

ZEITSCHRIFT FÜR HEBAMMENWISSENSCHAFT

Journal of Midwifery Science

Themen:

- ◆ Neue Website der DGHWi
- ◆ Sektionsbeiträge
- ◆ Stellungnahmen
- ◆ Potenzial des Mixed-Methods-Ansatzes in der Hebammenwissenschaft
- ◆ Integration internationaler Hebammen
- ◆ Behandlungen für Frauen mit Gestationsdiabetes
- ◆ COST Action IS1405 BIRTH „Building intrapartum research through health“
- ◆ Junges Forum

Kategorien

Editorial	41
Aktuelles	42
Sektionen	45
Stellungnahmen	46
Originalartikel	62
Reviews	74
Einblicke in Forschung/Lehre	76
Junges Forum	80
Termine	88

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 Konferenzen durch

Inhaltsverzeichnis

Editorial	41
Aktuelles	
Neue Website der DGHWi	42
Kongressbericht: 19. Kongress für Versorgungsforschung 2020	43
Sektionen	
Hebammenarbeit stärken – Rückschau auf ein zukunftsweisendes Jahr 2019	45
Stellungnahmen	
Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe	46
Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG	48
S3-Leitlinie „Sectio caesarea“	51
Versicherteninformation zur Pränataldiagnostik	51
COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz	60
Qualitätssicherungsverfahren Perinatalmedizin	61
Originalartikel	
Potenzial des Mixed-Methods-Ansatzes in der Hebammenwissenschaft	62
Integration internationaler Hebammen in geburts-hilfliche Teams	68
Reviews	
Behandlungen für Frauen mit Gestationsdiabetes	74
Einblicke in Forschung/Lehre	
COST Action IS1405 BIRTH „Building intrapartum research through health“	76
Junges Forum	80
Termine	88
Vorstand: Kontaktangaben	
Impressum	

Liebe Leserinnen und Leser,
liebe Mitglieder der DGHWi,

ein ereignisreiches Jahr neigt sich dem Ende zu, vieles hat sich 2020 verändert! Die erste für Hebammen besonders wichtige Änderung war das Inkrafttreten des neuen Hebammengesetzes zum Jahresbeginn, ein Meilenstein! Den vorausgegangenen arbeits- und zeitintensiven Prozess der Gesetzesnovellierung, den insbesondere die Sektion „Hochschulbildung“ begleitete, lässt Prof.in Dr. Melita Grieshop in ihrem Beitrag noch einmal Revue passieren.

Bei der Mitgliederversammlung im Februar änderte sich dann die Zusammensetzung des Vorstandes der DGHWi – gleich vier neue Vorstandsfrauen wurden gewählt. Des Weiteren gab es zwei Neugründungen, die Sektion „Junges Forum“ und die Arbeitsgruppe „Digitalisierung“. In diesem Jahr fand die internationale Konferenz der DGHWi zum ersten Mal zweitägig statt.

2020 war ein Jahr, das für uns alle von neuen Herausforderungen geprägt war. Seit März hat die Corona-Pandemie zu Veränderungen im privaten und beruflichen Alltag geführt. Gerade im technischen Bereich gab es dadurch Entwicklungen, die durchaus auch positiv gewertet werden können. Die Kommunikation mithilfe von digitalen Medien hat an Bedeutung gewonnen und maßgeblich zu Realisierung des Arbeitens und Lehrens aus der Distanz beigetragen. Auch in der direkten Gesundheitsversorgung schreitet die digitale Transformation voran. So wird beispielsweise ab dem 1. Januar 2021 allen gesetzlichen Versicherten die elektronische Patientenakte, in die im Jahr 2022 der elektronische Mutterpass integriert wird, zur Verfügung gestellt. Der Vorstand der DGHWi begleitet, zusammen mit der Arbeitsgruppe „Digitalisierung“, die hebammenrelevanten Prozesse im Rahmen ihrer Möglichkeiten proaktiv. Im nächsten Heft der ZHWi werden diese Entwicklungen einen inhaltlichen Schwerpunkt bilden.

Auch innerhalb der DGHWi werden Prozesse digitalisiert, die nächste Mitgliederversammlung im Februar 2021 wird erstmals digital stattfinden. Außerdem hat die DGHWi einen neuen digitalen Auftritt – seit dem 20. Oktober ist die neue Website online. In diesem Zuge wurde z.B. auf der Webseite der ZHWi der Prozess zum Einreichen von Beiträgen und zur Kontaktaufnahme mit der Redaktion mithilfe von Formularen deutlich vereinfacht. Einen detaillierten Überblick über alle Neuerungen finden Sie im Bericht über die neue Website. Wir freuen uns über Ihre Besuche auf unserer neuen Website und auf Ihr Feedback.

Im Juni 2020 wurde die langerwartete S3 Leitlinie „Sectio caesarea“ mit Beteiligung der DGHWi von der AWMF veröffentlicht und die erste, von der DGHWi angemeldete S3 Leitlinie „Die vaginale Geburt am Termin“, befindet sich in den letzten Zügen vor der Publikation. Es ist ein großer Erfolg, dass nun zwei hebammenrelevante Themen in Leitlinien er-

arbeitet wurden und den Praktiker*innen für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung gestellt werden.

Neben den berufspolitischen Tätigkeiten wurde natürlich weiterhin intensiv an hebammenwissenschaftlichen Themen gearbeitet. In diesem Heft erwarten Sie vier Beiträge aus dem Jungen Forum und zwei interessante Originalartikel. Prof.in Dr. Beate Blättner und Angela



Rocholl M.A. präsentieren ihre Ergebnisse der Exploration des Potentials der Integration von internationalem Personal in geburtshilfliche Teams. Im zweiten Originalartikel stellen Nina Peterwerth M.Sc. und Prof.in Dr. Rainhild Schäfers die Anwendung des Mixed-Methods-Ansatzes am Beispiel der Risikowahrnehmung von geburts-hilflichem Personal vor.

Abschließend möchte ich im Namen des Vorstandes allen Mandats-träger*innen und Beteiligten an Stellungnahmen und Leitlinien ein großes Dankeschön für das großartige Engagement innerhalb oder für die DGHWi aussprechen. Im Besonderen möchten wir uns nochmals bei der Sektion „Hochschulbildung“ und allen, die sich in die Arbeit rund um das Gesetzgebungsverfahren eingebracht haben, bedanken. Ein besonderer Dank geht auch an Sue Travis MMid, die ihre Tätigkeit als Associate Editor zum Jahresende nach fünf arbeitsamen Jahren in der Redaktion beenden wird.

2020 wurde von der WHO zum Jahr der Pflegenden und Hebammen erklärt – mit Blick auf den unermüdlichen Einsatz vieler Mitglieder der DGHWi ist diese Würdigung sehr passend. Ich wünsche Ihnen eine besinnliche und vor allem gesunde Weihnachtszeit und einen guten Start ins Jahr 2021. Mit großer Vorfreude sehe ich der ersten digitalen Mitgliederversammlung am 19. Februar entgegen!

Mit besten Grüßen,

Caroline Agricola B.Sc.

Schriftführerin der DGHWi

Neue Website der DGHWi

Seit dem 20.10.2020 ist die Website der DGHWi mit einem neuem Auftritt und einer neuen Struktur unter der gewohnten Adresse www.dghwi.de zu erreichen.

Bis zur Umstellung der Website (siehe Abbildung 1) waren über ein Jahr lang zahlreiche Prozesse von der Planung, über die Auswahl und Zusammenarbeit mit einer Designagentur in der Strukturierung und Darstellung auf der Website bis hin zur inhaltlichen Ausgestaltung und detaillierten Überarbeitungen des Layouts erforderlich. Vorstand, Geschäftsstelle, Mitglieder aus den Sektionen und Arbeitsgruppen sowie aus der Redaktion der ZHWi waren hieran beteiligt – allen sei an dieser Stelle für ihr Engagement gedankt insbesondere dem Website-Team um Caroline Agricola B.Sc. und Dr. Astrid Krahl, namentlich Friederike Hesse B.A., B.Sc., Heike Saalman, Dr. Sabine Striebig und Elke Mattern M.Sc.; auch Dr. Annkatrin Skeide, die bis Februar 2020 maßgeblich an den Prozessen mitwirkte.

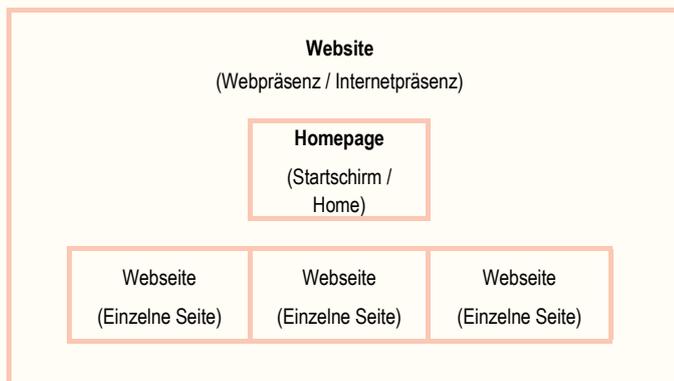


Abbildung 1: Relevante Begriffe

Neben einem gänzlich neuen Aussehen gab es auch inhaltliche bzw. strukturelle Neuerungen, viel Bewährtes blieb jedoch auch für die neue Website erhalten. Wichtig war, dass die Inhalte der neuen Website auch auf mobilen Endgeräten gut lesbar dargestellt werden.

Auf der *Startseite* werden nun kompakt und übersichtlich Neuigkeiten, zeitnahe Veranstaltungen und der Twitter-Kanal der DGHWi präsentiert. Um immer auf dem Laufenden zu bleiben, können Sie diese Seite beispielsweise als Startbildschirm in Ihrem Browser festlegen. Von hier können Sie sich weiter zu den Leitlinien, weiteren Veröffentlichungsformaten der DGHWi wie Stellungnahmen, Positionspapieren und Standpunkten und zu Sektionen und Arbeitsgruppen leiten lassen.

Der bereits bekannte Menüpunkt „Über die DGHWi“ stellt auch weiterhin den Vorstand, die Geschäftsstelle, das Leitbild und die Historie der DGHWi vor. Darüber hinaus präsentieren sich auf den jeweiligen Unterseiten nun die Sektionen und Arbeitsgruppen mit weiteren Informationen. Auch die Mandate der DGHWi und die Kooperationen zu anderen Organisationen werden auf der neuen Website detailreicher dargestellt. Ebenfalls neu überarbeitet wurde die Unterseite „Mitgliedschaft“, auf der nun die Vorteile und die verschiedenen Mitgliedsformen anschaulicher präsentiert werden (siehe Abbildung 2).

Die „Leitlinien“ als ein zentrales Arbeitsfeld der DGHWi haben nun eine hervorgehobene Position auf der Website. Auf der entsprechenden Unterseite werden angemeldete, also aktuell in Arbeit befindliche und bereits veröffentlichte Leitlinien präsentiert. Leitlinien, die sich im Stimmnahmeverfahren durch die Vorstände der Fachgesellschaften befinden, sind im internen Bereich der Website unter „Leitlinien (Work in progress – Wip)“ verlinkt. Unter „Veröffentlichungen“ finden Sie Stellungnahmen, Positionspapiere und Standpunkte der DGHWi. Materialien zu Stellungnahmen oder Veröffentlichungen, die noch nicht freigegeben sind, finden Mitglieder weiterhin im internen Bereich; über die internen Rundmails bzw. Newsletter der Geschäftsstelle werden Mitglieder darüber informiert, wann Dokumente zur Mitarbeit oder Kommentierung bereitstehen.

Unterseiten unter dem Menüpunkt „Veranstaltungen“ informieren Sie über geplante Veranstaltungen der DGHWi und über relevante Veranstaltungen anderer Organisationen. Hier finden Sie auch Details zu den Internationalen Konferenzen der DGHWi – unter „frühere Fachtagungen“ werden die Zusammenfassungen vergangener Konferenzen gesammelt, Informationen zur jeweils kommenden Konferenz werden entsprechend der Vorbereitungsphase als eigene Unterseite veröffentlicht.

Unter dem Menüpunkt „ZHWi (Zeitschrift)“ finden Sie alle bisher erschienenen Hefte der Zeitschrift. Auf der Unterseite „Abonnement“ können Jahresabonnements abgeschlossen und über die Seite „Redaktion“ das Team der ZHWi erreicht werden. Autor*innen können auf den weiteren Unterseiten alle Informationen zur Einreichung von Manuskripten nach Rubrik sortiert einsehen und über das neue Formular Artikel nun direkt hochladen.

Unter „Studium & Forschung“ finden Sie Informationen zu den hebammen-spezifischen Bachelor- und Masterstudiengängen sowie Promotionsprogrammen. Promotionsstellen werden hier nun nicht mehr einzeln ausgeschrieben, sondern können im internen Bereich unter „Stellenanzeigen“ gefunden werden. Auf der Unterseite „Forschungsprojekte“ werden laufende und abgeschlossene Projekte von Hebammenwissenschaftler*innen bzw. mit hebammenwissenschaftlicher Relevanz aufgelistet. Auf der Unterseite „Studienteilnahme“ werden Studienaufrufe veröffentlicht. Für die Verbreitung von Informationen zu Forschungsprojekten kann die Geschäftsstelle kontaktiert werden; Studienaufrufe können über das Formular auf der entsprechenden Webseite eingereicht werden.



Abbildung 2: Icons zu Vorteilen der Mitgliedschaft

Im *internen Bereich* finden Mitglieder der DGHWi neben den in Arbeit befindlichen Leitlinien und Veröffentlichungen wie gewohnt alle relevanten Formulare und Vorlagen, die Protokolle bzw. Berichte von Mitgliederversammlungen und das Archiv für Newsletter. Neu ist, dass für Hebammen relevante Stellenanzeigen nun dort angezeigt werden. Die Einträge löschen sich am Tag der Einreichungsfrist von selbst. Es lohnt sich, Mitglied der DGHWi zu sein!

Wir wünschen viel Freude beim Erkunden der neuen Website.

Wenn Sie Feedback zur neuen Website haben oder an der Gestaltung mitwirken wollen, senden Sie gerne eine E-Mail an die Geschäftsstelle unter: geschaeftsstelle@dghwi.de.

Kongressbericht: 19. Kongress für Versorgungsforschung 2020

Am 30. September und 1. Oktober 2020 fand der Deutsche Kongress für Versorgungsforschung unter dem Motto „Zugang, Qualität und Effizienz: Gesundheitsversorgung international vergleichen und verbessern“ statt, erstmalig im digitalen Format. Laut Angaben des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung nahmen 700 Personen aus Wissenschaft, Versorgung und Politik an ca. 100 verschiedenformatigen Sessions teil, die in gewohnter Weise eine ausgewogene Auswahl an Themen aus der gesundheitlichen Versorgungsforschung boten. Dem Thema Coronavirus-Pandemie wurde aktualitätsentsprechend ein besonderer Platz auf dem Kongress eingeräumt, jedoch ohne andere versorgungsrelevante Themen in den Hintergrund zu stellen.

Die bedarfsplanungsrelevanten Beiträge des Kongresses boten ein breites Spektrum an methodischer und inhaltlicher Auseinandersetzung mit den Themen Zugang, Planung und Verteilung von Gesundheitsversorgung. Obgleich sich das Gros der vorgestellten Untersuchungen auf die medizinische Versorgung bezog, ist ein Transfer einzelner Aspekte in den Kontext der Hebammenwissenschaft beziehungsweise des Hebammenwesens möglich und interessant.

Als erstes Beispiel sei hier eine Untersuchung aus der Nephrologie genannt, welche nach Bedingungsfaktoren für eine vergleichsweise geringe Nutzung einer nutzer*innenfreundlicheren Alternative zur herkömmlichen Dialyse fragt. Es wurden Hinweise gefunden, dass der Zugang zur alternativen Behandlungsmöglichkeit einerseits mit der Informiertheit der Patient*innen korreliert, andererseits aber auch mit der Informiertheit der überweisenden Fachärzt*innen. Als Handlungsempfehlung leiten die Autor*innen der Studie nicht nur die Notwendigkeit der Bereitstellung patient*innengerechter Informationen ab. Der Umstand, dass nephrologische Fachärzt*innen stationär ausgebildet werden und deshalb wenig mit ambulanter Dialysepraxis, folglich auch nicht mit neuen, patient*innenfreundlicheren Alternativen in Kontakt kommen, führt zu der Empfehlung, angehende Fachärzt*innen obligatorisch in entsprechenden ambulanten Schwerpunktpraxen einzusetzen.

Eine Parallele zur Geburtshilfe zeigt sich hier in der Schnittstellenproblematik zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, die auch bei Hebammen (und Gynäkolog*innen) zu Einbußen im Wissen um aktualisierte Versorgungsmöglichkeiten im jeweils anderen Sektor führen kann. Die Bereitstellung adressat*innengerechter Informationen stellt einen weiteren Aspekt dar, der auch im Hinblick auf die Nutzung von Hebammenleistungen relevant ist.

Der Bedarf – gemessen an der Nutzung – von IGEL Leistungen wurde in einem Beitrag aus der Urologie in Zusammenhang gebracht mit der

persönlichen Einstellung von Haus- und Fachärzt*innen zu dieser spezifischen Leistung. Gefordert wird als Fazit eine stärkere fachlich-inhaltliche Auseinandersetzung mit möglichen Leistungen um eine evidenzbasierte Empfehlungspraxis zu ermöglichen. Auch Hebammen bieten IGEL Leistungen an, exemplarisch sei die geburtsvorbereitende Akupunktur genannt. Das Wissen um Faktoren, die eine Nutzung dieser Leistung befördern, kann im Zusammenhang mit Bedarfsplanung interessant sein, stehen sich doch der diskutierte Hebammenmangel und ein gleichzeitig bestehendes Interesse von Hebammen, IGEL Leistungen zu erbringen, gegenüber.

Mehrere Beiträge befassten sich mit der Untersuchung des Zugangs zu medizinischen bzw. physiotherapeutischen Versorgungsleistungen anhand von Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen. Unter anderem wurden Ungleichheiten im Zugang zur Versorgung gefunden, jeweils bezogen auf unterschiedliche Nutzer*innengruppen. Beispielsweise wurde eine Unterversorgung älterer harninkontinenter Frauen mit wirksamen physiotherapeutischen Methoden im Vergleich zu jüngeren harninkontinenten Frauen beschrieben, sowie Unterschiede in der Nutzung, die sich nicht durch Merkmale der Versicherten erklären ließen. Vermutet wurden hierfür Gründe, die im Zusammenhang mit den Leistungserbringenden selbst stehen.

Auch hebammenwissenschaftliche Arbeiten, welche Ungleichheiten in der Versorgung untersuchten, wurden präsentiert. Beispiele dafür fanden sich in der Session zu vulnerablen Gruppen: Kristina Luksch stellte den „Einfluss von Migrationshintergrund und sozioökonomischem Status auf die Inanspruchnahme von aufsuchender Hebammenbetreuung im Wochenbett in Hessen“ dar. Sie wies damit auf einen für die Versorgungsgestaltung und für die Versorgungsplanung relevanten Befund hin, welcher nicht nur aus hebammenwissenschaftlicher Perspektive interessant ist, sondern Planungs- und Umsetzungsschritte in der (interdisziplinären) geburtshilflichen Versorgungspraxis notwendig erscheinen lässt.

Anne Kasper gab einen Einblick in die Ergebnisse ihrer qualitativen Studie zum „professionellen Handeln der geburtshilflichen Akteur*innen in der Versorgung von Frauen mit Fluchterfahrung“. Die von ihr aufgezeigten Strategien, die Hebammen und Gynäkolog*innen in der Versorgung der Zielgruppe anwenden, bieten wichtige Impulse für das Erforschen und Reflektieren von Faktoren, die zu einer ungleichen Versorgungspraxis in der Geburtshilfe führen. Zudem sind sie relevant für künftige bedarfsplanerische Überlegungen.

Auch der räumliche Zugang zur Gesundheitsversorgung und die damit verbundenen regionalen Unterschiede der Versorgung – Kerntemen der Bedarfsplanung – wurden auf dem Kongress thematisiert. Besonders interessant sind hier Erkenntnisse aus einer Studie zur Bewertung der räumlichen Erreichbarkeit verschiedener Arztgruppen aus Patient*innensicht: es wurde nur eine schwache Korrelation zwischen geografischen und wahrgenommenen Zugangsindikatoren gefunden, die einen stärkeren Einfluss weiterer Faktoren vermuten lässt; genannt werden Bildung, subjektiver Gesundheitsstatus und verfügbare Transportmittel.

Methodisch interessant waren Beiträge, die für die Analyse räumlicher Verteilung von Leistungserbringenden sowie geografischen Unterschieden in der Nutzung von Leistungen verschiedene Formate kartographischer Darstellungen nutzen. Der besondere Charme dieser Methoden liegt nicht nur in der Möglichkeit der anschaulichen Darstellung von Ergebnissen, was insbesondere für die Arbeit mit politischen Entscheidungsträger*innen wertvoll sein kann. Zudem bietet sich auch die Möglichkeit einer vereinfachten Datenverknüpfung und Datenaktualisierung.

Fazit und Ausblick:

Das Verfolgen aktueller Forschungsaktivitäten im Bereich Bedarfs- und Versorgungsplanung bietet unserer Profession inhaltlich und methodisch vielseitige Anregungen, der Besuch des Versorgungsforschungskongresses ermöglicht dies in konzentrierter Form. Zudem eröffnet der Kongress die Möglichkeit, hebammenwissenschaftliche Forschung auf einer interdisziplinären Plattform zur Diskussion zu stellen.

In Bezug auf bedarfsplanerische Problemstellungen und Aufgaben lassen sich zwischen der Hebammenversorgung und der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen Parallelen ziehen. Dies gilt auch für verfügbare Daten zur Inanspruchnahme von Kassenleistungen. Eine spezifische Herausforderung für unsere Profession bleibt das Problem der (systemimmanenten) fehlenden konsistenten Datenbasis zur Anzahl der in der Versorgung tätigen Hebammen und ihrem Leistungsumfang und -spektrum. Hierfür Lösungen zu finden ist und bleibt eine Kernaufgabe auf dem Weg zur bedarfs- und zugangsgerechten Versorgung mit Hebammenleistungen.

Manuela Raddatz, M.Sc. Public Health

Mandat Bedarfsplanung

Ankündigung zu den Mitgliedsbeiträgen 2021

Auf der Mitgliederversammlung 2019 wurde das **solidarische Beitragsprinzip** beschlossen: das bedeutet, dass jedes Mitglied selbst entscheiden kann, welchen finanziellen Beitrag sie oder er zu unserer Fachgesellschaft leisten möchte.

Es gibt drei Beitragskategorien:

1. den regulären Beitragssatz von 110,00 €
2. den solidarischen Beitragssatz von beispielsweise 150,00 €
3. den ermäßigten Beitragssatz von 55,00 €

Bitte melden Sie Ihre gewünschte Beitragshöhe zwischen dem 01.01. und 28.02.2020 an schatzmeisterin@dghwi.de

Sollte keine Information an sie erfolgen, geht die Schatzmeisterin automatisch vom regulären Beitragssatz aus.

Hebammenarbeit stärken – Rückschau auf ein zukunftsweisendes Jahr 2019

Das Jahr 2019 war aus der Perspektive der Hochschullehrenden in der DGHWi ein turbulentes Jahr, das mit atemberaubender Geschwindigkeit die lang erhoffte Akademisierung des Hebammenberufs mit sich brachte – ein Meilenstein für Hebammen in Ausbildung, Praxis, Hochschulpolitik und Hebammenorganisationen.

Gleichzeitig hat im Jahr 2019 die World Health Organization (WHO) den Rahmen-Aktionsplan *Strengthening Quality Midwifery Education for Universal Health Coverage 2030* zur globalen Stärkung, Optimierung und Standardisierung der Qualifizierung von Hebammen publiziert [6]. Kaum vorstellbar ist, dass die darin geforderte bessere Ausbildung auch in Deutschland eine schwierige Aufgabe für den Berufsstand sowie eine enorme hochschul-, bildungs-, gesundheits- und frauenpolitische Anstrengung ist. Wäre doch in einem ressourcenreichen Land wie Deutschland mit einem hervorragend ausgestatteten Gesundheitssystem eigentlich zu erwarten, dass auf maximale Bildungsqualität in der Hebammenausbildung nach europäischem Standard gesetzt wird.

So war die Interessensvertretung der Hebammenwissenschaft während der Gesetzesnovellierung 2019 und dem damit verbundenen gesellschaftlichen und politischen Aushandlungsprozess eine große Herausforderung für die noch zarte Personaldecke der Wissenschaftler*innen in der DGHWi, insbesondere für die Vertreter*innen der Sektion für Hochschulbildung und die Verbandsvorsitzenden.

Zunächst musste die DGHWi als stellungnahmeberechtigte Fachgesellschaft beim BMG platziert werden. Dieser Sachverhalt deckte auf, dass die politische Arbeit der DGHWi zwingend auszubauen war, um auf ministerieller Ebene als zentrale Interessensvertretung der hochschulischen und fachwissenschaftlichen Interessen für die akademische Hebammenausbildung wahrgenommen und einbezogen zu werden. Daneben waren unter enormen Zeitdruck diverse umfangreiche Stellungnahmen zu den verschiedenen Gesetzesentwürfen [1, 2, 3, 4, 5] unter größtmöglicher Partizipation der Mitglieder und Konsentierung in Sektion und Vorstand zu erstellen – ein schwieriger Balanceakt zwischen Basisdemokratie und Konzentrierung. Zentral in diesem Prozess war kompetentes Auftreten der DGHWi in den verschiedenen Anhörungsverfahren des BMG und des Gesundheitsausschusses. Immerhin galt es, neben der Forderung nach Vollakademisierung auch die Vorbehaltsaufgaben und die Hinzuziehungspflicht für Ärzt*innen wissenschaftlich begründet zu verteidigen. Gleichzeitig waren „neue Ideen“ der DGGG wie ein verpflichtendes Klinikjahr nach der Ausbildung oder die Sectio ohne Hebammenbegleitung abzuwehren – ein Schlagabtausch, der gelegentlich bei einzelnen Interessenvertreter*innen fachliche Tiefe und Sachlichkeit vermissen ließ, jedoch aus Perspektive der DGHWi durch konstruktive Argumentation durchaus gelungen ist. Schließlich erhielt die Sektion Hochschulbildung den drittmittelgeförderten Auftrag des BMG zur Mitarbeit an der neuen Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen.

Auch wenn wir darin unser bildungstheoretisches und hochschulisches Selbstverständnis nicht kompromisslos abbilden konnten, haben wir im Gesetzgebungsverfahren viele Ziele erreicht und uns als DGHWi bei der Novellierung des Hebammengesetzes als kompetente Gesprächspartner*innen präsentiert. Dass sich dabei auch schon der akademi-

sche Hebammenachwuchs mit juristischer Expertise eingebracht hat, lässt uns hoffnungsvoll in die Zukunft der noch jungen Hebammenwissenschaft in Deutschland blicken.

Abschließend bleibt die Frage, was wir aus diesem Prozess mitgenommen haben und welche Konsequenzen sich für die weitere Arbeit in der DGHWi daraus ableiten:

1. Der Gesetzgeber bezieht durch Anhörungsverfahren die Interessensvertretungen breit in den Meinungsbildungsprozess ein. Fachlich begründete Argumentationen und konstruktive Beiträge werden auf politischer und ministerieller Ebene offen angehört und geprüft. Die DGHWi muss daher auf beiden Ebenen kontinuierlich präsent sein und die Kontakte in die Ministerien proaktiv pflegen, um wahrgenommen und einbezogen zu werden.
2. Hochschul-, berufs-, gesundheits- und frauenpolitische Arbeit ist in der DGHWi kaum voneinander zu trennen, so dass die DGHWi in ihren Stellungnahmen über das Spektrum ihrer Kernthemen hinausgehen muss.
3. Die Arbeitsbelastung der am Gesetzgebungsverfahren beteiligten Wissenschaftler*innen aus der Sektion Hochschulbildung und dem Vorstand ging aufgrund knapper personeller Ressourcen weit über das zumutbare Maß hinaus. Hier setzen sich ggf. berufliche Sozialisationsmuster aus der praktischen Hebammenarbeit fort. Der wissenschaftliche Nachwuchs sollte daher aktiv für die Mitarbeit gewonnen werden, um vorhandene multiperspektivische Expertise sichtbar zu machen und Potentiale zu aktivieren. Die neu gegründete Sektion „Junges Forum“ ist ein erster Schritt in die richtige Richtung.

Letztendlich konnten wir durch unsere Arbeit im Gesetzgebungsverfahren erfolgreich einen Beitrag zum Ziel der Vollakademisierung und zur Stärkung des Hebammenberufs leisten. Das ist ein enormer Zugewinn für die beruflichen Aufstiegschancen und Verdienstmöglichkeiten zukünftiger Hebammen und eine Chance zur Verbesserung der Attraktivität des Berufes für bildungsinteressierte Menschen. Gleichwohl braucht der erwartete positive Einfluss auf die Qualität der geburts-hilflichen Versorgung im klinischen und ambulanten Sektor jetzt konsequentes Engagement. Entscheidend werden eine qualitativ hochwertige Hochschullehre, die Weiterentwicklung von Forschung und Disziplin sowie ein intensiver Theorie-Praxistransfer sein, damit externe und interne Evidenz in der Praxis tatsächlich auf die Bedürfnisse und Präferenzen der Frauen und ihrer Familien treffen und eine partizipative Entscheidung über die Betreuung durch die Hebamme möglich wird.

Mit der Novellierung des Hebammengesetzes erhält die Modernisierung des Hebammenberufes und der Hebammenarbeit in Deutschland hoffentlich den erwarteten Innovationsschub und den hebammenwissenschaftlichen und strukturellen Anschluss an die flächendeckend hochschulische Primärqualifizierung von Hebammen in der EU. An vielen Hochschulstandorten entstehen bereits neue Studiengänge und zahlreiche Hebammenwissenschaftler*innen nutzen die Chance, sich an diesen Hochschulen engagiert in die Aufbau- und Entwicklungsarbeit einzubringen. Es ist beeindruckend zu sehen, dass die Personal-

Sektionen

decke nicht mehr ganz so dünn ist, wie bisher befürchtet. Dies birgt eine große Chance, auch in Deutschland, wie von der WHO gefordert [6], die Qualität der Primärqualifikation von Hebamme zu verbessern und damit den Beruf zu stärken.

Prof.in Dr. Melita Grieshop

Literatur

1. Bauer NH, Grieshop M, Funk M, Hellmers C, Knappe N & Lange U. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung vom 12.04.2019. *Journal of Midwifery Science*. 2019;7(1):18-21.
2. Bauer NH, Greening M, Grieshop M, Hellmers C & Knappe N. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zur Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV) vom 20.09.2019. *Journal of Midwifery Science*. 2020;08(1):21-25.
3. Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. – DGHWi. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi e.V.) zum Hebammenreformgesetz (HebRefG) zur öffentlichen Anhörung am 26.06.2019 im Gesundheitsausschuss des Bundestages; 2019a. [Zugriff: 15 Jun 2020]. Verfügbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/648856/4ff2cfffcc5e928d442cdab6d22e7057d/19_14_0086-10-DGHWi_Hebammenreformgesetz-data.pdf
4. Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. – DGHWi. Standpunkte der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) zum Änderungsbedarf im Hebammenreformgesetz (HebRefG) vom 04.09.2019. Osnabrück: DGHWi; 2019. [Zugriff: 12 Nov 2020]. Verfügbar unter: https://www.dghwi.de/wp-content/uploads/2020/11/Standpunkte-DGHWi-Aenderungsbedarf-HebRefG_2019-09-04.pdf
5. Grieshop M. Stellungnahme zum Hebammenreformgesetz (HebRefG) als Einzel-sachverständige zur öffentlichen Anhörung am 26.06.2019 im Gesundheitsausschuss des Bundestages. Berlin: Evangelische Hochschule Berlin; 20.06.2019. [Zugriff: 19 Okt 2020]. Verfügbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/648886/c011bf740abdd9376c78afdc375c7666/19_14_0086-15-ESVe-Grieshop_Hebammenreformgesetz-data.pdf
6. World Health Organization – WHO. Strengthening Quality Midwifery Education for Universal Health Coverage 2030: Framework for Action. Switzerland: World Health Organization; 2019.

Stellungnahmen

Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe

Position der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

24. Juli 2020

Abstract

Weltweit dokumentieren Studien und Berichte, dass Frauen im Rahmen der Geburt in und außerhalb von geburtshilflichen Einrichtungen Respektlosigkeit und Gewalt erfahren. Die Berichte reichen von Vernachlässigung und Diskriminierung über verbale Verletzungen, ungenügende Aufklärung vor Eingriffen bis hin zu körperlicher Gewalt. Respektlosigkeit und Gewalt können dazu führen, dass die Geburt als traumatisch erlebt wird. Auch Personen, die Zeuge von Gewalt werden, können traumatisiert werden. Dies kann zu schwerwiegenden und langanhaltenden gesundheitlichen Belastungen führen.

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) sieht es als wichtig an, dass sich Hebammen der Verantwortung für ihre Hand-

lungen und Unterlassungen stellen, die – absichtlich oder unabsichtlich – respektlos und gewaltvoll sein können. Die DGHWi erachtet eine nationale gesundheitspolitische Strategie für erforderlich, in deren Rahmen die Prävalenz von Respektlosigkeit und Gewalt während der Geburt in Deutschland erhoben und Strategien zur Prävention entwickelt werden, um eine frau-/familienzentrierte und menschenrechts-basierte geburtshilfliche Versorgung in Deutschland sicherzustellen.

Key Words: Respektvolle Geburtshilfe, Menschenrechte, Frauenrechte, Gewalt in der Geburtshilfe, Hebammen

Das Recht auf eine würdevolle und wertschätzende Gesundheitsversorgung wird in der WHO Erklärung (2014) zur Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen hervorgehoben [17]. Im Juli 2019 legte

die UN-Sonderbeauftragte für Gewalt gegen Frauen einen Bericht zu geburtshilflicher Gewalt vor, der sich auf mehr als 130 Eingaben aus aller Welt und regionale Reporte stützt [15]. Wie der Bericht deutlich macht, kommt es weltweit bei Geburten in und außerhalb von Geburts-

kliniken zu einer systematischen Verletzung von Frauenrechten, die allgemeine Menschenrechte sind. Die Parlamentarische Versammlung des Europarats verabschiedete daraufhin im Oktober 2019 die Resolution 2306: Geburtshilfliche und gynäkologische Gewalt [12]. Die Mitgliedsstaaten werden darin zu gezielten Anstrengungen aufgefordert, um die Achtung der Frauenrechte überall und vollumfänglich sicherzustellen und so allen Frauen eine humane, respektvolle und ihre Würde achtende Begleitung in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt zuteilwerden zu lassen.

Erfahrungen von Respektlosigkeit und Gewalt in der geburtshilflichen Betreuung können dazu führen, dass die Geburt als traumatisch erlebt wird [8, 13]. Eine traumatische Geburtserfahrung kann mit schwerwiegenden und langanhaltenden gesundheitlichen Belastungen und Folgen für die Frau, ihre Beziehung zu dem Neugeborenen und für ihre Familie einhergehen [1, 4, 5, 6, 7]. Auch Hebammen kann die Anwesenheit bei oder Beteiligung an einer gewaltsamen Situation in der Geburtshilfe langfristig psychisch belasten [9].

Die DGHWi verurteilt jegliche Form von Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe und betont die Verpflichtung des Gesundheitspersonals, ihre Betreuung stets achtsam, wertschätzend und fürsorglich zu gestalten. Hebammen müssen sich der Verantwortung stellen, dass ihre Handlungen und Unterlassungen gegenüber Gebärenden, Neugeborenen und Begleitpersonen – beabsichtigt oder unbeabsichtigt – respektlos oder gewaltvoll sein können.

Formen von Gewalt in der Geburtshilfe

Eine Forschungsgruppe im Auftrag der WHO entwickelte auf der Grundlage eines systematischen Reviews aus 65 größtenteils qualitativen Studien eine evidenzbasierte Typologie von Gewalt in der Geburtshilfe [2]. Danach sind körperliche und sexuelle Gewalt, verbale Gewalt, Stigmatisierung und Diskriminierung, Nichteinhalten professioneller Standards, ungenügende Kommunikation und Beziehungsgestaltung sowie Bedingungen und Beschränkungen im Gesundheitssystem bei Gewalt in der Geburtshilfe zu unterscheiden. Berichtet wird von körperlichen und verbalen Verletzungen, von Demütigung, Erniedrigung, Vernachlässigung bis hin zu Alleinlassen oder von Diskriminierung; Schmerzlinderung wird verwehrt, Gebärende werden nicht in Entscheidungen einbezogen und geburtshilfliche Maßnahmen ohne das Einverständnis der Frau durchgeführt [2]. Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe kann auch Neugeborene und Angehörige betreffen [14].

Prävalenz

Zur Häufigkeit von Gewalt in der Geburtshilfe liegen bislang nur wenige Daten für westliche Industrieländer vor. In einer im Jahr 2016 in den USA durchgeführten Umfrage zu Erfahrungen von Frauen während Schwangerschaft und Geburt [16] gaben 17,3 % der 2.138 Befragten an, eine oder mehrere Formen von Misshandlung während der Geburt erlebt zu haben. Frauen afro-amerikanischer oder hispanischer Herkunft, Frauen mit sozio-ökonomischer oder gesundheitlicher Benachteiligung und Frauen, die in Kliniken geboren hatten, waren verstärkt betroffen. Auch für Deutschland liegen zahlreiche Berichte über Gewalt in der Geburtshilfe vor (<http://www.gerechte-geburt.de/wissen/gewalt-in-der-geburtshilfe>). Auf der Plattform der „Roses Revolution Deutschland“ berichten Frauen seit 2013 über ihre Erfahrungen

(<http://www.facebook.com/RosesRevolutionDeutschland>). Ergebnisse einer Umfrage in sozialen Medien im November 2018 mit 2.045 Teilnehmer*innen zeigen eine erhebliche Relevanz verschiedener Formen von Respektlosigkeit und Gewalt in geburtshilflichen Einrichtungen in Deutschland [10, 11].

