißsaal: Wie überwinden Hebammen und Migrantinnen sprachliche Hürden? In: Wulff N, Steinmetz S, Strömsdörfer D, Wilmann M, editors. Materialien Deutsch als Fremdsprache. Deutsch weltweit. MatDaF. Göttingen; 2020. p. 481-502.
- Domes S, Kniffka G, Bitzer E-M. "Is Übelkeit da? Vomiting? Verstehenssicherung im multilingualen Kreißsaal. Sprache im Beruf. 2022;5(2022/2):188-215. DOI: 10.25162/SPRIB-2022-0010.
- Dreißig V. Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund. Bielefeld: transcript; 2005.
- Dresing T, Pehl T. Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 6th ed. Marburg: Dr. Dresing und Pehl GmbH; 2015.
- Ebden P, Carey OJ, Bhatt A, Harrison B. Diagnosis. The Bilingual Consultation. Lancet. 1988;347. DOI: 10.1016/S0140-6736(88)91133-6.

Ergebnisse neben einer qualitativen Vertiefung auch quantitativ erfasst, um die Aussagen hinsichtlich ihrer Relevanz besser einordnen zu können. Des Weiteren wäre eine ergänzende Studie zielführend, die die triadische Kommunikation aus der Perspektive der Schwangeren untersucht. Ebenso könnten sich Untersuchungen der beiden herausgearbeiteten, mutmaßlich kreißsaal-spezifischen Themen Dolmetschen in Notfallsituationen und Männer als Laien-Dolmetscher anschließen sowie die Überprüfung einer möglichen höheren Akzeptanz digitaler Dolmetsch-Dienste nach der Pandemie. Für die flächendeckende Implementierung professioneller Dolmetsch-Dienste wäre zu untersuchen, ob bei diesen männlichen Personen besser akzeptiert werden als aus dem Kreis der Laiendolmetscher.

Interessenskonflikt

Die Autorinnen erklären, dass sie keine Interessenskonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

13. Ellahham S. Communication in Health Care: Impact of Language and Accent on Health Care Safety, Quality, and Patient Experience. *Am J Med Qual.* 2021;36(5):355–64. DOI: 10.1097/01.JMQ.0000735476.37189.90.
14. Flick U, Kardorff E von, Steinke I. *Qualitative Forschung.* Ein Handbuch. 10th ed. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2013.
15. Flores G, Laws MB, Mayo SJ, Zuckerman B, Abreu M, Medina L, et al. Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics.* 2003;111(1):6–15. DOI: 10.1542/peds.111.1.6.
16. Führer A, Brzoska P. Die Relevanz des Dolmetschens im Gesundheitssystem. *Gesundheitswesen.* 2020;474–8. DOI: 10.1055/a-1276-0897.
17. Gehrig M, Graf I. Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen (Vorstudie). Teilbericht I (Hauptbericht), Darstellung der medizinischen Wirkungsketten, die dem Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen zugrunde liegen. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG.; 2009.
18. Gläser J, Laudel G. *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen.* 3rd ed. Wiesbaden: VS Verlag; 2009.
19. Gümüsoy S, Dal NA, Beydağ KD, Toket E. Intercultural awareness, communication, and empathy skills in nurses and midwives working in provinces with mass migration. *Perspect Psychiatr Care.* 2021;57(2):426–32. DOI: 10.1111/ppc.12595.
20. Hanken-Illes K, Buyten D, Honegger S, Horst L, Jander N, Vötker I. Schwangere beraten. Bericht über ein laufendes Forschungsprojekt. *DGSS aktuell.* 2020;(1):5–12.
21. Höning HG. *Übersetzen lernt man nicht durch Übersetzen: translationswissenschaftliche Aufsätze 1976–2004.* Berlin: SAXA; 2011.
22. Hsieh E, Pitaloka D, Johnson AJ. *Bilingual Health Communication: Distinctive Needs of Providers from Five Specialties.* *Health Communication.* 2013;28(6):557–67. DOI: 10.1080/10410236.2012.702644.
23. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited english proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res.* 2007;42(2):727–54. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x.
24. Kast M. *Transkulturelle Kompetenz in der Hebammenausbildung.* *Hebamme.* 2017;30:285–95. DOI: 10.1055/s-0043-105941.
25. Kletečka-Pulker M. *Sprachbarrieren Im Gesundheitsbereich – Reduktion Des Haftungsrisikos Durch Videodolmetschen.* *GesundheitsRecht.* 2016;(4):206–13. DOI: 10.9785/gesr-2016-0404.
26. Kletečka-Pulker M, Parrag S. *Videodolmetschen als Kommunikationshilfe bei Flüchtlingen.* *Paediatr Paedolog Austria.* 2018;53(Suppl 1):56–60. DOI: 10.1007/s00608-018-0588-z.
27. Kuckartz U. *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung.* 3rd ed. Weinheim; Basel: Beltz Juventa; 2016.
28. Lamnek S. *Qualitative Sozialforschung.* 6., überarbeitete Auflage. Weinheim; Basel: Beltz; 2010.
29. Langer T, Zapf T, Wirth S, Meyer B, Wiegand A, Timmen H, et al. Wie sind Kinder- und Jugendkliniken in Nordrhein-Westfalen auf die Überwindung von Sprachbarrieren vorbereitet? – Eine Pilotstudie zur Strukturqualität in der stationären Gesundheitsversorgung. *Gesundheitswesen.* 2017;79(07):535–41. DOI: 10.1055/s-0042-102349.
30. Lee KC, Winickoff JP, Kim MK, Campbell EG, Betancourt JR, Park ER, et al. Resident Physicians' Use of Professional and Nonprofessional Interpreters: A National Survey. *JAMA.* 2006;296(9):1049. DOI: 10.1001/jama.296.9.1050.
31. Menz F, editor. *Migration und medizinische Kommunikation. Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen.* Göttingen: V & R unipress; 2013.
32. Merse S. *Übersetzungsprozesse in der Arzt-Patienten-Kommunikation.* In: Gillessen A, Golsabahi-Broclawski S, Biakowski A, Broclawski A, editors. *Interkulturelle Kommunikation in der Medizin.* Berlin; Heidelberg: Springer; 2020. p. 61–71 DOI: 10.1007/978-3-662-59012-6_6.
33. Meyer B. *Dolmetschertraining aus diskursanalytischer Sicht: Überlegungen zu einer Fortbildung für zweisprachige Pflegekräfte.* *Gesprächsforschung – Online Zeitschrift zur verbalen Interaktion.* 2003;(4):160–85.
34. Meyer B, Bührig K. *Interpreting risks. Medical complications in interpreter-mediated doctor-patient communication.* *EuJAL.* 2014;2(2):233–53. DOI: 10.1515/eujal-2014-0010.
35. Novak-Zezula S, Karl-Trummer U, Pelikan JM. *Qualitätsgesichertes Dolmetschen im Krankenhaus: Good Practice braucht organisationale Verankerung.* *Curare.* 2008;31:187–92.
36. Penka S, Schouler-Ocak M, Heinz A, Kluge U. *Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting: Mögliche Barrieren und Handlungsempfehlungen.* *Bundesgesundheitsbl.* 2012;55(9):1168–75. DOI: 10.1007/s00103-012-1538-8.
37. Pöchlhammer F. *Dolmetschen: Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen.* Tübingen: Stauffenburg; 2000.
38. Pöchlhammer F. *Krankheit, Kinder, Kommunikation: Die Nichte als Dolmetscherin.* *Curare.* 2008;31:133–42.
39. Redmann T. *Interkulturelle Übersetzung und Vermittlung. Die Zusammenarbeit zwischen nicht deutschsprachigen Eltern, Mittelspersonen und Fachpersonen im Sozial- und Bildungsbereich.* Zürich: Hochschule Zürich für Angewandte Wissenschaften; 2009.
40. Rehbein J. *Interkulturelle Kommunikation.* Tübingen: Narr; 1985.
41. Rehbein J, Löning P. *Sprachliche Verständigungsprozesse in der Arzt-Patienten-Kommunikation: linguistische Untersuchung von Gesprächen in der Facharzt-Praxis.* Hamburg: Universität Hamburg, German. Seminar; 1995.
42. Rothenfluh F, Schulz PJ. *Arzt-Patient-Kommunikation.* In: Rossmann C, Hastall MR, editors. *Handbuch Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven.* Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2016. p. 1–12 DOI: 10.1007/978-3-658-10948-6_5-1.
43. Salavati D, Lindholm F, Drevenhorn E. *Interpreters in healthcare: Nursing perspectives.* *Nursing.* 2019;49(12):60–3.
44. Sator M. *Familiendolmetschung vs. professionelle Dolmetschung I: eine Fallstudie.* In: Menz F, editor. *Migration und medizinische Kommunikation: linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung.* Göttingen: University Press bei V&R unipress; 2013. p. 33–145.
45. Schildberger B. *Transkulturelle Kompetenz in der Geburtshilfe: Ein neues Paradigma der peripartalen Betreuung.* Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag; 2011.
46. Schmidt-Glenewinkel A. *Kinder als Dolmetscher in der Arzt-Patienten-Interaktion.* Berlin: Frank & Timme GmbH; 2013.
47. Spranz-Fogasy T, Lindtner H. *Fragen und Verstehen. Wissenskstitution im Gespräch zwischen Arzt und Patient.* In: Felder E, Müller M, editors. *Wissen durch Sprache. Theorie, Praxis und Erkenntnisinteresse des Forschungsnetzwerkes 'Sprache und Wissen'.* Berlin; New York: De Gruyter; 2009. p. 141–70.
48. Stanek M. *Gelingende Kommunikation trotz Sprachbarrieren.* *Hebamme.* 2020;33(02):32–40. DOI: 10.1055/a-1110-2055.
49. *Statistisches Bundesamt (Destatis). Lebendgeborene nach Staatsangehörigkeit der Mutter.* 2021. [Zugriff: 11 Apr 2022]. Verfügbar unter: (Auf Anfrage vom Statistischen Bundesamt erhalten am 11.4.2022).
50. Stevenson JE, Oscarsson M. *User-centred iterative design to develop an evidence-based communication application for maternity care.* *Health Informatics J.* 2021;27(2):1–15. DOI: 10.1177/14604582211014579.
51. Stuker R. *Professionelles Übersetzen.* In: Domenig D, editor. *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe.* Bern: Huber; 2007. p. 221–36.
52. Stupka-Gerber E. *Ohne Deutsch im Kreißsaal: Basics für die*

Kommunikation mit Migrantinnen in der Geburtshilfe. Stuttgart: Hippokrates; 2014.

53. Ullrich S, Briel D, Nesterko Y, Hiemisch A, Brähler E, Glaesmer H. *Verständigung mit Patienten und Eltern mit Migrationshintergrund in der stationären allgemeinpädiatrischen Versorgung.* *Gesundheitswesen.* 2016;78(04):209–14. DOI: 10.1055/s-0042-102341.
54. Wächter M, Vanheiden T. *Sprachmittlung im Gesundheitswesen. Erhebung und einheitliche Beschreibung von Modellen der Sprachmittlung im Gesundheitswesen. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.* Verfügbar unter: https://www.bikup.de/wp-content/uploads/2016/07/Studie_Sprachmittlung-im-Gesundheitswesen.pdf; 2015.
55. Walther S. *Abgefragt?! Pflegerische Erstgespräche im*

Krankenhausalltag: eine linguistische Untersuchung von Erstgesprächen zwischen Pflegepersonal und Patienten. Bern; Göttingen: Huber; 2001.

56. Weinhold C. *Kommunikation zwischen Patienten und Pflegepersonal: eine gesprächsanalytische Untersuchung des sprachlichen Verhaltens in einem Krankenhaus.* Bern; Göttingen: Huber; 1997.
57. Windisch A. *Mehrsprachigkeit und ihre ethischen Dimensionen im klinisch-ambulantem Alltag: Dolmetschqualität, Patient_innen-Autonomie und soziale Gerechtigkeit.* Masterarbeit. Karl-Franzens-Universität Graz; 2017.
58. Zegelin A, Schnell MW, editors. *Sprache und Pflege.* 2nd ed. Bern: Huber; 2005.

Auslands-Praxiseinsätze im Studium der Hebammenwissenschaft – Zugang zum europäischen/internationalen Bildungs- und Beschäftigungsraum erhalten

Position des Hebammenwissenschaftlichen Fachbereichstags

Nach einem Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ist seit Jahresbeginn in einigen Bundesländern die Fragestellung diskutiert worden, ob Praxiseinsätze im Ausland auf das Studium der Hebammenwissenschaft angerechnet werden dürfen. Erste Landesministerien haben dazu bereits klärende und zum Teil restriktive Vorgaben ausgesprochen, die in einzelnen Bundesländern zu einer erheblichen Beschränkung der internationalen Mobilität von Bachelor-Studierenden der Hebammenwissenschaft führen würden. Im Folgenden legt der Hebammenwissenschaftliche Fachbereichstag e. V. (HWFT) seine Sicht auf den vorgenannten Sachverhalt dar und stellt Lösungsvorschläge für die Sicherstellung des Zugangs der Studierenden zum europäischen Bildungs- und Arbeitsraum zur Verfügung. Dabei erkennt der HWFT grundsätzlich an, dass die Anforderungen an die Praxisanleitung in den berufspraktischen Einsätzen im Studium von Hebammen einer Qualitätsverbesserung gegenüber der fachschulischen Hebammenausbildung dienen sollen. Die Position des HWFT wurde dem Bundesministerium für Gesundheit/Referat 315 übermittelt.

Im Schreiben vom 12.01.2024 formuliert das Bundesministerium für Gesundheit, dass studentische berufspraktische Einsätze im Ausland während des Studiums von Hebammen nicht auf das Studium angerechnet werden sollten.

I Problem:

1. Im Schreiben werden „Zweifel“ angeführt, deren Grundlagen nicht näher dargelegt werden und somit einer Nachvollziehbarkeit entbehren. Zudem wird die Aussage pauschal und global für alle Länder ohne Differenzierung nach Qualitätsmerkmalen bspw. europäischen Standards getroffen.

2. Es entsteht der Eindruck, dass Qualitätsanforderungen an die Lernbegleitung am Lernort Praxis im Studium von Hebammen allein in Deutschland implementiert sind, obgleich die Umsetzung der hochschulischen

Primärqualifikation in allen Ländern der EU früher als in Deutschland und mit dem gemeinsamen Ziel der Harmonisierung der Ausbildungsgänge für Hebammen in Europa umgesetzt wurde. Dies führt logischerweise zu der Frage, warum in Deutschland höhere Anforderungen an das Studium von Hebammen gestellt werden, als auf EU-Ebene erforderlich sind. Dies könnte in der Frage der Auslandseinsätze und deren Anrechenbarkeit auf das Studium zu einer Benachteiligung der Studierenden in Deutschland gegenüber Studierenden anderer europäischer Länder führen (höhere Zugangshürden zum Beruf).

1. Mit der Bologna-Erklärung von 1999 war intendiert, die europäische Bildungs- und Hochschulpolitik der beteiligten Staaten zu bündeln und zu synchronisieren, die Mobilität von Studierenden, Lehrenden, Wissenschaftler*innen zu fördern sowie die europäische Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Qualitätssicherung zu erhöhen (vgl. Hochschulausschuss der Kultusministerkonferenz, 2011). In der Messung der internationalen Mobilität der Studierenden des statistischen Bundesamtes [7] heißt es dazu:

„In der Bologna-Erklärung von 1999 haben die europäischen Wissenschaftsminister vereinbart, einen gemeinsamen Hochschulraum zu schaffen. Ziel ist, die Hochschulen in Europa international wettbewerbsfähiger zu machen, das soziale, kulturelle und wirtschaftliche Zusammenwachsen der Bevölkerung zu fördern und die Studierenden besser auf die Anforderungen eines zunehmend internationalen Arbeitsmarktes vorzubereiten. Zu den dazu beschlossenen Maßnahmen zählen die Einführung gestufter Studiengänge (vor allem Bachelor/ Master), vergleichbarer Studienabschlüsse und eines Leistungspunktesystems (ECTS) Auch ist die internationale Mobilität von Studierenden zu fördern, um das Wissen und den Fortschritt zu verbreitern. Ein stärkerer Austausch soll gegenseitige Akzeptanz und Toleranz in kultureller wie in gesellschaftlicher Sicht vergrößern, Wissenschaft und Forschung bereichern und – über die Vermittlung der künftig am Arbeitsmarkt erforderlichen Qualifikationen – zum wirtschaftlichen Wohlstand beitragen. Denn in einer zunehmend globalisierten Welt gewinnen Auslandserfahrungen während der Studienzeit an Bedeutung; sie führen zur Kenntnis anderer Bildungssysteme, und verbessern Fremdsprachenfähigkeiten und interkulturelles Verständnis“ [7].

Dazu führt u.a. auch der Deutsche Akademische Austauschdienst (DAAD) mit Verweis auf das Bukarester Communiqué (2012) aus: „Zu den zentralen Zielen der europäischen Hochschulpolitik gehört die Erhöhung der Studierendenmobilität im Europäischen Hochschulraum (EHR). [...] Bis zum Jahr 2020 sollten

Autor*innen

Melita Grieshop
Präsidentin
Hebammenwissenschaftlicher
Fachbereichstag
e. v. (HWFT)

Julia Berger
Claudia Hellmers
Judith Kluck
Ute Lange
Johanna
Neumeyer
Martina
Schlüter-Cruse

demnach in den EU- bzw. EHR-Ländern mindestens 20% aller Hochschulgraduierten eines Jahrgangs einen Abschluss im Ausland erworben oder temporäre studienbezogene Mobilitätserfahrungen gesammelt haben. Als temporäre studienbezogene Mobilität gelten dabei anerkannte Studiums- und Praktikumsaufenthalte von mindestens drei Monaten oder mit mindestens 15 erworbenen ECTS-Punkten“ [5]. Dass internationaler Austausch wissenschaftliche Exzellenz gewährleistet, betont auch die Bundesregierung in ihrer Strategie zur Internationalisierung von Bildung, Wissenschaft und Forschung [1]. In einer zunehmend vernetzten globalen Welt gilt internationale Erfahrung als der Schlüssel zu innovativen Lösungen, bei denen Fragestellungen aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Stärkung internationaler Erfahrung von Studierenden zunehmend an Bedeutung [4].

