Medizinische Fakultät der
Eberhard Karls Universität Tübingen
Institut für Gesundheitswissenschaften
Abteilung für Hebammenwissenschaft

Unterstützungsbedarfe von Frauen mit geistiger Behinderung während der Schwangerschaft – Herausforderungen und Chancen für die hebammengeleitete Beratung und Begleitung

Ein narratives Review

Bachelorarbeit zur Erlangung
des akademischen Grades
Bachelor of Science (B.Sc.)
im Studiengang
B.Sc. Hebammenwissenschaft

Barth, Marie
aus Singen (Hohentwiel)
2026

Dekanin der Medizinischen Fakultät: Prof. Dr. med. Sara Y. Brucker

1. Berichterstatter: Dr. phil. Dr. PH Joachim Graf, M.A., M.Sc
2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Harald Abele, MHBA

Datum der Abgabe: 24.06.2026

Zusammenfassung

Hintergrund: Frauen mit geistiger Behinderung sind häufig von Stigmatisierung, Diskriminierung und sozialer Isolation betroffen und weisen oftmals einen erhöhten Unterstützungsbedarf auf. Ziel dieser Arbeit war es, die Unterstützungsbedarfe von Frauen mit geistiger Behinderung während der Schwangerschaft sowie die daraus resultierenden Herausforderungen und Chancen für die hebammengeleitete Beratung und Begleitung zu untersuchen.

Methodik: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein narratives Review durchgeführt. Die Literaturrecherche erfolgte in der Datenbank PubMed, wobei insgesamt sieben qualitative Interviewstudien eingeschlossen wurden. Als Bewertungsinstrument wurde die COREQ-Checkliste eingesetzt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen verschiedene Unterstützungsbedarfe von Frauen mit geistiger Behinderung während der Schwangerschaft, insbesondere emotionale, formelle sowie informelle Unterstützung. Zudem bestehen Unterstützungsbedarfe bei der Informationsvermittlung, bei Entscheidungsprozessen sowie beim Zugang zu geeigneten Unterstützungsangeboten. Für Hebammen ergeben sich einige Herausforderungen, insbesondere in Bezug auf die Kommunikation, die Wahrung der Autonomie und im Umgang mit psychosozialen Belastungsfaktoren. Chancen zeigen sich vor allem durch eine angepasste Informationsvermittlung, die Vermittlung von Gesundheits- und Selbstfürsorgewissen sowie durch einen vertrauensvollen Beziehungsaufbau.

Diskussion: Die Ergebnisse der Studien bestätigen, dass neben den individuellen Faktoren auch die strukturellen Rahmenbedingungen die Versorgung der Frauen beeinflussen. Zudem verdeutlichen sie bestehende Versorgungslücken sowie die Bedeutung interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Fazit: Hebammen zählen zu den zentralen Ansprechpersonen für Frauen mit geistiger Behinderung in der Schwangerschaft. Eine bedarfsgerechte, inklusive und interdisziplinäre Versorgung kann die Selbstbestimmung und Teilhabe der Frauen während der Schwangerschaft stärken.

Abstract

Background: Women with intellectual disabilities are often affected by stigma, discrimination, and social isolation and frequently have increased support needs. The aim of this study was to investigate the support needs of women with intellectual disabilities during pregnancy, as well as the resulting challenges and opportunities for midwife-led counselling and care.

Methods: A narrative review was conducted to answer the research question. The literature search was performed in the PubMed database, and a total of seven qualitative interview studies were included. The COREQ checklist was used as an assessment tool.

Results: The results show that women with intellectual disabilities have various support needs during pregnancy, particularly emotional, formal, and informal support. In addition, there are support needs related to the provision of understandable information, decision-making processes, and access to appropriate support services. Midwives face a number of challenges, particularly with regard to communication, respecting autonomy, and dealing with psycho-social stressors. Opportunities arise primarily through tailored information sharing, the provision, of health and self-care knowledge, and the development of trusting relationships.

Discussion: The findings of the studies confirm that, in addition to individual factors, structural conditions also influence the care provided to women. Furthermore, they highlight existing gaps in care as well as the importance of interdisciplinary collaboration.

Conclusion: Midwives are among the key contacts for women with intellectual disabilities during pregnancy. Needs-based, inclusive, and interdisciplinary care can strengthen these women's self-determination and participation during pregnancy.

Gender Disclaimer

In dieser Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung ..... **III**

Abstract ..... **IV**

Inhaltsverzeichnis ..... **V**

Abbildungsverzeichnis ..... **VII**

Tabellenverzeichnis ..... **VII**

Abkürzungsverzeichnis ..... **VII**

1. Einleitung **1**
1.1 Problemstellung und Relevanz für die Hebammenwissenschaft 1
1.2 Konzeptionelle Grundlagen 2
1.2.1 Begrifflichkeit der geistigen Behinderung 2
1.2.2 Kriterien der geistigen Behinderung nach ICD-10 3
1.3 Epidemiologische Relevanz 5
1.4 Rechtliche und ethische Aspekte im Kontext von Schwangerschaft 7
1.4.1 Gesetzlicher Rahmen und Betreuung 7
1.4.2 Selbstbestimmung und reproduktive Rechte 8
1.5 Rolle der Hebammen in der Schwangerschaftsbetreuung 9
1.6 Zielsetzung und Forschungsfrage 10
1.7 Aufbau der Arbeit 11

2. Methodik **11**
2.1 Studiendesign 11
2.2 Literaturrecherche 12
2.2.1 Suchstrategie 12
2.2.2 Studienauswahl mittels PRISMA 13
2.3 COREQ als Bewertungsinstrument 16

3. Ergebnisdarstellung **17**
3.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker 20
3.2 Unterstützungsbedarfe von Frauen mit geistiger Behinderung während der Schwangerschaft 22
3.3 Herausforderungen für Hebammen in der Beratung und Begleitung 25
3.4 Chancen für Hebammen in der Beratung und Begleitung 27
3.5 Bewertung der eingeschlossenen Studien mittels COREQ 28

4. Diskussion **34**
4.1 Zentrale Ergebnisse 34
4.2 Diskussion der Ergebnisse 36
4.2.1 Diskussion der Unterstützungsbedarfe von Frauen mit geistiger Behinderung während der Schwangerschaft 36
4.2.2 Diskussion der Herausforderungen für Hebammen in der Beratung und Begleitung 37
4.2.3 Diskussion der Chancen für die Hebammen in der Beratung und Begleitung 39

4.2.4 Diskussion der Ergebnisse im Kontext des theoretischen Hintergrunds 40
4.3 Limitationen 43
4.3.1 Limitation der Studien 43
4.3.2 Limitation durch variierende Begrifflichkeiten 45
4.3.3 Limitationen des narrativen Reviews 45
4.4 Implikationen 46
4.5 Beantwortung der Forschungsfrage 48
5. Fazit 49
Literaturverzeichnis 51
Anhang 54
Reflexion über den Gebrauch generativer KI 63

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: PRISMA-Schema 15

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kriterien einer geistigen Behinderung nach ICD-10 4
Tabelle 2: Auflistung der eingeschlossenen Studien.....18
Tabelle 3: Kategoriensystem 21
Tabelle 4: Übersicht der COREQ-Bewertung aller eingeschlossenen Studien.....29
Tabelle 5: Limitationen der Studien 43
Tabelle 6: Codierung nach Kuckartz und Rädiker 54

Abkürzungsverzeichnis

ICD..... International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IDD.....Intellectual and Developmental Disabilities
UN-BRK.....UN-Behindertenrechtskonvention
WHO.....World Health Organization

1. Einleitung

1.1 Problemstellung und Relevanz für die Hebammenwissenschaft

Eltern mit einer Behinderung blieben lange Zeit sowohl in der Öffentlichkeit als auch in der Wissenschaft weitgehend unbeachtet [1]. Allerdings gewinnt das Thema Elternschaft im Kontext von Behinderung in Versorgungskonzepten zunehmend an Bedeutung, wobei der Kinderwunsch für Menschen mit Behinderung ebenso wie für Menschen ohne Behinderung von zentraler Relevanz ist [2]. Auch durch die zunehmende Anerkennung der Rechte hat sich das Potenzial für Frauen mit geistiger Behinderung, intime Beziehungen einzugehen und eigene Familien zu gründen, erhöht. Nichtsdestotrotz sind Menschen mit einer geistigen Behinderung weiterhin von Diskriminierung, Stigmatisierung sowie sozialer Isolation und Ausgrenzung bedroht [3]. Frauen mit einer geistigen Behinderung benötigen sowohl während der Schwangerschaft als auch bei Geburt und im Wochenbett einen erhöhten Unterstützungsbedarf. Jedoch bestehen für die Betroffenen insbesondere im Hinblick auf Hebammen Zugangsbarrieren, da diese in der Regel eigenständig aufgesucht werden müssen. Die Inanspruchnahme einer Hebamme, die die Frauen in diesem Zeitraum begleitet, stellt somit für Frauen mit geistiger Behinderung eine besondere Hürde dar [4].

Zudem ist bekannt, dass in Deutschland bei gesunden Schwangeren eher eine Überversorgung vorliegt, wohingegen vulnerable Gruppen tendenziell unterversorgt sind. Die bestehenden Versorgungsangebote und Informationsmaterialien rund um das Thema Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett orientieren sich überwiegend an den Bedürfnissen von Frauen ohne Behinderung. Hieraus ergibt sich eine deutliche Versorgungslücke, da Frauen mit geistiger Behinderung gerade in dieser Zeit mit spezifischen Herausforderungen konfrontiert sind und folglich einen erhöhten, individuell angepassten Unterstützungsbedarf haben [4].

Darüber hinaus sind Frauen mit geistiger Behinderung verstärkt von wirtschaftlichen und sozialen Benachteiligungen betroffen. Dies wirkt sich negativ auf die Gesundheit und das Wohlbefinden während der Schwangerschaft aus und führt im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zu schlechteren Schwangerschaftsergebnissen sowie negativen Folgen während der Geburt und im Wochenbett. Dazu zählen bspw. Schwangerschaftsdiabetes, Bluthochdruck und Blutungen [4, 5]. Auch das Risiko für Frühgeburten, niedriges Geburtsgewicht sowie Müttersterblichkeit ist erhöht. Aufgrund dessen ist zu berücksichtigen, dass schwangere Frauen mit geistiger Behinderung häufig als Risikogruppe betrachtet werden, weshalb eine gut

abgestimmte pränatale Betreuung und Unterstützung der Frauen nahegelegt wird [6] und deren individuellen Bedürfnisse berücksichtigt werden sollten [7]. Während Hebammen die Betreuung bei unkomplizierten Schwangerschaften eigenständig übernehmen können, erfordert das Vorliegen von Risikofaktoren eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit ärztlichem Personal [8]. Nichtsdestotrotz zählen Hebammen zu den primären Ansprechpersonen für Schwangere und sind daher unerlässlich für die betroffenen Frauen bzw. Familien. Allerdings fehlt es einigen Hebammen sowohl an Wissen und Fortbildungsmöglichkeiten im Kontext von Schwangerschaft bei Frauen mit geistiger Behinderung als auch an praktischer Erfahrung [4].

Für die Hebammenwissenschaft ergibt sich aus dieser Problemlage eine besondere Relevanz, da die bestehenden strukturellen Ungleichheiten in der Versorgung von Frauen mit geistiger Behinderung während der Schwangerschaft einen erheblichen Forschungs- und Handlungsbedarf aufzeigen. Insbesondere die unzureichende Anpassung bestehender Versorgungsstrukturen an die spezifischen Bedürfnisse dieser Zielgruppe verdeutlicht die Notwendigkeit, inklusive und barrierearme Betreuungskonzepte weiterzuentwickeln.

Darüber hinaus bestehen seitens der Hebammen weiterhin Wissens- und Erfahrungslücken im Umgang mit den betroffenen Frauen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer vertieften wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit den spezifischen Anforderungen an die hebammengeleitete Beratung und Begleitung.

Vor diesem Hintergrund ist die Erforschung der Unterstützungsbedarfe sowie der damit verbundenen Herausforderungen und Chancen von zentraler Bedeutung. Sie trägt dazu bei, die Qualität der Betreuung nachhaltig zu verbessern und die Teilhabe von Frauen mit geistiger Behinderung im Kontext von Schwangerschaft zu stärken.

1.2 Konzeptionelle Grundlagen

1.2.1 Begrifflichkeit der geistigen Behinderung

Laut dem neunten Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung – wird der Begriff „Behinderung“ wie folgt definiert: *„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der*

gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können" [9].

Diese Arbeit fokussiert sich auf Frauen mit einer geistigen Behinderung, weswegen darauf nun genauer eingegangen werden soll. Der Ausdruck „geistige Behinderung" wurde in den 1950er Jahren im deutschsprachigen Raum eingeführt, um Bezeichnungen wie Blödsinn, Schwachsinn oder Idiotie zu ersetzen. Trotz dessen steht der Begriff „geistige Behinderung" aufgrund des Stigmatisierungspotentials und der vielzähligen Interpretationsmöglichkeiten weiterhin in der Kritik und befindet sich im stetigen Wandel. Bislang existiert für diese Bezeichnung keine allgemein akzeptierte Definition, die den Begriff umfassend erfasst und dabei sowohl medizinische als auch umweltbedingte Einflussfaktoren angemessen berücksichtigt. Des Weiteren werden in der Literatur unterschiedliche, teils synonyme Begrifflichkeiten wie geistige Beeinträchtigung, Handicap, Lernschwierigkeiten, Lernbehinderung, Intelligenzminderung sowie mentale Retardierung verwendet [10].

Laut der World Health Organization (kurz: WHO) handelt es sich bei dem Begriff „geistige Behinderung" um *„eine signifikant verringerte Fähigkeit, neue oder komplexe Informationen zu verstehen und neue Fähigkeiten zu erlernen und anzuwenden"* [10]. Dies beeinträchtigt die Möglichkeit, ein weitgehend selbstständiges Leben zu führen. Die Beeinträchtigung tritt vor dem Erwachsenenalter auf und wirkt sich dauerhaft auf die Entwicklung der Betroffenen aus. Darüber hinaus betont die WHO, dass eine geistige Behinderung nicht ausschließlich durch gesundheitliche Einschränkungen bestimmt, sondern auch durch eingeschränkte Teilhabe an der Gesellschaft beeinflusst wird [10].

Zu den Ursachen einer geistigen Behinderung zählen genetische Syndrome, die sowohl spontan auftreten als auch vererbt werden können, sowie Schädigungen im Mutterleib und Geburtskomplikationen, wie bspw. eine fetale Hypoxie. Darüber hinaus kann eine geistige Behinderung auch infolge eines schweren Schädelhirntraumas, von Infektionen des zentralen Nervensystems oder durch Vergiftungen im Kindesalter entstehen. Allerdings bleibt die genaue Ursache in den meisten Fällen unbekannt [3].

1.2.2 Kriterien der geistigen Behinderung nach ICD-10

Nach der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) wird die geistige Behinderung unter dem Punkt F70-F79 „Intelligenzminderung" wie

folgt definiert: *„Ein Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Eine Intelligenzstörung kann allein oder zusammen mit jeder anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten“* [11]. Zwischenzeitlich wurde bereits die ICD-11 veröffentlicht. Allerdings wird in dieser Arbeit die ICD-10 verwendet, da die ICD-11 in Deutschland derzeit noch nicht verbindlich eingeführt ist und sich weiterhin im Umsetzungsprozess befindet [11].

Bei der Diagnostik wird mittels eines Klassifikationsschemas zwischen leichter, mittelgradiger, schwerer und schwerster Intelligenzminderung unterschieden (F70-F73). Die Bewertung erfolgt anhand eines standardisierten Intelligenztests sowie durch einen erfahrenen Diagnostiker. Jedoch können sich intellektuelle Fähigkeiten sowie soziale Anpassungen verändern und bspw. durch Übung und Rehabilitation verbessern. So sollte sich bei der Diagnose immer auf das gegenwärtige Funktionsniveau bezogen werden [12]. Die folgende Tabelle zeigt die Einteilung der geistigen Behinderung nach ICD-10. Sie enthält die Codierung, den jeweiligen Grad der Intelligenzminderung, den dazugehörigen Intelligenzquotienten (IQ)-Wert sowie das erwartete Intelligenzalter bei Erwachsenen:

Tabelle 1: Kriterien einer geistigen Behinderung nach ICD-10

Codierung ICD-10	Grad der Intelligenzminderung	IQ-Wert	Intelligenzalter bei Erwachsenen
F70	Leichte Intelligenzminderung	50-69	Von 9 bis unter 12 Jahren
F71	Mittelgradige Intelligenzminderung	35-49	Von 6 bis unter 9 Jahren
F72	Schwere Intelligenzminderung	20-34	Von 3 bis unter 6 Jahren
F73	Schwerste Intelligenzminderung	Unter 20	Unter 3 Jahren

Quelle: Eigene Darstellung

Je nach Schweregrad der geistigen Behinderung benötigen die Betroffenen unterschiedliche Formen von Unterstützung im Alltag. So können betroffene Erwachsene mit einer leichten Intelligenzminderung in der Regel arbeiten, stabile soziale Beziehungen führen sowie aktiv am gesellschaftlichen Leben teilhaben. Dennoch bestehen schulische Lernschwierigkeiten. Bei der mittelgradigen Intelligenzminderung zeigen sich bereits in der Kindheit deutliche

Entwicklungsverzögerungen. Die meisten Betroffenen können ein gewisses Maß an Selbstständigkeit erreichen, verfügen über ausreichende Kommunikationsfähigkeit und können eine Ausbildung absolvieren. Dennoch benötigen sie in unterschiedlichem Ausmaß Unterstützung im Alltag sowie am Arbeitsplatz. Bei einer schweren Intelligenzminderung sind die Betroffenen auf andauernde Unterstützung angewiesen. Bei der schwersten Intelligenzminderung ist die eigene Versorgung, Kommunikation, Kontinenz und Beweglichkeit hochgradig beeinträchtigt [12].

Diese vier Kategorien stellen eine Unterteilung eines Kontinuums dar, dessen Grenzen im Einzelfall nicht exakt festgelegt werden können. Dies gilt ebenso für die Abgrenzung zu Menschen mit einer „Lernbehinderung“ [13]. Diese weitere relevante Personengruppe ist im Klassifikationssystem der ICD-10 nicht als eigenständige Diagnosekategorie abgebildet. Gemäß internationaler Terminologie ist die Lernbehinderung als grenzwertige Intelligenz mit einem IQ zwischen 70 und 85 definiert [14]. Praktisch gesehen ist dieser Bereich verminderter intellektueller Leistungsfähigkeit von großer Bedeutung [15]. Dies äußert sich häufig durch Schulschwierigkeiten und führt oftmals dazu, dass kein erfolgreicher Regelschulabschluss erreicht wird [14]. Allerdings ist eine Lernbehinderung nicht mit einer geistigen Behinderung gleichzusetzen, da hierbei Probleme bei der Aneignung von Lerninhalten bestehen [16].

1.3 Epidemiologische Relevanz

Laut dem Statistischen Bundesamt lebten in Deutschland zum Jahresende 2023 etwa 7,9 Millionen Menschen mit einer schweren Behinderung. Dies entspricht 9,3 % der Gesamtbevölkerung, wovon 50,1 % Männer und 49,9 % Frauen waren. In 91 % der Fälle wurde die Behinderung durch eine Krankheit verursacht. Von den insgesamt 7,9 Millionen schwerbehinderten Menschen hatten 58 % eine körperliche Behinderung, 15 % eine geistige oder seelische Behinderung, während bei den übrigen Fällen die Art der Behinderung nicht angegeben war [17]. Eine genaue Differenzierung zwischen geistiger und seelischer Behinderung erfolgt in der Statistik jedoch nicht.

Die Darstellung der epidemiologischen Relevanz von Schwangerschaften bei Frauen mit einer geistigen Behinderung ist bislang sehr begrenzt. Für Deutschland liegen derzeit keine aktuellen epidemiologischen Daten zur Häufigkeit von Schwangerschaften bei Frauen mit geistiger

Behinderung vor. Allerdings liegen Daten zur Elternschaft und zur Anzahl der Kinder vor, die eine indirekte Annäherung ermöglichen.

