

„In Mainz muss keine Frau* mehr alleine sein im Wochenbett“

Perspektiven von beteiligten Hebammen auf das Akutversorgungsangebot der Hebammenzentrale Mainz/Mainz-Bingen:
Eine qualitative Evaluationsstudie mittels RE-AIM Framework



Schröder, Annika (B.Sc.), stud. M.A. Innovative Versorgungspraxis in der Pflege und im Hebammenwesen
Michel-Schuldt, Michaela (PhD), Professorin für Hebammenwissenschaft



annika.schroeder@studmail.hwg-lu.de /
hebamme.annikaschroeder@gmx.de

Hintergrund

Insbesondere sozial benachteiligte Familien haben trotz gesetzlichem Anspruch nur eingeschränkten Zugang zu Hebammenhilfe^{1,2,3}. Um dem entgegenzuwirken, wurden in den letzten Jahren vermehrt Hebammenzentralen und vergleichbare koordinierende Einrichtungen etabliert. Erste Evaluationen zeigen, dass solche Strukturen die gezielte Vermittlung von Hebammenhilfe unterstützen und den Zugang insbesondere für marginalisierte Gruppen verbessern können^{4,5,6}.

Die Hebammenzentrale Mainz-Bingen erweitert dieses Konzept, indem sie nicht nur die Vermittlung in die Regelversorgung übernimmt, sondern zusätzlich aufsuchende Hebammenhilfe für Familien mit akuten Bedarfen durch ein Team freiberuflicher Hebammen bereitstellt. Während die Vermittlungsaktivitäten bereits evaluiert wurden, liegt für das Angebot der Akutversorgung bislang keine Untersuchung vor.

Methodik

Ziel: Erfassung der Perspektiven der beteiligten Hebammen auf die Versorgungsleistung der Akutversorgung
Theoretischer Rahmen: RE-AIM Framework⁷
Datenerhebung:

- Teilnehmende Beobachtung in Teamsitzung
- zwei Fokusgruppendifkussionen mit zwei Koordinatorinnen und drei Hebammen, die in der Akutversorgung tätig sind

Datenanalyse: Transkription, Pseudonymisierung, inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz & Rädiker⁸ mit MAXQDA:
Sechs Hauptkategorien, 17 Subkategorien

Für die Familien ist es eine wahnsinnige Ressource, was Prävention angeht und. (...) Ja, auch Sicherheit. Wenn ich, wenn ich mir nicht sicher bin, ob mein Kind gelb ist. An einem Samstag hocke ich mich mit einem Neugeborenen in die Uniklinik oder kommt die Akuthebamme und beruhigt mich?

Hebamme Tamara

Transkript Interview 15.05.2025, Pos. 419-420



Wie oft habe ich es am Telefon oder auch per Email: Ich finde jetzt gerade keine Hebamme für dich, aber du kannst dich zu jeder Zeit bei uns melden und wir schicken dir jemanden vorbei. (...) Man merkt da schon oft eine Erleichterung.

Hebamme Sonja

Transkript Interview 15.05.2025, Pos. 132



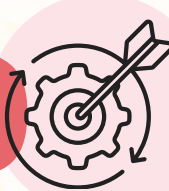
Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Reach (Erreichbarkeit)



Über die Akutversorgung werden vor allem marginalisierte Gruppen wie Geflüchtete, Alleinerziehende und Familien ohne soziales Netz erreicht. Es ist unklar, welche Gruppen nicht erreicht werden können.

Effectiveness (Wirksamkeit)



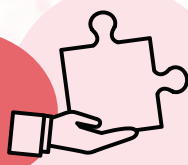
Akutversorgung bietet kurzfristig effektive Hilfe und kann die regionalen geburtshilflichen Strukturen entlasten. Familien können im Wochenbett spontan in die Regelversorgung und bei Bedarf an Familienhebammen vermittelt werden. Dennoch bestehen strukturelle Grenzen: Die Akutversorgung kann keine kontinuierliche Betreuung ersetzen und wird teils als Lückenfüller für systemische Defizite genutzt.

Adoption (Annahme)



Überwiegend positive Annahme von relevanten Stakeholdern. Insbesondere mit den geburtshilflichen Kliniken findet enge Zusammenarbeit statt (HZ als Schnittstelle zwischen Sektoren). Hebammen, die in der Akutversorgung arbeiten, profitieren von finanziellen Anreizen, einem Vertretungssystem, guter Planbarkeit und Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Implementation



Die Nachfrage ist in der Ferienzeit erhöht, da dort mehr Familien ohne Regelversorgung verbleiben. Herausforderungen bestehen u.a. in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit niedergelassenen Gynäkolog*innen.



Maintenance (Nachhaltigkeit)

Akutversorgung wird zumindest in den Hochzeiten in Zukunft weiter benötigt. Verbesserungspotentiale (u.a.): Einführung eines Qualitätszirkels, kollegialer Beratung sowie mehrsprachiger Informationsmaterialien. Die Hebammen sehen Potential in der Betreuung nach Schwangerschaftsabbrüchen, Fehlgeburten und vertraulichen Geburten.

Stillprobleme lassen sich leichter beheben, wenn man eine Beziehung zur Familie hat.

Hebamme Anja

Schlussfolgerungen:

Mit der Akutversorgung übernimmt die Hebammenzentrale Verantwortung für die Versorgungssicherheit mit ambulanter Hebammenhilfe in der Region. Eine dauerhafte Finanzierung über Projektbasis hinaus ist empfehlenswert, um die Hebammenzentrale als feste Institution zu verstetigen. Es werden weitere Evaluation der Hebammenzentrale, bei der die Familienperspektive oder gesundheitsökonomische Aspekte einbezogen werden, empfohlen.

Referenzen:

- ¹ Bauer, N. H., & Luksch, K. (2021). Versorgung durch Hebammen in der reproduktiven Lebensphase von Frauen in Deutschland. *Public Health Forum*, 29(2), 74–77. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2021-0037>
- ² Hertle, D., Lange, U., & Wende, D. (2021). Schwangerenversorgung und Zugang zur Hebamme nach sozialem Status: Eine Analyse mit Routinedaten der BARMER. *Georg Thieme Verlag*, 85(4), 364. <https://doi.org/10.1055/a-1690-7079>
- ³ Hertle, D., & Wende, D. (2024). *Versorgungskompass Geburtshilfe und Hebammenversorgung. Teil 2: Abgerechnete Leistungen freiberuflich tätiger Hebammen*. <https://doi.org/10.30433/ePGSF.2024.004>
- ⁴ Grylka-Bäschlin, S., Hollenstein, E., Angerer, D. A., Erdin, R., & Pehlke-Milde, D. J. (2018). Evaluation Familystart Zürich. *Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften*. <https://digitalcollection.zhaw.ch/server/api/core/bitstreams/35012b59-ef15-405f-8a64-d1b2ae139dbb/content>
- ⁵ Luksch, K., Villmar, A., & Bauer, N. H. (2019). *Hebammenzentralen – eine Optimierung der Versorgung mit Hebammenhilfe?* <https://doi.org/10.3205/19dkvf490>
- ⁶ Piroška, Z., & Grylka-Bäschlin, S. (2021). Evaluation II Familystart Zürich: Abschlussbericht. *Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften*. <https://digitalcollection.zhaw.ch/server/api/core/bitstreams/06166a6c-3ccf-4981-a0e6-b97596c119db/content>
- ⁷ Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1322. <https://doi.org/10.2105/ajph.89.9.1322>
- ⁸ Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2024). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Umsetzung mit Software und künstlicher Intelligenz* (6. Auflage). Beltz Juventa.

BETTERlogue: Partizipative Implementation eines Kommunikations-Tools zur Verbesserung von Kommunikation und Versorgungsqualität in der interprofessionellen und intersektoralen Schwangerenvorsorge

Autor*innen: M. Greif (B.Sc., Projektleitung, hebamme.martha.greif@gmail.com), V. Ercoli (B.Sc., HWG LU), Prof. Dr. M. Michel-Schuldt (HWG LU), Prof. Dr. M. Sütterlin (UMM), Prof. Dr. B. Filsinger (Projektbetreuung, HWG LU und UMM, barbara.filsinger@hwg-lu.de)

Hintergrund

- Interprofessionelle Versorgung (§ 24d SGB V) und Förderung einer physiologischen Schwangerschaft sind wichtige Bausteine von Empowerment und Continuity of Care (CoC) in der Schwangerenvorsorge
- ↗ aktuell: Fragmentierung und Konflikte (BMG, 2020; Kraienhemke, 2019)
- Lösungsvorschlag bei Stakeholderbefragung der UMM: Dialogfeld im Mutterpass zur Kommunikation (Lintener & Rink, 2024, S. 5)

Fragestellung: „Was ist nötig, um eine komplexe Innovation (wie ein Einlegeblatt für den Mutterpass) zur Verbesserung interprofessioneller Kommunikation in der Schwangerenvorsorge zu implementieren?“

Zielsetzung

- Die Entwicklung eines Mutterpass-Einlegeblattes mit überregionaler Anwendbarkeit zur Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation in der interprofessionellen und intersektoralen Schwangerenvorsorge in der Metropolregion Rhein-Neckar.
- Der Prozess berücksichtigt interprofessionelle Kooperation und Partizipation

Methodik

- Vier Evaluationsschleifen nach MRC-Framework (Skivington et al., 2021):
 - Drei leitfadengestützte qualitative Fokusgruppenworkshops mit geburtshilflichen Expert*innen (Hebammen, Ärzt*innen) nach Bär et al. (2020) und Kuckartz & Rädiker (2024);
 - Member Checks;
 - ein Elternvertretenden-Einzelinterview (+ Member Check);
 - zwei Member-Validation Interviews (ein Einzel-, ein Gruppeninterview).
- Datenfixierung: Aufnahme und Transkription, schriftliche Member Checks und Gesprächsprotokolle;
- Fokussierte Inhaltsanalyse via MAXQDA nach Kuckartz und Rädiker (2024);
- G-IPAS-Befragung nach Pedersen et al. (2020), kumulativ ausgewertet.

Ergebnisse

15 + 1

Geburtshelfende

Elternvertreter*in

... entwickeln mithilfe der Projektleitung ein Kategoriensystem und ein Einlegeblatt + Begleitblatt (QR-Code)

Vorderseite

Rückseite

Motivation für
Interprofessionalität
in der
Schwangerenvorsorge



Probleme,
Bedarfe und
Herausforderungen
interprofessioneller
Kommunikation



Chancen
des
Einlegeblattes



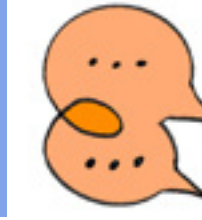
Hürden und
Herausforderungen
des Einlegeblattes



Bedarfe und
Gestaltungs-
wünsche
für das Einlegeblatt



How-To:
BETTERlogue



Kategorie 0:
Änderungs-
bedarfe am
Mutterpass



Förderung von Hebammen
in der Primärversorgung

Lückenhafte
Information als Problem

Ganzheitliche
und umfassende
Übergabe

Unattraktives
Forschungsziel

Inhaltliche Aspekte

Erläuterungen

Sammlungs-
kategorie

Voneinander profitieren

Barrieren aus Sicht der
Schwangeren

Effizienz-
steigerung

Zusatzarbeit

Gestalterische Aspekte

Verantwortlichkeiten

Personen-
gruppen/
Tätigkeits-
bereiche

Bessere Versorgung für
Schwangere

Blackbox:
„Schwangeren-vorsorge
durch Hebammen“

Blackbox:
„Wochenbett-
Loch“

Zugangsbarrieren

Hidden Agendas

Versorgungsnetz

Themen

Strukturelle
Bedingungen

Vorteile für die
Schwangeren

Forensische
Anforderungen

Ausblick

Ausblick

Abkürzungen/
Glossar

Zentrale Kategorien

Diskussion

Ergebnisdiskussion:

- Projekt wurde im vorgegebenen Zeitraum interprofessionell und partizipativ absolviert;
- Empowerment: Einleger kann zur aktiven und reflexiven Mitwirkung Schwangerer in der eigenen Vorsorge anregen (Hermansson & Mårtensson, 2011);
- CoC: Einleger kann interprofessionelle Vorsorge stärken, indem es auf die Möglichkeit von zwei Professionen in der Vorsorge aufmerksam machen und gemeinsame Kommunikation fördern kann → weiche Übergänge (Sandall et al. , 2024) ermöglicht.

Methodendiskussion:

- Strukturiertes Vorgehen mit starker Zielorientierung dank MRC;
- Qualitative Methode gut, aber: große Menge an Nebenbefunden;
- insgesamt Partizipation gut, jedoch unvollständige Member Checks und keine Co-forschende Person rekrutierbar (Zeitmangel?);
- Gütekriterien: Rich Rigor, Sincerity, Credibility, Significant Contribution, Meaningful Coherence (Tracy, 2010), v.a. Triangulation (Flick, 2022);
- Limitationen: Investigator-Triangulation, Technik und Aussage der G-IPAS-Befragung, Selection-Bias im Sample.

Schlussfolgerungen und Ausblick

- Entwicklung und Implementierung eines Einlegeblattes für den Mutterpass unter interprofessioneller Kooperation und partizipativen Gesichtspunkten ist gelungen und könnte Forschungsproblem adressieren.
- Methodisches Vorgehen geeignet für Fragestellung, übergeordnetes Projektziel erfordert jedoch weitergehende Forschung zu Effekten.

Ausblick: Evaluation der Implementationseffektivität und Innovationseffektivität von BETTERlogue ab Sommer 2026.

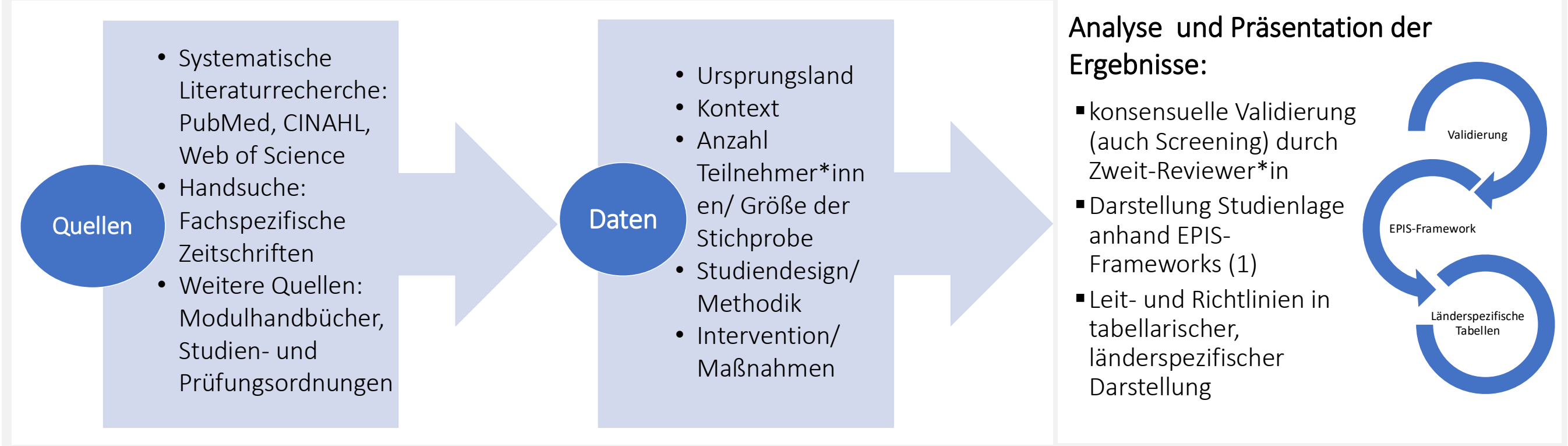
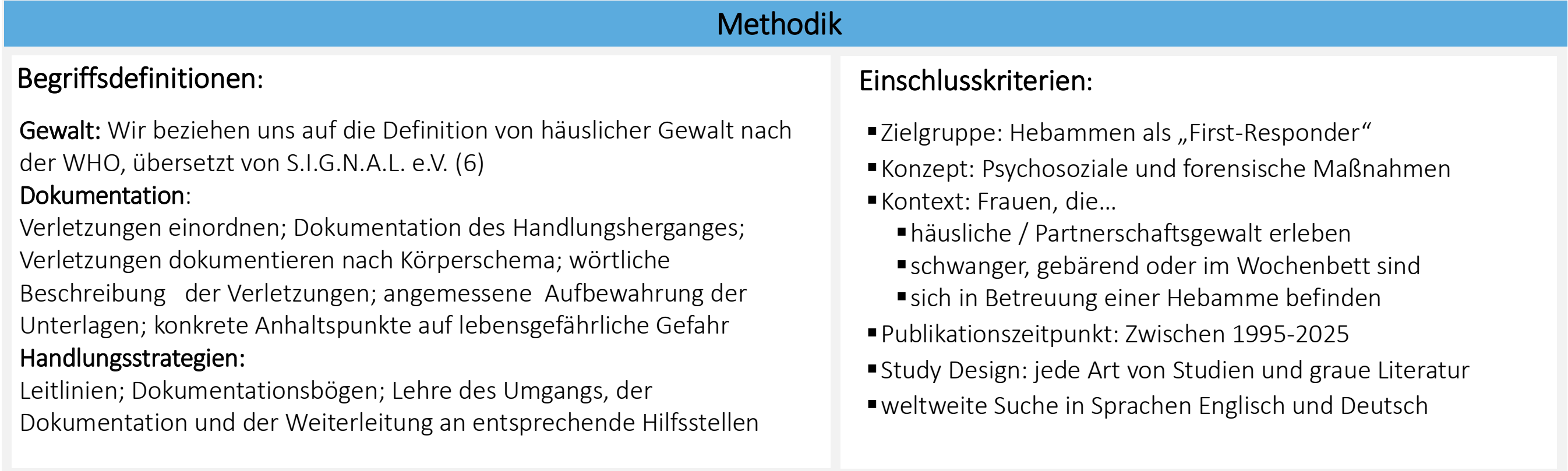
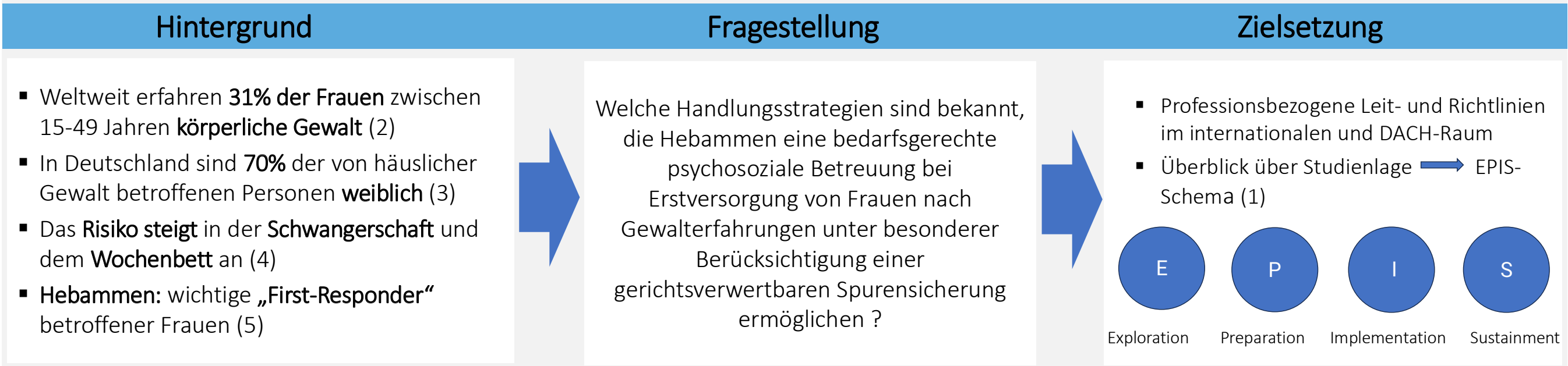
Quellen:

- Bär, G., Kasberg, A., Geers, S. & Clar, C. (2020). Fokusgruppen in der partizipativen Forschung. In S. Hartung, P. Wihofsky & M. T. Wright (Hrsg.), Research. Partizipative Forschung: Ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden (207-232). Springer VS.
- BMG. (2020). Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesundheit_rund_um_die_Geburt_barrierefrei.pdf. Abgerufen am: 24.08.2025
- BVF (Hrsg.). (2019). Stellungnahme des BERUFSVERBAND DER FRAUENÄRZTE e.V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung vom 20.03.2019. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/Hebammenreform/BVF_Refe_Hebammenreformgesetz_Stellungnahme.pdf. Abgerufen am: 15.06.2025
- Flick, U. (2022). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung (S. 533-548). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Hermansson, E. & Mårtensson, L. (2011). Empowerment in the midwifery context—a concept analysis. Midwifery, 27(6), 811-816. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.08.005>
- Hertle, D. & Ramsell, A. (2022). Interdisziplinäre Schwangerenvorsorge – Anspruch und Versorgungswirklichkeit. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 82(10), e90. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1756863> (Ausgabe zum 64. Kongress der DGGG).
- Hertle, D. & Wende, D. (2023). Versorgungskompass: Geburtshilfe und Hebammenversorgung: Teil 1: Daten rund um die Geburt und Versorgungsangebote durch Hebammen. BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung. <https://www.bifg.de/publikationen/epaper/10.30433/ePGSF.2023.007> <https://doi.org/10.30433/ePGSF.2023.007>
- Kraienhemke, M. (2019). Die Theorie der Hebammenidentitäts-Konstruktion im Kontext von interprofessioneller Zusammenarbeit und Medialisierung der Geburt [Dissertation]. Universität Bremen, Bremen. <https://core.ac.uk/download/pdf/297283624.pdf>
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2024). Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-40212-9>
- Lintener, H. & Rink, K. (2024). Wrap-up: Ergebnisse aus World Café: Event „Prävention rund um Schwangerschaft und die Geburt“ vom 13.03.2024. Public Health Institut der UMM.
- Pedersen, T. H., Cignacco, E., Meuli, J., Hägermann, F., Berger-Estilla, J. & Greif, R. (2020). The German interprofessional attitudes scale: translation, cultural adaptation, and validation. GMS journal for medical education, 37(3), Doc32. <https://doi.org/10.3075/gms001325>
- Sandall, J., Fernandez Turienzo, C., Devane, D., Soltani, H., Gillespie, P., Gates, S., Jones, L. V., Shennan, A. H. & Rayment-Jones, H. (2024). Midwife continuity of care models versus other 91 models of care for childbearing women. The Cochrane database of systematic reviews, 4(4), CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub6>
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M. & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. BMJ (Clinical research ed.), 374, n2061. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight “Big-Ten” Criteria for Excellent Qualitative Research. Qualitative Inquiry, 16(10), 837-851. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>

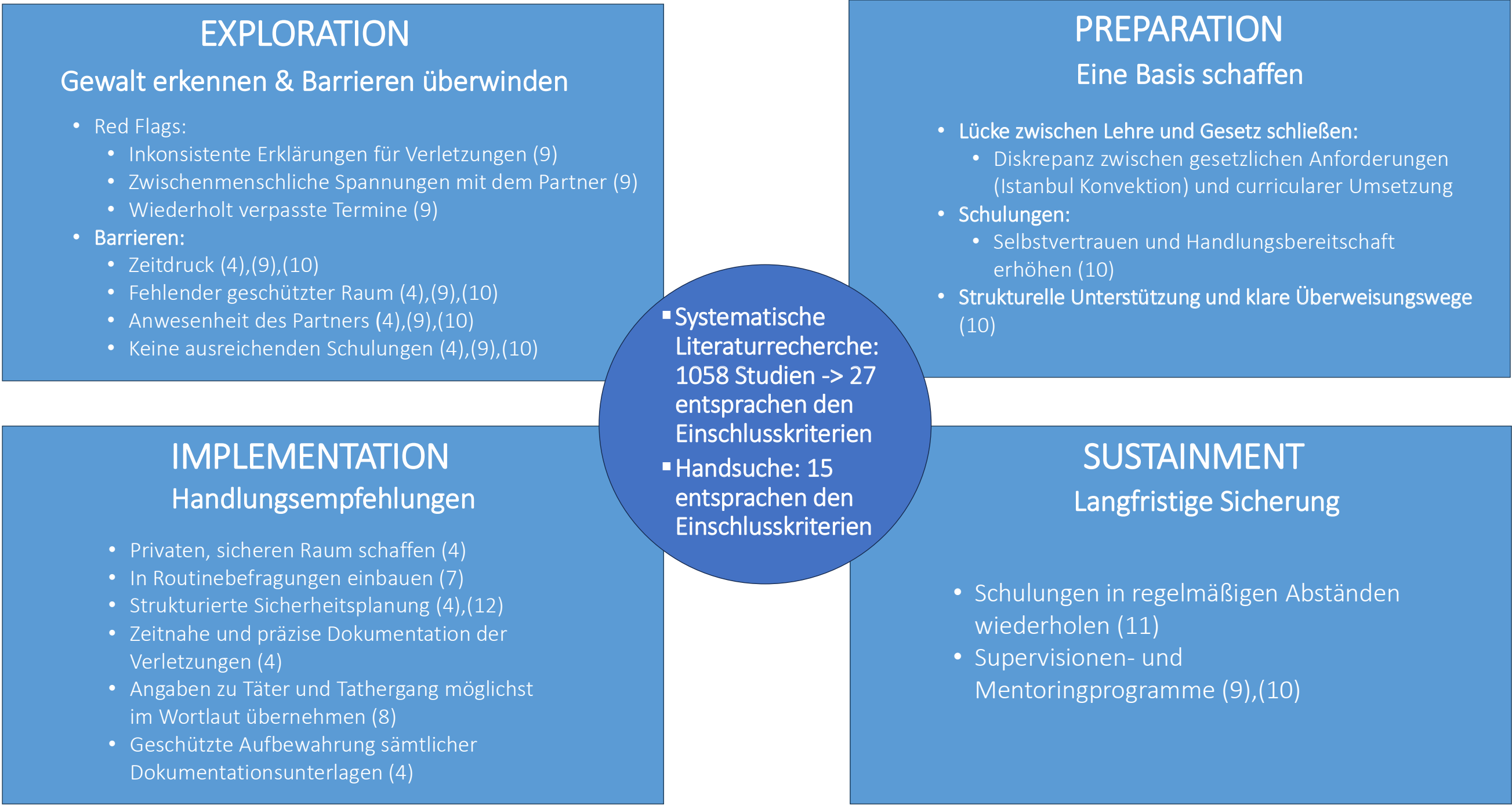
Akutversorgung gewaltbetroffener Frauen durch Hebammen: psychosoziale und forensische Maßnahmen – Vorläufige Ergebnisse eines Scoping Reviews

Prof. Dr. Barbara Fillenberg¹, Irena Schunk², Sijjeelah Mahmood¹, Dr. Kirsten Dietze-Schwonberg¹, Prof. Dr. Tanja Germerott³

¹ Hebammenwissenschaft Universitätsmedizin Mainz, ² cand. med. Universitätsmedizin Mainz, ³ Institut für Rechtsmedizin Universitätsmedizin Mainz



Vorläufige Ergebnisse



Ausblick

- Publikation der Ergebnisse des Scoping Reviews
- Weiterführung im Rahmen einer Dissertation: Entwicklung und Evaluation einer praxisnahen Arbeitshilfe für Hebammen
- Entwicklung evidenzbasierter Handlungsempfehlungen zur Unterstützung von Hebammen im Umgang mit von Gewalt betroffenen Frauen
- Stärkung der interdisziplinären Vernetzung zur Optimierung der Erstversorgung

Referenzen: (1) Moullin, J. C., Dickson, K. S., Stadnick, N. A., Rabin, B., Aarons, G. A. (2019). Systematic review of the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework. Implementation Science, 14(1) (2) WHO (2018). Global fact sheet – Violence against Women (3) Bundeskriminalamt (2024). (4) Baird, K., Creed, D. K., Branjerdporn, G., Gillespie, K. (2021). Red flags and gut feelings—Midwives’ perceptions of domestic and family violence screening and detection in a maternity department. Women and Birth, 34(5) (5) Heimbach, Birgit (2024). Familienhebamme in Amt und Würde. Deutsche Hebammenzeitschrift Ausgabe 4-2024, S.16 (6) S.I.G.N.A.L. e.V. (2013). Umgang mit Gewalt in Partnerschaften und sexuelle Gewalt gegen Frauen. Leitlinie der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik

(7) Grosjean, E. (2023). Gewalt darf nicht tabuisiert werden. Obstetrica – Hebammenfachzeitschrift Schweiz, Ausgabe „Sexuelle Gewalt“, S.40. (8) Sheridan, D.J. (1996). Forensic documentation of battered pregnant women. J Nurse Midwifery, 41(6), 467-472. (9) Finnbogadóttir, H., Torkelson, E., Christensen, C. B., & Persson, E. K. (2020). Midwives experiences of meeting pregnant women who are exposed to intimate-partner violence at in-hospital prenatal ward: A qualitative study. Eur J Midwifery, 4, 35. (10) Callanan, F., Bradshaw, C., Tuohy, T., Noonan, M., Murphy, S., & Grealish, A. (2025). An integrative review of how midwives are screening and assessing for trauma in women within perinatal services. PloS One, 20(7), e0327253.

