

Academic education of midwives in Germany (part 2): Opportunities and challenges for the further development of the profession of midwifery. Position paper of the Midwifery Science Committee (AHW) in the DACH Association for Medical Education (GMA)

Abstract

The objective of academic training is to prepare midwives as independent healthcare professionals to make a substantial contribution to the healthcare of women in their reproductive years as well as to the health of their children and families. This article therefore describes the professional and educational requirements derived from the legal midwifery competencies within the new midwifery act. Furthermore, it identifies the conditions that need to be established to enable midwives in Germany to practise to their full scope in compliance with statutory responsibilities.

Educational science, academic efforts, policymaking and accompanying research should work in synergy. This in turn enables midwives to achieve the maximum scope of their skills, with the objective of promoting physiological pregnancies and births. Consequently, it can strengthen early parenthood in alignment with the national health objectives of “health around childbirth”.

The academisation of the midwifery profession presents a profound opportunity for professional development in Germany. It is essential that midwives receive training based on the principles of educational science and care structures that are yet to be developed. This can enable them to perform within the wide range of their professional tasks to the highest standards, thereby ensuring the optimal care of their clients. Moreover, there is a chance to implement sustainable improvements in healthcare provision for women and their families during the reproductive phase and the period of parenthood in Germany.

Keywords: academisation, health professionals, midwives, discipline development

Sabine Striebich¹

Nicola H. Bauer²

Kirsten

Dietze-Schwonberg³

Melita Grieshop⁴

Annette Kluge-Bischoff⁵

Birgit-Christiane Zyriax⁶

Claudia F. Plappert⁷

1 Martin Luther University Halle-Wittenberg, University Medicine Halle, Medical Faculty, Institute of Health and Nursing Science, Halle (Saale), Germany

2 University of Cologne and University Hospital Cologne, Medical Faculty, Institute for Midwifery Science, Cologne, Germany

3 University Hospital of Johannes Gutenberg University Mainz, Mainz, Germany

4 Protestant University of Applied Sciences Berlin, Berlin, Germany

5 University of Augsburg, Medical Faculty, Augsburg, Germany

6 University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Midwifery Science – Health Services Research and Prevention, Institute for Health Services Research in Dermatology and the Nursing Professions (IVDP), Hamburg, Germany

7 University of Tübingen, Institute of Health Science, Tübingen, Germany

1. Background

With the adoption of the new professional laws in 2019 and 2020 (Midwifery Act [https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/BJNR175910019.html] and Midwifery Study and Examination Ordinance [<https://www.gesetze-im-internet.de/hebstprv/BJNR003900020.html>]), the transfer of the midwifery profession to the academic level in Germany has gained momentum. The neighbouring countries of Austria and Switzerland had already undergone the same process 15 years earlier. However, the development of the profession and the existing regulations governing midwifery practice in this country differ significantly from those in Austria and Switzerland.

1. Developments in the midwifery profession in Austria – a brief overview

In Austria, the invoicing of freelance, independent services with health insurance providers is contingent upon the individual registration with their health insurance fund. Nevertheless, in recent years, the recruitment and re-recruitment of midwives to these roles has often been challenging due to the lack adequate financial funding and the inflexibility of working schedules. In many regions, this has resulted in a significant number of independent midwives whose services are available and largely financed privately by women and families. This development has led to the emergence of a two-tier midwifery care system, which politicians have attempted to address through the introduction of a new comprehensive contract. This contract ensures the provision of enhanced financial funding, greater operational flexibility for the interaction of midwives with health insurance funds, as well as a second appointment with a midwife during the pregnancy period. Nevertheless, with the exception of two consultations with midwives, antenatal care in Austria is the exclusive domain of obstetricians. Consequently, the core competencies of freelance midwives remain significantly constrained. The establishment of so-called primary care centres, as currently being implemented, has the potential to strengthen the role of midwives in primary healthcare. The revised Primary Care Act explicitly identifies midwives as an essential component of care in the 150 primary care centres planned for establishment by 2025.

2. Developments in the midwifery profession in Switzerland – a brief overview

In Switzerland, as in Germany and Austria, midwives may work in an employment, as affiliated freelance midwives in hospitals, or they are completely self-employed. In addition to the existing competencies and qualifications, universities also offer a range of further education qualifications. These include the Certificate of Advanced Studies (CAS, 10-15 ECTS), the Diploma of Advanced Studies (DAS, 30 ECTS) and the Master of Advanced Studies (MAS, 60 ECTS). A

CAS degree is the academic prerequisite for the role of expert within university hospitals. Alternatively, an MAS or MSc is necessary for the role of midwifery expert. Specialist midwifery experts are required to hold at least an MSc degree. Therefore, MSc programmes designed for students wishing to become Advanced Practice Midwives provide the necessary training. This profile is currently in development by universities in collaboration with practitioners (Conference for Midwifery Profession within Health Conference and Swiss Association of Midwives, 2021).

The aim of academic education is to enable midwives to think critically about their actions as “reflective practitioners”. This should facilitate the development of their own research activities and academic career paths, as well as the shaping of responsible interprofessional collaboration [https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/BJNR175910019.html]. Midwives are qualified to practise “independent and comprehensive midwifery work in the inpatient and outpatient sector” and to do so in accordance with the “generally recognised standard of midwifery, medical and other scientific knowledge on the basis of professional ethics” (Midwifery Act (HebG) 2019, study objective §9) [<https://www.gesetze-im-internet.de/hebstprv/BJNR003900020.html>], with further details on §9 available in attachment 1, table S1.

The legally defined competencies for graduates of a Bachelor's degree programme [1] (see attachment 1, table S2) in the Midwifery Study and Examination Ordinance (HebStPrV 2020), Appendix 1, establish the responsibility of midwives for planning the healthcare of women and trans*, inter and non-binary people who are pregnant and give birth to a child in central Europe. The aforementioned competencies extend to encompass the reproductive phase of life, encompassing family planning, pregnancy, birth, the postpartum period, and the end of the child's first year of life or the end of breastfeeding (“Midwifery care continuum” [in Germany called “Betreuungsbogen”] [2]). In the following text, the gender identity of individuals who use midwifery services is not explicitly labelled [3]; women is used as a general term to refer to all individuals in this context.

The ninth National Health Goal (NHG) “Health around childbirth” (2017) [4] stipulates that obstetric care in Germany should be more woman- and family-centred and health-oriented in future. The recognition of risks and burdens for pregnant women and parents-to-be at an early stage is of paramount importance, with resources being promoted and tailored assistance offered. Moreover, the objective should be to facilitate the attainment of the highest possible standard of health for pregnant women and their infants, with a minimum number of well-founded interventions. Furthermore, it is essential to strengthen parents in the early phase of parenthood and to promote the healthy development of families [4]. The regular and continuous involvement of midwives throughout the care pathway (referred to as “midwifery-led care”) is an evidence-based global strategy

to improve women's health [5]. It can improve numerous key health outcomes for mother and child [6] and reduces the number of interventions [7]. The implementation of preventative measures for pregnant women with regard to diet and exercise is of essential significance in reducing long-term health risks [8]. Yet, pregnancy is regarded as for adopting a healthy lifestyle throughout life [9], as it shapes the health of the foetus for life, a process referred to as "foetal programming" [8].

2. Midwife care to promote physiological pregnancies

Pregnancy and birth have a rectifying impact on the health behaviours of families, with implications for nutrition, physical activity, dental care and vaccination. These experiences serve as a foundation for long-term physical and mental health outcomes [10].

2.1. Antenatal care to improve the health literacy of women and families

Antenatal care, as recommended by the NHG, is designed to enhance the health competencies of women and expectant parents, with due consideration of their individual requirements, constraints and potential risk factors. Midwives provide evidence-based information and contribute to a healthy lifestyle through personal counselling. Despite the potential advantages, the representation of midwives in antenatal care in Germany is currently marginally low [11]. A particularly notable deficiency in midwife support is observed in areas with high birth rates and poor social circumstances as evidenced by data from Hamburg [12]. Midwives are expected to positively influence the health behaviour of pregnant women and parents-to-be [13], such as through advice on nutrition and exercise to prevent gestational diabetes [14]. Therefore, some federal states have incorporated counselling on contraception, family planning and sexual health into their midwifery professional code of conduct regulations. The incorporation of this content into the curricula of degree programmes and the structural integration of this activity within the healthcare system could have a beneficial impact on health literacy and the sexual and reproductive health of the population [15]. Midwives can obtain additional qualifications to enable them to provide support to pregnant women with specific needs through further training. In England, for instance, the role of the specialist mental health midwife [16] has been established, with the objective of contributing to effective perinatal healthcare for women with mental health problems.

2.2. Midwife care for support in decision-making situations

Midwives provide information and advice on decision-making situations where there are multiple equally valid options, such as the choice of place of birth. The concept of shared decision-making (SDM) [17] is particularly relevant in this context and is also referenced in the midwifery contract [13]. In order to present all options with their respective advantages and disadvantages in an intelligible manner, midwives must possess the requisite competencies. These include the ability to ascertain the values and aspirations of the other individual, to collaborate in the joint determination of a course of action, and to review this decision. Furthermore, they must possess competencies in risk communication, as well as an understanding of the roles and responsibilities within an inter-professional team. These professional skills are essential for the effective support of decision-making processes [18]. Accordingly, the acquisition of counselling skills in SDM should be an integral aspect of the degree course.

2.3. Midwifery care in midwifery centres

Midwives provide healthcare services in a variety of settings, including as lone workers and within midwifery centres or departments (also known as "midwife-led units", MLU [so called "hebammengeleitete Einrichtung, hgE"]). This setting allows for the provision of continuous midwifery-led care [5] by a dedicated team of midwives for a greater number of women than was the case previously. Furthermore, group programmes could be implemented that have been demonstrated to be beneficial and resource saving, such as those employed in antenatal care [19]. These MLUs could be sited either externally or on the grounds of maternity hospitals. Additionally, they may encompass out-of-hospital-births, and a postnatal outpatient clinic. This concept could represent a safe and expandable approach to primary care in Germany, as evidenced by an analysis of data from North Rhine-Westphalia [20]. Furthermore, these centres could be of significant benefit as training sites for students.

3. Midwifery care to promote physiological births

3.1. Midwife-led births in hospitals

In Germany, obstetrics is a domain reserved for midwives and doctors (HebG § 4). While midwives can attend physiological births independently and autonomously, doctors are obliged to consult midwives for every birth. However, in the event of complications, midwives are obliged to consult a doctor. The GKV-Spitzenverband's (National Association of Statutory Health Insurance Funds) catalogue of criteria for midwife-led births outside of hospitals [21] outlines the findings and risks that rules

out the option of out-of-hospital birth. However, in hospitals, births are typically attended by a team of both midwives and doctors. In the absence of risk factors, a midwife-led birth in a “midwife-led delivery suite” (MLDS) [22] is currently possible in approximately 36 of the approximately 621 existing maternity units (as of 2024) [23], although the exact number of MLDSs is unknown due to the lack of protection afforded to the term. Analyses have demonstrated that births in MLDSs are associated with a reduced number of interventions, as well as high levels of satisfaction among parents [20]. It is to be expected that in future, maternity care in hospitals will be further concentrated in large units. Moreover, small, local maternity units close to parents homes, previously offering maternity and birth services to pregnant women with low-risk pregnancies, will be closed [24], [25]. This again will result in a capacity bottleneck in large hospitals, which will then be required to care for women with different risk profiles to a greater extent than previously. Consequently, risk-adapted care concepts for hospital births will be required in the future. The reform of hospital care proposes the categorisation of hospitals into three distinct care levels, designated as level I, II, and III [26]. The German Society for Midwifery Science (Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft – DGHWi) [27] and the German Midwifery Association (Deutscher Hebammenverband – DHV) [28] consider the routine anchoring of midwife-led birth at all levels of care to be important to realise risk-adapted care.

