

ZEITSCHRIFT FÜR HEBAMMENWISSENSCHAFT

Journal of Midwifery Science

Themen:

- ◆ Akademisierung der Hebammenausbildung
- ◆ WHO-Recommendations: Intrapartum care
- ◆ Stellungnahme: Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen
- ◆ Stellungnahme: Screening auf Streptokokken der serologischen Gruppe B
- ◆ Die Kinderschutzleitlinie
- ◆ Originalartikel: Prädiktoren der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung
- ◆ Cochrane Reviews
- ◆ Junges Forum

Kategorien

Editorial	53
Aktuelles	54
Sektionen	58
Stellungnahmen	68
Originalartikel	74
Cochrane Reviews	82
Junges Forum	85
Bekanntmachungen	89
Termine	82

Ziele der DGHWi

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

Inhaltsverzeichnis

Editorial	53
Aktuelles	
Hebammenwissenschaftliche Forschung	54
Neue Mandatsträgerinnen	54
Hebammen im AKF e.V.	55
Die Kinderschutzleitlinie	56
Sektionen	
Akademisierung der Hebammenausbildung	58
Aktivitäten der Sektion Internationales	58
Initiative "Women in Global Health – Germany"	59
WHO-Recommendations: Intrapartum care	60
Stellungnahmen	
Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c SGB V	68
Vorbericht S17-02 „Screening auf Streptokokken der serologischen Gruppe B...“	71
Originalartikel	
Prädiktoren der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung: Schlüsseldimensionen einer guten Betreuung aus Sicht der Gebärenden und Wöchnerinnen	74
Cochrane Reviews	
Diagnostik und Betreuung während der Latenzphase zur Verbesserung der Geburtsergebnisse	82
Interventionen im Rahmen der Nachbesprechung zur Vorbeugung von psychologischen Traumata bei Frauen nach der Geburt	83
Junges Forum	
Prävalenz von Respektlosigkeit und Gewalt während der Geburt in Kreißsälen	85
Bekanntmachungen	89
Termine	92
Vorstand: Kontaktangaben	
Impressum	

Liebe Kolleginnen, liebe Leserinnen und Leser der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft,

im Herbst 2016 schrieb ich in der 8. Ausgabe dieser Zeitschrift ein Editorial unter dem Motto „bewegte Zeiten“. Als Beleg für die Bewegung führte ich an: „Im August dieses Jahres legte die Bundesregierung dem Bundestag einen Bericht vor, in dem die vollständige Akademisierung der Hebammenausbildung als Notwendigkeit bezeichnet wird.“ Mit diesem Bericht war die Hoffnung verbunden, dass nun endlich Bewegung in die Weiterentwicklung der akademischen Bildung von Hebammen käme. Kurze Zeit später verlängerte der Bundestag allerdings die Modellphase für die Hebammen- und anderen Gesundheitsstudiengänge.

Ein Déjà-vu?! In diesem Herbst hat sich der Bundesgesundheitsminister mit großer Öffentlichkeitswirkung für die Akademisierung ausgesprochen. Es bleibt zu hoffen, dass es in diesem Fall nicht bei Absichtserklärungen bleibt und dass nun der Bundestag, der für die Neufassung des Hebammengesetzes verantwortlich ist, ebenso wie die Parlamente und Regierungen der Bundesländer, in deren Zuständigkeit die Hochschulen fallen, entschlossene Schritte in Richtung einer zukunftsweisenden Ausbildung für Hebammen tun. Dass eine wissenschaftliche Fachgesellschaft wie die DGHWi den Übergang der eigenen Berufsgruppe zu einer akademischen Profession begleitet, ist ungewöhnlich und eine große Herausforderung, aber auch eine Chance. Daher bereitet die DGHWi für den 7. Dezember 2018 eine Konferenz in Hamburg vor, bei der neben einer Standortbestimmung auch die Zukunftsperspektiven der Verlegung der Hebammenausbildung in den tertiären Bildungsbereich Thema sein sollen. Der Vorstand der DGHWi erhofft sich ein breites Bild der unterschiedlichen Sichtweisen und eine konstruktive, zukunftsorientierte Diskussion.

Daneben geht natürlich die Alltagsarbeit von Hebammen und Hebammenwissenschaftlerinnen weiter und zahlreiche Themen, die Hebammen beschäftigen, finden Sie in dieser Ausgabe der ZHWi. Schlüsselindikatoren für eine gute Betreuung von Gebärenden und Wöchnerinnen sind ein solches zentrales Thema, das Katja Stahl im Originalartikel bearbeitet. Die Betreuungsqualität aus der Perspektive der Frauen in den Blick zu nehmen, ist eine ausgesprochen hebammenwissenschaftliche Herangehensweise und ein wichtiges Signal dafür, dass Evidenzbasierung der Hebammenarbeit immer auch die Sicht der individuellen Frau umfasst. Auch die respektvolle Behandlung von Frauen während der Geburt muss, gerade im Zusammenhang mit der seit 2011 alljährlich im Herbst begangenen Aktion „Roses Revolution“, in den Blick genommen werden. In den WHO-Empfehlungen „Intrapartum care for a positive childbirth experience“, deren Übersetzung ins Deutsche in dieser Ausgabe der ZHWi nachgedruckt ist, steht die respektvolle geburtshilfliche Behandlung der Frau an erster Stelle. Im Jungen Forum finden Sie zudem die Kurzfassung einer Bachelorarbeit, die verdeutlicht, dass Gewalt nicht nur auf

individueller, sondern auch auf organisatorischer und politischer Ebene die respektvolle Begleitung von Frauen während der Geburt beeinträchtigt.



Die politische Ebene wird auch in den Stellungnahmen der DGWHi angesprochen, die in der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science) veröffentlicht werden. Die Stellungnahme zu den Sicherstellungszuschlägen für Krankenhäuser, die durch ihre Lage in dünn besiedelten Regionen unwirtschaftlich sind, beinhaltet ein Plädoyer für eine flächendeckende Versorgung von Frauen und

ihren Familien. Die Stellungnahme der DGHWi zum Screening auf B-Streptokokken als Routinemaßnahme der Mutterschaftsvorsorge beschäftigt sich dagegen mit Sinn und Unsinn undifferenzierter Routine-diagnostik und der Frage, wem solche Vorgehensweisen tatsächlich Nutzen bringen.

Einen wichtigen Schwerpunkt dieser Ausgabe bildet die Vorstellung der Arbeit von Mandatsträgerinnen der DGHWi, die in so unterschiedlichen Themenfeldern wie internationaler Zusammenarbeit, Hochschulbildung oder Frauengesundheit tätig sind. Allen Mandatsträgerinnen, auch denen, die nicht ausdrücklich vorgestellt werden, sei hier herzlich für ihre engagierte ehrenamtliche Arbeit gedankt. Ausführliche Gelegenheit, Einblick in die Arbeit von Vorstand, Sektionen und Mandatsträgerinnen zu bekommen, wird die am 15. Februar 2019 in Lübeck stattfindende Mitgliederversammlung der DGHWi bieten. Nachdem das „doodle“-Votum für die Hansestadt im hohen Norden überwältigend positiv ausfiel, freue ich mich, als stellvertretende Vorsitzende der DGHWi viele Kolleginnen dort begrüßen zu können.

Für die Lektüre der vor Ihnen liegenden Ausgabe der ZHWi wünsche ich Ihnen die nötige Zeit und Muße und, dass Sie Anregungen für Ihr eigenes Tätigkeitsfeld mitnehmen können. Die Weihnachtszeit und der Jahreswechsel stehen bevor. Auch dafür wünsche ich Ihnen im Namen des ganzen Vorstandes Zeit für die Menschen und Dinge, die Ihnen, ob beruflich oder privat, wichtig sind.

Mit herzlichen Grüßen,

Prof. Dr. phil. Dorothea Tegethoff

Stellvertretende Vorsitzende

Sichtbarkeit hebammenwissenschaftlicher Forschung – Einladung zur Präsentation von Forschungsprojekten auf der DGHWi-Webseite

Die DGHWi unterstützt die öffentliche Sichtbarkeit von hebammenrelevanten Forschungsprojekten. Zu diesem Zweck wird die Webseite der DGHWi unter der Rubrik *Praxis und Forschung* sukzessive erweitert und erneuert. Forschung im Bereich der Hebammenwissenschaften und hebammenrelevanter Themen soll so sichtbarer werden und ein Überblick über die aktuelle Hebammenforschung und laufende Projekte zugänglich sein. Dies kann zugleich eine stärkere Vernetzung zwischen Forscher/innen zu hebammenwissenschaftlichen und für die Hebammenwissenschaft relevanten Themen fördern.

Alle, die hebammenwissenschaftlich oder zu hebammenwissenschaftlich relevanten Themen forschen, sind vor diesem Hintergrund herzlich aufgerufen, ihre Forschungsvorhaben auf der Webseite der DGHWi darzustellen. Bitte übermitteln Sie uns hierzu Angaben zu folgenden Punkten: Projekttitel, fördermittelgebende Institution (falls zutreffend), Förderlinie (falls zutreffend), Laufzeit, Projektleitung (Name und Hoch-

schule), Projektteam/-mitarbeitende (falls zutreffend), Projektidee und Projektziele, Methoden, Ergebnisse, Verweis auf weiterführende Informationen (z.B. Link zu einer Webseite, falls zutreffend) und Kontaktdaten bzw. Ansprechpartner/in. Sie können uns diese Informationen entweder per E-Mail zukommen lassen (s.u.) oder das Formular auf der Webseite (unter *Forschungsprojekte*) ausfüllen. Die Informationen sind dann auf der DGHWi-Webseite in der Rubrik *Forschungsprojekte* zugänglich.

Auch Aufrufe zur Studienteilnahme nehmen wir gerne auf. Diese fassen wir auf einer gesonderten Seite unsere Website zusammen.

Anfragen und Projektpräsentationen richten Sie bitte an Tina Jung (beisitzerin.tj@dghwi.de).

Dr. phil. Tina Jung

Beisitzerin

Die neuen Mandatsträgerinnen stellen sich vor

Im Jahr 2018 wurden Mandate der DGHWi durch das Ausscheiden von Mandatsträgerinnen und durch die Neugründung einer Arbeitsgruppe neu besetzt. Im folgenden Beitrag geben wir Ihnen einen kurzen Überblick über die neuen Mandatsträgerinnen der DGHWi und ihre Mandate.

Deutsches Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin e.V. (DNEbM)

Im Mai 2018 haben Manuela Raddatz und Karin Niessen das Mandat der DGHWi im Deutschen Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) übernommen. Aufgabe in diesem Mandat ist es, Entwicklungen und Diskurse im DNEbM zu verfolgen und für die Hebammenwissenschaft Relevantes herauszufiltern und an die DGHWi weiterzuleiten. In diesem Kontext wird die Jahrestagung des DNEbM besucht. Frau Raddatz und Frau Niessen lösen Monika Greening und Mirjam Peters ab.

Manuela Raddatz hat nach ihrem Hebammenexamen im Jahr 1998 klinisch und außerklinisch in der Schwangerenvorsorge, Geburtshilfe und Wochenbettbetreuung gearbeitet sowie seit 2012 als Lehrerin für Hebammenwesen. Seit April 2018 ist sie am Verbund Hebammenforschung der Hochschule Osnabrück als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt *Bedarfsplanung für die geburtshilfliche regionale Versorgung aus Nutzerinnensicht (BegeVeN)* tätig. Ihren Bachelorabschluss in Midwifery hat sie an der Hochschule Osnabrück erworben, den Masterabschluss in Public Health an der Universität Bielefeld.

Karin Niessen ist Hebamme und Dipl. Pflegepädagogin und verfügt über berufliche Erfahrungen in der klinischen und außerklinischen Geburtshilfe, in der Lehre und in Leitungsfunktion. Derzeit ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Osnabrück im Forschungskolleg *Familiengesundheit im Lebensverlauf (FamiLe)* beschäftigt.

Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung e.V. (DNVF)

Im Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung e.V. (DNVF) wurde im September 2018 die AG *Partizipative Versorgungsforschung* neu gegründet. Ziel der AG ist es, die Zusammenarbeit zwischen Wissenschaftler/innen und weiteren Akteur/innen zu fördern, partizipative Forschungsansätze für die Versorgungsforschung zu diskutieren und die Sichtbarkeit partizipativer Ansätze in der Versorgungsforschung zu verbessern. Das Mandat für die DGHWi übernehmen zukünftig Prof. Dr. Melita Grieshop und Prof. Dr. Julia Leinweber.

Prof. Dr. rer. medic. **Melita Grieshop** ist seit 2014 als Professorin für Hebammenwissenschaft und Studiengangsbeauftragte des Studiengangs Hebammenkunde an der Evangelischen Hochschule Berlin beschäftigt. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in der postpartalen Familiengesundheitsversorgung, den Frühen Hilfen und der Bildungsforschung im Hebammenwesen. Seit 2017 ist sie Sprecherin der Sektion Hochschulbildung in der DGHWi.

Dr. **Julia Leinweber** ist Hebamme und Gesundheitswissenschaftlerin. Als Professorin im Studiengang Hebammenkunde an der Evangelischen Hochschule Berlin lehrt und forscht sie u.a. zum Thema Qualität der gesundheitlichen Versorgung von Frauen in der perinatalen Zeit.

Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF)

Seit April 2018 sind Frau Prof. Dr. Ute Lange und Anne Kasper M.Sc. neu im AKF als Stimme der DGHWi vertreten. Sie sind gemeinsam mit Dr. Christine Loytved Mandatsträgerinnen für die AG *Kooperative Schwangerenvorsorge* und den Runden Tisch *Lebensphase Eltern werden*. Sie lösen Dipl. med. päd. Sabine Striebich ab, die andere Aufgaben im AKF übernommen hat.

Anne Kasper erwarb im Anschluss an ihre Hebammenausbildung den Bachelorabschluss in Midwifery sowie den Master in Public Health. Seither sammelt sie Berufserfahrungen als Hebamme im Kreißaal sowie im wissenschaftlichen Bereich.

Prof. Dr. Ute Lange ist Hebamme sowie Soziologin und Erziehungswissenschaftlerin. Sie ist Professorin für Hebammenwissenschaft an der Hochschule für Gesundheit in Bochum.

AG Hebammendiagnosen

In der AG Hebammendiagnosen haben sich Hebammenwissenschaftlerinnen und -dozentinnen aus Deutschland, der Schweiz und Österreich zusammengefunden, um die länderübergreifende Ausarbeitung von Hebammendiagnosen zu erkunden. Die Arbeit an hebammenrelevanten Diagnosen leistet einen wichtigen Beitrag zur Professionsentwicklung. Die Arbeitsgruppe freut sich über Kolleg/innen, die sich an den länderspezifischen Unterarbeitsgruppen beteiligen wollen oder in Bachelor- und Masterarbeiten die konkrete Umsetzung voranbringen. Zu den Mandatsträgerinnen gehören Mag.^a (FH) Beate Kayer, Prof. Dr. habil. Eva Cignacco und Dr. Gertrud M. Ayerle.

Dr. Gertrud M. Ayerle ist Hebamme und seit 2004 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg in Lehre und Forschung tätig. Zuletzt arbeitete sie an Forschungsthemen für die Hebammenwissenschaft (<http://www.medizin.uni-halle.de/hebammenversorgung>) und koordiniert derzeit die klinische Studie *Be-Up: Geburt aktiv* (www.be-up-studie.de). Während sie Anfang 2018 ihr 10-jähriges Engagement im Vorstand der DGHWi beendete, gestaltet sie weiterhin das Layout der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (ZHWi, Journal of Midwifery Science).

PD Dr. Eva Cignacco ist Leiterin der Forschungsabteilung Geburtshilfe – Maternal & Child Health am Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule Hebamme und Pflegewissenschaftlerin. Sie ist die erste promovierte Hebamme in der Schweiz und die erste habilitierte Pflegewissenschaftlerin an einer Schweizer Universität. Sie verfügt über extensive Forschungs-, Publikations- und Lehrerfahrung zu folgenden Themen: Schmerzmanagement in der Neonatologie, Ethik im Hebammenwesen, Perinatale psychische Gesundheit, Forschungsmethoden, Advanced Practice Nursing, Family Nursing sowie neue perinatale Versorgungsmodelle.

Beate Kayer lehrt am Studiengang Hebammen der FH Campus Wien, ist freiberufliche Hebamme und Mitglied im Vorstand des österreichischen Hebammengremiums. Seit dem Abschluss ihres Diplomstudiums mit den Schwerpunkten Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung im Jahre 2006 legt sie den Fokus auf die evidenzbasierte Hebammenarbeit in Österreich. Im österreichischen Hebammengremium leitet sie seit 2017 das Ressort Hebammenwissenschaft.

Wir wünschen den neuen Mandatsträgerinnen viel Freude und Erfolg bei Ihrer Arbeit und bedanken uns für das Engagement für die DGHWi.

Annekatriin Skeide M. A.

Beisitzerin

Eine Übersicht aktueller Mandate, Sektionen, Arbeitsgruppen der DGHWi befindet sich in der Rubrik *Bekanntmachungen*.

Frauengesundheitspolitisches Engagement von Hebammen im Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF)

Der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF) ist der größte Zusammenschluss von unabhängigen Frauengesundheitsorganisationen und Einzelpersonen im deutschsprachigen Raum und feiert in diesem Jahr sein 25-jähriges Jubiläum.

Im AKF wird die Gesundheit von Frauen nicht eng biologisch, sondern in Wechselwirkung mit gesellschaftlichen Bedingungen verstanden. Die Arbeit des AKF verfolgt das Ziel einer frauengerechten und bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung, in der Ansichten und Erfahrungen von Nutzerinnen und Patientinnen im Mittelpunkt stehen. Der AKF beobachtet die aktuellen Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung kritisch und macht auf Über-, Unter- und Fehlversorgung aufmerksam. Er fordert öffentlich zu Korrekturen auf, bringt Änderungsvorschläge ein und bezieht Stellung in gesundheitspolitischen Debatten. Insbesondere für die Nutzerinnen der Gesundheitsversorgung entwickelt der Arbeitskreis Informationsmaterialien zu aktuellen Fragestellungen, führt Projekte durch und veranstaltet Tagungen zu frauenrelevanten Themen. Traditionell findet die Jahrestagung am

ersten Novemberwochenende statt, der die Mitgliederversammlung vorangestellt ist. Die Jubiläumstagung 2018 fand im Hygienemuseum in Dresden statt.

Im AKF organisieren sich Ärztinnen, Psychologinnen und Pädagoginnen, Heilpraktikerinnen, in den Pflegeberufen und in der Selbsthilfe Tätige, Gesundheitswissenschaftlerinnen und nicht zuletzt Hebammen. Er bietet Berufsverbänden und Berufsorganisationen, Frauenberatungsstellen, Frauengesundheitszentren und Selbsthilfeverbänden eine gemeinsame Plattform.

Der AKF hat zurzeit 448 Mitglieder, davon sind 387 Einzelmitglieder und 61 Organisationen und Verbände, die sich mit Frauengesundheit befassen. Finanziert wird die Arbeit des AKF durch Mitgliedsbeiträge und Spenden. Projektbezogene Mittel akzeptiert der AKF auch von der öffentlichen Hand, von gesetzlichen Krankenkassen oder aus kleinen, gemeinnützigen frauenorientierten Stiftungen. Die im Arbeitskreis geleistete fachliche Arbeit in den Gremien und Fachgruppen ist ehrenamtlich. Es gibt bundesweite Fachgruppen zu unterschiedlichen

Themen wie gynäkologische Versorgung von Frauen, psychische Gesundheit von Frauen, die von Gewalt betroffen sind, oder Versorgung an Brustkrebs erkrankter Frauen.

Im AKF gibt es seit langem eine Fachgruppe der Gynäkologinnen mit aktuell 101 Mitgliedern. Um die Perspektive von Hebammen im AKF zu verankern, wurde im November 2015 eine Fachgruppe Hebammen gegründet. Die Gruppe wuchs in den folgenden Monaten auf 18 Mitglieder an. Im Umlaufverfahren entstand innerhalb eines Jahres das erste Positionspapier „Von Vielem zu viel, von Wichtigem zu wenig – Versorgungsprobleme während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und die Folgen für die Frauengesundheit in Deutschland“. Es stieß auf große Resonanz und wurde etwa auf Facebook innerhalb des Monats April 2017 insgesamt 1400-mal geteilt. Eine Reaktion kam unter anderem von Herrn Professor Heribert Kentenich (Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF)). Er regte an, die Forderungen nun zu konkretisieren. Daraufhin wurde entschieden, zunächst den Bereich klinische Geburtshilfe auszuwählen.

Der Forderungskatalog *Maßnahmen zur Verbesserung der klinischen Geburtshilfe – Forderungskatalog an die Akteurinnen und Akteure* wurde im Januar 2018 fertig gestellt und im Mai postalisch an die Akteur/innen verschickt. Der Forderungskatalog wurden auch von der Fachgruppe der Gynäkologinnen unterzeichnet und durch den AKF als Herausgeberin verabschiedet.

Ebenfalls im Jahr 2018 stellten der AKF und der DHV gemeinsam einen Sachantrag beim Deutschen Frauenrat, einem gesellschaftlich wichtigen Frauengremium, mit dem Inhalt, das Positionspapier und den Forderungskatalog zu unterstützen. Der Antrag wurde auf der Mitgliederversammlung ohne Gegenstimme angenommen. Hierdurch wird unser Anliegen auch über die gesundheitspolitischen Gremien hinaus bekannt.

Weitere hebammenrelevante Arbeit im AKF

Der multidisziplinär und unter Beteiligung von Elterninitiativen arbeitende *Runde Tisch (RT) Lebensphase Eltern werden* setzt sich seit 2007 kontinuierlich für die Verbesserung der Versorgung von Frauen und Kindern rund um die Geburt ein. Hebammen nehmen als Vertreterinnen des DHV, des BfHD, der DGHWi und von QUAG am RT teil. Im September 2010 wurde das Positionspapier *Es ist höchste Zeit, den Umgang mit Schwangerschaft Geburt und Wochenbett zu*

überdenken veröffentlicht und von 1200 Personen und Organisationen unterzeichnet. September 2011 wurde ein Expertinnen-Fachtag veranstaltet, auf dem eine Kampagne zur Senkung der Kaiserschnitt-raten begonnen wurde. Basierend auf der Erhebung des Status Quo durch den Faktencheck Kaiserschnitt (2012) wurde im Juni desselben Jahres der Aufruf zur Senkung der Kaiserschnitt-raten veröffentlicht. Er fand 2000 Unterzeichner/innen, vor allem Verbände. Im Jahr 2014 folgte die Stellungnahme *Keine Geburt von der Stange! Für eine frauen- und familiengerechte Geburtshilfe!*

Noch im selben Jahr wurde der vielbeachtete Fachtag *Zeit zu handeln: Die Kaiserschnitt-raten senken – die normale Geburt fördern* in den Räumen des G-BA veranstaltet. Am Beispiel dieser Veranstaltung lässt sich das einzigartige Potenzial des AKF erkennen: In Vorträgen und der anschließenden Podiumsdiskussion waren alle relevanten Akteur/innen vertreten, um gemeinsam Lösungen zu suchen. Die hebammenwissenschaftliche Position wurde durch Frau Professorin Claudia Hellmers vertreten.

Hierdurch wurde der Grundstein gelegt für die spätere erstmalige Bereitstellung von Bundesmitteln für die Erstellung einer S3-Leitlinie Kaiserschnitt, die noch in diesem Jahr abgeschlossen werden soll.

Die Aktivitäten des AKF stehen nicht losgelöst von den Bemühungen anderer Akteur/innen in der Frauengesundheit. Der AKF versteht sich als Gremium, welches Kräfte zusammenführt – wie dies beim Thema Kaiserschnitt hervorragend gelungen ist. Daher ist der enge Kontakt zwischen DGHWi und AKF eine gute Basis, politisch zu wirken.

Dipl. med. päd. Sabine Striebich

Kontakt zur Fachgruppe Hebammen: striebich@akf-info.de

Sabine Striebich kam 2010 während des Studiums durch ein Praktikum zum *Runden Tisch Lebensphase Eltern werden* und ist seit 2011 Mitglied im AKF. Von 2012 bis 2017 hatte sie das Mandat für die Vertretung der DGHWi. Von 2013 bis 2017 war sie Vorstandsmitglied im AKF (Schriftführerin).

Dr. Christine Loytved ist bereits seit 1995 durch ihre Arbeit an der Universität Osnabrück und im später gegründeten Arbeitskreis *Maternal and Child Health* mit dem AKF verbunden. Sie hat das Mandat zur Vertretung der DGHWi seit 2012.

Die Kinderschutzleitlinie

Die S3 Leitlinie *Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik* (Registernummer 027 – 069) soll Ende des Jahres 2018 fertiggestellt sein. Bis Ende November 2018 befindet sie sich in der Konsultationsfassung, bei der einerseits Peers der Fachgesellschaften und externe Expert/innen, die nicht an der Erstellung teilgenommen haben, aber andererseits auch die Öffentlichkeit die fast fertige Version kommentieren können.

Mit finanzieller Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit hat das Leitlinienbüro in Bonn unter der Koordination von Dr. Ingo Franke† 2014 seine Arbeit begonnen. Schon im Februar 2015 waren fast 80 Fachgesellschaften und Organisationen der Beratungsstellen aus der Jugendhilfe, der Pädagogik und aus dem ambulanten und stationären Bereich der Medizin zu der konstituierenden Sitzung eingeladen. Auf dieser Sitzung wurde auch eine Lenkungsgruppe

bestimmt. Im April 2015 wurde das Leitlinienvorhaben bei der AWMF angemeldet als Update von drei mittlerweile abgelaufenen Leitlinien zum Thema (Registernummern 071/003, 028/034 und 064/014).

Mit dieser gemeinsamen S3-Leitlinie sollen Handlungsempfehlungen für das Wahrnehmen und die Diagnostik unterschiedlicher Formen der Kindesmisshandlung gegeben werden, aber auch Empfehlungen für den interprofessionellen Umgang bei Verdacht.

Für die Mandatsträgerinnen der DGHWi (Elke Mattern, M.Sc. und Prof. Dr. Ute Lange) wurde eine Ressourcengruppe gebildet; innerhalb dieser Gruppe konnten reale Fälle (n = 30) zügig in maximaler Anzahl – oft aus der Tätigkeit einer Familienhebamme – zusammengetragen werden. Unsere Fälle wurden mit 0,75 Punkten bei der Medizin und mit 0,25 Punkten bei der Kinder- und Jugendhilfe verortet. Die Versorgungsbereiche, denen wir nicht zugeordnet wurden, waren Pädagogik, Psychologie und Soziale Arbeit.

Aus diesen realen Fällen wurden Fallvignetten konstruiert, von welchen PICO-Fragen für die Recherche gebildet wurden. Die professionelle systematische Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken Pubmed, CINAHL, Embase, PsycInfo, Eric und in der Cochrane Library.

Die Formulierung der Handlungsempfehlungen wurde durch das Leitlinienbüro vorgenommen. Zu jeder Empfehlung wurden Datenlage,

Evidenzlevel der einzelnen Studien und deren Kurzbeschreibung über ein Web-Portal zugänglich gemacht und durch die einzelnen Fachgesellschaften und Organisationen zur Überprüfung und Abstimmung in sogenannten „Fragebögen“ bereitgestellt.

Erneut getroffen hat man sich erst wieder zur Konsensus-Sitzung im Juni 2018. Unter Moderation von Frau Professorin Ina Kopp (AWMF) wurden dabei 149 Handlungsempfehlungen per Tele-Dialog innerhalb von drei Tagen abgestimmt. An den Abstimmungen nahmen von 129 Mandatsträger/innen leider nur 51 teil.

Die S3-Leitlinie liegt in einer Lang- und einer Kurzfassung vor. Zudem sind ein Evidenzbericht und ein Leitlinienreport erstellt worden. Das Erstellungsdatum wird bei der Publikation vergeben. Die Leitlinie soll nach fünf Jahren aktualisiert werden. Dafür zuständig ist die Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin.

Elke Mattern, M.Sc.

Kontakt: vorsitzende@dghwi.de

Rubrik *Fallberichte*

Im Heft 01 des Bands/Jahrgangs 06/2018 der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft wurde die neue Rubrik *Fallberichte* vorgestellt. Sie beinhaltet die CARE Checkliste, die für die Erstellung eines Fallberichts geeignet ist.

Sie umfasst folgende Inhalte:

- ◆ Titel, Schlüsselwörter, Zusammenfassung und Einleitung
- ◆ Patienteninformation, Klinische Befunde
- ◆ Zeitachse, Diagnostische Verfahren
- ◆ Therapeutische Intervention, Follow-up und Outcomes
- ◆ Diskussion und ggf. Patientenperspektive

Weitere Punkte sind die informierte Einwilligung, ein möglicher Interessenkonflikt, Anonymisierung der Daten und ggf. ein Votum einer Ethikkommission.

Hinweis: Die Intention dieser Rubrik ist NICHT die Vorstellung von pathologischen oder besonders seltenen „Fällen“, sondern die Beschreibung von physiologischen Prozessen und einer individuell entsprechenden Hebammenbetreuung.

Daher ist diese Rubrik besonders für den (hoch-)schulischen Kontext, insbes. die Reflexion der Praxiserfahrung mit Auszubildenden, geeignet. Wir freuen uns auf Ihre Einreichungen!

