

# ZEITSCHRIFT FÜR HEBAMMENWISSENSCHAFT

*Journal of Midwifery Science*

## Themen:

- ◆ Mitgliederversammlung der DGHWi
- ◆ 5. Internationale Konferenz der DGHWi
- ◆ Sektionsbeiträge
- ◆ Stellungnahmen
- ◆ S3-Leitlinie Stilldauer und Interventionen zur Stillförderung
- ◆ Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite
- ◆ Zinngehalt in der Muttermilch
- ◆ Junges Forum

## Kategorien

Editorial	1
Aktuelles	2
Sektionen	8
Stellungnahmen	13
Originalartikel	30
Junges Forum	36
Bekanntmachungen	37
Termine	40

### 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	1
<hr/>	
Aktuelles	
<hr/>	
Bericht zur 14. Mitgliederversammlung der DGHWi	2
Der neu gewählte Vorstand der DGHWi	3
Versorgungsmodelle im Fokus der Hebammenwissenschaft	5
Neue Stellungnahmenbeauftragte	6
Neue Mandate der DGHWi	7
29. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin	7
<hr/>	
Sektionen	
<hr/>	
Sektion <i>Junges Forum Hebammenwissenschaft</i>	8
Sektion <i>Kind, Bindung und emotionale Entwicklung</i>	9
Sektion <i>Internationales</i>	11
<hr/>	
Stellungnahmen	
<hr/>	
Positionspapiere und Standpunktpapiere	13
Position der DGHWi zur außerklinischen Geburtshilfe	13
Gutachten über Ursachen von Geburtsschäden	16
Screening auf Sichelzellerkrankheit bei Neugeborenen	20
S3-Leitlinie „Stilldauer und Interventionen zur Stillförderung“	20
Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen	21
Änderung der Approbationsordnung für Ärzte und Ärztinnen	26
Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung	28
Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite	29
<hr/>	
Originalartikel	
<hr/>	
Zinngehalt in der Muttermilch	30
Junges Forum	36
<hr/>	
Bekanntmachungen	37
<hr/>	
Termine	40
<hr/>	
Vorstand: Kontaktangaben	
Impressum	

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

liebe Leserinnen und Leser der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft,

„Niveau 7 des deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) beschreibt Kompetenzen, die zur Bearbeitung von neuen komplexen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen ... benötigt werden. **Die Anforderungsstruktur ist durch häufige und unvorhersehbare Veränderungen gekennzeichnet.**“

Diese Beschreibung eines Anforderungsprofils, das dem Niveau eines Masterabschlusses entspricht, geht mir seit dem Beginn der Covid-19 Pandemie nicht mehr aus dem Kopf. Die mögliche rasante Verbreitung des Virus stellt uns vor völlig neue und bisher unbekannte Herausforderungen. Die Aufgaben- und Problemstellung ist komplex und die Veränderungen unvorhersehbar.

Räumliche bzw. körperliche Distanz zu Frauen und ihren Neugeborenen einzuhalten, ist eine Anforderung, die sich nicht ohne weiteres mit der Arbeit von Hebammen vereinbaren lässt. Fragen im Zusammenhang mit dem Schutz der eigenen Person und von Fremden werden aufgeworfen: Wie entscheiden wir, ob ein Hausbesuch dringend, notwendig und unaufschiebbar ist? Bieten wir jetzt die Stillberatung auf dem Smartphone an? Welche Formen der persönlichen Betreuung können überhaupt durch digitale Technologien ersetzt werden und mit welchem Ergebnis? Werden wir für die Leistungen bezahlt, die wir auf Distanz erbringen? Erfahren freiberufliche Hebammen jetzt einen Einbruch ihres Einkommens, wenn keine Kurse mehr durchgeführt werden können und sie zu Hause ihre minderjährigen Kinder betreuen? Wie können wir der erhöhten Nachfrage nach Hausgeburten nachkommen? Und haben wir überhaupt die personellen und finanziellen Ressourcen, um diese Umstellungen zu bewerkstelligen?

Auch in der Lehre und in der Forschung sind die Umstellungen enorm. Der Unterricht muss in kürzester Zeit auf digital gestützte Lehr- und Lernformen umgestellt werden. Wir arbeiten daran, dass Auszubildende und Studierende ihre Abschlüsse erwerben können. Doch wie prüfen wir Know-how auf Distanz?

Einige dieser Fragen werden durch die Beiträge in dieser Ausgabe der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft angesprochen. In der Stellungnahme zum zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage wird der finanzielle Ausgleich potenzieller Einbußen und Kosten für freiberuflich tätige Hebammen thematisiert (S. 29) und an den Gesetzestext für niedergelassene Ärzt/innen angeglichen. Des Weiteren vertritt die Sektion Internationales mit der Veröffentlichung der Stellungnahme von *Women in Global Health Germany* Interessen von Frauen in der COVID-19 Pandemie (S. 11-12). Nicht direkt mit Blick auf die derzeitige Situation verfasst, aber aktueller als je zuvor ist das

Positionspapier der DGHWi zur außerklinischen Geburtshilfe (S. 13-15), welche in Zeiten des Shutdown als sichere Form des Gebärens nachgefragt wird.

Eine der grössten Herausforderungen, die ich zurzeit erfahre, ist die Verunsicherung der gesamten Gesellschaft, die mit dieser Pandemie einhergeht.



Wir Hebammen und die uns anvertrauten Frauen und Familien haben den Anspruch, dass unsere geburtshilfliche Praxis auf der bestmöglich verfügbaren Evidenz beruht. Aktuell wird deutlich, wie fragil diese Wissensbasis manchmal ist, nicht nur zu Zeiten der Pandemie. Die komplexen Aufgaben- und Problemstellungen erfordern Kompetenzen auf dem oben

beschriebenen Masterniveau, die im Rahmen allgemeiner, beruflicher und hochschulischer Bildung erworben werden können.

Der Bericht zur 14. Mitgliederversammlung (S. 2) und der anschließenden 5. Konferenz der DGHWi (S. 5) sowie die Stellungnahme zur Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (S. 21-25) verdeutlichen, dass die derzeitigen Entwicklungen im Bildungsbereich in einen lebendigen wissenschaftlichen Diskurs eingebettet sind. Die Mitgliederzahlen steigen, die Sektion Junges Forum Hebammenwissenschaft wird gegründet und der neu gewählte Vorstand repräsentiert die Scientific Community über die Landesgrenze hinaus. So aufgestellt sind wir in der Lage als aktive Gestalterinnen in Forschung, Lehre und Praxis zu agieren und zu gewährleisten, dass auch in Zeiten der Krise eine respektvolle, frauenzentrierte und evidenzbasierte Betreuung gewährleistet ist.

In diesem Sinne viel Freude an der Lektüre dieses Journals!

Beste Grüße aus der Schweiz und

bleib gesund

Jessica Pehlke-Milde

Beisitzerin im Vorstand der DGHWi

## Bericht zur 14. Mitgliederversammlung der DGHWi am 13.02.2020

Die DGHWi blickt auf ein ereignisreiches Jahr 2019 zurück. Davon konnten sich 87 Mitglieder überzeugen, die am 13.02.2020 der Einladung des Vorstands zur 14. Mitgliederversammlung an die Hochschule für Gesundheit nach Bochum gefolgt waren.

### Aktuelle Entwicklungen und Pläne der DGHWi

Ein zentrales Thema für die DGHWi war im vergangenen Jahr der Hebammenreformprozess. Hier pflegte der Vorstand Kontakte zu Hebammenverbänden, Fachgesellschaften, Presse, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie zu Mitgliedern in Bundestag und Bundesrat, beteiligte sich an Anhörungen und verfasste Stellungnahmen und Positionspapiere zum Thema. Verstärkung erhielt der Vorstand dabei von der Sektion Hochschulbildung, die u.a. wissenschaftlich-fachliche Unterstützung bei der Erarbeitung von Kompetenzen und Inhalten der Studien- und Prüfungsverordnung im Auftrag des BMG leistete.

Darüber hinaus hat sich die DGHWi zu zahlreichen anderen Themen positioniert. So wurden insgesamt 14 Stellungnahmen zu hebammenwissenschaftlich relevanten Angelegenheiten verfasst. Mit Bedauern nahm der Vorstand die Mitteilung auf, dass Beate Ramsayer das Amt der Stellungnahmebeauftragten niederlegt. Für ihren Einsatz bedankten sich alle Teilnehmerinnen mit einem kräftigen Applaus. Interessentinnen für dieses Amt wurden gebeten, sich in der DGHWi Geschäftsstelle zu melden.

Durch die Mitgliedschaft in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) ist die DGHWi in die Entwicklung von Leitlinien einbezogen. Dass dieser Bereich die Arbeit der DGHWi 2019 stark geprägt hat, zeigt sich an der aktuellen Beteiligung an zwölf Leitlinien. Wir freuen uns, dass Lena Agel als Leitlinienbeauftragte auch zukünftig die damit verbundenen Prozesse koordiniert. Wünschenswert ist es, dass sich noch mehr Mitglieder mit ihrer Expertise beim Schreiben von Stellungnahmen und bei der Entwicklung von Leitlinien einbringen. Im Vorstand wird die Möglichkeit diskutiert über Webinare und Präsenzveranstaltungen interessierte Mitglieder zukünftig auf diese Tätigkeiten vorzubereiten.

Die inhaltliche Arbeit, die in Sektionen, Arbeitsgruppen und über Mandate stattfindet, nimmt zu. Aktuell werden für die Neugründung einer AG „Digitales Gesundheitssystem“ Mitglieder gesucht. Die AG wird sich u.a. mit den Themen Anbindung von Hebammen an die Telematikinfrastruktur/ elektronische Patientenakte, Gesundheits-Apps, Elektronische Gesundheitskarte und E-Learning befassen. Dass eine Diskussion zu diesen Themen innerhalb der DGHWi notwendig ist, zeigt sich auch daran, dass das Thema „Digitalisierung“ in jüngster Zeit bei Stellungnaneanfragen eine größere Rolle spielte.

Neuigkeiten gab es auch aus der Geschäftsstelle. Im Dezember 2019 hat Heike Saalman dort die Tätigkeit übernommen und stellte sich den Mitgliedern vor. Mareike Rettberg, Dorit Müller-Bölsmann und Marielle Pommereau haben ihre Arbeit in der Geschäftsstelle niedergelegt. Der Vorstand dankt ihnen für ihr tatkräftiges Engagement!

Eine weitere Aufgabe im Vorstand ist die Umsetzung der Neugestaltung der Website. Annetrin Skeide gab Einblicke in die geplanten Wireframes, das Screening (Farbe) und die Mitgestaltungsmöglichkeiten

durch den Vorstand. Die neue Website soll voraussichtlich zum Jahresende fertig gestellt sein.

Ein Ziel für die Zukunft ist es, die Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hebammenverband (DHV) zu intensivieren. In diesem Kontext überbrachte Andrea Ramsell eine Einladung aus dem Präsidium des DHV zu einem gemeinsamen Austausch mit dem Vorstand.

### Mitgliederzahlen

Die Mitgliederzahlen beliefen sich zum Jahresende auf 429 Mitglieder. Davon sind 379 ordentliche Mitglieder, 31 Fördermitglieder von Institutionen und Verbänden sowie 19 Bonusmitglieder. Die positive Entwicklung der Mitgliederzahlen zeigt sich auch daran, dass 2019 insgesamt 53 neue, zahlende Mitglieder in der DGHWi begrüßt werden konnten.

### Bericht der Schatzmeisterin

Mit viel Engagement stellte Kerstin Böhm den Kassenstand, den Jahresabschluss sowie den Haushaltsplan für das kommende Jahr vor, der von der Versammlung einstimmig verabschiedet wurde. Sie berichtete, dass die Einführung der solidarischen Beitragsstruktur bisher nur zu geringen Fluktuation geführt hat. Zukünftig haben Mitglieder die Möglichkeit zwischen dem 01.01. und dem 28./29.02. eines Jahres ihren Mitgliedsbeitrag formlos auf eine ermäßigte oder solidarische Beitragshöhe anzupassen.

### Abstimmungs- und Diskussionsthemen

Es lagen zwei Abstimmungsthemen und zwei Anträge zur Diskussion vor.

Professorin Dorothea Tegethoff und Annetrin Skeide stellten als Editorinnen in Chief der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (ZHWi) zur Debatte, ob die Zeitschrift weiterhin in vollem Umfang allen Besucher/innen der Website zugänglich sein sollte, oder aber dieser Zugang ein Privileg der Mitglieder sein sollte. Bei eingeschränktem Zugriff wären die Originalartikel dennoch über das Portal GMS frei verfügbar und auch die zur Veröffentlichung freigegebenen Stellungnahmen und Leitlinien würden auf der Website der DGHWi erscheinen. Nach einer regen Diskussion stimmte die MV positiv darüber ab, die Zeitschrift weiterhin in vollem Umfang für Besucher/innen der Website zu veröffentlichen.

Die Sektion „Internationales“ übersetzt für die ZHWi regelmäßig Zusammenfassungen von Cochrane Reviews. Stellvertretend für die Sektion erbat die Sektionssprecherin Michaela Michel-Schuldt eine Abstimmung darüber, ob diese Übersetzungen noch relevant sind oder darauf verzichtet werden kann. Nach einem Austausch über das Für und Wider der Zusammenfassungen entschied sich die Mitgliederversammlung für eine Fortsetzung der Erstellung dieser Resümees.

Dr.in Inés Brock trug stellvertretend für die Sektion „Kind, Bindung und emotionale Entwicklung“ ihren Antrag vor. Die Sektion wünschte sich konkrete Empfehlungen von Seiten der DGHWi an die Hochschulen mit Hebammenstudiengängen, die auf die Verankerung der Module „Psychologische Grundlagen“ und „Sozialpädagogische Handlungsfelder und Begleitung rund um die Geburt“ in Bachelorstudiengängen für Hebammen abzielen. Nach einer Diskussion wurde das Anliegen

dahingehend modifiziert, dass die Sektion eine Veröffentlichung in der ZHWi plant, die inhaltliche Empfehlungen für die Entwicklung hochschulischer Curricula enthalten soll (Anm. Redaktion: nachzulesen in diesem Heft). Der Antrag in der ursprünglichen Form wurde zurückgezogen.

Professorin Melita Grieshop und Professorin Nicola Bauer beantragten die Gründung einer Nachwuchsorganisation für Hebammenstudierende und Hebammenschülerinnen in der DGHWi. Werdende Hebammen sollen frühzeitig Zugang zu den Strukturen, Prozessen und Dokumenten der Fachgesellschaft erhalten sowie in Anhörungs- und Stellungnahmeverfahren einbezogen werden.

Auch dieser Antrag wurde ausgiebig diskutiert und in der Folge durch die Antragstellerinnen zurückgezogen. Alternativ beantragten Friederike Hesse, Kristina Luksch und Nina Peterwerth die Bildung einer Sektion „Junges Forum Hebammenwissenschaft“. Dieser Vorschlag wurde einstimmig angenommen. Die neue Sektion wird mit einer Anschubfinanzierung unterstützt.

### Wahlen

In diesem Jahr waren alle Vorstandsämter neu zu besetzen. Die Beisitzerinnen Professorin Lea Beckmann und Annetrin Skeide sowie Professorin Martina Schlüter-Cruse (Schriftführerin) hatten bereits im Vorfeld der MV bekannt gegeben, nicht wieder zu kandidieren und legten ihre Ämter nieder.

Die Vorsitzende Elke Mattern und die stellvertretende Vorsitzende Professorin Dorothea Tegethoff wurden für zwei weitere Jahre wiedergewählt. Kerstin Böhm, die seit Juni 2019 das Amt der Schatzmeisterin kommissarisch übernommen hat, wurde darin bestätigt. Als neue Schriftführerin wählte die MV Caroline Agricola, die den Vorstand schon im vergangenen Jahr unterstützt hatte. Professorin Barbara Baumgärtner, Professorin Jessica Pehlke-Milde und Dr.in Astrid Krahl vervollständigen den Vorstand als neue Beisitzerinnen.

## Der neu gewählte Vorstand der DGHWi

Der neugewählte Vorstand hat sich in ersten Vorstandssitzungen, die als Video-Konferenz stattfinden mussten, konstituiert. Neben der Weiterführung der bisherigen Aktivitäten der DGHWi, die zu einer positiven Sichtbarkeit – z.B. durch qualifizierte Stellungnahmen – geführt hat, plant der Vorstand einen strategischen Prozess zur weiteren Professionalisierung und inhaltlichen Fokussierung der Arbeit der DGHWi anzustoßen. Daneben wurden die Verantwortlichkeiten der Vorstandsmitglieder für bestimmte Arbeitsbereiche zugeordnet. Elke Mattern als Vorsitzende wird wie bisher Repräsentationsaufgaben, offizielle Korrespondenz, die Planung und Moderation der Vorstandssitzungen (in Kooperation mit der Schriftführerin Caroline Agricola) sowie zahlreiche Aufgaben übernehmen, die sich durch laufende Anforderungen ergeben. Sie ist zudem Editor in Chief der GMS-Ausgabe der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (ZHWi). Die stellvertretende Vorsitzende Dorothea Tegethoff vertritt die Vorsitzende, sie ist Delegierte der DGHWi bei der AWMF und Co-Editorin in Chief der ZHWi. Bis die neuen Stellungnahmebeauftragten Mirjam Peters und Nina Peterwerth ihre Tätigkeit im Sommer 2020 übernehmen können, bearbeitet sie die

### Bonusmitgliedschaften

Die DGHWi unterstützt die gute wissenschaftliche Arbeit des Nachwuchses. So wird jede gemeldete beste Absolventin einer jeden Hochschule und Hebammenschule mit einer einjährigen Bonusmitgliedschaft in der DGHWi gefördert. Frau Jasmin Rathjen nahm stellvertretend als beste Absolventin der Hebammenschule am Klinikum Wilhelmshaven ihr Zertifikat entgegen.

### Termine

Abschließend wurde auf die 15. Mitgliederversammlung am 19.02.2021 hingewiesen. Die nächste Internationale Konferenz ist für den 10. und 11. Februar 2022 geplant. Interessensbekundungen von Hochschulen und Universitäten für die Ausrichtung der Veranstaltungen nimmt der Vorstand gerne entgegen.

Abschließend bedankte sich Elke Mattern im Namen des Vorstands für die konstruktiven Diskussionen und das Mitwirken an der MV. Dass die Arbeit in der DGHWi auch zukünftig vielfältig und spannend bleibt, spiegelt ein Meinungsbild der Mitglieder zu möglichen zukünftigen Arbeitsschwerpunkten der DGHWi. Dieses wurde am Rande der MV erfasst. So wurden u.a. die Umsetzung der Akademisierung, aber auch das Aufgreifen von Kernthemen der Hebammenarbeit in Positionspapieren als wichtige Angelegenheiten benannt. Impulse für weitere Arbeitsschwerpunkte setzte auch die 5. Internationale Konferenz der DGHWi, die sich an die MV anschloss.

Der Vorstand freut sich über Standorte, die sich zur Organisation und Durchführung der kommenden 6. Internationalen Konferenz der DGHWi bereit erklären. Interessierte wenden sich bitte an die Geschäftsstelle: [geschaeftsstelle@dghwi.de](mailto:geschaeftsstelle@dghwi.de)

*Prof. Dr. Martina Schlüter-Cruse*

Anfragen für Stellungnahmen, die in der Geschäftsstelle eingehen. Die neugewählte Beisitzerin Jessica Pehlke-Milde wird den Bereich der Stellungnahmen ab dem Sommer übernehmen und mit den neuen Stellungnahmebeauftragten zusammenarbeiten. Die Schatzmeisterin Kerstin Böhm ist vor allem für den Zahlungsverkehr sowie die Mitgliederverwaltung, steuerliche Angelegenheiten, Spendenbescheinigungen und vieles mehr verantwortlich. Caroline Agricola übernimmt als Schriftführerin die Erstellung der Tagesordnungen und Protokolle aller Sitzungen. Sie repräsentiert die DGHWi bei Facebook und Twitter und begleitet den Prozess der Erstellung der neuen Website der DGHWi. Dabei wird sie von der neuen Beisitzerin Astrid Krahl unterstützt. Astrid Krahl wird zudem im Vorstand für die Leitlinienarbeit zuständig sein und eng mit der Leitlinienbeauftragten Lena Agel zusammenarbeiten. Barbara Baumgärtner wird Ansprechpartnerin für Bildungsfragen sein und z.B. Anfragen im Hinblick auf Studiengangsentwicklung für den Vorstand bearbeiten.

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

## Als Schatzmeisterin gewählt: Kerstin Böhm M.A.

Kerstin Böhm hat nach ihrem Hebammenexamen 2005 in der klinischen Geburtshilfe in Österreich, Frankreich und Deutschland gearbeitet. Neben dem Beruf hat sie einen Bachelor in Politik- und Verwaltungswissenschaften an der FernUniversität Hagen erworben. Den Master hat sie 2016 in Erwachsenenbildung an der Humboldt Universität Berlin abgeschlossen. Anschließend ist sie als Entwicklungshelferin an eine Hebammenschule in Douala/Kamerun gegangen. Seit der Rückkehr nach Berlin 2018 arbeitet sie als Lehrbeauftragte und seit Januar 2020 als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „Anpassungslehrgang für Hebammen aus Drittstaaten“ an der EHB Berlin. Nebenbei arbeitet sie als freiberufliche Hebamme in Berlin-Neukölln.



*Kerstin Böhm M.A.*

## Neu gewählte Beisitzerin: Prof. Dr. Barbara Baumgärtner

Ihre Hebammenausbildung absolvierte Prof. Dr. Barbara Baumgärtner von 1987 bis 1990 in Hameln. Danach arbeitete sie in Köln und in Bremen als Hebamme in der klinischen und außerklinischen Geburtshilfe. Zwischen 1998 und 2004 studierte sie an der Bremer Universität Pflegewissenschaft/Recht und Organisation im Gesundheitswesen mit dem Doppelabschluss Diplom in Berufspädagogik bzw. der 1. Staatlichen Prüfung für das Lehramt Sekundarstufe 2. Parallel arbeitete sie ab 2002 als Lehrhebamme an der Hebammenschule in Bremerhaven.

Ab 2005 war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Forschungsgruppe von Prof. Dr. Petra Kolip an der Universität Bremen tätig, mit ihr wechselte sie 2009 an die Universität nach Bielefeld. 2013 erfolgte die Promotion in Public Health zu dem Thema „Der selbstinitiierte Kaiserschnitt“. Zwischen 2013 und 2017 war sie bei der Bremer Senatorin für Soziales als Landeskoordinierende für Frühe Hilfen im Bundesland Bremen und als Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Hochschule Bremen angestellt. Seit 2017 ist sie nun Professorin für Hebammenwissenschaft/Hebammenkunde an der Ernst-Abbe-Hochschule in Jena und leitet den dortigen Studiengang Geburtshilfe/Hebammenkunde.



*Prof. Dr. Barbara Baumgärtner*

## Neu gewählte Schriftführerin: Caroline Agricola B.Sc.

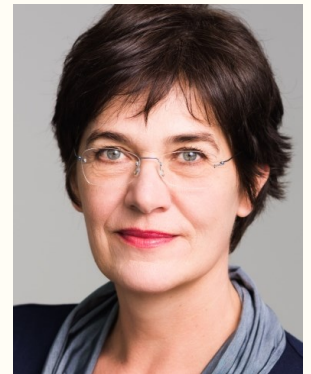
Caroline Agricola übernimmt das Amt der Schriftführerin. Sie ist seit 2016 Hebamme und arbeitet seitdem im Kreißaal des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, engagiert sich dort als Mentorin und ist für die Koordination der praktischen Hebammenausbildung mitverantwortlich. Im Jahr 2018 hat sie ihren Bachelor in „Midwifery“ an der Hochschule Osnabrück abgeschlossen und studiert aktuell im Master „Gesundheits- und Versorgungswissenschaften“ an der Universität zu Lübeck mit dem Vertiefungsschwerpunkt „Digitalisierung im Gesundheitswesen“. In der DGHWi ist Caroline seit 2019 als Mandatsträgerin in der AG „Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung“ des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung (DNVF) aktiv. Sie engagiert sich außerdem in der AG Digitalisierung und ist mit der Überarbeitung der DGHWi-Homepage befasst.



*Caroline Agricola B.Sc.*

## Neu gewählte Beisitzerin Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde

Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde leitet die Forschungsstelle Hebammenwissenschaft am Departement Gesundheit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Nach ihrer Ausbildung zur Hebamme im Jahr 1987 arbeitete sie als angestellte und freiberufliche Hebamme in Berlin. Nach dem Erwerb des Diploms in Pflegepädagogik 2000 arbeitete sie von 2002 bis 2009 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizin- und Pflegepädagogik/ Pflegewissenschaft an der Charité Universitätsmedizin Berlin Charité sowie an der Alice Salomon Hochschule in Berlin. Mit Abschluss des Doktorats an der Charité Universitätsmedizin Berlin im Jahr 2009 siedelte sie in die Schweiz um und ist dort seit 2011 Professorin für Hebammenwissenschaft ZFH. Seit 2014 leitet sie die Forschungsstelle Hebammenwissenschaft und hat zusammen mit ihrem Team erfolgreich umfangreiche Forschungsprojekte in einem hoch kompetitiven Forschungsumfeld durchführen können. Sie lehrt im neu entwickelten Master of Science Hebamme und betreut die erste Doktorandin in Kooperation mit der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich.



*Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde*

## Neu gewählte Beisitzerin: Dr. Astrid Krahl

Nach ihrer Ausbildung an der Landesfrauenklinik Wuppertal arbeitete Dr. Astrid Krahl von 1984 bis 2016 als Hebamme in verschiedenen Settings – zunächst als angestellte Hebamme, später als Beleghebamme und im Geburtshaus; seit den 1990er Jahren immer in Kombination mit freiberuflicher Tätigkeit in der Schwangerschafts- und Wochenbettbetreuung. Von 2000 bis 2004 absolvierte sie den Diplommstudiengang Pflegewissenschaft und war danach bis 2016 als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Verbund Hebammenforschung an der Hochschule Osnabrück in zahlreichen Projekten (z. B. Geburtshilfe neu denken, Latenzphasenbetreuung im Hebammenkreißsaal, Expertinnenstandard physiologische Geburt) tätig. Ihr weiterer Weg führte sie über eine Dozentinentätigkeit an der HS21, B.Sc Studiengang HebammeDUAL in Buxtehude an das Institut für Hebammen an der Züricher



Hochschule für Angewandte Wissenschaften in der Schweiz. Hier bekleidet sie, nach Stationen in der Forschungsstelle Hebammenwissenschaft und dem B.Sc Hebamme, die Position der Studiengangleitung des M.Sc Hebamme. Sie ist Mitherausgeberin der Zeitschrift „Die Hebamme“.

Dr. Astrid Krahl

## Versorgungsmodelle im Fokus der Hebammenwissenschaft

### Bericht zur 5. Internationalen Konferenz der DGHWi

Am 13. und 14. Februar 2020 veranstaltete die DGHWi die 5. Internationale Konferenz mit dem Thema „Versorgungsmodelle im Fokus der Hebammenwissenschaft“ an der Hochschule für Gesundheit in Bochum. Rund 200 Teilnehmer/innen aus sieben Nationen trafen sich auf der Konferenz, um ihre Forschungsarbeiten und -ergebnisse vorzustellen, sich auszutauschen und zu vernetzen. Im Verlauf der zwei Konferenztage wurde eine große Bandbreite internationaler Forschungsergebnisse zur hebammenspezifischen Versorgung und verschiedene methodische Ansätze aus der Hebammenwissenschaft sowie angrenzenden Disziplinen in Vorträgen und Posterpräsentationen aufgezeigt und diskutiert.

Die Keynote sprach Andrew Symon von der University of Dundee (Schottland). Symon stellte das im Rahmen der Lancet-Serie ‚Midwifery‘ (2014) entwickelte ‚Quality Maternal and Newborn Care (QMNC) Framework‘ vor. Das QMNC ist ein evidenzbasiertes setting- und disziplinübergreifendes Versorgungsmodell, in welchem Hebammen eine zentrale Rolle einnehmen. Dieses Modell hat nicht nur Eingang in verschiedene Empfehlungen und Leitlinien gefunden, sondern kann, so Symon, auch für die Ausbildung und Forschung genutzt werden. Anhand seiner Forschungsarbeit zeigte Symon, wie der QMNC Rahmen für die Evaluation von Versorgungsmodellen und damit für die Entwicklung hebammenhilflicher Praxis herangezogen werden kann.

Auf den QMNC Rahmen wurde auch in weiteren Vorträgen Bezug genommen. So zum Beispiel in der Studie, die Michaela Michel-Schuld zu Wissen, Können, Rollen und Verantwortlichkeiten von Hebammen in hebammengeleiteten Versorgungszusammenhängen in Bangladesch durchgeführt hat. Versorgungsmodelle aus anderen regionalen Kontexten stellten Ólöf Ásta Ólofsdóttir, Ellen Blix und Tine Schauer Eri vom Skandinavischen Netzwerk akademisch qualifizierter Hebammen (NorNAM) vor.