Respektvolle Geburtshilfe als Menschenrecht

Auf Grundlage der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (1948) postuliert das Grundgesetz in Artikel 1 die Unantastbarkeit der Menschenwürde, Artikel 2 sichert die körperliche Unversehrtheit zu, Artikel 3 verbietet Diskriminierung jeglicher Art. Aus dem Patientenrechtegesetz (2013) leiten sich Vorgaben für die geburtshilfliche Betreuung ab: Die Behandelnden haben verständlich über die Umstände der geplanten Geburt zu informieren (§630c), rechtzeitig, ausführlich sowie in mündlicher und schriftlicher Form über geplante Maßnahmen aufzuklären (§ 630e) und die informierte Einwilligung der Schwangeren zu geplanten Maßnahmen einzuholen (§630d).

Forderungen der DGHWi

Die DGHWi spricht sich für eine frau-/familienzentrierte und menschenrechtsbasierte Geburtshilfe aus, wie sie dem 9. Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ [3] und den Prinzipien respektvoller geburtshilflicher Versorgung [18] entspricht. Die DGHWi fordert die gesundheitspolitisch Verantwortlichen auf, dafür zu sorgen, dass eine Strategie erarbeitet wird, wie diese Prinzipien in der geburtshilflichen Versorgung bundesweit und vollumfänglich verwirklicht werden können.

Die DGHWi setzt sich für eine verstärkte Zusammenarbeit aller beteiligten Fachgesellschaften und Berufsverbände ein, um disziplinübergreifende Maßnahmen zu erarbeiten, die eine respektvolle, traumasensible und gewaltfreie Versorgung von Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und ihren Neugeborenen sicherstellen. Dies beinhaltet Fortbildungen zur Betreuung von besonders vulnerablen Frauen wie Frauen mit Gewalterfahrungen oder mit großer Angst vor der Geburt sowie die Entwicklung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen zu geburtshilflichen Maßnahmen.

Die DGHWi fordert eine Intensivierung der Forschung zu Prävalenz und Prävention von Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe. Förderprogramme für sowohl qualitative als auch quantitative Forschungsdesigns werden benötigt.

Die DGHWi erachtet folgende Maßnahmen für erforderlich, um Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe in Deutschland vorzubeugen und deren Vorhandensein zu bekämpfen:

1. Verankerung respektvoller Betreuung in der geburtshilflichen Versorgung als Qualitätsmerkmal
2. Regelmäßige und systematische Evaluierung der Geburtserfahrungen von Frauen auf nationaler Ebene
3. Niedrigschwellige Beschwerdesysteme für Betroffene geburtshilflicher Gewalt sowie Unterstützungsstrukturen, die eine adäquate Fürsorge/Therapie für die Betroffenen sicherstellen
4. Anpassung der Rahmenbedingungen in der geburtshilflichen Versorgung für eine frau-/familienzentrierte Betreuung, etwa ausreichende Ressourcen für eine 1:1 Betreuung durch Hebammen während der Geburt

5. Implementierung institutioneller Schutzkonzepte zur Vermeidung und Bekämpfung von Gewalt in geburtshilflichen Einrichtungen einschließlich Fort- und Weiterbildung der an der geburtshilflichen Versorgung beteiligten Professionen

Das Positionspapier stand den Mitgliedern der DGHWi vom 03.03. bis zum 15.04.2020 zur Kommentierung zur Verfügung und wurde anhand der Kommentare überarbeitet.

Das Positionspapier ist zum 31.07.2024 zur Überarbeitung vorgesehen.

Autorinnen:

Dr. Claudia Limmer, Dr. Sabine Striebich, Prof.in Dr. Dorothea Tegethoff, Dr. Tina Jung, Prof.in Dr. Julia Leinweber für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Literatur

1. Ayers S, Eagle A, Waring H. The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*. 2006;11(4):389-98.
2. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *Plos medicine*. 2015;12(6):e1001847.
3. Bundesministerium für Gesundheit. Nationales Gesundheitsziel – Gesundheit rund um die Geburt. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2017.
4. Cook N, Ayers S, Horsch A. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *J Affect Disord*. 2018;225:18-31.
5. Dikmen Yildiz P, Ayers S, Phillips L. The prevalence of post-traumatic stress disorder in pregnancy and after birth: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017;208:634–45.
6. Ford E, Ayers S. Stressful events and support during birth: The effect on anxiety, mood and perceived control. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009;23(2):260-8.
7. Grekin R, O'Hara MW. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2014;34:389–401.
8. Harris R, Ayers S. What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum 'hotspots'. *Psychology & Health*. 2012;27(10):1166-77.
9. Leinweber J, Creedy DK, Rowe H, Gamble J. Responses to birth trauma and prevalence of posttraumatic stress among Australian midwives. *Women Birth*. 2017;30(1):40-5.
10. Limmer C. Measuring disrespect and abuse during childbirth in a high-income country: Development and validation of a German self-report tool. Unveröffentlichte Masterarbeit: Medizinische Hochschule Hannover; 2019.
11. Limmer C, Stoll K, Gross M. Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe: Ergebnisse einer deutschen Validierungsstudie. 29. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin; Berlin 2019.
12. Parliamentary Assembly. Obstetrical and gynaecological violence. European Council; 2019.
13. Reed R, Sharman R, Inglis C. Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC pregnancy and childbirth*. 2017;17(1):21.
14. Sacks E. Defining disrespect and abuse of newborns: a review of the evidence and an expanded typology of respectful maternity care. *Reproductive Health*. 2017;14.
15. UN General Assembly. A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence. UN; 2019.
16. Vedam S, Stoll K, Taiwo TK, Rubashkin N, Cheyney M, Strauss N, et al. The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive Health*. 2019;16(1):77.
17. World Health Organisation. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Geneva: World Health Organisation; 2014.
18. World Health Organisation. WHO recommendation on respectful maternity care during labour and childbirth. Geneva: World Health Organisation; 2018.

Referent*innenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG)

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

24. August 2020

Die DGHWi hat dieses Jahr bereits 48 Anfragen zur Stellungnahme geprüft und zu 19 Sachverhalten wurde oder wird aktuell durch die DGHWi Stellung genommen. Dass dies eine Wirkung hat und die tägliche Versorgung von Familien rund um die Geburt beeinflussen kann, zeigt diese Stellungnahme zum „Pflegerverbesserungsgesetz“. So wurde nach der Stellungnahme der DGHWi die Formulierung „Höhe der Kosten für 0,5 Vollzeitstellen pro 500 Geburten in einem Krankenhaus“ durch „Erreichung einer 1:1 Betreuung von Hebammen zu

Gebärenden“ ersetzt. Zudem wurde statt „unterstützendes Personal für Hebammen“ die Formulierung „assistierendes Personal“ eingefügt, um die fachliche Leistung durch Hebammen sicher zu stellen. Dies klingt zunächst wie eine minimale Änderung, kann jedoch zu bedeutenden Umgestaltungen in der Praxis führen.

Mirjam Peters M.Sc. PH und Nina Peterwerth M.Sc.

Der vorliegende Gesetzentwurf des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) hat das Ziel, „die gesundheitliche und pflegerische Versorgung [...] zeitnah und nachhaltig zu verbessern“ [1: S. 1]. Die Neuregelungen

sollen in das Fünfte Sozialgesetzbuch und in das Krankenhausentgeltgesetz aufgenommen werden. Der Punkt 3 beinhaltet ein Hebammenstellen-Förderprogramm.

Die vorliegende Stellungnahme bezieht sich ausschließlich auf diesen Teil des Gesetzentwurfs.

Das auf drei Jahre ausgelegte Hebammenstellen-Förderprogramm hat „die Verbesserung der stationären Hebammenversorgung von Schwangeren durch die Einstellung von zusätzlichem Personal“ zum Ziel. Krankenhäuser erhalten finanzielle Mittel, um Neueinstellungen vorzunehmen und/oder vorhandene Teilzeitstellen von Hebammen im Verhältnis von 0,5 Vollzeitstellen auf 500 Geburten aufzustocken; zur Förderfähigkeit wird die durchschnittliche Anzahl an Geburten der letzten Jahre zugrunde gelegt. Aus den Mitteln kann auch assistierendes Fachpersonal (medizinische Fachangestellte oder Pflegende) bis zu einem Anteil von 10 Prozent der in Vollzeitkräften vorhandenen Hebammen finanziert werden. Die Höhe der Gehälter ist an tarifvertragliche Vereinbarungen gebunden.

Mit diesen Maßnahmen soll eine Verbesserung der Betreuungsrelation von Hebammen zu Schwangeren von 1:2 (im Regelfall) und von 1:1 (im optimalen Fall) erreicht werden. Das Förderpaket hat einen Umfang von 200 Millionen Euro [1: S. 4]. In der Begründung wird auf das vom BMG beauftragten Gutachten zur Situation der Geburtshilfe in Krankenhäusern verwiesen [9]. Diese Gesetzesinitiative wird ermöglicht durch die Gesetzgebungskompetenz des Bundes nach Artikel 74 (1) 19a des Grundgesetzes, nach der zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser „im gesamten Bundesgebiet kurzfristig Förderprogramme etabliert werden können“ [1: S. 18]. Im Dezember 2019 hatte das BMG angekündigt, Vorschläge zur Reform der Geburtshilfe zu machen [5].

Vorbemerkung

Der vorliegende Gesetzentwurf entspricht fast vollständig dem ersten Entwurf, den das BMG im Juli 2020 vorgelegt und nach Kritik und Bitte um Nachbesserung zurückgezogen hatte [7].

Einschätzung der DGHWi

Die DGHWi begrüßt die Initiative des BMG, die bestehende Krise in der klinischen Geburtshilfe [3, 5] aktiv anzugehen. Die Förderung des routinemäßigen Einsatzes von Assistenzpersonal in geburtshilflichen Abteilungen ist eine wichtige erste Maßnahme, um Hebammen von fachfremden Tätigkeiten zu entlasten. Die Bemessung des Anteils förderungsfähigen Assistenzpersonals im Förderprogramm ist jedoch noch nicht ausreichend, um eine Entlastung zu bewirken. Die DGHWi spricht sich dagegen aus, dass Pflegefachkräfte eingesetzt werden. Sie sind ebenfalls vom Personalmangel betroffen und nicht geeignet fachfremde Tätigkeiten, wie z.B. Reinigungsarbeiten zu übernehmen. Die DGHWi empfiehlt stattdessen, dass die Einstellung von nicht-medizinischem Personal (Dokumentations-, Reinigungs-, Versorgungs- bzw. Servicekräfte) ermöglicht wird.

Die im Förderprogramm enthaltene Bemessung der Hebammenstellen bezogen auf die Anzahl der Geburten ist in der vorliegenden Form nicht zweckmäßig im Hinblick auf die Erreichung eines Hebammen-Betreuungsschlüssel von 1:2 oder 1:1, wie es als Ziel des Programms vorgesehen ist. Die DGHWi empfiehlt, das Förderprogramm in der Art zu erweitern, dass bestehende Hebammenstellen aufgestockt und/oder neue Hebammenstellen geschaffen werden, bis eine 1:1 Betreuung bei Geburten realisiert wird. Die Kliniken sollten dies durch eine geeignete Prozessevaluation nachweisen. Außerdem sollten die Kliniken Anreize erhalten, die Kooperation mit Begleit-Beleghebammen¹ auszubauen

und Hebammen-Kreisäle einzurichten.

Die DGHWi sieht es weiterhin als erforderlich an, dass das BMG federführend aktiv wird, um eine nationale Strategie „Gute Geburtshilfe“ zu entwickeln, mit dem Ziel, die geburtshilfliche Versorgung umfassend und nachhaltig zu verbessern, wie es das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ vorsieht. Das beinhaltet neben der Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Vergütung für Hebammen Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung der geburtshilflichen Versorgung.

Begründung

Derzeit ist in vielen hochentwickelten Ländern ein unverhältnismäßiger Einsatz von Interventionen unter der Geburt zu beobachten, die für Mutter und Kind nicht nur keinen nachweisbaren Nutzen haben, sondern bei unangemessenem oder routinemäßigen Einsatz potenziell schaden können und unnötige Kosten verursachen [12]. Auch in Deutschland ist die klinische Geburtshilfe von hohen Interventionsraten gekennzeichnet, so betrug im Jahr 2017 die Rate an Geburtseingeleitungen 21 Prozent, bei 26 Prozent aller Geburten kam eine medikamentöse Wehenmittelgabe zum Einsatz und 32 Prozent aller Schwangerschaften wurden per Kaiserschnitt beendet [10].

Durch die bestehende Über- und Fehlversorgung werden personelle und wirtschaftliche Ressourcen in Geburtsabteilungen nicht optimal verteilt. Auch werden besondere Bedürfnisse spezieller Nutzer*innen-Gruppen nicht systematisch adressiert und es fehlen Konzepte hinsichtlich der Organisation der Betreuung an den Schnittstellen ambulant/stationär, etwa für Schwangere über dem errechneten Geburtstermin oder in der Latenzphase.

Hinzu kommt, dass in den vergangenen zehn Jahren die Anzahl an Geburten in Deutschland um 16,9 Prozent gestiegen ist (von 665.621 im Jahr 2009 auf 778.090 im Jahr 2019) [16]; gleichzeitig nahm seit 2007 die Zahl geburtshilflicher Abteilungen um 22 Prozent ab (von 865 auf 672 Kliniken) [9].

Fachleuten zufolge verlangt die derzeitige Situation der klinischen Geburtshilfe in Deutschland nach einem Paradigmenwechsel und grundsätzlichen Reformen – gerade auch im Hinblick auf die weiter zunehmende Zentralisierung [3]. Die zentrale Herausforderung besteht darin, wie im Zuge der erwarteten weiteren Zentralisierung eine Abkehr von einer risikofokussierten Maximalversorgung für wenige Frauen, hin zu einer qualitativ hochwertigen, individuell unterstützenden, gesundheitsfördernden und stärker evidenzbasierten Schwangeren- und Geburtsbetreuung für alle Frauen realisiert werden kann, die darauf abzielt, jeder Frau die bestmögliche Betreuung in einer respektvollen Atmosphäre zuteilwerden zu lassen bei gleichzeitig bestmöglichem Management von Komplikationen und Notfällen, wenn dies erforderlich ist [15].

Das IGES-Gutachten machte deutlich, dass die Arbeitssituation angestellter Hebammen in Kliniken heute von Arbeitsverdichtung (Betreuung von mehreren Gebärenden gleichzeitig, häufiges Einspringen, fehlende Pausen und regelmäßige Überstunden) gekennzeichnet ist [9: S. 35]; Hebammen müssen zudem in nicht geringem Umfang fachfremde Tätigkeiten wie Verwaltungsaufgaben, logistische Arbeiten, Reinigungsarbeiten und Assistenz Tätigkeiten übernehmen, die zu den üblichen, umfangreichen Dokumentationsaufgaben hinzukommen

[9: S. 38f]. Die Neueinstellung von Assistent*innen, wie medizinisch-technischen Fachangestellten und Reinigungs- und Servicekräften ist eine folgerichtige Maßnahme, um das vorhandene Personal zu entlasten.

Gleichzeitig gibt es jedoch in vielen Kliniken zahlreiche offene Stellen für Hebammen, für die sich keine Bewerber*innen finden; durchschnittlich fehlen 1,9 Vollzeitkräfte pro Klinik [9: S. 40]. Kommen Krankheitsfälle hinzu, führt dies regelmäßig zu teilweise dramatischen Versorgungsengpässen, bis hin zu tagelanger Sperrung oder zeitweiser Schließung von Abteilungen [9: S. 41f], was wiederum die Arbeitsbelastung im diensttuenden Team und in umliegenden Kreißsälen verstärkt. Ein Viertel, bis ein Drittel der Hebammen in Kliniken denkt zudem über eine Berufsaufgabe nach [9: S. 40].

Das Vorhandensein unbesetzter Hebammenstellen macht deutlich, dass die Arbeitsstelle Kreißaal von Hebammen heute vielerorts bewusst gemieden wird und die Schaffung zusätzlicher Stellen für Hebammen nicht die alleinige Maßnahme sein kann, um Hebammen dazu zu bewegen, in die Kreißsäle zurückkehren bzw. sich nach Ausbildung oder Studium zu einer Arbeit im Kreißaal zu entschließen. Es sind weitere Maßnahmen erforderlich, die zur Qualitätsentwicklung beitragen und es ermöglichen, dass Hebammen die Betreuung der Schwangeren, Gebärenden, Mütter und ihrer Neugeborenen so gestalten können, wie es ihren professionsgemäßen, berufsethischen und arbeitsorganisatorischen Vorstellungen und ihrem Wunsch nach Anerkennung entspricht. Auch internationale Fachleute sehen es als Zukunftsaufgabe höchster Priorität an, die geburtshilfliche Betreuung derart zu gestalten, dass

physiologische Prozesse gestärkt werden – sowohl für Frauen mit geringen Risiken als auch für Frauen mit besonderen Bedürfnissen oder Komplikationen [11]. Dafür werden arbeitsorganisatorische und inhaltlich-konzeptionelle Neuerungen benötigt.

Der Deutsche Hebammenverband forderte im Februar 2019 ein Geburtshilfe-Stärkungsgesetz [4]. Neben einem Förderprogramm für Hebammenstellen in der klinischen Geburtshilfe werden verbindliche Personalanzahlzahlen und Betreuungsrelationen für Hebammen sowie weitere qualitätsfördernde Maßnahmen – wie etwa Hebammen-Kreißsäle – gefordert, um die Arbeit in der klinischen Geburtshilfe für Hebammen wieder attraktiver zu machen und den Personalmangel zu bekämpfen [4].

Seit Jahren machen auch wissenschaftliche Fachgesellschaften und Elterninitiativen, interdisziplinäre Organisationen oder auch Mitglieder des Bundestags [3, 4, 6, 8, 13, 14] auf die erhebliche und folgenschwere aktuelle Problemlage der klinischen Geburtshilfe aufmerksam. Es ist dringend erforderlich, dass das BMG eine systematische Bearbeitung dieser Aufgabe in Angriff nimmt.

¹ Begleit-Hebammen sind im Gegensatz zu Dienst-Beleghebammen freiberuflich und bieten die Begleitung einer Geburt in der Klinik im Rahmen einer Rufbereitschaft an.

Autorin:

Dr. rer. medic. Sabine Striebich für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Literatur

1. BMG – Bundesministerium für Gesundheit. Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG). Berlin: BMG; 2020.
2. Destatis (2020). Daten der Lebendgeborenen, Totgeborenen, Gestorbenen und der Gestorbenen im 1. Lebensjahr.
3. Deutscher Bundestag. Kinderkommission: Gesellschaftliche Dimension von Schwangerschaft und Geburt. Berlin: Deutscher Bundestag; 2019.
4. DHV – Deutscher Hebammenverband e.V. Eckpunkte eines Geburtshilfe-Stärkungsgesetz. Karlsruhe: DHV; 2019.
5. Deutsches Ärzteblatt. Gesundheitsministerium kündigt weitere Gesetzesvorhaben an. Berlin: Deutscher Ärzteverlag GmbH; 2019.
6. Deutsches Ärzteblatt. Kaum Verbesserungen in neuem Gesetzentwurf zur Hebammenförderung. Berlin: Deutscher Ärzteverlag GmbH; 2020a.
7. Deutsches Ärzteblatt. Die Fehlsteuerungen beheben. Berlin: Deutscher Ärzteverlag GmbH; 2020b.
8. Die Grünen Bundestagsfraktion. Für einen Kulturwandel in der Geburtshilfe – Frauen und Kinder in den Mittelpunkt. Berlin: Die Grünen; 2020.
9. IGES Institut. Stationäre Hebammenversorgung. Berlin: IGES Institut GmbH; 2019.
10. IQTIG Institut. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2017 - Geburtshilfe Qualitätsindikatoren. Berlin: IQTIG Institut; 2018.
11. Kennedy HP, et al. Asking different questions: A call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. *Birth*. 2018;45(3):222-31.
12. Miller S, Abalos E, Chamillard M, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*. 2016;388(10056):2176-2192.
13. Mother Hood e.V. Lösungsansätze für eine sichere Geburtshilfe. Bonn: Mother Hood; 2019.
14. Mother Hood e.V. Positionspapier: sechs Forderungen für eine bessere Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und früher Kindheit. Bonn: Mother Hood; 2019.
15. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*. 2014;384(9948):1129-1145.
16. Statista. Anzahl der Geburten in Deutschland von 1991 bis 2019. Hamburg: Statista GmbH.

S3-Leitlinie „Sectio caesarea“

„Die Sectio (Kaiserschnitt, Schnittentbindung, abdominelle Entbindung, Sectio caesarea) ist die weltweit häufigste Operation bei Frauen – und die Rate nimmt global stetig zu. War die Sectio anfangs noch mit einer hohen Mortalität und Morbidität assoziiert, wird sie heutzutage als ein sicheres Verfahren angesehen, wenngleich über Kurz- und Langzeitmorbiditäten von Mutter und Kind bislang nur wenig bekannt ist. Dies führt bisweilen zu Unsicherheiten bezüglich des optimalen Geburtsmodus und der Einschätzung von Risiken, die mit einer vaginalen Geburt oder einer Sectio verbunden sind.“

Mit diesen Worten wird die Leitlinie „Sectio caesarea“ [1] eingeleitet, die im Juni 2020 nach fünf Jahren Entwicklungszeit (Anmeldedatum: 26.05.2015) auf der Seite der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) veröffentlicht wurde.

Die Finanzierung der Leitlinie – durch Forschungsprojekte zur systematischen Recherche und Bewertung von Artikeln durch eine unabhängige Stelle [2] – war durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sichergestellt. Geplant war die Fertigstellung bis Ende 2019. Zeitgleich mit dieser Leitlinie begann die Entwicklung der S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“. Die Steuergruppe der einen Leitlinie war zu Beginn nahezu identisch mit der Steuergruppe der anderen. Dies wurde als erforderlich angesehen, da zwischen beiden Leitlinien viele Überschneidungen erwartet wurden. Als Mandatsträgerinnen für die DGHWi waren Frau Professorin Monika Greening und Frau Professorin Rainhild Schäfers tätig. Als Mandatsträgerinnen waren sie ehrenamtlich tätig, erhielten lediglich Reisekosten und Verpflegungsmehraufwand durch die DGHWi. Ziel der Leitlinie „Sectio caesarea“ war die Evaluation der Indikationen des Kaiserschnitts, die Formulierung präoperativer Aufklärung und des operativen Managements der Sectio caesarea anhand der Übernahme, Adaptation und Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen von NICE CG 132 Caesarean section (Publikations-Datum: November 2011, letztes Update: 2017) ([3], letztes Update: 2019).

Als koordinierende Fachgesellschaft ist die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) benannt. Aus unterschiedlichen

Professionen zusammengesetzte Gruppen waren für je ein Kapitel zuständig. Empfehlungen und Hintergrundtext wurden jeweils im Plenum der anwesenden Mandatsträger*innen abgestimmt. Nach längerem Stillstand 2019 wurde die Bearbeitung im Oktober 2019 fortgesetzt. Das Mandat von Frau Professorin Monika Greening hat Elke Mattern, M.Sc. übernommen.

Für die meisten Mitglieder der Entwickler*innen-Gruppe war es ausreichend, dass die Leitlinie Ende 2019 ohne weitere Überarbeitung fertiggestellt werden sollte. Zur Überarbeitung des Kapitels „Beratung“, dessen Formulierung Professorin Greening maßgeblich übernommen hatte, wurde ein Zeitfenster von zwei Wochen eingeräumt.

Nach Durchsicht des Leitlinienentwurfs durch die Fachgesellschaften wurde zur Empfehlung 6.3 ein Dissens angemeldet. Die DGHWi, der Deutsche Hebammenverband (DHV) und der Schweizerische Hebammenverband (SHV) haben eine Ergänzung beantragt, die in der Langfassung unterhalb der Empfehlung publiziert wurde. Der DHV hat zusätzlich die Aufnahme eines Sondervotums erwirkt.

Die S3-Leitlinie „Sectio caesarea“ ist für Hebammen eine wertvolle Ressource bei Aufklärung und Beratung zum Geburtsmodus und der Indikation zum ersten oder auch wiederholten Kaiserschnitt. Die Leitlinie ist bis Mitte 2023 gültig. Bis dahin werden erneut Mandatsträger*innen gesucht, die mit weiterer Evidenz die Empfehlungen aktualisieren.

Elke Mattern M.Sc.

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). Die Sectio caesarea – Langfassung. [Zugriff: 2020 Okt] Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-084l_S3_Sectio-caesarea_2020-06_1_02.pdf
2. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). Die Sectio caesarea – Leitlinienreport. [Zugriff: 2020 Okt]. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-084m_S3_Sectio-caesarea_2020-06_1_02.pdf
3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Caesarean section (CG 132). [Zugriff: 2020 Okt]. Verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132>

Versicherteninformation zur Pränataldiagnostik (IQWiG)

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

29. Mai 2020

Die vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erstellte Versicherteninformation hat zum Ziel, „Frauen und Paare [...] über die in Deutschland bestehenden Möglichkeiten der Pränataldiagnostik zu informieren und damit in ihrer selbstbestimmten Entscheidung zu unterstützen“ [3 S.1]. Diese Versicherteninformation besteht aus einem Flyer, der einen Überblick über verschiedene Möglichkeiten der Pränataldiagnostik gibt, und einer Broschüre zu nicht invasiven Pränataltests (NIPT). In der Broschüre werden kurz die Trisomien 13, 18 und 21, auf deren Vorliegen hin der NIPT getestet, erläutert. Es wird die Häufigkeit von Trisomien in Abhängigkeit des maternalen

Alters dargestellt, gefolgt von einer Beschreibung der Art der Untersuchung und der Bedeutung der Ergebnisse. Eine Doppelseite ist der Entscheidungsfindung gewidmet. Zuletzt sind pränataldiagnostische Untersuchungen auf einer Zeitleiste dargestellt.

Die DGHWi empfiehlt, diese Informationsmaterialien zur Entscheidungsfindung zur Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik (PND) grundlegend zu überarbeiten.

Die Betonung von Freiwilligkeit und Selbstbestimmung lässt die Nutzer*innen, ihre Partner*innen und Angehörigen mit den ethischen

Konflikten und Dilemmata, die durch PND entstehen können, allein. Auf die vielfältigen Beratungs-, Hilfs- und Unterstützungsangebote, die Entscheidungsprozesse vor, nach und während PND professionell begleiten sollten, wird nicht ausreichend verwiesen. Es scheint unklar, wie genau die Broschüre eingesetzt werden soll. Nicht zuletzt ist das methodische Vorgehen bei der Erstellung der Broschüre nicht nachvollziehbar. Es ist unklar, welche Inhalte auf welche Weise für Broschüre und Flyer erarbeitet wurden.

Die in der Broschüre formulierten Inhalte sind nicht so neutral dargestellt wie beabsichtigt. Die Darstellung von „Kindern mit“ Trisomie 13, 18 und 21 ist tendenziös und defizitorientiert [3: S. 6: „brauchen viel Unterstützung“, „schweren Herzfehler“, „geistig immer stark behindert“, „starke geistige Behinderung“]. Das mag nicht zuletzt auch daran liegen, dass Menschen mit Down-Syndrom und Eltern von Kindern mit Trisomien nicht in die Entwicklung der Broschüre einbezogen wurden.

Durchgehend wird betont, dass es allein die Entscheidung der Schwangeren sei (und nur diese wird in der Broschüre direkt angesprochen), einen NIPT in Anspruch zu nehmen. Sozialwissenschaftliche Forschung zu reproduktiven Technologien wie den NIPTs zeigt jedoch seit Jahrzehnten, dass diese Teil von komplexen politischen, kulturellen, wirtschaftlichen und immer auch gesamtgesellschaftlichen Zusammenhängen und Entwicklungen sind. Gerade in Bezug auf die Inanspruchnahme von NIPT besteht ein hoher sozialer Druck für Schwangere (Paare, Familien), da keine eingriffsbedingten Risiken bestehen [1: S. 67f].

Nicht zuletzt werden die für die Marktforschung typischen, individualistischen und autonomiebetonten Ansätze der Broschüre – und zwar nicht nur in Bezug auf die Schwangere, sondern auch auf Menschen mit sogenannten Behinderungen und Eltern, die mit einem Kind mit Trisomie leben – diesen Komplexitäten nicht gerecht. Zu diesen Komplexitäten gehört auch, dass Schwangerschaftsabbrüche als Konflikte bereits Bestandteil der Entscheidungen im Zusammenhang mit pränataler Diagnostik sind, so dass es nicht ausreichend ist, sie ‚kurz anzusprechen‘, wie im Vorbericht geschildert [3: S. 11]. Die Handlungsoption der Fortsetzung der Schwangerschaft und palliativen Begleitung eines Kindes mit einer Trisomie 13 oder 18 fehlt gänzlich in der Broschüre, so dass der (nicht ausreichend thematisierte) Schwangerschaftsabbruch als einzige Option aufgezeigt wird.

Die Herausforderung, die einzelnen Facetten des NIPT – die möglichen Konsequenzen pränataldiagnostischer Untersuchungen, die Häufigkeit von Trisomien in Abhängigkeit vom Lebensalter der Schwangeren, die Vorgehensweisen beim Ersttrimesterscreening (ETS) und beim NIPT, die Zuverlässigkeit der Ergebnisse und die grundlegende Problematik der Entscheidung zur Inanspruchnahme pränataler Diagnostik – miteinander zu verknüpfen, ist in der Broschüre nicht gelungen. Praktisch gehören diese Bereiche jedoch zusammen. Die Abwägung genau dieser Dimensionen führt zu Spannungen und Konflikten, die adressiert werden müssen. Dies sollte nicht nur in der Broschüre geschehen, sondern auch auf gesellschaftlicher Ebene. Der gesellschaftspolitische Diskurs zum Einsatz und Nutzen von pränataldiagnostischen Untersuchungen ist bisher nicht ausreichend und nicht breit genug geführt worden [1: S. 120ff.].

Es bleibt durchweg unklar, wie Broschüre und Flyer konkret in der Praxis eingesetzt werden sollen. Wie genau soll die angestrebte

„Unterstützung“ der ärztlichen Beratung durch diese Medien aussehen? Diese Frage stellt sich insbesondere, da auf das umfassende Netzwerk qualifizierter psychosozialer Beratung in der Broschüre kaum verwiesen wird. In ihrem Positionspapier zur Frage der Kassenzulassung von NIPTs [4] hatte die DGHWi bereits darauf aufmerksam gemacht, dass psychosoziale Beratung von Beginn an, also noch vor der Anwendung des NIPTs, konsequent in die ärztliche Begleitung einbezogen werden sollte. Psychosoziale Beratung bietet werdenden Eltern die Möglichkeit, die mit der Entscheidung verbundenen Konflikte zu thematisieren und Grundlagen für den eigenen Weg zu erarbeiten. In der vorliegenden Form läuft die Broschüre Gefahr, diese Beratung eher zu marginalisieren als deren Potenzial zu nutzen.

Nicht zuletzt lässt das methodische Vorgehen zur Erstellung und zur Evaluation des Flyers und der Broschüre viele Fragen offen, die wir im Folgenden nur kurz benennen können:

- ◆ Wie genau werden die aus der Literatur entnommenen „Erfahrungen, Einstellungen der „Schwangeren“ zum Thema Pränataldiagnostik, insbesondere zur nicht invasiven Pränataldiagnostik“ (hier wird also auch nicht differenziert), die aus sehr unterschiedlichen Settings und Zusammenhängen stammen, in die aufgeführten *Entscheidungs-faktoren für die Inanspruchnahme von NIPT* [3: S. 5f.] überführt, die dann die Grundlage für die inhaltliche Ausrichtung der vorliegenden Info-Broschüre darstellt?
- ◆ Wie, auf welcher Grundlage und mit welchen Zielen wurden die „aus den qualitativen Studien gewonnenen Informationsbedürfnisse und ermittelten Sichtweisen und Erfahrungen der Paare bezüglich der Pränataldiagnostik“ [3: S. 8] bei der Erstellung berücksichtigt?
- ◆ „Die Versicherteninformationen haben zum Ziel [...] in angemessenem Umfang über das Thema Pränataldiagnostik zu informieren“ [3: S. 11]. Wie wurde ein angemessener Umfang bestimmt? Welche Kriterien und Ziele liegen zugrunde?
- ◆ Wie und nach welchen Kriterien wurden „weitergehende Informationsangebote und Beratungsmöglichkeiten“ (ebd.) ausgewählt, auf die verwiesen wird?
- ◆ Wie genau wurden diese Instrumente evaluiert? Welche Kriterien galten und wie wurden diese abgefragt?

Sinnvoll wäre es, diese Instrumente in mehreren Durchläufen zu evaluieren und anzupassen. Der Evaluationsprozess sollte nachvollziehbar dokumentiert werden. Ein multidisziplinärer und partizipativer Ansatz erscheint auch hier sinnvoll. Eine quantitative Evaluation könnte der qualitativen folgen.

Zusammenfassend raten wir zu einer grundlegenden Überarbeitung von Broschüre und Flyer. Diese beiden Materialien sollten, an einer öffentlichen Forschungsinstitution beheimatet, interdisziplinär entwickelt werden. Dabei sollten verschiedene Akteur*innen wie z.B. Elternverbände, wie Leona e.V., Menschen mit Down Syndrom und Frauen oder Paare, die eine palliative Geburt oder einen Spätabbruch erlebt haben, einbezogen werden.

Im Folgenden kommentieren wir die Inhalte aus Flyer und Broschüre (in der linken Spalte der Tabelle im Original der Versionen von Februar 2020 enthalten) abschnittsweise und geben konkrete Anregungen zur Überarbeitung und gegebenenfalls auch Formulierungsvorschläge.

