

ZEITSCHRIFT FÜR HEBAMMENWISSENSCHAFT

Journal of Midwifery Science

Themen:

- ◆ Mitgliedschaft der DGHWi in der AWMF
- ◆ Qualifikationsziele für hochschulisch qualifizierte Hebammen
- ◆ Die außerklinische Geburt bei Status nach Sectio caesarea
- ◆ Stellungnahme zu den Anträgen im Deutschen Bundestag
- ◆ Interventionen gegen Übelkeit und Erbrechen in der Frühschwangerschaft
- ◆ Blutzuckermonitoring während der Schwangerschaft

Kategorien

Editorial	1
Aktuelles	2
Originalartikel	13
Stellungnahmen	20
Reviews	24
Junges Forum	26
Bekanntmachungen	30
Termine	32

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

Therapeutischer Imperativ	1
---------------------------	---

Aktuelles

Berufung in den Wissenschaftsrat	2
Vierländertreffen und Political Breakfast	2
Bericht S-3 Leitlinie Kinderschutz	3
DFG fördert ein Forschungsvorhaben	4
DGHWi-Methoden-Workshop	5
Mitgliedschaft der DGHWi in der AWMF	6
Öffentliche Anhörung	7
Qualifikationsziele für hochschulisch qualifizierte Hebammen	8

Originalartikel

Die außerklinische Geburt bei Status nach Sectio caesarea	13
---	----

Stellungnahmen

Stellungnahme zu den Anträgen im Deutschen Bundestag	20
--	----

Reviews

Interventionen gegen Übelkeit und Erbrechen in der Frühschwangerschaft	24
Methoden zum Blutzuckermonitoring während der Schwangerschaft für Frauen mit einem prä-existenten Diabetes	25

Junges Forum

Kurzartikel und Abstracts von Bachelorarbeiten	26
--	----

Bekanntmachungen

Erweiterter Reviewboard der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft	30
--	----

Termine

Mitgliederversammlung, Tagungen	32
---------------------------------	----

Vorstand: Kontaktangaben	33
--------------------------	----

Impressum	33
-----------	----

Liebe Leserin, lieber Leser,

Gerhardt Katsch (1887-1961) war ein Internist und einer der Begründer der Diabetologie in Deutschland. Er prägte 1944 den „therapeutischen Imperativ“ in Anlehnung an Kants „kategorischen Imperativ“. Nach Katsch ist der therapeutische Imperativ der Motor, der dem Arzt die Richtung weist. Ein solcher Arzt ist in der Lage Wissenschaft, Medizin(technik) und Menschlichkeit in einer Weise zu verbinden, die sich in seiner Haltung widerspiegelt (vgl. Katsch 1958; Garbe 2007, S. 31-52). Idealerweise sollte dem Arzt, der dem Primat des therapeutischen Imperativs folgt, ein größerer Ehrgeiz im Heilwillen innewohnen als dem Patienten. Als bedeutender Vertreter dieser Haltung ist Rudolf Steiner zu nennen. Er äußerte: „*Wenn der Kranke (...) einfach durch die Individualität des Arztes dahin gebracht wird, dass er empfindet, wie der Arzt vom Heilwillen durchsetzt ist, so gibt das beim Kranken einen Reflex, der dann vom Gesundwerdewillen durchsetzt wird.*“ (Steiner in Selg 2010, S. 7). Steiner begründet dies mit der starken Wirkung der Imponderabilien (ebd. S. 8). Das ist ein bildungssprachlicher Ausdruck für Unwägbarkeiten zu denen beispielsweise auch Gefühls- und Stimmungsschwankungen zählen. Eben alle menschlichen Regungen und Wahrnehmungen des Gemüts, die sich nicht messen oder vorhersehen lassen, daher auch nicht quantifizierbar sind, aber das Handeln und Erleben maßgeblich bestimmen.

Im Hebammenwesen ist das Ziel die Betreuung, Beratung oder Begleitung von physiologischen Prozessen während Schwangerschaft, Geburt und dem ersten Lebensjahr des Kindes. Welchen Imperativ in der Begegnung folgen Hebammen? Eine Übertragung des therapeutischen Imperativs auf das Hebammenwesen erscheint unbefriedigend, weil weder die Therapie noch die Hebamme im Fokus der Begegnung stehen. Im Fokus der Hebammenbetreuung steht, je nach Kontext; Frau, Paar, Familie oder Kind und Ihre Imponderabilien in Bezug zum Situationserleben. Erst das subjektive Erleben der Person(en) in der Hebammenbetreuung und die damit verbundenen Wünsche und Vorstellungen löst bei der Hebamme das Tätigwerden aus. Hebammen folgen also dem subjekt-orientierten Imperativ!

Dass subjektive Eindrücke während der Reproduktionsphase, Frauen nachhaltig prägen, findet zunehmend Aufmerksamkeit in der Forschungslandschaft. Dies zeigt sich beispielsweise durch die jüngste Drittmittelvergabe der Deutschen Forschungsgemeinschaft

e. V. (DFG), die das Projekt „Präferenzen und Defizite in der hebammenrelevanten Versorgung“ unterstützt und von Dr. Gertrud Ayerle durchgeführt wird (siehe Aktuelles). Diese Studie ist eine qualitative und explorative Studie, deren Zuschlagerteilung durch den DFG noch vor wenigen Jahren unwahrscheinlich gewesen wäre. Für studierende Hebammen, die den Mangel an qualitativen und hebammengeleiteten Studien häufig beklagen, ist dies eine Entscheidung des DFG mit zukunftsweisendem Symbolcharakter.



Auch in dieser Zeitschrift zeigt sich das Interesse der studierenden Hebammen für subjektorientierte Forschung, wie die Arbeit von Birte Meissner, die sich in Ihrer Abschlussarbeit mit dem Kompetenzerleben von Rettungskräften in Geburtssituationen auseinandersetzt. Dem subjektorientierten Imperativ sind auch Beckmann et al. mit ihrer Arbeit gefolgt, die in dieser Zeitschrift abgedruckt ist. Diese Studie analysiert den Entscheidungsfindungsprozess der Eltern für den Geburtsort nach vorausgegangener Sectio. Hierzu wurden 10 Interviews mit Paaren geführt, die sich nach einem Kaiserschnitt für die außerklinische Geburtshilfe entschieden. Das negative Erleben der ersten Geburt wird von den Frauen mit dem Fehlen einer subjektorientierten Betreuung seitens der Krankenhausroutine beschrieben. Diese Wahrnehmung beschreibt eine Frau mit der folgenden Aussage: „*(...) weil das alles so hoppla hopp ging [...] ich hatte immer so das Gefühl, das war so unpersönlich, so anonym (...)*.“ Die Ergebnisse zeigen, dass das Erleben und die Verarbeitung der ersten Geburt maßgeblich sind für die Entscheidung gegen eine erneute Klinikentbindung. Oder anders ausgedrückt: Die Imponderabilien im Zusammenhang mit der ersten Geburt und deren Verarbeitung bestätigen Frauen/Paare darin, für die zweite Geburt eine Betreuungsform zu wählen, die dem subjektorientierten Imperativ folgt.

Angenehme Gemütsregungen wünsche ich Ihnen beim Lesen.

Für den Vorstand grüßt Sie herzlich,

Prof. Dr. Monika Greening

Beisitzerin

Literatur:

Garbe, I. (2008). Der Mensch. In D. Alvermann, I. Garbe & M. Herling (Hrsg.), *Gerhardt Katsch - Greifswalder Tagebuch 1946-47* (2. veränderte und erweiterte Auflage). Kiel: Verlag Ludwig.

Katsch, G. (1958). *Der therapeutische Imperativ des Arztes*. Berlin: Lehmann Verlag.

Selg, P. (2010). Der therapeutische Imperativ Rudolf Steiners. Zur ärztlichen Ethik. *Der Europäer. Symptomatisches aus Politik, Kultur und Wirtschaft*. 14(8), 7-12.

Professorin Friederike zu Sayn-Wittgenstein wird von Bundespräsident Joachim Gauck in den Wissenschaftsrat berufen

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft gratuliert Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein von der Hochschule Osnabrück zu ihrer Berufung durch den Bundespräsidenten Gauck in den Wissenschaftsrat.

Wir freuen uns, dass ihr großes Engagement für die Akademisierung von Hebammen und die Forschung im Bereich der Hebammenwissenschaft auf diese Weise eine Würdigung erfährt.

Die Pflege- und Hebammenwissenschaftlerin ist Gründungsmitglied der Fachgesellschaft und war zwischen 2008 und 2012 Vorstandsvorsitzende der DGHWi.

Der aktuelle Vorstand der DGHWi versteht die Berufung als wichtiges Signal für die hochschulische Bildung und die voranschreitende Akademisierung von Hebammen. Diese Entwicklungen werden zunehmend in der Forschungslandschaft wahrgenommen und hinsichtlich ihrer gesellschaftlichen Relevanz gewürdigt.

Der Wissenschaftsrat berät die Bundesregierung und gilt als eines der wichtigsten wissenschaftlichen Gremien. Die Berufung erfolgt für drei Jahre auf Empfehlung der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), der Max-Planck-Gesellschaft (MPG), der Hochschulrektorenkonferenz (HRK,) der Hermann von Helmholtz-Gemeinschaft Deutscher Forschungszentren (HGF), der Fraunhofer-Gesellschaft (FhG) und der Wissenschaftsgemeinschaft Gottfried Wilhelm Leibniz (WGL).

Für die nächsten drei Jahre wünschen wir unserer Kollegin viele Gelegenheiten und die Schaffenskraft, ihre Visionen für die Hebammenwissenschaft bei den politischen Entscheidungsträgern und in wissenschaftlichen Gremien einzubringen!

Stellvertretend für den Vorstand

Prof. Dr. Rainhild Schäfers

Vorsitzende

Vierländertreffen und Political Breakfast am 5./6. März 2015 in Berlin

Die DGHWi wurde im Herbst vergangenen Jahres vom Deutschen Hebammenverband (DHV) zur Teilnahme an einem Treffen mit den (Vize-) Präsidentinnen des Deutschen, Englischen, Niederländischen, Schwedischen sowie Europäischen Hebammenverbandes am 5. und 6. März 2015 in Berlin eingeladen. Hintergrund des Treffens war ein Austausch der Europäischen Verbände im Vorjahr, in dem konstatiert wurde, dass die geburtshilfliche Betreuung in Großbritannien, den Niederlanden und in Schweden sich durch spezifische Aspekte auszeichnet, die in der politischen Diskussion um die Entwicklung im Deutschen Hebammenwesen von Relevanz sein können. Gleichzeitig sollte die wissenschaftliche Expertise in den Diskurs integriert werden.

Teilnehmerinnen des Treffens waren Martina Klenk (Präsidentin des DHV), Ute Wronn und Lisa Welcland (beide Delegierte des DHV im Internationalen Hebammenverband), Mervi Jokinen (Präsidentin des Europäischen Hebammenverbandes sowie Vertreterin des Royal College of Midwives, Großbritannien), Prof. Lesley Ann Page (Präsidentin des Royal College of Midwives, Großbritannien), Mia Ahlberg und Eva Louise Nordlund (beide Vizepräsidentinnen des Svenska Barnmorskeförbundet, Schweden) Mieke Beentjes (Vizepräsidentin der Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, Niederlande) sowie Prof. Rainhild Schäfers (Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft). Franka Cadée (Politische Beraterin und Vertreterin der Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, Niederlande im Europäischen Hebammenverband) musste das Treffen bedauerlicherweise aus Krankheitsgründen kurzfristig absagen.

Der erste Tag des zweitägigen Treffens zeichnete sich durch eine ausgiebige Diskussion unter den Teilnehmerinnen um den Begriff der

kontinuierlichen Betreuung und seine Bedeutung für die gesundheitliche Versorgung von Frauen in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett aus wissenschaftlicher wie aus landesspezifischer Perspektive aus. Es herrschte Einigkeit, dass diese Diskussion auch bei zukünftigen Treffen auch unter Einbezug der Lancet Series Midwifery fortgeführt werden soll (siehe auch <http://www.thelancet.com/series/midwifery>).

Der Höhepunkt des darauffolgenden Tages war ein Political Breakfast mit Bundestagsabgeordneten verschiedener Parteien, das mit Inputvorträgen von Mieke Beentjes, Prof. Lesley Ann Page und Mia Ahlberg begann. Folgende Informationen wurden sehr pointiert und eindrucksvoll von den Vortragenden dargebracht:

In allen drei Ländern ist es politisch gewollt und eine Selbstverständlichkeit, dass die Betreuung während der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in den Händen von Hebammen als Primärversorgerinnen liegen. Dies schließt auch die Schwangerenvorsorge inklusive der Routineultraschalluntersuchungen ein. Der Kontakt zu einer Fachärztin/ einem Facharzt erfolgt erst bei Auffälligkeiten während der Schwangerschaft oder im Zuge der Geburt. Für eine fachärztliche Betreuung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen die Frauen in diesen Ländern eine Klinik aufsuchen.

Neben dieser Gemeinsamkeit können in der geburtshilflichen Betreuung in den Ländern aber auch Unterschiede identifiziert werden. Die Niederlande zeichnen sich durch die im Vergleich mit anderen Staaten hohen Hausgeburtsraten und die hohe Anzahl von Hebammenpraxen aus. Das bestehende Haftpflichtsystem und die daraus resultierende niedrige Anzahl von Klagen in Zusammenhang mit vermeintlichen,

geburtshilflichen Fehlern schränkt die Hebammen dort im Vergleich zu Deutschland nicht ein, ihre Tätigkeit auszuüben. Großbritannien blickt auf eine gesundheitspolitische Entwicklung in den vergangenen 20 Jahren zurück, an deren Ende die politisch geforderte Eins-zu-Eins-Betreuung sowie das Recht der Frauen, den Geburtsort ihres Kindes frei zu wählen, steht. Die Guideline Intrapartum Care des National Institute for Health and Clinical Excellence fordert darüber hinaus, Frauen mit einem geringen Ausgangsrisiko für die Geburt (Low Risk) unter anderem über die Risiken einer klinischen Geburt aufzuklären.

In Schweden bleibt die Hebamme auch bei pathologischen Verläufen die Hauptperson in der Versorgung der Schwangeren, Gebärende oder/und Wöchnerin. Ihr obliegt es, den Einsatz des geburtshilflichen/pädiatrischen Teams in diesen Fällen zu organisieren und gleichzeitig die Bedürfnisse der Frau nicht aus den Augen zu verlieren. Hebammen in Schweden sind nicht nur für die Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zuständig, sondern übernehmen zusätzlich Aufgaben in der gesundheitlichen Versorgung der schwedischen Bevölkerung. Sie arbeiten beispielsweise gemeinsam mit Sozialarbeiterinnen/-arbeitern in Jugendkliniken, an die sich weibliche wie männliche Teenager bei gesundheitlichen Fragen oder Problemen

wenden können. Die Verschreibung von Antikontrazeptiva ist in Schweden ebenfalls Aufgabe der Hebammen.

Die Abgeordneten und ihre Vertreterinnen und Vertreter nutzten anschließend die Gelegenheit, die Landesvertreterinnen zu spezifischen Regelungen in ihren jeweiligen Ländern zu befragen.

Der Verlauf und die Methode des Political Breakfast wurden von den Landesvertreterinnen abschließend als sehr positiv bewertet. Man dachte laut darüber nach, dieses in den eigenen Ländern möglicherweise ebenfalls durchzuführen. Die Vertreterinnen des DHV und der DGHWi waren sich einig, dass insbesondere die Selbstverständlichkeit, mit der die Hebamme als Primärversorgerin in allen drei Ländern von der Politik, den Versicherern sowie den Frauen und ihren Familien gesehen wird, scheinbar nachdenklich stimmte.

Das Treffen war vom DHV perfekt organisiert und ein ausgezeichnetes Beispiel dafür, wie der DHV und die DGHWi ihre Zusammenarbeit als voneinander unabhängige Organisationen gestalten und nach außen repräsentieren können.

Prof. Dr. Rainhild Schäfers

Vorsitzende

Bericht S-3 Leitlinie Kinderschutz

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) ist im November 2014 zur Mitwirkung an der Erstellung der S3-Leitlinie "Kindesmisshandlung, -missbrauch, und -vernachlässigung" eingeladen worden. Nach Bewerbungs- und Auswahlverfahren haben Elke Mattern und Ute Lange das Mandat erhalten, unsere Fachgesellschaft zu vertreten.

Finanziert wird das Projekt zur Entwicklung der Kinderschutzleitlinie in der medizinischen Versorgung mit drei Vollzeitkräften durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Als Projektleiter ist Oberarzt Dr. med. Ingo Franke des Universitätsklinikums Bonn bestimmt worden, Initiator des Leitlinienprojekts und Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin. Die methodische Unterstützung der Leitliniengruppe hat Frau Professor Kopp übernommen, Leiterin des AWMF-Instituts für Medizinisches Wissensmanagement (AWMF-IMWi). Ende 2017 soll die Leitlinie vorliegen.

Am 20. Februar 2015 fand die konstituierende Sitzung in Bad Godesberg statt. Geladen waren 60 Mandatsträger/-innen von Fachgesellschaften, Verbänden und Organisationen, Vertreter/-innen des Deutschen Jugend-Institutes (DJI), des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH), der Bundesministerien (BMG, BMBF und BMFSFJ) und Beauftragte für den Drogen- und Datenschutz. Weitere 22 Fachgesellschaften, Verbände und Organisationen wurden benannt, so dass zur Erstellung der Leitlinie *Kinderschutz* eine umfangreiche Präsenz der Gesundheits- und Jugendhilfe, der Polizei und der Politik entstehen wird. Patientenvertreter/-innen sollen über Fokusgruppen beteiligt werden. Die politischen Vertreter/-innen haben Gaststatus und stehen für Beratungen zur Verfügung.

„Ärzten und Psychotherapeuten kommt eine besondere Verantwortung zu, wenn es darum geht, erste Anzeichen von Misshandlung oder Vernachlässigung zu erkennen, Verdachtsmomenten nachzugehen und weitere Schritte einzuleiten“, heißt es in der Pressemitteilung des BMG (2015). Deswegen soll die Schnittstellenbeschreibung ein wichtiger Teil der Leitlinie sein. Aus wessen Sicht welche Schnittstelle wichtig erscheint, um einen Handlungskorridor für Fachpersonen zu erarbeiten, die ein Kind bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch oder -vernachlässigung begleiten, soll anhand von Fällen erarbeitet werden. Eine Lenkungsgruppe, in der 10 Fachgesellschaften vertreten sind, unterstützt das Leitlinienbüro bei der Formulierung von Fallbeschreibungen, deren Einzelkomponenten von allen Mandatsträger/-innen über ein Internet-Portal eingebracht und dann von Arbeitsgruppen bearbeitet werden sollen.

Auf der konstituierenden Sitzung wurden das Projekt und die Mitarbeiter des Leitlinienbüros vorgestellt. Eine eigene Internet-Präsenz wird über den aktuellen Stand der Leitlinien-Entwicklung berichten: <http://www.kinderschutzleitlinie.de>.

Elke Mattern, M.Sc.

Kontakt: elke.mattern@medizin.uni-halle.de

Literatur:

Bundesministerium für Gesundheit (2015). Medizinische Versorgung von Kindern verbessern: Bundesministerium für Gesundheit unterstützt zwei neue Projekte. <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2015-01/kinder-projekte.html> (Stand 25.03.2015)

Die DFG fördert ein Forschungsvorhaben zur Hebammenversorgung!

Zu Beginn des Jahres erreichte das Hebammenforschungsteam an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg die gute Nachricht, dass die DFG ihren Forschungsantrag im Rahmen der Nachwuchsakademie Versorgungsforschung fördert.

Das Vorhaben hat zum Ziel, die Präferenzen und Interessen, welche Frauen und Hebammen hinsichtlich ihrer Gesundheitsversorgung durch Hebammen in Deutschland haben, qualitativ zu explorieren und sie in größerer Breite und Tiefe zu verstehen. Somit möchte die Arbeit eine wesentliche empirische Erkenntnisgrundlage für die zukünftige Versorgungsforschung, insbesondere im Bereich der Gesundheitsversorgung durch Hebammen, schaffen.

Sowohl international als auch in Deutschland wird ein Mangel an hebammenrelevanten Forschungserkenntnissen beklagt, die die evidenzbasierte Gesundheitsversorgung durch Hebammen leiten und begründen könnten. Während es in anderen Ländern bereits Ansätze für eine Forschungsagenda gibt, wurde in Deutschland bisher noch keine systematische Erhebung der Prioritäten von Nutzerinnen (Frauen, Lebensgemeinschaften, Familien) hinsichtlich ihrer Gesundheitsversorgung durch Hebammen durchgeführt, welche die Basis für eine zukünftige Forschungsagenda bilden könnte. Vor dem Hintergrund der Forderung, die eigentlichen Bedürfnisse, Interessen und Präferenzen der Nutzerinnen bereits bei der Festlegung von Forschungsprioritäten und der Formulierung spezifischer Forschungsfragen (Chalmers & Glasziou, 2009) zu berücksichtigen, kommt diesem Forschungsvorhaben eine besondere Bedeutung zu.

Die qualitative explorative Arbeit hat ein vertieftes und möglichst umfassendes Verstehen der jeweils anderen Sichtweisen zum Ziel. Im

Rahmen der 12-monatigen Projektlaufzeit werden 14 Fokusgruppengespräche mit Nutzerinnen und Hebammen aus verschiedenen Bundesländern durchgeführt unter dem Motto „Hebammenversorgung: Ich wünsche mir...“. Die Teilnehmerinnen werden bundesweit durch ein kontrastierendes Sampling anhand von unterschiedlichen personenbezogenen Merkmalen zur Teilnahme eingeladen. Ein nachfolgendes Telefongespräch dient der Klärung von Unverständlichkeiten im Textmaterial, um ein datenbasiertes Verstehen zu fördern.

In der Analyse werden Anhaltspunkte für wichtige Inhalte und Aspekte der Gesundheitsversorgung und deren Bedeutung für die Nutzerinnen und Hebammen in ihrem jeweiligen Kontext identifiziert, die sich u.a. auf Versorgungszeitpunkte, -aspekte, -bedingungen, -einflüsse, Interventionen und Outcomes beziehen können.

Nähere Informationen können den Webseiten der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg entnommen werden:

http://www.medizin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/GesundheitsPflgewissenschaften/Sonstige_Downloads/Projekt_darstellung_IGPW-Homepage-DFG-Projekt_150120.pdf sowie <http://www.medizin.uni-halle.de/hebammenversorgung>.

Dr. Gertrud M. Ayerle

Kontakt: gertrud.ayerle@medizin.uni-halle.de

Literatur:

Chalmers, I. & Glasziou, P. (2009). Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. *The Lancet*, 374(9683), 86-89. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60329-9.



3. Internationale Fachtagung der DGHWi e.V.

Hebammenforschung – Frauen im Fokus

Midwifery Research – Women in Focus

12. Februar 2016 von 10:30 bis 17:00 Uhr im „Bonifatiushaus“ – Haus der Weiterbildung – in Fulda.

Die 3. Internationale Fachtagung soll dem fachlichen Austausch und der Vernetzung von Hebammen und anderen Professionen im deutschsprachigen und europäischen Raum dienen, die sowohl in der Forschung, der Lehre oder (außer-)klinischen Praxis tätig sind und an der Hebammenwissenschaft Interesse haben. Deutsche Vorträge werden simultan ins Englische übersetzt.

Als Keynote-Speaker hat Ellen Hodnett, PhD, FCAHS, unsere Einladung angenommen. Sie hat sich insbesondere dafür eingesetzt, die subjektiven Interessen der Nutzerinnen in der Hebammenversorgung und -forschung zu berücksichtigen.

Anmeldung	Mitglied DGHWi	Studierende/ Schülerinnen	Nicht-Mitglied DGHWi
Vor dem 31.10.2015	110,- Euro	70,- Euro	165,- Euro
Bis 6.12.2015	140,- Euro	90,- Euro	190,- Euro
Ab 7.12.2015	160,- Euro	110,- Euro	210,- Euro

Die Übernachtung im Tagungshaus vom 11. Februar (**Mitgliederversammlung der DGHWi**) auf den 12. Februar (**Fachtagung**) ist möglich.

- ◆ Doppelzimmer pro Person, inkl. Frühstück 47,50 Euro
- ◆ Einzelzimmer-Zuschlag 10,00 Euro

Die Buchung der Zimmer erfolgt über die DGHWi.



DGHWi-Methoden-Workshop

Erstellung einer Potenzialanalyse für die Hebammenforschung

am 16. Juli & am 23. bis 24. September 2015
an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale)

Dieser Workshop bietet die einmalige Chance, essenzielle Kompetenzen für die Forschungs- und Lehrtätigkeit in gebündelter Form zu erwerben und Kenntnisse aufzufrischen und zu vertiefen.

Welche Kompetenzen werden vermittelt?