Neben der Bedeutung die verschiedene, soziale, ökonomische, politische und historische Kontexte für die Entwicklung und den Erfolg bestimmter Versorgungsmodelle haben, spielt auch das Erleben der Frauen und ihrer Familien eine wichtige Rolle in der hebammen-spezifischen Versorgung. Dies zeigte zum Beispiel Mirjam Peters, die mithilfe eines mixed methods basierten Forschungsansatzes die Frage, wie die Qualität der Hebammenbegleitung aus Perspektive der Frauen bewertet werden kann, beantwortete. In einem zweiten Vortrag legte sie dar, wie die Dimensionen Migrationshintergrund und niedriger sozio-ökonomischer Status die Nutzung aufsuchender Wochenbettbetreuung in Deutschland beeinflussen. Sabine Striebich zeigte in ihrem Vortrag zu ihrer Forschung zu Bedürfnissen schwangerer Frauen mit großer Angst vor der Geburt, wie den Erfahrungen und Bedarfen von Frauen in dieser spezifischen Situation in der geburtshilflichen Versorgung begegnet werden kann. Andrea Villmar diskutierte, in welcher Beziehung geburtshilfliche Versorgungsmodelle und das Wohlbefinden von Hebammen stehen. Eva Cignacco stellte vor, wie Hebammen in sogenannten Advanced Practice Positionen zur Entwicklung neuer Versorgungsmodelle beitragen können. Verschiedene Beiträge wendeten sich didaktisch-methodischen Ansätzen im Hebammenstudium zu und zeigten deren enge Verbindung zu Hebammenwissenschaft und -versorgung auf. – So erklärte Annette Bernloehr, wie Augmented Reality gestütztes Lernen in der Hebammenausbildung eingesetzt werden kann und Angela Rocholl berichtete von Erfahrungen mit dem curricularen Einbezug von Sprach- und Migrationsmittlerinnen. Auch in den Workshop-Einheiten wurde wissenschaftliches und zugleich versorgungsnahes Lernen bearbeitet – Sabine Striebich und Theresa Oganowski führten in zwei Einheiten ein, wie Hebammenstudierende in die Studie ‚Be-Up: Geburt aktiv‘ involviert werden. Ethel Burns stellte Evaluationsergebnisse eines E-Learning Instruments in der visuellen

## Aktuelles

Einschätzung des mütterlichen Blutverlustes während Wassergeburten vor. Der Stellenwert wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Beantwortung von Fragen aus der Versorgung wurde in Nina Peterwerths Workshop zur Anwendung des GRADE-Ansatzes in der Erstellung systematischer Übersichtsarbeiten deutlich.

Dass im Zuge der Professionalisierung und Akademisierung des Hebammenwesens auch Fragen der Weiterqualifizierung von Hebammen bedeutsamer werden, zeigte sich in der abschließenden Panel-Diskussion zum Kompetenzerwerb in Masterstudiengängen und auch in der großen Resonanz auf den Workshop ‚Meilenstein Promotion‘.

Beide Konferenztage zeigten eindrücklich, wie vielfältig und lebhaft sich hebammenwissenschaftliche Forschung entwickelt. Auf insgesamt 31 Postern, die begleitend ausgestellt und in den Poster-Rundgängen vorgestellt wurden, konnten sich die Teilnehmenden über weitere Studienprojekte und Forschungsergebnisse informieren. Ihren Abschluss fand die Konferenz in der Verleihung der Poster-Preise für in diesem Format vorgestellte Bachelor- und Masterarbeiten (je mit 100€ dotiert). Sie gingen an Shania Schulte (Hochschule für Gesundheit Bochum) für

ihr Poster zum Thema ‚Der Einfluss eigener Geburtserfahrung von Hebammen auf ihre Geburtshilfe‘ und an Kristina Luksch (Hochschule für Gesundheit Bochum), die ihr Thema ‚Hebammenzentralen – Schlüsselfaktor zur Arbeitserleichterung von Hebammen‘ präsentiert hatte.

Die Vorsitzende der DGHWi, Elke Mattern, bedankte sich abschließend für die Organisation und den reibungslosen Ablauf der zurückliegenden zwei Tage beim Organisationsteam der Hochschule für Gesundheit Bochum unter der Leitung von Professorin Rainhild Schäfers.

Über die Zeitschrift für Hebammenwissenschaft steht ein Abstract-Band zur Verfügung. Einige Vorträge und Präsentationen können außerdem im Mitgliederbereich der DGHWi angesehen werden.

Wir freuen uns auf die 6. Internationale Konferenz der DGHWi, die am 10. und 11. Februar 2022 stattfinden wird.

*Friederike Hesse B.A., B.Sc. und Annekatrin Skeide M.A.*

### Gesucht:

Da bisher noch kein Veranstaltungsort festgelegt werden konnte, freut sich der Vorstand über Standorte, die sich zur Organisation und Durchführung der kommenden 6. Internationalen Konferenz der DGHWi bereit erklären.

Interessierte wenden sich bitte an die Geschäftsstelle: [geschaeftsstelle@dghwi.de](mailto:geschaeftsstelle@dghwi.de)

## Neue Stellannahmenbeauftragte

**Mirjam Peters M.Sc.** ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich Hebammenwissenschaft an der Hochschule für Gesundheit in Bochum mit einem Schwerpunkt auf klientenzentrierter Gesundheitsversorgung und Digitalisierung im Bereich der Hebammenarbeit. Sie promoviert aktuell zum Thema Ziele und Qualität der Hebammenarbeit, hat als freiberufliche Hebamme in Köln gearbeitet und Psychologie und Public Health studiert. 2016 - 2018 war sie im Vorstand und als Leitlinienbeauftragte in der DGHWi aktiv.



**Nina Peterwerth M.Sc.** ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und Promovendin im Bereich Hebammenwissenschaft an der Hochschule für Gesundheit in Bochum und forscht zum Thema Risikowahrnehmung geburtshilflicher Fachpersonen. Zuvor war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin im IQWiG tätig, wo sie die Projektleitung des BMG-Auftragsprojekts „S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt“ übernahm. Während ihrer Tätigkeit als Hebamme in der klinischen Geburtshilfe erlangte sie einen Bachelor of Science in Midwifery an der Hochschule Osnabrück und einen Master of Science in Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. In der DGHWi engagiert sie sich in den Sektionen Internationale Hebammenwissenschaft und Junges Forum.





## Themenvorschläge für Leitlinien

Die DHGWi wurde eingeladen, an einer Befragung zu Themenvorschlägen für Evidenzberichte für S3- oder S2e-Leitlinien zur Bearbeitung durch das IQWiG teilzunehmen. Die DGHWi nahm diese Chance gerne wahr, um verdeutlichen zu können, welche Themen/Fragestellungen von der Fachgesellschaft als vordringlich angesehen werden. Die eingereichten Themen sind wie folgt:

- ◆ S3 Klinisches Wochenbett
- ◆ S3 Außerklinisches Wochenbett
- ◆ S3 Vorgehen bei reduzierten Kindsbewegungen

Sie wurden durch den Vorstand und Mitglieder abgestimmt und würden jeweils zu einer erstmaligen Erstellung führen.

*Marielle Pommerau B.A. und Elke Mattern M.Sc.*

## Neue Mandate der DGHWi

Als Folgende Neubesetzungen im Bereich Mandate gab es:

- ◆ Seit 2019 ist **Prof. Dr. Rainhild Schäfers** als Vertreterin der DGHWi mit den Kriterien außerklinischer Geburtshilfe befasst.
- ◆ Seit Januar 2020 vertritt **Prof. Dr. Julia Leinweber** die DGHWi im Wissenschaftlichen Fachbeirat für das BMBF-geförderte Forschungsprojekt „Heb@AR – Augmented Reality gestütztes Lernen in der hochschulischen Hebammenausbildung“ an der Hochschule für Gesundheit Bochum (Laufzeit: 01.11.2019 - 31.10.2022).
- ◆ Im Februar 2020 wurde die Sektion *Junges Forum Hebammenwissenschaft* gegründet (siehe Beitrag in diesem Heft). Sektionssprecherinnen sind **Friederike Hesse B.A., B.Sc., Kristina Luksch M.Sc.** und **Nina Peterwerth M.Sc.**

Friederike Hesse, B.A. & B.Sc. absolvierte 2011 den primärqualifizierenden Bachelorstudiengang Hebamme an der FH JOANNEUM in Graz, Österreich und 2015 den Bachelorstudiengang Soziologie an der Goethe-Universität in Frankfurt/M. Aktuell studiert sie im Masterstudiengang Soziologie an der Goethe-Universität, arbeitet als freiberufliche Hebamme in Frankfurt am Main und als Lehrbeauftragte an der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigs-hafen am Rhein, außerdem unterstützt sie die DGHWi als Associate Editor der ZHWi und bei der Neugestaltung der Homepage.

Kristina Luksch, M.Sc. ist seit 2016 Hebamme und war als angestellte Hebamme im klinischen Setting tätig. 2016 schloss sie das Studium Hebammenkunde B.Sc. und 2018 das Masterstudium M.Sc. Evidence-based Health Care mit dem Schwerpunkt Frauen-, Familien- und Kindergesundheit an der Hochschule für Gesundheit Bochum ab. Seit 2017 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin im Studienbereich Hebammenwissenschaft an der Hochschule für Gesundheit Bochum. Momentan forsch sie zum Einsatz von Augmented Reality im Hebammenstudium.

Nina Peterwerth, M.Sc. ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und Promovendin im Bereich Hebammenwissenschaft an der Hochschule für Gesundheit in Bochum und forscht zum Thema Risikowahrnehmung geburtshilflicher Fachpersonen. Zuvor war sie als Wissenschaftliche Mitarbeiterin im IQWiG tätig, wo sie die Projektleitung des BMG-Auftragsprojekts „S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt“ übernahm. Während ihrer Tätigkeit als Hebamme in der klinischen Geburtshilfe erlangte sie einen Bachelor of Science in Midwifery an der Hochschule Osnabrück und einen Master of Science in Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. In der DGHWi engagiert sie sich in den Sektionen Internationale Hebammenwissenschaft und Junges Forum.

## Bericht zum 29. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin

Im Rahmen des 29. Kongresses für perinatale Medizin im November 2019 war das Thema Gewalt in der Geburtshilfe/ respektvolle Geburtshilfe in zwei Sitzungen präsent.

Unter Moderation von Prof. Dorothea Tegethoff und Dr. Lars Hellmeyer stellte Dr. Claudia Limmer die Ergebnisse ihrer Masterarbeit vor. Die Ergebnisse ihrer Online-Befragung machten deutlich, dass viele Frauen auch in Deutschland Formen von Respektlosigkeit oder Gewalt in der Geburtshilfe erleben und dass diese Erfahrungen stark mit Symptomen von posttraumatischer Belastung nach der Geburt assoziiert sind.

Prof. Julia Leinweber stellte ihre Forschungsarbeit zum Thema Prävalenz und assoziierte Faktoren des Beobachtens von geburtshilflicher Gewalt bei Hebammen in Australien vor. Die Ergebnisse ihrer Studie weisen darauf hin, dass Hebammen häufig Gewalt in der Geburtshilfe beobachten und dadurch emotionalen Stress erleben. Dr. Tobias Lindner referierte zu seinen Untersuchungen zur Gewalt gegen Personal von Notaufnahmen dar. Er machte deutlich, wie bedeutsam adäquate Kommunikation zur Prävention von Gewalt in unterschiedlichen Settings in der Gesundheitsversorgung ist.

## Aktuelles

Außerdem gestalteten Vertreterinnen der DGHWi, der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und der Arbeitsgemeinschaft Frauengesundheit (AFG) zum ersten Mal eine gemeinsame Sitzung zum Thema respektvolle Geburtshilfe. Ziel war es, den interdisziplinären Austausch zu Maßnahmen anzuregen, die zu einer Verbesserung der klinischen geburtshilflichen Versorgung durch respektvolle Geburtshilfe beitragen könnten.

Prof. Julia Leinweber, Evangelische Hochschule Berlin, sprach für die DGHWi und hob die Bedeutung des Geburtserlebens für das psychische und emotionale Wohlbefinden der Frau und ihrer Familie nach der Geburt und darüber hinaus, hervor. Sie betonte, dass respektvolle Geburtshilfe am besten umgesetzt werden kann, wenn eine Hebamme eine Frau betreut und so in der Lage ist sensibel auf die Bedürfnisse der Gebärenden einzugehen. Voraussetzung für eine Umsetzung dieses Betreuungsstandards sei, dass die wertvolle emotionale Arbeit, mit der Hebammen Gebärende bei der Geburt ihres Kindes unterstützen, von den Entscheidungsträgern in der Gesundheitspolitik gewürdigt werden muss.

Sabine Striebich, Diplompädagogin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsbereich Hebammenwissenschaft der Martin-Luther-Universität in Halle (Saale) und seit langem im AKF aktiv, hob hervor,

dass Deutschland durch WHO-Empfehlungen und eine Resolution der Parlamentarischen Versammlung des Europarats dazu auffordert wird, Frauen eine respektvolle und gewaltfreie Betreuung während der Geburt zu ermöglichen. Hierfür sei es dringend nötig, dass nicht nur auf Landes- sondern auch auf Bundesebene ausreichende Gelder bereit gestellt werden, um die Umsetzung des seit 2017 vorhandenen 9. Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ systematisch voranzubringen.

Prof. Maritta Kühnert, leitende Oberärztin der Geburtshilfe des Universitätsklinikums Marburg an der Lahn, vertrat die DGGG und betonte, dass alle an der geburtshilflichen Betreuung beteiligten Berufsgruppen ein Interesse haben, Empfehlungen zur respektvollen Geburtshilfe umzusetzen. Sie regte an, dass ein gemeinsam erarbeitetes Leitbild für eine respektvolle Begleitung in Kliniken und gemeinsame Fortbildungen eine gleichberechtigte Zusammenarbeit von Ärztinnen, Ärzten und Hebammen fördern würden. Die drei Organisationen werden ihre Zusammenarbeit fortsetzen, um gemeinsam diese Aufgaben zu gestalten.

*Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA*

## Sektionen

### **Sektion Junges Forum Hebammenwissenschaft**

Die Sektion Junges Forum Hebammenwissenschaft wurde im Februar 2020 mit dem Ziel gegründet, die Partizipation werdender Hebammen und junger Hebammenwissenschaftler/innen innerhalb der DGHWi zu fördern und ihre wissenschaftliche Laufbahn zu unterstützen.

Durch die Förderung einer Vernetzung von Nachwuchswissenschaftler/innen und wissenschaftlich interessierten Personen im Bereich der Hebammenwissenschaft soll eine Plattform zur gegenseitigen Unterstützung werdender Hebammen, examinierter Hebammen sowie junger Hebammenwissenschaftler/innen bei der Planung, Organisation und Durchführung von Weiterqualifizierungen (nachqualifizierender Bachelor, Master, Promotion) aufgebaut werden. Ziel ist es, den Mitgliedern durch Vernetzung und Zusammenarbeit verschiedene Möglichkeiten zur wissenschaftlichen Weiterqualifikation aufzuzeigen, Peergruppen zu bilden und durch die Mitwirkung in der Sektion frühzeitig Einblicke in Strukturen, Prozesse und Entwicklungen innerhalb der Fachgesellschaft für Hebammenwissenschaft zu bekommen und diese aktiv mitzugestalten. Hierfür möchte die Sektion z.B. folgende Angebote auf- und ausbauen: Workshops, Online-Tutorials, Informationsveranstaltungen, Mentor/innen und Role Models.

Die inhaltliche Gestaltung der Ziele soll dabei explizit an den Bedarfen der Nutzer/innengruppe ausgerichtet und von dieser aktiv mitgestaltet werden. Werdende und examinierte Hebammen sowie junge Hebammenwissenschaftler/innen, die Interesse an der wissenschaftlichen Arbeit und Vernetzung haben, sind daher unabhängig ihres Qualifikationsweges oder eines akademischen Abschlusses herzlich zum Einbringen ihrer Ideen und zur Mitarbeit eingeladen. Voraussetzung für die Aufnahme in die Sektion ist laut Satzung die Mitgliedschaft in der DGHWi.

Zu erreichen ist die Sektion unter: [junges-forum@dghwi.de](mailto:junges-forum@dghwi.de)

*Kristina Luksch M.Sc., Friederike Hesse B.A., B.Sc. und Nina Peterwerth M.Sc.*

Sprecherinnen der Sektion

## Sektion *Kind, Bindung und emotionale Entwicklung*

### Hebammen brauchen psychologisches und sozialpädagogisches Handlungswissen

Die Sektion „Kind, Bindung und emotionale Entwicklung“ hatte für die Mitgliederversammlung im Februar zwei Module vorbereitet und als Antrag formuliert. Damit möchten wir die Kolleg/innen unterstützen, die momentan Hebammenstudiengänge aufbauen. Nach leider kurzer, aber konstruktiver Diskussion wurde die Empfehlung formuliert, dies über die Zeitschrift zu veröffentlichen und damit allen Akteur/innen zugänglich zu machen.

Bei den fachlichen und personalen Kompetenzen finden sich in der Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV) Hinweise auf umfassende Beratungsanlässe und die Förderung der Eltern-Kind-Bindung, die als Aufgabe der akademisierten Hebamme verstanden werden [1]. Dazu könnte die Integration der beiden hier vorgestellten Module in die Studiengänge beitragen.

Auch im Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz - HebG) in § 9 zum Studienziel wird in Abs. 1-2 die fortlaufende persönliche und fachliche Weiterentwicklung als notwendig anerkannt und wir berufen uns darüber hinaus auf die dort beschriebene Einbeziehung „weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse“ [2]. Ebenso wird in Abs. 3 formuliert, dass „wissenschaftsbasiert innovative Lösungsansätze zur Verbesserung im eigenen beruflichen Handlungsfeld [zu] entwickeln und implementieren“ sind. Insbesondere wird darauf Wert gelegt „belastende Lebenssituationen und psychosoziale Problemlagen bei Frauen und deren Familien zu erkennen und gegebenenfalls auf erforderliche Maßnahmen zur Unterstützung hinzuwirken“. Außerdem wird auch in der Stellungnahme des Deutschen Hebammenverbandes auf „psychologische, soziale und kulturelle Aspekte der Reproduktion und des Säuglingsalters“ [3: 10] hingewiesen.

Wir hoffen mit den beiden Modulentwürfen somit diesen Anliegen zu entsprechen und für die künftig Studierenden damit eine gute wissenschaftliche Grundlage für ihre Tätigkeit schaffen zu können.

Wie viele Credits den Modulen im jeweiligen Studiengang zugeordnet werden, können wir nicht vorhersehen. Wir sprechen uns in jedem Fall dafür aus, dass beide Module von Lehrenden/Lehrbeauftragten mit fachspezifischen Qualifikationen insbesondere in Psychologie und Sozialpädagogik unterrichtet werden. Wir gehen davon aus, dass an vielen Hochschulen und Universitäten Möglichkeiten dafür bestehen und eine entsprechende Vergabe der Veranstaltungen realisiert werden könnte.

*Dr. Inés Brock und Dipl. Soz.päd./Sozialarbeiterin (FH) Susanne Knaust*

Sprecherinnen  
kontakt@ines-brock.de

#### Literatur:

1. Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV) vom 8. Januar 2020 (BGBl. I S.39).
2. Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz – HebG) vom 22. November 2019 (BGBl. I S.1759).
3. Deutscher Hebammenverband (DHV). Kompetenzen von Hebammen – Anhang 1 der Stellungnahme zur Anhörung im Bundesministerium für Gesundheit zum Referentenentwurf einer Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV). 2019. [Zugriff: April 2020]. Verfügbar unter: [https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx\\_securedownloads&p=5479&u=0&g=0&t=1594996286&hash=8bcfc50ce6f74d6b6b6cea4126c18c3354cf0bf5&file=fileadmin/user\\_upload/pdf/Stellungnahmen/2019-09-13\\_DHV\\_Kompetenzen\\_von\\_Hebammen\\_Anhang\\_1\\_zur\\_Stellungnahme\\_HebStPrV.pdf](https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_securedownloads&p=5479&u=0&g=0&t=1594996286&hash=8bcfc50ce6f74d6b6b6cea4126c18c3354cf0bf5&file=fileadmin/user_upload/pdf/Stellungnahmen/2019-09-13_DHV_Kompetenzen_von_Hebammen_Anhang_1_zur_Stellungnahme_HebStPrV.pdf)

### Modul *Psychologische Grundlagen*

Qualifikationsziele und Kompetenzen	Die Studierenden verfügen über Kenntnisse der Psychologie als Wissenschaft vom Seelenleben des Menschen. Dabei stehen einerseits prä-, peri- und postnatale psychologische Wissensbestände und die Ergebnisse der Bindungsforschung und die Anwendung der Bindungstheorie im Vordergrund. Andererseits verstehen die Studierenden emotionale Zustände von Eltern und können Elternschaftskonstellationen psychologisch interpretieren und Dysfunktionalitäten identifizieren. Die Methoden wissenschaftlicher Theoriebildung der Psychologie sind bekannt. Sie sind in der Lage Verständnis für intra- und interpsychische Bedingungen psychischer Störungen zu entwickeln und können klient/innen- und themenzentrierte Gespräche mit Müttern und Vätern führen. Sie kennen die Grundlagen der Entwicklungspsychologie (Erikson, Winnicott) und neue Perspektiven der Hintergründe von Frühtraumatisierungen und Theorien der Mentalisierung.
Inhalte des Moduls	Intrauterine Einflussfaktoren auf die Mutter-Kind-Bindung Konzepte für Angstsripte, Emotionsmanagement – mütterliche Labelisierung durch Risikozuschreibung (Nocebo-Effekte) Bio-psycho-soziale Modelle zum Verständnis umweltbedingter Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden Einführung in die Traumalogie Copingforschung, Resilienz Psychologische Grundlagen von Geburtsvorbereitung (Dick Read, Lamaze etc.) Einfluss der Geburtserfahrung auf kindliche und mütterliche Psyche, psychologische Aspekte der Vaterforschung rund um die Geburt Psychodynamik der frühen Triangulierung Entwicklungspsychologische Grundlagen der frühen Kindheit, Bindungstheorie Theorien und Praxis der psychosozialen Beratung
Prüfungsleistung	Fallanalyse als Hausarbeit
Lehr- und Lernformen	Seminaristische Vorlesungen, Gruppenarbeiten. Fallarbeit in Kleingruppen, Kurzreferate, Diskussionsrunden

# Sektionen

Literatur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brisch, K. H., Großmann, K., Großmann, K., &amp; Köhle, L. (. (2002). Bindung und seelische Entwicklungswege. Stuttgart: Klett-Cotta.</li> <li>2. Brock, I. (2018). Wie die Geburtserfahrung unser Leben prägt. Perspektiven für Geburtshilfe, Entwicklungspsychologie und die Prävention früher Störungen. Gießen: Psychosozialverlag.</li> <li>3. Garstick, E. (2013). Junge Väter in seelischen Krisen. Stuttgart: Klett-Cotta.</li> <li>4. Geisel, E. (1997). Tränen nach der Geburt; Wie depressive Stimmungen bewältigt werden können. München: Kösel.</li> <li>5. Hildebrandt, S., Blazy, H., Schacht, J., &amp; Bott, W. (2014). Kaiserschnitt; Zwischen Traum und Trauma, Wunsch und Wirklichkeit. Heidelberg: Mattes.</li> <li>6. Janus, L. (2015). Geburt. Gießen: Psychosozial-Verlag.</li> <li>7. Rittelmeyer. (2005). Frühe Erfahrungen des Kindes. Ergebnisse der pränatalen Psychologie und der Bindungsforschung. Stuttgart: Kohlhammer.</li> <li>8. Ruppert, F. (2014). Frühes Trauma. Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre. Stuttgart: Klett-Cotta.</li> <li>9. Schäfer, E., Abou-Dakn, M., &amp; Wöckel, A. (2008). Vater werden ist nicht schwer? Zur neuen Rolle des Vaters rund um die Geburt. Gießen: Psychosozial-Verlag.</li> <li>10. Seiffge-Krenke, I. (2009). Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Heidelberg: Springer Medizin.</li> <li>11. Stern, D. (2000). Mutter und Kind - Die erste Beziehung. Stuttgart: Klett-Cotta.</li> <li>12. Suess, G., &amp; Pfeifer, W.-K. (. (2003). Frühe Hilfen. Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung. Gießen: Psychosozialverlag.</li> </ol>
-----------	--

## Modul Sozialpädagogische Handlungsfelder und Begleitung rund um die Geburt

Qualifikationsziele und Kompetenzen	<p>Der Kenntniserwerb relevanter gesetzlicher Grundlagen, insbesondere des Bundeskinderschutzgesetzes und des SGB VIII, ermöglicht den Studierenden eine auch disziplinübergreifende und wegweisende Beratungskompetenz auszubauen.</p> <p>Die Studierenden haben Kenntnisse über Angebote, Zielgruppen und Grenzen Früher Hilfen, die seit Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes 2012 bestehen. Darüber hinaus wird Wissen zu speziellen niedrigschwelligen und freiwilligen Angeboten für Schwangere und junge Familien erlangt.</p> <p>Es wird ein Überblick über zuständige Institutionen sowie den Verfahren im Bereich des Kinderschutzes erarbeitet, der Handlungssicherheit im Weiterverweisen bei Kindeswohlgefährdung oder sehr hilfebedürftiger Familien gibt.</p> <p>Die Studierenden sind mit den Grundlagen der systemischen Familienforschung, insbesondere mit den Effekten der durch eine Geburt entstehenden familiären Veränderungen vertraut.</p> <p>Die Studierenden sind in der Lage eventuell auftretende Probleme während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu erkennen und im Sinne einer multiperspektivischen Fallarbeit nach Burkhard Müller einzuordnen, um eine rasche und interdisziplinäre Hilfeleistung für die Familien zu ermöglichen.</p> <p>Die Studierenden erarbeiten und erlernen ein Verständnis zu verschiedenen ethnischen Kulturen und Mentalitäten und deren Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.</p> <p>Die Studierenden sind mit dem Potential verschiedener Einflussfaktoren, die Eltern unterstützen das Familienleben gesundheitsfördernd zu gestalten, vertraut. Sie können Netzwerke aufbauen, in Selbsthilfegruppen oder Beratungsstellen vermitteln.</p> <p>Die Studierenden kennen den ASD und seine Aufgaben, Frühförderstellen, Sozialpsychiatrische und sozialpädiatrische Versorgungsstrukturen.</p>
Inhalte des Moduls	<p>Gesetzesgrundlagen im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz</p> <p>Frühe Hilfen - Netzwerke</p> <p>Kinderschutz - Leitlinien</p> <p>Grundlagen der systemischen Familienforschung</p> <p>Interdisziplinäres Case Management</p> <p>Kultursensible Versorgung Schwangerer und Gebärender</p> <p>SGB VIII – strukturelle Hilfesysteme</p> <p>Methoden der Erwachsenenbildung</p>
Prüfungsleistung	Klausur
Lehr- und Lernformen	Seminaristische Vorlesungen, Gruppenarbeiten, Fallarbeit in Kleingruppen, Kurzreferate, Diskussionsrunden
Literatur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fischer, Jörg; Geene, Raimund (Hg.) (2017): Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung. Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung. Unter Mitarbeit von Linda Gerigk. 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa. Online verfügbar unter <a href="http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&amp;ean=9783779945796">http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&amp;ean=9783779945796</a>.</li> <li>2. Marburger, Horst (2019): SGB VIII - Kinder- und Jugendhilfe. Vorschriften und Verordnungen; Mit praxisorientierter Einführung; Walhalla Rechtshilfen. 13. Auflage. Regensburg: Walhalla und Praetoria.</li> <li>3. Meysen, Thomas; Eschelbach, Diana (2012): Das neue Bundeskinderschutzgesetz. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos (NomosPraxis). Online verfügbar unter <a href="http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-8329-7319-3">http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-8329-7319-3</a>.</li> <li>4. Müller, Burkhard; Hochuli-Freund, Ursula (2017): Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. 8., überarbeitete und erweiterte Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus. Online verfügbar unter <a href="https://content-select.com/portal/media/covers_image/551d23d2-a1cc-4f51-b57c-4afeb0dd2d03/500">https://content-select.com/portal/media/covers_image/551d23d2-a1cc-4f51-b57c-4afeb0dd2d03/500</a>.</li> <li>5. Neuffer, Manfred (2002): Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. Weinheim: Juventa-Verl. (Grundlagentexte soziale Berufe). Online verfügbar unter <a href="http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-7799-0733-6">http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-7799-0733-6</a>.</li> <li>6. Susanne Nothhafft (2009): Landesgesetzliche Regelungen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der Gesundheitsvorsorge. München</li> </ol>

## Sektion *Internationales*

Die Sektion „Internationales“ gibt hiermit die **Stellungnahme von Women in Global Health – Germany** bekannt zum Thema

### Frauen in der COVID-19 (SARS-CoV-2) Pandemie

*Wir fordern:*

- ◆ **Frauen in Beratungs- und Entscheidungsgremien einbinden:** Paritätische und interdisziplinäre Besetzung sowie Berücksichtigung der gesellschaftlichen Vielfalt in Expert/innenlisten, Gremien, Kommissionen, Beratungsstäben, Talk-Show Runden und auf Konferenzen.
- ◆ **Frauen in Gesundheitsberufen und der Pflege stärken:** Faire Entlohnung und sichere Arbeitsbedingungen für Gesundheitsfachkräfte. Gleiche Verteilung der Pflegearbeit zwischen allen Geschlechtern und deren finanzielle Anerkennung.
- ◆ **Geschlechtersensible Daten und Forschung fördern:** Konsequente geschlechter- und diversitätssensible Sammlung von Daten (vor allem in der Gesundheitsberichterstattung). Entscheidungen im Krisenmanagement auf Basis einer differenzierten Datenlage treffen.



