

ZEITSCHRIFT FÜR HEBAMMENWISSENSCHAFT

Journal of Midwifery Science

Themen:

- ◆ Leitbild der DGHWi e.V.
- ◆ Hebammengesetz: Referentenentwurf
- ◆ Neue S2k Leitlinien
- ◆ Women on the Move – Arbeitsmigrantinnen
- ◆ Stellungnahmen
- ◆ Hebammenpräsenz und Qualität der Betreuung bei Klinikgeburten in Berlin
- ◆ Große Angst vor der Geburt bei schwangeren Frauen in Deutschland
- ◆ Reviews
- ◆ Einblicke in Forschung/Lehre

Kategorien

Editorial	1
Aktuelles	2
Sektionen	10
Stellungnahmen	16
Originalartikel	26
Reviews	44
Einblicke in Forschung/Lehre	47
Junges Forum	51
Bekanntmachungen	51
Termine	52

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	1
Aktuelles	
Bericht zur Mitgliederversammlung	2
Personalien	5
Leitbild der DGHWi e.V.	6
Hebammengesetz: Referentenentwurf, Stellungnahmeverfahren und parlamentarisches Frühstück	8
Neue S2k Leitlinien	9
Sektionen	
Bericht der Sektion Internationale Hebammenwissenschaft	10
Women on the Move – Arbeitsmigrantinnen	11
Stellungnahmen	
Expertise zur Umsetzung der Regelakademisierung in der Hebammenausbildung	16
Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung	18
Vorbericht „Qualitätsorientierte Vergütung...“	22
Kassenzulassung von NIPTs	23
Screening auf asymptomatische Bakteriurie	25
Originalartikel	
Hebammenpräsenz und Qualität der Betreuung bei Klinikgeburten in Berlin	26
Große Angst vor der Geburt bei schwangeren Frauen in Deutschland	34
Reviews	
Maßnahmen bei der Geburt zur Vermeidung von Hypothermie bei Frühgeborenen und/oder Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht	44
Versorgung intrapartaler und postnataler Betreuung durch qualifizierte Geburtshelfer/-innen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen	45
Einblicke in Forschung/Lehre	
Zwillinge – eine besondere Geschwisterdynamik	47
Junges Forum	51
Bekanntmachungen	51
Termine	52
Vorstand: Kontaktangaben	
Impressum	

Liebe Leserin, lieber Leser,

Das Motto „bewegte Zeiten“ begleitet die Hebammenwissenschaft und mit ihr die Editorials der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft seit einiger Zeit. Die Rede von den „Bewegungen“ in der Entwicklung und die Zukunft der Hebammenwissenschaft hat dabei seit dem Erscheinen der letzten Ausgabe nichts an Aktualität eingebüßt, ganz im Gegenteil: Im März dieses Jahres hat das Bundesministerium für Gesundheit den „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung“, also den Referentenentwurf des neuen Hebammengesetzes, vorgelegt.

Das ist zweifellos ein bedeutender Meilenstein, mit dem umgesetzt wird, dass künftig alle Hebammen wissenschaftlich im Rahmen eines dualen Studiums qualifiziert werden. Als wissenschaftliche Fachgesellschaft hat die DGHWi diese Gesetzesreform ausdrücklich begrüßt. Mit dem Referentenentwurf zum Hebammengesetz wird der „Hebammenberuf in seiner Bedeutsamkeit und Unverzichtbarkeit in der gesundheitsfördernden Versorgung von Frauen, Kindern und Familien während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (...) umfassend anerkannt“, wie es in der DGHWi-Pressemitteilung vom 26. März 2019 heißt.

Mit der Versendung des Referentenentwurfs für ein neues Hebammengesetz an die DGHWi sowie an andere Verbände und Organisationen ist zugleich die Aufforderung zur Beteiligung an einem offiziellen Stellungnahmeverfahren und zur Teilnahme bei einer Anhörung im Bundesgesundheitsministerium erfolgt. In beide Verfahren hat sich die DGHWi eingebracht und so ihre Rolle als wichtige Akteurin im Akademisierungsprozess weiter gestärkt. Des Weiteren hat im April 2019 ein von der DGHWi und dem Deutschen Evangelischen Krankenhausverband ausgerichtetes Parlamentarisches Frühstück im Deutschen Bundestag stattgefunden, das die Gelegenheit gegeben hat, mit Parlamentarier/innen und Interessenvertreter/innen über die Akademisierung der Hebammenausbildung in einen regen Austausch zu treten (vgl. dazu die Ausführungen von Elke Mattern und Dorothea Tegethoff).

Die politische Dynamik der Akademisierung der Hebammenausbildung ist höchst erfreulich, und zugleich bietet sie der DGHWi die Chance, diesen Prozess zukunftsorientiert aktiv mitzugestalten. Dies wäre nicht möglich ohne das große Engagement der DGHWi-Mitglieder und ihrer Bereitschaft, ihre Expertise in die verschiedenen Beteiligungsformate einzuspeisen. Partizipative und kollegiale Verfahren nach innen, aktiver Austausch, sachliche und kompetente Information nach außen haben sich hier als zielführendes Modell bewährt. Dazu gehört beispielsweise die von allen Mitgliedern erbetene Unterstützung bei der Erstellung der DGHWi-Stellungnahme für den Referentenentwurf des Hebammengesetzes ebenso, wie die schnelle und kompetente Arbeit der Kolleginnen, die die Position der DGHWi in verschiedenen Schreiben sowie als Vertreterinnen im Deutschen Bundestag und im Bundesgesundheitsministerium artikuliert haben. Nicht zuletzt ist an die intensivierte Verständigung über „Aktuelle und zukünftige Entwicklungen bei der Akademisierung des Hebammenberufs“ zwischen Lehrer/innen für Hebammenwesen, Leiter/innen hebammenwissenschaftlicher Studiengänge, DGHWi- und DHV-Mitgliedern sowie deren Vorständen (auf Landes- und Bundesebene) zu erinnern: im Dezember 2018 waren 95 Interessierte der Einladung zur DGHWi-Konferenz „Akademisierung – wo stehen wir?“ gefolgt.

Herzlichster Dank gilt allen, die sich in den letzten Wochen und Monaten – häufig sehr kurzfristig – so produktiv in Diskussionen und die Erarbeitung verschiedener Positionspapiere, Stellungnahmen und Informationen rund um die Akademisierung der Hebammenausbildung eingebracht haben!



Neben dem Thema Akademisierung läuft aber auch die Arbeit in verschiedenen Gremien, Kommissionen und natürlich auch in der hebammenrelevanten Forschung und Praxis weiter. Die vorliegende Ausgabe der Deutschen Zeitschrift für Hebammenwissenschaft informiert in den Rubriken „Aktuelles“ und „Sektionen“ über Veränderungen in verschiedenen Ämtern der DGHWi, über die vergangene Mitgliederversammlung in Lübeck sowie über die Arbeit in verschiedenen Arbeitsgruppen, Mandaten und Sektionen.

Neben der bereits erwähnten Stellungnahme der DGHWi zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung können Sie in der aktuellen Ausgabe auch die neuen DGHWi-Stellungnahmen zum Screening auf asymptomatische Bakteriurie im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien, zur qualitätsorientierten Vergütung und auch das DGHWi-Positionspapier zur Frage der Kassenzulassung von nichtinvasiven Pränatalen Tests (NIPTs) nachlesen. Der ehrenamtlichen Arbeit aller Mandatsträgerinnen und Autorinnen sei an dieser Stelle herzlich gedankt!

In den Originalartikeln dieser Ausgabe werden so überaus wichtige Aspekte wie Angst vor der Geburt und die Hebammenpräsenz bei der Geburt in Berliner Krankenhäusern untersucht. Beide Themen berühren unmittelbar die Frage der Betreuungs- und Versorgungsqualität in Schwangerschaft und Geburt: Angst vor der Geburt ist nicht nur der häufigste Grund für den Wunsch nach einem elektiven Kaiserschnitt, sondern u.a. ein wichtiger Risikofaktor für negative und traumatische Geburtserlebnisse, der von Hebammen spezielle Kenntnisse zur Gestaltung eines vertrauensvollen Betreuungsprozesses erfordert. Die Ergebnisse der Befragung von Müttern in Berliner Krankenhäusern hingegen weist deutlich auf eine zu geringe Hebammenpräsenz und damit einhergehend auf ein quantitatives und qualitatives Betreuungsdefizit während der Geburt hin.

Auch und gerade in diesen bewegten Zeiten wünsche ich Ihnen die Zeit und Muße zur Lektüre der vorliegenden Ausgabe der ZHWi! Im Namen des Vorstands darf ich Sie überdies herzlich zur DGHWi-Session „Hebammenwissenschaftliche Perspektiven auf die Schwangerenvorsorge“ im Rahmen des 4. Hebammenkongress in Bremen einladen – wir freuen uns auf ein Wiedersehen,

mit besten Grüßen,

Dr. phil. Tina Jung

Beisitzerin

Bericht zur Mitgliederversammlung der DGHWi am 15.02.2019

Am 15. Februar 2019 fand an der Universität zu Lübeck die diesjährige Mitgliederversammlung der DGHWi statt. 42 Stimmberechtigte, drei Vertreterinnen von Fördermitgliedern bzw. Neumitglieder nahmen teil. Das offizielle Protokoll und entsprechende Anlagen sind für die Mitglieder über die Homepage zugänglich. Die Tagesordnung umfasste:

- TOP 1 Begrüßung und Formalia
- TOP 2 Aktuelle Entwicklungen und Pläne der DGHWi
- TOP 3 Anträge
- TOP 4 Vergabe der Mittel / Haushalt 2019
- TOP 5 Abstimmungsthemen
- TOP 6 Bonusmitgliedschaften
- TOP 7 Wahl der Schatzmeisterin & Kassenprüferin
- TOP 8 Ausblick Internationale Konferenz 2020
- TOP 9 Verschiedenes

TOP 1: Die Versammlung begann mit der Begrüßung durch Elke Mattern als Vorsitzende und Versammlungsleitung. Nach dem Dank an Professorin Christiane Schwarz und Nele Stejskal für die Möglichkeit, sich in Lübeck zu treffen, und der Vorstellung der Tagesordnungspunkte wurde die Anwesenheit und Beschlussfähigkeit sowie das fristgemäße Versenden der Tagesordnung festgehalten. Es folgte die Verabschiedung des Protokolls der 12. Mitgliederversammlung vom 15.02.2018. Die Tagesordnung wurde durch eine zeitliche Kürzung der Arbeit in Kleingruppen zugunsten der Ergebnisvorstellung im Plenum angepasst.

TOP 2: Der Rechenschaftsbericht des Vorstandes war den Mitgliedern in Form eines Newsletters im Januar 2019 zugegangen. So konnte der Bericht über die aktuellen Entwicklungen und Pläne der DGHWi um die im Januar-Newsletter enthaltenen Informationen gekürzt werden, bzw. es wurde auf Fragen eingegangen. Elke Mattern gab einen Überblick über die Mandate, Mitgliedschaften und Kooperationen der DGHWi und dankte den Mandatsträgerinnen und ehrenamtlich Mitwirkenden. Die Protokolle der Vorstandssitzungen sowie Berichte der Sektionen und Mandatsträgerinnen lagen zur Durchsicht aus. Mirjam Peters legte ihr Amt als Leitlinienbeauftragte nieder. Das Amt wurde am Nachmittag unter TOP 9 Verschiedenes vorgestellt, blieb mangels Bewerbungen jedoch zunächst vakant. Mareike Rettberg stellte sich als Nachfolgerin von Sabine Winkler in der Geschäftsstelle zum 01.02.2019 vor. Nele Stejskal erläuterte als Schatzmeisterin den Kassenabschlussbericht einschließlich des periodengerechten Jahresüberschusses. Seit Ende 2018 hat die DGHWi etwas mehr als 400 Mitglieder. Das Gesamtvermögen der DGHWi für das Tagungsjahr 2018 wurde positiv bewertet, gleichzeitig eine Anhäufung von Rücklagen kritisch beurteilt. Es folgte eine Diskussion über die Möglichkeiten der Abschmelzung des Gesamtvermögens. Diskutiert wurde u.a. die Einführung einer Ehrenamtszuschale. Kirsten Asmushen bestätigte als Kassenprüferin die ordentliche Führung der Kasse. Es gab keine Beanstandungen. Der Vorstand wurde nach Abstimmung mehrheitlich entlastet.

TOP 3: Als einziger Antrag lag ein Initiativantrag der Sektion Internationales vor. Dieser wurde von der Versammlung zur Diskussion angenommen. Beantragt wurde die Erhöhung des Reisekostenbudgets für die Sektionstreffen und Gremienarbeit der Sektion Internationales. Der Antrag wurde einstimmig angenommen.

TOP 4: Nele Stejskal stellte unter Hervorhebung der folgenden Punkte den Haushalt 2019 vor:

- ◆ Anstieg der Kontoführungsgebühren aufgrund des Kontenwechsels
- ◆ höhere Ausgaben für den Steuerberater
- ◆ Zunahme der Reisekosten aufgrund der Ausweitung der Vorstandssitzungen auf zwei Tage
- ◆ Erhöhung der Personalkosten durch Erweiterung der personellen Kapazitäten in der Geschäftsstelle
- ◆ Einplanung eines Budgets von 5.000,00 € für die professionelle Überarbeitung des Internetauftritts.

Darüber hinaus wurde die Ausschüttung einer Ehrenamtszuschale ab Jahresende 2019 für die Vorstandsmitglieder der DGHWi und für die ehrenamtliche Tätigkeit zur Erstellung der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft diskutiert und positiv abgestimmt.

Als erstes Abstimmungsthema lag die finanzielle Unterstützung für die Überarbeitung des Expertinnenstandards zur Förderung der physiologischen Geburt vor, welche in Hinblick auf die Haushaltsabstimmung vorgezogen wurde. Martina Schlüter-Cruse begründet das Vorhaben. Die DGHWi bekenne sich mit der einmaligen Spende in Höhe von 2.500,00 € an das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) zur Aktualisierung des Expertinnenstandards und befürworte damit die Koexistenz von Leitlinien und Expertenstandards. Die Mehrheit der Anwesenden befürwortete die Spende, die zum Zeitpunkt der Aufnahme der Aktualisierung erfolgen soll.

Der Haushalt für 2019 wurde mit diesen Änderungen im Anschluss mehrheitlich verabschiedet.

TOP 5: Dorothea Tegethoff und Martina Schlüter-Cruse erläuterten die im Weiteren zur Abstimmung benannten Themen:

Aktualisierung des Leitbilds

Eine Aktualisierung des Leitbildes war nach drei Jahren notwendig, um das fachliche und wissenschaftliche Selbstverständnis der Fachgesellschaft zu reflektieren. Alle Mitglieder waren eingeladen den Überarbeitungsprozess mitzugestalten und Veränderungsvorschläge mitzuteilen. Dazu war im internen Bereich der Website der DGHWi aufgerufen worden. Der Aktualisierung des Leitbilds wurde durch die Anwesenden mehrheitlich zugestimmt.

Änderung der Beitragsstruktur

Als zukünftiges Beitragsmodell wurden folgende Mitgliedschaftsbeiträge vorgestellt:

- ◆ Ordentliche Mitgliedschaft, regulär: 110,00 €
- ◆ Ordentliche Mitgliedschaft, ermäßigt: 55,00 €

- ◆ Ordentliche Mitgliedschaft, „solidarischer“ Beitrag: 150,00 € oder mehr
- ◆ Fördermitgliedschaft: 150,00 € oder mehr.

Der Beitrag für die ordentliche Mitgliedschaft soll regulär 110,00 € betragen. Ordentliche Mitglieder können auch einen „solidarischen“ Beitrag von mindestens 150,00 € zahlen. Der Status „ermäßigt“ wird im neuen Beitragsmodell durch die Einschätzung vom einzelnen ordentlichen Mitglied selbst festgelegt. Eine Prüfung durch Immatrikulationsbescheinigung, Rentenausweis etc. entfällt und der administrative Aufwand wird geringer. Eine Zuordnung zur ermäßigten ordentlichen Mitgliedschaft muss jährlich bis März des Beitragsjahres erfolgen. Der Beitrag für fördernde Mitglieder soll 150,00 € betragen, die Mitglieder können ebenfalls einen höheren Beitrag benennen bzw. überweisen. Die Änderung der Beitragsstruktur ist zunächst für drei Jahre geplant. Die Anwesenden stimmten mehrheitlich für das sofortige Inkrafttreten des neuen Beitragsmodells.

TOP 6: Aktuell fördert die DGHWi 16 Bonusmitgliedschaften. Es handelt sich dabei um eine im Abschlussjahr kostenlose DGHWi-Mitgliedschaft für die besten Absolventinnen und Absolventen an Hebammenschulen und in Studiengängen für Hebammen. Frau Prisca Walter nahm stellvertretend als beste Absolventin der Hochschule 21 in Buxtehude ihr Zertifikat entgegen.

TOP 7: Nele Stejskal legte ihr Amt als Schatzmeisterin nieder. Da keine Kandidatur vorlag, wurde um Initiativbewerbungen gebeten. Aufgrund mangelnder Bewerbungen blieb das Amt vakant. Die Mitgliederversammlung beauftragte den Vorstand eine kommissarische Schatzmeisterin einzusetzen, die das Amt bis zur nächsten Mitgliederversammlung im Februar 2020 übernimmt und dann durch Wahl bestätigt werden kann. Es folgte die Wahl der Kassenprüferin. Als Kandidatin trat erneut Kirsten Asmushen an, die sich über das einstimmige Ergebnis freute und die Wahl annahm.

TOP 8: Eine Arbeitsgruppe an der Hochschule für Gesundheit in Bochum unter Leitung von Rainhild Schäfers plant derzeit in Zusammenarbeit mit dem Vorstand der DGHWi die 5. Internationale Konferenz. Mirjam Peters gab stellvertretend einen Ausblick auf die Konferenz der DGHWi, die unter dem Motto „Versorgungsmodelle im Fokus der Hebammenwissenschaft – Models of Care in Midwifery Science“ vom 13.-14.02.2020 an der Hochschule für Gesundheit in Bochum erstmalig an zwei Tagen stattfinden wird. Der „Call for Abstracts“ beginnt im Mai und endet am 31.08.2019.

TOP 9: Es folgte die Arbeit in Kleingruppen zu den Themen:

- ◆ Disziplinentwicklung (Moderation: C. Hellmers)
- ◆ Weiterentwicklung der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (ZHWi) (Moderation: C. Schwarz)
- ◆ Entwicklung eines Studiengangs (Moderation: L. Beckmann)

Arbeitsgruppe: Disziplinentwicklung

Im Workshop "Disziplinentwicklung" wurde darüber diskutiert, wie in Zukunft und im Hinblick auf die Reform der Hebammenausbildung der professorale Nachwuchs gesichert werden kann. Strukturen zu schaffen, nicht nur in hochschulischen und universitären Umgebungen, son-

dern auch innerhalb der DGHWi, ist aus Sicht der Teilnehmerinnen dabei ebenso notwendig wie herausfordernd.

Weitere Anliegen waren die inhaltliche Ausrichtung und die Theoriebildung: Welche Art von Forschungsarbeiten neben den versorgungswissenschaftlich orientierten braucht eine Hebammenwissenschaft? Wie können wir eine theoretische und methodische Ausrichtung der Hebammenwissenschaft sinnvoll steuern?

Einig waren sich die Teilnehmerinnen darüber, dass der Bezug zur versorgenden Hebammenpraxis im Vordergrund stehen und die Interdisziplinarität der Hebammenarbeit nicht aus dem Blick geraten sollte. Sie wünschen sich einen Rahmen, z.B. durch die Organisation einer Konferenz, in dem diese Anliegen und Fragen ausführlich mit Vertreterinnen und Vertreter aus verschiedenen Bereichen der Wissenschaft, Lehre und Praxis diskutiert werden können.

Weiterentwicklung der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (ZHWi)

In der Arbeitsgruppe "ZHWi" trafen sich am Nachmittag der Mitgliederversammlung fast ein Dutzend Teilnehmerinnen, um ihre Ideen zur Weiterentwicklung der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft zu diskutieren. Folgende Vorschläge wurden gesammelt:

1. Akquise von Artikeln

a) Einreichung von Texten

Um die Hemmschwelle zu verringern, Texte für die Fachzeitschrift einzureichen, wurde ein gestuftes Verfahren vorgeschlagen. In einem ersten Schritt würden Autorinnen und Autoren einen Abstract vorlegen, um die Relevanz der Thematik für eine Veröffentlichung abzuklären. In einem weiteren Schritt könnte eine Mentorin die Ausarbeitung der Publikation begleiten.

b) Rubrik „Fallberichte“

Um die Erstellung und Publikation von Falldarstellungen zu erleichtern, könnte die Zeitschriftenredaktion den Hochschulen eine Vorlage zur Verfügung stellen. Auch Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausland sollten eingeladen werden, Fallberichte einzureichen, die auch in englischer Sprache verfasst sein können.

c) Originalartikel

Um zukünftig weitere Artikel für die Fachzeitschrift zu akquirieren, sollten neben den Hochschulen und Universitäten in Deutschland auch jene im deutschsprachigen Ausland (Österreich, Schweiz) gezielt zur Einreichung von Manuskripten in Form von Originalarbeiten und Fallberichten eingeladen werden.

2. Rubriken und Layout der ZHWi

Unter den Workshop-Teilnehmerinnen wurde diskutiert, den Namen der Rubrik "Cochrane Reviews" in "Reviews" umzubenennen. Damit können zukünftig auch systematische Reviews in die deutsche Sprache übersetzt werden, die nicht als Cochrane Review angelegt sind.

Zum zehnjährigen Jubiläum der Fachzeitschrift im Jahre 2022 soll diese einen "face lift" erhalten. Der Auftrag für ein professionelles Layout soll schon ein Jahr im Voraus per Ausschreibung vergeben werden.

3. Kosteneinsparung

Erörtert wird, die Mitglieder über die Option zu informieren, die Printausgabe abzubestellen und die ZHWi über die Website der DGHWi zu

lesen. Bedauerlicherweise kann der Versand nicht ohne Umschlag in Auftrag gegeben werden; dies wäre nur möglich, wenn der Versand vierteljährlich erfolgen würde.

4. Zielgruppe bzw. Leserinnen und Leser der ZHWi

Um gezielt "Praktikerinnen" und Nicht-Mitglieder anzusprechen, könnte ein Sonderdruck mit Cochrane Reviews und Abstracts von Originalartikeln realisiert werden.

Um unsere Zeitschrift bekannter zu machen, könnten andere Zeitschriften darum gebeten werden, ihre Websites auf die ZHWi zu verlinken. Es wird diskutiert Publikationen der Zeitschrift über Twitter und Facebook zu verbreiten.

Darüber hinaus entstand die Idee, einen Call for Abstracts für "Praktikerinnen" und (Nicht-)Mitglieder auszurufen: die eingereichten Abstracts könnten von "guest editors" (eingeladenen Gutachter/innen) begutachtet werden und die Autorinnen und Autoren bei positiver Bewertung zur Einreichung des ausgearbeiteten Manuskripts (Originalartikel oder Fallbericht) eingeladen werden.

Arbeitsgruppe: Entwicklung eines Studiengangs

An dem Workshop nahmen ca. 16 interessierte Mitglieder teil. In einer kurzen Runde wurden zunächst die Erwartungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den Workshop gesammelt. Für die Kolleginnen, die mit dem Aufbau eines Studiengangs betraut sind, war vor allem der Austausch von Informationen wichtig. Die Vertreterinnen bereits bestehender Studiengänge legten ihren Interessenschwerpunkt auf den Austausch über das weitere Vorgehen im Hinblick auf die Akademisierung des Hebammenberufs.

Der Vorschlag, die Module einheitlicher zu gestalten, wurde unter dem Aspekt der verschiedenen Schwerpunkte der Hochschulen ablehnend diskutiert. Darüber hinaus wurde angeregt bei der Konzeption eines Bachelorstudiengangs die Entwicklung eines Masterstudiengangs bereits mitzudenken.

Als Ergebnis der Workshops wurde beschlossen alle Publikationen der Kolleginnen, welche die Akademisierung und Studiengangentwicklung betreffen, zu sammeln und auf die Homepage der DGHWi zu stellen. Es sind bereits über 30 Artikel und Beiträge vorhanden, die den Mitgliedern der DGHWi zur Verfügung stehen.

Vorausgegangen war der Mitgliederversammlung eine Führung durch die Lübecker Altstadt. Vom Marktplatz zum Holstentor und weiter durch morgendlich kühle dunkle kleine Gassen ging es bis zur Engelsgrube, von der man nur gebückt durch enge Durchlässe im Vorderhaus zu den dahinterliegenden Wohnungen und Gärten gelangen konnte. Dank der professionellen Führung kamen wir mit dem Bus pünktlich zur Mitgliederversammlung in der Universität an.

Nach der Mitgliederversammlung führte uns Frau Professorin Schwarz durch die Räumlichkeiten, die für den dualen Studiengang Hebammenwissenschaft zur Verfügung stehen. Diese sind über den Campus verteilt, aber gut zu Fuß erreichbar. Zentral liegt das SkillsLab, das klein aber fein eingerichtet ist und uns mit all seinen Möglichkeiten gezeigt wurde.

Es ist angedacht, dass zukünftige Mitgliederversammlungen in den Räumlichkeiten von unterschiedlichen Hochschulen stattfinden. Die kommende 14. Mitgliederversammlung ist schon geplant: am 13. Februar 2020 an der Hochschule für Gesundheit in Bochum. Gleich im Anschluss beginnt die 5. Internationale Konferenz der DGHWi.

Prof. Dr. Martina Schlüter-Cruse, Annetrin Skeide M.A., Dipl. Pflegepäd. Karin Niessen, Dr. Gertrud M. Ayerle, Prof. Dr. Lea Beckmann

– Save the date –

13.02.2020: 14. Mitgliederversammlung der DGHWi e.V.

13.-14.02.2020: 5. Internationale Konferenz der DGHWi e.V. unter dem Motto
**„Versorgungsmodelle im Fokus der Hebammenwissenschaft –
Models of care in midwifery science“**

Sie findet an der Hochschule für Gesundheit in Bochum erstmalig zweitägig statt.

Der „Call for Abstracts“ wird voraussichtlich im Mai veröffentlicht und endet am 31.08.19.

Vorstellung der neuen Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle

Die Geschäftsstelle der DGHWi wird von nun an durch drei Mitarbeiterinnen betreut: Mareike Rettberg, Marielle Pommereau und Dorit Müller-Bößmann. Die Aufgaben umfassen zukünftig vor allem:

- ◆ die Übernahme des Schriftverkehrs
- ◆ die Erarbeitung von Prozessbeschreibungen für möglichst viele Vorstandstätigkeiten und ggf. die Redaktion der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (ZHWi)
- ◆ die Übernahme der elektronischen Publikation der ZHWi über das Online-Portal German Medical Science (GMS)
- ◆ die Unterstützung der Arbeit an Leitlinien und Stellungnahmen
- ◆ die formale Umsetzung der DSGVO
- ◆ die laufende Aktualisierung der Homepage und ggf. Zuarbeit beim geplanten Relaunch der Homepage
- ◆ (ab nächstem Jahr) die Pflege der Facebook- und Twitter-Accounts
- ◆ Archivierungsarbeiten.

Mareike Rettberg arbeitete nach ihrem Hebammenexamen 1991 in Ingolstadt zunächst als Hebamme im Kreißsaal des Krankenhauszweckverbandes Ingolstadt und weiterhin als freiberufliche Hebamme in Berlin. Zwischen den Jahren 1996 bis 2007 war sie als Lehrerin für das Hebammenwesen an verschiedenen Standorten in Hamburg tätig und arbeitete zwischen 2004 und 2017 wiederum als Hebamme und Stilberaterin in Hamburg und Ahrensburg. Sie wurde als Laktations- und Stillberaterin durch das IBCLC zertifiziert, absolvierte eine Weiterbildung zur Systemischen Beratung für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern und schloss 2016 das Bachelorstudium Pflegepädagogik an der HAWK Hildesheim ab. Seit 2012 ist sie als Lehrerin für das Hebammenwesen am Bildungszentrum für Gesundheitsberufe der Asklepios Kliniken in Hamburg tätig.



Marielle Pommereau lebt in Speyer, Rheinland-Pfalz. Sie absolvierte 2013 ihre Hebammenausbildung in Speyer und studierte Hebammenwesen B.A. an der Hochschule Ludwigshafen am Rhein. Zurzeit verfasst sie an der Katholischen Hochschule Mainz ihre Masterarbeit (Pädagogik in Gesundheit und Pflege M.A.) zum Thema: „Die Kombination aus Lehr- und Praxistätigkeit für Hebammenlehrende – Gibt es einen Bedarf an einer strukturellen Regelung? Eine Analyse in Zeiten des Umbruchs der Hebammenqualifizierung in Deutschland“. Sie gehört zu einem Team aus 14 freiberuflichen Hebammen, die gemeinsam eine Praxis unterhalten und Beleggeburten leisten. Sie ist eine der beiden Associate Editors der ZHWi und übernimmt ab dem 1. Mai 2019 mit 5 Stunden pro Woche Aufgaben in der Geschäftsstelle.



Dorit Müller-Bößmann hat ihr Hebammenexamen 2008 in Gießen absolviert und war anschließend in einem Krankenhaus in Dublin, Irland tätig. Nach ihrer Rückkehr arbeitete sie in einer Hebammenpraxis in Leipzig und studierte dort Verlagswirtschaft. Im Anschluss an das Studium arbeitete sie als Editor für einen großen medizinischen Fachverlag in Heidelberg. Von 2013 bis 2018 war sie an einer bayerischen Hochschule im Bereich der Erwachsenenbildung tätig. 2017 folgte ein Masterabschluss in Health Business Administration. Inzwischen ist sie wieder in die Hebammenpraxis in Leipzig zurückgekehrt und kümmert sich vor allem um die Geschäftsführung und das Qualitätsmanagement der Praxis. Frau Müller-Bößmann ist bereits seit 2013 für die Geschäftsstelle der DGHWi tätig und kehrt nun mit zunächst 3 Stunden pro Woche aus der Elternzeit zurück.



Kommissarische Schatzmeisterin: Kerstin Böhm

Ich habe nach meinem Hebammenexamen 2005 in der klinischen Geburtshilfe in Österreich, Frankreich und Deutschland gearbeitet. Neben dem Beruf habe ich einen Bachelor in Politik- und Verwaltungswissenschaften an der FernUniversität Hagen erworben. Den Masterstudiengang in Erwachsenenbildung habe ich 2016 an der Humboldt Universität Berlin abgeschlossen. Anschließend bin ich als Entwicklungshelferin an eine Hebammenschule in Douala/Kamerun gegangen. Nach meiner Rückkehr 2018 arbeite ich nun als Lehrbeauftragte an der Evangelischen Hochschule Berlin und als freiberufliche Hebamme in Berlin-Neukölln.



Neue Leitlinienbeauftragte: Lena Agel

Nach meinem Examen an der Hebammenschule in Marburg arbeitete ich acht Jahre im klinischen und außerklinischen Setting als Hebamme. Desweiteren war ich in dieser Zeit als Lehrerin für Gesundheitsfachberufe an einem Bildungszentrum für Pflegeberufe angestellt. Seit 2017 bin ich an der Hebammenschule Frankfurt am Main tätig, in welcher ich neben der Lehrtätigkeit die Verantwortung der stellvertretenden Schulleitung habe. Das evidenzbasierte Arbeiten in der Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen ist für mich selbstverständlich und von hoher Bedeutung. Ich studiere derzeit Medizinpädagogik und bereite mich auf meine Bachelorarbeit vor. Außerdem bin ich Mitglied in der Bildungskommission des Deutschen Hebammenverbands e.V. Ich freue mich sehr auf die zukünftigen Aufgaben!



Leitbild der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) e.V.

Mission statement of the German Society of Midwifery Science (DGHWi)

Das Leitbild der DGHWi e.V. wurde in einem gemeinsamen Entwicklungs- und Abstimmungsprozess durch die Mitglieder der Fachgesellschaft im Jahr 2016 entwickelt, nachdem dieser durch Prof. Dr. Monika Greening, Dr. Beate Ramsayer und Dipl.-Soz.-wiss. Werner Spikofski initiiert worden war. Die jetzige Version ist das Ergebnis einer Überarbeitung, die durch Prof. Dr. Ute Lange koordiniert und durch Beiträge der Mitglieder realisiert wurde. Bei der Mitgliederversammlung am 15. Februar 2019 wurde sie bestätigt und verabschiedet.

Präambel

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) fördert als wissenschaftliche Fachgesellschaft hebammenwissenschaftliche Forschung, Lehre und Praxis. Sie sieht ihre Aufgabe in der Bündelung und Systematisierung von Wissen und Unterstützung bei der Erarbeitung weiterer Erkenntnisse. Sie strebt dabei eine hohe wissenschaftliche Qualität an. Ihr Ziel ist eine Verknüpfung zwischen wissenschaftlicher und praktischer Hebammentätigkeit, um dadurch zu einer bedarfsgerechten und effizienten Versorgung von Frauen und Familien in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Still- und Säuglingszeit beizutragen.

Die DGHWi unterstützt und betreibt wissenschaftliche Grundlagen und Lösungsformulierung für geburtshilfliche Themen. Im Fokus stehen physiologische Abläufe sowie die weitmögliche Förderung der Physiologie auch bei medizinischen Risiken und gesundheitlichen Einschränkungen, Interventionen und soziale Prozesse sowie die professionelle Begleitung der Frauen und ihrer Familien durch Hebammen.

Das wissenschaftliche Feld, in dem die DGHWi ihre Aufgaben wahrnimmt, ist Teil der Geburtshilfe und medizinischen Versorgung. Daher gehören der Dialog mit anderen Fachgesellschaften sowie weiteren Akteuren und Institutionen der Gesundheitsversorgung und -politik und auch die aktive Teilnahme am konstruktiven Diskurs zum Selbstverständnis der Gesellschaft (siehe Abbildung).

Wissenschaftliches Selbstverständnis und Anliegen

Das wissenschaftliche Selbstverständnis der DGHWi gründet sich in der Sicht auf die Geburt als physiologischem Vorgang und schließt die Phasen von der Familienplanung bis zum Ende der Still- bzw. Säuglingszeit ein. Die DGHWi ist der Aufgabe verpflichtet, Erkenntnisgewinn

und -vermittlung zur Physiologie und den Grenzen zur Pathologie zu unterstützen. Dem Aufgabenspektrum von Hebammen soll dadurch im wissenschaftlichen Fundament gestärkt werden.

Die DGHWi beteiligt sich mit salutogenetischer und ressourcenorientierter Perspektive an der Diskussion und Ausrichtung der Behandlungsstandards im medizinischen Setting. Sie nimmt zu Fragen von Forschung, Lehre und Studium der Hebammenwissenschaften ein öffentliches Mandat wahr und beteiligt sich an öffentlichen Diskursen. Als wissenschaftliche Fachgesellschaft organisiert die DGHWi internationale Kongresse und veröffentlicht hebammenspezifische Forschungsergebnisse in einer unabhängigen Fachzeitschrift. Sie unterstützt Forschungs- und Entwicklungsvorhaben, fördert die Verbreitung von Ergebnissen der hebammenrelevanten Forschung sowie deren Anwendung in Praxis und Lehre. Darüber hinaus stärkt sie das Netzwerk der hebammenwissenschaftlich tätigen Forscherinnen und Forscher durch die Unterstützung von Sektionen und Arbeitsgruppen.

Grundsätze und Werte

Die DGHWi setzt sich für die gesellschaftliche Anerkennung des Hebammenwesens als zuständige Profession für die Begleitung der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Still- und Säuglingszeit ein. Diese Handlungsfelder der Hebammentätigkeit bedürfen eines salutogenetischen und ressourcenorientierten Betreuungsansatzes, dem sich die DGHWi verpflichtet sieht. Darin sind ihr die Selbstbestimmung von Frauen und ihren Familienmitgliedern und deren individuelle Bedürfnisse sowie die Unterstützung der physiologischen Vorgänge ein Anliegen.

Für die Kommunikation und den Umgang mit anderen Fachgruppen und Institutionen, wie auch in der internen Arbeit, gilt gegenseitiger

Respekt und ein grundsätzliches Vertrauen im Rahmen eines kritisch konstruktiven Dialoges.

Die DGHWi setzt sich für einen offenen, wertschätzenden und transparenten Wissenschaftsdiskurs ein. Sie unterstützt und fördert den wissenschaftlichen Nachwuchs. Insbesondere gibt sie Anregung zu wissenschaftlichen Arbeiten und bietet Rahmenbedingungen für Veröffentlichungen.

Mitglieder

Die Mitglieder der DGHWi gehören einer unabhängigen wissenschaftlichen Fachgesellschaft an, welche die Bereiche der hebammenwissen-



Abbildung: Leitbild der DGHWi

schaftlichen Forschung, Lehre und Praxis abdeckt. Sie unterstützen durch ihre aktive oder fördernde Mitgliedschaft die Fortentwicklung einer Fachgesellschaft, die zu einer bedarfsgerechten und evidenzbasierten Versorgung von Frauen beitragen möchte.

Die Mitglieder der DGHWi sind Hebammen und Auszubildende, die an der Weiterentwicklung der Hebammenwissenschaft interessiert sind. Ebenfalls sind Mitglieder der DGHWi in Hebammen-, Pflege- und/oder gesundheitswissenschaftlicher Lehre oder Forschung tätig oder sind Studierende entsprechender Studiengänge. Weiterhin sind unter den Mitgliedern Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Ärztinnen und Ärzte, Angehörige anderer Gesundheitsfachberufe, Disziplinen und Tätigkeitsfelder sowie Studierende, die den Zweck der Fachgesellschaft unterstützen.

Zielgruppen und Partner

Die DGHWi steht im Dialog mit Fachgesellschaften und Personen, die professionell und wissenschaftlich mit der Geburtshilfe befasst sind. Sie nutzt die wissenschaftliche Kompetenz und das Erfahrungswissen ihrer Mitglieder und bringt beides in Veröffentlichungen und anderen Arbeitsergebnissen zusammen.

Die DGHWi nimmt Stellung zu geburtshilflichen, insbesondere hebamenspezifischen Fragen, in fachlichen und gesundheitspolitischen Gremien. Ihre Arbeiten und Diskussionen richten sich an die Öffentlichkeit, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Gesundheitspolitikerinnen und Gesundheitspolitiker, Interessen- und Sozialversicherungsvertreterinnen und -vertreter ebenso wie an die Hebammengemeinschaft und die von ihr betreuten Frauen und Familien.

Teilnahme am wissenschaftlichen und gesellschafts-politischen Diskurs

Die DGHWi nimmt aktiv am wissenschaftlichen Diskurs zu geburtshilflichen und hebammenbezogenen gesundheitspolitischen Themen teil. Sie formuliert Fragen und erarbeitet Antworten zur Versorgungs-

praxis in der Geburtshilfe und im Wochenbett und sieht dabei einen Schwerpunkt in der Erarbeitung und Entwicklung von Leitlinien und Empfehlungen. Dabei legt sie Wert auf die Herausarbeitung von Evidenzen zu hebamenspezifischem Erfahrungswissen sowie auf die Offenheit für wissenschaftliche Erkenntnisse anderer Disziplinen für eine geburtshilfliche Praxis der Zukunft. Die DGHWi sieht ihre Aufgabe auch darin, ihre Position in der Diskussion zu den geburtshilflichen Themen in eine breitere Öffentlichkeit zu bringen und den zukünftigen Müttern und Eltern Entscheidungshilfen anzubieten.

Ziele und Aufgaben

Die DGHWi setzt sich ein für die

- ◆ Gesundheit von Frauen sowie ihren Kindern und Familien in der Phase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit
- ◆ internationale Anerkennung der Bedeutung der physiologischen Geburt
- ◆ Förderung der wissenschaftlichen und praktischen Kompetenz aller Beteiligten im geburtshilflichen Bereich
- ◆ Stärkung der Rolle von Hebammen in der Geburtshilfe, in der Schwangeren- und Wochenbettbetreuung
- ◆ stärkere Berücksichtigung und Reflexion von interdisziplinären wissenschaftlichen Ergebnissen in Ausbildung, Fort-, Weiterbildung und Praxis von Hebammen
- ◆ Weiterentwicklung von Qualitätsinitiativen und Leitlinien in der Geburtshilfe
- ◆ Förderung des Transfers und der Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Ärztinnen und Ärzten zur Theorie und Praxis der Geburtshilfe
- ◆ Förderung der Identitätsbildung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern und Praktikerinnen und Praktikern
- ◆ Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses.

Liebe Autorinnen und Autoren,
für **Manuskripteinreichungen** zu
den Rubriken

Originalartikel (für den Review), Fallberichte, Einblicke in Forschung/Lehre und Junges Forum

der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science)

finden Sie ausführliche Hinweise, einschließlich Formatierungsvorgaben, auf der Website der DGHWi e.V:

<https://www.dghwi.de/index.php/zeitschrift-fuer-heb-wiss>

Bitte senden Sie Ihre Einreichungen zu diesen Rubriken an: **redaktion@dghwi.de**

Einreichungsfristen sind der 30. April (Winterausgabe) und 31. August (Sommerausgabe).

Referentenentwurf zum Hebammengesetz, Stellungnahmeverfahren und parlamentarisches Frühstück

Am Abend des 20. März 2019 ging in der Geschäftsstelle der DGHWi der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit mit der Aufforderung zur Stellungnahme bis zum 12. April ein. Mit dieser Aufforderung war die Einladung zu einer „das schriftliche Verfahren unterstützende(n) Anhörung“ am 09. April im Gesundheitsministerium verbunden. Neben der DGHWi und den Hebammenverbänden sowie dem Netzwerk der Geburtshäuser wurden 53 weitere Wohlfahrtsverbände, ärztliche Fachgesellschaften und Verbände, Krankenhausgesellschaften, Verbände der Krankenkassen, der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), aber auch der Wissenschaftsrat und Gewerkschaften, Gemeindevertretungen und -verwaltungen zur Stellungnahme aufgefordert.

