

ZEITSCHRIFT FÜR HEBAMMENWISSENSCHAFT

Journal of Midwifery Science

Themen:

- ◆ 4. Internationale Fachtagung und 12. Mitgliederversammlung
- ◆ Prioritäre Themen für die Forschung durch Hebammen
- ◆ Combining grounded theory and biographical research in midwifery science
- ◆ Die Vertrauensbeziehung zwischen freiberuflichen Hebammen und Klientinnen im Kontext der interprofessionellen Kooperation in den Frühen Hilfen
- ◆ Cochrane Reviews
- ◆ Einblicke in die Forschung/Lehre

Kategorien

Editorial	57
Aktuelles	58
Sektionen	64
Originalartikel	65
Cochrane Reviews	86
Einblicke in die Forschung/Lehre	89
Bekanntmachungen	99
Termine	100

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 Tagungen durch

Inhaltsverzeichnis

Editorial	
Editorial	57
Aktuelles	
Vorstandsämter	58
Mitgliederdatenbank, Sozialversicherungsprüfung	60
4. Internationale Fachtagung und 12. Mitgliederversammlung	61
Programm der 4. Internationalen Fachtagung	62
Sektionen	
Sektion Geschichte des Hebammenwesens	64
Sektion Kind, Bindung und emotionale Entwicklung	64
Originalartikel	
Prioritäre Themen für die Forschung durch Hebammen: Eine Analyse von Fokusgruppen mit schwangeren Frauen, Müttern und Hebammen	65
Combining grounded theory and biographical research in midwifery science	73
Die Vertrauensbeziehung zwischen freiberuflichen Hebammen und Klientinnen im Kontext der interprofessionellen Kooperation in den Frühen Hilfen: eine qualitative Studie	77
Cochrane Reviews	
Geplante frühzeitige Geburt versus Abwarten bei vorzeitigem Blasensprung am Termin	86
Intermittierende Auskultation (IA) der fetalen Herzfrequenz während der Geburt zur Beurteilung des fetalen Wohlergehens	87
Einblicke in die Forschung/Lehre	
Kompetenzprofil MSc Hebamme – Als Hebamme MSc denken und handeln	89
She Said, She Said: Interruptive Narratives of Pregnancy and Childbirth	93
Bekanntmachungen	
Auszeichnung für Cochrane Österreich	99
Termine	
Einreichungsfristen, Tagungen, Kongresse	100
Vorstand: Kontaktangaben	
Impressum	

Liebe Leserin, lieber Leser,

die „Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) fördert als unabhängige wissenschaftliche Fachgesellschaft hebammenwissenschaftliche Forschung, Lehre und Praxis, die sowohl der Entwicklung des Faches Hebammenwesen, als auch einer bedarfsgerechten, evidenzbasierten, effizienten und effektiven Versorgung von Frauen und ihren Familien in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit dienen.“ Dieser Satz ist auf der Website der DGHWi zu lesen. Die nunmehr 10. Ausgabe der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (ZHWi) verdeutlicht, wie bedeutungsvoll diese Anliegen sind, und zeigt durch seine Beiträge Möglichkeiten, für Belange der Frauen adäquat einzustehen und die physiologischen Vorgänge während der reproduktiven Phase von Frauen zu unterstützen.

Die Förderung der physiologischen Vorgänge fand lange Zeit im deutschen Gesundheitswesen kaum Beachtung. Steigende Sectorraten, Forschungsarbeiten, die die verheerende Konsequenz einer pathologisch orientierten Geburtshilfe belegen, und nicht zuletzt die Arbeit von Elterninitiativen, wie z. B. Motherhood, die das negative Erleben der Mütter- und Elternperspektive im Versorgungsprozess aufzeigen, stellen die bestehenden Betreuungsstrukturen von physiologischen Vorgängen durch Ärzt/innen, deren Betreuungsfokus sich auf die Suche nach pathologischen Veränderungen richtet, in Frage. Die Erarbeitung des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“, das vom Bundesministerium für Gesundheit in diesem Jahr veröffentlicht wurde, darf als Wahrnehmung dieser misslichen Umstände verstanden werden. Die DGHWi begrüßt es, dass auch eine Reihe von Hebammenwissenschaftlerinnen an der Erarbeitung beteiligt war. Es bleibt abzuwarten, ob den festgeschriebenen Zielen zur Förderung der Physiologie rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett auch tragfähige strukturelle Veränderungen folgen werden.

In der Präambel des Gesundheitsziels heißt es, dass eine an Wohlbefinden und Gesundheit ausgerichtete Perspektive bei der Erarbeitung eingenommen wurde. Diese Perspektive zeigt sich in der Arbeit und Haltung von Hebammen seit jeher, weshalb auch die Hebamme die Fachfrau für physiologische Vorgänge rund um die Geburt ist. Aus diesem Grund empfahl der Gesundheitsforschungsrat im Jahr 2011, die Forschungstätigkeit zur Versorgung von schwangeren Frauen, Gebärenden, Wöchnerinnen und Müttern mit Säuglingen durch Hebammen weiter auszubauen. Mit gutem Grund, weil es im deutschsprachigen Raum erst durch Hebammenwissenschaftlerinnen nach und nach Forschungsarbeiten gibt, die sich mit dieser Thematik befassen. Eine Übersicht der bisherigen Publikationen mit Peer-Review-Verfahren und ihrer Zitationen können Sie auf unserer Website abrufen.

In dieser Zeitschrift finden Sie drei Originalarbeiten, die sich dem Review-Verfahren unterzogen haben, zu ganz unterschiedlichen Themen. Es werden Ergebnisse präsentiert, die als Grundlage zur Erarbeitung einer nationalen Forschungsagenda in Deutschland geeignet sind und sich dabei an den Bedürfnissen der Frauen orientieren. Weiterhin wird eine Methodenkombination von Grounded Theory und Biographieforschung vorgestellt als Anpassung bestehender Methoden an Forschungsfragen der Hebammenwissenschaft. Und nicht zuletzt wird eine qualitative Arbeit zur Rolle freiberuflich tätiger Hebammen als Kooperationspartnerinnen im Netzwerk Früher Hilfen im Zwiespalt zwischen Nähe und Distanz zu Angeboten der Kinder und Jugendhilfe publiziert.

Alle Originalartikel erscheinen in der Online-Publikation der GMS Zeitschrift für Hebammenwissenschaft auch auf Englisch für eine internationale Verbreitung der Forschungsergebnisse. Längst ist auch unsere kommende Fachtagung nicht nur international deutschsprachig. Wir begrüßen Prof.in Cecily Begley aus Irland als Keynote-Speaker und weitere Gäste aus dem Ausland für Vorträge und Posterpräsentationen.



In der Rubrik Einblicke in Forschung und Lehre erscheint der 2. Teil zum Kompetenzprofil einer Hebamme mit Masterabschluss und ein Reprint eines Artikels mit Narrativen von Frauen in den USA, die sich eine natürliche Geburt wünschen. Übersetzungen zweier Abstracts von Cochrane-Reviews, Berichte von Sektionen der DGHWi und Texte, die für die Fachgesellschaft relevant sind, runden die Zeitschrift ab.

Wir wünschen Ihnen Zeit und Muße zum Lesen dieser Ausgabe, aber auch für die vorweihnachtliche Zeit. Wir wünschen Ihnen ruhige Feiertage und alles Gute im neuen Jahr. Wir freuen uns auf ein persönliches Treffen auf der Mitgliederversammlung und der 4. Internationalen Fachtagung, beide in Mainz!

Mit herzlichen Grüßen,

Prof.in Dr. Monika Greening

Vorsitzende

Veränderungen im Vorstand

Bei der Mitgliederversammlung am 16. Februar 2018 stehen wieder Vorstandswahlen an.

Dieses Mal ist bereits im Vorfeld deutlich, dass diese Wahlen zu großen personellen Veränderungen führen werden. Daher bitten wir Sie, sich mit dem Gedanken an eine Bewerbung vertraut zu machen.

Frau Prof.in Dr. Monika Greening wird bei dieser Wahl nicht mehr als Vorsitzende der DGHWi zur Verfügung stehen. Sie begleitete dieses Amt mit viel Engagement und Erfolg. Zuvor war sie in den Jahren 2012-2016 Beisitzerin im Vorstand der DGHWi.

Auch Dr. Gertrud Ayerle wird nach langjähriger Vorstandstätigkeit ihr Amt als Beisitzerin niederlegen. Sie hat über 10 Jahre die Arbeit im Vorstand und das Erscheinungsbild der DGHWi sehr geprägt und somit maßgeblich zur Entwicklung der DGHWi beigetragen. Auch wenn sie

nicht mehr im Vorstand tätig sein wird, wird sie das Layout der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft weiterführen. Mit ihr verlässt das letzte Gründungsmitglied den Vorstand. Ein Schritt, den wir zum einen sehr bedauern, zum anderen sehen wir darin ein Zeichen, dass die DGHWi aus den Kinderschuhen herauswächst.

Wir sind guter Dinge, dass es innerhalb der DGHWi viele kompetente Mitglieder gibt, die die Geschicke der DGHWi weiter erfolgreich lenken und die Hebammenwissenschaft fördern werden. Wir freuen uns auf Ihre Kandidatur!

Für den Vorstand

Ulrike Geppert-Orthofer M.Sc. und Elke Mattern M.Sc.

Schatzmeisterin und Stellvertretende Vorsitzende

Vorstandsämter

Die Amtsperioden der Vorsitzenden, der Stellvertretenden Vorsitzenden, der Schriftführerin und der drei Beisitzerinnen enden im Februar 2018. Alle sechs Personen waren im Februar 2016 für 2 Jahre gewählt worden und könnten für eine weitere Amtsperiode von 2 Jahren kandidieren. Laut Satzung § 7 Abs. 2 ist eine zweimalige Wiederwahl für das jeweilige Amt möglich.

Folgende Amtsinhaberinnen stehen für das jeweilige Amt nicht mehr zur Verfügung: die Vorsitzende Prof.in Dr. Monika Greening sowie die Beisitzerin Dr. Gertrud M. Ayerle. Zusätzlich wird zum Februar 2018 auch das Amt der Schatzmeisterin vakant.

Um (weitere) Kandidatinnen oder Kandidaten zu gewinnen, die sich im Februar 2016 zur Wahl stellen, werden die Verantwortungsbereiche der Vorstandsämter nachfolgend dargestellt:

Das Amt der Vorsitzenden

Seit 2012 bin ich im Vorstand der DGHWi tätig. Die ersten vier Jahre als Beisitzerin und seit 2016 als Vorsitzende. Seit Gründung der DGHWi hat sich viel getan. Ein wichtiger Meilenstein für unsere Fachgesellschaft war 2015 die Aufnahme der DGHWi in die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF). Eine Reihe von engagierten Kolleginnen aus dem Vorstand und Mitglieder sind seit dieser Zeit an der Erstellung von Leitlinien beteiligt. Auf diesem Weg fließt die Perspektive der Hebammenwissenschaft in die Arbeit der Leitlinienentwicklung ein. Durch die vielen Aktivitäten und die Entwicklung der Fachgesellschaft hat sich auch die Arbeit des Vorstandes deutlich vermehrt. Aus diesem Grund haben wir die Anzahl der Beisitzerinnen im Vorstand im Jahr 2016 auf insgesamt drei erhöht (bis dahin gab es nur eine Beisitzerin). Nach fast zwei Jahren Vorstandsarbeit in der bestehenden Besetzung mit sieben Vorstandsfrauen ist das Resümee hervorragend. Wir arbeiten gut, gerne und effektiv zusammen. Eine enorme Unterstützung ist die Geschäftsstelle, namentlich Dorit Müller, die zurzeit von Sabine Winkler ganz wunderbar vertreten wird. Die Vorsitzende vertritt die Fach-

gesellschaft bei vertraglichen Regelungen, plant gemeinsam mit den anderen Vorstandsmitgliedern die Vorstandssitzungen und Mitgliederversammlungen, ist verantwortlich für die inhaltliche Ausrichtung der Gesellschaft entsprechend der bestehenden Satzung und repräsentiert die Fachgesellschaft nach außen. Nach drei Amtsperioden im Vorstand der DGHWi verabschiedete ich mich von der Vorstandsarbeit. Ich freue mich über Bewerbungen von Kolleginnen, die daran interessiert sind, die Verantwortung für die Leitung unserer Fachgesellschaft zu übernehmen.

Prof.in Dr. Monika Greening

Das Amt der Stellvertretenden Vorsitzenden

Im Verlauf der vergangenen 4 Jahre hat sich mein Aufgabenbereich ausdifferenziert und kann nun in drei unterschiedlichen Aufgabenbündeln zusammengefasst werden:

- a) die Unterstützung der Vorsitzenden in ihren Leitungsaufgaben
- b) Aufgaben als Mitglied des Vorstandes
- c) Spezielle Aufgaben.

Zur aktiven *Unterstützung der Vorsitzenden* (nicht nur während der Urlaubszeit), die durchaus Eigeninitiative ermöglicht/erfordert, zählen:

- ◆ Offizielle Korrespondenzen und offizielle Vertretung der DGHWi
- ◆ Koordination von Aktivitäten im Vorstand oder von angestellten/ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen
- ◆ Kurzfristige Übernahme von Aufgaben bei Verhinderung der Vorsitzenden
- ◆ Inhaltliche Vor- und Nachbereitung der Vorstandssitzungen und ggf. deren stellvertretende Moderation
- ◆ inhaltliche Vor- und Nachbereitung der Mitgliederversammlung.

Die Aufgaben als *Mitglied des Vorstandes* sind vielfältig und werden im Online-Austausch mit allen Vorstandsmitgliedern konzipiert, diskutiert, entschieden und umgesetzt:

- ◆ Offizielle Dokumente der DGHWi vor der Veröffentlichung prüfen

- ◆ Beratung zu zeitnahe Reagieren auf fachwissenschaftliche, gesundheits-, wissenschafts- und bildungspolitische Veränderungen
- ◆ Impulse für den Handlungsbedarf der DGHWi setzen und strategische Planung zielführender Maßnahmen
- ◆ Inhaltliche Übernahme von Aufgaben, die in Vorstandssitzungen entwickelt werden
- ◆ Vorbereitung und Mitgestaltung der Internationalen Fachtagung der DGHWi
- ◆ Durchsicht und Ergänzung der Protokolle von Vorstandssitzungen und der Mitgliederversammlung
- ◆ Kontakt zur Geschäftsstelle, weiteren Mitarbeiterinnen und ehrenamtlich tätigen Mitgliedern halten
- ◆ Beteiligung an politischen Gremien
- ◆ ggf. Erstellung von Stellungnahmen.

Die *speziellen Tätigkeiten*, die ich federführend ausübe, werden immer unter Beteiligung des gesamten Vorstands konsentiert. Sie sind keine typischen Vorstandsaufgaben und müssten daher nicht notwendigerweise von einem Vorstandsmitglied ausgeführt werden. Sie könnten auch an ein ehrenamtlich tätiges Mitglied delegiert werden:

- ◆ Edition der GMS Fachzeitschrift für Hebammenwissenschaft, inklusive Verantwortung für den Übersetzungsprozess und Eingabe in eine Softwaremaske zur Online-Publikation
- ◆ Publikation der Supplements der Z Hebammenwiss
- ◆ Erstellung und Aktualisierung von ausfüllbaren PDF-Dateien
- ◆ Erstellung von Workflows für bestimmte Abläufe des Vorstandes oder Aufgaben
- ◆ Administration der Website und der Mail-Accounts der DGHWi sowie Entwurf von Texten für die Website
- ◆ Vorübergehende Übernahme des vakanten Amtes der/des Stellungsbeauftragten.

Elke Mattern M.Sc.

Das Amt der Schriftführerin

Ganz klassisch ist die Schriftführerin für das Verfassen, Abstimmen und Archivieren aller Protokolle nebst Anlagen zuständig. Für die Vorstandssitzungen und die Mitgliederversammlungen bereitet sie in Abstimmung mit den anderen Vorstandsmitgliedern die Tagesordnung vor. Zur Mitgliederversammlung holt sie in Abstimmung mit der Beauftragten für die Mandatsträger/innen Anträge und Berichte der Sektionen und Mandatsträgerinnen ein. Diese Schriftstücke hält sie den Mitgliedern in einem Ordner zur Einsicht bereit.

Eine ganze Reihe von typischen Aufgaben einer Schriftführerin übernimmt die Geschäftsstelle sehr selbstständig und kontinuierlich, z. B. die Information der Mitglieder und die Begrüßung neuer Mitglieder.

Jedes Vorstandsmitglied übernimmt zusätzliche Aufgaben. So habe ich in den zurückliegenden zwei Jahren an Stellungnahmen mitgewirkt, entweder durch das Erstellen oder die Redaktion von Texten oder durch die Moderation und Organisation der Arbeit von Expertinnen. Mehrmals habe ich die DGHWi bei anderen Organisationen vertreten, z. B. bei Anhörungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, aber auch bei der Bundesdelegiertentagung des DHV. An der Erstellung der Fachzeitschrift habe ich durch redaktionelle Arbeiten mitgewirkt. Diese „zusätzlichen“ Aufgaben hängen von den eigenen Interessen,

Möglichkeiten und Kompetenzen ab. Hier können sicher auch andere Schwerpunkte gesetzt werden. Auf jeden Fall ist das Mit- und Vorwärtsdenken hilfreich, um die Vorstandsarbeit und damit die ganze DGHWi voranzubringen.

Prof.in Dr. Dorothea Tegethoff MHA

Das Amt der Schatzmeisterin

Nach nur drei Jahren als Schatzmeisterin werde ich bei der Mitgliederversammlung am 15. Februar 2018 mein Amt niederlegen. Diese Entscheidung habe ich nach meiner Wahl zur Präsidentin des Deutschen Hebammenverbands getroffen. Die Schatzmeisterin/der Schatzmeister wird wie alle Vorstandsämter der DGHWi für zwei Jahre von der Mitgliederversammlung gewählt. Sie ist zuständig für den gesamten Zahlungsverkehr. Die Mitgliederverwaltung teilt sie sich mit der Mitarbeiterin in der Geschäftsstelle. Die Schatzmeisterin steht in engem Kontakt mit dem Steuerberaterbüro, das die Lohnbuchhaltung für die DGHWi durchführt. Darüber hinaus fällt die Ausfertigung und die Abwicklung von Verträgen ebenso in ihren Aufgabenbereich wie das Einholen von Kostenvorschlägen und die Beteiligung an der Organisation von Tagungen. Die Schatzmeisterin/der Schatzmeister arbeitet im Ehrenamt und ist in die gesamte Vorstandstätigkeit im Rahmen von Vorstandssitzungen und inhaltlicher Zuarbeit eingebunden. Wenn Sie sich über das Tätigkeitsfeld des Amtes detaillierter informieren möchten, aber auch, wenn Sie sich direkt zur Wahl aufstellen lassen wollen, kontaktieren Sie mich bitte unter schatzmeisterin@dghwi.de.

Ulrike Geppert-Orthofer M.Sc.

Das Amt der Beisitzerinnen

Der Aufgabenbereich der Beisitzerinnen unterteilt sich in zwei Schwerpunkte: Aufgaben als Mitglied des Vorstandes und spezielle Aufgaben.

Die Aufgaben als *Mitglied des Vorstandes* werden im online-Austausch oder in Präsenz-Vorstandssitzungen von allen Vorstandsmitgliedern konzipiert, diskutiert und entschieden. Manche Aufgaben werden von den Beisitzerinnen übernommen und umgesetzt. So können die Tätigkeiten der Beisitzerinnen folgendermaßen skizziert werden:

- ◆ Inhaltliche Aufgabenübernahme aus Vorstandssitzungen heraus
- ◆ Aufgabenübernahme zu aktuellen Anfragen, die von außen an den Vorstand herangetragen werden
- ◆ Organisation und Mitgestaltung der Mitgliederversammlung und der Internationalen Fachtagung der DGHWi
- ◆ Offizielle Dokumente der DGHWi vor der Veröffentlichung prüfen
- ◆ Durchsicht und Ergänzung der Protokolle von Vorstandssitzungen und der Mitgliederversammlung
- ◆ Aufgaben als Kontaktperson des Vorstands für eine Sektion der DGHWi
- ◆ ggf. Mitarbeit bei der Erstellung einer Stellungnahme.

Die *speziellen Aufgaben* werden in der Regel bei der Vorstandssitzung besprochen und verteilt, wie beispielsweise:

- ◆ Entwurf von Texten für die Fachzeitschrift (z. B. Editorial)
- ◆ Beteiligung an politischen Gremien
- ◆ Vertretung der DGHWi bei Einladungen mit Grußworten, Vorstellung der Fachgesellschaft, etc.

Dr. Gertrud M. Ayerle und Prof.in Dr. Lea Beckmann

Mitgliederdatenbank

Innerhalb der DGHWi sind die Zuständigkeiten so verteilt, dass der Aufgabenbereich eines jeden Vorstandsmitglieds und der Geschäftsstelle den jeweiligen Kompetenzen am besten entspricht. Nur so war und ist eine erfolgreiche Tätigkeit der DGHWi möglich.

Diese Arbeitsteilung führte jedoch auch dazu, dass unterschiedliche Wege der Kontaktaufnahme von und zu den Mitgliedern existieren. Das macht die Mitgliederverwaltung sehr aufwendig und – was noch schwerer ins Gewicht fällt – sehr fehleranfällig. Aus diesem Grund hat der Vorstand beschlossen eine Mitgliederdatenbank einzurichten. Auf diese haben die Vorstandsmitglieder – mit unterschiedlichen Rechten – Zugriff. Adressänderungen können von der Person eingepflegt werden, der diese mitgeteilt werden. Informationsverlust durch Weiterleitungen sollten so in Zukunft vermieden werden. Nach der möglicherweise durchaus aufwendigen Einarbeitungsphase erhoffen wir uns eine deutliche Arbeitserleichterung und eine bessere Außendarstellung – den Mitgliedern aber auch anderen Kooperationspartnern gegenüber. Die Mitgliederdatei kann gleichzeitig für die Buchführung und für den Versand von Briefen, Rechnungen, Bestätigungen und Mitglieds-

ausweisen genutzt werden. Auch die Verwaltung der Abonnements der Fachzeitschrift kann in Zukunft über die Mitgliederdatei vorgenommen werden.

In diesem Zusammenhang war es sinnvoll die Mitgliedsnummern zu verändern. Diese sind nun fünfstellig, so dass wir – wenn es auch noch ein bisschen dauern wird – auch auf das Überschreiten der 1000er Marke vorbereitet sind.

Wir haben uns für die lizenzierte Version von WISO-MeinVerein entschieden. Die Daten der Mitglieder werden auf einem Server innerhalb von Deutschland gespeichert. Es gelten selbstverständlich die deutschen Datenschutz- und Sicherheitsbestimmungen.

Für den Vorstand

Ulrike Geppert-Orthofer M.Sc.

Schatzmeisterin

Sozialversicherungsprüfung

Nachdem es der DGHWi in den vergangenen Jahren erfolgreich gelungen ist, in der Welt der Wissenschaft Fuß zu fassen, sind jetzt auch die Kontrollbehörden auf uns aufmerksam geworden.

So fand vom 19. bis 24. Juli 2017 die erste Sozialversicherungsprüfung der DGHWi in den Räumen der Steuerberater- und Anwaltskanzlei Feldmeier & Otte in Münster statt. Dabei wurde geprüft, ob wir in den Jahren 2014, 2015 und 2016 unserer Verpflichtung nachgekommen sind, Sozialversicherungsbeiträge abzuführen. Diese Prüfung ergab keine Beanstandungen. Da bisher jedoch noch keine Lohnsteueraußenprüfung stattgefunden hat, kann dies noch nicht als abschließendes Ergebnis gewertet werden. Sofern eine solche in der nächsten Zeit stattfindet, werden wir den daraus resultierenden Bescheid umgehend sozialversicherungsrechtlich auswerten oder auswerten lassen. Wir gehen davon aus, dass auch an dieser Stelle keine Beanstandungen festzustellen sein werden.

Ein weiterer Aspekt, der geprüft wurde, war unsere Vermögenssituation. Dabei wurde bescheinigt, dass die DGHWi über keine Wertpapiervereinbarungen verfügt, die gegen das Risiko der Insolvenz versichert werden müssten. Dieses Ergebnis ist wenig verwunderlich, da für die DGHWi ausschließlich mündelsichere Wertanlagen in Frage kämen.

Die Zeitschrift für Hebammenwissenschaft wird aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht als Verlag bewertet. Deswegen gelten für diesen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb die Bestimmungen der Künstlersozialkasse. Diese besagen, dass für publizistische und künst-

lerische freiberufliche Tätigkeiten Abgaben an die Künstlersozialkasse in Höhe von 5,2% des Honorars zu leisten sind. In diesem Zusammenhang stellte der Prüfer fest, dass für die Jahre 2014 und 2015 Nachforderungsansprüche in Höhe von insgesamt 148,20 € bestehen. Wir sind der Meinung, dass dieser Einschätzung ein Missverständnis zu Grunde liegt und haben gegen diesen Bescheid Widerspruch eingelegt. Die Tätigkeiten, die für das Erstellen der Fachzeitschrift in Auftrag gegeben wurden, stellen unserer Meinung nach ausschließlich Formatierungs-, Korrektur- und Versandtätigkeiten dar, die nicht der Abgabepflicht unterliegen. Der Widerspruch befindet sich derzeit in der Prüfung.

An diesem Beispiel wird die enorme Leistung der Kolleginnen deutlich, die für die Erstellung und Herausgabe der Fachzeitschrift verantwortlich sind. Nicht nur für die publizistischen Tätigkeiten werden keine Honorare vergeben, auch die darüber hinaus anfallenden gestalterischen Tätigkeiten werden ausschließlich im Rahmen von Vorstandsposten unentgeltlich erbracht. An dieser Stelle gebührt diesen Kolleginnen ein großer Dank.

Für den Vorstand

Ulrike Geppert-Orthofer M.Sc.

Schatzmeisterin

4. Internationale Fachtagung und 12. Mitgliederversammlung

Am 16. Februar 2018 findet von 10.30 – 17.30 Uhr die 4. Internationale Fachtagung statt. Das Motto „The academic midwife – practice and science“ bzw. „Akademisiertes Hebammenwesen – Praxis und Wissenschaft“ rahmt den Hauptvortrag von Frau Prof. Cecily M. Begley vom Trinity College Dublin in Irland und durchzieht weitere 6 Vorträge von Kolleginnen aus dem In- und Ausland.

Der Vorstand und das Organisationsteam freuen sich im Vorfeld der Tagung über die zahlreich eingereichten Abstracts. So können neben den Vorträgen mehr als 20 Poster in 3 Gruppen präsentiert werden. Weitere 15 Poster stehen den Teilnehmer/innen der Fachtagung während der Kaffeepause zur individuellen Betrachtung zur Verfügung.

Wie vor 2 Jahren werden die Vorträge simultan vom Englischen ins Deutsche und vom Deutschen ins Englische übersetzt. Neu ist die simultane Übersetzung der Poster, die in Gruppen präsentiert werden.

Auf den nächsten Seiten können Sie das Hauptprogramm in Deutsch und Englisch einsehen.

Der Veranstaltungsort ist die Katholische Hochschule Mainz (KH Mainz), Saarstr. 3, D-55122 Mainz. Das Organisationsteam, namentlich Annika Bode mit Maren Ohlde und Sonja Lindic, zwei Masterabsolventinnen des Studiengangs Gesundheit & Pflege der Katholischen Hochschule Mainz, bereitet die Tagung seit Wochen und Monaten engagiert

vor. Sie sind unter 4-int-fachtagung@dghwi.de für Ihre Fragen ansprechbar. Anmeldungen können noch bis 17.12.2017 über die E-Mail-Adresse erfolgen: 4-int-fachtagung@dghwi.de. Danach besteht die Möglichkeit, für die Teilnahme an der Fachtagung eine Tageskarte zu erwerben.

Die 12. Mitgliederversammlung der DGHWi findet am 15. Februar 2018, dem Vortag der Fachtagung, statt. Der Veranstaltungsort ist ebenso die Katholische Hochschule Mainz (KH Mainz), Saarstr. 3, D-55122 Mainz. Da sich im Jahr 2018 die Gründung der DGHWi zum 10. Mal jährt, wollen wir diesen Meilenstein im Rahmen der Mitgliederversammlung feiern.

Bitte senden Sie Fotos von vergangenen Gegebenheiten, Ereignissen und Begegnungen aus den vergangenen Jahren der DGHWi an die Geschäftsstelle unter geschaeftsstelle@dghwi.de. Wir wollen die Fotos gerne zum Erinnern und Erzählen im Kreise der anwesenden Mitglieder zur Ansicht nutzen.

Wir freuen uns über eine zahlreiche Teilnahme unserer Mitglieder, um gemeinsam eine kleine Feier zum Jubiläum zu begehen.

Für den Vorstand
Dr. Gertrud M. Ayerle
Beisitzerin

Location

The conference will be held at the
Katholische Hochschule Mainz (KH Mainz)
Saarstr. 3, D-55122 Mainz
Telephone number: (+49)-6131-289-44750
Website: www.kh-mz.de

The Katholische Hochschule Mainz can be reached on foot (700 m, 10 minutes) from the central train station (rear exit, near S-Bahn tracks). There are direct train connections from Frankfurt Hauptbahnhof (central station) and Frankfurt airport "Fernbahnhof" to Mainz Hauptbahnhof (central station).

Call for Abstracts

The call for abstracts for presentations and poster presentations begins in May 2017 and
ends on August 31, 2017.

Please use the forms available on the DGHWi website:
<https://www.dghwi.de/index.php/4th-international-conference>

Notification of acceptance will be given by the middle of October 2017.

The German and English abstracts (presentation or poster) which have been accepted will be published in a print version as a supplement to the Journal of Midwifery Science (Zeitschrift für Hebammenwissenschaft) and published online with GMS (German Medical Science open access e-journal).

Presenters (presentation or poster) must also pay the conference fee.



Deutsche Gesellschaft für
Hebammenwissenschaft

4th International Conference

**The academic midwife –
practice and science**

**Akademisiertes
Hebammenwesen –
Praxis und Wissenschaft**

February 16, 2018
10:30 am - 5:00 pm
Mainz (Germany)
Katholische Hochschule Mainz
(Catholic University of Applied Sciences Mainz)

Accommodation

A limited number of single rooms (65 €) and double rooms (80 €) are reserved until November 24 2017 for conference attendees at the Hotel Stiftswingert (extra beds can be added to rooms): <http://www.hotel-stiftswingert.de/>

Please provide the code "DGHWi conference" to reserve these rooms. It is also possible to book at nearby hotels, but it is advisable to book early.