3.2. Counselling services by midwives and interprofessional teams

In accordance with the NHG, midwife-led consultations in hospitals should henceforth serve as a regular point of contact for pregnant women. This is not only to fulfil the legal obligation to provide information on medical interventions in accordance with BGB §630e (German Civil Code), but also to provide information on midwife assistance during birth, for example on non-pharmacological measures for pain relief. It is recommended that all pregnant women receive this type of counselling and information on a regular basis. Moreover, these services should be complemented by evidence-based interprofessional education and counselling for planned medical interventions, such as induction of labour, birth planning for multiple births, epidural anaesthesia, and planned caesarean section, as well as breech presentation births. Counselling for rare events, such as accompanying a trans man during his birth [29] or after the birth of an intersex child [30], should also be included. Finally, Early Assistance services, such as “Baby Guides” (in German “Babylotsen”), offered to vulnerable families up to three years after childbirth [31], should be implemented.

4. Promotion of interprofessional collaboration

In collaboration with doctors, midwives shape the culture of the workplace within the hospital environment. A progressive working culture and a coherent attitude of hospital staff are associated with a lower rate of primary caesarean sections (planned caesarean sections before onset of labour) [32] and greater job satisfaction among hospital staff. This again can counteract the shortage of skilled workforce, as evidenced by experience from Sweden [33]. The realisation of the NHG is contingent upon the promotion of interprofessional collaboration. This entails the establishment of respectful communication and an adequate understanding of roles, shared values and good team cooperation [34]. This is because for women giving birth, a trusting relationship with obstetric staff and continuous support are particularly predictive of a high level of satisfaction with the birth experience [35].

The establishment of rules on the shared responsibilities of the various professions should be described in internal standard operating procedures (SOPs). These SOPs for instance, could describe how a woman-centred birth environment can be ensured in the hospital, including for women with risk factors [36]. Furthermore, they could describe how guidelines with novel and unfamiliar recommendations can be implemented in practice, such as intermittent fetal heart rate auscultation during birth [37]. It is well established that respect and acknowledgement from colleagues, as well as opportunities to shape the workplace and organisational and practical facilitations, can influence job satisfaction and promote job retention [38]. Therefore, interprofessional collaboration can be a significant factor in fostering greater respect and satisfaction.

5. Further development of scientific career pathways

The proportion of midwives within the healthcare professions with an academic degree is relatively high. However, there is a need for further development at the master’s level [39]. Currently, twelve three- to five-semester consecutive Master’s degree programmes in Germany offer a specialisation in midwifery and healthcare/nursing science, as well as health services research. Such programmes are typically accredited with 90 or 120 ECTS credits. The competence objectives are advanced midwifery practice (AMP) or research activities. Internationally, the concept of AMP is understood to encompass a range of extended fields of activity and roles for midwives [40]. In Germany, however, a comprehensive debate and consensus is required within the discipline regarding activities that midwives with an AMP qualification could undertake in the domains of care, education, and research. This again has the potential to ensure that they contribute to

the optimisation of care, the improvement of learning in practice, and the management of clinical trials [41], [42]. Moreover, this discourse should be accompanied by a corresponding implementation strategy. There is evidence suggesting that a lack of scientific knowledge in practice is an important factor that hinders evidence-based care in Germany [43]. Those with a Master's degree in Midwifery in Germany could contribute to the development of clinical guidelines, lead interprofessional evidence panels or journal clubs [44]. Furthermore, they could generate standards for effective teamwork in emergencies and for inter-sectoral interface management. Finally, they could plan clinical care concepts for women with specific needs or risk factors, including pregnant women with fear of childbirth [45], [46], women with disabilities [47] or women who have given birth to a premature child or a neonate that [48]. Moreover, the creation of recommendations regarding the management of specific professional, ethical, or legal tasks undertaken by interprofessional teams is of great importance. Such tasks include providing information on episiotomy [49], [50] and offering expert counselling to pregnant women who are planning a vaginal breech birth [51]. Additionally, the implementation of peer reviews [52] and, finally, the introduction of basic ultrasound diagnostics [53] represent potential avenues for expanded midwifery practice that could alleviate the burden on other healthcare professions and enhance the quality of care.

For future lecturers, it is currently possible to pursue a Master's degree programme in vocational education with a focus on health, nursing, general vocational education or medical education at 14 universities. These programmes are offered over a period of four to eight semesters and lead to a master of health professions education qualification [54].

The systematic support of young scientists (doctorate, habilitation) is essential, and should include doctoral programmes, and mentoring or postgraduate colleges at universities. This is of particular importance in the context of universities of applied sciences (UASs). In accordance with the recommendations of the Health Research Council [55], such support should be provided through cooperative doctorates or in the form of nation-wide, university-independent UAS doctoral centres or colleges. The fact that approximately 50% of professorships in midwifery science could not be filled between 2017 and 2019 [40] illustrates the pressing need to encourage the advancement of young academics. The appointment of an individual lacking expertise in the relevant field of midwifery to a professorship carries the risk of losing sight of the specific subject reference in both teaching and research. Such decisions can again have a detrimental impact on the discipline's long-term evolution and advancement [56].

It would be beneficial to develop professorships at universities further by giving the post holders a clinical area of responsibility in "client care" at the university hospital in future. This would be analogous to professorships in medicine, in order to anchor midwifery science as an in-

dependent clinical discipline, thus better interlink theory, and care practice [57]. The integration of universities into clinical care could facilitate the creation of new opportunities for practice guidance, supervision, research, and team development.

6. Midwifery science research

In compliance with the standards set forth in HebG §9 (3) [<https://www.gesetze-im-internet.de/hebstprv/BJNR003900020.html>], those who have obtained a Bachelor's degree in midwifery are expected to demonstrate the ability to "explore areas of research [...] in line with the latest established knowledge". Consequently, the programme encompasses the basics of scientific work, as well as both qualitative and quantitative research methods.

The Scientific Commission of the German Science and Humanities Council (WR) [https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/BJNR175910019.html] identifies three principal areas of research in midwifery science: application-oriented research, translational research, and clinical research. Application-oriented research aims to generate evidence for interventions, while translational research systematically reviews the benefits of interventions and their transfer to routine care. Clinical research, in turn, encompasses the investigation of the efficacy and safety of interventions in clinical settings. In the Lancet series on the further development of midwifery research, projects to maintain and promote physiological processes, both in normal pregnancies and in cases of existing risks or complications, are considered a priority [58].

The development of a dedicated research profile in the health professions in Germany is an important task [55]. In order to facilitate the realisation of larger clinical studies, universities have established research infrastructures. To date, only a few public research tenders have been relevant for midwifery researchers. It is challenging for research proposals from midwifery science to compete with those from established research foci on cardiovascular diseases, cancer, or areas of basic research. This makes the development process more difficult. Consequently, the majority of midwifery research projects are currently smaller in scale, with some being funded by the universities' own resources.

The experience of Australia and New Zealand [59] indicates that university research networks that combine nursing and midwifery expertise can be beneficial in the preparation of research proposals [60]. This is particularly the case with regard to interpretative-hermeneutic studies that explore the views and experiences of participants or previously unexplored phenomena that are particularly relevant in the discipline [61].

7. Conclusion

As anticipated by experts in 2016 [62], the transition to academic training of the midwifery profession presents new opportunities for the professionalisation and further development of midwifery and midwifery science. In order to capitalise on these opportunities and prepare students for their professional roles in the most effective manner, it is essential to engage in continuous pedagogical and didactic work on teaching concepts and their evaluation, as well as curriculum development.

Furthermore, it is recommended that further developments in practical midwifery be given curricular consideration in academic midwifery education. This should include the theory-practice transfer, the development of suitable examination formats such as case studies, OSCEs, reflection tasks or formats for Bachelor's theses. Additionally, interprofessional teaching programmes should be developed and used on a regular basis. In order to ensure comparability of Bachelor's degrees, it is necessary to agree upon educational objectives, define examination standards, operationalise the legally defined competence objectives and develop a core curriculum for midwives. The Board for Midwifery Science in the Association for Medical Education (GMA) provides the appropriate framework for this.

Concurrently, the discipline is obliged to assume an active role in the shaping of cultural change in the practice of maternity care in accordance with the NHG [4]. In the context of the forthcoming structural system change in hospital planning [26], there is an opportunity to define specific midwife job profiles in the outpatient and inpatient settings with the objective of promoting physiological pregnancy and birth, as well as bonding and breastfeeding – central goals of the NHG. This should include interprofessional care concepts in interface management for transitions between the outpatient and inpatient sectors [25]. It is independently necessary to consider the educational and research-related requirements in this context. The results of project evaluations should be checked for educational requirements to be addressed and incorporated into curriculum development.

It is recommended that the health competence of student midwives and their pedagogical and didactic knowledge be accorded a higher priority in order to enable midwives to provide health education and counselling. These professional activities are central according to the terms of the Midwifery Assistance Contract [13], to be carried out in a health-promoting and target group-oriented manner. It is necessary to develop educational and evaluation concepts for new complex interventions in midwifery, such as counselling on family planning, contraception or sexuality, or for basic ultrasound diagnostics. In order to achieve this, working groups could be established within the GMA for this purpose.

In order to enhance the transfer of theoretical knowledge to practical applications, universities should proactively engage in collaboration with practice supervisors. To assess the quality of the learning environment in practice

placements, it is essential to develop multidimensional and valid instruments. Therefore, existing instruments, such as the Australian Midwifery Standards Assessment Tool (AMSAT) [63], should be translated and culturally adapted.

Notes

Authors' ORCIDs

- Sabine Striebich: [0000-0002-0626-3552]
- Nicola H. Bauer: [0000-0002-7351-0832]
- Kirsten Dietze-Schwonberg: [0000-0001-7649-4754]
- Melita Grieshop: [0000-0002-3317-3501]
- Annette Kluge-Bischoff: [0000-0002-3317-3501]
- Birgit-Christiane Zyriax: [0000-0002-5377-5956]
- Claudia F. Plappert: [0000-0003-1896-3959]

Adopted

The position paper was adopted by the GMA executive board at May 7 2024.