Der Gesetzentwurf unterstreicht die Bedeutung und Unverzichtbarkeit der Hebammen in der gesundheitsfördernden Versorgung von Frauen, Kindern und deren Familien. Hebammen sollen zukünftig in einem dualen Studiengang wissenschaftlich qualifiziert werden. Für den theoretischen Teil des Studiums ebenso wie für die praktischen Studienphasen sind jeweils mindestens 2.100 Stunden vorgesehen. Die praktischen Studienphasen sollen im klinischen und außerklinischen Bereich erfolgen. Den gesamten Entwurf zum Gesetzestext finden Sie auf der Website der DGHWi.

Der Vorstand entschied sich für ein partizipatives Vorgehen bei der Erstellung der Stellungnahme. Deswegen wurde am nächsten Tag per Rundmail um Unterstützung durch Mitglieder gebeten. Zugleich wurde aus der Sektion Hochschulbildung heraus eine Schreibgruppe gebildet und sehr kurzfristig ein Treffen organisiert. Mehrere Mitglieder sandten konkrete Formulierungsvorschläge zu einzelnen Paragraphen des Textes, die dann zusammengefasst in einer Tabelle bei der Erarbeitung der Stellungnahme berücksichtigt werden konnten. Am 09. April wurde die DGHWi bei der Anhörung im Bundesgesundheitsministerium durch Professorin Melita Grieshop (Sprecherin Sektion Hochschulbildung) und Mandy Funk (DGHWi Mitglied, Hebamme, Juristin) vertreten. Leider wurden keine weiteren Vertreterinnen der DGHWi zugelassen. Wesentliche Punkte aus der weitgehend fertig gestellten und vom Vorstand bestätigten Stellungnahme konnten bei der Anhörung vorgetragen werden. Aus der nicht öffentlichen Sitzung wurde berichtet, dass die Vertreterinnen der Hebammen mit ihrem geschlossenen Auftreten und ihren konstruktiven und sachbezogenen Beiträgen zufrieden waren. Nach der Anhörung wurde der Text zur schriftlichen Stellungnahme noch einmal geringfügig erweitert und ein weiteres Mal vom Vorstand freigegeben, so dass die Stellungnahme fristgerecht zum 12. April als Fließtext unterstützt durch eine Tabelle mit Formulierungsvorschlägen zu den einzelnen Paragraphen des Referentenentwurfs beim Bundesgesundheitsministerium eingereicht und im internen Bereich der DGHWi-Website für alle Mitglieder zur Einsicht eingestellt wurde.

Bereits vor Bekanntwerden des Referentenentwurfs erhielt die DGHWi eine Einladung, gemeinsam mit dem Deutschen Evangelischen Krankenhausverband (DEKV) am 10. April ein parlamentarisches Frühstück im Bundestag zum Thema „Hebammenausbildung Quo vadis“ auszurichten. Ein parlamentarisches Frühstück ist eine Gelegen-

heit, mit Mitgliedern des Bundestags oder ihren Mitarbeiter/innen und anderen Interessenvertreter/innen ins Gespräch zu kommen. In diesem Fall gab es kurze Referate zum Stand der Akademisierung der Hebammenausbildung von einem Vertreter des DEKV, der Evangelischen Hochschule Berlin (EHB) sowie eines Krankenhausträgers. Für die DGHWi sowie die EHB referierte Professorin Melita Grieshop, die wichtige Positionen zum Referentenentwurf darstellte. Wesentliche Argumente sind in dem kurzen Positionspapier „Hebammenausbildung Quo vadis“ zu finden, das im internen Bereich der DGHWi-Website einzusehen ist. Der Vorstand der DGHWi war durch Professorin Martina Schlüter-Cruse, Professorin Dorothea Tegethoff und Kerstin Böhm vertreten. Aus der Sektion Hochschulbildung waren außerdem Professorin Barbara Baumgärtner und Professorin Nicola Bauer anwesend. Alle Vertreterinnen der DGHWi diskutierten nach den Referaten intensiv mit den Parlamentarierinnen und Parlamentariern die Stärken und Schwächen des Referentenentwurfs.

Das Bundesgesundheitsministerium wird den Referentenentwurf anhand der Stellungnahmen überarbeiten und zur Verbesserung der Transparenz des Verfahrens die verschiedenen Stellungnahmen im Internet veröffentlichen.

Da die Frist für die Anpassung an die EU Richtlinie 2013/55/EU am 18.01.2020 ausläuft, soll ein neues Hebammengesetz zum 01.01.2020 in Kraft treten. Das Gesetzgebungsverfahren wird also in den nächsten Monaten ablaufen. Die DGHWi wird weiterhin bemüht sein, den Prozess konstruktiv im Sinne einer hochwertigen Ausbildung auf Hochschulniveau und der Disziplinentwicklung der Hebammenwissenschaft zu begleiten.

*Elke Mattern M.Sc., Vorsitzende und
Prof. Dr. Dorothea Tegethoff, Stellvertretende Vorsitzende*

Bericht zur Novellierung des Hebammengesetzes

Mit der Veröffentlichung des Referentenentwurfes für das neue Hebammengesetz am 20.3.2019 durch das BMG wird deutlich, welche Form die hochschulische Ausbildung von Hebammen annehmen soll. Leider entspricht der Entwurf aus hochschulischer Perspektive noch nicht durchgängig den Anforderungen an ein Studium. In der Stellungnahme der DGHWi zum Referentenentwurf, die von Mitgliedsfrauen der Sektion Hochschulbildung unter Einbezug vieler Kommentare der Mitglieder der DGHWi erarbeitet wurde, konnten wir dem Ausdruck geben. Nun sind wir gespannt, welche Aspekte unserer Stellungnahme wie auch der Stellungnahmen anderer Verbände, Krankenkassen und politischen Institutionen in der endgültigen Fassung des Hebammengesetzes ihren Niederschlag finden. Zumindest lässt sich schon jetzt sagen, dass dem Entwurf gemäß die grundsätzlich wissenschaftsbasierte Qualifizierung von Hebammen nicht mehr zur Diskussion steht.

In einem nächsten Schritt sind nun im Rahmen der Erstellung der Studien- und Prüfungsordnung die Kompetenzen (Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten) zu definieren, über die Absolventinnen und Absolventen eines hebammenwissenschaftlichen Bachelor-Studiums in Zukunft

verfügen sollen. In die Ausarbeitung dieser Kompetenzen bringen sich erneut die Hochschullehrerinnen der etablierten Hebammenstudiengänge mit ihrer langjährigen Erfahrung ein. Dieses Kompetenzprofil soll zukünftig die Grundlage bilden, nach der die Hochschulstandorte ihre Studiengangskonzepte und Modulhandbücher erstellen. Dabei werden eigene Schwerpunktsetzungen und spezielle Profilentwicklungen der verschiedenen Standorte weiterhin möglich bleiben.

Trotz des fortgeschrittenen Gesetzgebungsverfahrens stellen wir fest, dass in den Bundesländern sehr unterschiedlich mit dem Thema „Akademisierung der Hebammenausbildung“ umgegangen wird. So haben manche Bundesländer bereits vollständig auf die akademische Ausbildung von Hebammen umgestellt, während in anderen Bundesländern noch keinerlei Initiative in diese Richtung ergriffen wurde. Ob letztendlich der vorliegende Gesetzentwurf die Zustimmung von Bundestag und Bundesrat finden wird, wird sich zeigen.

*Prof. Dr. Barbara Baumgärtner und Prof. Dr. Melita Grieshop
Sprecherinnen der Sektion Hochschulbildung*

Neue S2k-Leitlinie Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei Frauen mit Querschnittslähmung

Unter Leitung der federführenden Fachgesellschaften der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) wurde 2018 eine neue S2k Leitlinie zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei Frauen mit Querschnittslähmung verabschiedet. Für die DGHWi als weiterer beteiligter AWMF-Gesellschaft beteiligte sich Frau Professorin Ute Lange an den Leitlinientreffen und als Autorin.

Eine Leitlinie zur peripartalen Betreuung von Frauen mit Querschnittslähmung wurde notwendig, weil das Thema der Familiengründung auch aufgrund einer verbesserten medizinischen Versorgung für betroffene Frauen selbstverständlicher geworden ist. Gleichzeitig ist die Datenlage zum Thema begrenzt und behandelnde Fachärzte sowie Hebammen können meist nur auf wenig Erfahrung in der Betreuung der Frauen mit Querschnittslähmung zurückgreifen.

Die neue Leitlinie fasst wesentliche Informationen zusammen und soll der Etablierung interdisziplinärer Standards dienen sowie eine praxisorientierte Hilfe zur Betreuung und Beratung von Frauen mit Querschnittslähmung bei Kinderwunsch oder in den Phasen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bieten.

Siehe: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. S2k-Leitlinie 179-002: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei Frauen mit Querschnittslähmung. 30.09.2018. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/179-002I_S2k_Wochenbett-Schwangerschaft-Geburt-Querschnittlaehmung_2018-10_1.pdf (21.04.2019)

*Friederike M. Hesse B.A., B.Sc.
Assistant editor*

S2k-Leitlinie Sozialpädiatrische Nachsorge extrem unreifer Frühgeborener

Neben der S2k-Leitlinie Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei Frauen mit Querschnittslähmung wurde unter Mitarbeit der DGHWi jüngst auch die S2k-Leitlinie *Sozialpädiatrische Nachsorge extrem unreifer Frühgeborener mit einem Geburtsgewicht unter 1000 Gramm* (AWMF-Registernummer: 071 – 013) verabschiedet. Die Leitlinie entstand unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädia-

trie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ) und Beteiligung sechs weiterer AWMF-Fachgesellschaften sowie des Bundesverbands "Das frühgeborene Kind" e.V. Für die DGHWi übernahm Mirjam Peters, M.Sc. die Mitarbeit. Die Leitlinie kann auf der Webseite der AWMF eingesehen werden: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/071-013.html>

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

Bericht aus der Sektion Internationale Hebammenwissenschaft

Aus der Sektion Internationales der DGHWi gibt es in der Zusammenarbeit mit Cochrane Deutschland Verschiedenes zu berichten: Wir arbeiten weiterhin an Abstract Übersetzungen von hebammenrelevanten, wissenschaftlichen Reviews ins Deutsche. Diese werden unter anderem in der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft veröffentlicht. Weiterhin führen wir jedes Quartal eine Sichtung durch, um neu-veröffentlichte Übersichtsarbeiten von Cochrane auf ihre Relevanz für Hebammen zu prüfen. Zum ersten Mal in der Geschichte von Cochrane Deutschland wurde eine Übersetzung von uns akzeptiert, in der wir „gegendert“ hatten (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011558.pub2/full/de#CD011558-abs-0002>). Wir denken, diese Neuerung spiegelt die heutige Lebensrealität von Menschen besser wider.

Als Beitrag für die Stellungnahme der DGHWi und des DHV zum Referent/innenentwurf des Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung und für den Workshop der DGHWi auf dem Hebammenkongress des DHV in Bremen, haben wir gemeinsam die im Januar veröffentlichten „Competencies for Midwifery Practice“ ins Deutsche übersetzt. Eine Veröffentlichung der Übersetzung in der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft wird für die Winterausgabe geplant.

Diese Übersetzung zeigt auch, dass wir uns neben der Übersetzungstätigkeit im Rahmen der Cochrane Reviews, der Übersetzung von relevanten Dokumenten und Fachartikeln vom Englischen ins Deutsche geöffnet haben. Vorschläge Ihrerseits für ebensolche nehmen wir gerne an.

Am 08.12.2018 waren wir auf dem zweiten Netzwerktreffen der Deutschen Sektion von Women in Global Health <https://www.womeningh.org/germany-chapter> vertreten. Women in Global Health wurde gegründet, um Frauen im Global Health Bereich mehr Sichtbarkeit zu geben¹. Beim Netzwerktreffen hat die Sektionssprecherin die Co-Leitung der AG Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte übernommen. Als erste Aktion wurde der durch Mitglieder der AG der ins Deutsche übersetzte WHO Bericht „Women on the Move Arbeitsmigrantinnen – Migration, Pflege(arbeit) und Gesundheit“ im März in Berlin offiziell eingeführt. Das Netzwerk Women in Global Health hat seit März ihre institutionelle Anbindung am Global Health Center der Charité.

Sowohl für die Fachzeitschrift, als auch für die Newsletter sammeln wir weiterhin hebammenwissenschaftlich relevante Termine für Kongresse und geben Internationale Stellenausschreibungen weiter.

Durch die Sektion Internationales im Jahr 2019 übersetzte Cochrane Reviews:

- ◆ Munabi-Babigumira S, Glenton C, Lewin S, Fretheim A, Nabuder H. Factors that influence the provision of intrapartum and postnatal care by skilled birth attendants in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;11:CD011558. DOI: 10.1002/14651858.CD011558.pub2

Deutscher Titel: Faktoren, die die Versorgung intrapartaler und postnataler Betreuung durch qualifizierte Geburtshelfer/innen in

Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen beeinflussen: eine qualitative Evidenzsynthese.

- ◆ McCall E, Alderdice F, Halliday HL, Vohra S, Johnston L. Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birth weight infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;2:CD004210. DOI: 10.1002/14651858.CD004210.pub5

Deutscher Titel: Maßnahmen bei der Geburt zur Vermeidung von Hypothermie bei Frühgeborenen und/oder Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht.

- ◆ Yonemoto N, Dowswell Th, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;8:CD009326. DOI: 10.1002/14651858.CD009326.pub3

Deutscher Titel: Zeitliche Planung der Hausbesuchsbetreuung im frühen Wochenbett [Übersetzung noch nicht veröffentlicht].

Wir freuen uns über das Interesse von Mitgliedern der DGHWi in unserer Sektion mitzumachen. Bitte kontaktieren Sie hierfür die Sektionssprecherin unter internationales@dghwi.de

Die Mitglieder der Sektion sind: Clara Eidt B.Sc. Midwifery, Gabriele Krüger MaS International Health, Michaela Michel-Schuldt M.Sc. in Midwifery, Prof. Dr. Babette Müller-Rockstroh, Nina Peterwerth M.Sc., Dr. Susanne Simon (Stand 08.04.2019)

Michaela Michel-Schuldt M.Sc. in Midwifery

Sprecherin der Sektion Internationale Hebammenwissenschaft

Kontakt: internationales@dghwi.de

¹ Anmerkung der Redaktion: Die Initiative wurde ausführlich in einem Beitrag von Sabine Ludwig und Ilona Kickbusch in der letzten Ausgabe der Zeitschrift vorgestellt (ZHWi 2018, Band 06, Heft 02)

Women on the Move - Arbeitsmigrantinnen – Migration, Pflege(arbeit) und Gesundheit

Kurzdossier

Die entscheidende Rolle von Pflegearbeit und Pflegekräften in Gesundheitssystemen

Dieses Kurzdossier beschäftigt sich mit weiblichen Pflegekräften mit Migrationshintergrund, die häusliche Pflege anbieten. Sie spielen eine immer bedeutendere Rolle in der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung von Einzelpersonen und tragen damit zur allgemeinen Gesundheitsversorgung bei. Es ist jedoch relativ wenig über ihren eigenen Gesundheitszustand, ihr Leben als Pflegekraft mit Migrationshintergrund und ihren wichtigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung bekannt. Dies ist insofern von besonderer Bedeutung, als es weltweit zu der paradoxen Situation kommt, dass Pflegekräfte, die mehrheitlich weiblich und häufig Migrantinnen sind, einen großen Beitrag zur globalen öffentlichen Gesundheitsversorgung leisten, selbst jedoch vielen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind und ohne Schutz und Versicherung für ihre Gesundheit arbeiten.

Pflege definieren und anerkennen

In diesem Kurzdossier liegt der Fokus auf bezahlten Pflegekräften in Privathaushalten, die sich den verschiedenen Bedürfnissen von Kindern, älteren Menschen, Menschen mit Behinderungen und Kranken widmen. Wir sind besonders an der Rolle interessiert, die pflegende Migrantinnen, die mehrheitlich, aber nicht ausschließlich weiblich sind, als bezahlte und zur Gesundheitsversorgung beitragende Pflegekräfte sowie als Arbeitskräfte spielen, deren Rechte zu ihrer eigenen Gesundheitsversorgung möglicherweise von ihrem Migrations- und Erwerbsstatus abhängig sind.

Ungeschützt und unterbewertet

Pflegekräfte werden oft über private Agenturen oder informell in privaten Haushalten angestellt. Manche sind auch professionelle Pflegekräfte, denen es nicht möglich war, auf dem regulären Arbeitsmarkt eine Anstellung zu finden, sei es wegen nicht anerkannter Zeugnisse oder wegen ihrer Qualifizierung, und die daher vor dem Problem einer signifikanten Herabstufung oder Dequalifizierung ihrer Arbeit stehen [18]. Es wird geschätzt, dass weniger als 15% der in Privathaushalten beschäftigten Pflegekräfte regulär angestellt sind [37]. Den informellen Angestellten fehlt oft der vertragliche Anspruch auf gesetzlich festgelegte Arbeitsrechte, Rente und Sozialleistungen. Sie beziehen möglicherweise Löhne, die deutlich unter denen liegen, die auf dem regulären Arbeitsmarkt für die Pflege in der Gesundheitsversorgung gezahlt werden [39].

Die unterschiedlichen, teils sehr vagen Einwanderungsgesetze der verschiedenen Ankunftsländer stellen migrierende weibliche Pflegekräfte vor eine besondere Herausforderung, die sie oft davon abhält, legal einzureisen und Arbeit aufzunehmen.

Ohne legalen Bleibe-Status sind illegal eingewanderte Pflegekräfte in vielen Ländern dem Risiko von Missbrauch durch skrupellose Arbeitgeber ausgesetzt. Darüber hinaus kann auf diese Weise der Pflegemarkt selbst in den verschiedenen Ländern nicht vollständig von der Arbeit von eingewanderten Pflegekräften profitieren, die häusliche Pflege zwar

leisten wollen, aber denen es nicht gelingt, einen legalen Weg in das Land oder ein Angestelltenverhältnis zu finden.

Viele Migrantinnen haben das Problem, dass die Gastländer ihre Ausbildung und Zeugnisse nicht anerkennen [4, 18], was dazu führt, dass sie Privatpersonen pflegen, und nicht ihrer eigentlichen Qualifizierung entsprechend arbeiten (s. z.B. das Schicksal von Simbabwe-Pflegekräften in Großbritannien) [30]. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund arbeiten generell unter erschwerten Bedingungen, haben weniger Rechte und weniger adäquate Gesundheitsversorgung als einheimische Pflegekräfte. Dadurch, dass Pflegearbeit häufig in den informellen Sektor verschoben wird, müssen in diesem Bereich arbeitende Angestellte erfahren, dass Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung nicht garantiert sind, sondern ihnen nach Belieben des Arbeitgebers gewährt werden. Beispielsweise hatte in den USA in 2010 fast ein Viertel der im Ausland geborenen Arbeitskräfte, die in der Pflege als Hilfskräfte in der Heim-, psychiatrischen und häuslichen Pflege beschäftigt waren, keine eigene Krankenversicherung [32].

Es wurde schon viel über die schlechten Bedingungen geschrieben, unter denen Pflegekräfte, vor allem Migrantinnen, arbeiten müssen, wie beispielsweise niedrige Löhne, lange Arbeitszeiten, inadäquate Wohn- und Versorgungsverhältnisse, was insbesondere für Pflegekräfte zutrifft, die im selben Haus wohnen [31, 41, 43]. Viele Studien berichten über fehlenden Respekt gegenüber der Arbeit und dem Ansehen der Arbeitskraft und sogar über verbale, physische und sexuelle Missbrauch [1, 16, 20]. In den extremsten Fällen, in denen Vermittler oder Arbeitgeber den Angestellten ihre Reisepässe wegnehmen [10] und ihnen Reisekosten und andere Ausgaben vom Lohn abziehen (oder sie überhaupt nicht entlohnen), wird die Pflegearbeit zu einer modernen Form der zeitgebundenen Fronarbeit [19]. In diesem Kontext überrascht es, dass Wissenschaftler dem Zusammenhang zwischen den verschiedenen Formen der Pflegearbeit und der Gesundheit der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund bisher noch keine Aufmerksamkeit schenken.

Die physische und mentale Gesundheit von migrierenden weiblichen Pflegekräften

Es besteht eine signifikante Wissenslücke in Bezug auf den Einfluss der Arbeit sowie der Arbeitsbedingungen – positiv und negativ – auf die Gesundheit der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund. Die Literatur dazu dokumentiert spezifische negative physische Folgen der Pflegearbeit für die Gesundheit. Die am häufigsten genannten sind Müdigkeit, Hunger (ungenügende Mahlzeiten oder fehlende Möglichkeit zur Zubereitung von Mahlzeiten, die dem eigenen Herkunftsland entsprechen) [42], Stürze sowie Belastungen und Verletzungen des Bewegungsapparates durch schweres Heben von Personen und Geräten, von denen manche Leiden noch lange nach Rückkehr der Betroffenen in ihre Heimatländer bestehen [29]. Diese Forschungsergebnisse decken sich mit einem wachsenden Wissenschaftsfeld, das sich mit den Verletzungen beschäftigt, die sich besonders Hausangestellte zuziehen, wie Prellungen, Schnittwunden, Verbrennungen, Amputationen, Augenverletzungen, Erblindung, Kopfverletzungen, Verletzungen/Verstau-

Sektionen

chungen des Bewegungsapparates, chronische Hand und Handgelenkspathologien, sowie Rücken- und Beinschmerzen. Zudem sind sie Infektionskrankheiten ausgesetzt [3, 17].

Viele weibliche Pflegekräfte mit Migrationshintergrund leiden ebenso unter schlechter reproduktiver und sexueller Gesundheit [5, 33]. Es gibt außerdem reichliche Beweise, dass sie Opfer von physischer Gewalt und Schlägen werden, sexuelle Belästigungen und Übergriffe mit eingeschlossen. So gaben beispielsweise 44% von philippinischen Migrantinnen an, eine/n Hausangestellte/n zu kennen, die/der physische Gewalt erfuhr, 27% kannten jemanden, der sexuelle Belästigungen erleben musste, und 22,4% kannten Fälle von Vergewaltigungen [2, 45].

Eine zentrale Hürde im Zugang zu Gesundheitsversorgung, insbesondere von Hausangestellten mit Migrationshintergrund, ist die Unmöglichkeit, im Ankunftsland eine Krankenversicherung zu erhalten.

Manche Herkunftsländer haben mobile Versicherungsprogramme eingeführt, die es migrierenden weiblichen Pflegekräften ermöglichen, in ihrem Ankunftsland Zugang zur Gesundheitsversorgung zu erhalten. Jedoch sind die abgedeckten Basisleistungen, die eingeschränkte Dauer des Schutzes und der Umfang der abgedeckten Kosten nicht unbedingt ausreichend, um akute Fälle abzusichern. Viele migrierende Arbeitnehmer sind daher schutzlos, wenn ihre Rechte und Ansprüche auf Gesundheitsversorgung von den Privathaushalten der Ankunftslander nicht eingehalten werden. Besonders laufen sie Gefahr, dass ihre Krankheitskosten im Ankunftsland nicht gedeckt sind sowie die Kosten von Krankheiten und Verletzungen, die durch Flucht aus missbräuchlichen Arbeitsverhältnissen entstanden sind, oder auch Behandlungen von Geschlechtskrankheiten wie HIV nicht erstattet werden.

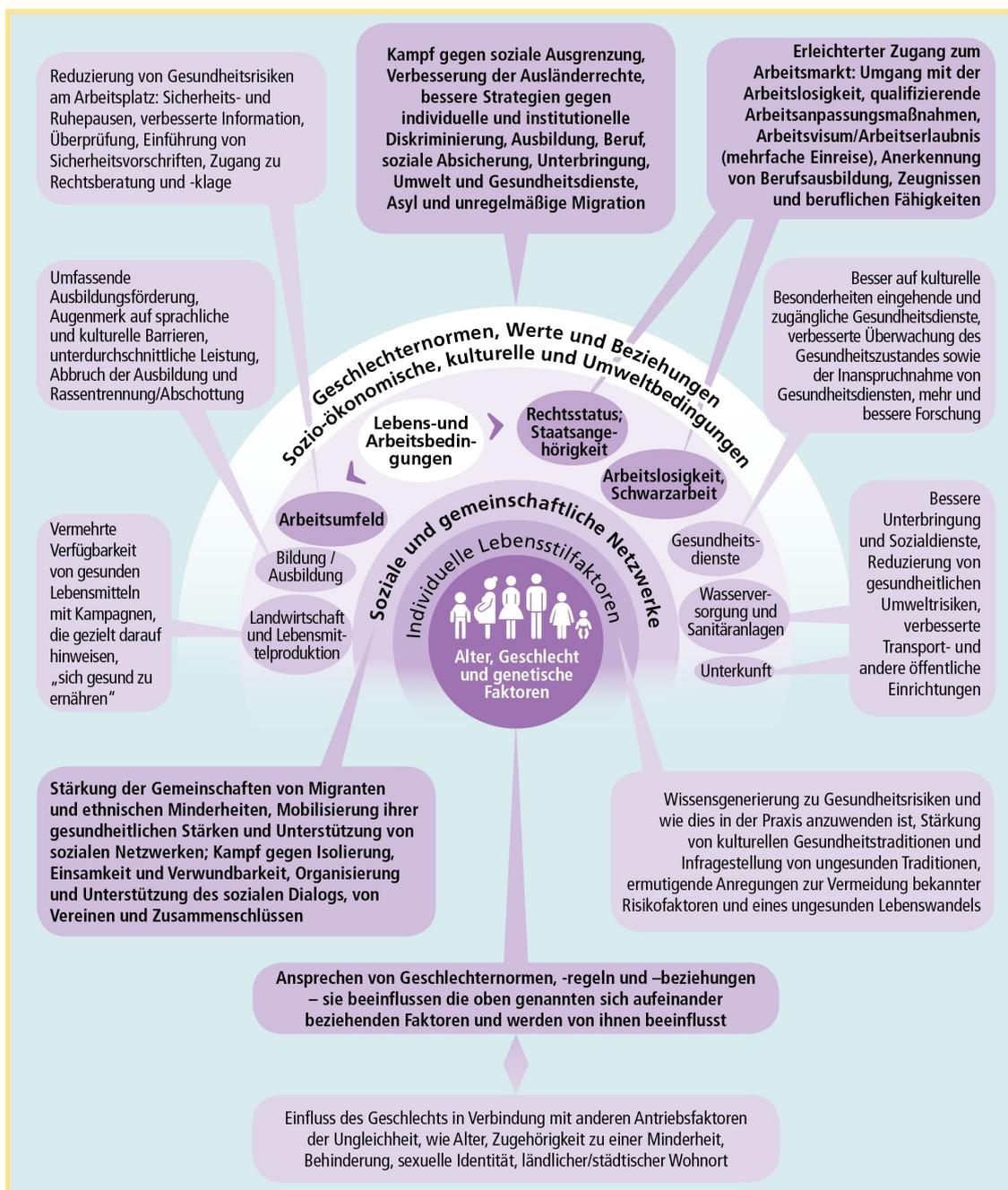


Abbildung: Diagramm der sozialen Determinanten von Gesundheit, angepasst an die Situation von migrierenden weiblichen Pflegekräften

Quelle: WHO Regional Office for Europe. 2010. Das Diagramm wurde von T. Koller mit Ergänzungen von D. Ingleby, S. Gammage und M. Manandhar und Layout-Änderungen von E. Cherchi zur Gesundheit von Migrantinnen ausgearbeitet. Der innere Regenbogen stammt von Dahlgreen und Whitehead, 1991.

Es können auch signifikante Nachteile entstehen, wenn medizinische Versorgung in Anspruch genommen wird. Es gab Fälle, in denen Anträge auf Einbürgerung zurückgewiesen wurden, wenn durch Gesundheitstests lebensbedrohliche Erkrankungen aufgedeckt wurden [7, 21]. Aus anderen Berichten ging hervor, dass Testergebnisse an Vermittlungsagenturen ohne das jeweilige Einverständnis von Sender und Empfänger weitergereicht wurden [35]. Auch ist bekannt, dass im östlichen Mittelmeerraum weiblichen Pflegekräften mit Migrationshintergrund bei denen der HIV/AIDS-Tests positiv ausfällt oder eine Schwangerschaft diagnostiziert wird, die sofortige Ausweisung droht [8].

Versorgungsketten und Abwanderung von Pflegepersonal

Die steigende Zahl von Migranten/innen führt zu Abwanderungen von Pflegepersonal, „care drain“, im globalen Süden, in den ärmeren Regionen der Europäischen Union und anderen sich entwickelnden Regionen sowie in den ländlichen Gegenden von Ländern mit stark ausgeprägter interner (Land-Stadt) Migration (z.B. Brasilien, China, Philippinen) [26]. Dadurch entsteht ein Ungleichgewicht von Pflegeressourcen zum Vorteil von Städten und dem globalen Norden. Migranten/innen und die Familien, die sie zurücklassen, versuchen den Verlust der Pflegenden damit auszugleichen, indem sie „globale Versorgungsketten“ kreieren. Diejenigen, die früher für die Pflege zuständig waren, werden nun ersetzt, indem Kinder bei Tanten, Großmüttern oder anderen Verwandten (normalerweise Frauen) untergebracht und bezahlte Pflegekräfte angestellt werden. Zwar beweisen diese globalen Versorgungsketten Handlungsfähigkeit und Resilienz der Migranten/innen und ihrer Familien, sie sind jedoch fragil und brechen häufig unter dem psychischen und finanziellen Druck der langen Trennung zusammen [2, 9, 15, 47].

Die Gesundheit und das Wohlergehen der Zurückgebliebenen

Auch diejenigen, die im Sog der Migration zurückbleiben, leiden an den Folgen, die die Trennung für ihre Gesundheit und ihr Wohlergehen mit sich bringt. Kinder reagieren auf die Abwesenheit ihrer Mütter in unterschiedlichster Weise, je nach Temperament des Kindes, ihrer Beziehung mit dem abwesenden Elternteil, der Gestaltung der Ersatzbetreuung und den involvierten Personen. Auch ändern sich die Reaktionen der Kinder auf die Abwesenheit der Mütter mit der Zeit und mit dem Alter: Jugendliche tendieren dazu ihre negativen Gefühle stärker auszusprechen als jüngere Kinder [14].

Es sind aber nicht nur Kinder, die von der Migration eines Familienmitglieds betroffen sind. Durch die Migration sehen sich ältere Personen einer zweifachen Herausforderung gegenüber, wenn sie sich um die Enkel kümmern müssen, deren Eltern migriert sind und gleichzeitig selbst auf Pflege und Hilfe angewiesen sind. Ältere Menschen sind häufig die Hauptbetreuungspersonen in vielen armen Haushalten in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen. Oft betreuen sie andere ältere Personen und Kinder in ihren Familien. Ihre Arbeit sollte weit mehr anerkannt und unterstützt werden [13]. Betagte Großeltern in Thailand sind oft gezwungen, wieder erwerbstätig zu werden, um ihre zurückgelassenen Enkel zu unterstützen [23]. Die Fähigkeit von Ersatz- bzw. Pflegeeltern, mit der zusätzlichen Belastung umzugehen, hängt stark von ihrem Alter und körperlichen Verfassung ab.

Die praktischen und psychologischen Folgen von abwesenden Frauen können auch Geschlechterungleichheiten in den Herkunftsländern verstärken, indem andere Frauen und Mädchen verstärkt (vor allem

unbezahlt) zur Übernahme der Pflege herangezogen werden, um die Abwesenden zu ersetzen. Dies erhöht die zeitliche Belastung der Betroffenen und wirkt sich frustrierend auf das aus, was sie im Leben erreichen wollen. Die mütterliche Abwesenheit kann aber auch Männer veranlassen, Geschlechterrollen und -verantwortlichkeiten zu tauschen und so in manchen Fällen, sich liebevoller der Familie zu widmen [11].

Maßnahmen zur Unterstützung der Gesundheit von Migrantinnen in Pflegearbeit

Migration, Arbeit, mangelnde soziale Absicherung und die Gepflogenheiten der jeweiligen Gesundheitssysteme können negative Auswirkungen auf die Gesundheit von migrierenden weiblichen Pflegekräften und ihren Familien haben – unabhängig davon, ob sie die Frauen begleiten oder zu Hause bleiben. So sind Visaeinträge für Pflegekräfte beispielsweise häufig zeitlich begrenzt und ermöglichen es den Pflegekräften nicht, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen. In vielen Ländern haben diejenigen mit Nichtbürger-Status keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung oder Kinderbetreuung, [22], oder diese sind für Nichtbürger und Nichtversicherte unverhältnismäßig teuer [38, 40]. Ebenso verhindern fehlende regelnde Verträge den Zugang zu Grundrechten des Arbeitnehmers, wie bezahlter Krankenstand oder Entschädigung im Krankheitsfall [36].

Migrierende weibliche Pflegekräfte sind oft davon abhängig, dass ihre Arbeitgeber, Vermittler oder Agenturen ihre vertraglichen Verpflichtungen einhalten. Das ist jedoch nicht immer der Fall.

Einwanderungsgesetze werden wegen ihrer Auswirkung auf Familien, weil sie entweder den Familiennachzug beschleunigen oder verzögern, faktisch zu Familiengesetzen [44]. Einwanderungsgesetze wirken sich auf Familien aus, indem sie vorschreiben, was „eine Familie“ ausmacht, wer nachziehen kann und wann. Sie können vielen Migranten die legale Einreise verweigern und somit anderen Familienmitgliedern den Nachzug erschweren, oder sie können es Arbeitnehmern ohne Dokumente schwer machen, einen Heimurlaub bei ihrer zurückgelassenen Familie zu machen, weil es zu teuer oder gefährlich ist und/oder weil ihnen die erneute Einreise bei der Rückkehr nicht gestattet wird.

Eine Lockerung der Visumpflichten, um es Migrantinnen zu erleichtern, ihre Kinder häufiger zu sehen oder sie in die Ankunftsländer mitzunehmen, könnte manche dieser Probleme entschärfen. Doch der Prozess bis zum Erhalt einer Nachreiseerlaubnis für minderjährige Kinder kann so lange dauern, dass die Kinder zu alt für die Nachreise sind [34].

Arbeitsrecht sowie Einwanderungsrecht und -praxis können sich also häufig widersprechen, insbesondere wenn das Arbeitsrecht sich nicht auf Migranten erstreckt oder wenn der Migrationsstatus den Zugang zu gesetzlichen Arbeitnehmerrechten beeinflusst, wie das Recht auf Versammlungsfreiheit, das Recht auf Mindestlohn oder die gesetzlich vorgeschriebenen Arbeits- und Ruhezeiten [6, 24, 27].

Gleichermaßen ist soziale Absicherung häufig vom Migrationsstatus abhängig, und nicht alle Arbeitskräfte haben das Recht auf Rentenansprüche oder auf andere soziale Ansprüche, wie es einheimischen Arbeitskräften und Bürgern zusteht.

Eine transnationale soziale (Ab)sicherung wird angestrebt

Soziale Absicherung (auf allen Ebenen) während Migration und Pflege ist essentiell, um es weiblichen migrierenden Pflegekräften zu ermög-

lichen, dass sie während der Pflege und Betreuung anderer (Pflegebedürftige und auch Familien in ihren Herkunftsländern) gesund bleiben und es ihnen dabei gut geht. Die Möglichkeit und Übertragbarkeit von bereichs- und grenzüberschreitender sozialer Absicherung (inklusive Krankenversicherung und hier speziell der Zugang zur Gesundheitsversorgung), Sozialversicherung und Renten muss gesichert sein.

Im asiatisch-pazifischen Raum, fällt auf, dass fast 11% der Philippinischen Bevölkerung im Ausland leben oder arbeiten. Wenn Philippinen ihr Land verlassen, müssen sie sich alle in das Programm PhilHealth einschreiben. Die Regierungen von Indonesien und Thailand verhandeln derzeit über ähnliche bilaterale Abkommen, die einen Mindeststandard für Löhne und Zulagen sowie Zugang zur Krankenversicherung für Arbeitnehmer in Übersee beinhalten.

In der Europäischen Union haben europäische Migranten ebenfalls das Recht auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung und sozialer Absicherung.

Auf dem amerikanischen Kontinent haben Migranten innerhalb der südamerikanischen MERCOSUR- Länder, ein Recht auf universelle soziale Absicherung, was es den Angehörigen dieser Länder ermöglicht, sich frei über die Grenzen hinweg zu bewegen, und zudem grenzüberschreitende Rentenansprüche durch bilaterale Abkommen zusichert. Die mexikanische Regierung hat zusätzlich ihre nationale Krankenversicherung erweitert, um im Ausland arbeitende Migranten abzusichern: „Familienmitglieder, die noch in Mexiko leben, sind vollständig versichert, während diejenigen, die im Ausland leben, ärztliche Grundversorgung in Gemeindegesundheitszentren in Kalifornien erhalten können (bei schwerwiegenden Gesundheitsproblemen bekommen sie „Katastrophenschutz“ in Mexiko)“ [25].

Ähnlich handhabt es Guatemala, wo man dabei ist, ein Krankenversicherungssystem zu entwickeln, welches es migrierenden Arbeitskräften erlaubt, einen Beitrag in ein von der Internationalen Organisation für Migration geschaffenes System einzuzahlen, so dass ihre Familien zuhause Zugang zu einer speziellen Gesundheitsversorgung haben [28].

Nationale Gesundheitspolitik, Strategien und Pläne (National Health Policies, Strategies and Plans (NHPSPs)) sind die Eckpunkte einer Gouvernanz, die darauf abzielt, universelle Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage (UHC)), verbunden mit dem Recht auf

Gesundheit, zu schaffen. Dabei wird deutlich, dass die Herausforderung darin besteht, das Recht auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung neu zu definieren und nicht mehr allein die Staatsbürgerschaft als Grundlage zu nehmen. Es gilt „UHC Systeme neu zu betrachten, damit sie auch über nationale Grenzen hinweg gültig sein können“ [12].

Nächste Schritte

Dieser Bericht unterstreicht drei wichtige nächste Schritte, die alle Länder und Regionen bedenken sollten, um die Gesundheit und das Wohlergehen von migrierenden Pflegekräften und ihren Familien zu verbessern:

1. Berichterstattung über Zustand und Art der Pflegearbeit von Migranten, deren Beitrag zu globaler Pflege und deren Arbeitsbedingungen. Das WHO Country Support Package¹, inklusive dem darin erwähnten Arbeitsmaterial wie Health Inequality Monitoring, Innov8 Barrier Analysis und partizipative Ansätze im Allgemeinen können dabei hilfreich sein.
2. Verbessertes Zugang zum UHC durch spezifische Maßnahmen zur Unterbindung von Diskriminierung sowie die Förderung von Inklusion und Teilnahme migrierender Pflegekräfte.
3. Förderung und Anerkennung von Pflege als globales öffentliches Gut (Global Public Good), welches zu globaler Gesundheit und globalem Wohlergehen beiträgt.

Diese Schritte und viele damit in Verbindung stehende Strategien betreffen alle Migranten, Männer wie Frauen sowie die Zurückgelassenen. Sie plädieren für holistische, universelle und personenbezogene Gesundheits- und Sozialfürsorgesysteme.

Wir rufen die Regierungen dringend dazu auf, bezahlte und unbezahlte Pflegearbeit anzuerkennen und zu unterstützen, migrierende weibliche Pflegekräfte gegen Menschenrechts- und Arbeitsrechtsverletzungen zu schützen und Aktivitäten auf internationaler, regionaler und Landesebene zu fördern, die Modelle für „Gesundheit für Alle“ durch ethische und transparente Gouvernanz-Mechanismen zugänglich machen. Es braucht sowohl politischen Willen und Vision, geleitet von einer robusten Beweislage. Es braucht Strategien und Arbeitsmaterialien zum bereichsübergreifenden Handeln, sowie eine Stärkung der Mitsprache der Migrantinnen selbst. Nur so kann eine gerechte und sozial ausgewogene Entwicklung vorangebracht werden.

¹ Siehe: <http://www.who.int/gender-equityrights/understanding/en/>

Nachdruck der Übersetzung des WHO Berichtes “Women on the Move: Migration, Care Work and Health (Policy Brief)” WHO/FWC/GER/17.2

Mehr Informationen unter: <http://www.who.int/gender-equityrights/understanding/en/>

Übersetzung: Katharina Klohe M.Sc., Prof. Andrea S. Winkler und Prof. Clarissa Prazeres da Costa, Center for Global Health, Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene, TUM Fakultät für Medizin, München.

Literatur:

1. Abu-Habib L. The use and abuse of female domestic workers from Sri Lanka in Lebanon. *Gender & Development*, 1998;6(1):52-6. [Zugriff: 21.08.2017]. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1080/741922630>
2. ACHIEVE & Vrije Universiteit Medical Center Metamedical Health Care and Culture. Women and migration: the mental health nexus a research on individual and structural determinants of stress and mental health problems of Filipino women migrant domestic workers. Quezon City: Action for Health Initiatives; 2011.
3. Ahonen EQ, López-Jacob MJ, Vázquez ML, Porthé V, Gil-González D, García AM, et al. Invisible work, unseen hazards: the health of women immigrant household service workers in Spain. *Am J Ind Med*. 2010;53(4):405-16. DOI: 10.1002/ajim.20710.
4. Akresh I. Occupational trajectories of legal US immigrants: downgrading and recovery. *Pop Dev Rev*. 2008;34:435-56.
5. Bedri N, Ibrahim Abdelmoneim S, Tamba N, Adam S. Factors influencing access of women migrant domestic workers to sexual and reproductive health (SRH) services at Khartoum State: the case of Ethiopian migrant domestic workers. *Ahfad Journal*. 2015;32(2).