Zudem widerspricht diese Auslegung nach Auffassung des HWFT der Lissabon Konvention, dem Übereinkommen über die Anerkennung von Qualifikationen im Hochschulbereich in der europäischen Region von 1997.

2. Die vollständige Akademisierung der Hebammenausbildung wurde nicht nur mit den Anforderungen der entsprechenden EU-Richtlinien, sondern auch mit der Notwendigkeit der internationalen Anschlussfähigkeit begründet [9]. So fordert der Wissenschaftsrat (2023) perspektivisch auch für die Hebammenwissenschaft mehr internationale Sichtbarkeit und den Anschluss an neue Versorgungskonzepte, welche international erheblich weiterentwickelt sind als in Deutschland. Damit verbunden ist die Erwartung, dass Erfahrungen aus den Gesundheitssystemen und Versorgungsstrukturen anderer Länder als Impulse für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland genutzt werden können. Insbesondere in der noch jungen Disziplin der Hebammenwissenschaft würden durch eine Beschränkung der Internationalität zukünftig wichtige Impulse für Innovation und Transformation in der Hebammenwissenschaft/Hebammenarbeit verloren gehen und dem Studium von Hebammen die internationale Anschlussfähigkeit entzogen. Damit würde auch ein Rückgang der Lehrendenmobilität verbunden sein, der ebenso zu einem Verlust der internationalen Anschlussfähigkeit hebammenwissenschaftlicher Disziplinentwicklung und Forschung führen würde.

3. Internationalität der Studiengänge ist zudem eine wesentliche Grundlage für die Entwicklung interkultureller Kompetenz aller Beteiligten, um dem Bildungsbedarf und dem (geburtshilflichen) Versorgungsbedarf in unserer diversen Gesellschaft gerecht werden zu können [7]. Zudem wird interkulturelle Kompetenz auch in den klinischen und außerklinischen Versorgungsteams weiter an Bedeutung gewinnen, da in den Gesundheitsberufen verstärkt Fachkräfte aus dem Ausland angeworben werden, um die Versorgung zu sichern. Den Hochschulen in Deutschland wird in diesem Kontext eine entscheidende Rolle zugeschrieben, da sie als Akteurinnen im globalen Migrationsgeschehen zur Gewinnung von begabtem internationalem Nachwuchs beitragen [4].

3. Auch wird mit einer Einschränkung der Auslandserfahrungen in der Hebammenwissenschaft erneut eine überwiegend von Frauen gewählte Studienrichtung/Berufsgruppe von internationalen Bildungserfahrungen, Karrierewegen und EU-Arbeitnehmer*innenfreizügig-

keit ausgeschlossen und somit in diesen Fragen gegenüber männlichen Studierenden benachteiligt. Diese Chancenungerechtigkeit kumuliert mit der Tatsache, dass weibliche Personen/Studierende häufiger über Care-Arbeit (Kinder, Pflegearbeit) stärker belastet und in ihren beruflichen Chancen beschränkt sind als Männer [3].

Dies verschärft das Phänomen der „Gläsernen Decke“ im Berufsleben von Frauen [vgl. 2] und konterkariert Vorhaben der Bundesregierung, eine Gleichstellung der Geschlechter in Bildungs- und Beschäftigungsfragen zu fördern bzw. zu erreichen. So forderte die Sachverständigenkommission bereits im 2. Gleichstellungsbericht der Bundesregierung 2017 ein neues Leitbild für die Aus- und Weiterbildung in SAGE-Berufen, welches sich an gleichstellungspolitischen Zielen orientieren sollte [2].

Insgesamt ist über das Schreiben des BMG der Eindruck entstanden, dass Absolvent*innen der Hebammenwissenschaft ausschließlich in den bundesdeutschen Arbeitsmarkt einmünden sollen und pädagogische Lernbegleitung im Studium ein ausschließlich in Deutschland vorzufindendes Studienmerkmal ist. Diese „Verwertungsorientierung“ (Klafki, 2007) entspricht jedoch weder dem Anspruch von akademischer (Aus-)bildung und Disziplinentwicklung noch dem hochschulischen Selbstverständnis sowie der gebotenen wissenschaftlichen Freiheit. Ein erneut beschränkender Sonderweg für studierende Hebammen, vergleichbar mit der Bildungssackgasse der altrechtlichen Hebammenausbildung, ist aus Sicht des HWFT weder für die Studierbarkeit noch für die intendierte Innovation und Qualitätsverbesserung in Hebammenarbeit und Geburtshilfe zielführend. Bereits in der fachschulischen Hebammenausbildung wurden internationale klinische und außerklinische Praxiseinsätze ermöglicht. Hier sollte es keine Rückentwicklung geben.

Der Gesetzgeber hat die Verantwortung für die Überprüfung der Qualifizierungsanforderungen für praxisleitende Hebammen gemäß § 10 HebStPrV 2020 explizit auf der operativen Ebene der verantwortlichen Praxisseinrichtungen (vPE) angesiedelt. Die vPE können diese Prüfung entsprechend der Qualitätsanforderungen auch für Auslandseinsätze vornehmen.

Vor diesem Hintergrund erscheint dem HWFT e. V. eine regionale Beschränkung von anrechenbaren berufspraktischen Einsätzen im Studium von Hebammen auf Deutschland nicht schlüssig und nicht zeitgemäß. Zudem entspricht eine Beschränkung der internationalen Mobilität der Studierenden aus Sicht des HWFT nicht dem Gedanken eines europäischen Bildungs- und Arbeitsraums.

Um Praxiseinsätze im Ausland auch weiterhin als fest integrierten, anrechenbaren Bestandteil des Studiums von Hebammen qualitätsgesichert durchführen zu können, empfiehlt der HWFT folgende Maßnahmen:

II Machbarkeit von Auslandseinsätzen: Lösungsvorschläge

- EU-Staaten und EU-gleichgestellte Staaten sollten als Länder für internationale Studierenden-Mobilität in Praxiseinsätzen unter Berücksichtigung der Äquivalenz der Qualitätsanforderungen an die Praxisanleitung gemäß HebStPrV (2020) regulär anerkannt sein.

- Die Qualität der Praxisanleitung und der Kompetenzerwerb der Studierenden in klinischen und außerklinischen Praxiseinsätzen in EU-Staaten und EU-gleichgestellten Staaten sind von der vPE im Rahmen der regulären Qualitätssicherungsverfahren und Lernprozessbegleitung sicherzustellen.
- Für Drittländer sollten gesonderte Regelungen/Qualitätskriterien für klinische und außerklinische Praxiseinsätze in Drittstaaten unter Berücksichtigung der Qualitätsanforderungen an die Praxisanleitung gemäß HebStPrV (2020) formuliert werden.

Mit Schreiben vom 14. Juli 2024 hat das BMG das Stimmnahmeverfahren für die Verbände hinsichtlich des Referentenentwurfs einer Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen und weiterer Verordnungen im Bereich der Heilberufe eröffnet. Im Rahmen dieses Referentenentwurfs sollten unter Artikel 2 über eine Änderung der Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen die Anrechnungsvoraussetzungen für Auslandseinsätze im Studium von Hebammen geregelt werden.

Das Präsidium des Hebammenwissenschaftlichen Fachbereichstags hat am 11. Juli 2024 dem BMG entsprechend der oben aufgeführten Positionen eine Stellungnahme eingereicht. Darüber hinaus hat M. Grieshop die Positionen des HWFT e. V. auf der Verbändeanhörung zum Referentenentwurf am 19. Juli 2024 (online) gegenüber dem BMG vertreten. Eine Entscheidung des Gesetzgebers steht derzeit noch aus (30.08.2024).

Der Hebammenwissenschaftliche Fachbereichstag e. V. (HWFT) ist der freiwillige Zusammenschluss der Fachbereiche, Fakultäten, Institute, Departements und Studiengänge der Hebammenwissenschaft/Hebammenkunde (im weiteren Verlauf genannt: hebammenwissenschaftliche Organisationseinheiten) an staatlichen, staatlich anerkannten und anderen nichtstaatlichen Hochschulen in der Bundesrepublik Deutschland. Er fördert Bildung, Wissenschaft und Praxis der Hebammenwissenschaft gemäß Anlage 1 der Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV, 2020). Er dient der gegenseitigen Information, Kooperation und Beratung sowie der Wahrnehmung gemeinsamer Interessen in Angelegenheiten der Lehre und des Studiums, dabei insbesondere der Weiterentwicklung und Verbesserung der Rahmenbedingungen. Weiter dient der Fachbereichstag der Forschung, der Fort- und Weiterbildung sowie des Wissenstransfers (Third Mission) im Kompetenzbereich von Hebammen. Der Fachbereichstag strebt eine enge Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden, wissenschaftlichen Gesellschaften und hochschulpolitischen Gremien an. Der Hebammenwissenschaftliche Fachbereichstag kooperiert zur Erreichung seiner Ziele mit geeigneten Institutionen im In- und Ausland.

LITERATUR

1. Bundesministerium für Bildung und Forschung (2006). Internationalisierung von Bildung, Wissenschaft und Forschung. Strategie der Bundesregierung. [Zugriff: 13.03.2024]. Verfügbar unter <https://www.wbv.de/shop/openaccess-download/7004002nw>
2. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (2017). Zweiter Gleichstellungsbericht der Bundesregierung.

Drucksache 18/12840 vom 21.06.2017. Berlin: BMFSFJ.

3. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (2024). Statistisches Bundesamt veröffentlicht neue Zahlen zum Gender Care Gap. Aktuelle Meldung vom 28.02.2024. [Zugriff: 05.03.2024]. Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/statistisches-bundesamt-veroeffentlicht-neue-zahlen-zum-gender-care-gap-236794>
4. Deutscher Akademischer Austauschdienst (2020). DAAD Strategie 2025. [Zugriff: 14.03.2024]. Verfügbar unter: https://static.daad.de/media/daad_de/der-daad/wer-wir-sind/daad_strategie_2025.pdf
5. Deutscher Akademischer Austauschdienst (2023). Wissenschaft weltweit. Daten und Fakten zur Internationalität von Studium und Forschung in Deutschland und weltweit. [Zugriff: 13.03.2024]. Verfügbar unter: https://www.wissenschaft-weltweit.de/content/uploads/2023/09/wiwe_2023_web_de.pdf
6. Hochschulausschuss der Kultusministerkonferenz (2011). Ländergemeinsame Strukturvorgaben für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen vom 04.02.2010 – Auslegungshinweise – (Handreichung des Hochschulausschusses der Kultusministerkonferenz vom 25.03.2011).
7. Statistisches Bundesamt (2020). Bildung und Kultur. Messung der internationalen Mobilität der Studierenden 2020.
8. Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen vom 08. Januar 2020. BGBl 2020 Teil 1, Nr. 2, ausgegeben zu Bonn am 10. Januar 2020. V. v. 08.01.2020 BGBl. I S. 39 (Nr. 2); zuletzt geändert durch Artikel 6 G. v. 12.12.2023 BGBl. 2023 I Nr. 359
9. Wissenschaftsrat (2023). Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe. Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen. DOI: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/2023/1548-23.html>

Staatliche praktische Prüfungen – Teil I „Schwangerschaft“ und Teil III „Wochenbett und Stillen“ an der Hochschule prüfen

Mit dem neuen Hebammengesetz (HebG) und der zugehörigen Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV) wurde 2020 Raum zur Neugestaltung der staatlichen praktischen Prüfungen in den Teilen „Schwangerschaft“ sowie „Wochenbett und Stillen“ gegeben: Neben der vorgeschriebenen Simulation des Prüfungsteils Geburt wird eine weitere simulierte Prüfung nach §29 HebStPrV zulässig [2]. Diese Neuregelung bietet die Chance zu höherer Validität und Reliabilität der staatlichen praktischen Prüfungen.

Der folgende Beitrag stellt vor, wie an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg die Möglichkeit der weiteren Simulation im hochschulübergreifenden Studiengang Hebammenwissenschaft B.Sc. im Prüfungsteil III „Wochenbett und Stillen“ genutzt und der Prüfungsteil I „Schwangerschaft“ mit Schwangeren in den Räumen der HAW Hamburg umgesetzt wurde.

Der Prüfungsteil II Geburt wurde an der medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am Universitätsklinikum Eppendorf durchgeführt. Es wurden 54 Studierende binnen 5 Wochen an den zwei Hochschulstandorten (Abbildung 1) geprüft.

Entwicklung der Prüfungskonzepte an der HAW Hamburg

Die Entwicklung der Prüfungskonzepte begann fast zwei Jahre vor den ersten Prüfungen mit thematisch abgestimmten Workshops, die bis zum Prüfungsbeginn stattfanden. Dieser Entwicklungszeitraum wurde mit Partizipation der im Studiengang tätigen Praxisanleitenden gestaltet und ermöglichte einen direkten Austausch zwischen den Akteuren der Hochschulen und den ambulanten sowie klinischen Praxisorten. Die Veranstaltungen waren mit entsprechenden Fortbildungsstunden für die Praxisanleitenden hinterlegt. Um möglichst vielen Praxisanleitenden eine Beteiligung zu ermöglichen, fanden diese abwechselnd im digitalen Format und in Präsenz an der HAW Hamburg statt. Bis zum Beginn der Prüfungsphase wurden folgende Workshops umgesetzt:

- Optionen der Prüfungsgestaltung – Prüfungsteil Schwangerschaft“ und Prüfungsteil „Wochenbett und Stillen“
- Aufgaben und Fälle der staatlichen praktischen Prüfungen entwickeln (gemeinsamer Workshop der Hochschulen)
- Aufgaben und Fälle entwickeln – Prüfungsteil „Wochenbett und Stillen“

- Eine gemeinsame Bewertungsmatrix für alle Prüfungsteile entwickeln (gemeinsamer Workshop der Hochschulen)
- Schulungsworkshops (zwei Terminoptionen) zur Durchführung der staatlichen praktischen Prüfungen

Zur gemeinsamen Reflexion wurde ein weiterer Workshop nach den Prüfungen angeboten.

Umsetzung und Vorbereitung der Prüfungsteile „Schwangerschaft“ und „Wochenbett und Stillen“ an der HAW Hamburg

Die Hamburger Hebammenstudierenden sind auf 19 Kliniken in Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein verteilt. Durch die Zentralisierung der Prüfungen in der Hochschule wurden einheitliche Bedingungen für alle Studierenden geschaffen und durch insgesamt 108 Einzelprüfungen wurden Störungen der Arbeitsabläufe in den Praxisstätten vermieden. Pro Prüfungsteil und Tag konnten je drei Studierende geprüft werden (Abbildung 1).

Abbildung 1: Wöchentliche Planung Studierende für staatliche praktische Orpfung

Prüfungsteil Prüfungsort	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag
Schwangerschaft HAW Hamburg	Stud 1	Stud 4	Stud 7	Stud 10
	Stud 2	Stud 5	Stud 8	Stud 11
	Stud 3	Stud 6	Stud 9	Stud 12
Wochenbett und Stillen HAW Hamburg	Stud 4	Stud 1	Stud 10	Stud 7
	Stud 5	Stud 2	Stud 11	Stud 8
	Stud 6	Stud 3	Stud 12	Stud 9
Geburt Med. Fakultät der Universität Hamburg am UKE	Stud 7	Stud 10	Stud 1	Stud 4
	Stud 8	Stud 11	Stud 2	Stud 5
	Stud 9	Stud 12	Stud 3	Stud 6

12 Studierende pro Woche in 5 Prüfungswochen = 60 Studierende

Durch die Vielzahl klinischer Einsatzorte und die freie Wahl der außerklinischen Einsatzorte in ganz Deutschland haben Studierende verschiedene Routinen und Vorgehensweisen am Ende des Studiums gelernt und gestalten Empfehlungen sowie Beratungen der (werdenden) Familien unterschiedlich. Die Hausstandards und Qualitätsmanagements der verschiedenen Einsatzorte lassen Varianten fachlich korrekten Handelns und Beratens zu. Mit Blick auf die staatlichen praktischen Prüfungen führte diese bereichernde Vielfältigkeit unter Studierenden zu Verunsicherung. Dieser sowie der allgemeinen Unsicherheit und Aufregung vor der Prüfung wurde mit Vorbereitungsübungen für beide Prüfungsteile in der Hochschule begegnet.

So wurden die geplanten zeitlichen Abläufe (Abbildung 2) der staatlichen praktischen Prüfungen bereits in die Vorbereitungsübungen für die Studierenden integriert und durch Simulationen mit Schauspieler*innen umgesetzt. Durch die Übungseinheiten und das anschließende Debriefing wurde den Studierenden ein Rahmen vorgegeben. Die an jeweiligen Ausbildungsstellen vermittelten verschiedenen Vorgehensweisen wurden

als fachlich richtig aufgezeigt, gemeinsam reflektiert und alternative Handlungsmöglichkeiten diskutiert.

Alle Übungsräume waren identisch zu den bevorstehenden Prüfungen eingerichtet. Bereits im Vorfeld der Übungen wurde in enger Abstimmung mit den Studierenden die räumliche und materielle Ausstattung der Prüfungsteile vorgenommen und Ausstattungen der Ausbildungsorte bereitgestellt, um den Studierenden Orientierung zu ermöglichen.

Mit Unterstützung studentischer Hilfskräfte bietet das Skills Lab Studierenden zusätzlich zu geplanten Übungseinheiten die Möglichkeit, die Räumlichkeiten eigenständig für Übungen zu nutzen. Diese Option wird insbesondere in Prüfungsphasen intensiv in Anspruch genommen.

Der offene Umgang mit Prüfungsformat und -abläufen sollte den Studierenden Sicherheit geben und mögliche Prüfungsangst reduzieren [1, S. 1006f.; 3, S. 70], um ihnen das Präsentieren ihres Wissens und Könnens in den Prüfungen zu erleichtern.

