

ZEITSCHRIFT FÜR HEBAMMENWISSENSCHAFT

Journal of Midwifery Science

Themen:

- ◆ Akademisierung der Hebammenausbildung
- ◆ Stellungnahmen zu Qualitätsindikatoren aus der Geburtshilfe, zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung und zu „Allgemeine Methoden“ des IQWiG
- ◆ Nationales Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“
- ◆ Cochrane Reviews
- ◆ Einblicke in die Forschung/ Lehre
- ◆ M.Sc. Hebamme – Kompetenzprofil
- ◆ Junges Forum

Kategorien

Editorial	1
Aktuelles	2
Sektionen	10
Originalartikel	12
Stellungnahmen	18
Cochrane Reviews	28
Einblicke in die Forschung/Lehre	31
Junges Forum	45
Bekanntmachungen	51
Termine	55

Ziele der DGHWi

- sie fördert Hebammenwissenschaft in der Forschung
- sie unterstützt den wissenschaftlichen Diskurs in der Disziplin
- sie gewährleistet wissenschaftstheoretischen und methodologischen Pluralismus
- sie stellt Forschungsergebnisse der Allgemeinheit zur Verfügung
- sie bezieht Stellung zu wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Themen
- sie fördert die Anwendung von Hebammenforschung in Praxis und Lehre
- sie führt wissenschaftliche Tagungen durch

Inhaltsverzeichnis

Editorial	
Editorial	1
Aktuelles	
Bericht über die Mitgliederversammlung	2
Neues Redaktionsteam	3
Nationales Gesundheitsziel	4
Zur Reform der Berufsgesetze	7
DGHWi-Mitglieder auf Bundesebene tätig	9
Sektionen	
Katalogisierung von Cochrane Reviews für den Fachbereich Hebammen	10
Originalartikel	
Anforderungen, Mehrwert und Kompetenzen für die Akademisierung der Hebammenausbildung	12
Stellungnahmen	
Qualitätsindikatoren aus der Geburtshilfe	18
Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung Version 5.0 „Allgemeine Methoden“ des IQWiG	24
Cochrane Reviews	
Ernährungsberatung während Schwangerschaft zur Prävention von Gestationsdiabetes	28
Hebammengeleitete, kontinuierliche Betreuung im Vergleich zu anderen Versorgungsmodellen für Frauen rund um die Geburt	29
Einblicke in die Forschung/Lehre	
Wissen als innovative Kraft für die Hebammenarbeit	31
Wie akademisch ausgebildete Hebammen die Praxis bereichern	33
M.Sc. Hebamme – Kompetenzprofil	40
Junges Forum	
Kurzartikel und Abstracts von Qualifikationsarbeiten	45
Bekanntmachungen	
Neue Website der DGHWi	51
Übersetzungen	51
Die (neuen) Associate Editors der ZHWi	52
4. Internationale Fachtagung der DGHWi	53
Neue Mitglieder des erweiterten Reviewboard	54
Steckbrief: „Editor-in-chief“ gesucht !	55
Termine	
Einreichungsfristen, Tagungen, Kongresse	55
Vorstand: Kontaktangaben	
Impressum	

Liebe Leserin, lieber Leser,

Bei dem Thema Vollakademisierung des Hebammenberufes gibt es sehr unterschiedliche Meinungen. Manche Hebammen betrachten die Entwicklungen gelassen, bei anderen ist es ein emotional besetztes Thema. Es gibt Befürworter/innen und Kolleg/innen, die der Entwicklung skeptisch gegenüber stehen.

Immer mehr Hochschulen planen die Einführung eines Hebammenstudienganges. Um die Anzahl der Hebammen, die wir in Deutschland brauchen, zu erhöhen und die Akademisierung des Berufes voranzutreiben, ist das eine wichtige und notwendige Entwicklung.

In dieser Ausgabe lesen Sie einen Originalartikel, der sich unter dem Titel „Anforderungen, Mehrwert und Kompetenzen für die Akademisierung der Hebammenausbildung – Ergebnisse einer Expertenbefragung“, mit diesem Thema auseinandergesetzt hat.

In der neuen Rubrik „Einblicke in die Forschung“ folgen zwei weitere Beiträge zum Thema: „Wissen als innovative Kraft für die Hebammenarbeit“, untermauert die Forderung der DGHWi die Vollakademisierung weiter voranzutreiben. Die Ergebnisse einer Absolventinnenbefragung unter dem Titel „Wie akademisch ausgebildete Hebammen die Praxis bereichern“ bieten Stoff für die Reflexion eines Mehrwerts der akademischen Ausbildung und der weiterführenden Optimierung von Studiengängen.

Die Tatsache, dass das Bundeskabinett am 17. August 2016 in seinem Bericht empfohlen hat, die Hebammenausbildung bis zum Jahr 2020 in die Vollakademisierung zu überführen und damit die deutsche Ausbildung zur Hebamme an den Europäischen Standard anzugleichen, ist ein lang erwartetes positives Signal. Aber: die verbleibende Zeit ist kurz angesichts der Erfahrung, dass Veränderungen meist langwierige Prozesse sind.

Neben den Hebammenstudiengängen, die mit einem Bachelor abgeschlossen werden, gibt es in Deutschland vier Standorte die einen Masterstudiengang mit unterschiedlicher Ausgestaltung, jedoch mit dem Schwerpunkt Hebammenwissenschaft — oder der Option das eigene Fach zu vertiefen — anbieten.

Wir freuen uns über den Beitrag der Schweizer Kolleginnen zu dem von ihnen erarbeiteten Kompetenzprofil für den Masterstudiengang Hebamme, der bereits seit Herbst 2017 in der Schweiz angeboten wird. Ich wünsche Ihnen beim „Blick über die Grenze“ viel Freude.

An dieser Stelle darf ich auch auf die 4. Internationale Fachtagung der DGHWi am 16.02.18 in Mainz hinweisen. Sie steht unter dem Motto: „Akademisiertes Hebammenwesen – Praxis und Wissenschaft“. Wir freuen uns, wenn viele Mitglieder und Interessierte an dieser Fachtagung teilnehmen. In Mainz werden die Vorträge nicht nur simultan vom Deutschen ins Englische, sondern auch vom Englischen ins Deutsche übersetzt werden. – Am Vortag ist wie immer die Mitgliederversammlung der DGHWi. Im Jahr 2018 werden wir in diesem Rahmen unser 10-jähriges Bestehen feiern.

Einen Bericht über die letzte Mitgliederversammlung der DGHWi, die am 17.2.2017 in Fulda stattfand, lesen Sie in der Rubrik „Aktuelles“. Dieser Text berichtet über Inhalte der Versammlung, gibt aber auch einen subjektiven Eindruck, der Interesse weckt.

Die Stellungnahme der DGHWi zu den Qualitätsindikatoren aus der Geburtshilfe im Vorbericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQUIG), die Stellungnahme zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung sowie die Stellungnahme zu einem Methodenpapier des IQWiG, belegen die Aktivitäten der DGHWi in der Qualitätssicherung der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland unter der besonderen Perspektive der Hebammenwissenschaft



Ich wünsche Ihnen für die gesamte Ausgabe viel Freude und Anregung beim Lesen.

Mit herzlichen Grüßen,

Prof.in Dr. Lea Beckmann

Beisitzerin

Bericht über die Mitgliederversammlung vom 17.02.2017

Die 11. Mitgliederversammlung (MV) der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi) fand am 17.2.2017 in Fulda statt. Den Vorsitz der Versammlung übernahm zum ersten Mal die im Vorjahr neu gewählte Vorsitzende Prof. Dr. Monika Greening. Ich freue mich, im Rahmen dieses Artikels meine Eindrücke der Mitgliederversammlung, an der ich zum ersten Mal nach Ausbildung und Studium als Jungwissenschaftlerin teilgenommen habe, wiederzugeben.

Aktuelle Entwicklungen und Pläne der DGHWi

Zu Beginn wurden von steigenden Mitgliederzahlen berichtet. Diese beliefen sich am 31.12.2016 auf 279 ordentliche Mitglieder und 27 unterschiedliche Institutionen und Verbände als Fördermitglieder.

Trotz steigender Zahlen berichteten einige Mitglieder, dass immer noch viele Hebammen zu wenig informiert sind, welche Aufgaben und Aktivitäten die DGHWi wahrnimmt. Daher wäre es wünschenswert, dass die Mitglieder eine umfassendere Öffentlichkeitsarbeit leisten. Die Möglichkeiten der Öffentlichkeitsarbeit reichen von Präsentationen zur DGHWi in den Fachschulen und Hochschulen über die Teilnahme an den Treffen der werdenden Hebammen bis zur Werbung auf Fortbildungen. Kolleg/innen, die die DGHWi auf diese Weise öffentlich vertreten möchten, wurden gebeten, sich zuvor beim Vorstand als Mandatsträgerin bestätigen zu lassen.

Des Weiteren hat sich die DGHWi auch durch ihre Mitgliedschaft in verschiedenen Vereinigungen im Jahr 2016 weiterentwickelt. Zu nennen sind hier: der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF), das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF), das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (DNEbM) und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Mit großem Bedauern wurde die Mitteilung aufgenommen, dass Frau Müller-Bößmann die Geschäftsstelle der DGHWi ab Juni vorübergehend verlässt, auch wenn der Grund ein erfreulicher ist, da sie in Mutterschutz und Elternzeit geht. Daher wird eine Vertretung auf Minijob-Basis gesucht. Die Stelle ist nicht örtlich gebunden und Interessent/innen wurden aufgefordert, sich bei der DGHWi-Geschäftsstelle zu melden.

Ein Ziel für die Zukunft ist es, die Kooperation mit dem Deutschen Hebammenverband e.V. (DHV) zu intensivieren. In diesem Zusammenhang berichteten die Mitglieder des Vorstands, dass die Atmosphäre bei Treffen mit dem Präsidium des DHV positiv und konstruktiv wahrgenommen wurde. Diese positive Kooperation soll aufrechterhalten und gefördert werden.

Nachdem es 2016 leider zwei Hackerangriffe auf die Website der DGHWi gab, musste auf ein neues Format umgestellt werden. Diese Aktualisierung ist nahezu abgeschlossen; die neue Website wurde den Mitgliedern vorgestellt.

Sektionen und Mandate

Aus dem Bereich der Sektionen und Mandate wurde berichtet, dass die Anzahl der Sektionen zurückgegangen ist. Allerdings zeichnen sich die

2016 gegründeten Sektionen „Hochschulbildung“ und „Internationale Hebammenarbeit“ derzeit durch ein besonders aktives Auftreten aus. Im Gegensatz zum Rückgang der Sektionen steigt die Anzahl an aufgabenbezogenen Mandaten, für die sich erfreulicherweise viele Kolleg/innen interessieren. Vor allem die Mitarbeit an der Entwicklung von Leitlinien erfreut sich großen Interesses und mittlerweile arbeiten wissenschaftlich qualifizierte Hebammen bei insgesamt zwölf Leitlinien der AWMF mit.

Bericht und Neuwahl der Schatzmeisterin

Mit viel Engagement stellte Frau Geppert-Orthofer den Haushaltsplan der DGHWi vor, der von der Versammlung einstimmig verabschiedet wurde. Sie wurde mit großer Zustimmung für weitere zwei Jahre als Schatzmeisterin gewählt.

Abstimmungs- und Diskussionsthemen

Der Vorstand stellte zur Diskussion, welche Inhalte die Rundmails der Geschäftsstelle künftig beinhalten sollen. Nach einer regen Diskussion in der Mitgliederversammlung wurde beschlossen, weiterhin aktuelle Stellenanzeigen weiterzuleiten, da dies eine schnelle Information potenzieller Bewerber/innen ermöglicht. Zusätzlich wurde aber auch der Wunsch geäußert, dass weitere inhaltliche Informationen über einen Newsletter an die Kolleg/innen weitergeleitet werden sollen, wie z.B. aktuell relevante wissenschaftliche Publikationen und die Arbeit des Vorstandes.

Hochschulbildung für Hebammen

Ein sehr spannendes Thema war der aktuelle Stand der Entwicklung der Hochschulbildung für Hebammen. Prof. Dr. Melita Grieshop berichtete zu diesem Thema: bis zum Sommer 2017 soll von Seiten der Regierung ein Entwurf zur Novellierung des Berufsgesetzes vorliegen. Mit Bedauern stellte sie fest, dass die DGHWi als relevante Akteurin politisch noch kaum wahrgenommen wird. Im Rahmen dieser Diskussion wurde deutlich, dass die DGHWi noch intensiver die gesetzgeberischen Verfahren beratend begleiten muss. In diesem Zuge wurde diskutiert, ob die DGHWi assoziiertes Mitglied im Hochschulverband Gesundheitsfachberufe e.V. (HVG) werden soll. Dadurch würde die DGHWi zwar kein Stimmrecht im HVG erhalten, aber es bestünde die Möglichkeit, an den laufenden Diskussionen zur Akademisierung teilzunehmen und wahrgenommen zu werden. Nach einer ausführlichen Diskussion des Für und Wider eines Beitritts, entschied sich die Mitgliederversammlung aktuell gegen einen Beitritt im HVG.

Entwicklung der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft

Dr. Gertrud Ayerle, die zu diesem Thema berichtete, korrigierte zunächst die Annahme, dass es besonders schwierig sei, Beiträge in der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft zu publizieren. Das Review-Verfahren der Zeitschrift entspricht dem Vorgehen anderer wissenschaftlichen Zeitschriften. Um die Prozesse weiter zu optimieren, wurde vom Vorstand eine Umstrukturierung des Leitungsteams vorgeschlagen. Der Plan für die Zukunft ist, dass eine Editor(in)-in-chief, drei Associate Editors und die Personen für das Layout das

Redaktionsteam der Zeitschrift bilden sollen, ergänzt durch die Verantwortliche(n) für die online Veröffentlichung bei GMS (siehe Tab. unten).

Es wurde außerdem beschlossen, dass die Originalartikel jeweils sehr zeitnah nach dem Reviewprozess online bei GMS publiziert werden sollen, das heißt, auch Wochen vor der Print-Ausgabe der Zeitschrift.

Termine

Abschließend wurde auf die kommende Mitgliederversammlung am 15. Februar 2018 hingewiesen. Am Tag danach, d.h. am 16. Februar 2018, wird in Mainz die 4. Internationale Fachtagung stattfinden. 2018 ist ein Jubiläumjahr für die DGHWi: Sie feiert ihr 10-jähriges Bestehen.

Allgemein kann ich aus meiner Perspektive berichten, dass die Teilnahme an der Mitgliederversammlung der DGHWi sehr interessant war. Die Diskussionen der verschiedenen Themen wurden sehr offen und konstruktiv geführt. Jede hatte hier die Möglichkeit, einen Beitrag zu leisten. Gleichzeitig bietet eine solche Veranstaltung natürlich auch die Chance, mit vielen wissenschaftlich qualifizierten Kolleg/innen in Kontakt zu kommen und zu kommunizieren, was gerade für uns junge Mitglieder sehr spannend ist. Bei der nächsten Mitgliederversammlung werde ich mich wieder mit Freude einbringen.

Joana Streffing M.Sc. Midwifery (streffing@eh-berlin.de)

Neues Redaktionsteam der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft

Für die Zeitschrift für Hebammenwissenschaft der DGHWi hat sich ein neues Redaktionsteam gefunden. Die Inhaltsbereiche der Zeitschrift wurden – neben der Betreuung der Originalartikel und des Jungen Forums durch die Editorin Sue Travis MMid, die seit einigen Jahren

schon engagiert dabei ist – auf zwei weitere Editor/innen aufgeteilt. Sie stellen sich unter der Rubrik „Bekanntmachungen“ dieses Heftes vor. Für die Position der Editor(in)-in-chief wird noch eine Person gesucht. Bitte beachten Sie dazu die Tätigkeitsbeschreibung auf Seite 55!

HERAUSGEBERIN				
DGHWi e.V. (Vorstand)				
Gesamtverantwortung	Rubriken	Inhalte	Reviewboard und Erweiterter Reviewboard	
REDAKTION				
Editor-in-chief – N.N.				
Entscheidungsverantwortung über Annahme	Originalartikel	Einblicke in die Forschung	Inhalte der Zeitschrift in Abstimmung mit Vorstand	
Associate Editor 1 – Friederike Hesse B.A., M.Sc.				
Akquise, Lektorat	Editorial	Aktuelles + Mandate	Sektionen	Stellungnahmen
Lektorat	Originalartikel, Reviews, Fallstudien			
Associate Editor 2 – Marielle Pommereau B.A.				
Akquise, Lektorat	Cochrane Reviews	Einblicke in die Forschung	Bekanntmachungen	Termine
Lektorat	Junges Forum			
Associate Editor 3 – Sue Travis MMid				
Review-Verfahren	Mailadresse der Redaktion	Kommunikation mit Autor/innen	Kommunikation mit Reviewer/innen	
Akquise, Kommunikation, engl. Übersetzung	Junges Forum			
Layout – Dr. Gertrud M. Ayerle & Annetrin Skeide M.A.				
Ausgaben (Hefte)	Texte, Grafiken, Tabellen, Kästen			
Supplement	Texte			
Online Publikation GMS – Elke Mattern M.Sc. & Prof. Lea Beckmann				
Ausgaben (Hefte)	Originalartikel, Reviews, Fallstudien			
Supplement	Abstracts (deutsch, englisch)			

Nationales Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ wurde im Februar 2017 veröffentlicht

Einen Meilenstein für die Gesundheitsförderung und Prävention in der Familienbildungsphase stellt das neue Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ dar, das unter der Federführung des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de entwickelt wurde.

Dieser Kooperationsverbund dient als gemeinsame Plattform – unter Beteiligung von Bund, Ländern und Akteur/innen des Gesundheitswesens – zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. Hier werden im Konsens nationale Gesundheitsziele entwickelt und Empfehlungen hinsichtlich Maßnahmen zur Zielerreichung ausgesprochen. Durch diese Kooperation werden verschiedene Perspektiven einbezogen, die somit zu einer breiten Akzeptanz der Gesundheitsziele beitragen. Seit dem Jahr 2000 waren zuvor insgesamt neun Gesundheitsziele entwickelt, publiziert und überarbeitet worden (www.gesundheitsziele.de).

Das nun vorliegende Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ ist das dritte lebensphasenbezogene Ziel neben „Gesund älter werden“ und „Gesund aufwachsen“.

Ein multiprofessionell besetztes Expert/innengremium mit 29 Mitgliedern hat über zwei Jahre unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit an dem Thema „Gesundheit rund um die Geburt“ gearbeitet. Erreicht werden sollte ein breiter Konsens von Vertreter/innen der Politik, Kostenträgern, Leistungserbringern, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen, Wissenschaft und Forschung. Als Hebammenwissenschaftler/innen haben die Professorin Dr. Mechthild Groß (Medizinische Hochschule Hannover), die Professorin Dr. Claudia Hellmers (Hochschule Osnabrück) für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft und Professorin Dr. Nicola H. Bauer (Hochschule für Gesundheit Bochum) aktiv an der Erarbeitung mitgewirkt.

Dem nationalen Gesundheitsziel ist eine Präambel vorgeschaltet. Hierin wird verdeutlicht, dass das konsenterte Ziel die Physiologie der reproduktiven Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett bis zum ersten Geburtstag des Kindes in den Mittelpunkt stellt und dabei Wohlbefinden und Gesundheit von Mutter und Kind fokussiert. Wichtig ist hierbei die Förderung vorhandener Ressourcen und Potenziale, die Vermeidung einer Pathologisierung und der aktive Einbezug von Frauen und ihren Familien in die Entscheidungsfindung, um sie darin zu stärken, Maßnahmen und Optionen angemessen, selbstbestimmt und informiert bewerten und in Anspruch nehmen zu können. Der darauf folgende Hintergrund skizziert kurz die geburtshilfliche Situation in Deutschland.

Im Anschluss daran werden fünf konkrete Ziele formuliert:

- ◆ Ziel 1: Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert.
- ◆ Ziel 2: Eine physiologische Geburt wird ermöglicht und gefördert.
- ◆ Ziel 3: Die Bedeutung des Wochenbetts und die frühe Phase der Elternschaft sind anerkannt und gestärkt.
- ◆ Ziel 4: Das erste Jahr nach der Geburt wird als Phase der Familienentwicklung unterstützt. Eine gesunde Entwicklung von Eltern und Kind wird ermöglicht und gefördert.

- ◆ Ziel 5: Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt sind gesundheitsförderlich gestaltet.

Zu jedem dieser fünf Ziele erfolgt zuerst eine Darstellung des aktuellen Standes bzw. eine Analyse der Ausgangssituation und anschließend werden in tabellarischer Form für jedes Ziel drei bis sieben Teilziele aufgeführt. Hierbei werden Maßnahmenempfehlungen, institutionelle Akteur/innen sowie relevante Berufsgruppen und Multiplikator/innen für die Umsetzung beschrieben. Die Maßnahmenempfehlungen werden auf Grundlage gesicherter Erkenntnisse erstellt. Während sich die ersten vier Ziele an der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt und früher Elternzeit orientieren, greift das fünfte Ziel explizit auch die Verhältnisse auf, die notwendig sind, um gesundheitsförderliche Bedingungen für Familien zu schaffen und zu unterstützen.

Intendiert ist eine Umsetzung der Gesundheitsziele in den Verantwortungsbereichen der daran Beteiligten. Dies ist als langfristiger Prozess angelegt. Um die Einzelziele hinsichtlich ihres Nutzens und ihrer Aktivität zu bewerten, ist die Erarbeitung von Evaluationszielen vorgesehen.

Im vorliegenden Gesundheitsziel werden die Tätigkeiten von Hebammen im Betreuungsbogen in ihrer Gänze erfasst. Betont wird, dass Hebammen und Gynäkolog/innen für die Versorgung und Betreuung von Frauen in dieser reproduktiven Lebensphase eine zentrale Rolle spielen. Zudem besitzen die konstruktive und partnerschaftliche Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen sowie eine kontinuierliche und bedarfsgerechte Betreuung der Familien eine hohe Wertigkeit. Die Identifikation von Belastungen, Risiken und besonderen Unterstützungsbedarfen wird darüber hinaus als wichtig erachtet, um entsprechende spezifische Angebote entwickeln zu können.

Im fünften Ziel ist das Teilziel „Die Gesundheits- und Sozialforschung rund um die Geburt wird ausgebaut und der Wissenstransfer ist verbessert“ integriert. Hier wird zur Unterstützung einer evidenzbasierten Betreuung der Ausbau der Forschung empfohlen. Beispielhafte Themenbereiche für Forschung sind die psychischen Vorgänge und Herausforderungen während der Schwangerschaft, des Wochenbetts und des ersten Lebensjahres, die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in der Schwangerschaft, im Wochenbett und im ersten Lebensjahr, die Qualität und Wirkung von Information und Beratung rund um die Geburt sowie das subjektive Wohlbefinden rund um die Geburt.

Aber auch die Förderung der Zusammenarbeit wissenschaftlicher Disziplinen durch Einrichtung interdisziplinärer perinatologischer Lehrstühle und eine Verstärkung der Versorgungsforschung im Bereich der Inanspruchnahme von Hebammenversorgung wird gefordert. Das sind Themenbereiche, die die Hebammenwissenschaft bearbeitet und beforscht. Bleibt zu hoffen, dass durch das neue nationale Gesundheitsziel einerseits die Wichtigkeit dieser Forschung für die Gesundheit und das Wohlbefinden von Frauen, ihren Kindern und ihren Familien nochmals deutlich wird sowie andererseits eine adressatengerechte und salutogenetisch ausgerichtete Versorgung der Familien an Bedeutung gewinnt.

Positiv hervorzuheben ist, dass das Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ unter Beteiligung der Hebammenwissenschaft entwickelt werden konnte. Auch wenn in einem Konsensprozess nicht alle Ziele der einzelnen Beteiligten erreicht werden können, zeichnete sich in der Expert/innengruppe dennoch das übergeordnete gemeinsame Ziel einer besseren Versorgung in der Familienbildungsphase ab. Die einzelnen Akteur/innen konnten ihre jeweilige Perspektive gewinnbringend integrieren. Alle an der Versorgung Beteiligten können das Gesundheitsziel für entsprechende Argumentationen und Umsetzungsprozesse nutzen.

Das vollständige Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ ist online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf

Prof. Dr. Nicola H. Bauer und Prof. Dr. Claudia Hellmers

E-Mail: nicola.bauer@hs-gesundheit.de; c.hellmers@hs-osnabrueck.de

Interview zum neuen Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“

Interview mit Ulrike Hauffe, Dipl. Psychologin, Landesbeauftragte für Frauen des Landes Bremen, Vorsitzende des Frauen- und Gleichstellungsausschusses des Deutschen Städtetags (DST), Stellvertretende Verwaltungsratsvorsitzende der BARMER

Mit freundlicher Genehmigung des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF), Berlin

AKF: Liebe Ulrike Hauffe, warum ist das neue Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ ein Durchbruch?

UH: Weil hier auf hoher nationaler Ebene analysiert und festgestellt wird, dass im Bereich der Geburtshilfe deutlicher Handlungsbedarf besteht. Zugleich werden Maßnahmen und Akteure benannt, die Veränderungen anstoßen können und Verbesserungen schaffen sollen. Die Inhalte sind allesamt nicht wirklich neu. Der AKF und andere benennen und fordern sie seit Jahren – aber neu und damit sensationell ist das gemeinsame Anerkennen dieser Inhalte durch bedeutende Institutionen des Gesundheitswesens und die gemeinsame Selbstverpflichtung aktuelle Zustände zu ändern.

AKF: Wie kam es dazu, von selbst doch sicherlich nicht?

UH: Natürlich nicht. Dem Prozess – und es war ein langer, konflikt- und diskussionsreicher Prozess – sind viele Kampagnen vorausgegangen. Wesentlich waren hier die beiden AKF-Positionspapiere zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowie zur Kaiserschnitttrate. Beide Papiere sind überschrieben mit „Es ist höchste Zeit...“. Dazu ist ganz sicher die AKF-Fachtagung im Juni 2014 zur Senkung der Kaiserschnitttrate zu nennen: „Zeit zu handeln: Kaiserschnitttrate senken – normale Geburt fördern“. Eine derart deutliche Warnung aus berufenem Munde wurde zwar auch dann noch nicht von den politisch Verantwortlichen gehört, aber der Druck, der hier entstanden ist, ist dann doch angekommen. Übrigens nicht nur dergestalt, dass wir nun das zehnte Gesundheitsziel haben. Schon vor zwei Jahren hat die Konferenz der Frauen- und Gleichstellungsminister/innen und -minister (GFMK) einstimmig beschlossen, dass die Zustände in der Geburtshilfe und die hohen Schnitttraten nicht länger hinnehmbar seien. Die GFMK ist das bundespolitisch höchste Ländergremium in diesem Bereich. Auch das war bereits ein Durchbruch. Das haben leider nur wenige Medien so wahrgenommen. Neben dem Druck der Fachverbände gibt es in

meinen Augen aber auch zunehmenden Druck von unten, nämlich wieder von werdenden Eltern – wie wir es in den 70er- und 80er-Jahren schon einmal erlebt haben. Der Verein Mother Hood e.V. beispielsweise, der als Elternverein gemeinsam mit anderen Fachverbänden und den Hebammen gegen die Pathologisierung und Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt ins Feld zieht, hat hohes Mobilisierungspotenzial.

AKF: Wie ist denn das Gesundheitsziel konkret entstanden?

UH: Der AKF hatte sich bei einer seiner Jahrestagungen mit dem Thema „Nationale Gesundheitsziele“ befasst. Bei dieser Tagung bekam der Vorstand den Auftrag, den AKF in die Prozesse zur Entwicklung von Gesundheitszielen zu integrieren und zwei Ziele vorzuschlagen: „Die gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen“ und „Die Entmedikalisierung von Schwangerschaft und Geburt“. Die Aufnahme in den leitenden Ausschuss geschah durch einen Antrag an den Kooperationsverbund gesundheitsziele.de. Der AKF wurde aufgenommen und hat sich dann erfolgreich für die Bearbeitung des letztgenannten Ziels eingesetzt. Zunächst wurde beschlossen, dieses Ziel dem Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ unterzuordnen. Zum Ende des Arbeitsprozesses wurde jedoch entschieden, dass die erarbeiteten Inhalte eine so große Bedeutung und Eigenständigkeit haben, dass das Ziel als eigenes Gesundheitsziel aufgewertet wurde.

AKF: Welche Organisationen haben daran mitgearbeitet – und wie ist der Diskussionsprozess gelaufen?

UH: 36 Organisationen haben letztendlich kontinuierlich in der Arbeitsgruppe „Gesundheit rund um die Geburt“ mitgearbeitet. Sie alle aufzuführen würde zu weit gehen. Ich versuche hier zusammenfassend zu antworten:

- ◆ Die Leitung der AG übernahm Thomas Altgeld von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., weil er die Leitung für das Ziel „Gesund aufwachsen“ hat und die Integration des Ziels „Gesundheit rund um die Geburt“ in dieses Ziel zunächst ja geplant war.
- ◆ Die Hebammen waren vertreten durch Hochschullehrer/innen der Hochschule für Gesundheit (Bochum), der Medizinischen Hochschule Hannover, der Hochschule Osnabrück und der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

- ◆ Die Frauenärzte und -ärzt/innen waren vertreten durch die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (Hochschullehrer der Universitätskliniken Jena und Frankfurt/M.), die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e. V. und den AKF.
- ◆ Die psychologische Wissenschaft wurde durch die Universität Bielefeld repräsentiert.
- ◆ Auch die Kinder- und Jugendmedizin war durch das Universitätsklinikum Lübeck vertreten.
- ◆ Die Bundesärztekammer sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft waren dabei.
- ◆ Als Bundes- und Länderministerien haben das Bundesministerium für Gesundheit, zwei Vertreter/innen der Gesundheitsministerkonferenz der Länder, eine Vertreterin aller Frauen- und Gleichstellungsministerien und eine der Jugend- und Familienministerien mitgearbeitet.
- ◆ Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen und der Öffentliche Gesundheitsdienst haben mitgearbeitet.
- ◆ Und selbstverständlich waren einige Krankenkassen beteiligt – AOK und BARMER – auch der Medizinische Dienst des Spitzenverbands und der GKV-Spitzenverband.
- ◆ Das Robert Koch Institut durfte nicht fehlen, auch nicht die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit dem Zentrum Frühe Hilfen sowie pro Familia.

Es ist unschwer zu erkennen, welches Diskussionspotential in dieser Zusammensetzung steckt. Nach anfänglich durchaus schwierigen Debatten hat die Gruppe sehr schnell konsensorientiert gearbeitet. Der wichtigste Schritt zu Beginn der Arbeit war die Einigung auf eine Grundhaltung, auf deren Boden das Gesundheitsziel aufgebaut werden sollte. Kurz gesprochen heißt das: an den Ressourcen der Frauen ansetzen. Konkret und "unfachlich" formuliert ist damit gemeint: Frau „kann“ Schwangerschaft und Frau „kann“ gebären. D. h., wir hatten zu beraten und zu konzipieren, wie diese Fähigkeiten Unterstützung erfahren können. Und wir hatten herauszufinden, wo die Fallen einer unnötigen Pathologisierung zu finden sind – und wie wir sie beeinflussen können. Vielleicht ahnt die eine oder der andere, dass diese Haltung und Sicht auf das Geschehen immer wieder aufgerufen werden musste, denn zu leicht rutscht man ja in die eher risikoorientierte und aus dieser Sicht hilfebetonende Haltung.

AKF: Und jetzt kommen wir zum Eigentlichen. Was ist im Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ festgehalten?

UH: Ich will es noch einmal konkret anhand des Ziels darstellen: Der Satz, der in meinen Augen die Kernbotschaft enthält, steht gleich auf der ersten Seite: Das Gesundheitsziel nimmt eine „an Wohlbefinden und Gesundheit ausgerichtete Perspektive ein“, heißt es, und dass „vorhandene Ressourcen und Potenziale umfassend gefördert und eine Pathologisierung vermieden“ werden soll – Leitgedanke ist also ein positives Verständnis von Potenzial und Ermächtigung, die so genannte Salutogenese, und nicht, wie sonst im Gesundheitssystem symptomatisch, die Definition über Risiko und Krankheitsgefährdung. Dafür haben Frauenverbände und allen voran der AKF lange gekämpft. Dass sich diese Haltung nun auch im Mainstream-Medizinbetrieb durchsetzt,

ist ein Riesenerfolg. Für uns, vor allem aber für schwangere Frauen und ihre Familien. Das große Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ wird dann unterteilt in fünf Abschnitte, die Ziele 1 bis 5: Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, erstes Jahr und allgemeine Rahmenbedingungen.

Wir haben uns übrigens sehr bewusst dazu entschieden, das erste Lebensjahr mit in die Ausarbeitung einzubinden. Das war ja nicht zwingend. Wir entwickelten jedoch die Haltung, dass die Kultur des Wochenbetts und die der ersten Bindungszeit unbedingt formuliert und gewürdigt werden soll.

Jedes der 5 Ziele ist durch mehrere Teilziele ausformuliert, für deren Umsetzung Maßeempfehlungen aufgestellt wurden. Das allein würde aber nicht ausreichen, sondern interessant ist natürlich, dass institutionelle Akteur/innen und Akteure sowie relevante Berufsgruppen und Multiplikator/innen und Multiplikatoren den jeweiligen Teilzielen zugeordnet wurden.

AKF: Kannst Du das an einem Beispiel erläutern?

UH: Ich nehme mal den zweiten Bereich, da geht es konkret um den Geburtsverlauf. Dieses Unterziel lautet „Eine physiologische Geburt wird ermöglicht und gefördert“ und dann folgen drei Teilziele, nämlich Förderung einer interventionsarmen Geburt, die Entwicklung spezifischer Angebote für Risikogeburten und Unterstützungsbedarfe sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen unter einer Geburt. Diese Ziele werden als zu erreichen gesetzt und dann Maßnahmen genannt, wie das geschehen soll. So soll das Konzept der Frau-zentrierten Betreuung weiterentwickelt und bei allen Berufsgruppen implementiert werden. Evidenzbasierte und leicht verständliche Informationen zu Eingriffen in den Geburtsverlauf sollen erstellt werden, Bonding ist zu ermöglichen, die verschiedenen Berufsgruppen sollen gemeinsam Leitlinien und Standards erarbeiten. Dem wohnt ein gemeinsamer Gedanke inne, der sich durch das gesamte Gesundheitsziel zieht und auch immer für den jeweiligen Aspekt passend formuliert wird: Die Gebärende steht im Zentrum, sie soll über die Geburt ihres Kindes bestimmen können – auch und gerade, wenn Eingriffe nötig werden.

Für uns, die wir schon so lange daran arbeiten, dass Frauen dieses Geschehen aus sich heraus maßgeblich bestimmen, ist das alles ein alter Hut, aber für viele hauptberuflich Beteiligte im klinischen Geburtshilfeprozess kommt das einer 180-Grad-Wende gleich. Einen Wermutstropfen gibt es allerdings auch: Die Eins-zu-Eins-Betreuung einer Gebärenden durch eine Hebamme konnten wir nicht durchsetzen.

AKF: Papier ist bekanntlich geduldig. Was muss jetzt geschehen?

UH: Formal ist das Gesundheitsziel eine Art Selbstverpflichtung der beteiligten Institutionen. Die Maßnahmen tragen deshalb auch den Charakter von Empfehlungen, denen man ja bekanntlich folgen kann – oder auch nicht. Das mag manche enttäuschen. Aber wir müssen uns das Niveau ansehen, auf dem wir diese Einigung miteinander getroffen haben: das ist nämlich ganz oben. Die Bundesspitzen der beteiligten Verbände haben diese Inhalte beschlossen und die Diskussionen darum waren langwierig, äußerst kontrovers und mitunter sehr zäh. Sich hierauf zu verständigen und es als Selbstverpflichtung anzuerkennen, wird Handeln nach sich ziehen. Diejenigen, die sich auf dieses Ziel verpflichtet haben, müssen sich nun auch an die Umsetzung machen.

Jetzt kann niemand mehr kneifen. Das geht nicht, ohne sich unglaublich zu machen. Und das wird keine der Parteien wollen.

Ein wichtiger Diskussionsprozess, der zu einer Verabredung führte, war die Intensivierung der Zusammenarbeit von Frauenärzt/innen, -ärzten und Hebammen schon in der Schwangerschaft. Und selbstverständlich muss aus diesem Versprechen auch die formale Klärung dieser Zusammenarbeit in der Schwangerschaft erfolgen.

Lokale Bündnisse zur Förderung der normalen Geburt haben Erfolg. Wir sehen das an einigen beispielgebenden Städten wie Bremen und München. Andere folgen schon. Dieses Gesundheitsziel ist eine Einladung an alle Kommunen, ihre Möglichkeiten zur Veränderung in die Hand zu nehmen.

AKF: Was kann der AKF machen?

UH: Laut werden. Prozesse und Ergebnisse einfordern. Das Gesundheitsziel mit seinen konkreten Teilzielen ist wie ein Pflichtenheft für die Beteiligten. Das muss nun von vielen abgearbeitet werden. Schon klar, dass das dauern wird und dass ganz sicher auch nicht jede Maßnahme mit gleichbleibend großem Engagement angegangen wird. Das hat

übrigens nichts mit Nicht-Wollen zu tun, sondern mit der Langfristigkeit der hier angelegten Prozesse und dem ihnen innewohnenden Verschleißpotenzial.

Die Gefahr, dass das eine oder andere Teilziel auf der Strecke bleibt, ist in meinen Augen durchaus real. Deshalb müssen wir weiterhin nachfragen, auch laut nachfragen und einfordern, dass die Schritte, mit denen wir das Ziel erreichen wollen, auch gegangen werden. Aber wir tun das auf starker Grundlage: Auf gemeinsam geeinten Werten und Zielen aller Beteiligten, hinter die es nun nicht mehr zurückgeht. Und außerdem: nicht wenige Akteur/innen sind (juristische) Mitglieder des AKF. Wie kann besser Einfluss genommen werden als mit gemeinsam verabredeten Schritten.

Das Interview führte Karin Bergdoll, 2. Vorsitzende des AKF.

Quelle: Hauffe, Ulrike: Das AKF-Interview (Nr.7). Das neue nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ ist ein Durchbruch. In: <http://www.akf-info.de/portal/2017/03/03/das-akf-interview-nr-7-das-neue-nationale-gesundheitsziel-gesundheit-rund-um-die-geburt-ist-ein-durchbruch/>

Zur Reform der Berufsgesetze und zur Arbeit des Pädagogischen Fachbeirates des Deutschen Hebammenverbandes e.V.

Die Notwendigkeit zur Reformierung der Berufsgesetze von 1985 sowie die Akademisierung für den Beruf der Hebamme leitet sich aus dem Passus in der EU-Richtlinie 2013/55/EU, dass die Hebammen über „genaue Kenntnisse der Wissenschaften, auf denen die Tätigkeiten der Hebamme beruhen, insbesondere der Geburtshilfe und der Frauenheilkunde“ verfügen müssen ab. Des Weiteren ist dort die Bedingung einer zwölfjährigen Schulbildung als Zugangsvoraussetzung für den Beruf der Hebammen für alle EU-Staaten festgeschrieben. Mit dieser Richtlinie hat sich demnach die Europäische Union festgelegt, dass eine Berufsausbildung, wie bislang in Deutschland etabliert, vollständig durch die hochschulische Bildung der Hebammen bis zum Jahr 2020 abgelöst werden muss. Eine Teilakademisierung des Berufes, wie es beispielsweise für die Pflegeberufe formuliert wurde, ist auf Grund des Bildungsanspruches, der in der Änderungsrichtlinie manifestiert wurde, keine Option.

Diese Vorgaben verpflichten Deutschland bis 18. Januar 2020, eine Reformierung der Berufsgesetze, und – damit einhergehend – ein vollständig hochschulisches Bildungsmodell zu etablieren, um die Anschlussfähigkeit im Rahmen des europäischen Bildungswesens und auch die berufliche Mobilität innerhalb der Europäischen Union zu garantieren.

Sowohl die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi) als auch der Deutsche Hebammenverband e.V. (DHV) haben sich in den letzten Jahren verstärkt in diesem Bereich engagiert, um die Notwendigkeit einer vollständigen Akademisierung und damit ein-

hergehend den Bedarf einer Novellierung der Berufsgesetze in der Bundes- als auch Landespolitik zu artikulieren.

Dennoch gab es von Seitens des Gesetzgebers auf Bundes- und Landesebene bislang kaum konkrete Signale, wie der Akademisierungsprozess zeitlich, strukturell und inhaltlich erfolgen soll. Dies ist sowohl für die Fachschulen als auch für die Hochschulen mit ihren unterschiedlichen Studienprogrammen eine Herausforderung, da es keine Planungssicherheit ab dem Jahr 2020 gibt.

Um die Interessen der Berufsgruppe in Hinblick auf die Akademisierung und die Reformierung der Berufsgesetze zu vertreten und um Eckpunkte hierzu für die Politik zu formulieren, hat der DHV bereits im Juli letzten Jahres zur Mitarbeit in einer Projektgruppe, dem Pädagogischen Fachbeirat (PFB), aufgerufen. Hierbei sollte die Reform der Berufsgesetze im Bundesgesundheitsministerium sowie Fragen des Übergangs mit eigenen Vorschlägen und Formulierungen unterstützt werden.

Der PFB setzt sich aus einer Gruppe von Mitgliedern mit unterschiedlicher Expertise zusammen: Vertreten sind hierbei Landesvorsitzende aus dem DHV, Lehrer/innen an Fachschulen, Hochschulvertreter/innen, eine Expertin für den internationalen Bereich sowie ein Jurist. Organisiert wurden die Treffen von Yvonne Bovermann, Beirätin für den Bildungsbereich des DHV.