(11) Brunner, J. (2020). Dunkle Flecken: bedürfnisgerechte Schwangerschaftsbetreuung durch die Hebamme bei von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen. ZHAW Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften. (12) Babazadeh, R., Sharifi, F., & Barez, M. A. (2025). Domestic violence in pregnancy: a systematic review of clinical guidelines. BMC PREGNANCY AND CHILDBIRTH, 25(1), Article 336.

Gewalt und Diskriminierung unter der Geburt: Zusammenhänge mit dem subjektiven Geburtserleben und Symptomen einer geburtsbezogenen PTBS

B. Vollert^{1,2}, C. Porstendorfer-Almeida Froz², I. Hansen^{1,2}, N. Schurig^{1,2,3}, L. Seefeld^{2,4}, V. Weise^{2,5}, C. Birdir^{6,7},
P. Wimberger⁶, S. Garthus-Niegel^{1,2,8}

¹ Institute for Systems Medicine (ISM), Faculty of Medicine, MSH Medical School Hamburg, Hamburg, Deutschland

² Institute and Policlinic of Occupational and Social Medicine, TUD Dresden University of Technology, Dresden, Deutschland

³ Institute for Medical Information Processing, Biometry, and Epidemiology, Pettenkofer School of Public Health, Ludwig-Maximilians-University München, München, Deutschland

⁴ Department of Psychology & Neuroscience, Life Sciences Centre, Dalhousie University, Halifax, Canada

⁵ Department of Child and Adolescent Psychiatry, Faculty of Medicine and University Hospital Carl Gustav Carus, TUD Dresden University of Technology, Dresden, Deutschland

⁶ Department of Gynecology and Obstetrics, Faculty of Medicine and University Hospital Carl Gustav Carus, TUD Dresden University of Technology, Dresden, Deutschland

⁷ Department of Obstetrics and Gynecology, University of Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

⁸ Department of Childhood and Families, Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norwegen

Hintergrund

- Gewalt und Diskriminierung unter der Geburt als **globale Probleme** der öffentlichen Gesundheit¹ auch in Deutschland relevant^{2,3}, jedoch fehlen **repräsentative Daten zur Häufigkeit** und Art von Gewalt
- Ca. **1/3 der Eltern** berichten ein negatives oder sogar traumatisches Geburtserleben^{4,5}
 - Gewalt und Diskriminierung unter der Geburt als **Risikofaktoren**
- Ein negatives Geburtserleben erhöht wiederum das Risiko für psychische Störungen in der Postpartalzeit, z. B. **geburtsbezogene posttraumatische Belastungsstörung (GB-PTBS)**⁶

Prävalenz GB-PTBS:
Mütter: 4,7 % (subklinisch: 12,3 %);
Väter: 1,2 % (subklinisch: 1,3 %)⁷

Methoden



Projekt: A Prospective Mixed-Methods REsearch Project on Subjective Birth Experience and PErson-centred Care in Parents and Obstetric Health Care Staff (RESPECT)

Stichprobe: 1.075 Mütter und 454 Partner:innen aus der prospektiven Kohortenstudie RESPECT_{PARENTS} zu den Messzeitpunkten T1 (während der Schwangerschaft) und T2 (~8 Wochen postpartal)



Instrumente (Telefoninterview ~8 Wochen postpartal):

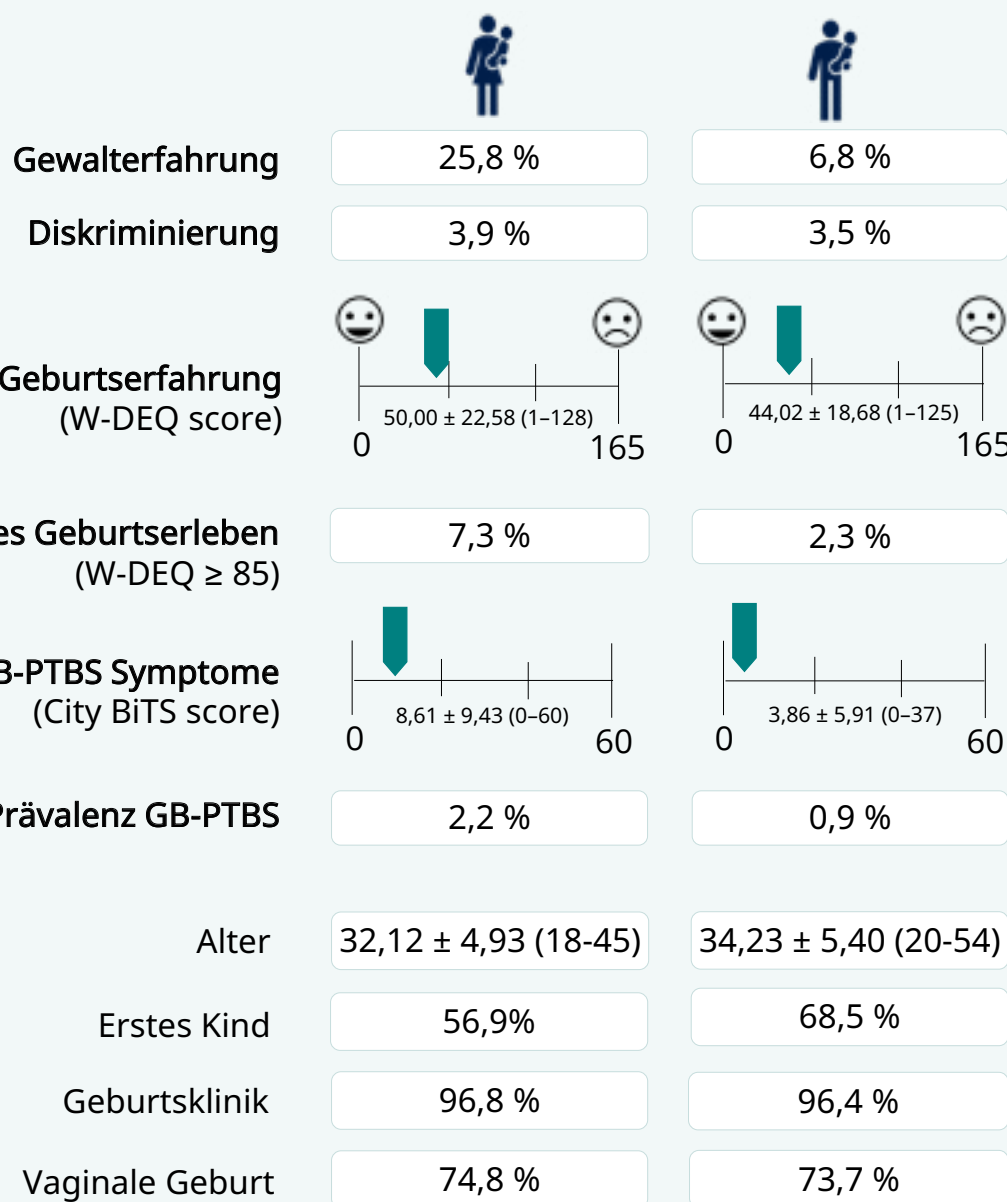
- Gewalt/Diskriminierung:** Adaptierter Mistreatment- bzw. Diskriminierungsfragebogen (Limmer et al., 2023)³
- Geburtserleben:** Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ; 0–165)⁸
- GB-PTBS Symptome:** City Birth Trauma Scale (City BITS; 0–60)⁹



Datenanalyse: Deskriptive Statistik in SPSS und Mediationsanalysen mit PROCESS Macro unter Berücksichtigung von Kontrollvariablen

Fragestellungen

- Wie häufig erleben Mütter und Partner:innen Gewalt und Diskriminierung unter der Geburt?
- Welche Zusammenhänge bestehen zwischen Gewalt/Diskriminierung unter der Geburt, dem subjektiven Geburtserleben und GB-PTBS Symptomen?
- Wird der Zusammenhang zwischen Gewalt/Diskriminierung unter der Geburt und GB-PTBS Symptomen durch das subjektive Geburtserleben mediiert?



Ergebnisse

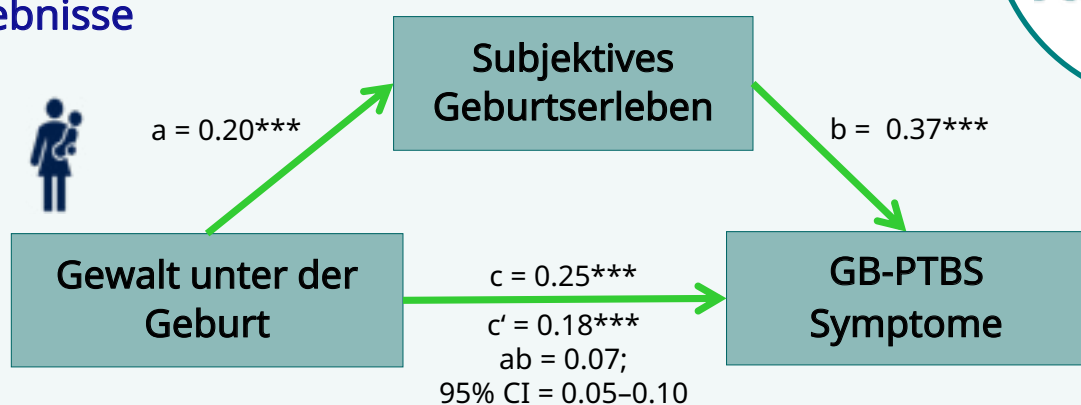


Abb. 1 Standardisierte Regressionskoeffizienten für die Assoziationen zwischen Gewalt unter der Geburt, subjektivem Geburtserleben und GB-PTBS Symptomen; ab = indirekter Effekt, c = totaler Effekt, c' = direkter Effekt; * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

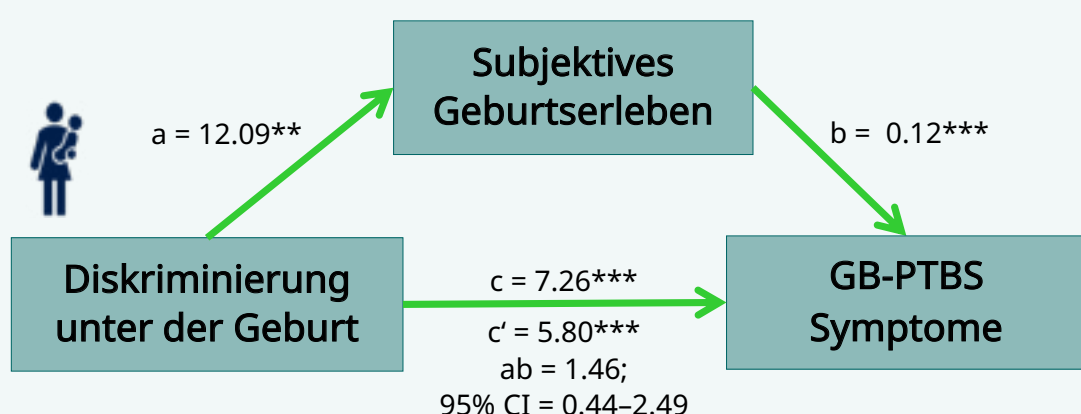


Abb. 2. Unstandardisierte Regressionskoeffizienten für die Assoziationen zwischen Diskriminierung unter der Geburt, subjektivem Geburtserleben und GB-PTBS Symptomen; ab = indirekter Effekt, c = totaler Effekt, c' = direkter Effekt; * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Schlussfolgerungen/Ausblick

- Gewalt und Diskriminierung unter der Geburt sind **auch in Deutschland häufig** und **Risikofaktoren** für GB-PTBS, insbesondere bei Müttern. Das **subjektive Geburtserleben** spielt eine **Schlüsselrolle**.
 - Forderung nach Maßnahmen zur **Prävention negativer interaktioneller Erfahrungen unter der Geburt** und Förderung eines positiven Geburtserlebens durch personenzentrierte und traumasensible Geburtshilfe.



Implikationen für die Praxis: Routinemäßige Erfassung von Belastungen während der Geburt und des subjektiven Geburtserlebens bereits in der frühen Wochenbettphase sowie systematisches Screening auf GB-PTBS für Mütter und Partner:innen.



Implikationen für die Forschung: Längsschnittliche Analysen zur Untersuchung der Langzeitfolgen geburtshilflicher Gewalt und Diskriminierung auf die mentale Gesundheit, Eltern-Kind-Bindung, Partnerschaft und kindliche Entwicklung; Kombination mit qualitativen Studiendaten.

Referenzen

- [1] Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. PLoS Med 2015; 12: e1001847. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001847
- [2] Leinweber J, Jung T, Hartmann K et al. Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe – Auswirkungen auf die mütterliche perinatale psychische Gesundheit. Public Health Forum 2021; 29: 97–100. DOI: 10.1515/pubhef-2021-0040
- [3] Limmer CM, Stoll K, Vedam S et al. Measuring disrespect and abuse during childbirth in a high-resource country: Development and validation of a German self-report tool. Midwifery 2023; 126: 103809. DOI: 10.1016/j.midw.2023.103809
- [4] Ghanbari-Homayi S, Hasani S, Meedya S et al. Nonpharmacological approaches to improve women's childbirth experiences: a systematic review and meta-analysis. J Matern Fetal Neonatal Med 2021; 34: 479–491. DOI: 10.1080/14767058.2019.1608434
- [5] Johansson M, Rubertsson C, Rådestad I et al. Childbirth – an emotionally demanding experience for fathers. Sex Reprod Health 2012; 3: 11–20. DOI: 10.1016/j.srhc.2011.12.003
- [6] Ayers S, Bond R, Bertullius S et al. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. Psychol Med 2016; 46: 1121–1134. DOI: 10.1017/S0033291715002706
- [7] Heyne CS, Kazmierczak M, Souday R et al. Prevalence and risk factors of birth-related posttraumatic stress among parents: A comparative systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2022; 94: 102157. DOI: 10.1016/j.cpr.2022.102157
- [8] Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ: a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. J Psychosom Obstet Gynaecol 1998; 19: 84–97. DOI: 10.3109/01674829809048501
- [9] Ayers S, Wright DB, Thornton A. Development of a Measure of Postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale. Front Psychiatry 2018; 9: 409. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00409



Publikation
Porstendorfer-Almeida
Froz et al., 2025



Studienprotokoll
RESPECT
Vollert et al., 2025

Kenntnisse und Praxis von Hebammen hinsichtlich der Erhebung der informierten Einwilligung bei vaginaler Untersuchung in der klinischen Geburtsbetreuung in Deutschland: Eine Querschnittsbefragung

Sophia M. Laile^{1,2}, Loukia M. Spineli¹, Mechthild M. Gross¹, Laura A. Zinsser¹

1 Medizinische Hochschule Hannover, Forschungs- und Lehrinheit Hebammenwissenschaft, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover

2 Universität Tübingen, Institut für Gesundheitswissenschaft, Abteilung Hebammenwissenschaft, Hölderlinstraße 19, 72074 Tübingen

Sophia Martha Laile

E-Mail: sophia.martha.laile@med.uni-tuebingen.de

Hintergrund

Die Informierte Einwilligung (*Informed consent*) ist ein grundlegendes Recht und ethisches Prinzip¹ in der Hebammenarbeit, das die eigenständige Entscheidungsfindung fördert². Obwohl sie in vielen Ländern – u.a. Deutschland (BGB §630c-e³) – gesetzlich vorgeschrieben ist, wird sie in der Praxis häufig unzureichend umgesetzt^{4,5}. Das Fehlen einer informierten Einwilligung für Untersuchungen/Eingriffe ist die häufigste beschriebene Form der Gewalt in Deutschland⁶. Ziel der Studie war es, die Kenntnisse und die Praxis von Hebammen zur informierten Einwilligung bei vaginalen Untersuchungen (VU) während der klinischen geburtshilflichen Betreuung zu untersuchen.

Ergebnisse und Diskussion

Insgesamt 629 teilnehmende Hebammen

Ausgewählte Charakteristika

- Ausbildung: Berufsausbildung 73,5% (n=452/615)
Studium B.Sc. 22,3% (n=137/615)
- Zusatzqualifikation Praxisanleitung: 31,2% (n=192/615)
- Arbeitsverhältnis: Angestellt 75,7% (n=460/608)
Dienstbelegschaft 22,0% (n=134/608)
Begleitbelegschaft 2,3% (n=14/608)
- Berufserfahrung in Jahren: ø12,61 Jahre (Spanne 0-46; n=615)

Erhebung informierte Einwilligung VU

Sind Sie der Meinung, dass Sie in ihrer Berufspraxis bei vaginalen Untersuchungen die Anforderungen an eine rechtswirksame informierte Einwilligung erfüllen?

- Ja: 84,1% (n=476/566) Nein: 15,9% (n=90/566)

Erhebung informierte Einwilligung VU – Komponenten (Abb.1)

- Negative Abweichungen bei Bereitstellung von Informationen zu Alternativen und Risiken
 - Risikokommunikation als grundsätzliche Herausforderung
 - Vaginale Untersuchung als Standard - Alternativen nur Zusatz
 - Strukturelle Faktoren (u.a. Zeitdruck, Erwartungen)
 - Limitierter Zugang zu Alternativen, keine Erfahrungen und Wissen?

Erhebung informierte Einwilligung VU – Zeitkritische Situation (Abb.2)

- Unzureichende informierte Einwilligung in zeitkritischen Situationen bei >50% der Hebammen
 - Zeitkritische Situationen als grundsätzliche Herausforderung
 - Besonderheit in der Geburtsbetreuung: Autonomie der Frau* vs. Wohl des Kindes
 - Im Notfall: verkürzte informierte Einwilligung erlaubt, aber gebärende Frau* behält volle Entscheidungsgewalt
 - Chance in der Geburtsbetreuung: Informationsbereitstellung bereits in Schwangerschaft möglich

Kenntnisstand – Informierte Einwilligung (Abb.3)

- Hoher Kenntnisstand – 80% richtige Antworten
- Unklarheit bei Kommunikation von Alternativen und Risiken
 - Theoretische und praktische Unsicherheiten
 - Kommunikationstrainings stärken Wissen und praktische Fähigkeiten zur Erhebung der informierten Einwilligung

Limitationen

- Auswahlverzerrung
- Erwünschtheitsverzerrung (Social-Desirability-Bias)
- Über- oder Fehleinschätzung der Frauen* wahrnehmung

Methode

Die Querschnittsbefragung wurde von 29. April bis 31. Mai 2024 unter Hebammen durchgeführt, die geburtshilfliche Betreuung in der Klinik in Deutschland leisten. Ein Online-Fragebogen erfasste soziodemografische, bildungs- und berufsbezogene Daten, die Praxis der Einholung informierter Einwilligung bei vaginalen Untersuchungen in verschiedenen geburtshilflichen Situationen sowie den Kenntnisstand der Hebammen zur informierten Einwilligung. Die Ethikkommission der MHH hatte keine Bedenken bezüglich der Studie (11311_BO_K_2023). Die Daten wurden deskriptiv mit der Statistiksoftware SPSS ausgewertet.

Abb. 1: Erhebung der einzelnen Komponenten der informierten Einwilligung für eine VU (n=566-568)

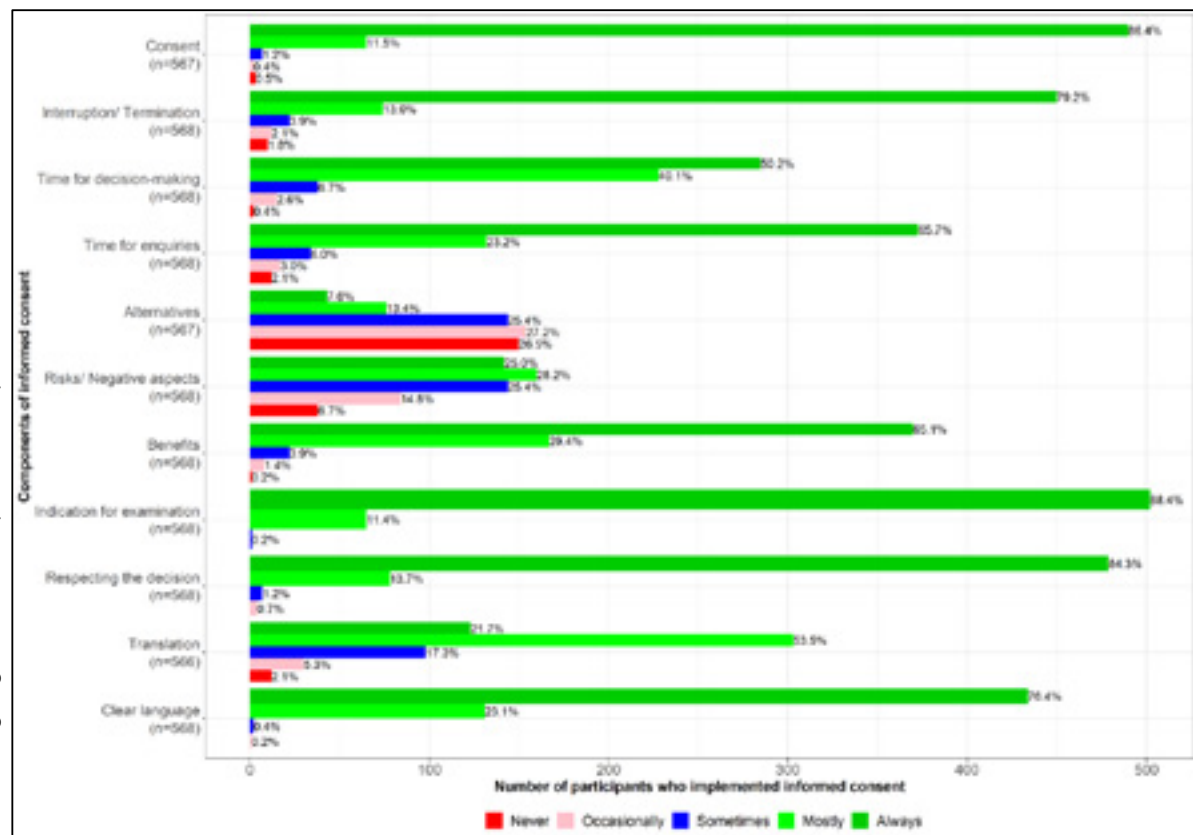


Abb. 2: Erhebung der informierten Einwilligung für eine VU in zeitkritischen Situationen (n=563)

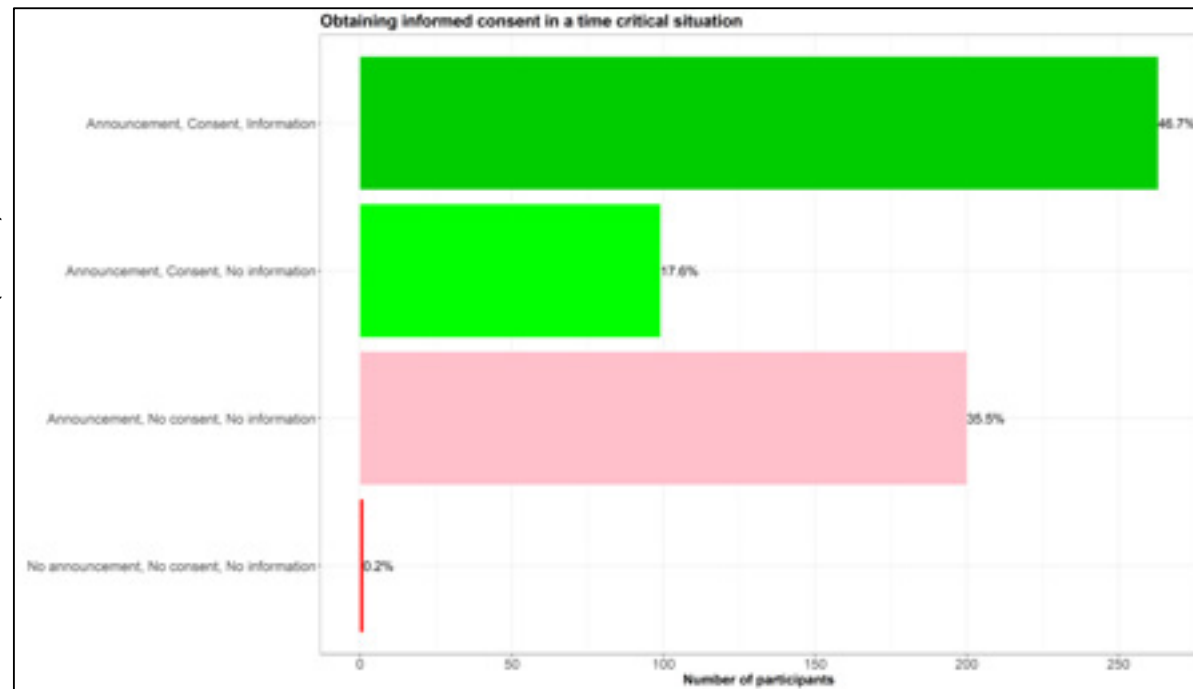


Abb. 3: Kenntnisse über die informierte Einwilligung während der geburtshilflichen Betreuung (n=625)



Schlussfolgerung

Hebammen verfügen über ein hohes Wissen zur informierten Einwilligung, jedoch bestehen **Diskrepanzen zwischen rechtlichen Vorgaben und praktischer Umsetzung**, besonders bei der Kommunikation von Risiken, Alternativen und in zeitkritischen Situationen.

Gezielte Schulungen während Studium und Beruf könnten die **Kommunikationsfähigkeiten stärken**. Zudem ist weitere Forschung erforderlich, die andere Untersuchungen, die Perspektiven weiterer Berufsgruppen und die Sichtweise der Frauen* einbezieht.