Weltweit sind 75% der Beschäftigten im Gesundheitswesen Frauen, aber nur 25% sind in Führungspositionen vertreten. [1] 70% der Arbeit in den Gesundheits- und Sozialpflegeberufen wird in Deutschland von Frauen verrichtet, verglichen mit 41% in anderen Beschäftigungsbereichen. [2] Bei den Pflegekräften in der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege, im Rettungsdienst und der Geburtshilfe ist der weibliche Anteil sogar noch höher. [3] Frauen leisten einen bedeutenden Beitrag zur Gesundheitsversorgung, oftmals ist ihre Arbeit jedoch unbezahlt, unterbezahlt und nicht ausreichend wertgeschätzt. Wir fordern daher eine faire Entlohnung und sichere Arbeitsbedingungen für Gesundheitsfachkräfte.

In der COVID-19 (SARS-CoV-2) Pandemie zeigt sich, dass Frauen aufgrund ihres großen Anteils am Gesundheitspersonal verstärkt einer Infektionsgefahr ausgesetzt sind. Zum Beispiel liegen Schutzanzüge nicht in Frauengrößen vor und sind oftmals zu groß. [4] Aktuell liegt der Anteil der Frauen an allen infizierten Personen insgesamt bei rund 52% (Männer: 48,2%) und somit etwas höher als bei den Männern. [5] Rund 75% des infizierten medizinischen Personals in Deutschland ist weiblich. [6] Weibliches Krankenhauspersonal stirbt zudem 2,7-mal so häufig wie männliches. [7] Der Lockdown stellt besonders Frauen, vor allem Alleinerziehende, vor große Herausforderungen: So sind es weiterhin überwiegend Frauen, die die Kinderbetreuung neben ihrer Erwerbs- und Hausarbeit organisieren. [8] Der hohe Anteil der Hausarbeit von

Frauen steigt in der Krise weiter, lässt weniger Zeit für die berufliche Tätigkeit und kann somit zu Nachteilen für die weitere berufliche Karriereentwicklung führen. [9] Zudem erhöht sich das Risiko für häusliche Gewalt bei anhaltenden Ausgangssperren. [10] Frauen haben in der Regel seltener ein Auto als Männer und verwenden daher häufiger öffentliche Transportmittel, was zu einem größeren Infektionsrisiko führt. Da vielerorts die öffentlichen Verkehrsmittel eingeschränkt sind, hat dies eine Auswirkung auf die Mobilität der Frauen. Ein Großteil der Berufe, die besonders von dem Lockdown betroffen sind, zeichnen sich durch eine hohe Beschäftigungsrate von Frauen aus, wie Flugbegleiterinnen, Reiseführerinnen, Friseurinnen, Verkäuferinnen und Servicekräfte in der Gastronomie und Hotelbranche. Frauen in ohnehin bereits unterbezahlten Berufen müssen nun befürchten, ihre Anstellung und somit ihr Einkommen zu verlieren. Zudem ist für Frauen mit körperlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen „physical distancing“ nahezu unmöglich, da sie Unterstützung im alltäglichen Leben benötigen. [11] Hinzu kommen Einschränkungen in der Regelversorgung im Bereich der Frauen- und Kindergesundheit, insbesondere der Schwangerenversorgung und Geburtshilfe. [12] Bisher liegen auch nur wenige Daten zur gesundheitlichen Lage von obdachlosen, geflüchteten Frauen oder Frauen in Gefängnissen vor, doch auch hier gehen wir davon aus, dass sie in besonderem Maße von der Gesundheitskrise betroffen sind.

*Obwohl Frauen im Rahmen der COVID-19 (SARS-CoV-2) Pandemie einen Großteil der Versorgungsarbeit leisten, sind sie als Expertinnen nur zu einem geringen Teil miteinbezogen und erhalten nur eingeschränkt die Möglichkeit, ihr Wissen, ihre Erfahrungen und Perspektiven einzubringen.*

In den Medien und der Berichterstattung zu COVID-19, die für die öffentliche Wahrnehmung der Krise eine bedeutende Rolle spielen, kommen bisher zu wenige Frauen zu Wort, obwohl es schon seit längerem im internationalen Kontext eine Bewegung gibt, die sich gegen „Manels“ und somit gegen die ausschließlich männliche Besetzung von u.a. Diskussionsforen ausspricht. Diese Bewegung wird sowohl von Frauen als auch von Männern unterstützt. So hat eine Analyse für Deutschland ergeben, dass in der Süddeutschen Zeitung bei der Berichterstattung zur COVID-19 (SARS-CoV-2) Pandemie der Ratio Männer zu Frauen bei 75:21, in der ZEIT bei 8:3 und in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung bei 9:2 liegt.

Auch im öffentlich-rechtlichen Fernsehen bei den Talk-Shows (Markus Lanz: Ratio: 14:6; Maischberger: Ratio: 4:2), im heute Journal (11:1) sowie im Deutschlandfunk (70:29) gibt es keine ausreichende Vertretung von Expertinnen. [13]

Da Frauen im Rahmen der COVID-19 (SARS-CoV-2) Pandemie jedoch in besonderem Maße betroffen sind, ist es wichtig, dass ihre Erfahrungen, Interessen und Perspektiven ausreichend vertreten und berücksichtigt werden und sie in Entscheidungsprozesse paritätisch involviert sind, die einen großen Einfluss auf ihre Lebenswelten haben. Studien zeigen, dass Gesundheitssysteme stärker sind, wenn weibliche Gesundheitsfachkräfte in Entscheidungsprozesse, in die Entwicklung von

nationalen Gesundheitsplänen und in die Gesundheitspolitik eingebunden werden [14, 15]. Zudem ist anzumerken, dass viele Länder, in denen besonders konsequent auf die COVID-19 (SARS-CoV-2) Pandemie reagiert wurde, von Frauen regiert werden [16].

*Es ist daher unabdingbar, dass in Expert/innengremien und -listen wie die der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina Frauen paritätisch vertreten sind und in Medienberichten als Expertinnen mit einbezogen werden.*

Inmitten der COVID-19 (SARS-CoV-2) Pandemie ist es essenziell, die aktuelle Situation geschlechtersensibel zu bewerten, eine geschlechtersensible Datensammlung und Forschung zu garantieren, Forschungslücken zu identifizieren und Handlungsoptionen aufzuzeigen. Dafür gibt es in Deutschland ausreichend qualifizierte Frauen, die gerne ihre Perspektive und Expertise in den aktuellen Diskurs einbringen.

Für „Women in Global Health – Germany“

*Prof. Dr. Dr. (mult.) Ilona Kickbusch und Vertret. Prof. Dr. Sabine Ludwig*

Gründerinnen

Ein herzlicher Dank geht an die Mitglieder der WGH-GER COVID-19 Task Force für die Unterstützung bei der Erstellung der Stellungnahme (alphabetische Reihenfolge): u.a. Heike Baehrens, Susan Bergner, Katri Bertram, Bettina Borisch, Eva Dahlke, Dorothee Friedrich, Ursula von Gierke, Claudia Hanson, Anna Holzscheiter, Martina Kloepfer, Anja Leetz, Britta March, Delia Strunz, Eva Rehfuess, Premarajani Sabanantham, Maïke Voss, Andrea Sylvia Winkler.

6. Mai 2020



## Women in Global Health - Germany

Women in Global Health (WGH) ist ein weltweit aktives Netzwerk mit dem Ziel, mehr Chancengleichheit in der globalen Gesundheit zu erreichen und somit zur Verbesserung der Gesundheit weltweit beizutragen. Im Jahr 2018 hat Deutschland das erste „Chapter“ von WGH „Women in Global Health – Germany“ (WGH-GER) gegründet und eine Liste Women in Global Health – Germany mit rund 170 qualifizierten Frauen erstellt, die unter [womeningh.org/wgh-germany](http://womeningh.org/wgh-germany) abrufbar ist. Seit Februar 2019 ist WGH-GER an den Center for Global Health der Charité – Universitätsmedizin Berlin angebunden. Für die COVID-19 (SARS-CoV-2) Pandemie hat WGH zusätzlich eine Operation 50/50 Kampagne ([womeningh.org/covid5050](http://womeningh.org/covid5050)) gestartet.

**Kontakt:** Dr. Sabine Ludwig, WGH Germany  
Head of WGH European Chapters Executive Board at the Center for Global Health Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Email: [sabine.ludwig@charite.de](mailto:sabine.ludwig@charite.de)  
[womeningh.org/wgh-germany](http://womeningh.org/wgh-germany); [twitter.com/WGHGermany](https://twitter.com/WGHGermany)

## Literatur:

1. World Health Organization. Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce. Human Resources for Health Observer Series Nr 24. Genf: World Health Organization; 2019.
2. World Health Organization. Fact Sheet Nursing and Midwifery; 2020. [Zugriff: 27.04.2020]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery>
3. Statistisches Bundesamt. Gesundheitspersonalrechnung; 2018. [Zugriff: 20.03.2020]. Verfügbar unter: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)
4. Women in Global Health – Finland. Covid-19 Decoded – Webinar; 02.04.2020.
5. an der Heiden M, Hamouda O. Schätzung der aktuellen Entwicklung der SARS-CoV-2-Epidemie in Deutschland – Nowcasting. *Epid Bull.* 2020;17:10-16.
6. Kempmann A, Pinkert R, Kaul M. Mehr Infektionen bei medizinischem Personal; 16.04.2020. [Zugriff: 16.04.2020]. Verfügbar unter: <https://www.tagesschau.de/investigativ/ndr/corona-aerzte-pflegekraefte-101.html>
7. Marinic J. Zeit für Protest, 17.04.2020. [Zugriff: 17.04.2020]. Verfügbar unter: <https://www.sueddeutsche.de/politik/corona-krise-zeit-fuer-protest-1.4878360>
8. Wenham C, Smith J, Morgan R. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *The Lancet.* 2020;395(10227):846-848. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30526-2
9. European Institute for Gender Equality. Coronavirus puts women in the frontline; 25.03.2020. [Zugriff: 22.04.2020]. Verfügbar unter: <https://eige.europa.eu/news/coronavirus-puts-women-frontline>
10. European Institute for Gender Equality. Gender based violence; 2020. [Zugriff: 23.04.2020]. Verfügbar unter: <https://eige.europa.eu/covid-19-and-gender-equality/gender-based-violence>
11. European Institute for Gender Equality. Coronavirus puts women in the frontline; 2020. [Zugriff: 23.04.2020]. Verfügbar unter: <https://eige.europa.eu/news/coronavirus-puts-women-frontline>
12. Smith J. Overcoming the “tyranny of the urgent”: integrating gender into disease outbreak preparedness and response. *Gender Develop.* 2019;27:355-369. DOI: 10.1080/13552074.2019.1615288.
13. Women in Global Health – Germany (2020). Eigene Auswertungen (T. Schneider, C. Hoffmann)
14. Downs JA, Reif LK, Hokororo, Fitzgerald DW. Increasing women in leadership in global health. *Acad Med.* 2014;89(8):1103–1107. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000369.
15. Newman C. Time to address gender discrimination and inequality in the health workforce. *Hum Resour for Health.* 2014;12(25). DOI: 10.1186/1478-4491-12-25.
16. Stutte H. Weibliche Führung während Corona gilt für US-Medien als Vorbild; 16.04.2020. [Zugriff: 16.04.2020]. Verfügbar unter: <https://www.rnd.de/politik/weibliche-fuehrung-waehrend-corona-gilt-fur-us-medien-als-vorbild-JBS5AKYVKN AOBRECEC7KP4E4.html>

**Mitglieder der Sektion “Internationales” engagieren sich im Netzwerk Women in Global Health Germany, das sich für mehr Sichtbarkeit von Frauen im Bereich globale Gesundheit einsetzt.**

**Das nächste Treffen des Netzwerks findet voraussichtlich am 18. November 2020 in Berlin statt.**

**Bei Interesse, sich im Netzwerk zu engagieren, melden Sie sich bei [internationales@dghwi.de](mailto:internationales@dghwi.de)**

## Neue Publikationsformate der DGHWi: Positionspapiere und Standpunktpapiere

Die DGHWi hat neben den Stellungnahmen, die Sie bereits aus früheren Ausgaben der ZHWi kennen, zwei weitere Publikationsformate, sogenannte Positionspapiere und Standpunktpapiere entwickelt. Bevor wir, erstmalig, ein Positions- und ein Standpunktpapier in diesem Heft veröffentlichen, stellen wir die Formate im Folgenden kurz vor:

In **Positionspapieren** werden Positionen der DGHWi zu hebammen-spezifischen Themen begründet herausgearbeitet. Da Positionspapiere keine Reaktionen auf Anfragen oder Äußerungen Dritter sind, können sie ohne Zeitdruck erstellt werden und erlauben eine umfassende Auseinandersetzung mit einem spezifischen Thema. Positionspapiere haben eine begrenzte Geltungsdauer von sechs Jahren. Mit der Veröffentlichung wird der Zeitpunkt angegeben, zu dem das Positionspapier überarbeitet werden muss. In dieser Ausgabe der ZHWi finden Sie das Positionspapier der DGHWi zur außerklinischen Geburtshilfe. In der Überarbeitung befindet sich zurzeit ein weiteres Positionspapier zu Gewalt in der Geburtshilfe.

**Standpunktpapiere** dienen dazu, dass sich die DGHWi in aktuelle Kontroversen einbringt und ihren Standpunkt vertritt. Wie auch die Positionspapiere werden die Standpunktpapiere nicht auf Anfragen hin verfasst – in diesem Fall handelt es sich um eine Stellungnahme –

sondern z.B. als Reaktion auf Publikationen anderer Einrichtungen oder Gesellschaften. In der vorliegenden Ausgabe der ZHWi finden Sie ein Standpunktpapier zum BQS-Gutachten zu Geburtsschäden.

Allen Mitgliedern der DGHWi wird die Mitwirkung an der Erarbeitung von Stellungnahmen, Positions- und Standpunktpapieren ermöglicht. Zum einen können die Mitglieder diese Publikationsformate in Absprache mit dem Vorstand der DGHWi selbst erstellen. Zum anderen werden alle Entwurfsfassungen im internen Bereich der Website zugänglich gemacht. Die Mitglieder sind ausdrücklich aufgefordert, die jeweiligen Entwürfe zu kommentieren und ihre Änderungsvorschläge und Ergänzungen einzubringen. Während Stellungnahmen häufig sehr kurzfristig verfasst werden müssen, mitunter so kurzfristig, dass keine Zeit für die Kommentierung durch die Mitglieder bleibt, erlauben die beiden neuen Formate eine sechswöchige Frist. Die Überarbeitungen durch die Mitglieder werden von den Autor/innen berücksichtigt, wenn sie die Papiere abschließend bearbeiten. Ebenso wie Stellungnahmen werden auch Positionspapiere vor der Publikation durch den Vorstand geprüft und erst dann freigegeben. Die Positions- und Standpunktpapiere werden in der ZHWi jeweils unter der Rubrik Stellungnahmen publiziert.

## Position der DGHWi zur außerklinischen Geburtshilfe

*Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.*

02. März 2020

In Deutschland haben Schwangere das Recht, den für sie und ihre Kinder passenden Geburtsort zu wählen. Sie können sich zwischen Hausgeburt, Geburtshaus (eigenständig bzw. auf dem Klinikgelände), Hebammenkreißsaal und herkömmlicher Geburtsstation in der Klinik entscheiden. Beratungsgespräche zu diesem Thema scheinen jedoch nicht immer ergebnisoffen zu verlaufen.

Die Wahlfreiheit ist ein hohes Gut und gilt für Interventionen jeglicher Art. Gerade weil sich für «low risk» Schwangere Hinweise darauf mehren, dass die Klinikgeburt Nachteile birgt, sollte einer einseitigen Beratung in diese Richtung entgegengewirkt werden. Auch wenn sich diese Hinweise nicht auf randomisierte kontrollierte Studien beziehen können, sollte überprüft werden, ob die vorliegende Evidenz berücksichtigt und dementsprechend beraten wird.

### Das Recht auf Wahlfreiheit des Geburtsortes

Im § 24f SGB V werden verschiedene Geburtsorte explizit aufgeführt. Die entsprechenden Erläuterungen stellen heraus, dass damit auch ein Anspruch auf eine außerklinische Geburt normiert wird [4: S. 23, 24]. Das Recht der Schwangeren, den Geburtsort selbstbestimmt zu wählen, ist ebenfalls Ausdruck des allgemeinen Persönlichkeitsrechtes,

welches in Artikel 2 Abs. 1 des Grundgesetzes verankert und zudem ein Menschenrecht [11]. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) hat im sog. Tzernovszky-Urteil die freie Wahl des Geburtsorts als eine Form der Ausübung körperlicher Autonomie anerkannt [6]. Als solches ist das Recht auf die freie Wahl des Geburtsorts durch Artikel 8 Absatz 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention, dem Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens, geschützt [7].

### Wissenschaftliche Evidenz zum Geburtsort

Der Beweis, dass einer der Geburtsorte besser ist als der andere, wurde mit Etablierung der Klinikgeburt nicht geführt. Aussagekräftige, randomisierte kontrollierte Studien, wie sie Olsen und Clausen [13] für ihr Cochrane Review gesucht haben, gibt es nicht und wird es in Zukunft auch nur schwerlich geben, wie Dowswell und Kollegen [5] aufgezeigt haben.

Die zurzeit umfassendste verfügbare wissenschaftliche Evidenz hinsichtlich der Wahl des Geburtsortes bieten neben dem erwähnten Cochrane Review [13] eine im Jahr 2014 verfasste und 2017 aktualisierte Leitlinie des National Institute for Health and Care

Excellence [12] aus dem Jahr 2017 sowie zwei systematische Literatur-reviews von Scarf et al. [16] aus dem Jahr 2018 sowie Hutton et al. [9] aus dem Jahr 2019.

Sowohl NICE [12] als auch Scarf et al. [16] betonen die Vorteile hebam-mengeleiteter und außerklinischer Geburtsumgebungen für Erst- und Mehrgebärende und beziehen sich dabei auf Schwangere mit nur wenigen Besonderheiten im Schwangerschaftsverlauf («low risk»). So weist eine retrospektive Analyse von 1.631 Hausgeburten in Norwegen auf eine niedrigere Interventions- und Komplikationsrate im Vergleich zu einer Zufallsstichprobe von 16.310 Klinikgeburten hin. Für die primären Outcomeparameter vaginal operative Geburt, Kaiserschnitt, Dystokie, PDA, Episiotomie, Sphinkterverletzung und postpartale Blutung zeigten sich sowohl für Erst- als auch für Mehrgebärende vergleichbare bzw. niedrigere Raten als bei den Klinikgeburten. Für das sekundäre Outcome perinatale und neonatale Mortalität lagen die Raten der Hausgeburten niedriger, jedoch konnte aufgrund der geringen Größe der Studiengruppe keine statistische Signifikanz erzielt werden [2].

Auch in der Birthplace-Studie [1] zeigten sich Vorteile der außerklini-schen Geburtsorte im Vergleich zur Klinik. So hatten gemäß dieser prospektiven Kohortenstudie Frauen in der Außerlinik eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für eine Spontangeburt als Frauen in der Klinik und wiesen ein geringeres Risiko für Interventionen im Verlauf der Geburt auf. Die Wahrscheinlichkeit für eine interventionsarme Geburt lag in den Kliniken bei 58%, in Geburtshäusern bei 76% bis 83% und bei geplanten Hausgeburten bei 88%. Weiterhin wurde die sub-partale, geburtsbedingte neonatale Mortalität und Morbidität untersucht. In dieses Outcome eingeschlossen sind Fälle von Enzephalopathie durch Sauerstoffunterversorgung, Mekoniumaspirationssyndrom, Verletzung und Frakturen (Brachialplexus, Humerus- oder Clavicula-fraktur).

Es zeigten sich im Gesamtvergleich zwischen klinischen und außerklini-schen Geburtsorten keine statistischen Unterschiede hinsichtlich des zusammengesetzten Outcomeparameters «neonatale Mortalität und Morbidität». Bei der Subgruppenanalyse ergab sich für Kinder von Mehrgebärenden in keinem außerklinischen Setting ein signifikanter Unterschied zur Klinik. Für Kinder von Erstgebärenden scheint ein leichter Nachteil bei der Wahl einer Hausgeburt vorzuliegen, jedoch nicht bei der Wahl einer Geburtshausgeburt. Die Inzidenz bei Erstgebä-renden für diesen kindlichen Outcomeparameter liegt für Hausgeburten (9,3 auf 1.000 Geburten) leicht über der Inzidenz in der Klinik (5,3 auf 1.000 Geburten) mit einer adjustierten OR von 1,75 (95% KI 1,07-2,86) siehe Birthplace in England Collaborative Group [1: Tabelle 3].

Dieses lediglich für Erstgebärende etwas schlechtere Abschneiden sollte erläutert werden: Die verglichenen Subgruppen der Erstgebärenden für Haus- und Klinikgeburten könnten eher heterogen sein, auch wenn sie den spezifischen, auf alle Teilnehmerinnen angewandten Filterkriterien entsprachen. Diese Annahme basiert darauf, dass bei Mehrgebärenden mehr Filterkriterien angesetzt werden konnten als für Erstgebärende: So wurden bspw. Frauen mit Zustand nach postpartaler Blutung ausgeschlossen. Die Birthplace-Studie diskutiert zudem, dass dieses Ergebnis eventuell einen Zufallsbefund darstellt. Nicht zuletzt ist die Stärke des Effektes für das neonatale Outcome fraglich, da es sich aus der subpartalen, geburtsbedingten Morbidität und Mortalität zusammensetzt, ohne Berücksichtigung des Schweregrades. Trotz

dieser groß angelegten nationalen Studie reicht die Anzahl der einbezo-genen Geburten nicht aus, um ein aussagekräftiges Ergebnis für jedes einzelne Outcome, wie Atemstörung oder subpartale Mortalität, zu erhalten. Zudem kann eine prospektiv angelegte Kohortenstudie höchstens Zusammenhänge mit dem Geburtsort, jedoch keinen Einfluss des geplanten Geburtsortes auf das Outcome erkennen.

Die aktuelle systematische Übersichtsarbeit von Scarf et al. [16] wertet publizierte Studien zum Vergleich von Geburten in Begleitung ausgebil-deter Hebammen in Industrieländern nach geplantem Geburtsort aus. Das Outcome der Kinder von Erstgebärenden stellt sich besser dar, als es die Birthplace Studie vermuten lässt. Es können keine Unterschiede in Bezug auf die Rate der Totgeburten, der neonatalen Todesfälle und Verlegungen auf eine Intensivstation festgestellt werden, gleichgültig ob die Erstgebärende die Klinik oder die Hausgeburt wählt [16: Tabelle 3]. Dagegen wurden die Vorteile der außerklinischen Geburt bezogen auf den Geburtsmodus (Spontangeburt) sowie die Vermeidung von Inter-ventionen bestätigt. Das Review von Hutton et al. [9] bestätigt die hier dargestellten Ergebnisse.

In Deutschland sind Hebammen in der außerklinischen Geburtshilfe zur Teilnahme an der Erfassung der Perinataldaten bei der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG) verpflichtet (Geburtshäuser seit 2008, für Hausgeburten seit Oktober 2015). Diese jährlichen Berichte können nicht zum direkten Vergleich mit Klinikdaten herangezogen werden. Die Arbeit von Petersen et al. [14] bietet dage-gegen erstmals für Deutschland (Niedersachsen) prospektiv erhobene Daten. Allerdings sind die Gruppen der «low risk» Erstgebärenden (außerklinisch n= 152, klinisch n= 439) zu klein, um das Outcome der Kinder beurteilen zu können.

## Evidenzbasiert zum Geburtsort informieren

Fehlendes Wissen zu evidenzbasierten Daten in Hinblick auf den außerklinischen Geburtsort kann auch in Deutschland gegeben sein, wie es Vedam et al. [19] für Kanada aufzeigen. Oft werden Beratende auch durch gesellschaftliche Standards ihrer jeweiligen Herkunftskultur oder sozio-kulturelle Einstellungen zum Thema Risiko daran gehindert, die vorhandene Evidenz zu vermitteln [3, 12]. Aus den veröffentlichten Zahlen des Statistischen Bundesamtes, des Instituts für Qualitäts-sicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) sowie von QUAG kann angenommen werden, dass ein bis zwei Prozent aller Schwangeren bundesweit geplant in einem außerklinischen Geburts-setting gebären, die Hälfte davon wählt die Hausgeburt. Von diesen Frauen wiederum erwartet nur etwa ein Viertel das erste Kind. Im Jahr 2018 waren dies 1.461 Erstgebärende, von denen 72% nicht verlegt wurden und die Geburt zu Hause erlebten [15: S. 33, Tabelle 40].

Informationen wie diejenige, dass Erstgebärende im Vergleich zu Mehr-gebärenden eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, während der Geburt verlegt zu werden, gehört zu der Aufklärung hinsichtlich des außerklinischen Geburtsortes hinzu. Im außerklinischen Tätigkeitsfeld werden bei Bedarf bereits vor Ort Notfallmaßnahmen eingeleitet – wie es auch in der Klinik geschehen würde. Dadurch ist in der Regel bei einem eintretenden Notfall genügend Zeit zum Transfer in die Klinik gegeben. Wenn die Gebärende eine Klinikgeburt wählt, sollte es ebenso selbstverständlich sein, über die höhere Wahrscheinlichkeit für Interventionen aufzuklären.



## Schlussfolgerung

Die Wahlfreiheit und die Selbstbestimmung der Schwangeren in Bezug auf den Geburtsort sind hohe Güter. Die bestehende wissenschaftliche Evidenz zeigt Vorteile für Mutter und Kind, wenn eine außerklinische Geburt angestrebt wird – insbesondere für die Wahrscheinlichkeit einer spontanen Geburt ohne Interventionen. In Bezug auf die Morbidität und die Mortalität der Kinder sind die Ergebnisse nicht eindeutig und daher nicht entsprechend belastbar. Die wissenschaftliche Evidenz sollte allen Schwangeren in aufbereiteter Form zur Verfügung stehen.

## Forderungen der DGHWi

- ◆ Ausgehend von der Wahlfreiheit sollten Schwangere entsprechend ihren Wünschen zum Geburtsort unterstützt werden.
- ◆ Informationen und Beratungen zum Geburtsort – gleichgültig ob klinisch oder außerklinisch – sollten sich auf eine evidenzbasierte Grundlage beziehen, welche von den relevanten Fachgesellschaften gemeinsam für die Schwangeren zu erarbeiten ist.
- ◆ Als einen der erforderlichen Schritte zur Sicherstellung eines nicht nur auf dem Papier, sondern auch tatsächlich bestehenden Wahlrechts in Bezug auf den Geburtsort fordert die DGHWi alle

relevanten Berufsverbände und Fachgesellschaften auf, ihre Mitglieder anzuhalten, in Fragen zum Geburtsort auf eine solche, stetig zu aktualisierende Grundlage zurückzugreifen.

<sup>1</sup>„Die Versicherte hat Anspruch auf ambulante oder stationäre Entbindung. Die Versicherte kann ambulant in einem Krankenhaus, in einer von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleiteten Einrichtung, in einer ärztlich geleiteten Einrichtung, in einer Hebammenpraxis oder im Rahmen einer Hausgeburt entbinden. Wird die Versicherte zur stationären Entbindung in einem Krankenhaus oder in einer anderen stationären Einrichtung aufgenommen, hat sie für sich und das Neugeborene Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung“, siehe Sozialgesetzbuch (SGB V), Fünftes Buch. Gesetzliche Krankenversicherung, § 24f SGB V Entbindung.

<sup>2</sup>„Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.“ (Grundgesetz, Artikel 2 Abs. 1)

Das Positionspapier stand den Mitgliedern der DGHWi vom 22.08.2019 bis zum 22.9.2019 zur Kommentierung zur Verfügung. Das Positionspapier ist zum 28.02.2024 zur Überarbeitung vorgesehen.

## Autorinnen:

Dr. Christine Loytved, Mandy Funk, Laura Andrea Zinßer für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

## Literatur

1. Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*. 2011;343:d7400.
2. Blix E, Kumle MH, Ingversen K, Huitfeldt AS, Hegaard HK, Ólafsdóttir ÓÁ, et al. Transfers to hospital in planned home birth in four Nordic countries - a prospective cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2016;95(4):420–428.
3. Coxon K, Sandall J, Fulop NJ. To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. *Health Risk & Society*. 2014;16(1):51–67.
4. Deutscher Bundestag. Drucksache 17/10170 – Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss): Bericht des Abgeordneten Willi Zylajew. 2012. Verfügbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/101/1710170.pdf>
5. Dowswell T, Thornton JG, Hewison J, Lilford RJ, Raisler J, Macfarlane A, et al. Should there be a trial of home versus hospital delivery in the United Kingdom? *Br Med J*. 1996;312(7033):753-757.
6. European Court of Human Rights. Tzermovszky v. Hungary. 2010. Application no. 67545/09, European Court of Human Rights. Ref type: case. 2010.
7. European Court of Human Rights. Annual Report 2016. Verfügbar unter: [www.echr.coe.int/Documents/Annual\\_report\\_2016\\_ENG.pdf](http://www.echr.coe.int/Documents/Annual_report_2016_ENG.pdf)
8. Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. März 2019 (BGBl. I S. 404).
9. Hutton, E. K., Reitsma, A., Simioni, J., Brunton, G., & Kaufman, K. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EclinicalMedicine*. 2019;14:59–70. DOI: 10.1016/j.eclinm.2019.07.005
10. IQTiG. QS-Verfahren Geburtshilfe, Bundesauswertung 2017. 2018.
11. Lokugamage AU, Pathberiya SDC. Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review. *Reproductive Health*. 2017;14:17.
12. NICE Guideline. Intrapartum care for healthy women and babies. 2014. Verfügbar unter: [nice.org.uk/guidance/cg190](http://nice.org.uk/guidance/cg190).
13. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;9: CD000352.
14. Petersen AK, Köhler L-M, Schwarz C, Vaske B, Gross MM. Outcomes geplanter außerklinischer und klinischer Low-Risk Geburten in Niedersachsen. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*. 2017;221(04):187–197.
15. QUAG. Qualitätsbericht 2018 Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Auerbach: Verlag Wissenschaftliche Scripten; 2019.
16. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. 2018; 62:240–255.
17. Sozialgesetzbuch (SGB V). Fünftes Buch. Gesetzliche Krankenversicherung. § 24f SGB V Entbindung.
18. Statistisches Bundesamt, über die Standesämter gemeldet, Reihe N 50 Eheschließungen, Geborene, Gestorbene sowie Statistisches Bundesamt Grunddaten der Krankenhäuser, Tab.-Blatt 2.14.1
19. Vedam S, Stoll K, Schummers L, Fairbrother N, Klein MC, et al. The Canadian birth place study: examining maternity care provider attitudes and interprofessional conflict around planned home birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014;14:353.

