

STUDIENKURS GESUNDHEIT & PFLEGE

Tegethoff | Limmer

# Hebammenwissenschaft

Theorie und Methoden



**Nomos**

## **STUDIENKURS GESUNDHEIT & PFLEGE**

**Lehrbuchreihe für Studierende der Gesundheitswissenschaft, Pflege, Pflegewissenschaft und Pflegemanagement sowie Hebammenkunde und Hebammenwissenschaft**

Der Studienkurs „Gesundheit und Pflege“ ermöglicht den schnellen und verständlichen Einstieg in die zentralen Themen der gesamten Gesundheitswissenschaften (u.a. Gesundheitsmanagement, Gesundheitsökonomie oder Public Health), der Pflege (u.a. Pflegewissenschaft, Pflegemanagement oder Pflegepädagogik) sowie des Hebammenwesens. Didaktische Elemente wie Definitionen, Reflexionsfragen, Fallbeispiele aus der Praxis sowie weiterführende Literaturlisten ermöglichen einen sachkundigen Einstieg in das jeweilige Themenfeld. Die Bücher richten sich an Student:innen sowie Quereinsteiger:innen der jeweiligen Fachdisziplinen. Ausgewiesene Expert:innen sorgen für Überblickswissen und einen fundierten Zugang zu den Disziplinen.

Dorothea Tegethoff | Claudia Limmer

# Hebammenwissenschaft

Theorie und Methoden



**Nomos**

Grafiken: Jessica Sommer

**Die Deutsche Nationalbibliothek** verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-8487-8128-7 (Print)

ISBN 978-3-7489-2544-6 (ePDF)



Onlineversion  
Nomos eLibrary

1. Auflage 2025

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2025. Gesamtverantwortung für Druck und Herstellung bei der Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

## Vorwort

Im Jahr 2002 – eine Hebammenwissenschaft im deutschsprachigen Raum gab es zu diesem Zeitpunkt praktisch nicht – schrieb Simone Kirchner:

[...] Hebammen [stellen] ein breites Erfahrungswissen und komplexe Fertigkeiten zur Verfügung. Diese Unterstützung dient dazu, die Prozesse um Schwangerschaft, Geburt und erste Familiengründungsphase so reibungslos wie möglich zu gestalten. Die hierbei erworbenen Erkenntnisse fließen aufgrund einer fehlenden Hebammenwissenschaft nur sehr unzureichend in Theorie und Lehre zurück, und müssen so von jeder Hebamme individuell im Laufe ihrer Berufstätigkeit durch die Erfahrungen in der Praxis erarbeitet werden. [...] Die rasante Wissenszunahme in den Bezugswissenschaften verlangt geradezu danach, dass Hebammen auch im deutschsprachigen Raum der Zugang zu den Orten geöffnet wird, die der Schaffung von Wissen dienen. [...] Stünde ein struktureller Ort zur Verfügung, ließe sich die Spezifität des Feldes um die Betreuung von Mutterwerden und Kindsentwicklung von innen heraus beschreiben, erklären und weiterentwickeln. Zu diesem bislang unbeschriebenen Fachwissen der Hebammen gehören beispielsweise die Wissensgebiete um die charakteristischen taktilkinästhetischen Erkenntnismöglichkeiten und körpertherapeutischen und handwerklichen Fertigkeiten der Hebammendiagnostik und –behandlung (Kirchner 2003: 9f.).

Inzwischen, im Frühjahr 2025, ist die Hebammenwissenschaft im deutschsprachigen Raum an vielen Hochschulen und Universitäten etabliert. Die Hebammen sind in den Orten, an denen Wissen geschaffen und systematisiert werden kann, angekommen. Dieses Buch soll einen Beitrag dazu leisten, dass nicht ‚von jeder Hebamme individuell‘ die Grundlagen der Hebammenwissenschaft, der evidenzbasierten Hebammentätigkeit und des wissenschaftlichen Arbeitens aus einzelnen Publikationen gesammelt werden müssen.

Wir, Dorothea Tegethoff und Claudia Limmer, haben lange daran gearbeitet, das Wissen, das wir für die Hebammenwissenschaft für relevant halten, zusammenzutragen und in konzentrierter Form darzustellen. Das war eine Aufgabe, vor der uns mehr als einmal der Mut verlassen wollte. Vollständigkeit, so erstrebenswert sie auch erscheint, mussten wir als Ziel für dieses Buch aufgeben. Sie, unsere Leser:innen, finden also eine Auswahl aus dem hebammenwissenschaftlichen und bezugswissenschaftlichen Wissensfundus, die wir nach bestem Wissen und Gewissen getroffen haben. Zweifellos hätten wir uns bei der Auswahl von Theorien, Methodologien, Beispielstudien und Formaten für wissenschaftliches Schreiben an vielen Stellen auch anders entscheiden können. Wir möchten unsere zukünftigen Kolleg:innen, Studierende der Hebammenwissenschaft, daher dazu anregen, weiter zu lesen und selbst zu entscheiden, was für Ihr Studium bedeutsam ist. Dieses Buch gibt Ihnen einige Kriterien für diese Entscheidungen mit. Auch die Kollegin:innen in Praxis und Wissenschaft finden hoffentlich Anregungen für Ihre Arbeit.

## Vorwort

---

An diese Stelle gehört auch eine Anmerkung zum Sprachgebrauch in diesem Buch. Inklusive Sprache ist uns ein Anliegen. Es gibt aber aktuell keine abschließende einheitliche Lösung, die jeden denkbaren sprachlichen Einzelfall berücksichtigt. Daher verwenden wir in diesem Buch unterschiedliche Formen inklusiver Sprache und versuchen dabei auch, eine gute Lesbarkeit des Textes zu erzielen. Sie werden also verschiedene Formulierungen vorfinden: Forscher:innen, forschende Personen oder Forschende. Da es bei inklusiver Sprache um Vielfalt geht, erlauben wir uns diese Variationen. In einigen Fällen haben wir uns entschlossen, in dem weiblich dominierten Feld der Hebammenwissenschaft das generische Femininum zu verwenden. Grundsätzlich sind alle Menschen, ungeachtet ihres Geschlechts, gemeint und eingeschlossen.

Unser Dank geht an alle Studierenden und Kolleg:innen, die durch Diskussion und Austausch zu diesem Buch beigetragen haben. Unsere Teams an der Universitätsmedizin Rostock und der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg haben geduldig ertragen, wenn wir tagelang ‚am Buch‘ gearbeitet haben, und uns entlastet. Danke dafür! Insbesondere bedanken wir uns bei Annekatrin Skeide, Nancy Stone und Kirsten Hötting für hilfreiche Anmerkungen zu unseren Textentwürfen. Jessica Sommer verdanken wir die wunderschönen, aussagekräftigen Abbildungen. Sie hat uns auch durch Anmerkungen zur Verständlichkeit unserer Texte aus der Sicht einer Studierenden unterstützt. Solveig Hoth hat bei der Erstellung der Literaturverzeichnisse geholfen. Das Buch hat in Inhalt und Form durch all diese Hilfe sehr gewonnen.

Wir bedanken uns auch beim Team des NOMOS-Verlags, namentlich bei Alexander Hutzler, der die Idee für dieses Buch an uns herangetragen hat, und bei Fabiola Valeri, die das Projekt mit uns zum hoffentlich guten Ende geführt hat.

Unser Wunsch für dieses Buch ist, dass es vielen Hebammen und Studierenden eine anregende Lektüre und vor allem eine Unterstützung beim evidenzbasierten Arbeiten beziehungsweise beim Studieren sein möge. Letztlich hoffen wir, dass wir mit diesem Lehrbuch der Hebammenwissenschaft einen Beitrag zur gelingenden Versorgung von Frauen und Familien in der Familiengründungsphase leisten.

Wir freuen uns über jede Rückmeldung.

Rostock und Hamburg, im Frühjahr 2025  
*Dorothea Tegethoff* und *Claudia Limmer*

## Literatur

Kirchner, S. (2003). Geleitwort. In Bryar, R. Theorie und Hebammenpraxis. Verlag Hans Huber, Bern.

## **Inhalt**

<b>Vorwort</b>	5
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	11
<b>Tabellenverzeichnis</b>	13
<b>Aufgabenverzeichnis</b>	14
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	16
<b>1 Hebammenwissenschaft – eine Einführung</b>	19
1.1 Was ist Hebammenwissenschaft?	19
1.2 Gegenstände der Hebammenwissenschaft	29
1.3 Hebammenwissenschaft in Deutschland – ein Überblick	32
1.4 Theorien der Hebammenwissenschaft	33
1.5 Theorien aus Bezugswissenschaften	45
<b>2 Ethik in der Hebammenwissenschaft</b>	57
2.1 Forschungsethik	58
2.2 Wissenschaftsethik	63
2.3 Ethikkommissionen	64
<b>3 Quantitative Forschung in der Hebammenwissenschaft</b>	67
3.1 Wissenschaftstheoretische Grundlagen der quantitativen Forschung	68
3.2 Forschungsfrage und Hypothese	70
3.3 Quantitative Studientypen	72
3.4 Stichproben	79
3.5 Validität von Studienergebnissen und Biaskontrolle	84
3.5.1 Interne und externe Validität	84
3.5.2 Verzerrung (Bias)	85
3.5.3 Effektvermischung (Confounding)	88
3.6. Deskriptive Statistik	91
3.6.1 Grundbegriffe	93
3.6.2 Statistische Messskalen (Skalenniveaus)	94
3.6.3 Zentrale Tendenz und Streuung	96
3.6.4 Bivariate deskriptive Statistik – Korrelation	102
3.6.5 Epidemiologische Grundlagen	104
3.6.6 Risiko und Odds	106
3.7 Schließende Statistik	112
3.7.1 Signifikanz und p-Wert	114
3.7.2 Konfidenzintervall	115
3.7.3 Statistische Power	116
3.7.4 Signifikanztests	117
3.8 Entwicklung und Validierung von Erhebungsinstrumenten	122
3.9 Berichtsstandards für quantitative Studien	128

## Inhalt

---

<b>4</b>	<b>Qualitative Forschung in der Hebammenwissenschaft</b>	<b>133</b>
4.1	Die Bedeutung qualitativer Forschung in der Hebammenwissenschaft	133
4.2	Gemeinsamkeiten qualitativer Forschungsmethoden und qualitativer Methodologien	134
4.3	Stichproben/Samples	139
4.4	Gütekriterien qualitativer Forschung	142
4.5	Datenerhebung in der qualitativen Forschung	143
4.5.1	Interviews	143
4.5.2	Gruppendiskussion/Fokusgruppen	150
4.5.3	Asynchrone narrative Sprachnachrichten (Asynchronous Narrative Audiomessages)	152
4.5.4	Beobachtung	153
4.5.5	Andere Erhebungsmethoden	157
4.6	Datenauswertung in der qualitativen Forschung	161
4.6.1	Datenaufbereitung, Transkription	161
4.6.2	Thematische Analyse und Inhaltsanalyse	163
4.6.3	Computergestützte Datenauswertung	173
4.7	Methodologische Ansätze qualitativer Forschung	174
4.7.1	Phänomenologie	174
4.7.2	Dokumentarische Methode	178
4.7.3	Weitere Methodologien	183
4.8	Triangulation und Mixed Methods	185
4.9	Berichtsstandards für qualitative Studien	187
<b>5</b>	<b>Evidenzbasierte Hebammenpraxis</b>	<b>197</b>
5.1	Die drei Säulen der evidenzbasierten Praxis	197
5.2	Fünf Schritte zur evidenzbasierten Entscheidungsfindung	199
5.3	Systematische Reviews	200
5.4	Evidenzlevel und Evidenzpyramide	201
5.5	Leitlinien	204
5.6	Sensitivität und Spezifität	208
5.7	Gesundheitskommunikation	210
5.8	Shared Decision Making	217
<b>6</b>	<b>Wissenschaftliches Arbeiten</b>	<b>223</b>
6.1	Literaturrecherche	223
6.1.1	Wo können Sie Literatur recherchieren?	224
6.1.2	Wie können Sie Literatur recherchieren?	227
6.1.3	Wie können Sie aus der recherchierten Literatur eine Auswahl treffen?	233
6.2	Wissenschaftliche Literatur lesen	237
6.2.1	Welche Literatur kommt für wissenschaftliches Arbeiten in Frage?	237
6.2.2	Lesen nach der SQ3R Technik nach Robinson	241
6.2.3	Dokumentieren und Exzerpieren	242
6.3	Die wissenschaftliche Literatur einordnen	246
6.4	Wissenschaftliches Schreiben	249
6.4.1	Ein Thema finden	249
6.4.2	Das Thema eingrenzen	250

---

6.4.3	Material sammeln und strukturieren	251
6.4.4	Eine erste Fassung schreiben	252
6.4.5	Überarbeitung	253
6.4.6	Zitieren	255
6.5	Verschiedene Formate wissenschaftlicher Arbeiten	259
6.5.1	Ein Exposé schreiben	260
6.5.2	Eine Hausarbeit schreiben	263
6.5.3	Ein Review schreiben	265
6.5.4	Einen Fallbericht schreiben	267
6.5.5	Eine Konzeptanalyse schreiben	269
6.5.6	Ein Abstract schreiben	270
<b>7</b>	<b>Lösungen</b>	<b>275</b>
	<b>Sachregister</b>	<b>293</b>
	<b>Bereits erschienen in der Reihe STUDIENKURS GESUNDHEIT UND PFLEGE</b>	<b>303</b>

# 1 Hebammenwissenschaft – eine Einführung

## Überblick

Dieses Kapitel gibt Ihnen eine Einführung darüber,

- was Hebammenwissenschaft ist und was sie ausmacht.
- wie sich die Hebammenwissenschaft in Deutschland entwickelt hat.
- was Gegenstände der Hebammenwissenschaft sein können.
- warum Theorien für die Hebammenwissenschaft bedeutsam sind.

Beispielhaft werden hebammenwissenschaftliche Theorien und Theorien aus Bezugswissenschaften vorgestellt.

### 1.1 Was ist Hebammenwissenschaft?

In wenigen Sätzen, die im Vorwort dieses Buches zitiert sind, hat Simone Kirchner (2002: 9f) zusammengefasst, warum Hebammen ihre Tätigkeit wissenschaftlich durchdringen, beschreiben und weiterentwickeln müssen, warum es also eine Hebammenwissenschaft geben muss. In ähnlichem Sinne argumentiert Eva Cignacco, die bereits 2010 deutlich macht, dass Hebammentätigkeit nur dann wahrgenommen wird, für systematische Forschung zugänglich ist und nicht zuletzt auskömmlich finanziert wird, wenn Probleme, Ziele und Handlungen bei der Arbeit von Hebammen klar definiert und benannt werden können (Cignacco und Georg 2010). Inzwischen, im Jahr 2025, ist die Hebammenwissenschaft in Deutschland, Österreich und der Schweiz formal etabliert.

Der Begriff Hebammenwissenschaft ist ungewöhnlich und bedarf der Erläuterung (Kahl 2013). Es sind die Tätigkeit und das Tätigkeitsfeld von Hebammen, also ihre Arbeit mit Schwangeren, Gebärenden und Familien nach der Geburt und damit letztlich die Frauen und Familien, die im Fokus der Hebammenwissenschaft stehen. Die Tätigkeit von Hebammen orientiert sich am *Betreuungsbogen* (zu Sayn-Wittgenstein 2007), der sich von der Familienplanung über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bis zum Ende der Stillzeit in die frühe Elternschaft spannt (Abb. 1.1).

Damit ist zunächst einmal nur ein sehr allgemeines Modell (siehe Kap 1.3) für die Hebammentätigkeit abgebildet. Eine differenziertere Definition von Hebammentätigkeit, die wichtige Hinweise für die Ausrichtung der Hebammenwissenschaft gibt, findet sich bei Renfrew et al. (2014) in einer Artikelserie zur Hebammentätigkeit, die 2014 in der Zeitschrift *The Lancet* erschien. Die Arbeitsgruppe erstellte ein Modell für eine qualitativ hochwertige Betreuung von Frauen und Familien in der Familiengründungsphase. Die Autor:innen definieren Hebammentätigkeit (*midwifery*) als

kompetente, kenntnisreiche und mitfühlende Fürsorge für Frauen im gebärfähigen Alter (*childbearing women*), neugeborene Kinder und Familien durch das Kontinuum von Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und ersten Lebenswochen. Kerncharakteristika sind die Opti-

## 1 Hebammenwissenschaft – eine Einführung

mierung normaler biologischer, psychologischer, sozialer und kultureller Prozesse der Reproduktion und des Lebensbeginns, zeitgerechte Prävention und Behandlung von Komplikationen, Zusammenarbeit mit und Überweisung zu anderen Gesundheitsangeboten (*services*), Respekt vor den individuellen Umständen und Sichtweisen der Frauen, und partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Frauen, um ihre eigenen Fähigkeiten, für sich und ihre Familien zu sorgen, zu stärken. (Renfrew et al. 2014: 1130, eigene Übersetzung)

Auch in dieser Definition wird der Zeitraum im Leben von Frauen und Familien aufgegriffen, den Friederike zu Sayn-Wittgenstein im *Betreuungsbogen* (Abb. 1.1) zusammenfasst. Hebammentätigkeit wird als *kompetent, kenntnisreich und mitfühlend* bezeichnet, was bedeutet, dass praktisches Können, theoretisches Wissen und emotionales Mitschwingen unverzichtbare Anteile der Hebammentätigkeit sind. Daneben wird von Renfrew et al. festgestellt, dass Hebammentätigkeit an *normalen* Vorgängen rund um die reproduktive Phase orientiert ist. Normalität ist allerdings ein umstrittener Begriff (Drews-Sylla et al. 2010). Es ist eine Überlegung wert, an welchen Normen Hebammen sich orientieren, wenn sie über etwas *Normales* sprechen. Im Fokus der Definition der Hebammentätigkeit von Renfrew et al. stehen, und das ist die Interpretation der Autorinnen dieser Einführung, Phänomene, die als *gesund* oder *physiologisch* gelten. Auch diese Begriffe sind klärungsbedürftig.