Prüfungsteil Schwangerschaft

Der Prüfungsteil „Schwangerschaft“ wurde mit Schwangeren in den Räumen der HAW Hamburg durchgeführt. Mit der Rekrutierung durch Flyer und Plakate wurde mehrere Monate vorher begonnen. Die Informationen gelangten mit Unterstützung der Kliniken, Hebammen(praxen) und gynäkologischen Praxen in Hamburg und durch die Hebammenstudierenden selbst zu den Schwangeren. Eine hohe Anzahl Schwangerer bekundete Interesse. Im Rahmen eines digitalen Informationstreffens wurde zum Prüfungsablauf informiert und die finale Anmeldung zur Teilnahme beworben. Einschlusskriterien zur Beteiligung an den Prüfungen waren Einlingsschwangerschaften und ein Schwangerschaftsalter zwischen der 15. und 37. SSW am Prüfungstag. Im Anschluss wurde eine Abfrage zur Mitteilung der optionalen Termine für die Schwangeren freigeschaltet. Auch hier gab es eine hohe Resonanz, so dass eine Vertretungsplanung im Falle kurzfristiger

Verhinderungen der Schwangeren möglich wurde.

Am Prüfungstag fand sich die Schwangere 30 Minuten vor Beginn der Einlesezeit des Prüflings in der Hochschule ein. Jede Schwangere füllte eine Kurzanamnese zur eigenen und familiären Gesundheit, zu evtl. vorausgegangenen Schwangerschaften sowie Geburten aus und unterzeichnete eine Datenschutzerklärung. Anschließend entschied die Schwangere per Los, ob neben der in jeder Prüfung vorgesehenen körperlichen Untersuchung, eine vertiefende Teilanamnese erhoben oder ein Beratungsgespräch erfolgen würde. Im Falle einer Teilanamnese wurde der Themenbereich geburtshilfliche Anamnese, Gesundheitsanamnese oder Sozialanamnese durch die Prüfenden festgelegt. Im Falle des Loses mit Beratung konnte die Schwangere aus einer Auswahl von Themen wählen:

- Wahl des Geburtsorts
- Vorbereitung und Betreuung im Wochenbett
- Zahngesundheit für Mutter und Kind
- Umgang mit Genussmitteln und/oder Drogen
- Umgang mit Wehen (nicht-medikamentöse und medikamentöse Maßnahmen)
- Geburtsbeginn
- Ernährung in der Schwangerschaft und im Wochenbett
- Vorbereitung auf das Stillen / Ernährung des Neugeborenen
- Mutterschutz in Schwangerschaft und Stillzeit
- Bewegung und Sport in der Schwangerschaft
- Ambulante Entlassung nach der Geburt

Mit Beginn der Vorbereitungszeit (60 Minuten) erhielten die zu prüfenden Studierenden den Mutterpass, die Kurzanamnese und die entsprechend geloste Aufgabe mit den Prüfungsunterlagen. Die weiteren Abläufe der Fallvorstellung (10 Minuten), Untersuchung und Beratung/Anamneseerhebung mit der Schwangeren (60 Minuten) und anschließendem Reflexionsgespräch (10 Minuten) waren mit kurzen Zeitfenstern für Raumwechsel oder Toilettengängen geplant. Für die Prüfenden war eine Bewertungszeit von 60 Minuten vorgesehen. Die weiteren Prüfungen des Tages begannen zeitversetzt mit identischem Ablauf. (Vgl. Abbildung 2)

Abbildung 2: Tägliche Prüfungsorganisation und Zeiten der Prüfer*innen entsprechend HebStPrV - exemplarisch Prüfungsteil Wochenbett und stillen

Zeit	Prüfer:innen	Vorbereitung	Fallvorstellung	Durchführung	Reflexionsgespräch	Bewertung	Pause
		Erstellung Betreuungsplan 60 Min	10 Min	Simulation Wochenbettbesuch 60 Min	10 Min	Quarantänezeit 60 Min	30 Min
8.45-9.45	Team 1	Studierende 1					
9.50-10.00			Studierende 1				
10.10-11.10				Studierende 1			
11.20-11.30					Studierende 1		
11.35-12.35						Studierende 1	
12.00 - 13.00		Studierende 3					
13.05 - 13.15			Studierende 3				
13.25 - 14.25			Studierende 3				
14.35 - 14.45				Studierende 3			
14.50 - 15.50					Studierende 3		
10.00 - 11.00	Team 2	Studierende 2					
11.05 - 11.15			Studierende 2				
11.25 - 12.25				Studierende 2			
12.35 - 12.45					Studierende 2		
12.50 - 13.50						Studierende 2	

Autor*innen

Anne Rehm
Caroline Ottlik
Thekla Janssen
Claudia Limmer

Prüfungsteil Wochenbett und Stillen

Der Prüfungsteil „Wochenbett und Stillen“ wurde mit professionellen Schauspieler*innen simuliert. Die Planung und Konzeption dieses Prüfungsteils stellte sich aufwendig und detailreich dar. Pro Prüfungstag wurde zur Simulation eines vollständigen Wochenbettbesuchs eine ausführliche Rollenbeschreibung für eine Wöchnerin mit Kind erstellt. Die Simulation war auf 60 Minuten Prüfungszeit angelegt. Insgesamt wurden 20 Prüfungsfälle im klinischen oder häuslichen Setting entworfen. Die dargestellten Wochenbett- und Stillsituationen streckten sich im Versorgungszeitraum vom frühen bis ins späte Wochenbett. Es wurden täglich andere hebammenspezifische Herausforderungen vorgesehen, wie z.B.: Schmerzen der Geburtsverletzung, Unsicherheit im Handling und Versorgung des Neugeborenen, Mobilisation nach Sectio caesarea oder Icterus neonatorum.

Die Schauspieler*innen erhielten vor den Prüfungen spezielle ausführliche Briefings und wöchentlich die jeweiligen Rollenbeschreibungen über einen geschützten digitalen Zugang. Pro Tag stellten sie drei Mal die gleiche Rolle dar.

Zur Vorbereitungszeit (60 Minuten) erhielten die Studierenden den Mutterpass, die Dokumentation zum bisherigen Wochenbettverlauf mit den Bögen des im Studium genutzten Praxisbegleithefts und die Aufgabe mit den Prüfungsunterlagen. Die weiteren Abläufe der Fallvorstellung (10 Minuten), Simulation des Wochenbettbesuchs (60 Minuten) und anschließendem Reflexionsgespräch (10 Minuten) waren mit kurzen Zeitfenstern für Raumwechsel oder Toilettengängen geplant. Die Studierende wurde nach dem Reflexionsgespräch aus der Prüfung entlassen und der erste Prüfling des Tages musste bis zur Ankunft des dritten Prüflings in Quarantäne (ca. 30 Minuten) warten. Für die Prüfenden war eine Bewertungszeit von 60 Minuten geplant. (Abbildung 2).

Die Prüfung und Simulation begann mit Betreten des Simulationsraums, der entsprechend als Patient*innenzimmer einer Wochenbettstation oder als privates Wohnzimmer der Familie eingerichtet war. Die Schauspieler*innen waren von diesem Moment an in ihrer Rolle. Die Studierenden konnten entsprechend direkt reagieren und mit Mutter und Kind agieren.

Die Schauspieler*innen waren gebrieft, die Inhalte der Rollenbeschreibung darzustellen, aber sich der Organisation und dem Ablauf des Wochenbettbesuchs anzupassen, so dass das individuelle Vorgehen und Priorisierung der Studierenden berücksichtigt wurden. Die Schauspieler*innen integrierten typische Fragen gemäß der Rollenbeschreibung situativ passend und ohne Kenntnis des Erwartungshorizonts. Die Neugeborenenpuppe wurde durch die Schauspieler*innen „zum Leben erweckt“, indem sie fortlaufend in Interaktion mit ihrem Kind waren und zum Beispiel auf die Unruhe des Kindes reagierten und diese auch den Studierenden vermittelten. Ergänzend lagen sogenannte „Ereigniskarten“ bereit, die beispielsweise bei der Beurteilung des Neugeborenen die Nabelheilung anhand

eines Fotos ermöglichten. Die Studierenden waren im Zeitmanagement gefordert, da innerhalb der 60 Minuten die Durchführung auch zu dokumentieren und der Arbeitsplatz nachzubereiten war.

Organisation in den Prüfungsteams

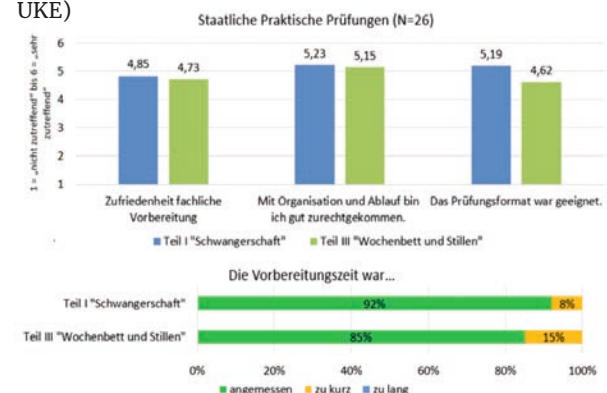
Jedes Prüfungsteam hatte einen eigenen Ablaufplan mit zugeordneten Räumen und Zeiten, so dass Studierende sicher durch ihre jeweilige Prüfung geführt werden konnten. Die Prüfungsmappen mit Aufgabenstellung und Dokumentationspapieren für die Studierenden sowie die Prüfungsmappen für die Prüfenden mit Aufgabenstellung, Rollenbeschreibung, Erwartungshorizont und Bewertungsmatrix wurden einzeln je Prüfung an einem gesicherten Ort für die Prüfenden des Tages bereitgestellt. Nach jedem Prüfungstag wurden die Unterlagen erneut sortiert und zur Einlagerung vorbereitet und die Noten wurden allen zuständigen Stellen gemeldet. Der administrative Aufwand der Prüfungen machte einen hohen Arbeitsstundenanteil aus und wurde durch das Team des Studiengangs erbracht.

Diskussion

Die Stimmung der Prüfteams war fünf Wochen lang von Freude, Interesse und Neugier auf die Prüfungen und Studierenden geprägt. Der kollegiale Austausch zwischen Praxisanleitenden und Hochschullehrenden, der rund um die Prüfungen gepflegt wurde, wirkte bereichernd. So wurden u.a. inhaltlich Themen zur Verbesserung des Theorie-Praxis- und Praxis-Theorie-Transfers herausgestellt und zur weiteren gemeinsamen Bearbeitung festgehalten. Die erlebten Prüfungsszenarien der Simulation wurden mehrheitlich als geeignet angesehen, aber gleichzeitig wurden auch konstruktiv Verbesserungen der Rollen und Settings auf kollegialer Ebene diskutiert.

Studierende äußerten sich nach ihren Prüfungen wiederholt wertschätzend über die klare Struktur und Organisation der Prüfungen. Sie betonten, dass sie die durch die Abläufe erzeugte ruhige Atmosphäre und die ihnen bekannten Prüfungsräume als hilfreich empfanden, um sich auf die Performanz in ihrer Prüfung konzentrieren zu können. Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen der Studiengangsevaluation wider (Abbildung 3).

Abbildung 3: Studierendeevaluation der staatlichen praktischen Prüfungen (erstellt durch AG Lehrevaluation der medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am UKE)



Aus Freitextanmerkungen der Evaluation ging hervor, dass einzelne Studierende vom Simulator zur Kontrolle des Fundus uteri irritiert waren, da die Bauchdecke zu unrealistisch war. Die Stillsituationen konnten mit Neugeborenenpuppe und Brustsimulator in der Regel gut dargestellt werden. Die Schauspieler*innen gaben während des Anlegens und Stillens fortlaufend Feedback zu ihrem Befinden, z.B. zu Schmerz, Saugverhalten des Kindes, Behaglichkeit der Stillposition und Wohlbefinden mit dem Stillen. Die Studierenden konnten so situativ passende Hilfestellungen geben und Beratungen initiieren.

Beobachtet wurde durch die Prüfenden, ob die Untersuchungsabläufe korrekt ausgeführt und die per „Ereigniskarte“ präsentierten Untersuchungsergebnisse durch die Studierenden für die Mutter fachlich richtig eingeordnet und entsprechende Unterstützung oder Beratung initiiert wurde. Die Prüfenden benannten ebenfalls den Geburtssimulator als zu präsent und gleichzeitig unrealistisch für die Untersuchung des Fundus uteri und der Rectusdiastase. Diese Limitation der Simulation wird zukünftig durch die Wahl eines alternativen Simulators verbessert werden.

Bereits in der Vorbereitung der Prüfungen wurde die Limitation der Simulation durch die Säuglingspuppe diskutiert. Das für die Prüfung gewählte Modell war eine Handlingspuppe, die das normale Gewicht eines Neugeborenen imitiert und eine ansprechende freundlich-realistische Mimik hat. Die Schauspieler*innen setzten die Anweisung zur aktiven Interaktion mit dem Neugeborenen sehr gut um und konnten so den Studierenden das Eingehen auf das Neugeborene erleichtern. Wurde in der Rollenbeschreibung ein unruhiges oder schreiendes Kind vorgesehen, zeigten die Schauspieler*innen durch gezielte Interaktion, z.B. besorgtes Beugen über das Kind und beruhigendes Ansprechen, die geforderte Verhaltensweise. Diese methodische Darstellung ermöglichte den Studierenden adaptiv zu reagieren und priorisiert zu handeln.

Die vorbereitenden Übungen sensibilisierten die Studierenden dafür, sich auch im Simulationssetting konzentriert und möglichst empathisch den Untersuchungen des Neugeborenen zu widmen. Beratungen, Beantwortung von Fragen der Mutter und Anleitungen in Pflege und Handling konnten durch die Studierenden integriert werden. Untersuchungen, wie das Auskultieren der Atemfrequenz, mussten ausgeführt werden und anschließend wurde eine „Ereigniskarte“ mit entsprechendem Wert präsentiert. Zu beurteilende Befunde, wie Nabelheilung, wurden durch Fotos dargestellt.

Die Studierenden erfahren Skills- und Simulationstrainings in ihrem Studium als festen Teil der Lehre, dennoch ist der Umgang damit und die Aufregung der Studierenden individuell. Ressourcen zur möglichst ruhigen und realistischen Umsetzung der Prüfungen sollten genutzt werden, damit Studierende die Prüfungszeit optimal zum Präsentieren ihrer Kompetenzen nutzen können.

Eine Simulation des Prüfungsteils Wochenbett und Stillen erscheint nach den beschriebenen Erfahrungen

als angemessen und sehr gut möglich. Der Aufwand der Fallerstellung und Schulung aller Beteiligten ist, aus Sicht des Teams, in den ersten Durchläufen hoch, wird aber mit allen folgenden Prüfungsdurchläufen stetiger werden. Erstellte Fälle werden in kommenden Prüfungen durch Neukombination von Hürden und Einbindung bisher nicht genutzter Ideen wieder Verwendung finden.

Im Prüfungsteil „Schwangerschaft“ wurde deutlich, dass individuelle Arbeitsweisen von Einsatzorten und Personal, bspw. zur Erhebung des Symphysen-Fundus-Abstands, zu Unsicherheiten führen. Da es für diverse Hebammentätigkeiten verschiedene fachlich richtige Vorgehen gibt, ist ein Ziel durch besseren Austausch zwischen Akteuren der Praxis und Theorie mehr Transparenz zu schaffen. Gleichzeitig ist es ein Ziel, Studierenden zu vermitteln, dass verschiedene Vorgehensweisen möglich und richtig sind, solange diese fachlich korrekt und reflektiert erfolgen.

Die gegenseitige wertschätzende Haltung der Studierenden für das Prüfungsformat mit Schwangeren an der Hochschule und der Schwangeren gegenüber den Studierenden mit der Möglichkeit der Unterstützung des Berufs, wurden durch viele Akteure der Prüfungen als eine Bereicherung wahrgenommen. Das hohe Interesse der Schwangeren soll weiterhin genutzt werden, um in den Prüfungen ein umfassendes Spektrum an Schwangerschaftsverläufen und Untersuchungszeitpunkten zu ermöglichen.

Das Team der HAW Hamburg sieht die Neugestaltung der Prüfungen als Erfolg und auch zukünftig, mit der hohen Anzahl an zu prüfenden Studierenden, als effektiv und zielführend. Die Freude, mit den ersten Prüfungen bereits 54 Studierende zu ihrem Abschluss begleitet zu haben, ist groß. Ebenso die Vorfreude auf die erneute Umsetzung der Prüfungsformate in den kommenden Jahrgängen.

Es gilt ein besonderer Dank allen Beteiligten, die sich in diese Prüfungsformate eingebracht und erfolgreich mit umgesetzt haben. Ein weiterer Dank gilt der AG Lehrevaluation der medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am UKE für die Bereitstellung der Grafik zur Evaluation der staatlichen praktischen Prüfungen.

LITERATUR

- Dickhäuser C, Dickhäuser O. Fair und klar. Prüfungen angstfrei gestalten. Forschung & Lehre: 2020.
- Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV) vom 8. Januar 2020, letzte Änderung 12. Dezember 2023. [Zugriff 13.06.2024]. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/hebstprv/BJNR003900020.html#BJNR003900020BJNG00100000>
- Walzik S. Kompetenzorientiert prüfen. Leistungsbewertung an der Hochschule in Theorie und Praxis. Opladen: Budrich, 2012; S. 68–70.

Studieren im europäischen Kompetenzrahmen - rechtliche Vorgaben und Herausforderungen in der Umsetzung in hebammenwissenschaftlichen Studiengängen

Einleitung

Die Mobilität innerhalb der Europäischen Union (EU) ist eine der wichtigsten Errungenschaften der europäischen Integration. Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU haben das Recht, ihren Arbeitsplatz innerhalb der EU frei zu wählen und Zugang zu Sozialleistungen zu erhalten. Diese Freiheiten sind durch Verträge festgelegt und geschützt. Hebammen und hebammenwissenschaftliche Studierende nutzen die Möglichkeit der Mobilität innerhalb der EU. Nachfolgend werden bestehende rechtliche Vorgaben, sowie europäische und internationale Relevanzdokumente dargestellt und gelungene Ansätze sowie Herausforderungen bei der Umsetzung von Internationalisierung beleuchtet. Ziel der Handreichung ist es, die Möglichkeiten für Auslandsprojekte für einzelne Hochschulstandorte zu verbessern.

