

ZEITSCHRIFT FÜR HEBAMMENWISSENSCHAFT

Journal of Midwifery Science

Themen:

- ◆ Themenbörse „Praxis und Forschung“
- ◆ Vorstellung der Sektionen
- ◆ Stellungnahme zur S1-Leitlinie „Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung“
- ◆ Stellungnahme zur Reform der Pflegeausbildung – Neufassung der europäischen Berufsanerkenntnisrichtlinie
- ◆ Stellungnahme zu Interventionen in der Hebammentätigkeit
- ◆ Stellungnahme zur Birthplace-Study in England
- ◆ Empfehlung zur Honorierung der Familienhebammen-Tätigkeit
- ◆ Call-for-Abstracts
- ◆ Prozedere zum Einreichen von Originalartikeln
- ◆ Forum für Nachwuchswissenschaftler/innen

Kategorien

Editorial	2
Aktuelles	3
Sektionen	4
Stellungnahmen	5
Bekanntmachungen/Berichte	8
Junges Forum	9
Termine	11

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	
Fachzeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft	3
Aktuelles	
Vorstellung des Vorstandes der DGHWi	4
Themenbörse „Praxis und Forschung“	6
Sektionen	
Vorstellung der Sektionen	7
Stellungnahmen	
Stellungnahme zur S1-Leitlinie „Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung“	9
Stellungnahme zur Reform der Pflegeausbildung – Neufassung der europäischen Berufsanerkenntnisrichtlinie	12
Stellungnahme zu Interventionen in der Hebamentätigkeit	14
Stellungnahme: Merkblatt zum Ultraschallscreening in der Schwangerschaft	16
Stellungnahme zur Birthplace-Study in England	19
Empfehlung zur Honorierung der Familienhebammen-Tätigkeit	23
Bekanntmachungen/Berichte	
Hochschulstudium Hebammenwissenschaft/ Hebammenkunde/Midwifery	29
Call-for-Abstracts	30
Prozedere zum Einreichen von Originalarbeiten	31
Reviewprozess bei Einreichung von Originalarbeiten	32
Junges Forum	
Forum für Nachwuchswissenschaftler/innen	33
Termine	
Vorstand: Kontaktangaben	35
Impressum	35

Fachzeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft

Jetzt ist es soweit. Vor Ihnen liegt die erste Ausgabe der **Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science)** der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi). Die Zeitschrift ist nahezu ausschließlich den Stellungnahmen gewidmet, die in den vergangenen Monaten und Jahren durch unsere Fachgesellschaft erstellt wurden. Aber nur nahezu. Diese erste Ausgabe dient außerdem dazu, die Strukturen der DGHWi sowie geplante Vorhaben darzustellen. Zukünftig soll die Zeitschrift zweimal im Jahr erscheinen. Da es ein wissenschaftliches Journal ist, werden Sie Werbung vergeblich suchen. Neben Originalarbeiten werden Sie Informationen zur Arbeit der DGHWi — hier vor allem Stellungnahmen und Empfehlungen, die zum Beispiel auf Nachfragen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erstellt wurden — wie auch zu aktuellen Entwicklungen in dem doch recht jungen Fach der Hebammenwissenschaft finden. Die Originalarbeiten werden vor der Veröffentlichung einem „peer-review“-Verfahren unterzogen. Hierfür berufen wir einen wissenschaftlichen Fachbeirat bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des eigenen Fachs wie auch aus den Bezugsdisziplinen. Damit eine Originalarbeit in internationalen Datenbanken wie MEDLINE zu finden ist, soll auch hier der Arbeit ein deutscher wie auch ein englischer Abstract vorangestellt werden. Das Journal bietet darüber hinaus dem wissenschaftlichen Nachwuchs in einem eigenen Forum die Möglichkeit, Qualifikationsarbeiten entweder ausschließlich als Abstract oder in Form eines fertiggestellten Artikels zu präsentieren. So verstaubt die graue Literatur nicht mehr in den Schränken von Professorinnen- und Professorenbüros, sondern wird Interessierten zur Verfügung gestellt. Auch das ist ein wichtiger Meilenstein in der Fortentwicklung des Fachs der Hebammenwissenschaft.

Einmal jährlich wird eine Online-Sonderausgabe über German Medical Science herausgebracht, die auch als Printversion gegen Bezahlung zur Verfügung steht. Diese Sonderausgabe ist komprimiert und wird außer den Originalarbeiten, die in dem jeweils vergangenen Jahr im Journal veröffentlicht wurden, keine zusätzlichen gesellschaftsinternen Informationen enthalten. Eine Veröffentlichung in German Medical Science bietet freien Zugriff auf alle Volltexte, die damit auch allen Hebammen zur Verfügung stehen.

In dieser ersten Ausgabe finden Sie nun eine Sammlung von Stellungnahmen und Empfehlungen. Alle Stellungnahmen und Empfehlungen sind von Mitgliedern der DGHWi in ehrenamtlicher Tätigkeit erarbeitet und von dem jeweiligen Vorstand verabschiedet und veröffentlicht worden. Diesen Mitgliedern, die sich mit hohem Engagement ihrer Aufgabe gewidmet haben, gilt unser ganz besonderer Dank. Ihre Arbeit hat dazu geführt, dass auch die hebammenwissenschaftliche Expertise immer häufiger von unterschiedlichen Gremien der Medizin und Politik eingefordert wird. Beispielhaft ist hier die Aufnahme in den Kreis der vor abschließenden Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) stellungnahmeberechtigten Fachgesellschaften. Damit wird der DGHWi gemäß § 92, 7d SGB V ein Mitspracherecht zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im betreffenden Fachbereich eingeräumt.

Die eigene Arbeit in einem wissenschaftlichen Fachjournal sichtbar zu machen war seit Gründung der Fachgesellschaft ein erklärtes Ziel. Die Verwirklichung dieses Ziels liegt Ihnen nun vor. Um unser Journal gut zu etablieren, ist aber die Arbeit von vielen notwendig — sowohl inhaltlich als auch strukturell. Wir wünschen uns deshalb für die nächsten Ausgaben der ersten hebammenwissenschaftlichen, „peer-reviewed“ Fachzeitschrift im deutschsprachigen Raum zahlreiche Beiträge und Ideen.

Stellvertretend für den Vorstand grüßt Sie herzlichst

Prof. Dr. Rainhild Schäfers

Vorsitzende der DGHWi



Vorstellung des Vorstandes der DGHWi

Erste Vorsitzende



Frau Professorin Dr. rer. medic. Rainhild Schäfers ist seit 2012 Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (DGHWi) und war als Gründungsmitglied der Gesellschaft seit 2008 im Vorstand als Schatzmeisterin tätig. Sie ist Professorin und stellvertretende Leiterin des Studiengangs der Hebammenkunde in Bochum an der Hochschule für Gesundheit.

Ihren Grad „Doktorin der medizinischen Wissenschaften“ (Dr. rer. medic.) hat Frau Schäfers im Fachbereich Humanwissenschaften an der Universität Osnabrück 2011 erlangt mit dem Thema Subjektive Gesundheitseinschätzung gesunder Frauen nach der Geburt eines Kindes.

Bis 2011 war Frau Schäfers Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Verbund Hebammenforschung der Hochschule Osnabrück und hat dort unterschiedliche Forschungsprojekte begleitet. Ihr Studium der Pflegewissenschaften mit Abschluss Diplom-Pflegewirtin hat sie an der Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Fachhochschule Osnabrück beendet.

Die Ausbildung zur Hebamme machte Frau Schäfers 1984 an der Hebammenlehranstalt der Philipps-Universität in Marburg/Lahn und war danach 21 Jahre im Raum Münster (Nordrhein-Westfalen) als angestellte und freiberufliche Hebamme in der klinischen und außerklinischen Geburtshilfe tätig.

Stellvertretende Vorsitzende



Frau Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle ist Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (DGHWi), zunächst als Schriftführerin und seit 2012 als stellvertretende Vorsitzende im Vorstand tätig. Seit 2004 ist sie als Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther Universität Halle-

Wittenberg angestellt. Sie promovierte 2009 zur psychometrischen Erfassung des aktuellen subjektiven Wohlbefindens und Copings in der Schwangerschaft und erhielt den Doktorinnengrad der medizinischen Wissenschaften (Dr. rer. medic.).

Mit dem Abschluss Master of Science in Nursing an der Catholic University of America in Washington DC 1994 war Gertrud Ayerle

anschließend zwei Jahre als Clinical Associate der Catholic University of America tätig. Von dort kehrte sie 1997 als Hebammenlehrerin für 6 Jahre an die Hebammenschule in Koblenz zurück. 2005 arbeitete sie während eines Jahres als Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Medizinischen Hochschule Hannover an der niedersächsischen ProGeb-Studie.

Ihre grundständige Ausbildung zur Hebamme in München (1980) erweiterte Gertrud Ayerle 1985 in Essen mit dem Krankenpflegeexamen und einer Zertifizierung 1986 in "Tropical Community Health and Medicine" an der University of Liverpool (Großbritannien). Anschließend leitete sie viereinhalb Jahre ein Basisgesundheitsprojekt der Katholischen Kirche im Slumgebiet "Soweto" in Nairobi (Kenia) und arbeitete als Hebamme in der Entbindungsklinik "Jamaa Maternity" in Nairobi (Kenia).

Schatzmeisterin



Nina Knappe ist seit 2012 Schatzmeisterin und ebenfalls Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (DGHWi).

Sie ist Promovendin und Stipendiatin an der Hochschule Osnabrück im Forschungsschwerpunkt IsQua (Instrumente zur sektorenübergreifenden Qualitätsentwicklung) in Kooperation mit der Privaten Universität Witten Herdecke.

Dort arbeitet sie an einer Sekundäranalyse und analysiert die Auswirkungen von Arbeitsbelastung und der Betreuungsdichte von Hebammen in der klinischen Geburtsbetreuung von Low-Risk-Gebärenden.

Nina Knappe hat 2006 ihr Studium Pflege- und Gesundheitsmanagement an der Fachhochschule Osnabrück abgeschlossen als Diplom-Kauffrau (FH). Anschließend war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin im Verbund Hebammenforschung der Hochschule Osnabrück und dort maßgeblich beteiligt am vom BMBF-geförderten Forschungsprojekt zu Kosten/Nutzen- und Kosten/Wirksamkeitsanalysen alternativer Versorgungsvarianten in der Geburtshilfe.

Die Ausbildung zur Hebamme hat sie 1997 an der Michaelis-Hebammenschule des Universitätsklinikums in Kiel beendet und war danach freiberuflich tätig: zunächst auch als Beleghebamme an der Margarethen-Klinik in Kappeln und anschließend in Lübeck.

Schriftführerin



Elke Mattern wurde 2012 zur Schriftführerin der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (DGHWi) gewählt. Sie ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Studiengang Hebammenkunde an der Hochschule für Gesundheit in Bochum und für die Praxiskoordination zuständig. Und sie ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und arbeitet dort mit an einer Dokumentation für Familienhebammen im Auftrag des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen.

Das Studium der Gesundheits- und Pflegewissenschaften hat sie 2011 an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg mit dem Master of Science (MSc.) abgeschlossen.

Ihre Anerkennung als Hebamme erhielt Elke Mattern 1980 an der Hebammenschule der Christian-Albrechts-Universität in Kiel. Anschließend war sie freiberuflich tätig während mehrjähriger Auslandsaufenthalte in Istanbul (Türkei) und in Deutschland. Seit 2006 arbeitet sie auch als Familienhebamme und erhielt 2007 den Abschluss zur Qualitätsbeauftragten durch den TÜV-Rheinland.

Am 21. Februar 2014 findet die **2. Internationale Fachtagung** der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum Thema „**Forschende Praxis als Hebammenkunst**“ statt.

Bitte vormerken!

dghw
Deutsche Gesellschaft für
Hebammenwissenschaft

Call for Abstracts

Abstracts für Vorträge, Poster oder Workshops können **bis zum 3. Juni 2013** eingereicht werden.
Nähere Angaben über www.dghwi.de

Beisitzerin



Frau Professorin Dr. phil. Monika Greening ist 2012 in den Vorstand der Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (DGHWi) gewählt worden in das Amt der Beisitzerin. Frau Greening ist seit 2011 Professorin für Hebammenwissenschaft im Fachbereich Gesundheit und Pflege der Katholischen Hochschule Mainz und beteiligt an den Studiengängen Gesundheit - und Pflegemanagement und

Gesundheit- und Pflegepädagogik. Ihre Promotion hat sie 2011 an der Technischen Universität Darmstadt erhalten für das Thema „Identifizierung von Belastungsfaktoren und Beanspruchung von Hebammenschülerinnen während der Berufsausbildung“ im Fachbereich Berufspädagogik. Und erhielt dafür den Doktorinnengrad der Philosophie (Dr. phil.).

Monika Greening hatte bereits 2011 eine Berufung zur Professorin für Pflegewissenschaften an die Evangelische Hochschule Nürnberg, an der sie zuvor die Aufgabe der Lehrbeauftragten für Besondere Aufgaben übernommen hatte.

Ihren Studienabschluss zur Diplom Pflegewirtin erlangte sie 2005 an der Evangelischen Hochschule Darmstadt. Bis 2008 war sie freiberuflich tätige Dozentin an Krankenpflege- und Hebammenschulen und an Fachhochschulen. Zudem war sie parallel als Hebamme angestellt und freiberuflich tätig.

Ihr Hebammenexamen hat Monika Greening 1993 in Gießen erhalten. Sie war seit 1997 Leitende Hebamme am Marienhospital in Darmstadt und seit 2002 dort als Angestellte Hebamme in der Qualitätssicherung.

Themenbörse „Praxis und Forschung“

Um Praxis und Forschung zu verknüpfen, ist auf der Webseite der DGHWi ein Themenspeicher angelegt worden. Dort können Sie Ihre Themen aus der Praxis platzieren .

Hebammenforschung lebt von den Fragen, die in der Praxis entstehen. Oft ergeben sich in der täglichen Hebammenarbeit Situationen, in denen man sich wünscht, auf Forschungsergebnisse zurückgreifen zu können. Gleichzeitig stehen Studierende oft vor der Frage „Welches Thema eignet sich für meine Bachelor, Diplom- oder Masterarbeit?“ Und Promovenden/innen suchen ein Thema zur Promotion.

Mit Hilfe des Themenspeichers können Sie Anregungen für solche Qualifikationsarbeiten geben.

Der Themenspeicher soll also helfen, Fragen, die sich in der Praxis stellen, in die Wissenschaft als Forschungsfragen und -ansatz zu überführen.

Angaben, die im Themenspeicher zu einem gewählten Thema benötigt werden, beziehen sich auf folgende Fragen:

- ◆ Was ist das zentrale Thema?
- ◆ Gibt es zum Thema eine konkrete Fragestellung?
- ◆ Auf welche Zielgruppe bezieht sich das Thema?
- ◆ Auf welchen Arbeitsbereich oder welchen Arbeitsplatz bezieht sich das Thema?
- ◆ Welcher Anlass rückte das Thema ins Bewusstsein oder in den Vordergrund?
- ◆ Worin liegt die Herausforderung/ Kritik des Themas für die Praxis oder für eine mögliche empirische Bearbeitung?
- ◆ Für wen wäre die Beantwortung der Praxisfrage und Forschungsfrage nützlich? Wer könnte davon (auch langfristig) profitieren?

Sektion 'Bildung'

Die Sektion Bildung hat zur Kenntnis genommen, dass die Niveauzuordnung der Hebammenausbildung in Anlehnung an den DQR (Deutscher Qualifikationsrahmen) auf Niveaustufe 4 verortet wurde. Die Sektion arbeitet an einer Stellungnahme zu dieser Thematik.

Die Sektion bietet einen Rahmen, um bildungspolitische und berufspädagogische Konsequenzen der derzeitigen Situation der Hebammenausbildung in Deutschland zu diskutieren. Dabei gilt es zum einen, Potentiale der beruflichen Bildung von Hebammen im bestehenden System der Ausbildung aufzuzeigen und die Entwicklung zukunftsfähiger Bildungsmodelle zu unterstützen. Zum anderen werden, in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen, Strategien für eine Anhebung des Qualifikationsniveaus der Gesundheitsberufe entwickelt. Die Anhebung des Qualifikationsniveaus ist

erforderlich, um den Anforderungen des Hebammenberufs zu entsprechen und die Mobilität innerhalb Europas zu gewährleisten. Darüber hinaus ist der Zugang zu akademischen Bildungsabschlüssen zu ermöglichen, damit entsprechend qualifizierte Fachpersonen Forschung und Entwicklung leisten können. Langfristig sollten auf Grundlage empirischer Ergebnisse Empfehlungen zur akademischen Bildung im Hebammenwesen erarbeitet werden.

Sektion 'Schwangerenvorsorge'

Die Sektion Schwangerenvorsorge befasst sich mit aktuellen Fragen der Betreuung. Hebammen spielen eine immer wichtigere Rolle in der Schwangerschaft. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass die Mutterschaftsrichtlinien, die auch für die Schwangerenvorsorge der Hebammen verbindlich gelten, nicht evidenzbasiert sind. Der Ausbau der Schwangerenvorsorge soll in dieser Sektion unterstützt werden. Unter anderem sollen Leitlinien entwickelt und Stellungnahmen verfasst werden (siehe Stellungnahme zur Terminüberschreitung).

Die Schwangerenvorsorge gehört zu den originären Aufgaben der Hebammen, wobei Gesundheitsförderung, primäre Prävention und sekundäre Prävention die drei gleichrangigen Säulen der hebammengeleiteten Schwangerenvorsorge abbilden. Die hebammengeleitete Schwangerenvorsorge orientiert sich an den Kriterien der evidenzbasierten Medizin (Sackett et al. 1997). Sie integriert die Bedürfnisse der Frauen, die fachliche Expertise der Hebammen und die besten verfügbaren, externen, wissenschaftlichen Evidenzen.

Die Sektion Schwangerenvorsorge unterstützt deshalb die Entwicklung von hebammenspezifischen, wissenschaftlich abgeleiteten

Empfehlungen. Mittelfristiges Ziel ist es, diese weiterzuentwickeln und als Leitlinien in Ergänzung zu den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“) zu implementieren.

Es soll dann die Möglichkeit bestehen, auf Anfragen zu Stellungnahmen seitens anderer Fachgesellschaften oder der Berufsverbände zum Vorgehen in der Schwangerenvorsorge zeitnah reagieren zu können.

Sektion 'Geschichte des Hebammenwesens'

Diese Sektion will die Forschung vorantreiben, Informationen zu bestehenden Forschungsvorhaben sammeln und weitergeben sowie Hebammenstudentinnen in ihren Studien zur Hebammengeschichte unterstützen.