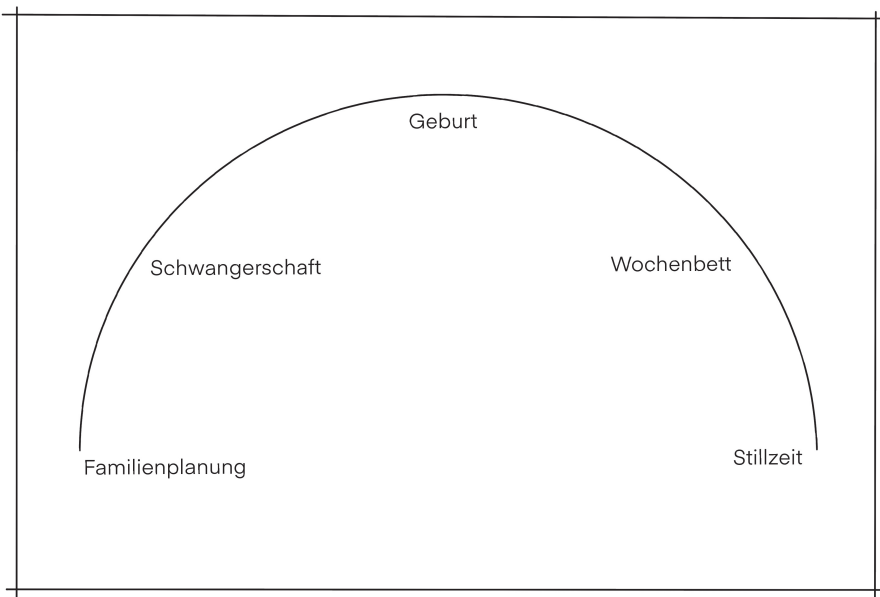


Abb. 1.1. *Betreuungsbogen* nach zu Sayn-Wittgenstein (2007)

► **Begriffe**

**Gesundheit**

Die Definition der Weltgesundheitsorganisation lautet:

Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen (WHO 1948).

Eine anders lautende Definition von Gesundheit finden Sie unter Kapitel 1.5 im Zusammenhang mit der Theorie der Salutogenese nach Antonovsky. ◀

Die Orientierung an Gesundheit oder Physiologie heißt aber nicht, dass Vorgänge, die als *krankhaft* oder *pathologisch* bewertet werden, für die Hebammenwissenschaft irrelevant sind. Auch für Frauen und Kinder, die krank sind, können Hebammen tätig werden, indem sie zum Beispiel die Betroffenen unterstützen, ihre Gesundheit zu stärken oder wiederherzustellen. Ein Beispiel dafür ist die Betreuung einer Wöchnerin nach einer Geburt durch Kaiserschnitt. Auch wenn es in diesen Fällen Gesundheitsprobleme, sprich: eine Indikation zum Kaiserschnitt, gibt und die Operation selbst gesundheitlich belastend ist, können doch andere Vorgänge, hier also die Rückbildung, die Laktation und das Stillen, der Aufbau einer Eltern-Kind-Beziehung, weiterhin ganz *normal* ablaufen. Die Heilung von Wunden ist im Wochenbett gerade ein *normaler* und *gesunder* Vorgang. In vielen derartigen Fällen gesundheitlicher Probleme bedeutet Hebammentätigkeit, dass mit anderen Professionen zusammengearbeitet wird, beziehungsweise, dass die Hebamme die Familie zu den Anbieter:innen anderer Gesundheitsleistungen weiterleitet. Dementsprechend wird auch in der Hebammenwissenschaft mit anderen wissenschaftlichen Disziplinen zusammengearbeitet, um das Wissen um *gesunde* Prozesse und ihre Förderung mit den Kenntnissen um *pathologische* Vorgänge und ihre Behandlung zu vernetzen. Zum Beispiel können Erkenntnisse aus der Psychologie, der Medizin oder der Sozialen Arbeit in die hebammenwissenschaftliche Forschung und Lehre einfließen.

► **Begriffe**

**Normale Geburt, physiologische Geburt**

Die WHO stellt in ihren Empfehlungen zur Geburtsbegleitung im Hinblick auf eine positive Geburtserfahrung nur fest, dass der Begriff der *Normalität* für die Geburt weder universell noch standardisiert ist (WHO 2018). Es wird darauf hingewiesen, dass weltweit sehr unterschiedliche Praktiken rund um die Geburt üblich sind, was die Vorstellung davon, was normal sein könnte, problematisch macht. Auf eine eigene Definition wird hier verzichtet.

In einem älteren Dokument definiert die WHO eine normale Geburt:

- Spontaner Wehenbeginn bei niedrigem Ausgangsrisiko und gleichbleibend wenig Auffälligkeiten während des Geburtsverlaufs.
- Das Neugeborene wird aus Schädellage spontan mit einem Gestationsalter von 37 bis 42 Schwangerschaftswochen geboren.
- Post partum befinden sich Mutter und Kind in gutem Allgemeinzustand (WHO 1996).

Diese Definition kann stets nur rückblickend zur Anwendung kommen.

## 1 Hebammenwissenschaft – eine Einführung

Der Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege und Verbund Hebammenforschung 2013) definiert auf S. 20:

„Im vorliegenden Standard wird eine physiologische Geburt als eine Geburt verstanden, bei der keine bzw. möglichst wenige, gut begründete Interventionen durchgeführt werden.“

Die Autorinnen des Standards halten an anderer Stelle fest, dass zwischen *normaler* und *physiologischer Geburt* in der internationalen Diskussion kaum unterschieden wird (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Verbund Hebammenforschung 2013). ◀

### Aufgabe 1.1. Diskussionsanregung: *normal, gesund, physiologisch*

Diskutieren Sie die Bedeutung von *normal, gesund* und *physiologisch*. Berücksichtigen Sie dabei die Definitionen von *normaler* beziehungsweise *physiologischer Geburt*.

Die Grenzen der Hebammenwissenschaft zu den Bezugsdisziplinen sind fließend. So sind zum Beispiel hormonelle Veränderungen in der Schwangerschaft sowohl für die Hebammenwissenschaft als auch für die Medizin, Biochemie und Biologie relevant. Nach aktuellem Stand sind Hebammen kaum für die entsprechende Grundlagenforschung im Labor ausgebildet. Für die Hebammenwissenschaft sind die Ergebnisse dieser Forschung aber bedeutsam. Im wissenschaftlichen Diskurs kommt es darauf an, wissenschaftlich Arbeitenden in den Bezugsdisziplinen, aber auch Institutionen, die Forschung finanzieren, die Bedeutung hebammenwissenschaftlicher Fragen zu verdeutlichen. Interdisziplinär können dann Fragen geklärt werden, wie zum Beispiel die hormonellen Veränderungen die körperliche und seelische Verfassung einer Schwangeren beeinflussen und mit welchen Mitteln eine Hebamme sie positiv beeinflussen kann.

### Aufgabe 1.2. Diskussionsanregung: Hebammenwissenschaftliche Fragen

Schauen Sie unter (<https://www.egms.de/dynamic/de/journals/zhwi/index.htm>) die Online-Veröffentlichungen der Forschungsartikel aus der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft durch und diskutieren Sie, ob und wenn ja, warum es sich bei den jeweiligen Forschungsfragen um *hebammenwissenschaftliche* Fragen handelt.

Dass der Blick der Hebammenwissenschaft auf die Arbeit mit den Frauen und Familien gerichtet ist, impliziert, dass es sich um eine angewandte Wissenschaft handelt. Das bedeutet, dass es einerseits Grundlagenforschung zu den genannten Phänomenen rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gibt, dass vor allem aber ein starker Anwendungsbezug aller wissenschaftlichen Bemühungen anzunehmen ist. Ein zentrales Erkenntnisinteresse der Hebammenwissenschaft lautet: *Wie kann der wissenschaftliche Erkenntnisgewinn die Gesundheit und Lebensqualität von Frauen und Familien verbessern?*

► **Begriffe**

**Erkenntnisinteresse**

Was Wissenschaft eigentlich will, wird mit dem Begriff *Erkenntnisinteresse* verknüpft. Jeder Forschung liegt ein Interesse zugrunde. Der Soziologe und Philosoph Jürgen Habermas (geb. 1929) unterscheidet zwischen technischem, praktischem und emanzipatorischem Erkenntnisinteresse.

Mit *technischem* Erkenntnisinteresse ist gemeint, dass Wissenschaftler:innen daran interessiert sind, die Welt durch Ursache-Wirkung-Beziehungen zu *erklären*. Nach Habermas bestimmt dieses Erkenntnisinteresse die sogenannten empirisch-analytischen Wissenschaften oder im allgemeinen Sprachgebrauch die Naturwissenschaften, die quantitative Forschungsmethoden anwenden. Der Nutzen dieser Art von Wissenschaft liegt darin, dass Menschen mit diesen Erkenntnissen die Welt durch die Lösung technischer Probleme beeinflussen können. Eine Gefahr sieht Habermas darin, dass derartiges Wissen zur Manipulation von Menschen verwendet werden kann, zum Beispiel durch Werbung (Preglau 2015).

Ein *praktisches* Erkenntnisinteresse verfolgen nach Habermas die Geisteswissenschaften, die sich darum bemühen, das menschliche Zusammenleben und die Verständigung zwischen Subjekten zu *verstehen*. Das beinhaltet, dass statt Kausalzusammenhängen der *Sinn* von Äußerungen und Handlungen im Mittelpunkt steht, also zum Beispiel die Absichten, die damit verfolgt werden. Dieses Erkenntnisinteresse ist typisch für Geisteswissenschaften wie die Geschichtswissenschaft, die hermeneutische (verstehende), qualitative Methoden verwenden. Habermas geht davon aus, dass das (wenn auch nicht immer vollständige) gegenseitige Verstehen Grundvoraussetzung für das Funktionieren von Gesellschaften ist.

Als drittes nennt Habermas das *emanzipatorische* Erkenntnisinteresse. Er geht davon aus, dass die menschliche Kommunikation und Lebensverhältnisse durch die Herrschaftsverhältnisse, die mit Ausgrenzung und Unterdrückung einhergehen, gestört sind. Ziel emanzipatorisch orientierter Wissenschaft, und damit ist kein bestimmtes Fach und keine spezielle Ausrichtung gemeint, ist daher, eine *herrschaftsfreie* Kommunikation zu ermöglichen. Sowohl technisches als auch praktisches Erkenntnisinteresse sind, so Habermas, legitim. Das emanzipatorische Erkenntnisinteresse ergänzt zum Erklären und Verstehen der Welt und der Gesellschaft das Bemühen um Humanisierung und Mündigkeit (Preglau 2015). ◀

**Aufgabe 1.3. Diskussionsanregung: Erkenntnisinteresse**

Diskutieren Sie anhand konkreter Forschungsprojekte/Studienberichte:

Was ist die Forschungsfrage?

Was ist hier das Erkenntnisinteresse?

Handelt es sich um ein technisches, praktisches oder emanzipatorisches Erkenntnisinteresse im Sinne von Habermas?

Hebammenwissenschaft hat also einen klaren Handlungsbezug und nicht nur den reinen Erkenntnisgewinn als Ziel. Als weiteres wichtiges Erkenntnisinteresse der Hebammenwissenschaft kann im Sinne der Definition von Renfrew et al. formuliert werden: *Wie können Frauen und Familien in ihrer Selbstbestimmung und ihren Fähigkeiten, sich selbst zu versorgen, gestärkt werden?*

## 1 Hebammenwissenschaft – eine Einführung

---

Die Perspektive der Hebammenwissenschaft ist demnach nicht neutral. Vielmehr gehört es zur Hebammentätigkeit und damit zur Hebammenwissenschaft, die Frauen und Familien anwaltschaftlich zu vertreten (ICM 2022) und für sie Partei zu ergreifen: die Bedürfnisse und auch die individuellen Sichtweisen der Frauen und Familien stehen im Fokus. Eine derartige Parteinahme tut der Wissenschaftlichkeit keinen Abbruch, wie der Wissenschaftsphilosoph Karl Popper schreibt:

Wir können dem Wissenschaftler nicht seine Parteilichkeit rauben, ohne ihm auch seine Menschlichkeit zu rauben. Ganz ähnlich können wir nicht seine Wertungen verbieten oder zerstören, ohne ihn als Menschen *und als Wissenschaftler* zu zerstören. (Popper 2017: 222)

Das ist insofern bemerkenswert, als Popper als Gründervater des kritischen Rationalismus gilt, der die theoretische Grundlage der heutigen naturwissenschaftlichen, stark an Objektivität orientierten Forschung ist. Eine menschliche Wissenschaft orientiert sich demnach an Werten. In der Hebammenwissenschaft kann ein solcher Wert zum Beispiel die Orientierung an den Wünschen und Werten der Frauen und Familien sein. „Mit-der-Frau-Sein“ gehört zentral zum Selbstverständnis von Hebammen (Bryar 2002:20). Ein möglicher Anknüpfungspunkt für die Hebammenwissenschaft ist in diesem Sinne die partizipative Forschung, die Hella von Unger (2014) so beschreibt: ein wissenschaftliches Vorgehen, das soziale Wirklichkeit partnerschaftlich verstehen und verändern will. Also: zusammen mit den Frauen und Familien soll durch Hebammenwissenschaft die geburtshilfliche Versorgung verbessert werden. V. Unger konkretisiert das so:

Diese doppelte Zielsetzung, die Beteiligung von gesellschaftlichen Akteuren als Co-Forscher/innen sowie Maßnahmen zur individuellen und kollektiven Selbstbefähigung und Ermächtigung der Partner/innen (Empowerment) zeichnen partizipative Forschungsansätze aus. Der Begriff der Partizipation ist von zentraler Bedeutung. (von Unger 2014: 1)

So kann eine zentrale Forderung an die Hebammenwissenschaft lauten und mit dieser Formulierung kann auch an die oben zitierte Definition von Hebammentätigkeit angeknüpft werden, in der Renfrew et al. den „[...] Respekt vor den individuellen Umständen und Sichtweisen der Frauen, und partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Frauen, um ihre eigenen Fähigkeiten, für sich und ihre Familien zu sorgen, zu stärken [...]“ (2014: 1130) als typisch für die Arbeit von Hebammen benennen. Beispielhaft für diese Haltung berücksichtigen Mirjam Peters, Petra Kolip und Rainhild Schäfers (2020) in ihrer Arbeit zur Theoriebildung in der Hebammenwissenschaft ausdrücklich und umfangreich Erkenntnisse zu den Wünschen und Bedürfnissen der Frauen und Familien. Gertrud Ayerle und Elke Mattern (2017) beziehen ebenfalls die Sichtweisen der Frauen und Familien in ihre Arbeit ein und identifizieren mit Schwangeren, Müttern und Hebammen in Fokusgruppen prioritäre Themen für die Forschung durch Hebammen als Beitrag zu einer bis dato noch ausstehenden Forschungsagenda für die Hebammenwissenschaft in Deutschland. In dieser Arbeit sind neben den Frauen und Familien auch praktisch tätige Hebammen als Informant:innen berücksichtigt

worden. Dieses Beispiel zeigt, dass das Verhältnis zwischen Wissenschaft und Praxis, hier also zwischen Hebammenwissenschaftler:innen und praktisch tätigen Hebammen, ebenfalls bedacht werden muss. Auch für diese Konstellation kann die partizipativ orientierte Wissenschaft wichtige Anregungen geben: V. Unger geht davon aus, dass eine „evidenzbasierte Praxis“ (siehe Kapitel 5.1) nur mit einer „praxisbasierten Evidenz“ gelingen kann (v. Unger 2014: 7). Damit ist gemeint, dass Forschung, die für die Praxis relevant sein soll, auf die Kooperation der Praktiker:innen angewiesen ist. Auch in anderen Disziplinen (zum Beispiel der Medizin) besteht diese Spannung zwischen wissenschaftlicher Ausbildung und Forschung auf der einen Seite und der praktischen Kunst auf der anderen Seite (Baeroe 2020). Wenn auch nicht jede Hebamme eine Hebammenwissenschaftlerin sein muss oder kann, ist doch die Hebammenwissenschaft in diesem Sinne letztlich eine gemeinsame Anstrengung aller Hebammen. Praktisch tätige Hebammen tragen ihre wissenschaftliche Ausbildung in die Praxis und können die praktisch relevanten Fragen an die Wissenschaftler:innen richten. Damit sind sie am Gesamterfolg ebenso beteiligt wie diejenigen, die wissenschaftlich an der Beantwortung dieser Fragen arbeiten.