Referenzen:

- International Confederation of Midwives. (2024). Essential Competencies for Midwifery Practice. Retrieved March 5, 2025 from <https://internationalmidwives.org/resources/essential-competencies-for-midwifery-practice/>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). Principles of Biomedical Ethics (Vol. 8). Oxford University Press.
- Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)§630, (2023). <https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/index.html#BJNR001950896B.JNE271600377>
- Elf, R., Nicholls, J., Ni, Y., Harris, J., & Lancelley, A. (2024). Consent practices in midwifery: A survey of UK midwives. Midwifery, 129, 103893. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103893>
- Valente, E. P., Mariani, I., Covi, B., & Lazzerini, M. (2022). Quality of Informed Consent Practices around the Time of Childbirth: A Cross-Sectional Study in Italy. Int J Environ Res Public Health, 19(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph19127166>
- Limmer, C. M., Stoll, K., Vedam, S., Leinweber, J., & Gross, M. M. (2023). Measuring disrespect and abuse during childbirth in a high-resource country: Development and validation of a German self-report tool. Midwifery, 126, 103809. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103809>

Hebammenversorgung von Frauen mit peripartalen psychischen Störungen unter Berücksichtigung inter- und transdisziplinärer Perspektiven

Kühlwein, Sabine¹, Lange, Ute¹, Kumsta, Robert², Schlüter-Cruse, Martina¹

¹Hochschule Bochum, Fachbereich Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften

²Université du Luxembourg, Department of Behavioural and Cognitive Sciences

① Hintergrund

- Peripartale psychische Störungen (PMI*) betreffen 10–20% der Schwangeren und Wöchnerinnen (Howard & Khalifeh, 2020)
- Internationale inter- und transdisziplinäre Versorgungsmodelle, in Deutschland teilweise regional etabliert (Zietlow, 2024), fördern Früherkennung, Behandlung und Weitervermittlung (Carter, 2025)
- PMI-Auswirkungen auf Mutter, Kind und Familie (Aktar et al., 2019)
- Hebammen können eine Schlüsselrolle in der Früherkennung von PMI einnehmen (Sutter et al., 2024)

* Perinatal Mental Illness

② Ziel

- Analyse der ambulanten Versorgungsrealität von Frauen mit PMI in Deutschland aus Expert:innensicht
- Darstellung der Hebammenversorgung im Kontext ambulanter Versorgungsstrukturen
- Potenziale inter- und transdisziplinärer Zusammenarbeit

③ Methode

Theoretischer Bezugsrahmen

- Strukturationstheorie nach Giddens (1984)
- Throughput-Modell nach Pfaff & Schrappe (2014)
- Analyse des Verständnisses, der praktischen Umsetzung und strukturellen Einbettung inter- und transdisziplinärer Zusammenarbeit

Narrativer Review

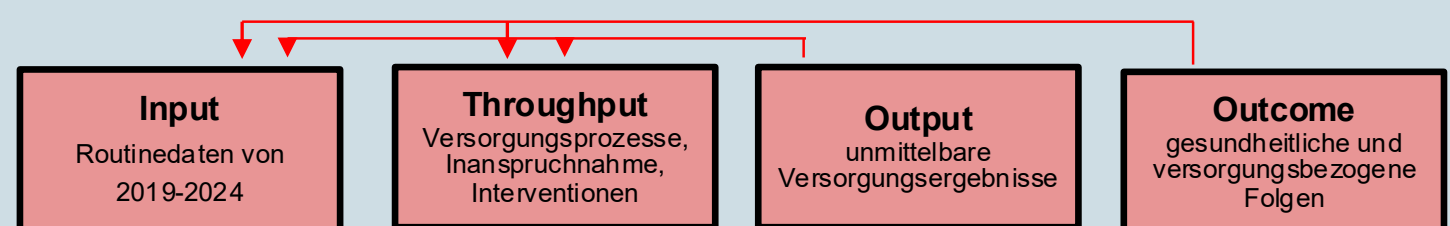
(Baumeister & Leary, 1997)

Versorgungsmodelle mit Hebammenbeteiligung bei PMI



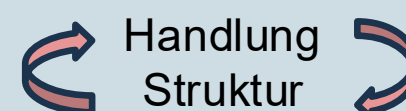
Mixed-Methods-Design

1. Quantitative Routinedatenanalyse (BARMER) zur Inanspruchnahme ambulanter Leistungen sowie der Versorgungsstrukturen



Throughput-Modell, modifiziert nach Pfaff & Schrappe (2014)

2. Qualitative Gruppendiskussionen (6 monodisziplinäre Expert:innengruppen) mit Hebammen, Ärzt:innen, Psycholog:innen und Sozialarbeiter:innen ausgewertet mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz, 2018)



Handlung
Struktur

Dualität der Struktur (Giddens, 1984)

④ Herausforderungen

- Hebammenabrechnung ohne Diagnosebezug
- Variierende Abrechnungspraktiken erschweren die Interpretation und Vergleichbarkeit der Daten
- Routinedaten zeigen abgerechnete Leistungen, nicht den diagnostischen Prozess

- Rekrutierung beteiligter Professionen für die Gruppendiskussionen
- Divergierende professionelle Handlungslogiken

⑤ Erwartete Ergebnisse

- Versorgungsrealität bei Schwangeren und Wöchnerinnen mit peripartalen psychischen Störungen
- Identifikation von Versorgungspfaden und -lücken

- Hebammen als Bindeglied in der Versorgungsrealität
- Differenzierung professionsspezifischer Erwartungen
- Einfluss struktureller Rahmenbedingungen

⑥ Literatur

Aktar E, Qu J, Lawrence PJ, Tollenaar MS, Elzinga BM und Bögels SM (2019) Fetal and Infant Outcomes in the Offspring of Parents With Perinatal Mental Disorders: Earliest Influences. *Front. Psychiatry* 10:391. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00391>

Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (1997), Writing narrative literature reviews. *Review of General Psychology*, 1(3), 311-320. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.3.311>

Carter, M., Russolillo, A., Ou, C., Zusan, E. Z., Hall, W. A., Cheung, I. W., & Jenkins, E. (2025). Models and key elements of integrated perinatal mental health care: A scoping review. *PLoS mental health*, 2(3), e0000164. <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000164>

Giddens, A. (1984). *The constitution of society: Outline of the theory of structuration*. University of California Press.

Howard, L. M. & Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: A review of progress and challenges. *World Psychiatry*, 19(3), 313–327. <https://doi.org/10.1002/wps.20769>

Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*, 4. Aufl., Weinheim, Basel: Beltz Juventa

Pfaff, H. & Schrappe, M. (2014). Versorgungsforschung: Definition, Gegenstand und Aufgaben. In: H. Pfaff, M. Schrappe, G. M. Schulz-Nieswandt & W. A. Schwartz (Hrsg.), *Versorgungsforschung. Ein Reader für die Gesundheits- und Pflegewissenschaften* (S. 3–22). Verlag Hans Huber.

Zietlow, A. L. (2024). Mechanisms of intergenerational transmission of parental mental disorders: Perinatal mental health care in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 11614995. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.11614995>

Kontakt



Sabine Kühlwein, M.A.

Risikofaktoren für psychische Störungen nach Schwangerschaftsverlust und -abbruch

Juliane Herold¹, Tobias Kaufmann¹, Harald Abele¹, Frida Viirman²

1 Universität Tübingen | 2 Uppsala University

Hintergrund

- ~ 15% aller Schwangerschaften enden in einem Verlust [1]
 - ~ 15% aller Schwangerschaften sind ungewollt [2]
 - Schwangerschaftsverlust und -abbruch ist in jedem Gestationsalter mit posttraumatischer Belastungsstörung, Depression, Angststörung und Suizid assoziiert [3, 4, 5]
 - Stigmatisierung bewirkt Isolation und geringeres psychisches Wohlbefinden [6,7]
 - Risikofaktoren für komplizierte/prolongierte Trauer und psychische Störungen undeutlich [8]
- keine reguläre Trauerbegleitung oder Überwachung des Trauerprozess (Physiologisch?)
- kein Präventionsansatz möglich

Methodik: PhD-Projekte

Syst.
Review

- Risikofaktoren nach Verlustart
- Prävalenzen nach Verlustart (Trauer, PTBS, Depression, Angst)

Verlustarten

Früh: <12+0
Spät: <24+0
Stille Geburt: >24+0
Elektiver Abbruch: <12+0
Abbruch: >12+0

TROST
Studie

- Kurz- und Langzeitfolgen nach Verlustart (Trauer, PTBS, Depression, Angst)
- Versorgungslage und Einfluss von (nicht) Versorgung & Unterstützung



Healthy
Mom

- Kurzzeitfolgen nach Verlustart aus erster Schwangerschaft (Trauer, PTBS, Depression, Angst)
- Einfluss von sozialer Unterstützung

Screening-Katalog nach Verlustart

Initiale Ergebnisse: Stille Geburt (Depression & PTBS, n=2) [9, 10]

Risikofaktoren	Protektive Faktoren
Häusliche Gewalt	Soziale Unterstützung (3 Monate)
Depression in der Anamnese	Vorausgegangene Schwangerschaften und lebende Kinder
Bipolare Störung	Hohes Einkommen
(Z.n.) PTBS	Höheres Alter (>32)
Nicht signifikant	
Soziale Unterstützung > 6 Monate	Geburtsmodus, Gestationsalter, Geplante Schwangerschaft
Z.n. Verlust, Z.n. Trauma	Bildung und Ethnie

Herausforderungen:

- Wenige und heterogene Daten bzgl. Kontrollgruppen und Methoden
- Abbruchstudien teilweise gefärbt von persönlichen Haltungen und politischen Entscheidungen
- Trauer selten erhoben (Abgrenzung zur Pathologie)
- Effekte durch verschiedene Verlustarten werden selten verglichen

Literatur:

1. Ghosh J, Papadopoulou A, Devall AJ, Jeffery HC, Beeson LE, Do V, et al. Methods for managing miscarriage: a network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2021(6).
2. Bundesministerium für Gesundheit. Abschlussbericht der Studie: Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung (ELSA). 2025 21.10.2025]. Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/elsa.html>.
3. Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith RK, Podsek M, Stephenson MD, Fisher J, et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. Lancet. 2021;397(10285):1658-67.
4. Jacob L, Gerhard C, Kostev K, Kalder M. Association between induced abortion, spontaneous abortion, and infertility respectively and the risk of psychiatric disorders in 57,770 women followed in gynecological practices in Germany. Journal of Affective Disorders. 2019;251:107-13.
5. Abiola L, Legendre G, Spiers A, Parot-Schinkel E, Hamel JF, Duverger P, et al. Late fetal demise, a risk factor for post-traumatic stress disorder. Sci Rep. 2022;12(1):12364.
6. Lindig A, Zill JM. CarePreg-Studie: Vom Erleben unbeabsichtigter Schwangerschaft im deutschen Gesundheitssystem. Hebamme. 2025;38(04):200-7.
7. Christl-Sebinger S, Schildberger B. Tabuthema Fehlgeburt? – Verankerung durch Mechanismen auf medizinischer, sozialer und organisationaler Ebene „Es hat mir mein Herz gebrochen und es ist halt so ...“. Z Geburtshilfe Neonatol. 2024;228(06):534-43.
8. Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2012;14(2):187-94.
9. Gold KJ, Leon I, Boggs ME, Sen A. Depression and Posttraumatic Stress Symptoms After Perinatal Loss in a Population-Based Sample. J Womens Health (Larchmt). 2016;25(3):263-9.
10. Horsch A, Jacobs I, McKenzie-McHarg K. Cognitive predictors and risk factors of PTSD following stillbirth: A short-term longitudinal study. Journal of traumatic stress. 2015;28(2):110-7.



Kontakt:

Juliane.Herold@med.uni-tuebingen.de

Advanced Practice Midwifery in Deutschland

Bedingungen, Mechanismen und Herausforderungen der Implementierung

Kumulatives Promotionsvorhaben an der Medizinischen Fakultät
Mannheim der Universität Heidelberg

Märkl, Olivia¹ • Michel-Schuldt, Michaela²

¹Technische Hochschule Aschaffenburg • ²Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen



Hintergrund

- Wandel der geburtshilflichen Versorgung durch demografische, strukturelle und gesellschaftliche Veränderungen
- Steigender Bedarf an evidenzbasierter, koordinierter und frauenzentrierter Versorgung
- Professionsentwicklung im Hebammenwesen
- Advanced Practice Midwifery (APM): erweitertes und vertieftes Rollenprofil einer Hebamme auf mindestens Masterniveau [1]
- In einigen Ländern etabliert, in Deutschland in früher Entwicklungsphase
- Fehlende rechtliche, strukturelle und konzeptionelle Grundlagen für Implementierung



Forschungsziel

Theoretische und empirische Analyse der Implementierung von APM in Deutschland.
Untersucht wird:

- Wie, warum und für wen APM wirksam ist
- Unter welchen Kontextbedingungen Implementierung gelingt oder scheitert
- Welche Voraussetzungen für eine nachhaltige Integration erforderlich sind

Methodik

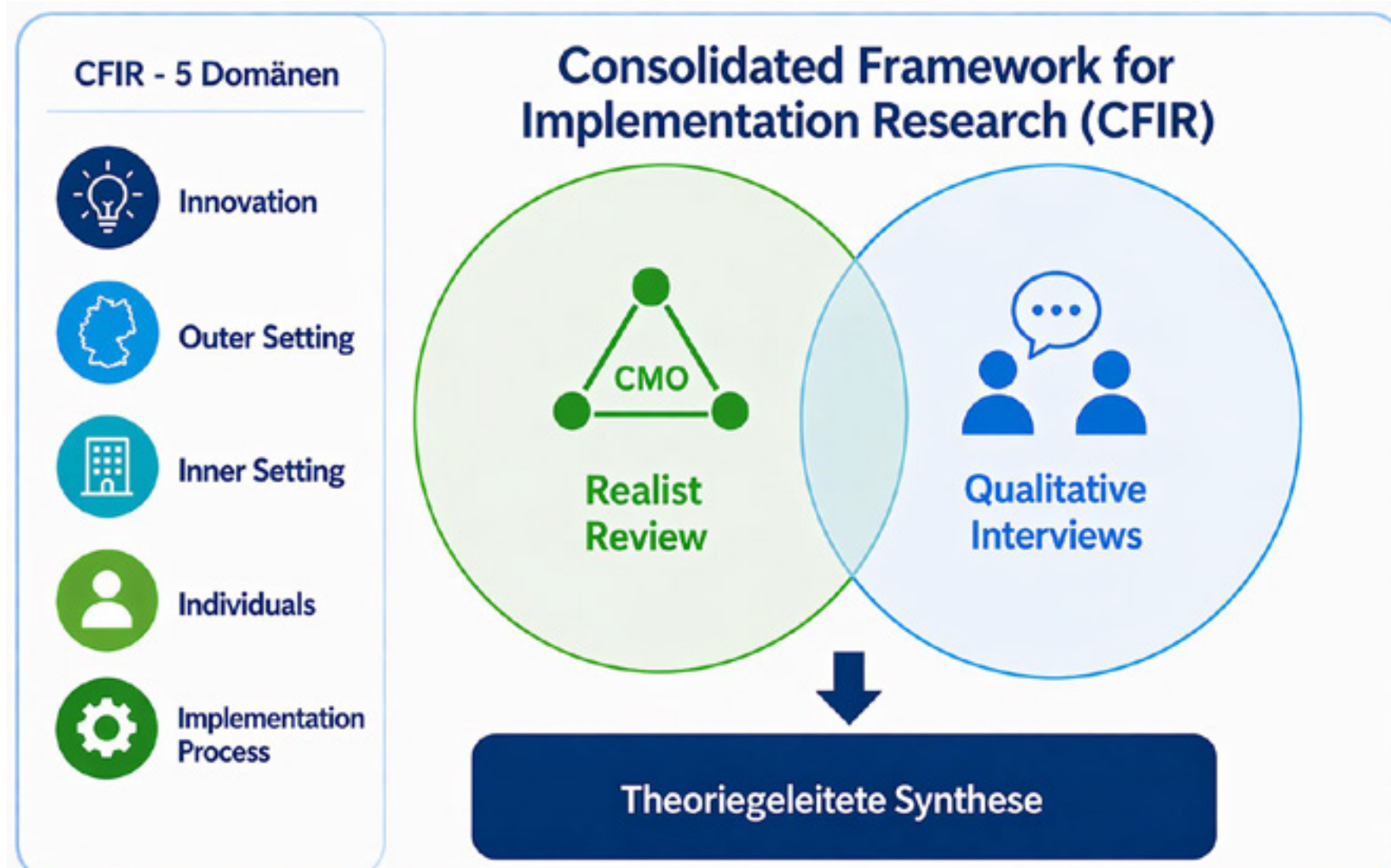
1. Realist Review [2]

- Entwicklung und iterative Validierung einer Programmtheorie
- Analyse von Context-Mechanism-Outcome (CMO)-Konfigurationen
- Nach RAMESES-Standards [3]

2. Qualitative Interviews (N = 25-30)

- Mit nationalen Stakeholdern und Expert:innen
- Leitfadengestützt
- Reflexive Thematic Analysis [4]

3. Theoriegeleitete Synthese auf Basis des CFIR [5]



Herausforderungen

- Übertragbarkeit internationaler APM-Modelle auf das deutsche Gesundheitssystem
- Mangelnde empirische Evidenz zu APM in Deutschland
- Konzeptionelle Unschärfe des Rollenprofils
- Methodische Komplexität des Realist Reviews und der Theorieentwicklung
- Zugang zu relevanten Stakeholdern und Expert:innen
- Berufs- und professionspolitische Spannungsfelder

Erwartete Ergebnisse

- Analyse von APM als kontextabhängige Innovation im deutschen Gesundheitssystem
- Entwicklung von CMO-Konfigurationen zur Identifikation und Erklärung von Einflussfaktoren auf die Implementierung
- Beitrag zur Theoriebildung im Bereich APM
- Ableitung von Implikationen für Versorgung, Public Health und Gesundheitspolitik

Literatur

1. Goemaes R, Beeckman D, Goossens J, Shawe J, Verhaeghe S, Van Hecke A. Advanced midwifery practice: an evolutionary concept analysis. Midwifery. 2016;42:29–37. doi:10.1016/j.midw.2016.09.004
2. Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review - a new method of systematic review designed for complex policy interventions. J Health Serv Res Policy. 2005;10(Suppl 1):21–34. doi:10.1258/1355819054308530
3. Wong G, Greenhalgh T, Westhorp G, Buckingham J, Pawson R. RAMESES publication standards: realist syntheses. BMC Med. 2013;11:21. doi:10.1186/1741-7015-11-21
4. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
5. Damschroder LJ, Reardon CM, Opra Widerquist MA, Lowery J. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. Implement Sci. 2022;17:75. doi:10.1186/s13012-022-01245-0

Kontakt



olivia.maerkl@
th-ab.de

Blended Care am Beispiel der Versorgung im Wochenbett

Ein nachhaltiges, klient:innen- und fachkraftorientiertes Versorgungskonzept der Hebammenarbeit

Forschungskonzept für eine kumulative Promotion

Vera Sinning¹, Mirjam Peters¹, Rainhild Schäfers², Ute Lange¹

¹ Hochschule Bochum | Fachbereich Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften

² Universität Münster | Medizinische Fakultät | Institut für Hebammenwissenschaft



Einleitung

Blended Care (BC)

- Konzeptionelle Verknüpfung von Digital Health (DH) Anwendungen mit der persönlichen Betreuung durch Fachkräfte (Fenski et al., 2024; Ferrao Nunes-Zlotkowski et al., 2024)
- Spezifische Stärken beider Versorgungsformen können für eine effektive Versorgung eingesetzt werden (Erbe et al., 2017; Wentzel et al., 2016)

Defizite in der Versorgung im Wochenbett durch Hebammen

- Begrenzte Verfügbarkeit von Hebammen (Kohler & Bärnighausen, 2018; Sander et al., 2018; Bauer et al., 2020)
- Ungleichheiten aufgrund von Wohnlage und sozioökonomischem Status (Bauer et al., 2020; Hertle et al., 2024; Lange et al., 2024)

Forschungsfrage

Vor diesem Hintergrund scheint ein BC Ansatz geeignet, diese Versorgungslücke gezielt zu adressieren:

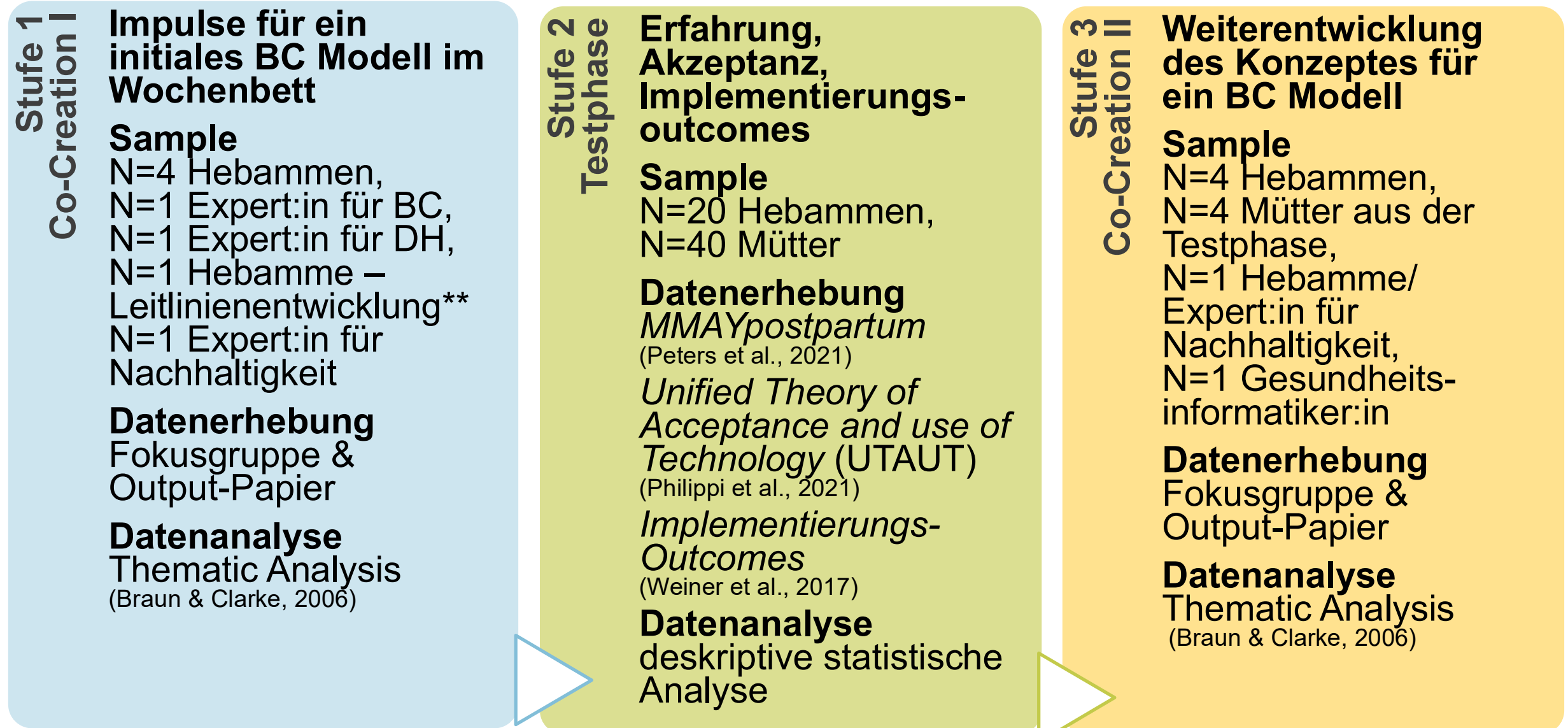
Wie kann ein Blended Care Modell in der Versorgung im Wochenbett durch Hebammen nachhaltig, klient:innen- und fachkraftorientiert gestaltet werden?

Methodik



Forschungsphase I

Sequenzielles Mixed Methods Design in drei Stufen



Forschungsphase II

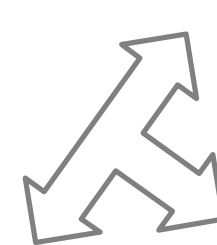
Qualitative Interviewstudie

Subjektives Erleben & Erfahrungen

Sample N=5-10 Mütter, N=5-10 Hebammen aus der Testphase

Datenerhebung Problemzentrierte Interviews (Witzel, 2000)

Datenanalyse Thematic Analysis (Braun & Clarke, 2006)



Grundlage für ein BC Modell

Erwarteter Erkenntnisgewinn



Von diesem Forschungsvorhaben wird eine belastbare Grundlage für die Entwicklung eines innovativen BC Modells erwartet, von dem Klient:innen und Fachkräfte profitieren können und durch das die Versorgung im Wochenbett nachhaltig gestaltet werden kann.

Kontakt

Vera Sinning



Vera.sinning@hs-bochum.de

Hebamme & MSc. Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft im Gesundheitswesen

Literatur

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Peters, M., Kolip, P., & Schäfers, R. (2021). A questionnaire to measure the quality of midwifery care in the postpartum period from women's point of view: Development and psychometric testing of MMAypostpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 412. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03857-8>
- Philippi, P., Baumeister, H., Apolinário-Hagen, J., Ebert, D. D., Hennemann, S., Kott, L., Lin, J., Messner, E.-M., & Terhorst, Y. (2021). Acceptance towards digital health interventions – Model validation and further development of the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology. *Internet Interventions*, 26, 100459. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100459>
- Weiner, B. J., Lewis, C. C., Stanick, C., Powell, B. J., Dorsey, C. N., Clary, A. S., Boynton, M. H., & Halko, H. (2017). Psychometric assessment of three newly developed implementation outcome measures. *Implementation Science*, 12(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0635-3>

* Der Begriff „Mütter“ umfasst in dieser Arbeit alle Personen, die sich als Mütter verstehen, unabhängig von ihrer geschlechtlichen Identität.

**Die Betreuung von Mutter und Kind im Wochenbett

Ist eine Geburt planbar?

Qualitative Expert:inneninterviews zur Exploration der Vorausplanung medizinisch begleiteter Geburten

Pezi V. Mang ^{1,2,3}

¹ Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München
² Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie – IBE, Lehrstuhl für Public Health und Versorgungsforschung, LMU München
³ Pettenkofer School of Public Health München

HINTERGRUND

- Zunehmendes **Angebot von Geburtsplänen** zur Vorausplanung medizinisch begleiteter Geburten¹
- Die Vorausplanung betrifft nicht nur die **Gebärende**, sondern auch **das (ungeborene) Kind**²
- Vereinbarkeit von Geburtsplänen mit dem organisatorischen Rahmenbedingungen **nicht garantiert** ¹
- **Advance Care Planning** (ACP) als konzeptioneller Ansatz zur Vorausplanung in anderen Kontexten³
- Begrenzte Evidenz zu **Integration und Nutzen** von ACP-Elementen in der Geburtshilfe⁴

MATERIAL & METHODE



Expert:inneninterviews: Einstellungen und Erfahrungen von Fachpersonen



Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse, Bildung von Deduktiv-induktiv Kategoriensystem⁵



Konzeptionelle Analyse: Entwicklung ethisch fundierter Handlungsmodelle für eine strukturierte Vorausplanung in der Geburtshilfe (Transformative Medical Ethics Framework)⁶

FORSCHUNGSFRAGEN

- 1) Inwiefern erfüllen derzeit verwendete Geburtspläne Kriterien von ACP?
- 2) Welche Einstellungen vertreten Fachpersonen zur Vorausplanung der medizinisch begleiteten Geburten?
- 3) Soll ACP bei medizinischen begleitenden Geburten angeboten werden?