Acknowledgements

The authors of the position paper would like to thank the following experts for their advice during the completion of the manuscript:

- Prof. Anne Wiedermann, Chair of Midwifery Science, Faculty of Interdisciplinary Studies at Landshut University of Applied Sciences
- Prof. Dr. Susanne Grylka, Head of Research Institute for Midwifery Science and Reproductive Health at the Zurich University of Applied Sciences ZHAW
- Dr. Astrid Krahl, Head of MSc Midwifery at the Institute of Midwifery, Department of Health, ZHAW Zurich University of Applied Sciences

The authors thank Emine Babac for translation of the article.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Attachments

Available from <https://doi.org/10.3205/zma001687>

1. Attachment_1.pdf (180 KB)
Excerpts from the midwives act

References

1. Wissenschaftsrat. Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin, Köln: Wissenschaftsrat; 2012. Zugänglich unter/available from: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.html>
2. Sayn-Wittgenstein F. Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Bern: Huber; 2007.
3. Striebich S, Plappert C. Geschlechtersensible Sprache in der Hebammenarbeit: Wieviel sprachliche Geschlechterneutralität verträgt sich mit dem Schutz der Vulnerabilität von Müttern und ihren Kindern? Ein Diskussionsbeitrag. *Z Hebammenwiss.* 2023;11:15-20.
4. Bundesministerium für Gesundheit. Nationales Gesundheitsziel. Gesundheit rund um die Geburt. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2017. Zugänglich unter/available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/nationales-gesundheitsziel-gesundheit-rund-um-die-geburt>
5. Edmonds JK, Ivanof J, Kafulafula U. Midwife Led Units: Transforming Maternity Care Globally. *Ann Glob Health.* 2020;86(1):44. DOI: 10.5334/aogh.2794
6. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devaneet D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;4(4):CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5
7. Grylka-Baeschlin S, Borner B, Pehlke-Milde J. Berufssituation der Hebammen in Einrichtungen mit und ohne hebammengeleitete Geburtshilfe in einem Schweizer Kanton [Occupational Situation of Midwives in Institutions with and without Midwife-led Care in a Swiss Canton]. *Z Geburtshilfe Neonatol.* 2020;224(2):93-102. DOI: 10.1055/a-1083-7028
8. Arabin B, Baschat AA. Pregnancy: An Underutilized Window of Opportunity to Improve Long-term Maternal and Infant Health-An Appeal for Continuous Family Care and Interdisciplinary Communication. *Front Pediatr.* 2017;5:69. DOI: 10.3389/fped.2017.00069
9. Bertram F, Huber S, Zyriax BC. Stellenwert von Ernährung und Lebensstil. In: Zyriax BC, editor. Schwangerschaft und Stillzeit - Ernährung, Lebensstil, Prävention. München: Elsevier; 2023. p.1-6.
10. Lange A, Kahlke D. Prävention und Gesundheitsförderung in der werdenden und jungen Familie. In: Tiemann M, Mohokum M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2020. p.1-13. DOI: 10.1007/978-3-662-55793-8_87-1
11. Hertle D, Lange U, Wende D. Schwangerenversorgung und Zugang zur Hebamme nach sozialem Status: Eine Analyse mit Routinedaten der BARMER [Healthcare in Pregnancy and Access to Midwives according to Socio-Economic Situation: An Analysis with Routine Data from BARMER Health Insurance]. *Gesundheitswesen.* 2023;85(4):364-370. DOI: 10.1055/a-1690-7079
12. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV). Hebammenversorgung in Hamburg. Stand 2018. Hamburg: Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz; 2020.
13. GKV Spitzenverband. Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V. Bonn: GKV Spitzenverband; 2015. Zugänglich unter/available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/hebammen_geburtshaeuser/hebammenhilfivertrag/hebammenhilfivertrag.jsp
14. Kouiti M, Hernández-Muñiz C, Youlyouz-Marfak I, Salcedo-Bellido I, Mozas-Moreno J, Jiménez-Moleón JJ. Preventing Gestational Diabetes Mellitus by Improving Healthy Diet and/or Physical Activity during Pregnancy: An Umbrella Review. *Nutrients.* 2022;14(10):2066. DOI: 10.3390/nu14102066
15. Bradfield Z, Officer K, Barnes C, Mignacca E, Butt J, Hauck J. Sexual and reproductive health education: Midwives' confidence and practices. *Women Birth.* 2022;35(4):360-366. DOI: 10.1016/j.wombi.2021.09.005
16. Royal College of Midwives. Specialist mental health midwives. What they do and why they matter. London: Royal College of Midwives; 2018. Zugänglich unter/available from: <https://www.rcm.org.uk/publications/publications/specialist-mental-health-midwives-what-they-do-and-why-they-matter/>
17. Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Bergeret Z, Cochran N, Frosch D, Galasiński D, Gulbrandsen P, Han PK, Härter M, Kindersley P, Lloyd A, Mishra M, Perestelo-Perez L, Scholl I, Tomori K, Trevena L, Wittemann HO, Van der Weijden T. A threetaalk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ.* 2017;359:j4891. DOI: 10.1136/bmj.j4891
18. Begley K, Daly D, Panda S, Begley C. Shared decision-making in maternity care: Acknowledging and overcoming epistemic defeaters. *J Eval Clin Pract.* 2019;25(6):1113-1120. DOI: 10.1111/jep.13243
19. Lazar J, Boned-Rico L, Olander EK. A systematic review of providers' experiences of facilitating group antenatal care. *Reprod Health.* 2021;18(1):180. DOI: 10.1186/s12978-021-01200-0
20. Merz WM, Tascon-Padron L, Puth MT, Heep A, Tietjen SL, Schmid M, Gembruch U. Maternal and neonatal outcome of births planned in alongside midwifery units: a cohort study from a tertiary center in Germany. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):267. DOI: 10.1186/s12884-020-02962-4
21. GKV Spitzenverband. Beiblatt 1 Kriterien zu Geburten im häuslichen Umfeld zur Anlage 3 Qualitätsvereinbarung zum Vertrag nach § 134a SGB V. Bonn: GKV Spitzenverband; 2020. Zugänglich unter/available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/20200401_Hebammen_Anlage_zur_Vereinbarung_-_Beiblatt_1_Kriterien_zu_Geburten_im_haeuslichen_Umfeld_Anlage_3_QV_final.pdf
22. Weiße Liste. Krankenhäuser zum Behandlungsgrund Geburt - deutschlandweit. 2023. Zugänglich unter/available from: <https://www.weisse-liste.de/krankenhaus/s/deutschlandweit/i/Geburt-Z38>
23. zu Sayn-Wittgenstein-Hohenstein F. Handbuch Hebammenkreißaal - Von der Idee zur Umsetzung. Osnabrück: Eigenverlag; 2007.
24. Karagiannidis C, Busse R, Augurzky B, Schmitt J, Bschor T. Krankenhäuser: Vorschlag für eine grundlegende Vergütungsreform. *Dtsch Arztebl.* 2022;119(51-52):A-2289/B-1888.
25. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). Fachempfehlung Modelle zu Versorgungsstrukturen in der klinischen Geburtshilfe in Deutschland. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe; 2023. Zugänglich unter/available from: <https://www.dggg.de/stellungnahmen/fachempfehlung-modelle-zu-versorgungsstrukturen-in-der-klinischen-geburtshilfe-in-deutschland>
26. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Erste Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2022.

27. Striebich S, Agricola C, Bauer NH, Hellmers C, Groß MM, Zyriax BC. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum Entwurf des Aktionsplan der Bundesregierung „Gesundheit rund um die Geburt“ vom 13.07.2023. 2023. DOI: 10.13140/RG.2.2.21663.53929
28. Deutscher Hebammenverband (DHV). Positionspapier des Deutschen Hebammenverbandes e. V. Hebammengeleitete Geburtshilfe - eine unverzichtbare Säule der Grundversorgung. Berlin: Deutscher Hebammenverband; 2023. Zugänglich unter/available from: https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2023/04/2023_04_13_DHV-Positionspapier_Hebammengeleitete-Geburtshilfe.pdf
29. Wiesemann C, Frenz HM. Schwangerschaft transgeschlechtlicher Personen: eine Herausforderung für die Frauenheilkunde und Geburtshilfe. *Geburtshilfe und Frauenheilk.* 2020;80(07):670-671. DOI: 10.1055/a-1125-8372
30. Hanna CA, Cummins A, Fox D. Babies born with ambiguous genitalia: Developing an educational resource for Australian midwives. *Women Birth.* 2023;36(1):e142-e149. DOI: 10.1016/j.wombi.2022.05.007
31. Renner I, Paul M. „Lotsensysteme“ zur Stärkung von Familien. Gelingensbedingungen für den Ausbau in Geburtskliniken. *Public Health Forum.* 2021;29(2):141-143. DOI: 10.1515/pubhef-2021-0018
32. White Van Gompel E, Perez S, Datta A, Wang C, Cape V, Main E. Cesarean overuse and the culture of care. *Health Serv Res.* 2019;54(2):417-424. DOI: 10.1111/1475-6773.13123
33. Lindgren H, Erlandsson K. The MIDWIZE conceptual framework: a midwife-led care model that fits the Swedish health care system might after contextualization, fit others. *BMC Res Notes.* 2022;15(1):306. DOI: 10.1186/s13104-022-06198-7
34. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington D.C.: Interprofessional Education Collaborative Expert Panel; 2011.
35. Pace CA, Crowther S, Lau A. Midwife experiences of providing continuity of carer: A qualitative systematic review. *Women Birth.* 2022;35(3):e221-e232. DOI: 10.1016/j.wombi.2021.06.005
36. Sands G, Evans K, Spiby H, Eldridge J, Pallotti P, Evans C. Birth environments for women with complex pregnancies: A mixed-methods systematic review. *Women Birth.* 2023;36(1):39-46. DOI: 10.1016/j.wombi.2022.04.008
37. Chuey M, De Vries R, Dal Cin S, Low LK. Maternity Providers' Perspectives on Barriers to Utilization of Intermittent Fetal Monitoring: A Qualitative Study. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2020;34(1):46-55. DOI: 10.1097/JPN.0000000000000453
38. Hansson M, Lundgren I, Hensing G, Dencker A, Eriksson M, Carlsson IM. Professional courage to create a pathway within midwives' fields of work: a grounded theory study. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):312. DOI: 10.1186/s12913-021-06311-9
39. Wissenschaftsrat. HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem – Update Quantitative und qualitative Erhebungen der Situation in Studium, Lehre, Forschung und Versorgung. Berlin, Köln: Wissenschaftsrat; 2022.
40. Toll K, Sharp T, Reynolds K, Bradfield Z. Advanced midwifery practice: A scoping review. *Women Birth.* 2023;37(1):106-117. DOI: 10.1016/j.wombi.2023.10.001
41. Krahl A. Advanced Midwifery Practice – ein erweitertes Handlungsfeld für Hebammen. *Hebamme.* 2023;36:20-29. DOI: 10.1055/a-2060-3237
42. Friedli B. Chancen der Akademisierung für Hebammen – die Entwicklung eines Profils Advanced Practice Midwife in der Schweiz. *Hebamme.* 2023;36:30-35. DOI: 10.1055/a-2060-4408
43. Ehrenbrusthoff K, Braun T, Bahns C, Happe L, Kopkow C. Adherence to evidence-based practice across healthcare professionals in Germany: results from a cross-sectional, nationwide survey. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):1285. DOI: 10.1186/s12913-022-08682-z
44. Conway A, Dowling M, Devane D. Implementing an initiative promote evidence-informed practice: part 2—healthcare professionals' perspectives of the evidence rounds programme. *BMC Med Educ.* 2019;19(75):17. DOI: 10.1186/s12909-019-1488-z
45. Striebich S, Ayerle GM. Fear of childbirth (FOC): pregnant women's perceptions towards the impending hospital birth and coping resources - a reconstructive study. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2020;41(3):231-239. DOI: 10.1080/0167482X.2019.1657822
46. Souto SP, Silva RC, Prata AP, Guerra MJ, Couto C, Albuquerque RS. Midwives' interventions for reducing fear of childbirth in pregnant women: a scoping review. *JBI Evid Synth.* 2022;20(12):2867-2935. DOI: 10.11124/JBIES-21-00382
47. Smeltzer SC, Mitra M, Long-Bellil L, Iezzoni LI, Smith LD. Obstetric clinicians' experiences and educational preparation for caring for pregnant women with physical disabilities: A qualitative study. *Disabil Health J.* 2018;11(1):8-13. DOI: 10.1016/j.dhjo.2017.07.004
48. Büssing A, Waßermann U, Hvidt NC, Längler A, Thiel M. Spiritual needs of mothers with sick new born or premature infants-A cross sectional survey among German mothers. *Women Birth.* 2018;31(2):e89-e98. DOI: 10.1016/j.wombi.2017.08.002
49. Kennedy S, Lanceley A, Whitten M, Kelly C, Nicholls J. Consent on the labour ward: A qualitative study of the views and experiences of healthcare professionals. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021;264:150-154. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2021.07.003
50. van der Pijl M, Verhoeven C, Hollander M, de Jonge A, Kingma E. The ethics of consent during labour and birth: episiotomies. *J Med Ethics.* 2023;49(9):611-617. DOI: 10.1136/jme-2022-108601
51. Dasgupta T, Hunter S, Reid S, Sandall J, Shennan A, Davies SM, Walker S. Breech specialist midwives and clinics in the OptiBreech Trial feasibility study: An implementation process evaluation. *Birth.* 2023;50(3):596-605. DOI: 10.1111/birt.12685
52. Tang S, Bowles A, Minns Lowe C. Peer Review Processes for Quality Improvement in Health Care Settings and Their Implications for Health Care Professionals: A Meta-Ethnography. *J Contin Educ Health Prof.* 2022;42(2):115-124. DOI: 10.1097/CEH.0000000000000394
53. Reiso M, Langli B, Sommerseth E, Johannessen A. A qualitative study of the work experiences of midwives performing obstetric ultrasound in Norway. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):641. DOI: 10.1186/s12884-020-03333-9
54. Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege. Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. Gutachten 2024. Bonn: Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege; 2024. Zugänglich unter/available from: <https://www.svr-gesundheit.de/publikationen/gutachten-2024/>
55. Ewers M, Grewe T, Höppner H, Huber W, Sayn-Wittgenstein F, Stemmer R, Voigt-Radloff S, Walkenhorst U. Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfs-gerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. Konzept der Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrates. *Dtsch Med Wochenschr.* 2012;137:29-76. DOI: 10.1055/s-0032-1305067