6. Calavita K. Gender, migration and law: crossing borders and bridging disciplines. *Int Migr Rev.* 2006;40(1):104-32.
7. Canchela J. Support surges for ailing caregiver. *The Philippine Reporter*, 2008. [Zugriff: 29.09.2016]. Verfügbar unter: <http://www.philreporter.com/Issue-07-1-15-08/support.htm>
8. Cariker B. Health requirement for Middle East Visas. *Expat Family Health*. 2013. [Zugriff: 13.11.2016]. Verfügbar unter: <https://expatfamilyhealth.com/health-requirements-work-visas/health-requirements-for-middle-east-visas/>
9. Ehrenreich B, Hochschild AR. *Global woman: nannies, maids, and sex workers in the new economy*. New York (NY): Macmillan; 2003.
10. Fernandez B. Household help? Ethiopian women domestic workers' labor migration to the Gulf countries. *Asian Pac Migr J.* 2011;20:433-57.
11. Gallo E, Scrinzi F. *Migration, masculinities and reproductive labor: men of the home*. New York (NY): Palgrave Macmillan; 2016.
12. Guinto RL, Curran UZ, Suphanchaimat S, Pocock NS. Universal health coverage in "One ASEAN": are migrants included? *Glob Health Action.* 2015;8:25749. DOI:10.3402/gha.v8.25749.
13. HelpAge International. *Global AgeWatch Index 2015*. Insight report. London: HelpAge International; 2015.
14. Hoang LA, Lam T, Yeoh BSA, Graham E. Transnational migration, changing care arrangements and left-behind children's responses in South-east Asia. *Children's Geographies*, 2015;13(33):262-77.
15. Hondagneu-Sotelo P, Avila E. "Here, but I'm there": the meanings of Latina transnational motherhood. *Gend Soc.* 1997;11(5):548-71.
16. Huang S, Yeoh BSA. Emotional labour and transnational domestic work: the moving geographies of "maid abuse" in Singapore. *Mobilities.* 2007;2(2):195-217.
17. International Labour Organization. *Domestic workers across the world: global and regional statistics and the extent of legal protection*. Geneva: International Labour Organization; 2015.
18. International Organization for Migration. *Crushed hopes: underemployment and deskilling among skilled migrant women*. Geneva: International Organization for Migration; 2013. [Zugriff: 21.08.2017]. Verfügbar unter: https://publications.iom.int/system/files/pdf/crushed_hopes_3jan2013.pdf
19. Jureidini R, Moukarbel N. Female Sri Lankan domestic workers in Lebanon. A case of "contract slavery"? *J Ethn Migr Stud.* 2004;30(4):581-607.
20. Jureidini R. Irregular workers in Egypt: migrant and refugee domestic workers. *Int J Multicult Soc.* 2009;11(2):75-90.
21. Keung N. Ottawa urged to grant permanent status to migrant workers on arrival. *Toronto Star*, 11 September 2016. [Zugriff: 29.08.2017]. Verfügbar unter: <https://www.thestar.com/news/immigration/2016/09/11/ottawa-urged-to-grant-permanent-status-to-migrant-workers-upon-arrival.html>
22. Ku L, Jewers M. *Health care for immigrant families: current policies and issues*. Washington (DC): Migration Policy Institute; 2013.
23. Kusakabe K. Reconciling work and family: issues and policies in Thailand. *Conditions of Work and Employment Series*, No. 14. Geneva: International Labour Organization; 2006. [Zugriff: 29.08.2017]. Verfügbar unter: http://www.ilo.org/travail/whatwedo/publications/WCMS_TRAVAIL_PUB_14/lang-en/index.htm
24. Léon M. Migration and care work in Spain: the domestic sector revisited. *Soc Pol Soc.*, themed issue on "Domestic and care work at the intersection of welfare, gender and migration regimes: some European experiences". 2010(3):409-18.
25. Levitt P. Why we need transnational social protection for migrants. *New York (NY): Sapiens*; 5 April 2017. [Zugriff: 21.08.2017]. Verfügbar unter: <http://www.sapiens.org/culture/transnational-social-protection/>
26. Liu B, Zhang Y, Li Y. Reconciling work and family: issues and policies in China. *Conditions of Work and Employment Series*, No. 22. Geneva: International Labour Office; 2009. [Zugriff: 21.08.2017]. Verfügbar unter: http://www.ilo.org/beijing/what-we-do/publications/WCMS_141729/lang-en/index.htm
27. Lutz H, Palenga-Möllnbeck E. Care work migration in Germany: semi-compliance and complicity. *Soc Pol Soc.*, themed issue on "Domestic and care work at the intersection of welfare, gender and migration regimes: some European experiences". 2010(3):419-30.
28. MacLaren B. Securing health services in Guatemala for the families of migrant workers. *FocalPoint*. 2008;7(5):10-1. [Zugriff: 05.09.2017]. Verfügbar unter: http://www.focal.ca/pdf/focalpoint_june2008.pdf
29. Malhotra R, Arambepola C, Tarun S, De Silva V, Kishore J, Ostbye T. Health issues of female foreign domestic workers: a systematic review of the scientific and gray literature. *Int J Occup Environ Health.* 2013;19(4):261-77.
30. McGregor J. Joining the BBC (British Bottom Cleaners): Zimbabwean migrants and the UK care industry. *J Ethn Migr Stud.* 2007;33(5):801-24.
31. Meghani Z. Trapped in a web of immigration and employment laws: female undocumented home health workers in the US. In: Meghani Z, editor. *Women migrant workers, ethical, political and legal problems*. New York (NY) and London: Routledge; 2016:24-53.
32. Migration Policy Institute. *Foreign-born health-care workers in the United States*. Washington (DC): Migration Policy Institute; 2007. [Zugriff: 21.08.2017]. Verfügbar unter: <http://www.migrationpolicy.org/article/foreign-born-health-care-workers-united-states-0>
33. Mora L. Gender, reproductive rights and international migration. Meeting of Experts on Population, Inequalities and Human Rights. Santiago: CEPAL; 2006. [Zugriff: 29.08.2017]. Verfügbar unter: <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/6/27116/moral.pdf>
34. Parreñas RS, Parreñas R. *Servants of globalization: migration and domestic work*. Redwood City (CA): Stanford University Press; 2015.
35. Philippine Migrants Rights Watch. About us. Manila: Philippine Migrants Rights Watch; 2016. [Zugriff: 29.08.2017]. Verfügbar unter: <http://www.pmrw.org.ph/p/the-philippine-migrants-rights-watch-is.html>
36. Rojas-Wiesner M, DeVargas M. Strategic invisibility as everyday politics for a life with dignity: Guatemalan Women migrants' experiences of insecurity at Mexico's southern border. In Truong T, Gasper D, Handmaker J, Bergh S, editors. *Migration, gender and social justice: perspectives on human insecurity*. Berlin: Springer; 2014.
37. Scheil-Adlung X. Long-term care protection for older persons: a review of coverage deficits in 46 countries. *Extension of Social Security, Working Paper 50*. Geneva: International Labour Organization; 2015.
38. Sivadasan K, Zhang C. Improving healthcare insurance for migrant workers in China: cover the missing 220 million migrants. How to bridge the missing gap? MPA Thesis submission. Cambridge (MA): John F. Kennedy School of Government, Harvard University; 2014.
39. Spencer S, Martin S, Bourgeault I, O'Shea E. The role of migrant care workers in aging societies: Report on research findings in the United Kingdom, Ireland, Canada and the United States. IOM Migration Research Series No. 41. Geneva: International Organization for Migration; 2010. [Zugriff: 15.10.2017]. Verfügbar unter: <http://publications.iom.int/bookstore/free/MRS41.pdf>
40. Squires D, Anderson C. U.S. health care from a global perspective: spending, use of services, prices, and health in 13 countries. *Issue Brief (Commonw Fund)*. 2015;1-15.
41. Triandafyllidou A, editor. *Irregular migrant domestic workers in Europe: Who cares?* Farnham: Ashgate; 2013.
42. Tungohan E. From migrant to citizen: learning from the experiences of former caregivers transitioning out of the live-in caregiver program. Toronto: Gabriela Transitions Experiences Survey; 2014. [Zugriff: 29.08.2017]. Verfügbar unter: <http://www.gatesurvey.com/wp-content/uploads/2014/07/GATES-Preliminary-Analysis-201407221.pdf>
43. van Walsum S. International migrant domestic workers, national welfare states and transnational social security arrangements. In: Meghani Z, editor. *Women migrant workers, ethical, political and legal problems*. New York (NY) and London: Routledge; 2016:131-53.
44. van Walsum S. Transnational mothering, national immigration policy, and European law: the experience of the Netherlands. In: Benhabib S, Resnik J, editors. *Migrations and mobilities: citizenship, borders, and gender*. New York (NY): New York University Press; 2009.
45. Wong A. Identifying work-related stressors and abuses and assessing their impact on the health of migrant domestic workers in Singapore. Singapore: Humanitarian Organization for Migration Economics; 2010.
46. Yeates N. Global care chains: a state-of-the-art review and future directions in care transnationalization research. *Global Networks.* 2012;12(2):135-54.
47. Yeates N. *Globalising care economies and migrant workers: explorations in global care chains*. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2009.

Expertise zur Umsetzung der Regelakademisierung in der Hebammenausbildung

Stellungnahme der Sektion Hochschulbildung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

10. Dezember 2018

Präambel

Aufgrund der EU-Richtlinie (EU-RL 2013/55EU) und der darin festgelegten für die Berufsausübung erforderlichen wissenschafts-basierten Kenntnisse soll die Ausbildung von Hebammen¹ in Deutschland ab Januar 2020 akademisch umgesetzt werden. Zu den sich in diesem Zusammenhang stellenden Fragen im Hinblick auf die Überführung der bisherigen berufsschulischen Ausbildungsstruktur in das hochschulische System spricht die Sektion Hochschulbildung der Deutschen Gesellschaft Hebammenwissenschaft (DGHWi) folgende Empfehlungen aus:

1. Studienformat:

- ◆ Anzustreben ist das primärqualifizierende Studienmodell als Regel.
- ◆ Das Studium erfolgt dual und praxisintegrierend im Sinne eines Zusammenwirkens von Lernorten für die theoretische und berufspraktische Qualifizierung. Zentrale Kennzeichen sind die Abstimmung der Lernorte (Fachhochschule/Universität und Praxispartner/Kooperationspartner) im Hinblick auf Lerninhalte, die Gestaltung des Praxisbezugs (wissenschaftliche Begleitung des Praxislernens) und den wissenschaftlichen Anspruch. Dieser wird abgebildet in dem hohen Anteil an akademischer Ausbildung, den zu erbringenden hochschulüblichen Prüfungen, der hochschulischen Qualifikation des Lehrpersonals für Theorie und Praxis und der Qualifizierung für die Forschung².
- ◆ Die akademische und berufsrechtliche Gesamtverantwortung für das Hebammenstudium trägt die gradverleihende Hochschule³.
- ◆ Die Leitung erfolgt durch eine Hebammenwissenschaftlerin, die als Hebamme ausgewiesen ist. Die Hebammenwissenschaft ist als eigenständige Disziplin zu etablieren.

2. Umfang des Studiums:

- ◆ Die Studiendauer beträgt mindestens sieben Semester.
- ◆ Der Stundenumfang beträgt mindestens 6.300 Stunden (210 credit points [CP]), analog zu den Vorgaben eines siebensemestrigen Studiums (30 CP pro Semester). Alle zu absolvierenden Praxisstunden werden akkreditiert und anerkannt.
- ◆ Der Praxisanteil beträgt mindestens 2.100 Stunden bzw. mindestens 1/3 der Gesamtstunden. Das heißt, dass mehr Praxisstunden möglich sind, dadurch verringert sich aber der Theorieanteil.

Begründung: Die erweiterten Qualifikationsziele⁴ für hochschulisch ausgebildete Hebammen bzw. das erweiterte Kompetenzprofil⁵.

3. Bedingungen des Praxislernens:

- ◆ Die Anleitung der Studierenden erfolgt durch pädagogisch qualifi-

zierte Praxisanleiter/innen. Qualifizierung und jährliche Refresherkurse sind analog dem Pflegeberufegesetz zu gestalten (300 Stunden Weiterbildung und jährlich 24 Stunden pädagogischer Refresherkurs).

- ◆ Mindestens 25% des Praxislernens erfolgt unter Praxisanleitung, die Praxisanleiter/innen sollen für diese Tätigkeit freigestellt werden.
- ◆ Für die Schnittstelle von Theorie und Praxis wird der dritte Lernort „Skills-Lab“ etabliert.
- ◆ Bis zu 10% der Praxisstunden oder 210 Stunden finden im Skills-Lab statt.
- ◆ Die Praxisbegleitung erfolgt durch Lehrende der Hochschule.

4. Praxisorte

- ◆ Das Praxislernen findet zu 2/3 im klinischen und zu 1/3 im außerklinischen Setting statt.
- ◆ Analog zum Betreuungsbogen (Sayn-Wittgenstein 2007) sind folgende Tätigkeitsbereiche einzubeziehen:
 - i. Familienplanung
 - ii. Schwangerschaft
 - iii. Geburt
 - iv. Wochenbett und Stillzeit
 - v. Erstes Lebensjahr des Kindes.

Darüber hinaus sollte das Praxislernen in folgende Bereichen erfolgen:

- i. Kinderklinik (3-4 Wochen)
- ii. Operationsaal (1 Woche)
- iii. Freie Wahl („Innovative Praxislernfelder“), d.h. die Hochschule hat Gelegenheit zur Profilbildung mit Schwerpunktbereichen oder die Studierenden wählen aus, z.B. gynäkologische Arztpraxis, Familienbildungsstätte, Beratungsstelle, Krankenkasse, Berufsverband, etc. (mindestens 3 Wochen).

5. Prüfungen

- ◆ Die berufliche und akademische Qualifizierung werden über einen Abschlussgrad überprüft und nachgewiesen (z.B. Bachelor of Midwifery, beinhaltet staatliche Prüfung sowie die Bachelorarbeit).
- ◆ Schriftliche und praktische Anteile können kumulativ überprüft werden.

6. Übergangsregelungen

- ◆ Die Überführung der fachschulischen Ausbildung in die Regel-

akademisierung sollte so zeitnah wie möglich erfolgen.

- ◆ Die Integration der Lehrenden der bestehenden Hebammenschulen in die Hochschulen sollte entsprechend ihrer Qualifikation und den Hochschulregelungen ermöglicht werden.

7. Weitere Maßnahmen

- ◆ Studienangebote zur Nachqualifizierung von fachschulisch ausgebildeten Hebammen sind (weiter-) zu entwickeln und zu finanzieren.
- ◆ Eine zeitnahe Novellierung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV) in Zusam-

menarbeit mit den zuständigen Landesministerien ist anzustreben, um eine einheitliche Umsetzung des Berufsgesetzes unter Berücksichtigung der hochschulrechtlichen Rahmenbedingungen zu erreichen.

- ◆ In der Sektion Hochschulbildung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. (DGHWi) sind die Professorinnen für Hebammenwissenschaft und die Studiengangsleitungen/Studienbereichsleitungen der Hochschulen mit hebammenwissenschaftlichen Studiengängen auf Bachelor- und Masterebene organisiert.

Beteiligte Hebammenwissenschaftlerinnen:

Dr. Gertrud M. Ayerle
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Studiengangsverantwortliche
Studiengang: B.Sc. und M.Sc. (Hebamme)

Professorin Dr. Barbara Baumgärtner
Ernst-Abbe-Hochschule Jena
Studiengangsleitung
Studiengang: B.Sc. Geburtshilfe/Hebammenkunde
Sprecherin der Sektion Hochschulbildung der DGHWi

Professorin Dr. Nicola H. Bauer
Hochschule für Gesundheit Bochum
Studienbereichsleitung Hebammenwissenschaft
Studiengang: B.Sc. Hebammenkunde

Professorin Dr. Lea Beckmann
Hochschule 21 Buxtehude
Studiengangsleitung
Studiengang: B.Sc. Hebamme

Professorin Dr. Monika Greening
Katholische Hochschule Mainz
Studiengangsleitung
Studiengang: B.Sc. und M. A. Hebammenwesen

Professorin Dr. Melita Grieshop
Evangelische Hochschule Berlin
Studiengangsleitung
Studiengang: B.Sc. Midwifery
Sprecherin der Sektion Hochschulbildung der DGHWi

Apl. Professorin Dr. habil. Mechthild Groß
Medizinische Hochschule Hannover
Studiengangsleitung
Studiengang: M.Sc. Hebammenwissenschaft

Professorin Dr. Claudia Hellmers
Hochschule Osnabrück
Studiengangsleitung
Studiengang: B.Sc. Midwifery

Prof. Dr. Cornelia Kahl
Katholische Hochschule NRW
Studiengangsleitung
Studiengang: B.Sc. Hebammenkunde

Professorin Dr. Nina Knape
Hochschule Ludwigshafen am Rhein
Studiengangsleitung
Studiengang: B.Sc. Hebammenwesen

Professorin Dr. Babette Müller-Rockstroh
Hochschule Fulda
Studiengangsleitung
Studiengang: B.Sc. Hebammenkunde

Dr. Franziska Rosenlöcher
Technischen Universität Dresden
Fachrichtungsleiterin Geburtshilfe
Studiengang: B.Sc. Hebammenkunde

Professorin Dr. Christiane Schwarz
Universität Lübeck
Studiengangsleitung
Studiengang: B.Sc. Hebammenwissenschaft

Fußnoten:

¹ Bei der Bezeichnung der Berufsgruppe der Hebammen oder Angehörigen dieser Berufsgruppe wird ausschließlich die Berufsbezeichnung ‚Hebamme‘ verwendet. Hierunter werden auch Entbindungspfleger verstanden.

² Vgl. WR (2013) ; ³ Vgl. KMK (2017) ; ⁴ AG Hochschulbildung der DGHWi (2015) ; ⁵ DHV & DGHWi (2017)

Literatur

AG Hochschulbildung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) (2015). Qualifikationsziele für hochschulisch ausgebildete Hebammen bzw. Entbindungspfleger. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science), 03 (01): 8-12.

Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV) & Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) (2017). Eckpunktepapier des Deutschen Hebammenverbandes e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. zur Reform des Hebammenberufes.

Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBerfG) vom 17. Juli 2017

KMK (2017). Musterrechtsverordnung gemäß Artikel 4 Absätze 1 – 4 Studienakkreditierungsstaatsvertrag (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 07.12.2017).

Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung“)

Wissenschaftsrat (2013). Empfehlungen zur Entwicklung des Dualen Studiums. Positionspapier.

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

12. April 2019

Am 20. März 2019 hat das Bundesministerium für Gesundheit einen Entwurf des Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung (HebRefG) auf den Weg gebracht. Dieser Referentenentwurf sieht die vollständige Akademisierung der Hebammenausbildung vor. Zudem geht der Referentenentwurf auf die zunehmende Komplexität der Hebammenarbeit und den Wandel der Gesundheitsversorgung von Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt, des Wochenbetts und der Stillzeit sowie von Neugeborenen und Säuglingen ein. Durch die vollständige Akademisierung der Hebammenausbildung werden Kenntnisse und Fähigkeiten der Hebammen grundlegend wissenschaftlich geprägt, um evidenzbasierte Konzepte in einem komplexeren werdenden Gesundheitssystem zugunsten einer ganzheitlichen und umfassenden Gesundheitsversorgung einbringen zu können. Dies fördert die flächendeckende und qualitativ hochwertige Hebammenversorgung für alle Frauen und ihre Familien in der reproduktiven Lebensphase in Deutschland.

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi) benennt in dieser Stellungnahme Aspekte, die bei der Umsetzung der Akademisierung durch das HebRefG von wesentlicher Bedeutung sind.

Im Anhang sind tabellarisch die Anmerkungen der DGHWi zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zum Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung aufgeführt. Diese Anmerkungen werden für einzelne Aspekte weiter differenziert und gehen damit über die in der Stellungnahme genannten Kernaspekte hinaus.

Im Einzelnen nimmt die DGHWi wie folgt Stellung:

1. Studium und Vertrag zur Akademischen Hebammenausbildung

Die DGHWi begrüßt ausdrücklich die vollständige Akademisierung der Hebammenausbildung. Die Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen sowie Neugeborenen und Säuglingen (bis zum vollendeten ersten Lebensjahr) durch Hebammen erfordert heute ein wissenschaftlich basiertes, reflektiertes Handeln. Dies entspricht auch der Empfehlung des Wissenschaftsrates [10: S. 78]. Die DGHWi ist der Auffassung, dass die bisherige Hebammenausbildung den gestiegenen Qualitätsansprüchen nicht mehr gerecht wird.

Bei der Umsetzung dieser Reform und der Sicherstellung der vorab genannten Qualitätsansprüche darf jedoch die Freiheit der Wissenschaft in der Lehre nicht durch Einflussmöglichkeiten der Unternehmen auf die Studieninhalte und die Modulstruktur beeinträchtigt werden [11: S. 31]. In der Entschließung der Mitgliederversammlung der Hochschulrektorenkonferenz [7: S. 7] wurde bestimmt, dass für den Aufbau und die Struktur primärqualifizierender Studiengänge ausschließlich die Hochschule verantwortlich ist und dies den gesamten Studiengang nebst berufspraktischen Anteilen einschließt. Die gradverleihende Hochschule muss demnach die akademische Letztverantwortung auch für solche Studiengänge tragen, in denen andere Organisationen mit der Durchführung von Teilen des Studiengangs beauftragt oder beteiligt sind [1: S. 5].

Die Struktur des HebRefG widerspricht diesen Grundsätzen, wonach beispielsweise in Art. 1, § 15 HebRefG die Praxiseinrichtung, welche nur ein Krankenhaus sein kann, die vollständige Verantwortung für den berufspraktischen Teil übernehmen soll.

Basis für die praktischen Studienphasen können nach Auffassung der DGHWi ausschließlich Kooperationsvereinbarungen zwischen den jeweiligen Praxispartnern und der Hochschule sein, um qualitätssichernde Aspekte zu verstärken und eine größtmögliche Flexibilität im Rahmen der praktischen Einsätze an unterschiedlichen Praxisorten zu gewährleisten. Eine Ausbildungsstruktur, bei der neben dem Studium eine Art Ausbildungsvertrag zwischen einem Krankenhaus und den Studierenden geschlossen wird und es einen verantwortlichen Praxisort geben soll, wird von der DGHWi aus folgenden Gründen ausdrücklich abgelehnt:

Es ist der Akademisierung des Hebammenberufes immanent, dass die Verantwortung für das gesamte Studium bei der Hochschule liegen muss. Durch Zuteilung des Studiums in der vorgelegten Form nimmt der Praxispartner unangemessen Einfluss auf das Hochschulstudium. Beispielsweise hätte eine vom Praxispartner erfolgte Kündigung eine Exmatrikulation der/des Studierenden zur Folge.

Es ist darüber hinaus nicht zielführend, dass Studierende, wie im Referentenentwurf formuliert, vertraglich zur Mehrarbeit herangezogen werden können, um Personalengpässe der Praxispartner auszugleichen. Vor dem Hintergrund des aktuellen Personalmangels in Kliniken besteht die Gefahr, dass über Studierende der Personalbedarf in den Kliniken dauerhaft ausgeglichen wird. Diese Mehrarbeit gefährdet die Studierbarkeit des Studienprogramms. Zudem sollten Hebammenstudierende in der geburtshilflichen Abteilung weiterhin nicht auf den Stellenplan angerechnet werden, da die Übernahme von Tätigkeiten der Hebamme durch Studierende ausgeschlossen ist (vgl. § 2 Abs. 1 HebRefG).

Als weitere Einschränkung der hochschulischen Gesamtverantwortung sei beispielhaft erwähnt, dass ein Praxispartner einen Praxisplan gemäß Art. 1, § 22 Abs. 2 HebRefG erstellen darf, die Hochschule aber nur ein Prüfungsrecht und einen Nachbesserungsanspruch erhält. Dies könnte letztlich zu unterschiedlichen Inhalten der praktischen Ausbildung an derselben Hochschule führen. Zudem sieht der vorliegende Gesetzesentwurf lediglich vor, dass der Hochschule eine Koordinationsverantwortung gemäß Art. 1, § 22 Abs. 1 HebRefG zwischen theoretischen und praktischen Lehrveranstaltungen sowie berufspraktischen Einsätzen zuteil wird. Dies widerspricht nicht nur den Grundsätzen einer vollständigen Akademisierung. Vielmehr ist gerade gewollt, den gestiegenen Anforderungen an das Berufsbild genaue wissenschaftliche Kenntnisse und Fähigkeiten voranzustellen. Deshalb muss eine curricular verankerte Gesamtverantwortung bei der Hochschule liegen.

Auch in Bezug auf die gewünschte und von den Hochschulen intendierte Internationalisierung sind in diesem Kontext Probleme, z.B. im Hinblick auf die Anerkennung von internationalen Praxispartnern und den abzustimmenden Einsatzzeiten, zu erwarten.

Ferner werden die Qualität des Studiums und damit die von den Studierenden erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten unter anderem dadurch gesichert, dass die Studierenden während ihrer praktischen Studienphasen zwischen verschiedenen Praxispartnern, d.h. ggf. zwischen Kliniken mit verschiedenen Versorgungslevel und anderen Praxispartnern im außerklinischen Bereich wechseln können. Damit lernen Studierende die Heterogenität ihres praktischen Tätigkeitsfeldes im deutschen Gesundheitssystem kennen, werden auf die Anforderungen der außerklinischen Versorgung vorbereitet und sind damit nach dem Erwerb der Berufszulassung flexibel einsetzbar. Dies wiederum trägt zu einer verbesserten und flächendeckenden Versorgungsqualität bei. Dieser Anspruch kann über eine verantwortliche Praxisstelle nicht realisiert werden.

Die DGHWi empfiehlt somit eine Umsetzung der Regelakademisierung in Form von dualen praxisintegrierenden Studiengängen und folgt dabei der Beschreibung des Wissenschaftsrates [11: S. 22f], nach der Bachelorstudiengänge als Erstausbildung mit Praxisanteilen (beim Praxispartner) gestaltet sein können. Das wissenschaftsbezogene Studium integriert die berufspraktischen sowie akademischen Teile und setzt eine strukturelle und inhaltliche Verbindung und Abstimmung der beiden Lernorte voraus.

Die DGHWi betont, dass sie eine Praktikumsvereinbarung und eine damit einhergehende Vergütung für die Studierenden nicht ausschließt. Allerdings kann nur durch eine Gesamtverantwortung der Hochschule und durch Kooperationsvereinbarungen mit den jeweiligen Praxispartnern sichergestellt werden, dass eine Ungleichbehandlung der Studierenden sowohl hinsichtlich der erhaltenen Vergütung als auch in der Ausgestaltung der praktischen Studienphasen ausgeschlossen und die Auswahl und Vergabe von Praxisstellen nicht an wettbewerbliche Elemente gebunden wird. Weitergehend ist zu vermuten, dass strukturstarke Regionen oder finanzstarke Einrichtungen von Studierenden bevorzugt als Praxisstandort ausgewählt werden. Dies würde bereits bestehende regionale Versorgungs- und Personalengpässe begünstigen und eine flächendeckend hohe Versorgungsqualität in der Geburtshilfe beeinträchtigen. Daneben kann durch eine direkte Kooperationsvereinbarung zwischen Hochschule und Praxispartner einer Ungleichbehandlung der Studierenden (Diversitätsaspekte) entgegen gewirkt werden.

Alternativ schlägt die DGHWi analog zur Schweiz vor, einen Pauschalbetrag je Studierender und Zeiteinheit in der Praxis zu berechnen und beispielsweise über den Ausgleichsfond der Länder an die Praxispartner direkt auszuzahlen. Um Ungleichbehandlungen auf Länderebene auszuschließen, sollte hierzu eine bundeseinheitliche gesetzliche Regelung getroffen werden.

Die DGHWi empfiehlt daher den Abschnitt 2 des Art. 1 Teil 3 des HebRefG ersatzlos zu streichen und die übrigen gesetzlichen Regelungen entsprechend anzupassen.

2. Berufserlaubnis

Hinsichtlich der zu fordernden Sprachkenntnisse ist zu berücksichtigen, dass das Sprachniveau B2 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen lediglich einen Umfang aufweist, bei dem die Hauptinhalte eines komplexen Textes erfasst und ein normales Gespräch mit Muttersprachler/innen gut geführt werden kann. An die Berufsgruppe der Hebammen werden jedoch hohe Anforderungen bezüglich ihrer Beratungs- und Kommunikationskompetenz und somit

ihres Sprachniveaus gestellt, um den komplexen Situationen im Betreuungsprozess gerecht zu werden. Außerdem sind Hebammen gefordert, sich evidenzbasiert fort- und weiterzubilden. Voraussetzung für das Führen der Berufsbezeichnung sind Sprachkenntnisse, mit denen es im gesellschaftlichen und beruflichen Leben und bereits während des Studiums möglich ist, klar, strukturiert und ausführlich zu komplexen Sachverhalten wirksam und flexibel intra- und interdisziplinär zu kommunizieren sowie anspruchsvolle, längere Texte zu verstehen und auch implizite Bedeutungen zu erfassen. Dies wird gemäß dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen erst ab einem Sprachniveau von C1 sichergestellt. Das Sprachniveau B2 wird von der DGHWi als unzureichend für das Verständnis wissenschaftlicher Erkenntnisse im Studium und die Ausübung dieses Berufsbildes mit einem hohen Anteil an eigenverantwortlicher Tätigkeit bewertet. Analog zu den Anforderungen in der Medizin in Deutschland sollte die Zugangsvoraussetzung zum Studium sowie für das Führen der Berufserlaubnis auf das fachsprachliche Sprachniveau C1 eingruppiert sein, um die Qualität in den Versorgungsabläufen, insbesondere bei der Informationsübermittlung und der Dokumentation, sicherzustellen.

Art. 1, § 5 Abs. 2, Ziff. 1 HebRefG sieht ferner vor, dass die antragstellende Person sowohl das nach diesem Gesetz erforderliche Studium erfolgreich absolviert als auch die staatliche Prüfung bestanden haben muss. Hier muss klargestellt werden, dass die staatliche Prüfung im Rahmen des zu absolvierenden Studiums erfolgt und ein Abschluss des Studiums ohne staatliche Prüfung nicht vorgesehen ist. Eine Teilung der Voraussetzungen ist nicht gewollt.

Die DGHWi begrüßt, dass eine bereits erworbene Berufserlaubnis nach dem derzeitigen HebG weiter Gültigkeit behält und eine Nachqualifikation von Hebammen nicht zwingend erforderlich ist, sondern durch die Berufsangehörigen im Rahmen des lebenslangen Lernens auf freiwilliger Basis oder auf Basis der Fortbildungsverpflichtungen der Länder erfolgt. In diesem Kontext sei erwähnt, dass Qualifizierungsprogramme für den Erwerb eines Bachelor-Grades unter Wahrung des wissenschaftlichen Anspruchs gestaltet sein sollten. Niedrigschwellige Angebote, die dem Qualitätsstandard eines Bachelors inhaltlich nicht entsprechen, hält die DGHWi sowohl im Sinne der Weiterentwicklung der noch jungen Disziplin der Hebammenwissenschaft als auch in Bezug auf die Anschlussfähigkeit für Masterstudiengänge für nicht zielführend. Vielmehr sollten Programme an den Hochschulen Unterstützung finden, die einerseits der Wissenschaftsbasierung und andererseits den Bedürfnissen der beruflich qualifizierten Hebammen, z.B. in Form von berufsbegleitenden Studienangeboten, gerecht werden. So können der notwendige Kompetenzzuwinn sowie der dringend erforderliche Aufbau des wissenschaftlichen Nachwuchses sichergestellt werden. Eine Anerkennung von außerhochschulischen Leistungen entsprechend der Vorgaben der Landeshochschulgesetze und der jeweiligen Prüfungsordnungen der Hochschulen bleibt hiervon unbenommen.

3. Dauer und Struktur des Studiums

Die DGHWi begrüßt ausdrücklich die Regelung zum Teilzeitstudium. Darüber hinaus schlägt die DGHWi vor, die Studiendauer einheitlich festzulegen, um eine Vergleichbarkeit der Studienangebote zu erzielen und die ggf. notwendige Mobilität von Studierenden an andere Studienstandorte zu unterstützen. Eine unterschiedliche Länge des Studiums bewirkt zudem Unterschiede in der Attraktivität der Studienstandorte, da kürzere Finanzierungsverpflichtungen der Praxispartner oder eine

schnellere Berufszulassung jenseits von Qualitätsmerkmalen zu einem Wettbewerbsvorteil werden könnten. Eine einheitliche Studiendauer ist notwendig, um ein an allen Hochschulstandorten einheitliches Niveau der hochschulischen Bildung mit einem definierten Umfang von praktischen und/oder theoretischen Lehrinhalten und damit eine einheitliche Versorgungsqualität in der Geburtshilfe zu erwirken.

Anlehnend an eine vom Wissenschaftsrat empfohlene Regelstudienzeit von mehr als sechs Semestern für Duale Studiengänge [11: S. 30] spricht sich die DGHWi für eine Regelstudienzeit von sieben Semestern in Vollzeit (210 ECTS) aus, um dem gestiegenen wissenschaftlichen Anspruch und dem erweiterten Kompetenzprofil sowie den hohen Anforderungen in Theorie und Praxis gerecht zu werden. Dies entspricht bei einem geplanten Umfang von 2100 Stunden praktischer Studienphasen der vom Wissenschaftsrat empfohlenen Verteilung, nachdem zwei Drittel der Leistungspunkte theoriebasiert und ein Drittel praxisbasiert erworben werden sollen [11: S. 28].

Des Weiteren bergen eine kurze Studiendauer und eine komprimierte Wissensvermittlung die Gefahr des Verlustes von wissenschaftlicher Solidität und Vertiefung [11: S. 30] sowie einer unzureichenden Entwicklung der personalen Kompetenzen.

Die Qualität der Versorgung ist nach Auffassung der DGHWi nur über ein siebensemestriges Studium sicherzustellen. Darüber hinaus wäre mit einer einheitlichen Regelung die Anschlussfähigkeit für einen konsekutiven Masterstudiengang bundesweit geregelt.

Entsprechend der von der DGHWi anvisierten Struktur des Studiums wird dieses in einen theoretischen (Theoriephasen) und einen praktischen Teil (praktische Studienphasen) unterteilt und über ein Rahmencurriculum verzahnt. Folglich wird empfohlen, den Art. 1, § 11 Abs. 2 HebRefG dahingehend zu ändern und den Wortlaut anzupassen.

4. Zugangsvoraussetzungen zum Studium

Die DGHWi bittet hinsichtlich Art. 1, § 10 Abs. 1, Ziff. 1a) HebRefG um Klarstellung, ob die Hochschulzugangsberechtigungen der Länder und ihre spezifischen ggf. berufsgruppenübergreifenden Regelungen weiterhin Gültigkeit behalten.

Nach Auffassung der DGHWi kann das zum Studium erforderliche Sprachniveau nicht unter dem zur Erteilung der Berufserlaubnis liegen. Unter Bezugnahme auf die unter Ziffer 2 dargelegten Ausführungen zu Art. 1, § 5 HebRefG können so weder ein fundiertes wissenschaftliches Theorie- und Methodenverständnis erworben, noch komplexe fachbezogene Probleme bearbeitet werden. Da die Studierenden bereits im Studium praktische Studienphasen von 2100 Stunden absolvieren und den bereits beschriebenen komplexen kommunikativen Situationen auch in diesem Zeitraum gerecht werden müssen, muss als Zugangsvoraussetzung ein Sprachniveau von mindestens C1 gefordert werden.

5. Qualifikation der Lehrenden und der Studiengangsleitung

Die DGHWi begrüßt, dass eine Studiengangsleitung über die entsprechende Berufserlaubnis zur Hebamme verfügen muss.

Die DGHWi fordert darüber hinaus, die Qualifikation der Leitung eines Studienganges der Hebammenwissenschaft dahingehend zu erweitern, dass sie über eine angemessene wissenschaftliche Qualifikation verfügt. Diese wird in der Regel durch eine abgeschlossene Promotion nachgewiesen. Notwendig erscheint auch, dass die Studiengangsleitung über den Status einer Hochschullehrerin/ eines Hochschul-

lehrers verfügt, um sowohl die adäquate Vertretung des Studienganges in hochschulischen und außerhochschulischen Gremien als auch die Disziplinentwicklung und den Aufbau hebammenwissenschaftlicher Forschung sicherzustellen. Hier wird beispielhaft auf § 27d Abs. 2, S. 1 LHG BW verwiesen [9].

6. Praxiseinsätze und Praxisanleitung

Die DGHWi befürwortet den angestrebten Umfang von 25% Praxisanleitung. Diese sollte während des Einsatzes geplant und strukturiert auf der Grundlage des vereinbarten Studienplanes erfolgen und kann in einem Umfang von bis zu 10% auch im SkillsLab (Fertigkeitenlabor) erfolgen. Die Bestimmungen zu den praktischen Studienphasen sollten nach Auffassung der DGHWi eine Regelung enthalten, die sowohl innerhalb Deutschlands länderübergreifende praktische Studienphasen ermöglicht als auch in einem angemessenen Umfang Einsätze im Ausland zulässt. Praktische Studienphasen im Ausland zu absolvieren fördert inter- und transkulturelle Kompetenzen und Sprachkenntnisse und die weitere Entwicklung von Fähigkeiten [11: S. 30]. Ein solches System wäre dem Gesetzgeber nicht fremd, wie § 2 Berufsbildungsgesetz zu entnehmen ist [4].

Die DGHWi empfiehlt darüber hinaus, dass bis zu einem Drittel der praktischen Studienphasen (700 Stunden), aber mindestens 480 Stunden, im ambulanten bzw. außerklinischen Sektor absolviert werden sollen, um vertiefte Einblicke in das gesamte Spektrum der Hebammen-tätigkeit zu erhalten. Circa 60% der Hebammen in Deutschland arbeiten im ambulanten/außerklinischen Bereich [8].

Darüber hinaus schlägt die DGHWi eine Erweiterung der außerklinischen Einsatzorte über die von Hebammen geleiteten Einrichtungen hinaus vor, um weitere innovative Handlungsfelder aus dem Bereich der Frauen-, Kinder- und Familiengesundheit sinnvoll einbeziehen zu können (z.B. im Bereich Früher Hilfen, in kommunalen Institutionen und Behörden wie Gesundheitsämtern, in Beratungseinrichtungen und ärztlich geleiteten Praxen).

Die DGHWi schlägt zudem vor, dass bis zu 10% der Praxisstunden im SkillsLab bzw. im Simulationstraining von Notfällen absolviert werden können.

Die DGHWi fordert, eine berufspädagogische Zusatzqualifikation der praxisleitenden Personen (Praxisanleiter/in) entsprechend der Regelung in § 4 Abs. 3 Pflegeberufe- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zu regeln [3].

Darüber hinaus sollte auch der Umfang der Praxisbegleitung konkretisiert werden. Die DGHWi schlägt einen Mindestumfang von 10% der praktischen Studienphasen vor. Die Lernprozessbegleitung erfolgt durch Einzelgespräche, gemeinsame Reflexionstage an der Hochschule sowie durch Besuche in den Praxiseinrichtungen.

7. Staatliche Prüfung

Nach Auffassung der DGHWi sollte die staatliche Prüfung komplett in die hochschulische Prüfung integriert werden. Eine Orientierung am Pflegeberufegesetz wird dabei als nicht zielführend betrachtet.

Entsprechend dem Aufbau eines siebensemestriges Studienganges ist eine Prüfung innerhalb der letzten drei Semester angemessen. Innovative, in der Medizin oder an der Universität zu Lübeck für den Bereich Hebammenwissenschaft bereits etablierte und didaktisch begründete Prüfverfahren (z.B. OSCE, Simulation, Performanzprüfung) sollten die Regel sein. Für detaillierte Hinweise sei auf die Stellungnahme der

Hochschule für Gesundheit Bochum (hsg Bochum) zu den praktischen staatlichen Prüfungen in primärqualifizierenden Bachelorstudiengängen Hebammenkunde im Anhang verwiesen.

8. Anerkennung von Berufsqualifikationen

Hinsichtlich des Teils 4 des Art. 1 HebRefG empfiehlt die DGHWi weiter, eine bundeseinheitliche Verwaltungspraxis zwischen den einzelnen Bundesländern zu etablieren, um einen „Anerkennungstourismus“ und die Verursachung von steigenden Verwaltungskosten in den jeweiligen Ländern zu vermeiden.

Ferner haben die Länder in den Jahren 2014 und 2015 Stellungnahmen an das BMG bzgl. der Erfahrungen zu den existierenden Anerkennungsverfahren abgegeben, aus denen sich mehrheitlich ergibt, dass das tatsächliche Sprachniveau oftmals nicht dem zertifizierten Sprachniveau entspricht [5: S.19]. Dies macht deutlich, dass das derzeit von den Ländern geforderte Sprachniveau B2 nicht ausreichend erscheint, eine angemessene Versorgungsqualität der Hebammenhilfe zu gewährleisten.

9. Geburtshilfe als vorbehaltene Tätigkeiten

In Anlehnung an § 24d SGB V, wonach eine gesetzlich Krankenversicherte Anspruch auf Hebammenhilfe auch während der Schwangerschaft hat, sowie unter Bezugnahme auf Artikel 40 Abs. 3 lit. d) der EU-Richtlinie 2005/36/EG (geändert durch EU-Richtlinie 2013/55/EU), der ebenfalls die Versorgung mit Hebammenhilfe während der Schwangerschaft vorsieht [2, 6], sollte Art. 1, § 2 Abs. 2 HebRefG um die Versorgung in der Schwangerschaft ergänzt werden.

