

ZEITSCHRIFT FÜR HEBAMMENWISSENSCHAFT

Journal of Midwifery Science

Themen:

- ◆ Leitbild der DGHWi e.V.
- ◆ Stellungnahme zur Überprüfung der Mutterschafts-Richtlinien [Mu-RL]
- ◆ Review: Alternative versus konventionelle institutionelle Settings für die Geburt
- ◆ Review: Methoden zur Gewinnung von Muttermilch bei stillenden Frauen
- ◆ Review: Zug an der Nabelschnur, um die Plazenta zu entbinden
- ◆ Junges Forum: Abschlussarbeiten (Bachelor)

Kategorien

Editorial	1
Aktuelles	2
Stellungnahmen	10
Reviews	12
Junges Forum	15
Termine	24

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

Editorial	1
-----------	---

Aktuelles

Leitbild	2
Bericht zur 3. Internat. Fachtagung der DGHWi	4
Bericht über die Mitgliederversammlung	5
Der neue Vorstand	6
Mitarbeiterin der Geschäftsstelle	8
Online-Forderungspapier "Hochschulstudium in den Gesundheitsfachberufen"	9

Stellungnahmen

Stellungnahme zur Überprüfung der Mutterschafts-Richtlinien [Mu-RL]	10
---	----

Reviews

Alternative versus konventionelle institutionelle Settings für die Geburt	12
Methoden zur Gewinnung von Muttermilch bei stillenden Frauen	13
Zug an der Nabelschnur, um die Plazenta zu entbinden	14

Junges Forum

Wie erleben Auszubildende zur Hebamme die Begegnung mit einer Tot- oder Fehlgeburt?	15
Die Entwicklung von Geburtsvorstellungen: eine Analyse am Beispiel von Gebärhaltungen in Bilderbüchern	19
Sind außerklinische Geburten auch in Deutschland zu empfehlen? Analyse der Übertragbarkeit einer englischen Leitlinie auf Deutschland	21

Termine

Konferenzen, Tagungen	24
-----------------------	----

Vorstand: Kontaktangaben

Impressum

Liebe Leserin, lieber Leser,

Was leitet und lenkt uns?

Das Projekt „Leitbild“ der DGHWi begann auf einer Mitgliederversammlung als Thema eines Workshops und wurde kontinuierlich durch eine Arbeitsgruppe weiterentwickelt. Auf der letzten MV im Februar wurde das Leitbild durch die Mitglieder mit großer Mehrheit verabschiedet. Dies bedeutet einen wichtigen Meilenstein in der jungen Geschichte der DGHWi! Mit der Verabschiedung wurde eine Aktualisierung in circa zwei Jahren festgelegt.

Warum denken wir bereits heute an die Überarbeitung des Leitbildes, obwohl es doch gerade erst formuliert wurde? Weil ein Leitbild das Selbstverständnis und die Grundprinzipien einer Organisation bezeugt. Es soll den Mitgliedern eine Orientierung bieten, handlungsleitend und im besten Fall auch motivierend sein. Ein solcher Anspruch kann nur von Erfolg gekrönt sein, wenn das Selbstverständnis und die Grundprinzipien in regelmäßigen Abständen kritisch hinterfragt, geprüft und mit Blick auf die Entwicklung der DGHWi angepasst werden.

Die Entwicklung unserer Fachgesellschaft steht in der Wechselwirkung mit den Veränderungen des Gesundheitswesens und deren Institutionen und Behörden. Beispielhaft ist hier die Aufnahme der DGHWi in die AWMF zu nennen, die schlagartig dazu führte, dass die Hebammen, vertreten durch die Mandatsträgerinnen der DGHWi bei der Erarbeitung von Leitlinien rund um die Themen „Frau/Familie und Gesundheit“, Berücksichtigung findet. Solche Veränderungen stärken nicht nur die Rolle der DGHWi als aktive Mitgestalterin im Gesundheitswesen, sondern müssen auch in unserer Fachgesellschaft reflektiert und verarbeitet werden. Das Ergebnis dieser Reflexionsprozesse soll sich im Leitbild wiederfinden.

Eine Erneuerung hat auch im Vorstand stattgefunden, der ebenfalls auf der letzten Mitgliederversammlung gewählt wurde. Auch hier wurde das Prinzip der kritischen Prüfung und Hinterfragung angewandt, um als Vorstand die erfolgreiche Entwicklung und die daraus entstehenden Aufgaben der DGHWi angemessen und erfolgreich zu lenken, mit dem Ergebnis, dass der Vorstand jetzt aus sieben Personen besteht. Die Anzahl der Beisitzer/-innen wurde auf insgesamt drei erhöht. Auf den ersten Seiten dieser Ausgabe werden alle Stelleninhaberinnen vorgestellt.

Warum haben wir uns für eine Vorstandserweiterung entschieden? Allein durch die Koordination, Kommunikation und Mitarbeit im Zusammenhang mit den Leitlinienerarbeitungen sowie der Herausgeberschaft einer eigenen Fachzeitschrift haben die Aufgaben erheblich zugenommen. Durch die Aufnahme von zwei weiteren Beisitzerinnen erhoffen wir uns zum einen eine ausgewogenere Arbeitslastverteilung und zum anderen schnelle Kommunikations- und Entscheidungswege durch die Bündelung von Arbeitspaketen, für die ein Teil der Vorstandsmitglieder sich verantwortlich zeichnet. Insgesamt soll dadurch die Arbeits- und Handlungsfähigkeit des Vorstandes gestärkt werden.

Was ‚uns leitet‘ ist nicht das Leitbild, was ‚uns lenkt‘ ist nicht der Vorstand. Es sind die Menschen, die mit all ihren Ideen und Aktivitäten dazu beigetragen haben, dass die DGHWi gegründet wurde und sich bis zum heutigen Tag zu dem entwickelt hat, was sie heute ist. Das erste Leitbild unserer Fachgesellschaft würdigt die Werte und Ziele dieser wunderbaren Leistungen.



Für den Vorstand grüßt Sie herzlich
Monika Greening
Vorsitzende

Die Mitgliederversammlung der DGHWi hat ihr Leitbild verabschiedet

In den acht Jahren ihres Bestehens hat die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft ihren Platz unter den medizinischen Fachgesellschaften gefunden und ausgebaut. Dies aus dem Selbstverständnis einer Hebammenerfahrung und Geburtstradition ebenso, wie aus der Einsicht in die Notwendigkeit der Teilnahme am naturwissenschaftlich geprägten Diskurs im medizinischen Versorgungsspektrum. Die Anforderung, die eigene Arbeit auf den Prüfstand zu stellen und stärker als bislang möglich zu einer evidenzbasierten Praxis zu kommen, spielte die gleiche Rolle, wie der kritische Dialog mit den weiteren Akteuren im Feld der Geburtshilfe, in dem Selbstverständnisse, die sich in den letzten Jahrzehnten entwickelt haben, in Frage gestellt und beantwortet wurden. Diese Arbeit wurde und wird getrieben nicht von den verdienstvollen Aktivitäten exponierter Mitglieder allein, sondern vielmehr aus der Gesamtheit der Mitgliedercommunity der Gesellschaft.

Zur Wahrnehmung der Gesellschaft als Expertisezentrum für die Geburtshilfe tragen vor allem ihre Rolle in den Leitliniendiskussionen, die Herausgabe einer wissenschaftlichen Zeitschrift, eine wachsende Zahl von Geburtshilfepraxis reflektierenden Veröffentlichungen und die Aktivitäten in der Hochschulbildung und -ausbildung bei. Hinzu kommt der breite Diskurs zwischen den in Praxis und Theorie tätigen Mitgliedern.

Aus einer Idee des Vorstandes der DGHWi ist dazu nach nunmehr drei Jahren nach intensiven Diskussionen in Arbeitsgruppen ein Leitbild der wissenschaftlichen Hebammenfachgesellschaft entstanden. Die Mitgliederversammlung am 11. Februar 2016 hat den vorgelegten Entwurf mit deutlicher Mehrheit angenommen. Mit diesem Leitbild verdeutlicht die Gesellschaft ihr Anliegen, ihre Ziele und Arbeitsweise. Es wird darin die Frage beantwortet, wofür die Mitglieder und die Gesellschaft stehen und macht in den verschiedenen inhaltlichen Dimensionen das fach-

liche und wissenschaftliche Selbstverständnis deutlich. Mit dem Leitbild prägt die DGHWi ihr wissenschaftliches, gesellschaftspolitisches wie auch kulturelles Selbstbild und steht mit den darin formulierten Ansprüchen für ein Wirken auf herausgehobenem Niveau.

Neben einer Präambel und Zielen der DGHWi werden als Themenbereiche (s. Abbildung) das wissenschaftliche Selbstverständnis und Anliegen der Gesellschaft, ihre Grundsätze, Werte und Visionen, das Verständnis und die Motive der Mitglieder und ihr Kommunikationsverständnis, Zielgruppen und Partner der DGHWi sowie als Aufgabe die Teilnahme am wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Diskurs im Leitlinientext behandelt.

Neben den Gemeinsamkeiten in den wichtigen Fragen des Leitbildes, so zeigen die Beiträge zur abschließend stattgefundenen Diskussion, wünschen sich einige Mitglieder redaktionelle und inhaltliche Veränderungen. Dies ist nachvollziehbarer Ausdruck einer lebendigen Vielfalt in der Mitgliederschaft. Nun sollte man eine Auseinandersetzung um das inhaltliche Selbstverständnis als kontinuierlichen Prozess verstehen, der allerdings ohne Pragmatik kaum zu Ergebnissen führt. So ist die Verabschiedung des Textes verbunden gewesen mit dem Hinweis, ihn in 2 Jahren inhaltlich und redaktionell zu überprüfen. Für diese Zeit ist er für die Mitglieder Identifikationsbeschreibung, steht der Hebammengemeinschaft mit dezidierten Aussagen ihres wissenschaftlichen Arms zur Verfügung und zeugt vom hohen Anspruch der DGHWi. Mit der parallelen Sicht auf die Aktivitäten der Gesellschaft ist das Leitbild ein Qualitätsversprechen und geht damit über die Funktion einer Visitenkarte für die DGHWi hinaus

Werner Spikofski

Leitbild der DGHWi

Präambel

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

Die DGHWi unterstützt und betreibt wissenschaftliche Grundlegung und Lösungsformulierung für geburtshilfliche Themen. Im Fokus stehen physiologische Abläufe, Interventionen und soziale Prozesse sowie die

professionelle Begleitung der Frauen und ihrer Familien durch Hebammen.

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

Wissenschaftliches Selbstverständnis und Anliegen

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

Erkenntnisgewinn und -vermittlung zur Physiologie und den Grenzen zur Pathologie zu unterstützen. Dem Aufgabenspektrum von Hebammen soll dadurch ein wissenschaftliches Fundament gegeben werden.

Die DGHWi beteiligt sich mit salutogenetischer und ressourcenorientierter Perspektive an der Diskussion und Ausrichtung der Behandlungsstandards im medizinischen Setting. Sie nimmt zu Fragen von Forschung, Lehre und Studium der Hebammenwissenschaften ein öffentliches Mandat wahr und beteiligt sich an öffentlichen Diskursen.

Als wissenschaftliche Fachgesellschaft organisiert die DGHWi internationale Kongresse und veröffentlicht hebammenspezifische Forschungsergebnisse in einer unabhängigen Fachzeitschrift. Sie unterstützt Forschungs- und Entwicklungsvorhaben, fördert die Verbreitung von Ergebnissen der hebammenrelevanten Forschung sowie deren Anwendung in Praxis und Lehre. Darüber hinaus stärkt sie das Netzwerk der hebammenwissenschaftlich tätigen Forscherinnen und Forscher durch die Unterstützung von Sektionen und Arbeitsgruppen.

Grundsätze und Werte

Die DGHWi setzt sich für die gesellschaftliche Anerkennung des Hebammenwesens als zuständige Profession für die Begleitung der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Still- und Säuglingszeit ein. Diese Handlungsfelder der Hebammentätigkeit bedürfen eines salutogenetischen und ressourcenorientierten Betreuungsansatzes, dem sich die DGHWi verpflichtet sieht. Darin sind ihr die individuellen Bedürfnisse

des Kindes und die Selbstbestimmung von Frauen und ihren Familienmitgliedern sowie die Unterstützung der physiologischen Vorgänge ein Anliegen.

Für die Kommunikation und den Umgang mit anderen Fachgruppen und Institutionen, wie auch in der internen Arbeit, gilt gegenseitiger Respekt und ein grundsätzliches Vertrauen im Rahmen eines kritisch konstruktiven Dialoges.

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



Mitglieder

Die Mitglieder der DGHWi gehören einer unabhängigen wissenschaftlichen Fachgesellschaft an, welche die Bereiche der hebammenwissenschaftlichen Forschung, Lehre und Praxis abdeckt. Sie unterstützen durch ihre aktive oder fördernde Mitgliedschaft die Fortentwicklung einer Fachgesellschaft, die zu einer bedarfsgerechten und evidenzbasierten Versorgung von Frauen beitragen möchte.

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

Zielgruppen und Partner

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

Die DGHWi nimmt Stellung zu geburtshilflichen, insbesondere hebammenspezifischen Fragen, in fachlichen und gesundheitspolitischen Gremien. Ihre Arbeiten und Diskussionen richten sich an die Öffentlichkeit, Wissenschaftlerinnen und Wissen-

schaftler, Gesundheitspolitikerinnen und Gesundheitspolitiker, Interessen- und Sozialversicherungsvertreterinnen und -vertreter ebenso wie an die Hebammengemeinschaft und die von ihr betreuten Frauen und Familien.

Teilnahme am wissenschaftlichen und gesellschaftspolitischen Diskurs

Die DGHWi nimmt aktiv am wissenschaftlichen Diskurs zu geburtshilflichen und hebammenbezogenen gesundheitspolitischen Themen teil. Sie formuliert Fragen und erarbeitet Antworten zur Versorgungspraxis in der Geburtshilfe und sieht dabei einen Schwerpunkt in der Erarbeitung und Entwicklung von Leitlinien und Empfehlungen. Dabei legt sie Wert auf die Herausarbeitung von Evidenzen zu hebammen-

spezifischem Erfahrungswissen sowie auf die Offenheit für wissenschaftliche Erkenntnisse anderer Disziplinen für eine geburtshilfliche Praxis der Zukunft. Die DGHWi sieht ihre Aufgabe auch darin, ihre Position in der Diskussion zu den geburtshilflichen Themen in eine breitere Öffentlichkeit zu bringen und den zukünftigen Müttern und Eltern Entscheidungshilfen anzubieten.

Ziele und Aufgaben

Die DGHWi setzt sich ein für die

- ◆ internationale Anerkennung der Bedeutung der natürlichen Geburt und der Hebammentätigkeit,
- ◆ Förderung der wissenschaftlichen und praktischen Kompetenz der Beteiligten im geburtshilflichen Bereich,
- ◆ Stärkung der Rolle von Hebammen in der Geburtshilfe,

- ◆ stärkere Berücksichtigung und Reflexion von wissenschaftlichen Ergebnissen in Ausbildung, Fort-, Weiterbildung und Praxis,
- ◆ Weiterentwicklung von Qualitätsinitiativen und Leitlinien in der Geburtshilfe,
- ◆ Förderung des Transfers und der Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Ärztinnen und Ärzten zur Theorie und Praxis der Geburtshilfe,
- ◆ Förderung der Identitätsbildung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern und Praktikerinnen und Praktikern
- ◆ Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses.

Stand: 3. Januar 2016

*Prof. Dr. Monika Greening, Beate Ramsayer, M.Sc.,
Dipl.-Soz.-wiss. Werner Spikofski*

Hebammenforschung zwischen Innovation und Tradition – Bericht zur 3. Internationalen Fachtagung der DGHWi

Unter dem Motto „Frauen im Fokus“ trafen sich am 12. Februar 2016 mehr als 120 Hebammenwissenschaftlerinnen und an Hebammenwissenschaft Interessierte aus dem In- und Ausland zur 3. Internationalen Fachtagung der DGHWi in Fulda.