Rechtliche Vorgaben

Die Bologna-Deklaration gilt als zentrales Dokument zur Schaffung einer „European Higher Education Area“ [3]. Die Kernziele umfassen dabei die Einführung des Kreditpunktesystems ECTS, eine Förderung der Mobilität der Studierenden und Hochschulangehörigen, die Einführung gestufter Studiengänge sowie die vereinfachte Anerkennung von Studienleistungen und Studienabschlüssen innerhalb Europas. Die Bologna-Deklaration wurde am 19. Juni 1999 durch Wissenschaftsminister*innen aus 29 europäischen Ländern unterzeichnet und in weiteren Konferenzen seither kontinuierlich erweitert, beispielsweise um die Aspekte des lebenslangen Lernens, einer Förderung der weiteren Entwicklung der Qualitätssicherung sowie einer Erhöhung der weltweiten Attraktivität des Europäischen Hochschulraums [17].

Diese Zielsetzung einer kontinuierlichen Weiterentwicklung des Europäischen Hochschulraums beeinflusst bis heute die Mobilität und die berufliche Situation von Hebammen und Studierenden der Hebammenwissenschaft innerhalb Europas und Deutschlands. Zentrale Elemente der Hochschulentwicklung wurden gesetzlich verankert, sowie verschiedene Entwicklungsprozesse initiiert. So gelten seit Inkrafttreten des aktuellen Hebammengesetzes im Januar 2020 [1] grundlegend andere Rahmenbedingungen für das Hebammenstudium im Vergleich zur vorherigen Ausbildung innerhalb Deutschlands: Der Hebammenberuf wurde auf akademisches Niveau angehoben.

Der Beruf der Hebamme gehört zu den reglementierten Berufen, denen europaweit die Richtlinien des Europäischen Parlamentes und des Rates 2005/36/EU sowie 2013/55/EU zugrunde liegen. Diese Richtlinien regeln die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen auf der Grundlage harmonisierter Mindestanforderungen innerhalb der Europäischen Union (EU). Nach erfolgreichem Abschluss des Studiums haben Hebammen das Recht, in jedem EU-Mitgliedsland beruflich tätig zu sein [23]. Um die Gleichheit und Vergleichbarkeit zu gewährleisten, definiert die Richtlinie

2005/36/EU unter anderem Minimalstandards für die Ausbildung. Diese Richtlinie wurde im Jahr 2013 durch die Richtlinie 2013/55/EU erweitert. So wurden u.a. die Zugangsvoraussetzungen für die Hebammenausbildung von 10 auf 12 Schuljahre angehoben (Artikel 40, Absatz 2) [5]. Mit der in diesem Zusammenhang erfolgten Anhebung der Hebammenausbildung auf ein akademisches Niveau entspricht das Hebammenstudium in Deutschland vollumfänglich der EU-Direktive. Bis vor wenigen Jahren war die Mobilität innerhalb des Europäischen Arbeitsmarktes für Hebammen mit dreijähriger Berufsschulbildung und fehlender Berufserfahrung nicht uneingeschränkt gewährleistet. Die EU-Direktive 2013/55/EU regelt nun die gegenseitige Anerkennung der Abschlüsse von Hebammen innerhalb Europas: Damit gehen Freizügigkeit und Mobilität von Hebammen und Studierenden sowohl bei der praktischen Ausübung des Hebammenberufs als auch im Rahmen des Hebammenstudiums einher.

Der Europäische Qualifikationsrahmen (European Qualification Framework= EQF) (2008) dient als Referenzrahmen für den Vergleich der verschiedenen nationalen Qualifikationssysteme [16]. Der EQF stellt die Grundlage für ein innersuropäisch verlässliches sowie vergleichbares Niveau des Hebammenstudiums dar und regelt somit viele praktisch relevante Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Internationalisierung in der Praxis. Der EQF fördert die Mobilität von Beschäftigten und Lernenden und deren lebenslanges Lernen [16]. Durch die Akademisierung der Hebammenausbildung wird die Zuordnung der Qualifizierung von Hebammen von der Niveaustufe 4 auf Niveaustufe 6 angehoben [11]. Dieser Kompetenzrahmen ist die Grundlage für Praxisanleitung und Reflektion und ermöglicht den Studierenden, Erfahrungen aus der Praxis mit qualifizierter Praxisanleitung zu reflektieren, um entsprechende Kompetenzen zu entwickeln (EQF, 2017 Abschnitt 40, Abschnitt 2).

Eine Umsetzung der Internationalisierung in den Studiengängen in Deutschland wird gefordert. So benennt beispielsweise die Kultusministerkonferenz explizit das Ziel, Hochschulen zu internationalisieren: „Für Deutschland ist die Internationalisierung der Hochschulen ein zentrales Element, um in einer globalisierten Welt weiter einen Spitzenplatz unter den führenden Wissenschaftsstandorten einzunehmen“ [18]. Dies bedeutet für Hochschulen, an denen Hebammen ausgebildet werden, die einhergehende Verantwortung zu übernehmen und Internationalisierungsstrategien zu entwickeln. So soll Studierenden aus Deutschland das Studium im Ausland ermöglicht und im Gegenzug Studierenden anderer Länder die Chance eröffnet werden, in Deutschland zu studieren [18]. Dabei orientieren sich die Hochschulen an den deutschen Mobilitätszielen, die zwei Zielquoten festgelegt haben – Zielquote 1: Bis 2020 soll jede*r zweite Hochschulabsolvent*in im Laufe des Studiums studienbezogene Auslandsaufenthalte gesammelt haben und Zielquote 2: Jede*r dritte Hochschulabsolvent*in soll einen studienbezogenen Auslandsaufenthalt von mindestens drei Monaten und/oder 15 ECTS nachweisen können [9].

Dabei ist der Gedanke nicht neu: Der Weg eines englischsprachigen Fernstudiums (BSc/ MSc Midwifery) war Hebammen in Deutschland bereits im Jahr 2008 als flexibles und berufsbegleitendes Fernstudium an der Glasgow Caledonian University möglich [20]. Innersuropäisch wurde unter Leitung von Prof. Valerie

Fleming ein Europäischer Masterstudiengang für Hebammen entwickelt, bei dem hebammenwissenschaftliche Module an verschiedenen Universitäten innerhalb Europas belegt werden konnten [21].

Dem Ziel, Hochschulen in Deutschland zu internationalisieren, liegt zudem ein Beschluss der gemeinsamen Wissenschaftskonferenz zur Strategieentwicklung der Wissenschaftsminister*innen von Bund und Ländern für die Internationalisierung der Hochschulen in Deutschland zugrunde [10]. Darin wird Internationalisierung für deutsche Hochschulen als zentraler Baustein der institutionellen Profilentwicklung sowie als „Motor der Hochschulreform“ [9] bezeichnet. Internationalisierung gilt als wesentliches Instrument der Qualitätssicherung. Ergänzend wurde ein nationaler Bericht der Kultusministerkonferenz und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung zur Umsetzung der Ziele des Bologna Prozesses unter Berücksichtigung der Entwicklung zwischen den Jahren 2000 bis 2020 publiziert [17].

Für das Hebammenstudium existieren ergänzend berufsspezifische Grundlagendokumente, die für die weltweite Umsetzung und Anwendung empfohlen werden, beispielsweise die ICM Global Standards for Midwifery Education [13] sowie die ICM Essential Competencies for Midwifery Practice [12]. Erfahrungen und Weiterentwicklungen dieser globalen Standards und Kompetenzen werden in der Praxis gewonnen und kritisch diskutiert [19]. Hierzu zählt auch die Frage, wie der derzeitige Stand der Professionalisierung des Hebammenberufs eingeschätzt wird [25]. Unter anderem wurde die Notwendigkeit aufgezeigt, europaweit Strategien zu entwickeln, um die Professionalisierung des Hebammenberufs weiter zu stärken.

Lebenslanges Lernen beispielsweise soll europaweit gefördert werden [6]. Neben dem EQF existiert hierzu ein Europäischer Referenzrahmen, der erforderliche Schlüsselkompetenzen für lebenslanges Lernen beschreibt [4]. Lebenslanges Lernen wird empfohlen, da Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen europäischer Arbeitnehmer einen wichtigen Faktor für Innovation, Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit darstellen. Lebenslanges Lernen geht dabei im Hebammenberuf eng mit dem Ziel einher, die Praxis kontinuierlich zu reflektieren. In Bezug auf lebenslanges Lernen enthält das Hebammengesetz hierzu das Studienziel (§9 Absatz 3) „sich kritisch-reflexiv und analytisch sowohl mit theoretischem als auch praktischem Wissen auseinandersetzen und wissenschaftsbasiert innovative Lösungsansätze zur Verbesserung im eigenen beruflichen Handlungsfeld entwickeln und implementieren zu können“ [1]. Das beschreibt die Befähigung, als Hebamme kritisch-reflexiv zu handeln und als „reflective practitioner“ zu arbeiten.

Kritisch-reflexives Handeln als Hebamme ist facettenreich und wird breit diskutiert [2]. Ergebnisse einer Delphi-Studie zeigen hierzu auf: Im Kern umfasst das kritisch-reflexive Handeln als Hebamme ein Bewusstsein gegenüber der eigenen inneren Einstellung hinsichtlich Aspekte wie intellektueller Neugier, Bereitschaft zur Selbstreflexion sowie Aufgeschlossenheit, Vertrauen und Kreativität. Dies wird kombiniert mit Kernkompetenzen wie der Fähigkeit zur Analyse, Problemlösungskompetenz in komplexen Situationen sowie visionären Fähigkeiten [2].

Ein Weiterdenken sowohl der Global Standards for

Midwifery Education [13] und der ICM Essential Competencies for Midwifery Practice [12] erfordert in diesem Zusammenhang die Internationalisierung jedoch nicht nur innerhalb Europas, sondern im Kontext der Globalisierung auch international weiter zu denken. Die existierenden Rahmenbedingungen zeigen dabei auf, dass Studierende der Hebammenwissenschaft mit vielfältigen gesetzlichen Grundlagen konfrontiert sind: Diese erfordern nicht nur eine kritische und umfassende Diskussion der Internationalisierung, sondern begründen die Notwendigkeit, hebammenwissenschaftliche Studiengänge weiter zu denken. Auch für die Professionalisierung des Hebammenberufs ist ein internationaler Vergleich und Austausch von großer Bedeutung. Das europäische Ausland bietet Diversität in der professionellen Identität und Autonomie. Das international publizierte „Quality Maternal and Newborn Care framework“ (QMNC framework) skizziert die Integration von Hebammen in zahlreichen gesundheitlichen Versorgungs- und Vorsorgeprogrammen [22].

Herausforderungen im Internationalisierungsprozess

Die EU-Regularien bieten den Rahmen dafür, dass eine Durchlässigkeit von Studierenden, die ins Ausland gehen und die nach Deutschland kommen, gewährleistet ist. Jedoch wird die geforderte Umsetzung von Internationalisierung an den einzelnen Hochschulstandorten unterschiedlich gelebt. Eine nicht repräsentative Umfrage unter deutschen Hochschulstandorten ergab, dass die hebammenwissenschaftlichen Studiengänge derzeit noch vielen Herausforderungen gegenübersehen. So werden einige Hochschulstandorte mit Ablehnung durch die Behörden konfrontiert. In anderen Studiengängen sind nur Praktika im deutschsprachigen Raum erlaubt. Viele Studiengänge haben auch gerade erst begonnen und den Prozess zur Internationalisierung angestoßen. Eine Herausforderung besteht jedoch oft darin, einen internationalen Praktikumsplatz zu finden, der die Anforderungen der Heimatuniversität erfüllt [24].

Nachfolgend werden weitere übergreifende Herausforderungen und Hürden im Prozess der Internationalisierung hebammenwissenschaftlicher Studiengänge beleuchtet. Mit einem Fokus auf die Umsetzbarkeit von Internationalisierung wird im Anschluss unmittelbar auf potenzielle Lösungsansätze zur Bewältigung der Herausforderungen eingegangen.

Eine Herausforderung stellen die unterschiedlichen Curricula europäischer hebammenwissenschaftlicher Studiengänge dar, da alle primärqualifizierenden Hebammenausbildungen unterschiedlich strukturiert sind. Zwar regelt der EQF, wie bereits erläutert, viele relevante Rahmenbedingungen für eine praktische Umsetzung der Internationalisierung und bildet die Grundlage für eine Vergleichbarkeit des Studienniveaus. Dennoch erweist sich die praktische Umsetzung von internationalen Austauschprogrammen als herausfordernd, da alle Länder nach wie vor ihre eigenen berufspraktischen Abläufe sowie unterschiedliche Module/Modulreihenfolgen in der Ausbildung verankert haben. So stellt sich z.B. ganz praktisch die Frage, in welchem Modul/ Ausbildungsjahr ein Austausch stattfinden kann, damit die Studierenden theoretisch auf dem gleichen Stand sind. Oder auch, wann im Rahmen der praktischen Ausbildung ein Einsatz in einer ausländischen Praxisrichtung sinnvoll wäre, d.h. wann die notwendigen

Autor*innen

Michaela Michel-Schuldt
Beate Ramsayer
Susanne Simon
Talea Böhmerle
Silvia Ammann-Fiechter
Ute Lange
Anne Christine Manawa
Evelyn Lesta

Kompetenzen dafür vorhanden sind. Die International Confederation of Midwives (ICM) beschreibt grundlegende Kompetenzen für die Hebammentätigkeit im Rahmen einer Professionsdefinition, welche als Grundlage für die Hebammenausbildungen dienen [12]. Der „scope of practice“ ist somit auf internationaler Ebene definiert und sollte in einem nächsten Schritt ggf. in einem einheitlichen Studiencurriculum gleichermaßen festgelegt werden [14].

Eine weitere praktische Hürde für einen Austausch im europäischen Raum könnte die Finanzierung und berufliche Haftpflichtversicherung des Studienaufenthalts sein. Finanzielle Förderungen wie Stipendien und das weitreichende Erasmus Angebot sollten daher unbedingt in der Umsetzung von Auslandsaufenthalten angeboten werden. Eine Berufshaftpflichtversicherung insbesondere bei einem Austausch mit Praxiseinsatz – sollte außerdem gewährleistet werden. Die Berufshaftpflichtversicherung, die über den Deutschen Hebammenverband abgeschlossen werden kann, könnte dies übernehmen [15].

Fazit

Die weltweite Mobilität von Studierenden der Hebammenwissenschaften soll gefördert werden. Dabei bieten die gesetzlichen Regularien eine wichtige Grundlage, um die Mobilität innerhalb der europäischen Institutionen zu unterstützen. Das Potential eines globalen Austauschs von Wissen und Erfahrungen liegt darin, die Qualität der Hebammenarbeit weltweit zu verbessern: Dies fördert die Gesundheit von Müttern und deren Neugeborenen.

LITERATUR

1. BMJV. Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz – HebG) Geändert am 24.02.2021 [Internet]. 2019. [Zugriff: 17.11.2023]. Verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/HebG.pdf
2. Carter AG, Sidebotham M, Creedy DK. International consensus definition of critical thinking in midwifery practice: A Delphi study. *Women Birth*. 2022. DOI: 10.1016/j.wombi.2022.02.006
3. European Higher Education Area (EHEA). The Bologna Declaration of 19 June 1999 [Internet]. [Zugriff: 24.11.2023]. Verfügbar unter: https://www.ehea.info/media.ehea.info/file/Ministerial_conferences/02/8/1999_Bologna_Declaration_English_553028.pdf
4. Europäische Kommission. Europäische Gemeinschaften. Schlüsselkompetenzen für lebenslanges Lernen. Ein Europäischer Referenzrahmen [Internet]. 2007. [Zugriff: 28.11.2023]. Verfügbar unter: <https://www.kompetenzrahmen.de/files/europaeischekommission2007de.pdf>
5. Europäische Union. Amtsblatt der Europäischen Union: Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen [Internet]. 2013. [Zugriff: 28.11.2023]. Verfügbar unter: https://www.kmk.org/fileadmin/pdf/ZAB/Richtlinien_der_EU/Aenderung_RL_2005_36EG_2013_11_20_RL_2013_55EU.pdf
6. Europäische Union. Recommendation of the European Parliament and of the council of 18th December 2018 on key competencies for lifelong learning (2006/962/EC) [Internet]. 2006. [Zugriff: 28.11.2023]. Verfügbar unter: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:394:0010:0018:en:PDF>
7. Europäische Union: Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen [Internet]. 2005. [Zugriff: 28.11.2023]. Verfügbar unter: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TEXT/PDF/?uri=CELEX:32005L0036>

8. Europäische Union. The European Qualifications Framework (EQF) [Internet]. 2017. [Zugriff: 28.11.2023]. Verfügbar unter: <https://europa.eu/europass/en/europass-tools/european-qualifications-framework>
9. Gemeinsamen Wissenschaftskonferenz. Strategie der Wissenschaftsminister/innen von Bund und Ländern für die Internationalisierung der Hochschulen in Deutschland [Internet]. 2013. [Zugriff: 12.03.2024]. Verfügbar unter: https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2013/2013_04_12-Strategiepapier-Internationalisierung-Hochschulen.pdf
10. Gemeinsame Wissenschaftskonferenz. Strategie der Wissenschaftsminister/innen von Bund und Ländern für die Internationalisierung der Hochschulen in Deutschland. Beschluss der Gemeinsamen Wissenschaftskonferenz vom 12.04.2013 [Internet]. 2013. [Zugriff: 6.11.2023]. Verfügbar unter: https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2013/2013_04_12-Strategiepapier-Internationalisierung-Hochschulen.pdf
11. Graf J, Simoes E, Blaschke S, Plappert CF, Hill J, Riefert MJ, & Abele H. Academisation of the Midwifery Profession and the Implementation of Higher Education in the Context of the New Requirements for Licensure. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 2020;80(10), 1008-1015.
12. International Confederation of Midwives. Essential Competencies for Midwifery Practice 2019 Update [Internet]. 2019. [Zugriff: 28.11.2023]. Verfügbar unter: <https://internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/11/poster-icm-competencies-en-screens--final-oct-2019.pdf>
13. International Confederation of Midwives: ICM Global Standards for midwifery education, revised 2021 [Internet]. 2021. [Zugriff: 28.11.2023]. Verfügbar unter: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2021/09/global-standards-for-midwifery-education_2021_en.pdf
14. International Confederation of Midwives. International Definition of the Midwife [Internet]. 2023. [Zugriff: 10.03.2024]. Verfügbar unter: file:///D:/Downloads/081_en_international-definition-of-the-midwife.pdf
15. Kostenloser Haftpflichtschutz für Auszubildende und Studierende [Internet]. DHZ. 2017. [Zugriff: 12.03.2024]. Verfügbar unter: <https://www.dhz-online.de/news/detail/artikel/kostenloser-haftpflichtschutz-fuer-auszubildende-und-studierende>
16. Kultusministerkonferenz. Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen [Internet]. 2013. [Zugriff: 10.03.2024]. Verfügbar unter: https://www.kmk.org/fileadmin/pdf/PresseUndAktuelles/2013/131202_DQR-Handbuch_M3_.pdf
17. Kultusministerkonferenz. Nationaler Bericht von Kultusministerkonferenz und Bundesministerium für Bildung und Forschung unter Mitwirkung von HRK, DAADm Akkreditierungsrat, fzs, DSW, GEW und BDA [Internet]. 2021. [Zugriff: 28.11.2023]. Verfügbar unter: https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2021/2021_02_18-Nationaler-Bericht-Bologna-2020.pdf
18. Kultusministerkonferenz. Strategie zur Internationalisierung der Hochschulen [Internet]. 2023. [Zugriff: 28.11.2023]. Verfügbar unter: <https://www.kmk.org/themen/hochschulen/internationales/internationalisierung-der-hochschulen.html>
19. Nove A, Pairman S, Bohle LF, Garg S, Moyo NT, Michel-Schuldt M, Hoffmann A & Castro G. The development of a global Midwifery Education Accreditation Programme. *Glob Health Action*. 2018; 11(1).
20. Ramsayer B, Groß M, Fleming V. EU-Hebammenstudium mit Masterabschluss. *DHZ*. 2008;4:35-36
21. Ramsayer B, Groß M, Fleming V. Fernstudium in Midwifery. *DHZ*. 2008;4: 30-33.
22. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014;384(9948):1129-1145.
23. Simon S. Hebammenausbildung und -beruf in anderen Europäischen Ländern. In: Stiefel A, Brendel, K., Bauer, N.H. (Hrsg): Heb-

- ammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf (S. 78 – 81), 6. aktualisierte und erweiterte Auflage. 2020. Stuttgart, Georg Thieme Verlag.
24. Simon S, Lange U, Michel-Schuldt M, Böhmerle T, Manawa AC, Lesta E. International placements of midwifery students. 7th EMA Education Conference. 2023. Athens Greece. Workshop.