Aktuelles zum Thema Akademisierung der Hebammenausbildung – Beitrag der Sektion Hochschulbildung

Wer regelmäßig Stellenanzeigen im Hochschulbereich liest, kann miterleben, dass bei der Einrichtung neuer Studiengänge für Hebammen zurzeit eine ziemliche Dynamik herrscht. So gab es in den letzten Monaten Ausschreibungen für hebammenwissenschaftliche Professuren in Baden-Württemberg (Tübingen, Stuttgart, Karlsruhe, Heidenheim) und Rheinland-Pfalz (Ludwigshafen). Einige Hochschulstandorte haben neue Studiengänge eingerichtet, bereits bestehende Standorte bauen ihr Programm aus, weitere machen sich auf den Weg und werden wohl in Kürze ausschreiben. Die Studiengänge treffen auf ein erfreulich reges Interesse bei jungen Frauen und vereinzelt auch Männern. Daneben haben auch die Medien das Thema Hebammenstudium entdeckt: Demnächst fährt ein TV-Team des MDR an die Hochschule Jena, um eine Studentin des Studiengangs Geburtshilfe/Hebammenkunde in ihrem Alltag zu begleiten und darüber zu berichten, was es heißt, Hebammenkunde grundständig zu studieren.

Im Hinblick auf zwei ausgeschriebene Professuren im hebammenwissenschaftlichen Studiengang der medizinischen Fakultät Tübingen war der Protest von DGHWi, Hebammenverbänden und zahlreichen Hebammenwissenschaftlerinnen gegen die Pferdefüße der geplanten Stellenbesetzung nicht ohne Wirkung: Die unterschiedliche Gehaltsbewertung der medizinischen und hebammenwissenschaftlichen Professur wurde abgeschafft und eine eindeutige Zuordnung medizinischer und hebammenwissenschaftlicher Expertise bei der

Denomination erwirkt. Die mögliche Besetzung einer Professur für Hebammenwissenschaft durch berufsfremde (ärztliche) Personen wird uns wahrscheinlich noch weiterhin beschäftigen, da in den aktuellen Ausschreibungen die staatliche Anerkennung als Hebamme nicht immer vorausgesetzt wird.

Mit der Entscheidung des Bundesministers für Gesundheit Jens Spahn vom 17. Oktober 2018, die Ausbildung von Hebammen nach der EU-Richtlinie akademisch umzusetzen, kommen neue Aufgaben auf uns zu. Nun sind die Kräfte vor allem darauf gerichtet, intelligente Strategien für den Übergang in die Vollakademisierung zu entwickeln. Vertreterinnen der Sektion Hochschulbildung sind hier aktiv und nutzen ihre beruflichen Verbindungen in Politik und Behörden, um Entscheidungsträger/innen für das Thema zu sensibilisieren und Lösungsentwürfe zu erarbeiten. Auf der für den 7. Dezember 2018 geplanten Tagung zum Thema *Akademisierung – Quo vadis?* gibt es für alle interessierten Mitglieder der DGHWi, Vorsitzende der Landesverbände, Vertreterinnen der Hebammenschulen wie auch die der Werdenden Hebammen (WeHen) die Gelegenheit, sich zum aktuellen Stand der Verhandlungen zu informieren und Perspektiven zu diskutieren.

Prof. Dr. Barbara Baumgärtner, Prof. Dr. Melita Grieshop

Sprecherinnen der Sektion Hochschulbildung der DGHWi e.V.

Aktivitäten der Sektion Internationales

Die Mitglieder der Sektion Internationales arbeiten seit geraumer Zeit in enger Zusammenarbeit mit Cochrane Deutschland und beschäftigen sich mit Übersetzungen der hebammenrelevanten wissenschaftlichen Abstracts und Plain Language Summaries (PLS). Für die Übersetzungen der PLS haben wir versucht Sponsoring von der BZgA zu erhalten, leider ohne Erfolg.

Zusätzlich beurteilen zwei Mitglieder der Sektion in Zusammenarbeit mit einer Cochrane Vertreterin vierteljährlich die Relevanz aller neu erschienenen Cochrane Reviews für die Hebammenwissenschaft. Neu erschienene Cochrane Reviews mit Hebammen-Relevanz können jeweils hier eingesehen werden: <https://www.cochrane.de/node/413>

Wir erhielten weiterhin eine Anfrage von Mother Hood e.V. mit der Bitte um Übersetzung der Intrapartum Guidelines der WHO, die aber dann

schon von einem anderen Autorinnenteam in der DHZ veröffentlicht wurde.

Für die Mitglieder der DGHWi stellen wir regelmäßig Termine für internationale Konferenzen zusammen, die sowohl auf der Website der DGHWi, als auch in der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft veröffentlicht werden.

Unser nächstes Treffen findet voraussichtlich am Morgen des 7. Dezember 2018 via Skype statt. Interessierte Mitglieder sind herzlich eingeladen, sich an unseren Aktivitäten zu beteiligen.

Michaela Michel-Schuldt M.Sc. in Midwifery

Kontakt: internationales@dghwi.de

*** Save the date ***

15.02.2019:	13. Mitgliederversammlung der DGHWi e.V.
13.02.2020:	14. Mitgliederversammlung der DGHWi e.V.
13. bis 14.02.2020:	5. Internationale Fachtagung der DGHWi e.V.

Vorstellung der Initiative “Women in Global Health – Germany”

Sabine Ludwig¹, Ilona Kickbusch²



Frauen stellen im Durchschnitt weltweit rund 70% der Global Health Workforce dar, aber nur 25% von ihnen sind in Führungspositionen vertreten [1, 2, 3]. Bei den Vereinten Nationen sind nur 23% der Führungskräfte Frauen und bei den globalen Gesundheitsinitiativen nur 17 von 74 Führungskräften weiblich. Über die Finanzierung und Ressourcenverteilung in der globalen Gesundheit – immerhin ein Budget von bis zu 92,1 Billionen Dollar – entscheiden zu 70% Männer [4]. Bei den globalen öffentlich-privaten Partnerschaften im Bereich Gesundheit sind Frauen im Vorstand ebenfalls unterrepräsentiert [5]. Nicht zuletzt sind auf den vielen Diskussionspanels zur globalen Gesundheit vorwiegend Männer vertreten [6, 7].

Um Frauen, die in Global Health tätig sind, mehr Sichtbarkeit zu geben, wurde 2014 von Prof. Dr. Dr. h.c. Ilona Kickbusch am *Graduate Institute of International and Development Studies, Genf* eine Twitter Kampagne gestartet und Namensvorschläge von Frauen gesammelt. Die Liste der *100 Women Leaders in Global Health* konnte im Dezember 2014 vorgelegt werden [5]. Nach einer Veröffentlichung in *The Lancet* folgten weitere Nominierungen, so dass 2015 eine Liste von 300 Frauen [8] erstellt wurde. In diesem Zeitraum wurde die Initiative *Women in Global Health - A Movement for Gender Equality in Global Health Leadership* [9] von Dr. Roopa Dhatt, Dr. Desiree Lichtenstein, Caitlin Jackson und Kristina Ronsin gegründet, um Frauen in Führungspositionen in der globalen Gesundheit zu unterstützen und auf diese Weise zur Verbesserung der Gesundheit weltweit beizutragen. Es wurde vorgeschlagen, dass nun regionale und nationale Listen erstellt werden sollten, um eine bessere Vernetzung vor Ort zu gewährleisten.

Diese Idee haben Prof. Dr. Dr. h.c. Ilona Kickbusch und Dr. Sabine Ludwig aufgegriffen und im Juli 2017 die Initiative *Women in Global Health – Germany* (WGH-GER) gegründet. Der Zeitpunkt schien richtig, denn Deutschland spielt eine immer bedeutendere Rolle in der globalen Gesundheit und es gilt sicherzustellen, dass Frauen zu dieser Entwicklung entscheidend beitragen können.



Eine Gruppe von Frauen in Berlin, die im Bereich der globalen Gesundheit tätig sind, wurde etabliert. Es wurde beschlossen, als erstes Namens-

vorschläge für eine Liste zu sammeln, die die Basis für ein Netzwerk von Frauen in Global Health in Deutschland sein kann. Sie umfasst Frauen aus Deutschland, die international in Global Health tätig sind sowie Frauen, die in der globalen Gesundheit in Deutschland tätig sind und mindestens über eine zweijährige Berufserfahrung in diesem Bereich verfügen [10].

Am 12. Januar 2018 konnte im Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung die Liste und das Netzwerk offiziell vorgestellt werden. Die Veranstaltung wurde zudem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG), dem World Health Summit (WHS) und der German Healthcare Partnership (GHP) sowie individuellen

Frauen von der Liste unterstützt. Mehr als 70 Frauen nahmen an der Veranstaltung teil. WGH-GER ist das erste nationale *Chapter* der internationalen Initiative. Weitere lokale und nationale Netzwerke (*Chapter*) wurden mittlerweile unter anderem in Norwegen und Schweden gegründet mit denen eine enge Kooperation besteht.

Im Netzwerk sind unter anderem Frauen aus dem akademischen Bereich, aus Wissenschaftszentren, Stiftungen, Nichtregierungsorganisationen, internationalen Organisationen, Ministerien und aus dem Privatsektor vertreten. Die Frauen kommen aus sehr unterschiedlichen Fachgebieten und gerade diese Breite macht es so spannend [11].

Seit seiner Gründung konnte das Netzwerk auf verschiedenen Tagungen wie beispielsweise auf der *Konferenz für Deutsche Beschäftigte internationaler Organisationen und europäischer Institutionen* im Auswärtigen Amt in Berlin, bei der Tagung der *International Association for Medical Education (AMEE)* in Basel und bei der Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Medizinische Onkologie in Wien vorgestellt werden. WGH-GER war ebenfalls auf der *Women Leaders in Global Health Konferenz 2018* in London mit einem Workshop vertreten, der gemeinsam mit *Women in Global Health, Women in Global Health – Norway* und *Women in Global Health – Sweden* zum Thema *Chapter Development* durchgeführt wurde.

Zudem bestehen Kooperationen mit weiteren deutschen Frauen-Netzwerken wie beispielsweise der *Healthcare Frauen e.V.* und dem *#SheHealth Netzwerk* (Digitale Medizin), um Synergien zu nutzen und gemeinsame Maßnahmen und Aktivitäten durchzuführen.

Im Rahmen des World Health Summit 2018 fand ein *Women in Global Health Networking Breakfast* statt, das von der amerikanischen Botschaft und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanziell unterstützt wurde. An dieser Veranstaltung nahmen neben Frauen aus dem Netzwerk die Nobelpreisträgerin Elizabeth Blackburn sowie hochrangige Vertreterinnen der Weltgesundheitsorganisation teil.

Die Ziele der Liste und des Netzwerks sind, die Sichtbarkeit von Frauen in Global Health zu erhöhen und die Vernetzung der Mitglieder zu fördern. Dies erfolgt bereits und soll durch weitere Netzwerktreffen unterstützt werden. Weitere Mitglieder sollen gewonnen und die erstellte Liste/Broschüre verbreitet und regelmäßig aktualisiert werden. Das Netzwerk und die Liste sollen Veranstaltern helfen, die Anzahl von Frauen auf Panels und als Rednerinnen zu erhöhen. Sie soll Arbeitgebern und Headhuntern bei Stellenbesetzungen sowie Universitäten bei Berufungen unterstützen und Studentinnen helfen, Mentorinnen zu finden. Das Auswärtige Amt benutzt die Liste bereits aktiv im Hinblick auf Namen von Frauen für Positionen in internationalen Organisationen. Auf diese Weise soll ein Beitrag zur Erhöhung des Anteils der Frauen in Führungspositionen im Bereich Global Health geleistet werden.

Des Weiteren sollen Themen der globalen Gesundheit identifiziert werden, die das Netzwerk für wichtig einschätzt und politische Teilhabe

Sektionen

an der Überarbeitung der Global Health Strategie der Bundesregierung angestrebt werden. Hierzu wurde bereits ein Positionspapier verfasst in welchem neben der Gleichstellung und Gesundheit von Frauen und Mädchen vier weitere strategische Prioritäten formuliert wurden: (1) Sexuelle und reproduktive Gesundheit / Mütter und Kind Gesundheit, (2) Universal Health Coverage / Gesundheitssystemstärkung, (3) Women on the Move / Migrantinnen in der Pflege, (4) Geschlechterunterschiede bei Erkrankungen [12]. Zudem sollen Daten zur Geschlechterverteilung der Organisationen und Institutionen der Frauen auf der Liste zusammengestellt und ein Mentoringprogramm entwickelt werden. Ein weiteres Handlungsfeld ist die Kooperation und Unterstützung anderer Länder bei der Gründung von nationalen *Chapters*.

Autorinnen:

¹Dr. Sabine Ludwig, Charité – Universitätsmedizin Berlin / Robert Koch-Institut.

Kontakt: sabine.ludwig@charite.de

²Prof. Dr. Dr. h.c. Ilona Kickbusch, Graduate Institute of International and Development Studies in Geneva.

Kontakt: ilona.kickbusch@graduateinstitute.ch

Literatur:

1. WHO. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. 2016. [Zugriff 2.10.2018]. Verfügbar unter: http://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1
2. HRH Global Resource Center. Gender and health workforce statistics. [Zugriff 16.03.2018] Verfügbar unter: http://www.hrhresourcecenter.org/gender_stats
3. Global Health 50/50. The Global Health 50/50 Report: How gender-responsive are the world's most influential global health organizations? London; 2018.
4. Hawkes S, Buse K, Kapilashrami A. Gender blind? An analysis of global public private partnerships for health. *Globalization and Health*. 2017;13:26. DOI: 10.1186/s12992-017-0249-1
5. Devi S. Twitter campaign highlights top women in global health. *Lancet*. 2015;385(9965):318. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)60104-0
6. Graduate Institute of International and Development Studies. 300 Women Leaders in Global Health. 2015. [Zugriff 30.09.2018] Verfügbar unter: <http://www.who.int/alliance-hpsr/news/2015/300women/en>
7. Ludwig S, Dhath R, Kickbusch I. Women in Global Health - Germany network. *Lancet*. 2018;392 (10142):120-121. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31205-4
8. Alliance for Health Policy and Systems Research. [Zugriff 31.10.2018] Verfügbar unter: <http://www.who.int/alliance-hpsr/news/2015/300women/en>
9. Women in Global Health. [Zugriff 31.10.2018] Verfügbar unter: <http://www.womeningh.org>
10. Ludwig S, Kickbusch I. Die Initiative Women in Global Health – Germany. *Passion Chirurgie*. 2018;8:75-77.
11. Ludwig S, Kickbusch I. Die Standardantwort „Es gibt keine Frauen“ gilt nicht mehr. *Ärztin*. 2018;4:12-13.
12. Women in Global Health – Germany. [Zugriff 30.10.2018] Verfügbar unter: <http://www.womeningh.org/germany-chapter>

Am 8. Dezember 2018 findet das 2. Netzwerktreffen im Rahmen der Eröffnung des Global Health Centers an der Technischen Universität München statt. Geplant sind unter anderem Vorträge zu den Themen Universal Health Coverage, Migrantinnen in der Pflege und Zervixkarzinom sowie die inhaltliche Arbeit in Arbeitsgruppen zu unterschiedlichen Global Health Themen.

Die Liste bzw. Broschüre ist unter folgendem Link abrufbar: <http://www.womeningh.org/germany-chapter>

Sollten Sie Interesse am Netzwerk haben, können Sie dies direkt über diese Website bekunden oder eine Nachricht senden an: sabine.ludwig@charite.de

WHO-Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience

Teil 1 und 2; Nachdruck*

Dr. Beate Ramsayer¹, Prof. Dr. Valerie Fleming²

Die WHO-Empfehlungen umfassen als globale Leitlinien die Geburtshilfe auf der ganzen Welt. Das Einzigartige einer jeden Geburt und dessen Schutz sowie die Achtung der Würde von Mutter und Kind während der Geburt haben in den WHO-Empfehlungen höchste Priorität.

Teil 1: Ein Meilenstein

Die neuen Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sollen Gebärenden mit einem niedrigen Risiko zu einer gesunden

Geburt und einer hohen Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis verhelfen. Kann dies mit einer Empfehlung gelingen, die für die ganze Welt gilt? Ein Blick auf die Details der WHO-Empfehlungen.

Mit großer Spannung wurden sie erwartet, seit Februar 2018 ist sie verfügbar: die Empfehlungen der WHO zur Betreuung Gebärender während der Geburt, *Intrapartum care for a positive childbirth experience* [23]. Die veröffentlichten Empfehlungen stellen die Betreuung von Low-risk-Gebärenden in den Mittelpunkt. Das Besondere: Sie enthalten neben Daten, Fakten, Hintergrundinformationen, Einschätzungen und Empfehlungen auch Überraschen-

des. So wird weder ignoriert noch negiert, sondern deutlich klargestellt, dass Frauen in ihrem individuellen Rhythmus gebären. Dies zeigt sich beispielsweise, indem klar Stellung bezogen wird gegen eine anzunehmende Eröffnung des Muttermundes von 1 cm pro Stunde in der Eröffnungsphase der Geburt.

Auf den Punkt gebracht geht es um nichts Geringeres als die zentrale geburtshilfliche und hebammenrelevante Frage nach der Verknüpfung von Theorie und Praxis: Wie kann nach derzeitigem Stand der Dinge eine ganzheitliche, sichere und frauenzentrierte Betreuung während der Geburt definiert und umgesetzt werden?

Hintergrund

Laut WHO werden von den weltweit circa 140 Millionen Geburten pro Jahr die meisten Kinder von gesunden Müttern nach einer physiologischen Schwangerschaft geboren. Diese Frauen werden zu den Low-risk-Gebärenden gezählt, weil sie eine unkomplizierte Schwangerschaft erlebt haben und mit einer spontanen Geburt gerechnet wurde. Die WHO unterscheidet Low-risk-Gebärende von High-risk-Gebärenden (Frauen mit einem hohen geburtshilflichen Risiko) und Very-high-risk-Gebärenden (Frauen mit einem sehr hohen geburtshilflichen Risiko) (WHO 2018). Dabei wird berücksichtigt, dass die initiale Zugehörigkeit zu dieser Gruppe zwar mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für eine komplikationslose Geburt einhergeht als bei Frauen, die zur Gruppe der High-risk- oder Very-high-risk-Gebärenden gehören, jedoch nicht mit einer letzten Gewissheit, weil auch bei diesen Geburten Komplikationen auftreten können. Bei Low-risk-Gebärenden handelt es sich um jene Frauen, für deren ganzheitliche Begleitung in Deutschland Hebammen ausgebildet werden [3] und die nach deutschem Hebammengesetz eindeutig in den Betreuungs-, Kompetenz- und Verantwortungsbereich der Hebamme fallen [4]. Somit haben die Empfehlungen der WHO ein hohes Maß an Relevanz für Hebammen in Deutschland.

Die differenzierte Sicht auf Interventionen

Die aktuelle Publikation der WHO wirft einen differenzierten Blick auf geburtshilfliche Interventionen. Das zeigt sich an der Begründung, dass sowohl der Verzicht auf als auch die Durchführung von Interventionen erforderlich sei, um zu einem positiven Geburtserlebnis von Low-risk-Gebärenden beizutragen. Der differenzierte Blick umfasst zum einen

den Verzicht auf überflüssige Interventionen, wie beispielsweise eine kontinuierliche Überwachung der Gebärenden per CTG (Kardiotokografie) (Empfehlung 17) oder den Verzicht auf die routinemäßige Amniotomie (Empfehlung 28). Zum anderen umfasst er jedoch auch die Aufforderung zu geburtshilflich förderlichen Interventionen, wie beispielsweise die Förderung der mütterlichen Bewegung und einer aufrechten Gebärhaltung (Empfehlung 35). Diese differenzierte Sicht auf Interventionen dient der Gesundheit von Müttern und Kindern, weil sowohl überflüssige wie auch unterlassene Interventionen das Gegenteil bewirken können – den Schaden von Mutter und Kind.

Zwei Kernprobleme: Über- und Unterversorgung

Die Notwendigkeit eines differenzierten Blicks auf Interventionen zeigt sich nicht nur bei der Diskussion einer medikalisierten und interventionsreichen Geburtshilfe in Deutschland [10]. Sie zeigt sich auch beim Blick auf globale geburtshilfliche Herausforderungen in interventionsarmen und ressourcenschwachen geburtshilflichen Versorgungsstrukturen, beispielsweise in Entwicklungsländern (WHO 2015).

Global betrachtet, liegen im geburtshilflichen Bereich zwei Kernprobleme vor: Es handelt sich zum einen um eine Überversorgung mit einem Übermaß an Interventionen – vor allem in entwickelten Ländern. Dies zeigt sich für Deutschland beispielsweise an klinischen Daten [10], die eine interventionsreiche und medikalisierte Geburtshilfe aufzeigen [15, 16]. Zum anderen liegt eine Unterversorgung mit fehlenden geburtshilflichen Interventionen vor allem in Entwicklungsländern vor. Dies zeigt sich an einer nach wie vor eklatant höheren Rate an mütterlichen und kindlichen Todesfällen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in Entwicklungsländern, auch wenn sich diese zwischen den Jahren 1990 bis 2015 fast halbiert hat [19].

Beide Extreme, die geburtshilfliche Über- wie Unterversorgung, haben negative Auswirkungen auf Mutter und Kind.

Mütterliche Emotionen und fachkompetentes Handeln

In den WHO-Empfehlungen wird auf die beiden Kernprobleme und ihre Widersprüchlichkeit eingegangen, sowohl auf die Probleme der Industrieländer, als auch auf die der Entwicklungs- und Schwellenländer. Hierzu wird ein Weg gewählt, der eine Mischung aus der Berücksichtigung mütterlicher Bedürfnisse und Emotionen sowie die

WHO-Empfehlungen: Wissenschaftlich und prägnant

Neben dem direkten Bezug zur Praxis zeichnen sich die WHO-Empfehlungen durch eine hohe wissenschaftliche Qualität aus. So wurde die wissenschaftliche Validität der eingeschlossenen Studien in mehrstufigen Arbeitsprozessen evaluiert. Die wissenschaftliche Qualität jeder Handlungsempfehlung ist nachvollziehbar aufgrund einer transparenten kritischen Literaturrecherche und der Einschätzung durch ein Expert/innen-Team, zu dem auch Hebammen gehören.

Die Darstellung der Publikation erfolgt sehr übersichtlich:

1. kurze und prägnante Zusammenfassung aller Handlungsempfehlungen in tabellarischer Form
2. detaillierte Diskussion jeder einzelnen Handlungsempfehlung
 - a. Zusammenfassung (narrative summary)
 - b. ergänzende Empfehlungen (corresponding recommendations)
 - c. Darstellung evidenz-basierter Hintergrundinformationen (evidence-based table)
 - d. Einschätzungen der Expert/innengruppe (evidence-to-decision table)

Sektionen

Anforderungen an fachkompetentes Handeln für die Sicherheit von Mutter und Kind enthält. Somit wird das Geburtserlebnis nicht nur auf einer rein emotionalen Ebene diskutiert, sondern evidenzbasiert in den Bezug zur Gesundheit von Mutter und Kind gestellt. Geburtshilfliches Handeln müsse Interventionen enthalten, um pathologische Situationen abwenden zu können, wenn diese auftreten. Ebenso sei der klare Verzicht auf überflüssige Interventionen bei einem vorhandenen physiologischen Geburtsverlauf erforderlich, um das Auftreten pathologischer Situationen zu vermeiden. Hierzu werden im *WHO intrapartum care model 56* klare Handlungsanweisungen ausgesprochen [23].

Making Childbirth a positive experience!

Ein neuer Denkansatz als Markenzeichen einer neuen Publikation – warum nicht? Die *WHO recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience* folgen inhaltlich auf die Publikation *Care in normal birth, a practical guide*, die vor über 20 Jahren veröffentlicht wurde [21]. Der aktuelle Titel kann übersetzt werden mit: Empfehlungen zur intrapartalen Betreuung während der Geburt mit dem Ziel eines positiven Geburtserlebnisses für die Gebärende. Mit anderen Worten: Die Betreuung während der Geburt wird in den Zusammenhang eines positiven Geburtserlebnisses gestellt und als der entscheidende Faktor benannt, um zu einem positiven Geburtserlebnis beizutragen.

Schon der Titel zeigt somit, dass sich das geburtshilfliche Handeln und Denken in den vergangenen Jahren verändert hat. Eine Veränderung des Blickwinkels hat stattgefunden, weil die Handlungsempfehlungen nicht mehr aus rein praktischen Gesichtspunkten (*a practical guide*) [21], sondern auch in Beziehung zu einem positiven Geburtserlebnis aus Sicht der Gebärenden diskutiert werden (*positive childbirth experience*) [23].

Daraus wird die hebammenrelevante Frage nach der Verknüpfung von Theorie und Praxis um eine entscheidende Kernfrage erweitert: Wie kann und sollte die Betreuung von Low-risk-Gebärenden während der Geburt erfolgen, damit sie zu einem positiven Geburtserlebnis finden?

Das Kernstück: 56 Handlungsempfehlungen

Die aktuelle Publikation der WHO empfiehlt zur bestmöglichen Betreuung von Low-risk-Gebärenden während der Geburt die Umsetzung eines frauenzentrierten geburtshilflichen Betreuungsmodells. Darin bezieht die WHO Stellung zu 56 betreuungsrelevanten Faktoren, die sechs Kategorien zugeordnet sind und verschiedene Betreuungssituationen berücksichtigen. Zu jedem betreuungsrelevanten Faktor

wird eine klare Handlungsempfehlung ausgesprochen, wobei es vier Empfehlungsstufen gibt.

Im Vergleich zu vorangehenden WHO-Empfehlungen sind in der aktuellen Publikation 26 neue Empfehlungen enthalten. Aufgrund der Relevanz für die praktische Hebammentätigkeit sind die zentralen betreuungsrelevanten Aspekte aller Empfehlungen der aktuellen WHO-Publikation hier für einen raschen Überblick (gekürzte Darstellung/eigene Übersetzung) zusammengefasst. Die detaillierte Empfehlung kann im Originaldokument nachgeschlagen werden.

Resümee

Die neuen Empfehlungen der WHO haben das Potenzial, Gebärenden mit einem niedrigen Risiko zu einer gesunden Geburt und einer hohen Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis zu verhelfen, weil damit der Verzicht auf überflüssige Interventionen einhergeht. Eine gekonnte Nichtintervention steht mit der Gesundheit von Mutter und Kind in Zusammenhang – weltweit [23]. Die aktuellen Empfehlungen der WHO scheinen jedoch mit einem Fokus auf die Kernprobleme entwickelter Länder ausgerichtet zu sein, die eine medikalisierte und interventionsreiche Geburtshilfe aufzeigen – das Problem einer geburtshilflichen Überversorgung. Die Stärkung des geburtshilflichen Denkansatzes einer interventionsarmen und abwartenden Geburtshilfe ist in diesen Ländern daher als Meilenstein zu verstehen, weil dadurch den zusammenhängenden Problemen einer Überversorgung begegnet werden kann.

Die Umsetzung der aktuellen Empfehlungen der WHO [23] in Entwicklungsländern ist hingegen durchaus kritisch und skeptisch zu beurteilen, weil in diesen Ländern, trotz intensiver Bemühungen, nach wie vor das Grundproblem einer geburtshilflichen Unterversorgung in Zusammenhang mit einer deutlich höheren Müttersterblichkeit besteht [22]. Der Faktor Zeit und die Notwendigkeit geburtshilflich erforderlicher Interventionen in Bezug auf das erklärte Ziel einer weiteren Senkung der Müttersterblichkeit rechtzeitig zu erkennen und durchzuführen, spielt hierbei eine größere Rolle als in entwickelten Ländern, da aufgrund der bestehenden Strukturen oft gerade das Abwarten ein Problem darstellt, weil mögliche Handlungsspielräume dadurch noch kleiner werden [22].

Somit bleibt es spannend. Es wird sich zeigen, ob und wie sich die aktuellen Empfehlungen der WHO [23] in Deutschland und global auf die Zufriedenheit der Gebärenden und die Gesundheit von Mutter und Kind auswirken werden.

Definitionen	
Eröffnungsphase (First stage of labour)	Erste Phase der Geburt = Latenzphase + aktive Eröffnungsphase
Latenzphase	MM < 5 cm
Aktive Eröffnungsphase	MM 5 cm bis zur vollständigen Eröffnung
Geburtsphase (Second stage of labour)	Zweite Phase der Geburt: Zeitraum vom vollständigen MM bis zur Geburt des Kindes
Nachgeburtsphase (Third stage of labour)	Dritte Phase der Geburt: Zeitraum von der Geburt des Kindes bis zur Geburt der Plazenta

Empfehlungsstufen (siehe WHO-Handlungsempfehlungen)	
Recommended (I)	Klare Handlungsempfehlung für eine Intervention.
Not recommended (II)	Klarer Verzicht auf eine Intervention.
Recommended only in specific circumstance/Context-specific recommendation (III)	Empfehlung für eine Intervention unter besonderen Umständen.
Recommended only in the context of rigorous research/research-context recommendation (IV)	Weil Nutzen oder Schaden einer Intervention ungewiss sind, wird die Durchführung nur mit begleitender Forschung empfohlen.