## Gutachten über Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten

(BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH 2018)

*Standpunktpapier der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.*

13. März 2020

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit wurde ein Gutachten [1] zu Ursachen von Geburtsschäden der Neugeborenen bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten erstellt. Ziel des Gutachtenteams war es, die tatsächliche Datenlage zu untersuchen und aus der Analyse Erkenntnisse über Schadensursachen sowie Ansätze für die Verbesserung der Versorgung abzuleiten (Seite 17). Die Ergebnisse des Gutachtens sollen nach Angaben der Autorinnen und Autoren nutzbringend in die Prozesse zur Qualitätssicherung bzw. Fehlervermeidung in der Geburtshilfe eingebracht werden. Neben der Auseinandersetzung mit Geburtsfehlern der Vergangenheit war auch die Ableitung von Lösungsansätzen zur Reduktion von zukünftigen Geburtsschäden Gegenstand des Auftrags.

Die Vielfalt der verwendeten Methoden ist beachtenswert und besteht aus Literaturrecherche, Auswertung von Schadensfällen einer speziellen Schadensliste des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV), Rechtsgutachten, Online-Befragung, Experteninterviews, Open Space Workshop und Themenmarktplatz.

**Im Folgenden wird, um die Grenzen eines Standpunktpapiers nicht zu sprengen, nur auf einzelne Aspekte eingegangen und zwar auf den Titel und die Fragestellungen des Gutachtens, auf die Schadensliste des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) und weitere Datenquellen zu Geburtsschäden in Deutschland sowie auf die Ergebnisse zu möglichen Schadensursachen auf der individuellen, auf die Schwangere bezogenen Ebene.**

### Titel des Gutachtens

Der Titel des Gutachtens ist irreführend, da nur die ursprüngliche Fragestellung (erst auf Seite 53 bis 56 aufgelistet) ausschließlich auf freiberufliche Hebammen bezogen war und tatsächlich auf angestellte Hebammen und Ärzte und Ärztinnen in der Geburtshilfe erweitert wurde (Seite 17).

### Schadensliste des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV)

Da die Schadensliste des GDV mit 95 Schadensfällen bei Kindern zwischen 2004 und 2014 (min. Schadensaufwand von 100.000 Euro) den Kern und offenbar auch den Anlass des Gutachtens ausmacht, wird in dieser Stellungnahme zunächst die Verwertbarkeit dieser Schadensliste betrachtet.

Unter Punkt 5.2 des Gutachtens wird eine deskriptive Analyse dieser 95 Schadensfällen angestrebt. Die DGHWi geht grundsätzlich davon aus, dass die vom GDV vorgenommenen „Verfremdungen“ (Seite 41) eher eine Art Anonymisierung sind, die nicht das Ergebnis der Analyse beeinflussen. Aus dem Text lässt sich nicht ablesen, ob es sich bei den 95 Fällen um insgesamt 95 Kinder handelt oder ob ein geschädigtes Kind doppelt auftauchen kann (zum einen bei der freiberuflichen

Hebamme und zum anderen als Haftungsanteil der Klinik oder derselbe Fall von verschiedenen Versicherern gemeldet wurde, wie im Gutachten hinterfragt (Seite 47)). Auf derselben Seite wird angegeben, dass in der Liste auch Fälle ohne Hebammenhaftung enthalten sind: „In die Liste waren auch Fälle aufgenommen worden, in denen ausschließlich Ärzte und Ärztinnen in Haftung genommen wurden“ (Seite 47). Zudem ist zu fragen, ob es sich bei jeder der außerklinischen Geburten um eine dort geplante Geburt handelt, oder ob eine freiberufliche Hebamme zu einer ihr unbekanntem Frau im Notfall gerufen wurde. Es fällt zudem auf, dass keine Differenzierung nach dem Ort des Geburtsgeschehens vorgenommen wurde. Sind auch Geburten enthalten, die in Belegkliniken Level I mit entsprechender Hochrisikoklientel begonnen wurden? Geht es in den 95 Fällen jeweils um Geburten, die ausschließlich von freiberuflichen Hebammen begleitet wurden?

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) differenziert in seiner Bundesauswertung „Geburtshilfe“ nicht nach Kliniken mit Belegsystem und mit Personal im Anstellungsverhältnis. Erst wenn diese Daten vorliegen, könnte in Verbindung mit den Daten der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. die gesamte Geburtshilfe freiberuflicher Hebammen abgebildet werden und eine Bezugsgruppe gebildet werden, auf die sich die Anzahl der Schadensfälle beziehen könnte. Aus der Analyse wird zudem nicht ersichtlich, ob eine außerklinisch begonnene Geburt verlegt wurde und wenn ja, in welcher Geburtsphase die Gebärende in die Klinik aufgenommen wurde. Die in der Klinik vorgefundenen Betreuungsmöglichkeiten werden nicht dargestellt.

### Höhe der Schadenskosten

Die Höhe der Schadenskosten im freiberuflichen Bereich wird als Problem dargestellt, ohne diese in eine adäquate Relation zu setzen, damit ersichtlich wird, was „hoch“ bedeutet. Es wird weder klar, welche Arten von Beträgen (Posten) genau einberechnet sind (bspw. Rückstellungen, siehe weiter unten) und welche Versicherungsbedingungen in den Verträgen der Krankenhäuser zum Vergleich zu den Versicherungsbedingungen der freiberuflichen Hebammen vorliegen. Abbildung 5 auf Seite 43 bietet lediglich die Aufteilung der 95 Fälle über die verschiedenen Jahre an. Abgesehen davon, dass es sich hier um sehr kleine Anzahlen handelt, bei denen der Zufall eine Steigerung von Jahr zu Jahr suggerieren kann, werden im Text sogar Hinweise darauf gegeben, warum sich in manchen Jahren Häufungen ergeben können, jedoch fließt dieses Wissen bspw. um die Latenz zwischen Schadensjahr und Meldejahr (Seite 43) nicht in die Interpretation der Daten ein. Interessanter als die Aufschlüsselung nach Jahren wäre doch eher die konkrete Gegenüberstellung der Fälle von Beschwerden der Eltern und der anderen Beschwerdeführenden, der außergerichtlichen Vergleiche, der Fälle, die den Versicherungen zur Kenntnis gebracht werden, sowie der von den Versicherungen übernommenen Schäden, jeweils differenziert nach dem Ort, an dem die Geburt geplant

begonnen und geendet hat, und falls erforderlich nach Freiberuflichkeit der Hebammen und ärztlichen Geburtshelfenden. Zusätzlich ist zu beachten, wer zu welchem Zeitpunkt welche Beschwerden anbringt und Schäden meldet und ob die Anzahl und Schwere der Fälle den zu erwartenden Werten entsprechen. Einen ersten Ansatz macht das Gutachtenteam auf Seite 82 bei der Betrachtung von Behandlungsfehlern, jedoch fehlt für die dort abgebildete Tabelle 5 ein Begleittext. Der DGHWi zeigen die Angaben lediglich, dass aus 1110 Behandlungsvorwürfen im Bereich der Geburtshilfe (offensichtlich alle klinischen und außerklinischen Bereiche) im Jahr 2016 insgesamt 260 festgestellte Fehler resultierten. Drei Behandlungsvorwürfe betrafen den außerklinischen Bereich. Von diesen wurden zwei, also 67 Prozent, zu festgestellten Fehlern während im klinisch-stationären Bereich bei etwa nur 23 Prozent Fehler festgestellt wurden (285 Behandlungsvorwürfe bei 64 festgestellten Fehlern). Die Zahlen sind zu klein, um die Behauptung abzuleiten, im Krankenhaus könnten Behandlungsvorwürfe leichter – in welcher Form auch immer – abgewandelt und seltener zu festgestellten Fehlern führen. Aber dieser Frage nachzugehen, hält die DGHWi für wichtig und interessant. Erst so könnte die Kostenhöhe eingeschätzt und ein entsprechender Untersuchungsauftrag nachvollziehbar werden.

Tabelle 1 auf Seite 42 listet die 95 Schadensfälle mit der Gesamt- und durchschnittlichen Schadenssumme nach Schadensort auf. Die Kosten für die aufgeführten jeweils 12 Schadensfälle im Zeitraum zwischen 2004 und 2014 von Hausgeburten bzw. Geburtshäusern belaufen sich pro Fall auf jeweils etwa 1,5 Millionen Euro, die auf die Anzahl 61 bezifferten Fälle der Krankenhäuser jedoch nur auf etwa 811 Tausend Euro pro Fall. Tabelle 2 auf Seite 48 differenziert zusätzlich nach Schadensursache. Im Text wird erläutert, dass sich in den Schadenssummen auch Rückstellungsbeträge verbergen können (Seite 48). Die Frage stellt sich, ob Kliniken alle Fälle versichern und in den dargestellten Fällen auch Rückstellungsbeträge berücksichtigt wurden. So wird die durchschnittliche Schadenssumme pro „verspätete Reaktion“ als Schadensart im Durchschnitt auf etwa 900 Tausend Euro im Krankenhaus beziffert, während sie im Geburtshaus das Doppelte ausmacht. Noch gravierender ist der Unterschied in Bezug auf „Fehler bei CTG“. Nur bei der Schadensart „Schulterdystokie“ liegt die Schadenssumme des Krankenhauses über dem der außerklinischen Einrichtungen. Sie ist gleichzeitig auch der niedrigste Betrag bei den sechs dargestellten Schadensarten. Richtigerweise werden die Angaben relativiert durch die Erläuterung, dass es sich bei den Schadenssummen auf Seiten des Krankenhauses meist um Haftungsanteile handelt. Zudem erkennt das Gutachtenteam, dass die tatsächlichen Schadenssummen teilweise erheblich niedriger ausfallen als der in der Liste aufgeführte Schadensaufwand (Seite 42), ohne aber überarbeitete Angaben zu liefern.

**Die Einschätzung des Gutachtenteams: „auffällig ist die hohe durchschnittliche Schadenssumme im Geburtshaus und bei den Hausgeburten“ (Seite 47) ist daher nicht nachvollziehbar und irreführend. Alle genannten Umstände, die nicht geklärt sind, beeinflussen die Beurteilung eines Falles und die Fehleranalyse für eine zukünftige Verhinderung des eingetretenen Schadens.**

## Zwei Fragestellungen

Vor diesem Hintergrund sind sowohl die ursprüngliche Fragestellung mit ihren einzelnen Fragen hinsichtlich der Schadensliste als auch die gewonnenen Antworten auf den Seiten 53 bis 56 zu betrachten:

1. *„Welcher Anteil an den dokumentierten Geburtsschäden der Vergangenheit ist überwiegend durch individuelles Verschulden zu erklären? Wie ist die Verteilung der Einstufung des Grads der Fahrlässigkeit?“*

Im Gutachten wird darauf hingewiesen, dass für eine solche Ein- und Abstufung der Informationsgehalt der Schadensliste nicht ausreicht (Seite 53).

2. *„Wie lässt sich der Grad des Verschuldens einschätzen? Stimmt eine eigene Einschätzung des Grads des Verschuldens mit der vorgelegten Kategorisierung der Versicherungswirtschaft überein?“*

Das unter (1) angeführte Argument gilt hier auch – darüber hinaus gibt das Gutachtenteam zu Bedenken, wie verschieden ein- und derselbe Fall von zwei unterschiedlichen Personen eingestuft werden kann, zudem, wenn sie unterschiedlichen Berufsgruppen angehören (Seite 54).

3. *„Welcher Anteil an den dokumentierten Geburtsschäden der Vergangenheit ist zumindest partiell durch organisatorisches Verschulden zu erklären? Welche Fehlergründe dominieren bei organisatorischem Verschulden?“*

Eine klare Abgrenzung zwischen individuellem und organisatorischem Verschulden sieht das Gutachtenteam als schwierig an, da in den meisten Fällen verschiedene Arten von Verschulden ineinandergreifen und dann zum Schaden führen wie bspw. Kommunikations- und Informationsdefizite im Team (Seite 55).

4. *„Welche Risikofaktoren für das Auftreten von Geburtsfehlern können auf Grundlage der Datenbasis identifiziert werden (Art der Geburt, personelle Ausstattung, konkretes Verhalten bei bestimmten Komplikationen etc.).“*

Diese Frage konnte offensichtlich ebenso wenig aus der Analyse der Schadensliste heraus beantwortet werden.

5. *„Welche Erkenntnisse können darüber gewonnen werden, in wieweit die Auftretenswahrscheinlichkeit von Geburtsschäden durch entsprechende Maßnahmen der Qualitätssicherung in der Vergangenheit wirksam reduziert werden konnten?“*

Diese Frage kann nach Ansicht des Gutachtenteams erst beantwortet werden, wenn Forschung zu Sicherungsmaßnahmen in einem prä-post Vergleich durchgeführt wird (Seite 55).

**Folglich konnte keine der in Auftrag gegebenen Fragen allein durch die zur Verfügung gestellte Schadensliste beantwortet werden.**

Die vom Gutachtenteam daraufhin überarbeitete Fragestellung setzt sich aus folgenden Fragen zusammen, die sich alle auf die gesamte Geburtshilfe und damit auf die Ursachen/Abhilfe von Geburtsschäden der Neugeborenen allgemein beziehen:

- a. *„Welche systemischen, strukturellen und individuellen Ursachen können für die Entstehung von Geburtsschäden identifiziert werden?“*
- b. *Welche Ursachen für Geburtsschäden lassen sich aus juristischer Perspektive feststellen?“*
- c. *Welche gesetzlichen Regelungen zur Haftung sind zu berücksichtigen?“*

- d. Welche Sicherheitsmaßnahmen werden bereits durchgeführt? Wie wirksam sind sie?
- e. Welche weiteren Sicherheitsmaßnahmen und Lösungsansätze können identifiziert werden?
- f. Welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Geburtshilfe lassen sich aus den Ergebnissen ableiten?
- g. Welche Handlungsempfehlungen für eine sichere Geburtshilfe ergeben sich aus den Ergebnissen?“ (Seite 17)

## Ergebnisse aus der Literaturrecherche

Die Frage (a) orientiert sich an der ursprünglichen Frage (4) und soll daher näher betrachtet werden. Antworten wurden für diese Frage aus der Literaturrecherche, den Experteninterviews und der Online-Befragung gewonnen. Dieser Zugang ist in Ermangelung einer belastbaren Datenlage der einzig gangbare.

Es gibt kaum Studien, die Ursachen für die Entstehung von Geburtsschäden erforschen, daher wird auf Studien aus der Literaturrecherche zurückgegriffen, die von ihrem Design her nach Ansicht der DGHWi aus folgenden Gründen keine Antwort liefern:

- ◆ Das Outcome von außerklinischen und klinischen Geburten von Frauen mit nur geringen Geburtsrisiken wird verglichen (bspw. in der Arbeit von Hutton [4]). Der direkte Vergleich von Erst- und Mehrgebärenden wird nicht geliefert, sondern nur der Vergleich auf der Ebene der jeweiligen Parität differenziert nach Geburtsort. Dies widerspricht der Fragestellung, die problematische Fälle unabhängig vom Geburtsort im Fokus hat. Die vom Gutachterteam gezogene Schlussfolgerung, dass Erstgebärende mit einem höheren Risiko für Geburtsschäden gebären als Frauen, die bereits geboren haben, ist zwar statthaft, aber die Parität ist naturgegeben und mit keiner vorbeugenden Maßnahme zu verhindern. Den Risiken für Erstgebärende mit einer Klinikgeburt begegnen zu wollen, geht nur mit mehr Interventionen, aber nicht mit weniger Geburtsschäden einher, wie die Arbeit von Hutton [4] zeigt.
- ◆ Es werden Studien aus Ländern wie den USA einbezogen, die keine mit Deutschland vergleichbare Geburtshilfe ausnahmslos durch staatlich registrierte Hebammen mit einer entsprechenden Ausbildung anbieten können. Grünbaum et al. [3] führen zur Hausgeburtshilfe aus: „about 2/3 of all midwife-attended home births in the US are attended by midwives who are not certified by the American Midwifery Certification Board (AMCB)“. Diese Studie heranzuziehen, um potenzielle Ursachen für Geburtsschäden in Deutschland wie bspw. Infektionen darzustellen, leuchtet nicht ein.
- ◆ Auch bei dem Ergebnis, dass der „Zustand nach Kaiserschnitt“ eine potenzielle Ursache für Geburtsschäden sein könnte, wenn die Schwangere für die nächste Geburt den vaginalen Weg anstrebt, wird deutlich, dass die Leserschaft über die Bezugs- und Vergleichsgruppen im Ungewissen gelassen wird. Die zitierte Studie von Bovbjerg et al. [2] zeigt nur bei denjenigen Frauen, die zuvor nur eine Sectio, aber keine vaginale Geburt hatten, Probleme bei Mutter und Kind– jedoch wird das Outcome der 1086 Gebärenden nur mit Frauen ohne diese Charakteristika verglichen und nicht danach gefragt, ob Maßnahmen wie etwa ein erneuter Kaiserschnitt Probleme verhindern könnten. Gleiches gilt für die Faktoren prägravidem Übergewicht und Lageanomalien des Kindes.

Etwas anders als bei Zuständen wie der Parität verhält es sich bei Befunden, die eindeutig beeinflussbar sind, wie etwa eine fraglich zu lange Schwangerschaftsdauer, die sich durch eine Einleitung oder einen Kaiserschnitt verkürzen lässt. Hier ließe sich ein möglicher Zusammenhang mit Geburtsschäden ab Schwangerschaftswoche 42 ablesen (mit allen Einschränkungen, die für eine korrekte Berechnung der individuellen Schwangerschaftsdauer bestehen) (Seite 36).

Auch die Gewinnung der Ergebnisse zu systemischen sowie institutionellen Faktoren (Seite 36 bis 39) ist nachvollziehbar, wobei hier die Klinik, insbesondere eine Klinik in Großbritannien, als Institution analysiert wird. Ebenso verständlich ist die Auseinandersetzung mit dem Geburtsort und die Erkenntnis, dass keine Hinweise für Deutschland vorhanden sind, den außerklinischen Geburtsort als mögliche Ursache für Geburtsschäden ansehen zu können (Seite 41).

## Experteninterviews

Antworten sollen auch aus der Analyse von 12 Interviews mit Experten und Expertinnen – offensichtlich im deutschsprachigen Raum – gewonnen werden. Für die genannten individuellen Faktoren ist anzumerken, dass nicht zwischen Alleingeburt (wie im Zitat auf Seite 59 erwähnt) und außerklinischer Geburt mit Hebamme differenziert wird. Ansonsten geben die Ergebnisse sicherlich Anhaltspunkte für zukünftige Forschung zu möglichen Ursachen von Geburtsschäden.

## Online-Befragung

Die Online-Befragung basiert auf der Literaturrecherche, die insbesondere für die individuellen, auf die Gebärende bezogenen Faktoren – wie gezeigt – nur schwer verwertbare Ergebnisse erbracht hat. Die konkreten Fragen der Online-Befragung sind nur in einem Anhang (Anhang 2) zu finden, der nicht auf der Seite des Bundesministeriums für Gesundheit veröffentlicht wurde. Der Link zur Befragung wurde weit verbreitet und stand drei Monate lang zur Teilnahme zur Verfügung (Seite 29). Insgesamt 950 Personen nahmen teil. 88 Prozent waren als Hebammen tätig, ein Viertel von ihnen ausschließlich im angestellten Bereich (Seite 67). Zweidrittel aller Befragten konnten von Schadensfällen berichten, daher kann das Datenmaterial als reichhaltig bezeichnet werden. Hier wird offensichtlich von ärztlicher wie Hebammenseite häufig (in 41 Prozent der berichteten Fälle) der Umstand, dass die Schwangere ihr erstes Kind bekommt, als Begleitumstand eines Schadensfalls genannt. Da selbst in der AußerKlinik im Jahr 2017 insgesamt 37,4% der Schwangeren Erstgebärende waren, verwundert dieser Umstand nicht und wird richtigerweise auch nur als Begleitumstand und nicht als mögliche Ursache eines Schadensfalls bezeichnet (Seite 71).

## Schlussfolgerungen des Gutachtens aus den einzelnen Ansätzen

Der Open Space Workshop (Seite 84 bis 90) sowie der Themenmarktplatz (Seite 90 bis 93) boten Gelegenheit, laut über Veränderungen und Lösungsansätze nachzudenken. Da aber nach Ansicht der DGHWi bislang noch nicht deutlich werden konnte, ob die genannten Ursachen auf der individuellen, auf die Gebärende bezogenen Ebene wirklich bestehen, können Lösungsansätze schwerlich entwickelt werden. Daher werden auch die ab Seite 121 gezogenen Schlussfolgerungen des Gutachtens nur in Hinblick auf die Ergebnisse zu den Ursachen, speziell zu den Risikofaktoren auf der individuellen, auf die Gebärende bezogenen Ebene betrachtet.

## Der Schlussfolgerung

„Konsistent über alle eingesetzten Methoden (Literaturrecherche, Online-Befragung, Experten-interviews, Open Space Workshop und Themenmarktplatz) zeigen sich folgende Risikofaktoren für die Entstehung von Geburtsschäden:

- *Risikofaktoren der Mutter: anamnestische Faktoren – hier v.a. Nullipara, schwere Vorerkrankungen, aktuelle Befundrisiken“*

kann so nicht gefolgt werden. Die Nulliparität wird über alle eingesetzten Methoden nicht als Risikofaktor erkennbar: Die Ergebnisse der Literaturrecherche zeigen es nicht, weil das Forschungsdesign und die Forschungsfragen der einbezogenen Studien diese Schlussfolgerung nicht zulassen. Die Experteninterviews nennen den Faktor gar nicht und die Online-Befragung weist die Nulliparität nur als Begleitumstand aus. Open Space Workshop und Themenmarktplatz befassen sich gar nicht mit den Ursachen.

## Aus diesen Ausführungen lassen sich folgende Anforderungen an eine adäquate Datenaufbereitung zu Geburtsschäden ableiten:

- ◆ Die Höhe der Schadenskosten im freiberuflichen Bereich ist nach Level der Belegklinik und Arbeitsform der Hebammen einzuordnen – mit entsprechenden Bezugsgrößen im nicht-freiberuflichen Bereich der Geburtshilfe, jeweils differenziert nach dem Geburtsort, an dem die Geburt geplant begonnen wurde.
- ◆ Schadenskosten sind nur dann gegenüberzustellen, wenn sie sich auf vergleichbare Kostenarten (Posten) beziehen.
- ◆ Es sind Angaben dazu zu machen, wie Kliniken mit Schadensansprüchen umgehen, insbesondere ob jede Beschwerde an die Versicherer gemeldet wird.
- ◆ Unterschiede zwischen den Möglichkeiten der Krankenhäuser und denen der freiberuflichen Hebammen, mit ein- und denselben Beschwerden und Schadensfällen umzugehen, sind aufzuzeigen.
- ◆ Für die Beantwortung der Fragen zu Ursachen von Geburtsschäden sind nur Studien heranzuziehen, die ein entsprechendes Forschungsziel, nämlich die Aufklärung von Geburtsschäden haben.

## Zusammenfassung

Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten können nicht aus der Schadensliste des Gesamt-

## Autorinnen:

Dr. Christine Løytved und Christina Heß für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

## Literatur

1. Niemeyer A, Holzäpfel S, Gruber P, Lampmann E, Lütje W, Beckedorf I, Middendorf M, Tomsic I, Schwarz C. für das BQS. Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten. Hamburg: Institut für Qualität und Patientensicherheit (BQS); 2018.
2. Bovbjerg ML, Cheyney M, Brown J, Cox KJ, Leeman L. Perspectives on risk: Assessment of risk profiles and outcomes among women planning community birth in the United States. *Birth*. 2017;44(3):209-21. DOI: 10.1111/birt.12288
3. Grünebaum A, McCullough LB, Sapra KJ, Brent RL, Levene MI, Arabin B, Chervenak FA. Early and total neonatal mortality in relation to birth setting in the United States, 2006-2009. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2014;211(4):390.e1-e7. DOI: 10.1016/j.ajog.2014.03.047
4. Hutton EK, Cappelletti A, Reitsma AH, Simioni J, Horne J, McGregor C, Ahmed RJ. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. *Canadian Medical Association Journal*. 2016;188(5), E80-E90. DOI: 10.1503/cmaj.150564

verbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) ermittelt werden. Es wird zum einen nicht klar, ob es sich bei den 95 Fällen um 95 Kinder handelt, deren Geburt mit einer freiberuflichen Hebamme geplant und begonnen wurde und deren Schaden als ein Geburtsschaden gelten kann. Zum anderen wird keine Differenzierung nach Geburtsort und Form der Freiberuflichkeit vorgenommen. Die Zusammensetzung der Schadenssummen bleibt unklar und ihre Relevanz im Kontext der gesamten Geburtshilfe wird nicht deutlich. Auch die Aufbereitung weiterer Daten zu Schadensfällen in Deutschland wie in Tabelle 5 (Seite 82) lässt sich ohne Zusatzinformationen nicht angemessen interpretieren.

Die DGHWi kann die ab Seite 121 gezogenen Schlussfolgerungen nicht vollumfänglich nachvollziehen. Da eine Auseinandersetzung mit allen Belegen den Rahmen dieses Standpunkt-papiers sprengen würde, wurde das methodische und argumentative Vorgehen anhand einiger weniger Ergebnisse hinterfragt. In diesem Standpunkt-papier wurden nur die Aussagen zu den individuellen, auf die Gebärende bezogenen Faktoren geprüft. So kann die Tatsache, Erstgebärende zu sein, nicht als eine mögliche Schadensursache eingestuft werden. Erst wenn gesicherte Erkenntnisse über Schadensursachen hinsichtlich der Befunde einer Schwangeren/Gebärenden vorliegen, können auf dieser individuellen Ebene Wege zur Verhütung von Geburtsschäden abgeleitet werden.

Die Ergebnisse hinsichtlich der systemischen sowie strukturellen Faktoren scheinen dagegen plausibel. Auch geben die Literaturrecherche, Online-Befragung und die Experteninterviews Hinweise, die weiterverfolgt werden sollten.

## Ausblick

Die DGHWi schlägt eine Prüfung dahingehend vor, welche Schäden in der gesamten Geburtshilfe in Deutschland am häufigsten vorkommen und welche am leichtesten in welchem Setting zu verhindern sind. Dieser Ansatz erscheint vielversprechend für die Verbesserung der Geburtshilfe. Die DGHWi hofft mit diesen Ausführungen die BQS auf dem Weg zur weiteren Analyse unterstützen zu können.

## Begleitinformation "Welchen Nutzen hat ein Screening auf Sichelzellerkrankheit bei Neugeborenen?"

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

24. Januar 2020

Die DGHWi nimmt Stellung zur geplanten Gesundheitsinformation/Begleitinformation „Welchen Nutzen hat ein Screening auf Sichelzellerkrankheit bei Neugeborenen?“.

### 1. Einführungstext

Die DGHWi befürwortet grundsätzlich die Gesundheitsinformationen des IQWiG auf der Internetplattform, die auch Eltern die Möglichkeit gibt, sich über Themen, die ihr Kind betreffen, zu informieren. Eine weitere Möglichkeit für Eltern sind die Informationen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die den Eltern in Verbindung mit den Untersuchungen im Säuglings- und Kleinkindalter entsprechend der Kinder-Richtlinie angeboten werden.

In der Elterninformation des G-BA „Erweitertes Neugeborenen-Screening“ wird im Absatz „Wann und wie wird untersucht?“ das Screening beschrieben. Wir schlagen vor, die Begleitinformation entsprechend anzupassen. Dadurch wird das Vertrauen in beide Informationen erhöht.

Bisher: Beim sogenannten erweiterten Neugeborenen-Screening wird dem Baby am 2. oder 3. Lebenstag etwas Blut entnommen, meist aus der Ferse.

### Autorinnen:

Elke Mattern M.Sc., Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Änderungsvorschlag: Beim sogenannten erweiterten Neugeborenen-Screening werden dem Baby am 2. oder 3. Lebenstag wenige Blutstropfen (aus der Vene oder Ferse) entnommen.