Registration

The conference registration forms can be found on the **website** of the DGHWi by clicking on „4. International Conference“ in the menu. Please email or fax the completed form to the administrative office:

E-Mail: 4-int-fachtagung@dghwi.de
Fax: (+49)-5372-9718-78

Office of
the German Society of Midwifery Science
(Deutsche Gesellschaft
für Hebammenwissenschaft e.V.) - DGHWi
Janningsweg 4, D-48159 Münster
www.dghwi.de

4. Internationale Fachtagung der DGHWi

The academic midwife – practice and science

Akademisiertes Hebammenwesen – Praxis und Wissenschaft

am 16. Februar 2018, 10.30 – 17.30 Uhr

Katholische Hochschule Mainz (KH Mainz), Saarstr. 3, D-55122 Mainz

Programm

Ab 09.45 Uhr	Registrierung
10.30-11.00 Uhr	Begrüßung und Grußworte
11.00-12.45 Uhr	Keynote Merging practice and science to improve maternity care <i>Praxis und Wissenschaft gehen Hand in Hand zur Verbesserung der Hebammenversorgung</i> Prof. Cecily M. Begley, Chair, School of Nursing and Midwifery, Trinity College Dublin, Ireland
	Vortrag Geburtshilfliche Interventionsraten in Abhängigkeit von Fallzahl und Tageszeit <i>Obstetrical intervention rates depending on number of cases and time of day</i> Prof. Dr. Rainhild Schäfers, Dr. med. Björn Misselwitz
	Vortrag Lernen zu begleiten und begleitet zu werden. Doing bodies in der Hausgeburtshilfe in Deutschland <i>Learning to (be) attend(ed). Doing homebirth bodies in German midwifery care</i> Annekatriin Skeide M.A.
12.45-13.30 Uhr	Mittagspause
13.30-14.45 Uhr	Poster-Präsentation in 3 Gruppen
14.45-15.30 Uhr	Kaffeepause und freie Zeit für individuelle Posterbegehung
15.30-17.15 Uhr	Vortrag Ramadan in der Schwangerschaft in Deutschland: eine Umfragestudie zu Fastenverhalten und Kommunikation mit dem Fachpersonal <i>Ramadan during Pregnancy in Germany: a Survey Study about Fasting Behavior and Involvement of Medical Personnel</i> Fabienne Pradella M.Sc., Birgit Leimer M.Sc., Dr. med. Anja Fruth, Dr. med. Annette Queißer PD, Prof. Dr. Reyn van Ewijk PhD
	Vortrag Der Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung und Betreuungsdichte von Hebammen und der Inanspruchnahme von Analgesie- und Anästhesieverfahren - eine Sekundärdatenanalyse <i>The use of pain relief in childbirth and its association with the attendance and workload of midwives - A secondary analysis</i> Prof. Nina Knappe Ph.D., Prof. Dr. P. H. Friederike zu Sayn-Wittgenstein
	Vortrag The design, set up and preliminary findings of a pilot RCT on the management of prelabour rupture of membranes at term Lucia Ramirez-Montesinos MSc, RM, RGN, Soo Downe RM, PhD, OBE
17.15-17.30 Uhr	Vortrag Design und methodische Herausforderungen in der randomisiert kontrollierten, multizentrisch angelegten Studie „BE-UP“ zum Effekt der Geburtsumgebung auf das maternale und neonatale Outcome <i>Design and methodical challenges in the randomised controlled multicentre trial "BE-UP" evaluating the birthing environment's effect on maternal and neonatal outcomes</i> Dr. Gertrud M. Ayerle, Prof. Dr. Rainhild Schäfers, Elke Mattern M.Sc., Dipl. med. päd. Sabine Striebich, Dr. med. Gregor Seliger
	Zusammenfassung des Tages / Verabschiedung

4th International Conference

The academic midwife – practice and science

Akademisiertes Hebammenwesen – Praxis und Wissenschaft

16th February 2018, 10:30 am – 17:30 pm

Katholische Hochschule Mainz (KH Mainz), Saarstr. 3, D-55122 Mainz

Programme

From 09:45 hrs	Registration
10:30-11:00 am	Welcome address
	<p>Keynote Merging practice and science to improve maternity care Prof. Cecily M. Begley, Chair, School of Nursing and Midwifery, Trinity College Dublin, Ireland</p>
11:00-12:45 hrs	<p>Presentation Obstetrical intervention rates depending on number of cases and time of day <i>Geburtshilffliche Interventionsraten in Abhängigkeit von Fallzahl und Tageszeit</i> Prof. Dr. Rainhild Schäfers, Dr. med. Björn Misselwitz</p> <p>Presentation Learning to (be) attend(ed). Doing homebirth bodies in German midwifery care <i>Lernen zu begleiten und begleitet zu werden. Doing bodies in der Hausgeburtshilfe in Deutschland</i> Annekatriin Skeide M.A.</p>
12:45-13:30 hrs	Lunch break
13:30-14:45 hrs	Poster presentation in 3 groups
14:45-15:30 hrs	Coffee break and time for individual viewing of posters
	<p>Presentation Ramadan during Pregnancy in Germany: a Survey Study about Fasting Behavior and Involvement of Medical Personnel <i>Ramadan in der Schwangerschaft in Deutschland: eine Umfragestudie zu Fastenverhalten und Kommunikation mit dem Fachpersonal</i> Fabienne Pradella M.Sc., Birgit Leimer M.Sc., Dr. med. Anja Fruth, Dr. med. Annette Queißer PD, Prof. Dr. Reyn van Ewijk PhD</p>
15:30-17:15 hrs	<p>Presentation The use of pain relief in childbirth and its association with the attendance and workload of midwives – A secondary analysis <i>Der Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung und Betreuungsdichte von Hebammen und der Inanspruchnahme von Analgesie- und Anästhesieverfahren –eine Sekundärdatenanalyse</i> Prof. Nina Knappe Ph.D., Prof. Dr. P. H. Friederike zu Sayn-Wittgenstein</p> <p>Presentation The design, set up and preliminary findings of a pilot RCT on the management of prelabour rupture of membranes at term Lucia Ramirez-Montesinos MSc, RM, RGN, Soo Downe RM, PhD, OBE</p> <p>Presentation Design and methodical challenges in the randomised controlled multicentre trial "BE-UP" evaluating the birthing environment's effect on maternal and neonatal outcomes <i>Design und methodische Herausforderungen in der randomisiert kontrollierten, multizentrisch angelegten Studie „BE-UP“ zum Effekt der Geburtsumgebung auf das maternale und neonatale Outcome</i> Dr. Gertrud M. Ayerle, Prof. Dr. Rainhild Schäfers, Elke Mattern M.Sc., Dipl. med. päd. Sabine Striebich, Dr. med. Gregor Seliger</p>
17:15-17:30 hrs	Closure and Farewell

Sektionen

Sektion 'Geschichte des Hebammenwesens'

Seit 2010 arbeitet die Sektion, bestehend aus Studierenden, Praktikerinnen, Forschenden und Lehrenden, im Bereich Hebammengeschichte in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Die von der Anzahl der Mitglieder kleine Sektion versteht sich als Netzwerkerin und möchte dadurch die Forschung vorantreiben, geplante und bestehende Forschungsvorhaben im deutschsprachigen Raum miteinander in Kontakt bringen sowie (werdende) Hebammen in ihren Studien zur Hebammengeschichte unterstützen.

Gemeinsam haben wir einen Überblick über die verschiedenen Literaturdatenbanken publiziert, um diese Möglichkeiten, an spezielle Sekundärliteratur, alte Schriften und Abbildungen zu gelangen, in Hebammenkreisen bekannt zu machen. Wir sind beteiligt an den

Beiträgen zur Hebammengeschichte in einem der Lehrbücher, die von Hebammen herausgegeben werden, und schreiben kurze Artikel zu Themen aus dem weiteren Umfeld der Hebammengeschichte (Naegelregel, Auskultation, Handgriffe nach Leopold), damit sie im Unterricht Verwendung finden können.

Die Vernetzung findet auch auf der Verbandsebene statt, wie bspw. zur Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheits- und Pflegegeschichte.

Für die Sektion

Dr. Christine Loytved

Kontakt: geschichte@dghwi.de

Sektion 'Kind, Bindung und emotionale Entwicklung'

Den Blick auf den „Outcome“ verstärken

In den vergangenen Jahren haben die Hebammen viel zu kämpfen gehabt. Kampagnen zur Versorgung und die Akademisierung des Berufsbildes haben die engagierten Kräfte gebunden und gebündelt. Die Hebammenwissenschaft hat sich neben der medizinischen Forschung der Ärzteschaft etabliert und ist anerkannte Fachgesellschaft. Diese Bemühungen haben die engagierte Beschäftigung mit der kindlichen Perspektive in die zweite Reihe rutschen lassen, so dass sich bisher keine Mitglieder der DGHWi fanden, die Sektion mit wirklichem Leben zu füllen.

Insofern möchte ich diesen Beitrag nutzen, um aufzurufen, sich dieser „Outcome“-Perspektive neu zuzuwenden. Der Zeitpunkt dafür ist aktuell günstig. Die Hebammenwissenschaft hat wie keine andere die Möglichkeit, Brücken zwischen Pädiatrie, Geburtshilfe und Psychologie zu bauen. Richtet man nämlich den Blick auf die Kinder ist die emotionale Entwicklung einer ganzen Generation gefährdet.

Das große Repertoire von Screenings schon in der Schwangerschaft führt zu einem Projektionsverhalten der Eltern, die jede Störung und jede Behinderung ausschließen möchten, so dass sich schon heute Eltern von Kindern mit Down-Syndrom entschuldigen müssen, diese Kinder bekommen zu haben.

Aber auch alle anderen Kinder sind diesem Perfektionswunsch ausgesetzt und die medizinisch wenig aussagefähigen 3D- und 4D-Ultraschalluntersuchungen verhindern zunehmend das Hineinfühlen und Erspüren des Kindes, das für die pränatale Bindung so wertvoll ist.

Die dramatischste Entwicklung ist jedoch die hohe Kaiserschnitttrate, die nun allmählich von der Hirnforschung in Bezug auf Stressmuster und von der Pädiatrie in Bezug auf postnatale Erkrankungsrisiken kritisiert wird. Auch die Bindungsforschung wertet diesen Anstieg kritisch hinsichtlich der Risiken eines erschwerten Bindungsaufbaus durch

postoperative Folgen, wie z.B. die Trennung von Mutter und Kind oder postnatale Depressionen, die sich auf die emotionale Entwicklung auswirken können. Zusätzlich wird oftmals auch die wertvolle Stillbeziehung gefährdet.

Die Sektion könnte eine Kommunikationslücke schließen. Diese Erfahrung mache ich gerade am Runden Tisch „Geburt und Familie“ in Sachsen-Anhalt, wo ich die Arbeitsgruppe „Natürliche Geburt stärken“ leite. Aufklärung über Eingriffe während Schwangerschaft und Geburt nehmen noch kaum die langfristigen Wirkungen erschwerten Bindungsaufbaus am Lebensbeginn in den Blick. Hinweise auf die Folgen für das Kind und seine emotionale Entwicklung sickern erst allmählich in die Geburtshilfe ein.

Hebammen sind durch ihre besondere Position in der aufsuchenden Wochenbettbetreuung und ggf. in der erweiterten Nachbetreuung in der Lage, Ausgleich und Förderung für die Familien und den Säugling zu ermöglichen. Die DGHWi könnte dabei Vorreiterin sein und einerseits für diesen Teil der Hebammenarbeit werben und andererseits Forschungsergebnisse zusammen bringen, um Argumentationshilfen zusammen zustellen.

Für diese Aufgabe steht die Sektion bereit und sucht Mitglieder, die das Thema voranbringen wollen.

Für die Sektion

Dr. phil. Inés Brock

Kontakt: kontakt@ines-brock.de

Prioritäre Themen für die Forschung durch Hebammen: Eine Analyse von Fokusgruppen mit schwangeren Frauen, Müttern und Hebammen

Topics for research by midwives: an analysis of focus groups with pregnant women, mothers and midwives

Dr. Gertrud M. Ayerle¹, Elke Mattern M.Sc.¹

Abstract

Hintergrund: Bereits bei der Festlegung von Forschungsprioritäten sollte die Sichtweise der Nutzerinnen berücksichtigt werden. In Deutschland fehlt bisher eine nationale Agenda für Hebammenforschung.

Ziel: Identifizierung potenzieller Themenbereiche für die Hebammenforschung in Deutschland, die sich auf die Erfahrung von Frauen und die Einschätzung von Hebammen stützen.

Methode: Dieser Teil einer größeren hermeneutisch-interpretativen Studie stützt sich auf 14 Fokusgruppen, die in 5 Bundesländern stattfanden. Die 50 teilnehmenden Frauen und 20 Hebammen unterschieden sich in ihren Merkmalen, wie u.a. Alter, Bildung und Art der Hebammen-/fachärztlichen Versorgung. Potenzielle Forschungsthemen wurden in einer schrittweisen, progressiven Analyse aus den Daten abgeleitet.

Ergebnisse: Es ließen sich acht detailreiche Forschungsthemen identifizieren, die jeweils unterschiedliche Aspekte der Hebammenbetreuung beinhalten. Sechs der Themenbereiche (Beruf der Hebamme, Kompetenz der Hebamme, Hilfebedarf der Frauen, Entscheidungen evidenzbasiert treffen, Beratung/Anleitung durch die Hebamme, Betreuung durch die Hebamme) stellen inhaltliche Aspekte der gesundheitlichen Versorgung durch Hebammen dar. Dagegen benennen zwei Themenbereiche (Versorgungsdefizite und Versorgungsmodelle) eher strukturelle Defizite oder Potenziale.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse bilden eine empirische Grundlage für die Erarbeitung einer nationalen Forschungsagenda in Deutschland dar, die sich an den Bedürfnissen der Frauen orientiert.

Schlüsselwörter: Forschungsagenda, Forschungsthemen, Frauen, Präferenzen, Hebammenbetreuung

Hintergrund

Im Jahr 2011 empfahl der Gesundheitsforschungsrat, die Forschungstätigkeit zur Versorgung von schwangeren Frauen, Gebärenden, Wöchnerinnen und Müttern mit Säuglingen durch Hebammen weiter auszubauen [9], um die Handlungspraxis von Hebammen wissenschaftlich zu fundieren. Dafür ist – neben anderen Ausrichtungen – die Versorgungsforschung geeignet, die vier Bereiche umfasst: den Input (Bedarf, Inanspruchnahme), Throughput (Versorgungsstrukturen/-prozesse), Output (erbrachte Versorgungsleistungen) und das Outcome (Gesundheit/Lebensqualität) [15, S. 4].

Um die Entwicklung, Überprüfung und Implementation evidenzbasierter Versorgungsleistungen durch Methodenkenntnisse zu unterstützen, entwickelte Cochrane Deutschland in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. und anderen Akteuren einen forschungsmethodischen Leitfaden, welcher als ersten Schritt die Ermittlung von versorgungsrelevanten Gesundheits-

Background: Users' perspectives should be considered when deciding on research questions. In Germany a national agenda for midwifery research is lacking.

Objective: To explore potential research themes based on women's experiences of midwifery care in Germany and midwives' observations and perceptions.

Methods: This part of a larger hermeneutic-interpretive study analysed 14 focus group interviews conducted in five different federal states of Germany. The samples of 50 women and 20 qualified midwives were heterogeneous with regards to age, educational level, type of midwifery care received or provided, and other personal or professional characteristics, respectively. Research themes were derived from the participants' perspectives by analysing data in a step-by-step progressive procedure.

Results: Eight potential research themes were identified, each of which are rich in detail encompassing various aspect of midwifery care. Six themes (midwife's profession; midwives' competency; women's needs for support; evidence-based decision making regarding maternity care; counselling; and coaching by the midwife) focus on content of midwifery care, two themes represent structural features of care provision (deficits in maternity/midwifery care; and models of maternity/midwifery care).

Conclusion: The results lay an empirical foundation for the development of a national research agenda in Germany which takes into consideration women's subjective needs.

Keywords: Research agenda; research themes; women; needs; midwifery care.

problemen vorsieht [23]. Damit soll gewährleistet werden, dass keine unnütze Forschung (research waste) produziert [11], sondern Versorgungsprobleme, Interventionen und Outcomes untersucht werden, die für die Zielgruppen von vorrangigem Interesse sind. Auch Chalmers und Glasziou [4] und Chalmers et al. [3] fordern, dass bereits bei der Festlegung von Forschungsprioritäten – neben den Dienstleister/innen, die im unmittelbaren Versorgungsprozess Entscheidungen vorschlagen oder treffen – die Nutzer/innen der Versorgungsleistungen (users) selbst einbezogen werden [21]. Einen zielgerichteten Einsatz von Forschungsmitteln gebieten im weitesten Sinne das Recht der Klient/innen auf Selbstbestimmung (Autonomie) im Versorgungsgeschehen [24, S. 15-18] und die ethische Abwägung von Kosten und Nutzen.

Zur Bündelung und inhaltlichen Ausrichtung der (Versorgungs-) Forschung durch Hebammen in Deutschland wäre es für Forschende hilfreich, sich an einer nationalen Agenda orientieren zu können. Auf der Basis einer systematischen Recherche² (siehe Abbildung 1 am

Ende des Artikels) konnte festgestellt werden, dass bereits in Irland [2], Großbritannien [5][19], Australien [7][17], Afrika (Kenia, Malawi, Tansania, Uganda, Sambia und Zimbabwe) [12] und auf internationaler Ebene [20] Agenden für die Hebammenforschung erstellt wurden. Die meisten Studien zum „Agenda Setting“ [1] setzten Delphi-Verfahren ein [2][7][12] [19], jedoch kamen auch ein einmaliger Survey [17][20] oder Diskussionsgruppen zur Anwendung [5]. Vier Studien befragten Hebammen [7][12][17][20], eine Studie schloss Hebammen und Auszubildende ein [19], während nur zwei Studien ausschließlich [5] oder zusätzlich Mütter [2] befragten.

Ein Blick in die Primärliteratur gibt Aufschluss über die Vielfältigkeit der konkreten Forschungsfragen und -aspekte; nachfolgend werden die teils ähnlichen und teils unterschiedlichen Ergebnisse der Studien in vier Forschungsthemen zusammengefasst und kurz skizziert: Aus Sicht der Hebammen waren die im Forschungsbereich Hebammenbetreuung Schwangerenvorsorge [7][12][19] Geburtsvorbereitung [19][20], Betreuung während der Geburt [2][7][17][19], Qualitätssicherung einschließlich Notfall- und Transfermanagement [12][19], postpartale Betreuung [7] [17][19] sowie Evidenzbasierung und Bedeutung von Forschung für die Praxis [2][12][20] relevant. Ein besonderer Fokus wurde dabei auf die Betreuung physiologischer Prozesse [20], eine Frau-zentrierte Betreuung und Kommunikation [2][17], die Dokumentation [12], die psychosozialen Faktoren [17] sowie besondere Zielgruppen [12][17][20] gelegt. Im Forschungsbereich Versorgungsmodelle thematisierten die Hebammen Systeme der Versorgung [2][19] und den Hebammenmangel [12] sowie im Forschungsbereich Hebammenberuf die Rolle der Hebamme [19], berufliche Aspekte [2][7][17] und das Management der Hebammentätigkeit [19]. Im Forschungsbereich Aus- und Fortbildung wurde die lebenslange Fortbildung [2,12] hervorgehoben.

Die befragten Mütter (users/user representatives) betrachteten im Forschungsbereich Hebammenbetreuung die Themen Schwangerenvorsorge [5], Betreuung während der Geburt (Latenzphase, Geburts-einleitung und Kaiserschnitt) [2][5] und postpartale Betreuung (insbesondere die Ernährung des Kindes) [2][5] als bedeutsam. Als forschungsrelevant wurden auch die Aspekte Frau-Zentrierung [2] und kontinuierliche Betreuung [5], partizipative Kommunikation [5] und evidenzbasiertes Assessment von Risiken [5] eingeschätzt. Die Forschungsbereiche Versorgungsmodelle [5], Beruf der Hebamme [2][5] und Aus- und Fortbildung [2] wurden nur wenig detailliert thematisiert.

Anders als die vier oben benannten Forschungsbereiche, beschreibt das „Framework for quality maternal and newborn care“ von Renfrew et al. [18], das auf der Grundlage von Reviews entwickelt wurde und internationale Gültigkeit beanspruchen will, die gesundheitliche Versorgung durch Hebammen auf fünf Ebenen: Praxis/Tätigkeiten (wie Information, Beratung, Gesundheitsförderung), die Organisation der Versorgung, die Werte der Hebamme, ihre philosophische Ausrichtung und die Leistungserbringer/innen (z.B. ihre Kompetenzen und interprofessionelle Kooperation).

Ziel und Forschungsfrage

In Deutschland hatte eine Erhebung der Versorgungs- und Forschungs-prioritäten der Frauen und Hebammen zur Identifizierung ihrer vorrangigen Themen in der gesamten Breite der gesundheitlichen Versorgung durch Hebammen bisher nicht stattgefunden. Diese Lücke wurde durch die Studie mit dem Titel „Präferenzen und Defizite in der

hebammenrelevanten Versorgung in Deutschland aus Sicht der Nutzerinnen und Hebammen: Eine qualitative explorative Untersuchung“ geschlossen. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) förderte sie in den Jahren 2015-2016. Die Umsetzung der gesamten Studie basierte auf 4 Teilzielen: 1. die Wünsche und Bedürfnisse von Frauen kennen zu lernen, 2. die Sichtweise der Hebammen hinsichtlich der Wünsche von Frauen im Versorgungsgeschehen zu ermitteln, 3. die Perspektiven beider Zielgruppen zusammen zu führen sowie 4. aus den zusammengeführten Daten prioritäre Themen für die Forschung zur gesundheitlichen Versorgung durch Hebammen herauszuarbeiten. Die Forschungsfrage zum Teilziel 4, die in diesem Beitrag beantwortet wird, lautete: Welche vorrangigen Forschungsthemen lassen sich aus den subjektiven Sichtweisen der Frauen und Hebammen zu ihrer gesundheitlichen Versorgung ableiten?

Methodik

Design

In ihrer Gesamtheit untersuchte die Studie in Anlehnung an die Hermeneutik von Gadamer [8] explorativ und in zyklischem interpretativem Vorgehen die Versorgungspräferenzen und -defizite aus Sicht der Frauen und Hebammen. Die zentralen Prinzipien – Offenheit; Forschung als Kommunikation (Dialog mit dem Subjekt/Text); Prozesscharakter und Reflexivität (iterativer analytischer Prozess von den Einzelaussagen zu übergreifenden Sinnzusammenhängen und zurück); Explikation (Darlegung des Vorgehens) und Flexibilität [8][10] – ermöglichten es, die subjektiven Perspektiven sowie Einstellungen und Erfahrungen der Teilnehmerinnen in einem größeren Zusammenhang bzgl. ihres Inhalts, ihres Kontexts und ihrer Bedeutung auszuloten [16].

Zugang und Datenerhebung

Dazu wurden in mehreren Bundesländern 10 Fokusgruppengespräche (FG) mit insgesamt 50 Frauen und 4 mit 20 Hebammen geführt, digital aufgenommen und transkribiert. Das Forscherinnenteam informierte potenzielle Teilnehmerinnen durch Hebammen, Kliniken, soziale Netzwerke und relevante Verbände/Vereine. Die interessierten Frauen und Hebammen füllten vor der Einladung zum FG ein Formular aus, in dem neben wenigen soziodemografischen Angaben auch nach der Zufriedenheit mit der Hebammenbetreuung (Frauen) sowie nach der Berufserfahrung und den von ihnen angebotenen Leistungen (Hebammen) gefragt wurde. Diese Auskünfte dienten dem Zweck, die FG möglichst heterogen zusammen zu stellen. Um den Gesprächsfluss in den FG bestmöglich zu unterstützen, wurden sie klein (4-6 Personen) und hinsichtlich des Bildungsgrads homogen gehalten.

FG eignen sich für die Beantwortung der Fragestellung, da die Teilnehmerinnen im Gespräch ihre eigenen Sichtweisen vorbringen, die Gedanken und Erinnerungen der Gesprächsteilnehmerinnen anregen, reflektieren und dazu Stellung nehmen sowie ihre eigenen Auffassungen im Gesprächsverlauf schärfen können. Die Forscherinnen, die die jeweils ca. 2-stündigen FG moderierten, eröffneten das Gespräch mit offenen Fragen zu Erfahrungen der Frauen in ihrer gesundheitlichen Versorgung durch Hebammen. Auch in den FG mit Hebammen wurde erfragt, welche Bedürfnisse und Wünsche die Frauen in ihrer Versorgung haben und wo sich Defizite auf tun. Im Gesprächsverlauf wurde der Fokus, wenn nötig, durch immanente Nachfragen (W-Fragen) immer wieder auf die Forschungsfrage gerichtet [16].

Weitere Informationen zur Auswahl der Teilnehmerinnen sowie Durchführung der FG können der Publikation in BMC Pregnancy & Childbirth entnommen werden [13].

Stichprobe

Die beiden Stichproben schlossen 50 Frauen und 20 Hebammen aus fünf bzw. vier Bundesländern in Deutschland ein, darunter 15 schwangere Frauen (6 Erstgebärende, 8 Mehrgebärende) und 35 Mütter mit Säuglingen (22 Erstgebärende, 13 Mehrgebärende), von welchen 9 einen Hauptschulabschluss oder geringeren Bildungsgrad hatten (siehe Tabelle 1).

Von 15 Frauen, die eine Fehlgeburt oder ihr Kind zu einem späteren Zeitpunkt verloren hatten, besuchten 6 Frauen zum Zeitpunkt der Befragung eine Selbsthilfegruppe der „Leeren Wiege“. Sie und fünf Frauen, die in einem Mutter-Kind-Heim wohnten, bildeten jeweils eine eigene FG. Im Durchschnitt bewerteten die Teilnehmerinnen ihre Hebammenbetreuung mit der Note „gut“, allerdings waren auch Frauen darunter, die die Note 4 oder 5 vergaben (siehe Tabelle 2). Die Hebammen wiesen ein breites Spektrum an Qualifikationen, Berufsjahren und Tätigkeitserfahrung auf. Sie boten überwiegend Leistungen entsprechend des "Vertrags über die Versorgung mit Hebammenhilfe" nach §134a SGB V [6] an (siehe Tabelle 3).

Datenanalyse

In der Analyse zu den Teilzielen 1 und 2 der gesamten DFG-Studie wurden die FG der Frauen und der Hebammen getrennt analysiert. Im Arbeitsschritt 3 (Teilziel 3) führten die Forscherinnen die Sinneinheiten aus den vorigen Schritten zusammen, indem sie sie im größeren Kontext interpretierten und verdichteten (Ergebnisse siehe www.medizin.uni-halle.de/Hebammenversorgung). Dabei strebten sie ein mäßiges Abstraktionsniveau an, um den Facettenreichtum der Aussagen der Teilnehmerinnen und der extrapolierten Themen weitestgehend zu erhalten. Nachfolgend wird die Analyse zur Erreichung des Teilziels 4 dargestellt.

Wie in den vorangehenden Schritten nutzten die Forscherinnen die Software MAXQDA [22]. Sie stellten an die Ergebnistexte des Teilziels 3, die im Wesentlichen die Bedürfnisse, Wünsche und Erfah-

Tabelle 1: Merkmale der befragten schwangeren Frauen und Mütter (n=50)

Alter	N
<20 Jahre	2
20 – 24 Jahre	4
25 – 29 Jahre	9
30 – 34 Jahre	20
35 – 39 Jahre	9
≥ 40 Jahre	6
Höchster Schulabschluss	N
Ohne Abschluss	4
Haupt-/Volksschule	5
Realschule	8
Fachhochschulreife/ Abitur	9
Fachhochschule/ Universität	21
Anderer	3
Weitere Merkmale	N
Befragte derzeit schwanger (davon 6 Frauen zum ersten Mal)	15
Vergangene Schwangerschaft mit erhöhtem Versorgungsbedarf	16
Vergangene Schwangerschaft mit erhöhtem Versorgungsbedarf	16
Verlust des Kindes (inkl. Fehlgeburt) (15 Frauen)	23
Alleinerziehend	13

Tabelle 2: Angaben der befragten schwangeren Frauen und Mütter zu der von ihnen erhaltenen Schwangerenvorsorge/Hebammenbetreuung

Schwangerenvorsorge (n=50)	N
Durch Hebamme	2
Durch Gynäkolog/in	10
Durch Hebamme und Gynäkolog/in	38
Wochenbettbetreuung (n=44 Mütter)	N
Durch Hebamme	42
Beurteilung der Betreuung durch die Hebamme (Noten 1-6)	MW
In der Schwangerschaft (n=40)	1,91
Bei der Geburt (n=38)	1,63
Im Wochenbett (n=42)	1,81

inhaltslich verwandte Aspekte zusammenführen und große Themenbereiche in verschiedene Aspekte ausdifferenzieren. Die Autorinnen verständigten sich letztendlich gemeinsam auf inhaltlich zutreffende Bezeichnungen und Zuordnungen. In der Endfassung entstand ein Codebaum mit 8 potenziellen Forschungsbereichen mit jeweils 4-12 dazugehörigen Aspekten (siehe Abbildung 2).

Ethische Aspekte und Qualitätssicherung

Das gesamte Forschungsvorhaben erhielt ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg in Halle/Saale. Die erhobenen Daten und personenidentifizierenden Merkmale wurden pseudonymisiert und passwortgeschützt gespeichert.

Die methodische Qualität der gesamten Studie wurde mit dem Ziel einer möglichst hohen Treue zu den Sichtweisen der Teilnehmerinnen (im Sinne der Validität³ [8]), der Nachvollziehbarkeit und Reproduzierbarkeit der Interpretationsschritte sowie einer genauen Dokumentation des Vorgehens und der getroffenen Entscheidungen (im Sinne der Reliabilität¹ [8]) folgendermaßen gestützt [25]: heterogene Qualifikationen und Vorerfahrungen im Forschungsteam sowie die Formulierung und Reflexion der eigenen Vorannahmen zum Thema [8]; eine offene Herangehensweise im parallelen Datenerhebungs- und Analyseprozess; Interpretationen des Datenmaterials, die reflektiv, iterativ, unabhängig voneinander vorgenommen und im Team konsentiert wurden; Überprüfung der Arbeitsschritte durch ein jeweils nicht direkt involviertes Teammitglied; sowie eine sorgfältige Dokumentation.

Ergebnisse

Durch eine fokusgruppenübergreifende Zusammenführung und Verdichtung der Sinninhalte (siehe Methodik) gelangten die Autorinnen zu den nachfolgenden Ergebnissen. Dabei werden keine O-Ton-Zitate als Beleg für eine valide Interpretation angeführt, da Inhalte in FG typischerweise über längere Passagen ausgeführt werden und Inhaltsfragmente an verschiedenen Stellen der Gesprächsverläufe auftauchen.

Die acht gewonnenen potenziellen Forschungsbereiche werden nachfolgend in vier Abschnitten erläutert. Die ersten sechs Themenbereiche (a, b, c) stellen inhaltliche Aspekte der gesundheitlichen Versorgung durch Hebammen dar. Dagegen benennen die weiteren Themenbereiche (d) eher strukturelle bzw. systemische Defizite oder Potenziale. Auch wenn teilweise methodische Aspekte angesprochen werden, verkörpern sie an sich noch keine konkreten Forschungsfragen oder geben Hinweise auf spezielle Studiendesigns. Viele der benannten Forschungsthemen sind so komplex, dass zu einem Thema mehrere methodische Ansätze, ggf. aufeinander aufbauend [23], denkbar sind.

a. Beruf der Hebamme – Kompetenz der Hebamme

Zukünftige Forschung zum Thema **Beruf der Hebamme** kann aus Sicht der Frauen und Hebammen sowohl das *Selbstverständnis der Hebamme und ihre beruflichen Rollen* als auch die *personale bzw. professionelle Beziehung* zwischen Hebamme und Frau beleuchten. Dabei stehen für die Frauen die individuelle, auf die Bedürfnisse der jeweiligen Frau abgestimmte Beratung, Anleitung und Betreuung im Vordergrund. Genau in dieser *Klientinnen-Orientierung* bestehen auf Seiten der Hebammen *Herausforderungen*, die sich auf den erforderlichen hohen Zeitaufwand und – angesichts des bestehenden Hebammenmangels – die zu gewährleistende Vertretung durch eine Kollegin beziehen. Weitere Herausforderungen sind die vorherrschende Routine, technisierte Geburtshilfe, parallele Betreuung von mehreren Frauen und Hierarchie in der Klinik. Angesichts der abnehmenden Tendenz, selbstständig und eigenverantwortlich arbeiten zu können, könnten die *mangelnde Attraktivität des Hebammenberufs* und das *Selbstverständnis der Hebamme* von Interesse sein hinsichtlich der Rolle als Experte, Mentorin, Fürsprecherin und primärer Ansprechpartnerin.

