

ZEITSCHRIFT FÜR HEBAMMENWISSENSCHAFT

Journal of Midwifery Science

Themen:

- ◆ Präsidium der DGHWi e.V.
- ◆ Digitale Hebammenbetreuung in der Pandemie
- ◆ Programm der 6. Internationalen Konferenz der DGHWi e.V.
- ◆ Prophylaxe venöser Thromboembolien bei Risikopatientinnen
- ◆ Sektions- / Mandatberichte
- ◆ Junges Forum
- ◆ Stellungnahmen

Kategorien

Editorial	1
Aktuelles	2
Sektionen/Mandate	9
Stellungnahmen/Leitlinien	12
Originalartikel	16
Reviews	22
Junges Forum	24
Termine	28

Ziele der DGHWi

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

Inhaltsverzeichnis

Editorial	1
Aktuelles	
Präsidium der DGHWi	2
Programm der 6. Internationalen Konferenz der DGHWi e.V.	4
Kommission „Stellungnahmen“ und „Leitlinien“	7
Vorstellung der 2. Stellungnahmenbeauftragten	7
Bericht zur 16. Mitgliederversammlung der DGHWi	8
Sektionen/Mandate	
Mandat im Arbeitskreis Frauengesundheit e.V.	9
Sektion Junges Forum	9
AG Hebammendiagnosen	10
Stellungnahmen/Leitlinien	
Koalitionspapier: Mehr Fortschritt wagen	12
Hebammenkunde: Liste des Immateriellen Kulturerbes der Menschheit	13
Änderung der Mutterschafts-Richtlinien (Mu-RL):	14
S2k-Leitlinie „SARS-CoV-2 in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“	15
Originalartikel	
Digitale Hebammenbetreuung in der Pandemie: schnelle Umsetzung und gute Akzeptanz	16
Reviews	
Prophylaxe venöser Thromboembolien bei Risikopatientinnen	22
Junges Forum	24
Termine	28
Vorstand: Kontaktangaben	
Impressum	

Liebe Leserinnen und Leser der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft, am 28. und 29. Juli 2022 wird die 6. Internationale Konferenz der DGHWi zum Thema „Chancengleichheit – Equality & Equity in Childbirth“ in Winterthur an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Präsenz stattfinden. Nachdem die Konferenz im Februar pandemiebedingt verschoben werden musste, ist die Vorfreude auf ein gemeinsames Wiedersehen groß. Nach der langen Zeit ohne Konferenzen oder Tagungen ist die Motivation für einen gemeinsamen Erkenntnis- und Wissensaustausch hoch. Die Sehnsucht nach persönlichen Diskussionen und Gesprächen ist bei uns allen gewachsen und der Wunsch besteht, neue Kolleginnen oder Kollegen, die man bisher nur in Online-Meetings gesehen hat, einmal wirklich kennenzulernen. Um die Vorfreude zu vergrößern, ist das aktualisierte Programm in der vorliegenden Ausgabe dargestellt und vermittelt einen ersten Eindruck von der Vielfalt und Aktualität mit der das Thema der Konferenz „Chancengleichheit – Equality & Equity in Childbirth“ beleuchtet und diskutiert werden soll. Die Auseinandersetzung mit der für uns in der Hebammenarbeit bedeutsamen Thematik erfolgt dabei auf abwechslungsreiche Weise in Form von Vorträgen, Workshops, Poster-Präsentationen, einer gemeinsamen Abendveranstaltung und hoffentlich vielen fruchtbaren individuellen Treffen und Dialogen. Wir freuen uns schon jetzt auf die zahlreichen lebhaften Diskurse und Anregungen, welche sich aus den vielfältigen Interaktionsmöglichkeiten während der Konferenz ergeben werden.

Dass es pandemiebedingt in den letzten zwei Jahren keine Konferenzen und Tagungen gab, ist aber nur ein Teilaspekt, welcher die Hebammen in Bezug auf ihren wissenschaftlichen Austausch beeinflusst hat – genauso wie andere Fachdisziplinen. Auch andere Bereiche der Hebammenarbeit wurden direkt beeinflusst, wie beispielsweise die Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft oder im Wochenbett. Die zugrunde liegende umfassende Untersuchung des zeitaktuellen Originalartikels „Survey zur digitalen Hebammenbetreuung“ von Dr. Dagmar Hertle, Luisa Schumacher, Nikolaus Schmitt, Danny Wende und Prof*in. Dr. Nicola Bauer beschäftigt sich mit der Umsetzung der digitalen Hebammenbetreuung in den Zeiten der Pandemie. Die Studie ermittelte die in Anspruch genommenen Hebammenleistungen bei Schwangeren und Wöchnerinnen in Bezug auf die Art und Weise des Angebotes, beispielsweise in Präsenz, per Telefon oder Video und wertete diese entsprechend statistisch aus. Die spannenden und richtungsweisenden Ergebnisse können Sie im Originalartikel nachlesen. Vorwegnehmen möchte ich nur, warum der Artikel richtungsweisend und zukunftsorientiert ist: Das „Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz“ (DVPfMG) regelt die digitalen Hebammenleistungen und verstetigt sie über die Pandemie hinaus. Aus diesem Grund muss die Auseinandersetzung mit der Digitalisierung auch in unserem Beruf weiterhin aktiv erfolgen.

Dazu passend können Sie unter der Rubrik „Leitlinien & Stellungnahmen“ die Thematik wiederfinden, in Form eines „Standpunktes der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V., des Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. und des Deutschen Hebammenverband zur Änderung der Mutterschafts-Richtlinien (Mu-RL): Regelungen zur Erfüllung der Dokumentationsvorgaben im elektronischen Mutterpass“ (16. September 2021) von Mirjam Peters, Caroline Agricola, Kristina Luksch und Elke Mattern für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) und Ursula Jahn-Zöhrens für den Deutschen Hebammenverband (DHV). Auch in diesem wesentlichen Standpunkt Papier werden die Notwendigkeit des Diskurses mit der Thematik und der verantwortungsvolle Umgang damit verdeutlicht. Aber natürlich sind die Digitalisierung und die damit verbundenen Ver-

änderungen nicht die einzig wichtigen Themen im Hebammenwesen. Zwei weitere zentrale Standpunkte werden vorgestellt, zum einen der Standpunkt zum Koalitionspapier „Mehr Fortschritt wagen“ (8. Dezember 2021) von Tamara Marraffa und Prof*in. Dr. Dorothea Tegethoff sowie zum anderen der Standpunkt „Zustimmung zur Nominierung von „Hebammenkunde: Wissen, Fertigkeiten und Praktiken“ für die Liste des Immateriellen Kulturerbes der Menschheit“ (25. Januar 2022) von Elke Mattern. Der erste thematisiert hebammenrelevante Punkte des Koalitionspapiers, wie Arbeits- und Studienbedingungen oder die geburtshilfliche Versorgung in der Klinik, der zweite die soziale und kulturelle Einbettung der Hebammentätigkeit.

Der Wert dieser Stellungnahmen wird schon nur durch diese kurze Vorstellung deutlich und auch weiterhin wird die DGHWi Stellungnahmen und Leitlinien zu relevanten Themen oder Beschlussentwürfen verfassen. Deshalb möchten wir an dieser Stelle um Ihre Unterstützung und Mitarbeit bei der Erstellung zukünftiger Stellungnahmen und Leitlinien bitten. Wir freuen uns, wenn Sie auf uns zukommen! Aufrufe zu



verschiedenen Kommissionen oder für die Übernahme eines Mandates zu hebammenrelevanten Inhalten finden Sie regelmäßig in unseren Rundmails oder auf der DGHWi – Website. In dieser Ausgabe wird beispielweise ein praxisrelevanter Aufruf von Mandatsträger*innen der DGHWi im Arbeitskreis Frauengesundheit e.V. (AKF) von Dr. Christine Loytved, Dr. Sabine Striebich und Prof*in. Dr. Angelica Ensel zum Thema Runder Tisch „Lebensphase Elternwerden“ und der „Fachgruppe Hebammen“ vorgestellt. Neben der Arbeit in Kommissionen für Leitlinien oder Stellungnahmen oder als Mandatsträgerin ist ebenso die Tätigkeit in einer Sektion oder Arbeitsgruppe innerhalb der DGHWi möglich. Ein Beitrag der Sektion „Junges Forum Hebammenwissenschaft“ berichtet von ihrer kreativen und erfolgreichen Idee, eine online Workshop-Reihe zu etablieren.

In der Rubrik „Junges Forum“ stellen Nadine Thiele und Patricia Ulrich die Ergebnisse ihrer jeweiligen Bachelorarbeit vor. In der Rubrik Reviews wird die Übersetzung des Reviews zur „Prophylaxe venöser Thromboembolien bei Risikopatientinnen während der Schwangerschaft und in der frühen postpartalen Phase“ veröffentlicht; Sie können sich über die Auswirkungen von Thromboseprophylaxe während der Schwangerschaft und in der frühen postpartalen Phase informieren.

Zusätzlich zu diesen aktuellen und spannenden Themen dieser Ausgabe der Zeitschrift möchte sich Ihnen das neue Präsidium der DGHWi vorstellen und wir möchten uns an dieser Stelle ganz herzlich bei den vorangegangenen Vorstandsmitgliedern, Elke Mattern, Prof.*in Dr. Dorothea Tegethoff, Prof.*in Dr. Jessica Pehlke-Milde, Kerstin Böhm, Caroline Agricola und denen, die in das neue Präsidium gewechselt sind, Prof.*in Dr. Barbara Baumgärtner und Dr. Astrid Krahl, für die engagierte, unermüdliche und herausragende Arbeit sowie die Weitergabe der wertvollen Erfahrungen bedanken!

Ich wünsche Ihnen viel Freude und neue Ideen beim Lesen der Zeitschrift.

Ihre Franziska Rosenlöcher
Präsidentin der DGHWi e.V.

Das Präsidium der DGHWi stellt sich vor

Präsidentin: Dr. Franziska Rosenlöcher

Dr. rer. nat. Franziska Rosenlöcher erlernte in Leipzig den Beruf der Hebamme, arbeitete als Hebamme im Kreißaal und war während ihres Studiums freiberuflich als Hebamme in der Schwangerenvorsorge und Wochenbettbetreuung tätig.

Sie studierte, arbeitete und promovierte in der Fachrichtung Psychologie, an der Professur für Biopsychologie der Technischen Universität Dresden. Ihre Forschungsinteressen gelten der Entwicklungs- und Biopsychologie im Kontext der Hebammenarbeit. In ihrer Doktorarbeit untersuchte sie den Zusammenhang zwischen pränatalem Stress und dessen Auswirkungen auf die Entwicklung in der Kindheit. Nach ihrer Promotion war sie an der Carus-Akademie in Dresden als Lehrerin für Hebammen tätig und leitete die Hebammenausbildung. Frau Franziska Rosenlöcher übernahm im September 2020 die Gastprofessur für Hebammenwissenschaft am Institut für Gesundheit der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus-Senftenberg (BTU), baute den primärqualifizierenden Bachelor-Studiengang Hebammenwissenschaft auf und ist seit dem 01.05.2022 Professorin für Hebammenwissenschaft.

Ein persönliches Anliegen ist Franziska Rosenlöcher die Etablierung der Akademisierung mit allen berufsspezifischen Herausforderungen, die Weiterentwicklung hochschulischer Lehre und die Optimierung des Theorie-Praxis-Transfers des Hebammenwissens.

E-Mail: praesidentin@dghwi.de



Vizepräsidentin: Dr. Astrid Krahl



Dr. rer. medic. Astrid Krahl ist Hebamme und Gesundheitswissenschaftlerin. Sie wohnt im Nordwesten Deutschlands und in Winterthur, Schweiz. Nach 16 Jahren Hebammentätigkeit studierte sie von 2000 bis 2004 den Diplomstudiengang Pflegewissenschaft an der Hochschule Osnabrück. Dort arbeitete sie 12 Jahre als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Verbund Hebammenforschung und ging

2016 an die Hochschule 21 nach Buxtehude. Seit 2017 arbeitet sie an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW) in Winterthur, Schweiz. Dort ist sie, nach Stationen in der Forschungsabteilung und dem B.Sc. Hebamme, seit 2019 Studiengangleitung des M.Sc. Hebamme. Sie hat von 2013 bis 2019 an der Universität Witten/Herdecke, Dept. für Pflegewissenschaft zum Thema „Betreuung von Frauen in der Latenzphase der Geburt“ promoviert. Als freiberufliche Hebamme hat sie bis 2016 gearbeitet.

Von 2020 bis 2022 war Astrid Krahl Beisitzerin im Vorstand der DGHWi. Sie freut sich darauf, im Präsidium für zwei weitere Jahre die DGHWi als Plattform für einen lebendigen Austausch in den Bereichen Wissenschaft, Akademisierung und Praxis zu verstetigen und weiterzuentwickeln.

E-Mail: vizepraesidentin@dghwi.de

Schatzmeisterin: Andrea Paucke B.A.



Andrea Paucke ist Hebamme und Medizinpädagogin. Sie lebt im Norden Bayerns. Seit September 2020 arbeitet sie an der Hochschule für angewandte Wissenschaften in Coburg als Lehrkraft für besondere Aufgaben. Zuvor war sie vier Jahre als Lehrkraft an der Ernst-Abbe-Hochschule in Jena tätig. Derzeit studiert sie Angewandte Gesundheitswissenschaften (M.Sc.).

Andrea Paucke schaut mit Freude der neuen Aufgabe im Präsidium der DGHWi entgegen. Sie möchte dazu beitragen, dass die Hebammenwissenschaft sich weiter in Deutschland etabliert und entwickelt.

E-Mail: schatzmeisterin@dghwi.de

Schriftführerin: Julia Steinmann M.Sc.

Julia Steinmann lebt im Südwesten Deutschlands und legt ihren Arbeitsschwerpunkt seit dem Hebammenexamen vor knapp 20 Jahren in der originären Hebammentätigkeit im kompletten Betreuungsbogen in einer Hebammenpraxis mit Geburtshaus, das sie gleichberechtigt mit mehreren Partnerinnen führt. Neben Lehraufträgen an Hochschulen und Hebammenschulen engagiert sie sich in der Ausbildung und Praxisanleitung studierender/ werdender Hebammen und in der Etablierung Physiologie-basierter, gesundheitsförderlicher Hebammenbetreuungsmodelle. Sie absolvierte ihren Bachelor in Angewandter Psychologie und ihren Master in Hebammenwissenschaft.



Für Julia Steinmann steht die DGHWi für die Zusammenführung von lebensweltlicher Empirie und strukturgebender Wissenschaft. Zu dieser Weiterentwicklung möchte sie als Praktikerin und Forscherin engagiert beitragen.

E-Mail: schriftfuehrerin@dghwi.de

Beisitzerin mit dem Schwerpunkt ‚Leitlinien‘: Prof. Dr. Barbara Baumgärtner



Prof. Dr. Barbara Baumgärtner ist Hebamme und Diplombertspädagogin und leitet seit 2020 den Internationalen Studiengang Hebammen (B.Sc.) an der Hochschule Bremen. Nach ihrem Hebammenexamen arbeitete sie in Köln und Bremen in der klinischen und außerklinischen Geburtshilfe und absolvierte ein Lehramtsstudium in Bremen. Anschließend war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an den Universitäten Bremen und Bielefeld tätig und promovierte in Bremen in der Fachrichtung Public Health zum Thema „Der selbstinitiierte Kaiserschnitt“. Von 2017 bis 2020 leitete sie den hebmamwissenschaftlichen Studiengang an der Hochschule in Jena. Zwischen 2018 und 2020 war sie Sprecherin der Sektion Hochschulbildung. Künftig wird Frau Prof. Dr. Baumgärtner im Präsidium der DGHWi das Amt als Beisitzerin für Leitlinien übernehmen. Prof. Dr. Barbara Baumgärtner freut sich auf die Arbeit als Beisitzerin mit den neuen und alten Kolleginnen im Präsidium.

E-Mail: beisitzerin-leitlinien@dghwi.de

Beisitzerin mit dem Schwerpunkt ‚Stellungnahmen‘: Dr. Nancy Stone

Dr. Nancy Stone ist Postdoktorandin an der Evangelischen Hochschule Berlin, wo sie das Projekt „ASK a Midwife – Erwerb von Kompetenzen und Fertigkeiten von Hebammen zur Unterstützung von interventionsarmen Geburten in Geburtshäusern“ leitet. Sie ist seit 2001 Hebamme und hat seitdem geburtshilflich in Krankenhäusern und in einem Geburtshaus sowie freiberuflich in der Vor- und Nach-



sorge gearbeitet. Sie absolvierte ihren M.Sc.PH an der Berlin School of Public Health und ihren PhD an der University of Central Lancashire.

E-Mail: beisitzerin-stellungnahmen@dghwi.de

Beisitzerin mit dem Schwerpunkt ‚Öffentlichkeitsarbeit‘: Friederike Hesse M.A.

Friederike Hesse ist Hebamme (B.Sc.) und Soziologin (M.A.). Sie ist seit dem 1. Juni 2022 Promovendin am Promotionszentrum Public Health der Hochschule Fulda und arbeitet vertretungsweise als freiberufliche Hebamme in Frankfurt am Main. Zuvor war sie an den Standorten der Frankfurt University of Applied Sciences und der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen als wissenschaftliche Mitarbeiterin in den hebmamwissenschaftlichen Bachelorstudiengängen sowie an der Karl-Franzens-Universität in Graz als Junior Fellow im Projekt „Geburtskulturen im Wandel“ tätig.



Seit 2017 arbeitet Friederike Hesse im Redaktionsteam der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (ZHWi) mit. Sie brachte sich bei der Neugestaltung der Website ein und engagiert sich seit 2020 in der Sektion „Junges Forum Hebammenwissenschaft“, um den Aufbau von Kontakten und Austauschmöglichkeiten für werdende Hebammen und Nachwuchswissenschaftler*innen in der DGHWi zu fördern. Sie möchte im Rahmen des neuen Amtes vor allem den Außenauftritt der DGHWi stärken und sich dafür einsetzen, dass die Arbeit der DGHWi-Mitglieder noch besser sichtbar wird.

E-Mail: beisitzerin-oeffentlichkeit@dghwi.de

6. Internationale Konferenz der DGHWi: Neuer Termin

Die diesjährige Internationale Konferenz mit dem Thema „Chancengleichheit – Equality & Equity in Childbirth“ wurde pandemiebedingt auf den 28. und 29. Juli 2022 verschoben. Das aktualisierte Programm finden Sie auf den nächsten Seiten. Die Keynote wird Dr. Franka Cadée, Präsidentin der International Confederation of Midwives (ICM), halten. Mit ihrer Ansprache gibt sie sicherlich zahlreiche Impulse aus Forschung, Lehre, Praxis und Wissenschaft verschiedener Nationen und regt somit zum Austausch und zur Vernetzung von Hebammen und anderen Professionen im deutschsprachigen und europäischen Raum an. Die Konferenz wird in der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) in Winterthur stattfinden.

In der Schweiz und an der ZHAW gibt es zurzeit kein Corona-Schutz Reglement. Sollte sich dies ändern, werden wir Sie umgehend informieren.

Die Anmeldung zur Konferenz erfolgt über die Website der DGHWi: <https://www.dghwi.de/veranstaltungen/internationale-konferenz/>

Bitte beachten Sie, dass der **Anmeldeschluss** für die 6. Internationale Konferenz der **11.07.2022** ist.

Präsidium der DGHWi e.V.

Programm der
6. Internationalen Konferenz der DGHWi e.V.

Program of the
6th International Conference of the German Society of Midwifery

Chancengleichheit
Equality & Equity in Childbirth
28 & 29 July 2022

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)
Zurich University of Applied Sciences
Katharina-Sulzer-Platz 9, CH-8401 Winterthur, Switzerland

Donnerstag, 28. Juli 2022 / Thursday, 28th July 2022

13:30 – 15:30	Registration
15:30 – 15:45	Grussworte / Greeting and words of welcome
15:45 – 16:30	Keynote Implementing Midwife-led Continuity of Care (MLCC), a balancing act between science and politics. <i>Die Umsetzung von "Midwife-led Continuity of Care" - ein Balanceakt zwischen Wissenschaft und Politik. [Vortrag auf Englisch]</i> Franka Cadée, The Netherlands
16:30 – 16:50	Vortrag 1 / Presentation 1 Birth Justice – Intersektionale Perspektiven auf die Begleitung von Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft. <i>Birth Justice – intersectional perspectives in the provision of maternity care throughout pregnancy, childbirth, and parenthood.</i> Christiane Winkler, Emine Babac
16:50 – 17:15	Pause / Break
17:15 – 17:35	Vortrag 2 / Presentation 2 Die Perspektive geflüchteter Frauen in der perinatalen Gesundheitsversorgung: Übersetzen und Verstehen im Kontext qualitativer Forschung. <i>The perspective of refugee women in perinatal healthcare: translating and understanding in the context of qualitative research.</i> Milena Wegelin, Nour Abdin
17:35 – 17:55	Vortrag 3 / Presentation 3 Abortion in Switzerland: psychosocial factors, cantonal indicators and potential preventive measures. <i>Schwangerschaftsabbrüche in der Schweiz: psychosoziale Faktoren, kantonale Indikatoren und potenzielle Präventionsansätze. [Vortrag auf Englisch]</i> Jean Anthony Grand-Guillaume-Perrenoud, Thomas Steffen
17:55 – 18:15	Vortrag 4 / Presentation 4 Die randomisiert kontrollierte, multizentrische Studie „Be-Up: Geburt aktiv“: Effekt der komplexen Intervention. <i>The randomized controlled, multicentre trial "Be-Up: Birth Active": effect of a complex intervention.</i> Gertrud M. Ayerle, Rainhild Schäfers, Elke Mattern, Sabine Striebich, Theresa Oganowski, Ronja Ocker, Gregor Seliger
18:15 – 19.30	Get Together

Alle Vorträge werden simultan vom Deutschen ins Englische und vom Englischen ins Deutsche übersetzt. Die Posterpräsentationen (mit einer Ausnahme) und die Workshops finden auf Deutsch statt und werden nicht übersetzt.

All presentations will be simultaneously translated from German into English and from English into German. The poster sessions (except one) and the workshops will be held in German and will not be translated.