STÄRKEN, SCHWÄCHEN & HERAUSFORDERUNGEN



Innovatives und bislang vernachlässigtes Forschungsthema



Einbezug unterschiedlicher Perspektiven und Meinungen



Alltagsnahe, praxisbezogene Forschung



Rekrutierung: Keine monetären Anreize, keine Finanzierung der Reisekosten



Interview: Zeitliche Ressourcen bei drei Forschungsfragen



Schwerpunktsetzung im Rahmen der Auswertung

TEILNEHMER:INNEN GESUCHT

Expert:innen der Geburtshilfe, die in ihre **Perspektive und Erfahrungen** zu Geburtsplänen teilen möchten.



Webseite

Zeitaufwand ca. **60-90 Minuten**
Teilnahme ab **Frühjahr 2026** möglich
Bei Interesse können Sie mir gerne eine E-Mail schicken.



Navigating the Latent Phase of Labour

A three-arm study on care gaps and opportunities

¹Department of Technology and Health for People, Jade University of Applied Sciences, Oldenburg/Wilhelmshaven/Elsfleth, Germany

²Institute for Public Health and Nursing Research, University of Bremen, Germany

³Klinikum Lüneburg, Department of Obstetrics, Lüneburg, Germany

Introduction

The latent phase is a crucial yet often underserved stage of labour that shapes women’s overall birth experience [1,2]. A lack of professional support during this period can increase anxiety and undermine confidence [1]. While clinical guidelines recommend delaying hospital admission until the onset of active labour, many women seek care earlier due to uncertainty, pain, or the need for reassurance [1,3]. In Germany, access to appropriate latent-phase care is further limited by structural factors, including reduced availability of midwives, centralization of obstetric services, and insufficient reimbursement for outpatient care [4–6].
Aim: To identify care gaps and opportunities for improving support during the latent phase by integrating evidence from literature, women’s experiences, and midwives’ perspectives.

Methods

Study 1: Scoping review (JBI, PRISMA-ScR) to identify care concepts supporting women during the latent phase. Included were concepts addressing physiological onset of labour across settings (German/English); home birth excluded. Searches (Feb–Mar 2025) were conducted in Medline, CINAHL, Cochrane, Cordis and Scopus. Study selection and data extraction were performed independently by two reviewers.

Study 2: Qualitative interview study with women (n=22) exploring experiences and support needs during the latent phase. Participants represented diverse care pathways and contextual conditions, including variation in geographical access, and availability of midwifery care.

Study 3: Qualitative interview study with midwives (n=13) exploring resources and structural challenges in providing care.

Data (2 and 3) were collected through semi-structured interviews and analyzed using qualitative content analysis according to Kuckartz.



Image: Urte Sturm

Results

Study 1: Care Concepts [7]

Of 2,320 records identified, 31 publications describing 15 care concepts were included. Concepts were grouped into three types: inpatient (9), outpatient (2), and asynchronous (4).

Core components included informational support (e.g. coping strategies), professional guidance, physical and environmental elements (e.g. movement, pain relief, dedicated spaces), involvement of birth companions, and symptom monitoring.

Reported outcomes included reduced labour duration, lower rates of augmentation and early admission, higher birth satisfaction, and reduced staff workload.

Concepts varied widely in content, delivery modes (synchronous/asynchronous; digital/analogue), and objectives, reflecting different care contexts and health systems.

Study 2: Women’s experiences

- Labour experienced as a continuum
- Uncertainty about onset
- Need for reassurance and guidance
- Access shaped by geography, language, availability of midwives

“I tried to read the signs all the time, like, are these real contractions or just the early ones? And I was actually pretty nervous, because I was scared I might miss that moment.” (I11, woman)

“[...] it felt like something big was happening, and it wasn’t really in my hands anymore. [...] I just had to rely on what they told me.” (I15, woman)

Study 3: Midwives’ experiences [8]

- Lack of outpatient care options
- Diagnostic uncertainty
- Structural constraints: staffing, space, financial incentives
- Strong openness to new concepts

“[...] some women are already stressed at 1.5 cm and need support. [...] they might not be in labour, but they still need care.” (I8, midwife)

“It’s a difficult phase when women can’t cope, because there is nothing worse than 24 hours of painful contractions with no progress. And that is my secret frustration when I hear the term ‘latent phase’.” (I16, midwife)

Challenges

- Women from socio-economically disadvantaged and migrant backgrounds remained underrepresented despite targeted recruitment efforts and a participatory study design. The lack of access to professional interpretation services likely contributed to this, highlighting structural barriers that affect both research participation and access to maternity care.
- Although participants were informed that the interviews focused on the latent phase, most women did not retrospectively describe their experiences using clinical stage-based terminology. Experiences emerged as part of a fluid narrative rather than as a clearly demarcated stage.
- Data protection regulations restrict the reuse of data, thereby posing a challenge for the publication process.

Preliminary Conclusions

Findings from all three study arms were integrated to identify cross-cutting care gaps and opportunities for improvement. Women’s experiences of the latent phase are shaped not only by individual needs, but by the interaction of social and structural conditions. Across all three study components, a consistent gap emerges between women’s need for reassurance, guidance, and continuous support, and the current organization of maternity care in Germany. Midwives operate within structural constraints that limit their ability to provide needs-based care, particularly due to insufficient outpatient options and resource limitations. These findings highlight the need to rethink latent-phase care as an integral part of childbirth rather than a preliminary stage outside structured support.

Conceptual perspective:

These findings also informed the development of a practice-based care concept [9], raising questions about how midwifery innovations can be conceptually grounded when they emerge from practice rather than predefined programme theories. In this context, retrospective conceptualization may be a valuable approach for strengthening emerging care concepts in midwifery.

Implications

Strengthening support during the latent phase requires the development of accessible, midwife-led care concepts, including outpatient services. Improving antenatal education and providing clear, realistic information about the latent phase may enhance women’s confidence and coping. Structural and financial reforms are needed to enable continuous, needs-based care and reduce unnecessary early admissions and interventions. Future research should focus on evaluating integrated care concepts and ensuring equitable access for women in diverse social and geographical contexts. Dedicated latent-phase spaces or assessment units within hospitals may help bridge current care gaps.

References

- [1] Beake S, Chang YS, Cheyne H, et al. Experiences of early labour management from the perspectives of women, labour companions and health professionals: a systematic review of qualitative evidence. *Midwifery*. 2018;57:69-84. doi:10.1016/j.midw.2017.11.002.
- [2] Mattern E, Lohmann S, Ayerle GM. Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17:389. doi:10.1186/s12884-017-1552-9.
- [3] Tilden EL, Phillippi JC, Carlson N, et al. The association between longer durations of the latent phase of labour and subsequent perinatal processes and outcomes among midwifery patients. *Birth*. 2020;47(4):418-429. doi:10.1111/birt.12494.
- [4] Walter P, Wolf E. Bedarfsgerechte Gestaltung der Latenzphase. *Zukunftsmodell*. Deutsche Hebammenzeitschrift. 2021;(11).
- [5] GKV-Spitzenverband. Fakten und Daten zu freiberuflichen Hebammen. Berlin, Germany: GKV-Spitzenverband; 2025.
- [6] Wissenschaftliche Dienste des Bundestags. Überblick über Versorgungsstrukturen in der GeburtshilfeWD 9-30000-012/21. Berlin, Germany: German Bundestag; 2021.
- [7] Jeltsch C, Schmidt S, von Rahden O, Koppelin F, Berger-Höger B. Care concepts during the latent phase of labour: A scoping review. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2026. doi:10.1016/j.zefq.2026.03.005.
- [8] Jeltsch C, Rivière S, von Rahden O. Resources and challenges for midwives supporting women in the latent phase of labour – a qualitative study from Germany (2026) [Europ. Journal of Midwifery, accepted]
- [9] Jeltsch C, Jens M. Ein Konzept für die Latenzphase. Entwicklung und Pilotierung des Geesthachter Geburtszirkels. *Österreichische Hebammenzeitschrift*. 2024;2:8-12.

Acknowledgements

This study was supported by the Lower Saxony Ministry for Science and Culture with funds from the governmental funding initiative zukunft.niedersachsen of the Volkswagen Foundation, project "Data-driven health (DEAL)"

For further information about the DEAL project, please scan the QR-code:



Contact: caro.jeltsch@jade-hs.de

8. Internationale Konferenz der DGHWi

Erleben der gesundheitlichen Versorgung in der reproduktiven Lebensphase – Mütterbefragung mit qualitativen Interviews im Landkreis Vorpommern-Rügen vor dem Hintergrund der Klimaveränderungen

Kontakt: jana.hartwig@uni-rostock.de

Hintergrund - Nutzende noch nie zu Erfahrungen & Wünschen befragt

V-R ist mit seiner überalterten Bevölkerung (2024: 215.203) eine strukturschwache Region mit besonderen Herausforderungen, die drastisch vom bundesweiten Geburtenrückgang betroffen ist: Wohnungsnot & hohe Mieten bei geringem Einkommen, hohe Kosten für ÖPNV, hohe Dichte an Pflegeheimen, viele psychische Erkrankungen & Alkoholismus, Nikotinabusus, Übergewicht, niedriger Bildungsstand mit der Folge einer hohen Zahl vermeidbarer Todesfälle (Stroisch, Mühlichen, Grigoriev et al., 2026). Auf der Grundlage des magischen Vierecks der Gesundheitsökonomie: Qualität – Gerechtigkeit – Wirksamkeit – Wirtschaftlichkeit (Zielbild Geburtshilfe & Pädiatrie 2030 des Landes MV)

2023: 5,3 Lebendgeborene / 1.000 EinwohnerInnen in V-R
vs. 5,9 in MV vs. 8,3 Lebendgeborene in BRD

Methodik

Die Datenerhebung mit problemzentrierten Interviews nach Witzel soll zu 25 Interviews führen, idealerweise drei mit einer (werdenden) Mutter. Im Anschluss an das Interview werden soziodemografische Daten über Kurzfragebögen erhoben sowie einige Fakten, wie z.B. Anzahl präpartaler CTGs. Die Zielgruppe sind besonders vulnerable Personen. Nach der Transkription wird das Datenmaterial mithilfe von MAXQDA nach der reflexiven Thematischen Analyse nach Braun & Clarke (2022) ausgewertet.



Fragen im Leitfaden (frühe Schwangerschaft)

Erzähl mir bitte
...vom bisherigen Verlauf deiner Schwangerschaft.
... von der Schwangerenvorsorge
... von der Betreuung durch eine Hebamme (Nachfragen: Kontaktaufnahme, Kurse)
Welche Aktivitäten oder Erlebnisse sind dir für diese Schwangerschaft wichtig?
Wie gesund fühlst du dich aktuell?
Schildere mir bitte, was du aktuell für deine Gesundheit tust.
Bitte erzähle mir, was du dir für die weitere Schwangerschaft und die Geburt wünschst.
Bitte beschreibe mir deine Erwartungen an die Zeit nach der Geburt.
Hat in diesem Sommer Hitze deine Gesundheit beeinflusst? Erzähle mir bitte davon.
Spielt Klimaveränderung für dich eine Rolle? Bitte erzähle mir davon.

Abb. 1
Der Leitfaden für 1. Interview einer Gravida

Herausforderungen:

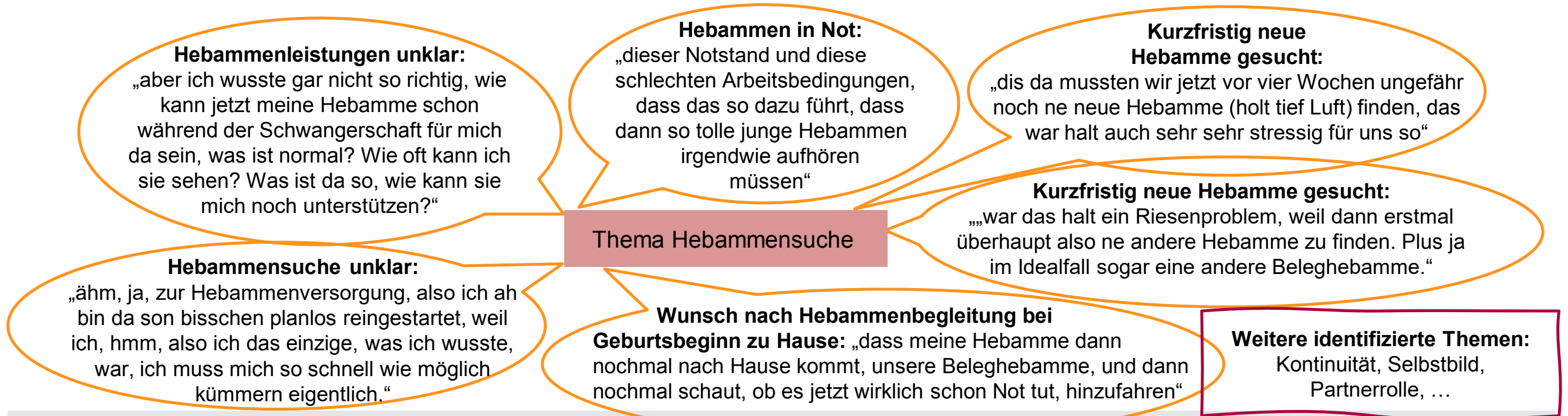
- Feldzugang: trotz 50€ Aufwandsentschädigung wenig Rückmeldungen – Misstrauen / Zeit?
- Sampling: wichtig, aber herausfordernd; bewusste Fallauswahl kaum möglich, regionale Streuung forciert durch gezielte Suche und Ansprache vulnerabler Schwangerer aus V-R über unterstützende Hebammen und Kreißsäle sowie gynäkologische Praxen
- Klimawandel: Ängste, Ärger und Irritation bei den Befragten (in Teilnahmeinformationen erst auf S. 3 erwähnt)
- Geeigneter theoretischer Hintergrund: Fokus auf frauenzentrierte gesundheitsfördernde Versorgung angemessen?

Erste Ergebnisse:

Grundsätzlich geben die Befragten an, mit der erlebten Versorgung rund um die Geburt zufrieden zu sein. „Ich kann mich nicht beschweren.“ (Arabella u.a.) Allerdings finden sich einige Schilderungen von gefährlichen, beängstigenden oder unangenehmen Situationen, wie z.B. allein gelassen zu werden.

Aktueller Arbeitsstand:

Datenerhebung und Vertrautmachen mit Material, beginnendes Coding & Themenfindung – hier ausgewählte Codes der Erstgebärenden Zoe, die zu einem Thema führen:



Grundlagenliteratur:

Ayerle GM, Mattern E. Erwartungen von Frauen an eine Hebamme. Hebamme 2018; 31 (01): 30-36, DOI: 10.1055/s-0043-118609.
Braun V, Clarke V (2022): Thematic analysis. A practical guide. SAGE: LA, London, New Delhi, Singapore, Washington DC, Melbourne.
IGES Institut (2021): Hebammenversorgung und Geburtshilfe in Mecklenburg-Vorpommern. Repräsentative Studie zur Situation der Hebammenversorgung und der Geburtshilfe in Mecklenburg-Vorpommern im Auftrag des Gesundheitsministeriums MV.
Lange A, Kahlke D (2019): Prävention und Gesundheitsförderung in der werdenden und jungen Familie. In: Tiemann M, Mohokum M. (Hg): Prävention und Gesundheitsförderung. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit . Springer Verlag: Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-55793-8_87-1
Raddatz M, zu Sayn-Wittgenstein F, Gronemann L (2025). Bedarfsbemessung der ambulanten Versorgung mit Hebammenhilfe. Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg), Düsseldorf, März 2025.
van den Berg N, Radicke F, Stentzel U, Hoffmann W (2015): Versorgungsatlas Vorpommern: Datenbasis für die regionale gesundheitliche Versorgung. Institut für Community Medicine: Greifswald.

KaiserStillen – Gezielte Stillförderung bei Kaiserschnitt

Wirksamkeit BFHI-basierter Interventionen auf Still-Selbstwirksamkeit, Einstellung und Stildauer – Protokoll einer RCT

Sarah-Maria Schuster, Hebamme, MSc, IBCLC, Doktorandin, Hochschule Niederrhein

sarah.schuster@hs-niederrhein.de

Univ.-Prof.in Dr.in Rainhild Schäfers, Universität Münster



Hintergrund

Stillen fördert die Gesundheit von Mutter und Kind¹. In Deutschland

- Initiieren 90 % der Mütter den Stillbeginn im Krankenhaus
- Stillen ~40 % nach 4 Monaten
- Stillen ~12,5 % nach 6 Monaten ausschließlich².

Eine Kaiserschnittgeburt (in DE >30 %³) verzögert die Milchbildung und den Stillbeginn und erhöht das Risiko für frühes Abstillen^{4,5}. Die Wirksamkeit von Interventionen, wie der Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“ (BFHI) nach einem geplanten Kaiserschnitt sind bislang kaum erforscht^{6,7}.

Ziel

Welchen Effekt haben ausgewählte BFHI-Maßnahmen auf die Still-Selbstwirksamkeit, die Einstellung zum Stillen und die Stildauer bei Frauen nach primärem Kaiserschnitt?

Theoretischer Hintergrund

- Banduras Selbstwirksamkeitstheorie⁸
- Ajzens Theorie des geplanten Verhaltens⁹

Die Maßnahmen zielen auf kognitive und verhaltensbezogene Faktoren ab, die das Stillen beeinflussen.

Interventionsgruppe



Kontrollgruppe



Strukturierte, theoriegeleitete Stillbegleitung bei operativer Geburt kann die Still-Selbstwirksamkeit stärken – eine zentrale Determinante nachhaltigen Stillverhaltens.

Outcomes

PRIMÄR

Still-Selbstwirksamkeit (BSES-SF¹⁰) bei T1
Einstellung zum Stillen (IIFAS¹¹) bei T1

Analyse: Wilcoxon-Mann-Whitney-Test / intent-to-treat

SEKUNDÄR

Gruppenvergleich T1 & T2, Stildauer T2, Soziodemografie, Betreuungsqualität

Analyse: Mixed Models T1→T2 (explorativ)

Status: Ethikvotum erteilt · Rekrutierungsstart: Juni 2026
DRKS registriert (DRKS00036783)

Methode

Monozentrische, prospektive, randomisierte Parallelgruppen-Studie am Mutter-Kind-Zentrum des Helios Klinikum Krefeld.

120

Teilnehmerinnen
(1:1 Ratio)

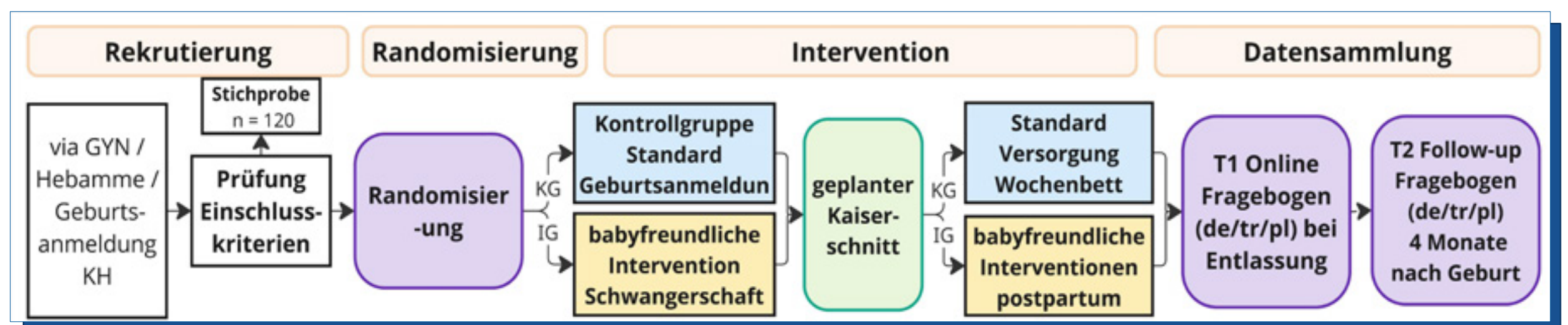
4-6

Monate Studiendauer pro
Person

Stratifizierung nach Parität · Computergenerierte Randomisierung · Pseudonymisierte Datenerhebung via SoSci Survey

Fragebogensprachen: **Deutsch** **Türkisch** **Polnisch**

Studienablauf



¹ Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., & Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet, 387(10017), 475–490.

² Brettschneider, A.-K., Von Der Lippe, E., & Lange, C. (2018). Stillverhalten in Deutschland – Neues aus KiGGS Welle 2. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz.

³ Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2023). Krankenhausentbindungen in Deutschland. Statistisches Bundesamt.

⁴ Cohen, S. S., Alexander, D. D., Krebs, N. F., Young, B. E., Cabana, M. D., Erdmann, P., Hays, N. P., Bezold, C. P., Levin-Sparenberg, E., Turini, M., & Saavedra, J. M. (2018). Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Continuation: A Meta-Analysis. The Journal of Pediatrics, 203, 190–196.e21.

⁵ Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Buckley, S., Massarotti, C., Pajalic, Z., Luegmair, K., Kotlowska, A., Lengler, L., Olza, I., Grykka-Baeschin, S., Leahy-Warren, P., Hadjigeorgiu, E., Villamea, S., & Dencker, A. (2020). Maternal plasma levels of oxytocin during breastfeeding—A systematic review. PLOS ONE, 15(8).

⁶ Haager-Bürkert, H., Niebuhr, D., & Kroke, A. (2010). Hürden für deutsche Geburtskliniken auf dem Weg zum Zertifikat „Babyfreundliches Krankenhaus“. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 70(09).

⁷ Kraus, B., & Abou-Dakn, M. (2015). Im Vergleich: Frühes Stillverhalten von Frauen nach Spontangeburt vs. Sectio. Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 219(S 01).

⁸ Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84(2), 191–215.

⁹ Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, Theories of Cognitive Self-Regulation, 50(2), 179–211.

¹⁰ Dennis, C.-L. (2003). The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 32(6), 734–744.

¹¹ Mora, A. D. L., Russell, D. W., Dungy, C. I., Losch, M., & Durdleker, L. (1999). The Iowa Infant Feeding Attitude Scale: Analysis of Reliability and Validity. Journal of Applied Social Psychology, 29(11).

Promotionsprojekt: Das Potenzial einer umfassenden Hebammenbetreuung für Mütter* frühgeborener Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500g

M. Lammert^{1,2}, N. H. Bauer², A. Bernloehr¹

¹ Hochschule Bielefeld – University of Applied Sciences and Arts; Fachbereich Gesundheit; Hebammenwissenschaft

² Universität zu Köln & Uniklinik zu Köln – University of Cologne; Institut für Hebammenwissenschaft; Medizinische Fakultät

Hintergrund

Mit einer Frühgeburtenquote von rund 8 % belegte Deutschland im europäischen Vergleich im Jahr 2019 Platz 3; zudem ist der Anteil von Kindern mit sehr niedrigem Geburtsgewicht mit circa 1,4 % vergleichsweise und gleichbleibend hoch [1;2]. Eltern frühgeborener Kinder sind hohen emotionalen und psychosozialen Belastungen mit Auswirkungen auf die Gesundheit und die Entwicklung der Elternrolle ausgesetzt [3]. Es besteht in manchen Aspekten ein ungedeckter Unterstützungsbedarf der Eltern durch Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen [4]. Hebammen stellen möglicherweise eine wenig genutzte Ressource zur Verbesserung der Versorgungssituation betroffener Mütter* und Familien dar, wobei die Akademisierung des Hebammenberufes Voraussetzungen für erweiterte Handlungsfelder und bedarfsadaptierte, verbesserte Betreuung bietet.

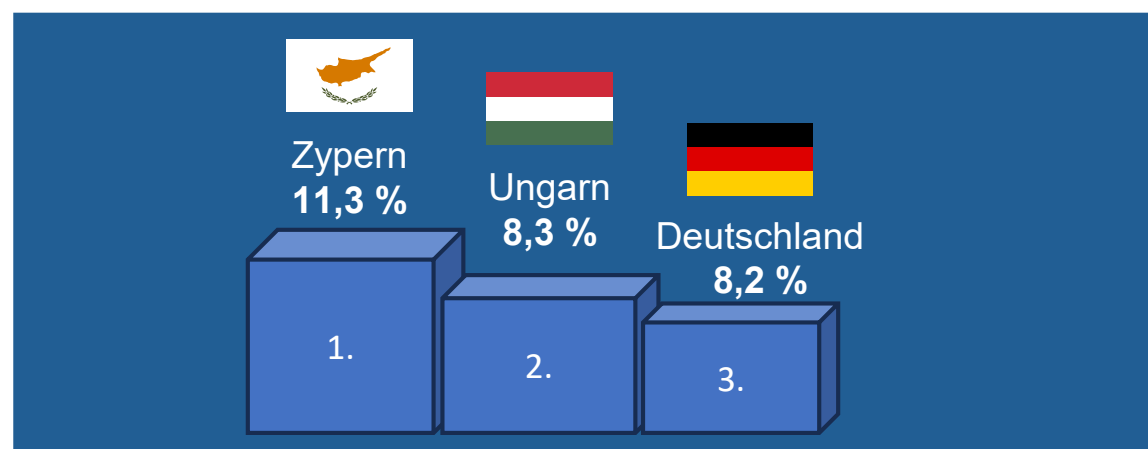


Abb. Europäischer Vergleich der Frühgeborenenquote 2019 [1]



Abb. Folgen einer Frühgeburt für die Eltern und elterliches Erleben[3]

Ziele

Verbesserung der Betreuung von Müttern* vor, während und nach der Frühgeburt eines Kindes < 1.500g Geburtsgewicht

Gesundheitsversorgung:

Identifikation von Erfahrungen, Potentialen, Positivbeispielen, Versorgungslücken und –defiziten

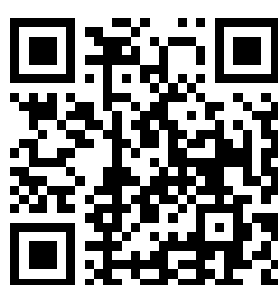
Hebammen:

Exploration von Erfahrungen, Erwartungen, Rolle und Aufgaben

Entwicklung von Möglichkeiten zur Verbesserung der Betreuung & der interdisziplinären Zusammenarbeit, sowie zur Gestaltung bedarfs- und bedürfnisgerechter Angebote

Konzeption von Empfehlungen zur curricularen Implementierung der Erkenntnisse in die hochschulische Ausbildung von Hebammen

Literatur



<https://doi.org/10.57720/6835>

Methodik

Qualitative Forschung

Induktiv-deduktives Wechselspiel

1 Rekrutierung

Gatekeeper*innenansprache oder Selbstaktivierung → Kontaktdaten-übermittlung durch die Mutter*

12 bis 30 Mütter*

Absichtsvolles Sampling, max. Variation [5]

Kriterien:

– Geburt eines Kindes < 1.500g Geburtsgewicht; lebend > 6 Monate und < 5 Jahre nach der Geburt

– Teilnahme mit Erkrankungen unter Voraussetzungen möglich

2 Fragebogen

Soziodemografisch-anamnestischer Kurzfragebogen nach Witzel (2000) [6]

3 Vorgespräch & Interview

Problemzentriertes Interview (PZI) nach Witzel & Reiter (2022) [7]

4 Transkription & Auswertung

Transkription nach Fuß & Karbach (2019) [8] & Braun & Clarke (2013) [9]

Auswertung mit der Reflexive Thematic Analysis nach Braun & Clarke (2022) [10]

5 Teilnehmerinnenreflexion

Angelehnt an Member Reflections nach Tracy (2025); Tracy & Hinrichs (2017) [11]

Ergebnisse

Informelle Pretests bestätigten Relevanz und adäquate Forschungs- und Interviewplanung. Beispiel Zitat:

„Also man hätte eine Hebammenbetreuung gebraucht direkt nach Geburt, um dieses Pumpen und Stillen vielleicht doch noch besser zu versuchen hinzukriegen. Da hätte man sicherlich irgendwie mehr noch machen können. Das war aber dann zu spät nach drei Monaten zu Hause. Da war der Drops irgendwie gelutscht. (...)“

Herausforderungen

Zahlreiche Anforderungen bei der Erstellung des Ethikantrages führten zur Zeitverzögerung, boten jedoch Entwicklungspotential zur Verbesserung des Forschungsvorhabens.

