

ZEITSCHRIFT FÜR HEBAMMENWISSENSCHAFT

Journal of Midwifery Science

Themen:

- ◆ Wie versorgen außerklinisch tätige Hebammen Dammrisse ersten und zweiten Grades?
- ◆ Stellungnahme zu Empfehlungen des Wissenschaftsrates zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen
- ◆ Magnesium-Ergänzung in der Schwangerschaft
- ◆ Antrag auf Mitgliedschaft bei der AWMF
- ◆ Bericht zur 2. Internationalen Fachtagung
- ◆ DGHWi-Cochrane-Workshop

Kategorien

Editorial	2
Aktuelles	3
Sektionen	8
Originalartikel	9
Stellungnahmen	17
Reviews	20
Bekanntmachungen	21
Junges Forum	22
Termine	25

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	
Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft	2
Aktuelles	
Antrag auf Mitgliedschaft bei der AWMF	3
Vorstand wiedergewählt	4
Bericht zur 2. Internationalen Fachtagung	5
DGHWi-Cochrane-Workshop	7
Bericht zur 16. Mitgliederversammlung des DNVF e.V.	7
Sektionen	
Sektion 'Kind, Bindung und emotionale Entwicklung'	8
Originalartikel	
Wie versorgen außerklinisch tätige Hebammen Dammrisse ersten und zweiten Grades?	9
Stellungnahmen	
Stellungnahme zu Empfehlungen des Wissenschaftsrates zu hochschulischen Qualifikationen	17
Reviews	
Magnesium-Ergänzung in der Schwangerschaft	20
Bekanntmachungen	
DGHWi-Cochrane-Workshop	21
Junges Forum	
Abstracts von Bachelorarbeiten	22
Termine	
Mitgliederversammlung, Tagungen	25
Vorstand: Kontaktangaben	26
Impressum	26

Liebe Leserin, lieber Leser,

die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft zeigt sich in dieser 3. Ausgabe von ihrer besten Seite: sie publiziert in ihrer Fachzeitschrift die erste peer-reviewed Originalstudie und vernetzt sich zusehends mit anderen gleichgesinnten Kooperationspartnern.

Der erste Originalartikel in dieser Ausgabe befasst sich mit perinealem Geburtstrauma und dessen eigenverantwortliche und selbstständige Versorgung durch Hebammen. Auch wenn die Etablierung des geplanten transparenten und autorinnengerechten Reviewprozesses als routiniertes Verfahren noch andauert, so hat dieser Artikel bereits die Herausforderungen des erstmalig durchlaufenen Peer-Reviews gemeistert.

Um die Zeitschrift für Hebammenwissenschaft mit ansprechendem und anspruchsvollem Inhalt zu füllen, ist die Redaktion auf die Einreichung von Manuskripten angewiesen. Von der Einreichung bis zur Veröffentlichung verstreichen nur etwa 4 bis 6 Monate. Dies ist ein zügiges Procedere verglichen mit anderen peer-reviewed Journals und bedeutet, dass die Autorinnen mit einer relativ zeitnahen Veröffentlichung rechnen können. Hinweise für das Abfassen eines Manuskripts finden Sie auf der Webseite unter "Zeitschrift für Hebammenwissenschaft" > "Manuskript einreichen" > "Richtlinie für Artikel".

Die Vernetzung der DGHWi erfolgte in den vergangenen Monaten u.a. durch die Mitgliedschaft im Deutschen Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) e.V. und im Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung (DNVF) e.V. und fand im Frühjahr im Rahmen der 2. Internationalen Fachtagung in Kassel statt. Neben qualitativ hochwertigen Vorträgen und engagierten Diskussionen gab es dort vielfache Gelegenheiten, sich kollegial auszutauschen. Die Tagungsteilnehmerinnen erlebten viele anregende Momente, um motiviert die Ziele der Fachgesellschaft und die Hebammenwissenschaft weiter voranzubringen. Diese Stimmung war ansteckend!

In dieser Ausgabe finden Sie zum ersten Mal – in nächster Nähe zu Originalartikeln – eine Übersetzung der Zusammenfassung eines aktuellen, für die Hebammenversorgung relevanten Cochrane-Reviews zur Wirkung der Magnesium-Supplementierung in der Schwangerschaft. Vielleicht dient diese zugleich als Anregung für die eine oder andere Leserin, eine solche zeitlich begrenzte Aufgabe zu übernehmen und eine Übersetzung für die nächste Ausgabe vorzubereiten? Auch eine übersetzte Kurzfassung einer einschlägigen Studie und/oder die kritische Würdigung einer solchen, könnten ihren Platz im zentralen Hauptteil der Fachzeitschrift finden.

Mit dem Aufnahmeantrag der DGHWi bei der AWMF kommen wir unserem Ziel hoffentlich näher, uns auf Augenhöhe mit den Vertreterinnen und Vertretern medizinischer Fachgesellschaften über eine evidenzbasierte gesundheitliche Versorgung von schwangeren,

gebärenden, sich im Wochenbett befindenden und stillenden Frauen in Deutschland auszutauschen und als gleichberechtigte Kooperationspartnerinnen an der Erarbeitung von Leitlinien mitzuwirken.

Im Zusammenschluss der Bundeskonferenz "Studiengänge der Gesundheitsfachberufe", in welchem neben der DGHWi auch die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP), der Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HVG e.V.) und die Dekanekonferenz Pflegewissenschaft vertreten sind, befasst sich die DGHWi nicht nur mit der Hochschulbildung, sondern auch mit der Wissenschaft und Praxis der betreffenden Gesundheitsfachberufe. Im Schulterschluss, um Synergieeffekte zu nutzen – jedoch differenziert für die Hebammenwissenschaft – diskutiert die DGHWi Herausforderungen und Lösungsoptionen für die zukünftige Gestaltung von Bildungswegen (z.B. Verankerung der Hochschulbildung in den Berufsgesetzen), Tätigkeitsprofilen und Kompetenzen der Gesundheitsberufe. Es werden Möglichkeiten ausgelotet, Zugang zu bildungs- und gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern zu finden und proaktiven Einfluss auf deren Gesetzgebung zu nehmen. Auch dazu dienen die von der DGHWi verfassten, publizierten und an Entscheidungsträger versandten Stellungnahmen.

Einen besonderen Hinweis verdient der Workshop zu Potenzialanalysen für evidenzbasierte Innovationen in den Gesundheitsfachberufen, welcher durch die DGHWi und in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Cochrane Zentrum in Freiburg organisiert und insbesondere unseren Mitgliedern angeboten wird. Es ist eine einmalige Gelegenheit, an hebammenrelevanten Themen die eigenen Kompetenzen in der Vorbereitung von Forschungsstudien sowie in der Lehre von Recherchefertigkeiten und der kritischen Begutachtung von Studien unter der fachlichen Begleitung durch das Deutsche Cochrane Institut zu vertiefen!

Je nach Möglichkeiten sollen weitere Workshops durch die DGHWi organisiert werden.

Ich wünsche Ihnen eine interessante und anregende Lektüre!

Für den Vorstand grüßt Sie herzlich,

Gertrud M. Ayerle

Stellvertretende Vorsitzende



Die DGHWi auf dem Weg zur Mitgliedschaft bei der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF)

Die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) im Jahr 2008 geschah unter anderem aus der Motivation heraus, sich als wissenschaftliche Fachgesellschaft an der Entwicklung geburtshilflicher Leitlinien zu beteiligen. Eine wesentliche Rolle in der Entwicklung und Verbreitung solcher Leitlinien spielt im medizinischen Bereich die Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) als Dachverband von wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Sie hat die Aufgabe, die von Fachgesellschaften initiierten und entwickelten Leitlinien methodisch zu begleiten und eine entsprechende Klassifizierung als S1, S2e, S2k oder auch S3 Leitlinie anzuerkennen. Derzeit zählt die AWMF 168 medizinische Fachgesellschaften zu ihren Mitgliedern. Der Begriff Medizinische Fachgesellschaften ist in diesem Zusammenhang gleichbedeutend mit ärztlichen Fachgesellschaften. Um als Fachgesellschaft Mitglied der AWMF zu werden, müssen unter anderem folgende Voraussetzungen erfüllt sein: „[...]

1. Klar erkennbare wissenschaftliche Zielsetzung, dokumentiert durch die Satzung.
2. Die Zielsetzung der wissenschaftlichen Arbeit der Gesellschaft sollte sich auf Themen der Medizin und damit in Zusammenhang stehenden wissenschaftlichen Fragestellungen beziehen.
3. Es sollte eine mindestens dreijährige wissenschaftliche Aktivität dokumentiert sein, insbesondere durch wissenschaftliche Tagungen oder durch die (Mit-) Herausgabe einer wissenschaftlichen Zeitschrift als Organ der Gesellschaft.
4. Die Mitgliedschaft sollte mehrheitlich aus klinisch tätigen Ärzten/Zahnärzten bzw. aus auf dem Gebiet der Medizin wissenschaftlich tätigen Hochschulabsolventen bestehen. [...]“ (www.awmf.org/fachgesellschaften/aufnahmebedingungen.html; 14.05.2014)

Gemeinsam mit dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation (DIMDI) und der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin (ZBMed) publiziert die AWMF das Portal German Medical Science (GMS) und das gleichnamige e-journal german medical science (gms). Unter Letzterem ist der Kongressband der 2. Internationalen Fachtagung der DGHWi (<http://www.egms.de/dynamic/en/meetings/dghwi2014/index.htm>) erschienen und wird zukünftig als Publikationsorgan der DGHWi genutzt.

Eine Mitgliedschaft bei der AWMF ist mit jährlichen Kosten verbunden. Diese errechnen sich nach Mitgliederstärke einer Fachgesellschaft, indem zwei Euro pro Mitglied der jeweiligen Fachgesellschaft berechnet werden.

Voraussetzungen erfüllt!?

Die erste wissenschaftliche Tagung der DGHWi wurde bereits im September 2011 durchgeführt und mit einem Kongressband doku-

mentiert. Im Mai 2013 hat die DGHWi ihre eigene wissenschaftliche Zeitschrift, die Zeitschrift für Hebammenwissenschaft als Organ der Gesellschaft zum ersten Mal herausgegeben. Ein Blick in das Mitgliedsregister im September 2013 zeigte außerdem, dass es sich bei der Mehrheit der Mitglieder (nämlich knapp 60 Prozent) um Hochschulabsolventinnen und -absolventen handelt. So waren augenscheinlich die oben genannten Voraussetzungen erfüllt und dem Antrag auf Mitgliedschaft bei der AWMF stand nichts mehr im Wege. Dieser wurde Ende September 2013 mit folgender Begründung eingereicht:

„Hebammen und Entbindungspfleger zählen aufgrund ihrer rechtlichen Stellung zu den Primärversorgerinnen und -versorgern im Deutschen Gesundheitssystem. Als solche begleiten sie rund 650.000 Fälle pro Jahr, in denen Gesundheitsleistungen im Rahmen der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungen in Anspruch genommen werden. Rechtlich sind Hebammen und Entbindungspfleger in ihrer eigenverantwortlichen Tätigkeit den Gynäkologinnen und Gynäkologen damit gleichgestellt solange Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett physiologisch verlaufen. Dies gilt auch für Fälle, die zwar ein Risiko aufweisen, deren Risiko sich jedoch noch nicht in einer Pathologie manifestiert hat. Dieser Umstand wie auch die veränderten Anforderungen an den Beruf haben zu einer breiten Akademiserungsdebatte geführt. Derzeitige Entwicklungen lassen darauf schließen, dass die Ausbildung zur Hebamme/zum Entbindungspfleger in Abgleich mit den internationalen Anforderungen an die Berufsausbildung an die Hochschulen verlagert wird. Hebammenspezifische Studiengänge – sei es primärqualifizierend oder berufsaufbauend – sind in Deutschland bislang die Ausnahme. Hebammen und Entbindungspfleger, die sich bisher nach ihrer Ausbildung durch ein Studium weiterqualifizieren wollten, studierten in den Bezugswissenschaften wie Pflegewissenschaft, Sozialwissenschaften oder Psychologie.

Das Fach Hebammenwissenschaft hat sich bereits in den 1970er Jahren in Großbritannien etabliert und in den vergangenen 15 Jahren sukzessive auch in Deutschland an Bedeutung gewonnen. Nicht zuletzt dadurch sind zunehmend Studien im Fach Geburtshilfe zu verzeichnen, die nicht nur das fetal outcome fokussieren, sondern die Frauen und deren Betreuung in den Mittelpunkt rücken. Dies bietet vor dem Hintergrund der politisch geforderten Patientenorientierung und einer zunehmenden Skepsis gegenüber der Evidenz einzelner geburtshilflicher Interventionen eine wertvolle Ergänzung bisher existierender Studien. Die DGHWi e.V. versteht sich in diesem Zusammenhang als wichtige Schnittstelle im Theorie-Praxis-Transfer. Sie hat sich 2008 mit dem Ziel gegründet, das Fach Hebammenwissenschaft in Forschung und Lehre zu fördern,

dazu insbesondere den wissenschaftlichen Diskurs in der Disziplin zu unterstützen und die Ergebnisse der Allgemeinheit zur Verfügung zu stellen. Die Optimierung der gesundheitlichen Versorgung von Frauen und ihren Familien in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit stellt dabei das übergeordnete Ziel dar.

Die Mitglieder der DGHWi e.V. setzen sich derzeit aus Hebammenwissenschaftlerinnen, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern verschiedener Bezugsdisziplinen, Studierende relevanter Disziplinen sowie Hebammen aus der Praxis zusammen.

Seit Juni 2012 gehört die DGHWi e.V. zu dem Kreis der Fachgesellschaften, welche vor abschließenden Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) stellungnahmeberechtigt sind. Damit wird der DGHWi e.V. gemäß SGB V, §92, 7d ein Mitspracherecht zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im betreffenden Fachbereich eingeräumt.

Im April 2013 wurde die DGHWi e.V. als Mitglied des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung anerkannt. Mit der Mitgliedschaft wird eine gute Vernetzung der an der gesundheitlichen Versorgung von Frauen und ihren Familien in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit beteiligten Berufsgruppen angestrebt.

Seit Mai 2013 dokumentiert die DGHWi e.V. ihre Tätigkeit in einem eigenen Fachjournal, welches zweimal jährlich erscheint. Die erste Ausgabe, die diesem Antrag beigefügt ist, enthält Stellungnahmen, die unter anderem im Rahmen des Stellungnahmerechts gemäß § 92, 7d erstellt wurden. Mit der 2. Ausgabe werden Forschungsarbeiten zunächst als Diskussionspapier, später nach erfolgreichem Durchlaufen eines zweistufigen Reviewprozesses im Open Access Verfahren als Originalarbeit veröffentlicht. Einmal jährlich erfolgt eine Publikation der Originalarbeiten über German Medical Science.

Im Februar 2014 findet die 2. Internationale Fachtagung der DGHWi e.V. statt. Ein Flyer mit dem entsprechenden Programm findet sich im Anhang. Die erste Tagung wurde im September 2011 ausgerich-

tet. Die Publikation des Tagungsbandes erfolgte damals bereits über German Medical Science. Auch die Beiträge der 2. Internationalen Fachtagung werden in einem Tagungsband über German Medical Science publiziert.

Mit der Aufnahme in die AWMF strebt die DGHWi "einen interdisziplinären Austausch zur Förderung der Frauengesundheit an. Im Vordergrund soll hierbei die interdisziplinäre Leitlinienerstellung und deren Überführung in die Praxis nach dem Vorbild des National Institute for Health and Clinical Excellence" stehen.

Der Antrag wurde sehr wohlwollend geprüft und im Präsidium der AWMF positiv diskutiert. Möglicherweise konkurrierende Fachgesellschaften wie die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe wurden zum Aufnahmeantrag angehört und hatten gegen die Aufnahme keine Einwände, so die telefonische Auskunft im Februar 2014. Gleichzeitig wurde darauf aufmerksam gemacht, dass es sich bei der Aufnahme der DGHWi um ein absolutes Novum handelt, da die DGHWi im Fall der Aufnahme in den Dachverband die erste nicht-ärztliche Fachgesellschaft innerhalb der AWMF wäre. Endgültig sollte über den Antrag auf der nächsten Delegiertenkonferenz am 10. Mai 2014 in Frankfurt entschieden werden. Ein nachträglicher Blick in die Tagesordnung ergab nun, dass der Aufnahmeantrag der DGHWi dort allerdings nicht gelistet war und so ist aktuell nicht klar, ob er tatsächlich auf der Delegiertenkonferenz diskutiert wurde.