Über die Sektion Hochschulbildung der DGHWi e.V. wurden die Hochschullehrer/innen hebammenwissenschaftlicher Studiengänge zur Mitarbeit im PFB angesprochen. Von der Hochschule für Gesundheit in

Bochum nahm Prof.in Dr. Nicola Bauer sowie von der Hochschule Ludwigshafen am Rhein Prof.in Nina Knape, Ph. D. an der Arbeitsgruppe teil, um gezielt die hochschulische Perspektive einzubringen.

Es wurde zu verschiedenen Themen innerhalb des PFB diskutiert und gearbeitet. Dies waren im Einzelnen:

- ◆ Formulierung von Ausbildungs- und Qualifikationszielen
- ◆ Vorbehaltene Tätigkeiten
- ◆ Mögliche Finanzierung der hochschulischen Bildung und der Praxiseinsätze
- ◆ Überlegungen zu verschiedenen Übergangsregelungen ab 2020.

Ursprünglich war für die Erstellung des Eckpunktepapiers ein gutes Jahr vorgesehen. Allerdings verkürzte sich das Zeitfenster deutlich, nachdem das Bundesgesundheitsministerium signalisierte, dass eine erste Positionierung des Hebammenverbandes bereits Anfang April im Ministerium erwartet werde. Daher wurde nach einzelnen Telefonkonferenzen und Treffen für Ende März ein zweitägiges Treffen in Fulda anberaumt, um das Eckpunktepapier für den Austausch mit den politischen Vertreter/innen und Vertretern zeitnah fertigzustellen.

Bevor in Fulda die inhaltliche Arbeit für das Eckpunktepapier begann, trafen sich Vertreter/innen des Präsidiums des DHV mit Vorstandsmitgliedern der DGHWi, um die Positionen der beiden Verbände in verschiedenen Punkten zu klären. Hierbei wurde sich auf ein gemeinsames Eckpunktepapier verständigt, welches den größtmöglichen Konsens der beiden Verbände beinhalten sollte.

Zusätzlich zu den Funktionär/innen der beiden Verbände wurden zu einem Sitzungsteil auch die Präsidentin des Schweizer Hebammen-

verbandes Frau Stocker Kalberer eingeladen. Sie berichtete, wie der Akademisierungsprozess in der Schweiz abgelaufen ist. Zudem war der Bundesrat Werdender Hebammen vertreten, um sich in Bezug auf den Akademisierungsprozess positionieren zu können.

In der sehr intensiven zweitägigen Arbeit konnten sich die Mitglieder des PFB auf die Ausbildungsziele, auf Grundlagen der Finanzierung sowie auf allgemeine Zielsetzungen in Bezug auf den Übergang von fachschulischer zur hochschulischen Bildung verständigen. Begleitet durch die Moderatorin Frau Birgit Beutel wurde dabei intensiv diskutiert und um Inhalte und Begrifflichkeiten gerungen.

Im Ergebnis entstand ein Eckpunktepapier, welches die Interessen des Hebammenberufes im Rahmen der Reformierung der Berufsgesetze und der Akademisierung bestmöglich widerspiegeln soll. Es bleibt mit Spannung abzuwarten, wie die Bundes- aber auch die jeweilige Landespolitik weitere Schritte des Akademisierungsprozesses planen und inwieweit die DGHWi und die Berufsverbände an dieser Diskussion beteiligt werden.

Die DGHWi wird sich weiterhin inhaltlich positionieren, um eine möglichst hochwertige hochschulische Bildung in Deutschland für die Hebammen zu etablieren und auszubauen.

Prof. Dr. Nina Knape und Prof. Dr. Nicola H. Bauer

E-Mail: nina.knape@hs-lu.de; nicola.bauer@hs-gesundheit.de

Neuer Flyer zur Werbung von Mitgliedern

Die DGHWi verfügt über einen neuen Flyer, um sowohl ordentliche als auch fördernde Mitglieder zu gewinnen. Mit dem Flyer wollen wir noch mehr Kolleg/innen, Interessierte anderer Berufsgruppen sowie Vereine, Organisationen und Einrichtungen erreichen, um einerseits die Ziele der DGHWi bekannt zu machen und andererseits deren aktive und finanzielle Unterstützung zu gewinnen.

Die Vorstandsfrauen haben geplant, die Flyer an die Hochschulen und Fachschulen zu versenden, in der Hoffnung, dass auch diese eine fördernde Mitgliedschaft in Betracht ziehen. Außerdem können sie die Flyer zur Werbung von zukünftigen Studiengangabsolvent/innen nutzen.

Mit diesem Heft der Fachzeitschrift erhalten Sie zwei Flyer, damit Sie auch in Ihrem Umfeld leichter Mitglieder werben können. Weitere Strategien zur Bekanntmachung der DGHWi könnte die Versendung des Flyer im kommenden Rundbrief der Hebammenverbände sein.

Wenn Sie Vorschläge oder Ideen zur Werbung von Mitgliedern haben, bitten wir Sie, uns diese zukommen zu lassen. Wir könnten uns auch vorstellen, dass Mitglieder bei Landestagungen der Hebammenverbände die Aufgaben der DGHWi vorstellen (Folien einer PowerPoint Präsentation können über die Geschäftsstelle bezogen werden) und so um Mitglieder und Spenden zur Unterstützung unserer Aktivitäten werben.

Gründe für eine Mitgliedschaft
Als ordentliches oder förderndes Mitglied unterstützen Sie die Ziele der DGHWi e.V. (siehe unten). Dazu zählt das Engagement der DGHWi in der **Lebensorientierten Entwicklung**, die Erarbeitung von **Stellungnahmen** für eine evidenzbasierte gesundheitliche Versorgung von Frauen durch Hebammen und die Herausgabe der unabhängigen **wissenschaftlichen Fachzeitschrift**.

Was gewinnen Sie?

- Jährlich 2 Ausgaben der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft mit doppelverbleib beglückwünschten Forschungsartikeln.
- Informationen zu Veranstaltungen, wissenschaftsbezogenen Stellenanzeigen und aktuellen Ereignissen rund um Evidenzbasierung, Leitlinienentwicklung, Stellungnahmen und Hebammenwissenschaft.
- Zugang zu zusätzlichen Dateien im privaten Mitgliederbereich der Internetseite der DGHWi e.V.
- Die Möglichkeit, Themen für die Hebammenforschung, Lehre und Praxis einzubringen.
- Die Möglichkeit zur Mitarbeit in einer Sektion oder Arbeitsgruppe.
- Die Möglichkeit, als Mandatsträgerin die DGHWi an Runden Tischen, bei der Leitlinienentwicklung oder bei politischen Veranstaltungen zu vertreten.
- Eine starke Präsenz auf dem Parkett der Hebammenwissenschaft, mit welcher Sie werben können.
- Die Berechtigung, Ihre Mitgliedschaft auf Ihrer Internetseite anzudeuten und mit einem Link auf die Internetseite der DGHWi e.V. zu verweisen.
- Die Möglichkeit, ein Mitglied Ihrer Organisation in eine Veranstaltung des INF, des DNEHf oder des DNVF zu entsenden (aufgrund der Mitgliedschaft der DGHWi in diesen Organisationen).

Internationale Fachtagungen
Die Fachtagungen dienen der Vernetzung der Wissenschaftler/innen im deutschsprachigen und europäischen Raum und der Präsentation von Forschungsprojekten und Arbeiten der Hebammenwissenschaft sowie relevanter Fachgebiete anderer Wissenschaften. Eingeladene sind Teilnehmenden aus Forschung, Lehre, Praxis und Ausbildung.

Keynote-Vorträge werden durch renommierte Hebammenforscher/innen präsentiert, die über umfassende Erfahrung in der empirischen Forschung und Theoriebildung verfügen. Die Fachtagungen finden alle 2 Jahre im geraden Jahr statt.

Anmeldung
Formulare für die Anmeldung zur Internationalen Fachtagung werden auf der Internetseite zur Verfügung gestellt. Siehe: www.dghwi.de/index.php/dghwi/mitgliedschaft.

Call for Abstracts
Die Abstracts für Vorträge, Poster oder Workshops können bis **Ende August des Vorjahres** eingereicht werden. Nähere Angaben dazu erhalten Sie über die Internetseite der DGHWi.

Geschäftsstelle der DGHWi
Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
Jannweg 4, 48159 Münster
geschaeftsstelle@dghwi.de
www.dghwi.de

Die **DGHWi** ist eine unabhängige wissenschaftliche Fachgesellschaft

Der Flyer ist digital auf der Internetseite "Neuigkeiten" der DGHWi hochgeladen und dort abrufbar. Er kann in Print kostenlos bei Elke Mattern M.Sc. angefordert werden (stellvertr.vorsitzende@dghwi.de).

Für den Vorstand
Dr. Gertrud M. Ayerle

Newsletter des Vorstands

Wir, die Vorstandsfrauen der DGHWi, wollten Anfang des Jahres einen Neujahrsbrief an die Mitglieder versenden. Wegen der vielen Ereignisse, die es zu berichten galt, haben wir uns für die Gestaltung eines Newsletters entschieden. Dieser bietet die Möglichkeit, die Vielfalt der Informationen kurz und übersichtlich darzustellen. Das gewählte Format wurde auf der Mitgliederversammlung positiv kommentiert.

Weil die Anwesenden den Wunsch äußerten, auch unterjährig über die Ereignisse der Vorstandsarbeit informiert zu werden, wird der Newslet-

ter in Zukunft zweimal im Jahr erscheinen; einmal im Spätsommer und einmal kurz vor der Mitgliederversammlung.

Wir freuen uns über Ihre Anregungen für die Gestaltung oder die inhaltliche Ausrichtung des Newsletters.

Für den Vorstand

Prof. Dr. Monika Greening

DGHWi-Mitglieder sind in Einrichtungen auf Bundesebene tätig

Mitarbeit in der Fachredaktion Familienplanung und Verhütung der BZgA

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Im Rahmen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes werden hier bundeseinheitliche Maßnahmen zur Sexualaufklärung und Familienplanung erarbeitet. Das Onlineportal *familienplanung.de* richtet sich an Frauen und Männer in unterschiedlichen Lebenssituationen. Es gibt vier verschiedene Themenkanäle: „Schwangerschaft/Geburt“, „Kinderwunsch“, „Verhütung“ und „Beratung“ sowie den fünften Kanal „Schwanger unter 20“, der sich speziell an Jugendliche und junge Erwachsene richtet.



Die Mitarbeit in der Fachredaktion beinhaltet die laufende Qualitätssicherung neuer und bestehender Texte des Portals. Ich führe strukturierte Recherchen in wissenschaftlichen Datenbanken durch und werte die Ergebnisse nach Kriterien der evidenzbasierten Medizin aus. Ich stehe in Kontakt mit Kooperationspartnern und Fachgesellschaften, wie z.B. Verbänden, um das Wissen von Expert/innen in die Arbeit einzubeziehen. Zudem beantworte ich Anfragen von Bürger/innen per E-Mail. Ich freue mich sehr, dass ich meine Kenntnisse und Erfahrungen als Hebamme und Dipl. Medizinpädagogin in die verantwortungsvolle Tätigkeit, für eine Bundesbehörde zu schreiben, einbringen kann.

Dipl. med. päd. Sabine Striebich

Kontakt: sabine.striebich@freenet.de

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Seit Januar 2017 arbeite ich als wissenschaftliche Mitarbeiterin des Ressorts Versorgung und Gesundheitsökonomie im Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in Köln. Das

IQWiG ist ein unabhängiges wissenschaftliches Institut, welches aus sogenannten Systemzuschlägen für ambulante und stationäre Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird. Es untersucht die Vor- und Nachteile medizinischer Leistungen, innovativer Arzneimittel und deren möglicher Kostenwirkungen. Das IQWiG trifft in Gutachten Aussagen darüber, was auf Basis verfügbarer Evidenz diagnostisch und therapeutisch nützlich und was überflüssig oder gar schädlich ist. Die Schwerpunkte der Arbeit liegen dabei in der Bewertung von neuen Arzneimitteln, nichtmedikamentösen Verfahren, medizinischen Behandlungsleitlinien und in der Erstellung von Gesundheitsinformationen für Versicherte. Beauftragt wird das IQWiG vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und vom Bundesgesundheitsministerium (BMG). Die gesetzlichen Grundlagen und Aufgaben des IQWiG ergeben sich aus §139a des Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung.

Zu meiner Tätigkeit gehört die Mitarbeit im vom Bundesministerium für Gesundheit an das IQWiG beauftragten Projekt „Unterstützung bei der Erstellung einer S3-Leitlinie zur natürlichen Geburt“. Aufgrund meiner Ausbildung zur Hebamme, dem Erlangen des Bachelors of Science in Midwifery und des Masters of Science in Gesundheits- und Pflegewissenschaften konnte ich die unter anderem geforderten Voraussetzungen eines abgeschlossenen Hochschulstudiums im Bereich Medizin oder Gesundheits- und Pflegewissenschaften sowie medizinische und pflegerische Fachkenntnisse zum Thema Geburtshilfe erfüllen. Zu meinen Aufgaben gehört u. a. das Recherchieren und



Bewerten wissenschaftlicher Literatur und das Erstellen von Evidenzberichten zu unterschiedlichen Fragestellungen der Geburtshilfe. Ich freue mich über mein neues und sehr spannendes Arbeitsfeld, das Einbringen meiner Fachexpertise sowie den methodischen und fachlichen Austausch mit meinen Kolleg/innen und Kollegen.

Nina Peterwerth M.Sc.

Kontakt: nina.peterwerth@iqwig.de

Monatliche Katalogisierung von Cochrane Reviews für den Fachbereich Hebammen:

Eine Ressource zur Evidenzbasierung in der Hebammenarbeit und -forschung

Hintergrund

Seit Juli 2016 analysiert Cochrane Deutschland monatlich alle neu erschienenen Cochrane Reviews (CR) nach Relevanz für die Fachbereiche Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Pflege und Hebammen. Katharina Kunzweiler M.Sc. und Dr. Sebastian Voigt-Radloff von Cochrane Deutschland initiierten das Projekt, um die Akademisierung in den Gesundheitsfachberufen zu unterstützen und für Praxis und Forschung aktuelles, berufsspezifisches und evidenzbasiertes Wissen zur Verfügung zu stellen.

Methodik der Relevanzzuordnung

Nach der Sichtung aller monatlich neu erschienenen CR (Quelle: <http://www.cochranelibrary.com/cochrane-database-of-systematic-reviews/table-of-contents/current-issue.html>) extrahiert die Gutachterin von Cochrane Deutschland eine hebammenspezifische Liste der Reviews. Zwei Expert/innen beurteilen diese Erstauswahl unabhängig voneinander nach Relevanz für die jeweilige Disziplin. Für den Fachbereich Hebammen erfolgt die Bewertung durch zwei Gutachter/innen der DGHWi/Sektion Internationales: Dipl. Med. Päd. Susanne Simon und Gabriele Krüger MaS International Health.

CRs für Hebammen werden nach folgenden Kriterien eingeschlossen:

- ◆ Themenfelder originärer Hebammentätigkeit in Deutschland im Bereich Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- ◆ Themenfelder erweiterter Hebammentätigkeit in Deutschland wie z.B. erweiterte Beratungstätigkeit oder Familienhebamme
- ◆ Themenfelder internationaler Hebammenarbeit, die relevant sind für Gesundheitsprobleme, Maßnahmen und Endpunkte der Hebammentätigkeit in Deutschland und evidenzbasierte Praxis von Hebammen unterstützen können.
- ◆ Themenfelder, die relevant sind für Gesundheitsprobleme, Maßnahmen und Endpunkte in der Hebammenforschung und zur Leitlinienentwicklung.

Die Entwicklung von Kriterien zur Relevanzeinschätzung ist ein dynamischer Prozess, der eine kontinuierliche Evaluation und Anpassung erfordert. Bei Unstimmigkeit zwischen den Hebammenexpert/innen wird ein Konsens gefunden und im Zweifelsfall der CR eher ein- als ausgeschlossen (sensitive Aufnahme). Als Ergebnis werden für jeden CR Originalzitation, Internetlink, Aktualität, Autorenschlussfolgerung und Bezug zu AWMF-Leitlinien angegeben (siehe Beispiel Seite 10).

Nutzung der berufsspezifischen CR-Katalogisierung

Die Zusammenstellung hebammenrelevanter CR kann auch als Ressource zur Erarbeitung von Leitlinien genutzt werden. Daher prüft und dokumentiert Cochrane Deutschland zusätzlich für jeden identifizierten Review, ob er in der aktuellsten Fassung in den jeweiligen themenverwandten AWMF-Leitlinien zitiert wird oder dort nicht als Evidenzbasis aufgeführt ist. Forschungsinteressierte Studierende der Hebammenkunde können die Sichtung und Relevanz-Zuordnung der CR auch als Studienarbeit durchführen.

Zudem ist eine Kooperation zwischen Hochschulen mit GFB-Studiengängen und Cochrane Deutschland zur Aktualisierung und Ergänzung thematisch sortierter CR-Maps möglich. Solche CR-Maps wurden bereits für den Bereich Physiotherapie, Pflege und Ergotherapie erstellt. Ein Beispiel dazu ist unter http://www.cochrane.de/sites/cochrane.de/files/public/uploads/gfb/EM_PT-Rückenschmerz.pdf einzu-sehen. Diesbezügliche Anfragen können an Dr. Sebastian Voigt-Radloff via voigt-radloff@cochrane.de gerichtet werden.

Die aktuelle Zusammenstellung der hebammenrelevanten CRs von Juli bis Dezember 2016 finden Sie unter diesem Link: http://www.cochrane.de/sites/cochrane.de/files/public/uploads/gfb/bericht_hebammen_07bis12_2016.pdf.

Ergebnisse der Arbeitsgruppe zur Förderung der Evidenzbasierung der Gesundheitsfachberufe sind unter www.cochrane.de/de/gesundheitsfachberufe einsehbar.

Zielgruppen für die Nutzung hebammenrelevanter Reviews

1. Hebammenwissenschaftler/innen: in chronologischer Reihenfolge steht ihnen eine CR-Übersicht zur Evidenzlage, zu Evidenzlücken und zu weiterem Forschungsbedarf zur Verfügung.
2. Studierende: Sie können die Übersichten für Studienarbeiten nutzen.
3. Wissenschaftler/innen aus anderen Fachbereichen: Sie können hier fündig werden, wenn sie ein Thema im Bereich der Hebammentätigkeit und/oder Hebammenwissenschaft suchen.
4. Stellungnahmen- und Leitlinienentwickler/innen: Sie können die Relevanzsichtung als Übersicht über vorhandene Cochrane Reviews zu einem bestimmten Fachbereich nutzen und als Grundlage für die inhaltliche Erstellung von Leitlinien verwenden.
5. Übersetzer/innen: Die Datenbank wird als Review-Pool für aktuelle Übersetzungsaktivitäten durch die Mitglieder der Sektion Internationales der DGHWi genutzt. Sie wählen geeignete Cochrane Reviews aus und übersetzen die wissenschaftlichen Abstracts ins Deutsche. Sie werden mit dem Ziel der Dissemination evidenzbasierter Interventionen in der DGHWi Fachzeitschrift publiziert. Andere Übersetzer/innen befördern die Publikation der deutschen Fassung von Plain Language Summary (PLS) der Cochrane Reviews in Hebammenzeitschriften und online auf Cochrane Kompakt/Cochrane Deutschland unter: <http://www.cochrane.de/de/deutsche-reviewbesprechungen-und-übersetzungen>.

Rückmeldungen zu dieser Initiative, dem Verfahren von Cochrane Deutschland sowie den Aktivitäten der Sektion Internationales der DGHWi senden Sie bitte an: internationales@dghwi.de

Für die Sektion Internationales der DGHWi

Gabriele Krüger MaS International Health

BEISPIEL für die**Zusammenfassung eines hebammenrelevanten Cochrane Reviews**

Moore ER, Bergmann N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 11. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub4/full>

Publiziert 11_2016 Studien bis 2015

Evidence supports the use of SSC to promote breastfeeding. Studies with larger sample sizes are necessary to confirm physiological benefit for infants during transition to extra-uterine life and to establish possible dose-response effects and optimal initiation time. Methodological quality of trials remains problematic, and small trials reporting different outcomes with different scales and limited data limit our confidence in the benefits of SSC for infants. Our review included only healthy infants, which limits the range of physiological parameters observed and makes the interpretation difficult.

Relevante AWMF-Leitlinien, die das Cochrane Review enthalten (CR IN) bzw. nicht enthalten (CR OUT):

CR IN

CR OUT

www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-005l_S2k_Betreuung_von_gesunden_reifen_Neugeborenen_2012-10.pdf

DGHWi-Workshop zur Leitlinienarbeit

Informationen und Übungen zum Einstieg in die Leitlinienarbeit

22. September 2017, 11.00 - 19.00 Uhr in Mainz

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.

Referent/innen: Prof. Dr. Monika Greening und Mirjam Peters M.Sc., Leitlinienbeauftragte der DGHWi.

Voraussetzungen: Sind nicht erforderlich.

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 zum 22. August 2017 verbindlich an.

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

E-Mail-Kontakt: leitlinien@dghwi.de

Anforderungen, Mehrwert und Kompetenzen für die Akademisierung der Hebammenausbildung – Ergebnisse einer Expertenbefragung

Requirements, benefits and competencies for higher education in midwifery - Results of an expert survey in Germany

Julia Butz M.A.¹, Dipl. Soz. Päd. Kornelia Walper¹, Dipl. Pflege Päd. Sonja Wangler¹, Prof. Dr. Anke Simon¹

Abstract

Hintergrund: Bisher liegen wenig Erfahrungsberichte und wissenschaftliche Studien zum konkreten Bedarf, den potenziellen Aufgabenfeldern und entsprechenden abgeleiteten Kompetenzzielen eines Studiums für Hebammen/Entbindungspfleger vor.

Ziel: In der vorliegenden Studie wird der Bedarf an hochschulisch qualifizierten Hebammen/Entbindungspflegern aus den verschiedenen Sichtweisen der Praxis untersucht.

Methode: Dafür wurde ein exploratorischer Forschungsansatz gewählt und teilstandardisierte Interviews durchgeführt. Diese wurden im Hinblick auf die drei Kategorien untersucht (Anforderungen an den Studiengang, Mehrwert eines Studiengangs für das Berufsfeld und für die Praxis benötigte Kompetenzen).

Ergebnisse: Die Ergebnisse verdeutlichen den hohen Bedarf akademisch ausgebildeter Hebammen/Entbindungspfleger. So zeigt sich eine deutliche Befürwortung des Studiums hinsichtlich des Mehrwerts. Dies wird auch durch Resultate unterstützt, die zeigen, dass es durchaus Bereiche gibt, die in der derzeitigen Ausbildung zu kurz kommen und in einem Studium intensiviert werden könnten. Weiter konnte das Kompetenzprofil des Deutschen Hebammenverband e.V. durch die Ergebnisse bestätigt werden.

Schlussfolgerung: Der Bedarf an akademisch ausgebildeten Hebammen/Entbindungspflegern vor allem im Vergleich mit dem internationalen Standard ist unbestritten, trotzdem gibt es immer noch Defizite und Unsicherheiten hinsichtlich der Umsetzung einer Akademisierung des Berufs und dessen Konsequenzen.

Schlüsselwörter: Akademisierung, Hebammenausbildung, Studium, Praxis, Kompetenzen.

Background: Higher education in midwifery is considered necessary to meet the known challenges in the profession. Currently, there are only a few academic studies and reports dealing with this topic. Most notable is the lack of data concerning demand, potential practice areas and the competencies which need to be taught in an academic study programme for midwifery.

Aim: The present study examines the need for academically qualified midwives from different practice viewpoints.

Methods: Semi-standardised interviews were used for this exploratory research approach. These were then examined with respect to the three categories identified through data analysis (requirements of the academic programme, benefits for the profession and essential competencies).

Results: From a practical point of view, the results identify an even higher demand for academically trained midwives than on paper. This is especially true regarding the benefits of such a study programme for midwives. These findings are supported by results concerning areas of the current non-academic midwifery training programme [in Germany] requiring further consolidation. Furthermore, the results verify the qualification profile of the German Midwifery Association [Deutscher Hebammenverband e.V.].

Conclusion: There is undoubtedly a need for higher education of midwives in particular with regards to international standards. However, deficits and uncertainties with respect to the implementation progress and its consequences remain.

Keywords: higher education, midwifery training, study programme, practice, competencies.

Hintergrund

Es finden sich diverse Gründe in der Fachliteratur, die für eine notwendige Veränderung in der Ausbildungsstruktur der Gesundheitsfachberufe, implizit der Hebammenausbildung sprechen. Auch die Akademisierung der Ausbildung wird vielfach dargestellt. Kälble betont in seinen Betrachtungen, dass sich das Berufsfeld der Gesundheitsfachberufe in einem stetigen Wandel befindet. Die wachsenden Qualitätsansprüche beruflicher Tätigkeiten sowie das evidenzbasierte Handeln fordern eine qualitativ hochwertige, kompetenzorientierte Aus- und Weiterbildung geradezu heraus. In diesem Zusammenhang treten die Begriffe der Akademisierung, Höherqualifizierung und Professionalisierung immer wieder auf [9, S. 15ff].

Im Jahre 2010 erfolgte die Verabschiedung der sogenannten Modellklausel im Hebammen-gesetz zur Weiterentwicklung des Hebammen-

berufes. In Folge der Einführung der Modellklausel konnten die Bundesländer laut § 6 (3) des Hebammen-gesetzes von dieser Regelung abweichen und die Ausbildung an einer Hochschule anbieten [2]. Dies wird seit diesem Zeitpunkt in Modellstudiengängen an unterschiedlichen Hochschulen durchgeführt und begleitend evaluiert.

Aufgrund der Ergebnisse aus den Evaluationen der Modellstudiengänge kommt der Deutsche Bundestag, bezogen auf die Hebammenausbildung, 2016 zu dem Schluss, dass eine Notwendigkeit zur vollständigen Akademisierung besteht, die es bis 2020 umzusetzen gilt. Ziel ist es, die Berufsabschlüsse in Europa anzugleichen und somit eine Anerkennung des Abschlusses im europäischen Ausland gewährleisten zu können [4]. Damit entspricht der Deutsche Bundestag der Forderung des Deutschen Hebammenverbandes, der seit den 1990er Jahren eine Vollakademisierung für Hebammen/Entbindungspfleger fordert [4]. Der

deutsche Wissenschaftsrat setzt sich ebenfalls für ein hochschulisches Qualifizierungsangebot für Hebammen und Entbindungspfleger ein, mit dem Ziel eines primärqualifizierenden, hebammenwissenschaftlichen Bachelor-Abschlusses, der zur Tätigkeit am Patienten befähigt [13]. Auf internationaler Ebene wird deutlich, dass sich die Verortung der Hebammenausbildung auf Hochschulniveau im Vergleich zu Deutschland bereits früher vollzogen hat [8, S. 31]. Einheitliche Umsetzungen lassen sich dabei allerdings nicht ausmachen, was auf unterschiedliche historische Gegebenheiten in den jeweiligen Ländern zurückzuführen ist [8, S. 28]. So erlangt man zum Beispiel einen Bachelorabschluss in Österreich nach sechs Semester, in den Niederlanden hingegen nach acht [1].

Da jedoch gegenwärtig noch wenige Hochschulabsolvent/innen in der Praxis tätig sind und konkrete rechtliche und politische Grundlagen zur Umsetzung der Akademisierung noch nicht vorhanden sind, liegen bisher kaum Erfahrungsberichte und wissenschaftliche Studien zum konkreten Bedarf, den potenziellen Aufgabenfeldern und entsprechenden abgeleiteten Kompetenzziele eines Studiums vor.

Innerhalb einer Untersuchung, die Teil des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Forschungsprojektes FEM – Future Education in Midwifery – ist, wurden Expert/inneninterviews durchgeführt, die zu der Erörterung des Mehrwertes einer akademischen Ausbildung und zur Fundierung von Kompetenzprofilen beitragen sollen. Ziel ist die Etablierung des dualen, berufsbegleitenden Studiengangs „Angewandte Hebammenwissenschaft“ an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) in Stuttgart.

Als Referenzrahmen zur Erstellung der Kompetenzziele dient in dieser Untersuchung fachlich das „Kompetenzprofil Hebamme“, welches vom pädagogischen Fachbeirat des Deutschen Hebammenverbandes entwickelt wurde. Es umfasst neben den Kompetenzen die dazu gehörigen Performanzkriterien, die das Niveau der Kompetenzausführung angeben [5]. Ergänzt wurde das Profil unter Einbeziehung des CanMEDS-Modells [6], aus dem sieben Kompetenzbereiche der Hebamme abgeleitet werden konnten: Teamworker/in, Manager/in, Lernende und Lehrende, Kommunikator/in, Fachbereichsexpert/in, Berufsgruppenvertreter/in und „Health Advocate“.

Die Ergebnisse und Forderungen der Expert/innen fanden bei der Erstellung des Modulhandbuchs für den dualen Studiengang Angewandte Hebammenwissenschaft an der DHBW Berücksichtigung.

Ziele/Forschungsfrage

Um den Bedarf und die Anforderungen an hochschulisch qualifizierten Hebammen/Entbindungspfleger aus den verschiedenen Sichtweisen der Praxis zu untersuchen, stehen folgende Forschungsfragen im Zentrum des Interesses: ‚Welcher Bedarf und welche Anforderungen bestehen an hochschulisch ausgebildete Hebammen?‘; ‚Welchen Mehrwert bringt eine Hochschulausbildung für Hebammen?‘; ‚Welche Kompetenzen sollten in einem Studium der Hebammenwissenschaft vermittelt werden?‘

Methodik

Das leitende Erkenntnisinteresse dieser Studie begründet ein explorativ, erkenntnisleitendes Forschungsdesign. Um möglichst viele Facetten des neuen Forschungsfeldes zu erheben, wird ein qualitativer Unter-

suchungsansatz gewählt [7, S. 69]. Die qualitative Interviewform mit offen formulierten Fragen wurde gewählt, um das Prinzip der Offenheit zu ermöglichen und es somit für unerwartete Informationen zugänglich zu machen [10, S. 320]. Dem Interview liegt ein Leitfaden zu Grunde, der als Orientierung bei der Gesprächsführung dient und die Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten erhöht [11, S. 36].

Im Rahmen des Projektes FEM wurden im Zeitraum von November 2015 bis Januar 2016 Expert/inneninterviews mit verschiedenen Vertreter/innen aus Praxis, Wissenschaft, Lehre sowie Ausbildung durchgeführt. Die Interviewpartner/innen unterlagen einer primären Selektion, d.h. sie wurden gezielt nach ihrem Expertenwissen ausgewählt. Dabei ist von Interesse, alle Berufsgruppen im Bereich der Hebammenwissenschaft abzudecken, um eine möglichst große Bandbreite von Antworten zu erhalten. Dazu gehören: Hebammenlehrer/innen, Hebammenschüler/innen, eine leitende Hebamme, eine Praxisanleiter/in, drei Personen aus dem interprofessionellen Bereich (Pädiatrie, Gynäkologie), freiberuflich tätige Hebammen, Professor/innen bzw. Lehrende anderer Hochschulen, sowie Wissenschaftler/innen. Mit der Auswahl soll sichergestellt werden, dass die vorhandene Heterogenität hinsichtlich Einstellungen und Sichtweisen der potenziellen Studieninteressent/innen abgedeckt ist.

Die Altersspanne der Proband/innen reichte dabei von 21 bis hin zu 70 Jahren, womit auch altersspezifische Einstellungsunterschiede Berücksichtigung finden. Genauso wie das Alter, variiert die Berufserfahrung der einzelnen Personen, die sich zwischen Null und vierzig Jahren bewegt. Die Befragungen dauerten zwischen 12 und 42 Minuten. Alle Interviewpartner/innen wurden persönlich entweder über Email-Anfrage oder telefonisch kontaktiert. Insgesamt wurden 15 Interviews durchgeführt. Die Aufzeichnung aller Interviews erfolgte mit Hilfe eines Tonbandgeräts. Zuvor wurden eine datenschutzrechtliche Aufklärung und das Einverständnis aller Gesprächspartner/innen zur elektronischen Aufzeichnung der Interviews eingeholt.

Sowohl das Expertenverständnis als auch die wissenssoziologische Fundierung der Methode von Meuser und Nagel zur Durchführung und Auswertung von Expert/inneninterviews legen eine Anwendung in dieser Arbeit nahe. Mit Hilfe der offen gehaltenen leitfadengestützten Expert/inneninterviews wird ein Zugang zu komplexen „Wissenssphären“ geschaffen, die dann anhand eines systematischen Auswertungsverfahrens aufgearbeitet werden. Das Auswertungsverfahren gliedert sich in sechs Schritte: *Transkription*, *Paraphrase*, *Kodieren*, *thematischer Vergleich*, *soziologische Konzeptualisierung* und *theoretische Generalisierung* [12].

Nach der Transkription der Tonbandaufnahmen ohne aufwändiges Notationssystem wird der Text im zweiten Schritt nach thematischen Einheiten mit Hilfe einer Paraphrasierung sequenziert, damit die Gesprächsstruktur weitestgehend erhalten bleibt. Im nächsten Schritt werden die Sequenzen thematisch geordnet und mit Überschriften bzw. Kodierungen versehen. Das Ziel ist die Sortierung themengleicher Passagen aus den verschiedenen Interviews, wodurch auch Unterschiede und Gegensätze ermittelt werden. Beim Schritt der soziologischen Konzeptualisierung werden die getroffenen Aussagen verallgemeinert und interpretiert. Auf den Schritt der theoretischen Generalisierung wurde verzichtet. Dies ist deshalb zulässig, weil sich das Erkenntnisinteresse auf Kontextwissen bezieht, d.h. auf die

Bestimmung des Sachverhaltes und nicht die Überprüfung theoretischer Behauptungen [12, S. 466ff].

Ergebnisse

Aus den bereits dargestellten Forschungsfragen leiten sich die drei folgenden Kategorien ab: *Anforderungen*, *Mehrwert* und *Kompetenzen*. In diesen drei Oberkategorien werden die forschungs- und entwicklungsbezogenen Fragestellungen berücksichtigt.

Anforderungen

Die Interviewpartner/innen wurden gefragt, welche Bereiche durch ein Studium abgedeckt bzw. intensiver behandelt werden sollten – unter der Annahme, dass diese in der bisherigen Ausbildung keine ausreichende Relevanz erhalten. Genannt wurden die folgenden Bereiche: praktische Tätigkeiten generell und wissenschaftliche Techniken wie selbständiges und evidenzbasiertes Arbeiten, Fragen bezüglich der Freiberuflichkeit/Selbstständigkeit, interdisziplinäre Fachkenntnisse und die Möglichkeit internationale Erfahrungen zu sammeln. Weiter sollte auf die Gebiete der Physiologie und Psychologie näher eingegangen werden, ferner auf die Schwangerenvorsorge, die Rolle als „Health Advocate“, Ausbildung zur Lehrenden, die Förderung des berufspolitischen Engagements sowie auf die Homöopathie (siehe Abb. 1).

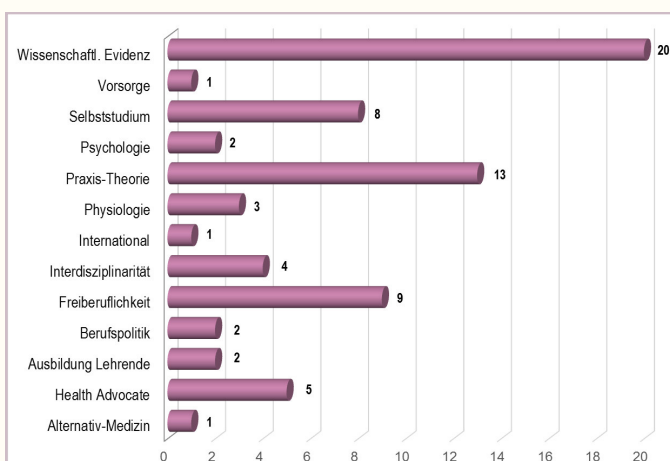


Abbildung 1: Abzudeckende Bereiche/Anforderungen (n)

Der aufgegriffene Punkt des evidenzbasierten Arbeitens wurde am häufigsten in den Expert/inneninterviews genannt. Es wird grundsätzlicher Bedarf an Forschung gesehen. Generell müssten vermehrt Studien zu aktuellen Forschungsthemen durchgeführt werden. Dies dient dazu einen regen Austausch zwischen den Hebammen/Entbindungspflegern über gewisse Praktiken voranzutreiben und mittels vorhandener Studien Praktiken und ihre Durchführung belegen zu können.

„[...] Aber grundsätzlich glaube ich, die Hebammen unterhalten sich zu wenig über das, was sie wirklich machen, und wie sie es machen und warum sie es machen. Und das finde ich eben auch das Charmante an, eigentlich an der Wissenschaft, dass zum Beispiel solche Sachen wie diese tausend Studien über 'hands on' oder 'hands off', oder so was, dass die tatsächlich das Handwerk in den Blick nehmen.“ (Interview 6)

Bezüglich der Frage, welche Bereiche aus der Praxis vermehrt gelehrt

werden sollten, nannten fast alle Befragten zum einen die Wochenbett-situation, ebenso wie den Umgang mit den sogenannten Leopoldschen Handgriffen. Am Rande wurde noch der Aspekt der Frauengesundheit angeschnitten.

„Ja, eindeutig so die Wochenbettzeit. Ganz klar, die wurde komplett ausgelassen. Ne, stimmt überhaupt nicht. Aber, ja, ist eindeutig zu kurz gekommen. Und überhaupt die Physiologie der originären Hebammenarbeit ist definitiv zu kurz gekommen. Da wäre ich gerne tiefer eingestiegen. [...] Das hätte mich noch viel mehr interessiert. Da hätte ich gerne noch mehr gewusst. [...] und wie die Leopoldschen Handgriffe gehen.“ (Interview 2)

Ein weiterer wichtiger Punkt, der von vielen Interviewpartner/innen angesprochen wurde, betrifft die Freiberuflichkeit/Selbstständigkeit als Hebamme/Entbindungspfleger. Es wird angemerkt, dass auf diesen Punkt in der Ausbildung kaum eingegangen wird, obwohl viele Absolvent/innen sich eine Freiberuflichkeit vorstellen können. Es besteht Bedarf bei rechtlichen sowie wirtschaftlichen Fragen.

„Aber was immer noch fehlt ist, wie lebe ich als selbstständige Hebamme, wie organisiere ich meinen Alltag, wie mache ich meine Steuer, wie mache ich meine Abrechnungen.“ (Interview 1)

Bezüglich des Studiums wurde das selbstständige Arbeiten angeführt und in diesem Kontext vor allem die Recherche nach geeigneter Literatur.

„Und vor allem die ganzen Recherchen. Wie betreibt man eine Recherche, wo kann ich nachgucken, das wissen ja viele nicht. Und nur über Google oder sonst was, da glaube ich, da finden wir nicht das, was wir für unseren Beruf benötigen.“ (Interview 3)

Der angesprochene Aspekt „Health Advocate“ bezieht sich in den Antworten auf den Umgang und die Betreuung der werdenden Mütter und deren Erwartungen an die Hebammen/Entbindungspfleger. Dieser Punkt wird in dem Kapitel der Kompetenzprofile ausführlicher angesprochen.

Die interdisziplinären Bereiche, die ebenfalls im Studium aufgegriffen werden sollten, wurden mit folgenden Aspekten beantwortet: zum einen müsste eine erweiterte Kenntnis in Chemie gelehrt werden, um den zukünftigen Hebammen/Entbindungspflegern einen Eindruck zu vermitteln, welche genauen Wirkungen gewisse Medikamente bei den Frauen hervorrufen können. Auf diesem Gebiet bedarf es einer hebammenspezifischeren Lehre. Als ebenso wichtig wird die Vernetzung mit anderen Disziplinen und Berufsgruppen angesehen, wie der Psychologie, Physiotherapie und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Hierbei wird vor allem ein fachlicher Austausch gefordert, nicht unbedingt ein eigenständiges Lehrfach.

Einige befragte Personen sind der Meinung, dass bereits im Studium Qualifikationen als Mentor/innen oder Praxisanleiter/innen vermittelt werden sollten, damit die Hochschulabsolvent/innen ihre Erfahrungen in selbstverständlicher Weise an die nachfolgenden Studierenden weitergeben können.

Der angesprochene Aspekt des berufspolitischen Engagements wurde ebenfalls in den Interviews aufgegriffen, da dieser bisher in der Ausbildung nicht vermittelt wird. Dabei wäre die Unterstützung der Autonomie des Berufsfeldes Hebamme/Entbindungspfleger von Bedeutung.

Mehrwert

Allgemein wird der Mehrwert eines Studiums für Hebammen/Entbindungspfleger in folgenden Aspekten gesehen: die höhere Anerkennung des Berufs, dem Erlernen von wissenschaftlichem/evidenzbasiertem Arbeiten, die allgemeine Weiterbildung des Berufsfeldes, vielfältigere Möglichkeiten für das spätere Berufsleben, ein breiteres Networking, die bessere Nachwuchsgenerierung, eine zunehmende umfassendere Ausbildung und die verbesserte Betreuung durch kompetentes Lehrpersonal (siehe Abb. 2).