Freitag, 29. Juli 2022 / Friday, 29th July 2022

08:30 – 09:00	Registration
09:00 – 09:20	<p>Vortrag 5 / Presentation 5 Erwerb von Hebammenkenntnissen in Geburtshäusern: Förderung der Chancengleichheit durch die Wahl des Geburtsortes. <i>Acquisition of midwifery skills in birth centres: promoting equity through choice of birthplace.</i> Nancy I. Stone, Dorothea Tegethoff, Gillian Thomson</p>
09:20 – 09:40	<p>Vortrag 6 / Presentation 6 Konstruktion und Validierung eines Fragebogens zur Arbeitszufriedenheit von Hebammen. <i>Construction and validation of a questionnaire on the job satisfaction of midwives.</i> Joana Streffing, Gertrud Ayerle</p>
09:40 – 10:00	<p>Vortrag 7 / Presentation 7 Praxisprojekt: Entwicklung einer evidenzbasierten und frau-zentrierten App für die Schwangerschaft. <i>Practical project: development of an evidence-based and woman-centered app for pregnancy.</i> Mirjam Peters, Rainhild Schäfers</p>
10:00 – 10:15	Pause / Break
10:15 – 11:05	Posterpräsentation (3 Gruppen) / Poster session (3 groups)
11:05 – 11:10	Pause / Break
11:10 – 12:00	Posterpräsentation (3 Gruppen) / Poster session (3 groups)
12:00 – 13:30	Mittagessen / Lunch
13:30 – 14:50	Parallel Workshops (80 minutes)
14:50 – 15:00	Pause / Break
15:00 – 15:20	<p>Vortrag 8 / Presentation 8 Wohlbefinden von Begleitpersonen während einer physiologischen Geburt innerhalb der Studie „Be-Up: Geburt aktiv“. <i>Well-being of accompanying persons during a physiological birth within the clinical trial „Be-Up“.</i> Nadine Schmitt, Gertrud Ayerle</p>
15:20 – 15:40	<p>Vortrag 9 / Presentation 9 Intervenierende Bedingungen auf das väterliche Sicherheitsempfinden im Kontext der Geburt – Teilergebnisse einer Grounded Theory Studie. <i>Conditions intervening the fathers' sense of security in the context of childbirth - partial results of a grounded theory study.</i> Therese Werner-Bierwisch, Sabine Metzging, Claudia Hellmers</p>
15:40 – 16:00	<p>Vortrag 10 / Presentation 10 Gleiches Glück für Alle? Unsicherheitsintoleranz als Risikofaktor der maternalen emotionalen Anpassung im peripartalen Zeitraum. <i>Equal happiness for all? Uncertainty intolerance as a risk factor for maternal emotional adjustment in the peripartal period.</i> Kristina Stanzel</p>
16:00 – 16:20	Pause / Break
16:20 – 16:40	<p>Vortrag 11 / Presentation 11 "Schwangerschaft ressourcenorientiert erleben" (SRE-Studie) - Das Züricher Ressourcen Modell (ZRM) als Intervention zur Stressreduktion in der Geburtsvorbereitung. <i>"Experiencing pregnancy resource oriented" - The Zurich Resource Model (ZRM) as an approach toward stress reduction during the antenatal periods.</i> Tamara Schneider, Julia Weber, Nicola H. Bauer</p>
16:40 – 17:00	<p>Vortrag 12 / Presentation 12 Symptome des Geburtsbeginns und deren Assoziation zum Betreuungsbedarf in der Latenzphase – Ein Scoping Review. <i>Symptoms of onset of labour and their association with early labour care needs - A scoping review.</i> Susanne Grylka-Baeschlin, Antonia Müller</p>
17:00 – 17:30	Abschluss / Conclusion & Poster Award (Gold, Silver and Bronze)

Workshop-Angebote bei der 6. Internationalen Konferenz der DGHWi

Wenn Sie die 6. Internationale Konferenz vor Ort in Winterthur besuchen, haben Sie die Wahl an einem der Workshops teilzunehmen. Bedingt durch die terminliche Verschiebung musste einer der geplanten Workshops abgesagt werden. Ihnen stehen weiterhin drei Workshops sowie eine Führung durch die ZHAW zur Auswahl.

Workshop 01: Birth Justice – Intersektionale Perspektiven auf die Begleitung von Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft

Leitung: Christiane Winkler & Emine Babac

Nach einer komprimierten Einführung zum politisch-theoretischen Rahmen von Birth Justice und dessen Relevanz für die hebammenwissenschaftliche Forschung werden Expert*innen aus Wissenschaft und Praxis zu organisatorisch-praktischen sowie wissenschaftlich-methodischen Herausforderungen intersektional reflektierter und diskriminierungssensibler Forschung befragt. Im Anschluss erarbeiten die Teilnehmenden relevante Themen(felder) für die Hebammenwissenschaft und Handlungsempfehlungen für zukünftige Forschungsprojekte.

Beteiligte Expert*innen sind unter anderen Prof.in Dr. Nicola Bauer (Universität zu Köln, Professur Hebammenwissenschaft) und Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voß (Hochschule Merseburg, Professur für Sexualwissenschaft und sexuelle Bildung).

Workshop 02: Möglichkeiten der akademischen (Weiter-) Qualifizierung für werdende Hebammen & Hebammen

Leitung: Sektion Junges Forum Hebammenwissenschaft

Der Workshop soll in Form eines dreistufigen World Cafés Möglichkeiten für Vernetzung und Peer-Austausch bieten. An je einem moderierten Thementisch können die Teilnehmenden im ersten Schritt Fragen und Anliegen sammeln. In der zweiten Phase können sich die Teilnehmenden an allen Tischen zu den Anliegen austauschen und Tipps bzw. Erfahrungen zu den gesammelten Fragen hinterlegen. Zum Abschluss kommen die Teilnehmenden an ihre Ausgangstische zurück, um die Ergebnisse zu diskutieren und ggf. Bedarfe zu formulieren.

Themen sind insbesondere:

- ◆ akademische Weiterqualifizierung – ein passendes Studium finden
- ◆ in der Praxis lernen – miteinander und füreinander
- ◆ in gemischten Gruppen lernen – interdisziplinäre bzw. primär- & weiterqualifizierende Studiengruppen
- ◆ wie geht es weiter nach dem Bachelor? Praxis und/oder Master
- ◆ wie geht es weiter nach dem Master? Wege zur Promotion.

Beteiligte Expert*innen sind Vertreterinnen der Sektion Hochschulbildung (DGHWi) und der JuWeHen (Deutscher Hebammenverband) sowie Prof.in Dr. Lea Beckmann (Bildungsbeirätin, Deutscher Hebammenverband).

Workshop 03: Barcamp zu mitmachen – Gerechter Zugang zu Hebammenversorgung für marginalisierte Gruppen

Leitung: Prof. Dr. Michaela Michel-Schuldt

Beteiligte Personen sind Lucy Wächter, Olivia Märkl, Sabine Kühlwein und Anja Lehnertz (Studierende im Master Innovative Versorgungspraxis in der Pflege und im Hebammenwesen der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen).

Welchen Beitrag leisten Sie und Ihre Kolleg*innen, um einen gerechten Zugang zur Hebammenversorgung für alle zu sichern? Inhalt und Ablauf dieses offenen Veranstaltungsformats werden zu Beginn gemeinsam entwickelt und im weiteren Verlauf gestaltet. Dieses Barcamp dient dem inhaltlichen Austausch und der Diskussion über innovative Betreuungskonzepte, die den Fokus auf marginalisierte Gruppen legen. Wir halten diesen Austausch schriftlich fest und sind gespannt, was sich daraus weiter entwickeln kann.

Literatur zum Beitrag „Änderung der Mutterschafts-Richtlinien (Mu-RL): Regelungen zur Erfüllung der Dokumentationsvorgaben im elektronischen Mutterpass vom 16.09.2021“, siehe Seite 6:

1. G-BA. Beschlusstext zu den Mutterschafts-Richtlinien: Regelungen zur Erfüllung der Dokumentationsvorgaben im elektronischen Mutterpass; 2021 Sept 16; [Stand 11.11.20221]. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/5032/>
2. G-BA. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Mutterschafts-Richtlinien: Regelungen zur Erfüllung der Dokumentationsvorgaben im elektronischen Mutterpass; 2021 Sept 16 [Stand 11.11.20221]. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/5032/>
3. Albrecht M, Loos S, Sander M, Schliwen A, Wolfschütz A. Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe: Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin: IGES Institut GmbH; 2012.
4. Bauer NH, Villmar A, Peters M, Schäfers R. HebAB.NRW - Forschungsprojekt „Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen“: Abschlussbericht der Teilprojekte Mütterbefragung und Hebammenbefragung. Bochum: Hochschule für Gesundheit; 2020.
5. Gesundheit.nrw. Elektronische Heilberufs- und Berufsausweise; [Stand 08.11.2021]. Verfügbar unter: <https://egesundheit.nrw.de/projekte/elektronische-heilberufs-und-berufsausweise/>
6. Gesundheit.nrw. Elektronisches Gesundheitsberuferegister (eGBR); [Stand 08.11.2021]. Verfügbar unter: <https://egesundheit.nrw.de/projekt/egbr/>
7. Zentrum für Telematik- und Telemedizin (ZTG). Anwenderzentrum – ZTG; [Stand 08.11.2021]. Verfügbar unter: <https://ztg-nrw.de/anwenderzentrum/>

Kommission „Stellungnahmen“ und „Leitlinien“ – Laufendes Bewerbungsverfahren

Das Bewerbungsverfahren für eine Mitgliedschaft in den Kommissionen „Leitlinien“ und „Stellungnahmen“ wurde eröffnet. Während der 16. Mitgliederversammlung der DGHWi wurde die Gründung der beiden Kommissionen „Leitlinien“ und „Stellungnahmen“ beschlossen (§ 10 Satzung DGHWi). Das Bewerbungsverfahren für eine Mitgliedschaft in den Kommissionen läuft aktuell.

Ziel und Aufgaben

Ziel der Kommissionen ist es, die effiziente und effektive Kommunikation mit Gesellschaft und Politik zu aktuellen Themen in der Gesundheits- und Familienpolitik aufrecht zu erhalten. Dies ist den Mitgliedern des Präsidiums kaum möglich, da die Aufgaben in den Bereichen Leitlinien und Stellungnahmen kontinuierlich zugenommen haben.

Zu den Aufgaben der Kommissionen gehört insbesondere das Gegenlesen von überarbeiteten Leitlinien bzw. die Erstellung von Stellungnahmen und/oder das Gegenlesen der Stellungnahmen. Der Arbeitsaufwand umfasst ca. 8-10 Stunden/Monat, kann jedoch in Abhängigkeit von den eingehenden Anfragen variieren und erfordert mitunter schnelle Aufgabenerledigung aufgrund knapper Fristen.

Organ der DGHWi – Zusammensetzung

Eine Kommission agiert als Organ der DGHWi (§ 7 Satzung DGHWi). Jede Kommission sollte mit max. 6 DGHWi-Mitgliedern besetzt sein. Laut § 10 Abs. 3 gehört die Beisitzerin für Leitlinien bzw. Stellungnahmen der jeweiligen Kommission an. Die Kommissionen arbeiten zudem eng mit den jeweiligen Beauftragten zusammen und erstatten dem Präsidium jährlich Bericht.

Die Mitarbeit in einer Kommission steht jedem Mitglied der DGHWi offen. Die Mitglieder der Kommissionen werden vom Vorstand ernannt.

Kriterien der Kommissionsbesetzung

Die Kommissionen sollen sich aus erfahrenen Hebammen und Hebammenwissenschaftler*innen mit Fachexpertise in unterschiedlichen Bereichen und aus Studierenden (Bachelor / Master) zusammensetzen. Die Zusammenarbeit dient damit auch der Nachwuchsförderung. Junge Mitglieder haben so die Chance, Kompetenzen zu den jeweiligen Bereichen aufzubauen.

Dauer der Mitgliedschaft in den Kommissionen

Um sich mit den jeweiligen Fachbereichen optimal vertraut machen zu können, wäre eine Mitgliedschaft von mindestens zwei Jahren wünschenswert.

Kostenerstattung

Etwaige Reise- und Unterkunftskosten werden erstattet.

Bewerbung

Wer in einer der Kommissionen „Leitlinien“ oder „Stellungnahmen“ mitwirken möchte, kann sich formlos unter Nennung einiger Kriterien (Name, Adresse, E-Mail, Beruf/ gegenwärtige Tätigkeit, Arbeits- und Forschungsschwerpunkte, besondere Fachkenntnisse) melden. Bewerbungen nimmt die Geschäftsstelle geschaeftsstelle@dghwi.de entgegen.

Wir freuen uns auf rege Beteiligung und auf eine gute, konstruktive Zusammenarbeit!

Präsidium der DGHWi e.V.

Vorstellung der zweiten Stellungnahmenbeauftragten der DGHWi e.V.

Berit Lüdemann unterstützt als zweite Stellungnahmenbeauftragte neben Mirjam Peters, M.Sc. das Präsidium sowie die zukünftige Stellungnahmenkommission. Sie ist Hebamme (M.Sc.) und lebt in Berlin. Nach ihrem Hebammenexamen 2001 arbeitete sie erst in den Niederlanden und Berlin in der außerklinischen Geburtshilfe und ist seit 2014 als freiberufliche Hebamme auch in der klinischen Geburtshilfe zuhause. Sie absolvierte ihren B.Sc. an der Glasgow Caledonian University und ihren European Master of Science in Midwifery an der medizinischen Hochschule



Hannover. Seitdem (2020) engagiert sie sich in der Ausbildung von Hebammen, u.a. auch mit einem Lehrauftrag an der Evangelischen Hochschule Berlin.

Berit Lüdemann sieht in der Wissenschaft eine Chance, den Blick auf die Physiologie in Schwangerschaft – Geburt – Wochenbett zu erweitern, unabhängig vom Setting.

Bericht zur 16. Mitgliederversammlung der DGHWi

Am 10. Februar 2022 fand die 16. ordentliche Mitgliederversammlung der DGHWi statt. Wie im vergangenen Jahr trafen sich mehr als 100 Mitglieder online. Das vollständige Protokoll und die Präsentation zur Mitgliederversammlung können im internen Mitgliederbereich der Webseite eingesehen werden. Für alle Abstimmungen während der Versammlung wurde die DSGVO-konforme Software LimeSurvey verwendet, mit der alle Abstimmungen geheim und komplikationsfrei durchgeführt werden konnten. Das Verfahren hat sich auch für kommende virtuelle Mitgliederversammlungen bewährt.

Als Vorsitzende eröffnete Elke Mattern die Mitgliederversammlung und erläuterte die organisatorischen Besonderheiten des virtuellen Formats. In Ergänzung wurde von Kerstin Böhm das Verfahren zur Abstimmung über LimeSurvey erklärt und eine Probeabstimmung durchgeführt. Es folgten die üblichen Formalia wie Feststellung der Beschlussfähigkeit, Annahme der Tagesordnung sowie des Protokolls der 15. Mitgliederversammlung.

In weiterer Folge berichtete der Vorstand. Zunächst wurde auf die Ergebnisse des Strategieprozesses hingewiesen, die in der letzten Ausgabe der ZHWi sowie im internen Newsletter (Februar 2022) dargestellt wurden und in einigen der folgenden Anträge zur Satzungsänderung eingeflossen sind. Astrid Krahl berichtete als Beisitzerin zur Entwicklung einer S3-Leitlinie zur Wochenbettbetreuung. Weiterhin berichteten Schatzmeisterin und Kassenprüferin.

Unter dem folgenden Tagesordnungspunkt stimmten die Mitglieder über vorgeschlagene Satzungsänderungen zu den Themen 1. Bildung einer Kommission, 2. Umbenennung der Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden in Präsidentin und Vizepräsidentin, 3. hybrides Format der Mitgliederversammlung, 4. Genderschreibweise entsprechend der ZHWi. Die Satzungsänderungen wurden je mit einer Zweidrittelmehrheit angenommen. Im Anschluss folgten je eine Abstimmung zur Gründung einer Leitlinien- und einer Stellungnahmen-Kommission. Auch diesen wurde mit einer Zweidrittelmehrheit bzw. ohne Gegenstimmen angenommen. Weiterhin wurde über die Vergütung sowohl der Leitlinien- als auch der Stellungnahmen-Beauftragten sowie über die Einrichtung einer Pressestelle zur Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit auf Minijob-Basis abgestimmt. Alle drei Anträge wurden ohne Gegenstimmen angenommen. Schließlich wurde über die Vergabe von Stipendien für promovierende Hebammen durch die DGHWi diskutiert und abgestimmt. Zum vorgestellten Konzept wurden folgende Änderungen vorgeschlagen: mit den Stipendiengeldern in der Höhe von bis zu 9.000 € sollen Promotionen unterstützt werden, nicht nur im letzten Jahr und auch nicht nur für eine Person; es sollen weiterhin neue Kriterien entwickelt und dem neuen Präsidium vorgestellt werden. Für den Vorschlag mit diesen Kriterien sprach sich ebenfalls eine Zweidrittelmehrheit aus.

Nach den Abstimmungen der Anträge folgte die Neuwahl des Präsidiums. Es stellten sich zur Wahl: Franziska Rosenlöcher erstmals als Präsidentin, Astrid Krahl ehemals Beirätin als Vizepräsidentin, Julia Steinmann erstmals als Schriftführerin, Andrea Paucke erstmals als Schatzmeisterin, Barbara Baumgärtner erneut als Beirätin sowie Nancy

Stone und Friederike Hesse erstmals als Beirätinnen. Alle Kandidatinnen wurden mit Zweidrittelmehrheit gewählt und haben die Wahl angenommen (die Vorstellung des neuen Präsidiums ist in diesem Heft unter Aktuelles zu finden). Die Vorstandsmitglieder der Jahre 2019 bis 2022 wurden im Anschluss mit herzlichen Worten verabschiedet und erhielten je einen Blumenstrauß als Dank.

Unter dem folgenden Tagesordnungspunkt stellte Kerstin Böhm als Schatzmeisterin der Haushaltsplan für das Jahr 2022 vor. Da die DGHWi als gemeinnütziger Verein zur Abschmelzung ihres bisherigen Vermögens angehalten ist, können auch Mehrausgaben wie die neu zu schließenden Honorarverträge und die gestalterische Überarbeitung der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft gut realisiert werden. Der Haushalt 2022 wird mit einer Zweidrittelmehrheit angenommen.

Es wurden die neuen Bonusmitglieder Judith Rabe, Friederike Pfender, Karla Laitko, Irma Sophie Entenmann, Karoline Lautz als beste Absolventinnen ihrer Hebammenschule bzw. ihres Studienganges geehrt. Sie erhalten eine kostenlose ordentliche Mitgliedschaft für das aktuelle und das folgende Jahr.

Unter Verschiedenes berichten Ulrike von Haldenwang für den Deutschen Hebammenverband (DHV) vom kommenden DHV-Kongress im Mai 2023 unter dem Motto „Bündnisse in Berlin“ und Lea Beckmann als Bildungsbeirätin des DHV über das neukonzipierte Format „Fach Austausch Hochschulbildung“ jeden ersten Donnerstag im Monat von 9:00 bis 11:00 Uhr. Es wird weiterhin darauf hingewiesen, dass für die 17. Mitgliederversammlung im Februar 2023 sowie für die 7. Internationale Konferenz 2024 noch Ausrichtungsorte gesucht werden. Bewerbungen können an das neue Präsidium gerichtet werden. Dorothea Tegethoff kündigt an, dass sich die Evangelische Hochschule Berlin (EHB) für die Ausrichtung der Internationalen Konferenz bewerben wird. Abschließend wirbt Mirjam Peters für eine zweite Stellungnahmenbeauftragte in Nachfolge von Nina Peterwerth – diese Stelle konnte inzwischen mit Berit Lüdemann besetzt werden (siehe Seite 7 in diesem Heft).

Auch an dieser Stelle sei dem Vorstand der Jahre 2019 bis 2022 herzlich gedankt für ihr Engagement insbesondere in der Weiterentwicklung der DGHWi, welches sich nicht zuletzt an der sorgfältigen und professionellen Organisation dieser Mitgliederversammlung gezeigt hat.

Friederike Hesse M.A.

Beisitzerin mit dem Schwerpunkt ‚Öffentlichkeitsarbeit‘

Bericht über die Arbeit als Mandatsträgerinnen der DGHWi im Arbeitskreis Frauengesundheit e.V. (AKF)

Runder Tisch „Lebensphase Elternwerden“

Der Runde Tisch ist eine multiprofessionelle AG, in der Vertreterinnen folgender Institutionen zusammenarbeiten: Die Elterninitiativen *Mother Hood e.V.*, die *Gesellschaft für Geburtsvorbereitung, Familienbildung und Frauengesundheit* (GfG e.V.), der Verein *Schwere Geburt e.V.* sowie im weiteren Sinne die *Erzählcafé-Aktion „Der Start ins Leben“*. Die teilnehmenden Hebammen sind mandatiert vom *Deutschen Hebammenverband* (DHV e.V.), dem *Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands* (BfHD e.V.), der *Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe* (QUAG e.V.) und der *Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft* (DGHWi e.V.). Von ärztlicher Seite sind der *Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte* (BVKJ e.V.), die *Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe* (DGGG e.V.) sowie die *Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe* (DGPFH e.V.) vertreten. Als Einrichtungen auf Bundesebene sind die *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (BZgA) mit dem Referat S2 Familienplanung und Verhütung und der Runde Tisch Stillen im Verband *Nationale Stillförderung e.V.* zu nennen.

Für die Koalitionsverhandlungen im Wahljahr 2021 wurden sowohl das Gesundheitsziel „Rund um die Geburt“ als auch das Strategiepapier des Runden Tisches „Lebensphase Elternwerden“ zur Einrichtung eines Nationalen Geburtshilfegipfels genutzt. Wesentliche Teile der dort aufgelisteten Schritte und Forderungen wurden in den Koalitionsvertrag aufgenommen. Nun gilt es, diese vereinbarten Ziele umzusetzen. Viele Maßnahmen für das Gesundheitsziel „Rund um die Geburt“ sind nur auf Ebene der Länder und Kommunen möglich und wurden bereits konkretisiert.

Eine Hilfestellung soll dabei der für November geplante Fachtag „Nationales Gesundheitsziel ‚Gesundheit rund um die Geburt‘: Gelingt die Umsetzung?“ am Freitag, den 04.11.2022 im Deutschen Hygiene-Museum (DHMD) in Dresden bieten. Weitere Informationen zum Fachtag sind unter dem Menüpunkt „Netzwerk“ > Veranstaltungen auf der Seite <https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/> zu finden.

Christine Loytved arbeitet in der Vorbereitungsgruppe zur Schwangerenversorgung unter dem Arbeitstitel „Frauzentrierte Kooperation in der

Schwangerenvorsorge“ an diesem Fachtag mit. Weitere Themen, die am Runden Tisch diskutiert werden, sind Respektlosigkeit und Gewalt unter der Geburt und die Mutterschaftsrichtlinien.

Die Fachgruppe Hebammen

Die Fachgruppe Hebammen wurde 2016 von Angelica Ensel und Sabine Striebich gegründet und seitdem gemeinsam geleitet. Sie hat 23 Mitglieder. Im vergangenen Jahr wurde die durch eine elfköpfige Vorbereitungsgruppe konzipierte Veranstaltung „Fachforum Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe: Formen, Folgen und Vermeidung“ beim Hebammenkongress (im März 2021) und beim Perinatalkongress (im November 2021) durchgeführt. Zentrales Element des Fachforums war die frauenrechtliche Einordnung von Gewalt in der Geburtshilfe. Die Einordnung lieferte ein Vortrag von Prof. Dr. Tina Jung sowie eine Präsentation von Interviewausschnitten von Frauen, die Gewalt bei der Geburt erlebt haben. Diese gaben Anregung zur Reflexion des eigenen Handelns für die Zuschauerinnen und Zuschauer und führten zu einer exemplarischen Reflexion durch eine Hebamme des DHV, eine Vertreterin der DGGG, eine JuWeHen und eine Vertreterin von Mother Hood e.V. Eine Aufzeichnung ist auf der Website des AKF verfügbar:

<https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/2021/11/09/fachforum-respektlosigkeit-und-gewalt-in-der-geburtshilfe-formen-folgen-und-vermeidung/>.

Die Fachgruppe Hebammen sucht weitere Mitglieder, die sich ehrenamtlich engagieren wollen.

