

# ZEITSCHRIFT FÜR HEBAMMENWISSENSCHAFT

*Journal of Midwifery Science*

## Themen:

- ◆ Mitgliederversammlung 2022
- ◆ Strategieprozess der DGHWi
- ◆ 6. Internationale Konferenz  
„Chancengleichheit – Equality &  
Equity in Childbirth“
- ◆ Berichte aus Sektionen
- ◆ Stellungnahmen / Leitlinien
- ◆ Establishing contact with vulnerable  
families through ‘early support’  
programmes
- ◆ Die Gesundheit von Müttern im Fokus  
der Vereinbarkeit von Beruf und  
Familie – Ein Scoping-Review
- ◆ Einblicke in Forschung/Lehre
- ◆ Junges Forum

## Kategorien

|                              |    |
|------------------------------|----|
| Editorial                    | 53 |
| Aktuelles                    | 54 |
| Sektionen / Mandate          | 62 |
| Stellungnahmen/Leitlinien    | 64 |
| Originalartikel              | 67 |
| Einblicke in Forschung/Lehre | 86 |
| Junges Forum                 | 89 |
| Termine                      | 92 |

### 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  | 53 |
| Aktuelles  |    |
| Mitgliederversammlung 2022   | 54 |
| Strategieprozess der DGHWi   | 55 |
| 6. Internationale Konferenz „Chancengleichheit – Equality & Equity in Childbirth“                | 57 |
| Sektionen / Mandate  |    |
| State of the World's Midwifery Report  | 62 |
| Stellungnahmen/Leitlinien  |    |
| Änderung der Kinder-Richtlinie und Mutterschafts-Richtlinien                                     | 64 |
| Änderung der Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen                            | 65 |
| Aktueller Stand zur Leitlinienarbeit der DGHWi   | 66 |
| Originalartikel  |    |
| Establishing contact with vulnerable families through 'early support' programmes                 | 67 |
| Die Gesundheit von Müttern im Fokus der Vereinbarkeit von Beruf und Familie – Ein Scoping-Review | 72 |
| Einblicke in Forschung/Lehre   |    |
| Literatur- und Materialsuche in der Hebammengeschichte. Aktuelle digitale Recherchertools        | 86 |
| Junges Forum   | 89 |
| Termine  | 92 |
| Vorstand: Kontaktangaben   |    |
| Impressum  |    |

Liebe Leserinnen und Leser,  
liebe Mitglieder der DGHWi,

die vergangenen Bundestagswahlen machen es uns vor: Auch wenn es neues Personal in der Regierung gibt und entsprechend der parteilichen Ausrichtung nun andere Schwerpunkte gesetzt werden, braucht es doch ein gewisses Maß an Kontinuität in den zentralen Zielsetzungen, beispielsweise bei der Bewältigung der Pandemie oder des Klimawandels. Nicht anders ist die aktuelle Situation in unserer Fachgesellschaft. Vor dem Hintergrund, dass der Großteil des bisherigen Vorstandes nicht ein weiteres Mal für die anstehenden Vorstandswahlen zur Verfügung stehen wird, sind Mitglieder gefragt, die gewillt sind, die zentralen Zielsetzungen der DGHWi (unter eigener Schwerpunktsetzung) kontinuierlich weiterzuverfolgen: Die Unterstützung des wissenschaftlichen Diskurses in unserer Disziplin, die Förderung von Forschung und Lehre und die Gewährleistung des wissenschaftstheoretischen und methodologischen Pluralismus.

Die stetige und eindrucksvolle Zunahme der Mitgliederzahlen im zu Ende gehenden Jahr zeigt, dass die Arbeit der DGHWi auf Interesse stößt und immer mehr Kolleg\*innen nicht nur den wissenschaftlichen/fachlichen Austausch suchen, sondern sich einbringen wollen in die dynamischen und spannenden Prozesse im Feld der Hebammenwissenschaft und der Geburtshilfe. Auch die Arbeit im Vorstand gestaltet sich dementsprechend dynamisch und breit aufgestellt. Wie Sie in diesem Heft lesen können, wurden von den aktuellen Mitgliedern des Vorstandes in den vergangenen Monaten unter Einbezug eines professionellen Coachings Ideen für die Gestaltung der Führungsstrukturen der Fachgesellschaft entwickelt. Diese sollen es einerseits dem nachfolgenden, neu zu bildenden Team erleichtern, die anstehenden Aufgaben erfolgreich anzugehen, andererseits sollen transparente Verfahren und Abläufe den anwachsenden Mitgliederzahlen gerecht werden. Seien Sie also dabei und gestalten Sie mit, gerne im Rahmen der Vorstandsarbeit oder wo auch immer Sie Ihre Interessen verorten.

Einen Ausschnitt der Aktivitäten unserer Mitglieder können Sie wie gewohnt in dem vorliegenden Heft kennenlernen:

Mitglieder der Sektion Internationales berichten über den „State of the World’s Midwifery (SoWMY)“-Report des United Nations Population Fund. Die Lektüre macht betroffen anlässlich der hier aufgezeigten Mangelsituation im Bereich der Hebammenversorgung, die weltweit unabhängig vom Einkommen und Entwicklungsstand der Staaten besteht. Der Report weist jedoch auch anhand von Berechnungen nach, wieviel Potenzial für die langfristige Gesundheit von Frauen, Kindern und Familien in einer angemessenen Versorgung mit Hebammenleistungen liegt.

Lena Agel als Leitlinienbeauftragte gibt einen Überblick über die in diesem Jahr begonnenen und beendeten Aktivitäten im Bereich der Leitlinienerstellung. Neben allen anderen in diesem Zusammenhang bearbeiteten Themen dürfen wir besonders gespannt sein auf die nach S3-Standard begonnene Leitlinienerstellung zum Thema „Fetale Überwachung (Indikation und Methodik zur fetalen Zustandsdiagnostik in der Schwangerschaft)“, welche ähnlich wie schon die S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ das Potenzial aufweist, die physiologischen Vorgänge während der Schwangerschaft wieder mehr in den Vordergrund zu rücken.

Zu lesen sind auch wieder zwei Originalartikel. So hat sich die Forschungsgruppe um Annika Bode im Rahmen eines internationalen Scoping-Reviews mit der Frage beschäftigt, wie es um die Gesundheit von Müttern steht unter Einbezug der Einflussfaktoren Beruf und Familie – ein Thema, das sicher viele von uns aus eigener Erfahrung als Herausforderung erleben. Dass bisher, wie die Autorinnen sagen, nicht ausreichend untersucht ist, welche Konsequenzen sich aus den individuellen Lebenslagen für die Gesundheit von Müttern in Deutschland ergeben, ist daher erstaunlich genug.



Joana Streffing und ihre Kolleginnen beforschten mithilfe eines Mixed-Methods-Designs die Erreichbarkeit von vulnerablen Familien in den Frühen Hilfen. Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit können durch ihren unmittelbaren Anwendungsbezug einen wichtigen Beitrag zur Versorgung im Bereich der Frühen Hilfen leisten.

Im Gebiet der Forschung erfahren wir von Christine Loytved, welche aktuellen frei verfügbaren digitalen Recherchertools im Bereich der Geschichtswissenschaften für das Forschungsgebiet der Hebammengeschichte zur Verfügung stehen. Alle Interessierten können damit ihre Recherche-Kenntnisse auffrischen und den wissenschaftlichen Nachwuchs entsprechend schulen.

Auch das Junge Forum ist mit einem Beitrag von Carolin Jülich vertreten. In ihrem Beitrag stellt sie die Ergebnisse ihrer Masterarbeit zum „Erleben subpartaler Eigenkontrolle von Gebärenden im Raum Osnabrück“ dar, womit sie eine Thematik aufgreift, die in Deutschland bisher nur wenig beforscht wurde.

Zum Schluss möchte ich Sie noch auf die Mitgliederversammlung der DGHWi am Donnerstag, 10. Februar 2022, hinweisen sowie auf die 6. Internationale Konferenz mit dem Motto „Equality & Equity in Childbirth – Chancengleichheit“, die im Anschluss am 10. und 11. Februar 2022 an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) stattfindet. Von der Planungsgruppe wurde unter Beteiligung der zahlreichen Wissenschaftler\*innen, die in Winterthur über ihre jeweiligen Projekte berichten möchten, ein facettenreiches Programm erarbeitet. Tickets zum Early-Bird-Preis gibt es noch bis 30. November.

Ihnen allen wünsche ich an dieser Stelle eine ruhige und fröhliche Weihnachtszeit und eine anregende Lektüre. Ich freue mich auf ein Wiedersehen in Winterthur!

Mit besten Grüßen,

*Prof. Dr. Barbara Baumgärtner*

Beisitzerin im Vorstand der DGHWi

## Die Mitgliederversammlung 2022 kann hybrid durchgeführt werden

Die aktuelle Satzung der DGHWi e.V. lässt es grundsätzlich nicht zu, dass Mitglieder an der Mitgliederversammlung teilnehmen können, ohne physisch am Ort der Versammlung anwesend zu sein.

Die Möglichkeit einer virtuellen Mitgliederversammlung, die wir im Februar 2021 durchgeführt haben, ergab sich aus einem *Gesetz zur Abmilderung der Folgen der COVID-19-Pandemie im Zivil-, Insolvenz- und Strafverfahrensrecht* vom 27. März 2020 (BGBl. I Nr. 14 S. 569). In diesem Gesetz wurde in Artikel 2, dem *Gesetz über Maßnahmen im Gesellschafts-, Genossenschafts-, Vereins-, Stiftungs- und Wohnungseigentumsrecht zur Bekämpfung der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie* in § 5 auch eine Änderung des Rechts für Vereine und Stiftungen formuliert. Dem Vorstand eines Vereins steht damit laut Absatz 2 das Recht zu, abweichend von dem Wortlaut der Satzung, eine „Mitgliederversammlung ohne Anwesenheit am Versammlungsort“ einzuberufen, auf der „Mitgliederrechte über elektronische Kommunikation“ ausgeübt werden können (BGBl. I Nr. 14 S. 569). Weitere Änderungen des Vereinsrechts betrafen die Verlängerung der „Amtszeit [...] bis zur Bestellung [s]eines Nachfolgers“ (Absatz 1), um die Vereine geschäftsfähig zu halten und in Absatz 3 eine mögliche Beschlussfassung auf schriftlichem Weg, ohne die Einberufung einer Mitgliederversammlung. Der Paragraph 7 regelt, dass § 5 „nur auf im Jahr 2020 ablaufende Bestellungen [...] und im Jahr 2020 stattfindende Mitgliederversammlungen von Vereinen anzuwenden“ ist (BGBl. I Nr. 14 S. 569). Am 20. Oktober 2020 wurde diese zeitliche Begrenzung bis zum 31. Dezember 2021 verlängert (BGBl. I Nr. 48 S. 2258).

Nachdem bei einer Gesetzesänderung am 28. Oktober 2020 auch das Parteienrecht in § 5 aufgenommen wurde (BGBl. I Nr. 49 S. 2264), trat am 22.12.2020 eine weitere Änderung des Vereinsrechts in Kraft: die jährlich stattfindenden Mitgliederversammlungen konnten insgesamt

ausgesetzt werden, „solange die Mitglieder sich nicht an einem Ort versammeln dürfen und die Durchführung [...] im Wege der elektronischen Kommunikation [...] nicht zumutbar ist“ (BGBl. I Nr. 67 S. 3328).

Die DGHWi hat ihre Mitgliederversammlung im Februar 2021 per Zoom durchgeführt und Abstimmungen gemäß § 5 Absatz 2 über ein Tool der Zoom-Software digital vorgenommen. Dies hat gut funktioniert und resultierte in dem Wunsch der Mitglieder, auch folgende Versammlungen zumindest teilweise digital durchzuführen. Zum einen müssen nicht alle Mitglieder anreisen, um die Mitgliederversammlung mit zu gestalten, zum anderen liegen Ergebnisse von Abstimmungen sofort vor und die langwierige Stimmzählung kann wegfallen.

Das Vereinsrecht wurde in Artikel 15 des *Aufbauhilfegesetzes 2021* (bisher letztmalig) erneut geändert: Im § 7 Absatz 5 wurde die Übergangsregelung zu § 5 „bis zum Ablauf des 31. August 2022 [für] ablaufende Bestellungen von Vorständen von Vereinen“ und für „Versammlungen und Beschlussfassungen“ verlängert (BGBl. I Nr. 63 S. 4147).

Damit können wir die kommende Mitgliederversammlung 2022, die auf der 6. Internationalen Konferenz in Winterthur in Präsenz stattfinden wird, hybrid anbieten. Internetseiten zum Vereinsrecht raten zudem, die Satzung zu ändern, damit Mitglieder auch langfristig digital zu einer Sitzung zugeschaltet werden können. Der Vorstand berät die Änderung der Satzung und wird sie in der kommenden Mitgliederversammlung zur Abstimmung stellen.

*Elke Mattern M.Sc.*

Vorsitzende der DGHWi e.V.

## Zur Wahl des Vorstands auf der kommenden Mitgliederversammlung

Es ist schon wieder soweit: Die Amtsperioden aller Vorstandsmitglieder enden im Februar 2022. Die Vorsitzende, die Stellvertretende Vorsitzende, die Schriftführerin, die Schatzmeisterin und 3 Beisitzerinnen wurden bei der 14. Mitgliederversammlung (MV) in Bochum gewählt. Laut Satzung beträgt die Amtsperiode 2 Jahre, eine zweimalige Wiederwahl ist möglich. Elke Mattern und Dorothea Tegethoff wurden als Vorsitzende in ihrem Amt bestätigt, Kerstin Böhm ist nach kommissarischer Übernahme des Amtes der Schatzmeisterin 2019 erstmals auf der 14. MV gewählt worden. Carolina Agricola, Barbara Baumgärtner, Astrid Krahl und Jessica Pehlke-Milde wurden neu in den Vorstand gewählt. Zur Unterstützung des Vorstands erbitten wir derzeit Beihilfe von Mirjam Peters.

Aus persönlichen Gründen werden sich leider mehrere Vorstandsmitglieder nicht erneut zur Wahl stellen. Nachfolgend stellen wir die Verantwortungsbereiche der Vorstandsämter vor. Die jeweiligen Aufgaben, die nicht einer bestimmten Funktion zuzuordnen sind, können

bei Neubesetzung der Ämter anders verteilt werden. Wir hoffen, dass sich schon im Vorfeld der Mitgliederversammlung Kandidat\*innen melden, die sich im Februar 2022 zur Wahl stellen.

### Vorsitzende\*r

Die\*der Vorsitzende der DGHWi vertritt die Fachgesellschaft bei vertraglichen Regelungen, plant gemeinsam mit den anderen Vorstandsmitgliedern die Vorstandssitzungen und Mitgliederversammlungen, ist verantwortlich für die inhaltliche Ausrichtung der Fachgesellschaft entsprechend der bestehenden Satzung und repräsentiert die Fachgesellschaft nach außen. Einerseits sind die laufenden Vereinsgeschäfte zu regeln, die zu großen Teilen durch die Geschäftsstelle übernommen werden. Auch die Koordination der Stellungnahmen der DGHWi, die die Stellungnahmebeauftragten übernimmt, und die Beteiligung an Leitlinien, deren Organisation die Leitlinienbeauftragte koordiniert, gehören zu den laufenden Aufgaben sowie der Kontakt zu Mandatsträger\*innen und Sektionssprecher\*innen. Einzelne Vorstandsmitglieder überneh-

men den direkten Kontakt, während alle oder mindestens vier der sieben Vorstandsmitglieder jeweils an der Durchsicht abzustimmender Texte, die im Namen der Fachgesellschaft erstellt werden, mitarbeiten.

Andererseits muss die Fachgesellschaft auch im Kontakt zu ihren Mitgliedern und potenziellen Mitgliedern, anderen Fachgesellschaften und politisch präsent sein. Auch Kontakte zu den Berufsverbänden der Hebammen und den Ausbildungsstätten sind wichtig.

Elke Mattern, die seit 4 Jahren Vorsitzende der DGHWi ist, wird sich im Februar 2022 nicht wieder zu Wahl stellen.

#### **Stellvertretende\*r Vorsitzende\*r**

Zu den Aufgaben der\*des stellvertretenden Vorsitzenden gehören alle bei der\*dem Vorsitzenden genannten Tätigkeiten. Vieles davon geschieht in Zusammenarbeit mit anderen Vorstandsmitgliedern und der Geschäftsstelle.

Auch die stellvertretende Vorsitzende, Dorothea Tegethoff, wird sich im Februar 2022 nicht wieder zur Wahl stellen, da sie sich auf ihre Aufgaben als Co-Editor-in-Chief der ZHWi konzentrieren will.

#### **Schriftführer\*in**

Die\*der Schriftführer\*in ist für die Vorbereitung der monatlichen Vorstandssitzungen, die Erstellung der Tagesordnungen und die Protokollierung verantwortlich. Darüber hinaus unterstützt sie bei der Erstellung, Kommentierung und Abstimmung von Veröffentlichungen der DGHWi wie Stellungnahmen und Positionspapieren. Die Pflege der Website führt die\*der Schriftführer\*in in Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle durch.

Caroline Agricola wird ab Februar 2022 nicht mehr als Schriftführerin zur Verfügung stehen.

#### **Schatzmeister\*in**

Die\*der Schatzmeister\*in ist für den gesamten Zahlungsverkehr, die Buchhaltung, den Jahresabschluss und die Mitarbeiterinnenverwaltung zuständig. Die Mitgliederverwaltung teilt sie sich mit der Mitarbeiterin in

der Geschäftsstelle. Außerdem steht sie\*er in engem Kontakt mit dem Steuerberatungsbüro, das die Lohnbuchhaltung für die DGHWi durchführt und die Steuererklärung erstellt. Darüber hinaus fallen die Ausfertigung und die Abwicklung von Verträgen ebenso in den Aufgabenbereich der\*des Schatzmeisterin\*meisters wie das Einholen von Kostenvoranschlägen und die Beteiligung an der Organisation unserer Fachkonferenz.

#### **Beisitzer\*innen**

Die Beisitzer\*innen wirken in unterschiedlicher Form an der Arbeit des Vorstandes mit. Sie nehmen an den Vorstandssitzungen teil, um die anliegenden Themen mit zu diskutieren und zu entscheiden. Sie wirken auch bei der Entscheidung über Stellungnahmen, Leitlinien und anderen Publikationen der DGHWi mit. Darüber hinaus können sie eigene Schwerpunkte setzen, z. B. vertritt Barbara Baumgärtner den Vorstand in allen Hochschulangelegenheiten, während Astrid Krahl für den Vorstand den Kontakt mit der Leitlinienbeauftragten gehalten hat.

Im Rahmen des *Strategieprozesses*, den der Vorstand in den letzten Monaten verfolgte, entstand die Idee einer neuen inhaltlichen Verantwortlichkeit der Beisitzer\*innen:

Ein\*e Beisitzer\*in ist für Öffentlichkeitsarbeit zuständig; ein\*e weitere\*r Beisitzer\*in ist für alle Fragen im Zusammenhang mit der Erstellung von Leitlinien verantwortlich; die\*der dritte Beisitzer\*in kümmert sich um die Stellungnahmen.

