

# ZEITSCHRIFT FÜR HEBAMMENWISSENSCHAFT

*Journal of Midwifery Science*

## Themen:

- ◆ Akademisierung: Empfehlungen der Sektion Hochschulbildung
- ◆ Neue Methode als Entscheidungshilfe bei unklarer wissenschaftlicher Evidenz
- ◆ Stellungnahme: Konzeptentwurf des IQWiG für ein Nationales Gesundheitsportal
- ◆ Case Reporting: Fallberichte
- ◆ Stress bei der Arbeit: freiberufliche Hebammen in Bayern
- ◆ Cochrane Reviews
- ◆ Einblicke in die Forschung/Lehre
- ◆ Junges Forum

## Kategorien

Editorial	1
Aktuelles	2
Sektionen	6
Stellungnahmen	9
Originalartikel	20
Fallberichte	33
Cochrane Reviews	39
Einblicke in die Forschung/Lehre	41
Junges Forum	47
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
<b>Aktuelles</b>	
Vorstandswahlen der DGHWi	2
Vorstellung der Editors-in-Chief	3
Ein Neujahrsgespräch zwischen Fachverbänden und -gesellschaften der Gynäkologie & Hebammen	3
Eindrücke von der 4. Internationalen Fachtagung	5
<b>Sektionen</b>	
Thema Akademisierung	6
Empfehlungen der Sektion Hochschulbildung	6
<b>Stellungnahmen</b>	
Konzeptentwurf des IQWIG für ein Nationales Gesundheitsportal	9
Vorbereitung Methodische Hinweise und Empfehlungen des IQTIG	13
Positionspapier der Fachgruppe Hebammen im AKF e.V. und Forderungskatalog	17
<b>Originalartikel</b>	
Stress bei der Arbeit - Warum freiberuflichen Hebammen in Bayern die Geburtshilfe aufgeben: Eine Querschnittstudie	20
Eine neue Methode als Entscheidungshilfe bei unklarer wissenschaftlicher Evidenz: Test-Implementierung und Simulation	26
<b>Fallberichte</b>	
Case Reporting: Fallberichte	33
CARE Checkliste	37
<b>Cochrane Reviews</b>	
Kardiotokographie im Vergleich mit intermittierender Auskultation der fetalen Herzöne	39
Gebärpositionen für Frauen ohne Epiduralanästhesie	40
<b>Einblicke in die Forschung/Lehre</b>	
Wie Frauen einen Dammschnitt erleben	41
Elternmitwirkung in den Frühen Hilfen durch partizipative Gesundheitsforschung	44
<b>Junges Forum</b>	47
<b>Bekanntmachungen</b>	51
<b>Termine</b>	52
Vorstand: Kontaktangaben	
Impressum	

Liebe Leserin, lieber Leser,

Sie halten die 11. Ausgabe der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (ZHWi) in der Hand, die seit sechs Jahren zuverlässig zweimal im Jahr erscheint. Vielen Dank dafür an die ehrenamtlich Tätigen! Und danke auch allen, die das Supplement dieser Ausgabe ermöglicht haben. Der Kongressband ist prall gefüllt mit Abstracts, die für die Vorträge und Posterpräsentationen der 4. Internationalen Fachtagung der DGHWi im Februar dieses Jahres in Mainz eingereicht wurden. Das Motto der Fachtagung lautete: „Akademisiertes Hebammenwesen – Praxis und Wissenschaft“.

Die Themen Akademisierung, Praxis und Wissenschaft sind weiterhin aktuell. Sie ziehen sich nicht nur durch diese Ausgabe der Zeitschrift, sondern sind auch aktuelle Themen in den Sektionen und im Vorstand der DGHWi sowie in Gremien, in denen die DGHWi durch Mandatsträger/innen vertreten ist. Dazu zählen Runde Tische einer Region und auf Länderebene sowie Arbeitsgemeinschaften.

Professorin Cecily Begley, Lehrstuhlinhaberin am Trinity College in Dublin, hatte in ihrer Keynote zur Fachtagung den Übergang in die akademische Ausbildung in Irland skizziert und eindrucksvoll gelungene Beispiele der Forschung in der Praxis beschrieben. Auch bei uns in Deutschland ist das Ziel der Vollakademisierung der Hebammenausbildung jetzt im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien vereinbart. Hier gilt es, die Expertise der DGHWi schon früh in Sondierungsgespräche einzubringen: sowohl auf Bundesebene als auch in den Ländern, deren Vertreter in der letzten Gesundheitsministerkonferenz eine Bund-Länder-Kommission eingerichtet haben. Diese befasst sich zurzeit mit der Vorbereitung der Novellierung des Hebammengesetzes. In dieser Ausgabe finden Sie einen Bericht der Sektion Hochschulbildung der DGHWi und eine Empfehlung zur Überführung der Hebammenausbildung an die Hochschulen.

Nicht unabhängig von der Diskussion um die Akademisierung darf der Mangel an in ihrem Beruf tätigen Hebammen gesehen werden, der mittlerweile so offensichtlich ist, dass nach Gründen und notwendigen Änderungsvorschlägen auch mit anderen Fachgesellschaften gesucht wird. Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) und die DGHWi gemeinsam mit Berufsverbänden der Ärzt/innen und Hebammen wollen dazu wiederholt Gespräche führen, um zu erörtern, wer wie dazu beitragen kann, dass Engpässe vermieden werden. Ein erstes Treffen fand im Januar dieses Jahres statt. Eine gemeinsame Presseerklärung spiegelt den Konsens, der weiter vertieft werden soll.

Passend zum Thema erscheint die Publikation einer Querschnittsstudie mit dem Titel „Stress bei der Arbeit – Warum freiberufliche Hebammen in Bayern die Geburtshilfe aufgeben“. Der Arbeitsstress einer Hebamme wird in dieser Studie gemessen am Verhältnis von Belohnung und beruflicher Verausgabung, nach dem Modell der Effort-Reward Imbalance (ERI) von Siegrist.

Ein weiterer Originalartikel beschreibt eine Methode zur Entscheidung bei unklarer wissenschaftlicher Evidenz. Ein Algorithmus, der die eigene Erfahrung und die Subjektivität des eigenen individuellen Settings berücksichtigt, unterstützt rechnerisch objektiv die Entscheidung zur Beratung für die eine oder andere Intervention.



Beide Originalartikel werden ins Englische übersetzt und erscheinen dann auch in der Online-Ausgabe der ZHWi, nämlich der GMS-ZHWi. Dort können sie dauerhaft und weltweit im open access digital gelesen werden.

Wiederholt wurde auch ein Abstract eines Cochrane Reviews von Mitgliedern der DGHWi ins Deutsche übersetzt und in dieser Zeitschrift, aber auch auf der Website von Cochrane

Deutschland, einem breiten Publikum zugänglich gemacht. Wichtig zu wissen, dass ein CTG bei Aufnahme zur Geburt, verglichen mit intermittierender Auskultation der kindlichen Herzöne, für das Outcome des Kindes keine Vorteile bei Frauen mit niedrigem Risiko bringt! Es gibt aber Hinweise, dass das Aufnahme-CTG die Kaiserschnitttrate erhöht.

Die DGHWi verfasst fortlaufend Stellungnahmen zu relevanten Beschlusentwürfen des Gemeinsamen Bundesausschusses und zu Berichtsentwürfen des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz (IQTIG) und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Nach Veröffentlichung der Beschlüsse und Berichte können unsere Stellungnahmen auch in unserer Fachzeitschrift veröffentlicht werden. In dieser Ausgabe finden Sie eine Stellungnahme zu den Vorstellungen des IQWiG zur Bereitstellung von gesundheitsrelevanten Informationen auf einem Gesundheitsportal und zu einem Vorbericht zum Thema Qualitätsmanagement-Richtlinie des IQTIG.

Auch für das Verfassen der Stellungnahmen benötigen wir Unterstützung von den Mitgliedern der DGHWi. Die ehrenamtliche Tätigkeit lässt sich mit vielen Personen leichter bewerkstelligen. Danken möchte ich allen Mitgliedern der DGHWi, namentlich den vier Mitgliedern, die im Februar den Vorstand verlassen haben: Professorin Dr. Monika Greening, Dr. Gertrud M. Ayerle, Ulrike Geppert-Orthofer M.Sc. und Mirjam Peters M.Sc. Ihnen wünscht der neue Vorstand – den Sie im Folgenden kennenlernen werden – mehr Zeit für deren andere wichtige Arbeit.

Mögen Sie alle die nötige Zeit zum Lesen dieser Ausgabe haben!

Mit freundlichem Gruß

*Elke Mattern M.Sc.*

Vorsitzende

## Vorstandswahlen der DGHWi im Februar 2018

Die Vereinsmitglieder der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft haben im Rahmen ihrer letzten Mitgliederversammlung am 15. Februar in Mainz einen neuen Vorstand gewählt. Die bisherige stellvertretende Vorsitzende Elke Mattern, M.Sc. wurde in das Amt der Vorsitzenden gewählt. Prof. Dr. Dorothea Tegethoff, zuletzt als Schriftführerin im Vorstand tätig, wurde als stellvertretende Vorsitzende gewählt und Prof. Dr. Lea Beckmann erhielt für ihre Tätigkeit als Beisitzerin Bestätigung.

Mit Annekatrien Skeide M.A. (Beisitzerin), Dr. Tina Jung (Beisitzerin), Nele Stejskal B.Sc. (Schatzmeisterin) sowie Dipl. Berufspädagogin FH Martina Schlüter-Cruse (Schriftführerin) gestalten zukünftig vier neue Mitglieder die Vorstandsarbeit mit. Die Abstimmung erfolgte in geheimer Wahl.

Aus dem vorherigen Vorstand legten Frau Prof. Dr. Monika Greening (Vorsitzende), Dr. Gertrud Ayerle (Beisitzerin), Ulrike Geppert-Orthofer



M.Sc. (Schatzmeisterin) und Mirjam Peters B.Sc. (Beisitzerin) ihre Ämter nieder. Die neue Vorsitzende Elke Mattern bedankte sich im Namen der Mitgliederversammlung für das Engagement und das aktive Mitwirken der ausgeschiedenen Vorstandsmitglieder. Der neue Vorstand freut sich auf die zukünftige Zusammenarbeit.

*Dipl. Berufspädagogin (FH) Martina Schlüter-Cruse*

## Der neue Vorstand der DGHWi stellt sich vor

Elke Mattern, die seit sechs Jahren im Vorstand der DGHWi tätig ist, übernimmt den Vorstandsvorsitz. Nach dem Studium der Gesundheits- und Pflegewissenschaft (M.Sc.) und anschließender Forschungstätigkeit an der Martin-Luther-Universität in Halle-Wittenberg, promoviert sie dort nun. Zugleich ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule für Gesundheit in Bochum zuständig für das Monitoring der Studie „Be-Up: Geburt aktiv“ für teilnehmende Kliniken in Nordrhein Westfalen.

Den stellvertretenden Vorsitz hat Dorothea Tegethoff inne. Sie ist seit 1986 Hebamme und hat in den unterschiedlichsten Settings Familien begleitet. Seit 2014 ist Dorothea Tegethoff Professorin für Hebammenwissenschaft an der Evangelischen Hochschule Berlin und leitet dort seit 2016 zusammen mit Melita Grieshop den Studiengang Hebammenkunde. Sie hat Erziehungswissenschaften an der FU Berlin und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld studiert und zum Thema „Bilder und Konzeptionen vom Ungeborenen“ an der FU Berlin promoviert. Mitglied in der DGHWi ist sie seit 2008 und Vorstandsmitglied (zunächst als Schriftführerin) seit 2016.

In der Position der Schriftführerin engagiert sich Dipl. Berufspädagogin (FH) Martina Schlüter-Cruse. Seit 2013 ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Hebammenforschung und Lehre an der Hochschule Osnabrück aktiv. Als Doktorandin im kooperativen Forschungskolleg FamLe (Familiengesundheit im Lebensverlauf) mit der Universität Witten/Herdecke promoviert sie zum Thema „Die Kooperation freiberuflicher Hebammen im Kontext Früher Hilfen“ und forschte zu ihren Fragestellungen u.a. am Karolinska Institut in Stockholm. Sie verfügt über langjährige Erfahrungen sowohl als Hebamme als auch in der Ausbildung von Hebammen, u.a. als stellv. Schulleiterin der Hebammenschule des Universitätsklinikums Bonn.

Das Amt der Schatzmeisterin übernimmt Nele Stejskal. Sie hat an der Hochschule Osnabrück das Bachelorstudium Midwifery (B.Sc.) absolviert und arbeitete als Hebamme im Kreißsaal der imland Klinik Rendsburg. Auch als freiberufliche Hebamme in der Schwangerenbetreuung, Geburtsvorbereitung und Nachsorge war sie tätig. Seit dem 01.04.2017 koordiniert sie den dualen Bachelorstudiengang Hebammenwissenschaft an der Universität zu Lübeck.

Eine von insgesamt drei Beisitzerinnen im Vorstand ist Lea Beckmann. Sie ist seit 2016 Professorin für Hebammenwissenschaft an der Fachhochschule Buxtehude. Nach ihrer Ausbildung zur Kinderkrankenschwester und ihrer langjährigen beruflichen Tätigkeit, legte Lea Beckmann eine Ausbildung zur Hebamme ab und führte auch diesen Beruf jahrelang aus, bevor sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Hochschule Fulda und in der Hochschule Osnabrück arbeitete und 2016 zu dem Thema „Die außerklinische Geburt bei Status nach Sectio caesarea: Entscheidungsfindung von Eltern für den Geburtsort“ an der Universität Witten/Herdecke promovierte.

Mit Tina Jung gehört nun eine promovierte Politikwissenschaftlerin mit dem Schwerpunkt Frauen- und Geschlechterforschung dem Vorstand an. Derzeit ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin (Post-Doc) an der Justus-Liebig-Universität Gießen. Seit dem Abschluss ihrer Promotion 2015 forscht Tina Jung schwerpunktmäßig zur Ökonomisierung der Geburtshilfe, Maternity Care, Fragen von Selbstbestimmung und Gewalt gegen Frauen während der Geburt in geburtshilflichen Einrichtungen.

Annekatrien Skeide ist die dritte Beisitzerin. Sie ist Hebamme, Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin und promoviert derzeit im Fachbereich Anthropologie an der Universität Amsterdam zu Hebammenpraktiken in unterschiedlichen Settings in Deutschland. Mehrere Jahre

arbeitete sie als Hebamme, Dozentin an einer Hebammenschule und Lehrbeauftragte in den Studiengängen Hebammenwesen und Pflege. Außerdem war sie als hilfswissenschaftliche und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

tätig und hat sich als Mitglied einer interdisziplinären Forschungsgruppe zu Pränataldiagnostik („Tutzinger Diskurs“, Akademie für Politische Bildung, Tutzing) engagiert.

## Vorstellung der Editors-in-Chief der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science)

### Prof. Dr. Christiane Schwarz



Ich habe nach meinem Hebammenexamen von 1987 bis 2008 in der klinischen und außerklinischen Geburtshilfe gearbeitet. Dabei war ich überwiegend in Niedersachsen, aber auch einige Jahre im Ausland (Großbritannien und Neuseeland) tätig. Ab 2000 habe ich berufsbegleitend studiert und war bis zur Promotion 2015 als wissenschaftliche Mitarbeiterin an verschiedenen

Hochschulen tätig, danach auch in einer Vertretungsprofessur.

Seit 1. April 2018 leite ich als Professorin den Studiengang Hebammenwissenschaft an der Universität zu Lübeck. Ich bin als Gutachterin und Mitglied im Fachbeirat für mehrere wissenschaftliche Fachzeitschriften tätig und habe selbst auch als Herausgeberin und Autorin publiziert. Meine thematischen Schwerpunkte sind praktisch orientiert: physiologische Geburt, Geburtseinleitung, CTG und andere.

### Annekatriin Skeide M.A.



Nach meiner Hebammenausbildung studierte ich Pflege- und Gesundheitswissenschaften, Französisch und Berufspädagogik an der Technischen Universität Dresden (B.Ed.) und an der Universität Bremen (M.A.). Während des Studiums arbeitete ich als Hebamme in der Schwangerenvorsorge und als Dozentin an der Hebammenschule Bremerhaven-Reinkenheide.

Derzeit promoviere ich im Fachbereich Anthropologie der Universität Amsterdam. In meiner Promotion beschäftige ich mich damit, wie Körper und Subjekte in Hebammenpraktiken konfiguriert werden. Parallel dazu übernahm ich Lehraufträge im Studiengang Midwifery an der Hochschule Osnabrück sowie im Studiengang Pflegewissenschaften an der Universität Bremen. Neben meinen redaktionellen Aufgaben innerhalb des engagierten Teams der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft, bin ich seit Februar 2018 auch Beisitzerin im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft.

Ich freue mich sehr auf unsere zukünftigen Aufgaben und die Zusammenarbeit.

## Ein Neujahrsgespräch zwischen Fachverbänden und -gesellschaften der Gynäkologie und Hebammen

Überlastung und personelle Engpässe in den geburtshilflichen Abteilungen seien der Grund, dass schwangere Frauen vor oder unter der Geburt von der Geburtsklinik ihrer Wahl abgewiesen werden. So ist es einer gemeinsamen Pressemitteilung der DGGG, der BLFG und des Berufsverbandes der Frauenärzte im Oktober 2017 zu entnehmen.

Über weitere Ursachen diskutierten im Januar nach Einladung durch Frau Professorin Seelbach-Göbel (Präsidentin der DGGG), Dr. Albring (Präsident des Berufsverbandes) und Professor Aydeniz (Vorsitzender der BLFG) zu einem Neujahrsgespräch in Berlin auch der DHV, der BFHD und die DGHWi. Hierbei wurde deutlich, dass Überlastung bei Hebammen nicht nur durch „zu viel“ Arbeit entsteht, sondern primär durch Arbeit, die mit dem Hebammenberuf wenig oder nichts zu tun hat oder durch zu wenig Zeit für die einzelne Gebärende, so dass die eigentliche Hebammenarbeit gar nicht stattfinden kann.

Eine aus dem Gespräch resultierende Presseerklärung zeigt Verbesserungspotential für Klinikleitung, Ärztinnen/Ärzte und Hebammen. Es sind aber auch politische Entscheidungen gefordert zur Verbesserung der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland. Das Gespräch wurde von allen als konstruktiv empfunden und soll weitergeführt werden.

### Elke Mattem M.Sc.

#### Abkürzungen:

- DGGG: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
- BLFG: Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Ärztinnen und Ärzte in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.
- BVF: Berufsverband der Frauenärzte e.V.
- DHV: Deutscher Hebammenverband e.V.
- BFHD: Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.



## Neujahrsgespräch: Sicherstellung der klinischen geburtshilflichen Versorgung in Deutschland

Aufgrund der alarmierenden Situation der geburtshilflichen Versorgung von gebärenden Frauen in Deutschland trafen sich Vertreter/innen der einschlägigen Fachverbände von Gynäkolog/innen und Hebammen am Samstag, den 20. Januar 2018 in Berlin, um die zugrunde liegenden Ursachen zu analysieren und erste Lösungsansätze zu erarbeiten.

Bereits im November 2017 hatte die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) eine Blitzumfrage an geburtshilflichen Kliniken durchgeführt, auf deren Grundlage die Situation präziser eingeschätzt werden konnte. Die Umfrage ergab, dass in den vorausgegangenen sechs Monaten mehr als 35 % der Kliniken Schwangere unter der Geburt mindestens einmal abgewiesen haben. Gefragt nach den Ursachen nannten die geburtshilflichen Abteilungen folgende Gründe für die Engpässe (Mehrfachnennungen waren möglich): Mit 65,8 % lag es primär an einem Mangel an Hebammenbetreuung, gefolgt von der Überlastung der neonatologischen Stationen (64,4 %), fehlenden Raumkapazitäten (56,1 %) und einem Arztmangel in der Geburtshilfe (13,7 %). Diese Zahlen bestätigen, dass aktuell ein ernst zu nehmendes Problem vorliegt.

Auf Initiative der DGGG luden deshalb die DGGG, der Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF) und die Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Ärztinnen und Ärzte in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V. (BLFG) am vergangenen Samstag Vertreterinnen des Deutschen Hebammenverbandes e.V. (DHV), des Bundes freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. (BfHD) und der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi) in die Berliner Repräsentanz der DGGG und Fachgesellschaften zu einem Neujahrsgespräch ein. Gemeinsam wurden die zugrunde liegenden Ursachen für die Engpässe eingehend diskutiert, um anschließend Lösungsvorschläge zu erarbeiten, die die Sicherstellung der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland gewährleisten sollen.

Da zu einem hohen Prozentsatz ein Mangel an Hebammenbetreuung in den geburtshilflichen Abteilungen für Engpässe sorgt, stand die

Frage im Mittelpunkt, wie vor allem wieder mehr Hebammen von der Arbeit in den Kreißsälen überzeugt werden können, denn nur rund ein Viertel der deutschen Hebammen sind gegenwärtig aktiv in der Geburtshilfe tätig. Die Gespräche ergaben, dass ein sehr hohes Arbeitsaufkommen, starke Hierarchien und diverse Aufgaben, die nicht prioritär in den Arbeitsbereich der Hebammen fallen, dazu führen, dass seitens der Hebammen in den Kliniken oftmals keine umfassende Betreuung der Gebärenden möglich ist und sie sich daher häufig gegen eine Tätigkeit in der klinischen Geburtshilfe entscheiden.

Vor dem Hintergrund einer gemeinsamen Verantwortung von ärztlichen Geburtshelfer/innen und Hebammen für die geburtshilfliche Versorgung der werdenden Mütter und ihrer Kinder sehen es die Verbände als unabdingbar an, kurzfristig folgende Sofortmaßnahmen umzusetzen:

- ◆ Hebammen sollen maximal zwei Frauen gleichzeitig während der Geburt betreuen.
- ◆ Sie müssen von fachfremden Tätigkeiten, die nicht prioritär zum
- ◆ Aufgabenbereich der Hebammen gehören, entlastet werden.
- ◆ Die Arbeitsbedingungen müssen hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Flexibilität, beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten sowie angemessener Vergütung verbessert werden.
- ◆ Der Wiedereinstieg in die Geburtshilfe im Kreißsaal muss (bspw. nach der Elternzeit) durch geeignete Wiedereingliederungsmaßnahmen erleichtert und gefördert werden.

Einen Teil dieser Aufgaben können und werden die sechs Verbände von Frauenärzt/innen und Hebammen gemeinsam unverzüglich in Angriff nehmen. Für einen weiteren Teil sind politische Entscheidungen erforderlich die mittel- und langfristig zu einer Optimierung der geburtshilflichen Versorgung führen sollen. Dafür setzen wir uns ein.

*Berlin, 23. Januar 2018*

*DGGG, BVF, BLFG, DHV, BfHD, DGHWi*

### Mitarbeiter\*in in der REDAKTION der ZHWi gesucht

**\*\*\* Wer hat Freude am Formatieren? Gestaltet gerne Texte, Grafiken und Tabellen? \*\*\***

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine Mitarbeiter\*in, die unsere Kollegin Dr. Gertrud M. Ayerle dabei unterstützt, das Layout der Zeitschrift zu erstellen.

Zweimal im Jahr, in den Monaten Mai und November, fallen dazu jeweils ca. 30 Stunden an, die mit 10 Euro pro Stunde vergütet werden.

Die dafür notwendige Software (Publisher) wird von der DGHWi zur Verfügung gestellt.

Für nähere Informationen melden Sie sich bitte bei Sabine Winkler: [geschaeftsstelle@dghwi.de](mailto:geschaeftsstelle@dghwi.de) oder bei Annekatrin Skeide: [beisitzerin.as@dghwi.de](mailto:beisitzerin.as@dghwi.de).



Zeit zum Austausch, zur Vernetzung und zur Stärkung.



## Eindrücke von der 4. Internationalen Fachtagung der DGHWi e.V.

Annkatrin Skeide M.A. stellt das Thema „Doing bodies in der Hausgeburtsilfe“ ihrer Dissertation vor.



Dr. Gertrud M. Ayerle erläutert die klinische Studie „Be-Up: Geburt aktiv“.



Prof. Cecily Begley vom Trinity College in Dublin, Ireland, motiviert zu praxisnaher Forschung.



Jella Grabbert, Dipl. Pflegewirtin  
Astrid Krahl und Dipl. Pflege-Päd.  
Karin Niessen im Gespräch.



Prof. Dr. Monika Greening freut sich über die gelungene Fachtagung an der KH Mainz.



Das zielführende Tagungsteam: Joshua Heil B.Sc.,  
Sonja Lindic B.Sc. und Annika Bode M.A.

Alle Fotos:  
© Tara Franke

## Aktuelles zum Thema Akademisierung

Mit der Unterzeichnung des Koalitionsvertrags vom 14. März 2018 haben wir nicht nur eine neue Bundesregierung benannt, sondern auch eine ermutigende Aussage zur Akademisierung der Hebammenausbildung erhalten. Denn im Koalitionsvertrag heißt es „Wir werden die Hebammenausbildung nach den EU-Vorgaben als akademischen Beruf umsetzen“ (Zeile 4677). Dies kann Rückenwind für die bereits laufenden Aktivitäten hinsichtlich der Umsetzung einer Vollakademisierung der Hebammenausbildung bedeuten. So haben die Mitglieder der Sektion Hochschulbildung sich im vergangenen Winter auf zentrale Empfehlungen für die Überführung der Hebammenausbildung an Hochschulen verständigt (einzusehen in der Rubrik "Stellungnahmen" der Website der DGHWi). Diese Empfehlungen wurden rechtzeitig vor Abschluss der Koalitionsverhandlungen an die Wissenschafts-, Gesundheits-, Familien-, Bildungs- und Gleichstellungsministerien der Länder verschickt, womit die politische Meinungsbildung zum Thema Akademisierung der Hebammenausbildung unterstützt wurde.

Im Hinblick auf die bisher vermisste Schaffung rechtlicher Rahmenbedingungen für die hochschulische Ausbildung von Hebammen ist Bewegung entstanden. Im Auftrag des BMG wurde eine Bund-Länder-Begleitkommission zur Novellierung des Hebammengesetzes eingerichtet. Diese soll zügig zum Entwurf für ein neues Hebammengesetz und die entsprechende Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zuarbeiten. Zur ersten Sitzung der Kommission waren die Beirätin des DHV für den Bildungsbereich sowie Vertreterinnen des Studiengangs

für Hebammenkunde der Evangelischen Hochschule Berlin geladen (Melita Grieshop als Leitung des Studiengangs und als Sprecherin der Sektion Hochschulbildung), wo sie zu bereits bestehenden wie auch anzustrebenden Strukturen der Akademisierung befragt wurden. Zurzeit stehen Fragen der Finanzierung und der Übergangsgestaltung im Fokus der Kommission. Die Mitglieder der Sektion Hochschulbildung bewerten es positiv, dass sowohl der DHV als auch die DGHWi mit ihrer jeweiligen Expertise in den Novellierungsprozess zum Hebammengesetz einbezogen sind.

Um den Übergang der Hebammenausbildung in das hochschulische Bildungssystem möglichst transparent zu gestalten und die Interessen der Beteiligten einfließen zu lassen, haben sich die Vertreterinnen von DHV und DGHWi darauf verständigt, zeitnah einen Fachtag zum Thema Akademisierung zu organisieren. Ziel der Veranstaltung ist es, über die aktuellen Entwicklungen zu berichten und allen Interessentinnen die Gelegenheit zu geben, die Expertinnen aus DHV und der Sektion Hochschulbildung zum Akademisierungsprozess zu befragen und sich konstruktiv in diesen Übergang einzubringen.

Für die Sektion Hochschulbildung

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

Kontakt: [barbara.baumgaertner@eah-jena.de](mailto:barbara.baumgaertner@eah-jena.de); [grieshop@eh-berlin.de](mailto:grieshop@eh-berlin.de)

## Empfehlungen der Sektion Hochschulbildung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. für die Überführung der Hebammenausbildung an die Hochschulen

### Problembeschreibung

Für die Qualitätssicherung in der geburtshilflichen Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen bzw. Familien in der frühen Elternzeit stellen sich aktuell die Sicherstellung der Versorgung mit Hebammenhilfe wie auch die Akademisierung des Hebammenberufes als besondere Herausforderungen dar. Gemäß der EU-Richtlinie 2013/55/EU und dem Bericht der Bundesregierung über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen/Entbindungspfleger, Logopäd/innen, Physiotherapeut/innen und Ergotherapeut/innen (2016) ergibt sich für die Hebammenausbildung die Notwendigkeit einer vollständigen Akademisierung der Ausbildung bis zum 18. Januar 2020. Die Bundesregierung weist in diesem Bericht darauf hin, dass es im Zusammenhang mit dem Gesetzgebungsverfahren erforderlich sein wird, die Fragen zu klären, die sich aus einer Vollakademisierung zum einen für die Organisation und Struktur der Ausbildung und zum anderen für ihre Finanzierung ergeben. Auch die 2017 publizierte Stellungnahme der Hochschulrektorenkonferenz Primärqualifizierende Studiengänge in Pflege-, Therapie- und Hebammenwissenschaften weist in diese Richtung.

Die Mitglieder der Sektion Hochschulbildung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)<sup>1</sup> begrüßen ausdrücklich die zeitnahe vollständige Überführung der Hebammenausbildung an die Hochschulen gemäß der EU-Richtlinie 2013/55/EU und die damit verbundene Entwicklung der Disziplin der Hebammenwissenschaft, wie vom Wissenschaftsrat bereits 2012 empfohlen. Für Hochschulen und Universitäten wie auch für die noch bestehenden Fachschulen mit ihren Mitarbeiterinnen sind jedoch verbindliche rechtliche Rahmenbedingungen im Hinblick auf Konzeption und Finanzierung von Studiengängen unerlässlich, um den Institutionen und beteiligten Akteuren Planungssicherheit zu geben.

Um die Überführung der Hebammenausbildung an die Hochschulen und damit die Vollakademisierung des Hebammenberufes zeitnah umzusetzen, sind aus Sicht der Hochschulvertreterinnen in der Sektion Hochschulbildung der DGHWi verschiedene Maßnahmen dringend erforderlich. Als Ziel steht dabei im Vordergrund, günstige Ausgangsbedingungen für eine qualitativ hochwertige Ausbildung zu gestalten und gleichzeitig keine weitere Verzögerung des Akademisierungsprozesses entstehen zu lassen.



## Konzeption der Studiengänge

- ◆ Derzeit fehlt eine flächendeckende bundesweite Erhebung zum personellen Bedarf in der Hebammenversorgung. Es wird angeregt, diese bundesweit notwendige Bedarfsermittlung mittelfristig durchzuführen, damit die Hochschulen zukünftig kapazitätsgerecht planen können. Dafür muss die Erhebung sowohl den Bedarfen der zu versorgenden Frauen und Kinder als auch den beruflichen Realitäten von Hebammen gerecht werden. Es gibt Hinweise darauf, dass die gegenwärtige Absolventinnenquote (Berufsfachschulen und Hochschulen) den Bedarf nicht deckt (Deutscher Hebammenverband 2017; Blum, Löffert, Offermanns & Steffen/ Deutsches Krankenhausinstitut 2016).
- ◆ Sowohl der Wissenschaftsrat (2012) als auch die Hochschulrektorenkonferenz (2017) empfehlen die Einrichtung grundständiger bzw. primärqualifizierender Studiengänge. Die Umgestaltung bestehender ausbildungsintegrierender und ausbildungsergänzender Studienprogramme in primärqualifizierende Modelle und die Implementierung neuer Studiengänge müssen durch die Bereitstellung angemessener personeller und finanzieller Ressourcen sichergestellt werden. Dabei gilt es nicht nur, die Konzeption, Implementierung, Akkreditierung und Evaluation eines Studiengangs durchzuführen. Zusätzlich sind auch Kooperationen für die qualitätsgesicherte Durchführung praktischer Studienphasen in klinischen und außerklinischen Einrichtungen der Geburtshilfe zu bilden.
- ◆ Die Akademisierung soll die wissenschaftliche Disziplinbildung fördern (Wissenschaftsrat 2012). Bei der Einrichtung neuer Studiengänge ist die Stelle der Studiengangsleitung bzw. -bereichsleitung gemäß Hochschulgesetzgebung der Länder mit einer Professorin für Hebammenwissenschaft zu besetzen. Nur eine fachspezifisch qualifizierte Person kann die Hebammenwissenschaft in Forschung und Lehre entwickeln, vertreten und die Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses verantwortlich leiten. Die Herausforderung, das Fach in Forschung und Lehre neu zu entwickeln, ist bei der Berechnung personeller Kapazitäten zu berücksichtigen.
- ◆ Die unabhängige Disziplinentwicklung der Hebammenwissenschaft gilt es sicherzustellen. Dies trägt zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Ausbildung bei. Die Ausrichtung der Hebammentätigkeit auf Gesundheitsförderung und Prävention sowie die beruflichen Querschnittsaufgaben aus den Bereichen Gesundheit und Soziales begründen ein gänzlich eigenes Berufsbild und -verständnis. Damit sind eigene Kompetenzerfordernisse verbunden, welche den disziplinären Charakter des Hebammenwesens definieren.
- ◆ Die Studiengänge sind kompetenzorientiert und modularisiert zu konzipieren. Es ist anzustreben, die Modulleistungen kumulativ als Prüfungsleistungen für die staatliche berufszulassende Prüfung anzuerkennen und somit Doppelprüfungen, die sich aus dem Studium und der Berufszulassung ergeben, zu vermeiden. Eine solche Anerkennung von Leistungen könnte auch eine Doppelbelastung der Studierenden vermeiden. Das Studium sollte mit einer Bachelorarbeit abgeschlossen werden.

## Organisation der praktischen Ausbildung

Ein praxisintegrierendes Studium im Gesundheitsbereich zeichnet sich durch Besonderheiten aus, die von etablierten Studiengangskonstrukten abweichen. So muss die wissenschaftliche Qualifizierung mit einem hohen Praxisbezug in Einklang gebracht werden. Praxisphasen werden in der hochschulischen Hebammenausbildung beibehalten.

- ◆ Der Workload der praktischen Studienphasen ist auf einen Umfang von etwa 1/3 der Gesamtstundenzahl zu begrenzen (Wissenschaftsrat 2013).
- ◆ Im Unterschied zu herkömmlichen Bachelorstudiengängen erfordert die hohe Praxisrelevanz in Hebammenstudiengängen Lerneinheiten mit kleinen Gruppengrößen. Die Berechnung des Curricularnormwertes sollte daher analog zu Medizinstudiengängen erfolgen.
- ◆ Das Studium verknüpft von Beginn an wissenschaftliche Lehre mit praktischen Fertigkeiten. Dies erfordert die Einrichtung von hebammenwissenschaftlichen Skills-Labs an den Hochschulen (Wissenschaftsrat 2012). Dazu gehören neben den bekannten Möglichkeiten für das Lernen in geburtshilflichen Szenarien auch Lernsettings für die gesamte reproduktive Lebensphase von Frauen, ihren Kindern und Familien.
- ◆ Der organisatorische Aufwand für die Verzahnung von Theorie und Praxis kann kapazitätsrechtlich kaum abgebildet werden (Bertholt, Leichsenring, Kirst & Voegelin 2009). Für die Akquise und Koordination der Kooperationspartner und die Gewährleistung eines qualitativ hochwertigen Theorie-Praxis-Transfers sind daher ausreichende personelle Ressourcen einzuplanen. Die Einrichtung von Stabsstellen mit fachlich und pädagogisch qualifizierten Personen zur Begleitung und Koordination der praktischen Ausbildung ist anzustreben.
- ◆ Die praktische Anleitung in den Kooperationseinrichtungen muss durch ausgebildete Praxisanleiterinnen gewährleistet werden.

## Qualifikation der Lehrkräfte

- ◆ Bei der Überführung der fachschulischen Hebammenausbildung an die Hochschulen muss eine Integration der personellen Ressourcen und der Expertise der Hebammenschulen angestrebt werden.
- ◆ Lehrkräfte für besondere Aufgaben (LfbA) sind nach § 56 des Hochschulrahmengesetzes (1976; aktualisiert 2007) geeignet, die akademische Lehre in der Praxis zu unterstützen. Diese sollen an den Hochschulen für Angewandte Wissenschaften in Studienprogrammen auf Bachelor-Niveau eingesetzt werden, um den besonderen personellen Anforderungen eines praxisintegrierenden Hebammenstudiums gerecht zu werden. So sollten die an Hebammenschulen tätigen Lehrenden für Hebammenwesen mit akademischem Abschluss an den Hochschulen als LfbAs beschäftigt werden. Im Sinne der Besitzstandswahrung können Lehrpersonen ohne akademischen Abschluss in der Übergangsphase für besonders praxisbezogene Lehranteile in der Theorie, für Koordinationsaufgaben und für die Anleitung während der praktischen Studienphasen eingesetzt werden.

# Sektionen

- ◆ Kooperationen der Hochschulen mit bisherigen Trägern der fachschulischen Ausbildung (Kliniken) erscheinen sinnvoll, um die Weiterbeschäftigung der Lehrenden über eine Arbeitnehmerüberlassung bzw. einen Gestellungsvertrag zwischen Hochschule und Klinik zu gewährleisten.
- ◆ Für den nachträglichen Erwerb eines wissenschaftlichen Abschlusses auf Bachelorniveau für Lehrende der Hebammenschulen bietet sich eine Übergangsfrist an. Hierfür sollten überregionale Nachqualifizierungsprogramme entwickelt bzw. ausgebaut und finanziert werden.
- ◆ Für die mittel- und langfristige personelle Absicherung der Lehre durch promovierte Hebammenwissenschaftlerinnen sollten Förder-/ Promotionsprogramme eingerichtet werden.

## Qualitätssicherung

- ◆ In der Sektion Hochschulbildung der DGHWi e.V. sind die Professorinnen für Hebammenwissenschaft und die Studiengangsleitungen/ Studienbereichsleitungen der Hochschulen mit hebammenwissenschaftlichen Studiengängen auf Bachelor- und Masterebene in Deutschland organisiert. Die hier vorhandene wissenschaftliche sowie hochschulische Expertise sollte entsprechend der Empfehlungen des Wissenschaftsrates (2012) in den Prozess der Novellierung des Hebammengesetzes involviert sein. Die Hebammenwissenschaftlerinnen sollten zukünftig in Evaluation und Weiterentwicklung der hochschulischen Hebammenausbildung einbezogen werden.

*Dr. Gertrud M. Ayerte*  
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

*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

- ◆ Ebenso sollten die Vertreterinnen der Sektion Hochschulbildung an der Novellierung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung beteiligt werden. Bei der Ausarbeitung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist zu beachten, dass die konkrete Ausgestaltung von Modulen und Prüfungen in den Verantwortungsbereich der Hochschulen fällt.

## Finanzierung

- ◆ Die Finanzierung der Studiengänge muss grundsätzlich über die Länder erfolgen.
- ◆ Für die angemessene räumliche, sachliche und personelle Ausstattung der Studiengänge ist eine Anschubfinanzierung an den Hochschulen, auch für bereits bestehende Studiengänge, erforderlich.

<sup>1</sup> 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.

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

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

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

*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  
Sprecherin der Sektion Hochschulbildung der DGHWi

## Zur Stellungnahme der DGHWi zum Konzeptentwurf des IQWiG für ein Nationales Gesundheitsportal

Evidenzbasierte, adressatengerechte, verlässliche und leicht zugängliche Präventionsangebote und Gesundheitsinformationen nach qualitätsgesicherten Standards zu erstellen und der Bevölkerung anzubieten, stellt heute eine vordringliche Aufgabe dar. Gerade in Fragen der Familienplanung und Verhütung sowie in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit besteht ein großer Informationsbedarf bei den Nutzerinnen, ihren Partner/innen und den Angehörigen als Voraussetzung für eine informierte Entscheidung. So werden diese Herausforderungen beispielsweise im Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ benannt, deren gemeinsames Ziel darin besteht, physiologische Prozesse und das Wohlbefinden zu fördern und die Gesundheit zu erhalten.