Dr. rer. medic. Christine Loytved, Prof. Dr. Sabine Striebich, Prof. Dr. Angelica Ensel

Die Mandatsträgerinnen Angelica Ensel, Christine Loytved und Sabine Striebich vertreten die DGHWi im Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF).

Kontakt: strieibich@akf-info.de

Bericht zur Sektion Junges Forum

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

Durch die Förderung einer Vernetzung von Nachwuchswissenschaftler*innen und wissenschaftlich interessierten Personen im Bereich der Hebammenwissenschaft soll eine Plattform zur gegenseitigen Unterstützung werdender Hebammen, examinierter Hebammen sowie junger Hebammenwissenschaftlerinnen bei der Planung, Organisation

und Durchführung von Weiterqualifizierungen (nachqualifizierender Bachelor, Master, Promotion) aufgebaut werden.

Nach der ersten Workshopreihe „Wissen ab Acht“, die im Februar 2021 stattfand, freut sich die Sektion berichten zu können, dass im Oktober 2021 eine zweite offene Workshopreihe, ebenfalls im digitalen Format, angeboten werden konnte. Auch dieses Mal zeigte sich ein hohes Interesse an den Vorträgen und anschließenden Diskussionen und die Sektion erfuhr eine hohe Wertschätzung für die Organisation und Veranstaltung der Abende. Mit insgesamt 90 Gästen wies die zweite

Sektionen/Mandate

Workshopreihe, die ebenfalls an einem Abend über fünf Wochen hinaus stattfand, etwas weniger Teilnehmende auf als die vorherige.

Eröffnet wurde die Workshopreihe mit einem Vortrag über das konkrete Vorgehen und Strategien bei der Themenfindung für Forschungsarbeiten. An den darauffolgenden Abenden wurden in Vorträgen durch die Sektionsmitglieder die Literaturrecherche, Grundlagen der Statistik sowie die geschlechtersensible Hebammenforschung thematisiert. Die Inhalte der zweiten Workshopreihe wurden mit Blick auf die Wünsche der Teilnehmenden nach der ersten Reihe konzipiert und auch dieses Mal wurde der Raum nach dem Vortrag für Fragen, Diskussion und Austausch der Teilnehmenden geöffnet. Als Chance und Herausforderung zugleich stellte sich abermals die Heterogenität der Teilnehmenden heraus.

Um die Vernetzung der Teilnehmenden weiter zu fördern und den Raum für Austausch und gegenseitige Unterstützung auch innerhalb

der Sektion zu öffnen sind für das restliche Jahr 2022 einige Treffen und Veranstaltungen geplant. Der Schwerpunkt der aktuellen Aktivitäten liegt vorerst in der wechselseitigen Peer-to-Peer Unterstützung. Die Sektion freut sich stets über neue Mitglieder, die unabhängig von akademischen Qualifikationen oder Abschlüssen herzlich zur Mitarbeit in der Sektion eingeladen sind. Die Mitgliedschaft in der DGHWi gilt als Voraussetzung für die Aufnahme in die Sektion Junges Forum.

Die Sektion bedankt sich für die rege Teilnahme, die eingegangenen Spenden auf freiwilliger Basis und das große Interesse. Wir freuen uns auf den Austausch in weiteren Treffen!

Die Sektion Junges Forum

Kontakt: junges-forum@dghwi.de

Bericht zur AG Hebammendiagnosen:

Die evidenzbasierte Erarbeitung der Pflegediagnose „Mütterliche Rollenveränderung“

Die Mitglieder der AG Hebammendiagnosen unterstützen Studierende oder andere interessierte Personen in der Erarbeitung von Diagnosen der NANDA-International (<https://nanda.org/> [1, 2]), die nicht nur für Pflegefachpersonen, sondern auch für Hebammen relevant sind.

Im Rahmen einer Masterarbeit im Studiengang Gesundheits- und Pflegewissenschaften an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg wurde die aus der aktuellen NANDA-Klassifikation entfernte Pflegediagnose «Elterlicher Rollenkonflikt» evidenzbasiert überarbeitet. Pflegediagnosen finden auch im Bereich der Hebammentätigkeit Anwendung. Je nach Arbeitsbereich der Hebamme bieten ausgewählte Diagnosen eine Möglichkeit, auftretende Probleme im Zusammenhang vor, während oder nach der Geburt sowie während der Nachsorge im Wochenbett in einer einheitlichen Fachsprache zu beschreiben und den diagnostischen Prozess professionell zu gestalten.

Durch eine «Concept Analysis» nach Walker und Avant (1998) wurden Voraussetzungen, Merkmale und Konsequenzen eines mütterlichen Rollenkonfliktes bei Säuglingen im ersten Lebensjahr im stationären und häuslichen Umfeld ermittelt. Die systematische Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken CINAHL, MEDLINE via PubMed, Cochrane, Web of Science Core Collection, PSYINDEX und MIDIRS in den Sprachen Englisch und Deutsch. Der Suchzeitraum begrenzte sich auf Publikationen der letzten 20 Jahre (Januar 2001 bis März 2021). Insgesamt wurden 22 qualitative und quantitative Studien in den integrativen Review eingeschlossen.

Als ein Ergebnis entstand die Empfehlung, den Titel der Pflegediagnose auf „Mütterliche Rollenveränderung“ zu ändern und diese auf Basis der Erkenntnisse aus der Literatur wie folgt zu definieren: „Die Mutter erlebt eine Veränderung ihrer Aufgaben bei der Pflege und Versorgung ihres

Säuglings und/oder eine Verzögerung der mütterlichen Rollenerlangung aufgrund einer Hospitalisation des Säuglings oder als deren Folge.“

Des Weiteren wurden 23 beeinflussende Faktoren in der Literatur gefunden, die das Erleben einer mütterlichen Rollenveränderung begünstigen, sowie Ressourcen, die deren Entstehung verhindern oder die Intensität des Phänomens verringern können. Diese können in vier Gruppen eingeteilt werden: es gibt sowohl allgemeine und umgebungsbezogene Faktoren als auch personenbezogene Faktoren der Mutter und zustandsbezogene Faktoren des Säuglings, die auf die mütterliche Rolle Einfluss nehmen. In Tabelle 1 sind die gefundenen Einflussfaktoren vollständig aufgeführt.

Die ermittelten vier objektiven und 24 subjektiven bestimmenden Merkmale sollen das Fachpersonal in der Diagnosestellung unterstützen, wobei der Evidenzlevel der einzelnen Ergebnisse variiert. Beispielhaft für subjektive, also von den Müttern empfundene Gefühle als Merkmale einer mütterlichen Rollenveränderung sind Angst, Hilflosigkeit, aber auch der Wunsch, sich an der Pflege des Säuglings zu beteiligen, sowie das Gefühl, nicht eine normale Mutter zu sein. Objektive, also messbare Merkmale hingegen können ein zögerndes Verhalten, sich an den üblichen Pflegeaktivitäten zu beteiligen, sein, andererseits aber auch ein großes Interesse der Mutter, sich Wissen anzueignen. In Tabelle 2 sind die subjektiven und objektiven Symptome einer mütterlichen Rollenveränderung aufgeführt.

Auch die vielfältigen potentiellen Folgen einer mütterlichen Rollenveränderung sind in der aktuellen Literatur beschrieben. Dazu zählen unter anderem Stress, Schlafstörungen und depressive Symptome sowie ein verzögerter Aufbau einer emotionalen Bindung zwischen Mutter und Kind. Die negativen Auswirkungen einer mütterlichen Rollenveränderung unterstreichen die klinische Bedeutung einer rechtzeitigen

Tabelle 1: Beeinflussende Faktoren

<p>Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Hospitalisation eines Neugeborenen/Säuglings ◆ Unfähigkeit, die elterliche Schutzrolle zu erfüllen/vor Schmerzen zu bewahren ◆ Frühgeburt ◆ Trennung vom Kind ◆ Unfähigkeit, das Baby zu trösten oder ihm zu helfen ◆ Geplante Entlassung
<p>Umgebungsbezogene Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Umgebung der neonatologischen Intensivstation ◆ Baby nicht halten zu können, wann man möchte ◆ Neid/Eifersucht auf die größeren Kompetenzen der Pflegenden ◆ Fehlende Unterstützung durch das Personal der neonatologischen Intensivstation
<p>Personenbezogene Faktoren der Mutter</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Bildungsniveau ◆ Depressionssymptome ◆ Anzahl der belastenden Lebensereignisse im letzten Jahr ◆ Zugehörigkeit zu ethnischer Minderheit ◆ Negative Wahrnehmung des Säuglings
<p>Zustandsbezogene Faktoren des Säuglings</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Verlängerte Beatmungsdauer ◆ Geringes Gestationsalter ◆ Niedriger APGAR (gemessen 5 Minuten nach Geburt) ◆ Hohe Infektionsrate ◆ Hoher Anteil an Operationen ◆ Schwere der Erkrankung ◆ Technologieabhängigkeit ◆ Unfähigkeit des Säuglings, zu reagieren

Diagnosestellung und Einleitung adäquater, wenn möglich evidenzbasierter Interventionen.

Im weiteren Verfahren wird die evidenzbasierte Überarbeitung beim Diagnosis Development Committee der NANDA International eingereicht mit dem Ziel der Wiederaufnahme der Pflegediagnose in die Klassifikation 2024-2026. Mit der klinischen Überprüfung/Anwendung der überarbeiteten Pflegediagnose wird die Entwicklung eines Erfassungsinstrumentes für das Phänomen der mütterlichen Rollenveränderung empfohlen. Ein weiteres Anliegen der pflege- und hebammenwissenschaftlichen Entwicklung sollte es sein, den Anwenderinnen und Anwendern der Pflegediagnose evidenzbasierte Interventionen sowie Methoden und Instrumente zur Messung des Outcomes bereitzustellen.

Daniela Stadler M.Sc.

Masterabsolventin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Kontakt: stadler-daniela@web.de

Literatur:

1. Müller Staub, M., Georg, J. & Leoni-Scheiber, C. (Hrsg.). (2018). Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen. 6., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: hogrefe.
2. NANDA International. 2022. DOI: 10.1055/b-007-169888

Tabelle 2: Bestimmende Merkmale/Symptome

<p>Subjektive</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Äußert Bedenken/Gefühle, nicht in der Lage zu sein, für die körperlichen und emotionalen Bedürfnisse des Kindes während des Krankenhausaufenthalts zu sorgen ◆ Äußert Bedenken/Gefühle, zu Hause nicht in der Lage zu sein, für die körperlichen und emotionalen Bedürfnisse des Kindes zu sorgen ◆ Äußert Besorgnis über die Veränderungen in der elterlichen Rolle ◆ Äußert sich besorgt über die Gesundheit der Familie ◆ Verbalisiert oder zeigt ein Gefühl der Besorgnis über die Auswirkungen der Krankheit des Kindes auf den Familienprozess ◆ Verbalisiert oder zeigt ein Gefühl des Ärgers über die Auswirkungen der Krankheit des Kindes auf den Familienprozess ◆ Verbalisiert oder demonstriert Schuldgefühle über die Auswirkungen der Krankheit des Kindes auf den Familienprozess ◆ Äußert Besorgnis über den vermeintlichen Verlust der Kontrolle über Entscheidungen, die ihr Kind betreffen ◆ Verbalisiert oder zeigt ein Gefühl der Frustration über die Auswirkungen der Krankheit des Kindes auf den Familienprozess ◆ Äußert Bedenken über körperliche oder emotionale Einschränkungen der elterlichen Rolle ◆ Äußert Bedenken über die Kommunikation in der Familie ◆ Verbalisiert oder demonstriert ein Gefühl der Angst vor den Auswirkungen der Krankheit des Kindes auf den Familienprozess ◆ Wunsch nach Nähe/körperlicher Interaktion mit dem Neugeborenen ◆ Fehlen „familiärer Momente“ in privater Atmosphäre ◆ Äußert Schuldgefühle, weil sie durch mangelndes Wissen und Urteilsvermögen zur Krankheit des Kindes beigetragen hat ◆ Angst ◆ Gefühl, die Pflegenden um Erlaubnis bitten zu müssen, das Baby umsorgen zu dürfen ◆ Gefühl der Abhängigkeit vom Personal der neonatologischen Intensivstation ◆ Furcht ◆ Ohnmacht, Hilflosigkeit ◆ Drang, die Mutterrolle für sich zu beanspruchen ◆ Wunsch, sich an der Pflege des Säuglings zu beteiligen ◆ Gefühl, nicht eine normale Mutter/Mutter zu sein ◆ Äußert Bedenken über das Funktionieren der Familie
<p>Objektive</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Zögern, sich an den üblichen Pflegeaktivitäten zu beteiligen, auch bei Ermutigung und Unterstützung ◆ Demonstrierte Unterbrechung der Betreuungsroutine ◆ Unterbrechung des Lebensalltags ◆ Großes Interesse, sich Wissen anzueignen

Koalitionspapier: Mehr Fortschritt wagen

Standpunkt der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

8. Dezember 2021

Die DGHWi begrüßt verschiedene Vorschläge, die im Koalitionspapier „Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit“ am 24.11.2021 von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP zum Bereich der Hebammentätigkeit vorgelegt wurden. Wenn im Koalitionsvertrag von Pflege oder Gesundheit gesprochen wird, sollte die bedarfsgerechte Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen durch Hebammenhilfe stets mitgedacht werden.

Die gesundheitliche Versorgung von Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und ihren Kindern und Zugehörigen in dieser wichtigen Lebensphase weiterzuentwickeln, steht im Zentrum der Hebammentätigkeit. Eine hohe Qualität in diesem Versorgungsbereich muss für alle gelten – egal ob auf dem Land oder in der Stadt, ob reich oder arm, ob beim ersten oder vierten Kind, ob mit medizinischen Komplikationen oder ohne. Über-, Unter- und Fehlversorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen sollten abgebaut werden, sodass auf Basis von wissenschaftlicher Evidenz eine bedarfsgerechte, menschlich und medizinisch hochwertige Betreuung und Geburtshilfe geleistet werden kann.

Die DGHWi möchte folgende Anregungen zu einigen Aussagen im Koalitionspapier geben:

Arbeitsbedingungen verbessern (Z. 2692-2701)

Nicht nur die Pflegenden, sondern auch Hebammen sind in Deutschland während der Pandemie besonders gefordert. Ähnlich wie in der Pflege bedarf es in der Hebammentätigkeit/Geburtshilfe dringend verschiedener Maßnahmen, die die Arbeitsbedingungen verbessern, wie z. B. eine Festlegung von Betreuungsstandards (in der Geburtshilfe 1:1-Betreuung). Wenn in diesem Zusammenhang förderliche Strukturen für die Pflege geschaffen werden, sollten sie gleichermaßen für Hebammen gelten, etwa bei der Steuerbefreiung von Zuschlägen oder beim Anspruch familienfreundlicher Arbeitszeiten für Menschen mit betreuungspflichtigen Kindern.

Selbstverwaltung (Z. 2718-2721)

Die Stärkung der Selbstverwaltung in Pflege und Hebammenwesen wird begrüßt. Nicht nur die Pflege, sondern auch Hebammen sollten als Expertinnen für die physiologischen und gesundheitsfördernden Aspekte der Phase der Familiengründung eine Stimme im Gemeinsamen Bundesausschuss und anderen gesundheitspolitischen Gremien haben.

Ausbildung, Studium und Versorgung (Z. 2703-2713, 2792-2799)

Seit dem 1. Januar 2020 ist die Qualifizierung zur Hebamme akademisiert. Hebammen erwerben mit dem Bachelorabschluss einen akademischen Abschluss, durch den sie wissenschaftlich basiert Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen optimal betreuen können. Erforderlich sind nun Maßnahmen, wie die Förderung von Promotionen in der Hebammenwissenschaft, die die Entwicklung der Disziplin an den Hochschulen und Universitäten vorantreiben. Die Schaffung eines zusätzlichen Berufs „Hebammenassistent“ wird von der DGHWi mit Sorge betrachtet. Hebammen sollten in allen Tätigkeitsfeldern Entlastung von

berufsfremden Tätigkeiten (wie Reinigung, Materialwirtschaft) erfahren. Eine Delegation von genuinen Hebammentätigkeiten an geringer qualifizierte Assistenzkräfte führt dagegen zu einer weiteren Fragmentierung der Betreuung von Frauen und Familien rund um die Geburt und ist nicht wünschenswert. Die Schaffung eines neuen Assistenzberufes widerspricht auch dem Gedanken, dass durch die Akademisierung des Hebammenberufs die Versorgung qualitativ verbessert werden soll. Die neue Bundesregierung sollte stattdessen die Qualifizierung von Hebammen auf Masterniveau vorantreiben, damit Frauen und Familien in besonders belastenden Situationen (wie chronisch erkrankte Schwangere, psychosozial belastete Familien, Familien mit besonderem Beratungsbedarf) eine qualitativ hochwertige Betreuung erhalten. So sollten in kommunalen Settings und in bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen Hebammen als Teil einer gelebten Versorgungspraxis selbstverständlich integriert sein, um in der ambulanten Versorgung einen niedrighwelligen Zugang zu ermöglichen.

Digitalisierung (Z. 2727-2732, 2751-2758, 2768-2774)

Digitalisierung zum Abbau unnötiger Bürokratie und der Einsatz evidenzbasierter digitaler Versorgungsmodule sind wichtige Entwicklungen, die als Kernkompetenzen in die Lehre aufgenommen werden. Vor allem durch die recht kurzen Aufenthalte in den Kliniken nach einer Geburt ist eine schnittstellenübergreifende, interprofessionelle Zusammenarbeit in der Lebensphase der Familienbildung nötig, die von einem hohen Anteil ambulanter Versorgung geprägt ist. Eine schnittstellenübergreifende digitale Anbindung ist an dieser Stelle eine wichtige Voraussetzung für eine sektorenübergreifende qualitativ hochwertige Versorgung. Zur Überwindung von sprachlichen Grenzen werden sprachliche Mitteilungen auch mit digitalen Hilfen wie Sprachassistenten begrüßt.

Innovationsfond (Z. 2871-2873)

Eine Beschleunigung der Entscheidungen im G-BA ebenso wie die Verstärkung des Innovationsfonds unter Berücksichtigung der Hebammenexpertise ermöglichen es, wissenschaftliche Erkenntnisse rascher und flächendeckend umzusetzen. Damit wird die Versorgungsforschung auch in der Geburtshilfe sinnvoll gefördert.

Gesundheitsförderung, Prävention und Primärversorgung (Z. 2776-2783, 2824-2829, 2837-2840)

Hebammen haben eine zentrale Rolle in der primären und sekundären Prävention in der Lebensphase der Familienbildung. Diese wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgabe gilt es zu stärken und auszubauen, wie sich schon in der Implementierung der Familienhebammen im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe gezeigt hat. Die Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ ist ein wichtiger Schritt in diese Richtung. Ebenso wichtig ist es aber, Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Geburtshilfe zu reduzieren, um so Geburten mit möglichst wenigen Interventionen (wie Geburts-einleitungen oder Kaiserschnitten) zu fördern und Kaiserschnitte nur

dann als Geburtsmodus zu wählen, wenn er essentiell für die Gesundheit der Gebärenden und/oder ihres Kindes ist. Eine Sicherung der 1:1-Betreuung durch Hebammen in den wesentlichen Phasen der Geburt ist dafür ein wichtiger Schritt. Auch der Abbau von Diskriminierung und Zugangsbarrieren durch Förderung von niedrigschwiligen, allen potenziellen Nutzer*innen gleichermaßen zugänglichen geburts-hilfflichen Versorgungsangeboten auf kommunaler Ebene, wie sie durch Familienhebammen erbracht werden, ist anzustreben.

Geburtshilffliche Versorgung im Krankenhaus (Z. 2788-2792, 2825-2829)

Eine bedarfsgerechte und auskömmliche Finanzierung der Geburtshilfe mit besonderer Berücksichtigung der Leistungserbringung durch

Autorinnen:

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

Zustimmung zur Nominierung von "Hebammenkunde: Wissen, Fertigkeiten und Praktiken" für die Liste des Immateriellen Kulturerbes der Menschheit

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

25. Januar 2022

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft, deren Ziel es ist, die Bedeutung und Evidenzbasiertheit des Wissens, der Fertigkeiten und der Praktiken der Hebammenbetreuung zu stärken, stimmt der Nominierung von "Hebammenkunde: Wissen, Fertigkeiten und Praktiken" für die Liste des Immateriellen Kulturerbes der Menschheit zu.

Da Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt und die Zeit nach der Geburt bis zum Ende des Stillens oder des Säuglingsalters physiologische Prozesse sind, die in einem sozialen und kulturellen Kontext stattfinden, ist die Hebammenbetreuung gleichermaßen in die sozialen und kulturellen Prozesse eingebettet, die Frauen und ihre Familien betreffen.

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft fördert die Verbindung von wissenschaftlicher und praktischer Hebammentätigkeit und trägt damit zu einer bedarfs- und bedürfnisgerechten sowie effizienten Hebammenbetreuung von Frauen und Familien in der Lebensphase Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit/Säuglingszeit bei.

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft setzt sich für die gesellschaftliche Anerkennung der Hebamme als Beruf und Kulturgut ein, das für die Unterstützung der reproduktiven Lebensphase der Frau unverzichtbar ist. Die Handlungsfelder der Hebammenkunde, das Wissen, die Fertigkeiten und die Praktiken – basierend auf einem salutogenetischen und ressourcenorientierten Betreuungsansatz –

Hebammen ist eine zentrale Voraussetzung für eine hochwertige Versorgung. Eine erlösunabhängige Vorhaltepauschale für eine 1:1-Betreuung durch Hebammen in den wesentlichen Phasen der Geburt kann eine angemessene Finanzierungsstruktur sein. Jede Neugestaltung der Krankenhausfinanzierung sollte Anreize für eine interventionsarme Geburtshilfe setzen.

orientieren sich an der Selbstbestimmung der Frau, ihren Rechten und individuellen Bedürfnissen sowie an denen ihrer Familie oder Begleitpersonen.

Darüber hinaus ist die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft bestrebt, das Netzwerk der Hebammenforschung zu unterstützen und das Wissen und die Kompetenzen der Hebammen weiterzuentwickeln.

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft engagiert sich:

- ◆ die Rolle der Hebammen in der Betreuung von Frauen während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit zu stärken,
- ◆ interdisziplinäre wissenschaftliche Ergebnisse in der Aus- und Weiterbildung sowie in der Praxis von Hebammen zu berücksichtigen und zu reflektieren,
- ◆ Qualitätsinitiativen und Leitlinien weiterzuentwickeln und deren Transfer sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Hebammenbetreuung und Geburtshilfe zu fördern,
- ◆ die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses unter den Hebammen zu unterstützen.

Autorin:

Dr. Gertrud M. Ayerle für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Änderung der Mutterschafts-Richtlinien (Mu-RL): Regelungen zur Erfüllung der Dokumentationsvorgaben im elektronischen Mutterpass vom 16.09.2021

Standpunkt der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V., des Bundes freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. und des Deutschen Hebammenverbandes zur e.V.