56. Hebammenwissenschaftlicher Fachbereichstag (HWFT). Warum fachfremde Personen auf Professuren für Hebammenwissenschaft? Berlin: HWFT; 2023. Zugänglich unter/available from: <https://nachrichten.idw-online.de/2023/10/05/warum-fachfremde-personen-auf-professuren-fuer-hebammenwissenschaft>
57. Wissenschaftsrat. Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe. Berlin, Köln: Wissenschaftsrat; 2023. DOI: 10.57674/6exf-am35
58. Kennedy HP, Cheyney M, Dahlen HG, Downe S, Foureur MJ, Homer CSE, Jefford E, McFadden A, Michel-Schuldt M, Sandall J, Soltani H, Speciale AM, Stevens J, Vedam S, Renfrew MJ. Asking different questions: A call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. *Birth*. 2018;45(3):222-231. DOI: 10.1111/birt.12361
59. Homer C, Neylon K, Kennedy K, Baird K, Gilkison A, Keogh S, Middleton S, Gray R, Whitehead L, Finn J, Rickard C, Sharplin G, Neville S, Eckert M. Midwife led randomised controlled trials in Australia and New Zealand: A scoping review. *Women Birth*. 2023;36(5):401-408. DOI: 10.1016/j.wombi.2023.03.003
60. UniSA Clinical & Health Sciences. Australian Nursing and Midwifery Clinical Trials Network. UniSA Clinical & Health Sciences; 2020. Zugänglich unter/available from: <https://anmctn.au>
61. Newnham E, Rothman BK. The quantification of midwifery research: Limiting midwifery knowledge. *Birth*. 2022;49(2):175-178. DOI: 10.1111/birt.12615
62. Striebich S, Müller-Rockstroh B, Tegethoff D, Grieshop M. Der Wandlungsprozess des Hebammenberufs im Zuge der Akademisierung. *Hebammenforum*. 2016;5:514-517.
63. Sweet L, Fleet J, Bull A, Downer T, Fox D, Bowman R, Ebert L, Graham K, Bass J, Muller A, Henderson A. Development and validation of the Australian Midwifery Standards Assessment Tool (AMSAT) to the Australian Midwife Standards for Practice 2018. *Women Birth*. 2020;33(2):135-144. DOI: 10.1016/j.wombi.2019.08.004

Corresponding author:

Prof. Dr. rer. medic., Dipl. med. päd. Sabine Striebich
Martin Luther University Halle-Wittenberg, University
Medicine Halle, Medical Faculty, Institute of Health and
Nursing Science, Magdeburger Str. 8, D-06108 Halle
(Saale), Germany
sabine.striebich@medizin.uni-halle.de

Please cite as

Striebich S, Bauer NH, Dietze-Schwonberg K, Grieshop M, Kluge-Bischoff A, Zyriax BC, Plappert CF. Academic education of midwives in Germany (part 2): Opportunities and challenges for the further development of the profession of midwifery. Position paper of the Midwifery Science Committee (AHW) in the DACH Association for Medical Education (GMA). GMS J Med Educ. 2024;41(3):Doc32. DOI: 10.3205/zma001687, URN: urn:nbn:de:0183-zma0016871

This article is freely available from

<https://doi.org/10.3205/zma001687>

Received: 2023-12-16

Revised: 2024-05-07

Accepted: 2024-05-07

Published: 2024-06-17

Copyright

©2024 Striebich et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Akademische Ausbildung von Hebammen in Deutschland (Teil 2): Chancen und Herausforderungen zur Weiterentwicklung der Profession. Positionspapier des Ausschuss Hebammenwissenschaft (AHW) in der Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA)

Zusammenfassung

Die akademische Bildung soll Hebammen in die Lage versetzen, als selbstständige Gesundheitsfachpersonen einen umfassenden Beitrag in der Gesundheitsversorgung von Frauen in der reproduktiven Lebensphase, ihrer Kinder und ihrer Familien zu leisten. Im vorliegenden Artikel wird dargelegt, welche fach- und bildungswissenschaftlichen Anforderungen sich aus den Kompetenzziele des neuen Berufsgesetzes ergeben, und aufgezeigt, welche Voraussetzungen geschaffen werden müssen, damit Hebammen in Deutschland gemäß dem gesetzlich definierten Aufgabenspektrum tätig sein können.

Bildungswissenschaftliche Anstrengungen und versorgungspolitische Maßnahmen einschließlich Begleitforschung sollten Hand in Hand gehen, um Hebammen in die Lage zu versetzen, ihre Kompetenzen zur Förderung physiologischer Schwangerschaften und Geburten und zur Stärkung der frühen Elternschaft gemäß dem Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ bestmöglich einzubringen. Dabei stellen Maßnahmen zur Gestaltung effektiver interprofessioneller Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen gemäß den jeweiligen Berufsaufgaben und -rollen im ambulanten und im stationären Sektor und an den Schnittstellen einen Kernaspekt dar. Die wissenschaftliche Nachwuchsförderung von Master, über Promotion bis Habilitation muss ausgebaut werden.

Die Akademisierung des Hebammenberufs eröffnet große Chancen der Professionsentwicklung. Damit Hebammen gemäß ihres breiten beruflichen Aufgabenspektrums tätig sein können, werden bildungswissenschaftlich fundierte Lehrkonzepte sowie geeignete, neu zu entwickelnde Versorgungsstrukturen benötigt. Das birgt das Potenzial, die gesundheitliche Versorgung von Frauen und Familien in der reproduktiven Lebensphase des Elternwerdens in Deutschland nachhaltig zu verbessern.

Schlüsselwörter: Akademisierung, Gesundheitsberufe, Hebammen, Disziplinentwicklung

Sabine Striebich¹

Nicola H. Bauer²

Kirsten

Dietze-Schwonberg³

Melita Grieshop⁴

Annette Kluge-Bischoff⁵

Birgit-Christiane Zyriax⁶

Claudia F. Plappert⁷

1 Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Universitätsmedizin Halle, Medizinische Fakultät, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Halle (Saale), Deutschland

2 Universität zu Köln und Universitätsklinik Köln, Medizinische Fakultät, Institut für Hebammenwissenschaft, Köln, Deutschland

3 Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland

4 Evangelische Hochschule Berlin, Berlin, Deutschland

5 Universität Augsburg, Medizinische Fakultät, Augsburg, Deutschland

6 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hebammenwissenschaft – Versorgungsforschung und Prävention, Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP), Hamburg, Deutschland

1. Hintergrund

Mit der Verabschiedung der neuen Berufsgesetze 2019 und 2020 (Hebammengesetz [https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/BJNR175910019.html] und Hebammen-Studien- und Prüfungsverordnung [<https://www.gesetze-im-internet.de/hebstprv/BJNR003900020.html>]) nahm die Überführung des Berufs der Hebamme auf das akademische Niveau in Deutschland an Fahrt auf. Die Nachbarländer Österreich und die Schweiz hatten dies bereits gut 15 Jahre zuvor durchlaufen. Die Professionsentwicklung und die bestehenden Regularien der Berufsausübung von Hebammen hierzu unterscheidet sich sehr von denen in Österreich und der Schweiz.