Flyer zu PND allgemein:

INHALTE	KOMMENTARE
<p>Vorderseite</p> <p>Liebe Leserin, lieber Leser, wenn Sie ein Kind erwarten, sind Sie wahrscheinlich voller Vorfreude und hoffen, dass es ihm gut geht. Diese Hoffnung ist berechtigt: Etwa 97 von 100 Kindern kommen gesund zur Welt.</p>	<p>„Gut gehen“ und „gesund“ sind zu unspezifisch und drücken nicht aus, worum es hier eigentlich geht. Dies sollte durchweg genau benannt werden.</p> <p>Die Angabe, „drei von 100“ kommen nicht gesund zur Welt, erscheint viel. Diese Angabe schließt aber viele gering-gradige Auffälligkeiten ein. Trisomien sind sehr viel seltener. Daher passt der zweite Satz nicht und sollte gestrichen werden.</p>
<p>Während der Schwangerschaft werden Ihnen viele Untersuchungen angeboten. Weil sie vor der Geburt stattfinden, werden sie als pränatal bezeichnet.</p> <p>Wichtig ist: Alle diese Untersuchungen sind freiwillig. Sie können selbst entscheiden, ob und welche Sie in Anspruch nehmen wollen.</p> <p>Einige sind Standarduntersuchungen. Sie dienen dazu, die Entwicklung des Kindes zu beobachten und gesundheitliche Probleme zu erkennen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diese Standarduntersuchungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Daneben bieten Ärztinnen und Ärzte zusätzliche Untersuchungen an, die gezielt bestimmte Fehlbildungen und Behinderungen entdecken sollen. • Diese Untersuchungen bezahlen die Krankenkassen nur im Ausnahmefall, zum Beispiel wenn ein Hinweis auf eine Fehlbildung besteht. <p>Dieses Faltblatt informiert kurz über die häufig angebotenen Untersuchungen und darüber, wo Sie weitere Beratung und Unterstützung finden können.</p>	<p>Es fehlt die Information, dass lediglich einzelne genetisch bedingte Auffälligkeiten mit der PND entdeckt werden können und dass nur selten eine vorgeburtliche Behandlungsmöglichkeit besteht.</p> <p>Vorschlag: „Daneben bieten Ärzt*innen an, das ungeborene Kind auf bestimmte sogenannte Fehlbildungen und Behinderungen hin zu untersuchen.“ „Werdende Eltern, für die ein Schwangerschaftsabbruch aufgrund eines pränataldiagnostischen Befundes nicht in Frage kommt oder die nicht mit der Entscheidung, die Schwangerschaft fortzusetzen oder abzubrechen, konfrontiert werden möchten, können sich bewusst dafür entscheiden, ihr Recht auf Nicht-Wissen in Anspruch wahrzunehmen und keinen NIPT durchführen zu lassen.“</p>
<p>Während der Schwangerschaft werden Ihnen viele Untersuchungen angeboten. Weil sie vor der Geburt stattfinden, werden sie als pränatal bezeichnet.</p>	<p>Es sollte durchweg das Wort „vorgeburtlich“ benutzt werden und bei erstmaliger Benutzung kann ‚pränatal‘ zusätzlich in Klammern benannt werden.</p>
<p>Wichtig ist: Alle diese Untersuchungen sind freiwillig. Sie können selbst entscheiden, ob und welche Sie in Anspruch nehmen wollen.</p> <p>Einige sind Standard-Untersuchungen. Sie dienen dazu, die Entwicklung des Kindes zu beobachten und gesundheitliche Probleme zu erkennen. Diese Standard-Untersuchungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt.</p>	<p>Hier wird zunächst die Freiwilligkeit aller Untersuchungen betont, dann aber die Sinnhaftigkeit von Standard-Untersuchungen nicht explizit herausgestellt. Der Unterschied wird daran festgemacht, welche Untersuchungen die gesetzlichen Krankenkassen finanzieren. Durch die Wortwahl entsteht der Eindruck, es gäbe „Standard“- und „Premium“-Untersuchungen.</p> <p>Statt „Standard“ könnte man von Routine-Untersuchungen sprechen. Statt „Sie können selbst entscheiden ...“ sollte es „Sie entscheiden selbst ...“ heißen.</p>
<p>Daneben bieten Ärztinnen und Ärzte zusätzliche Untersuchungen an, die gezielt bestimmte Fehlbildungen und Behinderungen entdecken sollen. Diese Untersuchungen bezahlen die Krankenkassen nur im Ausnahmefall, zum Beispiel wenn ein Hinweis auf eine Fehlbildung besteht.</p> <p>Dieses Faltblatt informiert kurz über die häufig angebotenen Untersuchungen und darüber, wo Sie weitere Beratung und Unterstützung finden können.</p>	<p>Statt „entdecken“ sollte „auf bestimmte sogenannte Fehlbildungen und Behinderungen hin untersucht“ verwendet werden, s.o..</p>
<p>Innenseite links</p>	
<p>Welche Standarduntersuchungen gibt es?</p> <p>Zu den Standarduntersuchungen gehören unter anderem das Abtasten des Bauches und regelmäßige Blutabnahmen. Um die 10., 20. und 30. Schwangerschaftswoche herum wird jeweils eine Ultraschalluntersuchung zur Kontrolle angeboten. Im Ultraschall können auch Fehlbildungen auffallen. Dann sind weitere Ultraschalluntersuchungen möglich.</p> <p>Die Ergebnisse der Standarduntersuchungen werden im Mutterpass eingetragen.</p> <p>Welche zusätzlichen Untersuchungen gibt es?</p> <p>Vielleicht bietet Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Ihnen zusätzliche Untersuchungen wie Ultraschall oder Bluttests an. Manche können bestimmte Krankheiten, Fehlbildungen oder Beeinträchtigungen beim ungeborenen Kind finden. Dazu zählen beispielsweise das Down-Syndrom (Trisomie 21) und manche Muskel- und Stoffwechselerkrankungen.</p>	<p>Die Formulierung Standard-Ultraschall-Untersuchungen „werden angeboten“, dabei „können“ Fehlbildungen auffallen, lässt diese Versorgung als unzureichend erscheinen.</p> <p>Es sollte klar gesagt werden: Es gibt die Routine-Untersuchungen nach den Mutter-schaftsrichtlinien; diese werden in den Mutterpass eingetragen. Diese Schwangere-nvorsorge stellt die in Deutschland allgemein anerkannte Grundlage dar, die Gesund-heit von Mutter und Kind zu überwachen.</p> <p>Vorschlag: „Diese Ultraschall-Untersuchungen dienen der Kontrolle des Wachstums und der Entwicklung des Fetus. Bei Hinweisen auf Fehlbildungen des Fetus sind weitere Ultraschalluntersuchungen zur genaueren Abklärung möglich. Daneben gibt es die Untersuchungen ETS und NIPT, die helfen, die Wahrscheinlichkeit für genetisch bedingte Veränderungen, wie etwa Trisomien oder bestimmte Muskel- oder Stoffwechselerkrankungen, zu ermitteln. Das tatsächliche Vorliegen einer solchen Veränderung kann nur mit einer invasiven Untersuchung (Amniozentese) festgestellt werden.“</p>
<p>Ersttrimester-Screening</p> <p>Viele Ärztinnen und Ärzte bieten das sogenannte Ersttrimester-Screening (ETS) an. Es besteht aus einem Ultraschall und einer Blutabnahme aus der Armvene der Frau. Beim Ersttrimester-Screening können Hinweise auf einen Herzfehler, offenen Rücken (Spina bifida) oder eine Fehlbildung der Bauchwand gefunden werden. Zudem kann das ETS die Wahrscheinlichkeit für bestimmte Trisomien wie das Down-Syndrom (Trisomie 21) abschätzen. Die Untersuchung wird zwischen der 10. und 14. Schwangerschaftswoche angeboten. Das ETS wird nicht von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt.</p>	<p>Die Formulierung „bieten an“ impliziert einen erstrebenswerten Mehrwert. Stattdessen sollte neutral erläutert werden, wie der ETS durchgeführt wird.</p> <p>Es wird nicht erwähnt, dass das Alter der schwangeren Frau auch in die Berechnung eingeht.</p> <p>Die hohe falsch-positive Rate wird nicht benannt.</p> <p>Vorschlag: „Hierbei gehen das Alter der Frau und bestimmte Blut- und Ultraschallwerte in eine Berechnung ein, die die Wahrscheinlichkeit für bestimmte Trisomien wie das Down-Syndrom sowie für Herzfehler und für eine Fehlbildung der Wirbelsäule oder der Bauchwand ermittelt. Das Ergebnis wird als Wahrscheinlichkeit auf XX Fälle (etwa 1:3500) ausgedrückt.“</p>

Stellungnahmen

Innenseite rechts

Nicht invasiver Pränataltest (NIPT)

Für diesen Test wird Blut aus der Armvene der Frau entnommen. Der NIPT kann mit hoher Sicherheit bestätigen, dass ein Kind keine Trisomie hat. Wenn der Test jedoch auf eine Trisomie hinweist, ist zur sicheren Klärung noch eine Fruchtwasseruntersuchung nötig. Der NIPT wird ab der 10. Schwangerschaftswoche angeboten. Er wird von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt, wenn sich zum Beispiel aus anderen Untersuchungen ein Hinweis auf eine Trisomie ergeben hat und dass die Frau so stark belastet, dass sie den Hinweis abklären lassen möchte.

Da es sich um einen Screening-Test und nicht um eine Diagnose handelt, ist die Formulierung „kann mit hoher Sicherheit bestätigen“ nicht geeignet. Es müsste „bestimmen“ oder „ermitteln“ heißen.

Vorschlag:

„Der Test hat eine hohe Zuverlässigkeit.“

„und das die Frau so stark belastet“ – In diesem Geschehen spielt selten die schwangere Person **allein** eine Rolle. Zudem suggeriert diese Formulierung, es seien den schwachen Nerven „der Frau“ anzulasten, dass weitere Diagnostik stattfindet.

Vorschlag:

„Der Test kann mit hoher Zuverlässigkeit aussagen, dass das Kind keine Trisomie hat. Das Textergebnis ist aber keine Diagnose. Wenn der Test ein erhöhtes Risiko für eine Trisomie ermittelt hat, kann nur eine Fruchtwasseruntersuchung den Verdacht bestätigen oder ausräumen.“

Fruchtwasseruntersuchung

Um eine Trisomie oder bestimmte Erkrankungen sicher feststellen zu können, ist ein kleiner Eingriff nötig. Dabei wird eine Nadel durch die Bauchdecke in die Gebärmutter eingeführt, um Fruchtwasser zu entnehmen. Durch das Einführen der Nadel kommt es bei etwa 2 bis 10 von 1000 Eingriffen zu einer Fehlgeburt. Eine Fruchtwasseruntersuchung wird von den gesetzlichen Krankenkassen nur bezahlt, wenn ein Verdacht auf bestimmte Erkrankungen, Fehlbildungen oder Behinderungen besteht. Seltener wird statt Fruchtwasser Gewebe vom Mutterkuchen entnommen. Diese Untersuchung wird Chorionzottenbiopsie genannt.

Die Formulierung „kleiner Eingriff“ ist verharmlosend.

Vorschlag:

„...ist eine Untersuchung des Fruchtwassers nötig, bei der eine Nadel durch die Bauchdecke...“

Statt „Mutterkuchen“ bitte „Plazenta“ verwenden – das ist geläufig.

Muss ich die Untersuchungen wahrnehmen?

Nein. Alle vorgeburtlichen Untersuchungen sind freiwillig – das heißt, Sie können eine angebotene Untersuchung jederzeit ohne Begründung ablehnen. Ihr Recht auf Nichtwissen ist so wichtig, dass Sie niemand zu einer Untersuchung drängen darf.

Bevor Sie sich für eine vorgeburtliche Untersuchung entscheiden, ist es wichtig, sich Gedanken über bestimmte Fragen zu machen, zum Beispiel: Wie viel möchte ich vor der Geburt über das Kind wissen? Welche Untersuchung kann medizinisch sinnvoll sein? Was würde ich tun, wenn sich herausstellt, dass das Kind eine Behinderung haben wird? Würde ich die Schwangerschaft fortsetzen oder überlegen, sie abzubrechen? Antworten zu finden, ist oft nicht einfach. Sie können sich dazu in einer gynäkologischen Praxis beraten lassen. Auch Schwangerschaftsberatungsstellen bieten kostenlos Unterstützung an.

Die Überschrift ist unpassend. Es ist selbstverständlich, dass Untersuchungen grundsätzlich freiwillig in Anspruch genommen werden, wie bereits auf der Vorderseite erwähnt. Bei der Erwähnung des Rechts auf Nichtwissen sollte auf das Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GenDG) Bezug genommen werden.

An dieser Stelle wäre ein Hinweis wichtig, was zur Vorbereitung der Inanspruchnahme von PND zu bedenken ist.

Vorschlag:

„Was ist bei pränataldiagnostischen Untersuchungen zu bedenken?“

Im Folgenden wären dann empirisch ermittelte Inhalte zu nennen.

Die Formulierungen „sich Gedanken machen“ und „nicht einfach, Antworten zu finden“ implizieren, dass Frauen/Paare/Familien sich mit diesen Fragen allein beschäftigen. Es ist dagegen wünschenswert, dass die Betroffenen, unterstützt und beraten durch ein professionelles Gegenüber, abwägen. Dabei sollte nicht nur die „gynäkologische Praxis“ als Setting erwähnt werden, da hier die Ressourcen und die Expertise in Bezug auf die Beantwortung diesbezüglich relevanter Fragen begrenzt ist. Stattdessen muss ein Hinweis auf das bundesweite Netz an Schwangerschaftsberatungsstellen freier Träger gegeben werden.

Wo finde ich Adressen und weitere Informationen?

www.familienplanung.de: Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) informiert über viele Themen rund um Schwangerschaft und Geburt. Das BZgA-Portal bietet auch eine Suche nach Schwangerschaftsberatungsstellen.

• www.kindergesundheit-info.de: Diese Internet-Seite der BZgA informiert über das Leben mit Kindern.

Allein auf die BZgA zu verweisen, ist nicht ausreichend.

Um bereits vor dem Eingriff werdenden Eltern eine ausführliche Auseinandersetzung zu ermöglichen, was das Leben mit einem Kind mit einer Trisomie 13, 18 oder 21 bedeuten kann, sollte auf Elternverbände wie Leona e.V. hingewiesen werden

2. Broschüre zu NIPT:

Seite 3 Einleitung

Liebe Leserin, lieber Leser,

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt hat mit Ihnen über einen „nicht invasiven Pränataltest“ (NIPT) gesprochen. Der Test ist eine Blutuntersuchung auf Trisomien. Eine Trisomie ist eine Veränderung im Erbgut des Kindes, die zu Fehlbildungen oder Beeinträchtigungen führt. Am bekanntesten ist die Trisomie 21 (Down-Syndrom). Der NIPT kann manchmal sinnvoll sein, oft ist er aber unnötig. Dieser Test ist kein Teil der allgemein empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft.

Er wird auch nur in bestimmten Situationen von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt: Wenn eine schwangere Frau einen durch eine Ärztin oder einen Arzt geäußerten Verdacht abklären lassen möchte, dass ihr Kind eine Trisomie hat.

Wichtig ist: Ob Sie den Test in Anspruch nehmen oder nicht, ist allein Ihre Entscheidung. Falls Sie den Test machen lassen möchten, muss Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Sie vorher ausführlich aufklären und zu den möglichen Konsequenzen beraten.

Die Formulierungen sollten möglichst nicht wertend sein.

Vorschlag:

„Trisomien sind genetische Veränderungen, die die körperliche und geistige Entwicklung beeinflussen.“

„Der NIPT kann manchmal sinnvoll sein, oft ist er aber unnötig.“ Der Satz sollte gestrichen werden.

Vorschlag:

„Der Test ist geeignet, um ein erhöhtes Risiko für eine Trisomie, das sich aus einer Untersuchung wie dem ETS ergeben hat, abzuklären. Dann wird er von der Krankenkasse bezahlt.“

<p>Diese Broschüre soll über den Test informieren und die Beratung unterstützen. Sie hat folgende Inhalte:</p> <p>Vorgeburtliche Untersuchungen..... 4</p> <p>Was sind Trisomien?..... 6</p> <p>Was ist ein NIPT? 10</p> <p>Was bedeuten die Testergebnisse? 12</p> <p>Wie zuverlässig ist der Test? 14</p> <p>Wie entscheiden? 16</p>	<p>Die Komplexität, in der Entscheidungen zur Inanspruchnahme von PND gefällt werden, wird durch die Betonung der Autonomie hier negiert. Professionelle Beratung, nicht nur durch Ärzt*innen, ist als Unterstützung gedacht, solche Entscheidungen zu begleiten.</p>
<p>Seite 4 Vorgeburtliche Untersuchungen</p>	
<p>Vorgeburtliche Untersuchungen – ja oder nein?</p> <p>Alle vorgeburtlichen Untersuchungen sind freiwillig – das heißt, Sie können eine angebotene Untersuchung oder einen Test jederzeit ohne Begründung ablehnen. Ihr Recht auf Nichtwissen ist so wichtig, dass Sie niemand zu einer Untersuchung drängen darf. Wenn Sie sich für einen Test interessieren, ist Ihre Ärztin oder Ihr Arzt verpflichtet, Sie umfassend aufzuklären und zu den möglichen Ergebnissen zu beraten. Wenn es um Untersuchungen am Erbgut geht, dürfen nur Ärztinnen und Ärzte die Aufklärung übernehmen, die dafür speziell ausgebildet wurden.</p>	<p>Die Freiwilligkeit muss nicht betont werden, da jede Untersuchung freiwillig ist.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>„Die Schwangerenvorsorge dient der frühzeitigen Erkennung von gesundheitlichen Problemen bei Mutter und Kind und wird von den Krankenkassen bezahlt. Darüber hinaus gibt es zusätzliche Untersuchungen der PND, die dazu dienen, genetisch bedingte Veränderungen beim ungeborenen Kind zu ermitteln. Ihre Ärzt*in ist gesetzlich verpflichtet, Sie vorher umfassend zu informieren. Zudem kann das Angebot der kostenlosen psychosozialen Beratung Ihnen helfen, zu verstehen, welche Konsequenzen sich aus dieser Untersuchung ergeben können und abzuwägen, ob Sie einen NIPT durchführen lassen wollen. Jede Beratung sollte auch Ihr Recht auf Nichtwissen berücksichtigen.“</p>
<p>Seite 5</p>	
<p>Ob ein NIPT für Sie infrage kommt, hängt unter anderem davon ab,</p> <ul style="list-style-type: none"> - ob Ihre Situation für Sie so belastend ist, dass Sie weitere Untersuchungen in Anspruch nehmen möchten, - ob Sie überhaupt erfahren möchten, ob Ihr Kind eine Trisomie hat oder nicht, - wie aussagekräftig die angebotenen Untersuchungen sind, - was Sie bei einem auffälligen Ergebnis tun würden und - ob Sie sich ein Leben mit einem behinderten Kind vorstellen können. <p>Es ist wichtig, sich über diese Fragen Gedanken zu machen, bevor Sie sich für oder gegen einen Test entscheiden. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt wird diese Fragen mit Ihnen besprechen. Trotzdem ist es manchmal nicht einfach, eine Antwort zu finden. Eine weitere Beratung, zum Beispiel in einer Schwangerschaftsberatungsstelle, kann dann helfen. Sie werden dort persönlich, schriftlich oder telefonisch beraten (auf Wunsch auch anonym).</p>	<p>Der zentrale Faktor sollte an erster Stelle stehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „ob Sie überhaupt erfahren möchten, ob Ihr Kind eine Trisomie hat“ In der Auflistung fehlen zudem wichtige Kriterien: - „ob bei Ihnen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Trisomie vorliegt, etwa mittels ETS bestimmt,“ - „ob Sie bereit sind, bei einem auffälligen Ergebnis eine Fruchtwasseruntersuchung durchführen zu lassen“ <p>Auch an dieser Stelle ist die Formulierung „sich Gedanken machen“ unangemessen und schreibt die Verantwortung allein den Betroffenen zu.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>„Zur Klärung der Entscheidung, ob ein NIPT für Sie in Frage kommt oder nicht, stehen Ihnen und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin psychosoziale und ärztliche Beratung und Unterstützung zur Verfügung.“</p>
<p>Seite 6 Was sind Trisomien</p>	
<p>Was sind Trisomien?</p> <p>Bei Trisomien sind bestimmte Chromosomen in den Zellen des Kindes dreifach statt zweifach vorhanden. Dies verändert die Entwicklung des Kindes schon im Mutterleib. Je älter die Schwangere, desto häufiger sind Trisomien.</p> <p>Folgende Trisomien können durch vorgeburtliche Untersuchungen erkannt werden:</p> <p>Trisomie 21 (Down-Syndrom)</p> <p>Kinder mit Down-Syndrom entwickeln sich meist langsamer, sind etwas kleiner als der Durchschnitt und häufiger krank. Manche haben nur leichte Beeinträchtigungen und in vielen Bereichen fast normale Fähigkeiten. Andere sind stärker beeinträchtigt und brauchen viel Unterstützung. Wie sich ein Kind mit Down-Syndrom entwickeln wird, lässt sich vor der Geburt nicht feststellen. Viele werden 50 Jahre und älter.</p> <p>Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)</p> <p>Kinder mit Trisomie 18 haben Fehlbildungen am Kopf, am Körper und an den inneren Organen. Diese sind häufig im Ultraschall erkennbar. Fast alle Kinder haben einen schweren Herzfehler. Sie sind geistig immer stark behindert. Die meisten Kinder sterben noch im Mutterleib oder in den ersten Tagen nach der Geburt. Etwa 10 % der lebend Geborenen können bis zu fünf Jahre oder älter werden. Dies gilt aber in erster Linie für Kinder mit leichteren Fehlbildungen.</p> <p>Trisomie 13 (Patau-Syndrom)</p> <p>Auch diese Kinder haben verschiedene, fast immer schwere körperliche Fehlbildungen, die sich auch im Ultraschallbild zeigen. Typisch ist ein sehr kleiner Kopf, viele haben eine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte. Hinzu kommt eine starke geistige Behinderung. Ihre Lebenserwartung ist ähnlich wie die von Kindern mit einer Trisomie 18.</p>	<p>Hier muss kommuniziert werden, dass in etwa 50% aller Fälle von Trisomie 21 die Mutter unter 35 Jahre alt ist [5] und dass Verlässlichkeit für die Erkennung von Trisomie 13 und 18 nicht ausreichend gegeben ist, was bereits die Datenanalyse des IQWiG [2] ergeben hatte.</p> <p>Die Formulierung „Beeinträchtigung“ impliziert, dass die Kinder in ihrer Lebensqualität „beeinträchtigt“ sind, was nicht der Fall sein muss.</p> <p>Die Formulierung „fast normal“ unterstellt, dass es so etwas wie „Normalität“ in klar definierter Form gäbe, was ebenfalls nicht der Fall ist. Die Information verschleierte hier mehr, als dass sie aufklärt.</p> <p>Es wäre besser, von „Menschen mit Down- Syndrom“ zu sprechen.</p> <p>Die Beschreibungen sind insgesamt tendenziös und einseitig defizitbetont durch Begriffe wie: „brauchen viel Unterstützung“, „schweren Herzfehler“, „geistig immer stark behindert“, „starke geistige Behinderung“ – hier wäre eine deskriptive, und damit weniger wertende und auch genauere Darstellung angebracht.</p> <p>Aus den Ausführungen geht nicht hervor, dass ein Austragen der Schwangerschaft und eine anschließende palliative Versorgung des Kindes durchaus auch eine Option ist.</p>
<p>Seite 7</p>	
<p>Was bedeutet ein Kind mit einer Trisomie für das Familienleben?</p> <p>Diese Frage lässt sich nicht allgemein beantworten, denn jede Familie macht ihre ganz eigenen Erfahrungen. Diese hängen von der Art der Trisomie und dem Grad der Beeinträchtigung ab – aber auch davon, wie es gelingt, die Situation anzunehmen.</p>	<p>Die Überschrift ist unpassend. Die Formulierung „was bedeutet ein Kind“ suggeriert, dass das Kind allein ein Störfaktor und eine Belastung sei.</p>

Stellungnahmen

Das Leben mit einem besonderen Kind kann herausfordernd sein, aber auch bereichernd und vielfältig. Wie die damit verbundenen Belastungen erlebt werden, ist sehr verschieden. Die Trisomien 13 und 18 führen zu schweren körperlichen und geistigen Behinderungen, die dauerhaft umfassende Hilfe erfordern. Die meisten betroffenen Kinder haben wegen ihrer Fehlbildungen nur geringe Überlebenschancen. Ein Down-Syndrom kann sich sehr unterschiedlich auswirken. Die meisten Menschen mit Down-Syndrom brauchen ihr ganzes Leben Unterstützung – manche mehr, andere weniger. Einigen gelingt es, ein weitgehend selbstständiges Leben zu führen. Einige Einschränkungen können durch eine frühzeitige Förderung ausgeglichen oder gebessert werden. Die weitaus meisten Kinder mit Down-Syndrom erlernen Alltagsfähigkeiten wie Lesen und Schreiben. Neben einer umfassenden Unterstützung ist die Bindung zur Familie und anderen Menschen sehr wichtig. Viele Eltern gewöhnen sich an die Anforderungen und finden Wege, gut mit ihnen umzugehen. Dabei können verschiedene Unterstützungsangebote helfen, beispielsweise: Frühförderstellen, Sozialpädiatrische Zentren, Wohlfahrts- und Elternverbände, Kinderärztinnen und Kinderärzte, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen

Vorschlag:

„Wie kann ein Leben mit Trisomie aussehen?“

Wie sich das Zusammenleben gestaltet, hängt bei Weitem nicht nur von „der Art der Trisomie und dem Grad der Beeinträchtigung ab“ (und damit von individuellen Faktoren), sondern von vielfältigen psychischen, familiären, sozialen, bildungsbezogenen, ökonomischen und politischen Bedingungen.

Das Leben mit einem Kind mit Down-Syndrom ist hier vor allem mit Mühe, Anstrengungen und großen Anforderungen an die Eltern konnotiert. Es fehlen die positiven, schönen Erfahrungen der Eltern von Kindern mit dieser Besonderheit.

Weiterhin geht es hier nicht darum „die Situation anzunehmen“ oder sich daran „zu gewöhnen“ sondern sie so gut als möglich aktiv zu handhaben und zu gestalten und vor allem, umfassend darin unterstützt zu werden.

Der Rechtsanspruch der Eltern und die Formen der Unterstützung sollten konkret benannt werden: Unterstützung bei der Alltagsgestaltung und bei der Betreuung, Pflege und Förderung des Kindes.

Bei Trisomie 13 und 18 fehlt der Hinweis auf eine palliative Begleitung nach der Geburt als Option, ebenso wie die Erfahrungen von Eltern, die sich für diesen Weg entschieden haben.

Seite 8 Grafik

Trisomien sind in jedem Alter selten. Deshalb sind alle Angaben in dieser Broschüre auf 10.000 Frauen bezogen. Die folgende Grafik soll diese Größenordnung veranschaulichen. Diese grünen Punkte stehen für 10.000 schwangere Frauen.

Diese Grafik ist nicht passend, um die abstrakte Wahrscheinlichkeit zu veranschaulichen. Das Icon für „Frau“ wird üblicherweise zur Kennzeichnung geschlechtsspezifischer Toiletten verwendet, und erscheint daher unpassend.

Seite 9

Wie häufig sind Trisomien?

Die folgende Tabelle zeigt, dass die Häufigkeit von Trisomien mit dem Alter ansteigt: Je später eine Frau schwanger wird, desto eher kann ihr Kind eine Trisomie haben. Am häufigsten ist das Down-Syndrom (Trisomie 21).

Alter der Schwangeren	Zahl der Trisomien pro 10.000 Schwangerschaften		
	Down-Syndrom	Trisomie 18	Trisomie 13
20 – 24 Jahre	8 von 10.000	2 von 10.000	1 von 10.000
25 – 29 Jahre	10 von 10.000	2 von 10.000	1 von 10.000
30 – 34 Jahre	17 von 10.000	3 von 10.000	2 von 10.000
35 – 39 Jahre	52 von 10.000	10 von 10.000	4 von 10.000
Über 40 Jahre	163 von 10.000	41 von 10.000	10 von 10.000

Quelle: EUROCAT

Die Tabelle zeigt: Auch die meisten älteren Schwangeren haben kein Kind mit einer Trisomie.



Beispiel:

Etwa 17 von 10.000 Schwangeren zwischen 30 und 34 Jahren haben ein Kind mit einem Down-Syndrom.

Der Ausdruck „haben ein Kind mit Down-Syndrom“ ist unpräzise: genauer wäre „erwarten ein Kind mit Down-Syndrom“.

Seite 10 Was ist ein NIPT?

Was ist ein nicht invasiver Pränataltest (NIPT)?

Mit einem nicht invasiven Pränataltest (NIPT) lässt sich das Erbgut (die DNA) des Ungeborenen untersuchen. Da für den Test kein Eingriff nötig ist, wird er „nicht invasiv“ (nicht eingreifend) genannt.

Für den Test wird Blut aus der Armvene einer Schwangeren entnommen. Ihr Blut enthält etwa ab der 10. Woche so viel Erbgut des Kindes, dass es im Labor untersucht werden kann. Das Testergebnis liegt innerhalb von zwei Wochen vor.

Es wird von der Ärztin oder dem Arzt in einem Gespräch mitgeteilt.

Welche Veränderungen kann ein NIPT erkennen?

Ein NIPT kann verschiedene Veränderungen im Erbgut des Kindes erkennen. Er wird vor allem eingesetzt, wenn es einen Hinweis auf ein Down-Syndrom (Trisomie 21) oder eine Trisomie 13 oder 18 gibt. Es gibt noch viele weitere Fehlbildungen und Behinderungen, die der NIPT weder erkennen noch ausschließen kann. Beim NIPT ist es auch möglich, sich nur bestimmte Ergebnisse mitteilen zu lassen: Zum Beispiel nur das Ergebnis zu den Trisomien 13 und 18, aber nicht zum Down-Syndrom.

Eine Blutentnahme ist ein Eingriff. Es sollte erklärt werden, dass „nicht invasiv“ sich auf Eingriffe in die Gebärmutter bezieht.

Vorschlag:

„Da für den Test kein Eingriff in die Gebärmutter nötig ist...“

Der Absatz impliziert, dass ein NIPT einige „Fehlbildungen und Behinderungen“ „erkennen“ könne. Das trifft nicht zu.

Es ist wichtig, dass die Leser*innen verstehen, dass es sich hier um ein Messverfahren handelt, mit Hilfe dessen eine statistische Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Trisomie errechnet wird.

Die Formulierung: „Es gibt noch viele weitere Fehlbildungen...“ erzeugt Unsicherheit und Angst.

Vorschlag:

„Der NIPT kann nur ... bestimmen.“

Bei Trisomie 13 und 18 liegt keine ausreichende Verlässlichkeit vor (s.o.)

Seite 11

Wann wird der NIPT von den Krankenkassen übernommen?

Der Test ist keine Routineuntersuchung. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten, —wenn sich aus anderen Untersuchungen ein Hinweis auf eine Trisomie ergeben hat und —dies die Frau so stark belastet, dass sie abklären lassen möchte, ob ihr Kind ein Down-Syndrom oder eine Trisomie 13 oder 18 hat.

In diese Situation kann eine Frau zum Beispiel durch das sogenannte Ersttrimester-Screening (ETS) geraten, das zwischen der 10. und 14. Woche angeboten wird. Es besteht aus einer Ultraschall- und einer Blutuntersuchung, die aber meist nur ungefähre Hinweise geben. Ein ETS kann eine Trisomie nicht sicher feststellen, sondern nur eine Wahrscheinlichkeit errechnen. Ein ETS wird nicht von den Krankenkassen bezahlt und kostet zwischen 200 und 300 €. Ein NIPT kann auch Veränderungen der Geschlechtschromosomen erkennen, die aber meist keine schwerwiegenden Beeinträchtigungen verursachen. Diese Auswertungen werden aber nicht von den Krankenkassen übernommen.

Die Formulierung: „Ein ETS kann eine Trisomie nicht sicher feststellen ...“ suggeriert, der NIPT könne dies. Es muss hier mit erwähnt werden, dass auch der NIPT das nicht kann, sondern dass er ein weiteres Verfahren darstellt, um Wahrscheinlichkeiten zu ermitteln.

Die Formulierung „In diese Situation kann eine Frau geraten“? suggeriert, dass sie ein Widerfahrnis, das gewissermaßen durch höhere Gewalt eintritt. Vielmehr sind dabei verschiedene Akteur*innen aktiv beteiligt.

Vorschlag:

„Diese Situation kann entstehen, wenn mithilfe des sog. ETS Wahrscheinlichkeiten berechnet werden.“

Die Formulierung: „Veränderungen...die meist keine schwerwiegenden Beeinträchtigungen verursachen...“ kommt an dieser Stelle zu spät. Die Broschüre sollte bereits einleitend deutlich machen, dass NIPTs nicht nur dafür verwendet werden, um auf Trisomien zu testen, sondern auch zur Bestimmung der Geschlechtschromosomen sowie von Einzelgen-Veränderungen.

Seite 12 Was bedeuten die Testergebnisse?

Was bedeutet das Ergebnis des NIPT?

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt wird Sie über das Testergebnis informieren und darüber aufklären, was daraus folgt. Die folgenden drei Ergebnisse sind möglich.

„Der Test kann nicht ausgewertet werden“

Der NIPT lässt sich manchmal nicht auswerten, weil die Blutprobe zu wenig Erbgut des Kindes enthält. Bei etwa 2 bis 6 von 100 Schwangeren ist das Ergebnis nicht eindeutig. Dann kann der NIPT etwas später wiederholt werden. Unter Umständen schlägt die Ärztin oder der Arzt auch direkt eine Fruchtwasseruntersuchung vor.

„Der Test ist unauffällig“

Dieses Ergebnis ist sehr zuverlässig. Dann ist es sehr unwahrscheinlich, dass das Kind eine Trisomie hat. Es sind in der Regel keine weiteren Untersuchungen wie eine Fruchtwasseruntersuchung nötig.

„Der Test ist auffällig“

Dieses Ergebnis ist ein starker Hinweis darauf, dass das Kind eine Trisomie hat. Dennoch kommt es vor, dass das Ergebnis des NIPT falsch ist, das Kind also doch keine Trisomie hat. Um sicher zu sein, ist zur Abklärung deshalb noch ein Eingriff nötig, häufig eine Fruchtwasseruntersuchung.

In diesem Abschnitt sollte auch das Verfahren der Fruchtwasseruntersuchung (Bedeutung, Vorgehen, Risiko einer Fehlgeburt, Wartezeit) skizziert werden.

Die Zuverlässigkeit des NIPT sollte differenzierter kommuniziert werden (u.a. vom Alter der Frau abhängig, für Trisomie 13 und 18 weitaus weniger genau).

Hier sollte erneut ein Hinweis auf psychosoziale Beratung, vor allem auf die Hinweis- und Vermittlungspflicht nach §2a SchKG von Ärzt*innen zu Schwangerenberatungsstellen gegeben werden.

Seite 13

Wie wird ein auffälliges NIPT-Ergebnis abgeklärt?

Ein auffälliges Testergebnis kann nur durch einen Eingriff sicher bestätigt oder widerlegt werden, bei dem Zellen des Kindes untersucht werden. Dazu gibt es zwei Möglichkeiten:

- Entnahme von Fruchtwasser (Amniozentese): möglich ab etwa der 15. Woche. Das endgültige Ergebnis liegt nach etwa zwei Wochen vor.

Es gibt einen Schnelltest, der nach ein bis zwei Tagen ein vorläufiges Ergebnis liefert. Er muss aber meist selbst bezahlt werden.

- Entnahme von Gewebe am Mutterkuchen (Chorionzottenbiopsie): möglich ab der 11. Schwangerschaftswoche. Die kindlichen Zellen werden im Labor untersucht. Das endgültige Ergebnis liegt nach zwei bis drei Wochen vor. Auch hier ist ein Schnelltest möglich.

Bei beiden Untersuchungen führt die Ärztin oder der Arzt unter lokaler Betäubung eine Nadel durch die Bauchdecke in die Gebärmutter ein. Der Eingriff selbst ist körperlich wenig belastend. Einige Stunden bis Tage kann ein leichtes Ziehen im Unterleib zu spüren sein. Schwerwiegender ist aber, dass es durch das Einführen der Nadel bei etwa 2 bis 10 von 1000 Eingriffen zu einer Fehlgeburt kommt. Deshalb versucht man, diese eingreifenden Untersuchungen möglichst zu vermeiden.

Eine Amniozentese als „körperlich wenig belastend“ zu bezeichnen, bagatellisiert diese Untersuchung. Es handelt sich hier nicht um einen Eingriff von rein „körperlicher“ Relevanz.

Seite 14 Wie zuverlässig ist der Test?

Wie zuverlässig ist ein NIPT?

Wenn ein NIPT auswertbar ist, ist er zwar sehr genau – allerdings nicht zu 100 %.

Zwei Fehler können passieren:

- Eine Trisomie wird übersehen. Beim Down-Syndrom beispielsweise passiert das bei weniger als 1 von 10.000 Untersuchungen.

- Der NIPT ist auffällig, das Kind hat aber in Wirklichkeit keine Trisomie. Das wird falscher Verdachtsbefund genannt. Dazu kommt es beim Down-Syndrom in etwa 5 von 10.000 Untersuchungen.

Das Beispiel auf der folgenden Seite zeigt:

- Bei den allermeisten Frauen ist der NIPT-Befund unauffällig.

- Auch wenn der NIPT ein auffälliges Ergebnis zeigt, heißt es nicht, dass das Kind tatsächlich eine Trisomie hat. Es kann auch ein falscher Verdachtsbefund sein.

- Deshalb ist es immer nötig, einen auffälligen NIPT-Befund durch einen Eingriff weiter abklären zu lassen.

Auf welcher Quelle beruhen diese Angaben? Der Technikfolgenbericht (Deutscher Bundestag 2019: 33) nennt falsch-positive Rate bei NIPT von 0,09 % (Trisomie 21) bis 0,23 % (Turner-Syndrom) sowie Testversager von bis zu 8% (ebd. S. 38).

Es sollte hier möglichst präzise angegeben werden, wie häufig falsch-negative und falsch-positive Befunde sowie Testversager auftreten. Der positive prädiktive Wert sollte verständlich erläutert und getrennt für die einzelnen Trisomien angegeben werden.

Der Begriff „auffällig“ ist medizinischer Jargon.

Vorschlag:

„Der NIPT zeigt an, dass das ungeborene Kind wahrscheinlich eine Trisomie hat, obwohl das nicht der Fall ist.“

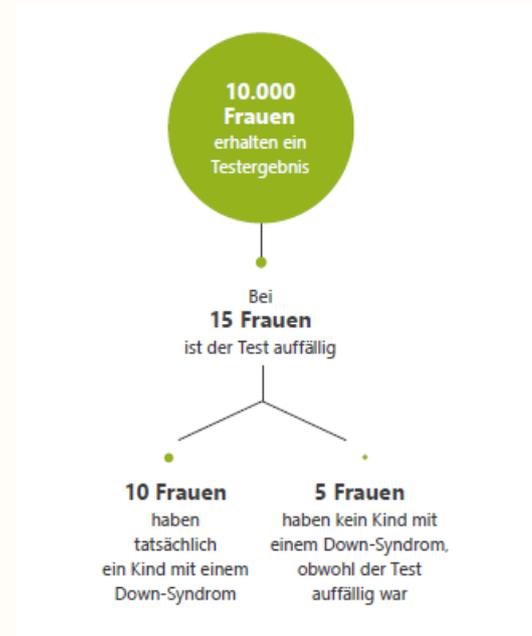
„Deshalb ist es immer nötig“ impliziert, dass an dieser Stelle die Freiwilligkeit endet.

Vorschlag:

„Mehr Gewissheit kann daher nur eine weiterführende Untersuchung wie eine Fruchtwasseruntersuchung oder eine Chorionzottenbiopsie bringen.“

Zuverlässigkeit: Beispiel Down-Syndrom

Das Verhältnis von richtigen zu falschen Befunden hängt davon ab, wie wahrscheinlich eine Trisomie ist. Diese Wahrscheinlichkeit hängt unter anderem vom Alter ab. Stellen Sie sich eine Gruppe von 10.000 Schwangeren vor, von denen 10 ein Ungeborenes mit einem Down-Syndrom haben. Wenn alle diese Frauen ein auswertbares Ergebnis erhalten, ergibt sich Folgendes:



Das gewählte Beispiel ist wenig aussagekräftig, da die Abhängigkeit der Genauigkeit vom Alter der Frau ignoriert wird [5]. Es sollte konkreter kommuniziert werden, dass der Test bei jüngeren Frauen unzuverlässiger ist.

Zudem fehlt der Zwischenschritt „X Frauen lassen eine Amniozentese durchführen, die bestätigt, dass...“

Wie entscheiden?

Die Entscheidung für oder gegen eine Untersuchung wie den NIPT kann schwerfallen.

Häufig wird sie unter Zeitdruck getroffen, da sich viele Paare erst dann damit beschäftigen, wenn der NIPT von einer Ärztin oder einem Arzt angesprochen wird. Eine Frau hat zudem das gesetzliche Recht, allein zu entscheiden.