### 2. Testverfahren

Am Ende der Begleitinformation wird über geeignete Testverfahren informiert. Leider wird nicht auf die Sensitivität und Spezifität der Tests eingegangen. Im IQWiG-Bericht Nr. 797 „Screening auf Sichelzellerkrankheit (SCD) bei Neugeborenen“ wird darauf hingewiesen, dass die Datenlage der Studien zur Berechnung von Sensitivität und Spezifität nicht ausreichen.

Die DGHWi schlägt vor, folgenden Satz mit aufzunehmen: „Wie viele Kinder es gibt, bei denen die Sichelzellerkrankheit fälschlicherweise entdeckt wird, obwohl in Wirklichkeit keine Anlage zur Sichelzellerkrankheit vorliegt, konnte durch die Daten in den Studien nicht berechnet werden“.

## S3-Leitlinie „Stilldauer und Interventionen zur Stillförderung“

Lena Agel und Elke Mattern M.Sc.

Die DGHWi ist mitanmeldende Fachgesellschaft der Leitlinie 027-072 "Stilldauer und Interventionen zur Stillförderung" mit der Klassifikation S3. Die administrative Leitung übernimmt das Max-Rubner-Institut (MRI) in Karlsruhe. Die Fertigstellung ist im Juni 2022 geplant.

Die Begründung lautet: „Nationale Empfehlung für die Dauer des ausschließlichen Stillens weicht von der internationalen WHO-Empfehlung ab (4-6 Monate vs. 6 Monate ausschließliches Stillen). Evidenz für die abweichende Empfehlung in Deutschland ist unklar. Die Datenlage des Effekts von Interventionen zur Stillförderung ist ebenfalls unklar“ (<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/027-072.html>).

Die Nationale Stillkommission (NSK), die seit 2002 am Institut für Risikobewertung (BfR) in Berlin angesiedelt war, wurde ab April 2019 dem MRI in Karlsruhe zugeordnet. Damit rückte sie in die unmittelbare Nähe des im Februar 2019 eröffneten Instituts für Kinderernährung am MRI mit der Hoffnung, dass dadurch der praxisorientierte wissenschaftliche Austausch erleichtert wird.

Das MRI fasst mehrere Bundesforschungsinstitute zusammen, die für das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft unabhängig beratend tätig sind. Am Institut für Kinderernährung wird der Schwerpunkt „auf die frühe Prägung von Krankheitsrisiken einschließlich der

Entstehung von Übergewicht und ernährungsmitbedingten Krankheiten sowie des Ernährungsverhaltens von Kindern von der Geburt an bis zum 18. Lebensjahr untersucht“. Als Leiterin des Instituts für Kinderernährung wurde Frau Professorin Regina Ensenaer eingesetzt.

Frau Professorin Ensenaer hatte sich im letzten Jahr bei Mitgliedern und der Vorsitzenden der DGHWi gemeldet mit der Überlegung bzw. dem Auftrag, das Thema „Stillen“ am Institut zu bearbeiten. Auch damals stand bereits die Möglichkeit im Raum, auch eine S3-Leitlinie zu entwickeln.

Im Februar 2020 wurde die Leitlinie angemeldet; im März kam die Einladung zur Mitwirkung am Leitlinienprojekt. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) und die DGHWi sind die anmeldenden Fachgesellschaften. Die Finanzierung trägt weitestgehend das MRI.

Nach einem Aufruf unter den Mitgliedern der DGHWi zur Übernahme der Mandate sind Frau Dr. Susanne Grylka und Professorin Claudia Hellmers benannt worden, die DGHWi zu vertreten.

## Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV)

*Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.*

20. September 2019

Am 23. August 2019 hat das Bundesministerium für Gesundheit einen Entwurf des Gesetzes zur Reform der Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV) auf den Weg gebracht. Die Verordnung regelt die inhaltliche Ausgestaltung des zukünftigen dualen Studiums für Hebammen als neue Ausbildungsform für Heilberufe. Da der Hebammenberuf zu den geregelten Heilberufen zählt, macht der Bund von seiner Gesetzgebungskompetenz Gebrauch und regelt im Referentenentwurf unter anderem die staatliche Prüfung zur Erlangung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung.

Die Ziele und Inhalte des Studiums werden durch einen Kompetenzkatalog für die staatliche Prüfung geregelt. Der Entwurf formuliert ausdrücklich, dass für die Vermittlung der Kompetenzen die Hochschule verantwortlich ist. Für die Kompetenzvermittlung ist ein spiralförmig aufgebautes Curriculum erforderlich, so dass die Lerninhalte im Studienverlauf wiederholt, jedoch unter Hinzuziehung neuer Aspekte erweitert und vertieft bearbeitet werden können. Eine konsequente Kompetenzorientierung bedarf einer sorgfältigen Planung durch Vertreter/innen der Hebammenwissenschaft. Die bisherige modulare hochschulische Hebammenausbildung ist bereits zum jetzigen Zeitpunkt darauf ausgerichtet.

Ausdrücklich begrüßt die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) die flexible Zuteilung der 400 Stunden zum berufspraktischen oder hochschulischen Teil des Studiums. Diese Regelung ermöglicht den Hochschulen graduell eine individuelle Schwerpunktsetzung im Studiengang.

Der vorliegende Referentenentwurf sieht eine staatliche Prüfung vor. In der vorgelegten Version werden dabei jedoch eine kompetenzorientierte Studienbegleitung und Prüfung noch nicht ausreichend berücksichtigt und in Teilen die hochschulische/ wissenschaftliche Lehrfreiheit von Professor/innen eingeschränkt. Die Vorgaben sollten dahingehend verändert werden, dass kompetenzorientierte Lehr-Lernformen und Prüfungen unter Beibehaltung einer umfassenden Autonomie der Hochschulen erfolgen können.

### Im Einzelnen nimmt die DGHWi wie folgt Stellung:

#### § 5 Kooperationsvereinbarung und § 9 Praxisplan

Die DGHWi begrüßt die schriftliche Vereinbarung der Hochschule mit den Einrichtungen, in welchen die berufspraktischen Anteile des Studiums stattfinden. Diese Vereinbarung muss eindeutig abbilden, dass ausschließlich die Hochschule die Gesamtverantwortung für die Konzeption, Durchführung, Qualitätssicherung und Akkreditierung des Studiengangs trägt. Dies schließt die Auswahl der Studierenden und die praxisbezogene Ausbildung ein [1: S.5; 4: S.7, 8: S.18]. Die bisherigen berufsrechtlichen Bestimmungen müssen an die hochschulische Ausbildung angepasst werden [4: S.6].

#### Empfehlung:

Die Gesamtverantwortung der Hochschule ist deutlich aufzuzeigen. Vorgaben zur Auswahl der Studierenden werden gestrichen (§ 5 (2) 1).

Ebenso ist der berufspraktische Teil des Studiums an den akademischen Standard der Hochschule anzupassen [4: S.7], um die Verzahnung von Theorie und Praxis zu gewährleisten. Der Praxisplan sollte daher von der Hochschule erarbeitet und verantwortet werden, um den Anforderungen des modularen Curriculums zu entsprechen. Die in § 9 Absatz 1 beschriebene Regelung, dass der Praxisplan durch die Praxiseinrichtung bestimmt wird, wird als nicht praktikabel erachtet. In dieser Form verhindert oder erschwert er den Einsatz der Studierenden in verschiedenen Praxiseinrichtungen. Zudem wird eine kompetenzorientierte Beschreibung von Lernzielen, mit der einem wesentlichen Anliegen des Bologna-Prozesses entsprochen wird, von der Hochschulrektorenkonferenz und Kultusministerkonferenz [5] ausdrücklich begrüßt. Laut Lindemann ist hierfür eine gezielte Prozesssteuerung (z.B. durch Praxisplan) zur Outcome-Steuerung (konkrete Anwendung im beruflichen Handlungsfeld) nötig [8: S.4].

Eine Praxisplanerstellung durch die verschiedenen Praxispartner könnte zudem zu unterschiedlichen Inhalten in der praktischen Ausbildung an derselben Hochschule führen [3: S.18]. Außerdem müsste die Hochschule jeden Praxisplan prüfen, die Inhalte mit dem hochschulischen Curriculum abgleichen und in entsprechende Abstimmungsprozesse gehen. Damit wäre ein immenser Arbeitsaufwand gesetzlich installiert, der zu Lasten der Hochschule geht.

Die Kooperation mit außerklinischen Praxispartnern über die Hochschule sollte vertraglich und inhaltlich geregelt werden. Dies ermöglicht eine direkte Kommunikation der Praxispläne und der curricularen Inhalte und entlastet die verantwortliche Praxiseinrichtung, welche weder die inhaltliche Qualität noch die curriculare Verzahnung des außerklinischen Einsatzes garantieren oder herstellen kann.

Darüber hinaus muss die Hochschule die internationale Mobilität der Studierenden sicherstellen. Dabei gelten die erworbenen Kompetenzen als Maßstab für die Anerkennung der im Ausland absolvierten Studienanteile (Äquivalenz) [5: S.5]. Die Angleichung/Anpassung des Studienprogramms an internationale Studienprogramme für Hebammen erfordert eine zentrale Steuerung von Theorie UND Praxis durch die Hochschule. Der Referentenentwurf sollte daher dahingehend verändert werden, dass die verantwortliche Hochschule Kooperationsvereinbarungen mit Einrichtungen schließt und der – von der Hochschule erarbeitete – Praxisplan den Praxiseinrichtungen übermittelt und verbindlich umgesetzt und eingehalten wird.

#### Empfehlung:

Die Steuerung, Koordination und inhaltliche Gestaltung der Praxiseinsätze erfolgt über eine Praxisplanerstellung durch die Hochschule. Die Kooperation mit außerklinischen Praxispartnern wird zwischen der Hochschule und dem jeweiligen Praxispartner vertraglich geregelt.

#### § 6 Praxiseinsätze in Krankenhäusern

Da Hebammen nach SGB V sowohl in der Schwangerenvorsorge als auch -betreuung tätig sind, sollte die Schwangerenvorsorge an dieser Stelle ebenfalls genannt werden.

## Empfehlung:

In Absatz 1 sollte es „zu den Kompetenzbereichen I.1 „Schwangerenvorsorge und Schwangerenbetreuung“ heißen. Dies sollte in Anlage 1 und 2 ebenfalls entsprechend umformuliert werden.

In Anlage 1 ist unter b zu formulieren: „stellen eine Schwangerschaft fest und führen die Schwangerenvorsorge und -betreuung durch. Dabei überwachen und beurteilen sie die mütterliche und kindliche Gesundheit sowie die Entwicklung des ungeborenen Kindes durch erforderliche klinische Untersuchungen, Assessmentinstrumente, Laboruntersuchungen und technische Mittel.“

## § 10 Praxisanleitung

Die DGHWi begrüßt die in § 10 formulierten Regelungen zur Qualifizierung von Personen, die die Praxisanleitung durchführen, da diese den notwendigen Qualitätsanforderungen einer adäquaten Anleitung in der Praxis entsprechen. Diese Qualifizierung kann in dem grundständigen oder einem weiterqualifizierenden Studium ganz oder teilweise integriert sein. Die in § 60 dargestellte Möglichkeit des Übergangszeitraumes von 10 Jahren wird ebenfalls begrüßt. Damit können vorhandene personelle Ressourcen in den Kliniken bereits von Beginn an nutzbar gemacht und ein entsprechend angepasster Personalplan entwickelt werden.

Analog § 73 HebRefG zum Fortgelten der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung, spricht sich die DGHWi auch für einen Bestandschutz der bereits erworbenen berufspädagogischen Zusatzqualifikation zur Praxisanleitung – über das Jahr 2030 hinaus aus. Dies ermöglicht, dass berufserfahrene Hebammen ihre Expertise weiterhin in die hochschulische Ausbildung einbringen können. Unberührt davon bleibt die in § 10 Absatz 4 geforderte kontinuierliche Wahrnehmung von Fortbildungen im Umfang von mindestens 24 Stunden jährlich. Die Fortbildungspflicht für die Praxisanleitung sollte jedoch anteilig auf die landesrechtlich geregelte Fortbildungspflicht von Hebammen angerechnet werden, um die Fortbildungslast auf ein angemessenes Maß zu begrenzen.

Um gleichzeitig fachschulisch qualifizierten Hebammen den Zugang zu wissenschaftlichen Erkenntnissen zu erleichtern (Stichwort Offene Hochschulen), unterstützt die DGHWi eine hochschulische Qualifizierung zur Praxisanleitung mit einer Hinterlegung von Creditpoints (ECTS) entsprechend des Workloads. Dies ermöglicht eine pädagogische Qualifikation nach dem Deutschen Qualifikationsrahmen auf Niveau 6 und sichert, dass berufserfahrene Hebammen ihre Expertise weiterhin in die hochschulische Ausbildung einbringen können.

Um die Praxisanleitung für die Einsatzbereiche Neonatologie und Gynäkologie, insbesondere Diagnostik und Operationen, gemäß Anlage 2 zu § 8 Absatz 1 sowie für die weiteren, zur ambulanten berufspraktischen Ausbildung von Hebammen geeigneten Einrichtungen nach § 7 Absatz 3, zu gewährleisten, sollte die Möglichkeit bestehen, die Anleitung in diesen Bereichen auch durch Personen durchführen lassen zu können, die nicht über die Berufszulassung zur Hebamme verfügen. Dies würde der vom Wissenschaftsrat empfohlenen interprofessionellen Ausbildung und der Vernetzung von Gesundheitsberufen und Medizin gerecht [9: S.44]. Da in diesen Bereichen in der Regel keine Hebammen eingesetzt sind, kann die entsprechende Fachexpertise von Gesundheits- und Krankenpfleger/innen bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen und der Gynäkolog/innen genutzt werden.

## Empfehlung:

Ein Bestandschutz altrechtlich erworbener Qualifikationen für die Praxisanleitung soll umgesetzt werden.

Eine hochschulische Ausbildung zur Praxisanleitung für Hebammen, welche über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Hebamme“ oder „Entbindungspfleger“ nach § 1 Absatz 1 des Hebammengesetzes in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung verfügen, wird empfohlen, um den Anschluss an wissenschaftliche Erkenntnisse zu ermöglichen und die Expertise berufserfahrener Hebammen in die hochschulische Ausbildung nachhaltig einzubinden.

## Zusätzlich empfiehlt die DGHWi folgenden Passus in die HebStPrV zu übernehmen:

§ 10 Praxisanleitung, Absatz 3: „Abweichend kann in den Einsatzbereichen Neonatologie und Gynäkologie, insbesondere Diagnostik und Operationen, gemäß Anlage 2 zu § 8 Absatz 1 sowie für die weiteren, zur ambulanten berufspraktischen Ausbildung von Hebammen geeigneten Einrichtungen nach § 7 Absatz 3 die Praxisanleitung auch durch Personen übernommen werden, die nicht über die in § 10 Absatz 1 Ziffer 1 und 2 festgelegten Qualifikationen verfügen.“

## § 11 Praxisbegleitung

Die DGHWi begrüßt die Praxisbegleitung durch geeignete Personen aus der Hochschule, weist aber ausdrücklich darauf hin, dass diese Tätigkeit Personalkapazitäten erfordert, die für den curricularen Normwert (CNW) zu berücksichtigen sind, um eine qualitativ hochwertige Ausbildung zu gewährleisten. Dafür muss der in § 11 formulierte „angemessene Umfang“ präzisiert werden. Die DGHWi schlägt einen Mindestumfang von 10% der praktischen Studienphasen vor. Die Lernprozessbegleitung erfolgt durch Einzelgespräche, gemeinsame Reflexionstage an der Hochschule sowie durch Besuche in den Praxiseinrichtungen.

Eine Anrechnung auf das Lehrdeputat ist zwingend erforderlich und kann nur dann erfolgen, wenn die Praxisbegleitung zeitlich definiert ist. Darüber hinaus ist zu gewährleisten, dass die Praxisbegleitung auch in die Hochschulgesetze der Länder aufgenommen werden, damit die Anrechnung entsprechend der Lehrverpflichtungsverordnung des jeweiligen Landes angewandt werden kann.

Die Formulierung, dass die Praxisbegleitung die „Eindrücke“ der praxisanleitenden Person einbezieht, wird der pädagogisch geschulten Beurteilungskompetenz der Praxisanleiter/innen nicht gerecht.

## Empfehlung:

Die DGHWi schlägt vor, diese Formulierung wie folgt zu verändern: Die Praxisbegleitung nimmt im Einvernehmen mit der Praxisanleiterin bzw. dem Praxisanleiter eine Beurteilung der studierenden Person vor. Eine Anrechnung der Praxisbegleitung entsprechend der Lehrverpflichtungsverordnung wird sichergestellt.

## §§ 15, 16 Prüfungsausschuss

Die Prüfungsausschussvorsitzenden tragen laut HebStPrV eine hohe Verantwortung und verfügen über ein hohes Maß an Entscheidungsbefugnis. Um sicherzustellen, dass die in Anlage 1 formulierten Kompetenzen für die staatliche Prüfung zur Hebamme valide geprüft werden, muss der Prüfungsvorsitz in Verantwortung einer Person



liegen, die sowohl die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Hebamme“ als auch eine hebammenwissenschaftliche Qualifikation aufweist. Eine abgeschlossene Promotion ist unverzichtbar, um die wissenschaftlich basierte Handlungskompetenz, insbesondere die Kompetenz II „Wissenschaftsbasierte Planung, Organisation, Durchführung...“ im Rahmen der staatlichen Prüfung überprüfen zu können. Es ist daher sicher zu stellen, dass der/die Vorsitzende fachkundig i.S. der Hebammenwissenschaft ist/sind, so dass die staatliche Prüfung nicht durch berufsfremde oder nicht wissenschaftlich qualifizierte Personen beaufsichtigt wird.

Um den ggfs. knappen personellen Ressourcen zu entsprechen, muss der/die Vorsitzende zudem gleichzeitig berechtigt sein, auch die für die staatlichen Prüfungen gekennzeichneten Modulprüfungen abzunehmen.

### **Empfehlung (Formulierungsvorschläge):**

§ 15 (1) ... einer geeigneten, hebammenwissenschaftlich qualifizierten Person als Vertreter/in der Behörde,...

§ 15 (2) ... einer promovierten, hebammenwissenschaftlich qualifizierten Vertreterin oder einem Vertreter der Hochschule als Vorsitzender oder Vorsitzendem. Die Vertreterin der Hochschule kann zugleich Prüferin sein.

§ 16 ist dementsprechend anzupassen.

### **§ 17 Teilnahme der/des Vorsitzenden des Prüfungsausschusses an der staatlichen Prüfung**

Insbesondere bei der praktischen Prüfung mit direktem Kontakt zu Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen sollte sich die Anzahl der beteiligten Personen auf ein Minimum beschränken, um die Frauen und Familien nicht unnötig zu belasten. Die Mitwirkung der/des Prüfungsvorsitzenden sollte nach Ansicht der DGHWi deshalb auf die mündliche Prüfung beschränkt werden. Zudem müsste der Umfang der Teilnahme an den einzelnen Teilen der staatlichen Prüfung eine Präzisierung erfahren, um entsprechend planen und der geforderten Verantwortung gerecht werden zu können.

### **Empfehlung:**

Die Teilnahme der/des Prüfungsvorsitzenden ist aufgrund der Planbarkeit und der Belastung der beteiligten Frauen auf mündliche Prüfungen zu beschränken.

### **§ 20 Bewertung von Leistungen der staatlichen Prüfung**

Eine Leistungsbewertung unterhalb der Note 4,0 bedeutet an einer Hochschule, dass die Prüfung nicht bestanden wurde. Zudem widerspricht die Systematik der Notenvergabe in der jetzt vorliegenden Form einer Vielzahl von hochschulischen Prüfungsordnungen, die mit Zwischennotenschritten von 0,3 und 0,7 operieren.

Übliche hochschulische Notensystematik:

1,0 / 1,3 / 1,7 / 2,0 / 2,3 / 2,7 / 3,0 / 3,3 / 3,7 / 4,0

### **Empfehlung:**

Die Bewertung von Leistungen der staatlichen Prüfung ist an das hochschulische Notensystem anzupassen.

### **§§ 21, 22, 23, 24 Schriftlicher Teil der staatlichen Prüfung**

Es ist grundsätzlich sehr zu begrüßen, dass die Fächerorientierung des

alten Hebammengesetzes durch eine Kompetenzorientierung ersetzt wurde. Allerdings ist nicht ersichtlich, warum gemäß § 21 Absatz 1 drei Klausuren und drei Module für den schriftlichen Teil der staatlichen Prüfung erforderlich sind. Dies entspricht nicht einer kompetenzorientierten Prüfung z.B. anhand von Fallbeschreibungen, die die Kompetenzbereiche 1.1, 1.2 und 1.3 überschreiten und vernetzen müssen. Analog der praktischen Prüfung muss die Überprüfung der Kompetenzen integrativ über das gesamte Spektrum der komplexen praktischen beruflichen Anforderungen des Hebammenberufs erfolgen.

Im Sinne der Kompetenzorientierung sind alternative Prüfungsformate (z. B. Portfolio oder Hausarbeit) sehr geeignet und daher zu empfehlen.

Die Gewichtungsregelung aus § 24 Absatz 3 widerspricht zudem der Vorgabe von je 120 Minuten pro Klausur/Modul (vgl. § 22 (2)). Eine Gewichtung der Module muss sich im Umfang der Klausur widerspiegeln. Entsprechend der Kompetenzorientierung sollten zudem die Aufgaben für die Klausuren gemäß § 21 Absatz 2 nicht durch die Vorsitzenden des Prüfungsausschusses, sondern durch die Modulverantwortliche bzw. Lehrende/n des Moduls bestimmt werden.

### **Empfehlung zu § 21:**

Um die künstliche Trennung von „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett/Stillzeit“ zu vermeiden, sollte nur eine Gesamtdauer für den schriftlichen Prüfungsteil vorgegeben werden. Vorgaben in der Zahl der Klausuren und Module entfallen.

### **Formulierung zu § 21 Absatz 2:**

Die Aufgaben für die Klausuren werden durch die Modulverantwortliche bzw. Lehrende/n des Moduls bestimmt.

### **Empfehlung zu § 22 Absatz 1:**

Alternative Prüfungsformate (z. B. Portfolio oder Hausarbeit) sind möglich.

### **Empfehlung zu § 22 Absatz 2:**

Klausuren im schriftlichen Teil der staatlichen Prüfung erfolgen im zeitlichen Umfang von maximal 360 Minuten.

### **Empfehlung zu § 24 Absatz 3:**

Es wird empfohlen, den schriftlichen Teil der staatlichen Prüfung nur über eine Gesamtdauer von max. 360 Minuten und die Kompetenzzuordnung zu regeln (vgl. § 21 Absatz 1).

### **§§ 25, 26 Mündlicher Teil der staatlichen Prüfung**

Die Regelungen der §§ 25 Absatz 2 und 26 Absatz 3 schränken die Lehrfreiheit der Hochschule unangemessen ein und sollten an hochschulische Standards angepasst werden. Die aktive Beteiligung der Prüfungsvorsitzenden der Behörde an der Prüfung („Fragen stellen“) setzt die Fachexpertise in Hebammenwissenschaft voraus (vgl. § 15). Durch berufsfremde Vorsitzende könnte eine Irritation/Störung der zu prüfenden Person verursacht werden. Es wird auf den Formulierungsvorschlag zu § 15 Absatz 1 verwiesen.

### **Empfehlung zu § 25 Absatz 2:**

Die Prüfungsaufgaben werden auf Vorschlag der Prüferinnen und Prüfer durch die/den hochschulischen Vorsitzende/n des Prüfungsausschusses bestimmt.

## **Formulierungsvorschlag zu § 26 Absatz 3 Satz 2:**

Die/der hochschulische Prüfungsvorsitzende ist gleichzeitig berechtigt, als Prüfer/in tätig zu sein.

## **§§ 29, 30, 31, 32 Praktischer Teil der staatlichen Prüfung**

Ausdrücklich begrüßt die DGHWi die Regelung zur sogenannten „Examensgeburt“. Sie entspricht den Erfordernissen einer ethisch verantwortlichen Versorgung von Frauen, Neugeborenen und Familien und zeitgemäßen pädagogisch-didaktischen Prüfungskonzepten.

Allerdings sieht die DGHWi Nachbesserungsbedarf in der Durchführung der weiteren praktischen Teile der Prüfung. Auch die praktischen Prüfungen für die Bereiche Schwangerschaft und Wochenbett sollten den gleichen strengen ethischen Kriterien wie einer Geburtssituation unterliegen und auch in diesen Bereichen muss eine Vergleichbarkeit der Prüfungssituationen gewährleistet werden können. Insoweit der Referentenentwurf auch die Hochschule als Prüfungsort vorsieht, sollte auch der erste und dritte Prüfungsteil des praktischen Teils der staatlichen Prüfung mit Modellen und Simulationspatientinnen erfolgen können. Des Weiteren ist die Regelung zur Bestimmung der Prüfungsaufgaben aufgrund der diversen Prüfungsorte nicht praktikabel und schränkt die Lehrfreiheit der Hochschulen ein. Im praktischen Teil der Prüfung sollte entsprechend der praktischen Studienphasen und des Versorgungsauftrags von Hebammen im ambulanten Versorgungssektor auch die außerklinische Tätigkeit von Hebammen abgebildet werden.

## **Empfehlung zu § 29 Absatz 3:**

Die Prüfungsaufgaben werden auf Vorschlag der Prüfer/innen durch die/den hochschulischen Vorsitzende/n des Prüfungsausschusses bestimmt. Der/die hochschulische Prüfungsvorsitzende ist gleichzeitig berechtigt, als Prüfer/in tätig zu sein.

## **Empfehlung zu § 30 Absatz 1:**

... werden im Krankenhaus, an hebammengeleiteten Einrichtungen, bei freiberuflichen Hebammen oder an der Hochschule durchgeführt. Sie kann mit geeigneten Schwangeren, Wöchnerinnen und Neugeborenen oder mit Simulationspatientinnen erfolgen.

## **§ 31 Absatz 2 Ziffer 2**

sieht für den praktischen Teil der Prüfung drei Fallvorstellungen vor. Dieser Prüfungsumfang ist hinsichtlich der geforderten Komplexität nicht angemessen. Die zu prüfende Person kann mit nur einer simulierten, realistisch anmutenden Situation konfrontiert werden und muss unmittelbar ihr Wissen und ihre Kompetenzen im situativen Handeln unter Beweis stellen. Die Bearbeitung eines Falls stellt sicher, dass die Prüfung in der erforderlichen fachlichen Tiefe/Komplexität erfolgt.

## **Empfehlung zu § 31 Absatz 2 Ziffer 2:**

Mindestens eine Fallvorstellung und -bearbeitung mit einer Dauer von höchstens 45 Minuten.

Die vorgesehene Durchführung des praktischen Teils der staatlichen Prüfung innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Werktagen ist an der Hochschule und an den Praxisorten sowohl personell als auch strukturell nicht umsetzbar. Insbesondere bei Kohortengrößen von 45 bis 100 Studierenden stehen weder Klientinnen, Simulationspersonen noch Prüfer/innen in der erforderlichen Anzahl zur Verfügung. Zudem ist die

Prüfungslast weder für die zu prüfende Person noch für die Prüfer/innen zu bewältigen, da parallel die Versorgung in den Praxisorten sowie Lehre und Prüfungen an der Hochschule in anderen Semestergruppen sicherzustellen sind.

In Analogie zu § 26 Absatz 3 ist die aktive Beteiligung der/des Prüfungsvorsitzenden der Behörde oder anderer berufsfremder Personen an der Prüfung („Fragen stellen“) abzulehnen, da eine Irritation/Störung der zu prüfenden Person verursacht werden kann. Die aktive Beteiligung an der Prüfung setzt eine hebammenwissenschaftliche Fachexpertise voraus (vgl. § 15). Darüber hinaus ist die Gewichtung der drei Teile der praktischen Prüfung nicht schlüssig. Der Kompetenznachweis in den Prüfungsteilen 1 und 3 wird von der DGHWi für die Berufsausübung als gleichwertig wichtig erachtet. Alle Prüfungsteile der praktischen Prüfung sollten gleich gewichtet werden.

## **Empfehlung zu § 32 Absatz 2:**

... höchstens 300 Minuten dauern und auf die Zeit der letzten zwei Semester des (Vollzeit-) Studiums begrenzt sein.

## **Empfehlung zu § 32 Absatz 3: Satz 3 sollte gestrichen werden.**

## **Empfehlung zu § 34 Absatz 3: sollte gestrichen werden.**

## **§§ 35, 36 Benotung der staatlichen Prüfung**

Diese Regelung zur Benotung der Gesamtprüfung widerspricht der hochschulischen Systematik. Es sollte die Gesamtnote des Studiums auf dem Bachelorzeugnis ausgewiesen werden. Dabei können die Module und Modulnoten, die für die staatliche Prüfung relevant waren, gesondert gekennzeichnet werden.

## **Empfehlung:**

Anzustreben ist eine Zusammenführung von staatlicher Prüfung und Bachelorzeugnis in einer Note und einem Dokument.

## **§ 38 Rücktritt von der staatlichen Prüfung**

Um administrative Doppelstrukturen bzw. -prozesse zu vermeiden, sollte der Rücktritt gemäß den vorliegenden Prüfungsordnungen der Hochschulen erfolgen, d.h. es ist ein Rücktritt von der Modulprüfung entsprechend der Ordnungen zu ermöglichen.