Es stellt sich nun aber die Frage, was Wissenschaft, oder genauer, was wissenschaftliches Wissen in Abgrenzung von anderem Wissen überhaupt ausmacht. Hierzu gibt der Wissenschaftsphilosoph Paul Hoyningen-Huene folgende Antwort:

Wissenschaftliches Wissen unterscheidet sich von anderen Wissensarten, besonders dem Alltagswissen, primär durch seinen höheren Grad an Systematizität (Hoyningen-Huene 2013: 14).

Das ist eine ausgesprochen weite Bestimmung von wissenschaftlichem Wissen, die nach Hoyningen-Huene ausdrücklich verschiedene Wissenschaftszweige – Naturwissenschaft, Sozialwissenschaft, Geisteswissenschaft – einschließt. Insofern ist diese Formulierung für die Hebammenwissenschaft gut geeignet, zu deren Merkmalen die methodologische Vielfalt gehört. Das Spektrum der möglichen Gegenstände von Hebammenwissenschaft (physische, psychische, soziale und kulturelle Phänomene) macht es erforderlich, die ganze Breite natur-, sozial- und geisteswissenschaftlicher Methodologien, Forschungsmethoden und Studiendesigns zu berücksichtigen. Auch der Diskurs mit den Bezugswissenschaften Psychologie, Soziologie, Pädagogik, Medizin, Pflegewissenschaft legt Methodenvielfalt und die entsprechende Breite methodologischer Ansätze nahe (Tegethoff 2020). Daher werden in diesem Buch ganz unterschiedliche Forschungsmethoden mit den jeweiligen Grundlagen erläutert (siehe Kapitel 3 und 4). Dass wissenschaftliches Wissen also dadurch gekennzeichnet ist, dass es systematisch ist, kann ebenso für naturwissenschaftlich gewonnene Aussagen wie für Erkenntnisse aus geistes- oder sozialwissenschaftlichen Studien gelten.

## 1 Hebammenwissenschaft – eine Einführung

---

### ► Begriffe

#### **Methodologie**

Methodenlehre, wissenschaftstheoretische Begründung und Reflexion von Methoden im Allgemeinen und wissenschaftliche Grundlagen bestimmter Forschungsstrategien (Döring, Bortz 2016).

#### **Methode**

Die wissenschaftlich begründete und transparente Vorgehensweise bei der „Gewinnung von Erkenntnissen“, das umfasst Literaturrecherche, Datenerhebung, Datenaufbereitung, Datenauswertung und die Interpretation von Ergebnissen (Döring, Bortz 2016).

#### **Design**

Die Gesamtheit der Entscheidungen, die für das methodische Vorgehen bei einer Studie getroffen werden. Das umfasst die Fragen welches Phänomen wann, wo, wie und mit welchen Mitteln untersucht werden soll, was das Ziel der Studie ist und welche Fälle in die Studien einbezogen werden sollen. Dazu gehört auch die Entscheidung über Methodologie und Methode (Döring, Bortz 2016). ◀

Systematisches Vorgehen in der Wissenschaft muss nach Hoyningen-Huene (2013) die folgenden neun Dimensionen umfassen: Wissenschaft liefert systematisch Beschreibungen (1) und Erklärungen (2), aus denen, ebenfalls systematisch, Voraussagen (3) gemacht werden. Wenn also Forschung betrieben wird, so hat das regelgeleitet zu erfolgen, damit tatsächlich zuverlässiges Wissen erzeugt wird. Ganz zentral ist nämlich, dass sich wissenschaftliches Wissen systematisch dem kritischen Diskurs (4) stellen muss. Das bedeutet, dass es nicht nur möglich, sondern unbedingt erforderlich ist, dass Erkenntnisse hinterfragt werden. Wissenschaftliches Wissen kann nicht einfach behauptet werden, sondern es muss gegen falsche Annahmen, festgefahrene Traditionen, dogmatische Verhärtungen, Autoritätsglauben, Aberglauben, Wunschenken, Vorurteile und auch Betrug verteidigt (5) werden. Dabei sollte systematisch an vorhandenes Wissen (auch das anderer Disziplinen) angeknüpft werden. Das wird „epistemische Vernetzung“ (ebd.: 113, eigene Übersetzung) (6) genannt. ‚Wissensinseln‘, von denen es keine Verbindung zu anderen Wissensbeständen gibt, sind problematisch. Nach Hoyningen-Huene gehört zu Wissenschaftlichkeit auch, dass systematisch das Wissen vermehrt (7) und Vollständigkeit (8) angestrebt wird. Damit ist nicht gemeint, dass das Wissen tatsächlich irgendwann einmal vollständig sein und ‚die ganze Welt‘ einheitlich erklärt werden könnte. Eher geht es um Gründlichkeit. Als Beispiel für das Streben nach Vollständigkeit werden Klassifikationen genannt, die möglichst alle Fälle erfassen sollen. Das trifft beispielsweise auf die Robson-Klassifikation zu, nach der alle Schwangeren beim Geburtsbeginn beziehungsweise zu Beginn der Betreuung einer der zehn Gruppen zugeordnet werden können (WHO 2017) (siehe Kapitel 3.6.6). Auch die Darstellung von Wissen (9) soll systematisch erfolgen, womit sich der Kreis zu systematischen Beschreibungen, Erklärungen und Vorhersagen schließt (Hoyningen-Huene 2013).

Eigenschaften von wissenschaftlichem Wissen, die sich aus Systematizität ergeben:

- Sprache, Begriffe und Definitionen sind klar und eindeutig.
- Aussagen sind durch Literaturverweise oder eigene Daten belegt.
- Voraussetzungen und Perspektiven der wissenschaftlichen Arbeit, Quellen und Vorgehensweisen werden transparent gemacht.
- Wissenschaftliches Wissen ist grundsätzlich überprüfbar und kann hinterfragt werden.
- Wissenschaftliches Wissen ist immer vorläufig und wird laufend ergänzt oder korrigiert.

Es liegt in der Natur der Sache, dass es Widerspruch gegen Hoyningen-Huene's Versuch gibt, zu erfassen, was wissenschaftliches Wissen ausmacht. Diskurs ist eben ein Teil von Wissenschaft. So wird Hoyningen-Huene vorgehalten, dass er nicht ausreichend zwischen *Wissenschaft* und *wissenschaftlichem Wissen* unterscheidet. Auch dass die neun genannten Bereiche nicht vollständig sind, wird kritisiert. Der Wissenschaftsphilosoph Oliver Scholz (2015) beispielsweise geht davon aus, dass Dimensionen *Beobachtung* und *Methodizität* stärker berücksichtigt werden müssen.

Wissenschaft, also die systematische Erzeugung wissenschaftlichen Wissens, ist ein sozialer Prozess, der von Kommunikation und Öffentlichkeit lebt. Der Austausch innerhalb der und zwischen den Disziplinen ist essenziell für die Überprüfung und Vernetzung des Wissens. Auch wissenschaftliche ‚Anfänger:innen‘ nehmen an diesem Austausch teil, denn Forschung *und* Lehre, also nicht nur die Erzeugung, sondern auch die Weitergabe von wissenschaftlichem Wissen, gehören zur Wissenschaft. Diese Teilnahme geschieht zunächst sicher eher in der Rolle der Leser:in oder Zuhörer:in, aber doch von vornherein mit einer kritischen Haltung. Es gehört zur wissenschaftlichen Ausbildung, Kriterien und Instrumente kennenzulernen, mit deren Hilfe die Qualität wissenschaftlicher Veröffentlichungen bewertet werden kann (siehe Kapitel 6.3). Fortgeschrittenere Wissenschaftler:innen bringen sich mit eigenen schriftlichen Publikationen und mündlichen Präsentationen in den wissenschaftlichen Prozess ein und müssen sich der kritischen Prüfung stellen.

Wissenschaftler:innen sollten sich stets bewusst sein, dass sie zwangsläufig selektiv vorgehen. Niemand kann alles erforschen oder wissen. Daher muss reflektiert und begründet werden, nach welchen Kriterien die Auswahl von Forschungsgegenständen getroffen wird. Auch die Perspektive, aus der der ausgewählte Gegenstand betrachtet wird, kann ganz unterschiedlich sein. Geburt kann aus der Perspektive der Selbstbestimmung der Frau untersucht werden, aber auch als Teil der Lebensgeschichte des Kindes, der Blick kann auf einzelne Interventionen bei der Geburt gerichtet werden, aber auch auf die organisatorischen Bedingungen, unter denen Geburt zum Beispiel in einem Geburtshaus passiert. Das Erkenntnisinteresse kann unterschiedlich sein: eine Wissenschaftlerin interessiert sich für die Zufriedenheit der Frau während der Geburt und untersucht dies zum Beispiel durch eine Fragebogenerhebung (siehe Kapitel 3.8) oder Interviews mit Betroffenen (siehe Kapitel

## 1 Hebammenwissenschaft – eine Einführung

---

4.5.1). Eine andere untersucht physiologische Zusammenhänge oder den Einfluss bestimmter Interventionen darauf, zum Beispiel durch eine randomisiert-kontrollierte Studie, die verschiedene Möglichkeiten, Geburtsverletzungen zu vermeiden, hinsichtlich ihres Erfolgs vergleicht. Da die Perspektive also das Bild wesentlich beeinflusst, das durch die Forschung zu einem Gegenstand entsteht, muss die Forscher:in sich des eigenen Standpunkts bewusst sein und ihn offenlegen. Der Wissenschaft in westlichen Ländern insgesamt wird vorgehalten, dass sie „WEIRD“ (engl. seltsam, Akronym für *white, educated, industrialised, rich, democratic*) (Azar 2010) sei, also unreflektiert den Standpunkt westlicher Industrienationen einnehme und diesen als universal gültig voraussetze. Dass Wissenschaft sich an Werten (wie zum Beispiel einer demokratischen Ordnung) orientiert, wurde schon an anderer Stelle erwähnt. Eine wichtige Anforderung in diesem Zusammenhang ist daher die Transparenz. Wissenschaftler:innen sollten die ihren Untersuchungen zugrundeliegenden Werte und Normen offenlegen, ebenso wie sie ihre Perspektive auf den Forschungsgegenstand und ihr Vorgehen transparent machen. Insbesondere ist offenzulegen, durch wen ein Forschungsprojekt finanziert wird und ob es Interessenkonflikte gibt (siehe Kapitel 2.2).

In Deutschland ist die Hebammenwissenschaft noch jung (siehe Kapitel 1.3), daher ist der Bestand an systematischem wissenschaftlichem Wissen noch begrenzt. Allerdings kann bei den Hebammen im Ausland angeknüpft werden. In vielen Ländern ist der Beruf der Hebamme bereits seit Jahrzehnten akademisch. Zudem ist es im Interesse der Hebammenwissenschaft (und der Hebammen im Allgemeinen), dass die vorhandenen Wissensbestände von Hebammen, also überliefertes und Erfahrungswissen, Intuition und Alltagswissen gesammelt und dokumentiert werden. Dieses Wissen zu systematisieren, zu prüfen und an wissenschaftlichen Qualitätsstandards zu messen, wird eine wichtige Aufgabe der Hebammenwissenschaft im deutschsprachigen Raum sein. Auch intuitives Wissen kann sich wissenschaftlich bewähren. Ein Beispiel dafür ist der Zeitpunkt der Abnabelung: viele Hebammen haben das späte Abnabeln intuitiv favorisiert. Jüngere Forschungsergebnisse geben ihnen Recht und weisen nach, dass spätes Abnabeln gesundheitliche Vorteile für das Neugeborene hat (McDonald et al. 2014, Rabe et al. 2004). Die verbreitete Vorstellung, dass ein routinemäßig verabreichter Einlauf die Geburt beschleunigen könnte, ließ sich dagegen nicht wissenschaftlich bestätigen (Reveiz et al. 2013).

Intuition selbst ist Gegenstand von Wissenschaft, wie Patricia Benner für die Pflegewissenschaft gezeigt hat (Benner, Tanner 1987). ‚Bauchgefühle‘ und ‚Daumenregeln‘ sind keineswegs irrelevant. Sie können in Kombination mit Erfahrung und solidem Fachwissen gute Entscheidungen begründen, stellen Gerd Gigerenzer und Wolfgang Gaissmaier (2011) fest. Wenn also Wissenschaft die Welt *entzaubert*, wie der Soziologe Max Weber (1988) im Jahr 1922 feststellt, dann geht es nicht darum, ihr den Zauber zu nehmen, sondern darum, dass die Menschen nicht mehr unerklärlichen Mächten ausgeliefert sind und ihre Welt ein Stück weit verstehen und mitbestimmen können.

## 1.2 Gegenstände der Hebammenwissenschaft

Ein bildliches Modell davon, in welchem Bereich Hebammen tätig sind, was Gegenstand der Hebammenwissenschaft sein kann, ist der von Friederike zu Sayn-Wittgenstein (2007) definierte *Betreuungsbogen* (Abb. 1.1), der die gesamte Spanne der Hebammentätigkeit von der Familienplanung bis zum Ende der Stillzeit umfasst. Hier fließt die kontinuierliche Versorgung als Qualitätsmerkmal der Hebammentätigkeit mit ein, aber auch die breit angelegten Kompetenzen der Hebammen, die in der Ausbildung anzustreben sind, werden verdeutlicht.

Ein differenzierteres Abbild dessen, was Hebammen können und tun, ist das Kompetenzprofil der International Confederation of Midwives (ICM) (Tab. 1.1). Es ist als „ganzheitliche Darstellung [konzipiert], in dem die Philosophie und das Modell der Hebammenbetreuung [widergespiegelt ist]“ (ICM 2019: 4). Die Kompetenzen werden in vier Abschnitte gegliedert. Im ersten Abschnitt sind allgemeine Kompetenzen von Hebammen dargestellt, die sich auf alle Arbeitsfelder beziehen, unabhängig davon ob Frauen und Familien während Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett betreut werden.