Anfragen zur Mitarbeit verschiedenster Leitlinien häufen sich, nicht selten mit dem Hinweis, dass die Anhörung beziehungsweise Aufforderung zur Mitarbeit der DGHWi von der AWMF angeregt worden sei. Aktuell ist die DGHWi an der Überarbeitung der S3 Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) beteiligt.

Für den Vorstand

Rainhild Schäfers

Vorstand wiedergewählt

In der 8. Mitgliederversammlung am 20. Februar 2014 in Kassel wurde der bisherige Vorstand der DGHWi für eine weitere Amtsperiode von zwei Jahren einstimmig wiedergewählt. Vorsitzende der Gesellschaft bleibt damit Dr. rer. medic. Rainhild Schäfers, Diplom-Pflegewirtin (FH), Hebamme und Professorin für Hebammenwissenschaft an der Hochschule für Gesundheit Bochum. Als stellvertretende Vorsitzende amtiert weiterhin Dr. rer. medic. Gertrud Ayerle, MSc, Hebamme, Krankenschwester und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Martin-Luther-Universität, Halle-Wittenberg. Die Kasse

der Gesellschaft wird für weitere zwei Jahre von Nina Knappe, Diplom-Kauffrau (FH), Hebamme und Promovendin an der Hochschule Osnabrück/Universität Witten, geführt. Schriftführerin bleibt Elke Mattern, MSc, Hebamme und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule für Gesundheit Bochum. Und schließlich trägt Dr. phil. Monika Greening, Diplom-Pflegewirtin (FH), Hebamme und Professorin für Hebammenwesen an der Katholischen Hochschule Mainz als Beisitzerin zum Gelingen der Vorhaben des Vorstandes bei. Zu einer der ersten Aufgaben des alten und gleichzeitig neuen Vorstan-

des gehörte die Durchführung der 2. Internationalen Fachtagung (siehe unten) mit über 100 Teilnehmerinnen am darauffolgenden Tag. Nähere Informationen zu den einzelnen Vorstandsmitgliedern können auf der Webseite unter <http://www.dghwi.de/index.php/dghwi/vorstand> abgerufen werden.

Weitere prioritäre Aufgaben des Vorstandes in den nächsten zwei Jahren sind:

- ◆ die Beantragung der Mitgliedschaft im AWMF
- ◆ die Etablierung und Herausgabe der Fachzeitschrift
- ◆ Öffentlichkeitsarbeit
- ◆ die Abfassung von Stellungnahmen zu gesundheits- und versorgungsrelevanten Themen und bei Anfragen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
- ◆ die Beteiligung an der Entwicklung von Leitlinien
- ◆ die Beteiligung an der Interessenvertretung der Wissenschaft und der Hochschulen (z.B. Bundeskonferenz der Studiengänge für Gesundheitsfachberufe)
- ◆ die Organisation von Methoden-Workshops in Zusammenarbeit mit dem Cochrane-Zentrum Freiburg

Bericht zur 2. Internationalen Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft am 21.02.2014

Forschende Praxis als Hebammenkunst

Geburtshelferinnen und Geburtshelfer wissen seit Jahrhunderten um die Vorteile aufrechter Gebärpositionen. Trotzdem liegen die meisten Frauen bei der Geburt ihrer Kinder auf dem Rücken. Manche Forschungsergebnisse wie diese sind zwar schon lange bekannt und werden bisher dennoch nicht flächendeckend umgesetzt.

Diesen Umstand zeigte Dr. Mary Stewart, englische Hebamme und Wissenschaftlerin am University College London, in ihrem Eröffnungsvortrag der 2. Internationalen Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft in Kassel kritisch auf. Sie führte aber auch die Ergebnisse der überaus umstrittenen Studie von Hannah et al. (2000) zu den Risikofaktoren der Beckenendlagegeburt an, welche das geburtshilfliche Handeln weltweit und in kürzester Zeit nachhaltig veränderten. Wortgewandt balancierte Mary Stewart viele potenzielle Konflikte der wissenschaftlichen Hebammenarbeit aus, symbolisierte die Gleichwertigkeit von quantitativer und qualitativer Forschung mithilfe des *Taiji* (Yin und Yang) Symbols und stellte die klassische Hierarchie zur Studiengüte in der quantitativen Forschung in Frage.

Weiterhin beschrieb Mary Stewart die Historie des Erkenntnisgewinns in der Geburtshilfe und berichtete von Forscherinnen und Forschern, welche durch Beobachtungen in der Praxis und deren sorgfältige Analyse die geburtshilfliche Versorgung verändert haben. Sie zeigte wiederholt auf, dass die Wissenschaft in der Hebammentätigkeit keine Erfindung der Moderne sei, sondern schon immer Hand in Hand mit der Arbeit von Hebammen ginge. Epidemiologie, die Wissenschaft gesundheitsbezogener Zustände und Ereignisse und deren Wirkung auf die Bevölkerung, wurde von jeher von Hebammen genutzt. Beispielsweise berichtete Mary Stewart von der Beobachtung einer Stationsschwester am Rochford Hospital in Essex, England, dass sich eine gering ausgeprägte Hyperbilirubinämie bei Neugeborenen besserte, wenn sie Frischluft und Sonnenlicht ausgesetzt waren. So wurde schon vor den 1960er Jahren der

Grundstein für die heute aktuelle Phototherapie gelegt.

Darüber hinaus erläuterte sie die viel diskutierten Ergebnisse der englischen *Birthplace Study*, an deren Durchführung sie maßgeblich beteiligt war. Insbesondere berichtete sie über die verzerrte Darstellung der Ergebnisse dieser Studie in der internationalen Presse und die Relevanz für die geburtshilfliche Versorgung in Großbritannien. Stattdessen forderte sie eine umfassende Darstellung von Risiken für Mutter und Neugeborenes, die sich nicht nur auf das außerklinische Setting beschränkt, sondern auch die klinikassoziierten Risiken in den Blick nimmt. Dass Mary Stewart als Forscherin, Hebamme und Mensch das Publikum inspirierte, war dem langen und nachdrücklichen Applaus sehr deutlich zu entnehmen.

Ein Grußwort richtete Prof. Beate Schücking, Rektorin der Universität Leipzig, an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Als langjährige Begleiterin der deutschen Hebammenwissenschaft fasste sie die zentralen Entwicklungen der letzten 30 Jahre zusammen und sprach ihren Respekt gegenüber den aktuellen Leistungen der DGHWi aus. Außerdem empfahl sie die Auseinandersetzung mit der neuesten Leitlinie der US-amerikanischen Fachgesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (ACOG), welche eine Veränderung in der Indikationsstellung für Kaiserschnitte aufzeigt (http://www.acog.org/Resources_And_Publications/Obstetric_Care_Consensus_Series/Safe_Prevention_of_the_Primary_Cesarean_Delivery), die bereits seit einigen Jahren von Hebammen und anderen Organisationen gewünscht und gefordert wird.

Ursula Jahn-Zöhrens von der Hebammengemeinschaftshilfe (HGH), welche die Fachtagung durch eine Spende finanziell unterstützte, sprach Mut machende Worte über die Einheit von wissenschaftlicher und praktischer Hebammenarbeit. Die Unterstützung der DGHWi als Vertretung des Berufsstandes auf der wissenschaftlichen Ebene begrüße und unterstütze die HGH. Frau Jahn-Zöhrens

ist zuversichtlich, dass durch die Arbeit der DGHWi langfristig essentielle Verbesserungen für die betreuten Familien, aber auch für Hebammen, erreicht werden.

Nachfolgend präsentierte Nina Reitis, Hebamme und PhD-Studentin an der University of the West of Scotland, die ersten Ergebnisse ihrer quantitativ angelegten Doktorarbeit. Sie beleuchtete in ihrem Forschungsprojekt die Gesundheit und Arbeitsbedingungen von deutschen Hebammen in der freiberuflichen Tätigkeit. Vor dem Hintergrund der Arbeitspsychologie und Präventionsforschung erhob sie den Gesundheits-, Belastungs- und Ressourcenstatus der Berufsgruppe. Ihre Untersuchung ist eine wichtige Datengrundlage für die Weiterentwicklung des Hebammenberufes und die Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen.

Gertrud M. Ayerle, die stellvertretende Vorsitzende der DHGWi, leitete einen Workshop zu Qualitätskriterien in der qualitativen Forschung und erarbeitete mit einer Gruppe interessierter Teilnehmerinnen auf anregende Art und Weise die Bedeutung von Reliabilität, Validität und Objektivität im Kontext dieser Methodik.

Ute Lange, Hebamme und Doktorandin an der Universität Witten/Herdecke, sprach über Datenschutz in der qualitativen Forschung. Sie zeigte den Vertrauensvorsprung auf, welchen Hebammen oft von Teilnehmerinnen in qualitativen Interviews erhalten, den die Forscherin hauptsächlich auf die gesellschaftliche Wertschätzung der Hebammen zurückführte. Sie beleuchtete die Nützlichkeit dieser Erscheinung, betonte aber gleichzeitig auch die Verantwortung der Hebammen, mit den von ihnen im Rahmen von Forschungsprojekten gesammelten Daten vertraulich umzugehen und sie dementsprechend zu schützen. Sie zeigte vielseitige Methoden auf, um die Persönlichkeitsrechte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu gewährleisten – das erste Gebot in der Wissenschaft.

Spannende Ergebnisse präsentierte auch Judith Scholler-Sachs, Hebamme und Doktorandin an der Universität Witten Herdecke, die mit ihrer Arbeit die Auswirkungen des Gestationsdiabetes auf werdende Mütter vorstellte. Sie berichtete, dass 3,7% der Schwangeren betroffen seien und die Erfahrungen dieser Frauen relevante Einsichten hervorbringen: Besonders in den ersten Wochen nach der Diagnose seien Hilfsangebote für sie interessant und wichtig.

Vorausschauende Präventionsangebote sollten schon während der Schwangerschaft implementiert werden, um die Gesundheit der betroffenen Frauen langfristig zu fördern.

Ein besonderer Wissensgewinn entstammte der ebenfalls qualitativen Forschungsarbeit von Nancy Stone, Hebamme und PhD-Studentin an der University of Central Lancashire. Teilnehmende Beobachtungen während ihrer Masterarbeit ließen sie erkennen, dass der normale Geburtsprozess nicht per Definition vereinheitlicht werden kann. Die interventionsarme Geburtshilfe sei ein Lernprozess, welchem sich Hebammen, aber auch Ärztinnen und Ärzte, aussetzen müssten, wenn sie physiologische Geburten als Ziel anstreben. Nancy Stone betonte, dass die Expertise in der Betreu-

ung von physiologischen, interventionsarmen Geburten Zeit und Erfahrung benötige und nicht als grundsätzlich gegebene Eigenschaft der Hebammen betrachtet werden könne.

Den abschließenden Vortrag hielt Jessica Pehlke-Milde, Hebamme und Professorin an der Zürcher Hochschule. Sie beleuchtete Entscheidungsprozesse bei klinischen und außerklinischen Geburten und diskutierte unter Einbezug der Zuhörerinnen und Zuhörer den Begriff des „Entscheidungsspielraums“, welcher in ihrer qualitativen Erhebung als zentraler Aspekt identifiziert und näher untersucht wurde. Die Dringlichkeit der Entscheidung und die Erfahrung der Hebamme beeinflussen diesen Entscheidungsspielraum und können ihn erweitern oder begrenzen. Vielseitig beleuchtete Jessica Pehlke-Milde die Verantwortung und Partizipation der Frau bei der Entscheidungsfindung als wesentlichen Bestandteil der modernen Hebammenarbeit. Das Recht auf Delegation der Entscheidung an anderes Fachpersonal könne jedoch ebenfalls als Ausdruck der Autonomie der Gebärenden betrachtet werden. Dieser Schlussvortrag eröffnete weitblickende Perspektiven auf die Bestandteile der evidenzbasierten Hebammenarbeit und lud dadurch zu einer vielseitigen Diskussion ein.

Eingerahmt wurde die Tagung von interessanten Posterbeiträgen zu den Themen Schwangerschaftsrisiken in der außerklinischen Geburtshilfe (Lea Beckmann), postpartale Lebensqualität (Luise Lengler in Vertretung für Susanne Grylka-Bäschlin), intrapartale Braunüle bei risikoarmen Geburten (Luise Lengler), Prozessanalyse geburtshilflicher Abteilungen (Janina Muhl), vaginale Untersuchung während der Geburt (Elisabeth Rakos), Gadamer-basierte Forschungsmethode (Beate Ramsayer), Entwicklung eines Personalbedarfsermittlungsinstruments mit Delphi-Methode (Nina Rogava) und Handlungsempfehlung zur Einarbeitung in die Wassergeburtshilfe (Jenny Seipel).

Rainhild Schäfers, die wie auch Gertrud M. Ayerle, Elke Mattern, Nina Knappe und Monika Greening auf der Mitgliederversammlung der DGHWi tags zuvor in ihrem Amt im Vorstand bestätigt wurde, resümierte abschließend als alte und zugleich neue Vorsitzende, dass Wissenschaft und Hebammenkunst eine ineinandergreifende Einheit ergäben und die Hebammenwissenschaft in Deutschland auf einem zukunftsweisenden Weg sei.

Die gelungene Veranstaltung bot für die über hundert Teilnehmerinnen und Teilnehmer neben dem wissenschaftlichen Programm auch eine vielseitige Plattform für den Erfahrungsaustausch. Neben den interessanten Diskussionen im Plenum, boten die Pausen Gelegenheit zu Gesprächen und zur Vernetzung. Die 3. Internationale Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft wird in 2 Jahren, am 12.2.2016, stattfinden.

Clara Mössinger

Hebamme, BSc Health Science, Studentin im Master Public Health LMU München; Kontakt: clara.moessinger@gmail.com

DGHWi-Cochrane-Workshop: Potenzialanalysen für evidenzbasierte Innovationen in den Gesundheitsfachberufen

25./26. September 2014 in Halle (Saale)

Am 25. und 26. September 2014 bietet sich die einmalige Gelegenheit, einen Methoden-Workshop in Halle/Saale zu besuchen, der von der DGHWi in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Cochrane Zentrum in Freiburg kostengünstig angeboten wird. Die Zielgruppe sind wissenschaftliche/r Mitarbeiter/innen oder Lehrkräfte für besondere Aufgaben im Bereich Hebammenwissenschaft, die über einen Master- oder Diplomabschluss (Uni/FH) verfügen. Auch Studierende, die sich im Herbst 2014 im letzten Semester ihres Master- oder Diplomabschlusses (Uni/FH) befinden, sind willkommen.

Was bietet der Workshop? In nur zwei Tagen vermittelt der Workshop vertiefte Kompetenzen,

- (1) versorgungsrelevante Gesundheitsprobleme zu eruieren,
- (2) systematisch und effektiv die Evidenzlage zu Interventionen zu ermitteln und kritisch zu beurteilen sowie
- (3) Potentialanalysen anzufertigen, die die Grundlage für Forschungsanträge bilden.

Es empfiehlt sich eine frühe Anmeldung, da die Plätze begrenzt sind!

Bericht von der 16. Mitgliederversammlung des Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF) am 16.5.2014 in Köln

Die DGHWi ist seit 2013 Mitglied im DNVF e.V. Das Netzwerk ist ein Zusammenschluss aus Fachgesellschaften, Instituten, Verbänden und Privatpersonen und hat als gemeinsames Anliegen, die Versorgungsforschung in Deutschland zu fördern. Die Mitgliederzahlen sind stetig steigend. Bei der 16. Mitgliederversammlung stellten sich neue Mitglieder vor. Interessant war die Vorstellung von Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, MPH, aus Dresden, der dort ein Zentrum zur Evidenzbasierten Gesundheitsversorgung leitet, welches eine gemeinsame Institution der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität und des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus ist. Im Vorfeld der 16. Mitgliederversammlung wurde eine neue Fachgruppe "Pädiatrie" gegründet, die die bisherigen elf Arbeits- und Fachgruppen ergänzt (<http://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/index.php?page=arbeits-fachgruppen>). Die Leitung dieser Gruppe hat Prof. Dr. med. Wieland Kiess aus Leipzig.

