

ZEITSCHRIFT FÜR HEBAMMENWISSENSCHAFT

Journal of Midwifery Science

Themen:

- ◆ Akademisierung der Hebammenausbildung
- ◆ Offener Brief an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)
- ◆ Stellungnahmen zum Beschlussentwurf des G-BA über eine Änderung der Kinder-Richtlinie
- ◆ Stellungnahme zur Evaluierung der Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger
- ◆ Cochrane Reviews: Übersetzungen der Abstracts
- ◆ Junges Forum

Kategorien

Editorial	25
Aktuelles	26
Sektionen	29
Stellungnahmen	32
Reviews	43
Junges Forum	49
Bekanntmachungen	55
Termine	56

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	25
Aktuelles	
Bitte um Originalarbeiten	26
Bonus-Mitgliedschaft	26
Runder Tisch Hebammenkammer	27
Leitfaden zum Aufbau von PBFN	28
Wahl für das Amt der Schatzmeisterin	28
Sektionen	
Akademisierung der Hebammenausbildung	29
Stellungnahmen	
Prolog zum Offenen Brief an den G-BA	32
Offener Brief an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)	33
Prolog zu den Stellungnahmen der DGHWi (Kinder-Richtlinie)	35
Stellungnahmen zum Beschlussentwurf des G-BA über eine Änderung der Kinder-Richtlinie	36
Stellungnahme zur Evaluierung der Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger	41
Reviews	
Anti-D Gabe in der Schwangerschaft zur Prävention von Rhesus Alloimmunisierung	43
Nahrungsergänzung durch Vitamin A in der Schwangerschaft	44
Geplante vorzeitige Geburt versus abwartendes Vorgehen um den Geburtstermin	45
Maßnahmen auf Ebene des Gesundheitssystems und der Bevölkerung	46
Junges Forum	
Kurzartikel und Abstracts von Bachelorarbeiten	49
Bekanntmachungen	
Neues Mitglied des erweiterten Reviewboard	55
Termine	
Einreichungsfristen, Tagungen, Kongresse	56
Vorstand: Kontaktangaben	
Impressum	

Liebe Leserin, lieber Leser,

die nun schon 8. Ausgabe der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (ZHWi) erscheint in bewegten Zeiten. Was Hebammen in Deutschland und die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) bewegt, zeigt sich in dem Heft, das vor Ihnen liegt.

Eine große Chance ist die Entwicklung des Hebammenwesens in Deutschland als Profession: Im August dieses Jahres legte die Bundesregierung dem Bundestag einen Bericht vor, in dem die vollständige Akademisierung der Hebammenausbildung als Notwendigkeit bezeichnet wird. Die Herausforderungen, die durch die Anhebung der Hebammenausbildung in den tertiären Bildungssektor auf alle Beteiligten zukommen, werden von Gertrud Ayerle und Mitgliedern der Sektion Hochschulbildung der DGHWi in diesem Heft dargestellt. Als weiterer Schritt in der Entwicklung als Profession kann die Bildung einer Hebammenkammer verstanden werden – ein Schritt in die Selbstverwaltung der Hebammen, heraus aus der Kontrolle durch andere Professionen. Engagierte Kolleginnen luden im September zu einem Runden Tisch Hebammenkammer und berichten hier von diesem ersten Treffen.

Während also im Jahr 2016 einige für Hebammen wichtige Bereiche in Bewegung gerieten, galt es auf der anderen Seite, Entwicklungen aus früheren Jahren zu verstetigen. Seit 2015 ist die DGHWi Mitgliedsgesellschaft in der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF). Inzwischen arbeiten Hebammen aus der DGHWi in mehreren Leitliniengruppen mit, um den spezifischen Standpunkt von Hebammen, nämlich „mit der Frau“ (engl. midwife) zu sein, in verschiedene Leitlinien einzubringen. Zugleich ist die DGHWi berechtigt, an Stellungnahmeverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses (GB-A) teilzunehmen, und hat von diesem Recht wiederholt Gebrauch gemacht. Die in diesem Heft veröffentlichten Stellungnahmen geben einen Einblick, wie die Hebammenperspektive in wichtige Dokumente eingebracht werden konnte. In Form eines Offenen Briefes an den GB-A hat sich die DGHWi gemeinsam mit anderen Institutionen zu Wort gemeldet: zu einem Thema, das viele Hebammen nachhaltig bewegt, nämlich die Pränatale Diagnostik. In diesem Fall konnte der GB-A zu einer, wenn auch kurzen, Denkpause angeregt werden. Die Mühen der Kolleginnen, die sich in Leitlinien und Stellungnahmen engagieren, lohnen sich also und die Frauen im Vorstand der DGHWi hoffen, dass sich viele Mitglieder an dieser zweifellos herausfordernden

Arbeit, die aber Bewegung in alteingesessene Gremien bringen kann, beteiligen.

Auch die Zeitschrift für Hebammenwissenschaft entwickelt sich weiter und arbeitet daran, ein relevantes Publikationsorgan für wissenschaftlich arbeitende Hebammen zu sein. Nach wie vor besteht das Problem, dass Beiträge aus der ZHWi in wichtigen Datenbanken, wie z. B. Medline, nicht auffindbar sind. In diese missliche Lage können Sie möglicherweise eine neue Dynamik bringen, indem Sie eine eigene Forschungsarbeit als Originalarbeit oder für die neu entstehende Rubrik für Forschungsberichte und andere Beiträge einreichen.

Die Zeiten sind bewegt und das gilt nicht nur für die Hebammen. Im Namen des Vorstandes der DGHWi wünsche ich Ihnen deshalb in der bevorstehenden Weihnachtszeit Momente des Innehaltens und der Ruhe. Zweifellos wird auch 2017 viel Neues und Herausforderndes bereithalten. Was das sein könnte, hoffe ich mit Ihnen und vielen andere Kolleginnen aus der DGHWi bei der jährlichen Mitgliederversammlung am 17. Februar 2017 in Fulda diskutieren zu können.



Mit herzlichen Grüßen,
Prof.in Dr. Dorothea Tegethoff MHA
 Schriftführerin

Bitte um Originalarbeiten für die Zeitschrift für Hebammenwissenschaft

Die Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (ZHWi) wurde gegründet, um die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft über aktuelle Entwicklungen zu informieren und den WissenschaftlerInnen, die an hebammenrelevanten Themen arbeiten, ein Forum zu bieten, die Ergebnisse ihrer Forschungen in einem „peer reviewed journal“ als Originalartikel zu publizieren.

Zu beachten ist hierbei, dass unter der Rubrik „Originalartikel“ auch nur solche publiziert werden können. Das heißt, sie wurden nicht in der gleichen oder sehr ähnlichen Form in einer anderen Zeitschrift oder einer anderen Sprache eingereicht. Und sie dürfen sich auch nicht im Reviewverfahren einer anderen Zeitschrift befinden oder bereits erschienen sein.

Das Review unserer Zeitschrift läuft in dem meist üblichen Verfahren ab. Zwei GutachterInnen aus dem Reviewboard werden nach ihrer Expertise ausgewählt und bekommen den eingereichten Artikel zugesandt, ohne zu wissen, wer ihn geschrieben hat. Sie bekommen eine Zeitvorgabe, in der sie die Artikel begutachten sollen. Wenn die beiden ausgewählten GutachterInnen die Bearbeitung, aus welchem Grund auch immer, ablehnen, wird eine neue GutachterIn gesucht. Die Gutachten gehen bei positiver Bewertung an die AutorIn bzw. die AutorInnen zurück, die dann den Artikel überarbeitet bzw. überarbeiten.

Nun gibt es ForscherInnen, die von ihren Instituten mit der Forderung konfrontiert werden, nur in Zeitschriften zu publizieren, die auch „Impact points“ aufweisen. Da diese Impact points durch die Zitation der veröffentlichten Originalartikel generiert werden, dreht sich die Anforderung im Kreis: Ohne Impact points der Zeitschrift keine Flut an Originalartikeln – ohne Originalartikel keine Möglichkeit, die Zeitschrift mit Impact points auszustatten.

Was tun? Hier unsere Bitte. Überlegen Sie beim Erstellen eines Artikels, ob diese Arbeit in der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft ihren Platz finden kann. Insbesondere, wenn Sie planen, mehrere Artikel zu veröffentlichen, bitten wir Sie dringend zu überlegen, ob vielleicht einer in die Zeitschrift für Hebammenwissenschaft passt. Wir brauchen Sie und Ihre Originalartikel, um gemeinsam mit Ihnen unsere Fachzeitschrift in ein Journal zu verwandeln, das von anderen WissenschaftlerInnen gelesen und zitiert wird!

Für den Vorstand

Prof. Dr. Lea Beckmann

Beisitzerin

Die DGHWi vergibt Bonus-Mitgliedschaft an beste Absolvent*innen der Hebammenausbildung

Der Vorstand der DGHWi hat beschlossen, auch das Interesse von jungen Hebammenkolleginnen für eine Mitgliedschaft zu wecken. So erhält seit 2016 die beste Absolvent*in (Gesamtnote) eines jeweiligen Abschlussjahrgangs an einer Hebammenschule oder einer Hochschule eine kostenlose Mitgliedschaft bis zum Ende des folgenden Jahres. Voraussetzung dafür ist nur, dass die Hebammenschule bzw. Hochschule der Geschäftsstelle der DGHWi den Namen und die Kontaktangaben der besten Absolvent*in (deren Einverständnis vorausgesetzt) mitteilt.

Der Vorstand stellt für diese kostenlose Mitgliedschaft eine entsprechende Urkunde aus, die in der Mitgliederversammlung im Frühjahr offiziell überreicht wird. Das Bonusmitglied hat alle Rechte eines ordentlichen Mitglieds und erhält im Zeitraum der Mitgliedschaft die Zeitschrift für Hebammenwissenschaft. Die Mitgliedschaft endet am Ende des Folgejahres, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Welche Vorteile haben junge Absolvent*innen durch eine Mitgliedschaft und die Zeitschrift für Hebammenwissenschaft?

- ◆ Sie erfahren aus erster Hand von aktuellen Stellungnahmeverfahren des G-BA, die direkt die Versorgung durch Hebammenhilfe betreffen.

- ◆ Sie können zusammengefasste Forschungsergebnisse (Evidenzlage) zu praktischen Maßnahmen in der Hebammenarbeit in deutscher Sprache lesen.
- ◆ Sie können Erstpublikationen über neue Forschungsarbeiten in Deutsch lesen.
- ◆ Sie können sich über Abschlussarbeiten von Absolventinnen an (anderen) Hochschulen informieren.
- ◆ Sie können sich mit anderen Mitgliedern in der DGHWi vernetzen und sich in Sektionen unterschiedlicher Schwerpunkte einbringen.
- ◆ Sie haben Zugang zum internen, passwortgeschützten Mitgliederbereich der Webseite der DGHWi.

Wir würden uns freuen, wenn die Bonusmitgliedschaft zu weiterem Engagement in der DGHWi führen und sich nach Ablauf der Bonus-Zeit eine ordentliche Mitgliedschaft anschließen würde!

Für den Vorstand

Dr. Gertrud M. Ayerle

Beisitzerin

Runder Tisch Hebammenkammer

Der Runde Tisch Hebammenkammer fand am 30. September zum ersten Mal an der Katholischen Hochschule in Mainz statt. Michaela Michel-Schuldt und Andrea Villmar luden alle etablierten deutschen Hochschulstandorte mit Hebammenstudiengängen, die beiden führenden Hebammenverbände (DHV und BfHD) und den Landesverband Rheinland-Pfalz ein, sich zu beteiligen. 30 Teilnehmerinnen nutzten den Tag, um Regulierung und Selbstverwaltung mit möglichst vielen Kolleginnen zu diskutieren und ein gemeinsames Interesse zum Thema Kammer zu vertiefen. In Kleingruppen wurden einzelne Bereiche der Hebammenkammer erarbeitet.

Zukünftige Aktivitäten werden durch die Teilnehmerinnen des Runden Tisches und weitere Interessierte geplant und angeboten.

Eine Kammer stellt eine politische und gesetzlich legitimierte Interessensvertretung dar, die sich aus demokratisch gewählten Mitgliedern eines Berufsstandes zusammensetzt. Die gesetzliche Legitimierung gibt der Kammer das Recht, die Interessen des Berufes in politischen Gremien zu vertreten. Die vielfältigen Aufgaben einer Kammer dienen auch dazu, den Beruf selbst zu regulieren und zu verwalten. Dies geschieht beispielsweise in Form einer verpflichtenden Registrierung, der Überprüfung von Qualitätskriterien, einschließlich regelmäßigen Fortbildungen, und auch der Verfassung von Ausbildungsrichtlinien und Berufszulassungen.

Aktuell überwachen und regulieren Amtsärzte und der Gesetzgeber den Hebammenberuf in Deutschland, indem Hebammen beispielweise der unteren ärztlich geleiteten Gesundheitsbehörde unterstellt sind.

Selbstverwaltung, die eher einer Kammer oder anderen Organen der Selbstverwaltung zuzuschreiben sind (z.B. Kassenärztliche Vereinigungen), wurden seit 2007 immer mehr den führenden Berufsverbänden übertragen.

Langfristig wird der Hebammenberuf nach dem Beginn der Vollakademisierung im Jahr 2020 zu einem akademischen Heilberuf. Diese sind typischerweise in öffentlich-rechtlichen Berufsorganisationen organisiert und deren gesetzliche Regelungen auf Länderebene in Heilberufegesetzen verankert.

Der Runde Tisch Hebammenkammer wird im Frühjahr 2017 zu einem zweiten Treffen zusammenkommen. Alle interessierten Personen sind herzlich eingeladen, daran teilzunehmen. Aktuelle Informationen erhalten Sie im Blog: <https://hebammenkammer.wordpress.com>

Wir danken der Katholischen Hochschule Mainz und der Dekanin Frau Professorin Monika Greening für die kostenlose Bereitstellung der Räumlichkeiten und Arbeitsmaterialien.

Dipl.-Gesundheitsökonomin Andrea Villmar und Michaela Michel-Schuldt, MSc Midwifery

Kontakt: andrea.villmar@hs-gesundheit.de; m.michel-schuldt@email.de

DGHWi-Workshop zur Leitlinienarbeit

Informationen und Übungen zum Einstieg in die Leitlinienarbeit

24. Februar 2017, in Halle (Saale), 11.00 - 19.00 Uhr

Unser Ziel ist es, allen an der Leitlinienarbeit interessierten Hebammen in einem eintägigen Workshop einen Einblick in die Leitlinienarbeit zu geben und Sie auf eine Beteiligung an der Erarbeitung von Leitlinien vorzubereiten.

Der Workshop wurde basierend auf Materialien der AWMF erstellt, die freundlicherweise zur Verfügung gestellt wurden.

Referentinnen: Prof. Dr. Monika Greening und Mirjam Peters, Leitlinienbeauftragte der DGHWi.

Voraussetzungen: Grundkenntnisse in der Bewertung von Evidenzen sind bei der Teilnahme von Vorteil.

Teilnahmegebühr: Der Betrag von 120 Euro für DGHWi-Mitglieder und 160 Euro für Nicht-Mitglieder kommt der DGHWi e.V. zu Gute.

Anmeldung: Bitte melden Sie sich bis spätestens 10. Januar 2017 verbindlich an.

Informationen: Weitere Auskünfte (pdf-Flyer) gibt es auf der Website der DGHWi (www.dghwi.de) oder bei Mirjam Peters unter:

E-Mail-Kontakt: leitlinien@dghwi.de

Leitfaden zum Aufbau Praxisbasierter Forschungsnetzwerke (PBFN) in den Gesundheitsfachberufen

In der bereits etablierten Zusammenarbeit des Deutschen Cochrane Zentrums, Freiburg, mit der DGHWi e.V. (unter Mitarbeit von Dr. Gertrud M. Ayerle und Elke Mattern M.Sc.) und weiteren Einrichtungen wurde im August 2016 der "Leitfaden zum Aufbau Praxisbasierter Forschungsnetzwerke (PBFN) in den Gesundheitsfachberufen" veröffentlicht.

Der Leitfaden erörtert unterschiedliche Strategien und Möglichkeiten, um langfristig "methodisch hochwertige, versorgungsnah und förderfähige Wirksamkeits- und Implementationsstudien" für die Hebammenwissenschaft zu konzipieren und umzusetzen. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist der Aufbau von Kooperationsbeziehungen zwischen Hochschulen und klinischen bzw. außerklinischen Versorgungseinrichtungen oder Akteuren.

Neben dem Ansinnen, praktische Voraussetzungen für die Umsetzung einer Studie zu schaffen, besteht die Herausforderung, Forschungsfelder zu definieren, diese inhaltlich zu erschließen und einen Forschungsantrag dadurch konzeptionell zu fundieren. Dazu zählt die umfassende Literaturrecherche, die einerseits den aktuellen Forschungsstand, die bestehende Forschungslücke und die Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit von Interventionen in den Blick nimmt und andererseits eine Bestandsaufnahme der Versorgungslage im Kontext des deutschen Gesundheitssystems darstellt. Dafür können studentische Qualifikationsarbeiten und Studienprojekte im Sinne von Vorarbeiten genutzt werden, wenn sie gezielt geplant werden.

Bereits durch die Qualifikationsarbeiten können Beziehungen zu Kooperationspartnern hergestellt und genutzt werden. Darüber hinaus können die Erfahrungen der Frauen als Nutzerinnen von gesundheits-

bezogenen Versorgungsmaßnahmen und der Hebammen im klinischen und außerklinischen Kontext in die Arbeiten mit einfließen und somit Synergien erzeugt werden. Davon können die Studierenden auf zweifache Weise profitieren. Aber auch die Hochschule und die Praxisorte haben einen Nutzen: langfristig – so der Leitfaden – können die positiven strukturellen Voraussetzungen aufgrund der Kooperationsbeziehungen nicht nur die Pilotierung von Studienkonzepten ermöglichen, sondern auch eine solide Basis für darauf aufbauende Machbarkeit-, Wirksamkeits- und Implementierungsstudien sein.

Der Leitfaden geht zuerst auf die Potenzial-Analyse ein, die die Evidenz hinsichtlich bestimmter Interventionen und (Wirkungs-)Endpunkte (Outcome) in einer Synthese zusammen bringt. Der Leitfaden schlägt in einem zweiten Kapitel vor, entweder ein existierendes Manual einer Erfolg versprechenden Intervention für einen neuen Zielkontext zu adaptieren, oder eine Machbarkeitsstudie mit der dazugehörigen Evaluation zu konzipieren. Durch Bearbeitung eines Forschungsfeldes innerhalb eines praxisbasierten Forschungsnetzwerks ist man langfristig für die Konzeption und insbesondere die Beantragung von Forschungsanträgen gerüstet.

Der Leitfaden zum Aufbau Praxisbasierter Forschungsnetzwerke (PBFN) in den Gesundheitsfachberufen findet sich auf der Webseite der DGHWi (www.dghwi.de) unter: Praxis und Forschung => AG Gesundheitsfachberufe.

Dr. Gertrud M. Ayerle

Beisitzerin

Wahl für das Amt der Schatzmeisterin

Auf der kommenden Mitgliederversammlung am 17.2.2017 wird die Wahl für das Amt der Schatzmeisterin der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. für die Amtszeit 2017-2019 erfolgen.

Die Schatzmeisterin ist zuständig für

- ◆ den gesamten Zahlungsverkehr der DGHWi
- ◆ die Verwaltung der Mitgliederdaten
- ◆ die Zusammenarbeit mit der Lohnbuchhaltung und dem Steuerberater
- ◆ die Ausfertigung und Abwicklung von Verträgen
- ◆ das Einholen von Kostenvoranschlägen, die Übernahme von Raumbuchungen bzw. die Beteiligung an der Organisation von Tagungen

Die Schatzmeisterin arbeitet im Ehrenamt und ist in die gesamte Vorstandstätigkeit im Rahmen von Vorstandssitzungen und inhaltlicher Zuarbeit eingebunden.

Der Vorstand freut sich über Kolleginnen und Kollegen, welche bereit sind, ihr Wissen und ihre Erfahrung im Rahmen dieses Amtes im Vorstand einzubringen. Wenn Sie sich über das Tätigkeitsfeld des Amtes detaillierter informieren möchten, kontaktieren Sie bitte unsere derzeitige Schatzmeisterin Ulrike Geppert-Orthofer M. Sc. unter schatzmeisterin@dghwi.de

Wenn Sie Interesse an diesem Amt haben und sich für die Wahl zur Verfügung stellen wollen,

bewerben Sie sich bitte bis 10. Januar 2017.

Ein kurzes Motivationsschreiben an die Vorsitzende Prof. Dr. Monika Greening unter vorsitzende@dghwi.de ist ausreichend.

Akademisierung der Hebammenausbildung:

Herausforderungen aus Sicht der Sektion Hochschulbildung der DGHWi e.V.

In dem nachfolgenden Text finden Sie Informationen zu gesetzlichen Grundlagen und zu anstehenden Veränderungen in der Hebammenausbildung. Es werden Herausforderungen für die Hochschulen skizziert, die einerseits mit problematischen Rahmenbedingungen und Unsicherheit einhergehen, andererseits aber auch eine Chance für die Weiterentwicklung der Hebammenausbildung darstellen.

Der Wissenschaftsrat

Im Jahr 2012 veröffentlichte der Wissenschaftsrat seine Empfehlungen zur Akademisierung der Gesundheitsfachberufe. Er stellte fest, dass zukünftig komplexe Aufgabenbereiche von Gesundheitsfachberufen, auch den Hebammen, zu bewältigen sind. Dafür werden nicht nur angemessen qualifizierte und erfahrene Berufsangehörige in der spezialisierten klinischen und außerklinischen Versorgung benötigt, sondern auch Studiengänge, die die Absolventinnen auf Lehrtätigkeiten, das Case-Management sowie das Personal- und Organisationsmanagement in Einrichtungen des Gesundheitswesens vorbereiten. Darüber hinaus sollen akademische Abschlüsse den Weg für wissenschaftliche Karrierewege bahnen [1].

Herausforderungen:

Bisher gibt es überwiegend ausbildungsintegrierende und primärqualifizierende Studiengänge, die Hebammenstudierenden hauptsächlich auf die klinische und außerklinische Versorgung vorbereiten. Darüber hinaus stehen Bachelorabsolventinnen nur wenige Masterstudiengänge zur Verfügung, die sie für die Übernahme führender Rollen und Tätigkeiten in der Versorgung, für die Lehre an Hochschulen und für Forschung qualifizieren. Das heißt: für zukünftig zu planende Bachelor-Hebammenstudiengänge gibt es derzeit nicht genügend Hochschullehrerinnen. Und für deren Qualifikation bestehen noch zu wenige Möglichkeiten zu promovieren. Das bedeutet, dass einerseits – mit Blick auf den Bedarf an Hebammen – eine bundesweite Planung der Studienplätze mit Bachelor- und Masterabschluss erforderlich ist. Andererseits müssten aber auch mehr Bachelorabsolventinnen dazu motiviert werden, einen Masterabschluss anzustreben; und mehr Masterabsolventinnen sollten die Gelegenheit ergreifen, sich durch eine Promotion für Lehre und Forschung zu qualifizieren.