Tab. 1.1. Grundlegende Kompetenzen für die Hebammentätigkeit. International Confederation of Midwives (ICM) (2019)

KATEGORIE 1 ALLGEMEINE KOMPETENZEN
1.a Als selbstständig praktizierende Hebamme Verantwortung für eigene Entscheidungen und Tätigkeiten übernehmen
1.b Für die Selbstfürsorge und persönliche Weiterentwicklung als Hebamme Verantwortung übernehmen
1.c Tätigkeiten angemessen delegieren und die Beaufsichtigung sicherstellen
1.d Die Forschung in die Berufspraxis integrieren
1.e Grundlegende Menschenrechte im Rahmen der Hebammentätigkeit einhalten
1.f Gesetzliche Vorschriften, Regulierungsaufgaben und Verhaltenskodizes in Bezug auf die Hebammentätigkeit einhalten
1.g Frauen im individuellen Entscheidungsfindungsprozess über ihre Betreuung unterstützen
1.h Effektive zwischenmenschliche Kommunikationstechniken mit Frauen und Familien, Teams im Gesundheitswesen und gesellschaftlichen Gruppen zeigen
1.i Die normalen Geburtsprozesse in Institutionen und im außerklinischen Bereich, einschließlich im häuslichen Umfeld der Frau, fördern
1.j Den Gesundheitszustand überprüfen und beurteilen, auf Gesundheitsrisiken untersuchen und die allgemeine Gesundheit und das Wohlbefinden von Frauen und Säuglingen fördern
1.k Häufigen Gesundheitsproblemen im Zusammenhang mit der Fortpflanzung und dem Säuglingsalter vorbeugen und behandeln
1.l Normabweichungen und Komplikationen erkennen und eine angemessene Behandlung oder Überweisung einleiten
1.m Frauen betreuen, die körperlicher und sexueller Gewalt und Missbrauch ausgesetzt sind

## 1 Hebammenwissenschaft – eine Einführung

### KATEGORIE 2 DIE ZEIT VOR UND WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT

- 2.a Betreuung vor der Schwangerschaft anbieten
- 2.b Den Gesundheitszustand der Frau ermitteln
- 2.c Das fetale Wohlbefinden überprüfen und beurteilen
- 2.d Den Schwangerschaftsverlauf überwachen überprüfen und beurteilen
- 2.e Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen, die das Wohlbefinden steigern, fördern und unterstützen
- 2.f Vorausschauende Orientierungshilfe in Bezug auf Schwangerschaft, Geburt, Stillzeit und Elternschaft, sowie Veränderungen in der Familie, anbieten
- 2.g Frauen mit Schwangerschaftskomplikationen erkennen, stabilisieren, betreuen und überweisen
- 2.h Die Frau und ihre Familie bei der Planung eines geeigneten Geburtsortes unterstützen
- 2.i Frauen bei einer ungewollten oder ungeplanten Schwangerschaft Betreuung anbieten

### KATEGORIE 3 BETREUUNG BEI WEHENTÄTIGKEIT UND WÄHREND DER GEBURT

- 3.a Die physiologische Wehentätigkeit und Geburt fördern
- 3.b Eine sichere vaginale Spontangeburt leiten; Komplikationen verhindern, erkennen und stabilisieren
- 3.c Das Neugeborene unmittelbar nach der Geburt versorgen

### KATEGORIE 4 DIE WEITERE BETREUUNG VON FRAUEN UND NEUGEBORENE

- 4.a Die gesunde Frau nach der Geburt betreuen
- 4.b Das gesunde Neugeborene betreuen
- 4.c Das Stillen fördern und unterstützen
- 4.d Postnatale Komplikationen bei der Frau erkennen, behandeln und stabilisieren und bei Bedarf Überweisung veranlassen
- 4.e Gesundheitsprobleme beim Neugeborenen erkennen, stabilisieren und betreuen sowie bei Bedarf eine Überweisung veranlassen
- 4.f Leistungen zur Familienplanung anbieten

Dem ersten und allgemeinen Kompetenzbereich sind einige wichtige Themen und Forschungsgegenstände für die Hebammenwissenschaft zu entnehmen. Es wird in den Blick genommen, wie Hebammen ihre eigene berufliche Autonomie wahren und gesunde Arbeitsbedingungen gewährleistet werden können. Die Hebammenwissenschaft beschäftigt sich auch mit Fragen danach, wie die Autonomie von Frauen und Familien gewahrt werden kann und ihre individuellen Entscheidungen unterstützt werden können. Dabei ist die Kommunikation mit Frauen und Familien, anderen Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung und anderen gesellschaftlichen Gruppen von besonderem Interesse. Fragen der Ausbildung und der Nachwuchsförderung gehören zur Hebammenwissenschaft sowie die Untersuchung von Betreuungsstrukturen, Arbeitsbedingungen, Berufspolitik und -geschichte. Auch die Mitwirkung an der Erstellung von gesetzlichen Vorschriften und Verhaltensregeln ist Aufgabe der Hebammenwissenschaft. Die Hebammen-

wissenschaft untersucht Hebammentätigkeit in den verschiedenen Settings: häusliche Umgebung, Hebammenpraxen, Geburtshäuser, Kliniken unterschiedlicher Versorgungsstufen oder auch Bildungsstätten.

Inhalt der Hebammenwissenschaft ist die Frage danach, wie Hebammen den Gesundheitszustand von Frauen, Kindern und Familien überprüfen, Risiken erkennen, die Gesundheit fördern und häufigen Gesundheitsproblemen vorbeugen können, aber auch wie Gesundheitsprobleme erkannt und behandelt werden, gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Diese Frage wird jeweils für die Phasen vor der Schwangerschaft, während der Schwangerschaft, während der Geburt und des Wochenbetts, der Stillzeit und der frühen Kindheit konkretisiert. Der Blick der Hebammenwissenschaft richtet sich dabei auch auf Frauen und Familien in besonderen Lebenssituationen, die also zum Beispiel eine Migrationsgeschichte haben, die ein queeres Partnerschaftsmodell leben oder die Gewalt ausgesetzt sind oder waren. Neben der Kerntätigkeit von Hebammen interessiert sich die Hebammenwissenschaft auch für die Tätigkeit von Familienhebammen, Lehrenden in der Hebammenwissenschaft und Berufspolitiker:innen.

Gegenstand hebammenwissenschaftlicher Forschung ist damit das gesamte theoretische und praktische Wissen sowie Handeln, das für die Begleitung von Frauen, ihre Neugeborenen und Familien vor und während der Schwangerschaft, während der Geburt und nach der Geburt erforderlich ist (entsprechend den Kategorien 2 bis 4 des ICM-Kompetenzprofils). Dazu gehört das Wissen um physiologische, regelwidrige und pathologische Vorgänge sowohl im Hinblick auf die physische als auch die psychische Gesundheit.

#### **Aufgabe 1.4. Mindmap Themen der Hebammenwissenschaft**

Erstellen Sie ein Mindmap von einem Thema aus der Hebammenwissenschaft, das Sie persönlich interessiert. Tragen Sie möglichst viele Aspekte und Einzelfragen zu diesem Thema zusammen und visualisieren Sie mögliche Zusammenhänge, Verästelungen oder Nebenthemen.

Im Kapitel 7 finden Sie eine mögliche Lösung zum Thema Hebammenstudium.

Eine mögliche Unterscheidung im Hinblick auf die Gegenstände der Hebammenwissenschaft ist diejenige zwischen Grundlagenforschung und Versorgungsforschung. Die Grundlagenforschung untersucht körperliche, soziale, psychische und kulturelle Phänomene im Leben von Frauen und Familien rund um die Familienplanung, Empfängnis, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Stillzeit, erstes Lebensjahr und frühe Familienphase als solche, während die Versorgungsforschung den Betreuungsprozess im Fokus hat.

Um eine Ordnung in die möglichen Forschungsthemen zur Versorgung durch Hebammen zu bringen, kann eine Übersicht aus der gesundheitswissenschaftlichen Versorgungsforschung aufgegriffen werden, die als Gliederungsebene die Makro-, Meso- und Mikroebene vorschlägt (Hollereider, Wildner 2015). Jede dieser Ebenen kann im Hinblick auf Voraussetzungen, Strukturen, Prozesse und Ergebnisse untersucht werden. Auf der Makroebene kommen gesetzliche Regelungen wie das Hebammengesetz (HebG), die Studien- und Prüfungsverordnung für

## 1 Hebammenwissenschaft – eine Einführung

---

Hebammen (HebStPrV), aber auch Nationale Gesundheitsziele und Leitlinien in den Blick. Wichtige Forschungsfragen nach Ergebnissen der Versorgung auf der Makroebene sind die nach epidemiologischen Größen wie der perinatalen Sterblichkeit oder der Müttersterblichkeit (siehe Kapitel 3.6.5) und den Möglichkeiten, sie zu beeinflussen. Die Mesoebene umfasst die Institutionen und Organisationen, also zum Beispiel Kliniken, Geburtshäuser, aber auch Verbände und Vereine wie die Hebammenverbände oder Elterninitiativen. Auf dieser Ebene können beispielsweise Klinikstandards oder Dienstmodelle als Voraussetzungen für die Versorgung untersucht werden, aber auch die tatsächliche (interdisziplinäre) Umsetzung von Standards oder wie sich Arbeitsbedingungen auf die Versorgung und das Outcome auswirken. Die Mikroebene beschäftigt sich mit dem individuellen Arbeitsbündnis zwischen Hebammen und Klient:in. Auch hier können Forschungsfragen einerseits nach Voraussetzungen wie den Kompetenzen der Hebamme, aber auch nach dem tatsächlichen Versorgungshandeln und den Ergebnissen für die Frauen und Familien gestellt werden.

### 1.3 Hebammenwissenschaft in Deutschland – ein Überblick

Die Hebammenwissenschaft in Deutschland hat in wenigen Jahrzehnten eine rasante Entwicklung genommen. 1993 stellt Mechthild Groß (1993) fest, dass Hebammenwissenschaft – international längst etabliert – in Deutschland praktisch unbekannt ist, und noch 20 Jahre später schätzt Cornelia Kahl die Hebammenwissenschaft in Deutschland als *vorwissenschaftlich* (2013) ein. Seit Januar 2020 ist allerdings im neuen Hebammengesetz das Studium der Hebammenwissenschaft als Standard der Hebammenausbildung gesetzlich festgeschrieben. Im Frühjahr 2025 listet die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) auf ihrer Website bereits über 40 Hochschul- und Universitätsstandorte für Hebammenwissenschaft auf. In der Schweiz und in Österreich wurde die Ausbildung bereits früher in den tertiären Bildungsbereich verlegt.

Diese bemerkenswerte Entwicklung war keineswegs vorhersehbar, war doch bis weit nach der Jahrtausendwende die Bildungssituation der Hebammen in Deutschland durch Benachteiligung geprägt. Bis zur Novelle des Hebammengesetzes im Jahr 2019 wurden Hebammen in sogenannten *Schulen im Gesundheitswesen* ausgebildet. Damit waren Sie aus dem dualen System der Berufsbildung, in dem weiterführende allgemeinbildende Abschlüsse erworben werden konnten, ausgeschlossen, von akademischer Bildung ganz zu schweigen. Wissenschaftlichkeit wurde durch engagierte Lehrerinnen für das Hebammenwesen in die Ausbildung getragen, ohne dass dies strukturell unterstützt oder honoriert wurde. Es gab sogar Rückschritte. Die in der DDR übliche akademische Ausbildung von Lehrerinnen im Hebammenwesen als Diplom-Medizinpädagoginnen wurde zum Beispiel nach der Wende 1989 nicht als Standard übernommen (zu Sayn-Wittgenstein 2007).

Wichtige Etappen in den Pionierjahren der Hebammenwissenschaft in Deutschland sind:

- die jährlichen Workshops für Hebammenforschung der Hebammengemeinschaftshilfe (HGH – eine Schwesterorganisation des Deutschen Hebammenverbandes (DHV)) ab 1989,
- die Gründung des Verbundes Hebammenforschung im Jahr 2004, gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung,
- im Jahr 2008 die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi), die seit 2013 die bislang einzige deutschsprachige Fachzeitschrift für Hebammen mit Peer Review herausgibt und 2015 in die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) aufgenommen wurde,
- die Gründung des ersten Bachelorstudiengangs für Hebammen an der Hochschule Osnabrück 2009,
- die Beteiligung der Medizinischen Hochschule Hannover am European Master of Midwifery, ebenfalls ab 2009,
- die vollständige Verlegung der Hebammenausbildung in den tertiären Bildungsbereich im Jahr 2020 und schließlich
- die Gründung des Hebammenwissenschaftlichen Fachbereichstags, eines Zusammenschlusses der hebammenwissenschaftlichen Organisationseinheiten an Hochschulen und Universitäten, im Jahr 2023.

Die Hebammenwissenschaft in Deutschland steht nun vor der großen Herausforderung, die akademische Ausbildung des Nachwuchses für die Praxis und Wissenschaft flächendeckend zu gewährleisten, also Bachelor-Studienprogramme zu etablieren, darüber hinaus aber auch Master-Studienprogramme und Möglichkeiten zur Promotion und Habilitation bereitzustellen. Zugleich gilt es, neben der Lehre auch Forschung zu initiieren und durchzuführen, also eigenständiges wissenschaftliches Wissen zu erzeugen, das von dem der Bezugsdisziplinen abgrenzbar ist. Durch den Austausch mit Kolleg:innen im Ausland kann auf die internationalen Wissensbestände zurückgegriffen werden, so dass die Hebammenwissenschaft in Deutschland nicht ganz am Anfang steht.

#### 1.4 Theorien der Hebammenwissenschaft

Wie jede Wissenschaft beruht auch die Hebammenwissenschaft auf theoretischen Konzepten und Annahmen. Für die Weiterentwicklung einer Profession sind Theorien bedeutsam, auch für einen Beruf wie den der Hebamme, der jahrhundertlang als ausgesprochen praktisch gegolten hat und immer noch gilt. Mithilfe von Theorie kann in der Hebammenwissenschaft sichtbar gemacht werden, was das eigentlich Wesentliche an der praktischen Tätigkeit ist. Durch Theorie, also die wissenschaftlich gestützte, systematische Definition, Beschreibung und Erklärung von Phänomenen, können auch die Unterschiede zu anderen professionellen Tätigkeiten sichtbar gemacht werden. Die theoretische Durchdringung der Praxis ermöglicht es, Qualität und Erfolg der Tätigkeit zu messen (Peters et al. 2020).

## 1 Hebammenwissenschaft – eine Einführung

---

### ► Begriffe

#### Theorien

„Als [...] Theorien gelten alle konzeptionellen Ansätze, die in begründeter Weise verallgemeinerte Aussagen über [...] Phänomene treffen. Die Art der Begründung der jeweiligen [...] Theorie und der mit ihr verbundene Erkenntnisanspruch können recht unterschiedlich sein. Weitgehende Einigkeit besteht darin, dass [...] Theorien in der Lage sein sollen, die sie interessierenden [...] Phänomene in einer methodisch kontrollierten Weise zu beschreiben und dadurch zu Aussagen zu gelangen, die den häufig ad hoc erzeugten Beschreibungen des Alltagsbewusstseins in ihrer Aussagekraft überlegen sind. Viele [...] Theorien erheben darüber hinaus auch den Anspruch, [...] Phänomene zu erklären, das heißt sie enthalten Wenn-Dann-Aussagen, die einen zu erklärenden Sachverhalt auf einen oder mehrere erklärende Faktoren zurückführen.“ (Bongaertz, Schulz-Schaeffer 2018)

Diese Definition stammt aus der Soziologie. In allen [...] wurde der Begriff ‚soziologisch‘ ausgelassen. Da es eine große Vielfalt an soziologischen Theorien gibt, ist die Definition weit und eignet sich auf diese Weise gut für Theorien im Allgemeinen.

#### Modelle

Modelle sind komplexitätsreduzierende Abbildungen der Wirklichkeit, die das Wesentliche hervorheben (Schulz v. Thun 2016). Im Gegensatz zu Theorien, bei denen es vor allem um Aussagen geht, liegt bei Modellen der Schwerpunkt eher bei der bildhaften Darstellung. Theorien und Modelle sind aber nicht wirklich trennscharf zu unterscheiden.

#### Begriffe/Konzepte

Begriffe oder Konzepte fassen Phänomene, Dinge oder Ideen in Worte. Begriffe oder Konzepte können abstrakte Vorstellungen sein, wie Adaptation und Gleichgewicht, oder konkrete, wie Stuhl und Tisch (Fawcett 1992: 425, zitiert nach Bryar 2003).

#### Konstrukte

Konstrukte sind abstrakte Begriffe, die sich auf nicht direkt beobachtbare Sachverhalte beziehen und aus mehreren Komponenten zusammengesetzt/‚konstruiert‘ sind (Wienold 1995). Auch die Abgrenzung zwischen Begriffen/Konzepten und Konstrukten ist nicht trennscharf. ◀

### Theorien

Als erste Vorstellung davon, was Theorie bedeutet, kann der griechische Wortstamm helfen: Theorie kommt vom Griechischen *theoreîn*, was *beobachten*, *betrachten*, *anschauen* bedeutet. Theorien sind demnach eine bestimmte Anschauung oder ein bestimmtes Verständnis. Menschen betrachten ihr Leben, ihren Alltag und ihre Umwelt durch ihre jeweils ganz eigene ‚Brille‘. Eine Schwangerschaft kann, je nach der aktuellen Lebenssituation, für die jeweilige Frau ein Segen oder ein Unglück sein. Diese Brille kann auch als Alltagstheorie oder *subjektive Theorie* (Filipp, Aymanns 2018) bezeichnet werden. Es ist also in jedem Fall so, dass unsere Ansichten von einer Sache durch Theorien geleitet sind. Auch Wissenschaftler:innen haben eine solche Brille auf, allerdings sollte es sich in diesem Fall um die Brille *wissenschaftlicher Theorie* handeln. Eine Biologin wird eine

Schwangerschaft mit anderen Begriffen beschreiben, als dies ein Anthropologe tut. Ein Geisteswissenschaftler hat einen anderen Blickwinkel als eine Naturwissenschaftlerin.

Theorien können mit Landkarten verglichen werden. Sie zeigen die Wirklichkeit, allerdings in stark vereinfachter Form und einer ganz eigenen Anschauungsweise. Alles, was für den Zweck einer Landkarte überflüssig erscheint, wird weggelassen. Um die Karte lesen zu können, muss eine Legende angefügt sein, in der Symbole (das sind in einer Theorie die Begriffe) erklärt sind. Ob die Landkarte (oder die Theorie) wirklich tauglich ist, zeigt sich erst beim Versuch, sich mit ihrer Hilfe in der Wirklichkeit zu orientieren (Clausen 2005).