Turnusgemäß stand die Entlastung des Vorstands sowie dessen Neuwahl an. Im neuen Vorstand für die Wahlperiode 2014 bis 2016 wurde Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer in seinem Amt als Vorsitzender bestätigt. Weitere Vorstandsmitglieder sind Frau PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (DKG) (stellvertretende Vorsitzende), Herr Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer (DGOOC, BVOU), Frau Jun.-Prof. PD Dr. Nicole Ernstmann (Sprecherin der AG Nachwuchsförderung, Sektion 4-Mitglied), Frau Prof. Dr. Ulrike Höhmann (DGP-Pflege), Herr Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (DGEpi), Herr Prof. Dr. Holger Pfaff (DGMS, IMVR, ZVFK) und Herr Prof. Dr. Jochen Schmitt (Fachgruppe Haut, Gefäße und Allergien, ZEGV).

Frau Prof. Höhmann, Pflegewissenschaftlerin aus Witten-Herdecke, gab ihrer Freude Ausdruck, dass die DGHWi im DNVF vertreten ist. Ich denke, hier werden wir zukünftig eine gute Ansprechpartnerin haben. Im persönlichen Gespräch mit Prof. Selbmann (AWMF), der als korrespondierendes Mitglied seitens der AWMF dem Vorstand angehört, wurde darüber hinaus deutlich, dass das Aufnahmege-such der DGHWi in die AWMF dort mit großem Interesse verfolgt wird. Da die DGHWi die erste gesundheitswissenschaftliche Gesellschaft sei und somit einen Präzedenzfall darstellt, würde das Anliegen sehr genau geprüft.

Im weiteren Verlauf der 16. Mitgliederversammlung des DNVF berichtete Prof. Selbmann, dass die AWMF für Mitte des Jahres eine weitere aktualisierte Stellungnahme zu Sponsoring und Interessenkonflikten plant.

Die Teilnahme am Deutschen Kongress für Versorgungsforschung vom 24. bis 27.6.2014 in Düsseldorf ist zum ermäßigten Betrag für alle Mitglieder der Fachgesellschaften im DNVF möglich. Grundsätzlich ist das DNVF bereit, bei der Tagungsgestaltung von Kongressen mitzuwirken, z.B. bei einer der zukünftigen Internationalen Fachtagungen der DGHWi, wenn dies gewünscht ist.

PD Dr. Mechthild M. Groß

Kontakt: gross.mechthild@mh-hannover.de

Sektion 'Kind, Bindung und emotionale Entwicklung'

Bindung und emotionale Entwicklung – aktueller denn je!

In der Hebammentätigkeit spielt das Wohlergehen des Säuglings immer eine große Rolle. Dabei geht es zunehmend nicht nur um die Wochenbettbetreuung und das Stillen, sondern um die Qualität des Lebensbeginns und die Eltern-Kind-Bindung. Insbesondere die Bindungsforschung, die pränatale Psychologie und die Hirnforschung haben in den letzten Jahren gezeigt, welche hohe Bedeutung der seelischen Gesundheit des Kindes in der Zeit rund um die Geburt beizumessen ist. Noch selten wurde die hohe Kaiserschnitttrate vor dem Hintergrund der psychischen Entwicklung des Kindes im gesamten Lebensverlauf betrachtet. Auch Frühgeburtlichkeit und die entsprechende sanfte Pflege auf Intensivstationen kommen immer stärker ins Bewusstsein von Psychotherapie – im Zusammenhang mit der Wirkung, die diese vorsprachliche Zeit auf die emotionale und Bindungsentwicklung der Kinder hat. Auch Väter rücken als Teil der innerfamilialen Triade in den letzten Jahren stärker in den Blickpunkt.

All die fachlichen Herausforderungen, die daraus für die Hebammen und für die Hebammenwissenschaft entstehen, sind Gegenstand der Arbeit in der Sektion Kind, Bindung und emotionale Entwicklung. Bisher haben sich einige Mitglieder der DGHWi diesem Thema verbunden gefühlt. Um diese Arbeit aber zu bereichern und fortzusetzen, wünschen wir uns weitere Mitstreiter/innen. Gerade in diesem Feld ist die Begegnung unterschiedlicher Fachdisziplinen besonders

wertvoll, da es einen Schnittstellenbereich zwischen Medizin und Psychologie darstellt. Hebammen sind die ersten und möglicherweise neben der Familie die wichtigsten Begleiterinnen in dieser sensiblen Phase und tragen dadurch auch eine besondere Verantwortung.

Die gegenwärtige Diskussion um die freiberuflich arbeitenden Hebammen ist von diesem Thema mehr berührt, als es in der Debatte durchdringt. Eine persönliche und tragende Beziehung zu einer Hebamme des Vertrauens kann als Grundlage für einen gesunden Lebensbeginn betrachtet werden, der nicht nur in der frühen Kindheit sondern weit darüber hinaus wirkt.

Wir freuen uns sehr über Hinweise zu aktuellen Forschungsprojekten und Publikationen und möchten darüber hinaus auch gerne neue Mitglieder integrieren.

Dr. Inés Brock

Sektionssprecherin

Kontakt: bindung-entwicklung@dghwi.de

Erratum zu:

Die Gadamer-basierte Forschungsmethode: Chancen und Perspektiven für die qualitative Hebammenforschung

Beate Ramsayer, Yvonne Robb, Valerie Fleming

Der Name der zweiten Autorin des Abstracts lautet korrekt: Yvonne Robb

Im nachgenannten Abstractband steht fälschlicherweise Yvonne Rob. Die Redaktion bittet, diesen Fehler zu entschuldigen.

Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science), 02 (Sup. 01), S. 26. DOI: 10.3205/14dghwi12

Siehe: <http://www.egms.de/static/de/meetings/dghwi2014/14dghwi12.shtml>.

© Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

Publiziert: 10. Februar 2014

Online publiziert bei gms: 21. Februar 2014

Wie versorgen außerklinisch tätige Hebammen Dammriss ersten und zweiten Grades?

Out-of-hospital midwifery care of perineal tears grade 1 and 2

Sylvia Kvasnicka M.Sc., Dr. rer. medic. Christine Loytved MPH und Martina König-Bachmann MHPE

Abstract

Hintergrund: Dammriss ersten und zweiten Grades (DR I° und DR II°) heilen entweder mit oder ohne Naht. Zu diesen Versorgungsalternativen sind bislang Kurzzeiteffekte bekannt. Da Langzeitstudien fehlen, ist die Evidenzlage hinsichtlich ihrer (Neben-) Wirkungen unzureichend. Darüber hinaus liegen bislang für deutschsprachige Regionen keine Angaben vor, wie Hebammen einen DR I° oder DR II° versorgen.

Methodik: Im vorliegenden Survey, der im Rahmen einer Masterarbeit durchgeführt wurde, wurde danach gefragt, welche Voraussetzungen nach der Geburt gegeben sein müssen, um die Dammrissversorgung festzulegen und wie Hebammen diese vornehmen. Zudem wurde der Frage nachgegangen, ob Hebammen in diesem Bereich Fortbildungsbedarf für sich sehen. Die Online-Befragung richtete sich an außerklinisch geburtshilflich tätige Hebammen in Deutschland und Österreich, von welchen sich 117 beteiligten. Die quantitative Analyse der Multiple-Choice Fragen erfolgte deskriptiv; die offenen Items mit Bemerkungen der Hebammen wurden inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse: Nur ca. 18% der Befragten konnten auf Wissen aus ihrer Aus- und Fortbildung zurückgreifen. Insgesamt 83% waren sich in der Differenzierung nach Dammrissgraden sicher. Mit einer spontanen Heilung hatten über 50% der Hebammen Erfahrung bei DR I° und 12% bei DR II°. Rund die Hälfte aller Hebammen (45% in Deutschland, 51% in Österreich) hatte ein weiteres Fortbildungsinteresse.

Schlussfolgerung: Beide Versorgungsarten sollten derzeit in der Aus- und Fortbildung vermittelt werden, da die Evidenzlage keine klare Präferenz vorgibt.

Schlüsselwörter: Damm, Dammriss, Naht, Hebamme

Hintergrund

Mehr als die Hälfte aller Frauen, die in deutschen Kliniken vaginal gebären, müssen mit einer Weichteilverletzung rechnen. In vielen Fällen handelt es sich dabei um Dammriss ersten und zweiten Grades (DR I° und DR II°) (AQUA, 2012). Seitdem die klinische Vorgehensweise bei der Geburt – angestoßen durch den West Berkshire Perineal Management Trial von Sleep et al. (1984) – nicht mehr aus der

Background: First-degree or second-degree perineal tears can heal with or without suture. With regard to these two options, only short-term healing effects are currently known. As long-term studies are lacking, evidence on their effects, or harms, is weak. No data from German-speaking regions are presently available to indicate how midwives treat first-degree or second-degree perineal tears.

Methods: In the current online survey, undertaken for a master's degree, 117 independent midwives from Germany and Austria, who participated, were asked about the postpartal prerequisites for their decision on the treatment and the actual care of perineal tears. In addition, their interest in further training was investigated. Quantitative analysis of the multiple-choice questions was descriptive; additional items for free text were content-analysed according to Mayring.

Results: Only 18% of the participants learned how to treat perineal tears during formal training. 83% of the midwives felt confident when diagnosing the grade of the tear. Half of them had experience with first-degree perineal tears and 12% with second-degree perineal tears healing unsutured. About half of the midwives (45% in Germany) and (51% in Austria) were interested in further training.

Conclusion: Both suturing and spontaneous perineal healing should be part of any formal training for midwives, as evidence for a preferred option does not currently exist.

Key words: perineum, perineal laceration, suture, midwife

routinemäßigen Episiotomie besteht, rückt die Versorgung eines DR stärker in den Vordergrund. Ein DR II° wurde in den 1980er Jahren üblicherweise genäht. Mit den Ergebnissen der Ipswich-Studie, die von 1992 bis 1994 durchgeführt worden ist, wuchs die Überzeugung, dass die obere Hautschicht nicht mehr genäht werden muss und eine „two stage repair“ ausreicht (Gordon et al., 1998). Auch

das Nahtmaterial, die -technik und der -zeitpunkt sowie deren Auswirkungen wurden genauer untersucht (Mackrodt et al., 1998, Grant et al., 2001, Fleming et al., 2003, Kettle et al., 2010, 2012). Die Studie von Fleming et al. (2003) entstand in einer Zeit, in der – zumindest in Großbritannien – DR I° und DR II° seltener genäht wurden. Ihre randomisierte kontrollierte Studie zeigte, dass die Wunde nach Naht besser heilt als ohne Naht. Allerdings fehlte ihr auf Grund des geringen Umfangs der Stichprobe die statistische Power. Auf diese Studie bezieht sich die erstmalig erschienene britische NICE Guideline Intrapartum Care (2007, S. 23) und empfiehlt die Naht selbst bei einem DR I°, es sei denn, die Wundränder liegen gut aneinander. Eine Umfrage von Bick et al. (2012) bei britischen Hebammen im Jahr 2007 ergab, dass trotz der NICE Guideline Intrapartum Care über die Hälfte der Befragten einen DR II° nicht nähten. Die neueste Meta-Analyse von Elharmel et al. (2013) kommt wiederum zum Schluss, dass keine klare Empfehlung für oder gegen eine Naht bei DR I° oder DR II° ausgesprochen werden kann. Das Autorenteam rät, im konkreten Fall nach der klinischen Erfahrung und der Präferenz der Betroffenen zu entscheiden.

Die Studienlage zur Frage nach der Notwendigkeit einer Naht nach DR I° oder DR II° stellt sich als inhomogen dar. Die Interventionen sind zwar vergleichbar, denn in allen drei wichtigen Studien zum Thema wurden die Frauen mit Einzelknopfnäht der Muskelschicht versorgt, doch weicht das weitere Design der Studien weit voneinan-

der ab. In der randomisierten kontrollierten Studie von Langley et al. (2006) wurden lediglich Gebärende mit DR II° eingeschlossen, die weder Blutungen oder klaffende Wundränder aufwiesen. Diese engen Einschlusskriterien hatten die Studien von Lundquist et al. (2000) und Fleming et al. (2003) nicht. In den einzelnen Studien weichen die konkreten Fragestellungen voneinander ab; außerdem wurden unterschiedliche Erhebungsinstrumente genutzt (siehe Tabelle 1). So fragten Langley et al. (2006) danach, ob sich die Frauen „wie vorher fühlten“, Fleming et al. (2003) verwendeten hingegen eine Schmerzskala. Auch die Datenaufnahme zu den Aspekten Schmerzmittelbedarf, -gabe, -präparat und deren Erhebungszeitpunkte unterschieden sich. Der Status der Wundheilung wurde nur bei Fleming et al. (2003) mittels einer standardisierten Skala erhoben. Das Outcome „Aufnahme der Stillbeziehung“ findet sich nur bei Lundquist et al. (2000). Somit können die Ergebnisse der einzelnen Studien nicht direkt verglichen werden. Derzeit liegt keine Studie vor, die Alternativen zur Naht, wie beispielsweise Sitzbäder, Laserbehandlung oder Verhaltensempfehlungen, untersuchte.

Insofern interessiert, wie Hebammen zu einer Entscheidung gelangen, ob die Geburtsverletzung im Einzelfall genäht werden sollte oder nicht. Dieser Frage gingen auch Bick et al. (2012) in der etwa zeitgleich mit der Durchführung des vorliegenden Surveys erschienenen Querschnittsuntersuchung zur Implementierung von evidenzbasierten Erkenntnissen nach. Anlass für ihre Untersuchung waren

Tabelle 1: Merkmale, Erhebungsinstrumente und Hauptergebnisse der randomisierten kontrollierten Studien

Autor/-innen der Studie	Land	Studien/Kontrollgruppe (n/n)	Jahr der Erhebung	Schmerzen	Schmerzmittelbedarf	Wundheilung	Aufnahme der Stillbeziehung
Fleming et al. (2003)	Großbritannien	33/41	1999-2000	keine signifikanten Unterschiede (gemessen mit Schmerzskalen nach McGill und Visuellen-Analog-Skalen)	keine signifikanten Unterschiede	Beurteilung zu bestimmten Zeitpunkten mit REEDA-Skala: <ul style="list-style-type: none"> ◆ erster Tag und zehnter Tag p.p.: keine signifikanten Unterschiede ◆ nach sechs Wochen p.p.: Signifikante Unterschiede in der Geschwindigkeit der Wundheilung, schnelleres Schließen des Dammrisses in der Gruppe „Naht“ (p=0,001) 	Keine Angaben
Lundquist et al. (2000)	Schweden	40/40	1996-1997	kein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit, jedoch in der Intensität des Schmerzes (bis zwölf Wochen p.p. 13% in der Gruppe „Naht“ gegenüber 8% in der Gruppe „spontane Rissheilung“)	Wöchnerinnen mit Naht benötigten mehr Schmerzmittel: 48-72 Stunden p.p. benötigten 18% in der Gruppe „Naht“ gegenüber 8% in der Gruppe „spontane Rissheilung“ und acht Wochen p.p.: 11% in der Gruppe „Naht“ gegenüber 0% in der Gruppe „spontane Rissheilung“	kein signifikanter Unterschied bei der Beurteilung des Risses zur Geschwindigkeit der Wundschließung nach Dammriss zu den Zeitpunkten 48-72 h und acht Wochen p.p.	16% in der Gruppe „Naht“ gegenüber 0% in der Gruppe „spontane Rissheilung“ fühlten sich gestört (p=0,0385)
Langley et al. (2006)	Großbritannien	100/100	Keine Angaben	„sich wie vorher“ fühlen konnten Frauen mit spontaner Rissheilung 6 Wochen p.p. mit höherer Wahrscheinlichkeit (p=0,045)	Frauen mit Naht benötigten bis zum 10. Tag p.p. signifikant mehr Schmerzmittel als Frauen ohne Naht (p=0,025)	nach zehn Tagen p.p. keine Unterschiede	Keine Angaben

die seltenen Fortbildungsgelegenheiten in Großbritannien zum Thema Dammversorgung nach der Geburt auf der einen Seite und die gleichzeitig bestehenden Unkenntnisse der Anatomie des Perineums und Nahttechnik auf der anderen Seite. Die Erkenntnis, dass Fortbildungen notwendig und wirksam sind, resultierte offensichtlich aus der von Bick et al. (2010) durchgeführten *PERineal Assessment and Repair Longitudinal Study* (PEARLS).