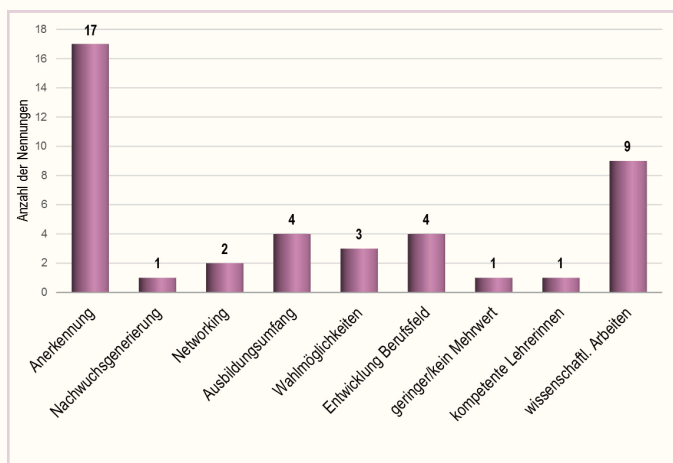


Abbildung 2: Mehrwert durch die hochschulische Qualifikation (n)

Die Mehrheit der interviewten Personen sieht den größten Nutzen eines Studiums in der (vermuteten) höheren Anerkennung der Hebammen/Entbindungspfleger von Seiten der Ärzt/innen, wobei auch immer die erhoffte ebenfalls bessere Wertschätzung in der Gesellschaft angesprochen wurde. Mehrere Interviewpartner/innen mahnten allerdings an, dass trotz Studium der Beruf der Hebamme/Entbindungspfleger immer noch ein Handwerk bleibt und dass dies berücksichtigt werden müsse. Folglich werden praxisorientierte Studiengänge gefordert.

„Ja also ich denke schon auch in der interdisziplinären Zusammenarbeit ist das eine ganz wichtige Sache. Es ist ja kein Geheimnis, dass an ganz vielen Kliniken eine gewisse Hierarchie herrscht und ich denke schon, dass man leider [...], wenn man irgendein Diplom von der Universität in der Hand hält, dass man einfach besser da steht.“ (Interview 15)

Daran anschließend geht eine Befragte davon aus, dass mit Hilfe der Akademisierung der Beruf auch wieder attraktiver werden könnte. Dies ist ein wichtiger Punkt, da zurzeit ein Hebammenmangel vorherrscht [3] und eine Zielsetzung des Studiums unter anderem darin besteht, diesen zu beheben.

Einen weiteren Punkt bezüglich des Mehrwertes sehen die Befragten im Erlernen der Fähigkeit zum wissenschaftlichen/evidenzbasierten Arbeiten. Davon versprechen sich die Befragten, dass sowohl fertig studierte Hebammen/Entbindungspfleger in der Forschung arbeiten können, als auch mehr fundiertes Wissen über die Hebammentätigkeiten ausgearbeitet werden kann und das Berufsfeld somit eine forschungsbasierte Bestätigung erlangt. Dieser Punkt wurde in den Anforderungen an den Studiengang ebenfalls aufgegriffen.

„[...] Also diesen Mehrwert der Akademisierung, um es nochmal auf den Punkt zu bringen, ist dieser Erwerb der Fähigkeit kritisch zu reflektieren und zweitens dieser Zugang zur Fachliteratur [...].“ (Interview 7)

Außerdem wird nochmals angesprochen, dass eine Akademisierung schon allein wegen einer Gleichstellung in diesem Beruf mit anderen EU-Ländern sinnvoll ist. Dies ermöglicht den Absolvent/innen eine Tätigkeit im internationalen Bereich.

Ebenfalls einen Mehrwert sehen die interviewten Personen in der Weiterentwicklung des Berufsfeldes dadurch, dass die reflektierte Forschung während des Studiums eine andere Sichtweise ermöglicht und Veränderungen vorantreibt. Auch der Austausch mit Gleichgesinnten trägt zu einer Weiterbildung bei der Person selbst und zur Weiterentwicklung des Berufes bei.

„Also ich denke es dient auf jeden Fall der Weiterentwicklung, weil ich die Hoffnung habe, dass die Kolleg/innen die zurückkommen vom Studium viel Neues mitbringen, auch viele neue Ideen mitbringen. Und dann natürlich das was es neues gibt auch im Alltag integrieren.“ (Interview 3)

Der nächste angesprochene Punkt bezieht sich auf die verschiedenen, vielfältigeren Wahlmöglichkeiten bezüglich der späteren Tätigkeitsausübung, die nach einem absolvierten Studium möglich sind. Ein Hochschulabschluss bietet tendenziell bessere Berufschancen auch in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern, wie z. B. in der Forschung.

„Wenn du studiert hast, stehen dir ganz andere Wege offen. Dann kannst du in die Forschung gehen, weil du eben studiert hast [...]. Du kannst an viel mehr Punkten ansetzen und viel aktiver werden an ganz unterschiedlichen Stellen [...]. Und das stelle ich mir unheimlich interessant vor und alleine deswegen finde ich gehört ein Studiengang her.“ (Interview 14)

Einen weiteren Mehrwert durch die Akademisierung sehen einige Befragte in der Bildung von Netzwerken. Zum einen unter Studierenden anderer Hochschulen und Länder, so dass ein Wissenstransfer auch unter anderen Nationalitäten stattfinden kann und somit das lebenslange Fortbilden gewährleistet wird. Diese Kommunikation untereinander sollte aber nicht nur die Hebammenwissenschaft als Thema haben, sondern auch den berufspolitischen, interkulturellen und gesellschaftlichen Austausch voranbringen. Zum anderen durch die Bildung von Netzwerken, die außerdem der Herausbildung von verbesserten Teamworking im multidisziplinären Umfeld dienen.

Nur eine befragte Person sieht in einem Studiengang keinen Mehrwert, da dem Berufsfeld bereits genug Achtung entgegengebracht und eine Akademisierung in dem Zusammenhang keinen Vorteil bringen würde.

Kompetenzen

Als Grundlage für die Entwicklung von Studieninhalten und Modulen wurde bei der Konzipierung des Studienganges Angewandte Hebammenwissenschaft das Kompetenzprofil des DHV [5] zu Grunde gelegt. Ergänzt wurde dieses Profil unter Einbeziehung des CanMEDS-Modells [6], aus dem sieben Kompetenzbereiche der Hebamme abgeleitet werden konnten: „Health Advocate“, Fachbereichsexpert/in, Teamworker/in, Lernende und Lehrende, Manager/in, Berufsgruppenvertreter/in und Kommunikator/in. Zusätzlich zu den fachlichen Kompetenzen, wurden hier noch persönliche Kompetenzen genannt.

Damit nicht ausschließlich ein Eindruck über die Vielzahl der genannten Kompetenzen entsteht (siehe Abb. 3), sondern eine systematische Ordnung gewahrt wird, erfolgt anschließend die Zuordnung der Nennungen zu den einzelnen Kompetenzbereichen.

Health Advocate:

Bei diesem Kompetenzpunkt waren sich die Befragten einig, dass die Hebamme/der Entbindungspfleger als versierte Begleitperson und Ansprechpartner/in an der Seite der Frau/der Familie vom Beginn der Schwangerschaft stehen muss. Bei der Interessenvertretung wurden auch Aspekte genannt, wie den Schutz der Frau gegenüber dem Mann, gerade, wenn diese aus anderen Kulturkreisen stammt.

„Eine Hebamme muss ganz klar im Sinne der sich ihr anvertrauenden Klient/innen handeln. Sie muss die Interessen der Schwangeren, die Interessen der Mutter und die Interessen der Ungeborenen, der Neugeborenen und der neuen Familien vertreten.“ (Interview 9)

Bezogen auf den Aspekt der Gesundheitsförderung in diesem Kompetenzbereich sollten Hebammen/Entbindungspfleger vermehrt Aufklärung über den Geburtsvorgang betreiben sowie Prävention leisten. Ein weiterer genannter Faktor ist die Einbeziehung der schwangeren Frau und ihrer Individualität bzw. ihres Partners in den Prozess, in dem es auch um die Vermittlung von Verantwortung für das Kindeswohl geht. In diesem Zusammenhang wurde in den Expert/inneninterviews außerdem angesprochen, dass Hebammen/Entbindungspfleger auch unter schwierigen Bedingungen, zum Beispiel bei psychischen Erkrankungen oder bei sozial schwachen Familien Ansprechpartner/innen sein sollten.

Fachbereichsexpert/in:

Es wurde angemerkt, dass Hebammen/Entbindungspfleger ein breites Wissensspektrum vorweisen müssen. Aber auch eine gewisse Spezialisierung sollte gegeben sein, um umfangreiche und komplexe Situationen meistern zu können. Ebenfalls als wichtig wird das interdisziplinäre Wissen angesehen, d.h., dass auch in weiteren Bereichen, wie zum Beispiel der Sozialwissenschaft, Psychologie, Physiologie, Pharmakologie und Biowissenschaften Kenntnisse erworben werden sollten, um Vorgänge deuten und Zusammenhänge erklären zu können. Gerade in Notsituationen kann mittels interdisziplinärem Wissen die Kommunikation mit Ärzt/innen erleichtert werden.

„Also ich denke, was man heute wirklich braucht ist [...] eine breit aufgestellte Ausbildung, also man muss wirklich in der Lage sein so evidenzbasiertes Hebammenarbeiten zu lernen, klinische Entscheidungen zu treffen, auch Interventionen, die man macht, wirklich zu begründen und gezielt daran zu arbeiten. In der Lage sein, wirklich komplexe Situationen in unserem Berufsalltag zu managen, die werden nun mal immer umfangreicher und auch so selber Prozesse zu verantworten und zu gestalten.“ (Interview 5)

Teamworker/in:

Alle Befragten legen großen Stellenwert auf die Teamfähigkeit und interdisziplinäre Zusammenarbeit von Hebammen/Entbindungspflegern untereinander sowie mit weiteren Berufsgruppen, wie sozialen Institutionen außerhalb des Klinikumfeldes. Dies erscheint insofern als wichtig, um eine angenehme Arbeitsatmosphäre zu erhalten und sich optimal um Mutter und Kind kümmern zu können.

Lernende und Lehrende:

Die am häufigsten genannte Antwort dieser Kompetenz bezog sich auf die Wahrnehmung der Fortbildungspflicht. Diese stellt sich als wichtig heraus, um gewährleisten zu können, dass sich Hebammen/Entbindungspfleger in dem sich schnell wandelnden Gebiet der Hebammenwissenschaft und Medizin auf dem neuesten Stand befinden. Im Zusammenhang mit Fortbildungen wurde der Punkt der Reflexion aufgegriffen. Laut den befragten Personen müssen Hebammen/Entbindungspfleger in der Lage sein, sich selbstkritisch zu hinterfragen und ggf. auch in angrenzenden Gebieten Angebote zu Fortbildungsmaßnahmen annehmen.

Persönliche Kompetenzen:

Zu den persönlichen Kompetenzen zählen die Befragten neben Pflicht- und Verantwortungsbewusstsein, eigenständiges Handeln, Durchsetzungsfähigkeit und Aufmerksamkeit, dass Hebammen/Entbindungspfleger psychisch belastbar sein müssen und soziale Kompetenzen aufweisen sollten im Sinne von Menschenkenntnis, Feingefühl und einem gewissen Maß an „Mütterlichkeit“.

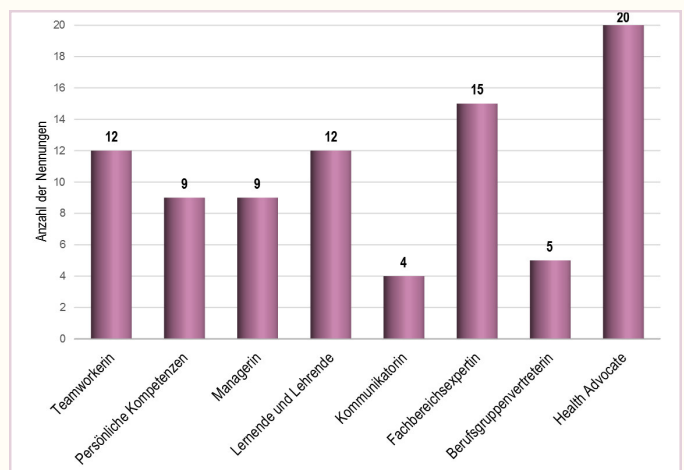


Abbildung 3: Geforderte Kompetenzprofile (n)

Manager/in:

Zum einen wird das Selbstmanagement von Hebammen/Entbindungspflegern hervorgehoben. Sie müssen eigenständig handeln (dieser Punkt wurde ebenfalls bei den persönlichen Kompetenzen angeführt) und sich an Situationen und Gegebenheiten anpassen können, wie das Klinikumfeld oder auch an den Schichtdienst. Zum anderen wurde angemerkt, dass der Punkt der Selbstorganisation bei der Konzipierung des Studiengangs berücksichtigt werden muss, um die Kompetenzen in diesem Bereich weiter auszubauen.

Weitere wichtige Kompetenzen, die gefördert werden sollten, werden von den Befragten im Fehlermanagement gesehen, d. h., dass die zukünftigen Hebammen/Entbindungspfleger lernen, mit Fehlern umzugehen und auch ggf. schwierige Mitteilungen einfühlsam überbringen können.

Berufsgruppenvertreter/in:

Hierzu führten die Befragten an, dass Kenntnisse der Rechtsgrundlagen wichtig sind, ebenso die Bereitschaft berufspolitisch aktiv zu

werden, um sich gegenüber anderen Professionen abgrenzen zu können und den Beruf der Hebamme/Entbindungspfleger in seiner Eigenständigkeit weiter zu fördern. Im Rahmen dieses Kompetenzprofils wurde außerdem eine verbindliche ethische Richtlinie gefordert, die bisher nur begrenzt vorliegt.

Kommunikator/in:

Als nächster Kompetenzpunkt wurde die Kommunikationsfähigkeit angesprochen. Wichtig wird zum einen die Kommunikation zwischen der Hebamme und der schwangeren Frau angesehen, gerade in schwierigen, schwangerschaftsgefährdenden Situationen. Auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird insofern aufgegriffen, als dass eine gute Kommunikation die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, wie z. B. Gynäkolog/innen oder Pädiater/innen, fördert.

Diskussion

Die Ergebnisse verdeutlichen den Bedarf an akademisch ausgebildeten Hebammen/Entbindungspflegern aus Sicht der Praxis. So zeigt sich eine deutliche Befürwortung des Studiums hinsichtlich des Mehrwertes für das Berufsfeld, wobei hier vor allem der Punkt der Anerkennung seitens der Ärzteschaft ein wichtiger Aspekt ist, der durch ein Studium verbessert werden könnte. Aber auch das evidenzbasierte, wissenschaftliche Arbeiten wird als großer Mehrwert angesehen. Dies wird besonders durch die Resultate unterstützt, die zeigen, dass es durchaus Bereiche gibt, die in der derzeitigen Ausbildung zu kurz kommen und deswegen in einem Studium intensiver behandelt werden sollten. Dabei wurden die zu erlangenden hochschulischen Qualifikationen und Handlungsfelder verdeutlicht. Zu diesem Punkt wird auch die Verbindung von Praxis und Wissenschaft erwähnt, die als großer Pluspunkt des Studiums gesehen wird. Diese Verbindung soll es den Hebammen/Entbindungspflegern ermöglichen, ihr Handeln besser und genauer zu begründen und theoretisch zu untermauern. Zusätzlich kann in dieser Verbindung der Austausch untereinander, sowie auch interdisziplinär, gefördert werden.

Die Beantwortung der ersten Forschungsfrage beinhaltet, dass der Bedarf an einem Studiengang für Hebammen/Entbindungspfleger sich nicht nur aus der Theorie, sondern auch in der Praxis begründet. Doch trotz der großen Befürwortung dürfen die Ängste und Sorgen, die es diesbezüglich gibt, nicht vernachlässigt werden. Die Implementierung eines Studienangebots sollte stets mit Blick auf die Berufspraxis, am besten im dialogischen, offenen Austausch stattfinden. Die Beantwortung der zweiten Forschungsfrage zeigt, dass es viele verschiedene Aspekte eines Mehrwerts für Hebammen/Entbindungspfleger durch eine Hochschulausbildung gibt. Die Antworten waren breit gefächert. So

Institutionen: ¹ Duale Hochschule Baden-Württemberg, Stuttgart

Interessenkonflikt: Die Autorinnen erklären, dass folgender Interessenkonflikt vorliegt: Materielle Konflikte: Anstellungsverhältnis an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart. Das Projekt ist vom BMBF gefördert. Immaterielle Konflikte: Frau Julia Butz, Frau Kornelia Walper und Frau Sonja Wangler sind Mitglied des Deutschen Hebammenverbandes (DHV) sowie der DGHWi e.V.

Review-Verfahren: Eingereicht am: 26.10.2016, angenommen am: 30.3.2017

Kontakt: julia.butz@dhw-stuttgart.de

Literatur:

1. Ayerle G. Akademisierung der Hebammenausbildung: Herausforderungen aus Sicht der Sektion Hochschulbildung der DGHWi e. V. Z Hebammenwiss. 2016;04 (02):29-31.
2. Deutscher Bundestag. Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten. 2016. Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/094/1809400.pdf> [Zugriff 07.05.2017]

Fortsetzung auf S. 27

werden nicht nur Verbesserungen innerhalb des Berufs gesehen, sondern auch bei der Nachwuchsgenerierung, dem Networking, der Zukunftsentwicklung und vielen weiteren Bereichen.

Die letzte Forschungsfrage über die in einem Studium zu vermittelnden Kompetenzen ergab, dass die fachlichen Kompetenzen dem Kompetenzprofil des DHV sowie des CanMEDS-Modells entsprachen. Diese können um die persönlichen Kompetenzen erweitert werden und als Grundlage für die Entwicklung von Studieninhalten und Modulen genutzt werden.

Die Ergebnisse weisen bezüglich ihrer Aussagekraft und Übertragbarkeit keinen repräsentativen Charakter auf. Die Auswahl der Expert/innen ermöglichte ein breites Antwortenspektrum. Inhaltlich zeigt sich, dass die drei gebildeten Kategorien, auf die sich die Forschungsfragen beziehen, in den Antworten teilweise nicht trennscharf unterschieden werden können. So kommt es häufig zu einer Vermischung innerhalb einer Antwort, was insbesondere die Einteilung in die entsprechenden Kategorien erschwert.

Schlussfolgerung

Der Bedarf an akademisch ausgebildeten Hebammen/Entbindungspflegern vor allem im Vergleich mit dem internationalen Standard ist unbestritten, auch wenn es noch Defizite und Unsicherheiten hinsichtlich der Umsetzung einer Akademisierung des Berufs und deren Konsequenzen gibt [13]. Dabei ist unter anderem die subjektive und objektive Gefahr einer Übertheoretisierung des Berufes zu nennen, aber auch die Heterogenisierung durch unterschiedliche Ausbildungsmöglichkeiten und deren Einfluss auf den Beruf müssen noch genauer erforscht werden. Hilfreich für die Umsetzung der Vollakademisierung kann der Blick in andere Länder sein, die diesen Schritt bereits vollzogen haben. So können dort aufgetretene Schwierigkeiten und Probleme des Wandlungsprozesses analysiert und für den eigenen Aufbau der Akademisierung in Deutschland vermieden, sowie Erkenntnisse und positive Entwicklungen angeglichen und übernommen werden.

Abschließend kann gesagt werden, dass trotz der mangelnden Studienergebnisse und dem weiteren Forschungsbedarf, die Untersuchungsergebnisse auf einen Bedarf an einem Hochschulstudiengang im Bereich Hebammenwissenschaft schließen lassen. Die Ergebnisse und Forderungen der Expert/innen konnten bei der Erstellung des Modulhandbuchs für den dualen Studiengang Angewandte Hebammenwissenschaft an der DHBW berücksichtigt werden und dienen als Grundlage für weitere Forschung.

Stellungnahme zu den Qualitätsindikatoren aus der Geburtshilfe im Vorbericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Vorbericht zur Auswahl und Umsetzung, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses. (Stand: 18. Juli 2016)“

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

31. Juli 2016

Die DGHWi nimmt Stellung zur Prüfung der Qualitätsindikatoren in der Geburtshilfe, wie sie im Vorbericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vom 18. Juli 2016 dargestellt wird. Hintergrund: Der G-BA beauftragte das IQTIG in einem ersten Schritt, aus den vorhandenen, gemäß QSKH-RL erhobenen Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität diejenigen Qualitätsindikatoren zu empfehlen, die gemäß § 136c Abs. 1 Satz 1 SGB V als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind. Den Ländern soll dadurch ein Instrument an die Hand gegeben werden, bei ihren Planungsentscheidungen neben Aspekten der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit die Versorgungsqualität der Einrichtungen zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung stärker berücksichtigen zu können, so der G-BA in seinem Auftrag. Gegliedert ist diese Stellungnahme in einen 1. Teil mit generellen Anmerkungen zum Prüfverfahren und einen 2. Teil zur Prüfung der einzelnen Qualitätsindikatoren in der Geburtshilfe.

1. Generelle Anmerkungen zum Prüfverfahren und Ergebnis

a. Zum Aspekt der Patientengefährdung:

Patientengefährdung erscheint ein sinnvoller Aspekt der medizinischen Versorgung. Allerdings wird nicht deutlich, warum in der Geburtshilfe die mögliche Gefährdung der Betroffenen allein in den Vordergrund gerückt und als planungsrelevant beurteilt wird. Bei einer physiologischen Geburt sollten weder Mutter noch Kind gefährdet sein oder werden. Daraus ergibt sich entweder, dass die physiologische Geburt nicht Aufgabe eines KRANKEN-Hauses ist oder dass für die klinische Geburtshilfe der Aspekt der Gefährdung als Abbildung der Qualität der Geburtshilfe als eine zu enge Betrachtungsweise anzusehen ist. Die grundsätzliche Überlegung, inwiefern die Institution Krankenhaus für eine Schwangere und ihr Kind eine Gefährdung darstellen kann – bspw. im Vergleich mit einer Geburt im Geburtshaus – wird nicht angestellt, obwohl die Birthplace Studie [4] diesen Gedanken nahelegt. Damit will die DGHWi anregen, eine Public Health Perspektive in die Diskussion um Qualitätsindikatoren einfließen zu lassen.

Auch die Perspektive der Betroffenen wird zu wenig deutlich und führt zu der Frage, wie ein Indikator das Wahlrecht der Betroffenen berücksichtigen könnte. Kliniken, die das Ablehnen von Maßnahmen in der gesundheitlichen Versorgung nach vorheriger ausreichender Information der Betroffenen (informierte Entscheidung) akzeptieren, sollten nicht benachteiligt werden.

Aus dem Vorbericht wird zudem nicht ausreichend klar, warum nicht der positiv formulierte Aspekt der „Patientensicherheit“ gewählt wurde. Im Rahmen der Qualitätssicherung könnten Kliniken mit hoher „Patientensicherheit“ zur Stellungnahme aufgefordert werden und als

Beispiele für „best practice“ dienen. Gleichzeitig muss es den Planungsbehörden aber auch möglich sein, Qualitätsmängel im Sinne der „Patientengefährdung“ in ihrer Schwere und Korrigierbarkeit zu bewerten und die daraus gezogenen Schlüsse in ihre Planungsentscheidung einzubeziehen.

Weder aus dem Auftrag des G-BA noch aus dem Vorbericht des IQTIG wird deutlich, ob zukünftig alle Qualitätsindikatoren das Kriterium der Planungsrelevanz erfüllen müssen. Diese fehlende Information erschwert die Entscheidungen der DGHWi über den Ein- bzw. Ausschluss eines Indikators. Konkret stellt sich die Frage, ob ein Indikator in Zukunft gestrichen wird, wenn die Formulierung im Vorbericht nicht lautet: „zur Verwendung als planungsrelevanter Qualitätsindikator empfohlen“.

b. Zu den Prüfschritten:

Die Prüfschritte sind nachvollziehbar und verständlich dargestellt. Bis auf „Patientengefährdung als Versorgungsaspekt“ und daher auch die „Prüfung auf ihre Eignung für Entscheidungen der Krankenhausplanung“ sind die Kriterien „Reife im Regelbetrieb“, „erforderliche Risikoadjustierung“, „Evidenz für die Legitimität der Anforderung des Qualitätsindikators“ sowie die abschließende inhaltliche Bewertung für den Bereich der Geburtshilfe relevant.

Bei zwei Indikatoren (QI 330 Kortikosteroid; QI 50045 Antibiotika) wurden starke Empfehlungen aus einer Leitlinie bzw. die Evidenz zur Gabe von Medikamenten als Basis für einen planungsrelevanten Qualitätsindikator genutzt. Dieses Vorgehen ist grundsätzlich zu begrüßen. Jedoch wird dadurch nicht berücksichtigt, dass eine Leitlinie nur Empfehlungscharakter hat, was bedeutet, dass in begründeten Fällen von der Empfehlung abgewichen werden kann bzw. muss. Wenn bspw. die Schwangere die Medikation nach informierter Entscheidung ablehnt, würde dies ggf. der Klinik angelastet werden, obwohl sie im Sinne der Patient/innenmitbestimmung handelt. Die DGHWi empfiehlt, Indikatoren, die ein Wahlrecht der Betroffenen implizieren, daraufhin zu prüfen, ob ein begründetes Abweichen von der Empfehlung des Qualitätsindikators im Vorfeld dokumentiert werden kann oder sollte.

c. Zum Ergebnis:

Es werden im Vorbericht des IQTIG folgende Leistungsbereiche als planungsrelevant eingestuft:

- ◆ QI 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten
- ◆ QI 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
- ◆ QI 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten
- ◆ QI 50045: Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittbindung

◆ QI 51181: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten

◆ QI 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

Aus der folgenden Tabelle werden die übereinstimmenden und differierenden Einschätzungen zwischen dem IQTIG und der DGHWi

ersichtlich. Die Einschätzung „prüfen“ wurde gewählt, wenn wesentliche Aspekte des Indikators in Frage gestellt werden, und „überarbeiten“, wenn Spezifikationen oder die Berücksichtigung weiterführender Studienergebnisse angefragt werden.

	Indikator (Nr.)	Indikator (Inhalt)	Einschätzung des IQTIG	Einschätzung der DGHWi
1.	318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	empfohlen	prüfen
2.	319	Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes bei lebend geborenen Einlingen	nicht weiter berücksichtigen	nicht weiter berücksichtigen
3.	321	Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	nicht weiter berücksichtigen	nicht weiter berücksichtigen
4.	322	Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten	nicht weiter berücksichtigen	nicht weiter berücksichtigen
5.	323	Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten ohne Episiotomie	nicht weiter berücksichtigen	nicht weiter berücksichtigen
6.	324	Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten mit Episiotomie	nicht weiter berücksichtigen	nicht weiter berücksichtigen
7.	330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	empfohlen	prüfen
8.	331	Müttersterblichkeit bei Geburten	nicht weiter berücksichtigen	nicht weiter berücksichtigen
9.	1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	empfohlen	prüfen
10.	1059	Kritisches Outcome bei Reifgeborenen	nicht weiter berücksichtigen	nicht weiter berücksichtigen
11.	50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	empfohlen	prüfen
12.	50046	Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung	nicht weiter berücksichtigen	nicht weiter berücksichtigen
13.	51181	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten	empfohlen	überarbeiten
14.	51397	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	nicht weiter berücksichtigen	nicht weiter berücksichtigen
15.	51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	empfohlen	prüfen
16.	51826	Azidose bei früh geborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	nicht weiter berücksichtigen	nicht weiter berücksichtigen
17.	51831	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei früh geborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	nicht weiter berücksichtigen	nicht weiter berücksichtigen
18.	52243	Kaiserschnittgeburten	nicht weiter berücksichtigen	beibehalten
19.	52244	Mütter und Kinder, die zusammen nach Hause entlassen wurden	nicht weiter berücksichtigen	nicht weiter berücksichtigen
20.	52249	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten	nicht weiter berücksichtigen	überarbeiten
21.	52254	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Müttern und Kindern die zusammen nach Hause entlassen wurden	nicht weiter berücksichtigen	nicht weiter berücksichtigen

2. Anmerkungen zur Prüfung der einzelnen Qualitätsindikatoren

QI 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

Zitat aus Vorbericht des IQTIG: „Daher wird der Indikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ für die Anwendung als planungsrelevanter Qualitätsindikator als geeignet eingeschätzt.“

Stellungnahme der DGHWi zu diesem Indikator: Die Anwesenheit von geschultem Personal für die Geburt von Frühgeborenen ist sicher zu begrüßen. Ob diese Person ärztlich oder aus dem Pflegebereich sein sollte, ist noch nicht untersucht worden. Zudem ist zu fragen, ob die Anwesenheit eines Pädiaters oder die Zusammenarbeit von zwei Fachpersonen aus der Neonatologie zur Verbesserung der Situation von Frühgeborenen beiträgt. Die Geburt eines Kindes in Schwangerschaftswoche (SSW) 35 benötigt andere Vorkehrungen als die Entbindung in SSW 24. Aktuelle Studien erheben andere Grenzen zur Problematik bei Frühgeburten und gehen von kleiner 33 abgeschlossenen SSW [11] oder sogar kleiner 32 SSW [5] aus. Die Grenzziehung nach SSW ist demnach zu prüfen. Darüber hinaus ist es wichtig zu analysieren, ob seit Einführung des Indikators die Sectiorate in dieser Gruppe gestiegen ist. Dieser Überlegung liegt die Annahme zu Grunde, dass Pädiater nicht lange auf die vaginale Geburt (insbesondere nachts) warten wollen/ sollen. Als Fehlanreiz für die Versorgung bzw. Krankenhausplanung kann – entgegen der Einschätzung des Vorberichts – dieser Indikator durchaus angesehen werden, denn er unterstützt den Trend zur Zentralisierung, möglicherweise auch zur Kaiserschnittentbindung: die Vorteile der Zentralisierung der Geburten von Frühgeburten sind bislang noch nicht evidenzbasiert [8], zumal auch die Nebenwirkungen dieser Bestrebungen auf die Gesamtheit der Geburten berücksichtigt werden müssen (Krankenhausschließungen in weniger dicht besiedelten Gebieten).

Empfehlung: Prüfen in Bezug auf

- ◆ die relevanten Fachpersonen (Ausbildung, Spezialisierung, Anzahl).
- ◆ die Abgrenzung nach SSW.
- ◆ die unerwünschten Nebenwirkungen wie vermehrte Kaiserschnittentbindungen und Krankenhausschließungen.

Anmerkung: Die ausschließlich männliche Schreibweise („Pädiater“) ist störend.

QI 319: Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes bei lebend geborenen Einlingen

Zitat aus Vorbericht des IQTIG: „In der britischen Leitlinie der National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (commissioned by the NICE) (NCC-WCH 2014) wird empfohlen, keine Routinemessung des Nabelschnurarterien-pH-Werts durchzuführen („Do not take paired cord blood samples (for blood gas analysis) routinely“) (NCC-WCH 2014). [...] Für diesen Indikator liegt somit keine ausreichende externe Evidenz vor, dass bei Unterlassen des Prozessstandards Patienten erheblich gefährdet würden. Daher wird dieser Qualitätsindikator nicht in die weitere Prüfung (inhaltliche Bewertung) übernommen.“

Stellungnahme der DGHWi zu diesem Indikator: Die Einschätzung des Vorberichts wird befürwortet.

Empfehlung: Indikator nicht weiter berücksichtigen.

Anmerkung: Die nur männliche Schreibweise und auch der Ausdruck „Patienten“ für zumeist gesunde Personen sind im Vorbericht störend.

QI 321: Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung

Zitat aus Vorbericht des IQTIG: „Der Indikator wurde dementsprechend im Prüfschritt B „Reife im Regelbetrieb“ ausgeschlossen und nicht weiter auf seine Eignung als planungsrelevanter QI hin überprüft.“

Stellungnahme der DGHWi zu diesem Indikator: Die Einschätzung des Vorberichts wird befürwortet.

Empfehlung: Indikator nicht weiter berücksichtigen.

QI 322: Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten

Zitat aus Vorbericht des IQTIG: „Der Indikator wurde aufgrund seiner fehlenden Reife im Regelbetrieb (Kriterium B) nicht weiter geprüft.“

Stellungnahme der DGHWi zu diesem Indikator: Die Einschätzung des Vorberichts wird befürwortet.

Empfehlung: Indikator nicht weiter berücksichtigen.

QI 323: Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten ohne Episiotomie

Zitat aus Vorbericht des IQTIG: „Dementsprechend wurde 2014 und 2015 kein Strukturierter Dialog durchgeführt. Aufgrund dessen wird der Indikator nicht in die nachfolgenden Prüfschritte überführt.“

Stellungnahme der DGHWi zu diesem Indikator: Die Einschätzung des Vorberichts wird befürwortet.

Empfehlung: Indikator nicht weiter berücksichtigen.

QI 324: Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten mit Episiotomie

Zitat aus Vorbericht des IQTIG: „Aufgrund des nicht erfüllten Kriteriums B – Reife im Regelbetrieb wurde der Indikator nicht weiter hinsichtlich seiner Eignung als planungsrelevanter QI geprüft.“

Stellungnahme der DGHWi zu diesem Indikator: Die Einschätzung des Vorberichts wird befürwortet.

Empfehlung: Indikator nicht weiter berücksichtigen.

QI 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen

Zitat aus Vorbericht des IQTIG: „Bei Verwendung dieses Qualitätsindikators als planungsrelevanter Qualitätsindikator wird eine Verminderung der Folgemorbidität bei frühgeborenen Kindern angenommen – gleichzeitig sind keine Fehlanreize zu erwarten. Daher wird der Qualitätsindikator „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ für die Anwendung als planungsrelevanter Qualitätsindikator als geeignet eingeschätzt.“

Stellungnahme der DGHWi zu diesem Indikator: Der Grenzwert zur Erfüllung dieses Qualitätsindikators wurde auf einen Wert von 95,00 % festgelegt. Dieser Wert wurde 2012 erreicht [3] und gehalten (siehe aktuelle Berichte). Die DGHWi erkennt hier kein weiteres Verbesserungspotenzial. Falls es neue Erkenntnisse zur optimalen Medikation

gibt, könnten diese in den Indikator einfließen.

Empfehlung: Indikator prüfen, da keine weitere Versorgungsverbesserung oder größere Sicherheit für die Betroffenen zu erwarten ist.

QI 331: Müttersterblichkeit im Rahmen der Perinatalerhebung

Zitat aus Vorbericht des IQTIG: „Da es sich um einen Sentinel-Event-Ergebnisindikator mit fraglicher Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer handelt, wurde der Indikator nach dem Prüfschritt C ausgeschlossen und es fand keine Evidenz- und inhaltliche Bewertung mehr statt.“

Stellungnahme der DGHWi zu diesem Indikator: Die Einschätzung des Vorberichts wird befürwortet.

Empfehlung: Indikator nicht weiter berücksichtigen.

QI 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten

Zitat aus Vorbericht des IQTIG: „Mithin bleibt noch für den Qualitätsindikator der esQS zu begründen, warum eine Begrenzung auf 20 Minuten bei der Notsectio eine legitime Forderung darstellt. Hierzu wird auf die interne Analyse der Evidenz verwiesen. [...] Durch die bestehende Patientengefährdung, die mit diesem QI gemessen wird, sowie die eindeutig medizinisch-organisatorische Zuschreibbarkeit ist die direkte Akzeptanz des Sentinel-Charakters des QI gerade auch im Zusammenhang schwerwiegender Patientengefährdung gerechtfertigt. Daher wird der Qualitätsindikator „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ zur Verwendung als planungsrelevanter Qualitätsindikator empfohlen.“

Stellungnahme der DGHWi zu diesem Indikator: Die Einschätzung des Vorberichts wird nur teilweise befürwortet, da die interne Analyse der Evidenz nicht aufzeigt, ob nicht eine Begrenzung auf 30 Minuten ebenso ausreichen würde.

Empfehlung: Prüfen, welches Outcome bei einer E-E Zeit von höchstens 30 Minuten zu erwarten ist.

QI 1059: Kritisches Outcome bei Reifgeborenen

Zitat aus Vorbericht des IQTIG: „Der Indikator wurde dementsprechend im Prüfschritt B „Reife im Regelbetrieb“ ausgeschlossen.“

Stellungnahme der DGHWi zu diesem Indikator: Die Einschätzung des Vorberichts wird befürwortet.

Empfehlung: Indikator nicht weiter berücksichtigen.

QI 50045: Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittbindung

Zitat aus Vorbericht des IQTIG: „Aufgrund der bestehenden Patientengefährdung, der unmittelbaren Zuschreibbarkeit der QI-Ergebnisse zum Leistungserbringer und fehlender Fehlanreize wird der QI „Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittbindung“ zur Verwendung als planungsrelevanter QI empfohlen.“

Stellungnahme der DGHWi zu diesem Indikator: Im aktuellen Cochrane Review [10] wird die Gabe von Antibiotika unter den genannten Konditionen befürwortet, auch wenn die Nebenwirkungen für die Neugeborenen noch unzureichend untersucht sind. Das Outcome fällt

besser aus, wenn das Medikament vor der Operation verabreicht wird [7]. Nicht nachvollziehbar und vertretbar ist die Begründung für die Gabe an alle Frauen, die einen Kaiserschnitt bekommen, mit folgendem Argument: „Die routinemäßige Verabreichung ist zudem im Operationsraum leichter realisierbar als eine individualisierte Gabe auf der Basis bestimmter Risikofaktoren“ [3]. Die im Indikator geforderte Rate an Frauen von $\geq 90,00\%$ wird weit überschritten, daher ist der Indikator obsolet. Zum optimalen Medikament liegt noch keine ausreichende Evidenz vor – ebenso sind Fragen der Resistenz ungeklärt [6]. Da die Gabe aber insbesondere für adipöse Gebärende eine wichtige Rolle spielt, könnte der Indikator auch nur auf diese Personengruppe beschränkt werden.

Empfehlung: Prüfen der Notwendigkeit für den Indikator. Auch Erkenntnisse zur optimalen Medikation sollten gesucht werden.

QI 50046: Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung

Zitat aus Vorbericht des IQTIG: „Dem Indikator wurde jedoch 2015 der „Handlungsbedarf X“ zugeordnet, da er im Erfassungsjahr 2016 keinen Referenzbereich mehr hat und wegen fehlender Evidenz nicht mehr erfasst werden soll. Aufgrund dessen wurde der Indikator nicht in die nachfolgenden Prüfschritte überführt.“

Stellungnahme der DGHWi zu diesem Indikator: Die Einschätzung des Vorberichts wird befürwortet.

Empfehlung: Indikator nicht weiter berücksichtigen.

QI 51181: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten

Zitat aus Vorbericht des IQTIG: „Unter Berücksichtigung dieser Aspekte wird der QI „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten“ als planungsrelevanter QI empfohlen.“

Stellungnahme der DGHWi zu diesem Indikator: Die spontane Geburt ist nicht ausreichend definiert: Welche „Handgriffe“ sind in folgender Definition „Unter einer Spontangeburt wird eine vaginale Geburt ohne den Einsatz von Zange, Vakuumglocke oder Spezialhandgriffen verstanden.“ [2] gemeint: Diejenigen bei BEL und/ oder der Kristellerhandgriff? Letzterer könnte stark die Rate der schweren Dammrisse steigen lassen und ist in seiner Anwendung umstritten. Wird der Kristellerhandgriff als „Spezialhandgriff“ gezählt, sind alle Geburten mit Kristellerhandgriff nicht berücksichtigt. Wird er jedoch nicht zu den Spezialhandgriffen gezählt, könnte bei einem Strukturierten Dialog auffallen, dass er möglicherweise zu häufig mit unerwünschten Folgen angewendet wird. Zudem fehlt die Evidenz für das Alter und die Körpergröße der Mutter sowie Kopfumfang/Gewicht des Kindes als Einflussfaktoren für schwere Dammrisse. Darüber hinaus ist diese Überlegung wichtig: Krankenhäuser könnten ihre Rate an operativen Geburten erhöhen um die Rate an schweren Dammrissen bei spontaner Geburt zu senken. Ein solcher Anreiz sollte nicht durch einen Indikator gegeben sein. Möglicherweise sollten hier die Krankenhäuser verglichen werden und die Raten an Spontangeburt zu den Raten an schweren Dammrissen in Bezug gesetzt werden.

Empfehlung: Indikator überarbeiten.

QI 51397: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung

Zitat aus Vorbericht des IQTIG: „Aufgrund der fehlenden Reife im Regelbetrieb (Kriterium B) wurde der Indikator nicht weiter hinsichtlich seiner Eignung als planungsrelevanter QI geprüft.“

Stellungnahme der DGHWi zu diesem Indikator: Die Einschätzung des Vorberichts wird befürwortet.

Empfehlung: Indikator nicht weiter berücksichtigen.

QI 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

Zitat aus Vorbericht des IQTIG: „Eine der im Index einbezogenen Untersuchungen ist der Apgar-Score. Hierbei handelt es sich um eine standardisierte Zustandsbeschreibung von Neugeborenen (DGGG et al. 2012), die jedoch keine objektiv messbare Größe darstellt (GNPI 2012). [...] Da der QI mit einer schweren Patientengefährdung einhergeht und hohe Indexwerte risikoadjustiert dem Leistungserbringer zugeschrieben werden können und zudem keine Fehlanreize zu erwarten sind, wird dieser Qualitätsindikator als planungsrelevanter QI empfohlen.“

Stellungnahme der DGHWi zu diesem Indikator: Es stellt sich die Frage, warum die Apgar-Werte in Verbindung mit Werten der Blutgasanalyse gefordert werden. Die Literaturlage überzeugt hier nicht. Falls die Apgar-Werte so aussagekräftig sind, wie AQUA [3] erwähnt, dann könnte die Rechenregel für den Indikator auch lauten:

Zähler: Kritisches Outcome (5-Minuten-Apgar unter 5 UND/ODER pH-Wert unter 7 oder 5-Minuten-Apgar unter 5 UND/ODER Base Excess unter -16)

Nenner: Alle reifen Lebendgeborenen mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar UND/ODER pH-Wert oder 5-Minuten-Apgar UND/ODER Base Excess

Nach Olofsson [9] ist die Blutgasanalyse nur für Kunstfehlerprozesse aussagekräftig, da ein guter Wert auf ein gutes Geburtsmanagement (aber nicht auf einen guten Zustand des Kindes) hindeutet:

„Unless severely affected, there is a poor correlation between the newborn's vitality and acid-base status, and only a minority of cerebral palsies is caused by intrapartum hypoxic events. In cases of litigation, a cord blood gas analysis can more often help than trouble the blamed; if no blood gases are available it is difficult to prove that an adverse outcome was not due to intrapartum asphyxia, if blood gases exist and they are abnormal it makes little difference, but if blood gases exist and they are more or less normal it strongly indicates against mismanagement of labor.“

Darüber hinaus wird in der Erläuterung zum Indikator [3] nicht erklärt, auf welcher Grundlage (z.B. immer die Werte der Früh-US bis abgeschlossene SSW 12) das Gestationsalter bestimmt wird (es werden nur „reife“ Kinder betrachtet). Zudem werden offensichtlich nur einzelne Geburtsrisiken wie z. n. Sectio caesarea oder andere Uterusoperationen berücksichtigt, unklar bleibt die Rolle von Geburtsrisiken wie HELLP/Drillinge/SGA, welche auch nicht auf ein Versagen des Krankenhauses zurückgeführt werden können.

