

ZEITSCHRIFT FÜR HEBAMMENWISSENSCHAFT

Journal of Midwifery Science

Themen:

- ♦ 5. Internationale Konferenz der DGHWi
- ♦ Das neue Hebammengesetz
- ♦ Stellungnahmen
- ♦ Individuelle Schwangerschaftsdauer – die Reife ist nicht errechenbar
- ♦ Reviews
- ♦ Hebammendiagnosen: Der Hebammenarbeit eine Sprache verleihen
- ♦ Junges Forum

Kategorien

Editorial	53
Aktuelles	54
Sektionen	63
Stellungnahmen	64
Originalartikel	71
Reviews	76
Einblicke in Forschung/Lehre	77
Junges Forum	82
Bekanntmachungen	91
Termine	92

Ziele der DGHWi

- sie fördert Hebammenwissenschaft in der Forschung
- sie unterstützt den wissenschaftlichen Diskurs in der Disziplin
- sie gewährleistet wissenschaftstheoretischen und methodologischen Pluralismus
- sie stellt Forschungsergebnisse der Allgemeinheit zur Verfügung
- sie bezieht Stellung zu wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Themen
- sie fördert die Anwendung von Hebammenforschung in Praxis und Lehre
- sie führt wissenschaftliche Konferenzen durch

Inhaltsverzeichnis

Editorial	53
Aktuelles	
Vorstand	54
Neugestaltung der DGHWi Website	57
S2k-Leitlinie	57
Mandate der DGHWi	58
5. Internationale Konferenz der DGHWi	59
Das neue Hebammengesetz	62
Sektionen	
Sektion Kind, Bindung und emotionale Entwicklung	63
Sektion Hochschulbildung: Novellierung des Hebammengesetzes	63
Stellungnahmen	
MDK Reformgesetz	64
Nicht invasive Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors	65
Screening auf B-Streptokokken in der Schwangerschaft	66
U-Untersuchungen	68
Digitale Versorgung-Gesetz	69
Im Jahr 2019 unter Mitwirkung der DGHWi veröffentlichte Leitlinien	70
Originalartikel	
Individuelle Schwangerschaftsdauer – die Reife ist nicht errechenbar	71
Reviews	
Zeitliche Planung der Hausbesuchsbetreuung im frühen Wochenbett	76
Einblicke in Forschung/Lehre	
Hebammendiagnosen: Der Hebammenarbeit eine Sprache verleihen	77
Junges Forum	82
Bekanntmachungen	91
Termine	92
Vorstand: Kontaktangaben	
Impressum	

Liebe Kolleginnen,

liebe Leserinnen und Leser der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft, mit großer Genugtuung habe ich am 8.11.2019 den Bundesratsbeschluss zur Kenntnis genommen, durch den das Hebammenreformgesetz die letzte parlamentarische Hürde genommen hat. Schon in der Ausgabe vom Herbst 2018 schrieb ich Ihnen, dass ich die Situation der DGHWi, also einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft, die die Akademisierung des eigenen Berufsstandes begleitet, für etwas ganz Besonderes halte. Dieser Situation hat sich die DGHWi aus meiner Sicht sehr erfolgreich gestellt. Das Gesetzgebungsverfahren wurde von uns durch mehrere Stellungnahmen, die auf der Homepage der DGHWi bereits veröffentlicht worden sind, begleitet. Wenn möglich wurden die oft unter Hochdruck erstellten Stellungnahmen durch partizipative Verfahren begleitet und die Mitglieder der DGHWi hatten auf der Homepage Gelegenheit, sich einzubringen. Auch bei den öffentlichen und nicht öffentlichen Anhörungen im Bundesministerium für Gesundheit und im Gesundheitsausschuss des Bundestags war die DGHWi durch höchst kompetente Kolleginnen aus der Sektion Hochschulbildung vertreten. Die neue Studien- und Prüfungsordnung steht im Moment noch aus und insbesondere die konkrete Umsetzung des neuen Hebammengesetzes liegt als große Aufgabe vor uns. Die DGHWi wird diesen Prozess kritisch konstruktiv begleiten.

Dank an alle, die sich eingebracht haben!

Die leider aus Politik und Presse rund um das Gesetzgebungsverfahren immer wieder gestellte Frage nach dem Mehrwert der Akademisierung wird durch diese Ausgabe der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft auf das Erfreulichste beantwortet. Hier wird der Mehrwert sichtbar: Sie können nachlesen, dass und wie sich Mitglieder der DGHWi als Mandatsträgerinnen in verschiedenen Bereichen der Gesundheitspolitik und -forschung einbringen, an Leitlinien mitwirken und Stellungnahmen zu unterschiedlichen, für die Versorgung von Frauen und ihren Familien relevanten Themen verfassen. Im Originalartikel wird die Frage nach der Schwangerschaftsdauer aufgegriffen, ein weiteres interessantes Beispiel dafür, wie die Versorgungspraxis wissenschaftlich durchdrungen werden kann. Erfreulich sind auch die Beiträge im Jungen Forum, in denen aktuelle Fragen der Qualifikation von Hebammen, aber auch der Versorgung der Frauen bearbeitet werden. Die Arbeitsgruppe Hebammendiagnosen gewährt schließlich einen Einblick in die Entwicklung spezifischer Diagnosen, um die Hebammenarbeit sichtbar zu machen und Hebammenwissen zu strukturieren.

Mit großer Freude sehe ich der nun schon 5. Internationalen Konferenz der DGHWi in Bochum entgegen. Der Call for Abstracts und das Review-Verfahren erbrachten eine Fülle interessanter und hochwertiger Einreichungen. Das daraus entwickelte Programm finden Sie in dieser

Ausgabe. Es zeigt das Spektrum der hebammenwissenschaftlichen Forschung und Entwicklung in Deutschland und die internationale Vernetzung der Hebammenwissenschaftlerinnen. Wenn das kein Mehrwert ist!



Vor der DGHWi liegen auch einige praktische Herausforderungen. Die stetig steigenden Mitgliederzahlen und die Fülle der Aufgaben machen eine Umstrukturierung und Professionalisierung der Geschäftsstelle und der Vorstandsarbeit nötig. Die Homepage der DGHWi wird aktuell überarbeitet und soll im kommenden Frühjahr im neuen Gewand, funktionaler und übersichtlicher an den Start gehen. Bei der

kommenden Mitgliederversammlung am 13.2.2020 in Bochum stehen die Wahlen für alle Vorstandsämter an. Da sich einige Mitglieder des aktuellen Vorstands zurückziehen werden, hoffe ich auf viele interessierte und engagierte Kolleginnen, die sich für die Mitarbeit im Vorstand interessieren und sich zur Wahl stellen. Die Satzung der DGHWi sieht vor, dass mindestens drei Vorstandsmitglieder promoviert sein sollen. Daher sind insbesondere die schon erfahreneren Hebammenwissenschaftlerinnen zur Mitwirkung aufgerufen.

Und zuletzt in eigener Sache: Professorin Christiane Schwarz hat leider das Amt der Editor-in-Chief der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft niedergelegt. Herzlichen Dank an sie für ihre Arbeit für unsere Zeitschrift. Sehr gerne habe ich zunächst kommissarisch diese Aufgabe gemeinsam mit Annetrin Skeide übernommen.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre!

Darüber hinaus wünsche ich Ihnen und allen Mitgliedern der DGHWi eine friedliche Weihnachtszeit, einen guten Start in das Jahr 2020 und hoffe, Sie im kommenden Februar bei der Mitgliederversammlung und der Konferenz der DGHWi begrüßen zu können.

Ihre Dorothea Tegethoff

Editor-in-Chief, Stellvertretende Vorsitzende der DGHWi

Der Vorstand

Die Amtsperioden aller Vorstandsmitglieder enden im Februar 2020. Die Vorsitzende, die Stellvertretende Vorsitzende, die Schriftführerin, die Schatzmeisterin und 3 Beisitzerinnen wurden bei der 12. Mitgliederversammlung in Mainz gewählt. Lea Beckmann wurde als Beisitzerin in ihrem Amt bestätigt, laut Satzung ist eine zweimalige Wiederwahl möglich. Elke Mattern und Dorothea Tegethoff haben den Vorsitz übernommen. Martina Schlüter-Cruse, Nele Stejskal, Annkatrin Skeide und Tina Jung wurden neu in den Vorstand gewählt.

Im Frühjahr dieses Jahres hat Nele Stejskal ihr Amt als Schatzmeisterin niedergelegt. Seitdem ist Kerstin Böhm kommissarisch als Schatzmeisterin tätig. Im September 2019 hat auch Tina Jung ihr Amt als

Beisitzerin niedergelegt. Zur Unterstützung des Vorstands erbitten wir derzeit Beihilfe von Lena Agel und Caroline Agricola.

Um Kandidatinnen oder Kandidaten zu gewinnen, die sich im Februar 2020 zur Wahl stellen, werden die Verantwortungsbereiche der Vorstandsämter nachfolgend dargestellt. Die jeweiligen Aufgaben und Verantwortungsbereiche können bei Neubesetzung der jeweiligen Ämter neu verteilt werden.

Elke Mattern M.Sc.

Vorsitzende der DGHWi

Das Amt der Vorsitzenden

Seit 2012 bin ich im Vorstand der DGHWi tätig. Die ersten vier Jahre als Schriftführerin, dann zwei Jahre als Stellvertretende Vorsitzende und seit 2018 als Vorsitzende. Ich habe Stellungnahmen mitgeschrieben, kenne die Arbeit in Leitliniengruppen, war in Anhörungen des G-BA und IQWiG und an der Erstellung der ZHWi beteiligt. Als Vorsitzende unterstütze ich nun die Arbeit der anderen Vorstandsfrauen in diesen Bereichen, wenn gewollt oder nötig. Immer noch ist es Usus, dass der Vorstand organisiert und versucht, Mitglieder zu gewinnen, aber selbst antritt, wenn niemand zu finden ist. Das gilt auch für den Vorsitz.

In dieser Amtsperiode war, nach der Internationalen Fachtagung in Mainz, alles rund um das Hebammengesetz und die Studien- und Prüfungsverordnung das herausragende Ereignis. Kontakte zu Mandatsträgerinnen, zu Sektionen, zu den Hebammenverbänden, den Landesministerien, dem Gesundheitsministerium und dem Bundestag gehörten dabei zu meinen Aufgaben. Die gute Zusammenarbeit mit den Sektionen, den Mandatsträger/-innen, den Vorstandsfrauen und vor

allen Dingen auch mit der Stellvertretenden Vorsitzenden der DGHWi ist dabei enorm wichtig und ich sehe rückblickend, dass wir einiges geschafft haben.

Auch wenn bei weiter steigenden Mitgliederzahlen noch nicht alles rund läuft, so wagen wir uns doch auch schon wieder an weitere Projekte. Mit den Vorstandsfrauen, der Geschäftsstelle und den vielen unterstützenden Mitgliedern macht es mir Spaß, noch mehr zu erreichen. Als Vorsitzende vertrete ich die Fachgesellschaft bei vertraglichen Regelungen, plane gemeinsam mit den anderen Vorstandsmitgliedern die Vorstandssitzungen und Mitgliederversammlungen, bin verantwortlich für die inhaltliche Ausrichtung der Gesellschaft entsprechend der bestehenden Satzung und repräsentiere die Fachgesellschaft nach außen.

Elke Mattern M.Sc.

Vorsitzende der DGHWi

Das Amt der Stellvertretenden Vorsitzenden

Als Stellvertretende Vorsitzende habe ich in den letzten zwei Jahren in enger und vertrauensvoller Zusammenarbeit mit der Vorsitzenden Elke Mattern ganz unterschiedliche Aufgaben übernommen. Dazu gehörten in der Vorsitzenden-Funktion: die offizielle Vertretung der DGHWi gegenüber Dritten, offizielle Korrespondenz, inhaltliche Vor- und Nachbereitung von Mitgliederversammlungen und Vorstandssitzungen, Teilnahme an Veranstaltungen als Vertreterin der DGHWi, z. B. an Mitgliederversammlungen der AWMF, Mitgliederversammlungen und anderen Veranstaltungen des DHV bzw. seiner Landesverbände, Studiengangseröffnungen, Absolventinnenfeiern, Antrittsvorlesungen von Kolleginnen, gesundheitspolitischen Veranstaltungen, Sitzungen des G-BA, Anhörungen ... (vieles sehr und einiges weniger interessant!). Als Vorstandsmitglied habe ich vor allem viel gelesen und viel geschrieben.

Die laufenden Aktivitäten des Vorstandes, der Mandatsträgerinnen und der Sektionen erfordern viel Abstimmungsarbeit, die meist online erfolgt. Anfragen zu Stellungnahmen, zur Mitwirkung bei Initiativen, zur Mitzeichnung von Aufrufen, aber auch fachwissenschaftliche, bildungswissenschaftliche, politische und andere Dokumente gehören ebenso zur Lektüre. Auch die Stellungnahmen, Positionspapiere, Leitlinienentwürfe und andere Texte, die von Mitgliedern für die DGHWi verfasst werden, werden von den Vorstandsfrauen vor der Freigabe gelesen und abgestimmt. Dabei muss oft schnell reagiert werden, da die Fristen für Stellungnahmen fast immer kurz sind. Seit meiner Wahl zur Stellvertretenden Vorsitzenden im Februar 2018 habe ich an mehreren Stellungnahmen und Positionspapieren mitgeschrieben. Das bedeutet wiederum reichlich Lektüre, aber auch Kooperation mit anderen Autorinnen und viele Überarbeitungsschleifen. Im Zusammenhang mit

der Gesetzesnovelle gab es im zurückliegenden Sommer zudem eine ganze Reihe von Presseanfragen und Veröffentlichungen anderer Organisationen, auf die reagiert werden musste. Mir ist es wichtig, dass die DGHWi nicht nur reagiert, sondern, wie z. B. mit Positionspapieren von sich aus zu wichtigen Themen agiert.

Darüber hinaus gab es zahlreiche ganz unterschiedliche Tätigkeiten, wie die Vorbereitung von Veranstaltungen (z. B. die Internationale Fachkonferenz im Februar), die Teilnahme an den Vorstandssitzungen und die Durchführung der dort gefassten Beschlüsse. Dazu gehört z. B. die Mitgestaltung der Zeitschrift und v. a. der Homepage, die sich in Überarbeitung befindet.

Was ich an dem Ehrenamt mag:

- ♦ Die Zusammenarbeit mit den anderen Vorstandsfrauen und den ehrenamtlichen und angestellten Kolleginnen, die in der DGHWi tätig sind, ist sehr wertschätzend und vertrauensvoll.

- ♦ Es besteht die Möglichkeit, mit zu gestalten und Schwerpunkte zu setzen.
- ♦ Das Ehrenamt ist interpretierbar: natürlich gibt es Routinearbeiten, die erledigt werden müssen, darüber hinaus können aber auch eigene Interessen eingebracht werden.

Was ich an dem Ehrenamt anstrengend finde:

- ♦ Das E-Mail-Fach ist ziemlich voll.

Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA

Stellvertretende Vorsitzende der DGHWi

Das Amt der Schriftführerin

Als Schriftführerin liegt neben der aktiven Vorstandsarbeit meine zentrale Aufgabe in der Protokollierung und Dokumentation von Mitgliederversammlungen, Vorstandssitzungen und Telefonkonferenzen. Im Vorfeld erstelle ich in Abstimmung mit den Vorstandskolleginnen die Tagesordnung.

Darüber hinaus fällt in meinen Tätigkeitsbereich die Kommentierung und redaktionelle Bearbeitung von Positionspapieren, Stellungnahmen, Leitlinien, Standpunkten und Gesetzesentwürfen, z.B. zur Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV). Des Weiteren arbeite ich an Stellungnahmen mit und beteilige mich an entsprechenden Abstimmungen. Außerdem verfasse ich Textbeiträge für unsere Fachzeitschrift und den Newsletter. Zu meinen Aktivitäten gehört die Betreuung der Mandatsträger/innen, welche die DGHWi in Fachgesellschaften, Sektionen und in zahlreichen Arbeitsgruppen vertreten. In diesem Kontext fertige ich bei neu zu besetzenden Mandaten Ankündigen im Rundbrief an, begrüße die neuen Mandatsträger/innen und

korrespondiere mit den Fachgesellschaften. Als Vorstandsmitglied vertrete ich die DGHWi nach außen, z.B. durch die Teilnahme am Parlamentarischen Frühstück, am Symposium zur Akademisierung von Ausbildungen im Bereich der Gesundheitsfachberufe und die Vorstellung unserer Fachgesellschaft auf Landesdelegiertentagungen. Ich wirke an der Organisation und Gestaltung von Mitgliederversammlungen und Tagungen mit und arbeite im Kontakt mit der Geschäftsstelle.

Prof. Dr. Martina Schlüter-Cruse

Schriftführerin der DGHWi

Das Amt der Schatzmeisterin

Als Schatzmeisterin bin ich für den gesamten Zahlungsverkehr, die Buchhaltung, den Jahresabschluss und die Mitarbeiterinnenverwaltung zuständig. Die Mitgliederverwaltung teile ich mir mit der Mitarbeiterin in der Geschäftsstelle. Außerdem stehe ich in engem Kontakt mit dem Steuerberaterbüro, das die Lohnbuchhaltung für die DGHWi durchführt und die Steuererklärung erstellt. Darüber hinaus fallen die Ausfertigung und die Abwicklung von Verträgen ebenso in den Aufgabenbereich der Schatzmeisterin wie das Einholen von Kostenvoranschlägen und die Beteiligung an der Organisation unserer Fachkonferenz. Wie auch die anderen Vorstandsmitglieder arbeite ich ehrenamtlich und bin in die

gesamte Vorstandstätigkeit im Rahmen von Vorstandssitzungen und inhaltlicher Zuarbeit eingebunden.

Kerstin Böhm M.A.

Schatzmeisterin der DGHWi

Das Amt der Beisitzerin (1)

Der Aufgabenbereich, den ich übernommen habe, unterteilt sich in mehrere Teilbereiche. Ein Teil sind die Aufgaben als Mitglied des Vorstandes mit regelmäßigen Vorstandssitzungen und Telefonkonferenzen bei denen die anliegenden Aufgaben auf viele Schultern verteilt werden. Dazu gehört auch, die DGHWi bei verschiedenen Verbänden und Vereinen vorzustellen.

Zwischen den Sitzungen gilt es immer wieder Stellungnahmen, Positionspapiere etc. mitzulesen und zu kommentieren. Seit meiner Vorstandsmitgliedschaft bin ich das Bindeglied zwischen Vorstand und Organisationsteam bei den zwei jährlich stattfindenden internationalen Fachtagungen/ Konferenzen.

Außerdem koordiniere ich gemeinsam mit unserer Leitlinienbeauftragten, Lena Agel die Anfragen an die DGHWi, zur Mitarbeit bei der Leitlinienentwicklung und die Verwaltung der laufenden Prozesse zu diesem Thema.

Prof. Dr. Lea Beckmann

Beisitzerin der DGHWi

Das Amt der Beisitzerin (2)

Als Beisitzerin nehme ich an den regulären Vorstandsaktivitäten teil: an den zweimonatlichen Vorstandssitzungen, die der Organisation der Vorstandsarbeit dienen; an der Vorbereitung und Durchführung der verschiedenen Veranstaltungsformate der DGHWi; an der Abstimmung, Kommentierung und dem Verfassen von Stellungnahmen, Positions- und StandpunktPapieren.

Ich vertrete unsere Stellungnahmenbeauftragte Beate Ramsayer und entwickle gemeinsam mit ihr die genannten Publikationsformate sowie deren Bearbeitungsprozesse fortlaufend weiter.

Die Geschäftsstelle unterstütze ich in der Auswahl und Aufbereitung der Informationen an die Mitglieder.

Zusammen mit Tina Jung habe ich die Neugestaltung der DGHWi-Website auf den Weg gebracht und bin nun die Ansprechpartnerin für unseren Kooperationspartner.

Als Mitglied der Redaktion der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (ZHWi), ist es meine Aufgabe Vorstands- und Redaktionsarbeit auf einander abzustimmen sowie die ZHWi zusammen mit dem Vorstand der DGHWi und dem Redaktionsteam strategisch auszubauen und deren Qualität zu sichern.

Im Rahmen meiner Vorstands- und Redaktionsarbeit beteilige ich mich daran, die Weichen für die Entwicklung der Disziplin Hebammenwissenschaft zu stellen. Darin sehe ich eine bedeutsame Zukunftsaufgabe der DGHWi.

Dr. Annekatrin Skeide

Beisitzerin der DGHWi

Das Amt der Beisitzerin (3)

Wie meine beiden Beisitzerinnen-Kolleginnen Lea Beckmann und Annekatrin Skeide habe ich mich in verschiedene allgemeine Vorstandsaktivitäten eingebracht, an den Vorstandssitzungen teilgenommen, Anfragen zu Stellungnahmen mitabgestimmt, kommentiert und verschiedene Texte (mit-)verfasst, darunter u.a. ein Editorial für die Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (ZHWi) und für den Newsletter der DGHWi.

Wissenschaftskommunikation gewinnt einen immer größeren Stellenwert – in Forschung und Lehre, aber auch hinsichtlich der Vertretung der Interessen der DGHWi-Mitglieder in Wissenschaft, Praxis und Politik. Mein besonderer Tätigkeitsschwerpunkt lag in der Öffentlichkeitsarbeit der DGHWi. Hier habe ich die Geschäftsführung in der Pflege und Überarbeitung der bestehenden DGHWi-Homepage unterstützt und zusammen mit Annekatrin Skeide den Relaunch der DGHWi-

Homepage auf den Weg gebracht. Neben meiner Mitarbeit an der Zusammenstellung und Aufbereitung von Informationen über die ‚klassischen‘ Wege der Öffentlichkeitsarbeit – wie z.B. Homepage, Rundschreiben und Newsletter – habe ich mich auch für die Sichtbarkeit der DGHWi in den sozialen Medien engagiert. Gemeinsam mit Ulrike von Haldenwang habe ich den Facebook-Account der DGHWi gepflegt und darüber hinaus Anfang des Jahres einen Twitter-Account für die DGHWi eingerichtet. Ich freue mich, dass immer mehr Menschen sich auf diesen unterschiedlichen Wegen über die Arbeit der DGHWi informieren und bin sicher, dass hier auch für die Zukunft noch spannende Möglichkeiten liegen.

Dr. Tina Jung

Ehemalige Beisitzerin der DGHWi

Die Neugestaltung der DGHWi Website

Für die Neugestaltung der Website der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (<https://www.dghwi.de>) hat sich der Vorstand der DGHWi für die Zusammenarbeit mit der Firma „FORMLOS Berlin“ entschieden. In einem gemeinsamen Workshop, der Ende September in Berlin stattfand, sollte es darum gehen, sich inhaltlich zwischen dem Vorstand und den Mitarbeiter/innen von FORMLOS auszutauschen, um die gestalterische Arbeit vorzubereiten. Dazu wurden anhand eines vorgegebenen Repertoires Werte, Ziele und Positionen der DGHWi diskutiert, z.B. Professionalität und respektvolle Fürsorge, kritische Reflexivität und Lösungsorientierung. Um Farben, Illustrationen, Schriftarten, sowie die Anordnung der Webinhalte gezielt auszuwählen, wurde außerdem besprochen, an welche Personenkreise sich die Website wendet. Neben – auch international – wissenschaftlich Tätigen und Interessierten, wurden in diesem Zusammenhang in der versorgenden Praxis tätige Hebammen, Medienvertretende und Mitarbeitende in den Ministerien genannt. Die Aufgabe der Webdesigner/innen wird nun sein, diese Informationen in die Gestaltung der Website zu übersetzen.

Im Zuge des Workshops wurde auch die Struktur der Website überarbeitet. Das wichtigste Ziel ist dabei die Nutzer/innenfreundlichkeit. Dazu sollen wichtige Inhalte einfacher und schneller zugänglich gemacht werden, die Kommunikation zwischen Vorstand und Mitgliedern, u.a. auch in Bezug auf die Verwaltung der Mitgliedschaften und der Mitarbeit am Verfassen von Stellungnahmen, erleichtert werden. Es wurde eine strukturierte Darstellung der Inhalte – eine Sitemap – erstellt. Mit Hilfe dieser Sitemap entsteht nun das Groblayout, eine vereinfachte Darstellung der zukünftigen Gestaltung. Diese wird dann zusammen mit ausgewählten Designelementen erneut im Rahmen eines Online-Workshops diskutiert, der voraussichtlich Mitte November stattfinden wird. Danach geht es an die Programmierung der Website. Voraussichtlich zu Beginn des kommenden Jahres wird eine Testversion ausgearbeitet sein.

Dr. Annekatrin Skeide

Beisitzerin DGHWi

S2k-Leitlinie Sozialpädiatrischen Nachsorge extrem unreifer Frühgeborener mit einem Geburtsgewicht unter 1000 Gramm

Im Jahr 2018 wurde in einem sehr angenehmen Arbeitsklima die interdisziplinäre S2k Leitlinie zur „Sozialpädiatrischen Nachsorge extrem unreifer Frühgeborener mit einem Geburtsgewicht unter 1000 Gramm“ unter Leitung von Dr. med. C. Wurst überarbeitet (AWMF-Registernummer 071-013). Für die DGHWi hat sich Mirjam Peters an der Überarbeitung des Abschnitts zum ersten Lebensjahr der Kinder beteiligt.

Die Leitlinie ist überwiegend in Tabellenform verfasst, damit die Leserin/der Leser einen schnellen Überblick bekommen kann. Ausgehend von der Anamnese werden mögliche Symptome und darauf aufbauend mögliche weiterführende Maßnahmen und Konsequenzen erläutert. So wird beispielsweise bei einer elterlichen Unzufriedenheit mit der Ent-

wicklung des Kindes ein interdisziplinärer Austausch aller Berufsgruppen vorgesehen. Hat ein Kind Probleme mit der Nahrungsaufnahme oder liegen bei der Familie besondere Belastungen vor, wird eine Hebammenbegleitung empfohlen. Auch können Hebammen in dieser Leitlinie schnell nachschlagen, bei welchen anamnestischen Auffälligkeiten, welche Maßnahmen getroffen werden sollten, dies kann der eigenen Orientierung und der der begleiteten Familien dienen.

Mirjam Peters M.Sc.

Errata:

Der DHV und die DGHWi haben jeweils eine Stellungnahme zum Referenten- und später Gesetzesentwurf zur Reform der Hebammenausbildung abgegeben. Diese Stellungnahmen sind in weiten Teilen deckungsgleich. Einige wenige Unterschiede bestehen jedoch, die für beide Seiten so bedeutend sind, dass sie sich einvernehmlich gegen eine gemeinsame Stellungnahme entschieden. Der ICM hat dem Österreichischen Hebammengremium, dem Schweizerischen Hebammenverband und dem Deutschen Hebammenverband die Rechte zur gemeinsamen Übersetzung der „Competencies of Midwifery Practise“ erteilt. Diese vom ICM autorisierte Übersetzung wird in Bälde publiziert. Sie kann dann in Auszügen auch in der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft erscheinen.

Der Beitrag "Neue S2k-Leitlinie Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei Frauen mit Querschnittslähmung" auf Seite 9 im Band 07/Heft 01 (2019) war von Prof. Dr. Ute Lange verfasst worden.

Aktuelle Informationen zu den Mandaten der DGHWi

Expertinnengruppe „Versorgungsmodelle“ des Deutschen Hebammenverbands e.V. (DHV)

Im Jahr 2017 wurde vom DHV eine Expertinnengruppe gegründet, die sich mit der Entwicklung von neuen Hebammenversorgungsmodellen beschäftigen sollte. Die DGHWi wurde um Mitarbeit gebeten und entsandte zwei Mandatsträgerinnen. Im Jahr 2018 wurde die Arbeit in der Gruppe aufgenommen, die sowohl kurzfristig umsetzbare Modelle zur Verbesserung der Organisation von Hebammenarbeit erarbeiten soll als auch eine längerfristige Vision von Hebammenversorgung in Deutschland. Die DGHWi wird seit Mai 2018 durch Dr. Christine Loytved und Maria Jacobi in der Expertinnengruppe vertreten. (Maria Jacobi, B.Sc.)

Maria Jacobi hat 2004 ihr Hebammenexamen abgelegt und anschließend in der klinischen Geburtshilfe sowie in der außerklinischen Betreuung in Schwangerschaft und Wochenbett gearbeitet. Den Bachelorabschluss in Hebammenkunde erwarb sie 2016 in Köln, im Herbst 2019 schloss sie ihr Masterstudium in Pflegewissenschaft in München ab.

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF)

Seit Juni 2019 betreut Andrea Komlew, B.A. gemeinsam mit Mirjam Peters, M.Sc. die Mitgliedschaft der DGHWi im DNVF. Sie löst damit Prof. Dr. Mechthild Groß in dieser Funktion ab.

Andrea Komlew sammelte nach ihrem Examen (2004) Erfahrungen in der klinischen und außerklinischen Geburtshilfe und arbeitete freiberuflich in der Schwangerenvorsorge und Wochenbettbetreuung. Einige Jahre war sie als Familienhebamme tätig. Im Jahr 2014 begann sie ihre Hochschulausbildung im Studiengang „Pflegepädagogik“ (B. A.) an der Katholischen Stiftungshochschule München und erwirbt ihren Masterabschluss in dem Studiengang „Angewandte Versorgungsforschung“. Derzeit arbeitet sie in der Fachstelle „Frau und Gesundheit“ für das Referat für Gesundheit und Umwelt in München.

AG „Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung“ des DNVF

Seit März 2019 vertritt Caroline Agricola, B.Sc mit Prof. Dr. Martina Schlüter-Cruse die DGHWi in der AG „Zusammenarbeit in der Gesund-

heitsversorgung“ des DNVF. Sie löst damit Prof. Dr. Melita Grieshop in dieser Funktion ab.