Forschung, die die **Kompetenz der Hebamme** thematisiert, sollte sich aus der Sicht der Frauen sowohl auf die Fest-

stellung des *individuellen Versorgungsbedarfs* richten als auch auf die *Beratung*, wenn Mütter die Hebamme wegen *Auffälligkeiten des Säuglings* oder *sensibler Themen* ansprechen (z.B. unerwünschte Schwangerschaft, Bindungsschwierigkeiten, depressive Verstimmung). Schwangere Frauen wünschen sich die Evaluation von Maßnahmen für eine effektive Linderung ihrer schmerzhaften und (un-)typischen *Schwangerschaftsbeschwerden*. Sie fragen sich auch, welche Faktoren darüber entscheiden, eine *physiologische Geburt zu erleben*, und wie eine effektive Begleitung durch die Klinikhebamme aussehen könnte, um einer Frau eine selbstbestimmte Geburt zu ermöglichen. Ausgehend von den Erwartungen der Frauen, dass Hebammen ihre *Grenzen kennen und eine angemessene Hilfe im Notfall ermöglichen*, wäre zu untersuchen, welche Anzeichen und Strategien dafür zielführend sind. Für die postpartale Versorgung ist die Frage zu stellen, wie fundierte und detaillierte Kenntnisse der Hebamme zu alltagsbezogenen Fragen und Problemen rund um die Ernährung des Kindes (*Stillen, Abstillen, Formula und Beikost*) effektiv vermittelt und auf aktuellem Stand gehalten werden können.

b. Hilfebedarf der Frauen – Entscheidungen (evidenzbasiert) treffen

Das Forschungsthema **Hilfebedarf** sollte sich aus Sicht der Frauen auf praktische Hilfen und naturheilkundliche Mittel beziehen, die in der Schwangerschaft und im Wochenbett *Beschwerden lindern*. Weitere Aufmerksamkeit der Forschung verdient die Frage, wie von Hebammen der *besondere Hilfebedarf von Frauen* erkannt und adressiert werden könnte: z. B. von *Mehrgebärenden*, alleinerziehenden Frauen, Frauen mit gesundheitlichen Problemen, Frauen mit kognitiver Einschränkung oder Lernbehinderung, schwangeren Frauen mit Angst vor der Geburt, Müttern mit Bindungs- und Beziehungsschwierigkeiten, Frauen mit einer Fehlgeburt, aber auch Müttern nach dem Tod ihres Kindes. Zur (pränatalen) *Förderung der Mutter-Kind-Bindung* stellen sich die Fragen: Wie gelingt es, die Eltern in ihrer Beziehungsaufnahme zu ihrem ungeborenen Kind zu unterstützen und Feinfühligkeit zu entwickeln? Wie kann das Bonding nach einem Kaiserschnitt gefördert werden? – Darüber hinaus interessiert sowohl Frauen als auch Hebammen, wie unnötige (*medizinische*) *Interventionen* vermieden werden könnten.

Im Rahmen des Forschungsthemas **Entscheidungen (evidenzbasiert) treffen** sind Faktoren und Kontexte von Bedeutung, die zu einer *eingeschränkten oder durch Dritte verweigeren Entscheidungsmöglichkeit* der Frau führen, wie u.a. eine Risiko-Diagnose, mangelnde Evidenz oder Information über Entscheidungsoptionen, Erzeugung von Angst durch Hinweise auf mögliche Komplikationen, Loyalität der Frau mit ängstlichem Personal oder Fremdbestimmung. Es stellt sich die Frage, welche Interventionen zur *Gestaltung des Entscheidungsprozesses* sowie zur Verbesserung der *Beratungskompetenz der Hebamme* beitragen könnten. *Schriftliche Informationen*, die zu verschiedenen Themen (z.B. Mutterpass, Beckenboden, kindliche Regulationsstörungen, Prävention des plötzlichen Kindestods) evidenzbasiert erstellt werden, könnten hinsichtlich ihrer didaktischen Anwendung evaluiert werden.

Es wäre auch zu untersuchen, ob die Kompetenz akademisch qualifizierter Hebammen zur Einschätzung von Studien dazu führt, evidenzbasierte Maßnahmen anzuwenden und sich diesbezüglich auf Augenhöhe mit ärztlichen Teamkolleg/innen zu verständigen.

Tabelle 3: Merkmale und Leistungsangebote der befragten Hebammen (n=20)

Höchste Qualifikation	N
Hebammenexamen	9
Bachelor (versch. Fachrichtungen)	6
Master (versch. Fachrichtungen)	7
Tätigkeitserfahrung (Mehrfachnennungen)	MW (Jahre)
Klinikangestellte:	
Vollzeit (n=10)	3,0
Teilzeit (n=11)	13,9
Freiberuflich	
Vollzeit (n=8)	10,8
Teilzeit (n=16)	14,3
Bildungseinrichtung	
Vollzeit (n=1)	4,0
Teilzeit (n=2)	5,8
Leistungsangebote	N (Hebammen)
Entsprechend der Vergütungsvereinbarung:	
Hilfe bei Beschwerden in Schwangerschaft	15
Vorsorgeuntersuchungen	12
Geburtsvorbereitung	11
Betreuung bei der Geburt	6
Wochenbettbesuche	13
Rückbildung	8
Stillberatung/Beikosteinführung	14/13
Außerhalb der Vergütungsvereinbarung:	
Spezielle Einzelberatung	2
Gruppenangebote	6

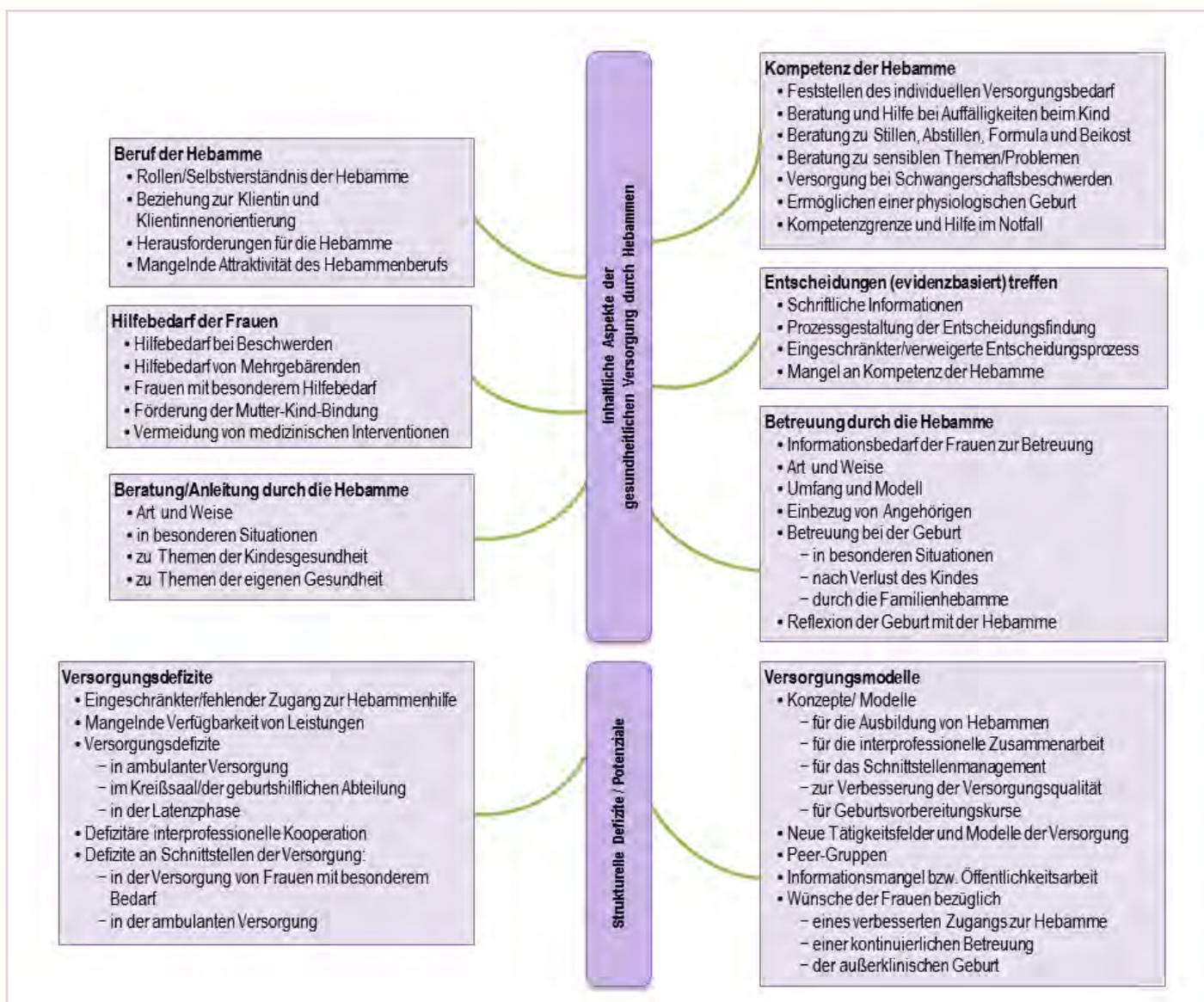


Abbildung 2: Codebaum mit Forschungsthemen und dazugehörigen Aspekten

c. Beratung/Anleitung durch die Hebamme – Betreuung durch die Hebamme

Zukünftige Forschung könnte sich auf die **Art und Weise der Beratung und Anleitung durch die Hebamme** richten, wie Hebammen unterstützt werden könnten, proaktiv und situationsgerecht den individuellen Beratungsbedürfnissen von schwangeren Frauen und Müttern (z.B. zu gesundheitsfördernden Verhaltensweisen, Abpumpen von Brustmilch) nachzukommen und ihre Motivation zu stärken. Die Verbesserung der Beratungskompetenz *in besonderen Situationen* und damit verbundene Maßnahmen sind wichtige Forschungsthemen, die sich aus Sicht von Frauen mit einem geringen Bildungsgrad oder Frauen mit Lernbehinderung ergeben. Es sollten diejenigen Beratungsthemen vorrangig in den Blick genommen werden, die die Frauen irritieren oder verwirren, wie beispielsweise „Känguruhen“ versus SIDS-Prophylaxe oder das Thema Terminüberschreitung. Weiterhin könnten qualitätsorientierte Kriterien erarbeitet werden, die die Frauen bei der Einschätzung von Informationen aus Büchern, dem Internet oder Apps heranziehen könnten.

Unter den zahlreichen Forschungsthemen zur *Kindesgesundheit* sind beispielhaft zu nennen: die Grundbedürfnisse eines Neugeborenen bzw. Säuglings, die Versorgung des Kindes in den ersten Tagen postpartum und im Verlauf seiner Entwicklung, die Bindungsförderung, Erkrankungen und Besonderheiten des Kindes sowie die unterschiedlichen Kursangebote für Babys. Weitere Beratungsthemen zur *Gesundheit der Frauen*, die inhaltlich und didaktisch in den „Forschungsblick“ genommen werden sollten, sind körperbezogene Veränderungen und Ausscheidungen während der Schwangerschaft und Geburt, Empfehlungen für die Ernährung und Supplementierung, Anzeichen für eine Wochenbettdepression, Fragen zur Sexualität und zum Beckenboden sowie die Unterscheidung von Prävention, Screening und Pränataldiagnostik.

Der *Informationsbedarf der Frauen* über die **Betreuung durch die Hebamme** stellt eine eigene Forschungsthematik dar. Der erforderliche *Umfang* der Hebammenbetreuung und *unterschiedliche Modelle* der Umsetzung könnten in Forschungsarbeiten exploriert werden. Die Betreuungsmodelle könnten hinsichtlich ihrer Klientinnen-Orientierung,

Nähe-Distanz-Dynamik in der Betreuung und Aktivierung des sozialen Netzes beleuchtet werden.

Die *Art und Weise* der persönlichen Anwesenheit der Hebamme, der Informationsvermittlung, der praktischen Anleitung und der emotionalen Unterstützung spielen für die Frauen eine wichtige Rolle. Diesbezüglich sind verschiedene Endpunkte (wie Gefühl der Überforderung, Entlastung von Ängsten und Sorgen, Körperwahrnehmung, Erreichen der gesteckten Ziele) sowie beeinflussende/vermittelnde Aspekte, wie Bemutterung, ausreichende Zeit und Mitbestimmung, für die Forschung relevant. Um im Alltag die Mobilisierung von familiären Ressourcen und Reduzierung von mütterlichem Stress zu erreichen, könnten Strategien zum *Einbezug von Angehörigen in die Beratung und Betreuung* evaluiert werden.

Ein wichtiges Thema ist für Frauen die *Betreuung während der Geburt*. Daher sollte untersucht werden, wie und mit welchen Mitteln Hebammen Frauen auch in der Klinik aktiv und vorausschauend begleiten können, um den Wehenschmerz zu bewältigen, unnötige Interventionen zu vermeiden und eine vaginale Geburt zu realisieren. Es müssen effektive Interventionen entwickelt und evaluiert werden, um bei der Geburt ihr Wohlbefinden und ihre Intimsphäre zu wahren. Empirische Studien sollten das Erleben bzw. Fehlen einer individuellen Hebammenversorgung bei *besonderen Situationen* in den Blick nehmen: einem Kaiserschnitt, vaginal operativen Interventionen, *nach Verlust des Kindes* sowie bei Bedarf einer Vermittlung an weitere fachliche Hilfe (z.B. Schreiambulanz, Ernährungsberatung, Seelsorge, *Familienhebamme*). Ob eine postpartale *Reflexion der Geburt mit der Hebamme* eine wirksame Maßnahme darstellt, um die Zufriedenheit mit der Geburt zu steigern und Erlebtes besser zu bewältigen, ist eine weitere Frage.

d. Versorgungsdefizite – Versorgungsmodelle

Das Forschungsthema **Versorgungsdefizite** erstreckt sich auf den *eingeschränkten bzw. fehlenden Zugang zur Hebammenhilfe*, die *mangelnde Verfügbarkeit von Hebammenleistungen* aufgrund des Hebammenmangels und der unterschiedlichen Leistungsangebote sowie auf *Defizite in der ambulanten Versorgung und in der geburtshilflichen Abteilung*. Aufgrund des bestehenden *Versorgungsdefizits in der Latenzphase* sollte empirisch untersucht werden, welche Implikationen und Folgen dieses Dilemma für die Frauen hat und welche Maßnahmen zu einer effektiven Hebammenversorgung in dieser Phase des Übergangs führen könnten.

Weitere Defizite treten in der *interprofessionellen Kooperation* sowie an den *Schnittstellen des Versorgungssystems*, intra- sowie transsektoral (z.B. zu Akteuren der Frühen Hilfen) auf. Daher könnten diesbezüglich Kommunikationsmuster, Handlungsorientierungen (z.B. Werte, Ziele) der beteiligten Professionen, die unklare Abgrenzung ihrer Kompetenzbereiche und mögliche Loyalitätskonflikte der Klientinnen erforscht werden. In Implementationsstudien könnten Interventionen für ein effektives interprofessionelles Schnittstellenmanagement vorrangig für *Frauen mit besonderem Versorgungsbedarf* überprüft werden, wie beispielsweise Frauen mit komplexen Problemen in der Schwangerschaft, Frauen mit geringer Lesekompetenz oder Lernbehinderung, psychisch erkrankte Frauen und Frauen in schwierigen sozialen und finanziellen Lebenssituationen.

Um eine flächendeckende Versorgung der schwangeren Frauen und Mütter durch Hebammen zu sichern, sollten – basierend auf bundesweit

repräsentativ erhobenen Daten – **neue Versorgungsmodelle** entwickelt und evaluiert werden. *Neue Konzepte für die interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit von Hebammen und Ärzt/innen* könnten darauf hin untersucht werden, ob dadurch eine evidenzbasierte Versorgung in der Klinik realisierbar wird. *Neue Tätigkeitsfelder und Modelle der Versorgung*, wie die ambulante Betreuung von Frauen in der Latenzphase, Hebammensprechstunden in Familien- oder interdisziplinären Versorgungszentren (auch durch Familienhebammen), Wochenbett- und Geschwisterkurse, die Betreuung im Spätwochenbett, der Einbezug der Partner/innen der Frauen in die Betreuung sowie die Versorgung von Müttern mit besonderen Bedürfnissen (z.B. psychisch kranken Müttern) sollten (u.a. in strukturschwachen Gebieten) evaluativ begleitet werden.

Für neu zu entwickelnde *Konzepte für Geburtsvorbereitungskurse* ist inhaltlich-didaktisch ein Mindeststandard an kognitiven Informationen, praktischen Übungen und Reflexionen zur Selbstbestimmung der Frau zu definieren und zu evaluieren. Dabei sind strukturell auch eine flexible Organisation und die Aspekte wie Praktikabilität oder Einbindung der Partner zu berücksichtigen. Darüber hinaus könnte die Erfahrung in *Peer-Gruppen* (z.B. Hebammen-moderierte Peer-Gruppen) und deren Wirkung auf die Selbstbestimmung der Frauen empirisch untersucht werden.

Grundsätzlich müssten breit angelegte Konzepte und Strategien entwickelt und evaluiert werden, die die *Informationsdefizite der Frauen* – die unterschiedlichen Hebammenleistungen und Versorgungsmodelle betreffend – beheben und ihrem Recht auf Entscheidungsfreiheit Rechnung tragen. Diesbezüglich würde interessieren, wie digitale Medien in der Versorgung wirksam genutzt und wie durch *Öffentlichkeitsarbeit* zur gesundheitlichen Versorgung durch Hebammen die Frauen spätestens in der Frühschwangerschaft erreicht werden könnten.

Weiteres Forschungspotenzial liegt in der Überprüfung unterschiedlicher (Hebammen-)Interventionen und der Erfassung von intendierten und nicht intendierten Auswirkungen. Diese Überprüfung könnte letztlich der *Verbesserung der Versorgungsqualität* der Frauen dienen, wie auch die Konsentierung von Qualitätsindikatoren und Standards sowie die Bildung von Hebammenteams oder überregionalen Hebammen-Netzwerken.

Für das *Schnittstellenmanagement innerhalb des Gesundheitssystems* und *transsektoral* (u.a. mit Akteuren der Frühen Hilfen) sind bedarfsgerechte Konzepte zu entwickeln und auszuwerten, die einerseits eine gute Informationsvermittlung (z.B. Checklisten, weitere Einträge im Mutterpass, Übergabeprotokolle), aber auch Maßnahmen vorsehen, um eine klare Abgrenzung von Hebammen- und ärztlichen Tätigkeiten zu erzielen.

In zukünftiger Forschung, die neue Versorgungsmodelle evaluiert, sollten explizit die *Wünsche der Frauen* berücksichtigt werden, die sich auf einen *verbesserten Zugang zur Hebamme* sowie die Ermöglichung einer *kontinuierlichen Betreuung und außerklinischen Geburt* beziehen.

Diskussion

Methodische Aspekte

Die interpretativ-hermeneutische Vorgehensweise erwies sich als konstruktiv. Sowohl die heterogene Zusammensetzung der FG in mehreren

Bundesländern als auch der Einschluss von Frauen mit geringem Bildungsgrad und besonderen Lebenssituationen stärken die Validität der Ergebnisse. Durch das mäßige Abstraktionsniveau blieben insgesamt relevante Details der Sichtweisen der Teilnehmerinnen erhalten. Die Tatsache, dass das Teilziel 4 der letzte Schritt einer Sequenz von vorherigen Analyseschritten war, ist einerseits methodisch schlüssig, andererseits aber – da hier nur die Methodik und Ergebnisse des Teilziels 4 vorgestellt wurden – müssen die Leser/innen auf andere Publikationen zu den Ergebnissen der Teilziele 1 bis 3 verwiesen werden (*nach Reviewprozess: Verweis auf BMC Pregnancy & Childbirth und Midwifery, sobald das Manuskript angenommen wurde*). Der „lange Weg“ von den Rohdaten zu den Ergebnissen kann zwar dahingehend kritisch betrachtet werden, dass in mehreren Analyseschritten möglicherweise Verzerrungen in der Interpretation stattfinden. Jedoch waren die vorherigen Analyseschritte unverzichtbar, um zunächst aus den FG die Bedürfnisse und Wünsche der Teilnehmerinnen im jeweiligen Kontext herauszuarbeiten und anschließend daraus vorrangige Themen für die Forschung zur gesundheitlichen Versorgung durch Hebammen abzuleiten.

Die zeitliche Beschränkung der Studie stellt eine Limitierung dahingehend dar, dass mit deutlich mehr Zeit für die Datenanalyse der Reflexionsgrad möglicherweise hätte vertieft werden können. Weiterhin ist denkbar, dass andere Forscherinnen in der Ableitung von Forschungsthemen vielleicht andere Formulierungen hätten finden oder zu einer anderen Zusammenfassung der Ergebnisse hätten gelangen können.

Inhaltliche Aspekte

Die Ergebnisse, d.h. die acht gewonnenen Forschungsthemen, stellen eine vorläufige Systematik dar, die sich vom theoretischen Rahmen „Framework for quality maternal and newborn care“, der von Renfrew et al. [18] beschrieben wurde, grundsätzlich unterscheidet. Zwar können die Themenbereiche unter a) inhaltlich der Framework-Ebene „Praxis/Tätigkeiten“ und die Themenbereiche unter d) der Framework-Ebene „Organisation der Versorgung“ zugeordnet werden. Aber die Themenbereiche *Hilfebedarf der Frauen* und *Kompetenz der Hebamme* repräsentieren Querschnittsaspekte, die in mehreren Framework-Ebenen impliziert sind. In einem zukünftigen Prozess zur Erarbeitung einer nationalen Forschungsagenda in Deutschland könnte allerdings dieser internationale theoretische Rahmen als Matrix herangezogen werden.

Die Ergebnisse repräsentieren Themen, die aus Sicht der befragten Frauen und Hebammen in Deutschland vorrangig sind [3][4][11]. Sie decken sich teilweise mit Themen, die in Agenda-Setting-Verfahren benannt wurden [2][7][12][17][19][20], wie die beruflichen Aspekte (inkl. der Aus- und Fortbildung), Versorgungsaspekte (Kompetenz der Hebammen, Betreuung), Hilfebedarfe (besondere Bedürfnisse, Entscheidungsprozesse) und systemischen Herausforderungen (Versorgungsdefizite, -modelle). Weitere Forschungsthemen, die für Frauen in Deutschland und im Ausland große Bedeutung haben, sind die Öffentlichkeitsarbeit, damit Frauen das Spektrum von Hebammenleistungen kennen, die Beratung und Anleitung durch die Hebamme, Interventionen zur Ermöglichung von evidenzbasierten Entscheidungen sowie der Einbezug von Angehörigen in die Betreuung [18]. Hebammen wissen zwar aus Erfahrung, dass Frauen die Betreuung durch eine Hebamme häufiger ab der zweiten Schwangerschaft wahrnehmen; neu

ist allerdings, dass dieses Phänomen damit in Zusammenhang stehen könnte, dass Frauen nicht ausreichend informiert sind. Insbesondere der Fokus auf evidenzbasierte Entscheidungen und familienorientiertes Arbeiten ist in der gesundheitlichen Versorgung durch Hebammen in Deutschland noch nicht weit verbreitet. Durch die Ergebnisse dieser Arbeit wird ihre Bedeutung für die Frauen als „Nutzerinnen der Versorgung“ hervorgehoben.

In ausländischen Studien [2][5] wird das Versorgungsdefizit von Frauen in der Latenzphase beschrieben, die in Deutschland sowohl in der Praxis als auch in der Forschung noch zu wenig Aufmerksamkeit erhalten hat. Die Forschung muss zeigen, welche zukünftigen Versorgungsmodelle das Dilemma für Frauen in der Übergangszeit von der Betreuung durch freiberuflich tätige Hebammen ohne geburtshilfliche Versicherung zur Betreuung in der Klinik auflösen können.

Des Weiteren deckte die Analyse den speziellen Hilfebedarf von vulnerablen Frauen auf, zu welchen insbesondere alleinerziehende Frauen, Frauen mit geringem Bildungsgrad oder in besonders belastenden Lebenssituationen sowie Mütter, die den Verlust ihres Kindes betrauern, zählen. Ihre Bedürfnisse müssen in zukünftiger Forschung dringend Beachtung finden. Es wäre beispielsweise zu untersuchen, inwieweit Angehörige oder das soziale Umfeld wirksam in die Versorgung einbezogen werden könnten. Problematisch in der Umsetzung könnten sich allerdings der derzeitige Hebammenmangel und die pauschalierte, d.h. wenig differenzierte Bezahlung von Hausbesuchen erweisen.

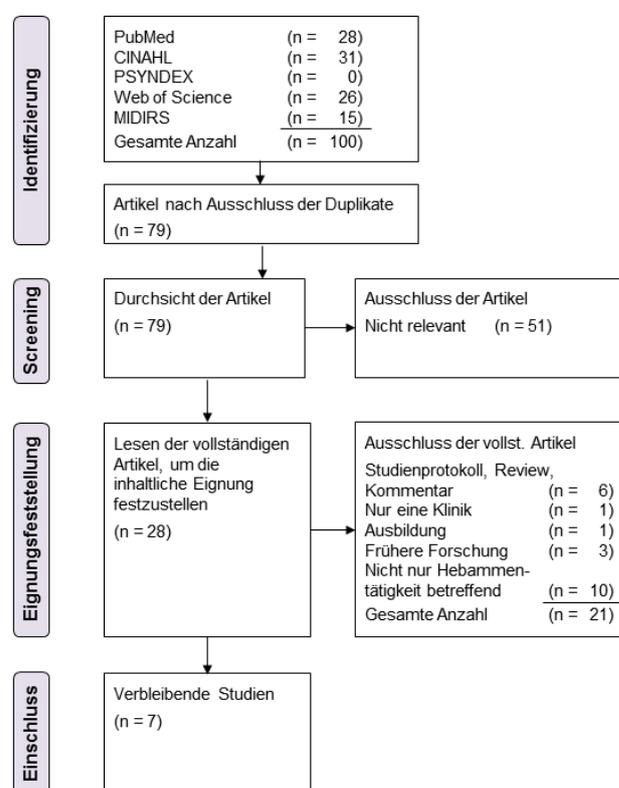


Abbildung 1: Literaturrecherche zur Identifizierung von europäischen Forschungsarbeiten, die das Ziel verfolgten, eine Agenda für Hebammenforschung zu entwickeln [14]

Hinsichtlich der intra- und transsektoralen Zusammenarbeit liegt der Fokus der Forschungsthemen insbesondere auf der interprofessionellen Ausbildung, dem Schnittstellenmanagement und der Verbesserung der Versorgungsqualität durch Hebammennetzwerke. Diese Aspekte könnten in neuen Modellen der Versorgung, wie Familien- oder interdisziplinären Versorgungszentren, evaluiert werden.

Andere Forschungsthemen, die für Frauen in Deutschland relevant sind, beziehen sich auf die Beratungskompetenz der Hebammen bei sensiblen Themen sowie auf die Versorgung von Frauen mit schmerzhaften Beschwerden und von Säuglingen mit Auffälligkeiten. Neben Forschung zur Wirksamkeit von Betreuungsmaßnahmen und der Implementierung von evidenz-basierten Interventionen könnte die Nützlichkeit von Fortbildungsinhalten und didaktischen Konzepten für die Praxis geprüft werden.

Schlussfolgerung

Diese Forschungsarbeit leitete Forschungsthemen aus den subjektiven Sichtweisen der Frauen und Hebammen zur gesundheitlichen Versorgung ab. Die Ergebnisse stellen eine empirische Grundlage für die

Entwicklung einer nationalen Forschungsagenda dar, die sich an den Bedürfnissen der Frauen orientiert. Zukünftig ist dafür ein Konsensierungsprozess erforderlich, der neben Forscherinnen wiederum Nutzerinnen einschließt. Ein solches Fortsetzungsprojekt ist derzeit in Planung.

² Um einen systematischen Überblick zu gewinnen, wurde eine Recherche in den Datenbanken PubMed, CINAHL, PSYINDEX, Web of Science Core Collection und MIDIRS am 10.03.2017 durchgeführt mit der Syntax "research OR Delphi study OR R&D" AND "agenda OR priority setting OR priorit* OR schema OR program* OR criteria OR initiative OR national OR consensus" AND "midwi* OR maternity care" in Titel und Abstract. Von den erzielten Treffern, wurden diejenigen Veröffentlichungen eingeschlossen, die einen Prozess der Agenda-Erstellung für die Hebammenforschung auf überregionaler, nationaler oder internationaler Ebene beschrieben. Ausgeschlossen wurden Briefe, Kommentare, Reviews oder Studienprotokolle sowie Studien, die sich nur auf eine einzelne Einrichtung beschränkten oder Studien, die sich nicht (nur) auf die Hebammenforschung oder -tätigkeit bezogen (siehe Abbildung 1).

³ Die Gütekriterien Validität und Reliabilität werden hier nicht als klassische Gütekriterien der quantitativen Forschung, sondern als globale Konstrukte verstanden, die sich in der qualitativen Forschung anders konstituieren als in der quantitativen Forschung.

Institution: ¹ Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Halle/Saale.

Interessenkonflikt: Die Autorinnen erklären, dass die Studie durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) finanziell gefördert wurde. Die DFG hatte keinen Einfluss auf das Studiendesign, die Datenerhebung und -analyse, die Abfassung des Manuskripts und die Entscheidung, das Manuskript zur Publikation einzureichen. Dr. Gertrud M. Ayerle und Elke Mattem MSc. sind Vorstandsmitglieder der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. und Mitglieder des Deutschen Hebammenverbands e.V. (bzw. der entsprechenden Landeshebammenverbände).

Review-Verfahren: Eingereicht am: 5.6.2017, angenommen am: 25.9.2017.