10. Hebammenberuf

In Art. 1, § 1 HebRefG, der Beschreibung des Hebammenberufes, ist entsprechend des Berufsbildes der Hebammen der Gesetzestext um die Versorgung in der Schwangerschaft bis hin zur Vollendung des ersten Lebensjahres des Kindes zu ergänzen. Die DGHWi empfiehlt daher den Wortlaut des Art. 1, § 1 HebRefG zu ändern und zu ergänzen.

Autorinnen:

Prof. Dr. Nicola H. Bauer, Prof. Dr. Melita Grieshop, Mandy Funk, Prof. Dr. Claudia Hellmers, Prof. Dr. Nina Knappe und Prof. Dr. Ute Lange für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Literatur

1. Akkreditierungsrat. Handreichung der AG: „Studiengänge mit besonderem Profilsanspruch“ Beschluss des Akkreditierungsrates vom 10.12.2010. Drs. AR 95/2010.
2. BMJV: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung. Zuletzt geändert: 22. März 2019. [Zugriff: 05.04.2019]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/BjNR024820988.html
3. BMJV: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Pflgeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV). 2018. [Zugriff: 05.04.2019]. Verfügbar unter: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl118s1572.pdf#_bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl118s1572.pdf%27%5D__1554406859908
4. BMJV: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Berufsbildungsgesetz (BBiG). 2005. Zuletzt geändert: 17. Juli 2017. [Zugriff: 05.04.2019]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/bbig_2005/index.html
5. Deutsche Bundesregierung. Bericht der Bundesregierung über die Regelungen zu den Anerkennungsverfahren in Heilberufen des Bundes. BT-Drs. 18/1513. 2017.
6. Europäisches Parlament und Rat. Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. 2005. Zuletzt geändert: 20. November 2013. [Zugriff: 05.04.2019]. Verfügbar unter: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1554238336500&uri=CELEX:32005L0036>
7. Hochschulrektorenkonferenz. Primärqualifizierende Studiengänge in Pflege-, Therapie- und Hebammenwissenschaften. Entschließung der 23. Mitgliederversammlung der HRK am 14. November 2017 in Potsdam. 2017.
8. IGES Institut GmbH. Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. 2012; Berlin.
9. Ministerium der Justiz und Europa Baden-Württemberg. Gesetz über die Hochschulen in Baden-Württemberg (Landeshochschulgesetz – LHG). 2005. Zuletzt geändert: 13. Mai 2018. [Zugriff: 05.04.2019]. Verfügbar unter: <http://www.landesrecht-bw.de/jportal/?quelle=jlink&query=HSchulG+BW&psml=bsbawueprod.psml&aiz=true>
10. Wissenschaftsrat. Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. 2012.
11. Wissenschaftsrat. Empfehlungen zur Entwicklung des dualen Studiums: Positionspapier. 2013.

11. Studienziel

Die DGHWi begrüßt, dass in Art.1, § 9 Abs. 2 HebRefG diversitätsbezogene Aspekte aufgenommen worden sind, befürwortet jedoch eine weitere Konkretisierung, die darüber hinaus Behinderung und chronische Erkrankung explizit berücksichtigt und benennt.

Des Weiteren sieht die DGHWi es als bedeutend an, dass das Studium nicht nur zur Planung, Steuerung und Gestaltung, sondern auch zur Evaluation qualifiziert sowie die Studierenden auch zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung befähigt.

Nach Ansicht der DGHWi sind neben Qualitätsmanagementkonzepten auch Inhalte des Risikomanagements praxisrelevant und für die Patientensicherheit von großer Bedeutung, zu deren Entwicklung die Studierenden nach Abschluss eines hebammenwissenschaftlichen Studiums befähigt sein müssen.

Die in Absatz 4 des § 9 erfolgte Aufzählung bleibt hinter den Bestimmungen des Art. 42 der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen zurück. Hier empfiehlt die DGHWi die in Art. 1, § 9 Abs. 4 HebRefG die genannten originären Aufgaben einer Hebamme entsprechend zu erweitern. Zudem erfordert die Notwendigkeit der Rechtssicherheit für die Hebammen die Ergänzung einzelner Bestimmungen. So ist beispielsweise in Ziffer 1 lit. m) eine dringende Ergänzung dahingehend erforderlich, dass eine Bedingung aufgenommen wird, unter der eine Weiterleitung der Frau und des Neugeborenen in ärztliche Weiterbehandlung erfolgen soll. Der im Referentenentwurf enthaltenen Fassung ist dies nicht zu entnehmen, was eine generelle Weiterleitung in ärztliche Behandlung bedeuten würde. Dies kann nicht vom Gesetzgeber gewollt sein. Die DGHWi empfiehlt daher den Art. 1, § 9 Abs. 2, Abs. 3 und Abs. 4 HebRefG zu ändern und in Ziffer 1 lit. m) folgendermaßen zu ergänzen: „die Frau und/oder das Neugeborene bei Anzeichen von Regelwidrigkeiten fachgerecht in die ärztliche Weiterbehandlung zu übergeben.“

Vorbericht „Qualitätsorientierte Vergütung Teil 2, Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung, Qualitätszu- und -abschläge, Schritt 3“ des IQTIG vom 31.10.2018

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

14. Dezember 2018

Zusammenfassung

Zusammenfassend sieht die DGHWi im Einsatz einer qualitätsorientierten Vergütung in der stationären Geburtshilfe eine Chance zur Verbesserung der Versorgungsqualität in Bezug auf eine Förderung der physiologischen Geburt. Allerdings ist es hierfür zwingend erforderlich, die vorhandenen Qualitätsinstrumente weiterzuentwickeln, um „außerordentlich gute Qualität“ in diesem Leistungsbereich in allen wichtigen Dimensionen (einschließlich der Patient/innenperspektive), darstellen zu können.

Hintergrund

Nach Maßgabe des 2016 verabschiedeten Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) wurde das IQTIG vom Gemeinsamen Bundesausschusses beauftragt, ein Konzept für die zukünftige Neuentwicklung von Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) für Qualitätszu- und -abschläge außerhalb der Leistungsbereiche der QSKH-Richtlinie zu entwickeln. Der vorliegende Vorbericht zu Schritt 3 der Beauftragung sieht die Bestimmung von Auswahlkriterien vor, um Themen, Leistungen oder Leistungsbereiche zu identifizieren, bei denen durch Qualitätszu- und -abschläge Qualitätsverbesserungen zu erreichen wären [5: S.10].

Bedeutung der Förderung der physiologischen Geburt

Die Ergebnisse der Literaturrecherche, der Expert/innen-Interviews und des Expert/innen-Workshops illustrieren die Komplexität der Zusammenhänge, etwa zur Abschätzung der Wirksamkeit, zu Nebeneffekten, Fehlanreizen und eventuellen unerwünschten Folgewirkungen, die im Rahmen einer Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen (QZAb) in stationären Leistungsbereichen bedacht werden müssten. Im angeführten Anwendungsbeispiel wurde im Versorgungsbereich Geburtshilfe die hohe Rate an Kaiserschnittentbindungen bzw. die Förderung der physiologischen Geburt und die Verbesserung der Schwangerenversorgung gewählt [6: S.77]. Die Bedeutung der Thematik für die geburts- hilffiche Versorgung wurde u.a. mit der Entwicklung eines Expertinnenstandards zur Förderung der physiologischen Geburt [4] unterstrichen.

Position der DGHWi

Auch die DGHWi weist in einer Stellungnahme zu Qualitätsindikatoren auf die Wichtigkeit der Rate an Kaiserschnittentbindungen hin [9] und begrüßt sehr, dass dieses Versorgungsproblem als Beispiel ausgewählt wurde. Dies nimmt die DGHWi zum Anlass, wichtige Aspekte der Qualitätssicherung und Inhalte eines Bewertungskonzeptes im Bereich stationäre Geburtshilfe aus Sicht der Fachgesellschaft zu erläutern.

Qualitätszu- und -abschläge sind aus Sicht der DGHWi ein sinnvolles Instrument, um auf die hohe Bedeutung der Förderung der physiologischen Geburt aufmerksam zu machen und die Umsetzung von Maßnahmen zur Senkung der Kaiserschnitttrate mit Nachdruck zu unterstützen. Die DGHWi unterstützt jedoch explizit die Aussagen der im

Bericht getroffenen Prüfung der Weiterentwicklung bestehender Qualitätssicherungsverfahren und teilt die Einschätzung, dass vor einer Überlegung zur Einführung von Zu- und Abschlägen für eine umfassende Qualitätssicherung eine Neu- und Weiterentwicklung bestehender Qualitätsindikatoren erforderlich ist, um zukünftig eine mehrdimensionale Beurteilung der Versorgungsqualität in der stationären Geburtshilfe vornehmen zu können. Dafür sind die genannten Qualitätsdimensionen [5: S.79] ein wichtiger Ausgangspunkt.

Die Kaiserschnitttrate kann nicht isoliert betrachtet werden, sondern ist abhängig vom Risikoprofil der Nutzer/innen, dem Versorgungslevel und dem geburtshilffichen Management sowie den strukturellen und organisationalen Rahmenbedingungen. Für eine umfassende Qualitätssicherung müssen diese Faktoren im Einzelnen betrachtet werden, um negative Folgen wie eine Verschlechterung der Indikationsqualität zu verhüten. Zuschläge für besonders nutzer/innenorientierte Versorgung erscheinen angemessener als Abschläge für Kliniken mit hoher Kaiserschnitttrate.

Die DGHWi unterstreicht die Wichtigkeit einer zukünftigen Aufnahme von Patient-reported-Outcome-Messungen (PROM) wie Shared Decision-Making und Zufriedenheit über das Instrument der Patient/innenbefragung als Teil der Ergebnisqualität.

Zur Sicherung der Prozessqualität bei der Durchführung von Kaiserschnittentbindungen kann eine regelhafte Etablierung von strukturierten Fallanalysen beitragen. Unter dem Aspekt der Strukturqualität trägt die Sicherung ausreichend qualifizierten Personals maßgeblich bei.

Weiterhin sieht die DGHWi in einer größeren Patient/innenorientierung einen wichtigen zu fördernden Qualitätsaspekt. Zur Planung der Geburt sollte in der Geburtsklinik stets ein ausführliches Gespräch in einer Sprechstunde erfolgen, welches der Vertrauensbildung zwischen der Schwangeren, ihrer Begleitperson und dem geburtshilffichen Personal (Hebammen, Ärztinnen und Ärzte) sowie der verständlichen Erläuterung des Behandlungs- und Betreuungsprozesses vor, während und nach der Geburt [2], unabhängig vom Geburtsmodus, dient. Unterstützend sollte verständliches schriftliches Material vorliegen, einschließlich Entscheidungshilfen zu geburtshilffichen Interventionen. Die Konzeption des Gesprächs und der schriftlichen Informationen sollte unter Beteiligung von Nutzer/innen erfolgen, um die Erfassung der Patient/innenperspektive sicherzustellen.

Eine leitliniengerechte Behandlung von Patient/innen steigert die Indikationsqualität. Hierbei wird die in naher Zukunft erwartete Fertigstellung der beiden S3 Leitlinien „Sectio caesarea“ und „Vaginale Geburt am Termin“ die erforderlichen evidenzbasierten Grundlagen liefern. Subgruppenanalysen nach der Robson-Klassifikation sowie die Erfassung der Rate vaginal-operativer Entbindungen und interventionsfreier physiologischer Geburten ermöglichen bereits jetzt eine differenzierte Beurteilung der Geburtsmodi in Qualitätsberichten [6]. Eine Definition

von risikofreien Geburten ist jedoch erforderlich. Für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung ist zu prüfen, ob die derzeitigen Vergütungsmodalitäten über das DRG-System Anreize zur Mengenausweitung zur Durchführung von Kaiserschnittentbindungen beinhalten [5:25].

Risikokommunikation und Personalschlüssel

Für die Aufklärung zur Entbindung per Kaiserschnitt ist eine hohe ärztliche Kompetenz in einer verständlichen Kommunikation von Risiko-Nutzen-Abschätzung und Risikokommunikation relevant. Zur Unterstützung könnten niedrigschwellige Fortbildungen in Statistikkompetenz, Risikokompetenz und zum Transfer von evidenzbasierten, unabhängigen Informationen in die Praxis beitragen.

Zur Sicherung der Qualität der geburtshilflichen Versorgung ist eine ausreichende Anzahl an Hebammen/Entbindungspflegern zur Betreuung von Geburten grundlegend, um eine Eins-zu-Eins-Betreuung zu gewährleisten, wie es empfohlen ist [1,4]. Hierfür sind verbindliche Regelungen zum Personalschlüssel zu treffen. Damit das vorhandene Personal mehr Zeit für die Betreuung der Gebärenden hat, sind

Autorinnen:

Dipl. Med. Päd. Sabine Striebich und Anke Wiemer für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Literatur

1. AWMF. S1-Leitlinie 087-001: Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland. 2015. [Zugriff: 04.12.2018]. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/087-001.html>
2. Bundesgesetzblatt. Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. Teil 1. 2013;9. [Zugriff: 04.12.2018]. Verfügbar unter: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Patientenrechtegesetz_BGBI.pdf
3. Deutscher Hebammenverband. Die Geburtshilfe stärken. 2018. [Zugriff: 04.12.2018]. Verfügbar unter: <https://www.hebammenverband.de/aktuell/nachricht-detail/datum/2018/11/29/artikel/die-geburtshilfe-staerken/>
4. DNQP, Verbund Hebammenforschung, Hrsg. Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Hochschule Osnabrück: Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften und DNQP. 2014. [Zugriff: 08.12.2018]. Verfügbar unter: http://hebammen-nrw.de/blog/wp-content/uploads/2014/06/Auszug_PhysGeburt-1.pdf
5. IQTiG. Qualitätsorientierte Vergütung Teil 2 Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung. Vorbericht Qualitätszu- und -abschläge, Schritt 3. Berlin: IQTiG; 2018.
6. IQTiG. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2017. Geburtshilfe Qualitätsindikatoren. 2018. [Zugriff: 04.12.2018]. Verfügbar unter: https://iqtig.org/downloads/auswertung/2017/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2017_BUAW_V02_2018-08-01.pdf
7. Kaatz A. Keine Hebammen: Klinik in Nauen schließt Kreißsaal Märkische Allgemeine. 2018. [Zugriff: 04.12.2018]. Verfügbar unter: <http://www.maz-online.de/Lokales/Havelland/Nauen/Havelland-Kliniken-schliessen-Kreissaal-in-Nauen>
8. Klein M. Fünf Hebammen kündigen zeitgleich. Hannoversche Allgemeine. 2017. [Zugriff: 04.12.2018]. Verfügbar unter: <http://www.haz.de/Hannover/Aus-der-Stadt/Uebersicht/In-der-Geburtshilfe-des-Henriettenstifts-in-Hannover-haben-acht-Hebammen-zugleich-gekuendigt>
9. Loytved C, Wiemer A, Mattem E. Stellungnahme zu den Qualitätsindikatoren aus der Geburtshilfe im Vorbericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Vorbericht zur Auswahl und Umsetzung, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (Stand: 18. Juli 2016). Zeitschrift für Hebammenwissenschaft. 2017;5(1):18-23. [Zugriff: 04.12.2018]. Verfügbar unter: https://www.dghwi.de/images/zeitschrift/ZHWI/Zeitschrift-DGHWi_9_Ausgabe_Gesamt.pdf
10. Vossen L. Mehr Hebammen, mehr Kreißsäle - Berlin investiert für Babys. Berliner Morgenpost. 2018. [Zugriff: 04.12.2018]. Verfügbar unter: <https://www.morgenpost.de/berlin/article213780929/Mehr-Hebammen-mehr-Kreissaele-Berlin-investiert-fuer-Babys.html>

strukturelle Voraussetzungen zu schaffen, um das Personal im Kreißsaal zu entlasten. Darüber hinaus ist es zwingend nötig, die Arbeitsbedingungen von klinisch tätigen Hebammen zu verbessern und Anreize zu schaffen, dass mehr Hebammen in die Geburtskliniken zurückkehren [3,7,8,10]. Zur Sicherung einer wohnortnahen Versorgung muss weiterhin eine Lösung für kleine Kliniken zum Umgang mit den hohen Vorhaltekosten geburtshilflicher Abteilungen gefunden werden.

Fazit

Zusammenfassend empfiehlt die DGHWi aufgrund der hier dargestellten unterschiedlichen Qualitätsdimensionen „außerordentlich guter Qualität“ in diesem stationären Leistungsbereich eine Weiterentwicklung vorhandener Qualitätsinstrumente, die Festlegung mehrdimensionaler Qualitätsindikatoren sowie die Prüfung des Einsatzes vergleichender Qualitätsmessung, Feedback an Leistungserbringer/innen und einen Ausbau des Public Reporting. Die DGHWi bietet an, sich aktiv an der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung für die stationäre Geburtshilfe zu beteiligen.

Kassenzulassung von Nichtinvasiven Pränatalen Tests (NIPTs)

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

9. April 2019

Nichtinvasive Pränatale Tests (NIPTs) ermöglichen, Aussagen über die Wahrscheinlichkeit des Auftretens bestimmter genetischer Eigenschaften des ungeborenen Kindes auf der Basis einer Blutentnahme der Schwangeren zu treffen. Von besonderem Interesse sind dabei derzeit die autosomalen Trisomien 13, 18 und 21. Besonders hoch scheinen die ‚Erkennungsraten‘ des Down-Syndroms (Trisomie 21) zu

sein. Seit 2012 sind NIPTs für Schwangere als Eigenleistung verfügbar [5: S.10]. Im vergangenen Jahr legte das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), beauftragt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), seinen Abschlussbericht zu einem Methodenbewertungsverfahren „zur Bestimmung des Risikos“ der genannten Trisomien bei „Risikoschwangerschaften“ vor [4]. Die

Ergebnisse der Untersuchung sollen helfen zu entscheiden, ob und unter welchen Bedingungen NIPTs zu den regulären Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen fallen sollen. Dieses Verfahren erregte nicht nur öffentliche [5: S.10], sondern auch parlamentarische Aufmerksamkeit [2]. In den andauernden Kontroversen geht es um die ethischen Implikationen der Anwendung von NIPTs im Besonderen und um die Berücksichtigung ethischer Aspekte in der Bewertung pränataler Testverfahren im Allgemeinen. Im Folgenden möchte die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) ihre Position in Bezug auf eine Kostenübernahme von NIPTs durch gesetzliche Krankenkassen darlegen. Dabei wird gleichzeitig dafür plädiert, ethische Fragen nicht von sozialen, technischen oder politischen zu trennen.

NIPT als Kassenleistung – nur unter bestimmten Bedingungen

Seit einigen Jahren stehen NIPTs in Deutschland zur Verfügung und werden von schwangeren Frauen genutzt. Es ist davon auszugehen, dass die Tests in zukünftig weiter wachsendem Umfang eingesetzt werden. Derzeit ist der Zugang zu NIPTs lediglich dadurch reguliert, dass sie privat finanziert werden müssen, wodurch Paare mit geringen finanziellen Ressourcen benachteiligt werden. Es ist bekannt, dass hohe Kosten nicht unbedingt ein Hindernis für die Nutzung (tatsächlich oder vermeintlich) gesundheitsbezogener Angebote auf Seiten der Nutzer/innen darstellen [3: S.90]. Die Möglichkeit des Erwerbs von NIPTs per Direktbestellung im Internet führt dazu, dass Frauen sowohl die Anwendung des Verfahrens als auch das Tragen möglicher Konsequenzen der Testergebnisse allein überlassen wird. Diese Situation sollte nicht länger aufrechterhalten werden. Doch auch die vom G-BA vorgeschlagene Lösung, die Kostenübernahme durch die Krankenkassen ausschließlich für sogenannte Risikoschwangerschaften zu übernehmen, erscheint unbefriedigend, da das Kriterium des Risikos in hohem Maße vieldeutig und unzuverlässig ist. Darüber hinaus schließt dieses Vorgehen nicht aus, dass Frauen und Familien, denen kein Risiko attestiert wird, weiterhin von der Möglichkeit Gebrauch machen, den Test selbst zu finanzieren. Dadurch stünde die beschriebene Problematik für die meisten Frauen und Familien letztlich unverändert fort.

Die dritte, und unter den gegebenen Umständen sinnvollste, Option wäre, NIPTs unter bestimmten Bedingungen als Kassenleistung anzubieten. Dies stellt die einzige Möglichkeit dar, Zugänge zu dieser Untersuchung zu regulieren und den Umgang damit zu begleiten und zu steuern.

Die Kassenzulassung von NIPTs birgt Risiken aber auch Chancen

Es ist anzunehmen, dass die Übernahme der Kosten für NIPTs durch die gesetzlichen Krankenkassen dazu führt, dass immer weniger Menschen mit Down-Syndrom geboren werden. Ob und inwiefern diese mögliche Entwicklung im Widerspruch zu der UN-Behindertenrechts-

konvention (UN-BRK) – insbesondere Artikel 8 Bewusstseinsbildung – steht, in der sich die Vertragsstaaten verpflichten, das Bewusstsein für Menschen mit Behinderungen in der gesamten Gesellschaft zu schärfen und die Achtung ihrer Rechte und Würde zu fördern [6], sollte Gegenstand einer andauernden kritischen Auseinandersetzung mit der Kassenzulassung des Testverfahrens und deren Konsequenzen sein. Den Werbestrategien der NIPT-Anbieter kann hingegen tatsächlich attestiert werden, dass sie reduktionistische und defizitorientierte Diskurse zum Leben mit Behinderungen nähren, und einen Begriff von Gesundheit bzw. Normalität suggerieren, der Menschen mit Trisomie 21 sowie 13 und 18 ausschließt [1]. Die Chancen einer Kassenzulassung bestehen darin, dass frühzeitige und umfassende Auseinandersetzungen mit dem Test sowie dessen Sicherheits- und Gesundheitsversprechen dazu führen können, dass das in der UN-BRK geforderte Bewusstsein für Menschen mit Behinderungen geschärft wird, während Klischees, Vorurteile und schädliche Praktiken bekämpft werden. Ganz konkret können unterstützende Maßnahmen getroffen werden, die betroffenen Kinder optimal zu versorgen, falls ihre besonderen Versorgungsbedarfe bereits präpartal bekannt sind. Um diese Ziele zu erreichen, sind einige strukturelle Begleitmaßnahmen unerlässlich.

Strukturelle Maßnahmen sollten die Kassenzulassung begleiten

Zunächst sollte das Angebot an möglichst unabhängigen Informationen über und einschlägigen Beratungen zu NIPTs ausgebaut und gestärkt werden. Das professionelle und flächendeckende Netzwerk an psychosozialen Beratungsstellen und relevanten Patient/innenorganisationen sollte dabei konsequent miteinbezogen werden. Es erscheint notwendig, die Durchführung des Tests an diese Beratung zu koppeln. Frauen und Familien, die sich um Kinder mit besonderen Bedarfen kümmern, benötigen umfassende staatliche Unterstützung. Hier sind sozialpolitische Maßnahmen gefragt, die die berufliche Tätigkeit und gesellschaftliche Teilhabe der versorgenden Personen ermöglichen. Als Beispiel sei der niedrigschwellige Zugang zu inklusiv arbeitenden Kindertagesstätten und Schulen genannt. Die Lebenssituationen von Menschen mit Behinderungen sind weiter zu verbessern, um das gemeinsame Zusammenleben zu stärken. Schließlich sollten Alternativen zum Schwangerschaftsabbruch, wie z.B. die Möglichkeit das Kind auszutragen und zur Adoption freizugeben, gestärkt werden.

Nicht zuletzt sollte die Kassenzulassung von NIPTs umfänglich sozialwissenschaftlich begleitet werden, um Verständnisse für diese Technologie und ihre ethischen, politischen und sozialen Effekte entwickeln zu können.

Unter diesen Bedingungen sowie unter Begleitung einer andauernden öffentlichen Auseinandersetzung mit dem Verfahren ist eine vorläufige Zulassung von NIPTs denkbar.

Autorinnen:

Annekatrien Skeide M.A., Prof. Dr. Dorothea Tegethoff, Prof. Dr. Lea Beckmann und Prof. Dr. Martina Schlüter-Cruse für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Literatur

1. Baldus M, et al. Pränataldiagnostik im Diskurs: 23 Thesen. Tutzing: Akademie für politische Bildung; 2016. [Zugriff: 09.04.19]. Verfügbar unter: <https://www.tutzingerdiskurs.de/wp-content/uploads/2018/01/Praenataldiagnostik-im-Diskurs-DE-Maerz-2017.pdf>
2. Beek J, et al. Vorgeburtliche Bluttests – Wie weit wollen wir gehen? Interfraktionelles Positionspapier. 2018. [Zugriff: 08.04.2019]. Verfügbar unter: <https://www.corinna-rueffer.de/wp-content/uploads/2019/03/181012-Interfraktionelles-Positionspapier-NIPD.pdf>

3. Heinrichs JH. Grundbefähigungsgleichheit Im Gesundheitswesen. Ethik in Der Medizin. 2005;17(2): 90-102. DOI: 10.1007/s00481-005-0368-8
4. IQWiG: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Nicht invasive Pränataldiagnostik (NIPD) zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 bei Risikoschwangerschaften. 2018. [Zugriff: 08.04.2019]. Verfügbar unter: <https://www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/projekte-301/nichtmedikamentoeseverfahren/s-projekte/s16-06-nicht-invasive-praenataldiagnostik-zur-bestimmung-des-risikos-autosomaler-trisomien-13-18-und-21-bei-risikoschwangerschaften.7776.html>
5. Kollack A, Sauter A. Aktueller Stand und Entwicklungen der Pränataldiagnostik. Endbericht zum Monitoring. TAB Arbeitsbericht Nr. 184. 2019. [Zugriff: 08.04.2019]. Verfügbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/090/1909059.pdf>
6. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Hrsg. Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention), 03.05.2008. 2011. [Zugriff: 15.04.2019]. Verfügbar unter: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a729-un-konvention.pdf?jsessionid=3F060C862DD1F0BAFE83E486E0EF2E6F?__blob=publicationFile&v=3

Screening auf asymptomatische Bakteriurie im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien und Redaktionelle Anpassungen der Anlage 3 (Mutterpass)

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

20. Dezember 2018

Screening auf asymptomatische Bakteriurie im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) begrüßt den Beschlussentwurf des gemeinsamen Bundesausschusses zu den Richtlinien während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschaftsrichtlinien“): Screening auf asymptomatische Bakteriurie im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien.

Die Entscheidung, auf ein routinemäßiges („regelhaftes“) Screening auf asymptomatische Bakteriurie in der Schwangerschaft zu verzichten und die Untersuchung des Mittelstrahlurins auf dessen Eiweiß- und Zuckergehalt zu beschränken, erscheint sinnvoll und entspricht der derzeit gültigen „Interdisziplinären S3 Leitlinie Prävention und Management unkomplizierter, bakterieller, ambulant erworbener Harnwegsinfektionen bei erwachsenen Patienten“ [1: 46] sowie der vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ermittelten wissenschaftlichen Datenlage [2].

Die DGHWi hatte in der Stellungnahme zum Beratungsthema „Screening auf asymptomatische Bakteriurie im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien unter besonderer Berücksichtigung der Testmethoden“ [4] einerseits die Empfehlung der damalig gültigen S3 Leitlinie „Harnwegsinfektionen: Epidemiologie, Diagnostik, Therapie und Management unkomplizierter bakterieller ambulant erworbener Harnwegsinfektionen bei erwachsenen Patienten“ (in der Fassung von 2010) kritisiert, eine antibiotische Therapie der asymptomatischen

Bakteriurie in der Schwangerschaft durchzuführen, und darauf hingewiesen, dass sich die Studienergebnisse, die als Nachweis für die Empfehlung aufgeführt werden, nicht dafür eignen, diese Empfehlung auszusprechen. Weiterhin wurde in der Stellungnahme der DGHWi empfohlen, das IQWiG mit einer systematischen Untersuchung der aktuellen Studienlage zu beauftragen. Erfreulicherweise ist dies geschehen. Die Ergebnisse der Untersuchung durch das IQWiG bestätigen die in der Stellungnahme der DGHWi formulierte Position, nach der die „derzeitige[n] Evidenzlage kein Vorgehen in der Schwangerschaft begründet, welches von den Diagnose- und Therapieempfehlungen für nicht schwangere Frauen abweicht. Das bedeutet: kein Screening auf asymptomatische Bakteriurie und keine Behandlung“ [4].

Unsere Zustimmung hat jedoch eine Einschränkung, die die Untersuchung des Mittelstrahlurins auf Eiweiß und Zucker der Wöchnerin betrifft (Abschnitt F „Untersuchungen und Beratungen der Wöchnerin“, Nr.2): Es ist fraglich, ob diese Untersuchung zielführend ist und wir bitten deren Evidenz zu prüfen. Die Guideline „Postnatal care up to 8 weeks after birth“ des National Institute for Clinical Excellence (NICE) empfiehlt, auf eine routinemäßige Untersuchung auf Proteinurie in der Zeit des Wochenbetts zu verzichten [3].

Redaktionelle Anpassungen der Anlage 3 (Mutterpass)

Die DGHWi ist mit den redaktionellen Anpassungen gemäß der o.g. Position einverstanden.

Autorinnen:

Annekatriin Skeide M.A., Prof. Dr. Christine Loytved und Monika Selow für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Urologie. S3 Leitlinie Epidemiologie, Diagnostik, Therapie, Prävention und Management unkomplizierter, bakterieller, ambulant erworbener Harnwegsinfektionen bei erwachsenen Patienten; AWMF-Register-Nr. 043/044; Aktualisierung 2017. [Zugriff 20.12.2018]. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/043-044.html>
2. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Screening auf asymptomatische Bakteriurie im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien unter besonderer Berücksichtigung der Testmethoden. 2015. [Zugriff 20.12.2018]. Verfügbar unter: https://www.iqwig.de/download/S13-02_Abschlussbericht_Bakteriurienescreening-bei-Schwangeren.pdf
3. National Institute for Health and Care Excellence. Postnatal care up to 8 weeks after birth. Clinical guideline [CG37] Published date: 2006. Last updated: 2015. [Zugriff 20.12.2018]. Verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/chapter/1-Recommendations#maternal-health>.
4. Schäfers R, Selow M. für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften e.V. Stellungnahme zum Beratungsthema: „Screening auf asymptomatische Bakteriurie im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien unter besonderer Berücksichtigung der Testmethoden“. Z Hebammenwiss. 2013; 1(2):52-8.

Hebammenpräsenz und Qualität der Betreuung bei Klinikgeburten in Berlin: Ergebnisse einer Online Befragung von Müttern

The presence of midwives and the quality of care in the context of hospital births in Berlin: results of an online survey of mothers

Verena Stengel¹, Prof. Dr. Theda Borde²

Abstract

Hintergrund und Ziel: Studien belegen, dass eine 1:1-Betreuung durch Hebammen während der Geburt einen positiven Einfluss auf die Gesundheit von Müttern und Kindern hat. Vor dem Hintergrund zunehmender Kapazitätsengpässe bei Klinikgeburten in Berlin wurde in dieser Studie die retrospektive Sicht von Müttern auf die Hebammenpräsenz und die Betreuungsqualität untersucht.

Methodik: Mittels semi-quantitativem Online-Fragebogen wurden die Hebammenpräsenz (Anwesenheit der Hebamme) *sub partu* und die Bewertung des Betreuungsumfanges (als Maß für die Betreuungsqualität) durch Mütter mit Geburt in Berlin in den Jahren 2016/17 erfasst. Die Angaben von 567 Müttern mit spontanem Geburtsbeginn in der Regelversorgung wurden deskriptiv sowie mit χ^2 -Tests und einer logistischen Regression analysiert.

Ergebnisse: Bei 55% (n=311) der befragten Mütter lag die selbst eingeschätzte Hebammenpräsenz bei $\leq 50\%$ der Zeit ab Kreißsalaufnahme bis zur Geburt. Diese Mütter bewerteten den Betreuungsumfang um ein Vielfaches häufiger als zu gering im Vergleich zu Müttern, bei denen durchgehend eine Hebamme anwesend war (50% Hebammenpräsenz: OR 3.41 [KI 1,95-7,82], $< 50\%$ Hebammenpräsenz: OR 8,95 [KI 4,52-18,86], $p < 0,001$). Je länger die Hebamme anwesend war, desto positiver wurde die Betreuung bewertet.

Diskussion: Die Hebammenpräsenz war in dieser Untersuchung geringer und auch die Zufriedenheit mit der Betreuung fiel schlechter aus als in bisherigen Studien mit Daten aus deutschen Kliniken. Die wahrgenommene Anwesenheit einer Hebamme ist ein wesentliches Merkmal für die Zufriedenheit der Mütter mit der Betreuung während der Geburt.

Fazit: Die Ergebnisse weisen auf ein bestehendes Versorgungsproblem in Berlin hin. Weitere Studien zur Hebammenpräsenz mit Einbezug der Perspektiven von Müttern sind notwendig.

Schlüsselwörter: Hebammenpräsenz, Hebammenbetreuung, Betreuungsqualität, Klinikgeburt, Mütterbefragung.

Hintergrund

Innerhalb von zehn Jahren (2006-2015) nahm die Geburtenzahl in Berliner Krankenhäusern um 29% zu [1]. 2016 betrug die Zahl 42.618 Geburten [28]. Gleichzeitig gibt es in Berlin, wie in Deutschland insgesamt, einen zunehmenden Mangel an geburtshilflich tätigen Hebammen¹ [5,28,35].

In Deutschland haben Frauen *sub partu* einen gesetzlichen Anspruch auf Hebammenhilfe und ärztliche Betreuung (§24d Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V)) [31]. Es gibt keine gesetzliche Grundlage, die vorgibt, welcher Betreuungsumfang, d. h. Zeit, Inhalt und Art der Betreuung, einer Gebärenden zusteht. Laut perinatologischer Leitlinie sollte in Kliniken zu mehr als 95% der Zeit eine 1:1-Betreuung der Gebärenden durch eine Hebamme gewährleistet sein [2].

Background and study aim: Studies have shown that 1:1 care by a midwife during labour has a positive effect on the health of mothers and children. This study examined mothers' retrospective views on the presence of midwives and the quality of care they provided in light of constraints in the capacity for midwifery care in Berlin hospitals.

Methods: The presence of midwives during labour and birth and the extent of care (as a quality measure for care) as self-reported by mothers who gave birth in Berlin in the years 2016/17 was examined by means of a semi-quantitative online questionnaire. The responses of 567 mothers with spontaneous onset of labour who received standard care were analysed using descriptive methods, χ^2 -Tests and a binary logistic regression.

Results: 55% (n=311) of the respondents rated the presence of a midwife as $\leq 50\%$ between the time of admission to the labour ward until birth. These mothers were much more likely to rate the extent of care as unsatisfactory than mothers who experienced continuous midwifery presence (50% midwifery presence: OR 3.41 [CI 1.95-7.82], $< 50\%$ midwifery presence: OR 8.95 [CI 4.52-18.86], $p < 0.001$). The longer the midwife was present during labour, the more positive the rating of care.

Discussion: In our study we found lower rates of midwifery presence in addition to lower satisfaction with the quality of care in comparison to previous studies in German hospitals. The perceived presence of the midwife is a major determinant of mothers' satisfaction with intrapartum care.

Conclusion: The results of this study indicate a deficit in the provision of midwifery care in Berlin. Further research on mothers' perspectives regarding the presence of a midwife during labour is necessary.

Keywords: midwifery presence, midwifery care, quality of care rating, hospital births, mothers' survey.

Die 1:1-Betreuung beschreibt das Verhältnis von einer Gebärenden zu einer Hebamme während der Geburt, steht jedoch nicht automatisch für eine ununterbrochene Anwesenheit der Hebamme. Die Autorinnen gehen aber davon aus, dass die 1:1-Betreuung in der Regel für ein hohes Maß der Anwesenheit einer Hebamme steht und deren sofortige Verfügbarkeit bei Bedarf der Gebärenden garantiert.

Das Potential der 1:1-Betreuung durch Hebammen ist international untersucht und führt zu weniger Interventionen und besseren Geburtsergebnissen z. B. weniger operativen Entbindungen und höherer Zufriedenheit der Frauen mit dem Geburtsergebnis [11,12,15,18,19,24]. Eine hohe Arbeitsbelastung und geringe Hebammenpräsenz haben dagegen einen negativen Einfluss z. B. erhöhte Ängstlichkeit bei Gebärenden, geringere Möglichkeiten zur Überwachung des Geburtsverlaufs und

geringere Unterstützung der Gebärenden durch die Hebamme, selbst bei Anwesenheit der Hebamme [16,21,34].

In Deutschland ist eine 1:1-Betreuung durch eine Hebamme nur bei außerklinischen und Begleit-Beleggeburten² die Regel. Im Schichtsystem von Kliniken liegt der Betreuungsschlüssel derzeit bei zwei bis mehr als vier Gebärenden pro Hebamme [25]. Die Klinikgeburt im Schichtsystem entspricht der Regelversorgung³, da in diesem Fall die Kosten durch die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt sind. Für den deutschen Versorgungskontext gibt es nur wenige Studien zur Hebammenpräsenz während der Geburt. In einer Studie von Ayerle et al. [3] war eine Hebamme bei rund 60% der Frauen zu mehr als 75% der Zeit anwesend. Knappe et al. [12] untersuchten die Auswirkungen von Hebammenpräsenz und -arbeitsbelastung: Im Mittel war die Hebamme zu 46% der Zeit anwesend und 81% der betreuten Mütter gaben acht Wochen nach der Geburt an, mit der Anwesenheit der Hebamme zufrieden gewesen zu sein. Die Übertragbarkeit internationaler Ergebnisse ist aufgrund unterschiedlicher Versorgungsstrukturen eingeschränkt [13]. Bisher liegen noch keine Daten zur Hebammenpräsenz in Berliner Kreißsälen vor. In der diesem Artikel zugrunde liegenden Untersuchung werden aktuelle Daten aus einem Zeitraum mit Geburtenanstieg berichtet.

Ziel

Vor dem Hintergrund von Geburtenzuwachs und Hebammenmangel in Berlin soll erstens ermittelt werden, wie viel Zeit Hebammen in der Regelversorgung bei Gebärenden mit spontanem Geburtsbeginn anwesend sind, zweitens inwieweit Mütter bestimmte qualitative Betreuungsaspekte erfüllt sehen, sowie drittens, wie diese den Betreuungsumfang durch Hebammen sub partu retrospektiv bewerten. Abschließend soll viertens untersucht werden, wie sich insbesondere diese subjektiv erfasste Hebammenpräsenz auf die Bewertung des Betreuungsumfangs durch Mütter auswirkt.

Methodik

Design

Alle zur Beantwortung der Forschungsfrage verwendeten Daten stammen aus der Berliner Mütterbefragung 2016/2017 [32], einem Online-Survey (Querschnittserhebung) zur Versorgung mit Hebammenhilfe rund um die Geburt in Berlin. Diese Befragung wurde als Projekt im Rahmen einer Masterthesis im Fach Public Health von der Autorin durchgeführt und von der Ludwig-Maximilians-Universität München finanziell gefördert.

Zugang und Datenerhebung

Die Datenerfassung erfolgte anonym mittels strukturiertem Online-Fragebogen, mit der Befragungssoftware Unipark [20]. Es wurde ein semi-quantitativer Fragebogen⁴ [32] entwickelt, der auf Expertinneninterviews, einer Literaturanalyse sowie Veröffentlichungen zu in Deutschland oder international durchgeführten Mütterbefragungen basiert [4,6,7,30]. Da für diese Studie keine validierten Fragebögen im Original zur Verfügung standen, waren die Frageformulierungen explorativ. Der Fragebogen wurde auf Deutsch, Englisch, Arabisch und Türkisch angeboten. Es erfolgte ein Pretest mit Müttern, die ihre Kinder vor dem Jahr 2016 geboren hatten, davon sieben in deutscher Sprache und jeweils ein Pretest in den weiteren angebotenen Sprachen. Fragebogen und Durchführung wurden von der Datenschutzstelle Berlin ge-

prüft und von der Ethikkommission der Ludwig-Maximilians-Universität München (Projekt Nr.: 17-383 UE) als unbedenklich eingestuft.

Der Erhebungszeitraum umfasste knapp sechs Wochen, vom 18.04.2017 bis 28.05.2017. Information und Zugang zur Befragung erfolgten über eine Webseite und soziale Medien sowie systematisch über mehrsprachige, vorwiegend in Kinderarztpraxen und Mütterzentren verteilte Informations-Flyer. Eine mehrfache Teilnahme konnte durch die Software ausgeschlossen werden.

Die vollständige Beantwortung des Fragebogens dauerte im Mittel neun Minuten (Median). Die Rekrutierung war fast ausschließlich auf Posts von Teilnehmerinnen in den sozialen Medien zurückzuführen. Detaillierte Aussagen zum Zugangsweg waren aus Datenschutzgründen nicht ermittelbar.

Auswahl der Stichprobe

Die Studienpopulation der Berliner Mütterbefragung 2016/2017 bilden Mütter mit Geburt mindestens eines Kindes in Berlin zwischen Januar 2016 und Mai 2017. Insgesamt nahmen 1271 Mütter an der Berliner Mütterbefragung teil. In die Analysen des vorliegenden Artikels wurden 567 der befragten Mütter (60% der Teilnehmerinnen insgesamt) eingeschlossen. Ausschlusskriterien waren ein geplanter Kaiserschnitt oder eine Geburtseinleitung, um die Analyse möglichst auf Mütter zu beschränken, die bei Kreißsalaufnahme bereits unter der Geburt waren. Ebenfalls ausgeschlossen wurden befragte Mütter mit außerklinischer Geburt und Mütter, die eine außerklinische Geburt geplant hatten sowie Mütter mit Begleit-Beleghebamme⁵. Elf (2%) der Teilnehmerinnen aus der Regelversorgung, die die sonstigen Einschlusskriterien erfüllten, beantworteten nicht alle Fragen zur Hebammenbetreuung und wurden deshalb aus den Analysen ausgeschlossen.