In Deutschland liegen bislang lediglich zwei Studien vor, die unter der Leitung von Ursula Pixa-Kettner durchgeführt wurden. Neuere epidemiologische Erhebungen konnten im Rahmen dieser Literaturrecherche nicht identifiziert werden. Die erste Studie wurde in den Jahren 1993/94 und die zweite im Zeitraum 2005/6 durchgeführt. In der ersten Studie konnten bundesweit ca. 969 Elternschaften von Menschen mit geistiger Behinderung mit insgesamt 1366 Kindern im Zeitraum von 1934 bis 1993 erfasst werden. In der zweiten Studie im Zeitraum von 1990 bis 2005 konnten insgesamt 1854 Elternschaften mit 2199 Kindern erfasst werden. Unter Berücksichtigung des Überschneidungszeitraums von 1990 bis 1993 zeigt sich eine deutliche Zunahme von fast 48 % [18].

Für eine weitere epidemiologische Einordnung werden im Folgenden internationale Studien sowohl zur Schwangerschaft als auch zur Elternschaft und Geburtenrate von Frauen mit geistiger Behinderung herangezogen:

Laut der Studie von Dagmar Orthmann Bless sind in der medizinischen Statistik der Krankenhäuser der Schweiz zwischen 1998 und 2009 insgesamt 176 Schwangerschaften von Frauen mit geistiger Behinderung dokumentiert. Von diesen Schwangerschaften führten 93 zur Geburt eines Kindes, während 83 Schwangerschaften mit einem Abort endeten. Darüber hinaus zeigte diese Studie für den Zeitraum von 1998 bis 2009 eine signifikante Zunahme von Schwangerschaften bei Frauen mit geistiger Behinderung [19].

Homeyard et al. berichten, dass die genaue Anzahl der Eltern mit geistiger Behinderung im Vereinigten Königreich unbekannt ist. Schätzungen variieren stark zwischen 23.000 und 250.000 Menschen. Zudem wird eine Dunkelziffer von Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung vermutet, deren Prävalenz auf 2 % der Gesamtbevölkerung geschätzt wird. Dies verdeutlicht, dass die tatsächliche Anzahl möglicherweise größer ist als die verfügbaren Daten. Begründet wird die ungenaue Datenerhebung mit einer bspw. unzureichenden Dokumentation, unterschiedlichen Definitionen von geistiger Behinderung sowie der Tatsache, dass viele Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung nicht diagnostiziert werden [4].

Fairthorne et al. geben an, dass nach Angaben einer US-amerikanischen Datenbank für stationäre Gesundheitsversorgung etwa eine von 2530 Geburten bei Frauen mit einer

geistigen Behinderung stattfand. Daten aus einer Geburtenkohorte in Massachusetts für den Zeitraum 1998 bis 2010 mit mehr als 100.000 dokumentierten Geburten deuten hingegen auf eine höhere Prävalenz von etwa einer von 1300 Geburten bei Frauen mit geistiger Behinderung hin [20].

Diese Daten verdeutlichen, dass Schwangerschaften bei Frauen mit geistiger Behinderung zwar vergleichsweise selten dokumentiert werden, sie jedoch eine relevante Gruppe darstellen, deren Unterstützungsbedarf bisher unzureichend erfasst ist.

1.4 Rechtliche und ethische Aspekte im Kontext von Schwangerschaft

1.4.1 Gesetzlicher Rahmen und Betreuung

Der gesetzliche Rahmen ist durch die Grundrechte des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland bestimmt. Dabei ist das grundlegende Prinzip die Unantastbarkeit der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1). Neben der Unantastbarkeit der Menschenwürde ist auch die freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 Abs.1) sowie das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2) maßgeblich [21]. Ein bedeutender Meilenstein für die Rechte von Menschen mit Behinderung war die Gleichstellung von Menschen mit Behinderung im Grundgesetz im Jahr 1994. Hierbei wurde festgelegt, dass niemand aufgrund seiner Behinderung benachteiligt werden darf [1].

Auch die UN-Behindertenrechtskonvention (kurz: UN-BRK) spielt eine wesentliche Rolle in der Stärkung der Rechte von Menschen mit Behinderung. Mit ihrer Verabschiedung durch die Generalversammlung der Vereinten Nationen im Jahr 2006 wurde erstmals ein internationales Dokument geschaffen, das Behindertenpolitik konsequent aus einer Menschenrechtsperspektive betrachtet [22]. Zweck hierbei ist es, die Menschenrechte und Grundfreiheiten aller Menschen mit Behinderung zu fördern, zu gewährleisten sowie zu schützen. So gilt laut Art. 12 die gleiche Anerkennung vor dem Recht sowie das Ergreifen passender Maßnahmen zur Unterstützung der Rechts- und Handlungsfähigkeit [23].

Darüber hinaus regelt § 1814 des Bürgerlichen Gesetzbuches die Voraussetzungen für die Bestellung einer rechtlichen Betreuung. Demnach gilt, dass ein rechtlicher Betreuer oder eine rechtliche Betreuerin nur bestellt werden darf, wenn die betroffene Person aufgrund von Krankheit oder Behinderung ihre Angelegenheit nicht selbstständig regeln kann [24]. Bezogen auf das Thema dieser Arbeit bedeutet dies, dass schwangere Frauen mit geistiger Behinderung

nur dann eine rechtliche Betreuung benötigen, wenn ihre Fähigkeit, Entscheidungen während der Schwangerschaft zu treffen, eingeschränkt ist.

So gilt für volljährige Frauen, dass sie einer Person ihres Vertrauens die Vorsorgevollmacht erteilen können. Anders ist dies bei Minderjährigen. Hier entscheiden die Sorgeberechtigten stellvertretend [25].

1.4.2 Selbstbestimmung und reproduktive Rechte

Im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zeigen sich vielfältige Herausforderungen für Menschen mit Behinderung. So berichtet u.a. die UN-Sonderberichterstatterin Catalina Devandas Aguilar, dass die Sexualität von Menschen mit Behinderung häufig tabuisiert oder als ein zu kontrollierendes Problem behandelt wird. Zudem wird ihnen nicht selten ein sexuelles Leben abgesprochen. Insbesondere jungen Frauen und Mädchen mit Behinderung wird häufig die Fähigkeit abgesprochen, eigenständig Entscheidungen über ihren Körper und ihre Sexualität zu treffen [26], obwohl auch sie ebenso wie andere Frauen den Wunsch nach einer Partnerschaft und Familie äußern [25].

Des Weiteren wird berichtet, dass junge Frauen oder Mädchen, die auf die Unterstützung anderer angewiesen sind und in Einrichtungen oder im familiären Umfeld leben, häufig Einschränkungen in ihrer Autonomie sowie Privatsphäre erfahren. Hinzu kommen Barrieren beim Zugang zu gynäkologischen Leistungen und relevanten Informationen. So berichten viele Betroffene, dass die gynäkologische Versorgung ihren Bedürfnissen nicht gerecht wird [26].

Weitere zentrale Themen, welche junge Frauen und Mädchen betreffen, sind Verhütung, Abtreibung und Sterilisierung gegen Einwilligung der Betroffenen. Frauen mit Behinderung werden für die Mutterschaft als untauglich angesehen und werden daher überdurchschnittlich oft gegen ihren Willen sterilisiert, was laut der Sonderberichterstatterin lebenslange Folgen sowohl für die körperliche als auch für die seelische Unversehrtheit der jungen Frauen mit sich bringen kann. Auch beim Thema Verhütung oder Abtreibung haben die Betroffenen meist wenig Mitspracherecht [26].

Trotz bestehender Defizite und Benachteiligungen für Frauen und Mädchen mit Behinderung stellt die UN-BRK einen zentralen rechtlichen Rahmen dar. Insbesondere in den Artikeln 6, 23 und 25 werden die Rechte zu den Themen Familie und Gesundheit der Betroffenen festgelegt und die Gerechtigkeit gefördert [26].

Laut Art. 23 der UN-BRK gilt für alle Menschen, unabhängig davon, ob sie eine Behinderung haben oder nicht, das Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie die selbstbestimmte Entscheidung über die Sexualität und Fortpflanzung. Menschen mit Behinderung haben somit das gleiche Recht, selbstbestimmt zu den Themen Ehe, Familie, Partnerschaft und Elternschaft Entscheidungen zu treffen [26]. Nach Art. 23 Abs. 1b ist es u.a. die Aufgabe der rechtlichen Betreuer, die Frauen ergebnisoffen zu beraten und ihnen Möglichkeiten aufzuzeigen für ein Leben mit Kindern [25].

Des Weiteren haben Menschen mit Behinderung das Recht auf eine freie Entscheidung über die Anzahl ihrer Kinder sowie die Abstände zwischen den Geburten. Zudem gilt laut diesem Artikel das Recht auf Zugang zu altersgemäßen Informationen und Aufklärung über Fortpflanzung und Familienplanung sowie die Bereitstellung der notwendigen Mittel zur Ausübung dieser Rechte. Des Weiteren ist in Art. 23 das Beibehalten der Fruchtbarkeit verankert [23].

In Art. 6 der UN-BRK stehen insbesondere Frauen mit Behinderung im Fokus. So sollen Frauen und Mädchen alle Menschenrechte und Grundfreiheiten voll und gleichberechtigt gewährleistet werden. Im zweiten Absatz liegt der Fokus auf der Selbstbestimmung der Frau. Hierbei sind die Vertragsstaaten verpflichtet, Maßnahmen zur Sicherung der Entfaltung, der Förderung und der Stärkung der Autonomie der Frau zu treffen [23].

Art. 25 legt das Recht von Menschen mit Behinderung auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung fest. Die Vertragsstaaten sind verpflichtet, einen gleichberechtigten Zugang zu qualitativ gleichwertiger und bedarfsgerechter Gesundheitsleistungen sicherzustellen, einschließlich Leistungen zur Sexualität und Fortpflanzung. Zudem sollen Unterstützungsangebote für die Betroffenen möglichst wohnortnah bereitgestellt werden. Darüber hinaus sind Vorenthaltungen von medizinischer Versorgung sowie Benachteiligungen im Versicherungswesen ausdrücklich zu verhindern [23].

1.5 Rolle der Hebammen in der Schwangerschaftsbetreuung

Laut § 1 des Hebammengesetzes ist eine Hebamme insbesondere für Frauen während der Schwangerschaft, bei der Geburt, während des Wochenbetts und während der Stillzeit zuständig. Zu ihren Aufgaben zählen zudem die selbstständige Leitung physiologischer Geburten sowie die Überwachung und Pflege von Neugeborenen und Säuglingen [27].

Im Fokus der Schwangerenbetreuung steht insbesondere die Vorbereitung der Frau bzw. des Paares auf die Elternschaft sowie die frühzeitige Erkennung möglicher Risiken. So haben Schwangere bei einem physiologischen Schwangerschaftsverlauf Anspruch auf regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen, die in der Regel bis zur 32. Schwangerschaftswoche in vierwöchigen und anschließend in zweiwöchigen Abständen erfolgen [28].

Sofern keine Risikoschwangerschaft oder eine Pathologie vorliegt, können Hebammen, mit Ausnahme der Ultraschalluntersuchungen, alle im Mutterpass vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen selbstständig durchführen. Im Rahmen der Schwangerenvorsorge werden u.a. das Gewicht und der Blutdruck der Frau kontrolliert, die Lage und die Größe sowie die Herztöne des Kindes geprüft und festgestellt. Auch Urin- und Blutkontrollen werden regelmäßig durch die Hebamme durchgeführt. Zudem bieten Hebammen verschiedene Kurse, bspw. Geburtsvorbereitung, an [8].

Die Betreuung der Hebamme reicht weit über die medizinische Versorgung hinaus. Auch die Förderung der Selbstbestimmung sowie die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Frau spielen eine bedeutende Rolle bei der Betreuung von Frauen in der Schwangerschaft [29]. Dies ist besonders relevant bei Frauen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf, wie bspw. Frauen mit geistiger Behinderung. Die Betreuung erfordert eine gezielte Anpassung von Kommunikation, Sensibilität und Begleitung an die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen [30].

Die spezifischen Unterstützungsbedarfe von Frauen mit geistiger Behinderung sowie die daraus resultierenden Herausforderungen und Chancen für die Hebammenbetreuung werden im Ergebnisteil dieser Arbeit detaillierter thematisiert.

1.6 Zielsetzung und Forschungsfrage

Ausgehend von den dargestellten theoretischen Grundlagen zielt die vorliegende Arbeit darauf ab, den Unterstützungsbedarf von Frauen mit einer geistigen Behinderung während der Schwangerschaft darzustellen und die Herausforderungen und Chancen für die hebammengeleitete Beratung und Begleitung zu analysieren. Vor dem Hintergrund bestehender Barrieren soll insbesondere untersucht werden, inwiefern die Bedürfnisse dieser Zielgruppe in der aktuellen Versorgung berücksichtigt werden und welche Anforderungen sich daraus für die professionelle Praxis von Hebammen ergeben.

Im Zentrum der Arbeit steht dabei die Forschungsfrage: „Welche Unterstützungsbedarfe bestehen bei Frauen mit geistiger Behinderung während der Schwangerschaft und welche Herausforderungen und Chancen ergeben sich daraus für Hebammen in der Beratung und Begleitung?“

1.7 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in fünf Hauptkapitel. Das erste Kapitel führt in die Thematik ein und umfasst die Problemstellung, die theoretischen und begrifflichen Grundlagen sowie die rechtlichen und ethischen Rahmenbedingungen. Zudem werden die Zielsetzung und die Forschungsfrage der Arbeit formuliert.

Die methodische Vorgehensweise wird in Kapitel zwei beschrieben. Hierzu zählen die Darstellung des Studiendesigns, die Literaturrecherche einschließlich der Suchstrategie sowie die Beschreibung der Studienauswahl mittels PRISMA-Schema. Darüber hinaus wird das verwendete Bewertungsinstrument COREQ vorgestellt.

Im dritten Kapitel werden die Ergebnisse der Literaturauswertung vorgestellt. Dabei werden zunächst die Unterstützungsbedarfe von Frauen mit geistiger Behinderung während der Schwangerschaft dargestellt, bevor darauf aufbauend die Herausforderungen und Chancen für Hebammen in der Beratung und Begleitung herausgearbeitet werden.

Das vierte Kapitel beinhaltet die Diskussion der Ergebnisse. Die zentralen Ergebnisse werden zusammengefasst und im Anschluss reflektiert. Des Weiteren werden die Limitationen der eingeschlossenen Studien sowie der vorliegenden Arbeit dargestellt. Außerdem werden praktische Implikationen für die Hebammenpraxis sowie weiterer Forschungsbedarf aufgezeigt, bevor die Forschungsfrage beantwortet wird. Abschließend wird im fünften Kapitel das Fazit der Arbeit abgebildet.

2. Methodik

2.1 Studiendesign

Die vorliegende Arbeit basiert auf dem methodischen Ansatz des narrativen Reviews. Ein narratives Review, auch Übersichtartikel genannt, fasst den aktuellen Forschungsstand zu einem bestimmten Themengebiet zusammen, indem die relevante Literatur recherchiert, geordnet dargestellt und bewertet wird. Charakteristisch ist, dass sowohl theoretische und

empirische als auch methodische Stärken und Schwächen des Forschungsgebietes diskutiert werden. Ein narratives Review arbeitet die wichtigsten Ergebnisse heraus und zeigt zugleich Perspektiven für die zukünftige Forschung auf. Typisch für ein narratives Review ist, dass die Auswahl, Gewichtung und Bewertung der einbezogenen Studien stark von den Einschätzungen der Autoren abhängen. Die Vorgehensweise ist daher oft nicht strikt systematisch und wird nicht immer im Detail dokumentiert. Es enthält meist nur eine kleinere Anzahl von Beiträgen und bietet vor allem eine interpretierende, zusammenführende Darstellung des Forschungsstands [31].

2.2 Literaturrecherche

Zur Durchführung des narrativen Reviews wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Diese dient dazu, relevante Literatur zu dem Themengebiet bzw. zu der zuvor definierten Forschungsfrage zu identifizieren. Hierfür stehen unterschiedliche Ressourcen zur Verfügung, wie z.B. wissenschaftliche Zeitschriften, Datenbanken, das Internet sowie Bücher [32].

Für die vorliegende Arbeit wurde eine systematische Literaturrecherche in der Datenbank PubMed durchgeführt, um passende Studien zur Beantwortung der Forschungsfrage zu finden. PubMed ist die wichtigste Datenbank für medizinische, therapeutische sowie diagnostische Literatur, weshalb sich bei der Recherche primär auf diese Datenbank fokussiert wurde [32]. Ergänzend wurde Google Scholar zur Identifikation weiterer Literatur verwendet.

2.2.1 Suchstrategie

Zur zielgerechten Literaturrecherche in der Datenbank PubMed wurden Schlüsselbegriffe definiert und anschließend ins Englische übersetzt. Um die Literaturrecherche zu vereinfachen, wurden in dieser Arbeit die Booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ verwendet. Wird der Operator „AND“ verwendet, werden alle Studien herausgesucht, in denen alle angegebenen Suchbegriffe gleichzeitig vorkommen. „OR“ liefert alle Studien, die mindestens einen der Suchbegriffe enthalten [32].

Im folgenden Abschnitt wird das genaue Vorgehen der Literaturrecherche erläutert und anschließend anhand eines PRISMA-Schemas übersichtlich dargestellt.

2.2.2 Studienauswahl mittels PRISMA

Für die systematische Literaturrecherche wurde in dieser Arbeit das PRISMA-Schema angewandt, welches für „Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses“ steht. Mittels dieses Schemas kann passende Literatur zur Fragestellung gefunden sowie all diejenigen Ergebnisse ausgeschlossen werden, die inhaltlich nicht mit der gewählten Fragestellung übereinstimmen [33].

So wurde mit dem Suchterm: (support* [tiab] OR need* [tiab] OR experience* [tiab] OR "support needs" [tiab] OR "social support" [tiab] OR midwifery [tiab] OR midwife* [tiab]) AND ("intellectual disabilit*" [tiab] OR "developmental disabilit*" [tiab] OR "learning disabilit*" [tiab]) AND (pregnancy [tiab] OR pregnant [tiab] OR "prenatal care" [tiab] OR "antenatal care" [tiab] OR "maternity care" [tiab]) AND (interview*) nach geeigneter Literatur auf PubMed gesucht. Die Literaturrecherche erfolgte am 18.04.2026. Bereits auf Ebene der Suchstrategie wurde die Literatur gezielt auf qualitative Studien, insbesondere Interviewstudien, eingegrenzt.

Qualitative Forschung befasst sich mit der Untersuchung des menschlichen Erlebens und ist durch ein deutendes und verstehendes Vorgehen gekennzeichnet. Das Vorgehen richtet sich auf eine soziale Wirklichkeit, die in Interaktion hergestellt wird und ermöglicht damit den Zugang zu subjektiven Bedeutungen und Erfahrungen [34]. Da qualitative Forschung den Fokus auf Alltagserfahrungen und subjektives Erleben der Menschen legt, eignen sich insbesondere Interviews zur Erfassung solcher individuellen Perspektiven [35].

Für die vorliegende Arbeit spielt dieser Ansatz eine wichtige Rolle, da die Unterstützungsbedarfe von Frauen mit geistiger Behinderung sowie die Herausforderungen und Chancen für die Hebammen vor allem aus den Perspektiven der Betroffenen heraus nachvollzogen werden können. Zudem ermöglicht die Fokussierung auf Interviewstudien eine einheitliche Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Studien. Quantitative Studien wurden daher bewusst ausgeschlossen.