24. November 2021

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi e.V.), der Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD e.V.) und der Deutsche Hebammenverband (DHV e.V.) nehmen Stellung zum Beschluss: „Mutterschafts-Richtlinien: Regelungen zur Erfüllung der Dokumentationsvorgaben im elektronischen Mutterpass vom 16.09.2021 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Dieser soll am 1. Januar 2022 in Kraft treten. Dem Beschluss zufolge sollen Eintragungen in den Mutterpass gemäß der Anlage 3 im analogen Mutterpass oder auf Wunsch der Versicherten im elektronischen Mutterpass erfolgen. Zitat: „Um die Vollständigkeit der Daten zu gewährleisten, sollte vermieden werden, innerhalb einer Schwangerschaft zwischen der Dokumentation im elektronischen Mutterpass und der Dokumentation im Mutterpass gemäß Anlage 3 zu wechseln“ [1].

In den tragenden Gründen heißt es weiter: „Mit Blick auf Abschnitt H Nummer 1 i.V.m. [in Verbindung mit] Anlage 3 Mu-RL lässt sich der Mutterpass derzeit als medizinisches Befunddokument der Schwangeren klassifizieren. Der Mutterpass soll der schnellen Orientierung über medizinisch relevante Befunde für alle an der Betreuung Schwangerer beteiligten Gesundheitsprofessionen dienen und ist insofern ein eigenständiges vertrauliches Dokument der Schwangeren bzw. Mutter neben der Patientenakte im Sinne des § 630f Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)“ [2].

Die Schwangerenvorsorge wird in Deutschland durch Ärzt*innen sowie durch Hebammen durchgeführt. Die Schwangerenvorsorge findet auch im Wechsel durch Ärzt*innen und Hebammen statt. Laut IGES-Studie für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2012 rechneten 91,6% der ausschließlich freiberuflich tätigen Hebammen Leistungen zu Vorsorge und Schwangerenbetreuung ab [3]. In der Studie zur geburts-hilffichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen (HebAB.NRW) gaben 32,5% der Schwangeren an, Schwangerenvorsorge durch eine Hebamme in Anspruch zu nehmen. Dies umfasst sowohl die ausschließliche Vorsorge durch eine Hebamme als auch die geteilte Vorsorge durch Hebamme und Ärzt*innen [4].

Durch den Mutterpass nach Anlage 3 als einheitliches Dokumentationsobjekt wurde in der Vergangenheit sichergestellt, dass alle an der interprofessionellen Versorgung beteiligten Leistungserbringenden auf demselben Informationsstand waren und keine Informationen verloren gingen. Die verschiedenen Varianten der Schwangerschaftsvorsorge, ausschließlich ärztlich geleitet, ausschließlich hebammengeleitet oder von beiden Berufsgruppen geteilt, ergibt sich in der Regel im ersten Trimenon. Die Entscheidung zu einer Versorgung durch beide Berufsgruppen, ergibt sich jedoch auch häufig erst im späteren Verlauf der Schwangerschaft.

Autorinnen:

Mirjam Peters, Caroline Agricola, Kristina Luksch und Elke Mattern für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi e.V.), Ursula Jahn-Zöhrens für den Deutschen Hebammenverband (DHV e.V.)

Kontakt: geschaefsstelle@dghwi.de; geschaefsstelle@bfhd.de; info@hebammenverband.de

Literatur: siehe Seite 6

S2k-Leitlinie „SARS-CoV-2 in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“

1. März 2022

Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen, Stillende und deren Kinder mit ihren Familien gehören zu einer besonderen Personengruppe, die in der COVID-19-Pandemie intensive Beachtung erfordert. Vor diesem Hintergrund wurde kürzlich die S2k-Leitlinie „SARS-CoV-2 in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ im Portal der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) publiziert [1]. Das Ziel der Leitlinie ist die Darstellung der aktuellen Evidenz zu SARS-CoV-2, um eine bestmögliche Versorgung von Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen, Stillenden und deren Kindern zu etablieren. Für die Konsentierung der Empfehlungen verwendete die Leitliniengruppe nationale und internationale Publikationen sowie Daten aus dem CRONOS-Register.

Die Leitlinie enthält insgesamt 45 Empfehlungen, die hier nicht alle zusammengefasst werden. Der wissenschaftliche Kontext der Empfehlungen kann unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-092.html> nachgelesen werden. Ein Auszug spezifischer Fragestellungen und aufgearbeitete Ergebnisse werden in Tabelle 1 dargestellt.

Grundsätzlich sollte erwähnt werden, dass die Mandatsträgerin sowie das Präsidium ausdrücklich darauf hingewiesen haben, den Begriff „Einbindung“ durch „Geburt“ zu ersetzen. Diese Empfehlung wurde durch die federführenden Fachgesellschaften bedauerlicherweise nicht umgesetzt.

Prof. Lena Agel

Leitlinienbeauftragte der DGHWi e.V.

Literatur

1. SARS-CoV-2 during pregnancy, childbirth, and postnatally. Guideline of the German Society of Gynecology and Obstetrics, and of the German Society of Perinatal Medicine (S2k), AWMF 015/092, 03 2022. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-092.html>
2. GBA. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“). 2022.
3. Blankenfeld H, Kaduszkiewicz H, Kochen MM, Pömsl J. AWMF 053/054. SARS-CoV-2/ Covid-19- Informationen & Praxishilfen für niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte [Internet]. 2022 [abgerufen 2022 Feb 23]. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/053-054.html>
4. Kluge S, Janssens U, Welte T, Weber-Carstens S, Schätle G, Spinner CD, et al. AWMF 113/001. Empfehlungen zur stationären Therapie von Patienten mit COVID-19 - Living Guideline [Internet]. 2021 [abgerufen 2022 Feb 23]. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/113-001LG.html>

Tabelle 1: Ausgewählte Empfehlungen der Leitlinie „SARS-CoV-2 in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ [1]

Nr.	Empfehlung
3.1	In der Betreuung einer SARS-CoV-2-infizierten Schwangeren sollte vom geburtshilflichen Standard und den Vorgaben der Mutterschaftsrichtlinien nicht abgewichen werden [2].
3.2.1	Die asymptomatische infizierte oder mild erkrankte Schwangere soll nach dem Standard, der an anderer Stelle für Nicht-Schwangere empfohlenen Leitlinien betreut werden. Auf die Gefahr einer akuten Dekompensation soll hingewiesen werden [3].
3.2.2	Bei Symptomen mit deutlicher Allgemeinzustand-Beeinträchtigung und/oder erhöhtem Risiko zusätzlich zur Schwangerschaft (insbesondere ungeimpfte Schwangere und Schwangere, z.B. mit Adipositas, Diabetes, Hypertonie, chronische Lungenerkrankungen), soll überprüft werden, ob die Indikation zur Verordnung einer Krankenhauseinweisung vorliegt.
3.2.3	Bei der stationären Behandlung einer Patientin wegen COVID-19 in der Schwangerschaft oder im Wochenbett gilt die S3-Leitlinie „Empfehlungen zur stationären Therapie von Patienten mit COVID-19“ unter besonderer Berücksichtigung geburtshilflicher Aspekte [4].
3.3	Bei einer SARS-CoV-2-infizierten Schwangeren soll unter der Geburt eine kontinuierliche Überwachung einschließlich der Messung der Sauerstoffsättigung durchgeführt und eine SpO ₂ ≥94 % angestrebt werden. Es wird in diesem Zusammenhang explizit auf die Empfehlungen im Kapitel 5 „Geburt“ hingewiesen.
4.1	Bei SARS-CoV-2-Infektion soll das fetale Monitoring die aktuellen nationalen Richtlinien und Leitlinien der Fachgesellschaften zu Ultraschall, Doppler und CTG und biochemischen Analysen berücksichtigen.
4.2	Eine maternale Überwachung bei der schwer COVID-19-erkrankten Schwangeren ist entscheidend für die Prognose des Fetus. Bei Anzeichen einer maternalen Verschlechterung (drohende Beatmung oder ECMO) soll die Überwachung intensiviert werden. Es soll mit einer akuten respiratorischen Dekompensation gerechnet werden und Maßnahmen zur zeitnahen Geburt des Ungeborenen sollen diskutiert werden. Es besteht keine Evidenz für ein optimales fetales Monitoring-Regime bei SARS-CoV-2-infizierten Schwangeren. Es besteht keine Evidenz dafür, dass ein intensiviertes fetales Monitoring das fetale Outcome verbessert.
4.3	In Abhängigkeit von der Schwangerschaftswoche bei SARS-CoV-2-Infektion sollen individualisierte weitere Untersuchungen in Bezug auf das erhöhte Risiko für die Entwicklung einer Präeklampsie/FGR/Vasculitis und Frühgeburt erfolgen (z.B. ETS/Feindiagnostik).
5.1	Der auf SARS-CoV-2 negativ (mindestens Antigen-Schnelltest nicht älter als 24h) getesteten Gebärenden sowie symptomfreien Gebärenden mit noch unklarem Infektionsstatus (z. B. ausstehender PCR-Test) soll eine Begleitperson unter Geburt ermöglicht werden. Bei der auf SARS-CoV-2 positiv getesteten oder COVID-19-symptomatischen Gebärenden ist aus Infektionsschutzgründen unter der Geburt keine Begleitperson zu empfehlen. Ist dies im Individualfall doch notwendig (z.B. bei mangelnder Kommunikationsmöglichkeit mit der Gebärenden) soll die Begleitperson genesen bzw. ausreichend gegen SARS-CoV-2 geimpft sowie SARS-CoV-2 negativ getestet sein. Die Begleitperson soll geeignete Schutzausrüstung erhalten und Schutzmaßnahmen einhalten.
5.2	Eine SARS-CoV-2-Infektion oder COVID-19-Erkrankung allein soll keine Geburtsindikation darstellen.
5.3	Der Geburtsmodus sollte auch bei bestehender SARS-CoV-2-Infektion oder COVID-19-Erkrankung nach geburtshilflichen Kriterien gewählt werden.
6	Ein Rooming-In und Bonding bei einer SARS-CoV-2 positiv getesteten/COVID-19-erkrankten Mutter sollte unter Einhaltung adäquater Hygienemaßnahmen unterstützt werden. Das Stillen soll bei SARS-CoV-2-positiven / COVID-19-erkrankten Müttern unterstützt werden. Spezielle Hygienemaßnahmen sollten eingehalten werden. Wenn der Gesundheitszustand der Mutter oder des Kindes Stillen nicht zulässt, sollte eine Ernährung mit abgepumpter Muttermilch angestrebt werden.

Digitale Hebammenbetreuung in der Pandemie: schnelle Umsetzung und gute Akzeptanz

Digital midwifery care in the pandemic: rapid implementation and good acceptance

Dr. med. Dagmar Hertle¹, Luisa Schumacher M. A.³, Nikolaus Schmitt¹, Danny Wende¹, Prof.in Dr.in Nicola H. Bauer⁴

Abstract

Hintergrund: Zur Sicherstellung der Hebammenversorgung während der Corona-Pandemie wurden im März 2020 in Deutschland erstmals digitale Hebammenleistungen ermöglicht.

Ziel: Ziel der Befragungsstudie war eine erste Evaluation der neu eingeführten digitalen Angebote aus Sicht der Hebammen und der Nutzerinnen.

Methode: Im Februar und März 2021 wurde eine Querschnittstudie mit Online-Befragung von Hebammen und Nutzerinnen durchgeführt, die Angebot, Inanspruchnahme, Zufriedenheit und Potentiale der digitalen Hebammenbetreuung in Schwangerschaft und Wochenbett erfasste.

Ergebnis: 1.821 Mütter und 1.551 Hebammen gaben Rückmeldung. Rund ein Drittel der antwortenden Frauen hatten in Schwangerschaft und/oder Wochenbett digitale Hebammenleistungen in Anspruch genommen und diese Leistungen zu über 80% positiv bewertet. Die Hälfte der befragten Hebammen bot digitale Leistungen an und wünschte sich eine Fortsetzung dieser Betreuungsmöglichkeit. Es wurden aber nicht alle Angebote als gleich gut geeignet für die digitale Umsetzung angesehen. Aus Sicht der Befragten eignen sich Kurse und Beratung sehr gut, wohingegen die Wochenbettbetreuung oft die Präsenz der Hebamme erfordere. Mütter und Hebammen sahen gleichermaßen die Vorteile im Infektionsschutz sowie in der Zeit- und Wegeersparnis.

Fazit: Die Corona-Pandemie hat auch in der Hebammenversorgung einen Digitalisierungsschub bewirkt. Die digitalen Angebote wurden schnell umgesetzt und von den Frauen gut angenommen und können die Betreuung in Präsenz sinnvoll ergänzen. Chancen und Weiterentwicklungsmöglichkeiten der digitalen Hebammenbetreuung sollten nun genutzt werden.

Schlüsselworte: Hebammen, digitale Versorgung, Digitalisierung, Telemedizin, Evaluation

Hintergrund

Die gesetzlichen Hebammenleistungen in Schwangerschaft und Wochenbett sind im Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach §134a SGB V festgelegt [6]. Aufgrund der Corona-Pandemie wurde zusätzlich eine Corona-Sondereinbarung getroffen, die erstmals digitale Leistungen ermöglichte: Ab März 2020 durften freiberuflich tätige Hebammen in Deutschland Vorgespräche und Hilfe bei Beschwerden in der Schwangerschaft, Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse sowie die Wochenbettbetreuung auch digital erbringen und abrechnen [7]. Noch 2019 konnten sich in einer Hebammenbefragung zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen 54% der befragten Hebammen in keinem Fall vorstellen, Frauen auch telemedizinisch zu versorgen. Nur 9% konnten sich dieses Leistungsangebot auf alle Fälle vorstellen [8].

Im Gegensatz zu Deutschland wurden in anderen Ländern bereits vor der Pandemie digitale Hebammenleistungen angeboten und die Erfah-

Background: To ensure midwifery care in times of Corona, digital midwifery services were enabled for the first time in Germany in March 2020.

Objective: The aim of the survey was an initial evaluation of the newly introduced digital services from the perspective of the midwives and the users.

Methods: In February and March 2021, a cross-sectional study with an online survey of midwives and users was conducted to record the offer, utilization, level of satisfaction and potentials of digital midwifery care in pregnancy and postpartum care of women who gave birth between May and November 2020.

Result: 1,821 mothers and 1,551 midwives provided feedback. Around one third of the responding women had used digital midwifery services in pregnancy and/or the postpartum period and rated these services positively by over 80%. Half of the midwives surveyed offered digital services and wished to continue this care option. However, not all services were considered equally suitable for digital implementation. From the respondents' point of view, courses and counselling are very well suited whereas postpartum care often requires the midwife's presence. Mothers and midwives alike saw the advantages in infection control, and in saving time and travel.

Conclusion: The Corona pandemic has become a catalyst for digitalization in midwifery care. The digital services were quickly implemented by midwives and well accepted by women and can usefully complement the care provided in the presence of midwives. The opportunity to utilize and further develop these offers should be taken.

Keywords: midwifery, digital service, digitalization, telemedicine, evaluation

rungen damit beschrieben [1–3]. Die Publikationen zur Telemedizin speziell im geburtshilflichen Kontext zeigen, dass die digitale Hebammenbetreuung sowohl von den befragten Frauen als auch von Hebammen und Ärzt*innen vornehmlich positiv bewertet wurde. Allerdings ist das Modell der aufsuchenden Wochenbettbetreuung, wie es in Deutschland angeboten wird, weltweit einzigartig. Daher ist es nur schwer möglich, Studien aus dem internationalen Kontext zu identifizieren und heranzuziehen, um die aufsuchende Wochenbettbetreuung mit der Wochenbettbetreuung via Videotelefonie zu vergleichen, denn Aussagen zur digitalen Wochenbettbetreuung aus dem Ausland sind nicht auf Deutschland übertragbar.

Die beschriebene Skepsis der Hebammen gegenüber digitalen Angeboten, deren rasche Einführung und die eingeschränkte Übertragbarkeit von Studien aus dem Ausland sowie die absehbare Verstärkung der digitalen Hebammenleistungen, die im Juni 2021 durch das *Digitale-*

Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) [5] dann auch erfolgte, waren der Anlass, frühzeitig eine Evaluation der Umsetzung in Deutschland anzustreben. Im Rahmen einer Kooperation zwischen dem Deutschen Hebammenverband, der Hochschule für Gesundheit Bochum und dem BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung wurde deshalb eine Versicherten- und Hebammenbefragung durchgeführt, deren Ergebnisse hier vorgestellt werden [4]. Ziel der Befragungsstudie war es, Informationen zur Bereitstellung der digitalen Angebote durch die Hebammen zu erhalten und das Inanspruchnahmeverhalten sowie die Bewertung der Angebote durch die Nutzerinnen in Erfahrung zu bringen. Aus den Aussagen zur Zufriedenheit sowie den Einschätzungen zu Chancen und Herausforderungen sollten sich Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung der Angebote ableiten lassen. Eine Besonderheit der Studie besteht in der zeitgleich erhobenen zweifachen Perspektive, zum einen der Hebammen und zum anderen der Mütter.

Methoden

Für eine erste Literatursichtung zum Thema digitale Hebammenleistungen wurde eine orientierende Literaturrecherche in Embase durchgeführt unter der Verwendung der Suchblöcke „Telemedicine“ (63.722 Treffer) und „obstetrics or midwifery or midwife“ (174.360 Treffer). In der Kombination der beiden Suchblöcke und unter Ausschluss der Dubletten blieben 239 Studien übrig. Im Abstract-Screening fanden sich jedoch nur wenige passende Studien, die für die theoretische Einordnung in der Einleitung und zur Diskussion der Ergebnisse genutzt wurden.

Für die Erhebung der Perspektive der Leistungserbringerinnen (Hebammen) und der Nutzerinnen (Mütter) im Rahmen der vorgelegten Querschnittsstudie wurden zwei auf die Zielgruppen zugeschnittene Fragebögen entwickelt. Die Konzeption der Fragebögen erfolgte unter Einbezug von Expert*innen aus den Bereichen Fragebogenentwicklung, Versorgungsforschung, Hebammen- und Gesundheitswissenschaften sowie aus der Berufsperspektive der Hebammen und der Mütterperspektive. Da auf validierte Instrumente nicht zurückgegriffen werden konnte, wurden die relevanten Befragungsinhalte bei den Expert*innen erhoben und für die Befragung strukturiert. Auf die Entwicklung eines umfassend validierten Instruments wurde verzichtet, da ein regelmäßiger Einsatz der Fragebögen nicht vorgesehen ist. Sowohl Mitglieder des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung, Mitglieder der BARMER Ersatzkasse, als auch Mitglieder des Deutschen Hebammenverbandes haben im Entstehungsprozess der beiden Fragebögen regelmäßig internes Feedback zu den Entwürfen gegeben und beide Fragebögen wurden einem Pretest auf Verständlichkeit und Vollständigkeit unterzogen. Die kognitiven Pretests fanden im Februar 2021 statt und erfolgten schriftlich. Der Versichertenfragebogen wurde von Vertreter*innen von Mother Hood e.V. getestet und der Pretest des Hebammenfragebogens wurde von freiberuflichen Hebammen durchgeführt. Es wurden anschließend geringfügige Anpassungen in beiden Fragebögen vorgenommen.

Der Hebammenfragebogen umfasst Fragenblöcke zur Person und allgemeine Angaben zur Berufstätigkeit, zu den Leistungsangeboten digital und in Präsenz, zur Einstellung zur Technik / technischen Ausstattung sowie zu Chancen und Herausforderungen digitaler Leistungen einschließlich der Zukunftsperspektiven der digitalen Leistungserbringung nach der Corona-Pandemie. Der Versichertenfragebogen umfasst Fragenblöcke zur Person und zum Verlauf von Schwangerschaft und

Geburt, zur Inanspruchnahme der Hebammenbetreuung digital und in Präsenz, zur Einstellung zur Technik und technischen Ausstattung sowie zur Bewertung der digitalen Hebammenbetreuung inklusive deren Chancen, Herausforderungen und Zukunftsperspektiven.

Die Zufallsstichprobe der befragten Frauen wurde aus BARMER-versicherten Frauen gezogen, die zwischen Mai und November 2020 geboren hatten. Einschlusskriterien waren Volljährigkeit, Lebendgeburt und Wohnsitz in Deutschland. Die BARMER hat knapp 9 Millionen Versicherte und übernimmt die Kosten für über 60.000 Geburten im Jahr. Der Pool, aus dem die angeschriebenen Frauen gezogen wurden, reduzierte sich durch die Geburtsmonate und dadurch, dass Frauen, die an einer anderen Befragung zum Thema Schwangerschaft teilnahmen, nicht ein zweites Mal angeschrieben wurden. Letztendlich blieben 18.784 Frauen, die von der BARMER um Teilnahme an der Online-Befragung per QR-Code gebeten wurden. Die Befragung erfolgte zeitgleich zu Schwangerschaft und Wochenbett. Die jeweiligen Frageblöcke wurden durch vorgeschaltete Filterfragen angesteuert. Der Hebammenbefragung lag eine zweckgebundene Stichprobe zugrunde, die durch Ansprache der Hebammen über den Deutschen Hebammenverband in Form eines Beteiligungsaufrufs in der Verbandszeitschrift, im elektronischen Newsletter und den Sozialen Medien gewonnen wurde. Einschlusskriterien waren Volljährigkeit, Wohnsitz in Deutschland, das Vorliegen einer Berufszulassung und eine mindestens einmonatige freiberufliche Tätigkeit im Jahr 2020. Die schriftliche Online-Befragung fand für beide Befragungsgruppen parallel vom 17.2. bis zum 15.3.2021 statt, die Teilnahme erfolgte anonymisiert und auf Grundlage einer Einwilligung der Teilnehmenden. Zur Datenerhebung wurde die Plattform Unipark Questback EFS Fall 2020 Releases verwendet, die Datenauswertung erfolgte durch die Hochschule für Gesundheit Bochum mit dem Programm IBM SPSS Statistics 27.

Ergebnisse

Zusammensetzung der Stichproben

Erhobene persönliche Merkmale der Versicherten waren Alter, Anzahl der eigenen Kinder, höchster Bildungsabschluss, Einwohnerzahl des Wohnortes, Bundesland, Migrationshintergrund, Muttersprache sowie deren selbst eingeschätzte digitale Kompetenz bzw. Technikfähigkeiten. Durch die Abfrage von Bundesland und Größe des Wohnortes sollten mögliche regionale Unterschiede und Unterschiede zwischen urbanen und ländlichen Regionen erfasst werden.