- * Struktur, Methoden und Aussagen eines Cochrane-Reviews vertieft kennen
- * Fragestellung und Methoden von Machbarkeits-, Wirksamkeits- und Implementationsstudien unterscheiden und formulieren
- * Fragestellungen anhand von PICOS strukturieren
- * Systematisch die Evidenzlage zu einer konkreten, vielversprechenden und innovativen Intervention ermitteln und beurteilen (GRADE-Einführung)
- * Forschungsberichte auf ihre Güte und Evidenz überprüfen und einschätzen

Für weitere Informationen siehe: <http://www.dghwi.de/index.php/workshop-angebote> – Anmeldefrist: 10.7.2015

Ein weiterer DGHWi-Methoden-Workshop ist geplant!

16. Juli und 23./24. September 2015 in Halle (Saale)

Nachdem der erste Methodenworkshop mit Dr. Sebastian Voigt-Radloff PhD MScOT (Deutsches Cochrane Zentrum Freiburg) im Herbst 2014 so gut gelungen war und eine positive Evaluation erhielt, wird in diesem Jahr ein weiterer Methodenworkshop angeboten. Als Multiplikatorinnen können wir die Materialien des Deutschen Cochrane Zentrums Freiburg nutzen, um die Teilnehmerinnen und Teilnehmer durch die Vorbereitungen und die einzelnen Schritte zur Erstellung einer Potenzialanalyse für die Hebammenforschung zu führen.

Auf Wunsch der Teilnehmerinnen des vorigen Workshops, wird dieses Jahr ein zusätzlicher Tag (16. Juli 2015) angeboten, um die Struktur, die verwendeten Methoden und Aussagen eines Cochrane-Reviews vertieft kennen zu lernen. Darüber hinaus werden Machbarkeits-, Wirksamkeits- und Implementationsstudien verglichen und hinsichtlich ihrer Fragestellung und Designs und Methoden kontrastiert.

Am 23. und 24. September 2015 werden die Teilnehmerinnen versorgungsrelevante Gesundheitsprobleme recherchieren und darauf aufbauend Fragestellungen anhand von PICOS strukturieren. Weiterführend wird die Evidenzlage zu einer hebammenrelevanten Intervention, die klinisch relevant und innovativ ist, analysiert. Dies bedeutet, dass passende Studien mit hochwertigen Designs ermittelt und kritisch beurteilt werden (GRADE-Einführung). So vertiefen und schärfen die Teilnehmenden ihre Kompetenzen, die Güte und Evidenz von Forschungsberichten einzuschätzen, und entwickeln ihre Kenntnisse zur Planung und Ausarbeitung von Forschungsvorhaben weiter. Die Vernetzung mit anderen Teilnehmenden, welche ähnliche Forschungsinteressen haben und zukünftig zu Kooperationspartnerinnen werden könnten, stellt eine weitere Chance dieses Methodenworkshops dar.

Der Workshop richtet sich an wissenschaftliche Mitarbeiter/innen im Bereich der Hebammenwissenschaft und Lehrkräfte für besondere

Aufgaben in Hebammenstudienprogrammen sowie an Studierende, die sich im letzten Semester eines Master- oder Diplomstudienprogrammes (Uni/FH) befinden.

Sowohl der 1-tägige als auch 2-tägige Präsenzworkshop findet am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg in Halle (Saale) statt. Dort stehen die erforderlichen Ressourcen zur Einzel- und Gruppenarbeit im PC-Pool zur Verfügung. Weitere Angaben zur Anfahrt und Unterkunft finden Sie auf der Webseite <http://www.dghwi.de/index.php/workshop-angebote> (pdf). Zu beachten ist, dass die Teilnahme am Workshop jeweils mit Vorbereitungsaufgaben verknüpft ist.

Diese umfassen das Lesen von systematischen Übersichtsarbeiten und eines Cochrane-Reviews (Juli), das Lesen eines Manuals sowie die Vorbereitung und Präsentation eines Themas anhand von Leitfragen (September).

Die Anmeldefrist zum 1-tägigen als auch 2-tägigen Präsenzworkshop ist der 31.5.2015 bzw. 10.7.2015. Nähere Angaben können dem Flyer auf der Webseite <http://www.dghwi.de/index.php/workshop-angebote> (pdf) entnommen werden.

Wir werden den Workshop ehrenamtlich leiten; somit fließen die Teilnahmegebühren – abzüglich der entstandenen Kosten – vollumfänglich der DGHWi e.V. zu.

Wir freuen uns auf eine rege Teilnahme!

Dr. Gertrud M. Ayerle & Elke Mattem M.Sc.

Kontakt: gertrud.ayerle@medizin.uni-halle.de; elke.mattem@medizin.uni-halle.de

Gesucht:

DGHWi-Mandatsträger/innen für die Zusammenarbeit mit der AWMF

Der Vorstand sucht *zeitnah* DGHWi-Mandatsträger/innen, die wichtige Aufgaben in der Zusammenarbeit mit der Organisation AWMF übernehmen. Interessentinnen und Interessenten werden gebeten, ihr Interesse per E-Mail in Form einer kurzen "Bewerbung" bis zum **15. Juni 2015** kund zu tun. Darin können die beruflichen und persönlichen Kompetenzen beschrieben werden, die die bewerbende Person für die jeweilige Beauftragung mitbringt.

◆ Leitlinien-Beauftragte

Ansprechpartner/in für die AWMF und Koordination der Beteiligung an der Leitlinienentwicklung innerhalb der DGHWi, dazu gehören:

- * Beteiligung an der AWMF-Leitlinienkonferenz einmal jährlich
- * Regelmäßige Treffen in den Leitlinienarbeitsgruppen der AWMF
- * Optionale Seminare: AWMF Leitlinienseminar, z.B. 29.-30.05.15 in Berlin

◆ Stellungnahme-Beauftragte

Ansprechpartner/in für die AWMF und Koordination der Stellungnahmen innerhalb der DGHWi, dazu gehören:

- * Keine Arbeitsgruppentreffen der AWMF
- * Sehr kurzfristige Termine für Stellungnahme-Anfragen

Die Entscheidung über die Vergabe der Mandate trifft der Vorstand auf der Grundlage der eingereichten Bewerbungen. Letztere sind an die Beisitzerin Prof. Monika Greening (Vorstand DGHWi) zu richten.

DGHWi ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

Am 9. Mai 2015 fand in Frankfurt die Delegiertenkonferenz der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften statt. Dabei wurde die DGHWi mit sofortiger Wirkung in die AWMF aufgenommen.

Der Aufnahmeantrag der DGHWi, der im Oktober 2013 an die AWMF gestellt wurde, war erneut Bestandteil der Tagesordnung. Die lange Bearbeitungszeit des Antrags darf darauf zurückgeführt werden, dass im Fall einer Aufnahme erstmalig eine nicht ärztliche Fachgesellschaft in die AWMF aufgenommen würde und deshalb die Satzungskonformität wie auch die Aufnahme als Voll- oder assoziiertes Mitglied ausgiebig von der Aufnahmekommission und dem Präsidium geprüft und diskutiert wurde. Die DGHWi wurde im Vorfeld eingeladen an der Konferenz teilzunehmen, um die Fachgesellschaft den Delegierten persönlich vorzustellen und gegebenenfalls Fragen zu beantworten.

Die einleitenden Worte des Leiters der Aufnahmekommission Prof. Dr. Wagner verdeutlichten den Delegierten noch einmal die Besonderheit

des Antrages und machten aber gleichzeitig deutlich, dass eine Aufnahme sowohl vom Präsidium der AWMF als auch von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) befürwortet würde. Die Delegierten stellten nach der Vorstellung der DGHWi durch deren Vorsitzende Frau Prof. Schäfers keine weiteren Fragen. Nach einer kurzen Beratungszeit ergab die anschließende Abstimmung in Abwesenheit der DGHWi ein mehrheitliches Votum, die DGHWi in die AWMF aufzunehmen. Die Mitgliedschaft gilt ab sofort. Somit ist die DGHWi zukünftig auch berechtigt, die Erstellung einer geburtshilflichen Leitlinie eigenständig bei der AWMF zu beantragen.

Ein zweiter Meilenstein in diesen Wochen und ein weiterer in der Geschichte der DGHWi!

Prof. Dr. Rainhild Schäfers

Vorsitzende der DGHWi

„Geburtshilfe heute und in Zukunft sichern“ – „Zukunft der Hebammen und Entbindungspfleger sichern“

Öffentlichen Anhörung zu den Anträgen im Deutschen Bundestag

„Geburtshilfe heute und in Zukunft sichern“ und „Zukunft der Hebammen und Entbindungspfleger sichern“: so lauteten die Titel der beiden Anträge der Oppositionsparteien, zu denen am 25. März 2015 eine öffentliche Anhörung im Gesundheitsausschuss im Deutschen Bundestag stattfand. Darüber hinaus waren alle die Hebammen betreffenden Regelungen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes Gegenstand der Anhörung. Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft wurde dazu eingeladen, eine Sachverständige zu dieser Anhörung zu entsenden und eine schriftliche Stellungnahme abzugeben. Dieser Einladung sind wir gerne nachgekommen. Ulrike Geppert-Orthofer hat die DGHWi in der Anhörung vertreten. Die Stellungnahme der DGHWi finden Sie auf Seite 20.

Die insgesamt 13 Sachverständige¹ setzten sich schwerpunktmäßig aus Hebammen und Angehörigen der Versicherungswirtschaft zusammen. Die Sachverständigen konnten sich dann äußern, wenn sie von den Mitgliedern des Gesundheitsausschusses persönlich gefragt wurden. Dieses reglementierte Verfahren war so gestaltet, dass eine ausgewogene „Diskussion“ sichergestellt war.

Obwohl sich die Anträge der beiden oben genannten Fraktionen nicht ausschließlich auf die Haftpflichtproblematik konzentrierten, war diese sowohl bei der Anhörung selbst, als auch in den Stellungnahmen der Sachverständigen sowie der Berichterstattung des Deutschen Bundestages das die Diskussion beherrschende Thema. Der Grund dafür ist darin zu sehen, dass diese Anhörung auch eine Möglichkeit zur Stellungnahme zum Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes bot. Dieser Gesetzentwurf sieht für die Sozialversicherungsträger ein Regressverbot bei Geburtsschäden vor, wenn diese nicht durch grobe Fahrlässigkeit oder Vorsatz verursacht wurden. Davon verspricht sich der Gesetzgeber geringere Schadenssummen im Haftungsfall, wodurch auch die Haftpflichtversicherungsprämie für die Hebammen sinken könnte. Es herrschte unter den Sachverständigen Konsens darüber, dass es notwendig ist, Hebammen – aber auch Ärztinnen und Ärzte – die freiberuflich in der Geburtshilfe tätig sind, hinsichtlich der Versicherungsprämien zu entlasten. Es herrschte aber ebenso Konsens

darüber, dass diese Entlastung durch die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung des Regressverbotes bei leichter Fahrlässigkeit nicht mit Sicherheit gegeben ist. Zum einen liegen derzeit keine Zahlen über das Vorliegen grober Fahrlässigkeit vor, weil bisher der Grad der Fahrlässigkeit keine Rolle spielte. Zum anderen bedeutet der Ausschluss des Regressverbotes bei grober Fahrlässigkeit und Vorsatz, dass in Zukunft der Grad der Fahrlässigkeit gerichtlich geklärt werden muss, wodurch sich jedes Verfahren in die Länge ziehen würde und eine außergerichtliche Einigung nicht mehr stattfinden könnte.

Weniger Konsens unter den Sachverständigen herrschte bei fachlichen Fragen, wie beispielsweise der Frage nach einer verbindlichen Mindestmenge für außerklinisch geburtshilflich tätige Hebammen und bei der Frage nach den Ausschlusskriterien für die außerklinische Geburtshilfe. Eine detaillierte Auseinandersetzung mit diesen Fragen würde den Rahmen dieses Berichtes sprengen.

Abschließend kann jedoch festgehalten werden, dass die Anhörung über die Belange der Hebammen in einer sehr wertschätzenden und wohlwollenden Atmosphäre seitens der Politiker stattgefunden hat. Es war ein echtes Interesse an der Unterstützung der Hebammen spürbar, weil verstanden wurde, dass eine gute Geburtshilfe nicht in erster Linie den Hebammen, sondern vor allem den Frauen und Kindern mit ihren Familien zugute kommt.

Ulrike Geppert-Orthofer, M.Sc.

Schatzmeisterin der DGHWi

¹ Organisationen, die Sachverständige entsandt haben, sind: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft, BKK Dachverband, Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband, Deutscher Hebammenverband, Hebammen für Deutschland, Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands, Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft, Deutscher Fachverband für Hausgeburtshilfe, Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe, Netzwerk der Geburtshäuser.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

im Vorfeld der
Öffentlichen Anhörung

zu den Anträgen im Deutschen Bundestag

- ◆ der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Geburtshilfe heute und in Zukunft sichern – Haftpflichtproblematik bei Hebammen und anderen Gesundheitsberufen entschlossen anpacken (BT-Drucksache 18/850)
- ◆ der Fraktion DIE LINKE: Zukunft der Hebammen und Entbindungspfleger sichern – finanzielle Sicherheit und ein neues Berufsbild schaffen (BT-Drucksache 18/1483)

sowie der die Hebammen betreffenden Regelungen im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG).

– siehe Seite 20 –

Qualifikationsziele für hochschulisch qualifizierte Hebammen bzw. Entbindungspfleger

Einführung

Seit über 20 Jahren wird in Deutschland über den Reformbedarf und die Anhebung der Hebammenausbildung auf Hochschulniveau diskutiert sowie die Einrichtung von Studiengängen gefordert (Sayn-Wittgenstein 2007; PFB 2011; Deutscher Hebammenverband (DHV) 2014). Der Wissenschaftsrat hat 2012 in seinem Gutachten die Forderung, „das in komplexen Aufgabebereichen der Pflege, der Therapieberufe und der Geburtshilfe tätige Fachpersonal künftig an Hochschulen auszubilden“, aufgestellt (WR 2012, S. 8). In diesem Zusammenhang spricht sich der Wissenschaftsrat für eine Akademisierungsquote der Gesundheitsfachberufe von 10% bis 20% aus. Dabei findet jedoch keine Differenzierung zwischen den oben benannten Gesundheitsfachberufen statt (WR 2012). Dies wird von der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) kritisch gesehen (Hellmers & Bauer 2014). Eine Vollakademisierung im Bereich Hebammen wird als sinnvoll erachtet (DHV 2014; Hellmers & Bauer 2014).

Das Tätigkeitsspektrum, die Kompetenzen, die Anforderungen an den Beruf der Hebamme sowie die Form der Berufsausübung haben sich verändert und sind komplexer geworden. Gefordert wird heutzutage ein selbstständiges, wissenschaftlich begründetes, reflektiertes Handeln der Hebammen in einem breiten Tätigkeitsfeld. In der reproduktiven Lebensphase – von der Familienplanung über Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Stillzeit und teilweise bis zum ersten Geburtstag des Kindes – stellt die Arbeit von Hebammen einen wichtigen Faktor in der Gesundheitsversorgung, besonders hinsichtlich der Gesundheitsförderung und der Prävention, dar (Sayn-Wittgenstein 2007; Pädagogischer Fachbeirat des Deutschen Hebammenverbandes (PFB) 2008; Bauer 2011; PFB 2011).

Zudem existieren gesetzlich geregelte autonome Arbeitsbereiche mit den zugehörigen vorbehaltenen Tätigkeiten (Hebammengesetz (HebG) 1985, PFB 2008, Pehlke-Milde 2009, International Confederation of Midwives (ICM) 2011a und 2011b). Die im Hebammengesetz festgelegten vorbehaltenen Tätigkeiten unterscheiden den Hebammenberuf grundsätzlich von anderen Gesundheitsfachberufen. Hebammen sind bei einem physiologischen Verlauf dazu befugt, autonom die Primärversorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen sowie deren Neugeborenen/Säuglingen zu übernehmen. Laut § 4 des HebG ist die Geburtshilfe eine den Hebammen sowie Ärztinnen und Ärzten vorbehaltene Tätigkeit. Ärztinnen und Ärzte sind dazu verpflichtet, zu jeder Geburt eine Hebamme hinzuzuziehen (Hellmers & Bauer 2014).

Ein Bachelor-Studium auf Fachhochschulniveau kann durch seine Inhalte, die Struktur und die methodisch-didaktische Vorgehensweise die Entwicklung einer wissenschaftsfundierten, interdisziplinär vernetzenden Lernkompetenz fördern (Zoege 2004; Sayn-Wittgenstein 2007; PFB 2011; Bauer & Kraienhemke 2013). Damit Hebammen den an sie gestellten Anforderungen zukünftig gerecht werden können und der von ihnen erwartete Versorgungsauftrag erfüllt werden kann, bedarf es nach Ansicht der DGHWi einer Vollakademisierung dieser Berufsgruppe (Hellmers & Bauer 2014).

Die 2009 erlassene Modellklausel zur Erprobung neuer Ausbildungsmöglichkeiten an Hochschulen macht ein Hebammenstudium auf Bachelor-niveau möglich (Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen; Logopäden; Physiotherapeuten und Ergotherapeuten 2009). Bisher werden an drei Hochschulstandorten primärqualifizierende Bachelor-Studiengänge angeboten. An weiteren Standorten sind ausbildungsintegrierende sowie additive Studienprogramme implementiert (DGHWi 2015; Kraienhemke et al., 2015).

Das Land Nordrhein-Westfalen hat seit 2010 begonnen, Modellstudiengänge zur Erprobung der Akademisierung der Pflege- und Gesundheitsberufe (Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie und Physiotherapie), durchzuführen. Die Modellstudiengänge wurden von 2012 bis 2014 im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitforschung evaluiert (MGEPA 2015). Im Rahmen der Rechtlichen Begleitforschung durch Prof. Dr. Gerhard Igl, Leiter des Instituts für Sozialrecht und Gesundheitsrecht der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, wurde angeregt, Qualifikationsziele für die hochschulisch ausgebildeten Angehörigen der Pflege- und Gesundheitsberufe zu formulieren. Sinnvoll erschien die Erarbeitung analog zum aktuellen Notfallsanitätäergesetz (NotSanG 2013).

Dieser Vorschlag wurde aufgegriffen und im Jahr 2014 wurden die vorliegenden ‚Qualifikationsziele für hochschulisch qualifizierte Hebammen bzw. Entbindungspfleger‘ durch die Mitglieder der AG Hochschulbildung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi) unter Mitarbeit der Beirätin für den Bildungsbereich des Deutschen Hebammenverbandes e.V. erstellt.

Prof. Dr. Nicola H. Bauer

Kontakt: nicola.bauer@hs-gesundheit.de

Literatur:

- Bauer, N.H. (2011). *Der Hebammenkreißsaal – Ein Versorgungskonzept zur Förderung der physiologischen Geburt*. Göttingen: V&R unipress.
- Bauer, N.H., Kraienhemke, M. (2013). Ein praktischer Beruf - warum studieren? Zur Akademisierung des Hebammenberufs. *Dr. med. Mabuse, 204*.
- Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) (2015). Studiengänge für Hebammen. URL: <http://www.dghwi.de/index.php/studiengaenge-fuer-hebammen>. (Stand: 29.04.2015).
- Deutscher Hebammenverband (DHV) (2014). *Hebammenausbildung 2020*. Karlsruhe.
- Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz - HebG). "Hebammengesetz vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), das zuletzt durch Artikel 4 der Verordnung vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1301) geändert worden ist.
- Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätäergesetz -NotSanG). "Notfallsanitätäergesetz vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S. 1348)"
- Hellmers, C. & Bauer, N.H. (2014). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zu den Empfehlungen des Wissenschaftsrates zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft. Journal of Midwifery Science. 02(01), 17-20*.
- International Confederation of Midwives (2011a). *Midwifery: an autonomous profession. Position statement*. Adopted at Brisbane International Council meeting, 2005. Adopted at Brisbane International Council meeting, 2005. Revised and adopted at Durban International Council meeting, 2011.
- International Confederation of Midwives (2011b). *International Definition of the Midwife. Core Document*. Revised and adopted by ICM Council June 15, 2011.
- Kraienhemke, M., Nickolaus, B., Bode, A., Schäfers, R., Bauer, N.H. (2015). Bachelor of Science: Staatliche Prüfungen an der Hochschule für Gesundheit Bochum. *Die Hebamme, 28 (1): 60-63*.
- MGEPA (2015). Modellstudiengänge. URL: <http://www.mgepa.nrw.de/pflege/pflegeberufe/modellstudiengaenge/index.php>. (Stand: 15.04.2015).
- Pädagogischer Fachbeirat des Deutschen Hebammenverbandes (PFB) (2008). *Rahmencurriculum für eine modularisierte Hebammenausbildung*. Karlsruhe.
- Pädagogischer Fachbeirat des Deutschen Hebammenverbandes (PFB) (2011). *Hebammenausbildung an die Hochschule*. Positionspapier des Pädagogischen Fachbeirates im Deutschen Hebammenverband e. V. (Hrsg.). Karlsruhe.
- Pehlke-Milde, J. (2009). *Ein Kompetenzprofil für die Hebammenausbildung: Grundlage einer lernergebnisorientierten Curriculumsentwicklung*. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doctor rerum curae, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft.
- Sayn-Wittgenstein, F. zu (Hrsg.) (2007). *Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Berlin.
- Zoege, M. (2004). *Die Professionalisierung des Hebammenberufs. Anforderungen an die Ausbildung*. Bern: Verlag Hans Huber.

Qualifikationsziele für hochschulisch qualifizierte Hebammen bzw. Entbindungspfleger¹

1. Berufsdefinition der Hebamme

Eine Hebamme ist eine Person, die nach ordnungsgemäßer Zulassung eine im jeweiligen Land anerkannte Hebammenausbildung erfolgreich abgeschlossen und die erforderliche Qualifikation für die Registrierung als Hebamme erworben hat.

Die Hebamme ist eine anerkannte Gesundheitsfachperson, welche für ihre professionellen Handlungen verantwortlich und haftbar ist. Sie arbeitet mit Frauen partnerschaftlich zusammen und gewährt ihnen die erforderliche Unterstützung, Betreuung und Beratung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit². Eigenverantwortlich betreut sie die schwangere Frau, leitet die Geburt und betreut die Mutter und ihr Neugeborenes bzw. ihren Säugling, wobei sie ein besonderes Augenmerk auf eine ungestörte Bondingphase und die Förderung der Eltern-Kind-Beziehung legt. Die Arbeit der Hebamme umfasst darüber hinaus das Angebot, die Bereitstellung und die Durchführung präventiver Maßnahmen, die Förderung der physiologischen Geburt, das Erkennen von Komplikationen bei Mutter und Kind, die Gewährleistung notwendiger medizinischer Behandlung oder anderer angemessener Unterstützung sowie die Durchführung von Notfallmaßnahmen.



Quelle: Sayn-Wittgenstein, F. zu (Hrsg.) (2007). Geburtshilfe neu denken. S. 24. Bern: Hans Huber Verlag.

Die Hebamme hat eine wichtige Aufgabe in der Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung. Diese Aufgabe nimmt sie zwar primär Frauen gegenüber wahr; sie hat aber eine besondere Bedeutung und Relevanz nicht nur für die Familie, sondern auch für die Gesellschaft. Diese Arbeit sollte vor bzw. in der Schwangerschaft beginnen, die Vorbereitung auf die Elternschaft integrieren, wie auch Hinweise zur Gesundheit, Sexualität und zur Entwicklung des Kindes beinhalten.

Eine Hebamme kann in verschiedenen Bereichen praktizieren, wie beispielsweise in der Hausgeburtsilfe und Basisgesundheitsversorgung, in öffentlichen und privaten Kliniken, Geburtshäusern, Hebammenpraxen und Institutionen des Gesundheitswesens.

2. Präambel: Geburtshilfliches Verständnis²

Den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers dürfen Personen ausüben, die eine Berufsausbildung oder ein Studium nach den Vorgaben und Inhalten des jeweiligen Landes erfolgreich abgeschlossen haben (International Confederation of Midwives (ICM) 2011a).

Philosophie und Ethik von Hebammen beruhen auf Respekt im Umgang mit Frauen und ihren Familien. Hebammen fördern die Selbstbestimmung von Frauen und ihren Bezugspersonen, indem sie Unterstützung anbieten für individuelle Entscheidungsfindungen in der reproduktiven Lebensphase. Hebammen arbeiten mit anderen Berufsgruppen und Institutionen konstruktiv zusammen und unterstützen sich gegen-

seitig. In der Berufsausübung respektieren Hebammen die Kultur, ethnische Herkunft und Individualität von jeder Frau (ICM 2014). Das Handeln von Hebammen ist von der Maxime der Nicht-Intervention geprägt (Schäfers et al., 2012), d.h. dass sie auf unnötige Interventionen verzichten, deren Wirksamkeit darüber hinaus nicht wissenschaftlich belegt ist.