Mit dem angegebenen Suchterm wurden in der Datenbank PubMed zunächst 65 Ergebnisse identifiziert. Um die Literatur möglichst einzugrenzen und die Aktualität der Ergebnisse sicherzustellen, wurde der Suchzeitraum auf die letzten 10 Jahre begrenzt. Entsprechend wurden Studien berücksichtigt, die zwischen 2016 und 2026 veröffentlicht wurden. Nach Anwendung dieses Filters ergab die Suche 47 Treffer. Im nächsten Schritt wurde ein Titel-

Screening durchgeführt, bei dem anhand der Titel insgesamt 31 irrelevante Studien ausgeschlossen wurden, sodass 16 potenziell relevante Publikationen verblieben. Anschließend erfolgte ein Abstract-Screening der verbliebenen Studien, welches die Anzahl der Studien weiter auf 8 reduzierte. Studien zu Themen wie Interventions- und Toolentwicklung sowie zu Geburtserfahrungen wurden im weiteren Verlauf ausgeschlossen, da sie nicht dem Fokus dieser Arbeit entsprechen (siehe nachfolgend Abbildung 1). Im Anschluss wurden die verbliebenen Studien vollständig gelesen. Dabei wurde geprüft, ob sie sowohl inhaltlich als auch methodisch für die vorliegende Arbeit bzw. für die Beantwortung der Forschungsfrage geeignet sind. Nach der Eignungsprüfung wurden 7 Studien in die vorliegende Arbeit einbezogen und in die Analyse integriert (siehe Tabelle 2). Eine Studie wurde ausgeschlossen, da sie sich ausschließlich auf Frauen mit geistiger Behinderung fokussierte, die sexuelle Gewalt erlebt hatten.

Das nachfolgende PRISMA-Schema veranschaulicht die systematische Studienauswahl der eingeschlossenen Studien.

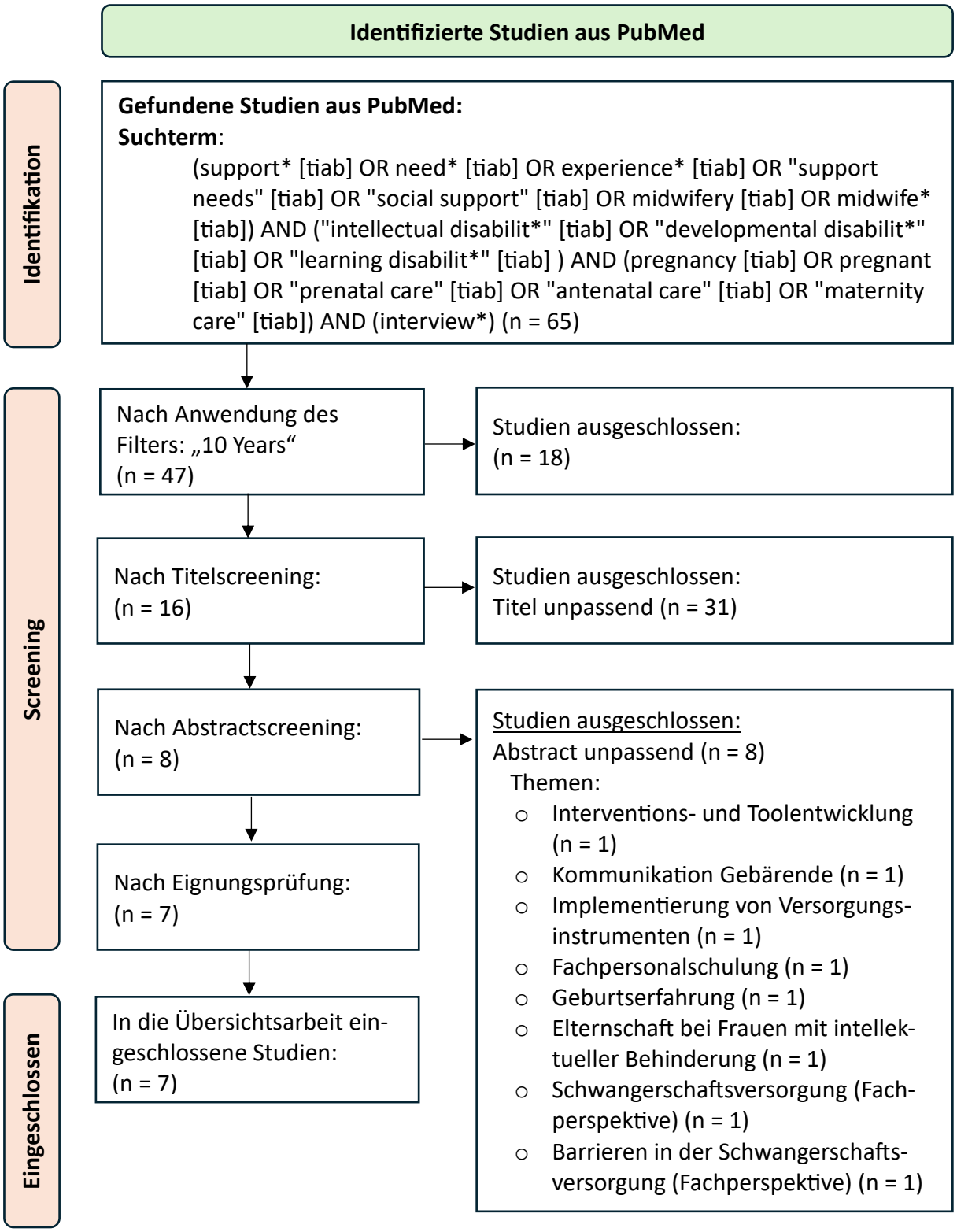

Abbildung 1: PRISMA-Schema

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an [36]

2.3 COREQ als Bewertungsinstrument

Die COREQ-Checkliste: *„Consolidated criteria for reporting qualitative research“* wurde entwickelt, um eine explizite und umfassende Berichterstattung über qualitative Studien, insbesondere von Tiefeninterviews und Fokusgruppen, zu fördern sowie indirekt die methodische Strenge, Vollständigkeit und Glaubwürdigkeit zu verbessern [37]. Zudem kann die Checkliste auch von Lesern genutzt werden, die die Validität der Ergebnisse beurteilen möchten, sowie von Forschern, die Reviews qualitativer Forschung erstellen [38].

Die COREQ-Checkliste besteht aus 32 Kriterien mit jeweils zugehörigen Beschreibungen und gliedert sich in drei Domänen, die eine transparente und glaubwürdige Berichterstattung qualitativer Forschung unterstützen sollen. Die enthaltenen Kriterien sollen Forscher dabei unterstützen, relevante Aspekte des Forschungsteams, der Methodik, des Studienkontexts, der Ergebnisse, der Analyse und der Interpretation darzustellen [37].

Domäne 1: Forschungsteam und Reflexivität

Qualitative Forscher sind eng in den Forschungsprozess und die Teilnehmer eingebunden, weshalb persönliche Voreingenommenheit nicht vollständig vermieden werden kann. Um die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse zu erhöhen, sollten Forscher ihre Identität, Qualifikationen, ihren Beruf, ihr Geschlecht sowie ihre Erfahrungen und ihre Ausbildung offenlegen. Ebenso sollte die Beziehung zu den Teilnehmern beschrieben werden, da hierdurch die Antworten sowie das Verständnis der Forscher beeinflusst werden können [37].

Domäne 2: Studiendesign

Forscher sollten den theoretischen Rahmen ihrer Studie erläutern, damit es für den Leser nachvollziehbar ist, wie die Forschungsfrage sowie die -ziele untersucht wurden. Ebenso ist die Auswahl der Teilnehmer darzustellen. Üblicherweise wird eine gezielte Stichprobenziehung angewendet, bei der diejenigen ausgewählt werden, die relevante Merkmale aufweisen. Des Weiteren sind Rekrutierungsprozesse, Gründe für eine Nichtteilnahme sowie die Stichprobengröße offenzulegen. Zudem sollte der Kontext der Datenerhebung beschrieben werden, da dieser Aufschluss darüber gibt, weshalb die Teilnehmer auf eine bestimmte Weise reagiert haben. Auch Angaben zu den verwendeten Fragen und Antworten sind offenzulegen, um die Nachvollziehbarkeit der Leser zu gewährleisten. Angaben zu wiederholten Interviews, Aufzeichnungen, Transkriptionen sowie Feldnotizen sind ebenfalls erforderlich. Darüber

hinaus sollte die Interviewdauer sowie das Erreichen der Datensättigung dokumentiert werden [37].

Domäne 3: Analyse und Ergebnisse

Für die Analyse der Daten sollten mehrere Kodierer oder andere Formen der Triangulation eingesetzt werden, da diese zu einem umfassenden Verständnis des untersuchten Phänomens beitragen können. Außerdem sollten der Kodierungsprozess sowie die Ableitung von Themen klar beschrieben werden. Auch Angaben zur verwendeten Software und das Einholen von Feedback der Teilnehmer können zur Validität beitragen. Um die Glaubwürdigkeit und Transparenz zu erhöhen, sollten unterstützende Zitate in die Berichterstattung einbezogen werden. Auch die Konsistenz zwischen den Daten, den Studienergebnissen sowie den Haupt- und Nebenthemen sollte nachvollziehbar sein [37].

3. Ergebnisdarstellung

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der sieben eingeschlossenen Studien dargestellt. Zur besseren Übersicht erfolgt eine tabellarische Darstellung der eingeschlossenen Studien (siehe Tabelle 2). Die Tabelle enthält die zentralen Informationen der Studien, darunter die Autoren und das Erscheinungsjahr, den Studientitel, das Herkunftsland, die Stichprobengröße sowie den jeweiligen Fokus der Studien.

Tabelle 2: Auflistung der eingeschlossenen Studien

Nr./Referenz	Autor, Jahr	Studientitel	Land	Stichprobe, n	Studienfokus
1 [7]	Potvin et al., 2016	Social support received by women with intellectual and developmental disabilities during pregnancy and childbirth: An exploratory qualitative study	Kanada	Frauen mit geistiger Behinderung bzw. Entwicklungsstörung (IDD) (n = 4)	Soziale Unterstützung während Schwangerschaft und Geburt
2 [39]	Malouf et al., 2017	'We both just wanted to be normal parents': a qualitative study of the experience of maternity care for women with learning disability	UK	Frauen mit geistiger Behinderung („learning disability“) (n = 9)	Erfahrungen in der Schwangerschafts- und Geburtsversorgung
3 [40]	Rosenthal et al., 2022	Formal and informal supports for women with intellectual and developmental disabilities during pregnancy	USA	Frauen mit geistiger Behinderung bzw. Entwicklungsstörung (IDD) (n = 16)	Formelle und informelle Unterstützung während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
4 [41]	Smith et al, 2025	Pregnancy Experiences of Women With Intellectual and Developmental Disabilities	USA	Frauen mit geistiger Behinderung bzw. Entwicklungsstörung (IDD) (n = 16)	Schwangerschafts- und perinatale Versorgungserfahrungen
5 [42]	Jamieson et al., 2016	Becoming a mother: Supported decision-making in context	UK	Drei Mütter mit geistiger Behinderung, zwei Familienmitglieder von Müttern mit geistiger Behinderung, sechs Fachkräfte (n = 11)	Unterstützte Entscheidungsfindung in der Schwangerschaft
6 [43]	Castell et al., 2016	Midwives’ experiences of caring for women with learning disabilities - A qualitative study	UK	Hebammen (n = 9)	Erfahrungen von Hebammen in der Betreuung

7 [6]	Khanna et al., 2022	Pregnancy recommendations from women with intellectual and developmental disabilities to their peers	USA	Frauen mit geistiger Behinderung bzw. Entwicklungsstörung (IDD) (n = 16)	Empfehlungen von Frauen mit intellektuellen und entwicklungsbezogenen Beeinträchtigungen an andere Frauen zu Schwangerschaft, Versorgung, Kommunikation, Unterstützung und Umgang mit Behörden

Quelle: Eigene Darstellung

3.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker

Für die vorliegende Arbeit wird die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker angewendet, da sie eine systematische Auswertung qualitativer Interviewstudien ermöglicht und sich besonders eignet, um die Erfahrungen bzw. die Unterstützungsbedarfe der Frauen mit geistiger Behinderung während der Schwangerschaft sowie die Herausforderungen und Chancen, die sich für die Hebammen in der Beratung und Begleitung ergeben, zu erfassen [44].

Die qualitative Inhaltsanalyse ist eine systematische und methodisch kontrollierte wissenschaftliche Analyse von Texten, Bildern, Filmen und anderen Inhalten von Kommunikation. Dabei werden neben manifesten auch latente Inhalte analysiert. Bei der qualitativen Inhaltsanalyse stehen die Kategorien im Mittelpunkt, mit denen das für die Forschungsfrage bedeutsame Material codiert wird. Den Textpassagen werden Kategorien zugeordnet, die entweder induktiv oder deduktiv festgelegt werden [44].

Deduktive Kategorien werden unabhängig vom erhobenen Material vorab festgelegt. Bei der induktiven Kategorienbildung hingegen werden die Kategorien häufig direkt am Material entwickelt. In der vorliegenden Arbeit wird der Fokus auf die deduktive Vorgehensweise gelegt, da die drei Hauptkategorien bereits vorab von der Autorin festgelegt wurden (siehe Tabelle 3). Die Subkategorien werden hingegen induktiv gebildet. Insgesamt erfolgt ein deduktiv-induktives Vorgehen [44].

Das Ablaufschema der qualitativen Inhaltsanalyse enthält insgesamt sieben Schritte. Im ersten Schritt der initiierenden Textarbeit ist das Ziel, sich mit den Daten vertraut zu machen. Das bedeutet, der Text wird sorgfältig gelesen und besonders wichtig erscheinende Textpassagen werden markiert. In Schritt zwei werden die Hauptkategorien in diesem Fall deduktiv aus der Forschungsfrage bzw. dem theoretischen Rahmen abgeleitet. Anschließend findet ein Probedurchlauf durch einen Teil der Daten statt, um die Kategorien noch einmal auf ihre konkrete Anwendbarkeit zu überprüfen. Im nächsten Schritt werden die Daten mit den Hauptkategorien codiert. Im vierten Schritt werden die induktiven Subkategorien gebildet, wobei die Textstellen auf ihren wesentlichen Inhalt paraphrasiert werden und anschließend passende Kategorien gebildet werden. Im fünften Schritt werden die Daten mit Subkategorien kodiert. Einfache und komplexe Analysen erfolgen in Schritt sechs. Für die anschließende Ergebnispräsentation werden dabei die codierten Textstellen entlang der Haupt- und ggf. Subkategorien

ausgewertet. Im letzten Schritt des Schemas findet die Verschriftlichung der Ergebnisse statt und es erfolgt eine Dokumentation [44].

Tabelle 3: Kategoriensystem

Kategoriensystem nach Kuckartz und Rädiker
Unterstützungsbedarf von Frauen mit geistiger Behinderung in der Schwangerschaft • Emotionale Unterstützung • Formelle und informelle Unterstützung • Verständliche Informationsvermittlung • Zugang zu Unterstützungsangeboten • Unterstützung bei Entscheidungsprozessen • Mangelnde Flexibilität der Dienstleistungen
Herausforderungen für Hebammen in der Beratung und Begleitung • Unverständliche Informationsvermittlung • Wahrung der Autonomie • Negative Einstellungen des Personals • Jugendamt • Belastende Partnerschaftserfahrungen • Überforderung der Hebammen • Mangel an Schulungen • Interdisziplinäre Zusammenarbeit
Chancen für Hebammen in der Beratung und Begleitung • Angepasste Informationsvermittlung • Vermittlung von Gesundheits- und Selbstfürsorgewissen • Praktische Unterstützung rund um Geburt und Versorgung • Nutzung digitaler Hilfsmittel • Beziehung zu Fachkräften

Quelle: Eigene Darstellung

3.2 Unterstützungsbedarfe von Frauen mit geistiger Behinderung während der Schwangerschaft

Der Begriff „Unterstützungsbedarf“ beschreibt die Art und den Umfang der Unterstützung, die eine Person benötigt, um an alltäglichen Aktivitäten teilzunehmen [45]. Im Kontext dieser Arbeit bedeutet dies dementsprechend die Art und den Umfang der Unterstützung, die eine Frau mit geistiger Behinderung benötigt, um die Schwangerschaft bestmöglich bewältigen zu können. Im Folgenden wird der Unterstützungsbedarf von Frauen mit geistiger Behinderung in der Schwangerschaft anhand der sieben Interviewstudien unter Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse herausgearbeitet und dargestellt.

Die Studien von Potvin et al. (2016) und Smith et al. (2025) zeigen, dass Frauen mit geistiger Behinderung während der Schwangerschaft häufig nur begrenzt **emotionale Unterstützung** erhielten. Mehrere Teilnehmerinnen hatten nur wenige Personen, mit denen sie über ihre Gefühle und Ängste während der Schwangerschaft sprechen konnten. Aufgrund weniger oder fehlender Freundschaften erhielten sie kaum informelle Unterstützung, obwohl die Bedeutung in anderen Studien mehrfach hervorgehoben wird [7, 41]. Eine andere Teilnehmerin erzählte, dass sie beim Verlegen in den Kreißsaal allein gewesen sei und dabei keinerlei emotionale Unterstützung erhalten habe: *„I didn’t have anybody with me. … It was just me. I was actually quite scared. … I would’ve wanted somebody with me“* [41]. In einer weiteren Studie berichtete eine Frau, dass sie Schwierigkeiten gehabt habe, sich ihrem sozialen Umfeld anzuvertrauen und von der Schwangerschaft zu erzählen, da sie negative Reaktionen befürchtete [42].

Mehrere Studien beschreiben die Bedeutung **formeller und informeller Unterstützung** während der Schwangerschaft für die betroffenen Frauen. Formelle Unterstützung, z.B. durch Sozialarbeiter, half ihnen insbesondere bei der Terminplanung sowie bei Fragen zu einem gesunden Lebensstil. Zudem wird berichtet, dass einige Frauen emotionale Unterstützung durch Familienmitglieder, also informelle Unterstützung, erhielten [40]. In anderen Interviews schilderten die Frauen hingegen, dass ihnen aufgrund weniger oder fehlender Freundschaften kaum informelle Unterstützung zur Verfügung gestanden habe [7, 41]. Insgesamt zeigen die Studien, dass die Verfügbarkeit informeller Unterstützung stark variiert und nicht alle Frauen gleichermaßen Unterstützung erhielten.

Der Weg zu diversen Terminen in der Schwangerschaft stellte für Frauen mit geistiger Behinderung eine Herausforderung dar, sodass sie auf Unterstützung angewiesen waren [40, 41]. Eine Frau erzählte: *„She* [die Sozialarbeiterin] *is the only person who can give us transportion [to prenatal appointments]"* [40]. Darüber hinaus berichteten einige Frauen, dass sie aufgrund ihrer finanziellen Situation bei Verwandten gewohnt hätten oder in Notunterkünften untergebracht gewesen seien [41]. Eine weitere Interviewteilnehmerin sprach über die Wichtigkeit eines guten Unterstützungsnetzwerkes in der Schwangerschaft. Für viele war es nicht einfach, Unterstützung anzufordern, allerdings ist dies in der Schwangerschaft unerlässlich [6]. Außerdem beschrieben die Frauen, dass der Austausch mit anderen Schwangeren für sie hilfreich gewesen sei, um voneinander zu lernen und praktische Hinweise zu erhalten [6].

Darüber hinaus zeigt sich, dass ein deutlicher Bedarf an **verständlicher Informationsvermittlung** bestand. So waren vor allem Kursinhalte, Informationen aus Vorsorgeuntersuchungen sowie weitere schriftliche Informationen wie Überweisungsscheine oder Informationsmaterialien meist schwer für Menschen mit geistiger Behinderung nachvollziehbar. Daher sind die Betroffenen häufig auf die Unterstützung anderer angewiesen, bspw. auf die Unterstützung von Sozialarbeitern, um die Informationen zu verstehen und einordnen zu können [7]. Auch in der Studie von Malouf et al. (2017) wird deutlich, dass das Nachfragen zu unverständlichen Inhalten von medizinischem Personal teilweise ignoriert wurde und die Frauen insgesamt mangelhafte Aufklärung erfuhren. Auch das Vorenthalten von Informationen wurde von einer Betroffenen thematisiert. Eine weitere Frau berichtete: *„I went through the whole pregnancy not really knowing what to do because I wasn't getting information off the doctors or the midwives*" [39].