Empfehlung: Indikator prüfen in Bezug auf

- ◆ notwendige Nennung beider Werte (5-Minuten-Apgar und pH-Wert).

- ◆ die Aussagekraft des pH-Wertes.
- ◆ die Spezifikation der betrachteten Gruppe in Bezug auf die Definition von „reif“.
- ◆ die Berücksichtigung anderer Geburtsrisiken, die in die Spezifikation eingehen sollten.

QI 51826: Azidose bei früh geborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung

Zitat aus Vorbericht des IQTIG: „Eine postpartale Azidose bei früh geborenen Einlingen wurde von den Experten als Surrogat-Ergebnis mit Bezug zu einem schweren Patientenschaden eingestuft, sodass der QI das Kriterium der Patientengefährdung erfüllt. Der Indikator wird seit mehr als zwei Jahren vergleichbar im Regelbetrieb angewandt. Da der nicht risikoadjustierte Indikator nur als Information neben dem risikoadjustierten QI 51831 dient, erhielt er keinen Referenzbereich. Entsprechend wurde ihm der „Handlungsbedarf X“ zugewiesen. Es fand auch kein strukturierter Dialog zu diesem Indikator statt. Der Indikator wurde im Prüfschritt B „Reife im Regelbetrieb“ ausgeschlossen.“

Stellungnahme der DGHWi zu diesem Indikator: Die Einschätzung des Vorberichts wird befürwortet.

Empfehlung: Indikator nicht weiter berücksichtigen.

QI 51831: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei früh geborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung

Zitat aus Vorbericht des IQTIG: „Dementsprechend wird bei einer Analyse nicht nur die beeinflussbare Qualität des Geburtsvorgangs gemessen, sondern in erster Linie die Qualität der Therapie der Azidose. Daher bestehen bei diesem Surrogat-Ergebnis keine ausreichenden Hinweise auf eine Patientengefährdung, sodass der Qualitätsindikator nicht in die inhaltliche Bewertung (Prüfschritt E) gegeben wurde.“

Stellungnahme der DGHWi zu diesem Indikator: Die Einschätzung des Vorberichts wird befürwortet.

Empfehlung: Indikator nicht weiter berücksichtigen.

QI 52243: Kaiserschnittgeburten

Zitat aus Vorbericht des IQTIG: „Die Kaiserschnittentbindung wurde von der Expertengruppe nicht als schwerer Schaden und daher auch nicht per se als patientengefährdend eingeschätzt. Der Indikator wurde aufgrund dessen in den weiteren Prüfschritten nicht weiter berücksichtigt.“

Stellungnahme der DGHWi zu diesem Indikator: Eine Kaiserschnittentbindung ohne adäquate Indikation stellt sowohl für die (gesunde) Mutter als auch für das (gesunde) Kind eine Gefährdung dar, die es zu beachten gilt. Zur Anzahl der Kaiserschnitte sollte auch die Anzahl der jeweiligen Indikationen benannt werden.

Empfehlung: Indikator beibehalten. Als Ergänzung zu QI 52249 ist die Abfrage nach der Anzahl der Kaiserschnitte sinnvoll.

Anmerkung: Der Ausdruck „Kaiserschnittgeburt“ ist irreführend, es sollte immer „Kaiserschnittentbindung“ heißen.

QI 52244: Mütter und Kinder, die zusammen nach Hause entlassen wurden

Zitat aus Vorbericht des IQTIG: „Eine gemeinsame Entlassung von Müttern und Kindern ist in jedem Falle anzustreben. Es liegt aber nach Einschätzung der Expertengruppe keine Patientengefährdung vor. Dieser Indikator wurde daher nicht weiter hinsichtlich seiner Eignung als planungsrelevanter QI geprüft.“

Stellungnahme der DGHWi zu diesem Indikator: Die Einschätzung des Vorberichts wird befürwortet, obwohl dieser Indikator einer der wenigen ist, die positiv formuliert sind. Die gemeinsame Entlassung sagt eindeutig zu wenig über eine „Patientengefährdung“ aus. An dieser Stelle ist jedoch nochmals zu fragen, ob eine Nichtberücksichtigung im vorliegenden Prozess eine Streichung dieses Indikators bedeutet. Falls der Indikator beibehalten wird, wären Daten erforderlich, wie sich die Entlassung der Mutter-Kindpaare tageweise gestaltet. Zudem fehlen genauere Angaben in der Definition zum Indikator: Gilt eine Mutter auch als nach Hause entlassen, wenn sie kurz danach als Begleitperson in die Kinderklinik aufgenommen wird? Ist der Indikator auch erfüllt, wenn ein Kind am gleichen Tag aus der Kinderklinik entlassen wird wie die Mutter von der Wochenstation?

Empfehlung: Indikator im vorliegenden Prozess nicht berücksichtigen.

QI 52249: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten

Zitat aus Vorbericht des IQTIG: „Die Kaiserschnittentbindung wurde von der Expertengruppe nicht als schwerer Schaden und damit nicht als patientengefährdend eingestuft. Deshalb fand keine weitere Überprüfung des Indikators statt.“

Stellungnahme der DGHWi zu diesem Indikator: Eine Kaiserschnittentbindung ohne adäquate Indikation stellt sowohl für die (gesunde) Mutter als auch für das (gesunde) Kind eine Gefährdung dar

Referenz:

- [1] American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol.* 2014;123(3):693-711.
- [2] AQUA. Beschreibung der Qualitätsindikatoren für das Erfassungsjahr 2014. 16/1 – Geburtshilfe. 2015. URL: https://sqq.de/downloads/QIDB/2014/AQUA_16n1_Indikatoren_2014.pdf
- [3] AQUA. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2012. 16/1 – Geburtshilfe. 2013. URL: https://www.sqq.de/downloads/Bundesauswertungen/2012/bu_Gesamt_16N1-GEbH_2012.pdf
- [4] Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *Br Med J.* 2011;343:d7400.
- [5] Corchia C, Orlando SM. Level of activity of neonatal intensive care units and mortality among very preterm infants: a nationwide study in Italy. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine.* 2012; 25(12):2739-45.
- [6] Gyte GML, Dou L, Vazquez JC. Different classes of antibiotics given to women routinely for preventing infection at caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2014;(11):CD008726.
- [7] Mackeen AD, Packard RE, Ota E, Berghella V, Baxter JK. Timing of intravenous prophylactic antibiotics for preventing postpartum infectious morbidity in women undergoing cesarean delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2014;(12):CD009516.
- [8] Mesman R, Westert GP, Berden BJMM, Faber MJ. Why do high-volume hospitals achieve better outcomes? A systematic review about intermediate factors in volume-outcome relationships. *Health Policy.* 2015;119(8):1055-67.
- [9] Olofsson P. Determination of base excess in umbilical cord blood at birth: accessory or excess? *Obstet Gynecol.* 2015;213(3):259-261.
- [10] Smaill FM, Grivell RM. Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2014; (10):CD007482.
- [11] Watson SI, Arulampalam W, Petrou S, Marlow N, Morgan AS, Draper ES, et al. The effects of designation and volume of neonatal care on mortality and morbidity outcomes of very preterm infants in England: retrospective population-based cohort study. *BMJ Open.* 2014;4(7):e004856.

(American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) [1], die zu beachten ist. Die Frage nach dem Verhältnis von beobachteten (o: observed) zu den erwarteten (e: expected) Kaiserschnitten ist sinnvoll, doch benötigt es eine detaillierte Erläuterung, wie die Berechnung der erwarteten Kaiserschnittquote zustande kommt und inwieweit diese Berechnung vor dem Hintergrund des aktuellen Consensus Papiers des American College of Obstetricians and Gynecologists [1] zu bewerten ist. Überlegenswert ist eine Berücksichtigung der Parität vor dem Hintergrund, dass möglichst der erste Kaiserschnitt zu vermeiden ist. Ebenso ist die SSW zu berücksichtigen.

Empfehlung: Indikator beibehalten und bearbeiten in Bezug auf

- ◆ die Berechnungsgrundlage.

QI 52254: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Müttern und Kindern, die zusammen nach Hause entlassen wurden

Zitat aus Vorbericht des IQTIG: „Eine gemeinsame Entlassung von Müttern und Kindern ist in jedem Falle anzustreben. Das Kriterium „Patientengefährdung“ trifft hier jedoch nicht zu. Der vorliegende Indikator wurde deshalb in den nachfolgenden Prüfschritten nicht weiter berücksichtigt.“

Stellungnahme der DGHWi zu diesem Indikator: Die Einschätzung des Vorberichts wird befürwortet.

Empfehlung: Indikator nicht weiter berücksichtigen.

Autor/innen:

Dr. Christine Loytved, Anke Wiemer, Elke Mattern M.Sc.

Stellungnahme zum Entwurf einer zweiten Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) (Stand: 13.03.2017)

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

18. April 2017

Die DGHWi nimmt Stellung zum Entwurf einer zweiten Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) vom 13. März 2017. Hintergrund: Es gibt einen neuen Erkenntnisbedarf, der eine Anpassung der über die Krankenhausstatistik zu erfassenden Merkmale erforderlich macht. Interessen und Fragestellungen der DGHWi:

- ◆ Kann durch eine vollständige Krankenhausstatistik die Anzahl der Krankenhausgeburten (dort begonnen und dorthin verlegt) erfasst werden?
- ◆ Kann deutlich werden, differenziert nach Schwangerschaftswochen (auch älter als 32+0 Schwangerschaftswochen), ob Neugeborene von der Geburtsabteilung in die Kinderklinik verlegt und von dort entlassen werden bzw. dort versterben?
- ◆ Können Totgeburten nach Fetozid als solche in der Statistik erfasst und erkannt werden?
- ◆ Kann es bei der Anzahl von Schwangeren, Müttern und Kindern Überschneidungen geben, so dass manche Personen nicht und andere Personen mehrfach als Fall auftauchen?
- ◆ Werden tatsächlich alle in Kliniken tätigen Hebammen durch die Statistik erfasst?

Gegliedert ist diese Stellungnahme in einen 1. Teil mit generellen Anmerkungen zum Entwurf und einen 2. Teil zu den Punkten im Einzelnen.

1. Generelle Anmerkungen zum Entwurf

Geschlechtergerechte Sprache:

Die geschlechtergerechte Sprache ist zu begrüßen und durchgängig zu berücksichtigen. Auch die Personen, die die Geburtshilfe aufsuchen, als „Frauen“ und nicht als „Patient/innen“ zu bezeichnen ist sinnvoll.

2. Zu den Punkten im Einzelnen

Zu Nummer 1 (§1):

Die Krankenhausstatistik strebt demnach nicht an, alle Krankenhäuser zu erfassen. Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug und Polizeikrankenhäuser werden ausgeschlossen.

Stellungnahme der DGHWi: Dies ist für die Zielsetzung der Krankenhausstatistik nachvollziehbar.

Empfehlung: Entwurf übernehmen. Bei der Veröffentlichung der Krankenhausstatistik sollen diese Einschränkungen herausgestellt werden.

Zu Nummern 4, 7 und 15 (§ 3):

Neben Fachabteilungen werden auch „Einrichtungen der Intensivmedizin und der Geriatrie sowie organisatorisch abgrenzbare Einrichtungen

zur Behandlung von Querschnittlähmung, Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzungen, Schwerbrandverletzungen, AIDS, Mukoviszidose, Onkologiepatient/innen und -patienten, Transplantationspatient/innen und -patienten oder zur neonatologischen Intensivbehandlung“ benannt.

Stellungnahme der DGHWi: Es wird nicht klar, ob hier Beispiele solcher Einrichtungen oder alle betreffenden Einrichtungen aufgezählt werden. Das Wort „oder“ gibt den Hinweis auf Beispiele.

Empfehlung: Entwurf konkretisieren.

Zu Nummern 12 und 13 (§ 3):

Es geht u. a. um „ärztliches Personal und nichtärztliches Personal umgerechnet auf Vollkräfte, bei nichtärztlichem Personal gegliedert nach Funktionsbereich, im Pflegedienst auch nach Einsatz in der Psychiatrie; hauptamtliches Personal und Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis bei der Einrichtung sind gesondert auszuweisen“.

Stellungnahme der DGHWi: Hier wird nur der Einsatzbereich für den Pflegedienst aufgelistet. Auch Hebammen sollten gesondert nach Einsatzbereich ausgewiesen werden. Gerade hier ist die Personalplanung sehr wichtig. So ist es anzugeben, auf welcher Abteilung die Hebammen, umgerechnet auf Vollkräfte, arbeiten (bspw. in der Schwangerenbetreuung, im Kreißsaal, auf der Wochenstation, mit Rotationsverfahren oder ohne). Beleghebammen sind analog zu Belegärzt/innen und -ärzten zu erfassen. Beispielsweise in Bayern sind über 50% der in der klinischen Geburtshilfe tätigen Hebammen Beleghebammen und nicht angestellt.

Empfehlung: Entwurf spezifizieren.

Zu Nummer 14 (§ 3):

Es geht um Einrichtungen mit mehr als 100 Betten.

Stellungnahme der DGHWi: Unklar ist die Einengung auf Einrichtungen mit mehr als 100 Betten. Gilt dies auch für die Geburtshilfe anbietenden Einrichtungen?

Empfehlung: Entwurf diskutieren.

Zu Nummer 16 (§ 3):

Es geht um „Entbindungen und Geburten nach Art und Zahl sowie Zahl der wegen Fehlgeburt und Komplikationen im Zusammenhang mit der Entbindung behandelten Frauen“.

Stellungnahme der DGHWi: Unklar ist, ob es hier dazu kommen kann, dass eine schwangere Frau gar nicht oder mehrfach in die Statistik eingeht (drohende Fehlgeburt, die nicht stattfindet, und dann als Entbindungsfall). Oder gibt es in jeder Schwangerschaft nur eine Hauptdiagnose? Falls dies expliziert wird, ist es unproblematisch. Zudem

stellt sich die Frage, ob ein Fetozid explizit als Totgeburt erfasst wird, wenn es sich um ein Kind über 500g handelt. Wenn aus den Angaben bzw. der Nichterfassung die Anzahl der schwangeren Frauen bzw. Totgeburten errechnet wird, ist es problematisch.

Empfehlung: Entwurf diskutieren in Bezug auf die Vollständigkeit und Mehrfacherfassung von Schwangeren sowie auf die Spezifizierung von Spätaborten.

Zu Nummer 2 (§ 6):

Es geht um Zivilpatienten.

Stellungnahme der DGHWi: Unklar ist, warum hier von „Zivilpatienten“ die Rede ist. Dem Text ist implizit zu entnehmen, dass mit den Krankenhäusern in Trägerschaft des Bundes die Bundeswehrkrankenhäuser gemeint sind. Dies könnte zum besseren Verständnis ausdrücklich so bezeichnet werden.

Empfehlung: Entwurf konkretisieren.

Zu Nummern 3 (§ 7) und Nummer 17 (§ 3):

Es geht um die Berechnungs- und Belegungstage sowie um die Übermittlung von Daten.

Stellungnahme der DGHWi: Unklar ist, ob es hier durch die Erfassung bzw. Verbindung der Daten möglich ist zu verfolgen, ob ein aus der Geburtsabteilung oder Wochenbettstation verlegtes Kind in der Kinderklinik verstorben ist oder nicht. Eine solche Verbindung von Informationen wäre zu begrüßen.

Empfehlung: Entwurf diskutieren.

Autor/innen:

Dr. Christine Loytved, Anke Wiemer, Prof. Dr. Dorothea Tegethoff

Anmerkungen der DGHWi zum Entwurf der Version 5.0 „Allgemeine Methoden“ des IQWiG vom 07.12.2016

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

24. Januar 2017

Die DGHWi wurde Anfang Dezember 2016 von der AWMF gebeten, zum Entwurf des IQWiG-Methodenpapiers Version 5.0 Stellung zu nehmen. Bis zum 25.01.2017 konnten der AWMF Punkte benannt werden, die in die Stellungnahme der AWMF eingehen sollten. Letztendlich wurden die Anmerkungen der DGHWi, die nicht in Form einer ausformulierten Stellungnahme übermittelt waren, doch als eigene Stellungnahme durch die AWMF an das IQWiG weitergeleitet. Die Anmerkungen der DGHWi zum Entwurf des Methodenpapiers des IQWiG, Version 5.0, das über den Link <https://www.iqwig.de/de/methoden/methodenpapier.3020.html> abrufbar ist, werden der Kapitelgliederung entsprechend vorgestellt. Die Stellungnahme der AWMF und weiterer Fachgesellschaften zum Methodenpapier sind der Webseite der AWMF zu entnehmen.

Der Entwurf der Version 5.0 „Allgemeine Methoden“ des IQWiG umfasst 267 Seiten. Er gliedert sich in 9 Kapitel zur Erläuterung der gesetzlichen und wissenschaftlichen Grundlagen des Instituts und wird als Beitrag zur Transparenz durch das IQWiG veröffentlicht.

Zur Verständlichkeit wurde zunächst der Entwurfstext zitiert und dann die Anmerkung dazu formuliert. Zum **Kapitel 1 „Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“** wurden keine Anmerkungen gemacht.

Stellung wurde genommen zu Formulierungen im **Kapitel 2 „Produkte des Instituts“**, in dem Verfahrensabläufe und generelle Aspekte bei der Produkterstellung beschrieben sind.

Kapitel 2.2.1 Einbindung von Betroffenen in die Erstellung von IQWiG-Produkten:

- ◆ S. 35, 1. Absatz „... findet primär zu Beginn der Berichtsbearbeitung im Rahmen der Festlegung patientenrelevanter Endpunkte und

relevanter Subgruppen statt.“

⇒ Was ist hier unter primär zu verstehen? Ist eine Einflussnahme der Betroffenen im weiteren Verlauf oder bei der Ergebnisvorstellung noch möglich?

- ◆ S. 35, 2. Absatz „Betroffene können insbesondere sein: Patient/innen, Patienten, Eltern oder sonstige Angehörige sowie potentielle Teilnehmer an Präventionsverfahren“.

⇒ Es wird in dem gesamten Dokument von Patient/innen und Patienten gesprochen, dabei ist einzubeziehen, dass nicht alle Personen die Leistungen der GKV in Anspruch nehmen, Patient/innen bzw. Patienten sind, sondern auch Personen die Routinemaßnahmen, Präventionsleistungen oder geburtshilfliche Leistungen in Anspruch nehmen. In diesen Fällen ist der Begriff Patientin/Patient nicht zutreffend.

- ◆ S. 35, 4. Absatz „Zur Findung Betroffener wird regelhaft die Patientenvertretung im G-BA gebeten, selbst oder über ihre Mitgliedsorganisationen Betroffene zu einem Thema zu benennen.“

⇒ Die Einbeziehung werdender und junger Mütter scheint hier nicht gegeben. Die Auswahl über die Patientenvertretungen des G-BA schließt ganz normale Mütter aus.

⇒ Darüber hinaus ist nicht genau definiert, wie die einzelnen Verfahren der Einbeziehung der Betroffenen gestaltet sind. Was bedeutet mündliche Konsultation oder schriftliche Konsultation und welche Verbindlichkeit haben diese?

Das **Kapitel 3 „Nutzenbewertung medizinischer Interventionen“** sollte nach Stellungnahme der DGHWi durchgängig sowohl den Nutzen als auch den Schaden explizit ausweisen und diskutieren, da der Schaden neben der Abwesenheit eines Nutzens auch einen geringen

Nutzen bedeuten kann. Die Überschrift des Kapitels sollte daher lauten: "Nutzen- und Schaden-Bewertung medizinischer Interventionen". Insgesamt ist das Kapitel sehr langatmig, da sich die Erklärungen zu Verfahren der Nutzenbewertung wiederholen. Vielleicht ist es möglich, die Grundzüge der Verfahren und Bewertungskriterien voranzustellen und in den einzelnen Kapiteln darauf zu verweisen.

Es wurde zu weiteren Punkten des Kapitels 3 Stellung genommen:

Kapitel 3.1.1 Definition des patientenrelevanten medizinischen Nutzens bzw. Schadens:

- ◆ Auf Seite 42, vorletzter Absatz sollte "(bzw. Schadens)" nicht in Klammern angegeben werden, sondern gleichwertig behandelt werden – wie auf S. 48 im vorletztem Abschnitt.

Kapitel 3.1.3 Ermittlung des Schadens medizinischer Interventionen:

- ◆ Seite 47, 2. Absatz (Mitte): "Gerade zur Erfassung unerwartet auftretender unerwünschter Ereignisse ist jedoch eine generelle Abfrage des Befindens der Patient/innen und Patienten erforderlich".
⇒ Hier ist unklar, was unter "generelle Abfrage" zu verstehen ist. Sollte hier nicht eher eine "offene Abfrage" vorgesehen werden, in dem Sinne, dass die Patient/innen und Patienten auch unerwünschte Ereignisse angeben können, welche nicht durch vorformulierte "geschlossene Statements" vorgegeben sind? – Dadurch hätten die Patient/innen und Patienten auch die Möglichkeit, unerwünschte Ereignisse anzugeben, welche ihnen besonders wichtig sind oder ihre Lebensqualität beeinträchtigen, die jedoch durch die Forscher/innen und Forscher in der Abfrage nicht vorhergesehen wurden.
- ◆ Seite 47, 3. Absatz: "Daraus folgend ist es notwendig, die Aufarbeitung und Darstellung auf relevante unerwünschte Wirkungen zu beschränken."
⇒ Diese Aussage ist nicht nachvollziehbar. Wie wird entschieden, welche unerwünschten Wirkungen relevant sind? Wäre es hier nicht wichtig, Patienten-Vertreter/innen und -Vertreter einzubeziehen, die bei dieser Entscheidung mitwirken?
⇒ Außerdem ist nicht nachvollziehbar, warum nicht auch "unerwünschte Ereignisse" mit berücksichtigt werden, die für Patient/innen und Patienten von Bedeutung sind. Diese könnten ja möglicherweise unerwünschte Wirkungen sein, die zunächst nicht als solche erkannt werden, aber in Zukunft ggf. als solche bestätigt werden könnten.
- ◆ Seite 48, Absatz vor der nächsten Überschrift: "Diese Zusammenstellung potenziell relevanter unerwünschter Wirkungen bildet die Grundlage für die Bewertung des Schadens auf Basis der in die Nutzenbewertung eingehenden Studien."
⇒ Diese Aussage greift zu kurz; hier fehlen die Ergebnisse von qualitativen (interpretativ-hermeneutischen) Studien zum Erleben und zur Lebensqualität von Patient/innen und Patienten! Demzufolge müssten auch (interpretativ-hermeneutische) Studien zur Ermittlung des Nutzens und des Schadens herangezogen werden.

Kapitel 3.2.4 Patienten berichtete Endpunkte:

- ◆ Seite 57, 2. Absatz "Da Angaben zu PROs aufgrund ihrer Natur subjektiv sind, sind offene Studien in diesem Bereich nur von eingeschränkter Validität."

⇒ Es ist unklar, was mit "offene Studien" gemeint ist (Interpretativ-hermeneutische Studien? Nicht verblindete Studien?)

Kapitel 3.3.3 Nutzenbewertung von Arzneimitteln gemäß § 35a SGB V:

- ◆ Insgesamt: Es ist auffällig, dass in diesem Kapitel zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln die Erhebung und Bewertung des Schadens der pharmazeutischen Interventionen so gut wie keine Rolle spielen. Hier wird ausschließlich von Nutzenbewertung und Zusatznutzen gesprochen, aber nicht vom (potenziellen) Schaden.
⇒ D.h. die Bewertung des Schadens durch Arzneimittel-Interventionen sollte eigens und ebenbürtig mit der Einschätzung des Nutzens thematisiert werden - auch im Sinne der Transparenz und klareren Unterscheidung von Nutzen und Schaden (d.h. "Schaden" als eigenes Konstrukt und nicht als Nicht-Nutzen oder Nebenwirkungen)!
- ◆ Seite 61 bis 62:
⇒ Im Dossier des pharmazeutischen Unternehmers sollte bereits eine Auskunft zum Schaden/potenziellen Schaden gefordert werden!

Kapitel 3.5 Diagnostische Verfahren, Kapitel 3.6 Früherkennung und Screening sowie Kapitel 3.7 Prävention:

⇒ Insbesondere in diesen Kapiteln ist der Begriff Patientin/Patient nicht zutreffend, da es sich - insbesondere bei der Primär- und Sekundärprävention - nicht um Patient/innen/Patienten, sondern um diesbezüglich gesunde Personen handelt.

Im **Kapitel 4 „Kosten-Nutzen-Bewertung medizinischer Interventionen“** werden die Methoden dargelegt. Die Anmerkungen der DGHWi kritisieren die Ausführlichkeit der Darstellung, weil dadurch kritische Punkte verwässert werden können. Als Beispiel ist angeführt S. 83, letzte Absatz im Methodenpapier, das Fazit zur Darstellung Gesundheitsökonomischer Modelle: „[sie] sind somit, wie mathematisch-formalisierte Modelle, auch eine vereinfachte Abbildung der Realität. Durch eine bewusste Reduktion der Komplexität auf die für das Entscheidungsproblem relevanten Entscheidungsfaktoren und -variablen wird zudem analytische Klarheit geschaffen.“ Zum Teil wirkten die Methoden rechtfertigend und würden weit über Darstellung und Festsetzung der Methodik hinausgehen. Weitere Anmerkungen zu Kapitel 4 folgen.

Kapitel 4.1.3. Zeithorizont:

- ⇒ Wieso wird nicht über einen längeren Zeitraum modelliert? Und diese Modellierung gesondert ausgewiesen?
- ⇒ Siehe auch S. 80, 4.1.6. Modell (evtl. missverständliche Formulierung?)

Kapitel 4.1.5 Versorgungspfad:

„Weiterhin sind aktuelle Therapieempfehlungen für Deutschland darzustellen, wobei gültige Leitlinien herangezogen werden sollten.“

⇒ Prüfung des Einbezuges auch internationaler Leitlinien zur Darstellung des Versorgungspfades, wenn keine deutschen vorhanden sind, da alltagspraktisch auch auf internationale zurückgegriffen wird.

Kapitel 4.3 Nutzen:

⇒ Die Methoden, mit denen der Nutzen im Rahmen der Nutzenbewertung bestimmt wird, werden in Kapitel 3 beschrieben. In einer Kosten-Nutzen-Bewertung (KNB) kann der studienbelegte Nutzen vom modellierten Nutzen unterschieden werden, wenn einer KNB ein längerer als der studienbelegte Zeithorizont zugrunde gelegt wird.

Kapitel 4.3.3 Maß des Gesamtnutzens:

- ◆ S. 90, vorletzter Absatz, 2. Satz „QALYs sollten nur verwendet werden, wenn die einfließenden Werte zu den Gesundheitszuständen zunächst bei den Betroffenen erhoben worden sind, die aktuell oder in der Vergangenheit diese Gesundheitszustände erlebt haben. Die Daten sollten bei den an klinischen Studien Teilnehmenden erhoben worden sein.“

⇒ Eventuell missverständlich: Wieso sollten die Daten ausschließlich bei an klinischen Studien Teilnehmenden erhoben worden sein? Soll beschrieben werden, dass gleichzeitig Daten aus klinischen Studien zum Gesundheitszustand und Daten zur Lebensqualität erhoben werden sollen?

Kapitel 4.4.2 Abgrenzung der Kosten:

- ◆ S. 95, letzter Absatz „Die meisten empirischen Studien berücksichtigen die Auswirkungen auf die Freizeit von Betroffenen und Angehörigen nicht. Insofern bezieht das Institut nicht regelhaft den Zeitaufwand für Betroffene und ihre Angehörigen in die gesellschaftliche Perspektive ein. Für den Fall, dass dennoch repräsentative und valide Informationsquellen zum Zeitaufwand vorliegen, kann dieser Zeitaufwand in Sensitivitätsanalysen zur Perspektive der Gesellschaft berücksichtigt werden.“

⇒ Zuvor wurde festgesetzt, dass das Modell nicht abhängig von der verfügbaren Datenlage gewählt werden sollte, daher erscheint es nun inkonsequent, dass ausgehend von einer mangelnden Datenlage ein „kann“ statt ein „wird“ oder „soll“ festgeschrieben wird.

⇒ Es ist nicht deutlich, ob und inwiefern externe Kosten grundsätzlich berücksichtigt werden, auch wenn zum Teil Kosten in Form des Zeitaufwandes von Angehörigen erwähnt werden.

- ◆ S. 96, B) Indirekte Kosten, letzter Absatz: „International wird diskutiert, auch unbezahlte Arbeit (z. B. Hausarbeit) in einer KNB zu berücksichtigen. Das Institut sieht dies im Regelfall vorerst nicht vor.“

⇒ Vor allem unter der Berücksichtigung von Genderaspekten und auf Grundlage einer fehlenden Argumentation des Instituts erscheint es nicht sinnvoll, die Kosten für unbezahlte Arbeit nicht zu berücksichtigen.

⇒ Eine präzisere Beschreibung der indirekten Kosten wäre wünschenswert. Werden zum Beispiel Kosten durch konkurrierende Erkrankungen bei Lebensverlängerung berücksichtigt?

Die DGHWi hatte keine Anmerkungen zum **Kapitel 5 „Leitliniensynopsen und Versorgungsanalyse“** und zum **Kapitel 6 „HTA-Berichte“**. Im **Kapitel 7 „Evidenzbasierte Gesundheitsinformation für Bürger/innen und Bürger“** gab es Anmerkungen zu einer Tabelle:

Kapitel 7.2.3 Patientenwege:

- ◆ S. 142, Tabelle 10:

⇒ 2. Zeile: Die Reihenfolge der Tätigkeiten im Zusammenhang mit einer Erkrankung sollte überdacht werden. Eher: Selbsthilfe, Informationssuche, Arztbesuch, Einnahme von Medikamenten.

⇒ 7. Zeile: In der ersten Spalte müsste es heißen „Kontaktstelle im Gesundheits- und Sozialwesen“.

Bei einer Aufzählung in der zweiten Spalte wurden Berufe vergessen. Vielleicht könnte man größere Gruppen zusammenfassen: Therapeut/innen, Gesundheitsfachberufe.

Zu den letzten **Kapiteln 8 und 9** mit den Überschriften „**Informationsbeschaffung**“ und „**Informationsbewertung**“ wurden keine Anmerkungen gemacht.

Autor/innen:

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

Fortsetzung von S. 17

3. Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV). Das Dilemma des Hebammenmangels muss gelöst werden. Hebammenforum. 2016;17(12):1391-3.
4. Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV). Hebammenverband bleibt dabei: Die Vollakademisierung ist das langfristige Ausbildungsziel. 2012. Verfügbar unter: <https://www.hebammenverband.de/aktuell/nachricht-detail/datum/2012/07/17/artikel/hebammenverband-bleibt-dabei-die-vollakademisierung-ist-das-langfristige-ausbildungsziel/> [Zugriff 07.05.2017]
5. Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV) Hrsg. Rahmencurriculum für eine modularisierte Hebammenausbildung. Karlsruhe: HGH-Schriftenreihe; 2008.
6. Frank JR, Snell L, Sherbino J. The Draft CanMEDS 2015 Physician Competency Framework – Series IV. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.
7. Häder M. Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. Wiesbaden: VS; 2010.
8. Kahl C. Stand der Entwicklung der Hebammenwissenschaft. Beschreibung der Ist-Situation anhand der Diskursuntersuchung der Forschungslage [Dissertation]. 2013. Verfügbar unter: https://kidoks.bsz-bw.de/files/92/DissTeil_Kahl_Final_revision_juni13.pdf [Zugriff 07.05.2017]
9. Kälble K. Neue Studiengänge im Gesundheitswesen. Zielgerichtete Entwicklung oder Experimentierfeld? GGW. 2009;2(9):15-22.
10. Lamnek S. Qualitative Sozialforschung. 5. Auflage. Weinheim: Beltz; 2010.
11. Mayer H. Interview und schriftliche Befragung: Entwicklung, Durchführung und Auswertung. München: Oldenbourg; 2006.
12. Meuser M, Nagel U. ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz D, Kraimer K, Hrsg. Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen: Westdeutscher Verlag; 1991. S.441-71.
13. Wissenschaftsrat. Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. 2012. Verfügbar unter: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> [Zugriff 07.05.2017]

Ernährungsberatung während Schwangerschaft zur Prävention von Gestationsdiabetes

Tieu J, Shepherd E, Middleton P

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

Übersetzung durch Gabriele Krüger MaS (International Health)

Hintergrund

Gestationsdiabetes (GDM) ist eine Form des Diabetes, welcher in der Schwangerschaft auftritt und der zu kurzzeitigen oder langfristigen Gesundheitsproblemen bei Müttern und Neugeborenen führen kann. Mit zunehmender Prävalenz weltweit ist es nötig, Maßnahmen zu untersuchen, welche einen GDM verhindern könnten, einschließlich Interventionen zur Ernährungsberatung.

Ziele

Die Wirkungen von Ernährungsberatungsmaßnahmen auf die Prävention von GDM und damit verbundenen Gesundheitsproblemen von Müttern und Neugeborenen festzustellen.

Methodisches Vorgehen

Wir suchten im Cochrane Pregnancy and Childbirth's Trials Register (3. Januar 2016) und in den Referenzlisten der gefundenen Studien.

Auswahlkriterien

Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) und Quasi-RCTs, welche die Wirkungen von Ernährungsberatungsmaßnahmen mit keiner Maßnahme (Standardbetreuung) oder mit verschiedenen Ernährungsberatungsmaßnahmen vergleichen. Cluster-RCTs waren zum Einschluss zugelassen, allerdings konnten keine Studien gefunden werden.

Datensammlung und Analyse

Zwei Review-Autoren beurteilen unabhängig voneinander die Einschlussfähigkeit der Studien, extrahierten die Daten und bewerteten das Risiko für Bias der eingeschlossenen Studien. Die Daten wurden auf Genauigkeit überprüft. Die Qualität der Evidenz wurde mittels GRADE beurteilt.

Hauptergebnisse

Wir schlossen 11 Studien ein, an denen 2.786 Frauen und ihre Säuglinge teilnahmen und deren Risiko für Bias als insgesamt unklar bis moderat eingestuft wurde. Sechs Studien verglichen Ernährungsberatungsmaßnahmen mit der Standardbetreuung; vier verglichen Ernährungsberatung mit niedrigem glykämischem Index (GI) versus Ernährungsberatung mit mittlerem bis hohem GI; eine Studie verglich spezielle (ballaststoffreiche) mit standardmäßiger Ernährungsberatung.

Ernährungsberatungsmaßnahmen versus Standardbetreuung (sechs Studien)

Bezogen auf die primären Endpunkte konnte ein Trend zur Reduktion von GDM bei Frauen, die eine Ernährungsberatung erhielten, im Vergleich mit einer Standardbetreuung, beobachtet werden (mittleres relatives Risiko (RR) 0,60; 95% Konfidenzintervall (KI) 0,35 bis 1,04; fünf Studien, 1.279 Frauen; $Tau^2 = 0,20$; $I^2 = 56\%$; $P = 0,07$; GRADE: sehr niedrige Qualität der Evidenz); bei übergewichtigen und adipösen Frauen, die eine Ernährungsberatung erhielten, wies die Subgruppenanalyse auf eine größere Wirksamkeit der Behandlung hin. Während kein klarer Unterschied in Bezug auf Präeklampsie beobach-

tet werden konnte (RR 0,61; 95% KI 0,25 bis 1,46; zwei Studien, 282 Frauen; GRADE: niedrige Qualität der Evidenz), konnte bei Frauen, die eine Ernährungsberatung erhielten, eine Reduzierung der schwangerschaftsbedingten Hypertonie festgestellt werden (RR 0,30; 95% KI 0,10 bis 0,88; zwei Studien, 282 Frauen; GRADE: niedrige Qualität der Evidenz). Eine Studie, welche über perinatale Sterblichkeit berichtete, konnte keine Todesfälle identifizieren (GRADE: sehr niedrige Qualität der Evidenz). Keine der Studien berichtete über makrosome Neugeborene oder zu neonataler Sterblichkeit und Morbidität.

Die sekundären Endpunkte zeigten keine klaren Unterschiede bei Kaiserschnittraten (mittleres RR 0,98; 95% KI 0,78 bis 1,24; vier Studien, 1194 Frauen; $Tau^2 = 0,02$; $I^2 = 36\%$; GRADE: niedrige Qualität der Evidenz) oder Dammverletzungen (RR 0,83; 95% KI 0,23 bis 3,08; eine Studie, 759 Frauen; GRADE: sehr niedrige Qualität der Evidenz). Frauen, die eine Ernährungsberatung erhielten, nahmen während der Schwangerschaft weniger an Gewicht zu (mittlerer Unterschied (MD) -4,70 kg, 95% KI -8,07 bis -1,34; fünf Studien, 1.336 Frauen; $Tau^2 = 13,64$; $I^2 = 96\%$; GRADE: niedrige Qualität der Evidenz); aufgrund von nicht unerheblicher Heterogenität sollte das Ergebnis vorsichtig interpretiert werden. Keine klaren Unterschiede zeigten sich bei der Mehrheit der sekundären Endpunkte, darin eingeschlossen Adipositas bei Kindern/Erwachsenen (Hautfaltendicke mit 6 Monaten) (MD -0,10 mm, 95% KI -0,71 bis 0,51; eine Studie, 132 Kinder; GRADE: niedrige Qualität der Evidenz). Frauen, die eine Ernährungsberatung erhielten, hatten einen niedrigeren Score in Bezug auf Wohlbefinden zwischen der 14. und 28. Schwangerschaftswoche, einen höheren Gewichtsverlust im dritten Schwangerschaftsmonat und hatten weniger wahrscheinlich eine Glukoseintoleranz (eine Studie).

Die Studien berichteten nicht über andere sekundäre Endpunkte, insbesondere bezogen auf den langfristigen Gesundheitszustand, die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und die Kosten. Mit GRADE war es uns nicht möglich, die folgenden Endpunkte zu bewerten: postnatale Depression, mütterlicher Diabetes Typ 2, neonatale Hypoglykämie, Diabetes Typ 2 in der Kindheit/Erwachsenenalter und neurosensorische Beeinträchtigungen.

Ernährungsberatung mit niedrigem GI versus Ernährungsberatung mit mittlerem bis hohem GI (vier Studien)

Beim Vergleich zwischen Ernährungsberatungsgruppen mit niedrigem GI und mit mittlerem bis hohem GI konnten in Bezug auf die primären Endpunkte keine klaren Unterschiede zu einem GDM Risiko gezeitigt werden (RR 0,91; 95% KI 0,63 bis 1,31; vier Studien, 912 Frauen; GRADE: niedrige Qualität der Evidenz) oder zu makrosomen Neugeborenen (mittleres RR 0,60; 95% KI 0,19 bis 1,86; drei Studien, 777 Neugeborene; $Tau^2 = 0,61$; $P = 0,07$; $I^2 = 62\%$; GRADE: sehr niedrige Qualität der Evidenz). Die Studien berichteten nicht über Bluthochdruckprobleme in der Schwangerschaft, perinatale Sterblichkeit, neonatale Mortalität und Morbidität.

Keine klaren Unterschiede zeigten sich für Kaiserschnittraten (RR 1,27; 95% KI 0,79 bis 2,04; zwei Studien, 201 Frauen; GRADE: sehr niedrige Qualität der Evidenz und Gewichtszunahme in der Schwangerschaft (MD -1,23 kg, 95% KI -4,08 bis 1,61; vier Studien, 787 Frauen; $Tau^2 = 7,31$; $I^2 = 90\%$; GRADE: sehr niedrige Qualität der Evidenz), als auch für andere untersuchte sekundäre Endpunkte.

Die Studien berichteten nicht über die Mehrheit der sekundären Endpunkte, einschließlich dem langfristigen Gesundheitszustand, der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und den Kosten. Mit GRADE war es uns nicht möglich folgende Endpunkte zu untersuchen: Dammverletzungen, postnatale Depression, mütterlicher Typ 2 Diabetes, neonatale Hypoglykämie, Diabetes Typ 2 in der Kindheit/Erwachsenenalter und neurosensorische Beeinträchtigungen.

Ballaststoffreiche Ernährung versus Standard-Ernährungsberatung (eine Studie)

Die einzige Studie in diesem Vergleich berichtete über zwei sekundäre Endpunkte. Für die mittleren Blutzuckerwerte (nach einem oralen Glukosetoleranztest in der 35. Schwangerschaftswoche) und das Geburtsgewicht zeigten sich keine klaren Unterschiede zwischen Ernährungsberatungsgruppen mit ballaststoffreicher oder Standard-Ernährungsberatung.