WHO-Handlungsempfehlungen

Gesamter Geburtsverlauf (Care throughout labour and birth):		Empfehlung
Betreuungsrelevante Faktoren und Empfehlungen für die Betreuung Gebärender		
(1)	Respektvolle geburtshilfliche Betreuung	I
(2)	Effektive Kommunikation	I
(3)	Anwesenheit einer Begleitperson während der Eröffnungsphase und der Geburt	I
(4)	Gewährleistung der Betreuungskontinuität	III
Eröffnungsphase (First stage of labour):		Empfehlung
Betreuungsrelevante Faktoren und Empfehlungen für die Betreuung Gebärender		
(5)	Definition der latenten und aktiven Eröffnungsphase	I
(6)	Definition der Dauer der Eröffnungsphase	I
(7)	Beurteilung des Geburtsfortschritts während der aktiven Eröffnungsphase als Risikoindikator, wenn die Muttermunderöffnung < 1 cm pro Stunde beträgt	II
(8)	Beurteilung des Geburtsfortschritts während der aktiven Eröffnungsphase als Indikator für geburtshilfliche Interventionen, wenn die Muttermunderöffnung < 1 cm pro Stunde beträgt	II
(9)	Beurteilung des Geburtsfortschritts während der latenten Eröffnungsphase in Bezug auf die Notwendigkeit medizinischer Interventionen (Oxytocin, Sectio Caesarea) bei mütterlichem und kindlichem Wohlbefinden	II
(10)	Verzögerte Aufnahme in den Kreißaal bis zum Beginn der aktiven Eröffnungsphase	IV
(11)	Durchführung einer routinemäßigen klinischen Pelvimetrie bei Aufnahme in den Kreißaal	II
(12)	Durchführung der routinemäßigen Erhebung des kindlichen Wohlbefindens bei Aufnahme in den Kreißaal mit Hilfe des Cardiotokografie-Geräts (CTG)	II
(13)	Durchführung der routinemäßigen Erhebung des kindlichen Wohlbefindens bei Aufnahme in den Kreißaal durch Auskultation mit dem Doppler oder einem Pinard-Stethoskop	I
(14)	Rasur der Schamhaare vor einer vaginalen Geburt	II
(15)	Verabreichung eines Einlaufs bei Aufnahme in den Kreißaal	II
(16)	Durchführung einer vaginalen Untersuchung im Vierstundentakt während der aktiven Eröffnungsphase	I
(17)	Kontinuierliche kindliche Herztonkontrolle mit Hilfe des CTG	II
(18)	Intermittierende kindliche Herztonkontrolle mit Hilfe des Dopplers oder eines Pinard-Stethoskops	I
(19)	Epi-/Periduralanästhesie zur Schmerzlinderung	I
(20)	Opioid-Analgetika zur Schmerzlinderung	I
(21)	Entspannungstechniken als aktive Umgangsform mit Geburtsschmerzen	I
(22)	Manuelle Techniken als aktive Umgangsform mit Geburtsschmerzen	I
(23)	Einsatz von Schmerzlinderung zur Vermeidung protrahierter Geburten	II
(24)	Essen und Trinken während der Geburt	I
(25)	Mütterliche Bewegung und aufrechte Gebärhaltungen	I
(26)	Desinfektion der Vagina mit Chlorhexidin als Infektionsprophylaxe	II
(27)	Aktive Leitung der Geburt	II
(28)	Durchführung einer routinemäßigen Amniotomie zur Vermeidung einer protrahierten Geburt	II
(29)	Durchführung einer routinemäßigen Amniotomie in Verbindung mit Oxytocin-Unterstützung zur Vermeidung einer protrahierten Geburt	II
(30)	Oxytocin für Gebärende mit einer Epi-/Periduralanästhesie	II
(31)	Verabreichung krampflösender Mittel zur Vermeidung einer protrahierten Geburt	II
(32)	Verwendung intravenöser Flüssigkeiten zur Vermeidung einer protrahierten Geburt	II

Sektionen

Geburtsphase (Second stage of labour): Betreuungsrelevante Faktoren und Empfehlungen für die Betreuung Gebärender		Empfehlung
(33)	Definition und Dauer der Geburtsphase	I
(34)	Unterstützung beim Einnehmen einer aufrechten Gebärhaltung unter Berücksichtigung der Wünsche einer Gebärenden (ohne Epi-/Periduralanästhesie)	I
(35)	Unterstützung beim Einnehmen einer aufrechten Gebärhaltung unter Berücksichtigung der Wünsche einer Gebärenden (mit Epi-/Periduralanästhesie)	I
(36)	Ermutigung für die Gebärende, dem eigenen Pressdrang nachzugeben	I
(37)	Unterstützung der Gebärenden mit Epi-/Periduralanästhesie: Sorgfältige Abwägung eines abwartenden Vorgehens während der Geburtsphase	III
(38)	Strategien zur Vermeidung von Geburtsverletzungen: warme Kompressen, Massage des Dammgewebes und <i>Hands on</i>	I
(39)	Routinemäßiges Anlegen einer Episiotomie	II
(40)	Manueller Fundusdruck	II
Nachgeburtsphase (Third stage of labour): Betreuungsrelevante Faktoren und Empfehlungen für die Betreuung Gebärender		Empfehlung
(41)	Prophylaktische Gabe von Uterotonika	I
(42)	Oxytocin 10 IU, IM/IV ist die empfohlene Gabe zur Vermeidung einer postpartalen Blutung	I
(43)	Bei Nichtverfügbarkeit von Oxytocin wird die Anwendung anderer Uterotonika empfohlen: Ergometrine/Methylergometrine, Oxytocin/Ergometrine oder Misoprostol oral (600 µg)	I
(44)	Verzögertes Abnabeln frühestens 1 Minute nach der Geburt des Kindes	I
(45)	Durchführung einer kontrollierten Cord-Traction	I
(46)	Uterusmassage zur Vermeidung einer postpartalen Blutung	II
Betreuung des Neugeborenen (Care of the newborn): Betreuungsrelevante Faktoren und Empfehlungen für die Betreuung Neugeborener		Empfehlung
(47)	Routinemäßiges orales und nasales Absaugen	II
(48)	Haut-zu-Haut-Kontakt zwischen der Mutter und ihrem Kind zur Vermeidung einer Hypothermie und zur Förderung des Stillens	I
(49)	Unterstützung des ersten Anlegens so früh wie möglich nach der Geburt zur Förderung des Stillens	I
(50)	Intramuskuläre Gabe 1 mg Vitamin K	I
(51)	Das Baden des Kindes sollte frühestens 24 Stunden nach der Geburt erfolgen. Die Mutter und ihr Kind sollten 24 Stunden des Tages im gleichen Raum verbringen.	I
Nach der Geburt des Kindes und der Plazenta (Care of the woman after birth): Betreuungsrelevante Faktoren und Empfehlungen für die Betreuung Gebärender		Empfehlung
(52)	Das manuelle Ertasten des mütterlichen Uterustonius nach der Geburt zur Vermeidung einer postpartalen Blutung	I
(53)	Routinemäßige Gabe einer antibiotischen Prophylaxe nach einer unkomplizierten Spontangeburt	II
(54)	Routinemäßige Gabe einer antibiotischen Prophylaxe nach einer Spontangeburt mit Episiotomie	II
(55)	Überwachung mütterlicher Parameter: vaginale Blutung, uterine Kontraktion, Höhenstand der Gebärmutter, Temperatur, Puls, Blutdruck. Im Zeitraum von sechs Stunden nach der Geburt sollte die Frau urinieren	I
(56)	Die postpartale Überwachung sollte mindestens 24 Stunden umfassen	I

Teil 2: Respekt, Würde und Individualität

Die aktuelle Publikation der WHO *Intrapartum care for a positive childbirth experience* [23] bietet eine Vielzahl an Diskussionsmöglichkeiten, die mit einem hohen Maß an Relevanz für Hebammen einhergehen. Diese umfassen auch "weiche" und doch so essentielle Themen wie Respekt und Würde. Im Folgenden wird exemplarisch auf drei Aspekte Bezug genommen: auf den Aspekt einer respektvollen Geburtshilfe, die sich in der Art und Weise der Begleitung der Gebärenden widerspiegelt, die Diskussion eines individuellen Gebärrhythmus und die aktuelle Bedeutung einer Muttermunderöffnung von 5 cm.

Die respektvolle Begleitung Gebärender

Die WHO stellt an die oberste Stelle ihrer Empfehlungen, dass der Respekt vor der Gebärenden das geburtshilfliche Handeln prägen sollte. Die empfohlene Umgangsform einer respektvollen Geburtshilfe (Empfehlung 1) zeichnet sich dadurch aus, dass Würde und Privatsphäre der Gebärenden geachtet werden sollen. Eine respektvolle Geburtshilfe umfasst zudem die Aspekte der Vertraulichkeit sowie ein Handeln mit dem Ziel der Unversehrtheit der Gebärenden. Eine respektvolle Begleitung Gebärender steht in Zusammenhang mit einer effektiven Kommunikation zwischen der Gebärenden und der Hebamme (Empfehlung 2) und einer kontinuierlichen Betreuung während der Eröffnungsphase und der Geburt. [23]

Interessant an dieser Empfehlung ist die Einschätzung der WHO, dass diese Form der Intervention weitreichende positive Auswirkungen auf den Geburtsverlauf hat, obwohl die vorliegenden Evidenzen für diese Empfehlung in limitierter Form vorliegen. Lediglich eine systematische Übersichtsarbeit mit fünf in Afrika durchgeführten Studien wurde als Evidenz der Empfehlung diskutiert [5]. Dies ist insofern kritisch anzumerken, da das Verständnis hinsichtlich einer respektvollen Geburtshilfe einem starken kulturellem Einfluss unterliegt [11, 12]. Die eingeschlossenen Studien der Übersichtsarbeit weisen zudem noch sehr unterschiedliche Studiendesigns auf und können aufgrund des unterschiedlichen geburtshilflichen Kontexts eines Entwicklungslandes nicht ohne weiteres auf die geburtshilfliche Situation in Europa oder Deutschland übertragen werden. Jedoch kann die Entscheidung, diese Empfehlung an erster Stelle zu diskutieren, verstanden werden, wenn die vorliegenden Evidenzen um die Betrachtung des grundsätzlichen Menschenrechtes der unantastbaren Würde jedes einzelnen Menschen [18] erweitert wird, weil diese Argumentation auch für den Bereich des Gebärens Gültigkeit hat. Die Studienlage zeigt jedoch auf, dass die Argumentation in Bezug auf die Notwendigkeit Menschenrechte auch unter der Geburt zu wahren, umfassender evaluiert werden sollte.

Akzeptanz eines individuellen Gebärrhythmus

In der aktuellen Publikation [23] wird anerkannt, dass die Eröffnung des Muttermundes bei Gebärenden unterschiedlich schnell verläuft. Dies geht sogar so weit, dass die Annahme einer durchschnittlichen Eröffnung des Muttermundes um 1 cm pro Stunde als entkräftet angesehen wird, da eine umfassende aktuelle Studie von Abalos et al. [1] zu anderen Ergebnissen kommt, als die häufig zitierten, jedoch über 60 Jahre alten Erkenntnisse von Friedmann [6]. In der Meta-Analyse von Abalos et al. aus dem Jahr 2018 wurden Daten und Fakten von 208.000 Frauen in Bezug auf geburtshilfliche Interventionen, die Dauer der Eröffnungsphase, der Dauer und Definitionen in Bezug auf die

aktive Eröffnungsphase und Dauer der Geburtsphase analysiert [1]. Sie zeigten auf, dass Frauen in unterschiedlichen Rhythmen gebären. Die Autor/innen schlussfolgerten, dass geburtshilfliche Interventionen nicht aufgrund festgelegter starrer Zeiträume getroffen werden sollten, denen die Annahme eines linearen Geburtsfortschrittes zugrunde liegt. Für die Qualität dieser Meta-Analyse sprechen die umfassende Datengrundlage, die nachvollziehbare Literaturrecherche, der umfassende Zeitraum zwischen 1960 und 2016, der berücksichtigt wurde, sowie der Einschluss von Studien aus Industrie-, Schwellen- und Entwicklungsländern.

Die Ergebnisse von Abalos und Kolleg/innen bedeuten für die Praxis, dass einem Geburtsfortschritt von weniger als 1 cm pro Stunde in der aktiven Eröffnungsphase nach aktuellen Erkenntnissen keine Bedeutungskraft in Bezug auf das Auftreten mütterlicher und kindlicher Risiken mehr beigemessen werden kann [1]. In anderen Worten zieht das die praktische Konsequenz nach sich, dass ein normaler Geburtsfortschritt aufgrund individueller Gebärrhythmen nicht auf die Messung einer Mindesteröffnung von 1 cm pro Stunde in der aktiven Eröffnungsphase reduziert werden kann. Zudem kann eine Muttermunderöffnung von weniger als 1 cm pro Stunde keine Routine-Indikation für geburtshilfliche Interventionen mehr darstellen. Die WHO [23] spricht sogar die Empfehlung aus, dass vor einer Muttermunderöffnung von 5 cm kein Handlungsbedarf für eine Beschleunigung der Geburt besteht und von medizinischen Interventionen wie Oxytocin-Unterstützung oder Kaiserschnitt abgesehen werden sollte, solange Mutter und Kind bei Wohlbefinden sind (Empfehlung 9). Mit anderen Worten: Laut aktuellen WHO-Empfehlungen gibt es keinen Geburtsstillstand, solange der Muttermund nicht mindestens 5 cm eröffnet ist, weil mögliche Gebärpausen als physiologische Vorgänge in der Latenzphase verstanden werden.

Muttermunderöffnung von 5 cm

Die Diskussion der ersten Geburtsphase enthält geburtshilflich spannende und neue Denkansätze, die in interessanten und praktisch relevanten Empfehlungen zum Ausdruck gebracht werden. Die zwei Kernelemente sind hierbei die neue Bedeutung einer Muttermunderöffnung von 5 cm und ein grundlegend gelasseneres Verständnis in Bezug auf den Gebärrhythmus einer Gebärenden im Vergleich zur Vorgängerpublikation [21]. In der aktuellen Publikation [23] wird die erste Phase der Geburt in eine Latenzphase und eine aktive Geburtsphase unterteilt. Hierbei ist der Gedanke einer Latenzphase nicht neu, da er bereits in der Vorgängerpublikation [21] diskutiert wurde bzw. Raum in wissenschaftlichen Publikationen eingenommen hat und einnimmt [2,20]. Jedoch ist die klare Definition eines 5-cm-Grenzwertes neu, weil der Beginn der aktiven Eröffnungsphase in der früheren WHO-Publikation [21] bei 4 cm lag. Dies führte zu der praktischen Konsequenz, dass empfohlen wurde, ab einer Muttermunderöffnung von 4 cm ein Partogramm zu schreiben. Diese Empfehlung ist aufgrund des neuen Verständnisses hinfällig und kann nun auf 5 cm verschoben werden.

Kritisch anzumerken ist hierbei die Tatsache, dass der Fokus trotz einem nach hinten verschobenen Grenzwert nach wie vor auf einem Messwert beruht und somit ein Untersuchungsbefund und nicht der Prozess des Gebärens in seiner Gesamtheit oder die Gebärende selbst für die Einstufung in die aktive Eröffnungsphase ausschlaggebend ist.

Sektionen

Dies ist aus zwei Aspekten heraus jedoch auch kritisch zu bewerten: Zum einen existieren Erfahrungsberichte, dass beispielsweise Gebärende durchaus eine rasche Latenzphase erleben, jedoch anschließend eine Gebärpause auch nach einer Eröffnung des Muttermundes von 5 cm auftreten kann [7, 8]. Es stellt sich somit die Frage, ob die Beibehaltung eines Grenzwertes, auch wenn er nach hinten verschoben wurde, tatsächlich dem zuvor empfohlen Vorgehen einer respektvollen Betreuung während der Geburt gerecht werden kann, weil Gebärrhythmen auch nach einer Muttermunderöffnung von 5 cm unterschiedlich verlaufen können.

Zum anderen kann bei bestehendem pathologischen Geburtsverlauf die Gefahr einhergehen, dass aufgrund des nach hinten verschobenen Grenzwertes eine Pathologie nicht erkannt und verschleppt wird. Das bedeutet, dass der Fokus auf einem subjektiv erhobenen Messwert liegt, jedoch nicht auf der Frage nach den Gründen für eine mögliche protrahierte Geburt.

Grenzen der Zentimeter-Debatte

Dazu ein Beispiel aus der Praxis: In diesem Fall liegt ein absolutes Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken vor.

Frau E. erwartet ihr erstes Kind. Sie hat seit zehn Stunden kräftige Wehen. Die Fruchtblase ist vor vier Stunden gesprungen. Bei der vaginalen Untersuchung zeigt sich, dass der Muttermund seit sechs Stunden 4 cm geöffnet ist. Obwohl sich am Muttermundbefund über lange Zeit nichts verändert hat, hat sich eine Geburtsgeschwulst ausgebildet, so dass die Pfeilnähte nicht mehr tastbar sind. Was tun?

Laut aktuellen Empfehlungen der WHO [23] soll abgewartet werden, weil der Muttermund noch nicht 5 cm eröffnet ist. Jedoch zeigt dieses Fallbeispiel im weiteren Verlauf, dass jedes Abwarten begründet erfolgen muss und Empfehlungen nicht vom Mitdenken und auch nicht von Einzelfallentscheidungen befreien. Bei Frau E. wurde nach weiteren 2 Stunden des Abwartens eine sekundäre Sectio durchgeführt, weil eine Bandelsche Furche sichtbar wurde. Intraoperativ zeigte sich eine gedeckte Uterusruptur. Es lag ein absolutes Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken vor, so dass ein weiteres Abwarten das Leben der Mutter und des Kindes in Gefahr gebracht hätte.

Das Fallbeispiel von Frau E. stimmt nachdenklich, weil gerade in Bezug auf die Diagnose eines absoluten Missverhältnisses fachkompetentes Handeln auch bereits während der Latenzphase ein aufmerksames Beobachten und Begleiten der Gebärenden erfordert. Eine respektvolle und kompetente Geburtsbegleitung geht somit immer mit der Beantwortung der Frage einher, ob dieses Kind durch dieses Becken passt oder nicht. Und diese Frage lässt sich nicht durch die Diagnose beantworten, ob der Muttermund nun 4 cm oder 5 cm geöffnet ist. Sie lässt sich allein durch eine sorgfältige Begleitung, Befunderhebung und Interpretation des gesamten Geburtsverlaufes und der individuellen Gebärsituation klären. Somit fordert dieses Fallbeispiel dazu auf, dass auch der Zeitraum bis zu einer Muttermunderöffnung von 5 cm genutzt werden sollte, um zugrundeliegende geburtshilfliche Fragen kompetent zu klären. Die beiden zentralen Gründe hierfür sind, dass es im Kern darum geht, die Entscheidung zu treffen, ob eine gekonnte Nichtintervention oder eine notwendige Intervention erforderlich ist. Und dass

es trotz geänderter Empfehlungen wichtig ist, sich nicht in einer Scheinsicherheit zu wähen, so lange der Muttermund weniger als 5 cm geöffnet ist.

Eine Verschiebung des Grenzwertes nach hinten bedeutet für die geburtshilfliche Begleitung, dass mit mehr Ruhe und Gelassenheit begleitet werden soll. Jedoch bleibt unklar, warum in der aktuellen Publikation die Einteilung in eine erste, zweite und dritte Geburtsphase beibehalten wird, obwohl die Bedeutung der Latenzphase durch eine Vielzahl an Evidenzen belegt und diskutiert wird. Nach wie vor werden die drei Geburtsphasen der Eröffnungsphase (first stage of labour), Geburtsphase (second stage of labour) und Nachgeburtsphase (third stage of labour) verwendet, was sich an der Kategorie-Bildung der WHO zeigt [23].

WHO: Die neuen Definitionen in Bezug auf die Muttermunderöffnung von 5 cm

Eröffnungsphase	Latenzphase + aktive Eröffnungsphase
Latenzphase	Dauer der Geburt bis zur Eröffnung des Muttermundes von 5 cm
Aktive Eröffnungsphase	Dauer der Geburt zwischen einer Eröffnung von 5 cm bis zur vollständigen Eröffnung des Muttermundes <ol style="list-style-type: none">1. Die aktive Eröffnungsphase beträgt bei Erstgebärenden meist weniger als 12 Stunden.2. Die aktive Eröffnungsphase beträgt bei Mehrgebärenden meist weniger als 10 Stunden.

Mit diesen drei Geburtsphasen wird jedoch häufig die veraltete Annahme einer durchschnittlichen Eröffnung des Muttermundes um 1 cm pro Stunde, wie durch Friedman geprägt und von Philpot & Castle in Bezug auf die Anwendung im Rahmen eines Partogramms weiterentwickelt, assoziiert [6,14]. Diese Assoziation von anzunehmenden Durchschnittswerten kann jedoch kritisch auch in Bezug auf Folgeinterventionen, wie eine Oxytocin-Unterstützung oder Amniotomie zur Beschleunigung der Geburt diskutiert werden.

Somit wäre die klare Abgrenzung der Latenzphase von der aktiven Eröffnungsphase ein konsequenter und mutiger Ausdruck eines neuen geburtshilflichen Verständnisses gewesen. Bei einem Wunsch nach Beibehaltung der derzeitigen drei geburtshilflichen Phasen, um Verwirrung zu vermeiden, wäre auch die Neudefinition einer *stage zero* für die Latenzphase denkbar gewesen. Dadurch hätten die vier unterschiedlich definierten Phasen alle berücksichtigt und die derzeitigen verwendeten Phasen ihre Definition beibehalten können.

Resümee und Ausblick

Die WHO-Recommendations [23] zeichnen sich durch eine hohe Relevanz für Hebammen aus, weil Handlungsempfehlungen zu Interventionen und Nichtinterventionen für Low-risk-Gebärende hinsichtlich einer evidenzbasierten Betreuung während der Geburt ausgesprochen werden. Die wissenschaftliche Qualität der Handlungsempfehlungen ist hoch, weil ein methodisch sorgfältiges und

wissenschaftlich nachvollziehbares Vorgehen aus Literaturrecherche und Einschätzung einer Expert/innengruppe zugrunde liegt. Die Expert/innengruppe zeichnet sich dadurch aus, dass in ihr Hebammen vertreten sind. Ein direkter Bezug zur Praxis liegt vor, da die Lücke zwischen Theorie und Praxis verringert wird: 26 neue Handlungsempfehlungen wurden im Vergleich zur Vorgängerversion aufgenommen und einzelne Themenbereiche wurden revidiert.

Besonders relevant im Hinblick auf die tägliche Praxis wird die Abkehr von Annahmen zur zeitlichen Dauer der Eröffnungs- und Geburtsphase erachtet, weil dies zum Ausdruck bringt, dass Gebären in verschiedenen Gebärrhythmen erfolgt. Ebenso bedeutsam scheint die Aufmerksamkeit hinsichtlich verschiedener Gebärrhythmen zu sein, vor allem hinsichtlich der Notwendigkeit einer geduldrigen Begleitung der Latenzphase während der ersten fünf Zentimeter der Eröffnung des Muttermundes. Die Relevanz für die Praxis liegt in der Klarheit, dass bei Low-risk-Gebärenden von medizinischen Interventionen jeglicher Art abgesehen werden sollte. Dies bedeutet, dass Gebären zunächst einmal von alleine funktioniert [16], dafür jedoch Zeit und Ruhe erforderlich sind [13]. Dies wird auch zum Ausdruck gebracht, indem von geburtshilflichen Routine-Interventionen wie einer kontinuierlichen Überwachung mit dem CTG zur Überwachung der kindlichen Herztöne, der Durchführung einer Amniotomie zur Geburtsbeschleunigung oder einer Episiotomie abgeraten wird.

Die Bedeutung einer respektvollen Geburtshilfe wird im Gegenzug dargestellt, die mit Würde und Achtung der Bedürfnisse der Gebärenden einhergeht. Ebenso werden klare Empfehlungen für das Einnehmen einer aufrechten Gebärrhaltung und Bewegung, einem verzögerten Abnabeln des Neugeborenen sowie der Förderung des Haut-zu-Haut Kontakts zwischen dem Neugeborenen und der Mutter nach der Geburt ausgesprochen.

Trotz des vorhandenen Bezugs zur Praxis werden jedoch durch diese Publikation nicht alle praxisrelevanten Fragen zur Betreuung während der Geburt beantwortet. Die Latenzphase wird nach wie vor als Teil der Eröffnungsphase der Geburt definiert und stellt keine eigene Phase in der Klassifikation dar, obwohl ihr hinsichtlich der erforderlichen Betreuung in den aktuellen Empfehlungen eine durchweg abzuwartende Rolle zugesprochen wird. Zudem fehlt eine klare Empfehlung zum Thema Wassergeburt oder Anwendung eines Wannensbades in der Eröffnungs- oder Geburtsphase. Ebenso ist unklar, warum eine klare Definition der Eröffnungsphase (Empfehlung 5) sowie der Geburtsphase (Empfehlung 33) empfohlen wird, dieser Gedankengang jedoch nicht für die Nachgeburtsphase logisch zu Ende geführt wird. Außerdem fehlt eine Empfehlung zur Definition der Nachgeburtsphase.

Auf den Punkt gebracht kann die Publikation *Intrapartum care for a positive childbirth experience* [23] jedoch, trotz bestehender Limitierungen, zu den Meilensteinen der hebammenrelevanten geburtshilflichen Fachliteratur gezählt werden, weil die evidenzbasierte Betreuung der physiologischen Geburt im Fokus steht. Die aktuelle Publikation zeigt auf, dass Geburtshilfe an vielen Stellen weiter gedacht wurde [17], jedoch fordert sie gleichzeitig dazu auf, Geburtshilfe bei jeder einzelnen Geburt und auch in Zukunft weiter zu denken.

* Nachdruck der Artikel (Teil 1 und Teil 2) von Beate Ramsayer und Valerie Fleming in der Deutschen Hebammenzeitschrift (DHZ), 06/2018 & 07/2018.

Die WHO-Recommendations „Intrapartum care for a positive childbirth experience“ können kostenlos unter folgendem Link heruntergeladen werden: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en>

Autorinnen:

¹ Dr. Beate Ramsayer, Hebamme, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Liverpool John Moores University.

Kontakt: Hebamme@Ramsayer.de

² Prof. Dr. Valerie Fleming, Hebamme, Professorin für Hebammenwissenschaften an der Liverpool John Moores University.

Kontakt: V.Fleming@ljmu.ac.uk

Literatur:

- Abalos E, Oladapo OT, Chamillard M, Díaz V, Pasquale J, et al. Duration of spontaneous labour in 'low-risk' women with 'normal' perinatal outcomes: A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018;223:123–132. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2018.02.026
- Ängeby K, Wilde-Larsson B, Hildingsson I, Sandin-Bojö AK. Primiparous women's preferences for care during a prolonged latent phase of labour. *Sex Reprod Healthc.* 2015; 6(3):145-50. DOI: 10.1016/j.srhc.2015.02.003
- BMJV. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV). 1981. Zuletzt geändert am 18.4.2016. [Zugriff: 28.12.2017]. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/hebapro/HebAPrV.pdf>
- BMJV. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz – HebG). 1985. Zuletzt geändert: 23.12.2016. [Zugriff: 18.03.2018]. Verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/hebg_1985/HebG.pdf
- Downe S, Lawrie TA, Finlayson K, Oladapo OT. Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum services: A systematic review. *Reprod Health.* 2018;15(1):23. DOI: 10.1186/s12978-018-0466-y
- Friedman E. The graphic analysis of labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 1954;68(6):1568-75.
- Gaskin IM. *Spiritual Midwifery.* Summertown: Book Publishing Company; 2002.
- Gaskin IM. Going backwards: The concept of 'pasmus'. *Pract Midwife.* 2003;6:34-6.
- Groß M. *Gebären als Prozess – Empirische Befunde für eine wissenschaftliche Neuorientierung.* Bern: Hans Huber; 2001.
- IQTIG: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2016: Geburtshilfe. 2017. [Zugriff: 18.03.2018]. Verfügbar unter: https://www.iqtig.org/downloads/ergebnisse/bundesauswertung/2016/indirekte_verfahren/QSKH_16n1-GEbH_2016_BUAW_V02_2017-07-12.pdf
- Kyaddondo D, Mugerwa K, Byamugisha J, Oladapo OT, Bohren MA. Expectations and needs of Ugandan women for improved quality of childbirth care in health facilities: A qualitative study. *Int J Gynecol Obstet.* 2017;139(S1):38-46. DOI: 10.1002/ijgo.12405

Fortsetzung: Seite 81

Stellungnahme zur Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

12. April 2018

Einleitung zur Stellungnahme

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) musste vor dem Hintergrund gesetzlicher Verpflichtungen bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen beschließen. Dabei geht es um Zuschläge, die ermöglichen, dass bestimmte Abteilungen in Krankenhäusern auch in ländlichen – sogenannten strukturschwachen – Regionen, die weniger dicht bewohnt sind, den Anwohner/innen zur Verfügung stehen. Bisher ging es dabei um internistische und chirurgische Stationen. Nun wurde auch die Geburtshilfe mit aufgenommen.

Um Sicherstellungszuschläge zu erhalten, müssen bestimmte Qualitätsstandards eingehalten werden. Die DGHWi hat am 12.04.2018 eine Stellungnahme zur geplanten Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V geschrieben. Diese Stellungnahme ist tabellarisch verfasst: In der linken Spalte sind die Änderungen bzw. Stellungnahmen aufgeführt, die die DGHWi zu dem Beschlussentwurf des B-GA vorschlägt. In der rechten Spalte stehen die Begründungen.