## **§§ 46, 47, 51 Anpassungsmaßnahmen**

In Analogie zur staatlichen Prüfung sollten in der Eignungsprüfung und in der Kenntnisstandprüfung Prüfungen mit Simulationspatientinnen ermöglicht werden. Für den praktischen Teil der Kenntnisprüfung ist eine Festlegung des Prüfungsortes durch die Behörde nicht praktikabel. Die Hochschule sollte die Prüfungsorte im Benehmen mit der Behörde festlegen, da sie die Einsatzplanung mit den Praxispartnern abstimmt. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass staatliche Prüfungen nur einmal pro Jahr stattfinden. Zwei Kenntnisstandprüfungen pro Jahr sind durch die Hochschule daher nicht möglich.

## **Empfehlung zu § 46 Absatz 4 und § 51 Absatz 3:**

...mit geeigneten Schwangeren, Wöchnerinnen und Neugeborenen oder Simulationspatientinnen durchgeführt.

## **Empfehlung zu § 51 Absatz 4:**

Die Hochschule legt die Prüfungsorte für die einzelnen Prüfungsteile im Benehmen mit der zuständigen Behörde fest.

## **Empfehlung zu § 47 Absatz 4 und § 52 Absatz 2:**

Die Eignungsprüfung/Kenntnisprüfung soll mindestens einmal jährlich angeboten werden...

## **Anlage 2 zu § 8 Absatz 1**

### **§ 6 Absatz 2 Ziffer 2**

Nur Krankenhäuser als Praxisort für den Einsatz „Gynäkologie, insbesondere Diagnostik und Operationen“ zu nennen, erscheint vor dem Hintergrund der mittlerweile sehr breitgefächerten Versorgungsangebote im Bereich ambulantes bzw. kurzstationäres Operieren nicht zeitgemäß. Mit Blick auf die medizinischen Entwicklungen und dem Anspruch ambulant vor stationär, sollten auch derartige Versorgungseinrichtungen als Praxisort in Frage kommen.

### **Empfehlung:**

Maximal die Hälfte der 80 Stunden können in einer auf gynäkologische Operationen spezialisierten Einrichtung absolviert werden.

### **§ 7 Absatz 1**

Die Gesamtstundenanzahl von 480 Stunden für den Einsatzort „Freiberufliche Hebamme, ambulante hebammengeleitete Einrichtung“ erscheint nicht ausreichend, da heutzutage circa 70% der Hebammen in Deutschland im außerklinischen/ambulanten Versorgungsbereich tätig sind.

### **Empfehlung:**

Studierende sollten insgesamt 580 Stunden am Einsatzort „Freiberufliche Hebamme, ambulante hebammengeleitete Einrichtung“ eingesetzt werden.

### **§ 7 Absatz 3**

Ein Einsatz im Umfang von 160 Stunden ist darüber hinaus in „weiteren, zur ambulanten berufspraktischen Ausbildung von Hebammen geeigneten

Einrichtungen“ möglich. In diesem Kontext ist es in Bezug auf eine gute Versorgungsgestaltung zudem notwendig, dass Studierende auch die Arbeit von Familienhebammen kennenlernen (können).

Die Bundesregierung finanziert und fördert seit 2007 mit der Bundesinitiative Frühe Hilfen und seit 2018 mit der Bundesstiftung Frühe Hilfen die Netzwerke Frühe Hilfen, um die Unterstützung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern sicher zu stellen ([www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de)). Teil des Netzwerks sind nicht nur Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende, sondern als Primärversorger/in auch Hebammen und Frauenärztinnen/Frauenärzte. Das NZFH fordert "interdisziplinäre Fachdiskurse", um "wechselseitige Informationsdefizite wie auch Vorbehalte" zu überwinden. Seit mehr als 10 Jahren steht das "Ziel, die Einbeziehung des Gesundheitswesens im Rahmen der Frühen Hilfen zu verbessern, ganz oben auf der Agenda" [6].

Um dieses Ziel zu erreichen, sollten Studierende mindestens 40 Stunden eine Familienhebamme in ihrer Tätigkeit begleiten, um praktische Erfahrungen zu sammeln. Da aber Familienhebammen in der Regel in einem Angestelltenverhältnis (in verschiedener Trägerschaft wie Jugendamt als öffentlicher Träger der Jugendhilfe, Gesundheitsamt sowie bei freien Trägern der Jugendhilfe) arbeiten, ist eine Erweiterung des Einsatzortes notwendig.

### **Empfehlung:**

Ein Einsatz im Umfang von 160 Stunden ist darüber hinaus in „weiteren, zur ambulanten berufspraktischen Ausbildung von Hebammen geeigneten Einrichtungen sowie in Einrichtungen öffentlicher und freier Träger möglich“.

## **Autorinnen:**

Prof.in Nicola Bauer, Prof.in Monika Greening, Prof.in Melita Grieshop, Prof.in Claudia Hellmers, Prof.in Nina Knappe für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

## **Literatur**

1. Akkreditierungsrat. Handreichung der AG: „Studiengänge mit besonderem Profilsanspruch“ Beschluss des Akkreditierungsrates vom 10.12.2010. Drs. AR 95/2010. [Zugriff 20.09.2019]. Verfügbar unter: [http://archiv.akkreditierungsrat.de/fileadmin/Seiteninhalte/AR/Beschluesse/AR\\_Handreichung\\_Profil.pdf](http://archiv.akkreditierungsrat.de/fileadmin/Seiteninhalte/AR/Beschluesse/AR_Handreichung_Profil.pdf)
2. Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi). Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science). 2019;07(01):18-21.
3. Deutscher Hebammenverband. Eckpunkte für eine Studien- und Prüfungsordnung für Hebammen. Karlsruhe: DHV; 2019.
4. Hochschulrektorenkonferenz. Primärqualifizierende Studiengänge in Pflege-, Therapie- und Hebammenwissenschaften. Entschließung der 23. Mitgliederversammlung der HRK am 14.November 2017 in Potsdam. 2017. [Zugriff 20.09.2019]. Verfügbar unter: [https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-01-Beschluesse/Entschliessung\\_Primaerqualifizierende\\_Studiengaenge\\_14112017.pdf](https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-01-Beschluesse/Entschliessung_Primaerqualifizierende_Studiengaenge_14112017.pdf)
5. Hochschulrektorenkonferenz und Kultusministerkonferenz. Europäische Studienreform – Gemeinsame Erklärung von Kultusministerkonferenz und Hochschulkonferenz (Beschluss der Hochschulrektorenkonferenz vom 10.11.2015 sowie der Kultusministerkonferenz vom 08.07.2016). [Zugriff 20.09.2019]. Verfügbar unter: [https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/PresseUndAktuelles/2016/2016-07-15\\_BS\\_EUStudienreform\\_GemErklaerung\\_KMK\\_HRK\\_final.pdf](https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/PresseUndAktuelles/2016/2016-07-15_BS_EUStudienreform_GemErklaerung_KMK_HRK_final.pdf)
6. Küster EU, Pabst C, Sann A. Vernetzung der ambulanten medizinischen Versorgung mit den Frühen Hilfen. Faktenblatt 4 zu den Kommunalbefragungen zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen; 2017.
7. Kultusministerkonferenz. Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung (Hebammenreformgesetz – HebRefG) vom 10.04.2019.
8. Lindemann HJ. Kompetenzorientierung. Kompetenzen beschreiben. Berlin: dblernen; 2015.
9. Wissenschaftsrat. Empfehlung zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen (Drs. 2411-12). 2012. [Zugriff 20.09.2019]. Verfügbar unter: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.html>

## Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte und Ärztinnen

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

24. Januar 2020

An dieser Stelle veröffentlicht die DGHWi ausschließlich diejenigen Passagen aus dem umfangreichen Entwurf, die kommentiert wurden.

Approbationsordnung für Ärzte (aktuelle Fassung)	Approbationsordnung für Ärzte und Ärztinnen Arbeitsentwurf	Stellungnahme/Anmerkungen
<p><b>§ 2 Absatz 2</b></p> <p>(2) Der Unterricht im Studium soll fächerübergreifendes Denken fördern und soweit zweckmäßig problemorientiert am Lehrgegenstand ausgerichtet sein. Die Universitäten haben im erforderlichen Umfang fächerübergreifenden Unterricht und Unterricht in Querschnittsbereichen anzubieten. Die Vermittlung der naturwissenschaftlichen und theoretischen Grundlagen ist auf die medizinisch relevanten Ausbildungsinhalte zu konzentrieren. Die Vermittlung des theoretischen und klinischen Wissens soll während der gesamten Ausbildung so weitgehend wie möglich miteinander verknüpft werden. Neben den Veranstaltungen nach Anlage 1 zu dieser Verordnung sind Seminare im Umfang von mindestens 98 Stunden als integrierte Veranstaltungen, in die geeignete klinische Fächer einbezogen werden, vorzusehen; darüber hinaus sind weitere Seminare mit klinischem Bezug im Umfang von mindestens 56 Stunden vorzusehen.</p>	<p>(2) Der Unterricht im Studium soll fächerübergreifendes Denken fördern und soweit zweckmäßig problemorientiert am Lehrgegenstand ausgerichtet sein. Die Universitäten haben fächerübergreifenden Unterricht anzubieten. Die Vermittlung der naturwissenschaftlichen und theoretischen Grundlagen ist auf die medizinisch relevanten Ausbildungsinhalte zu konzentrieren.</p>	<p>DGHWi:</p> <p>Der Unterricht soll das fächerübergreifende und interprofessionelle Denken fördern.</p> <p>Der Beitrag anderer Professionen zur Gesundheit und die Bedeutung der interprofessionellen Kooperation werden durch geeignete Lehrinhalte verdeutlicht.</p> <p>Der geburtshilfliche Unterricht kann durch Hebammenwissenschaftler/innen oder Hebammen erfolgen, insbesondere zu den Themen physiologische Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit. Die Betreuung von vulnerablen Familien im ersten Lebensjahr kann durch Familienhebammen theoretisch und fallbasiert präsentiert werden.</p>
<p><b>§ 27 Abs. 1 Satz 1</b></p> <p>Zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung wird unbeschadet § 3 Abs. 5 und § 10 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 zugelassen, wer die Leistungsnachweise für die in den Sätzen 4 und 5 genannten Fächer und Querschnittsbereiche zwischen dem Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung und dem Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung erbracht hat.</p>	<p><b>§ 19 Leistungsnachweise vor dem Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung</b></p> <p>(1) Die Studierenden haben bis zum Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung mindestens vier und höchstens zwölf fächerübergreifende, kompetenzbezogene Leistungsnachweise zu erbringen, die die Anforderungen der Absätze 2 bis 4 erfüllen.</p>	
	<p>(4) Folgende Fächer oder Kompetenzen sind longitudinal über mehrere Leistungsnachweise zu verteilen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Allgemeinmedizin,</li> <li>2. Ärztliche Gesprächsführung,</li> <li>3. Medizinisch-wissenschaftliche Fertigkeiten und</li> <li>4. Interprofessionelle Kompetenzen.</li> </ol>	<p>DGHWi:</p> <p>Bei Leistungsnachweisen im Fach Geburtshilfe können im Hinblick auf die interprofessionellen Kompetenzen auch Hebammen und Pflegepersonen mitwirken.</p>

Approbationsordnung für Ärzte (aktuelle Fassung)	Approbationsordnung für Ärzte und Ärztinnen Arbeitsentwurf	Stellungnahme/Anmerkungen
<p><b>§ 6 Krankenpflagedienst – Absatz 1 Satz 2</b></p> <p>Er hat den Zweck, den Studienanwärter oder Studierenden in Betrieb und Organisation eines Krankenhauses einzuführen und ihn mit den üblichen Verrichtungen der Krankenpflege vertraut zu machen.</p>	<p><b>§ 30 Pflagedienst</b></p> <p>(1) Der Pflagedienst hat den Zweck, Studienanwärter und Studienanwärterinnen oder Studierende in den Betrieb und die Organisation eines Krankenhauses einzuführen und mit den üblichen Verrichtungen der Pflege vertraut zu machen.</p>	<p>DGHWi:</p> <p>Die Zielformulierung für den Pflagedienst ist äußerst defizitär. Es sollte darum gehen, bei den Studierenden ein Verständnis für die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Aufgaben in der Pflege und Kompetenzen der Pflegenden zu wecken. Ein weiteres Ziel wäre, die Bedeutung der Pflege für die Gesundheit der Patient/innen zu erkennen. In diesem Sinne ist die Formulierung, „übliche Verrichtungen der Pflege“ nicht akzeptabel, da die weit über „Verrichtungen“ hinaus gehende Tätigkeit der Pflegenden hierdurch nicht adäquat beschrieben und wenig wertgeschätzt wird. Daher besser: „die üblichen Aufgaben, Zuständigkeiten und Tätigkeiten der Pflegenden“.</p>
<p><b>§ 6 Abs. 2</b></p> <p>(2) Auf den Krankenpflagedienst sind anzurechnen:</p> <p>5. eine erfolgreich abgeschlossene Ausbildung als Hebamme oder Entbindungspfleger, als Rettungsassistentin oder Rettungsassistent, als Notfallsanitäterin oder Notfallsanitäter, in der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege oder Altenpflege sowie eine erfolgreich abgeschlossene landesrechtlich geregelte Ausbildung von mindestens einjähriger Dauer in der Krankenpflegehilfe oder Altenpflegehilfe.</p>	<p>(5) Auf den Pflagedienst sind anzurechnen:</p> <p>5. eine erfolgreich abgeschlossene Ausbildung</p> <p>a) als Entbindungspfleger oder Hebamme,</p> <p>b) als Rettungsassistent</p>	<p>DGHWi:</p> <p>Unter (5) 5 a) ist der Begriff „Entbindungspfleger“ zu streichen. Das neue Hebammengesetz von 2019 sieht ausschließlich die Berufsbezeichnung „Hebamme“ für alle Geschlechter vor.</p>
<p><b>§ 15 Abs. 3</b></p> <p>Die Prüfungskommission hat vorbehaltlich des Satzes 2 während der gesamten Prüfung anwesend zu sein. Der Vorsitzende kann gestatten, dass die Prüfung zeitweise nur vom Vorsitzenden und einem weiteren Mitglied der Prüfungskommission abgenommen wird, solange der Prüfling unmittelbar am Patienten tätig werden muss und der Patient es ablehnt, dass dies vor der gesamten Prüfungskommission geschieht oder es aus Gründen eines wohlverstandenen Patienteninteresses tunlich erscheint, dass dies nur vor dem Vorsitzenden und dem weiteren Prüfer geschieht.</p>	<p><b>§ 118 Durchführung der Prüfung an dem Patienten oder an der Patientin</b></p> <p>(1) Beide Mitglieder der Prüfungskommission sind während der gesamten Prüfung mit Ausnahme der in § 116 Absatz 3 Satz 2 Nummer 4, 5 und 9 genannten Prüfungselemente anwesend.</p>	
	<p>(2) Bei dem Prüfungselement nach § 116 Absatz 3 Satz 2 Nummer 8 ist zusätzlich eine Pflegefachkraft oder ein Angehöriger oder eine Angehörige eines anderen Gesundheitsfachberufes anwesend, an den oder die die interprofessionelle Übergabe erfolgt.</p>	<p>DGHWi:</p> <p>Im Falle einer Prüfung im Fach Geburtshilfe ist zusätzlich eine Hebamme anwesend.</p>

# Stellungnahmen

Approbationsordnung für Ärzte (aktuelle Fassung)	Approbationsordnung für Ärzte und Ärztinnen Arbeitsentwurf	Stellungnahme/Anmerkungen
<p><b>§ 15 Abs. 9 Satz 1 und 2</b></p> <p>Die Prüfungskommission trifft ihre Entscheidung mit Stimmenmehrheit. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.</p>	<p><b>§ 120 Bewertung der Prüfung an dem Patienten oder an der Patientin</b></p> <p>(1) Die Mitglieder der Prüfungskommission bewerten die Leistungen in der Prüfung an dem Patienten oder an der Patientin für die Prüfungselemente nach § 116 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 bis 3 und 6 bis 8 unabhängig voneinander anhand von strukturierten Bewertungsbögen, die das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen vorgibt.</p>	
	<p>(2) Bei dem Prüfungselement nach § 116 Absatz 3 Satz 2 Nummer 8 bewertet zusätzlich die Pflegefachkraft oder der oder die Angehörige eines anderen Gesundheitsfachberufes, an den oder die die interprofessionelle Übergabe erfolgt, die Leistungen in diesem Prüfungselement.</p>	<p>DGHWi:</p> <p>Im Falle einer Prüfung im Fach Geburtshilfe bewertet zusätzlich eine Hebamme, an die die interprofessionelle Übergabe erfolgt, die Leistungen in diesem Prüfungselement.</p>

## Autorinnen:

Prof. Dr. Mechthild Groß, Prof. Dr. Lea Beckmann, Dr. Gertrud M. Ayerle, Caroline Agricola B.Sc., Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

## Verordnung über das Verfahren und die Anforderungen der Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Gesundheitsanwendungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung – DiGAV)

*Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.*

17. Februar 2020

Die DGHWi unterstützt den Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zur Regelung des Qualitätsanspruchs an digitale Gesundheitsanwendungen. Für gesetzlich Versicherte ist es notwendig, dass sie sich auf einen positiven Versorgungseffekt verlassen können, wenn Mobile Apps/Applikationen medizinisch empfohlen oder verordnet werden.

Auch die Anforderungen an Funktionstauglichkeit, Sicherheit, Qualität, Datenschutz und -sicherheit müssen definiert sein.

Die DGHWi rechnet damit, dass auch Mobile Apps für schwangere Frauen, Wöchnerinnen, Väter, stillende Mütter und Eltern zur Beobach-

tung ihres/ihrer Neugeborenen u.a. entwickelt werden. Dabei handelt es sich bei den Nutzer/innen mehrheitlich um gesunde Personen, denen digitale Gesundheitsanwendungen (auch) durch Hebammen empfohlen (diese im Umkehrschluss also NICHT ärztlich verordnet) werden. Die Abrechnung erfolgt hier entsprechend der Versorgung mit Hebammenhilfe (§ 134a SGB V). Bitte berücksichtigen Sie dies bei der redaktionellen Überarbeitung.

## Autorin:

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

## Für die Fraktionen der CDU/CSU und SPD für einen aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubringenden Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite

*Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.*

22. April 2020

Die DGHWi nimmt Stellung zu den geplanten Gesetzesänderungen im SGB V zum Ausgleich der finanziellen Einbußen und Kosten der Schutzkleidung bei Verdacht auf Infektion bei Mutter und/oder Kind für freiberuflich tätige Hebammen im ambulanten Sektor. Der für vertragsärztliche Leistungen in § 87a SGB V eingefügte Absatz 3b und in § 87b SGB V eingefügte Absatz 2a sollte sinngemäß auch für Hebammen gelten.

### 1. Änderung

Die DGHWi schlägt vor, nach § 134a Absatz 1d der SGB V folgenden Absatz 1e einzufügen:

(1e) Mindert sich das Gesamthonorar einer Hebamme als Leistungserbringer um mehr als 10 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal und ist diese Honorarminderung in einem Fallzahlrückgang in Folge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses begründet, kann sie dafür eine Ausgleichszahlung erhalten. Die Ausgleichszahlung ist in der Höhe zu mindern, in der der Leistungserbringer Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanzielle Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen erhält. Die Aufwendungen für die Ausgleichszahlungen sind durch die Krankenkassen zeitnah zu erstatten.

Und nach § 134a Absatz 1e SGB V sollte folgender Absatz 1f eingefügt werden:

(1f) Mindert sich in Folge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses die Fallzahl in einer die Fortführung der Hebammenpraxis bzw. hebammengeleiteten Einrichtung gefährdenden Umfang, hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene zeitnah geeignete Regelungen zur Fortführung der Tätigkeit des Leistungserbringers vorzusehen.

### Begründung

Die durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelöste Pandemie führt zu einer enormen Herausforderung auch für die Versorgung durch freiberuflich Tätige, weil auch hier Verdachts- und Erkrankungsfälle im ambulanten Bereich versorgt werden müssen. Auch Hebammen sind maßgebliche Akteure bei der Information der Bevölkerung und der Patientensteuerung. Hebammen ergreifen zur Eigen- und Fremdsicherung besondere Maßnahmen, um dieser Situation gerecht werden. Folge sind zusätzliche Kosten (Schutzmaterial) und Einbußen (Kurse fallen aus).

### Autorinnen:

Elke Mattern M.Sc, Prof.in Dorothea Tegethoff und Prof.in Melita Grieshop für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

### 2. Änderungen §5 (2) IfSG

Die DGHWi geht zudem davon aus, dass keine Regelungen getroffen werden dürfen, die die Qualität der Ausbildung bzw. des Studiums in einem Gesundheitsfachberuf verringern. Eine solche Minderung der Qualität der Ausbildung würde sich dauerhaft über die Zeit der Pandemie hinaus, negativ auswirken. Dies gilt in gleichen Maßen für die Eignungs- und Kenntnisprüfungen, bei denen ebenfalls keine Qualitätsminderungen akzeptabel sind. Im Einzelnen bewertet die DGHWi die Punkte der Änderungen in §5 (2) IfSG wie folgt.

- a) Die DGHWi spricht sich gegen die Möglichkeit aus, die Ausbildungsbeziehungsweise Studiendauer zu verkürzen. Die Verlängerung der Ausbildung bzw. des Studiums unter Fortzahlung der Ausbildungsvergütung ist zu ermöglichen, insbesondere da durch Lernformate, die den Lernenden nicht vertraut sind, Wiederholungs- bzw. Nachholbedarf entstehen kann. Eine Verlängerung ist auch dann angezeigt, wenn wegen der Pandemie praktische Pflichteinsätze nicht wie geplant absolviert werden können. Die DGHWi begrüßt Regelungen, die in Einzelfällen den Ersatz eines Pflichteinsatzes durch einen anderen Einsatz ermöglicht, z.B. bei Einsätzen im außerklinischen Bereich/ bei freiberuflichen Hebammen (sog. Externat).
- b) Die DGHWi begrüßt die Regelung, durch die digitale Lernformate stärker berücksichtigt werden können. Insbesondere ist auch zu regeln, dass z.B. Modulprüfungen, die im Normalfall in Präsenz durchgeführt werden, durch geeignete digitale Formate ersetzt werden können.
- c) Auch unter den Bedingungen einer Pandemie erachtet die DGHWi die fachspezifische Besetzung der Prüfungsausschüsse für unverzichtbar. Lt. Hebammengesetz kann der Vorsitz des Prüfungsausschusses von der Aufsichtsbehörde vollständig an die Hochschule delegiert werden. Auf diese Weise kann auch unter den Bedingungen einer Pandemie eine fachfremde Besetzung der Prüfungsausschüsse vermieden werden.
- d) Die DGHWi begrüßt die Möglichkeit, Regelungen zu treffen, durch die bereits jetzt die praktischen Prüfungen statt im klinischen Umfeld im Skillslab durchzuführen sind, wie es im Hebammengesetz 2019 geregelt ist. Bei den schriftlichen und mündlichen Prüfungen können digitale Formate in Erwägung gezogen werden.
- e) Die DGHWi geht davon aus, dass auch unter den Bedingungen einer Pandemie Eignungs- und Kenntnisprüfungen in allen Punkten, die die Patientensicherheit sowie das erforderliche Sprachniveau betreffen, unverändert zu bleiben haben.

## Zinngehalt in der Muttermilch bei Anwendung von Zinnhütchen zur Therapie wundter Brustwarzen in der Stillzeit

*Concentration of tin in breastmilk after the use of pewter nursing caps by breastfeeding women for the treatment of painful nipples*

Andrea Komlew M.Sc.<sup>1</sup>, Dr. Christine Hupfer<sup>2</sup> und Dr. Bernd Reuschenbach<sup>1</sup>

### Abstract

**Hintergrund:** In Deutschland werden Zinnhütchen zur Behandlung wundter Brustwarzen häufig eingesetzt. Trotz der breiten Anwendung ist unklar, ob sich beim Tragen der Hütchen Zinn herauslöst, von der (geschädigten) Haut resorbiert wird und in der Muttermilch beim nächsten Anlegen des Kindes nachweisbar ist. Der gesetzlich festgelegte Grenzwert für Säuglingsnahrung liegt bei 50 mg Zinn pro Kilogramm Lebensmittel.

**Ziel:** Vorbereitend auf eine Wirksamkeitsstudie zu Effekten des Zinnhütchens soll zunächst geprüft werden, ob durch die Anwendung von Zinnhütchen ein kritischer Gehalt an Zinn in der Muttermilch für die Neugeborenen überschritten wird.

**Material und Methoden:** In einem In-Vitro-Test wurde Muttermilch eine, drei und vier Stunden in Zinnhütchen bebrütet und danach der Zinngehalt der Milch aus dem Hütchen mittels Atomabsorptionsspektrometrie gemessen. In einem In-Vivo-Test wurde zwischen April 2018 und Dezember 2018 in der Muttermilch von 24 stillenden Frauen, die unterschiedliche Verletzungsgrade an der Mamille aufwiesen und die Zinnhütchen nutzten, der Zinngehalt überprüft. Der Grad der Verletzung der Brustwarzen wurde mit Hilfe des Nipple Trauma Scores durch die rekrutierende Hebamme eingeschätzt. Einschlusskriterium war ein Score ab 0, da auch Stillende ohne Läsionen Schmerzen in den Brustwarzen aufweisen können und die Indikation für ein Zinnhütchen damit gegeben ist. Die Muttermilchproben wurden ebenfalls mittels Atomabsorptionsspektrometrie im Labor des Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit überprüft.

**Ergebnisse:** Beim In-Vitro-Test betrug der höchste Zinngehalt 3,92 mg/kg und lag damit weit unter dem für Säuglinge empfohlenen Grenzwert von 50 mg/kg. Im in-Vivo-Test war unabhängig von der Schwere der Brustwarzenverletzung in keiner der 47 Muttermilchproben (1 Dropout) Muttermilchproben ein kritischer Wert an Zinn nachweisbar.

**Diskussion:** Es gibt keinen Hinweis, dass sich bei der Anwendung Zinnbestandteile aus der Legierung lösen und beim nächsten Anlegen des Kindes in der Muttermilch vorhanden sind. Die Studie ist wesentliche Grundlage für nun ausstehende vergleichende Wirksamkeitsstudien.

**Schlüsselwörter:** Wunde Brustwarzen, Zinnhütchen, Muttermilch, Stillen, Zinngehalt

### Hintergrund:

Wunde und schmerzhafte Brustwarzen treten zu Beginn der Stillzeit bei bis zu 96 % der Frauen auf und sind einer der häufigsten Gründe für frühes Abstillen [10, 17, 35]. Innerhalb der ersten 14 Tage nach der Geburt gelten „wunde Brustwarzen“ als häufigste Ursache für das Abstillen, gefolgt von den Faktoren „zu wenig Milch“, „Schwierigkeiten des Kindes beim Trinken“ und Stillprobleme wie „Milchstau/Mastitis“. Frauen, die kürzer als 4 Monate gestillt hatten, gaben „Probleme mit der Brust“ als häufigsten Abstillgrund an [10]. Durch eine wirksame

**Background:** The use of pewter nursing caps for the treatment of painful and/or damaged nipples is widespread in Germany. It is not known whether components of tin dissolve when the caps are worn, are absorbed by the (damaged) skin and are detectable in breastmilk the next time the child is nursed. The statutory limit for infants is 50 mg tin per kilogramme of food.

**Objective:** In preparation for a study on the effectiveness of pewter nursing caps for the treatment of sore nipples during breastfeeding, this study aims to determine whether the tin concentration in breastmilk after the use of pewter nursing caps exceeds acceptable levels for newborns.

**Subjects and Methods:** The tin content of breastmilk which accumulated inside the cap was measured in an in vitro test after one, three and four hours of use. Further, the tin content in the breastmilk of 24 breastfeeding women with different stages of nipple damage was tested in an in vivo test between April and December 2018. The degree of damage to the nipples was assessed by the recruiting midwife using the Nipple Trauma Score. Breastfeeding women with a score  $\geq 0$  were included, as even breastfeeding women with no visible damage can experience painful nipples, which is the indication for the use of pewter nursing caps. All breastmilk samples were tested for tin content using atomic absorption spectrometry in the laboratory of the State Office of Public Health and Food Safety.

**Results:** The highest tin content in the in vitro test was 3.92 mg/kg, well below the 50 mg/kg recommended for infants. In the in vivo test, regardless of the severity of nipple damage, none of the 47 breastmilk samples (1 dropout) showed a critical level of tin.

**Conclusions:** There is no indication that any tin constituents will dissolve out of the alloy during use and be present in breastmilk the next time the child is breastfed. The study is an essential basis for now pending comparative efficacy studies.

**Keywords:** damaged nipples, pewter nursing caps, breastfeeding, breastmilk, tin content

Behandlung der wunden Brustwarzen lassen sich Folgeschäden wie Milchstau/Mastitis verhindern [27] und Mutter und Kind profitieren von den gesundheitlichen Vorteilen des Stillens [4, 31]. Während zur Prävention wundter Brustwarzen die Verbesserung der Anlege- und Stilltechnik diskutiert wird und eine umfassende Beratung und Anleitung durch das betreuende Personal im Krankenhaus empfohlen wird [27], ist die Datenlage zur Therapie wundter Brustwarzen uneindeutig. Dieser Forschungsarbeit ging eine systematische Übersichtsarbeit zu evidenz-



basierten Therapiemaßnahmen bei wunden Brustwarzen in der Stillzeit voraus. Für die Übersichtsarbeit wurden Leitlinien, systematische Reviews, randomisiert-kontrollierte Studien, klinische Studien ohne Randomisierung, Quasi- Experimente und Fachartikel herangezogen. Dabei wurden Artikel in deutscher und englischer Sprache, die zwischen 1980 und 2017 veröffentlicht wurden, berücksichtigt. Bei der Auswahl der Studien erfolgte eine Einteilung anhand der Evidenzhierarchie [22] nach den Empfehlungen des AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). Dabei wurden für die systematische Übersicht überwiegend Studien mit Randomisierung oder zumindest hochwertige Studien ohne Randomisierung eingeschlossen, um eine wissenschaftliche Aussage über die Wirkeffektivität des untersuchten Mittels auf wunde Brustwarzen treffen zu können. Nichtexperimentelle Studien bzw. reine Expertenmeinungen wurden gesichtet, gingen allerdings nicht in die systematische Übersichtsarbeit ein.