Für die drei genannten Themen sollen als Ergebnis des *Strategieprozesses* Unterstützungsstrukturen geschaffen werden. Näheres dazu finden Sie im Beitrag zum *Strategieprozess* von Elke Mattern.

*Dorothea Tegethoff*

Stellvertretende Vorsitzende der DGHWi e.V.

## **Strategieprozess der DGHWi**

Am letzten Oktoberwochenende 2021 hat sich der Vorstand der DGHWi erstmalig in Kleinmachnow bei Dorothea Tegethoff in Präsenz treffen können. Das war wirklich schön, intensiv, effektiv und erfolgreich. Und läutet die Veränderungen ein, die wir den Mitgliedern der DGHWi auf der kommenden Mitgliederversammlung zur Diskussion stellen wollen.

Angefangen hat alles mit einem Online-Treffen zur Durchführung eines *Strategieprozesses* im Mai 2021, bei dem der Vorstand mit zwei professionellen Moderatorinnen an den Kernaufgaben, Kernzielen und Vorstellungen zur Vorstandsarbeit gearbeitet hat. Mit einer Auflistung aller Aktivitäten für die DGHWi und die sukzessive Zuordnung der Arbeitsstunden jeden Vorstandsmitglieds, wurde ersichtlich, dass die Aufgaben des Vorstandes verschlankt und einzelne Aufgabenpakete abgegeben werden müssen. Zum einen, weil der ehrenamtliche Anteil für die DGHWi teilweise 30% des gesamten Arbeitsaufkommens jeder

Einzelperson übersteigt, und zum anderen, weil die zu bearbeitenden Themenbereiche so speziell sind, dass sich nicht jedes Vorstandsmitglied in jede Thematik einarbeiten und diese unter Zeitdruck bearbeiten kann. Zudem muss die Arbeit auch für kommende Kolleg\*innen, die sich zur Wahl stellen, bei dem derzeit sowieso hohen Arbeitsaufkommen in den Hochschulen, Schulen und der praktischen klinischen und außerklinischen Arbeit, leistbar sein.

Von der Idee Doktor\*innen und Professor\*innen, die im Vorstand vertreten sein sollen (siehe Satzung), durch ein Gehalt zu entlohnen, haben wir uns schnell verabschiedet: die Arbeit lebt vom Ehrenamt neben der hauptberuflichen Beschäftigung mit Lehre, Forschung und Praxis. Daher schlagen wir eine Entlastung administrativer und inhaltlicher Bereiche vor, die durch Expert\*innen in Kommissionen bearbeitet werden. Eine Leitlinien- und eine Stellungnahme-Kommission soll durch

# Aktuelles

eine Auswahl durch den Vorstand besetzt werden (siehe Abbildung 1). Je eine Beisitzerin im Vorstand ist Mitglied der Kommission und fungiert als Bindeglied zwischen Vorstand und Kommission. Das Amt und die Arbeit der Leitlinien- und Stellungnahme-Beauftragten bleiben wie gehabt. Sie sind weiterhin Bindeglied zur AWMF und zur neu zu schaffenden Kommission (d.h. nicht zum Vorstand). Die Arbeit der Beauftragten kann über Honorarverträge entlohnt werden. Die Kommissionsmitglieder arbeiten ehrenamtlich, können ihr Amt in ihrer Vita aufnehmen.

Die dritte Beisitzerin kümmert sich vorrangig um die Öffentlichkeitsarbeit. Die Beschäftigung mit der Darstellung der DGHWi in Social Media, auf unserer Website und in Interviews ist wichtig und zeitraubend – eine kontinuierliche Präsenz unabdingbar. Daher schlagen wir vor, eine Pressestelle auf 450-Euro-Basis für eine professionelle Beratung und Umsetzung neu zu schaffen, die eng mit der Beisitzerin für Öffentlichkeitsarbeit zusammenarbeitet.

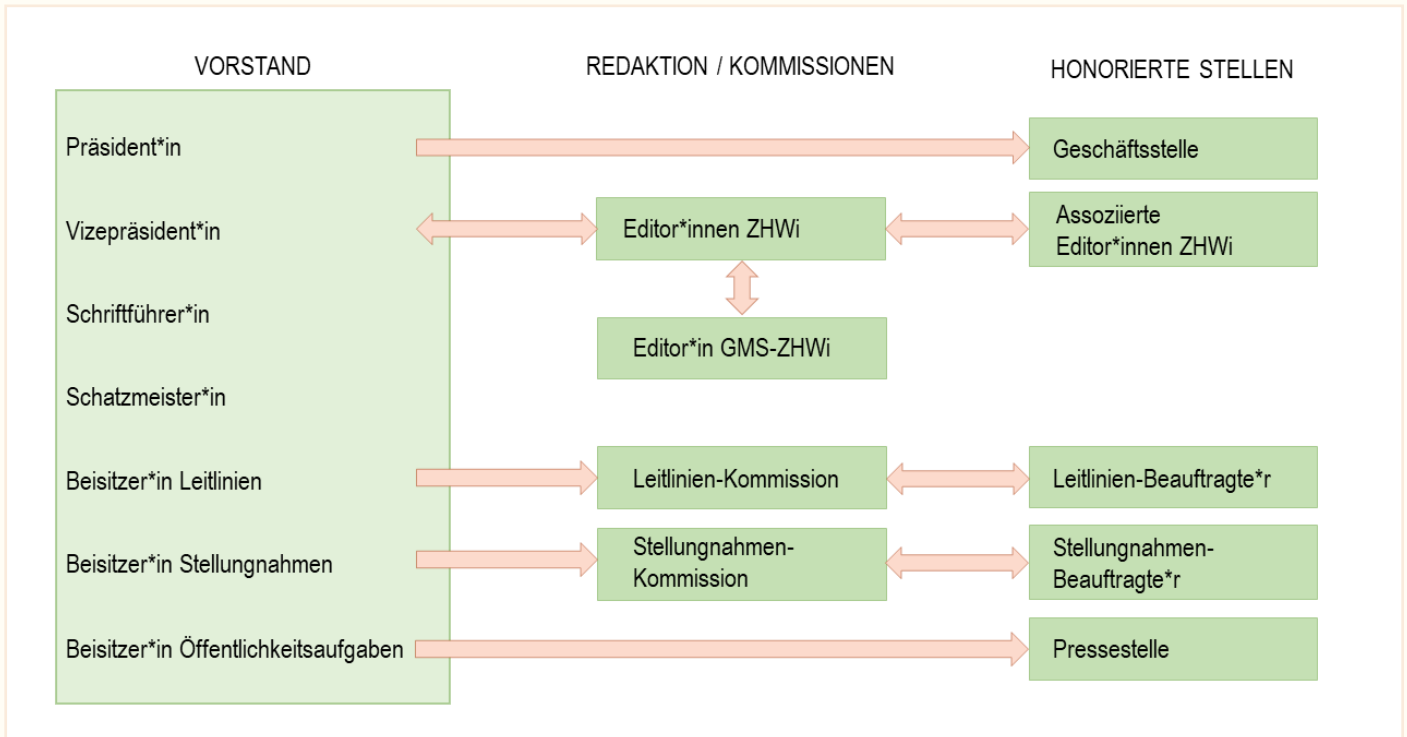


Abbildung 1: Verteilung von Zuständigkeiten und Aufgaben

Der Vorstand bleibt weiterhin für alle Belange gemeinschaftliche Leitung des Vereins (Satzung § 8.3). Die Zuordnung der Aufgaben (Leitlinien, Stellungnahmen, Öffentlichkeit) präzisiert das jeweilige Wahlamt und strukturiert die Aufteilung der Zuständigkeiten im Vorstand. Damit soll auch zukünftigen Kolleg\*innen die Bereitschaft erleichtert werden, sich zur Wahl zu stellen.

Auch mit einer Liste zu strategischen Maßnahmen, die für die DGHWi umgesetzt werden sollen, konnten wir uns weiter beschäftigen. Prioritäre Maßnahmen sind die Änderung/Anpassung der Satzung auch an die Wortwahl anderer Fachgesellschaften und digitale Kommunikationsmöglichkeiten, die Auseinandersetzung mit der Bildung einer Ethikkommission und die Bereitstellung eines Stipendiums zur Fertigstellung

einer Promotionsarbeit. Dazu hören Sie mehr von uns in einem kommenden Newsletter noch vor der Mitgliederversammlung in Winterthur. Bitte schreiben Sie mir schon jetzt, wenn Sie Verbesserungsmöglichkeiten zu unseren Vorschlägen sehen oder sich für eine bestimmte Aufgabe bereit erklären wollen.

*Elke Mattern M.Sc.*

Vorsitzende der DGHWi e.V.

## Einreichungsfristen für Manuskripte zur Veröffentlichung in der ZHWi

Das Erscheinungsdatum der Ausgaben der ZHWi ist:

- ◆ für das Sommerheft der 15.6. jeden Jahres,
- ◆ für das Winterheft der 15.12. jeden Jahres.

Grundsätzlich können Beiträge zu den verschiedenen Rubriken jederzeit eingereicht werden. Die Redaktion der ZHWi bemüht sich, dass die Beiträge im folgenden Sommer- bzw. Winterheft erscheinen.

Die **Fristen für alle Rubriken (außer Originalartikel)** sind:

- ◆ für das Sommerheft => 1.2. jeden Jahres
- ◆ für das Winterheft => 1.8. jeden Jahres.

Eine Ausnahme bilden die **Originalartikel**: Diese müssen den doppelblinden Reviewprozess erfolgreich durchlaufen, um zu erscheinen.

Die **Fristen für die Originalartikel** sind:

- ◆ für das Sommerheft => 1.10. des Vorjahres für das Sommerheft
- ◆ für das Winterheft => 1.4. für das Winterheft.

Siehe auch Seite 92.

Prof. Dr. Annkatrin Skeide, Prof. Dr. Dorothea Tegethoff

Redaktion der ZHWi

## 6. Internationale Konferenz „Chancengleichheit - Equality & Equity in Childbirth“

am 10. und 11. Februar 2022 an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)

Wir freuen uns auf ein Treffen mit Ihnen in Winterthur!

Der Call for Abstracts wurde am 19.09.2019 nach einer dreiwöchigen Verlängerung mit einem sehr erfreulichen Ergebnis in Form einer Vielzahl an eingereichten Abstracts mit unterschiedlichen Themen abgeschlossen. Im Rahmen des Calls wurden sowohl nationale als auch internationale Abstracts eingereicht. Je zwei Reviewer\*innen haben jedes Abstract beurteilt und damit die Themen ausgewählt, die auf der Konferenz vorgetragen oder in einem Workshop bearbeitet werden. Das vorläufige Programm ist auf den folgenden Seiten abgedruckt.

Präsentationen zum Motto sind am ersten Tag zu hören. Aber auch die Workshops, die am zweiten Tag geplant sind, haben Diversität und die „psychische Gesundheit bei fremdsprachigen Migrantinnen“ zum Thema. Am Vormittag des zweiten Tages werden die ersten Ergebnisse der Be-Up-Studie vorgestellt: wir freuen uns sehr, dass für die Bekanntgabe die Internationale Konferenz der DGHWi ausgesucht wurde!

Für die zahlreichen Poster sind zunächst drei Gruppen vorgesehen. Eine der Gruppen fasst eine Reihe von Erhebungsinstrumenten zusammen. Eine weitere Gruppe befasst sich überwiegend mit Lehre und Prüfungen.

Für die Anmeldung zur Konferenz ist im Vorfeld der Tagung generell eine Online-Anmeldung nötig. Sie können sich als Einzelperson in Prä-

senz oder für die Online-Teilnahme (Mitschnitt im Hörsaal) anmelden. Für die Anmeldung als Gruppe von mindestens 5 Personen in Präsenz wird je ein Auszubildenden- oder Studierendennachweis benötigt.

Die Konferenz findet nach derzeit gültigen Bestimmungen entsprechend der 3G-Regel statt: Teilnehmer\*innen, die nicht geimpft oder genesen sind, werden aufgefordert, einen gültigen Antigentest (mit QR-Code) vorzulegen. Etwaige Änderungen der gesetzlichen Bestimmungen werden wir Ihnen jeweils per E-Mail zukommen lassen.

Wenn aufgrund der Pandemie die 6. Internationale Konferenz nicht wie geplant stattfinden darf, werden wir die Veranstaltung in den Sommer 2022 verschieben. Sollten Sie Ihre Anmeldung dann stornieren, erhalten Sie den gesamten Betrag auf das gleiche Konto zurück erstattet.

Anmeldungen können über diese Webseite der DGHWi erfolgen:

<https://www.dghwi.de/veranstaltungen/internationale-konferenz/>

Wir freuen uns auf eine abwechslungsreiche und vielseitige Konferenz mit spannenden Präsentationen, Workshops, Postern und guten Gesprächen.

*Ihr Planungsteam!*

All presentations will be simultaneously translated from German into English and from English into German. The poster sessions (except one) and the workshops will be held in German and will not be translated.

*Alle Vorträge werden simultan vom Deutschen ins Englische und vom Englischen ins Deutsche übersetzt. Die Posterpräsentationen (mit einer Ausnahme) und die Workshops finden auf Deutsch statt und werden nicht übersetzt.*

A certificate of continuing education hours will be issued for participation on February 10th and 11th, 2022.

*Für die Teilnahme am 10. und 11.02.2022 wird ein Nachweis über Fortbildungsstunden ausgestellt.*

Preliminary Program of the  
**6th International Conference of the German Society of Midwifery**

*Vorläufiges Programm der*  
**6. Internationale Konferenz der DGHWi e.V.**

## **Equality & Equity in Childbirth** **Chancengleichheit**

**10 & 11 February, 2022**

Zurich University of Applied Sciences  
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)  
Katharina-Sulzer-Platz 9, CH-8401 Winterthur, Switzerland

### **Thursday, 10<sup>th</sup> February 2022**

|               |  |
|---------------|--|
| 11:00 – 15:00 | <b>General Meeting of the German Society of Midwifery / Mitgliederversammlung der DGHWi e.V.</b><br>(Lunch break included / Mittagspause eingeschlossen)   |
| 14:30 – 15:30 | <b>Registration</b>  |
| 15:30 – 15:45 | <b>Greeting and words of welcome</b>   |
| 15:45 – 16:30 | <b>Keynote</b><br><b>Implementing Midwife-led Continuity of Care (MLCC), a balancing act between science and politics.</b><br><i>Die Umsetzung von "Midwife-led Continuity of Care" - ein Balanceakt zwischen Wissenschaft und Politik.</i><br>Franka Cadée, The Netherlands   |
| 16:30 – 16:50 | <b>Presentation 1</b><br><b>Care of vulnerable women by freelance midwives. Challenges from the perspective of midwives.</b><br><i>Versorgung vulnerabler Frauen durch freiberufliche Hebammen. Herausforderungen aus Sicht von Hebammen.</i><br>Marion Schumann, Martina Schlüter-Cruse   |
| 16:50 – 17:15 | <b>Break</b>   |
| 17:15 – 17:35 | <b>Presentation 2</b><br><b>Birth Justice – intersectional perspectives in the provision of maternity care throughout pregnancy, childbirth, and parenthood.</b><br><i>Birth Justice – Intersektionale Perspektiven auf die Begleitung von Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft.</i><br>Christiane Winkler, Emine Babac                             |
| 17:35 – 17:55 | <b>Presentation 3</b><br><b>The perspective of refugee women in perinatal healthcare: translating and understanding in the context of qualitative research.</b><br><i>Die Perspektive geflüchteter Frauen in der perinatalen Gesundheitsversorgung: Übersetzen und Verstehen im Kontext qualitativer Forschung.</i><br>Milena Wegelin, Nour Abdin              |
| 17:55 – 18:15 | <b>Presentation 4</b><br><b>Abortion in Switzerland: psychosocial factors, cantonal indicators and potential preventive measures.</b><br><i>Schwangerschaftsabbrüche in der Schweiz: psychosoziale Faktoren, kantonale Indikatoren und potenzielle Präventionsansätze. [Presentation in English]</i><br>Jean Anthony Grand-Guillaume-Perrenoud, Thomas Steffen |
| 18:15 – 19:30 | <b>Get Together</b>  |



Friday, 11<sup>th</sup> February 2022

08:30 – 09:00 Registration

**Presentation 5**

09:00 – 09:20 **Acquisition of midwifery skills in birth centres: promoting equity through choice of birthplace.**  
*Erwerb von Hebammenkenntnissen in Geburtshäusern: Förderung der Chancengleichheit durch die Wahl des Geburtsortes.*  
 Nancy I. Stone, Dorothea Tegethoff, Gillian Thomson

**Presentation 6**

09:20 – 09:40 **The GestDiNa\_basic study – Partial examination of knowledge, attitudes and routines of non-clinical midwives for gestational diabetes aftercare.**  
*Die GestDiNa\_basic-Studie – Teiluntersuchung von Wissen, Einstellungen und Handlungsrouninen außerklinisch tätiger Hebammen zur Nachsorge bei Gestationsdiabetes.*  
 Dorit Müller-Bößmann, Ute Lange, Gregory Gordon Greiner

**Presentation 7**

09:40 – 10:00 **Construction and validation of a questionnaire on the job satisfaction of midwives.**  
*Konstruktion und Validierung eines Fragebogens zur Arbeitszufriedenheit von Hebammen.*  
 Joana Streffing, Gertrud Ayerle

10:00 – 10:15 Break

**Presentation 8**

10:15 – 10:35 **The randomized controlled, multicentre trial "Be-Up: Birth Active": effect of a complex intervention.**  
*Die randomisiert kontrollierte, multizentrische Studie „Be-Up: Geburt aktiv“: Effekt der komplexen Intervention.*  
 Gertrud M. Ayerle, Rainhild Schäfers, Elke Mattern, Sabine Striebich, Theresa Oganowski, Ronja Ocker, Gregor Seliger

10:35 – 10:45 Break

10:45 – 12:00 Poster session (3 groups)

12:00 – 13:30 Lunch

**Parallel Workshop 1 (80 minutes)**

13:30 – 14:50 **Eliciting perinatal mental health in foreign language immigrant women: Exploring pathways.**  
*Perinatale psychische Gesundheit bei fremdsprachigen Migrantinnen erheben: Wege erkunden.*  
 Raquel Mühlheim, Doris Wyssmüller, Brikela Andrea, Paola Ikhilor

**Parallel Workshop 2 (80 minutes)**

**Midwifery research including intersectional and diversity perspectives – potentials and challenges.**  
*Intersektionalität und Diversität in der Hebammenwissenschaft – Potentiale und Herausforderungen.*  
 Christiane Winkler, Emine Babac