Informationen wurden häufig zu schnell oder in medizinischer Fachsprache vermittelt, wodurch Verständnisschwierigkeiten seitens der Frauen entstanden sind. Eine Frau erzählte: „*They* [die Fachkräfte] *need to slow down when they talk to you. They need to make things easier to understand … If you don't understand something, they need to not get frustrated with you"* [41]. Darüber hinaus berichteten die Frauen davon, dass sie teilweise nicht in Entscheidungsprozesse einbezogen worden seien und medizinische Eingriffe nicht erklärt worden seien [41].

Zudem berichteten mehrere Frauen von Schwierigkeiten beim **Zugang zu Unterstützungsangeboten**. Dies zeigte sich insbesondere im Zusammenhang mit Substanzkonsum während der

Schwangerschaft. Eine Frau schilderte bspw. von ihrer erfolglosen Suche nach Unterstützung zur Rauchentwöhnung [41]. Auch aus Sicht der Hebammen bestand ein deutlicher Unterstützungsbedarf bei schwangeren Frauen mit geistiger Behinderung. Gleichzeitig fehlten aus deren Sicht entsprechende Angebote, wodurch eine bedarfsgerechte Unterstützung der Frauen erschwert wurde. So berichtete eine Hebamme: *„I felt like I was banging my head up against a brick wall, to try and find the help and support, the appropriate help and support for her"* [43]. Eine weitere Hebamme schilderte ähnliche Schwierigkeiten: *„It's very difficult to try find out what other agencies are around locally that can help her and support her, so I did struggle, I found it really difficult"* [43]. Die Aussagen der Hebammen verdeutlichen, dass nicht nur die betroffenen Frauen selbst, sondern auch die Fachkräfte bzw. Hebammen Schwierigkeiten hatten, bei der Suche nach lokalen Unterstützungsangeboten, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Frauen sicherzustellen. Nach Aussage einer Hebamme sei es zudem schwieriger gewesen, ohne dokumentierte Diagnose einer geistigen Behinderung Unterstützung zu erhalten, weshalb eine dokumentierte Diagnose für den Zugang von Vorteil sei [43]. Frauen, die bereits geboren hatten, betonten die Wichtigkeit einer frühzeitigen Schwangerschaftserkennung, um ausreichend Zeit für die Geburtsvorbereitung zu haben. Des Weiteren empfahlen sie, sich frühzeitig über die Kliniken sowie das Klinikteam zu informieren, um bestmöglich auf die Geburt vorbereitet zu sein [42].

Darüber hinaus zeigen die Studien, dass Frauen mit geistiger Behinderung häufig auf **Unterstützung bei Entscheidungsprozessen** angewiesen waren. Teilweise wurden die Frauen jedoch nicht in Entscheidungsprozesse einbezogen, bspw. im Zusammenhang mit dem Sorgerecht. Dies hat bei den Frauen Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit ausgelöst [42]. Zudem berichteten einige Teilnehmerinnen, dass ihre Wünsche bzgl. ihrer eigenen Behandlung oder der Behandlung des Kindes von Fachkräften teilweise nicht berücksichtigt worden seien. Daher empfahlen sie anderen Frauen, eine Vertrauensperson für solche Entscheidungsprozesse mit einzubeziehen [6]. Auch ausreichend Bedenkzeit bei Unsicherheiten sei besonders wichtig, bevor Unterlagen unterschrieben werden müssen. So empfahl eine Frau: *„If you feel that you're not ready to sign that certain paper, ask for more time"* [6].

Fachkräfte bemängelten darüber hinaus die **mangelnde Flexibilität der** angebotenen **Dienstleistungen**, die aus ihrer Sicht nicht ausreichend an die Bedürfnisse der Frauen angepasst gewesen seien. Bspw. berichtete eine Fachkraft, dass Frauen mit einer geistigen Behinderung

angeblich dieselben Chancen hätten wie Frauen ohne geistige Behinderung, dies jedoch unfair sei, da Frauen mit geistiger Behinderung mehr Unterstützungsbedarf und Zeit benötigen würden [42].

Die dargestellten Unterstützungsbedarfe von Frauen mit geistiger Behinderung während der Schwangerschaft bilden die Grundlage für die im nächsten Kapitel beschriebenen Herausforderungen für Hebammen.

3.3 Herausforderungen für Hebammen in der Beratung und Begleitung

Unter „Herausforderungen“ werden Aufgaben verstanden, deren Bewältigung eine besondere Leistung erfordert. Sie liegen insbesondere dann vor, wenn Anforderungen bestehen, die über das gewöhnliche Maß hinausgehen [46]. Im Kontext dieser Arbeit bezieht sich dies auf die Herausforderungen, die im Rahmen der Begleitung und Beratung von Frauen mit geistiger Behinderung in der Schwangerschaft für Hebammen auftreten. Im Folgenden werden diese Herausforderungen anhand der Studien dargestellt.

Die Ergebnisse zeigen eine zentrale Herausforderung in Bezug auf die **unverständliche Informationsvermittlung**. Kursinhalte, medizinische Informationen sowie Broschüren waren für die Frauen häufig schwer verständlich gewesen, weswegen zusätzliche Unterstützung durch Fachpersonen notwendig war [7, 39]. Dies knüpft an die zuvor dargestellten Unterstützungsbedarfe der Frauen an, wo die Verständlichkeit von Informationen bereits als wichtiges Anliegen der Frauen beschrieben wurde. Für Hebammen ergab sich daraus ein erhöhter Bedarf an zusätzlicher Erklärung bzw. Unterstützung bei der Vermittlung von Informationen. Darüber hinaus wird in einer weiteren Studie deutlich, dass die fehlende Absprache bzw. mangelnde Kommunikation zwischen den Fachkräften negative Auswirkungen mit sich gebracht hat [42].

Eine weitere Herausforderung stellte der Mangel an Zeit dar. Nach Aussagen der Hebammen erschwerte dieser die Betreuung von Frauen mit geistiger Behinderung und wirkte sich zudem negativ auf die Vermittlung von Informationen aus. Zudem schilderten sie, dass Zeitmangel in jeder Schwangerschaftsvorsorge ein Problem darstelle, allerdings sei es bei Frauen mit geistiger Behinderung fast unmöglich, alle notwendigen Inhalte zu vermitteln. So schilderte eine Hebamme: *„I think it gets lost, I think that women with learning disabilities probably still do lose the care they should have when they come to the hospital because we are too busy…“* [43].

Die **Wahrung der Autonomie** der Frauen stellte eine weitere Herausforderung dar, da Hebammen häufig im Spannungsfeld zwischen ihren beruflichen Aufgaben und der Selbstbestimmung der Frau standen. So wurde berichtet, dass einige Teilnehmerinnen angegeben hätten, dass ihre Wünsche, wie z.B. der selbstständige Besuch beim Arzt, nicht respektiert worden seien. Dies habe teilweise zu Meinungsverschiedenheiten zwischen den Fachpersonen und den Schwangeren geführt [7]. Zudem wird in mehreren Studien beschrieben, dass Frauen ignorantes Verhalten von Fachkräften erlebt haben und von Entscheidungsprozessen ausgeschlossen wurden [39, 42].

Malouf et al. (2017) thematisieren die **negativen Einstellungen des Personals**. Eine Frau berichtete, dass sie diskriminiert und intellektuell abgewertet worden sei. Auch der respektlose Umgang durch eine Hebamme wurde beschrieben [39]. Ebenso teilten Interviewteilnehmerinnen mit, dass sie seitens der Fachkräfte Stigmatisierung, Diskriminierung und Vorurteilen aufgrund ihrer Behinderung ausgesetzt gewesen seien [41]. Zudem schilderte eine Frau negative Erfahrungen, darunter respektloses Verhalten und Frustration, während eines Kaiserschnitts. Andere beschrieben, dass sie aufgrund ihrer Behinderung, ihrer Herkunft oder ihrer sozialen Situation anders behandelt worden seien als Frauen ohne geistige Behinderung [41]. Des Weiteren wurde berichtet, dass die Hebammen bei der Arbeit mit Frauen mit geistiger Behinderung in einem Umfeld arbeiteten, das von einigen Vorurteilen geprägt war. So berichteten die Interviewteilnehmerinnen, dass der Staat davon ausgehe, dass man aufgrund der Behinderung nicht in der Lage sei, ein Kind zu betreuen [6]. Auch dies könnte die Betreuung der Frauen zusätzlich erschweren, da nicht nur auf der Ebene der Fachkräfte Vorurteile bestehen können, sondern teilweise auch auf gesellschaftlicher Ebene.

Die Studie von Rosenthal et al. (2022) weist darauf hin, dass einige Bedingungen die Beratung sowie Begleitung durch Hebammen in der Schwangerschaft erschwert haben. Einige Frauen berichteten, dass sie Angst gehabt hätten, dass ihnen ihr Kind vom **Jugendamt** weggenommen werden könnte. Eine andere Frau schilderte, dass sie einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen gelassen hätte, da das Jugendamt bereits entschieden habe, dass sie das Sorgerecht für ihr ungeborenes Kind verlieren würde [42]. Khanna et al. (2022) berichten zudem: *„Fourteen of the sixteen participants reported having had some involvement with child protective services…“* [6]. Ein Großteil der Frauen mit geistiger Behinderung hatte während der Schwangerschaft Kontakt mit dem Jugendamt. So waren auch die Hebammen mit dieser Herausforderung

bei der Begleitung und Beratung der Frauen konfrontiert [6]. Andere Frauen schilderten **belastende Erfahrungen mit ihrem Partner**, darunter auch Missbrauch [40].

Mehrere Hebammen berichteten von Gefühlen der **Überforderung** im Zusammenhang mit der Betreuung schwangerer Frauen mit geistiger Behinderung. Eine Hebamme berichtete: *„I felt completely out of my depth"* [43]. Einige gaben an, dass ihnen zum einen die Zeit fehle und zum anderen ein Mangel an Schulungen, Ressourcen und Unterstützung bei der Betreuung von Frauen mit geistiger Behinderung bestehe. Alles in allem führte dies dazu, dass die befragten Hebammen ihre eigenen Fähigkeiten, ihr Wissen und ihre Erfahrungen infrage stellten. Eine andere Hebamme sagte*: „it's like the blind leading the blind I suppose, you literally just find your way through it…"* [43]. Die Hebammen fühlten sich bei der Betreuung oftmals allein gelassen und hatten kaum oder gar keine Leitlinien zur Orientierung zur Verfügung [43].

Darüber hinaus berichteten Hebammen von einem erheblichen **Mangel an Schulungen** zum Thema Lernbehinderung. Bereits in der Berufsausbildung habe es keine spezifischen Weiterbildungen in diesem Bereich gegeben. So äußerte eine Hebamme den Wunsch: „[I want to] *develop my knowledge and my skills so that it would enable me to manage things better.. so I can look after these ladies and give them the appropriate care…"* [43].

Einige Hebammen hoben den Bedarf an **interdisziplinärer Zusammenarbeit** besonders hervor. Sie sagten, dass sie nicht alle Aufgaben allein bewältigen könnten und auf die Unterstützung anderer Disziplinen angewiesen seien [43].

3.4 Chancen für Hebammen in der Beratung und Begleitung

Die in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Unterstützungsbedarfe sowie Herausforderungen zeigen, dass die Betreuung und Beratung von Frauen mit geistiger Behinderung besondere Anforderungen an Hebammen stellen. Gleichzeitig zeigen die Studien auch konkrete Chancen für die Hebammenarbeit. In dieser Arbeit werden unter Chancen Aspekte verstanden, die von den Frauen oder Hebammen als hilfreich beschrieben wurden und bei der Beratung und Begleitung genutzt werden können. Im Folgenden werden diese Chancen anhand der Studien dargestellt.

Die Studie von Potvin et al. (2016) zeigt, dass eine **angepasste Informationsvermittlung** eine zentrale Chance für die Begleitung und Beratung von Frauen mit geistiger Behinderung in der Schwangerschaft darstellt. Bspw. bevorzugte eine der Frauen, sich die Informationen von einer

Krankenschwester persönlich erklären zu lassen, anstatt einen Geburtsvorbereitungskurs zu besuchen, um die Inhalte besser zu verstehen [7].

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass der Einsatz leicht verständlicher Informationen, die speziell für Menschen mit Lernschwierigkeiten entwickelt wurden, das Verständnis der Inhalte verbesserte [39]. Zudem berichtete eine Studienteilnehmerin von positiven Erfahrungen in der Kommunikation, als ihr Informationen seitens des Fachpersonals in nicht-medizinischer Fachsprache vermittelt worden seien: *„[I liked that] they actually explained things in normal terms, not medical"* [41].

Die Frauen berichteten, dass sie einige Informationen zum Thema Selbstfürsorge, Ernährung und Gesundheit sowie praktische Hinweise zur Versorgung des Kindes erhalten hätten **(Vermittlung von Gesundheits- und Selbstfürsorgewissen)** [40]. Eine Frau schilderte, dass sie von ihrer Hebamme nützliche Informationen zu den Themen Geburtsbeschleunigung, Pflege und Ernährung sowie zum Stillen des Kindes erhalten habe **(Praktische Unterstützung rund um Geburt und Versorgung)**. Eine andere Teilnehmerin berichtete, sie habe von den **digitalen Hilfsmitteln** profitiert, die ihr von den Ärzten vermittelt worden seien [41].

Ein weiterer relevanter Aspekt ist die **Beziehung zu Fachkräften**. Eine kontinuierliche Betreuung ist besonders wichtig, um eine Beziehung aufzubauen sowie Vertrauen zu den Fachkräften zu gewinnen. Dies wurde von einer Hebamme betont: *„if you ask any woman, they prefer to see one face really… Than lots of different faces…"* [43]. Dies habe laut den Hebammen das Wohlbefinden der Frauen gestärkt [43]. Passend dazu empfahlen Frauen mit geistiger Behinderung, die bereits ein Kind geboren hatten, anderen schwangeren Frauen, sich eine Hebamme zu suchen, die Verständnis und Erfahrung mit Frauen mit Behinderung habe [41].

3.5 Bewertung der eingeschlossenen Studien mittels COREQ

Im Folgenden werden die Studien deskriptiv innerhalb der drei Domänen zusammengefasst. Die vorliegende Tabelle bietet einen Überblick über die Bewertung aller eingeschlossenen Studien anhand der COREQ-Checkliste. Gilt ein Kriterium der Checkliste als erfüllt, wird die zugehörige Seitenzahl der Studie in der Tabelle angegeben, auf der die Information zu finden ist.

Tabelle 4: Übersicht der COREQ-Bewertung aller eingeschlossenen Studien

Thema	Potvin et al., 2016	Malouf et al., 2017	Rosenthal et al., 2022	Smith et al, 2025	Jamieson et al., 2016	Castell et al., 2016	Khanna et al., 2022
Domäne 1: Forschungsteam und Reflexivität							
Persönliche Eigenschaften							
1. Interviewer	S.59	S.2	S.8	S.4	X	X	S.4
2. Qualifikationen	S.59	X	X	X	X	X	S.3
3. Beruf	S.59	X	X	X	X	X	S.3
4. Geschlecht	X	X	X	X	X	X	S.3
5. Erfahrung, Ausbildung	S.59	S.2	S.8	S.4	X	X	S.4
Beziehung zu den Teilnehmenden							
6. Beziehungsaufbau	S.58	X	X	X	X	X	X
7. Kenntnisse der Teilnehmer über Forscher/Interview	X	X	X	X	X	X	X
8. Merkmale des Interviewers	X	X	X	X	S.319	X	S.3
Domäne 2: Studiendesign							
Theoretischer Rahmen							
9. Methodik und Theorie	S.58	S.2	S.8	S.5	S.316	S.35	S.4-5
Auswahl der Teilnehmer							
10. Sampling	S.58	S.2	S.7	S.3	S.317	S.37	S.3-4

11. Vorgehens-weise	S.58	S.2	S.7-8	S.3	S.317	S.37	S.1
12. Stichproben-größe	S.57	S.3	S.9	S.3	S.316	S.35	X
13. Nicht-Teil-nahme	X	X	X	S.3	S.317	X	S.4
Setting							
14. Ort der Daten-erfassung	S.59	S.2	S.9	S.3	S.317	X	X
15. Anwesenheit von Nicht-Teil-nehmern	S.59	X	S.9	X	X	X	X
16. Charakteristik des Samplings	S.59	S.3	S.10	S.5	S.318	S.37	S.14
Datenerhebung							
17. Interview-leitfaden	S.59	S.2	S.6	S.3	X	S.37	S.3
18. Wiederholte Interviews	X	S.2	X	X	X	X	X
19. Audio- und Video-aufzeichnung	S.59	S.2	S.9	S.4	X	S.37	S.4
20. Feldnotizen	S.59	S.2	X	X	X	X	X
21. Dauer	S.59	S.2	S.8	S.3	X	S.37	X

22. Daten-sättigung	S.63	X	X	X	X	X	S.5
23. Rückgabe der Transkription	X	S.2	X	X	X	X	X
Domäne 3: Analyse und Ergebnisse							
Datenanalyse							
24. Anzahl Daten-erfasser	S.59	S.2	S.9	S.5	S.317	S.37	S.5
25. Beschreibung des Kodie-rungsbaums	X	X	X	X	X	X	X
26. Ableitung von Themen	S.59-60	S.2	S.9	S.5	S.317	S.37	S.5
27. Software	S.59	S.2	S.9	S.5	X	X	S.5
28. Rückmeldung von Teilneh-mern	X	X	X	X	X	X	X
Berichterstattung							
29. Zitate	S.59-61	S.3-6	S.10-16	S.6-11	S.319-323	S.38-40	S.5-8
30. Konsistenz von Daten und Ergeb-nissen	S.59-61	S.3-6	S.10-16	S.6-11	S.319-323	S.38-40	S.5-8

31. Darstellung Hauptthemen	S.59-61	S.3	S.9	S.20	S.319	S.38	S.5-8
32. Darstellung Nebenthemen	S.60-61	S.3	S.9	X	X	S.38	S.6-7

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an [37]; X = Kriterium nicht berichtet

Domäne 1: Forschungsteam und Reflexivität

In der ersten Domäne, die u.a. Angaben zu den persönlichen Eigenschaften der Interviewer sowie zur Beziehung zu den Teilnehmern umfasst, bestehen in den eingeschlossenen Studien einige Lücken. Diese Angaben sind besonders relevant, da potenzielle subjektive Voreingenommenheit der Forscher den Forschungsprozess beeinflussen kann [37]. Die Berücksichtigung dieser Angaben trägt zur Erhöhung der Glaubwürdigkeit der Ergebnisse bei [37]. Mehrere Items werden in einigen Studien nicht berichtet. Dazu zählen das Geschlecht (in 6 von 7 Studien nicht dokumentiert), die Kenntnisse der Teilnehmer über die Forscher (in allen 7 Studien nicht dokumentiert) und die Merkmale der Interviewer (in 5 von 7 Studien nicht dokumentiert). Angaben zu den Interviewern selbst sowie zu deren Erfahrungen und Ausbildung werden hingegen in den meisten Studien (5 von 7) dokumentiert. Auffällig ist, dass insbesondere die Studien von Jamieson et al. (2016) und Castell et al. (2016) einige Lücken bzw. keine Angaben in Domäne 1 aufweisen. Potvin et al. (2016) und Khanna et al. (2022) weisen vergleichsweise wenige bis keine fehlenden Angaben in der ersten Domäne auf.

Domäne 2: Studiendesign

In der zweiten Domäne, die den theoretischen Rahmen, die Auswahl der Teilnehmer sowie das Setting und die Datenerhebung beschreibt, zeigt sich über die sieben Studien hinweg, dass einige Items durchgehend dokumentiert werden, während andere nur in einzelnen Studien vorkommen. Diese Angaben sind allerdings entscheidend, da sie die Nachvollziehbarkeit der Studien ermöglichen [37].