Viele Paare entscheiden sich für vorgeburtliche Tests, weil sie so weit wie möglich sichergehen möchten, dass ihr Kind keine Trisomie hat. Ein unauffälliges Ergebnis kann Sorgen nehmen. Auf der anderen Seite können Untersuchungen aber auch verunsichern. Wenn eine Trisomie festgestellt wurde, kann sich die Frage nach einem Schwangerschaftsabbruch stellen.

Wegen der fortschreitenden Schwangerschaft stehen Frauen unter Druck, sich verhältnismäßig schnell zu entscheiden. Gesetzlich vorgeschrieben sind mindestens drei Tage Bedenkzeit zwischen Testergebnis und Entscheidung.

Eine psychosoziale Beratung kann in dieser Situation sehr wichtig sein. Es gibt auch die Möglichkeit, sich mit Familien auszutauschen, in denen ein Kind mit Trisomie lebt. Ärztinnen und Ärzte können Adressen von Selbsthilfegruppen nennen, die dann einen Kontakt vermitteln.

Für andere Paare stellt sich die Frage nach einem Schwangerschaftsabbruch nicht. Sie können sich ein Leben mit einem behinderten Kind vorstellen. Deshalb entscheiden sich einige von vornherein gegen Untersuchungen auf Trisomien.

Diese Entscheidung muss von den Ärztinnen und Ärzten akzeptiert werden.

Auf der anderen Seite kann ein Test helfen, sich auf die besonderen Bedürfnisse eines Kindes mit Trisomie einzustellen und sich vorzubereiten. Vorgeburtliche Untersuchungen können allerdings nicht zuverlässig voraussagen, wie ausgeprägt die Beeinträchtigungen durch die Trisomie sein werden und wie viel Unterstützung das Kind später tatsächlich brauchen wird.

Statt „kann schwerfallen“ besser: „Es ist oft nicht leicht, sich für oder gegen eine NIPT zu entscheiden“.

Die Formulierung „erst dann damit beschäftigen“ – ist anklagend. Wann genau sollten sich Paare mit NIPT beschäftigen?

Das Informationsbedürfnis besteht in dem Moment, in dem die werdenden Eltern dies äußern. Dies sollte sich in den Materialien widerspiegeln und nicht gewertet werden. Es kann nicht Ziel dieser Broschüre sein, den gesamtgesellschaftlichen Diskurs zur PND, der nicht in angemessener Breite und Tiefe geführt wird, den werdenden Eltern als Defizit zuzuschreiben.

Der Begriff „sichergehen“ ist unzutreffend, denn das ist nicht möglich.

Die Ambivalenzen bzw. die Dilemmata der Pränataldiagnostik beginnen nicht erst mit dem Vorliegen des Ergebnisses, sondern bereits wenn entschieden werden soll, ob untersucht wird. Das sollte hier benannt werden.

Nicht „wegen der fortschreitenden Schwangerschaft“, sondern wegen der Regelungen und Umstände bezüglich eines Schwangerschaftsabbruchs „stehen“ nicht nur „Frauen“, sondern auch diejenigen, die sie professionell begleiten, „unter Druck“ – bitte benennen, worum es hier geht.

Auch hier bitte konkret benennen, dass es bei „dieser Situation“ um die Frage des Schwangerschaftsabbruchs geht.

Statt „kann wichtig sein“ sollte „ist dringend zu empfehlen“ (um in dieser schweren/potenziell traumatischen Entscheidungssituation Unterstützung zu erfahren).

Die Vermittlungspflicht für Ärzt*innen ist hier ausdrücklich zu erwähnen.

Die Formulierung „Für andere Paare“ stellt eine Abgrenzung zwischen zwei oppositionelle Gruppen her. Das ist wenig hilfreich. Es sollte stattdessen für Solidarität und gegenseitiges Verständnis geworben werden.

Dass in einem Informationsblatt stehen soll, dass eine Entscheidung der werdenden Eltern „von Ärzt*innen akzeptiert werden“ muss, ist ausgesprochen bedauerlich. Das sollte selbstverständlich sein.

Weitere Informationen

Diese Broschüre kann nicht alle Fragen zum NIPT beantworten. Sie soll die Beratung durch Ihre Ärztin oder Ihren Arzt unterstützen.

Die Formulierung, eine Broschüre könne die Beratung „unterstützen“, beinhaltet die Gefahr, dass die Broschüre ausgehändigt wird und die Schwangeren/Paare/Familien darum gebeten werden, diese durchzulesen und im Anschluss Fragen zu stellen. Diese Broschüre informiert aber zusätzlich und unabhängig von der (hoffentlich nicht nur ärztlichen) Beratung.

Im Gendiagnostik- und im Schwangerschaftskonfliktgesetz ist beschrieben, welche Rechte auf Aufklärung und Beratung Sie haben.

Informationen dazu und zu weiteren Fragen finden Sie hier:

- www.familienplanung.de:
Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) informiert über viele Themen rund um Schwangerschaft und Geburt, und auch zum Thema Schwangerschaftsabbruch. Das BZgA-Portal bietet zudem eine Suche nach Schwangerschaftsberatungsstellen.
- www.kindergesundheit-info.de:
Diese Internetseite der BZgA informiert über das Leben mit Kindern. Teil des Angebots ist ein „Wegweiser für Familien mit einem behinderten oder chronisch kranken Kind“.
- www.familienratgeber.de:
Der Ratgeber der Aktion Mensch enthält Informationen, Rat und Adressen für Menschen mit Behinderungen und Angehörige. Informationen zum Down-Syndrom finden Sie unter anderem auf diesen Seiten:
- www.ds-infocenter.de:
Deutsches Down-Syndrom InfoCenter
- www.down-syndrom.org:
Arbeitskreis Down-Syndrom Deutschland e. V.

Bitte an dieser Stelle auch über die Rechte aufklären – genau das sind Informationen, die eben nicht jede Person ohne Schwierigkeiten auffindet und versteht.

Geeignete Verbände und Elterninitiativen sollen hier ergänzt werden, z.B. Leona e.V.

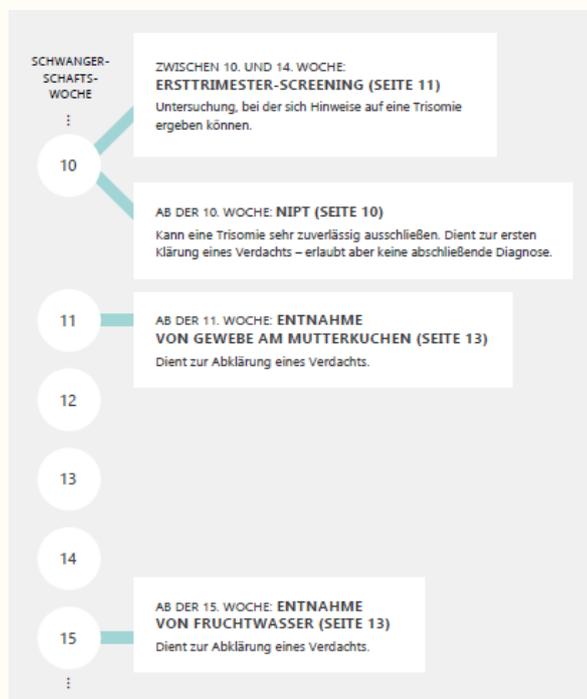
Seite 18

ÜBERBLICK:

VORGEBURTliche UNTERSUCHUNGEN AUF TRISOMIEN

Keiner der folgenden Tests gehört zu den allgemein empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft. Ein Ersttrimester-Screening (ETS) wird nicht von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Der NIPT und andere Untersuchungen werden nur bezahlt, wenn eine schwangere Frau einen Verdacht abklären lassen möchte, dass ihr Kind eine Trisomie hat.

WICHTIG: Alle diese Untersuchungen sind freiwillig. Niemand darf Sie dazu drängen.



Die Zeitleiste beinhaltet keine neuen Informationen und kann aus der Sicht der DGHWi gestrichen werden.

Der Ablauf der Untersuchungen wird zudem in einer Weise dargestellt, die nicht deutlich macht, dass diese Untersuchungen zur Disposition stehen. Sie erscheinen hier eher als verbindlicher Ablauf.

Die Beschreibungen sind unterschiedlich strukturiert und unterschiedlich umfangreich. Die Zeitleiste beinhaltet lediglich die Schwangerschaftswochen 10 bis 15. Dies erscheint nicht gelungen, da die Zeit bis zum Erhalt des Ergebnisses der Amniozentese nicht enthalten ist, von den Leser*innen aber bedacht werden sollte.

Seite 19

Welche Fragen haben Sie?

Hier können Sie Ihre Fragen notieren:

Dieser Abschnitt ist unnötig und verzichtbar.

Autorinnen:

Annekatriin Skeide, M.A., Dr. Sabine Striebich, Prof.in Dr. Dorothea Tegethoff MHA, Dr. Angelica Ensel für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Literatur

1. Deutscher Bundestag. Technikfolgenabschätzung (TA): Aktueller Stand und Entwicklungen der Pränataldiagnostik. 2019.
2. IQWiG. IQWiG-Berichte – Nr. 623 Nicht invasive Pränataldiagnostik (NIPD) zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 bei Risikoschwangerschaften. 2018.
3. IQWiG. Versicherteninformation zur Pränataldiagnostik. Vorbericht P 17.01, Version 1 (28.02.2020). 2020.
4. Skeide A, Tegethoff D, Beckmann L, Schlüter-Cruse M. Kassenzulassung von Nichtinvasiven Pränatalen Tests (NIPTs). Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft. 2019;(7)1:23-25.
5. Zerres K. Nichtinvasive Pränataldiagnostik – eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung. Frauenheilkunde up2date. 2017;11:17–21.

COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz

Standpunkt der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

26. März 2020

Am vorliegenden Gesetzentwurf sieht die DGHWi folgenden Korrekturbedarf:

Die DGHWi unterstützt die Initiative des BMG für einen finanziellen Ausgleich der Krankenhäuser, der Ärzt*innen bei der vertragsärztlichen Versorgung und der Mitarbeiter*innen der Pflege- und Betreuungseinrichtungen sowie der medizinischen Dienste bei Belastung durch das Coronavirus SARS-CoV-2.

Hebammen sind Leistungserbringerinnen für schwangere Frauen, Gebärende und Mütter mit ihren Neugeborenen. Freiberuflich tätige Hebammen leiten außerklinische Geburten und sind im Wochenbett (bis 12 Wochen nach der Geburt) erste Ansprechpartnerinnen für Mutter und Kind. Betreuungstermine rund um die Geburt lassen sich nicht verschieben. Die außerklinische Betreuung muss durchgeführt werden mit und ohne Erkrankung von Mutter, Kind oder Familienangehörigen an COVID-19.

Insofern sollten bei dem Gesetzentwurf bei allen Formulierungen zur vertragsärztlichen Versorgung die Ergänzung „und Versorgung mit Hebammenhilfe“ mitgedacht werden. Die DGHWi schlägt vor, dass entsprechende Absätze in den §134a SGB V integriert werden.

Der Einfachheit halber haben wir die entsprechenden vorgeschlagenen Paragraphen § 87a Absatz 3b und § 87b Absatz 2a umformuliert:

Artikel 3, Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

1. nach § 134a Absatz 1d wird folgender Absatz 1e eingefügt:

(1e) Mindert sich das Gesamthonorar einer Hebamme als Leistungserbringer um mehr als 10 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal und ist diese Honorarminderung in einem Fallzahlrückgang in Folge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses begründet, kann sie dafür eine Ausgleichs-

zahlung erhalten. Die Ausgleichszahlung ist in der Höhe zu mindern, in der die Leistungserbringerin Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanzielle Hilfen aufgrund anderer Anpruchsgrundlagen erhält. Die Aufwendungen für die Ausgleichszahlungen sind durch die Krankenkassen zeitnah zu erstatten.

2. Nach § 134a Absatz 1e wird folgender Absatz 1f eingefügt:

(1f) Mindert sich in Folge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses die Fallzahl in einem die Fortführung der Hebammenpraxis bzw. hebammengeleiteten Einrichtung gefährdenden Umfang, hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene zeitnah geeignete Regelungen zur Fortführung der Tätigkeit des Leistungserbringers vorzusehen.

Begründung

Die durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelöste Pandemie führt zu einer enormen Herausforderung für die Versorgung durch freiberuflich tätige Hebammen in Deutschland, weil auch hier Verdachts- und Erkrankungsfälle im ambulanten Bereich versorgt werden müssen. Auch Hebammen sind maßgebliche Akteure bei der Information der Bevölkerung und der Patient*innensteuerung. Hebammen müssen zur Eigen- und Fremdsicherung besondere Maßnahmen ergreifen, um dieser Situation gerecht werden. Folge sind erhebliche zusätzliche Kosten.

Autorin:

Elke Mattern M.Sc. für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Einführung von Qualitätsindikatoren zur Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe im Modul Geburtshilfe (16n1-GEHB) des Qualitätssicherungsverfahrens Perinatalmedizin

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

11. Mai 2020

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (DGHWi) e.V. nimmt Stellung zur Einführung bestimmter Qualitätsindikatoren zur Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe im QS-Modul Geburtshilfe (16n1-GEHB) in die prospektiven Rechenregeln 2021 der Qualitätsindikatorenbank (QIDB). Das Ziel der neu zu implementierenden Qualitätsindikatoren (QI) ist es zu erfassen, ob Kinder in der angemessenen Versorgungsstufe geboren wurden und ausgehend von den jeweiligen Kennzahlen Rückschlüsse auf die Zuweisung von Schwangeren in entsprechende Versorgungsstufen zu ziehen. Übergeordnetes Ziel ist hierbei die Optimierung der perinatalen Versorgung und Senkung der Mortalität und Morbidität. Die Stellungnahme orientiert sich an den Fragen, die der DGHWi im Rahmen des Beteiligungsverfahrens vorgelegt wurden.

Frage 1: Sind Sie der Auffassung, dass die in Anlage 1 der in der QFR-RL definierten Aufnahme- und Zuweisungskriterien für die jeweiligen Versorgungsstufen Standards einer adäquaten Versorgungsqualität abbilden?

Frage 2: Stellt die Prüfung der Einhaltung der in Anlehnung an die QFR-RL definierten Aufnahme- und Zuweisungskriterien, wie in den drei beschriebenen Qualitätsindikatoren geschehen, eine qualitätsfördernde Maßnahme dar?

Aufnahme- und Zuweisungskriterien für die jeweiligen Versorgungsstufen

Die DGHWi ist nicht der Auffassung, dass die in Anlage 1 der in der QFR-RL definierten Aufnahme- und Zuweisungskriterien für die jeweiligen Versorgungsstufen Standards einer adäquaten Versorgungsqualität abbilden.

Die DGHWi unterstützt die Einführung und evidenzbasierte Anpassung von Qualitätsindikatoren. Bei der Anpassung der Kriterien für die Zuweisung in die jeweiligen Versorgungsstufen fällt allerdings auf, dass diese sich nunmehr lediglich auf das Schätzwert, das Gestationsalter, den Mehrlingsstatus und perzentilbezogene Wachstumsretardierungen konzentrieren sollen. Aus der Zuweisung zu einer Versorgungsstufe gestrichen wurden die Risikoprofile „alle pränatal diagnostizierten fetalen oder mütterlichen Erkrankungen, bei denen nach der Geburt eine unmittelbare spezialisierte intensivmedizinische Versorgung des Neugeborenen absehbar ist“, „schwere schwangerschaftsassozierte Erkrankungen“, „insulinpflichtige diabetische Stoffwechselstörungen mit absehbarer Gefährdung für Fetus bzw. Neugeborenes“ sowie „insulinpflichtige diabetische Stoffwechselstörung ohne absehbare Gefährdung für Fetus bzw. Neugeborenes“.

Um den Qualitätsstandard der Versorgung messbar zu machen, bedarf es klar formulierter Kennzahlen und Definitionen. Dennoch ist es nicht nachvollziehbar, dass die oben genannten Risikokonstellationen vollständig aus dem Zuweisungskatalog gestrichen werden sollen. Damit würde zwar der Sachverhalt der Zuweisung von schwangeren Frauen in

unterschiedliche Versorgungsstufen auf einfache Weise mathematisch darstellbar, eine adäquate Darstellung der medizinisch erforderlichen Zuweisung von schwangeren Frauen mit anderen als den an Gewicht, Gestationsalter, Mehrlingsstatus und Wachstumsretardierung orientierten Risikofaktoren dagegen unterbleibt. Das Ungeborene mit diagnostiziertem Herzfehler würde nicht erfasst. Und inwiefern z.B. die Wachstumsretardierung des Fetus eine relevantere Kenngröße als beispielsweise der diagnostizierte Gestationsdiabetes der Mutter ist und warum erstere in der Rechenregel erfasst werden kann oder soll, letzterer aber nicht, erschließt sich nicht. Insgesamt fällt auf, dass die Zuweisungskriterien zu den jeweiligen Versorgungsstufen zu kurz formuliert und sich primär am Kind orientieren. Damit werden Risikoprofile der schwangeren Frauen, die eine adäquate Versorgung des Fetus bzw. des Neugeborenen erforderlich machen, nicht systematisch erfasst.

Die Qualitätsindikatoren als qualitätsfördernde Maßnahme

Die Frage, ob die Überprüfung der Einhaltung der QI nach Veränderung der Aufnahme- und Zuweisungskriterien eine qualitätsfördernde Maßnahme darstellt, wird von der DGHWi mit einem „ja, aber“ beantwortet.

Da als Qualitätsmerkmal der Zuweisung in die Versorgungsstufe lediglich die auf den ersten Blick statistisch messbaren Werte des Fetus abgebildet werden, kann zwar eine quantitative Größe abgeleitet, nicht jedoch das umfassende Bild dargestellt werden. Es fehlen wesentliche Profilkategorien in den Kriterien. So ist zwar grundsätzlich die Einführung von QI zu begrüßen, jedoch nicht unter Ausschluss differenzierter Zuweisungskriterien. Zudem sind verschiedene Konstellationen denkbar, in der eine qualitativ hochwertige Versorgung von der vorgeschlagenen Rechenregel in keiner Form erfasst wird. Als Beispiel sind hier ungeborene Einlinge mit infauster Prognose unter der 36+0 SSW oder bei geschätzt niedrigem Geburtsgewicht unter 1250g anzuführen, die nach den Zuweisungskriterien nur in einem Level-1-Klinikum geboren werden dürften. Gerade hier wäre die Geburt in einem wohnortnahen Level-2-, -3- oder -4-Klinikum mit Inhouse-Palliativteam oder auch außerklinisch unter Abwägung der individuellen Risiken und auf Wunsch der Frau ebenso möglich und böte unter Berücksichtigung des Gesamtbildes die höhere Versorgungsqualität. In einem solchen Fall würden bei einer Überprüfung anhand der QI Meldungen mangelhafter Qualität auftreten. Qualitätsfördernd wären die geplanten Kriterien nur nach einer entsprechenden Erweiterung um ein möglichst breites Spektrum quantifizierbarer Sachverhalte und der darüber hinaus gehenden Erfassung von besonderen Konstellationen, die eine qualitativ hochwertige Versorgung indizieren. Eine Übereinstimmung mit der vom IQTiG erstellten Kriterienliste, die unter https://www.perinatalzentren.org/information.php?open=perinatalzentrum_info publiziert ist, wäre wünschenswert. Dann hätten die Kriterien auch einen höheren Empfehlungscharakter für die zuweisenden Fachpersonen sowie für schwangere Frauen selbst.

Autorinnen:

Anke Wiemer, Alina Kosanke, Prof.in Dr. Dorothea Tegethoff für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Potenzial des Mixed-Methods-Ansatzes in der Hebammenwissenschaft am Beispiel einer Studie zur Risikowahrnehmung geburtshilflicher Fachpersonen

Potential of a mixed method approach in midwifery science using the example of a study on the risk perception of obstetricians and midwives

Nina H. Peterwerth M.Sc.^{1,2}, Prof.in Dr. Rainhild Schäfers¹

Abstract

Hintergrund: In der Hebammenwissenschaft finden insbesondere die Methoden qualitativer wie auch quantitativer Verfahren der empirischen Sozialforschung Anwendung. Forschungsvorhaben unter Verwendung von Mixed-Methods verknüpfen diese Methoden in einem Forschungskontext, werden immer populärer und sind auch für die Hebammenwissenschaft von Bedeutung.

Ziele: Im Sinne einer Methodendiskussion wird das Potenzial eines anwendungsorientierten Beispiels eines Forschungsvorhabens zur Risikowahrnehmung geburtshilflicher Fachpersonen vorgestellt.

Ergebnisse: Unter Bezugnahme auf eine Studie zur Risikowahrnehmung geburtshilflicher Fachpersonen, die mithilfe eines explorativ sequenziellen Mixed-Methods-Designs qualitative und quantitative Daten in einem Forschungskontext erhebt und verknüpft, werden die Grundlagen der Planung, Durchführung sowie Analyse eines Mixed-Methods-Forschungsvorhabens verdeutlicht. Dabei wird sowohl auf die Rechtfertigung der Nutzung von Mixed-Methods eingegangen als auch auf Herausforderungen und das grundsätzliche Potenzial von Mixed-Methods für die Hebammenwissenschaft.

Schlussfolgerung: Der Einsatz von Mixed-Methods ist in der Forschung im Bereich der Hebammenwissenschaft ideal geeignet, um komplexe Zusammenhänge zu untersuchen und zu verstehen. Forschende im Bereich des Hebammenwesens und der Geburtshilfe sollten die Planung und Durchführung weiterer Mixed-Methods-Forschungsvorhaben aufgrund des großen Potenzials anstreben.

Schlüsselwörter: Mixed-Methods, Risikowahrnehmung, Hebammenwissenschaft

Einleitung

Die Verknüpfung qualitativer und quantitativer Forschung durch den sogenannten Mixed-Methods-Ansatz hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen [1]. International findet dieser Ansatz besonders häufig im Bereich der sozialwissenschaftlichen Disziplinen und im Feld der Gesundheitsanwendung [1]. Auch national findet ein reger Diskurs, u.a. in den unterschiedlichen Forschungsfeldern, bezüglich dieser Methodologie und Methode statt [1, 2, 8, 13, 18]. Die Hebammenwissenschaft, die in Deutschland als relativ junge Fachdisziplin beschrieben werden kann [23: S. 83], bezieht sich inhaltlich auf Bezugswissenschaften wie die Sozialwissenschaften, Psychologie, Pflegewissenschaft, Gesundheitswissenschaft, Medizin oder auch Biologie. Laut Kahl bedienen sich hebammenwissenschaftlich Forschende in der Konsequenz „des Methodenportfolios angrenzender Wissenschaften zur Untersuchung ihrer Themenbereiche“ [11: S. 194]. Insbesondere die grundlegenden Instrumente der qualitativen wie auch

Background: In midwifery science, the methods of qualitative and quantitative methods of empirical social research are applied in particular. Research projects using mixed methods integrate these methods in one research context. They are becoming more and more popular and are of great importance for midwifery science.

Aim: In the sense of a discussion of methods, the potential of mixed methods for midwifery science is presented using an application-oriented example of a research project on the risk perception of midwives and obstetricians.

Results: With reference to a study on risk perception of obstetric professionals, which uses an explorative sequential mixed methods design to collect and link qualitative and quantitative data in a research context, the basics of planning, implementation and analysis of a mixed methods research project is explained. The justification for the use of mixed methods will be discussed, as well as the challenges and the fundamental potential of this methods for midwifery science.

Conclusion: The use of mixed methods is ideally suited for research in the field of midwifery science to investigate and understand complex relationships. Researchers in the field of midwifery and obstetrics should aim to plan and carry out further mixed methods research projects due to their great potential.

Keywords: mixed methods, risk perception, midwifery science

quantitativen Methoden der empirischen Sozialforschung finden in der Hebammenwissenschaft Anwendung. Die Kombination beider Verfahren in Form des Mixed-Methods-Ansatzes kann jedoch als noch wenig beachtete Methodologie innerhalb dieses Forschungsfeldes im deutschsprachigen Raum beschrieben werden. Eine Handsuche in einschlägigen deutschsprachigen Fachdatenbanken identifizierte keine Forschungsvorhaben unter Verwendung dieses Ansatzes. Dabei ist der Mixed-Methods-Ansatz mit der Verknüpfung quantitativer und qualitativer Methoden in einem Forschungskontext laut Kuckartz „ein neues zeitgemäßes Methodenverständnis“ [13: S. 29], das viele Vorteile, aber auch Herausforderungen mit sich bringt. Folgend wird das Potenzial von Mixed-Methods für die Hebammenwissenschaft aufgezeigt, indem die Grundlagen der Planung, Durchführung sowie Analyse im Sinne einer Methodendiskussion anhand eines anwendungsorientierten Beispiels eines Forschungsvorhabens aus dem Bereich der Hebammen-

wissenschaft zur Risikowahrnehmung geburtshilflicher Fachpersonen vorgestellt werden.

Methodologische und methodische Vorüberlegungen

Das Forschungsvorhaben zur Risikowahrnehmung geburtshilflicher Fachpersonen hat das Ziel in einem ersten Schritt zu erforschen, welche Situationen von Hebammen und Gynäkolog*innen während einer Geburt als risikoreich wahrgenommen werden. Im einem zweiten Schritt wird untersucht, ob persönliche Faktoren (z.B. Alter, Geschlecht, Berufserfahrung) oder systemimmanente Faktoren (z.B. Geburtenanzahl bzw. Versorgungsgrad der Geburtsklinik) die Risikowahrnehmung der geburtshilflichen Fachpersonen beeinflussen und dies Auswirkungen auf die Entscheidungsfindung während der Betreuung von Gebärenden hat. Mithilfe eines explorativ-sequenziellen Mixed-Methods-Designs sollen Antworten auf die Forschungsfragen, wie in Abbildung 1 dargestellt, generiert werden. Im Folgenden werden die methodologischen und methodischen Überlegungen zur Verwendung dieses Mixed-Methods-Ansatzes beschrieben. Dabei werden sukzessive die Definition für Mixed-Methods, Gründe für diesen Ansatz, verschiedene Mixed-Methods-Designs und Strategien zur Datenerhebung sowie Datenauswertung im Allgemeinen und übertragen auf das Forschungsvorhaben vorgestellt. Diese generellen und übertragenen methodischen Aspekte zu Design und Konstruktion von Mixed-Methods-Forschungsvorhaben sind zudem zusammenfassend in Tabelle 1 dargestellt.

Definition Mixed-Methods

Kuckartz formuliert folgende Begriffsbestimmung für den Mixed-Methods-Ansatz: „Unter Mixed-Methods wird die Kombination und Integration von qualitativen und quantitativen Methoden im Rahmen des gleichen Forschungsprojekts verstanden. Es handelt sich also um eine Forschung, in der die Forschenden im Rahmen von ein- oder mehrphasig angelegten Designs sowohl qualitative als auch quantitative Daten

sammeln. Die Integration beider Methodenstränge, d.h. von Daten, Ergebnissen und Schlussfolgerungen, erfolgt je nach Design in der Schlussphase des Forschungsprojektes oder bereits in früheren Projektphasen.“ [13: S. 33]. Hierbei ist die multimethodische Forschung zwingend von den Mixed-Methods abzugrenzen. Während es sich bei Mixed-Methods um die Kombination von qualitativen und quantitativen Methoden handelt, werden bei sogenannten „Multimethod-Designs“ mehrere Methoden der gleichen Methodenart eingesetzt. Die Integration oder Kombination verschiedener quantitativer und qualitativer Daten wird jedoch ausdrücklich als notwendiges Charakteristikum der Mixed-Methods verstanden [3: S. 3; 4]. Die teilweise kontroverse und oppositionelle Diskussion um die Möglichkeit einer generellen Verknüpfung der beiden „Paradigmen sozialwissenschaftlicher Methoden“ [13: S. 27] ist hinlänglich bekannt und hat sich inzwischen „entschärft“, sodass „eine Diskussion um die Kombination beider entstanden“ [13: S. 29] ist. Im Zusammenhang der Methodenkombinationen erfolgt häufig auch eine Abgrenzung der Mixed-Methods zur Triangulation, wobei Kuckartz betont, dass es sich hierbei „um sehr unterschiedliche Ansätze von Methodenkombination“ [13: S. 48] handle. Da in Publikationen des Journal of Mixed Methods Research mittlerweile sogar empfohlen wird, auf die Verwendung des Triangulations-Begriffes aufgrund seiner problematischen Bedeutung (nachzulesen bei Fetters et al. [7]) zu verzichten, wird an dieser Stelle von einer weiteren differenzierten Unterscheidung der Begriffe abgesehen.

Gründe für die Verwendung von Mixed-Methods

Der Bereich der Gesundheitsforschung gilt aufgrund der unterschiedlichen Professionen, verschiedenen Forschungsdisziplinen und des großen wissenschaftlichen Anspruchs im Hinblick auf die weitreichende Tragweite von Irrtümern als komplexes Feld [14: S. 417]. Aufgrund dieser Komplexität wird insbesondere im Bereich der Gesundheitsforschung ein großer Nutzen in der Anwendung des Mixed-Methods-Ansatzes gesehen [14, 20]. Laut Auffassung der Autorinnengruppe des

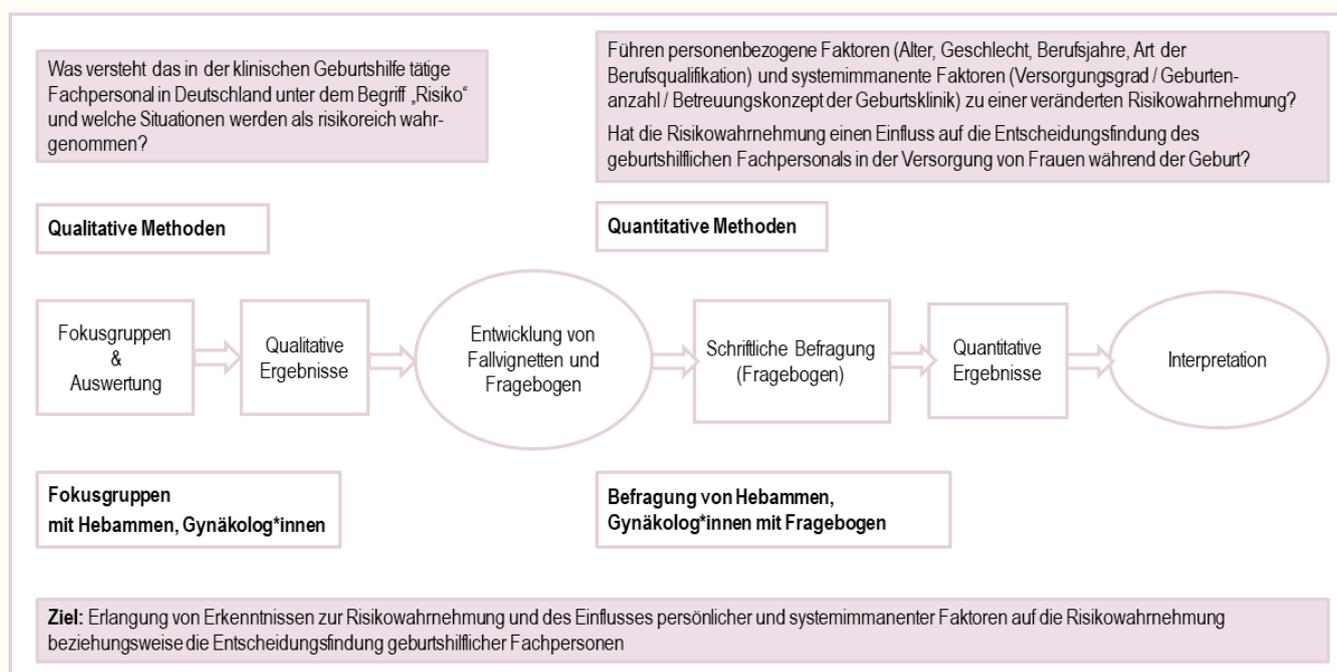


Abbildung 1: Explorativ-sequenzielles Mixed-Methods-Design zur Risikowahrnehmung des geburtshilflichen Fachpersonals: Forschungsfragen, Methoden und Ziele

Artikels ist auch die Hebammenwissenschaft in diesem komplexen Feld zu verorten. Dementsprechend wird ein großer Nutzen von der Verwendung von Mixed-Methods-Forschungsansätzen erwartet. Diese Forschungsansätze können der Komplexität gerecht werden [14] und das notwendige, breitere Spektrum von Perspektiven der komplexen, zu untersuchenden Phänomene abbilden [20]. Auch Kelle und Krones [12] fordern, dass im Bereich der evidenzbasierten Medizin auf unterschiedliche Forschungsdesigns mit ihren Erhebungs- und Auswertungsverfahren zurückgegriffen werden muss. Sie sehen in der Verwendung der Methodenkombination die Chance, den „blinden Flecken“ in den qualitativen und quantitativen Datenerhebungs- und Auswertungsverfahren und somit möglichen „Fehler[n] und Validitätsbedrohungen“ [12: S. 635] zu begegnen. Laut Creswell ist die Verwendung eines Mixed-Methods-Ansatzes geeignet, wenn (i) quantitative oder qualitative Verfahren alleine aufgrund ihrer impliziten Schwächen unzureichend wären, das Forschungsproblem adäquat zu beleuchten oder zu verstehen, (ii) um eine „umfassendere Ansicht und mehr Daten über das Problem“ zu gewinnen, (iii) um zwei verschiedene Perspektiven zu erlangen, z.B. wenn ein Phänomen zunächst qualitativ untersucht werden soll, (iv) sowie zur Ergänzung von quantitativen Daten durch detailliertere Informationen mithilfe qualitativer Daten [3: S. 15, 6: S. 12]. Ein weiterer Grund für die Verwendung von Mixed-Methods ist die Entwicklung kontextualisierter Messinstrumente, um zunächst qualitative Daten zu sammeln und zu analysieren sowie das zu entwickelnde Instrument anschließend in einem nächsten Schritt auf die Stichprobe zu übertragen [5: S. 224].

Alle aufgeführten Gründe lassen sich auch in der Herleitung zur Nutzung eines Mixed-Methods-Ansatzes im beispielhaft vorgestellten Forschungsvorhaben anführen. Zur Beantwortung der Forschungsfrage, ob personenbezogene und systemimmanente Faktoren mit einer veränderten Risikowahrnehmung assoziiert sind und ob die Risikowahrnehmung und Entscheidungsfindung geburtshilflicher Fachpersonen in der Versorgung von Frauen während der Geburt in einem Zusammenhang stehen, soll mithilfe von konstruierten, geburtshilflichen Fallvignetten eine schriftliche Befragung mithilfe eines Fragebogens durchgeführt werden. Laut Kenntnisstand der Autorinnengruppe liegen zwar international Untersuchungen zur Risikowahrnehmung geburtshilflicher Fachpersonen vor [9, 10, 15, 16, 21, 24], in Deutschland scheint dies jedoch ein bisher nicht untersuchtes Phänomen zu sein. Um valide Fallvignetten von als risikoreich wahrgenommenen Situationen zu entwickeln, bedarf es daher einer vorherigen Untersuchung des Phänomens im Kontext des klinischen Settings. Diese Untersuchung wird mithilfe von Fokusgruppendifkussionen mit Hebammen und Gynäkolog*innen durchgeführt. Die Erkenntnisse aus dieser ersten Teilbefragung, nämlich welche Situationen von Hebammen und Gynäkolog*innen während einer Geburt als risikobehaftet wahrgenommen werden, werden zur Entwicklung valider Fallvignetten für die anschließende zweite Teilbefragung (survey) genutzt. Auf Grundlage der Erkenntnisse aus der ersten Teilstudie kann die nachfolgende zweite Teilstudie helfen, die Ergebnisse zu verallgemeinern und die weiteren Forschungsfragen zum Einfluss der verschiedenen Variablen persönlicher und systemimmanenter Faktoren auf die Risikowahrnehmung beziehungsweise auf die Entscheidungsfindung zu beantworten. Darüber hinaus führen die Ergebnisse insgesamt zu einem umfassenderen und besseren Verständnis der Resultate, indem die Ergebnisse aus den

Tabelle 1: Methodische Aspekte zu Design und Konstruktion von Mixed-Methods-Forschungsvorhaben (eigene Darstellung)

Mixed-Methods	Beispiel Forschungsvorhaben aus der Hebammenwissenschaft
Motive	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Untersuchung komplexer Phänomene [13, 19] ◆ Gewinnung umfassenderer Ansicht und Daten über den Forschungsgegenstand [3, 6] ◆ Erlangung von zwei verschiedenen Perspektiven [3, 6] ◆ Ergänzung von quantitativen Daten durch detailliertere Informationen mithilfe qualitativer Daten [3, 6] ◆ Entwicklung kontextualisierter Messinstrumente (zunächst Sammlung & Analyse qualitativer Daten, dann Übertragung des zu entwickelnden Instruments auf die Stichprobe) [5] 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Untersuchung der Risikowahrnehmung geburtshilflicher Fachpersonen ◆ Kontextuelles, umfassenderes und besseres Verständnis der Risikowahrnehmung ◆ Vervollständigung und Erweiterung der Interpretation der qualitativen und quantitativen Daten und Ergebnisse ◆ Entwicklung valider Fallvignetten für Survey zur Untersuchung verschiedener Einflüsse auf die Risikowahrnehmung und Entscheidungsfindung
Designs	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Drei Kerndesigns: [5] <ul style="list-style-type: none"> * paralleles Design („convergent design“) * erklärendes sequenzielles Design („explanatory sequential design“) * exploratives sequenzielles Design („exploratory sequential design“) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ explorativ sequenzielles Mixed-Methods-Design
Auswahl der Studienteilnehmenden	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Sampling Strategien [21, 24] <ul style="list-style-type: none"> * Probability Sampling * Purposeful Sampling * Mixed-Methods-Strategien 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Hebammen, Gynäkolog*innen ◆ Purposeful Sampling / Stratified Purposeful Sample <ul style="list-style-type: none"> * Typical Case Sampling * Maximum Heterogeneity Sampling
Datenerhebung	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ qualitativ, quantitativ und Mixed-Methods (Fragebogen, Beobachtungen, Interviews, Fokusgruppen, Tests, Sekundärdaten) [24] ◆ Within-strategy oder Between-strategies [24] 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Between-strategies Mixed Methods Data Collection <ul style="list-style-type: none"> * Fokusgruppendifkussionen * schriftliche Befragung mit Fragebogen (Survey)
Datenauswertung	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aufbereitung, Exploration, Analyse und Interpretation der Daten; Vorgehen für ein explorativ sequenzielles Mixed-Methods-Designs: [6, 24] <ul style="list-style-type: none"> * Erheben der qualitativen Daten * Analysieren der qualitativen Daten mithilfe des am besten passenden analytischen Ansatzes für die qualitative Forschungsfrage * Entwickeln des quantitativen Strangs mit der Entscheidung, welche Daten im quantitativen follow-up verwendet werden * Entwickeln und Testen des neuen Instruments * Erheben der quantitativen Daten * Analysieren der qualitativen Daten mithilfe des am besten passenden analytischen Ansatzes für die quantitative und Mixed-Methods Forschungsfrage * Interpretation 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aufbereitung, Exploration, Analyse und Interpretation der erhobenen Daten <ul style="list-style-type: none"> * Audioaufzeichnungen und Transkripte der Fokusgruppendifkussionen * strukturierte qualitative Inhaltsanalyse * Erstellung von Fallvignetten auf Grundlage der Ergebnisse des 1. Strangs zur Nutzung in der schriftlichen Befragung * Pretest * schriftliche Befragung mit Fragebogen * Deskriptive Statistik, Inferenzstatistik, Multivariate Statistik * Interpretation

Fokusgruppen und der schriftlichen Befragung mithilfe eines Fragebogens sich vervollständigen und zu einer erweiterten Interpretation führen. Durch die Kombination von qualitativer und quantitativer Methoden ist es möglich, ein umfassenderes Bild vom Forschungsgegenstand, also der Risikowahrnehmung und die Verknüpfung dieser auf die Entscheidungsfindung während der Betreuung von Gebärenden, zu liefern, als es mit einer der beiden Methoden alleine möglich wäre. Die Verwendung eines Mixed-Methods-Ansatzes gleicht damit die Schwäche einer rein quantitativen Befragung, kein „Verständnis des Kontextes oder der Umgebung, in der die Menschen sprechen“ herstellen zu können, da die Stimmen der Teilnehmenden „nicht direkt“ [6: S. 12] gehört werden, aus. Durch die Verknüpfung mit den qualitativen Daten findet ein Blick nach innen und auf den einzelnen Fall der befragten Personen statt. Die Gefahr, dass es bei einer rein quantitativen Vorgehensweise aufgrund der eigenen Vorannahmen der Forschenden zu Verzerrungen (Bias) und (Fehl-)Interpretationen kommt [6: S. 12], wird mit dem qualitativen Forschungsstrang entgegengewirkt. Andererseits wird die qualitative Forschung aufgrund der subjektiven Interpretation zuweilen als defizitär angesehen, auch hier besteht die Möglichkeit von Bias und (Fehl-)Interpretationen aufgrund der Vorannahmen der Forschenden. Zudem wird ihr aufgrund der geringen Teilnehmenden eine fehlende Generalisierbarkeit vorgeworfen [6: S. 12]. Die Verknüpfung einer interpretativen Datenauswertung während der 1. qualitativen Teilstudie und statistischen Auswertung der sich anschließenden 2. quantitativen Teilstudie führt zu dem Vorteil, dass die Schwächen der einen durch die Stärken der anderen Methode ausgeglichen werden [3: S. 15, 6: S. 12]. Ein Forschungsansatz unter Nutzung von Mixed-Methods scheint somit ideal geeignet, das komplexe Phänomen der Risikowahrnehmung geburtshilflicher Fachpersonen zu untersuchen.