Der International Confederation of Midwives (ICM 2011b) konstatiert in seinem Positionspapier Global Standards for Midwifery Regulation, dass die Hebammenkunde ein selbstständiger Beruf ist, der sich von anderen Berufen eindeutig unterscheidet. Für die Autonomie eines Berufes ist das Konzept der Selbstregelung eine grundlegende Voraussetzung. Das schließt die Kontrolle der Standards für die Berufsausbildung, die Hebammenverordnung sowie die Bestimmung und Kontrolle der Berufsausübung ein. Die in §4 des Hebammengesetzes ausgewiesene Vorbehaltstätigkeit prädestiniert die Berufsgruppe der Hebammen in Deutschland für die autonome Bestimmung und Kontrolle über die Berufsausübung. In diesem Zusammenhang sieht auch der Wissenschaftsrat (2012) ein gleichrangiges Verhältnis von Hebammen und Ärzten/-innen als gegeben an. Dennoch ist eine autonome Bestimmung und Kontrolle über die Berufsausübung, wie sie der ICM (2011b) beschreibt, für den Hebammenberuf in Deutschland derzeit noch nicht gegeben.

Hebammen leisten eine gesellschaftlich relevante Arbeit. Die ressourcenorientierte Betreuung, Beratung und Begleitung von Frauen und ihren Bezugspersonen im Kontext von Schwangerschaft, Geburt sowie im ersten Jahr nach der Geburt durch die Hebamme unterscheidet sich in Deutschland sowohl hinsichtlich ihres Inhalts als auch der perspektivischen Herangehensweise von anderen Berufsgruppen. In dem Spannungsfeld zwischen medizinisch-technischen Möglichkeiten und ethischen Dilemmata bietet sie eine ressourcenorientierte Begleitung, die sich an den Wünschen und Vorstellungen der Frau orientiert.

Sowohl die epidemiologischen Veränderungen als auch die zunehmende Komplexität des Versorgungsauftrages und der Betreuungssituationen führen zur quantitativen Ausweitung und zu qualitativen Veränderungen des Versorgungsbedarfs im Hebammenwesen. Beispielsweise bedingen die Zunahme von chronischen Erkrankungen bei jungen Menschen und die Zunahme von Frauen und Familien in prekären Lebenssituationen eine breitere Wissensbasis der Hebammen, um eine adäquate Betreuung zu gewährleisten. Aber auch der wissenschaftliche Fortschritt und die daraus folgenden Erkenntnisse verändern den Anspruch an fachliche und personale Kompetenzen von Hebammen. Hierzu zählen generische Kompetenzen („General Studies“/„Soft Skills“) ebenso wie erweiterte ökonomisch-organisatorische Kompetenzen (Sayn-Wittgenstein 2007, Pehlke-Milde 2009, Pädagogischer Fachbeirat des DHV (PFB) 2011, Wissenschaftsrat (WR) 2012, Deutscher Hebammenverband (DHV) 2014, Hellmers & Bauer 2014).

Für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Bezugspersonen müssen Hebammen Kompetenzen erwerben, die eine dynamische Kombination aus kognitiven, meta-kognitiven, sozialen, ethischen, interkulturellen und praktischen Fähigkeiten abbilden (WR 2012, Institute for Evidence-Based Change 2010). Dies entspricht den Kompetenzbeschreibungen der International Confederation of Midwives (2013). Um diesen gesteigerten Anforderungen im Beruf gerecht zu werden, wird die Akademisierung des Hebammenberufs bereits seit

vielen Jahren gefordert und die Notwendigkeit von wissenschaftlichen Analysen untermauert (Zoege 2004, Sayn-Wittgenstein 2007, Pehlke-Milde 2009).

3. Qualifikationsziele

Das Studium der Hebammenkunde befähigt die Absolventinnen und Absolventen, komplexe geburtshilfliche Situationen kritisch zu analysieren, die individuellen Bedürfnisse und Interessen der betreuten Frauen und Familien zu erkennen und das weitere, evidenzbasierte Handeln im Rahmen einer partizipativen und vertrauensvollen Beziehung daran auszurichten. Hebammen können so die Verantwortung und Steuerung für die Planung, Durchführung und Evaluation der Behandlung und Betreuung auf der Basis einer wissenschaftlich reflektierten und evidenzbasierten Vorgehensweise übernehmen.

Durch das Studium der Hebammenkunde ist sowohl eine wissenschaftlich fundierte Handlungskompetenz als auch eine Persönlichkeitsentwicklung intendiert, die einer professionellen Berufsausübung zugrunde liegt. Diese befähigt zukünftige Hebammen, die Verantwortung für die geburtshilfliche Versorgung von Frauen, ihren Neugeborenen und ihren Familien während Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und erstem Lebensjahr des Kindes zu übernehmen, die Betreuung auf der Basis der Ethischen Grundsätze von Hebammen (ICM 2014) zu gestalten sowie die eigene Arbeit kritisch zu reflektieren und zu evaluieren. Dies soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand hebammenwissenschaftlicher, medizinischer, psychologischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse geschehen.

Kernkompetenzen

Hebammen sind eigenverantwortlich in der Lage,

- ◆ in komplexen und nicht vorhersehbaren geburtshilflichen Situationen die Verantwortung und Steuerung für die Planung, Durchführung und Evaluation der Behandlung und Betreuung auf der Basis einer wissenschaftlich reflektierten und evidenzbasierten Vorgehensweise zu übernehmen,
- ◆ die Physiologie von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu unterstützen und aufrecht zu erhalten sowie Risiken und Pathologien einzuschätzen und die notwendigen Maßnahmen einzuleiten,
- ◆ eine (geburtshilfliche) Anamnese auf der Basis fachwissenschaftlicher und bezugswissenschaftlicher Kenntnisse und Kompetenzen durchzuführen,
- ◆ Hebammendiagnosen zu stellen und auf dieser Grundlage (und in Absprache mit der zu betreuenden Frau/Familie) geeignete Interventionen für die Betreuung auszuwählen,
- ◆ eine kritisch und wissenschaftlich reflektierte Auswahl und Anwendung von Verfahren und Instrumenten zur Qualitätssicherung in der Hebammenkunde vorzunehmen,
- ◆ Frauen, ihre Kinder sowie deren Familien in der reproduktiven Lebensphase und den damit einhergehenden Veränderungen durch fachspezifische Beratungsangebote zu unterstützen, zu begleiten, anzuleiten und zu betreuen,
- ◆ erprobte und (vorzugsweise) evaluierte Diagnostik sowie Versorgungs- und Präventionskonzepte zu nutzen sowie den Entwicklungsbedarf von Versorgungskonzepten zur Prävention und Gesundheitsförderung aus einer hebammenwissenschaftlichen Perspektive zu erkennen,

- ◆ ein berufliches Selbstverständnis auf den Grundlagen eines fundierten Wissens der Hebammenwissenschaft zu entwickeln,
- ◆ mit Angehörigen der eigenen Berufsgruppe sowie anderer Berufsgruppen intra- und interprofessionell zu kommunizieren und konstruktiv zusammen zu arbeiten und
- ◆ ihr Handeln hinsichtlich einer Evidenzbasierung wiederkehrend zu reflektieren (Qualitätssicherung der Versorgung).

a) Eigenverantwortliche Aufgaben

Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen, die folgenden Aufgaben entsprechend hebammenwissenschaftlicher, medizinischer und bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse auf der Grundlage des gegenwärtigen Stands der Erkenntnisse eigenverantwortlich und selbstständig auszuführen:

- ◆ Angemessene Aufklärung und Beratung von Frauen, Familien oder Partnerschaften in Fragen der Familienplanung
- ◆ Systematisches und kriteriengestütztes Feststellen der Schwangerschaft und Erfassen der Lage der schwangeren Frauen, ggfs. Einleitung notwendiger allgemeiner Maßnahmen der Klärung und Akzeptanz der veränderten Situation in und zur physiologischen Entwicklung der Schwangerschaft sowie zur Gesundheitsförderung und primären Prävention bei Frau und Kind auf Grundlage einschlägiger, evidenter Kriterien
- ◆ Beobachtung der physiologisch verlaufenden Schwangerschaft, Durchführung der zur Beobachtung eines physiologischen Schwangerschaftsverlaufs notwendigen Untersuchungen
- ◆ Beratung der Frau hinsichtlich der Entwicklung und des Verlaufs der Schwangerschaft sowie der Wahl des Geburtsortes und der Versorgung bei und nach der Geburt entsprechend der erhobenen (Lebens-) Situation und der eventuell vorliegenden Risiken
- ◆ Aufklärung über Screening-Verfahren sowie Durchführung bzw. Verschreibung der Untersuchungen, die für eine möglichst frühzeitige Feststellung einer Risikoschwangerschaft notwendig sind
- ◆ Planung und Durchführung von unterstützenden und gesundheitsfördernden Maßnahmen im Falle von Risiko-Schwangerschaften, wie z.B. Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden je nach Anamnese, ggfs. Einzel-Geburtsvorbereitung
- ◆ Vorbereitung auf die Elternschaft, umfassende Vorbereitung auf die Geburt und das Wochenbett
- ◆ Beratung im Rahmen der Hebammenversorgung in allen relevanten gesundheitsbezogenen Fragen (Information, Edukation, Anleitung)
- ◆ Betreuung der Gebärenden während der Geburt und Überwachung des Fötus in der Gebärmutter mit Hilfe geeigneter klinischer und technischer Mittel
- ◆ Eigenverantwortliche Betreuung von physiologisch verlaufenden Geburten bei Schädellage, einschließlich – sofern erforderlich – Durchführung des Scheidendammschnitts und der Nahtversorgung sowie im Dringlichkeitsfall Durchführung von Steißgeburten
- ◆ Erkennen der Anzeichen von Regelwidrigkeiten und Anomalien bei der Mutter oder beim Kind, die das Eingreifen einer Ärztin/eines Arztes erforderlich machen, sowie Hilfeleistung bei etwaigen ärztlichen Maßnahmen unter lückenloser Fortsetzung der Hebammenhilfe
- ◆ Ergreifen der notwendigen Maßnahmen bei Abwesenheit der Ärztin/des Arztes, insbesondere manuelle Ablösung der Plazenta, an die

sich gegebenenfalls eine manuelle Nachuntersuchung der Gebärmutter anschließt

- ◆ Durchführen medizinischer Maßnahmen der Erstversorgung bei Frauen in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt sowie des Neugeborenen bis zum Eintreffen der Ärztin/des Arztes oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung, wenn ein lebensgefährlicher/-bedrohlicher Zustand vorliegt oder wesentliche Folgeschäden zu erwarten sind
- ◆ Herstellen und Sichern der Transportfähigkeit von Frauen in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt sowie des Neugeborenen im Notfalleinsatz, Auswählen des geeigneten Transportmittels sowie des Zielortes
- ◆ Angemessenes Umgehen mit Frauen in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt sowie dem Neugeborenen in Notfall- und Krisensituationen
- ◆ Sachgerechte Übergabe der Frau und des Neugeborenen in die ärztliche Weiterbehandlung
- ◆ Untersuchung (inklusive der Erstuntersuchung nach der Geburt) und Pflege des Neugeborenen; Einleitung und Durchführung der erforderlichen Maßnahmen in Notfällen und, wenn erforderlich, Durchführung der sofortigen Wiederbelebung des Neugeborenen
- ◆ Kommunizieren mit allen am Einsatz/in der Situation beteiligten oder zu beteiligenden Personen, Institutionen oder Behörden
- ◆ Pflege, Betreuung und Beratung der Wöchnerin, Überwachung des Zustandes der Mutter nach der Geburt
- ◆ zweckdienliche Beratung der Frau und Familie zur bestmöglichen Pflege, zum Handling und zur Ernährung des Neugeborenen
- ◆ Betreuung der Frau und ihres Säuglings, Unterstützung und Förderung der Eltern-Kind-Beziehung, Begleitung und Beratung der Frau und ihrer Familie im ersten Jahr nach der Geburt
- ◆ Eigenverantwortliche Durchführung der von der Ärztin/dem Arzt verordneten Behandlung bzw. Versorgung
- ◆ Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel zur Erleichterung der Schwangerschaft, bei und nach der Geburt nach geltenden Regelungen
- ◆ Verordnung von Häuslicher Pflege und Haushaltshilfe nach dem Sozialgesetzbuch und den vertraglichen Regelungen
- ◆ Beschreibung und Dokumentation der Versorgung durch die Hebamme, des Zustandes und der Befunde in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt, im Wochenbett sowie im ersten Lebensjahr des Kindes
- ◆ Durchführung von qualitätssichernden und organisatorischen Maßnahmen der Versorgung; Mitwirkung an der Qualitätssicherung in der außerklinischen Hebammengeburtshilfe.

b) Mitwirkung

Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen, die folgenden Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung und Hinzuziehung entsprechend dem Stand hebammenwissenschaftlicher und medizinischer Erkenntnisse und dem gesicherten Erkenntnisstand als Mitglied eines multiprofessionellen Teams auszuführen:

- ◆ Bei Risiken oder Notfällen in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt oder bezogen auf das Neugeborene sind fach-

kundige Ärztinnen und Ärzte in der Versorgung hinzuzuziehen. Die Ärztin/der Arzt sind verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass bei einer Geburt eine Hebamme hinzugezogen wird.

- ◆ Teamorientiertes Arbeiten und interprofessionelle/überfachliche Zusammenarbeit mit den ärztlichen und weiteren Heil- und Gesundheitsfachberufen in der Versorgung und an Schnittstellen in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt sowie bezogen auf das Neugeborene.
- ◆ Assistieren bei der ärztlichen Notfall- und Akutversorgung von Frauen in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt sowie bezogen auf das Neugeborene im Notfalleinsatz.
- ◆ Durchführen ärztlich veranlasster Maßnahmen im Notfalleinsatz
- ◆ Erstversorgung und eigenverantwortliche Versorgung von Mutter und Neugeborenem nach geburtshilflichen Eingriffen und Operationen entsprechend der nachgewiesenen Kompetenzen
- ◆ Betreuung von Risikoschwangeren, -gebärenden und -wöchnerinnen entsprechend hebammenwissenschaftlicher Erkenntnisse, die auf primär- und sekundärpräventiven Aspekten fokussieren

c) Frau-/Familienzentrierte Betreuung in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen, eine Frau-/Familienzentrierte Betreuung in kooperativer Zusammenarbeit mit Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen im Kontext der reproduktiven Lebensphase zu gewährleisten, wie u.a.:

- ◆ Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter
- ◆ Psychologinnen und Psychologen
- ◆ Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen
- ◆ Fachärztinnen und Fachärzte
- ◆ (Kinder-) Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger
- ◆ weitere Akteurinnen und Akteure der Frühen Hilfen.

Hierzu werden vertiefte Kompetenzen in der interprofessionellen und transsektoralen Kommunikation und Vernetzung vermittelt.

d) Weitere Befähigungen

- ◆ Genaue Kenntnisse der Hebammenwissenschaft sowie grundlegende Kenntnisse weiterer Wissenschaften, auf denen die Tätigkeiten der Hebamme beruhen
- ◆ Angemessene Kenntnisse und Reflexionsfähigkeit der Berufsethik und der Rechtsvorschriften, die für die Ausübung des Berufs einschlägig sind
- ◆ Kenntnisse und Fertigkeiten der selbstständigen Recherche, der kritischen Untersuchung und Einbindung aktueller wissenschaftlicher Literatur sowie anderer relevanter Informationsquellen
- ◆ Reflexion der aktuellen Forschungsergebnisse hinsichtlich der von Hebammen betreuten Frauen und Familien sowie des (außer-)klinischen evidenzbasierten Handelns
- ◆ Kenntnisse, um Forschungsergebnisse zu interpretieren, zu analysieren, zu synthetisieren und zu kritisieren und an entsprechende Beteiligte weiterzugeben
- ◆ Planung und Organisation eigenberuflicher Versorgungssteuerung
- ◆ Identifikation von Forschungsbedarf zu Fragen der Hebammenwissenschaft.

¹ Bei der Bezeichnung der Hebammen bzw. Entbindungspfleger wird ausschließlich die Berufsbezeichnung ‚Hebamme‘ verwendet. Hierunter werden Entbindungspfleger subsumiert.

² Im vorliegenden Dokument werden die Begriffe ‚Geburtshilfe‘ und ‚geburtshilfliche Versorgung‘ im erweiterten Sinne verwendet, angelehnt an die erarbeitete Definition der Arbeits- und Planungsgruppe des Berichts Geburtshilfe neu denken (Sayn-Wittgenstein 2007). Hierbei wird die Geburtshilfe nicht auf die Leistungen und das Handeln während der Geburt begrenzt, sondern umfasst die professionelle Begleitung und Betreuung in der gesamten Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit in Bezug auf die Frau, ihr Neugeborenes bzw. ihren Säugling und ihre Familie.

Autorinnen:

AG Hochschulbildung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Dr. Gertrud M. Ayerle (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg)

Prof. Dr. Nicola H. Bauer (Hochschule für Gesundheit Bochum)

Dr. Annette Bernloehr (Medizinische Hochschule Hannover)

Prof. Dr. Monika Greening (Kath. Hochschule Mainz)

Prof. Dr. Melita Grieshop (Ev. Hochschule Berlin)

PD Dr. Mechthild M. Groß (Medizinische Hochschule Hannover)

Prof. Dr. Claudia Hellmers (Hochschule Osnabrück)

Friederike Hesse, B.Sc. (Hochschule Ludwigshafen)

Dipl. Berufspädagogin Monika Kraienhemke (Hochschule für Gesundheit Bochum)

Elke Mattem, M. Sc. (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg)

Prof. Dr. Babette Müller-Rockstroh (Hochschule Fulda)

Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein (Hochschule Osnabrück)

unter Mitarbeit von Claudia Dachs, Beirätin für den Bildungsbereich (Deutscher Hebammenverband e.V.)

Literatur:

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV). in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. März 1987 (BGBl. I S. 929), zuletzt geändert durch Artikel 11 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686).

Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) (2009). *Diskussionsvorschlag eines Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen. Erarbeitet vom „Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen“*. URL: http://www.dblemen.de/docs/DQR_Diskussionsvorschlag_.pdf (Stand: 30.04.2015).

Deutscher Hebammenverband (Hrsg.) (2014). *Hebammenausbildung 2020*. Karlsruhe.

Europäischer Qualifikationsrahmen (EQR) (2008). *Empfehlung des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. April 2008 zur Einrichtung des Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen*. Amtsblatt der Europäischen Union C 111 vom 06.05.2008.

Fullerton, J., Severion, R., Brogan, K. & Thompson, J. (2003). The International Confederation of Midwives study of essential competencies of midwifery practice. *Midwifery*, 19(3), 174-190.

Fullerton, J. & Thompson, J. (2005). Examining the evidence for The International Confederation of Midwives' essential competencies for midwifery practice. *Midwifery*, 21(1), 2-13.

Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz - HebG). Hebammengesetz vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 30. September 2008 (BGBl. I S. 1910).

Hellmers, C. & Bauer, N. H. (2014). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zu den Empfehlungen des Wissenschaftsrates zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science)*, 02(01), 17-20.

Horschitz, H., Kurtenbach, H. (2003). *Hebammengesetz: Gesetz über den Beruf der Hebammen und des Entbindungspflegers vom 4. Juni 1985 mit den Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft und der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Hebammen mit Erläuterungen* (3. Auflage). Hannover: Elwin Staude Verlag.

Institute für Evidence-Based Change (IEBC) (2010). *Tuning Educational Structures. A Guide to the Process*. Version 1.0. Encinitas USA. URL: <http://www.tuningusa.org/TuningUSA/tuningusa.publicwebsite/b7b70c4e0d-30d5-4d0d-ba75-e29c52c11815.pdf> (Stand: 28.03.2014).

International Confederation of Midwives (2011). *Definition of the Midwife*. URL: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2011_001%20ENG%20Definition%20of%20the%20Midwife.pdf (Stand: 18.07.2014).

International Confederation of Midwives (2014). *The Philosophy and Model of Midwifery Care*. URL: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2005_001%20V2014%20ENG%20Philosophy%20and%20model%20of%20midwifery%20care.pdf (Stand: 04.05.2014).

International Confederation of Midwives (2011a). *ICM International Definition*. URL: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2011_001%20ENG%20Definition%20of%20the%20Midwife.pdf (Stand: 04.05.2014).

International Confederation of Midwives (2011b). *Global Standards for Midwifery Regulation*. URL: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards%20Comptences%20Tools/English/GLOBAL%20STANDARDS%20FOR%20MIDWIFERY%20REGULATION%20ENG.pdf> (Stand: 04.05.2014).

International Confederation of Midwives (2013). *Essential competencies for basic midwifery practice*. URL: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf> (Stand: 02.08.2014).

International Confederation of Midwives (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. URL: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf (Stand: 10.08.2014).

Pädagogischer Fachbeirat des Deutschen Hebammenverbandes (2008). *Rahmencurriculum für eine modularisierte Hebammenausbildung*. Karlsruhe.

Pädagogischer Fachbeirat des Deutschen Hebammenverbandes (2011). *Hebammenausbildung an die Hochschule*. Positionspapier des Pädagogischen Fachbeirates im Deutschen Hebammenverband e. V. (Hrsg.). Karlsruhe.

Pehlke-Milde, J. (2009). *Ein Kompetenzprofil für die Hebammenausbildung: Grundlage einer lernergebnisorientierten Curriculumsentwicklung* (Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doctor rerum curae). Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft.

Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (Text von Bedeutung für den EWR).

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

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

Schäfers, R., Ayerle, G., Mattem, E., Knappe, N. und Greening, M. (2012). Stellungnahme zu Interventionen in der Hebammenarbeit. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science)*. 01(01), 12-13.

Tuning Management Committee (2006). *Tuning Educational Structures in Europe*. URL: http://tuning.unideusto.org/tuningeu/images/stories/template/General_Brochure_final_version.pdf (Stand: 05.06.2010).

Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Berlin.

Zoege, M. (2004). *Die Professionalisierung des Hebammenberufs. Anforderungen an die Ausbildung*. Bern: Verlag Hans Huber.

Die außerklinische Geburt bei Status nach Sectio caesarea: Eine qualitative Analyse zur Entscheidungsfindung der Eltern für den Geburtsort

Birth in out-of-hospital settings after a caesarean section: A qualitative study of decision-making by the parents

Lea Beckmann M.Sc.¹, Lena Dorin MPH¹, Jun. Prof. Dr. rer. medic. Sabine Metzling² & Prof. Dr. phil. Claudia Hellmers¹

Abstract

Hintergrund: In Deutschland entscheiden sich jährlich ca. 1,6% der werdenden Eltern für eine außerklinische Geburt. Ca. 5% der Frauen hatten einen direkt vorausgegangenen Kaiserschnitt.

Ziel: Diese Studie analysiert den Entscheidungsfindungsprozess der Eltern zur nächsten, außerklinisch angestrebten Geburt.

Methode: Qualitative Interviews mit 10 Paaren, die sich nach einem Kaiserschnitt für die außerklinische Geburt entschieden. Die Mütter und Väter wurden einzeln befragt. Die inhaltsanalytische Auswertung der 20 Interviews erfolgte nach Mayring.

Ergebnis: Einige Frauen hatten sich bereits in der ersten Schwangerschaft mit dem außerklinischen Geburtsort auseinandergesetzt, suchten aber wegen Sicherheitsbedenken der Partner oder aus medizinischen Gründen eine Klinik auf. Die dann folgende negative Klinikerfahrung beeinflusste die Entscheidung der Eltern für den außerklinischen Geburtsort beim nächsten Kind. Die Entscheidung wurde mit Hilfe professioneller medizinischer Unterstützung zwischen den Partnern ausgehandelt. Verwandte, Freunde und Nachbarn werden in einigen Fällen weder involviert noch informiert.

Schlussfolgerung: Empathisches Verhalten der klinischen Fachkräfte hat einen Einfluss auf das Geburtserleben. Hier kann professionelles und selbstreflektierendes Verhalten zum Wohlbefinden der werdenden Eltern beitragen. Das Verschweigen des geplanten Geburtsortes scheint im Zusammenhang mit der fehlenden Akzeptanz des außerklinischen Geburtsortes in der Gesellschaft zu stehen.

Schlüsselwörter: Entscheidungsfindung, außerklinische Geburt, Sectio caesarea

Hintergrund

Seit ungefähr 10 Jahren ist die Zahl der Frauen, die sich für ein außerklinisches Setting entscheiden, mit ca. 1,6% im gesamten Bundesgebiet stabil (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG e.V.), 2014). Außer in Großbritannien und Island, wo die Hausgeburtsraten zwischen 1,4% und 3,7% liegen, beträgt der Anteil der Hausgeburten in den meisten europäischen Ländern weniger als ein Prozent. Die Niederlande weisen traditionell den höchsten Anteil an Hausgeburten auf. Jedoch ist die niederländische Hausgeburtsrate in den letzten Jahren rückläufig und liegt aktuell bei 16% (European Perinatal Health Report, 2013). Bei Untersuchungen der soziodemographischen Daten der Frauen, die sich für eine Geburt im außerklinischen Setting entscheiden, zeigte sich, dass diese Mütter älter sind als der

Background: Nearly 1.6% of all births in Germany begin in an out-of-hospital setting. About 5% of these women had a prior cesarean section.