Für Frauen, die eine Ernährungsberatung versus einer Standardbetreuung bekommen, gibt es Evidenz von sehr niedriger Qualität aus

fünf Studien, die eine eventuelle Reduzierung des GDM Risikos nahelegt. Für Frauen, die eine Ernährungsberatung mit niedrigerem versus mittlerem bis hohem GI erhielten, weist Evidenz von sehr niedriger Qualität aus vier Studien auf keinen klaren Unterschied hin. Bei Frauen, die eine Ernährungsberatung erhielten, wurde eine mögliche Verminderung der schwangerschaftsbedingten Hypertonie beobachtet. Für andere berichtete primäre Endpunkte konnten keine klaren Unterschiede erkannt werden. Es gab nur wenige Daten für sekundäre Endpunkte. Für Endpunkte, die mit GRADE bewertet wurden, wurde die Evidenz als niedrig bis sehr niedrig beurteilt und die Herabstufung basierte auf Studieneinschränkungen (Risiko für Bias), Ungenauigkeit und Inkonsistenz.

Fazit der Autor/innen

Um über die Wirkungen einer Ernährungsberatung als Intervention in der Schwangerschaft urteilen zu können, wird mehr qualitativ hochwertige Evidenz benötigt. Zukünftige Studien sollten im Design sowohl die Adhärenz und die Sicht und Vorlieben der Frauen mit einschließen, als auch über genügend statistische Teststärke verfügen, um Wirkungen auf kurz- und langfristige Endpunkte zu erforschen; in der GDM Forschung besteht ein Bedarf an solchen Studien, um zentrale Endpunkte zu sammeln und darüber zu berichten. Wir identifizierten fünf noch nicht abgeschlossene Studien und vier, bei denen die Klassifizierung noch aussteht. Wir werden diese in der nächsten Aktualisierung des Review berücksichtigen.

Zitation des Cochrane Reviews:

Tieu J, Shepherd E, Middleton P. Dietary advice interventions in pregnancy for preventing gestational diabetes mellitus. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 1. Art. No. DOI: 10.1002/14651858.CD006674.pub3

Hebammengeleitete, kontinuierliche Betreuung im Vergleich zu anderen Versorgungsmodellen für Frauen rund um die Geburt

Sandall J, Soltani H, Gates S

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

Übersetzung durch Michaela Michel-Schuldt M.Sc. Midwifery

Hintergrund

Hebammen sind weltweit die primären Anbieter/innen von Versorgungsleistungen für Frauen rund um die Geburt. Es gibt jedoch einen Mangel an zusammengefassten Informationen, um festzulegen, ob es Unterschiede in Morbidität und Sterblichkeit, ebenso in der Alltagswirksamkeit und psychosozialen Endpunkten zwischen Modellen von hebammengeleiteter, kontinuierlicher Betreuung und anderen Versorgungsmodellen gibt.

Ziele

Modelle hebammengeleiteter, kontinuierlicher Betreuung mit anderen Modellen für Frauen rund um die Geburt und deren Kinder zu vergleichen.

Methodisches Vorgehen

Wir suchten im Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register (Stand 25. Januar 2016) und in Referenzlisten der identifizierten Studien.

Auswahlkriterien

Alle publizierten und nicht publizierten Studien, in welchen schwangere Frauen mittels Randomisierung entweder in Modelle der hebammengeleiteten, kontinuierlichen Betreuung oder anderen Versorgungsmodellen während der Schwangerschaft und Geburt zugeteilt wurden.

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. Die Qualität der Evidenz wurde mithilfe des GRADE Ansatzes bewertet.

Hauptergebnisse

Wir haben 15 Studien eingeschlossen, an denen insgesamt 17.674 Frauen beteiligt waren. Für alle primären Endpunkte, zum Beispiel Regionalanästhesie (epidural oder spinal), Kaiserschnittgeburten, instrumentelle vaginale Entbindungen (Forzepts/Vakuumentraktion), Spontangeburt, intakter Damm, Frühgeburt (weniger als 37 Wochen) und alle fetalen Verluste vor und nach der 24. Schwangerschaftswoche (SSW) und neonatale Todesfälle bewerteten wir die Qualität der Evidenz aus den Studien mithilfe des GRADE Ansatzes: die Qualität für alle primären Endpunkte wurde als hoch eingestuft.

Frauen, die in Modellen der hebammengeleiteten, kontinuierlichen Betreuung versorgt wurden, erhielten in Bezug auf die primären Endpunkte weniger häufig eine Regionalanästhesie (mittleres relatives Risiko (RR) 0,85; 95% Konfidenzintervall (KI) 0,78 bis 0,92; n = 17.674; Studien = 14; hohe Qualität der Evidenz), eine instrumentelle vaginale Entbindung (mittleres RR 0,90; 95% KI 0,83 bis 0,97; n = 17.501; Studien = 13; hohe Qualität) oder eine Frühgeburt vor der 37. SSW (mittleres RR 0,76; 95% KI 0,64 bis 0,91; n = 13.238; Studien = acht; hohe Qualität der Evidenz) und erfuhren seltener fetale Verluste vor und nach der 24. SSW sowie neonatale Todesfälle (mittleres RR 0,84; 95% KI 0,71 bis 0,99; n = 17.561; Studien = 13; hohe Qualität der Evidenz). Frauen, die in Modellen der hebammengeleiteten, kontinuierlichen Versorgung betreut wurden, hatten eine höhere Wahrscheinlichkeit, eine Spontangeburt zu erleben (mittleres RR 1,05; 95% KI 1,03 bis 1,07; n = 16.687; Studien = 12; hohe Qualität der Evidenz). Es gab keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen in Bezug auf Kaiserschnitt-Raten oder intaktem Perineum.

Bei den sekundären Endpunkten hatten Frauen, die in Modellen der hebammengeleiteten, kontinuierlichen Versorgung betreut wurden, eine geringere Wahrscheinlichkeit, eine Amniotomie zu erhalten (mittleres RR 0,80; 95% KI 0,66 bis 0,98; n = 3.253; Studien = vier), eine Episiotomie (mittleres RR 0,84; 95% KI 0,77 bis 0,92; n = 17.674; Studien = 14) und einen fetalen Verlust vor der 24. SSW oder neonatalen Todesfall zu erfahren (mittleres RR 0,81; 95% KI 0,67 bis 0,98;

n = 15.645; Studien = 11). Frauen, die in Modellen der hebammengeleiteten, kontinuierlichen Versorgung betreut wurden, hatten eine geringere Wahrscheinlichkeit, Analgesien/Anästhesien zu erhalten (mittleres RR 1,21; 95% KI 1,06 bis 1,37; n = 10.499; Studien = sieben), hatten im Durchschnitt eine geringere Geburtsdauer (in Stunden) (Mittelwertdifferenz (MD) 0,50; 95% KI 0,27 bis 0,74; n = 3.328; Studien = drei) und eine höhere Wahrscheinlichkeit, während der Geburt durch eine ihnen bekannte Hebamme betreut zu werden (mittleres RR 7,04; 95% KI 4,48 bis 11,08; n = 6.917; Studien = sieben). Es gab keine Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf fetale Verluste bis oder nach der 24. SSW und neonatale Todesfälle, ebenso wie bei der Geburtseinleitung, einem klinischen Aufenthalt während der Schwangerschaft, Blutungen während der Schwangerschaft, protraumiertem Geburtsverlauf/Oxytocingabe während der Geburt, Opiatgabe, Dammsrisse, die genäht werden müssen, postpartale Blutungen, Beginn der Stillbeziehung/erstem Anlegen, Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht, fünf-Minuten-Apgar Wert von sieben oder weniger, neonatale Krampfanfälle/Konvulsionen, Aufnahme des Kindes in eine spezielle Versorgungseinrichtung oder eine neonatale Intensivstation oder im Mittel einen längeren (in Tagen) Aufenthalt in einer Neugeborenenstation.

Aufgrund eines Mangels an Konsistenz bei der Erhebung der Zufriedenheit der Frauen und der Untersuchung der Kosten der verschiedenen Modelle mütterlicher Versorgung, wurden diese Endpunkte narrativ berichtet. Die Mehrheit der eingeschlossenen Studien berichtete von einer höheren Rate mütterlicher Zufriedenheit in der Versorgung in hebammengeleiteten, kontinuierlichen Modellen. Ebenso gab es einen Trend in Richtung eines Kosteneinsparungseffekts bei Modellen der hebammengeleiteten, kontinuierlichen Versorgung im Vergleich zu anderen Versorgungsmodellen.

Fazit der Autor/innen

Weitere Forschung ist nötig, um die Ergebnisse in Bezug auf geringere Frühgeburtlichkeit und geringere fetale Todesfälle bei weniger als 24. SSW sowie alle fetalen Verluste/neonatale Todesfälle zu untersuchen, die mit der Betreuung in Modellen hebammengeleiteter, kontinuierlicher Versorgung in Verbindung gebracht werden.

Zitation des Cochrane Reviews:

Sandall J, Soltani H, Gates S. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 4. Art. No. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5

- Save the date -

15.02.2018: 12. Mitgliederversammlung der DGHWi e.V. und 10-jähriges Bestehen der DGHWi e.V.

16.02.2018: 4. Internationale Fachtagung der DGHWi e.V.

Wissen als innovative Kraft für die Hebammenarbeit

Prof. Dr. Melita Grieshop¹, Prof. Dr. Dorothea Tegethoff¹

Einführung

Die Akademisierung des Hebammenberufes ist derzeit eine zentrale Herausforderung, der sich die Berufsgruppe stellen muss. Seit Erlass der Modellklausel 2009 [5] wurden vier primärqualifizierende und sieben ausbildungsergänzende bzw. ausbildungsintegrierende Studiengänge für Hebammen eingerichtet. Mit Verabschiedung des dritten Pflege-stärkungsgesetzes [4] vom 23.12.2016 wurde die Modellklausel auch für das Hebammenwesen bis zum Jahr 2021 verlängert.

Vor diesem Hintergrund wird in folgendem Beitrag erläutert, welche Entwicklungen Expert/innen in den kommenden Jahren für eine zukunftsfähige und moderne berufliche Bildung für Hebammen als erforderlich erachten und welche Chancen sie in der Akademisierung sehen.

Hintergrund

Die Überführung der Hebammenausbildung an die Hochschulen ist ein seit Jahren überfälliger Schritt in der Modernisierung der Gesundheitsberufe. Die Zunahme chronischer Erkrankungen in der generativen Lebensphase und der Anstieg des Anteils von Frauen und Familien in mehrfachbelasteten Lebenssituationen bedingen zunehmend sehr komplexe Betreuungssituationen mit erweiterten Anforderungen an Hebammen. Um diesen Erfordernissen gerecht werden zu können, fordert der Gesetzgeber von Hebammen wissenschaftliche Kenntnisse [6]. Damit verbunden ist die Fähigkeit zum evidenzbasierten Arbeiten, das zu mehr Effektivität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und somit zur Qualitätsverbesserung in der Geburtshilfe führen soll. Für die einzelne Frau verbirgt sich dahinter die Zusicherung, dass ihre Betreuung nicht nur den aktuellen Wissensbeständen entspricht, sondern unter Berücksichtigung der Erfahrung der betreuenden Hebamme explizit an ihren individuellen Bedürfnissen und Präferenzen ausgerichtet wird [8].

Um die Erfahrungen aus den innovativen Modell-Studienstandorten zusammenzuführen, war der Erlass der Modellklausel im Jahr 2009 mit einer Auflage zur Evaluation der Modellstudiengänge im Jahr 2015 [1] verbunden. Auf der Grundlage der Ergebnisse sollte die aktuell herbeigeführte Entscheidung über die Fortführung der Modellklausel bzw. die zukünftige Überführung der Ausbildung in hochschulische Strukturen getroffen werden. Eindeutig hat die Evaluation des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen einen Kompetenzgewinn bei den Studierenden der Gesundheitsberufe gegenüber Absolvent/innen der fachschulischen Ausbildung ermittelt [3]. Demzufolge kommt die Bunderegierung in ihrem Abschlussbericht zur Modellklausel zum Ergebnis, dass die generelle Überführung der Hebammenausbildung auf hochschulisches Bildungsniveau bis zum Jahr 2020 umzusetzen sei [2]. Diese Vorgehensweise war von den Hochschulen erwartet worden. Zudem entsprach dieser Beschluss nicht nur dem Innovationsbedarf in der Bildung der Gesundheitsberufe, sondern auch der rechtlichen Maßgabe der EU-Richtlinie 2013/55/EU, die europaweite Anerkennung der Hebammenausbildung in Deutschland und die damit verbundene berufliche Mobilität von Hebammen endlich zu ermöglichen.

Vor diesem Hintergrund war es überraschend, dass der Gesetzgeber die Modellphase für das Hebammenwesen durch das Dritte Pflege-stärkungsgesetz vom 23.12.2016 bis in das Jahr 2021 verlängert hat. Damit wurden die Hoffnungen auf eine Dynamisierung der bisherigen Modernisierungsschritte enttäuscht [9] und Deutschland ist trotz des nachgewiesenen Verbesserungs-Potentials der primärqualifizierenden hochschulischen Bildung in der Frage der Akademisierung des Hebammenberufes weiterhin das Schlusslicht in Europa.

Umso bedeutsamer ist es jetzt, die Expertise, die in den vergangenen Jahren in den Modellstudiengängen erworben wurde, in die Weiterentwicklung bestehender Studienprogramme und den Aufbau weiterer Modellstudiengänge für Hebammen einfließen zu lassen.

Um diese Expertise abzubilden, haben Hebammenwissenschaftler/innen im Studiengang Hebammenkunde (Bachelor of Science of Midwifery) an der Evangelischen Hochschule Berlin (EHB) 2015-2016 eine Befragung von Expert/innen zu den Chancen und Herausforderungen der Akademisierung des Hebammenberufes durchgeführt. Ziel der Erhebung war es, Entwicklungspotentiale im Berufsfeld von Hebammen und die daraus resultierenden Anforderungen an Studiengänge für Hebammenkunde und -wissenschaft zu identifizieren.

Methodik

Um diesen Fragen nachzugehen, wurde im Rahmen der Evaluation ein qualitatives Studiendesign gewählt. Anhand eines vom Team des Studiengangs Hebammenkunde der Hochschule Fulda unter Leitung von Frau Prof. B. Müller-Rockstroh entwickelten Interviewleitfadens wurden zehn leitfadengestützte Telefoninterviews mit Expert/innen aus Bildung, Praxis, Forschung, Berufsrecht und Berufspolitik des Hebammenwesens geführt. Die Interviews dauerten 20 bis 45 Minuten und wurden vollständig wortgetreu transkribiert, pseudonymisiert und nach der Methode der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [7] ausgewertet. Im Folgenden sollen exemplarisch Ergebnisse dieser Befragung unter dem Fokus des professionellen Wissens von hochschulisch qualifizierten Hebammen dargelegt werden.

Ergebnisse

Eine zentrale Chance der Akademisierung für die Berufsgruppe der Hebammen sehen die Expert/innen im Zugang zu wissenschaftlichen Erkenntnissen, der durch ein Hochschulstudium ermöglicht wird. In der Lehre werden hebammenrelevante Themen vor dem Hintergrund aktueller Forschungsergebnisse und Theorien bearbeitet und im Kontext der geburtshilflichen Praxis diskutiert. Dabei entwickeln die Studierenden die Fähigkeit, die Qualität von Studien und Studienergebnisse kritisch zu bewerten und Schlussfolgerungen für die Geburtshilfe abzuleiten. So fasst eine Expertin zusammen:

„Also nicht nur Wissen verstehen, und dass man das dann abrufen und irgendwie praktisch umsetzen kann, sondern auch Fähigkeiten dahin gehend, dass man Gegebenheiten, Wissen, Erkenntnisse analysieren kann, dass man sie bewerten kann, (...) und dass man einfach abstrakte theoretische Konzepte, also Regelsysteme und

so weiter, erlernt, die man dann auf unterschiedliche Situationen auch übertragen kann. (Interview 7, Abs. 2)

Diese angemessene Anwendung des Wissens in unterschiedlichen Situationen setzt die Fähigkeit zum evidenzbasierten Arbeiten voraus. Dabei werden die Wissensbestände unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Frau und der beruflichen Erfahrungen der Hebamme in der Betreuung umgesetzt. Im Einzelfall kann dies bedeuten, dass Maßnahmen, die z.B. in Leitlinien empfohlen, von der Frau aber abgelehnt werden, nicht durchgeführt werden.

Als einen weiteren wichtigen Vorteil der hochschulischen Qualifikation bewerten die Expert/innen die Befähigung zukünftiger Hebammen zur Generierung neuer hebammenrelevanter Erkenntnisse. So wird die Abgrenzung berufsspezifischer Wissensbestände gegenüber medizinischem Wissen deutlich gemacht wie der folgende Interviewausschnitt zeigt:

„Also, wie eben schon gesagt beispielsweise, wenn wir die Forschung machen, wenn wir unsere Ergebnisse haben und nicht immer „second hand“ irgendwie was von den Ärzten und Ärzt/innen übernehmen müssen, auswerten müssen oder wie auch immer. [...] Weil dann kann man auch wirklich das beforschen was für uns wichtig ist.“ (Interview 5, Abs. 46)

Auf der anderen Seite betonen die Expert/innen, dass die Forschung unter diesen Bedingungen auch neue Entwicklungen in der Geburtshilfe anregen kann:

[...] dass man neue komplexe Situationen überhaupt also neu erfassen kann, ja, dass man sie analysieren kann, dass man neue Strategien entwickeln kann, dass man neue Handlungsweisen, eben nicht nur angepasst, sondern überhaupt neue Handlungsweisen auch ausführen und planen kann, und diese dann wieder auch regelgeleitet oder systematisch evaluieren kann“ (Interview 7, Abs. 6)

Die Expert/innen betrachten Hebammenforschung als wesentlichen Beitrag zu einer interventionsarmen und individualisierten Geburtshilfe. Dabei stellen sie den gesundheitsfördernden Ansatz der Hebammenarbeit der geburtsmedizinischen Risikoorientierung gegenüber. Dies wird in folgender Aussage eines Geburtsmediziners erläutert:

„Das heißt, die Ärzte verkörpern ja eine pathogenetische Sicht, was ich überhaupt nicht abwertend meine, aber es ist einfach historisch gewachsen. Ärzte sind nun mal Heilkundler und das Grundverständnis des Arztes ist das Heilen, und damit hat er automatisch, so zu sagen, mit seiner medizinischen Muttermilch das patho-

genetische Verständnis aufgesogen. Während dem die Hebamme ja traditionell aus einem salutogenetischen Blickwinkel kommt.“ (Interview 2, Abs. 36)

Explizit wird seitens der Expert/innen die geburtshilfliche Betreuung durch Hebammen mit dem Begriff einer gesundheitsfördernden Gebärkultur in Verbindung gebracht:

„Da erhoffe ich mir natürlich über die, wie soll ich sagen, eine Entpathologisierung und Entmedikalisierung von gesunden Schwangerschafts- und Geburtsverläufen eben durch das Etablieren von einer gesundheitsfördernden Gebärkultur eine Veränderung. Also das Ansteigen von unnötigen geburtsmedizinischen Interventionen, das muss unbedingt eingegrenzt werden, dass wir eben auch die Frauen nicht unnötig pathologisieren. Also das Unterstützen physiologischer Schwangerschafts- und Geburtsverläufe und physiologischer Wochenbettverläufe. Auch die Frauen in ihrer Gesundheitskompetenz eben stützen und ihnen eigentlich die Eigenverantwortung, dass sie die übernehmen möchten, dass das die Hebammen eben auch fördern, das bringt den Frauen sehr viel.“ (Interview 10, Abs. 67)

Demnach sehen die Expert/innen in der wissenschaftlichen Qualifikation von Hebammen eine innovative Kraft, die in Verbindung mit der Fähigkeit zur situationsangemessenen und bedürfnisorientierten Betreuung der Frau zu einer interventionsarmen und gesundheitsfördernden Geburtshilfe beitragen kann.

Diskussion und Fazit

Die Befragung der Expert/innen zu den Chancen und Herausforderungen der hochschulischen Primärqualifikation von Hebammen hat somit gezeigt, dass die Arbeit mit wissenschaftlichen Erkenntnissen und deren Anwendung in der Praxis mit der Reduktion von unbegründeten geburtshilflichen Interventionen verbunden wird. Infolge dessen werden eine Stärkung physiologischer Prozesse in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und daraus resultierend eine Verbesserung der Versorgungsqualität erwartet.

Dazu bedarf es nach Ansicht der Expert/innen einer hebammen-spezifischen Perspektive in der Forschung, die neue Erkenntnisse über effektive Interventionen und Konzepte hervorbringt, um die dringend erforderlichen Innovationen in der gegenwärtigen Geburtshilfe zu initiieren.

Zusammenfassend erwarten die Expert/innen, dass die Akademisierung des Hebammenberufs entscheidend zur Professionalisierung der Hebammenarbeit beitragen wird.

Institution: ¹ Evangelische Hochschule Berlin.

Kontakt: grieshop@eh-berlin.de

Literatur

1. Bundesministerium für Gesundheit. Bekanntmachung von Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben nach § 6 Absatz 4 Satz 3 des Hebammengesetzes. Bundesanzeiger; 2009(180):4052.
2. Bundesregierung. Deutscher Bundestag: Unterrichtung durch die Bundesregierung: Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten.; Drucksache 18/9400; 18. Wahlperiode; 2016 Aug 19.
3. Darmann-Finck I, Muths S, Görres S, Adrian C, Bomball J. Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW: Abschlussbericht 2014. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen; 2014.

4. Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz–PSG III) vom 23. Dezember 2016. BGBl. I; 2016(65):3191.
5. Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten (ModellKIG) vom 25. September 2009. BGBl. I 2009; (64):3158.
6. Landeshebbammengesetz Nordrhein-Westfalen. Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger vom 04. Mai 2002: HebBO NRW. GV. NRW.;56(12):165.
7. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 12., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz; 2015. (Beltz Pädagogik).
8. Schwarz C, Stahl K. Grundlagen der evidenzbasierten Betreuung. 2., erw. Aufl. Hannover: Staudé; 2013. (Evidenz & Praxis).
9. Sektion Hochschulbildung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft. Deutschland weiterhin Schlusslicht bei der hochschulischen Hebammenausbildung in Europa: Stellungnahme vom 06.01.2017. Bochum; 2017.

Wie akademisch ausgebildete Hebammen die Praxis bereichern: Ergebnisse einer Absolventinnenbefragung

Prof. Dr. Claudia Hellmers¹, Dr. Verena Groß¹

Hintergrund

Aktuelle politische Entwicklungen deuten darauf hin, dass die Bestrebungen, eine kompetenzorientierte, modularisierte Hebammenausbildung auf Hochschulniveau anzubieten sowie die Berufsgesetze entsprechend zu novellieren, kurz- bis mittelfristig in eine Umsetzung münden werden. In zahlreichen Publikationen zur Ausbildung von Hebammen (und weiteren Gesundheitsberufen) sprechen sich die Autorinnen für notwendige Veränderungen der Ausbildung und eine Empfehlung zur hochschulischen Qualifikation von Hebammen aus [3,6,7,9,14,15,17,18,20,22,23]. Untermauert wurde dies zuletzt durch den Wissenschaftsrat [21] in seiner Stellungnahme zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Auch die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft positionierte sich in ihrer Stellungnahme zum Wissenschaftsratsgutachten für die Akademisierung im Hebammenwesen [10]. Der im August 2016 veröffentlichte Bericht der Bundesregierung an den Deutschen Bundestag über die Ergebnisse zur Evaluation der Modellstudiengänge in NRW enthält erstmalig eine schriftliche Stellungnahme des BMG zur Vollakademisierung von Hebammen. Hier heißt es: „Zugleich ergibt sich für die Hebammenausbildung bereits heute die Notwendigkeit einer vollständigen Akademisierung der Ausbildung bis zum 18. Januar 2020.“ [4, S. 33].

In der Argumentation folgt der Bericht der notwendigen Umsetzung der 2014 in Kraft getretenen Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20.11.2013, die u.a. eine „zwölfjährige allgemeine schulische Ausbildung“ als Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung zur Hebamme festlegt vorsieht [16, S. L 354/155; 4, S. 33]. Das BMG hält es in seinen Handlungsempfehlungen für angemessen, die Modellregelungen für die einzelnen Gesundheitsberufe um weitere 10 Jahre zu verlängern, wobei für die Hebammenausbildung ein verkürzter Zeitraum vorgesehen wurde. So sollte ein zeitlicher Rahmen für die „Reform der Berufe“ und die Integration der Umsetzungserfahrungen bei der Hebammenausbildung gewährleistet werden. Auch werden die Notwendigkeit einer bundeseinheitlichen Ausbildung und das Erreichen des Ausbildungsziels unabhängig vom Ausbildungsmodell (Berufsfachschule, Hochschule) betont. Der in der Evaluation der Modellstudiengänge erkannte Mehrwert einer akademischen Qualifikation im Vergleich zur fachschulischen Ausbildung wird ebenfalls angeführt. Zugleich werden offene Fragen zu den Modellvorhaben

thematisiert [4], die der Gesetzgeber in Folge im Dezember 2016 im Rahmen des Dritten Pflegestärkungsgesetzes inhaltlich wieder aufgreift. Gemäß den Empfehlungen des BMG soll eine erneute wissenschaftliche Evaluation valide Aussagen zur Nachhaltigkeit der Modellvorhaben, zum dauerhaften Nutzen einer akademischen Ausbildung, zu den Kostenfolgen für das Gesundheitswesen und den Auswirkungen des Ausschlusses mittlerer Bildungsabschlüsse enthalten. Auch sollen duale Programme, bei denen die fachschulische und hochschulische Ausbildung parallel stattfinden, in die Evaluation integriert werden. Entgegen dem Bericht der Bundesregierung wird im Dezember 2016 eine vierjährige Verlängerung der Modellklausel (bis zum Jahr 2021) in den Berufsgesetzen der Gesundheitsberufe beschlossen [8]. In diesem Zusammenhang erscheint es sinnvoll, weiterführend auch Hinweise zum Verbleib und der Berufszufriedenheit der akademisch qualifizierten Hebammen [4,5] und zur Frage der Akzeptanz der Kolleginnen in der Praxis [11] zu erhalten.

Bewertet man die neuen Gesetzgebungsverfahren bleibt positiv zu konstatieren, dass die berufspolitischen Anstrengungen das Ziel der Anhebung der Hebammenausbildung auf Bachelorniveau erreicht zu haben scheinen, so dass die konkrete Umsetzung einer Vollakademisierung zielgerichtet weiterverfolgt werden kann. Gleichwohl sind dabei binnen eines kurzen Zeitraumes einige Herausforderungen zu bewältigen. Diese betreffen z.B. das Format der zu planenden Studiengänge (z.B. primärqualifizierend, dual, ausbildungsergänzend, additiv), Planungsunsicherheiten in Bezug auf die neuen Berufsgesetze, die notwendige Nachwuchsqualifizierung im wissenschaftlichen Bereich (auch auf der Ebene Master und Promotion) sowie die Finanzierung der Ausbildung [1]. In diesem Kontext sind die Erfahrungen der bereits bestehenden hebammenwissenschaftlichen Studiengänge wertvoll, um daraus auch mögliche inhaltliche und strukturelle Prozesse für die Zukunft ableiten zu können. Einige Ergebnisse aus den Modellstudiengängen sind bereits in die Evaluation eingeflossen, andere lassen sich z.B. im Rahmen interner Evaluationen oder durchgeführter Absolventinnenbefragungen ermitteln. So können ebenfalls Hinweise für die vom BMG geforderten Antworten auf die offenen Fragen gegeben werden.

Derzeit existieren in Deutschland Modelle zur Ausbildung und Weiterqualifizierung von Hebammen, die einerseits Unterschiede in der Struktur (ausbildungsergänzend, dual, primärqualifizierend, additiv),

aber auch in der inhaltlichen Ausrichtung aufweisen. Vor diesem Hintergrund werden sich auch die Befragungen der Absolventinnen unterscheiden. Die Ergebnisse dieses Beitrags beziehen sich auf Bachelorabsolventinnen, die ein ausbildungsergänzendes Programm durchlaufen haben. Sie sollen Aufschluss im Hinblick auf den Verbleib und implizit auch auf den Nutzen des Studiums geben.

Ziele

Ziel dieses Beitrags ist es, Ergebnisse zum Verbleib von Absolventinnen nach einem ausbildungsergänzendem hebammenwissenschaftlichen Bachelorstudium aufzuzeigen. Berücksichtigt werden neben der Motivation zur Aufnahme eines Studiums die Tätigkeitsfelder und die Einstellungen zum Beruf nach dem Studienabschluss sowie Studieninhalte, die als besonders hilfreich für die praktische Tätigkeit angesehen werden. Darüber hinaus werden Erfahrungen mit Kolleginnen, Vorgesetzten und anderen Berufsgruppen in der Praxis skizziert.

Methodik

Design und Setting

An der Hochschule Osnabrück wurde eine schriftliche Befragung aller Absolventinnen der ersten sieben Kohorten des Studiengangs Midwifery (B.Sc.) in einem Zeitraum von Dezember 2014 bis März 2017 durchgeführt. Ziele dieser Gesamtbefragung waren sowohl Kenntnisse über den Verbleib, erste Erfahrungen mit dem Bachelorabschluss als auch eine Gesamtevaluation für den Studiengang zu erhalten. Die Befragungsinhalte erfassten einen Rückblick auf den Studieneinstieg und den Studienverlauf, den beruflichen Verbleib, die Bewertung des Studiums und die persönlichen Erfahrungen im Berufsumfeld sowie die weiteren Perspektiven nach dem Bachelorabschluss.

Bei der Erhebung handelte es sich um eine quantitative schriftliche Befragung (Querschnittserhebung) auf der Grundlage eines selbst-konstruierten Fragebogens mit geschlossenen und offenen Fragen, der in Papierform an die Absolventinnen des Studiengangs Midwifery B.Sc. versendet wurde [2].

Stichprobe

In einer ersten Erhebungsphase wurden im Zeitraum zwischen Dezember 2014 und Juli 2015 die Absolventinnen der ersten sechs Studiengruppen befragt. An die Absolventinnen der ersten fünf Kohorten wurde die Befragung Ende Dezember 2014 versandt. Um alle Absolventinnen der sechsten Kohorte miteinbeziehen zu können, wurde diese Kohorte gesammelt im Mai und Juni 2015 nach Abschluss der gesamten Gruppe ebenfalls in die Befragung mit aufgenommen. Von insgesamt 74 Personen aus diesen ersten sechs Gruppen konnten insgesamt 73 ermittelt und befragt werden. Aus diesen Kohorten war bis Ende Juli 2015 ein Rücklauf von 37 Antwortbögen zu verzeichnen. Weitere 20 Absolventinnen der siebten Kohorte wurden in einer erneuten Erhebungsphase von Dezember 2016 bis März 2017 befragt, mit einem Rücklauf von 13 Antwortbögen. Von insgesamt 93 Personen, die im gesamten Zeitraum befragt wurden, haben 50 Absolventinnen eine Bewertung abgegeben. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 53,76 %.

Analyse

Die Auswertung der quantitativen Daten wurde mit der Evaluations-

software „Unizensus“ vorgenommen. Die eingesandten Papierfragebögen wurden dabei durch einen Hochleistungsscanner eingelesen und deskriptiv ausgewertet. Die offenen Fragen wurden inhaltsanalytisch thematisch geordnet und dabei teilweise paraphrasiert und zusammengefasst [12].

In den Rückantworten wurden in manchen Bögen die Fragen nicht vollständig beantwortet. In der Auswertung ist die Anzahl der abgegebenen Antworten zu jeder Frage mit der jeweiligen Stichprobengröße (n) angegeben und die prozentualen Angaben beziehen sich auf diese Anzahl der abgegebenen Antworten.

Für den vorliegenden Artikel wurden jene Fragen ausgewählt und näher analysiert, die für die Weiterentwicklung der akademischen Ausbildung relevant erscheinen und die erste Teilantworten zu den eingangs thematisierten offenen Fragen geben könnten.

Charakteristisch für den Studiengang ist die ausbildungsergänzende Struktur des Curriculums, die es ermöglicht erweiterte fachwissenschaftliche und bezugswissenschaftliche Inhalte zu lehren, die über die in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung festgelegten Inhalte hinausgehen und sich dadurch auch von den Anforderungen der primärqualifizierenden Modellstudiengänge unterscheiden. Auch die integrierte berufspädagogische Zusatzqualifikation zur Praxisanleitung in das Bachelorprogramm ist ein Unterscheidungsmerkmal, das bei der Einordnung der Ergebnisse mit berücksichtigt werden muss.

Ergebnisse

Motivation ein Studium aufzunehmen

Um die ausschlaggebenden Gründe für die Aufnahme eines Studiums zu ermitteln, wurden Kriterien formuliert, die mittels Mehrfachantwort gewählt werden konnten. Darüber hinaus konnten diese im Feld „Sonstiges“ ergänzt werden.

Die drei am häufigsten genannten Kriterien zur Aufnahme des Studiums waren die Erweiterung des beruflichen Horizonts (n=38), die Erweiterung der Fachkenntnisse/ Fachkompetenz (n=37) und die persönliche Weiterentwicklung (n=36). Zudem waren der Erwerb eines akademischen Abschlusses (n=34), ein größerer Gestaltungsspielraum in der Arbeit (n=25), die Verbesserung der Verdienstmöglichkeiten (n=19) und die politischen Entwicklungen im Hebammenberuf (n=15) relevant. Darüber hinaus wurden das Anstreben einer beruflichen Karriere (n=7) und die Zunahme der Verantwortung in der Arbeit (n=4) sowie die Empfehlung von Dritten (n=2) gewählt. Neun Teilnehmerinnen ergänzten unter der Kategorie „Sonstiges“ weitere Gründe. Dazu zählten die internationale Anerkennung, die Möglichkeit einen Masterstudiengang anzuschließen, die Unterstützung des Berufsstandes, das Studium als neue Herausforderung sowie die Verbesserung der Arbeitsbedingungen.

Berufstätigkeit nach dem Studium

Die Ergebnisse zeigen, dass 87,8 % der Absolventinnen (n=43/49) zum Zeitpunkt der Befragung berufstätig sind. Die häufigsten Gründe für eine nicht ausgeübte Berufstätigkeit sind Schwangerschaft und Elternzeit. Die Mehrzahl ist als Hebamme tätig (91,1 %; n=41/45). In Bezug auf die Arbeitsform sind 39% (n=16/41) ausschließlich angestellt tätig. 34,1% der Teilnehmerinnen (n=14/41) geben eine Kombination

aus freiberuflicher und angestellter Hebammentätigkeit an und 26,8% (n=11/41) arbeiten ausschließlich freiberuflich (siehe Abb. 1).

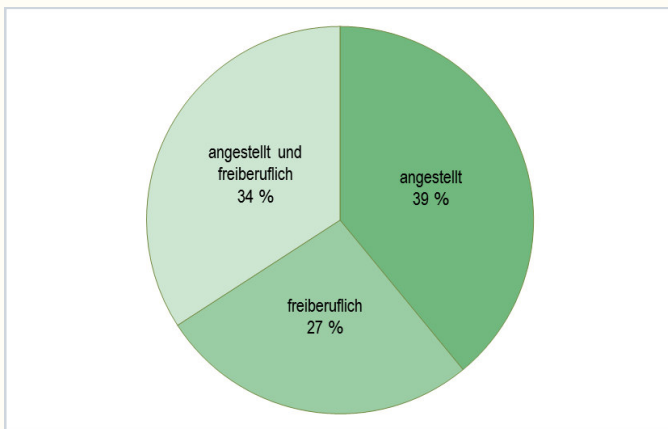


Abbildung 1: Tätigkeitsform

Erweiterung und Veränderung des Tätigkeitsprofils

Darüber hinaus werden erweiterte Tätigkeitsbereiche aufgezeigt. Sowohl der pädagogische Bereich (Praxisanleitung, Lehrtätigkeit an der Hebammenschule/Hochschule, Mutter-Kind-Einrichtung) als auch Managementfunktionen (Leitung Kreißsaal, Mitarbeit in der Pflegedienstleitung oder Geschäftsführung einer Klinik, Projektleitung Risikomanagement) sowie Tätigkeiten im Qualitätsmanagement, für den Berufsverband, für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft und in der Wissenschaft bzw. Forschung werden angeführt.

Das Tätigkeitsprofil hat sich für 36% (n=18/50) der Hebammen nach dem Studium verändert. Neben den dargestellten erweiterten Tätigkeitsfeldern werden auch Veränderungen für die Aufgabenbereiche im Rahmen der originären Hebammentätigkeit beschrieben. Dazu gehören die Arbeit in Projekten/im Projektmanagement, im Qualitätsmanagement/in Qualitätszirkeln, aber auch die Entwicklung und Modifikation von Standards, die evidenzbasierte Beratung von Schwangeren sowie die Einführung von Konzepten bzw. die Umsetzung von Zielen der Kliniken (z.B. Zertifizierung zum „babyfriendly hospital“) sowie die Durchführung von Präsentationen. Eine Zunahme übergeordneter administrativer Aufgaben wird ebenso aufgezeigt wie der Zugewinn an Verantwortung. Eine Teilnehmerin gibt an, die freiberufliche Hebammentätigkeit wirtschaftlicher und koordinierter durchzuführen, eine weitere zeigt die Gründung einer Hebammenpraxis auf.

In Einzelfällen hat auch eine höhere tarifliche Eingruppierung stattgefunden. Diese bezieht sich in der Stichprobe jedoch auf Lehr-, Leitungs- und wissenschaftliche Tätigkeiten.

Ein weiteres Studium haben 18,4% (n=9/49) der Absolventinnen aufgenommen. Nachgefragt werden Pädagogik-, Management-, Public-Health-, Medizin- sowie hebammenwissenschaftliche Studiengänge.

Veränderung der Einstellung zum Beruf nach dem Studium

Die Frage, ob sich ihre Einstellung zum Beruf durch das Studium verändert habe, beantworten 71,4% der Teilnehmerinnen (n=35/49) mit ja. Keine Veränderung stellen 28,6% (n=14/49) fest. In der Begründung beschreiben die Absolventinnen, die eine Veränderung der Einstellung

erleben, unterschiedliche Aspekte. Es lassen sich allgemeine berufsbezogene Veränderungen, eine berufsbezogene wissenschaftliche Perspektive sowie Veränderungen in der Art der Berufsausübung – auch im Hinblick auf die betreuten Familien – sowie eine veränderte berufs- und gesundheitspolitische Perspektive erkennen. Diese werden im Folgenden skizziert.

Allgemeine berufsbezogene Veränderungen

- ◆ Höheres berufliches Selbstbewusstsein erlangt
- ◆ Positive Einstellung gefestigt
- ◆ Motivation für die Hebammenarbeit wiedergewonnen
- ◆ Der Hebammenberuf hat an Qualität gewonnen
- ◆ Durch Zunahme an Wissen Zunahme an Verantwortung wahrgenommen
- ◆ Positive Einstellung zu vielfältigen Beschäftigungsbereichen aufgebaut – Entdeckung neuer Handlungsspielräume und Perspektiven
- ◆ Internationales Denken erweitert.

Berufsbezogene wissenschaftliche Perspektive

- ◆ Wissenschaftlicher Hintergrund erweitert – wissenschaftliches Denken erweitert – Bewusstsein für Forschung erlangt – Möglichkeit erhalten, Hebammenwissen wissenschaftlich fundiert zu belegen
- ◆ Möglichkeit erhalten, bei Zweifel an Notwendigkeit von Tätigkeiten, die Studienlage zu recherchieren
- ◆ Erweiterung des evidenzbasierten Hintergrundwissens – die Bedeutung, evidenzbasiertes Wissen in den Berufsalltag zu integrieren, wurde erkannt – reflektierter Umgang mit evidenzbasierten Grundlagen findet statt.

Veränderungen in der Art der Berufsausübung als Hebamme

- ◆ Blick auf Sachverhalte verändert: Situationen in der Hebammenarbeit können besser eingeschätzt und zugeordnet werden – Geburtshilfe wird nicht mehr isoliert, sondern in ihrer Komplexität erkannt
- ◆ Blickwinkel ist erweitert: Möglichkeiten im Berufsfeld werden besser erkannt – bessere Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen möglich
- ◆ Mehr Verantwortung für die Arbeit mit Schülerinnen entwickelt
- ◆ Durch begründetes Handeln wird die Hierarchie Ärztin/Hebamme weniger stark empfunden
- ◆ Selbstbewusster und zielstrebigere Berufseinstieg als freiberufliche Hebamme wurde möglich
- ◆ Begründetes Handeln in der Praxis ausgeweitet – (Hebammen-) Handeln kann evidenzbasiert begründet werden
- ◆ Stetiges Hinterfragen der Handlungen und Auswirkungen (eigene und die der anderen) – Hinterfragen von Studienergebnissen, die ärztlicherseits für die Betreuung genutzt werden
- ◆ Veränderung der Handlungen durch erworbene Reflexionsfähigkeit
- ◆ Gefühl erhalten für die Praxis besser gerüstet zu sein – durch vielfältig erworbenes Fachwissen Sicherheit für den Berufsalltag erhalten – Mittel für bessere Argumentation erhalten
- ◆ Bewusstsein erlangt, Hebammenstandpunkte im Berufsalltag deutlicher und stärker zu vertreten.

Veränderungen in der Art der Berufsausübung im Hinblick auf die betreuten Frauen/Familien

- ◆ Beratung der betreuten Frauen mit erhöhter Reflexion
- ◆ Selbstbewusstes Vertreten einer frauenorientierten und „normalen“ Geburtshilfe

Einblicke in die Forschung/Lehre

- ◆ Veränderte Haltung gegenüber den Frauen /Paaren: aktiver Einbezug und Umsetzung des Modells Shared-Decision-Making
- ◆ Individualität der Beratung wird im Klinikalltag als große Herausforderung erlebt.