Modellklausel

Am 3. Oktober 2009 traten im § 6 Hebmammengesetz Abs. 3 und Abs. 4 Satz 1 in Kraft, welche die Erprobung einer akademischen Erstausbildung in Form eines Modellstudiengangs ermöglichten [2]. Diese Regelung ("Modellklausel"), die noch bis zum 31. Dezember 2017 in Kraft ist, erlaubt die Erprobung von primärqualifizierenden und ausbildungsintegrierenden Studiengängen für Hebammen. Dabei sind Abweichungen von der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger, die einen Umfang von 1.600 Stunden für den theoretischen und praktischen Unterricht und von 3.000 Stunden für die praktische vorsieht, in begrenztem Maße möglich. Zudem muss die Hochschule die praktische Ausbildung durch Kooperationen mit „Krankenhäusern“ (d.h. im weitesten Sinne: mit klinischen und außerkli-

nischen Einrichtungen der Geburtshilfe) und die "Vereinbarkeit der Ausbildung mit der Richtlinie 2005/36/EG" sicherstellen (§ 6 HebG).

Ein ergänzender Teil der Erprobung ist die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben der Hochschulen (§ 6 HebG Abs. 4 Satz 2), welche die Bundesländer auf der Grundlage einer gesetzlichen Vorgabe des Bundesministeriums für Gesundheit zur Evaluierung der Modelle in Auftrag geben sollten (Evaluationsrichtlinie) [3]. Die Ergebnisse der Evaluationen, die die Hebammenstudiengänge zweier Hochschulen (Fachhochschule Fulda und Hochschule für Gesundheit Bochum) einschließen, mussten laut § 6 Abs. 5 HebG in einem Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit an den Deutschen Bundestag zum 31. Dezember 2015 übermittelt werden. Der Bericht erfolgte letztendlich erst am 19.08.2016 [4]. Er beschreibt die Standorte der Hebammenstudiengänge, die Struktur und Organisation der Studiengänge, die staatliche Prüfung und den finanziellen Aufwand für die Studiengänge. Ferner werden die Machbarkeit, die Kosten für die Ausbildung, der Bedarf und die Vor- und Nachteile der Studiengänge bewertet. In einem eigenen Kapitel wird dargestellt, wie sich die primärqualifizierenden Studiengänge aus Sicht der Hochschulen, des Lehrpersonals, der Studierenden, Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern sowie potenziellen Arbeitgebern bewährt haben. Der Bericht schließt mit Handlungsempfehlungen des Bundesministeriums für Gesundheit, in welchen die unten stehende Empfehlung der Vollakademisierung der Hebammenausbildung als Sonderweg (im Unterschied zu den Handlungsempfehlungen, die die anderen Gesundheitsfachberufe betreffen) formuliert wird.

Herausforderungen:

Bis heute gibt es keine gesetzlichen Vorgaben auf Bundesebene oder Richtlinien auf Landesebene, wie die Hebammenausbildung nach dem 31. Dezember 2017 *bundesweit* in die tertiäre Bildungslandschaft überführt (d.h. auf Hochschulniveau realisiert) werden soll. Dadurch entsteht sowohl für die Hochschulen mit bestehenden Hebammenstudiengängen als auch für Hochschulen, die derzeit Hebammenstudiengänge konzipieren, eine große Planungsunsicherheit. Insbesondere ist unklar, ob es ab dem 1. Januar 2018 eine Verlängerung der Modellphase geben wird oder andere Regelungen getroffen werden.

Empfehlung der Vollakademisierung der Hebammenausbildung

Im Bericht an den Deutschen Bundestag vom 19.8.2016 stellt die Bundesregierung [4] für die Gesundheitsfachberufe fest, "[...] dass eine Anpassung der bisherigen Ausbildungsregelungen an die hochschulischen Gegebenheiten als unverzichtbar angesehen wird". Als Schwierigkeit wird gesehen, dass die hochschulischen Ausbildungen deutlich längere Ausbildungszeiten in Anspruch nehmen als die bisherigen fachschulischen Ausbildungen. Für die Hebammenausbildung wird "[...] bereits heute die Notwendigkeit einer vollständigen Akademisierung der Ausbildung bis zum 18. Januar 2020" gesehen. Anlass dafür ist die Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über

die Anerkennung von Berufsqualifikationen sowie die Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung“) vom 17. Januar 2014 [5]. Auf der Basis dieser Regelungen wurden die Zugangsvoraussetzungen zur Hebammenausbildung auf zwölf Schuljahre angehoben und damit den Voraussetzungen in der Europäischen Union angeglichen. Um die automatische Anerkennung der deutschen Hebammenausbildung in der EU zu gewährleisten (Richtlinienkonformität), muss die Hebammenausbildung in Deutschland wie in den anderen europäischen Ländern auf das tertiäre Bildungsniveau angehoben (d.h. akademisiert) werden. Gemäß Artikel 3 der Europäischen Richtlinie 2013/55/EU wird von Deutschland gefordert, "[...] Rechts- und Verwaltungsvorschriften in Kraft [zu setzen], die erforderlich sind, um den Anforderungen für die Zulassung zur Hebammenausbildung gemäß Artikel 40 Absatz 2 Buchstabe a der genannten Richtlinie bis zum 18. Januar 2020 nachzukommen". Dies bedeutet, dass bis dahin die Hebammenausbildung bundesweit auf akademischem Niveau umgesetzt werden muss.

Herausforderungen:

Die Frist von nur mehr ca. 3 Jahren ist sehr kurz, insbesondere unter dem Gesichtspunkt, dass für alle Hebammenschulen in Deutschland eine Lösung für den Übergang vom sekundären zum tertiären Bildungsniveau gefunden werden muss. Längerfristig werden zahlreiche Hebammenlehrerinnen auf Masterniveau oder mit einer Promotion sowie qualifizierte Praxisanleiterinnen mit einer Mindestqualifikation auf Bachelor-Ebene benötigt.

Es besteht Unklarheit, ob und wie die Bundesregierung bzw. das Bundesministerium für Gesundheit die Rahmenbedingungen einer hochschulischen Ausbildung verändern oder festschreiben wird, wann die Länder die Umsetzungsaufforderung vom Bund erhalten werden und wie groß der Freiraum für die Bundesländer sein wird, die Rahmengesetzgebung auszugestalten. Dies schafft Unsicherheit bei der Planung und Weiterentwicklung von Bachelorstudiengängen hinsichtlich der Dauer des Studiengangs (Anzahl der Semester und Leistungspunkte/credits), der Anforderungen an die theoretische und praktische Ausbildung, der Lernorte für die praktische Ausbildung (klinisch und außerklinisch) und der Gestaltung der Examensprüfungen.

Ganz zentral ist die ungeklärte Finanzierung der Praxiseinsätze oder Praxisphasen als Teil der (primärqualifizierenden) Bachelorstudiengänge: hier steht der Ausbildungsfonds, der durch verschiedene Geldgeber gespeist wird, einer Finanzierung durch die Hochschulen gegenüber. Es sind Abstimmungsprozesse zwischen Bund und Ländern erforderlich (z.B. hinsichtlich der Rahmenbedingungen für einen Ausbildungsfonds), die erfahrungsgemäß ihre Zeit beanspruchen. Innerhalb der Länder bestehen dann weitere Abstimmungsbedarfe zwischen dem Gesundheits-, Kultus- und Wissenschaftsministerium sowie den Krankenkassen, da die Hochschulen bisher in der Regel keine Finanzierung von Praxiseinsätzen übernehmen und andererseits gesetzliche Krankenversicherungen keine Studiengänge finanzieren dürfen.

Finanzierung der Studiengänge für Gesundheitsfachberufe

Im Gesetzentwurf zur generalistischen Pflegeausbildung vom 13. Januar 2016 ("Pflegeberufereformgesetz"), der sich seit mehreren Monaten im Gesetzgebungsverfahren befindet, sollen die drei Ausbildungen zur

Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in einer gemeinsamen Ausbildung und einem einheitlichen Berufsabschluss zusammengeführt werden. Die neue Ausbildung an Pflegefachschulen soll kostenfrei sein und die Auszubildenden angemessen vergütet werden. Pflegestudiengänge sollen als "weiterer Qualifizierungsweg" beibehalten werden [6]. Damit wird eine "regelhafte Teilakademisierung" umgesetzt [4]. Allerdings ist der neue, gemeinsame Fonds zur Finanzierung der Ausbildung, der derzeit vorgesehen und diskutiert wird, zwar für die Finanzierung der Pflegefachschulen vorgesehen, nicht aber für die (Teil-) Finanzierung der Pflegestudiengänge an Hochschulen!

Anfang Oktober forderten die Deutsche Hochschulmedizin, die Gesellschaft für medizinische Ausbildung und der Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken in einer Pressemitteilung dauerhafte Perspektiven für die Akademisierung der Gesundheitsberufe (einschließlich der Hebammen) statt einer Fortsetzung der Modellklausel. Diese Position unterstrich der Generalsekretär des Medizinischen Fakultätentages, Dr. Frank Wissing, indem er eine "[...] angemessene Finanzierung aus eigens dafür vorgesehenen Mitteln für die Pflege- und Gesundheitsberufe an den Hochschulen und Universitäten" forderte [7].

Herausforderungen:

Es bleibt abzuwarten, ob sich die Regelungen für die Finanzierung der Hebammenstudiengänge an den Regelungen für die akademische Pflegeausbildung orientieren werden (einschließlich der Änderungen des Berufsgesetzes). Falls das Pflegeberufereformgesetz nicht im Jahr 2017 verabschiedet wird, muss unabhängig davon eine Regelung für die akademische Hebammenausbildung und deren Finanzierung geschaffen werden, bevor die Frist für die Modellstudiengänge Ende 2017 abgelaufen ist.

Die Hebammenausbildung in zwei europäischen Nachbarländern

Entsprechend der EU-Richtlinie 2013/55/EU ist die "automatische Anerkennung" des Qualifikationsabschlusses für eine primärqualifizierende Hebammenausbildung von mindestens drei Jahren auf Vollzeitbasis in der EU nur dann möglich, wenn sie "[...] aus mindestens 4.600 Stunden theoretischer und praktischer Ausbildung besteht, mit mindestens einem Drittel der Mindestausbildungsdauer in Form klinisch-praktischer Ausbildung" (Artikel 1, Punkt 31 Richtlinie 2013/55/EU). Ein beispielhafter Blick ins Ausland zeigt folgendes Bild [8]:

In **Österreich** erfolgt die Ausbildung zur Hebamme seit 2010 ausschließlich auf tertiärem Niveau. Die Bachelor-Studiengänge dauern sechs Semester mit insgesamt 4.500 Stunden Studienleistung in Pflicht- und Wahlfächern (dies sind 1.500 Stunden im Jahr; in Deutschland müssen 1.800 Stunden im Jahr geleistet werden). Mindestens 25% der Arbeitsleistung (student work load) des gesamten Studiums sind den Praktikumszeiten vorbehalten, die sowohl an Krankenhäusern als auch an anderen Einrichtungen stattfinden. Außerdem ist vorgegeben, dass die praktische Anleitung in kleinen Gruppen von nur zwei Studierenden erfolgen muss. Bis zum Studienabschluss müssen – wie in der fachschulischen Ausbildung – mindestens 40 Geburten, mindestens 100 Beratungen bzw. Untersuchungen von Schwangeren usw. selbstständig begleitet bzw. vorgenommen werden. Aufgrund von Akkreditierungsprozessen sind seit 2010 jedoch die Praxiszeiten im zeitlichen Umfang erweitert worden. Zur Abschlussprüfung des Bachelorstudiengangs

zählen sowohl eine oder zwei Bachelorarbeiten als auch eine durch eine Kommission durchgeführte theoretische und praktische Bachelorprüfung. Die Studiengänge werden durch Bundesmittel anhand der vorgesehenen Studienplätze (Studienplatzbewirtschaftung) finanziert. Außerdem dürfen die Fachhochschulen gesetzlich festgelegte Studienbeiträge erheben.

In den **Niederlanden** dauert das Bachelor-Studium 8 Semester, wobei pro Jahr 60 Leistungspunkte (credits entsprechend ECTS) mit einem studentischen „Workload“ von 28 Stunden pro Leistungspunkt erbracht werden (1.680 Stunden pro Jahr). Die Fachhochschulen („HBO“) verantworten die theoretische und praktische Ausbildung für Hebammen. Während des Studiums erfolgen nicht nur Kompetenzüberprüfungen nach einzelnen Lehreinheiten (Themenblöcken, Zeitabschnitten), sondern auch praktische Prüfungen im klinischen Bereich. Insgesamt sind mindestens 100 Leistungspunkte (2.800 Stunden) für die praktische Ausbildung reserviert, wovon 60 Leistungspunkte für Erfahrungen in etablierten Praxen freiberuflicher Hebammen und 40 Leistungspunkte für Praktika in sonstigen Einrichtungen vorgesehen sind. Die Finanzierung der Studiengänge erfolgt durch landesweit festgelegte Studiengebühren.

Herausforderungen:

Der Umfang der theoretischen und praktischen Ausbildung bzw. das Verhältnis zwischen Theorie- und Praxisanteilen muss entsprechend der Richtlinie 2013/55/EU geregelt werden [5]. Allerdings könnte die Anzahl der gesamten Leistungspunkte (ECTS) oder Semester in Deutschland – mit einem gewissen Maß an Flexibilität – einheitlich vorgegeben werden. Es muss einheitlich geklärt und geregelt werden, ob SkillsLab-Einheiten als Teil des praktischen Unterrichts generell

auch zu "Praxiszeiten" (d.h. der praktischen Ausbildung) zählen und somit darauf angerechnet werden können.

Um ein akademisches Niveau auch in der praktischen Ausbildung zu gewährleisten, müssen einerseits Praxisanleiterinnen eine Mindestqualifikation haben, die bundesweit gefordert wird. Andererseits sollte die Qualität der praktischen Ausbildung dahingehend gesichert werden, dass nur eine bestimmte Anzahl von Studierenden zugleich gemeinsam angeleitet werden darf. Besonders problematisch erscheint eine für alle Seiten zufriedenstellende praktische Ausbildung und Anleitung von Studierenden in der freiberuflichen Hebammentätigkeit: Es wäre zu diskutieren, ob eine Vergütung der Hebammen für die zusätzliche Leistung als Mentorin realisiert werden kann.

Nicht zuletzt müssen neue Regelungen für die Bachelor- bzw. Examenprüfungen getroffen werden: Doppelprüfungen müssen vermieden und die theoretischen und praktischen Prüfungen so gestaltet werden, dass sie sowohl wissenschaftlichen Kriterien als auch den Anforderungen des Hebammengesetzes genügen.

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. und die Sektion Hochschulbildung der Fachgesellschaft werden sich aktiv darum bemühen, ihre Expertise weitestgehend auf Bundes- und Landesebene in die Gestaltung der zukünftigen akademischen Hebammenausbildung einzubringen.

Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle

für die Sektion Hochschulbildung der DGHWi e.V.

Literatur:

1. Wissenschaftsrat. Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin 2012 13.07.2012. Report No.: Drs. 2411-12.
2. Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger (Hebammengesetz - HebG). Hebammengesetz vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) geändert worden ist.
3. Gesetzliche Vorgabe zur Evaluierung der Modelle nach Maßgabe der Richtlinien vom 16. November 2009 über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben nach § 4 Absatz 6 Satz 3 des Ergotherapeutengesetzes, § 6 Absatz 4 Satz 3 des Hebammengesetzes, § 4 Absatz 6 Satz 3 des Logopädegesetzes und § 9 Absatz 3 Satz 3 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes (Evaluierungsrichtlinie). Bundesanzeiger; 2009. p. 4052.
4. Bundesregierung. Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten. Deutscher Bundestag: Unterrichtung durch die Bundesregierung. Drucksache 18/9400, 19.08.2016.
5. Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt- Informationssystems („IMI-Verordnung“), am 17. Januar 2014 in Kraft getreten. Amtsblatt der Europäischen Union, L 354/132.
6. Bundesministerium für Familie Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Altenpflegeausbildung. Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Hintergrundmeldung, 31.03.2016.
7. Dölling CM. Dauerhafte Perspektiven statt Modellklausel. 2016 [cited 31.10.2016]; Available from: <https://idw-online.de/de/news660879>
8. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), editor. Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich: Bonn: BMBF; 2014.

- Save the date -

- 17.02.2017: 11. Mitgliederversammlung der DGHWi e.V.
 15.02.2018: 12. Mitgliederversammlung der DGHWi e.V.
 16.02.2018: 4. Internationale Fachtagung der DGHWi e.V.

Prolog zum Offenen Brief

Gesellschaftliche Debatte statt Kosten-Nutzen-Abwägung

Protest gegen Einleitung des Methodenbewertungsverfahrens zu nicht-invasiven Bluttests

Vorgeburtliche molekulargenetische Bluttests, die Chromosomenabweichungen auf Trisomien (13, 18 und 21) und Abweichungen der Geschlechtschromosomen ab der 9. Schwangerschaftswoche aus dem Blut der Mutter ermitteln können, sind seit 2012 auf dem Markt und werden zunehmend von Frauen angefragt. Die nicht-invasiven Bluttests (NIPT) müssen privat bezahlt werden. Im Rahmen von Einzelfallentscheidungen übernehmen jedoch immer mehr private und zunehmend auch gesetzliche Krankenkassen die Kosten als Alternative zu anderen frühen Screenings wie beispielsweise dem Ersttrimester-Screening. Das Ergebnis der NIPT ist eine individuelle Risikoeinschätzung, deren Sensitivität mit 99% angegeben wird. Ein positives Ergebnis muss immer durch eine invasive Diagnostik abgeklärt werden.

Die Frage, ob der Bluttest vor oder nach einem Ersttrimester-Screening angeboten werden sollte, wird seit der Einführung der NIPT in Fachkreisen diskutiert. Studienergebnisse bescheinigen den Tests eine hohe Trefferquote, wobei die Studien bisher in sogenannten Hochrisikokollektiven durchgeführt wurden. Während ein 2014 vom G-BA beschlossenes Beratungsverfahren für eine Erprobungsrichtlinie – einem Vergleich des medizinischen Nutzen der NIPT mit anderen pränatal-diagnostischen Methoden innerhalb einer Erprobungsstudie – derzeit ruht, verabschiedete der G-BA in seiner Sitzung am 18. August dieses Jahres einen Beschluss über ein Methodenbewertungsverfahren.

Aus medizinisch-diagnostischer Perspektive geht es dabei um eine Kosten-Nutzen-Analyse, das heißt, um den Vergleich der Effektivität der NIPT mit anderen Methoden wie der Chorionzottenbiopsie oder der Amniozentese. Im Gegensatz zu den NIPT sind diese Untersuchungen Kassenleistungen und anders als die nicht-invasive Blutentnahme bergen sie das Risiko einer Fehlgeburt. Ziel des Methodenbewertungsverfahrens ist es, das sicherste und effektivste Verfahren vorgeburtlicher Diagnostik zu ermitteln, das zum frühestmöglichen Zeitpunkt der Schwangerschaft eingesetzt werden kann, um über einen eventuellen Abbruch der Schwangerschaft entscheiden zu können.

Sollte ein vorgeburtlicher Bluttest auf Gendefekte, dessen Zweck die Selektion ist, eine Kassenleistung sein? Frühe Screenings seien längst etablierte Realität in der ärztlichen Schwangerenvorsorge, so die Befürworter. Internationale Untersuchungen würden bereits jetzt zeigen, dass der Bluttest der herkömmlichen Diagnostik im ersten Schwangerschaftsdrittel überlegen sei. Es sei daher ethisch nicht vertretbar, eine riskante Fruchtwasseruntersuchung anzubieten, wenn eine nicht-invasive Alternative zur Verfügung stünde. Schließlich hätten sich die Nutzerinnen längst für die neue Technik entschieden, die in den gynäkologischen Praxen zum Alltag gehöre. Und last not least würde bei 90 % der Kinder mit einem Down-Syndrom sowieso ein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt, die Gesamtzahl der Schwangerschaftsabbrüche könne durch die Etablierung der Tests also gar nicht bedeutend ansteigen. Darüber hinaus sei eine Kassen-

zulassung für Frauen mit einem erhöhten Risiko ein Akt der Gerechtigkeit gegenüber denen, die sich den Test heute nicht leisten könnten. Mit diesen Argumenten kommentiert der Wissenschaftsjournalist Ulrich Bahnsen [1] die kritischen Stimmen gegen das Verfahren, die aus seiner Sicht, den „medizinischen Fortschritt“ blockieren.

Kann ein nicht-invasiver, selektiv wirkender Test zur Regelversorgung gehören? Ein Test, der nicht nur im Widerspruch zu unserem Grundgesetz sondern auch zur UN-Behindertenrechtskonvention steht? Deutschland hat diese Konvention mit unterzeichnet und sich damit verpflichtet, Klischees, Vorurteile und Praktiken zu bekämpfen, die für Inklusion und die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung schädlich sind. Welche Konsequenzen hat die Einführung eines Tests in die Strukturen unseres Gesundheitssystems, der Menschen mit Behinderungen symbolisch abwertet? Welche ethischen Implikationen sind damit verbunden? In welcher Gesellschaft wollen wir leben?

In einem offenen Brief an den G-BA vom 12. August 2016 kritisierten sechs Organisationen – das Gen-ethische Netzwerk, BioSkop, das Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, die Beratungsstellen zu Pränataldiagnostik Cara (Bremen) und Pua (Stuttgart) und die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft – dass ein Methodenbewertungsverfahren der NIPT gesellschaftspolitisch und ethisch bedenkliche Entwicklungen ausblende. „Diagnostischer Nutzen“ und „medizinische Notwendigkeit“ seien keinesfalls neutrale Kriterien in einem letztlich auf Selektion ausgerichteten Verfahren. Es sei daher unverantwortlich, innerhalb einer derart kurzen Frist, über ein solches Verfahren ohne Einbindung der Öffentlichkeit zu entscheiden, so die Verbände, die in ihrer Stellungnahme eine öffentliche ethische Debatte einfordern (siehe Offener Brief).