Aim: This study explored the decision-making process of parents choosing the out-of-hospital setting for their next birth.

Method: 10 couples were interviewed. All women had a prior cesarean section and started their next birth in an out-of-hospital setting. The mothers and fathers were interviewed separately. Structured content analysis was used to analyse the 20 interviews.

Results: Some women considered an out-of-hospital setting for their first birth, but chose the hospital because of safety concerns of their partners, or for medical reasons. The negative experience they had while giving birth in the hospital influenced the parents' decision to choose an out-of-hospital setting for their next birth. The decision about the birthplace was negotiated between the partners and with the advice of supportive health care providers. Often, relatives, friends and neighbors were neither involved nor informed.

Conclusion: Empathic and sensitive behavior of the clinical health care provider has an influence on the birth experience. Professional and self-reflective behavior supports the well-being of the parents. There seems to be a correlation between the intimately held decision about place of birth and the lack of acceptance of out-of-hospital birth in society.

Keywords: Decision making, out-of-hospital birth, cesarean section

Durchschnitt der Gebärenden und häufiger über eine höhere Schulbildung verfügen (Kleiverda et al., 1990; Soderstrom, 1990; Bastian, 1993; Neuhaus et al., 2002; Jonge et al., 2009; Brocklehurst et al., 2011; van Haaren-ten Haken et al., 2012).

Im Jahr 2012 hatten in Deutschland 5,2% der Frauen, die sich für eine außerklinische Geburt entschieden, eine direkt vorausgegangene Sectio (Loytved, 2014). Im Gegensatz zu den Niederlanden stellt in Deutschland der Status nach Sectio kein Ausschlusskriterium für eine Geburt im außerklinischen Setting dar (GKV, 2011). Die Befürwortung und Ablehnung wird jedoch international kontrovers diskutiert (Harrington et al., 1997; Lieberman et al., 2004; Latendresse et al., 2005; David et al., 2009; Deline et al., 2012; Beckmann et al., 2014).

Einige Autoren beschreiben bei der vaginalen Geburt nach Sectio caesarea Risiken wie Placentalösungsstörungen, Blutungen und Uterusrupturen (Gurol-Urganci et al., 2011; Kramer et al., 2011; Welsch, 2011, S. 1207-1224). In aktuellen Studien werden diese Ergebnisse jedoch relativiert. Das Rupturrisiko bei Status nach Sectio steigt bei klinischen Interventionen wie der Gabe von Wehen fördernden Mitteln (Kwee et al., 2007; Dekker et al., 2010; Barger et al., 2011) und dem Einsatz der Periduralanästhesie (Cahill et al., 2010; Barger et al., 2011). Diese Maßnahmen werden in Deutschland im außerklinischen Setting nicht eingesetzt. Zudem ist die Inzidenz von Placentalösungsstörungen und postpartalen Blutungen bei Frauen mit vorausgegangenem Kaiserschnitt gegenüber den Erstgebärenden im außerklinischen Setting in Deutschland nicht erhöht (Beckmann et al., 2015).

In Untersuchungen zur Motivation bei der Wahl des außerklinischen Geburtsortes sind international die am häufigsten genannten Gründe die vertraute Hebamme, die Selbstbestimmung der Frauen und die vertraute Umgebung (Kleiverda et al., 1990; Rogasch, 1998; Viisainen, 2001; Neuhaus et al., 2002). In einer aktuellen Übersichtsarbeit kommen die Autorinnen zu dem Ergebnis, dass Frauen, die sich für ein außerklinisches Setting entscheiden, dem Recht auf eine informierte Entscheidung einen hohen Stellenwert beimessen (Hadjigeorgiou et al., 2012). Jedoch beziehen sich diese Angaben nicht explizit auf Frauen mit vorausgegangener Sectio caesarea.

In Deutschland wird die Motivation der Mütter zur Nutzung des außerklinischen Setting im Perinatalerhebungsbogen dokumentiert. Bei Frauen mit vorausgegangenem Kaiserschnitt wurden am häufigsten die vertraute Hebamme (75 %), die Selbstbestimmung (73 %), die Geburtserfahrung (67%) und die vertraute/angenehme Umgebung (62%) angegeben (Beckmann, 2014).

In einer schwedischen Befragung wurde landesweit an alle Frauen, die zwischen 1992 und 2005 zuhause geboren hatten, ein Fragebogen verschickt. Von den 735 angeschriebenen Frauen beantworteten 594 (80.8%) die offen gestellte Frage nach den Reaktionen des sozialen Umfeldes zu ihrer Entscheidung zum außerklinischen Geburtsort. Die schriftlichen Antworten wurden qualitativ ausgewertet. Die Autorinnen fassen in ihren Ergebnissen zusammen, dass mit emotionalen Argumenten, der Anschuldigung der Verantwortungslosigkeit bis hin zur sozialen Ausgrenzung versucht wurde, die Frauen von der Notwendigkeit eines klinischen Settings zu überzeugen (Sjöblom et al., 2012).

Heckhausen (2006) beschreibt, dass einer individuellen Entscheidung eine Interaktion von situativen Anreizen und persönlichen Eigenschaften vorausgeht. Bei Jungermann et al. (2010) wird die Entscheidung als bewusste Beurteilung von mindestens zwei Möglichkeiten hinsichtlich ihres Nutzens und der möglichen Konsequenzen beschrieben. Als gelungen wird der Entscheidungsprozess von den Autoren bewertet, wenn die Ergebnisse der Recherche über die Möglichkeiten umfassend und vielseitig vorliegen. Die umfassende und vielseitige Suche nach Informationen wird jedoch häufiger von Personen mit höherem Bildungsabschluss umgesetzt (Ahner et al., 1996; Rahden, 2011).

Zielsetzung und Forschungsfragen

Die besondere Gruppe der Frauen mit Status nach Sectio in der außerklinischen Geburtshilfe ist, abgesehen von wenigen Studien zum maternalen und neonatalen Outcome, kein umfassend bearbeiteter Gegen-

stand der internationalen Forschung. Um erste Erkenntnisse zu gewinnen ist das Ziel dieser Arbeit die Darstellung der Entscheidungsfindung für den außerklinischen Geburtsort von Eltern nach einem erlebten Kaiserschnitt.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich folgende Forschungsfragen.

- ◆ Welche zentralen Einflussfaktoren führten zur Entscheidung für eine außerklinische Geburt nach vorausgegangenem Kaiserschnitt?
- ◆ Wie gestaltete sich der Entscheidungsfindungsprozess, sowohl im Hinblick auf die individuelle als auch auf die gemeinsame Entscheidungsfindung als Paar?

Methodik

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein qualitatives Design gewählt. Um ein möglichst vollständiges Bild des Prozesses der Entscheidungsfindung zum Geburtsort rekonstruieren zu können, wurden beide Elternteile für ein Interview gewonnen. Da die Anwesenheit des Partners bzw. der Partnerin die Inhalte eines Interviews beeinflussen können (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010), wurden die Paare getrennt befragt. Für das teilstrukturierte Interview wurde zunächst ein Leitfaden nach den Empfehlungen von Helfferich (2005) und Kruse (2011) entwickelt. Nach einem Erzählimpuls zu Beginn des Interviews wurden die Befragten in ihrer narrativen Erzählweise unterstützt. Bei Unklarheiten oder offenen Punkten wurden konkrete Fragen bzw. Rückfragen gestellt.

Die durchgeführten Interviews (n = 20) mit Müttern und Vätern, die nach einem erlebten Kaiserschnitt die Geburt ihres nächsten Kindes außerklinisch begonnen hatten und deren Kind zum Zeitpunkt des Interviews unter einem Jahr alt war, wurden inhaltsanalytisch nach Mayring (2010) ausgewertet. Das gesamte Interviewmaterial wurde zunächst strukturierend analysiert. Es folgte eine induktive Kategorienbildung. Die Aussagen der Paare wurden auf ihre Übereinstimmung geprüft. Die Interviews wurden unabhängig von zwei Forscherinnen ausgewertet. Die Ergebnisse wurden in einem zweiten Schritt abgeglichen. Unklare Interviewpassagen wurden in einer Analysegruppe vertiefend besprochen. Die vorliegende Arbeit orientierte sich dabei an den Gütekriterien der qualitativen Forschung nach Steinke (1999). Für das Forschungsvorhaben wurde ein Ethikantrag bei der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) e.V. gestellt, die ein ethisches Clearing erteilte.

Die Kontaktaufnahme zur Rekrutierung von Interviewteilerinnen und -teilnehmern erfolgte über die Vorsitzende der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG) und die Landeskoordinatorinnen in der außerklinischen Geburtshilfe. Die Paare wurden ausführlich und in schriftlicher Form über das Forschungsvorhaben informiert. Von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern liegt eine schriftliche Einverständniserklärung vor. Neben der Zusicherung der Anonymisierung der personenbezogenen Daten wurden alle Interviewpartner auf den jederzeit möglichen Abbruch des Interviews hingewiesen. Die Daten wurden zunächst pseudonymisiert und im Anschluss anonymisiert.

Stichprobe

Die Auswahl der Interviewteilerinnen und Interviewteiler fand unter dem Aspekt der höchstmöglichen Heterogenität der Gruppe statt,

um ein breites Spektrum an Hintergründen und Erfahrungen in die Analysen einbeziehen zu können. Es wurde darauf geachtet, dass unterschiedlich geplante Geburtsorte und unterschiedliche Ursachen für den erlebten Geburtsmodus Kaiserschnitt beim ersten Kind vorlagen. Weitere Auswahlkriterien waren Unterschiede zum geplanten und tatsächlichen Geburtsort sowie der Geburtsmodus bei der darauf folgenden Geburt. Die 20 Interviews wurden im Zeitraum vom 31.05.2013 bis 09.01.2014 geführt. Diese wurden digital aufgezeichnet und wörtlich transkribiert.

Alle befragten Eltern lebten in einem gemeinsamen Haushalt und in einer Partnerschaft. Es wurde jeweils ein Interview nur mit den Müttern und dann ein zweites nur mit den Vätern geführt. Die Wohnorte der Familien waren über das deutsche Bundesgebiet verteilt und die Interviews fanden bei den Paaren zuhause statt. Das Alter der Frauen lag zwischen 27 und 39 Jahren und das der Männer zwischen 29 und 45 Jahren. Die durchschnittliche Interviewdauer lag bei 30 Minuten. Das längste Interview dauerte 50 Minuten. Ein sehr kurzes Interview von 10 Minuten mit einem Vater ist dem Zeitdruck des Befragten geschuldet. Über eine Hochschulzugangsberechtigung verfügten 80% und über ein abgeschlossenes Studium 45% der Interviewpartnerinnen und -partner. Dieser Anteil ist doppelt so hoch wie in der Gesamtbevölkerung der Altersstufe 25 bis 45 Jahre (Destatis, 2013). Die interviewten Frauen hatten verschiedene Indikationen für die erste Sectio. Diese waren Beckenendlage, Gemini, Geburtsstillstand und Fehleinstellung. Die darauf folgende außerklinische Geburt fand bei drei Frauen zuhause und bei drei Frauen im Geburtshaus statt. Vier Frauen wurden während der Geburt in das klinische Setting verlegt. Zwei dieser Frauen erlebten eine Re-Sectio, eine Frau hatte eine Vakuum Extraktion und eine Frau hat in der Klinik spontan geboren.

Ergebnisse der Interviews

Im Folgenden werden kategoriengeleitet die zentralen Einflussfaktoren der Entscheidungsfindung für das außerklinische Setting nach erlebtem Kaiserschnitt dargestellt. Hier zeigte sich, dass das Erleben und die Verarbeitung der ersten Geburt als bedeutsamer Schritt in der Entscheidungsfindung gegen eine weitere Geburt im Krankenhaus wahrgenommen wurden. Daraus resultiert der zweite zentrale Aspekt, das Handeln in Vorbereitung auf die zweite Geburt. Im Aushandlungsprozess zwischen den Paaren zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen der ersten und zweiten Geburt. Ebenfalls bedeutsam sind der Umgang mit der Verbalisierung der Entscheidung gegenüber Dritten und die Reaktionen auf die Entscheidung im Umfeld der Paare. Die Bilanzierung der Entscheidung für das außerklinische Setting wird im letzten Absatz der Ergebnisdarstellung aufgeführt.

Das Erleben und die Verarbeitung der ersten Geburt

Alle interviewten Paare präferierten in der ersten Schwangerschaft eine Spontangeburt, erlebten aber einen Kaiserschnitt. Es besteht folglich eine Diskrepanz zwischen dem gewünschten und dem erlebten Geburtsmodus. So beschreibt eine Mutter nach einer außerklinischen Anbetreuung der ersten Geburt durch eine Hebamme ihr Gefühl nach der Entscheidung zur Sectio mit folgenden Worten: „Ich war dann auch am Boden zerstört.“ (Frau 9) Aufgrund des Kaiserschnittes musste also eine Enttäuschung verarbeitet werden.

Einige Eltern berichteten, dass sie sich bereits vor der ersten Geburt mit einem möglichen außerklinischen Geburtsort auseinander gesetzt haben. Drei der befragten Mütter hatten die erste Geburt außerklinisch begonnen, wurden jedoch aufgrund eines Geburtsstillstandes subpartal in die Klinik verlegt. Mütter, die sich schon beim ersten Kind eine außerklinische Geburt wünschten, aber dennoch das klinische Setting wählten, beugten sich den Sicherheitsbedenken ihrer Partner.

„Weil ich es beim ersten Kind schon machen wollte. Und da hab ich mich nicht getraut. Mein Mann war auch nicht grad begeistert, zuhause zu entbinden. Beim ersten Kind. Beim Zweiten auch nicht. Aber ich, da hab ich mich durchgesetzt.“ (Frau 1)

Es zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede in der Einstellung zum außerklinischen Geburtsort. Während sich einige der befragten Frauen klar für das außerklinische Setting positionieren, verbalisieren einige Männer Bedenken und Vorbehalte. Sie selbst würden sich aus Sorge vor möglichen Risiken eher für eine Klinikgeburt entscheiden.

1. Klinikerfahrung bei der ersten Geburt

In den Aussagen der Paare fällt auf, dass das Krankenhaus häufig mit „krank sein“ verbunden wird. Dies steht der positiven Einstellung zu Schwangerschaft und Geburt konträr gegenüber, da diese, von den hier Befragten, nicht mit Krankheit assoziiert wird. Auffallend ist, dass alle Eltern übereinstimmend bei ihrer ersten Geburt mit der Betreuung im Krankenhaus unzufrieden waren. Vor allem die fehlende Intimität und unbeachtete Privatsphäre wurden beklagt. Zudem wird von den Paaren Stress, Bevormundung und mangelnde Empathie des Personals kritisiert. Ein Vater, dessen zweites Kind nach subpartaler Verlegung spontan in der Klinik geboren wurde, beschreibt die erlebte Atmosphäre im Kreißaal wie folgt:

„Die Ärzte kommen mal rein und raus und ich hatte das Gefühl, dass sie sich mit uns nicht unterhalten so wirklich, sondern nur gucken, was ist da Sache und gehen wieder raus und das ist halt dann ganz schwierig.“ (Mann 6)

Beiden Elternteilen bleibt in Erinnerung, dass sich die fehlende Ruhe und Wertschätzung sowie die vorherrschende Hektik negativ auf die Atmosphäre auswirkt. Eine Mutter berichtet nach zwei subpartalen Verlegungen und zwei Sectiones:

„Ich war ja dann da in so einem Kreißaalzimmer drinnen und da geht die Tür auf, zu, auf, zu, kommt jemand raus, rein. Fremde Leute, die man nicht kennt, und du willst eigentlich ganz intim dein Kind gebären und ständig ist jemand anders da, dann wird man permanent untersucht und das sind alles Fremde für mich. Das ist für mich eigentlich ist es das unnatürlichste auf der Welt sein Kind im Krankenhaus auf die Welt zu bringen, meiner Meinung nach. Das ist ein Ort des Stresses.“ (Frau 7)

2. Traumatisches Erlebnis Kaiserschnitt

Das fehlende Geburtserlebnis durch den erlebten Kaiserschnitt, gepaart mit der Gesamtsituation eines Klinikaufenthaltes, wirkt bei vielen Frauen noch lange nach. Eine Mutter beschreibt ihr Gefühl nach der ersten Sectio aufgrund von Gemini mit folgenden Worten:

„Und ich empfand das im Nachhinein/ empfand das alles als sehr traumatisch, weil das alles so hoppla hopp ging. [...] ich hatte immer so das Gefühl, das war so unpersönlich, und anonym, das war so, als wären die [Anm. Kinder] mit Federal Express geliefert worden.“ (Frau 3)

Diese negativ geprägte Gesamtreflexion des Klinikaufenthalts fließt in die Entscheidung für den Geburtsort des nächsten Kindes ein. Wenn möglich, möchten die Frauen einen erneuten Kaiserschnitt vermeiden und spontan gebären. Diesem Wunsch entsprechend folgt eine intensive Auseinandersetzung, die einen Ort, an dem ausschließlich spontan geboren wird, als sehr attraktiv erscheinen lässt. Von einer Spontangeburt versprechen sich die Frauen, die oftmals traumatisch erlebte Schnittentbindung endgültig zu verarbeiten und ihr Selbstvertrauen durch eine vaginale Spontangeburt zu stärken. Eine Mutter, die ihr zweites Kind im Geburtshaus geboren, hat sagt dazu:

„Also ja, vielleicht noch so, das muss ich ganz ehrlich sagen, dass diese außerklinische Entbindung auch eine unglaublich heilsame Erfahrung war. Für mich. Also es hat wirklich ganz, ganz viel, was die erste Entbindung kaputt gemacht hat, sozusagen, wieder heile gemacht. Und mir ein unglaubliches Selbstvertrauen gegeben was das angeht. Ja, auch was in so, in puncto Körperakzeptanz und solche Sachen.“ (Frau 5)

Handeln als Vorbereitung auf die zweite Geburt

Dem in der passiven Rolle erlebten Kaiserschnitt begegnen die Frauen nun mit einer aktiv handelnden Vorgehensweise in Vorbereitung auf die Geburt des zweiten Kindes. Vor allem die Mütter setzten sich mit ihren persönlichen Erfahrungen intensiv auseinander und suchten nach individuellen Lösungen für den Geburtsmodus und den Geburtsort für das zweite Kind. Im Aushandlungsprozess zwischen den Paaren nimmt der Wunsch der Mütter für ein außerklinisches Setting nun einen anderen Stellenwert ein. Nicht mehr der Sicherheitsgedanke, sondern das Wohlbefinden der Partnerin gewinnt eine höhere Bedeutung.

„...weil letztendlich ist sie ja die, die das Kind da austragen muss und dann zur Welt bringen muss und die soll sich wohl fühlen“ (Mann 6)

Von den Vätern wird klar verbalisiert, dass ihre Partnerin die größere Verletzung an Körper und Seele durch den erlebten Kaiserschnitt erlitten hat. So gibt ein Vater, dessen Frau bei beiden Geburten eine Hausgeburt anstrebte und zweimal eine Sectio erlebte, an:

„Letzten Endes ist es der Bauch von meiner Frau und es ist die, auch die Narbe von meiner Frau, die letztlich diesen Geburtsprozess überstehen muss.“ (Mann 8)

1. Informationsquellen

Zur Verarbeitung ihrer Erlebnisse suchen Frauen den Erfahrungsaustausch mit betroffenen Müttern und sammeln Informationen über ihre Möglichkeiten für eine vaginale Geburt. Dazu nutzen sie Bücher, Broschüren, das Internet und Fernsehen. Hier zeigt sich eine größere Initiative auf Seiten der Frauen, die dann ihren Partnern eher eine Zusammenfassung ihrer Informationen weitergeben. Im Kontext der Auseinandersetzung mit dem Geburtsort wird die bereits erlebte Geburt wieder präsenter und erneut reflektiert. Eine Mutter, die sich bereits in der ersten Schwangerschaft für eine Geburt im Geburtshaus interessiert hatte, sich aber dann für eine Klinikgeburt entschied, berichtet:

„Und dann habe ich auch so einen Geburtsbericht im Internet gelesen und ah ja, ich habe noch dieses Buch, wie heißt dieses Buch, 'Kaiserschnitt-Mütter', also das Buch habe ich gelesen und da kam mir langsam der Gedanke, dass ich wahrscheinlich bei der Wahl der, vom Geburtsort nicht richtig gemacht habe.“ (Frau 9)

Dies kann also dazu beitragen, dass eine starke Verbindung zwischen dem Krankenhaus als Geburtsort und dem erlebten Kaiserschnitt

hergestellt wird. Da der Geburtsort in Deutschland frei wählbar ist, liegt somit auch die Verantwortung für diese Wahl zumindest teilweise bei den Eltern selbst. Dies kann dazu führen, dass die Krankenhausentscheidung nachträglich als „fehlerhaft“ klassifiziert und damit sogar eine Teilschuld am erlittenen Kaiserschnitt verbunden wird.

Durch die Beschäftigung mit dem Thema werden jedoch nicht nur Informationen gesammelt, sondern auch Bestätigung für die eigene Entscheidung, eine außerklinische Geburt anzustreben, gesucht und manchmal auch atmosphärische Erwartungen geweckt.

„Wir haben uns Bücher eigentlich besorgt und in den Büchern gelesen und gemerkt, dass gerade Leute, die eine natürliche Geburt zuhause oder im Geburtshaus bevorzugen, einfach schöne Argumente hatten dafür, dass man das lieber dort macht, weil die Atmosphäre ruhiger ist, weil man viel familiärer da ist und nicht in so einem gleißendem Licht und nicht so einer Sterilität und Anonymität da durchgeschleust wird, sondern es viel persönlicher ist.“ (Mann 10)

2. Einflüsse von außen

Auf der Suche nach Vorbildern nehmen Frauen Kontakt mit anderen Müttern auf, die nach einem Kaiserschnitt vaginal geboren haben.

Einen hohen Stellenwert haben zudem die Toleranz und, sofern vorhanden, die Unterstützung der behandelnden Ärztinnen/Ärzte. Übereinstimmend berichteten die Frauen, dass sie bei ärztlicher Ablehnung gegenüber ihres Vorhabens, nach einem Kaiserschnitt außerklinisch zu gebären, nach alternativer, sie unterstützender Betreuung suchten. Alle



Hebammenforschung – Frauen im Fokus

3. Internationale Fachtagung

am 12. Februar 2016, 10:30 - 17:00 Uhr in Fulda

Call for Abstracts

15. Mai 2015 – 31. August 2015

Die Fachtagung dient der Präsentation von Forschungsergebnissen und Arbeiten der Hebammenwissenschaft sowie relevanter anderer Fachgebiete. Eingeladen sind Teilnehmer/innen aus Forschung, Lehre, Praxis und Ausbildung. Die **Keynote** spricht die renommierte kanadische Hebamme **Ellen Hodnett, PhD, FCAHS**, die sich insbesondere um die Berücksichtigung der Interessen der Nutzerinnen der Hebammenversorgung und -forschung verdient gemacht hat. Sie war leitende Forscherin von mehreren großen, national und international geförderten Multicenter randomisierten kontrollierten Studien (RCT) zur Versorgung von Frauen während der Geburt. Ellen Hodnett hat mehrere hebammenrelevante Cochrane-Reviews geleitet und erarbeitet.

Informationen zum **Call for Abstracts**, zur Anmeldung sowie zum ausführlichen Programm (veröff. Ende des Jahres), finden Sie unter www.dghwi.de ➔ 3. Internationale Fachtagung.

Frühbucher-Rabatt: bis einschließlich 31. Oktober 2015

Frauen hatten während ihrer zweiten Schwangerschaft neben der Betreuung durch Hebammen auch ärztliche Begleitung. Männer registrierten die Toleranz von Medizinern für ihr Vorhaben zum Teil mit Überraschung.