Kontakt: gertrud.ayerle@medizin.uni-halle.de

Literatur:

1. Bibliographisches Institut GmbH. „Agenda“ auf Duden Online. Verfügbar unter/available from: <http://www.duden.de/suchen/dudenonline> [Zugriff/cited Oct 2017]
2. Butler MM, Meehan TC, Kemple M, Drennan J, Treacy M, Johnson M. Identifying research priorities for midwifery in Ireland. *Midwifery*. 2009;25(5):576-87. DOI: 10.1016/j.midw.2007.08.004
3. Chalmers I, Bracken MB, Djulbegovic B, Garattini S, Grant J, Gulmezoglu AM, et al. How to increase value and reduce waste when research priorities are set. *Lancet*. 2014;383(9912):156-65. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62229-1
4. Chalmers I, Glasziou P. Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. *Lancet*. 2009;374(9683):86-9. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60329-9
5. Cheyne H, McCourt C, Semple K. Mother knows best: developing a consumer led, evidence informed, research agenda for maternity care. *Midwifery*. 2013;29(6):705-12. DOI: 10.1016/j.midw.2012.06.015
6. Deutscher Hebammenverband e.V., Spitzenverbände der Krankenkassen. Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V. 2015. Verfügbar unter/available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/Hebammen_Vertrag_nach_134a_SGB_V_in_der_Fassung_des_Schiedspruchs_2015.pdf [Zugriff Okt 2017]
7. Fenwick J, Butt J, Downie J, Monterosso L, Wood J. Priorities for midwifery research in Perth, Western Australia: a Delphi study. *Int J Nurs Pract*. 2006;12(2):78-93. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2006.00554.x
8. Fleming V, Gaidys U, Robb Y. Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian-based research method. *Nurs Inq*. 2003;10(2):113-20. DOI: 10.1046/j.1440-1800.2003.00163.x
9. Gesundheitsforschungsrat. Empfehlung. Forschung in den Gesundheitsfachberufen –Potentiale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. 2011. Verfügbar unter/available from: http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/GFR-Empfehlung_Gesundheitsfachberufe.pdf [Zugriff Okt 2017]
10. Lamnek S, Krell C. *Qualitative Sozialforschung* (6. Auflage). Weinheim: Beltz; 2016.
11. Macleod MR, Michie S, Roberts I, Dirnagl U, Chalmers I, Ioannidis JP, et al. Biomedical research: increasing value, reducing waste. *Lancet*. 2014;383(9912):101-4. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60561-4
12. Maimbolwa M, Omoni G, Mwebaza E, Chimwaza A. A Delphi survey to determine midwifery research priorities among midwives in sub-Saharan Africa. *Afr J Midwifery Women's Health*. 2015;9(1):6-11. DOI: 10.12968/ajmw.2015.9.1.6
13. Mattem E, Lohmann S, Ayerle GM. Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):389. DOI: 10.1186/s12884-017-1552-9
14. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009;6(7): e1000097. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000097
15. Pfaff H, Schrappe M. Einführung in die Versorgungsforschung. In: Pfaff H, Neugebauer EAM, Gläse G, Schrappe M, Hrsg. *Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik – Methodik – Anwendung*. Stuttgart: Schattauer; 2010. S. 4.
16. Przyborski A, Wohlrab-Sahr M. *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*. (4. erweiterte Auflage). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag; 2014.
17. Reid J, O'Reilly R, Beale B, Gillies D, Connell T. Research priorities of NSW midwives. *Women Birth*. 2007;20(2):57-63. DOI: 10.1016/j.wombi.2007.03.001

18. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. 2014;384(9948):1129-45. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60789-3
19. Sleep J, Clark E. Major new survey to identify and prioritise research issues for midwifery practice. *Midwives Chron.* 1993;106(1265):217-8.
20. Soltani H, L.K. L., Duxbury A, Schuiling KD. Global midwifery research priorities: an international survey. *Int J Childbirth.* 2003;320(7231):380-1. DOI: 10.1891/2156-5287.6.1.5
21. Tallon D, Chard J, Dieppe P. Consumer involvement in research is essential. *BMJ.* 2000;320(7231):380-1. DOI: 10.1136/bmj.320.7231.380
22. VERBI Software. Consult. MAX Qualitative Daten Analyse 10. Sozialforschung. Marburg/Berlin. 2011.
23. Voigt-Radloff S, Stemmer R, Korporal J, Horbach A, Ayerle G, Schäfers R, et al. Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. 2016. Verfügbar unter/available from: <https://freidok.uni-freiburg.de/fedora/objects/freidok:10702/datastreams/FILE1/content> [Zugriff Okt 2017]
24. Wiesemann D, Simon A, Hrsg. Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen - Praktische Anwendungen. Münster: Mentis; 2013. S.15-18.
25. Whittemore R, Chase SK, Mandle CL. Pearls, Pith, and Provocation: Validity in Qualitative Research. *Qualitative Health Research.* 2001;11(4):522-537.

Combining grounded theory and biographical research in midwifery science

Methodenkombination in der Hebammenwissenschaft: Grounded Theory und Biographieforschung

Christine Wehrstedt, M.Sc. Midwifery^{1,2}, Univ.-Prof. Dr. Wilfried Schnepf¹, Prof. Dr. Babette Müller-Rockstroh²

Abstract

Aim: This article presents an innovative methodological approach – the combination of grounded theory and professional biographical research – with the potential to create a typology of midwives and to reconstruct individual out-of-hospital career pathways. These initial results of an ongoing PhD study of midwives' career-related decision making processes regarding leaving or continuing to provide out-of-hospital obstetric care in Germany will serve as an example to demonstrate the value and relevance of the proposed combination - for the young discipline of midwifery science and regarding as yet unexplored aspects of professionalism in midwifery.

Methodological relevance of the project: The profession 'midwife' is an under-researched topic in Germany, even more so within the qualitative paradigm. The increasing number of midwives leaving the profession, and in particular out-of-hospital-obstetric care, has resulted in a shortage of midwifery services. So far, however, there is hardly any empirical information available in Germany as to why midwives enter, remain in or leave this field. Gaining insights into factors influencing midwives' decisions in this regard is as relevant to health science as it is to health policy. New methodological approaches are required to untangle the complexity of midwives' professional development. The methodological combination presented here provides an emic perspective and knowledge of the structural factors within which professional pathways unfold.

Keywords: grounded theory, biographical research, out-of-hospital birth/obstetrics, midwifery research methodology.

Ziel: Dieser Artikel stellt einen innovativen methodischen Zugang vor, um verschiedene Professionstypen unter den Hebammen herauszuarbeiten sowie individuelle Karriereverläufe außerklinisch tätiger Hebammen zu rekonstruieren: eine Kombination von Grounded Theory und Berufsbiographieforschung. Erste Ergebnisse einer laufenden Dissertation zu Entscheidungsprozessen von Hebammen, außerklinische Geburtshilfe anzubieten oder diese zu verlassen, dienen als Beispiel, um Sinn und Relevanz dieses neuen methodischen Zugangs zu erläutern. Damit kann empirisches Wissen aus emischer Sicht zum bislang qualitativ wenig erforschten Berufsstand Hebamme generiert werden. Gleichzeitig reichert die Kombination die Vielfalt methodologischer Herangehensweisen der jungen Disziplin Hebammenwissenschaft an.

Methodische Bedeutung des Projektes: Die zunehmende Zahl an Hebammen, die aus dem Beruf und insbesondere aus der außerklinischen Geburtshilfe aussteigt, resultiert aktuell in einen Hebammenmangel. Bislang gibt es noch kaum empirische Information in Deutschland, warum Hebammen in diesen Tätigkeitsbereich einsteigen, hierin verbleiben oder wieder aussteigen. Einblicke in derartige Entscheidungsprozesse von Hebammen zu bekommen, ist sowohl für die Gesundheitswissenschaft wie auch für die Gesundheitspolitik ein wichtiges Unterfangen. Um der Komplexität der Berufsverläufe von Hebammen gerecht zu werden, sind neue methodische Zugänge erforderlich. Die hier vorgestellte Methodenkombination deckt emische Perspektiven auf, verknüpft diese mit strukturellen Faktoren und entfaltet in diesem Geflecht gegenwärtige Hebammenberufsverläufe.

Schlüsselwörter: Grounded Theory, Biographieforschung, außerklinische Geburtshilfe, qualitative Hebammenforschung, Hebammenwissenschaft.

A new approach within midwifery science

This article presents a new approach for examining midwifery career paths from an emic perspective by combining two approaches: grounded theory methodology in line with Charmaz and biographical research [5][11]. The focus of our research, which falls within the scope

of a PhD thesis, is on decision-making and professional biographical processes and transitions of midwives who attend out-of-hospital births. Hereby we consider the background of rapid current changes, primarily the current academisation process and health policy crises. We are interested in how midwives make initial and ongoing decisions

about how to shape their professional career, how they transform their decisions into practice, and how professional biographies develop over the years. Emphasising an emic perspective allows us to sketch out how midwives themselves present their professional situation, associated values, changes and turning points. We focussed on those issues as they seem to influence career paths and decisions on shaping one's professional development [11]. A qualitative research paradigm presents the most suitable method to answer questions about why and how biographical processes and transitions develop. Moreover, it serves to evoke an emic perspective on how midwives themselves evaluate their professional situation and construct associated professional values [17, pp. 155-69]. Developing a methodological approach to capture the complex situation under investigation – that is to reveal motives and driving forces for entering or remaining in a personally and professionally highly demanding setting – is crucial, both politically as well as scientifically. As Kahl states, midwifery science, particularly in Germany, still lacks its own fundament and draws on other sciences such as nursing, instead of discussing and developing its own methodological approaches [14, pp. 206-12]. The proposed combination of grounded theory methodology with biographical research, as we will show in the following sections, serves to highlight turning points in professional biographies and the development of strategies within differing personal and professional contexts. The results of the study will be presented in subsequent publications, thus only a few illustrating examples are provided within the scope of this article.

Betwixt and between – developing a research methodology to analyse midwives' professional pathways

Social science including grounded theory is primarily interested in larger social systems, their stability versus change, or partial developments and coherencies within those [9, p. 82]. In contrast to this approach, biographical research places the personal much more centrally. Biographical research considers the individual experience of one's personal life course relevant for constructing theories [18]. For our research interest, both components are essential. Combining grounded theory methodology according to Charmaz with elements from biographical research appeared suitable [5][22]. We combine the advantages and opportunities of both approaches to reconstruct professional biographies of midwives and to present the individuality embedded in the transitional development of the larger professional group. For our project, the most suitable approach is the conceptualisation of how people and structures are interlinked [22]. We aim to demonstrate which resource-oriented changes and support midwives may need under various conditions to remain in the profession. The chosen approach allows us to analyse subjective perceptions, constructions, interpretations and action strategies [18]. On this basis, transferability to the collective professional level can be assumed [11].

Grounded theory is a methodology which strives to generate theories 'grounded' in the data, as opposed to verifying or rejecting prefabricated hypotheses [10][19][20]. Defining elements of grounded theory are the constant comparison, an inductive construction of analytic codes and categories from the data, and theoretical sampling with the aim of constructing a theory [15], without being representative of the wider population [5, p. 214][20]. Whereas the founding fathers of the

methodology in the 1960s, Strauss and Glaser, assumed that data derived theories are independent from the researcher, Charmaz emphasises that researchers are part of the world they study and the data they collect. According to her constructivist approach, objective realities cannot be detected as they do not exist; rather, we construct individual realities. Thus, Charmaz does not deny the existence of reality, but stresses that everything detected is influenced by previous experiences and knowledge. [4][5, p. 13]. This focus on the emic perspective of the participants, parallel to making preconceptions explicit, suits our research intention and nicely combines with a central focus on biography.

Biographical research, in turn, comprises a variety of methods and strategies which may be individually combined and adapted [9, pp. 85-127][22]. Our study focuses on problem-specific modes of action in particular professional areas. It is therefore concerned with the systematic comparison of different modes of action and aims to analyse how individuals respond to certain challenges [22]. This approach sees the interviewee as an emancipated person who expresses his/her own experiences instead of being a researched object [16]. According to Schütze [18] and Hermanns [11], there are three types of processual structures which can be applied to personal and professional biographies: intentionally determined careers, predetermined careers, and courses. An intentionally determined career is shaped by an active subject following intrinsic motives. Decisions are made consciously, planned, and implemented, using resources expediently. A predetermined career is characterised by following extrinsic expectations and aims to fulfil institutional norms. A course implies suffering; the individual feels s/he has no choice, living in conditions s/he neither likes nor has the ability to influence. However, our preliminary results demonstrate that this model needs adaptation. Depending on surrounding conditions, the career type might change. For example, we found that following an intentional determination can utilise so much power and resources that an individual retreats. The opposite is also possible: an individual has the option of emancipating him or herself from a course or predetermination, identifying his/her priorities and living up to them. Thus, our participants did not always demonstrate a linear professional biography, but one subject to change. Placing the individual in the centre against the backdrop of developments of the larger group is a core element of our methodological triangulation. In contrast to Baldus, who also combined grounded theory and biographical research, examining a critical incident within the transition to parenthood, and thus the personal life course [1], the focus of our project is primarily on *professional* biographical developments.

Population and sampling strategy

The sampling strategy of the combined methodology aims to enable the presentation of comprehensive pictures of individual career biographies as well as to demonstrate categorical results which have a degree of transferability within the population. Therefore, theoretical sampling was applied to our project, in line with grounded theory. Theoretical sampling is sometimes used in biographical research, but weaker sampling strategies such as snowball sampling are common [9, pp. 235-45]. We believe that theoretical sampling offers a broader range of participants, and therefore applied this method to gain richer data. Inclusion and exclusion criteria were developed within our research interest and the

first participants recruited. Our interviewees are midwives who attend births at home or in midwife-led birth centres, or those who have left this sector within the four years prior to the beginning of recruitment. 23 midwives have been interviewed since July 2015. After conducting and simultaneously analysing initial interviews, we gained an understanding of the phenomenon, including the close relationship between personal and professional biographies. We therefore chose participants whose personal circumstances contrasted with those already interviewed, for example in terms of different living areas (rural versus metropolitan), different family models and number of children, different work models (e.g. team or sole practitioner) or varying networking and social support situations. This enabled us to maximise contrasts and dimensions and to potentially reach deviant cases [3, pp. 57-8]. Currently the focus is increasingly on midwives who remain in the profession and their strategies for dealing with professional and personal challenges. This approach will aid in identifying potential strategies and thus benefit other midwives. Nevertheless, the perspective of those who leave is relevant to determine needs currently not being met and enable the development of strategies to retain more midwives in private practice.

Data collection

Problem centred interviews (PCI) are a useful data collection tool with which to reconstruct and contrast biographical orientations and action models in the health sector. PCIs are common in grounded theory studies as well as in biographical research [21], which makes them particularly useful for this combination of methods. As they allow participants to narrate freely and for as long as they wish [21], PCIs enable the establishment of trusting conversational situations oriented towards what the participant finds meaningful [16]. The use of open questions is essential for discovering personal patterns of subjectivity [13], thus reflecting rich emic perspectives. Usually the interviewer begins the conversation with an open introductory question which aims to stimulate rich narrative data. Hereafter, an interview guideline is introduced with open-ended questions designed to specifically explore aspects which have been identified in the literature and from other sources of knowledge; answers from previous participants are also incorporated [21]. These ad hoc questions allow the interview to flow naturally, thus maintaining a natural and sensitive conversational situation. In our specific project, the rich narratives served to gain a source of multiple facets in complex decision-making processes and in detecting personal skills in the generation and utilisation of resources to make one's professional biography work [12]. The interviews were recorded digitally and transcribed according to Dresing and Pehl [7]. Notes/memos were then made, usually on the same day of the interview. This is another important element in the selection of further participants, and a first analytic step [5, pp. 162-91]. A brief questionnaire on demographic data also supports our sampling strategy.

Data analysis

Data analysis is undertaken from two perspectives and on different levels to serve the combined approach. First, analysis according to grounded theory is undertaken as follows: data coding and the development of concepts focusing on individual turning points in order to construct categories. The collection and analysis of data are performed

simultaneously, going back and forth [5, p. 15]. In biographical research, however, systematic thematic analysis, cross-cutting analysis, or sequential analysis according to Schütze (in the purely narrative approach) are utilised [9][18]. In Schütze's approach, a single or very small number of cases are common for a study; this approach is therefore not appropriate for the larger number of participants required for our research. On the other hand, cross-cutting analysis, which is used for larger cohorts, tends to remain more superficial than analysis according to grounded theory [9]. For this reason, we initially chose to primarily apply grounded theory analysis and add Schütze's core elements in order to focus on turning points, signs of insecurities, inconsistencies and the processual structure of cases [18]. This enabled the inclusion of as much depth as possible, at the same time as allowing transferability to the greater group under investigation.

Coding is a core aspect of both methods and constructs the framework within which the data driven theory is construed. Coding defines what happens in the data behind the obvious phenomena and aims to capture the meaning in terms of more general concepts [5, pp. 113-5]. For the initial phase of our research we chose the option of incident to incident coding, primarily due to the large transcripts generated when using PCIs. In the second phase, we performed focused coding, which means that the most significant initial codes are used to synthesise and organise the data [5, pp. 138-40]. Our concepts derive from those codes and are merged into categories. Thus, for example, "feeling of insecurity" became a category and has been expanded to different dimensions, comprising such aspects as "forensic", "financial", "legal", "relational", "work-model wise", and the contrasting "to rely on positive developments". Another example category is that of "ambiguity in decision-making". This category has thus far been found to be particularly applicable to midwives who remain. These midwives often suffer from multiple conflicts and experience ambivalence. The categories are then compared to and merged with individual biographical sequences to detect whether specific categories accompany certain life sequences. At the time of the interview, the midwives were at some point in their decision-making phase; further developments are open to change and new turning points might be provoked by various crises in the professional and/ or private life courses. Part of those like ageing processes or starting a family are common within life courses, whereas others are more unpredictable like early onset of chronic diseases or judicial prosecution.

Following open coding of essential passages and analysis of biographical sequences, constant comparison is performed according to grounded theory: codes are compared to other codes from the same and other interviews and to categories evolving from codes. Individual biographical structures and sequences are included in this process in order to understand the whole, categories are compared and contrasted to one another, to interviews as whole constructs and to pre-existing literature [5, pp. 132-3]. Background literature is increasingly integrated into the whole model in terms of theoretical sensitivity so as to reach a logical concept and develop a rich theory. This means literature is not fully searched before, but parallel to data collection, and thus at all stages of the research [20, pp. 31-8]. The going back and forth between different codes, sequences, categories and sets of data, gaining new data, and searching literature in a circular way is known as the

hermeneutic circle. Understanding smaller parts such as individual biographies helps to enhance and change understanding of the whole, and vice versa. Understanding expands on repeating the circle over and over again [3, p. 48]. The information as to whether types of leavers versus remainders will be generated, and whether different types apply specific strategies to make their professional biographies work is still pending in the current project. A model of components such as strategies at different stages and turning points in the personal life course might be more appropriate and open to dynamic changes and changing needs. So far it has been found that in order to remain in the job, midwives require stable resources to compensate for current challenges. This might more adequately reflect various biographical courses, turning points and needs. Examples of turning points identified in this study are the development of severe health challenges, the ageing process, having a baby, partner/relationship crises, experiencing liability consequences or judicial prosecution. We will continue to collect and compare data until the data becomes redundant to adequately reflect the participants' views and to reach a comprehensive picture. Complete data saturation cannot be reached as everything is subject to ongoing change. For this reason, like Charmaz, referring to Dey, we prefer the alternative term "theoretical sufficiency" [6, p. 257].

Limitations of the method

Our specific combination of methods may have inherent limitations. The biographical part focuses primarily on offering individual details rather than exclusively general concepts, detracting from generalisability; but generalisability is neither possible nor the aim within this approach. On the other hand, having a larger sample does not allow reconstruction of single cases in as much depth as with the typically very small samples of biographical research alone. In principal, the combined method would still be suitable to reconstruct individual career paths. However, as the specific group under investigation within the current project is rather small and some careers contain very distinct aspects, provision of anonymity is challenged. It is therefore not clear yet whether there will be an appropriate way to provide individual reconstruction of single cases or not. Moreover, as in other qualitative research, the inherent potential for bias of the researchers makes reflection about preconceptions and a clear decision trail essential [3, p. 115-41]. Theoretical sampling strategies may produce a biased sample, as it is questionable

how those who participate differ from those who do not. This could influence data and thus the results [2]. Moreover, when using new approaches, several limitations might occur within the course of the research project. This requires ongoing reflection on specific challenges to maintain quality within the research. Still, credibility is aimed at by demonstrating a clear decision trail and transparency as to how the study is conducted. Subjectivity is acknowledged, particularly when researching a group the researcher formerly belonged to. However, deep reflections and open discussion regarding the researcher's preconceptions at each step of the research enhance credibility.

Relevance of new methodologies in a developing discipline: German midwifery research

The midwifery profession in Germany is not just currently facing major political health challenges, but is also still in the early stages of the academisation process. Moreover, as professional healthcare providers, midwives are underrepresented in German health research and lack their own specific theoretical and methodological designs, but draw almost solely on other scientific approaches. Professional emancipation through the development of suitable scientific methods to address specific, midwifery relevant questions and engagement in theory discourse are therefore essential to strengthen the scientific side of the profession. Our research approach serves as an attempt to develop and adapt methods with which to gain adequate empirical knowledge about the development of self-image and the realisation of individual biographies within the midwifery profession. The combination of grounded theory and biographical research presented here may fill a gap in methodological needs and not only be suitable for use in researching midwives' biographies, but also those of other health professionals whose work is vital to maintain the health system in general. Biographical research alone allows the detailed analysis of very small numbers of participants or a single case [18], but this would not sufficiently satisfy a research interest aimed at gaining an understanding of the upheaval of an entire professional group. Grounded theory focuses less on individual turning points in biographies, but rather strives for greater generalisation [20, p. 8]. The combination of the two methodologies fulfils the aim of a focus on individual strategies and types which can subsequently be transferred to the greater professional level.

Institution: ¹ Private Universität Witten-Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Witten (The author is working on her doctoral thesis at the Universität Witten-Herdecke); ² Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege & Gesundheit, Fulda.

Ethical considerations: The University of Witten-Herdecke Ethics Committee approved this research project; it is financially independent from industrial or health organisations [8].

Competing interests: The authors declare no conflict of interest.

Review procedure: Submitted: 28.4.2017, accepted: 14.9.2017.

Contact: christine.wehrstedt@uni-wh.de

References:

1. Baldus M. Von der Diagnose zur Entscheidung – Eine Analyse von Entscheidungsprozessen für das Austragen der Schwangerschaft nach der pränatalen Diagnose Down-Syndrom. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt; 2006. German.
2. Bogdan RC, Biklen SK. Qualitative research for education: An introductory to theory and methods. 5th ed. Needham Heights: Allyn and Bacon; 2006.
3. Breuer F. Reflexive Grounded Theory – Eine Einführung für die Forschungspraxis. 2nd ed. Wiesbaden: VS Springer; 2010. German.
4. Charmaz K. Between positivism and postmodernism: Implications for methods. *Studies in Symbolic Interaction*. 1995;(17):43-72.
5. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory*. 2nd ed. London: Sage; 2014.
6. Dey I. *Grounding grounded theory*. San Diego: Academic Press; 1999.

7. Dresing T, Pehl T. Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 5th ed. Marburg: Eigenverlag; 2013. German.
8. Edwards SD. The Four Principles: Respect for Autonomy, Beneficence, Non-maleficence and Justice. In: Edwards SD, editor. Nursing Ethics: A Principle Based Approach. London: Palgrave MacMillan; 2009. p. 56-105.
9. Fuchs-Heinritz W. Biographische Forschung – Eine Einführung in Praxis und Methoden. 4th ed. Wiesbaden: VS Springer; 2009. German.
10. Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research. Chicago IL: Aldine; 1967.
11. Hermanns H. Das narrative Interview in berufsbiografisch orientierten Untersuchungen. Kassel: Wissenschaftliches Zentrum für Berufs- und Hochschulforschung; 1981 [cited Jul 2015]. (Arbeitspapiere des Wissenschaftlichen Zentrums für Berufs- und Hochschulforschung an der Gesamthochschule Kassel; 9). Available from: http://www.hermanns.it/publication/hermanns_das_narrative_interview.pdf
12. Hermanns H. Die Auswertung narrativer Interviews - Ein Beispiel für qualitative Verfahren. In: Hoffmeyer-Zlotnik JHP. Analyse verbaler Daten. Über den Umgang mit qualitativen Daten. Opladen: Westdeutscher Verlag; 1992 [cited Jul 2015]. p. 111-42. Available from: http://www.hermanns.it/publication/hermanns_auswertung_narrativer_interviews.pdf
13. Hollway W, Jefferson T. Doing qualitative research differently. Free association, narrative and the interview method. 1st ed. London: Sage; 2000.
14. Kahl C. Stand der Entwicklung der Hebammenwissenschaft - Beschreibung der Ist-Situation anhand der Diskursuntersuchung der Forschungslage. Vallendar: Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar; 2013. German.
15. Legewie H, Schervier-Legewie B. Anselm Strauss: Research is hard work, it's always a bit suffering. Therefore, on the other side research should be fun. Forum: Qualitative Social Research. 2004;5(3):Art22. DOI: 10.17169/fqs-5.3.562
16. Mey G. Erzählungen in qualitativen Interviews: Konzepte, Probleme, soziale Konstruktionen. Sozialer Sinn. Zeitschrift für hermeneutische Sozialforschung. 2000; 1(1):135-51. German.
17. Parahoo K. Nursing Research: Principles, Process and Issues. 2nd ed. Basingstoke: Palgrave MacMillan; 2006.
18. Schütze F. Biographieforschung und narratives Interview. Neue Praxis. 1983;13(3):283-93. URN: urn:nbn:de:0168-ssoar-53147
19. Strauss A, Corbin J. Basics of Qualitative Research. Grounded theory procedures and techniques. 1st ed. Newbury Park: Sage; 1990.
20. Strauss A, Corbin J. Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. 1st ed. Weinheim: BELTZ Psychologie Verlagsunion; 1996. German.
21. Witzel A. The Problem-centered Interview. Forum: Qualitative Social Research. 2000;1(1):Art22. DOI: 10.17169/fqs-1.1.1132
22. Zinn JO. Introduction to Biographical Research. Kent: SCARR; 2004 [cited Nov 2016]. (Working papers; 2004/4). Available from: <http://www.kent.ac.uk/scarr/papers/Introduction%20biographical%20research.%20WP%204.04doc.pdf>

Die Vertrauensbeziehung zwischen freiberuflichen Hebammen und Klientinnen im Kontext der interprofessionellen Kooperation in den Frühen Hilfen: eine qualitative Studie

Mutual trust between freelance midwives and their clients in the context of interprofessional cooperation and early prevention: a qualitative study

Dipl. Berufspäd. (FH) Martina Schlüter-Cruse^{1,2}, Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein¹

Abstract

Hintergrund: Für etwa 13 % der Familien mit Säuglingen in Deutschland besteht Unterstützungsbedarf im Rahmen Früher Hilfen. Um die Entwicklungsbedingungen für Kinder zu fördern, gewinnt die Kooperation zwischen den Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens an Relevanz. Freiberufliche Hebammen werden als Partnerinnen in den Netzwerken Früher Hilfen angesehen, ihre Perspektive zur Kooperation ist kaum erforscht.

Ziel: Die Studie analysiert zentrale Konzepte des Hebammenhandelns im Kontext der interprofessionellen Kooperation in den Frühen Hilfen.

Methodik: 27 problemzentrierte Interviews mit freiberuflichen Hebammen in Deutschland bilden die Basis der qualitativen Untersuchung. Der Feldzugang erfolgte über lokale Mailverteiler, Anzeigen in Hebammenzeitschriften, Besuche von Kongressen und durch Unterstützung von Gatekeepern. Die Interviews wurden mittels Leitfaden geführt, digital aufgezeichnet und transkribiert. Die Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz.

Ergebnisse: Als zentrales Konzept der Kooperation von Hebammen in den Frühen Hilfen wurde die Vertrauensbildung zwischen Hebammen und Klientinnen identifiziert. Diese prägt die Arbeitsbeziehung der beiden,

Background: Around 13 percent of families with newborns in Germany are in need of support from the early prevention networks. Cooperation between the professionals working in healthcare and social welfare is essential for improving children's development opportunities. Freelance midwives are respected partners in the early prevention networks but there has been very little research on their view of this cooperation.

Aim: The study analyses key behavioral concepts of midwives in the context of interprofessional cooperation and early prevention.

Method: The qualitative study is based on 27 problem-centered interviews with freelance midwives in Germany. Access to the field was gained through posts on local mailing lists, adverts in professional midwifery journals, participation in conventions and by involving professionals acting as gatekeepers. The interviews were conducted based on a script, were digitally voice recorded and lastly transcribed. Data evaluation was carried out using a qualitative text analysis.

Results: Establishing a relationship of trust between midwives and their clients was identified as the focal point for midwives' cooperation in early prevention networks. This relationship shapes the working relations between midwives and clients as well as between midwives and child and

sowie die Zusammenarbeit der Hebammen mit den Akteurinnen und Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe. Einige Hebammen bauen auf dem Vertrauen der Klientinnen auf, um sie an Angebote des Jugendamtes zu vermitteln, andere nutzen es zur Abgrenzung vom Jugendamt.

Schlussfolgerung: Die Herausforderung für die freiberuflichen Hebammen besteht darin, ihre Rolle als Kooperationspartnerin in den Netzwerke Früher Hilfen zu finden, ohne dabei das Vertrauen der Frauen zu verlieren. Dies erfordert klare und verständliche Rahmenbedingungen für alle in die Netzwerke eingebundenen Akteurinnen und Akteure.

Schlüsselwörter: Frühe Hilfen, freiberufliche Hebamme, interprofessionelle Kooperation, Vertrauen.

Hintergrund

Die gesundheitliche Entwicklung von Kindern ist mitunter von familiären psychosozialen Belastungen geprägt [13][48]. Die Folgen dieser Belastung werden u.a. mit einem höheren Ausmaß an Verhaltensproblemen [13][48], Einschränkungen der kognitiven Entwicklung und einer Verminderung der Affektregulation bei den Kindern beschrieben [48]. Einige Autor/innen erklären die erhöhte Vulnerabilität für psychische und körperliche Erkrankungen im Erwachsenenalter im Zusammenhang mit einer psychisch belasteten Kindheit [6].

Eine repräsentative Studie zu psychosozialen Belastungen bei Eltern belegt, dass ca. 13% der Familien mit Säuglingen in Deutschland als hoch belastet gelten und unterstreicht damit die Notwendigkeit von Prävention im Sinne Früher Hilfen. Als hochbelastet wird das Vorliegen von mindestens vier der folgenden Merkmale definiert: alleinerziehend, ungeplante Schwangerschaft, kindliche Dysregulation, hoher elterlicher Stress, elterliche Impulsivität, elterliche Gewalterfahrung in Partnerschaften, häufige Partnerschaftskonflikte, hohes Angststörungen-/Depressionsrisiko, negative elterliche Kindheitserfahrungen, SGB II Bezug und ein mütterliches Alter von unter 21 Jahren bei der Geburt des Kindes [7].

Seit 2012 wird im Rahmen der „Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen“ [17, § 3 Abs. 4][45] der Auf- und Ausbau spezifischer Angebote unterstützt, um förderliche Entwicklungsbedingungen für Kinder in ihren Familien zu stärken [25]. Als zentral für die Umsetzung dieser Aufgabe wird die Kooperation der Akteur/innen des Gesundheitssystems mit jenen aus der Kinder- und Jugendhilfe betont [27].

Familienhebammen sind als Kooperationspartner/innen Früher Hilfen im Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz ausdrücklich verankert [17, § 3 Abs. 4]. Familienhebammen sind staatlich geprüfte Hebammen und verfügen über eine Zusatzqualifikation. Sie leisten physische und psychosoziale Betreuung und Beratung von Familien mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf während der Schwangerschaft und in den ersten zwölf Lebensmonaten des Säuglings [14]. Sie werden vom öffentlichen Gesundheitsdienst, der Kinder- und Jugendhilfe, freien Trägern der Wohlfahrtspflege oder von Stiftungen und Vereinen beauftragt und honoriert [14][23]. Zahlreiche Autoren untermauern die interprofessionelle Kooperation als zentrales Merkmal der Familienhebammenarbeit [2][14][16][22][33, S. 11]. Diskussionen um eine bedarfsgerechte Versorgung belasteter Familien in Deutschland werden teilweise vor dem Hintergrund eines Mangels an Familienhebammen geführt [26][27].

youth welfare professionals. Some midwives build on the women's trust in order to refer them to services provided by the Youth Welfare Office, others use it to set themselves apart from the latter.

Conclusion: The key challenge of freelance midwives is to carve out their role as a cooperation partner within the networks of early prevention without undermining the trust of their clients. This requires a clear and comprehensible framework for all actors involved in these networks.

Keywords: Early prevention, freelance midwife, interprofessional cooperation, trust.

Neben Familienhebammen sind auch freiberufliche Hebammen als „relevante Akteure aus dem Gesundheitswesen“ [45, Art. 2 Abs. 3] aufgefordert in den Netzwerken Früher Hilfen zu kooperieren. Die Versorgung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit durch eine Hebamme steht als Regelleistung des Gesundheitswesens allen Frauen zur Verfügung [39, § 134a] und richtet sich auch an sozial und medizinisch belastete Schwangere und Mütter [14][23]. Freiberufliche Hebammen sind seltener als Familienhebammen in den Netzwerken Früher Hilfen aktiv [19]. Die mit dem Auf- und Ausbau der Netzwerke Früher Hilfen in Deutschland einhergehende Forderung nach Kooperation zwischen freiberuflichen Hebammen und den Akteur/innen in diesem Feld wirft grundlegende Fragen zur interprofessionellen Kooperation von Hebammen auf.

In einem integrativen Review wird als Ergebnis beschrieben, dass wenige Studien ausschließlich auf die Hebammenperspektive der interprofessionellen Kooperation fokussieren. In der Mehrheit der Studien wird die Hebammenperspektive unter einer disziplinenübergreifenden Perspektive subsummiert [35].