Auch von Bundestagsabgeordneten verschiedener Parteien kam Protest. Vier Abgeordnete von CDU, Grünen, SPD und der Linken warnten in einem gemeinsamen Brief davor, dass ein solcher Test die gesellschaftliche Erwartung erzeuge, dass er genutzt werden müsse und Druck auf Eltern ausübe, die sich für ihr Kind mit einer Behinderung entscheiden würden. Hinzu kommt – insbesondere aus Sicht von Hebammen und Beraterinnen – die Einschätzung, dass der Bluttest als Kassenleistung und der Druck zur Entscheidung in der frühen Schwangerschaft die Ängste und Verunsicherungen in dieser sensiblen Phase und das Erleben der Schwangerschaft als Risiko verstärkt. Das Angebot würde in der ärztlichen Praxis unter Umständen kurz nach der Feststellung einer Schwangerschaft erfolgen. Zwar ist eine umfassende Aufklärung nach den Richtlinien des Gendiagnostikgesetzes als Voraussetzung für eine informierte Entscheidung zu begrüßen. Jedoch hat es beeinträchtigende Auswirkungen auf die Gesundheit, wenn die Schwangere zu diesem frühen Zeitpunkt mit einer Thematik konfrontiert wird, die von ihr erfordert, die Schwangerschaft wieder zur Disposition zu stellen. Noch früher als bisher müssen Frauen und Eltern sich mit Risikokalkulationen auseinandersetzen und Entscheidungen treffen –

eine weitere Stufe der Pathologisierung der Schwangerschaft. Noch niedriger ist die Schwelle, für einen Test mit weitreichenden persönlichen und gesellschaftlichen Konsequenzen. Die ethische Dimension des Angebotes wird im medizinischen Kontext weitgehend ausgegrenzt – als ginge es hier lediglich um eine evidenzbasierte vorgeburtliche Krankenkassenleistung innerhalb der Schwangerenvorsorge. Tatsächlich treffen Eltern jedoch nicht nur eine medizinische, sondern auch eine gen-ethische Entscheidung.

Trotz der Proteste beschloss der G-BA in seiner Sitzung am 18. August einstimmig, das Methodenbewertungsverfahren einzuleiten. Gleichzeitig verfehlte der Protest seine Wirkung nicht. Über eine halbe Stunde lang wurde zu Beginn der Sitzung über die Kritik gesprochen und es bestand Konsens im Gremium darüber, dass eine Einführung der Bluttests grundsätzliche und weitreichende Fragen berühre, die ein Methodenbewertungsverfahren nicht beantworten könne. In seiner Antwort an die protestierenden Abgeordneten und nachrichtlich auch an den Gesundheitsminister, die Behindertenbeauftragten sowie die rechtspolitischen Sprecher und Mitglieder des Gesundheitsausschusses schrieb der G-BA-Vorsitzende Josef Hecken, molekulargenetische Tests berührten „... fundamentale ethische Grundfragen unserer Werteordnung“ und würden die Befugnisse des G-BA weit übersteigen. Der

Gesetzgeber sei daher aufgefordert, deren „Grenzen und Bedingungen zu definieren“. Da das Verfahren bis zu drei Jahre dauere, biete es dem Bundestag ausreichend Zeit, in einem breiten und kontrovers geführten Diskurs, die Neuregelungen zu diskutieren. Es stelle sich dabei auch die „grundsätzliche Frage, ob im Lichte unserer Werteordnung solche Testverfahren überhaupt gewollt sind und Gegenstand des Leistungskataloges sein können“ [zit. n. 2]

Die Tatsache, dass der G-BA hier ausdrücklich die Grenzen seiner Kompetenz betont, erhöht den Druck auf den Gesetzgeber, die Debatte im Parlament und der Gesellschaft wieder anzustoßen. Dass die Debatte weitergeht ist das Verdienst derjenigen, die hier umgehend und gemeinsam laut geworden sind.

Dr. Angelica Ensel (Ethnologin)

Kontakt: angelicaensel@t-online.de

Literatur:

[1] Bahnsen U. An der Nase herumgeführt. Die Zeit, 25.08.2016.

[2] Feyerabend E. Selektiver Bluttest bald Kassenleistung; 2016. Bioskop, 75.

Offener Brief an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aus Anlass von Tagesordnungspunkt 8.2.1 der öffentlichen Sitzung des G-BA am 18. August 2016

Gezeichnet von:

Gen-ethisches Netzwerk e.V., Verein zur Beobachtung der Biowissenschaften e.V., Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V., Pua-Fachstelle für Information, Aufklärung, Beratung zu Pränataldiagnostik und Reproduktionsmedizin, Beratungsstelle zu Schwangerschaft und Pränataldiagnostik

12.8.2016

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die interessierte Öffentlichkeit vollkommen unerwartet wollen Sie auf Ihrer Sitzung am 18.8.16 einen Antrag auf Einleitung eines regulären Methodenbewertungsverfahrens nach Paragraf 135 Absatz 1 SGB V für nicht-invasive Bluttests (NIPT) zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 bei Risikoschwangerschaften beraten (TOP 8.2.1). Am Ende des Bewertungsverfahrens wird darüber entschieden, ob die umstrittenen Tests bei so genannten Risikoschwangerschaften in die Regelversorgung eingeführt werden.

Die unterzeichnenden Organisationen kritisieren vehement, dass dieser Antrag – wie bereits bei der geplanten Erprobung von NIPT – ohne Kommunikation mit Zivilgesellschaft und Öffentlichkeit gestellt und auf die hochsommerliche Tagesordnung gesetzt worden ist. Wir fordern den G-BA auf, den Tagesordnungspunkt 8.2.1 unverzüglich wieder abzusetzen!

Zeitlich besteht kein Druck, den Antrag vom 4.7.16 bereits jetzt, mitten in der Sommerpause, zu beraten. Allerdings reichen auch die für dessen Bearbeitung zur Verfügung stehenden drei Monate nicht aus, die angesichts der weit reichenden Folgen einer möglichen Einführung von NIPT in die Regelversorgung notwendige gesellschaftliche Debatte zu führen. Im Methodenbewertungsverfahren selbst werden Fragen nach ethischen und gesellschaftlichen Auswirkungen nicht gestellt, geschweige denn beantwortet. Allein aus diesem Grund muss dessen Angemessenheit bezweifelt werden.

Wir kritisieren insbesondere:

1. Ignoranz der Zivilgesellschaft und fehlende Transparenz

Bis zum 29. Juli dieses Jahres, dem Datum der Veröffentlichung der Tagesordnung für die Sitzung, musste die Öffentlichkeit davon aus-

gehen, dass der G-BA an einer Erprobungs-Richtlinie arbeitet, die den Rahmen (Zeitraum, Studienpopulation, Indikationen etc.) für eine probeweise Übernahme der Bluttests in die Regelversorgung festlegt. Wie Ihnen sicherlich nicht entgangen ist, hatte schon die Ankündigung dieses nun offensichtlich ad acta gelegten Vorhabens im April 2014 nicht nur bei Behindertenrechtsaktivist*innen und anderen zivilgesellschaftlich engagierten Gruppen und Organisationen Kritik und Widerspruch hervorgerufen, sondern auch zu fraktionsübergreifenden Initiativen im Deutschen Bundestag geführt. Die Kritik an dem G-BA-Vorhaben richtete sich im Wesentlichen darauf, dass

- ◆ die gezielte Suche nach Trisomien beim Fötus im ersten Schwangerschaftsdrittel mittels eines einfachen Bluttests ethisch und gesellschaftspolitisch bedenklich ist,
- ◆ es dem Erprobungsverfahren an der gebotenen Transparenz mangelt und
- ◆ über eine zwar vorläufige, aber regelhafte Einführung von NIPT in die Schwangerenversorgung ohne gesellschaftliche Diskussionen oder gar eine Beteiligung der Öffentlichkeit entschieden werden sollte. [1]

Dass nun ein Antrag auf Aufnahme eines regulären Bewertungsverfahrens gestellt wurde und bereits jetzt - in geringem zeitlichen Abstand, aber mitten in der Sommerpause - verhandelt werden soll, gibt Anlass zu der Befürchtung, dass im G-BA und seinen Ausschüssen die gesellschaftspolitische Tragweite einer Einführung von NIPT in die Regelversorgung von Schwangeren nicht in ausreichendem Maße Berücksichtigung findet und auch nicht finden soll. Das reguläre Methodenbewertungsverfahren jedenfalls sieht eine Diskussion gesellschaftspolitischer Folgen ebenso wenig vor wie eine Einbeziehung betroffener gesellschaftlicher Gruppen oder gar der Zivilgesellschaft insgesamt.

2. Zweifelhafte Kriterien der Bewertung von NIPT

Das Methodenbewertungsverfahren lässt nicht nur gesellschaftspolitische Fragen außen vor, sondern ist auch keinesfalls neutral. Um festzustellen, ob ein neues diagnostisches (oder therapeutisches) Verfahren Kassenleistung werden soll, bewertet der G-BA laut Paragraph 135 SGB V, Absatz 1

- ◆ den „diagnostischen Nutzen“ der Methode,
- ◆ ihre „medizinische Notwendigkeit“ und
- ◆ ihre „Wirtschaftlichkeit“.

Medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit werden zudem „auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden“ bestimmt. [2] Kommt der G-BA auf dieser Basis zu einer Empfehlung, wird eine neue Methode Kassenleistung.

Der Vergleich mit derzeitigen pränataldiagnostischen Verfahren steht einer angemessenen Bewertung von NIPT entgegen. So stellt sich zum Beispiel die Frage des Bezuges: Mit welchen pränatalen Methoden sollen NIPT verglichen werden? Fragwürdig wäre es, NIPT mit anderen nicht-invasiven Verfahren zur Abschätzung des Risikos von Trisomien beim Fötus zu vergleichen, deren Übernahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen vom G-BA aus guten Gründen abgelehnt wurde und die heute als IGeLeistungen angeboten werden.

Ein Vergleich mit invasiven Methoden dagegen ist insofern irreführend, als diese Methoden im Falle eines positiven Ergebnisses von NIPT ohnehin zum Einsatz kommen, um das Testergebnis abzusichern. [3]

3. Grundsätzliche Probleme bei der Bewertung von NIPT

Dass es um Vor- und Nachteile der molekulargenetischen Tests gegenüber bereits etablierten Verfahren geht, ist aber vor allem deshalb unangemessen, weil damit gesellschaftspolitisch und ethisch bedenkliche Entwicklungen der heutigen pränataldiagnostischen Praxis systematisch ausgeblendet und damit als unproblematisch normalisiert werden: Der Nutzen der existierenden Pränataldiagnostik für die gesundheitliche Versorgung von Schwangeren ist hochgradig zweifelhaft; erst die mittlerweile etablierten pränataldiagnostischen Verfahren haben dazu geführt, dass die vorgeburtliche Suche nach Risiken und der mögliche Abbruch gewollter Schwangerschaften immer mehr in den Mittelpunkt der Schwangerenversorgung gerückt sind. „Diagnostischer Nutzen“ und „medizinische Notwendigkeit“ sind daher keinesfalls neutrale Kriterien für die Bewertung von NIPT, sondern bestimmt von einer die gesellschaftspolitische Richtungweisenden Praxis: die Geburt behinderter Kinder zu verhindern.

Neutral ist auch das Kriterium der „Wirtschaftlichkeit“ von NIPT nicht. Schon jetzt übernehmen viele gesetzliche Krankenkassen im Rahmen von Einzelfallentscheidungen die Kosten eines pränatalen molekulargenetischen Tests. Diese von ökonomischen Kalkülen unter der Prämisse der „Wirtschaftlichkeit“ bestimmte Praxis trägt dazu bei, dass die Tests immer häufiger angewendet werden, und darf schon allein deshalb nicht zur Begründung für eine Einführung der Tests in die Regelversorgung herangezogen werden.

Fazit: Das beantragte Methodenbewertungsverfahren vermag die gesellschaftliche Tragweite der Entscheidung nicht zu fassen. NIPT sind keine Arzneimittel, deren Wirksamkeit, Nutzen und Kosten einfach mit bereits etablierten Präparaten verglichen werden können. Vor diesem Hintergrund ist es unverantwortlich und vollkommen inakzeptabel, unter Umgehung einer öffentlichen Debatte und innerhalb kürzester Frist über die Einleitung eines regulären Bewertungsverfahrens von NIPT entscheiden zu wollen.

Zur Erinnerung: Gesellschaftspolitische Dimensionen von NIPT in der Regelversorgung

Abschließend können wir nur die wesentlichen Argumente in Erinnerung rufen, die gegen eine Einführung von NIPT in die Schwangerenversorgung sprechen: Beim Fötus gezielt nach dem Vorliegen einer Trisomie 13, 18 oder 21 zu suchen, verspricht weder eine bessere Versorgung der Schwangeren noch des werdenden Kindes, sondern kommt vielmehr einem Screening auf Chromosomenabweichungen gleich - dessen Integration in die Schwangerenversorgung der G-BA 2009 noch abgelehnt hatte. [4] Eine Methodenbewertung von NIPT für eine „Anwendung bei Risikoschwangerschaften im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien“ bricht mit dieser wohlbegründeten Regel und strickt mit an dem immer engmaschigeren Netz der pränatalen Diagnostik, das Menschen mit Behinderungen systematisch symbolisch abwertet und deshalb eine „schädliche Praxis“ im Sinne der UN-

Behindertenrechtskonvention darstellt. [5] Die gezielte Suche nach „Risiken“ für bestimmte Behinderungen konkretisiert diese allgemeine symbolische Abwertung: Die mit dem Beratungsantrag jetzt im Raum stehende Einführung von NIPT stellt die Trisomien 13, 18 und 21 als besonders vermeidenswert heraus.

Wir fordern Sie deshalb noch einmal auf: Streichen Sie Punkt 8.2.1 von der Tagesordnung! Lassen Sie der Gesellschaft Zeit und

Raum, sich mit der Frage der Anwendung von NIPT in der Schwangerenversorgung und mit den ihr zugrunde liegenden Annahmen und Bedürfnissen auseinanderzusetzen, bevor Verfahren eingeleitet werden, die zur Einführung von NIPT in die Regelversorgung führen können. Und sorgen Sie endlich für Transparenz und Teilhabe!

Fußnoten:

- [1] Vgl. zum Beispiel: Gen-ethisches Netzwerk e.V., BioSkop e.V. und Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, Gemeinsame Stellungnahme zur geplanten Erprobungsrichtlinie „Nichtinvasive Pränataldiagnostik zur Bestimmung des Risikos von fetaler Trisomie 21 mittels molekulargenetischer Tests“, 26.08.14 oder: Interfraktionelle Kleine Anfrage an die Bundesregierung, Deutscher Bundestag, Drucksache 18/4406, S.2 f.
- [2] Vgl. Paragraph 135 SGB V, Absatz 1, Satz 1.
- [3] Empfohlen unter anderem vom Bundesverband Niedergelassener Pränatalmediziner, der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik sowie der Internationalen Gesellschaft für Pränatale Diagnostik.
- [4] Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Mutterschafts-Richtlinien: Anlage 3, www.g-ba.de/downloads/40-268-897/2009-06-18-Mutter3-Mutterpass_TrG.pdf.
- [5] Diese 2009 von der Bundesregierung unterzeichnete Konvention verpflichtet in Artikel 8 die Unterzeichnerstaaten und ihre Institutionen, „Klischees“, „Vorurteile“ und „schädliche Praktiken“ zu verhindern, die der gleichberechtigten Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Behinderungen zuwider laufen.

Prolog zu den nachfolgenden zwei Stellungnahmen der DGHWi (Kinder-Richtlinie)

Ab sofort ist eine neue Version des Gelben Heftes verfügbar und für Hebammen über die Berufsverbände zu beziehen. Damit endet zunächst das Verfahren zur Überarbeitung der Kinderrichtlinie aus dem Jahr 2005. Das Gelbe Heft ist Anlage 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres, die in ihrer neuen Fassung am 01.01.2017 in Kraft tritt. Neu sind Elterninformationen zu jeder Untersuchung, die ärztliche Verpflichtung, über regionale Unterstützungsangebote für Eltern im ersten Lebensjahr des Kindes zu informieren, sowie - zur Vorlage bei Behörden, Kindergärten und Schulen - eine heraustrennbare Karte zur Bestätigung der Teilnahme an den Untersuchungen. Auf der Teilnahmekarte und nochmals auf einem farblich unterlegten Feld auf der ersten Seite wird darauf hingewiesen, dass das Gelbe Heft ein persönliches Dokument ist, dessen Vorlage nicht verlangt werden darf.

Die DGHWi konnte im Februar 2016 Stellung nehmen zu einem Beschlussentwurf zu Maßnahmen der Qualitätssicherung, zu Anforderungen an die Dokumentation und zur Gestaltung des *Gelben Heftes*. Neben generellen Anmerkungen zu Sprache und fachlichen Details der Untersuchungen 1-3 wurden Umformulierungsvorschläge zu konkreten Textstellen und Eintragungsoptionen gemacht. Der abschließende Bericht des G-BA, der die Würdigung der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen einschließt, zeigt, welche Anmerkungen der DGHWi und anderer Fachgesellschaften zu Änderungen des Beschlussentwurfes geführt haben (G-BA, Änderungsbeschluss vom 19.05.2016 [1]).

In der Elterninformation für die U1 wird nun beispielsweise erwähnt, dass auch Hebammen und Entbindungspfleger diese Untersuchung durchführen, und Informationen zur U2 sind nun auch an die Eltern

gerichtet, die ihre Kinder nicht in einer Klinik untersuchen lassen.

Anstelle der Übertragung der Risikozahlen des Mutterpasses zur Schwangerschaftsanamnese werden bei der U1 nun aus Datenschutzgründen durch Ankreuzen nur die Risiken übertragen, die für die Gesundheit und Entwicklung des Kindes als relevant empfunden werden. Leider hat die DGHWi eine Stellungnahme zu den einzelnen Risiken im Herbst 2015 verpasst, so dass jetzt eine Berücksichtigung abgelehnt wurde mit dem Hinweis, dass „die inhaltliche Überarbeitung der Kinder-RL [...] durch Beschlussfassung des Plenums am 18.06.2015 abgeschlossen“ sei.

Die neue Kinderrichtlinie ist noch nicht in Kraft getreten. Änderungen sind weiterhin möglich. Schon im Juli diesen Jahres wurde die Integration verhaltensbezogener Prävention (§ 20 SGB V) zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken beschlossen. Kind oder Eltern können eine ärztliche Präventionsempfehlung erhalten. Diskutiert wird auch ein Screening auf schwere congenitale Herzfehler mittels Pulsoxymetrie. Die Entscheidung steht noch aus, aber das IQWi wurde schon beauftragt, eine Elterninformation zu erstellen.

Elke Mattern, M.Sc.

Quelle:

<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15/#tab/beschluesse/listContext/beschluesse/details/2287> [21.02.2016]

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie): Screening auf kritische angeborene Herzfehler mittels Pulsoxymetrie bei Neugeborenen

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

23.06.2016

Die DGHWi nimmt Stellung zur geplanten Änderung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie): Screening auf kritische angeborene Herzfehler mittels Pulsoxymetrie bei Neugeborenen.

Die DGHWi befürwortet grundsätzlich die Einführung des Screenings, kann aber in einzelnen Punkten der Beschlussfassungsvorlage nicht folgen und empfiehlt vor Einführung des Screenings eine Erprobung im Sinne des 137c SGB V.

Begründung: In dem vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWi) erstellten Abschlussbericht [1] werden sechs Studien herangezogen mit heterogenem Messzeitraum (6 bis 103 Stunden) und heterogenem Grenzwert (95 oder 96% Sauerstoffsättigung). Aufgrund einer nicht ausreichenden Datenbasis konnten die Studien nicht zusammengefasst ausgewertet werden [1].

Diese Stellungnahme ist gegliedert in einen 1. Teil mit Anmerkungen zu den allgemeinen Bestimmungen des Screenings, einen 2. Teil zur Elterninformation und einen 3. Teil mit Anmerkungen zu bestimmten Textstellen der Elterninformation.

1. Anmerkungen zu den allgemeinen Bestimmungen

zu § 62 Untersuchungsmethode

(1) Zeitpunkt der Messung

Zitat Beschlussentwurf § 62, Absatz 1: „Das Screening auf kritische angeborene Herzfehler mittels Pulsoxymetrie soll am 2. Lebenstag erfolgen (ab der 24. bis zur 48. Lebensstunde). Im Ausnahmefall (z.B. bei ambulanter Geburt) kann das Screening frühestens nach der 4. Lebensstunde und bis spätestens zur U2 erfolgen.“

Aus dem Abschlussbericht des IQWi [1] geht hervor, dass die gesundheitlichen Aussichten für ein Kind mit einem kritischen angeborenen Herzfehler (kAHF) besser sind, je früher der kAHF erkannt und behandelt wird [1]. Durch einen zu frühen Screeningzeitpunkt (vor Verschluss des Ductus arteriosus) werden mit einer Konstante als Grenzwert vermehrt falsch positive Testergebnisse erzeugt [2]. In der Schwangerschaft mit der Darstellung des Vier-Kammer-Blicks, der seit 2013 routinemäßig angeboten wird, wird etwa ein Drittel aller schweren Herzfehler pränatal erkannt [1]. Dieser Wert wird nach Ansicht der Expertinnen und Experten in Deutschland unterschätzt [2].

Der vorgesehene optimale Zeitraum von 24 - 48 Stunden im Beschlussentwurf des G-BA kann nicht durch Studien belegt werden [1], auch nicht in der Leitlinie 024/005 [3], auf die sich Expertinnen und Experten in einer Anhörung des IQWi [2] zur Festlegung eines Zeitraums berufen.

Der Zeitraum von der 4. Lebensstunde des Kindes bis zur U2, die bis zur 216. Lebensstunde erfolgen kann, ist nicht durch die Studienlage im IQWi-Bericht belegt. Einen zu frühen Zeitpunkt festzulegen, nur weil der Entlassungstermin für Mutter und Kind naht [2], hält die DGHWi für ungerechtfertigt. Das Zeitfenster sollte daher so offen gehalten werden, wie es vertretbar ist. So kann eine weitere Evaluierung des optimalen Zeitpunktes stattfinden.

Eine ambulante Geburt und eine Geburtshaus- und Hausgeburt ist für das einzelne Elternpaar keine „Ausnahme“.

Die DGHWi schlägt vor, den entsprechenden Abschnitt entsprechend umzuformulieren: „Das Screening auf kritische angeborene Herzfehler mittels Pulsoxymetrie kann zwischen der 6. und 103. Lebensstunde (4. Lebenstag) erfolgen. Für ein möglichst zuverlässiges Ergebnis wird die Messung ab der 24. Lebensstunde empfohlen.“

zu § 62 Untersuchungsmethode

(3) Grenzwert und Tracking

Zitat Beschlussentwurf § 62, Absatz 3: „Bei einem auffälligem Messwert in der Erstmessung oder bei einem Wert von weniger als 96% bei der Kontrollmessung gilt das Screening als positiv. In diesen Fällen erfolgt die sofortige Vorstellung bei einer Fachärztin oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin bzw. einer Fachärztin oder einem Facharzt mit der Schwerpunktbezeichnung Kinderkardiologie oder Neonatologie.“

Der kontrollbedürftige Grenzwert lag in der einzigen vergleichenden Interventionsstudie, die im IQWi-Bericht genannt wird [1], bei < 95% Sauerstoffsättigung. Das heißt, ein Wert von kleiner gleich 94% ist kontrollbedürftig. Auch in 3 der Studien zur Testgüte liegt der Wert bei <95%, in der Leitlinie 024/005 [3] sowie in der jüngsten (2014) Leitlinie aus Norwegen [4], auf die im IQWi-Bericht hingewiesen wird. Der Abschlussbericht des IQWi liefert keinen Hinweis darauf, dass ein Grenzwert von <96% einem Wert von <95% Sauerstoffsättigung bei der Pulsoxymetriemessung zu bevorzugen ist. Die DGHWi vermisst Informationen darüber, wie sich Sensitivität und Spezifität des Tests verhalten, wenn der Grenzwert um einen Prozentpunkt auf <96% angehoben wird. Wie vielen gesunden Kindern bleiben bei einem Grenzwert von < 95% diagnostische Maßnahmen (wie Echokardiografie) und Behandlungen (mit Prostaglandin) erspart? Diese Interventionen an einem eigentlich gesunden Kind und die damit verbundenen Unsicherheiten für die Eltern sind als Nachteile des Screenings zu werten.