Das Nationale Gesundheitsportal geht auf eine Initiative des Bundesgesundheitsministers Gröhe und der von ihm in 2017 initiierten „Allianz für Gesundheitskompetenz“ zurück, die zum Ziel hat, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu erhöhen. Dieses Anliegen wird im Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(innen)Souveränität stärken“ von 2003 zum Ausdruck gebracht.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat vor diesem Hintergrund im März 2017 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragt, ein Konzept für ein webbasiertes nationales Gesundheitsportal zu erstellen.

Auf einer zentralen Internet-Plattform sollen allen Bürgerinnen und Bürgern evidenzbasierte Gesundheitsinformationen zugänglich gemacht und so die individuelle Gesundheitskompetenz gesteigert werden. Vorgesehen sind bisher sieben Module:

- ◆ evidenzbasierte Gesundheitsinformation
- ◆ evidenzbasierte Prävention
- ◆ Navigation zu persönlichen/ telefonischen Beratungsangeboten
- ◆ Navigation zu Kliniken, Ärzten, Pflegeeinrichtungen und anderen Angeboten der Gesundheitsversorgung
- ◆ Navigation zu laufenden klinischen Studien
- ◆ Navigation/ Erläuterungen der Strukturen des Gesundheitswesens
- ◆ Bewertung aktueller Medienberichte

Zur Qualitätssicherung sollen u.a. nur Beiträge von sogenannten Content-Partnern Berücksichtigung finden, welche an Evidenz orientiert sind und ein Akkreditierungsverfahren durchlaufen. Noch unbeantwortet sind zentrale Fragen wie Rechtsform, Trägerschaft, Finanzierung, Datenschutz, wissenschaftlicher Beirat und kontinuierliche Pflege.

Vorbilder für nationale Gesundheitsportale gibt es bereits in anderen Ländern wie Dänemark, Österreich oder Australien.

Die DGHWi benennt in der Stellungnahme wichtige Aspekte, die bei der Planung und Umsetzung des Portals beachtet werden sollten.

*Dipl. med. päd. Sabine Striebich*

## Stellungnahme zum „Konzept für ein Nationales Gesundheitsportal“ Konzeptentwurf: P17-02 Version 2.0 vom 13.02.2018, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

*Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.*

10.03.2018

Die DGHWi begrüßt und unterstützt die Entwicklung eines Konzeptes für ein Nationales Gesundheitsportal wie im Konzeptentwurf P17-02 vorgestellt. Die Stellungnahme ist in die Anteile „Allgemeine Anmerkungen zum Konzeptentwurf“ sowie „Konkrete Anmerkungen zur inhaltlichen Ausrichtung“ untergliedert.

### 1. Allgemeine Anmerkungen zum Konzeptentwurf

In den allgemeinen Anmerkungen zum Konzeptentwurf benennt die DGHWi hebmamwissenschaftlich relevante Aspekte, die bei der Konzeption eines Nationalen Gesundheitsportals aus Sicht der Fachgesellschaft besonders zu beachten sind.

#### 1.1 Sicherung der Qualität

Der Konzeptentwurf sieht die Verpflichtung vor, dass alle Inhalte, die von Content- Partnern auf einer kooperativen Plattform bereitgestellt werden, nach festgelegten Qualitätsstandards erarbeitet werden. Zudem soll die Arbeitsweise der Content-Partner anhand eines publizierten Methodenpapiers nachvollziehbar sein. Die Content-Partner sollen einen Akkreditierungsprozess durchlaufen [10, S. 30]. Die DGHWi befürwortet dieses transparente und Qualität sichernde Vorgehen.

#### 1.2 Finanzierung

Für eine langfristige Stabilität des Nationalen Gesundheitsportals spielt die Frage der Finanzierung eine zentrale Rolle. Das Portal sollte möglichst unabhängig von politischen Wahl- und Amtsperioden sowie Beiträgen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen sein. Es sollte auch keine Werbung enthalten.

Für die Nutzer/innen sollte der Dienst keine zusätzlichen Kosten verursachen. Es wäre empfehlenswert zu prüfen, wie auf bereits vorhandene Informationen bspw. der Stiftung Warentest und der BZgA ressourcenschonend aufgebaut werden könnte. Die Überlegung bisherige mit Zusatzkosten verbundene Angebote für die Nutzer/innen kostenfrei einzubinden, sollte weiterverfolgt und wo möglich ausgebaut werden.

Eine zentrale Frage ist, welche Ressourcen auf Seiten der Content-Partner aufgebracht werden müssen und wie diese finanziert werden. Bei der Festlegung von Qualitätsstandards sollten die Machbarkeit und Wirtschaftlichkeit unbedingt Berücksichtigung finden, damit sich Aufwand und Kosten des Akkreditierungsverfahrens in einem angemessenen Rahmen halten.

Es ist zu prüfen, ob das Löschen zuvor erarbeiteter und bereits bereitgestellter Arbeiten eines Content-Partners wirklich erforderlich ist, im Fall, dass dieser erst im späteren Verlauf einen weiteren Akkreditierungszyklus nicht durchläuft etwa aufgrund ungenügender Ressourcen (z.B. zeitlich, personell oder finanziell).

### 1.3 Achtsamkeit in Bezug auf die Formulierung der Zielgruppe

Die vorgesehene Maßgabe der frühzeitigen und konsequenten Einbindung der Zielgruppen bei der Erstellung der Inhalte zur Sicherung von Nutzungsfreundlichkeit, Gebrauchstauglichkeit und Zugänglichkeit [10, S. 19] sowie bei der Evaluation und Weiterentwicklung [10, S. 22] unterstützt die DGHWi in hohem Maße, da dies auch aus Sicht der Hebammenforschung als grundlegend anzusehen ist, um eine Anpassung an die Präferenzen der Nutzerinnen zu realisieren [3]. Die DGHWi unterstützt die Forderung unabhängiger frauengesundheitspolitischer Organisationen, die Informationsbedürfnisse von Frauen mit Gewalterfahrungen, mit Behinderung oder mit psychischer Erkrankung besonders zu beachten [1,2].

### 1.4 Berücksichtigung von Menschen mit Behinderungen

Als Zielgruppen [10, S. 28] sollten Menschen mit Behinderungen bzw. Menschen, welche von Behinderung bedroht sind, mit aufgenommen werden. Diesen Nutzer/innen einen gleichberechtigten Zugang zu Information und Kommunikation einschließlich deren Technologien und Systeme mit umfassender Barrierefreiheit zu ermöglichen, ist Teil der UN-Behindertenrechtskonvention und im Behindertengleichstellungsgesetz festgeschrieben [4,17]. Die genannte Berücksichtigung der BITV stellt hier eine begrüßenswerte Grundlage dar. Unter Einbindung dieser Zielgruppe könnten die Informationen zum Beispiel in „Leichter Sprache“ verfasst werden [11].

### 1.5 Berücksichtigung von Nutzer/innen verschiedener Altersgruppen

Als weitere relevante Zielgruppen sollten neben Menschen mit hohem Alter auch jene im Kindes- und Jugendlichen-Alter mit aufgenommen, genannt und angemessen berücksichtigt werden. Gerade diese Altersgruppen nutzen das Internet intensiv [13] und sollten auf diesem Weg Zugang zu evidenzbasierter Information in für sie ansprechender Form finden können. Die an anderer Stelle genannte Plattform [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de) enthält z.B. auch bereits Informationen für diese Zielgruppe [19]. Indirekt können so nicht nur die jungen Nutzer/innen selbst, sondern mittelbar auch weitere relevante Zielgruppen im sozialen Umfeld erreicht werden, die selbst nicht das Internet als Informationsquelle nutzen. Gerade unter dem Präventionsaspekt sollte hier die Chance auf gesundheitsförderndes Verhalten genutzt werden [19].

Die DGHWi betont, dass jedoch nicht nur diejenigen Nutzer/innen, „mit geringer Gesundheitskompetenz [...] und jene, die häufig Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen haben“ [10, S. 18] fokussiert werden sollten, sondern auch diejenigen, die häufig nach Informationen suchen. Auch diese stellen eine wichtige Zielgruppe dar.

### 1.6 Verwendung einer gendersensiblen Sprache

Die DGHWi weist darauf hin, stets eine gendersensible Sprache anzuwenden – im Konzept werden nur gelegentlich beide Geschlechter genannt, sondern von Ärzten, Nutzern etc. gesprochen.

### 1.7 Präsentation des Angebots in abwechslungsreichen Formaten

Da sich, wie im Konzeptentwurf ausgeführt, die Informationsbedürfnisse der Nutzer/innen unterscheiden, empfiehlt die DGHWi, verschiedene Informationsstufen anzubieten sowie abwechslungsreiche Formate wie Informationsgrafiken oder Videos einzusetzen [10, S. 64].

## 2. Konkrete Anmerkungen zur inhaltlichen Ausrichtung

In den konkreten Anmerkungen zum Konzeptentwurf benennt die DGHWi hebammenwissenschaftlich relevante Aspekte, die bei der Konzeption eines Nationalen Gesundheitsportals aus Sicht der Fachgesellschaft in Bezug auf die inhaltliche Ausrichtung besonders zu beachten sind.

Die DGHWi unterstützt die Konzeption der Portalmodule, da die Weitergabe sowohl evidenzbasierter Gesundheitsinformationen als auch Informationen zu evidenzbasierter Prävention als wichtig erachtet wird. Es könnten jedoch auch Beispiele von Werbung für Mittel mit angeblich gesundheitsfördernder Komponente bewertet und die zum Teil enge Verzahnung von Information und Herstellerfirmen thematisiert werden.

### 2.1 Fokus auf Frauen und Partner/innen in der reproduktiven Lebensphase

Aus Sicht der DGHWi haben Frauen und ihre Partner/innen in der reproduktiven Lebensphase ein Bedürfnis nach Gesundheitsinformationen zu den Themen Familienplanung und Verhütung. In der Schwangerschaft stehen einerseits präventionsorientierte Inhalte im Vordergrund, wie Lebensführung (inkl. Ernährung und Sport), Methoden der Geburtsvorbereitung, Gestaltung der Schwangerenvorsorge oder der Umgang mit schwangerschaftsbedingten Beschwerden.

Andererseits gibt es auch einen großen Bedarf an Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen. Dieser Bedarf erstreckt sich von Fragen der Pränataldiagnostik über die Gestaltung der Versorgung durch Hebammen, auch bei vorbestehenden chronischen oder akuten Erkrankungen in der Schwangerschaft, bis zur informierten Entscheidung zu Interventionen vor, während und nach der Geburt sowie den ersten Lebensmonaten mit dem Kind bis zum Ende der Stillzeit.

Ein Bedarf an Entscheidungshilfen besteht zum Beispiel zur Geburtseinleitung bei Terminüberschreitung, bei vorangegangener oder geplantem Kaiserschnitt, zur Geburtsplanung bei Beckenendlage, bei Zwillingsgeburt und bei Verdacht auf Makrosomie. Aus Sicht der DGHWi sollten für Empfehlungen insbesondere auch PRO (Patient Reported Outcomes), also psychosoziale Konstrukte wie Lebensqualität, Patientinnenpräferenzen, Patientinnenzufriedenheit oder wahrgenommene Krankheitssymptome herangezogen werden. Aus Sicht der DGHWi gilt es auch ethische Fragen mit zu berücksichtigen und Herangehensweisen aufzuzeigen.

### 2.2 Hilfe zur Selbsthilfe

Neben der wissenschaftlichen Aufarbeitung von Gesundheitsinformationen durch Gesundheitsprofessionen sollte auch der Aspekt Selbsthilfe im Portal Berücksichtigung finden, um eine optimale Integration von erfahrungsbasiertem Wissen zu gewährleisten, was vor allem durch die Selbsthilfe besonders geleistet werden kann [16].



## 2.3 Ressource Hebammenwissenschaftler/innen

Aus Sicht der DGHWi ist zu empfehlen, ergänzend zu den themenbezogenen Fragen der Nutzer/innen auch die fachliche Expertise von Hebammenwissenschaftlerinnen heranzuziehen, um die thematischen Inhalte didaktisch zu analysieren und eine umfassende Darstellung möglichst aller Nutzer/innen-relevanten Inhalte zu erreichen. Auch epidemiologische Daten, wie z. B. Krankenkassendaten oder der für 2019 erwartete Frauengesundheitsbericht, sollten regelhaft herangezogen werden, um Bedürfnisse und Bedarfe zu ermitteln.

Die WHO betont die hohe Relevanz, grundsätzlich jeder Frau eine positive Geburtserfahrung zu ermöglichen und fordert die Implementation eines Frau-zentrierten, ganzheitlichen und menschenrechtsbasierten geburtshilflichen Versorgungsansatzes [18]. Die Förderung von physiologisch verlaufenden Schwangerschaften und Geburten ist ebenfalls programmatisches Ziel der deutschen Gesundheitspolitik [8]. Eine frühzeitige Hinzuziehung von Hebammenwissenschaftlerinnen bei der Konzeption des Portals kann eine kompetenzfördernde und ressourcenstärkende Ausrichtung der Inhalte sicherstellen, die im Sinne eines Empowerment-Ansatzes Schwangere dabei unterstützt, gesund zu bleiben, die Lebensphase Schwangerschaft und Geburt eigenverantwortlich zu gestalten und informierte Entscheidungen zu treffen.

Die fachliche Expertise von Hebammenwissenschaftlerinnen bietet das Potential, die thematischen Inhalte didaktisch zu analysieren und eine umfassende Darstellung möglichst aller Nutzerinnen-relevanten Inhalte zu erreichen. Bei der praktischen Umsetzung unterstützt die DGHWi gerne.

## 2.4 Berücksichtigung der Perspektive der Content-Partner

In der Planung und Umsetzung sollte auch auf Ebene der einzelnen Module die Perspektive der jeweiligen Content-Partner eine zentrale Rolle spielen. Beispielsweise ist im Konzeptentwurf keine Aussage zu finden, durch wen und wie die eingesetzten Ressourcen des Content-Partners für die Arbeit für das Nationale Gesundheitsportal finanziert werden sollen. Die Content-Partner stellen eine heterogene Gruppe dar, die ebensolche Voraussetzungen mitbringen (Größe, Strukturen, Ressourcen wie finanzielle Ausstattung, Prozesse wie Abstimmungsverfahren etc.). Dies gilt in der Festlegung von Prozessen, Umfängen und zeitlichen Vorgaben zur Reaktion und Bearbeitung zu berücksichtigen. Im Modul „Bewertung aktueller Medienberichte“ kann es beispielsweise für eine Content-Partner/in eine große Hürde darstellen, eine zeitnahe fachlich ausgearbeitete Bewertung zu erstellen.

Um eine zukunftsfähige und stabile Einrichtung und den Betrieb eines Nationalen Gesundheitsportals zu gewährleisten, sollte überprüft werden, welche Anteile ggf. nicht durch die Content-Partner, sondern z.B. durch Personal der Trägergesellschaft des Nationalen Gesundheitsportals oder als extern vergebene Dienstleistung erarbeitet werden können (z.B. die Navigator-Module, Pflege der Links).

Die DGHWi sieht hier, wie auch im Portalentwurf [10, S. 33] erwähnt, ein großes Potenzial hinsichtlich eines Nationalen Gesundheitsportals, die Orientierung für Nutzer/innen zu verbessern und passgenaue Angebote zu machen [10, S. 34]. Die DGHWi geht davon aus, dass Schwangere (etwa 700.000 jährlich in Deutschland) zu häufigen Nutzerinnen zählen, da Schwangerschaft und Geburt eine hohe Bedeutung und gesundheitliche Relevanz für Frauen haben, diese Lebensphase regelhaft durch eine medizinische Versorgung gekennzeichnet ist und

ein Arzt-besuch häufig Auslöser für die Informationssuche ist [21]. Der Informationsbedarf ist als hoch anzunehmen, wenn die Nutzerinnen sich in einem mittleren Lebensalter befinden und einen höheren Bildungsstand und Einkommen haben.

## 2.5 Aufbau von Navigatoren

Die DGHWi begrüßt den geplanten Aufbau eines Navigators, in welchem Angaben zu regionalen ambulanten und stationären Versorgungsangeboten enthalten sein sollen und verglichen werden können, um dem Informationsbedürfnis von Nutzer/innen entgegen zu kommen. Auf diesem Wege könnten Nutzer/innen auf besondere regionale Angebote hingewiesen werden, die sonst schwer zu finden sind, wie etwa Versorgungsnetzwerke oder Gesprächsangebote zu Angst vor der Geburt. Hier bietet sich die Chance der sektorenübergreifenden Information und Gesundheitsversorgung. Gleichzeitig stellt es eine große Aufgabe dar, komplexe regionale Angebote möglichst umfassend aufzulisten [14].

Ein Navigator, der verständliche Angaben zu laufenden klinischen Studien beinhaltet, stellt aus Sicht der DGHWi eine gute Ergänzung des Angebots dar, da es mittlerweile auch geburtshilfliche Forschungsprojekte wie die Be-Up Studie gibt ([www.be-up-studie.de](http://www.be-up-studie.de)).

Ebenso ist ein Navigator mit Informationen zu Strukturen des Gesundheitssystems aus Sicht der DGHWi geeignet, Nutzer/innen den Anspruch auf geburtshilfliche Vorsorge, Beratung und Betreuung berufsgruppenspezifisch zu erläutern sowie auch angrenzende Fragen, zum Beispiel sozialrechtlicher Art, mit abzudecken.

## 2.6 Tagesaktuelle Berichterstattung

Eine besondere Bedeutung kommt dem Modul zu, in welchem tagesaktuelle Medienberichterstattung kommentiert werden soll. Die DGHWi steht dem Vorsatz positiv gegenüber, in der Fachöffentlichkeit und gegenüber den Nutzer/innen mehr Klarheit zu Gesundheitsthemen durch qualitativ hochwertige Berichte bereitzustellen. Im Bereich Geburtshilfe finden abschreckende Geschichten eine besondere Verbreitung. Die DGHWi sieht hierbei die Herausforderung einer ausreichenden personellen Ausstattung.

## 3. Die Position der DGHWi

Die DGHWi fördert als wissenschaftliche Fachgesellschaft die Hebammenwissenschaft in Forschung, Lehre und Praxis [6]. Ein Schwerpunkt der Arbeit der DGHWi liegt in der Mitarbeit an Leitlinien und Empfehlungen. Nach ihrem Selbstverständnis möchte die DGHWi in einem konstruktiven Diskurs mit gesundheitspolitischen Institutionen zu einer bedarfsgerechten und effizienten geburtshilflichen Versorgung beitragen [9].

Aus Sicht der DGHWi stellt die niedrigschwellige Verfügbarmachung von wissenschaftlich belegten und unabhängigen Angeboten zu Prävention und Gesundheitsinformationen eine vordringliche Aufgabe dar, um die Informationskompetenz von Frauen in der reproduktiven Lebensphase und ihren Angehörigen zu stärken. Es ist bekannt, dass die Suche nach Gesundheitsinformationen im Internet heute für die Mehrheit der Bevölkerung alltäglich ist, die Nutzer/innen jedoch oftmals die Güte von Informationsangeboten im Internet nicht beurteilen können [5]. Die DGHWi vertritt eine salutogenetische und ressourcenorientierte Perspektive und fokussiert auf die Bedürfnisse und Bedarfe

von Frauen und ihren Angehörigen in der Zeit von Kinderwunsch und Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt bis zum Ende der Stillzeit.

Die DGHWi teilt den im Konzeptentwurf [10, S. 41] formulierten Bedarf an Qualitätsstandards für die Beratung von Nutzer/innen. Die DGHWi ist bereit, die Entwicklung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung von strukturierten Beratungsangeboten zu unterstützen, etwa zu Angst vor der Geburt oder von Versorgungskonzepten, etwa von „Continuity-of-care“-Modellen [15] oder zu Modellprojekten zur kooperativen Schwangerenvorsorge oder von Angeboten zur Geburtsvorbereitung [7,12].

#### 4. Fazit

Der vorliegende Konzeptentwurf des IQWiG zu einem Nationalen Gesundheitsportal stellt aus Sicht der DGHWi ein anspruchsvolles und fortschrittliches Projekt dar, welches geeignet ist, qualitativ hochwertige Informationsangebote den komplexen Anforderungen gemäß bereit zu stellen.

Die DGHWi spricht sich für eine Sicherung der Qualität aus, für eine transparente Klärung der Finanzierung auf verschiedenen Ebenen, für

eine kritische Reflektion der Zielgruppe unter besonderer Berücksichtigung von Menschen mit Behinderungen, Nutzer/innen verschiedener Altersgruppen sowie Schwangerer, gebärender und stillender Frauen. Die DGHWi steht für die Verwendung einer gendersensiblen Sprache sowie eine Präsentation des Angebots in abwechslungsreichen Formaten. Die konkreten Anmerkungen zur inhaltlichen Ausrichtung umfassen, dass die Konzeption des Portals unterstützt, die Perspektive der Content-Partner berücksichtigt werden und ein Fokus auf die Bedürfnisse und Fragen von Frauen und deren Partner/innen in der reproduktiven Lebensphase gelegt werden sollte. Die DGHWi bezieht neben der Hilfe zur Selbsthilfe klar Stellung für den Einbezug von Hebammenwissenschaftlerinnen an der aktiven Mitwirkung am Gesundheitsportal.

#### Autor/innen:

Dipl. Med. Päd. Sabine Striebich, Tanja Riese MSc, MBA, Dr. phil. Beate Ramsayer

#### Literatur:

1. Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. Maßnahmen zur Verbesserung der klinischen Geburtshilfe – Forderungskatalog an die Akteurinnen und Akteure. Fachgruppe Hebammen. Berlin 2018 Zugriff unter: <http://www.akf-info.de/portal/2018/01/18/massnahmen-zur-verbesserung-der-klinischen-geburtshilfe-forderungskatalog-an-die-akteurinnen-und-akteure/> [Zugriff am 05.03.2018]
2. Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. Von Vielem zu viel, von Wichtigem zu wenig. Versorgungsprobleme während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und die Folgen für die Frauengesundheit in Deutschland. Positionspapier der Fachgruppe Hebammen, Berlin 2016. [Zugriff März 2018]. Verfügbar unter: <http://www.akf-info.de/portal/2016/11/29/positionpapier-versorgungsprobleme-waehrend-schwangerschaft-geburt-und-wochenbett/>
3. Ayerle GM, Mattem E, Lohmann S. Prioritäre Themen für die Forschung durch Hebammen: Eine Analyse von Fokusgruppen mit schwangeren Frauen, Müttern und Hebammen. *GMS Z Hebmammenwiss* 2017;4: Doc04. DOI: <http://dx.doi.org/10.3205/zhwi000010>
4. Behindertengleichstellungsgesetz. [Zugriff März 2018]. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/bgg/BJNR146800.002.html>
5. Bertelsmann Stiftung. Spotlight Gesundheit: Gesundheitsinfos. Wer sucht, der findet – Patienten mit Dr. Google zufrieden [press release]. 2018. [Zugriff März 2018]. Verfügbar unter: [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BS/Publikationen/GrauePublikationen/VV\\_SpotGes\\_Gesundheitsinfos\\_final.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BS/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Gesundheitsinfos_final.pdf)
6. DGHWi. Wir über uns 2018. [Zugriff März 2018]. Verfügbar unter: <https://www.dghwi.de/index.php/ueber-die-dghwi>
7. Downe, S., Finlayson, K., Tuncalp, M., Gulmezoglu, 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 2016. *BJOG* 123 (4) 529-39. DOI: 10.1111/1471-0528.13819
8. Gesundheitsziele.de. Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung: Gesundheitsziel Nr. 9: Gesundheit rund um die Geburt. 2017. [Zugriff März 2018]. Verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales\\_Gesundheitsziel\\_Gesundheit\\_rund\\_um\\_dieGeburt.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_dieGeburt.pdf)
9. Greening M, Ramsayer B, Spikowski W. Die Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) hat ihr Leitbild verabschiedet. *GMS Z Hebmammenwiss* 2016;3: Doc01. DOI: <http://dx.doi.org/10.3205/zhwi000006>
10. IQWiG. Konzept für ein Nationales Gesundheitsportal. Konzeptentwurf P 17-02 2018. Verfügbar unter/available from: <https://www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/projekte/gesundheitsinformation/p17-02-konzept-fuer-ein-nationales-gesundheitsportal.7849.html>
11. Leichte Sprache, ein Ratgeber. [Zugriff März 2018]. Verfügbar unter: [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a752-ratgeber-leichte-sprache.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a752-ratgeber-leichte-sprache.pdf?__blob=publicationFile&v=3)
12. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal care- routine care for the healthy pregnant woman 2008. [Zugriff März 2018]. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0009601/>
13. Nutzertestung von Gesundheitsinformationen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Abschlussbericht. 2010. [Zugriff März 2018]. Verfügbar unter: [https://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/epidemiologie/public\\_health/downloads/KursbeschrMar2011/NutzertestungAbschlussberichtIQWiG\\_16\\_12.pdf](https://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/epidemiologie/public_health/downloads/KursbeschrMar2011/NutzertestungAbschlussberichtIQWiG_16_12.pdf)
14. Patienten First, Positionspapier aus der Reihe WiSo Diskurs, 03/2017. [Zugriff März 2018]. Verfügbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/13280.pdf>
15. Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., Devane, D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women 2016. *Cochrane Database Syst Rev* 4, CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5
16. Selbsthilfe im Gesundheitsbereich, Heft 23, aus der „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“, 2004. [Zugriff März 2018]. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/selbsthilfe.pdf;jsessionid=59C5265BF73230993AEC8D18518E1F5C.1\\_cid390?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/selbsthilfe.pdf;jsessionid=59C5265BF73230993AEC8D18518E1F5C.1_cid390?__blob=publicationFile)
17. UN-Behindertenrechtskonvention, Artikel 21. [Zugriff März 2018]. Verfügbar unter: <https://www.behindertenrechtskonvention.info/barrierefreiheit-3881/02.03.2018>
18. World Health Organization. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. [Zugriff März 2018]. Verfügbar unter: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
19. [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de), Kariesprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen. [Zugriff März 2018]. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitsinformation.de/kariesprophylaxe-bei-kindern-und-jugendlichen.2588.de.html?part=vorbeugung-cn>
20. [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de), Rauchen. [Zugriff März 2018]. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitsinformation.de/rauchen.2080.de.html>
21. Zschorlich B., Gechter D., Janßen, I.M., Swinehart, T., Wiegand, B., Koch, K. Gesundheitsinformationen im Internet: Wer sucht was, wann und wie? *ZEFQ* (109) 2: 144–152. DOI: 10.1016/j.zefq.2015.03.003

## Stellungnahme zum Vorbericht „Methodische Hinweise und Empfehlungen zur Erhebung und Darlegung des Umsetzungsstands der Qualitätsmanagement-Richtlinie“ des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vom 21. August 2017 (Stand 15.9.2017)

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

15.9.2017

### Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragte das IQTIG mit Beschluss vom 17. März 2016 mit der Entwicklung methodischer Hinweise und Empfehlungen gemäß Teil A § 6 Abs. 1 Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL). Diese sollen laut Beauftragung die Erhebung und Darlegung des Umsetzungsstands der sektorenübergreifenden QM-RL auf Basis einer Stichprobenerhebung der Leistungserbringer aus dem stationären Sektor, dem vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Sektor sowie dem vertragszahnärztlichen Sektor in jedem Bundesland ermöglichen.

Gegliedert ist diese Stellungnahme in einen 1. Teil mit generellen Anmerkungen, einen 2. Teil mit Darlegung der kritischen Überlegungen zum angedachten Konzept der Stichprobenmethode und einem 3. empfehlenden Teil.

### 1. Generelle Anmerkungen und Fragen der DGHWi

Die DGHWi bezieht sich in dieser Stellungnahme vorwiegend auf den stationären Sektor, speziell den geburtshilflichen Bereich mit Geburt, Wochenstation und Ambulanzen für Schwangere und/oder Wöchnerinnen. Im Jahr 2015 waren ca. 11.000 Hebammen bundesweit als angestellte (n=9.081) oder Beleg-Hebammen (n=1.838) in 542 geburtshilflichen Abteilungen in Voll- und Teilzeit tätig [1].

Nach dem Verständnis der DGHWi von Qualitätsmanagement (QM) können die vorgeschlagenen Fragebogen-Items die Umsetzung der QM-RL gut unterstützen. Sie sind nicht geeignet, konkrete Probleme bei der Umsetzung der QM-RL in einer Einrichtung vor Ort zu identifizieren. Dies entspricht auch nicht dem Auftrag des G-BA.

Ziel der Erhebung und Darlegung des Umsetzungsstands der QM-RL soll laut dem Vorbericht des IQTIG eine Darstellung des bisherigen Umsetzungserfolgs von QM-Maßnahmen der Einrichtungen sein, welche die Ableitung von gezielten Fördermaßnahmen der QM-Umsetzung durch die Institutionen auf Bundes- und Landesebene in den drei Sektoren (stationärer Sektor, vertragsärztlicher und vertragspsychotherapeutischer Sektor sowie vertragszahnärztlicher Sektor) erlaubt. Eine Prüfung und Bewertung des QM einzelner Einrichtungen wird nicht empfohlen, da die gezielte Förderung auf Grundlage valider Daten im Vordergrund stehen soll.

Es bleiben Fragen nach der grundsätzlichen Eignung der Items: werden die Kriterien der Bewertung tatsächlich Rückschlüsse auf den Umsetzungsstand erlauben? Sagt der so erhobene Umsetzungsstand etwas über den Durchdringungsgrad des QM in der jeweiligen Institution aus und ist Akkumulation aller Daten statthaft, wenn die Ergebnisse Hinweise zur Förderungsmaßnahmen in einzelnen Abteilungen durch die Institutionen auf Bundes- und Landesebene in den drei Sektoren für eine QM-RL erlauben sollen?

### Begründung:

Die Ausarbeitung der Items für die 14 QM-Maßnahmen ist gut gelungen und auch die spezifischen Anpassungen für die verschiedenen Sektoren sind sinnvoll umgesetzt.

Darüber hinaus empfiehlt die DGHWi aber auch die Berücksichtigung vorhandener Qualitätsberichte, Zertifikate, Gütesiegel, berufsrelevanter Gesetzesvorgaben z. B. aus dem Vertragsarztrecht (SGB V), staatlicher Normen oder der im Berufsrecht verankerten Vorgaben. Mit dem Argument fehlender durch den G-BA beschlossener Bewertungskriterien für Zertifikate und Gütesiegel wird ausgeblendet, dass schon vor der Einführung der QM-RL die Einrichtungen mit zielführenden QM Systemen gearbeitet haben. Die seit einigen Jahren positiven Entwicklungen der Einrichtungen im Gesundheitswesen hin zu Patientensicherheit und -orientierung, Prozessorientierung, Mitarbeiterorientierung, Kommunikation, Verantwortung und Führung beruhen ja gerade auf der Auseinandersetzung mit den Normen der DIN EN ISO 9000, KTQ Katalogen, EFQM, TQM oder Gütesiegel-Kriterien. Die hervorragenden Gütesiegel der Fachgesellschaften (z.B. Endoprothetik, Onkologie, Medizinische Rehabilitation in geprüfter Qualität) finden leider keine Erwähnung. So werden möglicherweise relevante Prozesse ignoriert, die die Einrichtungen weitergebracht haben und jetzt im Klinikalltag angekommen sind. Beispielsweise greift die DIN EN ISO Reihe, „das weltweit am meisten angewendete Modell“ [2, 3], zu der auch die Norm für das Gesundheitswesen EN 15224 zählt, die Grundsätze des Qualitätsmanagements auf: Kundenorientierung, Kontext des Unternehmens, Führung, Einbeziehung von Personen, Prozess Ansatz, Verbesserung und KVP, faktengestützte Entscheidungsfindung und Beziehungsmanagement.

Der DGHWi fehlt ein valider Rückschluss auf die Erfahrung der Kliniken mit der bisherigen Umsetzung der QM-RL. In Einrichtungen, die schon seit vielen Jahren ein funktionierendes QM-System praktiziert wird, könnte es bei der Übertragung der 14 Methoden des § 3 der QM-RL auf ihr etabliertes System zu Schwierigkeiten kommen. Rückschlüsse auf die Umsetzung der QM-RL wären in diesen Einrichtungen problematisch.

Da Infektions- oder Arbeitsschutzmaßnahmen ausgeklammert werden, können Probleme bei der Umsetzung im Rahmen vom QM nicht aufgezeigt bzw. Mängel von dem Ausfüllenden selbst nicht erkannt werden. Zudem scheint der DGHWi die Mitarbeiter- und Nutzer/innenperspektive zu kurz kommen. Da die Ziele der G-BA-Richtlinie die Verbesserung der Versorgung und die Organisationsentwicklung sind, sollten hierzu entsprechende Fragen/Items entwickelt werden.

Die DGHWi schlägt Items wie die Fragen nach Leitbildern, Ethik, Versorgungskonzepten, Teamentwicklungsmaßnahmen, Innovationen und Motivation vor. Wird mit den Instrumenten der Organisations-



entwicklung wie Projektmanagement, Strategieworkshops, Benchmarking und Changemanagement gearbeitet? Werden die Nutzer/innen der Gesundheitsleistungen aktiv einbezogen? Finden Selbsthilfegruppen, Patient/innenfürsprecher und Angehörigengruppen mit ihren Anliegen Gehör? Wie stellen die Einrichtungen fest, dass das Bewusstsein für die Qualität bei den Mitarbeitenden vorhanden ist? Wie werden die Mitarbeitenden zum Thema QM geschult? In wie weit bringen sich die Mitarbeitenden auf allen Hierarchieebenen an den Prozessen zur Erarbeitung und Aufrechterhaltung eines QM-Systems ein? Werden die Mitarbeitenden in die Selbstbewertungsmaßnahmen eingebunden?

In diesem Zusammenhang weist die DGHWi darauf hin, dass der 2. Erhebungsdurchlauf nach Ablauf von 2 Jahren früh angesetzt ist. Bei einer derart kurzen Zeitspanne ist bei der Bewertung der Ergebnisse zu berücksichtigen, dass sich eine Hausarztpraxis mit 5 Mitarbeitenden verbessert haben mag, in Kliniken diese Umsetzungsprozesse erfahrungsgemäß weitaus länger dauern [4].

Im Folgenden handelt es sich um Hinweise und Empfehlungen zur angedachten Erhebung. Dazu werden die bisher dargelegten Überlegungen des IQTIG aufgegriffen bzw. es wird auf mögliche Probleme hingewiesen. Dazu werden die Abschnitte benannt und der jeweilige Text zitiert, gefolgt von Anmerkungen sowie offenen Fragen der DGHWi.

## 2. Überlegungen zum Konzept der Erhebung

### 2.1 Verwendungszweck der Erhebung (S.14)

*„Aus diesen Anforderungen kann das Ziel abgeleitet werden, Umsetzungsdefizite von QM-Maßnahmen bei den Leistungserbringern zu identifizieren und damit einhergehend Förderbedarf bezüglich der Umsetzung von QM-Maßnahmen aufzudecken. Die Erhebung und Darlegung des Umsetzungsstands sollte also für die Trägerorganisationen des G-BA sowie für die Organisationen, die sich einrichtungsübergreifend an der Umsetzung von QM-Maßnahmen beteiligen, hilfreich sein bei der genaueren Identifikation von Schwierigkeiten, Hürden und Förderbedarf bei der Umsetzung von QM.“* – Und weiter:

*„Daher sollte es aus Sicht des IQTIG auch nicht um eine Sanktionierung von Umsetzungsdefiziten bei einzelnen Leistungserbringern gehen. Stattdessen sollte das Ziel sein, Förderbedarf bezüglich der Umsetzung von QM-Maßnahmen auf Ebene der Populationen der Leistungserbringer zu ermitteln.“*

Da die geplanten Befragungen sehr global ausgerichtet sind, werden tieferliegende Probleme nicht aufgezeigt und damit einhergehende Erkenntnisse werden nach Einschätzung der DGHWi eher ausbleiben. Das gilt insbesondere für den stationären Sektor, aber auch für größere ambulante Einrichtungen (z.B. MVZ).

Es ist aus der Sicht der DGHWi fraglich, ob die vorgesehene Befragung der QM-Beauftragten von Kliniken eine valide Erhebung des Umsetzungsstandes ermöglicht. Die DGHWi erachtet es als problematisch, die Befragung auf Einrichtungen als Ganze und nicht auf Einzelbereiche zu beziehen. Neben den QM-Beauftragten sollten auch Abteilungsleitungen in die Befragung einbezogen werden. Im Einzelnen stellen sich folgende offene Fragen:

Wie kann aus den Antworten abgelesen werden, ob es in unterschiedlichen Abteilungen der Klinik (z.B. insbesondere den Intensivabteilungen wie Notaufnahme, ITS, OP-Bereich, Geburtshilfe,...) sowie in angegliederten Instituten oder Außenstellen (z.B. Pathologie, Labor) jeweils zur ausreichenden Umsetzung der QM-RL kommt?

Auch wenn die Möglichkeit eines Vergleichs zwischen dem stationären Sektor, dem vertragsärztlichen Sektor und dem vertragszahnärztlichen Sektor nicht explizit als Ziel in der Beauftragung des IQTIG durch den G-BA formuliert wurde, so ist das Vergleichen einzelner Klinikbereiche/-abteilungen nicht explizit ausgeschlossen und deren Einbeziehung könnte überdacht werden.

Die vom IQTIG auf S. 60 angedachte Subgruppenanalyse ist deshalb sehr zu unterstützen, weitere Parameter als die Patientenfälle, wie zum Beispiel die Anzahl der fachlich ausgebildeten Mitarbeiter/innen bezogen auf die Patientenfälle, wären wünschenswert. Auch wenn das IQTIG selbst die Limitationen ausweist (S. 71 ff.) könnten insbesondere Items zu Strukturparametern in die Befragung einfließen.

Es sagt beispielsweise wenig über das Klinik-QM aus, ob in einer Einrichtung 500 Geburten oder 5.000 Geburten betreut werden. Zusätzlich zu den Patientenfällen muss es verknüpfende Aussagen zur Strukturqualität geben wie z.B. im Fall der Geburtshilfe: Anzahl der Mitarbeitenden (Hebammen, Fachärzte, Assistenzärzte). Deswegen schlägt die DGHWi vor, die Items um die wichtige Frage nach der Personalplanung zu erweitern.

### 2.2 Empfehlungen zur Umsetzung der Befragung (S.19, 20)

*„Die Bearbeitung durch mehrere Personen scheint gerade für den stationären Sektor ein realistisches Szenario zu sein, auch wenn das IQTIG empfiehlt, dass der Fragebogen grundsätzlich von den QM-Beauftragten ausgefüllt werden sollte.“*

Für den stationären Sektor erscheint diese Formulierung zu unspezifisch. Die DGHWi geht davon aus, dass hier die QM-Beauftragten einzelner Abteilungen gemeint sein müssten, um detaillierte Kenntnisse des Umsetzungsstandes voraussetzen zu können. Da von einem unterschiedlichen Umsetzungsstand in verschiedenen Abteilungen der gleichen Einrichtung auszugehen ist, tut sich allerdings das Problem auf, wie diese Unterschiede im Fragebogen abgebildet werden. Das Ergebnis werden Mittelwerte sein, es wird vermutlich eher zu einer sozial erwünschten Antwort tendiert.

Meint das IQTIG mit der Mehrzahl „QM-Beauftragte“ die QM-Abteilung einer Klinik, würde die DGHWi eine entsprechend differenzierte Benennung befürworten.