Item 9 zum Thema Methodik und Theorie sowie das Item 11 und 12 zur Vorgehensweise bzw. zur Stichprobengröße liegen in allen sieben Studien vor. Auch das Item 10 und 16 zum Sampling bzw. zur Charakteristik des Samplings werden in allen Studien berichtet.

Im Bereich Setting fällt insbesondere das Item 15 zur Anwesenheit von Nicht-Teilnehmern auf, da hierzu lediglich in 2 der 7 Studien Angaben dazu gemacht werden. Im Abschnitt der Datenerhebung zeigen sich deutliche Defizite. Angaben zur Durchführung wiederholter Interviews finden sich lediglich in der Studie von Malouf et al. (2017). Konträr dazu wird in 5 von 7 Studien eine Audioaufzeichnung dokumentiert. Weitere Items wie Feldnotizen (Item 20), Datensättigung (Item 22) und die Rückgabe der Transkripte (Item 23) weisen ebenfalls einige Lücken in

der Dokumentation auf. Dies verdeutlicht, dass die Dokumentation der Datenerhebung stark zwischen den Studien variiert.

Domäne 3: Analyse und Ergebnisse

In der dritten Domäne, die die Datenanalyse und die Berichterstattung umfasst, zeigen die Studien sowohl konsistent dokumentierte als auch durchgehend fehlende Aspekte. Die Anzahl der Datenerfasser, die Ableitung der Themen, die Zitate sowie die Konsistenz von Daten und Ergebnissen sowie die Darstellung der Hauptthemen werden in allen Studien berichtet. Das Item 25 zur Beschreibung des Kodierungsbaums wird in keiner der sieben Studien berichtet. Ebenso fehlen in allen Studien Angaben zur Rückmeldung der Teilnehmer.

Die Auswertung mittels COREQ zeigt insgesamt ein heterogenes Berichterstattungsmuster mit deutlichen Unterschieden zwischen den drei Domänen. Während einige Items, wie das Sampling, die Stichprobengröße oder die Dokumentation der Zitate, in allen Studien dokumentiert werden, fehlen andere Angaben, wie die Wiederholung der Interviews oder die Beschreibung eines Kodierungsbaums, durchgängig.

4. Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die zentralen Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zusammengefasst und anschließend kritisch diskutiert. Im Anschluss werden die Limitationen der Arbeit sowie die Implikationen dargestellt. Abschließend wird die Forschungsfrage beantwortet.

4.1 Zentrale Ergebnisse

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse dieser Arbeit zusammengefasst. Die Analyse der sieben Interviewstudien zeigt, dass die betrachteten Frauen mit einer geistigen Behinderung in der Schwangerschaft umfassende Unterstützungsbedarfe aufwiesen. Besonders deutlich dabei wurden emotionale sowie informelle und formelle Unterstützungsbedarfe [6, 7, 40-42]. Darüber hinaus spielte der Bedarf an verständlicher Informationsvermittlung eine zentrale Rolle, da die Informationsmaterialien sowie Aufklärungen für Schwangere mit geistiger Behinderung oftmals schwer verständlich waren [7, 39, 41]. Sowohl die Hebammen als auch die Betroffenen beschrieben Schwierigkeiten beim Zugang zu passenden Unterstützungsangeboten [41-43]. Außerdem weisen die Studien darauf hin, dass die Frauen mit geistiger Behinderung ausreichend Unterstützung bei Entscheidungsprozessen benötigten [6, 42]. Darüber hinaus zeigt sich, dass die angebotenen Dienstleistungen oftmals nicht

ausreichend an die Bedürfnisse der Frauen mit geistiger Behinderung angepasst waren. Aufgrund dessen stellt die mangelnde Flexibilität der angebotenen Dienstleistungen einen weiteren Unterstützungsbedarf dar [42].

Für Hebammen ergeben sich einige Herausforderungen bei der Beratung und Begleitung von schwangeren Frauen mit geistiger Behinderung. Eine Herausforderung stellt die oftmals unverständliche Informationsvermittlung dar, weswegen weitere Unterstützung durch Fachpersonen bzw. durch Hebammen bei der Betreuung und Begleitung in der Schwangerschaft notwendig war [7, 39, 42, 43]. Ein weiterer herausfordernder Aspekt, der sich aus den Unterstützungsbedarfen der Frauen ergibt, betrifft die Wahrung der Autonomie der Schwangeren [7]: Frauen erfuhren ignorantes Verhalten gegenüber ihren Wünschen und wurden teilweise aus Entscheidungsprozessen ausgeschlossen [39, 42]. Darüber hinaus erfuhren einige Frauen negative Einstellungen, darunter respektloses Verhalten des Personals und waren Stigmatisierung, Diskriminierung und Vorurteilen ausgesetzt [39, 41]. Zudem war das Arbeitsumfeld der Hebammen von einigen Vorurteilen geprägt, was für Hebammen eine zusätzliche Herausforderung darstellte [6]. Erschwert wurde die Arbeit der Hebammen zudem durch psychosoziale Belastungsfaktoren der Frauen, wie die Angst vor dem Jugendamt oder einem Sorgerechtsentzugs sowie belastende Partnerschaftserfahrungen [6, 40, 42]. Des Weiteren fühlten sich einige Hebammen bei der Betreuung von Frauen mit geistiger Behinderung überfordert, da u.a. auch ein Mangel an Schulungen herrschte sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit fehlte [43].

Aus all diesen Herausforderungen ergeben sich jedoch auch einige Chancen für die Hebammen bei der Beratung und Begleitung der betroffenen Frauen. Zum einen stellt eine angepasste Vermittlung von Informationen eine zentrale Chance dar [7, 39, 41]. Zum anderen bietet die Vermittlung von Gesundheits- und Selbstfürsorgewissen sowie praktische Unterstützung eine grundlegende Möglichkeit, die schwangeren Frauen bestmöglich zu unterstützen [40, 41]. Auch eine vertrauensvolle Beziehung sowie eine empathische Begleitung seitens der Hebamme sind essenziell [43]. Die Betreuung durch erfahrene und verständnisvolle Hebammen stellt eine weitere Chance in der Schwangerschaft dar [41].

4.2 Diskussion der Ergebnisse

4.2.1 Diskussion der Unterstützungsbedarfe von Frauen mit geistiger Behinderung während der Schwangerschaft

Die Ergebnisse dieser Arbeit verdeutlichen, dass Unterstützungsbedarfe, Herausforderungen sowie Chancen in der Betreuung schwangerer Frauen mit geistiger Behinderung in einem engen Zusammenhang stehen und nicht isoliert voneinander betrachtet werden können. Es zeigt sich, dass die Herausforderungen für die Hebammen häufig aus den bestehenden Unterstützungsbedarfen der schwangeren Frauen resultieren und sich gleichzeitig daraus wichtige Chancen für die hebammengeleitete Betreuung ableiten lassen. Nachfolgend werden die Unterstützungsbedarfe der Frauen mit geistiger Behinderung während der Schwangerschaft diskutiert:

Die Ergebnisse der Studien zeigen, dass einige Frauen nur über ein begrenztes soziales Netzwerk verfügten, weswegen sie kaum emotionale Unterstützung erhielten [7, 41]. Insgesamt zeigt sich, dass informelle Unterstützung eine grundlegende Rolle für die Bewältigung der Schwangerschaft spielt und das Fehlen dieser den Umgang mit belastenden Situationen erschwert sowie einen erhöhten Bedarf an formeller Unterstützung bedingt: Fehlt diese, müssen Aufgaben, die normalerweise durch das soziale Netzwerk abgedeckt werden, von anderen Personen übernommen werden. Die Frauen waren deshalb häufig auf formelle Unterstützung bspw. durch Sozialarbeiter, die den Frauen bei organisatorischen Aufgaben zur Seite standen, angewiesen [6, 7, 40, 41]. Zudem verdeutlichen die Aussagen der Hebammen, dass lokale Unterstützungsangebote nur begrenzt zur Verfügung standen und die Suche nach passenden Angeboten häufig mit Schwierigkeiten verbunden war [43]. Damit wird deutlich, dass neben den individuellen Bedürfnissen auch die strukturellen Rahmenbedingungen die formelle Unterstützung maßgeblich beeinflussen. Des Weiteren zeigen die Ergebnisse, dass die angebotenen Dienstleistungen häufig nicht ausreichend an die Bedürfnisse der Frauen mit geistiger Behinderung angepasst waren [42]. Auch dies unterstreicht die Bedeutung der strukturellen Rahmenbedingungen. Die mangelnde Flexibilität der Angebote deutet darauf hin, dass Frauen mit geistiger Behinderung ihre notwendige Unterstützung nicht in dem Umfang erhalten, wie sie diese eigentlich benötigen.

Infolge unverständlicher Informationsvermittlung waren die Frauen ebenfalls auf formelle Unterstützung angewiesen [7]. Aufgrund mehrerer Hinweise auf unverständliche Informationsvermittlung zeigen die Studien die Wichtigkeit barrierefreier Kommunikation. Werden

Informationen nicht an die Bedürfnisse der Frauen angepasst und bspw. medizinische Fachsprache verwendet, besteht die Gefahr, dass wichtige Inhalte nicht verstanden werden, wodurch die Frauen verstärkt auf Unterstützung angewiesen sind und infolgedessen ihre autonome Entscheidungsfindung eingeschränkt werden kann [7, 41]. Hinzu kommt der beschriebene Zeitmangel aufgrund personeller Überlastung, der sich bei Frauen mit geistiger Behinderung besonders bemerkbar machte und das Problem zusätzlich verschärfte [39, 43]. Dies verdeutlicht, dass die Verständlichkeit von Informationen auch maßgeblich von den zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen abhängt. Die Ergebnisse zeigen, dass eine bedarfsgerechte Kommunikation bei schwangeren Frauen mit geistiger Behinderung mehr Zeit sowie individuell angepasste Erklärungen erfordert.

Darüber hinaus zeigen die Studienergebnisse, dass Frauen mit geistiger Behinderung häufig nicht in Entscheidungsprozesse einbezogen wurden und ihre Wünsche teilweise unberücksichtigt blieben [6, 42]. Dies zeigt sich als besonders kritisch, da dadurch die Selbstbestimmung der Frauen eingeschränkt wird. Neben der reinen Informationsvermittlung verdeutlichen die Ergebnisse daher auch die Wichtigkeit der aktiven Einbeziehung der Frauen in Entscheidungsprozesse. Zwar benötigen die Frauen aktiv Unterstützung bei solchen Prozessen, dies bedeutet jedoch nicht, dass Entscheidungen stellvertretend für die Person getroffen werden sollten.

4.2.2 Diskussion der Herausforderungen für Hebammen in der Beratung und Begleitung

Die Ergebnisse zeigen, dass die Betreuung und Begleitung von Frauen mit geistiger Behinderung während der Schwangerschaft einige Herausforderungen für die Hebammen mit sich bringen, welche im Folgenden diskutiert werden:

Eine wesentliche Herausforderung besteht in der Vermittlung von Informationen. Die Studienergebnisse zeigen, dass es häufig zu Verständnisschwierigkeiten bei der Informationsvermittlung kam [7, 39, 42]. Die Herausforderung dabei ist nicht einzig und allein die reine Vermittlung von Informationen, sondern vielmehr die individuell angepasste Aufbereitung der Inhalte, sodass die Frauen diese verstehen und für ihre Entscheidungsprozesse nutzen können. Allerdings erfordert dies weitere Ressourcen wie z.B. Zeit, die im Alltag der Hebammen nicht immer vorhanden sind [43].

Auch die Wahrung der Autonomie stellt die Hebammen vor eine weitere Herausforderung, da sie so im Spannungsfeld zwischen ihren beruflichen Aufgaben und der Selbstbestimmung der

Frau stehen [7]. Einerseits benötigen viele der Frauen Unterstützung bei der Informationsvermittlung und bei Entscheidungsprozessen, andererseits sollte ihre Selbstbestimmung gewahrt werden, ohne Entscheidungen stellvertretend für sie zu treffen.

Des Weiteren stellen negative Einstellungen des Personals in Form von Diskriminierung und intellektueller Abwertung sowie respektloses Verhalten eine zentrale Herausforderung für Hebammen dar [39, 41]. Dadurch kann die professionelle Begleitung erschwert sowie die Versorgung der Frauen beeinflusst werden. Dies hat zur Folge, dass der Beziehungsaufbau zu den Frauen erschwert sein kann. Zudem verdeutlichen diese Ergebnisse, dass neben den fachlichen Kompetenzen auch eine empathische und ressourcenorientierte Haltung gegenüber den Schwangeren relevant ist.

Außerdem spielen psychosoziale Faktoren eine wichtige Rolle, weshalb sie unbedingt von den Hebammen in der Betreuung berücksichtigt werden sollten. Berichte der Frauen über belastende Partnerschaften, Missbrauchserfahrungen sowie die Angst vor dem Jugendamt verdeutlichen den erhöhten Unterstützungsbedarf der Betroffenen und zeigen, dass neben der medizinischen auch die psychosoziale Situation der Frauen berücksichtigt und angemessen darauf reagiert werden sollte [6, 40, 42].

Darüber hinaus stellt die Überforderung im Zusammenhang mit der Betreuung schwangerer Frauen mit geistiger Behinderung die Hebammen vor eine weitere bedeutsame Herausforderung. Fehlende Schulungen und Leitlinien zum Thema geistige Behinderung erschweren die Betreuung zusätzlich [43]. Dies bedeutet, dass die Herausforderungen nicht ausschließlich auf die Unterstützungsbedarfe der Frauen zurückzuführen sind, sondern gleichzeitig auch die Rahmenbedingungen, unter denen die Hebammen arbeiten, eine wichtige Rolle einnehmen.

Des Weiteren verdeutlichen die Aussagen der interviewten Hebammen, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit maßgeblich für die Betreuung von Frauen mit geistiger Behinderung ist [43]. Die Frauen weisen oftmals neben medizinischen auch psychosoziale Unterstützungsbedarfe auf, weshalb Hebammen deren Versorgung nicht vollumfänglich abdecken können. Daher erfordert eine bedarfsgerechte Versorgung der Betroffenen eine enge Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgruppen.

4.2.3 Diskussion der Chancen für die Hebammen in der Beratung und Begleitung

Die Ergebnisse der sieben Interviewstudien zeigen verschiedene Chancen für die Betreuung und Begleitung der Frauen mit geistiger Behinderung, welche nachfolgend diskutiert werden:

Hebammen können durch eine angepasste und barrierefreie Kommunikation sowie durch den Einsatz leicht verständlicher Informationen, die speziell für Menschen mit geistiger Behinderung entwickelt wurden, wesentlich dazu beitragen, Informationen zu übermitteln, das Verständnis zu verbessern und so Unsicherheiten zu reduzieren [7]. Angepasste Informationsvermittlung trägt allerdings nicht nur dazu bei, Unsicherheiten zu verringern, sondern ebenfalls dazu, dass die Frauen das Gesagte besser umsetzen und selbstständig informierte Entscheidungen treffen können. Daraus wird ersichtlich, dass die verständliche Vermittlung von Informationen gleichzeitig auch die Selbstbestimmung der Frauen fördert.

Hebammen können wichtige Impulse setzen, indem sie bspw. Gesundheits- und Selbstfürsorgewissen vermitteln sowie praktische Unterstützung bieten. Dies wurde von den Frauen als besonders hilfreich wahrgenommen, unterstützte sie im Alltag und vermittelte ihnen mehr Sicherheit [40, 41]. Dies ist besonders relevant, da nicht nur theoretisches Wissen, sondern auch alltagsnahe Unterstützung von Bedeutung ist und Hebammen die Frauen dabei unterstützen können, die Schwangerschaft und die bevorstehende Geburt besser zu bewältigen.

Eine weitere Chance ergibt sich aus dem Aufbau einer guten Beziehung zwischen den Hebammen und den Schwangeren. Die Ergebnisse der Studien zeigen, dass eine kontinuierliche Betreuung besonders wichtig für eine vertrauensvolle Beziehung ist und gleichzeitig das Wohlbefinden der Frauen fördert [43]. Damit wird deutlich, dass eine vertrauensvolle Beziehung nicht nur eine begleitende Funktion hat, sondern zudem einen wichtigen Beitrag zur Begleitung in der Schwangerschaft leisten kann.

Eine weitere Chance bieten Hebammen, die bereits Erfahrungen im Umgang mit Frauen mit geistiger Behinderung während der Schwangerschaft gesammelt haben [41]. Diese Erfahrungen können dazu beitragen, dass die Bedürfnisse der Frauen besser erkannt und die Frauen bedarfsgerecht betreut werden. Zudem kann vorhandenes Erfahrungswissen Unsicherheiten im Umgang mit den Betroffenen reduzieren und den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung fördern. Daraus lässt sich schließen, dass neben der fachlichen Kompetenz auch Empathie und Sensibilität entscheidend für eine bestmögliche Hebammenbegleitung sein können.

4.2.4 Diskussion der Ergebnisse im Kontext des theoretischen Hintergrunds

Die Studienergebnisse stehen in engem Zusammenhang mit den theoretischen Erkenntnissen sowie den rechtlichen und ethischen Rahmenbedingungen dieser Arbeit. Nachfolgend werden die Ergebnisse mit den dargestellten Erkenntnissen des theoretischen Hintergrundes verglichen und diskutiert.

Dass Frauen mit geistiger Behinderung von Diskriminierung, Stigmatisierung, sozialer Isolation und Ausgrenzung bedroht sind, wurde bereits im Theorieteil dieser Arbeit dargestellt [3] und bestätigt sich auch in den Studienergebnissen. Einige der Frauen berichteten von respektlosem Umgang, intellektueller Abwertung sowie Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund ihrer Behinderung [39, 41].

Darüber hinaus wurde bereits in der Einleitung der erhöhte Unterstützungsbedarf der Frauen mit geistiger Behinderung während der Schwangerschaft thematisiert [4]. Auch diese Annahme bestätigte sich in den Ergebnissen, da die Frauen insbesondere emotionale, formelle und informelle Unterstützung in der Schwangerschaft benötigten [6, 7, 40-42]. Dies verdeutlicht, dass die Betroffenen während der Schwangerschaft häufig auf Unterstützung angewiesen sind und zeigt, dass fehlende Unterstützung die Bewältigung der Schwangerschaft erschweren kann.

Im ersten Kapitel dieser Arbeit wurde ebenso bereits erläutert, dass Versorgungsangebote und Informationsmaterialien rund um das Thema Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett meist überwiegend an den Bedürfnissen von Frauen ohne Behinderung ausgerichtet sind und sich daraus eine bedeutende Versorgungslücke ergibt [4]. Diese Erkenntnisse bestätigen sich auch in den Ergebnissen der eingeschlossenen Studien. Insbesondere schwer verständliche Informationen, der erschwerte Zugang zu Unterstützungsangeboten und die mangelnde Flexibilität der Dienstleistungen erschweren eine bedarfsgerechte Betreuung der Frauen [7, 39, 41-43].

Hebammen nehmen bei der Versorgung von Frauen mit geistiger Behinderung eine bedeutende Rolle ein, insbesondere bei der Vermittlung von verständlichen Informationen sowie bei der Unterstützung von Entscheidungsprozessen. Zudem stellen sie eine zentrale Vertrauensperson für einige Frauen dar [7, 41, 43] und sind somit wie im theoretischen Hintergrund beschrieben eine wichtige Ansprechperson während der Schwangerschaft [4]. Alles in allem

verdeutlicht dies, dass Hebammen neben medizinischen Tätigkeiten auch diverse andere Aufgaben übernehmen, um die Frauen bestmöglich zu betreuen.

Die Annahmen, dass sich wirtschaftliche und soziale Benachteiligung negativ auf die Gesundheit und das Wohlbefinden während der Schwangerschaft auswirken und zu negativen Schwangerschaftsergebnissen führen würde [4, 5], konnten im Ergebnisteil dieser Arbeit nicht direkt überprüft werden. Jedoch zeigten sich in den Ergebnissen der eingeschlossenen Studien wirtschaftliche und soziale Belastungen der Frauen. Einige Frauen waren finanziell benachteiligt und wohnten aufgrund dessen bei Verwandten oder in Notunterkünften [41]. Auch soziale Benachteiligungen zeigten sich in den Ergebnissen, da einige Frauen u.a. belastende Partnerschaftserfahrungen schilderten und teilweise von Missbrauch betroffen waren [40].