Aktueller Fokus liegt auf der Entwicklung einer ausbalancierten Gesprächstechnik.

Diskussionspotential

Entstehung einer dynamischen Balance von Zulassen & Zuhören und Lenken & Begrenzen im Interview

Die Erzielung eines Gleichgewichts von Rapport und Themenfokussierung ist ein mögliches Dilemma in der qualitativen Forschung [12]. Aufgrund der vulnerablen Zielgruppe, des relativ neuen Forschungsphänomens und der Position als Nachwuchswissenschaftlerin bleibt die konkrete Herangehensweise im Interview herausfordernd.

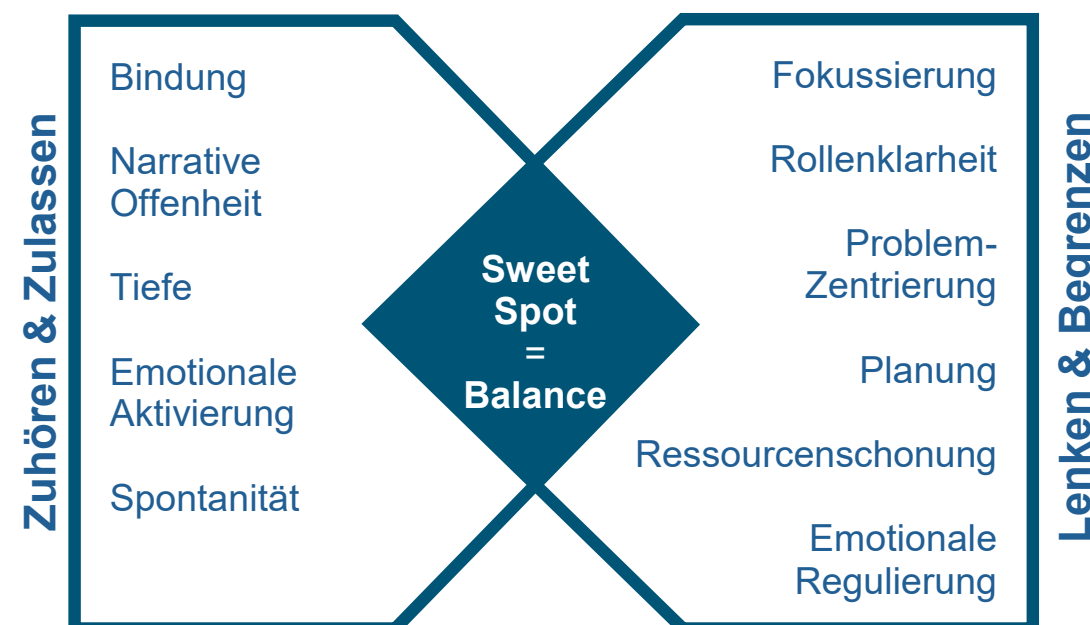


Abb. Spannungsfelder in der Gesprächsführung in qualitativer Forschung mit Zielstellung der Balance

Austausch und Frage

Welche Techniken, Strategien und Erfahrungen nutzen erfahrene Forscher*innen zur Erzielung einer Balance in der Interviewführung?



Arbeitsbereich Beratung in sonderpädagogischen und inklusiven Arbeitsfeldern |
Humanwissenschaftliche Fakultät

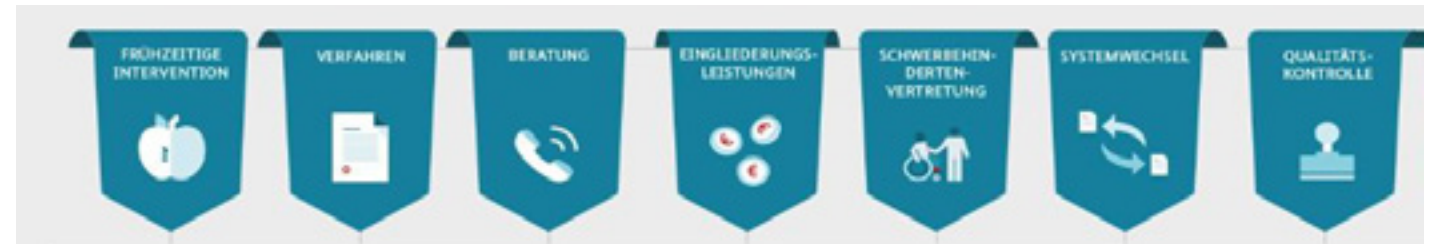
NICHT ÜBER UNS OHNE UNS

*Ein partizipatives Promotionsprojekt über das Beratungshandeln von Hebammen
in der Begleitung schwangerer Personen mit Beeinträchtigungen*

Herrmann D., Walter-Klose, C., Bauer, N.H. & Heideblut S.

HINTERGRUND

In Deutschland leben 6,5 Millionen Frauen mit Beeinträchtigungen, das sind 15 % der weiblichen Bevölkerung [1]. Zunehmend entscheiden sich mehr Personen mit **physischen, sensorischen und kognitiven Beeinträchtigten** für die Umsetzung ihres Kinderwunsches oder dafür eine ungeplant eingetretene Schwangerschaft auszutragen [2]. Politisch unterstützen UN-Behindertenkonvention und Bundesteilhabegesetz, dass alle Personen frei und selbstbestimmt ihre reproduktive Lebensphase gestalten können [3+4]. **Ein barrierefreier und niedrigschwelliger Zugang zu umfänglicher Gesundheitsversorgung ist für schwangere Personen mit Beeinträchtigungen weltweit jedoch nicht sichergestellt** [5]. In Deutschland ist diese Personengruppe nicht ausreichend an die Versorgung mit Hebammenhilfe angebunden. Obwohl Schwangere mit der Doppelbelastung, Herausforderungen der beginnenden Elternschaft und chronifizierte Beeinträchtigung, zurechtkommen müssen, **liegen keine Konzepte vor, wie Hebammenberatung gestaltet sein sollte, um diese Personengruppe inklusiv und befähigend zu begleiten** [6]. Sowohl die internationalen Hebammenkompetenzen (ICM) als auch das nationale Kompetenzprofil normieren den Auftrag an Hebammen die Versorgung Schwangerer Personen mit Beeinträchtigungen zu gewährleisten [7+8].



Bildreihe 1 Bundesteilhabegesetz (<https://www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/Bundesteilhabegesetz/bundesteilhabegesetz.html>)



Bildreihe 2: KI-generierte stereotype Bilder von schwangeren Personen mit körperlicher, sensorischer und kognitiver Beeinträchtigung

ZIELSETZUNG

Forschungsleitend ist das Bedürfnis, **Angehörige vulnerabler Personengruppen, wie es Schwangere mit Beeinträchtigungen sein können, in personenzentrierte und evidenzbasierte Hebammenversorgung einzuschließen**. Es soll untersucht werden, wie das Beratungshandeln von Hebammen gestaltet sein muss, um schwangere Personen mit Beeinträchtigungen befähigend und inklusiv begleiten zu können.

HERAUSFORDERUNGEN

Die internationale Studienlage ist sehr heterogen, die Übertragbarkeit auf die hiesige Versorgung durch Hebammen beinhaltet Limitationen. Ein partizipatives Forschungsprojekt im Rahmen einer Promotion zu realisieren kann mit Unwägbarkeiten behaftet sein, es wird kein vollständiger Partizipationsgrad zu erreichen sein.

ERSTE ERGEBNISSE

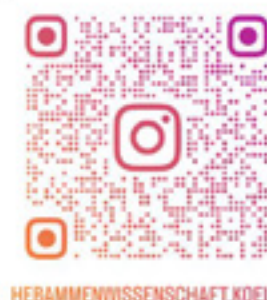
Durch den limitierten Zugang zu angemessener Gesundheitsversorgung haben Schwangere mit Beeinträchtigungen **ein schlechteres gesundheitliches Outcome**. Zusätzlich sind sie von Diskriminierung, Stigmatisierung, Respektlosigkeit und Entmutigung betroffen [5+2]. Im Gesundheitswesen schränken Einstellungsbarrieren, strukturelle Barrieren, systemische Barrieren und kommunikative Barrieren die Versorgungsqualität ein [12]. Fehlende oder nicht angepasste Informationen führen zur Reduktion der autonomen Entscheidungsfreiheit und Kontrollverlust bei den betroffenen Personen [13]. **Schwangere wünschen sich beeinträchtigungsübergreifend mehr Informationen und Erfahrungsberichte zu den Themen Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft, welche auf sie zugeschnitten sind und ihren Bedürfnissen angepasst sind** [14]. Hebammen und andere Gesundheitsfachkräfte fühlen sich nicht gut genug ausgebildet und vorbereitet auf die Versorgung von schwangeren Personen mit Beeinträchtigungen [13]. Erfahren Schwangere mit Beeinträchtigungen in der reproduktiven Lebensphase fachlich angemessene Unterstützung und individuelle Wertschätzung haben sie das Gefühl umsorgt und gut geschützt zu werden [5]. **Continuity of Care, personenzentrierte Begleitung und barrierefreie Beratungsleistungen haben das Potenzial dieses Defizit auszugleichen** [15]. Hier können Hebammenarbeit und Hebammenwissenschaft ansetzen.

Literatur

- [1] Schlegel, B. (2026). Wege zu einer barrierefreien medizinischen Versorgung für Frauen mit Behinderungen. Gesundheit ohne Hindernisse. Öffentliches, Digitales Fachgespräch am 21. Januar 2026 von 10:00 bis 12 Uhr auf Initiative der Gesundheitssprecherin der grünen Fraktion.
- [2] Tarasoff, LA., Saeed, G., Lunskey, Y., Welsh, K., Proulx, L., Haverkamp, S., Parish, SL. & Brown, HK (2023). Prenatal Care Experiences of Childbearing People with Disabilities in Ontario, Canada. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, Volume 52, Issue 3, 2023, Pages 235-247 <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2023.02.001>
- [3] Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2025). Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Downloads/DE/ASP/Publikationen/Erklärungen/Broschüre_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile&v=8
- [4] BGGI, I.S. 3234 (2016). Sozialgesetzbuch (SGB) X, Neuntes Buch (IX): Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. (SGB IX). Zuletzt geändert durch das Gesetz vom 22.12.2023. <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbix/1.html>
- [5] Kalpakjian, C., Mulega, L., McIntosh, S., Kreschmer, J., Parten, R., Haapala, H., Langen, E., Rosenblum, S., Panzhyayur, S., Carlson, S., Berry, M. & Ernst, S. (2025). Pregnancy and physical disability: A scoping review. *Women's Health*, Volume 21 doi.org/10.1177/17455057251338424
- [6] Lange, U. (2022). Frauen mit Behinderung und Frauen mit chronischer Erkrankung adäquat betreuen. *Hebamme* 2022(35), S. 14-16. <https://doi.org/10.1055/a-1854-9326>
- [7] International Confederation of Midwives (2024). ICM Essential Competencies for Midwifery Practice. CC BY-NC-SA 4.0. https://www.internationalmidwives.org/wp-content/uploads/EN_ICM_Essential-Competencies-for-Midwifery-Practice-1.pdf
- [8] BGGI, I.S. 1759 (In: 42) (2019). Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen. HeBG vom 22.11.2019. Zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 12.12.2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#switch/tocPage?_ts=1765458994178
- [9] Rost, DH. (2022). Interpretation und Bewertung pädagogischer und psychologischer Studien. Eine Einführung (4. Auflage). Verlag Julius Klinkhardt. <https://doi.org/10.36198/9783838587899>
- [10] Waldschmidt, A. (Hrsg.) (2022). *Handbuch Disability Studies*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-18925-3>
- [11] Von Unger, H. (2023). Partizipative Forschung. In: S. Selzer, O. Neun, R. Jende, S. Lessenich & H. Bude (Hrsg.), *Handbuch Öffentliche Soziologie* (S. 228-237). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-16995-4>
- [12] König: Bachmann, M., Zenzmaier, C., Schildberger, B. (2019). Health professionals' views on maternity care for women with physical disabilities: a qualitative study. *NBC Health Services Research*, 2019 (19: 551) <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4380-y>
- [13] Homeyard CE & Patelarou E. (2018). To what extent are midwives adapting antenatal information for pregnant women with intellectual disabilities? A survey of NHS trusts in England. *Public Health*, 2018 May; 158:25-30. doi: 10.1016
- [14] Sirhan NJ., Benard PB., Cascio MA., Ellis KR., Variano BM., & Ragina NP. (2025). Identifying Prenatal Care Barriers for Pregnant Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities Living in Central Michigan. *AJPM Focus*. 2025 Aug 5;4(6):100407. doi: 10.1016/j.focus.2025.100407.
- [15] Morais PRG., Moreira MCN. & Costa LML (2024). Women with disabilities and their motherhood: scoping review. *Cien Saude Colet*. 2024 May;29(5). doi: 10.1590/1413-81232024295.09202023.

Kontakt: Dorothee Herrmann
E-Mail: dorothee.herrmann@uk-koeln.de
Institut für Hebammenwissenschaft
Medizinische Fakultät der Universität zu Köln

Doktorandin an der humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln,
Arbeitsbereich Beratung in sonderpädagogischen und inklusiven Arbeitsfeldern



Frühe Schwangerschaftsverluste in Deutschland: Betreuungserfahrungen und -bedürfnisse

- Eine qualitative Auswertung aus der Perspektive betroffener Personen

E. M. Dybowski¹, C. Kolberg-Liedtke¹, M. Peters¹

¹ Hochschule Bochum, Fachbereich Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften, Bochum, Nordrhein-Westfalen, Deutschland

Hintergrund

- **Frühe Schwangerschaftsverluste** (FSV) betreffen ca. **10-15%** aller Schwangerschaften; keine systematische Erfassung in Deutschland¹
- FSV können eine **erhebliche emotionale Belastung** für die betroffenen Personen darstellen^{1,2}
- **Einfühlsame, individuelle und unterstützende Betreuung** gelten als **zentrale Bestandteile der Versorgung**^{3,4}
- Die S2k-Leitlinie zu FSV empfiehlt patient*innenorientierte Versorgung und Berücksichtigung psychischer Belastungen nach FSV¹
- Internationale Studien zeigen **dennoch Defizite in der Betreuung** insbesondere in Kommunikation, Informationsvermittlung und der emotionalen Unterstützung^{3,4}

Forschungsziel

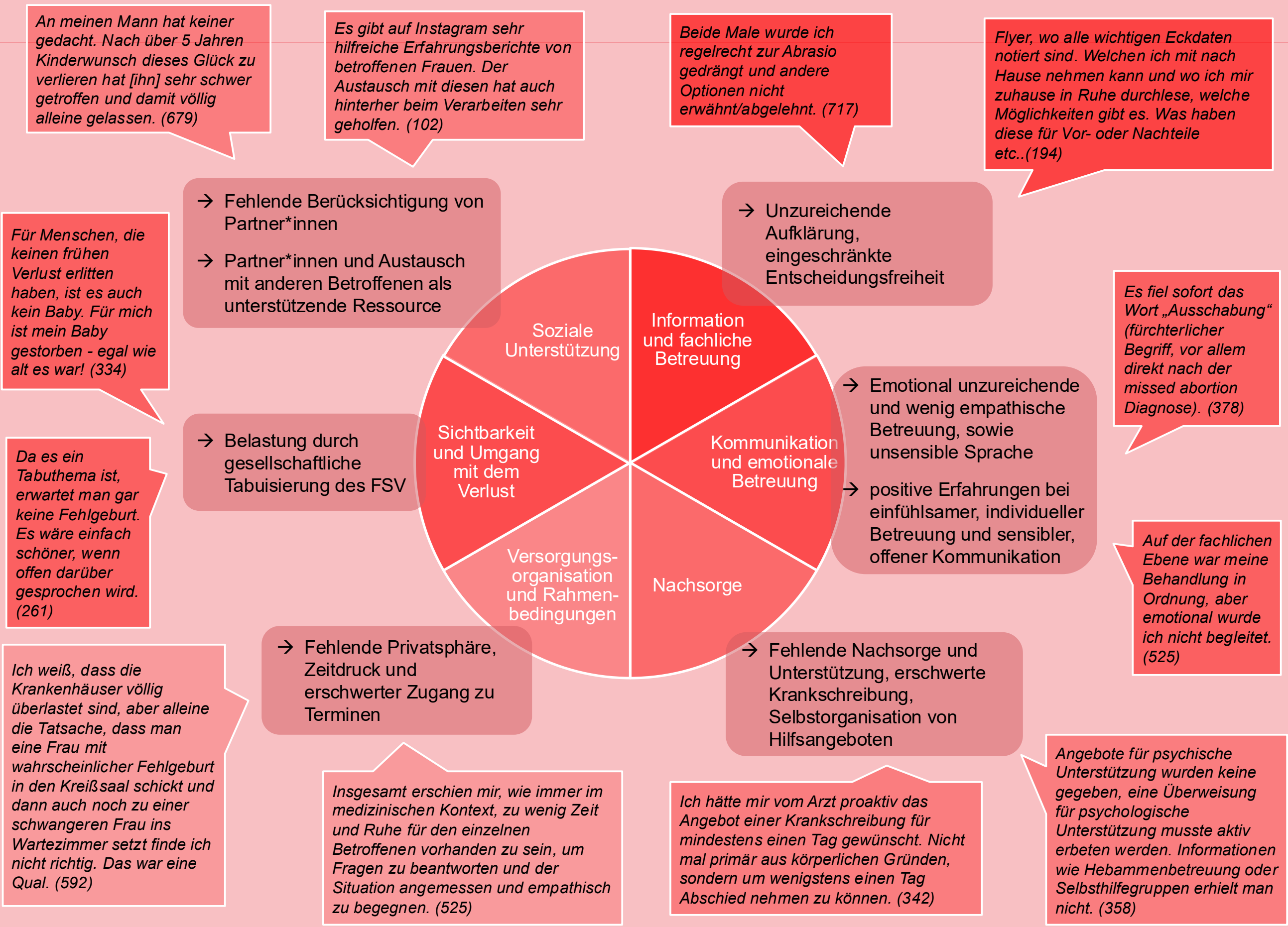
→ Untersuchung der Erfahrungen und Bedürfnisse von Frauen* nach einem FSV, bezogen auf die Betreuung und Versorgung in Deutschland anhand qualitativer Daten

Methodik

- Qualitative Auswertung von Freitextantworten einer quantitativen Online-Erhebung zum Erleben der Gesundheitsversorgung von Frauen* nach einem FSV
- Erhebungszeitraum: Februar – April 2025; Rekrutierung: Social Media, Selbsthilfegruppen und Fachpersonen; Einschlusskriterien: >18 Jahre, FSV in den letzten 5 Jahren in Deutschland
- Qualitative Inhaltsanalyse der Antworten mittels inhaltlich strukturierender Inhaltsanalyse nach Kuckartz⁵

Ergebnisse

- Von zu Beginn 720 befragten Personen erfüllten 633 die Einschlusskriterien; von ihnen beantworteten 258 mindestens eine der offenen Fragen; die Antworten reichten von Stichpunkten bis hin zu ausführlichen Absätzen



Schlussfolgerung

- Mehrdimensionaler Handlungsbedarf in der Versorgung von FSV
- Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Versorgungsqualität könnten sein: Stärkung gesellschaftlicher Sichtbarkeit, Ausbau von Versorgungsstrukturen und -angeboten, mehr Sensibilität und Individualität in der Versorgung

Limitationen: Homogenität der Stichprobe (hoher Bildungsabschluss und sozioökonomischer Status, kein Migrationshintergrund), potenzielle Verzerrung durch Selbstselektionsbias aufgrund der Erhebungsstruktur, fehlende intersubjektive Kodierung aufgrund von Einzelarbeit im Rahmen einer Abschlussarbeit

Literatur

1. AWMF. S2k-Leitlinie Früher Schwangerschaftsverlust im 1. Trimenon; AWMF-Registernummer 015/076 [Internet]. 2025 [cited 2025 Apr 14]. Available from: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-076>
2. Farren J, Jalmbart M, Falconieri N, Mitchell-Jones N, Bobdiala S, Al-Memar M, et al. Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective cohort study. Am J Obstet Gynecol. 2020;222(4):367.e1–367.e22. doi:10.1016/j.ajog.2019.10.102
3. Filippa S, Jayaweera RT, Blanchard K, Grossman D. Do miscarriage care practice recommendations align with individuals' needs? A scoping review. Contraception. 2024;136:110448. doi:10.1016/j.contraception.2024.110448
4. Freeman A, Netterman E, Varathasundaram S. Women's experiences of health care utilization in cases of early pregnancy loss: A scoping review. Women Birth. 2021;34(4):316–324. doi:10.1016/j.wombi.2020.07.012
5. Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4th ed. Weinheim: Beltz Juventa; 2018.

Perinatale Trauerintensität bei betroffenen Müttern während der COVID-19-Pandemie in Deutschland und Österreich, Basierend auf Ergebnissen der Querschnittstudie COCOON



LK ten Brinke^{1,2}, LM Spineli¹, AC Hallet¹, S Loughnan³, V Flenady³, MM Gross¹, LA Zinsser¹

¹ Forschungs- und Lehrereinheit Hebammenwissenschaft, Medizinische Hochschule Hannover, Deutschland

² Institut für Hebammenwissenschaft, Medizinische Fakultät, Universität zu Köln & Uniklinik Köln

³ NHMRC Centre of Research Excellence in Stillbirth, Mater Research Institute, The University of Queensland, Brisbane, Australien

Kontakt: Lotte ten Brinke, Forschungs- und Lehrereinheit Hebammenwissenschaft (OE 9210), Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Deutschland, **E-Mail:** lotte.ten-brinke@uk-koeln.de

Hintergrund

Perinataler Verlust, einschließlich Totgeburt und Neonataler Tod, belastet Eltern weltweit zutiefst^{1,2}. Das Verständnis der Trauerintensität ist zentral für eine bessere Versorgung im Wochenbett und effektive psychosoziale Unterstützung³. Diese Studie beschreibt Merkmale pandemiebedingter Erfahrungen trauernder Mütter in Deutschland und Österreich. Stichprobe (N =111): Deutschland 97%, Österreich 3%.

Methode

Basierend auf Daten der COCOON-Studie⁴ (Deutschland/ Österreich) erfolgte die Analyse psychosoziale, demografische und geburtshilfliche Faktoren⁵. Fokus: Demografische, geburtshilfliche und psychosoziale Faktoren. Deskriptive Statistik mittels Häufigkeiten, Lage- und Streuungsmaßen sowie Visualisierung durch Histogramme und Heatmaps. Auswertung mit R (4.3.2) durchgeführt.

Ergebnisse

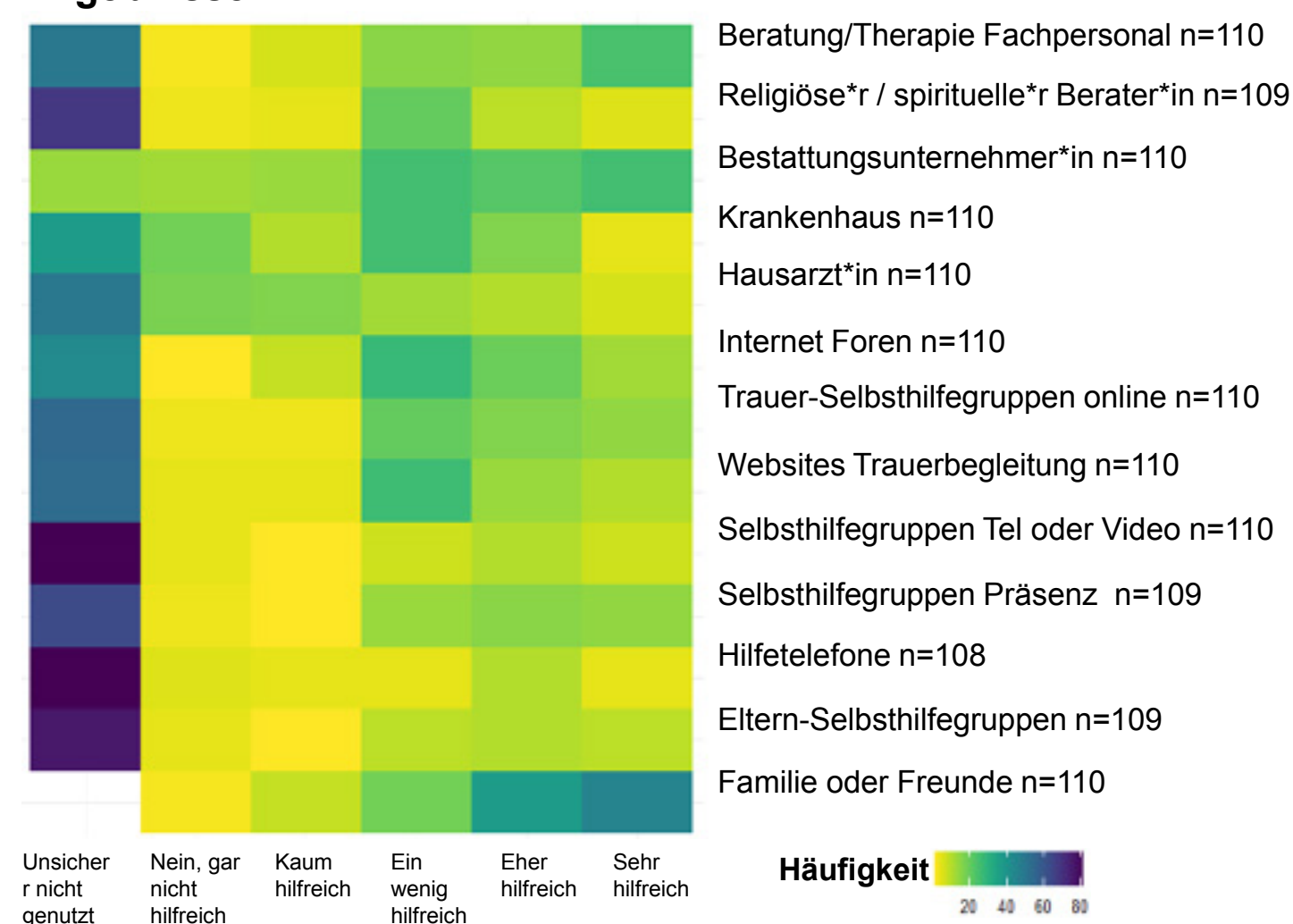


Abb. 1: Bewertung Hilfe und Unterstützung (n=111)