### 2.3 Fragebogen für den klinischen Sektor / Anhang A zum Vorbereicht: Itemsammlungen

Es fehlen Fragen danach, ob die Umsetzung der RL durch bestimmte Faktoren erschwert oder gar nicht möglich ist. Aus der Sicht der DGHWi fehlen insbesondere Items hinsichtlich der Kommunikation in den Einrichtungen und der internen Qualitätssicherung, wie den folgenden Vorschlägen zu entnehmen ist.

**Zu 1:** Es fehlt die Frage nach dem Schwerpunkt der Einrichtung und ob es ein Haus der Regel- oder Maximalversorgung ist. Erfahrungsgemäß begründet dies gravierende Unterschiede (Dies gilt auch für die ambulanten Einrichtungen.).



Es fehlt die Frage nach speziellen Zertifizierungen und Gütesiegeln einzelner Abteilungen.

Es fehlt die Frage nach dem QM-Verständnis der Einrichtung. Hierbei ist wichtig, wie die Mitarbeiter/innen einbezogen werden und ob es QM-Schulungen gibt.

**Zu 2.2:** Hier fehlt ein Feld für Freitext, um konkreter zu begründen: z.B. Wer misst die Ziele? Gibt es einen definierten Soll-Zustand? Gibt es eine Begründung, warum bestimmte Maßnahmen nicht umgesetzt werden konnten? Freitextfelder wären auch für andere Fragen im Bogen sinnvoll.

**Zu 2.3:** Es fehlen Fragen nach den einzelnen Abteilungen. Allgemeine Aussagen können nicht getroffen werden bzw. sind nicht sinnvoll. Allein für die Geburtshilfe hier beispielhaft:

- Sprechstunde zur Geburtsplanung
- Notaufnahme über Rettungsstelle oder direkt im Kreißaal
- Schwangerenambulanz ausgelagert oder direkt im Kreißaal
- Anmeldung zur Geburt (Aushändigung Aufklärungspapiere) regulär eingerichtet.

In Abteilungen mit bildgebenden Verfahren wie Ultraschall, Röntgen, MRT/CT mischen sich ambulante und stationäre Nutzungen. Die Prozedere der Terminvergaben und die Wartezeiten sind in einem Kreißaal andere als in einer Röntgenabteilung oder der Anästhesie-Sprechstunde bei präoperativer Planung.

**Zu 3.3:** Die Formulierung „Selbstbewertung“ ist zu unspezifisch. Hier kann die Bewertung der Stabstelle QM oder einzelner Abteilungen gemeint sein. Die jeweiligen Selbstbewertungen würden vermutlich unterschiedlich ausfallen.

**Zu 4.3:** Es fehlen Fragen danach, wie Kommunikationsebenen in den Abteilungen und der Informationsaustausch zwischen den Professionen geregelt sind. Es fehlen Fragen nach Kompetenzabgrenzungen und Entscheidungsfindung.

**Zu 5.3:** Bei den Aufzählungen fehlen als wichtige Punkte im Zusammenhang mit der ISO und dem Risikomanagement bzw. sind zu spezifizieren:

- Schulungen, Fort- und Weiterbildungen
- Notfallmanagement erscheint als Begriff zu wenig differenziert.
- Nicht nur die Einarbeitung ist wichtig, sondern auch die der Umgang mit Mitarbeitern, die das Krankenhaus verlassen und deren Kompetenzen damit der Einrichtung verloren gehen.
- Wissensmanagement

**Zu 5.4:** Insbesondere für das Notfallmanagement fehlen

- Flussdiagramm
- Algorithmus

als QM-Instrumente, die „auf einem Blick“ informieren.

**Zu 6.1:** Es fehlen

- Entlassung – Weiterbehandlung, Konzile
- Tumor Boards (Fachübergreifende digitale Konferenzen)
- Sterbe- und Trauerbegleitung, Seelsorger(in), Hospiz

**Zu 6.4:** Diese Fragen sind bereits von der Realität überholt. Ab dem 1.10.2017 ist das Entlassmanagement auf der Rechtsgrundlage des

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und SGB V § 39 Abs.1a Satz 9 mit einem dazu geschlossenen Rahmenvertrag [5] für alle Abteilungen verpflichtend. Sie müssen Strukturen schaffen, um die Weiterversorgung sicher zu stellen: bspw. Wochenbettambulanzen, Vermittlung ambulanter Hebammen für die Betreuung im Wochenbett oder Verweis an niedergelassene Kinderärzte für den nächsten Vorsorgetermin.

**Zu 7.1:** Es fehlt

- Checklisten (CL) für Entlassung

**Zu 7.4:** CL im OP sind laut der QM-RL verbindlich vorgeschrieben [6]. Wer wird hier die Frage verneinen? Es ist zu prüfen, ob dieses Problem auf weitere Items zutrifft.

**Zu 9:** Es fehlt bei Fortbildung der Bereich der Fortbildungsevaluation. Ein Item zum Wissensmanagement sollte eingefügt werden. Wie wird gesichert, dass das erlangte Wissen weitergegeben wird (Wissensmanagement)? Ein weiterer wichtiger Punkt sind Simulationstrainings. Finden diese regelmäßig statt?

**Zu 10.2:** Es fehlen die Fragen: Wie wurde die Patientenbefragung durchgeführt, schriftlich oder mündlich? Wird die schriftliche Befragung generell vorausgesetzt?

**Zu 11.6:** Es fehlen die Fragen: Durften die Mitarbeiter/innen sich an der Qualitätssicherung beteiligen? Gibt es ein betriebliches Gesundheitsmanagement?

**Zu 12.9:** Hier ist die Trennschärfe zwischen Patienten-Versorgung und -Orientierung nicht gegeben. Dies sollte klarer formuliert werden.

**Zu 13.5:** Die Patientinformationen sind in der Regel extern erstellt, das Haus oder die Mitarbeiter/innen haben keinen oder nur geringen Einfluss auf die Gestaltung oder Inhalte. Die Frage trägt nicht zur Einschätzung des Förderbedarfs zur Umsetzung der QM-RL bei.

**Zu 14.3:** Hier fehlen Fragen nach dem Vorgehen bei Besprechungen (Fallbesprechung ohne Schuldzuweisung).

**Zu 15:** Es fehlen Fragen danach, wie die korrekte Bearbeitung des Fehlermeldesystems sichergestellt wird und wie es für das weitere Wissensmanagement eingesetzt wird.

**Zu 16.1:** Es fehlen diese Fragen: Findet regelmäßig Training von Notfällen statt? Gibt es Fortbildungen zur Kommunikation/fachübergreifenden Zusammenarbeit in Notfällen? Wie werden Notfälle eingeschätzt (gibt es z.B. ein Ampelsystem)?

**Zu 17:** Es fehlen diese Fragen: Wird im Hygienebereich mit externen Dienstleistern zusammengearbeitet (z.B.: Reinigungskräfte, Wäschedienste)? Wie wird sichergestellt, dass diese sich an die gesetzlichen Vorgaben halten? Wie wird das kontrolliert und wer ist in Ihrer Einrichtung dafür verantwortlich?

**Zu 18.2:** Hier fehlen die Fragen nach der Einbeziehung der Patient/innen sowie der Abgleich zwischen Anamnese und Medikamentenplan.

**Zu 19:** Bei den Fragen zum Schmerzmanagement ist offenbar die akute Schmerzbehandlung nicht mitgedacht (z.B.: nach OP im Aufwachraum, bei Geburt, nach Unfall bei Aufnahme in Rettungsstelle).

## 2.4 Fragebogen für den vertragsärztlichen Sektor / Anhang A zum Vorbericht: Itemsammlungen

**Zu 1.2:** Für eine angedachte Subgruppenanalyse sollte der Punkt „sonstiger Versorgungsbereich“ eventuell differenziert abgefragt werden (z.B. mit diesen Fachrichtungen: Kinder- und Jugendärzte, Augenärzte, Radiologen, Internisten, Orthopäden).

## 2.5 Überlegungen zur Stichprobe und Befragungsintervall

**Einrichtungsbefragung (S. 18):** „Das IQTIG empfiehlt daher, mit einer umfassenden Einrichtungsbefragung in einem 2-Jahres-Turnus auf Basis von Stichproben den Umsetzungsstand der QM-RL darzustellen. Die vorgeschlagenen Instrumente zur Einrichtungsbefragung sollen bezogen auf die Inhalte der QM-RL sektorgleich sein, in der Erfassung des konkreten Umsetzungsstands jedoch an die sektorspezifischen Besonderheiten angepasst sein.“

**Stichprobenkonzept und Erhebungsintervall (S. 48):** „Um den Umsetzungsstand der QM-RL bei den etwa 2.000 von der Richtlinie betroffenen Krankenhäusern, bei den etwa 104.000 vertragsärztlichen Praxen und Medizinischen Versorgungszentren sowie bei den etwa 44.000 vertragszahnärztlichen Praxen zu erfassen und darzustellen, eignet sich in Anbetracht der Größe der Populationen, über die eine Aussage getroffen werden soll, ein Stichprobenverfahren. Eine Vollerhebung würde einen nicht zu rechtfertigenden Erhebungsaufwand bedeuten, während ein Stichprobenverfahren ebenso belastbare Aussagen über den Umsetzungsstand in der Population der Leistungserbringer erlaubt.“ (S.53) „Des Weiteren spricht für einen Abstand von mehr als einem Jahr zwischen den Befragungen, dass substantielle Veränderungen in der Umsetzung von QM eher in größeren Zeiteinheiten erwartet werden und dass wiederholte Erhebungen eines unveränderten Sachstands – besonders im stationären Bereich, in dem die Einrichtungen öfter Teil der Stichprobe werden – die Akzeptanz der Befragung schmälern können.“

## Literatur

1. Statistisches Bundesamt, destatis (2017): Fachserie 12 Reihe 6.1.1 Grunddaten Krankenhäuser, darin Tab.-Blatt 2.6.1 und 2.6.3.1 <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser.html> (Stand 6.9.17)
2. Deutsches Institut für Normung e. V. (2015): DIN EN ISO 9001:2015: Qualitätsmanagement-Anforderungen, Beuth Verlag Berlin.
3. Deutsches Institut für Normung e. V. (2012): DIN EN 15224:2012: Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung - Qualitätsmanagementsysteme, Beuth Verlag Berlin.
4. Birgit Ertl-Wagner, Sabine Steinbrucker, Bernd C. Wagner:(2013) Qualitätsmanagement und Zertifizierung: Praktische Umsetzung in Krankenhäusern, Reha-Kliniken, stationäre Pflegeeinrichtungen, Springer Verlag München.
5. Erweitertes Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung (2016): Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach §39 Abs. 1a S.9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement). [http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag\\_Entlassmanagement.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf) (Stand 6.9.2017)
6. Gemeinsamer Bundesausschuss (2016): Änderungsbeschluss zur Richtlinie Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL, Stand: 17. Dezember 2015 des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL); [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2723/2016-09-15\\_QM-RL\\_Erstfassung-Aenderungbeschluss-2015-12-17.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2723/2016-09-15_QM-RL_Erstfassung-Aenderungbeschluss-2015-12-17.pdf) und [https://www.gba.de/downloads/62-492-1296/QM-RL\\_2015-12-17\\_iK-2016-11-16.pdf](https://www.gba.de/downloads/62-492-1296/QM-RL_2015-12-17_iK-2016-11-16.pdf) (Stand 6.9.2017)

Die DGHWi empfiehlt eine Formulierung, der eindeutig zu entnehmen ist, ob für die Befragung nach zwei Jahren eine neue Stichprobe gezogen oder die Befragung bei den gleichen Einrichtungen durchgeführt wird.

Die DGHWi unterstützt die größere Stichprobengröße im ambulanten Bereich (Anhang C, Seiten 101 und 103) mit kleinerer Konfidenzintervallbreite ( $\pm 5\%$ ) Die DGHWi unterstützt dieses Vorgehen auch, damit auf Bundesebene Subgruppenanalysen durchgeführt werden können, die eventuell – je nach Zusammensetzung der Stichproben – eine separate Darstellung für zum Beispiel Praxistyp, -lage, -jahre und -größe ermöglichen. Auch bei der Befragung im stationären Bereich empfiehlt die DGHWi die größere Stichprobe.

## 3. Abschließende Empfehlungen

Die Items im Fragebogen sollten noch einmal auf Inhalte geprüft werden, die direkten Bezug zum Auftrag haben könnten und noch nicht berücksichtigt wurden.

Es ist klarer zu definieren, wer in großen Einrichtungen den Fragebogen ausfüllt.

Es ist ein Verfahren vorzugeben, durch das unterschiedliche Umsetzungsstände von QM in verschiedenen Abteilungen großer Einrichtungen abgebildet werden können.

Die DGHWi unterstützt die größere Stichprobengröße im ambulanten und im stationären Bereich.

## Autorinnen:

Anke Wiemer, Denize Krauspenhaar, Gabriele Stenz, Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA

Es folgen Stellungnahmen der Fachgruppe Hebammen im Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V., an welchen Mitglieder der DGHWi e.V. mitgewirkt haben.

## Von Vielem zu viel, von Wichtigem zu wenig – Versorgungsprobleme während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und die Folgen für die Frauengesundheit in Deutschland

Positionspapier der Fachgruppe Hebammen im Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (unter Mitarbeit von Mitgliedern der DGHWi e.V.)

29.11.2016

Frauen brauchen in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett den Schutz und die Fürsorge unserer Gesellschaft. Dabei sollte die gesundheitliche Versorgung von Frauen neben der körperlichen und medizinischen Betreuung auch psychosoziale und emotionale Bedürfnisse berücksichtigen. Eine individuelle Beratung und Begleitung unterstützt Frauen dabei, informierte Entscheidungen nach ihren Vorstellungen zu treffen und eröffnet ihnen die Möglichkeit, aktiv an der Förderung und Erhaltung ihrer Gesundheit mitzuwirken. Das ist besonders dann wichtig, wenn eine Frau Mutter wird, denn eine Schwangerschaft stellt eine physiologische Lebens- und Entwicklungsphase dar, die grundlegende Neuorientierungen mit sich bringt. Positive Erfahrungen und eine erfolgreiche Bewältigung des Übergangs zur Mutterschaft stärken Frauen für spätere Herausforderungen – Sorgen, Stress und Ängste beeinträchtigen den Prozess und können langwierige gesundheitliche Risiken darstellen. Im Übergang zur Mutterschaft werden daher entscheidende Weichen für die zukünftige Gesundheit von Mutter und Kind gestellt.

Die derzeitige Versorgung von Schwangeren und Gebärenden fokussiert vorrangig eine medizinisch-technische Überwachung sowie einen übermäßigen Einsatz klinischer Tests und medikalisiert damit die ganze Schwangerschaft. Zudem werden hierüber unnötige wichtige Ressourcen finanzieller und personeller Art verbraucht [1]. Psychosoziale und emotionale Bedürfnisse der Schwangeren werden nicht ausreichend wahrgenommen, Verunsicherungen durch die Untersuchungsergebnisse nicht aufgefangen [2]. Bei der Geburt sind kontinuierlicher Beistand, Vertrauen und Sicherheit wesentliche Faktoren, die die Frau darin unterstützen, die Wehen zu bewältigen und aus eigener Kraft und selbstbestimmt ihr Kind zu gebären [3].

Frauen in Deutschland beklagen, dass Personalknappheit und Technikorientierung in der klinischen Geburtshilfe der wichtigen Stärkung physiologischer Vorgänge rund um die Geburt viel zu oft entgegenstehen. Durch die Schließung geburtshilflicher Abteilungen müssen Frauen weite Fahrwege in Kauf nehmen. Ihnen fehlt eine persönliche Betreuung in den Tagen und Stunden vor der Geburt. Derzeit können dies weder die Geburtsklinik noch freiberufliche Hebammen oder niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe gewährleisten [4]. Zudem begünstigen klinikinterne Prozesse und Strukturen des Gesundheitssystems Interventionen bis hin zu Kaiserschnitten, welche kurz- und langfristige Probleme nach sich ziehen können [4].

Nach einem Kaiserschnitt haben Frauen ein höheres Risiko für Krankheitsfolgen und Komplikationen in der folgenden Schwangerschaft und

Geburt [5], ihre Kinder haben ein höheres Risiko für Atemprobleme, Infektionen und Allergien [6]. Ein negatives Geburtserleben oder eine als traumatisch erlebte Geburt führt zu einer langfristig schlechteren gesundheitsbezogenen Lebensqualität [7]. Unnötige Interventionen verletzen das Recht auf Selbstbestimmung – dies kommt einer fortgesetzten Verletzung von Frauenrechten gleich!

Frauen, die unter Ängsten oder Depressionen leiden oder chronische körperliche Erkrankungen haben, Frauen, die Opfer von Genitalverstümmelung wurden, behinderte oder geflüchtete Frauen oder Frauen mit kognitiven Einschränkungen oder aus schwierigen sozio-ökonomischen Verhältnissen haben besondere Bedürfnisse, die bislang nicht genug beachtet werden.

Der Zeit nach der Geburt, dem Wochenbett, wird heutzutage viel zu wenig Bedeutung beigemessen und der Wöchnerin zu wenig Rückzugsmöglichkeiten eingeräumt [8]. Studienergebnisse weisen darauf hin, dass der überwiegende Anteil der Mütter im Frühwochenbett von physischen Beschwerden betroffen ist, obwohl sie nach drei bis vier Tagen als gesund aus der Klinik entlassen werden. Auch sechs Monate nach der Geburt leidet eine hohe Zahl der Frauen unter gesundheitlichen Belastungen und Stress [9]. Die daraus entstehenden gesundheitlichen Nachteile sind noch gar nicht in ihrem gesamten Ausmaß für Mutter und Kind absehbar: Stress und Überforderung tragen nicht nur zur Entwicklung von Stillproblemen bei und können zum frühen Abstillen führen [10, 11], sondern belasten die Partner- und Elternschaft und die sichere Bindung des Kindes in der Familie. Die Stillraten in Deutschland bleiben weit hinter den WHO-Empfehlungen des ausschließlichen Stillens für die Dauer von vier bis sechs Monaten. Zwar beginnen die meisten Mütter mit dem Stillen, doch bereits nach acht Wochen erhalten nur noch 50-70 % der Säuglinge Muttermilch [12]. Dadurch werden die bedeutsamen gesundheitlichen Vorteile, die das Stillen mit sich bringt, nicht voll ausgeschöpft.

Internationale Studien weisen darauf hin, dass bei einer frühzeitigen und regelmäßigen Einbindung von Hebammen in die Schwangerenvorsorge weniger Regionalanästhesien, Kaiserschnitte und vaginaloperative Geburten durchgeführt werden, bei der Geburt der Damm häufiger intakt bleibt und Komplikationen wie z. B. fetale und neonatale Todesfälle sowie Frühgeburten seltener auftreten [13]. Eine beziehungsorientierte Betreuung, ausgerichtet am individuellen Bedarf an kompetenzvermittelnder Unterstützung, bei im Hintergrund verfügbarem Notfall- und Komplikationsmanagement, wird als zukunftsfähiges, gesundheitsförderndes und ressourcenschonendes geburtshilfliches Versorgungsmodell angesehen [14]. Einer Studie aus Deutschland

zufolge wünschen sich Frauen eine Hebamme als persönliche Ansprechpartnerin und Expertin, die sie vom Kinderwunsch an bis zum Ende der Stillzeit kontinuierlich begleitet und situations- und kontextorientiert proaktiv informiert und berät [4]. Eine Befragung in Thüringen ergab, dass Schwangere besonders zufrieden sind, wenn die Schwangerenvorsorge durch eine Hebamme und Ärztin bzw. Arzt gemeinsam oder überwiegend durch eine Hebamme durchgeführt wird [15]. Bedauerlicherweise sind viele Frauen über die Betreuungsmöglichkeiten durch Hebammen nicht ausreichend informiert [4].

Die Fachgruppe Hebammen im Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. fordert alle gesundheitspolitischen Entscheidungsträger dazu auf, die vorhandenen Ressourcen unserer Gesellschaft für eine Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen in der Art einzusetzen, dass gesundheitsfördernde und ressourcenstärkende Wirkungen zum Tragen kommen.

Dazu gehört:

- ◆ Der Ausbau von Elementen einer frauen- und familienfreundlichen Geburtshilfe durch
  - die Sicherstellung der Wahlfreiheit des Geburtsortes, des Rechts auf Selbstbestimmung und auf individuelle Betreuung unabhängig vom Geburtsort für alle Frauen
  - die flächendeckende Einführung des Expertinnen Standards „Physiologische Geburt“ [16]
  - die Abschaffung wirtschaftlicher Nachteile von Kliniken, die physiologische Geburten durchführen
  - die Schaffung von Anreizen für Kliniken zur Verbesserung des Personalschlüssels in den Gebärdteilungen für eine routinemäßige 1:1 Betreuung durch Hebammen während der Geburt

- die Verbesserung des Schnittstellenmanagements beim Übergang von der stationären zur häuslichen Betreuung in der Schwangerschaft und nach der Geburt
- ◆ die Förderung der routinemäßigen und kontinuierlichen Einbindung von Hebammen in die Schwangerenvorsorge, auch in Kooperation mit Fachärztinnen und Fachärzten für Gynäkologie und Geburtshilfe, sowie zur Versorgung von Risikogruppen (z. B. für chronisch kranke oder benachteiligte Frauen oder für Migrantinnen)
- ◆ die Schaffung eines Angebots themenbezogener Einzelberatungen und Kurse zur Vorbereitung auf Geburt und Elternschaft, z. B. zur Ernährung, bei Angst vor der Geburt, zur Vorbereitung auf das Stillen
- ◆ die Aufnahme nutzerinnenzentrierter Outcomes, wie z. B. Lebensqualität und Zufriedenheit, in die Qualitätsberichte von Kliniken und Veröffentlichung dieser Daten als Informationsquelle
- ◆ die Sicherstellung des dringend benötigten beruflichen Nachwuchses an Hebammen unter Berücksichtigung des stark gestiegenen Bedarfs
- ◆ die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Ärztinnen/Ärzten bereits im Studium sowie
- ◆ eine verstärkte Information der Öffentlichkeit über Hebammenleistungen.

## Für die Fachgruppe Hebammen im AKF:

*Susanna Bauer, Veronika Bujny, Dr. Christine Loytved, Dr. Angelica Ensel, Ute Höfer, Hanna Ojus, Mela Pinter, Christel Scheichenbauer, Susanne Steppat, Sabine Striebich.*

## Literatur:

1. Haertsch, M., E. Campbell, and R. Sanson Fisher, What Is Recommended for Healthy Women During Pregnancy? A Comparison of Seven Prenatal Clinical Practice Guideline Documents. *Birth*, 1999. 26(1): p. 24-30.
2. Baumgärtner, B.S., K., Einfach schwanger? Wie erleben Frauen die Risikoorientierung in der ärztlichen Schwangerenvorsorge. 2011, Frankfurt: Mabuse.
3. Van der Gucht, N. and K. Lewis, Women's experiences of coping with pain during childbirth: a critical review of qualitative research. *Midwifery*, 2015. 31(3): p. 349-58.
4. Ayerle, G., et al. Präferenzen und Defizite in der hebammenrelevanten Versorgung aus Sicht der Schwangeren, Mütter und Hebammen. 2016 01.10.2016; <http://www.medicin.uni-halle.de/index.php?id=5170>.
5. Silver, R.M., Implications of the first cesarean: perinatal and future reproductive health and subsequent cesareans, placentation issues, uterine rupture risk, morbidity, and mortality. *Semin Perinatol*, 2012. 36(5): p. 315-23.
6. Renz-Polster, H., Eingriff mit Langzeitwirkung? Folgen der Sectio für das Kind. *Deutsche Hebammen Zeitschrift* 2012. 7: p. 54-8.
7. Schäfers, R., Auswirkungen des Geburtserlebens auf die subjektive Gesundheitseinschätzung gesunder Frauen., in 1. Internationale Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft. Hildesheim. 23.- 23.09.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011.Doc11dghwi09. 2011, Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; Doc11dghwi09: Hildesheim.
8. Mergeay, C., Respekt und Zeit für das Wochenbett. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 2009. 8: p. 6-8.
9. Grieshop, M., Gesundheitsverhalten von Müttern nach der Geburt. Eine quantitative Studie zur Gesundheitsförderung durch Hebammen. 2013, Universität Osnabrück: Osnabrück.
10. Hinsliff-Smith, K., R. Spencer, and D. Walsh, Realities, difficulties, and outcomes for mothers choosing to breastfeed: primigravid mothers experiences in the early postpartum period (6-8 weeks). *Midwifery*, 2014. 30(1): p. e14-9.
11. Froehlich, J., et al., Daily routines of breastfeeding mothers. *Work* 2015. 50: p. 433-42.
12. Rubin, D., Stillen in Deutschland, in Ernährung im Fokus, AID, Editor. 2013.
13. Sandall, J., et al., Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016. 4: p. CD004667.
14. Renfrew, M.J., et al., Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 2014. 384(9948): p. 1129.
15. IGES Institut GmbH, Abschlussbericht Hebammenversorgung Thüringen. 2015.
16. DNQP, et al., Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt. 2014, Osnabrück: DNQP.



## Maßnahmen zur Verbesserung der klinischen Geburtshilfe

### Forderungskatalog an die Akteurinnen und Akteure

Januar 2018

In einer idealen klinischen Geburtshilfe werden individuelle Eingangsvoraussetzungen der Gebärenden berücksichtigt. Wenn physiologische Abläufe unterstützt und gestärkt werden, werden diese Bemühungen belohnt. Die Qualität der Geburtshilfe wird fortlaufend gesichert; sie ist transparent und die für Schwangere und ihre Angehörigen relevanten Ergebnisse werden auf verständliche Weise berichtet. Es wird dafür gesorgt, dass die Betreuten einen glatten Wechsel zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen erleben. Dem Personal werden interprofessionelle Fortbildungen ermöglicht. Diesen Zielen ist die klinische Geburtshilfe in Deutschland noch nicht nahe genug.

Der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF) fordert auf der Basis des Positionspapieres seiner Fachgruppe Hebammen „Von Vielem zu viel, von Wichtigem zu wenig – Versorgungsprobleme während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und die Folgen für die Frauengesundheit in Deutschland“ (2016) und des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ (2017) im Einklang mit dessen Teilziel 2 „Eine physiologische Geburt wird ermöglicht und gefördert“ die verantwortlichen Stellen auf, konkrete Schritte zur Verbesserung der klinischen geburtshilflichen Versorgung zu unternehmen:

#### Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) möge

- ◆ sich für eine leicht zugängliche Veröffentlichung von nutzerinnenrelevanten Informationen zu Geburten in Krankenhäusern einsetzen.

#### Das Bundesfamilienministerium (BMFSFJ) möge

- ◆ die Entwicklung von evidenzbasierten und verständlichen Gesundheitsinformationen zu geburtshilflichen Interventionen für Nutzerinnen durch die BZgA veranlassen.

#### Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) möge

- ◆ Versorgungsforschung beauftragen zu erforschen, wie in den jeweiligen geburtshilflichen Versorgungsstufen eine Betreuung realisiert werden kann, die die verschiedenen Eingangsvoraussetzungen der Gebärenden berücksichtigt,
- ◆ prüfen, wie innerhalb des DRG-Systems Anreize für physiologische Geburten geschaffen werden können, die sich auch in einem angemessenen Entgelt widerspiegeln. Als Alternative dazu sollte geprüft werden, inwieweit die Abrechnung der Geburtshilfe losgelöst vom DRG-System möglich ist.

#### Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) möge

- ◆ Empfehlungen und Umsetzungsvorschläge erarbeiten, wie die Qualitätssicherung in geburtshilflichen Abteilungen verbessert werden kann,
- ◆ geburtshilfliche Versorgungsforschungsprojekte fördern, die von einem Qualitätsrahmen für die Mutter-Kind-Gesundheitsversorgung ausgehen, wie ihn Renfrew et al. (2014) erarbeitet haben,
- ◆ die Aufnahme von PRO (Patient Reported Outcomes) wie Präferenzen der Patientinnen, Lebensqualität, wahrgenommene Krankheitssymptome und Zufriedenheit in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser veranlassen,
- ◆ für eine Verbesserung des Kommunikationsflusses bei der Übergabe zwischen ambulanten und stationären Bereichen sowie verschiedenen Professionen sorgen.

#### Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) mögen

- ◆ Konzepte für Geburtskliniken entwerfen, wie eine frauenzentrierte Betreuung weiterentwickelt und deren Umsetzung durch alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen gefördert werden kann,
- ◆ prüfen, wie die geburtshilfliche Versorgung an besondere Bedürfnisse und Belastungen der Nutzerinnen angepasst werden kann (Frauen mit Gewalterfahrungen, mit Behinderung, mit psychischer Erkrankung),
- ◆ eine Etablierung regelmäßiger, gemeinsamer und sektorenübergreifender Fortbildungen und Fallbesprechungen für die beteiligten Berufsgruppen auf den Weg bringen.

#### Erarbeitet von der Fachgruppe Hebammen,

vertreten durch Sabine Striebich und Dr. Christine Loytved, mit Unterstützung der Fachgruppe Frauenärztinnen im AKF, verabschiedet vom Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft.

## Stress bei der Arbeit – Warum freiberufliche Hebammen in Bayern die Geburtshilfe aufgeben: Eine Querschnittstudie

*The Effort-Reward Imbalance of independent midwives in one federal state of Germany (Bavaria). A Cross-sectional Study*

Clara Mössinger MPH

### Abstract

**Hintergrund:** Wenn freiberufliche Hebammen die Geburtshilfe aufgeben, hat dies in Bayern drastische Konsequenzen. Fast drei Viertel der bayerischen Kreißsäle arbeiten im Belegsystem, d.h. mit freiberuflichen Hebammen im Schichtdienst. Die wissenschaftliche Aufbereitung von Stress bei der Arbeit kann dazu beitragen, die Abwanderung freiberuflicher Hebammen aus der Geburtshilfe zu erklären.

**Ziel:** Das Ziel war die Messung der Prävalenz von Gratifikationskrisen nach Siegrist als Prädiktor für zukünftige Berufsausstiege freiberuflicher Hebammen in Bayern.

**Methodik:** Das Modell der *Effort-Reward Imbalance (ERI)* misst die Ratio aus beruflicher Verausgabung und dafür erhaltener Belohnung. Erhöhte *ERI-Ratio* Werte ( $\geq 1$ ) weisen auf Gratifikationskrisen hin, welche als Prädiktor für Arbeitsstress und daraus resultierende Berufsausstiege gewertet werden können. Die Prävalenz solcher Gratifikationskrisen wurde in einer onlinebasierten Querschnittstudie an einer Stichprobe von 107 freiberuflichen Hebammen in Bayern gemessen.

**Ergebnisse:** Die befragten Hebammen (N=45) hatten im Jahr 2013 im Median 50 Geburten betreut (SD: 54,6) und hatten 10 Jahre Berufserfahrung (SD: 9,7). Die Prävalenz von Gratifikationskrisen betrug in der Gesamtstichprobe 73% (n=33), im Median 1.2 (SD: 0.3). Als belastend gaben die befragten Hebammen ihre finanzielle Entlohnung an und dass sie eine Verschlechterung ihrer beruflichen Situation erwarteten. Freiberufliche Hebammen im Kreißaal-Schichtdienst gaben außerdem den Faktor "Zeitdruck" als besonders belastend an. Als Belohnungsfaktor nannten die befragten Hebammen die Anerkennung von Kolleginnen und Kollegen und anderen beruflich wichtigen Personen.

**Schlussfolgerung:** Für die Mehrheit der befragten Hebammen in der Geburtshilfe stehen berufliche Verausgabung und dafür erhaltene Gegenleistungen nicht im Verhältnis. Die hohe Prävalenz von Gratifikationskrisen in der Stichprobe kann als Prädiktor für zukünftige Berufsausstiege interpretiert werden. Dies ist ein deutlicher Hinweis auf zukünftige Leistungseinschränkungen in der Geburtshilfe in Bayern.

**Schlüsselwörter:** Effort Reward Imbalance, Gratifikationskrisen, freiberufliche Hebammen, Arbeitspsychologie, Berufsausstieg, Geburtshilfe

### Hintergrund

In Deutschland werden knapp 20% aller Geburten von freiberuflichen Hebammen betreut [1]. In Bayern wurden im Jahr 2013 insgesamt 107 000 Kinder geboren, davon circa 2200 (2%) zuhause oder im Krankenhaus [2]. Diese Kinder sind aber nicht die einzigen, die von freiberuflichen Hebammen betreut werden, denn in Bayern arbeiten besonders viele Hebammen freiberuflich als Beleghebammen im Kreißaal:

**Background:** Independent midwives in Germany are self-employed midwives who can either work in a caseload model providing continuity in antenatal, intrapartum and postpartum care or they can be working as self-employed core midwives covering shifts in maternity facilities such as hospitals. Crucial changes in the service have become evident over the last decade. As a result, the number of midwives working in freelance care models is steeply decreasing, resulting in an imminent service shortage for Germany's maternity care system.

**Objective:** To measure the *Effort-Reward Imbalance Ratio* amongst independent midwives providing intrapartum care in Bavaria in order to predict their intention to leave the profession.

**Methods:** The *Effort-Reward Imbalance (ERI)* Model measures the ratio of effort and reward in occupational contexts. A self-reported online survey was conducted on a convenience sample of 107 participants, to measure the prevalence of *ERI-Ratio* scores  $\geq 1$ . This is a strong predictor of intention to leave the profession amongst health care providers.

**Results:** Responses from 45 independent midwives were included who had cared for a median of 50 births (SD 54.6) in 2013 and showed a mean of 10 years of professional experience (SD 9.7). The prevalence of an imbalanced effort and reward situation was 73% (N=33), with a median of 1.2 (SD 0.3). Financial rewards were reported to be particularly unsuitable and a worsening of their professional situation was expected by most of the participating midwives. Professional recognition from an important person (colleagues, superior) was cited as a relevant balancing factor.

**Conclusions:** This study found that nearly three quarters of the examined sample experience an imbalance of effort and reward in their profession. This can be interpreted as a predictor of future job leavers. Despite the limitations of this study, the results suggest a further decrease of independent midwives providing continuity of care in hospital and homebirth settings in Bavaria.

**Keywords:** Effort-Reward Imbalance, freelance midwife, independent midwife, occupational health, intention to leave the profession.

70% der 116 geburtshilflichen Stationen (n= 81) werden rund um die Uhr von freiberuflichen Beleghebammen im Schichtdienst besetzt. Nur in 30% (n= 33) der bayerischen Kreißsäle sind die Hebammen vom Krankenhaus angestellt [2]. Freiberufliche Hebammen leisten folglich deutschlandweit aber besonders in Bayern einen wichtigen Beitrag zur flächendeckenden geburtshilflichen Versorgung (im Krankenhaus und außerklinisch). In den Medien wird aktuell in Bayern von geschlossenen

Kreis Sälen, Personalmangel und alleingelassenen Gebärenden berichtet [2]. Da freiberufliche Hebammen die Geburtshilfe verlassen, sind gesundheitspolitische Interventionen gefragt. Es mangelt der Gesundheitspolitik jedoch an detaillierten Daten über die vielfältige Zusammensetzung der Berufsgruppe, deren Belastungen und Ressourcen. Wissenschaftliche Untersuchungen zu Arbeitsbedingungen, zu Berufsausstiegen und zum Versorgungsauftrag freiberuflicher Hebammen in Deutschland und Bayern sind bislang unzureichend. Um einen Beitrag zur Schließung dieser Forschungslücke zu leisten, wurden in der vorliegenden Studie die Berufsaufgabe und/oder die Aufgabe der geburts hilffichen Arbeit von freiberuflichen Hebammen in Bayern betrachtet.

Die differenzierte Betrachtung der beruflichen Strukturen von freiberuflichen Hebammen ist dabei sowohl für diese Studie als auch in der allgemeinen öffentlichen, gesundheits- und berufspolitischen Diskussion essentiell. Die folgenden Definitionen der Arbeitsstrukturen von freiberuflicher Hebammen mit Geburtshilfe in Deutschland wurden deshalb im Rahmen dieser Studie erarbeitet:

Die Klassifikation von Hebammenarbeit auf Basis ihres Arbeitssettings ist traditionell gebräuchlich. Beispielsweise wird im § 134a SGB V zur Abrechnung von Hebammen mit den Versicherungsträgern grundsätzlich unterschieden, ob die Leistungserbringerinnen außerklinische Geburtshilfe und/oder Geburtshilfe im Krankenhaus leisten. Ein weiteres Merkmal zur Klassifizierung von Hebammen ist in Deutschland geläufig: Hebammen können sich seit 1985 entscheiden, ob sie freiberuflich oder im Angestelltenverhältnis praktizieren möchten [12]. Auch die Kombination von angestellter und freiberuflicher Hebammentätigkeit ist möglich und populär. Die beschriebene Klassifizierung wird in Abbildung 1 verdeutlicht.

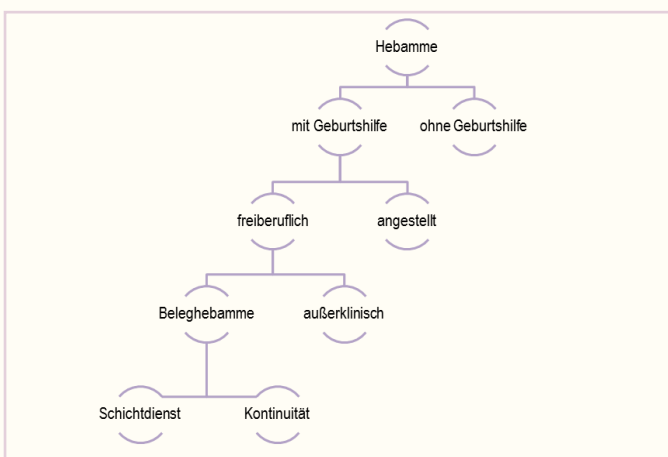


Abbildung 1: Arbeitsstrukturen innerhalb des Hebammenberufes

Weiterhin nutzen Hebammen, welche freiberuflich im Krankenhaus arbeiten, die Bezeichnung Beleghebamme [12]. Trotz gemeinsamen Namens kann innerhalb des Arbeitsmodells von Beleghebammen zwischen zwei unterschiedlichen Systemen zu differenziert werden:

1. Hebammen des Belegmodells „Schichtdienst“ arbeiten als Freiberuflerinnen zwar grundsätzlich im kontinuierlichen Schichtdienst im Kreißaal, sind aber nicht vom Krankenhaus angestellt, sondern rechnen direkt mit den Krankenkassen oder Versicherungen der betreuten Frauen ab. Sie betreuen alle Frauen, die sich innerhalb ihrer Schicht

zur Geburt im Kreißaal einfinden und decken als Team rund um die Uhr die Besetzung des Kreißaals ab.

2. Die Beleghebammen im Kontinuitätsmodell gehen mit den von ihnen gebuchten Frauen einen direkten Behandlungsvertrag ein und sind für diese circa ab der 37. Schwangerschaftswoche rund um die Uhr zum geburts hilffichen Einsatz rufbereit. Eindeutig bezeichnend für das zweite Modell der Beleghebammen wird im Kontext dieser Studie zum einen die Kontinuität in der Betreuung von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit betrachtet, zum anderen die 24-stündige Rufbereitschaft aus Sicht der Schwangeren.

Birgit Reime [9] setzte sich in ihrer Dissertation mit den Arbeitsbelastungen von Hebammen aus soziologischer Perspektive auseinander. Als berufliche Belastung von freiberuflichen Hebammen identifiziert Reime insbesondere deren Arbeitszeiten, Nacht-, Wochenend-, Schichtdienstarbeit und Rufbereitschaft. Weiterhin deckt sie die geringe Bezahlung als Belastungsfaktor auf und die Anzweiflung der beruflichen Kompetenz von Hebammen durch andere Berufsgruppen.