Mixed-Methods-Designs

Unter dem Begriff (Forschungs-)Design ist allgemein die Art und Weise, wie eine empirische Studie angelegt ist, zu verstehen. Das Design beschreibt, wie die Fragestellung(en) methodisch beantwortet werden und wer oder was untersucht werden soll, sowie zu welchem Zeitpunkt und mit welchen Methoden dies geschehen soll. Auch bei der Verwendung eines Mixed-Methods-Forschungsvorhabens kann unterschieden werden, ob eine explorative, eine deskriptive, eine hypothesentestende Studie oder eine Evaluationsstudie durchgeführt wird. Dadurch wird eine Systematisierung in verschiedene Designs vorgenommen. Dazu unterscheiden Creswell und Plano Clark [6] innerhalb eines Mixed-Methods-Designs vier Dimensionen: Implementation, Priorität, Phase der Integration und Theoretische Perspektive (siehe Tabelle 2).

Anhand dieser vier Dimensionen lassen sich zahlreiche unterschiedliche Design-Klassifikationen beschreiben, von denen drei Mixed-Methods-Designs als häufig verwendete oder gängige „Kern“-Designs gelten: das *parallele Design* („convergent design“), das *erklärende sequenzielle Design* („explanatory sequential design“) und das *explorative sequenzielle Design* („exploratory sequential design“) [5: S. 15]. Burzan benennt sequenzielle Designformen auch als *Vorstudienmodell*, *Verallgemeinerungsmodell* und *Vertiefungsmodell* [2: S. 33]. Bei diesen Designs finden die Teilstudien nacheinander statt. Entscheidend ist hier, dass die Ergebnisse der zuerst eingesetzten Methode die Gestaltung und Durchführung der zweiten Studie beeinflussen [13: S. 77]. Entweder wird zunächst die quantitative Studie und dann die qualitative Studie

Tabelle 2: Dimensionen eines Mixed-Methods-Designs (eigene Darstellung nach Kuckartz [13: S. 66])

Implementa-tion	Priorität	Integration	Theoretische Perspektive
In welcher Reihenfolge findet die Erhebung statt?	Welcher Untersuchungstyp hat den Vorrang?	Wann findet die Integration von quant. & qual. Daten statt?	Implizit oder theoretischer Rahmen?
gleichzeitig, parallel	gleichwertig	bei der Datenerhebung	explizit
sequenziell; qualitativ zuerst	qualitativ	bei der Datenanalyse	implizit
sequenziell; quantitativ zuerst	quantitativ	bei der Dateninterpretation	
		zu mehreren Zeitpunkten	

durchgeführt, auch *qualitativ-vertiefendes Design* genannt, oder zunächst die qualitative und dann die quantitative Studie, genannt *quantitativ-verallgemeinerndes Design* [13: S. 77]. Detaillierte Informationen über weitere, sogenannte *Komplexe Designformen* sind u.a. in Morse [17], Creswell und Plano Clark [6] und Creswell [3] nachzulesen. Hier finden sich auch Hinweise zur Verwendung und Erstellung von Schaubildern zur Kennzeichnung der zeitlichen Abfolge und Gewichtungen der verschiedenen methodischen Vorgehensweisen innerhalb der verschiedenen Mixed-Methods-Designs.

Da im geplanten Forschungsvorhaben mithilfe der qualitativen Teilstudie Erkenntnisse zum konzeptuellen Verständnis des Phänomens Risikowahrnehmung erlangt werden sollen und diese Ergebnisse die Gestaltung und Durchführung der zweiten Teilstudie, nämlich die Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung dieses Phänomens bzw. zur Messung des Zusammenhangs der Risikowahrnehmung und der Entscheidungsfindung, beeinflussen, wurde ein explorativ-sequenzielles Mixed-Methods-Design ausgewählt (siehe Abbildung 1). Die qualitative Studie hat dabei eine vergleichbare Funktion einer Vorstudie; das eigentliche Gewicht liegt auf den Resultaten der quantitativen Studie, weswegen auf dieser die Priorität liegt [6: S. 90, 13: S. 65]. Die erste Teilstudie ist auf Exploration angelegt und beleuchtet das laut Kenntnisstand der Autorinnengruppe bisher in Deutschland noch nicht untersuchte Phänomen der Risikowahrnehmung der geburtshilflichen Fachpersonen mittels Fokusgruppendifkussionen. Dadurch sollen Erkenntnisse darüber erlangt werden, welche Situationen Hebammen und Gynäkolog*innen in der klinischen Geburtshilfe als risikoreich wahrnehmen und somit der Mangel an „Detailwissen über den Gegenstandsbereich und die Denkweisen der Forschungsteilnehmenden“ [13: S. 163] behoben werden. Die sich anschließende quantitative Studie, die schriftliche Befragung mithilfe eines Fragebogens, soll dazu beitragen, die Ergebnisse zu verallgemeinern und insbesondere über den Einfluss persönlicher und system-immanenter Faktoren auf die Risikowahrnehmung beziehungsweise den Zusammenhang auf die Entscheidungsfindung Aufschluss geben. Mit der Durchführung der ersten (qualitativen) Teilstudie können somit „relevante (Sub-)Dimensionen/ Hypothesen, Hinweise für relevante Items und Hilfestellung für den Feldzugang“ [2: S. 34] für die zweite (quantitative) Teilstudie generiert werden. So können die Fallvignetten und die zu entwickelnde Befragung anhand der

Erkenntnisse aus dem Feld entwickelt und angepasst werden. Zusammengefasst orientiert sich diese Studie also an einem quantitativ bestimmten explorativ-sequenziellen Mixed-Methods-Design, bei dem die quantitative Studie die Priorität besitzt und die qualitative Studie die Funktion einer Vorstudie aufweist (Verallgemeinerungsdesign).

Auswahl der Studienteilnehmenden

Die Auswahl der Studienteilnehmenden ist sowohl in den quantitativen als auch den qualitativen Forschungsmethoden von zentraler Bedeutung, da insbesondere von dieser Auswahl Vertrauenswürdigkeit, Authentizität und Glaubwürdigkeit der Forschungsergebnisse abhängen [19]. Dementsprechend gilt es auch bei der Planung und Durchführung eines Mixed-Methods-Forschungsvorhabens die Verfahren zur Bildung der Stichprobe beziehungsweise des Samples sorgfältig zu beachten [3: S. 75]. Detaillierte Überlegungen zur Generierung der Stichprobe oder Gewinnung des Samples hängen dabei vom Forschungsdesign und der beabsichtigten Verknüpfung der Ergebnisse ab [2, 26]. Teddlie und Tashakkori [25: S. 168ff] liefern eine umfangreiche Zusammenfassung über Sampling-Strategien im Rahmen von Mixed-Methods-Forschungsvorhaben. Bei den theoretischen Überlegungen zur Planung und Generierung des Samples und der Stichproben innerhalb eines Mixed-Methods-Forschungsvorhabens muss darüber hinaus berücksichtigt werden, ob die Stichproben der Teilstudien zusammenhängen, beziehungsweise teildentisch sein sollen, oder sich lediglich auf die gleiche Grundgesamtheit beziehen müssen. Eine Übereinstimmung der Stichproben aus der qualitativen Befragung ist bei einer reinen Vorstudie nicht relevant, bei Verallgemeinerungsabsichten ist jedoch die gleiche Grundgesamtheit erforderlich, wobei die Teilnehmenden aus der qualitativen Befragung üblicherweise nicht an der quantitativen Befragung teilnehmen [6: S. 188]. Im Rahmen des Forschungsvorhabens zur Risikowahrnehmung geburtshilflicher Fachpersonen wurden folglich typische Überlegungen bezüglich der Zielpopulation und Ein- und Ausschlusskriterien vorgenommen. Bei den Teilnehmenden in beiden Forschungssträngen handelt es sich um in Deutschland im Kreißaal tätige Hebammen und Gynäkolog*innen. Für die 1. Teilstudie, den Fokusgruppendifkussionen, werden die Teilnehmenden mithilfe des *Purposeful Samplings* ausgewählt. Dies entspricht also einer nicht-probabilistischen und damit strategisch zweckmäßigen Auswahl [22: S. 65] anhand von vorab festgelegten Auswahlkriterien [13: S. 85]. Anhand dieser Auswahlkriterien, hier u.a. Alter, Geschlecht, absolvierte Berufsjahre und Arbeitssetting, wird die Heterogenität der im geburtshilflichen klinischen Setting arbeitenden Personen berücksichtigt. Durch die Kombination verschiedener Strategien innerhalb des Purposeful Samplings, nämlich des *Typical Case Samplings* mit dem *Maximum Heterogeneity Sampling*, wird ein *Stratified Purposeful Sample* zur Erhöhung der Relevanz und Glaubwürdigkeit generiert [22: S. 305]. Dabei werden die verschiedenen Ausprägungen (z.B. Hebamme oder Gynäkolog*in, kürzere oder längere Berufserfahrung, Arbeitsort in einer Geburtsklinik oder einem Perinatalzentrum) berücksichtigt. Laut Teddlie und Tashakkori [25] ist das stratifizierte Vorgehen dabei mit einem *Probability Sampling* vergleichbar. Die geringe Anzahl von Fällen die es erzeugt ist hingegen charakteristisch für das Purposeful Sampling, also einer zweckmäßigen Auswahl des Samples [25: S. 186]. Für die schriftliche Befragung ist die Gewinnung einer möglichst großen, nicht-probabilistischen Auswahl der in Deutschland im Kreißaal tätigen

Hebammen und Gynäkolog*innen geplant. Dazu sollen möglichst viele geburtshilfliche Fachpersonen zur Teilnahme an der schriftlichen Befragung ermutigt werden, ohne dass eine zufällige Auswahl der Teilnehmenden erfolgt. Dabei bezieht sich die Rekrutierungsstrategie der Teilnehmenden in beiden Strängen auf Selbstaktivierung, Schneeballprinzip und Gatekeeper [22].

Datenerhebung

Zusammengefasst enthalten Strategien zur qualitativen oder quantitativen Datenerhebung in der Regel drei Elemente; nämlich Beobachtungen, Interviews und Dokumente bei qualitativen Datenerhebungsstrategien, sowie Fragebogen, Test, und eine Form strukturierter Befragungselemente bei quantitativen Datenerhebungsstrategien [25: S. 204]. Strategien zur Erhebung qualitativer Daten sammeln dabei narrative Daten, die mithilfe thematischer Analysen erklärt werden, und Strategien zur Erhebung quantitativer Daten generieren numerische Daten, die statistisch analysiert werden [25: S. 204]. Die sechs Hauptstrategien zur Datenerhebung (Fragebogen, Interviews, Fokusgruppen, Tests, Beobachtungen, und Sekundärdaten) werden dabei unter Verwendung der drei methodologischen Ansätze (qualitativ, quantitativ und Mixed-Methods) genutzt. Innerhalb eines Mixed-Methods-Forschungsvorhabens wird dabei unterschieden, ob während der Datenerhebung eine sogenannte „*Within-strategy*“ oder „*Between-strategies*“ verfolgt wird [25: S. 207]. Bei einer „*Within-strategy Mixed-Methods Data Collection*“ werden unter Nutzung eines Instruments zur Datenerhebung sowohl qualitative, als auch quantitative Daten erhoben. Beispielhaft ist hierfür eine Befragung mithilfe eines Fragebogens, die geschlossene und offene Items enthält. Bei „*Between-strategies Mixed-Methods Data Collection*“ werden die qualitativ und auch quantitativ zu betrachtenden Daten mit mehr als einer Datenerhebungsstrategie erhoben. Dies ist bei dem vorgestellten Forschungsvorhaben der Fall, da mithilfe von zwei Datenerhebungsstrategien, nämlich Fokusgruppendifkussionen und quantitativer Befragung mit einem Fragebogen, die entsprechenden Daten erhoben werden. Laut Teddlie und Tashakkori [25: S. 206] werden Mixed-Methods-Datenerhebungsstrategien angewendet, wenn Einzelpersonen um Informationen oder Erfahrungen mithilfe von Techniken der Selbstberichterstattung gebeten werden. Daher sind die aufgezählten Strategien zur Datenerhebung prädestiniert für das vorgestellte Forschungsvorhaben.

Datenauswertung

Auch bei Mixed-Methods-Forschungsvorhaben müssen die Daten für die Datenanalyse aufbereitet, exploriert, analysiert, präsentiert, interpretiert und validiert werden. Je nach gewähltem Mixed-Methods-Design (z.B. parallel oder sequenziell) unterscheiden sich dabei jedoch die Vorgehensweise beziehungsweise Art und Umfang des Einflusses der verschiedenen Analyseschritte. Sofern nicht aufgrund des gewählten Designs selbsterklärend, gilt es bei Planung der Analyse zu berücksichtigen in welcher Form die Ergebnisse aufbereitet werden sollen und zu welchem Zeitpunkt die Analyse erfolgen soll [13: S. 121]. Da eine detaillierte Darstellung der einzelnen Schritte den Umfang dieses Beitrags übersteigen würde, sei auf Beiträge anderer Autor*innengruppen verwiesen, die detailliert diese entsprechenden Vorgehensschritte bezogen auf verschiedene Mixed-Methods-Designs darstellen [6: S. 204ff, 25: S. 250ff]. Stattdessen werden im Folgenden die Schritte und Ent-

scheidungen zur Datenanalyse für ein wie im Forschungsvorhaben verwendetes explorativ-sequenzielles Mixed-Methods-Designs zusammenfassend in Anlehnung an Creswell und Plano Clark [6: S. 218f] beschrieben. Dabei befinden sich die Angaben zur Planung der Datenanalyse übertragen auf das vorgestellte Forschungsbeispiel zur Risikowahrnehmung der geburtshilflichen Fachpersonen in Klammern. Zusammengefasst verläuft die Datenanalyse im Rahmen eines explorativ-sequenziellen Mixed-Methods-Designs wie folgt: 1. Erheben der qualitativen Daten (Audioaufzeichnungen und Transkripte von Fokusgruppensitzungen), 2. Analysieren der qualitativen Daten mithilfe des am besten passenden analytischen Ansatzes für die qualitative Forschungsfrage (strukturierte qualitative Inhaltsanalyse), 3. Entwickeln des quantitativen Strangs mit der Entscheidung, welche qualitativen Daten im quantitativen follow-up verwendet werden können (Erstellung von Fallvignetten auf Grundlage der Ergebnisse des 1. Strangs zur Nutzung in der schriftlichen Befragung), 4. Entwickeln und Testen des neuen Instruments (Pretest), 5. Erheben der quantitativen Daten (schriftliche Befragung mit Fragebogen), 6. Analysieren der quantitativen Daten mithilfe des am besten passenden analytischen Ansatzes für die quantitative und Mixed-Methods Forschungsfrage (Deskriptive Statistik, Interferenzstatistik), 7. Interpretieren, wie die miteinander verknüpften Ergebnisse die qualitative, quantitative und Mixed-Methods Fragen beantworten und entscheiden, wie die quantitativen auf den qualitativen Ergebnissen aufbauen oder diese erweitern.

Potenzial von Mixed-Methods für die Hebammenwissenschaft

Eine Herausforderung bei der Verwendung von Mixed-Methods stellt die intensive Auseinandersetzung mit verschiedenen Erhebungs- und Auswertungsmethoden dar. Mixed-Methods-Forschungsvorhaben bedürfen neben einer sorgfältigen Planung einer ausgeprägten Methodenkompetenz der Forschenden im Bereich quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden [6, 13]. Dadurch benötigen Mixed-Methods-Projekte häufig einen höheren Zeitaufwand, gegebenenfalls größere Forschungsgruppen und dementsprechend höhere finanzielle Ressourcen [6, 13]. Ebenso besteht die Gefahr, dass Ergebnisse und Erkenntnisse verschiedener Teilstudien nicht angemessen miteinander verknüpft werden, sondern ohne Zusammenhang nebeneinander dargestellt werden [13]. Trotz dieser Limitationen sprechen die bereits

aufgezählten Gründe für die Verwendung von Mixed-Methods für die Nutzung dieser Methode im Forschungsbereich der Hebammenwissenschaft. In der medizinischen Forschung gelten randomisierte kontrollierte Studien in der Regel zur Untersuchung von Ursache-Wirkungs-Beziehungen als „Goldstandard“. Um jedoch komplexe Zusammenhänge, für die (noch) wenig Datenquellen vorliegen, zu untersuchen und zu verstehen, eignet sich die Verknüpfung qualitativer und quantitativer Methoden in einem Forschungskontext ausgezeichnet. Insbesondere in der noch als jung zu bezeichnenden Hebammenwissenschaft [23: S. 83] ist das Potenzial von Mixed-Methods-Forschungsansätzen einerseits individuelle Erfahrungen, Eindrücke und Ansichten von in der Geburtshilfe tätigen Personen, Schwangeren, Gebärenden und ihren Familien mit andererseits Untersuchungen von Beziehungen mithilfe (effizienter) Datenanalysen oder möglichen Ursache-Wirkungs-Beziehungen zu verknüpfen als besonders gewinnbringend zu bezeichnen. Denn durch den damit verbundenen großen Erkenntnisgewinn für versorgungsrelevante Fragestellungen kann eine Optimierung der Versorgungsqualität der Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und ihrer Angehörigen erlangt werden. Das von Creswell und Plano Clark als „praktisch“ bezeichnete Vorgehen der Verknüpfung numerischer Daten mit Worten und somit eines induktiven und deduktiven Denkens, trage zu den Vorteilen von Mixed-Methods-Forschungsansätzen bei [6: S. 13]. Das vorgestellte Forschungsvorhaben zeigt das Potenzial von Mixed-Methods auf, indem die Verknüpfung der Erkenntnisse beider Forschungsstränge Erkenntnisse zur Risikowahrnehmung geburtshilflicher Fachpersonen in Deutschland generieren und die Verwendung qualitativer und quantitativer Methoden somit ein vertieftes Verständnis der Risikowahrnehmung innerhalb des Forschungskontexts erlauben. Diese Erkenntnisse können gegebenenfalls zur Entwicklung von (Schulungs-)Konzepten genutzt werden oder den Unterstützungsbedarf von geburtshilflichen Fachpersonen zur Einschätzung von risikoreichen Situationen offenlegen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Bereich der Hebammenwissenschaft von der Nutzung von Mixed-Methods außerordentlich profitieren kann, weswegen Forschende im Bereich des Hebammenwesens und der Geburtshilfe die Planung und Durchführung weiterer Mixed-Methods-Forschungsvorhaben anstreben sollten.

Institution: ¹ Hochschule für Gesundheit – University of Applied Sciences; ² Universität Witten/Herdecke.

Die Durchführung der Studie zur Risikowahrnehmung geburtshilflicher Fachpersonen ist Teil einer Dissertationsarbeit an der Universität Witten/Herdecke in Kooperation mit der Hochschule für Gesundheit Bochum. Die Ethik-Kommission der Hochschule für Gesundheit erteilte ein positives Votum zur Durchführung der Studie. Die Studie wird durch hochschuleigene Mittel der Hochschule für Gesundheit Bochum finanziert und unterliegt keiner Drittmittelförderung.

Interessenkonflikt: Die Autorinnen erklären, dass keinerlei finanzieller oder materieller Interessenskonflikt besteht. Ein möglicher Interessenkonflikt liegt durch die Mitgliedschaft in der DGHWi sowie im Deutschen Hebammenverband vor.

Review-Verfahren: Eingereicht am: 31.10.2019, angenommen am: 5.11.2020

Kontakt: nina.peterwerth@hs-gesundheit.de

Literatur:

1. Baur N, Kelle U, Kuckartz U. Mixed Methods: Stand der Debatte und aktuelle Problemlagen. *Köln Z Soziol.* 2017;Suppl2(69):1-37. DOI: 10.1007/s11577-017-0450-5.
2. Burzan N. Methodenplurale Forschung. Chancen und Probleme von Mixed Methods. Weinheim und Basel: Beltz Juventa; 2016.
3. Creswell JW. A concise introduction to Mixed Methods Research. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.; 2015.
4. Creswell JW. Reflections on the MMIRA: The Future of Mixed Methods Task Force Report. *Journal of Mixed Methods Research.* 2016;10(3):215-9. DOI: 10.1177/1558689817743581.
5. Creswell JW, Creswell JD. *Research Design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches.* 5. Aufl. Los Angeles: Sage edge; 2018.
6. Creswell JW, Plano Clark VL. *Designing and conducting Mixed Methods Research.* 2. Aufl. London: SAGE Publications, Inc.; 2011.
7. Fetters M, Molina-Azorin J F. The Journal of Mixed Methods Research Starts a New Decade: Principles for Bringing in the New and Divesting of the Old Language of the Field. *Journal of Mixed Methods Research.* 2017;11(1):3–10. DOI: 10.1177/1558689817714066.

8. Gläser-Zikuda M, Seidel T, Rohlf S, Gröschner A, Ziegelbauer S. Mixed Methods in der empirischen Bildungsforschung. Münster: Waxmann; 2012.
9. Healy S, Humphreys E, Kennedy C. Midwives' and obstetricians' perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: An integrative review. *Women Birth*. 2016;29(2):107-16. DOI: 10.1016/j.wombi.2015.08.010.
10. Healy S, Humphreys E, Kennedy C. A qualitative exploration of how midwives' and obstetricians' perception of risk affects care practices for low-risk women and normal birth. *Women Birth*. 2017;30(5):367-75. DOI: 10.1016/j.wombi.2017.02.005.
11. Kahl C. Stand der Entwicklung der Hebammenwissenschaft: Beschreibung der Ist-Situation anhand der Diskursuntersuchung der Forschungslage. Inaugural-Dissertation Teil I. Pflegewissenschaftliche Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar: Vallendar; 2013.
12. Kelle U, Krones T. "Evidence-based Medicine" und "Mixed Methods": wie methodologische Diskussionen in der Medizin und den Sozialwissenschaften voneinander profitieren könnten. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2010;104(8-9):630-5. DOI: 10.1016/j.zefq.2010.09.023.
13. Kuckartz U. *Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Wiesbaden: Springer VS; 2014.
14. Mayring P. Evidenztriangulation. *Köln Z Soziol*. 2017; Suppl 2(69):415-34. DOI: 10.1007/s11577-017-0464-z.
15. Mead M, Bogaerts A, Reynolds M. Midwives' perception of the intrapartum risk of healthy nulliparae in spontaneous labour, in The Flanders, Belgium. *Midwifery*. 2007;23(4):361-71. DOI: 10.1016/j.midw.2006.05.003.
16. Mead MMP, Kombrot D. The influence of maternity units' intrapartum intervention rates and midwives' risk perception for women suitable for midwifery-led care. *Midwifery*. 2004;20(1):61-71. DOI: 10.1016/S0266-6138(03)00054-8.
17. Morse JM. Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. *Nurs Res*. 1991;40(2):120-3.
18. Niederberger M, Peter L. Mixed-Methods-Studien in den Gesundheitswissenschaften: Ein kritischer Überblick. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2018;133:9-23. DOI: 10.1016/j.zefq.2018.02.008.
19. Onwuegbuzie AJ, Collins KMT. The Role of Sampling in Mixed Methods-Research: Enhancing Inference Quality. *Köln Z Soziol*. 2017; Suppl 2(69):133-56.
20. Ostlund U, Kidd L, Wengstrom Y, Rowa-Dewar N. Combining qualitative and quantitative research within mixed method research designs: a methodological review. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(3):369-83. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2010.10.005.
21. Page M, Mander R. Intrapartum uncertainty: a feature of normal birth, as experienced by midwives in Scotland. *Midwifery*. 2014;30(1):28-35. DOI: 10.1016/j.midw.2013.01.012.
22. Patton MQ. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc; 2015.
23. Sayn-Wittgenstein F zu. Entwicklung der Akademisierung des Hebammenwesens. In: Sahmel K-H. (Hrsg). *Hochschuldidaktik der Pflege und Gesundheitsfachberufe*. Berlin: Springer Verlag; 2018.
24. Styles M, Cheyne H, O'Carroll R, Greig F, Dagge-Bell F, Niven C. The Scottish Trial of Refer or Keep (the STORK study): midwives' intrapartum decision making. *Midwifery*. 2011;27(1):104-11. DOI: 10.1016/j.midw.2009.12.003.
25. Teddlie C, Tashakkori A. *Foundations of Mixed Methods Research: Integrating Quantitative and Qualitative Approaches in the Social and Behavioral Sciences*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc; 2009.
26. Teddlie C, Yu F. Mixed Methods Sampling: A Typology With Examples. *Journal of Mixed Methods Research*. 2007;1(1):77-100. DOI: 10.1177/2345678906292430.

Integration internationaler Hebammen in geburtshilfliche Teams

Integration of international midwives in obstetric teams

Prof.in Dr. Beate Blättner¹, Angela Rocholl, M.A.¹

Abstract

Hintergrund: Die Integration internationaler Hebammen scheint in einigen Bundesländern eine der Strategien zur Lösung des Hebammenmangels zu sein. Chancen und Grenzen des Integrationsprozesses bei Hebammen sind kaum erforscht.

Ziele: Erkenntnisse aus einem Projekt zur Integration internationaler Pflegekräfte wurden versuchsweise auf die Tätigkeit von Hebammen übertragen und damit Fragen aufgeworfen, welche Phänomene in der Praxis genauer untersucht werden müssten.

Methodik: In vier stationären und ambulanten Kranken- und Altenpflegeeinrichtungen wurden 19 Interviews mit Einrichtungs-, Pflegedienst- und Stationsleitungen sowie mit internationalen Pflegekräften und ihren Kolleg*innen im Stil der Grounded Theory durchgeführt und ausgewertet. Gesprächsnotizen mit Hebammenteams wurden zur Reflexion der Übertragbarkeit genutzt.

Ergebnisse: Die interviewten Arbeitsmigrant*innen fühlten sich eher unter dem Aspekt ihrer Defizite gesehen als in ihren Kompetenzen gewürdigt. Die integrierenden Teams fühlten sich von der Integrationsarbeit tendenziell überfordert und nehmen die Arbeitsmigrant*innen eher als „Problemfall“ wahr. Missverständnisse wurden als Sprachprobleme wahrgenommen. Die Integrationsarbeit wurde von den Institutionen wenig anerkannt.

Background: The integration of internationally qualified midwives appears to be one of the strategies implemented to resolve the shortage of midwives in some German federal states. To date, there have been very few studies on the opportunities and limitations of the integration process for midwives.

Objectives: Findings from a project on the integration of internationally qualified nurses were transferred to the work of midwives on an experimental basis, thus highlighting the phenomena which need to be investigated more closely in practice.

Methodology: In total, 19 interviews were conducted with home managers, nurse managers, ward managers, internationally trained nursing staff and their colleagues in four German residential and outpatient health care services for sick people and elderlies. They were evaluated using grounded theory, and memos from discussions with midwifery teams were used to reflect on transferability.

Results: The labour migrants interviewed felt that they were seen more in terms of their shortcomings than their competencies. The existing teams tended to feel overwhelmed by the work integration entailed and to perceive the migrant women as "problematic". Misunderstandings were perceived as language problems. The added work of integration was poorly recognised by the institutions.

Schlussfolgerung: Integrationsarbeit muss anerkannt, vorbereitet und honoriert werden. Kompetenzen internationaler Hebammen müssen als solche gesehen und in die Arbeitsroutinen der bestehenden Teams eingebunden werden können.

Schlüsselwörter: Hebammen, ausländisches Fachpersonal, berufliche Mobilität, Integration, Arbeitskräfte im Gesundheitswesen

Hintergrund:

Die Ergebnisse der Befragung von Hebammen in der Studie „Geburts-hilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen“ (HebAb) geben Hinweise auf einen Hebammenmangel: Jede vierte Befragte arbeitete in einem Kreißsaal, der im letzten Monat vorübergehend geschlossen wurde, davon in 70,6 % aufgrund fehlenden Hebammen-personals. Nur 6,8 % der Hebammen gaben an, aktuell keine Überstunden geleistet zu haben [8]. In einer Befragung in Hessen gaben 88 % der rückmeldenden Kliniken einen Mehrbedarf an festangestellten Hebammen in den nächsten drei Jahren an; 53 % haben derzeit offene Stellen, im Mittel 1,9 offene Stellen pro Klinik. Die Dauer bis zur Wiederbesetzung offener Stellen wird mit durchschnittlich 18,5 Wochen angegeben [1]. Als Möglichkeiten, das Problem des Hebammenmangels zu kompensieren, werden u.a. die Erhöhung der Anzahl der Ausbildungsplätze, die Akademisierung der Hebammen und Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität des Berufes sowie die Anwerbung und Anerkennung ausländischer Fachkräfte diskutiert [2].

In der Anerkennung der Abschlüsse von im Ausland qualifizierten Hebammen muss zwischen EU-Ländern und sog. Drittstaaten unterschieden werden. Die Verfahren sind im Hebammen-gesetz (HebG) geregelt. Berufsqualifikationen aus Drittstaaten werden im Rahmen ihrer Gleichwertigkeit oder nach Anpassungsmaßnahmen wie Anpassungslehrgängen, Eignungs- oder Kenntnisprüfungen anerkannt (§ 54 ff HebG). Mit dem Fachkräfteeinwanderungsgesetz vom März 2020 wird die Anwerbung und der Familiennachzug für Nicht-EU-Bürger*innen erleichtert. Für Mitgliedstaaten der EU, anderen Vertragsstaaten oder gleichgestellten Staaten gilt eine automatische Anerkennung der Berufsqualifikationen (§ 46 ff HebG).

Hebammen aus EU-Ländern bringen dennoch andere Kompetenzen mit als die in Deutschland Qualifizierten. Die EU-Richtlinie (2005/36/EG) setzt zwar Mindeststandards fest, die für eine wechselseitige Anerkennung von Abschlüssen gegeben sein müssen, der berufliche Sozialisationsprozess in der Qualifizierungsphase ist aber auf die Bedingungen im jeweiligen Land ausgerichtet.

Schon die Dauer der (akademischen) Ausbildung in Europa ist heterogen, zwischen drei und fünf Jahren. In Frankreich etwa ist ein Master-Abschluss für die Berufszulassung erforderlich [5]. In Italien z.B. reicht ein dreijähriges Studium an der Hochschule mit einem dem Bachelor gleichbedeutenden Abschluss „Laurea“, allerdings gibt es Modellprojekte, die ein fünfjähriges Studium anstreben [6]. In Polen ist ein Bachelor-Abschluss für eine Tätigkeit als Hebamme ebenfalls ausreichend, 17 % der praktizierenden Hebammen im Jahr 2016 hatten aber einen Master-Abschluss und es gibt Spezialisierungsmöglichkeiten [12].

Conclusion: Integration work must be recognised, thoroughly prepared for and rewarded. The competencies of internationally qualified midwives must be seen as such and must be integrated into the everyday working practice of existing teams.

Keywords: Midwifery, foreign professional personnel, career mobility, integration, health workforce

Auch die Tätigkeitsbereiche sind teilweise unterschiedlich: In den Niederlanden beispielsweise übernehmen die Hebammen gemeinsam mit Hausärzt*innen die Primärversorgung schwangerer Frauen, weil Gynäkolog*innen nur in Kliniken arbeiten [7]. In Frankreich dürfen Hebammen bestimmte Medikamente selbst verschreiben und Impfungen durchführen [5].

Forschungsstand

Der Umfang der Integration internationaler Hebammen in die deutschen Versorgungsstrukturen, welche Chancen und Hindernisse mit einer Integration in die bestehenden Teams verbunden ist und wie sich Unterschiede in der Ausbildung und in der Berufspraxis auswirken, ist bislang nicht erforscht. Auch international ist die Studienlage überschaubar.

In einer britischen Studie zur Anwerbung internationaler Fachkräfte für den NHS wurde die Anwerbung von Hebammen mit einbezogen, allerdings wurden dabei nur wenige Themen spezifisch für die Berufsgruppen ausgewertet. Als Ergebnis zeigte sich, dass Personalmangel behoben werden konnte, dies jedoch mit einem großen finanziellen und organisatorischen Aufwand verbunden war. Ermittelt wurde u.a. nach wie vielen Jahren beruflicher Tätigkeit der Arbeitsmigrant*innen sich die Investition rechnete: Mit 3,1 Jahren lohnte sich der Aufwand bei Hebammen und Pflegekräften im Vergleich zu Ärzt*innen (3,8 Jahre für Klinik-Ärzt*innen und 4,6 Jahre für Allgemeinmediziner*innen) schneller. Hervorgehoben wurden die innovativen Ideen, die infrastrukturellen Vorteile und positive Einflüsse auf die Ausbildung durch die Integration internationaler Hebammen [16].

In Australien wurden 18 britische migrierte Hebammen nach ihren Erfahrungen befragt. Die Autor*innen kamen zum Schluss, dass Hebammen im Vorfeld der Migration gut informiert sein müssen, um mit realistischen Erwartungen in die berufliche Tätigkeit einzusteigen. Das Management sollte sich bemühen, die Aufgaben der Hebammen auf deren vorhandene Kompetenzen abzustimmen [11].

In einer aktuelleren Studie in Australien wurden Interviews mit 11 internationalen Hebammen durchgeführt. Die unterschiedliche Kultur des Arbeitsumfelds, die Unterschiede in der Hebammenpraxis, die fehlende Autonomie und die wahrgenommene Diskriminierung beeinflussten demnach die Integration. Der Erfolg der Integration hing von der Fähigkeit der Arbeitsmigrant*innen ab, ein Zugehörigkeitsgefühl aufzubauen und Strategien anzunehmen, die den Umgang mit neuen Arbeitsplätzen erleichtern. Die Autor*innen schlussfolgern, dass ein strukturiertes Integrationsprogramm sowie ein Mentor*innenprogramm, das den Schwerpunkt auf die australische Hebammenbetreuung und -kultur legt, wirksame Strategien sein können, um die Integration zu erleichtern [9].

Ziel

Ziel der Forschung war es herauszufinden, welche Relevanz das Thema der Integration von international qualifizierten Hebammen in Deutschland hat und welche Herausforderungen damit in der Praxis verbunden sind.