Die Formulierung des 2. Satzes in dem Zitat zu § 62 dieses Absatzes muss sich auch im Elternbrief wiederfinden. Auch die Zeitangabe zum Zeitfenster bis zur weiteren Abklärung muss übereinstimmen. Hier wie dort steht zwar, dass das Kind „sofort“ weiter untersucht wird; dies ist

jedoch weder klinisch noch außerklinisch zu leisten und auch nicht in jedem Fall notwendig.

zu § 64 Durchführungsverantwortung und Qualifikation

(1) Durchführungsverantwortung

Zitat Beschlussentwurf § 64, Absatz 1: „Die Verantwortung für die Durchführung des Screenings auf kritische angeborene Herzfehler mittels Pulsoxymetrie liegt bei Geburt im Krankenhaus bei der Ärztin oder dem Arzt, die oder der für die geburtsmedizinische Einrichtung verantwortlich ist.“

Nach Ansicht der DGHWi verpflichtet die Formulierung „Die Verantwortung zur Durchführung...“ auch zur tatsächlichen Durchführung, was bei einer ambulanten Geburt schwierig zu realisieren ist. Wo die Eltern das Screening dann tatsächlich durchführen lassen (ob in der Klinik, bei einem niedergelassenen Facharzt oder durch die nachsorgende Hebamme) sollte ihnen überlassen bleiben.

Die DGHWi schlägt daher vor, den Abschnitt entsprechend umzuformulieren: „Die Verantwortung für die **Aufklärung** über das Screening auf kritische angeborene Herzfehler mittels Pulsoxymetrie liegt bei Geburt im Krankenhaus bei der Ärztin oder dem Arzt oder, die oder der für die geburtshilfliche Einrichtung verantwortlich ist.“

zu § 65 Apparative Anforderungen

(1) Durchführbarkeit

Zitat Beschlussentwurf § 65, Absatz 1: „Die Geräte zur Messung der arteriellen Sauerstoffsättigung müssen die Anforderungen der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) erfüllen.“

Im Abschlussbericht des IQWiG wird darauf hingewiesen, dass eine der eingeschlossenen Studien erklärt, dass die Messgenauigkeit nicht von der Qualität des Gerätes abhängt [1]. Bisher ist anscheinend noch keine Studie zur Durchführung des Screenings im ambulanten Bereich erfolgt. Um diese Aussage zu überprüfen, wären jedoch mehr Informationen, Überprüfungen und Belege erforderlich zur Verlässlichkeit bezogen auf Mess- und Anwendungsfehler.

2. Anmerkungen zur Formulierung der Elterninformation

a. Generell schlägt die DGHWi vor, in der Anlage 6 Elterninformation das Wort „Baby“ durch das Wort „Kind“ zu ersetzen. *Konkrete Vorschläge siehe unten.*

b. **zu II. In Anlage 1:** Da bei ambulanten Geburten die Hebamme Ansprechperson für Fragen zur Pulsoxymetrie ist, sollte dies auch aus dem Stempelfeld ersichtlich sein. *Konkreter Vorschlag siehe unten.*

c. **zu III. Anlage 6:** Es sollte im ersten Satz klar werden, dass im Folgenden über eine „Untersuchung für das Kind“ aufgeklärt wird. *Konkreter Vorschlag siehe unten.*

zum zweiten Absatz bei „Warum wird die Untersuchung angeboten?“: Anstelle der drastischen Aussage „... dass das Kind ohne Behandlung keine Überlebenschance hat“ erscheint es angemessener, den Eltern gegenüber sensibler und inhaltlich zutreffend - auf die Behandlung fokussiert - festzustellen, „dass das Kind **medikamentös behandelt und wahrscheinlich innerhalb der ersten Monate operiert werden muss.**“

zum zweiten und dritten Spiegelstrich bei „Wie läuft die Untersuchung ab?“:

Zitat Beschlussentwurf, Elternbrief, S. 5: „...wird das Kind sofort weiter untersucht...“

Die DGHWi schlägt vor, das Wort „sodort“ jeweils zu streichen und einzufügen, welche Berufsgruppe die anschließende Untersuchung vornehmen soll.

Vorschlag der DGHWi: „...wird das Kind **umgehend weiter bei einer Fachärztin oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin bzw. einer Fachärztin oder einem Facharzt mit der Schwerpunktbezeichnung Kinderkardiologie oder Neonatologie untersucht...**“

d. **zum Kasten auf Seite 7:** Unklar ist, wie dokumentiert werden kann, dass Eltern in der Klinik ein vorzeitiges Screening bei ambulanter Geburt ablehnen, dies in der dafür vorgesehenen Zeit dann aber ambulant durchführen lassen.

3. Anmerkungen zu Textstellen oder Eintragungsoptionen

a. **zu § 67 Evaluation Punkt (1)** „Zielerreichung evaluiert Der“ => „Zielerreichung evaluiert. Der“ (Es fehlt ein Punkt)

b. **zu Punkt (2)** „Anteil der Neugeborenen bei“ => „Anteil der Neugeborenen, bei“ (Ein Komma fehlt)

c. **zu II. In Anlage 1** „Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes“ => „Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes oder der Hebamme“ (Einfügen der Hebamme als zuständige Fachperson)

d. **zu III. Anlage 6** „verschiedene Untersuchungen“ => „verschiedene Untersuchungen für Ihr Kind“ (Einfügen der Zielgruppe (Kinder) der Untersuchung)

e. **13 x das Wort „Baby“ durch das Wort „Kind“ bzw. „Kinder“ ersetzen in:**

- (1) „Dies passiert bei ungefähr 4 von 10.000 Babys“
- (2) „am Fuß des Babys“
- (3) „3 von 10.000 Babys“
- (4) „1 von 10.000 Babys“
- (5) „wenn 10.000 Babys“
- (6) „10.000 Babys erhalten“
- (7) „etwa 9.987 Babys“
- (8) „etwa 1 Baby“
- (9) „13 Babys“
- (10) „etwa 10 Babys“
- (11) „den meisten Babys eine“
- (12) „etwa 3 Babys“
- (13) „4 von 10.000 Babys“

f. „besprechen Sie das“ => „besprechen Sie das Thema“ (Konkretisierung von „das“)

g. „Informationen :“ => „Informationen:“ (ohne Leerzeichen)

h. „frühere Behandlung“ => „frühzeitigere Behandlung“ (Vorschlag für Ausdruck)

Autorinnen:

Silke Becker, Dr. Christine Loytved, Elke Mattern, M.Sc.

Literatur:

- [1] Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Screening auf kritische angeborene Herzfehler mittels Pulsoxymetrie bei Neugeborenen. Abschlussbericht Nr. 285; 2015. Verfügbar unter: https://www.iqwig.de/download/S13-01_Abschlussbericht_Pulsoxymetrie.pdf [Stand: 22.06.2016]
- [2] Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Screening auf kritische angeborene Herzfehler mittels Pulsoxymetrie bei Neugeborenen. Dokumentation und Würdigung der Anhörung zum Vorbericht. 2015. Verfügbar unter: https://www.iqwig.de/download/S13-01_DWA-Vorbericht_Pulsoxymetrie.pdf [Stand: 20.06.2016]
- [3] Herting E, Vetter K, Gonser M, Bassler D, Hentschel R, Groneck P. Leitlinie S2k: Betreuung von gesunden reifen Neugeborenen in der Geburtsklinik. AWMF Register-Nr. 024/005; 2012. Verfügbar unter: www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-005_S2k_Betreuung_von_gesunden_reifen_Neugeborenen_2012-10.pdf [Stand: 22.06.2016]
- [4] Helsedirektoratet. Nytt liv og trygg barseltid for familier: nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen [online]. Verfügbar unter: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf> [Stand: 22.06.2016].

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des G-BA zu einer Änderung des Beschlusses zur Neufassung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie): Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie Anforderungen an die Dokumentation und Evaluation sowie Anlage 1 zum Untersuchungsheft für Kinder

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

25.02.2016

Die DGHWi nimmt Stellung zum Beschlussentwurf zu den Maßnahmen der Qualitätssicherung und zum Untersuchungsheft für Kinder bis zur U3; die ersten 12 Wochen post partum entsprechen der Zeit, in der Hebammen und Entbindungspfleger Eltern und Kinder kontinuierlich begleiten.

Gegliedert ist diese Stellungnahme in einen Teil mit generellen Anmerkungen zu den Beschlussentwürfen und einen zweiten Teil mit Anmerkungen zu einzelnen Textstellen oder bestimmten Eintragungsoptionen.

1. Generelle Anmerkungen zu den Beschlussentwürfen

a. Die DGHWi begrüßt sehr einleitende Texte im Untersuchungsheft für Kinder vor Beratungsthemen und anstehenden Untersuchungen. Durch die Texte im Untersuchungsheft sollen Eltern über Untersuchungen informiert werden. Eine aufklärende einfache Sprache ist wünschenswert. Die DGHWi sieht in der sprachlichen Gestaltung der Texte im Untersuchungsheft eine Chance zur Gesundheitsbildung der Eltern. Die Texte sollten Fehlbildungen, lebensbedrohliche Zustände und behandlungsbedürftige Erkrankungen nicht in den Vordergrund stellen. Positiv sollten Eltern sich aufgefordert fühlen, Untersuchungen wahrnehmen zu lassen und in gesundheitlichen Fragen Verantwortung für ihr Kind zu übernehmen.

Als Beispiel für eine ungünstige Formulierung sehen wir den einleitenden Wortlaut zur U1 im derzeitigen Beschlussentwurf: „Unmittelbar nach der Geburt findet die erste Untersuchung Ihres Babys statt. Die Ärztin oder der Arzt oder die Hebamme oder der Entbindungspfleger vergewissern sich, ob Ihr Baby die Geburt gut überstanden hat. Es geht bei der U1 vor allem darum, lebensbedrohliche Zustände sowie sofort behandlungsbedürftige Erkrankungen und äußerliche Fehlbildungen zu erkennen. Nur dann können die notwendigen Sofortmaßnahmen eingeleitet und weitere Komplikationen vermieden werden.“ Umformuliert könnte es beispielhaft lauten: „Unmittelbar nach der Geburt

findet die erste Untersuchung Ihres Kindes statt. Die Ärztin oder der Arzt oder die Hebamme oder der Entbindungspfleger vergewissern sich, dass Ihr Kind die Geburt gut überstanden hat. Es geht bei der U1 vor allem darum, sofort behandlungsbedürftige Zustände und äußerliche Besonderheiten zu erkennen. So können notwendige Sofortmaßnahmen eingeleitet und Komplikationen so gut wie möglich vermieden werden.“

Die DGHWi empfiehlt, alle Elterninformationen unter Einbeziehung von Nutzerinnen und Nutzern erneut durchzusehen.

b. Generell schlägt die DGHWi vor, das verniedlichende Wort „Baby“ durch das Wort „Kind“ sowie das pathologisierende Wort „Fehlbildungen“ durch das Wort „Besonderheiten“ (ausgenommen „Ohrfehlbildungen“) zu ersetzen.

c. Die Bezeichnung einzelner Tests und Screenings sowie die Information für die Eltern sollte an die Bezeichnungen im Beschluss zur Neufassung der Kinderrichtlinien [1] und an die Elterninformationen als Anlagen der Kinder- und Mutterschaftsrichtlinien [2] [3] [4] angepasst werden. Sie können gegebenenfalls vereinfacht formuliert werden, Begriffe und Informationen dürfen aber nicht falsch formuliert dargestellt werden. Als negative Beispiele seien die Bezeichnung „APGAR-Test“ auf Seite 5 und „Test auf angeborene Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose aus einem Tropfen Blut“ auf Seite 7 des Untersuchungsheftes für Kinder genannt.

d. Anstelle von „vollendeten Schwangerschaftswochen“ (Seite 4) sollte konsequent die nun auch im Beschluss zur Neufassung der Kinderrichtlinien [1] verwendete Schreibweise „n+0 Schwangerschaftswoche“ verwendet werden. So z. Bsp. auf Seite 4 des Entwurfs: „Auch bei Frühgeborenen, also Kindern, die vor 37+0 Schwangerschaftswochen geboren werden,...“. Bei der Angabe der Schwangerschaftswoche in Wochen und Tagen auf Seite 6 des Beschlussentwurfs ist das Attribut „vollendete“ überflüssig oder auch falsch.

e. Eine die Eltern wertschätzende Sprache sollte eingehalten werden. Auch gegenüber Eltern, die sich gegen eine Empfehlung entscheiden oder bei einer Empfehlung eventuell nur von dem dafür vorgesehenen Untersuchungszeitraum abweichen. Der Satz: „Außerdem berät die Ärztin oder der Arzt Sie über Vitamin D zur Vorbeugung der Knochenkrankung Rachitis und über Fluorid, das für die spätere Zahnhärtung wichtig ist“, könnte als hierarchisch-autoritärwertend verstanden werden (Seite 10). Besser erscheint die Formulierung auf Seite 14 des Untersuchungsheftes: „Zur Vorbeugung gegen die Knochenkrankung Rachitis werden für das Kind Vitamin D sowie Fluorid für die spätere Zahnhärtung empfohlen.“ Ähnlich erscheint der Satz: „Die Ultraschall-Untersuchung der Hüftgelenke sollten Sie unbedingt nutzen, da Sie Ihrem Baby dadurch schwerwiegende, lebenslange Beschwerden ersparen können“ (Seite 14).

f. Die Neugeborenen-Erstuntersuchung (U1) wird auch von der Berufsgruppe der Hebammen und Entbindungspfleger durchgeführt (§3, U1, Absatz1 des Beschlusses zur Neufassung der Kinderrichtlinien [1]). **Dies muss so in den „Maßnahmen der Qualitätssicherung“ und auch zum „Untersuchungsheft für Kinder“ formuliert werden.**

g. Frauen gebären in Kliniken, aber auch außerklinisch in Geburtshäusern oder zu Hause. Dies ist bei der Erläuterung der U2 sprachlich nicht berücksichtigt. Es wird unterstellt, dass sich die Mütter „noch in der Klinik“ befinden oder „bereits zu Hause“ sind (Seite 10).

Die DGHWi empfiehlt, die Elterninformation zur U2 entsprechend anzupassen.

h. Die DGHWi geht davon aus, dass das Untersuchungsheft in der jetzigen Fassung nur ein Entwurf ist und noch eine ansprechende Formatierung und Gestaltung erfährt.

2. Anmerkungen zu Textstellen oder Eintragungsoptionen

Zum Beschlussentwurf zu den Maßnahmen der Qualitätssicherung

a. zu § 58 Qualitätssicherung Es wird im ersten Abschnitt (1) ein zweiter Satz vorgeschlagen: „Zur Untersuchung nach §3 sind ebenfalls Hebammen oder Entbindungspfleger berechtigt.“

b. zu § 59 Dokumentation Es wird empfohlen im ersten Abschnitt (1) auch „Hebammen und Entbindungspfleger“ zur Dokumentation zu verpflichten.

Zum Untersuchungsheft für Kinder

a. Teilnahmekarte, Seite 3: Da auch Ärztinnen und Ärzte oder Hebammen und Entbindungspfleger über Aufkleber mit den Kontaktdaten des Kindes verfügen, wird empfohlen, den Satzteil „aus dem Krankenhaus“ zu streichen.

b. Brief an die Eltern, Seite 4: Es wird empfohlen, als Hauptaussage im ersten Absatz die Begleitung der Entwicklungsschritte aufzugreifen und nicht den Fokus auf Erkrankungen und Entwicklungsverzögerungen zu legen. Daher wäre nach dem ersten Satz fortzufahren mit dem Satz: „Um diese zu begleiten und Ihr Kind bei Erkrankungen und Entwicklungsverzögerungen zu unterstützen, gibt es ... für Ihr Kind. Die Erstuntersuchung kann auch von Hebammen und Entbindungspflegern vorgenommen werden. Alle Untersuchungen können von Kinder-...“. Auch hier müssen „Hebammen und Entbindungspfleger“ in den Satz aufgenommen werden.

Im 2. Absatz kann das Wort „altersspezifisch“ gestrichen werden. Somit

verbleibt der Satzteil: „etwa zu Themen wie Ernährung oder Unfallvermeidung“.

c. Neugeborenen-Erstuntersuchung, Elterninformation, Seite 5: Der APGAR-Score oder APGAR-Wert sowie der pH-Wert werden bestimmt. Es handelt sich in beiden Fällen nicht um einen Test. Auch im Beschluss zur Neufassung der Kinderrichtlinien [1] wird der Begriff „APGAR-Wert“ verwendet. Der pH-Wert wird nur bei klinischen Geburten bestimmt. Auch dies sollte berücksichtigt werden.

Die körperliche Untersuchung zur Bestimmung der Körpermaße sollte zeitlich zugunsten des Bonding zurückgestellt werden. Dies sollte für die Eltern auch sprachlich deutlich werden. Zum Beispiel: „Nach einer angemessen langen Zeit mit Ihnen zusammen (im Normalfall nach einer Stunde) wird Ihr Kind gemessen und gewogen...“.

Auch zu alternativen Ernährungsformen eines Säuglings soll fachkundig beraten werden. Es wird vorgeschlagen, den Satz entsprechend zu verändern: „Zur Ernährung Ihres Kindes (Stillen oder andere Ernährungsformen) werden Sie fachkundig beraten und können während der gesamten Stillzeit und bei Ernährungsproblemen auf Hilfe einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers zurückgreifen“.

Das Neugeborenen-Screening auf angeborene Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose soll entsprechend der Empfehlung des Labors im Alter von 36 bis 72, am besten von 48 bis 72 Lebensstunden erfolgen. Entsprechend der Elterninformation (Anlage 3 der Kinderrichtlinien [2]) handelt es sich um „wenige Tropfen Blut“ für das Neugeborenen-Screening. „Ein Tropfen Blut“ reicht sicherlich nicht.

Das Hörscreening soll innerhalb der ersten drei Tage, kann aber auch später durchgeführt werden. Kinder, die außerklinisch geboren werden, erhalten eventuell den Hausbesuch einer Ärztin oder eines Arztes zur U2 und werden erst später zum Hörtest begleitet (II. Verfahren, §5, Absatz 2 [3]). Manche niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte verlangen die Krankenkassenkarte des Kindes zur Durchführung des Hörscreenings, die erst nach Erstellung der Geburtsurkunde ausgestellt werden kann. Deswegen wird zusätzlich empfohlen, den Wortlaut „In den kommenden drei Tagen werden Ihnen für Ihr Baby ...“ durch „Im Rahmen der U2 werden Ihnen für Ihr Kind ...“ zu ersetzen.

Neugeborenen-Erstuntersuchung, Anamnese, Seiten 6 und 7: Daten und Befunde aus dem Mutterpass, die die Mutter betreffen und nur indirekt das Kind, bedürfen eines besonderen Schutzes. Die Ärztin oder der Arzt kann mit Einverständnis der Mutter den Mutterpass einsehen. Ein Übertrag von Daten sollte nur dann erlaubt sein, wenn davon ausgegangen werden kann, dass die Gesundheit des Kindes durch den Eintrag in das Untersuchungsheft für Kinder (es handelt sich jeweils nur um Begriffe ohne Testergebnisse und Therapieerfolg) verbessert werden kann.

Die Patienteninformation zum Test auf Schwangerschaftsdiabetes (Anlage zu den Mutterschaftsrichtlinien [4]) weist darauf hin, dass die Folgen eines Gestationsdiabetes ein durchschnittlich „etwas schwächeres Kind“, Geburtsrisiken und Präeklampsie der Mutter sein können. Kindliche Risiken werden nicht beschrieben. Es kann für die Eltern also unverständlich sein, warum ein Befund zu „Diabetes mellitus“ und „Gestationsdiabetes“ aus dem Mutterpass übernommen werden soll. Der alleinige Befund ohne Informationen zu Therapie und deren Erfolg ist keine hinreichende Aussage zur potentiellen Schädigung des Kin-

des. Kindliche Risiken liegen durchaus vor, wenn ein mütterlicher Diabetes schlecht eingestellt oder wenn dieser nicht bekannt ist. **Die DGHWi empfiehlt, die Befunde „Diabetes mellitus“ und „Gestationsdiabetes“ nicht in das Gelbe Heft zu übernehmen.**

Die Untersuchung auf B-Streptokokken, bzw. das GBS-Screening sind laut Mutterschafts-Richtlinien keine Routineleistung. Es würden Befunde übernommen, die Mütter als individuelle Gesundheitsleistung selbst bezahlt haben. Mütter mit positivem GBS-Status erhalten unter der Geburt ein Antibiotikum, um das Neugeborene vor Early-Onset-Sepsis zu schützen. Die alleinige Befundübermittlung bringt keinen Vorteil für die Beurteilung der kindlichen Gesundheit des Kindes, weil Kinder von Müttern mit nicht untersuchtem, aber dennoch positivem GBS-Status ebenfalls gefährdet sind, eine Early-Onset-Sepsis zu erleiden. Zudem erfolgt der Ausbruch dieser Sepsisform bis maximal zum etwa 7. Lebenstag, meist innerhalb der ersten 24 Lebensstunden des Kindes. Die Befundeintragung wäre nach der U2 bedeutungslos. **Die DGHWi empfiehlt, den Befund „GBS-Status positiv“ nicht in das Gelbe Heft zu übernehmen.**

Die Befunde „Besondere psychische Belastungen“ und „Besondere soziale Belastungen“ sind in den Mutterschaftsrichtlinien inhaltlich nicht näher bezeichnet. Auch der Befund „Abusus“ ist nicht mit einer Definition hinterlegt.

Die DGHWi begrüßt es, dass Eltern nach besonderen Belastungen und Abhängigkeiten gefragt werden. Fragen dazu sollten allen Eltern gestellt werden. **Aufgrund einer möglichen Stigmatisierung und unklarem Nutzen für das Kind sollten die Befunde nicht in das Gelbe Heft übertragen werden.**

„(Poly-)Hydramnion“ und „Oligohydramnion“ sind für Eltern schwer verständlich. Unter Einbeziehung von Nutzerinnen und Nutzern sollte geklärt werden, ob diese Einträge aus dem Mutterpass weiterhin als Befundnummern codiert übernommen werden.

Bei dem Geburtsmodus ist zu unterscheiden zwischen „spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke und Zange“. Saugglocke und Zange entsprechen einer vaginal operativen Geburt.