Die Sektion wurde 2008 gegründet. Zu den Gründungsmitgliedern zählen Praktikerinnen, Forschende und Lehrende aus den Berufsfeldern Hebammenwesen, Geburtsbegleitung, Ernährung und Gesundheit, aus den Geistes-, Sozial-, Gesundheits- und Pflegewissenschaften sowie aus der Ethnologie, Medizingeschichte und Pädagogik. Die Mitglieder der Sektion stammen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Motivation und Ziele der Sektion sind die folgenden:

- ◆ Informationen zu Forschungsvorhaben sammeln und weitergeben

- ◆ Betrachtung aktueller Fragen aus einer längeren zeitlichen Perspektive heraus
- ◆ Lehre fördern im Bereich Hebammengeschichte
- ◆ Ländervergleichende und auch -übergreifende Forschung anregen
- ◆ Vernetzung mit geschichtlich ausgerichteten Netzwerken, historischen Instituten, Instituten zur Zeitgeschichtsforschung, Institutionen der Gender und Frauenforschung sowie Hebammenstudiengängen.

Sektion 'Kind, Bindung und emotionale Entwicklung'

Die Sektion besteht seit 2012. Sie befasst sich mit relevanter wissenschaftlicher Literatur der angrenzenden Fachdisziplinen, die für Hebammen relevant sind. Es sind Mitstreiterinnen willkommen, die an Bindungsaspekten und einer Kind orientierten Arbeit der Hebamme fachlich interessiert sind.

Die Bindungstheorie ist für die Hebammen eine wichtige Arbeitsgrundlage. Neben der medizinischen Versorgung von Mutter und Kind beinhaltet der Hebammenberuf psychosoziale und gesundheitsfördernde Aufgaben.

Hebammen begleiten die verschiedenen Bindungsvorgänge: die frühe Mutter-Kind Bindung schon in der Schwangerschaft, die Vater-Kind- und Eltern-Kind-Bindung, Familienbildung, die Beziehung zu den Geschwistern rund um die Geburt, im Wochenbett und möglicherweise im gesamten 1. Lebensjahr. In all diesen Phasen sind Hebammen präsent und können daher den „feinfühligem“ Umgang der Eltern mit dem Kind, der als wichtiger Indikator für eine gelungene Bindung zählt, beobachten. In ihrer täglichen Arbeit verfolgen sie aufmerksam die Informationen in der Anamnese der Frau und der Familie, um Eltern beratend und unterstützend zu begleiten. Sie selbst können in ihrer professionellen und verlässlichen Rolle auch Teil eines Netzwerkes für die Frau und Familie sein, was insbesondere auch Familienhebammen zunehmend leisten.

Hebammen arbeiten mit an Verbesserungen von Strukturen in der Geburtshilfe, um eine optimale Versorgung auch im Sinne einer gelungenen Bindung zu ermöglichen.

Das Konzept der Psychoanalyse betonte die Symbiose von Mutter und Kind, die Bedeutung von Gehalten sein und Containing und

wurde in seiner Bedeutung in der Geburtshilfe von der Bindungsforschung und durch Erkenntnisse aus der Neurobiologie erweitert. Konkrete Beispiele für die Bedeutung der Bindungstheorie sind auch im Konzept WHO Initiative Babyfreundliches Krankenhaus zu finden.

Hebammen und angrenzende Berufe, die mit Schwangerschaft und früher Elternschaft befasst sind, bieten Eltern außerdem:

- ◆ Schreikind-Ambulanzen und -beratung, entwicklungspsychologische Beratung
- ◆ Frühe Präventionsprogramme (Delfi, PEKIP, Fabel)

In der Sektion können auch Fragen und Studien zu folgenden Themen bearbeitet werden:

- ◆ Hebammen in der (früh) kindlichen Bildung (Hebammen in Grundschulen, Babywatching)
- ◆ Entwicklung im ersten Lebensjahr (osteopathische Perspektive)
- ◆ Family Nursing/Pflegepädagogik rund um die Geburt
- ◆ Psychodynamische Aspekte der Familiengründungsphase
- ◆ Bindungstheorie und frühe Kindheit (Bonding und Bindung bei dysfunktionalem Geburtsverlauf z.B. Sectiones, Frühgeburtlichkeit)
- ◆ Primärgesundheit, Säugling und Tragen

Sektion 'Hebammen und Familienhebammen im Kontext Früher Hilfen'

Diese Sektion will Informationen zu bestehenden Forschungsvorhaben sammeln und weitergeben sowie Ansprechpartner sein für Fachschaften und Institutionen.

Eine Regelversorgung von Schwangeren und Wöchnerinnen ist durch Hebammen mit ihren originären Tätigkeiten sicherzustellen. Bei erweitertem Betreuungsbedarf kann eine Familienhebamme hinzugezogen werden als Begleitung zu gesundheitlichen und sozialen Institutionen und Hilfe bei der Umsetzung von Präventionsbotschaften bis zum ersten Geburtstag des Kindes. Hebammen und Familienhebammen sind Teil der "Frühen Hilfen" im Sinne des Aktionsprogramms des Bundesfamilienministeriums.

Frühe Hilfen bieten soziale und alltagspraktische Unterstützung für Familien mit Kindern im Alter von 0 bis 3 Jahren, um Beziehungs- und Erziehungskompetenz (werdender) Eltern zu fördern. Die Fi-

nanzierung der Familienhebammen aus öffentlichen Mitteln (Bundeskinderschutzgesetzes vom 01.01.2012) ist an Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung geknüpft.

Als Berechnungsgrundlage für die Honorierung von Familienhebammen hat die Sektion eine Empfehlung zur *Honorierung der Familien-Hebammentätigkeit* erstellt. Die Empfehlung legt nicht die Höhe eines Honorars für Familienhebammen oder eine Gehaltseinstufung abschließend fest, stellt jedoch Grundlagen für die Ermittlung eines angemessenen Honorars sowohl für freiberufliche Familienhebammen als auch für eine Gehaltseinstufung angestellter Familienhebammen zur Verfügung.

Stellungnahme zur S1-Leitlinie „Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung“

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft, Sektion Schwangerenvorsorge zur S1-Leitlinie Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft Maternofetale Medizin (AGMFM)

24.02.2010

Die Aufnahme der S1-Leitlinie *Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung* in das AWMF-Leitlinien-Register ist für klinisch und außerklinisch tätige Hebammen gleichermaßen mit Konsequenzen in der Betreuung von Schwangeren nach Überschreitung des Termins verbunden. Aus diesem Grund wird die genannte Leitlinie im Folgenden durch die Sektion Schwangerenvorsorge der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) kritisch gewürdigt. Die kritische Würdigung bezieht sich dabei im Wesentlichen auf das methodische Vorgehen.

Die Auswahl der zur Erstellung der Leitlinie herangezogenen Literatur kann durch die fehlende Darstellung der Auswahlkriterien nicht nachvollzogen werden und lässt eine dezidierte kritische Auseinandersetzung mit der derzeitigen Studienlage vermissen. So konnte der zitierte Review von Crowley (2003) in der Cochrane Library nicht gefunden werden. Der in Pubmed gelistete gleichnamige Review von Crowley hatte seinen Ursprung im Jahr 2000 mit einem Update im Jahr 2006. Im Jahr 2007 wurde er jedoch von der Cochrane Library zurückgezogen.

Die in der Leitlinie formulierten Empfehlungen zum Zeitpunkt der Einleitung beziehen sich im Wesentlichen auf ein Review von Gülmezoglu et al. (2006), der als Reprint erneut im Jahr 2009, Issue 4, erschien. Die in diesem Review einbezogenen 19 Studien stammen aus den Jahren 1969 bis 2005. Wennerholm et al. (2009) bewerten in ihrem Review zur Fragestellung nach einer ausreichenden Evidenz für die gegenwärtige Einleitungspraxis die methodische Qualität von 10 der von Gülmezoglu et al. (2006) einbezogenen Studien als nicht ausreichend („poor“). Zwei weitere erhielten das Prädikat ausreichend („fair“). Sieben Studien aus den Jahren 1969 bis 2000 wurden von Wennerholm et al. nicht bewertet, dafür aber neue Studien in den Review aufgenommen.

Die jüngste der von den Autoren bewerteten Studien stammt aus dem Jahr 2007. Wennerholm et al. thematisieren unter anderem die unterschiedlichen Definitionen einer Terminüberschreitung, die als Basis der einzelnen Studien diente (287 bis 294 Tage) und kommen zu dem Schluss, dass eine Totgeburt gemessen an den Stichprobengrößen der einzelnen Studien ein zu seltenes Ereignis darstellt, um Schlüsse für eine adäquate Betreuung jenseits der 41. SSW zu ziehen (Wennerholm et al. 2009). Der Review von Wennerholm et al. wurde in der vorliegenden Leitlinie nicht berücksichtigt. Ergänzend zu Wennerholms Kritik muss angemerkt werden, dass Publikationen zur Übertragung in ungenügendem Maße Angaben zur exakten Schwangerschaftsdauer beinhalten.

In den Darstellungen beschränken sich die unterschiedlichen Autorinnen und Autoren in der Regel auf die Nennung von kompletten Schwangerschaftswochen. Neben dem Review von Gülmezoglu et al. wurden retrospektive Kohortenstudien für die Erstellung der Leitlinie herangezogen, in denen die Berechnung des Risikos einer Totgeburt auf der Basis unterschiedlicher statistischer Verfahren erfolgte. Olesen et al. (2003) berechnen die „Chance“ („odd“) auf eine Totgeburt, indem sie den Quotienten aus der Anzahl der Totgeburten (Zähler) bezogen auf die Anzahl der Lebendgeburten (Nenner) in der jeweiligen Schwangerschaftswoche in der Übertragungsgruppe (42. SSW und später) und der Gruppe der Termingeburten (37.- 41. SSW) berechnen (Olesen et al. 2003).

Im statistischen Sinne wird eine Chance berechnet, indem die Anzahl der Ereignisse (Zähler) durch die Anzahl der Nichtereignisse (Nenner) dividiert wird. Nichtereignisse sind jedoch nicht nur Lebendgeburten, sondern auch intakte Schwangerschaften. Unter Einbezug der intakten Schwangerschaften würde sich ein jeweils kleinerer Quotient in den beiden Gruppen ergeben, was zwangsläufig auch zu einem veränderten Ergebnis in der Gegenüberstellung dieser beiden Quotienten (odds ratio) führen würde. Aus Sicht der DGHWi bilden demnach die Ergebnisse von Olesen et al. (2003) nicht die korrekten „Chancen“ ab. Hinzu kommt, dass die Forscherinnen und Forscher eine Übertragung bereits ab der 42. SSW beziffert haben, was per definitionem noch keine Übertragung darstellt.

Hilder et al. (1998) berechnen hingegen Risiken. Der Quotient, den sie hierfür bilden, besteht aus der Anzahl Totgeburten innerhalb einer Schwangerschaftswoche (Zähler) und der Anzahl der intakten Schwangerschaften zu Beginn einer Schwangerschaftswoche (Nenner) („ongoing pregnancies“). Das relative Risiko (risk ratio) wird durch die Gegenüberstellung der Risiken in der Übertragungs- und Termingruppe berechnet (Hilder et al. 1998). Dieses Vorgehen scheint zunächst das korrekte Vorgehen zu sein. Das gewählte Forschungsdesign an sich ist hier jedoch als großer Schwachpunkt zu sehen. Gewählt wurde eine retrospektive Kohortenanalyse ohne weiterführende multivariate Analysen, was dazu führt, dass ein möglicher Einfluss von Schwangerschaftskomplikationen, Einleitungen, Geburtsmodi, Analgesien, Parität, Alter etc. nicht berücksichtigt werden konnte.

Ähnlich gehen Olesen et al. (2003) vor, wenngleich hier das Forscherteam eine Adjustierung seiner Daten nach mütterlichem Alter, kindlichem Geschlecht und Parität als aus der Literatur bezüglich

der Schwangerschaftsdauer bekannte Einflussgrößen vornahm. Insgesamt wurden die Daten, auf die sich Olesen und Hilder beziehen, vor 17 bis 32 Jahren erhoben.

Der S1-Leitlinie *Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung* ist eine kritische Bewertung der Studien unter Berücksichtigung des jeweiligen Forschungsdesigns nicht zu entnehmen. Dieses wird von der DGHWi im Umgang mit den Forschungsergebnisse bzw. den Konsequenzen, die hieraus gezogen werden, jedoch als essenziell angesehen.

Eine multidisziplinäre Diskussion zum Vorgehen in der statistischen Berechnung und Darstellung von Sterblichkeitsraten wäre äußerst wünschenswert. Grundsätzlich muss im Zusammenhang mit den zitierten Kohortenstudien hinterfragt werden, inwiefern Studienergebnisse, die auf Berechnungen mit unterschiedlichen Bezugsgrößen beruhen, in eine einheitliche Bewertung des Risikos der perinatalen Mortalität (siehe Seite 3 Punkt 5 der Leitlinie) weitestgehend unkommentiert übernommen werden können und im Hinblick auf die Glaubwürdigkeit der Leitlinie übernommen werden sollen.

An einigen Stellen der S1-Leitlinie *Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung* werden Sachverhalte als dokumentiert bzw. gut belegt dargestellt, ohne dass jedoch eine Quelle genannt wird. So wird beispielsweise in der Darstellung einer verminderten Fruchtwassermenge als Indiz für eine beginnende Plazentainsuffizienz (Seite 3 der Leitlinie) gänzlich auf die Angaben von Quellen verzichtet. Andere Quellen werden nur reduziert ausgewertet. So lassen sich die zitierten Daten der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS 2007) durch Daten des gleichen Berichtes berichtigen und ergänzen. 7.048 von 669.298 Geborenen wurden nach Vollendung der 42. SSW geboren, was einer Rate von 1,05% entspricht. Diese Zahl wird offenbar retrospektiv anhand der klinischen Reifezeichen des Neugeborenen berechnet, die in der klinischen Perinatalerhebung grob in Schwangerschaftswochen ausgedrückt werden. Bei einem „gesicherten“ Entbindungstermin beträgt die Rate der Kinder, die nach Vollendung der 42. SSW geboren werden, lediglich 0,55% (3.526 von 638.212 Geborenen).

Insgesamt beläuft sich die Einleitungsrate bis einschließlich 14. Tag nach einem „gesicherten“ errechneten Entbindungstermin auf nahezu 20 Prozent (19,96%) und die Rate der primären Sectiones jenseits der 37. SSW auf nahezu 15 Prozent (14,98%) (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung 2008). Die Rate von Kindern, die bei „gesichertem“ Termin nach Vollendung der 42. SSW geboren werden, sowie die Inzidenzrate von tot geborenen Kindern in dieser Zeit im Promillebereich erschweren zum einen tatsächlich die Herleitung kausaler Zusammenhänge; zum anderen lässt sich die von Lack (2004) zur Diskussion gestellte Frage, ob angesichts der im Hinblick auf die perinatale Mortalität im zeitlichen Verlauf stagnierenden Zahlen im Promillebereich nicht „[...] auch eine maximale erreichbare Untergrenze erreicht [wurde]“ (Lack 2004: 1049),

gut nachvollziehen.

Neben der fehlenden kritischen Auseinandersetzung mit der vorhandenen Literatur haben sich bei der Erstellung der Leitlinie Übertragungsfehler in Bezug auf internationale Forschungsergebnisse ergeben. So werden in Tabelle 1 (Seite 3) die Ergebnisse von Olesen et al. (2003) zwar dargestellt, jedoch wurde die in der Originalquelle formulierte Komplikation „peripheral nerve paralysis“ als „peripherer Nierenschaden“ in die Tabelle der Leitlinie übertragen (www.awmf.org, 12.10.2010, letzter Zugriff 09.02.2011).

Insgesamt mangelt es der Leitlinie in der Auswertung der Studienergebnisse an der einheitlichen, präzisen Darstellung der Schwangerschaftsdauer sowie an der Thematisierung der generellen Schwierigkeit, die tatsächliche Dauer einer menschlichen Schwangerschaft und damit im Zusammenhang den korrekten Geburtstermin zu benennen. Auf die differenzierte Darstellung der im Hinblick auf die Schwangerschaftsdauer oder die Inzidenzrate von Totgeburten beeinflussenden Faktoren wurde verzichtet und fehlt deshalb auch in den abschließenden Empfehlungen. Ähnliches gilt in Bezug auf das Wohlbefinden und die Sichtweise der Frauen, die Aufbereitung der Literatur zu möglichen alternativen Verfahren wie auch die Diskussion zu den gesundheitlichen Folgen von einleitenden Maßnahmen.

Schließlich wirkt es irritierend, dass den Schluss der Leitlinie die Empfehlung einer prophylaktischen wöchentlichen Eipolllösung ab der 38. SSW bildet, ohne dass hierfür externe Evidenzen angeführt werden. Die Empfehlung einer derartigen die Frauen belastenden, oftmals schmerzhaften Prozedur innerhalb einer S1-Leitlinie sollte aus Sicht der DGHWi gut belegt sein.

Nicht zuletzt im Hinblick auf den eingangs in der Leitlinie formulierten Anspruch, zum Konzept des „informed choice“ beizutragen, wird durch die DGHWi aufgrund der fehlenden Aspekte ein Nachbesserungsbedarf der Leitlinie konstatiert.

In der geburtshilflichen Praxis hat die Leitlinie *Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung* für Verunsicherung gesorgt. Vielerorts wird nun ab dem 8. Tag nach dem errechneten Termin ohne vorliegende Risikofaktoren mit Bezug auf die Leitlinie eingeleitet, wengleich die Empfehlung zur Einleitung ab 41+0 SSW in der Leitlinie selbst keineswegs fordernd formuliert ist. Auch dem ausdrücklichen Hinweis am Ende einer jeden durch die AWMF publizierten S1-Leitlinie, dass die Leitlinien für Ärztinnen/Ärzte nicht rechtlich bindend sind und daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung haben, scheint man in der Praxis mancherorts wenig Beachtung zu schenken.