Lavergne (1997) [19] und Riordan (2016) [26] untersuchten den Effekt des Auflegens von Teebeuteln und Wärmeanwendungen auf die wunden Brustwarzen. Weitere Forschungsarbeiten beschäftigten sich mit der Anwendung von Muttermilch [1, 8, 24, 32] und Lanolin [1, 5, 6, 8, 16, 23, 24]. Zudem wurde der Einfluss von Brustschalen [5, 6, 14, 32], Hydrogel-Auflagen [5], Olivenöl [15] antibiotikahaltigen Salben bzw. orale Antibiose [20] und verschiedenen zusammengesetzte Brustwarzensalben [7, 9, 18] auf die Wundheilung und Schmerzreduktion untersucht. Die meisten Therapien zeigten keine signifikante Verbesserung; lediglich das Lanolin konnte in einigen Arbeiten überzeugen [1, 8]. Die routinemäßige Behandlung wunder Brustwarzen mit Lanolin rechtfertigt das nicht. Die Studienlage ist widersprüchlich, denn die Verwendung von Lanolin zeigte in einigen Studien wiederum keine bedeutsamen Effekte [12, 16, 24]. Bisher konnte keine Maßnahme in klinischen Studien ihre Überlegenheit bei stillassozierten Schmerzen nachweisen [25]. In der S-3-Leitlinie „Therapie entzündlicher Brusterkrankungen in der Stillzeit“ wird die Anwendung von Lanolin und ausgestrichener Muttermilch aufgrund langjähriger Praxiserfahrung empfohlen. Die wissenschaftliche Evidenz zu dieser Empfehlung fehlt bislang [27].

Eine andere in der Praxis angewendete Methode, um wunde Brustwarzen zu therapieren, sind Zinnhütchen. Hierbei handelt es sich um Metallkappen aus lebensmittelechtem Zinn, die von Stillenden auf die wunden Brustwarzen gelegt und mit einem Still-BH befestigt werden. Zum Wirkmechanismus der Zinnhütchen werden mehrere Effekte diskutiert: Bereits 1962 berichtete Winter [33] von dem Prinzip der feuchten Wundheilung. Die Epithelisierung der Wunde erfolgte doppelt so schnell, wenn sie abgedeckt wurde als beim Abheilen an der Luft. Dyson et al. [11] bestätigten das Prinzip der feuchten Wundheilung. Bei dieser Untersuchung wurden mehr granulationsbildende Zellen in den abgedeckten, feucht gehaltenen Wunden nachgewiesen als bei der Wundheilung unter trockenen Bedingungen. Bei der Anwendung von Zinnhütchen schwimmt die wunde Mamille dauerhaft in der Muttermilch und damit kommt das Prinzip der feuchten Wundheilung zur Wirkung.

Das Halbedelmetall Zinn hat antiseptische Eigenschaften. Zinnionen haben ähnlich wie die Ionen anderer Metalle wie z. B. Silber, Kupfer und Eisen eine schädigende Wirkung auf Bakterien und Pilze [13]. Innerhalb der Hütchen entsteht ein Mikroklima, das die Epithelisierung des Gewebes beschleunigt und gleichzeitig pathogene Keime reduziert. Durch den Luftabschluss können aerobe Erreger nicht überleben. Diese

Wirkkombination scheint einen positiven Effekt auf die Wundheilung der Brustwarzen und die Schmerzintensität der Betroffenen zu haben. Marrazzu et al. [21] untersuchten in einer Pilotstudie (n = 40) die Wirkung von Silberhütchen bezogen auf das Schmerzempfinden der Stillenden. Nach sieben und 15 Tagen gaben die Frauen in der Silberhütchen-Gruppe signifikant weniger Schmerzen an als die Frauen, deren Mamillen mit Muttermilch behandelt wurden. Ein weiterer möglicher Effekt ergibt sich durch die Schutzwirkung der Kappen, die die verletzte Mamille vor Reibung der Kleidung schützt und kühlend wirkt [29].

Während die Wirkung von Silberhütchen bereits wissenschaftlich untersucht wurde, fehlen bislang wissenschaftliche Studien zur Wirksamkeit oder zur Sicherheit, die die Anwendung von Zinnhütchen legitimieren könnte. Das Institut für Embryonaltoxikologie schätzt die Zinnhütchen als unbedenklich ein. Allerdings hat das Institut keine Daten dazu, ob beim Tragen der Hütchen Bestandteile des Zinns herausgelöst, von der (geschädigten) Haut resorbiert werden und in der Muttermilch beim nächsten Anlegen des Kindes nachweisbar sind [29].

### Ziel

Um Daten zu dieser Fragestellung zu erhalten, wurde durch das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) aus Erlangen Proben von Muttermilch auf den Zinngehalt nach Benutzung der Hütchen untersucht. Ziel der Studie war es, den Zinngehalt in der Muttermilch nach Benutzung von Zinnhütchen bei wunden Brustwarzen zu messen. Damit soll die Unbedenklichkeit der Zinnhütchen zur Therapie wunder Brustwarzen untersucht werden. Eine übermäßige Kontamination der Muttermilch mit Zinn wäre aus gesundheitlichen Gründen unerwünscht. Der gesetzlich festgelegte Grenzwert für Säuglinge liegt bei 50 mg Zinn pro Kilogramm Lebensmittel [30]. Langfristiges Ziel ist es, stillenden Frauen eine effektive, sichere Therapie bei wunden Brustwarzen auf der Basis wissenschaftlicher Untersuchungen empfehlen zu können.

### Methode

Da die Forschungsfrage nur mit Hilfe von laborchemischen Messungen zu beantworten ist, wurde das Sachgebiet für „Rückstände, Kontaminanten und Bedarfsgegenstände“ des LGL über das Forschungsvorhaben informiert. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erklärten sich bereit, die Labormessungen durchzuführen und legten das methodische Vorgehen fest. In einem ersten Schritt wurde die Materialzusammensetzung der Zinnhütchen mittels Röntgenfluoreszenzanalyse überprüft. Danach wurde in einem In-Vitro-Test der Zinngehalt in der Muttermilch unter Laborbedingungen gemessen, die sich in den Hütchen sammelt. Die Ergebnisse lagen unterhalb des kritischen Grenzwertes für Säuglingsnahrung, somit wurde in einem letzten Schritt der Zinngehalt in der Muttermilch gemessen, die unter Realbedingungen gewonnen wurde (In-Vivo-Studie).

#### 2.1 Überprüfung der Materialzusammensetzung der Zinnhütchen

In einem ersten Schritt wurde die Materialzusammensetzung der Zinnhütchen genau überprüft. Die Zinnhütchen wurden über einen handelsüblichen Hersteller bezogen, der nach eigenen Aussagen lebensmittelechtes Zinn zur Anfertigung der Hütchen verwendet. Für die Studie wurden zehn Zinnhütchen angefertigt, wobei jedem Hütchen eine Ziffer eingraviert wurde (durchnummeriert von 1 bis 10). So konnte

sichergestellt werden, dass die Ergebnisse dem jeweiligen Hütchen zugeordnet werden konnten. Vor der Anwendung zu Forschungszwecken wurden die Zinnhütchen an das LGL geschickt und die genaue Zusammensetzung jedes einzelnen Hütchens mittels Röntgenfluoreszenzanalyse (RFA) am 06.02.2018 ermittelt. Dabei wurde bei einem Hütchen sowohl die Außen- als auch die Innenseite untersucht. Der Zinngehalt betrug > 99 %. Bei den anderen neun Hütchen beschränkte sich die Messung auf die Innenseite, dort wo das Hütchen auf der Haut aufliegt. Unabhängig von der Lokalisation der Messung betrug der Zinngehalt hier ebenfalls > 99 %. Mit dieser Untersuchung konnte ausgeschlossen werden, dass die Hütchen schädliche Bestandteile (wie z.B. Antimon) enthielten.

## 2.2 In-Vitro-Test

Um den Übertritt von Zinn in die Muttermilch zu messen wurde in einem In-Vitro-Test Muttermilch, die vorher noch keinen Kontakt mit Zinnhütchen hatte, in die Vertiefung eines Zinnhütchen gegeben und bei 37 Grad Celsius (Körpertemperatur) bebrütet. Nach einer, drei und vier Stunden wurde der Zinngehalt der Milch gemessen. Zur Bestimmung des Zinngehalts in den Proben wurden jeweils 2 g Muttermilch unter Zugabe von Salpetersäure, Salzsäure und Wasserstoffperoxidlösung mit Hilfe eines Mikrowellen-gestützten Druckaufschlusses (Multiwave 3000, Anton Paar GmbH) in eine klare Aufschlusslösung überführt, in der das Zinn in Form von anorganischen Zinn-Kationen vorliegt (siehe DIN EN 13805). Der Zinngehalt der Lösung wurde mittels Graphitrohr-Atomabsorptionsspektrometrie (High-Resolution Continuum Source Atomabsorptionsspektrometer ContraA 700, Analytik Jena) über eine Kalibriergerade auf Basis von Zinnlösungen mit bekanntem Gehalt quantifiziert.

Die Messlösung wurde dazu in das Graphitrohr des Geräts pipettiert. Nach dem Starten des Ofenprogramms wurde die Probe durch die Hitze des Graphitrohres zunächst getrocknet, dann pyrolysiert. Weiteres Erhitzen führte zur Freisetzung von Zinnatomen, die sich im Strahlengang von Licht der Wellenlänge 286 nm ansammelten und dort das Licht dieser für Zinn spezifischen Wellenlänge absorbierten. Aus der Stärke der Absorption konnte mittels Kalibrationslösungen und unter Abzug des Blindwertes der Zinngehalt der Probe berechnet werden. Das hier beschriebene Verfahren basierte auf der DIN EN 15764 zur Bestimmung von Zinn mit der Flammen- und Graphitofen-AAS.

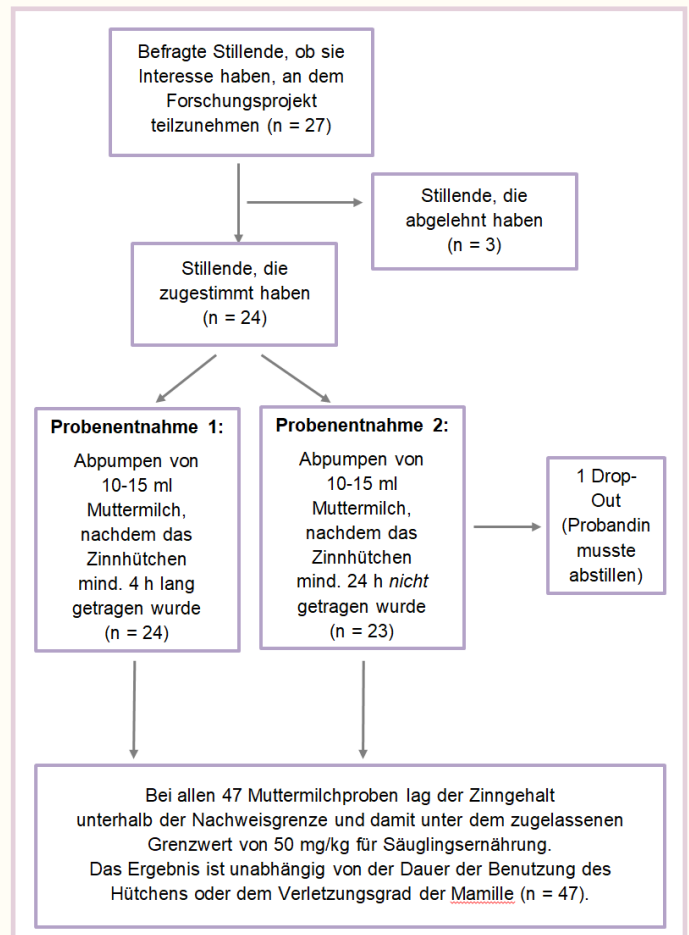
Alle Proben wurden in Doppelbestimmung aufgeschlossen und untersucht.

## 2.3 In-Vivo-Studie

Bei der nachfolgenden Hauptstudie wurde der Zinngehalt bei Anwendung durch Stillende unter Realbedingungen analysiert. Zielpopulation waren gesunde Wöchnerinnen, die Hautläsionen und/oder Schmerzen an den Brustwarzen während der Stillzeit angaben und ein Zinnhütchen benutzten. Der Grad der Verletzung der Brustwarze wurde mit Hilfe des Nipple Trauma Scores [2] durch die rekrutierende Hebamme eingeschätzt. Einschlusskriterium war ein Score ab 0, da auch Stillende ohne Läsionen Schmerzen in den Brustwarzen aufweisen können und die Indikation für ein Zinnhütchen damit gegeben ist. Die Probandinnen wurden über das Ziel der Studie aufgeklärt. Erst nach informierter Zustimmung erfolgte die Rekrutierung für das Forschungsprojekt. Die Wöchnerinnen wurden zweimal gebeten jeweils 10-15 ml Muttermilch

abzupumpen. Die erste Probenentnahme erfolgte, nachdem das Zinnhütchen mindestens vier Stunden lang getragen wurde. Die zweite Probenentnahme wurde von der gleichen Frau gewonnen, wobei das Zinnhütchen 24 Stunden lang nicht getragen wurde. Angestrebt wurde eine Fallzahl von 50 Wöchnerinnen (siehe Abbildung 1).

**Abbildung 1: Zinngehalt in der Muttermilch bei Anwendung von Zinnhütchen zur Therapie wunder Brustwarzen in der Stillzeit**



Bei der ersten Probenentnahme sollte die Brustwarze vorab nicht abgewaschen worden sein (Probenentnahme 1). Für die Datenerhebung sollten die gleichen Bedingungen gelten, wie sie in der Praxis üblich sind. Der Zeitabstand zwischen den Stillmahlzeiten beträgt bei einem gesunden Neugeborenen drei bis vier Stunden. Daher wurde dieser Zeitrahmen für die Untersuchung des Zinngehaltes gewählt.

Bei der zweiten Probenentnahme wurden 10-15 ml Muttermilch abgepumpt, wobei die Frau mind. 24 h lang vorher kein Zinnhütchen benutzte (Probenentnahme 2). Diese Probe diente als Vergleichsprobe, um feststellen zu können, welche Zinngehalte bei Nicht-Benutzung der Hütchen noch nachweisbar sind.

Die Muttermilchproben wurden anschließend in das Labor des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Dienststelle Erlangen geschickt und mittels Atomabsorptionsspektrometrie auf den Zinngehalt überprüft. Relevanter Endpunkt ist der Zinngehalt der Muttermilchproben nach Benutzung der Zinnhütchen. Dabei ist ent-

scheidend, ob die Grenzwerte des Zinngehaltes in der Muttermilch (50 mg/kg) für die betroffenen Säuglinge eingehalten werden. Weiterhin wird der Zusammenhang zwischen dem Verletzungsgrad der Brustwarze bzw. der Anwendungsdauer und dem Zinngehalt analysiert.

#### Ethische Aspekte

Bei der Durchführung dieser Studie wurden die ethischen Grundprinzipien nach nationalem Recht und der Deklaration von Helsinki umgesetzt [34]. Von der Studienteilnahme geht keinerlei Schaden für Probandinnen und deren Kinder aus. Die Studienteilnehmerinnen wurden vor Studienteilnahme über die Ziele, Methoden, den Verwertungszusammenhang und den erwarteten Nutzen umfangreich schriftlich und mündlich aufgeklärt. Jede Probandin erhielt einen schriftlichen Aufklärungsbogen, der über die Ziele und Durchführung informierte. Der Einschluss in die Studie geschah nur nach vorliegendem Informed Consent. Von allen beteiligten Personen liegt eine schriftliche Einverständniserklärung vor. Die Personen wurden darüber informiert, dass sie jederzeit ohne Angaben von Gründen die Teilnahme an der Studie widerrufen können. Die Ergebnisse wurden den Studienteilnehmerinnen auf Wunsch zugänglich gemacht.

#### Ergebnisse

##### Ergebnisse des In-Vitro-Tests

Es zeigte sich im In-Vitro-Test nur ein geringer Übertritt von Zinn in die Muttermilch. Der Anteil stieg mit der Kontaktzeit (Tabelle 1). Der höchste Wert wurde nach einer Kontaktzeit von vier Stunden mit 3,92 mg/kg gemessen. Auch wenn diese Milch in der Praxis nicht an den Säugling verfüttert, sondern verworfen wird, liegt dieser Wert deutlich unter dem EU-weiten Höchstgehalt für Zinn in Säuglingsnahrung, der 50 mg/kg beträgt [30].

Tabelle 1: Ergebnisse des In-Vitro-Tests

Probe	Inkubationszeit [h]	Aufschluss-Nr.	Zinngehalt [mg/kg]	Aufschluss-Nr.	Zinngehalt [mg/kg]
Muttermilch (ohne Kontakt)	0	247	< NWG	283	< NWG
Muttermilch (ohne Kontakt)	0	248	< NWG	284	< NWG
Zinnhütchen 1	1	249	< NWG	285	< BG
Zinnhütchen 2	1	250	< BG	286	< NWG
Zinnhütchen 3	3	252	1,51	287	3,78
Zinnhütchen 4	3	251	1,36	288	1,81
Zinnhütchen 5	4	253	1,84	289	< BG
Zinnhütchen 6	4	254	3,92	290	< BG

NWG: Nachweisgrenze, BG: Bestimmungsgrenze

##### Ergebnisse der In-Vivo-Studie

Die Stichprobe der In-Vivo-Studie bestand aus 24 stillenden Frauen mit unterschiedlichen Verletzungsgraden an den Brustwarzen (siehe Tabelle 2).

Der Zugang zum Forschungsfeld erfolgte über freiberufliche Hebammen. Zunächst erhielten die Hebammen eine Einweisung über das Vorgehen der Datenerhebung und das Ziel der Studie. Die stillenden Frauen wurden über das Forschungsprojekt aufgeklärt und nach informierter Einwilligung für das Projekt rekrutiert. Das erforderliche Zinnhütchen, die Milchpumpe und die Probengefäße für die Muttermilch wurden der Wöchnerin von der Hebamme zur Verfügung gestellt. Jede Stillende gab zwei Muttermilchproben ab. Eine Probandin konnte die Vergleichsprobe nicht abpumpen, da sie zwischenzeitlich abgestillt hatte. Bei allen 47 Muttermilchproben lag der Zinngehalt unterhalb der Nachweisgrenze. Das Ergebnis ist unabhängig von der Dauer der Benutzung des Hütchens oder dem Verletzungsgrad der Mamille.

Tabelle 2: Beschreibung des Nipple Trauma Scores (Anzahl der Probandinnen)

Score	Beschreibung	N
0	Keine makroskopisch erkennbaren Veränderungen	17
1	Erythem, Ödem oder Bläschen oder Kombination von diesen	2
2	Oberflächlicher Hautdefekt mit/ohne Schorf, kleiner als 25% der Mamillenoberfläche	2
3	Oberflächlicher Hautdefekt mit/ohne Schorf, größer als 25% der Mamillenoberfläche	1
4	Tiefer Hautdefekt mit/ohne Schorf, kleiner als 25% der Mamillenoberfläche	1
5	Tiefer Hautdefekt mit/ohne Schorf, größer als 25% der Mamillenoberfläche	1

Die Ergebnisse dieser Studie weisen darauf hin, dass Zinnhütchen im Hinblick auf den Zinngehalt in der Muttermilch als unbedenklich zu bewerten sind. Der Vortest zeigt, dass bei Füllen der Kappen mit Muttermilch Zinn in geringen Mengen und deutlich unter dem Grenzwert in die Milch übergehen kann. Möglicherweise ist dieser geringe Zinnanteil verantwortlich für die heilende Wirkung der Hütchen. Die Probandinnen haben die Anwendung gut akzeptiert und es kam zu keinen Unverträglichkeitsreaktionen wie Bläschenbildung, Rötung, Papeln oder Juckreiz. Die Stillenden berichteten von einem angenehmen Kühleffekt für die Wunde nach Auflegen der Zinnhütchen, zudem wurde der Schutz vor Reibung der Kleidung positiv bewertet.

#### Diskussion

Bislang fehlen einheitliche Standards zur Therapie wundter Brustwarzen in der Stillzeit. In der S-3-Leitlinie „Therapie entzündlicher Brusterkrankungen in der Stillzeit“ wird Lanolin und die Behandlung der Brustwarzen mit Muttermilch empfohlen [27], allerdings basieren diese Empfehlungen auf fachlicher Expertise, weniger auf wissenschaftlicher Evidenz. In der Praxis zeigt sich eine rasche Wundheilung der offenen/blutenden Brustwarzen, nachdem die Stillende Zinnhütchen angewendet hat. Vermutlich kann der Wirkeffekt der Zinnhütchen mit dem der Silberhütchen [21] verglichen werden. Sowohl das Edelmetall Silber als auch das Halbedelmetall Zinn besitzen antiseptische Eigenschaften. In Kombination mit dem anaeroben Luftabschluss innerhalb der

Hütchen beim Auflegen auf die Brustwarze und dem Wirkprinzip der feuchten Wundheilung werden das Abheilen der wunden Brustwarzen beschleunigt und die Schmerzen dadurch reduziert [21]. In Großbritannien ist die Verwendung von Silberhütchen weiter verbreitet, während in Deutschland Zinnhütchen vermarktet werden. Allerdings gibt es nur wenige Bezugsquellen für hochwertige Zinnhütchen in Deutschland. Preislich ähneln sich beide Produkte. Den Stillenden ist die Anwendung von Zinn- und Silberhütchen meist nicht bekannt.

Während für die Silberhütchen bereits eine Studie zu dem positiven Wirkeffekt vorliegt [21], fehlen diese Erkenntnisse für die Zinnhütchen. Zudem existieren weder zu der Anwendung der Zinn- noch der Silberhütchen Erkenntnisse zu deren Sicherheit. Es gibt eine Stellungnahme des Instituts für Embryonaltoxikologie, das Zinnhütchen als unbedenklich einschätzt [28]. Allerdings basierte diese Empfehlung nicht auf einer Datengrundlage, die diese Empfehlung untermauern könnte. Das hier beschriebene Projekt sollte diese Forschungslücke schließen. Die Ergebnisse dieser Studie weisen darauf hin, dass die für Säuglinge relevanten Grenzwerte von Zinn in der Muttermilch nach der Benutzung von Zinnhütchen eingehalten werden. Die Anwendung von Zinnhütchen kann, wie bereits vom Institut für Embryonaltoxikologie empfohlen, als unbedenklich eingestuft werden.

Aufgrund der uneindeutigen Datenlage zur Therapie wunder Brustwarzen in der Stillzeit, kann keine Maßnahme als Mittel der Wahl empfohlen werden. Die Literaturrecherche zu dieser Studie weist dennoch darauf hin, dass die feuchte Wundheilung (die bei der Anwendung von Zinn- und Silberhütchen wirksam wird) positive Auswirkungen auf die Schmerzreduktion bei wunden Brustwarzen hat. Die Stillenden haben die Benutzung der Hütchen gut akzeptiert und beschrieben die Handhabung als einfach. Ein weiterer Vorteil bei der Anwendung der Hütchen ist, dass der Säugling keine Fremdstoffe oder Salbenrückstände beim nächsten Anlegen aufnimmt wie es bei der Anwendung von Salben oder Hydrogel-Kompressen der Fall ist. Somit wird der Säugling von keinerlei Fremdstoffen beim Anlegen an die Brust irritiert, denn die Anwendung der Zinnhütchen ist geruchsneutral.

Zu Bedenken ist, dass Schmerzen beim Stillen mannigfaltige Ursachen haben können. Falls trotz eingeleiteter Therapiemaßnahmen und abgeheilten Brustwarzen weiterhin Schmerzen beim Stillen bestehen, muss differentialdiagnostisch an ein Raynaud-Syndrom gedacht werden, auch eine Soorinfektion kann zu Schmerzen beim Stillen führen [28].

**Institution:** Katholische Stiftungshochschule München<sup>1</sup>; Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)<sup>2</sup>

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Masterstudiums im Studiengang „Angewandte Versorgungsforschung“ an der Katholischen Stiftungshochschule München erstellt.

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

**Review-Verfahren:** Eingereicht am: 14.12.2019, angenommen am: 16.04.2020

**Kontakt:** Andrea Komlew M.Sc., info@hebamme-paf.de

## Literatur:

1. Abou-Dakn M, Fluhr JW, Gensch M, Wöckel A. Positive effect of HPA lanolin versus expressed breastmilk on painful and damaged nipples during lactation. *Skin Pharmacol Physiol.* 2011;24(1):27-35.
2. Abou-Dakn M, Wöckel A, Schumann M. Entwicklung eines Wund-Scores zur Beurteilung von stillabhängigen Mamilienveränderungen. *Archives of Gynecology and Obstetrics.* 2004;270(S1):176.
3. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit Antimon: Übergang von Antimon in Lebensmittel; 2019. [Zugriff: 24.03.20]. Verfügbar unter: <https://www.lgl.bayern.de/lebensmittel/chemie/schwermetalle/antimon/index.htm>.

Die dargestellten Ergebnisse sind für die hier genutzten handelsüblichen Zinnhütchen mit einem hohen Anteil an reinem Zinn in der Legierung zutreffend. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass in der Praxis Hütchen verwendet werden, die einen Anteil des Halbmetalls „Antimon“ aufweisen (bis zu 2 % in der Legierung) [29]. Auf diese Hütchen sind die Ergebnisse nicht übertragbar. Antimon ist ein potenziell toxisches Halbmetall, das in der Industrie beispielsweise als Katalysator bei der Herstellung von PET-Flaschen verwendet wird. Bei einer Dosierung von 0,5 mg/kg Körpergewicht löst Antimon Erbrechen, Durchfälle und Krämpfe aus [3]. Aufgrund der potenziell toxischen Wirkung soll Antimon laut dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit nicht für die Herstellung von Zinnhütchen verwendet werden, die im Zusammenhang mit der Säuglingsernährung verwendet werden. Mütter, Hebammen und Still- und Laktationsberaterinnen sollten beim Kauf der Zinnhütchen auf eine einwandfreie Herstellung mit einer hochprozentigen Zinnlegierung achten.

Die Anzahl der Probandinnen war mit  $n = 24$  relativ klein. Die anfangs geplanten 50 Probandinnen konnten aufgrund der schwierigen Bedingungen im Forschungsfeld nicht erreicht werden. Eine größere Fallzahl wäre wünschenswert gewesen, um für die Ergebnisse eine breitere Datengrundlage zu schaffen. Bei dieser Studie hatte ein großer Anteil der Probandinnen einen Score von 0 ( $n = 17$ ) und keine äußerlich sichtbare Verletzung der Brustwarze. Eine größere Stichprobe hätte eine höhere Variabilität der Brustwarzenverletzungen zur Folge gehabt, um den Übertritt von Zinnbestandteilen bei tiefen Hautdefekten besser überprüfen zu können. Die geringe Fallzahl wirkt sich limitierend auf die Ergebnisse aus.

## Fazit

Es bestehen keine gesundheitlichen Bedenken bei der Benutzung der Zinnhütchen bei wunden Brustwarzen. Nachdem die Ergebnisse dieser Studie die Sicherheit der Zinnhütchen untermauert, sollte weiterführend eine Wirksamkeitsstudie durchgeführt werden. Die erfahrungsbasierten positiven Effekte auf die Wundheilung, die zu einer breiten Anwendung führen, sollten in einer randomisiert kontrollierten Studie untersucht werden.