Berufs- und gesundheitspolitische Perspektive

- ◆ Umfassende Sicht auf den Beruf erworben (negative und positive Sichtweise) – besseres Verständnis durch Bezugsdisziplinen erhalten (z.B. BWL)
- ◆ Bewusstsein für niedrigen Verdienst trotz verantwortungsvoller Tätigkeit erlangt
- ◆ Erhalt von betriebswirtschaftlichem Hintergrundwissen hat den Wunsch im Angestelltenverhältnis zu arbeiten verringert
- ◆ Bewertung der Ausbildungsqualität/ -inhalte als zu gering
- ◆ Bewusstsein erlangt als Hebamme wirtschaftlicher zu denken (z.B. in der Freiberuflichkeit)
- ◆ Erkennen der Komplexität beinhaltet ungebremsstes Interesse an weiterem Wissenserwerb und führt weg von der Basisarbeit
- ◆ Höheres Bewusstsein für rechtliche Aspekte des Berufes erlangt
- ◆ Höheres Bewusstsein für politisches Engagement erlangt
- ◆ Bestärkung /Verdeutlichung erhalten, wie wichtig der Berufsstand der Hebamme ist
- ◆ Höhere Wahrnehmung der fehlenden gesellschaftlichen und politischen Anerkennung des Hebammenberufes – Hebammenberuf wird aufgrund der politischen Lage als bedroht wahrgenommen
- ◆ Höheres Bewusstsein für schwierige/wenig ideale Betreuungsbedingungen im Hinblick auf die gesundheitspolitische Lage
- ◆ Höheres Bewusstsein für die Relevanz der Hebammentätigkeit im Rahmen der Versorgung erhalten – Potenziale und Einflussmöglichkeiten von Hebammen und den Wirkungsbereich erkannt
- ◆ Entwicklung von Frust durch internationalen Vergleich von Hebammenarbeit (international zum Teil mehr Anerkennung/mehr Forschung).

Die Teilnehmerinnen, die keine veränderte Einstellung zum Beruf angeben, führen folgende Begründungen an:

- ◆ Die Angst vor der Bedrohung des Berufsstandes wurde durch das Studium verstärkt
- ◆ Die Liebe zum Beruf blieb erhalten und die praktische Tätigkeit soll fortgeführt werden
- ◆ Die eigene Einstellung hat sich nicht verändert, sondern wurde durch das Studium noch bestärkt: Der Beruf wird weiterhin als sehr wichtig wahrgenommen (insbesondere im Sinne der Prävention und der sozialen Aspekte). Diese Aspekte wurden durch das Studium deutlich hervorgehoben.

Studieninhalte und -ziele, die für die praktische Tätigkeit als besonders hilfreich betrachtet werden

Die offene Frage, welche Inhalte und Erkenntnisse bzw. Ziele aus dem Studium für die derzeitige Tätigkeit besonders geholfen haben, wurde facettenreich beantwortet.

In diesem Kontext wurden neben der praxisnahen Auswahl der Module der Zugang zum wissenschaftlichen Arbeiten, die Literaturrecherche, der Umgang mit (internationalen) Studien, die Forschungsmethoden und die erworbene Methodenkompetenz ebenso aufgezeigt wie die Entwicklung von Standards und Leitlinien und die evidenzbasierte

Entscheidungsfindung. Studien zur Begründung der eigenverantwortlichen Hebammentätigkeit und die Auseinandersetzung mit Themen zur Geburt bzw. das Kennenlernen der Studienlage zu praxisnahen Themen und des Expertinnenstandards finden ebenso Erwähnung wie das Wissen zu internationalen Fachgesellschaften.

Zudem werden die Inhalte zur Beratung/zu Beratungsmodellen, zu Kommunikationstechniken sowie zur Beziehungsgestaltung, zu berufsethischen Fragestellungen und zur nutzerinnenorientierten Betreuung benannt. Die Betreuung von Frauen mit Migrationshintergrund, von Alleinerziehenden und sozial schwachen Familien finden explizit Erwähnung. Auch die Grundlagen zur Betriebswirtschaftslehre bzw. zum betriebswirtschaftlichen Denken und zum Qualitätsmanagement, zum Recht sowie zum Projekt- und Personalmanagement werden aufgezeigt. In Anlehnung an die Tätigkeitsbereiche wurde auch das Erlernen der Methoden zur Praxisanleitung hervorgehoben.

Darüber hinaus werden die Fähigkeit zur Selbstreflexion und das Hinterfragen von Gewohnheiten sowie die persönliche Weiterentwicklung, die Bereitschaft das eigene Wissen weiter zu entwickeln und der Austausch mit erfahrenen Kommilitoninnen, die Diskussionen, das Arbeiten im Team sowie die Vernetzung des Berufsstandes benannt. Bemerkenswert werden ebenfalls ein professionelles Auftreten, eine höhere Verhandlungssicherheit aufgrund unterschiedlicher Studieninhalte und ein selbstbewusstes Auftreten in (Bewerbungs-) Gesprächen aufgrund des Studiums.

Gewünschte Studieninhalte, um die derzeitige Tätigkeit noch besser ausüben zu können

Die Absolventinnen sprechen sich in Bezug auf weitere Inhalte u. a. dafür aus, die Organisation der eigenen Berufstätigkeit (z.B. Inhalte zu Hebammengemeinschaftspraxen, Kooperationen mit anderen Berufsgruppen, Steuern, Buchführung, Abrechnungen, Gehaltsverhandlungen, Verhandlungsstrategien, Umgang mit Strukturen im Krankenhaus, Dienstplangestaltung, Arbeitszeitgesetz, Teambildung), pädagogische Inhalte, Verbandstätigkeiten sowie die Qualifikation zur Familienhebamme zu ergänzen. Zudem sollen das hebammen-spezifische und medizinische Wissen sowie Inhalte zur Berufspolitik, zur Gesprächsführung (auch Argumentation für den Studiengang), zum Projektmanagement, zur Personalführung und zum Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis vertieft werden.

Die weitere Vertiefung betriebswirtschaftlicher Grundlagen und des Qualitätsmanagements, Inhalte zur Gesundheitsökonomie und zur Statistik sowie Fachenglisch werden ebenfalls benannt.

Erfahrungen mit Kolleginnen und Vorgesetzten in der Praxis

Um Hinweise zur Akzeptanz der akademisch ausgebildeten Hebammen in der Praxis zu erhalten, wurden die Absolventinnen gebeten, zu ihren Erfahrungen im Umgang mit Kolleginnen, Vorgesetzten und anderen Berufsgruppen auf einer Rating-Skala eine allgemeine Einschätzung abzugeben (Antwortmöglichkeiten: sehr gute Erfahrungen – gute Erfahrungen – teils-teils – schlechte Erfahrungen – sehr schlechte Erfahrungen) (siehe Abbildung 2). Zudem bestand die Möglichkeit, diese Erfahrungen im Freitext zu erläutern.

Erfahrungen mit Hebammenkolleginnen

8,2% (n=4/49) der Absolventinnen geben sehr gute und 34,7% (n=17/49) gute Erfahrungen mit den Hebammen-Kolleginnen an. Knapp

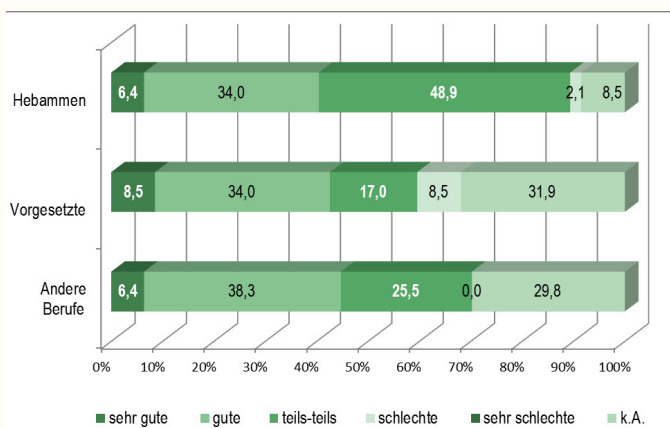


Abbildung 2: Erfahrungen mit Kolleginnen und Vorgesetzten

die Hälfte der Teilnehmerinnen verortet sich in der Kategorie teils-teils (49%; n=24/49). Schlechte Erfahrungen machte eine Kollegin (2%). Keine der Teilnehmerinnen gab sehr schlechte Erfahrungen an. Drei Hebammen (6,1%) können hierzu keine Angaben machen.

Entsprechend der allgemeinen Einschätzung bilden die Angaben im Freitext ebenfalls ein breites Spektrum ab. Die Erfahrungen reichen von überwiegend positiv, Anerkennung, Interesse, Akzeptanz, Respekt, Wertschätzung, Bewunderung, Begeisterung und Neugier der Kolleginnen über neutrale Reaktionen und geteilte Meinungen bis zu Desinteresse, Ignoranz, Sticheleien, Neid, Ablehnung, Feindseligkeit und einem bestehenden Konkurrenzverhältnis.

Während manche Hebammen bzw. Teams die Expertise der Absolventinnen als Bereicherung wahrnehmen und auch gezielt nutzen (z. B. um Studien bitten, sich nach aktuellen Empfehlungen erkundigen, die Studienlage zu bestimmten Themen erarbeiten lassen), beschreiben die Absolventinnen auch Vorurteile ihnen gegenüber sowie Angst der Kolleginnen vor den Hebammen mit akademischem Abschluss. Manche Befragte zeigen auf, dass einige der Hebammen die Akademisierung als Bedrohung der eigenen beruflichen Existenz empfinden und diese kritisch hinterfragen.

Einerseits wird dargestellt, dass sowohl die Absolventinnen als auch die Reflexionen zur Hebammenarbeit sowie die Umsetzung von Projekten kritisch betrachtet werden bzw. sich manche Hebammen durch neue Ideen in Frage gestellt fühlen. Andererseits werden höhere Ansprüche an die Absolventinnen gestellt und es wird erwartet, dass sie zusätzliche Aufgaben übernehmen. Eine Absolventin fühlt sich in Diskussionen ernster genommen, weil sie besser argumentieren kann und eine andere empfindet eine höhere Anerkennung insbesondere in der Zusammenarbeit mit Ärztinnen/Ärzten, weil differenziertere Diskussionen stattfinden können.

In einigen Arbeitszusammenhängen ist das Vorliegen des Bachelorabschlusses der Hebammen gar nicht präsent, andere Absolventinnen vermeiden dieses Thema bewusst, um nicht als „besondere Hebamme“ wahrgenommen zu werden. Beschrieben werden zudem die Wirkung des eigenen Auftretens und eine positive Umsetzung des Gelernten, da dies einen entsprechenden Einfluss auf die Reaktion der Umwelt hat.

Darüber hinaus wird dargestellt, dass das Wissen der Hebammen zum Studium und zu dessen Inhalten, Sinn und Zweck noch gering ist bzw.

zum Teil ein fehlendes Verständnis für die Akademisierung und die Berechtigung zur Existenz der Studiengänge vorliegt. Hierbei werden Fragen zu den (Lern-)Inhalten, den Vorteilen eines Studiums, zu persönlichen Veränderungen durch das Studium und zum Nutzen in Bezug auf eine höhere Vergütung seitens der Hebammen laut. Die Absolventinnen sind in diesem Kontext häufig gefordert, entsprechende Erklärungen zu bieten, aber auch Empfehlungen für oder gegen das Studium abzugeben. Andererseits zeigen sich manche Kolleginnen beeindruckt von der Vielfalt der Möglichkeiten, die sich nach einem Studium für die Arbeit als Hebamme bieten.

Erfahrungen mit Vorgesetzten und anderen Berufsgruppen in der Praxis

In Bezug auf die Erfahrungen mit Vorgesetzten geben 8,5% (n=4/47) sehr gute, 38,3% (n=18/47) gute, 17% (n=8/47) gemischte und 8,5% (n=4/47) schlechte Erfahrungen an. 27,7% (n=13/47) können hierzu keine Angabe machen. Im Hinblick auf die Erfahrungen mit anderen Berufsgruppen (z. B. Pflege und Medizin) verorten sich 8,5% (n=4/47) in der Rubrik sehr gute Erfahrungen. 42,6% (n=20/47) geben gute und 25,5% (n=12/47) gemischte Erfahrungen an. 23,4% (n=11/47) machen keine Angabe.

Zusammengefasst zeichnet sich bezüglich der Vorgesetzten und der anderen Berufsgruppen analog zu den Hebammen-Kolleginnen eine Vielfalt an Erfahrungen ab. Seitens der Vorgesetzten erleben die Absolventinnen Akzeptanz, Anerkennung und Wertschätzung sowohl von leitenden Hebammen als auch von Pflegedienstleitungen und Ärztinnen/Ärzten. Im Hinblick auf Bewerbungssituationen bzw. in Vorstellungsgesprächen ist das Interesse groß, jedoch wird der Studienabschluss finanziell selten honoriert.

Das erweiterte Kompetenzprofil der Absolventinnen wird in den Kliniken gerne genutzt. Dies wird positiv gesehen, z. B. werden gemeinsam mit den Ärztinnen/Ärzten Fortbildungen vorbereitet und durchgeführt, Studienergebnisse werden akzeptiert und Argumente ausgetauscht. Die Absolventinnen werden um konkrete Einschätzungen gebeten, sind besser in Entscheidungsfindungen integriert und werden mit Maßnahmen zur Qualitätssteigerung betraut. Einige beschreiben in Diskussionsprozessen Begegnungen auf Augenhöhe.

Andererseits erleben die Befragten auch Desinteresse und fehlende Anerkennung von den Ärztinnen/Ärzten sowie Skepsis seitens der Pflegedienstleitungen, der Mediziner/-innen und der leitenden Hebammen. Zum Teil wird die Bewährung in der Praxis dem Studienabschluss gegenübergestellt und neue Aufgabenbereiche werden nicht angeboten. Eine neutrale, aber auch eine gleichgültige Rolle werden ebenso erlebt wie Konkurrenzverhalten und Mobbing bei gleichzeitig fehlendem inhaltlichen Interesse. Zudem wird aufgezeigt, dass das erweiterte Fachwissen und die kritische Auseinandersetzung auch Konfliktpotential birgt. Obwohl einige Ärztinnen/Ärzte offen sind und das Studium positiv sehen, scheint eine Etablierung kaum Unterstützung zu erfahren. Für mehr Nachhaltigkeit hält eine Befragte dies jedoch für notwendig. Die Kolleginnen aus der Pflege sehen zum Teil keinen Mehrwert durch ein Studium, andere hingegen sind dem gegenüber sehr aufgeschlossen. Auch in diesem Kontext wird erwähnt, dass einige das Studium nicht einschätzen können bzw. zu wenig darüber wissen und diese Tatsache eher negative Konsequenzen beinhaltet.

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass die Mehrzahl der Hebammen (91,1%; n=45) auch nach dem Bachelorabschluss angestellt und/oder freiberuflich im Berufsfeld der Hebamme verbleibt. Auch weist der hohe Anteil der Berufstätigkeit (87,8%; n=49) auf gute Chancen auf dem Arbeitsmarkt im Anschluss an das Studium hin. Die vielfach geäußerte Sorge in der Praxis, dass akademisch qualifizierte Hebammen sich von der praktischen Tätigkeit entfernen und in andere Handlungsfelder ausweichen könnten scheint demnach unbegründet. Dennoch werden durchaus neue Handlungsfelder wahrgenommen. Diese weisen jedoch in den meisten Fällen ebenfalls eine Anbindung an die Tätigkeitsbereiche der Hebammen auf oder bewegen sich in angrenzenden Berufsfeldern. 36% (n=50) der Teilnehmerinnen geben ein verändertes Tätigkeitsprofil an, das sich jedoch auch auf eine Erweiterung der Aufgabenbereiche bezieht, die das Studium grundsätzlich intendiert. Auch der dringend notwendigen wissenschaftlichen Nachwuchsqualifizierung im Hebammenwesen [1,10] und der geforderten Aufhebung der Bildungssackgasse [3] kann Rechnung getragen werden. 18,4% der an der Befragung teilgenommenen Absolventinnen (n=49) haben bereits ein weiteres Studium aufgenommen.

Für die vorliegenden Ergebnisse zum Verbleib ist zu berücksichtigen, dass es sich um Absolventinnen eines ausbildungsergänzenden Studienmodells handelt, d.h. einige Hebammen verfügten schon vor dem Beginn des Studiums über Berufserfahrungen und weiteten ihre Handlungsfelder nach dem Studium entsprechend aus. Zudem werden Inhalte gelehrt, die z.B. eine Tätigkeit in der Praxisanleitung, in Leitungsfunktionen und im Qualitätsmanagement unterstützen. Auch wenn sich dies als Limitation im Sinne eines generellen Transfers auf die Gruppe der Bachelorabsolventinnen betrachten lässt, zeichnen sich dennoch erste Trends zum Verbleib ab. Vergleichbare Ergebnisse ließen sich in einer ersten ähnlich ausgerichteten Befragung im Studiengang 2012 erkennen [11]. Dies lässt sich ebenfalls für die Akzeptanz in der Praxis bemerken. Hier scheinen sich innerhalb der letzten Jahre im Hinblick auf die Kolleginnen und die Vorgesetzten wenige Veränderungen vollzogen zu haben. Das Spektrum bewegt sich weiterhin zwischen Akzeptanz und Wertschätzung versus Ablehnung und Konkurrenz [11].

Die Ergebnisse zu den Erfahrungen mit dem Berufsumfeld, die unabhängig von der beruflichen Zugehörigkeit hohe Werte in den Skalen „sehr gut“, „gut“ und „teils/teils“ aufweisen, lassen jedoch eine grundsätzliche Akzeptanz der Absolventinnen in der Praxis vermuten. Bemerkenswert sind die Erfahrungen von Absolventinnen mit der eigenen Berufsgruppe im Vergleich zu jenen mit anderen Berufsgruppen, die für letztere positiver ausfallen (42,9% versus 51,1% im Bereich sehr gut/gut). Auch die Erfahrungen mit Vorgesetzten liegen im Vergleich zu den Hebammenkolleginnen in der deskriptiven Auswertung zu einem etwas höheren prozentualen Anteil im Bereich sehr gut/gut (46,8% versus 42,9%).

Die Absolventinnen bewegen sich in einem Praxisfeld, das ihnen neue Chancen eröffnet und sie gleichzeitig vor Herausforderungen stellt. Einerseits erfahren sie eine hohe Wertschätzung und ihre Expertise wird als Ressource genutzt, andererseits unterliegen einige weiterhin einem Rechtfertigungsdruck in Bezug auf das Studium. Diese Ambivalenz spiegelt die mit Ängsten und Unsicherheiten verbundene

Umbruchsituation wider, in der der Berufsstand sich derzeit befindet. Die Beschreibungen der Absolventinnen deuten darauf hin, dass die Informationsarbeit zu Inhalten und Sinn einer akademischen Qualifizierung seitens der Hochschulen weiterhin hohe Aufmerksamkeit gewidmet werden muss. Dies könnte dazu beitragen, sowohl Ängste als auch vorliegendes Konkurrenzverhalten abzubauen und die Wertschätzung zu erhöhen. Die bereits bestehende Akzeptanz und die positiven Erfahrungen könnten dabei als Beispiele guter klinischer Praxis genutzt werden. Gleichwohl sind die Hebammen mit akademischem Abschluss gefordert den Kolleginnen respektvoll zu begegnen.

Die Antwort auf die Frage nach dem Nutzen des Studiums [4] lässt sich implizit aus der von den Absolventinnen beschriebenen Motivation, der veränderten Einstellung zum Beruf und den für die Praxis positiv bewerteten Inhalten ableiten. Die Erweiterung der Fachkenntnisse, des beruflichen Horizonts und der persönlichen Weiterentwicklung waren den Teilnehmerinnen am wichtigsten. Alle Aspekte sind für die Berufsausübung relevant. Die im Anschluss an das Studium von den Teilnehmerinnen benannte veränderte Einstellung zum Beruf zeigt in der Begründung einen Gewinn für unterschiedliche Bereiche im Hebammenwesen auf.

Die Ergebnisse lassen Veränderungen erkennen in Bezug auf die Haltung, die fachlichen Grundlagen, das Handlungsrepertoire, die Persönlichkeit und die Fähigkeit, sich mit anderen Berufsgruppen auseinanderzusetzen. Dieses scheint Einfluss auf die gesamte Art der Berufsausübung zu nehmen. Eine veränderte berufliche Identität und ein wissenschaftliches Grundverständnis werden ebenso wie ein erweitertes berufs-, gesundheitspolitisches und interdisziplinäres Bewusstsein sichtbar. Die Absolventinnen zeigen in diesem Kontext eine Erhöhung der Reflexionsfähigkeit, die sich auch im Rahmen der Handlungen im Beruf und gegenüber den Frauen und Familien positiv bemerkbar macht [6]. Evidenzbasierte Entscheidungsfindungen und theoretische Modelle werden in die Praxis transferiert und im Berufsalltag nutzbar. So scheint durch das Studium aufgrund der gelehnten Methoden und Inhalte eine Basis geschaffen, die in eine erweiterte berufliche Handlungskompetenz mündet und dem geforderten Mehrwert einer akademischen Ausbildung entspricht.

Die Hinweise von Seiten der Absolventinnen auf die Nutzung des erweiterten Kompetenzprofils und der durch das Studium hinzugewonnenen Expertise durch die Kliniken kann ebenso als Mehrwert betrachtet werden, der dem Gesundheitssystem zu Gute kommt. Gleichwohl wird diese Nutzung nur in Einzelfällen mit einer erhöhten Vergütung honoriert. Die zum 01.01.2017 eingeführte neue Entgeltordnung für Gesundheitsberufe dürfte diese Lücke jedoch zukünftig schließen [13,19].

Die Bewährung und der Mehrwert der akademischen Ausbildung, den die Ausbildungsteilnehmerinnen aus primärqualifizierenden Studiengängen laut Bericht des BMG [4, S. 30] im Sinne einer „bessere[n] Kompetenz am Arbeitsplatz durch Einsatz der erworbenen wissenschaftlichen, fachlichen und personalen Fertigkeiten“ sehen, wird durch die vorliegenden Ergebnisse bestätigt. Da es sich bei der in diesem Beitrag befragten Gruppe um Absolventinnen handelt, die durch den additiven Charakter des Studiengangs sowohl die Ausbildungssituation an den Fachschulen als auch die akademische Ausbildung kennen, sind die beschriebenen Veränderungen in der Einstellung zum Beruf durchaus

als Mehrwert der wissenschaftliche Qualifikation zu deuten und bemerkenswert.

Für die Diskussion um die Weiterentwicklung der Ausbildung in Richtung einer Vollakademisierung und den Eintritt in eine konkrete Phase der Umsetzung und Umstrukturierung der Ausbildungssituation sind auch die dargestellten Ergebnisse zur Einschätzung der Studieninhalte relevant. Die Wertschätzung erweiterter Inhalte wie betriebswirtschaftlicher und ethischer Fragestellungen, der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und die auf unterschiedliche Nutzerinnen abgestimmte Versorgungsgestaltung wirft die Frage auf, welche Inhalte im Rahmen eines primärqualifizierenden Studiengangs aufgenommen werden können und sollen und in die Reform der Berufsgesetze Eingang finden müssten.

Institutionen: ¹ Hochschule Osnabrück

Interessenkonflikt: Die Autorinnen erklären, dass kein Interessenkonflikt in finanziellem und/oder immateriellem Sinne vorliegt.

Kontakt: c.hellmers@hs-osnabrueck.de

Der hohe Stellenwert, der der Zusatzqualifikation als Praxisanleiterin durch die Absolventinnen beigemessen wird, scheint auf den hohen Bedarf dieser Qualifikation in der Praxis hinzudeuten und wirft die Frage der Positionierung von Praxisanleitung in einer neuen Struktur von Bachelor, Master und Weiterbildungsmöglichkeiten auf. Als weitergehende Überlegung rückt dieses Ergebnis auch die grundsätzliche Frage nach der Ausgestaltung einer qualitativ hochwertigen akademisch angebotenen, praktischen Ausbildung als wichtige Reformüberlegung in den Blick, die auch eine neue Einbindung der Forschung in den Ausbildungs- und Berufsalltag ermöglichen würde. Insgesamt bestätigen die vorliegenden Ergebnisse die notwendige Fortsetzung des beschriebenen Akademisierungsprozesses und bieten Ansätze für die Novellierung der Berufsgesetze.

Literatur

1. Ayerle G. Akademisierung der Hebammenausbildung: Herausforderungen aus Sicht der Sektion Hochschulbildung der DGHWi e. V. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft. 2016; 04(02): 25-27.
2. Bortz J, Döring N. Forschungsmethoden und Evaluation in den Human- und Sozialwissenschaften. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2016.
3. Bund Deutscher Hebammen (Hrsg.). Hebammenausbildung an die Fachhochschule. Positionspapier des Pädagogischen Fachbeirates im Bund Deutscher Hebammen e. V. Karlsruhe: Bund Deutscher Hebammen; 2004.
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. Darmann-Finck I, Muths S, Görres S, Adrian C, Bomball J, Reuschenbach B. Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW. Abschlussbericht Dezember 2014. Studie im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen; 2014.
6. Deutscher Hebammenverband (Hrsg.). Hebammenausbildung an die Hochschule. Positionspapier des Pädagogischen Fachbeirates im Deutschen Hebammenverband (e. V.). Karlsruhe: Deutscher Hebammenverband (e. V.); 2011.
7. Deutscher Hebammenverband (Hrsg.). Gerüstet für die Zukunft. Hebammenausbildung 2020. Karlsruhe: Deutscher Hebammenverband (e. V.); 2014.
8. Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz-PSG III) vom 23. Dezember 2016. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil I Nr. 65 ausgegeben zu Bonn am 28. Dezember 2016.
9. Hellmers C. Praxisanleitung in der Hebammenausbildung. Handlungsempfehlungen für Hebammen. Aachen: Shaker-Verlag; 2002.
10. Hellmers C, Bauer N H. Im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft. Stellungnahme zu den Empfehlungen des Wissenschaftsrates zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft. 2014; 02 (01): 17-20.
11. Hellmers C, Lisner W. Bachelor-Hebammen: willkommene Kolleginnen in der Praxis? Hebammenforum. 2013; 14 (4): 308-311.
12. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz-Verlag; 2010.
13. Öffentlicher Dienst News 2016. TVöD Pflege: Neue Entgeltordnung für Gesundheitsberufe ab 2017. 06. November 2016. Available from: <http://oeffentlicher-dienst-news.de/tvoed-pflege-neue-entgeltordnung-fuer-gesundheitsberufe-ab-2017> [Stand: 7.4.2017]
14. Pädagogischer Fachbeirat des Deutschen Hebammenverbandes (PFB). Rahmencurriculum für eine modularisierte Hebammenausbildung. Karlsruhe: Deutscher Hebammenverband; 2008.
15. Pehlke-Milde J. Ein Kompetenzprofil für die Hebammenausbildung: Grundlage einer lernergebnis-orientierten Curriculumentwicklung. Dissertation. Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Charité Universitätsmedizin Berlin; 2009.
16. 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-L354/170. 28.12.2013: L 354/155.
17. Sachverständigenrat. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung; 2007.
18. Sayn-Wittgenstein F zu (Hrsg.). Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Göttingen: Hans Huber; 2007.
19. Ver.di 2016. Die neue Entgeltordnung für Gesundheitsberufe (TVöD kommunal). Eine Veröffentlichung der ver.di-Bundesverwaltung, Fachbereich 3. Mai 2016. Verfügbar unter: <https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5724f0e3890e9b0c53001dbf/download/EGO%20kommunal%202017%20medium.pdf> [Stand: 7.4.2017]
20. WHO. Erklärung von München. Pflegende und Hebammen – ein Plus für Gesundheit; 2000.
21. Wissenschaftsrat (WR). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Drs. 2411-12. Berlin, 13. Juli 2012. Verfügbar unter: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> [Stand: 28.3.2017]
22. Zoega M. Bestandsaufnahme der qualitativen und äußeren Rahmenbedingungen der Hebammenausbildung in Deutschland. Eine Befragung der Hebammenschulen im Auftrag der Hebammengemeinschaftshilfe e.V. Hannover: Linden-Druck Verlagsgesellschaft; 1997.
23. Zoega M. Die Professionalisierung des Hebammenberufs. Anforderungen an die Ausbildung. Bern: Verlag Hans Huber; 2004.

M.Sc. Hebamme – Kompetenzprofil

Dorothee Eichenberger zur Bonsen RN, RM, EMBA¹, Beatrice Friedli RN, RM, MAS², Monika Beck MNSc, RN, EdN³

Einleitung

In der deutschsprachigen Schweiz wird ab Herbst 2017 ein Masterstudiengang Hebamme (MSc Hebamme) angeboten. In diesem ersten von zwei Beiträgen zum Thema wird das Kompetenzprofil des Masterstudiengangs beschrieben. Im späteren Beitrag werden drei mögliche Rollen einer Hebamme MSc aufgezeigt, nämlich „Fachexpertin“, „Führungsperson“ und „Lehrende/Forschende“. Im vorliegenden Artikel beschreiben wir die schweizerische Bildungssystematik sowie Entstehung, Kontext und Wortlaut des Kompetenz-profils.

Bildungssystematik

In der Schweizerischen Bildungssystematik folgen auf zwei Jahre Kindergartenzeit sechs Jahre Primarschule, gefolgt von drei Jahren Sekundarstufe I. Auf Sekundarstufe I werden Leistungsklassen gebildet. Nach neun Schuljahren ist die obligatorische Schulzeit abgeschlossen, es folgt die Sekundarstufe II. Auf dieser Stufe kann entweder eine Berufslehre oder eine Mittelschule besucht werden. Im Rahmen einer Berufslehre kann in zwei Jahren ein eidgenössisches Berufsattest oder in drei bis vier Jahren ein eidgenössisches Fähigkeitszeugnis erlangt werden. Während oder nach einer drei- bis vierjährigen Lehre kann mit zusätzlichem Lernaufwand die Berufsmatura erworben werden. Im Rahmen einer Mittelschule kann entweder die Fachmittelschule, die nach vier Jahren eine Fachmatura ermöglicht, oder das Gymnasium, das in vier Jahren zu einer gymnasialen Matura führt, besucht werden.

Auf die Sekundarstufe II folgt in der Bildungssystematik die Tertiärstufe. Auf dieser Stufe werden Bildungs- und Studiengänge auf unterschiedlichen Niveaus angeboten. Es besteht die Möglichkeit von Berufsprüfungen, von Studiengängen an Höheren Fachschulen oder an Hochschulen [18].

Drei Formen von Hochschulen werden angeboten: Fachhochschulen, Universitäten und Technische Hochschulen. Eine der Zulassungsbedingungen für Universitäten und Technische Hochschulen ist im Regelfall die gymnasiale Matura. Zulassungsvoraussetzung für ein Studium an einer Fachhochschule ist meist entweder eine gymnasiale Matura, eine Fachmatura oder eine Berufsmatura. Die Bildungssystematik ist durchlässig und aufbauend gestaltet, die Hochschulen haben auch die Möglichkeit, geeignete Studierende in einem individualisierten Verfahren mit vergleichbarer Vorbildung⁴ aufzunehmen [15]. Die nachfolgende Grafik (siehe Abbildung 1) illustriert die Schweizerische Bildungssystematik ab obligatorischer Schulzeit.

Hebammenausbildung

Die Ausbildung zur Hebamme BSc kann in der Schweiz an der Berner Fachhochschule (BFH), der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) und der Haute École Spécialisée de Suisse occidentale (HES SO) absolviert werden. Die Ausbildung profitiert direkt von der Arbeit Forschender, weil der Leistungsauftrag der Fachhochschulen auch Forschung und Entwicklung sowie Dienstleistungen zugunsten Dritter beinhaltet.

Hebammen sind in einem reglementierten Gesundheitsberuf mit rechtlichen Normen tätig. Gemäß Krankenversicherungsgesetz muss das berufliche Handeln wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein, zudem muss es die Patientinnensicherheit garantieren. Die Ausbildung zur Hebamme wurde schon in den 1980-iger Jahren auf nationaler Ebene reglementiert, 2008 wurde sie im Rahmen der Anpassung der Gesundheitsberufe an die Schweizerische Bildungssystematik [4] und an den Bologna-Prozess auf der Stufe der Fachhochschule angesiedelt [16]. Damit steht der Weg für einen Studiengang Master of Science (MSc) Hebamme offen.

In der Schweiz wohnhafte Studierende müssen für die Studiengänge, sowohl auf Bachelor- als auch auf Masterstufe, nur geringe Semestergebühren sowie die Kosten für Prüfung und Lernmaterialien übernehmen. Wie in der Schweiz üblich, soll ein Studium möglichst nicht von den finanziellen Umständen abhängig sein.

Rahmenvorgaben Master of Science Hebamme

Für die Beschreibung des Kompetenzprofils einer Hebamme MSc mussten diverse Vorgaben berücksichtigt werden: Einerseits der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR) [8], andererseits die „Gemeinsame Erklärung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK) und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zuhanden des Schweizerischen Fachhochschulrates“ [17], aber auch die allgemeinen und berufsspezifischen Kompetenzen der Gesundheitsberufe FH“ [11,12].

Qualifikationsniveau Master of Science

Der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR) [8], der auch in der Schweiz Anwendung findet, beschreibt 8 Bildungsniveaus und beabsichtigt die Vergleichbarkeit der Bildungsabschlüsse innerhalb von Europa. Das Niveau Master of Science entspricht dem Niveau 7 und ist wie folgt beschrieben:

Kenntnisse

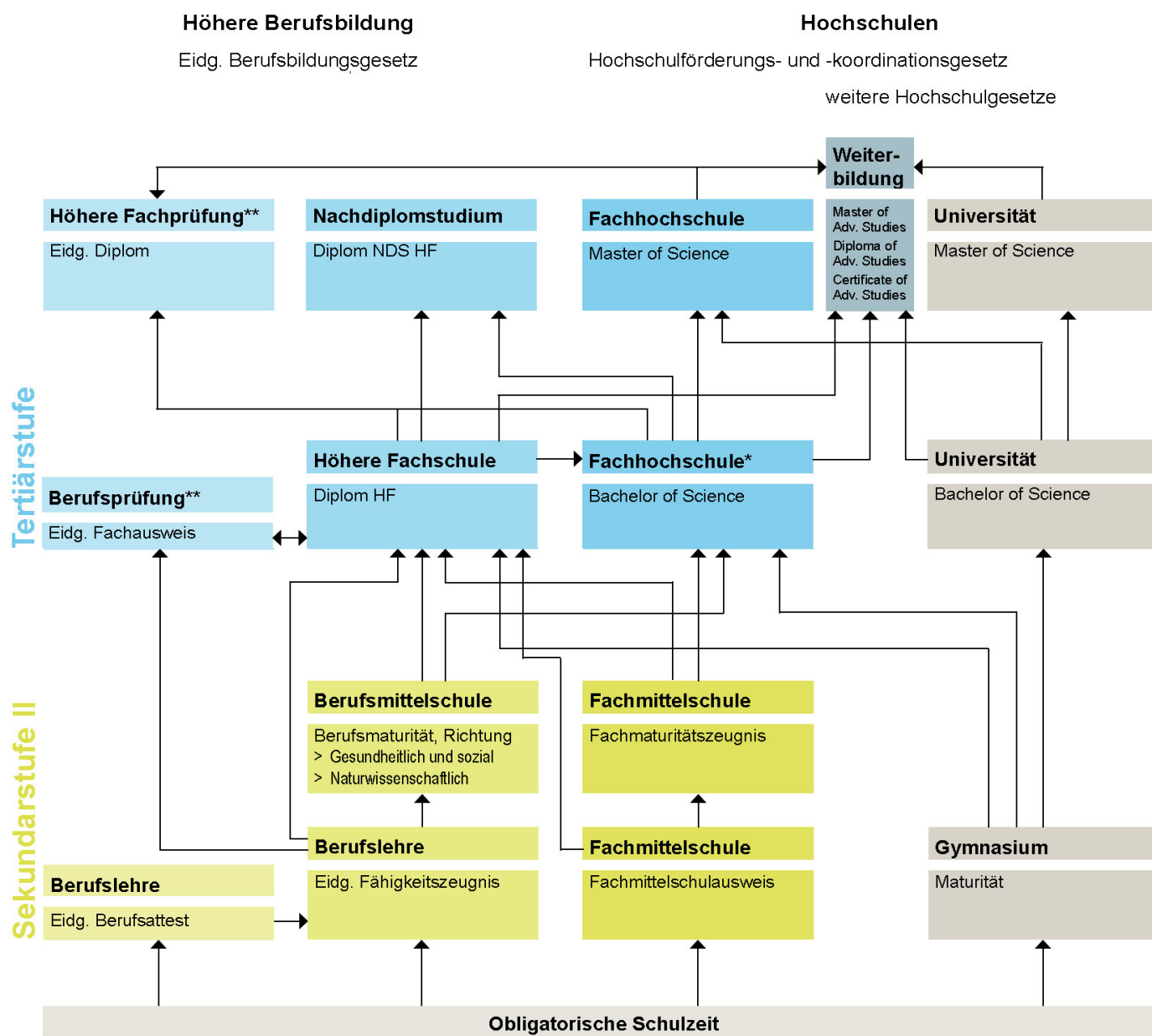
- ◆ Hoch spezialisiertes Wissen, das zum Teil an neueste Erkenntnisse in einem Arbeits- oder Lernbereich anknüpft, als Grundlage für innovative Denkansätze und/oder Forschung.
- ◆ Kritisches Bewusstsein für Wissensfragen in einem Bereich und an der Schnittstelle zwischen verschiedenen Bereichen.

Fertigkeiten

- ◆ Spezialisierte Problemlösungsfertigkeiten im Bereich Forschung und/oder Innovation, um neue Kenntnisse zu gewinnen und neue Verfahren zu entwickeln sowie um Wissen aus verschiedenen Bereichen zu integrieren.

Kompetenzen

- ◆ Leitung und Gestaltung komplexer, unvorhersehbarer Arbeits- oder Lernkontexte, die neue strategische Ansätze erfordern.



* Ohne bereichsspezifische Vorbildung sind gemäss „Profil des Fachhochschulbereichs Gesundheit vom 13.5.04“ der GDK Zusatzmodule erforderlich.
** Die Zulassungsbedingungen sind in den Prüfungsordnungen formuliert.

Abbildung 1: Schweizerische Bildungssystematik [14]

- ◆ Übernahme von Verantwortung für Beiträge zum Fachwissen und zur Berufspraxis und/oder für die Überprüfung der strategischen Leistung von Teams.

Erklärung der Erziehungs- und Gesundheitsdirektoren und -direktorinnen

In einer gemeinsamen Erklärung der Schweizerischen Konferenz der Erziehungsdirektoren (EDK) und der Schweizerischen Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zuhanden des Schweizerischen Fachhochschulrates [17] wurde zu vier wesentlichen Aspekten Stellung genommen, nämlich zum Verhältnis des Studiengangs zu den vorgelagerten Kompetenzniveaus, zu Funktion und

Bedeutung des Master-Abschlusses, zu Koordination und Steuerung sowie zur Kooperation. Die Erklärung wird hier zusammengefasst wiedergegeben [14].

Der Master-Abschluss an Fachhochschulen soll der weiterführende höhere Abschluss nach dem berufsqualifizierenden Regelabschluss des Bachelor of Science sein. Mit einem Master-Abschluss sollen sowohl vertiefende als auch erweiternde Kompetenzen erworben werden, die zur Beherrschung von komplexen Situationen und Schnittstellen im klinischen Alltag und im Versorgungssystem sowie für Lehre und Forschung an Fachhochschulen befähigen. Dem Spezialisierungsgrad und den Bedürfnissen des Arbeitsmarkts entsprechend soll die

Konzeption und Bewilligung nach Sprachregionen und Disziplinen koordiniert erfolgen, damit die Zahl der Studienangebote auf der Master-Stufe klein gehalten werde. Zudem sei die Kooperation mit einschlägigen Fachgebieten wie der Medizin oder der Pflege an den Universitäten anzustreben [17].

Kompetenzen der Gesundheitsberufe FH

Mit der Bildungsreform der Gesundheitsberufe kam die Fachhochschulbildungen im Bereich Gesundheit in die Regelungskompetenz des Bundes. Seit diesem Zeitpunkt ist das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) verantwortlich, sodass für die Anbieter gesamtschweizerisch einheitliche und verbindliche Anforderungen gelten [3, S. 6]. Aus diesem Grund wurden 2009 die „Allgemeinen Kompetenzen der Gesundheitsberufe FH“ und die berufsspezifischen Kompetenzen der Studiengänge Ergotherapie, Ernährungsberatung, Hebamme, Medizinisch-technische Radiologie, Pflege und Physiotherapie Bachelor of Science und Master of Science definiert [11]. Dabei wurden die berufsspezifischen Kompetenzen nach dem Modell von CanMEDS [9] strukturiert. Die allgemeinen Kompetenzen der Gesundheitsberufe FH [12] basieren auf gesundheits- und bildungspolitischen Vorgaben und gelten als Voraussetzung für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit. Sie werden eingeteilt in „Gesundheitspolitisches Orientierungswissen“, „Berufsspezifische Expertise und Methodenkompetenz“, „Professionalität und Verantwortungsbewusstsein“, sowie „Fähigkeiten betreffend Kommunikation, Interaktion und Dokumentation“. Die berufsspezifischen Kompetenzen sind in Rollen als Expertin, Kommunikatorin, Teamworkerin, Managerin, Verfechterin von Gesundheitsanliegen (Health Advocate), Lernenden und Lehrenden sowie als Mitglied der Profession beschrieben. Diese sieben Rollen einer Hebamme MSc werden voraussichtlich umgesetzt in drei beruflichen Ausrichtungen, nämlich derjenigen der Fach-Expertin, der Leitungsperson oder der Lehrenden und Forschenden.

Abschlusskompetenzen MSc Hebamme

Absolventinnen eines Masterstudienganges Hebamme müssen folgende berufsspezifischen Kompetenzen aufweisen [11]. Eine Weiterentwicklung wird bis Ende 2018 vorliegen.