1.821 vollständig ausgefüllte Fragebögen gingen in die Auswertung des Versichertenfragebogens ein. Diese Stichprobe setzte sich vor allem aus Müttern zwischen 30 und 39 Jahren zusammen (n=1.348, 74,0%). Der Anteil der 30 bis 39-jährigen Mütter ist somit unter den Antwortenden im Vergleich sowohl zu den Müttern in der Allgemeinbevölkerung (Destatis: 55,3%) als auch zu allen BARMER-versicherten Müttern (59,1%) desselben Zeitraums deutlich höher. Mehr als die Hälfte der Frauen (n=983, 54,9%) waren Erstgebärende. Ebenfalls mehr als die Hälfte der Frauen hat das Abitur oder eine fachgebundene Hochschulreife erworben (n=1.015, 55,7%). Frauen aus Nordrhein-Westfalen (n=375, 20,6%) und Bayern (n=300, 16,5%) waren am stärksten vertreten. Insgesamt haben 100 Frauen mit Migrationshintergrund an der Befragung teilgenommen (5,5%). 76,8% der Frauen (n=1.398) gaben an, der Umgang mit dem Computer, Laptop, Tablet etc. falle ihnen sehr leicht.¹

Tabelle 1: Anzahl und Anteil der Hebammen mit den angebotenen gesetzlichen Leistungen

Leistungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett		Hebammen (n= 1.551)	Prozent (%)
Vorgespräch*	In Präsenz	1.413	91,1
	Digital per Telefon/Messengerdienst	692	44,6
	Digital per Live-Videotelefonie	858	55,3
	Nicht angeboten	24	1,5
Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen*	In Präsenz	1.460	94,1
	Digital per Telefon/Messengerdienst	828	53,4
	Digital per Live-Videotelefonie	666	42,9
	Nicht angeboten	42	2,7
Einzelunterweisung Geburtsvorbereitung*	In Präsenz	335	21,6
	Digital per Live Videotelefonie	153	9,9
	Nicht angeboten	1.171	75,5
Geburtsvorbereitung in der Gruppe*	In Präsenz	600	38,7
	Digital per Live-Videotelefonie	664	42,8
	Nicht angeboten	712	45,9
Wochenbettbetreuung*	In Präsenz (aufsuchend)	1.522	98,1
	In Präsenz (nicht aufsuchend)	433	27,9
	Digital per Telefon/Messengerdienst	1.009	65,1
	Digital per Live-Videotelefonie	802	51,7
	Nicht angeboten	23	1,5
Hilfe bei Still- und Ernährungsschwierigkeiten*	In Präsenz	1.443	93
	Digital per Telefon/Messengerdienst	1.073	69,2
	Digital per Live-Videotelefonie	793	51,1
	Nicht angeboten	25	1,6
Einzelunterweisung Rückbildung*	In Präsenz	305	19,7
	Digital per Live-Videotelefonie	85	5,5
	Nicht angeboten	1.232	79,4
Rückbildung in der Gruppe*	In Präsenz	552	35,6
	Digital per Live-Videotelefonie	555	35,8
	Nicht angeboten	833	53,7

* Mehrfachnennungen waren möglich

Von den Hebammen lagen 1.551 vollständig ausgefüllte Fragebögen vor. Die teilnehmenden Hebammen verteilten sich in etwa gleich auf die Altersgruppen 30-39 (n=394, 25,4%), 40-49 (n=450, 29,0%) und 50-59 Jahre (n=429, 27,6%). 150 Hebammen unter 30 Jahren nahmen teil (9,7%), 127 waren 60 Jahre oder älter (8,2%). 92,5% der Hebammen (n=1.434) haben eine Ausbildung zur Hebamme gemacht, 3,7% haben primärqualifizierend (n=57) und 3,9% haben zusätzlich zur Hebammenausbildung (n=60) studiert.

Nordrhein-Westfalen (n=420, 27,1%) und Baden-Württemberg (n=291, 18,8%) waren die am stärksten vertretenen Bundesländer, wenig vertreten waren Mecklenburg-Vorpommern (n=7) und Bremen (n=3). 95,6% der Hebammen (n=1.483) sind in Deutschland geboren und für 1.504 Hebammen (97,0%) ist Deutsch die Muttersprache. 68 der

teilnehmenden Hebammen haben einen Migrationshintergrund. 1.044 Hebammen (67,3%) gaben an, der Umgang mit dem Computer, Laptop, Tablet etc. falle ihnen leicht oder eher leicht.¹

Welche Angebote haben die Hebammen bereitgestellt?

Zwei Drittel (67,1%) der Hebammen gaben an, dass sie sich 2020 Equipment für die digitale Versorgung neu anschaffen mussten, darunter vor allem Computer/Laptops (n=456), Webcams (n=276), Mikrofone/Headsets (n=455) und Programme zur Videotelefonie (n=797). Bei 48,6% der Hebammen (n=753) kam es im Kalenderjahr 2020 zu einer Veränderung des Leistungsangebots. Die Mehrzahl (59,4%) der Befragten gab an, dass dies aufgrund der Corona-Pandemie der Fall war. Dennoch hat auch während der Pandemie die überwiegende Zahl der Hebammen ihre Präsenzangebote aufrechterhalten. Dies betraf insbesondere die Angebote im Einzelkontakt. Das Kursangebot in Präsenz wurde reduziert. 146 Hebammen (9,4%) gaben an, keine Geburtsvorbereitungskurse mehr in Präsenz anzubieten, auch privat zu bezahlende Hebammenleistungen haben 133 Hebammen (8,6%) eingestellt.

Tabelle 1 zeigt das Angebot der gesetzlichen Leistungen in Präsenz und digital - via Messengerdienst und Live-Videotelefonie - für die Schwangerschaft und im Wochenbett.

Welche Angebote haben die Frauen in Anspruch genommen?

Von den teilnehmenden Frauen, die Hebammenleistungen in der Schwangerschaft in Anspruch genommen haben (n=1.551), gaben 37,3 % (n=579) an, (auch) digitale Hebammenleistungen erhalten zu haben. Im Wochenbett waren dies 28,8% (n=495) von 1.717 Frauen. Diese beiden Gruppen überschneiden sich zum Teil, da zu Schwangerschaft und Wochenbett dieselben Frauen zeitgleich befragt wurden.

Abbildung 1 gibt einen Überblick über die jeweilige Grundgesamtheit der befragten Frauen.

In Tabelle 2 wird erkennbar, dass nicht alle Leistungen gleichermaßen digital in Anspruch genommen wurden. Insbesondere das Vorgespräch wurde von den meisten Frauen in Präsenz wahrgenommen und auch die Wochenbettbetreuung fand überwiegend in Präsenz statt. Dagegen griff etwa die Hälfte der Frauen, wenn sie Hilfe bei Beschwerden benötigte, (auch) auf die digitale Variante zurück. Die Teilnahme an Kursen war in etwa gleich verteilt auf digitale und Präsenzangebote, wobei nach der Geburt die Teilnahme an digitalen Rückbildungskursen überwog.

Es wurde auch die Inanspruchnahme von privaten Hebammenleistungen, wie Schwangeren-Yoga, Hypnobirthing, Homöopathie, Bachblüten- und Aromatherapie sowie von Einzelkursen in Säuglingspflege, Trageberatung, Beikosteneinführungskurse und Babymassage erfragt. Diese wurden im hier abgebildeten Pandemie-Zeitraum je nach Angebot etwa von jeder vierten bis fünften Frau in Präsenz, jedoch nur von sehr wenigen Frauen digital in Anspruch genommen.

Wie haben die Frauen die digitalen Angebote bewertet?

Von den Frauen, die digitale Hebammenleistungen in der Schwangerschaft in Anspruch genommen haben (n=579), war die überwiegende Mehrheit sehr zufrieden: 74,1% (n=429) bewerteten die Betreuung als „sehr gut“ und 18,8% (n=109) als „gut“. Im Wochenbett vergaben 75,4% der Mütter (n=373 von 495 Frauen) die Note „sehr gut“ und 15,6% (n=77) die Note „gut“ (siehe Tabelle 3). Die durchschnittliche Bewertung

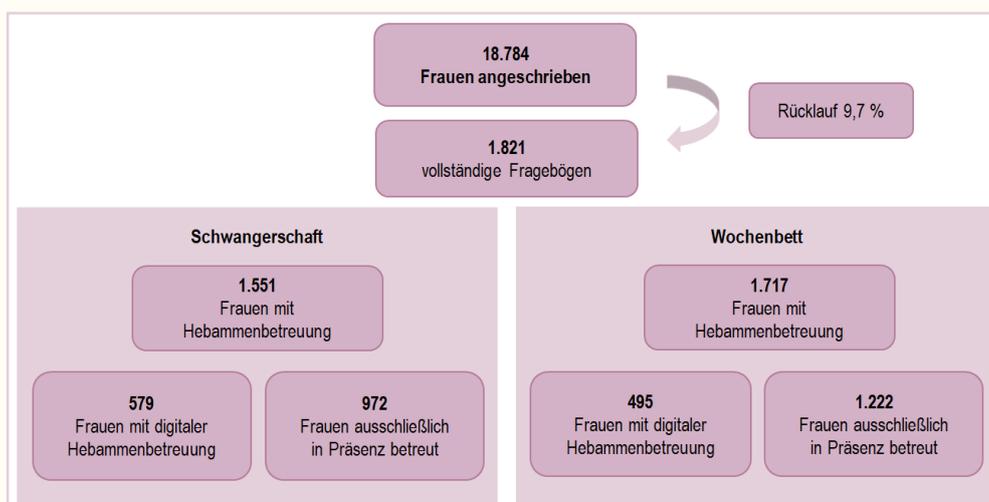


Abbildung 1: Subgruppen der befragten Frauen

lag sowohl für die digitale Schwangerenbetreuung als auch die digitale Wochenbettbetreuung bei der Note 1,4. Die digitalen Angebote schnitten damit besser ab als die Betreuung in Präsenz. Von den 972 in der Schwangerschaft ausschließlich in Präsenz betreuten Frauen, vergaben 59,6% (n=579) die Note „sehr gut“ und 24,2% (n=235) die Note „gut“ und von den 1.222 im Wochenbett ausschließlich in Präsenz betreuten Frauen bewerteten 65,5% der Mütter (n=800) die Betreuung mit „sehr gut“ und 20,5% (n=250) mit „gut“. Im Durchschnitt vergaben die Frauen als Gesamtbewertung der Präsenzbetreuung in der Schwangerschaft die Note 1,7 und im für die Wochenbettbetreuung die Note 1,6.

Auch die Hebammen konnten ihre Meinung zur Umsetzung der Angebote äußern. Hierfür wurden – ebenso wie bei den Nutzerinnen – die Chancen und Herausforderungen der digitalen Betreuung erfragt.

Welche Chancen und Herausforderungen sehen Hebammen und Frauen hinsichtlich der digitalen Betreuung in Schwangerschaft und Wochenbett?

Eine Besonderheit der vorgelegten Studie besteht darin, dass sowohl die Mütter als auch die Hebammen zu den Chancen und Herausforderungen der digitalen Betreuung zeitgleich befragt wurden.

Aus Tabelle 4 wird deutlich, dass Frauen und Hebammen in einigen Punkten eine unterschiedliche Einschätzung hatten.

Darüber hinaus sahen die Hebammen Vorteile hinsichtlich der Flexibilität ihres Arbeitens, aber auch Herausforderungen beim Datenschutz und bei der Abrechnung. Als Nachteil gaben sie an, keine körperliche Untersuchung durchführen zu können.

Die überwiegende Mehrheit der Frauen (84,4%) sah keine Herausforderungen bei der digitalen Hebammenbetreuung; die Frauen empfanden aber Einschränkungen bei der Interaktion sowie dem Kennenlernen und Vernetzen untereinander.

Wie soll es nach der Pandemie weitergehen?

Die Möglichkeit digitale Hebammenleistungen auch nach der Covid-19-Pandemie anzubieten, befürworteten für die Versorgung in der Schwangerschaft 62,7% der Hebammen (n=972) und für die Wochenbettversorgung 50,4% (n=781). Dementsprechend sahen mehr als die Hälfte der

Hebammen digitale Angebote in der Schwangerschaft (64,5%, n=1.000) und im Wochenbett (53,4%, n=828) als sinnvolle Ergänzung zur Betreuung in Präsenz. Dabei korrelierte die Technikaffinität signifikant positiv mit dem Wunsch, die digitalen Angebote fortzusetzen und mit der Präsenzbetreuung optimal zu verknüpfen. Jedoch stimmten auch über 85% der Hebammen sowohl in Bezug auf die Betreuung in der Schwangerschaft (85,2%, n=1.322) als auch im Wochenbett (87,4%, n=1.356) der Aussage zu, dass ein Ausbau der digitalen Betreuung sich nicht zu Lasten des Umfangs der aufsuchenden Betreuung auswirken dürfe.

Auch die Frauen äußerten sich entsprechend. Die übergeordnet für Schwangerschaft und Wochenbett gestellte Frage zum zukünftigen Angebot der digitalen Leistungen beantworteten 250 Frauen (34,2%) mit „die Angebote waren genau richtig“ und 132 Frauen (18,1%) mit „die Angebote sollten weiter ausgebaut werden“. Demgegenüber gaben nur 125 Frauen (17,1%) an, sie hätten keine digitalen Angebote benötigt.

Tabelle 2: Inanspruchnahme gesetzlicher Hebammenleistungen durch die Frauen

Leistungen in der Schwangerschaft		Frauen (n = 1.551)	Prozent (%)
Vorgespräch*	In Präsenz	1.308	84,3
	Digital per Telefon/ Messengerdienst	124	8
	Digital per Live-Videotelefonie	62	4
	Nicht in Anspruch genommen	51	3,3
Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen*	In Präsenz	769	49,6
	Digital per Telefon/ Messengerdienst	734	47,3
	Digital per Live-Videotelefonie	52	3,4
Einzelunterweisung Geburtsvorbereitung*	Nicht in Anspruch genommen	k. A.	k. A.
	In Präsenz	349	22,5
	Digital per Live-Videotelefonie	59	3,8
Geburtsvorbereitung in der Gruppe*	Nicht in Anspruch genommen	k. A.	k. A.
	In Präsenz	610	39,3
	Digital per Live-Videotelefonie	419	27
Leistungen im Wochenbett		Frauen (n = 1.717)	Prozent (%)
Wochenbettbetreuung*	In Präsenz (aufsuchend)	1.682	98
	Digital per Telefon/ Messengerdienst	751	43,7
	Digital per Live-Videotelefonie	66	3,8
Hilfe bei Still- und Ernährungsschwierigkeiten*	In Präsenz	1.069	62,3
	Digital per Telefon/ Messengerdienst	498	29
	Digital per Live-Videotelefonie	38	2,2
Einzelunterweisung Rückbildung*	In Präsenz	262	15,3
	Digital per Live-Videotelefonie	45	2,6
Rückbildung in der Gruppe*	In Präsenz	565	32,9
	Digital per Live-Videotelefonie	655	38,1

* Mehrfachnennungen waren möglich

Diejenigen Frauen, die sich einen Ausbau der digitalen Angebote gewünscht hatten, sahen diesen Bedarf in allen Bereichen, also sowohl bei den Kursangeboten als auch bei individuellen Beratungsangeboten und privaten Leistungen.

Die Frauen wurden auch nach ihren Wünschen für zukünftige Kurse in Schwangerschaft und Wochenbett gefragt. Der wichtigste Wunsch, den fast die Hälfte der Frauen (46,4%) angab, war die Möglichkeit, sich besser mit den anderen Kursteilnehmerinnen vernetzen zu können, gefolgt von 24,8%, die sich mehr Interaktivität im Kurs wünschten. Während 17,1 % Verbesserungsbedarf in der technischen Umsetzung durch die Anbieterinnen sahen, war für 37,0 % alles perfekt. Die Frauen sehen die digitale Betreuung als gutes Angebot und als sinnvolle Ergänzung an, möchten aber weiterhin auch direkten Kontakt zur Hebamme, insbesondere im Wochenbett.

Tabelle 4: Vergleich der Chancen und Herausforderungen digitaler Hebammenbetreuung aus der Perspektive von Frauen und Hebammen

Chancen und Herausforderungen	Frauen mit digitaler Hebammenbetreuung		Hebammen (n=1.551)
	in der Schwangerschaft (n=579)	im Wochenbett (n=495)	
Wegfallender Fahrtweg, Zeitersparnis	62,0% (n=359)	48,9% (n=242)	52,8% (n=819)
Betreuung trotz Quarantäne möglich	39,7% (n=230)	32,3% (n=160)	14,1% (n=218)
Größerer Radius (bundesweit)	15,7% (n=91)	9,9% (n=49)	36,2% (n=561)
Probleme, die Programme zu bedienen	1,6% (n=9)	0,2% (n=1)	28,9% (n=449)
Fehlender Vertrauensaufbau	5,9% (n=34)	4,8% (n=24)	57,7% (n=895)

Diskussion

Eine Limitation der Studie besteht in der fehlenden Repräsentativität der Stichproben, die in den Besonderheiten der BARMER-versicherten Frauen begründet ist. Die BARMER-versicherten Schwangeren waren bei der Geburt etwas älter im Vergleich zu den Frauen in der Allgemeinbevölkerung, die im selben Zeitraum geboren haben und bei den Antwortenden waren die über 30-jährigen Frauen mit einem nochmals deutlich höheren Anteil vertreten (74% vs. 55,3% nach Destatis). Das Ergebnis kann weiterhin dadurch verzerrt sein, dass die Antworten derjenigen Frauen, die nicht an der Befragung teilgenommen haben, anders ausgefallen wären („non-response bias“). Der Rücklauf von knapp unter 10% bei der Versichertenbefragung war eher gering. Dies ist möglicherweise auf die Verwendung des QR-Codes zurückzuführen. Zudem war es nicht möglich, die Aufforderung zur Teilnahme per E-Mail oder elektronischem Newsletter zu verschicken. Mütterbefragungen von BARMER-Versicherten, die mittels Papierfragebögen durchgeführt wurden, erzielten einen deutlich höheren Rücklauf. Es ist anzunehmen, dass eher Frauen erreicht wurden, die gerne mit digitaler Technik umgehen. Dies wäre auch eine Erklärung dafür, dass digitale Angebote von den Frauen teilweise sogar etwas besser bewertet wurden als die Angebote in Präsenz.

Tabelle 3: Bewertungen der Hebammenbetreuung in Präsenz und digital im Vergleich

Hebammenbetreuung während der Schwangerschaft	Betreuung in Präsenz		Digitale Betreuung	
	Anzahl	Prozent (%)	Anzahl	Prozent (%)
... sehr gut	579	59,6	429	74,1
... gut	235	24,2	109	18,8
... befriedigend	84	8,6	25	4,3
... ausreichend	32	3,3	12	2,1
... mangelhaft	17	1,7	4	0,7
... ungenügend	25	2,6	0	0
Gesamt	972	100	579	100

Hebammenbetreuung im Wochenbett	Betreuung in Präsenz		Digitale Betreuung	
	Anzahl	Prozent (%)	Anzahl	Prozent (%)
... sehr gut	800	65,6	373	75,4
... gut	250	20,5	77	15,6
... befriedigend	89	7,3	25	5,1
... ausreichend	41	3,4	13	2,6
... mangelhaft	20	1,6	6	1,2
... ungenügend	22	1,8	1	0,2
Gesamt	1.222	100,1	495	100,1

Zur Stichprobe und zum Rücklauf bei den Hebammen sind keine Aussagen möglich, da nicht genau bekannt ist, wie viele Hebammen in Deutschland aktiv tätig sind und weil die Hebammen nicht gezielt angeschrieben wurden.

Insgesamt zeigen diese ersten Evaluationsergebnisse, dass das Angebot digitaler Hebammenleistungen unter den Pandemiebedingungen schnell etabliert und von den Frauen gut angenommen wurde. Die schnelle Etablierung steht dabei in einem gewissen Gegensatz zur Skepsis der Hebammen gegenüber digitalen Leistungen, wie sie noch 2019 in einer Hebammenbefragung zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen festgestellt wurde. Damals hatten noch 54% der befragten Hebammen angegeben, dass sie sich in keinem Fall vorstellen können, Frauen auch per Telemedizin zu versorgen und nur 9% konnten sich dieses Leistungsangebot auf alle Fälle vorstellen [8]. Mit der Einschränkung, dass damals nicht dieselben Hebammen und nur Hebammen in Hessen befragt wurden, lässt die hier vorgelegte Studie dennoch vermuten, dass sich die Einstellung der Hebammen zur digitalen Versorgung im Vergleich zur Zeit vor der Corona-Pandemie verändert hat: Diejenigen Hebammen, die digitale Angebote tatsächlich umgesetzt haben, äußerten sich in der hier vorgelegten Studie ganz überwiegend positiv. Dabei korrelierte eine selbst als „gut“ eingeschätzte digitale Kompetenz bzw. Technikfähigkeit signifikant positiv mit dem Wunsch, die digitalen Angebote fortzusetzen und mit der Präsenzbetreuung möglichst gut zu verknüpfen. Probleme, die digitalen Tools zu bedienen hatten die Nutzerinnen kaum; allerdings gaben knapp 29% der Hebammen an, Schwierigkeiten gehabt zu haben – dies vermutlich auch aufgrund der höheren Komplexität der technischen Umsetzung auf Seiten der Anbieterinnen. Die Hebammen wurden nicht in gleicher Weise um eine Bewertung der digitalen Angebote gebeten wie die Frauen. Ein Vergleich ist nicht möglich, da ein etwas anderer Fokus gesetzt wurde. Für die Frauen stand die Zufriedenheit mit der Versorgung im Vordergrund, wohingegen die Hebammen mehr zum Gelingen und den Hürden der Umsetzung befragt wurden.

Ein Blick auf die Erfahrungen mit digitalen Hebammenleistungen im Ausland zeigt, dass dort die digitale Hebammenversorgung zum Teil

schon früher und auch noch breiter eingesetzt wurde als in Deutschland. In Schweden wurde bereits 2009 eine Studie zur postpartalen Betreuung von Frauen, die nach weniger als 72 Stunden das Krankenhaus verlassen hatten, durchgeführt. Die Eltern waren mit dem Angebot sehr zufrieden [1] und die Resonanz der Hebammen war ebenfalls positiv [2]. In den USA und in Japan wurden Frauen mit Geräten (wie z.B. Waagen, Blutdruckmessgeräten, Doppler oder Cardiotokographen) ausgestattet, um auch die Schwangerenvorsorge telemedizinisch durchführen zu können. Insbesondere Mehrgebärende fühlten sich von dem Angebot, jede dritte Vorsorge via Telemedizin durchführen zu lassen, angesprochen [3]. Auch eine japanische Studie kam zu dem Schluss, dass mit Hilfe der Telemedizin eine sichere und gute Schwangerenvorsorge möglich ist [3,9].

Eine weltweite Befragung zu digitaler Versorgung rund um die Geburt unter Corona-Bedingungen zeigt die weite Verbreitung dieses Ansatzes: 58% der Antwortenden nutzten Telemedizin mit dem Ziel, die Betreuung trotz notwendiger Infektionsschutzmaßnahmen fortzusetzen. Als Hauptherausforderungen wurden Probleme bei der technischen Umsetzung, fehlender Support, z.B. durch Fortbildungen und Guidelines, sowie die Verschärfung von bereits bestehender Ungleichheit im Zugang genannt. Ebenfalls genannt wurde schlechterer Vertrauensaufbau und fehlende non-verbale Kommunikation in der therapeutischen Beziehung [10]. Die letztgenannten Aspekte haben sich in der hier vorgelegten Untersuchung nur als Sorge der Hebammen, nicht aber als problematisch von Seiten der Frauen erwiesen. Trotz aller Einschränkungen wurde auch in dieser weltweiten Untersuchung die Telemedizin

als wichtige Alternative zur persönlichen Betreuung angesehen [10]. Auch in der Schweiz gab es während des Lockdowns digitale Hebammenleistungen. Dort äußerten sich knapp 40% der Hebammen positiv zur digitalen Betreuung, allerdings bewerteten auch knapp 58% die digitale Betreuung negativ oder überwiegend negativ. Insbesondere die schlechtere Einschätzungsmöglichkeit komplexer Situationen, die fehlende Durchführbarkeit von Untersuchungen und Therapien sowie die Benachteiligung von Klientinnen mit psychischen Problemen, Sprachbarrieren oder wenig technischem Knowhow wurde als problematisch angesehen. Außerdem wurden auch hier fehlende diesbezügliche Fortbildungsmöglichkeiten beklagt [11].