Bei der Geburtsanamnese fehlen Geburtsjahr der Mutter und Anzahl der Geburten (einschließlich der jetzigen). Die DGHWi empfiehlt, diese Angaben mit Eingabefeld aufzunehmen, damit sie im Freitext zur Familienanamnese nicht vergessen werden.

e. Spezielle Früherkennungsuntersuchungen, Seiten 8 und 9: Die Tabelle zum „Erweiterten Neugeborenen-Screening“ erscheint unklar bezüglich „Untersuchung erfolgt am“ und „Datum“. Welches (andere) „Datum“ ist an dieser Stelle einzutragen? Unklar ist auch, wie dokumentiert werden kann, dass Eltern ein vorzeitiges Screening bei ambulanter Geburt in der Klinik ablehnen, dies in der dafür vorgesehenen Zeit dann aber ambulant durchführen lassen.

Anstelle des Begriffs „Früherkennung von Hörstörungen bei Neugeborenen“, der eine mögliche „Störung“ beim Kind suggeriert, favorisiert die DGHWi den neutralen Begriff „Neugeborenen-Hörscreening“. Der Satzteil „in der Regel in den ersten 3 Lebenstagen“ soll gestrichen werden, um der Situation außerklinisch geborener Kinder gerecht zu werden. Entsprechend soll auch der Satzteil „in der Regel bis U2“ bei der „Kontroll-AABR bei auffälligem Erstbefund“ entfallen.

d. U2, Elterninformation, Seite 10: Da nicht alle Kinder in der Klinik geboren werden, empfiehlt die DGHWi zu Beginn der Elterninformation den Wortlaut: „Ihr Kind ist jetzt einige Tage alt. Sind Sie nach der Geburt in einer Klinik noch stationär aufgenommen, wird die zweite Untersuchung, die U2, dort stattfinden. Haben Sie die Klinik schon verlassen oder haben Sie Ihr Kind in einem Geburtshaus oder zu Hause geboren, vereinbaren Sie so früh wie möglich einen Untersuchungstermin bei der Ärztin oder dem Arzt,...“.

Für die Eltern, die sich gegen die Vitamin-K-Prophylaxe entschieden haben, empfehlen wir den Zusatz „...um Blutungen vorzubeugen, falls Sie sich nicht gegen diese Maßnahme entschieden hatten“.

Ob Fluorid in Form von Tabletten „für die spätere Zahnhärtung wichtig“ ist, ist mittlerweile umstritten. Auch deswegen sollte eine neutrale Formulierung gewählt werden [5].

Das Kind wird auch durch das Stillen „ernährt“, daher wäre besser die Formulierung: „Außerdem werden Sie zum Thema Stillen und zu weiteren Ernährungsfragen beraten“.

U2, Anamnese, Seite 11: Es wird empfohlen, auch bei „Stuhlfarbe (mit Farbtafel erfragen)“ das Wort „auffällige“ voranzustellen wie auch bei „auffälliges Schreien“.

U2, Beratung, Seite 12: Hier schließt sich die DGHWi der Position des GKV-SV/der DKG und der Patientenvertretung an. Zur Vitamin-K-Prophylaxe empfehlen wir die Formulierung „Vitamin K Prophylaxe prüfen und gegebenenfalls durchführen“, um auch die Eltern einzubinden, die sich eventuell gegen diese Maßnahme entschieden haben.

e. U3 Elterninformation, Seite 14: Der Ultraschall der Hüfte ist mit dem Satzteil „um eventuelle Fehlstellungen rechtzeitig behandeln zu können“ ausreichend begründet. Es wird empfohlen, den Nebensatz des nächsten Satzes (fett gedruckt) „da Sie Ihrem Baby dadurch schwerwiegende, lebenslange Beschwerden ersparen können“ zu streichen.

Anstelle der Begriffe „Abhängigkeit und Sucht“ empfiehlt die DGHWi folgenden Satz zu verwenden: „Zudem geht es allgemein um Unfallverhütung und um Gefahren für Ihr Kind durch Suchtmittel in der Familie“.

Beraten wird zum Umgang mit einem Schreikind (s. Seite 17 des Untersuchungsheftes). Entsprechend sollte in der Elterninformation auf ein übermäßiges Schreien des Kindes hingewiesen werden (z. Bsp. ..., wenn Ihr Kind sehr viel schreit“).

U3, Anamnese, Seite 15: Es wird empfohlen, auch bei „Stuhlfarbe (mit Farbtafel erfragen)“ das Wort „auffällige“ voranzustellen wie auch bei „auffälliges Schreien“ (s.a. U2, Anamnese).

U3, Beratung, Seite 17: Hier schließt sich die DGHWi der Position des GKV-SV/der DKG und der Patientenvertretung an. Zur Vitamin-K-Prophylaxe empfehlen wir die Formulierung „Vitamin-K-Prophylaxe prüfen und gegebenenfalls durchführen“, um auch die Eltern einzubinden, die sich eventuell gegen diese Maßnahme entschieden haben (s.a. U2, Beratung).

Autorinnen:

Elke Mattern, M.Sc. und Dr. Christine Loytved

Literatur:

- [1] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (Hrsg.) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (KinderRichtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung, Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger. 2016. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2287/2015-06-18_Kinder-RL_Neustrukturierung_Neufassung.pdf [21.02.2016]
- [2] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (Hrsg.) Anlage 3 zu den Kinder-Richtlinien. Erweitertes Neugeborenen-Screening. 2010. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/83-691-234/RL_Kinder_Anlage-3_2010-12-16.pdf [21.02.2016]
- [3] Bundesministerium für Gesundheit. Bekanntmachung [1733 A] eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Kinder-Richtlinien: Einführung eines Neugeborenen-Hörscreenings. 2008. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-681/2008-06-19-Kinder-H%C3%B6rscreening_BAnz.pdf [21.02.2016]
- [4] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (Hrsg.) Patienteninformation Ich bin schwanger. Warum wird allen schwangeren Frauen ein Test auf Schwangerschaftsdiabetes angeboten? Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3215/2012-03-03_Merkblatt%20Schwangerschaftsdiabetes.pdf [21.02.2016]
- [5] Bundeszahnärztekammer. 2.01 Patienteninformation. 2007. Verfügbar unter: <http://www.dgzmk.de/uploads/media/Fluoridierung.pdf> [21.02.2016]

Stellungnahme zur Evaluierung der Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBo NRW)

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

13.6.2016

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) begrüßt die Evaluierung der landesrechtlichen Vorschriften in Bezug auf das Hebammenwesen und bezieht im folgenden Stellung zu den grundlegenden Aspekten, die sich aus der Perspektive der Hebammenwissenschaft auf die Vorschriften zur Berufsausübung beziehen.

§ 2 Aufgaben

▪ Absatz 1:

Eine Präzisierung der „für die Berufsausübung geltenden Vorschriften“ wäre wünschenswert, beispielsweise durch die Benennung der relevanten Gesetze.

Um den zunehmenden hochschulischen Abschlüssen im Hebammenwesen gerecht zu werden, sollten die Ausführungen in diesem Absatz die erweiterten Kompetenzen und Aufgaben von Hebammen mit den Abschlüssen Bachelor of Science und Master of Science ergänzend erwähnen. Der Text könnte lauten: *„Akademisch ausgebildete Hebammen sind darüber hinaus verpflichtet, entsprechend ihrem wissenschaftlichen Verständnis und ihrer Fähigkeit, wissenschaftliche Erkenntnisse zu recherchieren und zu reflektieren, ihr Handeln in vertiefter und differenzierter Weise auf aktuelle Erkenntnisse auszurichten und damit der Betreuung von Frauen in komplexeren geburtshilflichen Situationen und Prozessen gerecht zu werden.“*

▪ Absatz 2:

Die eigenständige und eigenverantwortliche Tätigkeit von Hebammen muss, basierend auf dem Hebammengesetz, explizit weiterhin benannt bzw. deutlicher für die unterschiedlichen Tätigkeitsfelder hervorgehoben werden:

Die im Hebammengesetz (1985) festgelegten vorbehaltenen Tätigkeiten [1] unterscheiden den Hebammenberuf grundsätzlich von anderen Gesundheitsfachberufen. Hebammen gewährleisten bei physiologischem Verlauf autonom die Primärversorgung von Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und stillenden Frauen sowie deren Neugeborenen/Säuglinge. Laut § 4 des Hebammengesetzes ist die Geburtshilfe (Überwachung des Geburtsvorgangs von Beginn der

Wehen an, Hilfe bei der Geburt, Überwachung des Wochenbettverlaufs) eine den Hebammen sowie Ärztinnen/Ärzten vorbehaltene Tätigkeit. Ärztliches Fachpersonal ist laut geltendem Gesetz dazu verpflichtet, zu jeder Geburt eine Hebamme hinzuzuziehen. Aus den gesetzlichen Rahmenbedingungen ergibt sich im Falle einer normal verlaufenden Schwangerschaft, einer normal verlaufenden Geburt sowie eines normal verlaufenden Wochenbettes bzw. Stillzeit eine rechtliche Gleichstellung gegenüber ärztlichem Fachpersonal. Die eigenverantwortliche Tätigkeit von Hebammen ist nicht nur auf die Primärversorgungsebene, die außerklinische Tätigkeit, begrenzt. Auch im klinischen Setting, der sekundären Versorgungsebene, arbeiten Hebammen selbstständig und eigenverantwortlich. Nationale wie internationale Studienergebnisse weisen zertifizierte Hebammen als zuverlässige Leistungsanbieter speziell auf der Primärversorgungsebene aus [2][3][4].

Gleichzeitig erfordert der Hebammenberuf eine enge Zusammenarbeit mit Vertreterinnen und Vertretern aus den Disziplinen Medizin und Psychologie wie auch aus den Bereichen der Frühen Hilfen und Sozialen Arbeit. Deshalb sollte die Berufsordnung neben dem Hinweis auf die eigenverantwortliche Tätigkeit auch den Hinweis auf die Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit und eines gelungenen Schnittstellenmanagements sowohl interdisziplinär als auch zwischen Organisationen bzw. dem klinischen/außerklinischen Setting enthalten.

▪ Absatz 2, Neuer Punkt:

Hebammen betreuen auch Frauen mit Fehl- und Totgeburten während und nach der Geburt. Dieser Aufgabenbereich sollte bezugnehmend auf die bestehende Gebührenordnung auch in der Berufsordnung mit aufgenommen werden. Den Frauen sollte die Entscheidung überlassen bleiben, welchen „Geburtsmodus“ sie in ihrem Falle wählen [5][6][7][8]. Dennoch dürfen die Frauen in dieser Zeit nicht sich selbst überlassen bleiben. Die außerklinische Hebammenbetreuung stellt hier gegenüber einer stationären Aufnahme der Frau eine gute, evidenzbasierte Alternative dar [5][6][7][8].

Wir schlagen folgende Formulierung vor: *„Betreuung der Gebärenden während Fehl- oder Totgeburt unter Berücksichtigung ihrer speziellen*

psychosozialen Bedürfnisse, insbesondere hinsichtlich der Verabschiedung der Eltern von ihrem Kind und der Anbahnung einer gesundheitsförderlichen Trauerverarbeitung.“

▪ Absatz 2, Punkt 3:

Die Beratung in der Schwangerschaft, in der Vorbereitung auf die Geburt, im Wochenbett und in der Stillzeit sollte in diesem Punkt und in der gesamten Hebammenberufsordnung ein größeres Gewicht bekommen, da die Hebamme dadurch Einblick in die ggf. belastende Lebenssituation der Frau/Eltern erhält und situationsorientiert einen gesundheitsfördernden und präventiven Einfluss nehmen kann (siehe auch Punkt Absatz 3 unten).

▪ Absatz 2, Punkt 8:

Es wird nicht deutlich, dass das Stillen über die ersten 6-8 Wochen des Wochenbettes hinaus eine wichtige Rolle spielt und einer Beratung bedarf, auch im Zusammenhang mit Abstillen und der Einführung von Beikost. Darüber hinaus ist die „praktische Anleitung“ eine besondere Form der Betreuung, die nicht durch den Aspekt der „Beratung“ abgedeckt ist:

Die Formulierung des Punktes 8 könnte daher lauten: *„Betreuung der Wöchnerin (auch nach der Geburt eines nicht lebenden Kindes), Überwachung ihres Zustandes, Beratung und Anleitung in Pflege und Ernährung des Neugeborenen, insbesondere Stillberatung, Stillförderung, Anleitung zum Stillen bis zum Ende der Stillzeit, Beratung und Anleitung beim Abstillen und der Beikosteinführung sowie Hilfeleistung bei Beschwerden, ggf. bis zu einem Jahr nach der Geburt bzw. bis zum Ende der Abstillphase“.*

▪ Absatz 3:

In der Hebammenberufsordnung fehlen explizite Hinweise auf die Gesundheitsförderung und Prävention, obwohl diese zu den zentralen Aufgaben der Hebammen zählen [9] – insbesondere im Rahmen der Beratung und praktischen Anleitung der Frau in der Schwangerschaft, in der Geburtsvorbereitung, bei der Geburt, im Wochenbett (einschl. der Säuglingspflege), in der Stillzeit und in Angeboten zur postpartalen Rückbildung.

Die sozialen Belastungsfaktoren (z.B. häusliche Gewalt, geringes Einkommen, geringer Bildungsstand, wenig soziale Unterstützung, minderjährige Schwangere, Alleinerziehende, etc.) könnten noch detaillierter oder auch beispielhaft aufgeführt werden, da diese hinsichtlich der Prävention, Gesundheitsförderung, Kommunikation und Frühen Hilfen von besonderer Bedeutung sind. Auch lebensstilbedingte und geburtshilflich relevante Risiken sollten berücksichtigt und angeführt werden: Mangel an Bewegung, Übergewicht, Rauchen, Alkohol, Drogen, Mediensucht und andere.

Ein wichtiger Aspekt einer professionellen Beratung ist das Recht der Frau auf Aufklärung und eigene Entscheidungen (siehe Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten [10]). Die Aufgaben der Hebammen beinhalten daher, den von ihnen betreuten Frauen eine „informierte Entscheidung“ hinsichtlich der konkreten Hebammenbetreuung zu ermöglichen und sie in einer "partizipativen Entscheidungsfindung" – basierend auf den aktuellen Forschungserkenntnissen – zu begleiten. Dabei motivieren die Hebammen die Frau bzw. Eltern zur Mitarbeit und fördern ihre Selbstverantwortlichkeit (wie bereits unter Absatz 3 ausgeführt).

§ 4 Arzneimittel

Bei diesem Paragraphen sollte grundsätzlich überprüft werden, inwieweit dieser nicht durch evidenzbasierte schmerzstillende Maßnahmen erweitert werden könnte. Vorbild für eine entsprechende Überprüfung könnte die evidenzbasierte Leitlinie des National Institutes for Health and Clinical Excellence (NICE) Intrapartum Care sein [11]. Dort werden evidenzbasierte, nicht pharmakologische Methoden benannt, wie Atem- und Entspannungstechniken, Massage, Entspannungsbad oder -dusche sowie Musik.

§ 5 Schweigepflicht

Hier sollte zusätzlich auf die Hinweispflicht bei Kindeswohlgefährdung aufgrund des Bundeskinderschutzgesetzes (BKisSchG 2012 bzw. § 4 KKG) hingewiesen werden.

Dort heißt es zur Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung (§ 4 Abs. 1): "Werden [...] Ärztinnen oder Ärzten, Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, [...] in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird." [12]

§ 7 Fortbildungen

Die geeigneten Maßnahmen zur Fortbildung („Fortbildungsveranstaltungen von Hebammenlehranstalten und Hebammenverbänden“) erscheinen unvollständig und sollten ergänzt werden durch Fachtagungen, die durch die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. sowie weitere Fachgesellschaften angrenzender Wissenschaften (z.B. Psychologie, Pädiatrie, Kommunikation) angeboten werden mit hoch relevanten Inhalten für Hebammen.

§ 8 Besondere Pflichten bei freiberuflicher Tätigkeit

Hier ist die besondere Pflicht für freiberuflich tätige Hebammen festgehalten, sich an der Perinatalerhebung als qualitätssichernde Maßnahme zu beteiligen. Wünschenswert wäre außerdem die Aufforderung, sich im Rahmen der Möglichkeiten an Forschungsprojekten, die für die Hebammenversorgung relevant sind, zu beteiligen.

▪ Punkt 5: Die Forderung „jederzeit erreichbar zu sein“ ist eine nicht realisierbare Forderung, da Hebammen auch Zeiten des Schlafs und der Erholung zustehen. Jedoch könnte dieser Punkt praxisnah – und in Anlehnung an die Hebammenberufsordnung Berlin [13] – so formuliert werden: *„Freiberuflich tätige Hebammen sind verpflichtet, sich grundsätzlich gegenseitig zu vertreten. Freiberuflich tätige Hebammen müssen die von ihnen betreuten Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen über ihre Erreichbarkeit, die Vertretungsregelung und die Inanspruchnahme anderer Dienste im Bedarfsfall aufklären“.*

Autorinnen:

Mirjam Peters B.Sc. und Dr. Gertrud M. Ayerle

(Literatur siehe Seite 48)

Anti-D Gabe in der Schwangerschaft zur Prävention von Rhesus Alloimmunisierung

McBain RD, Crowther CA, Middleton P

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

Übersetzung durch Clara Eidt, B.Sc. Midwifery

Hintergrund

Eine Rhesus- (Rh-) negative Frau kann während der Schwangerschaft Antikörper entwickeln, wenn ihr Fetus Rhesus-positiv ist. Diese Antikörper können Rh-positiven Neugeborenen schaden.

Ziel

Die Erfassung der Auswirkungen der pränatalen Anti-D Immunglobulin-Gabe auf die Häufigkeit von Rhesus-D Alloimmunisierung bei Rh-negativen Frauen ohne Anti-D Antikörper.

Methodisches Vorgehen

Wir suchten im Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register (31. Mai 2015) und in den Referenzlisten der identifizierten Studien.

Auswahlkriterien

Randomisierte Studien bei Rh-negativen Frauen ohne Anti-D Antikörper mit Anti-D Gabe nach 28 Schwangerschaftswochen, verglichen mit keiner Behandlung, Placebo oder einem anderen Behandlungskonzept mit Anti-D.

Datensammlung und Analyse

Zwei Review-Autoren beurteilten unabhängig voneinander die Studien auf Einschluss und das Risiko für Bias, extrahierten Daten und überprüften deren Richtigkeit.

Hauptergebnisse

Wir schlossen in diesem Review zwei Studien mit über 4.500 Frauen ein, die Anti-D Prophylaxe mit keinem Anti-D während der Schwangerschaft vergleichen. Insgesamt wurden die Studien mit moderatem bis hohem Risiko für Bias bewertet. Die Qualität der Evidenz für vorgegebene Endpunkte wurde außerdem nach dem GRADE (Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation)-Ansatz beurteilt.

Im Hinblick auf die primären Review Endpunkte gab es keine klaren Unterschiede im Risiko der Immunisierung, wenn Frauen, die eine Anti-D-Gabe nach 28 und 34 Schwangerschaftswochen erhielten, mit Frauen verglichen wurden, die keine pränatale Anti-D-Gabe erhielten: Risiko-Verhältnis (RR) für die Häufigkeit von Rhesus-D Alloimmunisierung

während der Schwangerschaft war 0,42 (95% Konfidenzintervall (KI) 0,15 bis 1,17, zwei Studien, 3902 Frauen, GRADE: niedrige Qualität der Evidenz); bei der Geburt eines Rh-positiven Säuglings lag das RR bei 0,42 (95% KI 0,15 bis 1,17, zwei Studien, 2.297 Frauen); und innerhalb von 12 Monaten nach der Geburt eines Rh-positiven Säuglings lag das durchschnittliche RR bei 0,39 (95% KI 0,10 bis 1,62, zwei Studien; 2.048 Frauen; T^2 : 0,47, I^2 : 39%; GRADE: niedrige Qualität der Evidenz). Keine der Studien berichtete über die Häufigkeit der Rhesus-D Alloimmunisierung in Folgeschwangerschaften.

Unter Berücksichtigung der sekundären Endpunkte konnte in einer Studie gezeigt werden, dass Frauen, die Anti-D während der Schwangerschaft erhielten, eine geringere Wahrscheinlichkeit für einen positiven Kleihauer Test (welcher fetale Zellen in mütterlichem Blut erkennt) in der Schwangerschaft (bei 32 bis 35 Wochen) (RR 0,60; 95% KI 0,41 bis 0,88; 1.884 Frauen; GRADE: niedrige Qualität der Evidenz) und nach der Geburt eines Rh-positiven Säuglings hatten (RR 0,60; 95% KI 0,46 bis 0,79; 1.189 Frauen; GRADE: niedrige Qualität der Evidenz). Keine eindeutigen Unterschiede konnten für neonatale Gelbsucht erkannt werden (RR 0,26; 95% KI 0,03 bis 2,30; 1.882 Säuglinge; GRADE: sehr niedrige Qualität der Evidenz). Keine der Studien berichteten über negative Auswirkungen in Verbindung mit Anti-D Behandlung.

Fazit der Autoren

Bestehende Studien bieten keine eindeutige Evidenz über den Nutzen des Einsatzes von Anti-D während der Schwangerschaft für die Mutter oder das Neugeborene im Hinblick auf die Häufigkeit von Rhesus-D Alloimmunisierung während der Schwangerschaft oder nach der Geburt, oder die Häufigkeit von neonataler Morbidität (Gelbsucht) (niedrige bis sehr niedrige Qualität der Evidenz). Jedoch verringert sich die Wahrscheinlichkeit für Frauen, die eine Anti-D-Gabe erhalten, einen positiven Kleihauer Test in der Schwangerschaft oder bei der Geburt eines Rh-positiven Säuglings zu haben (niedrige Qualität der Evidenz). Es könnte sein, dass weniger Frauen, die eine Anti-D Gabe während der Schwangerschaft erhalten, Anti-D Antikörper in einer Folgeschwangerschaft haben. Dies wäre von Nutzen für das Neugeborene, jedoch bedarf dies der Untersuchung in Studien mit solidem Aufbau.

Zitation des Cochrane Reviews:

McBain R D , Crowther C A, Middleton P. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9. Art. No.: CD000020. DOI: 10.1002/14651858.CD000020.pub3

Nahrungsergänzung durch Vitamin A in der Schwangerschaft für gesundheitsbezogene Endpunkte für Mütter und Neugeborene

McCauley ME, van den Broek N, Dou L, Othman M

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

Übersetzung durch Gabriele Krüger, MaS (International Health)

Hintergrund

Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt während der Schwangerschaft die routinemäßige Einnahme von Vitamin A in Gebieten mit endemischem Vitamin-A-Mangel (wo Nachtblindheit auftritt). Dies basiert auf der Annahme, dass diese Nahrungsergänzung mütterliche und kindliche Endpunkte einschließlich Sterblichkeit, Krankheit und die Prävention von Anämie oder Infektion verbessern kann.

Ziel

Die Wirkung der Nahrungsmittelergänzung durch Vitamin A, oder eines Derivates, allein oder in Kombination mit anderen Vitaminen und Mikronährstoffen während der Schwangerschaft auf die klinischen Endpunkte für Mütter und Neugeborene zu untersuchen.