In Bezug auf die Leitlinienentwicklung in Deutschland hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) Folgendes ausgeführt: „Der Begriff der Multidisziplinarität wird von vielen Leitlinienentwicklern zu eng gefasst und auf innerärztliche Interdisziplinarität reduziert. Multidisziplinarität in der

Leitlinienentwicklung reicht aber weit über eine binnenärztliche Interdisziplinarität hinaus und umfasst auch die Beteiligung von Repräsentanten nichtärztlicher Gesundheitsberufe“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007: 165f). Um eine Verunsicherung von Frauen und Paaren durch unterschiedliche, berufsgruppenspezifische Empfehlungen zu vermeiden, sollte den Ausführungen des SVR Rechnung getragen und eine Zusammenarbeit der geburtshilflich relevanten Berufsgruppen unter Beteiligung der Nutzerinnen in der Leitlinienentwicklung angestrebt werden.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2010). *Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung*. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-065_S1_Vorgehen_bei_Terminueberschreitung_und_Uebertragung_02-2010_12-2012.pdf [Stand: 9.2.2011]
- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (2008). BQS-Bundesauswertung 2007 Geburtshilfe. Düsseldorf: Eigenverlag.
- Hilder, L., Costeloe, K. & Thzilaganathan, B. (1998). Prolonged pregnancy. Evaluating gestation-specific risks of fetal and infant mortality. *BJOG*, 2, 169-173.
- Lack N (2004). Epidemiologie der perinatalen Mortalität. In H. Schneider, P. Husslein, K. T. M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (S. 1043-1055). Heidelberg: Springer.
- Olesen, A. W., Westergaard, J. G. & Olsen, J. (2003). Perinatal and maternal complications related to postterm delivery: a national register-based study, 1978-1993. *Am J Obstet Gynecol*, 1, 222-227.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten*. Bonn.
- Wennerholm, U., Hagberg, H., Brorsson, B. & Bergh, C. (2009). Induction of labor versus expectant management for post-date pregnancy: is there sufficient evidence for a change in clinical practice? *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1, 6-17.

Autorinnen:

Sektion Schwangerenvorsorge der DGHWi, Sektionssprecherin: Prof. Dr. rer. medic. Rainhild Schäfers

Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi)

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) fördert als unabhängige wissenschaftliche Fachgesellschaft (hebammenwissenschaftliche) Forschung, Lehre und Praxis, die sowohl der Entwicklung des Faches Hebammenwesen, als auch einer bedarfsgerechten, evidenzbasierten, effizienten und effektiven Versorgung von Frauen und ihren Familien in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit dienen. Neben dem wissenschaftlichen Diskurs ist der Fachgesellschaft die Kommunikation mit Gesellschaft und Politik ein Anliegen: Verantwortlichen in der Gesundheits- und Familienpolitik und auch unterschiedlichen Interessensvertretungen dieser Bereiche sollen die Ergebnisse der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft als Orientierung dienen.

Getragen wird die Gesellschaft durch ihre Mitglieder, die einem oder mehreren der folgenden Personenkreise angehören:

- ◆ Personen, zu deren Tätigkeitsbereichen hebammenwissenschaftliche, pflegewissenschaftliche und/oder gesundheitswissenschaftliche Lehre oder Forschung gehören sowie Studierende entsprechender Studiengänge,

Abschließende Empfehlung

Die S1-Leitlinie *Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung* sollte aufgrund bestehender Mängel ausgesetzt und zum baldmöglichsten Zeitpunkt in einer mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der tangierenden Fachgesellschaften, einschließlich der DGHWi, besetzten Arbeitsgruppe im Sinne einer S3-Leitlinie neu formuliert werden.

- ◆ Angehörige des Hebammenberufes einschließlich in Ausbildung befindlicher Personen, die an der Weiterentwicklung der Hebammenwissenschaft interessiert sind,
- ◆ Wissenschaftler/innen und Studierende anderer Disziplinen und
- ◆ Angehörige anderer Tätigkeitsfelder, die den Zweck des Vereins unterstützen.

Die Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft ist mit dem Recht verbunden, an mindestens einmal jährlich stattfindenden Mitgliederversammlungen teilzunehmen, Anträge an den Vorstand und die Mitgliederversammlung zu stellen, die Berichte der Vertreter/innen und Organe des Vereins zu prüfen und die laufenden Veröffentlichungen des Vereins zu beziehen.

Darüber hinaus haben die Mitglieder der Fachgesellschaft die Gelegenheit, ihre Expertise in einzelnen zu gründenden Sektionen (wie z.B. Sektion Stillen) einzubringen und dadurch an der Erarbeitung von wissenschaftlich abgeleiteten Empfehlungen und Ergebnissen verschiedener Wissenschaftsbereiche zu geburtshilflichen und hebammenrelevanten sowie kulturell angrenzenden Themen mitzuwirken.

Die Mitgliedschaft ist sowohl als ordentliches als auch als Fördermitglied möglich, wobei folgende Mitgliedsbeiträge gelten:

(Fortsetzung auf Seite 15)

Stellungnahme zur Reform der Pflegeausbildung – Neufassung der europäischen Berufsankennungsrichtlinie (Richtlinie 2005/36/EG)

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. (DGHWi) fordert den EU-Ministerrat und das Europaparlament auf, der Änderung der europäischen Berufsankennungsrichtlinie zuzustimmen. Die DGHWi e. V. fordert die Bundesregierung auf, die in der Neufassung der europäischen Berufsankennungsrichtlinie vorgesehene Anhebung der Schulausbildung von zehn auf zwölf Jahre unter der Prämisse der Erlangung der Hochschulzugangsberechtigung umzusetzen.

Februar 2012

Hintergrund/ Antrag der Bundestagsfraktionen vom 08.11.2011:

Von den Fraktionen CDU/CSU, FDP, SPD und Die Linke wurde am 08.11.2011 ein Entschließungsantrag an den Deutschen Bundestag eingereicht, der sich gegen eine Anhebung der schulischen Anforderungen als Zugang zur Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege sowie zur Hebamme/ Entbindungspfleger von zehn auf zwölf Schuljahre ausspricht. Begründet wird der Antrag mit der hohen Qualität der Ausbildung in diesen Bereichen, die eine Anhebung der Zugangsvoraussetzungen nach Ansicht der Antragsteller überflüssig macht. Zudem würde durch die Anhebung der schulischen Anforderungen der Kreis der potenziellen Bewerberinnen und Bewerber eingeschränkt und dadurch der Fachkräftemangel in der Pflege verschärft. Der Antrag wurde am 9.11.2011 im Ausschuss „Gesundheit“ des Bundestages verabschiedet.

Die Bundestagsfraktion Bündnis90 / Die Grünen unterstützte den Antrag nicht, da sie eine Anhebung der schulischen Anforderungen, insbesondere für Hebammen, als sinnvoll erachtet. Sie argumentiert, Hebammen erbringen keine abgeleiteten, sondern umfassende und komplexe eigenständige Leistungen, wie die Begleitung einer Geburt. Eine Anhebung der schulischen Anforderungen als Zugang zur Ausbildung sei daher geboten.

Die DGHWi e. V. unterstützt die in der Neufassung der europäischen Berufsankennungsrichtlinie von Dezember 2011 vorgesehene EU-weite Anhebung der schulischen Anforderungen von zehn auf zwölf Jahre als Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung zur Hebamme/ zum Entbindungspfleger. Vor dem Hintergrund der notwendigen Akademisierung des Hebammenberufes muss die Anhebung der Zugangsvoraussetzungen hierbei unter der Prämisse der Erlangung einer Hochschulzugangsberechtigung erfolgen.

Position der deutschen Fachgesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. (DGHWi):

Vorbehaltene Tätigkeit der Hebammen/ Entbindungspfleger Die DGHWi e. V. fordert eine von den Pflegeberufen getrennte Bewertung und Regelung der Berufsankennungsrichtlinie für Hebammen und Entbindungspfleger. Die Vorbehaltstätigkeit der Hebammen/ Entbindungspfleger unterscheidet den Hebammenberuf we-

sentlich von den Pflegeberufen, was durch die Regelung des Berufes durch eigene Berufsgesetze zum Ausdruck kommt. Eine Änderung der Zugangsvoraussetzung kann insofern nicht für beide Berufsgruppen gleich verhandelt werden.

Hebammen und Entbindungspfleger sind nach dem geltenden Hebmengesetz beauftragt und befugt, eigenverantwortlich die Schwangerenvorsorge, die Leitung von physiologischen Geburten und die Betreuung der Wöchnerinnen und Neugeborenen zu übernehmen. Im § 4 Hebmengesetz in der Fassung von 1985 ist die Geburtshilfe als „vorbehaltene Tätigkeit“ der Hebammen und Entbindungspfleger – neben Ärztinnen und Ärzten – definiert. Ärztinnen und Ärzte sind § 4 entsprechend verpflichtet, zu jeder Geburt eine Hebamme hinzuzuziehen. Die eigenständige, eigenverantwortliche und vorbehaltene Tätigkeit der Hebammen/Entbindungspfleger, die nicht an ärztliche Direktiven gebunden ist, begründet eine Anhebung der schulischen Anforderungen von zehn auf zwölf Jahre und die Voraussetzung der Hochschulzugangsberechtigung.

Ein weiterer gesundheitspolitischer Unterschied zwischen dem Hebammenberuf und den Pflegeberufen liegt in der Tatsache, dass im Hebammenberuf – im Gegensatz zu den Pflegeberufen – aufgrund sehr hoher Bewerberinnenzahlen auf die Ausbildungsplätze mittel bis langfristig nicht von einem Fachkräftemangel auszugehen ist. Zudem verfügt bereits heute die Mehrheit der Auszubildenden über eine Hochschulzugangsberechtigung.

Akademische Bildung für Hebammen/ Entbindungspfleger:

Die Neufassung der EU-Berufsqualifikationsrichtlinie zielt auf eine Nivellierung internationaler Unterschiede in der Pflege- und Hebammenberufsausbildung. In 24 der 27 Mitgliedstaaten ist bereits eine 12-jährige Schulbildung Zugangsvoraussetzung für Pflegeberufe und in vielen europäischen Ländern ist die Ausbildung zur Hebamme/ zum Entbindungspfleger auf Niveau 6 entsprechend des Europäischen Qualifikationsrahmens und im ersten Studienzyklus (Bachelorabschluss) laut Qualifikationsrahmen für den Europäischen Hochschulraum (EHEA) angesiedelt.

In Deutschland ausgebildete Hebammen/Entbindungspfleger sind folglich in einigen EU-Ländern damit konfrontiert, aufgrund ihrer

Qualifizierung auf einem niedrigeren Bildungsniveau nicht ohne weiteres als Hebamme bzw. Entbindungspfleger zugelassen zu werden. Dies widerspricht der Forderung nach Mobilität auf dem Arbeitsmarkt.

Nachdem 2008/2009 an der Hochschule Osnabrück der erste ausbildungsergänzende Bachelorstudiengang für Hebammen/ Entbindungspfleger mit dem Abschluss „Bachelor of Science (Midwifery)“ eingerichtet wurde, schaffen bundesweit immer mehr Hochschulen für Hebammen einen Zugang zu einer fachspezifischen akademischen Qualifikation. Seit 2009 ist mit der Verankerung der Modellklausel im Hebammengesetz (§6 Absatz 4 HebG) ein primärqualifizierendes Studium in Deutschland möglich, das – federführend am Standort der Hochschule für Gesundheit, Bochum – die gesamte Hebammenausbildung auf tertiärem Niveau sicherstellt. Zugangsvoraussetzung zu den Studiengängen ist eine Hochschulzugangsberechtigung, die in der Regel durch eine 12-jährige Schulausbildung erlangt wird. Zugang zu akademischer Bildung für Hebammen/ Entbindungspfleger wurde bereits 2007 im Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen gefordert. Veränderte Anforderungen an Hebammen sowie medizinische Entwicklungen verlangen aufgrund eines damit einhergehenden veränderten Kompetenzprofils eine Anpassung der Berufsausbildung. Hebammen/ Entbindungspfleger benötigen über die in der Hebammenausbildung vermittelten theoretischen und praktischen Inhalte hinaus die Kompetenz, relevante wissenschaftliche Studien zu recherchieren und kritisch zu analysieren sowie das gewonnene Wissen im Sinne eines guten Theorie-Praxis-Transfers und nach dem Prinzip von „evidence-based care“ anwenden zu können:

1. um das Recht von Frauen auf qualitativ hochwertige Hebammenhilfe während der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett, die die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigt und Frauen zu einer umfassend informierten Entscheidung befähigt („informed choice“) sowie das Recht auf die freie Wahl des Geburtsortes gewährleisten zu können,

2. um ihre präventiven und gesundheitsfördernden Aufgaben im Bereich der Versorgung junger Familien (Schwangerenvorsorge, Geburtshilfe, Wochenbettbetreuung, Stillberatung und Familienplanung) als wesentlichen Teil der Gesundheitsversorgung verantwortungsvoll und in vollem Umfang wahrnehmen zu können und
3. um im Rahmen interprofessioneller Versorgungsstrukturen kompetent kommunizieren und agieren zu können.

Die Bemühungen der deutschen Regierung, insbesondere des Bundesministeriums für Gesundheit, ein „leistungsfähiges und qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem“ (BMG: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/herausforderungen/einnahmen-und-ausgabenentwicklung.html>) sicherzustellen, erfordern im Bereich der Schwangerenvorsorge, Geburtshilfe, Wochenbettbetreuung und Stillberatung hochwertig qualifizierte Hebammen mit Kompetenzen, die formal ausschließlich auf tertiärem Niveau erworben werden können. Auf diesem Weg können langfristig Kosten gesenkt und eine qualitativ hochwertige, die Gesundheit von Mutter und Kind fördernde Geburtshilfe sichergestellt werden.

Die im Rahmen der Neufassung der europäischen Berufsanerkenntnisrichtlinie (Richtlinie 2005/36/EG) geforderte Anhebung der Schulausbildung von zehn auf zwölf Jahre als Zugangsvoraussetzung zum Beruf der Hebamme/ des Entbindungspflegers ist eine Grundvoraussetzung, Hebammen und Entbindungspfleger den Zugang zu akademischer Bildung zu ermöglichen. Mit der Forderung nach einer Anhebung der Schulausbildung wird in der Richtlinie insofern einerseits den veränderten und erhöhten Anforderungen an Hebammen/ Entbindungspfleger und andererseits den EU-weiten Entwicklungen Rechnung getragen. Hinweise auf einen Fachkräftemangel im Bereich des Hebammenwesens existieren aufgrund der sehr hohen Bewerberinnenzahlen nicht. Die hohe Qualität der derzeitigen Hebammenausbildung ist unbestritten, eine Akademisierung des Berufes aufgrund der veränderten und erhöhten Anforderungen an Hebammen dennoch notwendig.

Literatur:

- Bekanntmachung von Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben nach §6 Absatz 4 Satz 3 des Hebammengesetzes vom 16. November 2009. Bundesanzeiger 61, 180 (2009), S. 4052.
- Dachs, C., Braun, E., Fischer, C., Frerichs, L., Hellmers, C., Huhn, I., Kerkmann, M. & Seifert, F. (2011). *Hebammenausbildung an die Hochschule. Positionspapier des Pädagogischen Fachbeirates im Deutschen Hebammenverband e.V.* Karlsruhe. Veröffentlicht unter: http://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_nawsecured1&u=0&file=fileadmin/user_upload/pdf/Stellungnahmen/Hebammenausbildung_an_die_Hochschule_2011.pdf&t=1324482051&hash=12ca00ad22af5c1782f8b2a7caec2d90288963a7.
- Dachs, C., Klenk, M., unter Mitarbeit von Diefenbacher, M. & Lange, U. (2011). *Stellungnahme des Deutschen Hebammenverbandes zum Grünbuch der EU-Kommission zur Modernisierung der Berufsanerkenntnisrichtlinie*, 15.08.2011. Veröffentlicht unter: http://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_nawsecured1&u=0&file=fileadmin/user_upload/pdf/Stellungnahmen/Stellungnahme_zum_Gruenbuch_der_EUKommission.pdf&t=1324482051&hash=4c71dfbb7200f441da2503316e9f5aaf03d4a975.
- Dachs, C. & Klenk, M. (2011). *Brief an Jürgen Tiedje, European Commission: Grünbuch der EU-Kommission zur Modernisierung der Berufsanerkenntnisrichtlinie vom 17.10.2011.*
- Deutscher Bundestag (2011). *Entschließungsantrag zum Bericht der Bundesregierung „Reform der Pflegeausbildung – Überarbeitung der europäischen Be-*

rufsanerkennungsrichtlinie“. Ausschuss für Gesundheit, Ausschussdrucksache 17(14)0214, TOP 1 der TO am 9.11.2011 vom 8.11.2011.

Europäische Kommission (2011). *Grünbuch. Überarbeitung der Richtlinien über Berufsqualifikationen*. Brüssel, 22.6.2011.

Europäische Kommission (2011). Zugang zu Pflegeberufen nur mit Abitur. Vorschläge der EU-Kommission. *Osnabrücker Zeitung*, 44, 297 (20.12.2011), Titelblatt.

Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz - HebG) vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), zuletzt geändert durch Art. 19 (2124-14) des Gesetzes zur Gleichstellung behinderter Menschen vom 27.04.2002 (BGBl. I S. 1467, 1474), durch Art. 7 des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze vom 16.07.2003 (BGBl. I S. 1442, 1450), durch Art. 26 (2124-14) der Achten Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 25.11.2003 (BGBl. I 2003, 2304, 2307), durch Art. 45 (2124-14) der Neunten Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 31.10.2006 (BGBl. I S. 2407, 2412), durch Art. 18 (2124-14) des Gesetzes zur Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen der Heilberufe vom 02.12.2007 (BGBl. I S. 2686, 2718), durch die Verordnung zur Änderung der Anlage zur Bundes-Apothekerordnung, der Anlage zur Bundesärzteordnung, der Anlage zum Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde, der Anlage zum Hebammengesetz und der Anlage zum Krankenpflegegesetz vom 17.12.2007 (BGBl. I S. 2945 - Änderung der Anlage zum Hebammengesetz - 2124-14), durch Artikel 2 des Gesetzes zur Änderung des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes und anderer Gesetze zur Regelung von Gesundheitsfachberufen vom 30.09.2008 (BGBl. I S. 1910), durch Artikel 2 des Gesetzes zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten vom 25.09.2009 (BGBl. I S. 3158) und Artikel 8 des Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften vom 24.07.2010 (BGBl. I S. 983). Veröffentlicht unter: <http://www.hebammengesetz.de/gesetz.htm>.

Karaba, C. (2011). Brüssel will das Pflege-Abi. *Ärzte Zeitung online*, 19.12.2011. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gesundheitspolitik_international/article/684008/bruessel-will-pflege-abi.html.

Sayn-Wittgenstein, F. zu (Hrsg.) (2007). *Geburtshilfe neue denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland*. Bern: Hans Huber.

Wettach, S. (2011). EU-Kommission will Abitur für Pflegeberufe vorschreiben. *Wirtschaftswoche*, 21.12.2011. <http://mobil.wiwo.de/politik/5939442>.

Autorinnen:

Dr. phil. Wiebke Lisner, Prof. Dr. P.H. Friederike zu Sayn-Wittgenstein und Prof. Dr. Claudia Hellmers

Stellungnahme zu Interventionen in der Hebammentätigkeit

Jegliches Eingreifen in einen selbstständigen Prozess ist als Intervention zu definieren. Auch im geburtshilflichen Verständnis ist ein medizinisches wie auch komplementärmedizinisches Eingreifen in den an sich physiologischen Prozess der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes als Intervention zu bezeichnen.