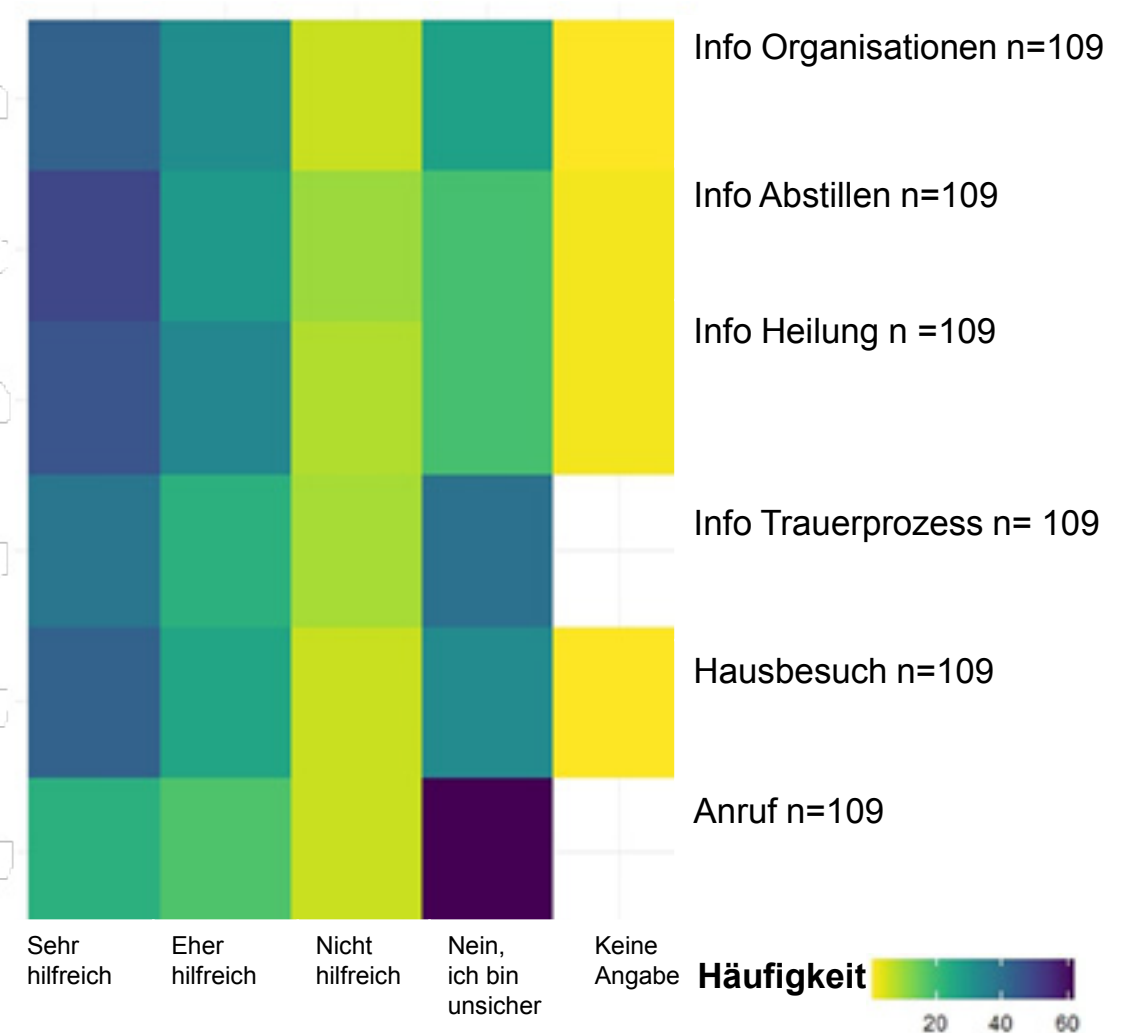


Abb. 2: Bewertung Nachbetreuung (n=111)

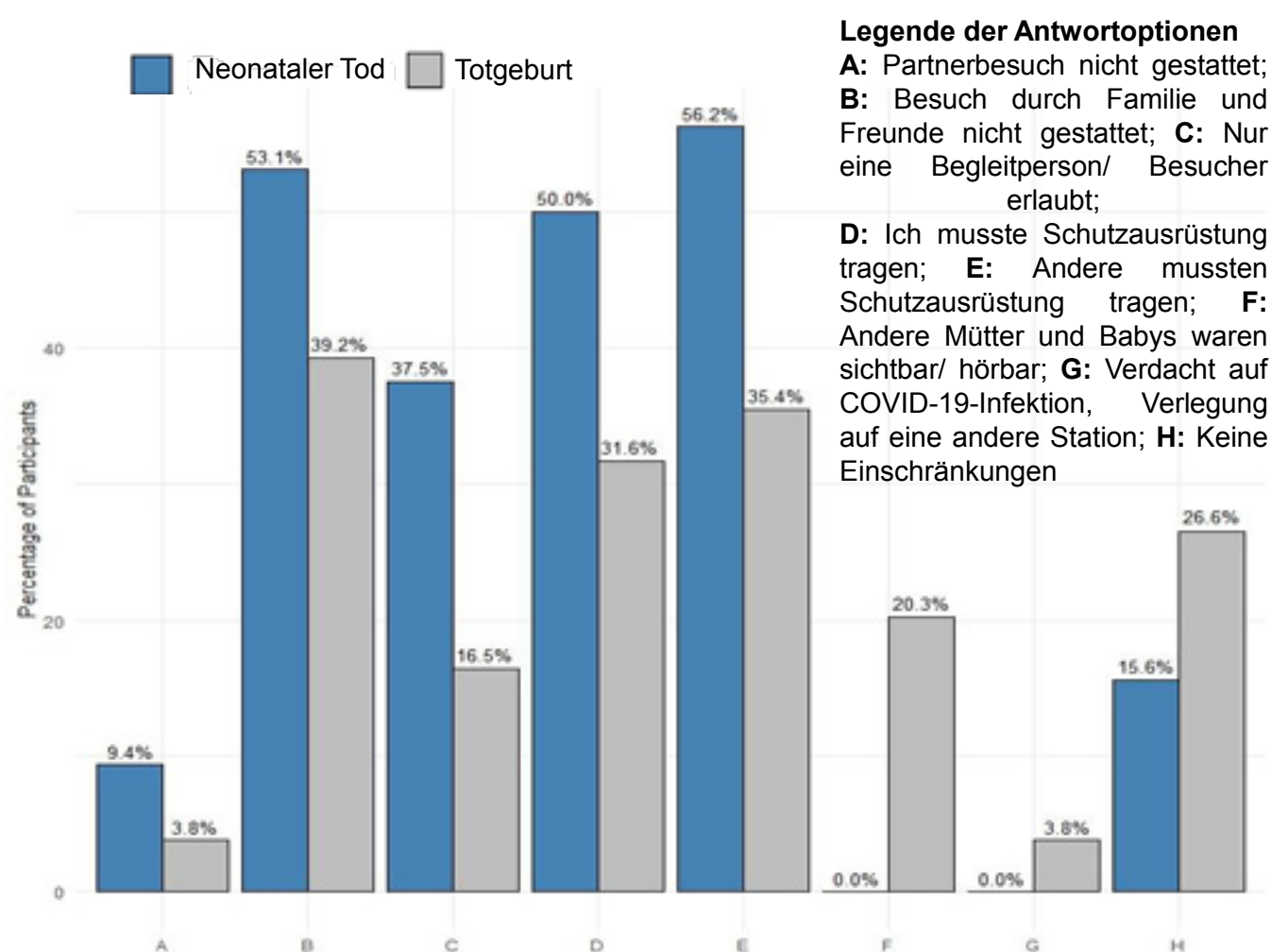


Abb. 3: Postpartale Einschränkungen (n= 110)

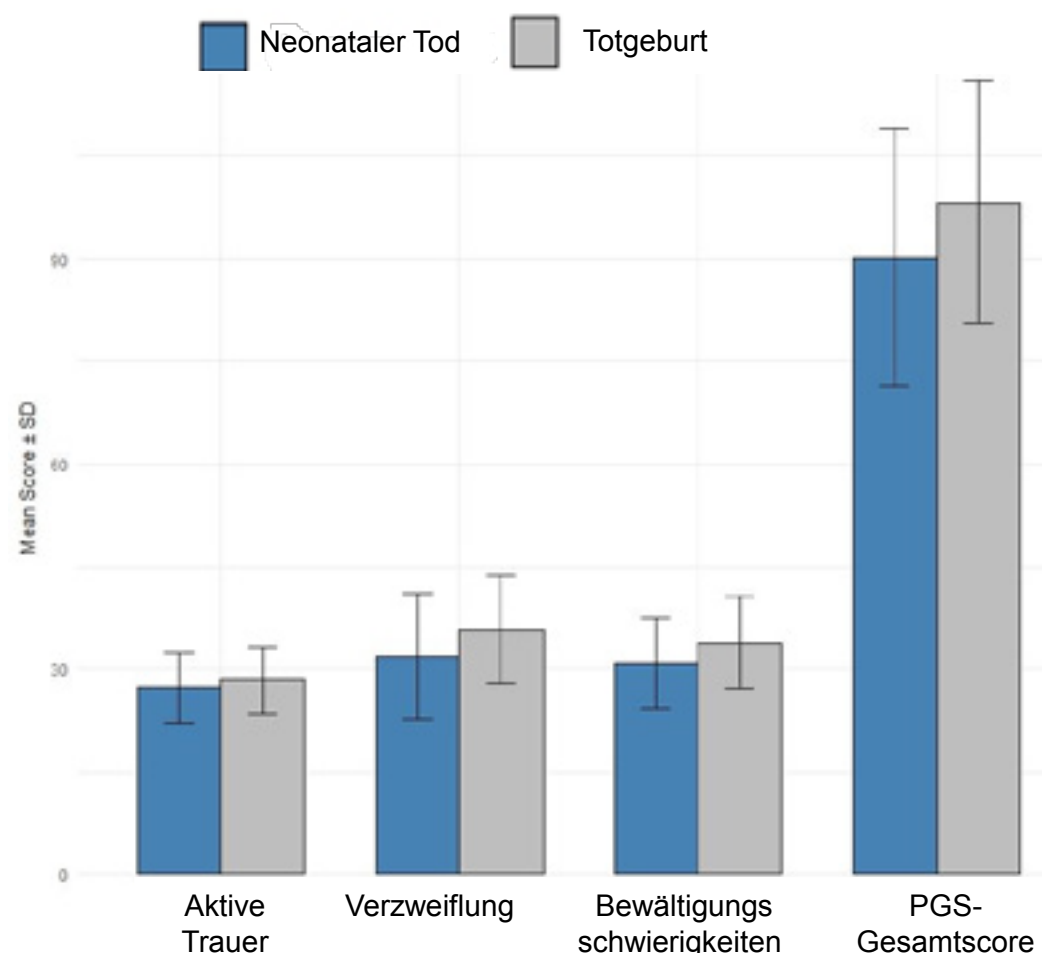


Abb. 4: Trauerintensität (n= 111)

Schlussfolgerungen

- Individuelle Trauerverläufe: Ergebnisse betonen hohe Subjektivität.
- Interdisziplinäre Sensibilisierung: Hohe Prävalenz ausgeprägte Trauerintensität erfordert berufsgruppenübergreifendes Bewusstsein.
- Screening (z. B. PGS): Anhaltspunkte und Gesprächsöffner.

Ausblick

- Versorgungsangebote (Obduktionsberatung, Bestattungsoptionen, „memory-making“);
- Strukturelle Faktoren (Zeit, Personal);
- Hebammenrelevanz für Versorgungsqualität

Keywords: Perinatale Trauer, Trauerintensität, Trauerbegleitung, COVID-19, Individualisierte Betreuung, Hebammenarbeit

Ethikvotum: Mater Misericordiae Human Research Ethics Committee (23.04.2020, Ref: AM/MMML/63526). Deutschland:

Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover (01.09.2020, Nr. 9300_BO_K_ 2020). **Interessenkonflikte:** Keine.

Einflussfaktoren auf die elterliche Wahrnehmung personenzentrierter Geburtshilfe – Ergebnisse der prospektiven Kohortenstudie RESPECT^{PARENTS}

F. Alpers¹, B. Vollert^{1,2}, P. Böhlmann^{1,2}, N. Schurig^{1,2,3}, S. Garthus-Niegel^{1,2,4}

¹ TUD Dresden University of Technology, Institute and Policlinic of Occupational and Social Medicine, Dresden, Sachsen, Deutschland
² MSH Medical School Hamburg, Faculty of Medicine, Institute for Systems Medicine (ISM), Hamburg, Hamburg, Deutschland
³ Ludwig-Maximilians-Universität München, Institute for Medical Information Processing, Biometry, and Epidemiology, Pettenkofer School of Public Health, München, Bayern, Deutschland
⁴ Norwegian Institute of Public Health, Department of Childhood and Families, Oslo, Norwegen



Hintergrund

- **Person-Centred Care (PCC)** als zentrales **Qualitätsmerkmal** moderner Gesundheitsversorgung^{1,2}
- **PCC in der Geburtshilfe** zielt ab auf die Förderung von **Selbstbestimmung** und **Würde**, effektive **Kommunikation**, **soziale Unterstützung** sowie die Berücksichtigung individueller **Werte, Präferenzen** und **Bedürfnisse**³
- PCC unter der Geburt kann das **subjektive Geburtserleben verbessern** und das Risiko **maternaler** und **neonataler Komplikationen** sowie **postpartaler psychischer Belastungen reduzieren**^{3,4}
- Hinweise auf **individuelle** (z. B. Alter^{4,9}, Parität¹⁰, Sozioökonomischer Status^{9,11}, Geburtsangst¹², Traumatische Erfahrung im Verlauf des Lebens¹⁰) und **geburtsbezogene Einflussfaktoren** (z. B. Geburtsort⁹) auf die von Gebärenden subjektiv berichtete PCC unter der Geburt
- einzelne Hinweise für Relevanz von **Alter, Muttersprache, Geburtsangst, Schwangerschaftskomplikationen** als Einflussfaktoren auch bei Partner:innen¹³

Fragestellung

Welche **individuellen (soziodemografischen und schwangerschaftsbezogenen) Faktoren** (z. B. Alter, sozioökonomischer Status, Geburtsangst, Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen) und **geburtsbezogenen Faktoren** (z. B. Schwangerschaftswoche bei Geburt, Geburtsort) sind mit einer höheren bzw. niedrigeren subjektiv berichteten PCC bei Gebärenden und Partner:innen assoziiert?

Methoden



A Prospective Mixed-Methods-**RE**search Project on **S**ubjective Birth Experience and **PE**rson-centred **C**are in **Pa**ren**T**s and Obstetric Health Care Staff (**RESPECT**)



Stichprobe: 1.245 Gebärende und 499 Partner:innen aus der prospektiven Kohortenstudie RESPECT^{PARENTS}



Daten der Messzeitpunkte T1 (in der Schwangerschaft; Online-Fragebogen) und T2 (~8 Wochen postpartal; Strukturiertes Telefoninterview)



Instrument zur Erfassung der wahrgenommenen PCC (T2): Women's Perception of Respectful Maternity Care (WP-RMC)



Statistisches Vorgehen: Multiple lineare Regression getrennt für Gebärende und Partner:innen

Ergebnisse

	Gebärende	Partner:innen
Alter	32,14 ± 4,81	34,18 ± 5,31
Erstmalige Elternschaft	59.3%	71.5%
Einlingsschwangerschaft	96.9%	96.6%
Geburt in Geburtsklinik	96,5 %	96,3 %
Vaginale Geburt	76,1 %	73,6 %
WP-RMC-Score (Range: 0 – 3)	2.74 ± 0.25	2.74 ± 0.26

Ergebnisse für Gebärende

Individuelle Einflussfaktoren auf die subjektiv berichtete PCC unter der Geburt	Geburtsbezogene Einflussfaktoren auf die subjektiv berichtete PCC unter der Geburt
Erstmalige Elternschaft B = -.051***	Schwangerschaftswoche bei Geburt B = .012**
Schwangerschafts- komplikationen	(Begleit-)Beleg- oder Hausgeburtshebamme
Mehrlingsschwangerschaft	Geburtseinleitung B = -.004*
Missbrauchserfahrungen im Gesundheitssystem	Geburtsort
Geburtsangst B = -.001**	
Präpartale depressive Symptome	
Präpartale Angstsymptome B = -.010***	
Physischer Gesundheitszustand	

Bei Geburt in einer Level-3-Geburtsklinik (B = .053**) und bei außerklinischen Geburten (B = .124**) berichteten Gebärenden signifikant höhere PCC im Vergleich zu Geburten in einer Level-1-Geburtsklinik.

In die Hauptanalysen sind nur die Prädiktoren eingegangen, die sich in den einfachen linearen Regressionen als signifikant erwiesen haben. Nicht signifikante Prädiktoren waren: Alter, Muttersprache, Zugehörigkeit zu einer von Diskriminierung betroffenen Gruppe, Familienstand, sozioökonomischer Status, traumatische Erlebnisse in der Vergangenheit, Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorge, Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen, Anwesenheit nicht-professioneller Geburtsbegleiter)

Ergebnisse für Partner:innen

Bei Partner:innen zeigte sich in den einfachen linearen Regressionen nach Korrektur für multiples Testen **keine signifikanten Assoziationen** zwischen einem der Prädiktoren und der subjektiv wahrgenommenen PCC.

Zusammenfassung

Gebärende:

- **Individuelle Prädiktoren:** erstmalige Elternschaft, Geburtsangst, höhere präpartalen Angstsymptomen
- Verstärktes Bedürfnis nach PCC bei ängstlichen Gebärenden
- Begleitung ängstlicher Gebärenden ist herausfordernd und führt somit zu geringerer PCC
- **Geburtsbezogene Prädiktoren:** geringere Schwangerschaftswoche bei Geburt, Geburtseinleitung, Geburtsort Prädiktoren für die subjektiv berichtete PCC unter der Geburt

Partner:innen:

- **Keine signifikanten individuellen oder geburtsbezogenen Prädiktoren** nach der Korrektur für multiples Testen

- Geringere Power durch kleine Partner:innen-Stichprobe
- Prädiktoren auf Basis der Vorbefunde für Gebärende bilden ggf. für Partner:innen relevante Faktoren nicht ab



Implikation für die Forschung:

- Notwendigkeit für weitere Studien zur Wahrnehmung von PCC unter Einschluss beider Elternteile, um ebenfalls für Partner:innen relevante Faktoren zu identifizieren
- Analyse der Rolle von Komplikationen und Interventionen im Zusammenhang zwischen Geburtsangst und wahrgenommener PCC
- Erhebung möglicher Auswirkung von Geburtsangst auf das Betreuungsverhalten des Fachpersonals



Implikation für die Praxis:

- Begleitung mit Fokus auf PCC für alle Gebärende, wobei PCC und Fokus auf individuelle Bedürfnisse bei Erstgebärenden, ängstlichen Gebärenden und Gebärenden bei Geburtseinleitung eine besondere Bedeutung zukommt
- Routinemäßige Erfassung der präpartalen mentalen Gesundheit und Geburtsangst bei Gebärenden zu Vorsorgeterminen und zur Geburtsanmeldung

Referenzen

- ¹Abou-Dakn, M., Schäfers, R., Peterwerth, N., Asmushen, K., Bässler-Weber, S., Boes, U., Bosch, A., Ehm, D., Fischer, T., Greening, M., Hartmann, K., Heller, G., Kapp, C., Von Kaisenberg, C., Kayer, B., Kranke, P., Lawrenz, B., Louwen, F., Loytved, C., ... Kehl, S. (2022). Vaginal Birth at Term – Part 2. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S3-Level, AWMF Registry No. 015/083, December 2020). Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 82(11), 1194–1248.
- ²World Health Organization. (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization.
- ³Sudhinaraset, M., Afulani, P., Diamond-Smith, N., Bhattacharyya, S., Donnay, F., & Montagu, D. (2017). Advancing a conceptual model to improve maternal health quality: The Person-Centered Care Framework for Reproductive Health Equity. Gates Open Research, 1, 1.
- ⁴Attanasio, L. B., Ranchoff, B. L., Paterno, M. T., & Kjerulff, K. H. (2022). Person-Centered Maternity Care and Health Outcomes at 1 and 6 Months Postpartum. Journal of Women's Health, jwh.2021.0643.
- ⁵Hakimi, S., Allahqoli, L., Alizadeh, M., Ozdemir, M., Soori, H., Turfan, E. C., Sogukpinar, N., & Alkatout, I. (2025). Global prevalence and risk factors of obstetric violence: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 169(3), 1012–1024.
- ⁶Leijerzapf, D. R., Van Der Pijl, M. S. G., Hollander, M. H., Kingma, E., De Jonge, A., & Verhoeven, C. J. M. (2024). Experienced disrespect & abuse during childbirth and associated birth characteristics: A cross-sectional survey in the Netherlands. BMC Pregnancy and Childbirth, 24(1), 170.
- ⁷Limmer, C. M., Stoll, K., Vedam, S., Leinweber, J., & Gross, M. M. (2023). Measuring disrespect and abuse during childbirth in a high-resource country: Development and validation of a German self-report tool. Midwifery, 126, 103809.
- ⁸Porstendorfer-Almeida Froz, C., Vollert, B., Hansen, I., Schurig, N., Seefeld, L., Weise, V., Birdir, C., Wimberger, P., & Garthus-Niegel, S. (2025). Mistreatment and Discrimination during Childbirth, Associations with Symptoms of Childbirth-Related Posttraumatic Stress Disorder and the Mediating Role of the Subjective Birth Experience: A Quantitative Analysis Within the Prospective Cohort Study RESPECT^{PARENTS}. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 85(12), 1304–1325.
- ⁹Odiase, O. J., Smith, K., Ogunfunmi, G., & Afulani, P. A. (2025). Assessment of the person-centered maternity care scale: A global systematic review. eClinicalMedicine, 82, 103145.
- ¹⁰Afulani, P. A., Sayi, T. S., & Montagu, D. (2018). Predictors of person-centered maternity care: The role of socioeconomic status, empowerment, and facility type. BMC Health Services Research, 18(1), 360.
- ¹¹Kassa, Z. Y., Dadi, A. F., Bizuayehu, H. M., Hassen, T. A., Ahmed, K. Y., Ketema, D. B., Amsalu, E., Bore, M. G., Kilbet, G. D., Alemu, A. A., Ayalew, A. A., Shifa, J. E., Bedaso, A., & Leshargie, C. T. (2025). Person-centred maternity care during childbirth: A systematic review in low and middle-income countries. BMC Pregnancy and Childbirth, 25(1), 147.
- ¹²Märthesheimer, S., Hagenbeck, C., Helbig, M., Balan, P., Fehm, T., & Schaal, N. K. (2025). A longitudinal study of the subjective birth experience and the relationship to mental health. BMC Pregnancy and Childbirth, 25(1), 216.
- ¹³Schyt, E., & Bergström, M. (2014). First-time fathers' expectations and experiences of childbirth in relation to age. Midwifery, 30(1), 82–88.

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Digitale Kompetenzen und reflexive Professionalisierung von Hebammen

Erkenntnisse einer bundesweiten Querschnittsstudie

Alina Susanne Unkart¹, Luis Perotti¹, Sandra Strube-Lahmann^{1 2}, Susann Neumann¹

¹ Charité – Universitätsmedizin Berlin, Fachbereich Digitalisierung und Pflegeforschung

² Universitätsmedizin Göttingen, Stabsstelle Pflegewissenschaft

Einleitung

Die **Digitalisierung** transformiert die hebammenprofessionelle Praxis und erfordert neben Kompetenzerwerb eine reflexive Professionalisierung.

Ziel war die Erfassung technikbezogener Einstellungen, Nutzungsmuster und Einflussfaktoren bei Hebammen und Studierenden in Deutschland.

Methode

Online-Querschnittsbefragung (03–04/2025; N = 397) zu Technikaffinität, Technikbereitschaft, Nutzung digitaler Technologien sowie soziodemografischen und beruflichen Merkmalen von (werdenden) Hebammen.

Analyse: deskriptiv, Vgl., Regression

Ergebnisse

Techniknutzung ≥3 h/Tag

→ ↑ Kompetenz, Affinität, Akzeptanz (stärker beruflich), n. s. für negative Folgen und Kontrolle

↓ Affinität/Bereitschaft vs. Norm

→ Unterschiede affektiv, nicht kompetenzbasiert

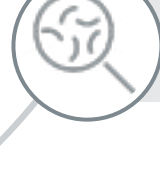
-  **klinisches Setting** signifikant höhere Werte in Technikkompetenz und Technikakzeptanz ($p = 0,025$; $p = 0,007$)
-  **außerklinisches Setting** breiteste Effekte über mehrere Technikdimensionen hinweg ($p = 0,003$ bis $< 0,001$)
-  **Vor- und Nachsorge** selektive Unterschiede ($p = 0,007$ – $0,019$)
-  **Lehre, Forschung oder Berufspolitik** keine signifikanten Unterschiede ($p > 0,05$)

Abbildung 1: Berufssetting spezifische Unterschiede

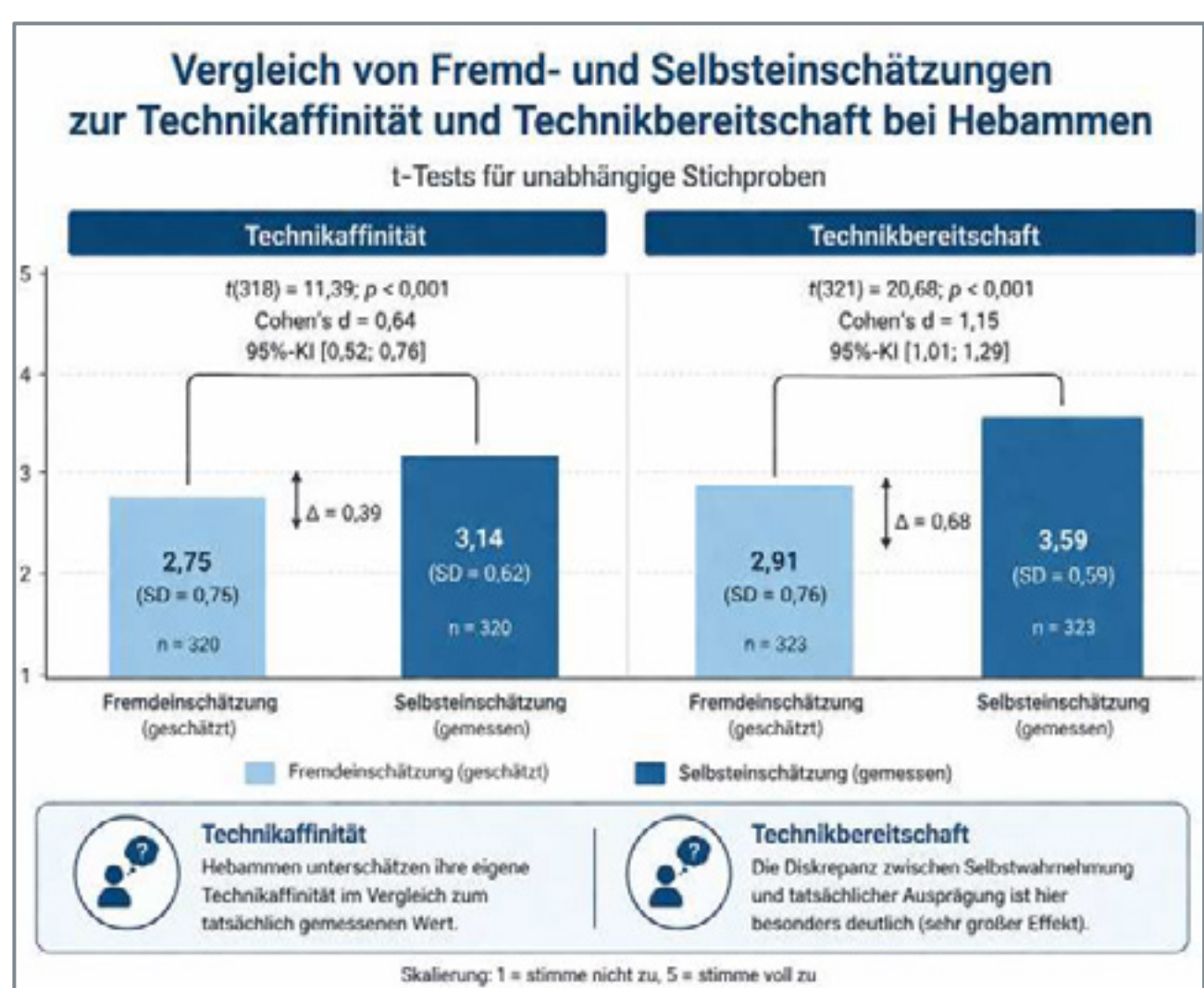


Abbildung 2: Einschätzung der Berufsgruppe vs. Messwerte

Fazit

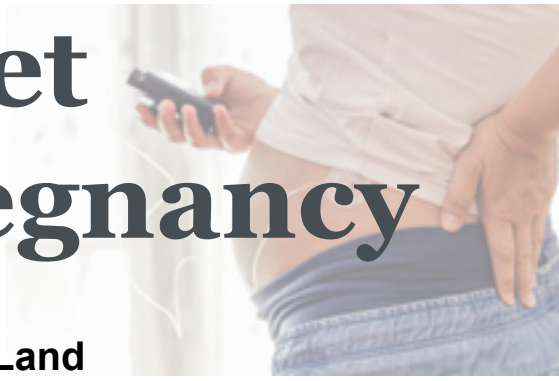
Digitalisierung geht über Kompetenzerwerb hinaus: Einstellungen, Kontext und Nutzungsmuster erfordern reflexive Professionalisierung. Neben Qualifizierung braucht es Reflexionsräume; deren Einfluss auf Handlungskompetenz, Versorgungsqualität und berufliche Identität ist zu untersuchen.