Bei 9 Vorträgen und 12 Posterpräsentationen stellten Forscherinnen ihre Forschungsvorhaben und ihre Ergebnisse vor. Entsprechend dem Motto stand bei fast allen Vorträgen das Empfinden der Frau im Mittelpunkt oder es war ausschlaggebend für das Forschungsinteresse.

Ellen Hodnett, den meisten Anwesenden durch ihre zahlreichen und viel zitierten Publikationen bekannt, ist eigens für den Impulsvortrag zu unserer internationalen Fachtagung aus Kanada angereist. Sie plädierte für eine fachübergreifende Forschung gemeinsam mit Verhaltensökonominnen. Als Beispiel für ein fruchtbares Joint Venture in der Forschung führt sie das Nudging (=Anstupsen) an. Dabei handelt es sich um eine in der Verhaltensökonomie bekannte Methode das Verhalten von Menschen ohne Gebote, Verbote oder ökonomische Anreize zu beeinflussen. So setzt die Kreißsaalgestaltung (z.B. durch das Entfernen des Bettes aus dem Zentrum des Raumes) sowohl bei den Frauen als auch bei den betreuenden Hebammen und Ärzten verhaltensändernde Impulse. Nudging kann somit eine Unterstützung bei der Implementierung evidenzbasierter Medizin sein.

Diesem Impulsvortrag folgten weitere nicht minder spannende Vorträge vorwiegend aus dem deutschsprachigen Raum. Die Vortragsreihe wurde ergänzt durch zahlreiche Posterpräsentationen. Diese konnten von den Teilnehmerinnen in den Pausen betrachtet werden. Nach der Mittagspause hatten die Teilnehmerinnen die Qual der Wahl. In drei

Gruppen wurden die einzelnen Poster von den Forscherinnen präsentiert. Jede Gruppe bekam 4 Forschungsarbeiten vorgestellt. Eine Wahl, die den Teilnehmerinnen nicht leicht fiel. Ein Trost ist der Abstractband zur 3. Internationalen Fachtagung der DGHWi, der es allen Anwesenden und Nicht-Anwesenden ermöglicht, sich einen Überblick über die aktuelle Forschung in den Hebammenwissenschaften zu verschaffen.

Rege genutzt wurde auch die Möglichkeit nach den Vorträgen oder den Posterpräsentationen Rückfragen zu stellen, Anregungen zu geben und konstruktive Kritik zu äußern und so kann davon ausgegangen werden, dass diese Fachtagung nicht nur für die Teilnehmerinnen, sondern auch für die Forscherinnen eine Bereicherung und Inspiration war.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die aktuelle hebammenrelevante Forschung so vielfältig ist wie die Hebammenarbeit selbst. Mit viel Kreativität bildet sie den Spannungsbogen zwischen Innovation und Bewahrung bewährter Traditionen ab.

Ulrike Geppert-Orthofer

Bitte vormerken!

Die 4. Internationale Fachtagung der DGHWi findet statt
am 16. Februar 2018.

Bericht über die Mitgliederversammlung vom 11. 2. 2016

Die DGHWi blickt auf ein ereignisreiches und erfolgreiches Jahr 2015 zurück. Davon konnten sich die knapp 40 Mitglieder, die der Einladung des Vorstands zur 10. Mitgliederversammlung gefolgt waren, überzeugen.

Tätigkeitsschwerpunkte 2015

Einen großen Meilenstein für das Berichtsjahr stellte die Aufnahme der DGHWi in die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) im Mai 2015 dar. Damit sind wir neben den Pharmazeuten die einzige nicht ärztliche Berufsgruppe, deren Fachgesellschaft in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften vertreten ist. Diese Mitgliedschaft hat die Arbeit der DGHWi im vergangenen Jahr stark geprägt. So sind wir durch diese Mitgliedschaft vermehrt in die Entwicklung von Leitlinien der Stufen S2 und S3 einbezogen worden und unsere Mitarbeit bei Stellungnahmen war gefragt. Wie sich dies konkret darstellte, wurde den Teilnehmerinnen und Teilnehmern am Beispiel der S3-Leitlinien zum Fetalen Alkoholsyndrom, zum Kaiserschnitt und zur vaginalen Geburt veranschaulicht. Es ist der DGHWi in 2015 gelungen, diese Aufgaben neben den umfangreichen anderen Tätigkeiten zu bewältigen. Diese weiteren Tätigkeiten wurden in einem weiteren Tagesordnungspunkt sehr komprimiert wie folgt zusammengefasst: Der Vorstand der DGHWi nahm an unterschiedlichen runden Tischen in den Bundesländern teil und vertrat die Hebammenwissenschaft bei Anhörungen im Bundestag, beim Gemeinsamen Bundesausschuss und bei der Bundeskonferenz. Aus diesem Grund freuen wir uns sehr, dass wir zur Unterstützung Mirjam Peters als Leitlinienbeauftragte gefunden haben. Weitere Entlastung erfährt der Vorstand durch Mitglieder, die nach einem Rundmail-Aufruf gewisse Mandate übernehmen. Ihnen allen sei an dieser Stelle unser Dank ausgesprochen.

Entwicklung der Mitgliederzahl

Auch die Mitgliederzahlen haben sich erfreulich positiv entwickelt, da wir auch in 2015 wieder mehr Mitglieder gewinnen konnten, als wir verloren haben. Die Mitgliederzahl belief sich am 31.12.2015 auf 258, darunter 24 Mitglieder als Fördermitglieder.

Förderung der Wissenschaft

Als wissenschaftliche Fachgesellschaft liegt es nahe, dass wir trotz unserer begrenzten Mittel gute wissenschaftliche Arbeit belohnen möchten. Deswegen prämiieren wir die Absolventin einer jeden hebammenwissenschaftlichen Hochschule mit einer einjährigen Bonusmitgliedschaft in der DGHWi.

Ein weiteres Anliegen der DGHWi ist es, die Mitglieder für die Forschung fit zu machen. Wir möchten daher weiterhin halbjährlich einen Methodenworkshop an den Hochschulstandorten anbieten. Dafür sind wir auf der Suche nach ausrichtenden Hochschulen, die sowohl den Inhalt entsprechend der vorhandenen Expertise selbst bestimmen, als auch den Workshop in Eigenregie organisieren.

Entlastung des Vorstands

Nach der Vorstellung der Kassenstände und des Jahresabschlusses wurde der Vorstand von der Mitgliederversammlung entlastet.

Wahlen zum Vorstand

Das laufende Jahr 2016 verspricht genauso arbeitsreich zu bleiben. Deswegen sollte der Vorstand um zwei Beisitzerinnen erweitert werden. Der Satzungsänderungsantrag, der dafür notwendig war, wurde mit einer überwältigenden Mehrheit angenommen. Danach wurden die Wahlen nach den neuen Satzungsbestimmungen durchgeführt, wobei alle Vorstandsämter mit Ausnahme der im letzten Jahr gewählten Schatzmeisterin neu zu besetzen waren. Gewählt wurden:

Vorsitzende: Prof. Dr. phil. Monika Greening
 Stellvertretende Vorsitzende: Elke Mattern M.Sc.
 Schriftführerin: Prof. Dr. phil. Dorothea Tegethoff
 Beisitzerin: Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle
 Beisitzerin: Prof. Dr. rer. medic. Lea Beckmann
 Beisitzerin: Mirjam Peters B.Sc.

Sektionen

Nicht nur die Tätigkeitsbereiche des Vorstandes weiten sich aus. Auch die inhaltliche Arbeit, die in Sektionen stattfindet, nimmt zu. Aus diesem Grund wurden bei der diesjährigen Mitgliederversammlung auf Antrag die Sektionen "Hochschulbildung" und "Internationale Hebammenwissenschaft" gegründet. Die Tätigkeitsfelder beider Sektionen wurden innerhalb der DGHWi bereits bisher ausgeführt; sie erhielten durch die Bildung der entsprechenden Sektionen jedoch einen formellen Rahmen.

Verabschiedung

Die Mitgliederversammlung fand in einer sehr konstruktiven Atmosphäre statt. Sie war getragen von gegenseitigem Respekt und Wertschätzung. Rainhild Schäfers bedankte sich bei allen für die konstruktiven Diskussionen und das aktive Mitwirken am Geschehen.

Zum Abschluss der Veranstaltung ehrten das Gremium und der neue Vorstand Rainhild Schäfers für ihre langjährige Arbeit im Namen der DGHWi. Sie wurde mit viel Empathie und großem Bedauern aus dem Vorstand verabschiedet. Rainhild Schäfers war Gründungsmitglied und seit der Gründung der DGHWi auch Mitglied im Vorstand in unterschiedlichen Positionen. Für die acht Jahre, in denen Rainhild die Geschicke der DGHWi, aber auch der Hebammen, mit viel Herz und Verstand mitgestaltet hat, bedankten sich alle Teilnehmerinnen mit einem langen und kräftigen stehenden Beifall.

Ulrike Geppert-Orthofer M.Sc.

Der neue Vorstand

Die Vorsitzende

Frau Professorin Dr. phil. Monika Greening ist 2016 neu in das Amt der Vorsitzenden der Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (DGHWi) gewählt worden. Von 2012 bis 2016 bekleidete sie im Vorstand das Amt der Beisitzerin.



Sie ist seit 2011 Professorin für Hebammenwissenschaft im Fachbereich Gesundheit und Pflege der Katholischen Hochschule Mainz und beteiligt an den Bachelor- und Masterstudiengängen Pädagogik, Management und Klinische Expertise. Im Jahr 2013 hat sie die Funktion der Prodekanin im Fachbereich übernommen.

Ihre Promotion hat sie 2011 an der Technischen Universität Darmstadt, Fachbereich Berufspädagogik erhalten für das Thema „Identifizierung von Belastungsfaktoren und Beanspruchung von Hebammen-schülerinnen während der Berufsausbildung“.

Monika Greening hatte bereits 2011 eine Berufung zur Professorin für Pflegewissenschaften an die Evangelische Hochschule Nürnberg, an der sie zuvor die Aufgabe der Lehrkraft für besondere Aufgaben übernommen hatte.

Ihren Studienabschluss zur Diplom Pflégewirtin erlangte sie 2005 an der Evangelischen Hochschule Darmstadt. Bis 2008 war sie als angestellte und/oder freiberufliche Hebamme und Dozentin tätig.

Ihr Hebammenexamen hat sie 1993 in Gießen erhalten. Von 1997-2002 war sie leitende Hebamme am Marienhospital in Darmstadt.

Die Stellvertretende Vorsitzende

Frau Elke Mattern, M.Sc. ist seit 2016 stellvertretende Vorsitzende der DGHWi. Dem Vorstand gehört sie seit 2012 an.

Sie ist am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg wiederholt als Wissenschaftliche Mitarbeiterin angestellt und bis März 2016 für das DFG-geförderte Projekt „Präferenzen und Defizite in der hebammen-relevanten Versorgung in Deutschland aus Sicht der Nutzerinnen und Hebammen“ tätig.

Von 2011 bis 2014 war Elke Mattern als Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Aufbau der Hochschule für Gesundheit in Bochum beteiligt. Den Abschluss Master of Science in Gesundheits- und Pflegewissenschaft erhielt sie 2011 an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. In



ihrer Masterarbeit erarbeitete sie eine Aufstellung zu „Zieldefinitionen für das berufliche Handeln von Familienhebammen“.

Elke Mattern war 17 Jahre im Ausland tätig (Türkei und China); seit 2003 ist sie als Hebamme und Familienhebamme freiberuflich in Niedersachsen engagiert.

Sie ist Mitbegründerin der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft und der open-access-Ausgabe "GMS Zeitschrift für Hebammenwissenschaft" und Mitautorin zweier Ratgeber zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Die Schriftführerin

Prof. Dr. phil. Dorothea Tegethoff MHA

1983-83 Hebammenausbildung in Paderborn, 1994-96 Weiterbildung zur Lehrerin für Hebammen

1996-2002 Studium der Erziehungswissenschaft an der FU Berlin

2007-2009 Studium zum "Master of Health Administration" (MHA) an der Universität Bielefeld, 2010 Promotion

1986 freiberufliche und/oder angestellte Hebamme in verschiedenen Tätigkeitsbereichen

1999-2001 sowie 2004-2006 Lehrerin für Hebammen an der Hebammenschule Berlin Neukölln

2007-2009 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der FU Berlin (Erziehungswissenschaft), 2010-2012 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der HU Berlin (Rehabilitationssoziologie), 2012-2015 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Charité (Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik)

Seit 2014 Gastprofessorin am Studiengang Hebammenkunde der Evangelischen Hochschule Berlin.



Die Schatzmeisterin

Ulrike Geppert-Orthofer wurde 2015 zur Schatzmeisterin der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) gewählt. Sie ist seit Dezember 2013 akademische Mitarbeiterin und Doktorandin am Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement und Marketing an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg. Dort untersucht sie Einflussfaktoren auf die Entscheidungsfindung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen am Beispiel der Geburtshilfe aus der Sicht der Verhaltensökonomie.



Ulrike Geppert-Orthofer hat an der Eberhard Karls Universität in Tübingen studiert. Das Studium der Volks- und Betriebswirtschaftslehre hat sie 2011 mit dem Bachelor of Science und das Studium der Betriebswirtschaftslehre 2013 mit dem Master of Science in General Management abgeschlossen.

Die Ausbildung zur Hebamme machte sie von 1995 bis 1997 an der Universitätsfrauenklinik in Tübingen. Im Anschluss daran hat sie zehn Jahre lang als Beleghebamme am Krankenhaus in Horb gearbeitet. Von 2004 bis 2012 war sie Vorsitzende des Hebammenverbands Baden-Württemberg.

Die drei Beisitzerinnen

Gertrud M. Ayerle ist nun seit 2016 als Beisitzerin im Vorstand tätig. Als Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (DGHWi) bekleidete sie zunächst das Amt der Schriftführerin und der Stellvertretenden Vorsitzenden.



Ihre grundständige Ausbildung zur Hebamme in München (1980) erweiterte Gertrud Ayerle 1985 in Essen mit dem Krankenpflegeexamen und einer Zertifizierung 1986 in "Tropical Community Health and Medicine" an der University of Liverpool (Großbritannien). Anschließend leitete sie viereinhalb Jahre ein Basisgesundheitsprojekt der Katholischen Kirche im Slumgebiet "Soweto" in Nairobi (Kenia) und arbeitete als Hebamme in der Geburtsklinik "Jamaa Maternity" in Nairobi (Kenia).

Nach Erlangen des Master of Science in Nursing im Jahr 1994 an der Catholic University of America in Washington, DC war Gertrud Ayerle zwei Jahre als Clinical Associate der Catholic University of America tätig. Von dort kehrte sie 1997 zurück und war für 6 Jahre Lehrerin für Hebammenwesen an der Hebammenschule in Koblenz.

Während eines Jahres 2006-07 war sie als Wissenschaftliche Mitarbeiterin Teammitglied der ProGeb-Studie: Low-risk Geburtsverläufe im klinischen und außerklinischen Kontext (Betreuung durch die Hebamme und geburtshilfliche Outcomes) an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH).

Seit 2004 ist sie als Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg angestellt und war bis dato verantwortlich für den multiprofessionellen Bachelor-Studiengang.

Ihre Promotionsarbeit schrieb sie 2009 zur psychometrischen Erfassung des aktuellen subjektiven Wohlbefindens und Copings in der Schwangerschaft und erhielt den Doktorinnengrad der medizinischen Wissenschaften (Dr. rer. medic.).

Frau Prof. Dr. rer. medic. **Lea Beckmann** wurde 2016 zur Beisitzerin der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) gewählt. Sie ist Studiengangsleiterin an der privaten Hochschule 21 in Buxtehude im Studiengang Hebamme Dual. Ihre Promotion zum Thema "Die außerklinische Geburt bei Status nach Sectio caesarea: Entscheidungsfindung von Eltern für den Geburtsort" schloss sie 2015 an der Universität Witten/Herdecke in Kooperation mit der Hochschule Osnabrück ab.