In der Schweiz wurden bereits 1993 ebenfalls zu geringe Bezahlung und die Unregelmäßigkeit der Arbeitsbelastung von freiberuflichen Hebammen aufgezeigt [4]. Selbständiges Arbeiten, hohe Verantwortung, der umfassende Einsatz der eigenen Fähigkeiten und die Vielseitigkeit des Tätigkeitsspektrums wurden als positive Merkmale der Hebammenarbeit identifiziert. Zudem auch intensive Beziehungen zu den betreuten Frauen und das Gefühl der Hebammen, etwas Sinnvolles zu tun. Die gesellschaftliche Anerkennung ihres Berufs war den freiberuflichen Hebammen besonders wichtig. Belastend wurde hingegen wahrgenommen, dass es schwierig sei, Vertretungen zu finden. Spannungen mit anderen Berufsgruppen und mangelhafte Bezahlung wurden auf Seiten der Belastung ergänzt. Verantwortung und berufliche Autonomie wurden grundsätzlich als positiver Faktor wahrgenommen; bei schwierigen Entscheidungen konnten diese aber auch zur Belastung werden.

Als strukturelle Belastungsfaktoren sind der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) überlange und unregelmäßige Arbeitszeiten und Nachtarbeit bekannt [8]. Auf den Mangel an systematischer Erfassung der beruflichen Belastungsfaktoren weist die Berufsgenossenschaft hin und unterstützt seit 2011 die Promovendin Nina Reitis zur Erfassung der Arbeitsbedingungen von freiberuflichen Hebammen. Das Studienprojekt der Hebamme und Wissenschaftlerin Reitis führte im Januar 2012 zu einer validierten schriftlichen Datenerhebung an 1.000 freiberuflichen Hebammen in Deutschland [10]. Die Ergebnisse dieser Studie sind noch nicht veröffentlicht, erste Auswertungen zu demographischen Daten und zum Arbeitsumfang wurden aber auf der 2. Internationalen Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft im Februar 2014 präsentiert. Diese gaben Hinweise auf überdurchschnittlich hohe Belastungswerte der untersuchten Stichprobe im Vergleich zu anderen von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege untersuchten Gesundheitsberufen.

Im Jahr 2011 beauftragte das deutsche Bundesministerium für Gesundheit das IGES Institut mit einer Studie über die Vergütungs- und Versorgungssituation mit Hebammenhilfe [1]. Diese sagte für einen Großteil der in Bayern tätigen Hebammen (im Krankenhaus und außerklinisch) zunehmende finanzielle Ungewissheit und Berufsausstiege voraus. Die missverständliche Titelwahl lässt jedoch den Eindruck zu,

dass ausschließlich freiberufliche Hebammen in der Hausgeburthilfe oder aus Geburtshäusern betroffen waren. Die Relevanz der Ergebnisse für freiberufliche Hebammen im Krankenhaus wurde dadurch verschleiert und führte unter anderem zu falschen Informationen in der Presse [5].

Sieben Faktoren, die freiberufliche Hebammen dazu bewegen, über eine Arbeitszeitreduzierung oder die Aufgabe ihres Berufes nachzudenken konnten durch das IGES Gutachten identifiziert werden [1]: zu hohe Arbeitsbelastung, Unzufriedenheit mit den Arbeitszeiten, Unvereinbarkeit mit Privatleben/Familie, zu geringes Einkommen, zu hohe Berufshaftpflichtprämie, insgesamt zu hohe Betriebskosten und andere Berufsinteressen. Viele Hebammen erleben ihren Beruf laut den Ergebnissen des IGES Gutachtens ambivalent. Die meisten Hebammen gaben an, das Gefühl zu haben, in ihrem Arbeitsalltag etwas Sinnvolles zu tun und am Ende des Arbeitstages zufrieden zu sein. Berufliche Autonomie und der eigene Entscheidungsspielraum wurden außerdem als sehr positive Aspekte der Freiberuflichkeit wahrgenommen. Dennoch dachte jede vierte freiberuflich tätige Hebamme oft oder sehr oft über eine Berufsaufgabe nach.

Das Phänomen der Berufsaufgabe im Gesundheitswesen betrachteten auch Josephson et al. [6] in einer Studie an schwedischen Krankenschwestern. Berufliche Belastungssituationen führten zu Stressreaktionen, welche psychische und physische Erkrankungen nach sich zogen. Um diese zu bewältigen, wichen 18% der Studienpopulation in andere Arbeitsfelder aus, gaben den Beruf auf oder beantragten lange Krankenzustände. Die Forscher interpretierten die Veränderung oder das Aufgeben des Berufes als Strategie zur Abwendung von Erkrankungen, die durch ungesunde psychosoziale Arbeitsbedingungen entstanden sind.

Zusammenfassend ergab sich aus der Literatur, dass freiberufliche Hebammen hauptsächlich soziale und emotionale Aspekte ihrer Arbeit wie beispielweise gesellschaftliche Wertschätzung, Sinnhaftigkeit der Berufsausübung und intensive Beziehungen im Arbeitsleben schätzen [1,9,10]. Sicherheit des Arbeitsplatzes und Aufstiegsmöglichkeiten werden hingegen vermisst [1,9]. Die Belastungen lassen sich hauptsächlich dem Bereich der Arbeits- und Organisationsstruktur zuschreiben: geringes Einkommen, lange Arbeitszeiten und eine ungünstige Work-Life-Balance werden besonders genannt [1,9,10]. Hinzu kommt die steigende Haftpflichtversicherungsprämie für Geburtshilfe, welche für freiberufliche Hebammen eine zusätzliche Belastung darstellt [1,7,10].

Als besonderes Ergebnis der Literaturanalyse wurde das gleichzeitige Bestehen von starken Belastungen und hoher Berufszufriedenheit der freiberuflichen Hebammen erkannt. Dieses Phänomen wurde in der vorliegenden Literatur oft beschrieben [1,4,8,9], doch bisher nicht weiter interpretiert. Es wurde weiterhin deutlich, dass die zukünftige Entwicklung des geburtshilflichen Leistungsangebots durch freiberufliche Hebammen nur schwer einschätzbar ist. Dieser Forschungsbedarf wurde aufgegriffen.

## Methodik

### Modell

Das *Effort-Reward Imbalance (ERI)* Modell [13,14,15,16] ist in der Psychologie ein etabliertes Modell für die Messung von Stress im beruflichen Kontext. Das Modell hat sich bei Arbeitsverhältnissen im

Gesundheitswesen als guter Prädiktor für berufliche Veränderungen und für den Wunsch nach Berufsaufgabe erwiesen [3,6].

Siegrist [14] beschreibt mit dem Begriff *Effort* Elemente beruflicher Verausgabung und Anstrengung, die *Rewards* in Form der Arbeitsmerkmale Belohnung, Wertschätzung bzw. beruflichen Gratifikation die Waage halten. Entsteht zwischen den beiden Gewichten ein Missverhältnis spricht Siegrist [15] von beruflichen Gratifikationskrisen; dies wird in Abbildung 2 dargestellt.

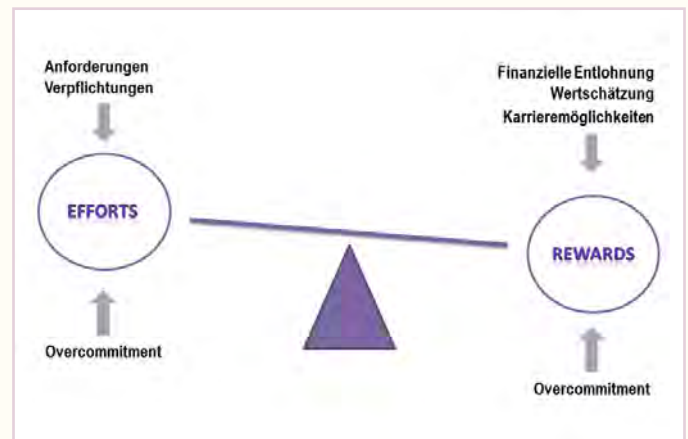


Abbildung 2: Effort –Reward Imbalance nach Siegrist [15]

Langanhaltende Gratifikationskrisen führen zu stark negativen Emotionen und nachhaltigen Stressantworten des oder der Betroffenen. Überwiegt die Last der beruflichen Verausgabung die Benefits der dafür erhaltenen Belohnung, steigt dadurch das Risiko für stressbedingte Gesundheitsschäden. Die dritte Komponente des *ERI* Modells ist *overcommitment* – die übermäßige Hingabe zum Beruf, welche die individuelle Gewichtung von Verausgabung und Belohnung modifizieren kann.

Als Beispiel für die empirische Belastbarkeit des *ERI* Modells gilt eine Übersichtsarbeit [13], die Ergebnisse sechs europäischer Quer- und Längsschnittstudien zusammenfasst, welche das *ERI* Modell als theoretischen Bezugsrahmen nutzen. Erhöhte relative Risiken für koronare Herzkrankheiten bzw. kardiovaskuläre Risikofaktoren und psychische Störungen, insbesondere Depression und Alkoholabhängigkeit, konnten signifikant mit beruflichen Gratifikationskrisen assoziiert werden.

### Gütekriterien

Die einzelnen Fragen des Messinstruments zur *Effort-Reward Imbalance* wurden international von diversen Forscherinnen und Forschern auf Validität und Reliabilität (interne Konsistenz) evaluiert [11,17]. Unter der Leitung von Johannes Siegrist arbeitet eine Forschungsgruppe des Universitätsklinikums Düsseldorf konstant an deren Verbesserung. Aus einer ihrer Publikationen zur Güte des Instruments [17] wird die hohe Reliabilität der Skalen hervorgehoben. Anhand einer konfirmatorischen Faktorenanalyse mit den Daten einer repräsentativen Stichprobe von deutschen Erwerbstätigen weisen die Autoren zufriedenstellende psychometrische Eigenschaften der Skalen nach. Die theoretisch angenommene Modellstruktur konnte laut Autoren empirisch bestätigt werden, was für eine hohe Validität spricht. Der Zusammenhang der einzelnen Skalen zueinander wurde mittels Cronbachs Alpha berechnet. Die Werte für innere Konsistenz liegen für alle Skalen über  $\alpha=0,7$ . Die Skalen von Verausgabung und Belohnung wurden



mittels Koeffizienzberechnung außerdem als trennscharf identifiziert ( $r_{\max} = -0,25$ ).

### Fragestellung

Inwiefern sich die beruflichen Belastungen und Belohnungen von freiberuflichen Hebammen die Waage halten, sollte in dieser Studie werden. Deshalb wurde die Prävalenz von Gratifikationskrisen unter freiberuflichen Hebammen mit Geburtshilfe in Bayern gemessen. Außerdem wurde untersucht, inwiefern sich die Prävalenz von Gratifikationskrisen in verschiedenen Arbeitsmodellen (außerklinisch tätige Hebamme, Beleghebamme im Schichtdienst, Beleghebamme mit Rufbereitschaft) unterscheidet.

### Design und Stichprobe

Die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München beurteilte die Studie positiv (Nr. 204-14). Es wurde in Bayern eine anonymisierte onlinebasierte Querschnittbefragung freiberuflicher Hebammen mit Geburtshilfe aus allen genannten Modellen durchgeführt. Die Einladung erfolgte über den E-Mail-Verteiler des Bayerischen Hebammenverbands und per Schneeballprinzip in hebammenrelevanten Foren und Internetplattformen. Folgende Einschlusskriterien wurden festgelegt: Die Probandinnen waren freiberuflich als Hebammen tätig, hatten im Jahr 2013 Geburtshilfe in ihrem Leistungsspektrum und waren außerdem hauptsächlich in Bayern tätig.

Insgesamt wurden für die Datenerhebung 107 Einladungen versandt; 70 Hebammen beendeten den Fragebogen (65%). Davon mussten 25 Hebammen aus der Datenanalyse ausgeschlossen werden, hauptsächlich deshalb, weil sie in den letzten Jahren die Geburtshilfe bereits aufgegeben hatten und deshalb den Einschlusskriterien nicht mehr entsprachen. Letztendlich wurden die Daten von 45 freiberuflichen Hebammen ausgewertet, die im Jahr 2013 in Bayern Geburtshilfe praktiziert hatten (42%).

### Instrument

Zur Erfassung des *ERI* Modells wurde die aktuelle, standardisierte und validierte Kurzform des *Effort-Reward Imbalance* Fragebogens [16] angewandt. Dieser umfasst insgesamt 16 Fragen. Die ersten drei Fragen zielen auf die *Effort* Items, die folgenden sieben Fragen erheben die *Reward* Items. Die Berechnung der *Effort-Reward Imbalance* Ratio lässt Rückschlüsse über die Prävalenz von Gratifikationskrisen (*ERI-Ratio* Werte  $\geq 1$ ) in der Studienpopulation zu.

Zudem wurden soziodemographische Angaben zur Person (Berufserfahrung; Geburtenzahl/Jahr; Stadt/Land) sowie zur beruflichen Situation (Rufbereitschaft und/oder Schichtdienst; außerklinische Geburtshilfe und/oder Geburtshilfe im Krankenhaus) erfasst.

### Datenauswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mithilfe der Software SPSS© 17.0 (IBM Deutschland GmbH, Ehingen). Deskriptive Angaben zur Zusammensetzung der Stichprobe und die Summen der Variablen *Effort* und *Reward* wurden berechnet. Alleinstehend haben die Summen jedoch noch keine Aussagekraft, deshalb wird im nächsten Schritt die *ERI-Ratio* nach folgender Formel berechnet:

$$ERI = k \times \frac{E}{R}$$

Der Zähler der Ratio enthält die Werte der Variablen *Effort*, im Nenner stehen die Werte der Variablen *Reward*. Die Variable *k* adjustiert die Formel und setzt sich als Quotient aus der Anzahl der *Reward* Variablen und der *Effort* Variablen zusammen. Ist die *ERI Ratio* größer als 1, ist eine Gratifikationskrise identifiziert [14].

Gruppenunterschiede der Prävalenz von Gratifikationskrisen zwischen freiberuflichen Beleghebammen im Schichtdienst und Hebammen mit außerklinischer Geburtshilfe wurden analysiert (MANOVA). Vergleiche zu Beleghebammen im Rufbereitschaftsmodell waren aufgrund einer zu geringen Fallzahl leider nicht möglich. Der Mittelwert der Variablen *Overcommitment* und deren Korrelation mit der *ERI Ratio* wurden berechnet (Lineare Regression).

### Ergebnisse

Die aus der ausgewerteten Literatur abgeleiteten *Efforts* und *Rewards* von freiberuflichen Hebammen wurden dem Modell der *Effort-Reward Imbalance* zugeordnet und graphisch dargestellt (siehe Abbildung 3).



Abbildung 3: Efforts und Rewards freiberuflicher Hebammen

Die im empirischen Teil der Studie befragten Hebammen betreuten zwischen einer und 125 Geburten im Jahr 2013. Der Mittelwert lag bei 61 Geburten (Standardabweichung, SD = 54,6; Median = 50). Die mittlere Arbeitserfahrung lag bei 12,4 Jahren (SD = 9,7). Es kamen 14 der Teilnehmerinnen aus einer städtischen (33,3%) und 30 aus einer ländlichen Umgebung (66,7%). 17 der befragten Hebammen (37,8%) arbeiteten im Schichtdienst, 23 (51,1%) mit Rufbereitschaft (im Krankenhaus und/oder außerklinisch). Vier Hebammen (8,9%) gaben an, im Schichtdienst und mit Rufbereitschaft zu arbeiten. 21 (46,7%) der Hebammen arbeiteten ausschließlich in der Klinik, 16 Hebammen (35,6%) bei Hausgeburten und im Geburtshaus. Acht Hebammen boten sowohl Hebammenhilfe im Krankenhaus als auch außerklinische Geburtshilfe an (17,8%).

Im ersten Schritt wurden die einzelnen Items des *ERI*-Fragebogens analysiert: Als *Efforts* wurden insbesondere eine unangemessene finanzielle Entlohnung (Mw = 1,71; SD = 0,73), sowie eine erwartete Verschlechterung der beruflichen Situation (Mw = 3,16; SD = 0,71) genannt. Als wichtigsten *Reward* hingegen nannten die Hebammen die verdiente Anerkennung von beruflich wichtigen Personen (Kolleginnen/Kollegen/Vorgesetzten; Mw = 3,13, SD = 0,7).

Für 33 der 45 befragten Hebammen ergab sich ein ERI Score  $\geq 1$  (Mw = 1,2, SD = 0,3). Die Prävalenz beruflicher Gratifikationskrisen entsprach demnach 73%.

Signifikante Unterschiede wurden nur zwischen den beiden Gruppen von Beleghebammen im Schichtdienst und außerklinisch arbeitenden Hebammen erwartet, da die Anzahl der teilnehmenden Beleghebammen mit Rufbereitschaft sehr gering war ( $n = 2$ ). Die ERI Scores waren in der Gruppe der außerklinischen Hebammen mit einem arithmetischen Mittel von 1,03 (SD 0,3; 95% KI 0,78 - 1,25) durchschnittlich am geringsten. Gefolgt wurden sie von den Hebammen, die Beleg- und außerklinische Geburtshilfe kombinierten; ihr Mittelwert betrug 1,19 (SD 0,3; 95% KI 1,01 - 1,26). Die Hebammen, die ausschließlich im Krankenhaus im Schichtdienst tätig waren, hatten die höchsten ERI Scores mit einem Mittelwert von 1,33 (SD 0,3; 95% KI 1,1 - 1,58), was bedeutet, dass sie am meisten von Gratifikationskrisen betroffen sind.

Der Anteil von Gratifikationskrisen ( $\geq 1$ ) lag bei 50% der außerklinisch tätigen Hebammen und bei 86% der Beleghebammen im Schichtdienst. Dieser Unterschied wurde mithilfe eines Chi<sup>2</sup> Tests als signifikant bestätigt ( $p = 0,26$ ).

Das berichtete *overcommitment* rangierte mit einem Mittelwert von 15,51 (SD = 3,02) im mittleren Bereich. Zudem fand sich ein positiver, linearer Zusammenhang von *overcommitment* und der *Effort-Reward Imbalance Ratio* in der untersuchten Stichprobe ( $F = 4,997$ ;  $p = 0,03$ ;  $R^2 = 0,18$ ).

## Diskussion

Anhand des Modells beruflicher Gratifikationskrisen von Siegrist [14,15,16] wurde in dieser Studie eine Querschnittsbefragung an freiberuflichen bayerischen Hebammen mit Geburtshilfe in allen genannten Settings (außerklinisch tätig, Beleghebammen im Schichtdienst und Beleghebammen mit Rufbereitschaft) durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass bei 73 % ( $n = 33$ ) aller teilnehmenden Hebammen eine *Dysbalance* aus beruflicher Anforderung und dafür erhaltener Belohnung bestand. Die Prävalenz dieser Gratifikationskrisen in der untersuchten Gesamtstichprobe bedeutet, dass bei fast drei Viertel ( $n = 33$ ) der befragten Hebammen die Belastungen der Hebammentätigkeit mit freiberuflicher Geburtshilfe durch die dafür erhaltenen Belohnungen nicht aufgewogen werden. Damit liefert die vorliegende Studie einen empirischen Beleg, dass die berufliche Verausgabung für viele freiberufliche Hebammen (im Belegschaftssystem und in der außerklinischen Geburtshilfe) in einem unausgewogenen Verhältnis zur dafür erhaltenen Gratifikation steht. Die Ergebnisse auf Item-Ebene bestätigen die vorliegenden Befunde aus der Literatur: Freiberufliche Hebammen empfinden finanziellen Druck und befürchten eine zukünftige Verschlechterung ihrer beruflichen Situation. Ihren Ausgleich bzw. Belohnungen erhalten sie am meisten auf sozialer und emotionaler Ebene.

Die klassische Interpretation der gefundenen Gratifikationskrisen prognostiziert, dass die betroffenen Hebammen mit gesundheitlichen Konsequenzen ihres Arbeitsstresses rechnen müssen. Das Modell kann weiterhin als Prädiktor für zukünftige Berufsausstiege genutzt werden. Daher stellen die vorliegenden Ergebnisse außerdem einen Anstoß zur Verbesserung der Berufs- und Arbeitssituation der Hebammen dar: Bleiben die Arbeitsbedingungen gleich oder verschlechtern sie sich sogar, werden durch die hohe Prävalenz von Gratifikationskrisen

auch zunehmende Ausstiege aus der Geburtshilfe vorhersehbar. Dies lässt sich in dieser Studie besonders für die Beleghebammen im Schichtdienst von Kreißsälen voraussagen.

Für Krankenhäuser wird es dann zunehmend schwieriger, ausreichend freiberufliche Beleghebammen zu finden, um einen kontinuierlich besetzten Schichtdienst im Kreißsaal aufrecht zu erhalten. Dies kann dazu führen, dass Kreißsäle mit Beleghebammen im Schichtdienst schließen müssen. Die flächendeckende Versorgung von Schwangeren und Gebärenden wird dadurch gefährdet.

Neben der vollständigen Berufsaufgabe haben Hebammen aber auch die Option, ihr Leistungsspektrum auf andere Bereiche der Hebammentätigkeit (z.B. Schwangerenvorsorge, Wochenbettbetreuung, Stillberatung) zu verschieben. Die Geburtshilfe als Kern der Hebammenbetreuung rückt dadurch zur Seite und die Option, Hebammen zur kontinuierlichen Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettbetreuung zu finden, wird dadurch zunehmend eingeschränkt.

Warum nur zwei Beleghebammen mit Rufbereitschaft an der Studie teilnahmen, blieb unklar. Möglicherweise konnten sie mit dem vorliegenden Studiendesign nicht erreicht werden oder nur wenige Hebammen arbeiten in Bayern in diesem Modell. Der Bedarf einer professionellen Registrierung und daraus entstehende Statistiken über die Tätigkeitsfelder der Hebammen in Deutschland kann deshalb nur betont werden.

## Limitationen

Die vorliegende Studie hat verschiedene Limitationen: Das *ERI* Modell kann auf psychologische Belastungssituationen hinweisen und auf Populationsebene als Prädiktor für Berufsaufgaben angewandt werden. Dennoch ist die Aufgabe der Geburtshilfe für jede Hebamme eine individuelle Entscheidung, die mit quantitativen, aggregierten Daten nicht vollständig abbildbar ist. Der Stichprobenfehler, der eingeschränkte Feldzugang und die herausfordernde Berechnung der Zielpopulation schränken die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ein. Die Methode der Onlinebefragung bringt außerdem einen Selektionsbias mit sich, da die Hebammen über die notwendige technische Ausstattung, Willen und Fähigkeit zur Teilnahme verfügen mussten.

## Schlussfolgerung

Es wurde deutlich, dass die systematische Erfassung und Erforschung der Strukturen und Rahmenbedingungen des Hebammenberufes in Deutschland ein relevantes Ziel der Gesundheitssystemforschung darstellt. Aufgrund der limitierten Datenlage zu beruflichen Belastungen von freiberuflichen Hebammen sind die Ergebnisse dieser Studie deshalb trotz der genannten Limitationen relevant.

Fast drei Viertel der in dieser Studie untersuchten freiberuflichen Hebammen weisen einen hohen Arbeitsstress im Sinne beruflicher Gratifikationskrisen auf. Angesichts dieser Ergebnisse ist in Bayern mit zukünftigen Ausstiegen freiberuflicher Hebammen aus der Geburtshilfe zu rechnen.

Im Hinblick auf außerklinisch arbeitende Hebammen implementiert dies Einschränkungen der Wahlfreiheit des Geburtsortes.

Weil 70% ( $n = 81$ ) der bayerischen Kreißsäle von freiberuflichen Hebammen im Schichtdienst belegt werden, sind die zu erwartenden Berufsausstiege von Beleghebammen besonders problematisch.

Wenn freiberufliche Hebammen ihr Leistungsangebot zu Lasten der Geburtshilfe einschränken, droht deshalb in Bayern ein genereller Versorgungsmangel in der Geburtshilfe.

**Institution:** Clara Mössinger MPH, Ngaio Wellington, Neuseeland

**Interessenkonflikt:** Die Autorin erklärt, dass kein Interessenskonflikt vorliegt. Das Forschungsförderungsprogramm Lehre@LMU stellte einen Ausgleich für die Sachmittelkosten der Masterarbeit zur Verfügung. Die Firma Weleda schenkte der Autorin ein Paket ihrer Produkte als Incentive für die Hebammen zur Teilnahme an dem Fragebogen.

**Review-Verfahren:** Eingereicht am: 7.8.2017, angenommen am: 16.4.2018

**Kontakt:** clara.mossinger@gmail.com

**Danksagung:** Dieser Artikel basiert auf einer Masterarbeit im Studienfach Public Health an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Die Autorin dankt ihrer Betreuerin Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein und ihrem Betreuer Dr. Matthias Weigl für ihre Unterstützung.

#### Literatur:

1. Albrecht M, et al. Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit, Berlin: IGES Institut; 2012.
2. BHLV. Hebammenversorgung in Bayern – Aktuelle Zahlen und Fakten. Bayerischer Hebammenlandesverband e.V.; 2014 [Zugriff 02.08.17]. Verfügbar unter: <http://www.bhlv.de/de/startseite/drohender-zusammenbruch-der-versorgung-der-familien-mit-hebammenhilfe/>
3. Derycke H, et al. Impact of the effort-reward imbalance model on intent to leave among Belgian health care workers – A prospective study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 2010; 83(4): 879-893. DOI: 10.1348/096317909X477594
4. Drack G, Günter B, Patzen M, Frigg-Bützberger A. Hebammen in der Schweiz – Eine Untersuchung zur Arbeits- und Nachwuchssituation. *Gynäkologisch-geburtshilfliche Rundschau*. 1994;34(2):91-97.
5. Dworschak M. Gemütlicher kreisen. *Spiegel*. 2014;(9):114.
6. Josephson M, Lindberg P, Voss M, Alfredsson L, Vingård E. The same factors influence job turnover and long spells of sick leave – a 3-year follow-up of Swedish nurses. *Eur J Public Health*. 2008;18(4):380-385. DOI: 10.1093/eurpub/ckn009
7. Loytved C. Qualitätsbericht 2012 - Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Im Auftrag der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. Auerbach: Verlag Wissenschaftliche Scripten; 2014.
8. Nienhaus A. Unfälle und Berufskrankheiten bei Hebammen, Bd. 2. In: Nienhaus A, Hrsg. Gefährdungsprofile – Unfälle und arbeitsbedingte Erkrankungen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspfleges. Landsberg am Lech: ecomed Medizin; 2010. p.63-73.
9. Reime B. Gesundheitsverhalten erwerbstätiger Frauen im Kontext von Burnout, sozialer Unterstützung und Gender. Münster: Waxmann Verlag; 1999.
10. Reitis N, Rankin J, Färber C. Berufliche Situation von freiberuflich tätigen Hebammen in Deutschland – eine Beschreibung der Methoden und Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. In: Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V., Hrsg. 2. Internationale Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft. Kassel: German Medical Science GMS Publishing House; 2014. Doc14dghwiV4. DOI: 10.3205/14dghwi04
11. Rödel A, Siegrist J, Hessel A, Brähler, E. Fragebogen zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*. 2004;25(4):227-238. DOI: 10.1024/0170-1789.25.4.227
12. Sayn-Wittgenstein F. Geburtshilfe neu denken: Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Mannheim: Huber; 2007.
13. Siegrist J, et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med*. 2004;58(8):1483-1499. DOI: 10.1016/S0277-9536(03)00351-4
14. Siegrist J. Soziale Krisen und Gesundheit – Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislaufkrisen im Erwerbsleben. Göttingen: Hogrefe; 1996.
15. Siegrist J. The Effort-Reward Imbalance Model. Universitätsklinikum Düsseldorf. 2016 Sept 6 [Zugriff 02.08.17]. Verfügbar unter: <http://www.uniklinik-duesseldorf.de/unternehmen/institute/institut-fuer-medizinische-soziologie/forschung/the-eri-model-stress-and-health/theoretical-background-of-the-effort-reward-imbalance-model/>
16. Siegrist J, Wege N, Pühlhofer F, Wahrendorf M. A short generic measure of work stress in the era of globalization – effort-reward imbalance. *Int Arch Occup Environ Health*. 2009;8(82):1005-1013. DOI: 10.1007/s00420-008-0384-3
17. Tsutsumi A, Nagami M, Morimoto K, Matoba R. Responsiveness of measures in the effort-reward imbalance questionnaire to organizational changes – A validation study. *J Psychosom Res*. 2004;52(4):249-256.

## Eine neue Methode als Entscheidungshilfe bei unklarer wissenschaftlicher Evidenz: Test-Implementierung und Simulation

*A new method in support of decision-making in the case of unclear scientific evidence: Test implementation and simulation*

Dr. rer. medic. Christine Loytved, MPH, Rebekka Erdin M.Sc.

### Abstract

**Hintergrund:** Viele Gesundheitsfachpersonen kennen Ergebnisse von Reviews wie etwa die der Cochrane Collaboration. Manche Ergebnisse dieser Reviews zeigen, dass (noch) kein Vorteil für eine von zwei vielversprechenden Interventionen erkannt wird. In diesem Fall schlagen Beck-Bornholdt und Dubben den Algorithmus einer modifizierten never-change-a-winning-team Strategie vor. Ähnliche Methoden werden für die Gruppenzuteilung in Studien oder für die Anpassung des Studiendesigns im Verlauf einer Studie genutzt.

**Forschungsfrage:** Ist die von Beck-Bornholdt und Dubben (2003) vorgeschlagene Methode für den Praxisalltag der Hebammen tauglich, bei der Wahl zwischen zwei in der Literatur als gleichwertig erscheinenden Interventionen eine sinnvolle Entscheidungshilfe zu bieten?

**Methodik:** Die Anwendung des Algorithmus wird für eine mögliche Anwendung durch Gesundheitsfachberufe simuliert. Er bezieht alle Erfahrungen ein, die mit den beiden zu vergleichenden Interventionen gemacht werden, um die Intervention für die nächste zu behandelnde Person festzulegen.

**Ergebnisse:** Für verschiedene Szenarien mit unterschiedlichen Erfolgswahrscheinlichkeiten der beiden Interventionen wurden Simulationen durchgeführt. Die durchschnittliche Erfolgsrate ist dabei in allen Szenarien bereits ab der zweiten zu behandelnden Person besser als die mittlere Erfolgsrate der beiden Interventionen.

**Schlussfolgerung:** Die vorliegenden Ergebnisse sollen als Diskussionsgrundlage für die Anwendbarkeit der vorgeschlagenen Methode dienen. Bei unklarer wissenschaftlicher Evidenz aus Metaanalysen kann der Algorithmus die Entscheidung von Gesundheitsfachpersonen für eine von zwei Behandlungsmöglichkeiten gewinnbringend unterstützen. Der Subjektivität des eigenen Settings (Klientel, Durchführungsweise der Behandlung) wird dabei stets Rechnung getragen.

**Schlüsselwörter:** Algorithmus, Intervention, Hebammenforschung.

### Hintergrund

In der Hebammenarbeit rückt die Frage der Evidenzbasierung immer weiter in den Vordergrund. Die Berücksichtigung der drei Säulen (wissenschaftliche Evidenz, Erfahrung der Hebamme und Einstellung der Klientinnen) wird von den Hebammen selbst gefordert und von dritter Seite verlangt – sei es von Seiten anderer Berufsgruppen oder von Seiten der Klientinnen. Doch gibt es zu manchen Themen, wie beispielsweise Sodbrennen in der Schwangerschaft, keine klare Aussage zur wissenschaftlichen Evidenz, die eine einzige Intervention, welche aus einem Handeln oder auch aus einem Nicht-Handeln bestehen kann, favorisiert. Evidenzbasierte Leitlinien wie etwa die des

**Background:** Many health workers are aware of the results of reviews like those of the Cochrane Collaboration. Some results of these reviews show, at that stage of the research, no advantage for one of two promising interventions. In these cases, Beck-Bornholdt and Dubben propose a modified, never-change-a-winning-team algorithm. Similar algorithms are used in cases of study group assignments or adjustments to the design of a study in progress.

**Research question:** Is the method proposed by Beck-Bornholdt and Dubben in 2003 helpful for the daily work of midwives when they have to choose between two interventions with similar evidence of success?

**Methodology:** The application of the algorithm is being simulated for possible use by health workers. This includes all existing experiences made with both interventions to decide on the intervention for the next person to be treated.

**Results:** Simulations were carried out for various scenarios with different likelihood for success with regard to both interventions. It can be demonstrated that the average success rate in all scenarios is already improved starting with the second person treated, in comparison to the average success rate for both interventions.

**Conclusions:** The results can serve as a basis for discussion for the applicability of the suggested method. If the evidence is unclear, the algorithm can support the decision of health workers for one of two possible treatments, with positive effect. The special conditions of the setting in question (clientele, treatment realization) are hereby taken into account in each case.

**Key words:** algorithm, intervention, midwifery research.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) oder systematische Übersichtsarbeiten wie die der Cochrane Collaboration bieten zu manchen Themenfeldern Empfehlungen, die unterschiedliche Interventionen in einer bestimmten Situation zulassen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn aufgrund der Studienlage für keine der getesteten Interventionen eine Überlegenheit zu erkennen ist. So ist bei Sodbrennen in der Schwangerschaft ungeklärt, ob Akupunktur hilft oder eine Umstellung der Ernährungsgewohnheiten anzuraten ist [8]. Gerade bei Themen, die keine schwerwiegende Intervention wie eine Oxytocin-gabe bei Geburtseinleitung, sondern weniger invasive Maßnahmen betreffen, ist auch nicht zu erwarten, dass sich die Studienlage zeitnah



verbessern wird. In solchen Fällen, in denen Reviews bzw. Leitlinien zum Schluss kommen, dass das eine wie das andere Verfahren zum Erfolg führen kann, sollten Hebammen ein Hilfsmittel an die Hand bekommen, welches ihnen die Entscheidung für eine der Interventionen in ihrem Arbeitsalltag erleichtert. Da die Studienlage in solchen Fällen nur eine eingeschränkte Entscheidungshilfe bietet, ist es angeraten, die in der eigenen bisherigen Praxis erfahrene, interne Evidenz für die Entscheidung zu nutzen. Das heißt, die Erfolge und Misserfolge, die im Zusammenhang mit einer Intervention erlebt werden, sollten für zukünftige Entscheidungen sinnvoll mit einbezogen werden.

Beck-Bornholdt und Dubben [2] schlagen als mögliche Lösung einen Algorithmus vor, eine abgewandelte „never-change-a-winning-team“ Strategie. Die Idee dieses Algorithmus ist es, die Entscheidung, welche Intervention bei der nächsten Klientin mit einer betreffenden Diagnose angewendet werden soll, nach einem bestimmten Schema zu treffen: Es soll jeweils aufgrund aller bisher (mit den beiden zur Wahl stehenden Interventionen) gemachten Erfahrungen entschieden werden. Diese Idee, auch bezeichnet als „play-the-winner rule“, bezieht sich auf Werke von Bayes [1] und Wold [11], wobei ähnliche Vorgehensweisen bereits früher beschrieben worden sind [12]. Das Theorem von Bayes wurde für folgende Anwendungen vorgeschlagen: 1. für die Erstellung einer Regel für den Fall, dass es bei einer Zwischenergebnislage ethisch erforderlich ist, eine randomisiert kontrollierte Studie zu stoppen; 2. für die Ermittlung der geeigneten Medikamentendosen für eine randomisiert kontrollierte Studie sowie 3. für die Interpretation der Evidenz aus der Studienlage [9].

Ähnliche Vorgehensweisen werden für die Gruppenzuordnung von Studienteilnehmer/innen [6], die Anpassung des Studiendesigns im Verlauf einer Studie [4] und für Evaluationen im Gesundheitswesen diskutiert [9]. Beck-Bornholdt und Dubben [2] nutzen das Theorem von Bayes, indem sie die bisher beobachteten Erfolge und Misserfolge als Entscheidungshilfe bei der Wahl zwischen zwei als gleichwertig erachteten Interventionen miteinbeziehen. Eine solche Anwendung als Entscheidungshilfe in der Praxis der Gesundheitsberufe ist bislang nicht bekannt. Die Anwendung des Algorithmus für die abgewandelte „play-the-winner rule“ sollte so benutzerfreundlich wie möglich gestaltet werden. Zu denken wäre an die Entwicklung einer App, in die nur die jeweiligen Interventionen und deren Erfolge eingetragen werden müssten. Ihre Anwendung sollte jedoch nicht starr sein und keinesfalls das Selbstbestimmungsrecht der Klientin einschränken. Sie könnte lediglich ein wirksames Mittel sein, den von der Hebamme sonst ohne systematische Verarbeitung gewonnenen Erfahrungsschatz auf manchen Gebieten schneller und effektiver zu erzeugen.

### Ziel und Fragestellung

Wenn auf Grund von systematischen Übersichtsarbeiten und evidenzbasierten Leitlinien die Aussage abzuleiten ist, dass zwei Interventionen gleichwertig vielversprechend sein könnten, sollen Hebammen (und andere Berufe im Gesundheitswesen) eine Entscheidungshilfe nach dem aktuellsten Wissensstand erhalten, um ihrer Klientel die bestmögliche Betreuung zu bieten. Das Selbstbestimmungsrecht der Klientin soll dabei nicht angetastet werden. Auch die individuelle Situation der Klientin soll berücksichtigt werden. Wenn nach Abwägung aller Faktoren keine eindeutige Entscheidung für die eine Intervention und gegen die andere gefällt wurde, soll die Hebamme eine Hilfestellung

erhalten. Es geht demnach darum, welche Empfehlung die Hebamme im Rahmen der gemeinsamen, informierten Entscheidung („informed shared decision making“) abgibt. Wird diese Empfehlung umgesetzt, gewinnt die Hebamme wieder eine Erfahrung für ihre zukünftigen Empfehlungen hinzu.

Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit lautet daher: Ist die von Beck-Bornholdt und Dubben (2003) vorgeschlagene Methode für den Praxisalltag der Hebammen tauglich, bei der Wahl zwischen zwei in der Literatur als gleichwertig erscheinenden Interventionen eine sinnvolle Entscheidungshilfe zu bieten?