09.12.2012

Jegliches Eingreifen in einen selbstständigen Prozess ist als Intervention zu definieren. Auch im geburtshilflichen Verständnis ist ein medizinisches wie auch komplementärmedizinisches Eingreifen in den an sich physiologischen Prozess der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes als Intervention zu bezeichnen.

Medizinische sowie komplementärmedizinische Maßnahmen zielen auf eine Veränderung des bis zu einem bestimmten Entscheidungspunkt selbstständig verlaufenden Prozesses von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ab. Um nützliche und nicht schädigende Veränderungen zu erzielen, **müssen** die angestrebten **Maßnahmen mit bestmöglichen wissenschaftlichen Belegen** für die Einheit Mutter und Kind versehen sein. Beabsichtigen Hebammen, durch medizinische wie auch komplementärmedizinische Interventionen einen Prozess in einer der drei Phasen zu beeinflussen, müssen sie über Kenntnisse der erwünschten wie unerwünschten Wirksamkei-

ten dieser Interventionen verfügen. Diese Kenntnisse sind den Ergebnissen qualitativ hochwertiger Studien zu entnehmen.

Der wissenschaftliche Beleg der Wirksamkeit einer Intervention wird vor dem Hintergrund einer von Erfahrung und Tradition getragenen hebammengeleiteten Geburtshilfe nicht immer gelingen. Auch führt der Anspruch einer frauenzentrierten Betreuung und Begleitung Hebammen in ihrer Arbeit möglicherweise an die Grenzen dessen, was wissenschaftlich bereits erforscht bzw. nachzuweisen ist. Gerade dann ist vor Anwendung einer Maßnahme, unter Einbezug von Erfahrungswissen und den Bedürfnissen der Frau, eine kritische Reflektion der erwarteten bzw. möglichen Vor- und Nachteile von besonderer Bedeutung.

Der Anspruch einer frauenzentrierten Betreuung impliziert den **Einbezug der Frau in Entscheidungsprozesse**. Im Idealfall übernimmt

die Frau als Expertin für ihren Körper im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung (shared decision making) Mitverantwortung für die letztendlich getroffene Entscheidung. Dies kann jedoch nicht in jedem Fall geschehen. Zum einen kann die jeweilige Situation dazu führen, dass der Prozess der partizipativen Entscheidungsfindung beispielsweise aus Zeitgründen nicht durchlaufen werden kann, zum anderen entspricht dieses Ausmaß der Beteiligung an einem Entscheidungsfindungsprozess vielleicht nicht dem jeweiligen Bedürfnis der Frau. Auch ist professionsethisch nicht zu vertreten, die Entscheidung und die Verantwortung dafür völlig der Frau zu überlassen. Wesentlich ist, dass der Frau die generelle Möglichkeit gegeben wird, über die Anwendung medizinischer wie komplementärmedizinischer Maßnahmen (mit-)entscheiden zu können. Dazu benötigt sie ausreichende Informationen über die Vor- und Nachteile einer Maßnahme. Neben diesen ist der Frau in einem Gespräch auch die Tatsache zu vermitteln, dass eine Maßnahme möglicherweise bislang nicht ausreichend erforscht ist.

Grundsätzlich ist hervorzuheben, dass *evidence¹ based practice* auf den wissenschaftlichen Belegen, dem Erfahrungswissen der Hebamme und den Bedürfnissen der Frau fußt (Sackett et al. 1997). Der wissenschaftliche Beleg zu den Wirksamkeiten ist demnach nicht alleinige Grundlage, wenn über ein medizinisches oder auch komplementärmedizinisches Eingreifen im Sinne einer *evidence based practice* nachgedacht wird.

In jedem Fall müssen – nicht zuletzt um neue wissenschaftliche Hinweise zu generieren – die angewendete Maßnahme, ihre Wirk-

samkeit, die Zielpersonen und die Situation, die ihre Anwendung veranlasst hat, genauestens untersucht, reflektiert und dokumentiert werden.

Keineswegs dürfen wirtschaftliche Interessen zur unreflektierten Anwendung medizinischer wie komplementärmedizinischer Maßnahmen führen, wenn Wirksamkeiten für Mutter und Kind nicht ausreichend wissenschaftlich belegt sind und Frauen nicht im beschriebenen Maße in den Entscheidungsprozess einbezogen werden.

Sofern eine Hebamme medizinische oder auch komplementärmedizinische Maßnahmen einsetzt, muss von ihr erwartet werden, dass sie ihr Handeln kritisch reflektiert auf der Basis einer fundierten wie anerkannten Aus- oder Weiterbildung. Der Rahmen dieser Aus- und Weiterbildung wird in Zukunft durch die Gesetzgebung, den Forschungsstand und die Empfehlungen der berufsständischen Interessensvertretungen abgesteckt werden.

„The Art of doing nothing well“ (Kennedy 2000) beschreibt das grundlegende Verständnis des beruflichen Handelns einer Hebamme. Die Maxime der Nicht-Intervention muss zentraler Leitgedanke des Hebammenhandelns sein, um unnötige Eingriffe, Einwirkung, Beeinflussung und damit Belastung der Frau, des Kindes und des physiologischen Prozesses zu vermeiden – unabhängig davon, ob es sich um pharmakologische, instrumentelle, manuelle oder alternativ-medizinische Maßnahmen handelt.

¹ „evidence“ bedeutet Beleg, Anzeichen, Hinweis (s. a. Behrens & Langer 2006)

Literatur:

- Behrens, J. & Langer, G. (2006). *Evidence-based nursing and caring: interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen; vertrauensbildende Entzauberung der "Wissenschaft"*. Bern: Hans Huber.
- Kennedy, H.P. (2000). A model of exemplary midwifery practice: results of a delphy study. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 45(1), 4-19.
- Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, R. & Richardson, W. (1997). *Was ist Evidenz-basierte Medizin und was nicht? Münchener Medizinische Wochenschrift*, 139(44), 644-645.

Autorinnen:

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

(Fortsetzung von Seite 11)

Ordentliche Mitglieder:

96 € pro Jahr
48 € ermäßigt für StudentInnen, SchülerInnen,
RentnerInnen

Fördermitglieder (Mindestbeiträge):

96 € pro Jahr
48 € ermäßigt für StudentInnen, SchülerInnen,
RentnerInnen

Laut Satzung können juristische Personen (wie z.B. Vereine, Stiftungen) *kein* ordentliches Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft werden. Als *Fördermitglied* sind sie aber herzlich willkommen!

Stellungnahme gemäß §92 Absatz 7d Satz 1 Halbsatz 1 SGB V der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die nicht in der AWMF organisiert sind.

Änderung der „Mutterschafts-Richtlinien“ – Anlage 3; Merkblatt zum Ultraschallscreening in der Schwangerschaft

Mit dem Beschluss vom 16. September 2010 wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) u.a. festgelegt, dass die ärztliche Aufklärung zum Ultraschallscreening durch ein Merkblatt unterstützt werden soll, das an die Schwangere vor dem ersten Ultraschallscreening ausgehändigt werden soll. Nach weitestgehend abgeschlossener Beratung zum Thema „Beratung und Aufklärung zum Ultraschall“ durch den Unterausschuss Methodenbewertung des G-BA erhielt die DGHWi Gelegenheit zur Stellungnahme. Die hier abgedruckte Stellungnahme beinhaltet teilweise sehr dezidiert Änderungsvorschläge zu einzelnen Abschnitten des Merkblatts. Die Änderungsvorschläge wurden durch den G-BA kritisch gewürdigt, blieben jedoch in der Überarbeitung weitestgehend unberücksichtigt. Das Merkblatt stellt die Anlage 3 der modifizierten Mutterschafts-Richtlinien dar. Zum Zeitpunkt der Drucklegung wurden diese jedoch noch nicht im Bundesanzeiger veröffentlicht.

3.1.2013

Die DGHWi begrüßt das vorgesehene Merkblatt vom Grundsatz her, auch vor dem Hintergrund des Gendiagnostikgesetzes und des Patientenrechtegesetzes, das in 2013 in Kraft treten wird.

Bewertung des zum Beschluss gehörigen Merkblattes Das Merkblatt beschreibt in allgemeinverständlicher Form den Umfang und die wesentlichen Inhalte des durch die Mutterschafts-Richtlinien vorgesehenen Ultraschallscreenings in der Schwangerschaft. Es weist auf die begrenzte Aussagekraft des Screenings und auf eventuelle Konfliktsituationen hin, die durch die Untersuchung auf Fehlbildungen des Kindes entstehen können. Die Möglichkeiten falsch positiver und negativer Befunde sowie der Verunsicherung der Frau durch unklare Ergebnisse werden beschrieben. Das Merkblatt wurde durch das unabhängige Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWi) erstellt. Es erhebt nicht den Anspruch eines „Aufklärungsbogens“ und soll das ärztliche Aufklärungsgespräch im Rahmen der Ultraschalluntersuchung nicht ersetzen.

Trotz der gelisteten positiven Aspekte enthält das Merkblatt an einigen Stellen deutliches Entwicklungspotenzial.

Insgesamt ist das Merkblatt sehr lang geworden. Die Gliederung des Inhaltes durch Fragestellungen führt zu Doppelungen und macht die Unterscheidung zwischen Basis-Ultraschall, erweitertem Basis-Ultraschall und weiteren möglichen Ultraschall-Untersuchungen schwierig. Die Entscheidung der Frau für oder gegen unterschiedliche Untersuchungen wird dadurch erschwert.

Zu überlegen ist, ob durch eine andere Gliederung Doppelungen vermieden und klarere Aussagen erzielt werden können. Beispielfähig sei hier die Gliederung der Informationen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Ultraschall in der Schwangerschaft und zur Pränataldiagnostik durch Ultraschall erwähnt.

Im Folgenden werden dezidiert Veränderungsvorschläge formuliert.

Seite 1:

In der **ersten Überschrift** des Merkblattes passt der Satz „Ich bin schwanger.“ weder vom sprachlichen Ductus (im ganzen Merkblatt wird die Ich-Form nicht verwendet) noch geht der folgende Absatz weiter auf die mit dieser von der Frau getroffenen Feststellung eventuell einhergehende Ambivalenz ein. Die DGHWi schlägt eine Streichung des Satzes vor.

Der **erste Absatz** übernimmt die Funktion einer Einleitung. Dabei geht der Inhalt des Absatzes weitgehend an der Fragestellung „Warum werden allen schwangeren Frauen drei Basis- Ultraschalluntersuchungen angeboten?“ vorbei. Kritisch sieht die DGHWi den Beginn mit der Feststellung „Viele Frauen und ihre Partner freuen sich bei einer Schwangerschaft auf die Ultraschalluntersuchungen.“ Damit wird die Erwartung der Eltern nach freudigem „Baby-Fernsehen“ unterstützt und dem Grunde nach für IGEL-Leistungen geworben, die „Beziehungsaufbau“ über den Bildschirm bieten wollen.

Unterstützt wird dies durch den **Absatz auf Seite 6** unter der Fragestellung „Wie erleben andere schwangere Frauen Ultraschalluntersuchungen?“ Hier wird der Ultraschall ausführlich als Lifestyle-Event für Familie und Freunde dargestellt. Der Text suggeriert, dass das Teilhaben-lassen von Anderen am Ultraschall ein Ausdruck der Freude auf das Kind ist und nur Frauen, die sich nicht sicher sind, „ob sie wirklich ein Kind haben möchten“, die Bilder nicht sehen möchten.

Im ersten Absatz wird außerdem die Aussage getroffen, dass 96 - 98 von 100 Schwangeren ein „gesundes“ Kind zur Welt bringen. In diesem Zusammenhang ist diese Aussage irreführend, da weder ersichtlich ist, was mit Gesundheit gemeint ist, noch welchen Einfluss die Ultraschall-Untersuchung darauf hat. Ziel des Screenings ist nicht die Bestätigung von Gesundheit, sondern die Suche nach Abweichungen. Bei dem indirekt genannten geringen Anteil von 2-

4% „nicht gesunder“ Kinder können allenfalls Kinder mit angeborenen Fehlbildungen gemeint sein, wobei angemerkt werden muss, dass einer Fehlbildung nicht zwingend mit dem Krankheitsverständnis begegnet werden kann. Zu den Kindern mit Fehlbildungen kommen auch Kinder mit Krankheiten (z.B. Infektionen), Frühgeburten und Kinder mit funktionellen Störungen (Stoffwechselstörungen, Blindheit, Taubheit), so dass die Aussage, 96-98% der Kinder wären gesund, schlichtweg falsch ist. Der darauf folgende Satz „Manchmal zeigen sich beim Ultraschall aber Auffälligkeiten...“ suggeriert, dass alle kranken Kinder durch Ultraschall entdeckt werden könnten.

Die DGHWi würde eine neutrale Haltung des Merkblattes begrüßen und schlägt daher eine Einleitung vor, die auf die Thematik des Merkblattes hinführt. Beispielhaft können für die sprachliche Gestaltung die „Informed-Choice“-Leaflets der Informed Choice Initiative des Midwives Information and Resource Service (MIDIRS) aus Großbritannien benannt werden.

Die DGHWi schlägt die Streichung beider Absätze (des ersten Absatzes und des Absatzes auf Seite 6) vor.

Zweiter Absatz letzter Satz: „Wenn Sie im Zusammenhang mit Ihrer Schwangerschaft Fragen haben, können Sie sich außerdem jederzeit an Ihre Hebamme/Ihren Entbindungspfleger oder eine psychosoziale Schwangeren-Beratungsstelle wenden.“

Der Begriff Schwangeren-Beratungsstelle ist den Frauen bekannt. Anzumerken ist, dass im ganzen Merkblatt die Berufsgruppe der Hebammen und Entbindungspfleger bisher nicht erwähnt werden. Schwangerenvorsorge wird eigenverantwortlich im Sinne der Mutterschafts-Richtlinien auch durch Hebammen/Entbindungspfleger durchgeführt. Das Merkblatt wird somit auch durch Hebammen/Entbindungspfleger an schwangere Frauen weitergegeben werden.

Seite 2:

2. Spiegelstrich: Da sich Aussagen zu Wirkungen und Nebenwirkungen immer nur auf gegenwärtige Erkenntnisse beziehen können, sollte dies im Satz durch ein Wort wie „derzeit“ kenntlich gemacht werden. Zudem ist bekannt, dass schon unklare Aussagen starke Ängste und Unsicherheit auslösen können^{1,2}. Festgestellte Abweichungen beim Kind können in Konfliktsituationen münden. Beides sollte hier schon als indirekte Wirkung erwähnt werden.

3. Spiegelstrich: Der Satz „Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, Sie vor dem Ultraschall über die Vor- und Nachteile mündlich und schriftlich aufzuklären“ sollte unter einem eigenen Spiegelstrich stehen.

Zweiter Absatz unter der Überschrift Was ist eine Ultraschalluntersuchung: Angesichts des invasiven Charakters, den die Verwen-

dung einer Vaginalsonde z.B. für von Gewalt betroffene Frauen haben kann, sollte in der Beschreibung des Ultraschalls mittels Vaginalsonde nochmals darauf hingewiesen werden, dass auch deren Einsatz abgelehnt werden kann. In diesen Fällen ist der Ultraschall auch über die Bauchdecke möglich.

Der erste Absatz unter der Überschrift Wann erhalte ich die Ergebnisse ... ist so formuliert, als müsste die Frau initiativ mitteilen was sie wissen möchte und was nicht („...sprechen Sie dies vor der Untersuchung an“), es ist jedoch Aufgabe der Ärztin oder des Arztes im Rahmen der Aufklärung vor der Untersuchung zu ermitteln in welchem Umfang Untersuchungen gewünscht sind und welche darüber hinausgehenden Zufallsbefunde mitgeteilt werden sollen. Der ganze Absatz müsste entsprechend umformuliert werden, so dass deutlich wird, dass vor der Untersuchung ein gemeinsamer Abwägungsprozess stattfindet.

Der letzte Satz sollte separat stehen. Es müsste ergänzt werden, dass Ärztinnen, Ärzte und Praxispersonal *gegenüber allen anderen Personen und Institutionen* der Schweigepflicht unterliegen.

Letzter Absatz: „Wenn Sie gesetzlich krankenversichert sind und nicht als Risikoschwangere gelten, werden Ihnen drei Basis-Ultraschalluntersuchungen angeboten.“ An dieser Stelle verwirrt der Hinweis auf Risikoschwangere, da er individueller Erläuterung bedarf und nicht jedes Risiko die gleichen Konsequenzen hat. Nach Ansicht der DGHWi sollte der Normalfall beschrieben werden. Das Vorgehen bei medizinischer Notwendigkeit von mehr Untersuchungen kann in dem Absatz „Was gehört nicht zum Basis-Ultraschall?“ (**Seite 4**) beschrieben werden. Dort sollte eine erkennbare Trennung unterschiedlicher Konstellationen erfolgen, die über den Basis-Ultraschall hinausgehen:

1. Medizinische Gründe, die sich aus der eigenen Krankengeschichte oder dem Verlauf der Schwangerschaft ergeben und die zu häufigeren Ultraschall-Untersuchungen Anlass geben, ebenso wie Befunde, die sich durch die normale Vorsorge z.B. durch Tastbefunde ergeben und die mittels Ultraschall überprüft werden.
2. Fein- oder Organ-Ultraschall auf Anraten von Arzt, Ärztin oder Hebamme.
3. Ultraschall-Untersuchungen, die ohne medizinische Gründe auf Wunsch der Schwangeren häufiger durchgeführt werden sowie Fein-Organ-Ultraschall ohne Indikation als IGe-Leistung.
4. Alle Untersuchungen, bei denen genetischen Abweichungen gesucht wird. Hier besteht die Verpflichtung zur besonderen Aufklärung, auch über die Möglichkeit der Frau, ihr Recht auf Nicht-Wissen in Anspruch zu nehmen.

Seite 4 :

Absatz „Wie zuverlässig sind die Ergebnisse des Basis-Ultraschalls?“: Es werden lediglich Fehlerbeurteilungen nach Ultraschall beschrieben, die im Zusammenhang mit Fehlbildungen oder Störungen stehen. Ziele des Screening sind jedoch auch die Bestimmung des voraussichtlichen Geburtstermins sowie die Ermittlung der Größe des Kindes; auch hierbei kann es zu Fehlbeurteilungen kommen. Diese Parameter inklusive der Berechnung des Gewichtes des Kindes und der Bestimmung des Geschlechtes stehen für die Eltern gleichfalls im Vordergrund. Gerade in Bezug auf die Gewichtsbestimmungen sind Abweichungen und falsche Vorhersagen weit häufiger als 1 Prozent^{3,4}. Der Absatz vermittelt durch unklare Angaben den Eindruck einer Genauigkeit, die nicht den Tatsachen entspricht.