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Eine flächendeckende Erreichbarkeit von 30 PKW-Fahrzeitminuten sollten nicht nur für Chirurgie/ Innere Medizin, sondern auch für die Geburtshilfe sowie Pädiatrie gelten (§3, §5 Abs.1, Satz 1, Nr. 1&2)</p>	<p>Das im Raumordnungsgesetz (ROG) § 2 [10] formulierte Ziel der gleichwertigen Lebensverhältnisse in ganz Deutschland ist zu berücksichtigen. Es bezieht sich ausdrücklich auf die Faktoren Infrastruktur und Daseinsvorsorge.</p> <p>In diesem Sinne ist es kaum begründbar, dass Frauen im ländlichen Raum eine Fahrtzeit von bis zu 45 Minuten zugemutet wird, um überhaupt geburtshilfliche Versorgung zu erreichen, während in Ballungszentren eine Vielzahl von Kliniken mit hoher Versorgungsstufe finanziert werden. So sind z. B. in Berlin acht der 19 vorhandenen Geburtskliniken Perinatalzentren Level I, was weit über die Kriterien des SGB V § 12 Satz 1: „ausreichend, wirtschaftlich, zweckmäßig, [...] das Maß des Notwendigen nicht überschreiten[d]“ hinausgeht. Eine qualitativ hochwertige geburtshilfliche Versorgung sollte wohnortnah in allen Landesteilen vorgehalten werden, um gleichwertige Lebensverhältnisse zu gewährleisten. Dies beinhaltet eine entsprechende Erreichbarkeit auch pädiatrischer Abteilungen.</p> <p>Weiterhin erscheint es nicht gerechtfertigt, dass eine chirurgische bzw. internistische Versorgung schneller gewährleistet sein sollte als eine geburtshilfliche, da geburtshilfliche Notfälle Eingriffe erfordern, die sich in ihrer Dringlichkeit nicht von chirurgischen bzw. internistischen Akutsituationen unterscheiden lassen.</p>
<p>Die Argumentation des GKV-SV, kurze Wege seien weniger wichtig als eine qualitativ hochwertige Betreuung in einer Schwerpunktlinik, vereinfacht die komplexen Zusammenhänge von Versorgungsqualität unzulässig stark.</p> <p>(Tragende Gründe 2.2.1 Änderungen zu §§ 3 und 4, zu § 3 Sätze 2 bis 9)</p>	<p>Zunächst stützt sich diese Argumentation des GKV-SV allein auf die Stellungnahme der DGGG von 2014 [3]. Das ist insofern problematisch, als die Uneindeutigkeit der Studienlage zur Frage des Zusammenhangs zwischen der Größe einer Geburtsklinik und der Anzahl unerwünschter Outcomes, in dieser Stellungnahme nicht erwähnt wird. Stattdessen beruft sich die DGGG [3] maßgeblich auf Studien, wie z.B. auf die von Heller et al. [4] in Hessen durchgeführten, die belegen, „dass die perinatale Mortalität und Morbidität bei Hochrisikogeburten durch eine Zentralisierung in entsprechend personell und strukturell ausgestatteten Perinatalzentren deutlich sinkt“ [3].</p> <p>Wir möchten im Folgenden auf andere Studien hinweisen, deren Ergebnisse darauf hindeuten, dass weitere Kriterien und Zusammenhänge berücksichtigt werden sollten, wenn Erreichbarkeit und Versorgungsqualität gegeneinander abgewogen werden.</p> <p>Eine norwegische Studie [8] gibt Hinweise, dass es keineswegs einen linearen Zusammenhang zwischen der Geburtenanzahl in einer Klinik und den vermeidbaren neonatalen Todesfällen gibt. Auch wenn eine Größe zwischen 2000 und 3000 Geburten die besten Ergebnisse zu erbringen scheint, verweisen Moster et al. [8] auf ältere Studien, die zeigen, dass es für Kinder mit einem Geburtsgewicht über 2500 g keine Vorteile, möglicherweise sogar Nachteile hat, in einer großen Klinik geboren zu werden.</p>

<p>(Fortsetzung)</p>	<p>Eine australische Studie von 2006 [12] fand keinen Zusammenhang zwischen der Größe der Klinik und den perinatalen Outcomes. Auch Heller et al. [5] verweisen darauf, dass die kausalen Faktoren für die von ihnen gefundenen Unterschiede im Outcome zwischen großen und kleinen Kliniken noch nicht benannt werden können. Es ist demnach denkbar, dass ungünstigere Outcomes in kleinen Kliniken nicht durch die Geburtenanzahl, sondern durch organisatorische Faktoren begründet sind.</p> <p>Auch Poeran et al. [9] vermuten eher organisatorische Hindernisse innerhalb der Kliniken, die sich für einige Frauen allerdings negativ bei Zentralisierung geburtshilflicher Versorgung auswirken.</p> <p>Neben der widersprüchlichen Studienlage zur Bedeutung der Größe der jeweiligen Kliniken, gibt es auch Hinweise darauf, dass eine längere Fahrtzeit zur geburtshilflichen Klinik einen ungünstigen Einfluss auf das perinatale Outcome hat.</p> <p>Bei einer Fahrtzeit zwischen 31 und 45 Minuten erhöhen sich das Risiko von Unregelmäßigkeiten der fetalen Herzfrequenz, von grünem Fruchtwasser als Hinweis auf fetalen Stress sowie von ungeplanten, außerklinischen Geburten [2, S. 225, 228]. Ravelli et al. [11] gehen bereits bei einem Fahrtweg von über 20 Minuten von einem erhöhten Sterberisiko aus. Darüber hinaus steigt die Anzahl präpartaler Krankenhausaufenthalte deutlich an [2].</p> <p>Heller et al. [6] bewerten die Entscheidungs-Eingriffszeit (E-E-Zeit) im Hinblick auf geburtshilfliche Notfälle als einen relevanten Qualitätsfaktor. Eine E-E-Zeit von 20 Minuten wird als protektiv bewertet. Allerdings diskutieren die Autoren auch die Ereignis-Entscheidungs-Eingriffszeit (E-E-E-Zeit) als die möglicherweise bedeutsamere Größe für die Sicherheit von Mutter und Kind. Folgt man dieser Argumentation, so liegt auf der Hand, dass die Anfahrtswege zu einer Klinik in vielen Fällen die E-E-E-Zeit maßgeblich beeinflussen, da die kritischen Ereignisse (vgl. hierzu [2]) keineswegs erst in der Klinik zu erwarten sind. Die Auswirkungen der Entfernungen zur nächsten Klinik auf die perinatale Gesundheit von Mutter und Kind müssen bei der Diskussion um die Grenzen von Fahrtzeiten berücksichtigt und die Anfahrtswege zur Klinik sollten im Hinblick auf die Qualität der Versorgung kurzgehalten werden.</p> <p>Nicht zuletzt werden die Wünsche und Bedürfnisse der Nutzerinnen der geburtshilflichen Versorgung in Bezug auf die Fahrtzeit in der Argumentation des GKV-SV vernachlässigt.</p> <p>Combier et al. [2] geben an, dass 90% der von ihnen befragten schwangeren Frauen eine geburtshilfliche Klinik präferieren, die in einer Fahrtzeit von bis zu 30 Minuten erreichbar ist [2, S. 228-9]. Vor diesem Hintergrund erscheint die Vermutung der DGGG [3], dass betroffene Frauen weitere Wege zu einer Klinik einer höheren Versorgungsstufe akzeptieren würden und die Mobilität junger Frauen unterschätzt werde, gewagt.</p>
<p>Der Argumentation des GKV-SV, auch im Abschlussbericht „Runder Tisch Geburtshilfe“, der vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen beauftragt wurde und der 2015 erschien, würde eine Zeitraum von 45 Minuten bis zum Erreichen der nächstgelegenen geburtshilflichen Klinik empfohlen werden, ist nicht akzeptabel.</p> <p>(Tragende Gründe 2.2.1 Änderungen zu §§ 3 und 4, Zu § 3 Sätze 2 bis 9)</p>	<p>Im zitierten Abschlussbericht des MGEPA [7] heißt es:</p> <p>„Die bei abnehmender Zahl geburtshilflicher Angebote erforderlichen Maßnahmen sollten die unterschiedliche lokale Infrastruktur berücksichtigen und ermöglichen, dass jede Schwangere in NRW innerhalb eines Zeitraums von 20 bis maximal 45 Minuten eine geburtshilfliche Klinik erreichen kann.“ [7, S. 13].</p> <p>Hier wird ein Zeitraum angegeben, innerhalb dessen Schwangere eine geburtshilfliche Klinik erreichen können sollten, wobei 45 Minuten eindeutig als „maximal“ gekennzeichnet werden. Es ist unzulässig diese Angabe als eine grundsätzlich angemessene Anfahrtszeit von 45 Minuten umzudeuten.</p> <p>Ergänzend wird in dem Bericht „Runder Tisch Geburtshilfe“ ausgeführt, dass zu den gegensätzlichen Standpunkten „flächendeckende Versorgung“ und „Zentralisierung“ im Abschlussbericht keine gemeinsame Empfehlung erarbeitet werden konnte [7, S. 75]. Dieser Hinweis macht u.E. deutlich, dass der Bericht dementsprechend differenziert zu zitieren ist.</p>
<p>Bei der Schließung einer Klinik durch Verweigerung von Sicherstellungszuschlägen ist zu berücksichtigen, ob die jeweils nächste erreichbare Klinik die räumliche und personelle Kapazität hat, die Versorgung dann aller Schwangeren zu übernehmen.</p> <p>(allgemeiner Kommentar zum Beschlussentwurf)</p>	<p>Werden Kliniken im ländlichen Raum geschlossen, so verteilen sich die Schwangeren auf die benachbarten Kliniken. Bereits unter den aktuellen Bedingungen werden immer mehr Gebärende in ganz Deutschland abgewiesen, da die Kapazitäten der geburtshilflichen Versorgung erschöpft sind. Werden sie dennoch aufgenommen, leidet natürlich die Qualität der Versorgung unter der Überbelastung bei gleichzeitigem Personalmangel (vgl. u.a. [13]).</p> <p>Der Schließung unrentabler Kliniken in der Peripherie muss daher eine Aufstockung der Kapazität in den möglichen Ersatzkliniken vorausgehen, damit die Versorgungsengpässe nicht noch weiter zunehmen.</p>

Die DGHWi begrüßt folgende Einlassung des GKV-SV: "Eine Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe der Krankenhäuser nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 liegt vor, wenn ergänzend zu den Voraussetzungen nach Satz 1 angestellte examinierte Hebammen/Entbindungspfleger der Fachabteilung zugeordnet sind und mindestens eine dieser angestellten Hebammen/ Entbindungspfleger des Krankenhauses jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar ist."

(Beschlussentwurf II Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungsmaßnahmen zu §5 Absatz 2, Nummer 2):

Hierzu sind allerdings unterschiedliche Aspekte zu berücksichtigen.

Die Anwesenheit von Hebammen ist Voraussetzung für qualitativ hochwertige Geburtshilfe auf allen Versorgungsstufen. Zugleich klagen Kliniken aller Versorgungsstufen über Hebammenmangel.

Laut Albrecht et al. [1] geht der Anteil der ausschließlich angestellt tätigen Hebammen zurück. Der größte Anteil der Hebammen ist sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig. Es ist daher fraglich, ob die Hebammen, die durch die Schließung einer Klinik ihre angestellte Tätigkeit verlieren, an einer Anstellung in der weiter entfernten Klinik zur Verfügung stehen, oder ob sie eher ihre freiberufliche Tätigkeit am bisherigen Wohnort ausbauen und auf die klinische Geburtshilfe verzichten. Die Schließung kleiner Kliniken in den ländlichen Regionen könnte daher den Hebammenmangel in den Kliniken noch verschärfen.

Umgekehrt würde sich die wohnortnahe Versorgung mit freiberuflicher Hebammenhilfe in der Peripherie verschlechtern, wenn Hebammen tatsächlich ihren Lebensmittelpunkt in die Nähe der nächsten erreichbaren Kliniken verlegen sollten. Dadurch wären aber die Frauen in abgelegenen Gegenden, für die auch die klinische Geburtshilfe nur schwer erreichbar ist, im besonderen Maße benachteiligt.

Autorinnen:

Annekatriin Skeide M. A., Dipl. Berufspäd. (FH) Martina Schlüter-Cruse, Elke Mattern M.Sc. und Prof. Dr. phil. Dorothea Tegethoff

Literatur

- Albrecht M, Loos S, Sander M, Schliwen A, Wolfschütz A. Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Geburtshilfe: Ergebnisbericht für das BMG. Berlin: IGES Institut; 2012. [Zugriff 04.2018]. Verfügbar unter: http://www.iges.com/presse/2012/hebammenhilfe/index_ger.html
- Combiere E, Charreire H, Le Vaillant M, Michaut F, Ferdynus C, Amat-Roze JM et al. Perinatal health inequalities and accessibility of maternity services in a rural French region: closing maternity units in Burgundy. *Health & place*. 2013;24:225-33. DOI: 10.1016/j.healthplace.2013.09.006
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. 204. Stellungnahme der DGGG: Zur Anfrage „Expertenanhörung zum Thema Geburtshilfe“ des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung Schleswig-Holstein; 2014. [Zugriff 04.2018] Verfügbar unter: https://www.dggg.de/fileadmin/documents/stellungnahmen/aktuell/2014/204_Stellungnahme_DGGG_Anfrage_Sozialministerium_Schleswig_Holstein_Lage_der_Geburtshilfe.pdf
- Heller G, Richardson DK, Misselwitz B, Künzel, W, Schmidt S. Are we regionalized enough? Early-neonatal deaths in low-risk births by the size of delivery units in Hesse, Germany 1990-1999. *Int J Epidemiol*. 2002;31(5):1061-8.
- Heller G, Schnell R, Richardson DK, Misselwitz B, Schmidt S. Assessing the impact of delivery unit size on neonatal survival: estimation of potentially avoidable deaths in Hesse, Germany, 1990-2000. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 2003;128(13):657-62. DOI: 10.1055/s-2003-38284
- Heller G, Bauer E, Schill S, Thomas T, Louwen F, Wolff F, Misselwitz B, Schmidt S, Veit C. Decision-to-delivery time and perinatal complications in emergency cesarean section. *Dtsch Arztebl Int*. 2017;114: 589-96. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0589
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). Der Runde Tisch Geburtshilfe. Abschlussbericht, Düsseldorf; 2015. [Zugriff 04.2018]. Verfügbar unter: <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/herunterladen/der/datei/finale-fassung-abschlussbericht-rt-pdf-pdf-1/von/der-runde-tisch-geburtshilfe/vom/mags/2749>
- Moster D, Lie RT, Markestad T. Relation between size of delivery unit and neonatal death in low risk deliveries: population based study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 1999;80(3):F221-5.
- Poeran J, Borsboom GJ, de Graaf JP, Birnie E, Steegers EA, Mackenbach JP, Bonsel GJ. Does Centralisation of Acute Obstetric Care Reduce Intrapartum and First-Week Mortality? An Empirical Study of over 1 Million Births in the Netherlands. *Health Policy*. 2014;117(1): 28-38. DOI: 10.1016/j.healthpol.2014.03.009
- Raumordnungsgesetz (ROG), § 2 Grundsätze der Raumordnung. Fassung aufgrund des Gesetzes zur Änderung raumordnungsrechtlicher Vorschriften vom 23.05.2017 (BGBl. I S. 1245), in Kraft getreten am 29.11.2017.
- Ravelli AC, Jager KJ, de Groot MH, Erwich JJ, Rijninks van Driel GC, Tromp M, Eskes M, Abu-Hanna A, Mol BW. Travel time from home to hospital and adverse perinatal outcomes in women at term in the Netherlands. *BJOG*. 2011;118(4):457-65. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2010.02816.x
- Tracy SK, Sullivan E, Dahlen H, Black D, Wang YA, Tracy MB. Does size matter? A population-based study of birth in lower volume maternity hospitals for low risk women. *BJOG*. 2006;113(1):86-96. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2005.00794.x
- Walter T. Wenn Schwangere von Kliniken weggeschickt werden. *Rheinische Post Online* 2017. [Zugriff 04.2018]. Verfügbar unter: <http://www.rp-online.de/leben/gesundheit/schwangerschaft/schwangere-im-kreisssaal-weggeschickt-probleme-mit-geburtskliniken-in-nrw-aid-1.7219634>

Stellungnahme zum Vorbericht S17-02 „Screening auf Streptokokken der serologischen Gruppe B im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen gemäß Mutterschafts-Richtlinien“ (IQWiG 2018)

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

23. August 2018

In dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragten Vorbericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), zu dem wir im Folgenden Stellung nehmen, befassen sich die Autor/innen mit dem Nutzen eines universellen Screenings auf Streptokokken der serologischen Gruppe B im Vergleich zum derzeitigen risikobasierten Screening auf Streptokokken der serologischen Gruppe B. Die Autor/innen kommen zu dem Schluss, dass auf Grundlage ihrer Literaturrecherche Nutzen und Schaden beider Strategien in Bezug auf mütterliche und kindliche Mortalität, Morbidität, Krankenhausaufenthalte, unerwünschte Ereignisse sowie gesundheitsbezogene Lebensqualität nicht bestimmt werden können. Dies liegt nicht etwa daran, dass die Studienlage keine Schlüsse in Bezug auf Vor- und Nachteile beider Verfahren zuließe, sondern vielmehr daran, dass es an relevanten Studien fehlt, die Antwort auf die Frage geben können, ob sich die Einführung eines universellen Screenings auf Streptokokken der Gruppe B positiv auf o.g. ‚patientenrelevante Endpunkte‘ in Bezug auf ausgewählte Gruppen von Schwangeren auswirkt.

Die Fragestellung im vorliegenden Vorbericht bezieht sich dabei insbesondere auf diejenigen Gruppen von Schwangeren, die im universellen Screeningverfahren (alle schwangeren Frauen werden getestet und erhalten bei B-Streptokokken Nachweis eine antibiotische Prophylaxe) eine andere Behandlung erfahren würden als im bisher üblichen, dem sogenannten risikobasierten (diejenigen Schwangeren, bei denen bestimmte Risikofaktoren vorliegen, erhalten eine antibiotische Prophylaxe).

Und zwar handelt es sich bei den Gruppen

1. um diejenigen Schwangeren, die im universellen Verfahren positiv getestet werden, jedoch keine Risikofaktoren aufweisen, d.h. im universellen Verfahren chemo-prophylaktisch behandelt werden würden, im risikobasierten Verfahren jedoch nicht und
2. um diejenigen Schwangeren, die im universellen Verfahren negativ getestet werden und trotz Vorliegen bestimmter Risikofaktoren im universellen Verfahren nicht chemo-prophylaktisch behandelt werden, da diese Faktoren im universellen Verfahren keinen Anlass zur Behandlung geben, im risikobasierten Verfahren dagegen doch.

In unserer Stellungnahme möchten wir die Ergebnisse des Vorberichtes in Bezug auf die aktuell gültige Leitlinie diskutieren. Dabei möchten wir insbesondere Aspekte aufgreifen, die nach unserer Einschätzung sowohl in der Stellungnahme als auch im Vorbericht des IQWiG nicht ausreichend in Betracht gezogen werden. Anschließend möchten wir unsere Empfehlungen für weitere Handlungsschritte geben.

1. Herausforderungen in Bezug auf die unzureichende Datenlage

Zunächst ist das Fehlen von Studien, die zur Beantwortung der Fragestellung herangezogen werden können, keine Überraschung [6] [10].

Nicht nur im Vorbericht des IQWiG (2018) sondern auch in der deutschen „S2k-Leitlinie 024-020 Prophylaxe der Neugeborenensepsis – frühe Form – durch Streptokokken der Gruppe B“ der Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI) (federführend) [5], die im März 2016 bei der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) veröffentlicht wurde, wird darauf hingewiesen.

Der Mangel an Studien, die den Nutzen und Schaden eines universellen Screenings im Vergleich zu einer risikofaktorgeleiteten Strategie untersuchen, sollte nicht dazu führen, die Entscheidung über die Notwendigkeit der Durchführung den betroffenen Frauen, Paare und Familien, aber auch den Geburtshelfer/innen und Hebammen, die damit konfrontiert sind, zu überlassen. Die fatalste Folge des Widerspruchs zwischen derzeit gültigen Leitlinie der GNPI [5], die ein universelles Screening empfiehlt und der im Entwurf vorliegenden Nutzenbewertung in Bezug auf das Streptokokken Gruppe B Screening Verfahren, nach der weder das eine noch das andere Verfahren empfohlen werden können, wäre, die zwangsläufig daraus entstehende Unsicherheit bezüglich des Nutzens bzw. Schadens dieser Intervention auf die Frauen, Paare und Familien umzulegen. Wir möchten darauf hinweisen, dass es in diesem Zusammenhang von großer Bedeutung ist, auf welche Weise die Risiken bzw. die Effektivität des jeweiligen Screening Verfahrens sowie der antibiotischen Prophylaxe kommuniziert werden.

Eines der Ergebnisse des Vorberichtes des IQWiG ist, dass die Auswertung der Leitlinien aus Ländern, in denen jeweils unterschiedliche Screening-Verfahren empfohlen werden, nicht darauf hinweise, welche der beiden Strategien in Hinsicht auf die o.g. Endpunkte von größerem Nutzen ist. Dass sich laut des Vorberichtes Leitlinien, die das universelle Screening Verfahren empfehlen, maßgeblich an den Ergebnissen einer groß angelegten retrospektiven Kohortenstudie [11] orientieren, während die Leitlinien, die ein risikobasiertes Screening empfehlen, diese Studie „in Übereinstimmung mit dem vorliegenden Bericht als nicht ausreichend aussagekräftig“ (IQWiG 2018: 27) einstufen können, halten wir für einen wichtigen Hinweis darauf, dass die derzeit gültige deutsche Leitlinie der Überarbeitung bedarf.

2. Risiken eines universellen Screening Verfahrens

Unserer Ansicht nach sprechen folgende Argumente gegen eine Empfehlung eines kassenfinanzierten, universellen Screenings aller schwangeren Frauen auf Streptokokken B.

2.1 Antibiotikaresistenzen

Eine bedeutsame Folge des generellen Screenings ist, dass Frauen mit Antibiotika behandelt werden, die keine Symptome einer entsprechenden Infektion haben und bei denen sich zwar eine Besiedlung der Vaginal- und Analschleimhaut durch Streptokokken B mithilfe einer Kultur des Abstriches zeigt, deren Kinder jedoch nach der Geburt keine

Infektion aufweisen. Ausgehend davon, dass bei schätzungsweise ca. 20% bis 30% der Schwangeren ein positiver Nachweis vorliegt [3], jedoch nur ca. 1% der Neugeborenen eine ‚early-onset‘ Infektion entwickeln [8], liegt es auf der Hand, dass der überwiegende Teil der antibiotischen Prophylaxe unnötig ist. Angesichts der weltweit festgestellten Antibiotikaresistenzen, die eine der größten Herausforderungen der gesundheitlichen Versorgung im 21. Jahrhundert darstellen [14], müssen antibiotische Prophylaxen mit besonderer Vorsicht gehandhabt werden. Dies gilt auch für die subpartale Prophylaxe für Streptokokken B Infektionen, da auch diese Erreger bereits Resistenzen gegenüber bestimmten Antibiotika entwickelt haben [2]. Die Empfehlung der AWMF, die „Risiken einer antibiotischen Behandlung für die Schwangere und auch für das Neugeborene (...) im Auge [zu] behalten“ ([5], S. 9) stellt in dem Zusammenhang keine zufriedenstellende Empfehlung dar.

Der neuseeländische Konsensus macht darauf aufmerksam, dass beide Verfahren eine vergleichbare Anzahl an tödlich verlaufenden Streptokokken B Infektionen bei Neugeborenen verhindert, dass aber beim universellen Verfahren mehr Frauen einer antibiotischen Prophylaxe ausgesetzt werden. Nicht zuletzt aufgrund dessen wird sich für ein risikobasiertes Vorgehen ausgesprochen [4]. Dieser Konsensus hat bedauerlicherweise keinen Eingang in die Leitlinie der GNPI [5] gefunden. Während im Vorbericht des IQWiG auch international Leitlinien betrachtet wurden, die ein risikobasiertes Verfahren empfehlen, liegt der Fokus in den deutschen Leitlinien auf Konsensus aus den Ländern, in denen ein universelles Screening eingeführt wurde, bspw. den USA. Vor dem Hintergrund, dass die Konsensus, die sich für ein risikobasiertes Vorgehen aussprechen, wie die aus Neuseeland oder der UK, wissenschaftlich von gleicher Qualität sind, ist es fraglich, warum sie in den deutschen Leitlinien nicht erwähnt werden [6].

2.2 Limitierungen der Therapieerfolge

In einer amerikanischen Studie wurde der Frage nachgegangen, warum nach anfänglichem Erfolg der Einführung einer universellen Prophylaxe im Jahr 1996, die Anzahl der Fälle von durch Streptokokken B induzierte Sepsis seit ca. 20 Jahren stagnieren. Als Gründe dafür benennen die Autor/innen eine mangelnde Effektivität der Therapie, das Auftreten einer Streptokokken B induzierten Sepsis bei Kindern [13], deren Mütter in der Schwangerschaft negativ getestet wurden sowie eine, nicht immer zu verhindernde, inadäquate Anwendung der Prophylaxe [1]. Erstens bedeutet dies, dass die Frühform der Streptokokken Gruppe B Infektion sich auch mithilfe eines universellen Screenings Verfahrens nicht vollständig verhindern lassen. Zweitens heißt das, dass ein nicht unbedeutender Anteil der Frauen und Kinder nicht von der Behandlung profitiert. Drittens weist dieses Ergebnis darauf hin, dass auch der Aspekt der Umsetzbarkeit von Leitlinien ein wichtiges Qualitätskriterium darstellt. Für die amerikanische Leitlinie, an der die deutsche sich maßgeblich anlehnt, wurde gezeigt, dass die Umsetzbarkeit zu wünschen übriglässt [6]. Sicher würde dementsprechend auch die deutsche Leitlinie davon profitieren, zu diskutieren welche Faktoren die Umsetzung der Leitlinie hemmen bzw. fördern (um bspw. die inadäquate Anwendung der antibiotischen Therapie zu antizipieren), wie die Kosten der Implementierung zu rechtfertigen und zu tragen sind und wie die Strategien zur Evaluierung der Umsetzung der Leitlinie beschaffen sind.

2.3 Alternative Therapieverfahren

Die DGHWi spricht sich dafür aus, dass Studien, die Verfahren untersuchen, welche ermöglichen, dass antibiotische Therapien bzw. Prophylaxen zielgerichteter und effektiver eingesetzt werden, sowohl in der Leitlinie als auch in der Untersuchung des IQWiG berücksichtigt werden. Zu diesen Verfahren gehört z.B. eine risikobasierte Strategie kombiniert mit einem PCR (polymerase chain reaction) – basierten Test sub partu [7].

3. Kritische Prüfung der derzeit gültigen Leitlinie

Aus unserer Sicht sprechen diese Einsichten sowie die, zu denen die vorläufige Nutzenbewertung der zwei Screening-Strategien des IQWiG (2018) kommt, dafür, dass die Leitlinie der AWMF (2016) dringend überarbeitet werden sollte. Wir würden es begrüßen, wenn auch das IQWiG die Mängel der aktuell gültigen Leitlinie klar benennen würde.

3.1 Kritische Auseinandersetzung mit den zur Verfügung stehenden Studien und Leitlinien

Da sich ein Nutzen für die betroffenen Gruppen von Schwangeren in Bezug auf ein universelles Screening nicht nachweisen lässt, muss kritisch geprüft werden, ob eine Empfehlung für ein universelles Screening noch vertretbar ist. Sollte es bei einer Empfehlung bleiben, muss diese Entscheidung auch in Hinblick auf die zweifelhaften Effekte eines universellen Screening Verfahrens mit entsprechender wissenschaftlicher Evidenz belegt werden. Es erscheint in diesem Zusammenhang sinnvoll, die deutsche Leitlinie durch eine englische Übersetzung dem internationalen wissenschaftlichen Diskurs freizugeben, insbesondere vor dem Hintergrund, dass angloamerikanische Studien und Leitlinien prominent in den deutschen Leitlinien erscheinen. Dieser Schritt scheint auch vor dem Hintergrund, dass keine Studien vorliegen, die eine Empfehlung mit ausreichender Evidenz stützen können, wichtig, da er ermöglicht, vorliegende, durchaus uneindeutige und z.T. widersprüchliche Studienergebnisse, die dennoch relevante Aussagen bieten, sorgfältig gegeneinander abzuwägen.

3.2 Kriterium der Umsetzbarkeit

Weiterhin möchten wir dringend empfehlen, die Umsetzbarkeit einer solchen Leitlinie im Auge zu behalten und die Positionen und Erfahrungen der Hebammen und der ärztlichen Kolleg/innen zu berücksichtigen, die mit der Umsetzung der Leitlinie konfrontiert sind.

3.3 Kriterium der Patientinnenbeteiligung

Die Positionen der betroffenen Frauen, Familien und Paare finden sich weder im Vorbericht des IQWiG noch in der Leitlinie der GNPI [5] wieder. Das halten wir für bedenklich. Insbesondere das in der Leitlinie formulierte Argument, dass die „Finanzierung des Screenings durch die Kassen sicher auch eine unabdingbare Voraussetzung für eine gute Compliance vonseiten der Schwangeren“ (AWMF 2016: 8) sei, lässt auf ein Verständnis der Ärzt/in-Patient/innen-Beziehung schließen, das nicht auf gemeinsamen Entscheidungsprozessen beruht, innerhalb derer die Patient/innen als die Betroffenen in einer Entscheidung unterstützt werden, die für ihre jeweilige Situation am passendsten ist. Stattdessen soll die Kassenfinanzierung des universellen Screenings als Steuerungsinstrument dienen. Nicht die Kassenfinanzierung – die unseres Erachtens aus o.g. Gründen nicht vertretbar ist – sondern die Einsicht in Notwendigkeit und Nutzen einer bestimmten Screening Strategie

gie in Bezug auf die jeweilige spezifische Situation sollten einer Non-Compliance entgegenwirken.