Caroline Agricola ist Hebamme und hat ihren Bachelor of Midwifery 2018 an der Hochschule Osnabrück abgeschlossen. Mit Oktober 2019 hat sie den Master für Gesundheits- und Versorgungswissenschaften an der Universität zu Lübeck begonnen. Seit 2016 arbeitet sie in der klinischen Geburtshilfe in Hamburg und ist dort für die praktische Ausbildung der werdenden Hebammen mitverantwortlich.

Wissenschaftlicher Beirat des Netzwerks „Gesund ins Leben“

Zum 1. Juli 2019 erklärte sich Prof. Dr. Claudia Hellmers bereit, die DGHWi für weitere drei Jahre als Mandatsträgerin zu vertreten.

Sektion Kind, Bindung und emotionale Entwicklung

Seit April 2019 unterstützt Susanne Knaust, Dipl.-Sozialpädagogin/ Sozialarbeiterin neben Dr. Inés Brock die Sektion als Sprecherin.

Susanne Knaust war nach Erlangung des Diplomes zur Sozialpädagogin/Sozialarbeitern (FH) in einer geschlossenen Einrichtung für emotional belastete Jugendliche in Franken tätig. Zwischen 2011 und 2014 implementierte sie das Präventiv Aufsuchend Arbeitende Team (PAAT) der Stadt Leipzig, das im Rahmen der Frühen Hilfen Schwangeren und jungen Familien mit Kindern bis zu drei Jahren niedrigschwellige Hilfe anbietet. Seit 2014 arbeitet sie im Allgemeinen Sozialdienst der Stadt Leipzig und verfolgt berufsbegleitend seit Anfang 2019 das Dissertationsvorhaben mit dem Thema „Der Einfluss der Geburtserfahrung auf die Mutter-Kind-Beziehung“. Mitte 2019 stellte sich Frau Knaust als Sektionssprecherin neben Dr. Inés Brock für die Sektion „Kind, Bindung und emotionale Entwicklung“ zur Verfügung.

Beiträge von Caroline Agricola B.Sc., Andrea Komlew B.A., Maria Jacobi B.Sc. und Dipl.-Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin Susanne Knaust; zusammengestellt und ergänzt von Prof. Dr. Martina Schlüter-Cruse und Friederike Hesse, B.A., B.Sc.

Mandat im Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.

EbM-Jahrestagung

Das Mandat im Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. beinhaltet zwei Aufgabenbereiche. Zum einen werden die Newsletter des EbM-Netzwerks gelesen und ausgewertet und gegebenenfalls relevante Informationen an den Vorstand der DGHWi weitergegeben. Zum anderen erfolgt der Besuch der Jahrestagung des Netzwerks.

Das Motto der 20. Jahrestagung des EbM-Netzwerks, die an der Charité stattfand, lautete „EbM und digitale Transformation in der Medizin“. Thematisch bezog sich das Programm nicht ausschließlich

auf das Motto, sondern zeigte sich recht vielseitig: neben typischen EbM-Schwerpunkten (Leitlinien, Patienteninformationen, EbM-Methoden) konnte in Symposien und Workshops beispielsweise auch zu Belangen der Gesundheitsfachberufe gearbeitet und diskutiert werden. Die Posterpräsentation wartete auf mit einer Vielzahl medizinischer und gesundheitsrelevanter Themen, auch die Hebammenwissenschaften waren vertreten.

Einige besonders relevante Inhalte und Diskurse der Tagung sollen im Folgenden zusammengefasst werden:

Innerhalb des EbM-Netzwerks bestehen mehrere Fachbereiche, die am ersten Kongresstag ihre Jahressitzung abhielten. Der *Fachbereich Gesundheitsfachberufe* beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit Fragen nach der Erneuerung der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, Fragen der Akademisierung der Gesundheitsfachberufe und Fragen nach Evidenzbasierung in Ausbildung und Praxis der Gesundheitsfachberufe. Auf der Fachbereichssitzung zeigte sich, dass nur wenige Hebammen im Fachbereich vertreten sind und von Seiten der Sprecherinnen wurde betont, dass neue Mitglieder herzlich willkommen sind. Kontaktdaten sowie eine ausführliche Ziel- und Aufgabenbeschreibung des Fachbereichs lassen sich auf der Homepage des EbM-Netzwerkes einsehen.

Die EbM-Mandatsträgerinnen der DGHWi sind stimmberechtigte Mitglieder im Netzwerk und können sich an Vorstandswahlen und sonstigen Abstimmungen beteiligen. Von diesem Recht wurde Gebrauch gemacht. Als erster Vorsitzender wurde Andreas Sönnichsen durch die Mitgliederversammlung gewählt. Der gesamte neue Vorstand stellt sich auf der Homepage des Netzwerks vor. Gerd Antes wurde einstimmig zum Ehrenmitglied gewählt.

In der Veranstaltung mit dem Titel „Praxistauglich? – Wie lassen sich Leitlinien besser in den Berufsalltag integrieren?“ wurden Studien zum Praxistransfer von Leitlinien vorgestellt. Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte wünschen sich diesen zufolge eine schnelle und einfache Lesbarkeit und Anwendungshilfen wie Checkboxen und übersichtliche Algorithmen. Als ein Kernergebnis stellte sich ein starker Zusammenhang zwischen Akzeptanz des Inhalts der Leitlinie und deren Anwendung dar. Der Diskurs darüber, ob und wie für eine größere Akzeptanz gesorgt werden könne, blieb offen.

Das Thema digitale Transformation wurde von verschiedenen Perspektiven aus kritisch betrachtet:

Die Medizinethikerin Christiane Woopen gab Beispiele für eine Prüfung digitaler Tools anhand ethischer Werte wie Menschenwürde, Autonomie, Verantwortung und Sicherheit. Ihre Take Home Message war „Die Zunahme digitaler Möglichkeiten fordert eine Zunahme an ethischer Auseinandersetzung“.

Gerd Antes betonte, dass große Datenmengen nicht in der Lage seien, Evidenz aus prospektiven Studien zu ersetzen und dass Big Data dazu verleiten könne, Korrelationen mit Kausalitäten zu verwechseln. Er warnte vor der Falle Big Data der Krankenkassendaten: „Abrechnungsdaten sind keine Gesundheitsdaten!“

Denkanstöße zur Bewertung von Gesundheits-Apps gab Urs-Vito Albrecht. Eine wissenschaftliche und ethische Auseinandersetzung mit der Nutzung und dem Nutzen von Apps im Gesundheitswesen und in der Medizin stehe aus. Außerdem seien Apps aufmerksam im Kontext des Gesundheitswesens zu betrachten: „Die Maschine kommt zur rechten Zeit: man muss das System nicht ändern, sondern nutzt die Technologie, um das System erhalten zu können.“

Den Schlussgedanken gab John Ioannidis: „die digitale Transformation in der Medizin führt uns nicht per se zu der Evidenz, die wir brauchen, um relevante Entscheidungen für eine nutzer/innengerechte gesundheitliche Versorgung zu treffen“ und leitete damit über zum Motto der EbM-Tagung 2020: *Nützliche, patientenrelevante Forschung – wie bekommen wir die Evidenz, die wir brauchen?*

Bedauerlicherweise findet die kommende Jahrestagung zeitgleich mit der 5. Internationalen Konferenz der DGHWi im Februar 2020 statt.

Dipl. Pflegepädagogin Karin Niessen & Manuela Raddatz M.Sc.

5. Internationale Konferenz „Versorgungsmodelle im Fokus der Hebammenwissenschaft“

am 13. und 14. Februar 2020 an der Hochschule für Gesundheit Bochum

Die Vorbereitungen laufen auf Hochtouren!

Ein großer Meilenstein im Rahmen der Planung der 5. Internationalen Konferenz der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) ist nun geschafft, denn der Call for Abstracts wurde am 30.09.2019 nach einer zweiwöchigen Verlängerung mit einem sehr erfreulichen Ergebnis in Form einer Vielzahl an eingereichten Abstracts abgeschlossen.

Im Rahmen des Calls wurden sowohl nationale als auch internationale Abstracts mit spannenden und vielseitigen Themen eingereicht. Je zwei Reviewer/innen haben jedes Abstract beurteilt und damit die Themen ausgewählt, die auf der Konferenz vorgetragen oder in einem Workshop bearbeitet werden. Das Programm steht nun. Sie finden es auf den nächsten zwei Seiten.

In der kommenden Woche wird auch eine Auflistung aller Poster fertiggestellt. Diese finden Sie unter anderem auf der Internetseite der DGHWi unter <https://www.dghwi.de/index.php/5-internationale-konferenz>. Für die Anmeldung zur Konferenz ist im Vorfeld der Tagung generell eine Online Anmeldung nötig.

Anmeldungen können über die Website der DGHWi oder unter <https://eval.hs-gesundheit.de/index.php/743992?newtest=Y&%20lang=de> erfolgen.

Wir freuen uns bereits jetzt auf eine abwechslungsreiche und vielseitige Konferenz mit spannenden Präsentationen und Diskussionen.

Ihr Planungsteam!

Models of Care in Midwifery Versorgungsmodelle im Fokus der Hebammenwissenschaft

5th International Conference of the German Society of Midwifery

5. Internationale Konferenz der DGHWi e.V.

February 13 & 14, 2020 – Hochschule für Gesundheit – Gesundheitscampus 6-8 – 44801 Bochum

Thursday, 13.02.2020

11:00 – 15:00	General Meeting of the German Society of Midwifery <i>Mitgliederversammlung der DGHWi e.V.</i> (Mittagspause eingeschlossen)
14:30 – 15:30	Registration
15:30 – 15:45	Greeting and words of welcome Elke Mattern M.Sc., Vorsitzende der DGHWi; Prof.in Dr.in Rainhild Schäfers, hsg Bochum; Prof.in Dr.in Kerstin Bilda, Vizepräsidentin für Forschung, hsg Bochum; and others
15:45 – 16:30	Keynote Applying a Quality Care Framework in clinical practice evaluation <i>Anwendung eines qualitativ hochwertigen Versorgungsmodells in der Evaluation der klinischen Praxis</i> <u>Andrew Symon</u> RM, MA (Hons), PhD (Social Policy), University Dundee, Scotland
16:30 – 16:50	Presentation 1 Qualität der Hebammenbegleitung - Ist eine Bewertung aus Sicht der Frauen möglich und sinnvoll? <i>Quality of midwifery care - Is an evaluation from the women's point of view possible and useful?</i> <u>Mirjam Peters</u> , Petra Kolip, Rainhild Schäfers
16:50 – 17:05	Break
17:05 – 17:25	Presentation 2 A midwifery model of woman centred care in Swedish and Icelandic settings (MiMo) <i>Ein Modell der Frauen-zentrierten Hebammenversorgung in Schweden und Island (MiMo)</i> <u>Ólöf Ásta Ólafsdóttir</u> , Ingela Lundgren, Marie Berg
17:25 – 18:15	Symposium The Nordic Network of Academic Midwives – NorNAM <i>Das Skandinavische Netzwerk der akademisch qualifizierten Hebammen – NorNAM</i> <u>Ellen Blix</u> , Tine Schauer Eri, Ólöf Ásta Ólafsdóttir
18:15 – 19:15	Get Together

Friday, 14.02.2020

08:30 – 09:00	Registration
09:00 – 09:20	Presentation 3 Augmented Reality gestütztes Lernen in der hochschulischen Hebammenausbildung (Heb@AR) <i>Augmented reality supported learning for (student) midwives (Heb@AR)</i> <u>Annette Bernloehr</u> , Thies Pfeiffer, Nicola H. Bauer
09:20 – 09:40	Presentation 4 Curricularer Einbezug von Sprach- und Integrationsmittlerinnen in Lehreinheiten des Studiums der Hebammenkunde (RundUm) <i>Curricular inclusion of language and integration mediators in teaching units of the study of midwifery (RundUm)</i> <u>Angela Rocholl</u> , Ute Lange, Ute Galonski
09:40 – 10:00	Presentation 5 Transitioning to a midwife-led model of care – a case study from Bangladesh <i>Der Wandlungsprozess hin zu einem hebammengeleiteten Versorgungsmodell – eine Fallstudie aus Bangladesch</i> <u>Michaela Michel-Schuldt</u> , Caroline S.E. Homer, Alison McFadden
10:00 – 10:15	Break
10:15 – 10:45	Poster session 1
10:45 – 11:00	Break

	Parallel Workshops (90 minutes each) Meilenstein Promotion – Welcher Weg führt dahin? <i>Milestone doctoral dissertation – How is it achieved?</i> <u>Gertrud M. Ayerle</u> , Michaela Michel-Schuldt; Nicola Bauer; Mechthild Groß; Claudia Hellmers Evaluating the effectiveness of an E-Learning Tool designed to improve the accuracy of visual estimation of maternal blood loss during water birth. <i>Wirksamkeitsevaluation eines E-Learning Tools, das die Genauigkeit der visuellen Schätzung des mütterlichen Blutverlusts bei einer Wassergeburt verbessern soll</i> <u>Ethel Burns</u> Die praktische Umsetzung der Studie „Be-Up: Geburt aktiv“ aus Sicht von Studierenden, die aktiv an deren Organisation mitarbeiten <i>The practical implementation of the clinical trial „Be-Up“ from a students' perspective who actively support its management</i> <u>Theresa Oganowski</u> , Elke Mattern, Sabine Striebich, Gertrud M. Ayerle Einführung in die Erstellung systematischer Übersichten mit dem GRADE-Ansatz <i>Introduction in performing systematic reviews using the GRADE approach</i> <u>Nina Peterwerth</u> Was können Hebammenstudierende im alternativen Gebärraum der Studie "Be-Up: Geburt aktiv" lernen? <i>Learning opportunities for midwifery students in alternative labour rooms of the clinical trial „Be-Up“</i> <u>Sabine Striebich</u> , Theresa Oganowski, Ronja Ocker, Gertrud M. Ayerle  Guided Tour through the University of Applied Science <i>Führung durch die Hochschule für Gesundheit</i>
11:00 – 12:30	
12:45 – 14:00	Lunch
14:00 – 14:20	Presentation 6 Geburtshilfliche Versorgungsmodelle und Wohlbefinden von Hebammen – eine quantitative Querschnittstudie in Nordrhein-Westfalen <i>Models of care and wellbeing of midwives – a quantitative cross-sectional survey in North Rhine-Westphalia, Germany</i> <u>Andrea Villmar</u> , Claudia Hellmers, Nicola H. Bauer
14:20 – 14:40	Presentation 7 Einfluss von Migrationshintergrund und niedrigem sozioökonomischen Status auf die Nutzung von aufsuchender Wochenbettbetreuung in Deutschland <i>Influence of migration background and low socio-economic status on utilization of postnatal homebased midwifery care in Germany</i> <u>Miriam Peters</u> , Andrea Villmar, Thomas Hering, Nicola H. Bauer, Rainhild Schäfers
14:40 – 15:00	Presentation 8 Bedürfnisse schwangerer Frauen mit großer Angst vor der Geburt: Empirische Grundlage für eine Nutzerinnen-orientierte Versorgung <i>Needs of pregnant women with severe fear of childbirth: Empirical foundation for women-centred maternity care</i> <u>Sabine Striebich</u> , Gertrud M. Ayerle
15:00 - 15:15	Break
15:15 – 15:45	Poster session 2
16:00 - 16:20	Presentation 9 Entwicklung neuer Gesundheitsversorgungsmodelle durch "Advanced Practice" Hebammen: Der MSc Hebamme <i>Development of new health provision models by advanced practice midwives: The Master of Science in Midwifery</i> <u>Eva Cignacco</u> , Paola Origlia Ikhilor
16:20 – 17:10	Panel discussion Kompetenzerwerb im Masterstudiengang: Was ist zusätzlich sinnvoll? <i>Competence acquisition in the Master's programme: What is meaningful, additionally?</i>
17:10 – 17:30	Conclusion & Poster Award (for Bachelor und Master thesis)

All presentations, the symposium and the panel discussion will be simultaneously translated from German into English and from English into German.

Alle Präsentationen, das Symposium und die Podiumsdiskussion werden simultan vom Deutschen ins Englische und vom Englischen ins Deutsche übersetzt.

Für die Teilnahme am 13.2.2020 werden 3 Fortbildungspunkte und am 14.2.2020 werden 7 Fortbildungspunkte gemäß §7 HebBo NRW vergeben.

Das neue Hebammengesetz

Am 17. Oktober 2018 kündigte der Bundesgesundheitsminister Jens Spahn gegenüber den Medien erstmals an, dass „Hebammen und Entbindungspfleger zukünftig in einem dualen Studium auf den Beruf vorbereitet werden sollen“. Kurze Zeit später lud das Bundesgesundheitsministerium (BMG) zu einem Symposium zur „Akademisierung von Ausbildungen im Bereich der Gesundheitsfachberufe“ nach Köln ein. Zahlreiche Vertreterinnen und Vertreter aus Politik, Hochschulen, Fach- und Berufsverbänden der Gesundheitsfachberufe waren am 14.11.2018 dort vertreten und forderten einhellig eine generelle Akademisierung und damit die Änderung der Berufsgesetze.

Am 20.03.2019 erhielten wir einen ersten "Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung". Verbände, Institutionen, Bundesressorts und Länder wurden aufgefordert, dazu Stellung zu nehmen. „Ziel dieses Gesetzentwurfs [sei] es, den Hebammenberuf zukunfts-gerecht weiterzuentwickeln, attraktiver zu machen und die Qualität der Ausbildung zu verbessern sowie die Richtlinie 2005/36/EG umzusetzen“. Dem Erläuterungstext des Entwurfes ist außerdem zu entnehmen: „Hebammen sollen den Anforderungen des komplexer werdenden Gesundheitssystems durch eine anspruchsvolle, stärker wissenschaftlich ausgerichtete und gleichzeitig berufsnahe Ausbildung begegnen können und so der herausragenden Verantwortung, die der Hebammenberuf mit sich bringt, gerecht werden“ [1].

Noch vor Abgabe der Stellungnahme (12.04.2019) fand am 09.04.2019 im BMG die nicht öffentliche Anhörung statt, bei der die DGHWi durch Frau Professorin Melita Grieshop und Frau Mandy Funk vertreten war.

Nach Anfrage des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes und der Evangelischen Hochschule Berlin konnte sich die DGHWi am 10.04.2019 an der Ausrichtung eines Parlamentarischen Frühstückes im Bundestag beteiligen. Zahlreiche Mitglieder des Bundestages aus allen Parteien kamen mit den Vertreterinnen der DGHWi ins Gespräch und ließen sich ihre Sicht auf die Gesetzesnovelle erläutern.

Nach Auswertung der Stellungnahmen im BMG wurde am 15.05.2019 ein Kabinettsentwurf für das Hebammenreformgesetz (HebRefG) beschlossen und dem Bundestag zugestellt.

Am 6. Juni 2019 wurde über das HebRefG (Drucksache 19/10612) im Deutschen Bundestag in erster Lesung beraten und an die Ausschüsse für "Arbeit und Soziales", "Familie, Senioren, Frauen und Jugend" und "Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung" unter Federführung des "Ausschusses für Gesundheit" überwiesen. Es folgte eine öffentliche Anhörung zum HebRefG im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages am 26.06.2019. Neben je einer Vertreterin der Hebammenverbände DHV und des BfHD waren Frau Professorin Nicola Bauer als Sachverständige der DGHWi und Frau Professorin Melita Grieshop als Einzelsachverständige eingeladen. Der Wissenschaftsrat wurde durch Frau Professorin Friederike zu Sayn-Wittgenstein vertreten. Die Vertreterinnen der Hebammen wurden von den Ausschussmitgliedern ausführlich zum vorliegenden Gesetzentwurf befragt und gaben detaillierte Auskünfte. Wortprotokoll und Videoaufzeichnung sind über die Website des Bundestages einsehbar.

Die erste Lesung im Bundesrat erfolgte am 28. Juni 2019. Eine Ausschussempfehlung zur Drucksache 229/19 führte zur Stellungnahme des Bundesrats zum HebRefG und zu weiteren Abstimmungen

zwischen Vertreter/-innen des BMG, des Bundestages und -rates. Die DGHWi hat in dieser Zeit durch Formulierung von Standpunkten den Entscheidungsträgern weitere Informationen zur Verfügung gestellt. Wiederholt haben wir darauf hingewiesen, dass die Gesamtverantwortung für die Qualifizierung bei der Hochschule liegen muss und wir uns auch deshalb gegen einen Vertrag zwischen Praxiseinrichtung und Studierenden aussprechen. Weitere Themen waren eine kurze Übergangszeit zu einer generellen Qualifizierung auf Bachelorniveau, die Aufnahme der Schwangerschaft zu den vorbehaltenen Tätigkeiten und die Möglichkeit eines Praxiseinsatzes auch in den Frühen Hilfen. Zudem hat die DGHWi akademische Weiterqualifizierungsprogramme für fachschulisch ausgebildete Hebammen (auch berufsbegleitend) gefordert, die fachschulisch erworbene Kompetenzen zu 50% berücksichtigen. Darüber hinaus sollten nach Ansicht der DGHWi individuelle Lösungen durch Einzelfallprüfungen möglich werden. Widersprochen hat die DGHWi dem Änderungsantrag aus dem Bundesland Nordrhein-Westfalen, das von Hebammen mit Bachelor vor der Aufnahme einer freiberuflichen Tätigkeit einen Erfahrungsnachweis von 150 in der Klinik begleiteten Geburten forderte.

Am 26.09.2019 hat der Bundestag einem in wenigen Punkten veränderten Gesetzentwurf in zweiter und dritter Lesung zugestimmt. Die Änderungen sind in der Drucksache 19/13588 „Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit“ zum HebRefG festgehalten [3].

Zur Verabschiedung im Bundesrat empfahl der Bundesratsausschuss für Kulturfragen die Einberufung des Vermittlungsausschusses, um eine zwischen Bund und Ländern einvernehmliche Aufteilung der finanziellen Belastung herbeizuführen (Drucksache 504/1/19). Der im Bundesrat federführende Gesundheitsausschuss empfahl, dem Gesetz zuzustimmen und eine Entschließung einzubringen.

Am 08.11.2019 hat der Bundesrat dem vom Bundestag verabschiedeten HebRefG ohne Änderungen zugestimmt. In der begleitenden Entschließung ist die Bundesregierung aufgefordert, die Auswirkungen des § 20 Absatz 2 HebRefG bei bestehenden Hebammenstudiengängen zu prüfen und das Gesetz gegebenenfalls "dahin gehend zu ändern, dass der Leitung des Studiengangs Zeit bis Ende des Jahres 2025 eingeräumt wird, um die geforderte Qualifikation zu erlangen" [5]. Eine Frist für eine diesbezügliche Gesetzesänderung gibt es nicht.

Das Gesetz wird nun dem Bundespräsidenten zur Unterzeichnung zugeleitet. Mit der Verkündung im Bundesgesetzblatt soll es zum 1. Januar 2020 in Kraft treten.

Die Sektion Hochschulbildung berichtet über die vom BMG zu erlassende Studien- und Prüfungsverordnung (StPrV). Dieser muss der Bundesrat zustimmen.

Wir danken allen, die sich dafür eingesetzt haben, dass das Hebammengesetz und die Studien- und Prüfungsverordnung tragfähige Grundlagen für die zukünftige Qualifizierung von Hebammen werden. Wir hoffen, dass beide bis Ende dieses Jahres rechtskräftig werden.

Elke Mattern, M. Sc. und Prof. Dr. phil. Dorothea Tegethoff MHA

Literatur: siehe Seite 90

Bericht aus der Sektion Kind, Bindung und emotionale Entwicklung

Die Kompetenz von Hebammen bezieht sich nicht nur auf die Begleitung von Schwangeren und Gebärenden oder Wöchnerinnen und ihre Familien, sondern auch auf das Wohlergehen des Ungeborenen, des Neugeborenen und des Säuglings. In unserer Sektion fokussieren wir auf diese Expertise. Deshalb haben wir uns im letzten halben Jahr in zwei Sitzungen damit beschäftigt, wie die emotionale Entwicklung des Kindes und insbesondere die prä-, peri- und postnatale Psychologie dem Hebammenwissen noch intensiver zugänglich gemacht werden kann.

Dazu haben wir drei laufende Projekte, die in der Bearbeitungsphase sind. Erstens möchten wir im Prozess der weiteren Etablierung und professionellen Schärfung der hebammenwissenschaftlichen Studiengänge einen Vorschlag entwickeln, wie psychologisches und sozialpädagogisches Wissen im Modulplan integriert werden kann. Bei unserer Recherche in zugänglichen Modulplänen waren wir überrascht, wie wenig Raum Psychologie und Sozialpädagogik im Studium einnehmen. Für die Konzeption der vorgeschlagenen Pflichtmodule „Grundlagen der Psychologie“ – durch Psychologen gelehrt – und „Sozialpädagogische Handlungsfelder rund um die Geburt“ fühlen wir uns bestärkt durch die Ziele und Empfehlungen des nationalen Gesundheitszieles „Gesundheit rund um die Geburt“. Dieses Wissen möchten

wir als zweites Projekt auch Hebammen zugänglich machen, die ihre Ausbildung bereits abgeschlossen haben. Dazu erarbeiten wir derzeit einen Leitfaden mit zentralem Grundlagenwissen und wollen der DGHWi vorschlagen, spezifische Weiterbildungen dazu zu entwickeln und anzubieten.

Als drittes Projekt bearbeiten wir gerade eine Stellungnahme zum „Kindergesundheitsreport – Eine Routinedatenanalyse zu mittelfristigen Auswirkungen von Kaiserschnitt und Frühgeburt“ der Technikerkrankenkasse. Das spannende an diesem Report ist, dass erstmals auch ein ausführliches Kapitel die psychische Persönlichkeitsentwicklung und die möglichen Entwicklungsbeeinträchtigungen für die Kinder in den Blick nimmt und nicht ausschließlich die somatischen Befunde aus der Neonatologie und Pädiatrie.

Dieser neue Schwung in unserem Themenfeld hat bereits weitere interessierte Mitglieder angelockt und wir würden uns freuen, in Zukunft zusätzliche Fachexpertise einbinden zu können.

Dr. Inés Brock

Sprecherin der Sektion Kind, Bindung und emotionale Entwicklung

kontakt@ines-brock.de

Bericht zur Novellierung des Hebammengesetzes

Das Gesetzgebungsverfahren für die Reform der Hebammenausbildung schreitet voran. Seit dem 23.08.2019 liegt nun auch ein erster Entwurf für die Studien- und Prüfungsverordnung vor, für den Mitgliedsfrauen aus der Sektion Hochschulbildung auf Anfrage des BMG und im Auftrag der DGHWi Zuarbeit geleistet haben. Die beteiligten Kolleginnen erstellten einen Entwurf für ein Kompetenzprofil, welches die Fähigkeiten und Fertigkeiten beschreibt, über die die Absolventinnen und Absolventen eines hebammenwissenschaftlichen Bachelor-Studiums in Zukunft verfügen sollen. Außerdem entwickelten sie in Anlehnung an dieses Kompetenzprofil einen Vorschlag für die Stundenaufteilung und Inhalte der Praxiseinsätze des Hebammenstudiums sowie einen Entwurf für Prüfungsformate, die geeignet sind, die praktischen Anteile der staatlichen Prüfung unter hochschulischen Bedingungen und mit Kohortengrößen von bis zu 60-70 Studierenden durchzuführen.

In der jetzt vorliegenden Fassung der Studien- und Prüfungsverordnung für das Hebammenstudium wurden leider nicht alle von der DGHWi formulierten Ideen berücksichtigt. Zudem finden sich in dem Entwurf verschiedene Aspekte, bei denen die DGHWi Nachbesserungsbedarf erkennt. Diese betreffen beispielsweise die Frage der Gesamtverantwortung für das Studium, die Regelung der Praxisanleitung und -begleitung wie auch Prüfungsmodalitäten. Die DGHWi hat ihre Kritik wie auch die Verbesserungsvorschläge in einer Stellungnahme formuliert und im BMG eingereicht. Zudem hatten Vertreterinnen der DGHWi (Prof. Melita Grieshop, Prof. Barbara Baumgärtner) die Gelegenheit, am 30.09.2019 im Rahmen einer nicht öffentlichen Anhörung

im BMG den Entwurf der Studien- und Prüfungsverordnung mit den Vertreter/innen des BMG, verschiedener Verbände, Krankenkassen und politischer Institutionen zu diskutieren und die Einwände vorzubringen.

Auf die an die Bundesregierung gerichtete Frage des Bundesrats, ob gegenwärtige oder zukünftige Studienstandorte durch § 20 HebRefG gefährdet sind (Studiengangsleitung darf nur eine Person sein, die die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung Hebamme besitzt), hat die DGHWi mit einer Übersichtstabelle zu den Qualifikationen der gegenwärtigen Studiengangs- bzw. Studienbereichsleitungen reagiert. Aus dieser geht eindeutig hervor, dass eine Gefährdung nicht vermutet werden muss. Eine fachfremde Besetzung der Studiengangsleitung ist nicht gerechtfertigt, auch nicht für eine Übergangszeit.

Aus den Ländern hören wir, dass sich mittlerweile die Aktivitäten verstärkt auf die Einrichtung neuer, primärqualifizierender Studiengänge richten. Diese Entwicklung ist positiv zu bewerten. Gleichzeitig dürfen wir jedoch nicht aus dem Auge verlieren, dass diese Studiengänge nur mit einer ausreichenden Finanzierung und ausreichendem sowie qualifiziertem Personal durchgeführt werden können. Hier warten noch einige Aufgaben auf uns.

Prof. Dr. Barbara Baumgärtner

Sprecherin der Sektion Hochschulbildung

Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK Reformgesetz Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

4. Juni 2019

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) e.V. erhielt den gut begründeten Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK – Reformgesetz mit der Aufforderung zur Stellungnahme.

Vorbemerkung

Das vorliegende Gesetz zielt insbesondere auf eine Stärkung der Medizinischen Dienste (MD), die Gewährleistung ihrer Unabhängigkeit, die Schaffung von Anreizen für eine korrekte Abrechnung von Krankenhausleistungen, eine Verbesserung der Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung sowie die Herstellung von mehr Transparenz über das Prüfgeschehen ab.