Selbst mit Sachkenntnis kann der Satz „Nach internationalen Zahlen muss etwa eine von 100 Schwangeren mit einem falschen Ergebnis rechnen“ nicht interpretiert werden. Es bleibt unklar, ob mit dieser Aussage auf die Sensitivität oder Spezifität der Ultraschallsonografie Bezug genommen wird. Sie würde für Laien verständlich, wenn ihr klar verständlich die Zahlenbeispiele sowohl zur Sensitivität als auch zur Spezifität folgen würde.

Seite 5:

Erster Absatz unter „Kann ich auf Ultraschalluntersuchungen verzichten?“: Die Erläuterungen zur Arzthaftung gehören nicht in das Merkblatt und sind zu streichen.

Seite 6:

Absatz „Wo finde ich weitere Informationen?“: Hier ist ein Hinweis auf den Anspruch auf Hebammenhilfe in der Schwangerschaft zu

ergänzen, Hebammenhilfe umfasst sowohl medizinische als auch psychosoziale Aspekte.

Abschließende Bemerkung

Unklar bleibt, zu welchem Zeitpunkt der Schwangerschaft das Merkblatt ausgehändigt wird. Dies ist vor dem Hintergrund, dass in der Regel oft schon bei der Feststellung der Schwangerschaft eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt wird, wichtig.

Viele Frauen haben zwischen der 5. Schwangerschaftswoche und dem ersten nach Mutterschafts-Richtlinien vorgesehenen Ultraschall bereits mehrere Ultraschall-Untersuchungen hinter sich, die verunsichern können (wenn zum Beispiel noch kein Herzschlag nachgewiesen werden kann). Die Unterscheidung zwischen kurativ abrechenbaren Ultraschall-Untersuchungen vor der 9. Schwangerschaftswoche und Untersuchungen nach Mutterschafts-Richtlinien ist für die Frauen nicht transparent.

Das Merkblatt müsste nach Ansicht der DGHWi vor dem allerersten Ultraschall in der Schwangerschaft ausgehändigt werden und Hinweise auf die begrenzte Aussagekraft sehr früher Untersuchungen enthalten. Die Aushändigung des Merkblattes und die erste Ultraschalluntersuchung sollten nicht an ein und demselben Vorsorgetermin erfolgen.

Aufgrund der beschriebenen Mängel schlägt die DGHWi abschließend eine grundlegende Überarbeitung des Merkblattes unter Einbezug der Berufsgruppe der Hebammen und Entbindungspfleger vor.

In den tragenden Gründen zum Beschlussentwurf ist die Einbeziehung der DGHWi durch das Stellungnahmeverfahren zu ergänzen.

Literatur:

- ¹ Sahin, N.H. & Gungor, I. (2008). Congenital anomalies: parents' anxiety and women's concerns before prenatal testing and women's opinions towards the risk factors. *J Clin Nurs*, 17(6), 827-836.
- ² Petersen, J.J., Paulitsch, M.A., Guethlin, C., Gensichen, J. & Jahn, A. (2009). A survey on worries of pregnant women--testing the German version of the Cambridge worry scale. *BMC Public Health*, 9, doi: 10.1186/1471-2458-9-490.
- ³ Pilalis, A., Souka, A.P., Papastefanou, I., Michalitsi, V., Panagopoulos, P., Chrelias, C. & Kassanos, D. (2012). Third trimester ultrasound for the prediction of the large for gestational age fetus in low-risk population and evaluation of contingency strategies. *Prenat Diagn*, 32(9), 846-853.
- ⁴ Souka, A.P., Papastefanou, I., Pilalis, A., Michalitsi, V. & Kassanos, D. (2012). Performance of third-trimester ultrasound for prediction of small-for-gestational-age neonates and evaluation of contingency screening policies. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 39(5), 535-542.

Autorinnen:

Prof. Dr. rer. medic. Rainhild Schäfers und Monika Selow
Sektion Schwangerenvorsorge

Stellungnahme zur Birthplace-Study in England

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft nimmt aktuell Stellung zur Birthplace-Study in England. Diese Studie untersuchte die Qualität der englischen Geburtshilfe und hat international für großes mediales Interesse auf Grund der diametralen Ergebnisdiskussion geführt.

28.02.2012

Ausführliche Darstellung der Ergebnisse

Hintergrund und Methode

Untersucht wurden mehr als 64.000 Geburten gesunder Frauen mit unkomplizierten Schwangerschaften. Die Frauen hatten ihre Geburt zu Hause, in einer hebammengeleiteten Einrichtung oder im üblichen Kreißaal geplant und begonnen. Oberste Priorität der Studie hatte die Gesundheit der Kinder und ihrer Mütter. Da kindliche Morbidität und Mortalität im Allgemeinen sehr seltene Ereignisse sind, wurden sie in dieser Studie zu einem gemeinsamen zentralen Endpunkt zusammengefasst, um eine statistische Aussagekraft sicherzustellen.

Das interdisziplinäre *Birthplace in England Research Programme* wurde unternommen, um Evidenzen bezüglich der Erreichbarkeit, Sicherheit, Organisation und Kosten der Dienste des National Health Service (NHS) im Bereich der Geburtshilfe zu gewinnen. Die Birthplace-Studie ist eine nationale prospektive Kohortenstudie, die Vor- und Nachteile von Geburten in unterschiedlichen Geburtssettings untersucht (Birthplace in England Collaborative Group, 2011).

Für die Studie wurden das Geburtsgeschehen, Interventionen, auftretende Komplikationen und unerwünschte Auswirkungen auf Mutter und Kind von insgesamt 79.774 Geburten erhoben. Davon konnten 64.538 Geburten von gesunden Frauen mit einer „low-risk“-Schwangerschaft analysiert werden, die die Geburt in einem üblichen Kreißaal unter ärztlicher Leitung (Obstetric Unit [OU]), in einem klinikeigenen Hebammenkreißaal (Alongside Midwifery Unit [AMU]), in einem eigenständigen hebammengeleiteten Geburtshaus (Freestanding Midwifery Unit [FMU]) oder eine Hausgeburt (Home Birth) geplant und begonnen hatten. Die Daten wurden nach Intention-to-treat (ITT) ausgewertet, d.h. alle Geburten wurden – unabhängig vom letztendlichen Geburtsort – derjenigen Gruppe zugeordnet, in der die Geburt begonnen wurde. Es wurden ca. 17.000 Hausgeburten, 28.000 Geburten in einer FMU oder AMU und ca. 20.000 Geburten in einer OU dokumentiert. In allen Geburtssettings wurden Frauen während der Geburt durch Hebammen betreut. In der OU erfolgte die Betreuung gemeinsam mit Gynäkologen oder Gynäkologinnen.

Da die Geburtshilfe in den Industrienationen grundsätzlich als sehr sicher angesehen werden kann, wurden Geburtsverletzungen und Todesfälle während und nach der Geburt nicht getrennt von einan-

der analysiert. In dieser kombinierten Ergebnisvariable („kindliche Morbidität/Mortalität“) wurden folgende Befunde ungewichtet zusammengefasst: Totgeburt (Versterben nach Betreuungsbeginn), neonatale Mortalität in den ersten sieben Lebenstagen, neonatale Enzephalopathien, Mekoniumaspiration, Clavicula- und Humerusfrakturen sowie Armlähmungen. Weitere Endpunkte waren medizinische Interventionen, mütterliche und neonatale Verlegungsraten, Geburtsmodi, Geburtsverletzungen und die Stillrate.

Mütterliche sozioökonomische Merkmale unterschieden sich in den unterschiedlichen Settings zum Teil sehr stark. Der größte Unterschied zeigte sich in der Parität mit 27 % Erstgebärenden in der Hausgeburtsgruppe und 46-54 % in den anderen Geburtssettings. Im Vergleich mit ärztlich geleiteten Abteilungen waren Frauen, die eine Hausgeburt planten, eher älter und weiß; sie konnten eher fließend Englisch sprechen und stammten aus besseren sozioökonomischen Verhältnissen. Die Studienergebnisse wurden hinsichtlich der genannten Unterschiede kontrolliert.

In der Hausgeburtsgruppe wurden bei Betreuungsbeginn weniger häufig Geburtsrisiken diagnostiziert als in den ärztlichen Abteilungen (7 % vs. 20%). Im ersten Schritt wurden daher alle Studienteilnehmerinnen berücksichtigt („alle“) und in einer weiteren Analyse wurden die Daten der Frauen mit erhöhtem Risikopotenzial entfernt („ohne Risiko“). Wodurch das unterschiedliche Risikopotenzial begründet ist, konnte die Forschergruppe in ihren Berichten nicht erklären.

Ergebnisse

Primäres kindliches Outcome: Unerwünschte Ereignisse bei den Kindern waren insgesamt sehr selten – häufiger jedoch bei Erstgeborenen der Hausgeburtsgruppe.

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des kindlichen Outcomes zwischen den drei hebammengeleiteten Settings AMU, FMU und Hausgeburt und der ärztlich geleiteten Versorgung im Krankenhaus (OU). Die hebammengeleiteten Einrichtungen wurden jeweils einzeln mit der Referenzgruppe der OU verglichen. In der Analyse mit dem erhöhten Risikopotential („alle“) ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den einzelnen hebammengeleiteten Einrichtungen und der Referenzgruppe der OU (adjustierte OR 1,16, 95% [KI 0,76-1,77]). Die Analyse der Geburten, die keinerlei Risikopotenzial („ohne Risiko“) aufwiesen, zeigte

dagegen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für ein schlechteres Outcome der Hausgeburtsgruppe verglichen mit der Referenzgruppe (OR 1,59, [95% KI 1,01-2,52]). Allerdings weist das Konfidenzintervall auf einen knappen Unterschied hin. Keine Unterschiede gab es bei den anderen Formen der hebammengeleiteten Geburtshilfe (AMU, FMU) im Vergleich zu den ärztlich geleiteten Einheiten.

In der Subgruppenanalyse nach Parität wurden deutlichere Unterschiede zwischen Erst- und Mehrgebärenden sichtbar. Für die Mehrgebärenden waren keine Unterschiede nachweisbar. Es zeigte sich jedoch eine signifikante Erhöhung der Wahrscheinlichkeit für ein ungünstiges kindliches Outcome bei Geburten von Erstgebärenden der Hausgeburtsgruppe, welche bei Betreuungsbeginn kein Risikopotential aufgewiesen hatten („ohne Risiko“) (adjustiertes OR 1,75, [95% KI 1,59-4,92]).

Nimmt man die komplizierenden Fälle hinzu („alle“), ergab sich eine Odds Ratio von 1,75 mit einem Vertrauensbereich von 1,07-2,86, d.h. das Risiko eines negativen Outcomes sank gegenüber der Gruppe ohne Risikopotenzial.

Die gewichtete Inzidenz für ein negatives kindliches Outcome lag bei den Erstgebärenden der Hausgeburtsgruppe „ohne Risiko“ bei 9,5/1000, im Gegensatz zu 3,5/1000 in der OU, während sie sich bei „allen“ der Hausgeburtsgruppe auf 9,3/1000 belief - im Vergleich zu 5,3/1000 in der OU.

Die absoluten Zahlen – bezogen auf die Gesamtgruppe der 64.000 Geburten (inklusive derer mit erhöhtem Risikopotenzial) – zeigten folgendes Bild: Bei insgesamt 250 Kindern kam es zu sogenannten unerwünschten neonatalen Outcomes (4,3/1000 Geburten). 32 Kinder verstarben während oder kurz nach der Geburt, 96 Kinder erlitten eine (moderate bis schwere) Enzephalopathie, 75 eine Mekoniumaspiration und 30 eine Plexusparese, einen Femurbruch oder eine Claviculafraktur.

Totgeburten, die sich vor Geburtsbeginn ereigneten, wurden nicht erfasst. Die Ursachen für das Versterben der Kinder wurden bislang nicht analysiert. So könnten unter diesen verstorbenen Kindern auch Kinder mit schweren bzw. letalen Abnormalitäten subsummiert sein (schriftliche Kommunikation mit Ph.D Jennifer Hollowell, Epidemiologin und Leiterin des Teilprojektes zum geburtshilflichen Outcome am 15.02.2012). Eine genaue Analyse der Todesfälle ist geplant.

In der Gruppe der geplanten Hausgeburten kam es zu sechs (0,3/1000), in den FMU zu vier (0,4/1000), in den AMU zu einer (0,2/1000) und in der OU zu drei (0,2/1000) Totgeburten. Außer in der AMU, in denen es zu drei neonatalen Todesfällen kam, starben in den anderen Abteilungen jeweils fünf Kinder innerhalb der ersten sieben Tage nach der Geburt. Bei 40 Neugeborenen in der

OU und bei 36 Neugeborenen der Hausgeburtsgruppe wurde entweder eine neonatale Enzephalopathie diagnostiziert oder es zeig-

ten sich entsprechende Symptome. Die Anzahl der Mekoniumaspirationen, Brachial Plexus-Verletzungen und Frakturen der Clavicula wurde im Vergleich mit der OU in den hebammengeleiteten Geburtsettings jeweils entweder gleich oder weniger häufig dokumentiert.

Sekundäre Ergebnisse: Die Studie zeigt, dass gesunde schwangere Frauen, die eine Geburt in einer hebammengeleiteten Einrichtung planen, eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine Geburt mit wenigen medizinischen Interventionen hatten.

Eine Spontangeburt ohne medizinische Interventionen erlebten am häufigsten Frauen der Hausgeburtsgruppe (87,9%) und Frauen der FMU-Gruppe (83,3%). In der AMU-Gruppe waren es 76,0% und in der OU-Gruppe waren es 57,5% aller Frauen.

Bei den Frauen der Hausgeburtsgruppe lag die Kaiserschnitttrate bei 2,8%, in der Gruppe der FMU bei 3,5% und bei Frauen der AMU bei 4,4%. 11,1% der Frauen, die in der OU ihre Geburt begonnen hatten, erhielten einen Kaiserschnitt. In allen Studiengruppen traten keine mütterlichen Todesfälle auf.

Kinder der Hausgeburts- und Geburtshausgruppen wurden signifikant häufiger gestillt. Die Wahrscheinlichkeit für eine Intervention (Wehenmittel, Epidural-/Spinalanästhesie, Vollnarkose, vaginal-operative Entbindung, Episiotomie, aktives Management der Plazentaphase) war in allen hebammengeleiteten Settings deutlich geringer. Am geringsten war die Wahrscheinlichkeit für eine Intervention in der geplanten Hausgeburts- und der FMU-Gruppe. So lag die Inzidenz einer Episiotomie in der Hausgeburtsgruppe bei 5,5%, während sie in der OU-Gruppe 19,3% betrug. Eine medikamentöse Wehenregulierung wurde bei 5,4% (HG) versus 23,5% (OU) vorgenommen; eine vaginal-operative Entbindung erfolgte in 4,1% (HG) versus 14,9% (OU) der Fälle.

Tendenziell wurde bei Frauen der Hausgeburtsgruppe, aber auch der FMU-Gruppe, – unabhängig von der Parität – seltener ein Dammriss dritten oder vierten Grades diagnostiziert. Sie erhielten auch seltener eine Bluttransfusion.

Verlegungsrate: Die Verlegungsrate während und nach der Geburt waren für Erstgebärende hoch – die Gründe für die Verlegung waren jedoch in den seltensten Fällen akut.

Die Verlegungsrate in den drei hebammengeleiteten Settings war für Erstgebärende signifikant höher im Vergleich zu Mehrgebärenden (36-45% vs. 9-13%). Bei den Hausgeburten waren 2.057 von 4.568 Erstgebärenden (45%) von einer Verlegung während und nach der Geburt betroffen, wobei 1.605 Erstgebärende (35,1%) während der Geburt verlegt wurden. Als häufigster Verlegungsgrund wurde für alle Gebärenden der Geburtsstillstand in der Eröffnungsphase (33%) genannt, gefolgt von der Diagnose „grünes Fruchtwasser“ (12%). Nur in 7% der Fälle wurde kindlicher Stress als Verlegungsgrund angegeben und bei 7% Lösungsschwierigkeiten der Plazenta.

Kosten/Wirksamkeits-Analyse der Birthplace-Studie: Der ökonomische Teil der Studie zeigte für die hebammengeleiteten Einrichtungen und Hausgeburten eine signifikante Überlegenheit im Sinne eines verbesserten bzw. gleichwertigen Outcomes bei niedrigeren Kosten.

Alle hebammengeleiteten Einrichtungen wiesen ein signifikantes Einsparungspotential gegenüber dem klinischen Setting auf. Diese Ergebnisse waren nach Adjustierung und Bootstrappen (Stabilisierung des arithmetischen Mittelwertes) der Daten sowie nachfolgenden Sensitivitätsanalysen robust (Einsparungen: Hausgeburt 366,80£, FMU 182,10£, AMU 129,30£). Dabei wurden auf Grund der Intention-to-treat-Analyse die Kosten durch Verlegungen (Rettungswagenfahrten etc.) der FMU und Hausgeburtgruppe berücksichtigt und die Gesamtkosten (Gemein- und Einzelkosten) fallweise den Geburten anteilig zugeordnet.

Zur Organisation der Gesundheitsdienste der „Trusts“ (Einrichtungen des Gesundheitswesens):

In den parallel durchgeführten qualitativen Fallstudien wurden die großen Herausforderungen für die „Trust“-Manager deutlich, ausreichend Gemeindehebammen in den verschiedenen Settings einzusetzen. Zudem berichteten einige der Hebammen, sich zum Teil isoliert und an exponierter Stelle zu fühlen, wenn sie Hausgeburten begleiten würden. Sie berichteten des Weiteren

von einem Mangel an kontinuierlicher geburtshilflicher Erfahrung und Sorgen wegen der Stellenbesetzungen in der Hausgeburtsilfe. Diese Aussagen betreffen vor allem die Arbeitsbedingungen von Hebammen, die nicht sowohl in der Gemeinde als auch im Krankenhaus in Hebammenteams eingebunden sind, sondern vielmehr allein in der Gemeinde stehen. Eine Rotation der Hebammen im „Trust“, der alle Variationen an Geburtssettings anbietet, wurde als sinnvolles Modell angesehen.

Zwischenfazit

Die Ergebnisse zeigten eine Überlegenheit der hebammengeleiteten Geburtshilfe hinsichtlich wichtiger Ergebnisparameter. Doch wies sie gleichermaßen auf eine höhere Wahrscheinlichkeit für ein unerwünschtes Outcome bei Erstgeborenen der Hausgeburtgruppe hin. Allerdings war die Anzahl unerwünschter Ereignisse während der Geburt so gering, dass bestimmte Wahrscheinlichkeitswerte nicht berechnet werden konnten und leichte sowie schwere Ereignisse zusammen in einer Variablen bewertet wurden. Die Studie belegt, dass die Ergebnisse nicht pauschal hinsichtlich „klinischer Geburtshilfe versus außerklinischer Geburtshilfe“ formuliert werden können, sondern differenziert bezüglich der Parität und der einzelnen Geburtsorte betrachtet werden sollten.