3.4 Kriterium der Interessenkonflikte

Die Leitlinie wurde in Bezug auf die Interessenkonflikte der beteiligten Autor/innen als reformbedürftig eingestuft. Auf der Seite leitlinien-watch.de [9] wird bemängelt, dass „17 von 32 beteiligten Autoren“ Interessenskonflikte (IK) angeben. „[...] bei der abschließenden Abstimmung nahmen deutlich weniger (22) Autoren teil (IK-Erklärung S. 8). Da aber nicht erkennbar ist, welche dies waren, bleibt offen, ob der Anteil der von IK betroffenen Autoren dabei niedriger oder vielleicht noch höher war.“ Weiterhin ist nicht klar, ob es Enthaltungen bei Vorliegen von Interessenskonflikten gab. Auch der bereits erwähnte Verzicht auf das Einbeziehen der Fachöffentlichkeit und/oder der Patient/innen ist in diesem Zusammenhang entscheidend dafür, dass die Leitlinie als reformbedürftig bewertet wird.

Autorinnen:

Annekatriin Skeide M.A., Dr. Christine Loytved und Elke Mattern M.Sc.

Literatur

1. Bienenfeld S, Rodriguez-Riesco LG, Heyborne KD. Avoiding Inadequate Intrapartum Antibiotic Prophylaxis for Group B Streptococci. *Obstet Gynecol* 2016; 128(3): 598–603. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001564
2. Bland ML, Vermillion ST, Soper DE, Austin M. Antibiotic Resistance Patterns of Group B Streptococci in Late Third-Trimester Rectovaginal Cultures. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184 (6): 1125–6. DOI: 10.1067/mob.2001.115478
3. Brimil N, Barthell E, Heindrichs U, Kuhn M, Luticken R, Spellerberg B. Epidemiology of Streptococcus Agalactiae Colonization in Germany. *Int J Med Microbiol* 2006; 296 (1):39-44. DOI: 10.1016/j.ijmm.2005.11.001
4. Campbell N, Eddy A, Darlow B, Stone P, Grimwood K, New Zealand GBS Consensus Working Party. The Prevention of Early-Onset Neonatal Group B Streptococcus Infection: Technical Report from the New Zealand GBS Consensus Working Party. *N Z Med J.* 2004;117(1200): U1023.
5. Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin (GNPI). Prophylaxe der Neugeborenen Sepsis - frühe Form - durch Streptokokken der Gruppe B [online]. 03.2016 [Zugriff: 17.11.2017]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-020l_S2k_Prophylaxe_Neugeborenen Sepsis_Streptokokken_2016-04.pdf
6. Homer CS, Scarf V, Catling C, Davis D. Culture-Based versus Risk-Based Screening for the Prevention of Group B Streptococcal Disease in Newborns: A Review of National Guidelines. *Women and Birth* 2014; 27(1): 46–51. DOI: 10.1016/j.wombi.2013.09.006
7. Khalil MR, Uldbjerg N, Thorsen PB, Henriksen B, Moller JK. 2017. "Risk-Based Screening Combined with a PCR-Based Test for Group B Streptococci Diminishes the Use of Antibiotics in Laboring Women." *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017; 215: 188-92. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2017.06.019
8. Le Doare K, Heath PT. 2013. An Overview of Global GBS Epidemiology. *Vaccine* 2013; 31, Supp 4: D7–12. DOI: 10.1016/j.vaccine.2013.01.009
9. Leitlinienwatch (online). [Zugriff: 22.08.2018] <https://www.leitlinienwatch.de/sepsis-bei-neugeborenen-fruehe-form-durch-streptokokken-der-gruppe-b-prophylaxe/>
10. Ohlsson A, Shah VS. Intrapartum antibiotics for known maternal group B streptococcal colonization. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; (6): CD007467. DOI: 10.1002/14651858.CD007467.pub4
11. Schrag SJ, Zell ER, Lynfield R, Roome A, Arnold KE, Craig AS et al. A population-based comparison of strategies to prevent early-onset group B streptococcal disease in neonates. *N Engl J Med* 2002; 347(4): 233-239. DOI: 10.1056/NEJMoa020205
12. Sheehy A, Davis D, Homer CS. Assisting Women to Make Informed Choices about Screening for Group B Streptococcus in Pregnancy: A Critical Review of the Evidence. *Women and Birth* 2013; 26(2): 152–7. DOI: 10.1016/j.wombi.2012.10.004
13. Van Dyke MK, Phares CR, Lynfield R, Thomas AR, Arnold KE, Craig AS, Mohle-Boetani J, et al. Evaluation of Universal Antenatal Screening for Group B Streptococcus. *N Engl J Med* 2009; 360:2626-36. DOI:10.1056/NEJMoa0806820
14. Woolhouse M, Waugh C, Perry MR, Nair H. Global Disease Burden Due to Antibiotic Resistance – State of the Evidence. *Journal of Global Health* 2016; 6(1): 010306. DOI:10.7189/jogh.06.010306

4. Zusammenfassung

Zusammenfassend empfehlen wir, dass die Fragestellung, die im Vorbericht des IQWiG der Literatursuche zugrunde liegt, so formuliert wird, dass ein Bild von Nutzen und Schaden beider Screening-Verfahren gezeichnet werden kann, welches die Grundlage für Beratungen und Entscheidungen bilden kann. Aus unserer Sicht zeichnet sich ab, dass ein risikobasiertes Vorgehen letztlich die vertretbarere Alternative darstellt. Hier zeigt sich die Notwendigkeit des Abwägens der individuellen Situation vor dem Hintergrund eines umfassenden, ausgewogenen und verständlichen Beratungsgesprächs [12]. Das wiederum, so möchten wir nachdrücklich zu bedenken geben, ist die einzig akzeptable Weise, den Mangel an entsprechend belastbarer Evidenz zu handhaben.

13.02.2020

14. Mitgliederversammlung der DGHWi e.V.

13. bis 14.02.2020

5. Internationale Fachtagung der DGHWi e.V.

5. Internationale Fachtagung

MOTTO: *Versorgungsmodelle im Fokus der Hebammenwissenschaft – Models of care in midwifery science*

KEYNOTE: Andrew Symon – a senior lecturer in the Mother and Infant Research Unit at the University of Dundee in Scotland, and co-ordinator for the MSc Midwifery/MSc Maternal and Infant Health. He attained a Social Policy and Law degree (1992) and a PhD (1997) from the University of Edinburgh.

ORT: hsg in Bochum, mit viel Platz auch für Student/innengruppen und Hebammenschulklassen

SERVICE: Simultane Übersetzung der deutschen und englischen Vorträge

Prädiktoren der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung: Schlüsseldimensionen einer guten Betreuung aus Sicht der Gebärenden und Wöchnerinnen

Predictors of intra- and postpartum care experience: key dimensions of quality of care from women's perspective

Dr. Katja Stahl¹

Abstract

Hintergrund: Intra- und postpartale Betreuungserfahrung korrelieren mit kurz-, mittel- und langfristigen perinatalen Outcomes. Die Datenlage zu diesen Erfahrungen im deutschen Kontext ist wenig umfangreich.

Ziel: Analyse der Faktoren, die die subjektive Gesamterfahrung mit der intra- und postpartalen Betreuung in deutschen Kliniken beeinflussen.

Methode: Sekundärdatenanalyse von Surveydaten von 9.597 Wöchnerinnen aus 77 deutschen Kliniken. Die Analyse möglicher Prädiktoren der Betreuungserfahrung erfolgte mittels logistischer Regression, die Stärke des Zusammenhangs mittels Odds Ratios mit 99% Konfidenzintervall.

Ergebnisse: Zentrale Prädiktoren einer negativen intrapartalen Gesamterfahrung sind fehlendes Vertrauen in die Hebamme (OR 5,67; 99% KI 3,32-9,69), unzureichende Verfügbarkeit der Hebammen (OR 4,77; 99% KI 2,25-10,11), mangelnde Einbindung in Entscheidungsfindungsprozesse (OR 3,77; 99% KI 2,14-6,64), sowie eine unzureichende Schmerzlinderung (OR 2,99; 99% KI 1,81-4,94). Zentrale Prädiktoren einer negativen Gesamterfahrung mit der Betreuung auf der Wochenbettstation sind fehlendes Vertrauen in das Stationspersonal (OR 4,49; 99% KI 3,05-6,59), mangelnde Verfügbarkeit (OR 3,13; 99% KI 1,86-5,26), unzureichende praktische Unterstützung bei der Ernährung des Kindes (OR 2,88; 99% KI 2,04-4,05), unverständliche Beantwortung wichtiger Fragen (OR 2,50; 99% KI 1,76-3,56), sowie eine inadäquate postpartale Schmerzlinderung (OR 2,2; 99% KI 1,62-2,98).

Schlussfolgerung: Vertrauen und individuell angepasste Verfügbarkeit stellen Schlüsseldimensionen für die Versorgungsqualität aus Sicht der Frauen dar. Eine frauenzentrierte Betreuung sollte stärker auf Qualität und Quantität des Personals fokussieren, weniger auf die Verbesserung der baulichen Rahmenbedingungen und Hotelleistungen.

Schlüsselwörter: Intrapartale Betreuung, postpartale Betreuung, Perspektive der Frauen.

Hintergrund

Gesundheitliche Versorgungsqualität wird in Deutschland maßgeblich über medizinisch-prozessuale und wirtschaftliche Kennzahlen definiert. Sie sind die maßgeblichen Treiber für die Gestaltung der Versorgung [28]. International hingegen hat sich zusätzlich die Erfahrung von Patient/innen längst als wichtiges Qualitäts- und Steuerungskriterium etabliert [43]. Die hiesige Geringschätzung dieser Erfahrungen ignoriert den seit einigen Jahren auch von der Forschung erbrachten Beleg, dass gesundheitliche Versorgungsqualität auf drei Säulen ruht: klinischer Wirksamkeit, Sicherheit und Erfahrung der Patient/innen [20].

In der Geburtshilfe gilt dies möglicherweise sogar in noch stärkerem Maße. Denn die Geburt ist nicht einfach nur ‚just another day in a woman's life‘ [41]. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind einschneidende Ereignisse im Leben einer Frau, die ihre körperliche und

Background: Intra- and postpartum care experience is associated with short-, middle- and long-term perinatal outcomes. Evidence of women's views on key dimensions of care quality in a German context is scarce.

Aim: Analysis of factors influencing overall intra- and postpartum care experience in German hospitals.

Methods: Secondary analysis of survey data of 9,597 women from 77 German hospitals. Logistic regression was performed for analysis of predictors of care experience; odds ratios with 99% confidence intervals were calculated for strength of association.

Results: Predictors of overall negative intrapartum care experience were lack of trust in midwives (OR 5,67; 99% CI 3,32-9,69), lack of availability of midwives (OR 4,77; 99% CI 2,25-10,11), lack of involvement in decision-making processes (OR 3,77; 99% CI 2,14-6,64), and insufficient pain relief (OR 2,99; 99% CI 1,81-4,94). Predictors of overall negative postpartum care experience were lack of trust in ward staff (OR 4,49; 99% CI 3,05-6,59), lack of availability (OR 3,13; 99% CI 1,86-5,26), insufficient practical support with feeding (OR 2,88; 99% CI 2,04-4,05), questions not answered understandably (OR 2,50; 99% CI 1,76-3,56), and insufficient postpartum pain relief (OR 2,2; 99% CI 1,62-2,98).

Conclusion: Trust in and availability of midwives are key dimensions of care quality from women's perspective. Woman-centred care should focus on quality and quantity of staff rather than on architectural environment, food and amenities.

Keywords: Intrapartum care, postpartum care, women's views.

seelische Gesundheit sowie die Beziehung zu ihrem Kind prägen [27]. Frauen, die die Geburt und die Betreuung in diesen Stunden als positiv erleben, gehen gestärkt daraus hervor, erleben den Beginn des neuen Lebensabschnitts zuversichtlicher [16] und berichten über eine bessere Lebensqualität [57]. Frauen mit negativer Geburtserfahrung sind nach der Geburt häufiger unsicher, besorgt oder sogar depressiv [56, 5]. Das wiederum hat Auswirkungen, wie Mutter und Kind zueinander finden und kann die weitere Entwicklung des Kindes beeinflussen [18, 39]. Eine als negativ oder traumatisch erlebte Geburt erhöht das Risiko einer posttraumatischen Belastungsstörung [1], ebenso wie das Risiko für Depressionen in [33] bzw. nach einer weiteren Schwangerschaft [32]. Die Qualität der Geburtserfahrung und -betreuung nimmt darüber hinaus Einfluss darauf, ob die Frau bereit ist, ein weiteres Kind zu bekommen [29, 51] und wenn ja, ob sie Angst vor der Geburt hat [30]

und ob sie es auf normalem Weg oder per geplantem Kaiserschnitt zur Welt bringen möchte [31, 37].

Ziele

Ziel der vorliegenden Analyse war es, zu untersuchen, welche Faktoren die Gesamterfahrung mit der Betreuung im Kreißaal einerseits und mit der Betreuung auf der Wochenbettstation andererseits beeinflussen.

Methode

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Sekundärdatenanalyse von Surveydaten, die im Rahmen des internen Qualitätsmanagements der jeweiligen Krankenhäuser erhoben wurden.

Instrument

Der den vorliegenden Daten zu Grunde liegende Fragebogen ist die validierte Übersetzung eines bestehenden Instruments [44]. Kernstück des Fragebogens sind 10 Gruppen mit 101 geschlossenen Fragen zu unterschiedlichen Themen des Klinikaufenthalts, mit denen Erfahrungen und Ereignisse abgefragt werden, die auf mögliche Problemlagen im Versorgungsprozess hinweisen. Die Themen folgen dabei weitgehend der Chronologie des Klinikaufenthalts: Aufnahme zur Geburt, Hebammen im Kreißaal, ärztliches Personal, Maßnahmen und Betreuung im Kreißaal, Betreuung auf der Wochenbettstation, Personal der Wochenbettstation, Entlassmanagement, Service & Komfort, Gesamteindruck sowie die erste Zeit zuhause. Darüber hinaus enthält das Instrument Fragen zur Person von Mutter und Kind, zu prä- und postpartal wahrgenommenen Betreuungsangeboten, zur geburtshilflichen Anamnese, zu Geburtsverlauf und Geburtsmodus sowie zur subjektiven Gesundheitseinschätzung (SF-1).

Zahl und Formulierung der vorgegebenen Antworten variieren je nach Fragestellung. Die Zahl der Antwortvorgaben reicht von zwei bis acht, die durchschnittliche Anzahl beträgt vier, auszuwählen war je Frage die zutreffendste Antwort. Bei den Fragen handelt es sich mehrheitlich um die Abfrage konkreter Ereignisse und Erfahrungen. Die Gefahr von Deckeneffekten ist bei diesem Fragetyp geringer als bei Urteilsfragen [14]. Dankbarkeitseffekte, Ja-Sage-Tendenzen, Angst vor persönlichen Nachteilen bei Kritik und Ähnliches werden reduziert [26, 49], objektive Problemlagen können besser erfasst werden [10]. Darüber hinaus liegt die Variabilität der Antworten höher als bei reinen Zufriedenheitsfragen [2, 36]. Gleichzeitig enthält der Fragebogen eine gewisse Anzahl von Urteilsfragen, da für bestimmte Vorgänge und Situationen eine Bewertung ausdrücklich erwünscht ist.

Datenerhebung

Die Erhebung der Primärdaten erfolgte in Form poststationärer, postalischer Befragungen. In Betracht gezogen wurden alle Wöchnerinnen, die ausgehend von einem Stichtag, in den vergangenen acht bis zwölf Wochen in der jeweiligen Klinik ein lebendes Kind geboren hatten, 18 Jahre alt waren und eine Aufenthaltsdauer von mindestens zwei Nächten aufwiesen. Zur Maximierung der Rücklaufquote wurden zwei Nachfassaktionen im Abstand von jeweils 14 Tagen durchgeführt [19]. Die Fragebögen waren mit einem Code versehen, der die Zuordnung zur jeweiligen Klinik sowie zur Adresse der Wöchnerin erlaubte, um einen selektiven Versand der Erinnerungsschreiben zu ermöglichen. Die Liste der Zuordnung von Code und Wöchnerin verblieb in der jeweiligen Klinik und wurde nach Abschluss

der Befragung vernichtet. Die ausgefüllten Fragebögen gingen in dem beiliegenden vorfrankierten Rückumschlag direkt an das auswertende Institut, um eine räumliche Trennung von ausgefülltem Fragebogen und Codeliste zu gewährleisten. Die Fragebögen wurden nach Abschluss der Dateneingabe vernichtet.

Im Anschreiben wurde ausdrücklich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie eine vertrauliche Behandlung der Angaben hingewiesen. Krankenhäusern ist es möglich, patientenbezogene Daten im Rahmen des internen Qualitätsmanagements (QM) ohne vorherige explizite Einwilligung der Patienten zu nutzen. Patient/innen erklären sich innerhalb des bei Aufnahme geschlossenen Behandlungsvertrages mit der Nutzung ihrer Daten für das interne QM einverstanden.

Da der Versand über die Klinik erfolgte, der Fragebogen direkt an das auswertende Institut geschickt wurde und sowohl das Anschreiben als auch der Fragebogen deutlich sichtbare Hinweise auf die Freiwilligkeit der Teilnahme enthielten, war ein vorheriges Einholen eines schriftlichen Einverständnisses der Wöchnerinnen nicht erforderlich. Die Rücksendung des Fragebogens kann in diesem Fall als Einverständnis zur Teilnahme betrachtet werden.

Datenanalyse

Zur Prüfung von Gruppenunterschieden wurden Kreuztabellen erstellt, Unterschiede in den Anteilen mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests berechnet, zur Prüfung der Einflussstärke der Kontingenzkoeffizient Cramers V herangezogen sowie das relative Risiko einschließlich des zugehörigen 99%-Konfidenzintervalls für die jeweilige Gruppenzugehörigkeit ermittelt. Zur Analyse des Einflusses möglicher Prädiktoren auf die Gesamterfahrung mit der Betreuung im Kreißaal bzw. auf der Wochenbettstation wurde eine binäre logistische Regression (Einschlussmethode) gewählt. Als Prädiktoren gingen die in der vorgeschalteten bivariaten Analyse signifikanten Prädiktoren ein. Die intra- bzw. postpartale Gesamterfahrung wurde als abhängige Variable in das jeweilige Modell aufgenommen. Die jeweils fünfstufige Antwortskala der beiden Fragen wurde für die Analyse dichotomisiert, die Ausprägungen ‚Ausgezeichnet‘, ‚Sehr gut‘ und ‚Gut‘ wurden zur Kategorie ‚Positiv‘ zusammengefasst, die Ausprägungen ‚Mittelmäßig‘ und ‚Schlecht‘ zur Kategorie ‚Negativ‘.

Zur Beurteilung des Anteils der durch das Modell erklärten Varianz der intra- bzw. postpartalen Gesamterfahrung wurde Nagelkerke's R^2 herangezogen. Zur Bestimmung der Stärke des Zusammenhangs zwischen den Prädiktoren und den jeweiligen abhängigen Variablen wurden Odds Ratios berechnet. Das Signifikanzniveau wurde mit $\alpha \leq 0,001$ festgelegt. Die Auswertungen erfolgten mit den Statistikprogrammen IBM SPSS Statistics 22.

Ergebnisse

Teilnehmerinnen

Ausgewertet wurden die Rückmeldungen von 9.597 Wöchnerinnen, die zwischen 2015 und 2017 an insgesamt 121 Befragungen in 77 verschiedenen geburtshilflichen Abteilungen teilgenommen hatten. Da einige der Abteilungen einen engeren als dreijährigen Befragungsturnus haben, liegt die Zahl der Befragungen (121) höher als die der Abteilungen (77). Die durchschnittliche Rücklaufquote lag bei 48 % (range: 23 % bis 86 %), was für postalische Befragungen ein gutes

Ergebnis darstellt und damit die Voraussetzung für eine aussagekräftige Datengrundlage schafft [11].

Die soziodemografischen und anamnestischen Merkmale der Wöchnerinnen sowie die Krankenhausgröße können der Tabelle 1 entnommen werden.

Tabelle 1: Soziodemografische und anamnestische Merkmale der Wöchnerinnen und Krankenhausgröße

	Studienpopulation % (n)
Alter	
Bis 30 Jahre	34,3 (3290)
31-35 Jahre	38,0 (3643)
Älter als 35 Jahre	18,0 (1717)
k.A. ^a	6,3 (608)
Schulabschluss	
Hauptschule und weniger	13,9 (1332)
Mittlere Reife	28,3 (2714)
Abitur	14,0 (1345)
FH-/Hochschulabschluss	37,7 (3622)
k.A.	6,1 (584)
Parität	
Erstgebärende	54,5 (5230)
Mehrgebärende	44,5 (4275)
k.A.	1,0 (92)
Subjektive Gesundheitseinschätzung	
Gut	62,3 (5979)
Beeinträchtigt	35,8 (3435)
k.A.	1,9 (183)
Präpartaler Klinikaufenthalt	
Nein	63,2 (6070)
Ja	19,9 (1906)
k.A.	16,9 (1621)
Teilnahme Geburtsvorbereitungskurs	
Ja	52,6 (5044)
Nein	35,7 (3426)
k.A.	11,7 (1127)
Erste Schwangerenvorsorgeuntersuchung	
Bis zur 12.SSW	67,1 (6439)
Nach der 12.SSW	14,0 (1342)
k.A.	18,9 (1816)
Schwangerenvorsorge durch	
Frauenarzt/Frauenärztin	73,5 (7034)
Hebamme & Frauenarzt/Frauenärztin	8,5 (817)
k.A.	18,0 (1724)
Geburtsmodus	
Vaginale Geburt	56,4 (5412)
Geplante Sectio	13,3 (1273)
Ungeplante Sectio	16,6 (1594)
k.A.	13,7 (1318)
Frühgeburt (< 37+0 SSW)	
Nein	88,9 (8530)
Ja	9,4 (898)
k.A.	1,8 (169)
Krankenhausgröße	
Bis 600 Geburten/Jahr	11,3 (1081)
601-1000 Geburten/Jahr	27,7 (2660)
1001-2000 Geburten/Jahr	42,3 (4056)
< 2000 Geburten/Jahr	18,8 (1800)

^a k.A. = keine Angabe

Gesamterfahrung

Insgesamt beurteilen drei Viertel (75 %) der befragten Wöchnerinnen die Betreuung im Kreißaal insgesamt als sehr gut oder ausgezeichnet und nur ein sehr kleiner Teil (7 %) als mittelmäßig oder schlecht (siehe Abbildung 1).

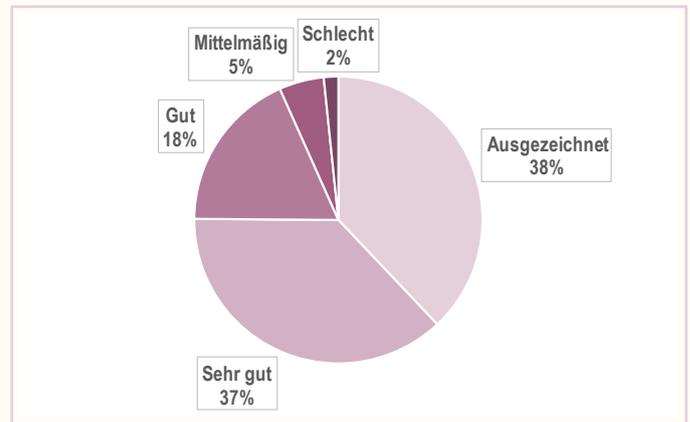


Abbildung 1: Gesamterfahrung mit der Betreuung im Kreißaal

Das Gesamturteil der Wöchnerinnen für die Betreuung auf der Wochenbettstation fällt etwas kritischer aus. Hier beurteilt fast jede sechste Wöchnerin (13 %) die Betreuung insgesamt als mittelmäßig oder schlecht (siehe Abbildung 2).

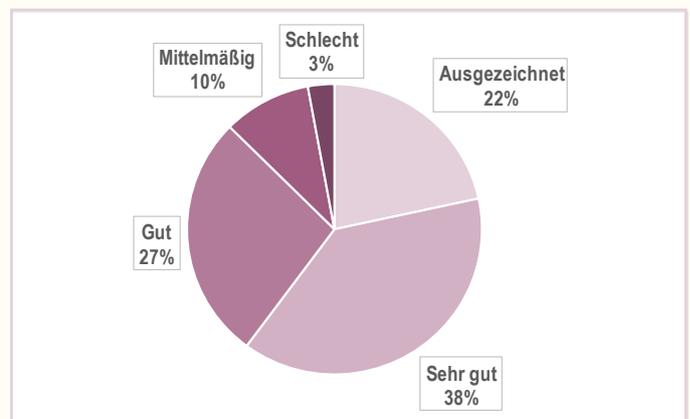


Abbildung 2: Gesamterfahrung auf der Wochenbettstation

Prädiktoren der Betreuungserfahrung

Auf Basis der verfügbaren Literatur wurden folgende Variablen als potenzielle Einflussfaktoren in der bivariaten Analyse auf ihre Eignung für die Aufnahme in das multivariate Modell geprüft, die mit einem Stern versehenen Variablen wurden in der anschließenden multivariaten Analyse wegen fehlender signifikanter Zusammenhänge mit der Gesamterfahrung ausgeschlossen: mütterliches Alter, Schulabschluss*, Parität, präpartaler Klinikaufenthalt*, Geburtsmodus, Frühgeburt*, Krankenhausgröße, maßgebliche Betreuungsperson in der Schwangerenvorsorge*, Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs*, postpartale Verlegung des Kindes*, subjektive Gesundheitseinschätzung, Anzahl der zuständigen Hebammen, Verfügbarkeit der

Hebamme, Vertrauen in die Hebamme, Einbindung in Entscheidungsfindungsprozesse, Eingehen der Hebamme auf Ängste/Befürchtungen sowie adäquate intrapartale Schmerzlinderung.

Das Gesamtmodell weist eine erklärte Varianz von 48 % mit einem Gesamtprozentsatz richtiger Fälle von 94 % auf. Damit ist die Modellgüte als gut zu bewerten [3]. In der multivariaten Analyse erwiesen sich ausschließlich Variablen mit einem Bezug zur Interaktion mit den Hebammen als signifikante Prädiktoren. Fehlt das Vertrauen in die betreuende Hebamme, ist die Wahrscheinlichkeit für eine negative Betreuungserfahrung mehr als fünfeinhalbmal so hoch im Vergleich zu Frauen, die eine vertrauensvolle Beziehung zu ihrer Hebamme aufbauen konnten (Odds Ratio (OR) 5,67; 99 % Konfidenzintervall (KI) 3,32-9,69). Eine negative Betreuungserfahrung ist darüber hinaus wahrscheinlicher, wenn die Hebamme nicht verfügbar war, wenn es aus Sicht der Gebärenden erforderlich gewesen wäre (OR 4,77; 99 % KI 2,25-10,11), wenn die Frau nicht in angemessener Form in Entscheidungsfindungsprozesse eingebunden wurde (OR 3,77; 99 % KI 2,14-6,64) und wenn Schmerzen nicht adäquat begegnet wurde (OR 2,99; 99 % KI 1,81-4,94) (siehe Tabelle 2).

Tab. 2 Prädiktoren der Betreuungserfahrung im Kreißaal^a

	OR ^b	99% KI ^c	Sig.
Vertrauen in Hebamme(n)			
Ja			
Nein	5,67	3,32-9,69	<0,001
Hebamme(n) immer da, wenn gebraucht			
Ja			
Nein	4,77	2,25-10,11	<0,001
Einbindung in Entscheidungsfindungsprozesse			
Ja			
Nein	3,77	2,14-6,64	<0,001
Ausreichende intrapartale Schmerzlinderung			
Ja			
Nein	2,99	1,81-4,94	<0,001
Hebamme(n) gehen auf Ängste und Befürchtungen ein			
Ja			
Nein	1,55	0,85-2,83	0,06
Eine Hebamme zuständig			
Ja			
Nein	0,94	0,58-1,54	0,76
Alter			
18-30 Jahre			
30-35 Jahre	0,92	0,55-1,54	0,67
> 35 Jahre	0,5	0,24-1,01	0,01
Parität			
Erstgebärende			
Mehrgebärende	1,13	0,67-1,91	0,54
Subjektive Gesundheitseinschätzung			
Gut			
Beeinträchtigt	1,1	0,68-1,77	0,63
Geburtsmodus			
Vaginale Geburt			
Geplante Sectio	1,27	0,59-2,75	0,43
Ungeplante Sectio	1,2	0,70-2,07	0,38
Krankenhausgröße			
Bis 600 Geburten/Jahr			
601-1000 Geburten/Jahr	0,81	0,35-1,90	0,53
1001-2000 Geburten/Jahr	0,86	0,38-1,93	0,62
> 2000 Geburten/Jahr	0,97	0,42-2,28	0,93

Kursiv: Referenzkategorie

a Referenzkategorie: negative Betreuungserfahrung

b Adjustierte Odds Ratio (adjustiert für Alter, Parität, Geburtsmodus, subjektive Gesundheitseinschätzung, Krankenhausgröße)

c Konfidenzintervall

Prädiktoren der Betreuungserfahrung auf der Wochenbettstation

Für die Betreuungserfahrung auf der Wochenbettstation wurden folgende Variablen als potenzielle Einflussfaktoren in der bivariaten Analyse auf ihre Eignung für die Aufnahme in das multivariate Modell geprüft, die mit einem Stern versehenen Variablen wurden in der anschließenden multivariaten Analyse wegen fehlender signifikanter Zusammenhänge mit der Gesamterfahrung ausgeschlossen: mütterliches Alter, Schulabschluss*, Parität, präpartaler Klinikaufenthalt*, Geburtsmodus, Frühgeburt*, Krankenhausgröße, maßgebliche Betreuungsperson in der Schwangerenvorsorge*, Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs*, postpartale Verlegung des Kindes*, subjektive Gesundheitseinschätzung, mit dem Kind verbrachte Zeit, geplante Ernährungsweise des Kindes, praktische Unterstützung bei der Ernährung des Kindes, einheitliche Informationen zur Ernährung des Kindes, adäquate postpartale Schmerzlinderung, verständliche Erklärung von Untersuchungsergebnissen, verständliche Antworten auf wichtige Fragen, Vertrauen in das Stationspersonal, Verfügbarkeit des Stationspersonals, Informationen über die Ernährung des Kindes, über Bluttests, Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, über Babypflege, über mögliche zuhause zu beachtende Krankheitszeichen bei Mutter und Kind sowie über die Wiederaufnahme der Alltagsaktivitäten.