Die DGHWi begrüßt die geplante Stärkung der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) in ihrer Unabhängigkeit und die damit verbundenen Änderungen unter Beibehaltung der föderalen Struktur und der einheitlichen Führung als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts unter der Bezeichnung Medizinischer Dienst Bund.

Die Änderung der Rechtsform des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) zu einer Körperschaft des öffentlichen Rechts hat eine Neuordnung der Zusammenarbeit mit Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) zur Folge. Die DGHWi begrüßt in diesem Zusammenhang die organisatorische Lösung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) ausdrücklich.

Der vorliegende Referentenentwurf impliziert Änderungen in insgesamt neun Gesetzgebungen, von denen aus Sicht der DGHWi vornehmlich die geplanten Änderungen im SGB V für Hebammen/Entbindungspfleger von besonderer Relevanz sind.

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Generell sollte bei allen neu vorgeschlagenen Paragrafen auf eine Gendernote geachtet werden (wie dies bereits mit der Wahl der Formulierung Gutachterinnen und Gutachter statt Ärzte geschieht). Neben Patient/in bzw. Patient/innen sollte darüber hinaus auch von Nutzer/innen gesprochen werden. Dies vor dem Hintergrund, dass Frauen während der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit primär als gesunde Frau das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen und damit nicht als Patientin zu sehen sind.

Zu den vorgeschlagenen Änderungen im SGB V wird wie folgt Stellung genommen:

§ 91

Die DGHWi begrüßt ausdrücklich die geplante Förderung der Transparenz von Sitzungen und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschuss durch die Nutzung zeitgemäßer, technischer Möglichkeiten

entsprechend der Praxis des Deutschen Bundestages. Diese Transparenz ermöglicht Hebammen/Entbindungspflegern Beschlüsse, die sie unmittelbar in ihrer beruflichen, eigenverantwortlichen Tätigkeit insbesondere auf der Primärversorgungsebene beeinflussen, besser nachvollziehen zu können.

§ 275 Absatz 5

Die Neugestaltung des §275 Absatz 5 in dem abschließend folgenden Wortlaut

Die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer fachlichen Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung und pflegerische Versorgung der Versicherten einzugreifen.

spiegelt nicht die eigenverantwortliche Tätigkeit von Hebammen/Entbindungspflegern wider, da diese Berufsgruppe weder der Ärzteschaft noch der Berufsgruppe der Pflegenden zuzuordnen ist und ohne Weisung einer Ärztin/eines Arztes gesundheitliche Leistungen durchführen und den Leistungsträgern in Rechnung stellen kann. Da an verschiedenen Stellen im SGB V diesem Umstand durch den Hinweis auf die Versorgung durch Hebammenhilfe Rechnung getragen wird, wird folgende Ergänzung des §275 Absatz 5 vorgeschlagen:

*Die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer fachlichen Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung und pflegerische Versorgung **sowie die gesundheitliche Versorgung durch Hebammen** der Versicherten einzugreifen.*

Anzumerken ist hierbei, dass der derzeitige Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung (Hebammenreformgesetz – HebRefG) die Streichung des Wortes Entbindungspfleger vorsieht, weshalb auch in dem obenstehenden Vorschlag wie auch den nachstehenden Vorschlägen auf das Wort Entbindungspfleger verzichtet wurde.

§ 278 Absatz 2

Auch hier spiegelt der Wortlaut

Die Medizinischen Dienste stellen sicher, dass bei der Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen die Gesamtverantwortung bei der Begutachtung medizinischer Sachverhalte bei ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern und bei ausschließlich pflegefachlichen Sachverhalten bei Pflegefachkräften liegt.

die Eigenverantwortlichkeit von Hebammen/Entbindungspflegern und deren laut Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz - HebG) vorbehaltenen Tätigkeiten nicht wider, weshalb folgende Ergänzung vorgeschlagen wird:

Die Medizinischen Dienste stellen sicher, dass bei der Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen die Gesamtverantwortung bei der

Begutachtung medizinischer Sachverhalte bei ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern, **und** bei ausschließlich pflegefachlichen Sachverhalten bei **Pflegefachkräften und bei Sachverhalten, die sich ausschließlich auf die Versorgung durch Hebammen beziehen, bei Hebammen liegt.**

§ 279 Absatz 3

Vor dem oben beschriebenen Hintergrund wird ebenfalls vorgeschlagen den §279 Absatz 3 wie folgt zu ändern:

3. vier Vertreter/innen auf Vorschlag der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe **und des Hebammenwesens** auf Landesebene **sowie** der Landesärztekammern.

Die Änderung des Absatzes 3 wird insbesondere vor der Richtlinienkompetenz des MD Bund, die mit der Änderung der Rechtsform einhergeht, sowie der Wahlfreiheit von Frauen in Bezug auf ihre geburts-hilfliche Versorgung für dringend erforderlich erachtet.

§ 283 Absatz 2

Vor dem oben beschriebenen Hintergrund wird ebenfalls vorgeschlagen den §283 Absatz 2 wie folgt zu ändern:

Autorinnen:

Prof. Dr. Rainild Schäfers und Andrea Singer B.Sc. Midwifery für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Der Medizinische Dienst Bund hat

1. ...
2. der Bundesärztekammer, **und** den Verbänden der Pflegeberufe **sowie den Hebammenverbänden** auf Bundesebene
3. ...
4. den maßgeblichen Verbänden, **Fachgesellschaften** und Fachkreisen auf Bundesebene und
5. ...

Fazit

Die oberste Priorität der MD sollte werden, die Interessen von Patient/innen und Pflegebedürftigen zu stärken. Die bisherige Orientierung der MDK an den Krankenkassen gewährleistete diese Stärkung sowie eine Unabhängigkeit nicht.

Eine Erweiterung der beteiligten Akteure im zukünftigen MD und MD Bund kann ein Schritt hin zu den eingangs erwähnten Zielen sein.

Begleitinformation "Welchen Nutzen hat die Bestimmung des Rhesusfaktors vor der Geburt?" zum Bericht D16-01 Nicht invasive Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors zur Vermeidung einer mütterlichen Rhesus-sensibilisierung

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

11. Juni 2019

Die DGHWi nimmt Stellung zur geplanten Gesundheitsinformation/Begleitinformation „Welchen Nutzen hat die Bestimmung des Rhesusfaktors vor der Geburt?“

Die DGHWi befürwortet grundsätzlich die Gesundheitsinformationen des IQWi auf der Internetplattform und dass zusätzlich zu den bereits bestehenden Informationen (wie zu HIV- und Ultraschalluntersuchungen) in der Schwangerschaft nun auch eine Information zur nicht-invasiven Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors zur Vermeidung mütterlicher Rhesussensibilisierungen herausgegeben werden soll.

In einzelnen Punkten der Vorlage kann die DGHWi jedoch nicht folgen und empfiehlt vor Veröffentlichung eine Anpassung.

1. Allgemeine Anmerkungen

Als Information für schwangere Frauen gedacht, erwartet die DGHWi, dass sich die gesetzlich verankerte Schwangerenvorsorge durch Frauenärzt/innen und Hebammen in der vorliegenden Begleitinformation wiederfindet bzw. dass an den entsprechenden Stellen des

Informationstextes Hebammen Berücksichtigung erfahren [1]. In der vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWi) erstellten Begleitinformation wird der Rolle der Hebamme in der Schwangerenvorsorge keine Rechnung getragen.

z.B. Seite 2:

Aktuelle Anti-D-Prophylaxe in Deutschland: "In den Mutterschaftsrichtlinien ist die ärztliche Betreuung während ..."

Vorschlag der DGHWi: "Ärzte, Ärztinnen und Hebammen orientieren sich bei der Betreuung in der Schwangerschaft an den Mutterschaftsrichtlinien ...".

2. Anmerkung und Ergänzungen zu Formulierungen verschiedener Textstellen

In den folgenden Passagen schlägt die DGHWi eine Anpassung der Formulierung für ein differenzierteres Verständnis des zu erfassenden Sachverhaltes vor:

Stellungnahmen

a) Seite 1:

"Dies hilft zu erkennen, ob eine Anti-D-Prophylaxe für rhesus-negative Frauen sinnvoll ist."

Anmerkung: Da es um die Prophylaxe in der laufenden Schwangerschaft geht und nicht um die Prophylaxe nach der Geburt oder beide, empfiehlt die DGHWi eine Präzisierung der Formulierung:

"Dies hilft zu erkennen, ob eine Anti-D-Prophylaxe für rhesus-negative Frauen während der aktuellen Schwangerschaft sinnvoll ist."

b) Seite 1:

"Erwarten Frauen mit positivem Rhesusfaktor ein Kind, ist es immer rhesus-positiv."

Anmerkung: Die Aussage, dass eine Frau, die selbst Rh-positiv ist, nur ein Rh-positives Kind bekommen kann, trifft nicht zu [2]. In jedem Fall ist es aber in dieser Konstellation irrelevant für die Gesundheit des Kindes, welche Ausprägung der Rh-Faktor des Kindes hat.

Vorschlag der DGHWi: "Bei Frauen mit positivem Rhesusfaktor ergibt sich kein Problem, egal, ob das Kind rhesus-positiv oder rhesus-negativ ist."

c) Seite 2:

"Ob das Kind aber rhesus-positives oder rhesus-negatives Blut hat, ist zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht bekannt."

d) Seite 2:

"Sie bekommen die Spritze nur dann, wenn der Test ergibt, dass das Kind rhesuspositives Blut hat."

Anmerkung: Für die allgemeine Verständlichkeit und Differenzierung der Schwangerschaftsprophylaxe von der nachgeburtlichen Prophylaxe empfiehlt die DGHWi für c) und d) folgende Ergänzung:

"Ob das ungeborene Kind aber rhesus-positives oder rhesus-negatives Blut hat, ist zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht bekannt." Und "Sie bekommen die Spritze nur dann, wenn der Test ergibt, dass das ungeborene Kind rhesus-positives Blut hat."

e) Seite 2:

"Denn nur wenn Sie ein rhesus-positives Kind erwarten, bildet Ihr Blut Antikörper - ..."

Anmerkung: Die Formulierung impliziert die Bildung von Antikörpern allein durch die Rhesusgruppe des Kindes. Hier schlägt die DGHWi eine Formulierung vor, die faktisch korrekt widerspiegelt, dass die Bildung von Antikörpern nicht zwingend erfolgen muss, aber möglich ist: "Denn nur wenn Sie ein rhesus-positives Kind erwarten, können sich in Ihrem Blut Antikörper bilden - ..." oder "Denn nur wenn Sie ein rhesus-positives Kind erwarten, besteht die Möglichkeit, dass sich in Ihrem Blut Antikörper bilden - ..."

Die DGHWi schlägt aufgrund der gemachten Anmerkungen vor, entsprechende Änderungen an der Begleitinformation vorzunehmen.

Autorinnen:

Julia Steinmann M.Sc. und Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Literatur

1. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 24d.
2. Coad J, Dunstall M. Anatomie und Physiologie für die Geburtshilfe. München: Elsevier; 2007.

Geplante Gesundheitsinformation des IQWiG: Begleitinformation „Welchen Nutzen hat ein Screening auf B-Streptokokken in der Schwangerschaft?“

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

13. Juni 2019

Die DGHWi nimmt Stellung zur geplanten Begleitinformation „Welchen Nutzen hat ein Screening auf B-Streptokokken in der Schwangerschaft?“ des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Die DGHWi befürwortet grundsätzlich die Gesundheitsinformationen des IQWiG auf der Internetplattform und dass zusätzlich zu den bereits vorliegenden Informationen (wie zu HIV- und Ultraschalluntersuchungen) unter Schwangerschaft und Geburt nun auch eine Information zur Studienlage über ein B-Streptokokken-Screening erfolgen soll.

In einzelnen Punkten der Vorlage kann die DGHWi jedoch nicht folgen und empfiehlt vor Veröffentlichung eine Anpassung.

Begründung: In der vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erstellten Begleitinformation wird der Rolle der Hebamme in der Schwangerenvorsorge keine Rechnung getragen und im Vergleich mit anderen Patient/inneninformationen zum Thema B-Streptokokken-Screening (BZGA, MDS) ist der vorliegende Entwurf an manchen Stellen noch nicht in allgemeinverständlicher Sprache verfasst.

1. Allgemeine Anmerkungen

Als Information für schwangere Frauen gedacht, erwartet die DGHWi, dass sich die gesetzlich verankerte Schwangerenvorsorge durch Frauenärzt/innen und Hebammen in der vorliegenden Begleit-

information wiederfindet bzw. dass an den entsprechenden Stellen des Informationstextes Hebammen Berücksichtigung erfahren. [1]

Z.B. Seite 2: „Für den Test werden in der Frauenarztpraxis normalerweise...“

Die DGHWi empfiehlt: „Für den Test werden in einer Hebammen- oder frauenärztlich geleiteten Praxis normalerweise...“

oder: „Für den Test werden von der Frauenärzt/in oder der Hebamme normalerweise...“

Ein Abgleich bzgl. der genannten Zahlen und Aussagen mit bereits vorhandenen Online- Informationen für Schwangere bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder über den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) wäre sinnvoll, damit sich die verschiedenen Papiere ggf. nicht widersprechen und zu Verwirrung oder neuen Unsicherheiten führen. [2]

Um eine bessere Verständlichkeit zu erzielen, sollte bei der Schwangeren grundsätzlich von „Besiedelung“ mit B-Streptokokken die Rede sein, die für sie selbst ungefährlich ist. Von „Infektion“ oder „Infektionsrisiko“ kann dann jeweils beim Kind gesprochen werden, für das ein Gesundheitsrisiko besteht.

2. Anmerkungen und Ergänzungen zu Formulierungen verschiedener Textstellen

a) Seite 1: „Besteht der Verdacht, dass sich eine schwangere Frau mit B-Streptokokken infiziert hat, dann erhält sie während der Geburt Antibiotika.“

b) Seite 2: „Der Test wird von allen Krankenkassen bezahlt, wenn die Ärztin oder der Arzt eine B-Streptokokken-Infektion vermutet oder...“

c) Seite 2: „Möchte eine schwangere Frau den Test machen lassen, obwohl kein Infektionsverdacht besteht, muss sie ihn meist selbst bezahlen.“

An diesen Stellen sollte jeweils von der Besiedelung mit B-Streptokokken oder dem Verdacht darauf die Rede sein.

An der Stelle a) sollte von einem „Antibiotikum“ die Rede sein, da es im nächsten Satz in der Einzahl weitergeht und in der Regel tatsächlich nur ein Antibiotikum verabreicht wird.

An den Stellen a) und/oder b) wäre zudem ein ergänzender Hinweis wertvoll, wie sich der Verdacht äußert oder wie sich die Vermutung begründet, also die Nennung der wichtigsten Symptome. Die Schwangere kann daraus dann ableiten, wann sie den Test selbst zahlen muss (nämlich ohne die dann im Text genannten Symptome).

d) Seite 1: „Anders bei Neugeborenen: Bei ihnen können die Bakterien zu einer Blutvergiftung (Sepsis) oder gar zum Tod führen. B-Streptokokken können bei Babys auch verschiedene Infektions-

krankheiten auslösen, etwa eine Hirnhautentzündung (Meningitis) oder eine Lungenentzündung (Pneumonie) und zu bleibenden Behinderungen führen.“

Hier fehlt eine Angabe, wie häufig ein Kind von den 3 erkrankten Kindern von 10.000 verstirbt. Sterben alle 3 Erkrankten? Der Tod wird als mögliche Folge erwähnt, allerdings ohne eine Angabe der Wahrscheinlichkeit.

Eine mögliche Ergänzung wäre z.B.: „Von hundert erkrankten Kindern können ... an dieser Infektion versterben oder ... eine bleibende Behinderung erleiden.“

oder: Von 1.000 mit B-Streptokokken erkrankten Neugeborenen können ... versterben oder ... eine bleibende Behinderung erleiden.

e) Seite 1: „In Deutschland sind etwa 1800 von 10.000 schwangeren Frauen...“

Die hohen Zahlen sind für Laien schwer lesbar. Um für die Besiedelung der Mütter und die Erkrankung die gleiche Bezugsgröße zu verwenden, kann jeweils die Formulierung X:10.000 verwendet werden. Bei den Frauen könnte in Klammern (18 von 100) ergänzt werden.

f) Seite 2: Die Aussagen in der Aufzählung unter: „Wann besteht ein erhöhtes Risiko?“ beschreiben nicht die Symptome, die zur Durchführung des Testes Veranlassung geben, sondern wann die Behandlung mit Antibiotika vorgesehen ist.

Hier wird deutlich, dass die Formulierungen „Besiedelung der Mutter“ und „Infektionsrisiko für das Kind“ sinnvoll sind. Die ersten beiden Punkte, die als Indikatoren für das Infektionsrisiko angegeben werden, sind ja gerade die Nachweise der Besiedelung der Mutter. Die Überschrift sollte also lauten: „Wann besteht ein erhöhtes Infektionsrisiko für das Kind?“

g) Seite 2: Der letzte Punkt der Aufzählung der Risikofaktoren sollte lauten: „Die Frau hat bereits ein Kind geboren, das sich als Neugeborenes mit B-Streptokokken angesteckt hat.“

h) Seite 2: „Frauen mit einem erhöhten Risiko erhalten während der Geburt Antibiotika...“. Hier wie oben und auch im folgenden Satz ist die Formulierung „ein Antibiotikum“ zutreffend und sollte verwendet werden.

i) Seite 3: „Weist der Test bei schwangeren Frauen im Abstrich Streptokokken...“ Hier wie im folgenden Satz sollte von „B-Streptokokken“ die Rede sein.

j) Seite 3: „Während einer früheren Geburt hat sich ein Neugeborenes...“ vgl. Anmerkung g).

Die DGHWi schlägt vor, den Anmerkungen entsprechende Änderungen im Text vorzunehmen.

Autorinnen:

Anke Wiemer und Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Literatur

1. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 24d Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe.
2. Bereits vorhandene Patienteninformationen zu B-Streptokokken: www.familienplanung.de/schwangerschaft/beschwerden-und-krankheiten/akute-erkrankungen-und-infektionen/streptokokken/ und www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/17-07-18_PM_Streptokokken-Test_01.pdf sowie https://www.igel-monitor.de/fileadmin/user_upload/Streptokokken_Test_Evidenz_ausfuehrlich.pdf

Geplante Gesundheitsinformation des IQWiG: Überblick U-Untersuchungen

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

30. September 2019

Die DGHWi nimmt Stellung zur geplanten Gesundheitsinformation: „Übersicht U-Untersuchungen“ des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Die DGHWi befürwortet grundsätzlich die Gesundheitsinformationen des IQWiG auf der Internetplattform und dass zusätzlich zu den bereits vorliegenden Informationen nun auch eine Übersichts-Information zu den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder erarbeitet wird.

In einzelnen Punkten der Vorlage kann die DGHWi jedoch nicht folgen und empfiehlt vor Veröffentlichung eine Anpassung.

1. Allgemeine Anmerkungen

Die Bezeichnung „U-Untersuchung“ ist redundant und sollte vermieden werden. „Informationen zum U-Heft“, „Früherkennungsuntersuchungen für Kinder“, evtl. auch nur „U's“ passend zum „U-Heft“ sind Alternativen, die die falsche Doppelung umgehen.

Die Messung des Textes anhand der Amstad-Formel [1] und des Lesbarkeitsindex nach Björnson [2] ergibt eine mittlere Leseschwierigkeit. Durch einfache Maßnahmen, z. B. die Teilung langer Sätze [3] kann die Lesbarkeit noch weiter verbessert werden. Der letzte Satz des dritten Absatzes: „Nicht zuletzt bietet jede Untersuchung...“ kann beispielsweise sehr gut geteilt werden. Auch im Satz und Layout kann die Lesbarkeit verbessert werden [4], z.B. auf S.2 unter U4, zweiter Spiegelstrich: „Die Entwicklung des Kindes wird beurteilt.“ Die darauf folgenden Fragesätze sollten jeweils in einer neuen Zeile beginnen.

Die Auswahl der Sachverhalte und Fragestellungen, die bei den einzelnen Untersuchungen genannt werden, ist schwer nachvollziehbar. Einige körperliche Untersuchungen wie z. B. die Erhebung des APGAR-Scores werden ausdrücklich erwähnt, an anderer Stelle heißt es nur allgemein „körperliche Untersuchung“. Auch bleibt unklar, welche Meilensteine der Entwicklung explizit erwähnt werden und welche nicht.

Zumindest wäre der Hinweis hilfreich, dass es sich hier um eine Auswahl aus den dreißig Seiten umfassenden Beschreibungen der Untersuchungen in der Kinder-Richtlinie [5] handelt. Es wäre zudem denkbar, jeder Untersuchung eine Seite, statt jetzt allen zusammen dreieinhalb Seiten zu widmen. Die Eltern könnten darauf hingewiesen werden, dass vor jeder Untersuchung nur die Lektüre einer Seite erforderlich ist, um sich zu informieren.

2. Anmerkungen und Ergänzungen zu Formulierungen verschiedener Textstellen

Die DGHWi schlägt außerdem Änderungen an den folgenden Textpassagen vor:

Seite 1, zweiter Absatz: „Außerdem wird zum Beispiel gefragt...“ Dies ist im ganzen Text der einzige ausdrückliche Hinweis darauf, dass die Anamnese bei jeder Untersuchung eine zentrale Rolle spielt. Die Leser/innen sollten hier darüber informiert werden, dass bei der U1 und U2 die Schwangerschafts- und Geburtsanamnese sowie die Familien-

anamnese wichtig sind. Auch bei jeder weiteren Untersuchung ist es wesentlich, dass die Eltern zur bisherigen Entwicklung des Kindes befragt werden. Es wäre hilfreich, hier die Aufmerksamkeit der Eltern darauf zu lenken, dass Kinderärztin oder -arzt auf ihre Mitwirkung angewiesen sind und sie Besonderheiten im Befinden oder im Verhalten des Kindes auch ohne ausdrückliche Aufforderung mitteilen sollten. Im darauffolgenden Satz: „Die ersten beiden U-Untersuchungen...“ fehlt der Hinweis auf außerklinische Geburten. In den ersten Teil des vorhandenen Satzes kann der Einschub „bei einer Klinikgeburt“ eingefügt werden. Zu ergänzen ist: „Bei einer Geburt zuhause oder im Geburtshaus führt die Hebamme die erste Untersuchung dort durch. Die zweite Untersuchung führen einige Kinderärzte dann im Rahmen eines Hausbesuchs durch.“ Danach kann der zweite Teil des vorhandenen Satzes folgen.

Seite 1, dritter Absatz: Die Aufzählung der Beratungsgegenstände sollte sich an der logischen Reihenfolge orientieren. Es ist befremdlich, dass Mediennutzung hier vor der Vitamin-D-Prophylaxe oder dem plötzlichen Kindstod erscheint.

Reihe 1, vierter Absatz: Bei den Ausführungen zum Gelben Kinderheft fehlt der Hinweis, dass keine Person oder Institution die Vorlage des Heftes verlangen darf und es allein im Ermessen der Eltern liegt, wem sie es zugänglich machen.

Seite 1, U1, dritter Spiegelstrich: Dass aus dem Nabelschnurblut „der pH-Wert des Blutes“ bestimmt wird, versteht sich von selbst. Der Satz sollte zur besseren Lesbarkeit geteilt werden: „Aus der Nabelschnur wird Blut entnommen. Es wird geprüft, ob darin genug Sauerstoff enthalten ist.“

Seite 1, U1, vierter Spiegelstrich: Der Hinweis auf den geringen Vitamin-K-Gehalt der Muttermilch sollte gestrichen werden. Die gültige AWMF Leitlinie [6] zur Vitamin-K-Prophylaxe empfiehlt Vitamin-K für alle Kinder, so dass die Information irrelevant ist und im ungünstigsten Fall Zweifel an der Qualität der Muttermilch schürt.

Seite 1, U2, erster Spiegelstrich: Hier ist nicht nachvollziehbar, warum auf die technische Untersuchung Pulsoxymetrie nicht ausdrücklich aufmerksam gemacht wird, während z.B. unter dem vierten Spiegelstrich das Hörscreening erwähnt wird. Auch bei der U3 wird sowohl die körperliche Untersuchung im Allgemeinen erwähnt, dann aber ausdrücklich auch die Ultraschalluntersuchung der Hüfte (vgl. allgemeine Anmerkungen).

Bei weiteren Untersuchungen finden sich sprachliche Inkonsistenzen:

So heißt es bei der U4: „Es wird geschaut, wie Eltern und Kind miteinander umgehen...“

Bei der U5: „Beziehung zwischen Eltern und Kind“

Bei der U6: „Eltern-Kind-Beziehung“

Analog zu dem Stichwort „Körperliche Untersuchung“, das bei U3 bis U9 immer gleich erscheint, sollte für einen guten Wiedererkennungswert

wert auch bei den anderen Fragestellungen der Untersuchungen stets die gleiche Formulierung verwendet werden.

Autorin:

Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Literatur (siehe Seite 75)

Entwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale Versorgung-Gesetz – DVG)

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

7. Juni 2019

Vorbemerkung

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) begrüßt, dass im deutschen Gesundheitssystem innovative Formen der Zusammenarbeit zur Verbesserung der Versorgung auch unter Nutzung digitaler Möglichkeiten vorbereitet bzw. weiterentwickelt werden. Auch für die Berufsgruppe der Hebammen und Entbindungspfleger können sich Vereinfachungen ergeben, wenn digitale Gesundheitsanwendungen nutzbar und sie in die Telematikinfrastruktur eingebunden sind.

Die DGHWi begrüßt auch, dass bei der Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in §92 die finanzielle Unterstützung von Leitlinienentwicklungen beschrieben und deren Beantragung geregelt wird.

Der vorliegende Referentenentwurf impliziert Änderungen im SGB V und einigen Verordnungen, von denen aus Sicht der DGHWi die geplanten Änderungen im SGB V für Hebammen/ Entbindungspfleger von besonderer Relevanz sind.

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Generell sollte bei allen neu vorgeschlagenen Paragrafen auf eine gendergerechte Sprache geachtet werden. Dies ist bislang nur begrenzt der Fall und sollte auch für Ärztinnen und Ärzte gelten. Neben Patient/innen sollte darüber hinaus auch von Nutzer/innen gesprochen werden. Dies vor dem Hintergrund, dass Frauen während der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit primär als gesunde Frau das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen und damit nicht als Patientin zu sehen sind. Dies gilt auch für Kinder, die die Untersuchungen gemäß Kinderrichtlinien wahrnehmen. Der Begriff „Patientenakte“ muss demnach als überholt angesehen werden, wenn daran gedacht wird, dass darauf der Mutterpass und das Kinderuntersuchungsheft gespeichert werden sollen. Wir schlagen vor, den Begriff Versichertenakte (eVA) oder Gesundheitsakte (eGA) zu verwenden und verweisen darauf, dass die Akzeptanz eines Angebotes auch maßgeblich von dessen Namen abhängig ist [1].

Anzumerken ist, dass der derzeitige Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung (Hebammenreformgesetz – Heb-

RefG) die Streichung des Wortes ‚Entbindungspfleger‘ vorsieht und stattdessen die Berufsbezeichnung ‚Hebamme‘ – auch für unsere männlichen Kollegen – vorsieht, weshalb in den nachstehenden Vorschlägen auf das Wort Entbindungspfleger verzichtet wurde.

In der Einleitung zum Gesetzentwurf wird bei der Weiterentwicklung der Regelungen zur elektronischen Gesundheitsakte (Patientenakte) die Gesellschaft für Telematik verpflichtet, die technischen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass auch der Mutterpass in der elektronischen Gesundheitsakte gespeichert werden kann. Dieser wird auch von Hebammen genutzt und ausgefüllt. Zudem sind auch Hebammen eigenverantwortlich tätig und können ohne Weisung einer Ärztin/eines Arztes gesundheitliche Leistungen durchführen und den Leistungsträgern in Rechnung stellen, weshalb die DGHWi fordert, diese Berufsgruppe in die entsprechenden Paragrafen mit aufzunehmen. Exemplarisch verweisen wir auf die Formulierung zum Paragraf 33a, Absatz 1:

„Der Anspruch umfasst nur solche digitalen Gesundheitsanwendungen, die in das Verzeichnis nach § 139e aufgenommen wurden, nach Absatz 3 zugänglich gemacht sind und entweder nach Verordnung des behandelnden Arztes oder mit Zustimmung der Krankenkasse angewendet werden.“

Da in verschiedenen Stellen im SGB V auf die eigenständige Versorgung durch Hebammenhilfe hingewiesen wird, schlägt die DGHWi folgende Ergänzung des § 33a, Absatz 1 vor:

*„Der Anspruch umfasst nur solche digitalen Gesundheitsanwendungen, die in das Verzeichnis nach § 139e aufgenommen wurden, nach Absatz 3 zugänglich gemacht sind und entweder nach Verordnung **der behandelnden Ärztin oder des Arztes, der behandelnden Hebamme** oder mit Zustimmung der Krankenkasse angewendet werden.“*

In dem Gesetzentwurf wird auf die Tätigkeit von Hebammen wiederholt nicht hingewiesen.

Dies trifft auch zu auf § 75 b, in dem „IT-Sicherheit in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung“ geregelt wird, allerdings auf IT-Sicherheit für andere Berufsgruppen und damit auch die der Hebammen nicht eingegangen wird.

Stellungnahmen

In § 87a, nach Absatz 1, fehlt eine Regelung, die auch die Leistungen einer Hebamme „für die Unterstützung bei Anlage und Verwaltung der elektronischen Patientenakte sowie für die Speicherung von Daten in der elektronischen Patientenakte vergütet“. Das darauf in einem Unterpunkt in § 291a, Absatz 7d hingewiesen wird, erscheint als nicht ausreichend.

Leistungen der Hebamme müssen auch Erwähnung finden in Bezug auf mögliche intra- und interprofessionelle Konsile (§ 87b), mögliche telemedizinische Leistungen (§ 87b) und der Versorgung mit und der Erprobung von digitalen Gesundheitsanwendungen (§ 87d). Dies gilt für § 291 Absatz 2b entsprechend.