1. Entwicklungen der Hebammenprofession in Österreich – kurz gefasst

Die Abrechnung freiberuflicher Leistungen mit den Krankenkassen ist in Österreich an den Besitz einer Kassenstelle geknüpft. Die bestehenden Kassenstellen konnten in den vergangenen Jahren oft nicht besetzt bzw. nachbesetzt werden, da sie finanziell unzureichend und zeitlich zu unflexibel ausgestaltet waren. In vielen Regionen hat dies zu einem großen Angebot an Wahlhebammen geführt, deren Leistung die Frauen und Familien zu einem hohen Maß privat finanzieren. Der damit einhergehenden Entwicklung einer zunehmenden Zwei-Klassen-Hebammenversorgung begegnet die Politik zuletzt mit einem neuen sog. Gesamtvertrag. Hierin sind höhere Leistungen und flexiblere Kassenstellen vorgesehen, ebenso ein zweiter Termin mit einer Hebamme während der Schwangerschaft. Abgesehen von zwei Sprechstunden bei der Hebamme, ist die Schwangerenvorsorge in Österreich in rein ärztlicher Hand- die Freiberuflichkeit der Hebammen in ihren Kernkompetenzen nach wie vor stark eingeschränkt. Die politisch gewollte und in Umsetzung befindliche Etablierung von sog. Primärversorgungszentren hat Potenzial, die Rolle der Hebammen in der gesundheitlichen Grundversorgung zu stärken, sieht die Neufassung des Primärversorgungsgesetzes explizit Hebammen als wesentlichen Bestandteil der Versorgung in den 150 bis 2025 geplanten PVZ vor.

2. Entwicklungen der Hebammenprofession in der Schweiz – kurz gefasst

Wie in Deutschland und Österreich arbeiten Hebammen in der Schweiz angestellt oder als Beleghebammen im Spital oder sie sind freipraktizierend tätig. Für erweiterte Tätigkeiten werden an Hochschulen verschiedene Weiterbildungsabschlüsse angeboten, wie das Certificate of Advanced Studies (CAS, 10-15 ECTS), Diploma of Advanced Studies (DAS, 30 ECTS) oder der Master of Advanced Studies (MAS, 60 ECTS). Die Fachlaufbahn in den (Uni-)Spitälern sieht für die Rolle der Expertin einen CAS Abschluss vor und für die Rolle der Hebammenexpertin einen MAS oder MSc. Fachführende Hebammenexpert:innen benötigen mindestens einen MSc Abschluss. Die fachspezifischen MSc Studiengänge bilden für das Profil einer Advanced Practice Midwife aus. Dieses Profil wird derzeit von Hochschulen in Kooperation mit der Praxis entwickelt (Berufskonferenz Hebamme der Fachkonferenz Gesundheit und Schweizerischer Hebammenverband, 2021).

Die akademische Bildung soll Hebammen in die Lage versetzen, als „reflektierende Praktiker*innen“ ihr Handeln kritisch zu durchdenken, eigene Forschungsaktivitäten und wissenschaftliche Karrierewege zu entwickeln und eine verantwortungsvolle interprofessionelle Zusammenarbeit zu gestalten [https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/BJNR175910019.html]. Hebammen sind für die „selbständige und umfassende Hebammentätigkeit im stationären sowie im ambulanten Bereich qualifiziert“ und sie praktizieren nach dem „allgemein anerkannten Stand hebammenwissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse auf Grundlage einer Berufsethik“ (Hebammengesetz (HebG) 2019, Studienziel §9) [<https://www.gesetze-im-internet.de/hebstprv/BJNR003900020.html>], weiterer Wortlaut §9 siehe Anhang 1, Tabelle S1.

Die in der Hebammen Studien- und Prüfungsverordnung (HebStPrV 2020), Anlage 1, gesetzlich definierten Kompetenzziele für Absolvent*innen eines Bachelorstudiengangs [1] (siehe Anhang 1, Tabelle S2) begründen die Verantwortlichkeit von Hebammen für die Planung der Gesundheitsversorgung von Frauen sowie trans*, inter und non-binären Personen, die schwanger sind und ein Kind gebären, in zentralen Anteilen der reproduktiven Lebensphase – von Familienplanung über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes bzw. bis zum Ende der Stillzeit

(sog. „Betreuungsbogen“ [2]). Im Folgenden wird die Geschlechtsidentität von Personen, die Hebammenleistungen in Anspruch nehmen, sprachlich nicht eigens kenntlich gemacht, sondern von Frauen gesprochen [3]. Gemäß dem 9. Nationalen Gesundheitsziel (NGZ) „Gesundheit rund um die Geburt“ (2017) [4] soll die hochentwickelte geburtshilfliche Versorgung in Deutschland zukünftig eine stärkere frau- und familienzentrierte sowie gesundheitsorientierte Ausrichtung erhalten. Risiken und Belastungen bei Schwangeren und werdenden Eltern sollen möglichst früh erkannt, Ressourcen gefördert und passgenaue Hilfe angeboten werden. Das Ziel soll sein, allen Frauen eine möglichst gesunde Schwangerschaft und eine physiologische Geburt mit möglichst wenigen, gut begründeten Interventionen zu ermöglichen sowie die frühe Phase der Elternschaft und die gesunde Entwicklung von Familien zu fördern [4]. Die regelhafte und kontinuierliche Einbindung von Hebammen im gesamten Betreuungsbogen („Midwifery-led Care“, hebammengeleitete Versorgung) ist eine evidenzbasierte, globale Strategie zur Verbesserung der Frauengesundheit [5], kann zahlreiche maßgebliche gesundheitliche Outcomes für Mutter und Kind verbessern [6] und verringert die Anzahl von Interventionen [7]. Präventionsmaßnahmen für Schwangere zu Ernährung und Bewegung sind ein Schlüssel zur Verringerung von langfristigen Gesundheitsrisiken [8]; die Schwangerschaft gilt als wichtiges Zeitfenster zur Annahme eines gesunden Lebensstils in der Lebensspanne [9] und prägt die Gesundheit des Fetus lebenslang („fetale Programmierung“) [8].

2. Hebammenversorgung zur Förderung physiologischer Schwangerschaften

Schwangerschaft und Geburt sind weichenstellend für das Gesundheitsverhalten in Familien, etwa bezüglich Ernährung, körperlicher Aktivität, Zahnpflege oder Impfschutz; es werden Grundsteine für die langfristige physische und psychische Gesundheit gelegt [10].

2.1. Schwangerenvorsorge zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Frauen und Familien

Eine Schwangerenvorsorge, wie sie im NGZ empfohlen wird, zielt darauf ab, Gesundheitskompetenzen von Frauen und werdenden Eltern unter Berücksichtigung von individuellen Voraussetzungen, Belastungen und Risiken zu fördern. Hebammen vermitteln evidenzbasierte Informationen und tragen durch persönliche Beratung zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil bei. Hebammen sind bislang in der Schwangerenvorsorge in Deutschland nur marginal vertreten [11]. Vor allem in Gegenden mit hohen Geburtenraten und schlechter sozialer Lage zeigen

eine Unterversorgung an Hebammenbegleitung, wie Daten aus Hamburg zeigen [12].

Hebammen sollen das Gesundheitsverhalten schwangerer Frauen bzw. werdender Eltern positiv beeinflussen [13], etwa durch Beratung zur Ernährung und Bewegung zur Prävention von Gestationsdiabetes [14]. Manche Bundesländer sehen in ihren Hebammen-Berufsordnungen auch Beratungstätigkeit zu Verhütung, Familienplanung und sexueller Gesundheit vor. Eine curriculare Aufnahme dieser Inhalte in den Studiengängen und eine strukturelle Verankerung dieser Tätigkeit im Gesundheitssystem könnte die Gesundheitskompetenz und die sexuelle und reproduktive Gesundheit der Bevölkerung positiv beeinflussen [15].

Hebammen können über Weiterbildung spezielle Kompetenzen für die Begleitung von Schwangeren mit besonderen Bedürfnissen erwerben. So sind beispielsweise in England *Specialist Mental Health Midwives* [16] etabliert, die in der Lage sind zu einer effektiven perinatalen Gesundheitsversorgung von Frauen mit psychischen Problemen beizutragen.

2.2. Hebammenversorgung zur Unterstützung in Entscheidungssituationen

Hebammen informieren und beraten oft zu Entscheidungssituationen, bei denen mehrere gleichwertige Optionen bestehen, wie etwa bei der Wahl des Geburtsortes. Hier ist das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung („Shared Decision-Making“, SDM) [17] besonders relevant und auch im Hebammenhilfvertrag [13] benannt. Hebammen benötigen besondere Kompetenzen, um alle Optionen mit den Vor- und Nachteilen verständlich darzustellen, die Werte und Wünsche des Gegenübers zu erfragen sowie zu einer gemeinsamen Entscheidung zu kommen und diese auch zu überprüfen; auch Kompetenzen in Risikokommunikation sowie zu den Rollen und Aufgaben in einem interprofessionellen Team werden für die Unterstützung der Entscheidungsfindung benötigt [18]. Beratungskompetenz in SDM sollten deshalb bereits im Studium erworben werden.

2.3. Hebammenversorgung in Hebammenzentren

Hebammen können ihre Gesundheitsleistungen nicht nur als Alleinunternehmerinnen, sondern auch in Hebammenzentren bzw. -abteilungen (sog. „Midwifery Units“, MU) anbieten. In diesem Setting könnten zukünftig mehr Frauen als bisher eine kontinuierliche hebammengeleitete Betreuung („Midwifery-led Care“) [5] durch ein Team von Hebammen erhalten. Auch könnten hier bewährte, ressourcensparende Gruppenangebote eingerichtet werden, etwa in der Schwangerenvorsorge [19]. Hebammenzentren können außerhalb oder in unmittelbarer Nähe bzw. auf dem Gelände einer Geburtsklinik eingerichtet werden und auch ambulante Geburten („Geburtshaus“) und eine

Wochenbettambulanz einschließen. Dies könnte ein sicheres und ausbaufähiges Konzept der Primärversorgung in Deutschland darstellen, wie eine Auswertung von Daten aus Nordrhein-Westfalen zeigt [20]. Zudem hätten diese Zentren auch eine hohe Bedeutung als Praxiseinsatzorte für Studierende.

3. Hebammenversorgung zur Förderung physiologischer Geburten

3.1. Hebammengeleitete Geburtshilfe

Geburtshilfe ist in Deutschland eine den Hebammen, Ärztinnen und Ärzten vorbehaltene Tätigkeit (HebG § 4). Ärztinnen und Ärzte müssen zu jeder Geburt eine Hebamme hinzuziehen. Wenn keine besonderen Risiken bestehen, leiten Hebammen Geburten selbstständig und eigenverantwortlich; treten Komplikationen auf, ziehen Hebammen eine Ärztin bzw. einen Arzt hinzu. Welche Befunde und Risiken eine hebammengeleitete Geburt außerhalb von Kliniken ausschließen, nennt der Kriterienkatalog des GKV-Spitzenverbands [21]. In Kliniken werden Geburten in der Regel durch ein Team aus Hebamme und Ärztin bzw. Arzt betreut. Für Frauen ohne besondere Geburtsrisiken ist heute in etwa 36 der ca. 621 bestehenden Geburtskliniken (Stand April 2024) [22] eine hebammengeleitete Geburt im Rahmen eines „Hebammenkreißsaals“ (HKS) [23] möglich – die genaue Anzahl der HKS ist unbekannt, da der Begriff nicht geschützt ist. Auswertungen zeigen, dass Geburten im HKS mit weniger Interventionen und hoher Zufriedenheit der Eltern verbunden sind [20]. Die klinische geburtshilfliche Versorgung lässt zukünftig eine weitere Zentralisierung in große Zentren erwarten; kleine, wohnortnahe Kliniken, in denen bisher Schwangere mit geringen geburtshilflichen Risiken gebären konnten, werden geschlossen [24], [25]. Das führt zu einem Kapazitätsengpass in den großen Kliniken, die dann noch stärker als bisher Gebärende mit unterschiedlichen Risikoprofilen versorgen müssen. Daher werden künftig risikoadaptierte Versorgungskonzepte für Klinikgeburten benötigt. Die Reform der Krankenhausversorgung sieht zukünftig die Einteilung von Kliniken in Versorgungslevel I, II und III vor [26]. Die *Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft* (DGHWi) [27] und der *Deutsche Hebammenverband* (DHV) [28] sehen die routinemäßige Verankerung der hebammengeleiteten Geburt auf allen Versorgungsstufen als wichtig an, um eine risikoadaptierte Versorgung zu realisieren.