### Methode

Der Algorithmus für die abgewandelte „play-the-winner rule“ geht folgendermaßen für die Wahl der anzuwendenden Intervention vor:

1. Bei der ersten Klientin wird eine der beiden Interventionen zufällig als Startintervention bestimmt (bspw. Münzwurf). Diese sei hier  $I_S$  genannt.
2. Solange  $I_S$  erfolgreich ist, wird sie für die jeweils nächste Klientin beibehalten.
3. Bei erstmaligem Misserfolg von  $I_S$  wird zur anderen Intervention gewechselt. Diese sei hier  $I_A$  genannt.
4.  $I_A$  wird wiederum für die jeweils nächste Klientin beibehalten, solange sie erfolgreich ist.
5. Ab dem erstmaligen Misserfolg von  $I_A$  wird für jede weitere Klientin die Wahlwahrscheinlichkeit  $\alpha$  für eine der beiden Interventionen berechnet, hier wiederum  $\alpha_S$  und  $\alpha_A$  genannt.

$$\alpha_S = \frac{\beta_S}{\beta_S + \frac{1}{\beta_S}} \quad \text{und} \quad \alpha_A = \frac{\beta_A}{\beta_A + \frac{1}{\beta_A}}$$

mit

$$\beta_S = \left( \frac{\text{Erfolgsrate } I_S + 0.28}{\text{Erfolgsrate } I_A + 0.28} \right)^w \quad \text{und} \quad \beta_A = \left( \frac{\text{Erfolgsrate } I_A + 0.28}{\text{Erfolgsrate } I_S + 0.28} \right)^w$$

wobei  $w$  die Anzahl Wechsel zwischen den beiden Methoden sei und die Erfolgsrate der einzelnen Interventionen sich folgendermaßen berechnet:

$$\text{Erfolgsrate } I_S = \frac{\text{Anzahl Erfolge mit } I_S}{\text{Anzahl Anwendungen von } I_S} \quad \text{und} \quad \text{Erfolgsrate } I_A = \frac{\text{Anzahl Erfolge mit } I_A}{\text{Anzahl Anwendungen von } I_A}$$

Mithilfe einer Zufallszahl zwischen 0 und 1, hier  $z$  genannt, und einer der beiden Wahlwahrscheinlichkeiten  $\alpha_S$  und  $\alpha_A$  wird dann die diesmal zu wählende Intervention bestimmt. Wir erläutern hier die Vorgehensweise anhand von  $\alpha_S$ ; genauso gut könnte  $\alpha_A$  verwendet werden (da immer gilt  $\alpha_A = 1 - \alpha_S \equiv \alpha_S = 1 - \alpha_A$ ):

wenn  $z \leq \alpha_S \rightarrow$  wähle  $I_S$  für nächste Klientin

wenn  $z > \alpha_S \rightarrow$  wähle  $I_A$  für nächste Klientin

In Worte gefasst bedeutet dies also: Zunächst einmal sammelt der Algorithmus mit beiden Interventionen erste Erfahrungen. Sobald Informationen über die Erfolgswahrscheinlichkeiten der beiden Methoden vorliegen, werden diese sich vermehrenden Informationen für jede nächste Entscheidung mit einbezogen. Je erfolgreicher sich eine Intervention in den gemachten Erfahrungen im Vergleich zur anderen Intervention gezeigt hat, desto häufiger wird sie gewählt. Und diese

Präferenz wird mit zunehmenden Erfahrungen mit den beiden Methoden (Anzahl Wechsel) verstärkt. Dank der Vorgehensweise mit der Zufallszahl für die Wahl der Intervention wird jedoch auch die bisher weniger erfolgreiche Intervention ab und zu wieder einmal zum Zug kommen. Dieses Verhalten ist wichtig, da es durchaus vorkommen kann, dass die eigentlich erfolgreichere Intervention sich bei den ersten Erfahrungen zufälligerweise als weniger erfolgreich zeigt. Durch die wiederholten Anwendungen beider Interventionen werden sich die beobachteten Erfolgsraten im Verlauf der Zeitreihe immer mehr den wahren Erfolgsraten annähern.

Für eine sinnvolle Anwendung dieses Algorithmus müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

- ◆ Es ist unklar, welche der beiden Interventionen in der betreffenden Situation vorzuziehen ist; es gibt keine wissenschaftliche Evidenz dafür, dass die eine der beiden Interventionen besser geeignet sein könnte als die andere.
- ◆ Alle Klientinnen haben nach der Beurteilung der Hebamme die gleiche Ausgangslage, die sich für die Durchführung der ausgewählten Interventionen eignen würde. Sie zeigen in der Regel dieselben im Voraus definierten Symptome.
- ◆ Der Erfolg/Misserfolg der Intervention muss klar benennbar sein und immer nach denselben, von der Hebamme im Voraus definierten Kriterien bestimmt werden. Hier fließen subjektive Faktoren sowohl von Seiten der Klientin als auch von Seiten der Hebamme mit ein. Diese sind jedoch Teil der Methode, denn es geht um die Frage: Welche Intervention ist in meiner Praxis erfolgversprechend?
- ◆ Die Klientinnen kommen zeitlich nacheinander und der Erfolg/Misserfolg der vorhergehenden Klientin ist bei der nächsten Klientin bereits bekannt.

Selbstverständlich kann es sich bei den beiden zu vergleichenden Interventionen auch um eine Intervention versus eine Nicht-Intervention (beispielsweise bei Sodbrennen in der Schwangerschaft: Akupunktur versus keine Behandlung) handeln, oder um dieselbe Intervention in verschiedenen Dosierungen (beispielsweise verschiedene Beratungsinhalte zum Kaffeekonsum in der Schwangerschaft [5]).

Für die Simulation in der vorliegenden Arbeit wird die Entscheidung zwischen Quark und Kohl bei verstärkter initialer Brustdrüsen-schwellung in der Stillzeit als Beispielszenario verwendet. Die Sicherheit in der Diagnosestellung wird dabei vorausgesetzt. In der entsprechenden Leitlinie [3] wird konsentiert:

*„Aufgrund langjähriger Erfahrungen aus der Praxis können Auflagen in Form von Kühlkissen, Kohlblättern oder Quark sowie die Anwendung einer Tiefdruckmassage zur symptomatischen Behandlung eingesetzt werden.“*

Ein Cochrane Review [7] bezieht sich ebenfalls auf verschiedene Maßnahmen bei Brustdrüsen-schwellung, darunter auch unterschiedliche Kohlapplikationen: Bei Vergleichen von Kohl in Raumtemperatur versus gekühlten Kohlblättern, von gekühlten Kohlblättern versus kalten Packungen und von Kohlcreme versus Placebocreme wurden keine Unterschiede festgestellt. Alle Maßnahmen erzielten eine gewisse Linderung. Zu Quark wurde keine Studie eingeschlossen.

Um die Funktionsweise des Algorithmus simulieren zu können, nehmen wir an, dass wir die wahren Erfolgsraten von Quark und Kohl kennen

würden und bestimmen willkürlich, dass Quark die erfolgreichere Methode sei. Der Erfolg sei für unser Simulationsbeispiel als vollständiger Rückgang der Rötung und Schwellung nach 24 Stunden Behandlung festgelegt. Wir testeten sechs unterschiedliche Szenarien mit je einer erfolgreicheren (Quark) und einer weniger erfolgreichen Intervention (Kohl). Die gewählten Erfolgsraten (siehe Tabelle 1) werden auf verschiedenen Niveaus angesiedelt (im unteren, mittleren und oberen Prozentbereich) und die Differenz in der Erfolgsrate je einmal mit 5 und einmal mit 17 Prozentpunkten angesetzt. Die verwendeten Erfolgsraten haben nichts mit den tatsächlichen (unseren Wissens nach bislang unbekannt) Erfolgsraten von Quark und Kohl bei verstärkter initialer Brustdrüsen-schwellung in der Stillzeit zu tun, sondern sind frei erfunden für die Veranschaulichung des Algorithmus.

**Tabelle 1: Fiktiv angenommene Erfolgsraten der beiden Interventionen Quark und Kohl in den sechs Simulationsszenarien**

Intervention	Erfolgsraten klein		Erfolgsraten mittel		Erfolgsraten hoch	
	Quark	Kohl	Quark	Kohl	Quark	Kohl
Unterschied in Erfolgsrate klein (5 Prozentpunkte)	8%	3%	55%	50%	97%	92%
Unterschied in Erfolgsrate gross (17 Prozentpunkte)	20%	3%	57%	40%	97%	80%

Für jedes der sechs Simulationsszenarien mit den vorgegebenen Erfolgsraten wurden 10.000 Simulationen für eine Reihe von 300 aufeinander folgenden Klientinnen gestartet: Für jede Klientin wurde als Behandlungserfolg eine Zufallszahl ausgegeben („gewürfelt“), wobei die Wahrscheinlichkeit, mit der ein Erfolg verbucht werden konnte, der vorgegebenen Erfolgsrate entsprach.

Alle Simulationen und Analysen in dieser Studie wurden mit der Statistik Software R durchgeführt [10].

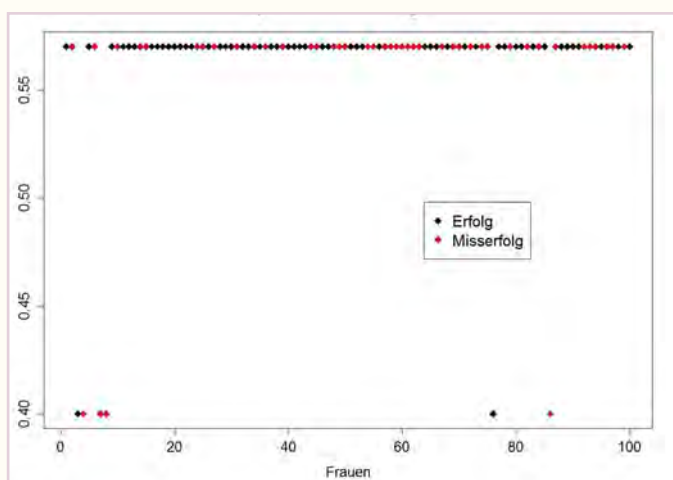
## Ergebnisse

In den folgenden beiden Abschnitten werden die Ergebnisse der Simulation von Klientinnenreihen mit dem Algorithmus beschrieben. Im ersten Abschnitt zeigen wir drei Beispiele von simulierten Reihen, im zweiten Abschnitt werden die mittleren Erfolgsraten aus allen 10.000 Simulationen für die sechs verschiedenen Szenarien präsentiert und verglichen.

### Beispiele von Simulationsreihen

Abbildung 1 zeigt ein Beispiel einer Simulation mit dem Algorithmus für die ersten 100 Klientinnen. Es ist eine der 10.000 gerechneten Simulationen für das Szenario mit den mittleren Erfolgsraten und dem größeren Unterschied zwischen den Erfolgsraten der beiden Interventionen, in dem die Erfolgsrate für Quark bei 57% und diejenige für Kohl bei 40% angesetzt ist.

In diesem ersten Beispiel wurde mit der Zufallsauswahl (Schritt 1 des Algorithmus, vgl. Abschnitt Methode) Quark als Startintervention gewählt. Die Quarkanwendung führte bei der ersten fiktiven Klientin zum Erfolg, bei der zweiten nicht, weshalb für die dritte Klientin zu Kohl gewechselt wurde (Schritt 3 des Algorithmus, vgl. Abschnitt Methode). Auch bei Kohl zeigt sich zunächst ein Erfolg, danach bei der vierten fiktiven Klientin ein Misserfolg. Ab der fünften Klientin wurde also jede weitere Entscheidung aufgrund der jeweiligen aktuellen Wahlwahrscheinlichkeiten  $\alpha$  für die beiden Interventionen Quark und Kohl und



**Abbildung 1:** Beispiel einer simulierten Reihe des Szenarios (1 Behandlung = 1 Raute) mit Erfolgsrate Quark (bei 57% oben im Diagramm) und Erfolgsrate Kohl (bei 40% unten im Diagramm) bei 100 Frauen.

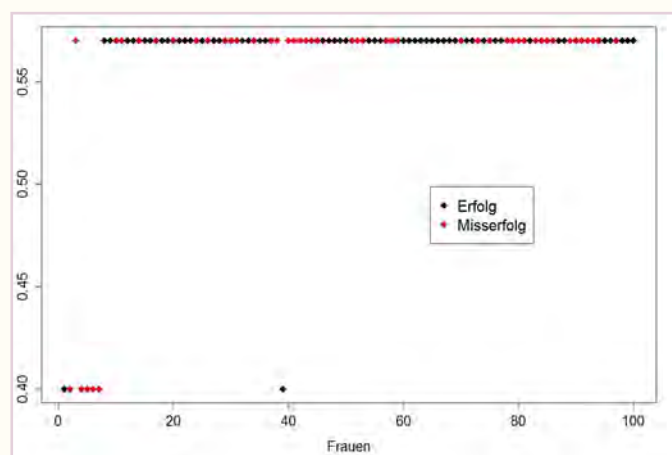
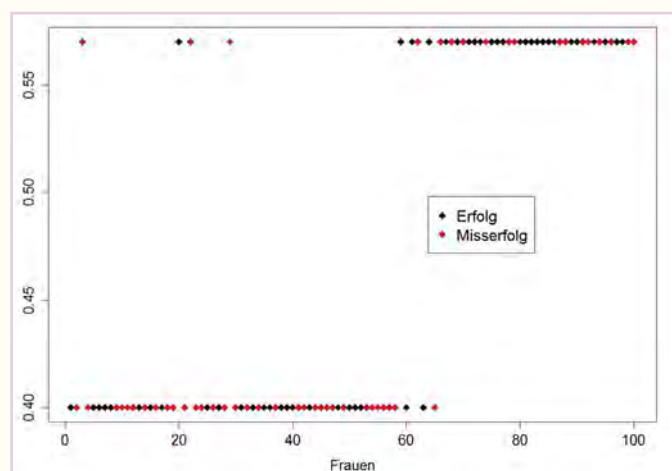
y-Achse: Erfolgsrate; x-Achse: Reihe der Klientinnen von 1 bis 100; schwarz: Erfolg, rot: Misserfolg.

einer Zufallszahl gefällt (Schritt 5 des Algorithmus, vgl. Abschnitt Methode). Kohl hatte unter den ersten vier Anwendungen nur einmal einen Erfolg gezeigt, Quark hingegen zwei Mal. Quark wird deshalb in der Folge viel öfter gewählt als Kohl. Aber auch Kohl kommt im Laufe der Reihe noch zwei Mal zum Zug, was dem Mechanismus mit der Zufallszahl zu verdanken ist.

Die simulierten Reihen – wie auch tatsächliche Anwendungen eines solchen Algorithmus – sehen durch die Natur des Zufalls jedes Mal anders aus. Für Abbildung 2 haben wir zwei weitere Reihen desselben Simulationsszenarios wie in Abbildung 1 (fiktive Erfolgsraten für Quark 0.57 und für Kohl 0.40) aus den 10.000 Simulationen gewählt zur Darstellung dieser Unterschiedlichkeit. Bei beiden wurde Kohl als Startintervention gewählt und bei beiden zeigte dieser einen Erfolg, gefolgt von einem Misserfolg. Die darauffolgende Quark-Anwendung zeigte in beiden Fällen keinen Erfolg, worauf in beiden Reihen Kohl wieder zum Zug kommt und einen Misserfolg zeigt. Trotz dieser gleichen Ausgangssituation unterscheiden sich die Reihen ab der fünften Klientin beträchtlich. In der Simulationsreihe von Abbildung 2 zeigt Kohl per Zufall am Anfang viele Erfolge und wird deswegen bis etwa zur 60. Klientin vorwiegend gewählt. Hier zeigt sich die Wichtigkeit des Mechanismus mit der Zufallszahl, der dazu führt, dass trotz der vermeintlichen Überlegenheit von Kohl auch Quark hin und wieder gewählt wird. Dadurch kann sich – früher oder später, in diesem Beispiel nach ca. 60 Anwendungen – die tatsächliche Überlegenheit von Quark zeigen und der Algorithmus entscheidet auf lange Frist trotz dieser ersten Erfahrungen vorwiegend für Quark. In der Simulation auf dem unteren Diagramm von Abbildung 2 hingegen zeigt Kohl gerade andersherum per Zufall viele Misserfolge in den ersten Anwendungen und wird deshalb schon nach wenigen Klientinnen nur noch in Ausnahmefällen gewählt.

#### Mittlere Erfolgsraten in den Simulationsszenarien

Die Beispiele im vorhergehenden Abschnitt sollen illustrieren, wie einzelne Anwendungen des Algorithmus aussehen und wie verschiedenen Anwendungsreihen des gleichen Szenarios (gleiche wahre Erfolgsraten) sein können. Um etwas über die Güte des Algorithmus aussagen zu können, betrachten wir nun in diesem Abschnitt nicht mehr einzelne

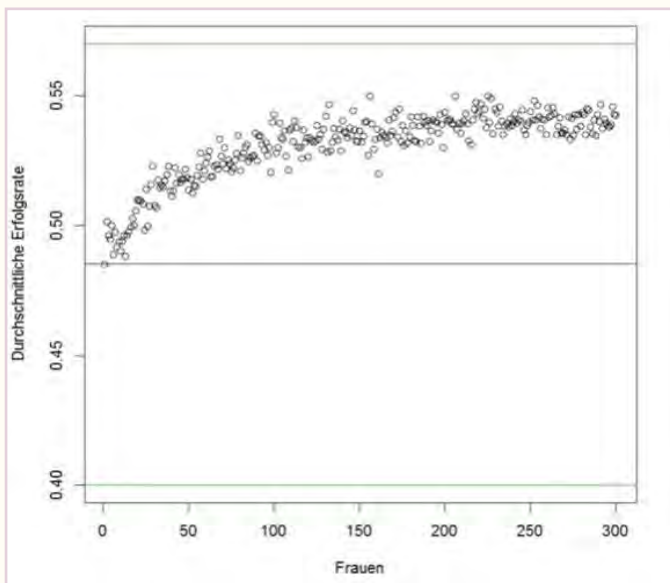


**Abbildung 2:** Zwei weitere Beispiele von simulierten Reihen des Szenarios (1 Behandlung = 1 Raute) mit Erfolgsrate Quark (bei 57% oben im Diagramm) und Erfolgsrate Kohl (bei 40% unten im Diagramm) bei 100 Frauen.

y-Achse: Erfolgsrate; x-Achse: Reihe der Klientinnen von 1 bis 100; schwarz: Erfolg, rot: Misserfolg

Simulationen, sondern die mittleren Erfolgsraten über 10.000 Simulationen desselben Szenarios.

Abbildung 3 zeigt die mittlere Erfolgsrate des Algorithmus für das bereits im vorhergehenden Abschnitt verwendete Szenario mit den Erfolgsraten der beiden Interventionen im mittleren Bereich. Die grünen horizontalen Linien markieren die zugrunde gelegten fiktiven Erfolgsraten der beiden Interventionen: 0.57 für Quark und 0.40 für Kohl. Die dunkelblaue Linie bei 0.485 entspricht der mittleren Erfolgsrate, wenn man die Hälfte der Klientinnen mit der einen, die andere Hälfte mit der anderen Intervention behandelt, also z.B. abwechselnd Quark und Kohl verwenden würde. Die maximal erreichbare mittlere Erfolgsrate entspricht in diesem Szenario 0.57, der Erfolgsrate von Quark. Die Punkte in Abbildung 3 zeigen die tatsächlich beobachteten Erfolgsraten für die erste bis dreihundertste Klientin gemittelt über die 10.000 durchgeführten Simulationen. Für die erste Klientin liegt diese mittlere Erfolgsrate per Definition auf der blauen Linie, bei 0.485, da ja in der Hälfte der Fälle Quark und in der anderen Hälfte der Fälle Kohl als Startintervention gewählt wird. Bereits ab der zweiten Klientin liegt die mittlere Erfolgsrate jedoch über dieser durchschnittlichen Erfolgsrate der beiden Interventionen. Die beobachteten mittleren Erfolgsraten in diesem Simulationsszenario streuen um eine stetig steigende Kurve, die sich auf lange Sicht dem Optimum von 0.57 annähert. Der Anstieg ist



**Abbildung 3: Durchschnittliche Erfolgsrate über 10.000 Simulationen des Szenarios mit Erfolgsrate Quark 57% und Erfolgsrate Kohl 40%**

anfangs steil und wird dann immer flacher. Die Streuung entsteht durch Zufallsschwankungen, weil hier „nur“ 10.000 Simulationen durchgeführt wurden. Je mehr Simulationen man verwenden würde, desto kleiner würde diese Streuung werden.

In andere Worte gefasst: Bereits ab der zweiten Klientin kann der Algorithmus die Erfahrung, die man mit der ersten Klientin gemacht hat, gewinnbringend einsetzen. Und mit jeder weiteren Klientin lernt der Algorithmus weiter, so dass die Erfolgchance für jede weitere Klientin etwas weiter ansteigt.

In gleicher Weise wie in Abbildung 3 sind in Abbildung 4 für alle sechs Simulationsszenarien (siehe Tabelle 1) die mittleren Erfolgsraten berechnet aus den 10.000 Simulationen pro Szenario und für eine Reihe von 300 Klientinnen dargestellt.

Die Diagramme oben in Abbildung 4 zeigen die beiden Szenarien mit den kleinen Erfolgsraten für beide Interventionen, die mittleren Diagramme die Szenarien mit den mittleren Erfolgsraten und die unteren beiden Diagramme die Szenarien mit den hohen Erfolgsraten. In den Diagrammen auf der linken Seite sind die drei Szenarien mit dem größeren Unterschied von 17 Prozentpunkten, in den Diagrammen auf der rechten Seite diejenigen mit dem kleineren Unterschied von 5 Prozentpunkten zwischen den Erfolgsraten der beiden Interventionen dargestellt. Der Lerneffekt des Algorithmus bereits ab der zweiten Klientin und der stete Anstieg der mittleren Erfolgsrate mit Annäherung an das Optimum sind bei allen Szenarien zu beobachten. Der Vergleich der linken mit den rechten Diagrammen in Abbildung 4 zeigt, dass bei den Szenarien mit nur kleinem Unterschied zwischen den Erfolgsraten der beiden Interventionen die Streuung deutlich stärker ist. Vor allem im Szenario mit den mittleren Erfolgsraten ist sie so groß, dass die eigentliche Kurve nur noch undeutlich erkennbar ist. Außerdem zeigt der Vergleich auch, dass der Algorithmus bei den Szenarien mit den größeren Unterschieden in der Erfolgsrate deutlich schneller lernt als bei denjenigen mit den kleineren Unterschieden. Dies ist auch intuitiv einleuchtend: Wenn Quark in Wirklichkeit sehr viel erfolgreicher ist als Kohl, ist das schneller feststellbar, als wenn Quark nur ein bisschen erfolgreicher ist als Kohl.

Der Vergleich zwischen den Szenarien mit den kleinen, mittleren und hohen Erfolgsraten der beiden Interventionen (Abbildung 4) zeigt, dass der Lerneffekt in den Szenarien mit den kleinen und hohen Erfolgsraten schneller ist als in denjenigen mit den mittleren. Das kommt daher, dass bei Unterschieden in festen Prozentpunkten, wie wir sie für die Szenarien gewählt haben, der relative Unterschied im mittleren Prozentbereich am kleinsten ist. Bei kleinen Erfolgsraten ist er groß bezogen auf die Erfolge, bei großen Erfolgsraten bezogen auf die Misserfolge. Und diese vergleichsweise großen relativen Unterschiede in den Erfolgsraten bei den Szenarien im tiefen und hohen Prozentbereich führen dazu, dass der Algorithmus schneller lernen kann, welche der beiden Interventionen die erfolgreichere ist.

## Diskussion

Die Frage danach, ob es eine für den Praxisalltag der Hebammen taugliche Methode gibt, die zwischen zwei als gleichwertig erscheinenden Interventionen Entscheidungshilfe bietet, kann positiv beantwortet werden.

Es wird immer Themen geben, für die Reviews und Leitlinien (noch) keinen eindeutigen Vorteil einer Maßnahme gegenüber einer anderen möglichen Intervention darstellen können und sie als gleichwertig empfehlen. Wahrscheinlichkeitsberechnungen wie der hier vorgestellte Algorithmus könnten Hebammen in solchen Situationen eine sinnvolle Entscheidungshilfe bieten. Der Subjektivität des eigenen Settings (Klientel, Durchführungsweise der Behandlung) wird dabei stets Rechnung getragen. Die gemeinsame, informierte Entscheidung wird dadurch nicht beeinträchtigt, sondern eher dadurch bereichert, dass die Hebamme die von ihr gemachten Erfahrungen in Zahlen fassen kann.

Interventionsalternativen mit großen Unterschieden sind nicht zu erwarten, denn sie wären bereits in einer Metaanalyse aufgefallen und in die wissenschaftliche Evidenz eingegangen. Je nach Anzahl der Fälle und damit der gemachten Erfahrungen, aber auch je nach Überlegenheit einer Intervention wird den ratsuchenden Frauen etwas später oder etwas früher vorwiegend die überlegene Intervention angeboten. Wie erwähnt, bevorzugt der Algorithmus bereits ab der zweiten Anwendung häufiger die erfolgreichere Intervention. Eine Hebamme benötigt daher in ihrer eigenen Praxis nicht so viele Fälle wie in den gezeigten Simulationen.

Zu den Vorteilen dieses Algorithmus gehört es, dass er durch das laufende Einbeziehen aller verfügbaren Erfahrungen seinen Vorschlag zur Intervention wählt. Es kann allerdings nicht dargelegt werden, bei welchen Interventionen in welchen Zielgruppen wie viele Fälle benötigt werden, um festzulegen, welche Intervention durchgängig empfohlen werden sollte. Wie erläutert, werden sich die beobachteten Reihen von Entscheidungen für die eine oder andere Intervention und von Erfolgen und Misserfolgen bei jeder Anwendung unterscheiden. Dies liegt zum einen in der Natur des Zufalls, da jedes Mal wieder andere Klientinnen mit anderen Voraussetzungen nacheinander beobachtet werden, zum anderen in der Art der Anwendung durch verschiedene Hebammen. Diese Aspekte können als Limitationen der Methode verstanden werden.

Ein solches Vorgehen eignet sich auch nicht für alle Fragen in der Geburtshilfe, denn Erfolg bzw. Misserfolg der Intervention müssen eindeutig zu beurteilen sein und zwar relativ zeitnah, bevor die nächste



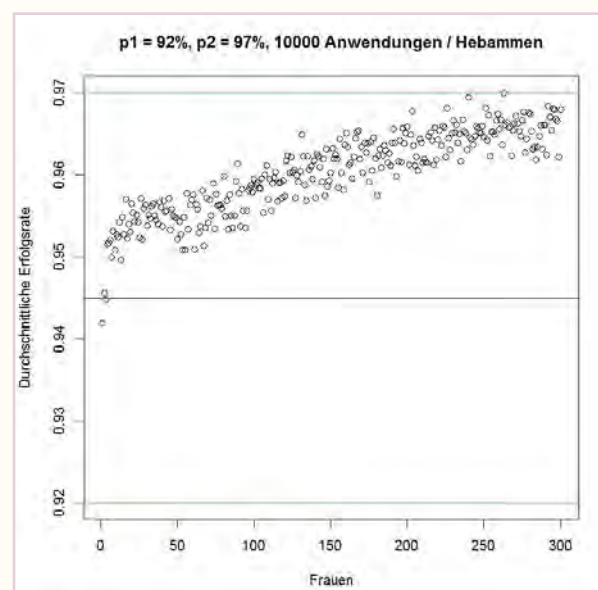
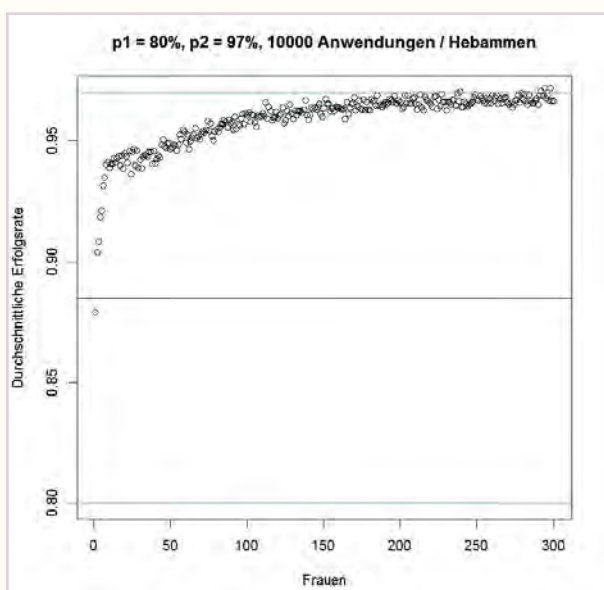
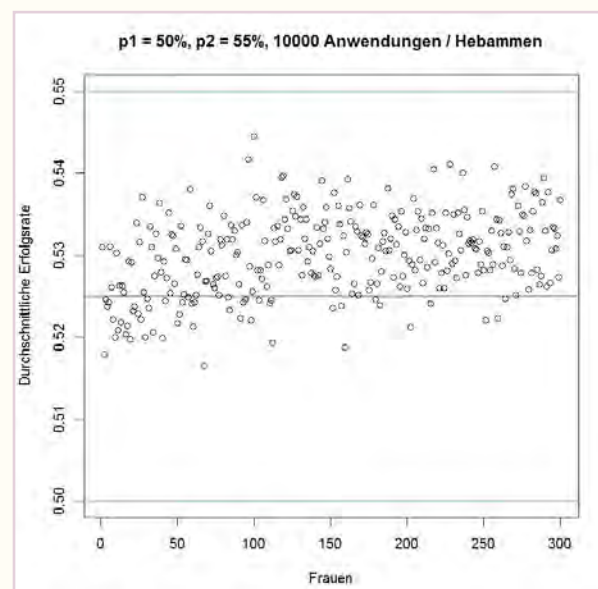
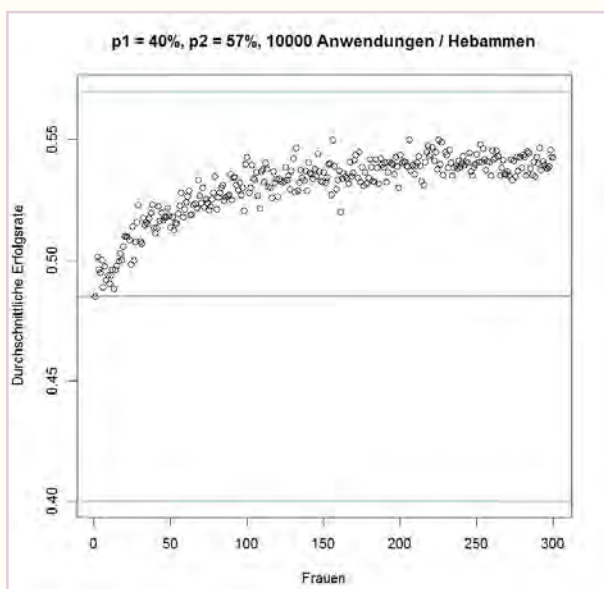
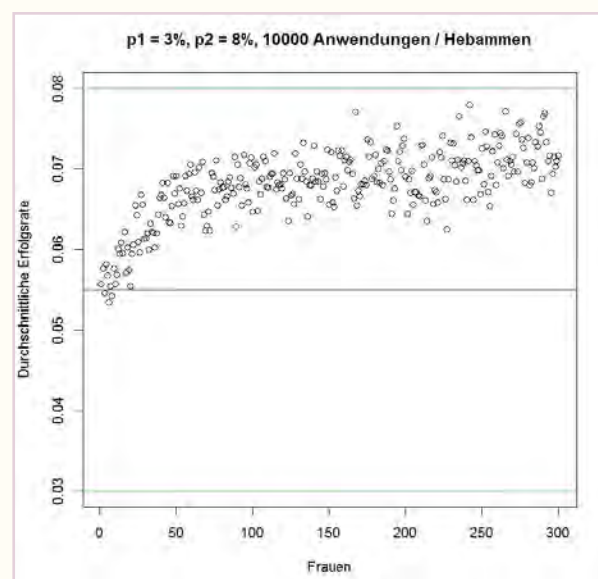
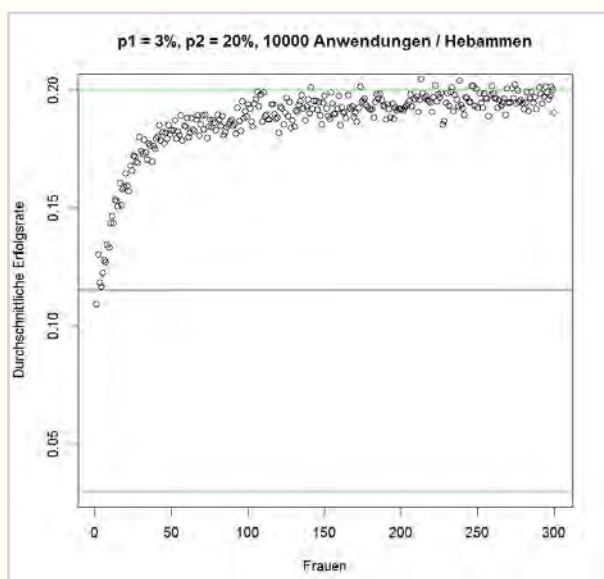


Abbildung 4: Durchschnittliche Erfolgsraten über 10.000 Simulationen für die sechs Simulationsszenarien: Erfolgsraten klein (oben), mittel (Mitte), hoch (unten) bei jeweils 300 Frauen. y-Achse: Durchschnittliche Erfolgsrate; x-Achse: Reihe der Klientinnen von 1 bis 300.

Klientin mit vergleichbarem Behandlungsbedarf erscheint. Als vorteilhaft einzustufen ist es, dass dieses Vorgehen auch bei Maßnahmen geeignet ist, die nur kleine Erfolgsraten aufweisen.

## Schlussfolgerungen

Im Sinne der allgemeinen Bemühungen, evidenzbasiert zu arbeiten, könnte eine solche Methode für die eigene Praxis eine sinnvolle Ergänzung zu den vorhandenen Leitlinien, Reviews und Studienergebnissen darstellen, wenn in Metaanalysen Interventionsalternativen als wirksam beschrieben werden. Sie hilft bei der Auswahl der Alternative, welche in der Praxis der Hebamme die größere Wirksamkeit hat. Die Hebamme wird nie mit letzter Sicherheit sagen können, dass Intervention A, die in manchen Fällen auch die gekonnte Nichtintervention bedeuten kann, grundsätzlich wirksamer ist als Intervention B, aber ihr Vorgehen beruht immer auf den bisherigen Erkenntnissen. Diese

Anwendung könnte auch auf ganze Hebammen- oder Klinikteams übertragen werden. Mit diesem Vorgehen würde eine Entscheidungsgrundlage in der Praxis geschaffen werden, die jedoch nicht als statisch anzusehen ist, sondern sich laufend an die Empfehlungen aktueller Leitlinien und Reviews anpassen soll. Für Hebammen und andere Berufe im Gesundheitswesen, die ihre eigenen Erfahrungen strukturiert erfassen und systematisch umsetzen wollen, könnte dies ein geeignetes Hilfsmittel sein. Die Methode wurde allerdings bislang noch nicht in der Praxis erprobt. Reaktionen der Leserschaft auf diesen Artikel werden daher von den Autorinnen mit besonderem Interesse aufgenommen.

**Institution:** Institut für Hebammen, Department Gesundheit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, CH-8401 Winterthur

**Interessenkonflikt:** Die Autorinnen erklären, dass keine Interessenskonflikte vorliegen.

**Review-Verfahren:** Eingereicht am: 20.9.2017, angenommen am: 16.4.2018

**Kontakt:** christine.loytved@zhaw.ch

## Literatur:

1. Bayes M, Price M. An Essay towards Solving a Problem in the Doctrine of Chances. By the Late Rev. Mr. Bayes, F. R. S. Communicated by Mr. Price, in a letter to John Canton, A. M. F. R. S. *Philosophical Transactions*. 1763;53:370–418. DOI: 10.1098/rstl.1763.0053
2. Beck-Bornholdt H-P, Dubben H-H. *Der Schein der Weisen: Irrtümer und Fehlurteile im täglichen Denken*. 7th ed. Reinbeck: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2003. German.
3. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). S3 Leitlinie: Therapie entzündlicher Brusterkrankungen in der Stillzeit; 2013. Verfügbar unter: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/015-0711\\_S3\\_Therapie\\_entz%C3%BCndlicher\\_Brustentz%C3%BCndungen\\_Stilzeit\\_2\\_2013-02\\_01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-0711_S3_Therapie_entz%C3%BCndlicher_Brustentz%C3%BCndungen_Stilzeit_2_2013-02_01.pdf). German.
4. Huskins WC, Fowler VG, Evans S. Adaptive Designs for Clinical Trials: Application to healthcare epidemiology research. *Clin Infect Dis*. 2018;66(7):1140–6. DOI: 10.1093/cid/cix907
5. Jahanfar S, Jaafar S H. Effects of restricted caffeine intake by mother on fetal, neonatal and pregnancy outcomes. *Cochrane database Syst Rev*. 2015; (6):CD006965. DOI: 10.1002/14651858.CD006965.pub4
6. Liang Y, Carriere KC. Stratified and randomized play-the-winner rule. *Stat Methods Med Res*. 2008;17(6):581–93. DOI: 10.1177/0962280207081606
7. Mangesi L, Zakarija-Grkovic I. Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane database Syst Rev*. 2016;(6):CD006946. DOI: 10.1002/14651858.CD006946.pub3
8. Phupong, V, Hanprasertpong T. Interventions for heartburn in pregnancy. *Cochrane database Syst Rev*. 2015;(9):CD011379. DOI: 10.1002/14651858.CD011379.pub2
9. Spiegelhalter DJ. Incorporating Bayesian ideas into health-care evaluation. *Statistical Science*. 2004;19(1):156–74.
10. R Core Team. *R - A language and environment for statistical computing*. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2014. Verfügbar unter: <http://www.R-project.org/>.
11. Wold, H O A. *A study in the analysis of stationary time series*. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1938.
12. Zelen, M. Play the winner rule and the controlled clinical trial. *Journal of the American Statistical Association*. 1969;64(325):131–146. DOI: 10.1080/01621459.1969.10500959.

## Anmerkung der Redaktion

Auf Anregung beider Reviewerinnen wurde Herr Dubben angeschrieben und gebeten, einen Kommentar zum Einsatz der von ihm und Herrn Beck-Bornholdt vorgestellten Methode zu verfassen. Leider konnte ihr Kommentar bis zur Zeit der Publikation nicht eingeholt werden.

## ADDENDUM zum Band/Jahrgang 05/2017, Heft 02 der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science), Rubrik Originalarbeit:

Auf Seite 71 (Zeilen 10-11 links oben) sollte im ersten Absatz unter der Überschrift „Methodische Aspekte“ auf die Quelle Nr. 13 verwiesen werden: Mattern E, Lohmann S, Ayerle GM. Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):389. DOI: 10.1186/s12884-017-1552-9.

## Case Reporting: Fallberichte

Die Gelegenheit, aus Fällen zu lernen, ist besonders bei selteneren Erkrankungen oder untypischen klinischen Situationen für Fachleute aller Erfahrungsniveaus interessant. Auch im Zusammenhang mit klinischen Fragestellungen, die nicht oder nur unzureichend experimentell erforscht werden können (Notfälle, schlechte Outcomes), bieten Kasuistiken die Chance für lebendiges, authentisches Lernen.

In der moderierten, klinischen Fallbesprechung ist es üblich, dass während der Fallvorstellung Einzelheiten nachgefragt werden können. Das ist bei einer schriftlichen Fallanalyse nicht möglich; daher ist es hier besonders wichtig, strukturiert vorzugehen, damit ein Fallbericht alle nötigen Informationen auf qualitativ hohem Niveau liefern kann.

Dafür wurde in einem Konsensusverfahren ein Regelwerk entwickelt – die CARE-Guideline – das mit Checklisten und Vorlagen Kliniker/innen und Wissenschaftler/innen dabei unterstützt, interessante und lehrreiche Kasuistiken schriftlich zu präsentieren [1,2]. Diese Dokumente

stehen der Fachöffentlichkeit zur kostenfreien Nutzung zur Verfügung; sie wurden 2013 zeitgleich in sechs Journals publiziert; eines davon war das Deutsche Ärzteblatt [3].

Wir drucken mit freundlicher Genehmigung der Autor/innen und der Herausgeber [4] in dieser Ausgabe diese Publikationen nach und würden uns freuen, von unseren Leser/innen Fallberichte zum Abdruck entgegennehmen zu können.

### Literatur

1. <http://www.care-statement.org/>
2. <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/care/>
3. Gagnier JJ, Riley D, Altman DG, Moher D, Sox H, Kienle GS, for the CARE group: The CARE guidelines: Consensus-based clinical case reporting guideline development. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110(37):603–8.DOI: 10.3238/arztebl.2013.0603
4. Copyright © IMI LLC, 2437 NW Overton Street, Portland, Oregon 97210-2930, United States.