„Das war, jeder hat gesagt, 'es ist alles in Ordnung' bei uns. 'Super. Das Kind ist klar in der Norm.' Also alles. 'Macht das.' Also ich habe eigentlich immer erwartet, dass die uns das ausreden im Krankenhaus. 'Wieso macht ihr das?' oder so. Aber eigentlich, der Arzt hat das auch gesagt, 'ja es spricht nichts dagegen' und das hat uns bestärkt halt eigentlich, weil es war ja alles, die Werte und so alles gut, wo man sich halt danach richten kann.“ (Mann 7)

Sehr wichtig für die Paare ist das persönliche Gespräch mit den begleitenden Hebammen, zu denen sie ein Vertrauensverhältnis aufbauen. Hier zeigt sich, dass die Mütter mit ihrem Wunsch nach einer außerklinischen Geburt aktiv an eine Hebamme herantreten, die dann die Aufgabe übernimmt, die Sicherheitsbedenken der Partner ernst zu nehmen und zu relativieren. Ein Vater, dessen Frau schon beim ersten Kind zuhause bleiben wollte, sich aber aufgrund der Sicherheitsbedenken des Partners für eine Geburt in der Klinik entschied, beschreibt:

„Und das hat mich dann schon jetzt für die Entscheidung dann beim [Name vom Kind] eine Hausgeburt zu machen, schon ein bisschen beunruhigt immer, dass das wieder irgendwo das Problem sein könnte. Aber gut, ich hab mich dann auch von der Hebamme überzeugen lassen.“ (Mann 1)

3. Umgang mit sozialem Umfeld

Die Entscheidungsfindung wird zwischen den Paaren ausgehandelt und größtenteils nicht offen im sozialen Umfeld kommuniziert. Findet ein Austausch über den geplanten Geburtsort in den Familien statt, so dominieren manchmal Vorbehalte, Skepsis und Unverständnis für diese Entscheidung.

„Und dann kam eine Invasion an, 'das kannst du nicht machen', 'oh mein Gott, das ist zu gefährlich' und 'jetzt stell dir mal vor, da passiert was'“ (Frau 7)

„Zwischen 'sie ist verrückt', zwischen, ja, 'auf gar keinen Fall, das darfst du nicht zulassen'. Und, na ja, alles Negatives. Wirklich, es ist kein einziger Mensch gesagt, 'ja'.“ (Mann 4)

Als Konsequenz auf die ablehnenden Reaktionen und aus Selbstschutz vor weiteren negativen Äußerungen von Skeptikern, wird die Kommunikation mit dem sozialen Umfeld gemieden, bis hin zum retrospektiven Verschweigen des Geburtsortes.

„Ich wollte meine Kräfte sparen, also ich wollte mich nicht auf diese Diskussionen einlassen und ja, also ich dachte, ich mache einfach meine Sache und im Nachhinein erzähle ich das oder auch nicht. [...] Also unsere Eltern wissen das heute nicht, dass die Enkeltochter im Geburtshaus zur Welt kam. Das wäre für sie wahrscheinlich eine Horrorgeschichte. So ohne Ärzte.“ (Frau 9)

Wenn auf die Wahl des außerklinischen Settings nicht mit Ablehnung reagiert wird, so wird die Entscheidung als mutig bewertet. Damit bleibt die Verantwortung für die Entscheidung bei den werdenden Eltern. Mit Mut wird im Allgemeinen nicht nur positives Handeln, sondern auch die Risikobereitschaft ausgedrückt. Damit wird vermittelt, dass mit der Entscheidung potenzielle Risiken in Kauf genommen werden. Gelingt das „Risiko“ einer außerklinischen Geburt, so wird im Nachhinein

Anerkennung geäußert. Gelingt die außerklinische Geburt jedoch nicht, so wird das mit der eingegangenen Risikobereitschaft verbunden und durchaus als gescheitertes Vorhaben gewertet. So bewertet eine Mutter, die ihr zweites Kind im Geburtshaus zur Welt brachte, ihre Entscheidung selbst als mutig.

„Ich kenne Frauen, die sich in einem Krankenhaus auch einfach sicherer fühlen würden. Ich kenne auch Frauen, die auch bei der ersten Geburt schon Mut dazu haben zuhause zu bleiben, dazu braucht man in heutiger Zeit Mut, glaube ich.“ (Frau 9)

Ein Vater beurteilte die zweite subpartale Verlegung seiner Frau unter dem Aspekt der öffentlichen Verlegung eher negativ.

„Hat mir nicht so gefallen, das wir da jetzt wieder einpacken müssen mit den Wehen und die Nachbarn sind draußen auf der Terrasse und sehen uns.“ (Mann 7)

Der von außen suggerierte nötige Mut für diese Entscheidung stärkt jedoch das Selbstbewusstsein und erfüllt besonders die Mütter nach gelungener außerklinischer Geburt mit Stolz über ihre eigene Leistung.

Bilanzierung der Entscheidung

Rückblickend bilanzieren alle Paare ihre Entscheidung für den außerklinischen Geburtsbeginn positiv. Lediglich eine Frau und kein Mann würden bei einer weiteren Geburt das Krankenhaus dem außerklinischen Setting vorziehen. Auch bei den Paaren, die beide Geburten in der Klinik erlebt haben, zwei davon mit einer Re-Sectio, überwiegt die positive Erinnerung an das außerklinische Setting. Eine dieser beiden Frauen mit zwei Sectiones sagt:

„und falls es einmal irgendwie ein Drittes gibt, ich glaube dann würde ich es zumindest wieder daheim anfangen lassen.“ (Frau 8)

Insbesondere die persönliche Betreuung, die angenehme Atmosphäre in gewohnter Umgebung und die Ruhe bleiben den Eltern in positiver Erinnerung. Gleichzeitig werden auch notwendige Voraussetzungen wie ein unauffälliger Schwangerschaftsverlauf für diese Entscheidung beschrieben.

„Wenn die Schwangerschaft normal verläuft, und Frau und Kind gesund sind, und man keine größeren Bedenken erst mal sieht, dann würde ich das auf jeden Fall empfehlen, weil: Es ist einfach eine völlig andere Atmosphäre. Das ist eine völlig andere Art und Weise, zu entbinden. Und es ist einfach. Ja, da wird halt dieses Medizinische total raus genommen. Das ist eine Geburt. Das ist ein natürlicher Vorgang.“ (Mann 5)

Mit dem Wissen, dass eine Spontangeburt nach einem Kaiserschnitt möglich ist, suchen sich die Eltern mit dem außerklinischen Geburtsort ein Setting, in dem die Atmosphäre einer spontanen Geburt aus ihrer Sicht förderlich ist. In Erinnerung bleibt, dass das außerklinische Setting den natürlichen Geburtsvorgang sehr angenehm unterstützt.

Diskussion

Die hier befragten Paare blicken auf Geburtserfahrungen sowohl im klinischen als auch im außerklinischen Setting zurück. Einen wichtigen Einflussfaktor zur Entscheidung für den außerklinischen Geburtsort stellt die negative Klinikerfahrung dar. Frauen, die sich bereits vor der ersten Geburt mit dem außerklinischen Setting auseinandergesetzt hatten, beugten sich den Sicherheitsbedenken der Partner und wählten als Geburtsort eine Klinik. Hier zeigt sich die hohe Bedeutung der gemeinschaftlichen Entscheidung der Paare bei der Wahl des Geburts-

ortes für das gemeinsame Kind. Mit der zweiten Schwangerschaft wird die Entscheidung für einen Geburtsort erneut ausgehandelt. Die hier befragten Mütter und Väter haben, als gemeinsame Erfahrung, die erste Geburt und den Klinikaufenthalt in negativer Erinnerung. Die Väter reagieren in der zweiten Schwangerschaft auf den Wunsch ihrer Partnerinnen, ihr Kind im Geburtshaus oder Zuhause zur Welt zu bringen, nicht mehr mit Abwehr, sondern mit Verständnis. Die negative erste Geburtserfahrung als wesentlicher Einflussfaktor für die Entscheidung, beim nächsten Kind das außerklinische Setting zu wählen, wurde bereits von Boucher et al. (2009) beschrieben. Dass das mütterliche Wohlbefinden -zumindest zeitweise- beeinträchtigt ist, wenn der geplante Geburtsmodus nicht dem tatsächlichen entspricht, beschreibt auch Hellmers (2005 S. 187). Die hohe Priorität der vertrauten oder angenehmen Umgebung, die auch aus einer erlebten Klinik Erfahrung resultieren kann, wird bei Cheyney (2008) und Murray-Davis et al. (2012) aufgezeigt.

Die Entscheidungsfindung als Paar, nach einem von beiden Partnern negativ erlebten Klinikaufenthalt, wird von den Vätern häufig als eine, durch die Frau dominierte Entscheidung beschrieben, der die männlichen Partner dann aber gut folgen konnten. Hier scheinen geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wahrnehmung zum Gebären und zum klinischen Setting eine tragende Rolle zu spielen. Die Entscheidung, ein Kind nicht im Krankenhaus sondern zuhause oder im Geburtshaus zu gebären, wird in Deutschland von einer Minderheit umgesetzt. In der Mehrheit der Bevölkerung scheinen Sicherheitsbedenken zu bestehen oder es fehlen Informationen über das außerklinische Setting, die sich in Abwehrreaktionen zeigen. Auffallend ist die Übereinstimmung der Interviewteilernehmerinnen und -teilnehmer zu den negativen Reaktionen des sozialen Umfeldes. So wird das klinische Setting von außenstehenden Personen mit dem Aspekt der Sicherheit für Mutter und Kind assoziiert, das außerklinische Setting hingegen mit der Vorstellung von der mangelnden Möglichkeit des raschen Handelns bei Komplikationen.

Dieses Ergebnis stimmt mit der Arbeit von Sjöblom et al. (2012) überein. Die Betroffenen begegnen den Vorbehalten aber nicht argumentativ, sondern durch Verschweigen des geplanten Geburtsortes. Die Auseinandersetzung wird gemieden, um „Kraft zu sparen“. Die befragten Frauen waren sich sehr sicher, mit dem außerklinischen Setting die richtige Wahl zum Geburtsort getroffen zu haben. Geburt wurde von allen Frauen als natürlicher Vorgang wahrgenommen und Krankenhaus mit „krank sein“ assoziiert. Die Mütter hatten sich umfassend mit den Möglichkeiten und Grenzen der außerklinischen Geburt bei Status nach Sectio auseinandergesetzt, sahen es aber nicht als ihre Aufgabe an, die Entscheidung gegenüber Dritten zu rechtfertigen. Nach der erfolgreichen außerklinischen Geburt reagieren Familie, Freunde, Nachbarn und Kollegen positiv. Dann wird die Entscheidung für das außerklinische Setting als mutig bezeichnet. Unklar bleibt, ob sich der Mut auf das eingegangene Risiko oder auf die Abweichung vom Normverhalten bezieht. Hier ist weitergehende Forschung notwendig, um das Phänomen der mangelnden gesellschaftlichen Akzeptanz des außerklinischen Geburtsortes zu untersuchen.

Der mütterliche Stress, der durch eine subpartale Verlegung hervorgerufen werden kann, dient häufig als Argumentation, den vorausgegangenen Kaiserschnitt als Ausschlusskriterium für die AußerKlinik zu definieren. In der vorliegenden Arbeit konnte diese Annahme nicht

bestätigt werden und wurde auch von Wiegers et al. (1998) entkräftet. Die Autoren beschreiben, dass die ungeplante subpartale Verlegung wenig Einfluss auf die Entscheidung des nächsten Geburtsortes hat. Vielmehr ist die positive Geburtserfahrung ein wesentlicher Indikator, den bekannten Geburtsort erneut zu präferieren. Die hier befragten Eltern hoben alle die Vorteile einer vertrauten bzw. angenehmen Umgebung auch für den Geburtsbeginn hervor. Die Vorteile der außerklinischen Anbetreuung wurden von allen Männern, deren Frauen verlegt wurden, deutlich betont. Bei den subpartal verlegten Frauen bilanzierte lediglich eine Mutter, dass sie beim nächsten Kind von Beginn an ein klinisches Setting wählen würde. Hier zeigt sich ein Umdenken bei den Vätern. Diejenigen, die bei der ersten Geburt noch Sicherheitsbedenken äußerten, sind nach der außerklinischen Erfahrung von der richtigen Entscheidung zum Geburtsort überzeugt.

Limitationen

Die Anzahl der befragten Mütter und Väter ist mit $n = 20$ gering, so dass die hier gewonnenen ersten Erkenntnisse in weiterführenden Studien verifiziert werden sollten. Zudem hätte eine tiefergehende Sequenzanalyse möglicherweise weitere Entscheidungshintergründe aufgedeckt. Ebenfalls bedeutsam könnte die Gewichtung der Einflussfaktoren sein, die jedoch durch die inhaltsanalytische Auswertung nach Mayring limitiert ist. Die hier untersuchte Gruppe weist starke Gemeinsamkeiten in der Einstellung zum Geburtsort auf. Eine kontrastierende Studie, die Paare einbezieht, die sich aufgrund von Bedenken des werdenden Vaters gegen ein außerklinisches Setting entscheiden, könnte die hier gewonnenen Erkenntnisse vertiefen. Zudem wären gemeinsame Interviews mit Paaren, in denen sich der Aushandlungsprozess klarer zeigen könnte, eine Möglichkeit für weitere Forschung.

Schlussfolgerung

Der Einflussfaktor „negative Geburtserfahrung“, der zur Entscheidung für das außerklinische Setting beigetragen hat, ist von wesentlicher Bedeutung. Die Anbetreuung Zuhause, auch bei anschließender Verlegung, wurde von allen Paaren als positiv beschrieben. Hier wird der Stellenwert der vertrauten oder angenehmen Umgebung deutlich sichtbar. Wenn eine Anbetreuung im außerklinischen Setting, auch bei (geplanter) Verlegung wesentlich zum Wohlbefinden der Gebärenden beiträgt, könnte dies als ein mögliches Betreuungsmodell weiter ausgebaut werden. Die Intimität der gewohnten Umgebung, die Anwesenheit vertrauter Menschen und die damit assoziierte Ruhe, die nötig ist, um in Sicherheit zu gebären, wird von vielen Paaren hervorgehoben. Dieses Bedürfnis wird auch in anderen Studien beschrieben (Boucher et al., 2009; Cheyney, 2008). Die hier untersuchte Gruppe von Müttern und Vätern, die nach einem vorausgegangenen Kaiserschnitt das außerklinische Setting der Klinik vorzogen, fühlte sich umfassend über die Möglichkeiten und Grenzen der außerklinischen Geburt bei Status nach Sectio informiert. Die Mütter, die über die hohe bundesweite Verlegungsrate von 38% (Beckmann et al., 2014) informiert waren, bezogen diese Zahl nicht auf die eigene Situation und nahmen sie auch nicht als Bedrohung wahr.

Die übereinstimmend negative Klinik Erfahrung der Befragten kann durch professionelles und selbstreflektierendes Verhalten der klinischen Fachkräfte im Krankenhaus deutlich minimiert werden um eine Atmosphäre zu schaffen, die zum Wohlbefinden der werdenden Eltern beiträgt. Auch bei einem notwendigen Kaiserschnitt muss die Atmosphäre

nicht zwangsläufig, wie bei der untersuchten Gruppe, mit Unruhe, mangelnder Empathie und Stress verbunden sein. Wenn die Geburt als intimer Moment der werdenden Eltern von allen Beteiligten wahrgenommen, respektiert und empathisch begleitet wird, dann kann auch das klinische Setting als „angenehme Umgebung“ wahrgenommen werden.

Die Erkenntnis, dass die Gesellschaft kritisch auf die Entscheidung eines außerklinischen Geburtsortes reagiert, sollte zu vermehrter Aufklärung in der Öffentlichkeit führen, um Vorurteile und Fehlinformationen entgegen zu wirken.

Institutionen: ¹ Hochschule Osnabrück, Universität Witten/Herdecke; ² Universität Witten/Herdecke, Hochschule Osnabrück.

Interessenkonflikt: Das Forschungskolleg FamLe – Familiengesundheit im Lebensverlauf, in dessen Rahmen diese Arbeit entstand, wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert (FKZ 01KX1113A; FKZ 01KX1113B). Es wurde jedoch keinerlei Einfluss auf diese Arbeit genommen.

Review-Verfahren: Eingereicht am: 03.02.2015, angenommen am: 11.05.2015.

Kontakt: L_Beckmann@t-online.de

Literatur

- Ahner, R., Stokreiter, C., Kubista, E. & Husslein, P. (1996). Ansprüche an die Geburtshilfe in der Großstadt: Präpartale Erhebung. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 56(1), 50-54.
- Barger, M. K., Weiss, J., Nannini, A., Werler, M., Heeren, T. & Stubblefield, P. G. (2011). Risk factors for uterine rupture among women who attempt a vaginal birth after a previous cesarean: a case-control study. *The Journal of Reproductive Medicine*, 56(7-8), 313-320.
- Bastian, H. (1993). Personal beliefs and alternative childbirth choices: a survey of 552 women who planned to give birth at home. *Birth*, 20(4), 186-192.
- Beckmann, L. (2014). *Die außerklinische Geburt bei Status nach Sectio caesarea: Entscheidungsfindung von Eltern für den Geburtsort*. Universität Witten/Herdecke und Hochschule Osnabrück, Vortrag auf der 2. Fachtagung: Familiengesundheit im Lebensverlauf, Witten.
- Beckmann, L., Barger, M., Dorin, L., Metzging, S. & Hellmers, C. (2014). Vaginal birth after cesarean in German out-of-hospital settings: maternal and neonatal outcomes of women with their second child. *Birth*, 41(4), 309-315.
- Beckmann, L., Dorin, L., Metzging, S. & Hellmers, C. (2015). Die Geburt im außerklinischen Setting – Unterschiede im maternalen und neonatalen Outcome von zweitgebärenden Frauen mit Status nach Sectio caesarea gegenüber Erstgebärenden. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, in Druck.
- Boucher, D., Bennett, C., McFarlin, B. & Freeze, R. (2009). Staying home to give birth: why women in the United States choose home birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(2), 119-126.
- Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C., Marlow, N., Miller, A., Newburn, M. & Petrou, S. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *British Medical Journal*, 343(7840), d7400. doi: 10.1136/bmj.d7400.
- Cahill, A. G., Odibo, A. O., Allsworth, J. E. & Macones, G. A. (2010). Frequent epidural dosing as a marker for impending uterine rupture in patients who attempt vaginal birth after cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(4), 355.e1-5. doi:10.1016/j.ajog.2010.01.041.
- Cheyney, M. J. (2008). Homebirth as systems-challenging praxis: knowledge, power, and intimacy in the birthplace. *Qualitative Health Research*, 18(2), 254-267.
- David, M., Gross, M. M., Wiemer, A., Pachaly, J. & Vetter, K. (2009). Prior cesarean section--an acceptable risk for vaginal delivery at free-standing midwife-led birth centers? Results of the analysis of vaginal birth after cesarean section (VBAC) in German birth centers. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 142(2), 106-110.
- Dekker, G. A., Chan, A., Luke, C. G., Priest, K., Riley, M., Halliday, J., King, J. F., Gee, V., O'Neill, M., Snell, M., Cull, V. & Comes, S. (2010). Risk of uterine rupture in Australian women attempting vaginal birth after one prior cesarean section: a retrospective population-based cohort study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 117(11), 1358-1365.
- Deline, J., Varnes-Epstein, L., Dresang, L. T., Gideonsen, M., Lynch, L. & Frey, J. J. (2012). Low primary cesarean rate and high VBAC rate with good outcomes in an Amish birthing center. *The Annals of Family Medicine*, 10(6), 530-537.
- Destatis (2013). *Bildungsstand*. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/BildungForschungKultur/Bildungsstand/Bildungsstand.html> (Stand: 29.01.2015).
- European Perinatal Health Report (2010). *Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. <http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html> (Stand: 29.01.2015)
- Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG e.V.) (2014). <http://www.quag.de/quag/geburtzahlen.htm> (Stand: 29.01.2015)
- GKV (Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen) (2011). *Ergänzungsvertrag nach § 134a SGB V: über Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und die Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen*. http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/geburtshaeuser/ (Stand: 29.01.2015)
- Guroi-Urganci, I., Cromwell, D. A., Edozien, L. C., Smith, G. C. S., Onwere, C., Mahmood, T. A., Templeton, A. & van der Meulen, J. H. (2011). Risk of placenta previa in second birth after first birth cesarean section: a population-based study and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11(1), 95. doi:10.1186/1471-2393-11-95.
- Hadjigeorgiou, E., Kouta, C., Papastavrou, E., Papadopoulos, I. & Mårtensson, L. B. (2012). Women's perceptions of their right to choose the place of childbirth: an integrative review. *Midwifery*, 28(3), 380-390.
- Haaren-ten Haken, T. van, Hendrix, M., Nieuwenhuijze, M., Budé, L., de Vries, R. & Nijhuis, J. (2012). Preferred place of birth: characteristics and motives of low-risk nulliparous women in the Netherlands. *Place of Birth*, 28(5), 609-618.
- Harrington, L. C., Miller, D. A., McClain, C. J. & Paul, R. H. (1997). Vaginal birth after cesarean in a hospital-based birth center staffed by certified nurse-midwives. *Journal of Nurse-Midwifery*, 42(4), 304-307.
- Heckhausen, J. (2006). *Motivation und Handeln*. 3. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag.
- Hellmers, C. (2005). *Geburtsmodus und Wohlbefinden: Eine prospektive Untersuchung an Erstgebärenden unter besonderer Berücksichtigung des (Wunsch-)Kaiserschnittes*. Aachen: Shaker.
- Jonge, de A., van der Goes, B. Y., Ravelli, A. C., Amelink-Verburg, M. P., Mol, B. W., Nijhuis, J. G., Gravenhorst Bennebroek, J. & Buitendijk, S. E. (2009). Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(9), 1177-1184.
- Jungermann, H., Fischer, K. & Pfister, H.-R. (2010). *Die Psychologie der Entscheidung: Eine Einführung*. 3. Aufl. Heidelberg: Spektrum.
- Kleiverda, G., Steen, A. M., Andersen, I., Treffers, P. E. & Everaerd, W. (1990). Place of delivery in the Netherlands: maternal motives and background variables related to preferences for home or hospital confinement. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 36, 1-9. doi:10.1016/0028-2243(90)90043-Z.
- Kramer, M. S., Dahhou, M., Vallerand, D., Liston, R. & Joseph, K. S. (2011). Risk factors for postpartum hemorrhage: can we explain the recent temporal increase? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 33(8), 810-819.

Fortsetzung der Literaturliste auf Seite 23

Stellungnahme zu den Anträgen im Deutschen Bundestag:

„Geburtshilfe heute und in Zukunft sichern“ – „Zukunft der Hebammen und Entbindungspfleger sichern“

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

23. März 2015

Wo Menschen handeln, geschehen Fehler. Diese können gerade in der Geburtshilfe gravierende Auswirkungen haben. Diese Folgen sind für die betroffenen Familien und die Hebammen sowohl persönlicher als auch finanzieller Art. Folgerichtig sind Hebammen durch die Verordnungen über die Berufspflichten der Hebammen und Entbindungspfleger der Länder verpflichtet, sich ausreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu versichern.

Dies wird zunehmend problematischer, denn in den vergangenen Jahren hat sich der Versicherungsmarkt in diesem Bereich dramatisch verändert. Zum einen ist laut dem Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“ die Versicherungsprämie für Hebammen stark angestiegen und zum anderen zeichnen nur noch sehr wenige Versicherer im Bereich der Geburtshilfe Neugeschäfte.

Der Anstieg der Versicherungsprämien ist laut dem vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Gutachten „Versorgungs- und Vergütungssituation der außerklinischen Hebammenhilfe“ nicht auf einen Anstieg der Schadensfälle zurückzuführen. Vielmehr ist die Anzahl der Schadensfälle tendenziell sogar rückläufig. Ursächlich für den Anstieg der Haftpflichtversicherungsprämie sind die anhaltend stark steigenden Schadenssummen pro Versicherungsfall (Albrecht et al., 2012).

1. Lösungsansätze zur Haftpflichtproblematik der freiberuflich geburtshilflich tätigen Hebammen

Es ist zweifelsohne immer ein dramatisches Ereignis, wenn ein Kind mit einer Schädigung geboren wird. Dabei ist es zunächst unerheblich, wer den Schaden verursacht hat und wann er entstanden ist. Eltern und Hebammen sowie ärztliche Geburtshelfer leiden unter einem solchen Ereignis. Umso wichtiger ist es, allen Beteiligten bei der Bewältigung dieses Erlebnisses bestmöglich zu helfen. Dazu gehört für die Eltern auch die unkomplizierte finanzielle Kompensation. Hebammen und ärztlichen Geburtshelfern muss ein baldiges Fortführen ihres Berufs ermöglicht werden. Beides gilt es aus Sicht der DGHWi bei jeder angedachten Lösung mit zu bedenken.

Regressverbot für Sozialversicherungsträger

Ein Verbot für Regressforderungen seitens der Sozialversicherungsträger für eine unter der Geburt entstandene Schädigung des Kindes stellt zunächst ein geeignetes Mittel dar, um zukünftig die Schadenssummen und die daraus resultierenden steigenden Versicherungsprämien teilweise zu deckeln. Unklar ist allerdings laut dem Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe (IMAG) „Versorgung mit Hebammenhilfe“ aus dem Jahr 2014, wie hoch der Anteil der durch die Sozialversicherungsträger geltend gemachten Regressforderungen derzeit ist. Die Aussagen reichen von 25% der Schadenssumme (Anlage 5 des Abschlussberichtes) bis 60-70% der Schadenssumme (Anlage 2 des Abschlussberichtes).