4. Bowatte G, Tham R, Allen KJ, Tan DJ, Lau M, Dai X et al. Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; 104(467):85-95. DOI: 10.1111/apa.13151
5. Brent N, Rudy SJ, Redd B, Rudy TE, Roth LA. Sore nipples in breast-feeding women: a clinical trial of wound dressings vs conventional care. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1998;152(11):1077-1082.
6. Cadwell K, Turner-Maffei C, Blair A, Brimdyr K, Maja McInerney Z. Pain reduction and treatment of sore nipples in nursing mothers. *J Perinat Educ.* 2004;13(1):29-35. DOI: 10.1624/105812404X109375
7. Centuori S, Burmaz T, Ronfani L, Fragiaco M, Quintero S, Pavan C et al. Nipple care, sore nipples, and breastfeeding: a randomized trial. *J Hum Lact.* 1999;15(2): 125-130.
8. Coca KP, Abrão ACFdV. An evaluation of the effect of lanolin in healing nipple injuries. *Acta paul. enferm.* 2008;21(1):11-16.
9. Dennis C-L, Schottle N, Hodnett E, McQueen K. An all-purpose nipple ointment versus lanolin in treating painful damaged nipples in breastfeeding women: a randomized controlled trial. *Breastfeed Med.* 2012;7(6):473-479.
10. Dulon M, Kersting M, Schöch G. Stillen und Säuglingsernährung in Deutschland – die SuSe-Studie. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE), Hrsg. Ernährungsbericht 2000. Frankfurt/Main: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.; 2000. 81-96.
11. Dyson M, Young S, Pendle CL, Webster DF, Lang SM. Comparison of the effects of moist and dry conditions on dermal repair. *J Invest Dermatol.* 1988;91(5):434-439.
12. Eman MSA, Hanan, Abd El fattah Mohamed, Yasser MA-t. Evidence Based Guideline Using to Alleviate Traumatic Nipple among Nursing Mothers. *World Journal of Nursing Sciences.* 2015;3(1):35-44.
13. Gerber LC. Novel antibacterial strategies – From smart to living materials [Dissertation]. Zürich: ETH; 2012.
14. Gosha J, Tichy A. Effect of a breast shell on postpartum nipple pain: An exploratory study. *Journal of Nurse-Midwifery.* 1988;33(2):74-77. DOI: 10.1016/0091-2182(88) 90163-2
15. Gungor ANC, Oguz S, Vurur G, Gencer M, Uysal A, Hacivelioglu S et al. Comparison of olive oil and lanolin in the prevention of sore nipples in nursing mothers. *Breastfeed Med.* 2013;8(3):334-335. DOI: 10.1089/bfm.2012.0131
16. Jackson KT, Dennis C-L. Lanolin for the treatment of nipple pain in breastfeeding women: a randomized controlled trial. *Matern Child Nutr.* 2017;13(3).
17. Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H. Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study. *Br J Nutr.* 2008;99(5):1127-1132. DOI: 10.1055/s-2008-1042418
18. Kuşcu NK, Koyuncu F, Laçın S. Collagenase treatment of sore nipples. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002;76(1):81-82. DOI: 10.1016/S0020-7292(01)00550-1
19. Lavergne NA. Does Application of Tea Bags to Sore Nipples While Breastfeeding Provide Effective Relief? *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing.* 1997; 26(1):53-58.
20. Livingstone V, Stringer LJ. The treatment of *Staphylococcus aureus* infected sore nipples: a randomized comparative study. *J Hum Lact.* 1999;15(3):241-246. DOI: 10.1177/089033449901500315
21. Marrazzu A, Sanna MG, Dessole F, Capobianco G, Piga MD, Dessole S. Evaluation of the effectiveness of a silver-impregnated medical cap for topical treatment of nipple fissure of breastfeeding mothers. *Breastfeed Med.* 2015;10(5):232-238.
22. Mayer H. Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. 2. Aufl. Wien: Facultas-WUV; 2007.
23. Melli MS, Rashidi M-R, Nokhoodchi A, Tagavi S, Farzadi L, Sadaghat K et al. A randomized trial of peppermint gel, lanolin ointment, and placebo gel to prevent nipple crack in primiparous breastfeeding women. *Med Sci Monit.* 2007;13(9):CR406-411.
24. Mohammadzadeh A, Farhat A, Esmaily H. The effect of breast milk and lanolin on sore nipples. *Saudi Med J.* 2005;26(8):1231-1234.
25. Morland-Schultz K, Hill PD. Prevention of and therapies for nipple pain: a systematic review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2005;34(4):428-37. DOI: 10.1177/0884217505276056
26. Riordan J. The effectiveness of topical agents in reducing nipple soreness of breastfeeding mothers. *J Hum Lact.* 2016;1(3):36-41. DOI: 10.1177/089033448500100304
27. Jacobs, A.; Abou-Dakn, M.; Becker, K. S3 Leitlinie: Therapie entzündlicher Brustkrankungen in der Stillzeit; 2013. [Zugriff: 13.11.18]. Verfügbar unter: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/015-071\\_S3\\_Therapie\\_entzündlicher\\_Brustentzündungen\\_Stillzeit\\_2\\_2013-02-abgelaufen.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-071_S3_Therapie_entzündlicher_Brustentzündungen_Stillzeit_2_2013-02-abgelaufen.pdf).
28. Taschner U. Differenzialdiagnose: Weiße Mamille. *Hebamme.* 2008;21(03):160-165. DOI: 10.1055/s-2008-1081380
29. Taschner U. Zinnhütchen bei wunden Brustwarzen. *Die Hebamme.* 2008 21(03):206-207. DOI: 10.1055/s-0028-1088298
30. Die Kommission der Europäischen Gemeinschaften Verordnung (EG) Nr. 1881/2006 der Kommission zur Festsetzung der Höchstgehalte für bestimmte Kontaminanten in Lebensmitteln; 2006. [Zugriff: 18.03.18]. Verfügbar unter: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TEXT/?uri=celex:32006R1881>
31. Victora CG. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: A pooled analysis WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. *The Lancet.* 2000;355(9202):451-455. DOI: 10.1016/S0140-6736(00)82011-5
32. Vieira F, Mota DDCF, Castral TC, Guimarães JV, Salge AKM, Bachion MM. Effects of Anhydrous Lanolin versus Breast Milk Combined with a Breast Shell for the Treatment of Nipple Trauma and Pain During Breastfeeding: A Randomized Clinical Trial. *J Midwifery Womens Health.* 2017. DOI: 10.1111/jmwh.12644
33. Winter GD. Formation of the Scab and the Rate of Epithelization of Superficial Wounds in the Skin of the Young Domestic Pig. *Nature.* 1962;193(4812):293-294. DOI: 10.1038/193293a0
34. World Medical Association. WMA Deklaration von Helsinki - Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen. Fortaleza: Weltärztebund; 2013.
35. Ziemer MM, Paone JP, Schupay J, Cole E, Kay M. Methods to prevent and manage nipple pain in breastfeeding women. *Western Journal of Nursing Research.* 1990; 12(6):732-744. DOI: 10.1177/019394599001200603 G

Unter der Rubrik Junges Forum werden Abschlussarbeiten (Bachelor/ Master) oder Projektarbeiten von Absolventinnen und Absolventen als Kurztartikel 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.

## Health Literacy in der Geburtshilfe – Ursachen von Geburtsangst bei Frauen und mögliche Auswirkungen

### *Health literacy in obstetric care – Causes of fear of childbirth in women and its possible consequences*

**Hintergrund:** Geburtsangst (oder „fear of childbirth“; FOC), auch Tokophobie benannt, beschreibt bei Frauen eine spezifische Angststörung mit potentiell negativen Auswirkungen auf die Schwangerschaft, Geburt und das Wochenbett. Als eine mögliche Folge der FOC wird der Wunschkaiserschnitt beschrieben und in Zusammenhang mit der hohen Sectio-Rate in den OECD-Ländern gesetzt.

**Ziel- und Fragestellung:** In der vorhandenen Literatur wird FOC nicht einheitlich definiert und sowohl in den Ursachen als auch in den Auswirkungen unterschiedlich beschrieben. Umso wichtiger erscheint es, ein ganzheitliches Bild der phobischen Störung zu entwerfen. Neben der Sammlung von möglichen Ursachen liegt in diesem Review ein besonderer Fokus auf der Frage, ob eine niedrige Gesundheitskompetenz (niedrige *Health Literacy*) von Frauen eine FOC begünstigen kann. Auch wird geprüft, ob eine Korrelation zwischen einem Kaiserschnitt und der FOC besteht.

**Methodik:** Den vorab beschriebenen Zielen wurden sich mithilfe eines Scoping-Reviews genähert. Dabei wurde sich an der PRISMA-Leitlinie für diese Art von Reviews orientiert und an das Format einer Bachelorthesis angepasst. Es wurden diverse Datenbanken nach passender deutscher und englischer Literatur durchsucht. Eingeschlossen wurden qualitative, quantitative und Mixed-Method Studien aus OECD-Ländern, die zwischen 2014-2019 publiziert wurden. Diese wurden nach dem AACN-Schema hinsichtlich ihrer Qualität überprüft.

**Ergebnisse:** Es konnten 13 relevante Publikationen identifiziert werden, in welchen FOC in ihrer Entstehung als multifaktoriell beschrieben wurde. Eine eingeschränkte *Health Literacy* bei Frauen stellt dabei eine potentielle Ursache der FOC dar und zeigt somit eine mögliche Präventions-/Interventionsmöglichkeit auf. Außerdem konnte eine positive Korrelation zwischen der FOC und dem „Wunschkaiserschnitt“ abgeleitet werden.

**Schlussfolgerungen:** Durch diverse Studien wird der Zusammenhang zwischen einer eingeschränkten *Health Literacy* und dem gesundheitlichen Outcome, sowohl der Mutter als auch des Kindes deutlich. Dabei erhöht bspw. ein mangelndes Wissen über ein potentielles Schmerzmanagement während der Geburt das Risiko für FOC. Grundsätzlich korreliert *Health Literacy* laut Soerensen (2012) positiv mit dem Prozess des *Empowerments* und der Partizipation von Menschen. Frauen, die explizit ein Wissensdefizit bei fertilitätsrelevanten Themen beschreiben, fühlen sich weniger in der Lage bei Entscheidungen vor/während der Schwangerschaft oder während/nach der Geburt mitzuwirken. Dies erhöht laut Studien das Risiko für eine FOC. Die Vermittlung von fertilitätsrelevantem Wissen und die Verbesserung der *Health Literacy* von Frauen können als ein geeigneter Ansatz identifiziert werden, um einer möglichen Ursache der

**Background:** Fear of childbirth (FOC), also known as tocophobia, describes a specific phobic disorder in women with potential negative ramifications for pregnancy, childbirth and the postnatal period. The phenomenon of elective caesarean sections has been identified as a possible consequence of FOC and linked to the high rate of caesarean sections in OECD-countries.

**Aim:** There is no uniform definition of FOC in the literature; causes and effects are also described differently. It therefore seems all the more important to create a holistic picture of the phobic disorder. In addition, this review focuses in particular on the question of whether low health literacy of women may contribute to FOC, and examines whether there is a link between caesarean section and FOC.

**Methods:** The objectives described above were approached with the help of a Scoping Review. The PRISMA guidelines for this type of review were applied, adapted to the format of a bachelor's thesis. Various databases were searched for suitable German and English literature. Included were qualitative, quantitative and mixed-method studies from OECD countries published between 2014-2019. These were checked for quality according to the AACN scheme.

**Results:** All in all, 13 relevant publications were identified in which the fear of birth was described as multifactorial in its development. Limited health literacy in women is a potential cause of FOC, suggesting the possibility of an intervention to prevent its development. Further, a positive correlation between FOC and elective caesarean sections was demonstrated.

**Discussion:** Various studies have demonstrated a connection between reduced health literacy and the health outcomes of both mother and child. For example, a lack of knowledge about potential pain management during birth increases the risk of FOC. According to Soerensen (2012), health literacy correlates positively with the process of empowerment and participation. Women who explicitly describe a lack of knowledge about fertility-related topics feel less able to participate in decisions before/during pregnancy or during/after birth. Research indicates that this increases the risk of FOC. The transfer of fertility-relevant knowledge and the improvement of women's health literacy can be seen as a suitable approach to counteract a possible cause of FOC. The available research suggests it would be advisable not to limit the target group to pregnant women or mothers only. Young, childless girls and women can also develop FOC.

**Keywords:** fear of childbirth, tocophobia, caesarean section, health literacy, mental health

FOC zu begegnen. Den Studien zufolge erscheint es indiziert die Zielgruppe nicht nur auf schwangere Frauen oder Mütter zu beschränken. Eine FOC kann sich auch bereits bei jungen, kinderlosen Mädchen und Frauen ausbilden.

### Keywords:

Geburtsangst, Topophobie, Kaiserschnitt, Gesundheitskompetenz, psychische Gesundheit

**Autorin:** Jelena Weiß B.Sc.

**Kontakt:** jelena.weiss.ldn@gmail.com

Die Arbeit wurde im Bachelorstudiengang Gesundheitswissenschaften an der Universitätsmedizin Charité in Berlin zur Erlangung des Grades Bachelor of Science bei Frau Dr. bio. hum. Nina Kubiak und Frau Christiane Schaepe MPH vorgelegt.

## Bekanntmachungen

### Nachruf für Prof. Dr. Wilfried Schnepf

Am 14.2.2020 ist Wilfried Schnepf im Alter von nur 62 Jahren viel zu früh verstorben. Mit ihm haben wir einen außergewöhnlichen Kollegen und lieben Freund verloren.

Prof. Dr. Wilfried Schnepf wurde 1957 in Lengerich (Westf.) geboren. Er war Krankenpfleger und absolvierte die Fachweiterbildung Anästhesie und Intensivpflege. Nach dem Studium „Unterrichtsschwester/-pfleger“ an der Katholischen Fachhochschule Norddeutschland in Osnabrück leitete er die Fachweiterbildung für Intensivpflege an den Katholischen sozialpflegerischen Fachschulen in Osnabrück. Danach war er als Assistent der Pflegedienstleitung tätig und übernahm ab 1989 die Leitung des Referates innerbetriebliche Fortbildung an der Paracelsus Klinik Osnabrück. Den Master of Science in Nursing erwarb er an der University of Wales als Stipendiat der Robert Bosch Stiftung. Es folgten Tätigkeiten als Dozent an der Katholischen Fachhochschule Norddeutschland und der Fachhochschule Osnabrück. 1999 wurde Wilfried Schnepf zum Professor an der Altai State University in Sibirien berufen (Lehrstuhl für Sozialarbeit an der soziologischen Fakultät). 2001 schloss er an der Universität Utrecht in der Pflegewissenschaft seine Promotion zum Thema „Familiale Sorge in der Gruppe der russland-deutschen Spätaussiedler – Funktion und Gestaltung“ ab. Im gleichen Jahr übernahm er kommissarisch die Leitung des Lehrstuhls für familienorientierte und gemeindenaher Pflege der Universität Witten/Herdecke. 2005 wurde er auf den Lehrstuhl berufen und leitete nun auch das 1997 von Prof. Ruth Schröck gegründete Postgraduiertenkolleg. Seit 2012 war er im Rahmen des Forschungskollegs „Familiengesundheit im Lebensverlauf“ (eine Kooperation zwischen der Universität Witten/Herdecke und der Hochschule Osnabrück) zudem Gastwissenschaftler an der Hochschule Osnabrück. Er überführte 2013

das Graduiertenprogramm in ein international anerkanntes Promotionsprogramm PhD-Pflegewissenschaft an der UW/H, aus dem in 23 Jahren fast 100 Absolventinnen und Absolventen hervorgingen.

Wilfried Schnepf war nicht nur ein ausgewiesener Pflegewissenschaftler, sondern auch ein großer Unterstützer und Impulsgeber für die Hebammenwissenschaft. 2013 wurde er in das Reviewboard der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft aufgenommen. Auch an den wissenschaftlichen Tagungen unserer Fachgesellschaft nahm er aktiv teil. Wilfried Schnepf betreute mit großem Engagement zahlreiche hebammenwissenschaftliche Promotionen und ermöglichte damit auch die Nachwuchsqualifikation für diese junge Disziplin. Dabei initiierte und begleitete er nicht nur mit großem Interesse und Kompetenz entsprechende Forschungsthemen, sondern hinterlässt mit seiner Leidenschaft insbesondere auch für qualitative Forschungsmethoden nachhaltige Spuren. Für viele Hebammenwissenschaftlerinnen war er Mentor, geschätzter Kollege und zugleich väterlicher Freund. Mit seiner Warmherzigkeit, seiner Toleranz, seiner Hilfsbereitschaft, seinem Humor und seinem offenen Auftreten hat er uns bereichert. Wir sind Wilfried Schnepf dankbar, dass er uns an seinem beruflichen und privaten Leben teilhaben ließ. Er wird uns sehr fehlen und wir werden ihn immer in Erinnerung behalten. Unser tiefes Mitgefühl gilt seiner Familie und seinen Freunden.

*Prof. Dr. Claudia Hellmers*

## Erweiterter Reviewboard

### Prof. Dr. Beate Blättner



Prof. Dr. phil. Beate Blättner arbeitete nach ihrem Studium in Erziehungswissenschaften in Bamberg von 1987 bis 2000 in der Erwachsenenbildung mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Berufliche Bildung in Gesundheitsberufen. 1997 promovierte sie an der Universität Hannover zu einem Thema der Gesundheitsbildung. Von 2000 bis 2003 hatte sie die Professur für Pädagogik, insbesondere Gesundheitspädagogik und Erwachsenenbildung an der Fachhochschule Neubrandenburg inne. Seit 2003 ist sie Professorin für Gesundheitsförderung an der Hochschule Fulda und war von 2007 bis 2019 Studiendekanin des Fachbereichs Pflege und Gesundheit. Als solche baute sie bis 2012 den Studiengang Hebammenkunde auf und hat von 2017 bis Oktober 2020 die Studiengangsleitung inne.

Prof. Dr. Beate Blättner ist in der Redaktion des Public Health Forums, im Editorial Board der Pflegewissenschaft und reviewt für mehrere Fachzeitschriften.

### Michaela Michel-Schuldt M.Sc. Midwifery

Als Hebamme und Expertin im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte hat Michaela Michel-Schuldt ihr berufliches Leben der Verbesserung des Zugangs von Frauen und Mädchen zu qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung gewidmet. Ihre professionelle Expertise liegt unter anderem im Bereich Forschung (Versorgungsforschung, qualitative Sozialforschung), Ausbildung und



Lehre (Evidenzbasierte Praxis, Kulturelle Kompetenz, Regulierung im Hebammenwesen) sowie der

praktischen Hebammentätigkeit (klinische und außerklinische Versorgung, Betreuung von Migrantinnen und nicht-versicherten Frauen). Sie hat für den Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) in verschiedenen Länderbüros und in der Technical Division in Genf gearbeitet. Weiterhin war sie als Beraterin weltweit in zahlreichen internationalen Organisationen in globaler Gesundheitspolitik und in der Stärkung von Gesundheitssystemen in humanitären und Entwicklungssettings tätig. Derzeit arbeitet sie für die Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit und berät das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung im Bereich sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte. Michaela Michel-Schuldt hat einen Abschluss im Europäischen Masterstudiengang Hebammenwissenschaft der Medizinischen Hochschule Hannover und promoviert am Center for Midwifery, Child and Family Health der University of Technology Sydney und der University of Dundee.

### Carmen Wyss M.A.

Carmen Wyss war nach ihrem Bachelor of Science in Midwifery einige Jahre in der Praxis tätig, bevor sie 2017 den Titel Master of Arts in Health Sciences mit dem Schwerpunkt Forschungsmethoden erlangt hat. Seither arbeitete sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bachelorstudiengang Hebamme und in der angewandten Forschung und Entwicklung Geburtshilfe an der Berner Fachhochschule Gesundheit. Ihre Promotion hat Carmen Wyss im Frühjahr 2020 mit dem Projekt "Facilitating optimal birth care for women with obesity by Multiple Criteria Decision Analysis (MCDA): A multimethod study" an der Universität Bern und der Berner Fachhochschule Gesundheit begonnen.



## AG Hebammendiagnosen

Die AG Hebammendiagnosen ist erfreut darüber, dass ihr erstes Ziel erreicht ist:

Unsere hebammenrelevante Erweiterung der NANDA-Diagnose *Labor Pain* mit aktuellen, evidenzbasierten beeinflussenden Faktoren (related factors) wurde von NANDA International (NANDA-I), USA, akzeptiert. Damit wird die Diagnose *Labor Pain* in der nächsten Herausgabe der NANDA Taxonomie 2021-2023 erstens nicht aus dem Compendium gestrichen und zweitens mit unserer Ergänzung publiziert!

Das ist ein toller Meilenstein, denn dies ist die erste hebammenrelevante NANDA-Diagnose, die von Hebammen aus dem deutschsprachigen Raum ergänzt wurde!

*Dr. Eva Cignacco und Dr. Gertrud M. Ayerle*



## IQTIG-Daten zur klinischen Geburtshilfe werden zukünftig der Öffentlichkeit wieder in vollem Umfang zur Verfügung gestellt

Die klinische Geburtshilfe wird im Rahmen der jährlichen Bundesauswertung Geburtshilfe evaluiert. Die Bundesauswertung ist verpflichtend für alle deutsche Kliniken und damit eine zuverlässige Quelle geburts-hilflich relevanter Daten. Der Zugriff auf die Daten der jährlichen Bundesauswertung für das jeweilige Vorjahr war bislang kostenfrei möglich. Verfügbar waren Basisdaten, Qualitätsindikatoren und Kennzahlen [1]. Seit Herbst 2019 wurden jedoch nur noch Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit reduziertem Datenumfang zur Verfügung gestellt [2]. Diese Daten ermöglichen derzeit keine Aussagen zu Interventionen in der klinischen Geburtshilfe in Deutschland. So fehlen seit diesem Bericht beispielsweise Informationen zu Basisdaten, Geburtsmodus und Interventionen.

Auf telefonische Nachfrage der DGHWi im September 2019 wurde durch das IQTIG darauf verwiesen, dass aus „Ressourcengründen“ eine Bereitstellung der differenzierten Perinataldaten seit dem Erfassungsjahr 2018 nicht mehr möglich sei. Daraufhin teilte die DGHWi im Dezember 2019 ihre Argumente gegen eine eingeschränkte Bereitstellung dem Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) mit: Sowohl die Hebammenforschung als auch die Hebammenausbildung sind auf die Perinataldaten als solide Datengrundlage angewiesen. Auch Hebammen in der klinischen Versorgung benötigen die Daten, um ihre Arbeit evidenzbasiert reflektieren zu können.

Am 25.02.2020 erhielt die DGHWi eine Antwort des G-BA. Im Hinblick auf die evidenzbasierte Entwicklung geburtshilflichen Versorgung wurde auf die Argumente der DGHWi Bezug genommen. Die Einführung einer neuen Auswertungssoftware habe aktuell zur Folge, dass das gewohnte Auswertungsportfolio auf das Wesentliche begrenzt wurde. Für die Zukunft wurde die von der DGHWi angemahnte Bereitstellung der

Bundesauswertung zum Leistungsbereich Geburtshilfe im „gewohnten“ Umfang zugesagt.

Die durch die eingeschränkte Datenfreigabe erzielten Einsparungen stehen nach Ansicht der DGHWi in keinem Verhältnis zu den damit bewirkten Nachteilen. Die DGHWi möchte hier die durch die vollständige Datenfreigabe mögliche Verbesserung der Gesundheitsförderung von jährlich 700.000 Frauen und ihren Neugeborenen priorisiert sehen. Darüber hinaus ist die DGHWi daran interessiert, auch an der Weiterentwicklung der erhobenen Parameter der Bundesauswertung mitzuwirken, um ein noch differenzierteres Bild der geburts-hilflichen Versorgung in Deutschland zu erhalten.

*Dr. Beate Ramsayer, Prof.in Dorothea Tegethoff und  
Elke Mattem M.Sc.*

### Literatur:

1. IQTIG. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2017. Geburtshilfe Qualitätsindikatoren 2018. [Zugriff: 20.04.2020]. Verfügbar unter: [https://iqtig.org/downloads/auswertung/2017/16n1gebh/QSKH\\_16n1-GEBH\\_2017\\_BUAW\\_V02\\_2018-08-01.pdf](https://iqtig.org/downloads/auswertung/2017/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2017_BUAW_V02_2018-08-01.pdf)
2. IQTIG. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2018. Geburtshilfe 2019. [Zugriff: 20.04.2020]. Verfügbar unter: [https://iqtig.org/downloads/auswertung/2018/16n1gebh/QSKH\\_16n1-GEBH\\_2018\\_BUAW\\_V02\\_2019-07-23.pdf](https://iqtig.org/downloads/auswertung/2018/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2018_BUAW_V02_2019-07-23.pdf)

## Gratulation

Julia Leinweber, Professorin für Hebammenwissenschaft an der Evangelischen Hochschule Berlin und Gründungsmitglied der AG Respektvolle Geburtshilfe der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft ist Botschafterin von **Brain City Berlin**, einer Kampagne für Wissenschaftskommunikation, die sowohl den interdisziplinären Austausch als auch den Transfer von Wissenschaft in die Gesellschaft zum Ziel hat.



Professorin Leinweber forscht zu den Themen perinatale psychische Gesundheit sowie traumasensible und respektvolle Geburtshilfe.

Aktuell leitet sie den deutschen Anteil des Erasmus Projekts *Empathy in Health*, bei dem es um Empathie in der Gesundheitsversorgung und entsprechende Ausbildungsinhalte geht.

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft begrüßt, dass die Hebammenwissenschaft durch ihre Aktivitäten für Brain City Berlin sichtbarer wird und gratuliert Frau Professorin Leinweber.

*Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA*

# Termine

**Fristen für die Einreichung von Manuskripten für die ZHWi:** 31. August 2020 und 30. April 2021

---

## Virtual International Day of the Midwife

5. Mai 2020, (virtuell)

Nähere Informationen unter: <https://vidm.org>. Bitte beachten Sie die Zeitzone.

---

## 27th biannual European Congress of Obstetrics and Gynaecology EBCOG 2020

14.-16. Mai 2020, Bergen, Norwegen

Nähere Informationen unter: <https://www.ebcog2020.org>

---

## 73rd World Health Assembly

17.-21. Mai 2020, Genf, Schweiz

Nähere Informationen unter: <https://www.who.int/about/governance/world-health-assembly>

---

## Juni 2020

---

### Nutrition and Nurture in Infancy and Childhood

9.-11. Juni 2020, Turku, Finnland

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

---

### Women & Girls Africa Summit

9.-12. Juni, Durban, Südafrika

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

---

## Juli 2020

---

### Promotionskolloquium

17. Juli 2020, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Halle (Saale)

Nähere Informationen: Dr. Gertrud M. Ayerle ([gertrud.ayerle@medizin.uni-halle.de](mailto:gertrud.ayerle@medizin.uni-halle.de))

---

## September 2020

---

### 40. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Soziologie

14.-18. September 2020, Berlin

Nähere Informationen unter: <https://kongress2020.sozilogie.de/aktuelles>

---

### 19. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF)

30. September – 02. Oktober 2020, Berlin

Nähere Informationen unter: <https://www.dkvf2020.de>

---

## Oktober 2020

---

### 15th Normal Labour and Birth Research Conference 2020

2.-4. Oktober 2020, Hyderabad, Indien

Nähere Informationen unter: <https://www.nlbcindia2020.com/abstract-guidelines/>

---

## Januar 2021

---

### Internationales Symposium "Cultures of Birthing – Geburtskulturen im Wandel"

14.-15. Januar 2021, Graz, Österreich

Nähere Informationen unter: <https://fellowship-geschlechterforschung.uni-graz.at/de/vorhaben/geburtskulturen/>

---

## Mai 2021

---

### 32nd ICM Triennial Congress

30. Mai - 03. Juni 2021, Bali, Indonesien

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

---

## Oktober 2021

---

### Ethische Herausforderungen in der Geburtshilfe – 5. Fachtagung Geburtshilfe

08. Oktober 2021, Bern, Schweiz

Nähere Informationen unter: <https://www.bfh.ch/de/aktuell/veranstaltungen/fachtagung-geburtshilfe/>

Bitte beachten Sie die aktuellen Informationen auf den entsprechenden Websites;  
möglicherweise werden aufgrund der aktuellen Covid-19-Pandemie-Situation Veranstaltungen nicht oder zu einem anderen Zeitpunkt stattfinden.

## Vorstand der DGHWi

### Vorsitzende

#### Elke Mattern M.Sc.

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

### Stellvertretende Vorsitzende

#### Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA

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

### Schriftführerin

#### Caroline Agricola B.Sc.

Hebamme  
E-Mail: schriftfuehrerin@dghwi.de

### Schatzmeisterin

#### Kerstin Böhm M.A.

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

### Beisitzerinnen

#### Prof. Dr. Barbara Baumgärtner

Hebamme, Lehramt Pflegewissenschaft, Diplom für Berufs-  
pädagogik, Public Health  
E-Mail: beisitzerin.bb@dghwi.de

#### Dr. Astrid Krahl

Hebamme, Dipl. Pflegewirtin, Gesundheitswissenschaftlerin  
E-Mail: beisitzerin.ak@dghwi.de

#### Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde

Hebamme, Master Health Professions Education  
E-Mail: beisitzerin.jpm@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, Annekatriin Skeide M.A.

### 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. Beate Schücking.

### Erweiterter (extended) Reviewboard

Dr. Gertrud M. Ayerle, Dr. Barbara Baumgärtner, Prof. Dr. Beate  
Blättner, Dr. Anke Berger, Prof. Dr. Andreas Büscher, Dr. Lena Dorin  
MPH, Prof. Dr. Manuela Franitza, Prof. Dr. 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  
Metzing, Michaela Michel-Schuldt M.Sc. Midwifery, Prof. Dr. Jessica  
Pehlke-Milde, Dr. Beate Ramsayer, Dr. Nina Reitis, Dr. Tanja Richter,  
Prof. Dr. Rainhild Schäfers, Prof. Dr. Birgit Seelbach-Göbel, Dr. Katja  
Stahl, Dipl. med. päd. Sabine Striebich, Prof. Dr. Dorothea Tegethoff,  
Dr. Oda von Rahden, Carmen Wyss M.A.

### Lektorat (Editorial staff)

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

### Layout

Dr. Gertrud M. Ayerle, Claudia Graf-Pfohl M.A.

**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*). 2020;08(01):Seitenzahlen.

Authors. Title. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (*Journal of  
Midwifery Science*). 2020;08(01): page numbers.

**Datum (Date):** 27.5.2020



Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.  
Geschäftsstelle: Postfach 1242, 31232 Edemissen  
E-Mail: [vorsitzende@dghwi.de](mailto:vorsitzende@dghwi.de)  
Website: [www.dghwi.de](http://www.dghwi.de)