Darüber hinaus wurde im Theorieteil auch beschrieben, dass bei Risikoschwangerschaften eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich ist. Neben Hebammen übernehmen auch Ärzte eine bedeutende Rolle bei Risikoschwangerschaften [8]. Die Bedeutung interdisziplinärer Zusammenarbeit wurde auch in den Ergebnissen dieser Arbeit deutlich. Der Wunsch nach interdisziplinärer Zusammenarbeit wurde besonders von den interviewten Hebammen geäußert, da sie nicht alle Aufgaben allein bewältigen können und auf die Unterstützung anderer Disziplinen angewiesen seien [43]. Dies bestätigt, dass eine enge Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen erforderlich ist, um Frauen mit geistiger Behinderung bedarfsgerecht zu betreuen.

Ein weiterer Zusammenhang ergibt sich aus dem Wissen der Hebammen und den praktischen Erfahrungen dieser. Hebammen fühlen sich bei der Versorgung von Frauen mit geistiger Behinderung oftmals überfordert und auch der Mangel an Schulungen wird in den Ergebnissen besonders hervorgehoben [43]. Dies bestätigt sich bereits im theoretischen Teil dieser Arbeit, da es den Hebammen an Wissen und Fortbildungsmöglichkeiten sowie praktischer Erfahrung bei der Versorgung von Frauen mit geistiger Behinderung in der Schwangerschaft fehlt [4]. Dies verdeutlicht die Bedeutung eines breiten Fortbildungsangebots, damit die Hebammen die Frauen einerseits bedarfsgerecht betreuen können und andererseits die Hebammen mehr Handlungssicherheit gewinnen.

Ergänzend zu den theoretischen Grundlagen lassen sich die Ergebnisse auch anhand der rechtlichen und ethischen Rahmenbedingungen in Beziehung setzen. Dabei sind insbesondere die UN-BRK sowie das Grundgesetz von Bedeutung.

Einige Frauen berichteten in den Interviews von negativen Einstellungen des Personals in Form von Diskriminierung und intellektueller Abwertung sowie von respektlosem Verhalten [39, 41]. Dieses steht jedoch im Widerspruch zu Art. 3 Abs. 3 des Grundgesetzes, wonach niemand aufgrund seiner Behinderung benachteiligt werden darf [1].

Darüber hinaus wird Frauen mit geistiger Behinderung oftmals abgesprochen, eigenständig Entscheidungen über ihren Körper und ihre Sexualität treffen zu können. Zudem werden sie häufig nicht in Entscheidungsprozesse einbezogen und ihre Wünsche werden teilweise nicht berücksichtigt [6, 42]. Auch dies steht im Widerspruch zu Art. 23 der UN-BRK, da dieser das Recht von Menschen mit Behinderung auf selbstbestimmte Entscheidungen bspw. zu den Themen Elternschaft und Partnerschaft betont [26]. Art. 6 der UN-BRK regelt die Gewährleistung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten, also die Maßnahmen zur Sicherung der Entfaltung, der Förderung und der Stärkung der Autonomie der Frauen [23] und steht in engem Zusammenhang mit den Ergebnissen dieser Arbeit. Hierzu zeigen sich allerdings einige Widersprüche zu diesem Artikel. Die in den Studien interviewten Frauen wurden bspw. von Entscheidungsprozessen ausgeschlossen und ihre Wünsche wurden teilweise nicht respektiert [7, 39, 42]. Dies verdeutlicht, dass die Förderung der Autonomie in der Praxis weiterhin eine Herausforderung darstellt.

Laut Art. 25 der UN-BRK sollen Unterstützungsangebote für die Betroffenen möglichst wohnortnah bereitgestellt werden und der gleichberechtigte Zugang zu qualitativ hochwertiger und bedarfsgerechter Gesundheitsleistungen sichergestellt sein [23]. Allerdings zeigen die Ergebnisse der Studien, dass der Zugang zu Unterstützungsangeboten erschwert war und der Versuch der Nutzung dieser Angebote von einigen Frauen als erfolglos beschrieben wurde [41]. Hinzu verdeutlichen die mangelnde Flexibilität der Dienstleistungen sowie die begrenzte Verfügbarkeit lokaler Unterstützungsangebote, dass dieser Anspruch in der Praxis nicht immer vollständig umgesetzt werden kann [42, 43].

4.3 Limitationen

4.3.1 Limitation der Studien

Im Folgenden werden die Limitationen der Studien zunächst einzeln tabellarisch dargestellt und anschließend erfolgt eine zusammenfassende Betrachtung der zentralen Limitationen, um die Übertragbarkeit der Ergebnisse kritisch einzuordnen.

Tabelle 5: Limitationen der Studien

Studie	Zentrale Limitationen
Potvin et al. (2016) [7]	- Kleine Stichprobengröße (n = 4), dadurch keine theoretische Sättigung erreicht - Gelegenheitsstichprobe - Ausschließlich Frauen mit Sorgerecht für ihre Kinder und selbständig lebende Frauen betrachtet - Keine spezifischen Informationen bzgl. genauer Dianose/Schweregrad der Behinderung - Mögliche Erinnerungsverzerrung - Mögliche Antwortverzerrungen aufgrund der Anwesenheit der Sozialarbeiter und einer Tendenz zu zustimmenden Antworten
Malouf et al. (2017) [39]	- Kleine Stichprobengröße (n = 9) - Gelegenheitsstichprobe - Eingeschränkter Zugang zu den Frauen, da Vermittlung über Hilfsorganisationen und Familienangehörige - Ablehnung von Teilnehmerinnen aus Sorge vor einer Bewertung ihrer Erziehungsfähigkeit oder belastenden Erfahrungen in der Vergangenheit
Rosenthal et al. (2022) [40]	- Kleine Stichprobengröße (n = 16) - Gelegenheitsstichprobe - Geringe ethnische und rassische Diversität - Mögliche Erinnerungsverzerrungen
Smith et al. (2025) [41]	- Kleine Stichprobengröße (n = 16) - Gelegenheitsstichprobe - Geringe ethnische und rassische Diversität - Wenige spezifische Informationen bzgl. genauer Diagnose - Mögliche Erinnerungsverzerrungen - Mögliche Beeinflussung der Ergebnisse durch die Verwendung eines spezifischen Versorgungsmodells
Jamieson et al. (2016) [42]	- Kleine Stichprobengröße (n = 11) - Geringe Anzahl direkt betroffener Frauen - Mögliche Unterrepräsentation von Frauen, die das Sorgerecht für ihre Kinder verloren haben
Castell et al. (2016) [43]	- Kleine Stichprobengröße (n = 9) - Gelegenheitsstichprobe - Mögliche Selektionsverzerrung aufgrund freiwilliger Teilnahme

	- Hebammen stammten alle aus derselben Organisation, dadurch könnte die Generalisierbarkeit der Ergebnisse beeinträchtigt sein
Khanna et al. (2022) [6]	- Kleine Stichprobengröße (n = 16) - Rekrutierung über Organisationen, dadurch mögliche Selektionsverzerrung - Geringe ethnische und rassische Diversität - Ausschließlich englischsprachige Teilnehmerinnen - Eingeschränkte Repräsentation von Frauen, die nicht sprechen können, nicht einwilligungsfähig sind oder in Wohngruppen bzw. Institutionen leben - Mögliche Erinnerungsverzerrungen

Quelle: Eigene Darstellung

Zusammenfassende Bewertung der Limitationen

Die sieben eingeschlossenen Interviewstudien weisen insgesamt mehrere wiederkehrende Limitationen auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Aufgrund der geringen Stichprobengrößen ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Gesamtheit aller schwangeren Frauen mit geistiger Behinderung eingeschränkt. Darüber hinaus erfolgte die Rekrutierung der Teilnehmerinnen in einigen Studien über Gesundheitszentren, Behindertenorganisationen oder andere Unterstützungsangebote, wodurch die Möglichkeit einer Selektionsverzerrung besteht. Möglicherweise wurden insbesondere Frauen ohne Zugang zu solchen Angeboten oder mit höherem Unterstützungsbedarf nicht ausreichend berücksichtigt.

Des Weiteren weisen einige Studien nur eine geringe ethnische und rassische Diversität auf, weshalb die Ergebnisse nicht auf die Gesamtheit der Betroffenen übertragbar sind. Da es sich bei den eingeschlossenen Studien um qualitative Interviewstudien handelt, besteht grundsätzlich die Gefahr von Erinnerungsverzerrungen. Zudem neigen Menschen mit geistiger Behinderung häufig zu zustimmenden Antworten, was ebenso zu Verzerrungen führen kann.

Darüber hinaus wurden ausschließlich Studien aus dem Vereinigten Königreich, Kanada und aus den USA eingeschlossen. Aufgrund unterschiedlicher Versorgungssysteme ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf deutsche Versorgungssysteme nur eingeschränkt möglich.

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die Studien von Smith et al. (2025), Rosenthal et al. (2022) und Khanna et al. (2022) dieselbe Stichprobe nutzen. Trotz unterschiedlicher

Schwerpunkte könnten die Erfahrungen der Frauen dadurch teilweise mehrfach in die Ergebnisse eingeflossen sein.

Trotz dieser Limitation liefern die Ergebnisse wichtige Einblicke in die Erfahrungen von Frauen mit geistiger Behinderung während der Schwangerschaft und zeigen relevante Unterstützungsbedarfe auf. Des Weiteren sprechen die über die sieben Studien hinweg wiederkehrenden Themen dafür, dass die dargestellten Unterstützungsbedarfe, Herausforderungen sowie Chancen für die Betreuung und Begleitung durch Hebammen keine Einzelfälle darstellen, sondern von zentraler Bedeutung sind.

4.3.2 Limitation durch variierende Begrifflichkeiten

In den eingeschlossenen Studien werden unterschiedliche Begrifflichkeiten für die untersuchten Personengruppen verwendet. Einige Studien verwenden den Begriff *„Intellectual and Developmental Disabilities“* (IDD), während andere den Begriff *„learning disability“* verwenden. Der Begriff *„learning disability“* kann zu Missverständnissen führen, da er im deutschsprachigen Raum mit einer „Lernbehinderung“ assoziiert wird. Allerdings wird er im Vereinigten Königreich synonym mit dem Begriff „geistige Behinderung“ verwendet [47].

Der Begriff *„Intellectual and Developmental Disabilities“* ist hingegen breiter gefasst und umfasst neben geistiger Behinderung weitere Entwicklungsstörungen, wie z.B. Autismus, Down-Syndrom und Zerebralparese [48]. Aufgrund dessen ist eine eingeschränkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse möglich.

4.3.3 Limitationen des narrativen Reviews

Das in dieser Arbeit verwendete narrative Review weist methodische Einschränkungen auf. Die Vorgehensweise der Recherche sowie die Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturauswahl werden nicht immer im Detail dokumentiert. Dies hat zur Folge, dass die Nachvollziehbarkeit sowie die Objektivität des Reviews eingeschränkt sein können [49]. Im Gegensatz zu einem systematischen Review umfasst ein narratives Review meist nur eine kleinere Anzahl von Beiträgen und arbeitet die wichtigsten Ergebnisse heraus. Das narrative Review bietet eine interpretierende, zusammenführende Darstellung des Forschungsstands. Dabei wird nicht der Anspruch erhoben, die gesamte verfügbare Literatur vollständig abzubilden, sodass relevante Studien unberücksichtigt bleiben können. Des Weiteren hängen die Auswahl, Gewichtung und

Bewertung der Studien stark von den Einschätzungen der Autoren ab, was die Nachvollziehbarkeit des Vorgehens zusätzlich einschränken kann [31].

4.4 Implikationen

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit lassen sich verschiedene Implikationen für die Praxis der Hebammen und die zukünftige Forschung ableiten:

In dieser Arbeit wurde die Bedeutung informeller sowie formeller Unterstützung besonders deutlich. Aufgrund der eingeschränkten informellen Unterstützung nimmt die formelle Unterstützung eine wichtige Rolle ein [7, 40, 41]. Jedoch stehen lokale Unterstützungsangebote nur begrenzt zur Verfügung und die Suche nach geeigneten Angeboten erweist sich häufig als schwierig [41, 43]. Aufgrund dessen können Hebammen eine wichtige Rolle in diesem Prozess einnehmen. Neben der medizinischen Versorgung sollte der Fokus auch auf der Unterstützung beim Zugang zu passenden Angeboten liegen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass entsprechende Angebote für die Betroffenen vorhanden und zugänglich sind. Darüber hinaus spielt dabei besonders die interdisziplinäre Zusammenarbeit eine bedeutende Rolle, sodass die Verantwortung nicht von einer einzelnen Fachkraft getragen werden muss [43]. Auch Doulas könnten die Frauen emotional und sozial unterstützen und somit eine wichtige Ressource darstellen.

Eine weitere Implikation ergibt sich aus dem Bedarf an verständlicher Informationsvermittlung. Informationen waren oftmals schwer verständlich, weshalb die Frauen auf zusätzliche Unterstützung angewiesen waren und ihre Selbstbestimmung teilweise eingeschränkt wurde [7, 39]. Barrierefreie Kommunikation sollte daher als grundlegender Bestandteil jeder Hebammenbetreuung verstanden werden. Dies kann bspw. durch die bewusste Verwendung leicht verständlicher Sprache, etwa durch die Nutzung einfacher Begriffe anstelle des Gebrauchs von Fachsprache, erreicht werden. Des Weiteren sollten je nach Bedarf Bilder oder andere Informationsmaterialien in leichter Sprache eingesetzt werden. Auch der Einbezug von Personen, die den Frauen unterstützend zur Seite stehen, könnte das Verständnis erleichtern. Um ausreichend Zeit für die individuell angepasste Kommunikation zu haben, sind zeitliche Ressourcen erforderlich, sodass längere Vorsorgetermine in Betracht gezogen werden sollten.

Um die Autonomie der Frauen zu wahren und zu vermeiden, dass stellvertretend Entscheidungen für sie getroffen bzw. die Frauen ganz aus Entscheidungsprozessen ausgeschlossen

werden [7, 39, 42], ergibt sich die Implikation, dass Fachkräfte sowie Begleitpersonen stärker auf eine partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making) achten sollten, um die Selbstbestimmung zu ermöglichen. So sollten die Frauen direkt ins Gespräch miteinbezogen, Informationen verständlich vermittelt und ausreichend Zeit für Fragen bereitgestellt werden. Dies erfordert entsprechende Schulungen für Hebammen, um den Umgang damit zu fördern und gleichzeitig Begleitpersonen dafür zu sensibilisieren.

Zudem zeigen die Ergebnisse der Studien, dass eine kontinuierliche und vertrauensvolle Beziehung zwischen den Fachkräften und Frauen als besonders positiv wahrgenommen wurde [43], weswegen dies eine weitere Implikation darstellt. Eine kontinuierliche Betreuung durch eine Hebamme oder durch ein kleines Hebammenteam kann das Vertrauen stärken und die Beziehung fördern. Gleichzeitig können Hebammen die Kommunikation besser an die Bedürfnisse der Frauen anpassen, emotional besser unterstützen und den individuellen Bedarf der Frauen frühzeitig erkennen.

Darüber hinaus ergibt sich aufgrund psychosozialer Faktoren eine weitere Implikation. Frauen weisen bspw. aufgrund belastender Partnerschaften und Missbrauchserfahrungen einen erhöhten Unterstützungsbedarf auf [40]. Deshalb sollte neben der medizinischen auch die psychosoziale Situation der Frauen berücksichtigt werden, wofür sich insbesondere Schulungen bspw. zur traumasensiblen Betreuung anbieten. Hebammen können zudem eine wichtige Vermittlungsfunktion übernehmen und die Frauen bei Bedarf an geeignete psychologische oder psychosoziale Unterstützungsangebote weiterleiten. Auch hier zeigt sich die Bedeutung einer guten interdisziplinären Zusammenarbeit, um eine bedarfsgerechte Unterstützung der schwangeren Frauen sicherzustellen. In den Studienergebnissen zeigt sich ein Mangel an Schulungen und Leitlinien, weshalb sich die Hebammen im Zusammenhang mit der Betreuung von schwangeren Frauen mit geistiger Behinderung häufig überfordert fühlten [43]. Daher sollte verstärkt ein Fokus auf Schulungen oder auch Leitlinien für Hebammen gesetzt werden, damit die Frauen bedarfsgerecht betreut werden und die Hebammen Sicherheit bei der Betreuung der Frauen gewinnen.

Zudem lassen sich auch Implikationen für die zukünftige Forschung ableiten. Die Limitationen der Studien zeigen wiederkehrende Einschränkungen z.B. hinsichtlich der Stichprobengröße und der Diversität der Teilnehmer. Daher sollten zukünftige Studien größere und diversere Stichproben miteinbeziehen. Auch die Sichtweisen der Partner können wichtige Beiträge

leisten und sollten zukünftig miteinbezogen werden. Darüber hinaus sollten auch Frauen, die nicht sprechen können oder erhöhten Unterstützungsbedarf aufweisen, einbezogen werden, um die Sichtweisen zu erweitern. Des Weiteren wäre es sinnvoll, zukünftig auch Erfahrungen von Frauen mit Lernbehinderung stärker zu berücksichtigen. Bei dieser Personengruppe besteht die Gefahr, dass spezifische Unterstützungsbedarfe aufgrund weniger offensichtlicher Beeinträchtigungen oder nicht dokumentierter Diagnose weniger sichtbar sind und daher leichter übersehen werden.

4.5 Beantwortung der Forschungsfrage

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde der Forschungsfrage nachgegangen, welche Unterstützungsbedarfe bei Frauen mit geistiger Behinderung während der Schwangerschaft bestehen und welche Herausforderungen und Chancen sich daraus für die Hebammen bei der Beratung und Begleitung ergeben. Auf Grundlage der Ergebnisse kann die Forschungsfrage wie folgt beantwortet werden:

Frauen mit geistiger Behinderung weisen in der Schwangerschaft verschiedene bedeutende Unterstützungsbedarfe auf. Besonders relevant sind die emotionale sowie die informelle und formelle Unterstützung während der Schwangerschaft. Auch bei der Informationsvermittlung sowie bei Entscheidungsprozessen bestand ein erhöhter Unterstützungsbedarf. Hinzu kommt der Unterstützungsbedarf beim Zugang zu geeigneten Angeboten sowie die begrenzte Verfügbarkeit von Dienstleistungen.

Für Hebammen ergeben sich daraus einige Herausforderungen bei der Beratung und Begleitung von Frauen mit geistiger Behinderung während der Schwangerschaft. Hierzu zählen insbesondere die bedarfsgerechte Vermittlung von Informationen, die Wahrung der Autonomie, der Aufbau einer respektvollen Beziehung zu den Frauen sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Hinzu kommt der Mangel an passenden Schulungen zum Thema geistige Behinderung und die daraus resultierende Überforderung bei der Betreuung der Frauen.

Aus diesen Herausforderungen ergeben sich auch einige Chancen für die Hebammen. Insbesondere eine angepasste Informationsvermittlung, eine vertrauensvolle Beziehung sowie praktische Unterstützung können die hebammengeleitete Beratung und Begleitung der Frauen während der Schwangerschaft verbessern.

Alles in allem kann festgehalten werden, dass Hebammen eine bedeutende Rolle bei der Betreuung von Frauen mit geistiger Behinderung während der Schwangerschaft einnehmen. Durch eine individuell angepasste, inklusive und professionelle Begleitung sowie Beratung der Frauen können Hebammen einen wichtigen Beitrag leisten und die Teilhabe sowie Selbstbestimmung der Frauen fördern.