25. 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. DOI: 10.18332/ejm/115038

Hebammenrelevante Cochrane Reviews

Folgende Reviews wurden zwischen Januar und Juni 2024 dem Newsletter hinzugefügt und deren Abstracts teilweise ins Deutsche übersetzt:

Abdel-Latif et al. (2024). Verabreichung von Surfactant über die Kehlkopfmaske zur Vorbeugung von Morbidität und Mortalität bei Frühgeborenen mit Atemnotsyndrom oder dem Risiko eines Atemnotsyndroms. CD008309.

Pirlotte et al. (2024). Nicht-medikamentöse Interventionen zur Prävention von Schmerzen während des endotrachealen Absaugens bei beatmeten Neugeborenen. CD013353.

Finkelstein et al. (2024). Auswirkungen von Vitamin B12-Nahrungsergänzungsmitteln während der Schwangerschaft auf gesundheitsbezogene Ergebnisse von Mutter und Kind. CD013823.

Toews et al. (2024). Messungen von gesundheitsbezogenen Endpunkten in Beobachtungsstudien im Vergleich zu randomisierten Studien: eine meta-epidemiologische Studie. MR000034.

Orton et al. (2024). Frühförderprogramme nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zur Vorbeugung von motorischen und kognitiven Beeinträchtigungen bei Frühgeborenen. CD005495.

Renner et al. (2024). Local anaesthesia for pain control in first trimester surgical abortion. CD006712.

Hofmeyr et al. (2024). Maternal postures for fetal malposition in late pregnancy for improving the health of mothers and their infants. CD014616.

Sandall et al. (2024). Kontinuierliche Hebammenbetreuung im Vergleich zu anderen Betreuungsmodellen für schwangere und gebärende Frauen. CD004667.

Minozzi et al. (2024). Psychosoziale und medikamentöse Interventionen zur Beendigung oder Reduzierung des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft. CD015042.

Phijffer et al. (2024). Impfung gegen das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV) während der Schwangerschaft zum Schutz des Säuglings. CD015134.

Abdel-Latif et al. (2024). Non-invasive high-frequency ventilation in newborn infants with respiratory distress. CD012712.

Gomersall et al. (2024). Interventionen für Schwangere, neue Mütter und andere

Hauptbetreuungspersonen zur Verhinderung frühkindlicher Karies. CD012155.

Okwundu et al. (2024). Transkutane Bilirubinmessung zur Erkennung von Gelbsucht bei Neugeborenen, die nach der 35. Schwangerschaftswoche geboren wurden. CD011060.

Unterschiedliche Blutzuckergrenzwerte bei Frauen mit Gestationsdiabetes mellitus

Hofer OJ, Martis R, Alsweiler J, Crowther CA. Different intensities of glycaemic control for women with gestational diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2023, No.: CD011624. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011624.pub3>. Accessed 10 October 2023.

Anmerkung zur Übersetzung: T. Böhmerle, B. Schindler, freigegeben durch Cochrane Deutschland

Hintergrund

Gestationsdiabetes mellitus (GDM) hat sowohl für die Mutter als auch für ihr Kind kurz- und langfristig erhebliche Auswirkungen. GDM ist definiert als eine Kohlenhydratunverträglichkeit, die zu einer Hyperglykämie führt, oder eine Glukoseintoleranz jeglichen Grades, die erstmals während der Schwangerschaft ab der 24. Schwangerschaftswoche erkannt wird und die nach der Geburt des Kindes wieder verschwindet. Die Rate an GDM kann je nach Bevölkerungsgruppe und diagnostischen Kriterien bis zu 25 % betragen und steigt insgesamt weltweit an. Die Empfehlungen für die Behandlung von Frauen mit GDM sind international sehr unterschiedlich und beruhen eher auf Konsens als auf hochwertigen Studien.

Zielsetzungen

Ziel des Reviews war es, die Wirkung unterschiedlicher Blutzuckergrenzwerte in der Diagnostik bei schwangeren Frauen mit GDM auf die Endpunkte der Gesundheit von Mutter und Kind zu beurteilen.

Suchstrategie

Wir durchsuchten das Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register, ClinicalTrials.gov, die World Health Organization International Clinical Trials Registry Platform (26. September 2022) und Referenzlisten der gefundenen Studien.

Auswahlkriterien

Wir schlossen randomisierte kontrollierte Studien

(RCTs), cluster-randomisierte-Studien und quasi-randomisierte Studien ein. Studien waren einschlußfähig, wenn Frauen während der Schwangerschaft einen GDM diagnostiziert bekamen und in der Studie strengere und weniger strenge Blutzuckerzielwerte während der Behandlung verglichen wurden. Wir definierten strengere Blutzuckerzielwerte als niedrigere numerische Blutzuckerkonzentration und weniger strenge Blutzuckerzielwerte als höhere numerische Blutzuckerkonzentration.

Datensammlung und -analyse

Bei der Datenerhebung, der Bewertung des Risikos für Bias und der Analyse der Ergebnisse wurden die üblichen Cochrane-Methoden angewandt. Zwei Autor*innen bewerteten unabhängig voneinander die Eignung hinsichtlich Einschluss in das Review, das Risiko für Bias und extrahierten die Daten für die vier eingeschlossenen Studien. Wir bewerteten die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz für ausgewählte Endpunkte anhand des GRADE-Ansatzes. Zu den primären mütterlichen Endpunkten gehörten hypertensive Schwangerschaftserkrankungen und die spätere Entwicklung eines Typ-2-Diabetes. Zu den primären Endpunkten bei Säuglingen gehörten die perinatale Sterblichkeit, LGA-Neugeborene (large for gestational age), eine Kombination aus Sterblichkeit oder schwerer Morbidität und eine neurosensorische Behinderung.

Hauptergebnisse

Es handelt sich um eine Aktualisierung eines früheren Reviews, welches 2016 abgeschlossen wurde. Wir schlossen vier RCTs ein (mit Berichten über 1731 Frauen), die strengere Blutzuckergrenzwerte mit weniger strengen Blutzuckergrenzwerten bei Frauen mit diagnostiziertem GDM verglichen. Bei drei Studien handelte es sich um RCTs im Parallelgruppendesign und bei einer Studie um eine Stepped-Wedge-Cluster-RCT. Die Studien wurden in Kanada, Neuseeland, Russland und den USA durchgeführt. Das Bias-Risiko wurde insgesamt als unklar eingestuft. Zwei Studien wurden nur in Form eines Abstracts veröffentlicht. Die in den Studien verwendeten strengen Blutzuckerziele lagen zwischen $\leq 5,0$ und $5,1$ mmol/l für den Nüchtern-Plasmaglukosegehalt und $\leq 6,7$ und $7,4$ mmol/l postprandial. Die in den eingeschlossenen Studien verwendeten weniger strengen Blutzuckerziele lagen zwischen $< 5,3$ und $5,8$ mmol/l für den Nüchtern-Plasmaglukosegehalt und $< 7,8$ und $8,0$ mmol/l postprandial.

Die Evidenz für die mütterlichen Endpunkte bei strengeren Blutzuckerzielen verglichen mit weniger strengen Blutzuckerzielen deutet darauf hin, dass es eine mögliche Zunahme an **hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen** gibt (Risikoverhältnis (RR) 1,16, 95% Konfidenzintervall (KI) 0,80 bis 1,69, 2 Studien, 1491 Frauen; Evidenz von niedriger Vertrauenswürdigkeit). Das 95 % KI ist jedoch breit und umfasst sowohl Nutzen als auch Schaden. Strengere Blutzuckerziele führen im Vergleich zu weniger strengen Blutzuckerzielen wahrscheinlich zu einem geringen bis zu gar keinem Unterschied bei **Kaiserschnittraten** (RR 0,98, 95% KI 0,82 bis 1,17, 3 Studien, 1662 Frauen; moderate Vertrauenswürdigkeit der Evidenz) oder den Raten für **die Einleitung von Wehen** (RR 0,96, 95% KI 0,78 bis 1,18, 1 Studie, 1096 Frauen; moderate Vertrauenswürdigkeit der Evidenz). Es wurden keine

Daten zu den Endpunkten der späteren Entwicklung von Typ-2-Diabetes, **Dammtraumata**, **Rückkehr zum Ausgangsgewicht vor der Schwangerschaft** und **postnatale Depression** berichtet.

Bei den Endpunkten für Säuglinge war es schwierig festzustellen, ob es einen Unterschied bei der **perinatalen Sterblichkeit** gab (RR nicht abschätzbar, 2 Studien, 1499 Säuglinge; niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz), und es gab wahrscheinlich keinen Unterschied im Auftreten von **LGA-Neugeborenen** (RR 0,96, 95% KI 0,72 bis 1,29, 3 Studien, 1556 Säuglinge; moderate Vertrauenswürdigkeit der Evidenz). Die Evidenz deutet auf eine mögliche Verringerung der **zusammengesetzten Mortalität oder schwerwiegenden Morbidität** bei strengerer Blutzuckerkontrolle hin (RR 0,84, 95% KI 0,55 bis 1,29, 3 Studien, 1559 Säuglinge; niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz). Das 95% KI ist jedoch breit und umfasst sowohl Nutzen als auch Schaden. Bei der **Hypoglykämie bei Säuglingen** gibt es wahrscheinlich kaum Unterschiede zwischen den Gruppen (RR 0,92, 95% KI 0,72 bis 1,18, 3 Studien, 1556 Säuglinge; moderate Vertrauenswürdigkeit der Evidenz). Eine strengere Kontrolle des Blutzuckerspiegels verringert möglicherweise nicht **Adipositas** bei Säuglingen von Frauen mit GDM im Vergleich zu einer weniger strengen Kontrolle (Mittelwertdifferenz $-0,62$ %, 95 % KI $-3,23$ bis $1,99$, 1 Studie, 60 Säuglinge; niedrige Vertrauenswürdigkeit Evidenz). Allerdings bedeutet das breite KI, dass es eine erhebliche Unsicherheit gibt. Wir haben keine Daten zu der langfristigen Entwicklung von Diabetes oder zu neurosensorischen Einschränkungen gefunden.

Frauen, die einer strengeren Blutzuckerkontrolle unterzogen wurden, erhielten im Vergleich zu Frauen, die einer weniger strengen Blutzuckerkontrolle unterzogen wurden, häufiger eine **pharmakologische Therapie** (RR 1,37, 95% KI 1,17 bis 1,59, 4 Studien, 1718 Frauen). Eine strengere Blutzuckerkontrolle verringerte die **Therapietreue** im Vergleich zu einer weniger strengen Blutzuckerkontrolle (RR 0,41, 95% KI 0,32 bis 0,51, 1 Studie, 395 Frauen).

Insgesamt reichte die nach GRADE bewertete Vertrauenswürdigkeit der Evidenz von niedrig bis moderat, wobei sie in erster Linie aufgrund des Risikos für Bias und Ungenauigkeit herabgestuft wurde.

Schlussfolgerungen der Autor*innen

Dieser Review basiert auf vier Studien (1731 Frauen) mit einem insgesamt unklaren Risiko für Bias. Die Studien lieferten Daten zu den meisten primären Endpunkten und deuten darauf hin, dass strengere Blutzuckergrenzwerte möglicherweise das Risiko für hypertensive Störungen in der Schwangerschaft erhöhen. Das Risiko der Geburt eines Kindes, das für das Schwangerschaftsalter zu groß ist, und die perinatale Sterblichkeit sind möglicherweise zwischen den Gruppen ähnlich. Strengere Blutzuckergrenzwerte verringern möglicherweise den zusammengesetzten Endpunkt aus Tod plus schwere Morbidität des Kindes. Die KIs für diese Endpunkte sind jedoch breit, was sowohl einen Nutzen als auch einen Schaden einschließt.

Es gibt nach wie vor nur begrenzte Evidenz hinsichtlich des Nutzens verschiedener Blutzuckergrenzwerte für Frauen mit GDM, um die negativen Wirkungen auf die Gesundheit von Mutter und Kind zu minimieren. Die Glucose-Zielwertempfehlungen der internationalen Berufsverbände sind sehr unterschiedlich und beruhen derzeit auf einem Konsens, da es an Evidenz von hoher Vertrauenswürdigkeit fehlt.

Es sind weitere qualitativ hochwertige Studien erforderlich, die sowohl die kurz- als auch die langfristigen gesundheitlichen Endpunkte für die Frauen und ihre Babys bewerten, die Erfahrungen der Frauen einbeziehen und die Kosten für das Gesundheitswesen bewerten sollten, um die aktuellen Ergebnisse zu bestätigen. Derzeit laufen zwei noch nicht abgeschlossene Studien dazu.

Erratum

Die Autor*innen zweier Forschungsartikel im Heft 01 (Band/Jahrgang: 12/2024) haben um eine Änderung Ihrer Affiliation gebeten. Beide Autor*innen haben nach Publikation des Heftes angegeben, dass der Artikel in Zusammenhang mit ihrer Promotion an der MLU entstanden ist.

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

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

Artikel: Arbeitszufriedenheit von Hebammen im klinischen Setting – eine Querschnitterhebung in Deutschland

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

Aus der DGHWi

AKTUELLES

LEITLINIEN UND STELLUNGNAHMEN

TERMINE

Die neue Referentin der DGHWi stellt sich vor

Dr. Kristina Jäger



Meine Aufgaben bei der DGHWi

Als neue Referentin der DGHWi sehe ich es als meine zentrale Aufgabe, die strategische Entwicklung der Fachgesellschaft gemeinsam mit dem Präsidium voranzutreiben und die Sichtbarkeit der durch die in der DGHWi tätigen Mitglieder erbrachte hebammenwissenschaftliche Forschung zu erhöhen. Ich möchte Ansprechpartnerin für die in unterschiedlichen Arbeitsgruppen und Sektionen tätigen Mitglieder sein, die dort stattfindenden Prozesse und Ergebnisse zusammentragen und stärker nach außen bringen. Ziel ist es, die Position der DGHWi als wissenschaftliche und unabhängige Fachgesellschaft im Feld der hebammenwissenschaftlichen Forschung, Lehre und Praxis zu forcieren.

Wer bin ich?

Zuallererst: Ich bin keine Hebamme, sondern promovierte Kultur- und Sozialwissenschaftlerin. Nach meiner Familienphase während der Corona-Zeit engagiere ich mich seit dem Frühjahr 2024 für die DGHWi in der Geschäftsstelle und seit August für die Anliegen des Präsidiums. In den letzten Monaten konnte ich mich mit den Bedarfen, Anliegen und Herausforderungen der Fachgesellschaft vertraut machen und möchte mich in den nächsten zwölf Monaten – und hoffentlich darüber hinaus – für die Aufgaben des Präsidiums engagieren. Nach meinem Bachelorstudium der Japanologie und Geschichte in Düsseldorf und Koshigaya, Japan erwarb ich 2014 in Osnabrück einen Masterabschluss in den Sozialwissenschaften im Bereich Migrationsforschung. Meine explorative und interdisziplinäre Arbeits- und Herangehensweise mündete in meiner Dissertation über historisch gewachsene unternehmensinitiierte Entsendepraktiken der Firma Siemens zwischen Deutschland und Japan. Ich war an den Universitäten in Düsseldorf und Osnabrück in der Forschung und Lehre tätig und habe mich darüber hinaus beruflich in der außeruniversitären Bildungsforschung und -beratung engagiert. Ich freue mich auf eine zielführende, kreative Zusammenarbeit. Kontaktieren Sie mich gerne: referentin@dghwi.de

Information Präsidium

Am 31.01.2025 findet die nächste Mitgliederversammlung (MV) der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi) – auf Beschluss des Präsidiums – als Onlineveranstaltung statt. Über nachfolgenden Link gelangen Sie zur Homepage der DGHWi. Dort finden Sie nähere Informationen zur MV.

www.dghwi.de/dghwi-mitgliederversammlung-2025/

Wir freuen uns schon heute auf Ihre Teilnahme!