A. Rolle der Expertin Hebamme

Als Expertinnen führen Hebammen die berufsspezifischen Tätigkeiten aus und sind verantwortlich, im Gesundheitsversorgungssystem die fachliche Führung in ihrem Berufsfeld zu übernehmen und entsprechende Entscheidungen und Beurteilungen zu treffen.

- ◆ Sie implementieren Innovationen in Gesundheitsprozessen für Einzelne, Gruppen und für die Gesellschaft aufgrund ihres vertieften und erweiterten Verständnisses für die Berufspraxis und den Forschungsprozess.
- ◆ Sie reflektieren und beurteilen ihre Expertise und nehmen die professionelle Rolle als Gesundheitsexpertin gegenüber Frauen und Familien in Lehre und Forschung und in gesellschaftlichen sozialen, rechtlichen, ökonomischen Systemen wahr.
- ◆ Sie vertreten die hebammenspezifische Berufspraxis und Forschung in nationalen und internationalen Gesundheitssystemen und setzen sich für begründete und wegweisende Visionen zur Weiterentwicklung der Hebammenarbeit ein.

B. Rolle der Kommunikatorin

Als Kommunikatorinnen ermöglichen Hebammen vertrauensvolle Beziehungen in ihrem Umfeld und geben Informationen gezielt weiter.

- ◆ Sie entwickeln, implementieren und evaluieren neue Methoden zur Unterstützung effektiver interprofessioneller Kommunikation.
- ◆ Sie vertreten und respektieren in interprofessionellen Teams die Vorgehensweise ethischer Entscheidungsfindung.
- ◆ Sie vertreten mittels effektiver und fachlich fundierter Dialoge gegenüber anderen Berufen und staatlichen Organisationen die professionelle Arbeit von Hebammen.
- ◆ Sie erstellen nutzerfreundliche Informationsangebote mit dem Ziel, Wissen für verschiedene Empfänger zu bündeln, die sich mit Fragen der Gesundheitsvorsorge von Frau, deren Kind und der Familie befassen.

C. Rolle der Teamworkerin

Als Teamworkerinnen partizipieren Hebammen effektiv innerhalb eines interdisziplinären und interprofessionellen Teams.

- ◆ Sie kooperieren mit Partnern anderer Professionen und wenden ein wirkungsvolles Konfliktmanagement an, um hebammenspezifische Dienstleistungen inhaltlich, interdisziplinär und interprofessionell breit abzustützen.
- ◆ Sie setzen sich für einen gerechten Zugang und eine wirkungsvolle Nutzung der Ressourcen ein, um ihren Gesundheitsversorgungsauftrag zu erfüllen.
- ◆ Sie implementieren Innovationen aus Wissensgemeinschaften zwischen Betroffenen und Fachpersonen, um das Fach- und Erfahrungswissen rund um den Gesundheitsprozess gegenseitig zu nutzen.

D. Rolle der Managerin

Als Managerinnen übernehmen Hebammen die fachliche Führung, tragen zur Effektivität der Organisation bei und entwickeln ihre eigene Berufskarriere.

- ◆ Sie analysieren die Versorgungsleistungen im Schweizer Gesundheitssystem, identifizieren Fehl-, Unter- oder Überversorgung und verantworten die fachliche Leitung von Veränderungsprozessen gegenüber Mitarbeitenden und dem eigenen Unternehmen.
- ◆ Sie implementieren Innovationen zur Förderung von Gesundheitsprozessen in Organisationen entsprechend dem Leitbild und der Strategie und beeinflussen eine gerechte, vorausschauende Nutzung der verfügbaren menschlichen, fachlichen, logistischen und finanziellen Ressourcen.
- ◆ Sie leiten nachhaltige und wirkungsvolle Vorhaben zur Stärkung der Qualitätsentwicklung, zur Erhöhung der Sicherheit von Frauen, deren Kinder und Familien und zur Sicherung von Ressourcen.

E. Rolle der Health Advocate

Als Health Advocates stützen sich Hebammen verantwortungsvoll auf ihre Expertise ab und nutzen ihre Einflussmöglichkeiten, um die Gesundheit und die Lebensqualität der Patient/innen bzw. Klient/innen sowie der Gesellschaft als Ganzes zu fördern.

- ◆ Sie gestalten und steuern in interprofessionellen Gremien eine frauen-, kinder- und familiengerechte Gesundheitsförderung und Prävention auch unter Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen.
- ◆ Sie identifizieren Potentiale entlang von Gesundheitsprozessen und implementieren diese zum gesellschaftlichen Nutzen.
- ◆ Sie schätzen die Wirkung transkultureller Einflüsse auf den Gesundheitsprozess von Frauen und deren Familien ein und informieren und beraten Entscheidungsträger und Medien darüber.

F. Rolle der Lernenden und Lehrenden

Als Lernende und Lehrende engagieren sich Hebammen für ein lebenslanges Lernen, basierend auf einer reflektierten Praxis, sowie für die Entwicklung, Weitergabe und Anwendung von evidenzbasiertem Wissen.

- ◆ Sie analysieren Probleme in der Hebammenarbeit, die mit Hilfe von wissenschaftlichen Grundlagen und Methoden gelöst werden können und bewerten diese Fragestellungen theoriegeleitet.
- ◆ Sie leiten anwendungsorientierte Forschungsprojekte im Praxiskontext und formulieren Empfehlungen für neue oder aktualisierte hebammenspezifische Dienstleistungsangebote.
- ◆ Sie sind sich des lebenslangen Lernens bewusst, lehren ihr hebammenspezifisches Wissen und Erkenntnisse und leiten Lehr- und Lernveranstaltungen unter Berücksichtigung aktueller Lerntheorien.
- ◆ Sie publizieren ihr berufsspezifisches Wissen auf der Basis von wissenschaftlichen Erkenntnissen in den einschlägigen Journalen der Gesundheitsberufe und in anderen Medien, sodass interessierte Personen zu neuem Wissen Zugang haben.

G. Rolle als Professionsangehörige

Als Professionsangehörige setzen sich Hebammen für die Gesundheit und die Lebensqualität von Personen und der Gesellschaft ein. Sie verpflichten sich der Ethik und tragen Sorge zur eigenen Gesundheit.

- ◆ Sie beurteilen ethische Fragen in alltäglichen und existentiellen Krisen- und Entscheidungssituationen und geben Empfehlungen an Einzelne oder Gruppen während der Mutterschaft, Familienwerdung und in Lebensabschnitten mit frauenspezifischen Gesundheitsveränderungen.
- ◆ Sie beurteilen rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem bezüglich der Leistungsansprüche von Frauen, deren Kinder und Familien oder deren Bezugspersonen, sowie von Mitarbeitenden und Unternehmen und leiten innovative Veränderungen ein.
- ◆ Sie bearbeiten geschichtliche Aspekte und initiieren aktuelle Tendenzen der Gesundheitswissenschaften, insbesondere bezüglich spezifischer Inhalte aus der Hebammentätigkeit und entwickeln eine kontinuierliche Fundierung der professionellen Rolle der Hebamme.
- ◆ Sie tragen maßgeblich zur Entwicklung der Profession und der Identität der Professionsangehörigen bei, indem sie neues hebammenspezifisches theoretisches Wissen generieren und die Implementierung evidenzbasierter Praxis verantworten und verbreiten.

Erstellung des vorliegenden Kompetenzprofils

Während es das Ziel des Bachelorstudiums ist, theoretisches und praktisches Wissen und die Fertigkeiten und Fähigkeiten für die professionelle Berufsausübung zu erwerben, besteht die Kernkompetenz einer Hebamme MSc darin, die Qualität der perinatalen Gesundheitsversorgung weiterzuentwickeln und innovative familienorientierte Versorgungsmodelle mitzugestalten.

Der erste Schritt hin zu einem Studiengang MSc Hebamme war die Beschreibung des Kompetenzprofils für die zukünftigen Berufspersonen. Auf der Basis der genannten Vorgaben und bereits bekannter internationaler Literatur wurde gezielt nach weiteren relevanten und aktuellen Texten gesucht. Berücksichtigt wurden dabei Quellen, die sich entweder mit der gesundheits- und bildungspolitischen Situation, mit der nationalen und internationalen Entwicklung der Hebammenausbildung, mit Advanced Practice Rollen von Hebammen oder mit Tätigkeitsfeldern von höher ausgebildeten Hebammen befassten. Die Sicht der Praktikerinnen wurde einbezogen, indem in der klinischen Praxis tätige Hebammen mögliche zukünftige Arbeitsfelder von Hebammen MSc definierten und skizzierten.

Die Kompetenzen der Hebamme MSc bauen auf denjenigen der Hebamme BSc auf, vertiefen und erweitern diese und bereiten auf eine Spezialisierung vor. Eine Hebamme MSc verfügt über umfassende Forschungsmethodenkompetenz, berufliche Innovationskraft und evidenzbasiertes Clinical Reasoning in bereichsübergreifenden Prozessen. Sie ist befähigt zur Übernahme von Aufgaben in Forschung, Lehre oder Leadership. Sie übernimmt fachliche Führung als Expertin in unterschiedlichen spitalinternen und –externen Settings und bietet eine familienorientierte, interprofessionelle integrierte perinatale Versorgung an. Wo sinnvoll, soll ein Case Management eingeführt werden [2,13]. Damit ist auch gemeint, dass Hebammendiagnosen [6] formuliert werden, zielgerichtete Maßnahmen angeboten und Behandlungen verordnet, geplant, durchgeführt und überwacht werden. Unter integrierter Versorgung wird hier die kontinuierliche und unter den unterschiedlichen Professionsangehörigen koordinierte und abgestimmte Betreuung unter Leitung der Hebamme zur Erhaltung und Förderung der mütterlichen und kindlichen Gesundheit während der frühen Mutterschaft verstanden [1, S.18, 49].

Für die inhaltliche Beschreibung der berufsspezifischen Abschlusskompetenzen wurden diejenigen der International Confederation of Midwives [ICM] [10] und die Europäischen Richtlinien für die Hebammenausbildung (2005/36/EG) [7] verwendet. Das Policy-Dokument Midwifery 2020 [5] sowie die Beschreibung „Advanced Midwife Practitioner“ in Irland [2, S. xxii] bieten die Basis für die Advanced Practice Midwife (APM). Eine Hebamme MSc kann in einer Institution oder Organisation angestellt sein oder selbstständig arbeiten. Mögliche Arbeitsorte für Hebammen MSc sind Geburtshäuser, Hebammenpraxen, Mutter-Kind-Heime, Spitäler und Kliniken jeder Größe, Gesundheitsbehörden, Berufsorganisationen, Fachgesellschaften, Ausbildungsinstitutionen und Forschungseinrichtungen.

Weiterqualifikation

Mit einem Master of Science Hebamme wird es möglich sein, sich klinisch, wissenschaftlich oder pädagogisch weiter zu qualifizieren. Beispielsweise können sich Hebammen MSc durch supervidierte Praxis

und durch klinische Weiterbildungen zu Advanced Midwife Practitioner (AMP) ausbilden und tätig sein [2, S. 320, 321] oder an Universitäten im In- und Ausland gemäß deren Vorgaben doktorieren. Für die pädagogische Weiterqualifikation bieten Hochschulen Kurse in Hochschuldidaktik an.

Ausblick

In der nächsten Ausgabe dieser Zeitschrift werden die drei oben genannten möglichen beruflichen Ausrichtungen einer Hebamme MSc skizziert. Die Beiträge werden das Berufsbild veranschaulichen und nachvollziehbar illustrieren.

⁴ Der indirekte Weg. „Sur dossier“ bedeutet Aufnahme je nach individuellen Fähigkeiten und Kenntnissen [19].

Institutionen: ¹ Disziplin Geburtshilfe, Berner Fachhochschule, Bern, Schweiz; ² Institut für Hebammen, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Winterthur, Schweiz; ³ Monika Beck Analysen und Entwicklung.

Kontakt: dorothee.eichenberger@bfh.ch; beatrice.friedli@zhaw.ch; www.monikabeck.ch

Literatur

1. Aubry E, Cignacco E. Hebammen geleitete Geburtshilfe im Kanton Bern. Antwort auf das Postulat der Grossrätin Frau Natalie Imboden (126.2013). Ein Expertinnen- und Expertenbericht. 2015. Verfügbar unter: <http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheits/gesundheits/spitalversorgung/publikationen.assetref/dam/documents/GEF/SPA/de/Spitalversorgung/Grundlagenbericht%20Berner%20Fachhochschule,%20Fachbereich%20Gesundheit.pdf> [Zugriff 12.05.2017]
2. Begley C, Murphy K, Higgins A, Elliott N, Lalor J, Sheerin F, et al. (2010). Evaluation of Clinical Nurse and Midwife Specialist and Advanced Nurse and Midwife Practitioner Roles in Ireland (SCAPE). Final Report. National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery in Ireland. Dublin. Retrieved from: https://nursing-midwifery.tcd.ie/assets/research/pdf/SCAPE_Final_Report_13th_May.pdf [Zugriff 12.05.2017]
3. Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT). Akkreditierung von Fachhochschulen und ihren Studiengängen. Die Schweizer Fachhochschulen. Ein Überblick für Gutachterinnen und Gutachter in Akkreditierungsverfahren. 2009. Verfügbar unter: https://www.sbf.admin.ch/dam/sbf/de/dokumente/die_schweizer_fachhochschuleneinueberblick.pdf.download.pdf/die_schweizer_fachhochschuleneinueberblick.pdf [Zugriff 12.05.2017]
4. Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft. Bundesgesetz über die Fachhochschulen (Fachhochschulgesetz, FHS) vom 6. Oktober 1995 (Stand am 4. Oktober 2005). 2005. Verfügbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950279/200510050000/414.71.pdf> [Zugriff 12.05.2017]
5. Chief Nursing Officers of England, Wales, Northern Ireland and Scotland. Midwifery 2020: Delivery expectations. 2010. Verfügbar unter: <https://www.gov.uk/government/publications/midwifery-2020-delivering-expectations> [Zugriff 12.05.2017]
6. Cignacco E, Hrsg. Hebammenarbeit: Assessment, Diagnosen und Interventionen bei (patho)physiologischen und psychosozialen Phänomenen. Bern: Huber; 2006.
7. Europäisches Parlament. Richtlinie 2005 / 36 / EG des europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. L 255 vom 30.9.2005, S. 22). 2005. Verfügbar unter: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=celex%3A32005L0036> [Zugriff 12.05.2017]
8. Europäisches Parlament. Empfehlung des europäischen Parlaments und des Rates zur Einrichtung des Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen. 2008. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/ploteus/sites/eac-eqf/files/journal_de.pdf [Zugriff 12.05.2017]
9. Frank JR. The CanMEDS 2005 physician competency framework: Better Standards. Better Physicians. Better Care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. 2005. Verfügbar unter: http://www.ub.edu/medicina_unitededucaciomedica/documentos/CanMeds.pdf [Zugriff 12.05.2017]
10. International Confederation of Midwives (ICM). Essential competencies for basic midwifery practice 2010. 2010, Revised 2013. Verfügbar unter: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf> [Zugriff 12.05.2017]
11. Ledergerber C, Mondoux J, Sottas B. Anhang I Projekt Abschlusskompetenzen Gesundheitsberufe FH. KFH Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz. 2009a. Verfügbar unter: https://www.zhaw.ch/storage/gesundheits/studium/bachelor/hebammen/abschlusskompetenzen-gesundheitsberufe_fh.pdf [Zugriff 12.05.2017]
12. Ledergerber C, Mondoux J, Sottas B. Projekt Abschlusskompetenzen FH-Gesundheitsberufe: Abschlussbericht. KFH Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz. 2009b. Verfügbar unter: https://www.gesundheit.bfh.ch/fileadmin/_migrated/content_uploads/240311_Schlussbericht-Abschlusskompetenzen1.pdf [Zugriff 12.05.2017]
13. Netzwerk Case Management Schweiz. Definition und Standards Case Management. 2014. Verfügbar unter: http://www.netzwerk-cm.ch/sites/default/files/uploads/fachliche_standards_netzwerk_cm_-_version_1_0_-_definitiv_0.pdf [Zugriff 12.05.2017]
14. Organisation der Arbeitswelt (OdA) Santé. Bildungssystematik. 2016. Verfügbar unter: <https://www.odasante.ch/bildungssystematik/> [Zugriff 12.05.2017]
15. Schweizer Medieninstitut für Bildung und Kultur. Bildungssystem der Schweiz - Hochschulen. 2016. Verfügbar unter: <http://bildungssystem.educa.ch/de/hochschulen> [Zugriff 12.05.2017]
16. Schweizer Medieninstitut für Bildung und Kultur. Fachhochschulen – Bologna-Prozess. 2017. Verfügbar unter: <http://bildungssystem.educa.ch/de/fachhochschulen-2> [Zugriff 12.05.2017]
17. Schweizerische Konferenz der Erziehungsdirektoren & Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Gemeinsame Erklärung zur Frage der Fachhochschul-Masterstudiengänge im Fachbereich Gesundheit. 2008. Verfügbar unter: http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Bildung/Fachhochschule/B_MasterGDK_EDK_281108-d.pdf [Zugriff 12.05.2017]
18. Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK). Bildungssystem Schweiz. 2017. Verfügbar unter: <http://www.edk.ch/dyn/14798.php> [Zugriff 12.05.2017]
19. Walter U. Quereinsteiger haben es schwerer. Die Fachhochschulen handhaben die Zulassungsbedingungen «sur dossier» unterschiedlich. Basler Zeitung. 8.12.2008. Verfügbar unter: <http://www.fhnw.ch/medien-und-oeffentlichkeit/medienspiegel/dokumente/quereinsteiger-haben-es-schwerer> [Zugriff 12.05.2017]

Intermittierende Lachgasinhalation zur peripartalen Schmerzreduktion bei Spontangeburt

Intermittent inhalation of nitrous oxide for pain relief in labour

Hintergrund

Zur Senkung des Geburtsschmerzes sind zahlreiche Mittel verfügbar. Eine Möglichkeit besteht in der Inhalation eines fertigen Gasgemisches (deutscher Handelsname „Livopan®“) aus 50% Distickstoffmonoxid („Lachgas“) und 50% Sauerstoff. Obwohl dieses Gasgemisch bereits seit vielen Jahren als Standardverfahren im Ausland gilt, wird es noch nicht routinemäßig in allen deutschen Kreißsälen angeboten.

Ziel

Das primäre Ziel dieser systematischen Übersichtsarbeit bestand darin zu klären, ob durch selbst verabreichte, intermittierende Lachgasinhalation mit einem Mischungsverhältnis von 50% Distickstoffmonoxid und 50% Sauerstoff eine effektive Schmerzreduktion für Gebärende während einer Spontangeburt erlangt werden kann. Sekundär waren auch mütterliche und kindliche Nebenwirkungen von Interesse.

Methodik

Es erfolgte die Datenbankrecherche in MIDIRS, Cochrane Library und MEDLINE sowie eine umfassende Handsuche. Die anfänglichen 1679 Treffer konnten nach der Sichtung von Titel und/oder Abstract und der Entfernung von Dopplungen auf 53 begrenzt werden. Von diesen 53 Volltexten blieben unter Berücksichtigung der Ein-, Ausschlusskriterien und Limitationen 6 relevante Artikel übrig. Bei einem davon handelte es sich um eine Anwendungsbeobachtung von der lediglich ein Poster und ein Vortrag existieren. Die restlichen 5 Studien (1 systematische Übersichtsarbeit und 4 Einzelstudien) wurden anschließend mit Hilfe eines modifizierten Beurteilungsbogens kritisch untersucht und ausgewertet.

Ergebnisse

In der hier untersuchten systematischen Übersichtsarbeit und den vier Einzelstudien zeigten sich Hinweise auf die schmerzsenkende Wirkung des Gasgemisches. Die mütterlichen Nebenwirkungen Übelkeit, Erbrechen und Schwindel fielen mild aus und klangen rasch ab. Negative Effekte auf das reife Neugeborene in Form von niedrigeren Apgar-Werten oder häufigeren Azidosen waren nicht nachweisbar.

Schlussfolgerung

Die selbst verabreichte, intermittierende Lachgasinhalation erweckt den Eindruck eines effektiven Mittels zur peripartalen Schmerzreduktion bei Spontangeburt. Für Mutter und Kind scheint keine Gefährdung durch die hier betrachteten Nebenwirkungen vorzuliegen. Aufgrund der fehlenden methodisch qualitativ hochwertigen Studien zum Thema besteht jedoch weiterer Forschungsbedarf.

Schlüsselworte: Lachgas, Distickstoffmonoxid, Geburt, peripartale Schmerzreduktion, Schmerzsenkung.

Background

Numerous options are available for pain reduction in labour. One possibility is the inhalation of a fixed mixture (German tradename “Livopan®”) consisting of 50% nitrous oxide (“laughing gas”) and 50% oxygen. Although this gas mixture has been routinely offered for many years in other countries, it is not yet commonly offered in all German delivery rooms.

Aim

The primary aim of this systematic review was to clarify whether self-administered, intermittent inhalation of a 50/50 mixture of nitrous oxide and oxygen can provide effective pain reduction for women giving birth vaginally. In addition, maternal and neonatal side effects were also examined.

Methods

This systematic review was based on the inquiry of the databases MIDIRS, Cochrane Library and MEDLINE, in addition to a comprehensive hand search. The initial 1679 hits were limited to 53 findings after examination of title and/or abstract and elimination of duplications. After consideration of inclusion and exclusion criteria and limitations, 6 relevant articles remained of these 53 full texts. One of these was an observational study, regarding which only a poster and a lecture exist. In the end 5 relevant studies (1 systematic review and 4 single studies) were subsequently critically examined and evaluated with the aid of a modified appraisal form.

Findings

The systematic review and four single studies reviewed here indicated that the medical application of the gas mixture provided pain relief. The maternal side effects of nausea, vomiting and dizziness were mild and short-lasting. Negative effects on the term infant in terms of lower Apgar scores or increased frequency of acidosis were not detected.

Conclusion

The self-administered, intermittent inhalation of nitrous oxide and oxygen appears to be an effective method of pain relief during vaginal deliveries. No evidence of risks for mother and neonate is detected with reference to the side effects considered. Due to the lack of methodological high quality studies on the topic, further research is required.

Keywords: nitrous oxide, laughing gas, labor/labour, birth, pain relief.

Autorin: Anne R. Haupt, Hebamme, B.Sc.

Kontakt: AnneHaupt@gmx.net

Die Arbeit wurde im dualen Bachelorstudiengang Gesundheits- und Pflegewissenschaft (Hebammenwesen) an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg zur Erlangung des Grades Bachelor of Science bei Frau Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle vorgelegt.

Die Selbstwirksamkeit im Zusammenhang mit der Förderung der normalen Geburt: eine Querschnittstudie in Süddeutschland.

Self-efficacy in relation to the promotion of normal, physiological birth: a cross-sectional study in South Germany

Hintergrund

Die Anzahl der normalen Geburten sank in den vergangenen Jahren in den OECD Ländern kontinuierlich von 80% im Jahr 2000 auf 73% im Jahr 2011 [16]. Hauptverdränger der normalen bzw. physiologischen Geburt ist der Kaiserschnitt. In Deutschland kommt inzwischen fast jedes dritte Baby per Kaiserschnitt auf die Welt [5]. Baden-Württemberg und Bayern lagen 2013 mit 32,6% etwas über den Bundesdurchschnitt, der 31,8% war [6]. 2015 wurden in der außerklinischen Geburtshilfe 19,4% (n=1.341) der Gebärenden (n=6.905) sub partu in ein Krankenhaus verlegt. Insgesamt wurde bei 5,6% der verlegten Frauen ein Kaiserschnitt nötig. Der Jahresbericht zur außerklinischen Geburtshilfe in Deutschland aus dem Jahr 2015 spiegelt eine interventionsarme Geburtshilfe mit einer hohen Rate an normalen Geburten wieder [17]. Für die physiologisch verlaufende Geburt sind Hebammen Expertinnen [9, 28]. Es ist anerkannt, dass Hebammen in vielen Ländern einen zentralen und kosteneffektiven Beitrag zur Versorgung von Mutter und Kind leisten [19]. Hebammen werden weltweit dazu ausgebildet, Frauen während des Gebärens zu unterstützen. In vielen Ländern betreuen Hebammen Frauen unter der Geburt eigenständig und können bei einem physiologischen Geburtsverlauf die alleinige Verantwortung haben. Ihr Haupttätigkeitsfeld umfasst die physiologische Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett [7, 8, 9, 24]. Daher haben Hebammen eine zentrale Rolle in der Förderung der normalen Geburt. Hebammen können ungünstige gesundheitliche Konsequenzen (Englisch: outcomes) reduzieren. Das maternale und kindliche Outcome kann dabei nicht nur in Schwellenländern, sondern auch in Industrieländern durch Hebammen positiv beeinflusst werden [24].

Wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass die persönliche Einstellung in der Geburtshilfe mit der eigenen Praxis assoziiert ist [15, 26]. Eine Studie ergab z.B., dass Gebärende, die eine positive Einstellung und wenig Angst hinsichtlich einer vaginalen Geburt nach einem Kaiserschnitt hatten, mit höherer Wahrscheinlichkeit vaginal gebären [29]. Zur Einstellung gehört die Selbstwirksamkeit. Laut Bandura basiert die Selbstwirksamkeit als Kompetenzerwartung auf dem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, mit besonderen Situationen zurecht zu kommen [2]. Einiges Wissen ist vorhanden zu den Auswirkungen der Selbstwirksamkeit von Schwangeren und Gebärenden. Mehrere Studien bestätigen Lowes Ergebnisse [12, 13] über die wichtige Rolle der Selbstwirksamkeit bei gebärenden Frauen hinsichtlich ihrer Fähigkeit, mit der Geburt zurechtzukommen [18, 23, 27]. Ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und professionellem Verhalten in der Hebammentätigkeit ($p < 0,01$) wurde in zwei Studien festgestellt [11, 14]. Ähnlich könnte dies sich mit der Selbstwirksamkeit von Hebammen hinsichtlich der Förderung einer normalen Geburt darstellen.

Es gibt bereits einige Untersuchungen zur Selbstwirksamkeit bei Schwangeren, Gebärenden und Frauen im Wochenbett, also denen, die Fürsorge erhalten. Jedoch gibt es kaum Forschungsarbeiten über

das Gesundheitspersonal im Bereich der Hebammentätigkeit, also denen, die Fürsorge ausüben. Die vorliegende Querschnittstudie untersuchte die Haltung von Hebammen zur normalen Geburt und ging der Frage nach, ob die Höhe des Selbstwirksamkeitscores der Hebamme bei der Betreuung von Bedeutung ist.

Methoden

Für die Querschnittstudie in Baden-Württemberg und Bayern wurde ein online-Fragebogen per E-Mail an examinierte Hebammen versandt [30]. Der Fragebogen enthielt die validierte Skala mit 10 Items zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung von Schwarzer und Jerusalem [21, 22], die sich allerdings nicht explizit auf die Geburtshilfe bezieht. Über einen zusätzlichen selbst entwickelten Fragebogenteil mit einer aus 6-Punkten bestehenden Likert-Antwortskala wurde die Einstellung zur Förderung der normalen Geburt evaluiert (61 Fragen, 61- 366 Punkte). Diese Fragen basieren auf geburtshilflichen Vorgehensweisen, deren Förderlichkeit für die normale Geburt wissenschaftlich nachgewiesen ist [20], dem Vier-Prinzipien-Modell von Beauchamp und Childress [3] und der Salutogenese [1]. Von fünf Expertinnen in der Betreuung von normalen Geburten wurde das entworfene Instrument (Einstellung zur Förderung der normalen Geburt) auf Klarheit, Relevanz, Lesbarkeit und eine psychologisch bedeutsame Reihenfolge kritisch überprüft. Anschließend wurde durch eine Pilotstudie (n=32) der selbstentwickelte Fragebogen getestet, um ungeeignete Fragen zu identifizieren. An der Pilotstudie nahmen examinierte Hebammen teil, die außerhalb von Baden-Württemberg und Bayern lebten. Daran schloss sich eine zweite Phase der Pilotstudie an, in der der überarbeitete selbstentwickelte Fragebogen erneut einer Expertinnenmeinung unterzogen wurde [31].

Zur internen Konsistenz der Reliabilität wurde der Wert Cronbachs Alpha bestimmt. Die interne Konsistenz der 61 Fragen war $\alpha = 0,88$. Für eine einfache Handhabung und schnellere Anwendbarkeit wurde der Fragebogen verkürzt. Dazu wurden statistische Berechnungen zur Trennschärfe der Items herangezogen. Die Fragen sollten mindestens einen item-to-total Korrelationswert von 0,3 haben (insgesamt 38 von 61 Fragen). Nach Ausschluss aller Items, die dieses Kriterium nicht erfüllten, stieg die interne Konsistenz der 38 Fragen auf $\alpha = 0,90$ [16]. Mit dem Score dieser 38 Fragen wurden die erhobenen Daten mit dem Statistikprogramm SPSS (Version 22) analysiert.

Ergebnisse

Es nahmen insgesamt 205 Teilnehmer/innen an der Umfrage teil. 17 Teilnehmer/innen wurden ausgeschlossen (10 Hebammschüler/innen, 7 Hebammen, die nicht in Baden-Württemberg oder Bayern lebten). Somit lag die endgültige Teilnehmer/innenzahl bei 188. Die Hebammen waren im Mittelwert 39 Jahre alt. Jünger als 31 Jahre waren 25%, 31-40 Jahre alt waren 29,3%, 41-50 Jahre alt waren 27,7% und älter als 50 Jahre waren 17,6% der Teilnehmer/innen.

Die Teilnehmer/innen hatten im Mittelwert 15 Jahre Berufserfahrung in

der Hebammentätigkeit. In der Betreuung von Gebärenden hatten die Teilnehmer/innen im Mittelwert 12 Jahre Erfahrung. In einem Geburtshaus oder in der Hausgeburtshilfe arbeiteten 12,8% der Hebammen. Angestellt in einem Krankenhaus, oder als Beleghebamme in einem Belegkrankenhaus arbeiteten 42,6% Hebammen. Weitere 42,6% arbeiteten freiberuflich ohne Geburtshilfe. In der Lehre waren 2,1% Teilnehmer/innen tätig (siehe Tabelle 1).

Alter in Jahren	% (n)	M	SD
< 31	25 (47)	27,09	2,23
31-40	29,3 (55)	34,96	2,74
41-50	27,3 (53)	45,69	3,15
> 50	17,6 (33)	54,45	4,41
Berufserfahrung (Jahre)	% (n)	M	SD
Gesamte Tätigkeit als Hebamme	100 (188)	14,89	10,45
Geburtshilfe	100 (188)	11,78	9,62
Arbeitsfeld	% (n)		
Geburtshaus/ Hausgeburtshilfe (außerklinisch)	12,8 (24)		
Angestellt/ Beleghebamme (klinisch)	42,6 (80)		
Freiberuflich ohne Geburtshilfe	42,6 (80)		
Lehre	2,1 (4)		

n = number (Anzahl); M = Mittelwert; SD = Standard deviation (Standardabweichung)

Tabelle 1: Merkmale der Teilnehmerinnen

Bei der Frage zum Wissenserwerb zum Thema „physiologisch verlaufende Geburt“ waren Mehrfachnennungen möglich. Dort gaben 90,4% (n=170) der Teilnehmerinnen an, in der Hebammenausbildung hierfür ausgebildet worden zu sein. Weiterbildungen zum Thema normale Geburt gaben 50,5% (n=95) an und 22,3% (n=42) Sonstiges. Unter Sonstiges wurden genannt: Kolleg/innen; außerklinische Geburtshilfe (Hospitation, Externat, Arbeitsort); Studium; Fachliteratur; und anderes, zum Beispiel die Geburt des eigenen Kindes oder die eigene Arbeitserfahrung.

Die addierten Punkte aus den zehn Items zur Allgemeinen Selbstwirksamkeit ergaben einen Mittelwert von 30,3 Punkten (SD=3,3; Spannweite 20-40). Der Mittelwert der 38 Fragen zur Einstellung zur Förderung der normalen Geburt war 186,78 (SD=20,9; Spannweite 127-226). Bei beiden Skalen war eine normale Verteilung gegeben.

Die Altersgruppe der Hebammen mit über 50 Jahren hatte den höchsten Mittelwert der Allgemeinen Selbstwirksamkeit (31,4 Punkte), während die Hebammen zwischen 41 und 50 Jahren den niedrigsten Mittelwert (29,9 Punkte) aufwiesen (siehe Tabelle 2). Im Bezug auf das Arbeitsfeld hatten Hebammen, die in der außerklinischen Geburtshilfe arbeiteten, einen geringfügig höheren Mittelwert der Allgemeinen

Selbstwirksamkeit (30,5 Punkte) im Vergleich zu Hebammen, die in der klinischen Geburtshilfe arbeiteten (30,0 Punkte). Bei der Variable „Erfahrung in der Betreuung von Gebärenden“ wiesen Hebammen mit über 30 Jahren Erfahrung den höchsten Mittelwert der Allgemeinen Selbstwirksamkeit auf (31,1 Punkte).

Die lineare Regression zeigte, dass die unabhängigen Variablen hohe Selbstwirksamkeit, wenig Berufserfahrung sowie das Arbeiten in der außerklinischen Geburtshilfe Faktoren sind, die mit einer günstigen Einstellung zur abhängigen Variablen Förderung der normalen Geburt assoziiert sind (Varianz insgesamt $R^2=29,0\%$, $n=184$). Von der gesamten Varianz zur Förderung der normalen Geburt waren 1,4% über die Selbstwirksamkeit erklärt, 3,3% über die Jahre an Berufserfahrung in der Begleitung von Gebärenden und 24,5% über den Arbeitsplatz außerklinische Geburtshilfe. Die unabhängige Variable Wissenserwerb zum Thema physiologische Geburt war nicht assoziiert mit der Einstellung zur Förderung der physiologischen Geburt. Diese Variable reduzierte um 0,2% die gesamte Varianz.

Diskussion

Die Studie hat gezeigt, dass die Allgemeine Selbstwirksamkeit einen vergleichsweise geringen Anteil an der Förderung der normalen Geburt hat, ebenso die Berufserfahrung in der Begleitung von Gebärenden; bedeutsamer ist das Arbeitsfeld.

Insbesondere scheinen „ärztegeleitete Einrichtungen“ im Bezug auf die Förderung der normalen Geburt ein limitierender Faktor zu sein. Diesen Standpunkt vertraten auch Johanson und Newburn [10]. Sie vermuteten, dass das System einen größeren Einfluss auf die Interventionsrate hat, als der Beitrag der Hebamme. Dennoch darf die Funktion einer Hebamme in der Geburtshilfe in Deutschland nicht unterschätzt werden, da sie die außerklinische Geburtshilfe verkörpert. Die außerklinische Geburtshilfe basiert auf dem Wissensschatz von Hebammen. Sie gestalten das Arbeitsumfeld und treffen die Entscheidungen. In Krankenhäusern geschieht dies primär von ärztlicher Seite. Interessant war das Ergebnis, dass eine längere Berufserfahrung in der Begleitung von Gebärenden eine negative Auswirkung auf die Förderung der normalen Geburt haben kann. Jedoch war dieses Ergebnis sehr schwach korreliert. Eine Erklärung

Tabelle 2: Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (ASW)

Alter in Jahren	ASW in Punkten	ASW in Punkten
< 31	30,19	3,10
31-40	30,00	3,68
41-50	29,92	2,82
> 50	31,36	3,46
Arbeitsfeld		
Geburtshaus/ Hausgeburtshilfe (außerklinisch)	30,50	3,44
Angestellt/ Beleghebamme (klinisch)	30,00	3,43
Freiberuflich ohne Geburtshilfe	30,48	3,11

für dieses Ergebnis könnte der andere Wissensstandard in früheren Ausbildungszeiten der Hebammen sein. Ein anderer Grund könnte Resignation sein, die dadurch verursacht wird, dass ständige Auflehnung gegen die gängige Krankenhauspraxis nötig ist, um eine normale Geburt im Krankenhaus zu fördern [4]. Jedoch muss beachtet werden, dass die Berufserfahrung in der Begleitung von Gebärenden in beiden Gruppen (Hebammen in außerklinischer Geburtshilfe und in der Krankenhaus-geburtshilfe) keinen signifikanten Unterschied aufwies.

Allerdings stellt der selbstentwickelte Fragebogen „Einstellung zur Förderung der normalen Geburt“ selbst einen limitierenden Faktor dar. Dieser Fragebogen wurde entwickelt, da derzeit kein validierter Fragebogen in dem Themenfeld Förderung der normalen Geburt existiert. Durch die Pilotphase mit adäquater Teilnehmerrate ($n=32$) wurde versucht, die Eignung und Machbarkeit des Fragebogens zu überprüfen [25]. Die summierte Skala wies ein gutes Cronbach Alpha

($\alpha=0,88$) auf und stützte dabei die Reliabilität.

Schlussfolgerung

Hebammen mit langjähriger Berufserfahrung in der Begleitung von Gebärenden sollten Fortbildung im Bereich der Förderung der normalen Geburt wahrnehmen, um aktuelles Wissen zu erwerben. In einem außerklinischen Arbeitsfeld wird die normale Geburt verstärkt gefördert. Es ist daher wichtig, die außerklinische Geburtshilfe (Geburtshäuser und Hausgeburtshilfe) weiter aufrecht zu erhalten, diese auszubauen und zu fördern, um die Rate an normalen Geburten wieder zu erhöhen.

Schlüsselwörter: Selbstwirksamkeit, normale physiologische Geburt, Unterstützung, Hebamme, außerklinische Geburtshilfe.

Autorin: Laura A. Zinßer M.Sc. Midwifery

Co-Autorinnen: Kathrin Stoll Ph.D.; Prof. Dr. Mechthild M. Groß

Kontakt: laurazinsser@googlemail.com

Die Arbeit wurde im Europäischen Masterstudiengang für Hebammenwissenschaft an der Medizinischen Hochschule Hannover zur Erlangung des Grades Master of Science in Midwifery bei Frau Prof.in Dr. Mechthild M. Groß vorgelegt.

Literatur:

1. Antonovsky A. Health, Stress and Coping. 1. Aufl. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1979.
2. Bandura A. Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*. 1982;37(2):122-47.
3. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 5.Aufl. Oxford: Oxford University Press; 2001.
4. Carolan-Olah M, Kruger G, Gravey-Graham A. Midwives' experiences of the factors that facilitate normal birth among low risk women at a public hospital in Australia. *Midwifery*. 2015;31(1):112-21.
5. Statistisches Bundesamt. Krankenhausentbindungen 2012. 2016a. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhausesentbindungenKaiserschnitt.html> [Zugriff am 11.05.2017]
6. Statistisches Bundesamt. Anteil der Kaiserschnittentbindungen 2013 nahe zu unverändert bei 31,8 Prozent. 2016b. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/09/PD14_341_231.html [Zugriff am 11.05.2017]
7. Gould D. Normal labour: a concept analysis. *J Adv Nur*. 2000;31(2):418-27.
8. HebBO. Verordnung des Sozialministeriums (Baden-Württemberg) über die Berufspflichten der Hebammen und Entbindungspfleger. 1992. Verfügbar unter: <http://www.hebammengesetz.de/landesr.htm> [Zugriff am 11.05.2017]
9. ICM (International Confederation of Midwives). Essential competencies for basic midwifery practice 2010. 2010. Verfügbar unter: <http://tinyurl.com/q9vspz9> [Zugriff am 11.05.2017]
10. Johanson R, Newburn M. Promoting normality in childbirth. *BMJ*. 2001; 323: 1142-3.
11. Lim J, Downie J, Nathan P. Nursing students' self-efficacy in providing transcultural care. *Nurse Education Today*. 2004;24(6):428-34.
12. Lowe NK. Maternal confidence for labor: development of the childbirth self-efficacy inventory. *Res Nurs Health*. 1993;16(2):141-9.
13. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2000;21(4):219-24.
14. Manojlovich M. Predictors of professional nursing practice behaviors in hospital settings. *Nurs Res*. 2005;54(1):41-7.
15. McGurgan P, Coulter-Smith S, O'Donovan P. A national confidential survey of obstetricians' personal preferences regarding mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2001;97(1):17-9.
16. OECD.Health at a Glance 2013: OECD Indicators. 2016. Verfügbar unter: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf> [Zugriff am: 11.05.2017]
17. QUAG. Bericht 2015. 2017. Verfügbar unter: http://quag.de/downloads/QUAG_bericht2015.pdf [Zugriff am 11.05.2017]
18. Rahimparvar SFV, Hamzehkhani M, Geranmayeh M, Rahimi R. Effect of educational software on self-efficacy of pregnant women to cope with labor: a randomized controlled trial. *Arch Gynecol Obstet*. 2012;286(1):63-70.
19. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed frame-work for maternal and newborn care. *The Lancet*. 2014;383(1):9-25.
20. Sackett DL, Rosenberg WMC. The need for evidence-based medicine. *J R Soc Med*. 1995;88(11):620-4.
21. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized self-efficacy scale. In: Weinman J, Wright S, Johnston M. Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs. Windsor, UK:NFER.NELSON; 1995. S.35-7.
22. Schwarzer R, Jerusalem M. GES. 2016. Verfügbar unter: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/engscal.htm> [Zugriff am 11.05.2017]
23. Sincail M, O'Boyle C. The childbirth self-efficacy inventory: a replication study. *J Adv Nur*. 1999;30(6):1416-23.
24. Ten Hoop-Bender P, de Bernis L, Campbell J, Downe S, Fauveau V, Fogstad H, et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *The Lancet*. 2014;384(9949):1226-35. DOI:10.1016/S0140-6736(14)60930-2
25. van Teijlingen ER, Hundley V. The importance of pilot studies. *Nursing Standard*. 2002;16(40):33-6.
26. Vedam S, Stoll K, Acker J, et al. American nurse midwives' experiences with planned home birth: Impact on attitudes and practice. *Birth*. 2009;36(4):274-82.
27. Wan-Yim I, Tang CSK, Goggins WB. An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(15):2125-35.
28. WHO - World Health Organization. Care in normal birth: A practical guide. WHO/FRH/MSM/96.24; 1996.
29. Yee LM, Liu LY, Grobman WA. Relationship between obstetricians' cognitive and affective traits and delivery outcomes among women with a prior caesarean. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;213(3):413
30. Zinsser LA, Stoll K, Gross MM. Midwives' attitudes towards supporting normal labor and birth – A cross-sectional study in south Germany. *Midwifery*. 2016;39:98-102.
31. Zinsser LA. Die Einstellung von Hebammen zur Förderung der normalen Geburt. Unveröffentlichte Masterarbeit Medizinische Hochschule Hannover; 2015.