Lea Beckmann hat ihr Studium der Gesundheits- und Pflegewissenschaften 2010 an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg mit dem Master of Science (M.Sc.) erfolgreich beendet. Von 2011 bis 2012 hat sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin den primärqualifizierenden Studiengang Hebammenkunde in Fulda mitentwickelt.

Nach ihrem Kinderkrankenpflegeexamen 1983 in Stuttgart und einem humanitären Aufenthalt in Afghanistan 1988 hat Lea Beckmann 1992 die Ausbildung zur Hebamme in Bonn beendet. Danach war sie drei Jahre im Kreißaal und 15 Jahre freiberuflich in der Vor- und Nachsorge in einem sozialen Brennpunkt in München tätig.

Mirjam Peters ist seit 2013 Mitglied der DGHWi und der Sektion Schwangerenvorsorge. Seit Februar 2015 ist sie Beisitzerin und Leitlinienbeauftragte der DGHWi.



Derzeit schreibt sie an ihrer Masterarbeit zum Thema „Präferenzen von Frauen bei der Versorgung von Fehlgeburten mittels des Analytic Hierarchy Process“ an der HHU Düsseldorf im Weiterbildungsstudiengang Public Health. Zuvor studierte sie Psychologie (B.Sc.) an der FernUniversität Hagen. Seit ihrem Hebammenexamen 2012 am IBBG Vivantes Berlin arbeitet sie als freiberufliche Hebamme in Köln.

In ihrer zusätzlichen Funktion als Leitlinienbeauftragte übernimmt sie den Kontakt zur AWMF, wenn es um neue oder sich in Bearbeitung befindende Leitlinien geht und koordiniert die Mitarbeit der DGHWi an diesen Leitlinien. Darüber hinaus besucht sie Treffen und Seminare der AWMF zum Thema Leitlinien und beteiligt sich an der Leitliniengruppe im Deutschen Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin e.V. Als Beisitzerin übernimmt sie den Kontakt zu den Mandatsträgerinnen und Sektionen und unterstützt Elke Mattern bei ihrer Arbeit an der Website der DGHWi.

Mitarbeiterin der Geschäftsstelle

Seit Juni 2013 bin ich als Mitarbeiterin für die Geschäftsstelle der DGHWi tätig. Nach einer einjährigen Pause, bedingt durch Mutterschutz und Elternzeit, bin ich nun seit 2. April wieder als Ansprechpartnerin der Geschäftsstelle erreichbar. Nach meinem Verlagswirtschaftsstudium habe ich mehrere Jahre für einen großen medizinischen Fachverlag gearbeitet, bis ich im Herbst 2013 an die Hochschule in



Hof wechselte. Meine Ausbildung zur Hebamme habe ich 2008 in Gießen beendet und war anschließend als angestellte Hebamme in Dublin sowie als frei-berufliche Hebamme in Leipzig tätig.

Meine Aufgaben in der Geschäftsstelle umfassen u.a. die Kommunikation mit bestehenden und neuen Mitgliedern, die Pflege und Bearbeitung der DGHWi-Webseite, die Mitarbeit bei der Erstellung der Fachzeitschrift sowie das Verwalten der Abonnements der Fachzeitschrift.

Dorit Müller-Bößmann

Stellungnahme-Beauftragte

gesucht

Der Vorstand sucht dringend und *zeitnah* eine DGHWi-Mandatsträgerin / einen DGHWi-Mandatsträger, die/ der wichtige Aufgaben als Stellungnahme-Beauftragte/r übernimmt.

Interessentinnen und Interessenten werden gebeten, ihr Interesse per E-Mail in Form einer kurzen "Bewerbung" bis spätestens zum **31. Juli 2016** mitzuteilen. Diese ist an die Vorsitzende Prof. Monika Greening (vorsitzende@dghwi.de) zu richten.

Aufgaben der / des Stellungnahme-Beauftragten:

- ◆ Koordination der Stellungnahmen innerhalb der DGHWi
- ◆ Kommunikation mit dem G-BA oder anderen Organisationen, die zur Stellungnahme einladen
- ◆ Teilnahme an den Arbeitstreffen der AWMF für die / den Stellungnahme-Beauftragten
- ◆ Sondierung und Aufbereitung der Informationen der Arbeitstreffen für den Vorstand
- ◆ Informationen der Mitglieder über die Arbeit der / des Stellungnahme-Beauftragten auf den Mitgliederversammlungen
- ◆ Dokumentation aller Tätigkeiten

Die Entscheidung über die Vergabe des Mandats trifft der Vorstand auf der Grundlage der eingereichten Bewerbungen.

Online-Forderungspapier "Hochschulstudium in den Gesundheitsfachberufen"

Vom Modell zum regulären Bildungsangebot

Die unterzeichnenden Verbände fordern gemeinsam und einheitlich, das Hochschulstudium in Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Hebammenwesen jetzt vom Modellstatus in ein reguläres Bildungsangebot zu überführen.

Wir, die Vertreter*innen der Berufsgruppen Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und des Hebammenwesens, fordern den Gesetzgeber und die politischen Entscheidungsträger auf, die berufsqualifizierenden Studiengänge für diese Gesundheitsfachberufe vom Modellstatus gemäß Modellklauselgesetz (BGBl I Jg 2009 Nr. 64 vom 2.10.2009) in ein reguläres Bildungsangebot zu überführen.

Die Modellstudiengänge haben sich in ihrer Erprobungsphase als machbar und erfolgreich erwiesen.

Die Verankerung des Hochschulstudiums als reguläre Form der Berufsbildung in den Berufsgesetzen ist aus Sicht der Hochschulen und der Schulen im Gesundheitswesen sowie der Berufsverbände und ihrer Dachverbände die notwendige Konsequenz aus der positiven Evaluation der Modellstudiengänge.

Nur so ist es möglich,

- ◆ das Potential der Heilmittelerbringer und Hebammen für die gesundheitliche Versorgung,
- ◆ ihre Anschlussfähigkeit in Wissenschaft und Forschung,
- ◆ ihre Handlungsautonomie und Kooperationsfähigkeit und damit auch
- ◆ die Attraktivität der Berufe auf dem Bildungs- und Arbeitsmarkt zu sichern.

Die Unterzeichner*innen fordern daher, die hochschulische Ausbildung der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie sowie des Hebammenwesens regelhaft und zeitlich unbegrenzt in den Berufsgesetzen zu verankern.

Für Gespräche, Rückfragen und Zusammenarbeit stehen wir gerne zur Verfügung.

Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HVG) e.V. im Namen der unterzeichnenden Verbände:

HVG Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. (Prof. Dr. Jutta Rübiger), AG MTG Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (Azzisa Pula-Keuneke), BStR BundesStudierendenRat des Deutschen Verbands für Physiotherapie (ZVK) e.V. (Susanne Klotz), BSVG BundesStudierenden-Vereinigung der Gesundheitsberufe e.V. (Lydia Knauer), Bundeskonferenz Studiengänge für Gesundheitsfachberufe (Prof. Dr. Jutta Rübiger), DBL Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (Dietlind Schrey-Dern), dbs Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V. (Prof. Dr. Volker Maihack), DGHWi Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (Prof. Dr. Melita Grieshop), DHV Deutscher Hebammenverband e.V. (Martina Klenk), DVE Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (Arnd Longrée), HoGe Hochschulen für Gesundheit e.V. (Prof. Dr. Uwe Bettig), IFK Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e.V. (Ute Repschläger), Logo Deutschland Interessengemeinschaft selbstständiger LogopädInnen und SprachtherapeutInnen e. V. (Diethild Remmert), SHV Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (Karl-Heinz Kellermann), VAST Verbund für Ausbildung und Studium in den Therapieberufen (Joachim Rottenecker), VTP Verband Physikalische Therapie (Karl-Heinz Kellermann), ZVK Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (Andrea Rädlein)

Die neue Version des GFB-Leitfadens steht im Netz

Der neue Methoden-Leitfaden "GFB-Leitfaden 2.0" zur Ermittlung, Evaluation und Implementation evidenzbasierter Innovationen in den Gesundheitsfachberufen (GFB) wurde von einer GFB-Arbeitsgruppe, zu welcher auch Vertreterinnen der DGHWi e.V. zählen, unter Federführung von Cochrane Deutschland erarbeitet. Er unterstützt die Erstellung von Potenzialanalysen, die eine Vorstufe von Forschungsanträgen für größere Wirksamkeitsstudien darstellen.

Was ist neu in Version 2.0?

- ◆ Verweise auf aktuelle Literatur zur Vertiefung bestimmter Themen, wie z.B.:
 - Forschungs-Praxis-Transfer in den GFB
 - Aufbau elektronischer Suchstrategien und Nutzung etablierter Suchfilter
 - Vorhandene berufsspezifische Zusammenstellungen von Cochrane Reviews
 - Deutschsprachige Artikel zur GRADE-Bewertung
 - Klientenzentrierte Endpunkterfassung
 - Ausbau von Kooperationsstrukturen und Einbindung von Klient/innen und Fachpraktiker/innen in die Studienplanung
 - Planungshilfen für Wirksamkeitsstudien
- ◆ Konkrete Vorlage für die tabellarische Zusammenfassung von Evidenzlage und Evidenzlücken
- ◆ Verweis auf ein Best-Practice-Beispiel und eine neue Open Access Fachzeitschrift für Machbarkeitsstudien.
- ◆ Verweis auf publizierte Potential-Analysen, wie z.B. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes (ZEFQ). 2014; 108(Suppl.1):S20-S28. DOI: 10.1016/j.zefq.2014.09.004

Der neue Methoden-Leitfaden ist nachzulesen unter: www.freidok.uni-freiburg.de/data/10702

Stellungnahme zur Änderung der Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung: Überprüfung der Mutterschafts-Richtlinien [Mu-RL] – Abschnitt „Allgemeines“ Nummer 6: Ausschluss von Erprobung

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

17. Dezember 2015

Die vom G-BA gemäß §92 Abs.1 Satz 2 Nr. 4 SGB V [1] beschlossenen Richtlinien über die ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft (Mutterschafts-Richtlinien [Mu-RL]) [2] regeln die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung einschließlich der Indikationen für die einzelnen Maßnahmen sowie deren Art, Umfang und Durchführung.

Bezug genommen wird auf den Punkt 6 unter Allgemeines der Mu-RL. Die derzeitige Formulierung lautet:

„Es sollen nur Maßnahmen angewendet werden, deren diagnostischer und vorbeugender Wert ausreichend gesichert ist; eine Erprobung auf Kosten der Versichertengemeinschaft ist unzulässig.“

Zur Vereinbarkeit des §137e SGB V mit der Formulierung in Punkt 6 unter Allgemeines der Mu-RL haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) Beschlussentwürfe vorgelegt mit unterschiedlichen Positionen. Während der GKV-SV vorschlägt, die derzeitige Formulierung beizubehalten, schlägt die KBV vor, den zweiten Halbsatz zu streichen.

Die DGHWi kann sich keinem der vorgelegten Beschlussentwürfe anschließen. Der zweite Halbsatz sollte aus Sicht der DGHWi modifiziert werden in: **„... eine Erprobung im Sinne des §137e SGB V ist auf Kosten der Versichertengemeinschaft nur bei Maßnahmen zur Früherkennung unter Einhaltung besonderer forschungsethischer Prinzipien zulässig.“**

Begründung:

Nach Einführung des § 137e SGB V durch das GKV-VStG vom 22.12.2011 (BGBl. I, S. 2983) [3] soll überprüft werden, ob der zweite Halbsatz in Punkt 6 der Mu-RL mit §137e SGB V vereinbar ist. Dadurch könnte „aufgrund der Richtlinie [...eine] Untersuchungs- oder Behandlungsmethode in einem befristeten Zeitraum im Rahmen der Krankenbehandlung oder der Früherkennung zulasten der Krankenkassen erbracht“ werden [3]. Entgegen der Argumentation der KBV führt allerdings eine einfache Streichung des zweiten Halbsatzes nicht zu einer Änderung des Sachverhaltes in Punkt 6 der Mu-RL.

Ob die Paragraphen 24c ff. SGB V [4] oder zuvor die entsprechenden Paragraphen in der Reichsversicherungsordnung (§ 195 Abs. 1 RVO) „vergessen wurden“ oder bewusst nicht durch § 137e SGB V adressiert werden sollten, kann die DGHWi nicht beurteilen.

Insgesamt aber regeln die Mutterschafts-Richtlinien die sogenannten Vorsorge-Untersuchungen in der Schwangerschaft mit dem Ziel der frühzeitigen Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten. Allerdings ist zu beachten, dass die Feststellung des Risikos

für eine Erkrankung jedoch nicht gleichbedeutend ist mit der Früherkennung einer Erkrankung. Die Inhalte der Richtlinien zur Schwangerenvorsorge enthalten über die Früherkennung hinaus weitere Bestandteile (Erhebung von Basisdaten, Monitoring von gesundheitsbezogenen Daten zum Gesundheitszustand, Primärprävention, Gesundheitsförderung durch Beratung und Prophylaxe-Maßnahmen), die einen Großteil der Schwangerenvorsorge ausmachen. Die Krankenbehandlung ist nicht Bestandteil der Mutterschafts-Richtlinien.

Zur Früherkennung können im Sinne des G-BA jedoch nur solche Maßnahmen gezählt werden, die bestimmten Anforderungen genügen: „Es muss sich um eine Krankheit handeln, die wirksamer therapiert werden kann, wenn sie frühzeitig erkannt wird. Das Vor- oder Frühstadium dieser Krankheit muss durch diagnostische Maßnahmen möglichst eindeutig erfassbar sein. Es müssen genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sein, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend diagnostizieren und behandeln zu können“ [5]. Der G-BA benennt derzeit in den Mutterschafts-Richtlinien als Früherkennungsmaßnahmen die drei Ultraschalluntersuchungen im dritten, sechsten und achten Schwangerschaftsmonat, den HIV-Antikörpersuchtest, sowie das Screening auf Schwangerschaftsdiabetes und auf die Infektionen mit Chlamydien, Lues und Hepatitis B.

Die DGHWi sieht eine Erprobung von Maßnahmen zur Früherkennung im Sinne der Optimierung der geburtshilflichen Versorgung als notwendig an. Diese darf nicht aufgrund eines fehlenden monetären Ausgleichs durch die Leistungsträger ausschließlich von Drittmittelgeber-Interessen gelenkt sein. Da am Ende die Versichertengemeinschaft von der Erprobung profitiert, sollte eine (Mit-)Finanzierung durch die Leistungsträger nicht von vorneherein ausgeschlossen werden.

Im Sinne des Patientinnenschutzes sieht die DGHWi es als selbstverständlich an, dass innerhalb eines Präventionsprogramms wie dem der Mutterschaftsfürsorge nur Maßnahmen angewendet werden, deren Nutzen für Mutter und Kind ausreichend belegt ist. Dieses wird mit dem ersten Teil des bestehenden Satzes in Punkt 6 unter Allgemeines der Mu-RL aus Sicht der DGHWi bereits gut adressiert.

Fraglich in der derzeitigen Formulierung bleibt, was konkret unter einer „Erprobung“ verstanden wird. Fest steht, dass jede Ärztin/jeder Arzt bei der Erprobung etwaiger Maßnahmen beachten muss, dass ethische Kriterien, wie sie unter anderem in der Deklaration von Helsinki festgelegt wurden [6], berücksichtigt werden. Dazu gehören unter anderem die ausreichende Information der Frau über Ablauf und Hintergrund der Erprobung, das schriftliche Einverständnis der Frau, an dieser teilzunehmen (und ggfs. von ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen zu können), die anschließende datenbasierte Evaluation der Erprobung

inklusive der Veröffentlichung der Ergebnisse. Eine fehlende (dokumentierte) Sicherstellung der ethischen Kriterien schließt eine Erprobung von Maßnahmen zwangsläufig aus. Die Tatsache, dass von der Erprobung von Maßnahmen während der Schwangerschaft nicht nur die Frau, sondern auch das/die Ungeborene(n) betroffen ist/sind, dessen/deren Überwachung bei der Erprobung nur in sehr eingeschränktem Maße möglich ist, sowie die Tatsache, dass das Einholen einer Einverständniserklärung des-/derselbigen naturgemäß nicht stattfinden kann, erfordert die Verpflichtung, im Umgang mit einer Erprobung von Früherkennungs-Maßnahmen während der Schwangerschaft besondere Sorgfalt walten zu lassen. Diese Umstände müssen aus Sicht der DGHWi in der Richtlinie deutlich gemacht werden, nicht zuletzt zur Vermeidung einer bereits jetzt existenten Überversorgung [7] und in Anbetracht des derzeitigen Umgangs mit eingeschränkt evidenz-

basierten Maßnahmen und Befundkatalogen in der Schwangerenvorsorge [8][9][10].