5. Fazit

Das Ziel dieser Arbeit war es, die Unterstützungsbedarfe von Frauen mit geistiger Behinderung während der Schwangerschaft zu untersuchen sowie die daraus resultierenden Herausforderungen und Chancen für die hebammengeleitete Beratung und Begleitung herauszuarbeiten und darzustellen.

Ausgangspunkt der Arbeit war es, dass Frauen mit geistiger Behinderung während der Schwangerschaft lange Zeit weitgehend unbeachtet blieben, häufig diskriminiert, stigmatisiert und ausgegrenzt werden und dass einige Zugangsbarrieren im Hinblick auf Hebammen für die Betroffenen bestehen. Auch wenn Frauen mit geistiger Behinderung im Vergleich zur Gesamtzahl nur eine kleine Gruppe der Schwangeren darstellen, ist das Thema von hoher Relevanz.

Hebammen zählen dabei zu den primären Ansprechpersonen für die Frauen und sind daher unerlässlich für die Betreuung. Dies wurde durch die dargestellten Ergebnisse der sieben Interviewstudien deutlich. Zudem zeigen die Ergebnisse, dass die Unterstützungsbedarfe nicht ausschließlich individuell, sondern auch strukturell bedingt sind, weswegen eine bedarfsgerechte und inklusive Versorgung unerlässlich ist. Für die Hebammen ergeben sich daraus einige Herausforderungen sowie Chancen für die Praxis. Sie können durch eine sensible und kontinuierliche Betreuung die Teilhabe der Frauen stärken. Gleichzeitig machen die Ergebnisse deutlich, dass die Betreuung der Betroffenen ausreichend Zeit, fachliche Kompetenz und individuelle Anpassung an die Bedürfnisse der Frauen erfordert.

Allerdings besteht die Verantwortung nicht allein bei den Hebammen. Viele Herausforderungen betreffen auch andere Disziplinen, weswegen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit genauer Rollenverteilung und Zuständigkeit unerlässlich ist.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse der Arbeit, dass die Betreuung von Frauen mit geistiger Behinderung in der Schwangerschaft sowohl fachlich als auch strukturell weiterentwickelt und weiter erforscht werden muss. Die vorliegende Arbeit leistet dabei einen Beitrag zur

Sichtbarmachung einer bislang wenig beachteten Zielgruppe und unterstreicht die Bedeutung einer inklusiven und bedarfsgerechten Schwangerschaftsbegleitung, die kontinuierlich weiterentwickelt und an die Bedürfnisse der Frauen angepasst werden sollte, um die Selbstbestimmung und Teilhabe von Frauen mit geistiger Behinderung langfristig zu stärken.

Literaturverzeichnis

1. Pixa-Kettner U, Rischer C. Elternschaft von Menschen mit Behinderung – Entdiskriminierung und Ermutigung. In: Clausen J, Herrath F, Hrsg. Sexualität leben ohne Behinderung. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer GmbH; 2013. 231– 65.
2. Walther K, Römisch K. Aspekte der geburtshilflichen Versorgung von Frauen mit Lernschwierigkeiten. In: Lange U, Van Essen F, Hrsg. Gesundheit inklusive: Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit. 1. Auflage. Wiesbaden: Springer; 2018. 159–76.
3. Lo HWJ, Poston L, Wilson CA, Sheehan R, Sethna V. Pregnancy and postnatal outcomes for women with intellectual disability and their infants: A systematic review. Midwifery. 2025;142:1–14.
4. Homeyard C, Montgomery E, Chinn D, Patelarou E. Current evidence on antenatal care provision for women with intellectual disabilities: A systematic review. Midwifery. 2016;32:45–57.
5. Ransohoff JI, Sujin Kumar P, Flynn D, Rubenstein E. Reproductive and pregnancy health care for women with intellectual and developmental disabilities: A scoping review. J Appl Res Intellect Disabil. 2022;35(3):655–74.
6. Khanna A, Smith LD, Parish SL, Mitra M. Pregnancy recommendations from women with intellectual and developmental disabilities to their peers. Disability and Health Journal. 10/2022;15(4):1–14.
7. Potvin LA, Brown HK, Cobigo V. Social support received by women with intellectual and developmental disabilities during pregnancy and childbirth: An exploratory qualitative study. Midwifery. 2016;37:57–64.
8. Wie arbeiten Hebammen? Tätigkeit im Überblick [zitiert am 02.04.2026]. URL: https://hebammenverband.de/hebamme-werden-und-sein/wie-arbeiten-hebammen.
9. Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. §2 Begriffsbestimmungen 12/2016 [zitiert am 29.03.2026]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9_2018/__2.html.
10. Albrecht J, Hüning N. Digitale Teilhabe von Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung: Entwicklung einer Definition, eines Modells und eines Erhebungsinstruments. Wiesbaden: Springer; 2024.
11. ICD-11 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 11. Revision [zitiert am 21.06.2026]. URL: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html.
12. Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Intelligenzstörung (F70-F79) 09/2025 [zitiert am 29.03.2026]. URL: https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2026/block-f70-f79.htm.
13. Lange J. Intelligenzminderung und Schuldfähigkeit. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie. 2020;14(4):419–29.
14. Häßler F. Diagnose von Intelligenzminderung. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie. 2014;8(3):159–63.
15. Schlack HG. Intelligenzminderung (Geistige Behinderung). In: Schlack HG, Thyen U, von Kries R, Hrsg. Sozialpädiatrie: Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag: Springer; 2009. 295–309.
16. Kerling F, Rauch C. Patienten mit geistiger Behinderung. Epileptische Anfälle und Epilepsien im Erwachsenenalter: Diagnostik und Therapie: Springer; 2021. 663–70.
17. 7,9 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland 07/2024 [zitiert am 01.04.2026]. URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/07/PD24_281_227.html.
18. Pixa-Kettner U. Zur Normalität der Elternschaft von Menschen mit Lernschwierigkeiten. In: Dobslaw G, Meir S, Hrsg. Kinderwunsch und Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung. Berlin: DGSGB; 2010. 4–17.

19. Orthmann Bless D. Zur Häufigkeit von Schwangerschaften und Geburten bei Frauen mit geistiger Behinderung. Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete. 2013;82(1):22–34.
20. Fairthorne J, Bourke J, O'Donnell M, Wong K, de Klerk N, Llewellyn G, et al. Pregnancy and birth outcomes of mothers with intellectual disability and their infants: Advocacy needed to improve well-being. Disabil Health J. 2020;13(2):1–9.
21. Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland 03/2025 [zitiert am 30.03.2026]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/gg/BJNR000010949.html.
22. Sigrid A. Sichtbarer denn je: Würde und Chancengleichheit. Die Behindertenrechtskonvention und die sexuelle Selbstbestimmung behinderter Menschen. In: Clausen J, Herrath F, Hrsg. Sexualität leben ohne Behinderung 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer GmbH; 2013. 35–46.
23. Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. 11/2018.
24. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) §1814 Voraussetzungen 01/2010 [zitiert am 30.03.2026]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/__1814.html.
25. Zinsmeister J. Rechtsfragen der Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung. In: Clausen J, Herrath F, Hrsg. Sexualität leben ohne Behinderung. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer GmbH; 2013. 47–71.
26. Bernot S, Schlegel B. Sexuelle und reproduktive Rechte von Frauen mit Behinderungen: Bericht der UN-Sonderberichterstatterin für die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Information/Deutsches Institut für Menschenrechte. 10/2021;38:1–9.
27. Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz – HebG) §1 Hebammenberuf [zitiert am 02.04.2026]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/__1.html.
28. Velazquez NN. Die Rolle freiberuflicher Hebammen in Netzwerken Frühe Hilfen. Eine quantitative, egozentrierte Netzwerkanalyse. Wiesbaden: Springer; 2023.
29. Greening M, Ramsayer B, Spikofski W. Die Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) hat ihr Leitbild verabschiedet. GMS Zeitschrift für Hebammenwissenschaft 2016:1–4.
30. Höglund B, Larsson M. Midwives' comprehension of care for women with intellectual disability during pregnancy and childbirth: An open-ended questionnaire study in Sweden. Women Birth. 2015;28(3):57–62.
31. Döring N. Metaanalyse. In: Döring N, Hrsg. Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial-und Humanwissenschaften. 6. Auflage. Berlin: Springer; 2016.
32. Ritschl V, Stamm T, Unterhumer H. Wissenschaft praktisch - evidenzbasierte Praxis. In: Ritschl V, Weigl R, Stamm T, Hrsg. Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis. 2. Auflage. Berlin: Springer; 2016. 321–38.
33. Ziegler A, Antes G, König I. Bevorzugte Report Items für systematische Übersichten und Meta-Analysen: Das PRISMA-Statement. Deutsche Medizinische Wochenzeitschrift. 2011;136(8):9–15.
34. Kergel D. Qualitative Bildungsforschung. Ein integrativer Ansatz. Wiesbaden: Springer VS; 2018.
35. Perkhofer S, Gebhart V, Tucek G, Wertz FJ, Weigl R, Ritschl V, et al. Qualitative Forschung. In: Ritschl V, Stamm T, Hrsg. Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis. 2. Auflage. Berlin: Springer; 2023. 71–150.
36. Graf J, Moreno B, Wallwiener M, Menzel K, Brucker SY, Simoes E. Praktikabilität und Leistungsfähigkeit von E-Health-Anwendungen bei der Erhebung von Patient Reported Outcomes: Forschungsstand und-bedarf. Das Gesundheitswesen. 2018;80(11):953–62.
37. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International journal for quality in health care. 09/2007;19(6):349–57.

38. Booth A, Hannes K, Harden A, Noyes J, Harris J, Tong A. COREQ (consolidated criteria for reporting qualitative studies). Guidelines for reporting health research: a user's manual. 07/2014:214–26.
39. Malouf R, McLeish J, Ryan S, Gray R, Redshaw M. 'We both just wanted to be normal parents': a qualitative study of the experience of maternity care for women with learning disability. BMJ open. 03/2017;7(3):1–10.
40. Rosenthal E, Parish SL, Ransom C, Smith LD, Mitra M. Formal and informal supports for women with intellectual and developmental disabilities during pregnancy. Intellectual and Developmental Disabilities. 08/2022;60(4):261–72.
41. Smith LD, Khanna A, Parish SL, Mitra M. Pregnancy experiences of women with intellectual and developmental disabilities. Intellectual and developmental disabilities. 04/2025;63(2):149–64.
42. Jamieson R, Theodore K, Raczka R. Becoming a mother: Supported decision-making in context. Journal of Intellectual Disabilities. 12/2016;20(4):313–28.
43. Castell E, Stenfert Kroese B. Midwives' experiences of caring for women with learning disabilities - A qualitative study. Midwifery. 05/2016;36:35–42.
44. Kuckartz U, Rädiker S. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 5. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa; 2022.
45. Verdugo MA, Aguayo V, Arias VB, García-Domínguez L. A systematic review of the assessment of support needs in people with intellectual and developmental disabilities. International journal of environmental research and public health. 12/2020;17(24).
46. Lengsfeld J. Digital Era Framework. Ein Bezugsrahmen für das Digitale Informationszeitalter.2019.
47. Emerson E, Hatton C. Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. The British Journal of Psychiatry. 2007;191(6):493–9.
48. Ransohoff JI, Sujin Kumar P, Flynn D, Rubenstein E. Reproductive and pregnancy health care for women with intellectual and developmental disabilities: A scoping review. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 2022;35(3):655–74.
49. Moser S. Das Literature Review als Methode. In: Moser S, Hrsg. Interreligiöser Dialog im Fokus Aktuelle muslimische Positionen und Konzepte. Wiesbaden Springer; 2024. 17–23.

Anhang

Tabelle 6: Codierung nach Kuckartz und Rädiker

Hauptkategorie	Textstelle (Referenz, Seitenzahl)	Paraphrasierung	Unterkategorie
Unterstützungsbedarf von Frauen mit geistiger Behinderung in der Schwangerschaft	*„I* [die Frau mit geistiger Behinderung] *didn't have nobody […] I did not have a good relationship with my parents at the time either. So it was hard, but…"* [7] (S.60)	Fehlende emotionale Unterstützung und belastendes Familienverhältnis	Emotionale Unterstützung
	„I [die Frau mit geistiger Behinderung] *didn't have anybody with me. … It was just me. I was actually quite scared. … I would've wanted somebody with me."* [41] (S.9)	Fehlende emotionale Unterstützung und Wunsch nach Unterstützung	Emotionale Unterstützung
	„Another mother talked about how she had also been afraid of disclosing to her support network, and about the effects of their reaction when she could not hide it any longer." [42] (S. 322)	Angst vor negativen Reaktionen im Umfeld	Emotionale Unterstützung
	„Alexandra reported receiving test requisition papers and pamphlets from her doctor which she had difficulty understanding until she met with her caseworker to ask questions." [7] (S.61)	Verständnisschwierigkeiten bei medizinischen Unterlagen	Verständliche Informationsvermittlung
	„I [die Gesunheitsfachkraft] *don't understand what you're talking about'. 'Oh, we haven't got the time for that, I'm just going to prod you and poke you and I'm going to go.'"* [39] (S.5)	Fehlende Bereitschaft zur Informationsvermittlung seitens des Personals	Verständliche Informationsvermittlung
	"I [die Frau mit geistiger Behinderung] *went through the whole pregnancy not really knowing what to do because I wasn't getting information off the doctors or the midwives…"* [39] (S.4)	Fehlende Aufklärung während der Schwangerschaft durch Ärzte und Hebammen	Verständliche Informationsvermittlung
	„They [die Fachkräfte] *need to slow down when they talk to you. They need to make things easier to*	Bedarf der Frauen an angepasster und geduldiger Kommunikation	Verständliche Informationsvermittlung

	understand … If you don't understand something, they need to not get frustrated with you." [41] (S.6)		
	„Women in the study described sometimes feeling excluded from decision making and that their clinicians did not explain options for medical procedures clearly." [41] (S.6)	Fehlende Einbindung in Entscheidungsprozesse medizinischer Maßnahmen	Verständliche Informationsvermittlung
	„One participant reported she did not always feel providers communicated clearly about what her choices were for her care: ,It's hard for me [to] understand I have choices in my health care; sometimes I don't feel that way.`" [41] (S.6)	Fehlende Erklärung medizinischer Eingriffe und eingeschränkte Wahlmöglichkeit	Verständliche Informationsvermittlung
	„She [die Sozialarbeiterin] is the only person who can give us transportation [to prenatal appointments]." [40] (S.10)	Sozialarbeiterin ermöglicht den Transport zu Vorsorgeuntersuch-ungen	Formelle und informelle Unterstützung
	„Many women described learning about healthy habits – including exercise and healthy eating – during pregnancy." [40] (S.11)	Unterstützung für einen gesunden Lebensstil in der Schwangerschaft	Formelle und informelle Unterstützung
	„His mother did help me to not be stressed out. She talked to me and tried to help me calm down." [40] (S.14)	Emotionale Unterstützung durch Familienmitglied zur Stressreduktion	Formelle und informelle Unterstützung
	„[T]hey [die Sozialarbeiter] *won`t judge me because they know how difficult it is for me because I don`t have anyone."* [40] (S.13)	Keine Verurteilung durch die Sozialarbeiter	Formelle und informelle Unterstützung
	„Some participants described living with family members for financial reasons and some spent time living in shelters." [41] (S.8)	Wohnen bei Familienmitgliedern oder in Notunterkünften aufgrund der finanziellen Situation	Formelle und informelle Unterstützung
	„I [die Teilnehmerin] *would encourage women to make sure they have a good support system. Try to find as many natural supports as possible … because*	Wichtigkeit eines guten Unterstützungsnetzwerks und Ermutigung zur Inanspruchnahme	Formelle und informelle Unterstützung

	it's a lot of work. And it's not simple to say you need help. But you need support." [6] (S.6)		
	„There's some stuff you might not know and that person [may] have been through the same thing you've got to go through and they can coach you." [6] (S.6)	Austausch mit anderen Betroffenen	Formelle und informelle Unterstützung
	„…I [die Frau mit geistiger Behinderung] *said I want to stop, and she* [die Fachkraft] *told me well, it is bad for the baby. That is all. I was like that is no help for me.*" [41] (S.9)	Mangelnde Unterstützung bei der Rauchentwöhnung	Zugang zu Unterstützungsangeboten
	„I [die Hebamme] *felt like I was banging my head up against a brick wall, to try and find the help and support, the appropriate help and support for her* [die Frauen mit geistiger Behinderung] [43] (S.38)	Erschwerter Zugang zu Unterstützungsangeboten	Zugang zu Unterstützungsangeboten
	„it's very difficult to try find out what other agencies are around locally that can help her [die Frauen mit geistiger Behinderung] *and support her*, *so I* [die Hebamme] *did struggle, I found it really difficult.*" [43] (S. 38)	Schwierigkeiten bei der Suche nach lokalen Unterstützungsangeboten	Zugang zu Unterstützungsangeboten
	„If it's documented and it's diagnosed, it's easier to refer them… To get the extra support." [43] (S.38)	Dokumentierte Diagnose erleichtert Zugang zu Unterstützungsangeboten	Zugang zu Unterstützungsangeboten
	„Participants stressed the importance of planning for the birth. … confirming the pregnancy earlier, rather than later, to allow ample time to prepare for the birth." [6] (S. 5)	Frühzeitige Schwangerschaftsbestätigung zur besseren Geburtsvorbereitung	Zugang zu Unterstützungsangeboten
	„They [zwei Mütter und ein Familienmitglied] *talked about feeling that their wishes were ignored in relation to decisions they made about their pregnancy.*" [42] (S.320)	Ignorieren der eigenen Wünsche im Entscheidungsprozess	Unterstützung bei Entscheidungsprozessen
	„Participants talked about their experience of powerlessness leading to feeling hopeless and helpless in	Gefühl der Machtlosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Hilfslosigkeit	Unterstützung bei Entscheidungsprozessen

	relation to the outcomes of decisions that were made.“ [42] (S.320)		
	„A few participants felt their wishes for their own care or for the care of their child were sometimes overlooked by their health care providers. … and in some cases suggested engaging a support person to help advocate.“ [6] (S.6)	Missachtung der Wünsche und Bedarf an Unterstützungsperson	Unterstützung bei Entscheidungsprozessen
	„If you feel that you’re not ready to sign that certain paper, ask for more time.” [6] (S.6)	Recht auf ausreichend Bedenkzeit bei Entscheidungen	Unterstützung bei Entscheidungsprozessen
	„They [die Fachkräfte] *give them* [die Mütter] *the same opportunity that they would an adult that doesn’t have a learning disability, and I think that’s what’s so unfair. In every way. … Why shouldn’t they have more support?“* [42] (S.321)	Unfaire Gleichbehandlung mit Frauen ohne geistige Behinderung	Mangelnde Flexibilität der Dienstleistungen
Herausforderungen für Hebammen in der Beratung und Begleitung	*„Alexandra reported receiving test requisition papers and pamphlets from her doctor which she had difficulty understanding until she met with her case-worker to ask questions.*" [7] (S.61)	Verständnisschwierigkeiten medizinischer Informationen und Bedarf an Unterstützung bei Informationsmaterialien	Unverständliche Informationsvermittlung
	„…I’m [die Frau mit geistiger Behinderung] *better to understand one-on-one. But the stuff I brought back, the nurse was able to explain it to me when she came.”* [7] (S.61)	Bedarf an individueller Erklärung	Unverständliche Informationsvermittlung
	“I [die Frau mit geistiger Behinderung] *went through the whole pregnancy not really knowing what to do because I wasn’t getting information off the doctors or the midwives.”* [39] (S.4)	Fehlende Aufklärung während der Schwangerschaft	Unverständliche Informationsvermittlung
	“I [die Frau mit geistiger Behinderung] *said, ‘I don’t understand what you’re talking about’. ‘Oh, we haven’t got the time for that, I’m* [die Fachkraft] *just*	Mangelhafte Bereitschaft zur Informationsvermittlung	Unverständliche Informationsvermittlung

	going to prod you and poke you and I'm going to go'" [39] (S.5)		
	„A professional also commented on the impact of poor communication and relationships between professionals working with one mother, which highlighted the importance of effective joint working procedures: …" [42] (S.323)	Mangelhafte Kommunikation erschwert die Zusammenarbeit zwischen den Fachkräften	Unverständliche Informationsvermittlung
	„we [die Hebammen] *didn't have the time to get everything that we needed in place that we wanted to get in place… Which goes to show that if, as soon as you know there are any issues with learning disabilities, let us know and we can try to get things in place… As soon as possible… And I think that's just hugely important…"* [43] (S. 39)	Zeitmangel erschwert Hebammen eine bedarfsgerechte Versorgung	Unverständliche Informationsvermittlung
	„I [die Hebamme*] think it gets lost, I think that women with learning disabilities probably still do lose the care they should have when they come to the hospital because we are too busy…"* [43] (S.39)	Zeitmangel erschwert Hebammen eine bedarfsgerechte Versorgung	Unverständliche Informationsvermittlung
	„Alexandra became frustrated when her wish to go to her medical appointment unaccompanied was not respected." [7] (S.61)	Wunsch selbstständig zum Arzt zu gehen wird nicht wahrgenommen	Wahrung der Autonomie
	„I [die Frau mit geistiger Behinderung] *would ask why was that and they* [die Fachkräfte] *were like, 'Oh, it's our choice. It's our decision.' And just felt like we didn't have a say…"* [39] (S.4)	Ausschluss aus Entscheidungs-prozess	Wahrung der Autonomie
	„…,they [die Frauen mit geistiger Behinderung] *talked about not being asked their opinion, and being told what to do at times,…"* [42] (S.320)	Erfahrung fehlender Autonomie in Entscheidungsprozessen	Wahrung der Autonomie
	"[they] [die Fachkräfte] *think you're stupid…treat you as though you don't exist."* [39] (S.4)	Diskriminierende Abwertung	Negative Einstellung des Personals