TAKE-HOME MESSAGES

Hohe selbsteingeschätzte Technikkompetenz, aber geringere Affinität/Bereitschaft (vs. Norm); Unterschiede kontextbedingt; Professionalisierung: reflexive Integration > Qualifizierung.

Low Carbohydrate Diet in Type 1 Diabetes Pregnancy

Jennifer Beer-Schilling, Midwife B.Sc & M.Sc.
Academic Advisors: Prof. Dr. Daniela Kahlke and Prof. Dr. Beate Land



Developing a Research Framework for Maternal and Neonatal Outcomes

THE CONUNDRUM

Type 1 diabetes in pregnancy increases maternal and neonatal risk

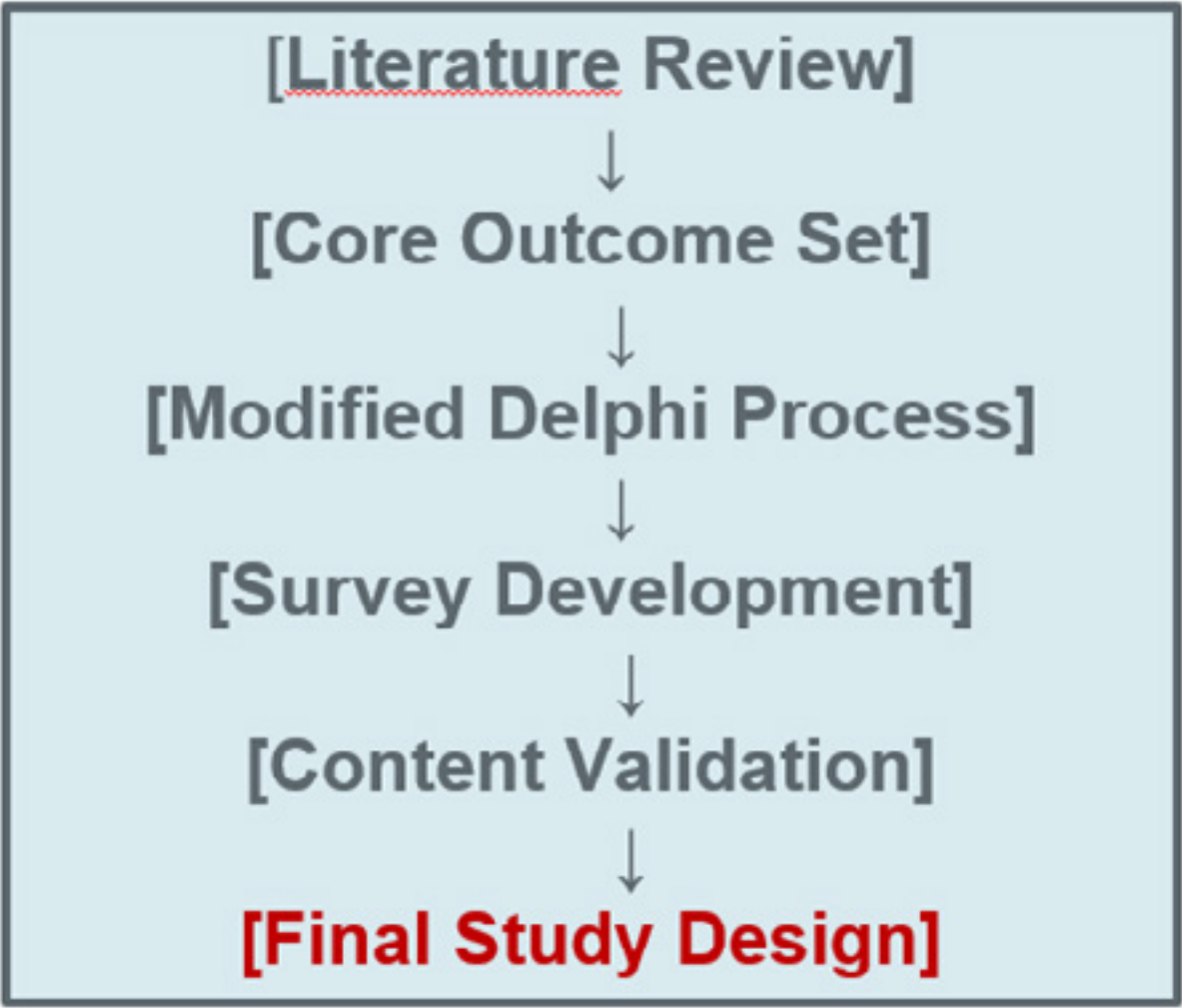
- Optimal glycemic control remains difficult despite modern therapy
- Dietary carbohydrate intake strongly affects postprandial glucose
- Guidelines recommend $\geq 175\text{g/day}$, but many women with T1D consume less
- Report of pregnant women with T1D who follow a very low carbohydrate diet $< 50\text{g/day}$ (VLCD) and excellent glycemic control



LACK OF ADEQUATE EVIDENCE
No studies to substantiate or refute

OBJECTIVE:
To develop a rigorous research framework to investigate very low-carbohydrate diets (VLCD) in T1D pregnancy **where randomized trials are not feasible.** (Equipoise missing)

METHODS



Collaboration

- Dr. Belinda Lennerz MD, (Boston Children’s Hospital / Harvard Medical School)
- Dr. Andrew Koutnik PhD (Florida State University)

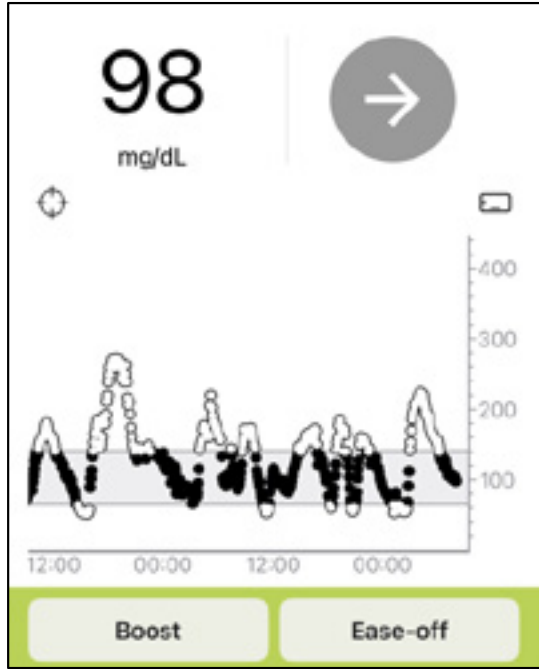
RESULTS

Final Study Design

- Retrospective observational cohort
- Online self-report survey
- Complemented by medical record review (Data triangulation)
- **Primary endpoint: % term AGA live births**

Survey Tool

- 75 items
- 8 domains
- Developed via modified Delphi Process
- Content validity established



CONCLUSION

VLCD use in T1D pregnancy is common—but lacks evidence.
Randomized trials are not feasible.
Real-world data from self-selected women is key.

The Survey provides a rigorous, validated framework to investigate this approach. Findings will address a critical gap in current knowledge. High potential to inform future research and clinical guidance.

Literature

Lennerz BS, Barton A, Bernstein RK, Dikeman RD, Diulus C, Hallberg S et al. Management of Type 1 Diabetes With a Very Low-Carbohydrate Diet. Pediatrics 2018; 141(6).

Malaza N, Masete M, Adam S, Dias S, Nyawo T, Pheiffer C. A Systematic Review to Compare Adverse Pregnancy Outcomes in Women with Pregestational Diabetes and Gestational Diabetes. Int J Environ Res Public Health 2022; 19(17). Available from: URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36078559/>.

Lukmanul Hakim NAM, Rasidi Pairan M, Ikram Zakaria M. Step-By-Step Guide to Calculating Content Validity Index (CVI) For Single Constructs Using Excel. IJRISS 2025; IX(III):1717–26.

Murphy HR, Howgate C, O’Keefe J, Myers J, Morgan M, Coleman MA et al. Characteristics and outcomes of pregnant women with type 1 or type 2 diabetes: a 5-year national population-based cohort study. The Lancet Diabetes & Endocrinology 2021; 9(3):153–64

Die Bedeutung der Beziehung zur eigenen Vagina für den Verlauf und das Erleben einer Geburt

Theresia Collmer, Karen Fried. Kontakt: theresiacollmer@posteo.de



Einleitung

- Die Geburt eines Kindes ist ein bedeutsamer Moment im Leben mit langfristigen Auswirkungen^[1].
- Neben zahlreichen Einflussfaktoren spielt die Vagina als ‚Geburtskanal‘ eine zentrale Rolle.
- Die Bedeutung der Beziehung zur Vagina für die Geburt ist bislang nur hinsichtlich des Vaginismus erforscht.
- Dieser Beitrag lenkt den Blick auf die jenseits dessen bestehende Forschungslücke.



Definition Vaginalität

- Die Beziehung zur eigenen Vagina (**Vaginalität**) ist verankert im Modell des ‚Sexocorporel‘.
- Vaginalität beschreibt das Gefühl der Verbundenheit mit der eigenen Vagina auf kognitiver, physischer und emotionaler Ebene.



Forschungsfrage

Welche Bedeutung hat die präkonzeptionelle Beziehung zur eigenen Vagina im Kontext von Geburtsverlauf und –erleben?



Methodik

Durchführung einer **retrospektiven Querschnittsstudie**

Eckdaten der Studie:

- retrospektive Querschnittsstudie
- Online-Fragebogen (SoSci Survey)
- N = 589 Erstgebärende
- 6-18 Monate postpartum, Einling, Schädellage, 37+0 - 41+6

Auswertung:

- IBM SPSS Statistics 29

Erhebung Geburtserleben:

- Tool: ‚**Salmon’s Item List**‘
- Drei Dimensionen
 - Körperliches Unbehagen
 - Emotionaler Stress
 - Postnatale Emotionen
- 15 Wortpaare, 7-stufige bipolare Skala

gute Erfahrung	1	2	3	4	5	6	7	schlechte Erfahrung
schmerzhaft	0	0	0	0	0	0	0	nicht schmerzhaft

Erhebung Vaginalität:

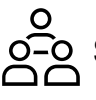
- Kein bestehendes Messinstrument
- Entwicklung eines eigenen semantischen Differentials
- 25 Wortpaare, 6-stufige bipolare Skala

selbstbestimmt	1	2	3	4	5	6	fremdgestimmt
lustlos	0	0	0	0	0	0	lustvoll

Hauptkomponentenanalyse semantisches Differential

- vier statistisch signifikante Komponenten der Vaginalität
→ Selbstbild, Sensorik, Erotisierung Fantasie.
- Höchste Signifikanz mit starkem Cronbachs’s α → Hinweis auf hohe Reliabilität und Inter-Item-Korrelation

Ergebnisse



Stichprobenbeschreibung (N = 589):



Alter: 50% 30 – 34 Jahre



Haushaltsnettoeinkommen: 47% $\geq$ 4.000 €



Bildungsstand: 60% akademisiert



Geburtsmodus: 69,5% Spontanpartus / 11,7% vaginal-operativ / 18,8% Sectio

Die Qualität der Vaginalität

Qualität	Anteil
hoch	25,5%
eher hoch	58,4%
eher gering	16,1%
gering	1,0%

- Gesamtkohorte: **eher gute Beziehung zur eigenen Vagina** (M = 2,78, 1 = hoch, 6 = niedrig)
- 83% haben hohe bis eher hohe Vaginalität

Vaginalität und Geburtserleben

➔ **Vaginalität = positiveres emotionales Geburtserleben**

- ➔ Stresserleben intrapartal ($r = .161$, $p < .01$)
- ➔ positivere Emotionen nach der Geburt ($r = .195$, $p < .01$)
- Relevante Komponente: Erotisierung der Vagina in die Fantasie (K4) ($r = .191$ / $r = .247$).
- ➔ Vaginalität in der Schwangerschaft = leicht positiveres Geburtserleben



Vaginalität und Geburtsmodus

➔ **sensorische Wahrnehmung der Vagina = ➔ Spontanpartus**

- Interozeption als feucht, nachgiebig, gefühlvoll und weich geht einher mit der erhöhten Chance, spontan zu gebären.
- Ein Punkt Verbesserung der vaginalen Sensorik = Steigerung der Odds um $\approx$ 23,2% (OR: 0,768, Skala invertiert).

Vaginalität und Geburtsdauer

➔ **sensorische Wahrnehmung der Vagina = ➔ Dauer AP**

- Je feuchter, nachgiebiger, gefühlvoller und weicher die Vagina empfunden wird, umso leicht kürzer ist der Weg durch die Vagina im Vgl. zu einer negativeren Interozeption ($r = .140$, $p < .002$, 95% KI [.044, .234]).

Diskussion

- Zentrale Einordnung:**
- Die Vaginalität hat neben bereits bekannten Einflussfaktoren eine Bedeutung für den Verlauf und das Erleben einer Geburt.
- Stärken:**
- Erste quantitative Erhebung der Vaginalität
 - Entwicklung eines ersten Messinstruments auf Basis des Modells Sexocorporel
 - Untersuchung im Zusammenhang mit der Geburt
- Limitationen:**
- Retrospektives Design und subjektive Selbstauskunft
 - Darstellung von Kausalität nicht möglich
 - Stichprobe nicht repräsentativ



- Vaginalität und das emotionale Geburtserleben:**
- Emotionales Geburtserleben wird durch Vorerfahrungen geprägt^[2], → Vaginalität könnte eine relevante Einflussgröße sein.
 - Zusammenhang mit sexueller Fantasie (K4) weiter untersuchen
- Sensorische Wahrnehmung der Vagina und Geburtsverlauf:**
- Vaginale Interozeption ist reduziert bei hohem Muskeltonus, geringer Durchblutung sowie einen wenig erschlossenen sensorischen Bezug zur Vagina^[3; 4].
 - eine geringe sensorische Wahrnehmung der Vagina könnte das Wahrnehmen von Wehen, Druck und Dehnung mindern und den Geburtsprozess hemmen.

Fazit

- Das Gefühl der Verbundenheit mit der eigenen Vagina kann in der Schwangerschaft geburtsvorbereitend durch Angebote von Sexolog:innen, gemeinsam mit Hebammen, gefördert werden.
- Zur Erhebung des Unterstützungsbedarfs kann das entwickelte Tool genutzt werden (siehe QR Code)
- Prospektive Forschung zur Feststellung kausaler Zusammenhänge und zur Validierung des Tools zur Vaginalität werden benötigt.



Fragebogen zur Erhebung der Vaginalität in der Praxis



Masterarbeit Vaginalität

Literatur- [1] Benyamini, Y., Delicate, A., Ayers, S., Dikmen-Yildiz, P., Gouni, O., Jonsdottir, S. S., Karlsdottir, S. J., Kömürçü Akik, B., Leinweber, J., Murphy-Tighe, S., Pajalic, Z., Riklikiene, O. & Limmer, C. M. (2024). Key dimensions of women's and their partners' experiences of childbirth: A systematic review of reviews of qualitative studies. PLoS ONE, 19(3). [2] Salmon, P. & Drew, N. C. (1992). Multidimensional assessment of women's experience of childbirth: relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history. Journal of psychosomatic research, 36(4), 317–327. [3] Bischof, K. (2017). Einführung in die Methode des Sexocorporel am Beispiel der Vaginalität der Frau. Körper – Tanz – Bewegung, 5(4), 162. [4] Kontula, O. & Miettinen, A. (2016). Determinants of female sexual orgasms. Socioaffective neuroscience & psychology, 6, 1–21.

Geburtspraktiken im Wandel

Die Beckenendlagegeburt im historischen und modernen Kontext

J. T. Maus¹, J. Graf², C. F. Plappert²

¹Promotionsstudentin (Dr. med. dent.), Institut für Gesundheitswissenschaften, Abteilung Hebammenwissenschaft, Eberhard Karls Universität Tübingen, Deutschland

²Institut für Gesundheitswissenschaften, Abteilung Hebammenwissenschaft, Eberhard Karls Universität Tübingen, Deutschland

Einleitung

- Wandel weiblich dominierter Hebammenkunst zu männlich-ärztlich geprägter Geburtshilfe im 19. Jahrhundert [1]
- Auch heute ist Beckenendlagegeburt ärztlich geleitet [2]

Inzidenz Beckenendlage:
3-5 % [3]

Geburtsmodus Beckenendlage (BEL)
(Deutschland, 2023) [4]

Geburten
gesamt

Beckenendlage

■ Sectio

■ vaginaler Modus

Methoden

- Analyse von 46 Quellen: Geburtshilfliche Lehrbücher aus dem Deutschen Kaiserreich (1871–1918) und aktuelle Lehrwerke bis 2024
- Vergleich von historischen & modernen Praktiken bei vaginaler Einlings-Beckenendlagegeburt & Untersuchung von Erklärungsansätzen
- Betrachtung des Wandels mittels Indikatoren: Technische Entwicklungen, Verletzungs- und Infektionsrisiko, Arzt-Patientinnen-Verhältnis im Kontext von Männlichkeits- und Frauenbildern

Ergebnisse				
Indikatoren für Wandel	Praktik		Deutsches Kaiserreich	Moderne Geburtshilfe
a. Technische Entwicklung, Überwachung & medikamentöse Beeinflussung der Geburt	Geburtshaltung		Vorwiegend Rückenlage ^{b,e,f} , Seitenlage	Vorwiegend aufrechte Haltung ^{b,e,f} , Rückenlage, Seitenlage
b. Frauen*emanzipationsbewegungen (Selbstbestimmung)	Vorbereitende Geburtshilfe		Äußere Wendung auf den Kopf, Umwandlung Steiß-Fuß-Lage in unvollkommene Fußlage (auch prophylaktisch) ^f	Äußere Wendung auf den Kopf ^e
c. Thematisierung von Gewalt in der Geburtshilfe	Entbindende Geburtshilfe			
d. Etablierung von Hygienemaßnahmen zum Schutz von Frau* und Kind	Manuell	Geburt bis zum Schulterblatt	Ganze Extraktion ^{a,b,f,g} , Kristeller-Handgriff ^{c,e} , Einhaken in Hüftbeuge (Finger) ^{a,b,f} , Extraktion an beiden Füßen nach (prophylaktischer) Überführung in vollkommene Fußlage ^{e,f}	Rumpf-Selbstentwicklung bis Scapulae ^{a,b,c,g} , Umwandlung Steiß-Fuß- in unvollkommene Fußlage bei Stagnation ^e
e. Leitlinien gestütztes bzw. evidenzbasiertes Geburtsmanagement		Armlösung und Manualhilfe nach Bracht	Vorgehen entsprechend klassischer Armlösung ^f	<u>Rückenlage:</u> Manualhilfe nach Bracht ^{d,e,f} , Armlösung nach Lövset/Bickenbach/Müller, klassische Armlösung (im Ausnahmefall) ^f <u>Vierfüßlerstand:</u> Armlösung nach Bickenbach/Louwen ^f
f. Entwicklung schonenderer Methoden zur Senkung von Geburtstraumata		Kopflösung	Wigand-A. Martin-v. Winckel-Handgriff ^d , Veit-Smellie-Handgriff, Kristeller-Handgriff	<u>Rückenlage:</u> Manualhilfe nach Bracht ^{d,e,f} , Veit-Smellie-Handgriffe ^e , Kristeller-Handgriff (umstritten) ^{c,e} <u>Vierfüßlerstand:</u> Frank Nudge ^e , Veit-Smellie-Handgriffe ^e
g. Sectio bietet sicherere Alternative zu vaginaler Geburt im Komplikationsfall	Instrumentell		Zange zur Kopfextraktion, Haken oder Schlinge zur Extraktion an Hüftbeuge ^{b,f,g}	Zange zur Kopfextraktion (bei Versagen manueller Techniken) ^{b,e,f}

Schlussfolgerungen und Ausblick

- Grundlegende Veränderung des Beckenendlagenmanagements seit dem Deutschen Kaiserreich: Entwicklung von interventionsorientierter Geburt hin zu physiologischer Unterstützung
- Geburtshilfliche Praktiken sind stets beeinflusst durch gesellschaftliche und geschlechtsspezifische Vorstellungen
- Vereinheitlichte evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen, das Autonomieverständnis der Frau*, die Problematisierung geburtshilflicher Gewalt sowie Fortschritte in Technologie, Behandlungstechniken und Hygiene fungieren als zentrale Indikatoren und Treiber der beobachtbaren Transformation im Beckenendlagenmanagement
- Debatte bleibt aktuell: Erfahrungsmangel und persistierende Risikowahrnehmung des vaginalen Geburtsmodus zugunsten der Sectio

Stumpfer Haken [5]

Quellenverzeichnis:



* bezieht sich auf das biologische weibliche Geschlecht, unabhängig von der Genderidentität

Personalbedarfsprognosen als Grundlage strategischer Versorgungsplanung in der Hebammenarbeit:

eine multi-szenarische Modellierung für Österreich bis 2032

Stefan Mathis-Edenhofer¹, Johanna Pilwarsch¹, Elisabeth Rappold¹, Beate Kayer^{2,3}

¹ Gesundheit Österreich GmbH, Wien; ² Hochschule Burgenland, Burgenland, ³ Österreichisches Hebammengremium

zum
Bericht
>>



Praktizierende Hebammen

2.510

registrierte Hebammen am
1.1. 2022

Erwartete Pensionierungen

557

Ersatzbedarf bis 2032 (22%
der aktiven Hebammen)

Basisfall Ersatzbedarf

509

Geburtenprognose +
Pensionierungen

Kumulativer Mehrbedarf

1.412

bei Umsetzung von allen
Alternativszenarien bis 2032

Hintergrund

Im Auftrag des **Österreichischen Hebammengremiums** und der **Arbeiterkammer Wien** wurde an der **Gesundheit Österreich GmbH** eine Hebammenprognose bis 2032 erstellt. Ziel war, den künftigen Personalbedarf unter unterschiedlichen versorgungspolitischen Szenarien zu quantifizieren und damit evidenzbasierte Entscheidungen in der Gesundheitspolitik zu unterstützen.

Datenbasis

- Österreichisches Hebammenregister
- Geburtenprognose der Statistik Austria
- Daten der österreichischen Sozialversicherung
- Ausbildungsdaten der AQ Austria

Alternativszenarien

AS1: regionaler Ausgleich der Versorgungsdichte auf den Bundesdurchschnitt

AS2: Zunahme von Hausbesuchen p.p. infolge von frühem Entlassungstrend

AS3: zusätzliche Leistung im Eltern-Kind-Pass

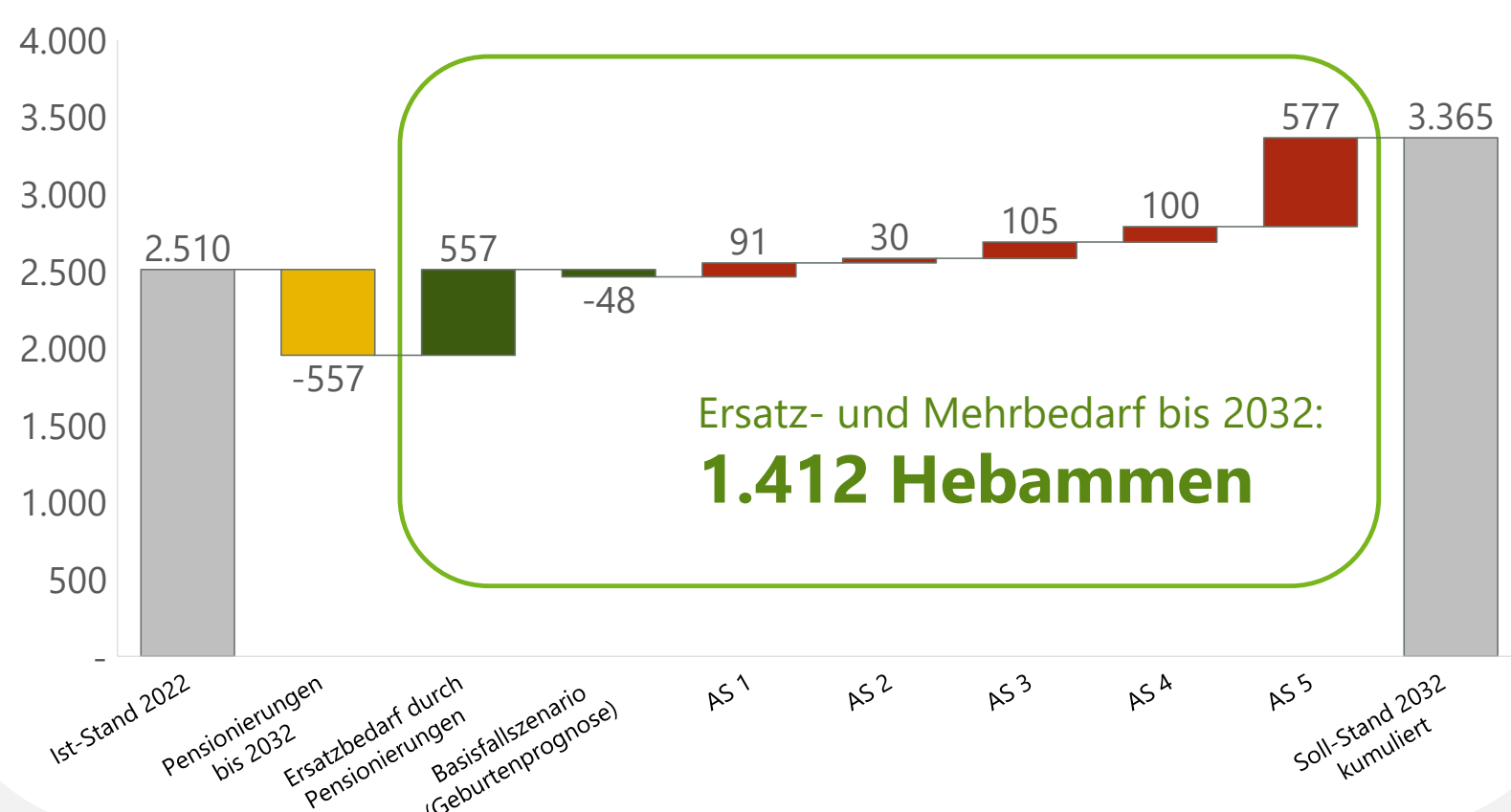
AS4: Ausweitung des Leistungsspektrums im präventiven Bereich

AS5: leitlinienkonforme 1:1-Betreuung ab aktiver Eröffnungsperiode

Ergebnis

Der zusätzliche Personalbedarf entsteht primär durch versorgungspolitische Zielsetzungen.