In Deutschland wurden mit dem *Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG)* die digitalen Hebammenleistungen erstmalig geregelt und damit auch verstetigt. Digitale Hebammenleistungen sind nun nicht mehr Teil eines Corona-Notfallplans, sondern die dauerhafte Leistungserbringung mittels digitaler Medien ist Teil der Regelversorgung geworden. Eine qualitativ hochwertige technische und inhaltliche Umsetzung durch entsprechende Unterstützungs- bzw. Schulungsangebote sowie durch die Entwicklung von Qualitätsstandards sollte daher sichergestellt werden. Die vorliegende Studie zeigt auch, dass es wichtig ist, die richtigen Angebote für die digitale Umsetzung auszuwählen und die digitale Versorgung optimal mit der Versorgung in Präsenz zu verbinden, denn nicht alle Hebammenleistungen wurden als gleichermaßen geeignet für die digitale Umsetzung angesehen.

¹ Die vollständige Stichprobenbeschreibung ist im Supplement auf der Website der DGHWi e.V. zu finden. Siehe: Anlage zu ZHWi 2022,10(1); URL: <https://www.dghwi.de/zhwi/>

Institution: ¹ BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, bifg; ² Hochschule für Gesundheit Bochum, Stabsstelle; ³ Deutsches Krankenhaus Institut (DKI); ⁴ Institut für Hebammenwissenschaft, Medizinische Fakultät, Universität zu Köln.

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

Review-Verfahren: Eingereicht am: 02.11.2021, angenommen am: 08.04.2022

Kontakt: dagmar.hertle@barmer.de

Literatur:

- Lindberg I, Christensson K, Ohrling K. Parents' experiences of using videoconferencing as a support in early discharge after childbirth. *Midwifery*. 2009;25(4):357-65. DOI: 10.1016/j.midw.2007.06.002.
- Lindberg I, Ohrling K, Christensson K. Midwives' experience of using videoconferencing to support parents who were discharged early after childbirth. *Journal of telemedicine and telecare*. 2007;13(4):202-05. DOI: 10.1258/135763307780908102.
- Pflugeisen BM, Mou J. Patient Satisfaction with Virtual Obstetric Care. *Maternal and child health journal*. 2017;21(7):1544-51. DOI: 10.1007/s10995-017-2284-1.
- Bauer N. H. und Schlömann L. Digitale Hebammenbetreuung im Kontext der Covid-19-Pandemie. Ein Kooperationsprojekt zwischen der BARMER, dem Deutschen Hebammenverband e.V. und der Hochschule für Gesundheit Bochum: Abschlussbericht vom 31.8.2021.
- Digitale Versorgung und Pflege Modernisierungsgesetz: DVPMG, 2021 Teil Nr.28; 2021.
- GKV-SV. Vertrag nach § 134a Abs. 1 SGB V: Hebammenhilfevertrag; 2018.
- GKV-SV. Corona-Vereinbarung zum Hebammenhilfe-Vertrag; 2020.
- Bauer N, Blum K, Löffert S, Luksch K. Gutachten zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen: Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) und der Hochschule für Gesundheit (hsg) Bochum, StB Hebammenwissenschaft Für das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI); 2019.
- Nakagawa K, Umazume T, Mayama M, Chiba K, Saito Y, Kawaguchi S, et al. Feasibility and safety of urgently initiated maternal telemedicine in response to the spread of COVID-19: A 1-month report. *The journal of obstetrics and gynaecology research*. 2020;46(10):1967-71. DOI: 10.1111/jog.14378.
- Galle A, Semaan A, Huysmans E, Audet C, Asefa A, Delvaux T, et al. A double-edged sword-telemedicine for maternal care during COVID-19: findings from a global mixed-methods study of healthcare providers. *BMJ global health*. 2021;6(2). DOI: 10.1136/bmjgh-2020-004575.
- Klamroth-Marganska V, Gempeler M, Ballmer T, Grylka-Baeschlin S, Pehlke-Milde J, Gantschnig BE. Does therapy always need touch? A cross-sectional study among Switzerland-based occupational therapists and midwives regarding their experience with health care at a distance during the COVID-19 pandemic in spring 2020. *BMC health services research*. 2021;21(1):578. DOI: 10.1186/s12913-021-06527-9.

Prophylaxe venöser Thromboembolien bei Risikopatientinnen während der Schwangerschaft und in der frühen postpartalen Phase

Middleton P, Shepherd E, Gomersall JC

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

Übersetzung durch Talea Böhmerle B.Sc.

Hintergrund

Venöse Thromboembolien (VTE) sind selten und dennoch eine der Hauptursachen für maternale Mortalität und Morbidität. Bei einigen Frauen besteht während der Schwangerschaft und in der frühen postpartalen Phase ein erhöhtes VTE-Risiko (z.B. nach Kaiserschnitt, VTE in der Familie oder Thrombophilie), so dass eine Prophylaxe erwogen werden kann. Da einige Prophylaxe-Methoden das Risiko unerwünschter Wirkungen in sich bergen und gleichzeitig das VTE-Risiko oft gering ist, können schädliche Wirkungen gegenüber dem Nutzen einer Thromboseprophylaxe möglicherweise überwiegen.

Ziele

Ziel des Reviews war es, die Wirkungen von Thromboseprophylaxe während der Schwangerschaft und in der frühen postpartalen Phase auf das Risiko venöser thromboembolischer Störungsbilder und unerwünschter Wirkungen bei Frauen mit erhöhtem Risiko für VTE zu begutachten.

Suchstrategie

Wir durchsuchten das Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register (18. Oktober 2019). Darüber hinaus durchsuchten wir ClinicalTrials.gov sowie die WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) nach Berichten zu unveröffentlichten, geplanten und laufenden Studien (18. Oktober 2019).

Auswahlkriterien

In den Review eingeschlossen wurden randomisierte Studien, in denen eine Thromboseprophylaxe-Methode mit einer Placebo-Behandlung oder keiner Behandlung oder zwei (oder mehr) Thromboseprophylaxe-Methoden miteinander verglichen wurden.

Datensammlung und -analyse

Mindestens zwei Review-Autoren bewerteten die Eignung der Studien für den Einschluss in den Review, extrahierten die Daten, bewerteten das Risiko für Bias und bewerteten die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz für ausgewählte entscheidende Endpunkte (unter Anwendung von GRADE). Wir führten Fixed-Effect Metaanalysen durch und dokumentierten die Daten (alle dichotom) als zusammengefasste Risiko-Verhältnisse (RRs) mit 95 %-Konfidenzintervallen (KIs) an.

Hauptergebnisse

Es wurden 29 Studien (an denen 3839 Frauen teilnahmen) mit insgesamt moderatem bis hohem Risiko für Bias eingeschlossen. Die Studien wurden in der antepartalen, peripartalen und postpartalen Phase durchgeführt, die meisten davon in einkommensstarken Ländern. Die Interventionen umfassten Formen von und Regime mit Heparin (niedermolekulares Heparin (NMH) und unfractioniertes Heparin (UFH)), Hydroxyethylstärke (HES) sowie Kompressionsstrümpfe oder -geräte. Die Daten waren begrenzt, da es zu den Vergleichen nur

wenige Studien gab und/oder nur wenige oder keine unerwünschten Ergebnisereignisse berichtet wurden. Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wurde für alle kritischen Endpunkte (bewertet für die Vergleiche von Heparin mit keiner Behandlung/Placebo und NMH mit UFH) als sehr niedrig bewertet. Die Hauptgründe für die Herabstufung waren Studieneinschränkungen und unzureichend präzise Effektschätzer. Über maternale Todesfälle wurde in den meisten Studien nicht berichtet.

Antepartale (\pm postpartale) Prophylaxe

Für die primären Endpunkte symptomatische thromboembolische Ereignisse, Lungenembolie (LE) und/oder tiefe Venenthrombose (TVT) sowie den kritischen Endpunkt unerwünschte Wirkungen, die zum Abbruch der Behandlung führten, war die Evidenz sehr unsicher.

- ◆ Symptomatische thromboembolische Ereignisse:
 - Heparin verglichen mit keiner Behandlung/Placebo (RR 0,39; 95% KI 0,08 bis 1,98; 4 Studien, 476 Frauen; sehr niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz);
 - NMH verglichen mit UFH (RR 0,47; 95% KI 0,09 bis 2,49; 4 Studien, 404 Frauen; sehr niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz);
- ◆ Symptomatische LE:
 - Heparin verglichen mit keiner Behandlung/Placebo (RR 0,33; 95% KI 0,02 bis 7,14; 3 Studien, 187 Frauen; sehr niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz);
 - NMH verglichen zu UFH (keine Ereignisse; 3 Studien, 287 Frauen);
- ◆ Symptomatische TVT:
 - Heparin verglichen mit keiner Behandlung/Placebo (RR 0,33; 95% KI 0,04 bis 3,10; 4 Studien, 227 Frauen; sehr niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz);
 - NMH verglichen zu UFH (keine Ereignisse; 3 Studien, 287 Frauen);
- ◆ Unerwünschte Wirkungen, die zum Abbruch der Behandlung führten:
 - Heparin verglichen mit keiner Behandlung/Placebo (RR 0,49; 95% KI 0,05 bis 5,31; 1 Studie, 139 Frauen; sehr niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz);
 - NMH verglichen mit UFH (RR 0,07; 95% KI 0,01 bis 0,54; 2 Studien, 226 Frauen; sehr niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz).

Peripartale/postpartale Prophylaxe

Vaginale Geburt oder Kaiserschnitt-Geburt

Beim Vergleich von UFH und keiner Behandlung war die Wirkung auf symptomatische thromboembolische Ereignisse (RR 0,16; 95% KI 0,02 bis 1,36; 1 Studie, 210 Frauen; sehr niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz), symptomatische LE (RR 0,16; 95% KI 0,01 bis 3,34; 1 Studie,

210 Frauen; sehr niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz) und symptomatische TVT (RR 0,27; 95% KI 0,03 bis 2,55; 1 Studie, 210 Frauen; sehr niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz) sehr unsicher. Über maternale Todesfälle und unerwünschte Wirkungen, die zum Abbruch der Behandlung führten, wurde nicht berichtet.

Kaiserschnitt-Geburten

- ◆ Symptomatische thromboembolische Ereignisse:
 - Heparin verglichen mit keiner Behandlung/Placebo (RR 1,30; 95% KI 0,39 bis 4,27; 4 Studien, 840 Frauen; sehr niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz);
 - NMH verglichen mit UFH (RR 0,33; 95% KI 0,01 bis 7,99; 3 Studien, 217 Frauen; sehr niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz);
- ◆ Symptomatische LE:
 - Heparin verglichen mit keiner Behandlung/Placebo (RR 1,10; 95% KI 0,25 bis 4,87; 4 Studien, 840 Frauen; sehr niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz);
 - NMH verglichen mit UFH (keine Ereignisse; 3 Studien, 217 Frauen);
- ◆ Symptomatische TVT:
 - Heparin verglichen mit keiner Behandlung/Placebo (RR 1,30; 95% KI 0,24 bis 6,94; 5 Studien, 1140 Frauen; sehr niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz); NMH verglichen mit UFH (RR 0,33; 95% KI 0,01 bis 7,99; 3 Studien, 217 Frauen; sehr niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz);
- ◆ Maternale Todesfälle:
 - Heparin verglichen mit Placebo (keine Ereignisse, 1 Studie, 300 Frauen);

Zitation des Cochrane Reviews:

Middleton P, Shepherd E, Gomersall JC. Venous thromboembolism prophylaxis for women at risk during pregnancy and the early postnatal period. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021, Issue 3. Art. No.: CD001689. DOI: 10.1002/14651858.CD001689.pub4.

- ◆ Unerwünschte Wirkungen, die zum Abbruch der Behandlung führen:
 - Heparin verglichen mit Placebo (keine Ereignisse; 1 Studie, 140 Frauen).

Postpartale Prophylaxe

Beim Vergleich von NMH zu keiner Behandlung/Placebo wurden zu symptomatischen thromboembolischen Ereignissen, symptomatischen LE und symptomatischen TVT (alle 2 Studien, 58 Frauen) oder maternalen Todesfällen (1 Studie, 24 Frauen) keine Ereignisse berichtet. Unerwünschte Wirkungen, die zum Abbruch der Behandlung führten, wurden nicht berichtet.

Aufgrund mangelnder Daten konnten wir keine Subgruppenanalysen durchführen.

Eine Sensitivitätsanalyse, in die die neun Studien mit niedrigem Risiko für Bias eingeschlossen wurden, hatte keinen Einfluss auf die Gesamtergebnisse.

Schlussfolgerungen der Autoren

Die Evidenz zum Nutzen und Schaden einer VTE-Prophylaxe bei Frauen mit erhöhtem VTE-Risiko während der Schwangerschaft und in der frühen postpartalen Phase ist sehr unsicher. Es sind weitere hochwertige, groß angelegte randomisierte Studien erforderlich, um die Wirkungen derzeit verwendeter Behandlungen bei Frauen mit verschiedenen VTE-Risikofaktoren zu ermitteln. Da die Finanzierung umfangreicher und definitiver Studien unwahrscheinlich ist, sind Sekundärdatenanalysen auf Grundlage hochwertiger Registerdaten wichtig.

6. Internationale Konferenz der DGHWi „Equality & Equity in Childbirth“

28. - 29. Juli 2022

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Winterthur, Schweiz

Die **Anmeldung erfolgt online** über

die Website der DGHWi: <https://www.dghwi.de/veranstaltungen/internationale-konferenz/>

Der **Anmeldeschluss** ist Montag, der **11. Juli 2022**.

Unter der Rubrik Junges Forum werden Abschlussarbeiten (Bachelor/ Master) oder Projektarbeiten von Absolventinnen und Absolventen als Kurztitel und Abstracts veröffentlicht, die ihren Studiengang mit Bezug zur Hebammenwissenschaft in der nahen Vergangenheit erfolgreich abgeschlossen haben. Diese Beiträge durchlaufen keinen Peer-Review.

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit Hüftgelenk-Endoprothese: Eine systematische Übersichtsarbeit

Childbirth with hip joint endoprosthesis: A systematic review

Hintergrund

Die Hüftgelenk-Endoprothetik wird oftmals mit Altersgruppen jenseits der reproduktiven Lebensphase in Verbindung gebracht. Im Vergleich zur Gesamtzahl von jährlich etwa 240.000 Erstimplantationen in Deutschland erscheint die Anzahl der Patient*innen im gebärfähigen Alter auch zunächst gering. Dennoch sind es jedes Jahr etwa 1.750 weibliche Personen, welche im Alter zwischen 15 und 45 Jahren eine Hüftgelenk-Endoprothese (HEP) erhalten [43-45].

Aktuell gibt es national sowie international keine Aussagen über die Anzahl der HEP-Trägerinnen in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Da immer mehr jüngere Patient*innen eine HEP-Implantation erhalten [15, 34] und es gleichzeitig einen Trend zu älter werdenden Erstgebärenden gibt [2, 42], gewinnt trotz der vergleichsweise geringen Prävalenz eine Auseinandersetzung mit der Begleitung von HEP-Trägerinnen im Bereich der Hebammenversorgung zunehmend an Bedeutung. In geburtshilflichen und endoprothetischen Leitlinien sowie Lehrliteratur können bisher keine Aussagen über die Begleitung und Beratung von Schwangeren, Gebärenden oder Wöchnerinnen mit HEP gefunden werden.

Die Empfehlungen zum Umgang mit einer HEP werden in der Regel für die ersten sechs Wochen bis sechs Monate nach Implantation ausgesprochen, bis die Wundheilung vollständig abgeschlossen ist und das Gelenk eine höhere Stabilität wiedererlangt hat. Zu den Empfehlungen gehören die Vermeidung folgender Bewegungen: Die Beugung (Flexion) der Hüfte über den 90°-Winkel hinaus, die Außen- oder Innenrotation (je nach Lokalisation des Gelenkkapselschnitts) bei gleichzeitiger Flexion, das Überkreuzen der Beine (Adduktion), die Überstreckung (Hyperextension) der Hüfte und langes Sitzen oder Ausharren in anderen Positionen (über eine Stunde) [1, 13, 15, 16, 36].

Viele der genannten Positionen werden in der Geburtshilfe häufig beobachtet, z. B. die Einnahme der tiefen Hocke oder das Sitzen auf einem Gebärhocker, die Lagerung nach Fritsch oder in Steinschnittlage, das Verharren in unterschiedlichen Gebär- und Stillpositionen oder die Durchführung geburtshilflicher Verfahren wie des McRoberts-Manövers. Zudem kommt es in der Schwangerschaft durch physiologisch ansteigende Östrogen- und Relaxinpiegel zur Abnahme der Stabilität des gesamten Bewegungs- und Stützapparates und gleichzeitig durch die Gewichtszunahme von Kind und Uterus zu einer ansteigenden Belastung der Hüftgelenke [12, 33].

Ziel

Ziel der Forschungsarbeit war es, den aktuellen Wissensstand bezüglich des Tragens von HEP im zeitlichen Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu untersuchen. Die Forschungsfrage lautete:

Welche Erkenntnisse gibt es zu Besonderheiten beim Tragen von Hüftgelenk-Endoprothesen während Schwangerschaft, Geburt und/oder Wochenbett in Bezug auf die Mutter, das Kind und die Endoprothese?

Methodik

Es wurde eine systematische Übersichtsarbeit bestehend aus einer systematischen Literaturrecherche und aufgrund der heterogenen Datentlage einer anschließenden qualitativen Metazusammenfassung nach Sandelowski und Barroso [35] erstellt. Die Durchführung und Dokumentation der Übersichtsarbeit orientierte sich an dem aktuellen Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA)-Statement und den dazugehörigen Arbeitshilfen [28, 29].

Eingeschlossene Studien sollten in ihrer Stichprobe (werdende) Mütter enthalten, welche mit einer HEP Schwangerschaft, Geburt und/oder Wochenbett erlebt haben, und in deutscher oder englischer Sprache verfügbar sein. Es wurde jedes Forschungsdesign, bis auf Übersichtsarbeiten ohne systematische Vorgehensweise, eingeschlossen und keine Einschränkungen bezüglich des Veröffentlichungszeitraums vorgenommen.

Die Suchstrategie orientierte sich an dem Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken nach Nordhausen und Hirt [25]. Aus der gesuchten Stichprobe und dem Beobachtungsinteresse ergaben sich die zwei Suchkomponenten „Hüftgelenk-Endoprothese“ und „Zeiträume im Betreuungsbogen“. Es wurde eine bibliografische Datenbanksuche in den Datenbanken CareLit, CINAHL, Cochrane Library, Embase und MEDLINE unter Verwendung jeweiliger datenbankspezifischer Suchstrings durchgeführt. Die allgemeine sowie hier verwendete Vorgehensweise ist schematisch in Abbildung 1 dargestellt.

Die eingeschlossenen Studien wurden einer Qualitätsbewertung unterzogen. Die dazu notwendige Klassifizierung der Forschungsdesigns wurde mit Hilfe des Design Algorithm for Medical Literature on Intervention (DAMI) nach Seo et al. [37] basierend auf der übersetzten Fassung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. (EbM Netzwerk) durchgeführt. Anschließend fand unter Verwendung methodischer Checklisten eine Zuordnung der Studien zu den Evidenzleveln des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) statt [41].

Ergebnisse

Aus insgesamt 660 Suchergebnissen wurden 26 Forschungsarbeiten eingeschlossen [5-8, 10, 11, 14, 17-24, 26, 27, 30, 31, 39, 40, 46-50]. Ein Flussdiagramm zu dem Prozess der Studienauswahl, angelehnt an das PRISMA 2020 Flow diagram [28], zeigt Abbildung 2. Die vier eingeschlossenen Kohortenstudien erhielten nach SIGN die Evidenzlevel 2- bis 2+, die restlichen 22 eingeschlossenen Studien jeweils das Evidenzlevel 3.

1. Festlegen eines Rechercheprinzips

Sensitives Rechercheprinzip, um möglichst alle relevanten Forschungsarbeiten zu finden. Dazu gezielte Verwendung von...

...mehr: + Suchbegriffen ...und weniger: – Suchkomponenten
 + Fachdatenbanken – Suchbefehlen
 + Platzhaltern – Suchfiltern
 + Rechercheformen

2. Identifikation von zwei Suchkomponenten

»Hüftgelenk-Endoprothese« & »Zeiträume im Betreuungsbogen«

3. Auswahl von fünf Fachdatenbanken nach methodischen Kriterien

- 1) Care Literature (**CareLit**)
- 2) Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (**CINAHL**)
- 3) **Cochrane Library**
- 4) Excerpta Medica data-BASE (**Embase**)
- 5) Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (**MEDLINE**)

4. Identifikation von Suchbegriffen & Schlagwörtern

Suchbegriffe universell für jede Fachdatenbank
 Schlagwörter und Platzhalterzeichen individuell für jede Fachdatenbank

5. Entwicklung & Überprüfung eines Suchstrings je Fachdatenbank

Einsetzen Boolescher Operatoren:
 OR / ODER zwischen Suchbegriffen & Schlagwörtern einer Suchkomponente
 AND / UND zwischen den beiden Suchkomponenten

Überprüfung der Suchstrings mit Hilfe des Peer Review of Electronic Search Strategies (PRESS) nach McGowan et al. (2016)

6. Durchführung der Recherche

Zusätzlich Identifikation von noch nicht abgeschlossenen oder veröffentlichten Studien durch ergänzende Recherche in drei Studienregistern:

- 1) Deutsches Register klinischer Studien (**DRKS**)
- 2) EU Clinical Trials Register (**EU-CTR**)
- 3) International Clinical Trials Registry Platform (**ICTRP**)

Abbildung 1: Suchstrategie

Als zentrale Themen ließen sich in den eingeschlossenen Studien u. a. Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettverlauf mit HEP, der Geburtsmodus, der Zeitpunkt der Geburt sowie Auswirkungen von Schwangerschaft und Geburt auf die Standzeiten der HEP analysieren. Die Standzeit eines Implantats umfasst jenen Zeitraum, in dem es im Körper verweilt [9]. Die meisten Publikationen berichteten von unauffälligen und komplikationslosen Schwangerschafts-, Geburts- oder Wochenbettverläufen [5, 21, 22, 24, 26, 27, 31, 48] sowie Verläufen, welche keine Beschwerden für oder durch die HEP aufzeigten [5, 8, 21, 23, 40, 49, 50]. Es gab jedoch auch Hinweise darauf, dass das Tragen einer HEP das Schmerzerleben, die Mobilität und das Aktivitätslevel innerhalb der Schwangerschaft beeinflussen kann. In vier Studien wurde von Schmerzen an den Hüften innerhalb der Schwangerschaft berichtet [5-7, 40]. In fünf Studien gaben Betroffene teilweise Hüftbeschwerden an, welche zu Bewegungs- oder Aktivitätseinschränkungen in der Schwangerschaft führten [5, 10, 24, 46, 48]. Im Wochenbett wird in der Mehrzahl der Studien berichtet, dass die Mütter keine Schmerzen [7, 22, 23, 31, 40, 50] oder ein abnehmendes Schmerzerleben [22, 23, 39, 40] beschrieben. Nur in einzelnen Fällen nahmen Hüftschmerzen im Wochenbett zunächst nicht ab [40].