## Die Case Reporting (CARE) Guideline

### *Entwicklung einer konsensbasierten Leitlinie für die Erstellung klinischer Fallberichte*

Joel J. Gagnier, David Riley, Douglas G. Altman, David Moher, Harold Sox, Gunver S. Kienle, für die CARE-Gruppe

Nachdruck: © Deutsches Ärzteblatt

### Zusammenfassung

**Hintergrund:** Ein Fallbericht beschreibt einen medizinischen Sachverhalt an einem oder mehreren einzelnen Patienten zu einem medizinischen, wissenschaftlichen oder pädagogischen Zweck. Wegen der oft unzureichenden Qualität von Fallberichten bezüglich klinischer Informationen besteht Bedarf an einer Publikationsleitlinie. Ziel ist die Entwicklung, Verbreitung und Implementierung einer konsensbasierten Leitlinie zur Erstellung von Fallberichten.

**Methoden:** Dreiphasiges Konsensusverfahren: 1. Literaturrecherche und Interviews zur Erstellung von Items für die Leitlinie, 2. Konsensuskonferenz mit persönlicher Teilnahme vor Ort für den Leitlinienentwurf, 3. Versendung des Entwurfs, schriftliche Rückmeldungen, Piloterprobung und Finalisierung der Leitlinie.

**Ergebnisse:** In einem Konsensusverfahren mit 27 Teilnehmern wurde eine Checkliste mit 13 Items generiert: Titel, Schlüsselwörter, Zusammenfassung, Einleitung, Patienteninformation, klinische Befunde, Zeitachse („timeline“), diagnostisches Verfahren, therapeutische Intervention, Ergebnisse und Follow-up, Diskussion, Patientenperspektive, informierte Einwilligung.

**Fazit:** Die Implementierung der CARE (CAsE REporting)-Leitlinie durch medizinische Fachzeitschriften soll die Vollständigkeit und Transparenz publizierter Fallberichte verbessern. Die systematische Sammlung von Informationen aus Fallberichten kann bei der Planung klinischer Studien helfen und frühe Hinweise auf Wirksamkeit und Risiken von Gesundheitsmaßnahmen geben sowie zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung beitragen.

Ein Fallbericht beschreibt detailliert einen medizinischen Sachverhalt an einem oder mehreren einzelnen Patienten zu einem medizinischen, wissenschaftlichen oder pädagogischen Zweck.

Fallberichte geben Beobachtungen aus der normalen klinischen Patientenversorgung wieder. Solche Berichte spielten eine wesentliche Rolle bei der Entdeckung vieler Nebenwirkungen, neuer Therapie- und Diagnoseverfahren, neuer oder seltener Erkrankungen und ungewöhnlicher Formen bekannter Erkrankungen [1]. Beispiele sind der Zusammenhang von Thalidomid und Fehlbildungen bei Neugeborenen [2] und die Wirkung von Propranolol auf infantile Hämangiome [3]. Fallberichte können Hypothesen für künftige klinische Studien generieren sowie Beiträge für die Evaluation systemischer Ansätze in der Medizin und für die Individualisierung und Personalisierung von Behandlungen liefern [4,5]. Schließlich ermöglichen Fallberichte ein Fall-basiertes Lernen und können Unterschiede in der medizinischen Ausbildung und Gesundheitsversorgung verschiedener Kulturen verdeutlichen.

Fallberichte sind weit verbreitet und ihre Anzahl wächst stetig [6]; ihre Qualität variiert jedoch erheblich [7,8]. Beispielsweise ergab eine Untersuchung von

1 316 Fallberichten aus vier notfallmedizinischen Zeitschriften mit Peer-Review-Verfahren, dass in mehr als der Hälfte der Berichte wichtige Informationen zur primären Behandlung, die für Transparenz und Replikation erforderlich gewesen wären, nicht beschrieben wurden [9]. Ohne Unterstützung durch Publikationsleitlinien haben Fallberichte oft keine ausreichende Stringenz, um für eine systematische Datenanalyse, für die Planung klinischer Studien und zur Verbesserung der klinischen Praxis verwertbar zu sein [7,9].

Publikationsleitlinien gibt es für verschiedene Studiendesigns, zum Beispiel für randomisierte Studien (Consolidated Standards of Reporting Trials, CONSORT) [10], Beobachtungsstudien (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology, STROBE) [11] oder systematische Reviews (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, PRISMA) [12]. Empirische Daten geben Hinweise, dass die Implementierung der CONSORT-Statements in die Autorenrichtlinien einer Zeitschrift mit einer Anhebung der Qualität und Vollständigkeit in der Publikation von randomisierten Studien einhergeht [13]. Entsprechendes ist für Fallberichte zu erwarten.

Leitlinien speziell für Fallberichte zu Arzneimittelnebenwirkungen sind bereits entwickelt [14], doch allgemeine Fallbericht-Leitlinien gibt es bisher nicht. Das Ziel war deshalb die Entwicklung einer solchen Leitlinie in einem Konsensusverfahren.

## Methoden

### Forschungsdesign

Entsprechend den Vorgaben der „Guidance for Developers of Health Research Reporting Guidelines“ [15] entwickelte das Steering Committee der CARE-Gruppe ein dreiphasiges Konsensusverfahren [16]:

1. vorbereitende Literaturrecherche, gefolgt von Interviews, um Items für die Fallbericht-Checkliste zu definieren
2. Konsensuskonferenz mit persönlicher Teilnahme vor Ort, um die Publikationsleitlinie zu entwerfen
3. anschließendes Feedback, Piloterprobung und Finalisierung der Fallbericht-Leitlinie.

### Teilnehmer

28 Personen wurden kontaktiert, die wenigstens eines der folgenden Kriterien erfüllten [17-19]:

- ◆ Publikation von Artikeln zu Fallberichten
- ◆ Publikation eines Manuals, Handbuches oder einer Methodenleitlinie mit Bezug auf Fallberichte
- ◆ Publikation eines systematischen Reviews zu Fallberichten
- ◆ Publikation von anderen Leitlinien zur Erstellung von Forschungsberichten.

### Konsensusverfahren

*Phase 1:* Vier der Autoren, das Steering Committee (JG, GK, DM und DR), recherchierten nach wissenschaftlicher Literatur im Hinblick auf Funktion von Fallberichten, Empfehlungen zu ihrer Publikation und Bewertungen der Publikationsqualität.

28 potenzielle Teilnehmer wurden angeschrieben mit der Frage, ob sie sich an einer konsensbasierten Erstellung spezifischer Empfehlungen für Fallberichtspublikationen beteiligen würden. 27 Personen willigten ein. Sie erhielten eine Auswahl der recherchierten Literatur. Hiernach wurde mit jedem ein Telefoninterview durchgeführt. Die Teilnehmer wurden gefragt:

- ◆ welche Information in Fallberichten unerlässlich
- ◆ sei und deshalb in Leitlinien gefordert werden müsse,
- ◆ was die Gründe dafür seien und
- ◆ welche Literatur die Gründe untermauern würde.

Drei der Autoren (JG, GK, und DR) ordneten die Empfehlungen aus Literaturrecherche und Interviews und die dazugehörigen Begründungen, Literaturverweise und Arbeitsdefinitionen in thematische Blöcke. Eine quantitative Bewertung mittels Scores wurde nicht durchgeführt.

*Phase 2:* An dem Konsensustreffen an der Universität von Michigan in Ann Arbor (Oktober 2012), nahmen 18 Teilnehmer der Phase 1 teil, außerdem ein Forschungsassistent und zwei Studenten als Beobachter. Begonnen wurde am ersten Tag mit einer kritischen Sichtung der in Phase 1 generierten verblindeten Empfehlungen, zuerst im Plenum und dann in kleinen Arbeitsgruppen. Am zweiten Tag wurden die einzelnen potenziellen Items im Detail diskutiert und zusätzliche Kommentare, Begründungen, Arbeitsdefinitionen und Vorschläge eingebracht. Am Ende des zweiten Tages hatte sich die Gruppe auf eine vorläufige Leitlinie in Form einer Checkliste geeinigt.

*Phase 3:* Der Entwurf der Leitlinie wurde vom Steering Committee weiter präzisiert und zweimal der gesamten Gruppe (Teilnehmer der Phase 1 und 2) für kritische Rückmeldungen zugeschickt. Die Rückmeldungen der gesamten CARE-Gruppe wurden in die endgültige Checkliste eingearbeitet.

## Ergebnis

Die Checkliste der CARE (Case Reporting)-Leitlinie wurde gegliedert, entsprechend den Kernelementen von Fallberichten und mit dem Ziel, sinnvolle klinische Informationen zu erfassen (berücksichtigt wurden dabei auch Anforderungen nationaler Electronic Health Records Programme, wie dem US-amerikanischen Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act).

Die Checkliste beginnt mit einer Aussage zum narrativen Charakter von Fallberichten. Die CARE-Gruppe war der Auffassung, dass ein Fallbericht eine Geschichte erzählen und diesen narrativen Stil durch alle Abschnitte bis hin zur Schlussfolgerung aus dem Fallbericht beibehalten solle.

Die CARE-Gruppe empfiehlt eine grafische oder tabellarische Darstellung der Zeitachse („timeline“, Item 7), aus der die zeitliche Abfolge der wichtigsten Ereignisse und Daten des Fallberichts hervorgeht, zum Beispiel im Hinblick auf Familienanamnese, Vorgeschichte, genetische Disposition, gegenwärtige Symptome, diagnostische Testergebnisse, Interventionen und Ereignisse während der Nachbeobachtung. Der Zeitachse sollten die wesentlichen Ereignisse der Fallgeschichte zu entnehmen sein.

Die Checkliste enthält gesonderte Items für Fallberichte, deren Schwerpunkt in der diagnostischen Bewertung (Item 8) oder in einer therapeutischen Intervention (Item 9) liegt. Beides sind wichtige Themen von Fallberichten.

Nach ausgiebiger Diskussion plädierte die CARE-Gruppe, dass, wenn möglich, die Perspektive und persönliche Erfahrung des Patienten (Item 12) und seine/ ihre Beurteilung des Verlaufs („patient-reported outcome“, Item 10) mit aufzunehmen sei. Diskutiert wurde auch der Bedarf an einer Leitlinie für Therapiebeurteilungen aus Sicht des Patienten, ähnlich der kürzlich publizierten Erweiterung des CONSORT-Statements für randomisierte klinische Studien (CONSORT-PRO) [20].

Integriert wurde ein Item zur Patienteneinwilligung (Item 13). Die CARE-Gruppe ist überzeugt, dass Autoren die ethische Verpflichtung haben,



von dem Patienten, dessen Daten in einem Fallbericht publiziert werden, eine informierte Einwilligung einzuholen. Eine informierte Einwilligung ist dann gegeben, wenn der Patient oder ein stellvertretender Angehöriger den Fallbericht liest und dessen Inhalt in schriftlicher Form bestätigt. Wenn der Patient keine Einwilligung geben kann und keine Angehörigen für eine stellvertretend abzugebende Einwilligung auffindbar sind, kann die Publikationserlaubnis von einem institutionellen Komitee (Institutional Review Board, IRB) oder einer Ethikkommission eingeholt werden. Auch aus anderen Gründen kann das Votum einer Ethikkommission oder eines IRB notwendig sein.

Die CARE-Leitlinie ist [im Anschluss an den Text (Anmerkung der Redaktion)] aufgeführt.

## Diskussion

Diese 13-Item Checkliste bietet eine strukturelle Unterstützung, um die Vollständigkeit und Transparenz von veröffentlichten Fallberichten zu verbessern. Erreicht werden soll eine Ausgewogenheit zwischen sinnvollen Detailangaben und der klaren und prägnanten Darstellungsweise, die gute Fallberichte auszeichnet. Unser Konsensusverfahren führte zu einem Set von essenziellen Items, die von Autoren berücksichtigt werden sollten, ehe sie einen Fallbericht zur Publikation einreichen.

Während Fallberichte lange Zeit eine wichtige Quelle für neue Ideen und Informationen in der Medizin waren [21], scheinen sie gegenwärtig eine zunehmende Bedeutung zu gewinnen für die Frage: Was hilft wem? BioMed Central gründete 2007 das Journal of Medical Case Reports [22] und 2012 eine Datenbank für Fallberichte (Cases Database) mit mehr als 11.000 Fallberichten aus 50 medizinischen Fachzeitschriften. Binnen sechs Monaten wuchs sie auf mehr als 26.000 Fallberichte aus 212 Fachzeitschriften an [23]. Die CARE-Leitlinie ist so gesehen ein Teil eines wachsenden Bemühens, die Qualität von Fallberichten anzuheben.

Empirische Daten zeigen, dass Publikationsleitlinien die Vollständigkeit wissenschaftlicher Berichte verbessern (siehe zum Beispiel [13,24,25]). Ein kürzlich erschienenes Cochrane Review fand – anhand von 53 Publikationen, die 16 604 randomisierte klinische Studien bewerteten –, dass Studienberichte in Zeitschriften, die die CONSORT-Statements unterstützen, eine durchgehend bessere Qualität hatten [13]. Das mögliche Potenzial von Publikationsleitlinien ist jedoch noch lange nicht ausgeschöpft: Eine Studie untersuchte Online-Instruktionen für Peer-Reviewer bei 116 gesundheitswissenschaftlichen Zeitschriften; nur 41 (35 %) der 116 Zeitschriften bieten solche Online-Instruktionen an, und nur 19 (46 %) dieser 41 Instruktionen verwiesen dabei auf Publikationsleitlinien als hilfreiches Instrument [26]. Infolgedessen machen die Autoren mehrere Vorschläge zur Verbesserung des Peer-Review-Verfahrens eingereichter Manuskripte und betonen die Verantwortung der Zeitschriften, den Prozess des Peer-Review-Verfahrens zu unterstützen [26].

Die Entwicklung einer Publikationsleitlinie muss auch eine Strategie zu deren Verbreitung und Implementierung umfassen [15]. Die Autoren der vorliegenden Arbeit beabsichtigen:

1. Die CARE-Leitlinie soll auf internationalen Kongressen und Workshops präsentiert werden, einschließlich auf dem Congress on Peer Review and Biomedical Publication in Chicago, September 2013.

2. Dieser Artikel soll parallel in mehreren medizinischen Zeitschriften publiziert werden; die 212 Zeitschriften, deren Fallberichte in der Fallbericht-Datenbank von Biomed Central erfasst sind, werden in die Implementierungsstrategie einbezogen.
3. Es soll ein umfangreicher und erklärender Artikel (explanation and elaboration) erstellt werden, der die einzelnen Items ausführlich begründet, hierfür empirische Daten bereitstellt und Formulierungsbeispiele aus publizierten Fallberichten anbietet.
4. Die CARE-Leitlinie wird derzeit erprobt, und vorläufige Ergebnisse bestätigten bereits den Nutzen der derzeitigen Formulierung (persönliche Kommunikation mit Helmut Kiene, Erika Oberg, Bill Manahan). Erweiterungen der Leitlinie für verschiedene medizinische Fachgebiete werden entwickelt.
5. Die CARE-Leitlinie und dazugehörige Unterlagen werden auf einer eigenen Webseite ([www.CARE-statement.org](http://www.CARE-statement.org)) und auf der Webseite des internationalen EQUATOR Network ([www.equator-network.org](http://www.equator-network.org)) verfügbar sein, und sie werden in mehrere Sprachen übersetzt.
6. Autoren, Herausgeber von Zeitschriften, Peer Reviewer und die breitere Fachöffentlichkeit werden ermutigt, die CARE-Checkliste zu verwenden und Rückmeldungen zu geben, welche dann in regelmäßigen Updates eingearbeitet werden.
7. Der Einfluss der CARE-Leitlinie auf die Qualität von Fallberichten soll evaluiert werden.

## Limitierungen

Die CARE-Leitlinie und ihre Entwicklung haben mehrere potenzielle Limitierungen. Erstens wurde die Leitlinie in einem Konsensusverfahren entwickelt und gibt die Auffassung der Teilnehmer wieder. Ein Einvernehmen wurde jedoch problemlos erreicht; es wurden, soweit möglich, empirische Daten zugrunde gelegt, und es wurden Rückmeldungen von einem großen Personenkreis, über die eigentliche CARE-Gruppe hinaus, miteinbezogen. Zweitens ist den Autoren bewusst, dass die Bestimmung von Kausalzusammenhängen in Fallberichten eine besondere Herausforderung darstellt [27,28]. Die CARE-Leitlinie legt Wert auf Informationsqualität unabhängig von der Kausalbewertung. Unterschiedliche Fachgebiete und Anwender- und Patientengruppen werden vermutlich noch Erweiterungen der CARE-Leitlinie benötigen, unter Berücksichtigung des fachspezifischen Informationsbedarfs. Die Autoren begrüßen Diskussionen mit Interessenten für den Einsatz der CARE-Leitlinie bezogen auf die jeweiligen speziellen fachlichen Anforderungen.

Nicht in der Leitlinie erwähnt ist, dass medizinische Fachzeitschriften von Autoren in der Regel auch noch folgende Punkte fordern:

- ◆ Angaben zu potenziellen Interessenkonflikten
- ◆ die Anonymisierung von Patientendaten
- ◆ das Votum einer Ethikkommission oder eines IRB – falls notwendig.

## Schlussfolgerungen

Angesichts der absehbaren künftigen Bedeutung und vielfältigen Verwendungsmöglichkeit von Fallberichten hat die CARE-Gruppe zur Hilfestellung eine Leitlinie entwickelt, die von den Akteuren des Gesundheitswesens weltweit verwendet werden kann. Die kontinuierliche Zunahme von Fallberichten in einer Zeit, in der klinische Studien und

systematische Reviews die Inhaltsverzeichnisse von medizinischen Fachzeitschriften dominieren, weist auf den nichtsdestoweniger bestehenden großen Wert von Fallberichten hin, insbesondere bei zunehmender Bedeutung der individualisierten Gesundheitsversorgung.

Anders als randomisierte kontrollierte Studien sind Fallberichte individuelle Berichte zur Versorgung individueller Patienten mit einer Fallzahl von  $n = 1$ . Wenn solche Fallberichte systematisch gesammelt und zu großen Datensätzen zusammengefasst werden, können sie analysiert werden und das frühzeitige Entdecken von Wirksamkeiten und Risiken unterstützen und steigern.

Die Autoren erwarten, dass die Analyse systematisch aggregierter Behandlungsdaten von Arzt-Patienten-Kontakten (deren Erhebung in manchen Versicherungssystemen obligat ist) einen skalierbaren und datenbasierten Einblick ermöglichen wird, um zu beurteilen, was gegenwärtig welchem Patienten hilft, und dass dabei auch Vergleiche

zwischen verschiedenen medizinischen Systemen und Kulturen erleichtert werden.

Die praktizierenden Ärzte/Ärztinnen werden bald in der Lage sein – und teilweise auch verpflichtet – den Patienten einen Zugang zu den Behandlungsdaten aus ihren Arzt-Patient-Kontakten zu geben. Dies wird die gegenwärtigen Konzepte von „Evidenz“ verändern, deren Erstellung, Verbreitung und Nutzung revolutionieren und Ausblick auf neue Möglichkeiten eröffnen. Wenn deutlich wird, wie neue Einzelfalldaten zur „Evidenz“ beitragen, wird die erforderliche Unterstützung für die Erzeugung von qualitativ hochwertigen klinischen Daten aus solchen Einzelfällen lohnenswert, und die vorherrschende Haltung gegenüber einer „Beobachtung“ wird sich verändern. Die CARE-Leitlinien bieten einen Rahmen, um die notwendige Genauigkeit, Vollständigkeit und Transparenz von Fallberichten zu gewährleisten.

## Literatur

1. Hauben M, Aronson JK: Gold standards in pharmaco-vigilance: the use of definitive anecdotal reports of adverse drug reactions as pure gold and high-grade ore. *Drug Saf* 2007; 30:645-55.
2. Vandenbroucke JP: Thalidomide: an unanticipated adverse effect. *JLL Bulletin: Commentaries on the history of treatment evaluation*. [www.jameslindlibrary.org/illustrating/articles/thalidomide-an-unanticipated-adverse-effect](http://www.jameslindlibrary.org/illustrating/articles/thalidomide-an-unanticipated-adverse-effect). Last accessed January 10, 2013.
3. Levy M: Propranolol for infantile hemangiomas. *Global Adv Health Med* 2012; 1:14-16. doi:10.7453/gahmj.2012.1.2.004.
4. Jenicek M: *Clinical case reporting in evidence-based medicine* (2nd ed.). New York: Oxford University Press 2001.
5. Riley D: Case report in the era of clinical trials. *Global Adv Health Med* 2013; 2:10-1.
6. "Case reports" search results. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=case+reports](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=case+reports). Bethesda, MD; PubMed, US National Library of Medicine; 2013. Last accessed June 10, 2013.
7. Kaszkin-Bettag M, Hildebrandt W: Case report on cancer therapies: the urgent need to improve the reporting quality. *Global Adv Health Med* 2012; 1:8-10. doi: 10.7453/gahmj.2012.1.2.002.
8. Kijakovic M: Single cases in general practice and general medical journals. *Aust Fam Physician* 2002; 31:669-73.
9. Richason TP, Paulson SM, Lowenstein SR, Heard KJ: Case reports describing treatments in the emergency medicine literature: missing and misleading information. *BMC Emerg Med* 2009; 9:10.
10. Schulz KF, Altman DG, Moher D: CONSORT 2010 statement: up-dated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *Ann Intern Med* 2010; 152:726-32.
11. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative: The strengthening of reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ* 2007; 335:806-8.
12. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, the PRISMA Group: Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7):e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097.
13. Turner L, Shamseer L, Altman DG, Schulz KF, Moher D: Does use of the CONSORT Statement impact the completeness of reporting of randomised controlled trials published in medical journals? A Cochrane review. *Syst Rev* 2012; 1:60. doi: 10.1186/2046-4053-1-60.
14. Kelly WN, Arellano FM, Barnes J, Bergman U, Edwards RI, Fernandez AM, et al.: Guidelines for submitting adverse event reports for publication. *Drug Saf* 2007; 30:367-73.
15. Moher D, Schulz KF, Simera I, Altman DG: Guidance for developers of health research reporting guidelines. *PLoS Med* 2010; 7:e1000217. doi: 10.1371/journal.pmed.100217.
16. Williams PL, Webb C: The Delphi technique: a methodological discussion. *J Adv Nurs* 1994; 19:180-6.
17. Thomas B: Using nominal group technique to identify researchable problems. *J Nurs Educ* 1983; 22:335-7.
18. Tully MP, Cantrill JA: Exploring the domains of appropriateness of drug therapy using the nominal group technique. *Pharm World Sci* 2002; 24:128-31.
19. Horton JN: Nominal group technique: A method of decision-making by committee. *Anaesthesia*. 1980; 35:11-4.
20. Calvert M, Blazeby J, Altman DG, Revicki DA, Moher D, Brundage MD; CONSORT PRO Group: Reporting of patient-reported outcomes in randomized trials: the CONSORT PRO extension. *JAMA* 2013; 309:814-22.
21. Vandenbroucke JP: In defense of case reports and case series. *Ann Intern Med* 2001; 134:330-4.
22. *Journal of Medical Case Reports*. [www.jmedicalcasereports.com](http://www.jmedicalcasereports.com). Last accessed June 17, 2013.
23. *Cases Database*: [www.casesdatabase.com](http://www.casesdatabase.com). Last accessed June 17, 2013.
24. Hopewell S, Clarke M, Moher D, et al.: CONSORT for reporting randomized controlled trials in journal and conference abstracts: explanation and elaboration. *PLoS Med* 2008; 5:e20. doi: 10.1371/journal.pmed.0050020.
25. Hopewell S, Ravaut P, Baron G, Boutron I: Effect of editors implementation of CONSORT guidelines on the reporting of abstracts in high impact medical journals: interrupted time series analysis. *BMJ* 2012; 344:e4178. doi: 10.1136/mj.e4178.
26. Hirst A, Altman DG: Are peer reviewers encouraged to use reporting guidelines? A survey of 116 health research journals. *PLoS ONE* 2012; 7:e35621. doi: 10.1371/journal.pone.0035621.
27. Hill AB: The environment and disease: association or causation? *Proc R Soc Med* 1965; 58:295.
28. Kiene H, Hamre H, Kienle G: In support of clinical case reports: a system of causality assessment. *Global Adv Health Med* 2013; 2:76-87. doi: 10.7453/gahmj.2012.061.

**Erstveröffentlichung und Zitation:** Gagnier JJ, Riley D, Altman DG, Moher D, Sox H, Kienle GS, for the CARE group: The CARE guidelines: Consensus-based clinical case reporting guideline development. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110(37):603-8. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0603

## CARE Checkliste (2013) der Informationen, die in einem Fallbericht erfasst sein sollen

Item	Item Nr.	Kurze Beschreibung des Items	Berichtet auf Seite
<b>Titel</b>	1	Das Wort „Fallbericht“ (oder „Fallstudie“) sollte im Titel erscheinen, außerdem das primär Interessierende (z. B. Symptom, Diagnose, Test, Intervention)	
<b>Schlüsselwörter</b>	2	2 - 5 Schlüsselwörter zu dem Fall	
<b>Zusammenfassung</b>	3a	Einleitung – Was ist das Besondere an diesem Fall? Welche neuen Informationen liefert der Fall?	
	3b	Die Hauptsymptome/-beschwerden des Patienten und die wichtigen klinischen Befunde	
	3c	Die wichtigen Diagnosen, therapeutischen Interventionen und Ergebnisse	
	3d	Schlussfolgerung – Was ist die Quintessenz des Fallberichts	
<b>Einleitung</b>	4	Kurzer Überblick zum Hintergrund des Falles, relevante medizinische Literatur	
<b>Patienteninformation</b>	5a	Demografische Charakteristika (z. B. Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Beruf)	
	5b	Hauptsymptome des Patienten (ihre oder seine Hauptbeschwerden)	
	5c	Medizinische, familiäre, psychosoziale Anamnese – einschließlich Ernährung, Lebensführung und genetischer Disposition; relevante Begleiterkrankungen	
	5d	Bisherige Interventionen und deren Ergebnisse	
<b>Klinische Befunde</b>	6	Relevante Befunde der körperlichen Untersuchung (KU)	
<b>Zeitachse</b>	7	Darstellung wichtiger Zeitpunkte und -verläufe des Falles in Bezug auf Diagnose, Interventionen und Ergebnisse (Tabelle oder Abbildung)	
<b>Diagnostisches Verfahren</b>	8a	Diagnostische Methoden (z. B. KU, Labortests, Bildgebung, Fragebogen)	
	8b	Diagnostische Herausforderungen (z. B. finanziell, sprachlich, kulturell)	
	8c	Diagnostische Überlegungen einschließlich anderer in Betracht gezogener Diagnosen	
	8d	Prognostische Merkmale (z. B. Stadium in der Onkologie), soweit anwendbar	
<b>Therapeutische Intervention</b>	9a	Art der Intervention (z. B. pharmakologisch, chirurgisch, präventiv, Selbstmedikation)	
	9b	Verabreichung der Intervention (z. B. Dosierung, Stärke, Dauer)	
	9c	Änderungen der Intervention (mit Gründen)	
<b>Follow-up und Outcomes</b>	10a	Patienten-beurteilte und Arzt-beurteilte Ergebnisse	
	10b	Wichtige Testergebnisse der Nachuntersuchungen.	
	10c	Einhaltung und Verträglichkeit der Intervention (und Art der Erhebung).	
	10d	Unerwünschte und unerwartete Ereignisse	
<b>Diskussion</b>	11a	Stärken und Schwächen der Versorgung dieses Patienten	
	11b	Diskussion der relevanten medizinischen Literatur	
	11c	Gründe für die Schlussfolgerung (samt Bewertung von Ursache und Wirkung)	
	11d	Quintessenz des Fallberichts	
<b>Patientenperspektive</b>	12	Hat der Patienten ihre oder seine Sicht und Erfahrung mitgeteilt? Bitte einfügen, wenn möglich	
<b>Informierte Einwilligung</b>	13	Gab der/die Patient/in eine informierte Einwilligung? Auf Nachfrage bitte vorweisen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## Fallbericht – Schreibschablone für Autor/innen<sup>1,2</sup>

### CARE – case report guidelines

Nachdruck: © IMI LLC (<http://www.care-statement.org>)

#### Titel

- ◆ Nennen Sie das Wort „Fallbericht“ (oder „Fallstudie“) im Titel.
- ◆ Beschreiben Sie das primär Interessierende (z. B. Symptom, Diagnose, Test, Intervention).

#### Schlüsselwörter

- ◆ Nennen Sie 2-5 Schlüsselwörter, die es interessierten Leser/innen ermöglichen, diesen Fallbericht in der Literatur zu finden.

#### Zusammenfassung

- ◆ Welche neuen Informationen liefert der Fall?
- ◆ Die Fallbeschreibung sollte umfassen:
  - die Hauptsymptome/-beschwerden der Patientin/des Patienten,
  - die wichtigen klinischen Befunde,
  - die wichtigen Diagnosen und Interventionen,
  - die wichtigen Ergebnisse.
- ◆ Schlussfolgerung – Was ist die Quintessenz des Fallberichts?

#### Einleitung

- ◆ Fassen Sie kurz den Hintergrund des Fallberichts zusammen, mit Bezug auf die relevante medizinische Literatur.

#### Patienteninformation

Nennen Sie

- ◆ demografische Charakteristika (z. B. Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Beruf);
- ◆ Hauptsymptome der Patientin/des Patienten (ihre oder seine Hauptbeschwerden);
- ◆ medizinische, familiäre, psychosoziale Anamnese – einschließlich Ernährung, Lebensführung und genetischer Disposition, wann immer möglich;
- ◆ Details zu relevanten Begleiterkrankungen, bisherigen Interventionen und deren Ergebnisse.

#### Klinische Befunde

Beschreiben Sie

- ◆ die relevanten Befunde der körperlichen Untersuchung (KU).
- ◆ Zeitachse.
- ◆ wichtige Zeitpunkte und -verläufe des Falles (in einer Tabelle oder Abbildung).
- ◆ Diagnostisches Verfahren: beschreiben und bewerten Sie
  - die diagnostischen Methoden (z. B. KU, Labortests, Bildgebung, Fragebogen);
  - diagnostische Herausforderungen (z. B. finanziell, sprachlich, kulturell);
  - diagnostische Überlegungen einschließlich anderer in Betracht gezogener Diagnosen;
  - prognostische Merkmale (z. B. Stadium), soweit anwendbar.

#### Therapeutische Intervention

Beschreiben Sie

- ◆ Art der Intervention(en) (z. B. pharmakologisch, chirurgisch, präventiv, Selbstmedikation);
- ◆ Verabreichung der Intervention (z. B. Dosierung, Stärke, Dauer);
- ◆ irgendwelche Änderungen der Intervention (mit Gründen).

#### Follow-up und Outcomes

Fassen Sie den klinischen Verlauf mit allen Nachuntersuchungen zusammen, einschließlich

- ◆ Patienten-beurteilter und Ärztin-/Arzt-beurteilter Ergebnisse;
- ◆ wichtiger Testergebnisse (positiv oder negativ);
- ◆ Einhaltung und Verträglichkeit der Intervention (und Art der Erhebung);
- ◆ unerwünschter und unerwarteter Ereignisse.

#### Diskussion

Bitte beschreiben Sie

- ◆ Stärken und Schwächen der Versorgung dieser Patientin/dieses Patienten;
- ◆ relevante medizinische Literatur;
- ◆ Gründe für die Schlussfolgerung (samt Bewertung von Ursache und Wirkung);
- ◆ Quintessenz des Fallberichts.

#### Patientenperspektive

- ◆ Die Patientin/der Patient sollte ihre/seine Sichtweise oder Erfahrung schildern, wenn möglich.

#### Informierte Einwilligung

- ◆ Gab die Patientin/der Patient eine informierte Einwilligung? Auf Nachfrage bitte vorweisen.

#### Interessenskonflikte

- ◆ Gibt es irgendwelche Interessenskonflikte?

#### Ethikvotum

- ◆ Gab es ein Ethikvotum durch ein institutionelles Komitee (Institutional Review Board, IRB) oder eine Ethikkommission? Falls ja, auf Nachfrage bitte vorweisen.

#### Anonymisierung

- ◆ Wurden alle Patient/innendaten anonymisiert?

<sup>1</sup> Die Beschreibungen wurden durch die Redaktion genderinklusive umformuliert.

<sup>2</sup> CARETemplate-German.docx; 9.10.2013.



## Kardiotokographie im Vergleich mit intermittierender Auskultation der fetalen Herztöne bei Aufnahme in den Kreißaal zur Beurteilung des fetalen Wohlbefindens

Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Cuthbert A, Smith V

### Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

Übersetzung durch Nina Peterwerth, M.Sc.

#### Hintergrund

Die Aufnahme-Kardiotokographie (CTG) ist ein üblicherweise verwendeter Screening-Test, der aus einer kurzen Aufzeichnung (üblicherweise 20 Minuten) der fetalen Herzfrequenz (FHF) und der Uterusaktivität bei der Aufnahme der Mutter in den Kreißaal besteht. Dies ist eine Aktualisierung eines zuvor im Jahre 2012 veröffentlichten Reviews.

#### Ziel

Vergleich der Auswirkungen einer Aufnahme-Kardiotokographie versus einer intermittierenden Auskultation der FHF auf die Endpunkte für Mutter und Kind bei schwangeren Frauen ohne Risikofaktoren bei der Aufnahme in den Kreißaal.

#### Methodisches Vorgehen

Wir durchsuchten das Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register bis zum 30. November 2016 und planten die Referenzlisten der gefundenen Artikel zu durchsuchen.

#### Auswahlkriterien

Alle randomisierten und quasi-randomisierten Studien zum Vergleich eines Aufnahme-CTGs mit einer intermittierenden Auskultation der FHF bei Schwangeren zwischen der 37. und 42. vollendeten Schwangerschaftswoche, bei denen ein geringes Risiko für eine intrapartale fetale Hypoxie und die Entwicklung von Komplikationen während der Geburt angenommen wurde.

#### Datensammlung und Analyse

Zwei Review-Autoren bewerteten unabhängig voneinander die Einschlussfähigkeit und Qualität der Studien und extrahierten die Daten. Die Daten wurden auf Fehlerfreiheit geprüft.

#### Hauptergebnisse

Wir haben in diese Aktualisierung keine neuen Studien aufgenommen. Wir schlossen vier Studien mit mehr als 13.000 Frauen ein, die in Großbritannien und Irland durchgeführt wurden und Frauen unter der Geburt einschlossen. Drei Studien wurden von den Krankenhäusern finanziert, in denen die Studien stattfanden, und eine Studie wurde von der schottischen Regierung finanziert. In zwei Studien wurde angegeben, dass kein Interessenkonflikt besteht; in den verbleibenden zwei Studien wurden keine Angaben zu Interessenkonflikten gemacht. Insgesamt wurden die Studien mit einem niedrigen Risiko für Bias bewertet. Die Ergebnisse, die im Review aus dem Jahr 2012 berichtet wurden, bleiben unverändert.

Obwohl unter Verwendung eines strikten  $p < 0,05$ -Kriteriums nicht statistisch signifikant, waren die Daten für Frauen, die einem Aufnahme-CTG zugeteilt wurden, konsistent und wiesen im Durchschnitt eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen Anstieg der Kaiserschnitt-

Inzidenz auf als bei Frauen, die einer intermittierenden Auskultation zugeteilt wurden (Relatives Risiko (RR) 1,20; 95% Konfidenzintervall (KI) 1,00 bis 1,44; 4 Studien, 11.338 Frauen,  $I^2 = 0\%$ , moderate Qualität der Evidenz). Es gab in den eingeschlossenen Studien keinen eindeutigen Unterschied in den durchschnittlichen Behandlungseffekten zwischen Frauen, die einem Aufnahme-CTG und Frauen, die einer intermittierenden Auskultation zugeteilt wurden, für eine vaginal-operative Geburt (RR 1,10; 95%-KI 0,95 bis 1,27; 4 Studien, 11.338 Frauen,  $I^2 = 38\%$ , niedrige Qualität der Evidenz) und für perinatale Mortalität (RR 1,01; 95%-KI 0,30 bis 3,47; 4 Studien, 11.339 Neugeborene,  $I^2 = 0\%$ , moderate Qualität der Evidenz).

Frauen, die ein Aufnahme-CTG hatten, wiesen im Durchschnitt höhere Raten eines kontinuierlichen elektronischen fetalen Monitorings während der Geburt (RR 1,30; 95%-KI 1,14 bis 1,48; 3 Studien, 10.753 Frauen,  $I^2 = 79\%$ , niedrige Qualität der Evidenz) und von Mikroblutanalysen des Feten auf (RR 1,28; 95%-KI 1,13 bis 1,45; 3 Studien, 10.757 Frauen,  $I^2 = 0\%$ ) als Frauen, die einer intermittierenden Auskultation zugeteilt wurden. Es gab keine Unterschiede zwischen den Gruppen in anderen sekundären Endpunkten, einschließlich Inzidenz und Schweregrad der hypoxischen ischämischen Enzephalopathie (berichtet wurde nur Inzidenz) (RR 1,19; 95%-KI 0,37 bis 3,90; 2.367 Neugeborene; 1 Studie; sehr niedrige Qualität der Evidenz) und Inzidenz von neonatalen Krampfanfällen während der Neonatalperiode (RR 0,72; 95%-KI 0,32 bis 1,61; 8.056 Säuglinge; 1 Studie; niedrige Qualität der Evidenz). Es wurden keine Daten für schwere neurologische Entwicklungsstörungen berichtet, die bei einem Alter von mindestens 12 Monaten erhoben wurden.

#### Fazit der Autoren

Entgegen der üblichen Verwendung in einigen klinischen Bereichen, fanden wir keine Evidenz für einen Nutzen der Verwendung des Aufnahme-CTGs bei Frauen mit niedrigem Risiko bei Aufnahme zur Geburt.

Darüber hinaus besteht die Wahrscheinlichkeit, dass das Aufnahme-CTG die Kaiserschnitttrate um ca. 20% erhöht. Es mangelte an Teststärke, um mögliche wichtige Unterschiede in der perinatalen Mortalität zu erkennen. Es ist jedoch unwahrscheinlich, dass jemals eine Studie oder Metaanalyse eine ausreichende Teststärke zur Erkennung solcher Unterschiede aufweisen wird. Die Ergebnisse dieses Reviews unterstützen die Empfehlungen, dass das Aufnahme-CTG nicht für Frauen mit einem geringen Risiko bei Aufnahme unter der Geburt angewendet werden sollte. Frauen sollten darüber informiert werden, dass das Aufnahme-CTG wahrscheinlich mit einem Anstieg der Kaiserschnitt-Inzidenz ohne Evidenz für einen Nutzen einhergeht.

Die Qualität der Evidenz reichte von moderat bis sehr niedrig, wobei die Gründe für die Herabstufung auf unzureichender Präzision, Inkon-

sistenz und fehlender Verblindung der Teilnehmer und des Personals beruhen. Alle vier eingeschlossenen Studien wurden in entwickelten, westeuropäischen Ländern durchgeführt. Eine zusätzliche Studie läuft noch.

Die Nützlichkeit der Ergebnisse dieses Reviews für Entwicklungsländer hängt von den dortigen Praktiken zur Überwachung der fetalen Herzfrequenz ab. Jedoch wird ein fehlender Nutzen und wahrscheinlicher Schaden, der mit einem Aufnahme-CTG verbunden ist, für Länder relevant sein, die die Rolle von Aufnahme-CTG hinterfragen.

#### Zitation des Cochrane Reviews:

Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Cuthbert A, Smith V. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 1. Art. No.: CD005122. DOI: 10.1002/14651858.CD005122.pub5.