Ausschluss des Regressverbots bei grober Fahrlässigkeit

Keine Aussagen können darüber getroffen werden, wie stark sich ein Ausschluss des Regressverbotes bei grober Fahrlässigkeit, wie sie der Entwurf der Neuregelung des § 134a Abs. 5 SGB V vorsieht, auf die Entwicklung der Schadenssummen und die Haftpflichtversicherungsprämien auswirken würde. Dies vor allem deswegen, weil der Grad der Fahrlässigkeit bisher bei gerichtlichen Auseinandersetzungen keine Rolle spielte und deswegen auch nicht untersucht wurde.

Ein Ausschluss des Regressverbots bei grober Fahrlässigkeit lässt befürchten, dass in jedem einzelnen Schadensfall die Frage nach dem Grad der Fahrlässigkeit gerichtlich zu klären sein wird. Dies führt zu einer unvorhersehbaren Verlängerung der Klärung der Haftungsfrage und damit zu einem Mehraufwand, der wiederum von den Haftpflichtversicherern zu tragen wäre. Das Ausmaß eines solchen Mehraufwands können wir auf der Grundlage der uns zur Verfügung stehenden Daten jedoch nicht beurteilen. Außerdem ist bei einer notwendigen gerichtlichen Klärung des Grades der Fahrlässigkeit zu bedenken, dass bis zu dessen Klärung die Haftpflichtversicherer die antizipierte Schadenssumme in ihren Rückstellungen belassen, wodurch eine Auswirkung auf die Versicherungsprämie ausbliebe.

Erfahrungsberichte betroffener Kolleginnen zeigen, dass eine Verlängerung eines Rechtsstreites nach einem Schadenserlebnis bei einem nicht unerheblichen Teil aufgrund der psychischen Belastung dazu führt, dass diese nicht mehr geburtshilflich arbeiten können oder wollen. Eine wissenschaftliche Untersuchung liegt uns diesbezüglich nicht vor. Wir halten es jedoch für notwendig, um das Angebot der Geburtshilfe zuverlässig und nachhaltig aufrechtzuerhalten, diese Fragestellung zu untersuchen. Hier gilt es festzuhalten, dass davon nicht nur Hebammen betroffen sind, die außerklinisch tätig sind, sondern auch Hebammen und geburtshilflich tätige Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern. Es ist zu befürchten, dass sich dadurch die Situation für die Krankenhäuser zusätzlich erschwert, frei werdende Hebammenstellen neu zu besetzen.

Haftungsfonds

Die in der Interministeriellen Arbeitsgruppe diskutierten Fondsmodelle sehen für die Haftpflichtversicherer eine Haftungsobergrenze vor, die sich laut der Anlage 6 des Deutschen Hebammenverbands zum Abschlussbericht der IMAG auf beispielsweise 2 Millionen Euro im Einzelfall belaufen könnte. Für Schadenssummen, die darüber hinaus gehen, tritt dann der noch einzurichtende Fond ein. Wenn die Hürde der Einrichtung eines Haftungsfonds überwunden ist, erscheint diese Lösung der DGHWi als zielführend im Sinne einer nachhaltigen Sicherstellung des Angebots der freiberuflichen Geburtshilfe durch Hebammen. Mit dieser Lösung könnte das bisherige Verfahren der Schadensregulierung beibehalten werden, so dass eine solche Lösung keine zusätzliche Belastung für die betroffenen Familien oder die Leistungserbringer zur Folge hätte. Für die Haftpflichtversicherer würde das

eigene wirtschaftliche Risiko, das sie durch das Zeichnen der Geburtshilfe eingehen, wieder kalkulierbar. Es ist davon auszugehen, dass die Versicherung der freiberuflichen Geburtshilfe für die Versicherungsgesellschaften wieder attraktiver wird, und in der Folge dessen auch wieder ein Versicherungsmarkt entstehen wird.

Versicherbarkeit der Geburtshilfe

Bei der Betrachtung der Entwicklung der Haftpflichtversicherungsproblematik, die sich für geburtshilflich tätige Hebammen und Ärzte darstellt, ergibt sich außerdem die Frage, ob der Versicherungsgedanke, der davon ausgeht, dass die Zahl der Individuen, die gemeinsam ein Risiko tragen, mit der Zahl der Individuen, die von diesem Risiko betroffen sind, annähernd übereinstimmt, im Falle der Haftpflichtversicherung geburtshilflich tätiger Hebammen und Ärzte überhaupt greifen kann.

Gerichte, die über das Verschulden von Leistungserbringern in der Geburtshilfe urteilen, begründen ihr Urteil auf der Grundlage von Gutachten, die von unabhängigen Sachverständigen erstellt werden. Laut der unabhängigen Sachverständigen im Hebammenwesen Patrizia Gruber beruhen diese Gutachten maßgeblich auf einer retrospektiven Beurteilung der kardiotokographischen Aufzeichnungen (CTG). Ein CTG zeichnet sich jedoch erwiesenermaßen durch eine hohe interpersonelle und intrapersonelle Variabilität aus (Alfirevic et al., 2013). Das bedeutet, dass ein und derselbe Gutachter ein und dasselbe CTG unterschiedlich beurteilt, wenn es ihm zu unterschiedlichen Zeitpunkten vorgelegt wird, und dass unterschiedliche Gutachter ein und dasselbe CTG unterschiedlich beurteilen. Es muss also an dieser Stelle die Frage erlaubt sein, ob die aktuellen Verfahren tatsächlich retrospektiv einen Behandlungsfehler nachweisen können bzw. ob der Leistungserbringer eine Veränderung des CTG prospektiv als (Be-)Handlungsbedarf hätte erkennen müssen. Derzeit wird davon ausgegangen, dass eine während der Geburt im CTG dokumentierte Auffälligkeit der kindlichen Herztöne ursächlich für die Schädigung eines Kindes ist. Ebenso wäre der Schluss möglich, dass ein bereits vor der Geburt geschädigtes Kind eher mit schlechten Herztönen auf die Wehentätigkeit unter der Geburt reagiert und das CTG aus diesem Grund Auffälligkeiten aufweist.

Es lässt sich also bei der Geburt eines geschädigten Kindes nicht mit Sicherheit ausschließen, dass die Schädigung bereits vor der Geburt vorlag. Ist Letzteres der Fall, trägt die Haftpflichtversicherung der Hebammen nicht ausschließlich das berufliche Risiko der Leistungserbringer, sondern das persönliche Risiko eines jeden Neugeborenen bzw. das gesellschaftliche Risiko der Geburt. In anderen Worten tragen die verhältnismäßig wenigen geburtshilflich tätigen Personen in Deutschland, das Risiko von ca. 670.000 Personen, die geboren werden. Kein Versicherungssystem kann diese Diskrepanz überbrücken.

Die DGHWi sieht auch darin Gründe für das Zusammenbrechen des Versicherungsmarktes für freiberuflich tätige Hebammen. Gleichzeitig hält sie es für ebenso notwendig, Fragen der Entstehung auffälliger Herztönen des Kindes einer weiteren wissenschaftlichen Klärung zuzuführen.

Zwischenfazit

Das Regressverbot für die Sozialversicherungsträger für Schäden, die unter der Geburt entstehen, scheint zunächst geeignet, die Schadenssummen und die daraus resultierenden Versicherungsprämien teilweise zu deckeln. Es greift jedoch nicht weit genug, da der Gesetzentwurf das Regressverbot für Schäden, die vor und nach der Geburt entstanden sind, ausschließt. Kritisch zu betrachten ist auch, dass durch das

Ermöglichen eines Regresses bei grober Fahrlässigkeit die gerichtlichen Verfahren bis zur endgültigen Klärung aufwendiger und länger werden. Darüber hinaus bleibt durch diesen geplanten Ausschluss des Regressverbots das Risiko für die Haftpflichtversicherer die Geburtshilfe zu zeichnen weiterhin unkalkulierbar.

Diese Nachteile sieht die DGHWi bei der ebenfalls diskutierten Fondslösung nicht. Dass diese Lösung darüber hinaus das Entstehen eines echten Wettbewerbs auf dem Haftpflichtversicherungsmarkt in der Geburtshilfe ermöglicht, ist als überzeugender Vorteil einer Fondslösung zu sehen.

2. Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe

Die Dramatik, die mit der Geburt eines geschädigten Kindes einhergeht, rechtfertigt alle erdenklichen Anstrengungen, um das Eintreten einer solchen Situation zu verhindern. Eine hohe Qualität ist in der außerklinischen Geburtshilfe ebenso wie in der klinischen Geburtshilfe unabdingbar. Eine kontinuierliche Steigerung der Qualität ist unabhängig vom geburtshilflichen Setting wie in allen anderen Bereichen des Gesundheitswesens anzustreben. Zur Steigerung dieser Qualität werden unterschiedliche Instrumente eingesetzt. Neben transparenten Qualitätsnachweisen und kontinuierlichen Schulungen werden immer wieder auch Forderungen nach Mindestmengen in der außerklinischen Geburtshilfe geäußert. Die DGHWi nimmt aus diesem Grund auch zu dieser Forderung Stellung.

Qualitätsverbesserung durch Mindestmengenregelung in der außerklinischen Geburtshilfe

Informationen des Deutschen Hebammenverbands e.V. zu Folge leisten 80% der außerklinisch geburtshilflich tätigen Hebammen bei weniger als 10 Geburten pro Jahr Hebammenhilfe. Es ist kaum anzunehmen, dass eine eventuelle Mindestmengenregelung in der außerklinischen Geburtshilfe weniger als 10 Geburten pro Jahr vorsehen würde. Daraus ergäbe sich zum einen die Folge, dass in strukturschwachen Gegenden das Angebot der außerklinischen Geburtshilfe nicht mehr zur Verfügung stünde, und zum anderen, dass Hebammen ihren Beruf nicht mehr frei ausüben könnten. Eine Mindestmengenregelung kann nur dann sinnvoll sein, wenn trotz dieser beiden Auswirkungen ein spürbarer Qualitätsvorteil zu erwarten wäre.

Mindestmengenregelung in der außerklinischen Geburtshilfe aus Frauensicht.

Die aktuelle Studienlage in Deutschland zeigt, dass die Qualität der Geburtshilfe bei Frauen mit einem geringen Risiko außerklinisch und klinisch gleich gut ist. Diesen Nachweis erbrachte zuletzt die von der GKV-SV in Auftrag gegebene und durchgeführte Pilotstudie „Zum Vergleich klinischer Geburten im Bundesland Hessen mit außerklinischen Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen bundesweit“ aus dem Jahr 2011. Das von den Autorinnen gezogene Fazit lautet:

„Festzuhalten bleibt, dass den Auswertungen des Pilotprojektes zufolge geburtshilfliche Ergebnisse in von Hebammen geleiteten Einrichtungen (HgE) in Deutschland resultieren, die dem Vergleich mit der Klinik nicht nur Stand halten, sondern hinsichtlich einiger Ergebnisparameter überzeugend sind. So konnte beispielsweise der Parameter ‚Damm intakt‘ signifikant häufiger in den HgE erreicht werden. Auch erzielten die HgE bei dem neu entwickelten Parameter ‚Mutter und Kind zusammen nach Hause‘ ein besseres Ergebnis als die Klinik insgesamt. Dies fällt insbesondere im Vergleich zu Kliniken mit neonatologischer Intensivstation auf. Hier ist eine deutlich geringere Rate gemeinsamer Entlassungen zu verzeichnen.“ (GKV-SV Bund, 2011, S. 37).

Verglichen wurden in beiden Settings nur die Daten unauffälliger Einlingschwangerschaften ohne geburtseinleitende Maßnahmen (GKV-SV, 2011). Zudem bestätigen

„Prozessparameter, dass in HgE weniger Medikamente zum Einsatz kommen und die Varianz hinsichtlich der Gebärpositionen deutlich größer ist. Lediglich der Anteil Neugeborener mit 5-Minuten-Apgar-Werten <7 postpartum war nach HgE-Geburten größer, 10 Minuten postpartum hatte sich die Situation jedoch soweit normalisiert, dass hier kein signifikanter Unterschied mehr nachgewiesen werden konnte.“ (Bauer & Kötter, 2013, S. 19).

Ein von David et al. (2006) an der Charité-Universitätsmedizin Berlin durchgeführter Vergleich der Ergebnisqualität innerhalb der außerklinischen Geburtshilfe belegt, dass keine Unterschiede in Abhängigkeit der Anzahl der durchgeführten Geburten zu erkennen sind. Es wurden 14.672 Einlingsgeburten (1999-2002) hinsichtlich der Fragestellung untersucht, ob die Größe eines Geburtshauses (gemessen an der Zahl von Entbindungen pro Zeiteinheit) aufgrund unterschiedlicher Strukturen zu unterschiedlichen Ergebnissen führen. Es konnte kein Beleg dafür gefunden werden, dass die wenigen festgestellten Unterschiede auf Unterschiede in der Anzahl der durchgeführten Geburten zurückzuführen sind.

Hebammen erbringen nachweislich eine qualitativ hochwertige Leistung bei der Geburt – auch in der außerklinischen Geburtshilfe – so dass keine Veranlassung besteht, durch eine Mindestmengenregelung Frauen die außerklinische Geburt vorzuenthalten.

Mindestmengenregelung in der außerklinischen Geburtshilfe aus Hebammensicht

Für die oben genannten 80% der außerklinisch geburtshilflich tätigen Hebammen mit weniger als 10 Geburten pro Jahr würde eine Mindestmengenregelung eine Einschränkung der freien Berufsausübung darstellen. Dies ist laut Art. 12 Abs. 1 GG aber nur dann gerechtfertigt, wenn diese Einschränkung zum Schutz der Sicherheit und Gesundheit der Frauen und Neugeborenen (zwingend) geboten wäre. Ein Hinweis darauf, dass eine Mindestmengenregelung einen solchen Qualitätsvorteil mit sich bringen würde, ergibt sich vor dem Hintergrund der aktuellen, oben geschilderten Studienlage nicht.

An dieser Stelle ist darüber hinaus festzuhalten, dass in Deutschland im Zusammenhang mit Qualität im Gesundheitswesen so gut wie ausschließlich über die Unterlassung von Interventionen diskutiert wird. Im Gegensatz dazu lässt diese Debatte in Großbritannien einen deutlich differenzierteren Umgang mit erhöhten Interventionsraten in der klinischen Geburtshilfe erkennen. So existiert in Großbritannien seit Dezember 2014 eine Richtlinie, die geburtshilflich tätige Hebammen und ärztliche Geburtshelfer ausdrücklich dazu verpflichtet, Frauen, bei denen unter der Geburt keine Komplikationen zu erwarten sind, eine hebammengeleitete Geburt außerhalb der Klinik (Mehrgebärende) oder in einer der Klinik angeschlossenen Abteilung (Erst- und Mehrgebärende) als geeigneten Geburtsort zu empfehlen. Die mütterlichen und kindlichen Ergebnisse dort entsprechen denen einer Klinikgeburt, jedoch sind weniger Interventionen unter der Geburt zu erwarten. (National Institute for Health and Care Excellence, 2014)

Qualitätsverbesserung durch kontinuierliche Schulungen

Notfälle sind in der Geburtshilfe, insbesondere in der außerklinischen Geburtshilfe, aufgrund einer im Vorfeld der Geburt durchgeführten ausführlichen, individuellen Risikoselektion sehr selten. Es werden Frauen in dieses Betreuungsmodell aufgenommen, bei denen unter der Geburt

keine Komplikationen zu erwarten sind. Dennoch können auch bei unkomplizierten Schwangerschaftsverläufen und nach unauffälligem Geburtsbeginn Notfälle auftreten, die eine Hebamme in der außerklinischen und in der klinischen Geburtshilfe beherrschen muss. Aus der Dokumentation der außerklinischen Geburtshilfe über die 1999 gegründete Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. ist bekannt, dass im Jahr 2011 nur 1,3 % der Frauen in Eile in eine Klinik verlegt wurden (Loytved, 2013). Es liegt auf der Hand, dass die in diesen Fällen notwendigen Fertigkeiten der Hebamme nicht durch Mindestmengenregelungen sichergestellt werden können. Dies gilt im Übrigen nicht nur in der außerklinischen Geburtshilfe. Kritische Ereignisse unter der Geburt sind grundsätzlich sehr selten. Es kann auch bei einer Mindestmengenregelung und auch im klinischen Setting mit hoher Fallzahl nicht davon ausgegangen werden, bei Eintritt eines kritischen Ereignisses auf eine damit erfahrene Fachperson bzw. ein damit erfahrenes Team zu treffen. Vielmehr erfordern diese Einzelfälle Trainings, bei denen mögliche Notfälle kontinuierlich in Simulationen geübt werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass bei Bedarf die notwendigen Handlungsabläufe vertraut sind und leicht von der Hand gehen. Hebammen sind bereits jetzt durch die Berufsordnungen und die Vergütungsvereinbarung zwischen den Hebammenverbänden und dem GKV-SV der Krankenkassen dazu verpflichtet sich regelmäßig fortzubilden und zu trainieren.

Qualitätsverbesserung durch Best Practice-Beispiele und anonyme Fehlerberichts- und Lernsysteme ("CIRLS")

Weitere qualitätssichernde Maßnahmen sind das Lernen aus Best-Practice-Beispielen (Eiff, 2012) oder das Lernen aus eigenen Fehlern oder den Fehlern anderer. Dies geschieht über eine anonymisierte Berichterstattung und Reflektion von kritischen, aber auch von positiven Ereignissen. Diese Erfassung zielt darauf ab, der Wiederholung kritischer Ereignisse vorzubeugen (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2010). Der Verein „Fälle für alle“ (www.fälle-für-alle.org) bietet seit 2013 ein allen Hebammen zugängliches Online Tool an. Studien belegen, dass solche Critical Incident Reporting and Learning-Systems ein probates Mittel sind, um die eigene Qualität kontinuierlich zu verbessern (Bohnet-Joschko & Zippel, 2014; Latzke et al., 2014). Die DGHWi erachtet solche Initiativen als förderungswürdig.

Zwischenfazit

Es lässt sich festhalten, dass Hebammen in Deutschland – auch in der außerklinischen Geburtshilfe – einen hohen Anspruch an die Qualität ihrer Arbeit haben und diese transparent dokumentieren. Der Vergleich der außerklinischen Geburtshilfe mit der klinischen Geburtshilfe lässt erkennen, dass die Klinikgeburt nicht zu qualitativ besseren Ergebnissen führt. Es lässt sich auch kein Zusammenhang zwischen der Anzahl der von Hebammen betreuten Geburten und der Qualität dieser Betreuung erkennen. Es konnte gezeigt werden, dass eine Mindestmengenregelung für die außerklinische Geburtshilfe weder notwendig noch umsetzbar ist.

3. Fazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine nachhaltige Lösung auf dem Haftpflichtversicherungsmarkt für die freiberuflich von Hebammen angebotene Geburtshilfe sowohl aus Sicht der Hebammen als auch aus Sicht der Frauen von Vorteil ist. Dabei sollten Verschlechterungen der Situation während einer Schadensregulierung sowohl für

die Leistungserbringer als auch für die betroffenen Familien verhindert werden. Diese Voraussetzung ist bei der vorgesehenen Gesetzesänderung, die eine Klärung des Grades der Fahrlässigkeit in jedem einzelnen Schadensfall erforderlich macht, nicht gegeben. Sowohl eine Ausweitung des Regressverzichts auf Fälle der groben Fahrlässigkeit als auch die diskutierten Fondslösungen stellen Alternativen dar, die eine deutliche Verbesserung der Situation der Eltern und Hebammen mit sich bringen.

Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass unterschiedliche Instrumente zur kontinuierlichen Verbesserung der Qualität von Gesundheits-

dienstleistungen, also auch für die Geburtshilfe, zur Verfügung stehen. Die Einführung von Mindestmengenregelungen in der außerklinischen Geburtshilfe ist hierbei weder notwendig, noch zielführend oder umsetzbar.

Gleichzeitig konnten in dieser Stellungnahme an unterschiedlichen Stellen Forschungslücken aufgezeigt werden. Für die DGHWi ergibt sich daraus die Schlussfolgerung, dass Hebammen in die Lage versetzt werden müssen, eigene Themen, wie in allen anderen Berufen üblich, selbst zu erforschen.

Autorinnen:

Ulrike Geppert-Orthofer, M.Sc. und Elke Mattern M.Sc. für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Literatur

- Albrecht, M., Loos, S., Sander, M. & Schliwen, A. W. (2012). *Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe – Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit*. Berlin: IGES-Institut.
- Alfirecic, Z., Deyane, D. & Gyte G. M. L. (2013) Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5*. Art. No.: CD006066. doi: 10.1002/14651858.CD006066.pub2.
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hg.) (2010). *Aus der Fehleranalyse gemeinsam lernen*. <http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/pressemitteilungen/pm2010-07-06.pdf/view?searchterm=Aus%20der%20Fehleranalyse> (Stand: 22.3.2015).
- Bauer, S., Kötter, C. (2013). Geburtshäuser: Versorgungsalternative zur Klinikentbindung? *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 217(1), 14-23.
- Bohnet-Joschko, S., Zippel, C. (2014). Humanzentriertes Risikomanagement im Krankenhaus. *Der Betriebswirt*, 1, 21-25.
- David, M., Pachaly, J., Wiemer, A. (2006). Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland – Perinataldaten "großer", "mittlerer" und "kleiner" Geburtshäuser im Vergleich. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 205(5), 166-172.
- Eiff, W. von (2012). Best practice management: in search of hospital excellence. *International Journal of Healthcare Management*, 5(1), 48-60.
- GKV-SV Bund (Hg.) (2011). *Pilotprojekt zum Vergleich klinischer Geburten im Bundesland Hessen mit außerklinischen Geburten in hebammengeleiteten Einrichtungen bundesweit*. http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2011/Nov-2011_Pilotprojekt_Vergleich_klin-ausserklin_Geburten_GKV-SV_18221.pdf (Stand: 22.3.2015).
- Interministerielle Arbeitsgruppe (2014). *Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“*. http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/H/120504_IGES-Gutachten_Versorgungs-_und_Verguetungssituation_in_der_ausserklinischen_Hebammenhilfe.pdf (Stand: 22.3.2015).
- Latzke, M., Schiffinger, M. & Steyrer, J. (2014). Der Einfluss eines anonymen Fehlermeldesystems auf das organisationale Lernen und die Häufigkeit von Behandlungsfehlern. *Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung*, 66(2) 120-146.
- Loytvad, C. (2013). *Qualitätsbericht 2011. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland*. Wissenschaftliche Scripten, Auerbach.
- National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*. NICE Clinical Guidelines CG190. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190#> (Stand: 22.3.2015).

Fortsetzung der Literaturliste von Seite 19

- Kruse, J. (2014). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Weinheim: Juventa.
- Kwee, A., Bots, M. L., Visser, G. H. & Bruinse, H. W. (2007). Obstetric management and outcome of pregnancy in women with a history of caesarean section in the Netherlands. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 132(2), 171-176.
- Latendresse, G., Murphy, P. & Fullerton, J. (2005). A description of the management and outcomes of vaginal birth after cesarean birth in the homebirth setting. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 50(5), 386-391.
- Lieberman, E., Ernst, E. K., Rooks, J. P., Stapleton, S. & Flamm, B. (2004). Results of the national study of vaginal birth after cesarean in birth centers. *Obstetrics & Gynecology*, 104(5, Part 1), 933-942.
- Loytvad, C. (2014). *Qualitätsbericht 2012: Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland*. Auerbach: Wissenschaftliche Skripten.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (11. aktualisierte und überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
- Murray-Davis, B., McNiven, P., McDonald, H., Malott, A., Elarar, L. & Hutton, E. (2012). Why home birth? A qualitative study exploring women's decision making about place of birth in two Canadian provinces. *Midwifery*, 28(5), 576-581.
- Neuhaus, W., Piroth, C., Kiencke, P., Göhring, U. J. & Mallman, P. (2002). A psychosocial analysis of women planning birth outside hospital. *Journal of Obstetrics & Gynecology*, 22(2), 143-149.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2010). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*. 3. Aufl. München: Oldenbourg.
- Rahden, O. von (2011). *Die Wahl des Geburtsortes – Eine Analyse der Entscheidungskriterien schwangerer Frauen am Beispiel des Hebammenkreißsaals*. Dissertation, Uni-Bremen. <http://elib.suub.uni-bremen.de/edocs/00102359-1.pdf>. (Stand: 30.04.15)
- Rogasch, N. (1998). *Motivation zur Hausgeburt in Deutschland*. Marburg: Tectum-Verlag.
- Sjöblom, I., Idvall, E., Rådestad, I. & Lindgren, H. (2012). A provoking choice – Swedish women's experiences of reactions to their plans to give birth at home. *Women and Birth*, 25(3), e11. doi:10.1016/j.wombi.2011.07.147.
- Soderstrom, B., Stewart, P. J., Kaitell, C. & Chamberlain, M. (1990). Interest in alternative birthplaces among women in Ottawa-Carleton. *Canadian Medical Association Journal*, 142(9), 963-969.
- Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*. Weinheim: Juventa.
- Viisainen, K. (2001). Negotiating control and meaning: home birth as a self-constructed choice in Finland. *Social Science & Medicine*, 52(7), 1109-1121.
- Welsch, H. (2011). Müttersterblichkeit. In H. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (4. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Wieggers, T. A., van der Zee, J & Keirse, M. J. N. C. (1998). Transfer from home to hospital: what is its effect on the experience of childbirth? *Birth*, 25(1), 19-24.