3.2. Beratungsangebote durch Hebammen und interprofessionelle Teams

Hebammengeleitete Sprechstunden in Kliniken sollten im Sinne des NGZs zukünftig eine regelhafte Anlaufstelle

für Schwangere darstellen – nicht nur für die allgemeine Aufklärung und Beratung im Hinblick auf die bevorstehende Geburt, um die gesetzliche Aufklärungspflicht zu medizinischen Interventionen nach BGB §630e zu erfüllen, sondern auch zur Information über Hebammenhilfe bei der Geburt, etwa über nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Schmerzlinderung. Diese Art von Beratung und Aufklärung sollten regelhaft alle Schwangeren erhalten. Ergänzt werden sollten diese Angebote durch evidenzbasierte interprofessionelle Aufklärung und Beratung bei geplanten medizinischen Interventionen, wie Geburtseinleitung, Geburtsplanung bei Mehrlingen, Periduralanästhesie, geplantem Kaiserschnitt oder Geburt aus Beckenendlage und Beratung bei seltenen Ereignissen wie der Begleitung eines Transmännchen bei seiner Geburt [29] oder nach Geburt eines intersexuellen Kindes [30] sowie durch „Lotsendienste“ wie den Frühen Hilfen [31].

4. Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit

Hebammen prägen gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten die Arbeitskultur in Kliniken. Die gelebte Kultur einer Abteilung und eine kohärente Haltung des Klinikpersonals ist mit einer geringeren Rate an primären Kaiserschnitten [32] und einer größeren Arbeitszufriedenheit des Klinikpersonals assoziiert und kann zugleich dem Fachkräftemangel entgegenwirken, wie Erfahrungen aus Schweden [33] zeigen. Im Zuge der Verwirklichung des NGZs ist die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit – also die Etablierung einer wertschätzenden Kommunikation und eines adäquaten Rollenverständnisses, gemeinsamer Wertvorstellungen und einer guten Teamkooperation [34] – ein wichtiges Anliegen. Denn für Gebärende sind insbesondere eine vertrauensvolle Beziehung zu dem geburtsbetreuenden Personal und eine möglichst kontinuierliche Begleitung prädiktiv für eine hohe Zufriedenheit mit der Geburt [35].

Regeln zu gemeinsamen Verantwortlichkeiten der unterschiedlichen Professionen sollten in internen Handlungsempfehlungen (*Standard operating procedures*, SOPs) beschrieben werden, etwa wie in der Klinik eine frauenorientierte Gebärumgebung auch für Frauen mit Geburtsrisiken [36] gewährleistet werden kann oder wie Leitlinienempfehlungen konkret umgesetzt werden, z.B. die intermittierende Auskultation fetaler Herzschläge während der Geburt [37]. Es ist bekannt, dass Wertschätzung und Anerkennung durch Kolleg*innen sowie eigene Gestaltungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz, aber auch organisatorische und praktische Erleichterungen die Arbeitszufriedenheit beeinflussen und den Verbleib im Beruf fördern können [38].

5. Weiterentwicklung wissenschaftlicher Karrierewege

Die Akademisierungsquote von Hebammen innerhalb der Gesundheitsberufe ist vergleichsweise hoch, Entwicklungsbedarf besteht allerdings auf Master-Niveau [39].

Aktuell gibt es zwölf drei- bis fünfsemestrige konsekutive, thematisch einschlägige Masterstudiengänge in Deutschland, die eine Vertiefung der Hebammen- und der Gesundheits-/Pflgewissenschaft sowie der Versorgungsforschung bieten. Sie sind meist mit 90 oder 120 ECTS kreditiert. Kompetenzziele sind eine erweiterte Hebammentätigkeit („Advanced Midwifery Practice“, AMP) oder eine Forschungstätigkeit. Unter dem Konzept der AMP werden international unterschiedliche erweiterte Handlungsfelder und Rollen für Hebammen verstanden [40]. Für Deutschland bedarf es einer breiten Diskussion und Konsentierung innerhalb der Disziplin, welche Tätigkeiten Hebammen mit Qualifikation einer AMP in Versorgung, Bildung oder Forschung übernehmen sollten, um zur Optimierung der Versorgung, der Verbesserung des Lernens in der Praxis oder des Managements klinischer Studien beizutragen [41], [42] – einschließlich einer entsprechenden Umsetzungsstrategie.

Es gibt Hinweise, dass das Fehlen wissenschaftlichen Wissens in der Praxis ein wichtiger Faktor ist, der eine evidenzbasierte Versorgung hierzulande erschwert [43]. Hebammen mit Masterabschluss könnten in Deutschland Leitlinienempfehlungen ins Team einbringen, professionsübergreifende Evidenzrunden oder Journal Clubs leiten [44], Standards für eine effektive Teamkooperation z.B. in Notfällen, und für das intersektorale Schnittstellenmanagement erarbeiten und nicht zuletzt klinische Versorgungskonzepte zur Betreuung von Frauen mit speziellen Bedürfnissen oder Risiken entwickeln – etwa für Schwangere mit großer Angst vor der Geburt [45], [46], mit Beeinträchtigungen [47] oder nach der Geburt eines frühgeborenen oder kranken Kindes [48]. Auch die Erarbeitung von Empfehlungen zur Bewältigung von fachlich, ethisch oder rechtlich besonderen Aufgaben im interprofessionellen Team, etwa die Aufklärung zur Episiotomie [49], [50], oder Expert*innen-Beratung von Schwangeren mit geplanter vaginaler Beckenendlagegeburt [51] sowie die Implementierung von kollegialer Beratung („Peer Review“ [52]) und nicht zuletzt Basis-Ultraschalldiagnostik [53] sind mögliche erweiterte Handlungsfelder von Hebammen, die andere Gesundheitsberufe entlasten und [54] und die Qualität der Versorgung verbessern könnten. Für den Nachwuchs an Hochschullehrenden können derzeit an 14 Hochschulen vier- bis achtsemestrige Masterstudiengänge in Berufspädagogik mit Schwerpunkt Gesundheit/Pflege, allgemeine Berufspädagogik oder Medizinpädagogik bzw. Master of Health Professions Education absolviert werden.

Die wissenschaftliche Nachwuchsförderung (Promotion, Habilitation) erfordert systematische unterstützende Strukturen wie Promotionsprogramme, Mentoring oder Graduiertenkollegs an Universitäten, vor allem an Hoch-

schulen für Angewandte Wissenschaften (HAWs), wie vom Gesundheitsforschungsrat [55] empfohlen, etwa durch kooperative Promotionen oder in Form von landesweiten, universitätsunabhängigen HAW-Promotionszentren oder Promotionskollegs.

Dass von 2017 bis 2019 etwa 50 Prozent der Professuren für Hebammenwissenschaft nicht besetzt werden konnten [40], zeigt die Dringlichkeit der wissenschaftlichen Nachwuchsförderung. Bei fachfremder Besetzung einer Professur droht der spezifische Fachbezug in Lehre und Forschung aus dem Blick zu geraten, was die Disziplinentwicklung nachhaltig beeinträchtigt [56].

Professuren an Universitäten sollten weiterentwickelt werden, indem die Stelleninhaber*innen zukünftig, analog zu Professuren für Medizin, ein klinisches Aufgabengebiet in der „Krankenversorgung“ im Universitätsklinikum erhalten, um die Hebammenwissenschaft als eigenständige klinische Disziplin zu verankern und so die Theorie und die Versorgungspraxis besser miteinander zu verzahnen [57]. Die Einbindung von Hochschulen in die klinische Versorgung würde die Möglichkeit eröffnen, neue Orte der Praxisanleitung und Praxisbegleitung sowie der Forschung und Teamentwicklung zu generieren.

6. Hebammenwissenschaftliche Forschung

Mit dem Bachelorabschluss sollen Hebammen die Kompetenz erwerben, sich „Forschungsgebiete [...] auf dem neuesten Stand der gesicherten Erkenntnisse [zu] erschließen“ (HebG §9 (3) [<https://www.gesetze-im-internet.de/hebstprv/BJNR003900020.html>]). Daher sind Grundlagen des wissenschaftlichen Arbeitens sowie qualitative und quantitative Forschungsmethoden Teil des Studiums.

Forschungsbereiche der Hebammenwissenschaft liegen laut Wissenschaftsrat [https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/BJNR175910019.html] vor allem in der anwendungsorientierten Forschung, insbesondere in der Generierung von Evidenz für Interventionen (Translationsforschung), in der systematischen Überprüfung des Nutzens von Interventionen (klinische Forschung) sowie in deren Überführung in die Routineversorgung (Versorgungsforschung). In der Lancet-Serie zur Weiterentwicklung hebammenwissenschaftlicher Forschung werden Vorhaben zum Erhalt und zur Förderung physiologischer Prozesse, und zwar sowohl bei unauffälliger Schwangerschaft als auch bei bestehenden Risiken oder Komplikationen, als prioritär angesehen [58].

Der Aufbau eines eigenen Forschungsprofils in Gesundheitsberufen in Deutschland ist eine wichtige Aufgabe [55] und Universitäten verfügen über etablierte Forschungsinfrastrukturen, was die Umsetzung größerer klinischer Studien ermöglicht. Bislang sind nur wenige öffentliche Ausschreibungen für Hebammenwissenschaftler*innen relevant. Forschungsanträge der Hebammenwissenschaft können sich kaum gegen Forschungsanträge aus etablierten Forschungsschwerpunkten zu Herz-

Kreislaufkrankungen, Krebs, der medizinischen Geburtshilfe oder Bereichen der Grundlagenforschung durchsetzen; das erschwert den Entwicklungsprozess. Es dominieren daher derzeit kleinere hebammenwissenschaftliche Forschungsarbeiten, die zum Teil aus Eigenmitteln der Hochschulen finanziert werden.

Erfahrungen aus Australien und Neuseeland [59] zeigen, dass universitäre Forschungsnetzwerke die pflege- und hebammenwissenschaftliche Expertise verbinden und bei der Erstellung von Forschungsanträgen hilfreich sein können [60] – insbesondere im Hinblick auf interpretativ-hermeneutische Studien, mit denen Ansichten und Erfahrungen von Beteiligten oder bislang unerforschte Phänomene exploriert werden, die in der Disziplin besonders relevant sind [61].