Da in Großbritannien bei (fast) allen vaginalen Geburten Hebammen für die Dammversorgung zuständig sind, konnte eine Zufallsstichprobe aus der Mitgliederkartei des Hebammenverbandes von insgesamt 1.000 Hebammen schriftlich befragt werden. Die Rücklaufquote lag bei 40%. Die befragten Hebammen arbeiteten in unterschiedlichen Einrichtungen, nur wenige Hebammen waren selbstständig freiberuflich tätig. Sie wurden unter anderem danach befragt, wie sicher sie sich in der Einschätzung und Versorgung einer Geburtsverletzung (inklusive Episiotomie) fühlen, welche Nahttechnik und welches Material sie benutzen, und in welchen Fällen sie die Notwendigkeit zur Naht sehen. Zuletzt wurden sie danach gefragt, ob sie nach einer Naht eine rektale Kontrolle durchführen und ob sie Zugang zu Leitlinien zum Thema Dammversorgung haben.

Für Deutschland liegen folgende Angaben zur Dammrissrate in der außerklinischen Geburtshilfe vor: Bei 55% aller Frauen, die 2011 eine außerklinische Geburt begonnen hatten, wurde eine Geburtsverletzung dokumentiert (Loytved, 2012, S. 45). Von allen 8.655 Gebärenden mit außerklinisch beendeter Geburt im Jahr 2011 wiesen 1.736 (20,1%) einen DR I° und 1.515 Frauen (17,5%) einen DR II° auf (Loytved 2012, p. 46). Demnach standen außerklinisch tätige Hebammen bei etwa jeder dritten Geburt vor der Frage nach einer adäquaten Versorgung des Damms nach der Geburt. Die Gesamtrate der DR war bei Erst- und Mehrgebärenden nahezu vergleichbar, wobei deutlich mehr Erstgebärende einen DR II° (22%) als Mehrgebärende (15%) erlitten. Auf Nachfrage bei der Autorin wurden für 2011 Angaben dazu bereitgestellt, ob die dokumentierenden Hebammen den Riss per Naht versorgten bzw. versorgen ließen: Insgesamt 77% der DR I° sowie 97% der DR II° wurden genäht (Anke Wiemer [QUAG], schriftliche Mitteilung vom 10.9.2012).

Ziel und Fragestellung

Im außerklinischen Geburtssetting ist generell die Hebamme für das weitere Vorgehen nach DR verantwortlich, daher war das Vorgehen der außerklinisch tätigen Hebammen von Interesse. Das Ziel der vorliegenden Studie war, genauere Erkenntnisse über die Überlegungen von außerklinisch tätigen Hebammen hinsichtlich der Entscheidung für oder gegen eine DR-Naht. Die Fragestellung lautete daher: Wie häufig und auf welche Art versorgen außerklinisch geburtshilflich tätige Hebammen in Deutschland und Österreich einen DR I° und DR II° und inwiefern besteht zu diesem Thema Fortbildungsbedarf?

Methodik

Zur Bearbeitung der Fragestellung wurde das Design eines Surveys gewählt. Ein quantitativer Ansatz bietet sich an, um die derzeitige Versorgungspraxis der Hebammen zu beschreiben. Als Zielpopulation wurden außerklinisch geburtshilflich tätige Hebammen in Deutschland und Österreich definiert, da im Rahmen einer Masterarbeit an der FH Tirol (fhg) der Fortbildungsbedarf in diesen beiden Ländern erhoben werden sollte. Für den Zugang in Deutschland wurde QUAG genutzt, um diejenigen Hebammen zur Befragung per E-Mail anzuschreiben, welche bereits an der freiwilligen Datenerfassung zur Qualitätssicherung in der Geburtshilfe bei QUAG teilnahmen. Für Österreich wurde eine Annäherung an eine Gesamterhebung außerklinisch geburtshilflich tätiger Hebammen angestrebt. Alle Hebammen, die im E-Mailverzeichnis der offiziellen aktuellen Informationsbroschüre des Österreichischen Hebammengremiums und dessen Homepage aufgelistet waren, wurden angeschrieben. Eine Auskunft über die genaue Anzahl und Charakteristika außerklinisch tätiger Hebammen war weder für Österreich noch für Deutschland zu erhalten, da in beiden Ländern keine vollständige Erfassung zur Verfügung steht, die nach Arbeitsgebieten gegliedert ist. Daher kann in beiden Fällen keine belastbare Aussage zur Rücklaufquote gemacht werden. Auch wenn sich diese Untersuchung auf eine Gelegenheitsstichprobe stützt, so bietet das Spektrum der Antworten dennoch interessante Einblicke in die Versorgungspraxis der Hebammen.

Die Daten wurden im Frühjahr 2012 in einem Zeitraum von 14 Tagen in Deutschland und vier Wochen in Österreich mittels eines anonymen Online-Fragebogens erhoben, welcher im November 2011 von der Ethikkommission an der FH Tirol genehmigt worden war. Der Fragebogen bestand – unter Rückgriff auf Hinweise zur Fragebogenkonstruktion in Bortz (2006) und Porst (2011) – hauptsächlich aus Multiple-Choice Fragen, die teilweise Mehrfachantworten ermöglichten. Einzelne offene Fragen gaben den Befragten die Gelegenheit zu Ergänzungen. Der Fragebogen wurde im Vorfeld an insgesamt neun verschiedenen Personen (davon sieben Hebammen aus Deutschland und Österreich, die nicht zur Stichprobe gehörten) getestet und jeweils im Anschluss überarbeitet (insgesamt fünf Mal).

Bei einzelnen inkonsistenten Antworten im Rücklauf, die eindeutig als Flüchtigkeitsfehler erkennbar waren, wurden Datenkorrekturen vorgenommen. Die Angaben der Hebammen in Freitextfeldern wurden zunächst angelehnt an Mayring (2001) kategorisiert und dann zur Darstellung der Ergebnisse teilweise quantifiziert. Zitate wurden nach Rechtschreibung redigiert wiedergegeben. Die Auswertung nach Ländern erfolgte nur bei der Stichprobenbeschreibung sowie bei Fragen nach dem Fortbildungsbedarf. Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die vorhandenen Angaben, da einzelne Fragen von manchen Hebammen nicht beantwortet wurden. Die fehlenden Angaben ("missing") errechnen sich aus der

Abweichung der angegebenen Stichprobengröße von der Gesamtstichprobe von 117 Teilnehmerinnen.

Ergebnisse der Umfrage

Beschreibung der Stichprobe

Von den 117 Hebammen, die geantwortet hatten, arbeiteten 61% (n=71) in Deutschland, 39% (n=46) in Österreich. Am längsten lag das Ausbildungsende 44 Jahre, am kürzesten ein Jahr zurück (Median: 14 Jahre). Ein Viertel der Hebammen war seit weniger als sechs Jahren im Hebammenberuf, ebenso viele seit über 22 Jahren. Die älteste Hebamme war im 67., die jüngste im 25. Lebensjahr (Median: 41 Jahre). Die längste außerklinische Tätigkeit lag bei 40 Jahren, die kürzeste begann im Jahr 2012 (Median: 10 Jahre). Ein Viertel der Hebammen war seit weniger als vier Jahren, ein weiteres Viertel war seit über 18 Jahren außerklinisch tätig.

Insgesamt 59% der Hebammen (n=70) begleiteten ausschließlich Hausgeburten, andere waren zusätzlich im Geburtshaus oder im Krankenhaus als Beleghebammen beschäftigt. Die befragten Hebammen begleiteten drei bis 60 Frauen pro Jahr (Median: 15 Geburten pro Jahr). Ein Viertel der Hebammen (n=29) dokumentierte mehr als 25 Geburten, ein Viertel weniger als 10 Geburten pro Jahr.

Sicherheit in der Einschätzung und Versorgung

Fast alle Hebammen (97%, n=114) nähten DR außerklinisch selbstständig. Etwas weniger Hebammen (86%, n=98) schätzten sich

selbst als sicher in der eigenverantwortlichen Nahtversorgung eines Risses bis DR II° ein. Eine Risseinteilung nach DR I° von DR II° nahmen 95% der Hebammen (n=111) vor. Insgesamt 83% (n=92) dieser Hebammen fühlten sich bei der Unterscheidung von DR I° und DR II° als sicher bzw. ganz sicher.

Versorgung des DR I°

Keine der Hebammen verlegte eine Wöchnerin zur Versorgung eines DR I° ins Krankenhaus. Fast die Hälfte der (n=107) Hebammen (n=45) entschied von Fall zu Fall über die Notwendigkeit einer Naht. Ein Drittel (n=36) von 107 Hebammen versorgte den DR I° chirurgisch. Von diesen 36 Hebammen nähten 28% den DR selbst und 6% zogen eine weitere Fachkraft (Hebamme/ Ärztin/ Arzt) hinzu. Nach Angaben knapp eines Viertels der 107 Hebammen (n=26) verheilten alle DR I° ohne Naht. Von 110 Hebammen merkten 42% (n=38) in einer offen gestellten Frage an, dass sie auf eine Naht verzichteten, wenn keine muskuläre Beteiligung vorlag.

Versorgung des DR II°

Die Mehrheit der Hebammen (88%, n=88) veranlasste bei jedem DR II° die chirurgische Versorgung. Von diesen nähten 83% selbst (n=72), 11% zogen eine andere Fachperson (Hebamme/ Ärztin/ Arzt) hinzu (n=11) und 5% verlegten in ein Krankenhaus (n=5). Lediglich 12% der Hebammen (n=12) versorgten DR II° auch ohne Naht, wobei die spontane Heilung nur für 4% der Hebammen (n=4) die einzige Methode der Wahl war.

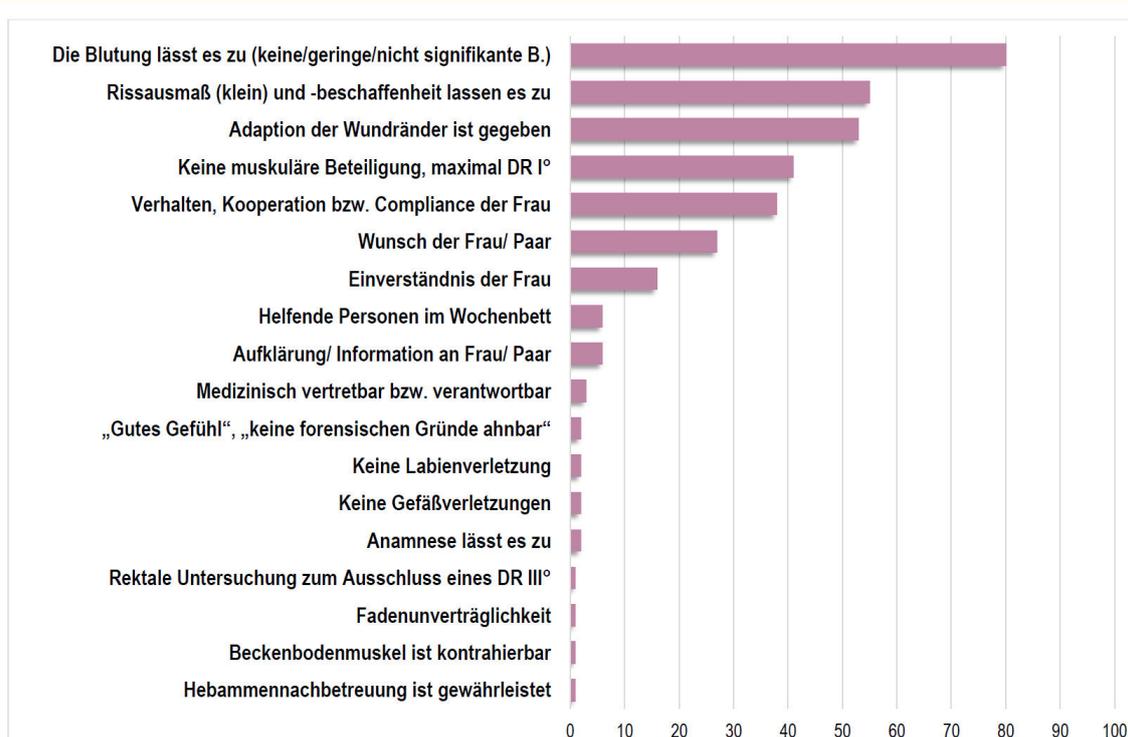


Abbildung 1: Voraussetzungen für den Nahtverzicht (n=117), Mehrfachantworten möglich (Anzahl der Nennungen)

Voraussetzungen für einen Nahtverzicht

Fast alle Hebammen gaben im Freitext mehrere Voraussetzungen an, die zutreffen müssen, um auf eine Naht bei DR I° oder DR II° zu verzichten. Am häufigsten wurden das geringe Ausmaß der Blutung und die Beschaffenheit des Risses benannt. Der Riss sollte klein und von geringer Tiefe sein und sich möglichst symmetrisch („nicht zipfelig“) darstellen. Weitere Nennungen betrafen die gute bzw. ausreichende Adaption der Wundränder, eine geringe muskuläre Beteiligung und den Wunsch der Frau (siehe Abbildung 1).

Die Gewichtung der Voraussetzungen für den Nahtverzicht

Insgesamt 108 Hebammen gewichteten, wie entscheidend die vorgegebenen Faktoren für sie waren, auf eine Naht zu verzichten. Für den DR I° waren alle vordefinierten Faktoren (bis auf kosmetische Gründe) wichtig. Die gewichtete Reihenfolge war: Blutungsstärke (sehr stark: 61%, stark: 23%), Dammrissgrad (sehr stark: 50%, stark: 28%), Blutungsdauer (sehr stark: 37%, stark: 38%), Dammrisstiefe (sehr stark: 44%, stark: 30%), funktionelle Gründe (sehr stark: 43%, stark: 28%), Adaption der Wundränder (sehr stark: 42%, stark: 28%) und kosmetische Gründe (sehr stark: 10%, stark: 30%).

Für den DR II° wurden alle Faktoren etwas höher eingestuft: Die Tiefe des DR (sehr stark: 65%, stark: 23%), Blutungsstärke (sehr stark: 69%, stark: 18%), Adaption der Wundränder (sehr stark: 61%, stark: 21%), Grad des DR (sehr stark: 59%, stark: 18%), Blutungsdauer (sehr stark: 58%, stark: 16%), funktionelle Gründe (sehr stark: 57%, stark: 25%) und kosmetische Gründe (sehr stark: 23%, stark: 36%).

Von 114 Hebammen kannten mehr als drei Viertel (79%, n=90) die Meinung der Frau zur Naht bei einem DR. Ein Viertel der Hebammen (25%, n=29) gab zusätzlich an, dass die Meinung der Wöchnerin immer Einfluss auf die Entscheidung hatte, für 32% der Hebammen (n=37) war dies häufig, für 30% der Hebammen (n=34) lediglich manchmal der Fall.

Wissenserwerb zur Naht

Eine zusätzliche Fortbildung zur Damмнаhtversorgung hatten 73% der 70 Hebammen (n=51), die ihre Ausbildung in Deutschland absolviert hatten, besucht. Von 42 in Österreich ausgebildeten Hebammen hatten sich 62% (n=26) zusätzlich fortgebildet.