**Guided tour of the Zurich University of Applied Science**  
*Führung durch die ZHAW*

14:50 – 15:00 Break

**Presentation 9**

15:00 – 15:20 **Well-being of accompanying persons during a physiological birth within the clinical trial „Be-Up“.**  
*Wohlbefinden von Begleitpersonen während einer physiologischen Geburt innerhalb der Studie „Be-Up: Geburt aktiv“.*  
 Nadine Schmitt, Gertrud Ayerle

|               |  |
|---------------|--|
| 15:20 – 15:40 | <p><b>Presentation 10</b><br/> <b>Conditions intervening the fathers' sense of security in the context of childbirth - partial results of a grounded theory study.</b><br/> <i>Intervenierende Bedingungen auf das väterliche Sicherheitsempfinden im Kontext der Geburt – Teilergebnisse einer Grounded Theory Studie.</i><br/>           Therese Werner-Bierwisch, Sabine Metzger, Claudia Hellmers</p>                                |
| 15:40 – 16:00 | <p><b>Presentation 11</b><br/> <b>Equal happiness for all? Uncertainty intolerance as a risk factor for maternal emotional adjustment in the peripartal period.</b><br/> <i>Gleiches Glück für Alle? Unsicherheitsintoleranz als Risikofaktor der maternalen emotionalen Anpassung im peripartalen Zeitraum.</i><br/>           Kristina Stanzel</p>   |
| 16:00 – 16:15 | <b>Break</b>   |
| 16:15 – 16:35 | <p><b>Presentation 12</b><br/> <b>"Experiencing pregnancy resource oriented" - The Zurich Resource Model (ZRM) as an approach toward stress reduction during the antenatal periods.</b><br/> <i>"Schwangerschaft ressourcenorientiert erleben" (SRE-Studie) - Das Zürcher Ressourcen Modell (ZRM) als Intervention zur Stressreduktion in der Geburtsvorbereitung.</i><br/>           Tamara Schneider, Julia Weber, Nicola H. Bauer</p> |
| 16:35 – 16:55 | <p><b>Presentation 13</b><br/> <b>Practical project: development of an evidence-based and woman-centered app for pregnancy.</b><br/> <i>Praxisprojekt: Entwicklung einer evidenzbasierten und frau-zentrierten App für die Schwangerschaft</i><br/>           Mirjam Peters, Rainhild Schäfers</p>   |
| 16:55 – 17:15 | <p><b>Presentation 14</b><br/> <b>Symptoms of onset of labour and their association with early labour care needs - A scoping review</b><br/> <i>Symptome des Geburtsbeginns und deren Assoziation zum Betreuungsbedarf in der Latenzphase – Ein Scoping Review</i><br/>           Susanne Grylka-Baeschlin, Antonia Müller</p>   |
| 17:15 – 17:30 | <b>Conclusion &amp; Poster Award (Gold, Silver and Bronze)</b>   |

## Poster session, 11<sup>th</sup> February 2022

10:45 – 12:00

### Group 1

|          |  |
|----------|--|
| Poster 1 | <p><b>How can a questionnaire for user-based quality measurement be implemented in midwifery?</b><br/> <i>Wie kann ein Fragebogen zur nutzerinnen-basierten Qualitätsmessung in der geburtshilflichen Versorgung implementiert werden?</i><br/>           Mirjam Peters, Rainhild Schäfers</p>   |
| Poster 2 | <p><b>The German version of the short Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI-C32): challenges and opportunities.</b><br/> <i>Die deutsche Kurzform des Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI-C32): Herausforderungen und Optimierungspotentiale.</i><br/>           Laura Andrea Zinsser, Gaby Schmidt, Kathrin Stoll, Mechthild M. Gross</p> |
| Poster 3 | <p><b>Measuring job satisfaction of hospital midwives: a scoping review.</b><br/> <i>Messung der Arbeitszufriedenheit von klinisch tätigen Hebammen: ein Scoping Review.</i><br/>           Sonja Wangler, Joana Streffing, Anke Simon, Gertrud, M. Ayerle</p>   |
| Poster 4 | <p><b>Leadership behavior of the Lead Midwife - a quantitative survey of midwives working in hospitals in Germany.</b><br/> <i>Führungsverhalten leitender Hebammen - quantitative Befragung klinisch tätiger Hebammen in Deutschland.</i><br/>           Irina Blissenbach, Michael Schuler, Nicola H. Bauer</p>                                    |

|                |  |
|----------------|--|
| Poster 5       | <p><b>Identifying women's expectations during childbirth; translation, cultural adaptation, modification and initial validation of the Childbirth Expectation Questionnaire for pregnant women with obesity.</b><br/> <i>Ermittlung von Erwartungen der Frauen an ihre Geburt: Übersetzung, kulturelle Adaptation, Modifikation und Inhaltsvalidierung des Childbirth Expectation Questionnaire für schwangere Frauen mit Adipositas.</i><br/> Fabienne Blank, Evelyne Aubry, Eva Cignacco</p>     |
| Poster 6       | <p><b>The contribution of birth preparation to the mental health of foreign-language immigrant women. A survey instrument for interpreted courses.</b><br/> <i>Der Beitrag von Geburtsvorbereitung zur psychischen Gesundheit von fremdsprachigen Migrantinnen. Ein Erhebungsinstrument für gedolmetschte Kurse.</i><br/> Raquel Mühlheim, Eva Soom Ammann, Paola Origlia Ikhilor</p>  |
| <b>Group 2</b> |  |
| Poster 7       | <p><b>Academic Education for Midwifery Science in an European Consortium with coordinated Assessment-Tools.</b><br/> <i>Hebammenwissenschaftliche Lehre im europäischen Verbund mit koordinierten Prüfungswerkzeugen.</i><br/> Matthias Hinz, Friederike Seifert, Katharina Langton, Inken Preissner</p>   |
| Poster 8       | <p><b>Contribution of midwives at schools to health promotion.</b><br/> <i>Beitrag von Hebammen an Schulen zur Gesundheitsförderung.</i><br/> Karoline Lautz, Lea Beckmann</p>   |
| Poster 9       | <p><b>Augmented Reality based training for student midwives (Heb@AR) - What kind of support do teachers need?</b><br/> <i>Augmented Reality gestütztes Lernen in der hochschulischen Hebammenausbildung (Heb@AR) – Welche Unterstützung benötigen Lehrende?</i><br/> Kristina Luksch, Annette Bernloehr, Carmen Lewa, Jonas Blattgerste, Matthias Joswig, Thorsten Schäfer, Thies Pfeiffer, Nicola H. Bauer</p>  |
| Poster 10      | <p><b>The simulation-based practical final examination (birth) in connection with the amendment of the Midwifery Act – fair or unrealistic?</b><br/> <i>Die simulationsbasierte praktische Abschlussprüfung (Geburt) in Zusammenhang mit der Novellierung des Hebammengesetzes – fair oder realitätsfern?</i><br/> Hannah Buschmann, Nicola H. Bauer, Tim Peters</p>   |
| Poster 11      | <p><b>Interprofessional preterm infant simulation training in midwifery education – basics for developing a concept.</b><br/> <i>Interprofessionelle Frühgeborenen-Simulationstrainings im Bachelorstudium Hebammenwissenschaft – Grundlagen zur Konzeptentwicklung.</i><br/> Maria Löwen, Martina Schlüter-Cruse</p>  |
| <b>Group 3</b> |  |
| Poster 12      | <p><b>Transition to parenting and mental health in the puerperium: meanings for women at risk of postnatal depression.</b><br/> <i>[Presentation in English]</i><br/> Márcio Tavares</p>   |
| Poster 13      | <p><b>Relationship between self-efficacy, fear of childbirth and birth mode as well as the individual breastfeeding history and the duration of breastfeeding of one's own child - results of a longitudinal study.</b><br/> <i>Zusammenhang von Selbstwirksamkeit, Geburtsangst und Geburtsmodus sowie der individuellen Stillhistorie und der Stilldauer des eigenen Kindes – Ergebnisse einer Longitudinalstudie.</i><br/> Annette Kluge-Bischoff, Tanja Kistler</p>                            |
| Poster 14      | <p><b>Midwives' orientation patterns while attending clinical birth – reconstruction of four central dimensions.</b><br/> <i>Handlungsleitende Orientierungen von Hebammen während der klinischen Geburt – Rekonstruktion von vier zentralen Dimensionen.</i><br/> Karolina Luegmair, Gertrud M. Ayerle</p>  |
| Poster 15      | <p><b>The significance of midwifery and touch in pregnancy.</b><br/> <i>Die Bedeutung der Berührung in der Hebammenarbeit – Berührtwerden in der Schwangerschaft.</i><br/> Franziska Stocker</p>   |
| Poster 16      | <p><b>The standing of vaginal examination during intrapartum care provided by clinical midwives- in special consideration of the implementation of the guideline "Vaginal birth at term"- a qualitative study.</b><br/> <i>Bedeutung der vaginalen Untersuchung in der klinischen Geburtsbetreuung durch Hebammen- unter besonderer Berücksichtigung der Implementierung der S3-Leitlinie "Vaginale Geburt am Termin"- eine qualitative Untersuchung.</i><br/> Liesbeth Scherzer, Karla Laitko</p> |

## State of the World's Midwifery Report: Weltweit fehlen 900.000 Hebammen

Weltweit existiert ein eklatanter Hebammenmangel: Es fehlen geschätzte 900.000 Hebammen. Dadurch werden Frauen und Kinder in den Bereichen sexuelle und reproduktive, sowie mütterliche, kindliche und jugendliche Gesundheit (englischsprachige Abkürzung: SRMNAH) schlechter betreut, als dies möglich wäre. Um die Nachhaltigkeitsziele zu erreichen, muss die Versorgungssituation in diesen Bereichen verbessert werden. Der umfassende Bericht „State of the World's Midwifery (SoWMy)“ wird im Folgenden zusammengefasst. Deutlich wird: Der Ausbau der Hebammenprofession weltweit ist der Schlüssel, um die notwendige Versorgung in den SRMNAH-Bereichen zu gewährleisten.

Hebammenmangel geht mit einer erhöhten Mütter- und Säuglingssterblichkeit sowie einem erhöhten Fehlgeburtsrisiko einher. Dies zeigt eine umfassende Darstellung und Auswertung der Hebammentätigkeit aus 194 Mitgliedsländern der WHO. Qualitativ hochwertige Hebammenarbeit hat hingegen weltweit positive Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen, Kindern und Familien. Durch eine vollständige Abdeckung der geburtshilflich relevanten Tätigkeitsfelder durch Hebammen könnte die Mütter- sowie die Säuglingssterblichkeit und die Anzahl an Totgeburten um zwei Drittel gesenkt werden. Bis zum Jahr 2035 könnten 4,3 Millionen Menschenleben gerettet werden.

Ein Mangel an adäquater Versorgung mit Hebammen besteht weltweit – unabhängig vom Einkommen und Entwicklungsstand der Staaten. Besonders betroffen sind jedoch Regionen Afrikas und der WHO Region östliches Mittelmeer. Der gesamte Fachkräftemangel betrifft schätzungsweise 1,1 Millionen Vollzeitstellen. Hierbei geht die Berufsgruppe der Hebammen mit dem größten Fachkräftemangel einher, der geschätzte 900.000 Hebammenstellen (Vollzeit) umfasst. Hebammen stellen derzeit weltweit lediglich 8% der eingesetzten Fachkräfte in den zentralen SRMNAH-Bereichen. Für das Jahr 2019 hätte der weltweite Bedarf 6,5 Billionen Arbeitsstunden mehr betragen, als geleistet wurde. Davon fallen 55% dieser Arbeitsstunden in die Bereiche der Betreuung von Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Ethnizität, Religionszugehörigkeit, Status und zahlreiche weitere Merkmale beeinflussen nach wie vor, ob Personen Zugang zu Hebammenversorgung haben. Den Zugang zu Hebammen für alle Bevölkerungsgruppen sicherzustellen ist daher essentiell, um eine optimale und gerechte Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Um nicht nur die Zugangsmöglichkeiten, sondern auch die Akzeptanz für Gesundheitsleistungen durch Hebammen zu erhöhen, müssen die Bedürfnisse und Perspektiven der verschiedenen Bevölkerungsgruppen einbezogen werden.

Das Stärken der Hebammenprofession und -kapazitäten auf allen Ebenen ist zudem Voraussetzung, um die Qualität der Hebammenversorgung zu verbessern. Qualitativ hochwertige Hebammenbetreuung geht weit über die primäre Grundversorgung rund um die Geburt hinaus. Um Frauen, Kinder und Jugendliche auf dem Kontinuum von Gesundheit und Wohlbefinden respektvoll unterstützen zu können, müssen Hebammen gut ausgebildet, eingebunden und vertreten werden.

Aufgezeigt wird das Potential, dass durch professionelle Hebammenversorgung bzw. -betreuung ein Großteil der jährlich ungefähr 300.000 mütterlichen Sterbefälle vermieden werden könnten [2]. Im SoWMy wird auf die Studie von Nove et al. Bezug genommen, in der fiktiv die Anzahl vermeidbarer mütterlicher- und kindlicher Sterbefälle in Bezug zur Abdeckung geburtshilflich relevanter Tätigkeitsfelder durch Hebammen berechnet wird [1]. Fiktiv wurden vier Entwicklungsoptionen erstellt und die Auswirkungen einer Steigerung der Anzahl an Hebammen und professioneller Hebammenversorgung auf die Vermeidung und Senkung mütterlicher und kindlicher Sterbefälle sowie Fehlgeburten berechnet:

- ◆ Option 1: Moderate Erhöhung professioneller Hebammenversorgung um 10% alle fünf Jahre
- ◆ Option 2: Erhebliche Erhöhung um 25% alle fünf Jahre
- ◆ Option 3: Universelle Abdeckung aller erforderlicher Interventionen durch Hebammen
- ◆ Option 4: Senkung professioneller Hebammenversorgung um 2% alle fünf Jahre.

Die Ergebnisse der Berechnungen zeigen, dass bereits eine moderate Erhöhung professioneller Hebammenversorgung um 10% alle fünf Jahre jährlich zu einer Senkung von 22% der mütterlichen Todesfälle, 23% der kindlichen Todesfälle und 14% der Fehlgeburten führen würde. Dies würde bis 2035 eine Vermeidung von 1,3 Millionen Todesfällen umfassen. Eine erhebliche Zunahme von Interventionen im Rahmen professioneller Hebammenarbeit um 25% alle fünf Jahre hätte im Vergleich zur derzeit existierenden Situation das Potential 41% der mütterlichen Todesfälle, 39% der kindlichen Todesfälle und 26% der Fehlgeburten zu vermeiden. Dies würde bis 2035 zur Vermeidung von 2,2 Millionen Todesfällen führen. Eine universelle Abdeckung aller Interventionen im Rahmen professioneller Hebammenarbeit hätte das Potential zur Senkung von 67% der mütterlichen Todesfälle, 64% der kindlichen Todesfälle und 65% der Fehlgeburten beizutragen, was zu einer Vermeidung von 4,3 Millionen Todesfällen bis ins Jahr 2035 führen würde. Somit zeigen die verschiedenen Optionen das Potential einer Senkung der mütterlichen und kindlichen Sterblichkeit durch eine Erhöhung der Anzahl an Hebammen auf.

Eine wichtige Rolle in Bezug auf die Senkung der mütterlichen und kindlichen Sterblichkeit spielt die hebammengeleitete Betreuung von Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Diese sollte am besten in Form einer 1:1-Betreuung geleistet werden. Da hierzu Fachkräfte erforderlich sind, empfehlen die Autor\*innen bis ins Jahr 2030 die Ausbildung von 1,3 Millionen Fachkräften, um die Lücke zu schließen. Der Fokus sollte auf einer qualitativ hochwertigen Hebammenausbildung liegen. Hierbei bestehen im Ausbildungsbereich große länderspezifische Unterschiede, obwohl strategische Prioritäten durch die WHO, UNFPA, UNICEF und ICM im Jahr 2019 formuliert wurden. Zudem bestehen große länderspezifische Unterschiede im Bereich der praktischen Berufsausübung, weil länderspezifisch unterschiedliche gesetzliche Rahmenbedingungen vorgegeben sind.

Die Ausbildung von Hebammen unterscheidet sich weltweit hinsichtlich Eingangsvoraussetzungen, Dauer, Inhalten und Qualität. Zeitgemäße Lehrformate, evidenzbasierte Lehrmaterialien und ausreichende Praxisanteile wurden unter anderem als wesentliche Herausforderungen identifiziert. Darüber hinaus besteht in vielen Lehrinrichtungen dringender Bedarf an Ausstattung. In einer Befragung von 2018-2019 der WHO berichteten alle Beteiligten aus 35 Ländern von Unterversorgung hinsichtlich Ausrüstung oder Material. Viele Ausbilder\*innen in Afrika und Süd-Ost-Asien sind zudem mit unzureichenden sanitären und hygienischen Bedingungen konfrontiert.

Um Hebammen auf ihre Rolle als autonome Partner\*innen von Frauen und Neugeborenen vorzubereiten, müssen Kompetenzen in allen Bereichen der Hebammenversorgung vermittelt werden. Lehrpersonen selbst haben hingegen zumeist eingeschränkte Kompetenzen und Kenntnisse in bestimmten Bereichen. Beispielsweise fehlen Voraussetzungen hinsichtlich Familienplanung und umfassender Neugeborenenversorgung.

Der Anteil von Hebammen in der Lehre muss in den meisten Ländern deutlich erhöht werden. Auch im Hinblick auf pädagogische Zusatzqualifikationen besteht Bedarf. Schließlich sollte die Regulierung und Standardisierung der Hebammenausbildung im Allgemeinen verbessert werden, um die Qualität zu erhöhen. Die Maßnahmen zur Bewältigung der Covid-19 Pandemie hatten gravierende Auswirkungen auf die Ausbildung von Hebammen. Über die Hälfte der befragten Hebammenverbände berichteten von Schließungen der Hebammenkurse und fast zwei Drittel stellten fest, dass sich der Abschluss der Hebammenstudierenden hinauszieht. Besonders beeinträchtigt waren der Umfang von Anwesenheitsunterricht sowie klinische Praxisstunden und der direkte Patient\*innenkontakt.

### Links:

UNFPA 2021. United Nations Population Fund. The State of the World's Midwifery Report. ISBN: 9789211295092. UNFPA: New York.  
<https://www.unfpa.org/sowmy>

Weitere Informationen zu den Nachhaltigkeitszielen im SDG Portal: <https://sdg-portal.de/de/sdg-indikatoren>

### Literatur:

1. Nove A, Friberg I K, De Bernis L, McConville F, Moran AC, Najjemba M, Ten Hoop-Bender P, Tracy S, Homer CSE. Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. *Lancet Glob Health*; 2020.
2. World Health Organization (WHO). Maternal Health; 2019. Verfügbar unter: [https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1) [Zugriff 19.06.2021].

Um die Entwicklung einer ausreichenden und qualitativ hochwertigen Versorgung durch Hebammen voranzutreiben, muss in vier wesentliche Bereiche investiert werden:

- ◆ Ausbildung & Training
- ◆ Personalplanung, Management, Regulierung & Arbeitsbedingungen
- ◆ Leitung und Strategieentwicklung sowie
- ◆ das praktische Erbringen von Gesundheitsleistungen.