Unter der mittleren Fertilitätsprognose sinkt die Zahl der Geburten bis 2032 leicht auf ca. 84.000. Dieser Rückgang wird jedoch durch Pensionierungen und höhere Versorgungsstandards überkompensiert. Der größte Faktor ist die leitlinienkonforme 1:1-Betreuung während der Geburt.



Was die Prognose impliziert

- Die demografische Entwicklung allein würde den Personalbedarf leicht reduzieren; bereits die erwarteten Pensionierungen führen jedoch zu einem erheblichen Ersatzbedarf.
- Die Höhe des zukünftigen Mehrbedarfs hängt maßgeblich von gesundheitspolitischen Entscheidungen ab, insbesondere in Bezug auf Eltern-Kind-Pass Leistungen und geburtshilfliche Standards wie die 1:1-Betreuung ab der aktiven Eröffnungsperiode.
- Ausbildungsplanung sollte daher nicht isoliert betrachtet werden, sondern gemeinsam mit Maßnahmen zur Personalbindung, Arbeitsbedingungen und politischen Zielsetzungen.

Limitationen

- Geografische und berufliche Abwanderung konnten aufgrund unzureichender Daten nicht berücksichtigt werden.
- Unterschiede in Teilzeit-/Vollzeit-Arbeit sowie allgemeine Fluktuation wurden nicht quantifiziert.
- Die tatsächliche Entwicklung von Geburtenzahlen und die Umsetzung der Szenarien können von den getroffenen Annahmen abweichen; die Prognose sollte daher regelmäßig aktualisiert werden.

KONTAKT: johanna.pilwarsch@goeg.at
+43 676 848 191 178

Neue ICM-Kompetenzen, altes Prüfungsformat – warum die HebStPrV doppelt reformiert werden muss

Prof. Dr. Claudia Plappert ¹, Janice Hill ¹, Tina Werringloer ¹, Prof. Dr. Julia Berger ²

¹ Institut für Gesundheitswissenschaften, Abteilung Hebammenwissenschaft, Universitätsklinikum Tübingen, Hölderlinstraße 19, 72074 Tübingen, Deutschland

Hintergrund

Die *ICM Essential Competencies for Midwifery Practice (2024)* erweitern zentrale Anforderungen an Hebammen, insbesondere im Bereich **Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR)**.

➔ neue Kategorie „**Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR)**“

➔ damit werden übergreifende Kompetenzen mit Fokus auf **menschenrechtsbasierte, bedarfsgerechte Versorgung vulnerabler Personen** gestärkt.

Diese Standards bilden zugleich die Grundlage der

Fragestellung

Wie bildet die HebStPrV 2020 die erweiterten ICM-Kompetenzen (2024) ab – und wie lassen sich diese im Studium aufbauen und valide prüfen?

Strukturelle Diskrepanz: ICM 2024 – HebStPrV 2020 im Vergleich

ICM Competencies for Midwifery Practice (2024)
Kategorie 2: Sexual and reproductive Health and Rights (SRHR)

Relevante Inhalte:

- Zugang zur Versorgung
- Diversität & Intersektionalität
- individuelle Lebensumstände
- Versorgung von Frauen in Risikosituationen
- unvoreingenommene Beratung
- Equity & Vulnerabilität (übergreifend)

Gerahmt durch übergreifende Kompetenzen (Kategorie 1):

Autonomie, Verantwortung, interprofessionelle Zusammenarbeit sowie Equity und diskriminierungssensible Versorgung

ICM 2024	HebStPrV (Anlage 1)	Bewertung
<u>Zugang zur Versorgung</u>	keine explizite Entsprechung	✗
Diversität / Intersektionalität	Kommunikation & Beratung (II.1–II.2)	⚠ teilweise
Individuelle Lebensumstände	Beratung & Betreuung (II.1–II.2)	⚠ teilweise
Risikosituationen	Risikoerkennung (I.1–I.3)	⚠ teilweise (aus ärztlicher Sicht)
Unvoreingenommene Beratung	Kommunikation / Ethik (II.1–III.1)	⚠ teilweise
Equity / Vulnerabilität	nicht explizit benannt	✗
SRHR	nicht vorhanden	✗

Zuordnung basierend auf Analyse der Kompetenzen in Anlage 1 der HebStPrV (2020) im Vergleich zu ICM (2024)



HebStPrV (2020)

Verankerung von Kompetenzanforderungen zu:

- Versorgung vulnerabler Personen
- Zugang zur Versorgung
- Equity und diskriminierungssensibler Praxis
- ➔ **Integration in Anlage 1, II (Beratung), III (professionelles Handeln)**

teilweise implizit verankert, jedoch nicht als eigenständiger Kompetenzbereich

Lehr- und Prüfungsansätze- Best Practice

Modul „Schwangerschaftsvorsorge und Gesundheitsförderung bei vulnerablen Bevölkerungsgruppe“

(ca. 6. Fachsemester)

Methodenmix:

- LEGO® SERIOUS PLAY®
- World Café
- Simulationsbasiertes Rollenspiel
- Austausch mit betroffenen Frauen*
- Integration von Theorie, Praxis und Reflexion (Hill et al., 2026)

Didaktische Wirkung:

- Perspektivübernahme
- Reflexionsfähigkeit
- Stärkung von Handlungssicherheit
- Praxis-Wissens-Verknüpfung
- **Kompetenzzuwachs** insbesondere bei Themen wie: Migration/Flucht FGM/C, Rassismus



Reformbedarf der staatlichen Prüfung:

- Einmalprüfung statt prozesshafter Kompetenzentwicklung
- eingeschränkte Validität für komplexe berufliche Handlungskompetenz
- hohe Belastung und begrenzte Fairness
- Mismatch zwischen longitudinalem Kompetenzaufbau und punktueller Abschlussprüfung
- ➔ **Kompetenzorientierte Studienstrukturen und erweiterte ICM-Kompetenzen erfordern kontinuierliche, formative Prüfungsformate**
- **Programmatic Assessment:** kontinuierliche, kompetenzorientierte Leistungsbewertung über den

	Einmalprüfung	Prozessprüfung	ONK	schulische Prüfung	Reflexion	kompetenzorientiert (Hill et al. 2026)	Qualitätskriterium (Hill et al. 2026)
Studium							
Staatliche Prüfung							
Einmalprüfung	33	20	33	33	33	33	33
Wöchentliche Entscheidung	33	33	33	33	33	33	33
Kommunikation	33	33	33	33	33	33	33
praktische Fertigkeiten	33	33	33	33	33	33	33

Blueprinting: systematische Abstimmung von Lernzielen, Kompetenzen und

Fazit:

Die Erweiterung der ICM-Kompetenzen (2024) wird in der HebStPrV 2020 nur teilweise abgebildet.

Eine zukunftsfähige Hebammenausbildung erfordert daher die Integration von Kompetenzen zu Vulnerabilität und SRHR, die Entwicklung geeigneter Lehrformate zum Kompetenzaufbau sowie eine Reform der Prüfungsformate hin zu kontinuierlichen, kompetenzorientierten Verfahren.

Quellen:

- Berger, J., & Plappert, C. F. (2025). Prüfungsmarathon statt Studienabschluss: Was leistet die staatliche Prüfung für Hebammen wirklich? *Duales Studium*, 2, 51–60.
- Hill, J., Werringloer, T., Keim, U., Meisl, M., & Plappert, C. F. (2026). Educating for equity: Preparing student midwives for antenatal care of vulnerable pregnant women—A pilot study. *Healthcare*, 14(7), 952. <https://doi.org/10.3390/healthcare14070952>
- International Confederation of Midwives. (2024). Essential competencies for midwifery practice. Embo, M., Levy, C., & Pairman, S. (2025). *Midwifery*.

Vorteile der Quantilsregression in der Hebammenforschung – ein Beispiel mit Daten aus dem COCOON-Survey

AC Hallet^{1,2}, BF Bradford³, S Loughnan⁴, V Flenady⁴, MM Gross¹, RS Cronin⁵, LM Spineli¹, COCOON Global Collaboration

¹Forschungs- und Lehrereinheit Hebammenwissenschaft, Medizinische Hochschule Hannover, Deutschland
²PhD programme Epidemiology, Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung, Hannover/Braunschweig, Deutschland
³School of Nursing, Midwifery and Health Practice, Victoria University of Wellington, Wellington, New Zealand
⁴NHMRC Centre of Research Excellence in Stillbirth, Mater Research Institute, The University of Queensland, Brisbane, Australia
⁵Women’s Health Division, Health NZ - Te Whatu Ora Counties Manukau, Auckland, New Zealand



Hintergrund

- Lineare Regression (Ordinary Least Squares, OLS) allgegenwärtig aber basiert auf starken Annahmen: Linearität sowie Normalität und Heteroskedasizität der Residuen
- Perinatal erhobene Real-World-Daten weisen häufig schiefe Verteilungen auf, Bedingungen für OLS nicht immer erfüllt
- Beispiel: Psychometrische Skalen wie Edinburgh Postnatal Depression Scale (Depression, EPDS) oder State-Trait-Anxiety-Inventory (Angst, STAI)
- Alternative: Quantilsregression, die den konditionalen Median oder andere Perzentilen statt des Mittelwerts des Outcomes modelliert [1]
- Ermöglicht Untersuchung von Assoziationen entlang verschiedener Punkte der Verteilung
- Ziel: Untersuchung der Assoziation von Charakteristika relationaler Versorgung mit ante- und postpartalen EPDS- und STAI-Scores anhand eines Vergleichs von OLS und Quantilsregression

Methoden

- Online-Umfrage in Aotearoa-Neuseeland im Rahmen des internationalen COCOON-Projekts [2] zwischen Juli 2020 und Juni 2021
- Fragebogen mit sieben Fragen zur relationalen Versorgung auf 5-Punkt-Likert-Skala, EPDS und STAI-State, und soziodemografische Angaben
- Einschlusskriterien: Wohnort Aotearoa Neuseeland, Schwangerschaft/Geburt nach dem 30. Januar 2020, Schwangerschaftsdauer ≥ 20 Wochen → N= 511
- Modelldiagnostik zur Prüfung der Voraussetzungen (Abbildungen 1 und 2)
- Primäre Analyse: Quantilsregression mit ersten, zweiten und dritten Quartilen, Sensitivitätsanalyse: OLS
- Unabhängige Variable: Score der relationalen Versorgung, Spannweite -14 bis +14
- Analyse getrennt für Schwangerschaft/Postpartum, STAI- und EPDS-Werte als Endpunkte
- Analyse mit Software R, Version 4.5.1 [3]

Ergebnisse

Abbildung 1 – Verteilung von STAI- und EPDS-Scores

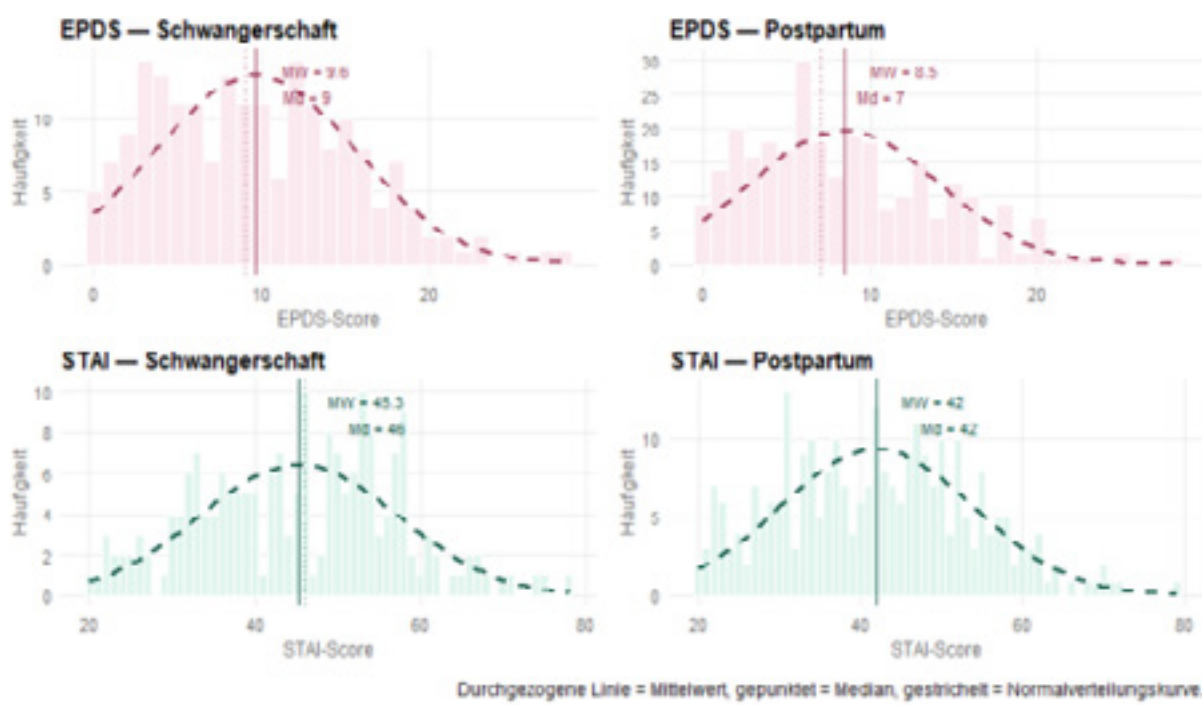


Abbildung 4– Assoziation des Versorgungsscores mit EPDS und STAI-Scores

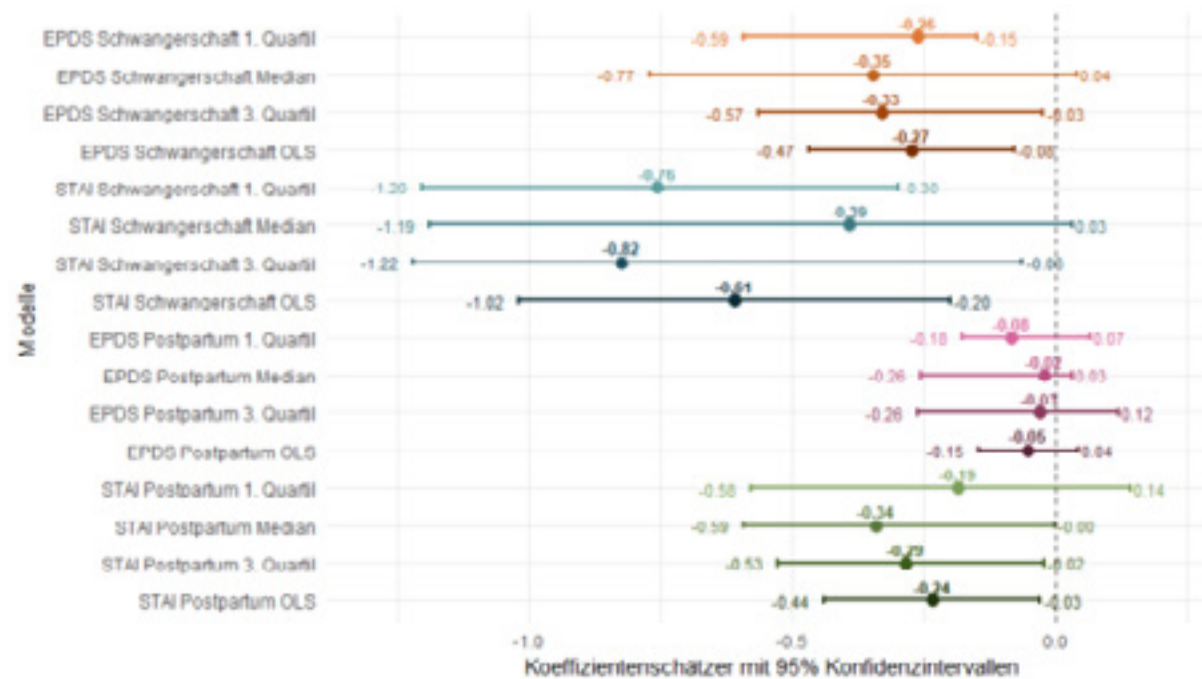
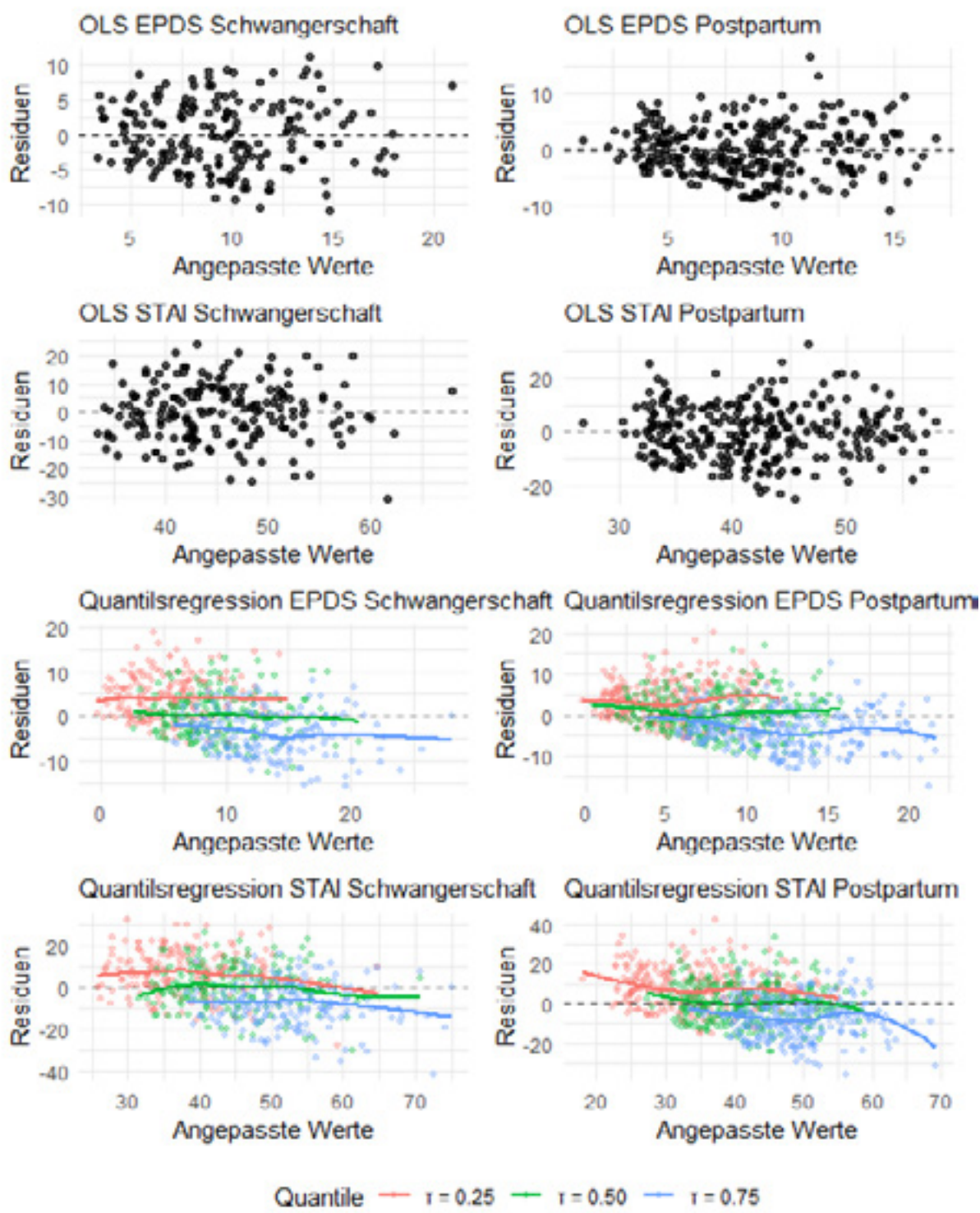


Abbildung 2 – Residuen versus angepasste Werte



Diskussion und Schlussfolgerung

- Heteroskedastizität (EPDS Schwangerschaft) und rechtsschiefe Verteilung (EPDS Schwangerschaft/Postpartum) in Modelldiagnostik sichtbar
- Konsistentes Muster negativer Zusammenhänge zwischen relationaler Versorgung und STAI- sowie EPDS-Werten, insbesondere für Angst in der Schwangerschaft, auch wenn nicht alle Effekte statistisch signifikant waren
- Unterschiedlich bedingte Quartile zeigen unterschiedliche Stärke des Zusammenhangs (Abbildung 3)
- Sensitivitätsanalyse ergab ebenfalls negative Zusammenhänge, jedoch unterschieden sich Ausmaß und Standardfehler von denen der Quantilsregression (Abbildung 3)
- Quantilsregression bietet interessante Möglichkeiten zur Untersuchung komplexer Assoziationen wie nichtlinearer Beziehungen, die in der Hebammenforschung häufig vorkommen

Literatur

[1] Koenker R, Hallock KF. Quantile Regression. J Econ Perspect 2001;15:143–56. <https://doi.org/10.1257/jep.15.4.143>.
[2] Loughnan SA, Gautam R, Silverio SA, Boyle FM, Cassidy J, Ellwood D, et al. Multicountry study protocol of COCOON: Continuing Care in COVID-19 Outbreak global survey of New, expectant, and bereaved parent experiences. BMJ Open 2022;12:e061550. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061550>.
[3] R Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing 2025.

Ethikvotum: Human Research Ethics Committee, Mater Misericordiae Ltd, Australien, Nummer 63526

Interessenskonflikt: Nicht deklariert

Keywords: Quantilsregression – Psychometrische Skalen – Hebammenforschung – Statistische Methoden

Anne C. Hallet
Forschungs- und Lehrereinheit Hebammenwissenschaft
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
E-Mail: hallet.anne@mh-hannover.de

Nina Reitis ^{1,2,3}, Anke Diemert ^{1,2}, Birgit-Christiane Zyriax ^{1,3}

¹Nachwuchsforschungszentrum für sexuelle und reproduktive Gesundheit bei Übergewicht und Adipositas (SRHOO), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg, Deutschland

²Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin, UKE, Hamburg, Deutschland

³Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei den Pflegeberufen (IVDP), UKE, Hamburg, Deutschland

Hintergrund

- Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas steigt. Beide Erkrankungen beeinflussen die sexuelle und reproduktive Gesundheit entlang des gesamten reproduktiven Kontinuums
- Betroffene Frauen erleben häufiger gesundheitliche Risiken, psychosoziale Belastungen und Versorgungslücken
- Gewichtsstigmatisierung und fehlende passgenaue Unterstützung können die Inanspruchnahme von medizinischer Gesundheitsversorgung erschweren
- Hebammen begleiten Frauen kontinuierlich über den gesamten Betreuungsbogen und nehmen eine Schlüsselrolle ein

SRHOO am UKE

- SRHOO (sexual and reproductive health in overweight and obesity) ist ein intra und inter- professionelles Junior Research Centre am UKE (BMBFR gefördert)
- Ziel ist es, negative Auswirkungen von Übergewicht und Adipositas auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit zu reduzieren
- Das Forschungszentrum verbindet klinische, versorgungswissenschaftliche und präventive Perspektiven

Intra- und interprofessionelle Forschungsbereiche



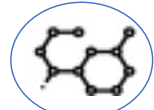
Geburtshilfe



Hebammenwissenschaft



Sexual-mezizin



Endokrinologie/ Grundlagen-forschung



Immunologie/Reproduk-tionsmedizin



Public Health/ Versorgungs-forschung

Die Hebammenperspektive



Kontinuität



Beziehungs-arbeit



Körper-akzeptanz



Stigma-sensible Kommunikation



Praktische Unterstützung

Die Hebammenperspektive macht sichtbar, wie bedarfsorientierte, vertrauensvolle und alltagsnahe Begleitung zur Verbesserung der Versorgung beitragen kann und wo Schnittstellen aktiv werden sollten.

Relevante Themen im SRHOO-Kontext

- Stillförderung und Stillunterstützung bei Übergewicht und Adipositas
- Gesundheitsförderung im prä-, peri- und postpartalen Verlauf
- Bedarfe von Frauen und Familien
- Interprofessionelle Zusammenarbeit und Schnittstellen in der Versorgung Versorgungsforschung und Weiterentwicklung klinischer Angebote



Methodische Zugänge



- Qualitative Expert:innen-Interviews
- Expert:innen- und Praxisperspektiven
- Kohortenforschung (z.B. PRINCEplus)
- Interprofessionelle Panel- und Transferformate
- Triangulation und Praxisübersetzung



Bedeutung für Praxis und Forschung



- Hebammenkompetenzen in Versorgungskonzepten wie der Stillförderung stärker sichtbar machen
- Stigma-sensible Kommunikation fördern
- Kontinuität und niedrigschwellige Unterstützung stärken
- Evidenzbasierte, inklusive präkonzeptionelle, prä-, peri- und postnatale Versorgung weiter-entwickeln

Ausblick



- Ableitung praxisnaher Empfehlungen
- Impuls für Lehre, Versorgung und -modelle
- Weiterentwicklung interprofessioneller Strukturen am UKE und darüber hinaus

„Die Hebammenperspektive ist zentral, um Stillförderung und Versorgung für Frauen mit Übergewicht und Adipositas bedarfsgerecht, stigma-sensibel und interprofessionell zu gestalten“

Vom Lernen zum Können

Kompetenzorientiert Lehren und Prüfen im Skills Lab

Qualitative Erhebung zum Kompetenzerwerb im Skills Lab der Hebammenwissenschaft

Forschungsdesign

Forschungsfragen	Methode
Welchen Mehrwert leistet die simulationsbasierte Lehre im Dritten Lernort zur Kompetenzorientierung im Hebammenstudium?	10 Expertinnen-interviews - Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz - Auswertung mit MAXQDA
Welche Kompetenzen können in der praktischen Prüfung nach HebStPrV-Kompetenzbereich „Geburt“ im Dritten Lernort zur Berufszulassung geprüft werden und wie werden sie geprüft?	Forschungsziel Darstellung des Mehrwerts des Dritten Lernortes für die praktische Prüfung zur Berufszulassung



Mehrwert der simulationsbasierten Lehre

Didaktische Reflexion

- Was machen wir eigentlich, wenn wir im Skills Lab praktisch üben?
- Welche Kompetenzen werden gefördert?
- Welche Methoden wirken?

„und zu begreifen und dabei das Wort begreifen, hat für mich ganz viel mit Kompetenz zu tun.“ (I10, Pos. 12)

„Lohnt sich dieser ganze Aufwand tatsächlich?“ (I7, Pos. 58)

Forschungslücke

Kaum Evidenz zur Effektivität der Methoden

Kompetenzprüfung im Skills Lab

Praktische Prüfung im Kompetenzbereich Geburt

- Fokus auf Performanz
- Sichtbarkeit von Kompetenz begrenzt
- Bewertung basiert auf beobachtbarem Handeln

Es wird vorwiegend die Performanz geprüft...“ (I7, Pos. 42)

Forschungsausblick

Weiterentwicklung

- Professionseigener Wissensbereich
- Hebammendidatik: Theorie des Lernens und Erforschung von Lehr- und Lernmethoden
- Organisatorische Entwicklung von den am Studium beteiligten Organisationen (vPE, Hochschule, Universität) am dual praxisintegrierendem Studium

Bericht anfordern