Die DGHWi spricht sich für die Möglichkeit von Erprobungen aus. Ein reines Streichen des Präfixes „un“ im Wort „unzulässig“ erscheint allerdings nicht ausreichend.

Der zweite Halbsatz sollte erläuternd modifiziert werden und folgendes ausdrücken:

- a) dass es sich nur um Erprobungen im Sinne des §137e SGB V handelt,
- b) dass sich Erprobungen nur auf den Anteil der Früherkennungsuntersuchungen der Mutterschafts-Richtlinien beschränken,
- c) dass Erprobungen ausschließlich unter Einhaltung besonderer forschungsethischer Prinzipien zulässig sind.

Autorinnen:

Prof. Dr. Rainhild Schäfers, Elke Mattern, M.Sc., Monika Selow für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Literatur:

1. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses; 1988. Verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_92.html [Stand: 11.12.2015]
2. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“). Bundesanzeiger, 2015. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1080/Mu-RL_2015-08-20_iK-2015-11-10.pdf [Stand: 11.12.2015]
3. Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz). Bundesanzeiger; Dez. 2011. Bundesgesetzblatt I. S. 2983. Verfügbar unter: http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//%255B@attr_id=%27bgbl111s2983.pdf%27%255D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl111s2983.pdf%27%5D_1449998740668 [Stand: 11.12.2015]
4. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung – Drittes Kapitel §§ 11 - 68 (§ 24c Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft). Verfügbar unter: https://dejure.org/gesetze/SGB_V/24c.html [Stand: 11.12.2015]
5. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Früherkennung von Krankheiten bei Schwangeren; 2015. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/schwangerschaftsvorsorge/> [Stand: 11.12.2015]
6. World Medical Association. Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Verfügbar unter: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> [Stand: 11.12.2015]
7. Schäfers R, Kolip P. Zusatzangebote in der Schwangerschaft: Sichere Rundumversorgung oder Geschäft mit der Unsicherheit? In: Böcken J, Braun B, Meierjürgen R, Hrsg. Gesundheitsmonitor 2015 - Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung; 2015. S.119-50.
8. Lüdemann K. Sinn und Unsinn von Untersuchungen in der Schwangerenvorsorge. Die Hebamme. 2015; 28(2):84-9. DOI: 10.1055/s-0035-1547429
9. Schild R, Meurer B, Hart N, Goecke T, Feige A. Die Schwangerenvorsorge im Normalkollektiv - was ist evidenzbasiert. Geburtsh & Frauenheilk. 2008; 68(1):52-61. DOI: 10.1055/s-2007-965675
10. Gross M, Schling S, Wiemer A, Bernloehr A, Vetter K, Peter C. Redesigning German Maternity Records: Results from a Pilot Study. Z Geburtshilfe Neonatol. 2015; 219(5):227-34. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2014.04.014

Save the date!

2017

Die kommende Mitgliederversammlung der DGHWi e.V. findet am 17. Februar 2017 in Fulda statt.

2018

Die Mitgliederversammlung der DGHWi e.V. ist für den 15. Februar 2018 geplant. Der Ort wird später bekannt gegeben. Am darauf folgenden Tag, dem 16. Februar 2018, lädt die DGHWi e.V. zur 4. Internationalen Fachtagung ein.

Alternative versus konventionelle institutionelle Settings für die Geburt

Hodnett ED, Downe S, Walsh D

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

Übersetzung durch C. Eidt, Hebamme, B.Sc.

Hintergrund

Für schwangere Frauen, die wenige oder keine medizinischen Eingriffe bevorzugen, wurden alternative institutionelle Settings eingerichtet. In diesen Settings kann während Schwangerschaft und Geburt oder ausschließlich während des Geburtsprozesses Versorgung angeboten werden; sie können in Krankenhäusern integriert oder eigenständige Instanzen sein. Speziell entworfene Wehenräume schließen schlafzimmerähnliche Räume, Räume mit besonderem Ambiente und sogenannte Snoezelenräume ein.

Ziele

Primär: Erfassung der Wirkungen der Versorgung in einer alternativen, institutionellen Geburtsumgebung verglichen mit der Versorgung in einem konventionellen Setting. Sekundär: Untersuchung, ob die Wirkungen des Geburtssettings durch die Personalbesetzung, bauliche Merkmale, organisatorische Modelle oder geografische Lage beeinflusst werden.

Suchstrategie

Wir suchten im Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register (30. März 2012).

Auswahlkriterien

Alle randomisierten oder quasi-randomisierten kontrollierten Studien, die Effekte von alternativen, institutionellen Geburtssettings mit einem konventionellen Setting vergleichen.

Datensammlung und -analyse

Wir nutzten die Standardmethoden der Cochrane Collaboration Pregnancy and Childbirth Group. Zwei Review-Autoren evaluierten die methodische Qualität. Wir führten eine doppelte Datenextraktion durch und präsentierten die Ergebnisse mittels Risikoverhältnissen (RR) und 95% Konfidenzintervallen (KI).

Zitation des Cochrane Reviews:

Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012;(8):CD000012. DOI: 10.1002/14651858.CD000012.pub4.

Hauptergebnisse

Zehn Studien mit insgesamt 11.795 Frauen erfüllten die Einschlusskriterien. Wir haben keine Studien über eigenständige Geburtshäuser oder Snoezelenräume gefunden. Die Versorgung in einem alternativen Setting erhöhte die Wahrscheinlichkeit von: keine intrapartale Analgesie/ Anästhesie (sechs Studien, n=8.953; RR 1,18, 95% KI 1,05 bis 1,33); spontane vaginale Geburt (acht Studien; n=11.202; RR 1,03, 95% KI 1,01 bis 1,05); Stillen mit sechs bis acht Wochen (eine Studie, n=1147; RR 1,04, 95% KI 1,02 bis 1,06); und sehr positive Meinungen über die Betreuung (zwei Studien, n=1207; RR 1,96, 95% KI 1,78 bis 2,15). Die Versorgung in einem alternativen Setting verringerte die Wahrscheinlichkeit von epiduraler Analgesie (acht Studien, n=10.931; RR 0,80, 95% KI 0,74 bis 0,87); Wehensteigerung mit Oxytocin (acht Studien, n=11.131; RR 0,77, 95% KI 0,67 bis 0,88); instrumenteller vaginaler Geburt (acht Studien, n=11.202; RR 0,89, 95% KI 0,79 bis 0,99) und Dammschnitt (acht Studien, n=11.055; RR 0,83, 95% KI 0,77 bis 0,90). Es gab keine offensichtlichen Wirkungen auf andere unerwünschte mütterliche und neonatale Endpunkte. Die Betreuung durch das gleiche oder unterschiedliches Gesundheitspersonal hatte keine offensichtlichen Auswirkungen. Es konnten keine Schlussfolgerungen gezogen werden im Hinblick auf die Wirkung der Kontinuität der Betreuungsperson oder bauliche Merkmale. In mehreren der Studien, die in diesem Review eingeschlossen wurden, waren die Gestaltungsmerkmale der alternativen Settings mit wichtigen Unterschieden des organisatorischen Betreuungsmodells vermischt (separates Personal für das alternative Setting, höheres Angebot von Kontinuität der Betreuungsperson). Daher ist es schwierig, Rückschlüsse über die unabhängige Wirkung der baulichen Gestaltung der Geburtsumgebung zu ziehen.

Erratum

Im Abstractband der 3. Internationalen Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum Thema "Hebammenforschung – Frauen im Fokus; Midwifery Research – Women in Focus" (Supplement Band/ Jahrgang: 04/ 2016; Heft: Suppl. 01; siehe GMS: <http://www.egms.de/static/de/meetings/dghwi2016/about.htm>) wurde Frau Prof. Dr. Nicola Bauer nicht als Reviewerin der eingereichten Abstracts erwähnt. Wir bitten, dieses Versehen zu entschuldigen.

Die Redaktion und der Vorstand danken Frau Prof. Dr. Nicola Bauer für ihre Bewertung der Abstracts.

Methoden zur Gewinnung von Muttermilch bei stillenden Frauen

Becker GE, Smith HA, Cooney F

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

Übersetzung durch G. Krüger, Hebamme, MaS (International Health)

Hintergrund

Dies ist ein aktualisierter Cochrane Review von 2008. Stillen ist wichtig. Jedoch können nicht alle Säuglinge direkt an der Brust trinken und die Methoden zur Gewinnung von Muttermilch benötigen eine Evaluierung.

Ziele

Akzeptanz, Alltagswirksamkeit, Sicherheit, Wirkung auf die Zusammensetzung der Muttermilch, Verunreinigung und Kostenauswirkung der Methoden von Muttermilchgewinnung zu untersuchen.

Suchstrategie

Wir suchten im Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register (März 2014), CINAHL (1982 bis März 2014), in Tagungsberichten, in Sekundärliteratur und kontaktierten Wissenschaftler/innen.

Auswahlkriterien

Randomisierte und quasi-randomisierte Studien, die angewandte Methoden zu jeder beliebigen Zeit nach der Geburt vergleichen. Datensammlung und -analyse: Drei Autoren untersuchten unabhängig Studien, extrahierten Daten und untersuchten das Risiko für Bias.

Hauptergebnisse

Dieser aktualisierte Review beinhaltet 34 Studien mit 1998 Teilnehmerinnen und 17 Studien mit 961 Teilnehmerinnen zur Datenerhebung für die Analyse. Acht Studien verglichen ein oder mehrere Milchpumpenmodelle versus Ausstreichen von Hand und 14 Studien verglichen ein Milchpumpenmodell mit einem anderen Milchpumpenmodell, wobei drei dieser Studien beides, das Ausstreichen von Hand und verschiedene Milchpumpenmodelle verglichen. Fünfzehn Studien verglichen ein bestimmtes Protokoll oder ergänzendes Vorgehen, darin einbegriffen sequentielle versus simultane Protokolle (fünf Studien), mehr als viermaliges Abpumpen pro Tag versus weniger als dreimaliges Abpumpen pro Tag (eine Studie), Anleitung und Unterstützung zur Milchgewinnung für Mütter mit frühgeborenen Säuglingen versus keine Unterstützung (eine Studie), akustische oder visuelle Entspannungsmethoden für Mütter mit frühgeborenen Säuglingen versus keine speziellen Entspannungsmethoden (zwei Studien), dem Beginn der Milchförderung innerhalb einer Stunde nach der Geburt versus eine bis sechs Stunden nach der Geburt (eine Studie), Massage der Brust vor oder während des Abpumpens versus keiner Massage (zwei Studien, eine davon testete noch eine zweite Anwendung), 'therapeutic touch' versus keinen 'therapeutic touch' (eine Studie), Wärmeanwendungen an der Brust versus keine Wärmeanwendungen an der Brust (eine Studie), Kombination Ausstreichen von Hand und Abpumpen versus Abpumpen alleine (eine Studie) und ein Protokoll zur Reinigung der Brust versus kein Protokoll (eine Studie).

Es gab ungenügend vergleichbare Daten zu Studienendpunkten um eine Meta-Analyse durchzuführen und die Datenberichte beziehen sich auf die Evidenz von Einzelstudien. Nur eine von 17 Studien, welche die mütterliche Zufriedenheit/Akzeptanz untersuchte, lieferte Daten in einer zur Analyse geeigneten Form: Mehr Mütter, welche der Gruppe der Abpumpmethode zugeordnet waren, bejahten die Aussage: „Ich möchte von niemandem beim Abpumpen beobachtet werden“, als Mütter, die der Gruppe Ausstreichen von Hand zugeordnet waren, die Aussage „Ich möchte von niemandem beim Ausstreichen von Hand beobachtet werden“ (n = 68, mittlere Differenz (MD) -0,70, 95% Konfidenzintervall (KI) -1,25 bis -0,15; P = 0,01). Mütter empfanden die Anweisungen zum Ausstreichen von Hand klarer als die Anweisungen für das Abpumpen (n = 68, MD 0,40, 95% CI 0,05 bis 0,75, P = 0,02). Es konnte keine Evidenz für einen Zusammenhang zwischen Milchgewinnungsmethoden und dem unerwünschten Effekt von Muttermilchverunreinigung gefunden werden (eine Studie, n=28, Risiko-verhältnis (RR) 0,89, 95% KI 0,62 bis 1,27, P = 0,51), (eine Studie, n=142 Muttermilchproben, MD 0,20, 95% KI -0,18 bis 0,58, P = 0,30), (eine Studie, n=123 Muttermilchproben, MD 0,10, 95% KI -0,29 bis 0,49, P = 0,61), (eine Studie, n=141 Muttermilchproben, MD -0,10, 95% KI -0,46 bis 0,26, P = 0,59); oder Unterschiede im Schmerzempfinden in der Brust/an der Brustwarze oder Verletzungen (eine Studie, n=68, MD 0,02, 95% KI -0,67 bis 0,71, P = 0,96).

In Bezug auf die sekundären Endpunkte wurde bei Müttern mit Säuglingen auf einer Neugeborenenstation eine größere Muttermilchmenge gewonnen, wenn diese Entspannungsvideos sahen oder Musik hörten während sie abpumpten und wenn die Brust vor dem Abpumpen gewärmt oder während des Abpumpens massiert wurde. Der Beginn des Abpumpens innerhalb von 60 Minuten nach der Geburt bei Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht führte zu durchschnittlich höheren Muttermilchmengen als bei der Gruppe, die das Abpumpen später begann. Es gab keine Evidenz für unterschiedliche Muttermilchmengen bei gleichzeitigem oder abwechselndem Abpumpen der Brüste oder bei verschiedenen Modellen von Milchpumpen. Es ergaben sich bei den verschiedenen Methoden Unterschiede für den Gehalt an Natrium, Potassium, Eiweiß und Fett; es gab keine Evidenz für einen Unterschied im Kaloriengehalt. Bezüglich der Wirkung auf Prolaktinveränderung oder Oxytocinausschüttung durch die verschiedenen Abpumpmodelle oder Milchgewinnungsmethoden konnte keine konsistente Evidenz gefunden werden. Über wirtschaftliche Aspekte wurde nicht berichtet. Die meisten Studien wurden als unklar oder mit niedrigem Risiko für Bias bewertet. Die meisten Studien lieferten keine Information zur Verblindung während der Endpunkterhebung. Fünfzehn von 25 Studien, die Muttermilchpumpen oder Produkte evaluierten, hatten Unterstützung von Herstellern.

Zitation des Cochrane Reviews:

Becker GE, Smith HA, Cooney F. Methods of milk expression for lactating women. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;(2):CD006170. DOI: 10.1002/14651858.CD006170.pub4.

Zug an der Nabelschnur, um die Plazenta zu entbinden

Hofmeyr GJ, Mshweshwe NT, Gülmezoglu AM

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

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

Hintergrund

Die aktive Leitung der Nachgeburtphase besteht aus mehreren Interventionen, zu denen das Verabreichen eines prophylaktischen Uterotonikums (bei oder nach der Geburt des Kindes), das Abklemmen und Durchtrennen der Nabelschnur, der kontrollierte Zug an der Nabelschnur (CCT), um die Plazenta zu entbinden und die Massage des Uterus gehören. Nach neuesten Empfehlungen sollte mit dem Abklemmen der Nabelschnur gewartet werden, bis das geburtshilfliche Personal bereit ist CCT anzuwenden. Das Maßnahmenpaket der aktiven Leitung der Nachgeburtphase vermindert das Risiko einer Nachgeburtshämorrhagie (PPH), ebenso wie die Einzelkomponente, die routinemäßige Gabe von Uterotonika. Um den möglichen Nutzen von CCT abzuklären, sollte dieser quantifiziert werden, da die Anwendung unangenehm ist und Frauen ein interventionsarmes, zurückhaltendes Vorgehen bevorzugen.