In § 291, Absatz 4, Satz 1, Nummer 4, g, ee, kann der Zusatz „Entbindungspfleger“ wahrscheinlich gestrichen werden (s. Vorbemerkung).

Bemerkung zur Digitalisierung von Mutterpass und Untersuchungsheft für Kinder

Das DVG sieht vor, auch den Mutterpass in die elektronische Gesundheitsakte (Patientenakte) zu integrieren. Dies ist sicherlich sinnvoll, um eine Versorgungskontinuität zu gewährleisten innerhalb eines fragmen-

tierten Betreuungsangebotes während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Um sicherzustellen, dass die Angaben in der Gesundheitsakte im Notfall auch überall zur Verfügung stehen, muss ein flächendeckender Internetzugang in Deutschland gewährleistet sein. Vor dem Hintergrund der fraglichen Sicherheit der auf diese Weise zentral zusammengeführten gesundheitsbezogenen Daten, ist die elektronische Gesundheitsakte allerdings auch kritisch zu sehen. Die Sicherstellung der Daten muss garantiert sein.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) formuliert in der Einleitung zum Mutterpass für die schwangere Frau:

„[...] der Mutterpass ist Ihr persönliches Dokument. Sie allein entscheiden darüber, wem er zugänglich gemacht werden soll. Andere (z.B. Arbeitgeber, Behörden) dürfen eine Einsichtnahme nicht verlangen.“

Dieser Grundsatz ist weiterhin gültig. Ähnliches gilt für das Kinderuntersuchungsheft als Anlage der Kinderrichtlinie. Nutzer/innen müssen die Möglichkeit haben, (mit) zu bestimmen, wer in welchem Umfang und zu welchem Zeitpunkt Einsicht in die Gesundheitsakte, bzw. vielmehr Teile der Gesundheitsakte haben darf.

Autorin:

Elke Mattern M.Sc. für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Literatur

1. Boersma R, Poortvliet PM, Gremmen B. The elephant in the room: How a technology's name affects its interpretation. Public Understanding of Science 2019; 28(2):218-33.

Im Jahr 2019 unter Mitwirkung der DGHWi veröffentlichte Leitlinien

Auch in diesem Jahr hat die DGHWi eine zentrale Position eingenommen, um wissenschaftliche Aktivitäten zu fördern. Maßgeblich hierfür ist das Einbeziehen der Expertise unserer Mitglieder in die Entwicklung von Leitlinien. Dies ermöglicht uns eine evidenzbasierte Handlungs- und Entscheidungshilfe bei spezifischen Situationen.

Im Folgenden finden Sie Leitlinien, welche durch Beteiligung der DGHWi 2019 veröffentlicht wurden. Darüber hinaus wirkt die Fachgesellschaft an zahlreichen weiteren Leitlinienprojekten verschiedener Fachgesellschaften mit.

Die aktuellen Leitlinien finden Sie auf der Internetseite der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) sowie auf der Internetseite der DGHWi unter der Rubrik „Leitlinien“.

Für das Jahr 2020 erwarten wir die Veröffentlichung der drei nachfolgend aufgeführten wichtigen Leitlinien, welche von großer Bedeutung für die geburtshilfliche Tätigkeit sind:

Titel	AWMF Register
S3-Leitlinie „Die vaginale Geburt am Termin“	015 - 083
S3-Leitlinie „Die Sectio caesarea“	015 - 084
S3-Leitlinie „Fetale Überwachung (Indikation und Methodik zur fetalen Zustandsdiagnostik in der Schwangerschaft)“	015 - 089

An dieser Stelle möchten wir uns bei allen ehrenamtlichen Expertinnen für ihre außerordentlich gute Arbeit und ihr Engagement bedanken.

Lena Agel, cand. B.A.

Individuelle Schwangerschaftsdauer – die Reife ist nicht errechenbar

Individual length of gestation – maturity is not predictable

Dorothea Zeeb M. Sc. Midwifery¹, Dr. Christine Loytved², Dr. Claudia Berger³

Abstract

Hintergrund: Der errechnete Termin (ET) wird routinemäßig als Ausgangspunkt für Interventionen genutzt. Es ist jedoch fraglich, wie stark das rechnerische Gestationsalter (GA) mit den klinischen Reifezeichen des Neugeborenen (NG) übereinstimmt.

Ziel: Überprüfung der Übereinstimmung von errechnetem Schwangerschaftsalter und den klinischen Reifezeichen des Neugeborenen.

Methode: 100 NG wurden innerhalb 72 Stunden post partum nach dem New Ballard Score auf ihre Reife hin untersucht. Das Verhältnis zwischen GA und befundener Reife, auch differenziert nach Art des Geburtsbeginns, wurde mittels SPSS 24 analysiert.

Ergebnisse: Je früher vor dem ET die Geburt stattfand, desto reifer im Verhältnis zum GA wurden die NG nach den klinischen Befunden eingestuft. Je weiter der ET überschritten wurde, desto unreifer waren die NG im Verhältnis zum errechneten GA. Für Geburten rechnerisch nach SSW 40+0 (n=49) unterscheidet sich das rechnerische Gestationsalter in der Stichprobe signifikant vom befundeten Reifealter ($p < 0.001$). Bei Einleitungen war eine Unreife wahrscheinlicher als bei spontanem Geburtsbeginn (RR=3.35; [95%-CI 1.89-4.15]).

Schlussfolgerung: Bei Überschreitung des errechneten Termins hat das rechnerische Gestationsalter keine diagnostische Aussagekraft für den Reifezustand des NG. Die Festlegung eines taggenauen ET und dessen Verwendung für Interventionen ist daher kritisch zu hinterfragen. Weitere Forschung mit einer größeren Stichprobe ist erforderlich.

Schlüsselwörter: Reife, Neugeborene, Schwangerschaftsdauer, Überschreitung des Termins, Übertragung.

Hintergrund:

Seit über 200 Jahren wird versucht, mit zunächst rechnerischen und später zusätzlich sonographischen Mitteln den voraussichtlichen Geburtstermin zu bestimmen [1, 21]. Ursprünglich für eine grobe Einteilung der Schwangerschaftsphasen gedacht, wandelt sich der errechnete Termin (ET) bei Schwangerschaftswoche (SSW) 40+0 zunehmend zu einer strikten Grenze, deren Überschreitung als Risiko gewertet wird.

In den letzten zehn Jahren sind die Einleitungszahlen bei Terminüberschreitung stark gestiegen. Im Jahr 2008 wurden von 658.201 Klinikgeburten in Deutschland 36.395 Geburten bei Terminüberschreitung eingeleitet [4], dies entspricht 5,53%. Dagegen wurden im Jahr 2017 von 743.241 Klinikgeburten 93.632 Geburten bei Überschreitung des Termins eingeleitet [15], hier entspricht der Anteil 12,6%. Im Jahr 2010 wurde von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe erstmals eine Leitlinie zum Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung publiziert. In der auch derzeit noch gültigen Fassung [9] wird empfohlen, bei Überschreitung des

Background: The estimated due date is used as a planning point for interventions. It is unclear, however, whether the calculated gestational age (GA) correlates with the maturation of the foetus in utero.

Objective: The aim of the study was to assess the maturity of newborns compared to their GA.

Method: 100 newborns were examined within 72 hours of birth for their maturity using the New Ballard Score. The correlation between GA and attained maturity was analysed along with differences after spontaneous parturition and induced birth.

Results: The earlier babies were born before the calculated due date, the more mature they were found to be on clinical assessment compared to their calculated GA. The more the calculated due date was exceeded, the less the newborn maturity was found to correlate with the calculated GA. There was a significant difference ($p < 0.001$) between the assessed maturity and the calculated GA at term (40+0) and after term (n=49). Induction of labour was a risk for a distinct downward deviation of maturity against GA (RR=3.35; [95%-CI 1.89-4.15]).

Conclusion: The calculated GA had no diagnostic power for maturity of the newborn in prolonged or post-term pregnancies. Given the results presented here, the calculation of a clearly defined due date and its use as a basis for interventions should be critically scrutinised. Further research with a larger population is required.

Key words: maturity, newborn, length of gestation, prolonged pregnancy, post term.

Termins um 10 Tage der Schwangeren auch ohne klinische Zeichen einer Pathologie eine Einleitung nahezulegen. Bei der Entscheidung über das geburtshilfliche Vorgehen wird hierbei der errechnete Termin maßgeblich in Ansatz gebracht.

In letzter Zeit ergeben sich allerdings vermehrt Hinweise darauf, dass bei den Methoden der Terminbestimmung bedeutende Fehlerquellen bestehen, sowohl bei der rechnerischen Bestimmung nach Naegele [20] als auch insbesondere bei der Bestimmung durch Ultraschall [18, 22, 34]. Zudem weisen aktuelle Daten darauf hin, dass die für die Berechnung des ET in der Regel angenommene durchschnittliche Gestationsdauer von 280 Tagen post menstruationem (p.m.) zu kurz angesetzt ist [16, 19]. In Frankreich beispielsweise wird der ET auf das Schwangerschaftsalter SSW 41+0 festgelegt [6]. Obgleich der errechnete Termin meist auf einer Schätzung des Gestationsalters anhand des Zyklus oder auf der Zuordnung eines Ultraschallmesswertes in einer Tabelle mit breitem Konfidenzintervall beruht, wird er als Diagnose gewertet und verbindlich festgelegt [24]. Die Tatsache, dass

Schwangerschaften nur zu einem geringen Prozentsatz am errechneten Termin enden [17] wird dabei ignoriert. Es wird vielmehr angenommen, dass Abweichungen vom ausgewiesenen ET eher auf Berechnungsungenauigkeiten denn auf ein individuelles Reifungsgeschehen des Feten zurückzuführen sind. Dass Schwangerschaften möglicherweise in einem individuellen Rhythmus verlaufen und der Reifezustand von Neugeborenen nicht zwingend mit dem rechnerischen Gestationsalter korrelieren muss, wird nicht diskutiert.

Im Vorfeld der Arbeit wurde im Zeitraum November 2016 bis April 2017 eine breit angelegte Literaturrecherche zu den Schlagworten *Reifung, Reife, Neugeborenes, Schwangerschaftsalter, Schwangerschaftsdauer, errechneter Termin, Überschreitung des Termins und Übertragung* sowie deren Entsprechungen im Englischen mit den notwendigen Kombinationen durchgeführt. Verwendete Datenbanken waren Medline, Old Medline und die Cochrane Library (Wiley). Es wurden keine Suchrestriktionen bezüglich Zeitraum und Sprache in Anwendung gebracht.

Ziel

Im Rahmen der Arbeit soll hinterfragt werden, ob der rechnerische Termin die entsprechende Aussagekraft hat, um das physiologische Ende der Schwangerschaft und die Geburt eines reif geborenen Neugeborenen vorherzusagen.

Methode

Datenerhebung und Instrument

Die prospektiv angelegte klinische Studie wurde 2017 an einer Universitätsfrauenklinik mit jährlich etwa 2400 Geburten durchgeführt. Bei 100 Neugeborenen wurde durch die Erstautorin innerhalb von 72 Stunden nach der Geburt die morphologische und neurologische Reife festgestellt. Die Bestimmung der klinischen Reifezeichen des Kindes erscheint als ein geeignetes Mittel, die Gültigkeit des errechneten Termins für das einzelne Neugeborene zu überprüfen. Auf Basis der vorhandenen Literatur wurde für diese Bestimmung der New Ballard Score als ein sehr gut evaluiertes Instrument zur möglichst exakten Reifebestimmung von Neugeborenen gewählt [1, 2, 5, 12, 28, 31]. Die Bestimmung des Reifescorings geschieht hier auf der Basis von sechs morphologischen und sechs neuromuskulären Beurteilungskriterien.

Für die Durchführung der Studie liegt ein positives Votum der Ethikkommission bei der Ludwig-Maximilians-Universität München vor.

Ein- und Ausschlusskriterien für die Stichprobe:

Das Minimum der rechnerischen Schwangerschaftsdauer wurde durch das Ausschlusskriterium Frühgeburt auf 259 Tage p.m. (SSW 37+0) festgelegt. Aufgrund in der Literatur beschriebener Einflüsse auf die intrauterinen Reifungsvorgänge, die sich nicht allein mit dem Gestationsalter erklären lassen, wurden von der Erstautorin folgende weitere Ausschlusskriterien festgelegt: Mütterlicher Gestationsdiabetes oder Diabetes mellitus [13, 26], mütterliche Hypertonie oder Präeklampsie [30, 35], sowie Mehrlinge [7, 25]. Neugeborene nichtkaukasischer Ethnien wurden wegen beschriebener Abweichung im New Ballard Score ausgeschlossen [3], ebenfalls Kinder in einem schlechten Allgemeinzustand, denen eine zusätzliche Untersuchung nicht zuzumuten war.

Vorgehen:

Die Erstautorin hatte Zugang zur Neugeborenenstation, Einblick in die Akten der Neugeborenen sowie Zugang zu den Eltern und den meist im Rooming-in bei den Müttern untergebrachten Kindern. In der Regel wurden die Eltern des Kindes bereits am Vortag der Untersuchung mündlich und schriftlich aufgeklärt und ihre Einwilligung eingeholt. Dabei wurde betont, dass die Kinder keiner übermäßigen Belastung ausgesetzt werden. Auch am Untersuchungstag selbst bestand für die Eltern jederzeit die Möglichkeit, die Untersuchung abzulehnen, auch wenn sie im Vorfeld grundsätzlich ihre Einwilligung schon erteilt hatten. Zunächst wurde anhand der Aufnahmelisten der Neugeborenenstation eine Auflistung aller zur Untersuchung in Frage kommenden Neugeborenen erstellt. Zusätzlich wurden die Ausschlusskriterien im Gespräch mit den Eltern nochmals abgefragt, um eventuelle Dokumentationslücken in der Akte auszuschließen. Der ET wurde so übernommen, wie er im Mutterpass dokumentiert war. Wurde der ET im Laufe der Schwangerschaft korrigiert, wurde der korrigierte Termin verwendet.

Ballard et al. fanden keinen Unterschied in den Ergebnissen der postnatalen Reifebestimmung und damit keinen bevorzugten Untersuchungszeitpunkt bis zu 96 Stunden nach der Geburt, wenn es sich nicht um Frühgeborene < 27. SSW handelt [5]. Trotzdem wurden 72 Lebensstunden als maximales Alter des Neugeborenen bei der Untersuchung festgelegt.

Erhobene Parameter

- ◆ Mütterliche Daten: Alter, Parität, Körpergröße, Gewicht vor der Schwangerschaft
- ◆ Geburt: Art des Geburtsbeginns, Beckenendlage des Kindes (laut New Ballard Score dann Untersuchung > 24 Stunden post partum)
- ◆ Kind: ET nach Mutterpass, Geschlecht, Alter bei der Untersuchung in Stunden, Reifebefund nach New Ballard Score

Die Stichprobe umfasst 100 Kinder; eine Powerberechnung wurde angesichts des klein angelegten Rahmens einer Masterarbeit vorab nicht durchgeführt. Die erhobenen Daten der insgesamt 100 Kinder machten es möglich, in der Stichprobe sowohl das rechnerische Gestationsalter als auch den befundeten Reifestatus der Neugeborenen in Abhängigkeit vom kindlichen Geschlecht zu bewerten. Ferner wurde der Zusammenhang des befundeten Reifestatus mit dem rechnerischen Gestationsalter überprüft und der Frage nachgegangen, inwiefern Kinder, deren Geburt nicht spontan begonnen hat, in ihrer Reife Unterschiede zu der Gruppe der Kinder mit spontan begonnener Geburt aufweisen.

Statistische Auswertung

Die Daten wurden von der Erstautorin mit SPSS 24 ausgewertet. Dabei wurden Kennzahlen, Verteilungen und Standardabweichungen ermittelt. Kreuztabellen wurden erstellt und das relative Risiko bestimmt. Das Signifikanzniveau wurde mit $p < 0.05$ festgelegt.

Ergebnisse

Schwangerschaftsdauer

Das arithmetische Mittel der rechnerischen Schwangerschaftsdauer in der Stichprobe liegt bei 280,37 Tagen, der Median exakt bei 280 Tagen (SSW 40+0). Der niedrigste Wert in der Stichprobe ist 263 Tage p.m.

(SSW 37+4), der höchste ist 300 Tage p.m. (SSW 42+6). Insgesamt 49 % der Frauen überschritten den ET. Bei $n=4$ der Frauen in der Stichprobe handelt es sich um eine echte Übertragung mit einer Schwangerschaftsdauer über den 294. Tag p.m. (SSW 42+0) hinaus; bei $n=13$ Frauen beträgt die Terminüberschreitung mehr als zehn Tage, bei $n=18$ mehr als 8 Tage.

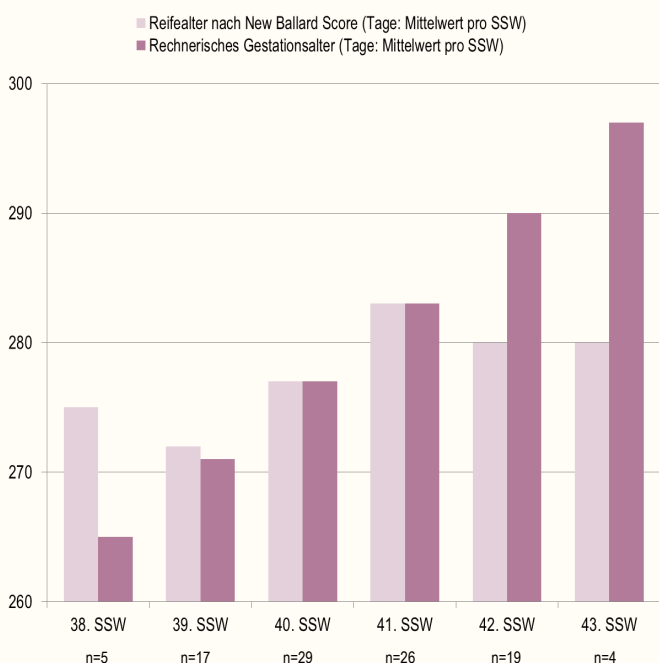
Befundetes Reifealter

Das nach New Ballard Score befundete Reifealter in der Gesamtstichprobe ($N=100$) beträgt im Durchschnitt 278,4 Tage. Zwar erscheinen männliche Neugeborene ($n=52$) mit einem durchschnittlichen Reifealter von 277,15 Tagen um 2,6 Tage unreifer als weibliche Neugeborene, dieser Unterschied ist aber mit $p=0,127$ nicht signifikant.

Übereinstimmung von rechnerischem Gestationsalter und befundetem Reifealter der Kinder

Die Kinder der Stichprobe sind auf den ersten Blick nur geringfügig jünger in ihrem Gestationsalter berechnet als es ihr Reifegradbefund ergibt: Die Mittelwertdifferenz zwischen dem Reifealter nach dem New Ballard Score und dem rechnerischen Gestationsalter beträgt -1,970 Tage. In der Stichprobe besteht dennoch ein signifikanter Unterschied zwischen diesen beiden Parametern von $t_{(99)} = 2,015$ und $p = 0,047$. Hierbei fällt auf, dass nach dem ET geborene Kinder eine größere Abweichung zum rechnerischen Gestationsalter zeigen als vor dem ET geborene Kinder. Die getrennte Auswertung der Daten für Geburten bis einschließlich beziehungsweise nach dem ET zeigt: Für Geburten bis einschließlich SSW 40+0 ($n=51$) zeigt sich eine Übereinstimmung von rechnerischem Gestationsalter und befundetem Reifealter, jedoch ist das Ergebnis nicht signifikant, da $t_{(50)} = -1,064$ und $p = 0,292$. Dennoch ist festzustellen: Je mehr Tage die Geburt vor dem rechnerischen ET stattfindet, desto mehr Tage reifer werden die Neugeborenen nach dem New Ballard Score befundet. Für Geburten rechnerisch nach SSW 40+0 ($n=49$) unterscheidet sich in der Stichprobe mit $t_{(48)} = 3,990$ das rechnerische Gestationsalter signifikant vom befundeten Reifealter

Abbildung 1: Befundetes Reifealter und rechnerisches Gestationsalter ($n=100$)



($p < 0,001$). Aus den Daten ist abzulesen: Umso weiter nach dem ET die Kinder geboren werden, desto unreifer sind sie in Bezug auf das rechnerische Gestationsalter (siehe Abb.1).

Bei der Überprüfung der Korrelation zwischen erreichter rechnerischer Gestationsdauer und der Abweichung des befundeten Reifealters vom rechnerischen Gestationsalter ergab sich eine signifikante negative Korrelation von $r = -0,591$ und $p < 0,001$ (siehe Abb.2).

Zusammenhang zwischen der Art des Geburtsbeginns und der befundeten Reife nach dem New Ballard Score

Werden die Daten zur Abweichung des befundeten Reifealters zum rechnerischen Gestationsalter nach der Art des Geburtsbeginns (spontan oder induziert) aufgeschlüsselt, sind deutliche Unterschiede erkennbar. Bei spontanem Geburtsbeginn ($n=77$) liegt die Differenz zwischen Reife und rechnerischem Gestationsalter bei einem zu vernachlässigenden Wert von -0,16 Tagen. Bei Kindern, die durch eine primäre sectio caesarea entbunden werden ($n=10$), beträgt diese Differenz im Mittel -2,2 Tage, bei eingeleiteten Geburten ($n=13$) im Mittel -12,54 Tage. Betrachtet man gesondert die Gruppe der Einleitungen, die bei Terminüberschreitung erfolgt sind ($n=11$), erhöht sich die Abweichung auf -14,55 Tage. Der t-Test ergab einen signifikanten Unterschied bezüglich der Abweichung des befundeten Reifealters vom rechnerischen Gestationsalter zwischen spontan begonnenen Geburten und induzierten Geburten ($p=0,001$ bei $t_{(98)} = 3,594$). Bei Einleitungen war eine Unreife, die >7 Tage vom erwartbaren Reifealter abweicht, wahrscheinlicher als bei spontanem Geburtsbeginn ($RR=3,35$; [95%-CI 1,89-4,15]).

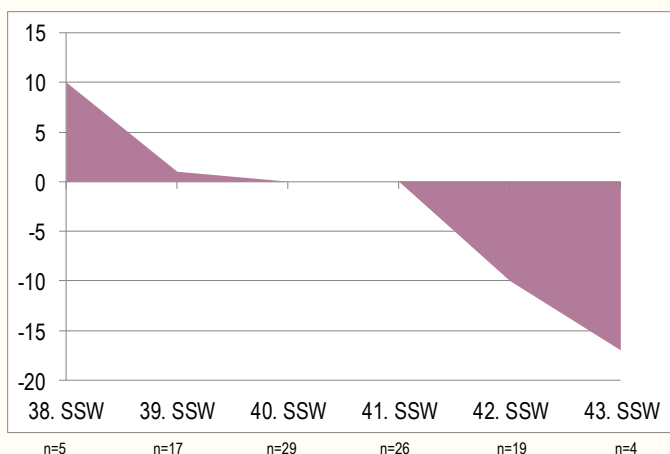
Diskussion

Im Rahmen der Untersuchung war es nicht möglich, alle im Untersuchungszeitraum geborenen Kinder, die keine Ausschlusskriterien auswiesen, zu untersuchen. Die Stichprobe entstand rein zufällig (abhängig von den zeitlichen Beschränkungen der Erstautorin, der Erreichbarkeit der Eltern, sowie den Möglichkeiten zur sprachlichen Verständigung) und kann nicht als repräsentativ bezeichnet werden. Dennoch steht zu erwarten, dass sich der aufgezeigte Trend auch in einer grösser angelegten Studie zeigt.

Um auszuschließen, dass die Erstautorin bei der Überprüfung auf das Ausschlusskriterium Frühgeburtlichkeit vor der Untersuchung Kenntnis über das rechnerische Gestationsalter erlangte, wurden Kinder, deren Akten Ausschlusskriterien aufwiesen, zunächst namentlich in eine separate Liste aufgenommen. Diese wurde später mit der Gesamtliste der Kinder abgeglichen und die betreffenden Kinder aus der Stichprobe herausgenommen. Dieses Vorgehen war nötig, um den direkten Zusammenhang von Namen und Gestationsalter zu vermeiden. Zwar wurde von Smith et al. festgestellt, dass das Wissen um das rechnerische Gestationsalter das Ergebnis der Untersuchung nach New Ballard Score nicht beeinflusst [28], dennoch wurde diese Vorsichtsmaßnahme eingehalten, um das Risiko eines „confirmation bias“ zu minimieren.

Die Ergebnisse stellen den bisher als feststehend angenommenen Zusammenhang zwischen dem rechnerischen Gestationsalter und der befundeten Reife grundsätzlich in Frage. Auch wenn die Scores zur Bestimmung des Reifealters eines Neugeborenen nicht dazu entwickelt

Abbildung 2: Abweichung des befundeten Reifealters vom rechnerischen Gestationsalter in Tagen (Mittelwert pro SSW) (n=100)



wurden, Diagnosen in der Schwangerenbetreuung oder -vorsorge zu überprüfen, bietet die Anwendung des New Ballard Score die Möglichkeit, in einer größeren Stichprobe das eindeutige Ergebnis der vorliegenden Arbeit zu überprüfen: Das Gestationsalter spiegelt bei Geburten nach dem ET, insbesondere bei eingeleiteten Geburten nicht den Reifezustand des Kindes wider.

Aufgrund der geringen Fallzahl ist der scheinbar große Zusammenhang zwischen induziertem Geburtsbeginn und Abweichung vom befundeten Reifealter zu relativieren. Die Gruppe der Einleitungen und geplanten Sectiones ist mit n=23 klein und überschneidet sich zudem in 11 Fällen mit Frauen aus der Gruppe der Terminüberschreitungen über 41+1 SSW. Daher ist nicht zu ermitteln, ob die induzierte Geburt oder die Terminüberschreitung mit der starken Abweichung vom befundeten Reifealter korreliert. Der Effekt der Abweichung ist jedoch bei den Kindern mit spontanem Geburtsbeginn (n= 77) nicht vorhanden, obwohl auch dort 9 Kinder mit Terminüberschreitung über 41+1 SSW zu finden sind. Eine mögliche Schlussfolgerung wäre, dass mit den Prozessen, die zu einem spontanen Geburtsbeginn führen, ein zusätzlicher Reifungsschub beim Feten einsetzt. Diese Frage zu beantworten muss zukünftiger Forschung vorbehalten bleiben.

Auch wenn der New Ballard Score im Vergleich zu anderen Erhebungsinstrumenten als gutes Beurteilungsinstrument bezeichnet werden kann, sind noch Fragen zu seiner Aussagekraft offen: Bereits in früheren Arbeiten wurde festgestellt, dass bei Beurteilung von Neugeborenen nach dem New Ballard Score Kinder vor dem Termin in ihrer Reife eher überschätzt, nach dem Termin eher unterschätzt werden [2, 31]. Daher muss diskutiert werden, ob die gewählte Methode der Reife-

bestimmung (New Ballard Score) grundsätzlich Abweichungen zeigt oder die Abweichungen der Reife vom rechnerischen Gestationsalter korrekt festgestellt werden. In den Untersuchungen, die Methoden zur Reifebestimmung evaluieren, wurde dieser Aspekt bisher nicht bewertet [8, 10, 12, 27, 29, 31, 32]. Die vermeintliche Überschätzung des Reifealters von Neugeborenen vor dem Termin und die Unterschätzung nach dem Termin findet sich allerdings nicht nur bei der Befundung nach Ballard, sondern auch bei anderen Methoden zur Reifebestimmung [5, 10, 11, 23]. Es besteht selbst bei unterschiedlichen Kollektiven, Untersuchungssettings und unter Anwendung anderer Untersuchungsmethoden [8, 27, 29, 32] ein durchgängig nachverfolgbarer Trend, der mit den hier präsentierten Ergebnissen übereinstimmt. Dies legt die Annahme nahe, dass Reifungsprozesse in der Schwangerschaft nicht immer kongruent zum errechneten Gestationsalter stattfinden.

Schlussfolgerung

Am Beispiel der vorliegenden Arbeit zeigt sich, wie unzureichend die verfügbaren Berechnungsarten für das Gestationsalter sind, um einem eventuell individuellen, aber auf jeden Fall anders als berechnet ablaufenden klinischen Prozess in utero gerecht zu werden. Es besteht dringender Forschungsbedarf, sowohl für die Frage nach der tatsächlichen Schwangerschaftsdauer und der Belastbarkeit des ET als diagnostischem Wert, als auch für die bisher geltende Annahme, dass Reifungsprozesse des Kindes in utero linear zum rechnerischen Schwangerschaftsalter verlaufen und durch Berechnung diagnostizierbar sind. Ergänzend ist weitere Forschung erforderlich, die sich mit den Hintergründen für Wachstums- oder Reifungsverzögerungen in utero beschäftigt [14].

Im klinischen Alltag sollte überdacht werden, ob das Vorgehen bei Terminüberschreitung durch eine Berechnungsmethode geleitet werden darf, deren Gültigkeit in Frage gestellt werden muss. Mit Sicherheit gibt es Kinder, die von einer Dysmaturität betroffen sind. Für diese wenigen Kinder ist es wichtig, dass dieser Zustand erkannt und die Schwangerschaft beendet wird, wie eine aktuelle Studie zeigt [33]. Für die übrige Mehrheit der Kinder gilt eventuell, dass die für sie notwendige physiologische Schwangerschaftsdauer lediglich länger oder durch Wachstumsrhythmen anders ist, als von uns erwartet. Die Reife eines Kindes ist vor der Geburt nicht errechenbar und bis jetzt leider auch nicht genügend diagnostizierbar. Eine taggenaue Bestimmung ist in keinem Fall erforderlich. Daher sollte die Bestimmung eines exakten Datums für das Ende der Schwangerschaft nur im Kontext (arbeits-)rechtlicher Bestimmungen, wie zum Beispiel dem Beginn des Mutterschutzes, relevant sein und nicht als medizinische Notwendigkeit bestehen bleiben.