Interventionen gegen Übelkeit und Erbrechen in der Frühschwangerschaft

Matthews, A., Haas, D. M., O'Mathúna, D. P., Dowswell, T. & Doyle, M.

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

Übersetzung durch Gabriele Krüger, Hebamme, MaS (International Health)

Hintergrund

Viele Frauen leiden in der Frühschwangerschaft unter Übelkeit, Würge- reiz und Erbrechen. Für Frauen mit dieser Symptomatik bedeutet dies erhebliche körperliche, soziale und psychische Auswirkungen. Dies ist eine Aktualisierung eines Reviews zu Interventionen gegen Übelkeit und Erbrechen in der Frühschwangerschaft von 2010.

Ziele

Die Beurteilung der Alltagswirksamkeit und Sicherheit aller Interventionen gegen Übelkeit, Erbrechen und Würgereiz in der Frühschwangerschaft bis zur 20. Schwangerschaftswoche.

Literatursuche

Wir suchten im Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register und im Cochrane Complementary Medicine Field's Trials Register (27. April 2013).

Auswahlkriterien

Alle kontrolliert-randomisierten Studien zu jeglicher Intervention gegen Übelkeit, Erbrechen und Würgereiz in der Frühschwangerschaft. Wir schlossen Studien mit Interventionen gegen Hyperemesis gravidarum aus, die von einem anderen Cochrane Review erfasst werden. Ebenso schlossen wir quasi-randomisierte Studien mit Crossover-Design aus.

Datenerhebung und -analyse

Vier Review-Autoren, jeweils als Paare, beurteilten die Eignung der Studien, evaluierten unabhängig voneinander das Risiko für Bias und extrahierten die Daten der eingeschlossenen Studien.

Wesentliche Ergebnisse

37 Studien mit 5049 Frauen erfüllten die Einschlusskriterien. Diese Studien untersuchten mehrere Interventionen, wie z.B. Akupressur, Elektroakupunktur, Akupunktur, Ingwer, Kamille, ätherisches Zitronenöl,

Pfefferminzöl, Vitamin B6 und verschiedene Antiemetika. Wir konnten keine Studie zur Ernährungsweise oder anderen Empfehlungen zur Lebensführung finden. Die Evidenz für Alltagswirksamkeit der P6 Akupressur, Aurikular-(Ohr-)Akupressur und Elektroakupunktur des P6 war eingeschränkt. Akupunktur (P6 oder traditionelle) zeigte keinen signifikanten Nutzen für Frauen in der Schwangerschaft. Die Anwendung von Ingwerprodukten könnte für die betroffenen Frauen hilfreich sein, aber die Evidenz der Alltagswirksamkeit war eingeschränkt und nicht konsistent, obwohl in zwei kürzlich durchgeführten Studien Ingwer besser als Placebos abschnitt. Die Studien liefern nur eingeschränkte Evidenz, um den Einsatz pharmakologischer Substanzen, einschließlich Vitamin B6 und Antiemetika, zur Linderung von Erbrechen und leichter bis mittlerer Übelkeit zu befürworten. Es gab kaum Information über unerwünschte Nebenwirkungen auf Mutter und Kind oder über psychologische, soziale oder gesundheitsökonomische Endpunkte. Aufgrund von Heterogenität bei Studienteilnehmern, Interventionen, Vergleichsgruppen und gemessenen oder berichteten Endpunkten konnten wir die Ergebnisse der Studien für die meisten Endpunkte nicht poolen. Die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien war unterschiedlich.

Schlussfolgerungen der Autor/innen

Bei hoher Prävalenz von Übelkeit und Erbrechen in der Frühschwangerschaft benötigen Frauen und Gesundheitsfachleute eine klare Anleitung über wirksame und sichere Interventionen, basierend auf systematisch untersuchter Evidenz. Es besteht ein Mangel an qualitativ hochwertiger Evidenz, um eine bestimmte Intervention zu empfehlen. Das bedeutet nicht, dass die untersuchten Interventionen ineffektiv sind, sondern dass die Evidenz für eine bestimmte Intervention noch unzureichend ist. Die Schwierigkeit, die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien zu interpretieren und zu poolen, zeigt deutlich den Bedarf nach spezifischen, konsistenten und klar begründeten Endpunkten und nach Ansätzen, diese in wissenschaftlichen Studien zu messen.

Zitation des Cochrane Reviews:

Matthews, A., Haas, D. M., O'Mathúna, D. P., Dowswell, T. & Doyle, M. (2014). Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 3. Art. No.: CD007575. DOI: 10.1002/14651858.CD007575.pub3.

3rd International Conference: Midwifery Research – Women in focus — February 12, 2016 in Fulda (Germany)

Guest: The keynote speaker will be Ellen Hodnett, PhD, FCAHS who is well known for her attention in research to the interests of users of midwifery care.

Languages: Ellen Hodnett, PhD, FCAHS will hold her presentation in English. The other presentations will be translated from German into English.

Lodging: It is possible to book an overnight stay at the venue where the conference will be held from the night of February 11 to February 12. Rooms (60 rooms single and double rooms) have been allocated for conference participants.

Methoden zum Blutzuckermonitoring während der Schwangerschaft für Frauen mit einem präexistenten Diabetes

Moy, F. M., Ray, A. & Buckley, B. S.

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

Übersetzung durch Nina Peterwerth, Hebamme, B.Sc. Midwifery

Hintergrund

Das Eigenmonitoring des Blutzuckers wird als eine Leitkomponente im Managementplan der Diabetestherapie während der Schwangerschaft empfohlen. Keines der bestehenden systematischen Reviews betrachtet den Nutzen/die Alltagswirksamkeit der verschiedenen Methoden des Blutzuckermonitorings auf mütterlichen und kindliche Endpunkte bei schwangeren Frauen mit präexistentem Diabetes. Die Alltagswirksamkeit der verschiedenen Monitoringmethoden ist unklar.

Ziele

Vergleich von Methoden zum Blutzuckermonitoring und deren Einfluss auf mütterliche und kindliche Endpunkte bei schwangeren Frauen mit präexistentem Diabetes.

Literatursuche

Wir suchten im Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register (06. August 2013) und in Literaturverzeichnissen der identifizierten Studien und kontaktierten die Autoren der Studien.

Auswahlkriterien

Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs), die Methoden zum Blutzuckermonitoring bei schwangeren Frauen mit präexistentem Diabetes mellitus (Typ 1 oder Typ 2) vergleichen, einschließlich Eigenmonitoring des Blutzuckers, kontinuierliches Glukosemonitoring (CGM) oder klinisches Monitoring. Studien, die Timing und Häufigkeit des Monitorings untersuchten, wurden ebenfalls eingeschlossen. Quasi-RCTs und RCTs, die ein cluster-randomisiertes Design verwenden, wären geeignet gewesen, konnten jedoch nicht gefunden werden.

Datenerhebung und -analyse

Zwei Review-Autoren bewerteten unabhängig voneinander die Eignung der Studien, extrahierten Daten und bewerteten das Risiko für Bias der eingeschlossenen Studien. Die Daten wurden auf Genauigkeit geprüft.

Wesentliche Ergebnisse

Die Suche im Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register identifizierte 21 Studienberichte. Nach Berücksichtigung der Einschlusskriterien wurden neun Studien in diesem Review eingeschlossen. Die einge-

schlossenen Studien umfassten eine Gesamtzahl von 506 Frauen (436 Frauen mit Diabetes Typ 1 und 70 Frauen mit Diabetes Typ 2). Alle Studien stammen aus europäischen Ländern und den USA. Keine der Studien schloss Frauen mit Gestationsdiabetes ein. Fünf der neun eingeschlossenen Studien wiesen ein moderates Risiko für Bias und vier Studien ein niedriges bis moderates Risiko für Bias auf. Primäre Endpunkte waren die mütterliche glykämische Kontrolle (Nüchternblutzucker und HbA1c) und kindliches Geburtsgewicht oder Makrosomie.

In den Studien wurden verschiedene Methoden des Blutzuckermonitorings verglichen. Die folgenden Vergleiche wurden in diesem Review eingeschlossen: (1) Eigenmonitoring verglichen mit Standardversorgung, (2) Eigenmonitoring verglichen mit klinischem Monitoring, (3) präprandiales verglichen mit postprandialem Glukosemonitoring, (4) automatisiertes telemedizinisches Monitoring verglichen mit konventioneller Versorgung, (5) CGM verglichen mit intermittierendem Monitoring und (6) permanentes CGM verglichen mit intermittierendem CGM.

Weder gepoolte Analysen noch einzelne Studienanalysen zeigten signifikante Vorteile einer Monitoringmethode gegenüber einer anderen bezogen auf die primären Endpunkte (mütterliche glykämische Kontrolle und kindliches Geburtsgewicht) und sekundären Endpunkte wie Gestationsalter bei Geburt oder Frühgeburt, Häufigkeit neonataler Hypoglykämien, Tod des Neugeborenen einschließlich Totgeburt sowie Verlegung auf die neonatale Intensivstation. Primäre Endpunktdaten bezüglich Makrosomie wurden in einer Studie beschrieben, jedoch mit einem anderen Berücksichtigungsgrenzwert als in diesem Review zuvor festgelegt. Sekundäre Endpunkte, z.B. Schulterdystokie, größere und kleinere Anomalien, wurden von keiner der Studien berichtet.

Schlussfolgerungen der Autor/innen

Dieser Review fand keine Evidenz dafür, dass eine Methode des Glukosemonitoring einer anderen Methode bei schwangeren Frauen mit präexistentem Diabetes Typ 1 oder Typ 2 überlegen ist. Die Evidenzgrundlage für die Alltagswirksamkeit der Monitoringmethoden ist schwach und zusätzliche Evidenz aus großen, gut konzipierten randomisierten Studien ist für eine informierte Entscheidung zu Glukose-Monitoringmethoden notwendig.

Zitation des Cochrane Reviews:

Moy, F. M., Ray, A. & Buckley, B. S. (2014). Techniques of monitoring blood glucose during pregnancy for women with pre-existing diabetes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 4. Art. No.: CD009613. DOI: 10.1002/14651858.CD009613.pub2.

Die Bedeutung der geburtshilflichen Betreuung für das Geburtserleben der Väter

The significance of obstetric care for the birth experience of fathers

Hintergrund

Geburten finden heute in ihrer großen Mehrheit in der Klinik statt. Die Klinikgeburt wird durch das geburtshilfliche Personal des Krankenhauses, das sich aus Hebammen und Ärztinnen zusammensetzt, betreut. Routineabläufe und Interventionen prägen das Bild der Klinikgeburt (Schwarz, 2008). Inzwischen ist es üblich, dass der werdende Vater die Schwangere während der Geburt begleitet und unterstützt. Die Einbindung der Väter bei der Geburtsbegleitung ist eine Erscheinung der industrialisierten Welt (Steen et al., 2012). Mit dem gemeinsamen Erlebnis der Geburt darf der Vater die ersten Momente im Leben seines Kindes miterleben. Für den Vater gehört das Miterleben der Geburt seines Kindes sowohl zum Vaterwerden als auch zu den Verantwortlichkeiten innerhalb der Familie dazu (Johansson et al., 2012). Zudem bewerten Frauen die Begleitung des Vaters als sehr positiv. Die praktische und emotionale Unterstützung, die verständliche Weitergabe von Informationen, eine reduzierte Interventionsrate sowie die Stärkung der Paarbeziehung und Unterstützung der Familienwerdung zählen zu den Potentialen der Väterbegleitung bei der Geburt (Gungor & Beji, 2007; Hildingsson et al., 2011; Hodnett et al., 2007; Ip, 2000).

Eine überschaubare Anzahl wissenschaftlicher Arbeiten berücksichtigt die väterliche Perspektive sowie deren Gefühle und Erlebnisse während der Geburtsbegleitung (Chalmers & Meyer, 1996; Chan & Paterson-Brown, 2002; Chandler & Field, 1997; Erlandsson & Lindgren, 2009; Greenhalgh et al., 2000; Hildingsson et al., 2011; Johansson et al., 2012; Johnson, 2002; Longworth & Kingdon, 2011; Sapountzi-Krepia et al., 2010; Sengane & Nolte, 2012; Somers-Smith, 1999; Steen et al., 2012; Vehviläinen-Julkunen & Liukkonen, 1998; Wöckel & Abou-Dakn, 2009; Wöckel et al., 2011; Yokote, 2007).

Ziel

Ziel des Projekts ist es, die Wirkung der geburtshilflichen Betreuung auf das Erleben des geburtsbegleitenden Vaters zu betrachten. Am Ende sollen Empfehlungen für eine effektive Einbindung des werdenden Vaters entwickelt und an das geburtshilfliche Personal gerichtet werden, um die Rücksichtnahme auf Väter als Begleitperson zu steigern und zugleich den Mehrwert für die Familie zu erhöhen.

Methodik

Die Erlebnisse der geburtsbegleitenden Väter wurden mit Hilfe von zwölf retrospektiven, leitfadengestützten, persönlichen Einzelinterviews ermittelt. Der Kontakt zu den Befragten entstand über Gatekeeper: Hebammen und Hebammenpraxen, welche Wochenbettbetreuung oder Rückbildungskurse im Land Niedersachsen sowie im Großraum Hamburg anbieten. Die Interviews wurden im Zeitraum vom 11.09. bis 8.10.2013 durchgeführt. Dabei konnte der Vater den Interviewort frei wählen: zu Hause (7), am Arbeitsplatz (2) oder an einem öffentlichen Ort (3). Die Geburt des jüngsten Kindes lag zu diesem Zeitpunkt durchschnittlich 11 Wochen zurück.

Die systematische Analyse des Interviewmaterials orientierte sich an dem Modell der qualitativen Inhaltsanalyse nach P. Mayring (2010). Die Ergebnisse der Befragung richten sich an Hebammen und das geburts-

hilfliche Personal, um diese für die väterliche Perspektive während der Geburt zu sensibilisieren.

Ergebnisse

Im Folgenden werden die geburtshilfliche Betreuung sowie die geburtshilflichen Interventionen mit ihrer Bedeutung für das väterliche Geburtserleben dargestellt.

Bei der Kommunikation mit dem geburtsbegleitenden Vater spielt die Wortwahl eine wesentliche Rolle. Die Übermittlung von Informationen kann bei misslungener Wortwahl angst- und stressauslösend sein.

Befragter 1: „Pathologisch! [...] Und ich dachte so: ‚Oh Scheiße, pathologisch. Pathologie, das ist ja schon etwas zu spät das Ganze. [...] Fuck! Da läuft jetzt hier irgendwas ganz schief.‘ Das war Scheiße.“ (209-213)

Befragter 10: „Aber wenn jemand sagt: ‚Oh, oh!‘ [...] Dann hast du sofort Angst. [...] Dein Kopf fängt an zu spinnen mit Gedanken, die im Moment nicht wirklich gut passen.“ (158-163) „Das Gefühl im Kopf, dass etwas schief gehen könnte, ist das Schlimmste überhaupt. Das ist ein kleiner Alptraum.“ (227-229)

Werdende Väter wünschen sich gezielte Informationen und eine angemessene Aufklärung über das Vorgehen und durchzuführende Maßnahmen während der Geburt.

Befragter 11: „Ich wusste zu jeder Zeit ganz gut, was sie gemacht haben. Was ich auch schön fand (...). Jeden Handgriff, den die Hebammen gemacht haben, haben sie uns erklärt und auch erzählt, warum sie es machen. Nicht einfach getan. Auch keinen besorgten Gesichtsausdruck gemacht oder wie auch immer. [...] Das fand ich auch ganz toll. Dass man dann nicht im Unklaren gelassen wird.“ (240-247)

Befragter 12: „Man hat überhaupt nicht erklärt bekommen, was passiert hier gerade. Da ist vielleicht die Zeit nicht für da, das weiß ich nicht, kann ich alles nicht einschätzen. Vielleicht trauen das Ärzte einem nicht zu oder wollen das nicht, weil sie fünfmal am Tag dasselbe erzählen müssen. Aber einfach, dass man weiß, was da in der Situation passiert, was los ist.“ (170-174)

Der Vater nimmt die vom geburtshilflichen Personal ausgestrahlte Ruhe und Sicherheit wahr. Er erkennt Souveränität und befürwortet diese, da sie sich beruhigend auf ihn auswirkt.

Befragter 11: „Ich habe noch nie Menschen erlebt, die in - für mich als werdender Vater - in einer Stresssituation so ruhig und besonnen geblieben sind. Das fand ich unheimlich bewundernswert. [...] Dass sie wirklich so viel Ruhe auch ausstrahlen, dass sie gleichzeitig nicht nur meine Frau, sondern auch mich unheimlich beruhigt haben. Da hatte ich zu keinem Zeitpunkt irgendwie das Gefühl, alleingelassen zu werden oder Angst zu haben oder wie auch immer - kein Stück.“ (222-229)

Interventionen, die bei der Geburt eingesetzt werden, lösen bei der Mehrheit der Väter negative Gefühle aus. Mit dem Unwissen der Väter können die Eingriffe mit Nervosität, Angst und Sorge einhergehen. Diese Gemütszustände führen zu einem erheblichen Stressaufkommen beim geburtsbegleitenden Vater.

Beispielsweise die Überwachung des kindlichen Zustandes mittels CTG-Gerät löst bei einigen Vätern Nervosität und auch Angst aus.

Befragter 2: „Was mich nervös gemacht hatte, war, als die Hebamme sehr darauf pochte, den Wehenschreiber anzuschließen.“ (137-140) „(...)

das macht mir eher Angst, als dass es mich beruhigt, wenn da ein Gerät angeschlossen ist.“ (172-173)

Die Schmerzbehandlung durch die PDA erfüllt die Väter mit Bedenken, da sie diese Methode als invasiven und folgenreichen Eingriff erkennen.

Befragter 9: „Wo ich mehr Bedenken oder wo ich ein bisschen angespannter war, das war einmal bei der PDA. Das fand ich – weil das erste Mal ein Eingriff war, wo ich dachte: ‚OK, da muss das auch alles gut funktionieren.‘“ (142-144)

Väter sind erstaunt über die Anwendung des Kristeller Handgriffs. Darüber hinaus wird diese Maßnahme sehr negativ wahrgenommen.

Befragter 12: „[Als] die Geburt richtig losging, war es richtig grausam. [...] Der Arzt hat sich auf Susanne raufgelegt und (...) bei jeder Wehe mitgedrückt. Den Ellenbogen in den Bauch reingedrückt. Ich wusste überhaupt nicht, was da passiert. Es sah einfach nur grausam aus. Er lag echt auf ihr drauf mit seinem gesamten Körpergewicht. [...] Ich wusste, ich muss da durch, weil es um Susanne ging und nicht um mich. Aber ich wäre am liebsten raus gegangen. Mein persönlicher Instinkt war Flüchten, weg hier, aus der Situation raus. [...] Das war schrecklich.“ (54-64)

Diskussion

Die retrospektive Befragung begünstigt den Recall-Bias. Ein weiterer beeinflussender Faktor könnte sein, dass sich die Interviewerin sowohl als Frau als auch als Hebamme präsentierte. Sie brachte so nicht nur das gegensätzliche Geschlecht, sondern auch ihren Beruf mit in die Situation, was den befragten Vater zu Hemmungen in seinem Antwortverhalten veranlassen könnte. Da die Auswertung in diesem Projekt durch eine einzelne Person erfolgte, bestand die Gefahr des selektiven Zitierens (Mayer, 2008). Eine kommunikative Validierung der Ergebnisse, in welcher die Daten durch die Teilnehmer auf ihre Gültigkeit hin überprüft werden (Flick, 2010), blieb aufgrund der zeitlichen Begrenzung des Projekts aus.

Ziel des Projekts war es, die geburtshilfliche Betreuung aus der Perspektive des geburtsbegleitenden Vaters zu betrachten und zu erläutern, um Empfehlungen für eine effektivere Betreuung zu entwickeln.

Die befragten Väter wollen über die Geschehnisse während der Geburt informiert und aufgeklärt werden. Denn ein Mangel oder gar Fehlen an

Aufklärung führt zu Stress und Unzufriedenheit während der Geburt (Johansson et al., 2012). Ergänzend zeigen Greenhalgh et al. (2000) auf, dass medizinische Maßnahmen positiver erlebt werden, wenn ihnen eine einleitende Erklärung vorausgeht.

Es konnte aufgezeigt werden, dass Väter mit dem Geburtsgeschehen zufriedener sind, wenn das geburtshilfliche Personal durch Ruhe und Sicherheit Souveränität ausstrahlt. Ein weniger positives Geburtserlebnis des Vaters kann aus der Unzufriedenheit mit dem geburtshilflichen Personal und deren mangelnder Kompetenz resultieren (Johansson et al., 2012).

Interventionen lösen beim geburtsbegleitenden Vater Nervosität, Furcht und Beunruhigung aus. Diese negativen Gefühle bedingen zudem das Stresserleben des Vaters. Hohe Stressspiegel sowie weniger positives Geburtserleben werden bei Vätern beobachtet, die eine operative Geburt miterleben (Chandler & Field, 1997; Johansson et al., 2012; Johnson, 2002).

Die Abbildung 1 „Beziehungsgestaltung während der Geburtsbetreuung“ stellt die Empfehlungen an das geburtshilfliche Personal dar. Die Dreieckskonstellation zwischen der Frau, dem Vater und dem geburtshilflichen Personal soll von einem respektvollem Umgang miteinander und einer offenen und ehrlichen Kommunikation gekennzeichnet sein. Zudem tragen das Teilen von Informationen sowie ein ruhiges und sicheres Auftreten zu einer gelungenen Beziehung bei. Des Weiteren sollen die jeweiligen Handlungen und Verhaltensweisen von der Frau, dem Vater und dem geburtshilflichen Personal reflektiert werden. Die Zusammenarbeit von Vätern, Hebammen sowie Ärztinnen und Ärzten führt dazu, dass Frauen eine wertvollere und effektivere Betreuung während der Geburt ihres Kindes erfahren. So wird der Mehrwert für die ganze Familie erhöht und der Geburtsprozess entscheidend positiv beeinflusst.

Schlüsselwörter: Vater, Geburtserleben, geburtshilfliche Betreuung.

Keywords: Father, Birth Experience, Obstetric Care.

Autorin: Anne Köhne, B.Sc Midwifery

Kontakt: Anne.koehne@gmx.de

Die Arbeit wurde im Rahmen des Studiums an der Hochschule Osnabrück (Niedersachsen) zur Erlangung des Grades Bachelor of "Science" bei Frau Prof. Dr. C. Hellmers (Erstbetreuerin) und Herrn Prof. Dr. U. Kuhnke vorgelegt.

Literatur:

- Chalmers, B. & Meyer, D. (1996). What men say about pregnancy, birth and parenthood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 17, 47-52.
- Chan, K. & Paterson-Brown, S. (2002). How do fathers feel after accompanying their partners in labour and delivery? *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 22(1), 11-15.
- Chandler, S. & Field, P. (1997). First-Time Fathers' Experience of Labor and Delivery. *Journal of Nurse-Midwifery*, 42(1), 17-24.
- Erlandsson, K. & Lindgren, H. (2009). From belonging to belonging through a blessed moment of love for a child – the birth of a child from the fathers' perspective. *Journal of Men's Health*, 6(4), 338-344.
- Flick, U. (2010). Design und Prozess qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung* (S. 252-265). Reinbek: Rowohlt.
- Greenhalgh, R., Slade, P. & Spiby, H. (2000). Fathers' Coping Style, Antenatal Preparation, and Experiences of Labor and the Postpartum. *Birth*, 27, 177-184.
- Gungor, I. & Beji, N. (2007). Effects of Fathers' Attendance to Labor and Delivery on the Experience of Childbirth in Turkey. *Western Journal of Nursing Research*, 29(2), 213-231.
- Hildingsson, I., Cederlöf, L. & Widén, S. (2011). Fathers' birth experience in relation to midwifery care. *Women and Birth*, 24, 129-136.
- Hodnett, E.; Gates, S.; Hofmeyr, G. & Sakala, C. (2007). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-68.
- Ip, W. (2000). Relationships between partner's support during labour and maternal outcomes. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 265-272.
- Johansson, M.; Rubertsson, C.; Radestad, I. & Hildingsson, I. (2012). Childbirth – An emotional demanding experience for fathers. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 3, 11-20.
- Johnson, M. (2002). The implications of unfulfilled expectations and perceived pressure to attend the birth on men's stress levels following birth attendance: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 23, 173-182.
- Longworth, H. & Kingdon, C. (2011). Fathers in the birth room: What are they expecting and experiencing? A phenomenological study. *Midwifery*, 27, 588-594.
- Mayer, O. (2008). *Interview und schriftliche Befragung* (4. Auflage). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse* (11. aktualisierte, überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz Verlag.
- Sapountzi-Krepia, D.; Lavdaniti, M.; Dimitriadou, A.; Psychogiou, M.; Sgantzios, M.; He, H.-G.; Faros, E. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2010). Father's Feelings and Experience Related to their Wife/Partner's Delivery in Northern Greece. *The Open Nursing Journal*, 4, 48-54.