Zusätzlich hat die Einführung dieser Maßnahme eine Auswirkung auf die Ressourcen bezüglich des Trainings von Gesundheitsfachpersonal.

Ziele

Die Wirkung von CCT in der Nachgeburtphase zu evaluieren, entweder mit oder ohne konventioneller aktiver Nachgeburtshilfe.

Suchstrategie

Wir suchten im Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register (29. Januar 2014), PubMed (1966 bis 29. Januar 2014) und in Literaturlisten identifizierter Studien.

Auswahlkriterien

Randomisierte kontrollierte Studien, die planmäßige CCT mit keiner geplanten CCT bei Frauen mit Vaginalgeburt vergleichen.

Datensammlung und -analyse

Zwei Autoren untersuchten die Studienqualität und extrahierten Daten mit Hilfe eines standardisierten Datenextraktionsblatts.

Hauptergebnisse

Wir schlossen drei methodisch gute Studien mit Daten von jeweils 199, 4.058 und 23.616 Frauen ein. Eine Verblindung war nicht möglich, aber

der Bias konnte durch die objektive Messung des Blutverlustes, eingeschränkt werden. Es gab keinen Unterschied in Bezug auf das Risiko eines Blutverlustes von mehr als 1000ml (drei Studien, 27.454 Frauen; Risikoverhältnis (RR) 0,91, 95% Konfidenzintervall (KI) 0,77 bis 1,08). Die Anzahl manueller Plazentalösungen war mit CCT vermindert (zwei Studien, 27.665 Frauen; RR 0,69, 95% KI 0,57 bis 0,83). In der Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) reduzierte sich die Anzahl der manuellen Plazentalösungen vor allem an Orten, wo routinemäßig Ergometrin in der Nachgeburtphase verabreicht wurde. Eine nicht vordefinierte Analyse, welche Orte, an denen routinemäßig Ergometrin in der Nachgeburtphase verabreicht wird, ausschloss, fand keinen Unterschied zu dem Risiko der manuellen Plazentalösung in der WHO Studie (1 Studie, 23.010 Frauen; RR 1,03, 95% KI 0,73 bis 1,46). Die Regelung, die Dauer der Nachgeburtphase auf 30 Minuten zu begrenzen (4.057 Frauen; RR 0,69, 95% KI 0,53 bis 0,90) könnte einen Effekt in der französischen Studie gehabt haben.

Zu den sekundären Endpunkten zählte eine Verminderung des Blutverlustes von 500 ml oder mehr (drei Studien, 27.454 Frauen; RR 0,93, 95% KI 0,88 bis 0,99), durchschnittlicher Blutverlust (2 Studien, 27.255 Frauen; Mittelwertdifferenz (MD) -10,85 ml, 95% KI -16,73 bis -4,98), und Dauer der Nachgeburtphase (2 Studien, 27.360 Frauen; standardisierte MD -0,57, -0,59 bis -0,54). Es gab keine klaren Unterschiede in Bezug auf den Gebrauch von zusätzlichen Uterotonika (drei Studien, 27.829 Frauen; durchschnittlicher RR 0,95, 95% KI 0,88 bis 1,02), Bluttransfusion, mütterlicher Tod/schwere Morbidität, operative Eingriffe oder mütterliche Zufriedenheit. Mütterlicher Schmerz (nicht vorab festgelegt) wurde in einer Studie vermindert (3760 Frauen; RR 0,78, KI 0,61 bis 0,99).

Folgende sekundäre Endpunkte wurden in keiner der Studien erwähnt: Verzögerte Plazentalösung von mehr als 60 Minuten oder wie durch den Studienautor definiert; mütterlicher Hämoglobinwert weniger als 9 g/dl nach 24 bis 48 Stunden nach der Geburt oder Bluttransfusion; Organversagen, Verlegung auf Intensivstation, Zufriedenheit des betreuenden Gesundheitsfachpersonals, Wirtschaftlichkeit, Nachkürrettage oder Infektion.

Zitation des Cochrane Reviews:

Hofmeyr GJ, Mshweshwe NT, Gülmezoglu AM. Controlled cord traction for the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;(1):CD008020. DOI: 10.1002/14651858.CD008020.pub2.

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

Wie erleben Auszubildende zur Hebamme die Begegnung mit einer Tot- oder Fehlgeburt?

How do midwifery students respond to an encounter with a miscarriage or stillbirth?

Hintergrund

Bevor sie die Ausbildung zur Hebamme beginnen, ist es die mehrheitliche Vorstellung und Erwartung vieler Auszubildender, mit gesunden Frauen und Kindern zu arbeiten, sich für sie einzusetzen, ihnen zu helfen und sie vor unnötigen Interventionen zu schützen. Die Geburt eines Kindes wird als ein besonderes Ereignis angesehen [12], und der Beruf der Hebamme als eine Tätigkeit, die zu einem großen Teil mit glücklichen Momenten zu tun hat [13].

Entgegen der Vorstellungen und Erwartungen an ihren Traumberuf werden die Auszubildenden jedoch häufig schon früh in der praktischen Ausbildung mit dem Thema Tod, Trauer und Verlust um das Ereignis der Geburt konfrontiert. Nicht selten erleben sie schon in den ersten Wochen traumatische Ereignisse wie eine Tot- oder Fehlgeburt. Die Auswirkungen auf sie sind nur wenig erforscht, in der Literatur kaum diskutiert [14], und bisher nicht systematisch analysiert worden.

Ziel

Ziel dieser Arbeit war es, ein tieferes Verständnis und Bewusstsein für die Gefühls- und Arbeitswelt von werdenden Hebammen zu erlangen,

wenn sie während ihrer Ausbildung traumatische Ereignisse wie die Geburt eines toten Kindes erleben und bewältigen müssen. Die Fragestellung lautete: Wie erleben Auszubildende zur Hebamme die Begegnung mit einer Tot- oder Fehlgeburt?

Methodik

Die Fragestellung wurde mittels einer systematischen Übersichtsarbeit, orientiert an der methodischen Vorgehensweise zur Erstellung von qualitativen Meta-Synthesen [10], bearbeitet. Dabei wurden qualitative Studien zum Erleben einer Tot- oder Fehlgeburt von Auszubildenden zur Hebamme systematisch identifiziert und zusammengefasst.

Die Recherche nach geeigneten Studien erfolgte in den elektronischen Datenbanken Medline (PubMed), Web of Science und MedPilot mit folgender Suchstrategie: (midwi* AND (student OR education)) AND (stillbirth OR perinatal death). Zusätzlich wurde eine Handsuche in verschiedenen deutsch- und englischsprachigen Fachzeitschriften für Hebammen durchgeführt.

Der Rechercheweg und die Studienauswahl sind in Abbildung 1 dargestellt.

Suchstrategie: (midwi* AND (student OR education)) AND (stillbirth OR perinatal death)

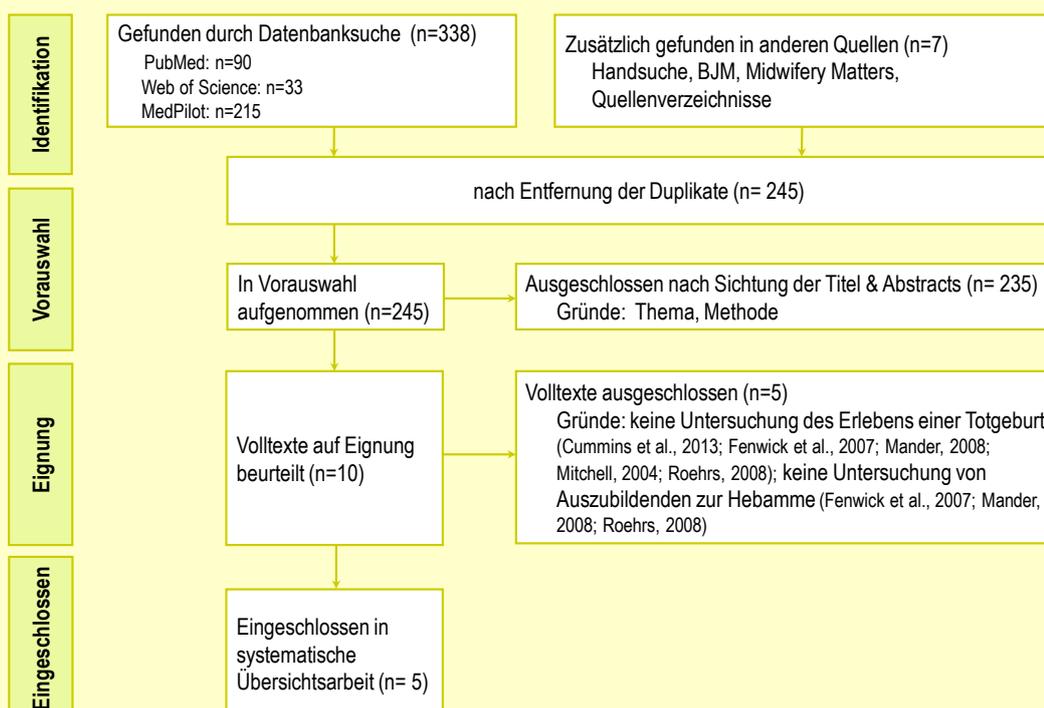


Abbildung 1:
Flussdiagramm zur
Studienauswahl

Die methodische Qualität der Studien wurde anhand des Leitfadens zur Kritischen Beurteilung qualitativer Studien von Behrens & Langer [5] bewertet.

Die bereits vorhandenen qualitativen Kategorien und die zugehörigen Originalzitate der eingeschlossenen Studien wurden einzeln extrahiert, mittels qualitativer Inhaltsanalyse analysiert, interpretiert und mit einander verglichen. Anschließend wurden sinnverwandte Ergebnisse und Kategorien der Studien synthetisiert und neue Themenbereiche generiert. Es stellte sich heraus, dass die Kategorie "Crying like a fool" [4] unterschiedliche Aspekte zusammenfasst. Zum einen wurden die Gefühle und Reaktionen der Teilnehmer beschrieben, zum anderen wurde die Unterstützung und die Lernerfahrung der Studentinnen thematisiert. Aus diesem Grund wurde dieser Themenbereich in drei Unterthemen unterteilt; siehe Abbildung 2. Die Originalzitate und Ergebniskategorien der englischsprachigen Publikationen wurden nicht ins Deutsche übersetzt, um die ursprüngliche Bedeutung nicht zu verfälschen.

Ergebnisse

Insgesamt konnten für die Übersichtsarbeit zwei qualitative Studien [4] [13] zur Thematik identifiziert werden (Beschreibung der Studien: siehe Tabelle 1). Zusätzlich wurden drei Reflexionen von Hebammenstudent/innen [1][2][6] als separate ergänzende Analyse mit herangezogen, da sie aufgrund ihres deskriptiven Designs einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen werden konnten.

Die Erfahrungen der Hebammenstudent/innen der beiden qualitativen Studien konnten in vier Themenbereiche zusammengeführt werden: „Überforderung“, „Emotionen“, „Unterstützung“ und „Lernerfahrung“ (Hauptsynthese: siehe Abbildung 2). Für die Synthese der Reflexionen

von Anderson [1], Attia [2] und Campbell [6] wurde in ähnlicher Weise verfahren. Da hier jedoch keine generierten Themenbereiche vorlagen, wurden alle Aussagen, die die Erfahrungen und das Erleben der Autoren beschreiben, extrahiert. Nach der qualitativen Inhaltsanalyse wurden die Aussagen mit den Themenbereichen der Hauptsynthese verglichen und konnten diesen Themen größtenteils zugeordnet werden. Lediglich die Kategorien „Unterstützung“ und „Lernerfahrung“ wurden aufgrund der geringen Quantität in einer Kategorie „Unterstützung und Lernerfahrung“ zusammengefasst.

Die Ergebnisse der ergänzenden Analyse der Reflexionen stützen die Ergebnisse der Hauptsynthese.

Überforderung

Die Student/innen fühlten sich mit der Situation mental und emotional überfordert. Es wurden Schock, Hilflosigkeit, Unsicherheit und Sprachlosigkeit beschrieben. Sie waren auf das Erlebte weder mental noch fachlich vorbereitet. Die Phrase "Don't know what to say" wurde von sehr vielen Student/innen verwendet und verdeutlicht dies. Eine Befragte überforderte die Situation derart, dass sie geduckt aus dem Zimmer direkt nach Hause flüchtete:

"...there was a curtain and I just ducked behind it and had no idea what to do because people were experiencing such a horrible, horrible thing on the other side of the curtain, there's nothing you can really do, and I just sort ducked out of the room and home." [13]

Auch in den Reflexionen spiegelte sich die Überforderung in einer extremen Hilflosigkeit wider:

"I felt so completely helpless in my first day of caring for Kelly and Jon [...] I struggled to understand how life can be so unfair." [6]

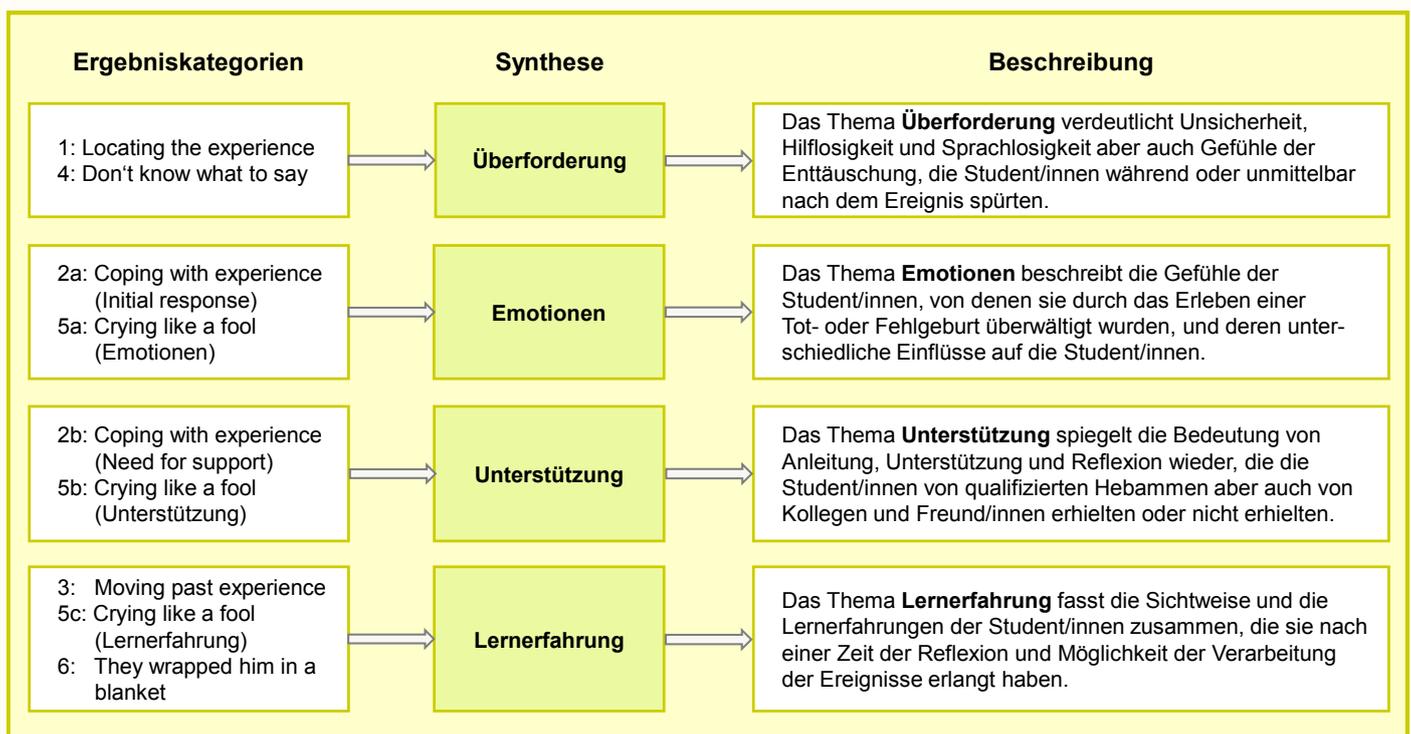


Abbildung 2: Generierte Themenbereiche zum Erleben von Auszubildenden zur Hebamme bezüglich einer Tot- oder Fehlgeburt: Ergebniskategorien 1 bis 3 (McKenna & Rolls, 2011); Ergebniskategorien 4 bis 6 (Begley, 2003)

Tabelle 1: Übersicht der herangezogenen Studien

Autor	Land	Design	Methoden	Probanden	Fragestellung	Ergebnisse
McKenna & Rolls 2011	Australien	Interpretatives Design	Halbstrukturierte Einzelinterviews	8 Student/innen des Hebammenstudienganges	Wie erleben Student/innen des Hebammenstudienganges die Begegnung mit einer Tot- oder Fehlgeburt oder die Begegnung mit einem toten Neugeborenen?	1: Locating the experience 2a: Coping with experience (Initial response) 2b: Coping with experience (Need for support) 3: Moving past experience
Begley 2003	Irland	Phänomenologie	Unstrukturierte Einzel- und Gruppeninterviews Follow-up Interviews Tagebuchaufzeichnungen	26 Student/innen des Hebammenstudienganges 21 Interviews 5 Tagebuchaufzeichnungen	Wie erleben Student/innen des Hebammenstudienganges die Betreuung von Frauen, die eine Tot- oder Fehlgeburt erlitten haben?	4: Dont know what to say 5a: Crying like a fool (Emotionen) 5b: Crying like a fool (Unterstützung) 5c: Crying like a fool (Lernerfahrung) 6: They wrapped him in blanket

Weiterhin wurden Angst vor unberechenbaren Reaktionen der Trauernden und auch Zweifel an der richtigen Berufswahl beschrieben. Eine Studentin erlebte eine Totgeburt bereits an ihrem ersten Tag in ihrem klinischen Einsatz.