Der häufigste Grund für die Fortbildung war für 37 von 51 Hebammen mit einer Ausbildung in *Deutschland* (73%), zu geringe praktische Vorkenntnisse zu besitzen und näher lernen zu wollen, gefolgt von dem Wunsch, mehr Sicherheit und Wissen zu erlangen. Drei Hebammen gaben an, ohne Fortbildung nicht eigenverantwortlich nähen zu dürfen. Dass in der Ausbildung die Dammversorgung rein theoretisch gelehrt wurde und die Praxis dem Arzt vorbehalten blieb, wurde ebenso als Grund genannt.

Zehn von 26 Hebammen mit einer Ausbildung in *Österreich* (62%) nannten als Fortbildungsgrund zu geringe praktische Vorkenntnisse und den Wunsch, näher lernen zu wollen. Insgesamt verfolgten 15 Hebammen das Ziel, zu ihren bestehenden Kenntnissen zusätzliche Sicherheit und Wissen zu erlangen. Zudem gaben sieben Hebammen an, ohne Fortbildung nicht selbstständig nähen zu dürfen. Auch der mögliche Wunsch der betreuten Frauen, die Hebamme möge einen etwaigen Riss selbst versorgen, war ein weiterer Fortbildungsgrund.

Das Erlernen der Naht

Lediglich 17% (von 71 in Deutschland) bzw. 19% (von 46 in Österreich ausgebildeten) der Hebammen hatten die Naht sowohl in der Aus- als auch in der Fortbildung erlernt. Knapp bzw. über ein Viertel (24% in Deutschland, 28% in Österreich) besaß keine Nahtkenntnisse aus der Aus- oder Fortbildung (siehe Abbildung 2 und 3).

Hebammen erlernten die Nahtversorgung auch außerhalb der Aus- und Fortbildung: In *Deutschland* lernten die meisten Hebammen (n=71) die Naht bei Kolleginnen. An zweiter Stelle wurde das Krankenhaus, an dritter Stelle die praktische Arbeit (Berufsalltag und

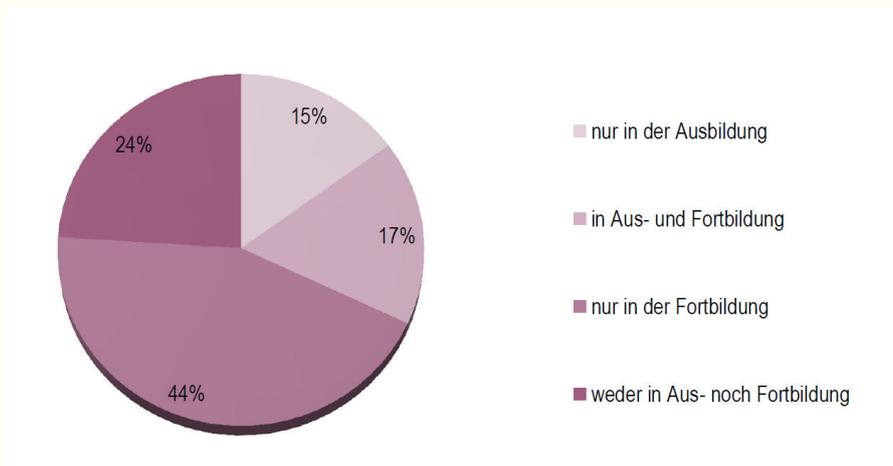


Abbildung 2: Anlass für das Erlernen der Dammrissversorgung in Deutschland (n=71)

Erfahrung) und an vierter Stelle die Weitergabe durch Ärztinnen und Ärzte genannt. In Österreich (n=43) gaben die meisten Hebammen das Krankenhaus, an zweiter Stelle Ärztinnen und Ärzte, an dritter Stelle Kolleginnen und ebenso häufig die praktische Arbeit an.

Weitere Angaben der Hebammen

Mehr als ein Drittel von 113 Hebammen (35%, n=40) machten weitere Angaben. Manche Hebammen betonten ihre guten Erfahrungen, DR nicht zu nähen: „Ich habe die Erfahrung gemacht, dass nicht genähte Risse in der Regel besser verheilen als genähte“ (Österreich) oder: „Ich finde, dass es zu wenig Fortbildungen darüber gibt, wie selten eine Versorgung wirklich notwendig ist“ (Österreich). Zusätzlich wurde der Zeitfaktor bei der Entscheidung über die Naht betont: „Ich finde es wichtig, mit dem Nähen nach der Geburt mindestens zwei Stunden zu warten, dann kann man alles besser einschätzen, insofern die Blutung nicht zu stark ist“ (Deutschland). Auch das verwendete Material wurde angesprochen: „Ich sehe bei ärztlicher Versorgung eher das Problem, dass zu viel und zu stabiles Material vernäht wird. Durch die verdeckten Nähte ist oft ein Ziehen des störenden Fadens leider nicht möglich“ (Deutschland).

Einzelne Hebammen zeigten sich darüber irritiert, dass im Fragebogen die Möglichkeit ankreuzbar war, bei DR II° von einer Naht abzu-sehen: „Ich habe mich noch nie damit beschäftigt, einen DR II° nicht zu nähen“ (Österreich) oder „DR II° müssen immer genäht werden“ (Deutschland).

Aktuelles Fortbildungsinteresse

Fortbildungsinteresse zur Nahtfortbildung bezeugten 45% der Hebammen, die derzeit in Deutschland, und 51% der Hebammen, die zum Befragungszeitpunkt in Österreich arbeiteten (siehe Tabelle 2).

Für 95% der Hebammen aus Deutschland (n=41) und für 84% der Hebammen aus Österreich (n=25) sollte die Dozentin eine Hebamme mit Erfahrungen in der außerklinischen Geburtshilfe sein. Für

die Hebammen (76% aus Deutschland, 60% aus Österreich) war eine Kollegin mit langjähriger Berufserfahrung wichtig, vorzugsweise mit langjähriger Erfahrung in spontaner Heilung eines DR. Einige Hebammen wünschten sich bei der Dozentin zusätzliche Qualifikationen wie didaktische Fähigkeiten oder das Angebot, über einen längeren Zeitraum begleitet zu werden.

Für eine vortragende Ärztin bzw. einen Arzt waren folgende Wünsche (in Österreich deutlicher als in Deutschland) gelistet: Erfahrung mit außerklinischen Geburten und die Qualifikation als Fachärztin bzw. Facharzt in der Gynäkologie/ Geburtshilfe.

Hebammen aus Deutschland wünschten sich bei den offenen Items mehr Informationen zur Nahttechnik, zum Nahtmaterial sowie praktische Übungen. Den Hebammen aus Österreich waren die praktischen Übungen am wichtigsten, gefolgt von Informationen über Abweichungen in der Heilung und deren Behandlungsmöglichkeiten.

Diskussion

Aufgrund der derzeitigen unklaren Evidenzlage ist der aktuelle Umgang mit DR in der außerklinischen Praxis interessant, in denen Hebammen selbstständig zu einer Entscheidung gelangen müssen. Während die britische Studie von Bick et al. (2012) nahe legte, dass einige der befragten Hebammen auf Grund ihrer Unsicherheit bei der Beurteilung von Geburtsverletzungen manche Geburtsverletzungen nicht nähten, obwohl es den Heilungsprozess günstig beeinflusst hätte, war dieses Verhalten bei Hebammen in Deutschland und Österreich nicht erkennbar.

Die spontane Rissheilung war für zwei Drittel (n=71) aller in Deutschland und Österreich befragten 117 Hebammen eine akzeptable Form, einen DR I° (nicht) zu versorgen. Als Voraussetzungen hierfür nannten alle Hebammen eine nur geringe Blutung, Risstiefe und -länge sowie eine ausreichende Wundrandadaption. Die NICE Guideline Intrapartum Care (2008, S. 23) empfiehlt zwar die Naht auch bei einem DR I°, überlässt die Entscheidung jedoch den Fach-

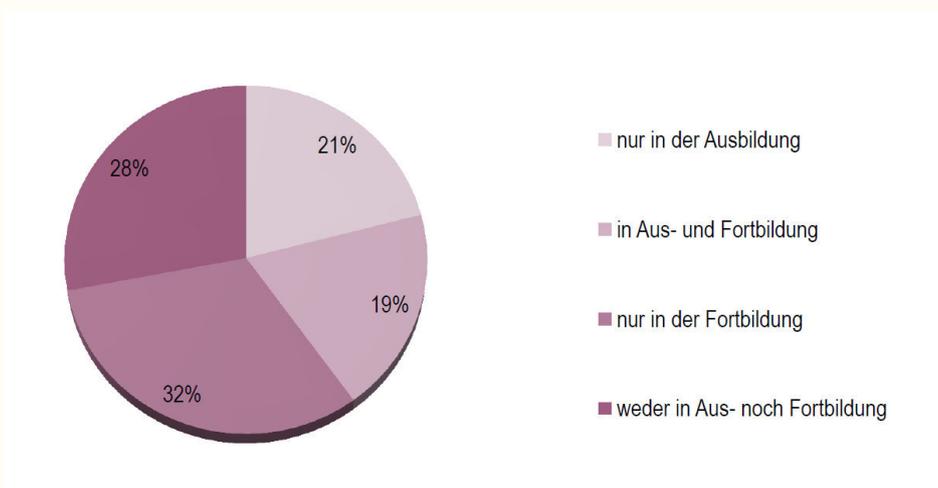


Abbildung 3: Anlass für das Erlernen der Dammissversorgung in Österreich (n=46)

Tabelle 2: Fortbildungsinteresse und Wünsche der Hebammen zur Dammrissversorgung (bezogen auf den derzeitigen Arbeitsort)

	Deutschland (n= 71)	Österreich (n= 43)
Fortbildungsinteresse	45%	51%
Inhalte sollen vermittelt werden ...		
durch eine Hebamme	58%	58%
durch eine Ärztin/ einen Arzt	14%	44%
gemeinsam durch Hebamme und Ärztin/ Arzt	10%	40%
mit Vortrag zur spontanen Rissheilung	79%	81%

personen und Betroffenen in den Fällen, in denen die Wundränder gut aneinander liegen. In der Studie von Bick et al. (2012) gab es keine Aussage dazu, da sie nicht nach der Versorgung von DR I° fragten.

Wurde ein DR II° versorgt, wählten fast 90% der Hebammen in Deutschland und Österreich immer die Naht und nur vier Prozent der Hebammen ließen einen DR II° ausschließlich spontan heilen. Immerhin zwölf Prozent erwogen eine spontane Rissheilung. Dagegen ergab die Befragung von Bick et al. (2012), dass fast 60% der Hebammen in Großbritannien bei einem DR II° auf eine Naht verzichteten. Die Definition, welche Art von Verletzung unter einem DR II° zu verstehen war, war in beiden Untersuchungen gleich. Bick et al. (2012) stellten nicht dar, welche Überlegungen die Hebammen zu ihrer Art der Rissversorgung anstellten. Für Hebammen in Deutschland und Österreich war die Entscheidung abhängig von der Geburtsverletzung, vom Wunsch der Frau sowie vom Wissen der Hebamme über beide Versorgungsmethoden. Beim DR II° fielen für die Entscheidung zur Naht die Fragen nach der Dammrisstiefe und Adaption der Wundränder mehr ins Gewicht als beim DR I°. Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass in bestimmten Fällen der Wunsch der Wöchnerin respektiert wurde, von der Damмнаht abzu- sehen.

Die Mehrzahl der befragten Hebammen in Deutschland und Österreich (über 80%) fühlten sich in der Unterscheidung und Versorgung von DR I° und DR II° sicher. Auch in Großbritannien beurteilte sich ein etwa gleich großer Anteil an Hebammen als sicher in der Einschätzung der Geburtsverletzung, etwas weniger (75%) fühlten sich in der Versorgung nach DR I° und DR II° sowie nach Episiotomien sicher (Bick et al. 2012).

73% der Hebammen in Deutschland und 62% der Hebammen in Österreich hatten die Naht in einer Fortbildung erlernt. Dagegen hatten fast alle der befragten Hebammen in Großbritannien eine themenbezogene Fortbildung besucht. Gleichzeitig zeigten Bick et al. (2012) auf, dass die Handlungsweisen der befragten Hebammen im Widerspruch zu den Empfehlungen der evidenzbasierten Leitlinien standen.

Bick et al. (2012) hatten nicht danach gefragt, welche Wünsche in Bezug auf die angebotenen Fortbildungen bestanden, sondern gaben lediglich zu bedenken, dass zum Zeitpunkt der Studie keine evidenzbasierten Fortbildungsangebote zu dieser Thematik bestehen. In Österreich und Deutschland hatten etwa die Hälfte aller befragten Hebammen (51% in Österreich und 45% in Deutschland) Fortbildungsinteresse und bevorzugten dabei, von außerklinisch erfahrenen Hebammen fortgebildet zu werden, die Erfahrungen in der Dammversorgung sowohl mit als auch ohne Naht besitzen. Sie interessierten sich am meisten für praktische Übungen, die Nahttechnik, Probleme bei der Wundheilung und Behandlungsmöglichkeiten sowie die Voraussetzungen für eine spontane Rissheilung.

Limitationen der Studie

Die Grundgesamtheit aller außerklinisch tätigen Hebammen in beiden Ländern war zum Erhebungszeitpunkt unbekannt. Somit beruhen die Ergebnisse auf einer Gelegenheitsstichprobe und sind nicht auf alle Hebammen in der außerklinischen Praxis übertragbar. Innerhalb der ausgewählten Zielgruppe kam es weiterhin zu folgenden Besonderheiten, die das Antwortverhalten beeinflussten („bias“): Es konnten nur Hebammen berücksichtigt werden, die in den jeweiligen Verteilern erfasst, per E-Mail kontaktierbar und offen für eine Online-Befragung waren. Weitere Faktoren, wie sie auch Bortz (2006) und Porst (2011) nennen, beeinflussten wahrscheinlich das Umfrageergebnis: Das Erinnerungsvermögen der Hebamme zu den Fällen mit DR sowie zum konkreten Vorgehen nach DR, ihre Motivation und damit verbunden die Detailliertheit ihrer Angaben sowie mögliche Verständnisprobleme. Darüber hinaus konnte der Kontext der Versorgung nicht abgebildet werden.

Stärken der Studie

In diesem Survey konnte einer in deutschsprachigen Ländern wenig erforschten Fragestellung nachgegangen werden. Die Stichprobe konnte bei geringem finanziellen und zeitlichen Aufwand rekrutiert werden. Die Teilnehmerinnen erhielten durch die Anonymisierung eine gewisse Sicherheit, sich frei zu äußern.

Schlussfolgerungen für die Praxis und weiterer Forschungsbedarf

Nach physiologisch verlaufener Geburt sollte es Hebammen selbstständig möglich sein, einen unkomplizierten DR I° oder DR II° – ob mit oder ohne Naht – am Ort der Geburt zu versorgen. Fertigkeiten der Hebamme zur chirurgischen Versorgung und spontaner Rissheilung sollten von außerklinisch geburtshilflich tätigen Expertinnen/Experten evidenzbasiert und bedarfsbezogen in der Aus- und Fortbildung vermittelt werden. Dadurch wird es Hebammen ermöglicht, beide Versorgungsarten zu praktizieren. Die Wöchnerin sollte sich – im Sinne einer „informierten Entscheidung“ sowie den Umständen entsprechend – in den Behandlungsplan einbringen können. Allerdings kann die Studienlage noch nicht klar darstellen, in welchen Fällen die Naht nach einem DR I° oder DR II° vorgenommen werden sollte. Derzeit kann nur empfohlen werden, die Methode der Wahl in jedem Einzelfall offen mit der Frau zu besprechen.

Es ist anzunehmen, dass die Wissensweitergabe von Hebamme zu Hebamme sowie die Überprüfung von Tätigkeiten unter kritischer

Einbeziehung der wissenschaftlichen Evidenz die Arbeitsqualität verbessern.