Eine wissenschaftliche Theorie ist ein Ansatz, ein bestimmtes Phänomen zu verstehen und allgemeine Aussagen darüber zu machen. Im Gegensatz zu Alltagstheorien kommen wissenschaftliche Theorien durch Reflexion oder systematische Beobachtung und Datensammlung (Empirie) zu Stande, sind also distanziert und ausgearbeitet (Schüle, Reitze 2002).

Theorien haben verschiedene Funktionen: Sie beschreiben, interpretieren oder erklären bekannte Sachverhalte innerhalb ihres Geltungsbereiches. Einige Theorien gestatten Voraussagen (Prognosen) über neue Sachverhalte (Klaus, Buhr 1972). Dabei können Theorien ganz unterschiedliche Gegenstände haben. Sogenannte Ontologien beispielsweise beschäftigen sich damit, was überhaupt *ist/existiert*, also zum Beispiel mit der Frage, ob die Dinge unabhängig von denkenden Subjekten existieren oder ob sie in den Köpfen denkender Subjekte oder in der Interaktion zwischen ihnen *konstruiert* werden. Neben den Ontologien gibt es Theorien dazu, was Wissen bedeutet, *was Menschen wissen können* und *wie Wissen hergestellt wird/entsteht* (Epistemologie). Ontologien und Epistemologien sind eng miteinander verwoben. Das heißt zum Beispiel: nur wenn eine objektive Wirklichkeit angenommen wird, kann Objektivität ein sinnvolles Bewertungskriterium für Wissen sein. Nur dann kann über diese Wirklichkeit vom Subjekt unabhängiges Wissen gesammelt werden. Diese grundsätzliche Vorannahme bestimmt dann unter anderem die Qualitätskriterien, die an Forschung angelegt werden können.

#### ► Begriffe

##### **Konstruktivismus**

Unter Konstruktivismus wird die ontologische und epistemologische Position verstanden, nach der die (soziale) Wirklichkeit und die menschliche Erkenntnis um diese Wirklichkeit konstruiert ist. Als ‚Konstrukteur‘ kann die einzelne Person, aber auch die Gesellschaft gedacht werden. Nimmt man die Welt als konstruiert an, dann bedeutet das, dass sie historisch bedingt und veränderlich ist. Konstruktivismus wird vor allem dann kontrovers, wenn angenommen wird, dass auch naturwissenschaftliche Theorien nicht die gegebene Natur, sondern die jeweiligen gesellschaftlichen Umstände wiedergeben (Collin 2008).

## 1 Hebammenwissenschaft – eine Einführung

---

### Realismus

Realismus kann als Gegenpol zum Konstruktivismus verstanden werden. Die Annahme ist, dass die Wirklichkeit unabhängig von der menschlichen Erkenntnis existiert und sich über die Wahrnehmung im Menschen abbildet (Collin 2008). ◀

Neben diesen Theorien zu sehr grundsätzlichen Themen gibt es sogenannte Theorien mittlerer Reichweite, die Teilbereiche der Wirklichkeit zu erfassen suchen. Die im weiteren Verlauf dargestellten Theorien zur Hebammentätigkeit ebenso wie die Bindungstheorien und auch die Salutogenese (siehe Kapitel 1.5) sind dafür Beispiele.

Theorien müssen sich in der Praxis und in der Forschung bewähren. Das bedeutet, dass neue Erkenntnisse dazu führen können, dass Theorien verworfen werden. Zum Beispiel wurde die Medizin seit der Antike jahrhundertlang von der Vorstellung/der Theorie geleitet, dass vier Flüssigkeiten im Körper: Blut, Schleim, schwarze und gelbe Galle in einem ausgewogenen Verhältnis stehen müssen, damit ein Mensch gesund ist. Vor diesem Hintergrund galten beispielsweise Aderlässe, Brechmittel und harntreibende Substanzen als Heilmittel für verschiedene Krankheiten. Solange die Wissenschaft keine bessere Erklärung für Krankheitsphänomene hatte, wurde an der Theorie festgehalten. Erst im 19. Jahrhundert wurde diese sogenannte *Humoralpathologie* von der *Zellularpathologie* und der Mikrobiologie abgelöst, die die Medizin auf naturwissenschaftliche Grundlagen stellten (David 2021). Auch diese Theorien haben inzwischen zahlreiche Modifikationen erfahren.

Nach Popper (2005, Originalausgabe 1959), der als Wissenschaftsphilosoph wichtige Grundlegungen für die quantitativ orientierte Forschung formuliert hat, beginnt Wissenschaft mit theoriehaltigen Beobachtungsaussagen, die durch wissenschaftliche Untersuchungen bestätigt oder falsifiziert werden. In diesem Sinne ist Wissenschaft der Versuch, Theorien (also Erklärungen der Wirklichkeit) zu prüfen und zu verbessern. Zur Wissenschaft gehört aber auch, dass für Phänomene, über die wenig bekannt ist, überhaupt erst Theorien generiert werden. Das geschieht über einzelne Beobachtungen. Drei Grundprinzipien wissenschaftlicher Erkenntnis sind demnach bei der Auseinandersetzung mit und der Entwicklung von Theorien von Bedeutung, nämlich *Induktion* und *Deduktion* sowie *Abduktion*.

### Induktion und Deduktion

Induktion (lat. *inducere* = herbeiführen) beschreibt den Prozess, aus (empirischer) Beobachtung mithilfe von Abstraktion eine Gesetzmäßigkeit oder Theorie zu entwickeln. Die Erkenntnisrichtung geht vom Besonderen zum Allgemeinen beziehungsweise von der Empirie zur Theorie. Induktives Schließen geht also in der Richtung von Einzelfällen zur Verallgemeinerung. Es entstehen neue Erkenntnisse, die als allgemeingültig angesehen werden, solange sie nicht widerlegt sind oder eine bessere Theorie berechtigte Zweifel aufwirft.

Geht es hingegen darum, eine Theorie oder Gesetzmäßigkeit empirisch zu überprüfen, handelt es sich um einen *deduktiven* Erkenntnisprozess; die Erkenntnis-

richtung ist umgekehrt. *Deduktion* (lat. *deducere* = ableiten, herleiten) zieht aus der allgemeingültigen Regel den logischen Schluss vom Allgemeinen zum Besonderen, neue allgemeine Erkenntnisse werden dadurch nicht gewonnen. So ist beispielsweise der Milchspendereflex (Wenn die Mamillen stimuliert werden, dann wird Oxytocin ausgeschüttet. Oxytocin bewirkt wiederum den Milchfluss.) gut belegt (Gimpl, Fahrenholz 2001). Aus diesem ‚Gesetz‘ kann für die einzelne Person der Schluss gezogen werden, dass auch bei ihr (unter bestimmten Voraussetzungen) die Stimulation der Mamillen zum Milchfluss führt.

Induktion und Deduktion sind zwei miteinander verschränkte Verfahren wissenschaftlicher Erkenntnis. Eine wissenschaftliche Theorie muss überprüfbar sein. Dies kann durch deduktive Ableitung von Hypothesen (Wenn-dann-Aussagen) und deren Testung geschehen. Die qualitativ arbeitenden Forscher:innen Anselm Strauss und Juliet Corbin (1990) gehen dagegen davon aus, dass eine Theorie durch den wiederholten Vergleich mit Varianten und Abwandlungen des Phänomens soweit induktiv angepasst werden kann, dass sie als *gesättigt* gelten kann. In dieser Sichtweise ist eine Theorie immer etwas, was sich *im Prozess* befindet und sich weiterentwickelt.

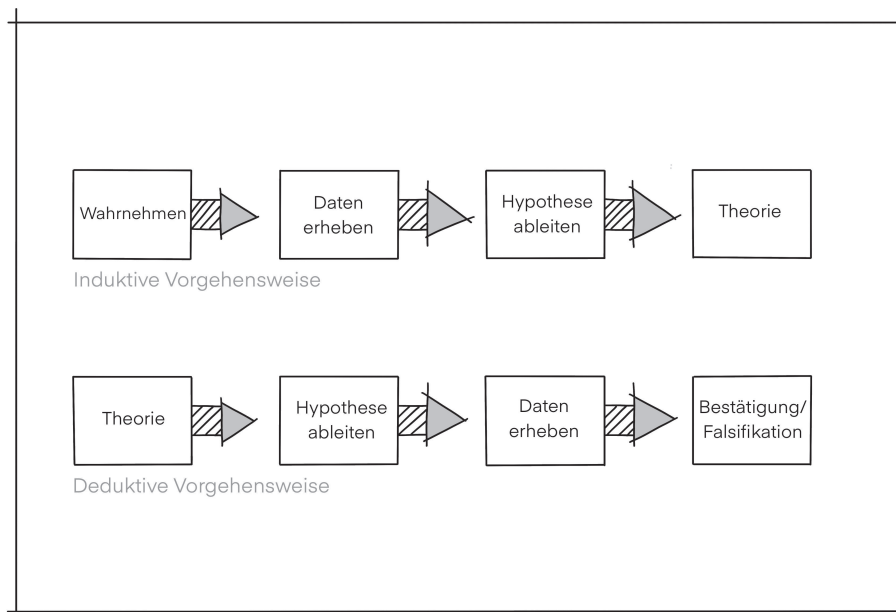


Abb. 1.2. Induktive und deduktive Vorgehensweise in der Forschung

► **Begriffe**

**Induktion (lat. *Inducere* = herbeiführen)**

Logischer Schluss vom Speziellen zum Allgemeinen. Von der Beobachtung (Wahrnehmung, Empirie) wird durch Abstraktion eine allgemeingültige (Theorie) entwickelt.

## 1 Hebammenwissenschaft – eine Einführung

---

### **Deduktion (lat. deducere= ableiten, herleiten)**

Logischer Schluss vom Allgemeinen zum Speziellen. Von der allgemeingültigen Regel (Theorie) wird auf den Einzelfall geschlossen. ◀

Als dritte Form wissenschaftlichen Schließens ist die Abduktion zu nennen. Am Anfang einer Abduktion steht eine überraschende Beobachtung, die durch bisher bekannte Theorien nicht zu erklären ist. Diese Beobachtung wird durch eine neu gefundene Regel erklärt. Charles Peirce, der die Abduktion als Möglichkeit wissenschaftlichen Schließens beschreibt, stellt hierzu klar, *dass eine Abduktion darauf hin deutet, dass etwas sein kann*. Abduktion erzeugt daher zwar neues Wissen, erbringt aber keine Beweise dafür. Dieser Schritt ist dann durch deduktive Ableitung von Hypothesen und deren Testung möglich (Peirce 1994).

### **Begriffe/Konzepte/Konstrukte**

Im wissenschaftlichen Nachdenken über die Hebammentätigkeit spielen klare Begriffe eine wichtige Rolle. In Anlehnung an die anglo-amerikanische Literatur wird statt von Begriffen oftmals von Konzepten gesprochen. Tatsächlich ist mit beiden Worten gemeint, dass Menschen sich eine Vorstellung von einer Sache oder einem Sachverhalt machen und diese in Worte fassen. Beispiele dafür, nämlich die Begriffe *Gesundheit*, *normale Geburt* und *physiologische Geburt*, wurden bereits im Kapitel 1.1 vorgestellt. Dabei wurde schon deutlich, dass klare Begriffe schwierig sein können.

Begriffe ermöglichen die Kategorisierung (Abstraktion) der Wirklichkeit. Um in der Wissenschaft nachvollziehbare empirische und theoretische Erkenntnisse zu erhalten, muss zunächst geklärt werden, worum es überhaupt geht. Dazu dienen Begriffe. Ein weiteres Beispiel ist der Begriff *Hebamme*.

#### **► Berufsdefinition der Hebamme nach der International Confederation of Midwives (ICM)**

Eine Hebamme ist eine Person, die nach ordnungsgemäßer Zulassung eine im jeweiligen Land anerkannte Hebammenausbildung erfolgreich abgeschlossen und die erforderliche Qualifikation für die Registrierung als Hebamme erworben hat.

Die Hebamme ist eine anerkannte Gesundheitsfachperson, welche für ihre professionellen Handlungen verantwortlich und haftbar ist. Sie arbeitet mit den Frauen partnerschaftlich zusammen und gewährt ihnen die erforderliche Unterstützung, Betreuung und Beratung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit. Sie leitet eigenverantwortlich die Geburt und betreut das Neugeborene und den Säugling.

Die Arbeit der Hebamme umfasst präventive Maßnahmen, die Förderung der normalen Geburt, das Erkennen von Komplikationen bei Mutter und Kind, die Gewährleistung notwendiger medizinischer Behandlung oder anderer angemessener Unterstützung sowie die Durchführung von Notfallmaßnahmen.

Die Hebamme hat eine wichtige Aufgabe in der Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung, nicht nur für Frauen, auch innerhalb der Familie und der Gesellschaft. Diese Arbeit sollte vor der Geburt beginnen, die Vorbereitung auf die Elternschaft integrieren, wie auch Hinweise zur Gesundheit, Sexualität und zur Entwicklung des Kindes beinhalten.

Eine Hebamme kann in verschiedenen Bereichen praktizieren, einschließlich Hausgeburtshilfe und Basisgesundheitsversorgung, in öffentlichen und privaten Kliniken, Geburtshäusern, Hebammenpraxen und Institutionen im Gesundheitswesen.

(International Confederation of Midwives 2005) ◀

In der ICM-Definition einer *Hebamme* ist ausdrücklich die formal korrekte und staatlich anerkannte Ausbildung Teil des Begriffs. Das schließt Geburtsbegleiter:innen ohne Ausbildung oder staatliche Anerkennung aus dem Begriff aus. Ist das Thema einer Studie das gegenwärtige Arbeitsumfeld von Hebammen in Deutschland, Österreich oder der Schweiz, so ist der Begriff in dieser Form sinnvoll und tauglich. Anders ist es beispielsweise, wenn es um die Berufsgeschichte geht. Erst im Mittelalter ist eine berufsmäßige Hebammentätigkeit anzunehmen. Vorher und im ländlichen Raum auch noch bis ins 20. Jahrhundert waren Hebammen oftmals ehrenamtliche Helferinnen ohne formale Ausbildung (Szasz et al. 2013). Würde man hier den Begriff *Hebamme* aus der ICM-Definition ableiten, dann wären diese Personen keine Hebammen.

Begriffe können in unterschiedlichem Maße konkret oder abstrakt sein. Während der Begriff *Hebamme* konkret ist, die jeweilige Hebamme also unmittelbar beobachtbar und ihre formale Qualifikation anhand von Unterlagen prüfbar ist, sind beispielsweise die Begriffe *Empathie* oder *Wohlbefinden* abstrakt. Die Definition abstrakter Begriffe ist oft schwieriger. Ein umgangssprachlicher Ausdruck für Empathie ist Einfühlungsvermögen. Cuff et al. (2016) haben 43 verschiedene Definitionen für Empathie identifiziert, die sich zum Beispiel bei der Frage unterscheiden, ob Empathie eine stabile Persönlichkeitseigenschaft oder aber erlernbar ist oder ob sie eher dem Verstand oder dem Gefühl zuzurechnen ist. Empathie kann nicht ohne Weiteres von außen beobachtet werden. Beobachtbar ist das Verhalten, das entweder das Vorhandensein oder das Fehlen von Empathie vermuten lässt.

Der Unterschied zwischen Konzepten/Begriffen und Konstrukten ist nicht trennscharf. Von Konstrukten spricht man dann, wenn ein Begriff *nicht unmittelbar beobachtbar*, also abstrakt ist und *mehrere Komponenten* enthält, was ebenfalls für *Empathie* und *Wohlbefinden* zutrifft. Bei letzterem kann zwischen körperlichem, affektivem und kognitivem Wohlbefinden unterschieden werden und es gibt dafür jeweils eigene Definitionen. Unter körperlichem Wohlbefinden wird eine positive Wahrnehmung des eigenen Körpers verstanden oder aber ein Zustand, in dem die Wahrnehmung des Körpers ganz zurücktritt, dieser quasi selbstverständlich ist (Frank 2007). Affektives Wohlbefinden bezieht sich dagegen auf die Emotionen, während kognitives Wohlbefinden die Gesamtbewertung der eigenen Befindlichkeit umfasst (Knabe 2017). Für Konstrukte müssen im Zusammenhang mit wissenschaftlichen Untersuchungen *Indikatoren* bestimmt werden. Beim Beispiel *Wohlbefinden* muss dementsprechend festgelegt werden, welche Wahrnehmungen der Frau hinsichtlich der Betreuung bei der Geburt relevant sind, um dieses Konstrukt abzubilden. Wodurch kann erkannt werden, dass die Frau körperliches, emotionales und kognitives Wohlbefinden verspürt? Die An- beziehungsweise Abwesenheit von Schmerzen wäre hierbei eine mögliche, durch Schmerzskaalen messbare Größe für körperliches Wohlbefinden, die aber keineswegs das ganze

## 1 Hebammenwissenschaft – eine Einführung

---

Konstrukt erfasst. Die Emotionen und die kognitive Bewertung des eigenen Befindens müssten durch eigene Indikatoren bestimmt werden, zum Beispiel durch eine Befragung nach der Geburt, in der die Frau ihre Gefühle und ihre Einschätzung angibt. In der Hebammenwissenschaft sind eine ganze Reihe von Konstrukten bedeutsam, zum Beispiel: (gelingende) Kommunikation, Zufriedenheit, Gesundheit, Krankheit, Behinderung, Respekt.