Emotionen

Mehrheitlich sprachen die Teilnehmer/innen über Angst, Schock, tiefe Traurigkeit, Bestürzung und das Bedürfnis zu weinen.

Bei einigen Teilnehmer/innen hatte das Erlebte längerfristige Auswirkungen auf deren Gemütszustand oder führte zu Einschlafstörungen und Alpträumen.

“It sort of haunted me for a couple of days...I had some issues falling asleep that night and getting the images out of my head. It was pretty distressing for a couple of nights there.” [13]

Campbell (2010) thematisierte in ihrer Reflexion, wie sehr ihr die Betreuung des Paares Energie zog. Sie fühlte sich emotional komplett ausgelaugt:

“I lacked energy and felt completely emotionally drained in the first few days.” [6].

Auch der Anblick des toten Babys kam für einige Teilnehmer/innen unvorbereitet und hatte schwerwiegende Auswirkungen.

Unterstützung

Über positive Erfahrungen hinsichtlich der Unterstützung durch Hebammen und Mentorinnen konnten nur wenige Teilnehmer/innen der Hauptsynthese berichten. Die häufigsten Äußerungen der Interviewten spiegelten einen Mangel an Unterstützung wider [4].

“None of the sisters that were there said anything to me, (looking distraught, gesturing sideways with hand) nobody said anything and it was obvious that I was [...] really, really upset [...] and none of the qualified staff said anything or mentioned it or anything.” [4]

Eine andere Studentin war sogar längere Zeit nicht in der Lage, den klinischen Alltag zu bewältigen [13].

Die Autorinnen der Reflexionen veranschaulichten in ihren Ausführungen jedoch sehr deutlich, wie wichtig und nützlich die Begleitung durch ihre Mentorinnen für sie in dieser Erfahrung war. Sie erhielten großartige und sensible Unterstützung und schlussfolgerten, dass sie sich trotz der schlimmen Erfahrung sich sowohl fachlich als auch menschlich weiterentwickelt hatten:

“As bad as an experience as it was, I am glad I had the opportunity to face it at a time when I still had the excellent support of my mentor and, as I result, I feel I have grown, not only as a student but as a person [...] I have learnt how to deal with stillborn babies sensitively and with the greatest respect and will take this skill with me if I ever experience this again.” [1]

Lernerfahrung

Trotz der traumatischen Erlebnisse und der mangelnden Unterstützung konnten einige Teilnehmer/innen nach einiger Zeit das Wesentliche für ihre persönliche und berufliche Entwicklung aus der Erfahrung erkennen. Diese Erkenntnisse bedurften jedoch einer längeren Phase der Verarbeitung und Reflexion.

“But the next time, I know if I went into a room where I was confronted with a stillbirth I...would probably be able to deal with it much better, after my first situation.” [4]

Diskussion

Die Studie von Begley [4] stellt eine Sekundäranalyse einer Mixed Methods-Studie zum Erleben von Hebammenstudent/innen dar. Da die Forschungsfrage von Begley [3] nicht primär auf diese Thematik ausgelegt war, sondern das Thema Totgeburt als Phänomen im Forschungsprozess auftauchte, kann der Einfluss der ursprünglichen Fragestellung der geführten Interviews nicht beurteilt werden. Die methodische Vorgehensweise wurde in beiden Studien ausreichend transparent dargestellt.

Für die drei studentischen Reflexionen wurden nach der qualitativen Inhaltsanalyse die Aussagen mit den Themenbereichen der Haupt-

synthese verglichen und konnten diesen Themen zugeordnet werden.

Die Erfahrungen von Auszubildenden zur Hebamme mit dem Erleben einer Tot- oder Fehlgeburt wurden in der Literatur bisher nicht diskutiert. Die Ergebnisse der Arbeit wurden deshalb mit Forschungsarbeiten verglichen, die sich mit dem Erleben einer Tot- oder Fehlgeburt von Hebammen und Gesundheitspersonal befassen [8][11][15].

Die Emotionen und Reaktionen der Student/innen wiesen zu diesen große Ähnlichkeiten auf, umfassten jedoch ein wesentlich größeres Spektrum an Gefühlen und Gefühlsreaktionen, das in diesem Umfang bisher in der Literatur noch nicht erwähnt wurde. So zeigten sich erstmals auch Auswirkungen auf das Schlafverhalten: einige Student/innen litten unter Schlafstörungen und Albträumen.

Viele Student/innen erlebten eine Tot- oder Fehlgeburt im klinischen Einsatz, bevor sie theoretische Kenntnisse darüber erlangten, und fühlten sich dementsprechend schlecht gerüstet [4][7]. Die Unterstützung der Student/innen wurde in beiden Studien als unzureichend beschrieben. Die Teilnehmer/innen bei Begley [4] wurden mit ihren Gedanken und Gefühlen allein gelassen, betonten aber, wie wichtig psychologischer Beistand für sie gewesen wäre. Dass Unterstützung ein wichtiger Faktor im Bewältigungs- und Entwicklungsprozess ist,

bestätigen auch die Forschungsarbeiten von Fenwick et al. [8], Jonas-Simpson et al. [11] und Roehrs et al. [15].

Auszubildende zur Hebamme in Deutschland erlernen den Beruf unter ähnlichen Bedingungen wie die Studenten der eingeschlossenen Studien und Reflexionen. Die Anwendbarkeit der Ergebnisse auf die Hebammenausbildung in Deutschland wird jedoch dadurch erschwert, dass in Deutschland kein allgemein verbindliches Curriculum existiert [16].

Schlussfolgerung und Ausblick

Auszubildende zur Hebamme sollten bereits zu Beginn ihrer Ausbildung eingehend auf die Begegnung mit einer Tot- oder Fehlgeburt vorbereitet werden. Eine Möglichkeit stellt dabei beispielsweise die Anregung von Mitchell (14) zu einem vorbereitenden Projekttag zum Thema „Verlust und Trauer“ dar. Auch das von Hollins et al. (9) entwickelte interaktive Arbeitsbuch für Hebammen für das Verstehen des Trauerprozesses könnte eine Grundlage für die Entwicklung einer deutschen Version bilden.

Forschungsbedarf besteht jedoch zum Erleben einer Tot- oder Fehlgeburt von Auszubildenden in Deutschland, um weiteren Aufschluss über deren konkrete Bedürfnisse gewinnen zu können.

Autorin:

Claudia Löser, B.Sc., Hebamme

Kontakt: kontakt@claudialoeser-hebamme.de

Die Arbeit, auf der dieser Kurzaufsatz beruht, wurde im Rahmen des Studiums Gesundheits- und Pflegewissenschaften am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Deutschland) zur Erlangung des Grades "Bachelor of Science" vorgelegt. Frau Dr. Almuth Berg und Herr PD Dr. Gero Langer waren Erstbetreuerin und Zweitbetreuer.

Literatur:

1. Anderson S. Learning through experience: a student's reflection of a stillbirth *British Journal of Midwifery*. 2010;18(12):814-816.
2. Attia L, Nolan A. Caring for parents following the death of a twin: A student's experience. *British Journal of Midwifery*. 2011; 9(10):665-669.
3. Begley C. A study of student midwives' experiences during their two year education programme. *Midwifery*. 1999;15:194-202.
4. Begley C. I cried...I had to...: Student midwives' experience of stillbirth, miscarriage and neonatal death. *Evidence Based Midwifery*. 2003;1(1):20-26.
5. Behrens J, Langer G. Evidence-based nursing and caring. *Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*. 3. überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber; 2010.
6. Campbell, A. Goodbye little one - Reflection on caring for a stillbirth. *Midwifery Matters*. 2010;126:15-16.
7. Cummins AM, Catling C, Hogan R, Homer CSE. Addressing culture shock in first year midwifery students: Maximising the initial clinical experience. *Woman and Birth*. 2013;27(4): 271-275. DOI:10.1016/j.wombi.2014.06.009
8. Fenwick J, Jennings B, Downie J, Butt J, Okanaga M. Providing perinatal loss care: Satisfying and dissatisfying aspects for midwives. *Woman and Birth*. 2007;20:153-160.
9. Hollins MC, Forrest E, Wylie L, Martin CR. An evaluative survey to assess the effectiveness of using an interactive workbook to deliver bereavement education to undergraduate student midwives. *Midwifery*. 2014;30:942-948.
10. Joanna Briggs Institute. *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2011 Edition*. Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute. Verfügbar unter: joanna-briggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2011.pdf [Stand 24.5.2016]
11. Jonas-Simpson C, Pilkington FB, MacDonald C, McMahon E. Nurses experiences of grieving when there is a perinatal death. *SAGE Open*. 2013;3(2). DOI:10.1177/2158244013486116
12. McCall L, Wray N, McKenna L. Influence of clinical placement on undergraduate midwifery students' career intentions. *Midwifery*. 2009;25(4):403-10. DOI:10.1016/j.midw.2007.07.008
13. McKenna L, Rolls C. Undergraduate midwifery students' first experience with stillbirth and neonatal death. *Contemporary nurse*. 2011;38(12):76-82.
14. Mitchell M. Preparing student midwives to care for bereaved parents. *Nurse Education in Practice*. 2004;5:78-83.
15. Roehrs C, Masterson A, Alles R, Witt C, Rutt P. Caring for families coping with perinatal loss. *Obstetric and Neonatal Nurses*. 2008;37:631-639.
16. Zoege von Manteuffel M. *Hebammenausbildung. Eine Untersuchung zur Qualifizierung von Hebammen vor dem Hintergrund der soziologischen Professionalisierungsdebatte*. Dissertation, Universität Hannover; 2002. Verfügbar unter: <http://d-nb.info/969294662/34> [Stand 24.5.2016]

Die Entwicklung von Geburtsvorstellungen: eine Analyse am Beispiel von Gebärhaltungen in Bilderbüchern

The development of birth expectations: analysis of birth positions in picture books

Hintergrund

Über 75% aller Schwangeren in Deutschland gebären in einer liegenden Position auf dem Kreißbett [1]. Diese Tatsache kollidiert mit den Empfehlungen zahlreicher wissenschaftlicher Studien. Vertikale Gebärhaltungen stehen in Zusammenhang mit einer kürzeren Geburtsdauer, geringeren Raten geburtshilflicher Interventionen, einem verringertem Schmerzempfinden und größerer Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis [10]. Auch Gefühle der Geborgenheit und Selbstsicherheit werden mit aufrechten Gebärpositionen in Verbindung gebracht [15]. Darüber hinaus wird die fetale Herzfrequenz durch die aufrechte Haltung der Mutter positiv beeinflusst [7].

Bisher ist jedoch wenig darüber bekannt, welche Faktoren auf die Wahl der Geburtsposition einwirken. Neben dem Einfluss der geburtshilflichen Betreuung wird unter anderem auch die persönliche Präferenz der Frauen als relevanter Aspekt beschrieben [10].

Unklar ist jedoch, wie sich persönliche Wünsche von Frauen bezüglich der Gebärhaltung entwickeln und ob diesbezügliche präpartale Vorstellungen das tatsächliche Gebärverhalten beeinflussen. Es ist unerforscht, ob und wie sich möglicherweise soziale Prägungen durch Geburtsberichte oder visuelle Geburtsdarstellungen in den Medien auswirken können.

Der Umstand, dass beispielsweise Frauen aus nativen Kulturen - im Gegensatz zur aktuellen Praxis in Deutschland - überwiegend aufrechte Gebärpositionen einnehmen [9] lässt vermuten, dass Kultur und Sozialisation eine bedeutsame Rolle bei der Wahl der Gebärhaltung spielen. Ebenfalls wird mittlerweile wahrgenommen, dass sich auch rezipierte Bilder als vermeintlich unstrittige Kopie der Realität [3] auf die Entwicklung menschlicher Vorstellungen auswirken [13]. Demnach könnten auch medial vermittelte Geburtsbilder die Haltung von Schwangeren zu Geburtspositionen beeinflussen.

Welche inneren Vorstellungen und Wünsche Frauen in Deutschland von Positionen haben, in denen sie gebären möchten, ist bislang nicht erforscht.

Ziele

Ziel der Arbeit ist es, die Geburtsvorstellungen schwangerer Frauen zu untersuchen mit den Fragestellungen:

Welche Vorstellungen haben Schwangere von Gebärhaltungen?

Welchen Beitrag leisten möglicherweise Geburtsdarstellungen in Bilderbüchern zu dieser Entwicklung?

Methodik

Die explorative empirische Untersuchung gliedert sich in zwei Teile, die Analyse der Bilderbuchliteratur und eine Gruppendiskussion.

a) Bilderbuchanalyse

Zunächst wurden zwölf Darstellungen von Gebärhaltungen in Bilderbüchern analysiert, die im Zeitraum zwischen 1969 und 1992 erschienen sind. Begründung für die Auswahl dieses Zeitraums liegt im „Bilderbuchalter“ aktuell erstgebärender Frauen [2; S. 19]. So wurden

für die Bilderbuchanalyse im ausgewählten Zeitraum bereits veröffentlichte Bilderbücher ausgewählt, die durch den Arbeitskreis Jugend Literatur und Medien empfohlen wurden [16] und zum Zeitpunkt der Recherche (Januar 2015) in der Hessischen Landesbibliothek Wiesbaden oder im Zentralen Verzeichnis Antiquarischer Bücher zugänglich waren. Nach dem Ausschluss derjenigen Aufklärungsbilderbücher, die keine Geburtsdarstellungen enthielten oder deren Beschaffung aus Kostengründen ausgeschlossen werden musste, lagen zwölf Bilderbücher zur Analyse vor.