Hebammen in Schweden, Australien und Deutschland erleben die Kooperation mit den Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens bei der Betreuung von Frauen und Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf als gewinnbringend [3][4][29][30]. Die Zusammenarbeit eröffnet ihnen Kontakte zu Frauen und Familien, zu denen der Zugang erschwert ist. Dies wiederum ermöglicht einen Beziehungsaufbau zu den Familien [29]. Sie geben an, von berufsgruppenübergreifenden Arbeitstreffen zu profitieren, in denen fallspezifische Probleme diskutiert [30] und psychosoziale Bedürfnisse von Familien erörtert werden [36]. In interdisziplinären Fallkonferenzen erlangen sie Kompetenzen zur Einschätzung von Familien in Problemlagen [3]. Von einer effektiven Vernetzung an der Schnittstelle zwischen vor- und nachgeburtlicher Versorgung sowie Kindergesundheitsversorgung profitieren aus Sicht von Hebammen und Kinder- und Familiengesundheitspflegenden in Schweden und Australien³ auch die Eltern. In beiden Ländern erhalten Frauen und ihre Neugeborenen während der Schwangerschaft, der Geburt und postnatal Betreuung durch eine Hebamme [4][15]. Darüber hinaus ist von Geburt an bis ins Kleinkindalter eine gesundheitliche Versorgung durch Kinder- und Familiengesundheitspflegende in Australien sowie durch Kindergesundheitspflegende in Schweden etabliert [4][15]. Durch die gelingende Zusammenarbeit beider Berufsgruppen können Verwirrungen und ein Gefühl des Verloren-Seins im Versorgungssystem der Eltern verhindert werden [4]. Effektive Arbeitsbeziehungen zwischen den Akteur/innen unterstützen den Aufbau positiver Beziehungen zu den Familien und bewirken eine

längerfristige Aufrechterhaltung des Kontakts zu diesen [31]. Einer deutschen Untersuchung folgend wird beim Aufbau von Klienten-Beziehungen auch der Vertrauensbildung eine konstitutive Bedeutung zugeschrieben [8]. Betont wird die Autonomie der Adressat/innen, die aktiv den Professionellen Vertrauen schenken müssen, was nicht als unhinterfragte personale Ressource aufzufassen sei [8].

Interprofessionelle Arbeitsbeziehungen sind der Schlüssel zum Erfolg von Innovationen an der Schnittstelle zwischen geburtshilflichen Dienstleistungen und Kinder- und Familiengesundheitsdienstleistungen [29]. Um ein tieferes Verständnis der Arbeitsbeziehungen von australischen Hebammen zu gewinnen, wurden diese gebeten auf einer Liste auszuwählen, mit welchen Berufsgruppen sie am häufigsten zusammenarbeiten. Hebammen pflegen eine Zusammenarbeit insbesondere mit benachbarten Berufsgruppen des Gesundheitswesens. Der Aufbau von Arbeitsbeziehungen zu den anderen Akteur/innen benötigt oftmals viel Zeit und ihre Aufrechterhaltung gestaltet sich schwierig [31]. Die australische Untersuchung zeigt auch, dass Hebammen und andere Berufsgruppen der Beziehungsdimension im Hinblick auf die Intensität von Zusammenarbeit eine höhere Bedeutung als organisatorischen Faktoren beimessen [31]. Dieses Ergebnis bestätigen 1.418 Mitarbeitende aus dem Gesundheits- und Sozialwesen in einer norwegischen Querschnittsstudie, die Führungsstrukturen und formalen Faktoren eine geringere Bedeutung zuweisen als interprofessionellen Beziehungen [5].

Ein respekt- und vertrauensvoller Umgang gilt als bedeutsam im Hinblick auf eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit [5][37]. Auf die Frage, was zur Erreichung guter Zusammenarbeit am wichtigsten sei, werden Vertrauen und Respekt von Hebammen, Ärzt/innen, *child protection workers* und *public health nurses* in Norwegen am höchsten bewertet, gefolgt von professioneller Kompetenz, Verbindlichkeit und der Fähigkeit zusammen arbeiten zu können [5].

Durch die in Deutschland vorgesehene Einbindung freiberuflicher Hebammen in die Netzwerke Früher Hilfen sind diese aufgefordert, mit den Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens zu kooperieren. Vor diesem Hintergrund ist es von Interesse zu erfahren, welche Sichtweise freiberufliche Hebammen auf die Zusammenarbeit mit den Akteur/innen in diesem Feld zeigen.

Ziel

In diesem Artikel werden Teilergebnisse einer Studie dargestellt, deren Ziel es ist, empirisch fundierte Einblicke in die interprofessionelle Kooperation freiberuflicher Hebammen mit den Akteur/innen der Frühen Hilfen zu gewinnen. Im Mittelpunkt steht die Hebammenperspektive. Die forschungsleitende Untersuchungsfrage des in diesem Artikel gewählten Ausschnitts der Studie lautet: Welche zentralen Konzepte prägen aus Sicht freiberuflicher Hebammen ihr Handeln im Kontext der interprofessionellen Kooperation in den Frühen Hilfen?

Methodik

Design

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wird ein qualitatives Design gewählt. Dieser Zugang eignet sich, um Erkenntnisse über bislang wenig erforschte Facetten des alltäglichen Handelns von Hebammen zu gewinnen. Die Methoden qualitativer Forschung zielen darauf ab, das

„Handeln und Interagieren der Subjekte“ [9, S. 27] in ihren Alltagswelten zu beschreiben. Qualitative Forschung gestattet einen erklärenden und verstehenden Zugang zu den Daten [44, S. 5]. Ihr Ziel ist es, soziale Wirklichkeiten besser verstehbar und Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale sichtbar zu machen [10, S. 14]. Die Zielgruppe waren freiberufliche Hebammen, die mindestens eine der Leistungen auf der Basis des Vertrags zur Versorgung mit Hebammenhilfe [39, § 134a] ausüben: Leistungen in der Schwangerschaft, während der Geburt und/oder in Wochenbett bzw. Stillzeit. Der Umfang der Freiberuflichkeit sollte im Sinne einer Minimalforderung mindestens zehn Stunden pro Woche umfassen, um ein angemessenes Minimum an Erfahrung sicher zu stellen.

Zugang und Datenerhebung

Um Kontraste auf regionaler Ebene zu erfassen wurde bundesweit rekrutiert. Ein guter Zugang zur Berufsgruppe der Hebammen ergab sich über die Zugehörigkeit der Erstautorin zur Berufsgruppe der Hebammen und ihre Mitgliedschaft im Deutschen Hebammenverband e.V. Es wurden lokale Mailverteiler genutzt und im Rahmen von Tagungen und Kongressen des Verbands über das Forschungsprojekt informiert und zur Teilnahme aufgerufen. Der Feldzugang erfolgte darüber hinaus durch Unterstützung von Gatekeepern sowie einen Aufruf zur Studienteilnahme in den deutschen Hebammenzeitschriften.

Zur Datenerhebung wurden insgesamt 27 problemzentrierte Interviews [46] mit einem Leitfaden geführt, digital aufgezeichnet und transkribiert. Der Leitfaden umfasste unterschiedliche Themenblöcke, beispielsweise zur interdisziplinären Zusammenarbeit freiberuflicher Hebammen mit den Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens oder zum Verständnis Früher Hilfen. Um ein offenes Vorgehen zu unterstützen, wurden die Fragestellungen im Leitfaden dem Gesprächsverlauf angepasst und Relevanzsetzungen seitens der Interviewpartnerinnen ermöglicht [46, S. 57].

Kennzeichnend für das problemzentrierte Interview ist, dass es am theoretisch-wissenschaftlichen Vorverständnis der Forscherin anknüpft [20, S. 333]. Dies macht es möglich, Interviewaussagen verstehend nachvollziehen und am Problem orientierte Nachfragen zu stellen [47]. Die Dynamik von Offenheit und Theoriegeleitetheit im Erhebungsprozess ermöglicht eine adäquate Auswertung der Daten im weiteren Verlauf [46, S. 53]. Vor diesem Hintergrund wurde das problemzentrierte Interview in Abgrenzung zu anderen Interviewformen als geeignete Methode angesehen.

Mittels Kurzfragebogen erfolgte die Erfassung der soziodemographischen Daten der Teilnehmerinnen. In einem Postskriptum wurden erste Interpretationsideen notiert.

Auswahl der Stichprobe

Die Auswahl der Hebammen folgte dem Prinzip des Theoretischen Samplings [12, S. 61-91][43, S. 148-52] mit dem Ziel, unterschiedliche Facetten des untersuchten Phänomens herauszuarbeiten [44, S. 22]. Theoretisches Sampling meint, die Daten während des gesamten Untersuchungszeitraums parallel zu erheben, zu analysieren und währenddessen darüber zu entscheiden, welche Personen als nächstes in die Forschung einbezogen werden sollen [11, S. 151]. So wurde gezielt nach freiberuflichen Hebammen gesucht, die in landesspezifische Projekte Früher Hilfen eingebunden waren oder über

erweiterte Kompetenzen im Bereich der Frühen Hilfen verfügten, nachdem sich im Anschluss an die erste Analysephase zeigte, dass nur wenige Hebammen aktiv in die lokalen Netzwerke eingebunden waren. Im Sinne einer Kontrastierung wurden Interviews mit langjährig erfahrenen Hebammen und Berufsanfängerinnen geführt, da die Analyse auf einen Zusammenhang zwischen Berufserfahrung und der Ausgestaltung von Kooperation hinwies. Nachdem eine „theoretische Sättigung“ [12, S. 76-7] erreicht war, d.h. keine Daten zur Entwicklung weiterer Eigenschaften der Kategorien mehr gefunden wurden, endete der Sampling-Prozess.

Analyse

Die Auswertung der Daten erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz [18, S. 100], für den die Hermeneutik einen wichtigen Orientierungspunkt bildet [18, S. 17-8]. Damit wird die interpretative Form der Inhaltsanalyse hervorgehoben, die Textauswertung als eine „menschliche Verstehens- und Interpretationsleistung“ [18, S. 27] begreift. Die gewählte Auswertungsmethode erscheint für die vorliegende Arbeit besonders geeignet, da sie es zulässt, Vorwissen zu integrieren und gleichzeitig die Einbeziehung analytischer Perspektiven ermöglicht.

Für alle Interviews wurden Fallzusammenfassungen und Memos erstellt [18, S. 57-62]. Auf diese Weise konnte ein Gesamtverständnis für den jeweiligen Interviewtext auf der Basis der Forschungsfragen entwickelt werden [18, S. 58]. Die Fallzusammenfassungen bildeten die Grundlage für die Formulierung zentraler Themen, aus denen vorläufige Hauptkategorien entstanden. Weitere Hauptkategorien wurden aus dem Leitfaden entwickelt. Die Kategorienbildung erfolgte sowohl induktiv als auch deduktiv [18, S. 62]. In der Anfangsphase entstanden umfangreiche Interpretationen in Form von Memos, die im weiteren Verlauf der Analyse detailliertere Formen annahmen und sich als zentraler analytischer Schritt bei der Kategorienentwicklung erwiesen. In einem ersten Kodierprozess wurde sämtliches vorliegende Material mit den Hauptkategorien kodiert. Im nächsten Schritt folgte die Ausdifferenzierung und Bildung von Subkategorien anhand des Materials, das der jeweiligen Hauptkategorie zugeordnet wurde.

Die Arbeit orientierte sich an den Gütekriterien nach Steinke [41, S. 323-31]. Interpretationen in Forschungsgruppen mit Pflege- und Hebammenwissenschaftlerinnen der Hochschule Osnabrück sowie die Reflektion der Kategorienbildung mit der Co-Autorin waren fester Bestandteil des Forschungsprozesses und gewährleisteten intersubjektive Nachvollziehbarkeit. Die empirische Verankerung ist über Zitate gesichert, welche eine Rückbindung der Kategorien mit den Aussagen der Befragten gestatten.

Das ethische Clearing erfolgte im März 2014 an der Universität Witten/Herdecke. Die Teilnehmerinnen unterzeichneten einen Informed Consent.

Ergebnisse

Die befragten Hebammen (n=27) wiesen ein Durchschnittsalter von 41,4 Jahren und eine Berufserfahrung von 16,6 Jahren auf. Die Interviews wurden in städtischen und ländlichen Regionen in 13 Bundesländern geführt. Die Datenerhebungsphase dauerte von Juni 2014 bis Februar 2016. Die Datenanalyse erfolgte parallel und wurde nach Abschluss der Datenerhebung weiter fortgesetzt. Die Mehrheit der Heb-

ammen waren ausschließlich freiberuflich tätig (70%, n=19), während 30% (n=8) ihre Freiberuflichkeit mit einer Klinikanstellung kombinierten. Die Wochenbettbetreuung war die am häufigsten angebotene Leistung und wurde von allen Befragten verrichtet, gefolgt von Leistungen der Schwangerenvorsorge und -betreuung. Insgesamt 45% (n=12) Hebammen waren geburtshilflich aktiv, wovon die Mehrheit (26%, n=7) die Geburtshilfe als angestellte Leistung in der Klinik erbrachte.

Die Studie geht der Frage nach der Perspektive freiberuflicher Hebammen zu ihrer Kooperation mit den Akteur/innen der Frühen Hilfen nach. Als zentrales Konzept der Kooperation von freiberuflichen Hebammen in den Frühen Hilfen wurde die Vertrauensbildung zwischen Hebammen und ihren Klientinnen identifiziert. Diese spiegelt sich auf zwei Ebenen: in der Arbeitsbeziehung zu den Klientinnen sowie in der Kooperation mit den Akteur/innen der Kinder- und Jugendhilfe.

Vertrauen im Kontext der Arbeitsbeziehung zu den Klientinnen

Das Vertrauen der Frauen gewinnen und aufrechterhalten

In Bezug auf die Vertrauensbildung zwischen den freiberuflichen Hebammen und den von ihnen betreuten Klientinnen betonen die Interviewten die Bedeutung des ihnen entgegengebrachten Vertrauens. Manche Hebammen erfahren, dass ihnen aufgrund ihres professionellen Status Vertrauen zugesprochen wird. Häufig genießen sie einen „Vertrauensvorsprung“: „Und (...) ich denke, das war schon immer so, dass auch eine Hebamme eine wichtige Vertrauensperson war.“

Die hier zitierte Hebamme braucht aus ihrer Sicht nicht viel tun, um Vertrauen zu den Frauen herzustellen. Sie profitiert von einem grundlegenden, scheinbar traditionell verankerten Vertrauen, das mit dem Hebammenberuf in Verbindung gebracht wird. Ähnlich beschreibt eine andere Hebamme, dass ihr per se Vertrauen zugeschrieben wird, was sie mit Blick auf andere Professionen „eigentlich ein bisschen unverdient“ findet. Aber nicht alle Interviewten teilen diese Erfahrungen. Manchmal muss das Vertrauen zwischen Frau und Hebamme im Verlauf der Betreuungssituation erst wachsen. Eine freiberufliche Hebamme betont die zeitliche Dimension, die der Vertrauensaufbau mitunter kosten kann:

„Weil die Frau, also am Anfang hatten wir halt Schwierigkeiten, so dieses Vertrauen aufzubauen [...], auch weil sie halt einfach in der Kindheit einiges erlebt hatte, ja, hat sie halt nicht so vielen Menschen vertraut. Und bis wir überhaupt auf dieser Stufe waren, wo sie mir vertraut hat, hat's lange gedauert.“

Sie zeigt, dass es zuweilen harte Arbeit ist, das Vertrauen der Frauen zu gewinnen. Obschon es zeitintensiv ist, so versteht sie es doch als Teil ihres professionellen Auftrags. Vertrauensbildung wird damit zur Basis der Arbeitsbeziehung zwischen ihr und der betreuten Frau.

Bewerten Hebammen die familiäre Situation als subjektiv kritisch, nehmen sie mitunter Abstand von ihren üblichen Betreuungsprinzipien und beschränken sich auf die Aufrechterhaltung des Vertrauens zu den Frauen. In solchen Situationen wird Vertrauen zum zentralen Element der professionellen Beziehungsgestaltung mit dem Ziel, den Zugang zu den Frauen nicht zu verlieren.

„Also, ich habe meine Ziele nicht so hochgesteckt, sondern habe einfach nur versucht, ein gutes Vertrauensverhältnis zu haben, um mitzukriegen, wenn es ganz dramatisch wird. Und habe eben

versucht, eher die Frau in dem zu bestärken, was sie richtig macht [...] anstatt aufzuzeigen, was nicht gut läuft so."

Die Hebamme knüpft an die Ressourcen der Frau an und stellt den Zugang zur Frau über ihre professionellen Erwartungen einer guten Mutter-Kind-Beziehung. „Ein gutes Vertrauensverhältnis zu haben“ wird bei dieser Hebamme zu einer gezielten Vorgehensweise, um „quasi das Schlimmste zu verhindern“. Damit bewegt sie sich möglicherweise an der Grenze ihrer Kompetenzen.

Das Vertrauen der Frauen verlieren

Auf der anderen Seite thematisieren die Hebammen die Sorge, das Vertrauen der von ihnen betreuten Frauen zu verlieren. Dieser Aspekt tritt an der Schnittstelle zu den Frühen Hilfen in den Vordergrund, wie beispielsweise bei der Vermittlung einer Familienhebamme oder in der Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe.

a. Vertrauensverlust an der Schnittstelle zur Familienhebamme

Freiberufliche Hebammen halten das Fortbestehen einer gewachsenen Vertrauensbeziehung zur Frau bei der Weiterleitung an eine Familienhebamme für bedeutsam.

„Und bis wir überhaupt auf dieser Stufe waren, wo sie mir vertraut hat, hat's lange gedauert. Und ich glaube, wenn man da so abrupt gesagt hätte: 'Okay, ich komme heute nicht mehr und ab nächster Woche kommt eine andere Kollegin, eine Familienhebamme.' Ich glaube, das wäre für sie nicht so günstig gewesen. Und deshalb haben wir es so gemacht, dass wir drei Hausbesuche zusammen hatten.“

Die Hebamme hat die Erfahrung gemacht, dass gemeinsame Hausbesuche von freiberuflicher Hebamme und Familienhebamme verhindern können, dass die Frau das Vertrauen an die Hebamme verliert. Eine andere Hebamme beschreibt ihre Bedenken bei der Weiterleitung an eine Familienhebamme mit der Metapher vom „kippenden Vertrauensverhältnis“. Ihre Lösungsstrategie zielt in eine ähnliche Richtung: sie wünscht sich, dass freiberufliche Hebamme und Familienhebamme „als Team zusammen arbeiten“. Darunter versteht sie, dass sie als freiberufliche Hebamme ihre Arbeit mit der Frau fortsetzt, während die Familienhebamme „nochmal zusätzlich“ kommt.

Für eine Beleghebamme, die ihre Frauen während der Schwangerschaft, zur Geburt und in Wochenbett und Stillzeit begleitet, ist die Vermittlung an eine Familienhebamme nur schwer vorstellbar. Ihre Strategie, das Vertrauen der Frauen nicht zu verlieren, lautet: „Und wenn man schon einen Kontakt aufgebaut hat, dann würde ich sie nicht einfach wieder abgeben.“

Durch den Kontakt hat sich eine vertrauensvolle Beziehung entwickelt. Vor diesem Hintergrund stellt die Weiterleitung der Klientin an eine Familienhebamme einen Verlust für die Hebamme dar. Obschon die Hebamme um das Angebot von Familienhebammen weiß, würde sie nicht in jedem Fall an diese verweisen. Die Vertrauensbeziehung ist für die Hebamme scheinbar funktional, die Bedürfnisse der Frau werden möglicherweise untergeordnet. Die gleiche Hebamme konstatiert, dass sie bislang kaum Erfahrungen mit Situationen wie dieser hat. Das führt sie darauf zurück, dass ihre Frauen meistens „gebildet oder reflektiert“ sind und sie in der Regel nicht die Familien betreut, „die die größte Unterstützung brauchen“.

b. Vertrauensverlust durch die Nähe zum Jugendamt

Thematisiert wird in den Interviews die Sorge, durch eine Zusammenarbeit mit dem Jugendamt das Vertrauen der Frauen zu verlieren. So schildert eine Hebamme, wie eine Mutter den Kontakt zu ihr abbricht, weil sie annimmt, dass die Hebamme mit dem Jugendamt kooperiert.

„[...] und da hat sie mir dann auch klar und deutlich gesagt, dass sie alleine zurechtkommen möchte und sie meine Hilfe nicht in Anspruch nehmen möchte mehr, weil sie denkt, sie schafft das alleine und sie hat öfters mal das Gefühl, dass ihre Arbeit kontrolliert wird, dass ich praktisch an das Jugendamt gehe und denen das mitteile, dass ich so eher die Beobachterfunktion habe, obwohl ich das nicht gemacht habe. Also sie hat sich da sehr kontrolliert gefühlt und wollte das einfach nicht mehr.“

Die Hebamme erfährt, wie ihr die Frau das Vertrauen entzieht, da sie eine Zusammenarbeit mit dem Jugendamt unterstellt. Obschon es nach Aussage der Hebamme den Kontakt zum Jugendamt nicht gab, überrascht an dieser Stelle die hohe Sensibilität der Klientin, deren Verhältnis zum Jugendamt von Ängsten geprägt ist. Es kommt zu einem abrupten Ende des Kontakts, der sich aus Hebammensicht darin äußert, dass die Frau nach anfänglich vertrauensvoller Zusammenarbeit plötzlich den „Schalter umgelegt“ hat.

Die Sorge, bei einer Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe das Vertrauen der Eltern zu verlieren, äußert eine junge Hebamme, die parallel zu einer Familienhilfe des Jugendamtes eine Frau im Wochenbett begleitet. Aus ihrer Perspektive kann ein Gespräch zwischen beiden Berufsgruppen vor der Haustür folgenreiche Konsequenzen haben.

„Und die Familien haben uns halt gesehen, wie wir noch draußen kurz gesprochen haben. Und da ist halt irgendwann die Frage gewesen, wie viel vertrauen die mir noch? Weil die mich auch explizit darauf angesprochen haben: ‚Ach hast Du Dich noch gut unterhalten mit denen, ja.‘“

Die Hebamme gibt Einblicke in die Befürchtung der Familie, sie könne über eine zu starke Nähe zum Jugendamt verfügen. Sie erlebt, wie exakt die Familie ihr Handeln beobachtet. Dies zeigt sich daran, dass die Eltern sie explizit auf das Gespräch vor der Tür ansprechen und sie mit der Unterstellung konfrontieren, hier einen Austausch zu pflegen, den sie nicht wünschen. Deutlich wird aber auch der Konflikt der Hebamme, die ein Ende der Vertrauensbeziehung zu den Eltern befürchtet.

Vertrauen im Kontext der Kooperation mit den Akteur/innen der Kinder- und Jugendhilfe

Die Vertrauensbildung zwischen Klientinnen und Hebammen stellt auch auf Akteursebene – hier zwischen freiberuflichen Hebammen und der Kinder- und Jugendhilfe – ein wichtiges Element dar. Manche Hebammen nutzen das Vertrauen der Frauen zur Abgrenzung vom Jugendamt, andere bauen im Sinne einer Vermittlung darauf auf.

Vertrauen als Strategie der Abgrenzung

In der Kooperation mit dem Jugendamt wird das Vertrauen der Frauen für manche Hebammen zur Strategie: sie nutzen es, um sich gegenüber der Kinder- und Jugendhilfe abzugrenzen.

„Weil wir Hebammen – ich kann jetzt glaube ich für „wir“ sprechen – so schnell diesen Draht haben zum Vertrauen, dass die Frauen sich

öffnen. So. Ich glaub das ist nochmal anders, als wenn da jemand vom Jugendamt kommt, vom Amt kommt."

In dem Zitat wird deutlich, wie die Hebamme Stereotype über die eigene Berufsgruppe sowie über das Jugendamt nutzt, um die Disziplinen voneinander abzugrenzen. Eine Generalisierung ihrer Position unterstreicht die Aussagekraft. Mit ihrer Argumentation spricht sie dem Jugendamt jegliches Vertrauen zu den Frauen ab. An dieser Stelle offenbart sich möglicherweise ihre fehlenden Kenntnisse über die unterstützenden Angebote des Jugendamtes. Ähnlich resümiert eine andere Hebamme: *„Also ich glaube, wir haben einen ganz anderen Status in den Familien so als Vertrauensperson. Wahrscheinlich auch einfach, weil klar ist, wir sind nicht Staat, Jugendamt, was auch immer."*

Diese Interviewte argumentiert mit Stereotypen, die sich mit folgenden Worten zusammenfassen lassen: Hebammen genießen einen Vertrauensstatus, das Jugendamt dagegen nicht. Sie offenbart eine Perspektive, die durch eine Distanz gegenüber dem Jugendamt geprägt ist.

Auf dem Vertrauen der Frauen aufbauen

Auf der anderen Seite bauen freiberufliche Hebammen auf dem Vertrauen der Frauen auf, um sie bei Bedarf an Angebote des Jugendamtes zu vermitteln. Einige Hebammen haben die Erfahrung gemacht, dass das Jugendamt für manche Frauen *„mit ganz viel Angst behaftet"* ist und dessen Angebote auf Ablehnung stoßen. Dies nehmen die Interviewten zum Anlass, die Frauen über die Unterstützungsmöglichkeiten aufzuklären und bei Bedarf an weitere Hilfen zu vermitteln.

„Und es ist ja auch so, wenn da draufsteht, Jugendhilfe oder Jugendamt, denn kriegen die Leute ja schon das P und sagen: ‚Oh, was wollen die hier?‘ Ne, das ist ja auch schlecht! Und da ist es eigentlich ganz gut, wenn wir aus der Position die wir haben, die ich als Vertrauensperson habe, sage, ne die wollen euch überhaupt nichts. Sondern die bringen dann auch so einen dicken Ordner mit, Erstes Lebensjahr des Kindes [...]. Und erzählen dann, was alles geht."

Die zitierte Hebamme knüpft am bestehenden Vertrauensverhältnis zur Frau an, um Vorurteile zu relativieren und über Angebote der Frühen Hilfen zu informieren.

Ähnlich agiert eine weitere Hebamme. Sie weiß um die Sorge der Frau, das Jugendamt könnte ihr die Kinder wegnehmen. Sie beruhigt, klärt auf und stellt schließlich mit dem Einverständnis der Frau einen Kontakt zum Jugendamt her. Im Weiteren erfährt die Frau durch das Jugendamt Unterstützung und Entlastung.

„Dann habe ich ihr nochmal versucht zu erklären: ‚Moment. Bis die Kinder weggenommen werden ist es ein langer Weg und du versorgst die gut, also würde da gar kein Problem bestehen.‘ Und dann habe ich da wieder angerufen, denen Namen und alles gegeben und die haben sich dann gekümmert."

Zusammenfassend stellt sich die Vertrauensbeziehung als zentrales Konzept dar, welches das Hebammenhandeln in den Frühen Hilfen prägt. Vertrauen erhält damit einen besonderen Stellenwert, auch in der Kooperation mit den Berufsgruppen des Sozialwesens.

Diskussion

Ausgangspunkt der Studie war die Frage nach der interprofessionellen Kooperation freiberuflicher Hebammen mit den Akteur/innen der Frühen

Hilfen. Schwerpunkt der Analyse bildete die Vertrauensbeziehung zwischen Hebamme und Klientin in diesem Feld. Auffallend in den Interviews ist die starke Betonung der Vertrauensbildung zu den Klientinnen, die im Kontext der Zusammenarbeit mit den Akteur/innen Früher Hilfen als zentrales Konzept erscheint. Gleichzeitig prägt sie die Beziehungsgestaltung der Hebammen mit den Akteur/innen der Kinder- und Jugendhilfe.

Die befragten Hebammen konstruieren Vertrauen als zentrales Element der Arbeitsbeziehung zu ihren Klientinnen. Diese Ergebnisse decken sich mit den Ausführungen in der Fachliteratur für Hebammen: Vertrauensbildung wird als „Basis der Beziehung zwischen Frau und Hebamme" [1, S. 33], als „wesentlicher Aspekt der Beziehungsarbeit" [38, S. 21] sowie als „Herzstück der Hebammenarbeit" [38, S. 21] bezeichnet. Ein allgemeiner Vertrauensvorsprung, den der Hebammenberuf in der Gesellschaft genießt, wurde bereits bei Lange & Liebald [22] aufgezeigt. Rettig, Schröder & Zeller [33] thematisieren den Vertrauensaspekt auch in der Beziehung zwischen Familienhebammen und ihren Klientinnen und identifizierten in diesem Zusammenhang Vertrauen als eine „ständig erbrachte Leistung von Familienhebamme und Adressat/-in" [33, S. 129]. Die zentrale Bedeutung der Vertrauensbeziehung zwischen Familienhebammen und Frauen belegt auch Ayerle [2].

Die Einbindung von Hebammen in die Netzwerke Früher Hilfen wird vor dem Hintergrund des ihnen entgegengebrachten Vertrauens betont, das sich dadurch ergibt, dass ihre Leistungen regelhaft in Anspruch genommen werden und deshalb als nicht stigmatisierend erlebt werden [32]. Darüber hinaus wird die Vertrauensbeziehung durch die Bindung der Hebamme an die Schweigepflicht geschützt [24, S. 78][42, § 203].

Die Vertrauensbildung zwischen Hebammen und Klientinnen zeigt unterschiedliche Facetten. Einige der befragten Hebammen nutzen die Vertrauensbeziehung bei der Betreuung von Frauen in belasteten Lebenslagen als gezielte Vorgehensweise, um einen Zugang zu den Frauen aufrecht zu erhalten. Auffällig ist, dass Hebammen dabei vor allem an vorhandene Ressourcen der Frau anknüpfen. Eine Untersuchung zum Handeln von Familienhebammen [33, S. 122] zeigt, dass die Herstellung einer Arbeitsbeziehung von Familienhebammen zu den Frauen darauf abzielen kann, über Loben und Stärken die Adressatinnen handlungsfähig zu erhalten. Die Autorinnen deuten diese Art der Beziehungsgestaltung zwischen Familienhebamme und Frau als „kleinsten gemeinsamen Nenner" [33, S. 124]. Da sowohl Hebammen wie auch Familienhebammen die Vertrauensbeziehung strategisch nutzen, kann dies möglicherweise als Teil des professionellen Selbstverständnisses von Hebammen gedeutet werden.

Andere Hebammen bauen auf dem Vertrauen der Frauen auf, um diese an Angebote der Kinder- und Jugendhilfe zu vermitteln. Da entsprechende Kooperationsverpflichtungen für freiberufliche Hebammen nicht vorliegen [26], zeigt sich an dieser Stelle die hohe Kooperationsbereitschaft der Hebammen, die auch Ayerle, Mattern & Fleischer [3] beschreiben. Eine weitere Studie weist freiberuflichen Hebammen neben Jugendamt und Beratungsstellen eine vermittelnde Rolle von Kontakten zu Familienhebammen zu [2]. Auch der Gesetzgeber sieht offenbar die besondere Eignung von Hebammen in diesem Feld und erweiterte 2015 mit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes [28] die Heb-

ammenhilfe im Wochenbett von zuvor acht auf zwölf Wochen [39, § 24d].