Konzepte, Begriffe und/oder Konstrukte werden in Modellen und Theorien zueinander in Beziehung gesetzt. Im folgenden Beispiel wurden empathische Fähigkeiten von Hebammen mit der Zufriedenheit der betreuten Gebärenden in Verbindung gebracht.

### ► Beispielstudie

Aktas und Pasinlioglu (2021) untersuchten, ob ein Empathie-Training die empathische Kommunikation von Hebammen (gemessen vor und nach dem Empathie-Training anhand zweier Fragebogeninstrumente zur empathischen Kommunikation bzw. zur Fähigkeit, empathische Beziehungen aufzubauen) verbessert und ob dies Auswirkungen auf die Geburtszufriedenheit der Gebärenden (gemessen anhand eines Fragebogens in den ersten 20 bis 24 Stunden nach der Geburt) hat.

Die Fähigkeiten der Hebammen zur empathischen Kommunikation verbesserten sich, waren aber nach acht Wochen nicht mehr signifikant besser als vor dem Training.

Direkt nach dem Training der Hebammen waren deutlich mehr Frauen zufrieden mit ihrer Geburtserfahrung als vor dem Training. ◀

### Aufgabe 1.5. Begriffe

Finden Sie Definitionen für die folgenden Begriffe, die für die Hebammenwissenschaft relevant sind. Beachten Sie dabei, dass Sie wissenschaftliche Quellen verwenden (siehe Kapitel 6.2.1).

- Empowerment, Autonomie, Partizipation
- Risiko, Krankheit
- Intuition
- frau-zentrierte Versorgung
- Resilienz, Nachhaltigkeit

Mögliche Lösungen finden Sie im Kapitel 7.

### Hebammenwissenschaftliche Theorien

Lange Zeit war „Theorie und Hebammenpraxis“ (Bryar 2002) das einzige in die deutsche Sprache übersetzte Werk zur Theoriebildung in der Hebammenwissenschaft. Rosamund Bryar hat Theorien der Hebammenarbeit aus dem anglo-amerikanischen Raum zusammengetragen, die sehr unterschiedliche Fragen zu beantworten suchen.

Theoretische Fragestellungen in der Hebammenwissenschaft können sein:

- Was sind die spezifischen Aufgaben der Hebamme?
- Was sind die Schlüsselemente des Hebammenhandelns und wie sind diese miteinander verbunden?
- Was sind die Ziele des Hebammenhandelns?
- Warum/wann/wodurch gilt eine Betreuung durch Hebammen als erfolgreich?

Die Beantwortung dieser und ähnlicher Fragen kann ein Weg sein, die Qualität des Hebammenhandelns zu messen (Peters et al. 2020). Die oben gestellten Fragen können dazu in Beziehung gesetzt werden. Gute Hebammenarbeit wurde beispielsweise geleistet, wenn die spezifischen Aufgaben erfüllt und ihre Ziele erreicht wurden. Theorien der Hebammenwissenschaft sind Ansätze, diese Aufgaben und Ziele zu definieren. Drei unterschiedliche Theorien der Hebammentätigkeit werden in den folgenden Abschnitten vorgestellt.

In einem Ansatz, die wesentlichen Konzepte des Betreuungsprozesses durch Hebammen aufzuzeigen, entwickelten beispielsweise Joyce Thompson und Kolleg:innen (Thompson et al. 1989) eine erste deskriptive Theorie der Versorgung durch Hebammen (nurse-midwives). Ihr Ziel dabei war es, die folgende Frage zu beantworten: „Was ist es, das Hebammen tun, wenn sie Frauen betreuen, das für die jeweilige Frau und ihre Gesundheit den Unterschied macht?“ (Thompson et al. 1989: 120, eigene Übersetzung) Die Autor:innen identifizierten und definierten dabei sechs Konzepte, die die Tätigkeit von Hebammen beschreiben: *safe* (sicher), *satisfying* (zufriedenstellend), *respecting Human Dignity and Self-Determination* (Menschenwürde und Selbstbestimmung respektierend), *respecting Cultural and Ethnic Diversity* (kulturelle und ethnische Diversität respektierend), *family centered* (familienzentriert) und *health promoting* (gesundheitsfördernd). Jedes dieser Konzepte beinhaltet mehrere Komponenten des Hebammenhandelns. Zum Beispiel beinhaltet das Konzept *safe* die Komponenten 1. frühes und kontinuierliches Risiko-Assessment, 2. frühzeitige Identifikation von Problemen, 3. zeitgerechte Behandlung, 4. angemessene Interventionen und 5. Evaluation der Betreuung in Hinblick auf Sicherheit.

Peters, Kolip und Schäfers (2020) stellen ihre Theorie der Ziele der Hebammentätigkeit als ein hierarchisches Modell auf drei Ebenen miteinander verknüpfter Konzepte vor (Abb. 1.3). Um ihre Theorie zu entwickeln, nutzten Sie drei Schritte:

- die relevanten Begriffe/Konzepte identifizieren und definieren,
- in der Literatur mittels systematischen Reviews nach Variablen, die die Begriffe/Konzepte bestimmen, sowie nach Beziehungen zwischen den Begriffen/Konzepten suchen,
- die Begriffe und Aussagen dazu in eine neue, effizientere Repräsentation integrieren.

## 1 Hebammenwissenschaft – eine Einführung

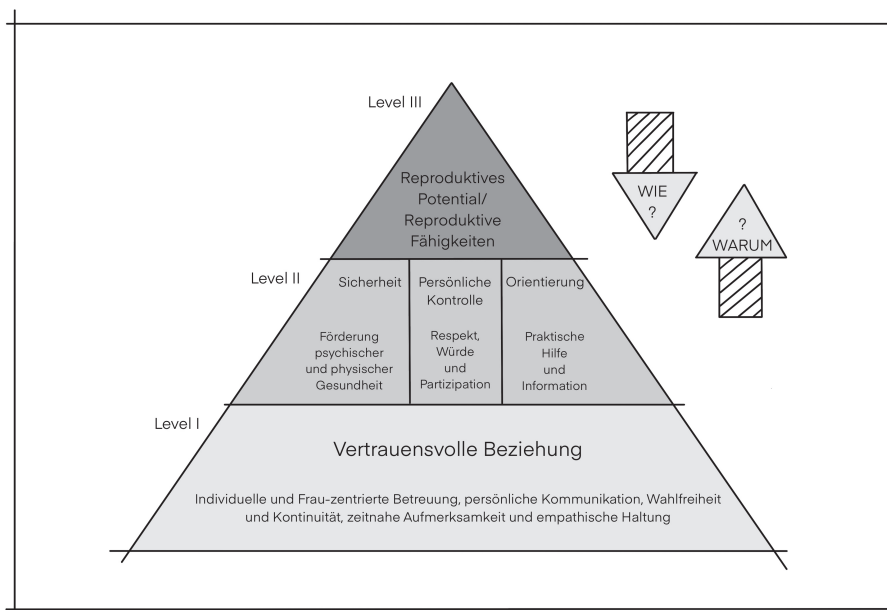


Abb. 1.3. Hierarchisches Modell der Mittel und Ziele der Hebammentätigkeit nach Peters et al. (2020), eigene Übersetzung

Die Autorinnen verfolgen dabei nicht einfach eine Beschreibung der Tätigkeit von Hebammen, sondern sind daran interessiert, mit ihrem Modell der Hebammenarbeit eine Bewertung des Erfolgs zu ermöglichen, indem sie sich auf Ziele und Schritte, diese Ziele zu erreichen, konzentrieren. Dazu machen sie für die Struktur der Theorie eine Anleihe im strategischen Management, das zur Betriebswirtschaftslehre gehört. Die *means-end-chain* (Welge et al. 2017) bringt in ihrer Theorie die verschiedenen Konzepte in eine hierarchische Ordnung der Mittel und Ziele. An der Basis befindet sich im Modell von Peters et al. die *vertrauensvolle Beziehung* als Grundlage für die drei Konzepte *Sicherheit, persönliche Kontrolle und Orientierung*, die wiederum Grundlage für die *reproduktiven Fähigkeiten* der Frau sind. Die Verbindung zwischen den drei Ebenen wird von oben nach unten jeweils durch die Frage *Wie wird das Ziel erreicht?* und von unten nach oben durch die Frage *Warum sollte dieses Ziel erreicht werden?* hergestellt.

Der Begriff der Sicherheit wird in diesem Modell von den Komponenten *Förderung der physischen und psychischen Gesundheit* gebildet, das Konzept der persönlichen Kontrolle von den Komponenten *Respekt und Würde* sowie *Partizipation*, das Konzept der Orientierung von den Komponenten *praktische Hilfe und Information*. Im Konzept der vertrauensvollen Beziehung sind *individuelle und frau-zentrierte Fürsorge, Kommunikation, Wahlfreiheit, Kontinuität in der Betreuung, prompte Aufmerksamkeit* und *empathische Haltung* zusammengefasst.

Ziel der Hebammentätigkeit ist es nach dieser Theorie, Frauen die Ausschöpfung ihrer reproduktiven Fähigkeiten oder Potentiale (*capabilities*) zu ermöglichen. Hierzu führen Peters et al. aus, dass damit nicht nur die physische Gesundheit gemeint ist, sondern dass auch soziale und psychische Bedürfnisse eingeschlossen sind. Das kann also im Einzelfall bedeuten, dass eine Frau bestimmt, ob und wie viele Kinder sie bekommt und wo, wie und mit wessen Unterstützung sie die Kinder zur Welt bringt, sie ernährt und pflegt, und dass sie all dies bei möglichst weitgehender Gesundheit, Wohlbefinden und Zufriedenheit tut. Das kann auch bedeuten, dass eine Person, die sich nicht als Frau versteht, ein Kind gebären möchte. Es kann bedeuten, dass Familien in den unterschiedlichsten Lebenslagen dabei unterstützt werden, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und frühe Kindheit gesund an Leib und Seele zu durchleben. Ziel von Hebammentätigkeit ist demnach, die Menschen darin zu unterstützen, im Hinblick auf ihre Fortpflanzung zu tun oder zu lassen, was sie können und wollen.

#### Aufgabe 1.6. Diskussionsanregung: Ziele der Hebammentätigkeit

Diskutieren Sie den Begriff reproductive capabilities/reproduktive Fähigkeiten/Potentiale.

Was verstehen Sie darunter?

Diskutieren Sie auch die Frage, wie Sie die Ziele der Hebammentätigkeit definieren würden und worauf Sie ihre Meinung stützen können.

Eine Arbeitsgruppe um Mary Renfrew publizierte 2014 eine Beitragsreihe in der Zeitschrift *The Lancet*, in der es darum geht, den Beitrag von Hebammen zur Gesundheitsversorgung von Frauen und Familien zu ermitteln (Renfrew et al. 2014). Die Autor:innen stellen in der ersten Publikation der Reihe ein Modell für eine hochwertige Versorgung rund um die Geburt vor. Dazu wird die Hebammentätigkeit zunächst definiert (siehe Kapitel 1.1). Die Tätigkeiten und Aufgaben in der Versorgung von Frauen und Familien werden in Versorgungsbereiche aufgliedert und konkretisiert. Für alle Frauen und Familien kann Hebammentätigkeit 1. *Bildung, Information und Gesundheitsförderung*, 2. *Untersuchungen, Screenings und die Planung der Versorgung* sowie 3. *Die Förderung normaler Prozesse und die Prävention von Komplikationen* umfassen. Für Frauen und Kinder mit Komplikationen können Hebammen die *erste Versorgung bei Komplikationen* anbieten. Diese vier Versorgungsbereiche machen den Umfang der Hebammentätigkeit aus. Für die Frauen und Kinder mit Komplikationen ist darüber hinaus auch die *geburtshilfliche beziehungsweise pädiatrische ärztliche Versorgung* erforderlich. Dieser Aufschlüsselung der Hebammentätigkeiten unterlegen die Autorinnen grundsätzliche Aussagen dazu, was hochwertige Hebammenbetreuung ausmacht. Diese Aussagen betreffen die Organisation der Versorgung sowie die Werte und die Philosophie, denen die Versorgung verpflichtet ist. Schließlich stellen sie klar, dass Versorgung der Frauen und Familien von Personen erbracht werden kann, die klinisches Wissen und Fertigkeiten mit interpersoneller und kultureller Kompetenz verbinden. Die konkrete Arbeitsteilung wird von den Bedürfnissen beziehungsweise Bedarfen, den vorhandenen Ressourcen und der jeweiligen Kompetenz bestimmt.

## 1 Hebammenwissenschaft – eine Einführung

---

Das Modell wurde von den Autor:innen mittels umfangreicher Literatur-Reviews erstellt. So wie Peters et al. trugen auch Renfrew et al. wissenschaftliche Arbeiten zusammen, in denen Wünsche und Erfahrungen der Frauen und Familien festgehalten sind. In einer zweiten Literaturübersicht identifizierten sie Praktiken, die in der Versorgung von Frauen, Neugeborenen und ihren Familien zur Anwendung kommen. Sie stellten die bis dato vorhandene Evidenz zur Wirksamkeit dieser Maßnahmen zusammen. Anhand der Definition der Hebammentätigkeit ordneten die Autorinnen Maßnahmen der Hebammentätigkeit zu und grenzten sie damit von anderen Praktiken ab, die die Beteiligung anderer Berufsgruppen erfordern.

Das Modell wurde so konzipiert, dass es für verschiedene Settings und Länder passend ist, es kann jedoch für verschiedene Situationen angepasst werden, damit Besonderheiten hinsichtlich der Bevölkerung und ihrer Gesundheit, vorhandene Ressourcen und der politische, soziale und kulturelle Kontext eines Gesundheitssystems berücksichtigt werden. Die Autor:innen sehen den Zweck des Modells für hochwertige Versorgung darin, dass mit seiner Hilfe die Qualität der Versorgung evaluiert werden kann. Er kann genutzt werden, um die Personalentwicklung in der Gesundheitsversorgung von Frauen und Familien, die Verteilung von Ressourcen oder ein Ausbildungscurriculum zu planen. Auch Lücken im Forschungsstand können unter Nutzung des Modells aufgedeckt werden. In der Publikation in *The Lancet* verwendeten die Autorinnen das Modell dazu, ihre weiteren Analysen der wissenschaftlichen Evidenz zu strukturieren und den Umfang der Hebammentätigkeit zu bestimmen.

Das Modell fokussiert, genauso wie das Modell von Peters, Kolip und Schäfers (2020), die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen und hat ausdrücklich nicht den institutionellen und organisatorischen Rahmen der Gesundheitsversorgung, die professionellen Standards oder Vorstellungen der ‚Leistungserbringer:innen‘ als Ausgangspunkt (Renfrew et al. 2014). Auch fällt ins Auge, dass in diesem Rahmen die medizinische Versorgung bei Komplikationen nur einen kleinen Teil der unterschiedlichen Aspekte einer hochwertigen Versorgung aller gebärfähigen Frauen und Neugeborenen ausmacht (Abb. 1.4).

## Sachregister

Die Angaben verweisen auf die Seitenzahlen des Buches.