Methodisches Vorgehen

Wir suchten im Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register (30. März 2015) und in Literaturverzeichnissen der identifizierten Studien.

Auswahlkriterien

Alle randomisierten oder quasi-randomisierten Studien, eingeschlossen cluster-randomisierte Studien, welche die Wirkung von Vitamin-A-Supplementierung bei schwangeren Frauen untersuchen.

Datensammlung und Analyse

Zwei Review-Autoren beurteilten unabhängig voneinander die Studien auf Einschluss und das Risiko für Bias, extrahierten die Daten und prüften sie auf Genauigkeit.

Wir sahen 106 Berichte von 35 Studien, die zwischen 1931 und 2015 veröffentlicht wurden durch. Wir schlossen 19 Studien ein, an denen über 310.000 Frauen teilnahmen, wir schlossen 15 Studien aus und eine Studie war noch nicht abgeschlossen. Insgesamt wurden sieben Studien mit niedrigem Risiko für Bias und drei mit hohem Risiko für Bias bewertet und für neun Studien war es unklar.

Hauptergebnisse

1. Vitamin A allein versus Placebo oder keiner Behandlung

Wenn Studienergebnisse gepoolt werden, hat die Vitamin-A-Nahrungsergänzung insgesamt keine Wirkung auf die Müttersterblichkeit. (relatives Risiko (RR) 0,88; 95% Konfidenzintervall (KI) 0,65 bis 1,20; vier Studien; Ghana, Nepal, Bangladesch, Großbritannien; hohe Qualität der Evidenz), Perinatalsterblichkeit (RR 1,01; 95% KI 0,95 bis 1,07; eine Studie; hohe Qualität der Evidenz), Neugeborenensterblichkeit, Fehl-/Totgeburt, Anämie des Neugeborenen, Frühgeburt (RR 0,98; 95% KI 0,94 bis 1,01; fünf Studien; hohe Qualität der Evidenz), oder auf das Risiko eines niedrigen Geburtsgewichts.

Vitamin-A-Supplementierung senkt das Risiko der mütterlichen Nachtblindheit (RR 0,79; 95% KI 0,64 bis 0,98; zwei Studien). Es gibt Evidenz

dafür, dass die Gabe von Vitamin A klinische Infektionserkrankungen bei Müttern reduzieren könnte (RR 0,45; 95% KI 0,20 bis 0,99, fünf Studien; Südafrika, Nepal, Indonesien, Tansania, Großbritannien; niedrige Qualität der Evidenz) als auch mütterliche Anämie (RR 0,64; 95% KI 0,43 bis 0,94; drei Studien; moderate Qualität der Evidenz).

2. Vitamin A allein versus Mikronährstoffergänzungen ohne Vitamin A

Vitamin A allein verglichen mit Mikronährstoffergänzungen ohne Vitamin A senkt die Zahl der klinischen Infektionserkrankungen bei Müttern nicht (RR 0,99; 95% KI 0,83 bis 1,18; zwei Studien; 591 Frauen). Keine anderen primären oder sekundären Endpunkte wurden berichtet.

3. Vitamin A mit anderen Mikronährstoffen versus Mikronährstoffergänzungen ohne Vitamin A

Vitamin-A-Supplementierung (mit anderen Mikronährstoffen) senkt nicht die Perinatalsterblichkeit (RR 0,51; 95% KI 0,10 bis 2,69; eine Studie; niedrige Qualitätsevidenz), mütterliche Anämie (RR 0,86; 95% 0,68 bis 1,09; drei Studien; niedrige Qualität der Evidenz), klinische Infektionserkrankungen bei Müttern (RR 0,95; 95% 0,80 bis 1,13; $I^2 = 45\%$; zwei Studien; niedrige Qualität der Evidenz) oder Frühgeburt (RR 0,39; 95%KI, 0,08 bis 1,93; eine Studie; niedrige Qualität der Evidenz).

In einer Studie mit HIV-positiven Frauen konnte der Zusammenhang von Vitamin-A-Nahrungsergänzung zusammen mit anderen Mikronährstoffen und weniger Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht (<2,5 kg) aufgezeigt werden (RR 0,67; 95%KI 0,47 bis 0,96; eine Studie; 594 Frauen).

Fazit der Autoren

Aktuell zeigen die gepoolten Ergebnisse dreier großer Studien in Nepal, Ghana und Bangladesch (mit über 153.000 Frauen) keinen Nutzen einer Vitamin-A-Nahrungsergänzung in der Schwangerschaft, um Mütter- und Neugeborenensterblichkeit zu senken. Jedoch war wahrscheinlich der Vitamin-A Grundstatus der Frauen unterschiedlich und es traten Probleme bei der Nachbeobachtung der Frauen auf.

Es liegt Evidenz von guter Qualität dafür vor, dass durch die Einnahme von Vitamin A in der Schwangerschaft die Fälle von mütterlicher Nachtblindheit und mütterliche Anämie bei Frauen gemindert werden können, die in Gebieten mit Vitamin-A-Mangel leben oder HIV-positiv sind. Zudem scheint die verfügbare Evidenz darauf hinzuweisen, dass Infektionsraten bei Müttern gesenkt werden können, aber die Daten weisen keine hohe Qualität auf.

Zitation des Cochrane Reviews:

McCauley ME, van den Broek N, Dou L, Othman M. Vitamin A supplementation during pregnancy for maternal and newborn outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 10. Art. No.: CD008666. DOI: 10.1002/14651858.CD008666.pub3.

Geplante vorzeitige Geburt versus abwartendes Vorgehen um den Geburtstermin bei mutmaßlich gefährdetem Kind zur Verbesserung des Geburtsergebnisses

Bond DM, Gordon A, Hyett J, de Vries B, Carberry AE, Morris J.

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

Übersetzung durch Clara Eidt, B.Sc. Midwifery

Hintergrund

Eine fetale Gefährdung in der Schwangerschaft um den errechneten Termin wird vermutet, wenn die folgenden klinischen Indikatoren vorliegen: intrauterine Wachstumsretardierung (IUGR = intrauterine growth restriction), nachlassende Kindsbewegungen (DFM = decreased fetal movement) oder wenn Untersuchungen wie Kardiotokographie (CTG = cardiotocography) und Ultraschall Befunde ergeben, die inkonsistent zu Standardwerten sind. Pathologische Ergebnisse würden eine sofortige Geburt erfordern, aber das Vorgehen bei "suspekten" Ergebnissen bleibt unklar und variiert weitgehend in klinischen Zentren. Es besteht eine klinische Unsicherheit über das beste Management bei Frauen mit mutmaßlich gefährdetem Kind am Termin in einer ansonsten gesunden Schwangerschaft.

Ziel

Die Erfassung der Wirkungen der sofortigen Geburt versus dem abwartenden Vorgehen bei mutmaßlich gefährdetem Kind am Termin auf neonatale, maternale und langfristige Ergebnisse unter Berücksichtigung der bestmöglichen verfügbaren Evidenz.

Methodisches Vorgehen

Wir suchten im Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register (31. Mai 2015) und in Referenzlisten der gefundenen Studien.

Auswahlkriterien

Randomisierte oder quasi-randomisierte kontrollierte Studien, die das abwartende Vorgehen bei Frauen mit einem mutmaßlich beeinträchtigtem Fötus ab 37 vollendeten Schwangerschaftswochen mit geplanter vorzeitiger Geburt vergleichen.

Datensammlung und Analyse

Zwei Review-Autoren beurteilten unabhängig voneinander den Einschluss und die Qualität der Studien. Zwei Review-Autoren extrahierten unabhängig voneinander die Daten. Die Daten wurden auf Genauigkeit geprüft. Wir beurteilten die Qualität der Evidenz anhand des GRADE-Ansatzes.

Hauptergebnisse

Von den 20 mit der Suchstrategie identifizierten Berichten schlossen wir drei Studien ein (546 Teilnehmerinnen: 269 mit vorzeitiger Geburt und 277 mit abwartendem Vorgehen), die unsere Einschlusskriterien erfüllten. Zwei der Studien verglichen Endpunkte bei 492 Schwangerschaften mit IUGR beim Fötus und eine Studie bei 54 Schwangerschaften mit Oligohydramnion. Alle drei Studien waren von angemessener Qualität und niedrigem Risiko für Bias. Das Evidenzlevel wurde als moderat, niedrig oder sehr niedrig eingestuft und herabgestuft meist aufgrund von Ungenauigkeiten und einigen Indirektheiten. Insgesamt gab es keine Unterschiede im primären neonatalen Endpunkt der ‚perinatalen Mortalität‘ (keine Todesfälle in beiden Gruppen, eine Stu-

die, 459 Frauen, moderate Qualität der Evidenz), der ‚erheblichen neonatalen Morbidität‘ (relatives Risiko (RR) 0,15; 95% Konfidenzintervall (KI) 0,01 bis 2,81; eine Studie; 459 Frauen; niedrige Qualität der Evidenz), oder der ‚Beeinträchtigung der entwicklungsneuronalen Behinderungen/Schädigungen im Alter von zwei Jahren‘ (RR 2,04; 95% KI 0,62 bis 6,69; eine Studie; 459 Frauen; niedrige Qualität der Evidenz). Es gab keine Unterschiede im Risiko einer nekrotischen Enterokolitis (eine Studie, 333 Säuglinge) oder Mekoniumaspiration (eine Studie, 459 Säuglinge). Es fanden sich auch keine Unterschiede im berichteten mütterlichen Endpunkt: mütterliche Mortalität (RR 3,07; 95% KI 0,13 bis 74,87; eine Studie; 459 Frauen; niedrige Qualität der Evidenz) und signifikante mütterliche Morbidität (RR 0,92; 95% KI 0,38 bis 2,22; eine Studie; 459 Frauen; niedrige Qualität der Evidenz).

Die Dauer der Schwangerschaft bei Geburt war im Durchschnitt 10 Tage kürzer bei Frauen, die zu der vorzeitigen Geburt randomisiert waren (mittlere Differenz (MD) -9,50; 95% KI -10,82 bis -8,18; eine Studie; 459 Frauen) und Frauen in der Gruppe der vorzeitig eingeleiteten Geburt hatten eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit, ein Kind nach 40 vollendeten Schwangerschaftswochen zu bekommen (RR 0,10; 95% KI 0,01 bis 0,67; eine Studie; 33 Frauen).

Signifikant mehr Säuglinge in der Gruppe der vorzeitigen Geburt wurden zwischenzeitlich in einer Säuglingspflegestation aufgenommen (RR 1,28; 95% KI 1,02 bis 1,61; zwei Studien; 491 Säuglinge). Es gab keinen Unterschied im Risiko für ein Atemnotsyndrom (eine Studie, 333 Säuglinge), Apgar-Score weniger als 7 nach 5 Minuten (drei Studien, 546 Säuglinge), Notwendigkeit der Reanimation (eine Studie, 459 Säuglinge), mechanische Beatmung (eine Studie, 337 Säuglinge), Aufnahme auf einer neonatalen Intensivstation (RR 0,88; 95% KI 0,35 bis 2,23; drei Studien; 545 Säuglinge; sehr niedrige Qualität der Evidenz), Dauer des Aufenthalts auf der Säuglingsstation (eine Studie, 459 Säuglinge) und Sepsis (zwei Studien, 366 Säuglinge).

Babys in der Gruppe mit abwartendem Vorgehen hatten eine größere Wahrscheinlichkeit für ein Geburtsgewicht kleiner als die 2,3. Perzentile (RR 0,51; 95% KI 0,36 bis 0,73; zwei Studien; 491 Säuglinge), jedoch gab es keine Unterschiede im Anteil der Kinder mit einem Geburtsgewicht unter der 10. Perzentile (RR 0,98; 95% KI 0,88 bis 1,10). Es gab keinen Unterschied in jeglichen berichteten mütterlichen sekundären Endpunkten einschließlich: Kaiserschnitttrate (RR 1,02; 95% KI 0,65 bis 1,59; drei Studien.; 546 Frauen; niedrige Qualität der Evidenz), vorzeitige Plazentalösung (eine Studie, 459 Frauen), Präeklampsie (eine Studie, 459 Frauen), vaginale Geburt (drei Studien, 546 Frauen), assistierte vaginale Geburt (drei Studien, 546 Frauen), Stillraten (eine Studie, 218 Frauen) und Stilldauer in Wochen nach der Geburt (eine Studie, 124 Frauen). Es gab einen zu erwartenden Anstieg der Rate der Einleitung in der Gruppe der vorzeitigen Geburt (RR 2,05;

95% KI 1,78 bis 2,37; eine Studie; 459 Frauen).

Es konnten keine Daten gefunden werden für die vorab festgelegten sekundären neonatalen Endpunkte, wie die Dauer der mechanischen Beatmung in Tagen, moderate bis schwere hypoxisch-ischämische Enzephalopathie oder den Bedarf für therapeutische Kühlung. Ebenso gab es keine Daten bezüglich der sekundären mütterlichen Endpunkte wie postnatale Infektion, mütterliche Auffassung von oder Zufriedenheit mit der Betreuung.

Fazit der Autoren

Eine Strategie für geplante vorzeitige Geburt versus abwartendes Vorgehen bei einem mutmaßlich gefährdeten Fötus am Termin zeigte keine Unterschiede in den wichtigsten Endpunkten der perinatalen Mortalität, signifikante neonatale oder mütterliche Morbidität oder Beeinträchtigung der Entwicklung des Nervensystems. Bei Frauen, die der vorzeitigen Geburt zufällig zugeordnet wurden, war die Dauer der Schwangerschaft bei Geburt im Durchschnitt 10 Tage kürzer, und die

Wahrscheinlichkeit, ein Baby nach 40 vollendeten Schwangerschaftswochen zu bekommen geringer, die Geburt wurden häufiger eingeleitet und Säuglinge hatten eine höhere Wahrscheinlichkeit, auf einer Säuglingspflegestation aufgenommen zu werden. Es gab auch einen signifikanten Unterschied im Anteil der Kinder mit einem Geburtsgewicht unter der 2.3 Perzentile, jedoch ließ sich dies nicht auf eine Reduktion der Morbidität übertragen. Dieser Review stützt sich ausschließlich auf eine große Studie und zwei kleinere Studien, die Daten von Föten mit intrauteriner Wachstumsretardierung oder Oligohydramnion auswerten und kann daher nicht auf alle Schwangerschaften um den Termin mit mutmaßlich gefährdetem Föten übertragen werden. Es gibt andere Hinweise für die Vermutung der Beeinträchtigung eines Fötus am oder in der Nähe des Geburtstermins wie beispielsweise die mütterliche Wahrnehmung nachlassender Kindsbewegungen, sowie Ultraschall und/oder CTG Abweichungen. Zukünftige randomisierte Studien müssen die Alltagswirksamkeit der zeitlichen Planung der Geburt bei diesen Indikationen beurteilen.

Zitation des Cochrane Reviews:

Bond DM, Gordon A, Hyett J, de Vries B, Carberry AE, Morris J. Planned early delivery versus expectant management of the term suspected compromised baby for improving outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 11. Art. No.: CD009433. DOI: 10.1002/14651858.CD009433.pub2

Maßnahmen auf Ebene des Gesundheitssystems und der Bevölkerung, um die Nutzung der Schwangerenvorsorge und gesundheitsbezogene Endpunkte zu verbessern

Mbuagbaw L, Medley N, Darzi AJ, Richardson M, Habiba Garga K, Ongolo-Zogo P.

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

Übersetzung durch Gabriele Krüger, MaS (International Health)

Hintergrund

Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) empfiehlt mindestens vier Schwangerenvorsorgeuntersuchungen für alle schwangeren Frauen. Fast die Hälfte aller schwangeren Frauen weltweit erhält diese Anzahl von Vorsorgeuntersuchungen nicht. Dies trifft besonders auf Entwicklungsländer zu. Eine geringe Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorgen ist mit niedrigem Geburtsgewicht und mehr Todesfällen bei Säuglingen verbunden. Die Schwangerenvorsorge kann Gesundheitserziehung zu Themen wie Ernährung, mögliche Probleme in der Schwangerschaft oder während der Geburt, Neugeborenenpflege und Vorbeugung oder Erkennung von Erkrankungen in der Schwangerschaft enthalten. Dieser Review beleuchtet Maßnahmen auf Bevölkerungsebene und Maßnahmen im Gesundheitssystem.

Ziel

Die Wirkung der Maßnahmen auf Gesundheitssystem- und Bevölkerungsebene auf die Verbesserung der Nutzung von Schwangerenvorsorge und anderer perinataler gesundheitsbezogener Endpunkte zu untersuchen.

Methodisches Vorgehen

Wir suchten im Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials

Register (7.6.2015) und in den Referenzlisten der identifizierten Studien.

Auswahlkriterien

Eingeschlossen wurden randomisiert kontrollierte Studien (RCTs), quasi-randomisierte Studien und cluster-randomisierte Studien. Einschlussfähig waren alle Studien mit jeglicher Intervention, um die Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge zu verbessern. Studien wurden auch eingeschlossen, wenn sie spezifische und ähnliche Endpunkte untersuchten, wie Mütter- und Säuglingssterblichkeit aber auch über die Nutzung der Schwangerenvorsorge berichteten.

Datensammlung und Analyse

Zwei Review-Autoren beurteilten unabhängig voneinander die Studien auf Einschluss und das Risiko für Bias, extrahierten die Daten und prüften sie auf Genauigkeit.

Hauptergebnisse

Eingeschlossen wurden 34 Studien mit ungefähr 400.000 teilnehmenden Frauen. Einige Studien testeten Maßnahmen auf Bevölkerungsebene, um die Nutzung der Schwangerenvorsorge zu verbessern (Medienkampagnen, Gesundheitserziehung oder finanzielle Anreize für schwangere Frauen), während andere Studien Maßnahmen im Gesundheitssystem untersuchten (Hausbesuche bei Schwangeren oder

materielle Ausstattung der Kliniken). Die meisten Studien wurden in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen durchgeführt, 29 der 34 Studien nutzten ein cluster-randomisiertes Design. Wir stuften das Risiko für Bias bei 30 der 34 Studien als insgesamt niedrig oder unklar ein.

Vergleich 1: Eine Intervention versus keine Intervention

Wir fanden eine geringfügige Verbesserung der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorgen mit mindestens vier Besuchen, (durchschnittliche Odds Ratio (OR) 1,11; 95% Konfidenzintervall (KI) 1,01 bis 1,22; 45.022 Teilnehmerinnen; 10 Studien; Heterogenität: $T^2 = 0,01$; $I^2 = 52\%$; hohe Qualität der Evidenz). In einer Sensitivitätsanalyse mit einem konservativerem, intra-cluster Korrelationskoeffizienten (ICC) ergaben sich ähnlich geringfügige Veränderungen. Mit dem Ausschluss einer Studie mit hohem Risiko für Bias verschob sich die als geringfügig eingestufte Wirkung zu keiner Wirkung. Keine Wirkung gab es bei der Müttersterblichkeit (durchschnittliche OR 0,69; 95% KI 0,45 bis 1,08; 114.930 Teilnehmerinnen; 10 Studien; Heterogenität: $T^2 = 0,00$; $I^2 = 0\%$; niedrige Qualität der Evidenz), Säuglingssterblichkeit (durchschnittliche OR 0,96; 95% KI 0,89 zu 1,03; 15 Studien; Heterogenität: $T^2 = 0,01$; $I^2 = 45\%$; moderate Qualität der Evidenz) oder niedriges Geburtsgewicht (durchschnittliche OR 0,94; 95% KI 0,82 bis 1,06; 5 Studien; Heterogenität: $T^2 = 0,00$; $I^2 = 5\%$; hohe Qualität der Evidenz). Einzelne Maßnahmen führten zu einer geringfügigen Verbesserung der Anzahl der Frauen, die in einer Gesundheitseinrichtung entbinden (durchschnittliche OR 1,08; 95% KI 1,02 bis 1,15; 10 Studien; Heterogenität: $T^2 = 0,00$; $I^2 = 0\%$; hohe Qualität der Evidenz) und im Anteil der Frauen, die mindestens eine Schwangerenvorsorgeuntersuchung hatten (durchschnittliche OR 1,68; 95% KI 1,02 bis 2,79; 6 Studien; Heterogenität: $T^2 = 0,24$; $I^2 = 76\%$; moderate Qualität der Evidenz). Die Ergebnisse für die Nutzung der Schwangerenvorsorge (mindestens vier und mindestens eine Untersuchung) und für die Säuglingssterblichkeit wiesen eine substantielle statistische Heterogenität auf. Einzelne Maßnahmen verbesserten die Anzahl der Frauen, die einen Tetanusimpfschutz erhielten, nicht (durchschnittliche OR 1,03; 95% KI 0,92 bis 1,15; 8 Studien; Heterogenität: $T^2 = 0,01$; $I^2 = 57\%$). Keine Studie berichtete über intermittierende präventive Malariabehandlung.

Vergleich 2: Zwei oder mehr Maßnahmen versus keine Maßnahme

Wir konnten keine Verbesserung in der Nutzung von vier oder mehr Schwangerenvorsorgeuntersuchungen feststellen (durchschnittliche OR 1,48; 95% KI 0,99 bis 2,21; Teilnehmerinnen = 7840; 6 Studien; Heterogenität: $T^2 = 0,10$; $I^2 = 48\%$; niedrige Qualität der Evidenz) oder in der Müttersterblichkeit (durchschnittliche OR 0,70; 95% KI 0,39 bis 1,26; 13.756 Teilnehmerinnen; 3 Studien; Heterogenität: $T^2 = 0,00$; $I^2 = 0\%$; moderate Qualität der Evidenz). Kombinierte Maßnahmen führten jedoch zur Verbesserung in der Nutzung von Schwangerenvorsorgeuntersuchungen von mindestens einem Besuch (durchschnittliche OR 1,79; 95% KI 1,47 bis 2,17; 5 Studien; Heterogenität: $T^2 = 0,00$; $I^2 = 0\%$; moderate Qualität der Evidenz), Säuglingssterblichkeit (durchschnittliche OR 0,74; 95% KI 0,57 bis 0,95; 5 Studien; Heterogenität: $T^2 = 0,06$; $I^2 = 83\%$; moderate Qualität der Evidenz) und

niedrigem Geburtsgewicht (durchschnittliche OR 0,61; 95% KI 0,46 bis 0,80; 2 Studien; Heterogenität: $T^2 = 0,00$; $I^2 = 0\%$; moderate Qualität der Evidenz). In Meta-Analysen für sowohl die Nutzung von vier und mehr Schwangerenvorsorgeuntersuchungen und Säuglingssterblichkeit wurde eine substantielle statistische Heterogenität festgestellt. Kombinierte Maßnahmen verbesserten den Anteil der Frauen mit Tetanusimpfschutz (durchschnittliche OR 1,48; 95% KI 1,18 bis 1,87; 3 Studien; Heterogenität: $T^2 = 0,01$; $I^2 = 33\%$). Keine Studie in diesem Vergleich berichtete über intermittierende präventive Malariabehandlung.