Die Ergebnisse der Studie, so die Forschergruppe, unterstützen die eingeschlagene Politik des NHS, Frauen ein breites Angebot bei der Auswahl des Geburtsortes zu ermöglichen. Die Ergebnisse der

Studie können zudem Frauen bei einer Entscheidung, die sich auf relevante und wissenschaftlich belegte Informationen stützt („informierte Entscheidung“), helfen.

Die guten Ergebnisse der freistehenden hebammengeleiteten Einrichtungen für alle Gebärenden, insbesondere für die Mehrgebärenden, sind dabei hervorzuheben. Diese Einrichtungen sind häufig traditionell gewachsen und vorwiegend im ländlichen Raum zu finden. Trotz einer Verlegungsdistanz von durchschnittlich 20 Meilen (ca. 32 km) gab es keinen Unterschied beim kindlichen Outcome.

Diskussion

Unerwünschte Ereignisse, wie schwere kindliche Morbiditäten oder Mortalität, kommen selten vor und wurden für die statistischen Analysen in einem ungewichteten Indikator zusammengefasst. Ernsthaft Befunde, wie eine Totgeburt, lebensbedrohliche oder eventuell zu einer Behinderung führende Ereignisse, wurden auf diese Weise mit behandelbaren Erkrankungen und Verletzungen zusammengeführt. Diese Zusammenführung von Mortalität und ungewichteter Morbidität erschwerte eine differenzierte Bewertung. Auch ließ sich mit einer Intention-to-treat-Analyse nicht nachvollziehen, in welchen Verantwortungsbereich (Hausgeburt, FMU, AMU oder OU) die schlechten Outcomes bei verlegten Gebärenden und Müttern (und damit für knapp die Hälfte der Erstgebärenden) fielen. Angesichts der niedrigen Zahlen ist eine Aufarbeitung der einzelnen Mortalitätsfälle (insgesamt= 32) als Sentinel Event anzustreben, um langfristig die Qualität in der klinischen wie außerklinischen Geburtshilfe zu verbessern.

Dennoch stellt sich die Frage, welche Faktoren für das schlechtere kindliche Outcome bei Erstgebärenden in der Hausgeburtshilfe verantwortlich sind. Häufig wird in der Verlegungsdistanz ein Risiko für Mutter und Kind vermutet. Jedoch bestehen in England auch zwischen den FMU und den Kliniken große Entfernungen (durchschnittlich 20 Meilen). Da die FMU kein signifikant schlechteres Ergebnis gegenüber dem klinischen Setting aufweisen, kann das erhöhte Risiko in der Hausgeburtshilfe nicht durch die Distanzen zwischen geplantem außerklinischen und erfolgtem klinischen Geburtsort begründet sein.

Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die deutsche Geburtshilfe

Eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf deutsche Verhältnisse ist nicht sinnvoll. Zu stark weicht die Organisation der Gesundheitsdienste im zentral geführten NHS vom deutschen Gesundheitssystem ab. Zudem arbeiten Hebammen in England nach anderen gesetzlichen Bestimmungen und Leitlinien.

Beispielsweise ist in England die Gabe von Opioiden während der Geburt keine Indikation zur Verlegung in einen ärztlich geleiteten Kreißsaal. Dies ist in Deutschland obligat. Von allen Frauen, die in Deutschland eine Geburt zu Hause, in einem Geburtshaus oder einer Praxis (außerklinische Geburten) planen und beginnen, wer-

Stellungnahmen

den 12,5% während der Geburt in eine Klinik verlegt. Von den Erstgebärenden sind es 25% (Loytved & Wenzlaff 2007, S. 76) gegenüber ca. 35% in England. Die Verlegungsdistanz liegt in 88,1% der Verlegungsfälle unter 10 km und damit deutlich unter den Distanzen von hebammengeleiteten Einrichtungen in England.

Empfehlungen

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft empfiehlt eine angemessene und ausgewogene Beratung der Gebärenden und ihrer Partner hinsichtlich des Geburtsortes. Eine freie Wahl des Geburtsortes sollte allen gesunden Gebärenden offen stehen.

Werdende Eltern in Deutschland sollten über ihre Möglichkeiten zur Wahl des Geburtsortes aufgeklärt werden. Signifikante Unterschiede

bei sehr seltenen Ergebnisparametern sollten nicht mit klinischer Relevanz oder der individuellen Relevanz für schwangere Frauen verwechselt werden. Die Bewertung dieser Risiken können nur die werdenden Eltern in ihrem individuellen Lebenskontext übernehmen.

Eine Aufklärung sollte daher das Auftreten von Risiken beinhalten. Erstgebärende sind somit auf das erhöhte Risiko einer Verlegung während der Geburt (25% für Erstgebärende in Deutschland) hinzuweisen. Ebenso müssen Gebärende über das höhere Risiko von Interventionen sowie vaginaloperativen Entbindungen im klinischen Setting aufgeklärt werden.

Literatur:

- AQUA-Institut (2010). *Bundesauswertung zum Verfahrensjahr 2010. 16/1 Geburtshilfe, Qualitätsindikatoren*. 2011.
- Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG e.V.) (2010). *Qualitätsbericht 2009. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland*.
- Birthplace in England Collaborative Group (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*, d7400 doi: 10.1136/bmj.d7400 [Published 24 November 2011]
- Hollowell, J. (2011). *Birthplace Programme: Overview: background, Component Studies and summary of findings. Birthplace in England research programme. Final report part 1*. NIHR Service Delivery and Organisation programme.
- Hollowell, J., Puddicombe, D., Rowe, R., Linsell, L., Hardy, P., Stewart, M., et al. (2011). *The Birthplace national prospective cohort study: perinatal and maternal outcomes by planned place of birth. Birthplace in England research programme. Final report part 4*. NIHR Service Delivery and Organisation programme.
- Loytved, C. & Wenzlaff, P. (2007). *Außerklinische Geburt in Deutschland. German Out-Of-Hospital Birth Study 2000–2004*. Bern, Göttingen: Hans Huber.
- McCourt, C., Rance, S., Rayment, J. & Sandall, J. (2011). *Birthplace qualitative organisational case studies: How maternity care systems may affect the provision of care in different birth settings. Birthplace in England research programme. Final report part 6*. NIHR Service Delivery and Organisation programme.
- Redshaw, M., Rowe, R., Schroeder, L., Puddicombe, D., Macfarlane, A., Newburn, M., McCourt, C., Sandall, J., Silverton, L. & Marlow, N. (2011). *Mapping maternity care: the configuration of maternity care in England. Birthplace in England research programme. Final report part 3*. NIHR Service Delivery and Organisation programme.
- Rowe R. (2011). *Birthplace terms and definitions: consensus process. Birthplace in England research programme. Final report part 2*: NIHR Service Delivery and Organisation programme.
- Schroeder, L., Petrou, S., Patel, N., Hollowell, J., Puddicombe, D., Redshaw, M. et al. (2011). *Birthplace cost-effectiveness analysis of planned place of birth: individual level analysis. Birthplace in England research programme. Final report part 5*. NIHR Service Delivery and Organisation programme.

Autorinnen:

Dipl. Pflegewirting (FH) Astrid Krahl, Dipl. Kauffrau (FH) Nina Knappe und Dr. Christine Loytved

Empfehlung zur Honorierung der Familienhebammen-Tätigkeit

08.01.2013

1. Einleitung

Die vorliegende Empfehlung wurde aufgrund einer Anfrage des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen an die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi) formuliert.

Die DGHWi, welche 2008 gegründet wurde, ist eine wissenschaftliche Fachgesellschaft, die sich das Ziel gesetzt hat, die Hebammenwissenschaft in Forschung und Lehre zu fördern sowie den wissenschaftlichen Diskurs in dieser Disziplin zu unterstützen. Dabei wird der wissenschaftstheoretische und methodologische Pluralismus gewährleistet. Die DGHWi unterstützt Forschungs- und Entwicklungsvorhaben, fördert die Verbreitung von Ergebnissen der Hebammenforschung und deren Anwendung in Praxis und Lehre und führt regelmäßig wissenschaftliche Tagungen durch.

Die DGHWi gehört seit Juni 2012 zu dem Kreis der Fachgesellschaften, welche vor abschließenden Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Stellungnahme berechtigt sind. Die Fachgesellschaft verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke, sie ist unabhängig und selbstlos, d.h. nicht eigenwirtschaftlich tätig.

Die im Mai 2012 gegründete DGHWi-Sektion "Hebammen und Familienhebammen im Kontext Früher Hilfen" sammelt Informationen zu bestehenden Forschungsvorhaben der Frühen Hilfen und ist Ansprechpartnerin für Fachgesellschaften und Institutionen.

2. Intention der Empfehlung

Ziele dieser Empfehlung sind, Grundlagen für die Ermittlung eines angemessenen Honorars sowohl für freiberufliche Familienhebammen als auch eine Gehaltseinstufung angestellter Familienhebammen zu schaffen. Familienhebammen sind staatlich examinierte Hebammen, die sich mittels einer Zusatzqualifikation weitergebildet haben. Dadurch sind sie befähigt, (werdende) Eltern in besonders belastenden Lebenssituationen bis zu einem Jahr nach der Geburt des Kindes fachlich zu unterstützen und deren elterliche Kompetenzen zu fördern. Familienhebammen arbeiten interdisziplinär und haben aufgrund ihrer Kenntnisse der familiären Lebenslage und der lokalen Angebote Früher Hilfen eine Lotsinnen-Funktion (Lange & Liebold 2012).

Diese Empfehlung will nicht die Höhe eines Honorars für Familienhebammen oder eine Gehaltseinstufung abschließend festlegen. Dies obliegt den Verhandlungsparteien bzw. der Gesetzgebung. Jedoch stellt die DGHWi als Berechnungsgrundlage für die Honorie-

rung von Familienhebammen folgende generelle Empfehlungen zur Verfügung:

- ◆ Empfehlungen zum Berechnungsmodell
- ◆ Empfehlung zum Gegenstand der Honorierung
- ◆ Empfehlungen zur Honorierung der freiberuflich tätigen Familienhebammen
- ◆ Empfehlung zur Eingruppierung angestellter tätiger Familienhebammen

Abschließend wird die Empfehlung der DGHWi zusammengefasst formuliert.

3. Berechnungsmodelle (für freiberuflich tätige Familienhebammen)

Im ambulanten Sektor des Gesundheitswesens ergibt sich die Vergütung eines Betreuungsfalles von Gesundheitsfachberufen aus der Summe definierter Einzelleistungen. Um dieses Berechnungsmodell auf Familienhebammen zu übertragen, wäre ein Katalog an Tätigkeiten zu definieren, der in durchschnittlichen Betreuungsfällen den zeitlichen Rahmen und monetär den Verdienst der Familienhebamme in angemessener Weise sicherstellt.

Leistungen originärer Hebammentätigkeit, die im Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V definiert sind, stimmen nur sehr begrenzt mit Leistungen einer Familienhebamme überein. Wenn auch für letztere ein Leistungskatalog vorläge, könnten nur solche Tätigkeiten ausgeführt und vergütet werden, die auch dort beschrieben sind.

Vorab festgelegte Einzelleistungen widersprechen allerdings der Anforderung an Flexibilität während einer individuellen Familienhebammenbetreuung (Rose 2012), die sowohl hinsichtlich des inhaltlichen als auch zeitlichen Umfangs dieser Leistungen gewährleistet sein muss. Die Familienhebammentätigkeit umfasst sowohl Leistungen, die im Kontext des Hausbesuchs bzw. Kontaktes mit den Familien als auch in den lokalen Netzwerken der Frühen Hilfen erbracht werden. Die real eingesetzte Zeit kann aufgrund ihres Aufgabenprofils von Familie zu Familie und von Region zu Region bzw. von Land zu Land stark variieren. Um alle Facetten der Familienhebammentätigkeit zu repräsentieren, müsste der Katalog sehr differenziert und umfassend sein.

Als Finanzierungsmodell für erzieherische Hilfen hat sich seit den 90er Jahren zunehmend die Abrechnung über eine pauschale Ein-

zelfallfinanzierung mittels Fachleistungsstunden je 60 Minuten durchgesetzt. Damit sollte eine „einheitliche Währung“ geschaffen werden, die eine Berechnung der Kosten für einen Einzelfall zulässt (Verbund für soziale Projekte, o.J.). Die Fachleistungsstunde gilt dabei einheitlich für alle Zeiteinheiten real geleisteter Tätigkeiten unabhängig der Schwierigkeit eines Falles. In der Praxis wird die Abrechnung mittels Fachleistungsstunden allerdings häufig eingeschränkt, weil nur bestimmte Leistungen und nicht alle für einen Fall erbrachten Zeiteinheiten abgerechnet werden dürfen. Dadurch kann es auch bei diesem Finanzierungsmodell zur Einschränkung der Flexibilität kommen.

Der Bundesverband für Erziehungshilfe e.V., der Fachausschuss Jugendhilferecht und -politik und der Arbeitskreis Fachleistungsstunden (2011) beschreiben in einem gemeinsamen Diskussionspapier diese Problematik unterschiedlicher Definitionen und Rahmenbedingungen einer solchen Fachleistungsstunde. Wenn unterschiedliche Inhalte der Berechnung zugrunde gelegt werden, ist eine Vergleichbarkeit vereinbarter Stundensätze nicht mehr gegeben.

So gibt es beispielsweise in der Praxis einerseits Berechnungsmodelle, in welchen zum Beispiel Zeiten für Telefonate und Dokumentationen über die Fachleistungsstunde vergütet werden und damit zur „abrechenbaren Arbeitszeit“ zählen (Brutto-Modell), und andererseits Modelle, die lediglich die Zeit des direkten Kontaktes vergüten (Face-to-face-Modell oder Netto-Modell), weil alle nicht im direkten Kontakt zu erbringenden Leistungen bereits mit einem bestimmten Prozentsatz in der Höhe der Fachleistungsstundengebühr berücksichtigt werden (ebd.). Es muss also klar zwischen dem Brutto- und Netto-Modell unterschieden werden, wenn Verdienste mit unterschiedlichen Geldbeträgen pro Fachleistungsstunde miteinander verglichen werden.

4. Gegenstand der Honorierung

Durch das Kompetenzprofil der Familienhebammen (NZFH 2012) ergibt sich deren Tätigkeitsspektrum, welches beispielsweise durch Fachleistungsstunden zu vergüten ist. Die Höhe des Honorars pro Fachleistungsstunde muss demzufolge die Vielfalt der Familienhebammentätigkeiten berücksichtigen und besonderen Bedingungen bei der Betreuung einer Familie (siehe Punkt 4.2) Rechnung tragen.

4.1 Tätigkeiten einer Familienhebamme

Die Tätigkeiten einer Familienhebamme (Mattern, Ayerle & Behrens, 2012) erfolgen zum überwiegenden Teil im direkten Kontakt mit den Familien beziehungsweise den Bezugspersonen des Kindes. In der fachlichen Begleitung der Familie geben sie fachliche Unterstützung in folgender Weise:

- a. Vermittlung von Wissen/Beratung
- b. Vermittlung von Fähigkeiten/Anleitung zu selbstständigem Handeln
- c. Mobilisierung von Ressourcen und Motivierung der Eltern
- d. Kontaktaufnahme mit anderen Akteuren/Kooperationen
- e. Vereinbarung von Terminen

Diese Leistungen werden überwiegend in der Gehstruktur (Hausbesuche) erbracht, können jedoch auch in Form einer Komm-Struktur oder zwischen den Hausbesuchen mittels einer medialen Kommunikation (Telefon, Handy, Internet) bereitgestellt werden.

Weitere Leistungen im direkten Kontakt mit den Familien sind:

- a. Begleitung der Hauptbezugsperson oder anderer Bezugspersonen des Kindes/der Kinder zu Netzwerkpartnern
- b. Gruppenarbeit (mit den Eltern) mit Vor- und Nachbereitung

Darüber hinaus sind bezogen auf die Betreuung der Familien interdisziplinär vernetzende, administrative, organisatorische und qualitätssichernde Tätigkeiten zu erbringen:

- a. Netzwerktätigkeit (fallbezogen und fallübergreifend)
- b. Teamarbeit (kollegial und mit der Koordinationsstelle)
- c. Dokumentation: Anamnese, Betreuungsleistungen, Auswertung der Zielerreichung
- d. Rechnungsstellung
- e. Rechercharbeit zu passgenauen Hilfen
- f. Fachberatung, Supervision
- g. Evaluationen

4.2 Ergänzende Anmerkungen

Nicht-Antreffen der Familien trotz vereinbarter Termine

Zu der Zielgruppe der Familienhebammen gehören auch Familien, die Probleme mit der Einhaltung und Organisation von Terminen haben oder nur eingeschränkt Verbindlichkeiten eingehen. Auch wenn die Familienhebamme mit der Familie das Zeitmanagement thematisiert und auf die Einhaltung von Terminen hinarbeiten wird, ist die Wahrscheinlichkeit relativ groß, manche Familien trotz entsprechender Verabredung nicht anzutreffen. Die Familienhebamme muss aber, wie auch andere Akteure der Frühen Hilfen, weiterhin offen für die Fortsetzung der Betreuung sein. Sie hält zu diesem Zweck ihre Arbeitskraft vor und kann in der Regel kurzfristig nicht umdisponieren. Dies bedeutet, dass diese Zeit, auch wenn sie beruflich nicht zum Vorteil der betreffenden Familie genutzt werden kann, dennoch Arbeitszeit (einschließlich Fahrtwegen und -zeiten)

ist. Bei wiederholtem Nicht-Antreffen der Familie werden der Auftrag und das Arbeitsverhältnis überprüft. Diese oftmals schwierigen und zeitaufwändigen Prozesse dürfen aber weder zulasten der Familie (zum Beispiel durch vorzeitige Betreuungsbeendigung) noch der Familienhebamme (zum Beispiel durch Vergütungsausfall) gehen. Dies bedeutet, dass auch geplante Hausbesuche oder Verabredungen, die durch die Frau/die Eltern nicht eingehalten werden, in die Berechnung der Fachleistungsstunde einfließen bzw. hinsichtlich der Anrechnung Gültigkeit haben müssen.

Arbeit an Wochenenden, Feiertagen oder nachts

Die Familienhebammen arbeiten in der Regel während der Kernarbeitszeiten. Erfahrungsgemäß gibt es aber Situationen, in denen die Familienhebammen auch außerhalb dieser Zeiten erreichbar sein müssen.

Da die Vergütung der Fachleistungsstunde für die Kernarbeitszeit gilt, muss für die Vergütung der Arbeitszeiten in der Nacht, an Wochenenden oder Feiertagen eine eigene Regelung gefunden werden.