Diese Geburtsdarstellungen wurden in Anlehnung an Bildkategorien aus der kunstpädagogischen Bildhermeneutik [14; S. 89-94] quantitativ ausgewertet. Zwei Bilder wurden beispielhaft mit einem Verfahren der sozialwissenschaftlichen Bildanalyse [6; S. 15-42] qualitativ interpretiert.

b) Gruppendiskussion

Zur Erhebung der Vorstellungen schwangerer Frauen wurde die Gruppendiskussion als qualitative Untersuchungsmethode gewählt [8; S.66-67]. Die leitfadengestützte Gruppendiskussion wurde im April 2014 im Rahmen eines Geburtsvorbereitungskurses durchgeführt. Die Teilnehmerinnen waren sieben Erstgebärende zwischen 19 und 36 Jahren. Die Diskussion wurde durch die Vorlage von möglichst schematischen Darstellungen von Geburtspositionen aus einem Hebammen-Onlineblog angeregt [4].

Für die systematische Analyse der Gruppendiskussion wurde die von Ralf Bohnsack in der Tradition Karl Mannheims entwickelte dokumentarische Methode ausgewählt. Diese hat den Anspruch, implizites Wissen zugänglich zu machen und kollektive Haltungen zu offenbaren, die in dieser Form im Einzelgespräch nicht mitgeteilt werden können [11].

Ergebnisse

a) Bilderbuchanalyse

Neun der zwölf ausgewählten Bilderbücher stellen eine horizontale (liegende oder halbsitzende) Gebärposition dar; ein Bilderbuch zeigt eine vertikale Gebärhaltung. In zweien fehlt die explizite Darstellung.

Die Illustration eines medizinisch-anatomischen Geburtsprozesses steht in den meisten Bilderbüchern im Vordergrund und ist gekennzeichnet durch die rein schematische Darstellung von Becken und Kind sowie den Verzicht der Abbildung des mütterlichen Gesichts.

b) Gruppendiskussion

Die zentralen Ergebnisse der Interpretation der Gruppendiskussion werden nachfolgend dargestellt.

P5: „In der Situation entscheidet man sich, denk ich, dann auch spontan und laut den, ja Instinkten. Und das kennt man dann und ich denke so werd ich dann wahrscheinlich dann auch instinktiv erst mal liegen“ (Zeile 47-49)

Die Frauen befinden sich in einem Orientierungsdilemma zwischen dem Streben nach individueller Autonomie in der Wahl der Gebärhaltung und dem Wunsch nach Einfügung in die gesellschaftliche Norm.

Der kollektive Orientierungsrahmen der Geburtsvorstellungen der befragten Schwangeren ist der eines schmerzhaften und anstrengenden Ereignisses.

I: Gibt es eine Position wo ihr denkt „so will ich auf keinen Fall mein Kind kriegen“?

P2: Ja die Sechs. Das ist so wie aufs Töpfchen gehen, tut mir leid. Aber das möchte ich nicht damit assoziieren (lacht). (Zeile 98 – 102) (Anmerkung zu Bild 6: tiefe Hocke)

Vertikale Gebärhaltungen sind den Frauen größtenteils unbekannt. Besonders der Geburtsablauf in diesen Positionen scheint unklar zu sein und wird mit Ausscheidung assoziiert. Dieses negative Ideal steht in Abgrenzung zum positiven Gegenhorizont der horizontalen Gebärhaltungen, die mit entspannender und entlastender Wirkung verbunden werden.

Die Diskursanalyse lässt vermuten, dass Schwangere sich tendenziell eher als Einzelperson wahrnehmen und nicht als „Kollektiv schwangerer Frauen“.

Die Schwangeren geben an, visuell-medial und sozial geprägte Vorstellungen von Geburt zu haben, dies äußert sich z.B. in der Erwartung einer Geburt in Rückenlage. Im Rahmen der Gruppendiskussion bezieht sich die Beschreibung der visuellen Prägung in besonderem Maße auf das Fernsehen.

Die Äußerungen, die sie über Gebärhaltungen allgemein formulieren, sind jedoch sehr ähnlich zu den Bildern der Bilderbuchliteratur.

Zusammenfassend lassen sich die Forschungsfragen ansatzweise so beantworten:

- 1) Frauen scheinen die Vorstellung verinnerlicht zu haben, dass die Geburt im Normalfall in Rückenlage stattfindet.
- 2) Geburtsdarstellungen in Bilderbüchern spiegeln gesellschaftliche Realität ihrer Zeit und soziale Erwartungen an das Gebärverhalten wider. Möglicherweise stellen Bilderbücher damit einen von vielen prägenden Sozialisationsfaktoren dar.

Diskussion

a) Bildanalyse

Die wesentlichen Grenzen der Aussagekraft der vorliegenden Studie sind einerseits durch die reine Bildanalyse und andererseits mit der Analyse durch eine erwachsene Einzelperson gesetzt. So konnten weder der Bilderbuchtext noch die soziale Situation der Beschäftigung von Kindern mit Bilderbüchern berücksichtigt werden. Auch wäre das Ergebnis durch dialogisches Vorgehen im Kontakt mit Bezugswissenschaften wie beispielsweise der Pädagogik besser abzusichern oder

Autorin:

Clara Verena Eidt, Hebamme, B.Sc.

Kontakt: Clara.Eidt@yahoo.de

Die Arbeit wurde im Rahmen des Studiums an der Katholischen Hochschule Mainz (Rheinland-Pfalz) zur Erlangung des Grades Bachelor of Science bei Prof. Dr. phil. Monika Greening vorgelegt.

Literatur:

1. Aqua-Institut. Bundesauswertung zum Verfahrensjahr 2010/16/1 Geburtshilfe Qualitätsindikatoren; 2011. Verfügbar unter: https://www.sgg.de/downloads/Bundesauswertungen/2010/bu_Gesamt_16N1-GEBH_2010.pdf [Stand: 24.5.2016]

durch Einbezug der kindlichen Betrachtungsperspektive. Vor Übergeneralisierung der getroffenen Aussagen wird daher auch von bildwissenschaftlicher Seite gewarnt [12; S. 212-213].

Eine tiefergehende Analyse der geburtshilflichen Praxis im historischen Kontext und zur Rezeptionshäufigkeit der einzelnen Bilderbücher würde darüber hinaus Aussagen erlauben, inwiefern sich gesellschaftliche Realität abbildet und welchen Einfluss einzelne Bilderbücher möglicherweise auf die Entwicklung von kollektiven Geburtsvorstellungen hatten. So können die bisherigen Ergebnisse der Bilderbuchanalyse zwar mit gewissen Einschränkungen als methodisch objektiviert gelten, stellen jedoch lediglich einen ersten explorativen Teilausschnitt einer Bilderbuchanalyse von Geburtsdarstellungen dar, der zukünftig einer Weiterführung bedarf.

b) Gruppendiskussion

Weil lediglich eine einzige Gruppendiskussion ausgewertet wurde, ist eine Generalisierung der Befunde nicht möglich [13; S. 89-94]. Deshalb ist bisher auch nicht auszuschließen, dass trotz aller Sorgfalt, die Bildauswahl der Autorin die Frauen beeinflusst haben könnte. Das Ergebnis der Diskursanalyse wirft außerdem die Frage danach auf, ob in einem alternativen Setting befragte Frauen durch mehr narrative Anteile oder vertiefte Diskurse weitergehende Einblicke in kollektive und implizite Orientierungen ermöglichen könnten.

Da die Gruppendiskussion mit Teilnehmerinnen eines Geburtsvorbereitungskurses durchgeführt wurde, muss davon ausgegangen werden, dass die Teilnehmenden sich vorab Gedanken über Geburtsvorbereitung gemacht haben. Die Haltung anderer Frauen konnte auf diese Weise noch nicht einbezogen werden.

Schlussfolgerung

Wissen ist eine wichtige Grundlage für das menschliche Handeln [5; S. 325-327]. Gesellschaftliches und soziales Wissen beeinflusst die Entwicklung von Geburtsvorstellungen und prägt daher auch die Realität der Geburt(-hilfe) in Deutschland. Deshalb ist es interessant und wichtig in Zukunft explizites und implizites Wissen von Frauen über Geburt zu erforschen.

Auf diesem Weg können Informationen gewonnen werden, wie zukünftig gesundheitsförderliches Hebammenwissen Einfluss auf die Entwicklung des sozialen Wissens nehmen kann. Geburt sollte als in der Regel positives Ereignis im Leben einer Familie vermittelt werden und so dazu beitragen, dass unsere Gesellschaft Geburt vermehrt als gesundes Lebensereignis wahrnimmt, dem Frauen(-körper) kompetent und aktiv gestaltend begegnen können – zum Beispiel durch die Einnahme einer aufrechten Gebärhaltung.

2. Bürger-Ellermann A. Schonraum Kindheit? Die soziale Realität von Kindern im Spiegel gegenwärtiger Bilderbuch-Produktionen. In: J. Thiele, Hrsg. Bilderbücher entdecken. Untersuchungen, Materialien und Empfehlungen zum kritischen Gebrauch einer Buchgattung (19). Oldenburg: Verlag Isensee; 1985.
3. Coen A., Henk M., Sussebach H. Diese Bilder lügen. ZEIT. 2015; 09.07.2015;28:13-15.
4. Heiss O. Geburtspositionen: Die große Übersicht mit allen möglichen Stellungen während der Geburt; 2015. Verfügbar unter: <http://www.hebammenwissen.info/geburtspositionen/> [Stand: 24.5.2016]
5. Huber H. Die Sinnlichkeit des Wissens. In: Wenrich R, Hrsg. Denken und Lernen mit Bildern. Interdisziplinäre Zugänge zur Ästhetischen Bildung. München: Kopaed; 2007.
6. Marotzki W, Stoetzer K. Die Geschichte hinter den Bildern. Annäherung an eine Methode und Methodologie der Bildinterpretation in biographie- und bildungstheoretischer Absicht. In: Marotzki W, Niesyto, H, Hrsg. Bildinterpretation und Bildverstehen. Methodische Ansätze aus sozialwissenschaftlicher, kunst- und medienpädagogischer Perspektive. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2006.
7. Mattem E, Voigt-Radloff S, Ayerle G. Analysis of potential for research on giving birth in an upright position in German hospitals. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung, Qualität im Gesundheitswesen. 2014;108:20-8.
8. Mayring P. Verfahren qualitativer Analyse. In K. Hurrelmann & J. Oelker, Hrsg. Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag; 2002.
9. Pearson E. Native American Customs of Childbirth. Verfügbar unter: <http://teachinghistory.org/history-content/ask-a-historian/24097> [Stand: 24.5.2016]
10. Priddis H, Dahlen H, Schmied V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives. 2012;25(3):100-6.
11. Przyborski A, Wohlrab-Sahr M. Qualitative Sozialforschung. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag; 2010.
12. Rott, H. „Mehr als tausend Worte“. In: Wolff C, Hrsg. Bilder sehen. Perspektiven der Bildwissenschaft. Regensburg: Verlag Schnell & Steiner; 2013.
13. Schnotz W. Bildhandlungen und ihr Sinn. Methodenfragen einer kunstpädagogischen Bildhermeneutik. In: Sachs-Hombach K, Hrsg. Was ist Bildkompetenz? Studien zur Bildwissenschaft. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag/GWV Fachverlage GmbH; 2003.
14. Sowa H, Uhlig B. Bildhandlungen und ihr Sinn. Methodenfragen einer kunstpädagogischen Bildhermeneutik. In: Marotzki W, Niesyto H, editor. Bildinterpretation und Bildverstehen. Methodische Ansätze aus sozialwissenschaftlicher, kunst- und medienpädagogischer Perspektive. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2006.
15. Thies-Lagergren L, Hildingsson I, Christensson K, Kvist L. Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. Women Birth. 2013;6(4):99-104.
16. Wolters U. Aufklärung in der Kinder- und Jugendliteratur. Verfügbar unter: http://www.ajum.de/html/j-j/pdf/0700_aufklaerungsbuecher.pdf [Stand: 24.5.2016]

Sind außerklinische Geburten auch in Deutschland zu empfehlen? Analyse der Übertragbarkeit einer englischen Leitlinie auf Deutschland

Are out-of-hospital births also advisable in Germany? Analysis of the applicability of a British guideline to Germany

Hintergrund

In den letzten 20-30 Jahren befasste sich international eine Vielzahl von Forschungsarbeiten mit der Sicherheit außerklinischer Geburten. Dennoch ist es bislang nicht gelungen, eine eindeutige Antwort insbesondere auf die Kernfrage zu finden, ob und unter welchen Voraussetzungen die perinatale Mortalität bei außerklinischen Geburten gegenüber klinischen erhöht ist oder nicht [9, S. 620]. Die in England vom National Institute for Health and Care Excellence (NICE) im Dezember 2014 veröffentlichte evidenzbasierte Leitlinie „Intrapartum Care“ weist nun an, Frauen über die Möglichkeit aufzuklären außerklinisch zu gebären, weil hier das Risiko geringer sei, eine medizinische Intervention wie einen Kaiserschnitt oder einen Dammschnitt zu erfahren, wobei unter bestimmten Voraussetzungen und Einschränkungen kindliche und mütterliche Morbidität und Mortalität ansonsten gleichermaßen gering blieben [8, S. 10f].

Ziel

Im Rahmen der diesem Artikel zugrunde liegenden Bachelorarbeit wurde untersucht, ob sich die für England veröffentlichte Empfehlung in der Leitlinie auch auf Deutschland übertragen ließe.

Methodik

Um die Sicherheit außerklinischer Geburten in Deutschland im Vergleich zu den Verhältnissen in England zu bewerten, wurden hierfür Ähnlichkeiten und Unterschiede in den jeweiligen Versorgungsstrukturen, dem Hebammenwesen und Forschungsergebnissen analysiert. Die Recherche erfolgte in Fachzeitschriften und Fachbüchern, den Datenbanken PubMed, DIMDI und MedPilot, den

Homepages öffentlicher englischer, deutscher und europäischer Institute, Behörden und Kammern, den Homepages wissenschaftlicher Fachgesellschaften und Standorten von Hebammenforschung (Hochschulen), sowie über Homepages und Korrespondenz mit verschiedenen Berufsverbänden und Expertinnen.

Berücksichtigt wurden hierbei Daten und Fakten im Ländervergleich zu folgenden Bereichen:

- ◆ Hebammenwesen
- ◆ Geburtshilfliche Versorgungssystematik
- ◆ Anzahl und Betreuungsstruktur der Geburten an verschiedenen Geburtsorten
- ◆ Entwicklung und Bedeutung von Leitlinien
- ◆ Kaiserschnitt- und sonstige Interventionsraten
- ◆ Morbidität und Mortalität von Mutter und Kind

Es wurden neben recherchierten Informationen zu Versorgungsstrukturen und Hebammenwesen folgende für die Fragestellung relevante Forschungsarbeiten berücksichtigt (siehe Tabelle 1).

Da zum Zeitpunkt dieser Studie die Situation der geburtshilflichen Versorgung und des Hebammenwesens in der Schweiz sehr ähnlich der in Deutschland war [3][11][12], wurde die Studie von Cignacco et al. [4] noch hinzugenommen, um einen größeren Datenfundus zu erhalten.