Förderliche Bedingungen für die praktische Hebammenausbildung im Kreißaal: Eine Befragung von Hebammenstudierenden und -schüler/innen in Deutschland

Supporting conditions for practical midwifery training in the labour ward: A survey of university student midwives and midwifery students in vocational training'

Hintergrund

In Deutschland existieren zwei Formen der Hebammenausbildung. Neben der dreijährigen Berufsausbildung kann Hebammenkunde seit 2010 auch primärqualifizierend studiert werden [3]. Die Hebammenausbildung soll dazu befähigen, Frauen beginnend in der Schwangerschaft bis hin zum Wochenbett Rat zu erteilen und die notwendige Betreuung zu gewährleisten (Ausbildungsziel § 5 HebG) [4]. Die Bedingungen der praktischen Ausbildung, welche den werdenden Hebammen immer mehr Sicherheit in der selbstständigen Ausführung dieser Aufgaben geben soll, variieren je nach Hebammenschule, Hochschule und Ausbildungsklinik. Die Hebammenausbildung ist nicht im Berufsbildungsgesetz integriert und bis heute existiert kein einheitliches Curriculum in Deutschland [9]. Aufgrund dessen veröffentlichte der Deutsche Hebammenverband Empfehlungen für die praktische Hebammenausbildung im klinischen Bereich in Form eines Kriterienkataloges. Sowohl pädagogische Anforderungen als auch strukturelle Rahmenbedingungen, die an eine Ausbildungsklinik gestellt werden, sind darin aufgeführt. Um eine qualitativ hochwertige praktische Ausbildung zu gewährleisten wird beispielsweise die Begleitung der werdenden Hebammen durch Praxisanleiter/innen (PA) empfohlen. Außerdem fungiert eine PA als Bindeglied zwischen Theorie und Praxis und hat die Aufgabe die Hebammenschüler/innen und -studierenden in der Verknüpfung beider Komponenten zu unterstützen [8].

Die Umsetzung der besagten Empfehlungen des DHV können von denjenigen beurteilt werden, die diese täglich erleben. Bezogen auf diese Thematik setzt sich das Kollektiv aus Hebammenschüler/innen und -studierenden zusammen. Ziel dieser Qualifikationsarbeit ist es, in Anlehnung an den Kriterienkatalog des DHV die Rahmenbedingungen der praktischen Hebammenausbildung im Kreißaal zu eruieren [8]. Sowohl die Umsetzung besagter Kriterien in die Praxis als auch die möglichen Auswirkungen einer Nichtumsetzung auf das Sicherheitsgefühl der werdenden Hebammen sollen herausgestellt werden.

Methode

Anhand des Kriterienkataloges wurde ein Online-Fragebogen durch die Autorin selbst erstellt. Über Emailverteileradressen der Hebammen- und Hochschulen, soziale Netzwerke und Hebammenforen hatten Hebammenschüler/innen und -studierende die Möglichkeit an der Umfrage teilzunehmen. Inhaltlich bezog sich das Erhebungsinstrument auf folgende Aspekte: Soziodemografische Daten, Informationen zur Ausbildungsform, Rahmenbedingungen der Ausbildungsklinik, Informationen zur Praxisanleitung und zum Kreißaalteam. Außerdem wurde das Sicherheitsgefühl, bezogen auf verschiedene Ausbildungsinhalte und Tätigkeiten, subjektiv durch die Teilnehmer/innen beurteilt. Die Befragung schloss mit einer allgemeinen Beurteilung der praktischen Ausbildung sowie des Theorie-Praxis-Bezugs in Form von Schulnoten (1 = sehr gut bis 6 = ungenügend) ab. Anschließend

wurden die Primärdaten dem Softwareprogramm IBM SPSS Statistics 22 zugeführt, statistisch ausgewertet und analysiert.

Ergebnisse

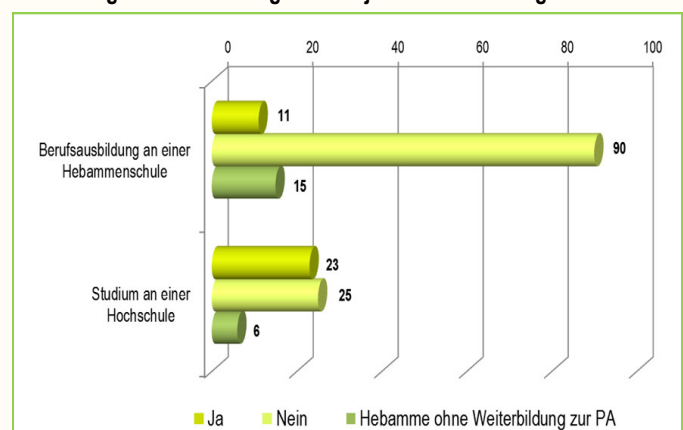
Die Stichprobe setzt sich aus 116 Hebammenschüler/innen (drittes Ausbildungsjahr) und 54 Hebammenstudierenden (sechstes und achttes Fachsemester) zusammen. Im Schnitt waren ein bis zwei Hebammenstudierende (n=54) gleichzeitig im Kreißaal eingesetzt. Die Hebammenschüler/innen (n=116) befanden sich durchschnittlich mit 5-6 Mitschüler/innen parallel im Kreißaaleinsatz. Die Anleitung durch eine qualifizierte PA gestaltete sich unterschiedlich (siehe Abbildung 1).

In Bezug auf 20 Tätigkeiten rund um die physiologische Geburt schätzte sich die Gruppe mit einer PA in 70 % der Tätigkeiten sicherer, zum Teil signifikant sicherer ($p < 0,05$) ein als die ohne PA. Die Verknüpfung zwischen Theorie und Praxis fiel den Teilnehmer/innen mit PA signifikant leichter als denen ohne PA. Bezogen auf die Gruppe der werdenden Hebammen mit PA fanden häufige Reflexionsgespräche von Anleitungssituationen in 40 % der Fälle statt. Diese Teilnehmer/innen schätzten sich ausnahmslos sicherer in der selbstständigen Durchführung aller erfragten Tätigkeiten ein, als die Befragten mit sporadischen Reflexionsgesprächen.

Diskussion

Bis jetzt ist der Einsatz einer PA in einer Ausbildungsklinik für Hebammen nicht gesetzlich verankert, was sich in der Anzahl der werdenden Hebammen ohne systematische Praxisanleitung widerspiegelt. Lediglich jede fünfte wurde in ihren Praxisphasen von einer PA begleitet. Die Hochschulen bestehen allerdings darauf, dass mindestens eine ausgebildete PA im Kreißaalteam der Kooperationskliniken tätig ist. Die Praxisanleitung stellt offenbar einen ausschlaggebenden Faktor für die praktische Hebammenausbildung dar. 70 % der abgefragten praktischen Tätigkeiten bezogen auf eine physiologische Geburt wurden von der Gruppe mit PA sicherer eingeschätzt als von der

Abbildung 1: Anzahl der eigenen PA je nach Ausbildungsform



Gruppe ohne PA. Das subjektive Sicherheitsgefühl von werdenden Hebammen scheint demnach durch die Betreuung durch eine PA gesteigert zu werden.

Insgesamt wurde der Theorie-Praxis-Bezug von den Befragten als befriedigend bewertet. Dieses Ergebnis deckt sich mit denen der vorhandenen Literatur [5;6;7]. Besonders hinsichtlich der Praxisanleitung ist dieser Aspekt interessant, da eine PA im Idealfall als Bindeglied zwischen dem theoretischen Wissen und der praktischen Umsetzung fungiert. Diese Arbeit zeigt, dass die Verknüpfung zwischen Theorie und Praxis von den werdenden Hebammen die durch eine PA begleitet wurden offensichtlich besser hergestellt werden konnte, als von denen ohne PA. Dennoch bedarf die Ursache der Diskrepanz zwischen dem theoretischen Wissen und der praktischen Ausbildung in den Kliniken noch weiterer Klärung. Ob die Schule/Hochschule und die Kooperationskliniken unzureichend kommunizieren, bleibt offen.

Neben der Praxisanleitung als ausschlaggebenden Faktor für das Sicherheitsgefühl, scheinen häufige Reflexionsgespräche während der Praxiseinsätze ebenfalls einen der Aspekte für eine erfolgreiche Hebammenausbildung darzustellen. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass das subjektive Sicherheitsgefühl der lernenden Hebammen durch regelmäßige Reflexionsgespräche erhöht werden kann.

Da es sich nicht um eine Zufallsstichprobe handelt ist es durchaus denkbar, dass der Fragebogen hauptsächlich von motivierten und engagierten Schüler/innen und Studierenden ausgefüllt wurde. Die Verzerrung durch die subjektiven Sichtweisen, beispielsweise bezogen auf das Sicherheitsgefühl, kann nicht kontrolliert werden.

Die Stichprobe an sich ist mit 170 Teilnehmer/innen relativ klein, weshalb eine Verallgemeinerung der Ergebnisse kritisch gesehen werden sollte. Die ausschließliche Sicht auf die Gesamtgruppe der Schüler/innen und Studierenden ist gewollt. Ein Vergleich zwischen beiden Ausbildungsformen ist schwierig, da sie bis auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen sehr unterschiedlich strukturiert sind.

Bezogen auf die Methodik muss außerdem angemerkt werden, dass in dieser Studie kein validiertes Befragungsinstrument verwendet wurde, da kein Instrument mit entsprechendem thematischem Zusammenhang existiert. Die Kontrolle über Störvariablen ist also gering und die Zuver-

lässigkeit des Messinstrumentes bei wiederholter Anwendung kann demnach nicht garantiert werden.

Schlussfolgerung

Durch die vorliegenden Ergebnisse konnte der positive Einfluss einer systematischen Praxisanleitung bestätigt werden. Mit dem Einsatz von Praxisanleiter/innen kann die Ausbildung von Hebammen im klinischen Setting in ihrer Qualität verbessert werden.

In Anbetracht dessen, dass Dreiviertel der Teilnehmer/innen keine Praxisanleitung durch eigene PA hatten, wird deutlich, dass der Großteil der werdenden Hebammen die Praxisausbildung zurzeit unter erschwerten Bedingungen absolvieren muss. Eine Gefährdung des Ausbildungsziels aufgrund dieses Defizites kann nicht ausgeschlossen werden und bleibt weiterhin kritisch zu betrachten.

Diese Erhebung deutet an, dass die aktuelle praktische Hebammenausbildung in Deutschland möglicherweise Verbesserungspotenzial besitzt. Die Anleitung von Hebammschüler/innen und -studierenden durch ausgebildete Praxisanleiter/innen hat einen großen Einfluss auf das subjektive Sicherheitsgefühl und die Verknüpfung von Theorie und Praxis. Für den Beruf der Hebamme ist der Bezug zwischen beiden Komponenten essenziell. Die Empfehlung des DHV, jeder werdenden Hebamme eine PA zur Seite zu stellen, konnte mit den beschriebenen Ergebnissen untermauert werden.

Der Aspekt der unterschiedlichen Ausbildungsformen könnte in weiteren Forschungsarbeiten thematisiert und untersucht werden. Die vorhandene Literatur stellte bereits heraus, dass eine Vereinheitlichung der Hebammenausbildung gebraucht wird [1]. Erst kürzlich wurde aufgrund des Evaluationsberichts zu den Modellstudiengängen der Hebammen und Therapieberufe (2016) die vollständige Akademisierung der Hebammenausbildung bis zum 18. Januar 2020 beschlossen [2].

Schlüsselwörter: praktische Hebammenausbildung, Hebammschüler/in, Hebammenstudent/in

Autorin: Franziska Neugebauer BSc Hebammenkunde

Kontakt: fneugebauer@hs-gesundheit.de

Die Bachelorarbeit wurde bei Prof. Dr. N. H. Bauer und A. Villmar an der Hochschule für Gesundheit Bochum vorgelegt.

Literatur:

1. Bovermann I. Die Hebammenausbildung steht vor großen Umbrüchen. 2016. Verfügbar unter: <https://www.hebammenverband.de/aktuell/nachricht-detail/datum/2016/04/11/artikel/die-hebammenausbildung-steht-vor-grossen-umbruechen/> [Zugriff 11.05.2017]
2. Deutscher Bundestag (18. Wahlperiode). Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten. Drucksache 18/9400. 2016.
3. Deutscher Hebammenverband. Beruf Hebamme. 2015. Verfügbar unter: <https://www.hebammenverband.de/beruf-hebamme/> [Zugriff 11.05.2017]
4. Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers. Hebammgengesetz vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), das durch Artikel 18 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist. 2016. S.1-21.
5. Greening M. Identifizierung von Belastungsfaktoren und Beanspruchung von Hebammschülerinnen während der Berufsausbildung. Technische Universität Darmstadt; 2011.
6. Hellmers C. Praxisanleitung in der Hebammenausbildung – Handlungsempfehlungen für Hebammen. Aachen: Shaker Verlag; 2002.
7. Hentschel D. Wie beurteilen werdende Hebammen die Praxisanleitung im Kreißaal? Die Hebamme. 2013;26(04),278-82.
8. Pädagogischer Fachbeirat des Deutschen Hebammenverbandes (2015). Kriterienkatalog für die praktische Hebammenausbildung im klinischen Bereich. 1-14.
9. Zoege M. Die Professionalisierung des Hebammenberufs. 1. Aufl. Bern, Schweiz: Hans Huber Verlag; 2004.

Neue Website der DGHWi

Die neue Homepage der DGHWi ist mit leicht verändertem Aussehen seit März 2017 online; im April 2017 haben alle Mitglieder der DGHWi einen neuen Zugang zum internen Bereich der Website erhalten. Damit sind die Folgen eines erneuten Hackerangriffs vom Ende des Jahres 2016 behoben.

Die Inhalte der Website sind in Joomla!, einem open access Content Management System (CMS), eingetragen. Die von uns genutzte Version, die veraltet war und für die es keine Updates mehr gab, wurde 2016 erneut gehackt. Und diesmal nicht, um fremde Inhalte zu zeigen, sondern um Sequenzen einzubauen, die ihrerseits kleine Programme aufnehmen können. Damit wurden quasi "Zimmer" eingerichtet für Geldgeber, die Software verbreiten und Rechner manipulieren oder ausspähen wollen.

Die neue Website ist nun aktuell auf Joomla 3.6.5 aufgebaut und mit möglichst wenigen zusätzlichen Modulen erweitert, damit ein Umzug

auf eine neuere Version leichter möglich ist. Joomla! wird als CMS von unserem Internetdiensteanbieter Strato, der die Seite hostet, zum Aufbau von Websites empfohlen; die technischen Anforderungen der Aktualisierungen werden durch Strato entsprechend unterstützt.

Der Vorstand hat sich mit Hilfe der Sachkenntnis und einem großen Anteil an ehrenamtlichem Engagement durch Dipl.-Ing. (DH) Wido Vogel (Tübingen) um die Freischaltung der alten und den Aufbau der neuen Website gekümmert. Anschließend mussten alle Texte in einem Editor bereinigt und neu formatiert werden, alle Dateien wurden neu verlinkt. Mit dem Zugang zum internen Bereich finden die Mitglieder wie bisher zusätzliche und aktuelle Informationen.

Elke Mattern M.Sc.
für den Vorstand

Übersetzungen

Schon immer benötigte die DGHWi Unterstützung bei der Übersetzung von Texten:

- ◆ Seiten der Website zur Vorstellung der DGHWi sind zweisprachig, auch die zur Fachzeitschrift und zur Einreichung von Manuskripten.
- ◆ Flyer im Zusammenhang mit der Internationalen Fachtagung sind in zwei Sprachen erhältlich, mit einem Formular auf Englisch können sich Nicht-Deutsch-Sprechende zur Fachtagung anmelden.
- ◆ In der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft werden Abstracts von Cochrane-Reviews in deutscher Sprache publiziert.

Diese Übersetzungen vom Deutschen ins Englische und aus dem Englischen ins Deutsche haben bisher Mitglieder der DGHWi ehrenamtlich übernommen.

Nun soll ein weiterer Schritt hinzukommen: die Übersetzung der deutschsprachigen peer-reviewten Originalartikel ins Englische. Der Beschluss der Mitgliederversammlung vom Februar 2017, dass Originalartikel von professionellen Übersetzer/innen aus dem Deutschen ins Englische professionell übertragen werden, soll die Internationalisierung der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft voranbringen. Erst wenn der Meilenstein erreicht ist, dass mindestens 25 Originalartikel in englischer Sprache publiziert sind, kann die DGHWi endlich einen Antrag zur Aufnahme der Zeitschrift in die Datenbank PubMed stellen. Diesen Meilenstein wollen wir baldmöglichst erreichen! Wir danken allen, die uns bisher bei Übersetzungen geholfen haben!

Sie haben dafür keine finanzielle Aufwandsentschädigung erhalten.

Auch wenn wir gerne weiterhin ehrenamtliche Übersetzungshilfen in Anspruch nehmen, so hat die Mitgliederversammlung Februar 2017 dennoch beschlossen, dass zukünftig der DGHWi Übersetzungen in Rechnung gestellt werden können.

Da die DGHWi nur über begrenzte finanzielle Ressourcen verfügt, ist sie in der Zielerreichung (der Übersetzungen der Originalartikel) auf einen pauschalen Zuschuss der Autor/innen angewiesen.

In der nachfolgenden Tabelle kann die Berechnungsgrundlage ersehen werden.

	Originalartikel	Texte (Website, Flyer, Abstracts, etc.)
Personen	Professionelle Übersetzer/innen	Mitglieder der DGHWi
Berechnung	Kostenvoranschlag	2,7 Cent pro Zeichen (incl. Leerzeichen) im Ursprungstext
Zuschuss von Autor/innen	Mitglieder 150 € Nicht-Mitgl. 250 €	

Der Vorstand hofft sehr, dass diese Pauschale durch die Autor/innen in dem gemeinsamen Anliegen einer Datenbank-Listung mitgetragen wird.

Elke Mattern M.Sc.
für den Vorstand

Fristen für die Einreichung von Manuskripten für die Rubriken „Originalartikel“, „Einblicke in Forschung/Lehre“ und „Junges Forum“ der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft:

- ◆ 30. April für die Dezember-Ausgabe
- ◆ 30. September des Vorjahres für die Juni-Ausgabe.

Die (neuen) Associate Editors der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft

Nachfolgend stellen sich die drei Associate Editors vor. Auch wenn Susan Travis, MMid, IBCLC nun „Associate Editor 3“ ist (siehe Tabelle zur Redaktion Seite 3), kommt sie an erster Stelle, da sie bereits seit ca. 2 Jahren in der Redaktion tätig war und sowohl den Reviewprozess der Originalartikel als auch das Junge Forum organisatorisch begleitete und beide Bereiche weiterhin betreuen wird.



Susan Travis MMid, IBCLC

Seit meinem Hebammenexamen 1999 in Berlin habe ich fast alle Arbeitsfelder ausprobiert, und auch 5 Jahre als Studienschwester in der klinischen Forschung gearbeitet. Nach 5 Jahren Kreißaaltätigkeit wechselte ich in die Freiberuflichkeit und war schwerpunktmäßig in der Vor- und Nachsorge unterwegs. Seit Ende 2015 arbeite ich nun auf Schwangeren- und Wochenstationen in meiner Heimatstadt Canberra, Australien. Zusätzlich zu der Hebammenarbeit bin ich seit 2006 freiberuflich als Übersetzerin tätig (www.translategerman.de/de). In dieser Funktion habe ich Praktische Geburtshilfe von J. W. Dudenhausen ins Englische übersetzt. Im Jahr 2015 habe ich meinen Master of Midwifery absolviert und bin seitdem Redaktionsmitglied der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft der DGHWi.

Seit Ende 2012 bis Sommer 2017 bin ich im dualen Bachelorstudiengang Hebammenwesen an der Hochschule Ludwigshafen am Rhein als wissenschaftliche Assistentin tätig. Ab Herbst 2017 arbeite ich als freiberufliche Hebamme in Frankfurt. Neben der hebammenhilflichen Arbeit erfülle ich Lehraufträge und unterstütze nun auch als Associate Editor die Herausgabe der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft.



Marielle Pommereau B.A.

Mein Name ist Marielle Pommereau. Ich lebe mit meinem Mann und meiner Tochter in Speyer, Rheinland-Pfalz. Der Wunsch, Hebamme zu werden, entwickelte sich schon in der Schulzeit und so absolvierte ich nach dem Abitur mehrere Praktika und die Ausbildung an der Hebammenschule in Speyer. Zeitgleich studierte ich im dualen Studiengang Hebammenwesen (Bachelor of Arts) an der Hochschule Ludwigshafen am Rhein. Nach dem Staatsexamen 2013 arbeitete ich in einem Kreißaal mit ca. 2.400 Geburten jährlich und freiberuflich im Bereich der Schwangerschafts- und Wochenbettbetreuung. Im Jahr 2015 beendete ich erfolgreich das Studium im Hebammenwesen mit einer Bachelorarbeit zum Thema: „Hebammen an weiterführenden Schulen – ein Unterrichtskonzept zu den Themen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett für Jugendliche ab 14 Jahren“. Im Anschluss entschied ich mich, das Unterrichten von Hebammen/Entbindungspflegern in Ausbildung anzustreben. Aus diesem Grund studiere ich seit 2016 an der Katholischen Hochschule Mainz Pädagogik in Gesundheit und Pflege (Master of Arts).



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

Meine hebammenpraktische Laufbahn begann 2008 mit meinem Studium im primärqualifizierenden Bachelorstudiengang Hebamme der FH JOANNEUM in Graz, welches ich 2011 erfolgreich abschloss. Seit 2011 lebe ich in Frankfurt am Main, wo ich 2016 mein Zweitstudium im Bachelorstudiengang Soziologie der Goethe-Universität absolvierte und aktuell meinen Master in Soziologie verfolge.

Rolle / Funktion	Kontakt	Zuständigkeit für die Rubriken / Bereiche
Associate Editor 1	a-editor_fh@dghwi.de	Editorial, Aktuelles, Mandate, Sektionen, Stellungnahmen
Associate Editor 2	a-editor_mp@dghwi.de	Cochrane Reviews, Einblicke in die Forschung, Bekanntmachungen, Termine
Associate Editor 3	redaktion@dghwi.de	Originalartikel, Junge Forum
Schatzmeisterin	schatzmeisterin@dghwi.de	Abonent/innen
Geschäftsstelle	geschaeftsstelle@dghwi.de	Sonstige Anfragen

4. Internationale Fachtagung der DGHWi – Call-for-Abstracts

Die 4. Internationale Fachtagung der DGHWi wird am 16. Februar 2018 von 10:30 Uhr bis 17:00 Uhr stattfinden.

Die Registrierung ist ab 9:30 Uhr offen.

Tagungsort ist die Katholische Hochschule Mainz (KH Mainz), Saarstr. 3, D-55122 Mainz. Die Hochschule liegt in der Nähe des Hauptbahnhofs Mainz und bietet eine gute Anbindung per Bahn, Auto und Flugzeug für unsere nationalen und internationalen Tagungsgäste.

Das Motto der Tagung ist „The academic midwife – practice and science“ bzw. „Akademisiertes Hebammenwesen – Praxis und Wissenschaft“. Es verbindet die drei Themenbereiche: Akademisierung der Hebamme, Hebammenwissenschaft und Hebammentätigkeit.

Wir freuen uns, dass wir Frau **Professorin Cecily Begley aus Irland** als **Keynote Speaker** gewinnen konnten. Sie wird von ihren Erfahrungen in der Entwicklung von primärqualifizierenden Bachelorstudiengängen in Irland berichten. Sie hat den Lehrstuhl in Nursing and Midwifery am Trinity College in Dublin, Irland, inne sowie zahlreiche Mandate in nationalen Bildungsgremien und in der Entwicklung von Standards. Sie hat eine große Anzahl an Veröffentlichungen realisiert, unter anderem auch zu den Rollen der „Midwife Specialists“ und „Midwife Practitioners“, welche auf Masterniveau qualifiziert sind.

Der Call-for-Abstracts ist nun offen und endet am 31.8.2017.

Kolleg/innen aus der Wissenschaft, Lehre und Praxis sind eingeladen, ihre Beiträge, die einen thematischen Bezug zum Motto der Fachtagung haben, für einen Vortrag oder ein Poster einzureichen.

Bitte nutzen Sie zur Einreichung ausschließlich die Formulare auf der Webseite der DGHWi:

<https://www.dghwi.de/index.php/4-internationale-fachtagung>

Da die Vorträge simultan übersetzt werden, können sie sowohl in Deutsch als auch in Englisch gehalten werden. Abstracts können ausschließlich in Englisch oder aber in Deutsch und Englisch eingereicht werden. Über die Annahme der eingereichten Abstracts wird bis Mitte Oktober 2017 entschieden.

Bei Annahme werden das deutsche und englische Abstract in einem Supplement der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Abstractband) gedruckt und bei GMS online veröffentlicht (open access).

Dr. Gertrud M. Ayerle

für den Vorstand

Tagungsort

Der Veranstaltungsort ist die Katholische Hochschule Mainz (KH Mainz), Saarstr. 3, D-55122 Mainz
Telefon 06131-289 44750; www.kh-mz.de
Die Katholische Hochschule Mainz ist ab Hauptbahnhof (Hinterer Ausgang, Nähe S-Bahn-Gleise) gut zu Fuß erreichbar (700 m, 10 Minuten). Der Hauptbahnhof Mainz ist direkt vom Hbf Frankfurt und Frankfurt (M) Flughafen Fernbahnhof zu erreichen.

Übernachtung

Die Übernachtung ist in nahe gelegenen Hotels möglich. Bitte bemühen Sie sich frühzeitig um eine Reservierung. Einige Einzel- (65 €) und Doppelzimmer (80 €) stehen im Hotel Stiftswingert zur Verfügung (Aufbettung ist möglich): <http://www.hotel-stiftswingert.de/>. Das Abfrühkontingent besteht bis zum 24.11.2017.
Bitte geben Sie bei der Buchung eines Zimmers das Stichwort „DGHWi-Fachtagung“ an.

Anmeldung

Das Formular zur Anmeldung finden Sie auf der **Webseite der DGHWi** unter dem Menüpunkt „4. Internationale Fachtagung“. Bitte mailen oder faxen Sie das ausgefüllte Formular an die Geschäftsstelle unter:
E-Mail: 4-int-fachtagung@dghwi.de
Fax-Nr.: 05372-9718 78

Call-for-Abstracts

Der Call-for-Abstracts für Vorträge und Poster-Präsentationen beginnt im Mai 2017 und **endet am 31.8.2017.**

Bitte nutzen Sie zur Einreichung ausschließlich die Formulare auf der Webseite der DGHWi:
<https://www.dghwi.de/index.php/4-internationale-fachtagung>

Über die Annahme der eingereichten Abstracts wird bis Mitte Oktober 2017 entschieden.

Bei Annahme der eingereichten Arbeiten für eine Präsentation (Vortrag oder Poster) werden das deutsche und englische Abstract in einem Supplement der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Abstractband) gedruckt und bei GMS online veröffentlicht (open access).

Die Zusage für einen Vortrag oder eine Poster-Präsentation entbindet nicht von der Zahlung der Teilnahmegebühr.

Geschäftsstelle der DGHWi
Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
Janningsweg 4, 48159 Münster
www.dghwi.de

Hebammenwissenschaft sowie relevanter angrenzender Wissenschaften in Vorträgen und Poster-Präsentationen zur Diskussion gestellt.

Keynote-Speaker

Professorin Cecily Begley wird von ihren Erfahrungen in der Entwicklung von primärqualifizierenden Bachelorstudiengängen in Irland berichten. Sie hat den Lehrstuhl in Nursing and Midwifery am Trinity College in Dublin, Irland, inne sowie zahlreiche Mandate in nationalen Gremien und in der Entwicklung von Standards.



4. Internationale Fachtagung

The academic midwife – practice and science

Akademisiertes Hebammenwesen – Praxis und Wissenschaft

16. Februar 2018
10:30-17:00 Uhr
Mainz
Katholische Hochschule Mainz

Simultanübersetzung

Die Vorträge können in deutscher oder englischer Sprache gehalten werden. Alle Vorträge werden aus dem Deutschen in die englische Sprache und aus dem Englischen in die deutsche Sprache simultan übersetzt.

Teilnahmegebühren

In den Teilnahmegebühren sind die Verpflegung und die Tagungsmappe, inklusive Abstractband, enthalten.

Bitte nutzen Sie den Frühbucher-Tarif („early bird“) bis einschließlich **31.10.2017.**

Bitte beachten Sie:
Die Höhe der Teilnahmegebühr richtet sich nach dem **Tag des Zahlungseingangs.** Dies trifft auch für die „early bird“-Anmeldung zu!

Anmeldung	Mitglied DGHWi	Studierende/ SchülerInnen	Nicht-Mitglied DGHWi
vor dem 31.10.2017 („early bird“)	130,- Euro	70,- Euro	180,- Euro
bis 17.12.2017	180,- Euro	90,- Euro	230,- Euro
Tageskarte	200,- Euro	110,- Euro	250,- Euro

Bitte überweisen Sie die Teilnahmegebühr auf das Konto:
Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)
IBAN: **DE02 6806 3479 0021 5635 01**
BIC: **GENODE33VOK**
Raiffeisenbank Kaiserstuhl eG
Stichwort: **4. Int. Fachtagung**

Vorstellung der neuen Gutachterinnen im erweiterten Reviewboard der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science)



Prof. Dr. Rainhild Schäfers

Raihild Schäfers ist Hebamme und Diplom-Pflegewirtin. Nach ihrem Studium der Pflegewissenschaft war sie 6 Jahre im Verbund Hebammenforschung als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig. 2011 erfolgte ihre Promotion im Fachbereich Humanwissenschaften an der Universität Osnabrück zum Thema „Subjektive Gesundheitseinschätzung gesunder Frauen nach der Geburt eines Kindes“.

Direkt im Anschluss erhielt sie einen Ruf an die Hochschule für Gesundheit, Bochum, wo sie seitdem als Professorin für Hebammenwissenschaft tätig ist.

Der Schwerpunkt ihrer Methodenkenntnisse liegt in der quantitativen Forschung. Ihre hebammenspezifischen Fachkenntnisse umfassen die klinische wie außerklinische Versorgung von Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Sie hat in Fachzeitschriften mit Peer-Review publiziert.

Arbeitsschwerpunkte: Akademisierung des Hebammenwesens, Forschung zu systemimmanenten Faktoren als Einflussgrößen geburtshilflicher Interventionen sowie im Bereich der Gesundheitssystemforschung allgemein

Zusätzliche Tätigkeit: S3 Leitlinienentwicklung (u.a. Koordinierung der S3 Leitlinie vaginale Geburt am Termin), Mitglied der Bundesfachgruppe Perinatalmedizin im Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), Mitglied im Lenkungsausschuss des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Autorin sowie Mitautorin diverser Fachbücher.



Prof. Nina Knappe Ph.D.

Nina Knappe ist Hebamme und Diplom-Kauffrau (FH). Ihren Ph.D. hat sie 2017 mit dem Thema „Eine Sekundärdatenanalyse der Arbeitsbelastung und Betreuungsdichte von Hebammen in der klinischen Betreuung von Low-Risk Gebärenden“ abgeschlossen. Der Schwerpunkt ihrer Methodenkenntnis

liegt in allgemeinen quantitativen sowie gesundheitsökonomischen Methoden. Sie hat in Fachzeitschriften mit Peer-Review publiziert.

Seit 2014 ist sie als Professorin für Hebammenwissenschaft und Studiengangsleitung im Dualen Bachelorstudiengang Hebammenwesen (B.Sc.) an der Hochschule Ludwigshafen am Rhein tätig.

Arbeitsschwerpunkte: Geburtsbetreuung, Personalbedarfsermittlung, ökonomische Rahmenbedingungen in der Hebammenarbeit.

Zusätzliche Tätigkeit: Mitarbeit in der Sektion Hochschulbildung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft, Mitarbeit im pädagogischen Fachbeirat des Deutschen Hebammenverbandes, Mitglied

„Runder Tisch Geburtshilfe Rheinland-Pfalz“, Beiratsmitglied im „Branchenmonitoring Rheinland-Pfalz“.



Prof. Julia Leinweber Ph.D.

Julia Leinweber ist Hebamme und Master-Absolventin in Public Health (Schwerpunkt Frauengesundheit). Promoviert hat sie mit einem Ph.D. (Midwifery) an der Griffith University, Brisbane zum Thema „Prevalence and Risk Factors for Post-traumatic Stress among Australian Midwives“.

Der Schwerpunkt ihrer Methodenkenntnisse liegt in der quantitativen Forschung und in der Konstruktion und Validierung von Assessments. Ihre hebammenspezifischen Fachkenntnisse umfassen die Versorgung von Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Sie hat in Fachzeitschriften mit Peer-Review publiziert.

Seit 2015 ist sie Lehrbeauftragte im European Master of Science in Midwifery der Medizinische Hochschule Hannover, seit 2016 Professorin für Hebammenkunde an der Evangelischen Hochschule Berlin. Frau Leinweber ist außerdem Adjunct Associate Professor in der School of Midwifery and Nursing, Griffith University in Brisbane, Australien.

Arbeitsschwerpunkte: Traumasensible Geburtshilfe, traumatischer Stress bei Hebammen.

Zusätzliche Tätigkeit: Mitarbeit bei EU COST ACTION physiological birth.



Prof. Dr. phil. Claudia Hellmers

Claudia Hellmers ist Hebamme und Diplom-Pflegewissenschaftlerin (FH). Im Rahmen ihrer Promotion in einem DFG-Graduiertenkolleg und ihrer Post-Doc-Phase an der Universität Osnabrück befasste sie sich mit Themen aus dem Bereich der Frauengesundheitsforschung in der Lebensphase Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Dabei absolvierte sie auch einen Gastaufenthalt an der Boston University, School of Public Health, Department of Maternal and Child Health. Ihr Promotionsthema lautet „Geburtsmodus und Wohlbefinden – eine prospektive Untersuchung an Erstgebärenden unter besonderer Berücksichtigung des (Wunsch-) Kaiserschnittes“.

Ihre Kenntnisse umfassen quantitative als auch interpretativ-hermeneutische Forschungsmethoden und schließen alle hebammenspezifischen Fachthemen ein. Sie ist an vielen Publikationen in Fach-

zeitschriften mit Peer-Review beteiligt.

Seit 2009 ist sie Professorin für Hebammenwissenschaft an der Hochschule Osnabrück und dort seit 2011 Beauftragte für den Studiengang Midwifery (B.Sc.). 2012 erhielt sie eine Gastprofessur an der Universität Witten-Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft.

Arbeitsschwerpunkte: Forschung zu den Themen Wunschsectio, maternales Wohlbefinden, Salutogenese, Mutter-Kind-Beziehung, Interventionen in der Geburtshilfe und Familiengesundheit.

Zusätzliche Tätigkeit: Mitarbeit in mehreren Forschungsprojekten sowie diversen wissenschaftlichen Beiräten und Arbeitsgruppen (auch als Mandatsträgerin der DGHWi e.V.).

Steckbrief: „Editor-in-chief“ gesucht !

- ♦ Die/der Editor-in-chief ist mit dem Vorstand für die inhaltliche Gestaltung der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft verantwortlich (siehe S. 3).
- ♦ Sie/er prüft, ob und wann ein eingereichtes Manuskript in den Review gehen kann und schlägt die Reviewer/innen für die Originalartikel vor.
- ♦ Sie/er entscheidet über die Annahme eines Manuskripts am Ende des Reviewprozesses.
- ♦ Sie/er entscheidet ebenso über die Annahme und ggf. erforderliche Überarbeitung von Texten für die Rubrik „Einblicke in die Forschung/Lehre“.
- ♦ Die Tätigkeit ist überwiegend ehrenamtlich, jedoch ist eine Aufwandsentschädigung von 50 Euro pro Manuskript vorgesehen.
- ♦ Die/der Editor-in-chief sollte möglichst eine Promotion vorweisen können oder sich in der Promotionsphase befinden.
- ♦ Es wäre hilfreich, wenn sie/er über die Landschaft der Hebammenwissenschaft und -forschung in Deutschland, ggf. auch in der Schweiz und in Österreich, informiert wäre.
- ♦ Die Tätigkeit kann im Curriculum Vitae ausgewiesen werden.

Bei Interesse kontaktieren Sie bitte Prof. Dr. Monika Greening unter: vorsitzende@dghwi.de

Termine

Mai 2017

- ♦ **33rd European Congress on Intrapartum Care: Making Birth Safer ECIC2017**
25. - 27. Mai 2017, Stockholm, Schweden
Nähere Informationen unter: <http://www.mcascentificevents.eu/ecic2017/>

Juni 2017

- ♦ **11th Normal Labour and Birth Research Conference 31st International Confederation of Midwives Triennial Congress**
18. -22. Juni 2017, Toronto, Kanada
Nähere Informationen unter: <http://www.midwives2017.org>

Juli 2017

- ♦ **4th World Congress on Midwifery and Womens Health**
20. - 22. Juli 2017, Melbourne, Australien
Nähere Informationen unter: www.midwifery.conferenceseries.com/asia-pacific/scientific-program

Termine

Juli 2017

- ◆ **4. Konferenz: Die zukunftssichere Geburtshilfe im Krankenhaus – Qualität vs. Wirtschaftlichkeit?**
Deutsches Krankenhaus Institut (DKI)
6.7.2017, Düsseldorf, Novotel City West
Nähere Informationen unter: <https://www.dki.de/veranstaltungen/konferenz-die-zukunftssichere-geburtshilfe-im-krankenhaus-qualitaet-vs>
- ◆ **23rd World Nursing and Healthcare Conference**
10. - 12.7.2017, Berlin
Nähere Informationen unter: <http://world.nursingconference.com/>

August 2017

- ◆ **2nd World Congress on Midwifery and Women's Health; Theme „Midwives: A Voice for Healthy Family“**
28. - 30.8.2017, Philadelphia, Pennsylvania, USA
Nähere Informationen unter: <http://midwifery.conferenceseries.com>

September 2017

- ◆ **Kongress für Kinder- und Jugendmedizin**
20. - 23.9.2017, Köln
Nähere Informationen unter: <http://dgkj2017.de/>

Oktober 2017

- ◆ **12th International Normal Labour and Birth Research Conference**
2. - 4.10.2017, Grange Over Sands, Cumbria, Großbritannien
Nähere Informationen unter: http://www.uclan.ac.uk/conference_events/12th-international-normal-labour-and-birth-research-conference.php
- ◆ **Europe Midwifery and Women's Health**
2. - 4.10.2017, London, Großbritannien
Nähere Informationen unter: <https://www.emedevents.com/conferenceview/united-kingdom/england/london/medical-conferences-2017/europe-midwifery-and-womens-health-2017-62235>
- ◆ **4th International Conference on Gynecology and Obstetrics**
2. - 4.10.2017, Barcelona, Spanien
Nähere Informationen unter: www.gynecology.conferenceseries.com

November 2017

- ◆ **10th European Public Health Conference; Theme „Sustaining resilient and healthy communities“**
1. - 4.11.2017, Stockholm, Schweden
Nähere Informationen unter: <https://ephconference.eu>

Dezember 2017

- ◆ **28. Deutscher Kongress für Perinatale Medizin**
30.11. - 2.12.2017, Berlin
Nähere Informationen unter: <http://www.dgpm2017.com/>

Hinweis:

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

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 M.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

Reviewboard:

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

Erweiterter Reviewboard:

Dr. Barbara Baumgärtner, Dr. Anke Berger, Prof. Dr. Andreas Bü-
scher, Dr. Lena Dorin MPH, Prof. Dr. Manuela Franitza, Prof. Dr. phil.
Claudia Hellmers, Prof. Dr. Elke Hotze, Prof. Nina Knappe Ph.D.,
Dr. Elisabeth Kurth, Prof. Dr. Ute Lange, Prof. Julia Leinweber Ph.D.,
Prof. Dr. Sabine Metzger, Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde, Dr. Tanja
Richter, Prof. Dr. Rainhild Schäfers, Prof. Dr. Birgit Seelbach-Göbel,
Prof. Dr. Dorothea Tegethoff, Dr. Oda von Rahden.

Editors (kommissarisch):

Dr. Gertrud M. Ayerle, Elke Mattern M.Sc., Prof. Dr. Dorothea
Tegethoff

Layout:

Dr. Gertrud M. Ayerle, Annetkatrin Skeide M.A.

Lektorat:

Mirjam Peters M.Sc., Elke Mattern M.Sc., Prof. Dr. Dorothea Teget-
hoff, Friederike M. Hesse B.A., B.Sc., Marielle Pommereau B.A.

Druck:

Viaprinto, Münster.

ISSN: 2196-4416

Zitierung der Texte:

Autor/innen. Titel. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of
Midwifery Science). 2017;05(01):Seitenzahlen.

oder

Autor/innen. Titel. Z Hebammenwiss. 2017;05(01):Seitenzahlen.

Datum: 17.5.2017



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