Dafür wurden Daten zu Anerkennungsverfahren internationaler Hebammen aufbereitet und Erkenntnisse aus einem Projekt zur Integration internationaler Pflegekräfte versuchsweise auf die Tätigkeit von Hebammen übertragen. Daraus ergaben sich Fragestellungen zu Phänomenen, die es in der Praxis genauer zu untersuchen galt.

Ausgangsthese war, dass sich die Arbeitsinhalte und Verantwortungsbereiche von Hebammen und Pflegekräften grundlegend unterscheiden, die Integration internationaler Fachkräfte aber dennoch mit vergleichbaren Schwierigkeiten verbunden ist. Im Projekt interessierten weniger Fragen der Anwerbung, der Qualität von Vermittlungsagenturen, der für die Berufsankennung erforderlichen Sprachkenntnisse oder der Gestaltung und Dauer der Anerkennungsverfahren. Der wissenschaftliche Fokus lag auf der Generierung von Informationen zu konkreten Leistungen von bestehenden Teams zur Integration in den Arbeitsalltag.

Methodik

In Anlehnung an den Forschungsstil der Grounded Theory [15], der es ermöglicht, Daten heterogener Art zu verknüpfen, die in unterschiedlichen Kontexten erhoben wurden, erfolgte in drei Schritten eine Annäherung an die interessierenden Fragen: der Erforschung von Integrationsprozessen in der Pflege, der Analyse der Relevanz des Themas für die geburtshilfliche Versorgung anhand statistischer Daten und der Übertragung der Erkenntnisse über die Integration von Pflegekräften auf die Berufsgruppe der Hebammen auf Basis eines Abgleichs mit weiterem Datenmaterial.

Als eines von zehn Umsetzungsprojekten (Integration Internationaler Pflegekräfte in regionale Einrichtungen – InTIP) des im Rahmen des Bund-Länderprogramms "Innovative Hochschule" geförderten Transfer-Projektes [3, 4] mit zwei Kliniken und zwei Trägern stationärer und ambulanter Altenpflegeeinrichtungen geht es in dem noch laufenden Projekt um die Integration internationaler Fachkräfte, die am Beispiel von Pflegekräften untersucht und auf andere Berufsgruppen des Gesundheitswesens übertragen werden soll. Die beiden am Projekt teilnehmenden Kliniken verfügen über geburtshilfliche Abteilungen (Level 1 Haus, Geburtsklinik), allerdings nicht über nennenswerte Erfahrungen mit der Integration internationaler Hebammen, nur mit internationalen Pflegekräften.

Es wurden 19 leitfadengestützte Interviews mit Einrichtungs-, Pflegedienst- und Stationsleitungen sowie mit internationalen Pflegekräften und ihren Kolleg*innen durchgeführt. Gegenstand waren die bisherigen Erfahrungen mit dem Integrationsprozess internationaler Pflegekräfte. Die Interviews erfolgten durch geschulte Interviewerinnen, die bereits zum Thema Arbeitsmigration im Gesundheitswesen arbeiten und selbst Migrationshintergrund haben.

Ergänzend wurden drei Hospitationen in der Alten- und der Krankenpflege, eine Hospitation in einer von drei Schulungen mit internationalen Pflegekräften im Anerkennungsverfahren in einer der Kliniken sowie ein

Interview mit der Leitung der Schulung durchgeführt. In regelmäßigen Abständen erfolgten individuelle und gemeinschaftliche Gespräche mit den jeweiligen Projektpartner*innen. Zur Ergebnissicherung wurden Feldnotizen, Beobachtungs- oder Erinnerungsprotokolle und Interview-Transkripte angefertigt. Das Datenmaterial wird im laufenden Projekt kontinuierlich ergänzt.

Für die Durchführung der Studie liegt ein positives Votum der Ethikkommission der durchführenden Hochschule vor. Von allen Interviewpartner*innen liegt eine schriftliche Einverständniserklärung vor.

Zur Auswertung des Datenmaterials wurde das Material offen, axial und selektiv kodiert und die Analyseergebnisse in theoriegenerierenden Memos festgehalten, deren Erkenntnisse wiederum die Erhebung neuen Materials inspirierten.

Für die Frage nach der Übertragbarkeit auf die Berufsgruppe der Hebammen wurde zunächst eine dafür angeforderte Sonderauswertung des statistischen Bundesamtes [13] unter dem Aspekt betrachtet, welche Relevanz internationale Hebammen für die Praxis der geburtshilflichen Versorgung derzeit haben.

In einem letzten Schritt wurden den Erkenntnissen zur Integration internationaler Pflegekräfte kontrastierend Memos gegenübergestellt, in denen die Arbeit mit internationalen Hebammen Gegenstand war. Diese Memos entstanden im Rahmen von Gesprächen mit Kooperationskliniken, sofern dort Bemerkungen zu internationalen Hebammen fielen, und Gesprächen zu Erfahrungen der Hochschule mit Anpassungsmaßnahmen für internationale Hebammen. In der Gegenüberstellung wurde wie beim selektiven Kodieren [15] nach Unterschieden und Ähnlichkeiten im Material gesucht und so die Fragestellung im Sinne der Bildung von Hypothesen beantwortet.

Ergebnisse

Relevanz in der Versorgung

In den Gesprächen mit den Kliniken entstand der Eindruck, dass sowohl der Hebammenmangel als auch die Integration international qualifizierter Hebammen in einigen hessischen Kliniken ein reales Problem der Praxis ist, während andere Kliniken im regionalen Umfeld (Hessen, Westthüringen, Nordbayern), damit bislang nicht konfrontiert waren. Die Beobachtungen sprachen für regionale Unterschiede.

Die Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes zeigte, dass im Jahr 2018 bundesweit 324 Anträge auf Anerkennung der Gleichwertigkeit der im Ausland erfolgten Ausbildung als Hebamme gestellt wurden [13]. In den Jahren 2013 bis 2015 waren es noch durchschnittlich 155 Anträge [13]. Eine andere Quelle listet für das Jahr 2018 Hebammen auf Platz 11 der bundesrechtlich geregelten häufigsten Berufe, in denen Anerkennungen beantragt wurden und nennt 381 Verfahren [14].

Die meisten der 324 Anträge (108) stammten erwartungsgemäß aus dem bevölkerungsreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen, Hessen stand mit 66 Anträgen an Platz zwei. Betrachtet man den Zeitraum 2016 bis 2018, so fällt auf, dass die Verfahren sich mehrheitlich (71,9%) auf die Bundesländer Nordrhein-Westfalen, Bayern, Hessen sowie Baden-Württemberg konzentrierten [13] (siehe Abbildung 1). Gemessen an der Bevölkerungszahl stand allerdings Hessen im Jahresdurchschnitt bei den Anträgen auf Platz eins, gefolgt von Rheinland-Pfalz und Bayern.

Von den 324 Anträgen im Jahr 2018 waren 53,7 % (n=174) von Hebammen aus dem EU-Ausland gestellt, weitere 25 % aus dem übrigen Europa. Mit 17,5 % nahm der asiatische Kontinent als Herkunftsgebiet, insbesondere der Iran, eine nicht unbedeutende Rolle ein, während Anträge aus Afrika, Nord- und Südamerika oder Australien eher Einzelfälle waren (siehe Abbildung 2). Unter den EU-Ländern dominierten 2018 Anträge aus Italien (56,9 %), gefolgt von solchen aus Polen (12,1 %). In den Jahren 2017 und 2016 war die Situation ähnlich, während in den Jahren 2013 bis 2015 bei insgesamt geringerer Antragslage noch Polen unter den EU-Ländern dominierte [13].

Nach Prüfung der Anträge in den Bundesländern wurden von im Jahr 2018 abgeschlossenen 222 Verfahren in 156 Fällen (70,3 %) die volle Gleichwertigkeit bescheinigt, in 63 Fällen (28,4 %) wurde eine Ausgleichsmaßnahme auferlegt. Die Gleichwertigkeit wurde fast ausschließlich in EU-Ländern festgestellt, während die Ausgleichsmaßnahme für alle anderen Ländern die Regel ist [13].

Für Hessen lassen sich die Zahlen mit den Ausbildungsplätzen für Hebammen abgleichen: 120 Ausbildungsplätzen, die für die Zukunft der Hebammenversorgung im Bundesland nach mündlichen ministeriellen Vorgaben als für den Bedarf notwendig festgelegt wurden, standen im Jahresschnitt der Jahre 2016 bis 2018 knapp halb so viele (58) Anträge auf Anerkennung der Gleichwertigkeit der Ausbildung gegenüber. In durchschnittlich 31 Fällen wurde das Verfahren mit der vollen Anerkennung der Gleichwertigkeit abgeschlossen [13]. In den letzten Jahren decken in Hessen demnach international qualifizierte und in Deutschland anerkannte Hebammen im Verhältnis von etwa 1:4 zu den jährlich im Bundesland Ausgebildeten einen nennenswerten Teil des Bedarfs an qualifizierten Arbeitskräften ab.

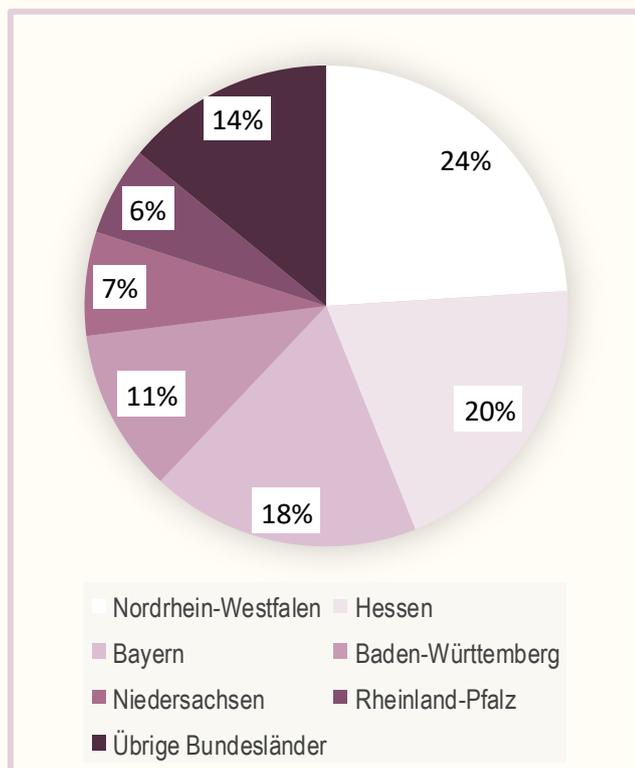


Abbildung 1: Anteil der Anträge nach Bundesländern, Jahre 2016-2018 (eigene Berechnungen auf Basis der Sonderauswertung des statistischen Bundesamtes [13])

Integration in die Versorgung

Der Erfahrungsstand zur Integration internationaler Health Professionals in den betrachteten Einrichtungen war sehr heterogen und dennoch zeigten sich Ähnlichkeiten bei den Schwierigkeiten der Integration in den Einrichtungen und zwischen Pflegekräften und Hebammen. Praxispartner berichteten, dass internationale Fachkräfte nach erfolgreicher Akquise ein bis zwei Jahre eingearbeitet werden müssen, bis sie in vollem Umfang alle Aufgaben erfüllen können.

Die interviewten internationalen Pflegekräfte fühlten sich auf die Arbeitsinhalte und Abläufe in der deutschen Gesundheitsversorgung nicht immer hinreichend vorbereitet und ihr Verständnis von der Tätigkeit wich von der Praxis in Deutschland ab. Dabei fühlten sie sich von den deutschsprachigen Kolleg*innen eher unter dem Aspekt ihrer Defizite gesehen als in ihren Kompetenzen gewürdigt. Sprachliche Hürden verstärkten dieses Phänomen, weil sie nicht immer ihre Kompetenzen hinreichend zum Ausdruck bringen und sich fachlich nicht so verständlich machen konnten, wie in ihrer Muttersprache. Die Chance, innovative fachliche Kompetenzen in etablierte Arbeitsstrukturen einzubringen, erfuhren sie nicht.

Kolleg*innen der bestehenden Teams fühlten sich mit der Integration der internationalen Fachkräfte tendenziell überfordert: Einarbeitung, Kompensations- oder Mittlerdienste sowie Kommunikationsschwierigkeiten führten zu einer erhöhten Belastung in einer Situation des personellen Mangels. Internationale Fachkräfte wurden deshalb von ihnen teilweise als „Problemfall“ wahrgenommen und ihre Kompetenzen aus defizitärer Sicht betrachtet. Missverständnisse wurden dabei Sprachproblemen zugeordnet, auch wenn unterschiedliche Vorstellungen aufgrund einer unterschiedlichen Berufssozialisation als Ursache ebenfalls in Betracht kämen. Sprachkenntnisse und kulturelle Kompetenzen wurden als Ressourcen internationaler Fachkräfte in der Behandlung von Patient*innen aus anderen Kulturräumen genannt.

Auch bei den für den Integrationsprozess und die Anpassung Verantwortlichen oder Lehrenden überwog eine defizitäre Sichtweise. So wurden beispielsweise italienische Hebammen als „medizinlastig“ denkend und handelnd bezeichnet oder eine Hebamme aus einem Drittland als „für die Praxis nicht zumutbar“. Beispiele für Kompetenzen, die die Versorgung in Deutschland bereichern könnten, wurden auch auf die explizite Frage danach nicht genannt. Erwartet wurde die vollständige Anpassung an Verhaltensweisen, die rechtlich, organisatorisch oder als praktizierte Arbeitsroutine vorgegeben sind. Dies galt beispielsweise in der Pflege auch dann, wenn Hygienestandards in der deutschen Praxis nicht internationalen Standards und Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts entsprachen.

Statt Entlastung zu bringen, war die Integration für die bestehenden Teams zunächst mit Mehrarbeit verbunden; einer Arbeit, die von den Institutionen wenig anerkannt und honoriert wurde. Einzelleistungen sozialer Integration waren attraktiv, solange sie einen gewissen Eventcharakter hatten, aber nicht mehr sobald es Routinetätigkeiten wurden.

Als Schlüsselkategorie zeigte sich in der Analyse der Daten Integrationsarbeit als zu leistende Tätigkeit. Integrationsarbeit meint dabei jegliche Form der organisatorischen Arbeit und der Interaktionsarbeit, die das Ziel hat, neue Mitarbeiter*innen in die Organisation, ihre Struk-

turen, in das Team sowie in den Berufsalltag einzubinden. Integrationsarbeit ist eine zielgerichtete Form des Handelns, die einem Handlungsplan folgt und ein bestimmtes Resultat anstrebt. Sie erfordert Kooperation mit anderen. Sie ist ein Prozess, an dem mehrere Akteure beteiligt sind und der eine Ausrichtung von Integrierenden und zu Integrierenden aneinander erfordert. Integrationsarbeit stellt für beide Seiten eine zusätzliche Anforderung dar.

Integrationsarbeit findet unabhängig von der Herkunft neuer Mitarbeiter*innen statt. Sie hat bei der Einarbeitung internationaler Fachkräfte aber zusätzliche Dimensionen. Diese beziehen sich vor allem auf

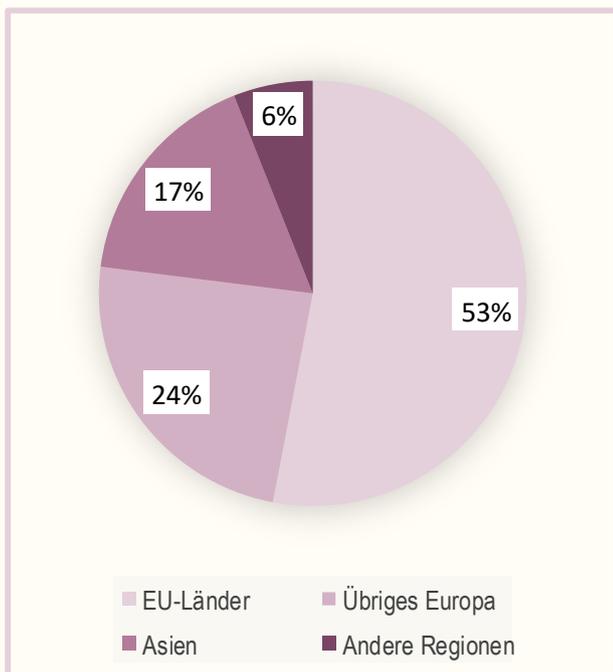


Abbildung 2: Herkunftsregionen der Antragstellenden 2018 (eigene Berechnungen auf Basis der Sonderauswertung des statistischen Bundesamtes [13])

potenziell heterogene Vorstellungen der Tätigkeit des jeweiligen Gesundheitsberufs, die abgeglichen werden müssen, sowie auf die Lösung sprachlicher, insbesondere fachsprachlicher Probleme, die durch regionale Sprachvarietäten und Fachjargons verschärft werden können.

Integrationsarbeit ist ein komplexer Prozess, der systematisch geplant und durchgeführt werden muss. Dies erfordert bei den bestehenden Teams u. a. die Entlastung von anderen Arbeiten, die Definition und Verteilung von Aufgaben sowie die Klärung von Zuständigkeiten, die Qualifizierung der Beschäftigten für diese Tätigkeit und die Honorierung der Leistung in irgendeiner Form. Zur Vorbereitung auf die Integrationsarbeit gehört eine institutionelle Bereitschaft, von den in anderen Ländern vermittelten Kompetenzen in der deutschen Versorgung profitieren zu wollen.

Wird Integrationsarbeit nicht vorbereitet, reflektiert und honoriert, so resultieren daraus defizitäre Sichtweisen auf die Kompetenzen der internationalen Fachkräfte, darauf weist die Analyse der Daten hin. Eine gemeinsame Arbeit auf Augenhöhe wird dann nicht möglich.

Diskussion

Die Integration international qualifizierter Hebammen in die geburts-hilfliche Versorgung ist in Deutschland derzeit eine regional in unterschiedliche Ausmaß bestehende Herausforderung mit dem Ziel, den Hebammenmangel zu reduzieren.

Die hier vorgestellten Daten wurden im Rahmen eines Transfer-Projektes erhoben, das auf internationale Pflegekräfte fokussiert und erst sekundär die Frage der Übertragbarkeit der Erkenntnisse auf andere Berufsgruppen stellt. Die Überprüfung der Ergebnisse anhand von Daten aus geburtshilflichen Teams erfolgte eher sporadisch als systematisch. Deshalb hat die Arbeit ein stark exploratives Design, das primär neue Forschungsfragen aufwerfen will. Die Ergebnisse sind als in weiterer Forschung auf die Relevanz für Hebammen zu überprüfende Thesen zu verstehen.

Die Ähnlichkeit der Schwierigkeiten bei der Integration der Arbeitsmigrant*innen zwischen den Einrichtungen trotz ihrer variierenden Erfahrungen sowie die Parallelität der Unterschiede in Ausbildung und Berufsverständnis zwischen Pflegekräften einerseits und Hebammen andererseits lässt eine wahrscheinliche Übertragbarkeit auf die Berufsgruppe der Hebammen zu. Das zur Reflexion benutzte Datenmaterial lässt keine Hinweise auf eine mangelnde Übertragbarkeit auf die andere Berufsgruppe erkennen. Auch ein Abgleich mit der vorhandenen Literatur bestätigt die Ähnlichkeit der Erfahrungen [9,11,16].

Die Absicht von Geburtskliniken, die sich um die Integration internationaler Hebammen bemühen, ist es, einen Beitrag zur Lösung des Problems fehlender Hebammen zu leisten. Anzunehmen wäre, dass auch hebammengeleitete Einrichtungen wie Praxen oder Geburtshäuser zwar durchaus gerne mit internationalen Hebammen arbeiten würden, den Aufwand und die Kosten einer Anwerbung internationaler Kräfte aber nicht erbringen können. Für Anpassungsmaßnahmen ist derzeit die Anbindung an eine Hebammenschule, künftig an einen Hochschulstandort mit einem dualen Studienangebot notwendig. Bestandteil der Auflagen für die Anerkennung könnten aber auch Praxisphasen in der ambulanten Versorgung sein.

Mit der Gewinnung internationaler Hebammen ist grundsätzlich eine potenzielle Entlastung bestehender Hebammenteams in den Kliniken möglich. Allerdings kann es nicht darum gehen, solche Maßnahmen als Ersatz gegenüber Interventionen zur Erhöhung der Attraktivität des Berufs der Hebamme zu verstehen. Vielmehr wird Deutschland als Anwerbeland für Hebammen auf Dauer nur dann attraktiv sein, wenn zeitgleich die Attraktivität des Berufs für alle durch eine Verbesserung der Rahmenbedingungen erhöht wird.

Nach einer Berufsanerkennung ist die Integration in Arbeitsteams und Abläufe sowie Umgang mit Sprachkompetenzen von weitreichender Bedeutung, um die internationalen Fachkräfte auch an Deutschland zu binden. Dies ist mit Herausforderungen von Seiten der Arbeitgeber und der internationalen Arbeitnehmer*innen verbunden. Oft scheint aber die betriebliche Integration ausschließlich über Re-Skilling der Arbeitsmigrant*innen erzwungen zu werden, statt Räume für den Austausch von Perspektiven zu schaffen. Bestenfalls können die neu migrierten Fachkräfte die Rolle von Lernenden einnehmen, die in den Einrichtungen bei der Neuausrichtung ihrer Berufsidentität begleitet werden [10]. Frustrationen bei den Migrant*innen, wenn sie sich als diejenigen

sehen, die grundsätzlich im Spiegel ihrer Defizite, aber nicht ihrer Kompetenzen betrachtet werden, könnten eine Rückkehr ins Herkunftsland wahrscheinlicher machen.

Der Entlastung bestehender Hebammenteams steht zunächst die von den Teams zu leistende Integrationsarbeit als zusätzliche Aufgabe konträr gegenüber. Geht man von einer Parallelität der Einarbeitung internationaler Hebammen zu denen der Pflege aus und zieht Parallelen zur den neuen Regelungen des dualen Studiums von Hebammen, so kann angenommen werden, dass internationale Hebammen in ihrem ersten Jahr bei 25 % ihrer Arbeitszeit durch eine dafür freigestellte und in Fragen der Interkulturalität geschulten Praxisanleiterin begleitet werden müssten. Soweit das Datenmaterial hierzu hinreichend Auskunft gibt, erfolgt in der Praxis die Anleitung der Arbeitsmigrant*innen aber eher nebenbei, ohne hinreichende Qualifizierung und ohne gesonderte Honorierung. Damit sind Spannungsfelder vorprogrammiert.

Über eine Reduzierung des Personalmangels hinaus könnte die Integration internationaler Hebammen folgende Vorteile haben: Grundsätzlich könnten sie einen Beitrag zur Überwindung sprachlicher und kultureller Barrieren in einer Geburtshilfe leisten, deren Klientel sich internationalisiert. Dies setzt allerdings voraus, dass der sprachliche und kulturelle Hintergrund von Professionals und Klientel vergleichbar ist. Mehr noch bietet ein internationaler Austausch grundsätzlich die

Chance, von der Andersartigkeit der Geburtshilfe in verschiedenen Ländern zu lernen und so die eigene Disziplin theoretisch und praktisch weiterzuentwickeln, indem Gewohnheiten und Traditionen kritisch hinterfragt und mit der Evidenz verglichen werden. Dies erfordert aber eine entsprechende Bereitschaft der Institution.

Schlussfolgerungen

Die Integration internationaler Hebammen in bestehende Teams wird als Thema in Deutschland an Relevanz gewinnen, ist aber nicht hinreichend erforscht. Erkenntnisse aus der Forschung mit benachbarten Berufsgruppen verdeutlichen, dass Integration nur gelingen wird, wenn sie als Integrationsarbeit anerkannt, vorbereitet und honoriert wird. Gelingende Integrationsarbeit setzt voraus, dass die Kompetenzen internationaler Hebammen als solche gesehen und in die Arbeitsroutinen der bestehenden Teams eingebunden werden können.

Danksagung

Die Autorinnen danken Agnieszka Satola, Nadja Noll und Heinrich Bollinger für das zur Verfügung stellen von Datenmaterial und gemeinsame Analyseergebnisse, sowie Lukas Slotala für die Beschaffung der Sonderauswertung des statistischen Bundesamtes zu den Anerkennungsverfahren für Hebammen.

Institution: ¹ Hochschule Fulda.

Interessenkonflikt: Die Autorinnen erklären, dass keinerlei finanzieller/materieller oder immaterieller Interessenskonflikt besteht.

Review-Verfahren: Eingereicht am: 01.03.2020, angenommen am: 9.10.2020

Kontakt: Beate.Blaettner@pg.hs-fulda.de

Literatur:

1. Bauer NH, Blum K, Löffert S, Luksch K. Gutachten zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen. Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) und der Hochschule für Gesundheit (hsg) Bochum, StB Hebammenwissenschaft für das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI). Bochum/ Düsseldorf: DKI & hsg; 2019.
2. Bauer NH, Blum K, Löffert S, Luksch K. Handlungsempfehlungen zum „Gutachten zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen“. Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) und der Hochschule für Gesundheit (hsg) Bochum, StB Hebammenwissenschaft für das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI). Bochum/ Düsseldorf: DKI & hsg; 2020.
3. Blättner B, Bollinger H. Damit die Integration internationaler Pflegefachkräfte gelingt: Sektorenübergreifendes Projekt erarbeitet konkrete, bedarfsgerechte Lösungen für den Fachkräftemangel in der Pflege. VKD-Praxisberichte. 2019;41-45.
4. Blättner B, Satola A, Bollinger H. Integration macht Arbeit: Pflorgeteams brauchen Unterstützung bei der Integration internationaler Pflegefachkräfte. Dr.med.Mabuse. 2019;238(3/4):51-53.
5. BMBF - Bundesministerium für Bildung und Forschung. Bestandsaufnahme der Ausbildung in Gesundheitsberufen im europäischen Vergleich: Berufsbildungsforschung Band 15. Bonn: BMBF; 2014.
6. Del Bo E. Quale futuro nella formazione delle ostetriche. *Lucinala Rivista Dell'Osterica/o - Informazioni*. 2016;2:10-11. Italienisch.
7. Goodarzi B, Holten L, van El C, Vries R de, Franx A, Houwaart E. Risk and the politics of boundary work: preserving autonomous midwifery in the Netherlands. *Health, Risk & Society*. 2018;20(7-8):379-407. DOI: 10.1080/13698575.2018.1558182.
8. HebAb.NRW, Hg. Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen: Ergebnisse; 2019 November. [Zugriff: 25 Feb 2020]. Verfügbar unter: https://www.hebab.nrw/images/191111_hsg_factsheet_a4_ergebnisse.pdf
9. Javanmard M, Steen M, Vernon R, Cooper M. Transition experiences of internationally qualified midwives practising midwifery in Australia. *Women Birth*. 2020;33(3):e234-e244. Epub 2019 Mai 28. DOI: 10.1016/j.wombi.2019.05.002.
10. Rand S, Kontos M, Ruokonen-Engler M-K, Pütz R, Larsen C. Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland: Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte. *Study*. 2019;416. [Zugriff: 28 Feb 2020]. Verfügbar unter: https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_416.pdf
11. Sidebotham M, Ahem K. Finding a way: the experiences of U.K. educated midwives finding their place in the midwifery workforce in Australia. *Midwifery*. 2011;27(3):316-323. DOI: 10.1016/j.midw.2011.01.002.
12. Sowada C, Sagan A, Kowalska-Bobko I. Poland: Health system review. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. *Health Systems in Transition*. 2019;21(1).
13. Statistisches Bundesamt. Berufsbildungsstatistik: Anerkennungsstatistik bundesrechtlich und landesrechtlich geregelter Berufe - Sonderauswertung: Anerkennungsverfahren nach Ausbildungsstaat, Art der Entscheidung - Hebamme/Entbindungspfleger. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2019a.
14. Statistisches Bundesamt. Berufliche Bildung Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen nach Berufen (TOP 20); 2019b August 21. [Zugriff: 27 Feb 2020]. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Berufliche-Bildung/Tabellen/bqfg-rangliste-berufe-B.html>
15. Strauss A. Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. München; 1991.
16. Young R, Noble J, Mahon A, Macted M, Grant J, Sibbald B. Evaluation of international recruitment of health professionals in England. *Health Serv Res*. 2010;15(4):195-203. DOI: 10.1258/jhsrp.2010.009068.

Behandlungen für Frauen mit Gestationsdiabetes: eine Übersicht über systematische Reviews von Cochrane

Martis R, Crowther CA, Shepherd E, Alsweiler J, Downie MR, Brown J

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

Übersetzung durch Gabriele Krüger MaS International Health

Hintergrund

Erfolgreiche Behandlungen bei Gestationsdiabetes (auch Schwangerschaftsdiabetes, kurz GDM für „gestational diabetes mellitus“) haben das Potential, die Gesundheit von Frauen mit GDM und ihrer Neugeborenen zu verbessern.

Zielsetzungen

Ziel dieses Cochrane Overviews war eine umfassende Synthese der Evidenz aus Cochrane Reviews zu Nutzen und schädlichen Effekten von Interventionen zur Behandlung des GDM für die betroffenen Frauen und ihre Neugeborenen.

Methoden

Wir durchsuchten die *Cochrane Database of Systematic Reviews* (5. Januar 2018) nach Reviews zu Behandlungen/zur Versorgung von Frauen mit GDM. Reviews zu Schwangeren mit bereits vorher bestehendem Diabetes wurden ausgeschlossen.

Zwei der Autoren des Overviews bewerteten die Reviews unabhängig voneinander bezüglich ihres Einschlusses, ihrer Qualität (AMSTAR, ROBIS), der Qualität der Evidenz (GRADE) und der extrahierten Daten.

Hauptergebnisse

Wir schlossen 14 Reviews ein. Von diesen lieferten zehn relevante Daten von hoher Qualität und mit einem niedrigem Risiko für Bias (AMSTAR und ROBIS) aus 128 randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) mit 27 Vergleichen, 17.984 Frauen, 16.305 Neugeborenen und 1.441 Kindern. Die Evidenz variierte zwischen einer hohen und einer sehr niedrigen Qualität (GRADE). Es wurde lediglich eine effektive Behandlungsmethode für Frauen mit GDM gefunden.

Effektiv

Lebensstil versus Regelversorgung: Eine Änderung des Lebensstils verringert gegenüber der Regelversorgung wahrscheinlich die Anzahl von makrosomen Neugeborenen, d.h. solchen Neugeborenen, die zu schwer sind für das Schwangerschaftsalter (Risiko-Verhältnis (RR) 0,60; 95% Konfidenzintervall (KI) 0,50 bis 0,71; 6 RCT; N = 2.994; GRADE moderate Qualität).

Vielversprechend

In dieser Kategorie konnte für keinen Endpunkt bei keinem Vergleich Evidenz ermittelt werden.

Nicht wirksam oder möglicherweise schädlich

Lebensstil versus Regelversorgung: Eine Änderung des Lebensstils erhöht gegenüber der Regelversorgung wahrscheinlich das Risiko einer Geburtseinleitung, eventuell verbunden mit möglichen schädlichen Effekten (mittleres RR 1,20; 95 % KI 0,99 bis 1,46; 4 RCT; N = 2.699; GRADE moderate Qualität).

Bewegung versus Kontrolle: Bewegungsinterventionen ergaben gegenüber der Kontrolle bezogen Wiedererlangens des Gewichtes von vor der Schwangerschaft Hinweise auf keine Wirksamkeit (Body Mass

Index, BMI) (MD 0,11 kg/m²; 95 % KI -1,04 bis 1,26; 3 RCT; N = 254; GRADE moderate Qualität).

Insulin versus orale Medikation: Insulingaben erhöhen gegenüber einer oralen Medikation wahrscheinlich das Risiko einer Geburtseinleitung, verbunden mit möglichen schädlichen Effekten (RR 1,3; 95 % KI 0,96 bis 1,75; 3 RCT; N = 348; GRADE moderate Qualität).

Möglicherweise nicht wirksame oder schädliche Interventionen

Insulin versus orale Medikation: Bei der Gabe von Insulin besteht gegenüber oraler Medikation wahrscheinlich ein erhöhtes Risiko für hypertensive Störungen (einen hohen Blutdruck) in der Schwangerschaft (RR 1,89; 95 % KI 1,14 bis 3,12; 4 RCT; N = 1.214; GRADE moderate Qualität).

Nicht beweiskräftig

Lebensstil versus Regelversorgung: Die Evidenz zu Adipositas in der Kindheit (RR 0,91; 95 % KI 0,75 bis 1,11; 3 RCT; N = 767; GRADE moderate Qualität) und Hypoglykämie (mittleres RR 0,99; 95 % KI 0,65 bis 1,52; 6 RCT; N = 3.000; GRADE moderate Qualität) war nicht eindeutig.

Bewegung versus Kontrolle: Die Evidenz zu Kaiserschnitten (RR 0,86; 95 % KI 0,63 bis 1,16; 5 RCT; N = 316; GRADE moderate Qualität) und Säuglingssterblichkeit oder schwerwiegender Morbidität (RR 0,56; 95 % KI 0,12 bis 2,61; 2 RCT; N = 169; GRADE moderate Qualität) war nicht eindeutig.

Insulin versus orale Medikation: Die Evidenz für folgende Endpunkte war nicht beweiskräftig: Präeklampsie (RR 1,14; 95 % KI 0,86 bis 1,52; 10 RCT; N = 2.060), Kaiserschnitte (RR 1,03; 95 % KI 0,93 bis 1,14; 17 RCT; N = 1.988), makrosome Neugeborene, (mittleres RR 1,01; 95 % KI 0,76 bis 1,35; 13 RCT; N = 2.352), und perinatale Mortalität oder schwerwiegende Morbidität (RR 1,03; 95 % KI 0,84 bis 1,26; 2 RCT; N = 760). Die GRADE-Bewertung für diese Endpunkte ergab eine moderate Qualität.

Insulin versus Diät: Die Evidenz für die Perinatalmortalität war nicht beweiskräftig (RR 0,74; 95 % KI 0,41 bis 1,33; 4 RCT; N = 1.137; GRADE moderate Qualität).

Insulin versus Insulin: Die Evidenz für Insulin ‚Aspart‘ gegenüber ‚Lispro‘ für das Risiko eines Kaiserschnittes war nicht beweiskräftig (RR 1,00; 95 % KI 0,91 bis 1,09; 3 RCT; N = 410; GRADE moderate Qualität).

Keine Schlussfolgerungen möglich

Keine Schlussfolgerungen waren möglich für: Änderungen des Lebensstils gegenüber der Regelversorgung (Perinealverletzungen, postnatale Depression, Neugeborenen-Adipositas, Anzahl der Schwangerenvorsorgen/Krankenhausaufnahmen); Diäten gegenüber Kontrolle (Präeklampsie, Kaiserschnitt); Myo-Inositol gegenüber Placebo (Hypoglykämie); Metformin gegenüber Glibenclamid

(Bluthochdruckprobleme in der Schwangerschaft, schwangerschaftsbedingter Bluthochdruck, Tod oder schwerwiegende Morbidität), Insulin gegenüber oraler Therapie (Entwicklung eines Typ 2 Diabetes); intensive gegenüber Routinebetreuung (Geburtseinleitung, makrosome Neugeborene; Blutzuckerkontrolle vor gegenüber nach einer Mahlzeit (makrosome Neugeborene). Die Evidenz reichte von moderater, niedriger bis zu sehr niedriger Qualität.

Schlussfolgerungen der Autoren

Momentan gibt es für viele Vergleichsstudien zu Behandlungsstrategien für Frauen mit GDM unzureichende Evidenz von hoher Qualität zu den relevanten Wirkungen auf gesundheitsbezogene Endpunkte von Frauen mit GDM und ihren Neugeborenen. Änderungen des Lebensstils (die mindestens eine gesunde Ernährung, Bewegung und selbst durchgeführte Blutzuckerkontrollen beinhalten) stellten die einzige

Maßnahme dar, die eine mögliche Gesundheitsverbesserung von Frauen und ihren Neugeborenen zeigte. Interventionen zum Lebensstil führen möglicherweise zu weniger makrosomen Neugeborenen. Umgekehrt könnten Änderungen des Lebensstils hinsichtlich Schäden zu mehr Geburtseinleitungen führen. Die Verabreichung von Insulin war im Vergleich mit oralen Therapien mit einer Zunahme von Bluthochdruckproblemen verbunden. Es gab nur sehr begrenzte Informationen zur langfristigen Gesundheit und zu den Kosten für das Gesundheitssystem. Weitere Forschung von hoher Qualität ist erforderlich.

Zitation des Cochrane Reviews:

Martis R, Crowther CA, Shepherd E, Alsweiler J, Donnie MR, Brown J. Treatments for women with gestational diabetes mellitus: an overview of Cochrane systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 8 Art. No. CD012327. DOI: 10.1002/14651858.CD012327.pub2

***** SAVE THE DATE *****

Die 15. Mitgliederversammlung der DGHWi

ist geplant

am **19.02.2021** - nähere Angaben folgen.

Die 6. Internationale Konferenz der DGHWi

findet statt

am **10. und 11. Februar 2022** in Winterthur (Schweiz).

COST Action IS1405 BIRTH „Building intrapartum research through health“: PlosOne Special Collection

Zusammengefasst durch Dr. phil. Beate Ramsayer

Die European Cooperation in Science and Technology (COST) finanziert Forschungs- und Innovationsnetzwerke in Europa. Das Ziel besteht darin, Forschungsinitiativen europaweit und international zu vernetzen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Wissenschaftler*innen zu fördern. Im Jahr 2014 finanzierte die Europäische Union eine COST-Aktion um Forschung und Praxis im Bereich der intrapartalen Versorgung voranzutreiben: COST Action IS1405 BIRTH „Building intrapartum research through health“. Es nahmen über 120 Wissen-

schaftler*innen, Praktiker*innen und politische Entscheidungsträger*innen aus 34 Ländern teil, die gemeinsam verschiedene Publikationen zum Themenkomplex erarbeiteten [1].