Einigen Befragten fällt es schwer, Frauen an Angebote der Frühen Hilfen zu vermitteln, da sie einen Verlust der vertrauensvollen Beziehung befürchten. Dass Hebammen bei erweitertem Unterstützungsbedarf die Frauen nur in Ausnahmefällen an andere Berufsgruppen weiterleiten, wurde auch von Sayn-Wittgenstein, Lange & Knorz [34] festgestellt. Als Gründe identifizierten sie eine Überschätzung der eigenen Kompetenzen und Konkurrenzmechanismen. In der vorliegenden Arbeit bestätigt sich die Annahme der Autorinnen, dass vor dem Hintergrund der Wahrung eigener Interessen die Bedürfnisse der Nutzerinnen nicht immer in den Mittelpunkt gestellt werden [34]. Es zeigte sich, dass manche Hebammen in der Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe stärker auf Abgrenzung als auf Vermittlung setzen. Sie offenbaren eine Perspektive, welche die Bereitschaft zu kooperieren einschränken kann. Das zögerliche Eingehen von Kooperation von Seiten der Akteur/innen des Gesundheitswesens mit denen der Kinder- und Jugendhilfe wird auch im Zwischenbericht des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen [26] beschrieben. Begründet wird dies damit, dass Unkenntnis des jeweiligen anderen Systems und seiner Handlungslogiken die Zusammenarbeit und das Verständnis füreinander erschweren. Es wird konstatiert, dass nicht allen Akteur/innen des Gesundheitswesens die unterstützenden Hilfen der Kinder- und Jugendhilfe bekannt sind [26]. Möglicherweise lassen sich die Abgrenzungstendenzen einiger Hebammen dieser Studie auf mangelnde Kenntnisse der Angebote der Frühen Hilfen sowie der Arbeitsweisen anderer Berufsgruppen zurückführen.

Einige Hebammen schildern, dass Frauen mit einem besonderen Unterstützungsbedarf seltener zu ihrer Klientel gehören. In weiteren Untersuchungen wurde belegt, dass schwangere Frauen mit besonderer sozialer oder psychischer Belastung, alleinstehende Schwangere und Schwangere mit Migrationshintergrund die Angebote der Schwangerenvorsorge seltener in Anspruch nehmen [34][40]. Der Versorgungsauftrag freiberuflicher Hebammen schließt jedoch vulnerable Frauen nicht aus [14][23].

In der Studie konnte die Bedeutung der Vertrauensbildung zwischen Hebammen und Frauen im Hinblick auf die Kooperation freiberuflicher Hebammen in den Netzwerken Frühe Hilfen aufgezeigt werden. Weitere Forschung zu diesem Thema ist notwendig. Von zukünftigem Interesse wäre die Nutzerinnensicht auf die Kooperation freiberuflicher Hebammen im Kontext Früher Hilfen, um Erkenntnisse darüber zu gewinnen, ob eine Zusammenarbeit der Berufsgruppen mögliche Vorteile im Hinblick auf die geburtshilfliche Versorgung aus der Perspektive der Frauen mit sich bringt.

Limitationen

Der vorliegende Artikel erlaubt Einblicke zum Stellenwert der Vertrauensbeziehung zwischen Hebammen und Klientinnen im Kontext der Kooperation von Hebammen in den Frühen Hilfen.

Institution: ¹ Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Osnabrück; ² Private Universität Witten-Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Witten (Die Autorin ist Doktorandin der Universität Witten-Herdecke).

Interessenkonflikt: Die Autorinnen erklären, dass die Daten der vorliegenden Studie im Rahmen der Forschungsprofessur „Familienorientierte geburtshilfliche Versorgung (FageV)“ unter finanzieller Förderung durch Landesmittel des Niedersächsischen Ministeriums für Wissenschaft und Kultur (Nds. Vorab;

In Bezug auf die Datenerhebung ergeben sich Einschränkungen in der Generalisierbarkeit der Ergebnisse, da eine gezielt ausgewählte Gruppe von freiberuflichen Hebammen befragt wurde. Die Rekonstruktion der Perspektive dieser freiberuflichen Hebammen entspricht dem Erkenntnisinteresse dieser Arbeit. Durch die Vorgehensweise in der Datenanalyse wurde ein begrenztes Abstraktionsniveau erreicht, wodurch die Ergebnisse als vorläufig zu betrachten sind.

Schlussfolgerung

Die hohe Aufmerksamkeit gegenüber der Vertrauensbildung zu den Frauen unterstreicht ihre zentrale Bedeutung für die Kooperation freiberuflicher Hebammen in den Frühen Hilfen. Die Herausforderung für die freiberuflichen Hebammen besteht darin, ihre Rolle als Kooperationspartnerin in den Netzwerken Früher Hilfen zu finden, ohne dabei das Vertrauen der Frauen zu verlieren. Damit die über den gesetzlichen Rahmen [17, § 3 Abs. 2] verankerte Forderung nach Kooperation freiberuflicher Hebammen in die Netzwerke Früher Hilfen gelingt, soll anknüpfend an die Ergebnisse folgendes Fazit gezogen werden:

Die Strukturen der Netzwerke Frühe Hilfen sollten so gestaltet sein, dass die Sorge vor einem Vertrauensverlust der Frauen nicht zu einem Kooperationshindernis für die Hebammen wird. Dies erfordert klare und verständliche Rahmenbedingungen für alle in die Netzwerke eingebundenen Akteur/innen. Darüber hinaus kann die Kooperation freiberuflicher Hebammen in den Frühen Hilfen nur auf der Basis einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung zu den Frauen gelingen. Dies erfordert einen sensiblen Umgang mit dem Vertrauen der Frauen, beispielsweise durch eine strikte Einhaltung der Schweigepflicht. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die Mitwirkung freiberuflicher Hebammen in den Netzwerken Früher Hilfen zu Lasten des Vertrauensverhältnisses von Hebammen und Frauen geht. Damit Hebammen ihr Potential in den Netzwerken Früher Hilfen entfalten können, ohne die Vertrauensbeziehung zu den Frauen zu gefährden, ist ein Verständnis über die Strukturen Früher Hilfen notwendig, sowie Kenntnisse aller beteiligten Akteur/innen.

³ In der internationalen Forschungsliteratur wurden Berufsbilder identifiziert, die in Deutschland nicht existieren. In diesen Fällen wurde der englische Sprachgebrauch übernommen. Berufsbezeichnungen, die auch in Deutschland etabliert sind, wurden übersetzt, wohl wissend, dass die jeweiligen Zuständigkeits- und Aufgabenbereiche in den Ländern variieren.

Danksagung

Die Autorinnen danken den Hebammen für die Mitwirkung an der Studie.

FKZ: 11-76251-33-2/12) erhoben wurden. Das Forschungskolleg „Familiengesundheit im Lebensverlauf (FamiLe)“, in dessen Rahmen diese Veröffentlichung entstand, wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert (FKZ: 01KX1113B). Sie erklären, dass keinerlei immaterielle Interessenkonflikte bestehen.

Review-Verfahren: Eingereicht am: 29.4.2017, angenommen am: 18.9.2017.

Kontakt: m.schlueter-cruse@hs-osnabrueck.de

Literatur:

- Ahrendt C. Hebammenrolle, Kommunikation und pädagogische Hebammenaufgaben. In: Stiefel A, Geist C, Harder U, Ahrendt C, Hrsg. Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. 5. Aufl. Stuttgart: Hippokrates; 2013. S. 33-57.
- Ayerle GM. FrühStart: Familienhebammen im Netzwerk Frühe Hilfen. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen; 2012.
- Ayerle GM, Mattern E, Fleischer S. Welche Kenntnisse und Einstellungen haben freiberuflich tätige Hebammen in Sachsen-Anhalt zum Netzwerk "Frühe Hilfen"? Z Hebammenwiss. 2014;02(02):53-61. DOI: 10.3205/zhwi000003
- Barimani M, Hylander I. Linkage in the chain of care: a grounded theory of professional cooperation between antenatal care, postpartum care and child health care. Int J Integr Care 2008;8(4):1-13. DOI: 10.5334/ijic.254
- Clancy A, Gressnes T, Svensson T. Public health nursing and interprofessional collaboration in Norwegian municipalities: A questionnaire study. Scand J Caring Sci. 2013;27(3):659-68. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2012.01079.x
- Egle UT, Franz M, Joraschky P, Lampe A, Seiffge-Krenke I, Cierpka M. Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit - ein Update. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2016;59(10):1247-54. DOI: 10.1007/s00103-016-2421-9
- Eickhorst A, Schreier A, Brand C, Lang K, Liel C, Renner I, et al. Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2016;59(10):1271-80. DOI: 10.1007/s00103-016-2422-8
- Fabel-Lamla M, Tiefel S, Zeller M. Vertrauen und Profession: Eine erziehungswissenschaftliche Perspektive auf theoretische Ansätze und empirische Analysen. Zeitschrift für Pädagogik. 2012;58(6):799-811.
- Flick U. Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung. 7. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2016.
- Flick U, von Kardorff E, Steinke I. Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I, Hrsg. Qualitative Forschung: Ein Handbuch. 10. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2013. S. 13-29.
- Glaser, BG. Der Umbau der Grounded-Theory-Methodologie. In: Mey G, Muck K, Hrsg. Grounded Theory Reader. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011. S. 137-61.
- Glaser BG, Strauss AL. Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung. 3. Aufl. Bern: Huber; 2010.
- Haffner J, Esther C, Münch H, Parzer P, Raue B, Stehen R, et al. Verhaltensauffälligkeiten im Einschulungsalter aus elterlicher Perspektive – Ergebnisse zur Prävalenz und Risikofaktoren in einer epidemiologischen Studie. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 2002;51(9):676-96.
- Hahn M, Sandner E. Kompetenzprofil Familienhebammen. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH); 2013.
- Homer CS, Henry K, Schmied V, Kemp L, Leap N, Briggs C. 'It looks good on paper': Transitions of care between midwives and child and family health nurses in New South Wales. Women Birth. 2009;22(2):64-72. DOI: 10.1016/j.wombi.2009.01.004
- Horschitz H, Meysen T, Schaumberg T, Schönecker L, Seltmann D. Rechtsgutachten zu rechtlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Einsatz von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern: Erstellt im Auftrag des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH); 2015.
- KKG. Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz, Artikel 1 des Bundeskinderschutzgesetzes, BGBl Jahrgang 2011 Teil I Nr. 70 (Dezember 22, 2011). [Zugriff 2017 Jun].
- Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa; 2016.
- Küster E, Mengel M, Pabst C, Sann A. Im Profil: Die Koordination von Netzwerken im Bereich Frühe Hilfen: Strukturen und Personen, Aufgaben und Herausforderungen. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Hrsg. Datenreport Frühe Hilfen: Ausgabe 2015. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen; 2015. S. 22-39.
- Lamnek S. Qualitatives Interview. In: Lamnek S, Hrsg. Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch. 5. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz; 2010. S. 301-71.
- Lang K, Brand C, Renner I, Neumann A, Schreier A, Eickhorst A, et al. Wie werden Angebote der Frühen Hilfen genutzt? Erste Daten aus den Pilotstudien der Prävalenz- und Versorgungsstudie. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Hrsg. Datenreport Frühe Hilfen: Ausgabe 2015. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen; 2015. S. 6-21.
- Lange U, Liebold C. Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Früher Hilfen: Leitfaden für Kommunen. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH); 2013.
- Mattern E, Lange U. Die Rolle der Familienhebammen im System der Frühen Hilfen: Frühe Kindheit. Zeitschrift der Deutschen Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft e.V. Sonderausgabe: Frühe Hilfen; Gesundes Aufwachsen ermöglichen. 2012;14:66-75.
- Meysen T, Schönecker L. Vertrauensschutz als Grundlage des Datenschutzes im System Frühe Hilfen. In: Freese J, Hrsg. Frühe Hilfen und Kinderschutz in den Kommunen: Praxisgrundlagen. Wiesbaden: Kommunal- und Schul-Verlag; 2011. S. 77-91.
- NZFH (Nationales Zentrum Frühe Hilfen). Leitbild Frühe Hilfen: Beitrag des NZFH-Beirats. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH); 2014.
- NZFH (Nationales Zentrum Frühe Hilfen). Bundesinitiative Frühe Hilfen. Zwischenbericht 2014: Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen als Koordinierungsstelle des Bundes. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH); 2014.
- NZFH (Nationales Zentrum Frühe Hilfen). Bundesinitiative Frühe Hilfen. Bericht 2016: Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen als Koordinierungsstelle des Bundes. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH); 2016.
- PrävG. Präventionsgesetz: Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, BGBl Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31 (Juli 24, 2015). [Zugriff Apr 2017].
- Psaila K, Fowler C, Kruske S, Schmied V. A qualitative study of innovations implemented to improve transition of care from maternity to child and family health (CFH) services in Australia. Women Birth. 2014;27(4):e51-60. DOI: 10.1016/j.wombi.2014.08.004
- Psaila K, Kruske S, Fowler C, Homer C, Schmied V. Smoothing out the transition of care between maternity and child and family health services: perspectives of child and family health nurses and midwives. BMC Pregnancy & Childbirth. 2014;14(151):1-13. DOI: 10.1186/1471-2393-14-151
- Psaila K, Schmied V, Fowler C, Kruske S. Interprofessional collaboration at transition of care: perspectives of child and family health nurses and midwives. J Clin Nurs. 2015;24(1-2):160-72. DOI: 10.1111/jocn.12635
- Renner I. Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems: Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2010;53(10):1048-55.

33. Rettig H, Schröder J, Zeller M. Das Handeln von Familienhebammen: Entgrenzen, abgrenzen, begrenzen. 1st ed. Weinheim und Basel: Beltz Juventa; 2017.
34. Sayn-Wittgenstein F, Lange U, Knorz B. Erfassung des Bedarfs von sozial benachteiligten schwangeren Mädchen und Frauen mit dem Ziel der Entwicklung eines Gesundheitsförderungskonzepts: Unveröffentlichter Abschlussbericht. Osnabrück: Hochschule Osnabrück; 2011.
35. Schlüter-Cruse M, Schnepf W, Sayn-Wittgenstein F. Interprofessional cooperation by midwives in the field of out-of-hospital obstetrical care: an integrative review. *International Journal of Health Professions*. 2016;3(2):136–52. DOI: 10.1515/ijhp-2016-0025
36. Schmied V, Homer C, Fowler C, Psaila K, Barclay L, Wilson I, et al. Implementing a national approach to universal child and family health services in Australia: professionals' views of the challenges and opportunities. *Health Soc Care*. 2015;23(2):159–70. DOI: 10.1111/hsc.12129
37. Schölmerich VL, Posthumus AG, Ghorashi H, Wälput AJ, Grönewegen P, Denktas S. Improving interprofessional coordination in Dutch midwifery and obstetrics: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(145):1–8. DOI: 10.1186/1471-2393-14-145
38. Schönberner P, Schäfers R, Kehrbach A. Die Bedeutung der Beziehungsarbeit im Geburtsprozess. In: Deutscher Hebammenverband e.V., Hrsg. *Geburtsarbeit: Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt*. Stuttgart: Hippokrates-Verl.; 2010. S. 20–35.
39. SGB. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch: Gesetzliche Krankenversicherung, BGBI. Jahrgang 1988 Teil I Nr. 62 (Dezember 20., 1988). [Zugriff Feb 2017].
40. Simoes E, Kunz S, Bosing-Schwenkglens M, Schwörer P, Schmahl F. Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge - ein Spiegel gesellschaftlicher Entwicklungen und Aspekte der Effizienz: Untersuchung auf der Basis der Perinatalerhebung Baden-Württemberg 1998-2001. *Geburtshilfe Frauenheilk*. 2003;(63):538–45. DOI: 10.1055/s-2003-40474
41. Steinke I. Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I, Hrsg. *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. 10th ed. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2013. S. 319–31.
42. StGB. Strafgesetzbuch, BGBI. Jahrgang 1998 Teil I Nr. 75, i. d. Fassung vom 31.03.2017 (November 13., 1998). [Zugriff Apr 2017].
43. Strauss AL, Corbin JM. *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union; 1996.
44. Strübing J. *Qualitative Sozialforschung: Eine komprimierte Einführung für Studierende*. 1st ed. München: Oldenbourg; 2013.
45. VV BIFH. *Verwaltungsvereinbarung Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen 2012-2015 (gem. § 3 Absatz 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz)*; 2012. Verfügbar unter: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Verwaltungsvereinbarung_zur_Bundesinitiative.pdf [Zugriff Apr 2017].
46. Witzel A. Auswertung problemzentrierter Interviews: Grundlagen und Erfahrungen. In: Strobl R, Böttger A, Hrsg. *Wahre Geschichten? Zu Theorie und Praxis qualitativer Interviews*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 1996. S. 49–76.
47. Witzel A. Das problemzentrierte Interview. *Forum Qual Soc Res*. 2000;1(1):1–9. DOI: 10.1007/978-3-8349-9441-7_29
48. Zimmermann P, Vierhaus M, Eickhorst A, Sann A, Egger C, Förthner J, et al. Aufwachsen unter familiärer Belastung in Deutschland: Design und Methoden einer entwicklungspsychologischen Studie zu Risiko- und Schutzmechanismen bei Familien mit unterschiedlicher psychosozialer Belastung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2016;59(10):1262–70. DOI: 10.1007/s00103-016-2423-7

Stellungnahme-Beauftragte gesucht

Der Vorstand sucht dringend und *zeitnah* eine DGHWi-Mandatsträgerin / einen DGHWi-Mandatsträger, die/ der die äußerst wichtige Aufgabe als Stellungnahme-Beauftragte/r übernimmt.

Interessentinnen und Interessenten werden gebeten, ihr Interesse in Form einer kurzen "Bewerbung"

per E-Mail bis zum 31. Januar 2018 mitzuteilen.

Diese ist an die Vorsitzende Frau Prof.in Monika Greening (vorsitzende@dghwi.de) und in Kopie an die Geschäftsstelle zu richten.

Aufgaben der / des Stellungnahme-Beauftragten sind:

- ◆ Koordination der Stellungnahmen innerhalb der DGHWi
- ◆ Kommunikation mit dem G-BA oder anderen Organisationen, die zur Stellungnahme einladen
- ◆ Teilnahme an den Arbeitstreffen der AWMF (für die Stellungnahme-Beauftragten)
- ◆ Dokumentation der Informationen der Arbeitstreffen für den Vorstand
- ◆ Informationen der Mitglieder über die Arbeit der / des Stellungnahme-Beauftragten in der Fachzeitschrift oder im Vorfeld der Mitgliederversammlung

Die Entscheidung über die Vergabe des Mandats trifft der Vorstand auf der Grundlage der eingereichten Bewerbungen.

Geplante frühzeitige Geburt versus Abwarten bei vorzeitigem Blasensprung am Termin (37 Schwangerschaftswochen oder mehr)

Middleton P, Shepherd E, Flenady V, McBain R, Crowther C

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

Übersetzung durch Clara Eidt, B.Sc. Midwifery

Hintergrund

Ein vorzeitiger Blasensprung (premature rupture of membranes/PROM) am Termin wird abwartend oder durch geplante frühzeitige Geburt betreut. Es ist unklar, ob das Warten auf einen spontanen Geburtsbeginn besser ist, als ein Eingreifen, z.B. durch Geburtseinleitung.

Ziel

Ziel dieses Reviews ist die Erfassung der Wirkungen einer geplanten frühzeitigen Geburt (sofortiges Eingreifen oder Eingreifen innerhalb von 24 Stunden) im Vergleich zum abwartenden Management (kein geplantes Eingreifen innerhalb von 24 Stunden) bei Frauen mit vorzeitigem Blasensprung am Termin, auf mütterliche, fetale und neonatale Endpunkte.

Methodisches Vorgehen

Wir suchten im Cochrane Pregnancy and Childbirth Trials Register (9. September 2016) und in Referenzlisten der gefundenen Studien.

Auswahlkriterien

Randomisierte oder quasi-randomisierte kontrollierte Studien zu geplanter frühzeitiger Geburt verglichen mit abwartendem Management (entweder im Krankenhaus oder zu Hause) bei Frauen mit vorzeitigem Blasensprung bei 37 vollendeten Schwangerschaftswochen oder später.

Datensammlung und Analyse

Zwei Review-Autoren beurteilten unabhängig voneinander die Studien auf Einschluss, extrahierten die Daten und beurteilten das Risiko für Bias der eingeschlossenen Studien. Die Daten wurden auf Genauigkeit geprüft.

Ergebnisse

In die Aktualisierung dieses Review wurden 23 Studien mit insgesamt 8.615 Frauen und ihren Neugeborenen eingeschlossen. Zehn Studien untersuchten die intravenöse Oxytocingabe, zwölf Studien untersuchten Prostaglandine (sechs Studien in Form von vaginalem Prostaglandin E₂ und sechs als oral, sublingual oder vaginales Misoprostol) und je eine Studie untersuchte Caulophyllum und Akupunktur. Insgesamt wurden drei Studien mit niedrigem Risiko für Bias beurteilt, während die anderen 20 ein unklares oder hohes Risiko für Bias hatten.

Primäre Endpunkte: Frauen mit einer geplanten frühzeitigen Geburt hatten ein reduziertes Risiko für **mütterliche infektiöse Morbidität (Chorioamnionitis und/oder Endometritis)** verglichen mit Frauen, die mit abwartendem Management nach vorzeitigem Blasensprung am Termin betreut wurden (durchschnittliches relatives Risiko [RR] 0,49; 95% Konfidenzintervall [KI] 0,33 bis 0,72; acht Studien, 6.864 Frauen, Tau² = 0,19; I² = 72%, niedrige Qualität der Evidenz), und ihre Neugeborenen hatten weniger häufig eine **eindeutige oder wahrscheinliche frühe Neugeborenen-sepsis** (RR 0,73; 95% KI 0,58 bis 0,92;

16 Studien, 7.314 Säuglinge, niedrige Qualität der Evidenz). Es wurden keine klaren Unterschiede beobachtet zwischen der Gruppe mit geplanter frühzeitiger Geburt und abwartender Betreuung in Bezug auf das Risiko eines **Kaiserschnittes** (durchschnittliches RR 0,84; 95% KI 0,69 bis 1,04; 23 Studien, 8.576 Frauen, Tau² = 0,10; I² = 55%; niedrige Qualität der Evidenz), **schwerwiegender mütterlicher Morbidität oder Mortalität** (keine Ereignisse, drei Studien, 425 Frauen, sehr niedrige Qualität der Evidenz), **eindeutiger früher Neugeborenen-sepsis** (RR 0,57; 95% KI 0,24 bis 1,33; sechs Studien, 1.303 Säuglinge, sehr niedrige Qualität der Evidenz) oder **perinataler Mortalität** (RR 0,47; 95% KI 0,13 bis 1,66; acht Studien, 6.392 Säuglinge; moderate Qualität der Evidenz).

Sekundäre Endpunkte: Frauen mit geplanter frühzeitiger Geburt hatten ein reduziertes Risiko für Chorioamnionitis (durchschnittliches RR 0,55; 95% KI 0,37 bis 0,82; acht Studien, 6.874 Frauen; Tau² = 0,19; I² = 73%), und postpartale Septikämie (RR 0,26; 95% KI 0,07 bis 0,96; drei Studien, 263 Frauen), und ihre Neugeborenen bekamen weniger häufig Antibiotika (durchschnittliches RR 0,61; 95% KI 0,44 bis 0,84; 10 Studien, 6.427 Säuglinge; Tau² = 0,06; I² = 32%). Frauen in der Gruppe mit frühzeitiger Geburt hatten häufiger eine Geburtseinleitung (durchschnittliches RR 3,41, 95% KI 2,87 bis 4,06; 12 Studien; 6.945 Frauen, Tau² = 0,05; I² = 71%), hatten eine kürzere Zeitspanne vom vorzeitigem Blasensprung bis zur Geburt (mittlere Differenz [MD] -10,10 Stunden; 95% KI -12,15 bis -8,06; neun Studien, 1.484 Frauen, Tau² = 5,81; I² = 60%) und ihre Säuglinge hatten ein niedrigeres Geburtsgewicht (MD -79,25g, 95% KI -124,96 bis -33,55; fünf Studien, 1.043 Säuglinge). Frauen mit geplanter frühzeitiger Geburt hatten eine kürzere Dauer des Krankenhausaufenthaltes (MD -0,79 Tage; 95% KI -1,20 bis -0,38; zwei Studien, 748 Frauen Tau² = 0,05; I² = 59%), und ihre Säuglinge wurden weniger häufig auf einer speziellen Neugeborenenstation aufgenommen (RR 0,75; 95% KI 0,66 bis 0,85; acht Studien, 6.179 Säuglinge), und hatten eine kürzere Dauer des Krankenhausaufenthaltes (-11,00 Stunden; 95% KI -21,96 bis -0,04; eine Studie, 182 Säuglinge) oder Spezial- oder Intensivstationsaufenthaltes (RR 0,72; 95% KI 0,61 bis 0,85; vier Studien, 5.691 Säuglinge). Frauen in der Gruppe mit geplanter frühzeitiger Geburt hatten positivere Erfahrungen verglichen mit Frauen in der Gruppe mit abwartendem Management.

Keine klaren Unterschiede zwischen den Gruppen wurden beobachtet bei Endometritis, postpartaler Pyrexie, postpartalem Einsatz von Antibiotika, Kaiserschnitt wegen fetalem Distress, operativer vaginaler Geburt, Uterusruptur, Epiduralanästhesie, postpartalen Blutungen, unerwünschten Wirkungen, Nabelschnurvorfälle, Totgeburt, neonataler Mortalität, Pneumonie, Apgar Score weniger als sieben nach fünf Minuten, Einsatz mechanischer Beatmung oder Anomalie bei zerebralem Ultraschall (keine Ereignisse).

Keine der Studien berichtete über Stillen, postnatale Depression, Schwangerschaftsalter bei Geburt, Meningitis, Atemnotsyndrom, nekrotisierende Enterokolitis, neonatale Enzephalopathie oder Auffälligkeiten bei den Nachuntersuchungen in der Kindheit.

In den Subgruppenanalysen fanden sich keine klaren Muster für unterschiedliche Wirkungen bei Methoden der Einleitung, Parität, Einsatz von mütterlicher Antibiotika-Prophylaxe oder digitale vaginale Untersuchung.

Ergebnisse der Sensitivitätsanalysen, basierend auf der Studienqualität, stimmten mit denen der Hauptanalyse überein, ausgenommen die **eindeutige oder wahrscheinliche frühe Neugeborenensepsis**, wo keine klaren Unterschiede beobachtet wurden.

Zusammenfassung

Es gibt Evidenz von niedriger Qualität, die darauf hinweist, dass eine geplante frühzeitige Geburt (mit Einleitungsmethoden wie Oxytocin oder Prostaglandinen) im Vergleich zu abwartendem Management das Risiko für mütterliche infektiöse Morbidität bei Blasensprung ab 37 vollendeten Schwangerschaftswochen oder später reduziert, ohne ein erkennbares erhöhtes Risiko für Kaiserschnitt. Die Evidenz wurde hauptsächlich herabgestuft, weil die Mehrheit der datenbeitragenden

Zitation des Cochrane Reviews:

Middleton P, Shepherd E, Flenady V, McBain R, Crowther C. Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more). Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 1. Art. No. : DOI: 10.1002/14651858.CD005302.pub3

Studien ernste Einschränkungen im Design aufwies und die meisten Effektschätzer ungenau waren.

Die Herabstufung der Evidenz beruhte hauptsächlich auf den ersten Einschränkungen im Design der Studien, welche die Daten lieferten, und der meist ungenauen Effektschätzer.

Obwohl die 23 eingeschlossenen Studien in diesem Review eine große Anzahl von Frauen und Kindern einschlossen, war die Qualität der Studien und der Evidenz insgesamt nicht hoch und bezüglich mehrerer wichtiger Endpunkte gab es eine eingeschränkte Berichterstattung. Somit wäre weitere Evidenz, die Nutzen und Schäden der geplanten frühzeitigen Geburt im Vergleich zum abwartenden Management untersucht und mütterliche, fetale, neonatale und Langzeitauswirkungen in der Kindheit, sowie die Nutzung des Gesundheitswesens betrachtet, nützlich.

Jede zukünftige Studie sollte durch adäquates Design und Teststärke die Wirkungen auf kurz- und langfristige Endpunkte beurteilen.

Die Standardisierung und Definition von Endpunkten, darin eingeschlossen die Untersuchung von mütterlichen und neonatalen Infektionen, wäre förderlich.

Intermittierende Auskultation (IA) der fetalen Herzfrequenz während der Geburt zur Beurteilung des fetalen Wohlergehens

Martis R, Emilia O, Nurdiati D S, Brown J

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

Übersetzung durch Nina Peterwerth M.Sc. Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Hintergrund

Das Ziel des fetalen Monitorings während der Geburt ist das frühe Erkennen eines hypoxischen Neugeborenen. Verschiedene Hilfsmittel und Methoden stehen für die intermittierende Auskultation (IA) der fetalen Herzfrequenz (FHF) zur Verfügung. Länder mit geringem oder mittlerem Einkommen haben für gewöhnlich nur Zugang zu Pinard/Laënnec-Stethoskop oder benutzen ein Hand-Doppler-Gerät. Aktuell gibt es keine robuste Evidenz, welche die klinische Praxis leitet, welches Hilfsmittel zur IA am geeignetsten ist, in welchen Zeitintervallen oder über welche Dauer das Abhören des fetalen Herzens bei Frauen während der etablierten Geburt durchgeführt werden sollte.

Ziel

Die Alltagswirksamkeit verschiedener Hilfsmittel zur IA der fetalen Herzfrequenz während der Geburt inklusive Häufigkeit und Dauer der Auskultation zu evaluieren.

Methodisches Vorgehen

Wir suchten im Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials

Register (19. September 2016), kontaktierten Experten und durchsuchten Referenzlisten der aufgefundenen Artikel.

Auswahlkriterien

Alle publizierten und unpublizierten randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) oder Cluster-RCTs, die verschiedene Hilfsmittel und Methoden zur intermittierenden fetalen Auskultation während der Geburt für das fetale und maternale Wohlergehen vergleichen. Quasi-RCTs und Cross-over Designs waren für den Einschluss nicht geeignet.

Datensammlung und Analyse

Alle Review-Autoren bewerteten unabhängig voneinander die Eignung, extrahierten Daten und bewerteten das Risiko für Bias für jede Studie. Die Daten wurden auf Richtigkeit geprüft.

Hauptergebnisse

Wir schlossen drei Studien (6.241 Frauen und 6.241 Neugeborene) ein, aber nur zwei Studien wurden in die Metaanalyse (3.242 Frauen und 3.242 Neugeborene) eingeschlossen. Beide wurden aufgrund der fehlenden Möglichkeit die Teilnehmerinnen und das Gesundheitspersonal

bezüglich der Interventionen zu verblinden mit einem hohen Risiko für einen Performance Bias beurteilt. Die Qualität der Evidenz wurde als moderat bis sehr niedrig beurteilt; die Hauptgründe für das Herabstufen waren Studienlimitationen und fehlende Präzision der Effektschätzer.

Intermittierendes elektronisches fetales Monitoring (EFM) mittels Kardiotokographie (CTG) mit Routine-Pinard-Auskultation (eine Studie)

Es gab keinen eindeutigen Unterschied zwischen den Gruppen mit niedrigen Apgar-Werten nach 5 Minuten (berichtet als < 6 nach 5 Minuten nach der Geburt) (relatives Risiko [RR] 0,66; 95%-Konfidenzintervall [KI] 0,24 bis 1,83; 633 Neugeborene, sehr niedrige Qualität der Evidenz). Es gab keinen eindeutigen Unterschied für perinatale Mortalität (RR 0,88; 95%-KI 0,34 bis 2,25; 633 Neugeborene, sehr niedrige Qualität der Evidenz).

Neonatale Krampfanfälle waren in der EFM Gruppe reduziert (RR 0,05; 95%-KI 0,00 bis 0,89; 633 Kinder, sehr niedrige Qualität der Evidenz). Andere wichtige kindliche Endpunkte wurden nicht berichtet: Mortalität oder schwerwiegende Morbidität (zusammengefasster Endpunkt), zerebrale Lähmung oder neurosensorische Behinderung. Bezüglich maternaler Endpunkte wiesen Frauen, die einem intermittierenden elektronischen fetalen Monitoring (EFM) (CTG) zugeordnet wurden, höhere Raten an Kaiserschnitt wegen fetalem Disstress auf (RR 2,92; 95%-KI 1,78 bis 4,80; 633 Frauen, moderate Qualität der Evidenz), verglichen mit Frauen, welche dem Routine-Pinard zugewiesen wurden.