Institution: ¹ Fachhochschule Salzburg, Österreich; ² Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur, Schweiz; ³ DIPLOMA Private Hochschulegesellschaft mbH, Bad Sooden-Allendorf.

Diese Arbeit wurde im Rahmen einer Masterarbeit an der FH Salzburg erstellt.

Interessenkonflikt: Die Autorinnen erklären, dass keinerlei finanzieller/materieller oder immaterieller Interessenskonflikt besteht.

Review-Verfahren: Eingereicht am: 20.08.2019, angenommen am: 08.11.2019

Kontakt: dorothea.zeeb@fh-salzburg.ac.at

Literatur:

1. Ahn Y. Assessment of Gestational Age Using an Extended New Ballard Examination in Korean Newborns. *J Trop Pediatr.* 2008;54:278-81. DOI: 10.1093/tropej/fmm120
2. Alexander GR, de Caunes F, Hulsey TC, Tompkins ME, Allen M. Validity of postnatal assessments of gestational age: A comparison of the method of Ballard et al. and early ultrasonography. *Am J Obstet Gynecol.* 1992;166:891-5. DOI: 10.1016/0002-9378(92)91357-G

3. Alexander GR, de Caunes F, Hulse TC, Tompkins ME, Allen M. Ethnic variation in postnatal assessments of gestational age: a reappraisal. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1992;6:423-33. DOI: 10.1111/j.1365-3016.1992.tb00786.x
4. AQUA Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen. Bundesauswertung 2009: Geburtshilfe 16/1 Qualitätsindikatoren. [Zugriff: 19.08.2019]. Verfügbar unter: https://sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/2009/bu_Gesamt_16N1-GBH_2009.pdf
5. Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, Wang L, Eilers-Walsman BL, Lipp R. New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. *J Pediatr*. 1991;119:417-23. DOI: 10.1016/s0022-3476(05)82056-6
6. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2011;693-962.
7. Corsello G, Piro E. The world of twins: an update. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2010;23 Suppl 3:59-62. DOI: 10.3109/14767058.2010.508218
8. Deputy NP, Nguyen PH, Pham H, Nguyen S, Neufeld L, Martorell R, Ramakrishnan U. Validity of gestational age estimates by last menstrual period and neonatal examination compared to ultrasound in Vietnam. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17:25. DOI: 10.1186/s12884-016-1192-5
9. DGGG. Leitlinie Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung: Stand: 28.02.2014 (in Überarbeitung). 2014. [Zugriff: 29.07.2019]. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-065m_S1_Termin%C3%BCberschreitung_%C3%9Cbertragung_02-2014-verlaengert_01.pdf
10. Dubowitz LM, Dubowitz V, Goldberg C, Keith I. Rapid assessment of gestational age at birth. *Arch Dis Child*. 1976;51:986-7. DOI: 10.1136/adc.51.12.986-a
11. Farr V. Estimation of gestational age by neurological assessment in first week of life. *Arch Dis Child*. 1968;43:353-7. DOI: 10.1136/adc.43.229.353
12. Gagliardi L, Scimone F, DelPrete A, Petecca C, Stival G, Pasinetti G, et al. Precision of gestational age assessment in the neonate. *Acta Paediatr*. 1992;81:95-9. DOI: 10.1111/j.1651-2227.1992.tb12181.x
13. Hami J, Shojae F, Vafaei-Nezhad S, Lotfi N, Kheradmand H, Haghir H. Some of the experimental and clinical aspects of the effects of the maternal diabetes on developing hippocampus. *World J Diabetes*. 2015;6:412-22. DOI: 10.4239/wjd.v6.i3.412
14. Hanson M, Kiserud T, Visser GHA, Brocklehurst P, Schneider EB. Optimal fetal growth: a misconception? *Am J Obstet Gynecol*. 2015;213:332.e1-4. DOI: 10.1016/j.ajog.2015.06.027
15. IQTiG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2017: Geburtshilfe Qualitätsindikatoren. [Zugriff: 19.08.2019]. Verfügbar unter: https://iqtig.org/downloads/auswertung/2017/16n1gebh/QSKH_16n1-GBH_2017_BUAW_V02_2018-08-01.pdf
16. Jukic AM, Baird DD, Weinberg CR, McConaughy DR, Wilcox AJ. Length of human pregnancy and contributors to its natural variation. *Hum Reprod*. 2013;28:2848-55. DOI: 10.1093/humrep/det297
17. Khambalia AZ, Roberts CL, Nguyen M, Algert CS, Nicholl MC, Morris J. Predicting date of birth and examining the best time to date a pregnancy. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2011;40(8):693-962. 2013;123:105-9. DOI: 10.1016/j.jigo.2013.05.007
18. Kullinger M, Wessström J, Kieler H, Skalkidou A. Maternal and fetal characteristics affect discrepancies between pregnancy-dating methods: a population-based cross-sectional register study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017;96:86-95. DOI: 10.1111/aogs.13034
19. Le Ray C, Anselm O. Comment définir la date présumée de l'accouchement et le dépassement de terme? *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2011;40:703-8. DOI: 10.1016/j.jgyn.2011.09.005
20. Loytved C, Bosch C, Berger C, Gutjahr K. Was meinte Naegele mit seiner Regel? *Hebamme*. 2009;22:142-8. DOI: 10.1055/s-0029-1239952
21. Loytved CAL, Fleming V. Naegele's rule revisited. *Sex Reprod Healthc*. 2016;8:100-1. DOI: 10.1016/j.srhc.2016.01.005
22. Mack S, Loytved C. Wie genau ist das Schwangerschaftsalter zu bestimmen? *Obstetrica*. 2019;20019:8-11. DOI: 10.21256/zhaw-3180
23. Parkin JM, Hey EN, Clowes JS. Rapid assessment of gestational age at birth. *Arch Dis Child*. 1976;51:259-63. DOI: 10.1136/adc.51.4.259
24. Rempen A, Chaoui R, Häusler M, Kagan K-O, Kozłowski P, Kaisenberg C von, Wissner J. Qualitätsanforderungen an die Ultraschalluntersuchung in der Frühschwangerschaft (DEGUM-Stufe I) zwischen 4+0 und 13+6 Schwangerschaftswochen. *Ultraschall Med*. 2016;37:579-83. DOI: 10.1055/s-0042-115581
25. Ribicic R, Kranjcec I, Borosak J, Tumbri J, Mihovilovic Prajz L, Ribicic T. Perinatal outcome of singleton versus twin late preterm infants: do twins mature faster than singletons? *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2016;29:1520-4. DOI: 10.3109/14767058.2015.1053449
26. Schwartz R, Teramo KA. Effects of diabetic pregnancy on the fetus and newborn. *Semin Perinatol*. 2000;24:120-35. DOI: 10.1053/sp.2000.6363
27. Shukla H, Atakent YS, Ferrara A, Topsis J, Antoine C. Postnatal overestimation of gestational age in preterm infants. *Am J Dis Child*. 1987;141:1106-7. DOI: 10.1001/archpedi.1987.04460100084033
28. Smith LN, Dayal VH, Monga M. Prior knowledge of obstetric gestational age and possible bias of Ballard score. *Obstet Gynecol*. 1999;93:712-4. DOI: 10.1016/s0029-7844(98)00530-4
29. Spinnato JA, Sibai BM, Shaver DC, Anderson GD. Inaccuracy of Dubowitz gestational age in low birth weight infants. *Obstet Gynecol*. 1984;63:491-5.
30. Štimac T, Petrović O, Krajina R, Funderle A. The influence of pre-eclampsia on fetal lung maturity. *Int J Gynecol Obstet*. 2012;118:18-20. DOI: 10.1016/j.jigo.2012.02.015
31. Taylor RAM, Denison FC, Beyai S, Owens S. The external Ballard examination does not accurately assess the gestational age of infants born at home in a rural community of The Gambia. *Ann Trop Paediatr*. 2010;30:197-204. DOI: 10.1179/146532810X12786388978526
32. Vogt H, Haneberg B, Finne PH, Stensberg A. Clinical assessment of gestational age in the newborn infant. An evaluation of two methods. *Acta Paediatr Scand*. 1981;70:669-72. DOI: 10.1111/j.1651-2227.1981.tb05765.x
33. Wennerholm U-B, Saltvedt S, Wessberg A, Alkmark M, Bergh C, Wendel SB, et al. Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEdish Post-term Induction Study, SWEPIIS): multicentre, open label, randomised, superiority trial. *BMJ*. 2019;367:l6131. DOI:10.1136/bmj.l6131.
34. Wieland U, Hildebrandt S. Fehler bei der sonografischen Bestimmung des Schwangerschaftsalters. *Der Frauenarzt*. 2016:844-51.
35. Winn HN, Klosterman A, Amon E, Shumway JB, Artal R. Does preeclampsia influence fetal lung maturity? *J Perinat Med*. 2000;28:210-3. DOI: 10.1515/JPM.2000.028

Literatur (von Seite 69)

1. Amstad T. Wie verständlich sind unsere Zeitungen?. Zürich: Hochschulschrift; 1978.
2. Björnson CH. Readability of newspapers in 11 languages. *Reading Research Quarterly*. 1983;18(4):480-97.
3. Langer I, Schulz von Thun F, Tausch R. Sich verständlich ausdrücken. München: Reinhardt Verlag; 2015.
4. Maaß C. Leichte Sprache. Das Regelbuch. Berlin: LIT Verlag Dr. W. Hopf; 2015.
5. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Kinder-Richtlinie. (Zugriff am 27.09.2019). Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1905/Kinder-RL_2018-11-22_iK_2019-08-09.pdf
6. AWMF. S2k-Leitlinie 024-022 „Prophylaxe von Vitamin-K-Mangel-Blutungen (VKMB) bei Neugeborenen“. (Zugriff am 27.09.2019). Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-022l_S2k_Prophylaxe_Vitamin_K_Mangel_Neugeborene_2016-04.pdf

Zeitliche Planung der Hausbesuchsbetreuung im frühen Wochenbett

Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

Übersetzung durch Prof. Dr. Susanne Simon

Hintergrund

Häufig beobachtete Komplikationen, die in der Zeit nach der Geburt auftreten, umfassen unter anderem Probleme mit der psychischen und seelischen Gesundheit bei der Mutter sowie Erkrankungen des Neugeborenen. Hausbesuche durch Gesundheitsfachpersonal oder Laienkräfte in den Wochen nach der Geburt könnten verhindern, dass Gesundheitsprobleme chronisch werden und langfristige Auswirkungen auf Frauen, ihre Neugeborenen und ihre Familien haben.

Ziele

Beurteilung der Endpunkte in unterschiedlichen Hausbesuchsprogrammen für Frauen und Neugeborene in der frühen Wochenbettphase. Der Review konzentriert sich auf die Häufigkeit der Hausbesuche, die Dauer (wenn die Besuche beendet sind), die Intensität sowie auf verschiedene Arten von Interventionen bei Hausbesuchen.

Literatursuche

Wir haben im Studienregister der Cochrane Pregnancy and Childbirth Group (Stand 28. Januar 2013) und in Referenzlisten eingeschlossener Volltexte gesucht.

Auswahlkriterien

Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) (einschließlich Cluster-RCTs), die verschiedene Arten von Hausbesuchs-Programmen mit Teilnehmerinnen in der frühen Wochenbettperiode (bis zu 42 Tage nach der Geburt) verglichen, wurden eingeschlossen. Ausgeschlossen wurden Studien, wenn die eingeschlossenen Teilnehmerinnen während der Schwangerschaft eine Intervention erhielten (auch wenn die Intervention bis zum Wochenbett andauerte) sowie Studien, in denen nur Frauen aus bestimmten Hochrisikogruppen rekrutiert wurden (z.B. Frauen mit Alkohol- oder Drogenproblemen).

Datenerhebung und -analyse

Die Einschlussfähigkeit der Studien wurde durch mindestens zwei Autoren des Reviews sichergestellt. Die Datenextraktion und die Beurteilung des Risikos für Bias wurden durch mindestens zwei Review-Autoren unabhängig voneinander durchgeführt. Die Dateneingabe wurde mit Hilfe der Software Review Manager vorgenommen.

Wesentliche Ergebnisse

Wir haben Daten aus 12 randomisierten Studien mit den Daten von mehr als 11.000 Frauen eingeschlossen. Die Studien wurden weltweit durchgeführt, sowohl in Ländern mit hohem Einkommen, als auch in Settings mit limitierten Ressourcen. In Settings mit limitierten Ressourcen erhalten Frauen im Rahmen einer Standardversorgung unter Umständen keine zusätzliche postpartale Betreuung nach Frühentlassung aus der Klinik.

Die Interventionen und Kontrollbedingungen variierten erheblich zwischen den Studien. Die Studien fokussierten drei breitgefächerte

Arten von Vergleichen: Programme, die mehr versus weniger Hausbesuche nach der Geburt beinhalteten (fünf Studien), Programme, die verschiedene Betreuungsmodelle einschlossen (drei Studien) und postpartale Untersuchungen bei Hausbesuchen versus postpartale Untersuchungen in Krankenhäusern (vier Studien). In allen, bis auf zwei eingeschlossenen Studien, wurde die postpartale Betreuung zu Hause von medizinischem Fachpersonal durchgeführt. Das Ziel aller Interventionen war es, das Wohlbefinden von Müttern und Säuglingen zu beurteilen und Aufklärung und Unterstützung anzubieten. Wenngleich einige Interventionen spezifischere Ziele hatten, wie z.B. das Stillen zu fördern oder praktische Unterstützung zu leisten.

Für die meisten unserer Endpunkte lieferten nur eine oder zwei Studien Daten und die Gesamtergebnisse waren nicht eindeutig.

Es gab keine Evidenz dafür, dass Hausbesuche zur Verbesserungen der Mütter- und Neugeborenensterblichkeit führten, und es gab keine eindeutige Evidenz dafür, dass mehr postpartale Besuche zu Hause mit einer Verbesserung der mütterlichen Gesundheit einhergingen. Intensivere Hausbesuchsfrequenzen schienen die psychische Gesundheit von Müttern nicht zu verbessern und die Ergebnisse von zwei Studien deuten darauf hin, dass Frauen, die mehr Besuche erhalten haben, im Durchschnitt höhere Depressionswerte aufwiesen. Der Grund für dieses Ergebnis ist unklar. In einer Cluster-randomisierten Studie wurde die herkömmliche Betreuung mit einer individualisierten Betreuung durch Hebammen, verlängert bis zu drei Monate nach der Geburt, verglichen. Die Anteile der Frauen, die mit der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) vier Monate nach der Geburt einen Summenwert von ≥ 13 aufgewiesen haben, waren in der individualisierten Versorgungsgruppe reduziert (RR 0,68, 95% KI 0,53 bis 0,86). Es gibt etwas Evidenz dafür, dass die postpartale Betreuung zu Hause die Nutzung pädiatrischer Gesundheitsdienstleistungen in den Wochen nach der Geburt reduzieren könnte und dass mehr Hausbesuche Frauen möglicherweise dazu motivieren, ihre Neugeborenen ausschließlich zu stillen. Es gab gewisse Evidenz dafür, dass die postpartale Betreuung durch Hausbesuche mit einer erhöhten Zufriedenheit der Mütter mit der Betreuung nach der Geburt in Verbindung steht.

Schlussfolgerungen der Autoren

Obwohl die Ergebnisse aus den verschiedenen Studien nicht einheitlich waren, könnte die Erhöhung der Zahl der Hausbesuche nach der Geburt die Gesundheit der Säuglinge und die Zufriedenheit der Mütter fördern und eine individuellere Betreuung zu einer Verbesserung der mütterlichen Endpunkte führen. Die Häufigkeit, zeitliche Planung, Dauer und Intensität solcher postpartalen Betreuungsangebote sollten sich an den lokalen und individuellen Bedürfnissen orientieren. Um das optimale Betreuungsangebot zu bestimmen, sind weitere gut konzipierte RCTs zur Einschätzung dieser komplexen Intervention erforderlich.

Zitation des Cochrane Reviews:

Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 8 Art. No. CD009326. DOI:10.1002/14651858.CD009326.pub3

Hebammendiagnosen: Der Hebammenarbeit eine Sprache verleihen

Midwifery diagnoses: A means to give midwifery care a voice

Dr. Gertrud M. Ayerle¹, Luisa Eggenschwiler B.Sc.², Prof. Dr. Monika Linhart³, Prof. Dr. habil. Eva Cignacco Müller²

Abstract

Hintergrund

Standardisierte diagnostische Klassifikationssysteme haben wesentlich zu Vereinheitlichung der Fachsprache in der Medizin und Pflege beigetragen. Sie können auch für den diagnostischen Prozess in der Hebammentätigkeit hilfreich sein.

Klassifikationssysteme und Eignung für die Hebammentätigkeit

Zu den im deutschen Sprachraum etablierten Klassifikationssystemen der Pflege gehören die Internationale Klassifikation der Pflegepraxis (ICNP®), die PraxisOrientierte Pflegediagnostik (POP) und die NANDA International Nursing Diagnoses. Letztere wurde über viele Jahre entwickelt und literaturgestützt peer-reviewed überarbeitet. Zahlreiche Diagnosen von NANDA-I sind zugleich als „Hebammendiagnosen“ relevant.

Evidenz zu Pflegediagnosen

Es gibt wenig Forschung zur Anwendung von Pflegediagnosen in der Hebammentätigkeit. Jedoch wurden die Diagnosen „Labor pain“ oder „Imbalanced nutrition: more than body requirements during pregnancy“ bzgl. ihrer Validität und klinischen Indikatoren untersucht.

Exemplarische Bearbeitung der Diagnose „labor pain“

Die Arbeitsgruppe Hebammendiagnosen der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) e.V. präzisierte und ergänzte 2019 die hebammenrelevante Diagnose „labor pain“, die von Seiten der NANDA-I als überarbeitungsbedürftig eingestuft worden war.

Relevanz

Die von Hebammen überarbeiteten NANDA-I Pflegediagnosen können zur Beschreibung des diagnostischen Prozesses in der Hebammentätigkeit beitragen.

Schlüsselwörter:

Hebammendiagnose, Klassifikationssystem, Taxonomie, NANDA-I, Wehen

Hintergrund

Hebammendiagnosen stellen eine klinische Beurteilung und Benennung eines individuellen oder familiären Gesundheitsproblems dar und gelten als Grundlage für eine darauf aufbauende professionelle Intervention durch die Hebamme. Sie helfen, Hebammenwissen über gesundheitliche Probleme und Entwicklungsmöglichkeiten von Frauen und ihren Familien zu strukturieren und systematisch zu klassifizieren. Schließlich tragen Hebammendiagnosen wesentlich zu einer Vereinheitlichung der Fachsprache und zur Wissensentwicklung im breiten und komplexen Tätigkeitsspektrum von Hebammen bei [4]. Die Orientierung an einem etablierten Klassifikationssystem fördert den diagnostischen Prozess der Hebammen im beruflichen Alltag. Klassifikationssysteme beschreiben nebst den eigentlichen Diagnosen ebenso Faktoren, die im diagnostischen Prozess bedacht werden müssen und die schließlich eine akkurate Diagnostik in einer bestimmten geburts-hilflichen Situation ermöglichen.

Background

Standardised diagnostic classification systems have significantly contributed to the harmonisation of professional language in medicine and nursing. They may also be helpful in the diagnostic process in midwifery care.

Classification systems and applicability for midwifery care

The nursing classification systems established in the German speaking countries are the International Classification of Nursing Practice (ICNP®), the PraxisOrientierte Pflegediagnostik (POP) and the NANDA International Nursing Diagnoses. The latter were developed over the course of many years and reworked using existing evidence and in a peer-review process. Many diagnoses of NANDA-I are equally relevant as ‘midwifery diagnoses’.

Evidence on nursing diagnoses

There is limited research on the utilisation of nursing diagnoses in midwifery care. However, the diagnoses ‘Labor pain’ and ‘imbalanced nutrition: more than body requirements during pregnancy’ have been tested regarding their validity and clinical indicators.

Exemplary reworking of the diagnosis ‘Labor pain’

In 2019, the study group of the German Society of Midwifery Science (DGHWi) e.V. refined and supplemented the diagnosis of ‘Labor pain’ which is relevant to midwifery and was classified by NANDA-I as needing revision.

Significance

NANDA-I nursing diagnoses revised by midwives have the potential to contribute to the description of diagnostic processes in midwifery care.

Key words

Midwifery diagnosis, classification system, taxonomy, NANDA-I, labor pain

Allerdings sind Hebammendiagnosen im deutschsprachigen Raum in keiner Klassifikation systematisiert abgebildet, noch wird deren Bedeutung und **Anwendung** in allen Hochschulen mit Hebammencurricula gelehrt. Aus diesem Grund ist auch heute vielfach nicht eindeutig benannt, was Hebammen tun, warum sie dies tun und welche Ergebnisse sie mit ihrem Tun erzielen. Hebammenrelevante Diagnosen zu formulieren sowie Interventionen und gewünschte Ergebnisse festzulegen ist eine der großen Herausforderungen, der sich die Hebammenprofession, insbesondere die Hochschulen mit Bachelor- und Masterprogrammen für Hebammen in Zukunft stellen müssen. Dieser Artikel beschreibt einen ersten Versuch einer länderübergreifenden akademischen Arbeitsgruppe, die bestehende hebammenrelevante Diagnose „Labor Pain“ der NANDA International [14] mit beeinflussenden Faktoren zu ergänzen und die revidierte Diagnose bei NANDA International für die Aufnahme in der 12. Auflage des Klassifikationssystems für die Jahre 2021-2023 zu beantragen.

Klassifikationssysteme

Klassifikationssysteme in der Gesundheitsversorgung dienen der Kommunikation und Kooperation auf funktionaler und sektoraler Ebene, der Qualitätssicherung sowie gegebenenfalls statistischen Erhebungen und Abrechnungszwecken. Dabei werden die Bezeichnungen von Erkrankungen, gesundheitlichen Einschränkungen oder Risiken, von Verhaltensweisen und emotionaler Verfassung sowie – manchmal auch – von Ressourcen auf „verbindliche, eindeutige Vorzugsbezeichnungen“ reduziert [2].

Diagnostische Klassifikationssysteme der Medizin

In der medizinischen stationären wie ambulanten Versorgung und Rehabilitation werden typischerweise für Erkrankungen, die nicht psychische Störungen darstellen, die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-11) bzw. deren German Modification (ICD-10-GM) sowie die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, Version 2005) angewendet [1]. Beide Systeme wurden von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt und ergänzen sich: die ICD-11, die als internationaler Standard neu konzipiert ist und 2019 verabschiedet werden soll, befasst sich mit „Kategorien für Krankheiten, gesundheitsbezogene Zustände und äußere Ursachen von Krankheit oder Tod“; die ICF befasst sich zum einen mit Funktionsfähigkeit und Behinderung (Körperstrukturen und -funktionen; Aktivitäten und Partizipation), zum anderen mit deren Kontextfaktoren [2].

In der ICD-10-GM sind zwei Kapitel ausgewiesen, die sich mit der Schwangerschaft, Geburt und dem Wochenbett befassen (Codes, die mit „O“ beginnen; z.B. Spontangeburt eines Einlings) und mit „Zustände[n], die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“ (Codes, die mit „P“ beginnen; z.B. Klavikulafraktur durch Geburtsverletzung).

Diagnostische Klassifikationssysteme der Pflege

Im deutschsprachigen Raum existieren drei Ordnungssysteme, die in der Praxis genutzt werden. Diese sind zum einen die Internationale Klassifikation der Pflegepraxis (ICNP®), die PraxisOrientierte Pflegediagnostik (POP) und die NANDA International Nursing Diagnoses. Während ICNP® und NANDA-I Merkmale einer Klassifikation aufweisen, trifft dies auf POP nicht in gleichem Maße zu [15].

Die **PraxisOrientierte Pflegediagnostik (POP)**, die 9 Domänen (z.B. Nahrung; Integrität der Person) umfasst, wurde von österreichischen Pflegenden entwickelt und neben der Beschreibung von Beeinträchtigungen der „menschlichen, gesundheitsbezogenen Verhaltens- und Reaktionsweisen im Lebensprozess“ [18] ressourcenorientiert ausgerichtet. Es werden drei Formen der Pflegediagnosen unterschieden: Risiko-, Aktuelle und Gesundheitspflegediagnosen. Die Autor/innen verstehen die POP als eine „Grundlage zur Diskussion, Erprobung, Einführung und Anwendung von Pflegediagnosen in der Praxis“ [18].

Die **Internationale Klassifikation der Pflegepraxis (ICNP®)** beinhaltet eine umfassende standardisierte Beschreibung von Pflegebeobachtungen und -handlungen, um damit eine qualitativ hochwertige Pflege weltweit zu systematisieren und Daten zu Pflegeleistungen zu erfassen und systemübergreifend zu kommunizieren. Die Systematik umfasst zum einen Diagnosen/Outcomes und zum anderen Interventionen von A (z.B. administering medication) bis V (violence prevention) [6].

Sie werden durch die folgenden sieben Achsen beschrieben: Handlung, Klient, Fokus, Beurteilung, Lokalisation, Mittel und Zeit. Der International Council of Nurses (ICN) arbeitet eng mit der WHO zusammen, um pflegerelevante Inhalte in die International Classification of Health Interventions (ICHI) der WHO einzuspeisen [7]. Die ICNP® wurde in mehrere Sprachen übersetzt, darunter auch Deutsch.

Die **internationale Taxonomie von Pflegediagnosen** wurde von NANDA International, Inc. über viele Jahre entwickelt und für die internationale Anwendung in regelmäßigen Abständen auf der Basis von aktueller Literatur bzw. Forschung peer-reviewed überarbeitet. Die Vereinigung, die sich über Mitgliedsbeiträge und Publikationserlöse finanziert, verfolgt das Ziel „to develop, refine and promote terminology that accurately reflects nurses' clinical judgments“ [13]. Auf der neunten NANDA-I Konferenz wurde die Pflegediagnose folgendermaßen definiert: Sie ist „eine klinische Beurteilung einer menschlichen Reaktion auf Gesundheitszustände/Lebensprozesse oder der Anfälligkeit einer Person, Familie, Gruppe oder Gemeinschaft für diese Reaktion. Eine Pflegediagnose stellt die Grundlage für die Auswahl der Pflegeinterventionen zur Erzielung von Outcomes dar, für die Pflegefachpersonen verantwortlich sind“ (verändert in 2009 und 2013 [3]).

Die Pflegediagnose bildet sich aus dem Diagnosetitel (standardisierte Terminologie) und ihrer Definition samt Indikatoren („diagnostic indicators“), die sowohl beeinflussende und ätiologische Faktoren, charakteristische Merkmale oder Symptome als auch Risikofaktoren (z.B. umwelt-, psychologisch oder genetisch bedingt) beschreiben. Die Pflegediagnose, die sowohl für eine individuelle Person, eine Familie, eine Personengruppe oder eine Gemeinde gestellt werden kann, ist entweder problemfokussiert, gesundheitsfördernd ausgerichtet oder auf ein potenzielles Risiko gerichtet [3].

Die NANDA-I Diagnosen beinhalten Konzepte, wie Atmung, Wärme-regulierung, Schmerz, Wohlbefinden, etc., die entlang eines multi-axialen Systems (siehe Tab. 1) „aufgespannt“ sind, wobei unter einer Achse eine Dimension menschlicher, pflegerelevanter Reaktionen zu verstehen ist [5].

Anhand von drei literaturgestützten generellen Klassifikationskriterien (Beschreibung der Diagnosen unter Einbezug von Evidenz; Gefüge von konzeptuell beschriebenen Zuordnungen; Diagnosen mit Definition, diagnostischen Kriterien und zugehöriger Ätiologie) kommt Müller-Staub [11] zur abschließenden Bewertung, dass von allen pflegerelevanten

Tabelle 1: Die sieben Achsen der NANDA Taxonomie [5]

Achse 1:	Das diagnostische Konzept
Achse 2:	Subjekt der Diagnose (Individuum, Familie, Gruppe, Gemeinschaft)
Achse 3:	Beurteilung (z.B. beeinträchtigt, unwirksam)
Achse 4:	Lokalisation (z.B. sensorisch, zerebral)
Achse 5:	Alter (z.B. Säugling, Kind, Erwachsene)
Achse 6:	Zeit (akut, chronisch, intermittierend, kontinuierlich)
Achse 7:	Status der Diagnose (Problem-fokussiert, Gesundheitsförderung, Gesundheitsrisiko)

Klassifikationssystemen nur die NANDA-Klassifikation diese Kriterien erfüllt.

Eignung von (NANDA-I Pflege-)Diagnosen für die Hebammentätigkeit

Unter den NANDA-I Pflegediagnosen sind zahlreiche Diagnosen, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit der Hebammentätigkeit stehen und daher auch als hebammenrelevant verstanden werden und als „Hebammendiagnosen“ Verwendung finden könnten. Beispiele für die unmittelbare Relevanz sind die Diagnosen „Bereitschaft für einen verbesserten Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettverlauf“, „Geburtsschmerz“ sowie „Gefahr einer gestörten Mutter-Fötus-Dyade“. Mittelbar relevante Diagnosen sind beispielsweise „Gefahr eines instabilen Blutglukosespiegels“, „Gefahr einer chronisch funktionellen Obstipation“, „Schlafmangel“, „Gefahr eines posttraumatischen Stresssyndroms“ [5].

Darüber hinaus könnten spezielle Hebammendiagnosen erarbeitet werden, die physiologisch ausgerichtet sind, wie beispielsweise zur physiologischen Wehenschwäche, zum physiologischen Informationsbedarf in der Schwangerschaft, zur physiologischen Latenzphase, zur physiologischen Terminüberschreitung, zur Unsicherheit und Angst in Bezug auf die Geburt, zur physiologischen Mutter-Kind-Bindung und einem gesundheitsfördernden Lebensstil. Für die Entwicklung von NANDA-I Diagnosen ist es von Bedeutung, dass ausschließlich Diagnosen für Zustände aufgeführt werden, die sich durch Hebammen oder im angelsächsischen Raum durch Nurse-Midwives beeinflussen lassen.