Mit dem Bericht „*State of the World's Midwifery*“ liegen detaillierte Ausführungen zu Bedarfen, Potentialen und Handlungsmöglichkeiten für eine verbesserte Versorgung vor. Wenn nicht sofort Investitionen getätigt werden, ist zu erwarten, dass sich weltweit die bestehende Ungleichheit in der Hebammenversorgung bis zum Jahr 2030 weiter ausweiten wird. Entsprechende Priorisierungen durch politisch Verantwortliche sind nun erforderlich, um diese Erkenntnisse zu nutzen.

*Beate Ramsayer Ph.D., Evelyn Lesta M.Sc. und  
Michaela Michel-Schuldt Ph.D.*

Sektion Internationale Hebammenwissenschaft

Kontakt: [internationales@dghwi.de](mailto:internationales@dghwi.de)

## Änderung der Kinder-Richtlinie: Regelungen zur Erfüllung der Dokumentationsvorgaben im elektronischen Untersuchungsheft für Kinder und Erweiterung der Ermächtigung des zuständigen Unterausschusses zur Änderung von Anlagen

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

6. Juli 2021

Die Stellungnahme bezieht sich dabei auf die Beschlussbegründung und Darstellung des Beratungsverfahrens im G-BA (Anlage 2 Tragende Gründe).

Die DGHWi weist ausdrücklich darauf hin, dass das Kinderuntersuchungsheft nicht der ausschließlich ärztlichen Dokumentation, sondern auch anderen Berufsgruppen dient. Insbesondere die Dokumentation der U1 unmittelbar nach der Geburt wird je nach Geburtsort

oder klinikinternen Standards alleinverantwortlich durch eine Hebamme durchgeführt und entsprechend dokumentiert. Da auch in § 69 (Dokumentation) der Kinder-RL folglich von einer allgemeinen Dokumentation die Rede ist, schlägt die DGHWi daher vor, auf den expliziten, irreführenden Verweis einer „ärztlichen“ Dokumentation in der Anlage 2 wie folgt zu verzichten:

Derzeitige Fassung:

„Das Kinderuntersuchungsheft dient somit der ärztlichen Dokumentation der Untersuchungsergebnisse sowie den sich daraus ableitenden Maßnahmen für eine gesunde Entwicklung des Kindes. Bei einem Arztwechsel wird die Weitergabe von anamnestischen und klinischen Befunden sowie die ärztliche Dokumentation zum Entwicklungsstand des Kindes erleichtert.“

Vorschlag DGHWi:

„Das Kinderuntersuchungsheft dient somit der ~~ärztlichen~~ Dokumentation der Untersuchungsergebnisse sowie den sich daraus ableitenden Maßnahmen für eine gesunde Entwicklung des Kindes. Bei einem ~~Arztwechsel~~ **Wechsel der Betreuungspersonen oder leistungserbringenden Personen** wird die Weitergabe von anamnestischen und klinischen Befunden sowie die ~~ärztliche~~ Dokumentation zum Entwicklungsstand des Kindes erleichtert.“

**Autorin:**

Nina Peterwerth M.Sc. für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

## Änderung der Mutterschafts-Richtlinien: Regelungen zur Erfüllung der Dokumentationsvorgaben im elektronischen Mutterpass

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

21. Juli 2021

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf zur Änderung der Mutterschafts-Richtlinien (Anlage 01) sowie Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Mutterschafts-Richtlinien: Regelungen zur Erfüllung der Dokumentationsvorgaben im elektronischen Mutterpass (Anlage 02) und Auszüge Fließtext der Mutterschafts-Richtlinien-Änderungen im Änderungsnachverfolgen-Modus (Anlage 03).

Die DGHWi möchte die Gelegenheit nutzen, die Beschreibung des Mutterpasses als ein „medizinisches Befunddokument der Schwangeren“ (Anlage 02), welches „der schnellen Orientierung über medizinisch relevante Befunde für alle an der Betreuung Schwangerer beteiligten Gesundheitsprofessionen dienen“ (Anlage 02) soll, zu betonen. Dies umfasst also Ärzt\*innen und Hebammen gleichermaßen. Das Ausstellen eines Mutterpasses sowie die Dokumentation von Untersuchungen und relevanten Untersuchungsergebnissen in der Schwangerschaft obliegt den leistungserbringenden Personen im Rahmen ihrer beruflichen Befähigungen.

Die DGHWi würde es begrüßen, bei den unter Anlage 03 beschriebenen Änderungen in Abschnitt H Aufzeichnungen und Bescheinigungen

einen eindeutigen Hinweis zu ergänzen, dass bei den Dokumentationen im Mutterpass gemäß der Anlage 3 oder im elektronischen Mutterpass auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit der an der Betreuung von Schwangeren beteiligten Gesundheitsprofessionen berücksichtigt werden muss.

Die DGHWi schlägt das Einfügen des folgenden oder eines ähnlichen Satzes vor:

„Die vorzunehmenden Eintragungen erfolgen im Mutterpass gemäß der Anlage 3 und auf Wunsch der Versicherten im elektronischen Mutterpass. **Bei der Dokumentation ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit der an der Betreuung von Schwangeren beteiligten Gesundheitsprofessionen zu berücksichtigen.**“

**Autorin:**

Nina Peterwerth M.Sc. für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

## Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Änderung der Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern für das Jahr 2021

*Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.*

30. September 2021

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind der entsprechende Referentenentwurf und die darin enthaltenen Pflegepersonaluntergrenzen für die pflegesensitiven Bereiche Gynäkologie und Geburtshilfe, welche erstmalig aufgenommen wurden. Diese sehen derzeit wie folgt aus: Gynäkologie und Geburtshilfe ab dem 1. Januar 2022: a) in der Tagschicht: 8 zu 1, b) in der Nachtschicht: 18 zu 1.

Die DGHWi bittet darum, ergänzend zu den genannten Pflegefachkräften, einen eindeutigen Hinweis auf die Berufsgruppe der Hebammen in der Geburtshilfe, vertreten durch die hebammenrelevanten Bereiche Wochenbettstation und präpartale Station, zu formulieren.

Die DGHWi möchte hiermit die Gelegenheit nutzen, auf die Besonderheit hinzuweisen, dass es sich bei einem Mutter-Kind-Paar de facto um 2 Patient\*innen handelt (bei Mehrlingen entsprechend mehr), welche sich in dem Verhältnis des anvisierten Versorgungsschlüssels wiederfinden müssen. Demnach resultiert aus der Pflegepersonaluntergrenze 8 zu 1 die Betreuung von 4 Mutter-Kind-Paaren in der Tagschicht bzw. von 9 Mutter-Kind-Paaren in der Nachtschicht. Es wird befürchtet, dass bei ungünstiger Auslegung der geburtshilflichen PPUG tagsüber 16 und nachts 36 Patient\*innen durch eine Pflegefachkraft bzw. Hebamme betreut werden, was zur Verschärfung der bereits vielerorts bestehenden Betreuungskapazitäten mit allen negativen Konsequenzen (gefährliche Pflege, Kündigung bzw. Personalabwanderung etc.) führen.

Die Versorgung und Betreuung von Mutter-Kind-Paaren auf einer Wochenstation kann aus Sicht der DGHWi nicht mit der Betreuung von Patient\*innen auf Normalstationen, sondern vielmehr mit denen auf Intermediate Care (IMC)- oder Intensivstationen verglichen werden. Dies zeigt sich deutlich an dem unterschiedlich getakteten Arbeitsaufkommen. Die Arbeitsspitzen finden sich auf Normalstationen meist tagsüber, bedingt durch die Planung elektiver Operationen, Durchführung von Diagnostik, Grundpflegemaßnahmen an Patient\*innen, Anreichen und Verabreichen der Hauptmahlzeiten tagsüber u.v.m. Dem gegenüber steht die Versorgung von Mutter-Kind-Paaren auf einer Wochenstation, bei der das Arbeitsaufkommen bis auf Routinetätigkeiten, wie die Assistenz zur Kinderarztvisite, keinem klassischen Tag-/Nachtrhythmus folgt. Vielmehr ist die Arbeitsbelastung gleichmäßig verteilt und folgt den Bedürfnissen und damit dem Still- bzw. Fütterrhythmus des Neugeborenen oder wird bestimmt durch pflegerische Überwachungsmaßnahmen am Neugeborenen analog zur IMC-/Intensivstation.

Exemplarisch seien einige Punkte hervorgehoben:

- ◆ Stillen und Füttern nach Bedarf des Kindes bedeutet im Vergleich zur Erwachsenenpflege auch nachts regelmäßig (alle 2-4 Stunden) Anlegehilfe zu geben oder anderweitig zu unterstützen (Muttermilchgewinnung per Hand, Formula anreichen, Einweisung in Milchpumpe etc.)

- ◆ Neugeborene, die im Dauermonitoring observiert werden (bspw. nach langem Blasensprung sub partu) oder in der vierstündlichen Überwachung (bspw. bei mütterlichem Nachweis von  $\beta$ -Streptokokken als Risikofaktor für eine Neugeborenenensepsis) sind, müssen auch nachts verantwortungsvoll überwacht werden – ähnlich einem IMC- oder Intensivpatienten. Um dieser Verantwortung nachzukommen, weisen diese Bereiche einen deutlich niedrigeren Betreuungsschlüssel sowohl in der Pädiatrie als auch der Erwachsenenpflege auf.
- ◆ Besonders Clusterfeeding (häufiges Stillen, um Angebot und Nachfrage aufeinander einzustellen) und ein unruhiges Neugeborenes beschäftigen Eltern und Pflegefachkräfte/Hebammen eher im Nachtdienst als im Tagdienst. Bei hohem Arbeitsaufkommen aufgrund eines unzureichenden PPUG sind negative Konsequenzen, z.B. unnötiges Zufüttern und in der Folge Stillschwierigkeiten trotz bestehendem Stillwunsch, zu erwarten.

Eine gemeinsame Betrachtung und Beschreibung von Pflegepersonaluntergrenzen für die pflegesensitiven Bereiche gynäkologischen und geburtshilflichen Stationen ohne Differenzierung der beschriebenen Besonderheiten für geburtshilfliche Stationen/Wochenstationen ist daher nicht zielführend.

Die DGHWi fordert eine differenzierte Ausformulierung der Verordnung: das einzelne Mutter-Kind-Paar sollte explizit in Mutter und Neugeborenes getrennt werden, sodass klar ersichtlich ist, dass rechnerisch jede Mutter und jedes Kind einzeln in die geburtshilfliche PPUG einfließen. Darüber hinaus sollte aus beschriebenen Gründen die geburtshilfliche PPUG auf der Wochenstation nachts der tagsüber definierten angeglichen werden. Somit ergäbe sich bei Berücksichtigung von Mutter und Neugeborenen einzeln ein Verhältnis von

- a) in der Tagschicht: 8 zu 1 und
- b) in der Nachtschicht: 8 zu 1.

Sollte das Mutter-Kind-Paar als Einheit gezählt werden, fordert die DGHWi eine Reduzierung der PPUG für den Bereich der Wochenstation:

- a) in der Tagschicht: 4 Mutter-Kind-Paare zu 1,
- b) in der Nachtschicht: 4 Mutter-Kind-Paare zu 1.

### Autorin:

Miriam Jens B.Sc. für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

## Aktueller Stand zur Leitlinienarbeit der DGHWi

Die Entwicklung von medizinischen Leitlinien ermöglicht eine Handlungs- und Entscheidungshilfe bei spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen Evidenzen und Erfahrungen aus der klinischen und außerklinischen Praxis. Mit der Expertise der Mandatsträger\*innen und deren Vertreter\*innen konnten in diesem Jahr folgende Leitlinienprojekte durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. [AWMF] publiziert werden.

| Titel   | AWMF Register |
|---|---------------|
| <b>S2k-Leitlinie</b> „Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland“ | 087 - 001     |
| <b>S3-Leitlinie</b> „Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin“                                     | 001 - 012     |

Zurzeit werden folgende Leitlinienprojekte inhaltlich und methodisch begleitet.

| Titel  | AWMF Register |
|--|---------------|
| <b>S2k-Leitlinie</b> „Prävention und Therapie der drohenden Frühgeburt“                              | 015 - 025     |
| <b>S1-Leitlinie</b> „Prophylaxe dysregulierten Gebrauchs digitaler Bildschirmmedien in der Kindheit“ | 027 - 075     |
| <b>S3-Leitlinie</b> „Therapie der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten“                                       | 015 - 089     |
| <b>S2k-Leitlinie</b> „Sicherer Schwangerschaftsabbruch“  | 015 - 094     |
| <b>S2e-Leitlinie</b> „SarsCoV2 in der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“                        | 015 - 092     |
| <b>S3-Leitlinie</b> „Therapie der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten“                                       | 007 - 038     |

| Titel  | AWMF Register |
|--|---------------|
| <b>S3-Leitlinie</b> „Stilldauer und Interventionen zur Stillförderung“   | 027 - 072     |
| <b>S2k-Leitlinie</b> „Peripartale Blutungen“   | 015 - 063     |
| <b>S3-Leitlinie</b> „Fetale Überwachung (Indikation und Methodik zur fetalen Zustandsdiagnostik in der Schwangerschaft)“ | 015 - 089     |
| <b>S2k-Leitlinie</b> „Vaginal-operative Geburtshilfe“  | 015 - 023     |
| <b>S2k-Leitlinie</b> „Betreuung des gesunden Neugeborenen in der Geburtsklinik“  | 024 - 005     |

An dieser Stelle möchte ich mich im Namen des Vorstands bei allen ehrenamtlichen Experten\*innen für ihre außerordentliche Arbeit und ihr Engagement bedanken.

Die aktuellen Leitlinien finden Sie auf der Internetseite der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) sowie auf der Internetseite der DGHWi unter der Rubrik „Leitlinien“.

Sollten Sie an der Mitarbeit an einem Leitlinienprojekt interessiert sein, können Sie sich sehr gerne bei mir melden.

*Lena Agel B.A. (Medizinpädagogik)*

Leitlinienbeauftragte  
Kontakt: leitlinien@dghwi.de

### Erratum:

Bei der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit „Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung“ vom 12. Januar 2021 (S.16) fehlt die Angabe der Autor\*innen. Die Stellungnahme wurde verfasst von Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA, Elke Mattern, M.Sc.

Die Redaktion bittet, dieses Versehen zu entschuldigen.



## Establishing contact with vulnerable families through 'early support' programmes

### Zugangswege zu werdenden Familien in den Frühen Hilfen

Joana Streffing M.Sc. Midwifery, Prof. Dr. phil. Dorothea Tegethoff, Katharina Biehler M.Sc. Public Health, Prof. Dr. rer. medic. Melita Grieshop

#### Abstract

**Background:** In Germany, early support programmes were first introduced in 2009. However, vulnerable families often use these services less than parents living under more favourable social circumstances. Local authorities use a variety of different methods to approach families: some establish contact with families via written information, others offer drop-in and referral services for parents. Research has shown that home visits to this target group are well suited to initiate contact and reduce barriers to care and support offers. A research project was carried out to evaluate how to approach vulnerable families as well as the families' perception of how contact is made.

**Methods:** The study was based on a mixed methods design. Semi-structured interviews were used to ask participants in early support programmes (n=9) about their experience of the initial contact. Professionals employed by early support programmes (n=48) completed an online questionnaire about how they established contact with vulnerable families and the effectiveness of that method.

**Results:** Parents perceived the home visit less as an offer of early support and more as a monitoring mechanism used by the authorities. To optimise the way families are contacted, the parents identified professionals or institutions with whom young parents come into contact almost as a matter of course: obstetricians, midwives, paediatricians, health insurance funds and the registry office. The employees were not aware of the parents' concerns and in fact considered the ways used to initiate contact with families to be advantageous. However, half of the study participants reported that regular evaluation of the effectiveness of the ways to establish contact is missing.

**Conclusion:** Home visits have the potential to successfully establish contact with vulnerable families. In order to clarify the aim of the support measures, providing information earlier in pregnancy can be beneficial. Information material about early support measures should be available to everybody and especially to women during pregnancy.

**Keywords:** early support, vulnerable families, home visits, mixed methods design

#### Introduction

The early support programme (*Frühe Hilfen*), which was first introduced in Germany in 2009, supports parents and their children from early pregnancy up to the third year of the child's life. The National Centre for Early Support (NZFH) offers tailored help for parents and children and also fills gaps in the local social and health care services [13]. These programmes incorporate various professionals and institutions offering pregnancy counselling, social and health care, as well as children and youth health services [21]. The National Centre for Early Support originates from the Youth Welfare Office, which is responsible for child protection services. For this reason, early support networks and the Youth Welfare Office are generally in close contact. Various health professionals are involved in early support programmes because of their high acceptance rate in the community [17].

**Hintergrund:** Seit 2009 gibt es in Deutschland die Angebote der Frühen Hilfen. Vulnerable Familien nutzen diese Angebote weniger als Familien in weniger belastenden Lebensumständen. Es gibt nur wenig Forschung zu der Frage, wie diese Familien erreicht werden können. Ein Evaluationsforschungsprojekt untersuchte die Zugangswege zu Familien nach der Geburt.

**Methode:** Die Untersuchung wurde in einem Mixed-Methods-Design durchgeführt. Mitarbeiter\*innen der Frühen Hilfe (n=48) wurden per Online-Fragebogen dazu befragt, welche Zugangswege zu den Familien verfolgt werden und wie effektiv sie sind. Teilnehmerinnen an Maßnahmen der Frühen Hilfen wurden in offenen Interviews zu ihren Erfahrungen mit dem ersten Kontakt zu den Frühen Hilfen befragt.

**Ergebnisse:** Die Mitarbeiter\*innen gaben an, dass der Erstkontakt durch die Eltern selbst oder durch Institutionen zustande kommt, z. B. durch einen Hausbesuch des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes. Die befragten Eltern nahmen diesen Besuch weniger als ein Angebot zu den Frühen Hilfen, als vielmehr als Kontrollmaßnahme der Behörden wahr. Sie sahen Verbesserungspotential bei den Zugangswegen.

**Diskussion:** Hausbesuche können ein effektiver Zugangsweg zu vulnerablen Familien sein. Um den Zweck der Unterstützungsmaßnahmen transparent zu machen, sollte Information dazu früher in der Schwangerschaft zugänglich gemacht werden. Informationsmaterial zu den Frühen Hilfen sollte der gesamten Bevölkerung und insbesondere Frauen während der Schwangerschaft zur Verfügung stehen.