Die hier dokumentierten Angaben zum Fortbildungswunsch können von den Hebammenverbänden in Deutschland und Österreich genutzt werden, um ihr Fortbildungsangebot anzupassen. Der postpartalen Dammversorgung durch Hebammen sollte in der Aus- und Fortbildung jedoch stärkeres Gewicht beigemessen werden. Neben einer wissenschaftlich fundierten Ausbildung ermöglicht die praktische Anleitung in Fortbildungen durch Hebammenexpertinnen den Fortbestand und die Erweiterung der Hebammenkunst. Sobald eine evidenzbasierte Leitlinie in Deutschland und Österreich gültig wird, könnte eine Querschnittsstudie den Grad der Umsetzung eruieren. Eine longitudinal angelegte Forschungsarbeit könnte evaluieren, ob sich durch entsprechende Fortbildung von Hebammen die Heilungschancen für Frauen nach DR I° und II° erhöhen.

Literatur:

- AQUA (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH) (2012). *Bundesauswertung zum Verfahrensjahr 2011,16/1 – Geburtshilfe*. Göttingen.
- Bick, D.E., Ismail, K.M., Macdonald, S., Thomas, P., Tohill, S. & Kettle, C. (2012). How good are we at implementing evidence to support the management of birth related perineal trauma? A UK wide survey of midwifery practice. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12(57). DOI: 10.1186/1471-2393-12-57 (Stand: 7.6.2014).
- Bick, D.E., Kettle, C., Macdonald, S., Thomas, P.W., Hills, R.K. & Ismail, K.M. (2010). PEriNeal Assessment and Repair Longitudinal Study (PEARLS): protocol for a matched pair cluster trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, 10(10). DOI: 10.1186/1471-2393-10-10 (Stand: 7.6.2014).
- Bortz, J. (2006) *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4., überarbeitete Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer Medizin.
- Elharmel, S. M. A., Chaudhary, Y., Tan, S., Scheermeyer, E., Hanafy, A., & Driel, M. L. van (2013). Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8*. Art. No.: CD008534. DOI: 10.1002/14651858.CD008534.pub2 (Stand: 7.6.2014)
- Fleming, V., Hagen, S., & Niven, C. (2003). Does perineal suturing make a difference: the SUNS trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110(7), 684-689.
- Gordon, B., Mackrodt, C., Fern, E., Truesdale, A., Ayers, S. & Grant, A. (1998). The Ipswich Childbirth Study: 1. A randomised evaluation of two stage postpartum perineal repair leaving the skin unsutured. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105(4), 435-440.
- Grant, A., Gordon, B., Mackrodt, C., Fern, E., Truesdale, A. & Ayers, S. (2001). The Ipswich childbirth study: one year follow up of alternative methods used in perineal repair. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(1), 34-40.
- Kettle, C., Dowswell, T. & Ismail, K. M. (2010) Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *The Cochrane database of systematic reviews* 6, CD000006. DOI: 10.1111/j.1756-5391.2010.01093.x (Stand: 7.6.2014)
- Kettle, C., Dowswell, T. & Ismail, K. M. (2012) Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *The Cochrane database of systematic reviews* 11, CD000947. DOI: 10.1002/14651858.CD000947.pub3 (Stand: 7.6.2014)
- Langley, V., Thobum, A., Shaw, S. & Barton, A. (2006). Second degree tears: to suture or not? A randomized controlled trial. *British Journal of Midwifery*, 14(9), 550-554.
- Loytvæd, C. (2012). *Qualitätsbericht 2011*. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG e.V.). Auerbach: Verlag Wissenschaftliche Scripten.
- Lundquist, M., Olsson, A., Nissen, E. & Norman, M. (2000). Is it necessary to suture all lacerations after a vaginal birth? *Birth*, 27(2), 79-85.
- Mackrodt, C., Gordon, B., Fern, E., Ayers, S., Truesdale, A. & Grant, A. (1998) The Ipswich Childbirth Study: 2. A randomised comparison of polyglactin 910 with chromic catgut for postpartum perineal repair. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105(4), 441-445.
- Mayring, P. (2001). Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. *Forum Qualitative Social Research. Sozialforschung*, 2(1), Art. 6. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/967/2110> (Stand: 7.6.2014)
- NICE (2007) *Guideline Intrapartum Care 55*. London. www.nice.org.uk/nicemedia/live/11837/36280/36280.pdf (Stand: 7.6.2014)
- Porst, R. (2011). *Fragebogen: Ein Arbeitsbuch* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sleep, J., Grant, A., Garcia, J., Elbourne, D., Spencer, J. & Chalmers, I. (1984). *West Berkshire perineal management trial*. *British Medical Journal*. 289(6445), 587-590.

Stellungnahme zu den Empfehlungen des Wissenschaftsrates zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen

24.03.2014

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) begrüßt die im Juli 2012 verabschiedeten Empfehlungen des Wissenschaftsrates (WR) zu den hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen, hält jedoch Differenzierungen bei der Betrachtung der einzelnen Gesundheitsfachberufe für geboten und bezieht im folgenden Stellung zu den grundlegenden Aspekten, die sich auf die Entwicklung des Hebammenberufes bzw. die Hebammenwissenschaft beziehen.

1. Ausbildung an Hochschulen und Akademisierungsquote

Die Forderung, „das in komplexen Aufgabenbereichen der Pflege, der Therapieberufe und der Geburtshilfe tätige Fachpersonal künftig an Hochschulen auszubilden“ (WR 2012, S. 8) wird von der DGHWi ausdrücklich unterstützt.

Der Wissenschaftsrat spricht sich in diesem Zusammenhang für eine Akademisierungsquote der Gesundheitsfachberufe von 10% bis 20% aus (ebd.). Dabei findet jedoch keine Differenzierung zwischen den oben benannten Gesundheitsfachberufen statt. Dies wird von der DGHWi kritisch gesehen.

Für den Beruf der Hebamme/des Entbindungspfleger¹ wird seit den 1990er Jahren in Deutschland die Einrichtung von Studiengängen für die grundständige Ausbildung gefordert (Bund Deutscher Hebammen 2004, Sayn-Wittgenstein 2007, Deutscher Hebammenverband 2011). Diese Forderung stützt sich nicht zuletzt auf das sich veränderte Kompetenzprofil des Berufes der Hebamme, sondern auch auf die gesetzlich geregelten autonomen Arbeitsbereiche mit den zugehörigen vorbehaltenen Tätigkeiten (Hebammengesetz 1985, International Confederation of Midwives (ICM) 2005, PFB 2008, Pehlke-Milde 2009, ICM 2011). Die im Hebammengesetz (1985) festgelegten vorbehaltenen Tätigkeiten unterscheiden den Hebammenberuf grundsätzlich von anderen Gesundheitsfachberufen. Hebammen sind bei einem physiologischen Verlauf dazu befugt, autonom die Primärversorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen sowie deren Neugeborenen/Säuglinge zu übernehmen. Laut § 4 des Hebammengesetzes ist die Geburtshilfe (Überwachung des Geburtsvorgangs von Beginn der Wehen an, Hilfe bei der Geburt, Überwachung des Wochenbettverlaufs) eine den Hebammen sowie Ärztinnen/Ärzten vorbehaltene Tätigkeit. Ärztliches Fachpersonal ist laut geltendem Gesetz dazu verpflichtet, zu jeder Geburt eine Hebamme hinzuzuziehen.

Damit Hebammen den an sie gestellten komplexeren Anforderungen zukünftig gerecht werden können und der von ihnen erwartete

Versorgungsauftrag erfüllt werden kann, bedarf es nach Ansicht der DGHWi einer Vollakademisierung dieser Berufsgruppe.

2. Qualitative Veränderungen des Versorgungsbedarfs und ihre Auswirkungen auf die Ausbildung

Der Wissenschaftsrat (2012) zeigt in seinen Empfehlungen zudem auf, dass demografische und epidemiologische Entwicklungen nicht nur zu einer quantitativen Ausweitung des Versorgungsbedarfs führen, sondern ebenso qualitativ veränderte Anforderungen an die Versorgungsleistungen und Versorgungsstrukturen und damit auch an die Gesundheitsberufe nach sich ziehen.

Das Tätigkeitsspektrum sowie die Anforderungen an den Beruf der Hebamme haben sich verändert und sind komplexer geworden. Gefordert wird ein selbstständiges, wissenschaftlich begründetes, reflektiertes Handeln der Hebammen in einem breiten Tätigkeitsfeld im Rahmen veränderter Versorgungsstrukturen und eines veränderten Bedarfs der Frauen und Familien bzw. Lebensgemeinschaften. In der reproduktiven Lebensphase – von der Familienplanung über Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Stillzeit und teilweise bis zum ersten Geburtstag des Kindes – leisten Hebammen einen wichtigen Beitrag in der Gesundheitsversorgung, insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsförderung und der Prävention (PFB 2008). Hebammen sind sowohl auf der primären als auch auf der sekundären Versorgungsebene des Gesundheitssystems eigenverantwortlich tätig. Mit der Überführung der Hebammenhilfe in das SGB V (in Kraft getreten im Jahr 2013) erhält auch das Qualitätsmanagement einen noch bedeutsameren Stellenwert, da jede Hebamme nach § 134a (Versorgung mit Hebammenhilfe) nun dazu verpflichtet ist, die Qualität ihrer Arbeit zu belegen.

In der derzeit gültigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV 1987) werden der Mindeststundenumfang für den theoretischen Unterricht (1.600 Stunden) und für die praktische Ausbildung (3.000 Stunden), eine anteilige Fächer- und Disziplinuordnung sowie eine inhaltliche Orientierung und die Prüfungsbedingungen geregelt. Das Hebammengesetz (1985) beschreibt lediglich das Ausbildungsziel. Ein verbindliches Kompetenzprofil für Hebammen existiert bisher nicht. Für die inhaltliche und methodische Gestaltung der Ausbildung in Theorie und Praxis existieren somit eingeschränkte und veraltete Vorgaben, so dass die Qualität der Ausbildung erheblich differiert und für viele Bereiche nicht den aktuellen Anforderungen entspricht (Hellmers 2002, Zoege 2004, Sayn-Wittgenstein 2007, Deutscher Hebammenverband 2011).

Ein Bachelor-Studium hingegen leistet inhaltlich und strukturell sowie methodisch-didaktisch einen wichtigen Beitrag dazu, diesen Anforderungen gerecht zu werden. Dies wird u. a. durch die Befähigung zur Recherche von Forschungserkenntnissen, zur kritischen Reflexionsfähigkeit sowie dem Verstehen von komplexen Fallkonstellationen und Zusammenhängen gefördert (Zoege 2004, Sayn-Wittgenstein 2007). Diese wissenschaftsfundierte und theoriebasierte Denk- und Handlungsweise im multidisziplinären Versorgungsnetz unterstützt nachhaltig die vom Wissenschaftsrat konstatierte „prinzipielle Gleichrangigkeit“ von Ärztinnen/Ärzten und Hebammen (WR 2012, S. 43).

Die Forderung der Vollakademisierung erhält auch im Sinne der längst überfälligen internationalen Anschlussfähigkeit Gewicht. Die DGHWi spricht sich dafür aus, zukünftig alle Hebammen in primärqualifizierenden oder ausbildungsintegrierenden Studiengängen auf akademischem Niveau zu qualifizieren. Die Forderung des Wissenschaftsrates (2012), Studiengänge sowohl an Hochschulen für angewandte Wissenschaft als auch an Universitäten anzusiedeln, erscheint sinnvoll. Die Empfehlung, die Modellklausel über 2015 hinaus zu verlängern, wird ebenfalls befürwortet. Dies kann die Weiterentwicklung der unterschiedlichen Studienprogramme nachhaltig unterstützen, ihre Überführung in ein Regelangebot erleichtern und eine angemessene und umfassende Evaluation ermöglichen.

Im Zuge der Akademisierung sollte ein eigenes Berufsgesetz für Hebammen erhalten bleiben, das jedoch - ebenso wie die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung - aktualisiert werden muss. Zudem sollte eine Anpassung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung an die Hochschulstrukturen erfolgen, um eine adäquate Umstellung der Ausbildung gewährleisten zu können.

3. Patientenorientierte Studienangebote und interprofessionelle Zusammenarbeit

Dem Ziel einer patientenorientierten Ausbildung (WR 2012) stimmt die DGHWi ebenfalls zu. Der Beratung von Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und jungen Familien bzw. Lebensgemeinschaften sowie einer partizipativen Entscheidungsfindung kommen im Rahmen der familienzentrierten Hebammenarbeit eine hohe Bedeutung zu. Verbunden mit dem Ziel reflektierende Praktikerinnen zu qualifizieren, sollten evidenzbasierte (Betreuungs-) Konzepte ebenso wie die Nutzerinnenperspektive integriert werden und Anwendung finden. In diesem Kontext auch die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken (WR 2012), wird von der DGHWi ebenfalls befürwortet.

Die empfohlene strukturelle und inhaltliche Verzahnung der Studiengänge der Pflege- und Therapieberufe sowie der Hebammen wird begrüßt, sollte jedoch keine zwingende Voraussetzung sein. Die vorgeschlagene Zusammenführung der Studiengänge bzw. -programme unter einem institutionellen gemeinsamen Dach könnte diese Anliegen dennoch durchaus unterstützen. Die sich noch im

Aufbau befindende junge Disziplin der Hebammenwissenschaft benötigt Strukturen, die neben der Interdisziplinarität primär auch eine autonome Entwicklung der eigenen Disziplin ermöglichen und fördern.

Darüber hinaus erscheint auch eine Anbindung an eine medizinische Fakultät bzw. eine Kooperation mit einer medizinischen Fakultät einer Universität sinnvoll. Die DGHWi weist in diesem Zusammenhang jedoch ausdrücklich darauf hin, dass die Hebammenwissenschaft dabei als eigenständige Disziplin neben der Medizin zu betrachten ist und auf keinen Fall der Medizin untergeordnet werden darf.

4. Entwicklung von Masterstudiengängen und Schaffung von Promotionsmöglichkeiten

Unter Berücksichtigung des Bologna-Prozesses wird die Empfehlung zum Aufbau konsekutiver Masterstudiengänge (WR 2012) von der DGHWi ebenfalls ausdrücklich unterstützt. Um die Bildungsackgasse aufzuheben, wissenschaftliche Karrierewege zu unterstützen und damit einer zwingend notwendigen adäquaten Nachwuchsqualifizierung im Bereich der Hebammenwissenschaft / Hebammenforschung gerecht zu werden, müssen darüber hinaus auch Promotionsprogramme für qualifizierte Hebammen geschaffen werden. Auch die Ebene der Postdoktorandinnen sollte berücksichtigt werden.

Die DGHWi stimmt dem Wissenschaftsrat (2012) zu, neben dem Aufbau von Masterstudiengängen zum Erwerb von patientenorientierter klinischer und forschungsbezogener Expertise auch Masterstudiengänge einzurichten, die auf eine Tätigkeit in der beruflichen Bildung/Lehre und im Gesundheitsmanagement vorbereiten. Der Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe kann auch im Kontext dieser Entwicklungen Rechnung getragen werden.

5. Weiterentwicklung der Disziplin Hebammenwissenschaft

Die DGHWi stimmt mit der Empfehlung des Wissenschaftsrates (2012) überein, dass die Entwicklungen in den Gesundheitsfachberufen nicht nur vornehmlich unter dem Gesichtspunkt der Berufsqualifizierung betrachtet werden sollten. Der mit der Akademisierung verbundene Prozess der wissenschaftlichen Disziplinbildung sowie der Auf- und Ausbau von eigenständiger Forschung und von wissenschaftlichen Karrierewegen ist von Nöten. Auch der dringende genuine Forschungsbedarf in der Hebammenwissenschaft wird gesehen.

In den Empfehlungen des Gesundheitsforschungsrates des Bundesministeriums für Bildung und Forschung vom Dezember 2011 zeigt sich, dass an deutschen Hochschulen eine auf die Pflege, die Therapieberufe und die Hebammentätigkeit bezogene Forschung nur in geringem Ausmaß etabliert ist (Gesundheitsforschungsrat 2011). Dabei befinden sich drittmittelbasierte Gruppenförderinstru-

Stellungnahmen

mente noch weitestgehend im Aufbau (Ewers et al. 2012). Die DGHWi sieht die Etablierung und Schärfung originärer hebammenwissenschaftlicher Forschung bzw. Forschungsprofile als äußerst wichtig an. Nur dadurch wird die Bildung eines disziplinären Selbstverständnisses und Wissenskorpus ermöglicht und damit einhergehend eine Unterscheidung zu den Bezugsdisziplinen erkennbar. Dies ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Gestaltung einer nutzerinnenorientierten interdisziplinären Zusammenarbeit.