Das Gesamtmodell weist eine erklärte Varianz von 51 % mit einem Gesamtprozentsatz richtiger Fälle von 86 % auf. Damit ist die Modellgüte als sehr gut zu bewerten [3]. Auch in diesem Modell erwiesen sich ausschließlich Variablen mit einem Bezug zur Interaktion mit den betreuenden Pflegekräften/Hebammen als signifikante Prädiktoren. Für eine positive Gesamterfahrung sind auch auf der Wochenbettstation das Vertrauen in und die individuell angepasste Verfügbarkeit der Pflegekräfte/Hebammen von zentraler Bedeutung. Bei fehlendem Vertrauen steigt die Wahrscheinlichkeit einer negativen Betreuungserfahrung um das Viereinhalbfache (OR 4,49; 99 % KI 3,05-6,59), bei mangelnder Verfügbarkeit um gut das Dreifache (OR 3,13; 99 % KI 1,86-5,26). Weitere wichtige Faktoren sind die praktische Unterstützung bei der Ernährung des Kindes (OR 2,88; 99 % KI 2,04-4,05) sowie die verständliche Beantwortung wichtiger Fragen (OR 2,50; 99 % KI 1,76-3,56). Auch nach der Geburt erhöht eine inadäquate Schmerzlinderung das Risiko einer negativen Betreuungserfahrung (OR 2,2; 99% KI 1,62-2,98) (siehe Tabelle 3).

Diskussion

Datenbasis

Die vorliegende Analyse basiert auf den Rückmeldungen von mehr als 9.500 Wöchnerinnen. Die poststationäre, postalische Abfrage von Erfahrungen und Ereignissen gilt als zuverlässige Methode zur Erhebung der subjektiv wahrgenommenen Versorgungsqualität [17] und die durchschnittliche Rücklaufquote von 48% untermauert zusätzlich die Belastbarkeit der Datenbasis [11].

Gesamterfahrung

Die mehrheitlich positiven Gesamterfahrungen mit der Betreuung im Kreißaal sind mit einer gewissen Vorsicht zu interpretieren. Das Phänomen, dass ein gutes Gesamturteil abgegeben wird, obwohl bei genauerer Nachfrage an vielen Stellen Handlungsbedarf gesehen wird, zeigt sich in vergleichbaren Befragungen immer wieder [10, 42, 45]. Bei

Tabelle 3 Prädiktoren der Betreuungserfahrung auf der Wochenbettstation^a

	OR ^b	99% KI ^c	Sig.
Vertrauen in Hebammen/Pflegekräfte			
Ja			
Nein	4,49	3,05-6,59	<0,001
Hebammen/ Pflegekräfte immer da, wenn gebraucht			
Ja			
Nein	3,13	1,86-5,26	<0,001
Praktische Unterstützung bei Ernährung des Kindes			
Ja			
Nein	2,88	2,04-4,05	<0,001
Verständliche Antworten auf wichtige Fragen			
Ja			
Nein	2,5	1,76-3,56	<0,001
Ausreichende postpartale Schmerzlinderung			
Ja			
Nein	2,2	1,62-2,98	<0,001
Ausreichende Information zur Ernährung des Kindes			
Ja			
Nein	1,48	0,97-2,27	0,02
Einheitliche Information zur Ernährung des Kindes			
Ja			
Nein	0,92	0,57-1,48	0,64
Ausreichende Information zur Babypflege			
Ja			
Nein	1,32	0,85-2,03	0,1
Verständliche Erklärung der Untersuchungen beim Kind			
Ja			
Nein	1,22	0,89-1,67	0,11
Ausreichende Information über Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten			
Ja			
Nein	1,2	0,73-1,97	0,34
Verständliche Aufklärung über mögliche Krankheitszeichen bei Mutter und Kind nach der Entlassung			
Ja			
Nein	1,17	0,70-1,95	0,44
Ausreichende Information zu Bluttests, Untersuchungen und Impfungen			
Ja			
Nein	0,89	0,62-1,26	0,38
Ausreichend Zeit mit Kind verbracht			
Ja			
Nein	1,2	0,82-1,77	0,22
Vor der Geburt für Stillernährung entschieden			
Ja			
Nein	1,34	0,87-2,07	0,08
Alter			
18-30 Jahre			
30-35 Jahre	0,93	0,67-1,28	0,56
> 35 Jahre	0,98	0,65-1,50	0,92
Parität			
Erstgebärende			
Mehrggebärende	0,95	0,68-1,33	0,68
Subjektive Gesundheitseinschätzung			
Gut			
Beeinträchtigt	1,18	0,88-1,59	0,14
Geburtsmodus			
Vaginale Geburt			
Geplante Sectio	1,24	0,82-1,88	0,18
Ungeplante Sectio	1,2	0,84-1,72	0,18
Krankenhausgröße			
Bis 600 Geburten /Jahr			
601-1000 Geburten/Jahr	0,85	0,45-1,63	0,52
1001-2000 Geburten/Jahr	1,62	0,88-3,00	0,04
> 2000 Geburten/Jahr	1,59	0,83-3,07	0,07

Kursiv: Referenzkategorie

a Referenzkategorie: negative Betreuungserfahrung

b Adjustierte Odds Ratio (adjustiert für Alter, Parität, subjektive Gesundheitseinschätzung, Geburtsmodus, Krankenhausgröße, vor der Geburt für Stillen entschieden, Vertrauen in Personal, Verfügbarkeit des Personals, ausreichend Zeit mit Kind verbracht, praktische Unterstützung bei Ernährung des Kindes, Verständlichkeit der Antworten auf Fragen, postpartale Schmerzlinderung, ausreichende Information zu: Ernährung des Kindes, zur Babypflege, zur Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten, zu kindlichen Tests/Untersuchungen/Impfungen, einheitliche Information zur Ernährung des Kindes, verständliche Erklärung zu: Untersuchungen beim Kind, Gefahrsymptomen bei Mutter/Kind)

c Konfidenzintervall

Patienten wird davon ausgegangen, dass Dankbarkeitseffekte, Effekte der sozialen Erwünschtheit, Sorge über persönliche Nachteile bei Kritik u.ä. die Gesamtbeurteilung in Richtung eines positiven Urteils verzerren [15]. Diese Einflüsse werden auch für die Geburtshilfe diskutiert [50]. Bei Wöchnerinnen kommt darüber hinaus noch der so genannte Halo-Effekt hinzu: die Erleichterung, die Geburt überstanden zu haben, sowie die überwältigende Freude über die Geburt eines gesunden Kindes können dazu beitragen, negative Erfahrungen und Erlebnisse und damit Kritik im Allgemeinen sowie an den betreuenden Fachpersonen in den Hintergrund treten zu lassen [34, 52]. Insbesondere wenn es im Geburtsverlauf zu Situationen kam, in denen das Wohlergehen von Mutter und Kind als gefährdet dargestellt bzw. wahrgenommen wurde, tendieren Wöchnerinnen dazu, den guten Ausgang als maßgeblichen ‚Verdienst‘ der betreuenden Fachpersonen zu sehen [40, 48]. Auch die Verdrängung negativer Erlebnisse als eine erste Trauerreaktion, wenn sich Hoffnungen und Wünsche an den Geburtsverlauf nicht erfüllt haben, kann die Beurteilung der Betreuungserfahrung nach der Geburt verzerren [23].

Die Betreuung auf der Wochenbettstation wird in der Gesamtschau kritischer erlebt als die Betreuung im Kreißaal, ein Umstand, der sich auch in anderen Studien zeigt [6, 9, 53]. Der Vergleich der beiden Bereiche ist jedoch nur bedingt richtungsweisend, da die Betreuung im Kreißaal in einer akuten und potenziell lebensbedrohlichen Situation stattfindet und der Halo-Effekt die Bewertung überlagern kann. Der Charakter der postnatalen Betreuung hingegen ist diffuser, der emotionale Zustand der Wöchnerin ein anderer und die Erinnerung an die eigene Erschöpfung sowie die neuen Anforderungen der Mutterschaft können die Beurteilung beeinflussen [53]. Gleichwohl sollte sich die Betreuung in beiden Bereichen an den Bedürfnissen der Frauen orientieren und die bestmögliche Betreuungserfahrung gewährleisten.

Prädiktoren der Betreuungserfahrung im Kreißaal

Die vorliegenden Analysen zeigen, dass eine positive intrapartale Betreuungserfahrung maßgeblich dadurch begünstigt wird, wenn es gelingt, eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Gebärender und Hebamme aufzubauen. Dies konnte bereits in zahlreichen anderen Untersuchungen gezeigt werden [23, 24]. Im Zuge der Diskussion um die 1:1-Betreuung im Kreißaal ist das Ergebnis interessant, dass weniger die kontinuierliche Betreuung durch eine bestimmte Hebamme die Betreuungserfahrung beeinflusst, als vielmehr, dass die betreuende Hebamme stets verfügbar ist, wenn sie gebraucht wird. Ein ähnlicher Hinweis findet sich in einer Untersuchung von Knappe et al., die keinen Zusammenhang zwischen einer konkreten Anzahl der durch eine Hebamme zu betreuender Frauen und dem Geburtsmodus nachweisen konnten, jedoch eine Korrelation zwischen Geburtsmodus und der durch die Hebamme sub partu geleisteten unterstützenden Maßnahmen sowie mit der Zufriedenheit der Gebärenden mit der Anwesenheit der Hebamme [25]. Auch dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass möglicherweise nicht die rein quantitative 1:1-Betreuung das ausschlaggebende Kriterium für eine gute Betreuungserfahrung ist, sondern die Anwesenheit der richtigen Person über die richtige Zeitspanne am richtigen Ort.

Darüber hinaus ist für die Gesamterfahrung wichtig, dass die intrapartale Betreuung so gestaltet wird, dass die Frau sich dem

Geburtsprozess und den Maßnahmen des Fachpersonals nicht ausgeliefert fühlt. Dies kann z.B. gelingen, indem sie stets in geeigneter Form über den Geburtsverlauf und/oder geplante Interventionen informiert sowie in anfallende Entscheidungen eingebunden wird [16, 54]. Dabei ist es weniger wichtig, dass die Frau die Entscheidung tatsächlich mittrifft, sondern viel mehr die Art und Weise wie mit ihr kommuniziert wird [7]. In der vorliegenden Analyse erhöht eine mangelnde Einbindung das Risiko für eine negative Betreuungserfahrung um mehr als das Dreieinhalbfache.

Der Geburtsschmerz wurde lange Zeit als maßgeblich im Zusammenhang mit einer guten Geburtserfahrung gesehen [55]. Mittlerweile konnte gezeigt werden, dass Schmerz zwar unausweichlich zu einer Geburt gehört und die Erfahrung trüben kann, das Erleben starker Schmerzen jedoch nicht zwangsläufig gleichbedeutend mit einer insgesamt negativen Geburtserfahrung ist [7, 38, 52, 54]. Auch die vorliegenden Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine angemessene intrapartale Schmerzlinderung mit der Qualität der Betreuungserfahrung verknüpft ist, jedoch weniger stark als die gelungene Interaktion mit der betreuenden Hebamme.

Prädiktoren der Betreuungserfahrung auf der Wochenbettstation

Zur Unterstützung nach der Geburt gehört die emotionale Unterstützung der Wöchnerin in Form einer aufmerksamen, respektvollen, zugewandten und geduldigen Begleitung, die den Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung fördert und das Vertrauen der Wöchnerin in ihre Fähigkeit zur Bewältigung der neuen Aufgaben unterstützt. Vor diesem Hintergrund erscheint es plausibel, dass auch für die Betreuungserfahrung auf der Wochenbettstation das Vertrauen in die Pflegekräfte/Hebammen sowie ihre individuell angepasste Verfügbarkeit von maßgeblichem Einfluss sind. In der Literatur finden sich ebenfalls Hinweise, dass eine unzureichende emotionale Unterstützung, fehlendes Verständnis und mangelnde Einfühlbarkeit der betreuenden Fachkräfte die stärksten Prädiktoren für Unzufriedenheit mit der postnatalen Betreuung darstellen [4, 6, 34, 53].

Den drittichtigsten Prädiktor einer guten postpartalen Betreuungserfahrung ist in der vorliegenden Analyse die praktische Unterstützung bei Ernährung des Kindes. Auch dieses Ergebnis wird durch die Literatur gestützt, in der sich zahlreiche Hinweise finden, dass Wöchnerinnen neben der Beratung und Information vor allem auch praktische Unterstützung insbesondere beim Stillen wünschen [6, 53], nicht zuletzt weil ihnen heute oftmals Vorbilder für eine selbstverständliche, erfolgreiche Stillverfahren fehlen.

Die Tatsache, dass zwar die verständliche Beantwortung wichtiger Fragen einen Prädiktor für die postpartale Betreuungserfahrung darstellt, nicht aber die verschiedenen spezifischen Informationen, könnte ein Hinweis darauf sein, dass individuell angepasste Informationen für die Frauen wichtiger sind als ein umfassender Überblick über die Vielzahl an Themen im Zusammenhang mit der ersten Zeit nach der Geburt. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der zunehmend kürzeren Verweildauer erscheint es daher sinnvoll, eher eine geeignete häusliche Nachbetreuung sicher zu stellen und diese Schnittstelle effektiv zu gestalten.

Schließlich weist die vorliegende Analyse darauf hin, dass auch die postpartale Schmerzlinderung für die Gesamterfahrung von Bedeutung

ist, ein Thema, das in der Forschung nach wie vor wenig Aufmerksamkeit erfährt. Einen Hinweis, dass dieses Thema für die Wöchnerinnen relevant ist, geben zwei qualitative Untersuchungen, in denen die mangelnde Beachtung der Linderung von Schmerzen nach der Geburt ebenfalls als Kritikpunkt von Frauen benannt wurde [22, 35]. In einer prospektiven multizentrischen Längsschnittstudie zeigte sich, dass fast alle Frauen 36 Stunden nach der Geburt Schmerzen angaben, starke akute Schmerzen hatten 11 % der Wöchnerinnen. Die empfundene Intensität der Schmerzen in den ersten Stunden nach der Geburt war ein unabhängiger Prädiktor für persistierende Schmerzen und das Auftreten einer postpartalen Depression acht Wochen nach der Geburt [21].

Limitationen

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass die für die vorliegende Analyse verwendeten Daten nicht primär zum Zweck des möglichen Einflusses bestimmter Aspekte auf die Gesamterfahrung erhoben wurden. Das Untersuchungsdesign der postalischen Befragung mit zwei Erinnerungsschreiben hat zu guten Rücklaufquoten geführt, dennoch ist bei der Übertragung der Ergebnisse die für dieses Design typische Unterrepräsentierung von Frauen jüngeren Alters, mit niedrigerem Bildungsabschluss sowie eingeschränkten Deutschkenntnissen zu berücksichtigen [8, 12]. Generell gilt, dass es im Rahmen eines Querschnittsdesigns zwar möglich ist, Zusammenhänge und Einflussfaktoren zu ermitteln, Kausalbeziehungen jedoch lassen sich nicht ableiten, sie können nur im klinischen Kontext und vor dem Hintergrund der verfügbaren Evidenzen interpretiert werden.

Schlussfolgerung

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass die Mehrzahl der Wöchnerinnen über eine positive intra- und postpartale Betreuungserfahrung berichtet. Gleichwohl müssen diese sehr positiven Gesamterfahrungen im Lichte der Forschungsergebnisse zu Deckeneffekten bei Globalfragen im Zusammenhang mit Patientenerfahrungen gesehen werden. Entscheidende Prädiktoren für eine positive Gesamterfahrung sind sowohl im Kreißaal als auch auf der Wochenbettstation eine vertrauensvolle Interaktion mit den Hebammen und Pflegekräften sowie deren verlässliche Verfügbarkeit, wenn die Situation es aus Sicht der Frauen erfordert. Vertrauen und individuell angepasste Verfügbarkeit stellen damit Schlüsselkategorien für die Qualität der geburtshilflichen Versorgung aus Sicht der Frauen dar. Kliniken haben in den letzten Jahren viel in die Weiterentwicklung der baulichen Rahmenbedingungen und den Ausbau der Service- und Hotelleistungen investiert, das Personal hingegen hat immer mehr Aufgaben bei gleichbleibendem oder sogar weniger Kapazitäten zu erfüllen. Angesichts dieser Situation stellen die Ergebnisse einen deutlichen Hinweis für die Notwendigkeit eines Umdenkens in der geburtshilflichen Betreuung im Krankenhaus dar.

Die Ergebnisse überraschen nicht, Vergleichbares geht aus zahlreichen internationalen Untersuchungen der letzten Jahre immer wieder hervor. Vielmehr stimmt es nachdenklich, dass auch jüngste Zahlen immer noch auf Handlungsbedarf in diesem Bereich hinweisen [46, 47]. Damit ist auch nach mehr als 15 Jahren die Frage der renommierten Frauengesundheitsforscherin Beverly Chalmers aktuell, die fragt, wie oft noch nachgewiesen werden muss, was geburtshilflich Tätige sowohl aus Erfahrung, aber auch aus qualitativ hochwertigen Forschungs-

arbeiten seit vielen Jahrzehnten wissen: dass Betreuungszufriedenheit und gute klinische Outcomes für Mutter und Kind eng verknüpft sind mit einer einfühlsamen, respektvollen, ermutigenden, an den Bedürfnissen der Frau orientierten und möglichst interventionsarmen Betreuung [13].

Der Fokus weiterer Forschung sollte sich daher darauf richten, was getan werden muss, damit dieses Wissen tatsächlich auch den Frauen und ihren Kindern zu Gute kommt.

Institution: Dr. Katja Stahl, OptiMedis AG und Universität zu Lübeck

Interessenkonflikt: Die Autorin erklärt, dass kein finanzieller/materieller Interessenkonflikt vorliegt. Zum Zeitpunkt der Manuskripterstellung war sie Angestellte des Picker Instituts Deutschland, über das die Datenerhebung im Auftrag der Krankenhäuser erfolgte.

Review-Verfahren: Eingereicht am: 31.01.2018, angenommen am: 07.06.2018.

Kontakt: mail@katjastahl.de

Literatur:

1. Alcorn KL, O'Donovan A, Patrick JC, Creedy D, Devilly GJ. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychol Med.* 2010;40(11):1849-59. DOI: 10.1017/S0033291709992224
2. Aust B. Zufriedene Patienten? eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; 1994.
3. Backhaus K, Erichson B, Plinke W, Weiber R. *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung.* 10. Aufl. Berlin: Springer Verlag; 2003.
4. Beake S, Rose V, Bick D, Weavers A, Wray J. A qualitative study of the experiences and expectations of women receiving in-patient postnatal care in one English maternity unit. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2010;10:70. DOI: 10.1186/1471-2393-10-70
5. Bell AF, Andersson E. The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery.* 2016;39:112-23. DOI: 10.1016/j.midw.2016.04.014.
6. Brown SJ, Davey MA, Bruinsma FJ. Women's views and experiences of postnatal hospital care in the Victorian Survey of Recent Mothers 2000. *Midwifery.* 2005;21:109-26.
7. Brown S, Lumley J. Satisfaction with care in labor and birth: A survey of 790 Australian women. *Birth.* 1994;21:4-13.
8. Brown S, Lumley J. The 1993 Survey of Recent Mothers: issues in survey design, analysis and influencing policy. *Int J Qual Health Care.* 1997;9(4):265-75.
9. Bruinsma F, Brown S, Darcy MA. Having a baby in Victoria 1989-2000: women's views of public and private models of care. *Aust N Z J Public Health.* 2003; 27(1):20-6. DOI: 10.1111/j.1467-842X.2003.tb00375.x
10. Bruster S, Jarman B, Bosanquet N, Westson D, Erens R, Delbanco TL. National survey of hospital patients. *BMJ.* 1994;309:1542-9.
11. Carey RG. How to choose a Patient Survey System. *Joint Comm J Qual Improv.* 1999;25:20-5.
12. Cartwright A. Who responds to postal questionnaires? *J Epidemiol Community Health.* 1986;40(3):267-73.
13. Chalmers B. How often must we ask for sensitive care before we get it? *Birth.* 2002;29(2):79-82.
14. Cleary PD, Fahs MC, McMullen W, Fulop G, Strain J, Sacks HS, et al. Using patient reports to assess hospital treatment of persons with AIDS: a pilot study. *AIDS Care.* 1992;4(3):325-32. DOI: 10.1080/09540129208253102
15. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess.* 2002;6(32):1-244.
16. Dahlberg U, Aune I. The woman's birth experience - the effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery.* 2013;29(4):407-15. DOI: 10.1016/j.midw.2012.09.006
17. Delnoij DM. Measuring patient experiences in Europe: what can we learn from the experiences in the USA and England? *Eur J Public Health.* 2009;19(4):354-6. DOI: 10.1093/eurpub/ckp105
18. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;28(2):CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub3
19. Dillman DA. The design and administration of mail surveys. *Ann Rev Sociol.* 1991;17:225-49. DOI: 10.1146/annurev.so.17.080191.001301
20. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open.* 2013; 3(1):e001570. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001570
21. Eisenach JC, Pan PH, Smiley R, Lavand'homme P, Landau R, Houle TT. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain.* 2008;140(1):87-94. DOI: 10.1016/j.pain.2008.07.011
22. Forster DA, McLachlan HL, Rayner J, Yelland J, Gold L, Rayner S. The early postnatal period: exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2008;8:27. DOI: 10.1186/1471-2393-8-27
23. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(5 Suppl Nature):S160-72.
24. Karlstrom A, Nystedt A, Hildingsson I. The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15:251. DOI: 10.1186/s12884-015-0683-0
25. Knape N, Mayer H, Schnepf W, zu Sayn-Wittgenstein F. The association between attendance of midwives and workload of midwives with the mode of birth: secondary analyses in the German healthcare system. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:300. DOI: 10.1186/1471-2393-14-300
26. Kohlmann T. Mindestanforderungen an Untersuchungs-Designs und Methoden. In: Ruprecht T, Hrsg. *Experten fragen - Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen. Konzepte, Methoden, praktische Beispiele.* St. Augustin: Asgard-Verlag; 1998. S.57-68.
27. Lundgren I, Karlsdóttir S, Bondas T. Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context: a secondary analysis. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2009;4:115-28. DOI: 10.1080/17482620802423414
28. Mahlzahl J, Wehner C. Von der Mengenorientierung zur qualitätsorientierten Kapazitätssteuerung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Hrsg. *Krankenhausreport 2013. Mengendynamik: Mehr Menge, mehr Nutzen?* Berlin: Schattauer Verlag; 2013.
29. Mollison J, Porter M, Campbell D, Bhattacharya S. Primary mode of delivery and subsequent pregnancy. *BJOG.* 2005;112(8):1061-1065. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2005.00651.x
30. Nilsson C, Lundgren I, Karlstrom A, Hildingsson I. Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: a longitudinal population-based study. *Women Birth.* 2012;25(3):114-21.
31. Pang MW, Leung TN, Lau TK, Hang Chung TK. Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study. *Birth.* 2008;35(2):121-8. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2008.00225.x
32. Righetti-Veltama M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord.* 1998;49(3):167-180.
33. Rubertsson C, Waldenström U, Wickberg B. Depressive mood in early pregnancy: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *J Reprod Inf Psychol.* 2003;21 [21]:113-23. DOI: 10.1080/0264683031000124073

34. Rudman A, El-Khouri B, Waldenström U. Women's satisfaction with intrapartum care – a pattern approach. *J Adv Nurs*. 2007;59(5):474-87. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04323.x
35. Rudman A, Waldenström U. Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:178. DOI:10.1186/1472-6963-7-178
36. Ruprecht TM. Patientenbefragungen. In: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Hrsg. *Handbuch für Netzberater*. Köln: Kassenärztliche Bundesvereinigung; 2001. S.91-110.
37. Ryding EL, Lukasse M, Parys AS, Wangel AM, Karro H, Kristjansdóttir H, et al. Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries. *Birth*. 2015;42(1):48-55. DOI: 10.1111/birt.12147
38. Salmon P, Drew NC. Multidimensional assessment of women's experience of childbirth: relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history. *J Psychosom Res*. 1992;36(4):317-327. DOI: 10.1016/0022-3999(92)90068-D
39. Schäfers R. Einfluss des Geburtserlebens auf die subjektive Gesundheitseinschätzung von Frauen. *Z Hebammenwiss* 2015;2:Doc02. DOI: 10.3205/zhwi000005
40. Seguin L, Therrien R, Champagne F, Larouche D. The components of women's satisfaction with maternity care. *Birth*. 1989;16(3):109-13.
41. Simkin P. Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth*. 1991;18(4):203-10.
42. Sofaer S, Firminger K. Patient perceptions of the quality of health services. *Ann Rev Public Health*. 2005;26:513-59. DOI: 10.1146/annurev.publhealth.25.050503.153958
43. Stahl K, Nadj-Kittler M. Neue Perspektiven: Wie die Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern die Qualität und Sicherheit im Krankenhaus verbessern. *Picker Report* 2014. Hamburg: Picker Institut Deutschland gGmbH; 2014.
44. Stahl K. Revalidierung eines Fragebogens zur Zufriedenheit von Wöchnerinnen mit der geburtshilflichen Klinik. *Psychother Psych Med*. 2010;60:358-367.
45. Stahl K, Nadj-Kittler M. Vertrauen braucht gute Verständigung. Erfolgreiche Kommunikation mit Kindern, Eltern und erwachsenen Patienten. *Picker Report* 2016. Hamburg: Picker Institut Deutschland gGmbH; 2016.
46. Stahl K, Nadj-Kittler M. Hohe Fallzahl - gute Geburt? *Picker Report* 2017. Hamburg: Picker Institut Deutschland gGmbH; 2017.
47. Stahl K. Arbeitssituation von angestellten Hebammen in deutschen Kreißsälen - Implikationen für die Qualität und Sicherheit der Versorgung. *ZEFQ*. 2016. DOI: 10.1016/j.zefq.2016.07.005
48. Sullivan DA, Beeman R. Satisfaction with maternity care: a matter of communication and choice. *Med Care*. 1982;20(3):321-30.
49. Trojan A. Warum sollen Patienten gefragt werden? Zu Legitimation, Nutzen und Grenzen patientenzentrierter Evaluation von Gesundheitsleistungen. In: Ruprecht T, Hrsg. *Experten fragen - Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen - Konzepte, Methoden, praktische Beispiele*. St. Augustin: Asgard-Verlag; 1998. S.15-30.
50. van Teijlingen E, Hundley V, Rennie AM, Graham W, Fitzmaurice A. Maternity satisfaction studies and their limitations: "What is, must still be best". *Birth*. 2003;30:75-82.
51. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*. 2004;31(1):17-27.
52. Waldenström U, Borg IM, Olsson B, Skold M, Wall S. The childbirth experience: a study of 295 new mothers. *Birth*. 1996;23(3):144-53.
53. Waldenström U, Rudman A, Hildingsson I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(5):551-60. DOI: 10.1080/00016340500345378
54. Waldenström U. Experience of labor and birth in 1111 women. *J Psychosom Res*. 1999;47(5):471-82.
55. Waldenström U, Nilsson CA. Experience of childbirth in birth center care. A randomized controlled study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1994;73(7):547-54.
56. Weisman O, Granat A, Gilboa-Schechtman E, Singer M, Gordon I, Azulay H, et al. The experience of labor, maternal perception of the infant, and the mother's postpartum mood in a low-risk community cohort. *Arch Womens Ment Health*. 2010;13(6):505-13. DOI: 10.1007/s00737-010-0169-z
57. Yeo JH, Chun N. Influence of childbirth experience and postpartum depression on quality of life in women after birth. *J Korean Acad Nurs*. 2013;43(1):11-9. DOI: 10.4040/jkan.2013.43.1.11

Fortsetzung von Seite 67

12. Mohale H, Sweet L, Graham K. Maternity health care: The experiences of Sub-Saharan African women in Sub-Saharan Africa and Australia. *Women Birth*. 2017;30(4):298-307. DOI: 10.1016/j.wombi.2016.11.011
13. Odent M. Oxytocin: Das scheinbare Hormon. *Deutsche Hebammenzeitschrift*. 2010;1:6-9.
14. Philpott RH, Castle WM. Cervicographs in the management of labour in primigravidae: II. The action line and treatment of abnormal labour. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth*. 1972;79(7):599-602.
15. Ramsayer B. Auswertung zur klinischen Geburtshilfe: Interventionen im Fokus. *Deutsche Hebammenzeitschrift*. 2011;6:58-62.
16. Ramsayer B. Die physiologische Geburt. In: Schwarz C, Stahl K, eds. *Hannover: Elwin Stauder Verlag*; 2013.
17. Sayn-Wittgenstein F. *Geburtshilfe neu denken*. Bern: Verlag Hans Huber; 2007.
18. UN: United Nations General Assembly. Gender, equity and human rights: Technical guidance in the application of a human rightsbased approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality. 2012 – A/HRC/21/22y. [Zugriff: 17.03.2018]. Verfügbar unter: http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf
19. Unicef: United Nations International Children's Emergency Fund. Maternal Mortality fell by almost half between 1990 and 2015. 2018. [Zugriff: 18.03.2018]. Verfügbar unter: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>
20. Walsh D. Care pathways and the latent phase of labour. *Br J Midwifery*. 2009;17(2). DOI: 10.12968/bjom.2009.17.2.39374
21. WHO: World Health Organisation. *Care in normal birth, a practical guide*. 1996 - WHO/FRH/MSM/96.24. [Zugriff: 20.1.2018]. Verfügbar unter: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_ger.pdf
22. WHO: World Health Organisation. *UN Sustainable Development Goals*. 2015. [Zugriff: 21.1.2018]. Verfügbar unter: <http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2015/un-sustainable-development-summit/en/>
23. WHO: World Health Organisation. *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: WHO Press; 2018.