Vergleich 3: Direkte Vergleichsstudien zu zwei Maßnahmen.

Es konnten keine Studien gefunden werden.

Vergleich 4: Eine Maßnahme versus eine Kombination von Maßnahmen

Es gab keinen Unterschied in der Nutzung der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen (vier oder mehr Untersuchungen und mindestens eine Untersuchung), Müttersterblichkeit, Entbindungen in Gesundheitseinrichtungen oder Säuglingssterblichkeit. Keine Studie aus diesem Vergleich berichtete über niedriges Geburtsgewicht oder intermittierende präventive Malariabehandlung.

Fazit der Autoren

Bedeutung für die Praxis: Einzelne Maßnahmen können die Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge (mindestens eine Untersuchung und vier oder mehr Untersuchungen) und die Anzahl der Entbindungen in Gesundheitseinrichtungen steigern. Mit kombinierten Maßnahmen kann eine Steigerung der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorgeuntersuchungen (mindestens eine Untersuchung), die Reduktion der Säuglingssterblichkeit und das Auftreten von niedrigem Geburtsgewicht erreicht werden. Die Wirkungen der Maßnahmen waren unabhängig davon, ob diese auf der Ebene der Bevölkerung oder des Gesundheitssystem durchgeführt wurden.

Bedeutung für die Forschung: Es sollten mehr Details berichtet werden über die Anzahl der Ereignisse, die Gesamtzahl der Studienteilnehmerinnen und über die benutzen intra-cluster Korrelationskoeffizienten (ICC), um Cluster-Effekte anzupassen. Die Endpunkte sollten einheitlich berichtet werden, damit sie mit den üblichen Bevölkerungsindikatoren verglichen werden können. Wir empfehlen die Durchführung von weiteren cluster-randomisierten, kontrollierten Studien mit Schwangeren und Frauen im gebärfähigen Alter, mit Kombinationen von Maßnahmen auf Gesundheitssystem- und Bevölkerungsebene, um die Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge zu verbessern und Endpunkte zu untersuchen, die für Schwangere wichtig sind. Dazu gehören Erkrankungen und Sterblichkeit von Müttern und Säuglingen zusammen mit Endpunkten während des Betreuungsbogens, die eine Erklärung dafür liefern könnten: die Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen, die Art der Dienstleistungen während der Schwangerenvorsorge und Entbindungen in Gesundheitszentren.

Zitation des Cochrane Reviews:

Mbuagbaw L, Medley N, Darzi AJ, Richardson M, Habiba Garga K, Ongolo-Zogo P. Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 12. Art. No.: CD010994. DOI: 10.1002/14651858.CD010994.pub2.

Literatur der Stellungnahme zur Evaluierung der Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (Seiten 41-42)

- [1] Hebammengesetz - HebG (1985). Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz – HebG) vom 04. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), das zuletzt durch Artikel 39 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist.
- [2] Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C., Marlow, N., Miller, A., Newburn, M., Petrou, S., Puddicombe, D., Redshaw, M., Rowe, R., Sandall, J., Silverton, L. & Stewart, M. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 343, pp. d7400.
- [3] Gesellschaft für Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG e.V.) (2011). Pilotprojekt zum Vergleich klinischer Geburten im Bundesland Hessen mit außerklinischen Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen bundesweit. <http://www.quag.de/downloads/VergleichGeburtenGKV-SV.pdf> [Stand: 13.6.2016]
- [4] Loytved, C. & Wenzlaff, P. *Außerklinische Geburt in Deutschland. German Out-Of-Hospital Birth Study; 2007*. Bern: Hans Huber.
- [5] Casikar, I., Bignardi, T., Riemke, J., Alhamdan, D. & Condous, G. (2014). Expectant versus surgical management of first-trimester miscarriage: a randomised controlled study. *Ultrasound in obstetrics and gynecology: the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 289 (5), pp. 1011-5.
- [6] Dangalla, D.P.R. & Goonewardene, I.M.R. (2012). Surgical treatment versus expectant care in the management of incomplete miscarriage: a randomised controlled trial. *The Ceylon medical journal*, 57 (4), pp. 140-5.
- [7] Nanda, K., Lopez, L.M., Grimes, D.A., Pelligia, A. & Nanda, G. (2012). Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3, pp. CD003518.
- [8] Al-Ma'ani, W., Solomayer, E. & Hammadeh, M. (2014). Expectant versus surgical management of first-trimester miscarriage: a randomised controlled study. *Archives of gynecology and obstetrics*, 289 (5), pp. 1011-5.
- [9] ICM (International Confederation of Midwives). Definition der Hebamme (in Deutsche übersetzt); 2005. Brisbane, Australien. https://www.hebammenverband.de/index.php?elD=tx_nawsecuredl&u=67696&g=1%2C36&t=1473681819&hash=bed40ea02812e1f17e8bc1da531ad0da4ffb85e8&file=fileadmin/user_upload/pdf/Definition.pdf [Stand: 13.6.2016]
- [10] Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, vom 20. Februar 2013. In: *Bundesgesetzblatt (BGBl.)*. Bundesanzeiger Verlag, 25. Februar 2013, S. 277. http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl113s0277.pdf [Stand: 13.6.2016]
- [11] National Institute for Health and Clinical Excellence (2014). Intrapartum care for healthy women and babies. *Clinical Guideline*. London: RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynecologists. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190#> [Stand: 13.6.2016]
- [12] BKiSchG (Bundeskinderschutzgesetz) (2012). Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz – BKiSchG) vom 22. Dezember 2011. *Bundesgesetzblatt 2011, Teil I, Nr. 70*, ausgegeben zu Bonn am 28. Dezember 2011. www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl111s2975.pdf [Stand: 13.6.2016]
- [13] Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBO) vom 9. November 2010. <http://www.berliner-hebammenverband.de/files/pdf/hebammen/Downloadbereich/Berufsordnung%20Berlin%202010.pdf> [Stand: 13.6.2016]

Neue Rubrik „Forschungseinblicke“ ab der 9. Ausgabe im Frühjahr 2016.

Die Redaktion will in der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft eine neue Rubrik schaffen für Textbeiträge, die weder Originalartikel noch Kurzartikel des Jungen Forums sind.

Wir möchten Textbeiträge einladen, die zum Beispiel folgenden Gegenstand haben:

- ◆ Kürzer gefasste Forschungsberichte
- ◆ Projektberichte oder reflektierende Texte mit einem Praxisfokus
- ◆ Implementierung von Konzepten und deren Evaluationen
- ◆ Kommentare zu publizierten wissenschaftlichen Artikeln
- ◆ Studienvorhaben und Studienprotokolle

Diese Texte werden durch die Herausgeberin bzw. die Redaktion geprüft und angenommen. Sie durchlaufen keinen Reviewprozess.

Die Textlänge kann bis zu ca. 10.000 Zeichen (einschl. Leerzeichen) betragen. Dabei wird die Literaturliste nicht mitgezählt.

Wir freuen uns auf Ihre Einreichungen!

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

Körperbild von Frauen in der reproduktiven Phase

Body image of women in the reproductive period of life

Hintergrund:

Der Körper ist ein wichtiger Aspekt der eigenen Persönlichkeit, Identität und Platzierung in der Gesellschaft. Viele streben nach Schönheitsidealen, die aber nur von wenigen erreicht werden. Vor allem junge Frauen orientieren sich daran. Im Laufe des Lebens unterliegt das Körperbild vielfältigen Einflüssen, die sich zu verschiedenen Zeitpunkten in unterschiedlicher Weise auswirken. Besonders in der perinatalen Phase verändert sich der Körper stark; beeinflussende Faktoren können sich wandeln. Die postpartale Zeit scheint von Körperunzufriedenheit geprägt zu sein. Zentrale Punkte sind neben der Anpassung an die Mutterschaft die Veränderungen von Körperform und -gewicht, das Stillverhalten oder die Stimmungslage.

Ziel der Arbeit war es, das Körperbild von Frauen im ersten Jahr nach der Geburt explorativ zu erfassen und Faktoren zu ermitteln, die mit potentiellen Unterschieden im Körperbild zusammenhängen.

Methodik:

Es wurde eine Querschnittsstudie mithilfe eines Online-Fragebogens durchgeführt. Verwendet wurden der Dresdener Körperbildfragebogen (Vitalität, Selbstakzeptanz, Sexualität, Selbsterhöhung und Körperkontakt) und die Edinburgh Postnatal Depression Scale, welche um soziodemographische, geburtshilfliche und weitere körperbezogene Fragen ergänzt wurden. Die Stichprobe umfasste 219 Frauen in der postpartalen Phase. Die Datenanalyse erfolgte durch Mittelwertvergleiche.

Ergebnisse:

Studienteilnehmerinnen mit mindestens Hochschulreife beurteilten alle Körperbilddimensionen positiver; die Ergebnisse waren bezüglich Selbstakzeptanz, Selbsterhöhung und Körperkontakt signifikant ($p < 0,05$). Bei zunehmendem BMI nahm die Bewertung der Vitalität, Selbstakzeptanz und Selbsterhöhung signifikant ab ($p < 0,001$). Eine Ausnahme davon bildeten untergewichtige Mütter mit den niedrigsten Vitalitätswerten. Zudem wurde das Körperbild negativer bewertet, je höher die Wahrscheinlichkeit einer postpartalen Depression war; gemessen anhand des EPDS Score (< 10 , $10-12$, > 12). Signifikante Ergebnisse zeigten sich hier bezüglich Vitalität, Selbstakzeptanz und Sexualität ($p < 0,001$) sowie Körperkontakt ($p < 0,05$). Wenn gestillt wurde, war das Körperbild in allen Dimensionen tendenziell positiver. Der Unterschied wurde jedoch nur hinsichtlich der Vitalität signifikant ($p < 0,05$). Die Vergleiche zwischen Körperbild und Alter sowie Geburtsmodus ergaben keine Hinweise auf Zusammenhänge.

Schlussfolgerung:

Deutlich wurde, dass das Körperbild in der postpartalen Phase in besonderer Weise mit verschiedenen Faktoren zusammenhängt.

Background:

The body is a central factor of one's personality, identity and placement in society. There are ideals of beauty for which many strive but only few really meet, and which young women in particular are guided by. Many factors are connected to one's body image and influence it in different ways during a woman's life. The body is subject to many changes in the perinatal period; influencing factors may be experienced differently by different women. The postpartum period seems to be characterized by dissatisfaction with one's body. In addition to adjustment to motherhood, central issues are changes in body shape and weight, breastfeeding experience and moods.

This paper seeks to explore the body image of women in the first year after giving birth and to find possible interconnected factors.

Method:

The paper is based on a cross-sectional study conducted via an online questionnaire. Assessment tools used were the Dresden Body Image Inventory (vitality, self-acceptance, sexual fulfilment, self-aggrandisement and physical closeness), the Edinburgh Postnatal Depression Scale, in addition to sociodemographic, obstetric and other body-related questions. The sample comprises 219 women in the postnatal period. The analysis was conducted by comparing mean values.

Results:

Participants with university entrance level education evaluated all aspects of body image more positively; self-acceptance, self-aggrandisement and physical closeness were significant ($p < 0.05$). The evaluation of vitality, self-acceptance and self-aggrandisement decreased significantly with increasing BMI ($p < 0.001$). An exception to this were underweight mothers, who exhibited the lowest vitality. With a rising probability of postnatal depression, body-related attitudes are rated more negatively (vitality, self-acceptance and sexuality significantly with $p < 0.001$ and physical closeness with $p < 0.05$). Mothers who breastfed evaluated all aspects of body image more positively, with vitality being significant ($p < 0.05$). Correlations between body image and age or mode of delivery are unclear.

Conclusion:

Body image is affected by many factors and is an important issue in the postnatal period. Body shape and weight are central aspects, and may lead to discontent with one's body. Existing research on this topic is complex and incongruent and further research is needed in order to consolidate and enhance knowledge about women's postnatal body image.

Körperform und -gewicht sind zentrale Aspekte, die zu Körperunzufriedenheit führen können. Die Studienlage ist jedoch komplex und inkongruent, sodass es weiterer Forschungsbemühungen bedarf, um Erkenntnisse bezüglich des postpartalen Körperbildes zu festigen und zu erweitern.

Schlüsselwörter:

Körperbild, Körperunzufriedenheit, postpartum, BMI, Edinburgh Postnatal Depression Scale

Autorin: Lucia Schmalfuß, B.Sc. Midwifery

Kontakt: Ischmalfluss@hs-gesundheit.de

Die Arbeit wurde im Rahmen des Studiums „Midwifery“ an der Hochschule für Gesundheit in Bochum (Deutschland) zur Erlangung des Grades „Bachelor of Science“ bei Prof. Rainhild Schäfers erstellt.

Keywords:

body image, body dissatisfaction, postpartum, BMI, Edinburgh Postnatal Depression Scale

Fetale Alkoholspektrumstörungen – Problematik in der Diagnostik und Ansätze zur Früherkennung durch Hebammen

Fetal alcohol spectrum disorders – difficulties in diagnosis and approaches for early diagnosis by midwives

Hintergrund:

Die Diagnostik von Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD) macht aus verschiedenen Gründen Schwierigkeiten. Dies führt zu Fehldiagnosen, ausbleibender Behandlung und ungenauen Messungen zur Prävalenz. Ziel dieser Arbeit ist die Erstellung einer Problemanalyse in der Diagnostik von FASD und aufzuzeigen, wie die Früherkennung von FASD durch Hebammenarbeit zu verbessern ist.

Methode:

Der erste Teil der Arbeit stellt eine Literaturübersicht dar und dient zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage: Welche Schwierigkeiten treten bei der Diagnostik der Fetalen Alkoholspektrumstörungen auf? Leitfadengestützte ExpertInneninterviews wurden durchgeführt um die zweite Forschungsfrage zu beantworten: Was kann eine Hebamme zu der Früherkennung eines Fetalen Alkoholsyndroms oder von Fetalen Alkoholspektrumstörungen beitragen?

Ergebnisse:

Zu der Grundproblematik zählen: Falschaussagen der Frauen zum Alkoholkonsum in der Schwangerschaft, fehlende Expertise von Seiten des medizinischen Fachpersonals und das Fehlen eines pathognomonischen Merkmals von FASD. Hebammen können diesen Faktoren durch eine umfassende Anamneseerhebung, Bildung eines Vertrauensverhältnisses zur Frau und durch gute Schulung entgegenwirken.

Schlussfolgerung:

Für eine Verbesserung der Früherkennung von FASD durch Hebammen braucht es eine Einbindung von praktischen Tools wie die „Motivierende Gesprächsführung“ in die Grundausbildung der Hebammen, umfassende Fortbildungen zu diesem Thema, Ermöglichung von 1:1-Betreuung und die Etablierung von Anlaufstellen für Betroffene.

Background:

The diagnosis of fetal alcohol spectrum disorder (FASD) is challenging for several reasons, which leads to misdiagnosis, lack of treatment and inaccurate measurement of prevalence and incidence. This bachelor thesis aims to analyse problems in the diagnosis of FASD and approaches to early diagnosis through the involvement of midwives.

Methods:

The first section of the thesis is a literature review to answer the first research question: What are the challenges in the diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders? Structured interviews were conducted with experts in order to answer the second research question: How can midwives contribute to the early diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders?

Findings:

The basic problems in the diagnosis of FASD are as follows: women giving false statements about alcohol consumption during pregnancy, lack of expertise of healthcare professionals and the absence of definitive diagnostic symptoms of FASD. Midwives could counteract these factors by comprehensive history taking, building a relationship to the women, and good training.

Conclusion:

In order to improve early diagnosis of FASD by midwives it is necessary to include practical tools such as “motivational interviewing” and to provide comprehensive training on FASD in their basic education, to enable 1:1 care and establish drop-in centres for those affected.

Keywords:

fetal alcohol spectrum disorder, diagnosis, midwives, fetal alcohol syndrome

Schlüsselwörter:

Fetale Alkoholspektrumstörungen, Diagnose, Hebammen, Fetales Alkoholsyndrom

Autorin: Johanna Pilwarsch, B.Sc. Midwifery

Kontakt: j.pilwarsch@gmail.com

Die Arbeit wurde im Bachelorstudiengang Health Studies (B. Sc.) an der Hochschule IMC FH Krems zur Erlangung des Grades Bachelor of Science in Health Studies bei Frau Elisabeth Rakos, M.Sc. vorgelegt.

Bonding und Stillen. Der Effekt des unmittelbaren postpartalen Mutter-Kind-Hautkontaktes auf den Stillerfolg und die Stilldauer. Eine systematische Übersichtsarbeit.

Bonding and breastfeeding. The effect of mother-infant early skin to skin contact on success and duration of breastfeeding. A Systematic Review.

Hintergrund

Die natürlichste und beste Ernährung für den Säugling ist das Stillen. Muttermilch ist optimal an den Nährstoffbedarf des Kindes adaptiert und kann auf Grund ihrer Zusammensetzung bestmöglich verwertet werden [5]. Sie weist immunologische Funktionen auf, die beispielsweise das Risiko für das Auftreten von Erkrankungen der Atemwege oder der Verdauung reduzieren [8]. Das Stillen fördert die Rückbildung der mütterlichen Gebärmutter und wirkt protektiv gegenüber dem Entstehen bestimmter Karzinomarten, wie etwa dem Mammakarzinom [11]. Zudem werden die kindlichen Bedürfnisse nach Nähe und Zuwendung erfüllt und somit die elementare Mutter-Kind-Bindung (auf Englisch: ‚bonding‘) gefördert.

Institutionen wie die WHO und die Nationale Stillkommission in Deutschland empfehlen ausschließliches Stillen während der ersten sechs Lebensmonate. Darüber hinaus soll das Stillen unter angemessener Gabe von Beikost fortgeführt werden, bis Mutter und Kind individuell das Ende der Stillbeziehung bestimmen [3].

Das deutsche Kinder- und Jugendsurvey (KIGGS) (2007) ergab jedoch, dass lediglich 22,4% der in die Untersuchung eingeschlossenen Kinder sechs Monate voll gestillt wurden [10]. Gründe für das vorzeitige Beenden des Stillens liegen nach einer Meinungsumfrage der Lansinoh Laboratories Inc. u. a. in der (empfundenen) mangelnden Akzeptanz des Stillens in der Gesellschaft und der Öffentlichkeit und dem anfänglichen Erlernen des Stillens [12].

Um die Stillraten nachhaltig zu erhöhen, wurden u.a. vom Bundesinstitut für Risikobewertung Empfehlungen zur Stillförderung in Krankenhäusern erarbeitet. Diese bestehen aus 10 Schritten, wobei im vierten Punkt zum unmittelbar nach der Geburt beginnenden, ununterbrochenen Hautkontakt zwischen Mutter und Kind geraten wird [4]. Die Evidenz für den Erfolg dieser Maßnahme ist derzeit allerdings unklar.

Das Ziel dieser Arbeit war es zu evaluieren, ob der ununterbrochene Mutter-Kind-Hautkontakt unmittelbar nach einer vaginalen Geburt mindestens bis zum Ende des ersten Stillens im Vergleich zur Routineversorgung des gesunden, reifen Neugeborenen positive Auswirkungen auf den Stillerfolg und die Stilldauer hat.

Methode

Eine systematische Übersichtsarbeit (auf Englisch: ‚systematic review‘) wurde erstellt. Die Literaturrecherche erfolgte von November 2015 bis Januar 2016. Hierfür wurden die elektronischen Datenbanken MEDLINE via PubMed, The Cochrane Library, Web of Science, CINAHL und PSYNDEX verwendet. Die Suchabfrage lautete: (postpartum OR neonatal OR newborn) AND (skin to skin contact OR bonding) AND (breastfeeding). Weitere Quellen wurden per Handsuche hinzugezogen.

Die Qualität der eingeschlossenen Studien wurde in Anlehnung an die Beurteilungshilfen für Interventionsstudien von Behrens und Langer [2] hinsichtlich der Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit bewertet. Zudem wurde das Risiko von Bias (systematische Fehler, die zur Über- oder Unterschätzung der Wirksamkeit von Interventionen führen) in Anlehnung an die Empfehlungen des Cochrane Handbuchs eingeschätzt [9] (siehe Tabelle 1).

Ergebnisse

Zunächst konnte eine Gesamttrefferzahl von 657 Publikationen verzeichnet werden. Eingeschlossen wurden ausschließlich randomisierte kontrollierte Studien (auf Englisch: ‚randomised controlled trials‘; ‚RCTs‘), welche den Zusammenhang zwischen dem frühen Bonding und dem Stillen untersuchten. Ausgehend von einem Systematic Review aus dem Jahr 2003 [7], wurden nur nachfolgend publizierte Studien betrachtet, welche deutsch- oder englischsprachig veröffentlicht wurden. Studien mit Frühgeborenen sowie Neugeborenen mit intensivmedizinischem Behandlungsbedarf oder nach Sectio

Tabelle 1: Beurteilung des Bias-Risikos der eingeschlossenen Studien

	Randomisierungssequenz (Selektionsbias)	Verdeckte Gruppenzuteilung (Selektionsbias)	Verblindung von Studienteilnehmern und -personal (Performance-Bias)	Verblindung des Outcome-Assessments (Beobachter-Bias)	Unvollständige Outcome-Daten (Attrition-Bias)	Selektive Berichterstattung (Reporting-Bias)	Weitere Bias-Quellen (Finanzierung...)
Aghdas et al, 2014	●	●	●	●	●	●	●
Srivastava et al, 2014	●	●	●	●	●	●	●
Thukral et al, 2012	●	●	●	●	●	●	●
Mahmood et al, 2011	●	●	●	●	●	●	●
Moore & Anderson, 2007	●	●	●	●	●	●	●
Carfoot et al, 2005	●	●	●	●	●	●	●

● Niedriges Bias-Risiko
 ● Unklares Bias-Risiko
 ● Hohes Bias-Risiko

caesarea wurden ausgeschlossen. Letztlich wurden sechs RCTs eingeschlossen, welche in Tabelle 2 aufgeführt sind.

Die Studien waren hinsichtlich ihrer Stichproben sowie Ein- und Ausschlusskriterien sehr ähnlich. In jeder Forschungsarbeit wurde die Auswirkung eines frühen Hautkontaktes zwischen Mutter und Kind im Vergleich zur jeweiligen Routineversorgung des Neugeborenen auf das Stillen betrachtet. Hierfür wurde das unbedeckte Neugeborene auf die mütterliche Brust gelagert. Teils wurde ihm lediglich eine Mütze angezogen oder eine Windel angelegt.

Die Intervention wurde in drei Studien unmittelbar nach der Geburt durchgeführt [1][13][17], bei zweien wurde zuvor das Gewicht bestimmt [6][16]. Lediglich in einer Publikation wurde das Bonding erst nach der Durchführung von Routinemaßnahmen ermöglicht [15], was nicht dem vierten Punkt der Empfehlungen zur Stillförderung in Krankenhäusern entspricht. Der Hautkontakt wurde jeweils für etwa zwei Stunden bzw. bis zum Ende des ersten Stillens geplant.