2025 wird es Veränderungen im Präsidium geben. Die Amtszeiten von Andrea Paucke (Schatzmeisterin) und Barbara Fillenberg (Präsidentin) laufen aus. Beide Präsidiumsmitglieder lassen sich nicht für die kommende Wahlperiode zur Wiederwahl aufstellen.

Durch die Mitarbeit im Präsidium kann die strategische Entwicklung der DGHWi maßgeblich mitgestaltet werden. Wenn Sie Interesse an einer der beiden spannenden Positionen haben, finden Sie die Beschreibungen der Ämter im internen Bereich unserer Webseite unter dem Stichwort „Mitgliederversammlung“. Erste Informationen gibt es unter folgendem Link:

www.dghwi.de/dghwi-mitgliederversammlung-2025/

Wir freuen uns sehr, wenn Sie ein Amt der DGHWi übernehmen möchten!

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zur Änderung der Mutterschafts-Richtlinien: Anpassung der Anlage 3 – Mutterpass (Umschlag-Innenseiten) vom 02.08.2023

Autor*innen: Mirjam Peters, Caroline Agricola, Kristina Vogel, Sabine Scholz-de Wall, Damaris Lahmann
Datum: 25. August 2023

Die DGHWi begrüßt die inhaltliche Überarbeitung der Umschlagseiten des Mutterpasses im Rahmen der „Änderung der Mutterschafts-Richtlinien: Anpassung der Anlage 3 – Mutterpass (Umschlag-Innenseiten)“ sehr. Als Fachgesellschaft schlagen wir eine Erweiterung der Überarbeitung für die Innenseiten des Mutterpasses ausdrücklich vor. In den folgenden zwei Tabellen finden Sie die Anmerkungen der DGHWi zu den Änderungs-vorschlägen sowie zu weiteren sprachlichen Anpassungen, die aus Sicht der Hebammenwissenschaft für die Innen- und Außenseiten des Mutterpasses indiziert sind. Die DGHWi empfiehlt zudem eine Überarbeitung der Informationen mit Expert*innen für Leichte Sprache.

Rote Markierungen

Aktueller Satz	Vorschlag DGHWi	Begründung DGHWi
2) Manchmal können sie allerdings mit einem erhöhten Risiko für Mutter und Kind belastet sein.	Manchmal können sie allerdings mit einem erhöhten Risiko oder Belastungen für Mutter und Kind einhergehen.	Neutralere Formulierung. Abbildung des Erlebens der Schwangeren.
3) (...), einen großen Teil dieser Risiken zu vermeiden oder rechtzeitig zu erkennen, um Gefahren abzuwenden.	(...), Ihre Ressourcen zu stärken und frühzeitig zu erkennen, falls Mutter und/oder Kind besondere Betreuung benötigen.	Ergänzung der Risiken um die Ressourcen wie im Nationalen Gesundheitsziel - Gesundheit rund um die Geburt in Teilziel 1.1 gefordert [1]. „falls“ statt „wann“ – Es ist nicht gesagt, dass diese Schwangere eine besondere Betreuung benötigt.

In der Anhörung am 24.8.2023 im G-BA zu den „MuSchRi – formale Überarbeitung“ wurde konstatiert, dass die Mutterschafts-Richtlinien (MSchRL) nicht für Nutzer*innen des Gesundheitssystems gedacht sind. Die Formulierung „Hinweise für die Schwangere“ auf der ersten Seite des Mutterpasses lässt den Eindruck entstehen, dass der Mutterpass für die Schwangere gedacht ist, im weiteren Verlauf ist der Mutterpass für Nutzer*innen jedoch nicht verständlich formuliert. Auf der Website des G-BA unter „Themen – Schwangerschaft und Mutterschaft“, die sich an Nutzer*innen zu richten scheint, wird für weitere Informationen zu Untersuchungen allerdings auf die MuSchRi verwiesen. Zudem können sich Schwangere aktuell mit den Anlagen 4 bis 8 zwar über spezifische Untersuchungsverfahren informieren, haben jedoch keine Möglichkeit, sich über die Schwangerenvorsorge insgesamt und die vorgesehenen Untersuchungen zu informieren. Dies

scheint insbesondere bedeutsam, da die Praxis der Schwangerenvorsorge häufig nicht mit der angedachten Versorgung in den MuSchRi zu übereinstimmen scheint [1, 2]. Die DGHWi empfiehlt eine grundsätzliche Klärung, welche Dokumente für Schwangere gedacht sind und welche nicht, sowie die Beantwortung der Frage, wo Schwangere offizielle Informationen zum Ablauf der Schwangerenvorsorge erhalten können.

Weitere Anmerkungen

Bei allen Anmerkungen zur persönlichen Ansprache, zu neutralen Formulierungen sowie zur Kommunikation auf Augenhöhe bezieht sich die DGHWi auf die Verschiebung zu mehr Nutzer*innenorientierung im Gesundheitswesen [1, 2, 3, 4] sowie auf die Ziele und Teilziele des Nationalen Gesundheitsziel - Gesundheit rund um die Geburt.

Umschlag-Innenseite (vorne)

Aktueller Satz	Vorschlag DGHWi	Begründung DGHWi
HINWEISE FÜR DIE SCHWANGERE	Liebe Schwangere, hier finden Sie wichtige Hinweise für Ihre Schwangerschaft.	Persönliche Ansprache statt Ansprache in der dritten Person.

Aktueller Satz	Vorschlag DGHWi	Begründung DGHWi
Schwangerschaft und Geburt sind natürliche Vorgänge und stellen keine Krankheit dar.	Schwangerschaft und Geburt sind natürliche Vorgänge.	Der Zusatz wird nicht benötigt, zudem kann das Gehirn Verneinungen schlechter verstehen [8] und speichert in diesem Fall die Verbindung von Schwangerschaft und Krankheit möglicherweise ab.
Manchmal können sie allerdings mit einem erhöhten Risiko für Mutter und Kind belastet sein.	Manchmal können sie allerdings mit einem erhöhten Risiko oder Belastungen für Mutter und Kind einhergehen.	Neutralere Formulierung. Abholen des Erlebens der Schwangeren.
Eine sorgfältige Schwangerschaftsbetreuung hilft, einen großen Teil dieser Risiken zu vermeiden oder rechtzeitig zu erkennen, um Gefahren abzuwenden.	Eine sorgfältige Schwangerschaftsvorsorge hilft, Ihre Ressourcen zu stärken und frühzeitig zu erkennen, falls Mutter und/oder Kind besondere Betreuung benötigen.	1) Neutralere Formulierung. Abholen des Erlebens der Schwangeren. 2) Ergänzung der Risiken um die Ressourcen wie im Nationalen Gesundheitsziel - Gesundheit rund um die Geburt in Teilziel 1.1 gefordert.
Voraussetzung dafür ist jedoch Ihre regelmäßige Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen!	Durch die Inanspruchnahme der empfohlenen Schwangerschaftsvorsorge leisten Sie einen wichtigen Beitrag, um Ihre eigene und die Gesundheit Ihres Kindes zu schützen.	Kommunikation mit Schwangerer auf Augenhöhe, im Sinne der Nutzer*innen-orientierung im Gesundheitswesen.
Die in Ihrem Mutterpass aufgeführten Untersuchungen dienen der Gesunderhaltung von Mutter und Kind und entsprechen langjähriger geburtshilflicher Erfahrung und modernen medizinischen Erkenntnissen.	Streichen	Dies ist eine Doppelung zu den beiden vorherigen Sätzen.
Dieser Mutterpass enthält die während der Schwangerschaft erhobenen wichtigen Befunde.	Alle im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge erhobenen Befunde werden in den Mutterpass eingetragen.	Aktive Formulierung auf Augenhöhe im Sinne der Nutzer*innen-orientierung im Gesundheitswesen.
Er wird Ihnen nach jeder Vorsorgeuntersuchung wieder mitgegeben.	Streichen	Dies versetzt die Schwangere ins passive und ist nicht notwendig, da auch später der Hinweis erfolgt, dass es sich um das persönliche Dokument der Schwangeren handelt. Beim Mutterpass in Form des E-Mutterpasses erscheint der Satz zudem wenig verständlich.
Die Angaben im Mutterpass dienen der Information von Arzt und Hebamme sowie Ihrer und Ihres Kindes Sicherheit.	Ärztinnen, Ärzte und Hebammen können damit schnell einen Überblick über alle Befunde in der Schwangerschaft bekommen. Auch Sie haben so einen Überblick über alle Befunde. Dies soll für Sie und Ihr Kind Sicherheit schaffen.	Beschreibt den Vorgang der Herstellung von Sicherheit nachvollziehbarer. Schließt die Schwangere in den Prozess mit ein.
Der Mutterpass ist Ihr persönliches Dokument.	Der Mutterpass ist Ihr persönliches Dokument.	Kein Änderungsvorschlag.
Sie allein entscheiden darüber, wem er zugänglich gemacht werden soll.	Nur Sie entscheiden, wem er zugänglich gemacht werden soll.	Sprachliche Überarbeitung.

Aktueller Satz	Vorschlag DGHWi	Begründung DGHWi
Andere (z. B. Arbeitgeber, Behörden) dürfen eine Einsichtnahme nicht verlangen.	Niemand darf ohne Ihre ausdrückliche Zustimmung Einsicht in dieses Dokument nehmen.	Sprachliche Überarbeitung und verbesserte Verständlichkeit.
Bitte:	Weitere Hinweise:	Kommunikation auf Augenhöhe, im Sinne der Nutzer*innen-orientierung im Gesundheitswesen.
• Nutzen Sie die Ihnen gebotenen Möglichkeiten, um sich und Ihrem Kind Sicherheit zu verschaffen!	In den Mutterschaftsrichtlinien finden Sie alle als sinnvoll erachteten Untersuchungen. Sie haben die Möglichkeit, jede dieser Untersuchung anzunehmen oder abzulehnen.	Kommunikation auf Augenhöhe im Sinne der Nutzer*innen-orientierung im Gesundheitswesen.
• Vergessen Sie nicht, dieses Heft zu jeder ärztlichen Untersuchung während der Schwangerschaft, zur Entbindung und zur Untersuchung des Kindes mitzubringen!	Bitte bringen Sie dieses Heft zu jeder Untersuchung während der Schwangerschaft, zur Geburt und zu Untersuchungen von Ihnen oder Ihrem Kind nach der Geburt mit.	Das Wort „ärztlich“ sollte gestrichen werden, da der Mutterpass für verschiedene Fachpersonen relevant ist.
• Lassen Sie sich helfen, wenn Sie Sorgen haben!	Sie können mit Ihrer Ärztin, Ihrem Arzt oder Ihrer Hebamme sprechen. Weitere Hilfsangebote finden Sie auf der letzten Seite ihres Mutterpasses.	Ansprache auf Augenhöhe. Echte Hilfe niedrigschwellig anbieten. Hilfestellen müssten dementsprechend ergänzt werden, zum Beispiel auf der letzten Seite des Mutterpasses. Gerne bietet die DGHWi eine Liste von relevanten Hilfestellen an.
• Beraten Sie sich mit Ihrem Arzt und befolgen Sie seine Ratschläge!	Bei Fragen oder Unsicherheiten können Sie sich mit Ihrer Ärztin, Ihrem Arzt oder Ihrer Hebamme besprechen.	Kommunikation auf Augenhöhe im Sinne der Nutzer*innen-orientierung im Gesundheitswesen.

Umschlag-Innenseite (Hinten)

Aktueller Satz	Vorschlag DGHWi	Begründung DGHWi
HINWEIS AN DIE MUTTER	Liebe Mutter, hier sind wichtige Hinweise für die Zeit nach der Geburt.	Ansprache auf Augenhöhe im Sinne der Nutzer*innenorientierung im Gesundheitswesen.
Nach Schwangerschaft und Geburt beginnt für Sie zwar wieder der Alltag mit neuen Aufgaben, beachten Sie aber bitte Folgendes:	Die Geburt eines Kindes bringt viele große und kleine Veränderungen in Ihr Leben. Lassen Sie sich Zeit, um sich zu erholen und langsam in die neue Familienkonstellation hineinzuwachsen.	Sprachliche Überarbeitung.

Aktueller Satz	Vorschlag DGHWi	Begründung DGHWi
Gehen Sie etwa 6 – 8 Wochen nach der Entbindung zur Nachuntersuchung (Mutterpass nicht vergessen!)	Etwa 6–8 Wochen nach der Geburt wird für Sie eine Nachuntersuchung angeboten. Bitte bringen Sie dazu Ihren Mutterpass mit.	Ansprache auf Augenhöhe im Sinne der Nutzer*innen-orientierung im Gesundheitswesen.
Nutzen Sie alle Kinder-Früherkennungsuntersuchungen (U2 – U9) beim Kinder- oder Hausarzt (Gelbes Kinder-Untersuchungsheft nicht vergessen!)	Auch für das Kind werden regelmäßige Früherkennungsuntersuchungen angeboten. Das Früherkennungsprogramm trägt dazu bei, eventuelle Entwicklungsverzögerungen oder Erkrankungen des Kindes frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Die ersten drei Untersuchungen (U1 nach der Geburt, U2 zwischen dem 3. und 10. Lebenstag und U3 in der 4.-5. Lebenswoche) haben bereits stattgefunden. Sie wurden im gelben Kinder-Untersuchungsheft dokumentiert. Dort werden von der Kinderärztin/dem Kinderarzt oder der Hausärztin/dem Hausarzt auch alle folgenden Untersuchungen (U2 – U9) eingetragen.	Ansprache auf Augenhöhe im Sinne der Nutzer*innen-orientierung im Gesundheitswesen. Verständliche Formulierung.
Während der Schwangerschaft sollten Sie Ihren Mutterpass immer bei sich haben und zu jeder ärztlichen Untersuchung mitbringen, insbesondere auch zur Entbindung.	Damit Ärztinnen, Ärzte und Hebammen schnell einen Überblick über alle Ereignisse und Untersuchungsbefunde aus Ihrer Schwangerschaft bekommen können, ist es ratsam, den Mutterpass immer bei sich zu tragen. Insbesondere bei Vorsorgeterminen und für die Geburt.	Ansprache auf Augenhöhe im Sinne der Nutzer*innen-orientierung im Gesundheitswesen.
Ihr Mutterpass gehört zu den Dokumenten, die Sie immer sorgfältig aufbewahren sollten.	Die Befunde sind für Ihre Ärztin oder Ihren Arzt und Ihre Hebamme wichtig. Bitte bewahren Sie Ihren Mutterpass auch nach der Geburt auf, da dort wichtige Gesundheitsdaten vermerkt sind, welche für weitere Schwangerschaften hilfreich sein könnten.	Ansprache auf Augenhöhe im Sinne der Nutzer*innen-orientierung im Gesundheitswesen.

LITERATUR

- Bundesministerium für Gesundheit. Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt: Bundesministerium für Gesundheit; 2017. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf.
- Schäfers R, Kolip P, Schumann C. (2015). Gesundheitsmonitor: Zusatzangebote in der Schwangerschaft: Sichere Rundumversorgung oder Geschäft mit der Unsicherheit? Verfügbar unter: https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/Projekte/17_Gesundheitsmonitor/Newsletter_Ueberversorgung_in_der_Schwangerschaft_20150727.pdf.
- Arbeitskreis Frauengesundheit (2023). Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF e.V.) fordert Transparenz und Evidenzbasierung in der ambulanten Versorgung von Schwangeren. Verfügbar unter: https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/wp-content/uploads/20.02.2022230302_AKF_Position_Schwangerenvorsorge.pdf
- Brandstetter S, Curbach J, McCool M, Koller M, Loss J, Apfelbacher C. (2015): Patientenorientierung in der Versorgungsforschung. In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 77(3):200–205. DOI: 10.1055/s-0034-1387742.
- Hahlweg P, Bieber C, Levke Brütt A, Dierks M, Dirmaier J, Donner-Banzhoff Norbert, et al (2022). Moving towards patient-centered care and shared decision-making in Germany. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 171:49–57. OI: 10.1016/j.zefq.2022.04.001.
- Härter H, Dirmaier J, Scholl I, Donner-Banzhoff N, Dierks M, Eich W, et al (2017). The long way of implementing patient-centered care and shared decision making in Germany. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 123–124:46–51. DOI: 10.1016/j.zefq.2017.05.006.
- Horch K, Hintzpeter B, Ryl L, Dierks M. (2012). Ausgewählte Aspekte einer Bürger- und Patientenorientierung in Deutschland. Die Beurteilung aus der Sicht der Nutzer. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 55 (5):739–745. DOI: 10.1007/s00103-012-1480-9.
- Nieuwland MS, Kuperberg G. (2008). When the truth is not too hard to handle: an event-related potential study on the pragmatics of negation. Psychological science. 19(12):1213–1218. DOI: 10.1111/j.1467-9280.2008.02226.x.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zu den Entwürfen für die Gesundheitsinformationen „Mehr Wissen. Wann kommt ein Kaiserschnitt infrage?“ und „Mehr Wissen. Wie läuft ein Kaiserschnitt ab?“

Autor*innen: Dorothea Tegethoff, Dortje Piegsa
Datum: 2.11.2023

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft begrüßt die Erstellung hochwertiger, allgemeinverständlicher Informationsmaterialien für den Bereich der Geburtshilfe durch das IQWiG, in diesem Fall zu den Themen Entscheidung zum Kaiserschnitt und Ablauf eines Kaiserschnittes, da vorhandenes Informationsmaterial für Schwangere und ihre Familien oft schwer verständlich ist [4]. Die Hamburger LEO-Studie von 2018 stellt fest, dass 10,4 -14,3 Prozent der Altersgruppen zwischen 18 und 49 Jahren eine geringe Lesekompetenz haben, also Texte nur mit Mühe sinnverstehend lesen können [1]. Es ist demnach umso dringlicher, leicht lesbare und zugleich inhaltlich fundierte Informationen zur Verfügung zu stellen.