Bei der Zukunftswerkstatt im November 2017 an der Fachhochschule Gesundheit in Innsbruck diskutierten die teilnehmenden Hebammen das Potenzial von Hebammendiagnosen für die praktische Tätigkeit von Hebammen und notierten diese auf Karten, die von der Erstautorin gesammelt wurden. Die Teilnehmerinnen sahen den Nutzen von Hebammendiagnosen sowohl in der systematischen Erfassung von Betreuungsprozessen, in der Transparenz und Qualitätssicherung als auch in der Förderung der Autonomie und Professionalisierung von Hebammen (siehe Tabelle 2). Dagegen stellten aus deren Sicht die praktische Umsetzung und der möglicherweise daraus erwachsene größere Aufwand eine nennenswerte Herausforderung dar.

Evidenz zu Pflegediagnosen

Es existieren nur wenige qualitativ hochwertige Studien, die eine verlässliche Aussage über die (Aus-)Wirkungen von Pflegediagnosen auf patientenrelevante und organisatorische Outcomes machen können. Die vorhandene Literatur gibt zumindest einen Hinweis darauf, dass Pflegediagnosen ein potenzieller Prädiktor von Lebensqualität und Sterblichkeit sowie von der Dauer des Krankenhausaufenthaltes, den Krankenhauskosten, dem Umfang der Pflegeleistungen und des Entlassungszustands der Patientin/des Patienten sein können [17]. Jedoch ist zur Einschätzung der Wirkung von Pflegediagnosen deren genaue und zutreffende Dokumentation erforderlich, wie Paans et al [16] in ihrer systematischen Übersichtsarbeit beschreiben. Sie identifizierten vier Domänen von Einflussfaktoren auf die Nutzung und Genauigkeit von Pflegediagnosen: a) die/der Pflegenden als Diagnose-Stellende/r (Einstellung zu Diagnosen, Expertise, „diagnostic reasoning skills“), b) ihre/seine diagnostische Ausbildung und Ressourcen (Qualifizierung, standardisierte Formulare oder digitale Programme), c) die Komplexität

der Patientinnen-/Patientensituation (kulturell unterschiedliche Mitteilung von Bedürfnissen, schwerwiegende medizinische Diagnosen) sowie d) die Rahmenbedingungen im Krankenhaus (Personalschlüssel, Arbeitspensum, Anwendung eines medizinischen Behandlungsmodells, Einstellung der Ärzteschaft zu Pflegediagnosen, Kommunikationsmodi).

Tabelle 2: Subjektive Perspektiven von Hebammen auf Hebammendiagnosen

Nutzen:	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Bessere Entscheidungsfähigkeit für weiteren Verlauf ◆ Sichtbarmachung des Zusammenhangs zwischen Diagnose - Intervention - Outcome ◆ Vereinheitlichen die Beurteilung ◆ Transparenz im Betreuungsprozess ◆ Gut ausgearbeitete Diagnosen, dadurch weniger Arbeitsaufwand und bessere Behandlung ◆ Qualitätssicherung und Anerkennung durch Krankenkassen ◆ Qualitätsverbesserung und Strukturierung der Lehre ◆ Fördert Eigenverantwortlichkeit der Hebammen ◆ Erleichterung der Abrechnung von Hebammenleistungen ◆ Professionalisierung
Herausforderungen:	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Administrativer Aufwand, Dokumentationsaufwand ◆ Praktikabilität und Finanzierung der Umsetzung ◆ Ggf. unterschiedliche rechtliche Dokumentationsbedingungen in verschiedenen Ländern

Bedauerlicherweise sind in der Literatur nur sehr wenige Studien zur Anwendung von Pflegediagnosen in Bereich der Hebammentätigkeit zu finden. Beispiele sind der Beitrag von Mazoni, de Carvalho und dos Santos [9], in welchem die klinische Validität der Pflegediagnose „Labor pain“ überprüft wurde. In einer Beobachtungsstudie mit 55 Gebärenden bestätigten sie, dass bei fast allen Frauen die folgenden 6 von 22 Definitionsmerkmalen während der Geburt vorhanden waren: (mündliche) Angabe zum Wehenschmerz, Gebärmutterkontraktionen, veränderte Muskelspannung sowie drei verschiedene Modi des Ausdrucks von Schmerz. Weitere Merkmale des Wehenschmerzes waren das Schwitzen, Gesten zum Selbstschutz, schmerzlindernde Körperhaltungen, Verhalten zur Ablenkung, der Fokus auf sich selbst und Druckschmerz auf den Damm.

Moura, Valente, Lopes, Damaseno und Evangelista [10] beabsichtigten, die Prävalenz der Pflegediagnose „Imbalanced nutrition: more than body requirements during pregnancy“ und deren Beziehung mit soziodemografischen und geburtshilflichen Variablen festzustellen. In einer Querschnittstudie mit 146 schwangeren Frauen in der Hauptstadt von Ceará (Brasilien) wurde die Pflegediagnose 100 Mal (68%) dokumentiert, wobei sie einen statistisch signifikanten Unterschied bei Frauen mit dieser Pflegediagnose bzgl. (höherem) Alter, (höherer) Parität und (höherem) Gestationsalter im Vergleich zu Frauen ohne diese Pflegediagnose feststellten. Kein Unterschied bestand in dieser Stichprobe bzgl. ihrem Familienstatus. In einer weiteren Publikation [20] berichtet das Forschungsteam über klinische Indikatoren bei schwangeren

Frauen mit dieser Pflegediagnose. Dazu zählen ein bewegungsarmer Lebensstil (97%), Nahrungszufuhr als Reaktion auf interne Reize außer Hunger (87%), sowie externe Reize (70%).

Die Arbeitsgruppe Hebammendiagnosen der DGHWi

Historie der Arbeitsgruppe

Über die Arbeitsgemeinschaften Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) e.V. erreichte die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) e.V. die Anfrage, ob diese als Mitglied der AWMF an der Erstellung des International Classification of Diseases (ICD 11) der WHO mitwirken will. Eine Anfrage über die Sektion „Internationale Hebammenarbeit“ der DGHWi bei der International Confederation of Midwives (ICM) hat ergeben, dass bislang international keine Erarbeitung einer Taxonomie zu Hebammendiagnosen bekannt ist. Die Anfrage der DGHWi, sich an der Erstellung eines Klassifikationssystems zu beteiligen, wurde in der ICM mit Interesse aufgenommen.

Auf der Mitgliederversammlung 2016 der DGHWi wurde beschlossen, im deutschsprachigen Raum länderübergreifend eine Arbeitsgruppe (AG) „Hebammendiagnosen“ zu bilden, um die Entwicklung einer Diagnose-Klassifikation für Hebammendiagnosen zu eruieren und/oder ein bestehendes Klassifikationssystem mit Hebammendiagnosen zu erweitern. Vertreterinnen aus Hochschulen mit einem Hebammen-curriculum in Deutschland, Österreich und der Schweiz wurden in die Arbeitsgruppe eingebunden.

Ziele der Arbeitsgruppe „Hebammendiagnosen“

Da die DGHWi keine finanziellen Ressourcen hat – und das Einwerben von finanziellen Mitteln für die Erstellung einer eigenen hebammen-spezifischen Taxonomie nicht aussichtsreich erscheint – hat sich die AG das mittelfristige Ziel gesetzt, einzelne Diagnosen der bestehenden NANDA-I Taxonomie mit relevanten Aspekten für die Hebammen-tätigkeit und aktuellen Forschungserkenntnissen zu erweitern.

In der aktuellen 11. Auflage der NANDA-I Diagnosen [14] ist die Diagnose „Labor pain“ als eine Diagnose aufgelistet, die wegen unvollständiger Beschreibung in der kommenden 12. Auflage nicht mehr weiter aufgeführt werden sollte. Daher wurde diese Diagnose, die auch von Mazoni, de Carvalho und dos Santos [9] als relevant und valide eingeschätzt wurde, für eine erste Bearbeitung gewählt.

Die aktuelle Ausgabe führt lediglich die Definition des Begriffs „Labor pain“ sowie die „Bestimmenden Merkmale“ (defining characteristics) auf. Für eine vollständige Darstellung der Diagnosen fehlt jedoch die Beschreibung der „Beeinflussenden Merkmale“ (related factors) des Geburtsschmerzes.

Aus Gründen der Machbarkeit beschloss die AG Hebammendiagnosen, die Diagnose „Labor pain“ mit den „beeinflussenden Merkmalen“ zu ergänzen und somit deren Beibehaltung in der nächsten Auflage der NANDA Klassifikation für die Jahre 2021-2023 zu gewährleisten⁴. Auch bot diese Erarbeitung die Möglichkeit, sich erstmalig auf einen solchen Erarbeitungs- oder Verfeinerungsprozess bezüglich einer Diagnose einzulassen und somit den Aufwand für solche Arbeiten besser einzuschätzen.

Exemplarische Bearbeitung der Diagnose „Labor pain“

Ein Prinzip von NANDA International ist, dass alle Pflegediagnosen auf einer fundierten Literaturanalyse gründen. Für die literaturgestützte Bearbeitung der beeinflussenden Faktoren der Diagnose „Labor pain“ konsolidierte sich eine nationale Untergruppe an der Berner Fachhochschule in der Schweiz (Autorinnen LE, ML und EC). In einem ersten Schritt wurden Suchbegriffe für eine integrative Literatursuche [21] zusammengetragen, deren unterschiedliche Kombinationen diskutiert und die Suche in den Datenbanken CINAHL, MIDIRS, Cochrane und PubMed durchgeführt. Für den Begriff des Geburtsschmerzes wurden verschiedene Suchbegriffe verwendet (labor pain, labour pain, birth pain, delivery pain, childbirth pain), um eine möglichst umfassende Suche zu garantieren. Der Einschluss von Suchbegriffen wie „midwives“, „midwifery service“, „midwife led“ und die Festlegung von Ein- und Ausschlusskriterien waren bedeutsam, um Faktoren zu generieren, die tatsächlich von Hebammen beeinflusst werden können. Durch diese Systematik wurden 363 Studien gefunden und einem Abstract-Screening unterzogen. Nach wiederholten gemeinsamen Besprechungen in der Arbeitsgruppe wurden schließlich 21 Studien für die Bestimmung der „beeinflussenden Faktoren für den Geburtsschmerz“ berücksichtigt. Allen Studien wurden aufgrund der Vorgabe von NANDA-I einem Evidenzlevel gemäß des „Evidence Level and Quality Guide (Appendix C)“ der John Hopkins Nursing Evidence-Based Practice zugeordnet [19].

In einem weiteren Schritt wurden aus allen inkludierten Studien die potentiellen beeinflussenden Faktoren des Geburtsschmerzes extrahiert und codiert (z.B. sexueller Missbrauch in Kindheit oder Vorhandensein unterstützender Personen) sowie nach übergeordneten Themen gruppiert und schließlich in drei Gruppen subsumiert (kognitive, soziale sowie umgebungsbedingte Faktoren).

Diese neu elaborierten beeinflussenden Faktoren werden im Rahmen eines standardisierten Eingabeprozesses bei NANDA International im Herbst 2019 für das Evaluationsverfahren eingereicht. Sollte das Review Komitee diese Arbeit gutheißen, wird die Diagnose „Labor pain“ in der geplanten Neuauflage der NANDA-I Klassifikation der Jahre 2021-2023 mitsamt den beschriebenen beeinflussenden Faktoren in der Klassifikation belassen.

Die vollständige Beschreibung einer Hebammendiagnose, in diesem Fall der Diagnose „Geburtsschmerz“, erlaubt es in einem nächsten Schritt Hebammeninterventionen zur Linderung des Schmerzes zu definieren. Diese Interventionen können in das computergestützte System „Leistungserfassung Pflege“ [8] eingespeist werden. Die Leistungserfassung Pflege (LEP) bildet in vielen Krankenhäusern im deutschsprachigen Raum die Grundlage zur statistischen Erfassung und Darstellung pflegerischer und hebammenspezifischer Leistungen im stationären und ambulanten Bereich.

Potenzial für Qualifikationsarbeiten

Dieser erste Versuch der Erweiterung einer hebammenrelevanten Diagnose in einem bestehenden und bewährten internationalen Klassifikationssystem weist darauf hin, dass die Hebammenprofession zwingend von der Entwicklung einer eigenen Nomenklatur absehen und sich vielmehr an der Mitarbeit in bestehenden Systemen orientieren sollte. Das NANDA-I Klassifikationssystem umfasst bereits heute –

wenngleich auf Pflegediagnostik ausgerichtet – etliche hebammenrelevante Diagnosen, die einer Überprüfung, Aktualisierung oder Ergänzung bedürfen. Es können auch jederzeit neu formulierte Diagnosen bei NANDA-I zur Aufnahme beantragt werden, vorausgesetzt der Antrag basiert auf einer Literaturarbeit, wie oben beschrieben.

Diese Überprüfung und/oder Ergänzung sowie die Neuentwicklung von NANDA-I Diagnosen, die für Schwangere, Gebärende sowie Mütter und ihre Säuglinge relevant sind, birgt ein sehr großes Potential für Abschlussarbeiten an verschiedenen Hochschulen mit etablierten Hebammenstudiengängen im deutschsprachigen Raum. Studentische Arbeiten könnten an der Entwicklung, Überprüfung und Anpassung hebammenspezifischer Diagnosen im internationalen NANDA-I Klassifikationssystem beitragen. Diese Arbeiten können ganz signifikant zur Etablierung hebammenspezifischer Daten beitragen, die schließlich die Grundlage bilden für die Entwicklung elektronischer Dokumentationssysteme für Kliniken bzw. Spitäler. Gerade auf solche Erfassungs- und Leistungsvergütungssysteme, die die Vergütung der Hebammen-

leistungen sicherstellen, ist die Hebammenprofession mehr denn je angewiesen.

Ausblick

Die Arbeitsgruppe wird sich nach der erfolgreichen Eingabe der revidierten Hebammendiagnose „Labor pain“ bei NANDA-I neu formieren⁵. Es ist evident geworden, dass allein die Arbeit an einer Ergänzung einer bestehenden Hebammendiagnose mit einem erheblichen Zeitaufwand verbunden ist. Hochschulen haben mit ihren Studierenden ein großes Potential, sich an einer substantiellen Weiterentwicklung hebammenspezifischer Diagnosen im Rahmen des NANDA-I Klassifikationssystems zu beteiligen. Die für eine weitere Bearbeitung von Diagnosen notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen müssen geregelt werden, wobei potentielle Unterstützer von der Bedeutung hebammenspezifischer Diagnosen für Lehre, Forschung und Praxis auch davon überzeugt werden müssen.

Institution: ¹ Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Halle (Saale); ² Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit, Abteilung Geburtshilfe; ³ Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit, Abteilung Pflege.

Interessenkonflikt: Die Autorinnen erklären, dass keinerlei finanzieller/materieller oder immaterieller Interessenskonflikt besteht.

Kontakt: gertrud.ayerle@medizin.uni-halle.de; luisa.eggenschwiler@bfh.ch; monika.linhart@bfh.ch; eva.cignacco@bfh.ch

⁴ Die erarbeitete Diagnose Labor Pain wurde bei NANDA-I für die kommende 12. Auflage der NANDA-I Pflegediagnosen eingereicht. Vor einer Veröffentlichung der Gesamtausgabe ist die Diagnose Labor Pain nicht veröffentlicht. Wir bemühen uns um eine Nachdruckerlaubnis in der ZHWi. – Die bisherige Fassung der Diagnose „Labor Pain“ kann in ihrer Formulierung nachgelesen werden in: Nursing Diagnosis Definitions and Classification 2018-2020, Eleventh Edition, S. 449, Thieme Verlag.

⁵ Interessierte Hebammenkolleginnen sind eingeladen, an der weiteren Entwicklung von Hebammendiagnosen mitzuarbeiten. Interessentinnen können sich an Dr. Gertrud M. Ayerle (E-Mail: gertrud.ayerle@medizin.uni-halle.de) wenden.

Literatur:

1. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). ICF 2005 Gesamtwerk PDF. Downloads. [Zugriff: 8.9.2019]. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/?dir=icf>
2. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Wozu wird mit der ICD-10-GM kodiert? [Zugriff: 8.9.2019]. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/anwendung/zweck/>
3. Gallagher-Lepak S. Die Grundlagen der Pflegediagnosen. In: Herdman TH, Kamitsuru S, editors. NANDA international, inc. Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikationen 2015 - 2017. Kassel: RECOM; 2016. S.44-55.
4. Georg J, Cignacco E. Hebammendiagnosen und deren Bedeutung für die Professionalisierung des Hebammenberufs. In: Cignacco E, editor. Hebammenarbeit. Bern: Hans Huber; 2006.
5. Herdman TH. Spezifikationen und Definitionen. In: Herdman TH, Kamitsuru S, editors. NANDA international, inc. Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikationen 2015 - 2017. Kassel: RECOM; 2016. S.118-132.
6. International Council of Nurses (ICN). About ICNP. 2019. [Zugriff: 8.9.2019]. Verfügbar unter: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnp/about-icnp>
7. International Council of Nurses (ICN). Using ICNP to enhance ICHI. 2018. [Zugriff: 8.9.2019]. Verfügbar unter: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/Benefits%20of%20ICNP%20-%20ICHI.pdf>
8. Leistungserfassung Pflege AG (LEP AG). [Zugriff: 8.9.2019]. Verfügbar unter: <https://www.lep.ch/de/>
9. Mazoni SR, de Carvalho EC, dos Santos CB. Clinical validation of the nursing diagnosis labor pain. Revista Latino-Americana De Enfermagem, 2013;21:88-96. doi: 10.1590/s0104-11692013000700012
10. Moura ERF, Valente M, Lopes MVD, Damaseno AKD, Evangelista DR. Prevalence of the nursing diagnosis, imbalanced nutrition: more than body requirements, in pregnant women. Acta Paulista De Enfermagem 2012;25(4):560-566. doi: 10.1590/s0103-21002012000400013
11. Müller-Staub M. Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications. 2009;20:9-15. doi: 10.1111/j.1744-618X.2008.01108.x
12. Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, van Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes – application and impact on nursing practice: systematic review. Journal of Advanced Nursing 2006;56:514-531. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04012.x
13. NANDA International (NANDA-I). About us. 2018. [Zugriff: 8.9.2019]. Verfügbar unter: <http://www.nanda.org/about-us>
14. NANDA International, Herdman TH, Kamitsuru S, editors. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2018-2020. 11. Auflage. New York, Stuttgart: Thieme; 2018.

Fortsetzung siehe Seite 89

Unter der Rubrik Junges Forum werden Abschlussarbeiten (Bachelor/ Master) oder Projektarbeiten von Absolventinnen und Absolventen als Kurzaufsatz und Abstracts veröffentlicht, die ihren Studiengang mit Bezug zur Hebammenwissenschaft in der nahen Vergangenheit erfolgreich abgeschlossen haben. Diese Beiträge durchlaufen keinen peer-review und erheben somit keinen Anspruch auf Überprüfung durch Dritte.

Die Kombination aus Lehr- und Praxistätigkeit für Hebammenlehrende – Gibt es einen Bedarf an einer strukturellen Regelung? Eine Analyse in Zeiten des Umbruchs der Hebammenqualifizierung in Deutschland

The combination of teaching and practice for teachers of midwifery – is there a need for structural regulation? An analysis in times of transition in midwifery qualification in Germany

Hintergrund: Die deutsche Hebammenqualifizierung steht aufgrund der EU-Richtlinie 2013/55EU vor einer Umstrukturierung, welche aus verfassungsrechtlicher Sicht eine akademische Ausbildung für Hebammen bis 2020 zur Folge hat.

Fragestellung: Die vorliegende Masterarbeit befasst sich mit der Forschungsfrage „Gibt es Bedarf an einer strukturellen Regelung, welche die Kombination von Lehr- und Praxistätigkeit für Hebammenlehrende in Deutschland berücksichtigt?“. Der mögliche Bedarf wird anhand der systematischen wissenschaftlichen Bearbeitung der Aspekte „Ist-Stand“, „Befürwortung“, „Wunsch nach struktureller Regelung“ und „authentische Lehre“ untersucht.

Methodik: Der hier verfolgte quantitative Forschungsansatz berücksichtigt den methodischen Bedarf der Forschungsfrage. Mittels zweier theoretisch fundierter, standardisierter Online-Fragebögen wurden deutschlandweit Hebammenlehrende und werdende, (studierende) Hebammen unter Berücksichtigung forschungsethischer Aspekte befragt. Die Datenauswertung erfolgte mittels Kodierung der Variablen in Form einer computergestützten Datenanalyse (SPSS Statistics Subscription, Version 22) sowie einer qualitativ-orientierten Inhaltsanalyse (MAXQDA 2018) nach Mayring.

Ergebnisse: Insgesamt 59 Hebammenlehrende (HL) und 161 werdende, (studierende) Hebammen (WSH) beantworteten die entsprechenden Fragebögen vollständig. 15 HL übten zur Zeit der Befragung eine Kombination aus Lehr- und Praxistätigkeit aus; ein Großteil tat dies bereits in der Vergangenheit. Der Großteil der WSH wurde auf ihrem bisherigen Qualifikationsweg schon von einer entsprechenden Lehrperson unterrichtet. Die meisten HL und WSH befürworten eine Kombination aus Lehr- und Praxistätigkeit; HL unabhängig von ihrer eigenen derzeitigen Form der Berufstätigkeit. Zudem sehen nahezu alle HL und WSH in dieser Kombination eine Möglichkeit, die Lehre authentisch zu gestalten. Ebenso lässt sich aus den Ergebnissen ein Wunsch nach einer strukturellen Regelung dokumentieren.

Schlussfolgerungen: Zusammenfassend zeigt die Bestätigung der vorhandenen Literatur, die Befürwortung durch die betreffenden Gruppen, sowie deren Wunsch nach einer strukturellen Regelung und die zu erwartenden Vorteile für WSH, dass die Kombination aus Lehr- und Praxistätigkeit für HL eine förderwürdige Komponente für den Berufsstand darstellt und es einen Bedarf an einer strukturellen Regelung gibt.

Schlüsselbegriffe: Hebammenqualifizierung, Hebammenlehrende, Lehr- und Praxistätigkeit.

Autorin: Marielle Pommereau, M.A.

Kontakt: marielle.pommereau@gmx.de

Die Arbeit wurde im Masterstudiengang Pädagogik in Gesundheit und Pflege an der Katholischen Hochschule Mainz zur Erlangung des Grades Master of Arts bei Frau Prof.in i. K. Dr. phil. Monika Greening vorgelegt.

Background: Midwifery qualification in Germany is being restructured as a result of EU Directive 2013/55EU, which stipulates it must be a university degree by 2020 as a matter of constitutional law.

Objective:

This master's thesis addresses the research question "Is there a need for structural regulation which includes the combination of teaching and practice for midwifery lecturers in Germany?". The possible existence of a need is examined by means of the systematic scientific analysis of the aspects "status quo", "advocacy", "desire for structural regulation" and "authentic teaching".

Methods:

The quantitative research approach chosen here takes into account the methodological demands of the research question. Midwifery lecturers and student midwives in Germany completed two standardised, theory-based online questionnaires which complied with scientific ethical standards. Data analysis was performed by means of computer-aided coding of variables (SPSS Statistics Subscription, Version 22) and quality-orientated content analysis (MAXQDA 2018) according to Mayring.

Results:

A total of 59 midwifery lecturers (HL) and 161 student midwives (WSH) responded to the questionnaires. At the time of the survey, 15 HL practiced a combination of teaching and practical work; almost all had done so at some point in their careers. Most of the WSH had been taught by a practicing midwife in the course their studies. Most HL and WSH advocated a combination of teaching and practice, HL regardless of whether they were currently doing so. In addition, almost all HL and WSH see this combination as a way of making teaching authentic. The results indicate a strong wish for structural regulation to reflect this.

Conclusion:

In confirmation of the existing literature, the endorsement of the groups concerned combined with their desire for structural regulation and the expected benefits for student midwives illustrate that the combination of teaching and practice for midwifery lecturers is a worthwhile component of the profession and that there is a need for structural regulation.

Keywords: qualification, midwifery lecturers, teaching and practice.

Was Hebammen wollen: Befragung zur Professionalisierung und die bevorstehende Berufereform

What midwives want: Survey on professionalisation and the vocational reform

Hintergrund: Die bevorstehende Akademisierung des Hebammenberufes (Deutschland) fordert eine Debatte aus verschiedenen Perspektiven.

Ziel: Die Arbeit thematisiert die aktuellen Anforderungen zur Professionalisierung des Hebammenberufes in Deutschland. Hierzu wurde die Perspektive berufserfahrener, nicht akademisierter, dreijährig ausgebildeter Hebammen untersucht.

Methode: Die Perspektiven wurden mittels problemzentrierter Interviews mit berufserfahrenen Hebammen (n=10) aus dem klinischen und außer-klinischen Setting erfasst.

Ergebnisse: Es konnten vier Hauptkategorien thematisch konzeptualisiert werden. Die Befragten äußerten sich zu beruflichen Anforderungen der modernen, medizinorientierte Geburtshilfe und Anforderungen an die berufliche Autonomie. Zudem beschrieben sie Wissensanforderungen und stellen das Berufsbild im Wandel dar.

Fazit: Berufserfahrene, nicht-akademisierte Hebammen legen Wert auf den praktischen Aspekt ihrer Arbeit. Sie benötigen berufsbegleitende Angebote zur akademischen Nachqualifizierung. Im Kliniksetting sollte die wissenschaftliche Karriere von Hebammen gefördert werden. Das Ziel der Professionsentwicklung sollte, neben dem praktischen Wissen, vor allem eine Theoriebasierung des Berufes sein.

Schlüsselwörter: Hebamme, Professionalisierung, Akademisierung, Kompetenz, Wissen

Hintergrund

Am 17. Oktober 2018 verkündete der amtierende Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) die Implementierung dualer Studiengänge für Hebammen. *"Hebammen helfen vielen Menschen ins Leben, jeden Tag, dafür braucht es eine gute Ausbildung, theoretisch und praktisch"* [1], so Spahn. Diese berufspolitische Veränderung im Hebammenberuf beruht auf der deutschlandweiten Umsetzung der europäischen Richtlinie 2013/55/EU, die eine angleichende Reformierung und damit Akademisierung des Hebammenberufes an das restliche europäische Bildungssystem vorgibt. Die europäische Union (EU) setzt in der Richtlinie eine zwölfjährige allgemeine Schulausbildung als Zulassungsvoraussetzung für den Hebammenberuf voraus [9]. Die aktuelle Entwicklung des Hebammenberufes erfordert daher eine genauere inhaltliche Betrachtung aus professionssoziologischer Perspektive.

Eine wissenschaftliche Auseinandersetzung innerhalb der Berufs- und Professionssoziologie im Hebammenbereich stellt die Arbeit von Monika Zoege [17] dar. Die Autorin beschäftigte sich mit den bisherigen Ausbildungsstrukturen und stellte die Frage nach beruflichen Anforderungen und wie sich die Ausbildung dahingehend verändern müsse. Sie befragte alle 56 Hebammenschulen (Stand: 2004) in Deutschland. Zu dieser Zeit waren die Modellstudiengänge für Hebammen noch nicht implementiert. Es ist hervorzuheben, dass Frau Zoege in ihrem Fazit bereits vor 14 Jahren die Implementierung eines primärqualifizierenden Bachelor-Studiengangs für Hebammen forderte und damit den Akademisierungsprozess unterstützte.

Background: The current academisation-process in midwifery (Germany) needs to discuss different perspectives.

Aim: This study explores the views of experienced, non-academic midwives on the challenges regarding the professionalisation of midwifery in Germany.

Method: Problem-centred interviews were conducted with experienced midwives (n=10) working in both clinical and outpatient settings.

Results: Four main categories were conceptualised. Midwives expressed their perspective on requirements and autonomy in midwifery. Furthermore they described knowledge requirements and outlined a changing job profile.

Conclusion: Experienced, non-academic midwives emphasise the practical side of their work. They need part-time education opportunities. Scientific careers need to be encouraged in a clinical setting. In addition to practical knowledge, the goal of professionalisation should be the theoretical basis of the profession.

Keywords: midwife, professionalisation, academisation, competency, knowledge

Aktuelle berufspolitische Ereignisse erzwingen derzeit einen Quantensprung des Akademisierungsprozesses. Die aktuelle EU-Richtlinie 2013/55/EU fordert eine Veränderung des Ausbildungssystems für Hebammen mit einer Fristsetzung zum 18. Januar 2020. Die Neuerung zur Anerkennung von Berufsqualifikation und der damit einhergehenden Anhebung der Zugangsvoraussetzungen auf die allgemeine Hochschulreife erfordert eine schnelle und flächendeckende Akademisierung für Hebammen in Deutschland. Ziel ist die Anpassung des Qualifikationsniveaus des Hebammenberufes. Grundlage hierfür bietet der europäische bzw. deutsche Qualifikationsrahmen (EQR bzw. DQR). In ihm sind alle Berufsgruppen kategorisiert und einem jeweiligen Qualifikationsniveau von insgesamt acht Stufen zugeordnet. Ziel des DQR ist die Einordnung beruflichen Wissens im deutschen Bildungssystem anhand von Kompetenzen. Tabelle 1 zeigt die acht Niveaus, denen jede Berufsgruppe zugeordnet ist. Derzeit sind Hebammen mit dreijähriger berufsschulischer Ausbildung dem Qualifikationsniveau 4 zugeordnet. Hebammen wären künftig, mit dem Erwerb einer hochschulischen Bildung im tertiären Sektor, dem Niveau 6 zugeordnet. Es ist erkennbar, dass ab dem Kompetenzniveau 6 die wissenschaftliche Wissensbasierung und auch ein eigenverantwortliches Arbeiten vorausgesetzt werden.