Es gab keinen eindeutigen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich vaginal-operativer Geburten (RR 1,46; 95%-KI 0,8 bis 2,49; niedrige Qualität der Evidenz). Andere Endpunkte wurden nicht berichtet (maternale Mortalität, vaginal-operative Geburten wegen fetalem Disstress oder Azidose, Analgesie während der Geburt, freie oder eingeschränkte Mobilität während der Geburt und postnatale Depression).

Doppler-Ultraschall-Monitoring mit Routine-Pinard-Auskultation (zwei Studien)

Es gab keinen eindeutigen Unterschied zwischen den Gruppen in Apgar-Werten < 7 nach 5 Minuten nach der Geburt (berichtet als < 6 in einer der Studien) (gepooltes RR 0,76; 95%-KI 0,20 bis 2,87; zwei Studien, 2.598 Neugeborene, $I^2 = 72\%$, sehr niedrige Qualität der Evidenz). Die Ergebnisse für diesen Endpunkt waren heterogen. Es gab keinen eindeutigen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich perinataler Mortalität (RR 0,69; 95%-KI 0,09 bis 5,40; 2597 Kinder, zwei Studien, sehr niedrige Qualität der Evidenz) oder neonataler Krampfanfälle (RR 0,05; 95%-KI 0,00 bis 0,91; 627 Neugeborene, eine Studie, sehr niedrige Qualität der Evidenz).

Andere wichtige kindliche Endpunkte wurden nicht berichtet (Nabelschnurblut-Azidose, Zusammenfassung aus Mortalität und schwerwiegender Morbidität, zerebrale Lähmung, neurosensorische Behinderung). Nur eine Studie berichtete maternale Endpunkte. Frauen, die einer Doppler Ultraschalluntersuchung zugeordnet wurden, wiesen höhere Raten an Kaiserschnitten aufgrund fetalem Disstress auf, als Frauen, die zum Routine-Pinard zugeordnet wurden (RR 2,71; 95%-KI 1,64 bis 4,48; 627 Frauen, moderate Qualität der Evidenz). Es gab

keinen eindeutigen Unterschied bezüglich vaginal-operativer Geburten zwischen den Gruppen (RR 1,35; 95%-KI 0,78 bis 2,32; 627 Frauen, niedrige Qualität der Evidenz). Andere maternale Endpunkte wurden nicht berichtet.

Intensiv-Pinard-Auskultation versus Routine-Pinard-Auskultation (eine Studie)

Eine Studie verglich Intensiv-Pinard-Auskultation (durchgeführt durch eine Hebamme, die in der Forschung tätig ist und sich in einer Eins-zu-Eins-Betreuung an das Protokoll hielt) mit Routine-Pinard-Auskultation (wie laut Protokoll, aber die Hebamme betreute gegebenenfalls mehr als eine Frau während der Geburt gleichzeitig). Es gab keinen eindeutigen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich niedriger Apgar-Werte (berichtet als < 6 in dieser Studie) (RR 0,90; 95%-KI 0,35 bis 2,31; 625 Neugeborene, sehr niedrige Qualität der Evidenz). Es gab ebenfalls keinen eindeutigen Unterschied für perinatale Mortalität (RR 0,56; 95%-KI 0,19 bis 1,67; 625 Neugeborene, sehr niedrige Qualität der Evidenz) oder neonatale Krampfanfälle (RR 0,68; 95%-KI 0,24 bis 1,88; 625 Neugeborene, sehr niedrige Qualität der Evidenz).

Andere kindliche Endpunkte wurden nicht berichtet. Für maternale Endpunkte gab es keinen eindeutigen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich Kaiserschnitt oder vaginal-operativer Geburten (RR 0,70; 95%-KI 0,35 bis 1,38 und RR 1,21; 95%-KI 0,69 bis 2,11 jeweils 625 Frauen, beides niedrige Qualität der Evidenz). Andere Endpunkte wurden nicht berichtet.

Fazit der Autoren

Ein tragbares (Batterie und Aufziehfunktion) Dopplergerät und intermittierendes CTG mit einem abdominalen Transducer ohne Transparentzeichenpapier für IA während der Geburt standen im Zusammenhang mit einem Ansteigen von Kaiserschnitten aufgrund von fetalem Disstress. Es gab keinen eindeutigen Unterschied bezüglich neonataler Endpunkte (niedrige Apgar-Werte nach 5 Minuten nach der Geburt, neonatale Krampfanfälle oder perinatale Mortalität). Langzeit-Endpunkte für das Neugeborene (einschließlich neurologischen Entwicklungsstörungen oder zerebraler Lähmung) wurden nicht berichtet.

Die Qualität der Evidenz wurde als moderat bis sehr niedrig bewertet und verschiedene wichtige Endpunkte wurden nicht berichtet, was bedeutet, dass Ungewissheit bezüglich der Nutzung von IA der FHF während der Geburt bleibt.

Frauen, Gesundheitsfachpersonen und Entscheidungsträger müssen bei fehlender Evidenz für Kurz- und Langzeitnutzen für Mutter und Kind bedenken, dass ein intermittierendes CTG und Doppler-Monitoring im Vergleich zu einer Routine-Pinard-Auskultation mit höheren Kaiserschnitttraten verbunden war.

Große, qualitativ hochwertige randomisierte Studien, besonders in einkommensschwachen Settings, werden benötigt. Studien sollten verschiedene Hilfsmittel und Zeitintervalle für IA vergleichen und sowohl kurz- als auch langfristige gesundheitsbezogene Endpunkte erheben.

Zitation des Cochrane Reviews:

Martis R, Emilia O, Nurdiati D S, Brown J. Intermittent auscultation (IA) of fetal heart rate in labour for fetal well-being. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 1. Art. No. DOI: 10.1002/14651858.CD008680.pub2

Kompetenzprofil MSc Hebamme – Als Hebamme MSc denken und handeln

Drei Hebammen mit Masterabschluss zeigen auf, wie sie in der Praxis, in der Lehre und Forschung sowie in der Leitung wertvolle Vorteile für die Betreuung von Frauen und ihren Kindern bringen.

Dorothee Eichenberger zur Bonsen RN, RM, EMBA¹, Dr. des. Jeannine Khan¹, Vanessa Leutenegger Dipl. Hebamme BSc², MScN, Beatrice Friedli RN, RM, MAS²

Einleitung

In der deutschsprachigen Schweiz startete in diesem Herbst 2017 der Studiengang Master of Science Hebamme (MSc Hebamme). Die schweizerische Bildungssystematik sowie Entstehung, Kontext und Wortlaut des Kompetenzprofils sind in einem ersten Beitrag in dieser Fachzeitschrift beschrieben [11]. Der vorliegende Beitrag zum Thema Kompetenzprofil MSc Hebamme zeigt drei mögliche Rollen einer Hebamme MSc, nämlich „Fachexpertin“, „Führungsperson“ und „Lehrende/Forschende“. Wir haben drei Rollenprofile skizziert und dazu je ein Interview mit einer Hebamme mit Masterabschluss geführt, um aufzuzeigen, wie diese mit ihren erweiterten Kompetenzen einen Mehrwert schaffen, der die perinatale Betreuung verbessert.

Die perinatale Gesundheitsversorgung weist im nationalen und internationalen Kontext eine Steigerung bezüglich komplexer Betreuungssituationen aus und wird anspruchsvoller [6][21]. Der individuelle Bedarf von Beratung und Betreuung besteht zunehmend auch bei Frauen und Familien in diversifizierten und komplexen Situationen [8][18]. Hebammen MSc optimieren die perinatale Betreuung mit ihren vertieften forschungsmethodischen und fachlichen Kenntnissen. Sie sind ausgebildet, um in interprofessionellen Teams entsprechend dem Bedarf der Bevölkerung Lösungen zu entwickeln und zu implementieren [7][9]. Sie beteiligen sich an Praxisentwicklungen oder leiten diese [13]. Sie führen hebammengeleitete Settings [1] oder geburtshilfliche Abteilungen und gestalten Rahmenbedingungen. Sie sind in angewandte Forschungsprojekte involviert und vermitteln an Hochschulen den angehenden Hebammen den aktuellen Stand des Wissens in der Geburtshilfe.

Die Hebamme MSc als Fachexpertin leitet Projekte zur Stärkung frauen- und familienzentrierter perinataler Versorgung.

Interview mit Alexandra Plüss (AP), Hebamme MSc. Sie ist Fachexpertin am Geburtshaus Luna in Bern. Das Interview leitete Dorothee Eichenberger zur Bonsen (DE).

DE: „Sie sind diplomierte Hebamme HF, haben einen Masterabschluss und sind in einem Geburtshaus tätig. Wieso haben Sie ein Masterstudium absolviert?“

AP: „Als ich die Ausbildung als Hebamme im Jahr 2007 abschloss, startete an den Schweizer Fachhochschulen das zweistufige Bologna-System Bachelor-Master mit dem Studium Bachelor of Science für Hebammen. Dies lieferte mir den Anstoss dazu, eine vertiefte inhaltliche Basis für eine bessere Betreuung von Frauen, Kindern und Familien in einem Masterstudium zu erarbeiten. Weil ich gerne anhand von Fachtexten eine Handlungsanleitung verbessere, war ich daran interessiert, mit neuen Denkweisen und aktuellem Fachwissen den Praxisalltag zu prägen. Auch wollte ich meine beruflichen Möglichkeiten

ausweiten, um beispielsweise in einem hebammengeleiteten Setting oder in der Lehre vertieftes und aktuelles Wissen einbringen zu können. Zudem stellte ich fest, dass die Beratung von Frauen und ihren Familien komplexer wurde. Die Anforderung an mich als Hebamme, fundierte Lösungsvorschläge anzubieten, stieg an. Dazu wollte ich mir aktuelles Wissen aneignen.“

Rollenprofil: Im Studium MSc Hebamme lernen die Absolvierenden, was sie als Fachexpertin³ verantworten.

„Eine Hebamme MSc stellt den Transfer der Forschungsergebnisse in die Praxis sicher. Sie sorgt dafür, dass die Betreuung der Frauen und ihrer Familien dem aktuellen Stand des Wissens und den Klientinnenbedürfnissen entspricht. Sie unterstützt den physiologischen Verlauf der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts. Während der Schwangerschaft und der Mutterschaft im 1. Lebensjahr des Kindes ist sie auch in komplexen Situationen oder bei chronischen Krankheiten zuständig [19]. Sie gewährleistet einen hohen Standard in der geburtshilflichen integrierten Versorgung⁴. Sie sorgt für eine Betreuung von Frauen, ihren Kindern und Familien, die den anerkannten Zielen und Leitlinien des Berufes entspricht.“

Die Rolle als Hebammenexpertin beinhaltet, den Bedarf an Leitlinien und Weisungen zu erkennen, Lösungsansätze auszuarbeiten, umzusetzen und zu evaluieren. Zudem berät und unterstützt die Hebamme MSc Teamkolleginnen in komplexen geburtshilflichen Situationen und leitet interdisziplinäre, insbesondere interprofessionelle Qualitätszirkel und Fallbesprechungen [20]. Sie unterstützt in komplexen perinatalen Situationen alle Leistungserbringenden wirkungsvoll zum Nutzen der Klientinnen und ihrer Familien. Die Hebammenexpertin kommt in ihrer Rolle vor allem in anspruchsvollen Situationen zum Einsatz, wenn Klientinnen besondere Bedürfnisse hinsichtlich ihrer psychischen, sozialen oder körperlichen Gesundheit haben. Solche Situationen können beispielsweise eintreffen, wenn die Klientin unter Depressionen, Substanzabhängigkeit oder Angststörungen leidet [4][5], wenn sie von Armut betroffen, Migrantin [8][18] oder alleinstehend ist oder wenn sie Krankheiten wie Rheuma, Diabetes oder Adipositas hat. Die Hebamme MSc ist befähigt, die Funktion einer Case-Managerin [17] zu übernehmen“ [10].

DE: „Wie haben sich Ihre Aufgaben verändert im Vergleich zur Arbeit als Hebamme BSc?“

AP: „Ich führe neue Mitarbeitende ein, erarbeite Checklisten zur Sicherung der Behandlungspfade und führe aufgrund von Ergebnissen aus der Qualitätsprüfung verbesserte Betreuungsmassnahmen ein. Diese werden basierend auf aktuellem Wissen erarbeitet, im Heb-

ammenteam des Geburtshauses diskutiert und definiert sowie implementiert und evaluiert. Wir haben bspw. Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen oder mit Gestationsdiabetes, welche fragen, ob sie mit dieser Diagnose ihr Kind im Geburtshaus gebären können. Dahinter steht die Idee, dass diese in einer spezifischen Hebammensprechstunde zusammen mit einer Pflegefachperson beraten werden und so eine informierte Entscheidung, abgestützt auf die ärztliche Einschätzung getroffen werden kann. Eine weitere Idee besteht darin, anhand von Fallvorstellungen die fachlichen Kenntnisse im Hebammenteam weiter zu entwickeln, sodass die Frauen mit ihren Kindern und Familien eine verbesserte perinatale Betreuung erhalten. Ich verantworte die fachliche Entwicklung in unserem Team. Zurzeit bin ich deshalb dabei, die neue Funktion und Rolle der Fachexpertin zu entwickeln und die genannten Veränderungsideen als Projekte zu konkretisieren."

DE: "Ihre neue Aufgabe macht Ihnen bestimmt Freude. Was stimuliert Sie besonders und was sind Ihre Ziele für die Zukunft?"

AP: "Ich bin wissensdurstig und freue mich, die Rolle als Fachexpertin im Geburtshaus entwickeln zu dürfen. Ziel ist, einen Nutzen für die geburtshilfliche Versorgung zu schaffen. Dabei ist es ebenso motivierend, auf Herausforderungen zu treffen und Neues anzugehen wie meine beruflichen Erfahrungen zu vertiefen und aktuelles Wissen zu erarbeiten. Die Bedingungen am neuen Arbeitsplatz sind unterstützend, sodass ich mein Wissen aus dem Masterstudium einbringen kann. Unser Ziel ist, den gestiegenen Anforderungen aufgrund eines individualisierten Bedarfs an fundierter perinataler Beratung und Betreuung in einem gesellschaftlich diversifizierten Umfeld gerecht zu werden."

Die Leiterin Pflegedienst schafft Rahmenbedingungen für eine familienzentrierte Betreuung

Interview mit Regula Lanter (RL), Hebamme MSc. Sie ist Leiterin Pflegedienst in der Frauenklinik am Universitätsspital Zürich. Das Interview leitete Vanessa Leutenegger (VL).

VL: „Sie sind Hebamme, haben einen Masterabschluss und sind in der Frauenklinik am Universitätsspital Zürich tätig. Was motiviert Sie das Masterstudium zu absolvieren?“

RL: "Wiederholt führte ich interprofessionelle fachliche Diskussionen. Dabei argumentierte die Ärzteschaft mit Studienergebnissen. Mein Wissen dazu war nicht ausreichend. Diese Abhängigkeit war mir unangenehm. Mein Ziel war es, Studien selber beurteilen und interpretieren zu können. Ich erhoffte mir eine umfassende und fundierte Vorbereitung, um in der perinatalen Betreuung von Frauen interprofessionell diskutieren und für die Anliegen der Frauen argumentieren zu können. Ein weiterer Auslöser für ein Masterstudium waren Fortbildungen, die mir zu wenig fachliche Vertiefung boten. Auch dank meines Masterabschlusses bin ich nun als "Leiterin Pflegedienst" in einem Universitätsspital tätig, wodurch sich mir sehr viele Gestaltungsoptionen eröffnen."

VL: „Sie sind in der Frauenklinik am Universitätsspital Zürich entsprechend Ihres neuen Profils als Leiterin Pflegedienst tätig. Wie haben sich Ihre Aufgaben verändert?“

RL: "Die Arbeit teilt sich in operative und strategische Aufgaben, wobei insbesondere Letztere mehr zum Arbeitspaket der "Leiterin Pflege-

dienst" gehören. Mein erweitertes und vertieftes Wissen aus dem Masterstudium fliesst in die strategische Ausrichtung der Pflege- und Hebammentätigkeit ein. Mit aktuellem Wissen kann ich einen begründeten Beitrag im interprofessionellen Aushandeln von Konzepten für die perinatale Versorgung im Bereich Mutter und Kind einbringen. Die Möglichkeit, eine frauenzentrierte Geburtshilfe anbieten zu können, um auch in pathologischen Situationen physiologische Prozesse zu stärken und eine kontinuierliche Betreuung zu ermöglichen, kann ich nun fokussierter beeinflussen. Für das Initiieren von Praxisentwicklungen im Sinne von fachlichem Leadership verfüge ich über das nötige Wissen. Aufgrund einer längeren Vakanz einer Schlüsselposition fehlt mir momentan jedoch die nötige Zeit, sowohl um eigene Ideen zu prüfen und vorzuschlagen als auch um diese zu implementieren. Im operativen

Rollenprofil: Im Studium MSc Hebamme werden die Absolvierenden auf die Aufgaben als Leitungsperson vorbereitet.

„Als Hebammenexpertin nimmt sie Aufgaben im Bereich von Leadership und Management wahr [12, S. 12][14, S. 9][15, S. 14]. In Führungsfunktionen bestimmt und beeinflusst sie die Qualität der Betreuung von Frauen und deren Familien sowie die Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden. Als Vorgesetzte kann sie in organisatorischen Veränderungsprozessen hebammenwissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigen und entsprechende Projekte initiieren. Sie kann Vorschläge von Mitarbeitenden zur Verbesserung der integrierten perinatalen Versorgung aufnehmen und diese unter Einbezug von gesundheitsökonomischen Überlegungen und der interprofessionellen Zusammenarbeit umsetzen. In einer hohen Managementposition übt sie ihre Governance-Funktionen unter Einbezug von allen Beteiligten aus und nimmt auf gesellschaftlicher Ebene Einfluss auf die gesundheitspolitische Entwicklung“ [10].

Bereich verschaffe ich mir täglich einen Überblick über die aktuelle Arbeitssituation auf den Abteilungen, in dem ich nach Möglichkeit am geburtshilflichen Rapport teilnehme und mit den Abteilungsverantwortlichen ein kurzes Koordinationsboard durchführe. So weiss ich über herausfordernde Personalsituationen und anspruchsvolle perinatale Betreuungsthemen Bescheid, bei denen Unterstützung nachgefragt wird oder ein Ersatz organisiert werden muss."

VL: "Ich gehe davon aus, dass Ihnen Ihre Aufgabe Freude bereitet. Was motiviert Sie?"

RL: "Sicherlich die Komplexität in perinatalen Betreuungssituationen. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheits- und Medizinalpersonen und eine gemeinsame Lösungsfindung sind mir ein Anliegen, mit dem Ziel einer ganzheitlichen und frauenzentrierten Betreuung. Gesundheitspolitische Themen geben mir Anreize für neue perinatale Versorgungsmodelle, die einen Mehrwert in der Betreuungsqualität in unserem Bereich Frau und Kind bringen. Dazu benötigt es gut ausgebildetes Fachpersonal. Wir unterstützen Mitarbeitende in der Entwicklung ihrer fachlichen Kompetenzen. Sie sollen in komplexen Situationen im interprofessionellen Team Lösungen entwickeln und so eine individuelle Betreuung nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen anbieten können."

„Weil ich mich gerne thematisch vertiefe und Hebammen fundiert ausbilden will, bin ich als Dozentin tätig.“

Interview mit Ursula Hölzli Reid (UHö), Hebamme MSc. Sie ist Dozentin im Studiengang BSc Hebamme an der Berner Fachhochschule BFH und beteiligte sich an einem Forschungsprojekt in der Disziplin Geburtshilfe der BFH. Das Interview leitete Dorothee Eichenberger (DE).

DE: „Sie sind Hebamme mit einem Abschluss Master of Science. Wieso haben Sie ein Masterstudium absolviert?“

UHö: "In der klinischen Praxis war ich als Hebamme tätig und habe mit Freude Lernende begleitet. Dadurch wurde mein Wunsch, als Dozentin in der Ausbildung von Hebammen tätig zu sein, geweckt. Mir war klar, dass dazu nebst pädagogischen Kenntnissen auch fachlich vertieftes Wissen für das Definieren und Begreifen von geburtshilflichen Situationen notwendig ist. Meine Arbeit als Dozentin verlangte also begründetes neues und aktualisiertes Wissen. Das motivierte mich, meine fachlichen Kenntnisse zu vertiefen und zu erweitern. Beispielsweise wusste ich, dass alle Elemente des wissenschaftlichen Arbeitens in meiner täglichen Arbeit gebraucht werden. Dazumal war mein Studium nicht für eine forschende Tätigkeit gedacht, sondern für die Vorbereitung der zu unterrichtenden Inhalte. Mir war wichtig, einen fundierten Beitrag in der Ausbildung von Hebammen zu leisten. Studierenden sollen Themen so erarbeiten, dass mit ihrem Denken und Handeln in der klinischen Praxis eine verbesserte personenzentrierte perinatale Betreuung von Frau, Kind und Familie zum Tragen kommt."

Rollenprofil: Im Studium MSc Hebamme lernen die Absolvierten, sich neues und aktualisiertes Wissen anzueignen.

„Eine Hebamme MSc vermittelt evidenzbasierte hebammenfachliche Inhalte auf unterschiedlichen Ausbildungsstufen und integriert neue Forschungsergebnisse in die Lehre. Sie fördert die Zusammenarbeit mit den Praxisinstitutionen und initiiert und evaluiert die Weiterentwicklung des Berufes auf praktischer und wissenschaftlicher Ebene. Sie führt interdisziplinäre und interprofessionelle Weiterbildungen durch. Dadurch trägt sie bei, die Qualität der Hebammenleistungen konstant zu verbessern. Eine Hebamme MSc, die in einer Forschungseinrichtung arbeitet, entwickelt auf der Basis einer fundierten Analyse beispielsweise integrierte Betreuungsmodelle, implementiert und evaluiert diese. Mit Hebammen MSc kann die Berufsgruppe die Verantwortung für die kontinuierliche und forschungsgestützte fachliche Weiterentwicklung übernehmen und selbst auf aktuelle und zukünftige Herausforderungen der Gesundheitsversorgung reagieren. Die Hebamme MSc publiziert fachspezifisches Wissen. Sie ist konsiliarisch tätig oder erstellt Gutachten. Sie schafft hebammenwissenschaftliche Grundlagen, um die Betreuung und Versorgung von gesunden und kranken Frauen und deren Kindern während der frühen Mutterschaft zu verbessern“ [2][10].

DE: „Sie arbeiten an der Berner Fachhochschule als Dozentin und Forschende. Wie haben sich Ihre Aufgaben verändert?“

UHö: "Ich unterrichte verschiedene pathophysiologische Themen in der Geburtshilfe sowie Inhalte zu Kommunikation und Ethik. Diese Inhalte basieren auf aktuellem Wissen, was bedeutet, dass ein wichtiger Teil

meiner Arbeit darin besteht, aktuelle Artikel oder Buchbeiträge zu Lehrinhalten präsent zu haben und zu wissen, wie diese methodisch-didaktisch begründet aufbereitet werden. Ich erstelle Prüfungsfragen und begleite und beurteile schriftliche Semesterarbeiten von Studierenden. Nebst organisatorischen Aufgaben besprechen wir unter den Dozierenden die Auswahl von hebammenwissenschaftlichen Inhalten und planen deren sinnvolle Vernetzung in Sequenzen oder in einem thematischen Modul. Ich berate Studierende in herausfordernden Lernsituationen im Kontext des Studiums oder der Praxismodule. Ziel ist, dass angehende Hebammen lernen, die Frauen, deren Kinder und Familien angemessen zu betreuen. Über einen befristeten Zeitraum war ich in ein europäisches Projekt involviert, das zum Ziel hatte, ethische Kompetenzen von Hebammen zu entwickeln. Die aktuellsten Erkenntnisse aus diesem Projekt geben wir in unserem Studiengang BSc Hebamme an die Studierenden weiter. Dies ist ein gutes Beispiel für die Vernetzung von Forschung und Lehre. Die Ergebnisse des Projektes wurden veröffentlicht und so einem breiteren Publikum zugänglich gemacht. Ich war beteiligt am Verfassen von Beiträgen, zum Beispiel für die Schweizerische Hebammenzeitschrift."

DE: "Wo schlägt Ihr Herz wirklich um einige Takte schneller und was sind Ihre zukünftigen beruflichen Ziele?"

UHö: "Eine komplexe perinatale Betreuungssituation differenziert zu analysieren und fokussiert einen Lösungsvorschlag zu erarbeiten, finde ich enorm spannend. So können Schwerpunkte erkannt werden, welche wesentlich für eine verbesserte perinatale Betreuung während der Mutterschaft sind. In meiner Masterthesis konnte ich dies umsetzen und es motiviert mich, dies in anderen Problemstellungen anzuwenden. Mich freut es, wenn der unterrichtete Inhalt von den Studierenden verstanden wird, sie engagiert Fragen stellen und diskutieren oder Zusammenhänge erkennen. Indem ich aktuelle praxisrelevante Fragen forschungsbasiert erarbeite und unterrichte, kann ich einen Beitrag zur Kompetenzentwicklung der angehenden Hebammen für eine qualitativ gute, frauen- und familienzentrierte perinatale Betreuung erbringen. Motivierend ist für mich auch die Mitarbeit in Projekten. Beispielsweise soll verstärkt die interprofessionelle Zusammenarbeit im Unterricht geübt und das ethische Handeln bei angehenden Hebammen gestärkt werden."

Fazit

Die Anforderungen an die Berufsgruppe der Hebammen und damit auch die Bedeutung der professionell fundierten Betreuung sind gestiegen. Die Betreuung und Beratung in komplexen perinatalen Situationen und bei Frauen mit vorbestehenden Erkrankungen stellen neue Herausforderungen dar und schaffen neue Rollen für Hebammen. Am Bedarf orientierte individualisierte Lösungen ergeben einen Nutzen für die Frauen, ihre Kinder und Familien.

Die Ziele für den Kompetenzerwerb des Studiengang MSc Hebamme fokussieren auf diese erhöhten Anforderungen. Die drei Interviews und die Rollenprofile zeigen die veränderten Aufgaben und Kompetenzen von akademisch ausgebildeten Hebammen auf.

³ Der Begriff der Expertin drückt gemäss Ledergerber et al. [16, S. 20] das Potenzial der neuen Gesundheitsfachpersonen, deren fachliche Autonomie und den Stellenwert ihres Beitrags in den aktuell und künftig dominierenden interprofessionellen Versorgungsprozessen aus. Eine Expertin hat fachliche Autonomie nebst der im Alltag notwendigen Fähigkeit, situativ angemessene Einschätzungen zu machen und zweckmässige Entscheide fällen zu können. Dies hat insbesondere dort Bedeutung, wo die Personen selbstständig erwerbend sind. Damit unterscheidet sich die Definition von Ledergerber et al. [16] von derjenigen von Benner [3], die von einem wissenschaftskumulativen Ansatz ausgeht [3, S. 5, zitiert nach 16, S. 20].

⁴ Unter integrierter Versorgung wird hier die kontinuierliche und unter den unterschiedlichen Professionsangehörigen koordinierte und abgestimmte Betreuung unter Leitung der Hebamme zur Erhaltung und Förderung der mütterlichen und kindlichen Gesundheit während der frühen Mutterschaft verstanden [1, S.18].

Institutionen: ¹ Disziplin Geburtshilfe, Berner Fachhochschule, Bern, Schweiz; ² Institut für Hebammen, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Winterthur, Schweiz.

Kontakt: dorothee.eichenberger@bfh.ch; jeannine.khan@bfh.ch; winv@zhaw.ch; beatrice.friedli@zhaw.ch

Literatur:

1. Aubry E, Cignacco E. Hebammengeleitete Geburtshilfe im Kanton Bern: Antwort auf das Postulat der Grossrätin Frau Natalie Imboden (126.2013) – Ein Expertinnen- und Expertenbericht. Bern: Berner Fachhochschule, 2015.
2. Barmettler T, Eichenberger D. Masterumfrage Hebammen 2013: Berufskonferenz Hebamme (BK HEB), Fachkonferenz Gesundheit (FKG), Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz (KFH). Bern: Berner Fachhochschule, 2014.
3. Benner P. De Novice à Expert (Excellence en soins infirmiers). Paris: InterEditions, 1995. French.
4. Berger A. Psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt: eine Public Health Perspektive. Präsentiert während der 3. Fachtagung Geburtshilfe "Psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt"; 2016 Jan 22; Bern, CH.
5. Berger A, Bachmann N, Signorell A, Erdin R, Oelhafen S, Reich O, Cignacco E. Perinatal mental disorders in Switzerland: prevalence estimates and use of mental-health services. *Swiss Med Wkly.* 2017;147:w14417. DOI: 10.4414/smw.2017.14417
6. Bundesamt für Gesundheit, Duetz M, Spycher S. Gesundheit2020: Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Die Volkswirtschaft, 2013.
7. Chief Nursing Officers of England Northern Ireland Scotland and Wales. Midwifery 2020: Delivery expectations. London: Midwifery 2020 Programme, 2010.
8. Cignacco E, Berger A, Sénac C, Wyssmüller D, Hurni A, Zu Sayn-Wittgenstein F. Sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Säuglingen in Asylunterkünften in der Schweiz (REFUGEE). Eine Situationsanalyse und Empfehlungen. Bern: Berner Fachhochschule, 2017.
9. Coyne I, Comiskey CM, Lalor JG, Higgins A, Elliott N, Begley C. An exploration of clinical practice in sites with and without clinical nurse or midwife specialists or advanced nurse practitioners, in Ireland. *BMC Health Services Research.* 2016;16(151). DOI: 10.1186/s12913-016-1412-8
10. Eichenberger D, Beck M, Kagerer S, Friedli B. MSc Hebamme - Kompetenzprofil. Bern und Winterthur. Unveröffentlichter Bericht: Berner Fachhochschule und Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, 2016.
11. Eichenberger D, Friedli B, Beck M. M.Sc. Hebamme – Kompetenzprofil. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft - Journal of Midwifery Science.* 2017;5(1):40-4.
12. Folie R. Es ist eine Bereicherung in meinem Leben. *Hebamme.ch.* 2014;1(2):12-3.
13. Frei IA, Massarotto P, Helberg D, Barandun Schäfer U. Praxisentwicklung im Trend der Zeit. Pflegeexpertinnen als Praxisentwicklerinnen: Ein Beispiel aus dem Universitätsspital Basel. *PADUA.* 2002:110-5.
14. Gisin M. Es braucht viel Kraft und Disziplin. *Hebamme.ch.* 2014;1(2).
15. Hiltbrunner Ahr M. Hebammen- und Pflegeexpertinnen MSc vernetzen sich in der Praxis: Erstes Netzwerk von Hebammen-/Pflegeexpertinnen MSc der Frauenkliniken. *Hebamme.ch.* 2014;1(2):14-5.
16. Ledergerber C, Mondoux J, Sottas B. Projekt Abschlusskompetenzen FH-Gesundheitsberufe: Abschlussbericht. KFH Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz, 2009.
17. Netzwerk Case Management Schweiz. Definition und Standards Case Management. Luzern: Hochschule Luzern, 2014.
18. Origlia Ikhilor P, Hasenberg G, Kurth E, Stocker Kalberer B, Cignacco E, Pehlke-Milde J. Barrierefreie Kommunikation in der geburtshilflichen Versorgung allophoner Migrantinnen – BRIDGE: Projektbericht. Bern: Berner Fachhochschule, 2017.
19. ten Hoop-Bender P, de Bernis L, Campbell J, Downe S, Fauveau V, Fogstad H, Van Lerberghe W. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *The Lancet.* 2014;384 (9949):1226-35. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60930-2
20. The Royal College of Midwives. Apprenticeships in Maternity Services: A RCM Guide and Toolkit. London: The Royal College of Midwives; 2011.
21. World Health Organization Regional Office for Europe. Nurses and Midwives: A vital resource for health – European compendium of good practices in nursing and midwifery towards health 2020 goals. Copenhagen, 2015.