Die beiden zur Stellungnahme vorgelegten Entwürfe für Gesundheitsinformationen: „Mehr Wissen. Wann kommt ein Kaiserschnitt infrage?“ (Text Entscheidung) und „Mehr Wissen. Wie läuft ein Kaiserschnitt ab?“ (Text Ablauf) liegen hinsichtlich der Lesbarkeit im Mittelfeld. Die Prüfung von Stichproben von 1000 bis 2000 Wörtern aus beiden Texten mit Hilfe von Online-Tools (<http://www.leichtlesbar.ch/html/> zur Messung des Flesch-Index; <https://www.supertext.ch/tools/lix> zur Messung des Lesbarkeitsindex LIX) ergeben folgende Werte: Text Entscheidung: LIX 44, Flesch 41; Text Ablauf: LIX 46, Flesch 44, was eine mittlere Leseschwierigkeit (etwa Niveau Fachoberschule) bedeutet. Angesichts der großen Zahl von Menschen mit geringer Literalität wären weitere Vereinfachungen wünschenswert, wenn auch angesichts der anspruchsvollen Inhalte nicht leicht umsetzbar.

In beiden Broschüren wird der Begriff „natürliche Geburt“ verwendet, offenbar in der Bedeutung einer vaginalen Geburt im Gegensatz zum Kaiserschnitt. Ganz abgesehen davon, dass eine „natürliche Geburt“ bei Menschen grundsätzlich nicht anzunehmen ist, da Geburten immer in Kultur eingebunden sind, ist der Begriff hier irreführend. Es wird unterstellt, dass alle Geburten außer Kaiserschnitten „natürlich“ seien. Stattdessen könnte z. B. „Geburt auf dem normalen Wege“ oder mit einer entsprechenden Erklärung „Spontangeburt“ verwendet werden.

Anmerkungen zum Text der Broschüre: „Mehr Wissen. Wann kommt ein Kaiserschnitt infrage?“

Auf Seite 4 (Z. 2) wird davon gesprochen, dass die Frau „entbindet“. Es wäre erfreulich, wenn hier korrekter Weise von „gebären“ die Rede wäre. Es sind Hebammen, Ärztinnen und Ärzte, die entbinden.

Im darauffolgenden Absatz werden Personen aufgelistet, die zur Geburtserfahrung beraten können. Hier werden Ärzte und Ärztinnen, Hebammen und spezialisierte Personen aus der Psychologie und Geburtshilfe genannt. Wer „spezialisierte Personen aus der Geburtshilfe“ sein könnten und nicht Arzt, Ärztin oder Hebamme ist, bleibt dabei unklar.

Insgesamt geht es hier um die Aufarbeitung früherer Geburtserfahrungen. Dabei zeigt sich, wie problematisch der Begriff „natürliche Geburt“ in diesem Zusammenhang ist. Es wäre zudem angemessener, zwischen Angst vor einer Geburt als solcher und respektloser Betreuung während einer Geburt zu unterscheiden. Tatsächlich ist es im hohen Maße die Qualität der Betreuung, die das Geburtserleben bestimmt, und nicht nur der Verlauf der Geburt an sich [2].

Auf S. 6 werden Nachteile des Kaiserschnitts aufgelistet. Dabei erscheinen in Z. 6 die „üblichen Narkoserisiken“. Das muss ausgeführt werden, da diese Informationen in der allgemeinen Bevölkerung nicht vorausgesetzt werden können. In Z. 9 ist von Verletzung und Entfernung der Gebärmutter die Rede. Es fragt sich, ob es hier nicht um die Verletzung von Nachbarorganen geht, denn die Gebärmutter wird bei Kaiserschnitten in 100% der Fälle verletzt. Die gleiche Unklarheit erscheint noch einmal auf S. 7 in der Tabelle zu gesundheitlichen Folgen eines Kaiserschnittes. Eine weitere Ungenauigkeit findet sich in Z. 26, wo von der sich nicht lösenden Plazenta die Rede ist. Das Fachwort hierfür ist Placenta adhaerens, während eine Placenta accreta sich nicht nur einfach nicht löst, sondern an der Gebärmutterwand festgewachsen ist.

Sollte tatsächlich die Placenta accreta gemeint sein, dann muss die Erläuterung im Text angepasst werden.

Anmerkungen zum Text der Broschüre: „Mehr Wissen. Wie läuft ein Kaiserschnitt ab?“

Auch der Text zum Ablauf eines Kaiserschnitts geht zunächst auf mögliche Indikationen ein. Als Beispiele für Indikationen für einen geplanten Kaiserschnitt werden die Querlage und die Beckenendlage genannt (S. 1, Z. 6, „weil das Kind quer oder mit dem Po voran in der Gebärmutter liegt“). Das Beispiel der Beckenendlage ist gerade in der Kombination mit der Querlage ungünstig. Eine Beckenendlage muss keineswegs eine Indikation zum Kaiserschnitt sein [3], während die Querlage eine absolute Indikation darstellt.

Im folgenden Absatz (S. 1, Z. 13ff.) werden Definitionen und Fachbegriffe eingeführt. Es wäre sinnvoll, die genannten Fachbegriffe vollständig in Latein zu benennen (geplanter Kaiserschnitt (primäre Sectio) und ungeplanter Kaiserschnitt (sekundäre Sectio)), da diese Begriffe in der Alltagspraxis in Geburtsabteilungen gängig sind.

Bei den Vorschlägen zur Vorbereitung auf einen geplanten Kaiserschnitt (S. 1, Z. 30ff.) kann zusätzlich aufgenommen werden, dass Partner oder Partnerin Elternzeit nehmen können, um die Wöchnerin zu entlasten. Bei den Besprechungsthemen im Vorfeld eines Kaiserschnitts (S. 2, Z. 12ff.) wird der Eindruck erweckt, unmittelbar vor oder während der Operation könne die Gebärende massiert werden. Das sollte gestrichen werden.

In der Darstellung des Ablaufs am Operationstag (S. 2, Z. 24ff.) wird beschrieben, dass die Aufklärung zur Operation und ihren möglichen Komplikationen unmittelbar vor der Operation erfolgt. Dies geschieht aber in der Regel, wenn es sich um einen geplanten Kaiserschnitt handelt, mehrere Tage zuvor, damit die Schwangere gegebenenfalls Bedenkzeit hat.

Auf Seite 3 (Z. 1ff.) sollte erwähnt werden, dass der wesentliche Vorteil der Regionalanästhesie bei einem Kaiserschnitt darin besteht, dass das Kind kaum von den Narkosedikamenten beeinträchtigt wird. Bei der weiteren Darstellung der Spinalanästhesie kann ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass die verwendete Nadel NICHT das Rückenmark selbst berührt.

Die auf S. 4 (Z. 4) angegebene Zeit vom ersten Schnitt bis zur Geburt von 10 Minuten erscheint sehr lang, die übliche Schnitt-Geburtszeit beträgt eine oder zwei Minuten. Die Zeit von 10 Minuten Dauer der Operation nach dem Abnabeln (Z. 8) ist dagegen sehr kurz angegeben. Ein geplanter Kaiserschnitt dauert ohne Vor- und Nachbereitung eine knappe halbe Stunde.

Die Wartezeit von mehreren Tagen, die bis zum ersten Duschen nach der Operation angegeben wird (S. 5, Z. 31f.), ist wiederum eher zu lang angegeben. In vielen Kliniken können die Frauen duschen, sobald sie vom Kreislauf her stabil sind. In diesem Abschnitt wechselt die Grammatik in der Überschrift zur Ich-Form, die sonst im ganzen Text nicht vorkommt.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen, Jugend und des Bundesministeriums der Justiz über den Entwurf eines Gesetzes über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag (SBGG) und zur Änderung weiterer Vorschriften

Autor*in: Michèle Kretschel-Kratz

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) nimmt Stellung zu dem o.g. Referentenentwurf des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Bundesministeriums der Justiz.

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (DGHWi) begrüßt es ausdrücklich, dass mit dem vorliegenden Entwurf der Prozess zu einer rechtlichen Selbstbestimmung über die Geschlechtsidentität vorangebracht wird. Dies geschieht durch die Ampelregierung, wie im Koalitionsvertrag versprochen, nach vierzig Jahren Diskriminierung durch das Transsexualengesetz (TSG) (vgl. 1).

Auf S. 6 ist die Darstellung, dass Schmerzmittel nicht in die Muttermilch übergehen, nicht ganz zutreffend. Besser wäre die Formulierung: „Schmerzmittel können so ausgewählt werden, dass sie unschädlich für das gestillte Baby sind.“

Der Absatz zu den Kinderuntersuchungen auf S. 7, ab Z. 9, kann gestrichen werden, da die hier dargestellte weitere Versorgung des Neugeborenen nicht von der nach einer vaginalen Geburt abweicht. Die Darstellung in drei Sätzen ist so knapp, dass der Informationsgewinn gering erscheint. Im abschließenden Satz (Z. 13f.) könnte der Begriff „Strapazen“ durch das neutralere „Eindrücke“ ersetzt werden.

LITERATUR

- Grotlischen A, Buddeberg K, Dutz G, Heilmann L, Stammer C. (2019). LEO. Altersgruppen und Jahrganggruppen. Präsentation. [Zugriff: 31.10.2023]. Verfügbar unter: <https://leo.blogs.uni-hamburg.de/literalitaet-und-altersgruppen/>
- Leinweber J, Fontein-Kuipers Y, Thomson G, Karlsdottir S, Nilsson C, Ekström-Bergström A, Olza I, Hadjigeorgiou E, Stramrood C (2022). Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. *Birth* (49)4, 687-696. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1111/birt.12634>
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (2017). Management of Breech Presentation. Green-Top Guideline No. 20b. *BJOG*. Jun 2017. 991 - 1126, e151-e192
- Tegethoff D (2020). Lesbarkeit von Informationsmaterial in der Geburtshilfe. *Z Geburtsh Neonatol* 2020; 224: 208 - 216. DOI: <https://doi.org/10.1055/a-1014-3619>

Insbesondere sind wir hoch erfreut darüber, dass der Entwurf vorsieht, dass in die Geburtsurkunde von Kindern, deren Eltern ihren Personenstand nach § 45b Personenstandsgesetz oder nach Transsexualengesetz geändert haben, der geänderte Name und Geschlechtseintrag der Eltern eingetragen werden soll. Für die gesunde psychosoziale Entwicklung junger Eltern ist die im Entwurf erfreulicherweise ebenfalls vorgesehene Einführung des Rechtsbegriffs „Elternteil“ zusätzlich zu „Mutter“ und „Vater“ von ganz besonderer Bedeutung (vgl. 4, 5). Dass eine solche Bezeichnung überdies nicht grundsätzlich als nicht verpflichtend für Personen mit dem Geschlechtseintrag „divers“ oder einem anderen nichtbinären Geschlechtseintrag oder keinem Geschlechtseintrag vorgesehen ist, zeugt von großem Sachverstand und Willen der Bundesregierung, die Belange des betroffenen Personenkreises wirklich ernst zu nehmen.

Trotz umfassender Zustimmung zum Gesetzesvorhaben sieht die DGHWi hinsichtlich des Abstammungsrechts weiterhin dringenden Regelungsbedarf für queere Familien, trans*, inter* und nichtbinäre Personen in Hinblick auf die in queere Partner*innenschaften geborenen Kinder. Die Stiefkindadoption muss zum Wohl der betreffenden Kinder und Eltern abgeschafft und in eine automatische Anerkennung der Elternschaft (im Falle einer Ehe der Partner*innen) bzw. eine einfache Anerkennung der Elternschaft beim Jugendamt überführt werden.

Die DGHWi schließt sich damit den Empfehlungen der maßgeblichen Interessenverbände von trans* inter* und nichtbinären Menschen sowie dem Deutschen Institut

für Menschenrechte an.

Stellungnahme

Seit vielen Jahren warten trans* Menschen auf die Abschaffung des sogenannten Transsexuellengesetzes (TSG). Immer wieder hatte das Bundesverfassungsgericht deutlich gemacht, dass die dort gestellten Bedingungen für eine Änderung des Personenstandes und den Zugang zu geschlechtsangleichenden Operationen – etwa das Sterilitätsgebot und Eheverbot für den betreffenden Personenkreis – gegen Grundrechte verstoßen. Aber: Noch immer müssen trans* Menschen ein demütigendes und langwieriges gerichtliches Verfahren mit zwei Begutachtungen überstehen, die sie auch noch selbst bezahlen müssen. Das Selbstbestimmungsgesetz möchte das ändern. Um ihre Grund- und Menschenrechte besser zu schützen, soll das Gesetz es trans* Menschen einfacher machen, ihren Geschlechtseintrag anzupassen. Mit dem vorgelegten Referentenentwurf geht die Bundesregierung nun den seit Langem überfälligen Schritt in Richtung mehr Selbstbestimmung für trans*, inter* und nichtbinäre Personen (vgl. 9).

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) fördert als wissenschaftliche Fachgesellschaft hebammenwissenschaftliche Forschung, Lehre und Praxis. Ihr Ziel ist die Verknüpfung von wissenschaftlicher und praktischer Hebammentätigkeit, um dadurch zu einer bedürfnis- und bedarfsgerechten sowie effizienten Versorgung von Frauen, Eltern und Familien in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Still-/Säuglingszeit beizutragen. Die DGHWi beteiligt sich mit salutogenetischer und ressourcenorientierter Perspektive an der Diskussion und Ausrichtung von Behandlungsstandards sowie rechtlichen Regulierungen im geburtshilflichen Setting, im Neugeborenenalter und in allen reproduktiven, geschlechtlichen und sexuellen Bereichen. Für die sexuelle und reproduktive Gesundheit Schwangerer, Gebärender und junger Eltern sind die Selbstbestimmung über den eigenen Körper, Entscheidungsfreiheit in sexuellen, geschlechtlichen und reproduktiven Fragen sowie die gleichberechtigte Teilhabe von Schwangeren und jungen Eltern an allen gesellschaftlichen Teilbereichen unabdingbar. Daher gehören der Dialog über sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR) mit anderen Akteuren und Institutionen der Gesundheitsversorgung wie auch die aktive Teilnahme am konstruktiven politischen Diskurs zum Selbstverständnis unserer Gesellschaft.

1. Rechtliche Diskriminierung von trans* Personen

Neben umfassenden psychiatrischen Gutachten sah das TSG noch bis 2009 auch die Erfordernis der Ehelosigkeit als Voraussetzung dafür vor, eine Änderung des mit der Geburt ergangenen Geschlechtseintrags vornehmen lassen zu können. Dies wurde vom BVerfG (Beschluss vom 27. Mai 2008 – 1 BvL 10/05 – BGBl. I Seite 1650) mit dem Recht auf Anerkennung der selbstbestimmten geschlechtlichen Identität und dem von Artikel 6 Absatz 1 GG geschützten Interesse am Fortbestand der Ehe für unvereinbar mit der Verfassung und bis zum Inkrafttreten einer Neuregelung für nicht anwendbar erklärt. Mit dem TSG-Änderungsgesetz vom 17. Juli 2009 wurde diese Voraussetzung schließlich aufgehoben. Weiter setzte das TSG bis 2011 voraus, dass eine Person nur dann ihren Geschlechtseintrag ändern kann, wenn sie dauernd fortpflanzungsunfähig ist und sich einem

ihre äußeren Geschlechtsmerkmale verändernden operativen Eingriff unterzogen hatte. In Hinblick auf Artikel 2 Absatz 1 und 2 in Verbindung mit Artikel 1 Absatz 1 GG erklärte das BVerfG in seiner Entscheidung vom 11. Januar 2011 (1 BvR 3295/07 – BGBl. I Seite 224) auch diese Regelung als unvereinbar und verlangte eine gesetzliche Neuregelung. Auch in weiteren Entscheidungen hat das BVerfG Teile des TSG für verfassungswidrig erklärt (vgl. Beschluss vom 16. März 1982 – 1 BvR 983/81, Beschluss vom 26. Januar 1993 – 1 BvL 38/92, 40/92, 43/92, Beschluss vom 6. Dezember 2005 – 1 BvL 3/03 und Beschluss vom 18. Juli 2006 – 1 BvL 1/04 und 12/04). Zusätzlich sind mit dem Verfahren zur Änderung des Geschlechtseintrags nach TSG hohe Kosten verbunden. Im Schnitt fallen 1.868 € für die Änderung des Namens und Geschlechtseintrags nach TSG an (vgl. 1). Diese Kosten müssen trans* Personen in der Regel selbst tragen.

In der Folge dieser Regelungen blieben trans* und nichtbinäre Menschen zwangsweise kinderlos oder sie wurden und werden ohne rechtliche Anerkennung ihrer Geschlechtsidentität Eltern, indem sie Elternschaft zwangsweise innerhalb der ihnen mit Geburt zugewiesenen Geschlechterkategorie leben. So regelt § 1591 BGB etwa, dass die "Mutter eines Kindes (...) die Frau (ist), die es geboren hat." Damit ist die rechtliche Elternschaft ("Mutterschaft") eng an die biologische Elternschaft geknüpft und bestimmt auch, dass die gebärende Person im Rechtssinne immer "Mutter" ist. Wenn trans* Personen mit männlichem Personenstand ein Kind bekommen, tragen Standesämter diese Personen als „Mutter“ und mit abgelegtem, weiblichen Vornamen in das Geburtenregister ein [4]. Dies wird so gehandhabt, um es dem Kind zu ermöglichen, später zu erfahren, von wem es abstammt. In der Geburtsurkunde des Kindes steht so jedoch eine nicht existente Person und der trans* Mann hat kein offizielles Dokument, das beweist, dass er mit dem Kind verwandt ist, denn in seinen Personaldokumenten führt er einen anderen Namen und Geschlechtseintrag.