Angemessene wissenschaftliche Karrierewege erfüllen das Ziel der Förderung des dringend benötigten wissenschaftlichen Nachwuchses zum einen, um den Bedarf in der beruflichen Bildung/Lehre zu gewährleisten, und zum anderen, um eigenständige Forschung zu etablieren und neue Erkenntnisse zu generieren. In Anbetracht des Entwicklungsstandes der Hebammenwissenschaft existieren diese Karrierewege noch nicht in ausreichendem Maße.

Dies führt dazu, dass Doktorandinnen häufig in Bezugsdisziplinen oder benachbarten Fächern promovieren (müssen) und diese Dissertationen oftmals nur einen marginalen Beitrag zum Auf- und Ausbau einer dezidierten Hebammenforschung bzw. Theoriebildung leisten können.

Die DGHWi stimmt der Empfehlung des Wissenschaftsrats zu, dass im Zuge des weiteren Aufbaus von hebammenwissenschaftlichen Studiengängen sukzessive mehr Stellen für wissenschaftliches Personal geschaffen werden sollten. Hierzu sind entsprechende Studienangebote und daran anschließende Promotions- und Postdoktorandenprogramme erforderlich. Zudem sollten mehr Professuren mit hebammenwissenschaftlichem Profil eingerichtet werden.

Die Einrichtung bzw. Etablierung entsprechend ausgerichteter spezifischer (Forschungs-) Förderprogramme ist für die Gesundheitsfachberufe unabdingbar, um über Drittmittelfinanzierungen Forschungsstrukturen aufbauen zu können. Die von Bund und Ländern bereits initiierten Kooperationen zwischen Universitäten und Hochschulen für angewandte Wissenschaft zum Zweck der Nachwuchsqualifizierung im Rahmen von kooperativen Forschungs- und Promotionskollegs unterstützen Promotionen an Fachhochschulen und damit auch von Hebammen. Diese Kooperationen sowie die Promotionen von Hebammen an Universitäten werden von der DGHWi positiv bewertet. Eine weiterführende Finanzierung und Ausweitung dieser Programme sind wünschenswert.

¹Bei der Bezeichnung der Berufsgruppe der Hebammen oder Angehörigen dieser Berufsgruppe wird im Text ausschließlich die Berufsbezeichnung "Hebamme" verwendet. Hiermit sind auch Entbindungspfleger gemeint.

Literatur:

- Bund Deutscher Hebammen (Hrsg.) (2004). *Hebammenausbildung an die Fachhochschule. Positionspapier des Pädagogischen Fachbeirates im Bund Deutscher Hebammen e. V.* Karlsruhe: Bund Deutscher Hebammen.
- Deutscher Hebammenverband (Hrsg.) (2011). *Hebammenausbildung an die Hochschule. Positionspapier des Pädagogischen Fachbeirates im Deutschen Hebammenverband (e. V.)*. Karlsruhe: Deutscher Hebammenverband.
- Ewers, M., Grewe, T., Höppner, H. et al. (2012). Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. Konzept der Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrates. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 137(Suppl. 2): 29-76.
- Gesundheitsforschungsrat (2011). *Empfehlung. Forschung in den Gesundheitsfachberufen – Potentiale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland*. Online: http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/GFR-Empfehlung_Gesundheitsfachberufe.pdf (Stand: 11.02.2012)
- HebAPrV (1987). *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV)* in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. März 1987 (BGBl. I S. 929), zuletzt geändert durch Artikel 40 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515).
- Hebammengesetz - HebG (1985). *Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz – HebG)* vom 04. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), das zuletzt durch Artikel 39 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist.
- Hellmers, C. (2002). *Praxisanleitung in der Hebammenausbildung. Handlungsempfehlungen für Hebammen*. Aachen: Shaker-Verlag.
- International Confederation of Midwives (2005). *Midwifery: an autonomous profession. Position statement*. Adopted at Brisbane International Council meeting, 2005.
- International Confederation of Midwives (2011). *International Definition of the Midwife. Core Document*. Revised and adopted by ICM Council June 15, 2011.
- PFB (2008). *Pädagogischer Fachbeirat des Deutschen Hebammenverbandes. Rahmencurriculum für eine modularisierte Hebammenausbildung*. Karlsruhe: Deutscher Hebammenverband.
- Pehlke-Milde, J. (2009). *Ein Kompetenzprofil für die Hebammenausbildung: Grundlage einer lernergebnis-orientierten Curriculumentwicklung*. Dissertation. Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Charité Universitätsmedizin Berlin.
- Sayn-Wittgenstein, F. zu (Hrsg.) (2007). *Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland*. Göttingen [u.a.]: Hans Huber.

SGB V. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) SGB 5. Ausfertigungsdatum 20.12.1988. Zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 22.12.2013 I 4382.WR (2012). Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Drs. 2411-12. Berlin, 13. Juli 2012.

WR (Wissenschaftsrat) (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Drs. 2411-12. Berlin, 13. Juli 2012. <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> (Stand: 24.03.2014).

Zoege, M. (2004). Die Professionalisierung des Hebammenberufs. Anforderungen an die Ausbildung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Autorinnen:

Prof. Dr. Claudia Hellmers und Prof. Dr. Nicola H. Bauer

im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Magnesium-Ergänzung in der Schwangerschaft

Makrides M, Crosby DD, Bain E, Crowther CA

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews (Übersetzung durch Nina Peterwerth, Hebamme, B.Sc. Midwifery)

Hintergrund

Magnesium ist ein essentielles Mineral, welches für die Regulation der Körpertemperatur sowie für die Synthese von Nucleinsäuren und Proteinen notwendig ist und das elektrische Potential in den Nerven- und Muskelzellen aufrechterhält. Viele Frauen, vor allem solche, die in sozial benachteiligten Situationen leben, nehmen wenig Magnesium zu sich. Die ergänzende Aufnahme von Magnesium in der Schwangerschaft könnte im Stande sein, eine fetale Wachstumsrestriktion und Präeklampsie zu verringern und das Geburtsgewicht zu erhöhen.

Ziel

Bewertung der Auswirkungen einer ergänzenden Aufnahme von Magnesium während der Schwangerschaft auf die maternalen, neonatale/ kindlichen und pädiatrischen Ergebnismaße (Outcomes).

Methodisches Vorgehen

Wir suchten nach Studien im Cochrane Pregnancy and Childbirth Groups Trials Register (31. März 2013).

Auswahlkriterien

Eingeschlossen wurden randomisierte und quasi-randomisierte Studien, welche die Auswirkungen einer diätetischen Aufnahme von Magnesium während der Schwangerschaft überprüften. Die primären Outcomes waren die perinatale Mortalität (einschließlich Todgeburt und neonatalem Tod vor Krankenhausentlassung), Small-for-gestational-age, die maternale Mortalität und Präeklampsie.

Datensammlung und Analyse

Zwei Review-Autor/innen bewerteten unabhängig voneinander die

kriterienbasierte Eignung der Studien, extrahierten Daten und bewerteten das Bias-Risiko der eingeschlossenen Studien.

Hauptergebnisse

Zehn Studien mit 9.090 Frauen und ihren Neugeborenen wurden eingeschlossen, wobei eine Untersuchung ein Cluster-Design aufwies (die Randomisierung erfolgte durch ein Forschungszentrum). In allen 10 Studien wurden die Frauen zufällig entweder einer oralen Magnesium-Ergänzung oder einer Kontrollgruppe zugewiesen: in acht Studien wurde ein Placebo eingesetzt, während in der Kontrollgruppe von zwei Studien kein Mittel verabreicht wurde. In den 10 eingeschlossenen Studien variierte die Zusammensetzung der Magnesium-Ergänzungsmittel, das Gestationsalter bei Beginn der Einnahme und die verabreichte Dosierung wie folgt: *Magnesiumoxid*, 1.000 mg täglich ab ≤ 4 Monate post conceptionem (eine Untersuchung); *Magnesiumcitrat*, 365 mg täglich ab ≤ 18 Wochen bis zur Einweisung nach 38 Wochen (eine Studie) und 340 mg täglich ab 9 bis 27 Schwangerschaftswochen (eine Studie); *Magnesiumgluconat*, 2-3 g ab 28 Schwangerschaftswochen bis zur Geburt (eine Studie) und 4 g täglich ab 23 Schwangerschaftswochen (eine Studie); *Magnesiumaspartat*, 15 mmol täglich (drei Studien, beginnend entweder 6 bis 21 Schwangerschaftswochen bis zur Geburt, ≤ 16 Schwangerschaftswochen bis zur Geburt oder < 12 Wochen bis zur Geburt) bzw. 365 mg täglich ab 13 bis 24 Schwangerschaftswochen bis zur Geburt (eine Studie); und *Magnesiumstearat*, d. h. 128 mg natürliches Magnesium ab 10 bis 35 Schwangerschaftswochen bis zur Geburt (eine Studie).

Die Analyse der Studien zeigte, dass die orale Einnahme von Magnesium verglichen mit keiner Magnesiumeinnahme mit keinem signifikanten Unterschied verbunden war in Bezug auf die perinatale

Mortalität (Totgeburt und neonataler Tod vor Entlassung; Risk Ratio [RR] 1.10; 95% Konfidenzintervall [CI] 0,72-1,67; fünf Studien, 5.903 Neugeborene), Small-for-gestational-age (RR 0,76; 95% CI 0,54-1,07; drei Studien, 1.291 Neugeborene) oder Präeklampsie (RR 0,87; 95% CI 0,58-1,32; drei Studien, 1.042 Frauen). Keine der eingeschlossenen Studien berichtete über die mütterliche Sterblichkeit.

Obwohl kein erhöhtes Risiko von Totgeburten beobachtet werden konnte, konnte bei der Analyse der Sekundär-Outcomes ein eventuell erhöhtes Risiko eines neonatalen Todes vor der Krankenhausentlassung für Neugeborene von Müttern, die Magnesium erhalten hatten, gezeigt werden (RR 2,21; 95% CI 1,02-4,75; vier Studien, 5.373 Neugeborene). Für die Analyse dieses Outcomes steuerte eine Studie mehr als 70% der Teilnehmerinnen bei; die Autor/innen dieser Untersuchung weisen darauf hin, dass die große Anzahl schwerwiegender kongenitaler Anomalien in der Einnahmegruppe (es ist unwahrscheinlich, dies auf das Magnesium zurückzuführen) und der Tod von zwei Zwillingspaaren (mit einem Geburtsgewicht <750 g) in der Einnahmegruppe wahrscheinlich das beobachtete erhöhte Todesfallrisiko ausmachten und somit dieses Ergebnis mit Vorsicht interpretiert werden sollte. Hinzu kommt, dass nach Ausschluss der durch schwerwiegende kongenitale Anomalien verursachten Todesfälle aus dieser Meta-Analyse für die Magnesium-Einnahmegruppe kein erhöhtes Risiko für einen neonatalen Tod

festgestellt werden konnte. Die Magnesiumeinnahme war mit signifikant weniger Babys mit einem Apgar <7 nach fünf Minuten (RR 0,34; 95% CI 0,15-0,80; vier Studien, 1.083 Neugeborene), grünem Fruchtwasser (RR 0,79; 95% CI 0,63-0,99; eine Studie, 4.082 Neugeborene), späten fetalen Dezelerationen (RR 0,68; 95% CI 0,53-0,88; eine Studie, 4.082 Neugeborene) und einer milden Hypoxisch-Ischämischen Enzephalopathie (RR 0,38; 95% CI 0,15-0,98; eine Studie, 4.082 Neugeborene) assoziiert. Frauen, die Magnesium verabreicht bekamen, wiesen eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit auf, während der Schwangerschaft stationär aufgenommen zu werden (RR 0,65; 95% CI 0,48-0,86; drei Studien, 1.158 Frauen).

Von den 10 in diesem Review eingeschlossenen Studien wurde nur zwei Studien eine insgesamt hohe methodische Qualität bescheinigt. Nachdem die weitere Analyse nur auf diese beiden Studien beschränkt wurde, zeigten sich bezüglich der primären Outcome-Ergebnisse des Reviews (perinatale Mortalität, Small-for-gestational-age, Präeklampsie) keine signifikanten Unterschiede zwischen den Magnesium-Einnahmegruppen und den Kontrollgruppen.

Fazit der Autoren

Es gibt keine ausreichende hochwertig-qualitative Evidenz, die belegt, dass eine diätetische Ergänzung von Magnesium während der Schwangerschaft vorteilhaft ist.

Anmeldung per Mail (Scan, Foto)

gertrud.ayerle@medizin.uni-halle.de
oder Fax: 0345 557 4471

sowie

Überweisung des Betrages

an die DGHWi e.V. bis zum 25.08.2014
unter dem Stichwort „DGHWi-Cochrane Workshop“!

Bankleitzahl	401 600 50 (Volksbank Münster)
Kontonummer	160 2222 000
IBAN	DE46 4016 0050 1602 2220 00
BIC	GENODEM1MSC

Ansprechpartnerin

Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle
Mail: gertrud.ayerle@medizin.uni-halle.de
Telefon: 0345-557 5428

Veranstalter:

Deutsche Gesellschaft für
Hebammenwissenschaft (DGHWi) e.V.
Janningsweg 4, 48159 Münster
www.dghwi.de

Deutsches Cochrane Zentrum (DCZ)
Universitätsklinikum Freiburg
Berliner Allee 29, 79110 Freiburg
www.cochrane.de

Hier abonnieren!

Termin

- ◆ Donnerstag, 25. September 2014, 11-21 Uhr (mit Pausen)
- ◆ und Freitag, 26. September 2014, 08-15 Uhr (mit Pausen)

Der Methoden-Workshop beginnt um 11 Uhr, um allen Teilnehmenden die Anreise am gleichen Tag zu ermöglichen.

Veranstaltungsort

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Magdeburger Str. 8, 06112 Halle (Saale)
(Gebäude Nr. 17 auf der Karte)



Straßenbahnhaltestellen:

Magdeburger Straße oder Stein-tor: Tram 2, 5, 12
(vom Hbf Richtung Stadtmittel/ Marktplatz)

Übernachtung:

IRIS-Regenbogenzentrum: <http://www.irisfamilienzentrum.de>
oder über www.trivago.de;
Maritim Halle, Dorint Charlottenhof, Hostel im Medizinerviertel,
Am Ratshof...



in Zusammenarbeit mit dem
Deutschen Cochrane-Zentrum
Freiburg

DGHWi-Cochrane-Workshop

Potenzialanalysen für
evidenzbasierte Innovationen in den
Gesundheitsfachberufen

25. und 26. September 2014

an der
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
in Halle (Saale)

Abstracts von Bachelorarbeiten

Das Erleben von Frauen nach der Diagnosestellung „Verdacht auf fetale Makrosomie“ – Nutzerinnenorientierte Empfehlungen für die Betreuung in der Praxis

Women's experiences with the diagnosis "suspected fetal macrosomia" – Woman-centred recommendations for their care

Hintergrund: Die fetale Makrosomie bezeichnet ein Neugeborenes, das je nach Definition ein Geburtsgewicht > 4.000g oder > 4.500g aufweist. Ihre Inzidenz liegt in Deutschland in den letzten Jahren konstant bei etwa 10% (BQS-Auswertungen 2004-2009; AQUA-Auswertungen 2010-2012). Die Diagnostik erfolgt meist über die ultrasonographische Untersuchung, welche jedoch nur eine Genauigkeit von 15% - 79% (vgl. Chauhan et al. 2005) aufweist. Es ist derzeit kaum erforscht, inwiefern das als bedenklich eingestufte Wachstum des Kindes das Erleben von Schwangeren oder ihre Entscheidungsfindung bezüglich des Geburtsmodus beeinflussen. Ziel dieser Arbeit ist, die Sichtweisen der Schwangeren zu erfassen, um eine nutzerinnenorientierte Betreuung zu unterstützen.