She Said, She Said:

Interruptive Narratives of Pregnancy and Childbirth

Dr. Alison Happel-Parkins¹, Dr. Katharina A. Azim²

Reprinted text³

Abstract

In this article, we explore narrative inquiry data we collected with women who attempted to have a natural, drug-free childbirth for the birth of their first child. The data presented come from semi-structured life story interviews with six women who live in a metropolitan city in the mid-southern United States. Using creative analytic practice (CAP), the women's experiences are presented as a composite poem. The (re)presentation of the women's narratives in the poem emphasizes

Introduction

Frame #1: "I'm sitting across from my OBGYN [Obstetrics and Gynecology doctor] and finally tell him I decided to have a homebirth. He looks shocked, and finally sputters, 'Well, if you want to put your own wants ahead of your baby's, then go do whatever you want!' Stunned and feeling attacked, I momentarily question my decision, despite all the research I had done on different birthing options. He continues, 'That's selfish and unsafe, and I recommend you reconsider. I think all babies should be born in the hospital.' Hearing these snide remarks, I remind myself of the many people in my life who support my decision, because otherwise I might lose confidence in my choice."

Frame #2: "I'm not from here, and when I got pregnant I couldn't believe that this city doesn't have any birthing centers. I always assumed I would have the ability to labor in a birthing tub. So I started calling around to the hospitals in my insurance network to see what birth options they provide. The first one I called marketed themselves as a state-of-the-art Women's Center, and the woman I talked to laughed at me when I asked if they provided women with birthing tubs. It's an understatement to say that I was extremely discouraged. I don't see how you can give birth in this town without drugs unless you're having a baby in your living room."

Frame #3: "I was very confident in my ability to have an unmedicated childbirth. Women in my family birth fast, and I have a pretty high pain tolerance. In hindsight, though, it seems I was over-confident. I was young, I was liberated, I had done my research. Once I was admitted to the hospital after I had labored at home for hours, they immediately put me on a Pitocin drip without my knowledge or consent. When I found out and confronted them, the nurses just laughed in my face and said, 'Honey, you're in the hospital. That's how we do things here!'"

The above frames were based on data collected from women in the mid-southern United States who wanted to have a drug-free childbirth for the birth of their first baby. The aim of the broader study, from which these frames derive, was to examine the experiences of women who attempted an unmedicated, "natural" childbirth through individual life

the tensions between what women desired and planned for in contrast to what they actually experienced during pregnancy and birth. The poem illustrates the politics of agency, the ways in which consent is bypassed or assumed in some medical institutions in the United States, and the resilience of the women.

Key words: natural childbirth; medicalization; narrative inquiry; creative analytic practice; composite poem; informed consent; agency.

story interviews. In what follows, we will first describe the specific, national and local, contexts within which our participants made decisions about their pregnancies and births (Section 2 [Editors' note: This section is omitted in the reprint.]). Next, we discuss the chosen methodology and methods of data collection (Section 3 [Editors' note: This section is omitted in the reprint.]), followed by an in-depth discussion of how and why we (re)presented the data through a composite poem (Section 4). We end with an analysis of both the rich content of the women's narratives, as highlighted through the poem (Section 5), and a discussion of how Creative Analytic Practice can be used to open up productive and provocative spaces by the inclusion of transgressive data (Section 6).

Methodology and Method

Narrative inquiry was our chosen methodology which guided our data collection. According to Chase [7], narrative inquiry focuses on the uniqueness of a person's experiences, in specific events and in interaction with others. The stories told by participants are understood as flexible, situated, dynamic, and context-dependent [7](see also [8][26]). Through narrative inquiry, researchers use storytelling as a method of inquiry, allowing for the individual's experiences, thoughts, and beliefs, their emotions and interpretations to surface in interviews, but more importantly in the analysis and (re)presentation. These aspects of their stories are then simultaneously understood as being linked to the larger contextual discourses.

We conducted semi-structured life story interviews with six women who had attempted to have a natural, drug-free labor for the birth of their first child. Our research criterion for this study was that potential participants had intended to have a natural, drug-free childbirth for the birth of their first child. Six women were ultimately recruited via snowball sampling [21]. The six women were between 30 and 45 years old, five were White and one was Black. All research participants were middle class and living in or around this mid-southern city. The research question guiding our study was: How do first-time mothers who decided to attempt labor and birth without medical intervention conceptualize and experience childbirth?

Approval from the Institutional Review Board (IRB) at our university, which evaluates fulfillment of ethical and institutional guidelines on research with human subjects, was sought and obtained. During the meetings with the research participants, the women gave their verbal and written consent, and the interviews lasted from 45-90 minutes. In this study, Happel-Parkins conducted the interviews, Azim transcribed them verbatim, and both analyzed the data.

Happel-Parkins is a White woman from the mid-western United States, who works as an assistant professor at a local university. She first became interested in natural childbirth when she attended a doula training while in graduate school. At the time the interviews were conducted, she had no children; however, during data analysis, she was pregnant and gave birth to her first child in a home birth. Azim is a White woman from a metropolitan city in Germany, who has completed her doctoral studies in the mid-southern U.S. She is active in a local doula collective and has no children of her own. She regularly volunteers at two local women's clinics.

Analysis and Representation

We undertook this analysis after publishing a traditional thematic analysis of the data [13]. As we were coding and reducing the data, we both felt uneasy about how much of the women's voices and lives we were excluding from our representation. This analysis uses creative analytic practice (CAP), and it is a way for us to centralize the women's voices while also presenting their stories in an artistic and engaging format. Following many proponents of CAP, we believe it is important for academics to (re)present their data in accessible and provocative ways [2][3][25]. According to Lincoln and Guba, the goal of CAP is to

"break the binary between science and literature, to portray the contradiction and truth of human experience, to break the rules in the service of showing, even partially, how real human beings cope with both the eternal verities of human existence and the daily irritations and tragedies of living that existence" [18, p. 211].

CAP allows us to contextualize the women's experiences, as opposed to reducing and/or generalizing them, and facilitates a rich exploration of the various discourses at work in the women's lives. As Parry and Johnson explained, the purpose of CAP is "to reflect experiences in ways that represent their personal and social meanings rather than simplifying and reducing to generalize" [20, p. 120].

We chose to represent our data through the creative analytic practice of research poetry. Because the interviews with our participants were so emotionally charged — in some instances women were explicitly describing life and death situations — we wanted to honor the emotionality of the data. As Poindexter stated, "[t]he advantage of research poetry may be that core narratives and strong emotions can be communicated with an economy of words" [22, p. 713]. Similarly, as Furman asserted, we believe "poetry often has the capacity to penetrate experience more deeply than prose" [11, p. 561], or, in our case, traditional data (re)presentation and analysis. In addition to validating the emotions and seriousness of our participants' stories, research poetry, or as some call it poetic inquiry [4], also enables us to highlight the nuances and complexities inherent in the data. As Szto, Furman and Langer explained, "poetry allows for reduction of data ... yet allows for the subtleties that

we value in qualitative research" [30, p. 145]. Ultimately, our aims are congruent with Poindexter's, who suggested that

"[t]he resulting poem may bring points to the fore, clarify and make the account more compelling, create a different effect, engage the reader and listener, and tell us something about lived experience that we did not previously understand" [22, p. 713].

Finally, this form of representation is especially appropriate for feminist researchers who wish to keep women's in vivo descriptions, phrasing, meaning, etc. intact. As Chadwick stated, there is still a paucity of research about pregnancy and childbirth that is "articulated from the embodied perspective of the birthing woman" [5, p. 110]. The research poem is a space where the women's own renderings of their experiences are (re)presented. Perhaps relatedly, the research poem may also be more accessible than other forms of data representation [14], which is an attribute some feminist researchers strive for [16].

While we kept the women's words, phrases, and voices intact and central, as Glesne [12] outlined, we simultaneously illuminated the fictional/contrived/constructed nature of all data (re)presentations by depicting their stories through one larger composite research poem. The poem we subsequently created from our data allowed for a holistic, evocative representation of participants' experiences and stories [4][11][16][24][28]. All the women's narratives were used in the poem, although we did not do any auditing to ensure they were equally represented, as we do not subscribe to post-positivistic practices such as data saturation. Instead we worked to create a composite research poem that represented the combined experiences of the women. An advantage to using a composite poem is that it underscores the impossibility of (re)presenting a/the Truth of a narrative(s) [10][19], allowing researchers to work with transgressive data that is often ignored in more traditional analyses. Following Glesne's description of creating what she calls poetic transcriptions, we 1. only used words and phrases said by the participants; 2. we "could pull ... phrases from anywhere in the transcript and juxtapose them" [12, p. 205]; and 3. had to honor the context in which the words and phrases were said, and also honor our participants' "way of saying things" [12, p. 205]. Throughout the process, we attempted to create what Charmaz calls an "artful weaving of participants' words," which "shows the rhythm, grace, and expressiveness of their voices and the passion in their words" [6, p. 490].

Initially, while immersing ourselves in the data by reading and rereading the interview transcripts, we both independently noticed two parallel storylines in the narratives of the women: one on their actual childbirth experiences and the other of how they wished or had envisioned their birth to take place. This second storyline was often accompanied by self-reflexive thoughts that relied on their current time and distance from their first childbirth. Often, the contrast between the two storylines was striking. Using structured coding [27], we printed off two sets of interview transcripts, then independently went through the transcripts and physically cut out the data that fell under either category. Afterwards, we compared and discussed our selected data, and placed them into chronological order on an oversized poster in order to see the progressing storylines in their entirety. Here, we selected subtitles that represented the different pre-, peri-, and postnatal stages of the composite narrative.

The process of arranging transcript excerpts was inherently messy, and looking at the interview fragments chronologically was productive as we thought through our data; this way of arranging the fragments also reflected how the women narrated their experiences. Visually seeing the data in a loose chronology helped us work toward our ultimate research poem. After physically (re)arranging the fragments and discarding the many duplicate chunks of data, we then transferred the texts to a digital word document and worked independently at what Poindexter [22] described as diamond cutting. This process consists of "carving and chipping away in the transcript of material other than that which contains the kernel of the phenomenon" [22, p. 709]. The results were poem-like data slices, which we then compared, discussed, and read out loud repeatedly, experimenting with placement and rhythm until we came to consensus as to how we wanted to present the data. As we negotiated this process, we continuously and critically interrogated if we were staying true to the meaning of what was being said and the context in which it was said. Through extensive conversations, we combined and further condensed the selected data in order to create the final poetic (re)presentation, or, what Langer and Furman [17] refer to as, narrative data "in compressed form" (§ 3). The poem is constructed to encourage a juxtaposed reading: the left side delineates the women's factual and oftentimes linear descriptions of their labors and births, while the right side depicts their wishes, desires, and/or retrospective self-reflections. The four parts of the poem are reflective of the linearity of the women's narratives, starting at the end of their pregnancies and preparations for the upcoming births, at the onset of their labor, during the intensification of their labor and subsequent birth, and the poem ends with the women's post-partum experiences and reflections.

The OB was a nice enough doctor

but did not educate me in ANY way.

S/he would

get my numbers,

do an ultrasound.

I was in and out.

It was a very non-personal relationship.

There was no empowering of me about

how I wanted this to happen.

S/he called the shots.

I had to pick an induction date.

It was either

next Thursday

or the following Thursday

because s/he worked on Thursdays.

I wanted a home birth,

but it wasn't an option.

I would have had to pay out of
pocket.

My insurance told me which hospitals

I could choose from.

I called the hospitals to ask about a
birthing tub.

They laughed at me.

They were like, "What?!?!"

There's a lot of frustration in being here,
in this city,

because your options are so limited.

I had no choices.

The doctors tell you what you

can

and can't

do.

... And I get it. I do.

But, they have

mechanized

everything for their convenience.

In the final weeks,

every time I saw the doctor

I was resentful.

And I didn't even know if I was allowed to
say,

"Why are you checking me?

I either dilate and I deliver or I don't.

It doesn't matter if you check me."

They're trained as surgeons.

They're very comfortable with
that role.

And I'm glad they are.

Primrose Oil?

Red Raspberry Leaf Tea?

Anything I brought up

outside of the typical

medical field or OB-establishment,

"Sorry, that's outside my training."

I appreciated her honesty,

but a midwife could have
guided me

in those things

so that I could have had the
birth I wanted.

She said she's just gonna stretch
the cervix.

She was already,

she was already

down there

before she told me that she was gonna
that.

There was no discussion.

... Then I lost my mucus plug.

I didn't believe I was in labor

When my contractions started,
I just got up out of bed, went to the den,
and just alternately

sat

twisted

writhed

bit my lip ... tried the various breathings,
did everything that I could
for two and a half hours.

Just wanted to scream, but

I didn't want to wake my
husband.

I wish I hadn't been so on
edge

so that I could have dealt
with the pain better
on my own.

I needed to be calm,
focused,
in order to deal with the pain
naturally.

I was in agony.

It was hard to focus,

and I know I didn't practice
enough.

The entire time I'm thinking,
I wish I knew what I was
doing.

I wish I knew a better way.

I wish I could figure it out.

I wish I had a
damn midwife or doula.

When I arrived, laboring, at the hospital,
they took me to a room by myself.

They asked me questions,
which I found jarring.

They asked me if I was abused.

I can't remember what they said

because I was
out of my mind.

I wanted ... ambiance.

They played hokey pokey with my vein.

That was the most painful part of my
whole labor.

The nurse immediately hooked me up to
Pitocin.

They didn't read my chart.

I asked,

"What is that?

I don't wanna be on any medicine."

And the nurse's demeanor changed,

"Honey, you're in a hospital and

this is how we do things here."

There was no option.

I was immediately insecure.

She assured me,

"It's not gonna hurt your baby, you're
gonna be fine

It's just gonna help contractions come
along."

I'm in fight or flight and

not thinking normally.

There was nothing I could do.

A few hours go by

I'm sitting there trying to process every-
thing

with the IV of Pitocin in my arm,

a blood pressure cuff on,

a fetal monitor hooked up,

all attached to me while I'm trying to
move.

I have to get back in bed

whenever they check me.

And I have to unplug to get up.

I always assumed that I would
have the option

to labor in a birthing tub.

That's how I managed pain
for menstrual cramps.

So I just

I just

assumed

that's how I would

I would

handle labor.

My mom voiced her concern to the
nurses.

She told them:

We,

the women in our family,

birth fast.

The nurse, again,

"This is how we do it here."

Once it started to get really

Pitocin-intense

that's when the patronizing started.

Laughing, she said:

"Well, yes, honey, you're in labor.

You're gonna have 8 more hours of this!"

Looking back,
my body was progressing.

It was doing what it was
supposed to
before the Pitocin.

"So, are you ready for the epidural yet?"

I wish everyone hadn't been
tired and exhausted
by the time I was ready to
push.

My birth music changed.

Metallica.

The nurse yells,

"Call the doctor!"

And instantly it was a flood of panic.

"The baby's here, the baby's crowned."

I felt excited because
it was about over
And
I knew I was right.

She gloves her hand,
puts her forearm in me,
and pushes the baby back.

Holds her inside of me.
18 minutes.

She waits until the doctor can arrive
to be the one to "deliver" the baby.

... there had to be another
way...
I wanted to be free to follow
my instincts
rather than being told when
it was time
to do something with my
own body.

I had an episiotomy,

which I didn't want.

She didn't look at my birth plan.
It just happened.

It's not what I wanted,

but it could've been
something a lot worse.

Lying on a bed in a sterile room that's cold

with cold IV fluid in you
there are bright headlights shining on
your nether regions.

And people you don't know have just had
their hands all over and in you.

And now they're holding your child
and now he's upstairs.

But people want to come
visit you,

and your hands are still bloody
from where you briefly held him
because no one's thought to bring you
something to wash your hands off ...

I wanted him to stay in the
room.

In the U.S., they take the baby away
... to clean them up.

I tried to hold on a little bit,
but all of a sudden he was gone.

I felt bloody,
and vulnerable,
and open,
and exposed,
and not in a position to

say something assertively.

Everything medical felt like it got in the
way.

And I just, I, I wished
that there had been more
flexibility.

I didn't realize that in a hospital
you do not have rights
You do not call any shots
They're completely in control
and they manage everything
they make sure to assert their authority
and their position of power

I mean, it, it dehumanized it.
It made it something you have to endure
instead of the result of something happy.

If the medical establishment
wasn't so medical,
they could treat pregnancy
as something that
Happens
instead of as an illness.

(Re)Presenting Birth Differently

Experiences are nuanced, complex, and sometimes contradictory. Contrary to the assumptions that undergird traditional, thematic representations of qualitative data, people's experiences often cannot, and should not, be encapsulated in easily digestible, unidimensional representations. We sought to (re)present the women's narratives and experiences in an accessible way that respected the emotionality and

complexities often present in the women's narrations of their birthing experiences. The poem illustrated how they sought to navigate institutional spaces in which they often felt ignored, unheard, or marginalized. It also showed the effects the women's various decisions had on their experiences and postpartum reflections. The act of co-creating the composite poem was a productive step in our data analysis. Engaging in the physical act of cutting out data slices, arranging and rearranging them, and negotiating our way through the creation of the four different sections of the poem facilitated analysis in ways we did not initially understand or recognize. This process helped us to acknowledge and examine similarities, overlaps, commonalities, differences, and contradictions in the women's experience. We were continuously reminded of the complexities of the embodied and emotional experiences that are inherently part of pregnancy and birth but often omitted from birth narratives [5].

Once we began to recognize that all the participants narrated what we first labeled as "wish data," data that described desires or longing for experiences that, for whichever reason, could not be actualized, we then made an effort to read for instances of desirous/future-orientated/not-actualized speech. This data is often excluded from analysis since it does not represent an actualized experience [31]. We decided to incorporate these parts of our participants' narratives, which can be seen in how the composite poem focused on both the participants' actualized experiences, and on their memories and desire for different, or even future, experiences. These data were often expressed through emotive and/or sensual language. St. Pierre [29] describes this as transgressive data—data that are often ignored or silenced within traditional representations that seek to conform to post-positivist understandings of validity or trustworthiness. Arguing for the inclusion of such transgressive data, St. Pierre suggests we be "suspicious of everyday language" [29, p. 175] and the omissions or refusals encouraged by traditional data analysis and representation. In research with women's experiences of pregnancy and childbirth, traditional representations of data can work to mute or even silence the emotional tenor and embodied understandings prevalent in women's narratives. The composite poem works to honor transgressive data, particularly emotional and sensual data, while also creating new understandings through alternative (re)presentations. Demmer [9] emphasizes the necessity for researchers to incorporate physical and bodily sensations into the

research as part of meaningful data. While we did not collect this type of data through, for example, observations and specific interrogations of present embodied sensations during the interview, we did privilege the participants' descriptions of their embodied experiences and centered them through the use of poetic representation. In fact, using CAP allowed us to move beyond a factual account of the women's experiences and even beyond an examination of structural and institutional influences. Instead, our (re)presentation helped us explore the entanglements [1] of a multitude of factors, including the women's range of emotions, geographical context, socio-economic status, questions, family expectations, personal wishes and desires, insecurities, celebrations, self-education, etc.

As is true of all methods of analysis and representation, research poems generate issues even as they address or challenge common critiques of traditional analysis and representation [23]. On the one hand, while this representation attended to important contextual details, there was still a reduction of the data that some find problematic. This feature is inherent to poetic representation [30] and, coupled with the overt subjective liberty afforded to the authors through the use of CAP, is vulnerable to critique from those situated within objectivist or post-positivist epistemological and methodological traditions [15]. On the other hand, as has been explored, poetic representation of narrative data can be accessible to a wider audience than traditional analysis and representation. It can also be a space in which emotions are demarginalized and validated.

As the poem illustrates, women simultaneously work within and against the personal, local, national, and discursive limits within which they are entangled. The composite poem allows for these complexities of women's experiences to be honored by creating space for emotional and sensual data – data which represent different, equally important, ways of knowing too often ignored or bracketed within traditional research. Alternative approaches to data analysis and (re)presentation, as presented through the composite poem, can ameliorate these omissions and demarginalize transgressive data.

³ Reprint with kind permission by the authors. Major sections of the original text are reprinted with the exception of the sections 'Childbirth in Context: Institutional Medicalization and Local Alternatives' and 'Discussion'.

Institutions: ¹ Counseling, Educational Psychology and Research, University of Memphis, Memphis, TN, USA; ² Department of Psychology, University at Buffalo (SUNY), Buffalo, NY, USA.

Contact: aahappel@memphis.edu; kbarth@buffalo.edu

References

1. Barad K. Meeting the universe halfway: Quantum physics and the entanglement of matter and meaning. Durham, NC: Duke University Press; 2007.
2. Barbary LA. Post-structural writerly representation: Screenplay as creative analytic practice. *Qualitative Inquiry*. 2011;17(2):p. 186-96. DOI: 10.1177/1077800410393887
3. Barbary LA. "Don't be a whore, that's not ladylike!" Discursive discipline and sorority women's gendered subjectivity. *Qualitative Inquiry*. 2012;18(7):p. 606-25. DOI: 10.1177/1077800412450150
4. Butler-Kisber L. *Qualitative inquiry: Thematic, narrative and arts-informed perspectives*. London: Sage; 2010.
5. Chadwick RJ. Between bodies, cultural scripts and power: The reproduction of birthing subjectivities in home-birth narratives. *Subjectivity*. 2009;27(1):p. 109-33.
6. Charmaz K. Writing feminist research. In Hesse-Biber SN, editor. *The handbook of feminist research: Theory and praxis*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2012, p. 475-94.
7. Chase SE. Narrative inquiry: Multiple lenses, approaches, voices. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *The Sage handbook of qualitative research*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2005, p. 651-79.

8. Clandinin DJ., Connelly FM. Narrative inquiry: Experience and story in qualitative research. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2004.
9. Demmer C. (2016). The interview situation and experiences of the body; Enriching biographical research processes by the inclusion of sensory perception. *Forum Qualitative Sozialforschung*. 2016;17(1).Art.13. Available from: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1601139> [cited: 2016 Sep 09]
10. Ellis C. The ethnographic I: A methodological novel about autoethnography. Walnut Creek, CA: AltaMira Press; 2004.
11. Furman R. Poetic forms and structures in qualitative health research. *Qualitative Health Research*. 2006;16(4),p. 560-6. DOI: 10.1177/1049732306286819
12. Glesne C. That rare feeling: Re-presenting research through poetic transcription. *Qualitative Inquiry*. 1997;3(2),p. 202-21. DOI: 10.1177/107780049700300204
13. Happel-Parkins A, Azim KA. At pains to consent: A narrative inquiry into women's attempts of natural childbirth. *Women & Birth*. 2016;29(4),p. 310-20.
14. Janesick VJ. Poetry inquiry: Transforming qualitative data into poetry. In: Denzin NK, Giardina MD, editors. *Qualitative inquiry through a critical lens*. New York: Routledge; 2016, p. 59-72.
15. Koro-Ljungberg M, Yendol-Hoppey D, Smith JJ, Hayes SB. Epistemological awareness, instantiation of methods, and uninformed methodological ambiguity in qualitative research projects. *Educational Researcher*. 2009;38(9),p. 687-99. DOI: 10.3102/0013189X09351980
16. Lahman MKE, Rodriguez KL, Richard VM, Geist MR., Schendel RK, Graglia PE. (Re)Forming research poetry. *Qualitative Inquiry*. 2011;17(9),p. 887-96. DOI: 10.1177/1077800413489272
17. Langer CL, Furman R. Exploring identity and assimilation: Research and interpretive poems. *Forum Qualitative Sozialforschung*. 2004;5(2),Art.5. Available from: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs040254> [cited: 2016 Sep 15]
18. Lincoln YS, Guba EG. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *The Sage handbook of qualitative research*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2005, p. 191-216.
19. Parry DC, Glover TD. Living with cancer? Come as you are. *Qualitative Inquiry*. 2011;17(5),p. 395-403. DOI: 10.1177/1077800411405163
20. Parry DC, Johnson CW. Contextualizing leisure research to encompass complexity in lived leisure experience: The need for creative analytic practice. *Leisure Science*. 2007;29(2),p. 119-30. DOI: 10.1080/01490400601160721
21. Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, CA: Sage; 1990.
22. Poindexter CC. Research as poetry: A couple experiences HIV. *Qualitative Inquiry*. 2002;8(6),p. 707-14. DOI: 10.1177/1077800402238075
23. Preissle J. Feminist research ethics. In: Hesse-Biber SN, editor. *Handbook of feminist research: Theory and praxis*. London: Sage; 2006, p. 515-32.
24. Richardson L. Evaluating ethnography. *Qualitative Inquiry*. 2000;6(2),p. 253-55. DOI: 10.1177/107780040000600207
25. Richardson L, St.Pierre EA. Writing: A method of inquiry. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *The Sage handbook of qualitative research*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2005, p. 959-978.
26. Riessman CK. *Narrative methods of the human sciences*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2008.
27. Saldaña J. *The coding manual for qualitative researchers*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2009.
28. Sparkes AC. Sports and physical education: Embracing new forms of representation. In: Knowles JG, Cole AL, editors. *Handbook of the arts in qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2008, p. 653-64.
29. St.Pierre EA. Methodology in the fold and the irruption of transgressive data. *International Journal of Qualitative Studies in Education*. 1997;10(2),p. 175-89. DOI: 10.1080/095183997237278
30. Szto P, Furman R, Langer C. Poetry and photography: An exploration into expressive/creative qualitative research. *Qualitative Social Work*. 2005;4(2),p. 135-56. DOI: 10.1177/1473325005052390
31. Visweswaran K. *Fictions of feminist ethnography*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press; 1994.

Bekanntmachungen

Auszeichnung für Cochrane Österreich

Die 1993 in Oxford gegründete Non-Profit Organisation Cochrane möchte mit der Erstellung von Übersichtsarbeiten zu medizinischen Forschungsergebnissen die Qualität im Gesundheitssystem durch evidenzbasierte Entscheidungen durch die am gesundheitlichen Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen verbessern.

Seit 2010 setzt sich auch ein Team des Departements für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie der Donau-Universität Krems als österreichische Cochrane Zweigstelle, unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Gerald Gartlehner MPH, für die Synthese von forschungsbasierten Erkenntnissen ein. Diese bilden eine Grundlage für die gesundheitsrelevanten Entscheidungen, die von den Klient/innen und den Angehörigen der Gesundheitsberufe – im besten Falle

gemeinsam – getroffen werden. Durch die Erstellung von Internetplattformen und Durchführung von Lehr- und Fachveranstaltungen tragen die Mitarbeiter/innen nun schon seit Jahren bedeutend zur Verbreitung von geprüften Gesundheitsinformationen bei.

Als Anerkennung dieser Leistung wurde Cochrane Österreich nun belohnt und zu einem selbstständigen Zentrum ernannt. Es gehört jetzt weltweit zu den 17 bestehenden Cochrane-Zentren. Durch diese Auszeichnung erhält das Team mehr Möglichkeiten seine Aktivitäten auszubauen.

Weitere Informationen und Kontaktmöglichkeiten befinden sich unter: <http://austria.cochrane.org/de>.

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

Januar 2018

- ◆ **20th International Conference on Nursing and Midwifery Sciences**
18. - 19. Januar 2018, London, UK
Nähere Informationen unter: <https://www.waset.org/conference/2018/01/london/ICNMS/home>
- ◆ **20th International Conference on Midwifery**
30. - 31. Januar 2018, Jeddah, Saudi-Arabien
Nähere Informationen unter: <https://www.waset.org/conference/2018/01/jeddah/ICM/home>

Februar 2018

- ◆ **12. Mitgliederversammlung und 10-jähriges Bestehen der DGHWI e.V.**
15. Februar 2018, Mainz
Nähere Informationen unter: <https://www.dghwi.de/index.php>
- ◆ **4. Internationale Fachtagung der DGHWI e.V.**
16. Februar 2018, Mainz
Nähere Informationen unter: <https://www.dghwi.de/index.php/4-internationale-fachtagung>

März 2018

- ◆ **20th International Conference on Nursing and Midwifery**
22. - 23. März 2018, Prag, Tschechien
Nähere Informationen unter: <https://waset.org/conference/2018/03/prague/ICNM>

Mai 2018

- ◆ **7th Midwifery and Women's Health Conference – Caring Women and Newborns with Skills and Compassion**
14. - 15. Mai 2018, Singapur
Nähere Informationen unter:
http://www.omicsgroup.com/conferences/ACS/conference/pdfs/nursingmidwiferycongress2018_Announcement.pdf
- ◆ **4. Internationale Fachtagung "Familiengesundheit im Lebensverlauf"**
25. Mai 2018, Osnabrück
Nähere Informationen unter: <https://www.hs-osnabrueck.de/de/forschung/nachwuchsfoerderung/kooperativ-promovieren/aktuelles/#c2527316>

Oktober 2018

- ◆ **XXII International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Congress**
14. - 19. Oktober 2018, Rio de Janeiro, Brazil
Nähere Informationen unter: <https://figo2018.org/site>

Juni 2019

- ◆ **Women Deliver Conference**
3. - 6. Juni 2019, Vancouver, Canada
Nähere Informationen unter: <http://womendeliver.org/conference/2019-conference>

Vorstand der DGHWi

Vorsitzende

Prof. Dr. phil. Monika Greening
Hebamme, Dipl.-Pflegerin (FH)
E-Mail: vorsitzende@dghwi.de

Stellvertretende Vorsitzende

Elke Mattern M.Sc.
Hebamme, Familienhebamme, Master of Science
(Gesundheits- und Pflegewissenschaft)
E-Mail: stellvertr.vorsitzende@dghwi.de

Schriftführerin

Prof. Dr. phil. Dorothea Tegethoff MHA
Hebamme, Erziehungswissenschaftlerin, Master in Health
Administration
E-Mail: schriftfuehrerin@dghwi.de

Schatzmeisterin

Ulrike Geppert-Orthofer M.Sc.
Hebamme, Master of Science (General Management)
E-Mail: schatzmeisterin@dghwi.de

Beisitzerinnen

Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle
Hebamme, Krankenschwester, Master of Science in Nursing
E-Mail: beisitzerin.ga@dghwi.de

Prof. Dr. rer. medic. Lea Beckmann
Hebamme, Master of Science (Gesundheits- und
Pflegerwissenschaft)
E-Mail: beisitzerin.lb@dghwi.de

Mirjam Peters M.Sc.
Hebamme, Master of Science (Public Health)
E-Mail: beisitzerin.mp@dghwi.de

Impressum

Herausgeberin (Sponsor):
Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

Geschäftsstelle (Office):
Janningsweg 4, 48159 Münster
FAX: 05372-971878

Editors (kommissarisch):
Dr. Gertrud M. Ayerle, Elke Mattern M.Sc.

Reviewprozess (Review procedure):
Sue Travis MMid

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

Erweiterter (extended) Reviewboard:
Dr. Barbara Baumgärtner, Dr. Anke Berger, Prof. Dr. Andreas Bü-
scher, Dr. Lena Dorin MPH, Prof. Dr. Manuela Franitza, Prof. Dr. phil.
Claudia Hellmers, Prof. Dr. Elke Hotze, Prof. Nina Knape Ph.D.,
Dr. Elisabeth Kurth, Prof. Dr. Ute Lange, Prof. Julia Leinweber Ph.D.,
Prof. Dr. Sabine Metzger, Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde, Dr. Tanja
Richter, Prof. Dr. Rainhild Schäfers, Prof. Dr. Birgit Seelbach-Göbel,
Prof. Dr. Dorothea Tegethoff, Dr. Oda von Rahden.

Lektorat (Editorial staff):
Friederike M. Hesse B.A., B.Sc., Marielle Pommereau B.A.

Layout:
Dr. Gertrud M. Ayerle

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*). 2017;05(02):Seitenzahlen.
Authors. Title. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (*Journal of
Midwifery Science*). 2017;05(02): page numbers.

Datum (Date): 17.12.2017



Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
Geschäftsstelle: Janningsweg 4, 48159 Münster
E-Mail: vorsitzende@dghwi.de
Webseite: www.dghwi.de