Zukünftige Studien, die die Auswirkungen des Aufnahme-CTGs evaluieren, sollten die Aufnahme von Frauen mit Anzeichen von Wehen (fraglichem Geburtsbeginn) und vor einer formellen Geburtsdiagnose in Betracht ziehen. Dies würde eine Kohorte von Frauen umfassen, die derzeit Aufnahme-CTGs bekommen und in den jetzigen Studien nicht berücksichtigt werden.

## Gebärpositionen für Frauen ohne Epiduralanästhesie

Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP

### Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

Übersetzung durch Gabriele Krüger, MaS (International Health)

#### Hintergrund

Seit Jahrhunderten gibt es kontroverse Ansichten, ob aufrechte Haltungen (Sitzen, Gebärstühle, Gebärhocker, hockend, kniend) oder liegende Positionen (linke Seitenlagerung, halbsitzend, Steinschnittlage, Trendelenburg Lagerung) Vorteile für Gebärende haben. Dies ist eine Aktualisierung eines zuvor 2012, 2004 und 1999 veröffentlichten Reviews.

#### Ziel

Die Beurteilung möglicher Nutzen und Risiken in der Anwendung verschiedener Gebärpositionen während der Austreibungsphase bei Frauen ohne Epiduralanästhesie für die Mutter, den Fetus, das Neugeborene und das Gesundheitsfachpersonal.

#### Methodisches Vorgehen

Wir suchten im Cochrane Pregnancy and Childbirth's Trials Register (30. November 2016) und in Referenzlisten der gefundenen Studien.

#### Auswahlkriterien

Randomisierte, quasi-randomisierte und cluster-randomisierte kontrollierte Studien über jegliche aufrechte Haltung, die von schwangeren Frauen während der Austreibungsphase eingenommen wurden, verglichen mit Rücken- oder Steinschnittlage. Sekundäre Vergleiche schlossen verschiedene aufrechte Positionen versus Rückenlage ein. Studien, die als Abstracts berichtet wurden, wurden mit aufgenommen.

#### Datensammlung und Analyse

Zwei Review-Autoren untersuchten unabhängig voneinander die Einschlussfähigkeit der Studien und beurteilten die Studienqualität. Mindestens zwei Review-Autoren extrahierten die Daten. Die Daten wurden auf Fehlerfreiheit geprüft. Die Qualität der Evidenz wurde mit Hilfe des GRADE Ansatzes beurteilt.

#### Wesentliche Ergebnisse

Aufgrund des unterschiedlichen Risikos für Bias der eingeschlossenen Studien sollten die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden. Wir

schlossen elf neue Studien für diese Aktualisierung ein; insgesamt sind nun 32 Studien eingeschlossen und eine Studie ist noch nicht beendet. Dreißig Studien mit 9.015 Frauen trugen zu der Untersuchung bei. Die Vergleiche umfassten jegliche aufrechte Gebärpositionen, Gebärhocker, Gebärkissen und Geburtsstuhl versus Rückenlage.

Die aufrechte Gebärhaltung, verglichen mit der Position in Rückenlage, zeigte für alle eingeschlossenen Frauen (Erst- und Mehrgebärende) eine Verkürzung der Austreibungsphase (MD -6,16 Minuten; 95% KI -9,74 bis -2,59 Minuten; 19 Studien; 5.811 Frauen;  $P = 0,0007$ ; Random Effects Modell;  $I^2 = 91\%$ ; sehr niedrige Qualität der Evidenz). Dieses Ergebnis sollte jedoch mit Vorsicht interpretiert werden, da zwischen den einzelnen Studien große Unterschiede in der Größe und der Richtung des Effekts bestanden. Aufrechte Gebärpositionen zeigten keine klaren Unterschiede hinsichtlich Kaiserschnitttraten (RR 1,22; 95% KI 0,81 bis 1,81; 16 Studien; 5.439 Frauen; niedrige Qualität der Evidenz), einer Reduzierung assistierter Entbindungen (RR 0,75; 95% KI 0,66 bis 0,86; 21 Studien; 6.481 Frauen; moderate Qualität der Evidenz), einer Reduzierung von Dammschnitten (mittleres RR 0,75; 95% KI 0,61 bis 0,92; 17 Studien; 6.148 Frauen; Random Effects Modell;  $I^2 = 88\%$ ), einer möglichen Steigerung von Dammrissen zweiten Grades (RR 1,20; 95% KI 1,00 bis 1,44; 18 Studien; 6.715 Frauen;  $I^2 = 43\%$ ; niedrige Qualität der Evidenz) und keinen klaren Unterschied in der Anzahl der Dammrisse dritten und vierten Grades (RR 0,72; 95% KI 0,32 bis 1,65; 6 Studien; 1.840 Frauen; sehr niedrige Qualität der Evidenz), einen erhöhten Blutverlust von mehr als 500 ml (RR 1,48; 95% KI 1,10 bis 1,98; 15 Studien; 5.615 Frauen;  $I^2 = 33\%$ ; moderate Qualität der Evidenz), weniger pathologische fetale Herzfrequenzmuster (RR 0,46; 95% KI 0,22 bis 0,93; 2 Studien; 617 Frauen); keinen klaren Unterschied gab es in der Anzahl der Neugeborenen, die in eine neonatale Intensivpflegeeinrichtung verlegt wurden (RR 0,79; 95% KI 0,51 bis 1,21; 4 Studien; 2.565 Neugeborene; niedrige Qualität der Evidenz). Bei der Sensitivitätsanalyse, die Studien mit hohem Risiko für Bias ausschloss, veränderten sich die Ergebnisse nicht, außer dass bei der

Dauer der Austreibungsphase kein klarer Unterschied mehr vorhanden war (MD -4,34; 95% KI -9,00 bis 0,32; 21 Studien; 2499 Frauen;  $I^2 = 85\%$ ).

Die Herabstufung bei der GRADE Beurteilung beruhte hauptsächlich auf den Einschränkungen im Studiendesign (Mängel in der Randomisierung und verdeckten Zuteilung) sowie starke Heterogenität und weiten Konfidenzintervallen .

## Fazit der Autoren

Die Ergebnisse dieses Reviews deuten auf verschiedene mögliche Nutzen aufrechter Positionen bei Frauen ohne Epiduralanästhesie hin,

## Zitation des Cochrane Reviews:

Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 5. Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub4

wie eine sehr kleine Verringerung der Dauer der Austreibungsphase (vor allem in der Gruppe der Erstgebärenden), eine Verringerung der Episiotomierate und der instrumentell-assistierten Geburt. Es gibt jedoch ein erhöhtes Risiko für Blutverlust über 500ml und es könnte ein erhöhtes Risiko für Dammrisse zweiten Grades bestehen, obwohl wir dazu nicht sicher sein können. Im Hinblick auf verschiedene Risiken für Bias in den verwendeten Studien sind weitere Studien mit gut konzipierten Studienprotokollen nötig, um den wahren Nutzen und die Risiken verschiedener Gebärpositionen bestimmen zu können.

## Wie Frauen einen Dammschnitt erleben – Möglicher bedeutender Rückgang von Dammverletzungen bei restriktiver Indikation

Irene Behrmann, M.A.

### Abstract

**Hintergrund:** Der Dammschnitt ist nach wie vor ein Routineeingriff in der Geburtshilfe in Deutschland. Zwei betroffene Frauen, die bei der Geburt ihres Kindes einen Dammschnitt davontrugen und mit einer Strafanzeige scheiterten, wandten sich um Unterstützung suchend an GreenBirth. Sie gaben den Anstoß zur Gründung einer Arbeitsgruppe.

**Fragestellung:** Die AG fragte sich, ob es berechtigt sei, diese Körperverletzung als nicht im öffentlichen Interesse liegend – so u.a. die Begründung der Staatsanwaltschaften – und als Standard- oder Nebeneingriff [4] zu werten und damit zu verharmlosen. Wie sollen werdende Eltern informiert und gegenüber dem Kreißaalspersonal und Rechts- und Staatsanwälten gestärkt werden? Wie könnte diese Thematik stärker ins öffentliche Bewusstsein gelangen?

### Einleitung

GreenBirth e.V. möchte werdende Mütter und Väter stärken und zu einer naturgemäßen Geburt ermutigen. Das bedeutet, dass Eltern darauf vertrauen, dass die vegetativen Funktionen einer Frau in geschützter Umgebung Wehentätigkeit und Geburt selbstbestimmt ermöglichen. Der Verein informiert auch über die Risiken geburtsmedizinischer Routinen. Beide Ziele greifen ineinander.

Als sich 2016 zwei Frauen wegen einer Dammverletzung und abgewiesener Strafanzeige meldeten, bildete GreenBirth eine AG unter Beteiligung der Betroffenen. Die Überlegungen führten zunächst zur Konzipierung einer Online-Befragung. Es war nicht absehbar, ob und wie viele Frauen sich beteiligen würden. Es wurde vermutet, dass die Hürde teilzunehmen groß sein könnte. Die Antworten der Teilnehmerinnen löste Betroffenheit aus. Wir hatten nicht erwartet, wie intensiv Frauen ihre negativen Erfahrungen in Zusammenhang mit Dammschnitten erlebt hatten und wie nachhaltig das Erleben sie beschäftigt. Das veranlasste uns, nach wissenschaftlichen Arbeiten zu Damm-

**Methoden:** Die AG von GreenBirth e.V. erstellte eine Online-Befragung als qualitative Studie (Teil 1). Zur Historie, zu Begründungen und Folgen der Episiotomie wird die Dissertation von Gudrun Nitsche, die als randomisierte Studie die Praxis der Indikationsstellung für Dammschnitte sowie ihre Auswirkungen untersuchte, herangezogen (Teil 2).

**Ergebnisse:** Die Teilnehmerinnen der Online-Befragung schildern die teilweise drastischen Folgen eines Dammschnitts. Der randomisierten Studie zufolge gibt es dann signifikant weniger Dammschnitte und -verletzungen, wenn nicht routinemäßig eingegriffen, sondern individuell, nach restriktiver Indikation vorgegangen wird. Diese könnte vielen Frauen die Erfahrung eines Dammschnitts ersparen, wenn sie sich in der geburtshilflichen Praxis durchsetzen würde.

schnitten, Indikationen und Folgen zu recherchieren. So stießen wir auf die Dissertation der Medizinerin Gudrun Nitsche [3], in der die Folgen einer restriktiven Indikation für die Episiotomie in Bezug auf urogenitale Dysfunktionen untersucht wurden. Unsere Vermutungen scheinen sich durch diese prospektive, randomisierte Studie zu bestätigen.

Darum möchten wir die Ergebnisse unserer Umfrage um die Ergebnisse von Nitsches Forschungsarbeit ergänzen. Letztlich argumentieren wir dafür, dass sich die Praxis der routinemäßigen Episiotomien verändert. Wir sind davon überzeugt, dass eine restriktive Indikation die Geburtserlebnisse von Frauen umfassend verbessern kann.

Im folgenden Abschnitt zitieren wir die Aussagen von Frauen, die von einem Dammschnitt betroffenen sind. Sie zeigen, wie folgenreich dieser operative Eingriff für die Frauen sein kann. Routinehandlungen zur Beschleunigung der Geburt – und womöglich unter Missachtung des ausdrücklich verweigerten Einverständnisses der Frau – hinterlassen Gefühle von Demütigung, Wut, Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein. Das verletzt die Würde der Frau, stört die Bondingphase, erschwert der

Mutter die Versorgung ihres Neugeborenen im Wochenbett und wirkt sich aufgrund von Schmerzen und urogenitalen Beschwerden auf ihre Sexualität und Partnerschaft aus.

## Teil 1: Einblicke in die Auswertung der Online-Befragung durch GreenBirth e.V.

Die Online-Befragung zum Dammschnitt von GreenBirth e.V. erreichte 1.702 Personen [1]. Beworben wurde die Befragung auch durch andere Initiativen (Gesellschaft für Geburtsvorbereitung e.V. – GfG; International Society for Pre- and Perinatal Psychology and Medicine e.V. – ISPPM; HappyBirthday e.V.; MotherHood e.V.). 21 Frauen beteiligten sich schriftlich, teils anonym, teils namentlich; beides war möglich. Elf Fragen waren zu beantworten: vier Fragen waren geschlossen, alle anderen als offene Fragen formuliert. Die Auswertung erfolgte nach ungekürzter Abschrift. Nachfolgend werden einige Beispielantworten aus den offenen Fragen 5 bis 7 wiedergegeben. Danach folgt eine Zusammenfassung der Ergebnisse zu diesen Fragen.

### Frage 5: Wo war dein Baby in der Zeit der Wundversorgung?

„Keine Ahnung (Betäubung) bei mir auf der Brust.“

„? Ich glaube auf meinem Arm.“

„Mein Mann wurde mit dem Kind nach draußen gebracht. Durch die Gewalteinwirkung wurde im inneren Scheidenbereich eine Ader oder so was verletzt (hoher Scheidenriss), daher haben die genäht wie die Wilden, nachdem sie die Plazenta noch rausgezerrt hatten. An der hochgestellten PDA wäre ich fast erstickt.“

„Auf meinem Bauch, während ich vor Schmerz geschrien habe, fast verblutet, 1 Stunde Nähversuch ohne richtige Betäubung, dann OP in Vollnarkose.“

#### Zusammenfassung:

Der Dammschnitt hatte für mehr als der Hälfte (n= 13) der Mütter und Kinder Trennungserlebnisse/Kontaktunterbrechung zur Folge. Wegen der Wundversorgung wurde das Bonding zwischen Mutter und Kind gestört.

### Frage 6: Welche Gefühle zum Dammschnitt hattest du damals, gleich nach der Geburt und im Wochenbett?

„Oh nein! Warum?“

„War nicht nötig, Köpfchen war bereits fast geboren, entwürdigend, große Hilflosigkeit, bis zum Nähen lag ich über 1 Stunde unbedeckt im Kreißsaal, der Arzt musste nacheinander die Frauen in den anderen Zimmern nähen.“

„Mit so heftigen Schmerzen und Beeinträchtigungen hatte ich nicht gerechnet.“

„Hass, Wut, Schock. Ich hatte explizit gesagt, dass ich keinen möchte und war mir sicher, dass sie dann auch nicht schneiden.“

„Ich hatte Tage, da wollte ich wegen der massiven Schmerzen (+Scheidenriss) nicht mehr leben. Wut, Enttäuschung, Hass, Fassungslosigkeit, fühlte mich wertlos, da ich nicht gefragt, bzw. meine Ablehnung nicht toleriert wurde, taub.“

#### Zusammenfassung:

Die Spannweite der Gefühle reicht von Akzeptanz bis hin zu Entsetzen, Unverständnis, Wut- und Hassgefühlen. Unbedeckt eine Stunde liegen

gelassen zu werden oder Gefühle wie bei einer Vergewaltigung verdeutlichen, dass es hier teilweise um aufwühlende und demütigende Erlebnisse geht.

### Frage 7: Welche Gefühle hast du heute, wenn du an die Geburt und den Dammschnitt denkst?

„Ist mir relativ egal, weil ich Dank der ganzen Medikamente nicht mehr so viel weiß.“

„Es macht mich noch heute sehr wütend und ohnmächtig. Ich empfinde es als Körperverletzung und fühle mich nicht respektiert.“

„Ich bin auf die Hebamme sehr wütend. Und ich fühle mich immer noch ‚geschändet‘. Für mich war die Geburt sehr traumatisch.“

„Insgesamt habe ich gute Erinnerungen an die Geburt (insb. durch das Geburtshaus). Der Dammschnitt war für mich eine schockierende Erfahrung, dass mich jemand einfach aufschneidet, ohne zu fragen.“

„Noch dieselben Zweifel, ob ich mir einen Anwalt nehmen soll, es kam einer Vergewaltigung gleich und hat mein Leben zerstört. Ich habe keine Suizidgedanken (keine Sorge).“

#### Zusammenfassung:

Acht Frauen äußern mit zeitlichem Abstand zum Dammschnitt, dass sie sich damit abgefunden hätten. Sie suchen nach Erklärungen, teilweise selbstbeschwichtigend. Bei 13 Frauen sind die Eindrücke noch sehr lebendig und es wird deutlich, wie nachhaltig negativ sich diese Intervention auswirkt.

Die Antworten legen nahe, dass Frauen den Dammschnitt als willkürlich und als Missachtung ihrer Rechte werten, wenn die Gründe nicht nachvollziehbar waren, sie diesem Eingriff nicht zugestimmt und mit ihm nicht gerechnet hatten. Folgen wie unterbrochenes Bonding zum Kind, eine beeinträchtigte körperliche und psychosoziale Gesundheit und ein schwieriger Start ins Familienleben werden eindrucksvoll geschildert.

Die Online-Befragung von 2017 könnte vermuten lassen, dass Dammschnitte häufig aufgrund von Routineindikationen, zur Geburtsbeschleunigung und gemäß persönlicher Einstellung des geburtshilflichen Personals durchgeführt werden. Vor diesem Hintergrund ist die folgende Studie [3] interessant, welche die Wirkung unterschiedlicher Indikationen für einen Dammschnitt untersucht.

## Teil 2: Dissertation von Gudrun Nitsche [3] zu Dammschnitt-Indikationen: Die Einführung restriktiver Indikation führte an der Universitätsklinik Großhadern zu einer Absenkung von Dammschnitten bei gebärenden Frauen auf unter 10 %.

Innerhalb von 18 Monaten (2003-2004) wurden 146 Frauen für die Studie, die von der Ethikkommission der Ludwig-Maximilians Universität München positiv beschieden wurde, gewonnen. Wegen Gründen, wie beispielsweise Frühgeburtlichkeit, Sectio caesarea und Wegzug verblieben 109 Frauen. Untersucht werden sollte, wie Dammschnitte sich auf Kontinenz (urodynamische Parameter) und auf die Wiederaufnahme sexueller Aktivität mit eventuell fortbestehenden Beeinträchtigungen wie Schmerzen (Dyspareunie) auswirken.

Zu der Studie kam es aufgrund mehrerer Faktoren, welche die Autorin in ihrer Einleitung erwähnt: Wöchnerinnen äußerten Kritik wegen Beschwerden im Dammbereich. Ein Dammschnitt aus kindlicher Indikation



werde als berechtigt angesehen. Hingegen sei der Nutzen routinemäßiger Interventionen zur Vermeidung von Dammrissen III. Grades, Wundheilungsstörungen, Schmerzen und Beckenbodensenkung mit keiner Studie überzeugend bewiesen worden. Als weitere Begründung für die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Untersuchung führt die Autorin an, dass der ausschlaggebende Faktor für einen Dammschnitt die „Einstellung und Intention des Geburtshelfers“ sowie seine/ihre persönliche Meinung sei, nicht aber evidenzbasiertes Wissen. In einer Literatursichtung der gesamten englischsprachigen Literatur ab 1860 zeige sich, dass es keine Vorteile bei routinemäßigem Dammschnitt gäbe [3, S. 8-10].

#### Das Ziel der Studie:

Dammschnitte (restriktiv oder liberal) sollten künftig evidenzbasiert erfolgen. Dazu wurden die Geburtshelfer/innen genau instruiert, unter welchen Bedingungen sie schneiden dürfen und wann nicht. Nach mehreren Monaten folgten Nachuntersuchungen bei den Probandinnen, um die Funktionen des Beckenbodens zur Kontinenz zu messen. Zeitgleich wurden Beschwerden, Schmerzempfindungen sowie sexuelle Beeinträchtigungen abgefragt und in Skalen eingeordnet.

#### Zum Ablauf der Studie:

Die 109 Frauen wurden im Losverfahren den Gruppen A oder B zugeordnet.

- ◆ **Gruppe A** (49 Frauen): Bei diesen wurde ein Dammschnitt durchgeführt, wenn eine am Befinden des Kindes orientierte Indikation vorlag („restriktive Indikation“). Die Anweisung für Frauen der Gruppe A lautete: Episiotomie *nur* bei kindlicher Indikation; selten schneiden, das heißt reißen lassen bei drohender Dammraktur.
- ◆ **Gruppe B** (60 Frauen): Diese erhielten nach Einschätzung des Personals einen Dammschnitt, wenn eine kindliche und/oder mütterliche Indikation vorlag („liberale Indikation“). Die Anweisung für Frauen der Gruppe B lautete: Episiotomie bei kindlicher und mütterlicher Indikation; häufig schneiden, das heißt schneiden, bevor der Damm reißt [3, S. 104].

#### Die Studie kam zu folgenden Ergebnissen:

Bei Gruppe A – restriktive Indikation – sank die Episiotomierate um 36 %, um die Differenz zwischen „77 % in der liberalen Gruppe und 41 % in der restriktiven Gruppe“. Es ergaben sich weitere „hoch signifikante Unterschiede“ [3, S. 29-30]. Die geringere Episiotomierate in Gruppe A war begleitet von einer dreifach erhöhten Zahl an geringfügigen Verletzungen, wie einem Dammriss 1. Grades. Nur 10 % der Frauen der Gruppe A erlitten eine Dammverletzung gegenüber 29 % in Gruppe B. Mit dieser Studie konnte nicht nachgewiesen werden, dass die Episiotomie das Risiko für einen Dammriss DR III/IV reduziert. [3, S. 62]. Auch war der prophylaktische Wert zur Verhinderung von Inkontinenz bzw. Senkung nicht nachweisbar. [3, S. 19].

In 2003-2004 lag die Dammschnitttrate bei Erstgebärenden an der Münchner Universitätsklinik Großhadern bei fast 90 %. Im regionalen und internationalen Vergleich lag zur selben Zeit die durchschnittliche Rate für Dammschnitte bei 60 % [2] mit großen Abweichungen [3, S. 9]. 2005, nach Umstellung auf eine restriktive Indikation bei Dammschnitten sank in Großhadern die Rate bei allen Gebärenden auf 20 %, in den Jahren danach sogar auf unter 10 % (Nachfrage im Dezember 2017).

#### Was folgt aus der Dissertation?

Die große Überraschung der Münchner Studie besteht darin, dass bei der restriktiven Anweisung „reißen lassen bei drohender Dammraktur“ bei Gruppe A im Ergebnis dreimal mehr Frauen unverletzt blieben. Der Anteil der Frauen, die einen Dammschnitt erlitten, sank um 36 %. Die Schmerzmedikation war „deutlich komplikationsloser“. Das Argument der Prophylaxe wurde dadurch entkräftet, dass das Auftreten größerer Dammsrisse in Gruppe A im Vergleich mit der Gruppe B gleich selten war. Die Anweisung: „Nicht schneiden... reißen lassen bei drohender Dammraktur“ (Gruppe A) verlangte äußerste Zurückhaltung. Damit gaben die Geburtshelfer/innen die Kontrolle über den Geburtsprozess weitgehend aus der Hand. Es wirkt paradox, dass durch Unterlassen des Schneidens bedeutend mehr Frauen unverletzt blieben, d.h. auch keinen Dammriss erlitten, wie erwartet worden war.

Eine Geburt geschehen zu lassen erfordert eine größere Zurückhaltung sowie ein größeres Vertrauen darauf, dass der Damm mit Hilfe entsprechender Vorbereitung/Unterstützung häufig intakt bleibt. Die Geburt nicht kontrollieren zu wollen und stattdessen dem Geburtsgeschehen zu vertrauen, erfordert eine veränderte Haltung dem Geburtsgeschehen insgesamt gegenüber. Die Münchner Studie zeigt ein überraschendes Ergebnis durch Zurückhaltung und Nicht-Eingreifen. Das konnte allerdings erst sichtbar werden durch Verzicht auf übliche Handlungsnormen und -routinen.

#### Fazit

Die Online-Befragung zeigte beträchtliche Folgewirkungen für die Frauen. Die erforderliche Wundversorgung führte bei mehr als der Hälfte (n= 13) der Frauen zu Störungen des Bonding mit dem Baby. Körperliche Beschwerden, Missachtung des Willens, Verletzung der Autonomie und der Würde der Frau, führten zu teilweise nachhaltigen negativen Bewertungen des Erlebten. Dammschnitte aus Routine, wegen Personal- oder Zeitmangel, zur Beschleunigung der Geburt, können nachhaltige Folgen für die Mutter-Baby-Beziehung, Frauengesundheit und die Partnerschaft haben. Die Dissertation zeigt, dass die liberale Indikation bei Dammschnitten mit einem hohen Verletzungsrisiko bei Frauen einhergeht. Die restriktive Indikation hingegen entkräftet nicht nur die Befürwortung eines prophylaktischen Schnitts, sie belegt auch, dass die Dammverletzungen insgesamt drastisch zurückgehen, bis zu einer Schnitttrate von unter 10 %.

Wir möchten auf der Grundlage unserer Umfrageergebnisse und den Ergebnissen der Studie von Nitsche folgende Forderungen formulieren:

1. Die restriktive Indikation für Dammschnitte sollte Eingang in die ärztlichen Leitlinien finden.
2. Der Dammschnitt als Körperverletzung kommt zu häufig zur Anwendung. Diesbezügliche Strafanzeigen als nicht im öffentlichen Interesse liegend abzuwehren und Dammschnitte als „Standard- oder Nebeneingriff“ [4] zu verharmlosen, steht im Widerspruch zum Erleben betroffener Frauen. Darum müssen die Nichtbeachtung einer restriktiven Indikationsstellung und das Fehlen einer Zustimmung strafrechtliche Folgen haben können.

**Institution: Greenbirth e.V. (Vorsitzende), AG Dammschnitt.**

**Kontakt:** Kontakt: info@greenbirth.de – www.greenbirth.de

## Literatur

1. GreenBirth e.V.: Dammschnitt, Bagatelle oder Körperverletzung – Hilfe fürs Kind oder Routine-Intervention? Auswertung Onlinebefragung vom Oktober 2017. <http://www.greenbirth.de/downloads/fachbeitraege.html>
2. Hirsch, HA: Episiotomie und Dammschnitt. Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York (1989) S. 3-60.
3. Nitsche, G: Einfluss der restriktiven Indikationsstellung zur Episiotomie bei drohender Dammruptur auf Harnkontinenz, Dyspareunie und auf urodynamische Parameter bei Primiparae 6-12 Monate postpartal. 2005. [https://edoc.ub.uni-muenchen.de/3136/1/Nitsche\\_Gudrun.pdf](https://edoc.ub.uni-muenchen.de/3136/1/Nitsche_Gudrun.pdf)
4. Schumpelick, V, Rath, W, Willis, S, Faridi, A: Anale Inkontinenz nach vaginaler Geburt: Ein Argument für den Kaiserschnitt auf Wunsch? In: Dtsch Ärztbl. 2002; 99: A42-48 (Heft1-2).

## Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Elternmitwirkung in den Frühen Hilfen durch partizipative Gesundheitsforschung

### Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt „Eltern fragen Eltern“ (ElfE)

Ulrike v. Haldenwang<sup>1</sup>, Gesine Bär<sup>2</sup>, Erika Schwarz<sup>3</sup>, Ina Schaefer<sup>2</sup> und die Mitglieder des Forschungsverbunds PartKommPlus<sup>4</sup>

#### Herausforderung Partizipation

Frühe Hilfen sind ein Angebot für Familien, das auf Freiwilligkeit beruht. Entsprechend gehört es zur professionellen Ausgestaltung, die Voraussetzungen für eine informierte Teilnahme zu schaffen bzw. die Angebote partizipativ zu entwickeln. So wird auch im Leitbild „Frühe Hilfen“ „ein hohes Maß an Transparenz, Vertraulichkeit (Verschwiegenheit, Anonymität) und Partizipation sowohl in der Kommunikation als auch bei der Gestaltung der spezifischen Angebote und Versorgungsstrukturen“ [1] hervorgehoben. Partizipation als ein Kriterium zur Qualitätsentwicklung der Angebote für die Familien, findet sich ebenfalls im „Qualitätsrahmen Frühe Hilfen“ [2] und integriert sich damit als Konzept in das Fachverständnis von Hebammen und Familienhebammen.

Zu den Gelingensbedingungen von Partizipation bei öffentlichen Maßnahmen, zu denen auch die Frühen Hilfen gerechnet werden können, fehlt es in Deutschland aber an Forschung [3]. Zudem ist die fachliche Nähe hinsichtlich eines Fachstandards Partizipation zwischen Gesundheitsförderung und Frühen Hilfen jüngst in einem Positionspapier des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) unterstrichen worden [4]. In Anlehnung an die WHO-Definition zur Gesundheitsförderung wird „Selbstbestimmung über ihre Gesundheit“ [5] zu erlangen, als ein Ziel formuliert, das ohne partizipatives Arbeiten nicht einlösbar erscheint. Partizipation in der Gesundheitsförderung versteht sich somit als ein Beitrag zu mehr Chancengleichheit.

Der Ansatz der partizipativen Gesundheitsforschung (PGF) baut auf der WHO-Definition auf und setzt auf eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft, Praxiseinrichtungen und engagierten Bürger/innen, um gemeinsam neue Erkenntnisse zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zu gewinnen. Dazu ist lokales Wissen gefragt. Bürger/innen werden als Experten/innen ihrer Lebenswelt mit einbezogen<sup>5</sup>. Ein weitreichendes Verständnis von Partizipation umfasst nach diesem Verständnis „nicht nur Teilnahme, sondern auch Teilhabe, also Entscheidungsmacht bei allen wesentlichen Fragen der Lebensgestaltung. Dazu gehört die Definitionsmacht und somit die Möglichkeit, die Gesundheitsprobleme (mit)bestimmen zu können, die von gesund-

heitsfördernden bzw. präventiven Maßnahmen angegangen werden sollen.“ [6]. Hierin liegt eine doppelte Herausforderung für die Praxis von Gesundheitsförderung und Frühen Hilfen: die erste liegt im Aufbau bzw. der Beteiligung an partizipativen Forschungsprozessen und die zweite in einem Auftrag, bürgerschaftliche Teilhabe an der Gestaltung kommunaler Maßnahmen und Angebote kontinuierlich zu ermöglichen.

#### Erfahrungen mit Eltern als Peer-Forschende

Mit dem bundesweiten Forschungsverbund „Gesunde Kommunen durch integrierte, partizipative Strategien der Gesundheitsförderung (PartKommPlus)“ werden partizipative Forschungsmethoden auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung vorangetrieben und weiterentwickelt<sup>6</sup>. Der Forschungsverbund ist ein Projekt von PartNet, dem Netzwerk partizipativer Gesundheitsforschung. Er wird gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin koordiniert. Finanziert werden sieben Teilprojekte mit Fallstudien in fünf Bundesländern über einen Zeitraum von sechs Jahren (2/2015 bis 1/2021). In Bezug auf die beteiligten Forschungsakteure aus Verwaltung, Wissenschaft, von Trägern wie Adressat/innen als auch in Bezug auf die Settings ist der Verbund sehr breit ausgelegt. Er bezieht die Anliegen von Schüler/innen, Eltern von Kita-Kindern, älteren Menschen und Menschen mit Lernschwierigkeiten unter dem gemeinsamen Thema der gesundheitlichen Chancengleichheit ein. Dies führt zu einer methodischen und thematischen Vielfalt, weil sich die Angebote der Gesundheitsförderung an die Ansprechpartner/innen anpassen. Fast alle Fallstudien werden in Kooperation mit den regionalen Landesvereinigungen für Gesundheit realisiert, um eine nachhaltige strukturelle Verankerung der Vorhaben zu sichern. Im Folgenden wird auf das Teilprojekt „ElfE – Eltern fragen Eltern“ eingegangen, das mit Eltern von Kita-Kindern gearbeitet und zum Ende der ersten Förderphase zu Beginn dieses Jahres Ergebnisse vorgestellt hat.

Im Zusammenhang mit Frühen Hilfen kommt dem Setting Kita eine besondere Bedeutung zu, da der Kitabesuch bereits in den ersten drei Lebensjahren zu den Rechtsansprüchen von Familien zählt. Langzeit-

studien, wie die AWO/ISS-Studie, zeigen, dass eine mehrjährige Besuchsdauer zur Verbesserung der gesundheitlichen und bildungsbezogenen Chancen aller Kinder beitragen kann [7]. Allerdings gibt es auch Hinweise darauf, dass nicht alle Kinder gleichermaßen von dem Einrichtungsbesuch profitieren [8]. Diese ungleichen Entwicklungschancen waren der Ausgangspunkt für die partizipative Forschung mit Eltern im Projekt ElFE.

Im Teilprojekt ElFE haben Eltern von Kita-Kindern als Expert/inn/en in eigener Sache mitgewirkt. Sie beforschten den Aufbau von stabilen Erziehungspartnerschaften in Kitas. ElFE arbeitete dabei in zwei unterschiedlich strukturierten Untersuchungsgebieten, dem Berliner Bezirk Marzahn-Hellersdorf und der Kommune Lauchhammer im Landkreis Oberspreewald-Lausitz (Brandenburg). In beiden Untersuchungsgebieten sind Eltern zu Peer-Forschenden<sup>7</sup> ausgebildet worden. Es ist gelungen, drei Forschungsteams mit insgesamt 19 Forschenden aufzubauen. Dabei lag ein besonderes Augenmerk auf Familien in schwierigen Lebenssituationen, die ihre Interessen in der Kommune und im Kita-Alltag bislang wenig artikulieren.

Eine qualitative Untersuchung mit erfahrenen Peerforschenden hatte zu Beginn der Projektlaufzeit ergeben, dass sich die Qualität von Peer-Forschung an fünf Qualitätsbereichen festmachen lässt: 1) Qualifikation und Rolle der Peer-Forschenden; 2) Auswahl und Gewinnen der Peer-Forschenden; 3) Rahmenbedingungen des Projekts; 4) Forschungsprozess und 5) Erwartete Veränderungen durch die Peer-Forschung [11]. Vor diesem Hintergrund wurden die Rahmenbedingungen in ElFE so gestaltet, dass auch Eltern in schwierigen Lebenssituationen die Teilnahme entsprechend der genannten Qualitätsdimensionen möglich war: Dazu gehörte vor allem die Gestaltung der Rahmenbedingung über die Honorierung, Kinderbetreuung und Termingestaltung (Vormittags- bzw. Abend- oder Wochenendtermine für die Treffen – je nach den zeitlichen Möglichkeiten der Mitforschenden). Die ElFE-Forscher/innen, befragt nach ihrer Motivation zur Mitwirkung, gaben als erstes an, zur Veränderung der Gegebenheiten in den Kitas beitragen zu wollen. Weiter bezogen sie sich vor allem auf die Qualität der Treffen: Vertrauen, Spaß an der Teamarbeit, Wertschätzung der Mitarbeit und eine angenehm ruhige, entspannte Atmosphäre (Qualitätsdimensionen 4 und 5). Es wurde von Anfang an Wert auf eine maximale Mitgestaltungsmöglichkeit der Eltern gelegt. Das Gewinnen und die Qualifikation der Peer-Forschenden (Qualitätsdimensionen 1 und 2) ist über das Fachkräfteportal „inforo.online“ anschaulich mit den eingesetzten Arbeitshilfen nachvollziehbar<sup>8</sup>. Informationen, auf die immer wieder zugegriffen werden musste, über Forschungsmethoden zum Beispiel, wurden in der Form eines Merkblattes aufgeschrieben und waren damit allen Forschungsbeteiligten jederzeit zugänglich.

Das Projekt war von einer hohen Kontinuität der mitforschenden Eltern gekennzeichnet. Insgesamt konnten rund 60 Forschungswerkstätten in einem Zeitraum von 1,5 Jahren durchgeführt werden. Bereits in der ersten Forschungswerkstatt wurden Regeln der Zusammenarbeit festgelegt, der Forschungsprozess wurde fortlaufend dokumentiert und diese Dokumente als Kopien zum Abheften in einem „ElFE-Ordner“, den jede/r Mitforschende bekommen hat, fortlaufend zur Verfügung gestellt. In der ersten Forschungsphase wurden die peerforschenden Eltern mit den Grundlagen partizipativer Forschung vertraut gemacht. Vergleichend wurden verschiedene Forschungsmöglichkeiten vorgestellt

und in kleinen Übungen im Rahmen der Werkstätten erprobt (vgl. auch die Merkblätter auf „inforo online“). Per Mehrheitsentscheid wurde beschlossen, qualitative Leitfadeninterviews mit anderen Eltern durchzuführen. Die Forschungsfrage und der Interviewleitfaden wurden gemeinsam erarbeitet, die Interviewführung in den Werkstätten geübt. Der Interviewleitfaden wurde in Pretests ausprobiert und anschließend verbessert.

Nach der Entwicklung der Forschungsfrage und des Interviewleitfadens beinhaltete die dritte Forschungsphase die Erhebung der Daten und ihre Auswertung. 27 Leitfadeninterviews konnten gemeinsam mit den Eltern erhoben und angelehnt an Verfahren der Grounded Theory [12] ausgewertet werden. In einem „Big Discussion Day“ diskutierten die drei Forschungsgruppen über gemeinsame Kategorien. Als Hauptkategorien konnten u. a. Kommunikation, Vertrauen und Erzieher/innen-Eltern-Beziehungen im Alltag herausgearbeitet werden. Aus den Interviews wurden positive und negative Beispiele zur Interaktion von Eltern und Fachkräften gesammelt und genutzt, um die Kategorien in einen logischen Zusammenhang zu bringen.

Zum Abschluss der Elternforschung gab es eine Produktwerkstatt aller Forschungsgruppen, in der gemeinsame Formate gefunden wurden, um die Ergebnisse in die Kommune, an die Fachkräfte und an andere Eltern zu vermitteln. Ein Film „von Eltern für Eltern“ transportiert die wichtigsten Botschaften aus den herausgearbeiteten Kategorien<sup>9</sup>. Das Forum der Steuerungsrunden bildet neben dem Peer-Forschungsansatz den zweiten wichtigen partizipativen Forschungsansatz im Projekt ab, den der kollaborativen Forschung [13]. Um die Chance auf eine tatsächliche kommunale Veränderung zu haben, galt es von Anfang an, die kommunale Verwaltung, Fachkräfte aus Familienzentren und Kitas, Wissenschaftlerinnen der Hochschule und Eltern gleichberechtigt mit einzubeziehen. Aus der Fülle von Ergebnissen der Peer-Forschung wurde in gemeinsamen Dialogrunden ermittelt, welche Botschaften für andere Eltern und welche für die Fachkräfte aufbereitet werden sollen. Ein besonderer Wert liegt dabei im Aufzeigen von gelingenden Kommunikationsformaten. Eltern wie Fachkräfte messen dem gemeinsamen Austausch eine hohe Bedeutung zu. Gerade in schwierigen Lebenssituationen, bei Belastungen durch Krankheit, Beziehungsstress, Arbeit oder Jobverlust, durch fehlende soziale Unterstützung, gefühlten Überforderungen oder bei finanziellen Problemen, leidet die Beziehung zwischen Eltern und Erzieher/innen. Dies wurde in den Interviews häufig thematisiert. Die Gelingensbedingungen guter Kommunikation herauszuarbeiten und in hilfreiche Materialien für die Beteiligten zu überführen, ist eine fortlaufende Aufgabe. Die konkreten Interviewbeispiele der Elternsicht auf den Kita-Alltag werden im Ergebnis der Dialogrunden als Material für die Aus- und Weiterbildung von Erzieher/inne/n aufbereitet.

Der nun laufende Ergebnistransfer kann somit als „Praxisphase“ nach der Elternforschung gewertet werden, in dem die Steuerungsrunden der beiden Fallstudien eine zentrale Rolle einnehmen. Mit den in den Runden versammelten Vertretungen der kommunalen Verwaltung, der Interessenvertretung von Eltern, Fachkräften aus Kita, Elternzentren und Familien-Netzwerken sowie aus den Forschungswerkstätten werden die Produkte für die Nutzung in der Praxis geformt und aufbereitet, z.B. in Form eines „Kartensets“ mit Reflexionsbeispielen für die Fachkräfte. Durch diese Verzahnung zwischen Peerforschung und

Stakeholdern können die Forschungsergebnisse in den Kommunen einen praktischen Nutzen erzielen und zur Weiterentwicklung kommunaler Angebote für Familien mit Kindern im Kita-Alter beitragen.