In drei Studien wurde die Auswirkung der Intervention auf die durchschnittliche Dauer bis zum Beginn des ersten Stillens untersucht. Diese war in zwei Studien als signifikant kürzer beschrieben [1][13]. Eine Forschung ergab dagegen vergleichbare Ergebnisse ohne Tendenz zu Gunsten einer der beiden Maßnahmen [6].

Der Erfolg des ersten Stillens wurde in allen eingeschlossenen Arbeiten betrachtet, wobei hier zwei verschiedene Messinstrumente zur Einschätzung verwendet wurden. Die Studien [1][13][15][16], welche das Infant Breastfeeding Assessment Tool (IBFAT) [14] nutzten, konnten nachweisen, dass das erste Stillen nach Durchführung des frühen Bondings signifikant erfolgreicher war im Vergleich zur Routineversorgung. In den übrigen Publikationen [6][17] wurde das

Breastfeeding Assessment Tool (BAT) [6] verwendet. Eine Studie [17] konnte keinerlei Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen feststellen, wobei die Stichprobe hier sehr klein gewählt und analog zu der im Vorfeld berechneten Fallzahl ggf. nicht ausreichend war, eine eventuell vorhandene Differenz statistisch signifikant nachzuweisen. Dieses Ergebnis ist somit unter Vorbehalt zu betrachten. In den Ausführungen von Carfoot, Williamson und Dickson [6], konnten trotz großem Stichprobenumfang ebenfalls keine signifikanten Unterschiede erhoben werden.

Fünf der eingeschlossenen Studien untersuchten den Zusammenhang zwischen der Intervention und der Rate des ausschließlichen Stillens. Der Stillstatus wurde während der ersten vier Monate postpartum zu verschiedenen Zeitpunkten durch Befragungen erhoben. Hierfür erfolgte eine Unterteilung in ausschließliches, teilweises und beendetes Stillen. Nur in einer Forschung [6] wurde das ausschließliche und teilweise Stillen zusammengefasst betrachtet. Während die Stillraten in drei Untersuchungen signifikant höher waren bei Mutter-Kind-Paaren nach frühem Bonding [13][16][17], konnten zwei Studien keine signifikanten Differenzen zwischen den Untersuchungsgruppen ermitteln. Dennoch lag die Stillrate in einer Untersuchung höher in der Interventionsgruppe [15]. Lediglich die Forschung von Carfoot et al. [6] konnte vier Monate postpartum keine Unterschiede feststellen. Die Autorinnen gaben als häufigen Grund zur Beendigung des Stillens die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit an.

Weitere Outcomes bezogen sich auf die mütterliche Einschätzung des Stillserfolgs [17] und die Zufriedenheit mit dem Stillen [16], sowie auf das Selbstvertrauen der Mutter, ihr Kind ausreichend stillen zu können [1]. Zu verschiedenen Zeitpunkten erhoben, konnten hier durchweg positivere Ergebnisse in den Interventionsgruppen im Vergleich zu den

Tabelle 2: Charakteristika der eingeschlossenen Studien

Autor/ Jahr/Land/ Stichprobe	Ein-/ Ausschlusskriterien	Interventionen	Zielgrößen/Messpunkte	Hauptergebnisse
Aghdas et al. (2014), Iran, 114 Mutter- Kind-Paare	Einschlusskriterien: Iranische gesunde Erstgebärende zwischen 18-35 Jahren, reife Neugeborene, geplante Spontanentbindung, Stillabsicht Ausschlusskriterien: Medizinische Komplikationen bei Mutter oder Kind, Mehrlingschwangerschaft, Sectio caesarea, erhebliche angeborene Fehlbildungen	Intervention: Lagerung des unbedeckten Neugeborenen (nur Mütze) in Bauchlage auf der mütterlichen Brust, zudecken, für mind. 2h, anschließend wiegen etc. (n=57) Kontrollintervention: Lagerung unter Wärmelampe, Vitamin K-Injektion, Bestimmung von Gewicht und Maßen, in angewärmte Decke wickeln und zur Mutter geben (n=57)	Durchschnittliche Dauer bis zum ersten Stillen (in Minuten) Erfolg des ersten Stillens (IBFAT) Stillvertrauen der Mutter (BSES in Verbindung mit Likert-Skala) 28 Tage postpartum (Telefonat)	Dauer bis zum ersten Stillen signifikant kürzer (21,98 min [SD 9,1] vs. 66,55 min [SD 20,76], p<0,0001) Rate erfolgreiches erstes Stillen signifikant höher (56,6% vs. 35,6%, p<0,02) Signifikant höheres Stillvertrauen (53,42 [SD 8,57] vs. 49,85 [SD 5,5] Punkte, p<0,0008)
Srivastava et al. (2014), Indien, 298 Mutter- Kind-Paare	Einschlusskriterien: Reife Neugeborene, Spontanentbindung, Einlingschwangerschaft, keine Wiederbelebungsmaßnahmen Ausschlusskriterien: Erhebliche angeborene Fehlbildungen, postpartale Trennung von Mutter und Kind, Verweigerung der Zustimmung	Intervention: Wiegen und Geschlechtsbestimmung, schnellstmögliche Lagerung des unbedeckten Neugeborenen (nur Mütze und Windel) auf der mütterlichen Brust in Bauchlage, zudecken, für mind. 2h ununterbrochen (n=150) Kontrollintervention: Trocknen und wiegen, ankleiden, in Decke wickeln und neben die Mutter legen (n=148)	Saugkompetenz des Babys (IBFAT) innerhalb von 24 Stunden Mütterliche Zufriedenheit und Einschätzung des Stillens (Likert Skala) bei Entlassung (24-36h postpartum) Ernährungsform durch Befragung am 4.-5. Lebenstag und nach 6 Wochen	Saugkompetenz signifikant höher (9,55 Punkte [SD 1,143] vs. 6,71 Punkte [SD 1,895], p<0,0001) Mütterliche Zufriedenheit signifikant höher (p<0,0001) Ausschließliches Stillen signifikant häufiger (4./5. Tag: 86,1% vs. 66,9%, p=0,002; 6 Wochen: 85,2 vs. 63,3, p<0,0001)
Thukral et al. (2012), Indien, 41 Mutter- Kind-Paare	Einschlusskriterien: Reife Neugeborene, Spontanentbindung zwischen 9.00-17.00 Uhr an Werktagen Ausschlusskriterien: Erhebliche angeborene Fehlbildungen, initiale Wiederbelebungsmaßnahmen, intensivstationäre Behandlung, diabetische Mütter	Intervention: Lagerung des Neugeborenen auf der mütterlichen Brust in Bauchlage unmittelbar nach der Entbindung für 2h (n=20) Kontrollintervention: Lagerung des Neugeborenen an der Seite der Mutter ohne unmittelbaren Hautkontakt (n=21)	Stillverhalten des Babys (Videoaufnahme, bewertet mit Hilfe des modifizierten infant BAT) 36-48h postpartum Rate des ausschließlichen Stillens 48h und 6 Wochen postpartum (Befragung) Mütterliche Einschätzung des Stillserfolgs (Likert-Skala) 48h postpartum	Keine signifikanten Unterschiede beim Stillverhalten 36-48h postpartum (8 vs. 9 Punkte, p=0,6) Ausschließliches Stillen signifikant häufiger (48h: 95% vs. 38,1%, p=0,001; 6 Wochen: 90% vs. 28,6%, p=0,001) Mütterliche Einschätzung des Stillserfolgs signifikant besser (p=0,005)
Mahmood et al. (2011), Pakistan, 183 Mutter- Kind Paare	Einschlusskriterien: Gesunde Mütter, reife Neugeborene, Spontanentbindung, Stillabsicht für mind. 1 Monat, keine Wiederbelebungsmaßnahmen über orales Absaugen hinaus Ausschlusskriterien: Medizinische Komplikationen bei Mutter oder Kind, Mehrlingschwangerschaft, Sectio caesarea, erhebliche angeborene Fehlbildungen	Intervention: Trocknung und Lagerung des unbedeckten Neugeborenen (nur Mütze) auf der mütterlichen Brust in Bauchlage, zudecken, bis erstes Stillen beendet und mind. 45min vergangen sind, max. 2h, wenn kein Stillen erfolgt (n=92) Kontrollintervention: Lagerung unter Wärmelampe, Waschen und Einwickeln des Neugeborenen in angewärmte Decke, Transport mit Mutter auf Wöchnerinnenstation, erstes Stillen, wenn Mutter bereit dazu ist (n=91)	Erfolg des ersten Stillens (IBFAT) Dauer bis zum ersten Stillen, Zeit bis zum effektiven Stillen Rate des ausschließlichen Stillens (IBS) 1 Monat postpartum	Rate erfolgreiches erstes Stillen signifikant höher (58,8% vs. 32,5%, p=0,001) Dauer bis zum ersten Stillen signifikant kürzer (40,62min vs. 101,88min, p<0,001) Zeit bis zum effektiven Stillen signifikant kürzer (149,69min vs. 357,5min, p<0,001) Ausschließliches Stillen signifikant häufiger (85,3% vs. 65,7%, p=0,025)
Moore & Anderson (2007), USA, 23 Mutter- Kind-Paare	Einschlusskriterien: mind. 18-jährige Erstgebärende ohne medizinische Komplikationen, geplante Spontanentbindung, Stillabsicht für mind. 1 Monat Ausschlusskriterien: Frühgeburt, Geburtsgewicht <2.268g, medizinische Komplikationen	Intervention: Lagerung des Neugeborenen nach der Geburt auf dem mütterlichen Bauch, Durchtrennen der Nabelschnur, Routineuntersuchungen, Lagerung des unbedeckten Neugeborenen (nur Mütze) auf der mütterlichen Brust in Bauchlage, zudecken, für fast 2h (n=12) Kontrollintervention: Routineuntersuchungen, Einwickeln in angewärmte Decke, nach Versorgung der Geburtsverletzungen Lagerung bei der Mutter (n=11)	Erfolg des ersten Stillens (IBFAT) Zeit bis zum effektiven Stillen (Stillprotokolle) Rate des ausschließlichen Stillens (IBS) 1 Monat postpartum	Erstes Stillen signifikant erfolgreicher (8,7 Punkte vs. 6,3 Punkte, p<0,02) Effektives Stillen fast doppelt so schnell in Interventionsgruppe erreicht (15,5h vs. 29h, p<0,04) Keine signifikanten Unterschiede bei Stillrate (80% vs. 70%, p=0,45)

Tabelle 2: Charakteristika der eingeschlossenen Studien (Fortsetzung)

Autor/ Jahr/ Land/ Stichprobe	Ein-/ Ausschlusskriterien	Interventionen	Zielgrößen/Messpunkte	Ergebnisse
Carfoot et al. (2005), Großbritannien, 204 Mutter-Kind-Paare	Einschlusskriterien: Gesunde Schwangere, Stillabsicht, gesunde reife Neugeborene Ausschlusskriterien: Bitte um eine bestimmte Intervention, Mehrlingsschwangerschaft	Intervention: Wiegen, Lagerung des unbedeckten Neugeborenen auf der mütterlichen Brust in Bauchlage bis zum ersten Stillen oder bis Mutter den Kontakt beenden möchte (n=102) Kontrollintervention: Trocknen, Einwickeln des Neugeborenen in ein Handtuch, Lagerung zu Mutter oder Vater, Unterbrechen des Kontaktes zum Wiegen, Ankleiden, Maße nehmen und Wundversorgung der Mutter (n=102)	Erfolg des ersten Stillens (BAT) Zeit bis zum und Dauer des ersten Stillens Rate des ausschließlichen und teilweisen Stillens (Befragung) 4 Monate postpartum	Erstes Stillen erfolgreicher, jedoch keine Signifikanz (91% vs. 83%, p=0,1) Zeit bis zum (46min vs. 45min) und Dauer des ersten Stillens (40min vs. 35min) vergleichbar Keine Unterschiede bei Stillraten 4 Monate postpartum (43% vs. 40%, p=0,64)

Kontrollgruppen verzeichnet werden.

Es lässt sich schlussfolgern, dass sich der unmittelbare und ununterbrochene postpartale Mutter-Kind-Hautkontakt nach einer vaginalen Geburt positiv auf die Aufnahme des Stillens, sprich den primären Stillernfolg auswirkt. Der zweite Teil der Forschungsfrage kann nicht eindeutig beantwortet werden, da die Gesamtstilldauer in keiner Studie explizit erfasst wurde. Allerdings scheinen die Frauen, welche einen frühen ununterbrochenen Hautkontakt mit ihren Kindern hatten, länger zu stillen als die Frauen, die die Routineversorgung erfuhren. Die Stillraten fielen in den Kontrollgruppen zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten stärker ab als in den Interventionsgruppen.

Diskussion

Um zunächst das methodische Vorgehen zu bewerten, wurden die Orientierungshilfen zur Beurteilung von Systematischen Übersichtsarbeiten bezüglich ihrer Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit von Behrens und Langer [2] herangezogen. Demnach entsprach die Forschungsfrage dem PIKE-Schema und war präzise formuliert. Ein- und Ausschlusskriterien waren angemessen gewählt, jedoch unterlag die Recherche Limitationen hinsichtlich der Publikationssprache der Artikel. Die Verwendung der elektronischen Datenbanken und der Querverweise war adäquat, jedoch fand keine Befragung von Experten zu laufender Forschung statt. Die Bewertung der Studienqualität wurde einheitlich und transparent durchgeführt und der jeweilige Aufbau der Studien war sehr ähnlich.

Bezüglich der Sicherheit der Ergebnisse ist festzuhalten, dass in keiner Studie eine Verblindung des Personals oder der Teilnehmerinnen möglich war, was zu systematischen Fehlern durch Ungleichbehandlung der Untersuchungsgruppen (Performancebias) führen kann. In keiner Forschung fand ein Gruppenwechsel der Teilnehmerinnen statt und alle Follow-up-Raten lagen über 80%. Die Fallzahlberechnungen konnten in zwei Studien nicht [17] oder nur knapp [15] eingehalten

werden. Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass die Verwendung des IBFAT im Gegensatz zur Nutzung des BAT zu signifikanten Ergebnissen führte. Mit einer Interrater-Reliabilität von 91% [14] ist das IBFAT eines der am häufigsten genutzten Instrument zur Einschätzung des Stillens. Vergleichbare Angaben zum BAT existieren nicht. Daher besteht die Möglichkeit, dass das BAT weniger geeignet war als das IBFAT, um Differenzen zu erfassen. Die Studien waren hauptsächlich von guter bis mäßiger Qualität. Insgesamt konnten in den Interventionsgruppen vorrangig signifikante Effekte in Bezug auf das Stillen erzielt werden. Bei nicht signifikanten Ergebnissen konnten der Intervention im Gegenzug auch keine nachteiligen Wirkungen nachgewiesen werden, weshalb von einer klinischen Relevanz ausgegangen werden kann.

Schlussfolgerung

Der frühe postpartale Mutter-Kind-Hautkontakt scheint sich positiv auf das Stillen auszuwirken. Es ist eine praktische und kostenfreie Möglichkeit, den Beginn der Stillbeziehung positiv zu beeinflussen. Darüber hinaus wird u.a. die Bindung zwischen Mutter und Kind gestärkt. Hierfür bedarf es lediglich der Umorganisation bisheriger Routineabläufe. Die Empfehlungen zum frühzeitigen Bonding werden durch die Ergebnisse dieser Arbeit bekräftigt. Ziel sollte es sein, die interdisziplinäre Akzeptanz des Bondings zu erhöhen und diese Maßnahme als postpartale Standardversorgung zu etablieren. Künftige Forschung sollte längere Follow-up-Zeiten und eventuelle kulturelle Unterschiede in Bezug auf die Stillraten berücksichtigen.

Schlüsselwörter: Mutter-Kind-Hautkontakt, Bonding, Stillen, postpartal

Keywords: skin to skin contact, bonding, breastfeeding, postpartum

Autorin: Sandy Billing, B.Sc. Midwifery

Kontakt: sandybilling90@gmail.com

Die Arbeit wurde im Rahmen des Studiums Bachelor of Science Gesundheits- und Pflegewissenschaften an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Deutschland) zur Erlangung des Grades „Bachelor of Science“ von Dr. rer. medic. Gertrud Ayerle und PD Dr. Anja Broda betreut.

Literatur:

1. Aghdas K, Talat K, Sepideh B. Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Women and Birth*. 2014;27(1):37-40.
2. Behrens J, Langer G. *Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*. 5th ed. Bern: Verlag Hans Huber; 2010.
3. Bundesinstitut für Risikobewertung [BfR]. Stilldauer. Empfehlung der Nationalen Stillkommission am BfR vom 1. März 2004. [Internet]. 2004 [cited 2016 Jan 14]. Available from: <http://www.bfr.bund.de/cm/343/stilldauer.pdf>
4. Bundesinstitut für Risikobewertung [BfR]. Stillförderung in Krankenhäusern. [Internet]. 2007 [cited 2016 Jan 18]. Available from: http://www.bfr.bund.de/cm/343/stillfoerderung_in_krankenhaeusern.pdf
5. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA]. Stillen und Muttermilchernährung: Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen Köln: Gesundheitsförderung konkret; 2001.
6. Carfoot S, Williamson P, Dickson R. A randomised controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding. *Midwifery*. 2005;21(1):71-79.
7. Carfoot S, Williamson P, Dickson R. A systematic review of randomised controlled trials evaluating the effect of mother/baby skin-to-skin care on successful breast feeding. *Midwifery*. 2003;19(2):148-155.
8. Duijts L, Jaddoe VWV, Hofman A, Moll HA. Prolonged and Exclusive Breastfeeding Reduces the Risk of Infectious Diseases in Infancy. *Pediatrics*. 2010; 126(1):e18-e25.
9. Higgins JPT, Altman DG, Sterne JAC. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. [Internet]. 2011 [cited 2016 Jan 17]. Available from: <http://handbook.cochrane.org/>
10. Lange C, Schenk L, Bergmann R. Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2007;50(5-6):624-633.
11. Lange U. Praxisbuch: Besondere Stillsituationen. In: Deutscher Hebammenverband e.V., editor. *Die Bedeutung des Stillens*. Stuttgart: Hippokrates Verlag; 2012. p.1-7.
12. Lansinoh Laboratories Inc. Aussagen über das Stillen in Deutschland. Daten der Lansinoh Stillumfrage 2015. [Internet]. 2015 [cited 2016 Feb 17]. Available from: https://lansinoh.de/uploads/files/learning-centre-pdfs/Deutschland_Infographic_0815.pdf
13. Mahmood I, Jamal M, Khan N. Effect of Mother-Infant Early Skin-to-Skin Contact on Breastfeeding Status: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*. 2011;21(10):601-605.
14. Matthews MK. Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. *Midwifery*. 1988;4(4):154-165.
15. Moore ER, Anderson GC. Randomized Controlled Trial of Very Early Mother-Infant Skin-to-Skin Contact and Breastfeeding Status. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2007; 52(2):116-125.
16. Srivastava S, Gupta A, Bhatnagar A, Dutta S. Effect of very early skin to skin contact on success at breastfeeding and preventing early hypothermia in neonates. *Indian Journal of Public Health*. 2014;58(1):22-26.
17. Thukral A, Sankar MJ, Agarwal R, Gupta N, Deorari AK, Paul VK. Early Skin-to-Skin Contact and Breast-Feeding Behavior in Term Neonates: A Randomized Controlled Trial. *Neonatology*. 2012;102(2):114-119.

Bekanntmachungen

Neues Mitglied des erweiterten Reviewboard der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft



Dr. Lena Dorin

Frau Dr. Lena Dorin hat einen Masterabschluss in Public Health und ist derzeit Referentin für Gesundheits- und Pflegepolitik bei der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen. Ihre wissenschaftlichen Erfahrungen hat sie an der Universität Bielefeld und an der Hochschule Osnabrück gesammelt. Sie war mehrere Jahre als Projektmanagerin bei der Bertelsmann Stiftung in Gütersloh tätig und als Projektmitarbeiterin der Krebsberatungsstelle in Aachen.

Neben einem Auslandstudium mit dem Schwerpunkt "Health Politics, Economics and Management" in den Niederlanden hat sie auch eine kurzzeitige Forschungserfahrung in den USA gemacht. Erfahrungen in der Lehre hat sie an der Universität Bielefeld, an der Fachhochschule Hannover, an der Hochschule Osnabrück und an der Universität Witten/Herdecke gesammelt.

Termine

Fristen für die Einreichung von Manuskripten für die ZHWi: 30. April 2017 und 31. Oktober 2017

Januar 2017

- ◆ **4. Winterthurer Hebammensymposium/ZHAW „Better Birth – eine Frage der Perspektive „**
am 21. Januar 2017 in Winterthur, Schweiz
Nähere Informationen unter: www.zhaw.ch/hebammensymposium

Februar 2017

- ◆ **2nd International Scientific Nursing and Midwifery Congress „Working Apart Together“**
am 08. - 10. Februar 2017, Antwerpen, Belgien
Nähere Informationen unter: <https://www.uantwerpen.be/en/conferences/care4/programme-second-edition/programme-2017/>
- ◆ **Human Rights in Childbirth „Justice, Dignity, Respect - We're coming for them“**
am 02. - 05. Februar 2017, Mumbai, Indien
Nähere Informationen unter: <http://www.humanrightsinchildbirth.org/event/india-2017>
- ◆ **19th Congress of the European Society for Sexual Medicine**
am 02. - 04. Februar 2017, Nizza, Frankreich
Nähere Informationen: <http://www.essm-congress.org>

Mai 2017

- ◆ **19th Conference on Health Sciences, Nursing and Midwifery**
am 26. - 27. Mai 2017, Barcelona, Spanien
Nähere Informationen unter: <http://waset.org/conferences/2017/05/barcelona/ICHSNM>

Juni 2017

- ◆ **31th ICM Triennial Congress**
am 18. - 22. Juni 2017, Toronto, Canada
Nähere Informationen unter: www.midwives2017.org

Oktober 2017

- ◆ **11th Normal Labour and Birth Research Conference**
am 02. - 04. Oktober 2017, Grange, England
Call for Abstracts: 31.01. - 28.04.2017
Nähere Informationen unter: http://www.uclan.ac.uk/conference_events/11th-normal-labour-birth-research-conference.php

November/Dezember 2017

- ◆ **28. Deutscher Kongress für Perinatale Medizin der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM) in Zusammenarbeit mit der DGHWi e.V. und anderen**
am 30. November - 02. Dezember 2017, Berlin
Nähere Informationen unter: <http://www.dgpm2017.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
Pflegerwissenschaft)
E-Mail: beisitzerin.lb@dghwi.de

Mirjam Peters B.Sc.
Hebamme, Master of Science (Public Health)
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, Dr. Lena Dorin MPH, 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 M.Sc.

Redaktion:

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

Lektorat:

Prof. Lea Beckmann, Prof. Monika Greening, Ulrike Geppert-Orthofer
M.Sc., Mirjam Peters M.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(02):Seitenzahlen.

oder

Autor/innen. Titel. Z Hebammenwiss. 2016;04(02):Seitenzahlen.

Datum: 15.12.2016



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