- A**  
Abduktion 36, 38  
Abstract 225, 232, 234, 265, 268, 270, 288  
Adjustierung, adjustiert 121  
Allokation 62  
Analyse 61, 72, 80, 84, 121, 126, 127, 136, 142, 151, 160, 163–167, 169–171, 179–182, 184, 190, 201, 208, 239, 250, 267, 269  
– komparative Analyse 179–182  
– psychometrische Analyse 126  
– statistische Analyse 72, 84, 127, 201  
ANCOVA 121  
Anonymisierung 58, 59, 61, 62, 158  
ANOVA 119, 121  
Antwortoptionen 123  
Arbeitsbündnis 32, 197  
Assoziation 70, 77–79, 118  
Asynchronous Narrative Audiomessages 152  
Attachment 45–49, 238, 239, 269  
Aufrechterhaltungsfragen 146, 282, 283  
Ausschlusskriterien 200, 205, 208, 234, 235, 245, 247, 251, 261, 265, 266  
Auswertungseinheit 169  
Auswertungsmethoden 133, 142, 161, 162, 166, 174, 180, 187, 261  
Autonomie 30, 40, 58, 122, 276
- B**  
Bachelorarbeit 128, 138, 224, 235, 237, 239, 250, 251, 260, 261, 265, 290  
Bedeutsamkeit 50  
Bedürfnis 24, 43, 44, 47, 49, 173, 277, 278, 281  
Befragung 40, 62, 86, 93, 94, 122, 123, 126–128, 133, 139, 143, 144, 148, 150, 151, 153, 171, 186, 189, 206, 261, 290  
Befragungsinstrument 86, 122, 123, 126–128  
Befremdung 184  
Begriff 19–21, 23, 24, 34, 38, 39, 42, 43, 69, 88, 93, 122, 139, 140, 153, 168, 171, 175, 178, 185–187, 191, 197, 198, 211, 231, 239, 268, 269, 276  
Behinderung 40, 149, 170, 281  
Beobachtung 27, 35–38, 69, 93, 94, 123, 138, 143, 153–156, 158, 171, 177, 183, 184, 186, 187  
– Beobachtungsrichtung 74  
– Beobachtungsstudie 74, 78, 155, 156  
– direkte Beobachtung 69  
– indirekte Beobachtung 155  
– offene Beobachtung 153  
– systematische Beobachtung 35  
– Teilnehmende Beobachtung 154, 155, 184, 186, 187  
– verdeckte Beobachtung 153, 154  
Beruf 5, 28, 30–33, 38, 39, 44, 61, 141, 145, 176, 188  
Berufspolitik 30, 61  
Beschreibung, Dichte 184, 187  
Betreuung 5, 19, 21, 26, 38, 39, 41, 42, 68, 84, 86, 89, 124, 185, 197, 199, 208, 210, 268, 277  
– Betreuungsbogen 19, 20, 29  
Bewertungsskala 123  
Bezugsdisziplin 22, 33  
Bias 78, 85–88, 90, 188, 245, 278  
– Biaskontrolle 67, 84, 201  
Bildanalyse 161, 181, 182  
Bindung 46–48, 238, 269, 270  
– Bindungsverhalten 47, 48  
– sichere Bindung 47  
– unsicher-ambivalente Bindung 47  
– unsicher-vermeidende Bindung 47  
Biografie 50, 137, 144, 185, 283  
– Biografieforschung 143, 185  
Bonding 46, 48, 269  
Boolesche Operatoren 231
- C**  
Chance 106–108, 260, 276, 277  
– Chancenverhältnis 106, 107  
Chi-Quadrat-Test 118, 119  
Cluster-Stichprobe 81

## Sachregister

---

- Cochran's Q 119  
Code 164, 165, 171, 173, 174, 183, 190,  
191, 258, 267  
– Codebaum 174  
Confounder 85, 88–91, 120  
content validity 125  
– content validity index 125  
COREQ-Standard 142  
Cramer's V 102, 119  
Cronbachs Alpha 126
- D**
- Daten  
– Datenanalyse 94, 118, 190, 267  
– Datenaufbereitung 26, 161  
– Datenauswertung 26, 139, 142, 161,  
173, 174, 176, 186  
– Datenerhebung 26, 59, 65, 72, 136,  
137, 139, 142, 143, 153, 157, 158,  
160, 161, 184, 186, 187, 189, 230,  
261  
– Datenextraktion 201  
– Datenschutz 57, 61, 64, 65, 141, 147,  
152, 159, 247, 261  
– Datensparsamkeit 61  
– Datensplitting 121  
– Datensynthese 201  
– personenbeziehbare Daten 62  
– personenbezogene Daten 61  
– soziodemografische Daten 141, 149  
– wissenschaftliche Datenbank 232
- Decision Talk 218  
Deduktion, deduktiv 36–38, 71, 165, 167,  
168, 171, 173  
Delphi-Verfahren 205, 206  
Design 26, 64, 91, 113, 153, 228, 230,  
238, 244, 247  
deterministisch 69, 178  
Dichotomie, dichotom 49, 102, 119, 121,  
175  
Differenz, hermeneutische 135  
Digital Object Identifier 242, 258  
Dimension 26, 27, 68, 123, 127, 144,  
181, 223  
Diskussion 6, 22, 23, 43, 52, 63, 65, 154,  
158, 159, 166, 191, 218, 223–225,  
237, 252, 261, 265, 266, 268, 270, 278  
Distress 49  
Disziplin, wissenschaftliche 254  
Dokumentarische Bildinterpretation 183  
Dokumentarische Methode 142, 151,  
161, 178–181, 185, 286  
Dokumente, prozessproduzierte 158  
Dokumentenanalyse 153, 187
- E**
- Edinburgh Postnatal Depression Scale 122  
Effektmaß 107  
Effektstärke 116  
Einflussfaktoren 71, 75, 76, 78, 85, 88,  
106, 121, 122, 200  
– multiple Einflussfaktoren 121  
Einklammern 175  
Einschlusskriterien 234, 235  
Einwilligungserklärung 59  
Empathie 39, 40, 86, 166  
Empirie 35–37, 175, 184  
Empowerment 24, 40, 58, 276  
Entscheidung 26, 113, 114, 123, 124,  
140, 146, 166, 197, 199, 200, 210,  
212, 213, 217, 218, 263  
– evidenzbasierte Entscheidungsfin-  
dung 199  
Epidemiologie 70, 77, 104  
Epistemologie 35  
Erfahrung 28, 128, 134, 137, 148, 175,  
176, 188, 197–200, 281  
– konjunktiver Erfahrungsraum 178  
Erhebungsmethoden 81, 86, 133, 143,  
152, 153, 157, 179  
– non-reaktive Erhebungsmethoden 154,  
157, 158, 160  
– reaktive Erhebungsmethoden 145, 153,  
154, 157, 158, 160  
Erkenntnisinteresse 22, 23, 27, 260, 290  
Erzählaufforderung 143, 144, 146, 147,  
153, 282, 283  
Essay 251, 263, 264  
Ethik 57, 58, 65, 261  
– Ethikantrag 155  
– Ethikkommission 64, 65  
– Ethikvotum 64, 65, 247, 261  
Ethnografie 184, 186, 189  
Ethnologie 153, 154  
Eustress 49

- Evidenz 25, 44, 70, 197–201, 203–208, 213, 237, 238, 241, 246, 267
- Evidenz, externe 133, 197–200, 205
  - evidenzbasiert 5, 6, 25, 67, 84, 133, 197–201, 204–208, 212, 213, 223, 227, 246, 268
  - Evidenzbewertung 199
  - Evidenzlevel 201, 203, 204, 245, 246, 265
  - Evidenzpyramide 201–203, 246, 267
- Expertinnenstandard 22
- Exposé 251, 259–263
- Exposition 71, 72, 74–78, 84–88, 105–107
- Exzerpt 243, 246
- F**
- Fachgesellschaft 33, 64, 205, 206, 226, 241
- Fähigkeiten, reproduktive 42, 43
- Faktorenanalyse 127
- Fallbericht 259, 267–269
- Fall-Kontroll-Studie 75, 76, 78, 108, 113, 114
- Fallzahl 78, 238
- Falsifikation, falsifiziert 36, 68, 69, 72
- Familie 5, 6, 21, 38, 138, 155, 157, 268, 277, 283
- Familienhebamme 31
- Familienplanung 19, 29, 31
- Feinfühligkeit 49, 239
- Feldnotizen 149, 154, 160, 190
- Feldzugang 140, 261
- FIGO-Score 240
- Fokusgruppe 24, 123, 125, 150–153, 173, 187, 188, 190
- Fokusgruppenanalyse 123
- Fokussierungsmetapher 179, 180
- Forschung
- Forschungsethik 57, 58
  - Forschungsfrage 23, 61, 62, 64, 70, 71, 113, 118, 136–139, 141, 146, 148, 151, 157, 158, 165, 166, 170–172, 179, 200, 223, 224, 227–230, 232, 234, 235, 241, 244, 247, 251, 260, 261, 264–267, 286
  - Forschungshypothese 113, 114, 138
  - Forschungsmethode 23, 25, 134, 163
  - Forschungsprojekt 23, 28, 57–62, 64, 65, 135, 145, 174, 260, 262
  - Forschungsprozess 118, 134–137, 142, 158, 160, 169, 183
  - Forschungsstand 63, 165, 200, 201, 204, 243, 260, 261, 264, 266, 290
  - partizipative Forschung 24, 60
  - qualitative Forschung 62, 67, 123, 133–140, 142, 143, 161, 164, 167, 174, 184, 185, 188, 201
  - quantitative Forschung 67, 68, 133, 135, 167, 201
- Forschungsprozess
- zirkulärer Forschungsprozess 136, 169
- Fragebogen 62, 125–127, 134, 141, 187
- Fragebogenentwicklung 122, 128
- Fragen, geschlossene 67
- Friedman's Test 119
- frühe Elternschaft 19
- G**
- Gantt-Chart 262
- Gatekeeper 140, 141, 158
- Gauß-Verteilung 96
- Gebärende 19, 40, 58, 68, 74, 93, 94, 108, 110–112, 120, 134, 154, 158–160, 168, 177, 185, 198, 199, 214, 250, 251, 267
- Geburt 5
- normale Geburt 21, 38
  - physiologische Geburt 21, 22, 38
- Geburtshaus 27, 154, 176, 177, 281
- Geburtshilfe 46, 67, 68, 104, 138, 172, 177, 198, 213, 214, 224, 227, 232, 238, 240, 251, 265, 266, 281
- außerklinische Geburtshilfe 138, 213, 214, 266
- Gegenhorizont 179
- Gegenstand (der Forschung) 27–29, 31, 69, 94, 105, 134, 135, 150, 167, 175, 186
- Gelegenheitsstichprobe 82, 139, 189, 245
- Generalisierbarkeit 82, 91, 138, 166, 278
- Gesundheit 21, 22, 31, 38, 40–45, 48–51, 212, 277
- Gesundheitsförderung 38, 43, 50, 51, 211, 276, 277, 291
  - Gesundheitsinformation 159, 197, 211–213
  - Gesundheitskommunikation 210

## Sachregister

---

- Gesundheitskompetenz 211
- Gesundheitssystem 44
- Gesundheitsverhalten 51
- Gesundheitsversorgung 30, 43, 44, 59, 60, 62, 156, 158, 182, 211, 248, 276
- going native 155
- Grenzwerttheorem, zentrales 117
- Grounded Theory Methodologie 137, 139, 140, 171, 183, 185, 189
- Grundgesamtheit 79, 80, 82, 85, 92–94, 100, 101, 112, 113, 115, 117, 138, 166, 247, 279, 280
- Gruppendiskussion 143, 150–152, 161, 163, 176, 179, 180
- Gruppenprozess, nominaler 205, 206
- Gütekriterien 133, 142, 171

## H

- Habitus 178, 179, 181, 182
- Habituskonzept 179
- Handhabbarkeit 50
- Häufigkeit 68, 74–76, 96, 98, 104, 105, 213, 214, 216, 265, 266, 279
- Häufigkeitsverteilung 91, 92, 99, 280
- Hausarbeit 223, 230, 237, 239, 240, 250, 259–265, 269, 291
- Hausgeburt 39, 89, 140, 141
- Health literacy 211, 212, 218
- Hebamme 5, 21, 22, 25, 28, 32, 33, 38, 39, 41, 57, 68, 81, 86, 113, 124, 125, 145, 148, 154–156, 158, 171, 173, 177, 182, 197, 199, 223, 250, 252, 264, 268
- Hebammengesetz 31, 32
- Hebammentätigkeit 5, 19–21, 24, 29, 31, 36, 38, 39, 41–44, 46, 51, 52, 57, 159, 161, 246, 269
- Hebammenwissenschaft 5, 6, 19, 21–25, 28–33, 40, 41, 45, 46, 57, 58, 60, 64, 65, 67, 91, 104, 133, 138, 143, 160, 161, 163, 164, 166, 174, 178, 185, 198, 205, 206, 210, 224, 226, 233, 238, 239, 246, 250, 251, 257, 269, 275
- Hermeneutik 135, 170, 180, 185
- Humoralpathologie 36
- Hypothese 68, 70–72, 74, 89, 112, 113, 118, 137, 247, 260, 262, 290
- Hypothesentestung 117

## I

- Indikation des Forschungsprozesses 142
- Indikator 39, 40, 122, 123, 171, 270
- Induktion 36, 37
- Inferenzstatistik 92, 93
- Informed Choice 210
- Informed Consent 58, 146
- Informierte Entscheidung 197, 210, 212, 217
- Inhaltsanalyse 142, 163, 166–168, 170–173, 180, 189, 267
- Inhaltsanalyse, evaluative 173
- Inhaltsanalyse, explizierende 167
- Inhaltsanalyse, inhaltlich-strukturierende 172
- Inhaltsanalyse, qualitative 166, 167, 170, 171
- Inhaltsanalyse, strukturierende 172, 173
- Inhaltsanalyse, typenbildende 172
- Inhaltsanalyse, zusammenfassende 172
- Inhaltsvalidität 125, 127
- Interaktion 35, 47, 121, 122, 134, 151, 153, 155–157, 160, 180, 182
- Interessenkonflikt 28, 59, 60, 88, 204, 213, 247
- Interpretation 20, 26, 103, 117, 135–137, 147, 149, 156, 159, 175, 178, 180–182, 184, 201
- Interpretation, formulierende 180, 182
- Interpretation, ikonografische 182
- Interpretation, ikonologische 182
- Interpretation, reflektierende 180–182
- Interpretation, vorikonografische 181
- Interquartilabstand 98
- Interquartile Range 98
- Intervallskala 94, 280
- Intervention 68, 71, 72, 74, 84, 86–88, 114–118, 199, 200, 228–230, 245
- Interventionsgruppe 72, 74, 86, 87, 138, 139, 246
- Interventionsstudie 72
- Interview 134, 136, 143, 144, 146–150, 152, 153, 158, 164, 175, 177, 180, 183, 185, 187, 281
- Ethnografisches Interview 184
- Expertinnen-Interview 145, 158
- Interviewleitfaden 136, 144, 146, 147, 149, 150, 189, 281
- Leitfadeninterview 144, 145, 286

- narratives Interview 144, 185
- Telefoninterview 146, 147
- Intuition 28, 40, 277
- Inzidenz 104–106, 214, 216, 280
- Item 125
  - Itemgenerierung 123
- K**
- Kaiserschnitt 21, 94, 111, 112, 181, 217
  - Kaiserschnitttrate 68, 109–112
- Kardiotokografie (CTG) 177, 240, 268
- Kategorie 167, 169–171, 191
  - Kategoriensystem 170–173, 247
  - Kategorisierung 38, 170
- Kausalität 69, 70, 103
- Klumpenstichprobe 81, 82
- Kodieren 164, 165, 183
  - Kodiereinheit 169
  - Kodieren, axiales 183
  - Kodieren, offenes 183
  - Kodieren, selektives 183
- Kohärenzgefühl 50
- Kohortenstudie 74, 75, 78, 107, 113, 114, 120
  - Kohortenstudie, retrospektive 76, 86
- Kommunikation 23, 27, 30, 40, 42, 45, 134, 167, 170, 173, 249–252
- Kompetenz, Kompetenzen 29, 32, 43, 64, 170, 187, 211, 218, 251
  - Kompetenzprofil 29
- Konfidenzintervall 115, 116
- Konfidenzniveau 115, 116
- Konsensuskonferenz 205
- Konsistenz 50, 70, 126
  - Konsistenz, interne 126
- Konstrukt 39, 40, 50, 122, 123, 125, 127, 277
  - Konstruktion 143, 150, 185
  - Konstruktivismus 35, 36
  - Konstruktvalidität 126, 127
- Kontrollgruppe 50, 71, 72, 74–76, 78, 85, 86, 90, 91, 106–108, 115, 116, 138, 139, 230, 245, 246
- Konzept 41, 42, 49, 51, 126, 133, 184, 186, 205, 207, 211, 217, 265, 269, 277
  - Konzeptanalyse 259, 269, 270
- Korrelation 102–104, 119–121, 126, 127, 247
  - Korrelation, partielle 121
- Korrelationsanalyse 102, 119, 121, 127
- Korrelationskoeffizient 102, 103, 119
- Kovarianzanalyse 91, 121
- Kovariat 121
- Krankheit 21, 36, 40, 45, 49, 50, 72, 76, 104, 105, 149, 211, 212, 277, 289
- Kruskal-Wallis-Test 119
- L**
- Längsschnittstudie 74
- Leibphänomenologie 174, 178
- Leitlinie, S1, S2e, S2k, S3 205–208, 210, 212, 213, 218, 238, 240, 288, 289
- Likert-Skala 125
- Limitationen 78, 238, 245, 247, 265, 278
- Linksschiefe, linksschief 98
- Literatur 6, 38, 41, 44, 52, 66, 69, 123, 128, 142, 149, 168, 191, 207, 219, 223–227, 230, 232, 233, 237–244, 246, 247, 251, 256, 257, 260, 261, 263–266, 268–270, 290, 291
  - Literatur, graue 241
  - Literaturdatenbank 71
  - Literaturrecherche 26, 62, 200, 223, 224, 227, 232, 250, 265, 287, 291
  - Sekundärliteratur 238, 239
- Literaturrecherche
  - Literaturrecherche, sensitiv 199, 200, 208, 226, 235
  - Literaturrecherche, spezifisch 232
- M**
- Makroebene 31, 32
- Mann-Whitney-U-Test 118, 119
- Materialdurchgang 170
- McNemar's Test 119
- Median 96, 98, 101, 109, 279
- Member-Checking 152, 176
- Memo 183
- Merkmal 87, 93–95, 135, 279
  - Merkmal, diskretes 94
  - Merkmal, kategoriales 94
  - Merkmal, kategorielles 86
  - Merkmal, kontinuierliches 94
  - Merkmal, stetiges 94
  - Merkmalsausprägung 93–95, 279
  - Merkmalsträger 93, 94, 118
  - Merkmalswert 93, 94, 98
- Mesoebene 32