Diagnostik und Betreuung während der Latenzphase zur Verbesserung der Geburtsergebnisse

Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, Nagata C, Mori R

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

Übersetzung durch Gabriele Krüger, MaS International Health

Hintergrund

Der Geburtsfortschritt in der Latenzphase ist normalerweise langsam und kann mit schmerzhaften Kontraktionen der Gebärmutter einhergehen. Frauen können sich in dieser Phase verunsichert fühlen und das Zutrauen in sich selbst verlieren.

Betreuungs- und Diagnostikmaßnahmen wurden in zwei bereits veröffentlichten Cochrane Reviews untersucht. Dieser Review aktualisiert und ersetzt die zwei vorausgegangenen Reviews.

Ziel

Ziel ist, die Auswirkung von Diagnostik- und Betreuungsmaßnahmen für Frauen in der Latenzphase auf die Geburtsdauer, die Rate der geburts-hilffichen Interventionen und auf andere Endpunkte für Mutter und Neugeborenes zu untersuchen.

Suchmethoden

Wir durchsuchten das Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register, ClinicalTrials.gov, die World Health Organization (WHO) International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) (31. Oktober 2016) und die Referenzlisten der gefundenen Studien.

Auswahlkriterien

Randomisiert kontrollierte und cluster-randomisierte Studien über jegliche Diagnostik- oder Betreuungsmaßnahmen in der Latenzphase der Geburt.

Datensammlung und Analyse

Zwei Review-Autoren untersuchten unabhängig voneinander die Studien auf Einschlussfähigkeit sowie das Risiko für Bias und extrahierten die Daten. Unterschiedliche Einschätzungen wurden durch Diskussion oder durch Hinzuziehen eines dritten Experten geklärt. Die Qualität der Evidenz wurde mithilfe des GRADE-Ansatzes beurteilt.

Hauptergebnisse

Wir schlossen fünf Studien mit 10.421 schwangeren Frauen und eine cluster-randomisierte Studie mit 2.183 Frauen ein. Die Studien wurden in Großbritannien, Kanada und Amerika durchgeführt und verglichen Interventionen in der Latenzphase mit der Standardbetreuung.

Wir untersuchten vier Vergleiche: Diagnostik der Latenzphase versus sofortige Krankenhausaufnahme, Hausbesuche durch Hebammen versus Standardbetreuung (telefonische Beratung), Eins-zu-Eins-Hebammenbetreuung versus Standardbetreuung sowie Aufnahme-diagnose anhand eines Algorithmus zur Beurteilung des Geburtsbeginns versus der üblichen Diagnostik im Krankenhaus. Da die Verblindung der Frauen und des Gesundheitsfachpersonals generell nicht möglich ist, haben die Studien ein moderates Risiko für Bias. Für wichtige Endpunkte bewerteten wir die Evidenz mit dem GRADE-Ansatz. Wir stufen die Evidenz herunter aufgrund von Einschränkungen im Studiendesign, bei unzureichender Präzision und in den

Fällen, in denen wir Metaanalysen durchführten aufgrund von Inkonsistenz.

Eine Studie mit 209 Frauen verglich Diagnostik der Latenzphase mit der direkten Aufnahme in das Krankenhaus. Die Dauer der Geburt von der Krankenhausaufnahme an war für Frauen in der Diagnostikgruppe verkürzt ((mittlere Differenz (MD) -5,20 Stunden, 95% Konfidenzintervall (KI) -7,06 bis -3,34; 209 Frauen, *niedrige Qualität der Evidenz*). Es gab keine klaren Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen hinsichtlich der Anzahl der Kaiserschnitte oder vaginal-operativen Entbindungen (Risiko-Verhältnis (RR) 0,72, 95% KI 0,30 bis 1,72, *sehr niedrige Qualität der Evidenz*; bzw. RR 0,86, 95% KI 0,58 bis 1,26, *sehr niedrige Qualität der Evidenz*). Über schwerwiegende mütterliche Morbidität wurde nicht berichtet. Frauen in der Gruppe mit einer Diagnostik der Latenzphase hatten etwas seltener eine Epiduralanästhesie oder Oxytocin zur Wehensteigerung (RR 0,87, 95% KI 0,78 bis 0,98, *niedrige Qualität der Evidenz*; bzw. RR 0,57, 95% KI 0,37 bis 0,86) und eine größere Zufriedenheit mit der Betreuung (MD 16,00, 95% KI 7,53 bis 24,47). Kein Kind wurde vor der Krankenhausaufnahme geboren und nur ein Neugeborenes hatte einen niedrigen Apgar-Wert fünf Minuten nach der Geburt (*sehr niedrige Qualität der Evidenz*). Über die Aufnahme auf eine neonatale Intensivstation wurde nicht berichtet.

Drei Studien untersuchten die Diagnostik und Hebammenbetreuung zuhause im Vergleich zu einer telefonischen Beratung. Eine Studie berichtete über die Geburtsdauer; Hausbesuche hatten gegenüber einer Standardbetreuung keinen klaren Einfluss (MD 0,29 Stunden, 95% KI -0,14 bis 0,72; 1 Studie, 3.474 Frauen, *niedrige Qualität der Evidenz*). Es gab keinen klaren Unterschied bei der Kaiserschnitttrate (RR 1,05; 95% KI 0,95 bis 1,17; 3 Studien, 5.170 Frauen; $I^2 = 0\%$; *moderate Qualität der Evidenz*) oder bei der vaginal-operativen Geburt (mittleres RR 0,95, 95% KI 0,79 bis 1,15; 2 Studien, 4.933 Frauen; $I^2 = 69\%$; *niedrige Qualität der Evidenz*). Eine Studie berichtete über eine Geburt vor der Ankunft im Krankenhaus; es gab keinen klaren Unterschied zwischen den beiden Gruppen (RR 1,33, 95% KI 0,30 bis 5,95; 1 Studie, 3.474 Frauen). Für schwere mütterliche Morbidität wurde kein klarer Unterschied festgestellt (RR 0,93, 95% KI 0,61 bis 1,42; 1 Studie, 3.474 Frauen; *niedrige Qualität der Evidenz*), gleiches gilt für die Epiduralanästhesie-Rate (mittleres RR 0,95, 95% KI 0,87 bis 1,05; 3 Studien, 5.168 Frauen; $I^2 = 60\%$; *niedrige Qualität der Evidenz*).

Es gab keinen klaren Unterschied bei der Aufnahme auf eine neonatale Intensivstation (mittleres RR 0,84, 95% KI 0,50 bis 1,42; 3 Studien, 5.170 Neugeborene; $I^2 = 71\%$; *sehr niedrige Qualität der Evidenz*), oder bei niedrigen Apgar-Werten fünf Minuten nach der Geburt (RR 1,19, 95% KI 0,71 bis 1,99; 3 Studien, 5.170 Neugeborene; $I^2 = 0\%$; *niedrige Qualität der Evidenz*).

Eine Studie (5.002 Frauen) untersuchte die Eins-zu-Eins Betreuung in der Latenzphase im Vergleich zur Standardbetreuung. Über die Dauer der Geburt wurde nicht berichtet.

Es gab keinen klaren Unterschied zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der Kaiserschnitttrate (RR 0,93, 95% KI 0,84 bis 1,02; 4.996 Frauen, *hohe Qualität der Evidenz*), der vaginal-operativen Geburt (RR 0,94, 95% KI 0,82 bis 1,08; 4.996 Frauen, *hohe Qualität der Evidenz*), oder schwerer mütterlicher Morbidität (RR 1,13, 95% KI 0,84 bis 1,52; 4.996 Frauen, *moderate Qualität der Evidenz*). Die Epiduralanästhesie-Rate war in beiden Gruppen ähnlich (RR 1,00, 95% KI 0,99 bis 1,01; 4.996 Frauen, *hohe Qualität der Evidenz*).

Bzüglich der Ergebnisse bei Neugeborenen gab es keinen klaren Unterschied zwischen den beiden Gruppen (Aufnahme auf eine Neugeborenenintensivstation: RR 0,98, 95% KI 0,80 bis 1,21; 4.989 Neugeborene, *hohe Qualität der Evidenz*; niedriger Apgar-Wert nach fünf Minuten: RR 1,07, 95% KI 0,64 bis 1,79; 4.989 Neugeborene, *moderate Qualität der Evidenz*).

Eine cluster-randomisierte Studie mit 2.183 Frauen untersuchte ein Verfahren zur Diagnostik des Geburtsbeginns, welches von Hebammen angewandt wurde, gegenüber einer üblichen Diagnostik. Es zeigten sich für die meisten der untersuchten Endpunkte keine klaren Unterschiede. Interventionen zur Wehensteigerung durch Oxytocin (risk

difference [RD] 0,3; 95% KI -9,2 bis 9,8), Epiduralanästhesie (RD 2,1; 95% KI -8,0 bis 12,2), vaginal-operative oder Kaiserschnittgeburten (Spontangeburt aus Schädellage RD -3,2, 95% KI -15,1 bis 8,7) waren nach Adjustierung der Baseline-Unterschiede zwischen den geburtshilflichen Einrichtungen ähnlich. Frauen in der Gruppe mit einer Diagnostik der Latenzphase wurden nicht so häufig beim ersten Kreißsaalkontakt stationär aufgenommen. Für die Endpunkte bei Neugeborenen gab es zwischen den Gruppen keine klaren Unterschiede.

Fazit der Autor/innen

Diagnostikverfahren und Betreuung in der Latenzphase haben keinen klaren Einfluss auf die Kaiserschnitttrate, vaginal-operative Entbindungen oder Geburt vor Erreichen des Krankenhauses. Allerdings legt die Evidenz nahe, dass diese Interventionen einen Einfluss darauf haben könnten, den Einsatz von Epiduralanästhesie zu reduzieren und die mütterliche Zufriedenheit mit der Betreuung zu steigern. Die Evidenz für die Verwendung von Oxytocin zur Wehensteigerung war uneinheitlich. Für die Wirksamkeit einer Diagnostik in der Latenzphase gegenüber einer direkten stationären Aufnahme war die Evidenz sehr eingeschränkt. Auf diesem Gebiet wird weitere Forschung benötigt.

Zitation des Cochrane Reviews:

Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, Nagata C, Mori R. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. Cochrane Systematic Review 2017: Issue 4. Art.No.: CD011516. DOI:10.1002/14651858.CD011516.pub2

Interventionen im Rahmen der Nachbesprechung zur Vorbeugung von psychologischen Traumata bei Frauen nach der Geburt

Bastos MH, Furuta M, Small R, McKenzie K, McHarg D, Bick D

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

Übersetzung durch Nina Peterwerth M.Sc.

Hintergrund

Eine Geburt ist ein komplexes Lebensereignis, das sowohl mit positiven als auch mit negativen psychologischen Reaktionen in Verbindung gebracht werden kann. Insbesondere wenn eine Geburt als traumatisch erlebt wird, kann dies einen negativen Einfluss auf das postnatale emotionale Wohlbefinden einer Frau haben. Die psychologischen Traumasymptome von Frauen nach einer Geburt, einschließlich des relativ seltenen Phänomens der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und des Nutzens von Interventionen im Rahmen der Nachbesprechung um dieser vorzubeugen, stehen zunehmend im Fokus. In diesem Review untersuchten wir die Evidenz für Nachbesprechungen als eine vorbeugende Intervention für psychologische Traumata nach einer Geburt.

Ziel

Beurteilung der Wirkung von Interventionen im Rahmen der Nachbesprechung im Vergleich zur postnatalen Standardbehandlung zur Vorbeugung von psychologischen Traumata bei Frauen nach einer Geburt.

Methodisches Vorgehen

Die Studienregister der Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group (CCDANCTR-References and CCDANCTR-Studies) und der Cochrane Pregnancy and Childbirth Group wurden bis zum 4. März 2015 durchsucht. Diese Register enthalten relevante randomisierte kontrollierte Studien aus den folgenden bibliographischen Datenbanken: Cochrane Library (alle Jahre bis heute), MEDLINE (1950 bis heute), EMBASE (1974 bis heute) und PsycINFO (1967 bis heute). Zusätzliche Suchen wurden in CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO und Maternity and Infant Care durchgeführt. Die Referenzlisten aller eingeschlossenen Studien wurden auf zusätzliche veröffentlichte Berichte und Zitate unveröffentlichter Forschung überprüft. Expert/innen auf diesem Gebiet wurden kontaktiert.

Auswahlkriterien

Wir schlossen randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) und quasi-randomisierte Studien ein, in denen postnatale Interventionen im Rahmen der Nachbesprechung mit der postnatalen Standardbehandlung zur Vorbeugung von psychologischen Traumata bei Frauen

nach einer Geburt verglichen wurden. Die Intervention bestand aus mindestens einer Sitzung als Intervention im Rahmen der Nachbesprechung, die zum Ziel hatte, es den Frauen zu ermöglichen, ihre Erfahrungen zu beschreiben und ihre emotionale Reaktion auf diese Erfahrung zu normalisieren.

Datensammlung und Analyse

Drei Autor/innen bewerteten unabhängig voneinander die Qualität der Studien und extrahierten die Daten. Meta-Analysen wurden durchgeführt, wenn es mehr als zwei Studien gab, die den gleichen Endpunkt untersuchten.

Hauptergebnisse

Wir haben sieben Studien (acht Artikel) aus drei Ländern (Großbritannien, Australien und Schweden) eingeschlossen, die die Einschlusskriterien erfüllten. Die Anzahl der Frauen, die Daten zu jedem Endpunkt beisteuerten, variierte von 102 bis 1.745. Die methodologische Qualität war unterschiedlich und die meisten Studien waren von niedriger Qualität.

Die Qualität der Evidenz für die Prävalenz von psychologischen Traumata (primärer Endpunkt) und die Prävalenz von Symptomen einer Depression wurde auf der Basis von wenigen Studien (von einer Studie bis zu drei Studien reichend) und einem hohen Risiko für Bias in den Hauptdomänen, wie zum Beispiel Performancebias, Erzeugung der Randomisierungssequenz, Verdeckung der Gruppenzuteilung und unvollständig berichteter Ergebnisse mit niedrig oder sehr niedrig bewertet.

Die Qualität der Evidenz für die verbleibenden Ergebnisse (Prävalenz von Angstgefühlen, Prävalenz von Geburtsangst, Prävalenz der allgemeinen psychologischen Morbidität, Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und Abbruch der Behandlung) wurde nicht bewertet, da hierfür keine Daten verfügbar waren.

Bei Frauen, die während der Wehen und der Geburt eine hohe Anzahl an geburtshilflichen Interventionen aufwiesen, fanden wir keinen Unterschied zwischen der postnatalen Standardbehandlung mit Nachbesprechung und postnataler Standardbehandlung ohne Nachbesprechung von psychologischen Traumasymptomen innerhalb von drei Monaten nach der Geburt (RR 0,61; 95%-KI 0,28 bis 1,31; n = 425) oder nach drei bis sechs Monaten nach der Geburt (RR 0,62; 95%-KI 0,27 bis 1,42; n = 246). Die Ergebnisse basierten jeweils auf zwei Studien.

Zitation des Cochrane Reviews:

Bastos MH, Furuta M, Small R, McKenzie K, McHarg D, Bick D. Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015; Issue 4. Art.No.: CD007194. DOI: 10.1002/14651858.CD007194.pub2

Bei Frauen, die eine belastende oder traumatische Geburt erlebten, gab es keine Evidenz für eine Wirkung von psychologischen Nachbesprechungen auf die Vorbeugung von PTBS (gemessen durch die MINI-PTBD) vier bis sechs Wochen nach der Geburt (RR 1,15; 95%-KI 0,66 bis 2,01; n = 102) oder nach sechs Monaten (RR 0,35; 95%-KI 0,10 bis 1,23; n = 103). Die Ergebnisse basierten auf einer kleinen Studie. Eine Studie, die Frauen mit niedrigem Risiko einschloss, die gesunde Kinder oder Kinder kurz vor dem errechneten Entbindungstermin geboren hatten, berichtete keinen signifikanten Unterschied zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe im Verhältnis der Frauen, die die diagnostischen Kriterien für psychologische Traumata im Jahr nach der Geburt erfüllten (RR 1,06; 95%-KI 0,88 bis 1,28; n = 1.745). Wir haben keine Informationen zu den Ausfallraten gefunden.

Fazit der Autor/innen

Wir fanden keine qualitativ hochwertige Evidenz zur Information für die Praxis, wobei zwischen den bisher durchgeführten Studien erhebliche Heterogenität festgestellt wurde. Es gibt wenig oder keine Evidenz, die weder eine positive noch eine negative Wirkung von psychologischen Nachbesprechungen zur Vorbeugung von psychologischen Traumata bei Frauen nach einer Geburt unterstützen. Es gibt keine Evidenz, die eine routinemäßige Nachbesprechung für Frauen, die eine Geburt als psychisch traumatisch wahrnehmen, unterstützt.

Zukünftige Forschungsvorhaben sollten genauere Angaben bezüglich der verwendeten Endpunkt-Maßeinheiten und zu Skalen zur Messung psychologischer Traumata liefern, die anhand klinisch diagnostischer Interviews validiert wurden. Hohe geburtshilfliche Interventionsraten in einigen Geburtssettings können bedeuten, dass Frauen eine bessere emotionale Betreuung von Gesundheitsfachkräften benötigen, um das Risiko zu verringern, dass eine Geburt als traumatisch erlebt wird. Da alle eingeschlossenen Studien Frauen ausschlossen, die nicht in der Muttersprache des Studiensettings kommunizieren konnten, gibt es keine Informationen über die Reaktion dieser Frauen auf psychologische Nachbesprechungen. Keine der eingeschlossenen Studien wurde in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen durchgeführt.

15.02.2019 13. Mitgliederversammlung der DGHWi e.V.

ORT: Universität zu Lübeck, Ratzeburger Allee 160, Gebäude 58.400, 23562 Lübeck

ZEIT: 11:00 Uhr bis 16:30 Uhr

ANGEBOT: Stadtführung von 08:30 bis 10:00 Uhr in der Altstadt zum Thema Frauen im Mittelalter.

Unter der Rubrik Junges Forum werden Abschlussarbeiten (Bachelor/ Master) oder Projektarbeiten von Absolvent/innen als Kurzaufsätze und Abstracts veröffentlicht, die ihren Studiengang mit Bezug zur Hebammenwissenschaft in der nahen Vergangenheit erfolgreich abgeschlossen haben. Diese Beiträge durchlaufen keinen Peer-Review und erheben somit keinen Anspruch auf Überprüfung durch Dritte.

Prävalenz von Respektlosigkeit und Gewalt während der Geburt in Kreißsälen

Prevalence of disrespect and abuse during childbirth in hospitals

Hintergrund

Einem Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahre 2013 zufolge stellt Gewalt gegen Frauen eines der größten Problemfelder im Bereich der öffentlichen Gesundheit dar. Diesbezügliche Menschenrechtsverletzungen sind auf der ganzen Welt festzustellen [14, 16, 17]. In Deutschland wird dem Problem von Respektlosigkeit und Gewalt (R&G) während der Geburt erst in jüngster Zeit Aufmerksamkeit gewidmet. Die Organisation Mother Hood e.V. beispielsweise fordert, dass es im Hinblick auf eine sichere Geburt nicht allein um medizinisch korrekte Versorgung, sondern auch um die Stärkung von Kinder- und Frauenrechten gehen muss [6]. Bisher gibt es in Deutschland keine Erhebungen über die Prävalenz, also die Zahl der Frauen, die R&G während der Geburt im Kreißsaal erlebt haben [7]. In der hier dargestellten Arbeit wurde deshalb in der Form eines integrativen Reviews die Prävalenz von Respektlosigkeit und Gewalt während der Geburt in der internationalen Literatur untersucht. Ziel der Arbeit war es, mittels der Prävalenz in anderen Ländern die Bedeutung von R&G in der geburtshilflichen Versorgung auch in Deutschland aufzuzeigen.

Als Grundlage für die Feststellung der Prävalenz von R&G ist zunächst eine Definition des Phänomens erforderlich. Aktuell gibt es keine einheitliche Definition, so dass hier zwei umfassende Kategorisierungen exemplarisch vorgestellt werden. Freedman et al. [4] haben in ihrem 2014 erschienen Aufsatz unter der Bezeichnung *disrespect and abuse* einen Definitionsansatz entwickelt, der sowohl die Messung der Prävalenz als auch die Evaluierung von Interventionen in Bezug auf R&G ermöglichen soll. Sie formulieren als Definition für R&G:

„Interaktionen oder systemische Arbeits- oder Behandlungsbedingungen im Krankenhaus, die vom lokalen Konsens her als unmenschlich und nicht würdevoll angesehen werden, sowie Interaktionen oder Arbeits- oder Behandlungsbedingungen, die als unmenschlich und nicht würdevoll wahrgenommen werden. Die Intention des geburtshilflichen Fachpersonals ist irrelevant [5, S. 916, eigene Übersetzung]“.

Auch von der betroffenen Frau subjektiv als respektlos oder gewaltsam wahrgenommene Handlungen oder Bedingungen gelten als R&G. Tabelle 1 verdeutlicht die zuvor beschriebenen verschiedenen Dimensionen. Die Gliederung in diese Dimensionen hat sich als nützlich erwiesen, um auf lokaler, nationaler und globaler Ebene über die Thematik diskutieren zu können, weil es neben Einzelhandlungen des geburtshilflichen Fachpersonals auch die Bedingungen der Versorgung auf verschiedenen Ebenen thematisiert. Auch mangelhafte Versorgung und die Abweichung von lokalen, nationalen und internationalen Standards werden als R&G definiert [4].

Individual level		Structural level		Political level	
Behaviour that women consider disrespect and abuse but providers/ others do not – and vice versa.	Behaviour that all agree constitutes disrespect and abuse	Poor treatment or conditions caused by system deficiencies; considered disrespectful and abuse by women and providers	Poor treatment or conditions caused by system deficiencies, but considered normal or acceptable	Deviations from national standard of good quality care	Deviations from human rights standards (available, accessible, acceptable, quality)

Tabelle 1: Verschiedene Dimensionen von R&G auf individueller, struktureller und politischer Ebene in eigener Darstellung nach [5]

Bohren et al. [2] wiederum haben 54 qualitative Studien aus ökonomisch hoch- wie auch niedriger entwickelten Ländern in einem systematischen Literaturreview zusammengefasst und ein auf diesen Daten beruhendes Kategorisierungssystem für R&G während der Geburt entwickelt. Dabei wurden folgende Kategorien beschrieben:

- ◆ physische Misshandlung
- ◆ verbale Misshandlung
- ◆ Stigmatisierung und Diskriminierung
- ◆ Scheitern einer professionellen Versorgung
- ◆ schlechte Beziehung zwischen der Frau und dem geburtshilflichen Fachpersonal
- ◆ schlechte Arbeits- und Behandlungsbedingungen sowie Einschränkungen im Gesundheitssystem

Tabelle 2 zeigt die Kategorien und die Handlungen oder Verhältnisse, die ihnen von Bohren et al. [2] zugeordnet werden.

Methode

Zur Untersuchung der Prävalenz von R&G wurde ein integratives Literaturreview erstellt [18]. Die Literatursuche erfolgte in den Datenbanken Pubmed, CINAHL, DIMDI und Cochrane. Gesucht wurde mit den folgenden englischen Begriffen: violence, abuse, violation, mistreatment, disrespect, rape, prevalence, obstetrics, birth, childbirth, midwife, human rights, women's rights. Die Begriffe wurden mittels der Bool'schen Operatoren verknüpft. Abbildung 1 zeigt den Suchverlauf graphisch. Einschlusskriterium war, dass sich die Studie mit der

First-Order Themes Specific events or instances of mistreatment	Second-Order Themes Meaningful groups based on common attributes	Third-Order Themes In order from the level of interpersonal relations through the level of the health system
Women beaten, slapped, kicked, or pinched during delivery Women physically restrained to the bed or gagged during delivery	Use of force Physical restraint	Physical abuse
Sexual abuse or rape	Sexual abuse	Sexual abuse
Harsh or rude language Judgmental or accusatory comments Threats of withholding treatment or poor outcomes Blaming for poor outcomes	Harsh language Threats and blaming	Verbal abuse
Discrimination based on ethnicity/race/religion Discrimination based on age Discrimination based on socioeconomic status Discrimination based on HIV status	Discrimination based on socio-demographic characteristics Discrimination based on medical conditions	Stigma and discrimination
Lack of informed consent process Breaches of confidentiality Painful vaginal exams Refusal to provide pain relief Performance of unconsented surgical operations Neglect, abandonment, or long delays Skilled attendant absent at time of delivery	Lack of informed consent and confidentiality Physical examinations and procedures Neglect and abandonment	Failure to meet professional standards of care
Poor communication Dismissal of women's concerns Language and interpretation issues Poor staff attitudes Lack of supportive care from health workers Denial or lack of birth companions Women treated as passive participants during childbirth Denial of food, fluids, or mobility Lack of respect for women's preferred birth positions Denial of safe traditional practices Objectification of women Detainment in facilities	Ineffective communication Lack of supportive care Loss of autonomy	Poor rapport between women and providers
Physical condition of facilities Staffing constraints Staffing shortages Supply constraints Lack of privacy Lack of redress Bribery and extortion Unclear fee structures Unreasonable requests of women by health workers	Lack of resources Lack of policies Facility culture	Health system conditions and constraints

Tabelle 2: Typologie von R&G während der Geburt [2]

Prävalenz von R&G beschäftigt. Qualitative Studien wurden wegen der geringen Fallzahlen, die keine Aussagen über die Prävalenz zulassen,

ausgeschlossen. Auswahlkriterium war zudem die Publikation in englischer oder deutscher Sprache in den letzten fünf Jahren.

Ergebnisse

In der Studie von Roth et al. [10] wurde geburtshilfliches Fachpersonal (n = 2.918) aus den USA und Kanada u.a. zur Einhaltung des *Informed Consents* befragt. 36,3% der Befragten gaben an, selten, 14,6% gelegentlich und 2,3% oft Eingriffe gegen den Willen der Frauen erlebt zu haben. Dass Frauen keine Zeit hatten, über Entscheidungen nachzudenken, erlebten 23,8% der Befragten selten, 36,7% gelegentlich und 26,2% oft.

Abuya et al. [1] maßen in Kenia die Prävalenz von R&G während der Geburt (n = 641) in 13 verschiedenen Krankenhäusern mittels einer mündlichen Befragung von Frauen postpartum. 20% der Frauen berichteten, während der Geburt mindestens eine Form von R&G erlebt zu haben. 8,5% der Befragten gaben Nichteinhaltung der Schweigepflicht an, 18% eine nicht würdevolle Betreuung, 14,3% Vernachlässigung in der Betreuung, 4,3% eine nicht einvernehmliche Behandlung, 4,2% körperliche Misshandlung und 8,1% Gewahrsam in der Klinik aufgrund unbezahlter Rechnungen. Ein protektiver Effekt scheint dort aufzutreten, wo den Frauen eine Begleitperson zur Seite steht.

Laut der *Listening to Mothers Study III* von Declercq et al. [3] (n = 2.400), erlebten 30% der befragten Women of Colour (WOC) und 21% der weißen Frauen in den USA, dass sie sich zeitweise oder während der gesamten Betreuungszeit schlecht behandelt fühlten, vor allem aufgrund von Meinungsverschiedenheiten zwischen ihnen und dem Personal über Fragen des kindlichen Wohlergehens. 25% der Frauen, die eine Einleitung oder eine Sectio caesarea erlebten, fühlten sich genötigt, diesem Eingriff zuzustimmen. 59% der Frauen, die eine Episiotomie bekamen, hatten nicht ihre Zustimmung dafür gegeben.

Sheferaw et al. [13] führten in einer Querschnittsstudie in Äthiopien objektive Beobachtungen bei Geburten durch (n = 240), indem sie strukturierte und standardisierte Checklisten verwendeten. Eine respektvolle Betreuung wurde mit 10 Items beschrieben, die ermitteln sollten, ob das geburtshilfliche Fachpersonal den *Informed Consent* einhielt, die Frau autonome Entscheidungen treffen durfte und ob ihre Würde und Intimsphäre gewahrt wurden. Dabei wurde bei 36% der Frauen mindestens eine Form von R&G während der Geburt festgestellt.

Sando et al. [12] untersuchten die Prävalenz von R&G während der Geburt in Tansania, indem sie Frauen bei der Entlassung aus der Klinik (n = 1.914, S1) und Frauen vier bis sechs Wochen postpartum (n = 64, S2) mit einem strukturierten Fragebogen befragten. Im ersten Sample (S1) gaben 15% der Frauen mindestens eine Form von R&G während der Geburt an, mit einem Anstieg auf 70% im Follow-Up Sample (S2). Körperliche Gewalt wurde mit 5% (S1) und 52% (S2), Vernachlässigung mit 8% (S1) und 52% (S2), nicht würdevolle Betreuung mit 6% (S1) und 53% (S2), Verletzung der Schweigepflicht mit 2% (S1) und 54% (S2), Mangel an Privatsphäre mit 2% (S1) und 53% (S2), nicht einvernehmliche Betreuung mit 0,2% (S1) und 5% (S2) angegeben. Der Anstieg der Prävalenz von S1 zu S2 wurde so interpretiert, dass die Frauen Gelegenheit hatten, die Geburt zu überdenken.