- Schwarz, C. (2008). *Entwicklung der geburtshilflichen Versorgung – am Beispiel geburtshilflicher Interventionsraten 1984-1999 in Niedersachsen*. Berlin, Technische Universität, Fakultät VII – Wirtschaft und Management.
- Sengane, M. & Nolte, A. (2012). The expectations of fathers concerning care provided by midwives to the mothers during labour. *Health SA Gesundheit*, 17(1).
- Somers-Smith, M. (1999). A place for the partner? Expectations and experiences of support during childbirth. *Midwifery*, 15, 101-108.
- Steen, M., Downe, S., Bamford, N. & Edozien, L. (2012). Not-patient and not-visitor: A metasynthesis of fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery*, 28, 422-431.
- Vehviläinen-Julkunen, K. & Liukkonen, A. (1998). Fathers' experiences of childbirth. *Midwifery*, 14, 10-17.
- Wöckel, A. & Abou-Dakn, M. (2009). Väter im Kreißaal – hilfreich oder überflüssig? *Hebammenforum*, 8, 623-627.
- Wöckel, A.; Schäfer, E. & Abou-Dakn, M. (2011). Vater werden. Vater sein. *Elterninfo, Hebammenzeitschrift*, 3(11).
- Yokote, N. (2007). Fathers' feelings and thoughts when their partners require an emergency caesarean section: Impact of the need of surgery. *Japan Journal of Nursing Science*, 4, 103-110.

Einfluss des hebammenbetreuten Kreißaals auf das mütterliche und kindliche Outcome - Eine Auswertung des Hebammenkreißaals der Universitätsklinik Bonn

Impact of midwife-led units on maternal and infant outcome

Hintergrund: Der Hebammenkreißaal ist ein Versorgungskonzept, in welchem Hebammen selbständig und eigenverantwortlich gesunde Gebärende während und nach der Geburt betreuen. Ziel dieser Arbeit ist der Vergleich des Versorgungskonzepts Hebammenkreißaal mit dem ärztegeleiteten Versorgungsmodell im Hinblick auf den mütterlichen und kindlichen Gesundheitsstatus. Untersucht wird der Hebammenkreißaal der Universitätsklinik Bonn im Vergleich zum ärztegeleiteten Kreißaal.

Methodik: Im Zeitraum 01.01.2010 – 13.02.2014 wurde auf Grundlage eines anonymisierten Datensatzes der Geburtendokumentation eine retrospektive Fall-Kontrollstudie durchgeführt. Die Stichprobe beträgt 1299 Frauen, 434 Frauen gehören der Gruppe Hebammenkreißaal an, 865 Frauen der ärztlich geleiteten Gruppe. Zur theoretischen Untermauerung wurde eine elektronische Literaturrecherche in einschlägigen Datenbanken durchgeführt. Insgesamt wurden neun Studien identifiziert.

Ergebnisse: Es konnte kein Unterschied bezüglich der maternalen Mortalität festgestellt werden. Die Anzahl der Dammverletzungen im Hebammenkreißaal war signifikant höher, während im ärztlich geleiteten Modell mehr Frauen einen Scheiden- oder Labienriss davontrugen. Die Episiotomierate war im Hebammenkreißaal signifikant geringer. Bezogen auf den Blutverlust ließ sich kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen feststellen. Im hebammenbetreuten Modell erlebten signifikant mehr Frauen eine Spontangeburt. Entsprechend war die Sectiorate signifikant geringer im Vergleich zum ärztegeleiteten Modell. Die Rate an vaginaloperativen Geburten zeigte keinen Unterschied in den Betreuungsmodellen. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der perinatalen Mortalität und Morbidität des Neugeborenen.

Schlussfolgerung: Das Versorgungskonzept Hebammenkreißaal ist ein sicheres und gesundheitsförderndes Modell der Betreuung. Die Ergebnisse der Studie decken sich weitgehend mit den Ergebnissen der beschriebenen Literatur. Die Möglichkeit von physiologischen Geburten wird durch den Hebammenkreißaal gefördert. Die Betreuung hat eine positive Auswirkung auf das Wohlbefinden von Mutter und Kind.

Schlüsselbegriffe: Hebammenkreißaal, Hebammenbetreuung, Einzu-Eins-Betreuung, hebammengeleitete Geburtshilfe.

Background: The midwife-led unit is a concept of care, where midwives autonomously care for low-risk women during and after birth. The goal of this paper is to show the differences between the midwife-led unit and the common concept of care in view of the wellbeing of mother and child. The University Hospital Bonn is reviewed as the first of its kind in Germany offering a midwife-led unit.

Method: An electronic research in relevant databases was conducted. Nine studies were identified and described in this paper. From 1 Jan 2010 through 13 Feb 2014, a retrospective case control study was conducted based on an anonymized dataset of birth documentation. The sample consists of 1,299 women, 434 of whom belong to the group 'midwife-led unit' and 865 to the group 'physician-led unit'.

Results: No difference was identified with regard to maternal mortality. Significantly more women suffered perineal trauma in the midwife-led unit, while more women suffered perineal tears in the physician-led unit. The rate of episiotomies was lower in the midwife-led unit. With regard to blood loss, no difference was identified. In the midwife-led unit, significantly more women experienced spontaneous vaginal birth; correspondingly, there were significantly less caesarian births. There was no difference between the groups concerning instrumental vaginal birth. In connection with the fetal outcome, no significant differences were identified regarding neonatal mortality and morbidity.

Conclusion: The midwife-led unit is a secure care concept with positive effects on the health and wellbeing of women and children. The results of the study are substantially in line with literature. The midwife-led unit increases the likelihood of a physiological birth.

Keywords: midwife-led unit, midwifery care.

Autorin: Katrin Eicker B.Sc., Hebamme

Kontakt: k.eicker@googlemail.com

Die Arbeit wurde im Rahmen des Studiums "Hebammenkunde" an der Hochschule für Gesundheit Bochum (Deutschland) zur Erlangung des Grades "Bachelor of Science" bei Frau Prof. Dr. Nicola H. Bauer (Erstbetreuerin) vorgelegt.

Geburtshilfliches Management für Rettungskräfte

Obstetric management for rescue services

Hintergrund: Aufgrund der Berichte von Rettungskräften und Hebammen lässt sich vermuten, dass das Thema Geburtshilfe im Rettungsdienst tendenziell risiko- und angstbesetzt wahrgenommen wird. Vermeintliche Unsicherheiten in geburtshilflichen Situationen werfen die Frage auf, welchen Blick Rettungskräfte auf geburtshilfliches Geschehen haben und wie sie für eben solche Einsätze geschult werden.

Methode: Mittels eines Surveys werden Daten anhand einer computergestützten Online-Umfrage erhoben. Diese sollen Aussagen darüber geben, ob sich Rettungskräfte, sowohl materiell als auch fachlich, als ausreichend kompetent für geburtshilfliche Einsätze empfinden. In dieser prospektiv, nicht-experimentellen Querschnittsstudie werden Korrelationen zwischen erlebten geburtshilflichen Einsätzen, dem Fortbildungsverhalten, praktischer Erfahrung und dem Kompetenzzempfinden von Rettungskräften erhoben. Die Stichprobe bildet Fachpersonal, welches im Rettungsdienst tätig ist oder war. Dazu zählen sowohl hauptberuflich als auch freiwillig tätige Rettungskräfte.

Ergebnisse: Insgesamt nahmen 64 Rettungskräfte an der Datenerhebung teil. Es ließ sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Kompetenzgefühl in geburtshilflichen- bzw. Geburtssituationen und der Anzahl der bisher erlebten Einsätze in diesen Bereichen feststellen. Ebenso besteht ein mittlerer positiver Zusammenhang zwischen der Regelmäßigkeit der Fortbildung und dem Kompetenzgefühl in geburtshilflichen Einsätzen. Die Mehrheit der Rettungskräfte ist bei diesen Einsätzen tendenziell nervöser, hat wenig praktische Vorerfahrung im geburtshilflichen Bereich und bildet sich auf diesem Gebiet nicht regelmäßig fort. Ihre materielle Ausrüstung sieht die Mehrheit der Rettungskräfte als vollständig an.

Schlussfolgerung: Anhand der erhobenen Daten ist keine eindeutige Aussage über das Empfinden der Rettungskräfte hinsichtlich einer ausreichenden ‚Rüstung‘ auf geburtshilflicher Einsätze möglich. Das Kompetenzgefühl sowie das Empfinden, gut für geburtshilfliche Situationen ausgerüstet zu sein, scheinen in Abhängigkeit von Erfahrungswerten und Fortbildungsverhalten zu stehen. Es lassen sich zwar Tendenzen sowie Bedürfnisse und ein Bedarf für Rettungskräfte in diesem Themengebiet erkennen, um jedoch klar ausmachen zu können, wo Optimierungsbedarf seitens des Rettungspersonals besteht, ist weitere Forschung zu diesem Thema notwendig.

Schlüsselwörter: Rettungsdienst, geburtshilflicher Einsatz, Schulung.

Autorin: Birte Meissner B.Sc., Hebamme

Kontakt: bmeissner@hs-gesundheit.de

Die Arbeit wurde im Rahmen des Studiums „Hebammenkunde“ an der Hochschule für Gesundheit Bochum (Deutschland) zur Erlangung des Grades „Bachelor of Science“ bei Frau Prof. Dr. Rainhild Schäfers (Erstbetreuerin) vorgelegt.

Background: Based on reports by experienced midwives and also reports from paramedics, the theme of obstetrics in emergency situations is seen with anxiety. It leads to the question about how paramedics view such situations and how they are prepared for them.

Methods: Data was collected through an online published questionnaire. The results of this survey should lead to conclusions concerning the question of whether paramedics feel sufficiently prepared and well trained for obstetric situations. It is a cross-sectional study. The design is prospective and non-experimental. There are correlations tested between obstetric emergency rescue, number and frequency of educational behavior, practical experience and the feeling of competence of rescue workers. The sample consisted of professionals who are working or used to work in rescue service in full time or on a voluntary basis.

Findings: In total 64 paramedics took part in this study. There is a significant correlation between the feeling of competence in obstetric situations and the number of such situations the experts have experienced. There is also a correlation between regular training and the feeling of competence in obstetric situations. The majority of the paramedics is more nervous in obstetric situations. They also tend to have little experience in obstetric care and they do not regularly take part in training on obstetric emergencies. Most of the rescue workers think that their equipment for obstetrical situations is complete.

Conclusion: The conclusion of this study is that it is not obvious from the collected data whether paramedics feel well prepared for obstetrical situations. The feeling of competence as well as the feeling of being well prepared for obstetrical situations seems to depend on the paramedics' experience and level of training. The observed tendencies require further studies in order to define what type of improvements in preparedness for paramedics are needed.

Keywords: paramedics, rescue service, obstetric situation, professional training.

Erweiterter Reviewboard der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science)

Dr. Barbara Baumgärtner

Barbara Baumgärtner ist Hebamme und Diplom-Berufspädagogin nach einem Studium der Völkerkunde, Soziologie und des Lehramts Sekundarstufe II mit beruflicher Fachrichtung. Promoviert hat sie in Public Health zum Thema ‚Der selbstinitiierte Kaiserschnitt. Angst und Autonomie im Kontext von Medikalisation und Nutzerorientierung‘. Der Schwerpunkt ihrer Methodenkenntnisse liegt in der interpretativ-hermeneutischen Forschung. Ihre hebammenspezifischen Fachkenntnisse umfassen die klinische wie außerklinische Versorgung von Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Sie ist seit 2013 Referentin bei der Bremer Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen und Dozentin an der Hochschule Bremen im Internationalen Studiengang Pflege- und Gesundheitsmanagement.

Zusätzliche Tätigkeit: Seit 2012 Reviewerin bei „Midwifery“.

Dr. rer. nat. Anke Berger



Anke Berger ist Hebamme und Biologin. Ihren PhD hat sie in Pflanzenökologie 1994 abgeschlossen. Sie hat in Fachzeitschriften mit Peer-Review publiziert. Der Schwerpunkt ihrer Methodenkenntnis liegt in quantitativen Methoden.

Seit 2011 arbeitet sie in Teilzeit an der Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Disziplin Geburtshilfe.

Arbeitsschwerpunkte: Perinatale psychische Gesundheit (Forschung), Advanced Practice, MSc Hebamme.

Zusätzliche Tätigkeit: Managing Editor des International Journal of Public Health; Advisory Board International Journal of Health Professions.

Prof. Dr. Andreas Büscher



Andreas Büscher ist Krankenpfleger und Pflegewissenschaftler. 2007 promovierte er zum Thema ‚Das Verhältnis von formeller und informeller Pflege in häuslichen Pflegesituationen‘ am Department of Nursing Science der University of Tampere/Finnland. In Fachzeitschriften mit Peer-Review hat er Artikel als Allein- und als Mitautor publiziert. Der Schwerpunkt seiner Methodenkenntnis liegt in der interpretativ-hermeneutischen Forschung.

Seit 2011 ist er Professor für Pflegewissenschaft an der Hochschule Osnabrück sowie seit 2012 Gastprofessor an der Universität Witten/Herdecke.

Arbeitsschwerpunkte: Qualitätsentwicklung in Pflege und Gesundheitswesen; familienorientierte Pflege; Umsetzung der Pflegeversicherung.

Zusätzliche Tätigkeit: Wissenschaftliche Leitung des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).

Dr. med. Manuela Franitza



Manuela Franitza ist Frauenärztin mit Schwerpunkt Geburtshilfe und Perinatalmedizin. Ihre Doktorarbeit hat das Thema ‚Untersuchungen zum Konzept einer integrativen Wochenbettbetreuung in der geburtshilflichen Abteilung am Klinikum Augsburg‘. In Fachzeitschriften mit Peer-Review hat sie Artikel als Alleinautorin publiziert. Der Schwerpunkt ihrer hebammenspezifischen Fachkenntnis liegt in der gesundheitlichen Versorgung und Beratung in der Schwangerschaft, bei Wöchnerinnen bzw. Müttern und in der Betreuung von Gebärenden.

Sie ist seit 1996 Oberärztin an der Frauenklinik im Klinikum Augsburg. Seit 2006 hat sie die Leitung des dortigen Perinatalzentrums (Level I).

Arbeitsschwerpunkte: Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin.

Zusätzliche Tätigkeit: Unterricht an der Augsburger Hebammenschule.

Prof. Dr. P. H. Elke Hotze



Elke Hotze ist Pflege- und Sozialwissenschaftlerin. Ihre Promotion in Public Health hat zum Thema: ‚Gradwanderung auf umkämpftem Terrain — Professionalisierungs- und Deprofessionalisierungsprozesse der Pflegeberufe in rehabilitativen Versorgungsbereichen‘. Der Schwerpunkt ihrer Methodenkenntnis liegt in der interpretativ-hermeneutischen Forschung.

Frau Hotze ist Professorin an der Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.

Arbeitsschwerpunkte: Beratung und Pflegeberatung; Pflege und Rehabilitation; Vereinbarkeit von Pflege und Beruf; Versorgung bei Demenz; Pflegenden Angehörige; Nachstationäre Versorgung.

Zusätzliche Tätigkeit: Leitung des Arbeitskreises Pflege und Rehabilitation der DEGEMED, Berlin; Vertrauensdozentin der Hans Bockler Stiftung.

Dr. phil. Elisabeth Kurth



Elisabeth Kurth ist Hebamme. Ihre Promotion in Nursing Science hat zum Thema: ‚Postnatal Infant Crying and Maternal Tiredness: Examining their Evolution and Interaction in the first 12 Weeks Postpartum‘. In Fachzeitschriften mit Peer-Review hat sie Artikel als Erst- und als Mitautorin publiziert. Der Schwerpunkt ihrer Methodenkenntnis liegt in der qualitativen und der Versorgungsforschung.

Der Schwerpunkt ihrer hebammenspezifischen Fachkenntnisse liegt in den Bereichen gesundheitlicher Versorgung und Beratung von Wöchnerinnen/Müttern, Neugeborenen und ihren Familien.

Sie ist Lehrbeauftragte am Institut für Hebammen an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften und assoziierte Mitarbeiterin am Schweizerischen Tropen- und Public Health-Institut in Basel.

Arbeitsschwerpunkte: Lehrauftrag; frei praktizierende Hebamme; Leitung des Hebammen-Netzwerks FamilyStart beider Basel.

Jun.-Prof. Dr. Sabine Metzging



Sabine Metzging hat eine grundlegende Berufsausbildung als Krankenschwester. Nach dem Studium am Institut für Pflegewissenschaft promovierte sie 2007 zum Thema ‚Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige: Erleben und Gestalten familiärer Pflege‘. In Fachzeitschriften mit Peer-Review hat sie Artikel als Allein- und Mitautorin publiziert. Der Schwerpunkt ihrer Methodenkenntnis liegt in

der interpretativ-hermeneutischen Forschung.

Seit 2010 bekleidet sie die Juniorprofessur Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke.

Arbeitsschwerpunkte: Kinder und Jugendliche; Familienorientierte Pflegeforschung

Zusätzliche Tätigkeit: (Mit-)Betreuung des Kooperativen Forschungskollegs ‚Famile - Familiengesundheit im Lebenslauf‘

Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde



Jessica Pehlke-Milde ist Hebamme. 2009 promovierte sie an der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin zum Thema ‚Ein Kompetenzprofil für die Hebammenausbildung: Grundlage einer lernergebnisorientierten Curriculumentwicklung‘. In Fachzeitschriften mit Peer-Review hat sie Artikel als Allein- und Mitautorin publiziert. Der Schwerpunkt ihrer Me-

thodenkenntnis liegt in der interpretativ-hermeneutischen Forschung. Sie ist Leiterin der Forschungsgruppe am Institut für Hebammen der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften und Professorin für empirisch-qualitative Hebammenforschung.

Arbeitsschwerpunkte: Kompetenz- und Bildungsforschung, Inkontinenz rund um die Geburt, Geburtsmodus, Entscheidungsprozesse in komplexen geburtshilflichen Situationen.

Zusätzliche Tätigkeit: Mitglied des Editorial Board des International Journal of Health Professions

Dr. Oda von Rahden



Oda von Rahden ist Hebamme und Diplompsychologin. Ihre Promotion erfolgte an der Universität Bremen zum Thema: ‚Die Wahl des Geburtsorts - Eine Analyse der Entscheidungskriterien schwangerer Frauen am Beispiel des Hebammenkreißsaals‘. In Fachzeitschriften mit Peer-Review hat sie Artikel als Mitautorin publiziert. Der Schwerpunkt ihrer Methodenkenntnis liegt in der qualitativen

Forschung. Der Schwerpunkt ihrer hebammenspezifischen Fachkenntnisse liegt in den Bereichen gesundheitlicher Versorgung und Beratung in der Schwangerschaft und von Wöchnerinnen/Müttern nach der Geburt.

Seit 2011 ist sie im Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Oldenburg als Psychologin tätig.

Arbeitsschwerpunkte: Hilfe für Familien mit Frühgeborenen

Dr. med. Tanja Richter



Tanja Richter ist Ärztin und Gesundheitswissenschaftlerin. Ihre Doktorarbeit hat das Thema ‚Implementierung eines Schulungsprogramms zur Kortison-Schubtherapie bei Multipler Sklerose‘. In Fachzeitschriften mit Peer-Review hat sie Artikel als Erst- und Mitautorin publiziert. Der Schwerpunkt ihrer Methodenkenntnis liegt in der quantitativen Forschung.

Seit 2005 ist sie Wissenschaftliche Mitarbeiterin in den Gesundheitswissenschaften der Universität Hamburg. Sie ist als Leitung in mehrere pflege- bzw. gesundheitswissenschaftliche Forschungsprojekte involviert.

Arbeitsschwerpunkte: Evidenzbasierte Patienteninformation und Shared Decision Making.

Bitte berücksichtigen Sie diese DGHWi-Termine jetzt schon in Ihrem Kalender:

- ◆ Am **11. Februar 2016** ist die 10. Mitgliederversammlung der DGHWi in Fulda geplant. Am darauf folgenden Tag, **dem 12. Februar 2016**, findet die 3. Internationale Fachtagung der DGHWi am gleichen Veranstaltungsort statt.
- ◆ Die nächste Frist für die **Einreichung von Manuskripten** für die Zeitschrift für Hebammenwissenschaft ist der 31.10.2015.

Juni 2015

- ◆ **Normal Labour and Birth Conference**
am 15.06.2015 - 17.06.2015 in Grange over Sands, English Lake District, Großbritannien
Nähere Informationen unter: http://www.uclan.ac.uk/conference_events/normal_labour_birth_2015.php
- ◆ **Zukunftswerkstatt 2015 „Visionen für Forschung und Praxis in der Geburtshilfe“**
am 22.06.2015 in Freiburg, Breisgau

September 2015

- ◆ **Deutscher Still- und Laktationskongress des AZL “Bindung Entwicklung Stillen”**
am 24.09.2015 - 25.09.2015 in Berlin
Nähere Informationen unter: <http://www.stillen.de/veranstaltung/10-deutscher-still-und-laktationskongress/>
- ◆ **Research Waste/EQUATOR Conference**
am 28.09.2015 - 30.09.2015 in Edinburgh, Schottland
Nähere Informationen unter: <http://researchwaste.net/research-wasteequator-conference/>

Oktober 2015

- ◆ **FIGO Conference: Quality Care for Women throughout Life: Partners for Health**
am 04.10.2015 - 09.10.2015 in Vancouver, Kanada
Nähere Informationen unter: <http://figo2015.com>
- ◆ **14. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung - Systeminnovationen für eine bessere Gesundheit!?**
am 07.10.2015 - 09.10.2015 in Berlin
Nähere Informationen unter: <http://dkvf2015.de/>
- ◆ **27. Jahrestagung der ISPPM: Vorgeburtliches Leben und gesellschaftliche Dimensionen; eine Gratwanderung zwischen Gesundheitspolitik, Ethik, Recht und Ökonomie**
am 23.10.2015 - 25.10.2015 in Berlin
Nähere Informationen unter: <http://www.isppm.de/jahrestagung-der-isppm/>

Dezember 2015

- ◆ **Deutscher Kongress für Perinatale Medizin**
am 01.12.2015 - 03.12.2015 in Berlin
Nähere Informationen unter: <http://www.dgpm2015.com/>

Vorstand der DGHWi

Vorsitzende

Prof. Dr. rer. medic. Rainhild Schäfers
Hebamme, Dipl.-Pflegerin (FH)
E-Mail: Vorsitzende@dghwi.de

Stellvertretende Vorsitzende

Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle
Hebamme, Krankenschwester, Master of Science in Nursing
E-Mail: Stellvertr.Vorsitzende@dghwi.de

Schriftführerin

Elke Mattern M.Sc.
Hebamme, Familienhebamme, Master of Science (Gesundheits- und Pflegewissenschaft)
E-Mail: Schriftfuehrerin@dghwi.de

Schatzmeisterin

Ulrike Geppert-Orthofer M.Sc.
Hebamme, Master of Science (General Management)
E-Mail: Schatzmeisterin@dghwi.de

Beisitzerin

Prof. Dr. phil. Monika Greening
Hebamme, Dipl.-Pflegerin (FH)
E-Mail: Beisitzerin@dghwi.de

Impressum

Herausgeberin:

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

Geschäftsstelle:

Janningsweg 4, 48159 Münster
Tel.: 0251-3808 6585; FAX: 0251-3808 6587

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. Nicola H. Bauer, PD Dr. Eva Cignacco, PD 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.

Editorinnen:

Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle, Ulrike Geppert-Orthofer M.Sc., Prof. Dr. phil. Monika Greening, Elke Mattern M.Sc., Prof. Dr. rer. medic. Rainhild Schäfers.

Redaktion:

Barbara Beck M.A., Andrea Singer B.Sc., Annetrin Skeide M.A., Dipl.-Soz.-wiss. Werner Spikofski, Christine Wehrstedt M.Sc.

Druck: Eigenverlag (DGHWi), Münster.

ISSN: 2196-4416

Zitierung der Texte:

Autor/innen (2015). Titel. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science)*, 03(01), Seitenzahlen.

Datum: 31.5.2015



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