## Sachregister

---

- Messgröße 115, 118, 121, 126  
Messskala, Messskalen 87, 94  
– Messskalen, statistische 94  
Messzeitpunkt 76  
Metaanalyse 108, 201, 289  
Methode 26, 59, 119, 121, 122, 126, 127,  
138, 142–144, 146, 151, 152, 161,  
163, 164, 167, 178–181, 183, 185,  
200, 239, 252, 253, 260, 262, 286  
Methodologie 26, 137, 139, 140, 161,  
164, 171, 183, 185, 189, 244  
Mikroebene 31, 32  
Milchspendereflex 37  
Mindmap 31, 242, 250, 275  
Mittelwert 96, 98–101, 115–118, 279,  
280  
– Mittelwertsdifferenz 116  
Mixed Methods 133, 185–187, 230, 249  
Modalität 93, 94  
Modell 19, 29, 34, 40–45, 49, 92, 218,  
219, 247, 269  
Modus 96, 98, 101, 279, 282  
Monografie 239, 250  
Morbidity 104–106  
Mortalität 104–106  
– Mortalität, neonatale 104  
– Mortalität, perinatale 32, 104, 106,  
109, 255  
Muster 59, 164–166, 190, 191  
Müttersterblichkeit 32, 104, 105, 255
- N**
- Nachfragen 144, 148, 150, 153, 177  
– Nachfragen, exmanente 148, 150  
– Nachfragen, immanente 148, 150  
Nachvollziehbarkeit, intersubjektive 142  
Neonatalsterblichkeit 104, 105  
Neugeborenes 278  
Nominalskala 94, 95, 280  
Normalbiografie 185  
Normalverteilung 96, 97, 117–119  
Nullhypothese 72, 113, 114, 116  
numerisch 67, 94, 213
- O**
- Objekt-Subjekt-Dichotomie 175  
Odds 106–108, 115, 116, 289  
Odds Ratio 106–108, 115, 116, 289  
Ontologie 174  
Option Talk 218  
Ordinalskala 94, 118, 280  
Orientierung 21, 24, 42, 64, 102, 181,  
211, 224, 238, 265, 267  
Originalartikel 233  
Outcome 32, 71, 74–78, 84, 86–88, 105,  
107, 113, 117, 118, 122, 228–230,  
264, 265, 268  
Oxytocin 37, 88
- P**
- Parameter, geburtshilflicher 74  
Paraphrasierung 148, 167  
Pathogenese 49  
pathologisch 21, 31, 67  
Pearson's r 102, 119  
Peer Review 33, 237–239, 246  
Perinatalsterblichkeit 104, 105  
Perzentile 98, 99, 101  
Phänomen 26, 35, 67, 68, 86, 123, 126,  
135, 144, 145, 175, 176, 185, 224,  
230, 247  
Phänomenologie 138, 142, 143, 161, 174,  
175, 189  
– Phänomenologie, hermeneutische 138,  
143, 174  
Phase, reproduktive 20  
Phi Koeffizient 102, 119  
PICO-Schema 71, 228–231  
Pilotstudie 125, 247  
Population 70, 71, 79, 81, 82, 85, 93,  
94, 108, 113, 114, 122, 203, 228–230,  
265, 278  
Potential, reproduktives 43  
Power 116, 117, 121  
– Power, statistische 116, 117, 121  
– Poweranalyse 117  
– Powerniveau 117  
Prävalenz 68, 76, 104–106, 280  
Prävention 20, 43, 50, 51, 277, 288, 291  
– Primärprävention 51  
– Sekundärprävention 51  
– Tertiärprävention 51  
Prävention, Verhaltens-, Verhältnis- 51  
Praxis, evidenzbasierte 25, 67, 84, 133,  
197, 198, 200, 223

- Präzision 86, 115, 116  
Primärliteratur 237–239  
probabilistisch 69  
Proband  
– in 62  
prospektiv 74, 78, 87  
Publikation 5, 43, 44, 47, 57, 58, 63,  
65, 157, 188, 232, 233, 239–241, 243,  
244, 248, 257, 258, 260  
– Publikationsbias 88, 241  
p-Wert 114–116
- Q**  
Qualifikationsarbeit 147, 224, 235, 260,  
265, 266  
Qualität 27, 33, 41, 44, 63, 64, 126, 142,  
143, 174, 199, 201, 205, 208, 213,  
214, 234, 237, 246–248, 267  
– Qualitätskriterien 35, 143, 167, 201,  
205, 208, 254  
– Qualitätsstandards 28  
Quasi-Experiment 72  
queer 31  
Quellen, wissenschaftliche 40, 225, 237  
Querschnittsstudie 62, 76, 78, 79, 113,  
114  
Quotenstichprobe 82, 83, 85
- R**  
Randomisiert-kontrollierte Studie  
(RCT) 72–74, 78, 85, 113, 114, 201,  
203, 232, 246  
Randomisierung 85, 90  
Range 98, 120, 121  
Rationalismus, krischer 24, 68  
Ratio-Skala 94  
Rechtsschiefe, rechtsschief 98  
reflective statement 175  
Reflexion 26, 35, 133, 170, 173, 263  
Regression 121, 122  
– Regression, logistische 122  
– Regression, multiple 121, 122  
Rekonstruktion 137  
Relevanz, klinische 114, 115, 199  
Reliabilität, reliabel 86, 126, 127, 167,  
247  
Repräsentativität 79, 80, 83, 85, 90, 176,  
179  
Reproduktion 20, 159, 163  
Respekt 20, 24, 40, 42, 58, 281  
Ressource 43–45, 49–51, 62, 115, 151,  
187, 230, 260, 276, 291  
retrospektiv 74–76, 78, 86, 108  
Review 33, 68, 200, 201, 216, 217, 235,  
237–242, 246, 259, 264–266, 289  
– Review, integratives 266  
– Review, systematisches 200, 216, 235,  
241, 266  
Risiko 40, 41, 64, 75, 106, 107, 111, 112,  
114, 227, 276, 277, 289  
– Risiko, absolutes 106, 107, 111  
– Risiko, relatives 111, 112  
– Risikofaktor 51, 67, 68, 72, 76, 78, 86,  
89, 104–106, 289  
– Risikoreduktion, absolute 111, 112,  
217  
– Risikoreduktion, relative 108, 111,  
112, 217  
– Risikoverhältnis 106–108  
Risk Ratio 106, 107, 116  
Robson-Klassifikation 26, 108–112  
Rooming-In 46
- S**  
Salutogenese 21, 36, 45, 46, 49–51  
Sampling 139, 141, 176, 179, 183, 189  
– Sampling, purposive 139, 141, 176,  
189  
– Sampling, theoretical 139  
Sättigung, theoretische 137, 140, 183  
scatter plot 103  
Schichtenstichprobe 80, 81  
Schließen, induktives 36  
Schließen, wissenschaftliches 38  
Schlüsselwörter 247  
Schneeballprinzip 83, 189, 266  
Schneeballstichprobe 83  
Schreiben 5, 156, 162, 164, 165, 184,  
223, 231, 243, 249–253, 255, 260,  
263, 291  
– Schreiben, ethnografisches 184  
– Schreiben, wissenschaftliches 5, 249,  
252, 263  
Schwangerschaft 5, 19, 22, 29, 31, 34,  
35, 38, 43, 46, 68–71, 79, 86, 93, 104,  
105, 108, 133, 141, 144, 147, 151,

## Sachregister

---

- 157, 159–161, 170, 173, 185, 207,  
210, 240, 281, 282, 286, 288, 289
- Scoping Review 265, 266
- Screening 67, 127, 207, 208, 210, 216,  
217, 287
- Selbstbestimmung 23, 27, 41, 58, 74, 264,  
276
- Selbsteinschätzungsskalen 122
- Sequenzanalyse 167, 180
- Setting 123, 145, 234, 282–285
- Shared Decision Making 197, 212, 217,  
218
- Signifikanz, signifikant 40, 68, 88, 108,  
114–117, 119, 121, 127, 241
- Signifikanzniveau 114, 116, 117, 245
- Signifikanztest 117, 247
- Sinnhaftigkeit, sinnhaft 50, 184
- Skala 48, 94, 122, 125
- Skala, metrisch 94, 122
- Skalenniveau 94, 95, 98, 101, 102,  
119, 278, 280
- Software 117, 190, 262
- Soziale Medien 158–160, 173
- Spannweite 98, 99, 101, 279
- Spearman's rho 102, 119
- SPIDER-Tool 135, 230, 251
- SPSS-Methode 146
- SQ3R Technik 241
- Standardabweichung 98–101, 115
- Statistik, statistisch 67, 68, 88, 91–93, 96,  
98, 102, 112, 114, 115, 117, 122, 126,  
139, 197, 241
- Statistik, analytische 91, 93
- Statistik, bivariate 102, 119
- Statistik, deskriptive 67, 91, 96, 102,  
139
- Statistik, schließende 67, 92, 112
- Statistik, univariate 102
- Stichprobe 48, 79–85, 90–93, 96, 98, 100,  
101, 109, 110, 112–116, 121, 126,  
138, 139, 141, 146, 166, 189, 209,  
245, 247, 280
- Stichprobengröße 85, 115–117, 126,  
139, 140, 189, 245
- Stillzeit 19, 29, 31, 38, 210, 291
- Störvariable 122
- Stress 211, 270
- Stressbewältigung 49
- Stressor 49
- Streuung 70, 92, 96, 99
- Streubreite 98, 99, 101
- Streudiagramm 103, 120
- Streuungsmaße 96, 98, 99, 102
- Studie 5, 6, 26, 28, 39, 59, 60, 62–64,  
69–71, 73–76, 78, 79, 84, 85, 87, 91,  
93, 105, 108, 113, 114, 116, 117, 128,  
137–142, 147, 152, 153, 157, 159–161,  
166, 173, 175, 176, 187–189, 200,  
201, 203, 210, 216, 230, 234, 235,  
237, 238, 243, 245–249
- Studie, deskriptive 74
- Studie, experimentelle 72, 74, 201
- Studienbewertung 248
- Studiendesign 63, 69, 75, 90, 91, 106,  
113, 138, 185, 189, 201, 232, 234,  
247, 286
- Studieninformation 59
- Studienpopulation 77
- Studientyp 67, 72, 73, 78, 85, 128,  
203, 247, 249, 259, 267
- Studien- und Prüfungsverordnung für  
Hebammen 31
- Subjektivität, reflektierte 254
- Suche 141, 143, 199, 201, 205, 225, 227,  
228, 230–236, 250, 266
- Suchbegriffe 71, 227, 228, 231–233,  
270
- Suchmaschine 224, 225
- Suchstrategie 200, 230, 266
- Suchstring 232
- Systematizität 25, 27, 223
- T**
- Team-Talk 218
- Test, Testung 37, 38, 67, 113, 117–121,  
127, 208, 210, 216, 217, 286
- Test, nicht-parametrisch 117
- Test, parametrisch 118, 119
- Teststärke 116
- Testverfahren 117, 208
- Textarbeit, initiierende 171, 172
- Textskelett nach Esselborn-  
Krumbiegel 253, 288
- Textskelett nach Esselborn-  
Krumbiegel 252
- Thematische Analyse 142, 163–166, 171,  
180, 239, 267
- theme 191

Theorie 5, 21, 24, 33–38, 40–43, 45–49, 51, 68–70, 137, 140, 143, 165, 167, 180, 183, 189, 238, 239, 247, 269  
– Theorie, subjektive 34  
– Theorie, wissenschaftliche 34, 35, 37, 68  
– Theorien mittlerer Reichweite 36  
Three-Talk Modell 218, 219  
Transkription 156, 161–163, 284  
– Transkript 157, 161–163, 180  
– Transkriptionsregeln 162, 163  
– Transkriptionssystem 162  
Triangulation 176, 185, 186  
t-Test 118, 119  
– t-Test, gepaart 118, 119  
Typenbildung 179–182, 187, 286  
Typ-I-Fehler 113, 114, 116, 117  
Typ-II-Fehler 113, 114, 116  
Typologie 137, 172, 247, 262

**U**  
Überarbeitung 161, 170, 210, 253, 292  
Überleitung 213, 214, 253  
Uniform Resource Locator 242  
Ursache 23, 49, 69–72, 77, 84, 104, 117, 162, 163, 203, 289  
Ursache-Wirkung-Beziehung 23, 69–72, 77, 84, 203

**V**  
Validierung 67, 122, 126, 127, 142  
– Validierung, kommunikative 142  
Validität 67, 74, 84, 85, 90, 91, 127, 167, 201, 208, 248  
– Validität, interne 74, 84, 85, 90  
– Validität, konvergente 127  
Variable 93, 94, 102, 103, 117–122, 245  
– Variable, abhängige 117, 119, 121, 122  
– Variable, unabhängige 117, 119, 120  
Varianzanalyse 119, 121  
– Varianzanalyse, einfaktorielle 119  
– Varianzanalyse, zweifaktorielle 121  
Verankerung, empirische 142  
Vergleichsstudie 114  
Verhältnisskala 95  
Verlauf, thematischer 179  
Versorgung 6, 24, 29, 31, 32, 40, 41, 43–45, 47, 58, 60, 86, 207, 248, 268  
– Versorgungsforschung 31

Verstehbarkeit 50  
Verteilung, schiefe 96–98  
Vertiefungsfragen 146  
Vertrauensbereich 115  
Vertraulichkeit 58–61, 152, 158  
Vitamin-K-Mangelblutung 214  
Vitamin-K-Prophylaxe 214, 216  
Vorannahmen 35, 68, 72, 134–136, 138, 142–144, 167, 179, 181, 188, 260  
Vorverständnis 135, 136, 175, 176, 180

**W**

Wahrscheinlichkeit 69, 72, 79, 90, 106, 111–117, 120, 210, 213, 217, 287, 289  
WEIRD 28  
Wilcoxon-Test 119  
Wirklichkeit, soziale 24, 134, 137, 178  
Wirkung 23, 69, 70, 74, 84, 87, 117, 122, 163, 267  
Wissen 5, 20, 21, 23, 25–28, 31, 33, 35, 38, 43, 50, 57, 67, 68, 70, 86, 139, 140, 145, 163, 178, 179, 186, 211, 218, 225, 237, 251, 253, 254, 263  
– Wissen, atheoretisches 178  
– Wissen, implizites 178, 179  
– Wissen, intuitives 28  
– Wissen, wissenschaftliches 25–28, 33, 225, 237  
Wissenschaft 5, 6, 22–28, 33, 36, 38, 45, 57, 68, 69, 223, 237, 246  
– Wissenschaft, angewandte 22  
– Wissenschaftsethik 57, 63  
Wochenbett 19, 21, 22, 29, 31, 38, 43, 122, 133, 151, 159–161, 170, 185, 210, 281, 283  
Wöchnerin 21, 177, 198, 214  
Wohlbefinden 39, 43, 277

**Z**

zentrale Tendenz, Maße der 92, 101, 102, 279  
Zielpopulation 59, 114, 123, 125, 126  
Zirkel, Hermeneutischer 135, 136  
Zitation 257  
– zitierfähig 237, 257  
– zitierwürdig 237

## Sachregister

---

Zufall, zufällig 72, 79, 81, 82, 87, 90, 92,  
104, 113, 114, 118, 247

– Zufallsstichprobe 79–81, 83, 85, 139,  
245

Zufallsstichprobe

– Zufallsstichprobe, einfache 80

– Zufallsstichprobe, geschichtete 80

– Zufallsstichprobe, stratifizierte 80

Zufriedenheit 27, 40, 43, 94, 127, 173,  
252, 267

Zuordnung, kausale 78

Zusammenarbeit 20, 24, 31, 57, 58,  
62–64, 156

Zusammenhang 21, 28, 39, 50, 57, 62,  
69, 70, 72, 84, 87, 88, 102, 103,

112–114, 116, 117, 119, 121, 126,

127, 142, 148, 159, 161, 164, 180,

185, 186, 198, 201, 217, 224, 225,

249, 254, 266, 269, 276, 289, 290

– Zusammenhang, signifikanter 88, 114

Zweckbindung 61