7. Schlussfolgerung

Die Akademisierung des Hebammenberufs bringt – wie 2016 von Expert*innen erhofft [62] – neue Chancen der Professionalisierung und Weiterentwicklung von Hebammentätigkeit und Hebammenwissenschaft mit sich. Um diese Chancen zu nutzen und Studierende bestmöglich auf ihre beruflichen Aufgaben vorzubereiten, ist eine kontinuierliche pädagogisch-didaktische Arbeit an Lehrkonzepten und deren Evaluation sowie der Curriculumentwicklung erforderlich. Weiterentwicklungen der praktischen Hebammentätigkeit müssen eine curriculare Beachtung in der akademischen Hebammenausbildung erhalten, etwa bezüglich des Theorie-Praxis-Transfers, der Entwicklung passender Prüfungsformate wie Fallstudien, OSCE, Reflexionsaufgaben oder Formate von Bachelorarbeiten. Interprofessionelle Lehrangebote sollten entwickelt und regelhaft eingesetzt werden. Damit Bachelorabschlüsse vergleichbar werden, sollten Bildungsziele konsentiert, Prüfungsstandards definiert, die gesetzlich definierten Kompetenzziele operationalisiert und ein Kerncurriculum für Hebammen entwickelt werden. Hierfür bietet der Ausschuss Hebammenwissenschaft in der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) den geeigneten Rahmen.

Gleichzeitig ist die Disziplin aufgefordert, den Kulturwandel in der Praxis der geburtshilflichen Versorgung gemäß dem NGZ [4] aktiv mitzugestalten. Im Zuge des kommenden strukturellen Systemwandels in der Krankenhausplanung [26] besteht die Chance, im ambulanten und im stationären Bereich spezifische Tätigkeitsprofile von Hebammen zur Förderung der physiologischen Schwangerschaft und Geburt sowie des Bindungsaufbaus und des Stillens zu definieren, einschließlich interprofessioneller Versorgungskonzepte im Schnittstellenmanagement [25]. Hier liegen bildungs- und forschungsbezogene Anforderungen eng beieinander; Ergebnisse aus Projektevaluationen sind auf zu bearbeitende Bildungsanforderungen hin zu überprüfen und wiederum in die Curriculumentwicklung aufzunehmen.

Die Gesundheitskompetenz von Studierenden der Hebammenwissenschaft sowie deren pädagogisch-didakti-

schen Kenntnisse sollten einen höheren Stellenwert bekommen, um Hebammen in die Lage zu versetzen, gesundheitliche Aufklärung und Beratung – als zentrale berufliche Tätigkeiten nach Hebammenhilfvertrag [13] – gesundheitsfördernd und adressat*innengerecht zu gestalten. Für neu zu entwickelnde Tätigkeiten von Hebammen, wie etwa Beratung zu Familienplanung, Verhütung oder Sexualität oder für die Ultraschall-Basisdiagnostik, werden Bildungs- und Evaluationskonzepte benötigt. Auch hierfür könnten Arbeitsgruppen in der GMA gebildet werden.

Zur Verbesserung des Theorie-Praxis-Transfers sollten Hochschulen die Kooperation mit Praxisanleiter*innen aktiv gestalten. Es werden multidimensionale, valide Instrumente zur Evaluation der Lernumgebung in den praktischen Einsätzen benötigt; vorhandene, wie das *Australian Midwifery Standards Assessment Tool* (AMSAT) [63], sollten übersetzt und kulturell adaptiert werden.

Anmerkungen

ORCIDs der Autorinnen

- Sabine Striebich: [0000-0002-0626-3552]
- Nicola H. Bauer: [0000-0002-7351-0832]
- Kirsten Dietze-Schwonberg: [0000-0001-7649-4754]
- Melita Grieshop: [0000-0002-3317-3501]
- Annette Kluge-Bischoff: [0000-0002-3317-3501]
- Birgit-Christiane Zyriax: [0000-0002-5377-5956]
- Claudia F. Plappert: [0000-0003-1896-3959]

Verabschiedung

Das Positionspapier wurde dem GMA-Vorstand vorgelegt von diesem am 07.05.2024 verabschiedet.

Danksagung

Die Autorinnen des Positionspapiers bedanken sich bei folgenden Expertinnen für ihre Beratung bei der Fertigstellung des Manuskripts:

- Prof. Anne Wiedermann, Professur für Hebammenwissenschaft, Fakultät Interdisziplinäre Studien an der Hochschule Landshut
- Prof. Dr. Susanne Grylka, Leiterin Forschung Institut für Hebammenwissenschaft und reproduktive Gesundheit an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW
- Dr. Astrid Krahl, Studiengangleitung MSc Hebamme am Institut für Hebammen, Departement Gesundheit der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Die Autorinnen danken Emine Babac für die Übersetzung des Artikels.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen erklären, dass sie keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Anhänge

Verfügbar unter <https://doi.org/10.3205/zma001687>

1. Anhang_1.pdf (163 KB)
Auszüge aus dem Hebammengesetz

Literatur

1. Wissenschaftsrat. Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin, Köln: Wissenschaftsrat; 2012. Zugänglich unter/available from: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.html>
2. Sayn-Wittgenstein F. Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Bern: Huber; 2007.
3. Striebich S, Plappert C. Geschlechtersensible Sprache in der Hebammenarbeit: Wieviel sprachliche Geschlechterneutralität verträgt sich mit dem Schutz der Vulnerabilität von Müttern und ihren Kindern? Ein Diskussionsbeitrag. *Z Hebammenwiss.* 2023;11:15-20.
4. Bundesministerium für Gesundheit. Nationales Gesundheitsziel. Gesundheit rund um die Geburt. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2017. Zugänglich unter/available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/nationales-gesundheitsziel-gesundheit-rund-um-die-geburt>
5. Edmonds JK, Ivanof J, Kafulafula U. Midwife Led Units: Transforming Maternity Care Globally. *Ann Glob Health.* 2020;86(1):44. DOI: 10.5334/aogh.2794
6. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devaneet D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;4(4):CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5
7. Grylka-Baeschin S, Borner B, Pehlke-Milde J. Berufssituation der Hebammen in Einrichtungen mit und ohne hebammengeleitete Geburtshilfe in einem Schweizer Kanton [Occupational Situation of Midwives in Institutions with and without Midwife-led Care in a Swiss Canton]. *Z Geburtshilfe Neonatol.* 2020;224(2):93-102. DOI: 10.1055/a-1083-7028
8. Arabin B, Baschat AA. Pregnancy: An Underutilized Window of Opportunity to Improve Long-term Maternal and Infant Health-An Appeal for Continuous Family Care and Interdisciplinary Communication. *Front Pediatr.* 2017;5:69. DOI: 10.3389/fped.2017.00069
9. Bertram F, Huber S, Zyriax BC. Stellenwert von Ernährung und Lebensstil. In: Zyriax BC, editor. Schwangerschaft und Stillzeit - Ernährung, Lebensstil, Prävention. München: Elsevier; 2023. p.1-6.
10. Lange A, Kahlke D. Prävention und Gesundheitsförderung in der werdenden und jungen Familie. In: Tiemann M, Mohokum M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2020. p.1-13. DOI: 10.1007/978-3-662-55793-8_87-1
11. Hertle D, Lange U, Wende D. Schwangerenversorgung und Zugang zur Hebamme nach sozialem Status: Eine Analyse mit Routinedaten der BARMER [Healthcare in Pregnancy and Access to Midwives according to Socio-Economic Situation: An Analysis with Routine Data from BARMER Health Insurance]. *Gesundheitswesen.* 2023;85(4):364-370. DOI: 10.1055/a-1690-7079
12. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV). Hebammenversorgung in Hamburg. Stand 2018. Hamburg: Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz; 2020.
13. GKV Spitzenverband. Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V. Bonn: GKV Spitzenverband; 2015. Zugänglich unter/available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/hebammen_geburtshaeuser/hebammenhilfevertrag/hebammenhilfevertrag.jsp
14. Kouiti M, Hernández-Muñiz C, Youlyouz-Marfak I, Salcedo-Bellido I, Mozas-Moreno J, Jiménez-Moleón JJ. Preventing Gestational Diabetes Mellitus by Improving Healthy Diet and/or Physical Activity during Pregnancy: An Umbrella Review. *Nutrients.* 2022;14(10):2066. DOI: 10.3390/nu14102066
15. Bradfield Z, Officer K, Barnes C, Mignacca E, Butt J, Hauck J. Sexual and reproductive health education: Midwives' confidence and practices. *Women Birth.* 2022;35(4):360-366. DOI: 10.1016/j.wombi.2021.09.005
16. Royal College of Midwives. Specialist mental health midwives. What they do and why they matter. London: Royal College of Midwives; 2018. Zugänglich unter/available from: <https://www.rcm.org.uk/publications/publications/specialist-mental-health-midwives-what-they-do-and-why-they-matter/>
17. Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Bergeret Z, Cochran N, Frosch D, Galasiński D, Gulbrandsen P, Han PK, Härter M, Kindersley P, Lloyd A, Mishra M, Perestelo-Perez L, Scholl I, Tomori K, Trevena L, Wittemann HO, Van der Weijden T. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ.* 2017;359:j4891. DOI: 10.1136/bmj.j4891
18. Begley K, Daly D, Panda S, Begley C. Shared decision-making in maternity care: Acknowledging and overcoming epistemic defeaters. *J Eval Clin Pract.* 2019;25(6):1113-1120. DOI: 10.1111/jep.13243
19. Lazar J, Boned-Rico L, Olander EK. A systematic review of providers' experiences of facilitating group antenatal care. *Reprod Health.* 2021;18(1):180. DOI: 10.1186/s12978-021-01200-0
20. Merz WM, Tascon-Padron L, Puth MT, Heep A, Tietjen SL, Schmid M, Gembruch U. Maternal and neonatal outcome of births planned in alongside midwifery units: a cohort study from a tertiary center in Germany. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):267. DOI: 10.1186/s12884-020-02962-4
21. GKV Spitzenverband. Beiblatt 1 Kriterien zu Geburten im häuslichen Umfeld zur Anlage 3 Qualitätsvereinbarung zum Vertrag nach § 134a SGB V. Bonn: GKV Spitzenverband; 2020. Zugänglich unter/available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/20200401_Hebammen_Anlage_zur_Vereinbarung_-_Beiblatt_1_Kriterien_zu_Geburten_im_haeuslichen_Umfeld_Anlage_3_QV_final.pdf
22. Weiße Liste. Krankenhäuser zum Behandlungsgrund Geburt - deutschlandweit. 2023. Zugänglich unter/available from: <https://www.weisse-liste.de/krankenhaus/s/deutschlandweit/i/Geburt-Z38>
23. zu Sayn-Wittgenstein-Hohenstein F. Handbuch Hebammenkreißsaal - Von der Idee zur Umsetzung. Osnabrück: Eigenverlag; 2007.