Im internationalen Vergleich liegt Deutschland im Akademisierungsprozess zurück. Tabelle 2 zeigt den Akademisierungsgrad im Vergleich zu den Nachbarländern. In Österreich, den Niederlanden und Schweden sind im Zuge einer Berufereform für Hebammen bereits

Kompetenzprofile für akademisierte Hebammen aufgestellt und zum Teil bereits seit Jahrzehnten vollumfänglich umgesetzt worden.

Tabelle 1: Kompetenzniveaus nach deutschem Qualifikationsrahmen (DQR) (vgl. [7])

Kompetenzstufe	Beschreibung
Niveau 1	beschreibt Kompetenzen zur Erfüllung einfacher Anforderungen in einem überschaubar und stabil strukturierten Lern- oder Arbeitsbereich. Die Erfüllung der Aufgaben erfolgt unter Anleitung.
Niveau 2	beschreibt Kompetenzen zur fachgerechten Erfüllung grundlegender Anforderungen in einem überschaubar und stabil strukturierten Lern- oder Arbeitsbereich. Die Erfüllung der Aufgaben erfolgt weitgehend unter Anleitung.
Niveau 3	beschreibt Kompetenzen zur selbständigen Erfüllung fachlicher Anforderungen in einem noch überschaubaren und zum Teil offen strukturierten Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld.
Niveau 4	beschreibt Kompetenzen zur selbständigen Planung und Bearbeitung fachlicher Aufgabenstellungen in einem umfassenden, sich verändernden Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld.
Niveau 5	beschreibt Kompetenzen zur selbständigen Planung und Bearbeitung umfassender fachlicher Aufgabenstellungen in einem komplexen, spezialisierten, sich verändernden Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld.
Niveau 6	beschreibt Kompetenzen zur Planung, Bearbeitung und Auswertung von umfassenden fachlichen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in Teilbereichen eines wissenschaftlichen Faches oder in einem beruflichen Tätigkeitsfeld. Die Anforderungsstruktur ist durch Komplexität und häufige Veränderungen gekennzeichnet.
Niveau 7	beschreibt Kompetenzen zur Bearbeitung von neuen komplexen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in einem wissenschaftlichen Fach oder in einem strategieorientierten beruflichen Tätigkeitsfeld. Die Anforderungsstruktur ist durch häufige und unvorhersehbare Veränderungen gekennzeichnet.
Niveau 8	beschreibt Kompetenzen zur Gewinnung von Forschungserkenntnissen in einem wissenschaftlichen Fach oder zur Entwicklung innovativer Lösungen und Verfahren in einem beruflichen Tätigkeitsfeld. Die Anforderungsstruktur ist durch neuartige und unklare Problemlagen gekennzeichnet.

In der Betrachtung des Akademisierungsprozesses von Hebammen in Deutschland wurden bereits zahlreiche Stellungnahmen und Expertenmeinungen, beispielsweise des Deutschen Hebammenverbandes (DHV), der deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi), sowie des Wissenschaftsrates (WR) publiziert [8; 16]. Ebenfalls wurden bereits im Evaluationsprozess der Modellstudiengänge und in anderen Arbeiten die ersten Hebammenabsolvierende von Studiengängen befragt [6]. Ein Aspekt wurde bisher nicht dargelegt: die Perspektive berufserfahrener, dreijährig ausgebildeter Hebammen in der derzeitigen Berufspraxis. In der Betrachtung von Professionalisierung sollten sie insbesondere die Anforderungen der heutigen Berufspraxis und die dafür erforderlichen Kompetenzen und Fähigkeiten einschätzen, sowie ihre eigene Meinung zum derzeitigen Akademisierungsprozess in Deutschland äußern. Ziele der Forschungsarbeit waren

Empfehlungen, Wünsche und eine kritische Reflexion für den Akademisierungs- und Professionalisierungsprozess darzustellen, Anforderungen an die Akteure der Akademisierung herauszuarbeiten und ein berufspolitisches Klima zu skizzieren.

Methoden

Für die Befragung wurde das halbstrukturierte, problemzentrierte Interview als Erhebungsinstrument gewählt. Die soziodemografischen Daten wurden mittels standardisierter Fragebögen quantitativ erhoben, da hier mittels SPSS Statistics Berechnungen zu Berufserfahrung und weitere Kreuztabellen vereinfacht dargestellt werden können. Die Rekrutierung der ausschließlich weiblichen Interviewpartnerinnen erfolgte in vier klinischen und außerklinischen geburtshilflichen Einrichtungen in der Hansestadt Hamburg. Die Hebammen sollten über ausreichend Berufserfahrung (mindestens fünf Jahre) verfügen, um möglichst aus verschiedenen und sich verändernden beruflichen Settings berichten und reflektieren zu können.

Die Auswertung der Interviews erfolgte offen nach der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz [12], die sowohl eine induktive als auch deduktive Herangehensweise erlaubt und ein Ablaufschema im Analyseprozess durchläuft. Die quantitative Datenauswertung der soziodemografischen Daten erfolgte mit IBM SPSS Statistics 25 via visualisierter Häufigkeitsanalysen und Kreuztabellen.

Insgesamt wurden zehn soziodemografische, quantitative Fragebögen (n = 10) und zehn problemzentrierte Interviews (n = 10) ausgewertet.

Tabelle 2: Vergleich über Akademisierungsgrad DE / AT / NL

	Deutschland	Österreich	Niederlande
Berufsausbildung	Ja Hebammen- schulen	Nein	Nein
Primär- qualifizierender Bachelor- studiengang	Teilweise Primär- qualifizierend oder ausbildungs- integriert	Ja Primär- qualifizierend	Ja Primär- qualifizierend
Konsekutiver Master- studiengang	Ja	Ja	Ja
Promotion	Ja	Ja	Ja

Ergebnisse

In der Auswertung der soziodemografischen Daten ist die Berufserfahrung als wichtiges Einschlusskriterium im Studiendesign zu beachten. Tabelle 3 zeigt die Anzahl der Berufsjahre. Sie reichte von 5 bis 35 Jahren, wobei der Großteil der befragten Hebammen sehr viele Jahre Berufserfahrung vorweisen konnten. Durchschnittlich 19,65 Jahre betrug die Berufserfahrung von allen Befragten. Die Gruppe der ausschließlich außerklinisch tätigen Hebammen hatte im Schnitt 14,33 Jahre Berufserfahrung. Die Gruppe der klinisch tätigen Hebammen hatte im Schnitt 21,93 Jahre Berufserfahrung. In beiden Gruppen befanden sich sowohl Hebammen mit wenig und sehr viel Berufserfahrung.

In Abbildung 1 sind darüber hinaus weitere Daten zum Berufssetting der Befragten dargestellt. Zwei Hebammen konnten Auslandserfahrung in Äthiopien (3 Monate) und England (18 Monate) aufweisen. In England war zu dem Zeitpunkt des Auslandsaufenthaltes bereits die Akademisierung eingeführt.

Sieben Hebammen arbeiteten im klinischen Setting (Level I) als angestellte Hebamme; von diesen waren zwei als Beleghebamme tätig. Die restlichen drei Hebammen arbeiteten ausschließlich in der außerklinischen Geburtshilfe bzw. Setting. Von den drei ausschließlich außerklinisch tätigen Hebammen waren zwei Hebammen in einer außerklinischen Einrichtung tätig. Eine Hebamme bot aufsuchende Hausgeburten an und führte eine Praxis.

Die Analyse der qualitativen Daten konnte in vier Hauptkategorien konzeptualisiert werden. Die befragten Hebammen berichteten von beruflichen Anforderungen, einem Autonomiebestreben, bewerteten Wissensformen und benannten prospektive Anforderungen an die Akademisierung. Die Interview-Zitationen wurden im digitalen Format mittels f4transkript (v7) und f4analyse (v2) erstellt und sind in den Transkripten nachzulesen.

Tabelle 3: Berufserfahrung der Befragten (n=10)

	Häufigkeit	Prozent
0-10 Jahre	4	40
11-20 Jahre	0	0
21-30 Jahre	4	40
31-40 Jahre	2	20
Gesamt	10	100

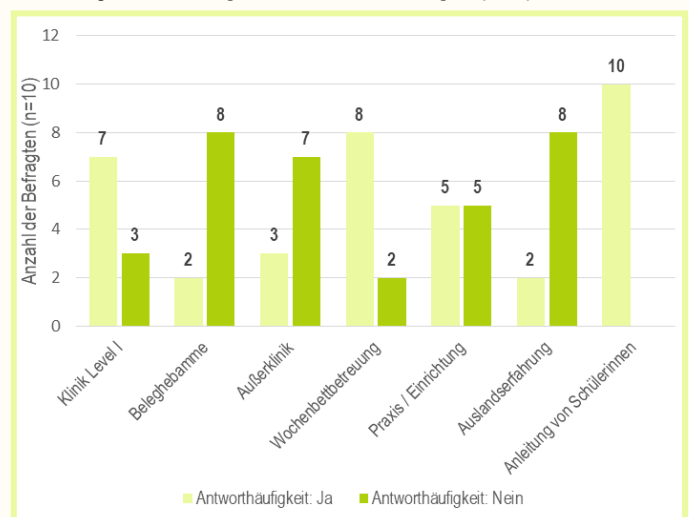
Berufliche Anforderungen meistern

Sie beschrieben den gesellschaftlichen Wandel als zentrale Anforderung der heutigen Berufspraxis in zweierlei Hinsicht. Zum einen berichteten sie von der Anerkennung der Hebamme in der Gesellschaft und den berufspolitischen Veränderungen im Zuge des Hebammenmangels. Sie beschrieben vor allem die sich verändernde Verdienstmöglichkeit und die Anerkennung der Hebamme in der Gesellschaft aus unterschiedlichen zeitlichen Perspektiven. Eine Hebamme beschrieb, dass die Anerkennung aus ihrer eigenen Erfahrung in den letzten 27 Jahren gesunken sei, da in „Deutschland ein sehr arztkonzentriertes Gesundheitswesen“ (2018-02-F, Absatz 65) vorherrsche. Zum anderen erzählten die Hebammen von der sich veränderten Anspruchshaltung und der Zusammenarbeit mit den Schwangeren, Wöchnerinnen oder jungen Familien selbst. Eine Hebamme beobachtete, „[...] dass einfach Geburt und Kinder kriegen nicht mehr so in der Gesellschaft ist“ (2018-01-F, Absatz 35) und dadurch der Prozess der Schwangerschaft und des Gebärens eine herausragend besondere Bedeutung bekäme. Dies äußerten Hebammen vor allem im Grad der Unterstützung, den die Frauen benötigen. Sowohl klinisch als auch außerklinisch tätige Hebammen beobachteten gleichermaßen eine Veränderung der „Ansprüche der Frauen“ (2018-04-K, Absatz 11). Eine Hebamme begründete dies vor allem in den älter werdenden Schwangeren und dem deutlich höheren Informationsgrad und Wissensstand der Frauen. Auch eine Kollegin beschrieb den Zusammenhang zwischen dem Alter der Schwangeren und die daraus resultierenden Auswirkungen auf den gesamten Prozess des Gebärens. Sie bezog sich außerdem auf den

technischen Fortschritt und die damit einhergehenden Veränderungsprozesse in der modernen Reproduktionsmedizin und der pränatalen Diagnostik. Sie berichtete weiter von einem Anstieg an Frauen mit Vor- bzw. Grunderkrankungen oder Risikoschwangerschaften. Sie bewertete diesen Umstand kritisch und stellte vor allem die sich dadurch veränderte Arbeit der Hebamme als Herausforderung dar. Einige der Befragten pointierten zudem die sich verändernde juristische Perspektive auf die heutige Geburtshilfe und der „[...] Angst, dass was passiert oder Angst, dass Regress ist.“ (2018-02-F, Absatz 229 - 231). Die rechtlichen Regulierungen im heutigen Spannungsfeld der Hebammentätigkeit, Geburtshilfe und der sich verändernden Gesellschaft wurden hierbei besonders deutlich.

Die befragten Hebammen berichteten im Rahmen ihrer beruflichen Anforderungen von berufspolitischen Spannungsfeldern, die sich als Regulationen im täglichen Arbeiten äußerten. Hierbei thematisierten sie insbesondere die aktuelle Vergütungssituation, Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder auch eine erhöhte Arbeitsdichte. Grundsätzlich war ein Unterschied zwischen den klinisch und außerklinisch tätigen Hebammen zu erkennen. Hebammen, die im Rahmen einer außerklinischen Geburtshilfe tätig sind, haben sich vorwiegend über die Regulationen der GKV geäußert. Sie empfanden den Abrechnungs- und Verwaltungsaufwand in Relation zur Vergütung nicht angemessen. Die angestellten Hebammen empfanden vor allem Regulationen bezüglich des sich verdichteten Arbeitsaufwandes innerhalb einer Schicht. Sie beschrieben „wenig Zeit“ (2018-03-K, Absatz 23) für die direkte Versorgung von Schwangeren bzw. Wöchnerinnen zu haben und einen direkten Zusammenhang zwischen wenig Zeit zur direkten Versorgung und hoher administrativer Arbeitsbelastung zu verspüren. Zudem beschrieben die angestellten Hebammen die hohe Arbeitsdichte und den daraus resultierenden Zeitmangel als emotionalen Belastungsfaktor in der Arbeit als „[...] Gefühl, nach Hause zu gehen und keinem gerecht geworden zu sein.“ (2018-04-K, Absatz 35). Es war zu beobachten, dass angestellte Hebammen aufgrund dieser emotionalen Belastung eher ein Teilzeitmodell wählten. Auffällig war, dass der Zeitmangel einen negativen Einfluss auf das qualitative Outcome habe. Die Befragten veranschaulichten dies am Beispiel der schlechteren Schmerzverarbeitung oder nicht erwünschten Geburtsverläufen.

Abbildung 1: Soziodemografische Daten der Befragten (n=10)



Anforderungen an die berufliche Autonomie

Wenn Thematiken der beruflichen Autonomie erwähnt wurden, erzählten die Hebammen häufig von Hierarchien oder der gesellschaftlichen Stellung der Hebamme. Einige Hebammen versprachen sich durch die bevorstehende Akademisierung insbesondere eine Veränderung der Hierarchie. Sie benannten sehr klar den aktuell vorherrschenden Hierarchieunterschied zwischen Ärztin/Arzt und Hebamme. Widersprüchlich zu den Aussagen nach Wunsch zur Hierarchieveränderung war den Befragten sehr wichtig, dass sich die Anerkennung und Struktur innerhalb der eigenen Berufsgruppe nicht verändern solle. Ihnen war wichtig, dass die Akademisierung keine Veränderung im Umgang untereinander hervorbringe. Es ist zu erkennen, dass ihnen eine Anerkennung und Wertschätzung von akademisierten Kolleginnen bzw. Kollegen innerhalb der eigenen Berufsgruppe wichtig war.

Neben ihrer Rolle in der Gesellschaft und Anerkennung anderer Berufsgruppen war zu erkennen, dass den Hebammen die fachliche Abgrenzung ihrer Rolle zu anderen Berufsgruppen bzw. im Gesundheitssystem wichtig war. Dies beinhaltete Tätigkeiten und Kompetenzen, aber auch Aufgaben für die sie sich konkret nicht zuständig fühlten. Hieran schlossen sich Aussagen zu Regulationen im Rahmen der eigenen Diagnosestellung und Verordnungsfähigkeit. Sie wünschten sich eine eigenständigere und unabhängigere Betreuung. Außerklinisch tätige Hebammen äußerten dies insbesondere im Rahmen der lückenlosen Schwangerenvorsorge. Der Wunsch nach Autonomie in der Betreuung der Frauen wurde konkret in der Tätigkeit des Ultraschalls benannt. Einige Hebammen wünschten sich Wissen bezüglich dieser Diagnosemethode. Andere Hebammen wiederum waren zum Thema Ultraschall sehr kritisch eingestellt. In ihrer fachlichen Zuständigkeit sahen die Hebammen den Ultraschall im Rahmen der gleichberechtigten physiologischen Grundversorgung als ihren Zuständigkeitsbereich an. Sie verglichen ihre Kompetenz im Rahmen der physiologischen Betreuung somit mit der Arbeit der Ärztin bzw. des Arztes. Die erweiterte Diagnostik lehnten sie jedoch im Rahmen der Hebammentätigkeit ab. Neben der fachlichen Zuschreibung ihrer eigenen Rolle, äußerten die Befragten auch Themen für die sie sich nicht zuständig finden. Ein großer Aspekt kam dem Thema Psychologie bzw. psychosoziale Betreuung zu. Die Schwangeren, Wöchnerinnen bzw. jungen Familien bedürfen einer weitaus umfassenderen psychosozialen Betreuung als vor einigen Jahrzehnten. Viele Hebammen beobachteten zudem eine Zunahme der Klientel mit psychologischen Erkrankungen und fühlten sich in diesem Themengebiet nicht ausreichend ausgebildet. Sie sahen dies als Aufgabenbereich einer Psychologin bzw. Psychologen. Andernfalls würden sich Hebammen im Rahmen ihrer Betreuung eine vertiefte psychologische Ausbildung und Vergütung wünschen.

Wissensanforderungen

In Bezug auf das Thema Wissen, beschrieben die Hebammen verschiedene Wissensformen. Sie unterschieden vor allem zwischen praktischem und theoretischem Wissen. Zudem benannten sie Kompetenzanforderungen, die sie aus ihren eigenen Erfahrungen als wichtig für den Hebammenberuf erachten. In der Beschreibung und Bewertung von Wissen beleuchteten die Befragten drei Hauptaspekte. Sie berichteten von ihren eigenen Erfahrungen aus der Ausbildung, ihrer Berufserfahrung und bewerteten die aktuelle Ausbildung bzw. die bevorstehende Akademisierung. In allen Interviews wurde deutlich,

dass den Hebammen das praktische Wissen am wichtigsten erschien. Das praktische Wissen wurde auch häufig als *Handwerk* bezeichnet und die „*Praxis [als] das A und O.*“ (2018-03-K, Absatz 145).

Die Hebammen wurden ebenfalls zu Kompetenzen befragt, die sie für die Ausübung der Tätigkeit als besonders wichtig erachten würden. In ihren Aussagen waren zwei Richtungen zu erkennen. Zum einen war es ihnen wichtig, spezifische Aspekte in der Betreuung und Begleitung von Schwangeren und Müttern zu bewahren. Zum anderen beschrieben sie Aspekte ihrer aktuellen beruflichen Situation, die bestimmte Kompetenzen erfordern bzw. die sie erweitern müssen. Sie beschrieben dabei weniger die Tätigkeiten und Fertigkeiten als solche, sondern die Intention oder Art und Weise der Betreuung und Behandlung. Hierbei wurde der Ultraschall inhaltlich weiter thematisiert. Sie benannten klar, dass sie den Ultraschall nur mit einer bestimmten Intention oder Fragestellung anwenden würden. Sie wünschten sich Kompetenz im Rahmen der Grund- bzw. Primärversorgung, was vornehmlich für außerklinisch tätige Hebammen zutraf. Trotzdem äußerte sich auch eine klinisch tätige Hebamme zum Ultraschall und bekundete ihr Interesse an dieser Tätigkeit, um ihre Arbeitsabläufe innerhalb der Klinik zu erleichtern. Des Weiteren erachteten einige Hebammen die Beratungskompetenz und Prävention in der Versorgung als Kompetenz. Hierbei war ihnen eine unabhängige, kritische und vor allem zielführende bzw. gesundheitserhaltende Vorgehensweise eher von Bedeutung. Hierbei war der Ansatz einer niederschweligen Beratung zu erkennen.

Berufsbild im Wandel

Alle Hebammen warfen einen Blick in die Zukunft und äußerten Ideen, Wünsche und Empfehlungen für die Akademisierung des Hebammenberufs. Sie wurden hierbei nach Meinungen zur Gestaltung eines Studiums gefragt und auch zu ihrer eigenen Motivation und Meinung bezüglich einer Nachqualifikation. Die meisten Hebammen äußerten sich positiv zu der Akademisierung des Hebammenberufs. Inhaltlich wünschten sie sich einen Fokus auf neue Gebiete, die sie selbst als Hebamme nicht erlernt hatten. Konkret wurden die Lehrfächer Philosophie und Psychologie angesprochen. Weiter beriefen sie sich auf Beobachtungen und Erfahrungen aus ihrer eigenen anleitenden Tätigkeit von werdenden Hebammen. Hier beobachteten sie, dass die körperliche Betreuung bzw. die körperliche Untersuchung mehr und mehr in den Hintergrund rücke. Zudem benannten sie alle weiteren Aspekte einer ganzheitlichen Betreuung, die ihrer Meinung nach weiterhin Bestandteil eines grundständigen Studiums sein müsse. Einen sehr großen Aspekt zu den Wünschen für ein Studium, war eine umfassende Praxisanleitung bzw. Mentoring in der Praxis. Den Hebammen war wichtig, dass Studierenden „*an die Hand genommen*“ (2018-01-F, Absatz 65) werden. Zwei Hebammen war die Verzahnung der theoretischen und praktischen Einrichtung sehr wichtig. Sie schöpften aus ihren eigenen Erfahrungen und berichteten, dass keine inhaltliche Verknüpfung zwischen Klinik und Hebammenschule bestanden habe und bewerteten dies negativ. Der enge Theorie-Praxis-Transfer war ihnen wichtig. Die Hebammen wurden auch nach ihren eigenen Wünschen zur Nachqualifizierung befragt. In den Interviews zeigte sich ein gemischtes Meinungsbild. Einige Hebammen hatten durchaus selbst den Wunsch sich weiterzubilden. Andere Hebammen konnten sich ein Studium für sich nicht vorstellen. Eine langjährig berufserfahrene Hebamme berichtete insbesondere von ihrem eigenen Wunsch

studieren zu wollen. Sie sah aufgrund ihrer Biografie jedoch nie die Möglichkeit. Ihr hätten zudem passende Angebote gefehlt und sie sähe hier eine verpasste Chance. Nicht studiert zu haben, schmälere ihre berufliche Anerkennung. Trotzdem die Hebammen die Akademisierung als berufspolitisch positiv bewerteten, hinterfragten die meisten Hebammen für sich selbst den Sinn und Zweck eines Studiums. Insbesondere die klinisch tätigen Hebammen sahen für sich keinen Vorteil. Auch die sehr berufserfahrenen Hebammen hinterfragten kritisch, ob sie nochmals zeitliche und finanzielle Ressourcen kurz vor dem Renteneintritt investieren sollten. Die Hebammen, die eine Nachqualifikation für sich in Betracht zogen, versprachen sich vor allem eine spätere Karriereoption. Im Zuge eines nachqualifizierenden Studiums konnten die Hebammen sich ein Fern- bzw. Teilzeitstudium vorstellen. Sie sahen sich mit ihrer Berufserfahrung nicht in einem Grundstudium, sondern erwarteten, dass ihnen ein „[...] Masterstudiengang zur Verfügung gestellt wird.“ (2018-02-F, Absatz 237 – 243).

Diskussion

Es ist festzustellen, dass die Befragten vor allem den Anspruch der Frauen an eine Hebammenbetreuung als sehr hoch bewerteten. Auch Larsson, Aldegarmann & Aarts [13] befragten schwedische Hebammen zu ihrer Rolle in der sich verändernden Gesellschaft. Die Arbeit der schwedischen Klinikhebammen ist von hoher Autonomie in der physiologischen Geburtsbetreuung und einem hohen Ansehen der natürlichen Geburt geprägt. Doch auch hier berichteten Hebammen, dass sie die Anforderungen der informierten, selbstbestimmten, postmodernen Gebärenden nicht erfüllen könnten. Sie beschrieben, dass Gebärende lange „Wunschlisten“ zur Geburt überreichen würden und die Hebammen sich nicht in der Lage sähen diese zu erfüllen [13]. Hier sind zweierlei Perspektiven und Probleme zu erkennen. Zum einen ist die Rolle der Hebamme für die Frau zu betrachten. Durch demografische Wandlungsprozesse nimmt die Hebamme eine zentrale Rolle in dem wichtigen biografischen Ereignis Geburt ein. Die Mehrgenerationenhaushalte sind längst nicht mehr Status Quo und daher sind Mütter auf sich allein gestellt. Die Hebamme kann dann leicht in eine Position geraten, in der sie defizitäre Familiensituationen auffangen muss. Wenn beispielsweise die eigene Mutter oder der Partner nicht verfügbar sind oder allgemein sehr viel Unsicherheit besteht, benötigen Frauen die Sicherheit 24 Stunden jemanden anrufen zu können, um nachzufragen [4]. Zum anderen führen Informationsgesellschaft und die Technisierung der Medizin zu einem Perspektivenwechsel bei den Frauen. Es ist beispielsweise anzunehmen, dass spätgebärende Akademikerinnen eine anders sozialisierte Herangehensweise und spezifische Unsicherheiten oder Ängste bezüglich der Geburt besitzen. Dies ist mit der von Beck-Gernsheim beschriebenen Gefahr der Planungsfalle zu erklären. Frauen erliegen in ihrer heutigen Mutterschaft einem sehr viel höheren Druck den optimalen Zeitpunkt für die Umsetzung des Kinderwunsches abzuwägen [2; 3]. Erhöhte Anforderungen an die Schwangerschaft und Geburtsbetreuung sind somit Regulationsmechanismen der Frauen in der Dynamik, beispielsweise auch zu der Thematik Pränataldiagnostik. Diesen Druck in der Betreuung abzufangen und einen rollenspezifischen Umgang im Kontakt mit der Frau zu finden ist eine neue Herausforderung für Hebammen. Dies fordert vor allem die Einnahme einer distanzierten Metaperspektive, um das etwaig eigene Berufsbild der Hebamme neu bewerten zu können. Im akademischen Prozess

sind damit vor allem die Beschaffung, Bewertung und Verarbeitung von Informationen und evidenzbasierter Literatur gemeint. Hebammen müssen die Intentionen und Perspektiven ihrer Beratung und Betreuung wissenschaftlich verankern können, um sich in ihrer beruflichen Rolle auszurichten.

Regulationen erlebten Hebammen vor allem in Hinblick auf die zunehmende Arbeitsdichte und die Berufspolitik, insbesondere durch die GKV und andere Verordnungen und Richtlinien. Hierbei empfanden sie vor allem den administrativen Arbeitsaufwand im Verhältnis zu ihrer Kern-tätigkeit und „Zeit für die Frauen“ (2018-03-K, Absatz 11) zu haben, zu hoch. Anzumerken ist zudem die juristische Regulation der beruflichen Tätigkeit, bei der ein direkter Zusammenhang zwischen Dokumentation und rechtlicher Absicherung besteht. Der Wandel hin zu haftpflichtorientierter Bewertung von geburtshilflicher Qualität erzeugt einen Handlungszwang zur planbaren, risikoadjustierten Geburtshilfe. Dies ist bereits in internationalen Studien dargelegt worden [11; 14]. In der Praxis bedeute dies eine höhere Anforderung an Dokumentation, aber auch ein interprofessioneller bzw. kollegialer gemeinsamer Dialog von Risikobewertung innerhalb der Organisation.