Die entstandenen Publikationen dieser Sondersammlung werden im Folgenden kurz vorgestellt und können unter folgendem Link als Volltexte frei zugänglich (open access) abgerufen werden; beispielsweise für das hebammenwissenschaftliche Studium:

<https://collections.plos.org/birth>

Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth

Link: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0230992>

Ziel

Das Ziel der Autor*innen bestand darin, eine Literaturrecherche zum Themenkomplex psychosoziale Aspekte der Geburt durchzuführen und daraus anschließend ein neues Geburtsmodell abzuleiten [2]. Berücksichtigt wurden Publikationen zu mütterlichem Oxytocin Spiegel während der Geburt, zu den Auswirkungen einer 1:1-Betreuung auf den Geburtsverlauf, sowie zu der Bedeutung einer positiven Geburtserfahrung.

Einschätzung

Das Interessante dieser Forschungsarbeit liegt im entstandenen Geburtsmodell, weil es erstmalig Geburt und Gebären als neuro-psycho-soziales Erlebnis beschreibt. Die Rolle des Gebärhormons Oxytocin wird aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet. So wird aufgezeigt, dass Oxytocin nicht nur Auswirkungen auf die Entwicklung einer Vielzahl mütterlicher Gefühle und Verhaltensweisen hat, sondern Gebären umfassend erleichtert. Der Prozess der Geburt und das Gebären werden durch die Ausschüttung von körpereigenem mütterlichem Oxytocin erleichtert. Die einhergehenden psychologischen Erfahrungen während einer Geburt können einen optimalen Übergang zur Mutterschaft fördern, weil das Hormon Oxytocin als Bindungshormon zwi-

schen der Mutter und ihrem Kind wirkt. Ein von manchen Frauen spontan veränderter Bewusstseinszustand, der ebenfalls hormonell verursacht wird kann ein Kennzeichen einer physiologischen Geburt sein. Frauen können aktiver ihr Kind in der Geburtsphase zur Welt schieben. Mütterliche Gefühle der Freude und des Stolzes können der Geburt ihres Kindes folgen. Interessant sind hierbei Bezüge zur Betreuungsform der 1:1-Betreuung.

Empfehlungen

Folgende Empfehlungen werden abgeleitet:

- ⇒ Gebärende sollten in Form einer 1:1-Betreuung begleitet werden
- ⇒ Gebärende sollten aufmerksam beobachtet und begleitet werden, weil dies Sicherheit vermittelt und sich positiv auf das Wohlbefinden der Mutter auswirkt und zur Ausschüttung von körpereigenem Oxytocin führt
- ⇒ Die vielfältigen Wirkungen des Hormons Oxytocin unter der Geburt sollten berücksichtigt werden.

How much synthetic oxytocin is infused during labour? A review and analysis of regimens used in 12 countries

Link: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0227941>

Ziel

Das Ziel dieser multinationalen Studie bestand darin, nationale, regionale und/oder lokale Dosierungsschemata zur intravenösen Gabe von synthetischem Oxytocin während der Geburt zu vergleichen [3].

Einschätzung

Es könnte sich lohnen diese Publikation zu lesen, da die intrapartale Gabe von synthetischem Oxytocin weltweit zu den an den häufigsten durchgeführten Medikationen bei gebärenden Frauen zählt und somit ein hohes Maß an praktischer Relevanz hat. Das Besondere ist die

Evaluation der 21 Dosierungsschemata aus 12 Ländern (11 europäische Länder und Südafrika), welche umfassende Einblicke in verschiedene Vorgehensweisen zu Beginn, Endpunkt und Kontraindikation der intrapartalen Gabe von synthetischem Oxytocin ermöglicht.

Empfehlungen

Folgende Empfehlungen werden abgeleitet:

- ◆ Die unerklärlichen Variationen der Dosierungsschemata sollten kritisch hinterfragt werden.

- ◆ Mögliche Überdosierungen der intrapartalen Gabe von synthetischem Oxytocin sollten kritisch im Hinblick auf mögliche gefährliche Nebenwirkungen für Mutter und Kind hinterfragt werden.

Thermal imaging of the fetus: An empirical feasibility study

Link: <https://journals.plos.org/plosone/article/comments?id=10.1371/journal.pone.0226755>

Ziel

Das Ziel dieser empirischen Machbarkeitsstudie bestand darin, das Potential der digitalen Infrarot-Wärmebildgebung für die Bestimmung der Position des Kindes und die Lage der Plazenta zu bewerten [4].

Einschätzung

Diese Studie verfolgt den interessanten Ansatz das ungeborene Kind, dessen Position und andere schwangerschaftsbedingte physiologische Faktoren anhand oberflächlicher thermischer Abdrücke aufzuzeichnen und auszuwerten. Da jedoch die Technik der Wärmebildgebung noch nicht ausreichend differenziert zu sein scheint, zeigen die Ergebnisse deutliche Unklarheiten im Vergleich zu möglichen Ultraschall-

Untersuchungen auf. Bei Bewegungen des Kindes konnte beispielsweise die Lage der Plazenta nicht differenziert werden. Das Potential der Wärmebildgebung zur Differentialdiagnostik während der Schwangerschaft konnte anhand dieser Studie nicht überzeugend dargestellt werden. Das Vorgehen bleibt fraglich.

Empfehlungen

Folgende Empfehlung wird abgeleitet:

- ⇒ Das Potential der Wärmebildgebung sollte für den Bereich der Schwangerenvorsorge weiter erforscht werden

Maternal plasma levels of oxytocin during breastfeeding – A systematic review

Link: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0235806>

Ziel

Das Ziel einer systematischen Übersichtsarbeit bestand darin, eine aktuelle Übersichtsarbeit über zusammenhängende mütterliche Oxytocin-Plasmaspiegel als Reaktion auf das Stillen eines Kindes während der Wochenbettzeit zu erstellen [5].

Einschätzung

Es handelt sich um eine Forschungsarbeit mit hoher Relevanz für Theorie und Praxis, da eine methodisch korrekte und inhaltlich relevante Übersichtsarbeit erarbeitet wurde. Eine sorgfältige Literaturrecherche wurde zwischen 2017-2019 in relevanten Datenbanken durchgeführt, die Ergebnisse umfassend und übersichtlich dargestellt sowie die Ergebnisse klar formuliert. Die inhaltliche Relevanz umfasst, dass nach der Geburt die Freisetzung von Oxytocin zunächst pulsierend erfolgt, was mit fortschreitender Laktationsdauer in eine kontinuierliche Ausschüttung von körpereigenem mütterlichem Oxytocin übergeht. Gemessenen Oxytocinspiegel liegen bei mehrgebärenden Frauen höher als bei erstgebärenden Frauen. Die durch das Stillen induzierte Oxytocin-freisetzung geht mit erhöhten Prolaktinspiegeln und einer verringerten Ausschüttung mütterlicher Stresshormone einher. Stillen reduziert mütterliche Ängste. Ein Notfallkaiserschnitt führt zu einer reduzierten Ausschüttung der Hormone Oxytocin und Prolaktin.

Empfehlung

Folgende Empfehlung wird abgeleitet:

- ⇒ Umsetzung der zehn Schritte der „Baby-Friendly Hospital Initiative“, da diese 10 Schritte eines babyfreundlichen Krankenhauses sowohl die Stillraten signifikant verbessern, als auch ein Optimum mütterlicher Oxytocinausschüttung bewirken.

How do midwives facilitate women to give birth during physiological second stage of labour? A systematic review

Link: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0226502>

Ziel

Das Ziel dieser systematischen Übersichtsarbeit bestand darin, Evidenzen für die bestmögliche Betreuung während der Geburtsphase zu evaluieren [6].

Einschätzung

Für diese Übersichtsarbeit wurden 17 Publikationen evaluiert, anhand derer vier relevante Themenkomplexe zur bestmöglichen Betreuung in der Geburtsphase aufzeigt wurden: Die Wahl der Gebärhaltung, Methoden der nichtpharmakologischen Schmerzlinderung, Vergleich verschiedener „Pushing“-Techniken, Vermeidung mütterlicher Geburtsverletzungen. Die Publikation enthält hierzu umfassende Hintergründe

und Argumentationsketten. Sie wurde methodisch überzeugend durchgeführt und zeigt inhaltliche Relevanz für die Hebammenarbeit auf.

Empfehlungen

Folgende Empfehlungen werden abgeleitet:

- ⇒ Verwendung der Ergebnisse in Theorie und Praxis
- ⇒ Weitere Forschung zur evidenzbasierten Betreuung in der Geburtsphase

Economic implications of reducing caesarean section rates – Analysis of two health systems

Link: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0228309>

Ziel

Das Ziel dieser Studie lag darin, ökonomische Auswirkungen zu evaluieren die mit zwei Zielsetzungen einhergehen: Einer Senkung der Kaiserschnitttrate bei erstgebärenden Frauen sowie einer Steigerung der Rate von Frauen, die nach einer Kaiserschnittgeburt spontan gebären [7].

Einschätzung

Diese Studie zeigt mögliches Einsparungspotential auf, das mit einer Senkung der Sectiorate einhergeht. Aus den vorliegenden Daten wurde fiktiv berechnet, dass die Sectiorate fünf Prozentpunkt niedriger lag. Diese Berechnung zeigte auf, dass eine um fünf Prozentpunkte geringere Sectiorate bei Erstgebärenden und Mehrgebärenden nach einem vorausgegangenem Kaiserschnitt zu einer Einsparung von jährlich 1,1 Millionen Euro in Irland England/Wales führen könnten. Berechnet man ausgehend von den Europeristat-Daten ein „Best-Case Szenario“ indem

die „günstigsten“ europaweit erreichten Faktoren eingerechnet werden (Europeristat: Island mit der europaweit geringsten Sectiorate bei Erstgebärenden von 18,3%. Finnland mit der europaweit höchsten VBAC-Rate von 55,4%) würde das zu einer Kostenersparnis von 3.538.152 Euro und 23.030.672 Pfund in England/Wales führen. Jedoch besteht begrenzte Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den Kontext in Deutschland, da Diagnosis Related groups (DRGs) aus Irland und England/Wales dem „Decision Analysis Modelling“ zugrunde gelegt wurden, um den Barwert möglicher Änderungen zu berechnen.

Empfehlung

Folgende Empfehlung wird abgeleitet:

- ⇒ Weitere Überprüfung des gesundheitspolitischen Einsparungspotentials aufgrund einer Senkung der Sectiorate

A computational fluid dynamics modelling of maternal-fetal heat exchange and blood flow in the umbilical cord

Link: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0231997>

Ziel

Das Ziel der Forschungsarbeit lag darin, die menschliche Nabelschnur dreidimensional zu modellieren und rechnergestützt Daten zum Wärmeaustausch zwischen Mutter und Kind zu evaluieren [8].

Einschätzung

Es handelt sich um ein interessantes Forschungsprojekt, da nach einer Literaturrecherche eine rechnergestützte dreidimensionale Modellierung der Nabelschnur erfolgt. Dies ist interessant, da aufgrund ethischer und

technischer Einschränkungen aktuelles Wissen zur menschlichen Nabelschnur bislang aus Tierversuchen abgeleitet wird. Jedoch sind einige Überlegungen der Forschungsgruppe nicht nachvollziehbar, beispielsweise der Bezug auf die Thermoregulation des ungeborenen Kindes und den Wärmeaustausch über die Nabelschnur, jedoch ein Verzicht auf die Modellierung der Wharton'schen Sulze als Isolation und wärme-relevanter Schicht. Interessantes neu erworbenes Grundlagenwissen dieses Projekts umfasst, dass die helikale Geometrie der Nabelarterie im Vergleich zur hauptsächlich geraden Nabelvene die Blutflussparameter wie Geschwindigkeit, Druck, Temperatur und Dehnungsrate beeinflusst. Vor allem die Temperatur veränderte sich in Abhängigkeit zur spiralförmig gewickelten Kreisstruktur der Nabelschnurarterien. Sie betrug 37,5 Grad Celsius am kindlichen und 37,2 Grad Celsius am

mütterlichen Ende der Nabelarterien und blieb in der Nabelvene nahezu identisch. Somit scheint die helikale Struktur der Nabelarterie eine entscheidende Rolle in der fetalen Temperaturregulation zu spielen.

Empfehlung

Folgende Empfehlung wird abgeleitet:

⇒ Weitere Forschung im Bereich der menschlichen Nabelschnur, Auswirkungen der helikalen Strukturen der Nabelarterien.

Fazit

Die Publikationen der COST Action IS1405 BIRTH „Building intrapartum research through health“ nehmen Bezug auf sehr unterschiedlichen Themenkomplexe rund um die Geburt, unterscheiden sich hinsichtlich Methodik und inhaltlichem Bezug, führen jedoch zu einer Erweiterung

des vorhandenen Wissens. Gelungen ist die Mischung aus Review und Grundlagenforschung. Es wäre wünschenswert, auch zukünftig COST Actions zu den Bereichen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett durchzuführen und zu fördern.

Literatur:

1. Downe S, Calleja Agius J, Balaam MC, Frith L. Understanding childbirth as a complex salutogenic phenomenon: The EU COST BIRTH Action Special Collection. *PLoS One*. 2020;15(8):e0236722.
2. Olza I, Uvnas-Moberg K, Ekstrom-Bergstrom A, Leahy-Warren P, Karlsdottir SI, Nieuwenhuijze M, et al. Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLoS One*. 2020;15(7):e0230992.
3. Daly D, Minnie KCS, Blignaut A, Blix E, Vika Nilsen AB, Dencker A, et al. How much synthetic oxytocin is infused during labour? A review and analysis of regimens used in 12 countries. *PLoS One*. 2020;15(7):e0227941.
4. Topalidou A, Markarian G, Downe S. Thermal imaging of the fetus: An empirical feasibility study. *PLoS One*. 2020;15(7):e0226755.
5. Uvnas Moberg K, Ekstrom-Bergstrom A, Buckley S, Massarotti C, Pajalic Z, Luegmair K, et al. Maternal plasma levels of oxytocin during breastfeeding-A systematic review. *PLoS One*. 2020;15(8):e0235806.
6. Healy M, Nyman V, Spence D, Otten RHJ, Verhoeven CJ. How do midwives facilitate women to give birth during physiological second stage of labour? A systematic review. *PLoS One*. 2020;15(7):e0226502.
7. Moran PS, Normand C, Gillen P, Wuytack F, Turner M, Begley C, et al. Economic implications of reducing caesarean section rates - Analysis of two health systems. *PLoS One*. 2020;15(7):e0228309.
8. Kasiteropoulou D, Topalidou A, Downe S. A computational fluid dynamics modelling of maternal-fetal heat exchange and blood flow in the umbilical cord. *PLoS One*. 2020;15(7):e0231997.

Ein herzlicher Dank geht an Sue Travis

Sue Travis MMid, die einen Masterabschluss in Midwifery der University of Sheffield (Großbritannien) hat, war seit 2015 als **associate editor** aktiv an den Aufgaben des Redaktionsteams der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (ZHWi) beteiligt. Ihre ersten Aufgaben übernahm sie für das Heft 6, das einen Originalartikel und 3 Beiträge für das Junge Forum enthielt. Sie war seither für die Steuerung des Review-Prozesses, die Werbung für das Junge Forum und die Lektorierung der Abstracts und Kurzaufsätze in dieser Rubrik zuständig. Dabei konnte sie als Muttersprachlerin die englischen Abstracts in ein gut verständliches und korrektes Englisch bringen.

Sue Travis lebte von 1999 bis 2015 überwiegend in Berlin, wo sie als Hebamme freiberuflich tätig war und Mitglied der DGHWi wurde. Seither lebt sie in Canberra, Australien, von wo aus sie weiterhin bis Herbst 2020 im Redaktionsteam mitarbeitete. Anlässlich eines Wechsels in ihrer beruflichen Tätigkeit beendet sie ihre Tätigkeit als associate editor.

Das Redaktionsteam dankt Sue Travis für ihr Engagement für die Zeitschrift für Hebammenwissenschaft, ihre personenorientierte Kommunikation mit den Autor*innen der Textbeiträge, ihre Teamorientierung und ihre Expertise in der Übersetzung deutscher Texte ins Englische!

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

Beweggründe für eine geplante Alleingeburt in Deutschland

Motives for a planned unassisted childbirth in Germany

Hintergrund

In Deutschland finden nur wenige Geburten ohne eine professionelle geburtshilfliche Begleitung durch Hebammen (und Ärzt*innen) statt. Bei einigen dieser Geburten entscheiden sich die Gebärenden trotz eines bestehenden Zugangs zum gesundheitlichen Versorgungssystem ganz bewusst für den Verzicht auf eine solche Begleitung. Dieses Phänomen wird als geplante Alleingeburt bezeichnet [13] und ist bislang in Deutschland nicht empirisch untersucht. So existieren weder Erkenntnisse zur Prävalenz, noch zu den gesundheitlichen Outcomes von Mutter und Kind oder zu den Beweggründen für eine solche Entscheidung. Die internationale Forschung belegt als relevante Entscheidungsgründe für eine Alleingeburt vor allem den Wunsch nach autonom getroffenen Entscheidungen resultierend in einer Verantwortungsübernahme für den eigenen Geburtsprozess [4, 5, 9, 10], bestehende Geburtserfahrungen [3, 4, 7, 9], sowie die wahrgenommene Risikoorientierung in der geburtshilflichen Versorgung [3, 5, 10]. Da diese Erkenntnisse aus Ländern mit marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystemen (USA) oder staatlichen Gesundheitssystemen (Großbritannien, Schweden) stammen, ist eine Übertragung dieser Erkenntnisse auf Alleingeburten in Deutschland mit einem sozialversicherungsbasiertem Gesundheitssystem nicht möglich.

Vor dem Hintergrund, dass die geburtshilfliche Versorgung in Deutschland primär die Gesundheit von Mutter und Kind fördern sowie mögliche Komplikationen vorbeugen soll, ergibt sich im Kontext der willentlichen Abwendung von dieser Versorgung die besondere hebammenwissenschaftliche Relevanz. Die Bedeutung dieser Perspektive fußt auf einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgung durch Hebammen, welche vor allem die Bedürfnisse der Frau in den Mittelpunkt stellt. Infolgedessen stellt sich die forschungsleitende Frage nach den Beweggründen für den bewussten Verzicht auf eine professionelle geburtshilfliche Begleitung von Gebärenden in Deutschland.

Ziel

Diese Studie soll grundlegende Erkenntnisse zu den entscheidungsrelevanten Gründen des Phänomens „Alleingeburt“ in Deutschland generieren. Daraus resultierend sollen Einblicke in eine für Alleingebärende stimmige Geburtsbegleitung gewonnen werden.

Methodik

Um sich dem sozialen Phänomen der Alleingeburt zu nähern, wurde ein exploratives, qualitatives Studiendesign gewählt und das teilstandardisierte, leitfadengestützte Interview (orientiert am problemzentrierten Interview nach Witzel) als Erhebungsinstrument genutzt. Die Rekrutierung der Proband*innen erfolgte über eine Alleingebärenden-Gruppe einer Social Media Plattform (Facebook) sowie über Sarah Schmid, einer Buchautorin und Blogbetreiberin für Alleingebärende. Die letzte geplante Alleingeburt der Teilnehmenden sollte nicht länger als drei Jahre zurück liegen. Dieser Zeitraum wurde so gewählt, um einerseits

eine möglichst gute Erinnerungsfähigkeit sicherzustellen und andererseits eine hinreichende Anzahl potenzieller Proband*innen einschließen zu können.

Die gewonnenen empirischen Daten der drei durchgeführten Interviews wurden mithilfe der Software „MAXQDA 2018.2“ transkribiert und unter Anwendung der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz [8] ausgewertet.

Ergebnisse

Die Probandinnen messen der eigenen salutogenetischen Perspektive auf die Geburt als physiologischen Prozess, der Chance des Erlebens von Eigenverantwortung sowie der dadurch möglichen Abwendung von negativen Vorerfahrungen eine hohe Bedeutung bei der Entscheidung für eine geplante Alleingeburt zu. Eigenverantwortung wird dabei von den Probandinnen in zwei Dimensionen gedacht: Das Verlassen auf die Intuition und das eigene Körpergefühl, sowie das Treffen bewusster, autonomer Entscheidungen.

„Ich bin der Meinung, eine Frau weiß, was sie machen muss. Wenn sie gelassen wird. Also im Endeffekt läuft die Geburt schon, wenn man sie lässt, finde ich.“ [B1, Abs. 14]

Zudem schilderten die Teilnehmenden, dass eine pathogenetische Sicht auf die Geburt, insbesondere in klinischen Settings, vorherrschend sei und dies im Gegensatz zu ihrem eigenen salutogenetischen Verständnis dazu stünde.

„[...] mich hat gestört, [...] dass Panik gemacht wird, obwohl gar kein Anlass dafür war.“ [B3, Abs. 42]

Vorangegangene negative Erfahrungen in der geburtshilflichen Versorgung, wie ein Gefühl von Fremdbestimmung (z.B. durch Routinemaßnahmen), das Gefühl erlebter Gewalt unter der Geburt, sowie eine unsensible Kommunikation seitens der Leistungserbringer*innen in der geburtshilflichen Versorgung führten bei den Probandinnen zu Misstrauen und im schlimmsten Fall zu einer gänzlichen Ablehnung von Hebammen und ihrer Arbeit.

„Und dann sind wir halt ganz normal ins Krankenhaus und dann irgendwie mit Einleitung und ganz vielen Interventionen und schlussendlich, ja dann für mich auch Gewalt unter der Geburt.“ [B3, Abs. 10]

„Also ja doch, ich wollte noch Kinder. Das war so ein ganz großes Problem. [...] Aber das Thema war dann soweit völlig vom Tisch, weil ich mit Hebammen nicht mehr konnte.“ [B2, Abs. 5]

Diskussion

Methodik: Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit gilt als ein Kriterium der internen Studiengüte und steht für die Transparenz des Forschungsprozesses [14]. Die vorliegende Untersuchung wird diesem Kriterium insofern gerecht, als dass der Forschungsprozess genau dokumentiert und auf angewendete Verfahren verwiesen wird und die Ergebnisdarstellung nah am empirischen Material erfolgt. Mit der Indi-

kation des Forschungsprozesses, ebenfalls ein Kriterium interner Güte, kann die gesamte Untersuchung hinsichtlich ihrer Angemessenheit beurteilt werden [14]. Die Forschungsfrage verlangt nach einer offenen Methode und indiziert somit ein qualitatives Design. Das problemzentrierte Interview nach Witzel eignet sich besonders aufgrund der Fokussierung einer gesellschaftlichen Problemstellung und der Möglichkeit einer flexiblen Anpassung der Kommunikation an das Erzählverhalten der Teilnehmenden (z. B. das Setzen auf Narrationen oder der Einsatz von immanenten und exmanenten Nachfragen) um die Selbstläufigkeit des Gesprächs zu fördern [6]. Die vorliegende Untersuchung weist ein geringes Maß an externer Studiengüte auf, da die Ergebnisse aufgrund geringer Fallzahl und geringer Kontrastierung der Fälle nicht übertragbar und verallgemeinerbar sind.

Um Alleingebärenden größtmögliche Authentizität im Ausdruck ihrer Denk- und Erlebensmuster zu ermöglichen, könnte weitere Forschung noch offenere Verfahren, wie bspw. narrative Interviews, anwenden und mit einer stärkeren Fallkontrastierung arbeiten.

Ergebnisse: Ähnlich den Erkenntnissen der internationalen Forschung waren in dieser Untersuchung u. a. vorangegangene, negativ erlebte Kontakte mit Leistungsanbieter*innen der geburtshilflichen Versorgung bedeutend für die Entscheidung zur Alleingeburt. Insbesondere, wenn Routineabläufe von den Gebärenden hinterfragt wurden, wurde dies als Störung im Geburtsprozess wahrgenommen. Dies hinterließ, eine wahrgenommene Geringschätzung der persönlichen Bedürfnisse, wie es auch Freeze [7] und Brown [3] schon in ihren Untersuchungen herausarbeiten konnten. Eine solche empfundene Fremdbestimmung kollidiert zudem mit dem ausgeprägten Wunsch nach Eigenverantwortlichkeit und dem Wunsch nach entgegengebrachtem Respekt durch Akteur*innen der geburtshilflichen Versorgung, als ebenfalls entscheidungsrelevante Elemente für eine Alleingeburt. Übereinstimmend mit den Erkenntnissen einer schwedischen Studie [6], spiegelt sich gelebte Eigenverantwortung auch darin wieder, den eigenen Körper während des Gebärens zu fokussieren und dessen Signalen zu vertrauen.

Aus diesen Ergebnissen lassen sich Vertrauen, Eigenverantwortung und Respekt als relevante, gesundheitsförderliche Grundwerte für ein positives Geburtserleben der Probandinnen ableiten (siehe Abbildung 1). Dies gilt sowohl unabhängig vom Geburtsort (häuslich/

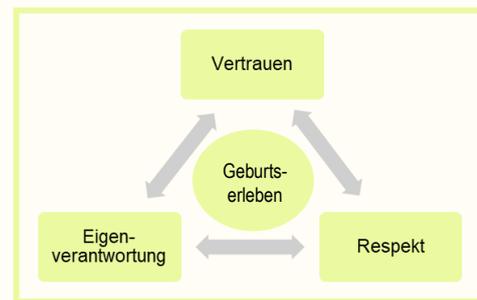


Abbildung 1: Wertedreieck (eigene Darstellung)

klinisch) als auch von einer geburtshilflichen Begleitung. Zugleich stehen diese Werte in einer wechselseitigen Beziehung zueinander. Entgegengebrachter Respekt und Vertrauen in anwesende Personen schaffen die Grundlage für eigenverantwortliches Handeln. Ebenso kann durch erlebten Respekt und der Möglichkeit Eigenverantwortung zu übernehmen Vertrauen entstehen. Wiederum stellt sich das Gefühl respektiert zu werden ein, wenn der Gebärenden Vertrauen entgegengebracht wird und sie eigenverantwortlich handeln kann.

Schlussfolgerungen

Die in dieser Studie herausgearbeiteten Werte Vertrauen, Respekt und Eigenverantwortung, die maßgeblich das Geburtserleben der Teilnehmenden beeinflussten, könnten angesichts der strukturellen Schwächen (z. B. fehlende Eins zu Eins-Betreuung in der Klinik [11, 15], obwohl dies in der perinatalogische Leitlinie empfohlen wird [1], Stellenbesetzungsschwierigkeiten in den Kreißsälen [2], hohe Interventionsraten [12]) in der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland und der zukünftigen Ausgestaltung einer durch Gebärende positiv erlebten Geburtsbegleitung von besonderer Relevanz sein. Auch im Kontext existierender Gewalt unter der Geburt, welche bislang ebenso kaum in Deutschland empirisch untersucht wurde, ist vorstellbar, dass sich die Berücksichtigung dieses Wertedreiecks in der Geburtsbegleitung positiv auswirken könnte. Hier sollte weitere Forschung anknüpfen. Für die Praxis ergibt sich, dass es im Falle absolut notwendiger Routinemaßnahmen einer einfühlsamen Kommunikation bedarf, die im besten Fall das Gefühl mitbestimmt zu haben bei der Gebärenden hinterlässt.

Autorin: Janine Reimann B.Sc.

Kontakt: janine_reimann@gmx.de

Die Arbeit wurde an der Charité Universitätsmedizin Berlin unter der Betreuung von Frau Dr. rer. cur. Ines Wulff und Frau Prof.in Dr. Melita Grieshop (Evangelische Hochschule Berlin) zur Erlangung des Grades Bachelor of Science vorgelegt.

Literatur:

1. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland. 2015. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/087-0011_S1_Perinatalogische_Versorgung_2015-05-abgelaufen.pdf [Zugriff 29.09.2020]
2. Blum K, Löffert S, Offermanns M, Steffen P. Krankenhaus Barometer: Umfrage 2018. Düsseldorf; 2018. Verfügbar unter: https://www.dki.de/sites/default/files/2019-01/2018_11_kh_barometer_final.pdf [Zugriff: 08.10.2020]
3. Brown LA. Birth Visionaries: An Examination of Unassisted Childbirth. Boston; 2009. Verfügbar unter: <https://dlib.bc.edu/islandora/object/bc-ir:101993/datastream/PDF/view> [Zugriff 21.08.2020]
4. Feeley C, Thomson G. Why do some women choose to freebirth in the UK? An interpretative phenomenological study. BMC Pregnancy Childbirth 2016. Verfügbar unter: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-016-0847-6> [Zugriff 21.8.2020]
5. Feeley CL, Bruns E, Adams E, Thomson G. Why do some women choose to freebirth? A meta-thematic synthesis, part one. Evidence Based Midwifery 2015; 13(1):4-9. Verfügbar unter: file:///C:/Users/reima/AppData/Local/Temp/4-9_EBM_94_FeeleyAMENDED.pdf [Zugriff 24.8.2020]
6. Flick U. Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung. Völlig überarb. Neuauf., 9. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2019. (Rororo Rowohlt's Enzyklopädie).
7. Freeze RAS. Born free: unassisted childbirth In North America. Iowa; 2008. Verfügbar unter: <https://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1387&context=etd> [Zugriff 21.8.2020]
8. Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2018. (Grundlagentexte Methoden).
9. Lindgren HE, Nässén K, Lundgren I. Taking the matter into one's own hands - Women's experiences of unassisted homebirths in Sweden. Sex Reprod Healthc. 2017; 11:31-5.
10. Miller AC. "Midwife to Myself": Birth Narratives among Women Choosing Unassisted Homebirth*. Sociological Inquiry. 2009; 79(1):51-74.

11. Schirmer C, Steppat S. Die Arbeitssituation von angestellten Hebammen in Kliniken.: Hebammenbefragung 2015. Berlin: Picker Institut Deutschland gGmbH; 2016. Verfügbar unter: https://www.dki.de/sites/default/files/2019-01/2018_11_kh_barometer_final.pdf [Zugriff: 29.09.2020]
12. Schwarz C. Entwicklung der geburtshilflichen Versorgung: Am Beispiel geburtshilflicher Interventionsraten 1984 - 1999 in Niedersachsen; 2008. Verfügbar unter: https://depositonce.tu-berlin.de/bitstream/11303/2289/3/Dokument_46.pdf [Zugriff 29.09.2020]
13. Seehafer P. Unassistierte Geburten: Frei oder allein? Deutsche Hebammenzeitschrift 2017; 69(9):8–14.
14. Steinke I. Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, Kardorff E von, Steinke I (Hrsg.). Qualitative Forschung: Ein Handbuch. 8. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2010. p. 319–31 (Rororo; Rowohlt's Enzyklopädie)
15. Stengel V, Borde T. Hebammenpräsenz und Qualität der Betreuung bei Klinikgeburten in Berlin: Ergebnisse einer Online Befragung von Müttern. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft 2019; 7(1):26–34.

Simulationsbasiertes Lernen im Hebammenstudium

Simulation-based learning in Bachelor of Midwifery programmes

Hintergrund

International wird simulationsbasiertes Lernen (SBL) häufig in der Primärqualifizierung von Hebammen eingesetzt. Auch in Deutschland haben einige Modellstudiengänge, wie beispielsweise der primärqualifizierende, ausbildungsintegrierende Studiengang Hebammenkunde der Hochschule für Gesundheit Bochum (hsg), diese Lernform in ihrem Curriculum etabliert. International zeigt sich, dass es durch SBL möglich ist, Theorie und Praxis miteinander zu verbinden und so den Theorie-Praxis-Gap zu verkleinern [8, 10, 11, 16]. Dabei ist es von großer Bedeutung, Lernstand und Erfahrung der Studierenden zu berücksichtigen [1, 2, 5, 10, 13–16]. Die Studierenden bekommen eine Vorstellung davon, was sie im Praxiseinsatz erwarten könnten und gehen so zuversichtlicher in den Praxiseinsatz [5, 8]. Sie geben ein gesteigertes Selbstvertrauen an und fühlen sich auf die Praxis vorbereitet [1, 2, 5, 6, 11, 12, 16]. Dies kann sich positiv auf das Lernen im Praxiseinsatz auswirken und die Zeit zum Erlernen von Fertigkeiten in der Praxis verkürzen [6, 7]. Auch die Anleitungssituation lässt sich besser gestalten [7, 8, 11]. Cooper et al. [6] weisen allerdings darauf hin, dass SBL die klinische Praxis nicht ersetzen kann und soll. Die Primärqualifikation von Hebammen in Deutschland befindet sich in einer Übergangsphase, in der die dreijährige Ausbildung zur Hebamme an Berufsfachschulen durch ein sechs- bis achtsemestriges duales Vollzeitstudium ersetzt wird. SBL wird ein höherer Stellenwert zugeschrieben, da praktische Ausbildungsanteile reduziert werden und neben theoretischen an der Hochschule auch praktische Lehrveranstaltungen stattfinden sollen [3]. Teile der praktischen Abschlussprüfungen werden als Simulation stattfinden [4].

Ziel der Arbeit

Ziel ist es, festzustellen, ob SBL Hebammenstudierende auf ihre Praxismodule vorbereitet und ihre Handlungsfähigkeit in der Praxis verbessert. Es wurden drei Forschungsfragen formuliert:

1. Ist simulationsbasiertes Lernen eine geeignete Maßnahme, um Studierende im Studiengang Hebammenkunde auf ihren Praxiseinsatz vorzubereiten und ihre Handlungsfähigkeit zu verbessern?
2. Fühlen sich Studierende des Bachelorstudiengangs Hebammenkunde durch simulationsbasiertes Lernen in ihrer praktischen Handlungsfähigkeit im Praxiseinsatz bestärkt?
3. Sehen Praxisanleiter*innen durch simulationsbasiertes Lernen einen Vorteil für die Studierenden im Praxismodul?

Methodik

Ein Mixed-Method-Design wurde gewählt, um durch verschiedene Perspektiven einen möglichst umfassenden Eindruck der Gesamtsituation zu bekommen. Dazu wurden drei Forschungsstränge gebildet. Ein positives Votum der Ethikkommission der hsg lag zu Beginn des Projektes vor.

Forschungsstrang A: Es fand eine Gruppendiskussion mit Studierenden des

fünften Semesters des Studiengangs Hebammenkunde der hsg statt. Diese leitete die Autorin anhand eines Diskussionsleitfadens, der orientiert an der „SPSS-Methode“ nach Helfferich [17] erstellt wurde. Transkribiert wurde angelehnt an die Transkriptionsregeln für die computergestützte Auswertung nach Kuckartz [18]. Die Auswertung orientierte sich an der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz [18] mit Unterstützung der Software MAXQDA.

Forschungsstrang B: Praxisanleiter*innen (PA) aus den Kooperations-Kreisräumen der hsg wurden mit Hilfe eines Online-Fragebogens zu ihren Erfahrungen und Einschätzungen bezüglich des Einflusses von SBL auf die praktische Arbeit der Studierenden befragt. Die Teilnehmer*innen sollten eine Weiterbildung zur PA abgeschlossen haben oder gerade absolvieren, klinisch in einem Kreißaal tätig sein und in den letzten 24 Monaten mit Studierenden gearbeitet haben. Der Fragebogen wurde in 5 Frageblöcken explorativ auf Basis der Forschungsfrage und dem Hintergrundwissen zu SBL erstellt. Ein Link zur Online-Befragung auf SoSci Survey wurde per E-Mail an 154 PA verschickt. 27 Befragungen (n=27) entsprachen den Einschlusskriterien und wurden einbezogen. Ab Frageblock drei wird von n=25 (2 missings) ausgegangen. Ausgewertet wurde mit Unterstützung von SPSS® durch deskriptive Statistik mit einem Fokus auf die Häufigkeitsverteilungen.

Forschungsstrang C: Es wurden leitfadengestützte Interviews mit zwei Absolventinnen des Studiengangs Hebammenkunde geführt, die im Sommersemester 2019 im achten Semester angebotenen Wahlmodul „Simulationstraining – Simulationslernen 4.0“ teilnahmen. Zusätzlich sollten sie im Wintersemester 2019/2020 ihre Berufszulassung zur Hebamme erworben haben und geburtshilflich tätig sein. Die Erstellung des Interviewleitfadens, Transkription und Auswertung erfolgten analog zu Forschungsstrang A.

Limitationen: Der Auswertungsprozess wurde von der Forscherin allein durchgeführt, wonach der Forderung von Kuckartz [18] nach einem konsensuellen Vorgehen im Forschungsprozess nicht Rechnung getragen werden konnte. Aufgrund der unklaren Größe der Grundgesamtheit bei der Befragung der PA ist es nicht möglich, auf die Rücklaufquote zu schließen und daraus Schlussfolgerungen auf die Repräsentativität der Umfrage zu ziehen. Da ausschließlich an der hsg ausgebildete PA angeschrieben wurden, besteht die Möglichkeit der Verzerrung der Ergebnisse, da die Befragten mit dem Studiengang und SBL an der hsg vertraut sind.

Ergebnisse

Forschungsstrang A: Studierenden ist es wichtig, sich gut vorbereitet zu fühlen. Besonders das Üben von Maßnahmen und Fertigkeiten und deren korrekte Durchführung sind bedeutsam. Es ermöglicht ihnen ein Herantasten an die jeweilige Fertigkeit, bevor sie mit Schwangeren oder Gebärenden in Kontakt kommen. Diese Vorerfahrungen geben den Studierenden eine

Orientierung, können den praktischen Lernprozess vereinfachen und somit den Praxiseinsatz effektiver werden lassen. Darüber hinaus gewinnen die Studierenden ein größeres Vertrauen in die eigenen Kompetenzen. Sie schätzen es, dass sie in der Lage sind, Tätigkeiten ohne Unterstützung der PA auszuführen. Das teils kleinschrittige Vorgehen, die teils mangelnde Realitätsnähe und erschwerte Umsetzbarkeit in die Praxis werden kritisch angemerkt.