In der Befragung erhobene Variablen

Die Hebammenpräsenz wurde in folgenden Kategorien erfasst: durchgehend (100%), überwiegend (>50% und <100%), etwa die Hälfte der Zeit (ca. 50%), überwiegend alleine bzw. mit Begleitperson alleine (<50%), nicht von einer Hebamme, aber von einer Hebamme in Ausbildung betreut, keine Erinnerung an die Hebammenpräsenz. Die Variable Hebammenpräsenz steht für die Zeit der Anwesenheit der Hebamme bei der Gebärenden und enthält keine Information über Betreuungsinhalte, z. B. unterstützende Maßnahmen.

Der Begriff Bewertung entspricht der Einschätzung der Qualität auf einer Likert-Skala durch die befragten Mütter. Diese bewerteten drei Aussagen zur Art der Hebammenbetreuung, d. h. drei qualitative Betreuungsaspekte, auf einer fünfstufigen Likert-Skala. Die Skala enthielt die Punkte „stimmt“, „stimmt überwiegend“, „teils, teils“, „stimmt überwiegend nicht“, „stimmt nicht“ zur Bewertung der folgenden Aussagen: (1) inwieweit sie die Hebammenbegleitung⁶ als kompetent wahrnahmen, (2) die Hebamme sie in Entscheidungen einbezog und (3) auf ihre Bedürfnisse einging. Bei einer Betreuung durch mehrere Hebammen sollte die Teilnehmerin Bezug nehmen auf die Hebamme mit der längsten Betreuungszeit, da deutliche Unterschiede in der Art der Betreuung zwischen Hebammen bestehen [22,36]. Unter Betreuung wird die Überwachung, Leitung und Unterstützung (durch emotionalen Beistand bzw. praktische Maßnahmen) der Gebärenden und des Geburtsprozesses verstanden.

Nach ihren Angaben zur Hebammenpräsenz und den qualitativen Betreuungsaspekten bewerteten die befragten Mütter den Betreuungsumfang durch Hebammen und ggf. ärztliches Personal während der Geburt auf einer fünfstufigen Likert-Skala. Die Skala enthielt die Punkte: „viel zu viel“, „zu viel“, „genau richtig“, „zu wenig“, „viel zu wenig“. Die Variable Betreuungsumfang wurde als Maß für die Betreuungsqualität aus mütterlicher Sicht herangezogen und soll deren Zufriedenheit sowohl mit dem zeitlichen und inhaltlichen Umfang als auch mit den qualitativen Aspekten der Betreuung abbilden. Die Begriffe „Bewertung“ und „Betreuungsumfang“ wurden gewählt, da die Frage nach der Zufriedenheit mit der Hebammenbetreuung die Hebammenpräsenz nicht ausreichend berücksichtigt. Weiterhin zeigte sich in anderen Studien, dass Frauen, die einen Betreuungsmangel empfinden, nicht automatisch mit der Hebammenbetreuung an sich unzufrieden sind und aufgrund der wahrgenommenen Arbeitsbelastung der Hebammen eine hohe Akzeptanz für eine geringe Hebammenpräsenz besteht [15]. Die Erweiterung der Bewertung des Betreuungsumfangs auf ärztliches Personal erfolgte aufgrund mehrfacher Anmerkungen im Pretest, dass ärztliche Betreuung mangelnde Hebammenbetreuung ausgleichen könne. In einer Freitextantwort hatten die Teilnehmerinnen die Möglichkeit ihre Bewertung des Betreuungsumfangs zu erläutern. Zusätzlich in Kategorien erfasst wurden folgende Variablen: Alter, Parität, höchster beruflicher Ausbildungsabschluss, Versichertenstatus, Migrationshintergrund und das Empfinden einer komplizierten Schwangerschaft sowie die Aufenthaltsdauer im Kreißaal bis zur Geburt.

Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgte mit MS Excel und R (3.4.0) [33]. Zur Untersuchung des Effekts der Hebammenpräsenz (Exposition) auf die Bewertung des Betreuungsumfangs (Outcome) sowie des Einflusses weiterer Variablen wurden zunächst bivariate Analysen durchgeführt. Mittels χ^2 -Tests, mit einem Signifikanzniveau von $p < 0,05$, wurden signifikante Zusammenhänge zwischen allen soeben genannten erhobenen Variablen und der Bewertung des Betreuungsumfangs geprüft. Im Falle von Kategorien mit Fallzahlen $n \leq 5$ wurden diese mit der benachbarten kleineren Kategorie zusammengefasst.

Im Anschluss erfolgte mit allen bivariat signifikanten Variablen eine binäre logistische Regression, unter Berücksichtigung möglicher Interaktionen. Die Modellannahmen der logistischen Regression wurden durch die Verwendung zweier subjektiv erfasster Variablen (selbst erfasste abhängige und unabhängige Variable) nicht verletzt, da diese nur die Unabhängigkeit der befragten Frauen erfordern (Frau A muss unabhängig von Frau B sein). Des Weiteren wurde keine Adjustierung des α -Niveaus aufgrund des multiplen Testens vorgenommen, da es sich bei den Angaben im Fragebogen nicht um Zufallsvariablen handelt und eine Korrektur auf Grundlage einer universellen Nullhypothese daher nicht zu befürworten ist [23]. Zur Integration in das logistische Regressionsmodell wurde das Outcome dichotomisiert. Die Fälle von „(viel) zu viel“ Betreuung ($n=5$, $<1\%$) wurden aus der Analyse ausgeschlossen. Die Kategorien „zu wenig“ und „viel zu wenig“ zur Kategorie „zu wenig“ zusammengefasst und der Angabe „genau richtig“ gegenübergestellt. Zur Auswahl des Modells mit der höchsten Anpassungsgüte, d. h. demjenigen Modell in dem alle enthaltenen Variablen signifikanten Einfluss auf das Outcome hatten, wurde eine Rückwärts-Selektion der Variablen vorgenommen.

Die Freitextantworten zur Erläuterung der Bewertung des Betreuungsumfangs wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring [17] ausgewertet. Die Kategorienbildung erfolgte zunächst deduktiv anhand des vierten Teils der Forschungsfrage und wurde durch induktive Unterkategorien ergänzt.

Ergebnisse

Stichprobenbeschreibung

Die Merkmale der Stichprobe dieser Studie sind in Tabelle 1 beschrieben. Die Ausschlusskriterien waren geplanter Kaiserschnitt, Geburtseinleitung, außerklinische Geburt, außerklinisch geplanter Geburtsort bei Geburt in der Klinik, Betreuung durch eine Begleit-Beleghebamme sowie fehlende Angaben zur Hebammenbetreuung.

Hebammenpräsenz bei der Gebärenden

Ein Drittel ($n=187$, 33%) der befragten Mütter gab an, dass die betreuende Hebamme *sub partu* nach Aufnahme im Kreißaal zu weniger als 50% der Zeit anwesend war. Bei weiteren 124 (22%)

Tabelle 1: Beschreibung der eingeschlossenen Teilnehmerinnen ($n=567$)

Variable	Kategorien	n	%
Alter	18 bis 29 Jahre	154	27%
	30 bis 34 Jahre	264	47%
	35 bis 40 Jahre	137	24%
	über 40 Jahre	12	2%
höchster beruflicher Ausbildungsabschluss	kein Abschluss	4	1%
	noch in Ausbildung/Studium	22	4%
	Ausbildung (Lehre/Berufsfachschule)	163	29%
	Meisterschule/Berufsakademie	23	4%
	Hochschulabschluss	343	60%
Versichertenstatus	Sonstiges	12	2%
	gesetzlich	528	93%
	privat	35	6%
Migrationshintergrund (nach Definition im Mikrozensus 2011)	sonstiges	4	1%
	Nein	476	84%
	Ja (mit 25 verschiedenen Muttersprachen)	91	16%
Parität	- davon 1. Generation (Immigrantinnen)	48	8%
	- davon 2. Generation	43	8%
unkomplizierte Schwangerschaft* *Missing n=4 (<1%)	Erstgebärende	380	67%
	Mehrggebärende	187	33%
Geburtsmodus	Ja	479	84%
	Nein	84	15%
	Spontangeburt	423	75%
Aufenthaltsdauer im Kreißaal bis zur Geburt	vaginal-operative Geburt	67	12%
	nicht geplanter Kaiserschnitt	77	14%
	bis zu 1 Stunde	85	15%
	1-3 Stunden	162	29%
	3-5 Stunden	95	17%
Komplikationen während der Geburt	5-10 Stunden	120	21%
	10-24 Stunden	91	16%
	über 24 Stunden	14	2%
Komplikationen während der Geburt	Nein	372	66%
	Ja	195	34%

befragten Müttern war die Hebamme in etwa der Hälfte der Zeit anwesend (Abbildung 1).

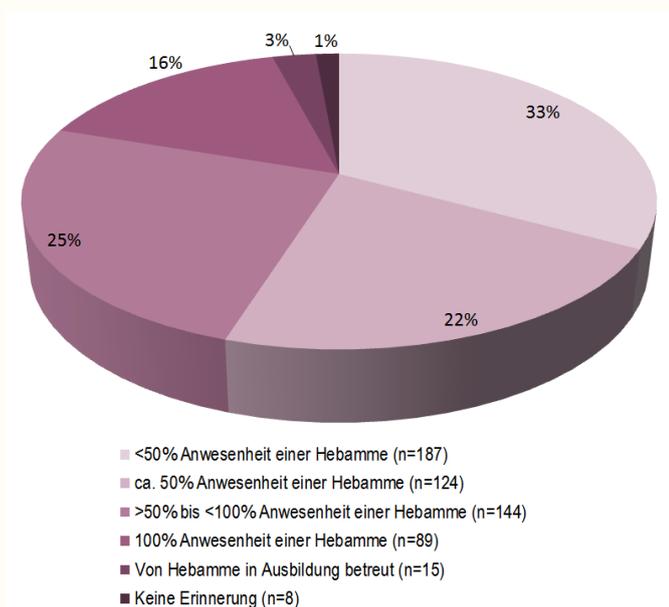


Abbildung 1: Einschätzung zur Anwesenheit der Hebamme während des Aufenthalts im Kreißaal sub partu (in Prozent)

Qualitative Betreuungsaspekte

Die Angaben der befragten Mütter zu qualitativen Aspekten der Betreuung sind in Abbildung 2 zusammengefasst. Die Betreuung durch die Hebamme nahmen die befragten Mütter zu 77% (n=438) als (überwiegend) kompetent wahr. 69% (n=395) gaben an, dass die Hebamme sie (überwiegend) in Entscheidungen einbezog und 74% (n=421), dass die Hebamme auf ihre Bedürfnisse einging.

Bewertung des Betreuungsumfangs

Mit 58% (n=330) bewertete der überwiegende Anteil der befragten Mütter den Betreuungsumfang als genau richtig. 41% (n=232) beurteilten den Betreuungsumfang als zu gering. 202 (36%) der befragten Mütter erläuterten ihre Bewertung des Betreuungsumfangs mit eigenen Worten anhand der Freitextstellen. „Zu viel“ Betreuung empfanden Frauen bei zu vielen Personen im Raum, zu wenig Ruhe sowie autoritärem Verhalten der Betreuenden, das zu einem Verlust ihrer Selbstbestimmung führte. Zu einer Betreuung, die „genau richtig“ war, gehörte die Verfügbarkeit der Hebamme bei Bedarf (n=36). Auch gaben 31 befragte Mütter an, die gute Betreuung bzw. ein geringes Geburtenaufkommen parallel zu ihrer Entbindung als Glück zu empfinden und stellten häufig (n=16) zwischen beidem eine Verbindung her. Teilnehmerinnen mit 1:1-Betreuung (n=13) beschrieben die Wirkung der ununterbrochenen Verfügbarkeit als ideale Bedingung für den Gebärprozess und maßen der Hebamme einen großen Einfluss auf den Verlauf und das eigene Erleben der Geburt zu.

Die meisten Erläuterungen gaben Teilnehmerinnen, die die Betreuung als „zu wenig“ bewertet hatten (53% aller Kommentare). Zentral waren hierbei Beschreibungen von überlasteter Kapazität, d. h. ein Mangel an Hebammen und Geburtsräumen und ein hohes Geburtenaufkommen

(n=123). Einige befragte Mütter (n=15) erlebten die Weitergabe von Zeitdruck durch die Betreuenden und empfanden dies als negativen Einfluss auf den Geburtsverlauf. Auch wurde geäußert, dass bei Komplikationen während und nach der Geburt ein Gefühl des Alleingelassenseins bestand (n=37) und dass der Mangel an Betreuung und die Sorge darum den Gebärprozess behinderte (n=47). Ein Mangel an ärztlicher Betreuung wurde im Zusammenhang mit der fehlenden Verfügbarkeit einer Periduralanästhesie genannt (n=2). Dass ärztliches Personal den Mangel an Hebammenpräsenz ausglich, berichtete eine Frau.

Die Rolle von nicht professionellen Begleitpersonen wie beispielsweise dem Partner bzw. der Partnerin wurde unterschiedlich bewertet. Während zwei befragte Mütter die Unterstützung durch Begleitpersonen als Ausgleich für den Mangel an Betreuung durch die Hebamme empfanden, betonten vier, dass diese die professionelle Betreuung durch die Hebamme nicht ersetzen konnte. Konkret empfanden befragte Mütter außerdem einen Mangel an praktischer und emotionaler Unterstützung, ein Fehlen an Individualität und einen Mangel an Kommunikation, insbesondere an Aufklärung zum Geburtsverlauf und den geburtshilflichen Maßnahmen. Diese Kritik kam auch bei als ausreichend bewerteter Verfügbarkeit der Hebamme vor (n=4).

Zusammenhänge zwischen der Hebammenpräsenz, der Bewertung des Betreuungsumfangs und den qualitativen Betreuungsaspekten

Die Zusammenhänge zwischen der Bewertung des Betreuungsumfangs und der Hebammenpräsenz sind mit einer Kreuztabelle der abhängigen und den weiteren in der logistischen Regression signifikanten unabhängigen Variablen in Tabelle 2 dargestellt. Je weniger die Hebamme anwesend war, je weniger sie auf Bedürfnisse einging, je weniger kompetent die Hebammenbetreuung empfunden wurde und je eher die

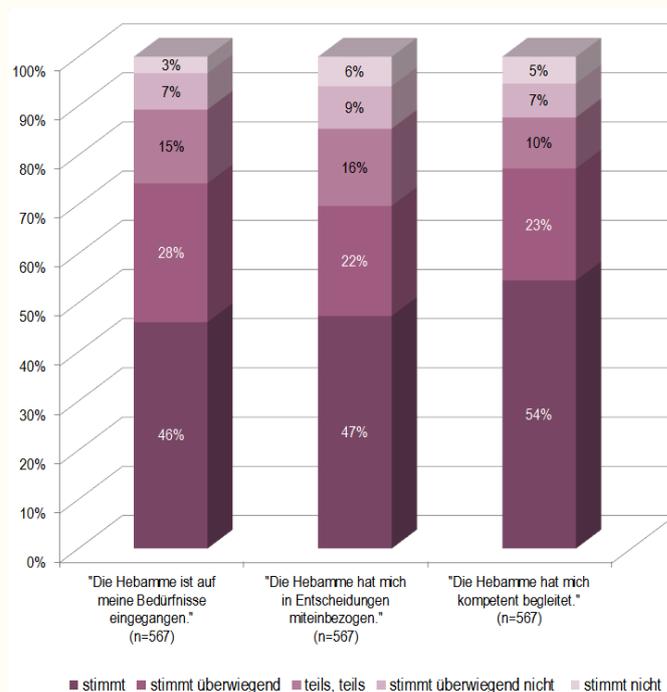


Abbildung 2: Angaben zu den drei abgefragten qualitativen Aspekten der Hebammenbetreuung (in Prozent)

Geburt als kompliziert wahrgenommen wurde, umso eher wurde der Betreuungsumfang als zu gering bewertet.

Weder die Parität noch die Aufenthaltsdauer im Kreißaal bis zur Geburt waren für die Bewertung des Betreuungsumfangs signifikante Einflussfaktoren, obwohl mit zunehmender Aufenthaltszeit die Betreuung eher als zu gering empfunden wurde. Gleichzeitig nahm jedoch die Hebammenpräsenz ab. Bei kurzer Aufenthaltszeit von bis zu drei Stunden waren 19% (n=45 von 242) der Frauen überwiegend alleine bzw. nur mit ihrer Begleitperson. Bei einer Aufenthaltsdauer von 5-10 Stunden gaben 80% (n=56 von 70) an, überwiegend ohne Hebamme gewesen zu sein.

Diskussion der Ergebnisse

Alle Daten dieser Studie wurden durch die Befragung von Müttern erhoben.

Hebammenpräsenz bei der Gebärenden

Die Hebammenpräsenz in der Regelversorgung von Berliner Krankenhäusern lag bei 55% der befragten Mütter dieser Untersuchung bei $\leq 50\%$ der Aufenthaltszeit im Kreißaal während der Geburt. Dieses Ergebnis liegt weit unter der in der Studie von Ayerle et al. [3] identifizierten Hebammenpräsenz von rund 60% bei mehr als 75% der Geburtsdauer. Auch in der Studie von Knappe et al. [12] war die Hebammenpräsenz mit 46% im Mittel höher.

Eine mögliche Erklärung der Unterschiede wäre, dass die Daten in der Studie von Ayerle et al. 2005 in niedersächsischen Geburtskliniken und in der Studie von Knappe et al. zwischen 2007 und 2009 im Rahmen der Einführung von hebammengeleiteter Geburtshilfe in vier Kliniken in Hamburg, Bremerhaven und Bad Cannstatt erhoben wurden. Regionale Unterschiede können durch eine unterschiedliche Auslastung geburtshilflicher Abteilungen bedingt sein, z. B. aufgrund unterschiedlicher Geburtenraten oder der Entfernung zur nächstgelegenen geburtshilflichen Abteilung. Eine höhere Auslastung geht i. d. R. mit einer höheren Anzahl von Geburten pro Hebamme und damit einer vermutlich geringeren Hebammenpräsenz einher.

Auch das Setting könnte die Hebammenpräsenz beeinflusst haben. So könnte die Hebammenpräsenz im Hebammenkreißaal z. B. aufgrund des besonders hoch bemessenen Wertes der Hebammenbetreuung durch die Gebärende oder auch die Hebamme höher sein, als im Setting eines ärztlich geleiteten Kreißaals. Die deutlich geringere Hebammenpräsenz in der Berliner Mütterbefragung könnte aber auch insbesondere durch den Geburtenzuwachs der letzten Jahre und den zunehmenden Mangel an geburtshilflich tätigen Hebammen (z. B. durch eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen) [25] bedingt sein. Auch diese beiden Faktoren haben eine höhere Zahl an Geburten pro Hebamme zur Folge.

Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist jedoch aufgrund der unterschiedlichen Erfassung der Hebammenpräsenz und der unter-

Tabelle 2: Effekt der durch die Mütter geschätzten Hebammenpräsenz und -betreuung auf die Bewertung des Betreuungsumfangs (n=562 befragte Mütter, ohne n=5, die die Betreuung als „zu viel“ bewertet hatten)

Unabhängige Variablen	Abhängige Variable: Bewertung des Betreuungsumfangs				Effektmaße	
	genau richtig (Referenz)		(viel) zu wenig		OR	KI 95%
	n	%	n	%		
mit Ausprägungen						
Subjektive Hebammenpräsenz						
durchgehend (100%)	74	85%	13	15%		Referenz
überwiegend (>50% und <100%)	124	86%	20	14%	0,85	0.40-1.90
etwa die Hälfte der Zeit (ca.50%)	72	58%	51	42%	3.41***	1.95-7.82
überwiegend alleine bzw. mit Begleitperson alleine (<50%)	48	25%	137	74%	8.95***	4.52-18.86
nicht von einer Hebamme, aber von einer Hebamme in Ausbildung betreut	8	53%	7	47%	3,46	0.94-12.35
keine Erinnerung	4	50%	4	50%	4,35	0.87-21.79
Qualitative Betreuungskriterien						
Eingehen auf Bedürfnisse: (überw.) ja	290	69%	128	31%		Referenz
Eingehen auf Bedürfnisse: teilweise	34	39%	53	61%	1.83*	1.01-3.32
Eingehen auf Bedürfnisse: (überw.) nein	6	11%	51	89%	3.93**	1.46-11.96
Betreuung kompetent: (überw.) ja	299	69%	136	31%		Referenz
Betreuung kompetent: teilweise	24	41%	35	59%	1,38	0.67-2.83
Betreuung kompetent: (überw.) nein	7	10%	61	90%	3.63**	1.48-10.08
Auftreten von Komplikationen während der Geburt						
Komplikationen: Nein	238	65%	130	35%		Referenz
Komplikationen: Ja	92	47%	102	53%	1.65*	1.07-2.55

Anmerkungen:

1 Spalte zwei bis vier enthalten eine Kreuztabelle der abhängigen Variable (Bewertung des Betreuungsumfangs) mit den in der binären logistischen Regression signifikanten unabhängigen Variablen.

2 Spalte fünf und sechs der Tabelle enthalten die Odds Ratios und 95%-Konfidenzintervalle aus der binären logistischen Regression

3 *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

4 Die Variablen höchster beruflicher Ausbildungsabschluss, Versicherterstatus, Migrationshintergrund und das Empfinden einer komplizierten Schwangerschaft waren bivariat nicht signifikant und wurden nicht in das logistische Regressionsmodell aufgenommen.

5 Ursprünglich in das logistische Regressionsmodell aufgenommen und nicht signifikant waren die Variablen Alter, Aufenthaltsdauer im Kreißaal bis zur Geburt, Parität, Einbezug in Entscheidungen sowie Interaktionen zwischen den im Modell signifikanten Variablen.

schiedlichen Stichproben eingeschränkt. In den beiden zum Vergleich herangezogenen Studien dokumentierten die Hebammen ihre Präsenz während der Geburt und die eingeschlossenen Gebärenden wiesen keine bzw. nur geringe perinatale Risiken auf. Bekannte perinatale Risiken (z. B. Hypertonie) können einen erhöhten Überwachungsbedarf während der Geburt erforderlich machen, wodurch die Hebammenpräsenz erhöht sein könnte. In der Berliner Mütterbefragung erfolgte die Erfassung der Hebammenpräsenz retrospektiv durch eine Einschätzung der befragten Mütter. Das Vorliegen von perinatalen Risiken war kein Ausschlusskriterium.

Qualitative Betreuungsaspekte

Die Angaben zu den qualitativen Betreuungsaspekten fielen deutlich überwiegend positiv aus. Zu 77% nahmen die Mütter die Hebamme als (überwiegend) kompetent wahr, 69% gaben an, dass die Hebamme sie (überwiegend) in Entscheidungen einbezog und 74%, dass die Hebamme auf ihre Bedürfnisse einging.

Bewertung des Betreuungsumfangs

Ein weiteres Ergebnis dieser Analyse ist, dass die befragten Mütter den Betreuungsumfang durch Hebammen während der Geburt überwiegend als angemessen, zu 41% aber als zu gering bewerteten. Eine Onlinebefragung zur Hebammenversorgung in Baden-Württemberg aus dem Jahr 2016 kam zu vergleichbaren Ergebnissen [6]. In der Befragung gaben etwas mehr als die Hälfte der befragten Mütter an, dass sie sich mehr Betreuung unter der Geburt gewünscht hätten und nur sehr wenige Mütter mit weniger Betreuung zufrieden gewesen wären. In Baden-Württemberg gab es 2016 die höchste Geburtenzahl seit 1999. Diese stieg zwischen den Jahren 2010 und 2015 um 11% [14]. Die Zahlen sind vergleichbar mit den eingangs genannten für Berlin. Dies kann als Hinweis gewertet werden, dass ein großer Teil der Mütter in Zeiten mit hohem Geburtenaufkommen, zu wenig Betreuung durch Hebammen während der Geburt erhalten.

Zusammenhänge zwischen der Hebammenpräsenz, der Bewertung des Betreuungsumfangs und den qualitativen Betreuungsaspekten

Die Ergebnisse der Regressionsanalyse zeigen, dass bei geringer Hebammenpräsenz, von 50% der Aufenthaltszeit im Kreißaal oder weniger, die Bewertung des Betreuungsumfangs um ein Vielfaches schlechter war, während es keinen signifikanten Unterschied machte, ob die Hebamme durchgehend oder überwiegend bei der Gebärenden war. Demnach erscheint die wahrgenommene Hebammenpräsenz entscheidend für die wahrgenommene Betreuungsqualität zu sein, wobei mehr Hebammenpräsenz mit höherer Betreuungsqualität einhergeht.

Auch zwei der erfragten qualitativen Aspekte der Betreuung hatten in der vorliegenden Untersuchung einen signifikanten Effekt auf die Bewertung des Betreuungsumfangs. Ging die Hebamme (überwiegend) nicht auf die Bedürfnisse der befragten Mütter ein, bewerteten diese den Betreuungsumfang knapp viermal so oft als zu gering, im Vergleich zu den befragten Müttern, die angaben, dass die Hebamme (überwiegend) auf ihre Bedürfnisse einging. Fast ebenso stark war der Effekt auf die Bewertung des Betreuungsumfangs (OR 3,6), wenn die befragten Mütter die Betreuung durch die Hebamme als (überwiegend) nicht kompetent wahrnahmen im Vergleich zu den befragten Müttern mit (überwiegend) kompetenter Hebammenbetreuung.

Die vorliegende Untersuchung zeigt außerdem, dass die erfragten qualitativen Aspekte der Betreuung umso eher erfüllt waren, je höher die Hebammenpräsenz war. Auch Ross-Davie et al. [21,22] fanden in ihrer Studie, dass Hebammen Gebärende umso weniger unterstützen, je mehr sie sich außerhalb des Raumes befinden und geben die kontinuierliche Hebammenpräsenz selbst als Kernelement dafür an, dass sich die Gebärende unterstützt fühlt.

In der Studie von Knape et al. [12] erhielten 87% der Frauen unterstützende Maßnahmen durch die Hebamme (z. B. Massage). Auf welche Art eine Hebamme unterstützt hängt entscheidend von ihrem Selbstverständnis und auch der vorherrschenden Betreuungskultur ab [13]. Vermutlich waren die unterstützenden Maßnahmen für die hohe Zufriedenheit mit der Hebammenpräsenz von über 80% mitverantwortlich.

Die Aufenthaltsdauer im Kreißaal und die Parität hatten keinen signifikanten Einfluss auf die Bewertung des Betreuungsumfangs. Dies ist vermutlich bedingt durch die höhere Hebammenpräsenz bei kürzerem Aufenthalt bzw. schnellerer Geburt [8]. Auch bei Ayerle et al. [3] bestand die Annahme, dass eine hohe Hebammenpräsenz mit schnellen oder bei Aufnahme bereits weit fortgeschrittenen Geburten in Zusammenhang stand. Quantitative und qualitative Ergebnisse der vorliegenden Studie deuten darauf hin, dass Frauen mit längeren Geburtsverläufen, damit auch Erstgebärenden im Vergleich zu Mehrgebärenden, häufiger ein Betreuungsdefizit empfanden. Dies legt nahe, dass die Anwesenheit der Hebamme nicht nur zum Ende der Geburt hin von Bedeutung ist.

Zur Rolle von nicht professionellen Begleitpersonen brachte diese Studie unterschiedliche qualitative Ergebnisse hervor. International wird der Einfluss der kontinuierlichen Betreuung durch Laien positiv bewertet [9], es gibt jedoch keine Studie, die diese Unterstützung mit der professionellen Betreuung durch Hebammen in den deutschen Verhältnissen entsprechenden Settings vergleicht.

Hebammenpräsenz und Komplikationen während der Geburt

Es wird vermutet, dass Hebammenpräsenz und -unterstützung vom Geburtsverlauf abhängen und Hebammen auf risikobelastete oder pathologische Verläufe mit erhöhter Präsenz und Unterstützung reagieren, jedoch ist dies nicht belegt [12]. In der Studie von Ayerle et al. [3] änderte sich die Hebammenpräsenz bei Vorkommen medizinischer Interventionen (als Indikator für eine Abweichung vom physiologischen Verlauf) nicht im Vergleich zu keinem Vorkommen medizinischer Interventionen.

In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich sogar, dass Hebammen bei Gebärenden, bei denen es während der Geburt zu Komplikationen kam, weniger präsent waren als bei jenen ohne Komplikationen. Befragte Mütter mit Komplikationen *sub partu* bewerteten den Betreuungsumfang auch signifikant häufiger als zu gering (OR 1,65) im Vergleich zu befragten Müttern ohne Komplikationen. Ein kausaler Zusammenhang zwischen einer geringeren Hebammenpräsenz und dem Auftreten von Komplikationen kann aufgrund des Studiendesigns nicht belegt werden. Es ist auch möglich, dass das Auftreten von Komplikationen die Wahrnehmung der Hebammenpräsenz und die Bewertung der Betreuung durch die befragten Mütter beeinflusst hat (*reverse causation*). Ableiten lässt sich aus diesem Ergebnis jedoch,

dass insbesondere der evtl. erhöhte Betreuungsbedarf beim Auftreten von Komplikationen nicht gedeckt war. Denkbar ist, dass aus Kapazitätsmangel trotz Komplikationen keine deutliche Erhöhung der Hebammenpräsenz stattfinden konnte oder dass die Hebammen die Abweichungen des physiologischen Verlaufs aufgrund geringer Präsenz nicht rechtzeitig erkannten.

Methodenkritik und Limitationen

Die Online-Befragung zeigte sich als geeignete Methode zur Befragung von Müttern mit ausreichenden Deutschkenntnissen [4]. Die Verwendung eines nicht validierten Fragebogens ist grundsätzlich als Limitation zu bewerten. Dieser erwies sich aufgrund der hohen Anzahl plausibler Antworten zwar als geeignet, es besteht jedoch Weiterentwicklungs- und Validierungsbedarf, v. a. bei der Operationalisierung der Hebammenpräsenz und der Erfassung der qualitativen Aspekte der Betreuung.

Des Weiteren ist die Stichprobe nur eingeschränkt repräsentativ und insbesondere durch einen überdurchschnittlich hohen Bildungsstatus gekennzeichnet [26]. Mütter mit Migrationshintergrund und Mehrgewebende waren für Berlin unterrepräsentiert [10,27]. Der Anteil der Mütter mit vaginal-operativen Geburten lag leicht über und der Anteil mit Kaiserschnittgeburten leicht unter der Rate in Berlin [27]. Zusätzlich ist ein *Self-Selection Bias* durch eine stärkere Betroffenheit wahrscheinlich und aufgrund des Designs besteht die Gefahr eines *Recall-Bias*. Die Wahrnehmung eines Betreuungsdefizits könnte in dieser Untersuchung retrospektiv zu einer Unterschätzung der Hebammenpräsenz durch die Mütter geführt haben.

Es kann kritisiert werden, dass die retrospektiven und subjektiven Aussagen von Müttern keine objektiven Analysen zulassen. Der Betreuungsbedarf und die Bewertung sind auch von der Persönlichkeit und Haltung der Mutter abhängig. Jedoch waren beim Test des Assessment-instruments bei Ross-Davie et al. [22] zur quantitativen und qualitativen Unterstützung durch Hebammen die Angaben der Mütter und beobachtenden Untersuchenden hoch korreliert. Letztendlich kann die Qualität von Betreuung ohne die Einschätzung der Betreuten nicht beurteilt werden [22]. Jedoch sind objektive Kriterien zur Erfassung der Betreuung essentiell, um Zusammenhang und Unterschiede zwischen Betreuung und Betreuungserleben methodisch korrekt zu untersuchen. Grundsätzlicher Nachteil retrospektiver Querschnittsdesigns ist, dass aus den Ergebnissen keine Kausalität abgeleitet werden kann.

Ein Nachteil der Befragungsmethode ist außerdem, dass relevante Befunde für den Geburtsverlauf, wie perinatale Risiken, nicht valide messbar sind, wie in einer professionellen Dokumentation. Diese könnten Einfluss sowohl auf die mütterliche als auch die Hebammenperspektive nehmen und stehen unter Umständen im Zusammenhang mit dem Geburtsverlauf.

Fußnoten:

¹ Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in diesem Artikel nur die weibliche Bezeichnung Hebamme verwendet, es sind jedoch immer auch Entbindungspfleger gemeint.

² Die Begleit-Beleggeburt ist definiert durch die Betreuung durch eine Begleit-Beleghebamme. Diese Hebamme erbringt ihre Leistung nicht in einem Dienst- oder Schichtsystem oder im Bereitschaftsdienst eines Krankenhauses, sondern begleitet die ihr bekannte Schwangere zur geplanten Geburt ins Krankenhaus.

³ Der Begriff der Regelversorgung wurde im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt (§ 75 SGB V). Eine allgemeingültige Definition der Regelversorgung für die weiteren Leistungsbereiche besteht nicht. In der Regel steht dieser Begriff für die kollektivvertragliche Versorgung und demnach für die Leistungen, die allen gesetzlich Versicherten, unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten Kranken-

Bei der Einordnung der Ergebnisse der logistischen Regression ist zu bedenken, dass die subjektive Erfassung sowohl der unabhängigen als auch der abhängigen Variablen durch die gleiche Person Korrelationen der Variablen untereinander wahrscheinlich macht. Die Höhe der Effektmaße und die Signifikanz der Ergebnisse können dadurch beeinflusst sein.

Fazit

Die Ergebnisse dieser Befragung legen nahe, dass die Hebammenpräsenz in der Berliner Regelversorgung derzeit als zu gering zu bewerten ist. Aus Sicht der Mütter besteht ein erhebliches quantitatives und qualitatives Betreuungsdefizit, das in Zusammenhang mit dieser geringen Hebammenpräsenz steht. Besonders benachteiligt scheinen Erstgebärende sowie Frauen mit langen oder komplizierten Geburten. Unsere Daten zeigen außerdem, dass die wahrgenommene Anwesenheit einer Hebamme ein wesentliches Merkmal für die Zufriedenheit der Mütter mit der Betreuung während der Geburt ist.

Aufgrund des Mangels an Studien im deutschen Versorgungskontext besteht weiterer Forschungsbedarf zur tatsächlichen Hebammenpräsenz in der Regelversorgung und deren Auswirkungen, sowohl auf die Betreuung selbst (z. B. Zahl und Art der Interventionen) als auch auf das Outcome von Müttern und Kindern. Für eine umfassende Untersuchung ist sowohl die objektive Messung der Hebammenpräsenz und die Erfassung perinataler Risiken mittels Dokumentation, als auch eine Befragung von Müttern notwendig. Bei Mütterbefragung zur Zufriedenheit mit der Hebammenbetreuung sollten Zeit, Inhalt und Art der Betreuung berücksichtigt werden.

Politische Implikationen

In Berlin wurde ein Runder Tisch Geburtshilfe aufgrund des Hebammenmangels eingerichtet. An diesem Runden Tisch sind neben Vertreterinnen und Vertretern der Politik, der Krankenkassen, der Ärzteschaft und der Geburtskliniken sowohl in Berlin geburtshilflich tätige Hebammen als auch der Berliner Hebammenverband e. V. vertreten. Der Runde Tisch hat zum 1. Februar 2018 ein Maßnahmenpaket beschlossen, das u. a. die Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Hebammen, auch durch Erhöhung des Personaleinsatzes in Kliniken, zum Ziel hat. Des Weiteren wurden die Ausbildungskapazitäten erhöht und die Akademisierung des Hebammenberufs soll aktiv gestaltet werden [29]. Eine Erhöhung der Ausbildungskapazitäten ohne ausreichende Anzahl examinierter Hebammen in den Kreißsälen ist u. a. aufgrund der Gefahr, dass Auszubildende bzw. Studierende anstelle von examinierter Hebammen eingesetzt werden sowohl für die Qualität der Ausbildung als auch für die Qualität der Geburtshilfe kritisch zu sehen. Ein erster Evaluationsbericht über die Umsetzung und die Auswirkungen des Maßnahmenpaketes wird derzeit erstellt⁷.

kasse, zustehen. Nicht zur Regelversorgung gehören dieser Definition nach beispielsweise Satzungsleistungen, wie ein Zuschuss zur Hebammenrufbereitschaftspauschale.

⁴ Der Fragebogen zur Berliner Mütterbefragung 2016/2017 kann im Anhang des Ergebnisberichts zur Befragung eingesehen werden.

⁵ Zur Definition siehe Begleit-Beleggeburt.

⁶ Der Begriff Betreuung wurde auf Anregungen im Pretest in der Formulierung des Items durch Begleitung ersetzt, um den begleitenden Charakter der Hebammenbetreuung zu betonen, der sich an den Bedürfnissen der Gebärenden orientiert. Begleitung steht in dieser Aussage synonym für Betreuung.

⁷ Antwort der Pressestelle der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung vom 15.02.2019 auf eine Anfrage zum Stand der Ergebnisse des Maßnahmenpaketes.

Institution: ¹ Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie (IBE), Ludwig-Maximilians-Universität München (Institution, an der die Masterarbeit abgelegt wurde); ² Alice Salomon Hochschule Berlin

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

Finanzierung: Die vorliegende Studie wurde durch Mittel zur Stärkung der Forschungsorientierung und zur Durchführung studentischer Forschungsprojekte der Ludwig-Maximilians-Universität München gefördert.