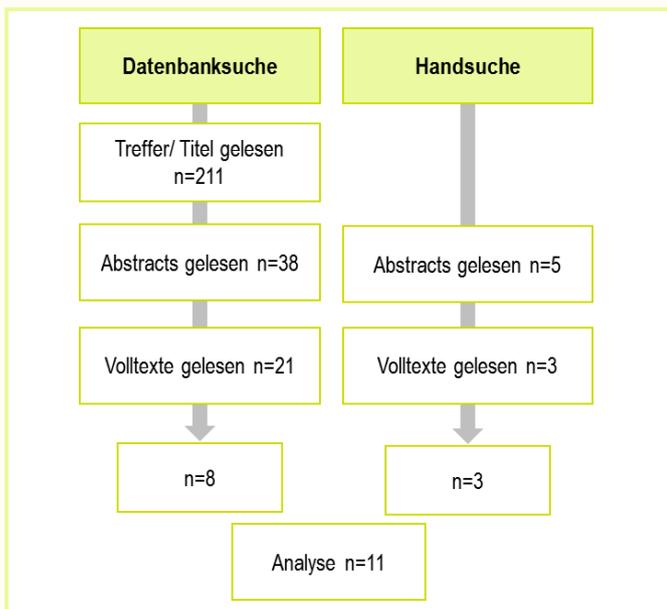


Abbildung 2: Rechercheverlauf

Raj et al. [9] untersuchten in Indien R&G während der Geburt in einer Querschnittsstudie (n = 2.639). Die Items im Fragebogen waren körperliche Gewalt, kein Vorliegen des *Informed Consents*, Stigma und Diskriminierung. 20,9% der Frauen gaben an, mindestens eine Form von R&G während der Geburt erlebt zu haben.

Das bisher umfassendste systematische Review von Bohren et al. [2] präsentiert eine evidenzbasierte Typologie über R&G während der Geburt mit dem Ziel, die Ergebnisse für die weitere Entwicklung von Assessmenttools und Evaluation von Interventionen zu verwenden. Die Autor/innen bezogen 64 Studien, qualitative wie quantitative, aus 34 verschiedenen Ländern ein. Die qualitativen Studien wurden einer thematischen Analyse unterzogen, anhand deren Ergebnisse die Autor/innen anschließend jene verschiedenen Formen von R&G während der Geburt beschrieben, die in Tabelle 2 dargestellt sind.

Anhand der quantitativen Studien sollte die Prävalenz dargestellt werden. Allerdings war eine Metaanalyse aufgrund der Heterogenität der verschiedenen Studien nicht möglich. Stattdessen wurden die Studiencharakteristika, Outcomes und Schlüsselergebnisse beschrieben. Es wurden zwölf quantitative Studien ausgewählt, von denen allerdings nur drei die Erforschung von R&G während der Geburt zum eigentlichen Ziel hatten. Diese drei Studien variierten in ihrer Prävalenz von 12,2% bis 98% [6, 9, 12] und werden hier vorgestellt.

Sando et al. [11] untersuchten in einer Mixed-Methods-Studie, ob Frauen mit HIV vulnerabler gegenüber R&G während der Geburt sind. Die Autor/innen führten eine direkte Beobachtung der Geburt in 218 Fällen durch (n = 218) und befragten die Frauen drei bis sechs Stunden postpartum anhand eines strukturierten Fragebogens (n = 2.000) zu ihrem Erleben. 12,2% der HIV-positiven Frauen erlebten mindestens eine Form von R&G während der Geburt. Die Prävalenz bei HIV-negativen Frauen lag mit 15,0% etwas höher, wobei durch eine Regressionsanalyse kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden konnte. Der einzige Unterschied war, dass HIV-positive Frauen eine höhere Wahrscheinlichkeit aufwiesen, keine einvernehmliche Betreuung zu erhalten.

Okafor et al. [8] untersuchten R&G während der Geburt in Nigeria (n = 446). 98% der Frauen berichteten von mindestens einer Form von R&G. 54,5% erlebten eine nicht einvernehmliche Betreuung, 35,7% körperliche Gewalt, 29,6% eine nicht würdevolle Betreuung, 29,1% Vernachlässigung, 26,0% Verletzung der Schweigepflicht, 22,0% Gewahrsam in der Klinik aufgrund unbeglichener Rechnungen und 20,0% Diskriminierung.

In einer Studie in Tansania wurden von Kruk et al. [5] Frauen zunächst bei der Entlassung (n = 1.779) aus der Klinik und erneut fünf bis zehn Wochen postpartal (n = 593) zu Erfahrungen von R&G während der Geburt befragt. Die Prävalenz betrug nach der Entlassung 19,48% mit einem Anstieg bei der zweiten Befragung auf 28,21%. Im Follow-Up Sample gab es einen signifikanten Anstieg der Prävalenz. Die Autor/innen vermuten, dass diese Differenz ein Effekt der sozialen Erwünschtheit sein könnte. Da die Frauen möglicherweise den Eindruck hatten, die Forscher/innen seien an der Klinik angebunden, wollten sie unter Umständen nicht von negativen Erfahrungen berichten. Weiterhin konnten die Frauen im Follow-Up Sample ihre Erfahrung re-evaluieren, denn sie hatten einige Wochen Zeit, über ihr Geburtserlebnis nachzudenken.

Assessmentinstrument „Mothers on Respect index“ (MORI)

Angesichts des begrenzten Forschungsstands zum Thema R&G wurde von Vedam et al. [15] ein Assessmenttool für die Erfassung von Respektlosigkeit und Misshandlung während der Geburt unter der Bezeichnung „Mothers on Respect index“ entwickelt. Von Sheferaw et al. [13] wurde ebenfalls ein Assessment entwickelt, das sich aber eher auf Länder mit geringen Ressourcen bezieht, und somit nur bedingt für die Anwendung in Industrieländern geeignet ist.

Vedam et al. fokussierten sich darauf, die Erfahrungen von gebärenden Frauen mit dem Personal zu messen, vor allem im Hinblick auf den *Informed Consent*, einvernehmliche und respektvolle Betreuung und Diskriminierung. Es wurden Items aus bestehenden Assessments ausgewählt und in Zusammenarbeit mit Hebammen, Pflegepersonal, Psycholog/innen und Gynäkolog/innen neue Items entwickelt. Um das Assessmenttool zu testen, wurden drei Querschnittsanalysen (S1/S2 n = 2.271 und S3 n = 1.613) durchgeführt, anhand derer seine Reliabilität bestätigt wurde. Schlussendlich wurden 14 Items ausgewählt, die in Tabelle 3 dargestellt sind. Vedam et al. fanden erhebliche Prävalenzen von Faktoren, die zu R&G zu rechnen sind. So gaben 14% der Frauen im ersten Sample, 10,4% im zweiten und 11,2% im dritten Sample an, dass sie sich nicht trauten Fragen zu stellen, da das geburtshilfliche Fachpersonal anderer Meinung über den korrekten Behandlungsverlauf war.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass sich ein Großteil der Forschungsaktivitäten auf Länder mit geringen Ressourcen fokussiert. Doch auch Frauen in den USA und Kanada, also hochentwickelten Ländern, berichten von einer schlechten Betreuung durch geburtshilfliches Fachpersonal, z.B. durch eine unfreundliche und von äußerem Zwang geprägte Behandlung. Eine klare und einheitliche Definition von R&G macht untereinander vergleichbare Messungen der Prävalenz überhaupt erst möglich. Die Definitionen von Bohren et al. [2] und Freedman et al. [4] umfassen neben physischer Gewalt auch

Overall while making decisions during my pregnancy I felt:

- Comfortable asking questions
- Comfortable declining care that was offered
- Comfortable accepting the options for care that my (midwife, doctor) recommended
- Coerced into accepting the options my (midwife, doctor) suggested (reverse scored)*
- I chose the care options that I received
- My personal preferences were respected
- My cultural preferences were respected

During a prenatal visit I held back from asking questions or discussing my concerns:

- Because my (midwife, doctor) seemed rushed (reverse scored)
- Because I wanted maternity care that differed from what my (midwife, doctor) recommended (reverse scored)
- Because I thought my (midwife, doctor) might think I was being difficult (reverse scored)

When I had my baby I felt that I was treated poorly by my (midwife, doctor):

- Because of my race, ethnicity, cultural background or language (reverse scored)
- Because of my sexual orientation and/or gender identity (reverse scored)
- Because of my health insurance (reverse scored)
- Because of a difference in opinion with my caregivers about the right care for myself or my baby (reverse scored)

* This item was re-phrased when it was administered to the US sample. The word coerced was replaced with pushed.

Tabelle 3: Assessmentinstrument „Mothers on Respect Index“ [15]

andere Verhaltensweisen und vor allem Strukturen, die die Menschenwürde der Gebärenden und die Qualität der Versorgung beeinträchtigen. Mit diesen Arbeiten liegen tragfähige Voraussetzungen vor, die die weitere Untersuchung des Phänomens R&G auf einer systematischen Basis ermöglichen.

Im hier dargestellten Literaturreview konnten keine Studien aus Deutschland gefunden werden. Um belastbare Daten auch für Deutschland zu erhalten, sind erhebliche Forschungsanstrengungen erforderlich, z. B. die Übersetzung des MORI [15] ins Deutsche und die psychometrische Prüfung einer deutschsprachigen Fassung.

Die weltweit gefundenen Prävalenzen von R&G während der Geburt weichen, wie die eingeschlossenen Studien zeigen, erheblich voneinander ab. Sie sind jedoch insgesamt besorgniserregend, da davon auszugehen ist, dass mindestens jede 10. Frau in der einen oder anderen Weise R&G während der Geburt erlebt. Menschenrechtsverletzungen in dieser Größenordnung können nicht allein auf individueller Ebene vorgebeugt werden. Die Definitionen von Bohren et al [2] und Freedman et al. [4] legen nahe, dass strukturelle Faktoren sowohl auf der lokalen als auch auf politischer Ebene (national und international) bearbeitet werden müssen, damit Frauen und ihre Kinder eine adäquate Betreuung während der Geburt erhalten können.

Autorinnen: Charlotte Koch B.Sc. und Prof.in Dr. Dorothea Tegethoff MHA

Kontakt: hebammecharlottekoch@gmail.com; tegethoff@eh-berlin.de

Die Arbeit wurde im Rahmen des Studiengangs „Hebammenkunde“ an der Evangelische Hochschule Berlin (Deutschland) zur Erlangung des Grades „Bachelor of Science“ bei Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA erstellt. Zweitgutachterin war Prof. Dr. Julia Leinweber MPH.

Literatur:

1. Abuya T, Warren CE, Miller N, Njuki R, Ndwiga C, Maranga A, Mbehero F, Njeru A, Bellows, B. Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *PLoS One*. 2015;10(4): e0123606. DOI: 10.1371/journal.pone.0123606
2. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, Aguiar C, Coneglian FS, Diniz A, Tuncalp Ö, Javadi D, Oladapo O, Khosla R, Hindin M, Gülmezoglu A. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med*. 2015;12(6). DOI: 10.1371/journal.pmed.1001847
3. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Herrlich A. *Listening to Mothers: Pregnancy & Birth*. New York: Childbirth Connection; 2013.
4. Freedman LP, Ramsey K, Abuya T, Bellows B, Ndwiga C, Warren CE, Kujawski S, Moyo W, Kruk ME, Mbaruku G. Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bulletin of the World Health Organization*. 2014;92(12):915-7. DOI: 10.2471/BLT.14.137869
5. Kruk M, Kujawski S, Mbaruku G, Ramsey K, Moyo W, & Freedman LP. Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: A facility and community survey. *Health Policy and Planning*. 2014;1-8. DOI: 10.1093/heapol/czu079
6. Mother Hood e.V.: Sichere Geburt – Forderungen und Lösungsansätze; 2018. [Zugriff: 13.9.2018]. Verfügbar unter: <https://www.mother-hood.de/sichere-geburt/unsere-forderungen-und-loesungsansaetze.html>
7. Mundlos C. *Gewalt unter der Geburt – Der alltägliche Skandal*. Tectum Verlag: Marburg; 2015.
8. Okafor II, Ugwu EO, Obi SN. Disrespect and abuse during facility-based child birth in a low-income country. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;128:110-3. DOI: 10.1016/j.ijgo.2014.08.015
9. Raj A, Dey A, Boyce S, Seth A, Bora S, Chandurkar D, Hay K, Singh K, Das A, Chakraverty A, Shetye M, Saggurti N, Silverman Y, Ramakrishnan, A. Associations Between Mistreatment by a Provider during Childbirth and Maternal Health Complications in Uttar Pradesh, India. *Maternal and Child Health Journal*. 2017;1-13. DOI: 10.1007/s10995-017-2298-8
10. Roth L, Heidbreder N, Henley M, Marek M, Naiman-Sessions M, Torres J, Morton CH. Maternity support survey: a report on the cross-national survey of doulas, childbirth educators and labor and delivery nurses in the United States and Canada; 2014.
11. Sando D, Kendall T, Lyatuu G, Ratcliffe H, McDonald K, Mwanjika-Sando M, Emil F, Chalamilla G, Langer A. Disrespect and abuse during childbirth in Tanzania: are women living with HIV more vulnerable? *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. 2014;67(Suppl 4):S228. DOI: 10.1097/QAI.0000000000000378
12. Sando D, Ratcliffe H, McDonald K, Spiegelman D, Lyatuu G, Mwanjika-Sando M, Emil F, Wegner M, Chalamilla G, Langer A. The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania. *BMC pregnancy and childbirth*. 2016;16(1):236. DOI: 10.1186/s12884-016-1019-4
13. Sheferaw ED, Bazant E, Gibson H, Fenta HB, Ayalew F, Belay TB, Wokru M, Kebebu A, Woldie S, Kim YM, van den Akker T, Stekelenburg J. Respectful maternity care in Ethiopian public health facilities. *Reproductive Health*. 2017;14(1):60. DOI: 10.1186/s12978-017-0323-4
14. UN General Assembly, Declaration on the Elimination of Violence against Women; 1993.
15. Vedam S, Stoll K, Rubashkin N, Martin K, Miller-Vedam Z, Hayes-Klein H, Jolicœur G. The Mothers on Respect (MOR) index: measuring quality, safety, and human rights in childbirth. *SSM-Population Health*. 2017;3:201-210. DOI: 10.1016/j.ssmph.2017.01.005
16. WHO. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. WHO: Geneva; 2013.
17. WHO - Human Reproduction Programme. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth, WHO statement; 2014.
18. Whittemore R, Knaf K. The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;52(5):546-53. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x

Erweiterter Reviewboard

Dr. Nina Reitis ist Dipl. Gesundheitswissenschaftlerin (FH) und Hebamme. Im und nach dem Studium arbeitete sie gut 10 Jahre freiberuflich als Hebamme und Beraterin unterschiedlicher Baby Marken, bevor sie in die Gruppenleitung einer privaten Krankenversicherung einstieg.

Ihre Promotion (Ph.D.) hat sie 03/2018 an der University of the Wests of Scotland, School of Health, Nursing and Midwifery in Kooperation mit der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg abge-

schlossen. Das Thema ihrer Arbeit war „Exploration of the professional situation, work-related demands and resources of independent midwives in Germany: a mixed method study“.

Seit 05/2018 arbeitet sie in der praktischen Ausbildung an der Hebammenschule der Hansestadt Hamburg.



Vorstellung der neuen Stellungnahmebeauftragten

Ich bin Hebamme und habe an der University of the West of Scotland im Bereich Hebammenwissenschaften promoviert. Derzeit arbeite ich als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Liverpool-John-Moores University sowie als Dozentin und Autorin zu hebammenrelevanten Themen. Ich habe in verschiedenen Kliniken und Ländern als Hebamme gearbeitet und befinde mich aktuell in Elternzeit.



Ich freue mich auf Ihre Mitarbeit an zukünftigen Stellungnahmen der DGHWi. Bitte sprechen Sie mich bei Interesse an!

Dr. Beate Ramsayer

Kontakt: stellungnahme@dghwi.de

Nachruf für Christine Allgeier



Am 1. August 2018 ist Christine Allgeier kurz vor ihrem 51. Geburtstag verstorben. Mit ihr haben wir eine ungewöhnlich engagierte, kreative, tatkräftige und humorvolle Kollegin und Freundin verloren.

Sie stammte aus dem Stuttgarter Raum, wo sie zunächst nach der mittleren Reife eine Ausbildung zur Arzthelferin absolvierte. In Hameln schloss sie die

Ausbildung zur Hebamme an. In diesem Beruf arbeitete sie zunächst in Zürich und kehrte dann wieder in ihre Heimat bei Stuttgart zurück, um dort als Hebamme tätig zu sein. Sie gründete eine Familie, holte die Fachhochschulreife nach und begann ein Studium zur Pflegewirtin, welches sie mit dem Diplom abschloss. Ihr Interesse an der wissenschaftlichen Arbeit führte dazu, dass sie noch einen Masterabschluss in Pflegewissenschaft erwarb und mit dieser Qualifikation als akademische Mitarbeiterin an der Hochschule Esslingen tätig war.

Im Jahr 2010 begann sie die Vorbereitungen für ein Promotionsvorhaben zum Thema „Prolongierte Latenzphase“, welches sie an der Medizinischen Hochschule Hannover durchführen wollte. Kurz danach, im Jahr 2011, übernahm sie eine Vertretungsprofessur für Hebammenwissenschaft an der Hochschule Ludwigshafen am Rhein.

In dieser Funktion leistete sie Pionierarbeit für die Akademisierung der Hebammenausbildung.

Ihre fachliche Expertise brachte sie auch bei der Entwicklung des Expertinnenstandards zur Förderung der physiologischen Geburt ein. Als Mitglied der Expertenarbeitsgruppe leistete sie einen zentralen Beitrag zur Professionalisierung und zur Qualitätsentwicklung innerhalb unseres Berufsstandes.

Auch aufgrund ihrer Erkrankung verließ Christine Allgeier im Jahr 2014 die Hochschule und verfolgte das Promotionsvorhaben nicht weiter. Sie wechselte zum Thieme Verlag in die Position der Programmleitung für den Bereich Hebammenarbeit. Diese Tätigkeit übte sie mit viel Freude und großem Engagement aus, so lange es ihr möglich war.

Wir sind Christine Allgeier dankbar für ihren engagierten Einsatz in der Entwicklung der Hebammenwissenschaft und für die vielfältigen Impulse, mit denen sie unsere Disziplin nachhaltig bereichert hat. Sie wird uns als kompetente, aber auch hilfsbereite und zugewandte Kollegin ebenso wie als gute Freundin in Erinnerung bleiben. Unser Mitgefühl gilt ihren Angehörigen.

Prof. Dr. Barbara Baumgärtner

Bekanntmachungen

Übersicht aktueller Mandate, Sektionen, Arbeitsgruppen der DGHWi

Die DGHWi vergibt:

- ◆ Mandate für Leitlinien
- ◆ Mandate für die Mitarbeit in Fachgesellschaften, Organisationen, Sektionen und Arbeitsgruppen
- ◆ Mandate für das Schreiben von Stellungnahmen

In dieser Ausgabe möchten wir zunächst die Mandate für die Mitarbeit in Fachgesellschaften, Organisationen, Sektionen und Arbeitsgruppen vorstellen.

Fachgesellschaft, Organisation	Titel des Mandats	Vergabe des Mandats	Name der Mandatsträgerinnen
Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF)	Runder Tisch <i>Lebensphase Eltern werden</i>	2012	Dr. Christine Loytved Dipl. med. päd. Sabine Striebich Prof. Dr. Ute Lange (seit 2/2018) Anne Kasper, M.Sc. (seit 2/2018)
	Arbeitsgruppe <i>Schwangerenvorsorge in Kooperation von Hebammen und Ärztinnen</i>		
Bundesfachgruppe Perinatalmedizin			Prof. Dr. Rainhild Schäfers
Bundeskonzferenz Studiengänge für Gesundheitsfachberufe		Oktober 2015	Prof. Dr. Melita Grieshop
Deutsches Netzwerk Evidenz-basierte Medizin (DNEbM)	Deutsches Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin	2015	<u>seit 6/2018</u> Karin Niessen, Dipl. Pflegepädagogin Manuela Raddatz, M.Sc. <u>2015 bis 5/2018</u> Prof. Dr. Monika Greening Mirjam Peters, M.Sc.
			Betreuung der Mitgliedschaft
Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF)	<i>AG Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung</i>	01/2017	Martina Schlüter-Cruse, Ph.D. Prof. Dr. Melita Grieshop
	<i>AG Methoden und Konzepte der Bedarfsplanung</i>	10/2017	Michaela Michel-Schuldt, M.Sc. Andrea Villmar, Dipl. Gesundheitsökonomin
	<i>AG Partizipative Versorgungsforschung</i>	09/2018	Prof. Dr. Melita Grieshop Prof. Dr. Julia Leinweber
Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG)		2012	Prof. Dr. Rainhild Schäfers
Kooperationsverbund Gesundheitsziele	<i>AG Gesundheit rund um die Geburt</i>	2013	Prof. Dr. Claudia Hellmers
Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration Sachsen-Anhalt	Runder Tisch <i>Geburt und Familie</i>	2016	Dr. Gertrud M. Ayerle
Deutscher Kongress für Perinatale Medizin der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin	Planung des Perinataalkongresses	2012	Prof. Dr. Annette Bernloehr
Netzwerk Gesund ins Leben (Netzwerk Junge Familie)		2009	Prof. Dr. Claudia Hellmers
	Runder Tisch Darmstadt / Hessen		
	Runder Tisch Mainz / Rheinland-Pfalz		Michaela Michel-Schuldt, M.Sc. Prof. Dr. Monika Greening
Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (TMASGFF)	Runder Tisch <i>Geburt und Familie</i>	12/2015	Dr. Gertrud M. Ayerle

Sektion/Name	seit	Namen der Sektionssprecherinnen
Hochschulbildung	2012	<p>In der Sektion Hochschulbildung der DGHWi sind Professorinnen für Hebammenwissenschaft und die Studiengangleitungen/Studienbereichsleitungen der Hochschulen mit hebammenwissenschaftlichen Studiengängen auf Bachelor- und Masterebene organisiert.</p> <p>Sektionssprecherinnen: Prof. Dr. Barbara Baumgärtner, Ernst-Abbe-Hochschule Jena (THÜ) Prof. Dr. Melita Grieshop, Evangelische Hochschule Berlin (B)</p> <p>Sektionsmitglieder: Dr. Gertrud M. Ayerle, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (S-A) Prof. Dr. Nicola Bauer, Hochschule für Gesundheit Bochum (NRW) Prof. Dr. Lea Beckmann, Hochschule 21 Buxtehude (SH) Prof. Dr. Monika Greening, Katholische Hochschule Mainz (Rh-Pf) Prof. Dr. Mechthild Gross, Medizinischen Hochschule Hannover (NS) Prof. Dr. Claudia Hellmers, Hochschule Osnabrück (NS) Prof. Dr. Cornelia Kahl, Katholische Hochschule NRW Köln (NRW) Prof. Dr. Nina Knape, Hochschule Ludwigshafen am Rhein (Rh-Pf) Prof. Dr. Babette Müller-Rockstroh, Hochschule Fulda (He) Dr. Franziska Rosenlöcher, Technischen Universität Dresden (Sa). Prof. Dr. Christiane Schwarz, Universität Lübeck (SH)</p>
Geschichte des Hebammenwesens	2010	<p>Sektionssprecherin: Dr. Christine Loytved</p> <p>Sektionsmitglieder: Kristin Hammer Magaritha Kind Cornelia Krapp Dr. Christine Loytved Manuela Rauer</p>
Kind, Bindung und emotionale Entwicklung		<p>Sektionssprecherin: Dr. Inés Brock</p> <p>Sektionsmitglieder: Elmiere Frick Ina Waterstradt, M. Sc.</p>
Hebammen und Familienhebammen im Kontext Früher Hilfen ¹		<p>Sektionssprecherin: Elke Mattern, M.Sc.</p> <p>Sektionsmitglieder: Prof. Dr. Ute Lange Ulrike von Haldenwang</p>
Internationale Hebammenwissenschaft		<p>Sektionssprecherinnen: Michaela Michel-Schuldt, M.Sc. (seit 01.02.2018) Gabriele Krüger (bis 31.01.2018)</p> <p>Sektionsmitglieder: Clara Eidt, BSc. Gabriele Krüger Nina Peterwerth M.Sc. Dr. rer. medic. Susanne Simon</p>

Arbeitsgruppe/Name	seit	Name der Mandatsträgerinnen
Arbeitsgruppe Hebammendiagnosen	2/2018	<p>Kontaktpersonen: Dr. Gertrud M. Ayerle (D) Prof. Dr. habil. Eva Cignacco Müller (CH) Mag.^a (FH) Beate Kayser (Ö)</p> <p>AG-Mitglieder Regula Hauser MPH Katrin Krähenbühl, Hebamme, MSc Reproductive and Sexual Health Research Franziska Schläppy, Hebamme, FH Elke Mattern M.Sc.</p>

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

Dezember 2018

DGHWI-Konferenz: Akademisierung – wo stehen wir?

7. Dezember 2018, Hamburg

Nähere Informationen unter: https://www.dghwi.de/images/Flyer_DGHWi-Konferenz_2018-10-23.pdf

Februar 2019

CARE 4 International Scientific Nursing and Midwifery Congress

4. – 6. Februar 2019, Leuven, Belgien

Nähere Informationen unter: <https://kuleuvencongres.be/CARE4-2019>

13. Mitgliederversammlung

15. Februar 2019, Lübeck

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

März 2019

4th European Congress on Intrapartum Care

14.-16. März 2019, Turin, Italien

Mai 2019

21st Congress of the Nordic Federation of Midwives

2. – 4. Mai 2019, Reykjavik, Island

Nähere Informationen unter: <https://www.njfccongress.is>

European Symposium 2019-Think Globally, Act Locally

3. Mai 2019, Cardiff, South Wales, U.K.

Nähere Informationen unter: <https://www.eventbrite.co.uk/e/jbi-european-symposium-2019-think-globally-act-locally-tickets-50356787507>

Perinatalsymposium

10.-11. Mai 2019, München

Nähere Informationen unter: https://www.dghwi.de/images/Perinatal_2019_VP.pdf

72. World Health Assembly

20.-28. Mai 2019, Genf, Schweiz

Juni 2019

Women Deliver Conference

3. - 6. Juni 2019, Vancouver, Canada

Nähere Informationen unter: <http://womendeliver.org/conference/2019-conference/>

Juli / August 2019 (Terminfestlegung über Doodle)

Hebammenwissenschaftliches Promotionskolloquium

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

September 2019

Lübecker interprofessioneller Perinatalkongress. LiP - gemeinsam sind wir besser.

Nähere Informationen unter: <https://www.lip-luebeck.de>

Oktober 2019

19th Congress of the International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology (ISPOG)

9.-12. Oktober 2019, Den Haag, Niederlande

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

November 2019

29. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin: „Hinterm Horizont geht's weiter, zusammen sind wir stark“

28.-30. November 2019 | Berlin

Juni 2020

32nd ICM Triennial Congress 2020

21.-25. Juni 2020, Bali, Indonesien

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

Vorstand der DGHWi

Vorsitzende

Elke Mattern M.Sc.

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

Stellvertretende Vorsitzende

Prof. Dr. phil. Dorothea Tegethoff MHA

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

Schriftführerin

Prof. Dr. Martina Schlüter-Cruse

Hebamme, Pflegepädagogin, Qualitätsmanagement-Auditorin
E-Mail: schriftfuehrerin@dghwi.de

Schatzmeisterin

Nele Stejskal B. Sc.

Hebamme, Studiengangskoordinatorin
E-Mail: schatzmeisterin@dghwi.de

Beisitzerinnen

Prof. Dr. rer. medic. Lea Beckmann

Hebamme, Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin
E-Mail: beisitzerin.lb@dghwi.de

Annekatriin Skeide M. A.

Hebamme, Pflegewissenschaftlerin, Doktorandin
E-Mail: beisitzerin.as@dghwi.de

Dr. phil. Tina Jung

Politikwissenschaftlerin
E-Mail: beisitzerin.tj@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. Christiane Schwarz, Annekatriin Skeide M.A.

Reviewprozess (Review procedure):

Sue Travis MMid

Reviewboard

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

Erweiterter (extended) Reviewboard

Dr. Gertrud M. Ayerle, Prof. Dr. Barbara Baumgärtner, Dr. Anke Berger, Prof. Dr. Andreas Büscher, Dr. Lena Dorin MPH, Prof. Dr. Manuela Franitza, Prof. Dr. phil. Claudia Hellmers, Prof. Dr. Elke Hotze, Prof. Nina Knape Ph.D., Dr. Elisabeth Kurth, Prof. Dr. Ute Lange, Prof. Julia Leinweber Ph.D., Prof. Dr. Sabine Metzging, Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde, Dr. Nina Reitis, Dr. Tanja Richter, Prof. Dr. Rainhild Schäfers, Prof. Dr. Birgit Seelbach-Göbel, Prof. Dr. Dorothea Tegethoff, Dr. Oda von Rahden.

Lektorat (Editorial staff)

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

Layout

Dr. Gertrud M. Ayerle, Dr. Katja Stahl

Druck (Printing house): Viaprinto, Münster.

ISSN: 2196-4416

Copyright

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

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

Zitierung der Texte (Citation)

Autor/innen. Titel. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (*Journal of Midwifery Science*). 2018;06(02):Seitenzahlen.

Authors. Title. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (*Journal of Midwifery Science*). 2018;06(02):page numbers.

Datum (Date): 3.12.2018



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