Zu der Entscheidung bezüglich des Geburtsmodus berichteten zwei Studien von orthopädischen Konsultationen, nach denen jeweils eine vaginale Geburt empfohlen wurde [5, 24]. Gleichzeitig wurde in zwei anderen Publikationen als Begründung zur Durchführung von Sectiones caesarea die Präferenz von Geburtshelfer*innen genannt, welche Befürchtungen gegenüber einer vaginalen Geburt mit HEP hatten [40, 46].

Kuitunen et al. klassifizierten Neugeborene von HEP-Trägerinnen im Vergleich zu Neugeborenen anderer Mütter häufiger als Frühgeburt, Small for Gestational Age (SGA) sowie Low Birth Weight (LBW) [17]. In dieser Kohortenstudie wurden 28 von 204 Neugeborenen (13,7%) von Müttern mit HEP vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche geboren. Zwölf weitere eingeschlossene Studien ließen ebenfalls Rückschlüsse auf das Gestationsalter zum Zeitpunkt der Geburt zu [5, 8, 10, 14, 23, 24, 27, 30, 40, 46, 48, 49]. In diesen kamen sechs von 128 Neugeborenen (4,7%) von Müttern mit HEP als Frühgeborene auf die Welt.

Das Implantat betreffend folgerten Sierra, Trousdale und Cabanela, dass persistierender Leistenschmerz postpartum häufig zu Revisionen führe und ein Hinweis auf weitere Probleme sein könnte [40]. Insgesamt kamen sie und andere Forschende aber zu dem Schluss, dass sich Schwangerschaft und Geburt nicht negativ auf die Standzeiten der HEP auswirkten [19, 22, 40, 46]. Nur vereinzelt gab es Revisionsoperationen, die im direkten zeitlichen Zusammenhang mit einer Schwangerschaft und Geburt standen. So erhielten zwei Mütter Revisionen, da kurz nach ihren Geburten periprothetische Frakturen festgestellt wurden [46, 47].

Diskussion

Viele Mütter gaben Veränderungen ihres Schmerzerlebens, ihrer Mobilität sowie Aktivität innerhalb der Schwangerschaft an. Dabei können Schmerzen des Bewegungsapparates und die Reduktion von Mobilität und Aktivität besonders gegen Ende der Schwangerschaft auch auf physiologische Prozesse zurückgeführt werden. Ein Hinweis darauf könnte sein, dass die Mehrheit der Mütter mit HEP im Wochenbettverlauf den Zustand vor der Konzeption in Bezug auf das Schmerzerleben und die Beweglichkeit zurück erlangte. Insgesamt wurden in der Häufigkeitsverteilung der Beschwerden keine Unterschiede zwischen Schwangeren mit und ohne HEP festgestellt. Inwiefern eine HEP die Intensität von Schmerzen beeinflusst, kann nicht beantwortet werden.

Langanhaltende oder ansteigende Schmerzen nach der Geburt sind eventuell ein Risikofaktor für nachfolgende Revisionsoperationen und können auf Prothesenlockerungen hinweisen. Sierra et al. empfahlen bei dieser Symptomatik eine Diagnostik zum Ausschluss einer Lockerung [40]. Insgesamt konnten aber keine verringerten Standzeiten bei HEP-Trägerinnen aufgrund einer Schwangerschaft und Geburt oder in Abhängigkeit vom Geburtsmodus festgestellt werden.

Allein das Tragen einer HEP scheint auf Grundlage der gefundenen Ergebnisse keine hinreichende Indikation für die Durchführung einer Kaiserschnittgeburt darzustellen. Inwiefern sich die Geburtsmodi sowie Indikationen für Sectiones zwischen Gebärenden mit und ohne HEP unterscheiden, kann anhand der analysierten Studien nicht abschließend beantwortet werden. Es kann aber festgehalten werden, dass von vielen komplikationslosen vaginalen Geburten berichtet wurde.

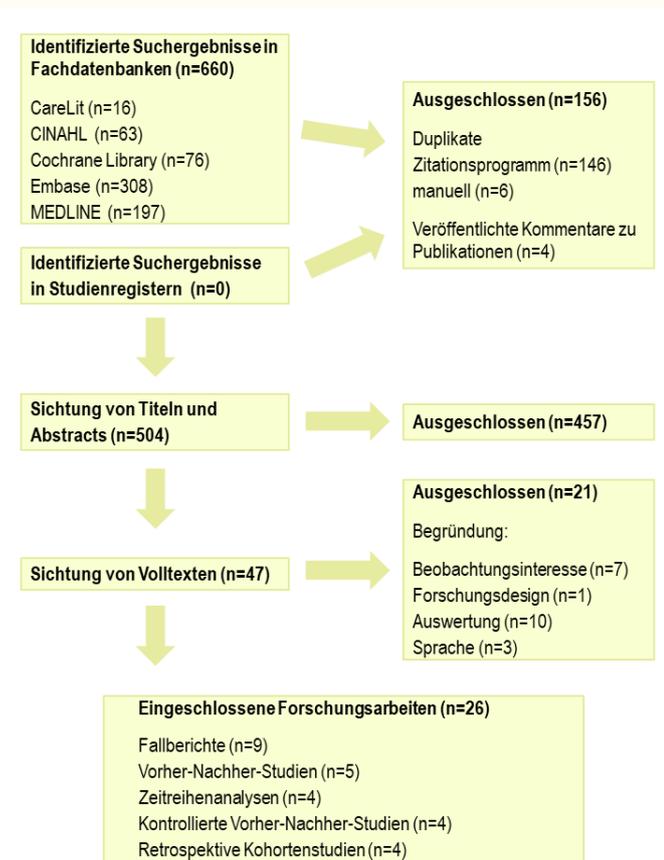


Abbildung 2: Auswahl der Studien

Kuitunen et al. folgerten aus ihren Ergebnissen eine vermehrte Unreife von Neugeborenen von Müttern mit HEP [17]. Allerdings gab es in dieser Arbeit auch mögliche Störvariablen, wie eine höhere Prävalenz an rheumatoider Arthritis bei HEP-Trägerinnen (42,2% vs. 0,4% in der Vergleichsgruppe). Höhere Raten an Frühgeborenen und SGA-Kindern bei Müttern mit rheumatoider Arthritis wurden bereits mehrfach beobachtet [3, 32]. Aufgrund möglicher Verzerrungsrisiken und weil in keiner anderen eingeschlossenen Studie das Tragen einer HEP mit einer

Autorin: Nadine Thiele B.Sc.

Kontakt: thiele.nadine@web.de

Die Bachelorarbeit wurde zur Erlangung des Grades „Bachelor of Science“ erstellt. Die Betreuung erfolgte durch Prof.in Dr.in Martina Schlüter-Cruse und Nina Peterwerth M.Sc., Hochschule für Gesundheit Bochum.

Literatur:

1. Aebi-Müller J, Koch P, Moriconi I. Funktionelle Nachbehandlung von Patienten mit künstlichem Hüftgelenk (2. Aufl.). 2., überarb. Aufl. ed. Bern: Hans Huber; 2005.
2. Ahrendt C, Klann-Heinen P, Sottong U. Familienplanung und präkonzeptionelle Beratung. In: Stiefel A, Brendel K, Bauer N, Heinzl S, editors. Hebammenkunde Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf (6. Aufl.). Stuttgart: Thieme; 2020.
3. Aljary H, Czuzoj-Shulman N, Spence AR, Abenhaim HA. Pregnancy outcomes in women with rheumatoid arthritis: a retrospective population-based cohort study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2020;33(4):618-24. DOI: 10.1080/14767058.2018.1498835
4. AWMF. Bewertung des Verzerrungsrisikos von systematischen Übersichtsarbeiten: ein Manual für die Leitlinienerstellung. 2017. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/Werkzeuge/20170515_Manual_Bewertung_von_SR_fuer_LL.pdf [Zugriff am: 27.08.2021]
5. Boot CL, Heyligers IC, Heins KF. Pregnancy and delivery after revised total hip replacement. *Orthopedics*. 2003;26(8):813-4.
6. Brodner W, Grohs JG, Bancher-Todesca D, Dorotka R, Meisinger V, Gottsauner-Wolf F, et al. Does the placenta inhibit the passage of chromium and cobalt after metal-on-metal total hip arthroplasty? *Journal of Arthroplasty*. 2004;19(8 SUPPL.):102-6.
7. deSouza R-M, Wallace D, Costa ML, Krikler SJ. Transplacental passage of metal ions in women with hip resurfacing: no teratogenic effects observed. *Hip International*. 2012;22(1):96-9. DOI: 10.5301/HIP.2012.9100
8. Elstein D, Hughes D, Goker-Alpan O, Stivel M, Baris HN, Cohen IJ, et al. Outcome of pregnancies in women receiving velaglucerase alfa for Gaucher disease. *Molecular Genetics and Metabolism*. 2014;111(2):S41. DOI: 10.1111/jog.12254
9. Endoprothesenregister Deutschland (EPRD). Jahresbericht 2020. Mit Sicherheit mehr Qualität. 2020. Verfügbar unter: https://www.eprd.de/fileadmin/user_upload/Dateien/Publikationen/Berichte/Jahresbericht2020-Web_2020-12-11_F.pdf [Zugriff am: 11.07.2021]
10. Fritzsche J, Borisch C, Schaefer C. Case Report: High Chromium and Cobalt Levels in a Pregnant Patient with Bilateral Metal-on-Metal Hip Arthroplasties. *Clinical Orthopaedics & Related Research*. 2012;470(8):2325-31. DOI: 10.1007/s11999-012-2398-0

geringeren Reife von Neugeborenen assoziiert wurde, werden die Ergebnisse von Kuitunen et al. als schwache Hinweise gewertet.

Zusammengefasst legen die ausgewerteten Ergebnisse der 26 analysierten Studien nahe, dass sich in den meisten Fällen der Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zwischen (werdenden) Müttern mit und ohne HEP nicht unterscheidet.

Bezogen auf die methodische Vorgehensweise der Qualifikationsarbeit wurde zur eigenen Reflexion die Assessment of Multiple Systematic Reviews (AMSTAR)-Checkliste nach Shea et al. [38] in der übersetzten und modifizierten Fassung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) verwendet [4]. Das Risiko für einen Heterogenitätsbias wird als erhöht und für einen Publikationsbias als gering eingeschätzt. Die Objektivität der Übersichtsarbeit ist durch das Vorgehen von nur einer Forschenden begrenzt. Die Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Replizierbarkeit werden wegen der detaillierten Dokumentation des Vorgehens und der Ergebnisse als hoch eingeschätzt.

Schlussfolgerung

Die Analyse der Literatur zeigt, dass es sich bei Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen mit HEP schon heute nicht mehr um Einzelfälle handelt. Die vorgestellten Forschungsergebnisse zeigen keine deutlichen Unterschiede zwischen (werdenden) Müttern mit und ohne HEP. In Anbetracht dieser Ergebnisse scheinen bei schwangeren HEP-Trägerinnen daher keine weiterführenden (pränatal-)diagnostischen Maßnahmen oder Kontrolluntersuchungen, die nicht Teil der Regelversorgung sind, notwendig zu sein.

Anhand der analysierten Literatur können keine Aussagen zu möglichen Auswirkungen der HEP auf Gebärhaltungen sowie auf die Versorgung und das Handling des Kindes postpartum getroffen werden. Eine Auseinandersetzung mit diesen Themen aus einer hebammenwissenschaftlichen Perspektive ist aufgrund der steigenden Prävalenz junger HEP-Trägerinnen erstrebenswert.

11. Grulli F, Lonati D, Ronchi A, Perotti F, Spinillo A, Locatelli CA. Management of high concentrations of cobalt and chromium in blood due to metal-on-metal hip arthroplasty in a pregnant woman. *Clinical Toxicology*. 2021;59(1):72-3. DOI: 10.1080/15563650.2020.1757694
12. Heinzl S. Physiologische Veränderungen in der Schwangerschaft. In: Stiefel A, Brendel K, Bauer N, Heinzl S, editors. *Hebammenkunde Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (6. Aufl.). Stuttgart: Thieme; 2020.
13. Hinkelmann U, Fleischhauer M, editors. *Die Endoprothese: Das künstliche Hüft- und Kniegelenk Schritt für Schritt erklärt* (2. Aufl.). München: Elsevier, Urban und Fischer; 2007.
14. Johnson AJ, Woon RP, Le Duff MJ, Amstutz HC. Childhood development after maternal metal-on-metal hip resurfacing. *Hip International*. 2013;23(2):181-6. DOI: 10.5301/HIP.2013.10731
15. Kipping R. *Operation Hüfte. Fragen an den Spezialisten* (2. Aufl.). 2., aktualisierte Auflage ed. München: Springer Medizin; 2017.
16. Koesling C, Stiegler U. *Hüftgelenkersatz - Selbständigkeit und Sicherheit im Alltag* (4. Aufl.). 4., überarbeitete Auflage ed. Idstein: Schulz-Kirchner; 2010.
17. Kuitunen I, Artama M, Eskelinen A, Skyttä ET, Huhtala H, Uotila J. Pregnancy outcome in women after total hip replacement: A population-based study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology*. 2019;238:143-7. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2019.05.020
18. Kuitunen I, Eskelinen A, Skyttä ET, Huhtala H, Artama M. Congenital anomalies in the offspring of women with total hip replacement: a nationwide register study in Finland. *Hip International*. 2021;31(3):348-53. DOI: 10.1177/1120700020904689
19. Kuitunen I, Skyttä ET, Artama M, Huhtala H, Eskelinen A. No effect of delivery on total hip replacement survival: a nationwide register study in Finland. *Acta orthopaedica*. 2019;90(5):433-8. DOI: 10.1080/17453674.2019.1628561
20. Kuitunen I, Skyttä ET, Eskelinen A, Huhtala H, Artama M. Induced Abortions Among Women Having Undergone Total Hip Replacement: A Nationwide Register Study in Finland. *Scandinavian journal of surgery : SJS : official organ for the Finnish Surgical Society and the Scandinavian Surgical Society*. 2019;108(3):258-64. DOI: 10.1177/1457496918812229
21. Lally L, Mandl LA, Huang WT, Goodman SM. Pregnancy does not adversely affect postoperative pain and function in women with total hip arthroplasty. *Journal of Clinical Rheumatology*. 2015;21(6):323-5. DOI: 10.1097/RHU.0000000000000286
22. McDowell CM, Lachiewicz PF. Pregnancy after total hip arthroplasty. *Journal of Bone & Joint Surgery, American Volume*. 2001;83(10):1490-4.
23. Meldrum R, Feinberg JR, Capello WN, Dettlerline AJ. Clinical outcome and incidence of pregnancy after bipolar and total hip arthroplasty in young women. *Journal of Arthroplasty*. 2003;18(7):879-85.
24. Monaghan J, Lenehan P, Stronge J, Gallagher J. Pregnancy and vaginal delivery following bilateral total hip replacement. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*. 1987;26(3):261-4.
25. Nordhausen T, Hirt J. *Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken Halle-Wittenberg Martin-Luther-Universität* 2020.
26. Novak CC, Hsu AR, Della Valle CJ, Skipor AK, Campbell P, Amstutz HC, et al. Metal Ion Levels in Maternal and Placental Blood After Metal-on-Metal Total Hip Arthroplasty. *American Journal of Orthopedics*. 2014;43(12):E304-8.
27. Oppermann M, Borisch C, Schaefer C. Hip arthroplasty with high chromium and cobalt blood levels - Case report of a patient followed during pregnancy and lactation period. *Reproductive Toxicology*. 2015;53:51-3. DOI: 10.1016/j.reprotox.2015.03.009
28. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews*. 2021;10(1):89. DOI: 10.1186/s13643-021-01626-4
29. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed)*. 2021;372:n160. DOI: 10.1136/bmj.n160
30. Pracucci C, Orsini I, Aprea MC, Occupati B, Mannaioni G, Smorlesi C, et al. Pregnancy outcome after metal-on metal hip arthroplasty: A case report. *Clinical Toxicology*. 2015;53(4):335-6.
31. Reckling FW. Normal pregnancy and delivery following total hip joint replacement. *Clinical orthopaedics and related research*. 1976;No.115:169-71.
32. Rom AL, Wu CS, Olsen J, Kjærgaard H, Jawaheer D, Hetland ML, et al. Fetal Growth and Preterm Birth in Children Exposed to Maternal or Paternal Rheumatoid Arthritis: A Nationwide Cohort Study. *Arthritis & Rheumatology*. 2014;66(12):3265-73. DOI: 10.1002/art.38874
33. Romahn M, Opitz-Kreuter S. Physiologische Abläufe im mütterlichen Körper während der Schwangerschaft. In: Mändle C, Opitz-Kreuter S, editors. *Das Hebammenbuch Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (6. Aufl.). Stuttgart: Schattauer; 2014.
34. Rosery H, Schönfelder T. Akteure der Versorgung. In: Bleß H-H, Kip M, editors. *Weißbuch Gelenkersatz Versorgungssituation bei endoprothetischen Hüft- und Knieoperationen in Deutschland*. Berlin: Springer; 2017.
35. Sandelowski M, Barroso J. *Handbook for synthesizing qualitative research*. New York: Springer Pub. Co.; 2007.
36. Schauf G. *Sex für Prothetiker : Liebesstellungen für Menschen mit künstlichen Gelenken: ein praktischer Ratgeber vom Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie*. 1. Auflage ed. Remscheid: K+M Verlag; 2018.
37. Seo H-J, Kim SY, Lee YJ, Jang B-H, Park J-E, Sheen S-S, et al. A newly developed tool for classifying study designs in systematic reviews of interventions and exposures showed substantial reliability and validity. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2016;70:200-5. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2015.09.013
38. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2007;7:10. DOI: 10.1186/1471-2288-7-10
39. Sibly TF. Total hip replacement infected by septic abortion. *The British journal of clinical practice*. 1988;42(6):253-4.
40. Sierra RJ, Trousdale RT, Cabanela ME. Pregnancy and childbirth after total hip arthroplasty. *Journal of Bone & Joint Surgery, British Volume*. 2005;87B(1):21-4. DOI: 10.1302/0301-620X.87B1.15162
41. SIGN. Checklists. 2021. Verfügbar unter: <https://www.sign.ac.uk/what-we-do/methodology/checklists/> [Zugriff am: 05.08.2021]
42. Statistisches Bundesamt. Europa. Das erste Kind kommt immer später. 2021. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/Bevoelkerung-Arbeit-Soziales/Bevoelkerung/Alter-bei-Geburt.html> [Zugriff am: 11.07.2021]
43. Statistisches Bundesamt (Destatis). Gesundheit. Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (4-Steller) - 2017. 2018. Verfügbar unter: https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00048788/5231401177014.pdf [Zugriff am:19.01.2022]
44. Statistisches Bundesamt (Destatis). Gesundheit. Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (4-Steller) - 2018. 2019. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/operationen-prozeduren-5231401187014.pdf> [Zugriff am: 19.01.2022]
45. Statistisches Bundesamt (Destatis). Gesundheit. Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (4-Steller) - 2019. 2020. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/operationen-prozeduren-5231401197014.pdf> [Zugriff am: 19.01.2022]
46. Stea S, Bordini B, De Clerico M, Traina F, Toni A. Safety of pregnancy and delivery after total hip arthroplasty. *Journal of Women's Health* (15409996). 2007;16(9):1300-4. DOI: 10.1089/jwh.2006.0326
47. Traina F, De Fine M, Tassinari E, Sudanese A, Calderoni PP, Toni A. Modular neck prostheses in DDH patients: 11-Year results. *Journal of Orthopaedic Science*. 2011; 16(1):14-20. DOI: 10.1007/s00776-010-0018-y
48. Wittich AC. Successful pregnancy and delivery following bilateral total hip replacement: Report of case. *Journal of the American Osteopathic Association*. 1982;81(11):773-5.
49. Yazici Y, Erkan D, Zuniga R, Bateman H, Salvati EA, Magid SK. Pregnancy outcomes following total hip arthroplasty: a preliminary study and review of the literature. *Orthopedics*. 2003;26(1):75-6.
50. Yoon HJ, Yoo JJ, Yoon KS, Koo KH, Kim HJ, Yoon HJ, et al. Alumina-on-alumina THA performed in patients younger than 30 years: a 10-year minimum follow-up study. *Clinical Orthopaedics & Related Research*. 2012;470(12):3530-6. DOI: 10.1007/s11999-012-2493-2

Wie SARS-CoV-2 Hebammen und ihre Arbeit in deutschen Kreißsälen beeinflusst

How SARS-CoV-2 affects midwives and their work in German delivery rooms

Hintergrund

Die Covid-19-Pandemie hat das Gesundheitssystem vor große Herausforderungen gestellt und erfordert eine stetig dynamische Reaktion. Zu den Akteuren des Gesundheitswesens zählen neben den Pflegefachkräften und Ärzt*innen auch Hebammen.

Neben der großen Belastung durch die Schichtarbeit sind klinisch tätige Hebammen mit Überstunden, der medizinischen Verantwortung für Menschenleben, körperlicher und psychischer Belastung und einer nicht angemessenen Bezahlung konfrontiert [3]. Die Covid-19-Pandemie bringt für die klinische Geburtshilfe außerdem Bedingungen wie beispielsweise neue Verhaltensregeln, die den Infektionsschutz betreffen, mit sich. Während die Begleitpersonen vor der Pandemie die Schwangeren und Gebärenden von Anfang an in die Klinik begleiten konnten, gilt in vielen Krankenhäusern seit der Corona-Pandemie aufgrund des Hygieneschutzes die Regel, dass die Begleitperson erst kurz vor der Geburt des Kindes in den Kreißsaal zur Gebärenden darf [8]. So durchleben viele Schwangere die erste Phase der Geburt meist ohne vertraute Begleitung. Somit wird den Paaren das gemeinsame Geburtserlebnis als essenzielles Ereignis im Prozess des Eltern-Werdens genommen. Aufgrund der prekären Personalsituation bleibt die Frau neben der fehlenden Vertrauensperson häufig ohne Unterstützung durch die betreuende Hebamme. Dies bedeutet für die Hebamme eine zusätzliche psychische Belastung, da sie die Gebärende nicht in einem allumfassenden Rahmen betreuen und unterstützen kann. Weiterhin ist die Hebamme physisch dem ständigen Risiko einer Infektion ausgesetzt und könnte außerdem Überträger*in von Viren sein und ihre Familie, Freund*innen, Kolleg*innen oder die von ihr betreuten schwangeren Frauen oder Wöchnerinnen infizieren.

So könnte die berufliche Belastung, die sich durch die Pandemie zuspitzt, nachteilige psychologische Auswirkungen haben und im schlimmsten Falle in Depressionen oder einem „Burnout“ enden [8].

Ziel

Nach derzeitigem Erkenntnisstand liegen darüber, wie sich die Pandemie und deren Bedingungen auf Hebammen und ihre Arbeit im Kreißsaal auswirkt, nur wenige Forschungsergebnisse aus Deutschland vor. Um das Gesundheitspersonal, insbesondere die Hebammen, die während der Pandemie in einem Kreißsaal tätig sind, zu entlasten, ist es erforderlich, einen Einblick in die Auswirkungen auf die Arbeit der Hebammen im klinischen Setting zu bekommen.

Daher war das Ziel der Arbeit herauszufinden, ob die Covid-19-Pandemie Auswirkungen auf die Hebamme und ihre Arbeit im Kreißsaal hat. Weiterhin sollte untersucht werden, ob Hebammen in der Pandemie vermehrt von Ängsten betroffen sind.