In der Befragung war zudem zu erkennen, dass Hebammen einen Unterschied zwischen Kompetenzen und Tätigkeiten machten. Hebammen definierten Tätigkeiten als inhaltliche Aufgaben, für die sie sich im Rahmen ihrer Arbeit zuständig fanden. Hierzu zählen beispielsweise die Schwangerenvorsorge, die Durchführung bestimmter Untersuchungsmaßnahmen oder die häusliche Wochenbettbetreuung. Sie beschrieben somit Tätigkeiten als Tun, als Verrichtung ihrer beruflichen Aufgaben. Die kontroverse Diskussion um das Thema Ultraschall spiegelt die bedeutsame Unterscheidung zwischen Tätigkeit und Kompetenz wider. Betrachtet man die Gründe derjenigen Hebammen, die sich negativ zu dem Ultraschall äußerten, sind die Beweggründe ersichtlich. Die Hebammen kritisierten nicht den Ultraschall an sich, sondern den Umgang mit ihm. Sie kritisierten auch die Monopolisierung der Ultraschalltätigkeit durch die Gynäkologin bzw. Gynäkologen und dass sie nicht in ihrem eigenständigen Entscheidungsbereich handeln können. Sie sagten, dass der Ultraschall zu häufig genutzt werde und dass sie in ihrer Intention die Frauen „[...] ja genau davon wegbringen und zu so einem anderen Körpergefühl führen“ (2018-08-F, Absatz 117) möchten. Es ist festzuhalten, dass nicht alleine die Tätigkeit an sich im professionellen Handeln ausschlaggebend ist, sondern die dahinterstehende Intention das professionelle Handeln bestimmt. Im Handlungsrahmen der Hebamme, beziehungsweise des von Zoege beschriebenen *therapeutischen Arbeitsbündnisses* [17], sind gegebenenfalls andere Komponenten mit einzubeziehen, als in der naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise einer Ärztin bzw. eines Arztes. Dies benennt im Kern sehr klar die unterschiedliche Herangehensweise von Ärztin/Arzt und Hebamme, die die Hebammen betonten. Die Tätigkeit ist die gleiche, die Kompetenz jedoch eine völlig andere, so die befragten Hebammen. Somit ist festzuhalten, dass sie einen Unterschied zwischen einem reinen Tätigkeits- und einem Kompetenzprofil machen. Die Kompetenz beinhaltet eine professionsspezifische Betrachtungsweise und Intention, was wiederum Auswirkungen auf das Anwenden bzw. Durchführen einer Tätigkeit haben kann. Diesbezüglich ist zu erwähnen, dass die befragten Hebammen ihre Tätigkeits- und Kompetenzprofile gut abgrenzen konnten. Dies lässt Raum für die

Frage, ob Tätigkeiten und Kompetenzen in der Arbeitspraxis überhaupt erweitert werden sollten. Handelt es sich nicht eher um eine Emanzipation der bestehenden Hebammentätigkeit als professionalisiertes Tun? Die Frage trifft sicherlich für die bisherige Position der Hebammen zu. Dennoch definiert sich eine Profession auch dadurch, dass eine stete Weiterentwicklung und Auseinandersetzungen mit wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Phänomenen angestrebt werden. Professionalisierung ist zwar ein Prozess, der sich formal zu einem bestimmten Zeitpunkt abschließt, dennoch dauert die Professionsentwicklung fortwährend an [15]. Das heißt auch für die Profession der Hebamme, dass nach dem Vollzug der Akademisierung das Vordringen in neue Aspekte der Hebammentätigkeit bzw. Hebammenwissenschaft innerhalb der eigenen Berufsgruppe weiter diskutiert und bewertet werden müssen. Der Begriff Kompetenz umfasst also nicht nur die Tätigkeit als solche, sondern auch den dahinterstehenden Sachverstand. Eng verwoben mit dem Kompetenzbegriff sind daher alle Wissensformen. Die befragten Hebammen beschrieben verschiedene Arten von Wissen. Sie unterschieden zwischen „*Erfahrungswissen*“ (2018-02-F, Absatz 303), Intuition oder „*Bauchgefühl*“ (2018-03-K, Absatz 63), praktischem Wissen und akademischem Wissen. Schwer zu greifen, für diese Arbeit dennoch wichtig, war die Bewertung der verschiedenen Wissensarten in Bezug auf die Professionsentwicklung. Wissen ist als eine Dimension von Kompetenz anzusehen, die sich auf verschiedene Arten herleiten lässt. Das heutige Paradigma der naturwissenschaftlichen Wissenschaftstheorie basiert vorwiegend auf dem Rationalismus und logischem Positivismus [10]. Die Produktion allgemeingültiger, überprüfbarer Aussagen und der damit einhergehende Erkenntnisgewinn verbleiben in diesen Ansätzen vorerst in rationalistischen und positivistischen Dimension von Wissen. Auch das akademische Wissen verschreibt sich im Ursprung diesem Paradigma und muss in die Praxis übersetzt werden. Friesacher [10] beschrieb ergänzend andere Formen von Wissen, die die Professionsentwicklung von Hebammen widerspiegeln. Das Wissen von Hebammen entspringe dem lebensweltlichen Wissen. Hebammen binden seines Erachtens ihr Wissen in die Lebenswelt der Frau ein. Zudem spiele das Erfahrungswissen eine große Rolle. Das Erfahrungswissen setze jedoch voraus, dass keine Trennung zwischen Theorie und Praxis herrsche [10]. Wissen in dieser Dimension ist also immer in Interdependenz zu sehen. Im tiefergehenden Interpretationsprozess war jedoch ersichtlich, dass die befragten Hebammen mit dem Begriff Handwerk die praktischen und leiblichen Aspekte ihrer beruflichen Tätigkeitsausdrücken. Die Hebammenarbeit hat sehr klar einen engen Theorie-Praxis-Bezug und praktische Elemente [10]. Das haben andere Professionen jedoch auch, in denen Wissenschaft und praktische Fertigkeit bzw. Handwerk in Interdependenz zueinander stehen. Hier sei das Berufsbild der Chirurgen bzw. des Chirurgen genannt. Sowohl die Hebammenwissenschaft als auch die praktischen Tätigkeiten der Hebamme sind Basis dafür, dass eine Professionalisierung überhaupt stattfinden kann. Akademisches Wissen wird erst durch Lernen im praktischen Arbeitsprozess zu professionellem Wissen [5]. Das heißt, Berufserfahrung ist ein Indikator für Professionalität und bedarf einer Sozialisation in der eigenen Professionskultur. Diese Sozialisation muss sich jedoch in ureigenen (hebammenwissenschaftlichen) Professionsüberlegungen begründen, damit diese im Sinne der Berufsgruppe verläuft und keine „*Hebammen-ärztinnen*“ (2018-09-F, Absatz 147) nachwachsen.

Bezüglich des Studiums legten die Hebammen, wie bereits erwähnt, Wert auf den praktischen Teil eines Curriculums. Hierbei war ihnen aus eigener Erfahrung die Praxisanleitung sehr wichtig, die sie teilweise auch selbst im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit ausüben. Im Zuge der Akademisierung des Hebammenberufes in Deutschland sind die bestehenden Praxisanleitungskonzepte oder Mentoring-Konzepte neu zu bewerten. In der klinischen Ausbildung von Studierenden ist vor allem die evidenzbasierte Komponente mit einzubeziehen. Mentor/innen oder Praxisanleiter/innen die keinen akademischen Berufsweg vorweisen werden hebammenwissenschaftliche Aspekte nicht vermitteln können. Daher ist die zukünftige Angliederung hebammen-spezifischer Weiterbildungen für Praxisanleiter/innen an Hochschulen als Möglichkeit in Betracht zu ziehen.

Fazit

Berufserfahrene, nicht akademisierte Hebammen legten in der Befragung Wert auf den praktischen Aspekt ihrer Arbeit. Sie äußerten sich vorwiegend positiv zur Akademisierung und regten Wünsche und Empfehlungen für die Zukunft der akademischen Bildung von Hebammen an. Sie wünschten sich realisierbare Nachqualifizierungsmöglichkeiten, die berufsbegleitend gestaltet sein sollen. Nicht nur konsekutive, sondern auch non-konsekutive Masterstudiengänge für spezifische Sparten des Hebammenberufes sind denkbar. Das hieße konkret, dass die gesamte berufliche Weiterbildung modularisiert und in das European Credit Transfer System (ECTS) werden könnte. Geburtskliniken sollten als Hauptort der heutigen Geburtshilfe einen hohen wissenschaftlichen Anspruch in der Praxis haben und diesen sichtbar machen. Im Rahmen von Personalstrukturen bedeutet dies beispielsweise eine Vergütungssteigerung ab Masterlevel. Auch zeitliche Ressourcen für Forschung und Theorie-Praxis-Transfer sollten geschaffen werden.

Im Rahmen der Akademisierung stellen die außerklinischen, hebammengeleiteten Einrichtungen einen wichtigen Lernort dar. In diesem Zusammenhang erscheint es notwendig, dass freiberufliche Hebammen ihre Wissenskompetenz akademisch erweitern. Die Formalisierung spielt in diesem Rahmen eine sehr große Rolle. In der Befragung waren neben positiven Haltungen zur Akademisierung auch kritische Haltungen der Befragten erkennbar. Daher sind eigene Deprofessionalisierungsmuster im beruflichen Handeln zu reflektieren. Eine gebräuchliche Aussage der Interviewpartnerinnen soll abschließend widerlegt werden: Der Beruf der Hebamme ist kein Handwerk. Der Begriff Handwerk impliziert zum einen eine Vorstufe von professionalisierter Berufsausübung. Zum anderen wurde bereits dargelegt, dass die befragten Hebammen mit dem Begriff Handwerk nicht das Handwerk im Sinne der produzierenden Ware meinen, sondern den praktischen Aspekt der Berufsausübung unterstreichen möchten. Es ist herauszuheben, dass praktisches Arbeiten und theoretische Konzeptionierung sich nicht gegeneinander ausschließen. Vielmehr ist die wissenschaftliche Reflektion praktischen Wissens unverzichtbar, andernfalls würde praktisches Wissen den Berufsstand durch eine unreflektierte learning-by-doing Haltung deprofessionalisieren. Auch nicht akademisierte Hebammen müssten daher mit ausreichend theoriebasiertem Wissen versorgt werden, beispielsweise durch evidenzbasierte Fort- und Weiterbildungsangebote.

Es ist abschließend anzumerken, dass diese Arbeit das Erfahrungswissen berufserfahrener Hebammen anerkennt und wertschätzt. Die

Darstellung der Perspektiven nicht akademisierter, berufserfahrener Hebammen soll Anstoß zum Gebrauch dieser sehr wertvollen Ressource geben. Bewährtes Wissen sollte in die nächste Generation weitergetragen werden, da es sonst verloren geht. Die Professionalisie-

rung und Professionsentwicklung haben unter anderem die Aufgabe dieses Wissen aufzugreifen, neu zu bewerten, zu formulieren und zu erweitern. Die Vollakademisierung ist dabei ein wichtiger formaler letzter Schritt.

Autorin: Hie-Sun Yang, M.Sc.

Kontakt: h.yang@gmx.de

Die Arbeit wurde im Masterstudiengang Pflegewissenschaft/Pflegemanagement (Schwerpunkt Advanced Nursing Practice) an der Hochschule Jena zur Erlangung des Grades Master of Science bei Frau Prof.in Dr. Barbara Baumgärtner vorgelegt.

Literatur:

1. ARD-aktuell. Spahn kündigt Reform an - Ein Bachelor für Hebammen (Absatz 2) [online]. ARD-aktuell / tagesschau.de, 2018 [09.01.2019]. Available from: <https://www.tagesschau.de/inland/hebammen-109.html>; Archived at: <http://www.webcitation.org/75ISlvPev>.
2. Beck-Gernsheim, E. Was gibt's Neues vom Kinderwunsch? In: Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (ed.) Demografischer Wandel. Die Stadt, die Frauen und die Zukunft. Veröffentlichungsnummer 1025. Essen: Merlin Digital GmbH; 2006: p. 87-102.
3. Beck-Gernsheim, E. Der kontrollierte Embryo – Pränataldiagnostik zwischen Wahlmöglichkeit und Erwartungsdruck. Hebamme. 2009; 22(2): p. 76-80. DOI: 10.1055/s-0029-1233332
4. Blöchliger, P., Kurth, E., & Kammerer, M. Was Wöchnerinnen wünschen: Eine qualitative Studie zur häuslichen Wochenbettbetreuung nach der Spitalentlassung durch frei praktizierende Hebammen. Pflege. 2014; 27(2): p. 81-91. DOI: 10.1024/1012-5302/a000348
5. Boshuizen, H. P., Bromme, R., & Gruber, H. On the long way from novice to expert and how travelling changes the traveller. In: Boshuizen, H. P., Bromme, R., & Gruber, H. (eds.) Professional learning: Gaps and transitions on the way from novice to expert. Heidelberg: Springer Verlag; 2004: p. 3-8.
6. Bundestag (BT). Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten. BT-Drucksache 18/9400 vom 19.08. 2016; 2017.
7. Deutscher Qualifikationsrahmen (DQR). Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen. Struktur - Zuordnungen - Verfahren - Zuständigkeiten / Anhang A. Berlin: Bundesländer-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (ed.); 2013: p. 6-7.
8. DHV & DGHWi. Eckpunktepapier des Deutschen Hebammenverbandes e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zur Reform des Hebammenberufes [online]. DHV & DGHWi, 2017 [11.01.2018]. Available from: <https://www.hebammenverband.de/standpunkte-ausbildung-beruf/>.
9. Europäische Union (EU). Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung“) [online]. Europäische Union, 2019 [27.01.2019]. Available from: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=uriserv%3AOJ.L_.2013.354.01.0132.01.DEU. Archived at: <http://www.webcitation.org/75jsVFJNi>.
10. Friesacher, H. Theorie und Praxis pflegerischen Handelns: Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft (Vol. 2). Osnabrück: Vandenhoeck & Ruprecht; 2008.
11. Healy, S., Humphreys, E., & Kennedy, C. A qualitative exploration of how midwives' and obstetricians' perception of risk affects care practices for low-risk women and normal birth. Women and birth. 2017; 30(5): p. 367-375. DOI: 10.1016/j.wombi.2017.02.005
12. Kuckartz, U. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. Auflage. Weinheim Basel: Beltz Verlag; 2018.
13. Larsson, M., Aldegarmann, U. & Aarts, C. Professional role and identity in a changing society: Three paradoxes in Swedish midwives' experiences. Midwifery. 2007; 25(4): p. 373-381. DOI: 10.1016/j.midw.2007.07.009
14. McCool, W. F., Guidera, M., Hakala, S., & Delaney, E. J. The Role of Litigation in Midwifery Practice in the United States: Results from a Nationwide Survey of Certified Nurse-Midwives/Certified Midwives. Journal of midwifery & women's health. 2007; 52(5): p. 458-464. DOI: 10.1016/j.jmwh.2007.03.013
15. Mieg, H. Profession: Begriff, Merkmale, gesellschaftliche Bedeutung. In: Dick, M., Marotzki, W. & Mieg, H. (eds.) Handbuch Professionsentwicklung. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt; 2016: p. 27-39 (utb-Band-Nr. 8622, 27).
16. Wissenschaftsrat (WR). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Drucksache 2411-12. Berlin 13 07 2012 [online]. Wissenschaftsrat, 2012 [27.01.2019]. Available from: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>.
17. Zoege, M. Die Professionalisierung des Hebammenberufs. Bern: Verlag Hans Huber; 2004.

Fortsetzung von Seite 81

15. Odenbreit M, Leoni-Scheiber C, Bättig E. Wissenschaftliche Stellungnahme: NANDA-I – POP. In Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP (Hrsg.). Bern: Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft (VFP); 2016. S. 1-5. [Zugriff: 8.9.2019]. Verfügbar unter: https://www.vfp-apsi.ch/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen/Nanda-Pop.pdf
16. Paans W, Nieweg RM, van der Schans CP & Sermeus W. What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A systematic literature review. Journal of Clinical Nursing 2011; 20:2386-403. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03573.x
17. Sanson G, Vellone E, Kangasniemi M, Alvaro R, D'Agostino F. Impact of nursing diagnoses on patient and organisational outcomes: a systematic literature review. Journal of Clinical Nursing 2017;26(23-24):3764-3783. doi: 10.1111/jocn.13717
18. Stefan H, Allmer F, Schalek K, Eberl J, Hansmann R, Jedelsky E, Pandzic R, Tomacek D, Vencour MC. POP – PraxisOrientierte Pflegediagnostik. Pflegediagnosen – Ziele – Maßnahmen. 2. Auflage. Wien: Springer; 2013.
19. The Johns Hopkins Hospital/Johns Hopkins University. Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Appendix C: Evidence Level and Quality Guide. Daemen College Library; 2019. [Zugriff: 8.9.2019]. Verfügbar unter: https://www.hopkinsmedicine.org/evidence-based-practice/_docs/appendix_c_evidence_level_quality_guide.pdf sowie <https://libguides.daemen.edu/c.php?g=704212&p=4999155>.
20. Valente M, Moura ERF, Lopes MVD, Damasceno AKD, Evangelista DR. Clinical Indicators of the Nursing Diagnosis of "Imbalanced Nutrition: More than Body Requirements" in Pregnant Women. Public Health Nursing 2012;29(3):276-82. doi: 10.1111/j.1525-1446.2012.01010.x
21. Whittemore R, Knaff K. The integrative review: updated methodology. Journal of Advanced Nursing 2005;52(5):546-53. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x

Geburtseinleitung – braucht es ein Revival der Amniotomie? Ein Vergleich zweier Methoden zur Geburtseinleitung *Induction of labour – is a revival of the amniotomy needed? A comparison of two methods for the induction of labour.*

Hintergrund: Geburtseinleitung ist eine Routineintervention in der Geburtshilfe und nimmt häufig viel Zeit in Anspruch, was eine große Belastung für die Mutter, bzw. die Familie, aber auch eine starke Beanspruchung der klinikinternen Ressourcen bedeuten kann.

Ziel: Die Fragestellung dieser Arbeit lautet: "Welche Einleitungsmethode wirkt schneller – gemessen vom Zeitpunkt der geburtseinleitenden Intervention bis zur Geburt des Kindes: Medikamentöse Geburtseinleitung mittels Prostaglandin ohne Amniotomie oder medikamentöse Geburtseinleitung mittels Prostaglandin mit zusätzlicher Amniotomie?" Aus den Ergebnissen soll eine "best practice" für Hebammen entstehen.

Methode: Zur Beantwortung der Fragestellung werden die drei Datenbanken MEDLINE, CINAHL und MIDIRS nach aktueller Literatur durchsucht. Mithilfe definierter Ein- und Ausschlusskriterien werden drei randomisierte Kontrollstudien und eine Sekundäranalyse für die Bearbeitung ausgewählt.

Ergebnisse: Geburtseinleitungen mittels Prostaglandin in Kombination mit einer Amniotomie weisen eine signifikant kürzere Geburtsdauer auf als Geburtseinleitungen, für die ausschließlich Prostaglandine verwendet werden. Der gewählte Zeitpunkt der Amniotomie spielt dabei eine wichtige Rolle und sollte so früh wie möglich erfolgen.

Schlussfolgerung: Aufgrund der Ergebnisse erscheint ein Revival der Amniotomie in Schweizer Geburtskliniken durchaus wünschenswert. Die in dieser Arbeit präsentierte "best practice" kann und soll jedoch nicht sofort umgesetzt werden. Es besteht Bedarf an zusätzlicher Forschung bezüglich der Risiken der Amniotomie, sowie zur Effektivität verschiedener Einleitungsmethoden.

Keywords: Geburtseinleitung, Amniotomie.

Background: The induction of labour is a routine intervention in obstetrics and can often be a lengthy process, which can put a strain on the mother-to-be and the whole family, not to mention the clinic's resources.

Aim: The research question of this paper is as follows: 'Which method for the induction of labour takes effect more rapidly – measured from the start of the intervention to the birth of the child: medical induction with prostaglandins alone or medical induction with prostaglandins combined with amniotomy?' The results are to help in the development of a "best practice" for midwives.

Methods: The three medical databases CINAHL, MEDLINE and MIDIRS were searched for current literature to answer the research question. Three randomised control studies and one secondary analysis were found to meet the pre-defined selection criteria and were reviewed.

Results: The induction of labour with prostaglandins in combination with amniotomy has been found to result in significantly shorter labours than induction with prostaglandins alone. The timing of the amniotomy plays a significant role and should occur as early as possible.

Conclusion: According to the results of this paper a revival of the amniotomy in the context of induction of labour in Swiss birth clinics seems desirable. Nevertheless, the "best practice" formulated in this paper can and should not be put into practice right away. There is a considerable need for further research, especially concerning the risks of an early amniotomy and the effectiveness of different methods used for the induction of labour.

Keywords: Induction of labour, (early) amniotomy.

Autorinnen: Mirjam Beutler, Prisca Andrea Huber

Kontakt: mirjam.beutler@hispeed.ch; priscahuber@gmail.com

Die Bachelorarbeit wurde im Rahmen des Studiums „Midwifery“ an der ZHAW Winterthur zur Erlangung des Grades „Bachelor of Science“ erstellt. Die Betreuung erfolgte durch Anja Pfister MSc, Zürcher Hochschule der Angewandten Wissenschaften (ZHAW).

Literatur von Seite 62:

1. Bundesministerium für Gesundheit. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung (Hebammenreformgesetz – HebRefG). 20.03.2019. [Zugriff 11.11.2019] Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/H/Referentenentwurf_Hebammenreformgesetz_HebRefG.pdf
2. Bauer NH, Grieshop M, Funk M, Hellmers C, Knappe N, Lange U. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung. ZHWi. 12.04.2019;7(1):18-21.
3. Zeulner E, Müller B, Spangenberg D, Helling-Plahr K, Zimmermann P, Kappert-Gonthier K. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD – Drucksache 19/10612 – Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Hebammenreformgesetz – HebRefG). 25.09.2019. [Zugriff 11.11.2019] Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/135/1913588.pdf>
4. Bundesrat. Drucksache 504/19 (Beschluss) zum Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Hebammenreformgesetz - HebRefG). 08.11.19. [Zugriff 11.11.2019] Verfügbar unter: [https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2019/0501-0600/504-19\(B\).pdf?__blob=publicationFile&v=1](https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2019/0501-0600/504-19(B).pdf?__blob=publicationFile&v=1)
5. Bundesrat. Beschluss des Bundesrates (Drucksache 504/19B) zum Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Hebammenreformgesetz - HebRefG). 08.11.19. [Zugriff 11.11.2019] Verfügbar unter: [https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2019/0501-0600/504-19\(B\).pdf?__blob=publicationFile&v=1](https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2019/0501-0600/504-19(B).pdf?__blob=publicationFile&v=1)

Die Geschäftsstelle der DGHWi ist neu besetzt

Seit Anfang Dezember 2019 ist die Geschäftsstelle der DGHWi neu besetzt: Als Koordinatorin übernimmt Frau **Heike Saalmann** die Aufgaben von Mareike Rettberg, der an dieser Stelle für ihre tatkräftige Unterstützung noch einmal recht herzlich gedankt werden soll. Frau Saalmann wird den Vorstandsmitgliedern, den Beauftragten und der Redaktion der ZHWi zuarbeiten und Vorstandssitzungen, Mitgliederversammlungen und Konferenzen mit organisieren. Darüber hinaus wird Frau Saalmann im Bereich Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation aktiv sein. Auch die Verwaltung und Pflege der Mitgliederdaten fällt in ihre Zuständigkeit. Bislang arbeiteten Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle der DGHWi in der Form von Minijobs. Frau Saalmann ist nun in einem Angestelltenverhältnis im Umfang von 16 Wochenstunden beschäftigt. Damit wird die Kapazität der Geschäftsstelle an die steigende Mitgliederzahl und die vielfältigen Aufgaben angepasst.

Frau Saalmann ist seit Jahrzehnten freiberufliche Redakteurin in Peine, von wo aus sie auch mobil arbeiten wird. Bevor sie zur DGHWi kam, war Frau Saalmann 16 Jahre lang als Pressesprecherin beim DRK in Teilzeit tätig. Heike Saalmann ist 52 Jahre alt und hat zwei erwachsene Töchter.

Die Geschäftsstelle ist auch weiterhin unter der bisherigen Mailadresse **geschaeftsstelle@dghwi.de** zu erreichen und wird zudem künftig **dienstags und freitags von 10 bis 12 Uhr** unter der Telefonnummer **0160 9754 6972** zu erreichen sein.



Erweiterter Reviewboard



Frau Prof. Dr. rer. medic. Ute Lange ist seit 1983 Hebamme und leistete bis 2007 aktive Geburtshilfe (klinisch und außerklinisch) sowie Schwangerenvorsorge und Wochenbettbetreuung bis 2011 in eigener Praxis. Sie erwarb einen Magister in Soziologie und Erziehungswissenschaften.

Von 2009 bis 2011 war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule

Osnabrück im Verbund Hebammenforschung und von 2012 bis 2015

Stipendiatin der Graduiertenförderung der Hochschule Osnabrück in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke.

Ihre Promotion verfasste sie zum Thema "Chronische Erkrankung und Geburt-Erleben und Bewältigungshandeln betroffener Mütter".

Seit Juli 2015 ist sie Professorin für Hebammenwissenschaft an der Hochschule für Gesundheit in Bochum.

Neuer themenspezifischer Newsletter von Cochrane Deutschland

Ab November 2019 wird Cochrane Deutschland neben dem allgemeinen Newsletter, der Aktivitäten, Veranstaltungen und News von Cochrane Deutschland und Cochrane International vorstellt, einen neuen themenspezifischen Newsletter anbieten.

Zwölf Mal im Jahr werden die Abonnenten über neue und aktualisierte Cochrane Reviews aus dem vorigen Monat zu verschiedenen medizinischen Themengebieten informiert. Dazu bietet der Newsletter einen kurzen Textauszug der entsprechenden Cochrane Reviews und den Link zur vollständigen laienverständlichen Zusammenfassung bzw. zum wissenschaftlichen Abstract.

Aus insgesamt 15 themenspezifischen Newslettern können Interessierte individuell die für sie wichtigen Themen auswählen. Auch für den

medizinischen Bereich „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ wird es einen Newsletter geben.

Die Anmeldung ist über die Startseite von Cochrane Deutschland möglich über <http://www.cochrane.de/de> und über den direkten Link <http://www.cochrane.de/de/newsletter>.

Katharina Wollmann MPH, Cochrane Deutschland Stiftung (CDS), Freiburg.

Fristen für die Einreichung von Manuskripten für die ZHWi: 30. April 2018 und 31. August 2018

Januar 2020

ZIG Talk "Health workforce mobility in a globalizing era: implications for health protection" – Remco van de Pas

16. Januar 2020, Robert Koch Institut, Berlin

Nähere Informationen unter: https://www.rki.de/SharedDocs/Termine/EN/ZIG_Talks/2020-01-16.html

22nd Congress of the European Society for Sexual Medicine

23. - 25. Januar 2020, Prague Congress Centre, Prag, Tschechien

Nähere Informationen unter: <https://www.essm-congress.org>

Jahrestagung der Gesellschaft für Tropenpädiatrie und Internationale Kindergesundheit (GTP) e.V

24. - 26. Januar 2020, UFA Fabrik, Berlin

Nähere Informationen unter: <https://globalchildhealth.de/jahrestagung>

Februar 2019

5. Internationale Konferenz der DGHWi: Versorgungsmodelle im Fokus der Hebammenwissenschaft

13. - 14. Februar 2020, Hochschule für Gesundheit Bochum, Bochum

Nähere Informationen unter: <https://dghwi.de/index.php/5-internationale-konferenz>

März 2019

Trinity Health and Education International Research Conference 2020

4. - 5. März 2020, Dublin, Irland

Nähere Informationen unter: <https://nursing-midwifery.tcd.ie/events-conferences/THEconference2020/index.php>

32nd World Congress on Pediatric Nursing

9. - 10. März 2020, Prag, Tschechien

Nähere Informationen unter: <https://pediatric-nursing.nursingconference.com>

CfA Soziologische Theorien und Gesundheitsforschung

19. - 20. März 2020, Universität Leipzig, Leipzig

Nähere Informationen unter: <https://dg-pflegewissenschaft.de/service/kongresstermine>

Mai 2020

26th World Nursing Healthcare Conference „Accelerating Innovations in Nursing and Health Care“

18. -19. Mai 2020, Berlin

Nähere Informationen unter: <https://world.nursingconference.com>

Juni 2020

Nutrition and Nurture in Infancy and Childhood

9. - 11. Juni 2020, Turku, Finnland

Nähere Informationen unter: <https://www.ispog2019.org>

32nd ICM Triennial Congress

21. - 25. Juni 2020, Bali, Indonesien

Nähere Informationen unter: <https://www.midwives2020.org/registration>

Juli 2020

Hebammenwissenschaftliches Promotionskolloquium

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Nähere Informationen und genauer Termin bei: Dr. Gertrud M. Ayerle, E-Mail: gertrud.ayerle@medizin.uni-halle.de

Oktober 2020

15th Normal Labour and Birth Research Conference

2. - 4. Oktober 2020, Hyderabad, Indien

Nähere Informationen unter: <https://www.nlbcbindia2020.com>

Vorstand der DGHWi

Vorsitzende

Elke Mattern M.Sc.

Hebamme, Familienhebamme, Gesundheits- und Pflege-
wissenschaftlerin, Doktorandin
E-Mail: vorsitzende@dghwi.de

Stellvertretende Vorsitzende

Prof. Dr. phil. Dorothea Tegethoff MHA

Hebamme, Erziehungswissenschaftlerin, Master in Health
Administration
E-Mail: stellvertr.vorsitzende@dghwi.de

Schriftführerin

Prof. Dr. Martina Schlüter-Cruse

Hebamme, Pflegepädagogin, Qualitätsmanagement-Auditorin
E-Mail: schriftfuehrerin@dghwi.de

Schatzmeisterin

Kerstin Böhm M. A.

Hebamme, Lehrbeauftragte der EHB
E-Mail: schatzmeisterin@dghwi.de

Beisitzerinnen

Prof. Dr. rer. medic. Lea Beckmann

Hebamme, Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin
E-Mail: beisitzerin.lb@dghwi.de

Dr. Annekatriin Skeide

Hebamme, Pflegewissenschaftlerin, Doktorandin
E-Mail: beisitzerin.as@dghwi.de

Impressum

Herausgeberin (Sponsor)

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

Geschäftsstelle (Office)

Postfach 1242, 31232 Edemissen
FAX: 05372-971878

Editors in chief

Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA, Dr. Annekatriin Skeide

Assistant editors

Friederike M. Hesse B.A., B.Sc., Marielle Pommereau B.A.,
Sue Travis MMid (Reviewprozess/review procedure)

Reviewboard

Prof. Dr. Nicola H. Bauer, PD Dr. Eva Cignacco, Prof. Dr. Mechthild
Groß, Prof. Dr. Sascha Köpke, Prof. Dr. Petra Kolip, Prof. Dr. Maritta
Kühnert, Prof. Dr. Frank Louwen, Prof. Dr. Friederike zu Sayn-
Wittgenstein, Prof. Dr. Wilfried Schnepf, Prof. Dr. Beate Schücking.

Erweiterter (extended) Reviewboard

Dr. Gertrud M. Ayerle, Dr. Barbara Baumgärtner, Dr. Anke Berger,
Prof. Dr. Andreas Büscher, Dr. Lena Dorin MPH, Prof. Dr. Manuela
Frantza, Prof. Dr. phil. Claudia Hellmers, Prof. Dr. Elke Hotze,
Prof. Nina Knappe Ph.D., Dr. Elisabeth Kurth, Prof. Dr. Ute Lange,
Prof. Julia Leinweber Ph.D., Prof. Dr. Sabine Metzger, Prof. Dr. Jessi-
ca Pehlke-Milde, Dr. Beate Ramsayer, Dr. Nina Reitis, Dr. Tanja
Richter, Prof. Dr. Rainald Schäfers, Prof. Dr. Birgit Seelbach-Göbel,
Dr. Katja Stahl, Dipl. med. päd. Sabine Striebig, Prof. Dr. Dorothea
Tegethoff, Dr. Oda von Rahden.

Lektorat (Editorial staff)

Friederike M. Hesse B.A., B.Sc., Marielle Pommereau B.A.

Layout

Dr. Gertrud M. Ayerle, Clara Mössinger RM, MPH

Druck (Printing house): Viaprinto, Münster.

ISSN: 2196-4416

Copyright

Die Originalartikel sind Open-Access-Artikel und stehen unter den
Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License.
Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

The original articles are Open Access articles distributed under the
terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license
information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Zitierung der Texte (Citation)

Autor/innen. Titel. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (*Journal of
Midwifery Science*). 2019;07(01):Seitenzahlen.

Authors. Title. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (*Journal of
Midwifery Science*). 2019;07(01): page numbers.

Datum (Date): 15.12.2019



Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
Geschäftsstelle: Postfach 1242, 31232 Edemissen
E-Mail: vorsitzende@dghwi.de
Website: www.dghwi.de