## Fazit

Der ElFe-Forschungsprozess zeigt, dass Eltern sich für einen umfassenden gemeinsamen Forschungsprozess gewinnen lassen. Dazu sind gute Rahmenbedingungen und wertschätzende Prozesse wichtige Bausteine, da partizipative Forschung maßgeblich auf der Beziehungsebene stattfindet. Die Rahmenbedingungen beziehen sich auf Qualitätsdimensionen der Planungs-, Prozess- und Strukturqualität. Dies beinhaltet eine partizipative Haltung aller Beteiligten, Mitwirkungsmöglichkeiten bereits in der Konzeptionsphase, Honorare für die Teilnahme, eine Prozessplanung, die die zeitlichen Spielräume und familiären Verpflichtungen der Eltern berücksichtigt und entsprechende Termine setzt und ggf. Kinderbetreuung anbietet.

Eine partizipative Haltung zu entwickeln, ist Teil eines Lernprozesses, in dem Wissenschaft, Praxiseinrichtungen und mitforschende Bürger/

innen im Sinne lokalen Wissensaufbaus aufeinander angewiesen sind. Dabei sind die herausgearbeiteten Themen zwar keine Unbekannten. Allerdings bekommen sie durch die Elternforschungsgruppen einen erweiterten und auch präzisierten Bedeutungszusammenhang. Es wird deutlich, dass Qualitätselemente einer „guten gesunden Kita“ [14] im Kontakt mit Eltern in schwierigen Lebenssituation nicht immer aufrecht erhalten werden. Es geht somit um Qualitätsentwicklung, im Sinne von „gelebter Qualität“ für mehr Chancengleichheit im Kita-Alltag und einen gelingenden Eltern-Erzieher/innen-Kontakt. Strukturen der Elternvertretung werden hierdurch gestärkt, Fachkräfte der Frühen Hilfen und der frühen Bildung erhalten Impulse für die Zusammenarbeit mit Eltern in ihrem Arbeitsalltag. Hiermit verbindet sich die Hoffnung, dass auch Eltern mit besonderen Problemlagen gestärkt werden, Partizipation sich als Fachstandard für Frühe Hilfen weiterentwickelt und damit langfristig ein Beitrag zu mehr Chancengleichheit geleistet werden kann.

**Institutionen bzw. Organisationen:** <sup>1</sup> Gesundheit Berlin-Brandenburg (bis Mai 2017), <sup>2</sup> Alice-Salomon-Hochschule (ASH) Berlin, <sup>3</sup> Frühe Hilfen und Mitglieder der Steuerungsrunde, <sup>4</sup> Forschungsverbund PartKommPlus: Forschungsverbund für gesunde Kommunen ([www.partkommplus.de](http://www.partkommplus.de)).

**Kontakt:** [uvhaldenwang@posteo.de](mailto:uvhaldenwang@posteo.de)

<sup>5</sup>Vgl. eine umfassende Definition beim Netzwerk „Partizipative Gesundheitsforschung“ unter [www.partnet-gesundheit.de](http://www.partnet-gesundheit.de) [Zugriff am 12.4.2018]

<sup>6</sup>Vgl. die Darstellung des Verbundes unter [www.partkommplus.de](http://www.partkommplus.de) sowie Materialien und Erfahrungsberichte zum Forschungsprozess unter [www.inforo.online/partkommplus](http://www.inforo.online/partkommplus) [Zugriff am 12.4.2018]

<sup>7</sup>Der Peerforschungsansatz beinhaltet, Mitglieder der zu beforschenden Gruppe zu Co-Forschenden zu machen. Sie sollen gleichermaßen an der Wissensproduktion beteiligt sein. Darüber soll die Gültigkeit der Daten verbessert und sozialer Wandel im unmittelbaren Lebensumfeld ermöglicht werden [9] [10].

<sup>8</sup>Vgl. die Dossiers und Merkblätter unter [https://www.inforo.online/infokiste/list/Interessantes\\_Aus\\_Dem\\_Forschungsprojekt\\_Elfe\\_Eltern\\_Fragen\\_Eltern](https://www.inforo.online/infokiste/list/Interessantes_Aus_Dem_Forschungsprojekt_Elfe_Eltern_Fragen_Eltern) [Zugriff am 12.4.2018]

<sup>9</sup>Vgl. <https://vimeo.com/256996176> [Zugriff am 12.4.2018]

## Literatur

- Behrens J, Cierpka M, Franzkowiak P, Hilgers H, Maywald J, Thyen U. Leitbild Frühe Hilfen. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). 2016; 8.
- Meysen T, Böttcher W, Kaesehagen-Schwehn G, Maywald J, Mengel M, Menk S, et al. Qualitätsrahmen Frühe Hilfen, Impuls des NZFH-Beirats zur Qualitätsentwicklung. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). 2016.
- Renn O. Partizipation bei öffentlichen Planungen, Möglichkeiten, Grenzen, Reformbedarf. Keil S, Thaisigsmann S. Zivile Bürgergesellschaft und Demokratie: Aktuelle Ergebnisse der empirischen Politikforschung. Springer Verlag. 2012; 72-95.
- Geene R. Gesundheitsförderung und Frühe Hilfen. Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Hrsg. Köln. 2017; 40ff.
- World Health Organization (WHO): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986 [autorisierte Übersetzung] Hildebrandt H., Kickbusch I. Verfügbar unter: [http://www.euro.who.int/http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) [Zugriff 19.09.2017]
- Wright M, Block M, Unger H. Partizipation. 2008. Verfügbar unter: [www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipation.html](http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipation.html) [Zugriff 19.09.2017]
- Holz G, Laubstein C, Sthamer E. Lebenslagen und Zukunftschancen von (armen) Kindern und Jugendlichen in Deutschland, 15 Jahre AWO-ISS-Studie, In: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. Hrsg., Frankfurt am Main. 2012. Verfügbar unter: [http://www.iss-ffm.de/m\\_106](http://www.iss-ffm.de/m_106) [Zugriff 15.09.2017]
- Gross T, Jehles N. Der Einfluss von Armut auf die Entwicklung von Kindern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen. Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung „Kein Kind zurück lassen“. Werkstattbericht. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung. 2015. Verfügbar unter: [http://www.noz.de/media/documents/der\\_einfluss\\_von\\_armut\\_auf\\_die\\_entwicklung\\_von\\_kindern\\_1426271117.pdf](http://www.noz.de/media/documents/der_einfluss_von_armut_auf_die_entwicklung_von_kindern_1426271117.pdf) [Zugriff 16.08.2017]
- Guta A, Flicker S, Roche B. Governing through community allegiance: a qualitative examination of peer research in community-based-participatory research. 2013; 436. Verfügbar unter: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09581596.2012.761675> [Zugriff 19.09.2017]
- Roche B, Guta A, Flicker S. Peer-Research in Action I: Models of Practice. 2010; 4. Verfügbar unter: [http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2011/02/Models\\_of\\_Practice\\_WEB.pdf](http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2011/02/Models_of_Practice_WEB.pdf) [Zugriff 19.09.2017]
- Thiel S, Bär G. Peer-Forschung für integrierte kommunale Strategien nutzen. Auswahl von Peer-Forschenden unter Berücksichtigung von sozialer Exklusion und Vulnerabilität. In: Gesundheit Berlin-Brandenburg. Hrsg. Dokumentation des 20. Kongress Armut und Gesundheit. Berlin. 2015; 1-6. Verfügbar unter: [http://www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/MAIN-dateien/Kongress\\_A\\_G/A\\_G\\_15/Doku\\_A\\_G\\_2015/Beitraege\\_neu/Thiel\\_S\\_Baer\\_G\\_Qualitaetsentwicklung.pdf](http://www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/Kongress_A_G/A_G_15/Doku_A_G_2015/Beitraege_neu/Thiel_S_Baer_G_Qualitaetsentwicklung.pdf) [Zugriff: 19.09.2017]
- Strauss A, Corbin J. Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz. 1996.
- Bär G, Schaefer I. Partizipation stärkt integrierte kommunale Strategien für Gesundheitsförderung. Public Health Forum. 2016; 24(4): 255-257.
- Voss A, Viernickel S. Gute gesunde Kita. Bildung und Gesundheit in Kindertageseinrichtungen. Kiliansroda: das Netz. 2016.



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

## How can re-traumatisation in view of the intrapartum vaginal examination in sexually traumatised women be avoided?

**Background:** Violence during birth is a worldwide phenomenon and often leads to negative birth experiences. Women who are survivors of sexual traumatisation, especially child sexual abuse (CSA) or rape, face an enormous risk of re-traumatisation. Vaginal examination (VE) is the most invasive routine procedure during birth to check the progress of labour and may trigger further trauma.

**Objectives:** To examine the effects on women who have been sexually traumatised, focusing on child sexual abuse. In order to provide trauma sensitive care and avoid re-traumatisation, this review investigates how care providers could minimise the frequency of VE or the possibility of avoiding it altogether during labour.

**Methods:** An integrative literature review, involving the databases PubMed, MIDIRS, CINAHL, NLM, DIMDI, and the Cochrane Library was carried out. In addition, the most common textbooks for midwives in Germany, the United Kingdom and Australia were screened by manual search.

**Results:** Sexually traumatised women often experience a VE during birth as an invasion of personal boundaries. This may trigger uncertainty, fear, shame, guilt, helplessness, lack of control, dissociation and reactivation of trauma due to CSA, which could lead to post-traumatic

stress syndrome (PTSD). In general, intrapartum VE is still conducted routinely, although evidence of improved perinatal outcomes for mother and child is lacking. If care providers used non-invasive methods such as continuity of care and close observation of women to determine labour progress, the frequency of VE could be reduced. However, this requires time, knowledge and experience. The way in which a VE is conducted affects the likelihood of trauma. Trauma and/or re-traumatisation are less likely to occur if women trust their care provider, feel secure during the VE, and remain in control, for example if they are given the option of deciding when, how and in which position a VE is performed and are assured that the procedure can be stopped at any time.

**Conclusion:** Care providers should provide professional support and care which is sensitive to the effects and dynamics of trauma during childbirth. Avoiding or minimising invasive procedures during childbirth provides the opportunity for sexually traumatised women to experience healing during childbirth instead of re-traumatisation.

**Keywords:** vaginal examination, birth experience, birth trauma, child sexual abuse, re-traumatisation:

Autorin: Deborah Grauer B.Sc.

Kontakt: [deborah.grauer@gmx.de](mailto:deborah.grauer@gmx.de)

Die Arbeit wurde im dualen Bachelorstudiengang Hebammenkunde (B.Sc. of Midwifery) an der Evangelischen Hochschule Berlin zur Erlangung des Grades Bachelor of Science bei Frau Prof. Dr. Julia Leinweber und Frau Prof. Dr. Melita Grieshop vorgelegt.

## Was brauchen geflüchtete Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen?

### What do refugee and asylum-seeking women need in maternity care?

#### Hintergrund

Die sogenannte „Flüchtlingskrise“ hat in den Jahren 2015/16 viele Menschen nach Deutschland gebracht, die vor Gewalt und Elend geflohen sind und hier Schutz suchen. Darunter waren rund 200.000 Frauen im reproduktiven Alter zwischen 16 und 45 Jahren [3, 4]. Zahlen zu Schwangerschaften und Geburten in dieser Gruppe sind nicht verfügbar. Die Betreuung von geflüchteten (werdenden) Müttern gehört seither bundesweit zum Alltag von Hebammen. Es fehlt jedoch an empirischem Wissen über die spezifischen Risiken und Ressourcen, Bedarfe und Bedürfnisse dieser Frauen, genauso wie an darauf abgestimmten Konzepten und Instrumenten.

Die Analyse der Situation von geflüchteten Frauen in der peripartalen Versorgung kann durch das Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit [10] gerahmt werden, das die Wechselwirkungen zwischen

sozialer Ungleichheit, unterschiedlicher gesundheitlicher Ressourcen und Belastungen sowie Unterschiede in der Gesundheitsversorgung und im Gesundheitsverhalten in den Blick nimmt (siehe Abb. 1).

#### Ziel

Ziel der Arbeit ist eine Bestandsaufnahme der internationalen Forschung zu den Bedürfnissen und Bedarfen von geflüchteten Frauen in westlichen Ländern während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, sowie die Aufbereitung der vorhandenen Forschungsergebnisse für die Anwendung in der Praxis.

#### Methode

Ein systematisiertes Review [6] wurde durchgeführt, das auf einer umfassenden und systematischen Literatursuche sowie einem detaillierten Katalog von Ein- und Ausschlusskriterien basiert. Die Literatursuche



Abbildung 1: Modell zur Erklärung Gesundheitlicher Ungleichheit (eigene Darstellung [10, S. 136])

erfolgte in den elektronischen Datenbanken Medline, CINAHL, PsycARTICLES, PsycINFO und Cochrane Library im Mai 2017. Gesucht wurde nach Beiträgen, die mit verschiedenen Begriffskombinationen aus den Bereichen „Flucht und Asyl“ einerseits und peripartaler Betreuung bzw. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett andererseits verschlagwortet waren (Suchworte bzw. Trunkierungen: refugee\* OR asylum\*; birth\* OR childbear\* OR natal\* OR intrapartum OR pregnancy OR delivery OR matern\* OR midwi\* OR obstetrics). Eingeschlossen wurden empirische Studien ab 2013, die in englischer oder deutscher Sprache verfügbar waren, die in OECD-Mitgliedstaaten, also sogenannte entwickelten Ländern, durchgeführt worden waren und deren Fokus auf der peripartalen Betreuung (maternity care) lag. Dabei wurden als Themenschwerpunkte berücksichtigt: a) Bedürfnisse und Erfahrungen geflüchteter Frauen, also die Perspektive der Betroffenen sowie b) Bedarfe der geflüchteten Frauen, also die Perspektive von Fachleuten.

Ausgeschlossen wurden Leitlinien, Meinungsbeiträge und Beiträge, die sich auf Einzelaspekte (z.B. HIV) oder Historisches beziehen (siehe Abb. 2). Die Qualität der Untersuchungen wurde mit dem Mixed-Methods Appraisal Tool (MMAT) [13] eingeschätzt.

## Ergebnisse

Es wurden elf Studien eingeschlossen, zehn davon mit qualitativem sowie eine mit Mixed-Methods Design. Zehn der Studien wurden als gut

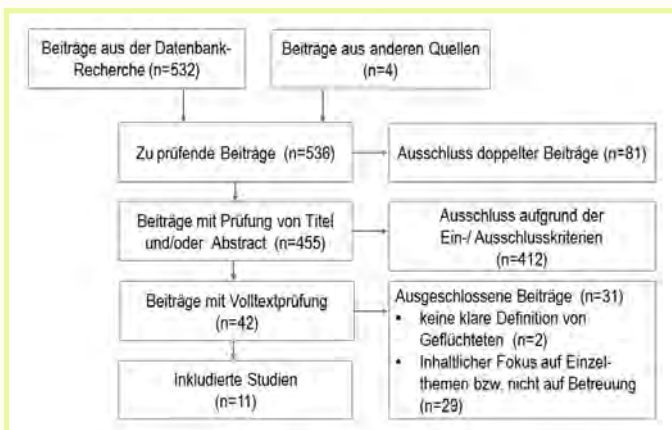


Abbildung 2: Rechercheprozess

oder sehr gut bewertet (d.h. fünf oder sechs von insgesamt sechs erreichbaren Punkten des MMAT). Eine weitere Studie von noch akzeptabler Qualität (vier von sechs Punkten) wurde zudem eingeschlossen (siehe Tab. 1).

Tabelle 1: Eingeschlossene Studien

Publikation	Sample	Methoden	MMAT (Pkt.)
<b>Australien</b>			
Niner, Kokanovic & Cuthbert (2013)	15 Frauen (Karen)	qualitativ Interviews narrative, ethnographische Themenanalyse	5/6
Owens, Dandy & Hancock (2015)	12 Frauen (versch. Nationalitäten)	qualitativ semistrukturierte Interviews phänomenologische Themenanalyse	6/6
Russo et al. (2015)	38 Frauen (Afghaninnen)	qualitativ Fokusgruppen, semistrukturierte Tiefen-interviews Themenanalyse	6/6
Stapleton et al. (2013)	42 Frauen (versch. Nationalitäten), 153 Betreuende, 7 Sonstige	mixed methods (versch. Nationalitäten), Patientennakten, Befragung: quantitativ-deskriptive Auswertung Interviews, Fokusgruppen: qualitative Themenanalyse	11/1 3
Yelland et al. (2014)	14 Frauen, 16 Männer (Afghan/innen), 34 Betreuende	qualitativ semistrukturierte Interviews, Fokusgruppen Themenanalyse	6/6
<b>Großbritannien</b>			
Balaam et al. (2016)	19 ehrenamtliche Helfer/innen	qualitativ semistrukturierte Fokusgruppen, Interviews Themenanalyse	5/6
Lephard & Haith-Cooper (2016)	6 Frauen (versch. Nationalitäten)	qualitativ semistrukturierte Interviews Themenanalyse	5/6
McCarthy & Haith-Cooper (2013)	83 Frauen (versch. Nationalitäten), 51 Patientinnen	qualitativ Befragung via Telefon (Frauen), Fokusgruppen Interviews (Patientinnen) Fallstudien, deskriptive Evaluation, Themenanalyse	4/6
<b>Irland</b>			
Tobin, Murphy-Lawless & Beck (2014)	22 Frauen (versch. Nationalitäten)	qualitativ unstrukturierte Tiefeninterviews narrative Analyse	6/6
<b>USA</b>			
LaMancuso, Goldman & Nothnagle (2016)	14 Frauen (Karen), 8 Doulas (Karen), 6 Betreuende	qualitativ Tiefeninterviews Themenanalyse (social contextual model)	5/6
Wojnar (2015)	26 Frauen, 22 Männer (Somali)	qualitativ semistrukturierte Interviews phänomenologische Themenanalyse	6/6

In den Studien dominieren aus Sicht der betroffenen Frauen Gefühle von Angst und Verunsicherung sowie Berichte über schwierige und negative Betreuungserfahrungen [2,7,8,11,12,14,16,17,19]. Gleichwohl

wurde auch Dankbarkeit für die, im Vergleich zu der schlechten oder fehlenden peripartalen Betreuung im Heimatland, hochwertige Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett geäußert [7,11,12,14]. Die Bedürfnisse bzw. Bedarfe lassen sich in vier Kategorien zusammenfassen:

## 1. Gute Kommunikation

Als grundlegendes Thema durchzieht die – häufig mangelhafte – Kommunikation zwischen den Betreuenden und den geflüchteten Frauen und ihren Familien die eingeschlossenen Studien. Als Voraussetzung für eine gelingende Kommunikation ist die Überwindung der Sprachbarriere anzusehen [2,7,8,9,11,12,17,19,20]. Darüber hinaus wurde eine respektvolle, nicht diskriminierende [7,8,9,11,12,14,16,17,19,20] und vertrauensvolle [2,7,9,12,16,20] Kommunikation gewünscht bzw. hochgeschätzt. Hinsichtlich der Inhalte und des Umfangs der in der Kommunikation übermittelten Informationen zeigt sich, dass ein großer Bedarf an ausführlichen Informationen besteht, da den geflüchteten Frauen weder die kulturellen Wertvorstellungen und Verhaltensregeln noch die Prinzipien und Routinen der peripartalen Versorgung im Zielland vertraut sind [2,8,9,11,12,16,17,19].

## 2. Nicht allein gelassen werden

Viele geflüchtete Frauen kommen aus Kulturen, in denen das sogenannte „collective caring“ [14] die Regel ist. Im Zielland vermissen sie die Fürsorge einer (weiblichen) Community [2,8,11,12,14,16,17,20]. Ehrenamtliche Patinnen, die zwischen den Kulturen vermitteln, werden daher geschätzt [2,7,9]. Der Einsatz von Peers, also von Begleitpersonen aus derselben Kultur, zeigt ebenfalls positive Effekte [7,9]. Besonders schmerzhaft empfinden geflüchtete Frauen das Alleinsein während der Geburt im Krankenhaus [8,17]. Die Anwesenheit des Partners ist für viele Frauen ungewohnt, aber in Ermangelung weiblicher Begleitung akzeptiert [8,12,14,19]. Kultursensible Geburtsvorbereitung sowohl für die Frauen als auch die Partner wird gewünscht [14,19].

## 3. Wahlfreiheit und Partizipation

Die Dissonanz zwischen westlicher Geburtsbetreuung und kulturellen Überzeugungen ebenso wie die Sprachbarriere machen die Partizipation der geflüchteten (werdenden) Mutter zu einem besonders brisanten Thema [8,11,14,16,17,19]. Die hochmedikalisierte peripartale Betreuung in westlichen Ländern ängstigt viele dieser Frauen [2,7,11,12,16,17,19]. Sie berichten zudem von ihrer Angst vor negativen Konsequenzen im Falle des Versuchs, sich an Entscheidungen zu beteiligen oder Maßnahmen abzulehnen [2,7,8,11,14,16,17,19]. Ausreichende Informationen über Rechte und Angebote im Rahmen des Gesundheits- und Fürsorgesystems sind vonnöten [2,7,8,9,11,12,16,19,20].

## 4. Sozioökonomische und psychosoziale Hilfestellung

Geflüchtete Frauen sind mit zahlreichen sozioökonomischen und psychosozialen Problemen konfrontiert, die von traumatischen Erlebnissen und der Trennung von der Familie über Armut, schwierige Wohnverhältnisse in Flüchtlingsunterkünften bis zu Angst vor Abschiebung reichen [2,7,8,9,12,14,16,20].

Ein vielfach erwähntes Problem ist die Erreichbarkeit von Betreuungsangeboten, da die Frauen sich nur mit Mühe in den öffentlichen Verkehrsmitteln des Ankunftslandes orientieren und oftmals kein Geld für die Fahrtkosten aufbringen können. Dementsprechend sind sie auf

flexible und ihren Lebensverhältnissen angepasste Terminverabredungen angewiesen [7,8,12,16].

Große Schwierigkeiten verursacht oftmals die Unterbringung in Flüchtlingsunterkünften, die Enge, Schmutz und das Fehlen von Privatsphäre mit sich bringt [2,8,20]. Umsiedlungen von Schwangeren und Wöchnerinnen sind für diese nicht nur beschwerlich, sondern führen oftmals zum Abbruch der peripartalen Betreuung und einer totalen sozialen Isolation [2,8].

Die Unsicherheiten des Aufenthaltsrechts belasten die geflüchteten Frauen in besonderem Maße [2,8]. Hier kann konkrete Unterstützung durch Information über zustehende Rechte hinsichtlich der peripartalen aber auch der allgemeinen Gesundheitsversorgung und die Unterstützung in der Kommunikation mit Behörden hilfreich sein [2,8,9,12,16,20].

Die Studien und Evaluationen zeigen zudem, dass über die peripartale Versorgung hinausgehende Betreuung, die Wohlfahrtsorganisationen, ehrenamtliche Helfer/innen und Peer-Netzwerke einbezieht, von den geflüchteten Frauen positiv bewertet wird [2,8,9,12,14,16,20].

## Diskussion

Das Review zeigt, dass geflüchtete (werdende) Mütter in den westlichen Ländern im Sinne des Modells zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit als stark benachteiligt gelten müssen. Sie befinden sich in einer marginalisierten sozialen Position, sind zahlreichen Belastungen ausgesetzt, verfügen über eingeschränkte Ressourcen und ihre peripartale Versorgung ist oft mangelhaft bzw. geht mit negativen Erfahrungen einher [10]. Diese rühren oftmals von Rassismus und Diskriminierung her. Dementsprechend wünschen sich geflüchtete Frauen zuvorderst eine respektvolle und nichtdiskriminierende Betreuung während der Peripartalzeit. Über das hinaus, was sich alle Frauen von einer Betreuung während dieser Zeit erwarten, wünschen sich (freiwillige und geflüchtete) Migrantinnen zudem eine kulturkompetente Betreuung, d.h. ein Verständnis gegenüber ihren andersartigen Gewohnheiten und Traditionen sowie gegenüber bestehenden Sprachbarrieren und der Unkenntnis bezüglich der örtlichen peripartalen Versorgungssysteme und vorherrschenden Normen [1,15,18]. Geflüchtete wünschen sich darüber hinaus eine „fluchtkompetente“ Betreuung, d.h. die Berücksichtigung ihrer Fluchtbiografien und der vielfältigen Probleme, die ein Leben als Schutzsuchende im Migrationsland mit sich bringt.

Das systematische Review hat sich als Methode für die Fragestellung dieser Untersuchung bewährt. Eine Limitation liegt allerdings im Fehlen von Forschungsergebnissen aus Deutschland, so dass bei den eingeschlossenen Studien die Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse bedacht werden muss. Beispielsweise wurden in den eingeschlossenen Studien kaum Syrerinnen berücksichtigt, welche eine große Gruppe von geflüchteten Frauen in Deutschland derzeit ausmachen. Zudem wurden ausschließlich qualitative Arbeiten bzw. eine Mixed-Method Studie einbezogen. Eine Rangfolge der genannten Bedürfnisse und Bedarfe kann also nicht hergestellt werden. Schließlich ist es auch als Limitation dieser Untersuchung anzusehen, dass keine Studien zu den Ressourcen der Geflüchteten aufgefunden wurden. Daraus resultiert eine Defizitorientierung, die ein unvollständiges Bild der geflüchteten Frauen entstehen lässt und ihre Resilienz in schwierigsten Lebensumständen nicht berücksichtigt [5].

## Schlussfolgerung

In vielerlei Hinsicht sind die Bedürfnisse und Bedarfe von geflüchteten Frauen denen anderer Schwangerer, Gebärender und Wöchnerinnen ähnlich. Darüber hinaus sind Kulturkompetenz und ein Verständnis für die besondere Situation Geflüchteter beim geburtshilflichen Personal sowie der Zugang zum Betreuungsangebot und die nötigen Ressourcen zur Überwindung der Sprachbarriere wichtige Bausteine einer adäquaten Versorgung geflüchteter Frauen.

**Schlüsselwörter:** geflüchtete und asylsuchende Frauen, peripartale Versorgung, Bedarfe, Bedürfnisse, westliche Länder

**Keywords:** refugee women, asylum-seeking women, maternity care, needs, western countries

## Literatur:

1. Balaam MC, Akerjordet K, Lyberg A, Kaiser B, Schoening E, Fredriksen AM, et al. A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. *Journal of advanced nursing*. 2013;69(9):1919-30.
2. Balaam MC, Kingdon C, Thomson G, Finlayson K, Downe S. 'We make them feel special': The experiences of voluntary sector workers supporting asylum seeking and refugee women during pregnancy and early motherhood. *Midwifery*. 2016;34:133-40.
3. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Aktuelle Zahlen zu Asyl: Dezember 2015. 2016. Verfügbar unter: [www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-dezember-2015.html](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-dezember-2015.html) [Zugriff am 20.01.2017]
4. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016). Aktuelle Zahlen zu Asyl: Dezember 2016. 2017. Verfügbar unter: <http://www.bamf.de/DE/Infothek/Statistiken/Asylzahlen/AktuelleZahlen/aktuelle-zahlen-asyl-node.html> [Zugriff am 20.01.2017]
5. Gagnon AJ, Stewart DE. Resilience in international migrant women following violence associated with pregnancy. *Archives of women's mental health*. 2014;17(4):303-10.
6. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*. 2009;26(2):91-108.
7. LaMancuso K, Goldman RE, Nothnagle M. "Can I Ask That?": Perspectives on Perinatal Care After Resettlement Among Karen Refugee Women, Medical Providers, and Community-Based Doulas. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2016;18(2):428-35.
8. Lephard E, Haith-Cooper M. Pregnant and seeking asylum; exploring experiences 'from booking to baby'. *British Journal of Midwifery*. 2016;24(2):130-6.
9. McCarthy R, Haith-Cooper M. Evaluating the impact of befriending for pregnant asylum seeking and refugee women. *British Journal of Midwifery*. 2013;21(6):404-9.
10. Mielsch A. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Belege für die zentrale Rolle der schulischen und beruflichen Bildung. In: Brähler E, Kiess J, Schubert C, Kiess W, Hrsg. *Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2012, S. 129-145.
11. Niner S, Kokanovic R, Cuthbert D. Displaced Mothers: Birth and Resettlement, Gratitude and Complaint. *Medical Anthropology*. 2013;32(6):535-51.
12. Owens C, Dandy J, Hancock P. Perceptions of pregnancy experiences when using a community-based antenatal service: A qualitative study of refugee and migrant women in Perth, Western Australia. *Women and birth*. 2015;29(2):128-37.
13. Pluye P, Robert E, Cargo M, Bartlett G, O'Cathain A, Griffith F, et al. Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews. Verfügbar unter: <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/page/24607821/FrontPage> [Zugriff am 23.10.2016]
14. Russo A, Lewis B, Joyce A, Crockett B, Luchters S. A qualitative exploration of the emotional wellbeing and support needs of new mothers from Afghanistan living in Melbourne, Australia. *BMC pregnancy and childbirth*. 2015;15(1):197. doi: 10.1186/s12884-015-0631-z.
15. Small R, Roth C, Raval M, Shafiei T, Korfker D, Heaman 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 and childbirth*. 2014;14(1):152. doi: 10.1186/1471-2393-14-152.
16. Stapleton H, Murphy R, Correa-Velez I, Steel M, Kildea S. Women from refugee backgrounds and their experiences of attending a specialist antenatal clinic. Narratives from an Australian setting. *Women and Birth*. 2013;26(4):260-6.
17. Tobin C, Murphy-Lawless J, Beck CT. Childbirth in exile: Asylum seeking women's experience of childbirth in Ireland. *Midwifery*. 2014;30(7):831-8.
18. Wikberg A, Bondas T. A patient perspective in research on intercultural caring in maternity care: A meta-ethnography. *International journal of qualitative studies in health and well-being*. 2010;5(1):4648. doi: 10.3402/qhw.v5i1.4648.
19. Wojnar DM. Perinatal experiences of Somali couples in the United States. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2015;44(3):358-69.
20. Yelland J, Riggs E, Wahidi S, Fouladi F, Casey S, Szwarc J, et al. How do Australian maternity and early childhood health services identify and respond to the settlement experience and social context of refugee background families?. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014;14(1):348. doi: 10.1186/1471-2393-14-348.

Autorinnen: Annabelle Ahrens B.Sc., Prof. Dr. phil. Dorothea Tegethoff MHA

Kontakt: [anahrens@mailbox.org](mailto:anahrens@mailbox.org)

Die Arbeit wurde im dualen Bachelorstudiengang Hebammenkunde (B.Sc. of Midwifery) an der Evangelischen Hochschule Berlin zur Erlangung des Grades Bachelor of Science bei Frau Prof. Dr. phil. Dorothea Tegethoff MHA vorgelegt.



## Erweiterter Reviewboard



Dr. Gertrud M. Ayerle ist Hebamme und seit 2004 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg in Lehre und Forschung tätig. 2009 schloss sie ihre Promotion zum „Wohlbefinden in der Schwangerschaft“ ab. Seither leitet sie den Forschungsschwerpunkt „Gesundheitliche Versorgung durch Hebammen und Familienhebammen“ am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Sie hat reichliche Erfahrung in der Umsetzung von Forschungsprojekten, u.a. zu

Forschungsthemen in der Hebammenwissenschaft (<http://www.medicin.uni-halle.de/hebammenversorgung>). Zurzeit koordiniert sie die multi-zentrische klinische Studie „Be-Up: Geburt aktiv“ zur Überprüfung der Wirksamkeit einer alternativen Gebärumgebung im klinischen Setting ([www.be-up-studie.de](http://www.be-up-studie.de)).

Gertrud M. Ayerle war mehrere Jahre in einem Basisgesundheitsprojekt in Nairobi, Kenia, tätig, bevor sie ihr Bachelor- und Masterstudium in Washington (DC) absolvierte. Von 2008-2018 war sie im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. tätig. Seit 2013, dem Jahr der Gründung der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science), gestaltet sie deren Layout.

### \*\*\* Save the date \*\*\*

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

#### **ADDENDUM zum Band/Jahrgang 05/2017, Heft 02: Rubrik „Einblicke in die Forschung/Lehre“**

Im Beitrag „She Said, She Said: Interruptive Narratives of Pregnancy and Childbirth“ von Alison Happel-Parkins und Katharina A. Azim fehlte S. 93 die Angabe zur 3. Fußnote bei "Reprinted text". Die Angaben zur Erstveröffentlichung des Artikels sollten folgendermaßen lauten:

Happel-Parkins A, Azim KA. She Said, She Said: Interruptive Narratives of Pregnancy and Childbirth. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research. 2017; 18(2). Verfügbar unter: URN: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs-170290>; DOI: <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-18.2.2718>.

#### **ADDENDUM zum Band/Jahrgang 06/2018, Supplement 01 der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science) zur 4. Internationalen Fachtagung der DGHWi e.V.:**

Als Autorinnen des Abstracts zum Poster „Welche Faktoren sind mit emotional zugewandter Hebammenbetreuung assoziiert?“ ("Factors associated with midwives' capacities to provide emotionally responsive care during labour and birth") wurden von den vier beteiligten Autorinnen nur Julia Leinweber und Debra Creedy ausgewiesen. Es waren jedoch Heather Rowe (Monash University, School of Public Health and Preventive Medicine, Jean Hailes Research Unit, Melbourne, Australia) sowie Jenny Gamble (Griffith University, Menzies Health Institute Queensland, School of Nursing and Midwifery, Meadowbrook Queensland, Australia) beteiligt. Die Auflistung wurde in der online Version (GMS) des Abstracts ergänzt (siehe <http://www.egms.de/static/en/meetings/dghwi2018/18dghwi25.shtml>).

Die korrekte Zitation lautet folgendermaßen:

Leinweber J, Creedy D, Rowe H, Gamble J. Welche Faktoren sind mit emotional zugewandter Hebammenbetreuung assoziiert? In: 4. Internationale Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi). Mainz, 16.02.2018. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2018. Doc18dghwiP19. DOI: 10.3205/18dghwi25, URN: urn:nbn:de:0183-18dghwi256

#### **ADDENDUM zum Band/Jahrgang 06/2018, Supplement 01 der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science) zur 4. Internationalen Fachtagung der DGHWi e.V.:**

In der Auflistung der Reviewerinnen für die 4. Internationale Fachtagung wurde Dipl. Gesundheitsökonomin Andrea Villmar aus Versehen nicht erwähnt. Auch ihr gilt der Dank, zum Gelingen der Fachtagung wesentlich beigetragen zu haben. Wir bitten, das Fehlen ihres Namens zu entschuldigen!

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

---

## Juni 2018

### 3. Runder Tisch Hebammenkammer

9. Juni 2018, Berlin

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

### 4. Fachtagung Geburtshilfe, Perinatale Versorgung von Frauen und ihren Kindern nach Flucht und Vertreibung

15. Juni 2018, Bern, Schweiz

Nähere Informationen unter: [https://www.dghwi.de/images/Flyer\\_Einladung\\_Fachtagung\\_Geburtshilfe\\_2018\\_Web.pdf](https://www.dghwi.de/images/Flyer_Einladung_Fachtagung_Geburtshilfe_2018_Web.pdf)

### International Normal Labour and Birth Conference

25. – 27. Juni 2018, Ann Arbor, Michigan, USA

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

### 2<sup>nd</sup> Conference of the Lugina Africa Midwives Research Network

27. – 28. Juni 2018, Lilongwe, Malawi

Nähere Informationen unter: <http://lamrn.org/lamrn-conferences/conference-2018/>

---

## September 2018

### International Confederation of Midwives Western Pacific, South-East Asia and Eastern Mediterranean regional conference, “Midwives leading the way for quality and equity”

6. – 8. September 2018, Dubai, United Arab Emirates (UAE)

Nähere Informationen unter: <http://www.midwivesdubai2018.org>

### Cochrane Colloquium, “Cochrane for all - better evidence for better health decisions”

16. – 18. September 2018, Edinburgh, UK

Nähere Informationen unter: <http://community.cochrane.org/news/cochrane-colloquium-edinburgh-2018>

### Transforming Midwifery Practice through Education 2018

20. – 21. September 2018, Goldcoast, Australia

Nähere Informationen unter: <https://www2.griffith.edu.au/health/transforming2018>

---

## Oktober 2018

### XXII FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics 2018

14. – 19. Oktober 2018, Rio de Janeiro, Brasilien

Nähere Informationen unter: <https://figo2018.org>

---

## November 2018

### Women Leaders in Global Health Conference

8. – 9. November 2018, London, UK

Nähere Informationen unter: <https://www.wlghconference.org/wlgh-2018/>

### 11th European Public Health Conference, Winds of change: towards new ways of improving public health in Europe

28. November - 1. Dezember 2018, Cankarjev Dom, Ljubljana, Slovenia

Nähere Informationen unter: <https://ephconference.eu>

---

## Februar 2019

### CARE 4 International Scientific Nursing and Midwifery Congress

4. – 6. Februar 2019, Leuven, Belgien

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

Call for abstracts bis zum 29.6.2018: <https://kuleuvencongres.be/CARE4-2019/abstract-submission>

---

## Mai 2019

### 21st Congress of the Nordic Federation of Midwives

2. – 4. Mai 2019, Reykjavik, Island

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

Call for abstracts bis zum 30.09.2018: <https://www.njfccongress.is/abstracts/>

---

## Juni 2019

### Women Deliver Conference

3. - 6. Juni 2019, Vancouver, Canada

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

## 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

#### **Dipl. Berufspädagogin (FH) Martina Schlüter-Cruise**

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

### Schatzmeisterin

#### **Nele Stejskal B. Sc.**

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

### Beisitzerinnen

#### **Prof. Dr. rer. medic. Lea Beckmann**

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

#### **Annekatriin Skeide M. A.**

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

#### **Dr. phil. Tina Jung**

Politikwissenschaftlerin  
E-Mail: beisitzerin.tj@dghwi.de

## Impressum

### Herausgeberin (Sponsor)

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

### Geschäftsstelle (Office)

Janningsweg 4, 48159 Münster  
FAX: 05372-971878

### Editors in chief

Prof. Dr. Christiane Schwarz, Annekatriin Skeide M.A.

### Reviewprozess (Review procedure):

Sue Travis MMid

### Reviewboard

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

### Erweiterter (extended) Reviewboard

Dr. Gertrud M. Ayerle, Dr. Barbara Baumgärtner, Dr. Anke Berger, Prof. Dr. Andreas Büscher, Dr. Lena Dorin MPH, Prof. Dr. Manuela Franitz, 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 Metzger, Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde, Dr. Tanja Richter, Prof. Dr. Rainhild Schäfers, Prof. Dr. Birgit Seelbach-Göbel, Prof. Dr. Dorothea Tegethoff, Dr. Oda von Rahden.

### Lektorat (Editorial staff)

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

### Layout

Dr. Gertrud M. Ayerle

**Druck (Printing house):** Viaprinto, Münster.

**ISSN:** 2196-4416

### Copyright

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

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

### Zitierung der Texte (Citation)

Autor/innen. Titel. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (*Journal of Midwifery Science*). 2018;06(01):Seitenzahlen.

Authors. Title. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (*Journal of Midwifery Science*). 2018;06(01): page numbers.

**Datum (Date):** 25.5.2018



Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.  
Geschäftsstelle: Janningsweg 4, 48159 Münster  
E-Mail: [vorsitzende@dghwi.de](mailto:vorsitzende@dghwi.de)  
Webseite: [www.dghwi.de](http://www.dghwi.de)