Review-Verfahren: Eingereicht am: 30.04.2018, angenommen am: 18.3.19

Kontakt: mueller.va@gmail.com

Literatur:

1. Amt für Statistik Berlin Brandenburg. Statistische Berichte - A IV 2 - j, Krankenhäuser im Land Berlin, Teil I Grunddaten 2015. 2016. [Zugriff: 23.07.2017]. Verfügbar unter: https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/statistiken/statistik_sb.asp?sageb=23000&PTyp=700&creg=B&anzwer=10&bok=1&bbok=1
2. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF). S1-Leitlinie 087-001 Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalen Versorgung in Deutschland. 2015. [Zugriff: 15.06.2017]. Verfügbar unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/087-001_S1_Perinatalische_Versorgung_2015-05.pdf
3. Ayerle GM, Hecker H, Frömke C et al. Zusammenhänge zwischen Anwesenheit der Hebamme, Interventionen und dem Outcome der Geburt. *Z Geburtshilfe Neonatol.* 2008;212:176-82. DOI: 10.1055/s-2008-1076979
4. Deutsch KH, Grunert C, Marek S. Münchner Mütterbefragung 2013 im Auftrag des Referats für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München. 2014. [Zugriff: 23.12.2016]. Verfügbar unter: <https://www.muenchen.de/rathaus/dam/jcr:2ca18f6e-abd8-480b-8a7e-dd5821d31304/hebammenbefragung.pdf>
5. Deutsches Krankenhaus Institut, Hrsg. Krankenhaus Barometer. 2016. [Zugriff: 16.07.2017]. Verfügbar unter: https://www.vkd-online.de/media/file/3331.Krankenhaus_Barometer.pdf
6. Geppert-Orthofer U, Tscheulin DK. Hebammenversorgung in Baden-Württemberg – Pilotstudie zur Versorgungssituation werdender und junger Mütter mit Hebammenhilfe in Baden-Württemberg. Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität Freiburg; 2016. [Zugriff: 29.01.2017]. Verfügbar unter: <http://www.hebammen-bw.de/versorgung-mit-hebammenhilfe-in-gefahr/>
7. Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG e.V.). Hrsg. Qualitätsbericht 2015 - Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. 2016. [Zugriff: 16.01.2017]. Verfügbar unter: <http://quag.de/quag/publikationen.htm>
8. Hall ES, Poynton MR, Narus SP, et al. Patient-level analysis of outcomes using structured labor and delivery data. *Journal of biomedical informatics.* 2009;42:702-9. DOI: 10.1016/j.jbi.2009.01.008
9. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;7:Cd003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5
10. IQTiG: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2016 – Geburtshilfe – Qualitätsindikatoren. 2017. [Zugriff: 17.08.2017]. Verfügbar unter: https://www.iqtig.org/downloads/ergebnisse/bundesauswertung/2016/indirekte_verfahren/QSKH_16n1-GEbH_2016_BUAW_V02_2017-07-12.pdf
11. Kashanian M, Javadi F, Haghighi MM. Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010;109:198-200. DOI: 10.1016/j.ijgo.2009.11.028
12. Knappe N, Mayer H, Schnepf W, et al. 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
13. Knappe N, Schnepf W, Krahl A, et al. Die Effektivität der Eins-zu-eins-Betreuung während der Geburt - Eine Literaturübersicht. *Z Geburtshilfe Neonatol.* 2013;217:161-72. DOI: 10.1055/s-0033-1355382
14. Kohler S, Bärnighausen T. Entwicklung und aktuelle Versorgungssituation in der Geburtshilfe in Baden-Württemberg: Bericht für den Runden Tisch Geburtshilfe in Baden-Württemberg. Heidelberg: Heidelberger Institut für Global Health; 2018.
15. Larkin P, Begley CM, Devane D. 'Not enough people to look after you': an exploration of women's experiences of childbirth in the Republic of Ireland. *Midwifery.* 2012; 28:98-105. DOI: 10.1016/j.midw.2010.11.007
16. Larkin P, Begley CM, Devane D. Women's preferences for childbirth experiences in the Republic of Ireland: a mixed methods study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17:19. DOI: 10.1186/s12884-016-1196-1
17. Mayring P, Fenzl T. Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur N, Blasius J, Hrsg. *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung.* Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2014. S. 543-56.
18. McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, et al. Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG.* 2012;119:1483-92. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2012.03446.x
19. Page L, McCourt C, Beake S, et al. Clinical interventions and outcomes of One-to-One midwifery practice. *Journal of public health medicine.* 1999;21:243-48.
20. QuestBack GmbH. Unipark Online-Befragungs Tool. 2018. [Zugriff: 04.09.2018]. Verfügbar unter: <https://www.unipark.com/>
21. Ross-Davie M, McElligott M, King K, et al. Midwifery support in labour: how important is it to stay in the room? *Pract Midwife.* 2014;17:19-22.
22. Ross-Davie MC, Cheyne H, Niven C. Measuring the quality and quantity of professional intrapartum support: testing a computerised systematic observation tool in the clinical setting. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13:163. DOI: 10.1186/1471-2393-13-163
23. Rothman KJ. No adjustments are needed for multiple comparisons. *Epidemiology.* 1990;1:43-6.
24. Sandall J, Soltani H, Gates S, et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;4:Cd004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5
25. Schirmer C, Steppat S. Die Arbeitssituation von angestellten Hebammen in Kliniken - Hebammenbefragung 2015 im Auftrag des Deutschen Hebammenverbandes mit dem Picker Institut Deutschland gGmbH. 2016. [Zugriff: 03.04.2017]. Verfügbar unter: https://www.hebammenverband.de/fileadmin/download/DHV_Studie_Hebammenbefragung_2015_final_web.pdf
26. Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen, Hrsg. *Gender Datenreport Berlin 2015.* 2016. [Zugriff: 18.07.2017]. Verfügbar unter: https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/gender/kapitel/pdf/Gender_Datenreport_2015.pdf
27. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin. Basisbericht 2014/2015, Daten des Sozialwesens. Berlin: Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme. 2016. [Zugriff: 20.12.2016]. Verfügbar unter: <http://www.berlin.de/sen/gessoz/gesundheits-und-sozialberichterstattung/gesundheitsberichterstattung-epidemiologie/basisberichte/>
28. Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin. *Entwicklung und aktuelle Situation in der Geburtshilfe.* 2017. [Zugriff: 01.11.2017]. Verfügbar unter:

- https://www.berlin.de/sen/gesundheits/_assets/service/publikationen/gesundheitsbericht-zur-entwicklung-und-aktuelle-situation-in-der-geburtshilfe.pdf
28. Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin. Berliner Aktionsprogramm für eine sichere und gute Geburt. 2018. [Zugriff: 23.08.2018]. Verfügbar unter: https://www.berlin.de/sen/gesundheits/_assets/themen/stationaere-versorgung/20180316_aktionsprogramm-geburtshilfe.pdf
30. Small R, Roth C, Raval M, et al. Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:152. DOI: 10.1186/1471-2393-14-152
31. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477). § 24d Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe. [Zugriff: 18.07.2018]. Verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_24d.html
32. Stengel V, Borde T. Bericht zur Berliner Mütterbefragung 2016/2017 - Die Versorgung rund um die Geburt aus der Sicht von Müttern. 2018. [Zugriff: 18.07.2018]. Verfügbar unter: https://www.ash-berlin.eu/fileadmin/Daten/_userHome/41_bordet/Ergebnisbericht_Berliner_M%C3%BCtterbefragung_201__Stengel__Borde.pdf
33. The R Foundation. The R Project for Statistical Computing - R version 3.4.0. 2017. [Zugriff: 07.07.2017]. Verfügbar unter: <https://www.r-project.org/>
34. Tucker J, Parry G, Penney G, et al. Is midwife workload associated with quality of process of care (continuous electronic fetal monitoring [CEFM]) and neonatal outcome indicators? A prospective study in consultant-led labour wards in Scotland. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2003;17:369-77.
35. Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages. Fachbereich WD 9 Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Zur Frage der Sicherstellung einer angemessenen personellen Ausstattung mit Hebammen in stationären Geburtshilfeeinrichtungen in ausgewählten Ländern. 2017. [Zugriff: 16.07.2017]. Verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/blob/498952/.../wd-9-079-16-pdf-data.pdf>
36. Zinsser LA, Stoll K, Gross MM. Midwives' attitudes towards supporting normal labour and birth - A cross-sectional study in South Germany. *Midwifery*. 2016;39:98-102. DOI: 10.1016/j.midw.2016.05.006

Große Angst vor der Geburt bei schwangeren Frauen in Deutschland: Erfahrungen und Orientierungen in Bezug auf die Schwangerenbetreuung und die Geburtsvorbereitung – eine rekonstruktive Studie

Severe fear of childbirth of pregnant women in Germany: Experiences and collective frames of orientation regarding antenatal care and birth preparation – a reconstructive study

Dipl. med. päd. Sabine Striebich, Dr. Gertrud M. Ayerle

Abstract

Hintergrund und Ziel: Da Schwangere mit großer Angst vor der Geburt (gAvG)/ Tokophobie eine vulnerable Gruppe sind, wird Wissen benötigt, wie ihre gesundheitliche Versorgung ein positives Schwangerschafts- und Geburtserlebnis ermöglichen kann. Diese Studie exploriert, wie sich Angst vor der Geburt entwickelt und welche Erlebnisse und Erfahrungen in sozialen Interaktionen für schwangere Frauen mit gAvG bedeutungsvoll sind im Hinblick auf ihre Angst.

Methodik: Zwölf Schwangere mit gAvG nahmen an problem-zentrierten Interviews teil. Die rekonstruktive Analyse erfolgte mit der Dokumentarischen Methode nach Bohnsack mit dem Ziel, kollektive Orientierungsmuster (sinngenetische Typenbildung des Habitus) herauszuarbeiten.

Ergebnisse: Schwangere mit gAvG sehen weder im privaten noch im professionellen Umfeld ausreichend Gelegenheit für bestärkende Gespräche über die Geburt. Berichte von Notfällen und Komplikationen empfinden sie als sehr belastend. Sie wünschen sich eine Hebamme mit der Kompetenz, mit ihrer Angst umzugehen, Informationen über die Geburt konstruktiv zu vermitteln und die Geburtsvorbereitung und -betreuung unterstützend und bestärkend zu gestalten.

Schlussfolgerung: Hebammen benötigen spezielle Kenntnisse, um die Betreuung von Schwangeren mit gAvG didaktisch zielführend zu gestalten. Um sie frühzeitig zu erkennen, wird ein deutschsprachiges validiertes Assessmentinstrument benötigt. In zukünftiger Forschung könnte der Kenntnisstand durch eine soziogenetische Typenbildung von Schwangeren mit gAvG erweitert werden.

Schlagwörter: Angst vor der Geburt, Hebamme, Versorgungswünsche, Schwangerschaft, klinische Geburtshilfe

Background and study aim: Pregnant women with severe fear of childbirth (FOC)/ tocophobia are a vulnerable group, knowledge is therefore required as to how maternity care can support a positive pregnancy and birth experience. This study explores the development of FOC and which experiences and social interactions are significant in this regard.

Methods: Twelve pregnant women with FOC took part in problem-centred interviews. The reconstructive analysis, conducted according to Bohnsack's Documentary Method, aimed at reconstructing collective frames of orientation (genesis of habitus).

Results: Pregnant women with FOC lack the opportunity to talk about labour and birth in an affirming way in either the private or professional setting. They are upset by reports of obstetrical emergencies and complications. They want a midwife who is competent in dealing with their fear, who provides helpful information about labour and birth as well as supportive care during labour.

Conclusion: Midwives need specific knowledge to provide didactically effective care for pregnant women with FOC. A valid German assessment tool is needed to identify FOC early in pregnancy. An analysis focusing on socio-genesis could be an appropriate future research topic to deepen the current knowledge base.

Keywords: Fear of childbirth, midwife, patient preferences, pregnancy, clinical maternity care

Hintergrund

In der Hebammenwissenschaft ist es heute international eine vordringliche Aufgabe, die geburtshilfliche Versorgung und ihre Organisation zu untersuchen, um physiologische Abläufe zu fördern, Komplikationen zu verhüten und Sicherheit und Wohlbefinden der Nutzerinnen sicherzustellen [37]. Die bevorstehende Geburt ist für manche Schwangere ein sehr angsteinflößendes Ereignis. Die Angst der Frauen bezieht sich zum einen auf eine mögliche Unzulänglichkeit ihres Körpers, auf unerträgliche Schmerzen und angesichts der Ungewissheit des Verlaufs der Geburt auf einen Verlust der Selbstkontrolle. Andererseits befürchten sie, nicht angemessen unterstützt zu werden und medizinische Interventionen und Komplikationen erleiden zu müssen. Manche Frauen haben große Furcht, die bis hin zu Todesangst reichen kann [48, 53, 67, 70]. Die Schwangere erkennt keine eigenen Handlungsmöglichkeiten, etwas zu einem guten Verlauf der Geburt beizutragen und sie zu bewältigen [40, 53, 81], dabei sind reale, aber auch verzerrte oder schwer nachvollziehbare Ängste vorhanden, die gelernte Fehlsteuerungen darstellen (früher als neurotisch [72] bezeichnet) [65].

Angst (vom lat. „angustus“: eng) ist ein Grundgefühl, das sich in bedrohlich erlebten Situationen als Anspannung, Besorgnis, Nervosität und innerer Unruhe äußert; auf der körperlichen Ebene kommt es zu einer erhöhten Aktivität des autonomen Nervensystems [6]. Aus der Perspektive der kognitiven Emotionstheorien nach Magda Arnold und Richard Lazarus stellt Angst eine teilweise unbewusste, veränderbare Resonanz der Beurteilung und Bewertung von für das eigene Wohlbefinden signifikanter Umstände durch das Individuum dar; in einem fortwährenden Prozess aus Wechselwirkungen zwischen sich und der Umwelt nimmt die Person eine kontinuierliche Neubewertung der Situation vor [49, 66]. Ängste, die nicht universell, also angeboren sind, werden durch Konditionierung oder Beobachtung erlernt und sind auch durch Lernprozesse veränderbar; empirisch belegt ist die Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Verfahren, die dem Aufbau neuer Fertigkeiten und dem Abbau angstauslösender Denkweisen dienen [6].

Bei Angst vor der Geburt (engl. *Fear of childbirth*, FOC) kommt es typischerweise zu negativen Kognitionen in Form von Grübeln oder als wiederkehrende angstvolle Gedanken bis hin zum Katastrophisieren, etwa bei nächtlichem Wachliegen; im schlimmsten Fall erleben die Frauen Paniksymptome wie Atembeklemmung, Herzklopfen oder Schwitzen [53, 61]. Große Angst vor der Geburt, auch Tokophobie genannt und üblicherweise operationalisiert mit $\geq 85/165$ Punkten des Assessments *Wijma Delivery Expectancy Questionnaire* (W-DEQ A) [56], stellt für eine Schwangere eine große psychische Belastung und Einschränkung der Lebensqualität dar [53].

Bei Frauen, die in der Schwangerschaft große Angst vor der Geburt (gAvG) hatten, verläuft die Geburt oft verzögert [1] und geht häufiger mit starken bis unerträglichen Schmerzen einher [36, 51]. Auch während der Geburt haben sie häufiger Ängste, selbst wenn sie eine Regionalanästhesie in Anspruch nehmen [3]. Angst vor der Geburt ist der häufigste Grund für den Wunsch nach einem elektiven Kaiserschnitt [29, 60, 61, 78], auch in Deutschland [58], und ein wichtiger Risikofaktor für ein negatives oder traumatisches Geburtserlebnis [21, 37, 55, 68], für Symptome eines post-traumatischen Stresssyndroms [70] und für eine Depression nach der Geburt [4]. Auch Beeinträchtigungen im Bindungsaufbau mit dem Kind können auftreten [5].

Angst vor der Geburt wird stark durch soziokulturelle Faktoren beeinflusst [67]. Die Prävalenz von großer Geburtsangst/Tokophobie beträgt zwischen 6,3% und 14,8% aller Schwangerschaften in westlichen Ländern wie Europa, Australien, Kanada und den USA [54]. Die regional signifikanten Unterschiede lassen sich durch heterogene Erfassungsmethoden, -zeitpunkte und wahrscheinlich auch geburtshilfliche Versorgungsstrukturen erklären. Daher erscheint eine regionale Erforschung des Phänomens sinnvoll.

Frauen wünschen sich ein positives Erleben der Schwangerschaft und eine Vorbereitung auf die Geburt, die ihre Werte, Überzeugungen und Bedürfnisse berücksichtigt; dazu gehört neben der klinischen Betreuung eine zeitlich passende und angemessene Aufklärung und Information zu wichtigen Aspekten sowie soziale, kulturelle, emotionale und psychologische Unterstützung [19]. Es wird Wissen benötigt, wie Hebammen schwangeren Frauen mit großer Angst vor der Geburt ein positives Geburtserlebnis ermöglichen können [8], das gilt insbesondere auch bei Wunsch nach einem elektiven Kaiserschnitt [18, 20, 30, 32]. Aus Studien sind diesbezügliche Interventionen bekannt, die zu einer Stärkung der Selbstwirksamkeit und einer Verringerung der Angst beitragen können [74]. Vor der Implementation einer Intervention in einen bestimmten Versorgungskontext – wie etwa in Deutschland – ist jedoch vorbereitende Forschung nötig, um die Erfahrungen und Bedürfnisse der Nutzerinnen zu identifizieren [57, 79]. Daher liegen dieser Arbeit folgende Forschungsfragen zugrunde: Wie entwickelt sich die Angst vor der Geburt? Welche Erlebnisse und Erfahrungen in sozialen Interaktionen im persönlichen Umfeld und in der medizinischen Versorgung sind für schwangere Frauen mit gAvG bedeutungsvoll im Hinblick auf ihre Angst?

Methode

Zur Beantwortung der Forschungsfragen eignet sich eine interpretativ-hermeneutische Forschungsmethodik, wie die Dokumentarische Methode nach Ralf Bohnsack [12, 13], um kollektive Orientierungsmuster und handlungsleitende Orientierungen von Personen, die einen gemeinsamen „*konjunktiven Erfahrungsraum*“ [12, 50], also ähnliche Lebensbedingungen oder ein ähnliches Schicksal teilen, zu rekonstruieren. Aus wissenssoziologischer Perspektive beruhen diese kollektiven Orientierungen nicht nur auf explizitem, sondern gerade auch auf implizitem Wissen und können deshalb nicht einfach erfragt werden.

Die Erstautorin reflektierte während der Vorbereitung und Durchführung der Studie die eigene berufliche Rolle als erfahrene Hebamme und Forscherin. Das Vorwissen zu Angst vor der Geburt bei Schwangeren aus der eigenen klinischen Erfahrung war Grundlage „sensibilisierender Konzepte“ [45, S. 141], die den Zugang zum Forschungsfeld erleichterten und den Dialog in den Interviews unterstützen. Zusammen mit Erfahrung in der Anwendung der Dokumentarischen Methode war es der Forscherin möglich, zwischen einer Innen- und Außenperspektive zu wechseln und sowohl ein tieferes Verständnis der Erfahrungen und Orientierungen der Befragten zu entwickeln als auch im Forschungsprozess die Perspektive der geburtshilflichen Versorgung mitzudenken.

Ethikvotum

Die Studienteilnehmerinnen wurden umfassend über eine freiwillige Teilnahme und den vorgesehenen Datenschutz aufgeklärt und um ihre

schriftliche Einwilligung gebeten. Falls das Interview zu einer akuten Verschlimmerung der Angst führen würde, wurde im Vorfeld die Bereitschaft von sechs regional tätigen Psychotherapeut/innen für ein stabilisierendes Gespräch sichergestellt. Die Ethikkommission der zuständigen Universität erteilte der Studie ein positives Votum.

Rekrutierung

Für eine vielfältige Rekrutierung wurden Anmeldesprechstunden in sechs Geburtskliniken, freiberuflich tätige Hebammen und Psychologinnen, relevante Berufsverbände und Fachgesellschaften sowie regionale Internetportale und soziale Netzwerke für Schwangere genutzt.

Stichprobe

Einschlusskriterien waren Schwangere mit einer ersten oder weiteren Schwangerschaft, die von sich selbst angaben, durch große Angst vor der Geburt belastet zu sein. Ausschlusskriterien waren bestehende Schwangerschaftskomplikationen und eine unzureichende Kenntnis der deutschen Sprache. Es meldeten sich insgesamt 28 Frauen per E-Mail oder Telefon. Gründe, dass kein Gespräch zustande kam waren: Nicht-erfüllen der Einschlusskriterien (n=4), vorzeitige Wehen oder Geburt (n=3) oder persönliche bzw. organisatorische Gründe (n=7). Letztlich wurden mit 12 Frauen Interviews geführt, mit drei Frauen je zwei Gespräche. Die Merkmale der Teilnehmerinnen zeigt Tabelle 1.

Datenerhebung

Es wurden problemzentrierte Interviews geführt, um zu ermöglichen, dass einerseits die Befragten ihre Erlebnisse und Erfahrungen und den eigenen Relevanzrahmen in einem geschützten Rahmen selbstläufig narrativ darlegen und andererseits die Forscherin auf der Basis ihres Vorwissens vertiefende Nachfragen stellen konnte [82]. Die Interviews

fanden meist in der Wohnung der Frauen (in einem Fall per Telefon) statt und dauerten zwischen 43 und 278 Minuten. Im erzählgenerierenden Eingangsstimulus wurde darum gebeten, so ausführlich zu erzählen, wie es einer Person gegenüber getan würde, die keine Hebamme ist. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet, passwortgeschützt gespeichert und vor dem Zugriff Dritter geschützt; sie wurden vollständig transkribiert und pseudonymisiert. Ein Widerruf der Einwilligung war bis zum Ende der Rekrutierung möglich. Nach Abschluss der Analyse wurden die Audiodateien gelöscht.

Datenauswertung

Die Analyse erfolgte fortlaufend und parallel zur Datenerhebung und begann im transkribierten Text jeweils mit der Eingangserzählung. Die Erstautorin wählte diejenigen Passagen zur Datenauswertung aus, die einen thematischen Bezug zur Forschungsfrage hatten. Es wurden Erzählungen, Beschreibungen und Passagen besonders fokussierter Argumentation identifiziert, da diese am besten die Orientierungen und die eigene Handlungspraxis der Sprechenden zeigen [13]. In der formulierenden Interpretation wurden zunächst Aussagen zu Ober- und Unterthemen zusammengefasst. Die nachfolgende reflektierende Interpretation hatte die Explikation von Orientierungsrahmen zum Ziel, in welchen diese Themen angesprochen wurden. Abschließend wurden in einem komparativen Analyseschritt interne und fallübergreifende Fallvergleiche angestellt, um eine sinngenetische Typenbildung zu erreichen.

Um den lebensweltlichen Erfahrungshintergrund zu veranschaulichen, der allen befragten Frauen gemeinsam ist, wurde im Verfahren der minimalen Kontrastierung *„ein ihnen allen gemeinsamer Habitus oder Orientierungsrahmen“* [11, S. 194] identifiziert. Darunter sind *„inkorporierte, kohärente Wahrnehmungs-, Beurteilungs- und Handlungsschemata“* [9, S. 201] zu verstehen, die sich als grundlegende Typik (Basistypik) herauskristallisieren [11, S. 194]. Diese Basistypik wurde im vorliegenden Fall mit *„schwangere Frauen mit großer Angst vor der Geburt“* betitelt.

Wesentliche Interpretationen wurden in einer Forschungswerkstatt, in einem Promotionskolleg und in Einzelgesprächen mit erfahrenen Forscherinnen kommunikativ validiert. Um Transparenz im Forschungsprozess sicherzustellen, führte die Erstautorin ein Forschungstagebuch und dokumentierte die methodenspezifischen Interpretationsschritte in objektiv nachvollziehbarer Weise. Nachdem bei der Analyse des zwölften Interviews keine neuen Aspekte auftauchten, also eine theoretische Sättigung anzunehmen war, wurde die Datensammlung im Januar 2017 beendet.

Ergebnisse

Die Basistypik wird zunächst anhand der Entwicklung der Angst vor der Geburt in der Schwangerschaft entfaltet. Danach folgt die Präsentation charakteristischer lebensweltlicher Erfahrungen und kollektiver Orientierungen innerhalb der Schwangerenvorsorge sowie im Hinblick auf die Geburtsvorbereitung. Die Publikation der Orientierungen der Befragten im Hinblick auf das Geburtseignis und drei Typen von Bewältigungsstrategien ist anderweitig geplant (eingereicht bei *„Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology“*).

Die Ergebnisse beruhen auf Aussagen aus den Interviews mit allen zwölf Befragten, daher wird nachfolgend nicht wiederholt auf die Stich-

Tabelle 1: Merkmale der Interviewteilnehmerinnen

Schwangere Frauen mit Einlingsschwangerschaft		N (12)
Schwangerschaftswoche	21. - 28.SSW	3
	29. - 37.SSW	9
Parität	Erstgebärende	5
	Mehrggebärende	7
Alter	≤ 20 Jahre alt	1
	29 bis 35 Jahre	7
	≥ 35 Jahre alt	4
Herkunftsland	Aus Deutschland	8
	Aus einem anderen Land	4
Höchster Schulabschluss	Mittlerer Schulabschluss	2
	Abitur	10
Wirtschaftliche Verhältnisse*	Gut	10
	Schwierig	2
Unterstützung durch den Partner**	Gut	6
	Mittelmäßig	5
	Ohne Partner	1
Geplanter Geburtsort und -modus	Klinik / spontan	9
	Klinik / elektiver Kaiserschnitt	2
	Hausgeburt	1

* abgeleitet aus einer Indexfrage

** Selbstanzeige anhand 6-stufiger Likert-Skala

probe hingewiesen. Besonders prägnante Zitate veranschaulichen die Rekonstruktion.

Entwicklung der Angst vor der Geburt im Verlauf der Schwangerschaft

In der ersten Hälfte der Schwangerschaft tauchen immer wieder Gedanken an die Geburt auf, aber die Frauen haben kaum Gelegenheit zu vergleichen, wie andere es erleben, Mutter zu werden, etwa weil die eigene Mutter verstorben ist oder die Schwester keine Kinder hat. Wenn andere Frauen es vermeiden, ihre Erfahrungen zu schildern, hemmt dies weitere Nachfragen aus der Vermutung heraus, dass sie keine schönen Erinnerungen haben, und um sich selbst vor negativen Schilderungen zu schützen.

Wenn Familienangehörige, Freund/innen oder Kolleg/innen des Öfteren schlimme Geburtsgeschichten erzählen, hinterlassen diese einen nachhaltigen Eindruck: die Schwangeren entwickeln die Angst, dass so etwas auch ihnen selbst passieren könnte: „und solche (.) Geschichten. ähm Ja, weil das sind halt schon Sachen, die Einen dann beunruhigen. Und ob das jetzt bei einem besser läuft?“ (TN 5, 222-3). Die Bilder setzen sich gedanklich regelrecht fest und tauchen immer wieder auf: „Weil das is/das habe ich dann als Bild im Kopf und dann geht's mir schlecht“ (TN 2.2, 876-8); „und gerade in diesem Moment meiner Geburt als die Situation so ein bisschen gefährlich war, ist mir diese Geschichte sofort vor die Augen gekommen“ (TN 1, 211-3). Es verlangt geistige Anstrengung, sich vor solchen Erzählungen zu schützen: „Ich sag auch allen, die irgendwie von mir/von irgendwelchen Horrorstories, Geburt erzählen. Ich so: ich will das nicht hören“ (TN 2.2, 876-7).

Eine besonders angsteinflößende Wirkung hat die Beschreibung unerträglicher Schmerzen bei der Geburt, die sie von der eigenen Mutter oder Großmutter hören: „wie Bein amputieren ohne Betäubung“ (TN 12, 125-6). Dies führt zu grundlegenden Zweifeln an den Fähigkeiten ihres eigenen Körpers:

„Also, es gibt da bestimmt 'ne genetische Komponente, wie schmerzempfindlich man is' oder wie ängstlich oder (.) über die körperlichen Voraussetzungen. Und ich denke, dass es halt (.) am logischsten wär, sich mit meiner Familie zu vergleichen, weil ja meine Konstitution (.) wahrscheinlich am ehesten mit ihrer vergleichbar is“ (TN 12, 155-9).

Da sich für die Befragten kaum eine Möglichkeit des Gesprächs ergibt, werden die beunruhigenden und als bedrohlich erlebten Gedanken beiseitegeschoben („verdrängt“ TN 2.1, 33) und negative Gefühle zum Selbstschutz vermieden („sonst werde ich ja verrückt“ TN 2.1, 94-5). Sie sehen zu diesem frühen Zeitpunkt keine eigenen Umgangsmöglichkeiten mit der Angst. Je weiter die Schwangerschaft fort schreitet, desto stärker muss eine kognitive Anstrengung aufgebracht werden, um sich innerlich selbst zu beruhigen. Hierbei ist ein rationaler Optimismus zu erkennen, ein Glauben, alles werde sich zum Besten fügen: „ich versuch aktiv zu verdrängen. das ist jetzt schwieriger [...] aber das mach ich dann immer, so versuch ich mich wieder so runter zu regulieren und zu sagen ja, das wird schon alles“ (TN 2.2, 118-21).

Im weiteren Verlauf der Schwangerschaft drängt sich die Tatsache, dass die Geburt sich unausweichlich nähert, hartnäckig in den Vordergrund und wird wie ein Countdown erlebt:

„jetzt sind es noch sieben Wochen, das ist weniger als acht, das ist

richtig nah [...] und dann ist mir auf einmal aufgefallen, okay, weniger als acht Wochen. Das ist echt ganz schön wenig, vor allem wenn's dann// jetzt sind's noch fünf. und wenn's dann wirklich weniger als vier sind, dann ist es eigentlich schon fast morgen. so gefühlt“ (TN 2.2, 845-50).

Tagsüber, wenn sie allein sind und zur Ruhe kommen, oder nachts im Bett, kreisen die Gedanken rund um die Geburt. Sie haben das Gefühl, ihr nicht entkommen zu können. Tagsüber fühlen sich die Befragten leicht reizbar, ungeduldig und innerlich unruhig bis hin zur Panik. Sie wollen sich ablenken, um diesen belastenden Gedanken aus dem Weg zu gehen. Mehrgebärende sehen ihre Angst sehr stark mit ihren vorangegangenen Erfahrungen verknüpft und schildern ihre erste Geburt als ein Ereignis, dessen Heftigkeit sie überrascht und überfordert hat. Rückblickend bewerten sie ihre Vorbereitung auf die erste Geburt als unzureichend, etwa wenn sie an keinem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen hatten:

„ich war da so'n bisschen (.) gutgläubig oder so, hab gedacht, wenn 'ne afrikanische Frau im Busch ihr Kind bekommt, da hat die auch keinen Geburtsvorbereitungskurs, aber dann die Geburt selber, die habe ich doch als (.) ich weiß nicht (.) als überraschend heftig empfunden im Sinne von, dass man so Kontrollverlust hat und auch die Intensität des Schmerzes“ (TN 3.1, 38-43).

Als besonders angstausslösend wird rückblickend erinnert, während heftiger Wehen vollständig die Kontrolle über den eigenen Körper verloren zu haben:

„ich hätte mich da besser vorbereiten müssen, was die Schmerzintensität, glaub ich, angeht (.) weil die hat mich echt [...] also das hat, die Gewalt wie der Körper, wie der das alles selber (.) macht, das fand ich schlimm, das fand ich ganz erschreckend, ganz ehrlich gesagt“ (TN 3.1, 123-7).

Mit dem eigenen Partner über ihre Angst vor der Geburt zu sprechen, ist für die Schwangeren kaum eine Hilfe. Sie werden auf später vertröstet: „mach Dir doch keinen Kopf, noch ist es nicht soweit“ (TN 4, 249); oder sie fühlen sich nicht ernst genommen: „dass man dann [...] äh (.) j/ belächelt wird, weil naja (.) ja, haben ja schon andere geschafft“ (TN 5, 710-2). Auch wenn ihnen in guter Absicht die Angst regelrecht abgesprochen wird, sie „es etwas lockerer angehen lassen und [...] (sich) nicht so viele Gedanken machen“ sollen (TN 5, 792-3), ist das für sie keinesfalls hilfreich.

Erfahrungen und Orientierungen in der Schwangerenvorsorge

Die Schwangeren werden in ein medizinisches Versorgungssystem eingewoben, wobei die frauenärztliche Praxis der erste Anlaufpunkt für die Schwangeren ist. Eine Hebamme wird nicht nach ihrem Leistungsangebot, sondern nach subjektiven Kriterien („Wie sieht 'se aus? Also, ob sie nett überkommt.“ TN 11, 125-5) ausgesucht; darüber, wie sich ärztliche und Hebammenbetreuung ergänzen, ist jedoch wenig bekannt: „ich hab's ehrlich gesagt noch nicht ganz durchschaut, was jetzt wessen Aufgabe ist“ (TN 2.1, 167-8).

Mit der Vorstellung, von einer Beleghebamme betreut zu werden, werden große Hoffnungen verbunden („das wäre ein Traum“ TN 8, 896). Dahinter steht der Wunsch, bereits in der Schwangerschaft die Person zu kennen, die bei der Geburt dabei sein wird, und Vertrauen zu ihr aufzubauen: dass „im Krankenhaus jemand da ist, den man schon

kennst oder ne. Ja, also mit dem man vorher schon mal gesprochen hat und dass nicht alles komplett fremd ist“ (TN 5, 1163-5). Einem solchen schlechten Versorgungsangebot sehen sich die Befragten hilflos ausgeliefert: „wenn man eine Beleghebamme in [Stadt] möchte, dann müsste man eigentlich während man Sex hat da anrufen“ (TN 2.1, 120-3).

In der ärztlichen Schwangerenvorsorge sehen die Frauen kaum Gelegenheit, über ihre Angst zu sprechen und Hilfe zu erhalten: „da geht es meistens wirklich um medizinische Untersuchungen [...] aber Beratung ist da nich' so“ (TN 5, 1112-4). Sie sehen die Aufgaben des Arztes/der Ärztin in einer allgemeinen und unpersönlichen Risiko-selektion: „weil der/man weiß der macht jetzt das Grobe und guckt, dass das alles läuft“ (TN 2.2, 527-8). Die bevorstehende Geburt ist eher kein Gesprächsthema, die Befragten sprechen aber auch von sich aus das Thema gegenüber dem Arzt/der Ärztin nicht an: „Ich weiß auch nicht, wie das vorgesehen ist“ (TN 5, 439).

Mit Hebammen können die Befragten die Geburt zur Sprache bringen, doch es schließt sich auch mit ihr kaum ein ausführliches Gespräch an: „ja dann hat man Wehen und dann kann man noch 'ne PDA machen und es wird halt alles ganz schnell erklärt“ (TN 4, 411-3). Dagegen haben regelmäßige Gespräche bei einer vertrauten Hebamme das Potenzial, entlastend und angstlindernd erlebt zu werden, weil man

„so' n Ort hat, wo man so diese ganzen Fragen auch stellen kann [...] und jemand da ist, der Bescheid weiß und der sich damit auskennt [...] durch die Kompetenz hat das nochmal mehr Gewicht dann, mehr Beruhigungsgewicht“ (TN 2.2, 501-13).

Eine gelöste Atmosphäre bei der Hebamme kann sich auf die Schwangere übertragen: „kurz nach'm Hebammenstermin bin ich tatsächlich ähm immer ein bisschen entspannter“ (TN 2.258-9). Dass die Hebamme die Initiative ergreift und aktive Angebote macht, wird als sehr positiv erlebt: „sie war irgendwie vorbereitet, hatte [...] noch 'n Buch mit, Empfehlungen, die ich noch lesen kann (.) ohne, dass ich vorher gefragt habe danach. Das kam so von allein“ (TN 4, 445-8). Wenn sich die Befragten selbst als unzulänglich und schwach empfinden, können negative Gefühle auftauchen, wenn sie das Gefühl haben, an sie gestellte Anforderungen nicht zu erfüllen: „man kriegt halt häufig irgendwie so ein schlechtes Gewissen verpasst, dass man nicht/sich nicht genug informiert hat, sich nicht genug gekümmert hat“ (TN 5, 336-7).

Schwangere Frauen mit großer Angst vor der Geburt sind sehr aufmerksam, was Ärzte/Ärztinnen oder Hebammen zu ihnen sagen. Sie erleben es als sehr beruhigend, wenn sie in der Schwangerenvorsorge die Bestätigung erhalten, dass alles in Ordnung ist, wie etwa „sie haben ja 'ne Bilderbuchschwangerschaft“ (TN 9, 982-3). Wenn bei fehlenden Auffälligkeiten eine Nachfrage, ob alles in Ordnung sei, nicht unbedingt positiv beantwortet wird: „ja es sieht so danach aus, dass alles in Ordnung ist, aber zu 100% kann ich ihnen das natürlich nicht sagen“ (TN 2.1, 708-10), kann dies die Frauen unnötig beunruhigen. Bereits ein gering auffälliger Laborbefund in der Schwangerenvorsorge, etwa ein erhöhter Glucosewert, wird von den Befragten als persönliche Schwäche interpretiert:

„und naja, da denkt man halt auch irgendwie, dass man halt so ein bisschen unzulänglich ist [...] weil irgendwie der Zucker nich' rich-

tig abgebaut wird und dann hat man Angst, dass man dem Kind geschadet hat jetzt bis zu diesem Zeitpunkt“ (TN 5, 276-90).

Kommentare zu Befunden im Schwangerschaftsverlauf werden oft wörtlich erinnert. Die Schwangeren leiten aus diesen eine Prophezeiung für die bevorstehende Geburt ab, etwa wenn der Arzt/die Ärztin beim Ultraschall sagt, das Kind habe seinen großen Kopf vom Vater geerbt oder sei recht groß im Verhältnis zur Größe der Frau:

„also da hätt' ich am liebsten gehabt, sie hätte es gar nicht gesagt. //Ja// Sie hat es ja nicht böse gemeint, meine Ärztin. Aber eigentlich (.) wär' besser gewesen, ich hätt's nicht gewusst“ (TN 9, 1477-9).

Solch eine Aussage kann hartnäckig im Gedächtnis bleiben und die Angst vor der Geburt verstärken: „Ich hoffe dann, wenn's soweit ist, dass ich nicht die ganze Zeit drüber nachdenk', dass er vielleicht nich' äh so klein ist.“ (TN 9, 1485-6).

Bei den Befragten ist eine große Motivation vorhanden, ärztlichem Rat zu folgen: „alles so gut wie möglich zu erfüllen, was/ was die Ärzte (.) sagen“ (TN 5, 302-3). Im Fall, dass die Schwangeren ihre Fragen mehreren Professionellen stellen, führen unterschiedliche Auskünfte, etwa ob trotz eines gerinnungshemmenden Medikaments eine Periduralanästhesie (PDA) möglich ist oder ob eine PDA grundsätzlich bei einer Geburt empfohlen werden kann, zu großer Verunsicherung und Ratlosigkeit.

Erfahrungen und Orientierungen im Hinblick auf die Geburtsvorbereitung

Im Geburtsvorbereitungskurs erwarten die Frauen, für sie wichtige Informationen zur Geburt zu erhalten, beispielsweise zu Verfahren der Schmerzerleichterung, und Geburtspositionen auszuprobieren. Andererseits haben sie nur unklare Vorstellungen davon, was genau in einem solchen Kurs stattfinden wird: „also was da genau (.) gemacht wird, worüber informiert wird, (.) weiß ich noch nicht. Also was man aus'm Fernsehen kennt halt, ne? Also irgendwie Atmen und so“ (TN 5, 820-2).

Die befragten Schwangeren wollen im Kurs ein realistisches Bild davon bekommen, was bei der Geburt auf sie zukommt: „eine Ehrlichkeit, dass man einfach sagt, das tut saueh. Sie müssen da @durch@. Statt halt: ja es wird schon nicht so schlimm“ (TN 4, 480-1). Sie möchten erfahren, was sie selbst bei der Geburt tun können: „ich möchte da rangehen, dass ich weiß, was ich mit mir machen kann. Wie ich mit meinem Körper arbeiten kann“ (TN 11, 859-61). Ein besonders wichtiger Aspekt ist, dass nicht die gesamte Geburt aus Schmerzen besteht, sondern dass es Wehenpausen zum Ausruhen gibt und dass sie zur Bewältigung der Wehen ihre Atmung nutzen können: „also, so wie sie es jetzt beschrieben hat, so 'ne Wehe kann ich so schön weg atmen. Mensch, dann/ das kann mir doch nur helfen“ (TN 11, 520-21).

Die Befragten befürchten, dass durch die Thematisierung von Geburtskomplikationen im Geburtsvorbereitungskurs ihre Angst vor der Geburt zunimmt. Insbesondere über schwere Komplikationen möchten die Schwangeren nichts wissen, außer wenn die Frau selbst Handlungsmöglichkeiten hätte, diesen Komplikationen vorzubeugen (TN 2.2, 664-74). Die Schwangeren möchten aber über häufig eingesetzte Maßnahmen während der Geburt informiert sein, damit sie vorbereitet

sind, etwa wenn während der Geburt eine Blutabnahme am Kopf des Kindes erfolgen soll: „Im Nachhinein fand ich's gut, dass sie's gesagt hat“ (TN 11, 949).

Die Gestaltung der Geburtsvorbereitung als Gruppen-Kursangebot ist für die Befragten positiv, da dadurch die Gelegenheit zum Austausch mit Gleichgesinnten besteht und sie erkennen: „okay, die anderen haben die gleichen Probleme“ (TN 2.2, 62). Sich im Kurs mit anderen Frauen richtig in die Situation hineinzusetzen, kann „befreiend“ (TN 11, 535) wirken. In der Konfrontation mit normativen Verhaltenserwartungen im Austausch mit anderen ist der Wunsch erkennbar, sich von Idealen loszusagen und einen unabhängigen, eigenen Weg finden zu wollen:

„halt so: „Du musst unbedingt das!“ Und: „Ich würde nicht stillen.“ „Ich würde unbedingt stillen. Und mindestens zwei Jahre.“ [...] da denke ich immer: „Leute, das sind Eure Erfahrungen. (.) Ich muss die selbst machen“ (TN 9, 335-343).

Zudem kann das Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit einen Leistungsdruck über die beste Art der Geburtsvorbereitung und eine Angst zu Versagen auslösen: „und dann denke ich, oh Gott, das habe ich überhaupt noch gar nicht. Muss ich das jetzt auch machen, und dann entsteht so'n Druck“ (TN 2.2, 64-5).

Unabhängig von möglichem Leistungs- und Konkurrenzdruck hat ein Geburtsvorbereitungskurs das Potenzial, die Angst vor der Geburt zu lindern:

„und ich glaub', wir haben beide, sind viel sicherer aus dieser Geschichte gegangen. Wo wir endlich mal richtige Informationen, einfach nur sachliche Informationen bekommen haben“ (TN 9, 608-109).

Die Befragten wünschen sich, dass der Partner sie zum Kurs begleitet und dort erfährt, wie er sie während der Geburt konkret unterstützen kann. Eigene Ängste und Fehlinformationen des Partners sollen dort besprochen und korrigiert werden. Die Schwangeren legen viel Hoffnung in die Begleitung durch den Partner bei ihrer Geburt: der Partner soll eine beruhigende Wirkung auf sie haben, wenn sie selbst unruhig oder ängstlich werden:

„da is ja mein Mann auch da, der dann wieder, mein Positivdenker, der mich dann wieder ein bisschen in die andere Richtung lenkt, denk ich mal, hoffentlich“ (TN 11,555-7).

In ihrem Bestreben, gut auf die Geburt vorbereitet zu sein, zeigen die befragten Schwangeren eine hohe Motivation, auch andere Angebote wie Yoga oder Atemarbeit – über die Geburtsvorbereitung hinaus – zu besuchen, empfinden aber eine große Unsicherheit, die Nützlichkeit und Qualität von Angeboten zu beurteilen. Dabei kann das vielfältige Angebot einer Großstadt verwirren und die Schwangere sieht sich als „leichte Beute“ (TN 5, 1100) dubioser Angebote. Um informiert und selbstbestimmt entscheiden zu können, möchten sie eine professionelle Beratung erhalten.

Diskussion

Die Stärke dieser Studie besteht darin, dass die Befragten eine hohe Bereitschaft hatten, über ihre Angst zu sprechen, und sie außerdem aus ihrer unmittelbar erlebten Situation heraus berichteten, ein Recall-Bias also eine geringere Rolle spielt. Vor Beginn der Interviews konnte

das Niveau an Angst vor der Geburt in Ermangelung eines validen deutschsprachigen Assessmentinstruments nicht verlässlich erfasst werden. Die Verwendung der Selbstangabe, unter gAvG zu leiden, als Einschlusskriterium kann einerseits als zu subjektiv kritisiert werden, andererseits könnte sie zu einer heterogenen Stichprobe beigetragen haben. Die Entwicklung, Validierung und der Einsatz eines deutschsprachigen Assessment-Instruments können zukünftig dazu beitragen, große Angst vor der Geburt bei Schwangeren zuverlässiger zu erkennen und hilfreich für die interdisziplinäre Kommunikation und Zuweisung, etwa zu Psychotherapeut/innen, sein.

Die befragten Frauen unterschieden sich im Hinblick auf Parität, Herkunftsland, Einkommen sowie Grad der Unterstützung durch den Partner und geplantem Geburtsmodus, so dass die Stichprobe Daten mit einer hinreichenden Repräsentanz lieferte, die einen validen und detaillierten Einblick in basistypische Erlebens- und Erfahrungshintergründe schwangerer Frauen mit großer Angst vor der Geburt geben. Allerdings konnten keine Frauen mit geringem Bildungsstand (Haupt- oder kein Schulabschluss) in die Studie eingeschlossen werden. Es gilt als generell schwierig, Personen aus nicht privilegierten Lebenslagen für Studien zu gewinnen [27]. Da diese Frauen in dieser Arbeit nicht erreicht wurden, ist es unklar, wie sich ihre Erlebens- und Erfahrungshintergründe unterscheiden.