Zeiteinheiten der Leistungserbringung

Die Tätigkeit der Familienhebamme ist bedarfsorientiert und flexibel; das heißt, sie findet nicht in einem kalkulierbaren Stundentakt statt. Besuche oder andere Leistungen können beispielsweise 40 Minuten oder 70 Minuten dauern. Es muss daher eine Regelung gefunden werden, die Arbeitszeit der Familienhebammen sowohl praktikabel als auch annähernd realistisch abzubilden und entsprechend zu vergüten.

Fahrten

Die Fahrten sowohl zu den Familien, zu Einrichtungen als auch den Netzwerkpartnern, lassen sich schwer pauschalieren. Die Fahrstrecken variieren stark in städtischen und ländlichen Gebieten. Gleichzeitig kann die Familienhebamme aufgrund der geringen Dichte an zur Verfügung stehenden Kolleginnen meist nicht an eine näherwohnende Kollegin verweisen, wenn die Fahrstrecke zur betreuten Familie als zu weit erscheint. Zusätzlich zu dem über eine Fachleistungsstunde vergüteten zeitlichen Mehraufwand, ist ein Mehraufwand an Kosten für die Nutzung des PKW aufzufangen.

5. Aufwendungen der freiberuflich tätigen Familienhebammen

Um eine Grundlage für die Ermittlung eines angemessenen Honorars für freiberufliche Familienhebammen zu schaffen, werden hier

angelehnt an die Arbeitsbedingungen der Familienhebammen die allgemeinen jährlichen Betriebsausgaben angeführt (siehe Tabelle 1). Diese enthalten die Investitionen und die fortlaufenden Kosten, die gedeckt werden müssen, um als freiberufliche Fachkraft arbeitsfähig zu sein. Diese Aufwendungen setzen sich im Wesentlichen aus Sozialabgaben und anderen Versicherungsbeiträgen sowie den Kosten für notwendige Anschaffungen und Arbeitsmaterialien zusammen.

Die in Tabelle 1 angeführte Kalkulation der Betriebskosten zeigt eine Schätzung eines „durchschnittlichen Wertes“ hinsichtlich der heterogenen und somit schwer vergleichbaren Arbeits- und Lebensumstände freiberuflicher Familienhebammen. Praxiskosten und Kosten für Kursräume, wie sie bei freiberuflich tätigen Hebammen üblich sind, wurden nicht berücksichtigt, da Familienhebammen häufig an eine Institution angebunden sind und dort die Räumlichkeiten nutzen können. Ist das nicht der Fall, so müssen diese Ausgaben bei der Ermittlung der allgemeinen Betriebskosten bedacht werden.

Die einzelnen als „durchschnittlichen Werte“ aufgeführten Kostenpunkte, die sich insgesamt zu den allgemeinen Betriebskosten (im Sinne von Fixkosten) summieren, sollten von anderen Fachgremien diskutiert werden, zumal eine mögliche Kirchensteuer oder auch steuermindernde Effekte durch eine gemeinsame Veranlagung von Ehepartnern oder Kinderfreibeträge nicht in die Berechnung aufgenommen wurden. Die Werte der einzelnen Ausgabenpunkte sind hier lediglich zur Orientierung hinsichtlich ihres Inhalts und ihrer Größenordnung gedacht und beziehen sich auf die Betriebsausgaben einer in Vollzeit oder Teilzeit arbeitenden freiberuflichen Hebamme.

6. Eingruppierungsverfahren (für angestellt tätige Familienhebammen)

Für die Vergütung einer angestellt tätigen Person muss das in dem Betrieb gültige Vergütungssystem zugrunde gelegt werden. Dabei können zwei Verfahrensweisen angewendet werden. Eine ist die Eingruppierung in eine Entgeltgruppe der Vergütungsordnung, entsprechend den Kriterien der Stellenbeschreibung und der Qualifikation der Anzustellenden. Fehlt beispielsweise ein Nachweis über einen Ausbildungsabschluss, der für eine höhere Entgeltgruppe erforderlich wäre, kommt es zu einer Eingruppierung in eine niedrigere Entgeltgruppe (JuraForum 2012).

Ein anderes Verfahren stellt die Stellenbewertung dar. Dabei wird die Angestellte nicht anhand ihrer Qualifikation in die Entgeltgruppe des Vergütungssystems eingeordnet, sondern anhand der auszuübenden Tätigkeit. Dabei werden einzelne Arbeitsvorgänge den unterschiedlichen Stufen der Grund- und Zusatzmerkmale (Selbstständigkeit, Verantwortung, Schwierigkeit, Soziale Kompe-

Stellungnahmen

Tabelle 1: Aufwendungen freiberuflich tätiger Hebammen pro Monat und pro Jahr

		Monatlich	Jahresbetrag
(Berufs-) Haftpflichtversicherung	Falls über den Hebammenverband (z.Bsp. DHV) abgeschlossen (setzt Mitgliedschaft voraus), Versicherungs-Form 2 (freiberuflich tätig ohne Geburten)		362,95 €
(Berufs-) Verbandszugehörigkeit	Mitgliedschaft im Berufsverband (bspw. DHV)		220,00 €
Berufsgenossenschaft	für 2010		136,06 €
Krankenkasse	Immer 15,5 % incl. Krankentagegeld für Selbstständige, Höchstbeitrag 610,32€ ; In dieser Berechnung beispielhaft: bezogen auf ein Einkommen von ca. 2340,00€ x 15,5% = 378,00€		4.536,00 €
Pflegeversicherung	Anteil 1,95% bezogen auf ein Einkommen von 2340,00€ pro Monat	45,63 €	547,56 €
Deutsche Rentenversicherung	Anteil 19,6% bezogen auf ein Einkommen von 2340,00€ pro Monat	458,60 €	5.503,68 €
Private Alterssicherung	Beispiel: Mit 200 € monatlicher Zahlung kann eine heute 40-jährige Frau eine Rentensteigerung um 400,00€ im Alter von 65 Jahren erreichen	200,00 €	2.400,00 €
Berufsunfähigkeitsversicherung			720,00 €
Absetzung für Abnutzung (AfA) Technik, je über drei Jahre abzuschreiben (insgesamt 1.500 €)	Computer/Laptop, Anschaffung 1.000,00 € Handy, Anschaffung 300,00 € Anrufbeantworter, Anschaffung 50,00 € Drucker Anschaffung 150,00€		500,00 €
Instandhaltung der geräte und Software-Update (insgesamt 410€)	Toner 100€ Computer/Laptop 100€ Antivirenprogramm 70€ Abrechnungsprogramm-Update 140€		410,00 €
Kontoführung	Online	3,00 €	36,00 €
Absetzung für Abnutzung (AfA) Auto, 4 Jahre	Polo etwa 15.000€		3.750,00 €
PKW- Betriebskosten, Fixkosten, Werkstatt, Material incl. einer Fahrleistung von 15000km jährlich	Höhe der Kosten laut ADAC Tabelle: http://www.adac.de/_mmm/pdf/autokostenuebersicht_s-v_47089.pdf	412,00 €	4.944,00 €
GEZ-Gebühren Autoradio	3 Monate 17,28€		69,12 €
Büro:	Online-Zugang, Telefon	70,00 €	840,00 €
	Papier, Porto etc.	20,00 €	240,00 €
Absetzung für Abnutzung (AfA) 5 Jahre, Büro- Einrichtung einmalig	Schreibtisch, Stuhl, Archivierung mit Schloss (orientiert an IKEA Preisen), circa 500,00€		100,00 €
Büro- Arbeitsplatz	Mietanteil und Nebenkosten (8 m ²)		1.250,00 €
Fortbildungen	im Durchschnitt 10 €/Stunde, in NRW 60 Std in 3 Jahren		200,00 €
Fachliteratur (Zeitschrift, Fachbuch)	2 Fachzeitschriften, bspw. Deutsche Hebammenzeitschrift (70,00€) und das Hebammenforum (55,00€)		125,00 €
	Fachliteratur		120,00 €
Verbrauchsmaterialien	etwa 10€ pro Woche bei 44 Arbeitswochen im Jahr		440,00 €
Steuerbüro			600,00 €
Öffentlichkeitsarbeit	Flyer/Visitenkarten		400,00 €
Jährliche Aufwendungen insgesamt			28.450,37 €

tenz und psychische und physische Anforderungen) zugeordnet (JuraForum 2012). Aus der Summe der Stufeneinschätzung ergibt sich eine Eingruppierung zu einer Entgeltgruppe im Vergütungssystem.

Werden ein oder mehrere Zusatzmerkmale durch die Stellenbeschreibung gefordert, führt dies zur Eingruppierung in eine höhere Entgeltgruppe (gegebenenfalls mehrere Stufen höher). Andererseits führt ein fehlender Nachweis eines Ausbildungsabschlusses, der in der höheren Entgeltgruppe erforderlich ist, zu einer Eingruppierung in eine niedrigere Entgeltgruppe (JuraForum 2012).

Im Kompetenzprofil Familienhebammen (Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2012) ist das Tätigkeitsspektrum der Familienhebammen ausführlich anhand von Handlungsanforderungen beschrieben. Diese setzen den Erwerb von Kompetenzen voraus, die in einer Qualifizierung zur Familienhebamme erworben werden müssen. Die erforderlichen Kompetenzen können differenziert werden in Fachkompetenz (Wissen und Fertigkeiten) und Personale Kompetenz (Sozialkompetenz und Selbstkompetenz).

Anhand dieser Handlungsanforderungen und der zusätzlichen Qualifizierung von Familienhebammen könnte – im Vergleich mit ähnlich qualifizierten Berufen – eine Eingruppierung der Familienhebammen vorgenommen werden.

7. Empfehlung der DGHWi

Nachfolgend werden Empfehlungen formuliert, die sich auf die oben aufgeführten Sachverhalte beziehen.

7.1 Empfehlung zum Berechnungsmodell

Die DGHWi empfiehlt, eine Familienhebamme entsprechend der real geleisteten Arbeitszeit für alle erbrachten Leistungen mittels Fachleistungsstunden zu honorieren. Dabei sollte eine Abrechnung mittels Fachleistungsstunde im Vorfeld bundeseinheitlich definiert werden.

Die Leistungen, die sowohl im Kontext des Hausbesuchs bzw. direkten Kontaktes mit den Familien erbracht werden, die kontinuierlich vorzunehmende Dokumentation und administrative Aufgaben als auch die Lotsenfunktion und Vernetzung mit den Akteuren und lokalen Netzwerken der Frühen Hilfen müssen im Sinne des Brutto-Modells der Fachleistungsstunden-Berechnung mit der jeweils dafür aufgewendeten Zeit in die Berechnung des Honorars einfließen. Eine bundeseinheitlich definierte Fachleistungsstunde würde die Bedingungen der Familienhebammentätigkeit in Deutschland im Sinne einer Vergütungsgerechtigkeit harmonisieren und in Tätigkeitsgebieten nahe der Ländergrenzen einer Tendenz vorbeugen, zum benachbarten Bundesland mit einem günstigeren Vergütungs-

modell zu wechseln.

Gerade interdisziplinäre und interprofessionelle Kooperationsbemühungen werden in der Bundesinitiative von den Familienhebammen ausdrücklich gefordert und als Teil ihres Arbeitsspektrums definiert. Es erschiene also widersprüchlich, sollte die honorierte Arbeitszeit auf den Kontakt mit den Familien beschränkt werden.

7.2 Empfehlung zum Gegenstand der Honorierung

Tätigkeit

Die DGHWi empfiehlt bei der Festlegung eines Honorars der Fachleistungsstunde, das gesamte Spektrum der Familienhebammentätigkeit zu berücksichtigen. Dieses umfasst nicht nur den direkten Kontakt mit den Familien, sondern neben interdisziplinär vernetzenden Tätigkeiten auch administrative, organisatorische und qualitätssichernde Aufgaben (siehe Punkt 4.1).

Begründung:

Administrative und organisatorische Aufgaben sind wesentliche Teile der Arbeit und Arbeitszeit von Familienhebammen. Darüber hinaus gewinnen qualitätssichernde Aufgaben zunehmend an Bedeutung, auch in der Zusammenarbeit mit anderen Netzwerkpartnern der Frühen Hilfen. Die umfassende Honorierung der großen Bandbreite und unterschiedlichen Ausprägung des Aufgabenprofils einer Familienhebamme trägt auch den heterogenen Anforderungen in den verschiedenen Familien als auch den unterschiedlichen Konzeptionen der Familienhebammen-tätigkeit von Region zu Region bzw. von Land zu Land Rechnung. Außerdem wären auch nicht diejenigen Familienhebammen benachteiligt, die zunächst im Aufbau der Strukturen innerhalb der Kommunen tätig werden oder dort Koordinationsaufgaben übernehmen.

In der Berechnung sollten (entsprechend Punkt 4.2) zusätzlich berücksichtigt werden:

- ◆ **geplante Hausbesuche oder Verabredungen, die durch die Frau/die Eltern nicht eingehalten werden.**

Begründung:

Die kontinuierliche Betreuung von Familien, auch wenn die Einhaltung von Terminen von ihnen nicht immer erwartet werden kann, ist ein wichtiger Aspekt für die Wirksamkeit Früher Hilfen. Diese sollte nicht durch eine fehlende oder mangelnde Honorierung erschwert oder unmöglich gemacht werden.

- ◆ **ein prozentualer Aufschlag von 25% für die Arbeit, die in Ausnahmefällen außerhalb der Kernarbeitszeit anfällt.**

Stellungnahmen

Begründung:

Dies ist gängige Praxis in anderen Berufen, sowohl des Gesundheits- als auch des Sozialsystems. Dies beugt gleichzeitig regelmäßiger Beanspruchung der Familienhebamme außerhalb der Kernarbeitszeit vor und bekräftigt die besondere Situation.

◆ Abrechnung der Arbeitszeit aller am Stück real erbrachten Leistungen mittels Zeiteinheiten im 15-Minuten-Takt.

Begründung:

Diese Abrechnungsweise wird der zeitlich flexiblen und bedarfsorientierten Tätigkeit der Familienhebamme gerecht und wäre praktikabel. Sie wäre weder zu kleinschrittig noch zeitlich zu ausgedehnt.

◆ Vergütung der Fahrzeit über die Fachleistungsstunde und zusätzliche Vergütung der Fahrkosten für die Nutzung des eigenen Pkw.

Begründung:

Sofern vom Auftraggeber kein Firmenwagen zur Verfügung gestellt wird, muss die Familienhebamme einen Beitrag zu den Betriebskosten ihres verwendeten Fahrzeugs erhalten. Damit allein ist aber der geleistete und teils erhebliche Zeitaufwand für die Fahrt selbst nicht vergütet (siehe 4.2). Genauso wie bei angestellten Akteuren der

Frühen Hilfen muss die Fahrzeit als Arbeitszeit bewertet werden und in die Berechnung der Gesamtarbeitszeit einfließen.

7.3 Empfehlungen zur Honorierung der freiberuflich tätigen Familienhebammen

Die DGHWi empfiehlt bei der Berechnung der Fachleistungsstunde die Berücksichtigung jährlicher betrieblicher Aufwendungen (Fixkosten) in Höhe von ca. 30.000 Euro.

Diese fallen weitgehend unabhängig von der geleisteten Arbeitszeit an. Eine genaue Abschätzung könnte durch Betriebswirtschaftler/-innen vorgenommen werden.

7.4 Empfehlung zur Eingruppierung angestellt tätiger Familienhebammen

Die DGHWi empfiehlt eine einmalige und länderübergreifende Stellenbewertung für die Tätigkeit einer angestellten Familienhebamme anhand des Kompetenzprofils Familienhebammen des NZFH (2012).

Die Familienhebammentätigkeit in Deutschland könnte hinsichtlich einer Vergütung mittels einer länderübergreifenden Stellenbewertung einheitlich bewertet werden. Das von Expertinnen und Experten ausgearbeitete Kompetenzprofil Familienhebammen des NZFH (2012) bietet dafür einen soliden Ansatzpunkt.

Literatur:

- Bundesverband für Erziehungshilfe (2011). *Diskussionspapier des AFET Vorstandes, des Fachausschusses Jugendhilferecht und Jugendhilfepolitik und des AK Fachleistungsstunden. Fachleistungsstunden - die Bedeutung überörtlicher Vereinbarungen zur Kostenregelung ambulanter Erziehungshilfen*. http://www.afet-ev.de/organe_gremien/Downloads/01.2011-JHR_Nov-FLS-Diskussionspapier.pdf [Stand 15.11.2012]
- Juraforum (2012). „Eingruppierung“ und „Stellenbewertung“. Wolters Kluwer Deutschland. <http://www.juraforum.de/lexikon/ingruppierung> & <http://www.juraforum.de/lexikon/stellenbewertung> [Stand 15.11.2012]
- Lange, U. & Liebald, C. (2012). *Leitfaden für Kommunen; Der Einsatz von Familienhebammen im Netzwerk Frühe Hilfen*. Köln: NZFH.
- Mattern, E., Ayerle, G. & Behrens, J. (2012). Zieldefinitionen für das berufliche Handeln von Familienhebammen. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.), *Materialien zu Frühen Hilfen 5, Expertise (8-46)*. Köln: NZFH.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg) (2012). *Kompetenzprofil Familienhebammen*. Köln: NZFH.
- NRW Rahmenvertrag II – Anlage IV (2008). *Fachleistungsstunde nach § 9 des Rahmenvertrages*. [http://www.jugendsozialarbeit.info/jsa/lagkjsnrw/lagkjsnrw_web.nsf/7572322140228f8dc1256fb00027e2a3/31ac86f1e9ff7e8cc125748e0041cfa2/\\$FILE/RV%20II%20-%20Anlage%20IV.pdf](http://www.jugendsozialarbeit.info/jsa/lagkjsnrw/lagkjsnrw_web.nsf/7572322140228f8dc1256fb00027e2a3/31ac86f1e9ff7e8cc125748e0041cfa2/$FILE/RV%20II%20-%20Anlage%20IV.pdf) [Stand 15.11.2012]
- Rose, H. (2012). Der Beitrag der Kinder- und Jugendhilfe zu Frühen Hilfen. In: Deutsche Liga für das Kind und Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.). *Frühe Kindheit – die ersten sechs Jahre (80-83)*. Sonderausgabe 2012. Berlin: Beltz.
- Verbund für soziale Projekte (o.J.). *Finanzierungsmodell: Fachleistungsstunde*. <http://www.vsp-mv.de/wirueberuns/finanzierungsmodell.aspx> [Stand 15.11.2012]

Autorinnen:

Ulrike von Haldenwang, Ute Lange, M.A., Elke Mattern, MSc und Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle
Sektion „Hebammen und Familienhebammen im Kontext Früher Hilfen“ der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)



Hochschulstudium Hebammenwissenschaft/ Hebammenkunde/ Midwifery

Akademisierung des Hebammenberufes

Die Berufsausbildung zur Hebamme ist in vielen europäischen Ländern als primärqualifizierendes Bachelorstudium organisiert. In Deutschland werden neben ausbildungsergänzenden Studienprogrammen seit 2009 primärqualifizierende (Modellklausel, § 6 HebG) angeboten. Mittlerweile gibt es sechs ausbildungsergänzende oder primärqualifizierende Bachelorprogramme sowie drei Masterprogramme, die sich inhaltlich auf die Hebammentätigkeit beziehen und Hebammen unterschiedliche Zugänge zu akademischer Bildung ermöglichen.