**Schlüsselwörter:** Frühe Hilfen, vulnerable Familien, Hausbesuche, Mixed-Method-Design

Starting a family affects the life of all family members and their social networks. Vulnerable parents and parents with a low socioeconomic status require additional information and tailored support during this time [16]. This is where the early support programme comes in. However, vulnerable parents often use these services less than parents in better circumstances [20]. It is assumed that vulnerable parents often come up against more barriers to accessing this support. The negative impact on children's living conditions of inequality in health literacy and uptake of healthcare is exacerbated by the differences in access to early support [11]. In light of this, vulnerable parents in particular should be introduced to early support programmes [19]. The way in which contact is established is crucial for motivating parents to engage with early support. Contact can be initiated in a universal or selective manner [7]. There are only a few areas of Germany where a systematic and univer-

sal approach is taken to contacting families after the birth of a child to introduce them to early support [17]. Local authorities use a variety of different ways to approach families. A total of 70 percent of the local departments for youth and health care use written information to establish contact with families. In addition, two-thirds of the local Youth Welfare Offices and about half of the local health departments offer drop-in and referral services for parents.

About 50 percent of the local authorities have implemented a service whereby staff from the Children and Youth Health Service (KJGD) make home visits soon after birth. The aim is to identify vulnerable families and introduce them to the services they can access through early support [22]. International research has shown that home visits to this target group are particularly well suited to initiate contact and reduce barriers to the care and support offers of the early support scheme [16, 19]. Universal prevention approaches that include a home visit after birth allow for large-scale screening of parents regarding their need for help and offer them further information about early support measures.

In Germany, as well as in other countries, there is a lack of scientific evidence about how best to approach vulnerable families and the families' perception of how contact is made. In response to this, the Berlin Senate Department for Education, Youth and Science commissioned an explorative study which was conducted in four Berlin districts over the course of three months.

## Methods

In order to provide a systematic and effective analysis of how parents were approached and how this can be improved, both parents and professionals were asked how contact was established. To approach the subject from different perspectives, a mixed methods study design was chosen [4].

The qualitative part of the study comprised semi-structured interviews with users of early support measures. The aim was to gain an insight into parents' experience of their first contact with early support programmes and determine the factors which influenced their decision to participate in early support measures.

Data protection rules prevented the research team from contacting parents directly. Therefore, contact with users was established through professionals offering early support measures. Inclusion criteria for participants were adequate knowledge of the German language and enrolment in one of the early support programmes. Establishing contact with service users proved difficult. Theoretical sampling [9], which would have assured the inclusion of participants with different educational and socioeconomic backgrounds, was therefore not feasible. In total, nine service users were recruited to participate in the study.

All interview participants received information about the background and aim of the study and gave informed consent. The consent form assured anonymity and provided participants with the option to leave the study at any time, as well as the deletion of all data upon completion of the study. Semi-structured telephone interviews with open-ended questions, lasting about 15 minutes (min.: 10.5 minutes; max.: 20 minutes), were conducted. All interviews were recorded digitally and transcribed verbatim. The interviews were analysed using structured qualitative content analysis to identify central themes concerning the establishment of contact with parents and their uptake of early support offers [10].

In the quantitative part of the study, professionals working within early support programmes were asked to complete a standardised online questionnaire. Inclusion criteria for these individuals were that they are actively involved in establishing contact with families and/or play a co-ordinating role within the network. These experts were reached through lists of staff email addresses provided by early support projects. They received the same information about the study, regarding the background and aim, as the participants in the qualitative part.

The online questionnaire included 18 items. Three items focused on the participant's work (i.e. healthcare, youth welfare or social care). Five items asked how contact to vulnerable families is made, and another five items asked the participants to evaluate the effectiveness of these contact options. The participants were asked through open-ended questions how they would optimise the methods used to access families. Lastly, four items gathered socio-demographic information about the participants (age, gender, professional experience with early intervention programmes and professional qualification). Data was analysed using descriptive statistics with IBM SPSS Statistics 24. Due to the short duration of the study, only a limited number of participants could be recruited in the two study strands. This and the regional reference of the study do not allow for a generalisation of the results.

## Results

Nine women who had participated in early support measures were interviewed. The women were aged between 21 and 38 years ( $M = 31$ ). Six of the women had one child, two had two children and one had three children. Four of the women reported that they had completed their A levels, three had completed upper secondary education and two had completed secondary school/GCSEs (see Table 1).

One woman had contacted early support professionals during pregnancy. Two women made contact after the birth of their children. Six women became aware of the early support scheme through a leaflet sent out by the local health authority or a home visit by the Children and Youth Health Service.

### Monitoring versus child protection

Home visits by the Children and Youth Health Service were brought up as a topic in several of the interviews. Parents expressed that they had been surprised to receive a letter announcing a home visit by the Children and Youth Health Service. It became clear that they had been unsure of the origin of this letter. Several of the participants thought this

Table 1: Establishing first contact with vulnerable parents

| Contact established by  | Institution  | n |
|-------------------------|--|---|
| Parents                 |  | 8 |
| Third-party institution | Hospital   | 2 |
|                         | "Neighbourhood mothers" (local women, often with migration background, providing support in a voluntary capacity), community assistants, family nurses, midwives | 2 |
|                         | Family voucher   | 2 |
|                         | Youth Welfare Office   | 4 |
|                         | Children and Youth Health Service  | 4 |
|                         | Not specified  | 3 |

would be a visit from child protection services. This left the participants feeling watched and monitored. One mother reported:

“(…) this, of course, is a weird feeling. It’s not like they’re child protection services, right? But it’s ok for now. They just want to see how the child is doing (laughs). But I already knew from friends that child protection services or youth welfare services would be coming by, so it was totally okay with me. So, I didn’t cancel (laughs) (…) I didn’t cancel, because friends also advised me not to (laughs), I mean, it’s not like I’ve got anything to hide. (…) I’ve heard that if you cancel, it makes you look bad, and that’s why I was thinking: Well, just let them come then.” (Interview C. Section 15).

It became clear that the home visit was seen as having a monitoring purpose. The participant accepted the home visit, since she felt that she had nothing to hide and feared that cancelling it would attract the attention of the child protection authorities. Another participant perceived the visit primarily as being for monitoring and only secondarily as an information service offered by the local authorities, as illustrated by this statement: “I think they’re mainly coming to see if everything is working out fine. And then, also to give out some information.” (D.54)

One interviewee suggested that information about the home visit should be distributed at the hospital after the birth to avoid these concerns, so that parents “(…) aren’t thrown in at the deep end (…)” (E.30). She herself was not surprised by the visit because she works at the district office and so knew about the home visit by the Children and Youth Health Service. Had this not been the case, she would have wondered:

“Did I do something wrong? Did I behave wrongly in the hospital, so that the hospital referred me? How did they get my address? Why am I being visited?” (E.30)

On the other hand, one woman who was informed by her midwife in advance valued the visit as something positive. It can clearly be deduced from the interviews that the Children and Youth Health Service needs to emphasise the visit as an opportunity rather than a risk for families. The purpose of the visit was undoubtedly to ensure “the welfare of the child.” One participant said that it is important:

“(…) to really be able to see the circumstances under which children are living, how the parents are doing things. Because you hear terrible stories in the news, unfortunately. And sometimes it’s already too late.” (E.08)

In summary, before the home visit by the Children and Youth Health Service takes place, it is perceived by the service users interviewed as being to identify children at risk. It was clear that the written notification of the visit by local health authorities led to ambivalent feelings. Although they first perceived it as a form of monitoring, those interviewed accepted the visit, saying that the welfare of children should come first.

#### The participants’ perspective of the home visit by the Children and Youth Health Service

The participants’ experience of their actual home visits by Children and Youth Health Service was positive and they deemed it a family-friendly initiative by the authorities. It represented an opportunity to relay information and signalled the willingness of this institution to look after young families. One interviewee perceived the home visit by a social worker as helpful. She initially thought that she would not benefit from it.

In the end, though, she confirmed that she had received some useful information. She also said the social worker was very nice, and that they had a “nice conversation” (E.06). Another participant reported that, during the visit she received a voucher to participate in an early support measure for free. Overall, she rated the visit as follows:

“It actually does make sense (…) somebody from the administration is taking care of things and just shows they are present. They want to see how the child and the parents are doing.” (H.18)

She further described the home visit as nice and helpful regarding information about the local care infrastructure. According to this interviewee, families who are less well informed or those with language difficulties, in particular, can benefit from the visit. Another participant expressed a similar view on the visit by the Children and Youth Health Service. She said that it is: “(…) something official: just checking how I am, how the child and how the people living with me are doing.” (I.13)

Apart from the informational aspect of the visit, this participant also acknowledged the authorities’ efforts to check on the wellbeing of the family. Another participant also confirmed the potential of the visit to support and monitor parents who are not being looked after by a midwife in the postnatal period. She herself did have a midwife, but the social worker could also have checked where the child was sleeping and observe how the parents were caring for the child and “(…) maybe have them do a nappy change” (C.78).

#### Improving access to parents

The women who were interviewed made specific suggestions on how to improve the flow of information regarding early support measures. They mainly identified professionals or institutions with whom young parents come into contact almost as a matter of course: obstetricians, midwives, paediatricians, health insurance funds and the registry office. Obstetricians’ ambulatory practices were suggested numerous times as a place where pregnant women could be provided with information. “I mean, all pregnant women see an obstetrician. I think this would be the best place to reach them.” (A.40).

Obstetricians are not expected to advise on topics other than medical care. Since their waiting rooms are stacked with various flyers and brochures, they are seen as a platform for information exchange. Hospitals were also mentioned as information platforms since most families can be reached there. The respondents suggested handing out information leaflets about the early support programme during routine antenatal checks. Lastly, respondents also referred to health insurance funds and registry offices, since the chance of reaching almost all parents is highest there.

Another suggestion that was made was to increase public awareness of early support measures. One participant specifically mentioned the leaflet entitled *Wegweiser aktuell*, which lists the services offered in each district. These leaflets can be a useful reference for parents over a longer period as shown in this statement: “I keep it and look through it once in a while.” (B.62). The respondents were also in favour of using public advertising material, such as billboards. Furthermore, the results of the survey showed that the way children benefit from early support measures should be more strongly emphasised. The users of early support measures also believed that testimonials from parents could help draw attention to the scheme and increase its outreach.

A total of 48 professionals from early support programmes took part in the quantitative study. The statistical analysis included 26 completed questionnaires. All study participants were female and aged between 33 and 63 years ( $M = 48.8$  years). Their professional experience varied from 2 to 40 years ( $M = 10.92$  years). Among the study participants were 14 social workers and 4 professionals from various other professions (e.g. psychotherapist or public health midwife). Furthermore, 13 study participants had coordinating roles, 11 were in direct contact with families and 2 had roles in team management and counselling.

A total of 19 study participants reported that they used a systematic set of guidelines for establishing first contact with vulnerable parents, while 6 participants reported that their organisations had no such guidelines. One participant was unsure whether or not they had guidelines at her workplace. Of those workplaces that had guidelines in place, 12 kept written guidelines and 3 relied on verbal agreements. Four participants selected "other" in response to the question about the type of guidelines at their workplace.

A total of 22 study participants answered the question on how the first contact with parents was made. According to the answers, the first contact was initiated either by the parents themselves or by third-party institutions (see Table 2).

Almost all study participants (20) considered the methods used to initiate contact with families to be advantageous, while one did not. Another question asked whether the institution evaluated the effectiveness of its access methods. A total of 11 study participants reported regular evaluation, another 11 reported none, while 3 participants did not know whether or not a regular evaluation took place.

### Triangulation of the results

The parents who were interviewed regarded the home visit by an employee from the Children and Youth Health Service as a routine administrative process for all families after the birth of a child. However, many parents were surprised by the visit because they were not familiar with the process and its purpose. Even though they were not informed about the visit beforehand, the parents still allowed access to their homes. Not knowing that the visit was optional, they worried that it would attract the attention of the Youth Welfare Office if they cancelled the visit. Those parents who were already familiar with this process had randomly obtained the information about it through their social networks. They perceived it as legitimate and plausible. They understood the authorities' concern for the children's welfare and their living conditions. However, the parents criticised that the home visit seemed to be mandatory, and that it was left up to them to cancel. Hence, to them, the visit by the authorities appeared to be for monitoring purposes. At the same time, the visit was retrospectively classified as helpful, and the Children and Youth Health Service staff were described as friendly and respectful.

Since only a few questionnaires could be evaluated in the quantitative part of the study, these results should rather be understood as back-

ground information to the qualitative part. Almost three-quarters of the experts reported that there is a written procedure for establishing first contact with families. The experts generally perceived the establishment of contact with the parents as successful. Surprisingly, only four of the respondents referred to the Children and Youth Health Service as an institution which establishes contact with parents, whereas this method of contact was often mentioned in the interviews. The experts reported that, while some contacts are initiated through the home visit by staff from the Children and Youth Health Service, parents often establish contact themselves. However, the data does not provide any information about how parents find out about the early support programme. The experts also mentioned the possibility of third-party institutions flagging up vulnerable families as a relevant way of establishing first contact. This was also evidenced by the interviews, where some mothers reported having already been contacted by early support professionals during their stay in hospital after the birth of their child. In these cases, hospital staff put the families in touch with a public health midwife, for example.

The parents saw the potential to optimise the way that families are contacted. They felt the information provided about the home visit by the Children and Youth Health Service was insufficient. They suggested preparing new parents by providing them with transparent and comprehensive information during pregnancy. Obstetricians' and midwives' ambulatory practices could be suitable places to provide this information.

### Discussion

This study confirms that home visits by the Children and Youth Health Service have the potential to establish systematic access to vulnerable families [23]. For those parents who established contact themselves, it was not known how they obtained the information about the support measures. Furthermore, third-party reporting mechanisms also seemed relevant for establishing the first contact.

Initially, parents saw the home visit less as an offer of early support and more as a monitoring mechanism used by the authorities, with no option to cancel the visit. Sarminski (2013) pointed out that, due to its similarity with the usual approach taken by child protection services, this way of establishing contact instils fear in parents that they are being monitored and stigmatised [18]. Since the Children and Youth Health Service is part of the health service authorities, it was deemed the right institution to carry out these home visits. This should be explained in detail to parents, since any similarity with child protection services can have a negative impact on parents' motivation to participate in the visit and acceptance of it.

However, the role of early support professionals also includes recognising threats to a child's welfare and acting on these, as well as organising ongoing care and support measures [7]. Therefore, early support schemes require multidisciplinary cooperation. In an American study, parents also reported feeling that the visit was of a monitoring nature. At the same time, they criticised formalised

**Table 2: Demographic data of interviewees (n = 9)**

|                           |        |
|---------------------------|--------|
| <b>Gender</b>             |        |
| Female                    | n = 9  |
| Male                      | n = 0  |
| Other                     | n = 0  |
| <b>Age</b>                | M = 31 |
| <b>Children</b>           |        |
| One                       | n = 6  |
| Two                       | n = 2  |
| Three                     | n = 1  |
| <b>Educational level</b>  |        |
| A levels                  | n = 4  |
| Upper secondary education | n = 3  |
| Secondary school / GSCE   | n = 2  |

screening, which they felt did not reflect their individual situation [16]. These results correspond with the statements made by the respondents of this study, who welcomed the visit by the Children and Youth Health Service particularly because of the approachable manner of the professionals and the fact that they did not give the impression they were monitoring the parents. However, no non-users of early support programmes could be surveyed due to the short duration of the study, which indicates the need for more research.

Some families were not aware of the home visit by the Children and Youth Health Service and the early support measures initiated by hospital staff, for example, after preterm birth or twin birth. These findings confirm the results of Woolfenden et al. [24] and Lakes et al. [8]. According to these studies, parents mainly obtained information about options for support from relatives and friends. Professionals they were familiar with and who were part of daily life (i.e. professionals in medical practices) also played an important role as a source of information. Parents explained that the reason they did not take up support offers was the lack of information [12]. Clauß et al. also see doctors' ambulatory practices as an important referral point to early support services [2]. Belzer et al. [1] and Clauß et al. [2] also emphasise the positive role that hospitals can play in screening families to ascertain who may need help and in referring them to early support services. Especially with the large number of families requiring support due to medical factors (e.g. premature or twin birth), medical facilities can take on a referring role.

The educational background of parents has been shown to be an important predictor of their knowledge about prevention programmes [3]. Neumann and Renner [15] hypothesised that the linguistic and aesthetic design of the information material for primary prevention programmes was not appealing to parents with a lower level of education. At the same time, these parents were less satisfied with primary prevention measures, which could result in them being less interested

in participating in further activities [15]. The participants in this study mainly had a high level of education, yet they still reported a lack of information regarding early support offers. This suggests that the information provided would be unlikely to reach less educated parents.

Providing better and earlier information could be helpful in improving transparency and clarifying the aim of the support measures. Therefore, information material about early support measures should be made available to the public and particularly to women during pregnancy. The respondents suggested distributing information material via obstetricians' ambulatory practices, for example. Although the announcement of the home visit worried parents, they recognised the purpose behind the visit. A broad-based information campaign has the potential to enhance this method of establishing first contact with parents. In terms of public relations and how support offers are communicated, the provision of information addressing parents can help optimise the way they are contacted [14]. On the other hand, there is evidence (in the literature) that information only encourages participation if it is tailored and individualised, while standardised information material is less appealing [16].

In conclusion, if contact was established through a home visit by the Children and Youth Health Service, parents were initially concerned because this was sometimes perceived as a monitoring mechanism used by child protection services. However, the study also showed that early support has a high acceptance rate among parents. The professionals, on the other hand, were not aware of the parents' concerns and considered the ways in which they established contact to be advantageous. That said, many of them reported that regular evaluation was missing. By uncovering this contradiction, this study reveals the lack of research in this area.

**Institution:** Protestant University of Applied Sciences Berlin, Germany (Evangelische Hochschule Berlin, Deutschland)

**Funding:** The research project was funded by the Senate Department for Education, Youth and Science of the State of Berlin.

**Conflict of interest:** The authors declare that there is no financial/material or immaterial conflict of interest.

**Review process:** Submitted: 30.06.2021, accepted: 01.11.2021

**Contact:** streffing@eh-berlin.de

## References

1. Belzer F, Götz T, Krug I, Barth M, Häffner K. Zugang zu Frühen Hilfen in der Kinderklinik: Belastungsscreening als klinische Routine – differenzierte Exploration und Vermittlung durch das Fachteam. *Klin Padiatr.* 2018; 230(02):81-87. DOI: 10.1055/s-0043-121990
2. Clauß D, Deutsch J, Krol I, Haase R, Willard P, Müller-Bahlke T, Mauz-Körholz D, Körholz D. Frühe Hilfe für Familien und Frühgeborene – Zugangswege und Unterstützungen aus dem Gesundheitsbereich. *Klin Padiatr.* 2014;226(04): 243-7. DOI: 10.1055/s-0034-1374603
3. Eickhorst A, Schreiber A, Brand C, et al. Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2016;59:1271-80.
4. Flick U. *Triangulation – eine Einführung.* 3rd ed. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011.
5. Franzkowiak P. *Prävention im Gesundheitswesen: Gesundheitswesen und Sozialstaat.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2008.
6. Kimla K, Nathanson D, Woolfenden S, Zwi K. Identification of vulnerability within a child and family health service. *Australian Health Review.* 2017;43(2):171-7. DOI: 10.1071/AH17024
7. Küster EU, Pabst C, Sann A. Schnittstelle von Frühen Hilfen zu Maßnahmen zum Schutz bei Kindeswohlgefährdung. Cologne: National Centre for Early Support (NZFH); 2017.
8. Lakes KD, Kettler RJ, Schmidt J et al. The CUIDAR early intervention parent training program for preschoolers at risk for behavioral disorders: An innovative practice for reducing disparities in access to service. *J Early Interven.* 2009;31(1):167-178. DOI: 10.1177/1053815109331861
9. Mayer H. *Pflegeforschung. Elemente und Basiswissen.* 3rd ed. Wien: Facultas Verlags und Buchhandels AG; 2003.
10. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.* 9th ed. Weinheim: Beltz; 2007.
11. Moore TG, McDonald M, Carlon L, O'Rourke K. Early childhood development and the social determinants of health inequities. *Health Promot Int.* 2015;30(Suppl2):ii102-15. DOI: 10.1093/heapro/dav031
12. Mühling T, Smolka A. Wie informieren sich bayerische Eltern über erziehungs- und familienbezogene Themen? Bamberg: Staatsinstitut für Familienforschung; 2007.

13. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Leitbild Frühe Hilfen – Beitrag des NZFH-Beirats. 2nd ed. Cologne: Lübbeke Naumann Thoben; 2016.
14. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut (DJI). Materialien zur Elternsprache Öffentlichkeitsarbeit für FRÜHE HILFEN. Cologne: National Centre for Early Support (NZFH); 2018.
15. Neumann A, Renner I. Barrieren für die Inanspruchnahme Früher Hilfen. Die Rolle der elterlichen Steuerungskompetenz. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2016;59:1281-91.
16. Partain P, Kumbamu A, Asiedu G, Cristiani V, Deling M, Weis C, Lynch B. Evaluation of Community Programs for Early Childhood Development: Parental Perspectives and Recommendations. Maternal and Child Health Journal. 2019;23(4):120-130. DOI: 10.1007/s10995-018-2601-3
17. Renner I, Sann A. Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Cologne: National Centre of Early Support (NZFH); 2010.
18. Sarminski K. Soziale Risiken im Jugendalter: Grundlagen und frühe Interventionen. Göttingen: Hogrefe; 2013.
19. Scharmanski S, Renner I. Familiäre Ressourcen und Hilfebedarfe erfassen: Zur Konstruktvalidität und Reliabilität des Systematischen Explorations- und Verlaufsinventars für Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen (SEVG). ZEFQ. 2016;118:1-9.
20. Sword W, Watt S. Learning needs of postpartum women: Does socioeconomic status matter? Birth. 2005;32(2):86-92. DOI: 10.1111/j.0730-7659.2005.00350.x
21. Tegethoff D, Bacchetta B, Streffing J, Grieshop M. Strukturen und Qualität in Projekten der Frühen Hilfen. Präv Gesundheitsf. 2017;13:103-9.
22. Treptow R, Landhäußer S, Faas S. Evaluation des Landesprogramms STÄRKE. Unter-suchungskonzeption und Hauptergebnisse im Überblick. Tübingen: University of Tübingen, Institute for Educational Science, Department of Social Pedagogy; 2012.
23. Uwemedimo OT, Arora G, Russ CM. New views on global child health: global solutions for care of vulnerable children in the United States. Curr Opin Pediatr. 2016;28(5):667-72. DOI: 10.1097/MOP.0000000000000402
24. Woolfenden S, Posada N, Krchnakova B, et al. Equitable access to developmental surveillance and early intervention – understanding the barriers for children from culturally and linguistically diverse (CALD) backgrounds. Health Expect. 2014;18(6):3226-3330. DOI: 10.1111/hex.12318

## Die Gesundheit von Müttern im Fokus der Vereinbarkeit von Beruf und Familie – Ein Scoping-Review

### *Reconciling work and family life with the focus on the health of mothers – a scoping review*

Annika Bode<sup>1,3,4</sup> M.A., B.Sc., Dr. Lena Dorin<sup>2,4</sup>, Prof. Dr. Sabine Metzging<sup>3,4</sup>, Prof. Dr. Claudia Hellmers<sup>1,3,4</sup>

#### Abstract

**Hintergrund:** Die physische und psychische Gesundheit sowie die Gesundheit im Allgemeinen von Müttern nach Mutterschutz bzw. Elternzeit ist, im Zuge der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, multidimensionalen Einflüssen ausgesetzt, die bisher in Deutschland nicht systematisch untersucht wurden.

**Ziel:** Das Ziel dieses Literaturreviews ist die Darstellung der Gesundheit von Müttern unter Einbezug der Einflussfaktoren aus Beruf und Familie.

**Methodik:** Die systematische internationale Literaturanalyse für das Scoping-Review erfolgte zwischen September 2016 und Dezember 2018 in den Datenbanken Medline via Pubmed, PsycINFO, PsycARTICLES und GESIS (Sowiport) für den Veröffentlichungszeitraum 2007-2018.

**Ergebnisse:** Es wurden 86 Studien eingeschlossen. Positive Auswirkungen auf die Gesundheit von Müttern entstehen, wenn eine berufliche Tätigkeit persönlich gewünscht ist und die berufliche Rolle bereichernd und mit dem Familienleben als gut vereinbar eingeschätzt wird. Sehr individuell scheint zu sein, zu welchem Zeitpunkt der berufliche Wiedereinstieg erfolgt, in welchem Umfang gearbeitet wird und wie hoch das Einkommen ist. Entscheidend ist die insgesamt positive Einschätzung der Berufsausübung bezüglich der eigenen Lebenssituation. Wenn die Anforderungen mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen bewältigt werden, steigt das Wohlbefinden.

**Diskussion:** Die Relevanz des Umfangs der Beschäftigung, des Zeitpunkts der Rückkehr in den Beruf sowie der erlebten Kontrolle im Alltag für die mütterliche Gesundheit sind abhängig vom Gesamtkontext und von systemspezifischen Rahmenbedingungen. Es ist bisher nicht ausreichend untersucht, welche Konsequenzen sich aus den individuellen Lebenslagen für die Gesundheit von Müttern in Deutschland ergeben. Daher haben

**Background:** The subjective physical and psychological health of mothers after parental leave in the course of reconciling work and family life is exposed to multidimensional influences, which have not yet been systematically investigated in regards to the national context of Germany.

**Objectives:** The overall aim of this literature review is to illustrate the health of mothers while combining work and family, taking the influencing factors into account.

**Methods:** A systematic international literature analysis in the databases Medline via Pubmed, PsycINFO, PsycARTICLES and GESIS (Sowiport) for the years 2007 to 2018 based on a scoping-review was conducted between September 2016 and December 2018.

**Results:** A total of 86 studies were included. Positive effects on the health of mothers arise when a professional activity is personally desired and the professional role is considered as positive, fulfilling and well compatible with family life. It seems to be a very individual matter at what point in time a person returns, the extent of the work done and how high the income is. A key factor is the overall positive appraisal of a person's present life situation. The well-being increases if the requirements are met with the resources available.

**Conclusions:** The relevance for maternal health of the scope of employment, the time point for returning to work and the control experienced in everyday work and family life depend on the overall context and national system-specific circumstances. So far, there has been insufficient research on the consequences of individual living situations for the health of mothers in Germany. For this reason, further research on the specific interaction between gainful employment and family for the health of mothers in Germany and the political measures related to the research have the

weitere Studien zum Zusammenspiel von Erwerbsarbeit und Familie für die Gesundheit von Müttern in Deutschland und daran angelehnte politische Maßnahmen das Potential, die Frauen- und Familiengesundheit nachhaltig zu stärken.

**Schlüsselwörter:** Gesundheit, Mütter, Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Lebenslagen, Literaturreview

## Hintergrund

Der Übergang vom Frausein zum Muttersein hat entscheidenden Einfluss auf die persönliche Entwicklung und die Gesundheit einer Frau [37, 51, 65]. Außerdem prägt die Gründung einer Familie die berufliche Identität neu, denn viele Frauen möchten bzw. können sich nach der Geburt nicht zwischen Familie und Beruf entscheiden, sondern versuchen beide Aspekte mit den jeweiligen Herausforderungen in Einklang zu bringen [18, 24]. Wenn der Wiedereintritt in den Beruf bewältigt werden muss, so kann das Wohlbefinden von Müttern beeinträchtigt werden durch die erneute Übergangsphase aufgrund der anderen Tages- und Organisationsstruktur [5, 18]. Individuelle gesundheitsförderliche und präventive Beratungsangebote für Mütter im Vorfeld des beruflichen Wiedereinstiegs nach der Elternzeit scheinen – auch international – nicht flächendeckend als integraler Bestandteil des Gesundheits- und Sozialsystems etabliert zu sein.

Die international unterschiedlichen politischen Regelungen beeinflussen den Wiedereinstieg im Anschluss an die Elternzeit [81]. In Deutschland nehmen 50% der Mütter einen beruflichen Wiedereinstieg vor, wenn das jüngste Kind 0-2 Jahre alt ist [21, 22, 83]. Insbesondere der Anteil der Mütter steigt, die um den ersten Geburtstag des Kindes den beruflichen Wiedereinstieg realisieren [24, 88]. Mit der Einführung des Elterngeldes im Jahr 2007 durch das Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG) wird über eine grundsätzliche finanzielle Unterstützung von Familien in der frühen Elternzeit versucht, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu unterstützen [19]. Während in Deutschland maximal 14 Monate Elterngeld (inklusive Partnermonate) bezahlt werden und es einen Anspruch auf drei Jahre Elternzeit gibt [20], existieren z.B. in Großbritannien kürzere, aber wie in Deutschland auf nationaler Ebene einheitlich geltende Elternzeitregelungen. Ähnliches gilt für die nord-europäischen Länder wie Dänemark, Island, Schweden und Norwegen sowie die Benelux-Länder [87]. In den USA hingegen existiert kein gesetzlich geregelter bezahlter Mutterschutz, abgesehen von einer unter Berücksichtigung des „Family and Medical Leave Act“ zu prüfenden bis zu zwölfwöchigen Auszeit [47, 87]. Teilweise wird diese Möglichkeit durch sehr heterogene arbeitgeberabhängige Elternzeit-Bedingungen erweitert [54], die jedoch nur 50% der arbeitenden Frauen einschließen [12].

In den nordeuropäischen Ländern (außer Finnland) sowie in den Benelux-Ländern und Frankreich kehren viele Mütter innerhalb der ersten zwei Lebensjahre des jüngsten Kindes in ihren Beruf zurück [83, 85]. Gründe hierfür sind u.a. ein gut ausgebautes, flächendeckendes staatliches Betreuungssystem und eine gesellschaftlich hohe Akzeptanz der Fremdbetreuung insbesondere von unter dreijährigen Kindern [89, 120]. Während in Deutschland und den europäischen Ländern mit vergleichbaren Regelungen ein frühzeitiger Wiedereinstieg häufiger von Müttern

potential to sustainably strengthen the health of women and families.

**Keywords:** Women's Health, Maternal Health, Return to Work, Managing Work and Family, Review Literature

realisiert wird, die eine bessere berufliche Bildung (mit Ausnahme von Dänemark und Schweden) [89] und ein höheres Einkommen haben (weniger relevant für Dänemark und Deutschland), sind die frühzeitigen Wiedereinsteigerinnen in den USA tendenziell weniger gebildet und befinden sich in schlechter bezahlten beruflichen Positionen [29].

Insgesamt zeigt sich, dass bei der Entscheidung für oder gegen einen beruflichen Wiedereinstieg sowohl politische und wirtschaftliche Voraussetzungen, als auch die in der Familie gelebten Werte und Normen sowie die gesellschaftliche Akzeptanz eine Rolle spielen. Somit sind geographische, soziale und kulturelle Hintergründe für die (frühzeitige) Vereinbarkeit von Beruf und Familie relevant [5, 106].

Unter Berücksichtigung der genannten Aspekte zeigt sich mit Blick auf die Gesundheit von Frauen in der Familienphase, dass das subjektive Gesundheitsempfinden und -verhalten von Müttern multidimensionalen Einflüssen ausgesetzt sind, die unter Einbezug der individuellen Lebenslagen bisher in Deutschland nicht systematisch untersucht wurden. Diese Einflüsse sind aus familienpolitischer und gesundheitsökonomischer Sicht relevant insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Geburtenrate in Deutschland [39, 94, 111] und der steigenden Erwerbsbeteiligung von Frauen [112]. Das Ziel der Arbeit ist daher die systematische Darstellung der physischen und psychischen Gesundheit von Müttern sowie ihrer Gesundheit im Allgemeinen unter Berücksichtigung der Einflussfaktoren aus Beruf und Familie.

## Methodik

Ein wichtiger Unterschied zu klassischen systematischen Reviews besteht darin, dass Scoping-Reviews einen Überblick über die vorhandene Evidenz geben, unabhängig von der Qualität der einzelnen eingeschlossenen Studie [43]. Die Erstellung eines Scoping-Reviews ist sinnvoll, wenn die Literatur noch nicht umfassend bewertet wurde oder wenn diese eine komplexe bzw. heterogene Problematik aufweist, so dass ein präziserer systematischer Review der Evidenz nicht angezeigt ist [43]. Da es sowohl national als auch international keine systematische Aufbereitung des Themas „Frauengesundheit im Kontext der Vereinbarkeit von Beruf und Familie“ unter Berücksichtigung der Komplexität der Einflussfaktoren gibt, ist die Durchführung eines Scoping-Reviews ein geeignetes Mittel zur Beantwortung der Fragestellung.

## Systematische Literaturrecherche

Für das vorliegende Scoping-Review wurde von September 2016 bis Dezember 2018 in den Datenbanken Medline via Pubmed, PsycINFO, PsycARTICLES und GESIS (Sowiport) eine systematische Literaturrecherche [43] begrenzt auf den Zeitraum 2007 bis 2018 zu der Fragestellung durchgeführt, welche beruflichen und familialen Faktoren die physische und psychische Gesundheit von Frauen im Kontext der

Vereinbarkeit von Beruf und Familie beeinflussen. Der Zeitraum wurde begrenzt, da sich die Lebenssituation von Müttern in den letzten rund 15 Jahren aufgrund der Zunahme der Erwerbsbeteiligung von Frauen international in Abhängigkeit von den politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (z.B. Einführung von Elterngeld/Elternzeit) zu unterschiedlichen Zeitpunkten verändert hat.

Die Recherche erfolgte in den Datenbanken Medline via Pubmed, PsycINFO, PsycARTICLES und GESIS (Sowiport) mit folgenden Begriffen unter Einbezug von MeSH-Terms (Medical Subject Headings) sowohl einzeln als auch in Kombination wie auch mit Hilfe von Varianten:

((((((((((("women's health"[MeSH Terms] OR ("women's"[All Fields] AND "health"[All Fields]) OR ("woman's"[All Fields] AND "health"[All Fields]) OR "woman's health"[All Fields]) OR (mother's[All Fields] AND ("health"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields]))) OR ("maternal health"[MeSH Terms] OR ("maternal"[All Fields] AND "health"[All

Fields]))) OR ("women's health"[MeSH Terms]) OR (mother's[All Fields] AND wellbeing[All Fields]) OR (woman's[All Fields] AND wellbeing[All Fields]) OR (women's[All Fields] AND wellbeing[All Fields]) OR (("mothers"[MeSH Terms] OR "mothers"[All Fields] OR "maternal"[All Fields] AND wellbeing[All Fields]) AND (((demand[All Fields] OR demand'[All Fields]) OR (resource[All Fields] OR resource'[All Fields]) OR ("Stress"[Journal] OR "stress"[All Fields]) OR ("conflict (psychology)"[MeSH Terms] OR ("conflict"[All Fields] AND "psychology)"[All Fields]) OR "conflict"[All Fields]) OR ("balance"[All Fields]) AND ("work"[MeSH Terms] OR "work"[All Fields]) AND ("family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields])).

Für die deutschsprachige Recherche wurden die Suchbegriffe entsprechend übersetzt. Zusätzliche Studien wurden mit Hilfe einer manuellen Recherche in der als relevant bewerteten Literatur identifiziert. Zusammenfassend wird die Suchstrategie in Tabelle 1 und die Suchhistorie in Abbildung 1 dargestellt.

Tabelle 1: Suchstrategie

| Kategorie                             | Kriterium  |
|---------------------------------------|--|
| Datenbanken                           | Systematische Recherche in den Datenbanken Medline via Pubmed, PsycINFO, PsycARTICLES und GESIS (Sowiport)   |
| Sprache                               | Englisch/ Deutsch  |
| Verfügbarkeit                         | Verfügbare Abstracts bzw. Volltexte (im Hochschulnetz oder bestellbar per Fernleihe)   |
| Zielkriterien                         | 1) Gesundheit (physisch/ psychisch/ allgemeine), Wohlbefinden, Stress, Depressive Symptome<br>2) Mütter<br>3) Berufstätigkeit bzw. Vereinbarkeit von Beruf und Familie   |
| Einschlusskriterien                   | <u>Design</u> : Quantitative, Qualitative und Mixed-Methods Studien sowie systematische Übersichtsarbeiten, die ein Reviewverfahren durchlaufen haben<br><u>Stichprobe</u> : Berufstätige und nicht-berufstätige Mütter mit einem oder mehreren im Haushalt lebenden Kindern insbesondere im Alter von 12-36 Monaten in Anlehnung an den Wiedereinstieg in den Beruf in Deutschland<br><u>Herkunft</u> : Westliche Industrieländer oder vergleichbare Länder/ Regionen<br>Die drei Zielkriterien sind erfüllt.<br>Keine Studie berücksichtigt passgenau das Einschlusskriterium Mütter von Kindern im Alter zwischen 12 und 36 Monaten. Aufgrund der international unterschiedlichen Bedingungen in Bezug auf den beruflichen Wiedereinstieg wurde entschieden, alle 86 Studien aufzunehmen, die einerseits berufstätige Mütter mit Kindern unter sechs Jahren einbeziehen und andererseits die Gruppe der Mütter aus der Gesamtstichprobe heraus separat ausweisen. |
| Ausschlusskriterien                   | <u>Design</u> : Kongressbeiträge, Kommentare zu Artikeln, Buchkapitel, Rezensionen zu Büchern und politische Dokumente<br><u>Thema</u> : Studien mit einem anderen thematischen Fokus (z.B. Mütter mit chronischen oder akuten Erkrankungen)<br><u>Herkunft</u> : Entwicklungsländer oder vergleichbare Länder/ Regionen<br>Die Zielkriterien sind nicht vollständig erfüllt.  |
| Recherchezeitraum                     | September 2016 bis Dezember 2018   |
| Veröffentlichungszeitraum der Studien | 2007 - 2018  |
| Herkunftsländer                       | Westliche Industrieländer und vergleichbare Länder bzw. Regionen   |
| Instrumente zur kritischen Bewertung  | CASP (Critical Appraisal Skills Programme)   |



### Ein- und Ausschlusskriterien

Die Festlegung der Ein- und Ausschlusskriterien sowie der Zielkriterien erfolgte primär durch die Erstautorin in fortlaufendem Austausch mit den Co-Autorinnen. Abgeleitet aus der Fragestellung wurden die drei folgenden Zielkriterien definiert, deren Erfüllung ein Einschlusskriterium für die Aufnahme einer Veröffentlichung in die weitere Analyse bildet:

1. Gesundheit (physisch/psychisch/allgemein), Wohlbefinden, Stress, Depressive Symptome
2. Mütter
3. Berufstätigkeit bzw. Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

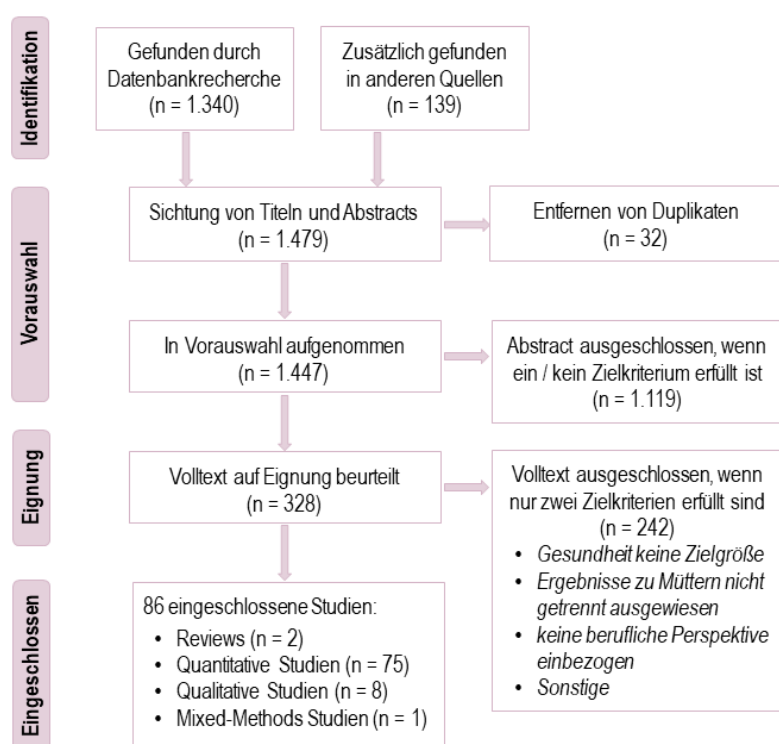


Abbildung 1: Suchhistorie (Eigene Darstellung in Anlehnung an das PRISMA-Statement [79])

Als Einschlusskriterium in Bezug auf die Stichprobe wurde formuliert, dass es sich um berufstätige und nicht-berufstätige Mütter mit einem oder mehreren im Haushalt lebenden Kindern insbesondere im Alter von 12-36 Monaten in Anlehnung an den Wiedereinstieg in den Beruf in Deutschland handeln soll. Aufgrund der vielschichtigen kulturellen, gesellschaftlichen, politischen und medizinischen Einflüsse sowohl auf die Frauengesundheit als auch auf Faktoren der Vereinbarkeit von Beruf und Familie wurden nur Studien aus westlichen Industrieländern und vergleichbaren Ländern bzw. Regionen inkludiert. Es wurden qualitative, quantitative und mixed-method Studien ebenso wie systematische Übersichtsarbeiten einbezogen, die in deutscher oder englischer Sprache verfasst und im Hochschulnetz bzw. per Fernleihe verfügbar waren, bei denen ein Abstract zur Verfügung stand und die ein Reviewverfahren durchlaufen haben. Ausgeschlossen wurden Kongressbeiträge, Kommentare zu Artikeln, Buchkapitel, Rezensionen zu Büchern und politische Dokumente ebenso wie Studien mit einem

besonderen thematischen Fokus (z.B. Mütter mit akuten oder chronischen Erkrankungen) und Untersuchungen aus Entwicklungsländern bzw. vergleichbaren Ländern oder Regionen sowie Studien, bei denen die drei Zielkriterien nicht erfüllt sind.

Zunächst wurden 1.479 Titel und Abstracts im Hinblick auf die Relevanz der Fragestellung unter Berücksichtigung der genannten Kriterien untersucht. Nach Entfernung von 32 Duplikaten wurden weitere 1.119 Abstracts ausgeschlossen, da maximal ein Zielkriterium erfüllt war.

### Assessment der Qualität der eingeschlossenen Studien

In einem Scoping-Review erfolgt in der Regel keine formale Bewertung der methodischen Qualität der eingeschlossenen Studien, da dies dem Ziel widerspricht, einen Überblick über die vorhandene Evidenz zu geben [43]. Es liegt in der Methodik des Scoping-Reviews begründet, dass die Entscheidung für bzw. gegen eine Studie auf inhaltlichen Kriterien beruht, da der Einbezug von Qualitätskriterien für ein Scoping-Review nicht vorgesehen ist [43]. Dennoch wurde eine Bewertung der Qualität der Studien mit Hilfe des Critical Appraisal Skills Programme (CASP) [33] und den zugehörigen studiendesignabhängigen Checklisten vorgenommen. Die Kriterien beziehen sich zusammengefasst auf die Validität der Studie, die Ergebnisse und deren Objektivität und Reliabilität bzw. Glaubwürdigkeit sowie die Schlussfolgerungen und deren Wertigkeit. Die Ergebnisse liegen bei der Erstautorin. Aus den oben genannten Gründen wurde auf Grundlage dieser Bewertung aber keine Studie ausgeschlossen, jedoch erfolgte bei größeren Einschränkungen oder reduzierter Güte in der Qualität ein entsprechender Hinweis im Text.

### Methoden zur Analyse/Synthese der Studienergebnisse

Insgesamt 328 Volltexte durchliefen die nächste Screeningstufe, bei der inhaltsanalytisch unter Berücksichtigung der drei Zielkriterien, der Endpunkte sowie der Einflussfaktoren die Studien unabhängig durch die Erst- und Zweitautorin ausgewählt wurden. Anschließend erfolgte eine thematische Clusterung zur Beschreibung der Ergebnisse. Im Zuge der thematischen Clusterung der Ergebnisse stellte sich das Anforderungs-Ressourcen-Modell mit der Kernaussage, dass der Gesundheitszustand eines Individuums davon abhängt, wie die internen und externen Anforderungen mit den vorhandenen internen und externen Ressourcen bewältigt werden, als ein relevanter theoretischer Bezugsrahmen für diese Arbeit heraus [11]. Aus der Metaperspektive wurde für die Darstellung der Ergebnisse entschieden – unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Endpunkte sowie der Clusterung der Einflussfaktoren (Anforderungen versus Ressourcen, intern versus extern, familial versus beruflich versus persönlich, Bereicherung versus Belastung) – eine Gliederung anhand von persönlichen, familialen und beruflichen Einflussfaktoren vorzunehmen.

### Ergebnisse der Synthese

Die Ergebnisse aus der Datenbankrecherche werden entsprechend des Fließdiagramms des PRISMA Statements [79] dargestellt (siehe

Abbildung 1). Keine Studie berücksichtigt passgenau das Einschlusskriterium Mütter von Kindern im Alter zwischen 12 und 36 Monaten. Aufgrund der international unterschiedlichen Bedingungen in Bezug auf den beruflichen Wiedereinstieg wurde entschieden, alle 86 Studien aufzunehmen, die einerseits berufstätige Mütter mit Kindern unter sechs Jahren einbeziehen und andererseits die Gruppe der Mütter aus der Gesamtstichprobe heraus separat ausweisen.

In den 86 eingeschlossenen Studien werden unterschiedliche gesundheitliche Zielgrößen definiert (siehe Tabelle 2). Werden in den Studien allgemeine Gesundheitsbegriffe verwendet – ohne explizite Unterscheidungen z.B. zwischen physischer und psychischer Gesundheit – beziehen sich die Ergebnisse auf die „Gesundheit im Allgemeinen“ und nachfolgend ist von „Gesundheit“ ohne weitere Spezifizierung die Rede. Die beruflichen und familialen Bedingungen beeinflussen die Gesundheit von Müttern zum einen direkt und zum anderen indirekt über die individuelle Bewertung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie und den damit verbundenen Rollenanforderungen bzw. dem subjektiven Stress. In diesem Kontext werden Bereicherungs- und Belastungshypothesen untersucht und diskutiert, wobei der wissenschaftliche Fokus überwiegend auf den Belastungsfaktoren liegt [17, 25, 44, 54, 55, 80, 108] (siehe Abbildung 2).

## Persönliche Einflussfaktoren

Gesunde Frauen werden oft zu gesunden Müttern [76]. Das Meistern dieser Übergangsphase agiert als ein Moderator zwischen der Rollenerfahrung und der psychischen Gesundheit [114]. Häufig gibt es konstante An- bzw. Abwesenheit von depressiven Symptomen bei Müttern von Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende des ersten Jahres nach der Geburt des Kindes [93] und auch darüber hinaus [52]. Jede fünfte Mutter hat relevante depressive Symptome [102]. Jedoch zeigt sich kein signifikanter Einfluss der Zahl der Kinder und des Alters der Mutter bei der ersten Geburt auf mütterliche Depressionen [102]. In einer Studie aus den USA haben junge Mütter (< 20 Jahre zum Zeitpunkt der ersten Geburt) signifikant höhere Depressionswerte als ältere Mütter [44]. Dies wird begründet mit höherer finanzieller Belastung und einem niedrigeren persönlichen Kontrollgefühl [44]. Ältere Mütter sind in einer schwedischen Studie gesünder [45]. Eine brasilianische Studie, die allerdings nur Frauen über 34 Jahre einschließt, deutet dahingegen an, dass die älteren Mütter weniger gesund sind [55]. Gleichzeitig gibt es Hinweise, dass das Stressempfinden der Mütter mit zunehmendem Alter sinkt [102].

Eine gesundheitlich gefährdete Gruppe unter den Müttern scheinen Angehörige von Minderheiten zu sein, insbesondere wenn sie sich in prekären Lebensverhältnissen befinden [98]: Sie haben teilweise besondere Rollenkonflikte zu lösen [29] und gesundheitliche Beeinträchtigungen zu bewältigen [98], die zu den Anforderungen hinzukommen, die alle Mütter betreffen.

Eine fehlende oder unzureichende Bewältigung dieser Übergangsphase, in der das eigene Selbstverständnis und die Sensibilität in Bezug auf das Erfüllen von Erwartungen Anderer die Gesundheit der Mütter beeinflussen, kann einen negativen Einfluss auf die Gesundheit, die Ressourcen und die Arbeitsmotivation haben, während eine gelin-

gende Bewältigung die Persönlichkeit der Mütter stärkt [4]. Eine positive Haltung zur Elternschaft führt zu höherem Arbeitsengagement und einem verbesserten Wohlbefinden [40]. Außerdem wirken sich ein ausgeprägtes Kontrollgefühl [120], etablierte Coping-Strategien, Resilienz [4, 96] und ein größeres Selbstbewusstsein verbunden mit einer höheren Sensibilität in Bezug auf die eigenen Bedürfnisse, das Umfeld [4] sowie die Alltagsorganisation [96], positiv auf die Gesundheit von Müttern aus.

## Familiale Einflussfaktoren

### *Familiale Kontrolle und Zufriedenheit*

Kontrolle – als subjektiv wahrgenommenes Kontrollgefühl – spielt auch im Zusammenhang mit den familialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Müttern eine wichtige, wenn auch kontrovers diskutierte Rolle: Kontrolle über die häuslichen Aktivitäten [76, 101], mit der Möglichkeit eigene Entscheidungen zu treffen, geht ebenso wie soziale, emotionale und praktische Unterstützung zu Hause [29] mit weniger Stress [101] und einer besseren Gesundheit einher [76]. Im Gegensatz dazu sind in einer anderen Studie Frauen häufiger überlastet, die in hohem Maße Kontrolle über die häuslichen Aktivitäten haben, weil in diesem Fall Kontrolle – gleichgesetzt mit ungewollter alleiniger Verantwortung – zur Überforderung führen kann [15].

Ob die positiven Einflüsse auf die Berufstätigkeit durch Zufriedenheit mit der familiären Situation auch Auswirkungen auf die Gesundheit haben, ist nicht eindeutig [54, 114]. Die Depressionswerte von Müttern hingegen sinken mit guter sozialer Unterstützung [35]. Mütter in einer Partnerschaft haben unabhängig vom beruflichen Status das geringste Risiko zu erkranken [119]. Zudem steht die Zufriedenheit mit der Partnerschaft in signifikantem Zusammenhang zum mütterlichen Wohlbefinden [6].

### *Zahl und Alter der Kinder*

Grundsätzlich dauert die Anpassungsphase nach der Geburt des ersten Kindes länger als bei allen nachfolgenden Kindern [10]. Die Rückkehr in den Beruf innerhalb des ersten Jahres nach der Geburt ist für Mütter mit ein oder zwei Kindern wahrscheinlicher [120] bzw. wird mit drei und mehr Kindern seltener [28]. Das Risiko für eine Work-Life-Imbalance wächst mit zunehmender Kinderzahl, bleibt jedoch ab dem zweiten Kind relativ konstant und geht einher mit einem Risiko für die Gesundheit [56].

In einer US-amerikanischen Untersuchung erleben 53% der arbeitenden Mütter einen Family-Work Konflikt, der z.B. durch Rollenpräferenzen und die Zahl der Kinder beeinflusst wird [53]. Mit zunehmender Zahl der Kinder steigt das Maß der Rollenüberlastung signifikant – im Sinne einer Überforderung, die aus der Parallelität zu vieler einzunehmender Rollen erwächst – bei gleichzeitig rückläufiger Zufriedenheit mit der arbeitsfreien Zeit und Abnahme der psychischen Gesundheit [45, 91]. In einer Studie treten Stresssymptome bei Müttern mit zwei Kindern wahrscheinlicher auf als bei Müttern mit nur einem Kind [32]. Für Mütter mit drei und mehr Kindern bestätigt sich diese Tendenz nicht [32]. Untersuchungen, die das Alter des jüngsten Kindes in Relation zur Gesundheit der Mütter in den Fokus nehmen, weisen heterogene Ergebnisse auf [6, 46, 99, 102, 113, 119].



Abbildung 2: Ergebnisdarstellung nach Systematik des Anforderungs-Ressourcen-Modells (eigene Darstellung)

## *Anforderungen durch Hausarbeit und Familie*

Frauen, deren familiäre Belastungen die Berufstätigkeit beeinflussen, haben eine schlechtere psychische [114] bzw. allgemeine Gesundheit [55]. Weiter wird deutlich, dass ein höherer zeitlicher Aufwand für die Aktivitäten des täglichen Lebens, z.B. Haushaltstätigkeiten, zu mehr depressiven Symptomen bei Müttern führt [35] bzw. sich ein Zusammenhang zu einer schlechteren Gesundheit zeigt [55]. In anderen Studien ist hingegen nicht die Menge der Hausarbeit entscheidend für die empfundene Belastung [108] bzw. das Wohlbefinden, sondern die gerechte Verteilung innerhalb der Partnerschaft [6, 108]. Eine höhere Belastung durch Hausarbeit steht in Verbindung mit einer schlechteren mentalen und selbsteingeschätzten Gesundheit [41, 108], insbesondere bei geringerer Vitalität [108]. Frauen übernehmen mehr Hausarbeit [41, 55], auch wenn sie in Vollzeit arbeiten [41]. Zu einem Ungleichgewicht zwischen Anstrengungen und Belohnungen in Bezug auf Haus- und Familienarbeit [105] kommt es insbesondere bei vollzeitarbeitenden Müttern [105] und bei Müttern in anspruchsvollen beruflichen Positionen [55, 102, 103], die zusätzlich die Hauptlast von Haushalt und Familienarbeit tragen [105]. Mütter, die dieses Ungleichgewicht erleben, haben eine schlechtere psychische und subjektive Gesundheit insgesamt [105]. Außerdem empfinden sie ein höheres Maß an Stress, Müdigkeit, physischen, psychosomatischen und allgemeinen gesundheitlichen Beschwerden sowie mehr arbeitsbezogene Belastungen auf die Familie, unzureichende Regenerationszeiten und eine geringere Zufriedenheit mit der Partnerschaft und dem eigenen Leben [41, 102-104, 108].

## *Alleinerziehende*

Die Ergebnisse zur physischen und psychischen Gesundheit sowie zu Gesundheitsrisiken (z.B. Stress) und Depressionen von Müttern in Abhängigkeit vom Partnerschaftsstatus sind heterogen: Teilweise gibt es keinen Unterschied zwischen der Gesundheit von Müttern mit und ohne Partnerschaft [57, 108, 116] und teilweise ist die Gesundheit Alleinerziehender im Vergleich schlechter [45, 49, 80, 92] bzw. das Stresslevel [66, 102] und das Gesundheitsrisiko höher [34, 122]. Wesentlicher Moderator für diese Gruppe scheinen deutlich häufiger auftretende finanzielle Schwierigkeiten zu sein [17, 34, 49, 63], insbesondere bei Müttern mit kleinen Kindern [121]. Die Gesundheit von Alleinerziehenden kann im Vergleich zu Müttern in einer Partnerschaft verstärkt von einer beruflichen Tätigkeit profitieren [57, 66, 75, 102], vor allem bei langfristigen Beschäftigungen [75, 124]. Im Hinblick auf einen gesundheitsförderlichen Umfang der beruflichen Tätigkeit bei alleinerziehenden Müttern zeigen sich wiederum heterogene Ergebnisse [80, 124]. Zudem haben Alleinerziehende eine höhere Belastung durch Hausarbeit als Mütter in einer Partnerschaft [80]. Dies kann ein Grund sein, warum sozialer Unterstützung bei alleinerziehenden Müttern ein höherer Stellenwert zukommt [17, 34, 121]. Positive alltägliche Erfahrungen prägen Mütter in Bezug auf die psychische Gesundheit unabhängig von ihrem Partnerschaftsstatus [17].

## *Fremdbetreuung und Berufstätigkeit des Lebenspartners bzw. der Lebenspartnerin*

Die Müttergesundheit verbessert sich durch die Inanspruchnahme von Kinderbetreuung [28]. Allerdings kann durch Zweifel an der Betreuungs-

qualität Unsicherheit entstehen [5]. Dies hängt eng zusammen mit Schuldgefühlen durch die Doppelrolle und dem Gefühl, keine gute Mutter zu sein [5]. Auch das Ausüben einer beruflichen Tätigkeit des Partners oder der Partnerin steht in einem positiven Zusammenhang zur mütterlichen Gesundheit [120], wobei die Arbeitsbedingungen keine Auswirkungen haben [93].