Die ursprüngliche Befürchtung der Forscherin, das ausführliche Interview könnte von der Schwangeren als Belastung empfunden werden, bestätigte sich nicht. Keine der Befragten äußerte im Anschluss an das Interview den Wunsch nach Kontakt zu einer Psychotherapeutin/ einem Psychotherapeuten.

Mangel an Wissen und Austausch im familiären Kreis über Geburt und Verdrängung der Angst

Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen Erkenntnisse einer schwedischen Arbeit (n=20) [23], dass Schwangere mit großer Angst vor der Geburt einerseits versuchen, das Thema Geburt und damit ihre Angst zu vermeiden, andererseits aber auch das Bedürfnis haben, die Angst zu bearbeiten und zu bewältigen; darüber hinaus fällt es Schwangeren schwer, die Angst gegenüber anderen anzusprechen; sie wünschen sich daher, dass die Hebamme nach Angst fragt und Offenheit signalisiert. Beim Umgang mit der Angst sind neben der Ausbildung von hilfreichen Denkstrategien, wie Hoffnung, Zuversicht oder Glaube an ein positives Schicksal, vor allem die Gespräche im sozialen Umfeld und mit Professionellen sowie die eigene Suche nach Wissen (etwa aus Büchern) wesentliche Aktivitäten von schwangeren Frauen mit gAvG [47]. Diese Erkenntnisse können Ansatzpunkte für eine einfühlsame Betreuung liefern.

Ein neues Ergebnis dieser Studie ist, dass Geburtserfahrungen im direkten sozialen Umfeld der Befragten tabuisiert werden, was den Mangel an Austausch und Wissen über Geburt [47] auch in einem vertrauten Umfeld deutlich macht. Angesichts dessen ist nachvollziehbar, dass „Horrorstories“, die von anderen erzählt werden, eine besondere Belastung darstellen und zu Fehlannahmen über die Geburt führen können. Auch im Fernsehen werden Geburten meist übertrieben risikoreich, dramatisch und schmerzhaft dargestellt [41]. Studien aus Kanada und England belegen, dass dies – zusammen mit Erzählungen zu komplizierten Verläufen und Nottfällen – sogar bei jungen nicht-

schwangeren Frauen und Männern zu vermehrter Angst vor einer späteren Geburt beitragen kann [74, 76]. Hebammen sind daher gefordert, pädagogisch-didaktische Konzepte zu entwickeln, um positive Erfahrungen einer physiologischen Geburt zugänglich zu machen und Aussagen zu Geburtsrisiken angemessen mit schwangeren Frauen zu reflektieren. Ob sich hierfür die aus der Biografiearbeit bekannte und in vielen deutschen Städten angebotene Methode des Erzählcafés [59] eignet, müsste eine Evaluation zeigen.

Was die Suche nach Informationen im Internet betrifft, die heute für Schwangere Normalität ist [39, 64], so ist es problematisch, dass Nutzerinnen keine Hilfen erhalten, um die Qualität der gefundenen Information zu beurteilen [9]. Damit Schwangere mit gAvG ihr Bedürfnis nach Aufklärung und Information befriedigen können, kommt einer gesundheitspolitisch initiierten Planung, Bereitstellung und Qualitätssicherung evidenzbasierter und leicht zugänglicher gesundheitlicher Aufklärung und Gesundheitsinformation über Geburt und über Angebote von Geburtskliniken eine hohe Bedeutung zu. In die Erstellung dieser Informationsangebote sollten Schwangere eingebunden werden. Hebammen sollten auf empfehlenswerte Angebote hinweisen, um dem Gefühl der Unüberschaubarkeit der Angebote entgegenzuwirken.

Information und Unterstützung planen und vertrauensvolle Beziehung gestalten

Es ist bekannt, dass Schwangere vor allem dann Zuversicht im Hinblick auf die bevorstehende Geburt entwickeln, wenn sie sich informiert und in Entscheidungsprozesse einbezogen fühlen und wenn ihnen von professioneller Seite ein Vertrauen in ihre Kräfte vermittelt wird [7]. Dies findet sich in Konzepten für eine psychosomatisch orientierte Geburtshilfe [35, 52, 72].

Schwangere mit gAvG benötigen Informationen zur Gestaltung der Schwangerenvorsorge und -betreuung durch Hebammen und Ärzt/innen, zur Physiologie von Geburt und Schmerz mit Erläuterung der Bedeutung von Körperhaltung und Bewegung sowie Atmung und Entspannung für den Geburtsverlauf, zu Routinemaßnahmen in der Klinik, zu nicht-medikamentösen und medikamentösen Verfahren der Schmerzbewältigung und -linderung und deren Vor- und Nachteilen sowie zu einem elektiven Kaiserschnitt inklusive Entscheidungshilfen, als essenzielle Voraussetzung für die Wahrnehmung ihres Selbstbestimmungsrechts [15]. Auch das Erleben der Wehen und der bei einer Geburt auftretende Kontrollverlust stellen wichtige Inhalte dar. Hebammen sollten von Beginn an und routinemäßig in der Schwangerenberatung ausreichend Zeit einplanen, um einem Gespräch zu Ängsten vor der bevorstehenden Geburt ausreichend Raum zu geben. In einer finnischen Befragung von Müttern kurz nach der Geburt (n=20) [46] war beispielsweise das präpartale Aufschreiben der eigenen Ängste für die Klinikakte hilfreich.

Die Befragten dieser Studie wünschen eine Hebammenbetreuung, die dem kontinuierlichen Versorgungsmodell („*midwife-led continuity model*“) entspricht, das mit größerer Zufriedenheit, weniger Interventionen während der Geburt und besseren geburtshilflichen Outcomes [14, 63], auch für Frauen mit großer Geburtsangst [33, 75], in Zusammenhang steht. Allerdings ist es nicht die reine Anwesenheit der Hebamme, sondern ihre Kompetenz, mit der Angst der Schwangeren umzugehen [31] sowie einen angemessenen Betreuungsstil und eine unterstützende Führungsrolle anzubieten [44], die den Ausschlag gibt. Eine Heraus-

forderung für die Hebammen ist, dass möglicherweise gerade bei Frauen mit großer Angst ein Gespräch dazu führen kann, dass ihnen die Angst bewusster wird bzw. das gefühlte Angstniveau ansteigt, wie dies eine schwedische Studie von 11% der retrospektiv befragten Frauen (n=10/94) und 26% der Männer (n=11/43) berichtet [22].

Eine praktische Herausforderung stellt das Risikoassessment für die Geburtsplanung bei einer Schwangeren mit gAvG dar. Ein neues Ergebnis dieser Studie ist, dass prognostizierende Aussagen, etwa zur Größe des Kindes, von Schwangeren mit gAvG sehr aufmerksam wahrgenommen werden und ihre Angst verstärken können. Auch können Schwangere mit gAvG schon bei geringen Abweichungen, etwa von Laborwerten, anhaltende Schuldgefühle im Hinblick auf mögliche negative Folgen einer Mangelfunktion ihres Körpers für das ungeborene Kind entwickeln. Hier zeigt sich eine Verbindung zu der feministischen Kritik, dass die heute bestehende Risiko-Fokussierung und Ökonomisierung in der Geburtsmedizin in Deutschland zu einer problematischen Überantwortung einer gelingenden Schwangerschaft auf die schwangere Frau führen kann [34]. Es sind daher strukturelle Änderungen empfehlenswert, die eine Geburtskultur anstreben, die durch eine wertschätzende Fürsorge-(Care-)Beziehung zwischen Hebammen und Ärzt/innen einerseits und schwangeren/gebärenden Frauen andererseits gekennzeichnet ist.

Geburtsvorbereitung als Ort, um eine reale Vorstellung von einer Geburt zu gewinnen

Für die Befragten dieser Studie hat – neben der Unberechenbarkeit einer Geburt – das Thema Schmerz eine besondere Wichtigkeit, da sie sehr den Fähigkeiten des eigenen Körpers misstrauen – wie es auch in anderen Studien beschrieben wurde [61, 67]. Wenn die große Angst vor der Geburt jedoch dazu führt, überhaupt kein Angebot zur Geburtsvorbereitung wahrzunehmen [28, 69], fehlt diesen Frauen das Wissen zu nicht-medikamentösen und medikamentösen Verfahren der Schmerzerleichterung, das zu einer Verringerung der Angst vor der Geburt beitragen könnte [2]. Hier wäre eine individuelle Begleitung von Frauen mit gAvG in ihrer Schwangerschaft hilfreich, in der einerseits die persönlichen Ängste wahrgenommen und andererseits das Wissen über Angebote der gesundheitlichen Versorgung durch Hebammen vermittelt werden könnte.

Es stellt sich die Frage, wie der Bedarf von Frauen mit gAvG an Austausch mit Peers und sozialer Unterstützung zur Bewältigung ihrer Situation gefördert werden kann, ohne Frauen zu bestimmten Entscheidungen zu überreden [42]. Zudem sind Hebammen gefordert, mit den subjektiv empfundenen Unzulänglichkeiten der Teilnehmerinnen und ggf. einem hinderlichen Konkurrenzdruck innerhalb der Gruppe angemessen umzugehen. Auch der Einbezug des Partners und seiner eigenen Ängste [24] bzw. der Begleitperson muss berücksichtigt werden. Angebote zur Geburtsvorbereitung sind daher psychologisch [25, 26] und lerntheoretisch [16, 62] zu fundieren und sorgfältig didaktisch zu planen, um eine positive und bestärkende Wirkung zu entfalten.

Bedürfnisorientierte Versorgung von Schwangeren mit gAvG

Es sollte ein umfängliches Versorgungskonzept für Schwangere mit großer Angst vor der Geburt entwickelt werden, welches sowohl die ambulante als auch die stationäre Betreuung abdeckt. Das ambulante Versorgungsangebot für Schwangere mit gAvG sollte durch theorie-

basierte Einzel-/Gruppen-Psychoedukation mit Entspannung durch Hebammen und durch therapeutische Gespräche nach Art der kognitiven Therapie durch Psychotherapeut/innen – Verfahren, die sich in Studien als wirksam erwiesen haben [74] – erweitert werden. Dadurch würden alle Schwangeren mit gAvG die Möglichkeit erhalten, eine individuelle Unterstützung zur Bewältigung ihrer Angst vor der Geburt zu erhalten.

Da die von den Befragten gewünschte Geburtsbetreuung durch eine Beleghebamme u.a. aufgrund struktureller Gegebenheiten und fehlender Ressourcen in Deutschland nicht überall umsetzbar erscheint, ist es eine offene Frage, wie eine vertrauensvolle Anbindung an die Klinik organisiert werden kann, damit die Bedürfnisse von Schwangeren mit gAvG beachtet werden können. Es ist bekannt, dass Schwangere vor allem dann Zuversicht im Hinblick auf die bevorstehende Geburt entwickeln, wenn sie sich informiert und in Entscheidungsprozesse einbezogen fühlen und wenn ihnen von professioneller Seite ein Vertrauen in ihre Kräfte vermittelt wird [7]. Statt eines Geburtsplans scheint ein ausführliches Gespräch in der Geburtsklinik über Wünsche, Werte und Wahlmöglichkeiten besser zur Vertrauensbildung geeignet zu sein [17]. Innerhalb des stationären Bereichs ist es wichtig, dass alle an der Versorgung beteiligten Personen auf den erweiterten Betreuungsbedarf einer Schwangeren mit gAvG aufmerksam gemacht werden. Die Etablierung von Standards einer respektvollen Betreuung von schwangeren Frauen können zur Prävention von gAvG als Folge von unangemessener, grenzüberschreitender Behandlung in der Klinik [43] beitragen. In schwedischen Publikationen wird auf interdisziplinäre Abteilungen, sog. „Aurora-Teams“ [80] hingewiesen; Konzepte sind jedoch auf Deutsch nicht verfügbar. Es wäre auch ein Kommunikationskonzept denkbar, das bereits in einer Klinik in England erfolgreich eingesetzt wurde [46]. Dort wurde für vulnerable Schwangere ein auffälliger Aufkleber auf der Klinikakte eingesetzt, ergänzt durch Notizen zur emotionalen Verfassung der Schwangeren in der Akte; zusätzlich wurde eine mehrtägige Weiterbildung für das Personal angeboten. Laut Autor/innen trat bei 53 Frauen, die nach diesem Konzept betreut wurden, keine traumatische Geburtserfahrung infolge schlechter,

unangemessener Betreuung auf. Zudem wurde insgesamt ein größeres Augenmerk auf das psychische Wohlbefinden von Schwangeren und Gebärenden gelegt [46]. Da die Gesamtevaluation jedoch nicht publiziert wurde und unerwünschte Wirkungen wie Etikettierung (Labeling) zu bedenken sind, sollten hierfür – wie für alle Interventionen für Schwangere mit gAvG – eine Machbarkeitsstudie und fortlaufende Evaluation vorgesehen werden.

Schlussfolgerung

Hebammen, die Schwangere mit gAvG betreuen, benötigen spezielle Kenntnisse, um den Betreuungsprozess angemessen, d.h. auch pädagogisch-didaktisch zielführend, zu gestalten [44], daher sollten bereits in der Primärqualifikation psychologische Grundkenntnisse über die besonderen Bedürfnisse von Schwangeren mit großer Geburtsangst sowie pädagogisch-didaktische Kompetenzen bei der Beratung und Betreuung dieser Frauen vermittelt werden. Für die Durchführung von Einzel- oder Gruppen-Psychoedukation und Beratung [73] ist allerdings eine weiterführende Qualifikation erforderlich, um Lernprozesse zur Bewältigung der gAvG anregen und begleiten zu können.

Zur Erfassung der Geburtserfahrung wird ein Assessmentinstrument benötigt, das bisher nicht auf Deutsch vorliegt. Daher wird die Übersetzung und Validierung des englischsprachigen *Pregnancy and Childbirth Questionnaire* (PCQ) [77] empfohlen.

Zukünftige Forschungsarbeiten könnten den Zusammenhang von Erfahrungshintergründen, wie etwa einem geringen Bildungsstand (Haupt- oder kein Schulabschluss), der geografischen Herkunft oder dem Umgang mit der großen Angst vor der Geburt (soziogenetische Typenbildung), untersuchen und dadurch vertiefte Erkenntnisse erbringen.

¹ Mit der Bezeichnung Hebamme sind sowohl weibliche als auch männliche Berufsangehörige gemeint.

² In den Zitate sind Sprechpausen in Sekunden als Punkte in Klammern angegeben.

³ Die Einrahmung eines Wortes durch das Zeichen „@“ steht für eine lachende Äußerung.

Institution: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Halle (Saale)

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

Finanzierung: Die Erstautorin erhielt für die Durchführung der Forschungsarbeit 300 Euro durch die Hebammengemeinschaftshilfe (GHG e.V.) und 1.500 Euro als Forschungsstipendium von der Deutschen Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPPG e.V.). Es ergab sich daraus jedoch kein Interessenkonflikt, da die Sponsoren keinen Einfluss auf die Planung der Arbeit sowie die Datenerhebung, Analyse und Ergebnisse hatten.

Review-Verfahren: Eingereicht am: 14.1.2019, angenommen am: 21.3.19

Kontakt: sabine.striebich@medizin.uni-halle.de

Literatur:

- Adams S, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG*. 2012;119(10):1238-46. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x PubMed PMID: 22734617
- Aksoy M, Aksoy AN, Dostbil A, Celik MG, Ince I. The Relationship between Fear of Childbirth and Women's Knowledge about Painless Childbirth. *Obstet Gynecol Int J*. 2014;2014:274303. DOI: 10.1155/2014/274303 PubMed PMID: 25477964 PubMed Central PMCID: PMC4244920
- Alehagen S, Wijma B, Wijma K. Fear of childbirth before, during, and after childbirth [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(1):56-62. DOI: 10.1002/cam4.1016 PubMed PMID: 16521681
- Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E. Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women Birth*. 2012;25(3):e37-43. DOI: 10.1016/j.wombi.2011.09.002 PubMed PMID: 21959041
- Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Postnatal emotional balance in women with and without antenatal fear of childbirth [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Psychosom Res*. 1984;28(3):213-20. DOI: 10.1111/mec.13956 PubMed PMID: 6545359
- Asendorpf J, Caspar F. Angst. In: Wirtz MA (Hrsg.): *Dorsch – Lexikon der Psychologie*; 2019. [Zugriff: 6.3.2019]. Verfügbar unter: <https://m.portal.hogrefe.com/dorsch/angst-1/>

7. Avery MD, Saftner MA, Larson B, Weinfurter EV. A systematic review of maternal confidence for physiologic birth: characteristics of prenatal care and confidence measurement. *J Midwifery Womens Health*. 2014;59(6):586-95. DOI: 10.1111/jmwh.12269 PubMed PMID: 25533706
8. Berentson-Shaw J, Scott KM, Jose PE. Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? A longitudinal study. *J Reprod Infant Psychol*. 2009;27(4):357-73. DOI: 10.1080/02646830903190888
9. Bertelsmann Stiftung. Nutzung und Verbreitung von Gesundheitsinformationen. Ein Literaturüberblick zu theoretischen Ansätzen und empirischen Befunden [Internet]. 2018. Verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSI/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Studie_Gesundheitsinfo-suche-Literaturueberblick.pdf. DOI: 10.11586/2017051
10. Blasius J, Schmitz A. Sozialraum- und Habituskonstruktion – Die Korrespondenzanalyse in Pierre Bourdieus Forschungsprogramm. In: Lenger A, Schneikert C, Schumacher F, ed. *Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus: Grundlagen, Zugänge, Forschungsperspektiven*. Wiesbaden: Springer VS; 2013. p. 201-20.
11. Bohnsack R. Dokumentarische Methode und die Logik der Praxis. In: Lenger A, Schneikert C, Schumacher F, ed. *Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus*. Wiesbaden: Springer VS; 2013. p. 175-200.
12. Bohnsack R. *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden*. 9th ed. Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich; 2014.
13. Bohnsack R. *Praxeologische Wissenssoziologie*. Berlin, Toronto: Barbara Budrich Opladen; 2017.
14. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;7:Cd003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6 PubMed PMID: 28681500
15. Bundesgesetzblatt. Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. Teil 1. 2013;9.
16. Carlsson IM, Ziegert K, Nissen E. The relationship between childbirth self-efficacy and aspects of well-being, birth interventions and birth outcomes. *Midwifery*. 2015; 31(10):1000-7. DOI: 10.1016/j.midw.2015.05.005 PubMed PMID: 26094071
17. DeBaets AM. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(1):31.e1-31.e4. DOI: 10.1016/j.ajog.2016.09.087
18. Dehghani M, Sharpe L, Khatibi A. Catastrophizing mediates the relationship between fear of pain and preference for elective caesarean section. *Eur J Pain*. 2014;18(4):582-9. DOI: 10.1002/j.1532-2149.2013.00404.x PubMed PMID: 24115590
19. Downe S, Finlayson K, Tuncalp Ö, Gülmezoglu A. What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG*. 2016;123(4):529-39. DOI: 10.1111/1471-0528.13819
20. Dweik D, Sluijs AM. What is underneath the cesarean request? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015;94(11):1153-5. DOI: 10.1111/aogs.12692 PubMed PMID: 26073197
21. Elvander C, Cnattingius S, Kjerulf H. Birth Experience in Women with Low, Intermediate or High Levels of Fear: Findings from the first Baby Study. *Birth*. 2013;40(4):289-96. DOI: 10.1111/birt.12065
22. Eriksson C, Westman G, Hamberg K. Experiential factors associated with childbirth-related fear in Swedish women and men: A population based study. *J Psychosom Obstet Gynaeco*. 2005;26(1):63-72. DOI: 10.1080/01674820400023275
23. Eriksson C, Jansson L, Hamberg K. Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Midwifery*. 2006;22(3):240-8. DOI: 10.1016/j.midw.2005.10.002 PubMed PMID: 16603282
24. Eriksson C, Westman G, Hamberg K. Content of childbirth-related fear in Swedish women and men—analysis of an open-ended question. *J Midwifery Womens Health*. 2006;51(2):112-8. DOI: 10.1016/j.jmwh.2005.08.010 PubMed PMID: 16504908
25. Escott D, Spiby H, Slade P, Fraser RB. The range of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of labour. *Midwifery*. 2004;20(2):144-56. DOI: 10.1016/j.midw.2003.11.001 PubMed PMID: 15177858
26. Escott D, Slade P, Spiby H. Preparation for pain management during childbirth: the psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. *Clin Psychol Rev*. 2009;29(7):617-22. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.07.002 PubMed PMID: 19709792
27. Esser H. Über die Teilnahme an Befragungen. *ZUMA Nachrichten*. 1986;10(18):38-47. Verfügbar unter: <http://www.nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssor-210300>
28. Fabian HM, Radestad LJ, Waldenstrom U. Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Midwifery*. 2004;20(3):226-35. DOI: 10.1016/j.midw.2004.01.003 PubMed PMID: 15337278
29. Faisal I, Matinnia N, Hejar AR, Khodakarami Z. Why do primigravidae request caesarean section in a normal pregnancy? A qualitative study in Iran. *Midwifery*. 2014;30(2): 227-33. DOI: 10.1016/j.midw.2013.08.011 PubMed PMID: 24055288
30. Fenwick J, Staff L, Gamble J, Creedy DK, Bayes S. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery*. 2010;26(4):394-400. DOI: 10.1016/j.midw.2008.10.011 PubMed PMID: 19117644
31. Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. How social context impacts on women's fears of childbirth: a Western Australian example. *Social Science & Medicine*. 2006;63(1):64-75. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.11.065 PubMed PMID: 16476516
32. Fuglenes D, Aas E, Botten G, Oian P, Kristiansen IS. Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(1):45 e1-9. DOI: 10.1016/j.ajog.2011.03.043 PubMed PMID: 21620366
33. Hildingsson I, Rubertsson C, Karlstrom A, Haines H. Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option. *Sex Reprod Healthc*. 2018;16:50-5. DOI: 10.1016/j.srhc.2018.02.006 PubMed PMID: 29804775
34. Jung T. Die "gute Geburt" - Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Geburtshilfesystems. *Gender - Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*. 2017;9(2):30-45.
35. Junge-Hoffmeister J, Weidner K, Bittner A. Psychische Erkrankungen während der Schwangerschaft. In: Weidner K, Rauchfuß M, Neises M, ed. *Leitfaden Psychosomatische Frauenheilkunde*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag; 2012. p. 292-304.
36. Junge C, von Soest T, Weidner K, Seidler A, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S. Labor pain in women with and without severe fear of childbirth: A population-based, longitudinal study. *Birth*. 2018;45(4):469-77. DOI: 10.1111/birt.12349 PubMed PMID: WOS:000450037400017
37. Karlstrom A, Nystedt A, Hildingsson I. A comparative study of the experience of childbirth between women who preferred and had a caesarean section and women who preferred and had a vaginal birth. *Sex Reprod Healthc*. 2011;2(3):93-9. DOI: 10.1016/j.srhc.2011.03.002 PubMed PMID: 21742287
38. Kennedy HP, Cheyney M, Dahlen HG, Downe S, Fourer MJ, Homer CSE, et al. Asking different questions: A call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. *Birth*. 2018;45(3):222-31. DOI: 10.1111/birt.12361 PubMed PMID: 29926965
39. Lagan B, Sinclair M, Kernohan W. What is the impact of the Internet on Decision-Making in Pregnancy? A Global Study. *Birth*. 2011;38(4). DOI: 10.1111/j.1523-536X.2011.00488.x
40. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2009;21(4):219-24. DOI: 10.3109/01674820009085591.
41. Luce A, Cash M, Hundley V, Cheyne H, van Teijlingen E, Angell C. "Is it realistic?" the portrayal of pregnancy and childbirth in the media. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:40. DOI: 10.1186/s12884-016-0827-x PubMed PMID: 26928660
42. Lühnen J, Albrecht M, Mühlhauser I, Steckelberg A. Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation [Internet]. 2017. Verfügbar unter: <https://www.ebm-netzwerk.de/was-wir-tun/publikationen/LeitlinieEvidenzbasierteGesundheitsinformation.pdf>
43. Lukasse M, Schroll AM, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, Van Parys AS, et al. Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015;94(5):508-17. DOI: 10.1111/aogs.12593 PubMed PMID: 25627169

44. Lyberg A, Severinsson E. Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth. *J Nurs Manag.* 2010; 18(4):391-9. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2010.01083.x PubMed PMID: 20609043
45. Mey G. Erzählungen in qualitativen Interviews: Konzepte, Probleme, soziale Konstruktionen. *Sozialer Sinn.* 2000;1(1):135-51.
46. McKenzie-McHarg K, Ayers S, Olander EK. Think pink! A sticker alert system for psychological distress or vulnerability during pregnancy. *Br J Midwifery.* 2014;22(8):559-95. DOI: 10.12968/bjom.2014.22.8.590
47. Melender HL. Fears and Coping Strategies associated with Pregnancy and Childbirth in Finland. *J Midwifery Women's Health.* 2002;47(4):256-63. DOI:10.1016/S1526-9523(02)00263-5
48. Melender HL. Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women. *Birth.* 2002;29(2):101-110. PubMed PMID: 12051188
49. Moors A. Theories of emotion causation: A review. *Cogn Emot.* 2009;23(4):625-62. DOI: 10.1080/02699930802645739
50. Nentwig-Gesemann I. Konjunktiver Erfahrungsraum. In: Bohnsack R, Geimer A, Meuser M, ed. *Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung.* 4th ed. Opladen: Budrich; 2018. p. 131-3.
51. Nettelbladt P, Fagerström CF, Uddenberg N. The Significance Of Reported Childbirth Pain. *J Psychosom Res.* 1976;20:215-221. DOI: 10.1016/0022-3999(76)90024-6
52. Neuhaus W. Theorie und Praxis der Geburtsvorbereitung, Entwicklung spezieller Methoden, Umgang mit dem Geburtsschmerz. In: Stauber M, Kantenich, H, Richter D., ed. *Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie.* Berlin: Springer; 1999. p. 265-71.
53. Nilsson C, Lundgren I. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery.* 2009;25(2):e1-9. DOI: 10.1016/j.midw.2007.01.017 PubMed PMID: 17512645
54. Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1). DOI: 10.1186/s12884-018-1659-7
55. 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. DOI: 10.1016/j.wombi.2011.06.001 PubMed PMID: 21764400
56. O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017;96(8):907-20. DOI: 10.1111/aogs.13138 PubMed PMID: 28369672
57. Pfaff H, Neugebauer EAM, Glaeske G, Schrappe M. *Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik, Methoden, Anwendung.* Stuttgart: Schattauer; 2017.
58. Reiter B, Windbichler G. Motive für den Wunsch nach einer electiven Sectio ohne medizinische Indikation. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2010;70(05):P28. DOI: 10.1055/s-0030-1254944
59. Runte N, Von Reiche N. Erzählcafé "Der Start ins Leben". 2018. [Zugriff: 29.12.2018]. Verfügbar unter: <https://erzaehelcafe.net/>
60. 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 PubMed PMID: 25676793
61. Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82:201-8. DOI: 10.1034/j.1600-0412.2003.00114.x PubMed Central PMCID: PMC12694113
62. Salomonsson B, Bertero C, Alehagen S. Self-efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2013;42(2):191-202. DOI: 10.1111/1552-6909.12024 PubMed PMID: 23488555
63. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;4:CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5 PubMed PMID: 27121907
64. Sayakhot P, Carolan-Olah M. Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16:65. DOI: 10.1186/s12884-016-0856-5 PubMed PMID: 27021727
65. Schmidt, L. Neurose. In: Wirtz MA (Hrsg.): *Dorsch - Lexikon der Psychologie;* 2019. [Zugriff: 06.04.2019] Verfügbar unter: <https://m.portal.hogrefe.com/dorsch/neurose-1/>
66. Schmitz A, Schmidt-Atzert L, Lothar Schmidt-Atzert L, Peper M. *Emotionspsychologie: Ein Lehrbuch.* 2nd ed. Stuttgart: Kohlhammer; 2014.
67. Sheen K, Slade P. Examining the content and moderators of women's fears for giving birth: A meta-synthesis. *J Clin Nurs.* 2018;27(13-14):2523-35. DOI: 10.1111/jocn.14219 PubMed PMID: 29243289
68. Simpson M, Catling C. Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women Birth.* 2016;29(3):203-7. DOI: 10.1016/j.wombi.2015.10.009 PubMed PMID: 26563636
69. Sioma-Markowska U, Zur A, Skrzypulec-Plinta V, Machura M, Czajkowska M. Causes and frequency of tocophobia - own experiences. *Ginekol Pol.* 2017;88(5):239-43. DOI: 10.5603/GP.a2017.0045 PubMed PMID: 28580568
70. Sjögren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1997;18:266-72. PubMed PMID: 9443136
71. Söderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG.* 2009;116(5):672-80. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2008.02083.x PubMed PMID: 19220236

Fortsetzung: Seite 50



FALLBERICHTE in der ZHWi!

Haben Sie in der Praxis einen interessanten, ungewöhnlichen, herausfordernden oder lehrreichen Fall erlebt?

Informieren Sie Ihre Kolleg/innen darüber, indem Sie einen Fallbericht in der ZHWi veröffentlichen.

Einreichungen zu allen hebammenrelevanten Themen jederzeit willkommen unter:

redaktion-fachzeitschrift@dghwi.de

Maßnahmen bei der Geburt zur Vermeidung von Hypothermie bei Frühgeborenen und/oder Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht

McCall E, Alderdice F, Halliday HL, Vohra S, Johnston L

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

Übersetzung durch Gabriele Krüger, MaS (International Health)

Hintergrund

Die Temperatur von Neugeborenen (bei der Verlegung/Aufnahme) ist ein starker Prädiktor für Endpunkte in allen Schwangerschaftswochen. Die Hypothermie unmittelbar nach der Geburt bleibt weltweit ein Problem und ist, wenn sie länger andauert, mit Schäden verbunden.

Selbst wenn die empfohlenen Richtlinien zur Wärmeerhaltung im Kreißsaal routinemäßig befolgt werden, ist es schwierig, Frühgeborene warm zu halten.

Ziel

Es sollten die Wirksamkeit und Sicherheit spezieller Maßnahmen zur Vorbeugung von Hypothermie bei Frühgeborenen und/oder Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht, die in den ersten 10 Minuten nach der Geburt im Kreißsaal angewandt werden, im Vergleich zu routinemäßiger thermischer Versorgung oder jeder anderen einzelnen oder kombinierten Maßnahme/n, die ebenfalls zur Vorbeugung von Hypothermie bei Frühgeborenen und/oder Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht bestimmt sind und in den ersten 10 Minuten nach der Geburt im Kreißsaal angewandt werden, beurteilt werden.

Methodisches Vorgehen

Wir benutzten die Standard-Suchstrategie von Cochrane Neonatal zur Suche im Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL; 2016, Issue 5), in MEDLINE via PubMed (1966 bis 30. Juni 2016), in Embase (1980 bis 30. Juni 2016) und in CINAHL (1982 bis 30. Juni 2016). Wir haben die Suche auch in Datenbanken für klinische Studien durchgeführt, sowie nach Konferenzberichten und in Referenzlisten der abgerufenen Artikel für randomisierte kontrollierte Studien und quasi-randomisierte Studien gesucht.

Auswahlkriterien

Studien, in denen die Zuteilung randomisiert oder quasi-randomisiert erfolgte, um Maßnahmen zu untersuchen, die Hypothermie verhindern sollen (neben Routine-Wärmeerhaltungsmaßnahmen) und innerhalb der ersten 10 Minuten nach der Geburt im Kreißsaal bei Neugeborenen < 37 Wochen Schwangerschaft und/oder Geburtsgewicht \leq 2500 Gramm angewendet werden.

Datensammlung und Analyse

Für die Datensammlung und -analyse haben wir Methoden von Cochrane Neonatal verwendet.

Hauptergebnisse

Fünfundzwanzig Studien mit 15 Vergleichsgruppen erfüllten die Einschlusskriterien und wurden folgendermaßen kategorisiert: Schutz vor Wärmeverlust (18 Studien), äußere Wärmequellen (drei Studien) und die Kombination mehrerer Maßnahmen (vier Studien).

Schutz vor Wärmeverlust

Plastikfolie oder -beutel versus Routinepflege

Plastikfolien verbesserten die Körperkerntemperatur bei der Aufnahme auf die Neugeborenen-Intensivstation (neonatal intensive care unit, NICU) oder bis zu 2 Stunden nach der Geburt (mittlere Differenz (MD) 0,58°C; 95%-Konfidenzintervall (KI) 0,50 bis 0,66; 13 Studien; 1633 Neugeborene) und weniger Neugeborene wiesen bei der Aufnahme in die NICU oder bis zu 2 Stunden nach der Geburt eine Hypothermie auf (typisches Risiko-Verhältnis (RR) 0,67; 95%-KI 0,62 bis 0,72; typische Risikodifferenz (RD) -0,25; 95%-KI -0,29 bis -0,20; number needed to treat for an additional beneficial outcome (NNTB) 4; 95%-KI 4 bis 5; 10 Studien; 1.417 Neugeborene). Das Risiko für Hyperthermie bei der Aufnahme auf die NICU oder bis zu 2 Stunden nach der Geburt war für Neugeborene in der eingewickelten Gruppe erhöht (typisches RR 3,91; 95%-KI 2,05 bis 7,44; typische RD 0,04; 95%-KI 0,02 bis 0,06; number needed to treat for an additional harmful outcome (NNTH) 25; 95%-KI 17 bis 50; 12 Studien; 1523 Neugeborene), aber insgesamt waren weniger Säuglinge, welche einen Plastikschatz erhielten, außerhalb der Normkörpertemperatur (typisches RR 0,75; 95%-KI 0,69 bis 0,81; typische RD -0,20; 95%-KI -0,26 bis -0,15; NNTH 5; 95%-KI 4 bis 7; fünf Studien; 1048 Neugeborene).

Die Evidenz war ungenügend um darzulegen, dass Plastikfolien oder -beutel das Sterberisiko während des Krankenhausaufenthaltes oder anderer schwerer Erkrankungen signifikant verringern, mit Ausnahme der Verringerung des Risikos von Lungenblutungen.

Die Evidenz zu Umstellungen von Maßnahmen, die auf diesem generellen Ansatz beruhen, ist noch in der Entstehung und basiert nur auf Ergebnissen von ein oder zwei kleinen Studien.

Externe Wärmequellen

Es gibt zunehmend Evidenz für die Wirksamkeit von externen Wärmequellen, einschließlich Haut-zu-Haut Kontakt (skin-to-skin care, SSC) versus Routineversorgung (eine Studie; 31 Neugeborene) und Wärmematten im Vergleich zu Routineversorgung (zwei Studien; 126 Neugeborene).

Gegenüber einer konventionellen Inkubatorenpflege zeigte sich SSC als wirksam bei der Reduzierung des Risikos für Hypothermie bei Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht \geq 1200 und \leq 2199 Gramm (RR 0,09; 95%-KI 0,01 bis 0,64; RD -0,56; 95%-KI -0,84 bis -0,27; NNTB 2; 95%-KI 1 bis 4).

Wärmematten („transwarmer“) hielten Neugeborene mit einem Geburtsgewicht \leq 1500 Gramm signifikant wärmer (MD 0,65°C; 95%-KI 0,36 bis 0,94) und reduzierten die Häufigkeit von Hypothermie bei der Aufnahme in die NICU, ohne signifikanten Unterschied im Hyperthermie-Risiko.

Kombinationen von Maßnahmen

Zwei Studien (77 Neugeborene) verglichen Wärmematten versus Plastikfolien oder -beutel für Neugeborene ≤ 28 . Schwangerschaftswoche. Die Forscher berichteten von keinen signifikanten Unterschieden in der Körperkerntemperatur oder in der Häufigkeit von Hypothermie, Hyperthermie oder der Kernkörpertemperatur außerhalb des Normbereichs bei der Aufnahme auf eine NICU.

Zwei zusätzliche Studien (119 Neugeborene) verglichen Plastikbeutel und Wärmematten versus Plastikbeutel alleine bei Neugeborenen < 31 . Schwangerschaftswoche. Die Meta-Analyse dieser zwei Studien zeigte eine Verbesserung der Körperkerntemperatur bei der Aufnahme auf eine NICU oder bis zu zwei Stunden nach der Geburt, aber eine Zunahme an Hyperthermie. Die Daten zeigen keinen signifikanten Unterschied für das Risiko, dass bei der Aufnahme auf die NICU die Körperkerntemperatur außerhalb des normothermischen Bereichs liegt, noch für das Risiko für andere berichtete Morbiditäten.

Fazit der Autoren

Die Qualität der Evidenz war moderat für die Anwendung von Plastikfolien oder -beuteln und zeigte, dass diese im Vergleich zur Routineversorgung zu höheren Temperaturen bei der Aufnahme in NICUs mit weniger Hypothermie führten, insbesondere bei extrem frühen Säuglingen. Wärmematten und SSC reduzierten im Vergleich mit der Routinepflege ebenfalls das Risiko für Hypothermie, aber die Ergebnisse basieren lediglich auf zwei kleinen Studien oder weniger. Vorsicht ist geboten bezüglich einer iatrogenen Hyperthermie, insbesondere wenn mehrere Maßnahmen gleichzeitig angewandt werden. Eine

Zitation des Cochrane Reviews:

McCall E, Alderdice F, Halliday HL, Vohra S, Johnston L. Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birth weight infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 2. Art. No.: CD004210. DOI:10.1002/14651858.CD004210.pub5

Faktoren, die die Versorgung intrapartaler und postnataler Betreuung durch qualifizierte Geburtshelfer/-innen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen beeinflussen: eine qualitative Evidenzsynthese

Munabi-Babigumira S, Glenton C, Lewin S, Fretheim A, Nabuder H

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

Übersetzung durch M. Michel-Schuldt, M.Sc. Midwifery

Hintergrund:

In vielen Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen werden Frauen ermutigt, in Kliniken und Krankenhäusern zu gebären, damit sie von qualifizierten Geburtshelfern versorgt werden können. Ein/e ausgebildete/r qualifizierte/r Geburtshelfer/in (skilled birth attendant, SBA) gehört zur (Berufs-)Gruppe der Gesundheitsfachkräfte und ist beispielsweise eine Hebamme/ ein Entbindungspfleger, eine Ärztin/ein Arzt oder ein/e Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, die in der Betreuung normaler Schwangerschaft und Geburt geschult sind. Er oder sie ist auch dafür ausgebildet, jegliche gesundheitliche Probleme, die für Mutter und Säugling entstehen, zu erkennen, sich darum zu

eingeschränkte Evidenz deutet auf einen Nutzen hin und es gibt keine Evidenz für einen Schaden für die meisten kurzfristigen Morbiditäts-Endpunkte, die mit Hypothermie einhergehen, einschließlich schwere Gehirnschäden, bronchopulmonale Dysplasie, Retinopathie bei Frühgeborenen, nekrotisierende Enterokolitis und nosokomiale Infektionen.

Viele Beobachtungsstudien haben eine erhöhte Sterblichkeit bei hypothermischen Frühgeborenen gezeigt, verglichen mit jenen, die eine Normkörpertemperatur aufwiesen. Noch liegt nicht ausreichend Evidenz vor um darauf hinzuweisen, dass diese Maßnahmen das Risiko einer Sterblichkeit im Krankenhaus für alle Vergleichsgruppen reduziert. Hypothermie könnte ein Marker für Krankheit und ungünstige Endpunkte sein, nicht aufgrund von Kausalität, sondern aufgrund von Assoziation.

Zu den Einschränkungen dieses Reviews zählen die geringe Anzahl von identifizierten Studien, kleine Stichprobengrößen und die Unterschiedlichkeit der Methoden und Definitionen, die für Hypothermie, Hyperthermie, Körpertonormtemperatur, Routineversorgung und Morbidität verwendet wurden, zusammen mit dem Mangel an Teststärke, um Effekte auf die Morbidität und Mortalität innerhalb der meisten Vergleichsgruppen nachzuweisen.

Zukünftige Studien sollten: eine adäquate Teststärke aufweisen, um seltenere Endpunkte aufzuzeigen, Standarddefinitionen für Morbidität verwenden und sich auf längerfristige Endpunkte, insbesondere auf Endpunkte in der Neuroentwicklung, konzentrieren.

kümmern und eine Weiterleitung zu veranlassen. Die Fähigkeiten, Einstellungen und Verhaltensweisen von SBAs und das Ausmaß, in dem sie in einem motivierenden Arbeitsumfeld arbeiten, wirken sich auf die Qualität der Versorgung aus. Wenn einer dieser Faktoren fehlt, werden Mütter und Babys wahrscheinlich suboptimal betreut.

Zielsetzungen:

Die Ansichten, Erfahrungen und Verhaltensweisen qualifizierter Geburtshelfer/-innen und ihren Unterstützern zu erforschen, Faktoren zu identifizieren, die die Versorgung intrapartaler und postnataler Betreuung in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen

beeinflussen und zu untersuchen, inwieweit diese Faktoren in Interventionsstudien berücksichtigt wurden.

Suchstrategie:

Unsere Suchstrategien legten Schlagworte- und Freitextbegriffe fest, die sich auf die perinatale Periode und den Gesundheitsdienstleister bezogen und verwendeten methodische Filter für qualitative Evidenzsynthesen sowie für Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen. Wir suchten in MEDLINE, OvidSP (aufgerufen am 21. November 2016), Embase, OvidSP (aufgerufen am 28. November 2016), PsycINFO, OvidSP (aufgerufen am 30. November 2016), POPLINE, K4Health (aufgerufen am 30. November 2016), CINAHL, EBSCOhost (aufgerufen am 30. November 2016), ProQuest Dissertations and Theses (aufgerufen am 15. August 2013), Web of Science (aufgerufen am 1. Dezember 2016), World Health Organization Reproductive Health Library (aufgerufen am 16. August 2013) und World Health Organization Global Health Library for WHO databases (aufgerufen am 1. Dezember 2016).