2. Geschlechtliche und reproduktive Rechte und Gesundheit von schwangeren queeren und trans* Personen

Die falsche, jedoch leider weit verbreitete und bislang auch rechtlich verankerte Annahme, dass allein äußere Genitalien das Geschlecht eines Menschen bestimmen, führt so vor allem bei trans* und nichtbinären Menschen zu einem hohen Druck, ihre Geschlechtsidentität beweisen und erklären zu müssen. Vielfach werden ihnen Wege der medizinischen Transition verwehrt. Auch nach erfolgter Transition werden trans* Personen oft weiterhin angezweifelt. Ihre Existenz wird geleugnet und abgelehnt. Werden trans*, inter* und nichtbinäre Menschen unfreiwillig geoutet – etwa durch Urkunden und Personaldokumente – sind sie vulnerabel für Diskriminierung, Gewalt und Übergriffe im Alltag. 204 transphobe Straftaten hat das Bundeskriminalamt (BKA) 2020 dokumentiert, darunter 40 Gewalttaten. Dabei war 2020 das erste Jahr, in dem das BKA Kriminalität gegen das Geschlecht und die sexuelle Identität gesondert erfasst hat. Vorher fielen transphobe Straftaten unter jene gegen die sexuelle Orientierung (578 Fälle). Fasst man diese Zahl mit den transphoben Straftaten zusammen, ergibt sich ein Anstieg von 36 Prozent gegenüber 2019 (vgl. 6).

Hinsichtlich solch diskriminierender Erfahrungen stellen die Phasen von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett

und Stillzeit für Betroffene eine besonders vulnerable Zeit dar. Es handelt sich hierbei um besonders vergeschlechtlichte Lebensbereiche, bei denen der hohe Druck zum Einhalten von sozialen Rollenerwartungen an „Mütter“ [7] auf rechtliche Regulierungen zur Transgeschlechtlichkeit (siehe Punkt 2) trifft, die diese Vorstellungen noch perpetuieren [14]. Der damit einhergehende zwangsweise Ausschluss bzw. die soziale Unsichtbarkeit von queeren Menschen in Hinblick auf Schwangerschaft, Geburt und einem Leben mit (eigenen) Kindern ist für viele (51% der Befragten) insofern mit der Erfahrung verbunden, dass medizinisches Personal und auch Hebammen automatisch davon ausgehen, dass eine schwangere Person heterosexuell, cis-geschlechtlich und dyadisch sei (vgl. 12). Entsprechend erhielt nur etwa jede fünfte schwangere trans* bzw. intergeschlechtliche Person (18,5%) die für sie notwendigen Informationen zu Schwangerschaft und Geburt (ebd.). Obwohl Schwangerschaften von trans* Personen inzwischen nicht nur medial eine höhere Aufmerksamkeit zuteil wird, sondern seit der Aussetzung des TSG im Jahr 2011 auch im Alltag von Hebammen häufiger und offener vorkommen, lässt sich kaum eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung dieser Klientel annehmen [15]. Insbesondere trans* und intergeschlechtliche Personen haben insofern signifikant öfter als nicht-queere Personen Angst vor Diskriminierung in Zusammenhang mit der interdisziplinären Begleitung von Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt [13]. Darunter leidet die Qualität der geburtshilflichen Versorgung queerer Menschen: Während jede fünfte cis-geschlechtliche Frau (21,4%) angibt, bei der Geburt Gewalt bzw. Diskriminierung erfahren zu haben (vgl. 2), berichten über die Hälfte der befragten trans* Personen (53,8%) von solchen Erfahrungen. Weitere 16% aller Befragten waren unsicher, ob sie Diskriminierungs- bzw. Gewalterfahrungen gemacht hatten (vgl. 12).

Im Sinne der Herstellung und Aufrechterhaltung einer sozialen Ordnung, in der queere und trans* Menschen der Zugang zu einem selbstbestimmten, würdevollen und gesunden Leben mit Kindern verwehrt wird, verstehen wir diese Befunde als Ausdruck der tatsächlichen Wirksamkeit des TSG über dessen eigentliche Geltungsdauer hinaus [8]. In Hinblick auf solche Rechteeffekte (vgl. 3) muss das geplante Selbstbestimmungsgesetz nicht nur alte Missstände beenden, sondern aktiv der persistierenden Benachteiligung von queeren, trans*, inter* und nichtbinären Menschen entgegenwirken. Eine umfassende rechtliche Neuregelung von Fragen des Personenstandes, die die geschlechtliche und damit auch reproduktive und sexuelle Selbstbestimmung von queeren, trans*, inter* und nichtbinären Menschen miteinbezieht, benötigt darüberhinaus konkrete Maßnahmen für die Themenbereiche Kinderwunsch, Schwangerschaft und Familie.

3. Positive Maßnahmen auf dem Weg zur mehr geschlechtlicher und reproduktiver Selbstbestimmung von trans*, inter* und nichtbinären Menschen

Leider lässt der Referentenentwurf viele Möglichkeiten zur aktiven Förderung von mehr geschlechtlicher und reproduktiver Selbstbestimmung von queeren, trans*, inter* und nichtbinären Menschen unberücksichtigt.

Der Entwurf trifft keine Regelungen zum Zugang zu geschlechtsangleichenden medizinischen Maßnahmen und überlässt dies weiteren Initiativen unter der Federführung des Bundesgesundheitsministeriums. Die

DGHWi bedauert, dass der Entwurf des Selbstbestimmungsgesetzes nicht selbst ein Recht auf Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung für geschlechtsangleichende Operationen für alle Versicherten ohne überhöhte diagnostische Hürden vorsieht.

Zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung (§1631e BGB-E) empfiehlt die DGHWi dringend, bestehende Umgehungsmöglichkeiten im Gesetz zu beseitigen. Ein hierzu geeignetes Mittel sehen wir in der Einführung eines zentralen Melderegisters für alle genitalverändernden Operationen an Kindern, damit das bestehende Gesetz wie vorgesehen evaluiert werden kann. Zudem sollen strafrechtlich relevante Verstöße gegen §1631e BGB-E in den Katalog der in Deutschland verfolgten Auslandsstraftaten nach §5 StGB aufgenommen werden.

Um die sexuellen und reproduktiven Rechte und die Gesundheit von queeren Familien, trans*, inter* und nichtbinären Personen zu garantieren und die Freiheit der Persönlichkeit des betreffenden Personenkreises aktiv herzustellen, fordern wir die Bundesregierung auf, eine diskriminierungsfreie sozialrechtliche Regelung zur Kostenübernahme von assistierter Reproduktion einzuführen. Die DGHWi fordert, dass dies insbesondere die Kostenübernahme für reproduktionsmedizinische Behandlungen mit heterologer Samenspende sowie Beratung zu und Durchführung von fertilitätsprotektiven Maßnahmen bei medizinischer Transition durch die gesetzlichen Krankenkassen umfassen soll. Die sogenannte ROPA-Methode soll in Deutschland erlaubt und von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden. Hierbei werden zwei Menschen gemeinsam behandelt, wobei eine*r der Partner*innen die Schwangerschaft mithilfe der Eizellen der*des anderen Partner*in austrägt.

Im Rahmen der von der Bundesregierung angestrebten Stärkung von Aufklärungs- und Beratungsangeboten für queere, trans*, inter* und nichtbinäre Menschen empfehlen wir eine Aufklärungskampagne zu queerer Reproduktion bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung anzusiedeln, die insbesondere für queere Personen relevante Informationen zu Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit bereitstellt. Zusätzlich dazu sollten bundesweite Förderprogramme zur Erstellung von Informationsmaterialien und Kampagnen zur Aufklärung und Vernetzung von queeren Schwangeren initiiert werden.

Veränderungen zur Verbesserung der reproduktiven Selbstbestimmung sind grundsätzlich intersektional und damit auf die Bedarfe mehrfachdiskriminierter Personen ausgerichtet zu gestalten. Der Abbau von räumlichen, sprachlichen und weiteren Barrieren zu Beratungsstellen, gynäkologischen Praxen, Hebammenversorgung, Kliniken und Kinderwunschzentren sowie bei Informationsmaterialien muss umfassend vorangetrieben und finanziert werden. Darüber hinaus muss die Kostenübernahme für Sprachmittlung durch die Krankenkassen sichergestellt werden. Zur Sicherstellung der reproduktiven Selbstbestimmung und Gesundheit muss die in § 87 Abs. 2 AufenthG vorgeschriebene Übermittlungspflicht abgeschafft sowie die Behandlung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus gesamtgesellschaftlich solidarisch finanziert werden.

4. Evaluation und Forschung

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (DGHWi) begrüßt das im Referentenentwurf verankerte Vorhaben, die Wirkung eines Selbstbestimmungsgesetzes zu evaluieren. Leider sieht der Entwurf keine Regelungen zur Schaffung und Finanzierung von Forschungsprogrammen vor, die den Stand der erreichten sozialen Gleichstellung und Selbstbestimmung von queeren, trans*, inter* und nicht-binären Menschen erheben. Die DGHWi empfiehlt darüber hinaus staatlich finanzierte Forschungsprojekte zu fertilitätsprotektiven Maßnahmen bei medizinischer Transition sowie zu Schwangerschaftsverläufen, geburtshilflichen Outcomes und Stillen bei medizinischer Transition.

LITERATUR

1. Adamietz L, Bager K. Gutachten: Regelungs- und Reformbedarf für trans-geschlechtliche Menschen. Begleitmaterial zur Interministeriellen Arbeitsgruppe Inter- & Transsexualität, 7, Berlin, 13. [Internet]. 2016. [Zugriff: 02.08.2023]. Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/114064/460f9e28e5456f6cf2ebdb73a966f0c4/imag-band-7-regelungs-und-reformbedarf-fuer-transgeschlechtliche-meschen-band-7-data.pdf>
2. Ameli K, Valdor LL. Geburt im Spannungsfeld von Interaktion, Professionalität und Gewalterfahrungen. GENDER - Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft. 2020;12(3), 141-156.
3. Baer S. Rechtssoziologie: Eine Einführung in die interdisziplinäre Rechtsforschung, 2. 2015. Nomos: Baden-Baden.
4. Bundesverband Trans* (Hrsg.) Tipps für Trans* und Nicht-binäre Personen mit Kind(ern) oder Kinderwunsch. E-Broschüre [Internet]. 2021. [Zugriff: 02.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.bundesverband-trans.de/wp-content/uploads/2021/12/BroschuereDigital_LowRes_Trans-mit-Kind.pdf
5. Bundesverband Trans*. Policy Paper Gesundheit: Trans*-Gesundheitsversorgung. Forderungen an die medizinischen Instanzen und an die Politik. 2017.
6. Bundeskriminalamt. Polizeiliche Kriminalstatistik 2020. Bundesrepublik Deutschland [Internet]. 2021. [Zugriff: 02.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2020/pks2020_node.html
7. Burrow S, Goldberg L, Searle J, Aston M. Vulnerability, Harm, and Compromised Ethics Revealed by the Experiences of Queer Birthing Women in Rural Healthcare. J Bioeth Inq. 2018;15(4), 511-524.
8. Charter R, Ussher JM, Perz J, Robinson K. The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. Int J Transgend. 2018;19(1), 64-77.
9. European Union Agency for Fundamental Rights. A long way to go for LGBTI equality [Internet]. 2020. [Zugriff: 02.08.2023]. Verfügbar unter: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-lgbti-equality_en.pdf
10. Haller L & Schlender A. Handbuch. Feministische Perspektiven auf Elternschaft. 2020. Verlag Barbara Budrich: Berlin.
11. Haller L. Eltern-Kind-Zuordnung. In: Handbuch. Feministische Perspektiven auf Elternschaft. Verlag Barbara Budrich. 2022. Berlin, 131-144.
12. Heinrich Böll Stiftung (Hrsg.) Policy Paper Queer und schwanger. Diskriminierungserfahrungen und Verbesserungsbedarfe in der geburtshilflichen Versorgung [Internet]. 2022. [Zugriff: 02.08.2022]. E-Paper verfügbar unter: <https://www.gwi-boell.de/sites/default/files/2022-02/E-Paper%20Queer%20und%20schwanger%20Endf.pdf>
13. Malmquist A, Jonsson L, Wikström J, Nieminen K. Minority stress adds an additional layer to fear of childbirth in lesbian and bisexual

women, and transgender people. Midwifery, 2019. DOI: 10.1080/0167482X.2022.2089555

14. Spahn A. Trans Schwangerschaft. In: Handbuch. Feministische Perspektiven auf Elternschaft. Verlag Barbara Budrich. 2022. Berlin, 325-338.
15. Voß, Heinz-Jürgen. Verankerung der Wissens- und Kompetenzentwicklung zu den Themen Trans- und Intergeschlechtlichkeit in den Bildungslehrplänen und Curricula von Ausbildungs- und Studiengängen relevanter Sozial- und Gesundheitsberufe. Policy Paper. 2021. Merseburg: Hochschule Merseburg.

Write now and again: die Sektion „Junges Forum“ berichtet über das 3. Methoden- und Schreibretreat

In bewährter Tradition trafen sich Anfang Oktober wissenschaftlich schreibende Hebammen zu einem weiteren Schreibretreat der Sektion „Junges Forum“. Diesmal fand das Retreat in herbstlicher Atmosphäre im Schloss Oberwerries in Hamm statt. Neben der neuen Örtlichkeit wurde das Format in dieser Auflage des Retreats auch inhaltlich weiterentwickelt. Am Donnerstag fand ein Methodenworkshop zu qualitativen Methoden mit Schwerpunkt Ethnographie statt. Dr. Nancy Stone und Prof. Dr. Annekatrin Skeide regten dabei die teilnehmenden Master- und Promotionsstudierenden zur Auseinandersetzung mit methodologischen Fragen an und gaben auch die Möglichkeit zur experimentellen forschungspraktischen Anwendung.

Nach dieser inspirierenden Erweiterung unserer forschungsbezogenen Perspektiven konnte mit Fokus auf die individuell mitgebrachten Dissertations- und Masterarbeitsprojekte gemeinsam in die Schreibphase eingestiegen werden. Der flexible gestaltete Wechsel von Schreib-, Ruhe- und Austauschphasen führte dazu, dass zu jeglicher Tag- und Nachtzeit Denk- und Schreibprozesse in unserem Schreibzimmer im Schloss vorangebracht werden konnten. Beim sonntäglichen Abschied freuten wir uns gemeinsam über vorangebrachte Masterarbeiten, Dissertationen und wissenschaftliche Artikel.

Für das Frühjahr 2026 planen wir die Fortsetzung des regelmäßigen Schreibretreats. Neugierige und Interessierte auf dem wissenschaftlichen Werdegang sind herzlich willkommen dabei zu sein und mitzugestalten.

Keine Sommerpause im Jungen Forum

Im Frühjahr übernahm Claudia Donner das Amt als Sprecherin von Christina Heß. Vertraut verblieben als Sprecherin ist Anna von Hörsten.

Die Sektion Junges Forum ist in den letzten Monaten deutlich gewachsen. Mindestens einmal in der Woche meldet sich eine neue Nachwuchswissenschaftler*in. Es kommen primärqualifizierend Studierende, nach-

qualifizierend im Bachelorstudium befindliche Hebammen, Masterstudierende, Promovend*innen und bereits promovierte Hebammen zusammen. Dieser vielfältige Austausch ist sehr fruchtbar und von einer hohen gegenseitigen Wertschätzung geprägt.

Die beiden Sprecherinnen haben den Sommer genutzt, um einige administrative Aspekte zu erledigen - Mitgliederliste, Übernahme Trello-Board, Aktualisierung Homepage, etc. Auch die Organisation des nächsten Sektionstreffens schritt voran. Zudem wurden Vorbereitungen zu Vortragsangeboten innerhalb des Jungen Forums und auch für externe Teilnehmer*innen getroffen.

Wir freuen uns immer über stetigen Zuwachs in der Sektion Junges Forum.

Liebe Hebammen, ganz gleich, wo ihr im Studium, im Berufsleben oder in eurer akademischen Karriere steht - unsere Tür steht jeder Nachwuchswissenschaftler*in offen. Das Wort „jung“ ist nicht an das numerische Alter geknüpft. Auch ein schönes Gefühl.

Bei Interesse schreibt bitte eine kurze Mail an jungesforum@dghwi.de.

Das nächste Sektionstreffen ist am 16.01.2025 19.00 Uhr

Wir freuen uns auf Euch!

JANUAR 2025

DGHWi Mitgliederversammlung
31. Januar 2025 (virtuell)
Nähere Informationen unter:
www.dghwi.de/dghwi-mitgliederversammlung-2025/

APRIL 2025

Maternal, Paternal and Infant Nutrition and Nurture Unit (MAINN) Conference
28. - 30. April 2025, Grange-over-Sands, Cumbria, UK
Nähere Informationen unter:
<https://www.uclan.ac.uk/events/listing/mainn-conference>

MAI 2025

HEBA PÄD 2025 - 2.Konferenz zur pädagogischen Arbeit im Hebammenstudium
04. Mai 2025, Münster

18. Deutscher Hebammenkongress
05. – 07. Mai 2025, Münster
Nähere Informationen unter: <https://hebammenkongress.de/>

Schweizerischer Hebammenkongress – Future Generations – Sind wir bereit?
15. – 16. Mai 2025, Fribourg, Schweiz
Nähere Informationen unter: <https://www.schweizerischer-hebammenkongress.ch/>

GNPI – 51. Jahrestagung 2025
22. – 24. Mai 2025, Lübeck
Nähere Informationen unter: <https://gnpikongress.de/>

23rd Nordic Congress for Midwives - Midwives Embracing Diversity
26. – 28. Mai 2025, Kopenhagen, Dänemark
Nähere Informationen unter: <https://nifcongress.dk/>

DEZEMBER 2025

32. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin,
10.–13. Dezember 2025, Berlin, Deutschland
Nähere Informationen unter: <https://dgpm-kongress.de/>

MAI 2026

8. Internationale Konferenz der DGHWi
4. – 5. Mai 2026, Leipzig
Nähere Informationen unter:
<https://www.dghwi.de/veranstaltungen/internationale-konferenz/>

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
Hochschule Bremen
E-Mail: beisitzerin-leitlinien@dghwi.de

Dr. Nancy Stone MScPH, PhD
Medizinische Hochschule Hannover
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. Annekatrin 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, M.A., Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA, Prof. Dr. Annekatrin Skeide B.Sc.

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): 10.12.2024