24. Karagiannidis C, Busse R, Augurzky B, Schmitt J, Bschor T. Krankenhäuser: Vorschlag für eine grundlegende Vergütungsreform. *Dtsch Arztebl.* 2022;119(51-52):A-2289/B-1888.
25. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). Fachempfehlung Modelle zu Versorgungsstrukturen in der klinischen Geburtshilfe in Deutschland. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe; 2023. Zugänglich unter/available from: <https://www.dggg.de/stellungnahmen/fachempfehlung-modelle-zu-versorgungsstrukturen-in-der-klinischen-geburtshilfe-in-deutschland>
26. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Erste Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2022.
27. Striebich S, Agricola C, Bauer NH, Hellmers C, Groß MM, Zyriax BC. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum Entwurf des Aktionsplan der Bundesregierung „Gesundheit rund um die Geburt“ vom 13.07.2023. 2023. DOI: 10.13140/RG.2.2.21663.53929
28. Deutscher Hebammenverband (DHV). Positionspapier des Deutschen Hebammenverbandes e. V. Hebammengeleitete Geburtshilfe - eine unverzichtbare Säule der Grundversorgung. Berlin: Deutscher Hebammenverband; 2023. Zugänglich unter/available from: https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2023/04/2023_04_13_DHV-Positionspapier_Hebammengeleitete-Geburtshilfe.pdf
29. Wiesemann C, Frentz HM. Schwangerschaft transgeschlechtlicher Personen: eine Herausforderung für die Frauenheilkunde und Geburtshilfe. *Geburtshilfe und Frauenheilk.* 2020;80(07):670-671. DOI: 10.1055/a-1125-8372
30. Hanna CA, Cummins A, Fox D. Babies born with ambiguous genitalia: Developing an educational resource for Australian midwives. *Women Birth.* 2023;36(1):e142-e149. DOI: 10.1016/j.wombi.2022.05.007
31. Renner I, Paul M. „Lotsensysteme“ zur Stärkung von Familien. Gelingensbedingungen für den Ausbau in Geburtskliniken. *Public Health Forum.* 2021;29(2):141-143. DOI: 10.1515/pubhef-2021-0018
32. White Van Gompel E, Perez S, Datta A, Wang C, Cape V, Main E. Cesarean overuse and the culture of care. *Health Serv Res.* 2019;54(2):417-424. DOI: 10.1111/1475-6773.13123
33. Lindgren H, Erlandsson K. The MIDWIZE conceptual framework: a midwife-led care model that fits the Swedish health care system might after contextualization, fit others. *BMC Res Notes.* 2022;15(1):306. DOI: 10.1186/s13104-022-06198-7
34. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington D.C.: Interprofessional Education Collaborative Expert Panel; 2011.
35. Pace CA, Crowther S, Lau A. Midwife experiences of providing continuity of carer: A qualitative systematic review. *Women Birth.* 2022;35(3):e221-e232. DOI: 10.1016/j.wombi.2021.06.005
36. Sands G, Evans K, Spiby H, Eldridge J, Pallotti P, Evans C. Birth environments for women with complex pregnancies: A mixed-methods systematic review. *Women Birth.* 2023;36(1):39-46. DOI: 10.1016/j.wombi.2022.04.008
37. Chuey M, De Vries R, Dal Cin S, Low LK. Maternity Providers' Perspectives on Barriers to Utilization of Intermittent Fetal Monitoring: A Qualitative Study. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2020;34(1):46-55. DOI: 10.1097/JPN.0000000000000453
38. Hansson M, Lundgren I, Hensing G, Dencker A, Eriksson M, Carlsson IM. Professional courage to create a pathway within midwives' fields of work: a grounded theory study. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):312. DOI: 10.1186/s12913-021-06311-9
39. Wissenschaftsrat. HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem – Update Quantitative und qualitative Erhebungen der Situation in Studium, Lehre, Forschung und Versorgung. Berlin, Köln: Wissenschaftsrat; 2022.
40. Toll K, Sharp T, Reynolds K, Bradfield Z. Advanced midwifery practice: A scoping review. *Women Birth.* 2023;37(1):106-117. DOI: 10.1016/j.wombi.2023.10.001
41. Krahl A. Advanced Midwifery Practice – ein erweitertes Handlungsfeld für Hebammen. *Hebamme.* 2023;36:20-29. DOI: 10.1055/a-2060-3237
42. Friedli B. Chancen der Akademisierung für Hebammen – die Entwicklung eines Profils Advanced Practice Midwife in der Schweiz. *Hebamme.* 2023;36:30-35. DOI: 10.1055/a-2060-4408
43. Ehrenbrusthoff K, Braun T, Bahns C, Happe L, Kopkow C. Adherence to evidence-based practice across healthcare professionals in Germany: results from a cross-sectional, nationwide survey. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):1285. DOI: 10.1186/s12913-022-08682-z
44. Conway A, Dowling M, Devane D. Implementing an initiative promote evidence-informed practice: part 2—healthcare professionals' perspectives of the evidence rounds programme. *BMC Med Educ.* 2019;19(75):17. DOI: 10.1186/s12909-019-1488-z
45. Striebich S, Ayerle GM. Fear of childbirth (FOC): pregnant women's perceptions towards the impending hospital birth and coping resources - a reconstructive study. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2020;41(3):231-239. DOI: 10.1080/0167482X.2019.1657822
46. Souto SP, Silva RC, Prata AP, Guerra MJ, Couto C, Albuquerque RS. Midwives' interventions for reducing fear of childbirth in pregnant women: a scoping review. *JBI Evid Synth.* 2022;20(12):2867-2935. DOI: 10.111124/JBIES-21-00382
47. Smeltzer SC, Mitra M, Long-Bellil L, Iezzoni LI, Smith LD. Obstetric clinicians' experiences and educational preparation for caring for pregnant women with physical disabilities: A qualitative study. *Disabil Health J.* 2018;11(1):8-13. DOI: 10.1016/j.dhjo.2017.07.004
48. Büssing A, Waßermann U, Hvidt NC, Längler A, Thiel M. Spiritual needs of mothers with sick new born or premature infants-A cross sectional survey among German mothers. *Women Birth.* 2018;31(2):e89-e98. DOI: 10.1016/j.wombi.2017.08.002
49. Kennedy S, Lanceley A, Whitten M, Kelly C, Nicholls J. Consent on the labour ward: A qualitative study of the views and experiences of healthcare professionals. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021;264:150-154. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2021.07.003
50. van der Pijl M, Verhoeven C, Hollander M, de Jonge A, Kingma E. The ethics of consent during labour and birth: episiotomies. *J Med Ethics.* 2023;49(9):611-617. DOI: 10.1136/jme-2022-108601
51. Dasgupta T, Hunter S, Reid S, Sandall J, Shennan A, Davies SM, Walker S. Breech specialist midwives and clinics in the OptiBreech Trial feasibility study: An implementation process evaluation. *Birth.* 2023;50(3):596-605. DOI: 10.1111/birt.12685
52. Tang S, Bowles A, Minns Lowe C. Peer Review Processes for Quality Improvement in Health Care Settings and Their Implications for Health Care Professionals: A Meta-Ethnography. *J Contin Educ Health Prof.* 2022;42(2):115-124. DOI: 10.1097/CEH.0000000000000394

53. Reiso M, Langli B, Sommerseth E, Johannessen A. A qualitative study of the work experiences of midwives performing obstetric ultrasound in Norway. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):641. DOI: 10.1186/s12884-020-03333-9
54. Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege. Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. Gutachten 2024. Bonn: Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege; 2024. Zugänglich unter/available from: <https://www.svr-gesundheit.de/publikationen/gutachten-2024/>
55. Ewers M, Grewe T, Höppner H, Huber W, Sayn-Wittgenstein F, Stemmer R, Voigt-Radloff S, Walkenhorst U. Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfs-gerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. Konzept der Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrates. *Dtsch Med Wochenschr*. 2012;137:29-76. DOI: 10.1055/s-0032-1305067
56. Hebammenwissenschaftlicher Fachbereichstag (HWFT). Warum fachfremde Personen auf Professuren für Hebammenwissenschaft? Berlin: HWFT; 2023. Zugänglich unter/available from: <https://nachrichten.idw-online.de/2023/10/05/warum-fachfremde-personen-auf-professuren-fuer-hebammenwissenschaft>
57. Wissenschaftsrat. Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe. Berlin, Köln: Wissenschaftsrat; 2023. DOI: 10.57674/6exf-am35
58. Kennedy HP, Cheyney M, Dahlen HG, Downe S, Foureur MJ, Homer CSE, Jefford E, McFadden A, Michel-Schuldt M, Sandall J, Soltani H, Speciale AM, Stevens J, Vedam S, Renfrew MJ. Asking different questions: A call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. *Birth*. 2018;45(3):222-231. DOI: 10.1111/birt.12361
59. Homer C, Neylon K, Kennedy K, Baird K, Gilkison A, Keogh S, Middleton S, Gray R, Whitehead L, Finn J, Rickard C, Sharplin G, Neville S, Eckert M. Midwife led randomised controlled trials in Australia and New Zealand: A scoping review. *Women Birth*. 2023;36(5):401-408. DOI: 10.1016/j.wombi.2023.03.003
60. UniSA Clinical & Health Sciences. Australian Nursing and Midwifery Clinical Trials Network. UniSA Clinical & Health Sciences; 2020. Zugänglich unter/available from: <https://anmctn.au>
61. Newnham E, Rothman BK. The quantification of midwifery research: Limiting midwifery knowledge. *Birth*. 2022;49(2):175-178. DOI: 10.1111/birt.12615
62. Striebich S, Müller-Rockstroh B, Tegethoff D, Grieshop M. Der Wandlungsprozess des Hebammenberufs im Zuge der Akademisierung. *Hebammenforum*. 2016;5:514-517.
63. Sweet L, Fleet J, Bull A, Downer T, Fox D, Bowman R, Ebert L, Graham K, Bass J, Muller A, Henderson A. Development and validation of the Australian Midwifery Standards Assessment Tool (AMSAT) to the Australian Midwife Standards for Practice 2018. *Women Birth*. 2020;33(2):135-144. DOI: 10.1016/j.wombi.2019.08.004

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. rer. medic., Dipl. med. päd. Sabine Striebich
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg,
Universitätsmedizin Halle, Medizinische Fakultät, Institut
für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Magdeburger
Str. 8, 06108 Halle (Saale), Deutschland
sabine.striebich@medizin.uni-halle.de

Bitte zitieren als

Striebich S, Bauer NH, Dietze-Schwonberg K, Grieshop M, Kluge-Bischoff A, Zyriax BC, Plappert CF. Academic education of midwives in Germany (part 2): Opportunities and challenges for the further development of the profession of midwifery. Position paper of the Midwifery Science Committee (AHW) in the DACH Association for Medical Education (GMA). GMS J Med Educ. 2024;41(3):Doc32. DOI: 10.3205/zma001687, URN: urn:nbn:de:0183-zma0016871

Artikel online frei zugänglich unter

<https://doi.org/10.3205/zma001687>

Eingereicht: 16.12.2023

Überarbeitet: 07.05.2024

Angenommen: 07.05.2024

Veröffentlicht: 17.06.2024

Copyright

©2024 Striebich et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.