	„I'd [die Frau mit geistiger Behinderung] *been watching how they* [die Fachkräfte] *respond to other people, and how they'd respond to other people was complete different to how they responded to me."* [39] (S.4)	Unterschiedliche Behandlung im Vergleich zu anderen Frauen	Negative Einstellungen des Personals
	„[The providers] need to be more understanding or acknowledge what I [die Frau mit geistiger Behinderung] *was saying. I tell them I get SSI. I feel like if I tell somebody I got SSI, they are going to think that I am special ed. I feel like I am normal."* [41] (S.6)	Stigmatisierende Reaktion auf soziale Unterstützungsleistung	Negative Einstellung des Personals
	„They [die Fachkräfte] *wouldn't say that if a couple went in there, married, in their 30s, good jobs; they wouldn't talk to them in that type of manner."* [41] (S.7)	Ungleiche Behandlung im Vergleich zu anderen	Negative Einstellung des Personals
	„During my C-section, they were awful. They [die Fachkräfte] *didn't respect me at all. I* [die Frau mit geistiger Behinderung] *can't sit the way they wanted, they got very frustrated with me, and it's like, I'm sorry. Nothing I can do about it. Some of the things they were saying, it was awful."* [41] (S.6)	Respektloses Verhalten und frustrierender Umgang während eines Kaiserschnitts	Negative Einstellungen des Personals
	„We [die Eltern*] have two separate kids. He's black, I'm white… It just felt really judgy."* [41] (S.7)	Ungleichbehandlung aufgrund ethnischer Zugehörigkeit	Negative Einstellungen des Personals
	„…not all hospitals have empathy and compassion." [6] (S.5)	Mangel an Empathie und Mitgefühl im Krankenhaus	Negative Einstellung des Personals
	"The state seems to think that just because you're learning disabled or if you have other disabilities that you're not capable of taking care of a child, but that's not accurate." [6] (S.8)	Vorurteile gegenüber Eltern mit geistiger Behinderung	Negative Einstellung des Personals

	„Several women reported an underlying fear of having their infants removed by child protective services,…“ [40] (S.12)	Angst vor Eingreifen des Jugendamts	Jugendamt
	„One mother talked about her perception that children's services had already decided she would lose custody of her unborn child, which led to her decision to terminate a second pregnancy.“ [42] (S.319)	Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch aufgrund erwarteter Inobhutnahme	Jugendamt
	„Fourteen of the sixteen participants reported having had some involvement with child protective services…“ [6] (S.7)	Erfahrungen mit dem Jugendamt	Jugendamt
	„He [der Partner] *was not altogether with me on this whole pregnancy this time.“* [40] (S.15)	Mangelnde Unterstützung durch den Partner	Belastende Partnerschaftserfahrungen
	„He [der Partner] *started threatening me about taking the baby after she was born.“* [40] (S.16)	Bedrohendes Verhalten des Partners	Belastende Partnerschaftserfahrungen
	„All the participants talked about how they did not feel skilled enough to care for women with LD. This meant they could not deliver care to an adequate standard. They questioned their own skills, knowledge and experiences and did not feel confident.“ [43] (S.38)	Unsicherheit bzgl. der Betreuung von Frauen mit geistiger Behinderung und Zweifel an eigener Kompetenz.	Überforderung der Hebammen
	„I [die Hebamme] *felt completely out of my depth“* [43] (S.38)	Gefühlt der Überforderung	Überforderung der Hebammen
	„it's like the blind leading the blind I [die Hebamme] *suppose, you literally just find your way through it…“* [43] (S. 39)	Gefühl mangelnder Unterstützung	Überforderung der Hebammen
	„as a student, we [die Hebammen] *don't have training in it really. I've been qualified five years now, but they still haven't got any specific training at the university.“* [43] (S.39)	Fehlende Schulungen im mit Umgang Frauen mit geistiger Behinderung	Mangel an Schulungen

	„develop my knowledge and my skills so that it would enable me to manage things better.. so I [die Hebamme] *can look after these ladies and give them the appropriate care…"* [43] (S.39)	Wunsch nach Erweiterung des Wissens und der Fähigkeiten	Mangel an Schulungen
	„I [die Hebamme] *can't do everything… myself… and that's what it's supposed to be, it's multidisciplinary… So we do need other people on board."* [43] (S.40)	Bedarf an interdisziplinärer Zusammenarbeit	Interdisziplinäre Zusammenarbeit
Chancen für Hebammen in der Beratung und Begleitung	*„…I'm* [die Frau mit geistiger Behinderung] *better to understand one-on-one. But the stuff I brought back, the nurse was able to explain it to me when she came."* [7] (S.61)	Bedarf an individueller Erklärung	Angepasste Informationsvermittlung
	„Morgan and Katie had been given 'easy read' information, designed for parents with learning disabilities, by their support worker or children's centre,…" [39] (S. 4)	Bedarfsgerechte Informationsmaterialien	Angepasste Informationsvermittlung
	"[I [die Frau mit geistiger Behinderung] *liked that] they actually* [die Fachkräfte] *explained things in normal terms, not medical."* [41] (S.6)	Verständliche Kommunikation in Alltagssprache ohne medizinische Fachsprache	Angepasste Informationsvermittlung
	„And she [die Sozialarbeiterin] *would tell me* [die Frau mit geistiger Behinderung] *what to do to take care of myself. And she would tell me what was okay for me to eat and drink and what wasn`t – and so she was very helpful."* [40] (S.11-12)	Beratung zur Selbstfürsorge und Ernährung	Vermittlung von Gesundheits- und Selbstfürsorgewissen
	„[S]he [die Sozialarbeiterin] *was really nice too and she was able to give me* [die Frau mit geistiger Behinderung] *some advice about parenting and we watched videos on pregnancy, …"* [40] (S.11)	Beratung und Anleitung zu Schwangerschaft und Elternschaft	Praktische Unterstützung rund um Geburt und Versorgung
	„I [die Frau mit geistiger Behinderung*] had questions about … breast feeding … or pumping… And they* [die Betreuer] *answered [everything]"* [41] (S.7)	Beratung zum Thema Stillen und Pumpen	Praktische Unterstützung rund um Geburt und Versorgung

	"I [die Frau mit geistiger Behinderung] *had to walk … It was interesting, actually. I didn't know there were so many different ways to, you know, try to dilate more and to push it to go faster."* [41] (S.7)	Praktische Anleitung zur Unterstützung der Geburtseinleitung	Praktische Unterstützung rund um Geburt und Versorgung
	„…She [die Ärztin] *put this app on my phone to help me because I* [die Frau mit geistiger Behinderung] *had to walk a lot…"* [41] (S.7)	Einsatz einer App zur Bewegungsförderung	Praktische Unterstützung rund um Geburt und Versorgung
	„The importance of continuity of care and how it is vital to build a relationship to gain trust was mentioned by all participants." [43] (S. 39)	Bedeutung einer kontinuierlichen Betreuung für den Aufbau von Vertrauen	Beziehung zu Fachkräften
	„if you ask any woman, they prefer to see one face really… Than lots of different faces… for ladies who have got learning disabilities, I [die Hebamme] *think it is important… for them to try and be able to see that same… person… So it's just, it doesn't make her feel uncomfortable then."* [43] (S.39)	Präferenz einer festen Bezugsperson stärkt das Wohlbefinden der Frauen	Beziehung zu Fachkräften
	„…have a good midwife that understands and see if they deal with people with disabilities…" [6] (S. 5)	Betreuung durch eine verständnisvolle und erfahrene Hebamme im Umgang mit Frauen mit Behinderung	Beziehung zu Fachkräften

Quelle: Eigene Darstellung

Reflexion über den Gebrauch generativer KI

1. Tabellarische Auflistung der eingesetzten Instrumente generativer KI

Instrument	Verwendungsart	Betroffene Teile der wissenschaftlichen Arbeit bzw. des Erstellungsprozesses
DeepL	Übersetzung von Texten	Im Gesamtwerk
ChatGPT und Copilot	Unterstützung beim Brainstorming der ersten Struktur; Unterstützung beim Erstellen von Suchtermen; Überprüfung von Grammatik und Rechtschreibung	Im Gesamtwerk, Methodik

2. Reflexion meiner Erfahrungen beim Einsatz von generativer KI im Rahmen des wissenschaftlichen Schreibens

Welche Aufgabe innerhalb meiner wissenschaftlichen Arbeit habe ich mithilfe von generativer KI versucht zu lösen und wie war der konkrete Lösungsansatz? Im Rahmen meiner Bachelorarbeit habe ich generative KI unterstützend an verschiedenen Stellen eingesetzt. Ich nutzte die KI zur Unterstützung beim Brainstorming, um mir einen ersten Überklick über die Thematik zu verschaffen und eine Struktur für die Arbeit zu entwickeln. Zudem habe ich die KI zur Unterstützung bei der Literaturrecherche genutzt, um geeignete Suchbegriffe für die Recherche wissenschaftlicher Literatur zu erhalten. Hierfür habe ich das Thema sowie die Forschungsfrage genannt, woraufhin die KI Vorschläge lieferte. Außerdem habe ich die KI zur Übersetzung englischsprachiger Literatur eingesetzt, um das Verständnis dieser zu erleichtern. Darüber hinaus habe ich die KI zur Überprüfung einzelner Textpassagen verwendet, um Rechtschreibung und Grammatik zu überprüfen. Die vorgeschlagenen Änderungen habe ich im Anschluss eigenständig geprüft und ggf. angepasst.
Welche Probleme sind dabei aufgetreten? An welcher Stelle sind mir (inhaltliche) Fehler der von der generativen KI erzeugten Texte aufgefallen? In Bezug auf die Generierung der Suchbegriffe haben einige Vorschläge nicht meinen Erwartungen entsprochen und die Vorschläge waren teilweise ungeeignet für die Literaturrecherche. Daher mussten die vorgeschlagenen Suchbegriffe kritisch betrachtet werden und bei Bedarf angepasst werden. Auch bei der Übersetzung traten vereinzelt Probleme bzw. Fehler auf. Insbesondere Fachbegriffe wurden teilweise ungenau übersetzt, weswegen eine genaue Überprüfung relevant war. Bei der Überprüfung der Grammatik und Rechtschreibung sind nur wenige Fehler aufgekommen. Allerdings musste auch dies kritisch betrachtet und stets eigenständig überprüft werden.
Inwieweit konnte ich die Aufgabe mithilfe von generativer KI lösen und wo war mir dies nicht möglich? Die generative KI konnte die Bearbeitung der Bachelorarbeit teilweise unterstützen und den Prozess effizienter gestalten. Allerdings kann die KI die eigenständige Arbeit nicht ersetzen.

Besonders bei der Auswahl und Bewertung der Literatur sowie bei der Interpretation und Darstellung der Ergebnisse bzw. bei der Diskussion muss eigenständig und sorgfältig gearbeitet werden.
Die manuelle Überprüfung der Korrekturen und Übersetzungen war in jedem Fall erforderlich. Die generative KI diente im Rahmen dieser Arbeit ausschließlich als unterstützendes Hilfsmittel und nicht als Ersatz für die eigenständige Leistung.

3. Diskussion über die Chancen und Risiken beim Einsatz von KI im Rahmen des wissenschaftlichen Schreibens

Welche Gefahren sehe ich bei der Nutzung generativer KI im Zusammenhang mit wissenschaftlichen Schreiben?
Bei der Nutzung generativer KI sehe ich insbesondere die Gefahr, dass fehlerhafte oder ungenaue Informationen übernommen werden. Bspw. können bei der Übersetzung Fachbegriffe oder ganze Textpassagen fehlerhaft übersetzt werden und dadurch zu einer Fehlinterpretation führen.

Wie habe ich sichergestellt, dass sich diese Gefahren nicht negativ auf meine wissenschaftliche Arbeit auswirken?
Um sicherzustellen, dass sich negative Gefahren nicht auf meine wissenschaftliche Arbeit auswirken, habe ich alle durch die KI erzeugten Ergebnisse kritisch geprüft, bevor diese in meine Arbeit einbezogen wurden. Übersetzungen habe ich mit dem Originaltext abgeglichen und Vorschläge wie etwa zu Rechtschreibung und Grammatik eigenständig überprüft.

Welche Chancen sehe ich bei der Nutzung generativer KI im Zusammenhang mit dem wissenschaftlichen Schreiben?
Bei der Nutzung der generativen KI sehe ich insbesondere die Effizienz als bedeutende Chance. So kann insbesondere Zeit eingespart und sprachliche Fehler reduziert werden.

Wie habe ich versucht, diese Chancen im Prozess der Erstellung meiner wissenschaftlichen Arbeit zu nutzen?
Durch die Generierung von passenden Suchbegriffen für die Literaturrecherche sowie die Unterstützung bei der Übersetzung konnte ich die Literaturrecherche effizienter gestalten und den Arbeitsaufwand reduzieren, indem Zeit eingespart wurde.
Außerdem habe ich die KI zur Überprüfung einzelner Sätze genutzt, um mögliche Fehler zu erkennen und zu verbessern.

Wie bewerte ich insgesamt den Erfolg des Einsatzes generativer KI bei der Erstellung der wissenschaftlichen Arbeit?
Insgesamt bewerte ich den Einsatz generativer KI bei der Erstellung meiner Bachelorarbeit als erfolgreich. Die KI konnte mich bei verschiedenen Schritten unterstützen und hat zu einer effizienten Arbeitsweise beigetragen. Gleichzeitig war zusätzlicher Zeitaufwand zur Überprüfung der KI generierten Inhalte erforderlich. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die KI zwar ein hilfreiches Werkzeug darstellt, die eigenständige wissenschaftliche Arbeit damit jedoch nicht ersetzt werden kann.

Inwieweit ist es mir gelungen, die Gefahren des Einsatzes zu vermeiden und gleichzeitig die Chancen zu nutzen?
Aus meiner Sicht ist es mir gelungen die KI kritisch sowie reflektiert zu nutzen. Risiken konnten minimiert werden, indem ich alle generierten Inhalte vor der Nutzung überprüft habe. Insbesondere bei der Erstellung des Suchterms für die Recherche, bei Übersetzungen und bei der Überprüfung von Grammatik und Rechtschreibung konnte ich die Vorteile der KI sinnvoll nutzen.

Antiplagiatserklärung/Selbstständigkeitserklärung

Name: Barth
Vorname: Marie
Matrikelnummer: 6388728
Studiengang: B.Sc. Hebammenwissenschaft
Adresse: Dr.-Fritz-Guth-Straße 3, 78239 Rielasingen-Worblingen

Hiermit versichere ich, die Arbeit mit dem Titel:

Unterstützungsbedarfe von Frauen mit geistiger Behinderung während der Schwangerschaft – Herausforderungen und Chancen für die hebammengeleitete Beratung und Begleitung

☐ Hausarbeit / Studienarbeit

X Bachelorarbeit / Masterarbeit

☐ Sonstige

im Sommersemester 2026 bei Dr. phil. Dr. PH Joachim Graf, M.A., M.Sc und Prof. Dr. med. Harald Abele, MHBA

selbstständig und nur mit den in der Arbeit angegebenen Quellen und Hilfsmitteln verfasst zu haben. Alle aus anderen Arbeiten übernommenen Inhalte, egal ob wörtlich oder paraphrasiert, habe ich als solche eindeutig gekennzeichnet.

Mir ist bekannt, dass ich alle schriftlichen Arbeiten, die ich im Verlauf meines Studiums als Studien- oder Prüfungsleistung einreiche, selbstständig verfassen muss. Zitate sowie der Gebrauch von fremden Quellen und Hilfsmitteln müssen nach den Regeln wissenschaftlicher Dokumentation von mir eindeutig gekennzeichnet werden. Ich darf fremde Texte oder Textpassagen (auch aus dem Internet) nicht als meine eigenen ausgeben.

Im Falle des Einsatzes generativer KI in unterstützender Funktion (einschließlich in andere Programme eingebetteter KI, z. B. Textverarbeitungssoftware) ist mir bewusst, dass die Verwendung von mittels generativer KI erstellten Texten oder Inhalten keine Garantie für deren Qualität besteht und ich verantwortlich bin, wenn durch die Verwendung solcher Werkzeuge

fehlerhafte Inhalte, Verstöße gegen Datenschutz- oder Urheberrechte oder wissenschaftliches Fehlverhalten (z. B. Plagiate) entstehen sollten.

Ich versichere, dass ich Instrumente der generativen KI nur als Hilfsmittel eingesetzt habe und bei dieser wissenschaftlichen Arbeit mein kreativer Einfluss überwiegt. Durch die nachfolgenden Erläuterungen zur Nutzung von Instrumenten der regenerativen KI habe ich nach bestem Wissen offengelegt, welche Instrumente ich zu welchem Zweck und in welchem Umfang eingesetzt habe.

Mir ist bewusst, dass die Arbeit in digitaler Form durch einen automatisierten elektronischen Vergleich auf die Einhaltung der Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis geprüft und zu diesem Zweck auch an einen externen Dienstleister übermittelt werden kann. Zu diesem Zweck bin ich damit einverstanden, dass meine Arbeit in eine Datenbank eingespeist wird, in der sie auch nach der Prüfung verbleibt, um einen Vergleich mit künftig eingereichten Arbeiten zu ermöglichen.

Mir ist bekannt, dass ein Verstoß gegen die genannten Punkte prüfungsrechtliche Konsequenzen haben und insbesondere dazu führen kann, dass die Prüfungsleistung mit „nicht ausreichend“ bzw. die Studienleistung mit „nicht bestanden“ bewertet wird und bei mehrfachem oder schwerwiegendem Täuschungsversuch eine Exmatrikulation erfolgen bzw. ein Verfahren zur Entziehung eines eventuell verliehenen akademischen Titels eingeleitet werden kann.

Teile dieser Arbeit wurden bereits veröffentlicht (z. B. mündlicher Vortrag, Abstract-Publikation, veröffentlichtes oder eingereichtes Paper/Kapitel):

X Nein

☐ Ja (Fügen Sie hier die Teile und die Literaturquelle ein)

Sofern eingereichten Abzüge meiner wissenschaftlichen Arbeit in unterschiedlichen Formaten erfolgen (beispielswiese als Papierdruck und als elektronische Datei) versichere ich, dass die eingereichten Exemplare identisch sind.

Datum: 24.06.2026 Unterschrift: M. Barth