Forschungsstrang B: 70,4% der PA (n=19) sind der Meinung, dass die Studierenden durch SBL voll und ganz bzw. eher auf ihr Praxismodul vorbereitet werden. 88% der PA (n=22) sehen durch SBL Vorteile für die Studierenden und 92% der Befragten (n=23) betrachten es als sinnvolle Ergänzung der theoretischen Lerneinheiten. Die Studierenden profitieren besonders vom Üben wenig komplexer Maßnahmen, die im Alltag häufig vorkommen, wie z.B. dem Legen eines Blasenkatheters. Bei komplexeren, selteneren Situationen wie Assistenz bei Vakuumextraktion ist der Effekt weniger ausgeprägt. Die Umsetzung von theoretischem Wissen in die Praxis wird verbessert und die Studierenden werden nach Einschätzung von 76% der Befragten schneller handlungsfähig. Zudem gestaltet sich nach Ansicht von 72% der Hebammen (n=18) die Anleitungssituation im Kreißsaal leichter.

Forschungsstrang C: Die Erinnerungen an das SBL im Hebammenstudium werden von den Hebammen positiv eingeschätzt. Gerade den Fertigkeitenübungen im Skills-Lab wird ein großer Nutzen zugeschrieben, um Abläufe der Maßnahmen gut zu verinnerlichen und anschließend in der Praxis leichter abzurufen. Isoliertes Üben von Fertigkeiten und Einprägen von Handlungsmustern führt die Studierenden schrittweise an die Tätigkeit heran. Sie können sich vorerst auf das Tun konzentrieren, und später Aspekte wie Kommunikation oder Umgebungsfaktoren integrieren. Das erfolgreiche Meistern der Szenarien gibt ihnen Vertrauen in die eigenen Fertigkeiten und lässt sie zuversichtlicher und mit mehr Selbstvertrauen in den Beruf starten. Diese Handlungsfähigkeit ist für die Berufseinsteigerinnen von großer Bedeutung, und bestärkt sie darin auch schwierige Situationen zu meistern.

Diskussion

Die Studierenden fühlen sich durch das Üben von Fertigkeiten und das Erlernen von Strukturen gut auf ihre praktischen Einsätze im Kreißsaal vorbereitet. Damit bestätigen sie die Ergebnisse internationaler Studien [5, 8, 9, 11], dass SBL eine geeignete Maßnahme zur Vorbereitung auf die Praxismodule ist. Es fällt ihnen leichter, sich an Situationen in der Praxis

anzupassen und sie haben das Gefühl, dass sie in der Praxis schneller lernen und weniger Unterstützung benötigen, wodurch sie schneller handlungsfähig sind. Dies wird von den PA in weiten Teilen bestätigt. Die PA ergänzen, dass dies nur auf häufig vorkommende Tätigkeiten mit klaren Handlungsstrukturen zutrifft und nicht auf seltene, komplexe Ereignisse. Aus den Ergebnissen der Gruppendiskussion und der leitfadengestützten Interviews geht hervor, dass Handlungsfähigkeit ein Zustand ist, der den Studierenden für ihre Praxiseinsätze sehr wichtig ist und durch SBL gefördert wird. Dies wird von den befragten PA bestätigt. In der Literatur zu SBL im Hebammenstudium dagegen findet der Begriff Handlungsfähigkeit wenig Beachtung. Jedoch wird bestätigt, dass SBL die Angst der Studierenden vor den Praxiseinsätzen reduziert [7]. Nur wenige der Studien beziehen die Perspektive der PA mit ein. Diese sehen in SBL viele Vorteile für die Studierenden und halten es für eine geeignete Maßnahme, um diese auf die Praxis vorzubereiten [5, 7, 9, 11]. Die Kluft zwischen Theorie und Praxis kann verkleinert und theoretische Lerninhalte können sinnvoll ergänzt werden, wie es bereits durch zahlreiche Studien bestätigt wird [7, 10, 11, 16]. Entgegen der Erkenntnisse der aktuellen Literatur sehen die PA keine Vorteile in Bezug auf die kommunikativen Fähigkeiten.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse decken sich weitestgehend mit den Ergebnissen internationaler Forschungsarbeiten. Daher sollte SBL in die Curricula der bestehenden und zukünftigen Hebammenstudiengänge in Deutschland implementiert werden. Dabei sollte bedacht werden, dass es nicht als Ersatz für die praktische Ausbildung, sondern als Ergänzung herangezogen wird. Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen die subjektive Sicht der Studierenden und der PA, daher gilt es, zu ergründen, welche Tätigkeiten für SBL im Hebammenstudium geeignet wären und wie die Priorisierung erfolgen sollte. Der Nachweis von Kompetenzerweiterungen der Studierenden kann sich zudem in Bezug auf die Finanzierung der kosten-, zeit- und personalintensiven Simulationstrainings als sinnvoll erweisen. Zudem sollte erforscht werden, wie hoch der „angemessene“ Umfang an SBL ist und in welcher Form es stattfinden sollte, um die Studierenden bestmöglich auf ihre Praxismodule und die Abschlussprüfungen in Form von Simulationen vorzubereiten.

Autorin: Stefanie Berghausen B.Sc.

Kontakt: sberghausen@hs-gesundheit.de

Die Arbeit wurde an der Hochschule für Gesundheit, Bochum, unter der Betreuung von Frau Prof.in Dr. Nicola H. Bauer zur Erlangung des Grades Master of Science vorgelegt.

Literatur:

1. Amod HB, Brysiewicz P. Developing, implementing and evaluating a simulation learning package on post-partum haemorrhage for undergraduate midwifery students in KwaZulu-Natal*. *Health SA Gesondheid: Journal of Interdisciplinary Health Sciences*. 2017; (22):194–201.
2. Andrighetti TP, Knestrack JM, Marowitz A, Martin C, Engstrom JL. Shoulder dystocia and postpartum hemorrhage simulations: Student confidence in managing these complications. *Journal of midwifery & women's health*. 2012; 57(1):55–60.
3. Bundesamt für Justiz. Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen. Hebammen-gesetz - HebG. 2019. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/HebG.pdf.
4. Bundesamt für Justiz. Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen. HebStPrV. 2020. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/hebstprv/HebStPrV.pdf>
5. Catling C, Hogan R, Fox D, Cummins A, Kelly M, Sheehan A. Simulation workshops with first year midwifery students. *Nurse education in practice*. 2015; 17:109–15.
6. Cooper S, Cant R, Porter J, Bogossian F, McKenna L, Brady S, et al. Simulation based learning in midwifery education. A systematic review. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*. 2012; 25(2):64–78.
7. Dow A. Simulation-based learning: A case study, Part 1. *British Journal of Midwifery*. 2012; 20(7):508–14.
8. Dow A. Simulation-based learning: A case study, part 3. *British Journal of Midwifery*. 2012; 20:654–8. DOI: 10.12968/bjom.2012.20.9.654
9. Fox-Young S, Brady S, Brealey W, Cooper S, McKenna L, Hall H. The perspectives of Australian midwifery academics on barriers and enablers for simulation in midwifery education in Australia: A focus group study. *Midwifery*. 2012; 28(4):495–501.
10. Gorantla S, Bansal U, Singh JV, Dwivedi AD, Malhotra A, Kumar A. Introduction of an undergraduate interprofessional simulation based skills training program in obstetrics and gynaecology in India. *Advances in Simulation*. 2019; 4(1):6. DOI: 10.1186/s41077-019-0096-7

11. Lendahls L, Oscarsson MG. Midwifery students' experiences of simulation- and skills training. *Nurse education today*. 2016; 50:12–6.
12. Maskálová E, Urbanová E, Bašková M, Kvaltíniová E. Experience of lecturers with simulation training in midwifery education in Slovakia. *Midwifery*. 2018; 59:1–3.
13. Phillippi JC, Buxton M, Overstreet M. Interprofessional simulation of a retained placenta and postpartum hemorrhage. *Nurse education in practice*. 2015; (15):333–338. DOI: 10.1016/j.nepr.2015.02.001
14. Reynolds A, Ayres-de-Campos D, Pereira-Cavaleiro A, Ferreira-Bastos L. Simulation for teaching normal delivery and shoulder dystocia to midwives in training. *Education for health (Abingdon, England)*. 2010; 23(3):405.
15. Shaw-Battista J, Belew C, Anderson D, van Schaik S. Successes and Challenges of Interprofessional Physiologic Birth and Obstetric Emergency Simulations in a Nurse-Midwifery Education Program. *Journal of midwifery & women's health*. 2015; 60(6):735–743.
16. Vermeulen J, Beeckman K, Turckin R, van Winkel L, Gucciardo L, Laubach M et al. The experiences of last-year student midwives with High-Fidelity Perinatal Simulation training: A qualitative descriptive study. *Women and birth: Journal of the Australian College of Midwives*. 2017; 30(3):253–261.
17. Helfferich C. Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden; 2011.
18. Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2018.

Vegane Ernährung in der frühkindlichen Phase – Ein Literaturreview

Vegan diet for children under two years – a literature review

Hintergrund: Eine vegane Ernährung weicht von den offiziellen Empfehlungen zur frühkindlichen Ernährung (< 24 Monate) ab und wird von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) nicht empfohlen. Andere Fachgesellschaften wie die Academy of Nutrition and Dietetics (AND) halten eine gut geplante vegane Ernährung hingegen in jeder Lebensphase für geeignet.

Fragestellungen: Welche Evidenzen gibt es zur veganen Ernährung in der frühkindlichen Phase? Welche Unterschiede gibt es im Wachstum, in der Gesundheit und der Nährstoffzufuhr zwischen vegan und omnivor ernährten Kindern? Kann eine frühkindliche vegane Ernährung empfohlen oder nicht empfohlen werden und wie kann sie im Hinblick auf die Nährstoffversorgung sicher gestaltet werden?

Methodik: Im Februar 2020 wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Embase, Medline, MIDIRS und Cochrane durchgeführt. Die Suche wurde begrenzt auf Arbeiten in deutscher oder englischer Sprache und auf eine Studienpopulation mit einem Alter von 0-24 Monaten oder vegan lebende, stillende Frauen aus Industrieländern. Außerdem wurden aktuelle Handlungsempfehlungen berücksichtigt.

Ergebnisse: Es wurden drei Querschnittstudien zu Wachstum und Gesundheit vegan ernährter Kinder, vier Querschnittstudien zum Nährstoffgehalt von Muttermilch vegan lebender Frauen im Vergleich zu omnivor ernährten Frauen, ein systematisches Review mit Metaanalyse zur Sicherheit von Muttermilchersatznahrung und vier Handlungsempfehlungen, die von 2015 bis 2020 publiziert wurden, eingeschlossen. Vegan ernährte Kinder liegen im Wachstum im Normbereich, sind jedoch tendenziell etwas kleiner und leichter als omnivor ernährte Kinder. Im Vergleich zu omnivor ernährten Kindern nehmen sie mehr Kohlenhydrate und Ballaststoffe und weniger Gesamtprotein, Gesamtfett und Zucker auf. Die durchschnittliche Nährstoffdichte ist höher. Eine Studie berichtete eine geringere Energieaufnahme im Vergleich zur Referenzbevölkerung, die aber in einer anderen Arbeit mit strukturgleicher Vergleichsgruppe nicht gefunden werden konnte. Im Nährstoffgehalt von Muttermilch veganer Frauen gibt es keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Vitamin-B12-Gehalts. Jedoch ist die Zusammensetzung des Fettsäureprofils unterschiedlich, ohne dass hieraus negative Effekte für die Gesundheit des Kindes abgeleitet werden können. Sojabasierte Muttermilchersatznahrung scheint sicher in Bezug

Background: Official dietary recommendations for children under 24 months exclude a vegan diet, nor is it recommended by the Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE). In contrast, the Academy of Nutrition and Dietetics (AND) and other nutrition associations claim that a well-planned vegan diet is suitable in every stage of life.

Objective: The objective of this review is to examine the evidence regarding a vegan diet for children aged 0 - 24 months as to whether there are differences in health, growth and nutrient supply between vegan and omnivorous children in this age group. Furthermore, it aims to clarify whether a vegan diet can be recommended for children below two years of age, and if so how to safely implement a vegan diet in this age group.

Method: A literature search was conducted of the databases Embase, Medline, MIDIRS and Cochrane in February 2020. Inclusion criteria were German or English language, study population age 0 - 24 months or vegan breastfeeding women from industrialised countries. In addition, the latest guidance on vegan diet for children was included.

Results: The literature search identified three cross-sectional studies on health and growth of vegan children, four cross-sectional studies on nutritional content of breast milk of vegan women compared to omnivorous women, one systematic review with meta-analysis on the safety of soy-based formula, and four papers younger than five years giving recommendations on vegan diet in the first two years of life. Children following a vegan diet were found to be within normal range for growth but tended to be smaller and weigh less than omnivorous children. In comparison to an omnivorous diet, a vegan diet has higher average nutrient density and vegan children have a higher intake of carbo-hydrates and fibre, but a lower intake of total protein, total fat and sugar. One study reported a lower total energy intake compared to the omnivorous reference group, which was not replicated in another study when compared groups were matched. No significant differences were found in the breastmilk of vegan women regarding Vitamin B12 content, but the fatty acid profile differed to that of omnivorous women. No negative effect of this difference could be detected. Soy-based formula appears to be safe regarding nutritional supply and growth. The latest guidance on a vegan diet for children was found to be heterogeneous and can be a useful reference for the safe implementation of a vegan diet.

auf Nährstoffversorgung und Wachstum zu sein. Die aktuellen Handlungsempfehlungen sind relativ heterogen, können eine sichere Umsetzung jedoch unterstützen.

Schlussfolgerungen: Insgesamt gibt es weiteren Forschungsbedarf zu Auswirkungen der veganen Ernährung in der frühkindlichen Phase. Es gibt jedoch Hinweise, dass eine gut geplante vegane Ernährung alle Anforderungen an eine gesunde Ernährung erfüllt, weshalb vegan lebende Familien wertfrei aufgeklärt und durch Fachpersonal kompetent unterstützt werden sollten.

Schlüsselbegriffe: Vegane Ernährung, Kleinkind, Gesundheit, Wachstum, Entwicklung

Autorin: Jessica Scholz B.Sc.

Kontakt: hello@jessicascholz.de

Die Arbeit wurde an der Hochschule für Gesundheit, Bochum, unter der Betreuung von Frau Prof.in Dr. Nicola H. Bauer zur Erlangung des Grades Bachelor of Science vorgelegt.

Conclusion: Further research is needed on the effects of a vegan diet in children under two years of age. There are indications that a well-planned vegan diet meets all the nutritional requirements of a healthy diet. Families following a vegan diet should therefore be neutrally informed and competently supported by their healthcare providers.

Keywords: vegan diet, infant, health, growth, development

„Gewalt in der Geburtshilfe“ als curricularer Bestandteil der Hebammenqualifizierung “Obstetric violence” as a curricular component of midwifery qualification

Hintergrund

„Gewalt in der Geburtshilfe“ ist in Deutschland wissenschaftlich nicht eindeutig definiert. Das liegt vor allem daran, dass Gewalt sehr vielgestaltig ist und auf individuellen Wahrnehmungen basiert [4]. In dieser Arbeit wird sich an der Definitionsannahme von Mascha Grieschat, Geburtsbegleiterin und Gründerin der Initiative Gerechte Geburt e.V., orientiert. Sie versteht unter dem Terminus „Gewalt in der Geburtshilfe“ Handlungen, Vorgänge und/oder systemische sowie soziale Zusammenhänge, die sich während der Schwangerschaft, unter der Geburt oder im Wochenbett negativ beeinflussend, verändernd oder schädigend auf Frauen und ihre Kinder auswirken. Zusätzlich können davon indirekt auch Partner*innen, geburtshilfliches Personal oder Angehörige betroffen sein [8]. Der Fokus liegt hierbei aber vordergründig auf Gewalt gegen Frauen im Rahmen der Geburtshilfe, was folgend unter „geburtshilflicher Gewalt“ verstanden wird, da es ein geburtshilfliches Handeln voraussetzt, das nur Personal ausüben kann. „Geburtshilfe“ ist jedoch nicht nur die vulnerable Situation, in der eine Frau ein Kind bekommt, sondern es ist genauso ein Arbeitsplatz von Hebammen sowie pflegendem und ärztlichem Personal. Als „Gewalt“ definiert die WHO im Setting der Gesundheitsversorgung den „absichtliche[n] Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt“ [19, S. 6]. Angehörige verschiedener Berufsgruppen innerhalb der Geburtshilfe können somit auch direkt von Gewalt betroffen sein, wenn sich zum Beispiel Klient*innen oder deren Angehörige ihnen gegenüber gewalttätig verhalten oder Gewalt unter geburtshilflichem Personal ausgeübt wird. Aus diesem Grund umfasst „Gewalt in der Geburtshilfe“ in dieser Arbeit sowohl die „geburtshilfliche Gewalt“ als auch die Gewalt am Arbeitsplatz, da (werdende) Hebammen mit beiden Formen in der Praxis und/oder im späteren Berufsleben konfrontiert werden können. Situationen, in denen „Gewalt in der Geburtshilfe“ auftritt, bedeutet für Hebammenstudierende Stress, Hilflosigkeit, Überforderung, Angst, Ärger und/oder Scham. Das hat unmittel-

telbar Auswirkungen auf ihre Arbeitsweise. Langfristig kann es zu einem emotionalen Rückzug, sekundärer Traumatisierung, der Überlegung, den Beruf nicht ausüben zu können, oder auch zum Abbruch des Studiums führen [3, 10, 12, 16, 18]. Bislang ist „Gewalt in der Geburtshilfe“ jedoch kein Pflichtthema in der primären Hebammenqualifizierung, obwohl eine Prävalenz bis zu 78% geschätzt wird [1, 4, 7, 9, 11, 12, 15, 17]. Die neue HebStPrV beinhaltet nun im Vergleich zur vorherigen HebAPrV die zu erwerbenden Kompetenzen im Hebammenstudium, auf deren Grundlage das modulare Curriculum von jeder Hochschule individuell erstellt wird. Im Kompetenzbereich 3 und 4 sind unter anderem Fachkompetenzen gefordert, die auch für „Gewalt in der Geburtshilfe“ essenziell sind, wie zum Beispiel wertfreie Betreuung oder personen- und situationsangepasste Kommunikation [2].

Ziel

Das Ziel der Arbeit ist, empirisch begründete Empfehlungen zu entwickeln, welche für die Erstellung potenzieller Lehrkonzepte in der (primären) Hebammenqualifizierung dienen könnten. Es wird deswegen untersucht, wie Hebammenstudierende derzeit mit „Gewalt in der Geburtshilfe“ konfrontiert werden und welche Aspekte für eine optimale Qualifizierung zu diesem Thema relevant sind. Die Salutogenese wurde als theoretisches Konzept zur Bearbeitung der Fragestellungen ausgewählt, da sie bei der Wirkung von Stressoren und deren Bewältigung ansetzt und so den Kohärenzsinns der (werdenden) Hebammen fördert.

Methodik

Die Autorin führte eine deskriptive Querschnittsanalyse mittels selbsterstellter schriftlicher Online-Befragung über Google-Forms bei Hebammenstudierenden der Hochschulen Fulda und Jena durch. Insgesamt wurden über die Studiengangsleitung/-koordinatorin 179 Studierende erreicht, von denen 70 den Fragebogen erfolgreich beantworteten (Rücklaufquote 39,1%). Der Fragebogen unterteilt sich in statistische Daten, derzeitige Studiensituation und ideale Studiensituation zu „Gewalt in der Geburtshilfe“. Die Datenanalyse erfolgte mit IBM SPSS Statistics 25.

Ergebnisse

77,1% aller befragten Studierenden gaben an, „Gewalt in der Geburtshilfe“ mindestens einmal in ihrem Studium erlebt zu haben. Am belastendsten sind für diese Studierenden Folgendes: Gewaltausübung von geburtshilflichem Personal gegen Frauen/Familien (98,1% aller Teilnehmenden), Hierarchien unter geburtshilflichem Personal (79,6%), Diskrepanz zwischen Gelerntem und Praktiziertem (74,1%), fehlende(s) Wissen und/oder Handlungsalternativen (51,9%) und Gewaltausübung von Frauen/Familien gegen geburtshilfliches Personal (9,3%). 50 Studierende (71,4%) gaben an, sich über ihr Studium hinaus zur Thematik selbstständig weiterzubilden. Jede zweite Teilnehmerin (50%) gab des Weiteren an, die Auseinandersetzung im Studium in gewissem Maße unzureichend zu finden, obwohl 98,6% der Studierenden die Thematisierung im Hebammenstudium als wichtig erachten. Die meisten Studierenden wünschen sich diesbezüglich eine frühere, häufigere und intensivere Thematisierung von „Gewalt in der Geburtshilfe“. Dies umfasst ihrer Meinung nach vor allem theoretischen Input vor dem ersten Praxiseinsatz, Informationen zum hausinternen Umgang mit Gewalt bei der Einarbeitung sowie Reflexion und Austausch nach jedem gewaltvollen Ereignis und nach jedem Einsatz. Laut den Teilnehmenden solle sich die Thematik im besten Fall modularisiert durch den seminaristischen und fachpraktischen Unterricht zu Geburtshilfe, Schwangerschaft, Wochenbett und Ethik ziehen. Die inhaltlichen Schwerpunkte einer Sensibilisierung liegen laut der Daten auf dem Erlangen individueller Umgangs- und Bewältigungsstrategien, Möglichkeiten der Prävention und Wissen über Hilfsangebote.

Diskussion

Durch das methodische Vorgehen konnte ein erster explorativer Einblick zur Thematik gegeben werden. Für eine repräsentative Aussage wäre es zukünftig notwendig, mit Zufallsstichproben zu arbeiten oder eine Gesamterfassung der Grundgesamtheit durchzuführen. Für weitere Arbeiten wäre es auch interessant, mit Hilfe der analytischen Statistik herauszufinden, ob bestimmte Merkmalsausprägungen wie Studienstandort, Versorgungslevel des Praxispartners oder praktische und theoretische Erfahrung in Verbindung zueinander stehen und sich auf die Thematik auswirken. Eine weitere Überlegung wäre, den Fragebogen als Evaluationsinstrument an Hochschulen einzusetzen, um deren individuelle studentische Sichtweise wahrzunehmen und so gezielter die Situation zu verbessern.

Bisherige Forschungsliteratur nähert sich einer Definition von „Gewalt in der Geburtshilfe“ an, indem sie sie als Gewalt gegen Frauen und Familien beschreibt. Im Ergebnis der Befragung war dies auch die häufigste Belastung. Die Geburtshilfe als Arbeitsplatz mit Gewalt gegen Personal ist jedoch in keiner Literaturquelle in Zusammenhang mit dem Terminus erwähnt. Gerade für die Hebammenstudierenden stellt die gegen die eigene Person gerichtete Gewalt jedoch eine große Belastung dar [5,6,14]. Sie kann einerseits zum Beispiel durch interpersonelle Hierarchien innerhalb des geburtshilflichen Personals entstehen, was die zweithäufigste Belastung darstellte. Andererseits kann Gewalt jedoch auch durch die betreuten Frauen/Familien ausgeübt werden, wie immerhin noch fast jede zehnte Teilnehmerin anmerkte. Jene Gewaltausübung ist somit auch auf jeden Fall präsent, wenn auch weniger häufig gegenüber den ersten beiden. Insgesamt liegt der bisherige Fokus jedoch hauptsächlich auf Frauen/Familien als Betroffene. Dabei zeigen die Forschungsergebnisse, dass auch das Personal inklusive der

Hebammenstudierenden betroffen sein kann. Eine Definition für „Gewalt in der Geburtshilfe“ sollte somit auch die Gewalt gegen geburtshilfliches Personal (einschließlich werdender Hebammen) beinhalten.

Die Daten des Fragebogens fassen schlussendlich Empfehlungen zusammen, wie aus Studierendensicht eine ideale Qualifizierung zu „Gewalt in der Geburtshilfe“ seitens Hochschule und Praxispartner gestaltet werden kann. Diese sind in Abbildung 1 dargestellt.

Durch den salutogenetischen Blickwinkel ergibt sich, dass das Kohärenzgefühl der Studierenden zur erfolgreichen Stressbewältigung in seinen drei Komponenten (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit) gefördert werden kann, wie in Abbildung 2 detailliert aufgeführt ist.

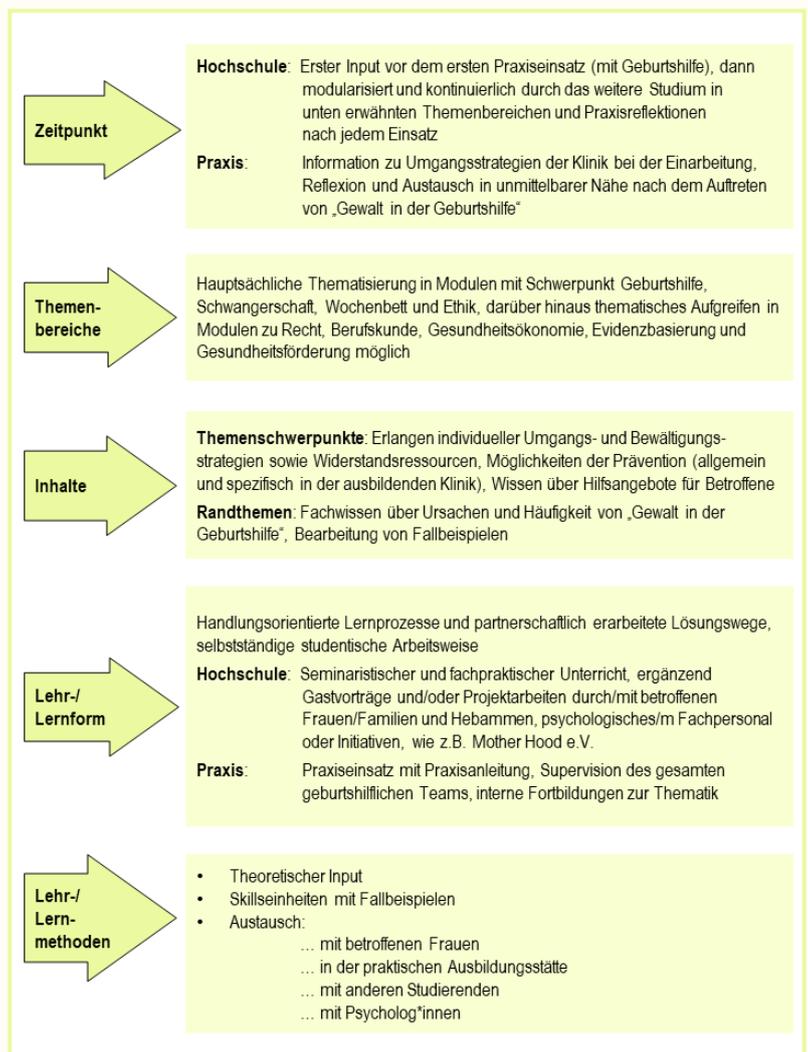


Abbildung 1: Empirisch basierte Empfehlungen zur Auseinandersetzung im Hebammenstudium

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass je öfter (werdende) Hebammen erfahren, dass sie Einfluss auf die „Gewalt in der Geburtshilfe“ haben, damit umgehen können und einen Sinn in der Auseinandersetzung sehen, desto höher ist das Kohärenzgefühl und damit auch die Arbeitszufriedenheit.

Schlussfolgerung

Die problematische Ausgangslage, dass werdende Hebammen häufig bereits in ihrer Studienzzeit „Gewalt in der Geburtshilfe“ erleben und sich dazu aber nicht ausreichend ausgebildet und sensibilisiert fühlen, zeigt sich in den Ergebnissen der Befragung. Das bisherige Hebammenstudium be-



Abbildung 2: Maßnahmen zur Stärkung des Kohärenzgefühls bei Hebammenstudierenden [13]

inhaltet noch zu wenig Auseinandersetzung mit der Thematik, sodass die neue HebStPrV dahingehend zukünftig eine erste Verbesserung sein könne. Allerdings bleibt abzuwarten, ob dadurch das aktuelle Defizit ausgeglichen werden kann. Um aus salutogenetischer Sichtweise eine erfolgreiche Bewältigung der Stressoren bei den Studierenden zu erreichen, sind also schlussendlich Hochschule und Praxispartner für eine ausreichende,

praktisch orientierte Sensibilisierung verantwortlich. Nichtsdestotrotz tragen aber auch eine einheitliche wissenschaftliche Definition, stärkere Forschung und die Problemlösung ätiologischer Faktoren von „Gewalt in der Geburtshilfe“ (z.B. Zeit- und Personalmangel) langfristig zu einer qualitativ besseren Geburtshilfe und somit wiederum auch zu einer geringeren Belastung bei (werdenden) Hebammen bei.

Autorin: Maria Schneider B.Sc.

Kontakt: maria.schnr@gmx.de

Die Arbeit wurde an der Hochschule Fulda, unter der Betreuung von Frau Prof.in Dr. Babette Müller-Rockstroh zur Erlangung des Grades Bachelor of Science vorgelegt.

Literatur

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. 2018. Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/93450/534bd1b2e04282ca14bb725d684bdf20/charta-der-rechte-hilfe-und-pflegebeduerftiger-menschen-data.pdf>. Zugriff 05.06.2020.
- Bundesministerium für Gesundheit. Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen: HebStPrV, Vol 2020; 2020. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/hebstprv/HebStPrV.pdf>. Zugriff 05.06.2020.
- DHV. Empfehlungen für traumasensible Begleitung durch Hebammen 2012:1–104. Verfügbar unter: http://www.herztoene.org/DHV_Empfehlungen-fur-traumasensible-Begleitun_2012.pdf. Zugriff 01.06.2020.
- DHV. Gewalt in der Geburtshilfe darf nicht sein: Positionspapier des Deutschen Hebammenverbands e. V. 2018:1–5.
- Franke TR. „Das Schöne wurde mir genommen“ - wie Gewalterfahrungen unter der Geburt sich auf Bonding und Stillen auswirken. Göppingen: 6. Dt. Still- und Laktationskongress; 2007:1–16.
- Franke TR. Traumasensible Hebammenschülerinnen. Deutsche Hebammen Zeitschrift. 2010:74–75.
- Gerechte Geburt. Roses Revolution: Hintergrund. 2019. Verfügbar unter: <http://www.gerechte-geburt.de/home/roses-revolution/>. Zugriff: 31.05.2020.
- Grieschat M. Gewalt in der Geburtshilfe. 2014. Verfügbar unter: <http://www.gerechte-geburt.de/wissen/gewalt-in-der-geburtshilfe/>. Zugriff 21.04.2020.
- Grieschat M. Auswertung der Roses Revolution Deutschland 2018. 2019:1–6. Verfügbar unter: <http://www.gerechte-geburt.de/home/roses-revolution/2018-auswertung/>. Zugriff 21.04.2020.
- Leinweber J. Empathiemüdigkeit: Hat emotionale Zugewandtheit ihren Preis? Die Hebamme. 2013;26:124–27. Verfügbar unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0032-1331111.pdf>. Zugriff 21.06.2020.
- Lukasse M, Schroll A-M, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, van Parys A-S, et al. Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica. 2015;94:508–17.
- Martin H, Schöneberg D, Simon-Kutscher V. Gewalt in der Geburtshilfe: Eine qualitative Forschungsarbeit zur Wahrnehmung des geburtshilflichen Personals. Bachelorarbeit. Fulda; 2019.
- Meier Magistretti C, Lindström B, Eriksson M. Salutogenese kennen und verstehen: Hogrefe; 2019.
- Mundlos C. Gewalt unter der Geburt: Der alltägliche Skandal. Tectum Sachbuch. Marburg: Tectum; 2015.
- Mundlos C. Gewalt unter der Geburt - der alltägliche Skandal. In: European Network of Childbirth Associations, editor. ENCA-Fachtagung Gewalt in der Geburtshilfe/Violence in obstetrics. 2016:25–27.
- Mundlos C. Gewalt unter der Geburt und ihre Auswirkungen. Die Hebamme. 2017;30:312–17. Verfügbar unter: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0043-116838.pdf>. Zugriff 22.06.2020.
- Nienhaus A, editor. RiRe - Risiken und Ressourcen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Heidelberg, Hamburg: Ecomed Medizin Verlag; 2014.
- Werner T. Stresserleben und Stressbewältigung in der Hebammenausbildung – eine empirische Untersuchung. Die Hebamme. 2010;23:252–57. Verfügbar unter: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0030-1267809.pdf>. Zugriff 13.04.2020.
- WHO. World report on violence and health: Summary. Geneva; 2002.

Fristen für die Einreichung von Manuskripten für die ZHWi: 30. April und 31. August jeden Jahres

Januar 2021

WHO Collaboration Centers Midwifery Network “Implementing midwife-led care globally”

20. Januar 2021 (virtuell)

Nähere Informationen unter: https://jhuson.zoom.us/webinar/register/WN_pBtoNIZnSfqSBqXILfNnoA

Februar 2021

15. Mitgliederversammlung der DGHWi

19. Februar 2021 (Ort ausstehend)

Nähere Informationen unter: <https://www.dghwi.de/veranstaltung/15-mitgliederversammlung-der-dghwi/>

März 2021

WHO CC Midwifery Network “The Quality of Care Network and midwifery”

17. März 2021 (virtuell)

Nähere Informationen unter: https://jhuson.zoom.us/webinar/register/WN_sAKO_J_kQpupQ0eHjlpPGA

April 2021

WHO CC Midwifery Network “leadership in midwifery: claiming and sustaining a place at the table”

28. April 2021 (virtuell)

Nähere Informationen unter: https://jhuson.zoom.us/webinar/register/WN_7MUUdoqtT8-gadH58Rm3Cg

Mai 2021

DHV – 16. Hebammenkongress: Das nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“

10. April - 12. April 2021 (virtuell)

Nähere Informationen unter: <https://hebammenkongress.de/>

32nd ICM Triennial Congress

30. Mai - 03. Juni 2021 (virtuell)

Nähere Informationen unter: <https://www.midwives2020.org/>

Juni 2021

47. Jahrestagung der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI)

17. Juni - 19. Juni 2021, Wien, Österreich

Nähere Informationen unter: www.gnpi2021.de

Juli 2021

Hebammenwissenschaftliches Promotionskolloquium

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Nähere Informationen und genauer Termin bei: Dr. Gertrud M. Ayerle, E-Mail: gertrud.ayerle@medizin.uni-halle.de

Oktober 2021

Ethische Herausforderungen in der Geburtshilfe – 5. Fachtagung Geburtshilfe

08. Oktober 2021, Bern, Schweiz

Nähere Informationen unter: <https://www.bfh.ch/de/aktuell/veranstaltungen/fachtagung-geburtshilfe/>

Vorstand der DGHWi

Vorsitzende

Elke Mattern M.Sc.

Hebamme, Familienhebamme, Gesundheits- und Pflege-
wissenschaftlerin, Doktorandin
E-Mail: vorsitzende@dghwi.de

Stellvertretende Vorsitzende

Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA

Hebamme, Erziehungswissenschaftlerin, Master in Health
Administration
E-Mail: stellvertr.vorsitzende@dghwi.de

Schriftführerin

Caroline Agricola B.Sc.

Hebamme
E-Mail: schriftfuehrerin@dghwi.de

Schatzmeisterin

Kerstin Böhm M.A.

Hebamme, Lehrbeauftragte der EHB
E-Mail: schatzmeisterin@dghwi.de

Beisitzerinnen

Prof. Dr. Barbara Baumgärtner

Hebamme, Lehramt Pflegewissenschaft, Diplom für Berufs-
pädagogik, Public Health
E-Mail: beisitzerin.bb@dghwi.de

Dr. Astrid Krahl

Hebamme, Dipl. Pflegewirtin, Gesundheitswissenschaftlerin
E-Mail: beisitzerin.ak@dghwi.de

Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde

Hebamme, Master Health Professions Education
E-Mail: beisitzerin.jpm@dghwi.de

Impressum

Herausgeberin (Sponsor)

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

Geschäftsstelle (Office)

Postfach 1242, 31232 Edemissen
FAX: 05372-971878

Editors in chief

Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA, Dr. Annekatriin Skeide

Assistant editors

Friederike M. Hesse B.A., B.Sc., Marielle Pommereau B.A.,
Sue Travis MMid (Reviewprozess/review procedure)

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. Beate Schücking.

Erweiterter (extended) Reviewboard

Dr. Gertrud M. Ayerle, Dr. Barbara Baumgärtner, Prof. Dr. Beate
Blättner, Dr. Anke Berger, Prof. Dr. Andreas Büscher, Dr. Lena Dorin
MPH, Prof. Dr. Manuela Franitza, Prof. Dr. 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
Metzing, Michaela Michel-Schuldt M.Sc. Midwifery, Prof. Dr. Jessica
Pehlke-Milde, Dr. Beate Ramsayer, Dr. Nina Reitis, Dr. Tanja Richter,
Prof. Dr. Rainhild Schäfers, Prof. Dr. Birgit Seelbach-Göbel, Dr. Katja
Stahl, Dr. Sabine Striebich, Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA,
Dr. Oda von Rahden, Carmen Wyss M.A.

Lektorat (Editorial staff)

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

Layout

Dr. Gertrud M. Ayerle, Claudia Graf-Pfohl M.A.

Druck (Printing house): Viaprinto, Münster.

ISSN: 2196-4416

Copyright

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

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

Zitierung der Texte (Citation)

Autor*innen. Titel. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (*Journal of
Midwifery Science*). 2020;08(02):Seitenzahlen.

Authors. Title. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (*Journal of
Midwifery Science*). 2020;08(02): page numbers.

Datum (Date): 7.12.2020



Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
Geschäftsstelle: Postfach 1242, 31232 Edemissen
E-Mail: vorsitzende@dghwi.de
Website: www.dghwi.de