Methode

Es wurde eine deskriptive Querschnittstudie in Form einer Online-Umfrage durchgeführt, bei der die Auswirkungen der aktuellen Covid-19-Pandemie auf die Hebammen und ihre Arbeit in deutschen Kreißsälen betrachtet wurde. Basierend auf der systematischen Litera-

turrecherche wurden Hypothesen formuliert. In Anlehnung an das Instrument einer aus der Literaturrecherche gewonnenen türkischen Erhebung [2] wurde ein Fragebogen erstellt. Der erste Teil dieses Fragebogens diente der Ermittlung soziodemografischer Merkmale der befragten Hebammen, der zweite Teil stellte Fragen zur aktuellen Situation und zum persönlichen Empfinden. Der dritte Teil des Fragebogens umfasste den State-Trait-Anxiety-Inventory-Fragebogen [5, 7], der die Angst der Teilnehmer*innen untersuchte.

Die Online-Umfrage fand zwischen dem 8. und 22. April 2021 statt. Auf der Grundlage einer Poweranalyse sollte die Stichprobe ein N von 96-146 Teilnehmenden umfassen. Bezogen auf eine Grundgesamtheit von circa 9.395 Hebammen, die in Deutschland in einem Kreißsaal angestellt sind [1], nahmen 243 Personen (2,6% der Grundgesamtheit) an der Befragung teil.

Die statistische Analyse wurde mit Hilfe von Microsoft Excel 2019 durchgeführt.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Umfrage zeigen, dass Hebammen in der aktuellen Situation vorrangig nicht das Gefühl der Angst verspüren. Obwohl sie einem ständigen Risiko der Infektion ausgesetzt sind, scheint die Angst, sich selbst mit dem Virus zu infizieren, den Umfrageergebnissen zufolge niedrig zu sein. Auch in der direkten Betreuung von Schwangeren mit nachgewiesener akuter Infektion des Covid-19-Virus verspüren Hebammen keine Angst, sondern vielmehr Belastung (n=80) aufgrund der sehr zeitintensiven Schutzmaßnahmen sowie Unbehagen (n=67) durch die noch ungewissen Auswirkungen (siehe Abbildung 1). 47 Teilnehmerinnen hatten noch keine Covid-19-positive Frau betreut.

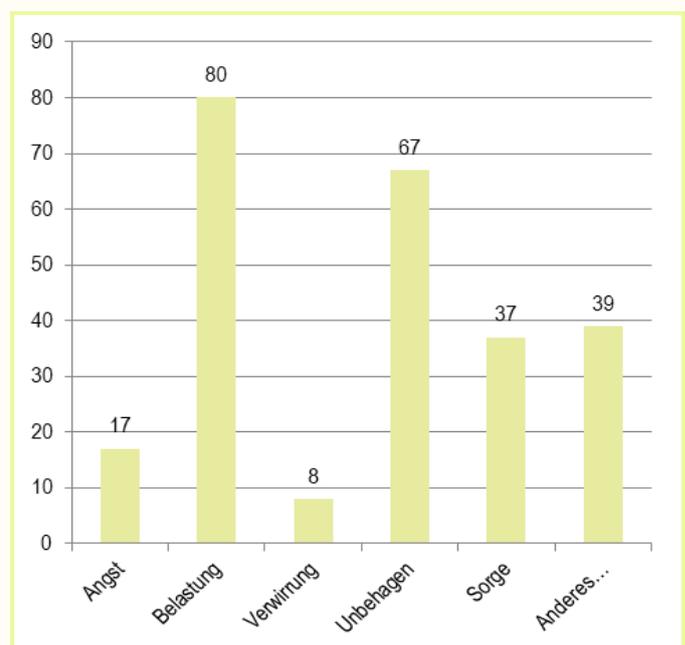


Abbildung 1: Psychisches Empfinden der Hebamme bei der Betreuung einer Covid-19-positiven Patientin

Angst, sich selbst zu infizieren, gaben 45% der Befragten an. Dagegen waren es 81%, die Angst hatten, die eigene Familie, Freund*innen oder die zu betreuenden Frauen zu infizieren und als Überträger*in für eine Weiterverbreitung des Virus verantwortlich zu sein (siehe Abbildungen 2 und 3).

Darüber hinaus konnte eine weiter ansteigende Belastung durch die Umfrageergebnisse bestätigt werden. So bedeuten – neben der vorherrschenden Situation im Gesundheitswesen – die Pandemie und ihre Bedingungen, wie beispielsweise das sehr zeitintensive Anlegen der persönlichen Schutzausrüstung, gepaart mit dem Personalmangel, eine zusätzliche Belastung für Hebammen in der Klinik.

Ein gutes Arbeitsklima, vor allem unter Kolleg*innen, um sich in schwierigen Zeiten gegenseitig zu stützen, stellt hier einen wichtigen Schutzfaktor dar. Die am Survey teilnehmenden Hebammen wurden unter anderem dazu befragt, wie sich das Verhältnis im Team seit Beginn der Pandemie verändert hat. Hier konnte entnommen werden, dass sich fast ein Drittel der befragten Hebammen von ihren Kolleg*innen entfernt haben, weniger miteinander teilten und weniger im Austausch waren.

Auch die Konstellation der Betreuung, insbesondere die Eins-zu-eins-Betreuung, hat sich durch die Auswirkungen der Pandemie verändert. Ein Viertel der Hebammen gab an, dass die Betreuung der Frauen weniger intensiv sei, was zum einen im Zusammenhang mit den sehr zeitaufwändigen Schutzmaßnahmen und zum anderen mit den Regeln zur Einhaltung des Abstandes zwischen Hebamme und betreuender Frau aufgrund eines möglichen Infektionsrisikos stehen kann.

Die Arbeitszufriedenheit war bei weit mehr als der Hälfte der Hebammen gesunken. Ihrem Anspruch an die eigene Arbeit konnten fast 60 % nicht mehr gerecht werden.

Positiv ist in den Umfrageergebnissen dennoch hervorzuheben, dass die Pandemie den befragten Hebammen in der Arbeit mit Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen einmal mehr die Wertschätzung und die Bedeutung ihres Berufes zeigte (Abbildung 4).

Diskussion

Zusammenfassend konnte aufgezeigt werden, dass die Pandemie psychische und physische Auswirkungen auf die Arbeit der Hebamme mit sich bringt. Diese spiegeln sich weniger in der Angst vor einer möglichen Infektion wider. Vielmehr zeigen zum einen die immer weiter wachsende Belastung, die sich durch zeitintensive Schutzmaßnahmen, mangelnde Betreuungszeit und den Personalmangel äußert, sowie zum anderen das Unbehagen der Hebammen aufgrund der unsicheren Situation Auswirkungen auf ihre Arbeit.

Die Angst scheint eher zweitrangig, denn in den Ergebnissen wird deutlich, dass vor allem die Arbeitszufriedenheit der Hebammen weiter gesunken ist, gegebenenfalls bedingt durch die Auflagen des Infektionsschutzes. Menschen, die unter körperlicher und vor allem psychischer Belastung stehen, sind tendenziell anfälliger für Fehler, aber auch für Infektionen [8]. Beides kann in einem so verantwortungsreichen Beruf in der direkten Versorgung von mindestens zwei Menschenleben ein Problem für die Patient*innensicherheit bedeuten. Dem Anspruch an ihre eigene Arbeit konnten Hebammen während der Corona-Pandemie daher nicht gerecht werden. Ergebnissen der in der Literaturrecherche identifizierten Studien [2, 4, 8] zufolge besteht ein signifikanter Zusam-

menhang zwischen einem Burnout-Syndrom und Depressionen bei Hebammen, die während der Corona-Pandemie in der direkten Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen arbeiteten. Die vorliegende Arbeit zeigt das hohe Belastungsausmaß in Verbindung mit der Unzufriedenheit der Hebammen und der Überlegung, den Beruf zu kündigen. Diese können als psychologische Auswirkungen der Corona-Pandemie interpretiert werden.

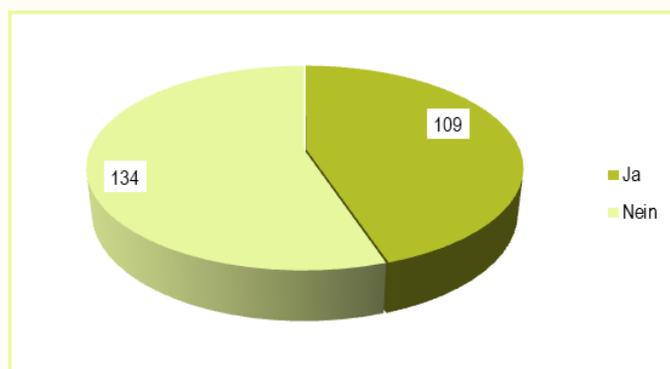


Abbildung 2: Angst, sich selbst zu infizieren

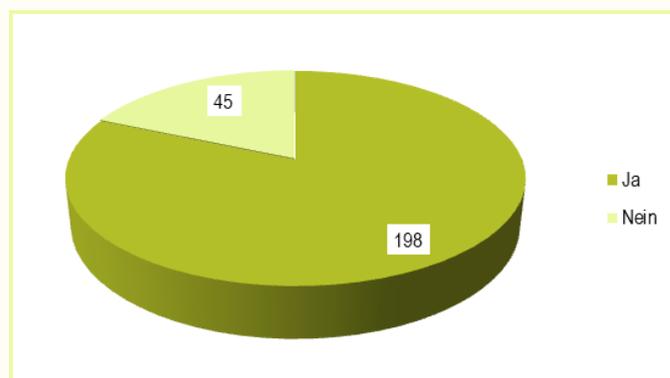


Abbildung 3: Angst, die Familie zu infizieren

Angst, Unsicherheit und Unbehagen könnten auch auf den Mangel an persönlicher Schutzausrüstung und die unklaren Handlungsanweisungen zurückzuführen sein. Die Umfrage zeigt, dass mehr als der Hälfte der Befragten im ersten Lockdown unzureichende persönliche Schutzausrüstung oder Desinfektionsmittel zur Verfügung standen. Ebenso kann eine mangelnde Einweisung in das Ein- und Auskleiden und die Entsorgung kontaminierter Gegenstände oder Materialien ein Grund hierfür sein [2, 4, 8]. So bestätigen mehr als die Hälfte der befragten Hebammen in der Umfrage, dass sie Probleme hatten, mit der unsicheren Situation umzugehen. Außerdem wünschen sich mehr als die Hälfte der Teilnehmer*innen zum Zeitpunkt der Befragung unter anderem ein Angebot zum routinemäßigen Testen für Mitarbeiter*innen in der Klinik. Dies würde ihnen zusätzlich das Gefühl von Sicherheit vermitteln.

Hebammen stellen in der aktuellen Covid-19-Pandemie eine wichtige Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen sicher. Sie arbeiten neben anderem Gesundheitspersonal in der direkten Versorgung und sind, um die Pandemie zu besiegen, unabkömmlich. Umso wichtiger ist es, ihnen ein erhöhtes Maß an Aufmerksamkeit zu

schenken und ihrer Gesundheit stets höchste Priorität zukommen zu lassen [4].

Ausblick und Empfehlungen

Hebammen leisten eine unverzichtbare Arbeit in der Versorgung von Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen. Durch die Auswirkungen und Bedingungen der Pandemie werden sie vor eine Herausforderung und eine große Hürde gestellt.

In einer weiterführenden Forschungsarbeit könnten die Auswirkungen und möglichen Ausprägungen psychischer Erkrankungen im Hinblick auf spezifische Symptome erfragt und genauer untersucht werden. Die Auswirkungen der Pandemie sollten auch langfristig gesehen untersucht und in weiteren Forschungsarbeiten betrachtet werden.

Die Belastung der Befragten muss ein Warnsignal sein, Anlass zur Sorge geben und zum Handeln anregen. Hierbei sollte der Schutz des psychischen Wohlbefindens des Personals im Vordergrund stehen.

Um drohende psychische Auswirkungen zu minimieren, müssen aus diesem Grund Maßnahmen ergriffen werden. Neben einer einheitlichen Einführung in den Umgang mit infizierten Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen und das An- und Ablegen der Schutzausrüstung sowie deren Entsorgung ist es ebenso wichtig, Risikogruppen verstärkt zu schützen, um ihr Sicherheitsgefühl zu steigern. Studien zeigen, dass

eine kontinuierliche Eins-zu-eins-Betreuung, eine gute Teamarbeit und die Möglichkeit, autonom zu arbeiten, zu einer größeren Arbeitszufriedenheit führen. Dies schützt die Gesundheit des Personals und verbessert zudem die Patientensicherheit [4]. Langfristig gesehen muss die physische, psychische und soziale Gesundheit der Hebammen gewährleistet werden, denn auch nach der Pandemie sollen Frauen von zufriedenen Hebammen profitieren dürfen.

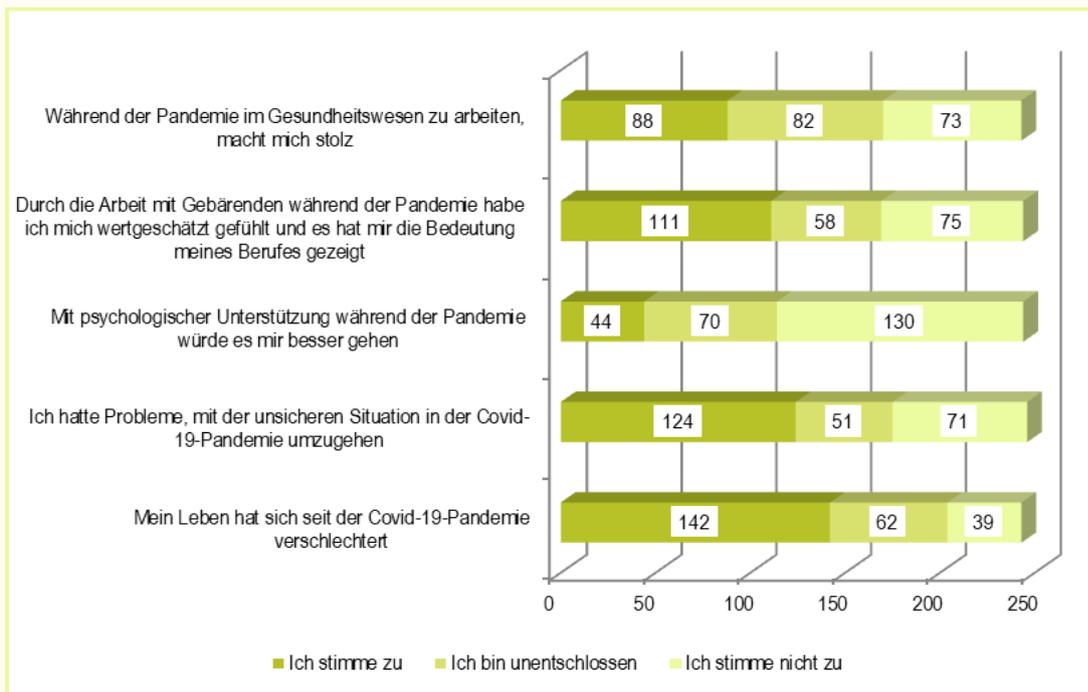


Abbildung 4: Reflexionen und Einschätzungen der Hebammen bezüglich ihrer beruflichen Tätigkeit unter Corona-Bedingungen

Autorin: Patricia Ulrich B.Sc.

Kontakt: PatriciaUlrich@gmx.de

Die Bachelorarbeit wurde zur Erlangung des Grades „Bachelor of Science“ erstellt. Die Betreuung erfolgte durch Prof. Michaela Michel-Schuldth Ph.D., Katholische Hochschule Mainz.

Literatur:

1. Deutscher Hebammen Verband e.V. (DHV). Zahlenspiegel zur Situation der Hebammen. 4/2019. Verfügbar unter: https://hebammenkongress.de/wp-content/uploads/2019/05/2019_04-Zahlenspiegel-zur-Situation-der-Hebammen.pdf [Zugriff am 09.03.2021]
2. Erkal Aksoy Y, Koçak V. Psychological effects of nurses and midwives due to COVID-19 outbreak: The case of turkey. Archives of Psychiatric Nursing. 2020; 34(5): 427-433. DOI: 10.1016/j.apnu.2020.07.011
3. Geraghty S, Speelman C, Bayes S. Fighting a losing battle: Midwives experiences of workplaces stress. Women and Birth. 2019; 32(3): E297-e306. DOI: 10.1016/j.wombi.2018.07.012
4. González-Timoneda A, Hernández Hernández V, Pardo Moya S, Alfaro Blazquez R. Experiences and attitudes of midwives during the birth of pregnant woman with COVID-19 infection: A qualitative study. Women and Birth. Journal of the Australian college of midwives. 2020. DOI: 10.1016/j.wombi.2020.12.001
5. Grimm J. State-Trait-Anxiety Inventory nach Spielberger. Deutsche Lang- und Kurzversion. Methodenforum der Universität Wien. MF-Working Paper 2009/02. Verfügbar unter: https://empcom.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/p_empcom/pdfs/Grimm2009_StateTraitAngst_MFWorkPaper2009-02.pdf [Zugriff am 28.03.2021]
6. Mother Hood e.V. Auswirkungen der Corona-Krise auf die Geburtsbegleitung: Kreißsaalverbot birgt medizinische Risiken. Verfügbar unter: <https://mother-hood.de/aktuelles/auswirkungen-der-corona-krise-auf-die-geburtsbegleitung-kreissaalverbot-birgt-medizinische-risiken/> [Zugriff am 28.03.2021]
7. Spielberger CD, Gorsuch RL, & Lushene RE. State-Trait Anxiety Inventory. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologist Press. 1970. Verfügbar unter: https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-94-007-0753-5_2825 [Zugriff am 28.03.2021]
8. Yörük S, Güler D. The relationship between psychological resilience, burnout, stress, and sociodemographic factors with depression in nurses and midwives during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Turkey. Perspectives in Psychiatric Care. 2020; 57(1): 390-398. DOI: 10.1111/ppc.12659

Die Fristen für alle Rubriken (außer Originalartikel) sind:

- ◆ für das Sommerheft => 1.2. jeden Jahres
- ◆ für das Winterheft => 1.8. jeden Jahres

Die Fristen für die Originalartikel sind:

- ◆ für das Sommerheft => 1.10. des Vorjahres für das Sommerheft
- ◆ für das Winterheft => 1.4. für das Winterheft

Bei einer Einreichung vor diesen Fristen kann im Allgemeinen mit einer Publikation im jeweils genannten Heft gerechnet werden. Voraussetzung ist der positive Verlauf der redaktionellen Prüfung bzw. des Peer-Reviews.

Juli 2022

1. interdisziplinäre Fachtagung „Gesundheit rund um die Geburt in Niedersachsen – Perspektiven und Innovationen zur Bewältigung aktueller Herausforderungen in der Geburtshilfe“

05. Juli 2022, Hannover

Nähere Informationen unter: <https://www.gesundheit-nds.de/index.php/veranstaltungen/1925-gesundheit-rund-um-die-geburt-in-nds>

Humanizing Birth: Launching Critical Midwifery Studies

11. – 15. Juli 2022 (virtuell)

Nähere Informationen unter: <https://utrechtsummerschool.nl/courses/humanities/humanizing-birth-launching-critical-midwifery-studies>

6. Internationale Konferenz der DGHWi

28. – 29. Juli 2022, Winterthur, Schweiz

Nähere Informationen unter: <https://www.dghwi.de/veranstaltungen/internationale-konferenz/>

September 2022

21. International Normal Labour and Birth Research Conference

12. – 14. September 2022, Aarhus, Dänemark

Nähere Informationen unter: <https://nlhb22.com/>

Oktober 2022

64. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

12. – 15. Oktober 2022, München

Nähere Informationen unter: <https://www.dggg2022.de/de/Startseite/>

November 2022

Fachtag „Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt: Gelingt die Umsetzung?“

04. November 2022, Dresden

Nähere Informationen unter: <https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/>

Unicef „Baby Friendly Annual Conference“

23. – 24. November 2022 (virtuell)

Nähere Informationen unter: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/training/conferences/annual-conference/>

Juni 2023

33rd ICM Triennial Congress “Lets try that again!”

11. – 14. Juni 2023; der Call for Abstracts endet am 30. Juni 2022 !

Nähere Informationen unter: <https://midwives2023.org/>

Präsidium der DGHWi

Präsidentin

Dr. Franziska Rosenlöcher

Gastprofessorin für Hebammenwissenschaft an der Brandenburgischen Technischen Universität (BTU)
E-Mail: praesidentin@dghwi.de

Vize-Präsidentin

Dr. Astrid Krahl

Hebamme, Studiengangsleitung (M.Sc. Hebamme) an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
E-Mail: vizepraesidentin@dghwi.de

Schriftführerin

Julia Steinmann M.Sc. Midwifery

Hebamme, B.Sc. Angew. Psychologie, Lehrbeauftragte
E-Mail: schriftfuehrerin@dghwi.de

Schatzmeisterin

Andrea Paucke B.A. Medizinpädagogik

Hebamme, Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Coburg
E-Mail: schatzmeisterin@dghwi.de

Beisitzerinnen

Prof. Dr. Barbara Baumgärtner

Hebamme, Professorin an der Hochschule Bremen,
Dipl. Berufspädagogin
E-Mail: beisitzerin-leitlinien@dghwi.de

Dr. Nancy Stone MScPH, PhD

Hebamme, Postdoktorandin an der Evangelischen Hochschule Berlin
E-Mail: beisitzerin-stellungnahmen@dghwi.de

Friederike Hesse M.A.

Hebamme, Soziologin, Promovendin im Promotionszentrum Public Health an der Hochschule Fulda University of Applied Sciences
E-Mail: beisitzerin-oeffentlichkeit@dghwi.de

Impressum

Herausgeberin (Sponsor)

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

Geschäftsstelle (Office)

Postfach 1242, 31232 Edemissen
FAX: 05372-971878

Editors in chief

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

Associate editors

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

Reviewboard

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

Erweiterter (extended) Reviewboard

Dr. Gertrud M. Ayerle, Prof. Dr. Barbara Baumgärtner, Dr. Anke Berger, Prof. Dr. Andreas Büscher, Dr. Lena Dorin MPH, Prof. Dr. Manuela Franitza, Prof. Dr. Claudia Hellmers, Prof. Dr. Elke Hotze, Prof. Nina Knape Ph.D., Dr. Elisabeth Kurth, Prof. Dr. Ute Lange, Prof. Julia Leinweber Ph.D., Prof. Dr. Sabine Metzging, Michaela Michel-Schuldt M.Sc., Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde, Dr. Beate Ramsayer, Dr. Nina Reitis, Dr. Tanja Richter, Prof. Dr. Rainhild Schäfers, Prof. Dr. Birgit Seelbach-Göbel, Dr. Katja Stahl, Dr. Sabine Striebich, Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA, Prof. Dr. Oda von Rahden, Carmen Wyss M.A.

Lektorat (Editorial staff)

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

Layout

Dr. Gertrud M. Ayerle

Druck (Printing house): Teichmann, Halle (Saale)

ISSN: 2196-4416

Copyright

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

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

Zitierung der Texte (Citation)

Autor*innen. Titel. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (*Journal of Midwifery Science*). 2022;10(01):Seitenzahlen.

Authors. Title. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (*Journal of Midwifery Science*). 2022;10(01):page numbers.

Datum (Date): 31.5.2022



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