Der Empfehlung zu außerklinischen Geburten in der NICE Leitlinie lag die *Birthplace in England national prospective cohort study* (kurz: Birthplace Study [2]) zugrunde, daher wurde für den Ländervergleich nur diese eine englische Studie berücksichtigt. Bei allen berück-

Tabelle 1: Berücksichtigte Forschungsarbeiten

Autorinnen/Autoren	Veröffentlichung	Titel	Kollektive Anzahl Geburten nach geplantem Geburtsort
Bauer N [1]	2011	Interventionsstudie Hebammenkreißaal – Auswirkungen hebammengeleiteter Geburtshilfe auf Gesundheit und Wohlbefinden von Mutter und	92 Hebammenkreißaal 146 ärztlich geleiteter Kreißaal (Deutschland)
Cignacco E, Büchi S, Oggier W [4]	2004	Hebammengeleitete Geburtshilfe in einem Schweizer Spital	47 Hebammenkreißaal 66 ärztlich geleiteter Kreißaal (Schweiz)
David P, Pachaly J, Vetter K, Kantenich H [5]	2004	Geburtsort Geburtshaus – Perinataldaten im Vergleich zu Klinikentbindungen	3060 Geburtshausgeburten 55.875 Klinikgeburten (Deutschland)
Köhler LM [6]	2011	Vergleich von geplanten klinischen und außerklinischen Geburten in Niedersachsen im Rahmen der ProGeb-Studie	475 außerklinisch 3963 Klinikgeburten (Deutschland)
Loytved C, Wenzlaff P [7]	2007	Außerklinische Geburt in Deutschland 2000-2004	54.886 außerklinisch (Deutschland)
QUAG (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe) [10]	2014	Qualitätsbericht 2013	10.742 außerklinisch (Deutschland)
Birthplace in England Collaboration Group [2]	2011	The Birthplace in England national prospective cohort study	19.706 ärztlich geleiteter Kreißaal 16.710 hebammengeleiteter Kreißaal 11.282 Geburtshaus 16.840 zu Hause (England)

sichtigten Studien wurden Limitationen [9] mit unterschiedlich großer Bedeutung für die Studiengüte identifiziert:

- ◆ Ausschließlich retrospektive Erhebung [5][7][10]
- ◆ Keine Anwendung eines zuvor festgelegten gleichen Risikokataloges für klinisches und außerklinisches Kollektiv [5]
- ◆ In die Klinik verlegte außerklinische Geburten fließen in das Klinikkollektiv ein [5]
- ◆ Keine Adjustierung anamnestischer und sozioökonomischer Variablen [4, 6, 7; 1 und 5 nur eingeschränkt]
- ◆ Sehr lückenhaft ausgefüllte Dokumentationsbögen [6]
- ◆ Keine Vollerfassung [10][5][7]
- ◆ Einschluss infauster Diagnosen [10][5][7]; unklar [2]
- ◆ Zusammenfassung mehrerer unterschiedlich schwerwiegender Variablen zu einem kindlichen Outcome [2]
- ◆ Keine Erhebung bzw. Erfassung perinataler Mortalität [1][4][6]
- ◆ Zu kleine Stichproben angesichts der wenigen perinatale Todesfälle (alle)
- ◆ Keine Randomisierung (alle; Ausnahme: partielle Randomisierung bei [1])

Die Birthplace Study [2] weist gegenüber den deutschen Forschungsarbeiten [1][4][5][6][7][10] deutlich weniger bedeutsame Limitationen auf und untersucht größere Kollektive.

Ergebnisse

Hebammenwesen

Im Vergleich zu Deutschland ist das Hebammenwesen in England stärker reguliert und überwacht. Ausbildung und Tätigkeit erfolgen dort auf einem hochschulischen Qualifikationsniveau und systematisch im gesamten geburtshilflichen Versorgungsspektrum und an allen Geburtsorten, während in Deutschland die Ausbildung bzw. Qualifikation von Hebammen in außerklinischer Hebammenarbeit überwiegend auf eher informellem, dafür aber hoch engagiertem Weg über nicht verpflichtende und unsystematische Externate während der Ausbildung und insbesondere erst nach der Ausbildung durch Hospitationen [13, S. 574][14, S. 16] erfolgt. Anders als in Deutschland wird in England eine Sicherung der Fertigkeiten und Kenntnisse im Verlauf der weiteren Berufsausübung strukturiert verfolgt. In England arbeiten Hebammen bis auf wenige Ausnahmen in allen Bereichen angestellt, wohingegen in Deutschland Hebammen im außerklinischen Bereich bis auf wenige Ausnahmen selbstständig tätig sind.

Geburtshilfliche Versorgungssystematik

In England organisieren die Einrichtungen des National Health Service (NHS) mit denselben angestellten Teams und Akteuren die komplette geburtshilfliche Versorgung inklusive Schwangerschaft und Wochenbett an allen Geburtsorten. Hebammen sind dabei im Bereich der Physiologie weitgehend unabhängig von ärztlichen Weisungen tätig. Die

Tabelle 2: Anzahl der Geburten nach Geburtsort

	Ärztlich geleiteter Kreißsaal	Hebammengeleiteter Kreißsaal	Klinische Geburten	Außerklinische Geburten	Geburtshaus	Zu Hause
England (2)	92,2% der erfassten Geburten	3% der erfassten Geburten	95,2% der erfassten Geburten	4,8% der erfassten Geburten	2,8% der erfassten Geburten	2% der erfassten Geburten
Deutschland (10, 15)	<i>Geburtszahlen nicht erfasst</i>	< 2% der geburtshilflichen Abteilungen bieten einen Hebammenkreißsaal an <i>Geburtszahlen nicht erfasst</i>	98,5% aller Geburten <i>Schätzung</i>	1,5% aller Geburten <i>Schätzung</i>	66,3% der erfassten außerklinischen Geburten	33,7% der erfassten außerklinischen Geburten

Frauen sind in ein selbstverständlich kooperierendes Netz der geburtshilflichen Versorgung eingebunden und müssen sich nicht wie in Deutschland zwischen einzelnen, unverbundenen und zum Teil sogar konkurrierenden Akteuren und Instanzen orientieren. Sowohl in England als auch in Deutschland werden die Kosten im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung übernommen. Nur wenige Frauen nehmen in England vom NHS unabhängige Hebammenbetreuung bei Freiberuflerinnen in Anspruch, die sie selbst bezahlen müssen.

Hebammen arbeiten in England an klinischen Geburtsorten auch im ärztlich geleiteten Kreißsaal deutlich weniger weisungsabhängig als in Deutschland und haben erweiterte Befugnisse, z.B. bei medikamentösen Maßnahmen zur Schmerzbewältigung. Gemäß den Leitlinien wird den Frauen während der Geburt ein hohes Maß an Informiertheit und Selbstbestimmung zugesichert und eine 1:1-Betreuung an allen Geburtsorten angestrebt. In Deutschland wird die 1:1-Betreuung nur in Hebammenkreißsälen und bei außerklinischen Geburten verwirklicht.

Entwicklung und Bedeutung von Leitlinien

Anders als in Deutschland werden in England Sinn und Wirksamkeit geburtshilflicher Verfahren und Maßnahmen systematisch und auf hohem Evidenzniveau untersucht und daraus für den NHS verbindliche Leitlinien und Standards abgeleitet.

Interventionsraten, Morbidität und Mortalität

Die unterschiedlichen Erfassungssystematiken und Signifikanzniveaus der verschiedenen Studien machen einen tabellarischen Vergleich der Interventions-, Mortalitäts- und Morbiditätsraten schwierig. Dennoch belegen die Studien, dass sowohl in England als auch in Deutschland hebammengeleitete Geburtshilfe mit einer geringeren Interventionsrate im Vergleich zur ärztlichen einhergeht. Die deutschen Daten weisen darauf hin, dass das kindliche Outcome sich im Gesamtbild (Verlegungsraten des Kindes, 5'-Apgar-Wert) in der hebammengeleiteten Geburtshilfe gegenüber der ärztlich geleiteten nicht verändert. Die Zahlen perinataler und mütterlicher Morbidität und Mortalität sind zu gering, als dass sich hierzu eine sichere Aussage machen ließe. In der Birthplace Study war das Risiko eines unerwünschten Ereignisses beim Kind (hierunter wurden mehrere unterschiedlich schwerwiegende Variablen kindlicher Mortalität und Morbidität zusammengefasst) bei Erstgebärenden die zu Hause geboren gegenüber dem im ärztlich geleiteten Kreißsaal etwas erhöht (9,3% gegenüber 5,3%). Länderabhängige Unterschiede fallen

zwischen den Verlegungsraten auf: in Deutschland bzw. der Schweiz wird offenbar deutlich häufiger als in England aus einem Hebammenkreißsaal in den ärztlich geleiteten verlegt (40-55% gegenüber 21%), aber seltener Erstgebärende von zu Hause in die Klinik (24-26% gegenüber 35%). Für die erhöhte Rate unerwünschter Ereignisse bei Erstgebärenden bei einer Hausgeburt in England sowie die Unterschiede zwischen den Verlegungsraten in England und Deutschland fanden sich aufgrund der recherchierten Daten keine Erklärungen.

Diskussion

Hebammenwesen und geburtshilfliche Versorgungsstrukturen in England und Deutschland unterscheiden sich voneinander. Die Mängel und Unterschiede in den Studiendesigns und Datenerfassungen lassen einen direkten Ländervergleich der Interventions-, Morbiditäts- und Mortalitätsraten kaum zu, die Effekte hebammengeleiteter, außerklinischer Geburtshilfe bilden sich jedoch in den Forschungen recht ähnlich ab: in beiden Ländern ist die Rate an Interventionen gegenüber der ärztlich geleiteten bzw. klinischen Geburtshilfe deutlich geringer, negative Auswirkungen lassen sich mit Ausnahme des Erstgebärenden -Hausgeburtssystems in England nicht nachweisen (wobei hier die Einschränkung gemacht werden muss, dass in Deutschland keine Forschungsarbeiten bzw. Datenerfassung solch hoher Güte wie in England vorliegen). Über Gründe für die unterschiedlichen Verlegungsraten lässt sich nur spekulieren. Es bleibt also unklar ob überhaupt und wenn, welche Auswirkungen die unterschiedlichen Strukturen auf Sicherheit und Qualität insbesondere der außerklinischen Geburtshilfe haben. Somit hat die Untersuchung der Frage der Übertragbarkeit der britischen Leitlinie wenig neue Erkenntnisse für die deutschen Verhältnisse gebracht.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse weisen auf nach wie vor bestehenden Forschungsbedarf zu den Effekten verschiedener Versorgungs-, Ausbildungs- und Qualitätssicherungsstrukturen in Geburtshilfe und Hebammenwesen auf Sicherheit und Qualität in der Geburtshilfe hin. Darüber hinaus lassen die Ergebnisse aber durchaus zu, in enger Anlehnung an die NICE Guideline Intrapartum Care eine für Deutschland modifizierte Empfehlung vorzuschlagen, nach der Schwangere unter Vermittlung der vorliegenden Forschungsergebnisse über die Möglichkeit einer außerklinischen Geburt aufgeklärt werden sollen. Dabei soll ihre Wahl respektiert und alle Geburtsorte zugänglich gemacht werden.

Autorin:

Susanne Teuerle, Hebamme, B.A. Mentoring im Sozial- und Gesundheitswesen

Kontakt: susanneteuerle@macbay.de

Die Arbeit wurde im Rahmen des Studiums Mentoring im Sozial- und Gesundheitswesen an der Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld, Nordrhein-Westfalen, zur Erlangung des Grades Bachelor of Arts bei Prof. Dr. Hilke Bertelsmann vorgelegt.

Literatur:

1. Bauer N. Der Hebammenkreißsaal – Ein Versorgungskonzept zur Förderung der physiologischen Geburt. Osnabrück: Universitätsverlag; 2011.
2. Birthplace in England Collaboration Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. London: BMJ 2011;343:d7400.
3. Brändli C. Mailantwort am 8.6.2015 zu Fragen zum Hebammenwesen in der Schweiz (Christine Brändli ist Sekretariatsleiterin des Schweizerischen Hebammenverbands).
4. Cignacco E, Büchi S, Oggier W. Hebammengeleitete Geburtshilfe in einem Schweizer Spital. Pflege. 2004;17:253-261.
5. David M, Pachaly J, Vetter K, Kentenich H. Geburtsort Geburtshaus – Perinataldaten im Vergleich zu Klinikentbindungen in Bayern und Berlin. Z Geburtshilfe & Neonatologie. 2004;208:110-117.
6. Köhler L-M. Vergleich von geplanten klinischen und außerklinischen Geburten in Niedersachsen. [Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin]. Hannover, Deutschland: Medizinische Hochschule Hannover; 2011.
7. Loytved C, Wenzlaff P. Außerklinische Geburt in Deutschland 2000-2004. Bern: Hans Huber; 2007.
8. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth - full version. NICE clinical guideline 190 [online]; 2014. Verfügbar unter: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190> [Stand: 05.04.2015]
9. Nove A, Berrington A, Matthews Z. The methodological challenges of attempting to compare the safety of home and hospital birth in terms of the risk of perinatal death. Midwifery. 2012;28:619-626.
10. QUAG (Gesellschaft für außerklinische Geburtshilfe e.V.; Hrsg.) *Qualitätsbericht 2013 Außerklinische Geburtshilfe*. Auerbach: Verlag Wissenschaftliche Scripten; 2014.
11. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK; 2005 a). Jahresbericht 2005, Nr.322: 13. Homepage der GDK. Verfügbar unter: http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk-gdk/jahresberichte-/2005_jab.pdf [Stand: 04.06.2015]
12. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Die Berufsbildung im Gesundheitswesen – Eine Einführung; 2005. Verfügbar unter: http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Bildung/Allgemeines/GrundsatztextBB-Juni_2005.pdf. [Stand: 04.06.2015]
13. Stone NI. Making physiological birth possible: Birth at a free-standing birth centre in Berlin. Midwifery. 2012;28:568-575.
14. Stone NI. Befähigt eine Hebammenausbildung in der Klinik zur Begleitung einer physiologischen Geburt? Qualitative Forschung aus dem Bereich der außerklinischen Geburtshilfe. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft. 2014;2(Suppl. 01):15-16.

Beachtenswerte Termine:

Oktober 2016

◆ 11th International Normal Labour and Birth Conference

am 10.10. bis 13.10.2016 in Sydney, Australien.

Nähere Informationen unter: <https://www.uws.edu.au/nursingandmidwifery/home/news-and-events/2016NLBC>

◆ 28. Jahrestagung der ISPPM: Bindung und Geburt im transgenerationalen Kontext

am 21.10. bis 23.10.2016 in Stolpen bei Dresden

Nähere Informationen unter: <http://www.isppm.de/21-23-oktober-2016-28-jahrestagung-der-isppm-e-v/>

Dezember 2016

◆ 5th International Education Conference „Midwifery Education for the 21st century — innovations in education, regulation and practice“

am 2.12. bis 3.12.2016 in London, Großbritannien

Nähere Informationen unter: www.europeanmidwives.com

Vorstand der DGHWi

Vorsitzende

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

Stellvertretende Vorsitzende

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

Schriftführerin

Prof. Dr. phil. Dorothea Tegethoff MHA
Hebamme, Erziehungswissenschaftlerin, Master in Health Administration
E-Mail: schriftfuehrerin@dghwi.de

Schatzmeisterin

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

Beisitzerinnen

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

Prof. Dr. rer. medic. Lea Beckmann
Hebamme, Master of Science (Gesundheits- und Pflegewissenschaft)
E-Mail: beisitzerin.lb@dghwi.de

Mirjam Peters B.Sc.
Hebamme, B.Sc. (Psychologie)
E-Mail: beisitzerin.mp@dghwi.de

Impressum

Herausgeberin:

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

Geschäftsstelle:

Janningsweg 4, 48159 Münster
FAX: 05372-971878

Wissenschaftlicher Beirat:

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

Erweiterter Beirat:

Dr. Barbara Baumgärtner, Dr. med Anke Berger, Prof. Dr. Andreas Büscher, Prof. Dr. med. Manuela Franitza, Prof. Dr. Elke Hotze, Dr. phil. Elisabeth Kurth, Prof. Dr. Ute Lange, Prof. Dr. Sabine Metzger, Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde, Dr. med Tanja Richter, Prof. Dr. med. Birgit Seelbach-Göbel, Dr. phil. Dorothea Tegethoff, Dr. Oda von Rahden.

Editorinnen:

Dr. Gertrud M. Ayerle, Elke Mattern M.Sc., Prof. Monika Greening, Prof. Dorothea Tegethoff MHA, Ulrike Geppert-Orthofer M.Sc., Prof. Lea Beckmann, Mirjam Peters B.Sc.

Redaktion:

Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle, Annekatriin Skeide M.A.

Lektorat:

Prof. Lea Beckmann, Prof. Monika Greening, Ulrike Geppert-Orthofer M.Sc., Mirjam Peters B.Sc., Prof. Dorothea Tegethoff MHA.

Druck: Viaprinto, Münster.

ISSN: 2196-4416

Zitierung der Texte:

Autor/innen. Titel. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science). 2016;04(01):Seitenzahlen.

oder

Autor/innen. Titel. Z Hebammenwiss. 2016;04(01):Seitenzahlen.

Datum: 25.05.2016



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