Auswahlkriterien:

Wir haben qualitative Studien eingeschlossen, die sich mit den Ansichten, Erfahrungen und Verhaltensweisen von SBAs und denjenigen befassten, die mit ihnen als Teil des Teams zusammenarbeiten. Wir haben Studien aus allen Ebenen der Gesundheitsversorgung in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen eingeschlossen.

Datensammlung und -analyse:

Ein Review-Autor extrahierte Daten und bewertete die Qualität der Studien und ein weiterer Review-Autor überprüfte die Daten. Wir haben zur Aufbereitung der Daten den Best-Fit-Framework-Syntheseansatz angewendet und die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz mit dem GRADE-CERQual (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research) Ansatz bewertet. Wir verwendeten einen Matrix-Ansatz, um zu untersuchen, ob die Faktoren, die von Gesundheitsfachkräften in unserer Synthese als wichtig für die Versorgung in der Geburtshilfe erachtet wurden, sich in den Interventionen wiederfinden, die in den Studien in einem entsprechenden Interventionsreview bewertet wurden.

Hauptergebnisse:

Wir schlossen 31 Studien ein, die die Ansichten und Erfahrungen verschiedener (Berufs-) Gruppen von SBAs untersuchten, darunter Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Entbindungspfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, Hilfspfleger/-innen und deren Vorgesetzte. Die eingeschlossenen Studien wurden in Afrika, Asien und Lateinamerika durchgeführt.

Unsere Synthese wies auf eine Reihe von Faktoren hin, welche die Qualität der Betreuung durch SBAs beeinflussen. Die folgenden Faktoren wurden auf der Grundlage von Evidenz, die als moderat bis hoch vertrauenswürdig bewertet wurde, ermittelt. Qualifizierte Geburtshelfer/-innen berichteten, dass sie während ihrer Ausbildung oder nach Beginn ihrer klinischen Arbeit nicht immer ausreichend aus- oder weitergebildet wurden. Auch kann eine unzureichende personelle

Besetzung der Einrichtungen die Arbeitsbelastung von qualifizierten Geburtshelfer/-innen erhöhen, die Supervision erschweren und dazu führen, dass Müttern eine schlechtere Betreuung angeboten wird. Darüber hinaus waren die SBAs nicht immer davon überzeugt, dass ihre Gehälter und Sozialleistungen ihren Aufgaben und Verantwortlichkeiten sowie den damit verbundenen persönlichen Risiken angemessen sind. Zusammen mit schlechten Lebens- und Arbeitsbedingungen, wurden diese Aspekte als den Stress erhöhend und das Familienleben negativ beeinflussend angesehen. Einige SBAs hatten auch das Gefühl, dass den Vorgesetzten Kapazitäten und Fähigkeiten fehlten. Außerdem fühlten sie sich nicht unterstützt, wenn ihre Bedenken am Arbeitsplatz nicht beachtet wurden.

Mögliche Ursachen für Personalmangel in Einrichtungen waren unter anderem Probleme bei der Einstellung und Zuordnung von Gesundheitsfachkräften zu den Einrichtungen, in denen sie gebraucht wurden, fehlende finanzielle Mittel, schlechtes Management und bürokratische Systeme sowie niedrige Gehälter. Qualifizierte Geburtshelfer/-innen und ihre Vorgesetzten schlugen Maßnahmen vor, die dazu beitragen könnten, Gesundheitsfachkräfte zu rekrutieren, zu halten und zu motivieren und die Qualität der Versorgung zu verbessern; dazu gehörten die Bereitstellung von qualitativ hochwertigem Wohnraum, Bezahlung von Überstunden, bezahlter Urlaub, Weiterbildungsmöglichkeiten und eine angemessene Beurteilung und Vergütung ihrer Arbeit.

Die Fähigkeit qualifizierter Geburtshelfer/-innen, eine qualitativ hochwertige Betreuung zu gewährleisten, wurde auch durch den Mangel an Ausstattung, Material und Medikamenten eingeschränkt. Weiterhin minderten das Fehlen von Blutkonserven und die Infrastruktur für Bluttransfusionen, der Mangel an Strom- und Wasserversorgung und ausreichendem Platz und Ausstattung auf den Entbindungsstationen die Versorgungsqualität. Diese Faktoren reduzierten die Moral der SBAs, erhöhten die Arbeitsbelastung, das Infektionsrisiko und minderten die Effizienz ihrer Arbeit. Ein Mangel an Transportmitteln erschwerte es den SBAs manchmal, Frauen in Kliniken mit einem höheren Versorgungsniveau zu verlegen. Darüber hinaus könnte die negative Wahrnehmung des Gesundheitssystems durch die Frauen dazu führen, dass sie zögern, eine Verlegung zu akzeptieren.

Wir identifizierten einige weitere Faktoren, die sich auch auf die Qualität der Versorgung auswirken könnten, welche auf Ergebnissen von niedriger oder sehr niedriger Vertrauenswürdigkeit beruhen. Schlechte Teamarbeit und ein Mangel an Vertrauen und Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsfachkräften, schienen die Versorgung negativ zu beeinflussen. Im Gegensatz dazu schien eine gute Zusammenarbeit und Teamarbeit die Motivation der qualifizierten Geburtshelfer/-innen, die Entscheidungsfähigkeit und die Qualität der Versorgung zu erhöhen. Die Arbeitsbelastung der qualifizierten Geburtshelfer/-innen und der Personalmangel beeinflussten ihren Austausch mit den Müttern. Außerdem schwächte eine schlechte Kommunikation das Vertrauen zwischen den qualifizierten Geburtshelfer/-innen und den Müttern.

Zitation des Cochrane Reviews:

Munabi-Babigumira S, Glenton C, Lewin S, Fretheim A, Nabuder H. Factors that influence the provision of intrapartum and postnatal care by skilled birth attendants in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 11. Art. No.: CD011558. DOI: 10.1002/14651858.CD011558.pub2

Zwillinge – eine besondere Geschwisterdynamik

Twins – a special dynamic among siblings

Dr. Inés Brock

Die Zwillingsforschung erweist sich oft als wenig aussagefähig in Bezug auf das innerpsychische Erleben im Lebensverlauf. Konventionelle Zwillingsforschung hat sich vor allem mit den Ähnlichkeiten und der Bedeutung genetischer Prägungen beschäftigt. Dieser Beitrag referiert aus der Perspektive der tiefenpsychologischen Theoriebildung, greift dabei auf Entwicklungspsychologie, prä- und perinatale Psychologie zurück und entwirft auf Grundlage einer qualitativen Fallstudie eine Sensibilisierung für die Spezifika von Zwillingen. Die emotionale Verbundenheit aber auch die Abgrenzung und Individualität spielen eine identitätsstiftende Dualität. Kinder, die einen Zwilling haben, erleben dabei Unterschiede durch Eineiigkeit bzw. Zweieiigkeit, durch Gleich- oder Gegengeschlechtlichkeit, und durch nicht geteilte Lebenswelten. Zwillinge verbindet auch eine bereits pränatal begonnene Zweisamkeit.

Im Beitrag wird eine qualitative Fallstudie vorgestellt, in der Zwillinge unterschiedlichen Alters und Eltern interviewt wurden (n=15). Zur Fragestellung: Wie zeigt sich das psychische Erleben in dieser Geschwisterkonstellation im Lebensverlauf bei Zwillingen und aus der Perspektive der Eltern? wurden Zwillinge im Alter zwischen 11 und 58 Jahren (n=8) und Eltern (29-57 Jahre, 5 Mütter, ein Vater) von Zwillingen zwischen ein und 19 Jahren (n=6) interviewt und die Texte analysiert. Typisierungen und Kontrastierungen wurden generiert, die insbesondere intrapsychische Prozesse und emotionale Verbundenheit in den Blick nehmen.

Forschungsstand

Zwillingsforschung in Deutschland fokussiert v.a. die Fragestellung, zu welchen Anteilen menschliche Eigenschaften und Merkmale durch die genetische Anlage und die Umwelt bestimmt werden. In der Forschung ist das psychologische Erleben der Zwillingsbeziehung bis heute nur ein Randthema geblieben. Abgrenzungen, Beziehungsaufbau und Rollenzuweisungen in der Entwicklung von Zwillingen sind ähnlich wie bei anderen Geschwistern. Dennoch erscheint „die durchschnittliche Identifikation der Kinder situationsbedingt höher zu sein [...], was sich u.a. darin widerspiegelt, dass sie füreinander im Vergleich zu anderen Geschwistern häufiger Bindungspersonen (attachment figures) darstellen“ [10, S. 59].

Prä- und perinatale Prägung

Heute kommt auf etwa 100 Geburten ein Zwillingspaar. Seit 1970 ist die Zwillingsgeburtenrate um 40% gestiegen. Nur zweieiige Zwillinge treten in Familien erblich bedingt gehäuft auf; eineiige sind spontane Zufälle. Die Erhöhung der Anzahl zweieiiger Zwillinge wird mit dem höheren Alter der Mutter bei der Geburt, mit höherem Körpergewicht und durch die Sterilitätsbehandlung begründet. Auch innerfamiliäre Häufungen sind zu beobachten, insbesondere wenn in der Großelterngeneration bereits Zwillinge gehäuft vorkommen [5, S. 10].

40% aller Zwillinge werden spontan geboren, wenn das führende Kind mit dem Kopf voran liegt, sogar 66,2 %. Bei Zwillingsgeburten kommt es meist nach der Geburt des ersten Kindes zu einer natürlichen

Wehenpause – die Erholung der Gebärmutter lässt der Mutter Zeit das erste Kind zu begrüßen. Dann beginnen Geburtswehen von neuem, um das zweite Kind auf die Welt zu bringen. Noch vor 10 Jahren wird in medizinischen Fachbüchern empfohlen bis zu einer Stunde zu warten, wenn die Herztöne des Kindes gut sind [4]. Gegenwärtig werden jedoch weit mehr Zwillinge mit Kaiserschnitt – zum großen Teil auch geplant und vor der 38. SSW – entbunden, als medizinisch zu rechtfertigen wäre. Ein geplanter Kaiserschnitt bei Zwillingen hat keine Vorteile [1]. Die Diskussion um die psychischen und somatischen Folgen für die Kinder steht erst am Anfang, obwohl erhöhte Raten von Allergien, Diabetes, Adipositas und Autismus nachgewiesen sind [9, S. 217]. Dennoch spielt bei den ärztlichen Entscheidungen im Kreißaal diese Argumentation keine maßgebliche Rolle. Auf der anderen Seite liegt die Frühgeborenenrate bei Zwillingen bei ca. 45%. Dadurch erfahren Zwillinge bereits am Lebensbeginn zusätzliche Risiken für ein seelisch gesundes Aufwachsen.

Psychologische Lebenslaufperspektive

Von zentraler Bedeutung für die psychologische Zwillingsforschung ist die innere Beziehungsdynamik von Zwillingen, die in ihrer Tiefe auf frühen sensorischen Erfahrungen beruht, die im impliziten Gedächtnis gespeichert sind, sowie auf weiteren Faktoren, die diese Dynamik lebenslang beeinflussen. „Eine Studie aus dem Jahr 2010 kommt zu dem Schluss, dass Zwillinge sich im Mutterleib zielgerichtet berühren und Kontakt zueinander aufnehmen. [...] Vieles spricht dafür, dass Zwillinge sich im Mutterleib gegenseitig wahrnehmen und der andere zur vertrauten Umgebung gehört“ [5].

Ein immer wieder diskutiertes Phänomen in diesem Zusammenhang ist der intrauterine Zwillingsverlust, der heutzutage wesentlich häufiger diagnostiziert wird. „Bei der ersten Ultraschalluntersuchung (in der 9.-12. Woche) stellen die Gynäkologen bei etwa 10-15 Prozent der Schwangerschaften einen Zwilling fest. [...] Diese Ultraschallbilder zeigen, dass der Zwilling kein Phantom ist, sondern tatsächlich existiert“ [8, S. 101f]. Abhängig vom Zeitpunkt des Abgangs kann es für den überlebenden Zwilling eine unbewusste Erinnerung geben, die zu Unvollständigkeits- und Schuldgefühlen und Sehnsüchten nach Verschmelzung führen kann. Auch Mütter können ein unbewusstes Gefühl mit sich herumtragen, dass da etwas fehlt, was nicht betrauert werden kann. Die Körperzellen werden vom Körper absorbiert und nur selten finden sich bei der Nachgeburt Überreste des verstorbenen Zwillinges. Die Verlufterfahrung jedoch bleibt.

„Obwohl Feten im Allgemeinen den Großteil der Schwangerschaft verschlafen, beginnen Zwillinge in den späteren Phasen, aufeinander zu reagieren. Diese intrauterinen Erfahrungen lassen unbewusst sensorische Erinnerungen entstehen, für die es nie Worte geben wird, obgleich sie die Zwillinge tiefgreifend beeinflussen. Solche proto-mentalen, präverbalen Erfahrungen tragen zu dem unauslöschlichen Kern des Zwillingsdaseins bei“ [7, S. 872].

Verbundenheit und Emotionalität

Jedes Kind kommt mit der Erwartung und dem Bedürfnis auf die Welt sich an seine Hauptbezugsperson zu binden und kann darauf aufbauend Urvertrauen entwickeln [3]. Für Zwillinge, die nicht nach der Geburt durch notwendige medizinische Interventionen längerfristig getrennt werden, entsteht jedoch die Realität, dass es weniger Momente der absoluten Dyade mit der Mutter geben kann. „Da ein Zwilling wenig ungeteilte Aufmerksamkeit von der Mutter bekommt, kann er in diese symbiotische Beziehung [zum Zwillingsgeschwister, Anmerkung der Autorin] ausweichen. Sie ist ein oft lebenslanger Rückzugsraum, von dem Dritte ausgeschlossen sind, die daher nicht als haltgebende, triangulierende Objekte wahrgenommen werden können“ [2]. Dadurch lernen die Kinder jedoch eher die Fähigkeit zur Selbstregulation und den Bedürfnisaufschub, wobei einige Mütter der Studie berichten, dass die Kinder sich abwechseln in den Schlafphasen und sie selbst die Zeit des Stillens mit nur einem Kind als individuelle Aufmerksamkeit schätzen.

„Ich hatte ja immer noch 'n Baby zu stillen oder so. Also es war schon viel Stillen, also ich hab ja, äh, also ganz selten nur parallel gestillt sondern meist nach Bedarf und Bedarf war halt unterschiedlich und deshalb hab ich dann halt immer gestillt. Trotzdem fand ich dieses nach Bedarf, man stillt zwar insgesamt vielleicht öfter, aber ist trotzdem einfacher, wenn man einfach, ähm, mit, sich mit den Kindern besser unterhalten kann. (KM35-1J-mm)

Entsprechend Watzlawik ist „zu beobachten, dass sich Mehrlinge gegenseitig Aufmerksamkeit schenken und so einen Ausgleich zur geteilten Aufmerksamkeit seitens der Bezugspersonen schaffen. [...] Es wird vermutet, dass Zwillinge füreinander die Funktion des Übergangsobjektes übernehmen können, wenn den Kindern bewusst wird, dass sie ihr Umfeld nicht nach eigenem Belieben kontrollieren können“ [11, S. 43-60, S. 50]. Damit sichert ein Zwilling dem anderen die Basis der Exploration, die entwicklungsfördernd wirken kann. Die Herausforderung bleibt dabei lebenslang das gesunde Maß von Nähe und Distanz zu finden. „Das Bedürfnis beider Kinder nach Getrenntheit geht Hand in Hand mit dem Wunsch, diejenigen Aspekte des Zwillingdaseins, die ihnen Sicherheit, Solidarität, Gemeinschaft und Stärke vermitteln, zu erhalten“ [7, S. 875]. Insbesondere eineiige Zwillingspaare fühlen sich im Vergleich zu anderen Geschwisterkindern in höherem Maße verpflichtet und ziehen mehr Selbstvertrauen aus der Beziehung zueinander. Dieses Vertrauen wird verstärkt durch bilaterale Selbstwirksamkeitserfahrungen. In herausfordernden Situationen erleben sie den Zwilling als verfügbaren emotionalen Resilienzfaktor. In unterschiedlichen biographischen Phasen wird die seelische Verbindung unterschiedlich beschrieben, zeigt aber eine deutliche Kontinuität.

„Ganz frühe Erinnerungen sind eigentlich immer mit ihr verbunden. Ich kann mich eigentlich in der ersten Kindheit überhaupt nicht an Situationen erinnern, wo ich allein war.“ (Zw-w-58 J.)

„Ja und das war eben andersrum auch so, dass wenn man selber, wenn der nicht da war hat man so gefühlt, ok da fehlt was, den brauche ich jetzt.“ (Zw-m-33 J.)

In Krisen und herausfordernden Situationen unterstützen sich die Zwillinge. Die allgegenwärtige Präsenz wird durchweg als positiv erinnert und hat mitunter die Qualität eines Hilfs-Ich.

„Na, ich war leicht traurig, weil wenn ich bei Susi bin, fühle ich mich

wesentlich sicherer, als wenn ich allein bin.“ (Zw-w-11 J.)

„Also es war schon schön, dass man einen hat, der halt im gleichen Alter ist und die gleichen Interessen hat und ja, mit dem man sich auch austauschen kann, wenn man Probleme hat, ja.“ (Zw-w-20 J.)

„Einfach zu wissen, du hast dann immer deine Schwester da. Das ist auch ein tolles Gefühl. Und da sie immer die stärkere war, hatte ich auch immer ein bisschen Schutz. Also wenn irgendwelche anderen Kinder ähm ältere Kinder gekommen sind, die einen ärgern wollten.“ (Zw-w-58 J.)

Besonders interessant ist die innere Verbundenheit, die sich in einem nonverbalen Verständnis der emotionalen Zustände – sich auch durch innere Unruhe und Erregung über weite Entfernungen – übertragen. Diese bildet sich auch im Gedankenlesen ab.

„Weil wir denn auch unsere eigene Sprache haben, also sprich wir reden ganz schnell und die Sätze auch nicht zu Ende, aber der andere versteht das sofort.“ (Zw-m-33 J.)

„In manchen Situationen braucht man sich nur angucken und denn weiß man, was der andere denkt.“ (Zw-w-20 J.)

Die folgenden Zitate belegen besonders eindrücklich eine bereits in der psychologischen Zwillingforschung benannte Sensibilität für Wohlbefinden untereinander.

„Ich hab das gespürt, über die Entfernung – und das passiert tatsächlich auch heute noch. Ähm das ist irgendwie ein Phänomen, ich finde es nicht immer unan... – äh nicht immer angenehm, weil es meistens in den Momenten passiert, wo es ihr nicht so gut geht. Dann kann ich wirklich fühlen, es ist irgendwas. Es geht ihr schlecht... dass es ihr so schlecht gegangen war zu dem Zeitpunkt. Und ich äh damals wirklich völlig unruhig war und ähm gespürt hab, irgendetwas passiert ihr grad, irgendetwas ist mit ihr.“ (Zw-w-58 J.)

„Es war einfach ein Gefühl bei mir da, da stimmt was nicht. Ich muss mich bei ihr melden. Und ... ja das sind auch jetzt im Erwachsenenalter noch Gefühle, wo man nicht nachvollziehen kann: warum die jetzt kommen.“ (Zw-w-29 J.)

„Und da habe ich mir so irgendwie, das Gefühl gehabt, ob's Susi so nicht gut da ginge. Und als sie zurück kam, hat sie erzählt, dass es da nicht toll war und auch nicht spaßig.“ (Zw-w-11 J.)

„Man merkt halt, wenn's dem andern schlecht geht, oder wenn er mal gute Laune hat oder wenn ihn irgendwas, wenn ihn was bedrückt aber ja.“ (Zw-w-20 J.)

„Also und emotional bzw. man spürt schon, wenn der andere, wenn's dem schlecht geht. Also irgendwas ist faul, dass merkt man und ähm, vor allen Dingen, wenn's um Krankheit geht merkt man schon innerliches Unwohlsein, man weiß nicht warum, aber es erklärt natürlich irgendwo nachher vielleicht, warum du dich grade so gefühlt hast ja.“ (Zw-m-25 J.)

Individualität und Abgrenzung

Der Fokus der emotionalen Verbundenheit lässt den Aspekt der Individualität und gegenseitigen Abgrenzung in den Hintergrund treten. Und tatsächlich sind die Codes im Material der Fallstudie auf den ersten

Blick eher unter dieser Kategorie zu fassen. Um dies besser zu verstehen, sind dann eher die impliziten Botschaften in den Blick zu nehmen. „Zwillinge sind Geschwister einer besonderen Art, mit eigener, unverwechselbarer Dynamik, die sich schon vorgeburtlich herausbildet und eine unwiderrufliche Zweierheit entstehen lässt. Ihre Entwicklung wird von zahlreichen Faktoren beeinflusst, einschließlich der frühen wechselseitigen Resonanzen und sinnlichen Wahrnehmungen [...]. Die Interaktion zwischen den Prozessen der inneren Zwillingbildung und äußeren, mit der Beziehung zwischen den Zwillingen und ihren Betreuungspersonen zusammenhängenden Faktoren erzeugt in den Babys eine unauslöschliche innere Zwillingsschaft, die sämtliche späteren Beziehungen beider Kinder beeinflussen und einen zentralen Aspekt ihrer Identitäten bilden wird“ [7, S. 874].

Ein Zwilling der Studie reflektiert seine Zwillingidentität sogar vor dem Hintergrund intrauteriner Erinnerungen:

„Ich meine sogar mich vorgeburtlich erinnern zu können an Berührungen von meiner Schwester, die sich, ja so leicht so wie kleine Schmetterlingsberührungen anfühlen. Also wenn ich da ganz tief ja in mich reinhorche, ähm hab ich so den Eindruck, dass das so vorgeburtlich so Erfahrungen sind. Ähm ganz frühe Erinnerungen sind eigentlich immer mit ihr verbunden.“ (Zw-w-58 J.)

Dennoch kann theoretisch angenommen werden, dass die bisweilen schmerzliche Notwendigkeit sich zunehmend voneinander abzugrenzen, innerhalb eines seelisch gesunden Entwicklungsprozesses erfolgen muss. Autonomiewünsche der Zwillinge hängen auch vom individuell fördernden Elternverhalten ab, dies kann aber die seelische Nähe und Verbundenheit nicht nachhaltig beeinträchtigen.

Elternfunktionen und Familienkonstellation

Eltern und insbesondere Mütter erleben in der Schwangerschaft und durch die Geburt von Zwillingen besondere Herausforderungen, die durch die hohe Wahrscheinlichkeit eine Frühgeburt und/oder einen komplizierteren Geburtsverlauf zu erleben geprägt werden, und mit der Pflege und Sorge für zwei bedürftige Neugeborene und ggf. besonders anspruchsvolle Säuglinge beginnt. Das gesamte Familiensystem ist herausgefordert sich neu zu organisieren. Väter sind überwältigt, Geschwister extrem eifersüchtig, aber auch sehr stolz und die Mütter beginnen bereits in der Schwangerschaft eines ihrer Zwillinge zu bevorzugen [6]. Die Eltern beobachten genau und sehen bei ihren Zwillingen insbesondere die gegenseitige Entwicklungsförderung. Die Kinder zeigen in abwechselnder Parallelität neue Fähigkeiten, die wiederum vom anderen Zwilling übernommen werden. In einer sich abwechselnden Wellenbewegung durchlaufen die Kinder ihre Entwicklung. Größere Überschneidungen in den Entwicklungsschritten führen zu verstärkter Auseinandersetzung miteinander. Jedoch fungieren Zwillinge eher als Entwicklungsmotoren untereinander; gegenseitiger Ansporn kann als symmetrische Förderung verstanden werden. Dabei sind die Eltern insbesondere auf Gemeinsamkeiten aber in höherem Maße auf Unterschiede fokussiert. Der sogenannte Kontrasteffekt beschreibt eine verzerrte Wahrnehmung der Eltern, weil eher aktiv nach Unterschieden gesucht wird und diese dann stärker betont werden.

„Also mal war die eine vom motorisch schneller, dann zog die andere nach, dafür hat die andere dann eher angefangen zu sprechen. Also das war immer wie so 'n, so 'n abgeben der Füh-

rungsrolle, so kam mir das manchmal vor. Man sagt, man hat ja manchmal so gesagt, es gibt einen der ist so 'n bisschen der stärkere Zwilling und der andere ist halt so der so nachzieht, aber bei den beiden hatte ich immer das Gefühl, dass sich das 'n bissl abwechselt, ja.“ (KM-57-17J-ww)

„Was auch interessant ist sind die Entwicklungen. Weil ähm, weil man ja immer sagt, ‚Oh die redet, das Kind redet noch nicht, da müssen die Eltern anscheinend mehr tun.‘ Das ist ja bei uns nicht der Fall. [...] und das war so, dass äh Katie in der Sache viel weiter, hat 3 Monate früher geredet, ist auch äh, ich überlege grad, wer früher gelaufen ist, ob, ich glaub aber auch Katie ist 2 Monate früher gelaufen, dafür fährt Lisa am Anfang besser Fahrrad oder Laufrad, weil jetzt fahren se jetzt Fahrrad und Katie zieht dann hinterher. (KV33-4J-ww)

Die Verbundenheit wird in Alltagsbeobachtungen beschrieben und die Kategorie der symmetrischen Interaktion bildet sich in den Elterninterviews ab. Hierbei wird auch die exkludierende Dualität und einander ergänzende Identität deutlich.

„Die konnten sich immer mit sich beschäftigen, da gab's ja auch kein Grund, sie zu bespielen, also die haben halt fast nur mit sich gespielt, da konnte auch keiner rein in dieses Verhältnis, da hat auch keiner das geschafft, den andern zu ersetzen.“ (KM45-19J-mm)

„[...] weil ich das so unglaublich faszinierend fand, wie die beiden miteinander interagiert haben. Aber och ganz schnell, also die konnten noch nicht ma krabbeln oder irgendwas und haben schon oft, wenn sie so nebeneinander lagen, die Hand der anderen gesucht (KM38-11J-ww)

„Wenn die so 'n Spiel hatten, dann wollten die das auch spielen und dann haben die das auch zusammen gemacht. Und ja ich hatte immer so 'n den Eindruck, dass sie sich so gegenseitig stärken und stützen.“ (KM57-17J-ww)

In den meisten Elterninterviews fällt zudem auf, dass die Aufmerksamkeit hauptsächlich auf die Unterschiede gerichtet wird.

„Die Susi ist die, die mehr so in ihrer Welt unterwegs ist. Und die andere ist mehr so bodenständig, realistisch. [...] Also die eine hat gerne Kleider angezogen und Perücken und Zauberstab und Schmetterlingsflügel und so das richtige Mädchen-Mädchen. Na so Pink, Glitzer, Rosa. [...] Und die andere is eher so, die trägt die Sachen ihres Bruders auf. Hauptsache blau und jungsmäßig.“ (KM-38-11J-ww)

Insgesamt werden die Belastungen durch die zusätzlichen Herausforderungen durch zwei bedürftige Säuglinge reflektiert und zunehmend in den Alltag der Familie integriert.

„Äh wir wollten doch nur 'n Geschwisterchen, 'n zweites Kind und warum hab ich nicht auch zwei Arme dazu bekommen? Ja, also da sitzt man dann irgendwie da, hat zwei Arme, da liegen zwei Kinder die weinen, die gefüttert werden wollen. Die rumgetragen werden wollen, dann ist da vielleicht noch der Dreijährige, der auch irgendwie bespaßt werden will.“ (KM-29-2J-ww)

„Am Anfang ist es glaub ich so wie mit einem, 'n bisschen so wie mit einem Baby auch, weil man weiß, man muss einfach irgendwie

durchkommen, also man muss und die ganze Abläufe waren halt schon klar, also Stillen nach Bedarf und nicht irgendwie sich versuchen 'nen Plan zu machen und nicht, sich keinen Stress zu machen, weil man sich bestimmte Sachen vornimmt oder denkt, wie irgendwas sein soll, sondern einfach immer alles so zu nehmen, wie es kommt.“ (KM-35-1J-mm)

Auch wenn hier keine allgemein gültigen Normen für die Begleitung von Zwillingen gegeben werden können, so trägt diese Perspektive dennoch zum Fallverstehen in den Familien bei. Auf drei wesentliche Ergebnisse soll sich dabei fokussiert werden:

- ◆ Zwillinge brauchen einander und ihnen geht es besser wenn sie im körperlichen und emotionalen Kontakt zu- und miteinander stehen.

- ◆ Zwillinge ergänzen und fördern einander in der Entwicklung und kultivieren ein nonverbales gegenseitiges Verständnis.
- ◆ Zwillinge gehen Autonomieschritte verspätet und erreichen keine vollständige psychische Unabhängigkeit voneinander – auch wenn sie getrennt werden.

Zwillinge entwickeln sich in den allermeisten Fällen psychisch gesund und integrieren die Besonderheiten des Aufwachsens in ihr Selbstkonzept, wenn es den Eltern gelingt die Herausforderungen abzufedern und hinreichend gute Elternfunktionen zu zeigen.

Kontakt: kontakt@ines-brock.de

Literatur

1. Deutsches Ärzteblatt. Geplanter Kaiserschnitt bei Zwillingen ohne Vorteile. 2013. [Zugriff 02.12.18]. Verfügbar unter: <https://aerzteblatt.de/nachrichten/56071/Geplanter-Kaiserschnitt-bei-Zwillingen-ohne-Vorteile>
2. Döll-Hentschker S. Geschwister(er)leben – eine zu wenig beachtete psychische Dimension. Eine Literaturübersicht. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen. 2017; 9-10:735-779.
3. Klöpfer M. Reifung und Konflikt. Säuglingsforschung, Bindungstheorie und Mentalisierungskonzept in der tiefenpsychologischen Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta; 2006.
4. Krause M. Mehrlingsschwangerschaften. Prä- und perinatales Management. München: Urban und Fischer; 2008.
5. Lersch P, von Haugwitz D. Zwillinge?! Stuttgart: Trias Verlag; 2015.
6. Lewin V, Sharp B. Siblings in Development. A psychoanalytic View. London; 2009.
7. Lewin V. Faszinosum Zwillinge: ganz besondere Geschwister. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen. 2017; 9-10:865-897.
8. Renggli F. Früheste Erfahrungen – ein Schlüssel zum Leben. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2018.
9. Renz-Polster H. Ein Eingriff mit Folgen – ist der Kaiserschnitt artgerecht? In: Brock I. Wie die Geburtserfahrung unser Leben prägt. Perspektiven für Geburtshilfe, Entwicklungspsychologie und die Prävention früher Störungen. Gießen: Psychosozialverlag; 2018.
10. Watzlawik M. Sind Zwillinge wirklich anders? Geschwister in der Pubertät. Marburg: Tectum Verlag; 2008.
11. Watzlawik M. Zwillinge und Mehrlinge. Eine besondere Geschwisterdynamik. In: Brock I, Hrsg. Bruderheld und Schwesterherz - Geschwister als Ressource. Psychosozialverlag; Gießen; 2015.

Fortsetzung von Seite 43

72. Stauber M. Psychosomatische Forderungen an die Betreuung in der Schwangerschaft. In: Stauber M, Kentenich H, Richter D, ed. Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie. Berlin: Springer; 1999. p. 259-63.
73. Stoll K, Hall W. Vicarious birth experiences and childbirth fear: does it matter how young canadian women learn about birth? The Journal of perinatal education. 2013; 22(4):226-33. DOI: 10.1891/1058-1243.22.4.226 PubMed PMID: 24868135
74. Striebich S, Mattem E, Ayerle GM. Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia - A systematic review of approaches and interventions. Midwifery. 2018;61:97-115. DOI: 10.1016/j.midw.2018.02.013 PubMed PMID: 29579696
75. Sydsjo G, Blomberg M, Palmquist S, Angerbjorn L, Bladh M, Josefsson A. Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15:115. DOI: 10.1186/s12884-015-0548-6 PubMed PMID: 25976219
76. Thomson G, Stoll K, Downe S, Hall WA. Negative impressions of childbirth in a North-West England student population. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2017;38(1):37-44. DOI: 10.1080/0167482X.2016.1216960 PubMed PMID: 27578057
77. Truijens SE, Pommer AM, van Runnard Heimeel PJ, Verhoeven CJ, Oei SG, Pop VJ. Development of the Pregnancy and Childbirth Questionnaire (PCQ): evaluating quality of care as perceived by women who recently gave birth. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014;174:35-40. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2013.11.019 PubMed PMID: 24332094
78. Tsui MH, Pang MW, Melender H-L, Xu L, Lau TK, Leung TN. Maternal Fear Associated with Pregnancy and Childbirth in Hong Kong Chinese Women. Women Health. 2007;44(4):79-92. DOI: 10.1300/J013v44n04_05
79. Voigt-Radloff S, Stemmer R, Korporal J, Horbach A, Ayerle G, Schäfers R, et al. Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. GFB-Leitfaden-Version 2.0. DOI: 10.6094/UNIFR/10702
80. Waldenstrom U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. BJOG. 2006; 113(6):638-46. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2006.00950.x PubMed PMID: 16709206
81. Wijma K. Why focus on 'fear of childbirth'? J Psychosom Obstet Gynaecol. 2003;24(3):141-3. DOI: 10.3109/01674820309039667 PubMed PMID: 14584300
82. Witzel A. Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann GE, ed. Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Weinheim: Beltz; 1985. p. 227-55.

In der Rubrik „Junges Forum“ bietet die Fachzeitschrift Nachwuchswissenschaftler/innen die Möglichkeit, Ergebnisse wissenschaftlicher Arbeit, die im Rahmen ihres Studiums bzw. einer Bachelor- oder Masterarbeit entstanden sind, einem breiten Fachpublikum vorzustellen.

Die Arbeiten sollen im Wesentlichen einen forschungsorientierten Kern haben und unter Berücksichtigung des Rahmens, den eine Qualifizierungsarbeit vorgibt, den Anforderungen der Fachzeitschrift entsprechen.

Die Arbeiten können in zwei Formaten in der Rubrik „Junges Forum“ veröffentlicht werden als:

- ◆ für sich stehender Abstract in Deutsch und in Englisch oder
- ◆ (Kurz-)Artikel, welcher die Arbeit komprimiert wiedergibt (ohne Abstract).

Weitere Informationen finden Sie auf der Website der DGHWi e.V. unter <https://www.dghwi.de/index.php/zeitschrift-fuer-heb-wiss/junges-forum>

Bekanntmachungen

Neue Mitglieder des erweiterten Reviewboard der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft

Dr. rer. medic. Katja Stahl ist Hebamme (MSc Midwifery) und Dipl. Pflegepädagogin. Sie verfügt über langjährige Berufserfahrung in der klinischen und ambulanten Hebammenarbeit, ist EbN-Trainerin und Mitherausgeberin der *HeLiDi* sowie der Buchreihe *Evidenz & Praxis*. Viele Jahre war sie als freiberufliche Dozentin mit dem Fokus „wissenschaftliches Arbeiten“ und „evidenzbasierte Schwangerenvorsorge“ tätig. Der Schwerpunkt ihrer Methodenkenntnisse liegt im Bereich der quantitativen Forschungsmethoden. Ihre Promotion schloss sie 2012 an der Universität Osnabrück zum Thema „Betreuungszufriedenheit von Wöchnerinnen in deutschen Krankenhäusern – Konstituierende Dimensionen, Rolle des Geburtsmodus und Gesamtzufriedenheit“ ab.



Sie war zehn Jahre bei der Picker Institut Deutschland gGmbH zunächst als Studienleitung und später als Leitung Produktentwicklung & Forschung verantwortlich für die Neu- und Weiterentwicklung von Konzepten und Instrumenten zur Ermittlung von Kriterien sowie zur Evaluation der gesundheitlichen Versorgungsqualität aus Sicht der Nutzer/innen und Leistungserbringer/innen. Seit 2018

ist sie als Manager Research & Development der OptiMedis AG zuständig für die Konzeption, Design, Implementierung und laufende Weiterentwicklung von Studien zur Versorgungsforschung insbesondere im Bereich der Geburtshilfe, der patientenzentrierten Versorgung und der Patientensicherheit, sowie für die Entwicklung von Konzepten und Praxisintegration von Innovationen zur Verbesserung der Versorgungsqualität, Bevölkerungsgesundheit und Versorgungseffizienz zusammen mit OptiMedis-Praxispartnern. Außerdem ist sie wissenschaftliche Mitarbei-

terin im Studiengang Hebammenwissenschaften an der Universität zu Lübeck.

Dipl. med. päd. Sabine Striebich begann 1997 ihren Berufsweg als Hebamme in einem Kreißsaal mit psychosomatisch-orientierter Geburtshilfe in Berlin (2.500 Geburten/Jahr). Bis zum Beginn ihres Studiums der Diplom-Medizinpädagogik im Jahr 2008 an der *Charité* war sie parallel dazu in der Schwangerenberatung, Geburtsvorbereitung, Wochenbettbetreuung und Stillberatung tätig. Nach Abschluss des Studiums 2013 war sie zunächst Lehrerin für Hebammenwesen an der *Charité*. Beim Start des Studiengangs Hebammenkunde an der *Evangelische Hochschule Berlin* (EHB) übernahm sie einzelne Lehraufträge und erhielt dann Anfang 2015 für 15 Monate eine Stelle als Gastdozentin; nach deren Ende stand sie weiterhin als Lehrbeauftragte zur Verfügung und beteiligte sich noch bis ins Jahr 2018 an Examensprüfungen.



Seit November 2016 ist Sabine Striebich Mitglied der Fachredaktion des Portals *Familienplanung* bei der BZgA; seit Oktober 2017 ist sie im Rahmen der klinischen Studie *Be-Up: Geburt aktiv* als wissenschaftliche Mitarbeiterin am *Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft* (IGPW) der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg beschäftigt. Sie begann ihre Promotion 2015 und absolvierte den Promotionsstudiengang *Partizipation als Ziel von Pflege und Therapie* (180 LP). Seit 2018 ist sie qualifiziert als *Leitlinienberaterin* (AWMF).

Die Expertise von Sabine Striebich liegt in der qualitativen Forschung.

Erratum und Ergänzung zu Band 06, Heft 02 der ZHWi:

Die Beiträge ‚Die neuen Mandatsträgerinnen stellen sich vor‘ (S. 54-55) sowie die ‚Übersicht aktueller Mandate, Sektionen, Arbeitsgruppen der DGHWi‘ (S. 90-91) wurden von **Prof. Dr. Martina Schlüter-Cruse** verfasst.

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

Juni 2019

Women Deliver Conference

3. - 6. Juni 2019, Vancouver, Kanada

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

Normal Labour and Birth Conference

17. - 19. Juni 2019, Grange over Sands, UK

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

Juli 2019

Hebammenwissenschaftliches Promotionskolloquium

31. Juli 2019, 11 - 16 Uhr, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Magdeburger Str. 8, 06112 Halle, 2. Etage, Raum 201.

Nähere Informationen bei: Dr. Gertrud M. Ayerle, E-Mail: gertrud.ayerle@medizin.uni-halle.de

September 2019

Lübecker interprofessioneller Perinatalkongress. LiP - gemeinsam sind wir besser.

6. - 7. September 2019, Lübeck

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

ICM Africa Regional Conference

12. - 14. September 2019, Windhoek, Namibia

Nähere Informationen unter: <http://www.midwivesnamibia2019.org>

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: „Hintern Horizont geht's weiter, zusammen sind wir stark“

28. - 30. November 2019 | Berlin

Nähere Informationen unter: <https://www.dgpm-kongress.de/index.php?id=22399>

6th EMA Education Conference

29. - 30. November 2019, Malmö, Schweden

Nähere Informationen unter: <https://emaeducation2019.se/>

Juni 2020

32nd ICM Triennial Congress 2020

21. - 25. Juni 2020, Bali, Indonesien

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

Die ZHWi sucht Reviewerinnen und Reviewer

Erfreulicherweise wird immer mehr zu hebammenrelevanten Themen geforscht, was mit entsprechend mehr wissenschaftlichen Publikationen einhergeht; von daher steigt auch der Bedarf an ‚Peer-Reviewerinnen‘ für Qualitätssicherung und -förderung der wissenschaftlichen Publikationen in unserer Fachzeitschrift.

Haben Sie Erfahrung in Forschungstätigkeit oder als wissenschaftliche Mitarbeiter/in?

Haben Sie schon in einer Fachzeitschrift mit Peer-Review veröffentlicht?

Wenn Sie Interesse haben, hebammenrelevante Forschung zu unterstützen und einen Einblick in aktuelle Forschungsthemen zu gewinnen, mailen Sie an: redaktion-fachzeitschrift@dghwi.de

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

Dr. Martina Schlüter-Cruse

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

Schatzmeisterin

Kerstin Böhm M. A.

Hebamme, Lehrbeauftragte der EHB
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.

Assistant editors

Friederike M. Hesse B.A., B.Sc., Marielle Pommereau B.A.,
Sue Travis MMid (Reviewprozess/review procedure)

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, 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. Beate Ramsayer, Dr. Nina Reitis, Dr. Tanja Richter, Prof. Dr. Rainhild Schäfers, Prof. Dr. Birgit Seelbach-Göbel, Dr. Katja Stahl, Dipl. med. päd. Sabine Striebich, 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, Clara Mössinger RM, MPH

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*). 2019;07(01):Seitenzahlen.

Authors. Title. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (*Journal of Midwifery Science*). 2019;07(01): page numbers.

Datum (Date): 27.5.2019



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