Methodik: Retrospektive problemzentrierte Interviews nach Witzel (1989) mit Müttern (n=7), die in der Schwangerschaft die Diagnose einer fetalen Makrosomie erhielten. Ausgeschlossen wurden Frauen mit einem (Gestations-) Diabetes oder anderen schwerwiegenden Nebendiagnosen. Datenauswertung der transkribierten Interviews anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002). Eine Einverständniserklärung der Frauen lag vor.

Ergebnisse: Während der Schwangerschaft löste die Diagnose „Verdacht auf fetale Makrosomie“ bei allen Teilnehmerinnen Angst (besonders vor einem Spontanpartus bzw. einer Sectio), Schock, Verunsicherung und Sorge aus. Selten wurde ein Einfluss auf das Erleben während der Geburt genannt, jedoch gaben zwei Frauen einen direkten Einfluss der Diagnose auf die Wahl des Geburtsmodus an. Insgesamt hätten sich die Frauen gewünscht, einfühlsamer über die Diagnose aufgeklärt und in Entscheidungen mit einbezogen zu werden sowie mehr Informationen zu erhalten. Erwähnenswert sind die positiven Beschreibungen der Beziehung zwischen den Frauen und den Hebammen, wohingegen die Beziehung zu den Ärzten/ Ärztinnen teilweise negativ bewertet wurde.

Diskussion: Aufgrund des qualitativen Studiendesigns sind die Ergebnisse nicht auf die Allgemeinheit übertragbar. Sie erläutern in größerer Tiefe, wie die Diagnose „Verdacht auf fetale Makrosomie“ Einfluss auf das Erleben von Frauen in der Schwangerschaft sowie auf die Entscheidungsfindung bezüglich des Geburtsmodus haben kann.

Empfehlungen: Das Erleben von Frauen nach der Diagnosestellung „Verdacht auf fetale Makrosomie“ und ihre Zufriedenheit mit der Betreuung könnte durch eine größere nutzerinnenorientierte

Background: Fetal macrosomia describes a newborn with a birth weight > 4,000g or > 4,500g. The incidence of macrosomic newborns is approx. 10% in Germany and stayed constant over the last years (BQS-Evaluations 2004-2009; AQUA-Evaluations 2010-2012). The diagnosis is based on clinical or ultrasound estimations but their sensitivity is low (vgl. Chauhan et al. 2005). There is currently rare research regarding the impact of the diagnosis "suspected fetal macrosomia" on woman's experiences, or the impact on their decision-making about the mode of delivery. Therefore, the aim of this study is to explore the women's subjective perspective in order to foster woman-centred care.

Method: In a qualitative study seven women, who were given the diagnosis of a macrosomic child during pregnancy, were interviewed. Not included were women with a pre-existing diabetes, gestational diabetes or other severe medical diagnoses. After the women were informed about the aim of the study and their written agreement regarding their voluntary participation was received, the problem-centred interviews were recorded and afterwards transcribed. The interviews were analysed by way of content analysis according to Mayring (2002).

Results: The diagnosis "suspected fetal macrosomia" caused anxiety (especially regarding a vaginal delivery, or a cesarean section), shock, uncertainty, and concerns. Although the diagnosis' influence on the actual birth was rarely mentioned, two women described that the diagnosis had had a direct impact on their respective decision-making. Altogether, the women wished they would have gotten information about the diagnosis in a more empathetic manner and that they would have been involved in decision-making. Worth mentioning are the positive descriptions of the relationship between the women and midwives, whereas the relationship between women and doctors was partly described in a more negative way.

Discussion: Due to the qualitative study design, the results cannot be generalized. The findings elucidate how the diagnosis "suspected fetal macrosomia" may have an impact on women's experience during pregnancy and on their decision-making with regard to the mode of delivery.

Recommendations: The experiences of women with the diagnosis "suspected fetal macrosomia" and their satisfaction with their care might be improved by providing a more woman-centred care. This

Betreuung verbessert werden. Diese beinhaltet eine partnerschaftliche Beziehung der Frau zu ihren Betreuungspersonen, eine ehrliche und einfühlsame Informationsübermittlung, die sowohl Risiken als auch Möglichkeiten thematisiert, das Miteinbezogen werden in die Betreuungs- und Entscheidungsprozesse sowie das Gefühl der Kontrolle über die Geschehnisse.

Schlüsselbegriffe: Makrosomie, Erleben, Schwangerschaft, Nutzerinnenorientierte Betreuung

Autorin: Nina Peterwerth Hebamme, B.Sc. Midwifery

Kontakt: nina.peterwerth@gmx.de

Die Arbeit wurde im Rahmen des Studiums „Midwifery“ an der Hochschule Osnabrück (Deutschland) zur Erlangung des Grades „Bachelor of Science“ bei Frau Prof. Dr. Claudia Hellmers und Ute Lange vorgelegt.

implies a relationship between the woman and the health care providers which is based on partnership, honest and empathetic conveyance of information addressing risks and alternative choices, an invitation to involvement in their care and the decision-making process as well as a sense of control.

Keywords: macrosomia, experiences, pregnancy, women-centred care

Beckenbodentraining im Wasser: Eine Befragung von Frauen in der postpartalen Phase

Pelvic floor strengthening in water: a survey of women in the postpartal period

Hintergrund: In dieser Studie wird das Empfinden des Beckenbodens von Frauen in der postpartalen Phase und die Problematik von Senkungs- und Inkontinenzbeschwerden beschrieben. Unter Berücksichtigung des aktuellen Wissenstandes werden Maßnahmen aufgezeigt, die für betroffene Frauen hilfreich sein können. Ziel ist herauszufinden, ob sich das Medium Wasser aus Sicht der Frauen in der postpartalen Phase für ein Beckenbodentraining eignet.

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein qualitatives Forschungsdesign konzipiert und durchgeführt. Zehn Frauen, die bereits an Rückbildungskursen im Wasser teilgenommen hatten, wurden durch leitfadengestützte Interviews befragt. Sie wurden nach ihrem Beckenbodengespür, dem Empfinden im Wasser und möglichen daraus resultierenden Auswirkungen auf die Lebensqualität befragt.

Ergebnisse: Mehrere Befragte hatten Senkungs- und Inkontinenzbeschwerden. Alle befragten Frauen hielten das Medium Wasser geeignet für ein Beckenbodentraining. Sie wünschten sich hierfür eine Fortführung von Kursangeboten, auch nach der Rückbildungsgymnastik. Aspekte, die die Frauen in der postpartalen Phase für ein Beckenbodentraining im Wasser für sinnvoll erachteten, wurden herausgearbeitet. Dazu gehörten eine fachliche Anleitung, warmes Wasser (32 ° C), Konzentration, Zeit für sich und Übungen für zu Hause. Sie wünschten sich einen geschlossenen Rahmen, der einen offenen Austausch in der Gruppe und mit der Hebamme über Senkungs- und Inkontinenzbeschwerden ermöglicht.

Background: The present thesis describes the sensation of the pelvic floor of women in the postpartum period. It characterizes the problems of women with pelvic floor dysfunction and urinary incontinence. By considering the current state of knowledge measures which can be useful to concerned women will be demonstrated. The aim of this study is to find out whether from the women's perspective the medium water is helpful to strengthen the pelvic floor muscles in the postpartum period.

Methods: For this study a qualitative research design was used and implemented. Ten women participated in semi-structured interviews. They had already participated in postpartal pelvic floor exercises in water. They were asked questions about their perception of the pelvic floor, their sense and feelings in the water and possible significance for their quality of life.

Findings: Some participants suffered from pelvic floor dysfunction or urinary incontinence. All women in this study found the medium water helpful for strengthening the pelvic floor muscles. They wished that further courses would be offered in water after the initial postpartal pelvic floor exercises. Aspects which women found important for pelvic floor strengthening included expert instructions, warm water (32° C), concentration, time for themselves and exercises to do at home. They wished for a trusting setting which allows an open exchange within the group and the midwife about pelvic floor dysfunction and urinary incontinence.

Conclusion: The medium water seems to be helpful to some women to strengthen their pelvic floor muscles. It may be supplemented by further exercises at home as well as by theoretical input and social exchange.

Schlussfolgerung: Ein Beckenbodentraining im Medium Wasser erscheint für manche Frauen hilfreich, welches durch weitere Übungen für zu Hause sowie durch theoretischen Input und sozialen Austausch ergänzt werden sollte.

Schlüsselwörter: Wasser, Bewegung/Aktivität, Inkontinenz, Beckenbodentraining, postpartum

Autorin: Petra Köhler Hebamme, B.Sc. Midwifery

Kontakt: hebamme.p.koehler@osnanet.de

Die Arbeit wurde im Rahmen des Studiums an der Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften im Bachelorstudiengang Midwifery (B. Sc.) an der Hochschule Osnabrück (Niedersachsen) zur Erlangung des Grades Bachelor of Science in Midwifery bei Frau Prof. Dr. Claudia Hellmers (Erstbetreuerin) und Prof. Dr. Ulrich Kuhnke (Zweitbetreuer) vorgelegt.

Keywords: watepelvic floor exercises, urinary incontinence, quality of life, postpartum

Einladung zur Publikation von Qualifikationsarbeiten

Liebe Studierende,

haben Sie eine wissenschaftliche Arbeit verfasst? Eventuell im Rahmen einer umfangreichen Hausarbeit Literatur recherchiert und aufbereitet oder eine forschungsorientierte Qualifizierungsarbeit für Ihren Bachelor- oder Masterabschluss verfasst? Möchten Sie, dass diese nicht im Schrank Ihrer Professorin bzw. Ihres Professors verstaubt... oder sind Sie einfach daran interessiert, was junge Wissenschaftler/innen beschäftigt und worüber sie wissenschaftliche Arbeiten verfassen... – dann sind Sie beim „Jungen Forum“ genau richtig!

Das „Junge Forum“ der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft bietet Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftlern die Möglichkeit, ihre wissenschaftliche Arbeit, welche im Rahmen ihres Studiums oder einer Bachelor- bzw. Masterarbeit entstanden ist, einem breiten Fachpublikum vorzustellen.

Im Wesentlichen sollen die dort publizierten Arbeiten einen forschungsorientierten Kern haben. Damit entsprechen sie den Anforderungen dieser Fachzeitschrift, die wissenschaftlicher Natur ist und ihren Leser/innen neu generierte Erkenntnisse vermitteln möchte.

Anzeigen werden Sie vergebens suchen. Somit kann eine geldliche Aufwandsentschädigung für die Autor/innen nicht gewährleistet werden. Dafür bietet dieses Journal die Möglichkeit, die geleistete Arbeit und den eigenen Namen durch eine Veröffentlichung bekannt zu machen. Neben dem Namen der Autorin bzw. des Autors wird an-

gegeben, in welchem Rahmen und wo (Studienprogramm, Institution) die Arbeit erstellt wurde.

Veröffentlicht werden im „Jungen Forum“ entweder Abstracts einer wissenschaftlichen Qualifizierungsarbeit oder ein Artikel, welcher diese Arbeit komprimiert darstellt. Die **Abstracts können in Deutsch und/oder Englisch** abgefasst sein und dürfen 3.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) in der Regel nicht überschreiten.

Der (**komprimierte**) Artikel ist auf einen Umfang von höchstens 10.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt. Er umfasst nur den Artikel-Text; ein Abstract wird diesem nicht vorangestellt.

Bis zu drei **Tabellen, Grafiken und/oder Bilder/Fotos** können pro (komprimiertem) Artikel mit aufgenommen werden. Genauere Angaben über die Formatierung stehen zum Download auf der Homepage der DGHWi unter der Rubrik „Zeitschrift für Hebammenwissenschaft“ / „Junges-Forum“ zur Verfügung.

Die Abstracts und Artikel können Sie jederzeit, spätestens aber bis jeweils zum 28. (29.) Februar bzw. 31. August eines Jahres, per Mail bei redaktion-fachzeitschrift@dghwi.de einreichen. Bitte senden Sie auch Ihre Fragen an diese Mail-Anschrift.

Anja Leibfritz

Studentische Hilfskraft der DGHWi

Termine

Die nächste Frist für die Einreichung von Manuskripten: 31.8.2014

Bitte halten Sie sich diese DGHWi-Termine jetzt schon im Kalender frei:

Am **11. Februar 2015** wird die 9. Mitgliederversammlung der DGHWi zentral in der Mitte Deutschlands stattfinden.

Am **11. Februar 2016** ist die 10. Mitgliederversammlung der DGHWi zentral in der Mitte Deutschlands geplant. Am darauffolgenden Tag, am **12. Februar 2016**, findet die 3. Internationale Fachtagung der DGHWi am gleichen Veranstaltungsort statt.

Juli 2014

3. Juli 2014 in Berlin:

Selbstbestimmte Gesundheit von Frauen vom hohen Gut zum Werbeslogan?

Das **Nationale Netzwerk Frauen und Gesundheit** feiert am 3.7.2014 sein 20-jähriges Jubiläum mit einer Fachtagung. Unter dem Titel „Selbstbestimmung und Gesundheit von Frauen - vom hohen Gut zum Werbeslogan?“ wird es um die Bedeutungsveränderungen

gehen, denen der Begriff der Selbstbestimmung unterworfen wurde. Die kritische Reflektion des Selbstbestimmungsbegriffes wird am Beispiel der reproduktiven Gesundheit und der körperliche Selbstoptimierung verdeutlicht. Aktuelle Diskurse, wie etwa die Abgabemodalitäten der „Pille danach“, werden aufgegriffen.

Programm und Anmeldung sind ab Mitte Mai abrufbar unter:
<http://www.nationales-netzwerk-frauengesundheit.de/>

September 2014

11.-13. September 2014 in Berlin:

Lernwelten 2014 - 14. Internationaler wissenschaftlicher Kongress für Pflege- und Gesundheitspädagogik

11.-13. September 2014 in Wien, Österreich:

VII. Internationaler Dialog - Geburtshilfe, Hebammen, Anästhesie

und Neonatologie im Gespräch

18.-21. September 2014 in Amsterdam, Niederlande:

The 2014 International Conference on Stillbirth, SIDS and Baby Survival

November 2014

05.-06. November 2014, Donau-Universität Krems, Österreich:

Grade - von Studien zu Leitlinien

<http://www.ebm-netzwerk.de/veranstaltungen/grade-cochrane-at-nov2014>

8. - 9. November 2014 in Köln:

21. AKF Jahrestagung

http://www.akf-info.de/fileadmin/aktuelles/Vorankuendigung_2014_2.pdf

Dezember 2014

09. - 10. Dezember 2014, Donau-Universität Krems, Österreich:

Workshop der Österreichischen Cochrane Zweigstelle: "Medizinische Statistik für Nicht-StatistikerInnen – Medizinische

Statistik in der Anwendung"

<http://www.ebm-netzwerk.de/veranstaltungen/medizin-statistik-aufbau2014>

Vorstand der DGHWi

Vorsitzende

Prof. Dr. rer. medic. Rainhild Schäfers
Hebamme, Dipl.-Pflegerin (FH)
E-Mail: Vorsitzende@dghwi.de

Stellvertretende Vorsitzende

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

Schriftführerin

Elke Mattern MSc
Hebamme, Familienhebamme, Master of Science (Gesundheits- und Pflegewissenschaft)
E-Mail: Schriftfuehrerin@dghwi.de

Schatzmeisterin

Nina Knape Dipl.-Kauffrau (FH)
Hebamme, Diplom-Kauffrau (FH)
E-Mail: Schatzmeisterin@dghwi.de

Beisitzerin

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

Impressum

Herausgeberin:

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

Geschäftsstelle:

Janningsweg 4, 48159 Münster
Tel.: 0251-3808 6585; FAX: 0251-3808 6587

Wissenschaftlicher Beirat:

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

Editorinnen:

Dorit Müller B.A., Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle, Elke Mattern MSc, Prof. Dr. rer. medic. Rainhild Schäfers, Nina Knape Dipl.-Kauffrau (FH), Prof. Dr. phil. Monika Greening.

Druck: Eigenverlag (DGHWi), Münster.

ISSN: 2196-4416

Zitierung der Texte:

Autor/innen (2014). Titel. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science)*, 02(01), Seitenzahlen.

Datum: 12.6.2014



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