Standorte der Hochschulen mit hebammenspezifischem Angebot

Programm/ Studienabschluss	Ausbildungsergänzend B.Sc. Midwifery
Anzahl Studienplätze pro Studienbeginn	35
Anzahl Semester	6
ECTS	180
Kontakt	midwifery@hs-osnabrueck.de

Programm/ Studienabschluss	M.Sc.
Anzahl Studienplätze pro Studienbeginn	10
Anzahl Semester	4
ECTS	120
Kontakt	Hebammenstudiengang@mh-hannover.de

Programm/ Studienabschluss	Primärqualifizierend BSc Hebammenkunde
Anzahl Studienplätze pro Studienbeginn	33
Anzahl Semester	8
ECTS	210
Kontakt	hebammenkunde@hs-gesundheit.de

Programm/ Studienabschluss	Ausbildungsergänzend BSc Gesundheits- und Pflegewissenschaft (Hebamme)	MSc Gesundheits- und Pflegewissenschaft (Hebamme)
Anzahl Studienplätze pro Studienbeginn	43	34
Anzahl Semester	8	4
ECTS	180	120
Kontakt	christina.galander@medizin.uni-halle.de	

Programm/ Studienabschluss	Ausbildungsergänzend BSc Hebammenkunde
Anzahl Studienplätze pro Studienbeginn	30
Anzahl Semester	4 (6)
ECTS	180
Kontakt	s.doeringhaus@katho-nrw.de

Programm/ Studienabschluss	Dual B.Sc. Gesundheit und Pflege (Hebammenwesen)	M.A. Gesundheit und Pflege (Hebammenwesen)
Anzahl Studienplätze pro Studienbeginn	25	20
Anzahl Semester	6	4
ECTS	180	120
Kontakt	monika.greening@kh-mz.de	

Programm/ Studienabschluss	Primärqualifizierend BSc Hebammenkunde
Anzahl Studienplätze pro Studienbeginn	30
Anzahl Semester	8
ECTS	210
Kontakt	hebammen@hs-fulda.de

Programm/ Studienabschluss	Ausbildungsergänzend B.A. Hebammenwesen
Anzahl Studienplätze pro Studienbeginn	40
Anzahl Semester	7
ECTS	180
Kontakt	Christine.Allgeier@hs-lu.de

Arbeitsgruppe Hochschulvereinigung Deutschlands für Hebammenwissenschaft

Die Arbeitsgruppe gründete sich im Mai 2012 unter dem Dach der Deutschen Fachgesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi). Ihr Ziel ist es, die Akademisierung der Hebammenausbildung zu fördern und mit zu gestalten, u.a. durch:

- Repräsentation der Interessen von Hochschulen mit hebammenspezifischen Studienprogrammen
- Kritische Diskussion von Entwicklungen und Planungen der Bildungspolitik, die die Hochschullandschaft betreffen
- Vernetzung der Hochschulen mit hebammenspezifischen Angeboten

Christine Allgeier, Gertrud M. Ayerle, Nicola H Bauer, Annette Bernlöhner, Monika Greening, Mechthild Groß, Claudia Hellmers, Petra Kellermann, Wiebke Lisner, Babette Müller-Rockstroh, Mira Pflanz, Friederike zu Sayn-Wittgenstein, Rainhild Schäfers



Call for Abstracts

Forschende Praxis als Hebammenkunst

Praxis und Forschung sind zwei untrennbare Elemente, wenn es darum geht, die Hebammenkunst nicht nur bestehen zu lassen, sondern auch weiter zu entwickeln.

Forschende Praktiker/innen wie auch praktizierende Forscher/innen sind aufgerufen, ihr reichhaltiges Wissen im Bereich der Frauen- und Familien-gesundheit auf der

2. internationalen Fachtagung der DGHWi e.V.

am 21. Februar 2014 in Kassel

zu präsentieren. Wir freuen uns über Beiträge in Form eines Vortrags, Posters oder Workshops.

Abstract

Der Abstract soll 3.500 Zeichen +/- 350 Zeichen (ohne Leerzeichen) betragen.

Die Auswahl der Tagungsbeiträge wird durch ein Komitee von unabhängigen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in einem „blinded review“-Verfahren vorgenommen.

Die Abstracts können **bis zum 3. Juni 2013** eingereicht werden. Nähere Angaben dazu erhalten Sie über die Internetseite der DGHWi (www.dghwi.de) unter „2. internationale Fachtagung“ - „Call for Abstracts“.

Prozedere zum Einreichen von Originalarbeiten

Die Fachzeitschrift der DGHWi wird zweimal im Jahr veröffentlicht. Sie publiziert Originalartikel, welche für die Hebammenwissenschaft oder ihre Bezugsdisziplinen relevant sind und von mindestens zwei Personen eines unabhängigen Gremiums, die gegenüber den Autor/innen verblindet sind, positiv begutachtet wurden (blinded review).

Die veröffentlichten Originalartikel werden einmal im Jahr in Form einer Online-Sonderausgabe über German Medical Science der Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht. Damit können sie durch das Datenbank-Portal „PubMed“ (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) gelistet werden.

Richtlinien zur Einreichung von Originalartikeln

Die nachfolgenden Vorgaben sind verbindlich, um eine Annahme des Artikels zu ermöglichen.

1. Erste Seite mit Kontaktangaben

Die erste Seite soll die vollständigen Namen und Adressen, einschließlich der Mail-Adressen, der Autor/innen enthalten. Die/der für die Korrespondenz verantwortliche Autor/in wird besonders gekennzeichnet.

2. Titel, Abstract und Schlüsselbegriffe

Diese Seite darf keinen Namen oder sonstige Personen identifizierende Angaben enthalten. Der Abstract ist auf Deutsch und auf Englisch einzureichen und sollte jeweils nur 1.500 Zeichen (einschl. Leerzeichen) umfassen. Im Abstract werden keine Literaturhinweise gegeben.

Maximal fünf Schlüsselbegriffe können jeweils in Deutsch und in Englisch angegeben werden.

3. Text des Artikels

Diese Seiten dürfen ebenso keine Angaben zur Identität der Autor/innen enthalten.

Ein Forschungsartikel kann sowohl quantitative als auch qualitative Forschungsansätze beinhalten. Er sollte neben der Beschreibung der Methodik auch eine Reflexion der qualitativen Güte und möglicher verzerrender Einflüsse beinhalten.

Der Artikel ist nach Möglichkeit folgendermaßen zu gliedern:

- ◆ Hintergrund
- ◆ Ziele
- ◆ Methodik (einschl. Design, Setting, Zielgruppe, Interventionen, Analysemethoden)
- ◆ Ergebnisse
- ◆ Diskussion (Methodik und Ergebnisse)

- ◆ Schlussfolgerung (einschl. Relevanz für Praxis, Lehre und/oder zukünftige Forschung)

Ein theoretischer Artikel befasst sich mit aktuellen Themen aus der Praxis, Lehre oder Forschung, die aus einer wissenschaftlichen Perspektive beleuchtet und diskutiert werden. Sie sollen einen wesentlichen Beitrag zum hebammenwissenschaftlichen Verständnis oder zur Reflexion des Themas beitragen.

Der Artikel ist nach Möglichkeit folgendermaßen zu gliedern:

- ◆ Hintergrund
- ◆ Ziele
- ◆ Setting, Zielgruppe, Theorien, Modelle, Definitionen
- ◆ Hauptargument
- ◆ Diskussion (einschl. Neben- und Gegenargumente)
- ◆ Schlussfolgerung (einschl. Relevanz für Praxis, Lehre und/oder zukünftige Forschung)

4. Literaturhinweise

Im Text werden nicht-wörtlich zitierte inhaltliche Angaben anderer Autor/innen und wörtliche Zitate durch die Angabe der Autor/innen und dem Jahr der Veröffentlichung ausgewiesen. Die Literaturliste führt die Literaturangaben ausführlich auf. Dabei findet das APA-Format Anwendung (siehe <http://library.concordia.ca/help/howto/apa.php>).

5. Formatierung

Die gesamten Texte müssen als pdf-Dateien per Mail eingereicht werden (siehe Kontaktangaben unten). Dabei sind die erste Seite sowie die restlichen Textseiten (einschl. Titel und Abstract) getrennt in zwei Dateien abzuspeichern. Im Dateinamen ist der Titel der Arbeit zu verwenden, nicht der Name der Autor/innen.

Die Schriftgröße sollte mindestens 12 pt haben bei mindestens 1,3-fachem Zeilenabstand. Das gesamte Manuskript sollte durchnummeriert sein (Zeilennummerierung).

Die Textlänge sollte 25.000 Zeichen (einschl. Leerzeichen) nicht überschreiten. Eine Ausnahme bilden:

- ◆ umfangreiche qualitative Studien (mit Zitaten aus Interviews), die bis zu 35.000 Zeichen (einschl. Leerzeichen) umfassen können und
- ◆ Literaturstudien.

Die Literaturliste wird bei der Zeichenzählung nicht berücksichtigt.

6. Tabellen, Grafiken, Bildmaterial

Es können bis zu 5 Tabellen, Grafiken und/oder Bilder/Fotos eingereicht werden. Tabellen müssen als Excel-Tabelle mit den dazugehörigen Daten zur Verfügung gestellt werden (um sie in das Format

Bekanntmachungen

der Fachzeitschrift übernehmen zu können). Sowohl Grafiken als auch Bilder/Fotos sollten als einzelne Dateien (z.B. jpeg oder pdf) abgespeichert sein.

In einer eigenen Datei sind die Tabellenüberschriften und die Bildunterschriften anzuführen. Im Text muss jeweils ein Hinweis auf die einzelnen Tabellen, Grafiken und/oder Bilder/Fotos aufgeführt sein („siehe...“)

Eingereichte Originalartikel, die der spezifizierten äußeren Form nicht genügen, werden nicht angenommen.

Die Einreichungsfrist für die nächste Ausgabe der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science) im Herbst 2013 endet am **31.08.2013** (23:59 Uhr).

Reviewprozess bei Einreichung von Originalarbeiten

Originalarbeiten, die eingereicht werden, werden einem Reviewprozess unterzogen. Geplant ist, den Reviewprozess in einen *zweistufigen Publikationsprozess* zu integrieren.

In einem *ersten Schritt* werden die Originalarbeiten nach einer schnellen Vorauswahl durch Editorinnen/Editoren vorab zeitnah als Diskussionspapier im Onlineforum der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft auf der Webseite der DGHWi veröffentlicht. Kommentare bestellter Gutachterinnen und Gutachter ebenso wie Kommentare der wissenschaftlichen Fachöffentlichkeit zum Diskussionspapier werden dort ebenfalls publiziert. Dies kann auf Wunsch anonym erfolgen. Um den Diskussionsprozess dauerhaft zu dokumentieren, soll auch das Diskussionsforum eine ISSN Registrierung erhalten. So ist eine Zitation der Kommentare möglich, auch wenn das Diskussionspapier abschließend nicht als Originalarbeit angenommen und publiziert wurde.

Über die letztendliche Publikation der Originalarbeit im *zweiten Schritt* entscheiden Editorinnen und Editoren gemeinsam mit Mitgliedern des wissenschaftlichen Fachbeirates der Zeitschrift. Diesbezüglich werden die Autor/innen vom Ergebnis der Begutachtung und ggf. einer Aufforderung zur Überarbeitung per Mail in Kenntnis gesetzt.

Derzeit wird geprüft, wie sich das geplante Verfahren durch die DGHWi umsetzen lässt.

Literatur:

Pöschl, U. (2006). Open Access & Collaborative Peer Review: Öffentliche Begutachtung und interaktive Diskussion zur Verbesserung von Kommunikation und Qualitätssicherung in Wissenschaft und Gesellschaft. In S. Hornbostel & D. Simon (Hrsg.), *Wie viel (In-)Transparenz ist notwendig? Peer review revisited. iFQ-Working paper No. 1*. Institut für Forschungsinformationen und Qualitätssicherung.

Vorteile dieses zweistufigen Publikationsprozesses laut Pöschl 2006 sind:

- ◆ eine zeitnahe Verbreitung neuer Erkenntnisse und Ergebnisse
- ◆ eine direkte, offene und transparente Rückmeldung aus der wissenschaftlichen Gemeinschaft
- ◆ Schutz vor „versteckten Behinderungen und Plagiarismen“
- ◆ Sichtbarmachung der in mühevoller Arbeit angefertigten Kommentare und Hinweise durch die Gutachter/innen
- ◆ Gutachter/innen können auf die Kommentare und Hinweise ihrer Kolleg/innen eingehen und darauf Bezug nehmen
- ◆ interessante Kommentare, von welchen auch die Fachöffentlichkeit profitieren kann
- ◆ die Transparenz der Begutachtung fördert die Einreichung hochwertiger Artikel
- ◆ eine geringere Anzahl von Originalartikeln, die abgelehnt werden müssen
- ◆ eine maximale Qualitätssicherung durch einen „gemeinschaftlichen Begutachtungsprozess“
- ◆ Stärkung der Reputation der Fachzeitschrift.

Forum für Nachwuchswissenschaftler/innen

Die Seite „Junges Forum“ bietet Nachwuchswissenschaftler/innen die Möglichkeit, Ergebnisse ihrer wissenschaftlichen Arbeit einem breiten Fachpublikum vorstellen zu können. Hebammen und Hebammenstudierende sind eingeladen, ihre Bachelorarbeiten, Masterarbeiten oder Ergebnisse aus Praxisprojekten einzureichen.

Insbesondere Arbeiten mit einem forschungsorientierten Kern sind willkommen. Hierbei kann es sich um quantitative wie qualitative Arbeiten zu Interventionen, zu methodischen, deskriptiven oder analytischen Fragestellungen als auch um praktische Beiträge aus dem Berufsfeld handeln. Geeignet sind sowohl laufende als auch abgeschlossene Arbeiten und Projekte.

Dabei achten die Redaktion und die Gutachter/innen der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft darauf, dass diese Arbeiten den wissenschaftlichen Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften e. V. entsprechen. Zugleich wird jedoch berücksichtigt, dass es sich um Qualifikationsarbeiten handelt, die in einem stark begrenzten Zeitraum erstellt werden mussten.

Zur Veröffentlichung werden sowohl *Originalarbeiten* als auch *Abstracts von Originalarbeiten* angenommen.

Wir freuen uns auf Ihren Beitrag!

Termine

Gesundheitsberufe der Zukunft, Perspektiven der Akademisierung

18. September 2013 in Berlin

Die internationale Tagung will zu einer Diskussion der Empfehlungen des Wissenschaftsrates zu hochschulischen Qualifikationen und damit zur Differenzierung der akademischen Gesundheitsberufe der Zukunft beitragen. Zugleich sollen internationale Erfahrungen

für die zu entwickelnden Ausbildungsangebote in Deutschland nutzbar gemacht werden.

Siehe: http://www.dghwi.de/images/stories/Veranstaltungen/Save_the_Date_Tagung_Gesundheitsberufe.pdf

2. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) 2013

23. - 25. Oktober 2013 in Berlin

Der 12. Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) wird zeitgleich mit dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie im ICC Berlin stattfinden.

Informationen zu „Call for Abstracts“ und Kongress hier: <http://dkvf2013.de/>

26. Kongress für Perinatale Medizin

05.-07. Dezember 2013 in Berlin

Unter <http://www.dgpm-online.org> werden Sie zukünftig weitere Informationen erhalten.



2. Internationale Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Forschende Praxis als Hebammenkunst

21. Februar 2014, 10:30 – 17:00 Uhr

Haus der Kirche, Kassel-Wilhelmshöhe

Die Fachtagung dient dem fachlichen Austausch und der Vernetzung von Hebammen und anderen Professionen im deutschsprachigen und europäischen Raum, die sowohl in der Forschung, der Lehre oder der (außer-)klinischen Praxis tätig sind und an der Hebammenwissenschaft Interesse haben. Sie präsentieren, reflektieren und diskutieren Forschungsergebnisse, wissenschaftlich-methodische Herausforderungen und Perspektiven der Hebammenwissenschaft sowie relevanter angrenzender Wissenschaften.

Programm

Es sind Plenarvorträge, Workshops und Poster zu folgenden Themen vorgesehen:

- Modelle der Primärversorgung
- Gesundheitsfördernde Konzepte in der Hebammenarbeit
- Qualitätsmanagement
- Forschungsmethodik
- Zugänge zur Aus- und Weiterbildung

Die Tagungssprache ist Deutsch.

Call for Abstracts

Abstracts, die jeweils maximal 3.500 +/- 350 Zeichen (einschl. Leerstellen) enthalten sollten, können ab 13.04.2013 eingereicht werden. Es wird eine verblindete Begutachtung (blinded review) der Abstracts durch ein wissenschaftliches Komitee vorgenommen. Die Einsendung ist **bis zum 3. Juni 2013 um 23:59 Uhr** möglich.

Bitte benutzen Sie die Mail-Anschrift 2-int-fachtag@dghwi.de zum Einreichen des Abstracts.

Aktuelle Informationen zur Fachtagung der DGHWi werden Sie zeitnah auf der Webseite der DGHWi unter www.dghwi.de/index.php/2-internationale-fachtagung-der-dghwi finden.

Vorstand der DGHWi

Vorsitzende

Prof. Dr. rer. medic. Rainhild Schäfers
Hebamme, Dipl. Pflegewirtin (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 Knappe
Hebamme, Diplom Kauffrau (FH)
E-Mail: Schatzmeisterin@dghwi.de

Beisitzerin

Prof. Dr. phil. Monika Greening
Hebamme, Dipl. Pflegewirtin (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:

Wird derzeit ernannt.

Editorinnen:

Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle, Elke Mattern MSc, Prof. Dr.
rer. medic. Rainhild Schäfers, Nina Knappe Diplom Kauffrau
(FH), Prof. Dr. phil. Monika Greening

Druck: Eigenverlag (DGHWi), Münster.

ISSN: 2196-4416

Zitierung der Texte:

Autor/innen (2013). Titel. *Zeitschrift für Hebammenwissen-
schaft (Journal of Midwifery Science)*, 01(01), Seitenzahlen.

Datum: 2.5.2013



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