## *Zeitverwendung und Rollenidentifikation*

Die mütterliche Gesundheit leidet insbesondere, wenn der Arbeitsaufwand für Familie und Beruf sehr hoch ist und nicht ausreichend Ressourcen zur Kompensation eingesetzt werden können [42]. In einer Schweizer Studie zeigt sich, dass alle Gruppen mit berufstätigen Frauen weniger Zeit in die Arbeit investieren möchten [92]. Eine mögliche Rollenüberlastung alleine steht nicht zwingend in Zusammenhang mit einer schlechteren physischen und psychischen Gesundheit [92], jedoch scheint die mit der Qualität [38] und Zahl der Rollen [110] verbundene Dynamik relevant zu sein [110]: Mit zunehmender Zahl der Rollen sinkt die Wahrscheinlichkeit für eine schlechte psychische Gesundheit, wohingegen eine Reduzierung der Zahl der Rollen das Risiko für eine schlechte psychische Gesundheit, psychiatrische Erkrankungen und krankheitsbedingte Fehltag erhöht [110]. Die subjektive Wahrnehmung der Qualität der mütterlichen Rolle und insbesondere die mit der Rolle verbundenen Sorgen stehen in signifikantem Zusammenhang zu psychologischem Stress [38]. Dieses Ergebnis betont die Bedeutung des Rollenerlebens – als subjektives Empfinden in Bezug auf die Wahrnehmung einer Rolle – für das Wohlbefinden von Frauen mit Kindern [38].

## Berufliche Einflussfaktoren

In Bezug auf die Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes und der Lebensqualität gibt es in einer longitudinalen Studie keine signifikanten Unterschiede zwischen berufstätigen und nicht berufstätigen Müttern [95]. Entscheidend ist nicht der berufliche Status, sondern eine positive Einstellung und Identifikation mit der beruflichen Rolle [26]. Mütter scheinen die beste Gesundheit zu haben, wenn sie sich stark mit ihrer beruflichen Tätigkeit identifizieren [75] und sie diese als abwechslungsreich und verantwortungsvoll und somit als Bereicherung für das eigene Leben ansehen [17, 25, 103]. Mütter, die bevorzugen beruflich tätig zu sein und dies realisieren, sind psychisch gesünder und zufriedener mit der erhaltenen emotionalen Unterstützung [31], scheinen jedoch mehr krankheitsbedingte Fehltag zu haben [109]. Weicht jedoch der berufsbezogene Status der Mütter von ihren Wünschen ab, haben sie ein schlechteres Wohlbefinden [26], höhere Depressionswerte [61, 117] und weniger emotionale Unterstützung als Mütter, die aus eigenem Wunsch arbeiten oder zu Hause bleiben [26, 31]. Nicht erwerbstätigen Müttern mit einem Beschäftigungswunsch geht es signifikant schlechter als Müttern, die aus ökonomischen Gründen arbeiten [31].

Bildung ist ein Schutzfaktor vor schlechten Arbeitsbedingungen und schlechter Gesundheit [55, 73]. Junge Mütter haben häufiger eine unterbrochene schulische und berufliche Bildung, welche sich kurz- und langfristig negativ auf die psychische Gesundheit auswirkt [3, 74], jedoch zeigen sich ambivalente Ergebnisse in Bezug auf Depressionswerte bei niedriger Bildung [73, 102, 118]. Gelingt eine berufliche

Tabelle 2: Eingeschlossene Studien

| Jahr, Autoren, Land                                    | Titel  | Stichprobe*1  | Gesundheitliche Zielgröße   | Altersangaben der Kinder   |
|--|--|---------------|---|--|
| <b>Reviews</b>   |  |               |   |  |
| (2007) Elgar K, Chester A; keine Angabe [42]           | The mental health implications of maternal employment: Working versus at-home mothering identities   | keine Angaben | Psychologisches Wohlbefinden (Methodischer Fokus)                   | keine genauen Angaben  |
| (2007) Staehelin K et al.; Schweiz [107]               | Length of maternity leave and health of mother and child – a review  | 13 Studien    | Psychische Gesundheit, depressive Symptome                          | Alter des Ankerkindes: 7 Monate - 3 Jahre  |
| <b>Quantitative Studien</b>                            |  |               |   |  |
| <b>Randomisiert-kontrollierte Studien</b>              |  |               |   |  |
| (2016) Moen P et al.; USA [78]                         | Changing Work, Changing Health: Can Real Work-Time Flexibility Promote Health Behaviors and Well-Being?  | 659           | Burnout, Stress, psychologischer Stress, Wohlbefinden               | Alter des Kindes: unter 18 Jahre   |
| (2010) Falci CD et al.; USA [44]                       | Parental timing and depressive symptoms in early adulthood   | 459           | Depressive Symptome, Stress, depressive Stimmung                    | keine genauen Angaben  |
| <b>Prospektive-longitudinale Studien*2</b>             |  |               |   |  |
| (2011) Gjerdingen D et al.; USA [50]                   | Changes in Depressive Symptoms over 0-9 Months Postpartum  | 506           | Depressive Symptome   | Alter des Kindes: 0-1 Monat, 2 Monate, 4 Monate, 6 Monate, 9 Monate                              |
| (2011) Miyake Y et al.; Japan [77]                     | Employment, income, and education and risk of postpartum depression: The Osaka Maternal and Child Health Study   | 771           | Depressionen  | Alter des Kindes: 2 Monate, 3 Monate, 4 Monate, 5 Monate, 6 Monate, 7 Monate, 8 Monate, 9 Monate |
| (2007) Grice MM; USA [53]                              | Giving birth and returning to work: the impact of work-family conflict on women's health after childbirth  | 817           | Physische Gesundheit, psychische Gesundheit                         | Alter des Kindes: 5 Wochen, 11 Wochen  |
| <b>Prospektive Querschnittsstudien</b>                 |  |               |   |  |
| (2007) McGovern P; USA [76]                            | Mothers' health and work-related factors at 11 weeks postpartum  | 661           | Physische Komponenten, psychische Komponenten, postpartale Symptome | Alter des Kindes: im Mittel 11 Wochen  |
| <b>Longitudinale Studien*2/*3</b>                      |  |               |   |  |
| (2018) Mandal B; USA [71]                              | The Effect of Paid Leave on Maternal Mental Health   | 3.850         | Psychische Gesundheit (u.a. Stress und psychologische Gesundheit)   | Alter des jüngsten Kindes: 9 Monate  |
| (2017) Perry-Jenkins M et al.; USA [93]                | Workplace Policies and Mental Health among Working-Class, New Parents  | 125           | Depressive Symptome, Ängste   | Alter des jüngsten Kindes: 15 Wochen, 6 Monate, 1 Jahr   |
| (2016) Aitken Z et al.; Australien [3]                 | Young maternal age at first birth and mental health later in life: Does the association vary by birth cohort?  | 4.216         | Psychische Gesundheit   | keine genauen Angaben, nur Alter der Mütter zum Zeitpunkt der Geburt                             |
| (2016) von der Lippe E, Rattay P; Deutschland [119]    | Association of partner, parental, and employment statuses with self-rated health among German women and men  | 28.086        | Selbsteingeschätzte Gesundheit                                      | Kinder im Vorschulalter: ja/nein   |
| (2016) Shepherd-Banigan M; USA [101]                   | Workplace Stress and Working from Home Influence Depressive Symptoms Among Employed Women with Young Children  | 570           | Depressionen, arbeitsbezogener Stress                               | Alter der Kinder: 6 Monate, 15 Monate, 24 Monate   |
| (2016) Harkness S; Großbritannien [57]                 | The Effect of Employment on the Mental Health of Lone Mothers in the UK Before and After New Labour's Welfare Reforms  | 10.000        | Mütterliche psychische Gesundheit                                   | Alter des jüngsten Kindes: 0-11 Jahre (in Kategorien)  |
| (2015) McDonough P et al.; Großbritannien und USA [75] | Cumulative disadvantage, employment-marriage, and health inequalities among American and British mothers   | 8.455         | Selbsteingeschätzte Gesundheit, Depressionen                        | keine genauen Angaben  |
| (2015) van der Waerden J et al.; Frankreich [118]      | Predictors of persistent maternal depression trajectories in early childhood: results from the EDEN mother-child cohort study in France                      | 1.807         | Depressionen  | Alter des Kindes: 4 Monate, 8 Monate, 12 Monate, 24 Monate, 3 Jahre, 4 Jahre, 5 Jahre            |
| (2013) Chang YE; USA [26]                              | Between Mothers' Attitudes Toward Maternal Employment and Social Competence of 36-Month-Olds: The Roles of Maternal Psychological Well-Being and Sensitivity | 562           | Psychisches Wohlbefinden (u.a. Depressionen, elterlicher Stress)    | Alter des Kindes: 1 Monat, 6 Monate, 15 Monate, 24 Monate, 36 Monate                             |
| (2012) Baor L, Soskolne V; Israel [10]                 | Mothers of IVF Twins: The Mediating Role of Employment and Social Coping Resources in Maternal Stress  | 88            | Mütterlicher Stress   | Alter des Kindes: 6 Monate (t <sub>2</sub> )   |
| (2012) Holmes EK et al.; USA [61]                      | Doing what she thinks is best: Maternal psychological wellbeing and attaining desired work situations  | 1.141         | Depressive Symptome, elterlicher bzw. mütterlicher Stress           | Alter des Kindes: 1 Monat, 6 Monate, 15 Monate, 24 Monate, 36 Monate                             |
| (2012) Usdansky M et al.; USA [117]                    | Depression Risk among Mothers of Young Children: The Role of Employment Preferences, Labor Force Status and Job Quality                                      | 1.217         | Depressionen  | Alter des jüngsten Kindes: 1 Monat, 6 Monate, 15 Monate, 24 Monate, 36 Monate                    |
| (2012) Whitehouse G et al.; Australien [123]           | Leave Duration After Childbirth: Impacts on Maternal Mental Health, Parenting, and Couple Relationships in Australian Two-Parent Families                    | 807           | Psychische Gesundheit (u.a. psychischer Stress, Zeitdruck)          | Alter des Kindes: 3-19 Monate, 2-3 Jahre   |

| Jahr, Autoren, Land   | Titel   | Stichprobe*1 | Gesundheitliche Zielgröße   | Altersangaben der Kinder   |
|---|---|--------------|---|--|
| (2012) Staland Nyman C et al.; Schweden [109]                   | Are there any associations between single and/or multiple social roles and self-rated physical health, psychiatric disorder and long-term sickness absence in women?    | 600          | Selbsteingeschätzte physische Gesundheit, psychiatrische Erkrankungen, langfristige krankheitsbedingte Abwesenheit                            | Alter der Kinder: unter 14 Jahre   |
| (2012) Staland Nyman C et al.; Schweden [110]                   | Multiple social roles, health, and sickness absence – A five-year follow-up study of professional women in Sweden   | 532          | Selbsteingeschätzte physische Gesundheit, psychisches Wohlbefinden, psychiatrische Erkrankungen   | Alter der Kinder: unter 14 Jahre   |
| (2011) Cooklin AR et al.; Australien [32]                       | Employment conditions and maternal postpartum mental health: results from the Longitudinal Study of Australian Children   | 1.200        | Gesundheit, Risikofaktoren für mütterlichen psychologischen Stress (u.a. Depressionen)  | Alter eines Kindes: kleiner gleich 12 Monate   |
| (2011) Buehler C, O'Brien M; USA [16]                           | Mothers' Part-Time Employment: Associations With Mother and Family Well-Being   | 1.364        | Wohlbefinden (depressive Symptome, Gesundheit insgesamt)  | Alter des Kindes: 1 Monat, 6 Monate, 15 Monate, 24 Monate, 36 Monate (und weitere Zeitpunkte)  |
| (2011) Carlson DS et al.; USA [25]                              | Health and turnover of working mothers after childbirth via the work-family interface: an analysis across time  | 179          | Physische Gesundheit, psychische Gesundheit   | Alter des Kindes: 4 Monate, 8 Monate, 12 Monate  |
| (2011) Dagher RC et al.; USA [35]                               | Postpartum depressive symptoms and the combined load of paid and unpaid work: a longitudinal analysis   | 817          | Depressionen  | Alter des Kindes: 5 Wochen, 11 Wochen, 6 Monate  |
| (2011) Grice MM et al.; USA [54]                                | Balancing work and family after childbirth: a longitudinal analysis   | 541          | Gesundheit (psychische Gesundheit, physische Gesundheit)  | Alter des Kindes: 5 Wochen, 11 Wochen, 6 Monate, 12 Monate, 18 Monate                          |
| (2011) Wang L et al.; USA [122]                                 | Prevalence and Risk Factors of Maternal Depression During the First Three Years of Child Rearing  | 1.364        | Allgemeine Gesundheit, depressive Symptome  | Alter des Kindes: 1 Monat, 6 Monate, 15 Monate, 24 Monate, 36 Monate                           |
| (2010) Keizer R et al.; Niederlande [64]                        | The Transition to Parenthood and Well-Being: The Impact of Partner Status and Work Hour Transitions   | 388          | Wohlbefinden  | keine genauen Angaben  |
| (2010) Tucker JN et al.; USA [116]                              | Return to Work, Economic Hardship, and Women's Postpartum Health  | 217          | Physische und psychische Gesundheit (8 Domänen), physische und psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität                                  | Alter des Kindes: 4 Monate, 8 Monate, 12 Monate, 16 Monate                                     |
| (2010) Zabkiewicz D; USA [124]                                  | The mental health benefits of work: do they apply to poor single mothers?   | 718          | Psychische Gesundheit (depressive Symptome)   | Alter des jüngsten Kindes kleiner gleich 3 Jahre versus über 3 Jahre                           |
| (2009) Goodman WB, Crouter AC; USA [52]                         | Longitudinal Associations Between Maternal Work Stress, Negative Work-Family Spillover, and Depressive Symptoms   | 414          | Depressive Symptome   | Alter des Ankerkindes: 6 Monate, 15 Monate, 24 Monate  |
| (2009) McCue Horwitz S; USA [74]                                | Persistence of Maternal Depressive Symptoms throughout the Early Years of Childhood   | 884          | Physische Gesundheit, Angstsymptome, elterlicher Stress, depressive Symptome  | Alter der Kinder: Vorschulalter  |
| (2007) Ahnquist J; Schweden [2]                                 | Is cumulative exposure to economic hardships more hazardous to women's health than men's? A 16-year followup study of the Swedish Survey of Living Conditions           | 1.981        | Gesundheit (langfristige Erkrankung, selbsteingeschätzte Gesundheit, psychologischer Stress, muskuloskeletale Störungen)                      | keine genauen Angaben  |
| (2007) Fritzell S et al.; Schweden [49]                         | From macro to micro: The health of Swedish lone mothers during changing economic and social circumstances   | 19.192       | Selbsteingeschätzte Gesundheit, limitierende langfristige Erkrankung, Hospitalisation, allgemeine und spezifische Mortalität                  | Alter der Kinder: unter 18 Jahre   |
| (2007) Kalil A, Dunifon R; USA [63]                             | Maternal work and welfare use and child well-being: Evidence from 6 years of data from the Women's Employment Study   | 575          | Gesundheit (physisch und psychisch), Stress   | Alter des Ankerkindes: im Mittel 4,7 Jahre (t <sub>1</sub> ) und 10,75 Jahre (t <sub>2</sub> ) |
| (2007) Pavalko EK et al.; USA [90]                              | Women's Work, Cohort Change, and Health   | 5.066        | Physische Gesundheit  | Alter der Kinder: unter 18 Jahre   |
| <b>Querschnittstudien*4</b>                                     |   |              |   |  |
| (2018) Avendano M, Panico L; Großbritannien [9]                 | Do flexible work policies improve parents' health? A natural experiment based on the UK Millennium Cohort Study   | 6.424        | Allgemeine elterliche Gesundheit (u.a. selbsteingeschätzte Gesundheit, Schmerzen, emotionale Probleme), einschränkende langfristige Krankheit | Alter des jüngsten Kindes: 9 Monate  |
| (2017) Ciciolla L et al.; USA [31]                              | What Women Want: Employment Preference and Adjustment Among Mothers   | 2.022        | Wohlbefinden (u.a. Angst, Depressionen, Stress)   | Alter des ältesten Kindes: Kleinkind bis Erwachsenenalter                                      |
| (2016) Griep RH et al.; Brasilien [55]                          | Work-Family Conflict and Self-Rated Health: the Role of Gender and Educational Level. Baseline Data from the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil) | 12.017       | Selbsteingeschätzte Gesundheit  | Alter der Kinder: Kinder unter 5 Jahre versus Kinder über 5 Jahre                              |
| (2015) Avendano M et al.; Westeuropa (A, BEL, CH, D, F, NL) [8] | The long-run effect of maternity leave benefits on mental health: Evidence from European countries  | 415          | Depressionen  | keine genauen Angaben, nur Alter der Mütter zum Zeitpunkt der Geburt                           |
| (2015) Arcury TA et al.; USA [7]                                | Work and health among Latina mothers in farmworker families   | 220          | Individueller Stress, depressive Symptome, physische Aktivität  | Alter des Kindes: 1 Kind im Alter von 2-4 Jahren   |
| (2015) Eek F, Axmon A; Schweden [41]                            | Gender inequality at home is associated with poorer health for women  | 837          | Subjektiver Stress und Wohlbefinden (Müdigkeit, physische und psychosomatische Symptome), arbeitsbezogener Stress                             | Alter der Kinder: 2 Jahre oder 7 Jahre   |
| (2015) Sperlich S, Geyer S; Deutschland [103]                   | The impact of social and family-related factors on women's stress experience in household and family work   | 3.129        | Stress  | Alter der Kinder: unter 18 Jahre   |

| Jahr, Autoren, Land  | Titel   | Stichprobe*1 | Gesundheitliche Zielgröße  | Altersangaben der Kinder  |
|--|---|--------------|--|---|
| (2015) Sperlich S, Geyer S; Deutschland [104]                      | The mediating effect of effort-reward imbalance in household and family work on the relationship between education and women's health                                       | 3.129        | Subjektive Gesundheit (somatische Beschwerden: physische Behinderungen und Beschwerden)  | Alter der Kinder: unter 18 Jahre  |
| (2014) Andrade C, Mikula G; Europa (A, BEL, CH, D, FIN, NL, P) [6] | Work-Family Conflict and Perceived Justice as Mediators of Outcomes of Women's Multiple Workload  | 1.512        | Wohlbefinden (physisch und psychisch)  | Alter des Ankerkindes: 1-6 Jahre; keine Kinder unter 1 Jahr oder über 12 Jahre                        |
| (2014) Molarius A et al.; Schweden [80]                            | Domestic work and self-rated health among women and men aged 25-64 years: Results from a population-based survey in Sweden  | 12.910       | Selbsteingeschätzte Gesundheit   | keine genauen Angaben   |
| (2013) Eek F, Axmon A; Schweden [40]                               | Attitude and flexibility are the most important work place factors for working parents' mental wellbeing, stress, and work engagement                                       | 1.562        | Subjektives Stressempfinden und Wohlbefinden (u.a. Müdigkeit, physische und psychische Symptome), allgemeine physische und psychische selbsteingeschätzte Gesundheit, arbeitsbezogener Stress und Engagement | Alter des jüngsten Kindes: 2 Jahre oder 7 Jahre   |
| (2013) Kulik L, Liberman D; Israel [67]                            | Work-Family Conflict, Resources, and Role Set Density: Assessing Their Effects on Distress Among Working Mothers  | 227          | Stress   | Alter der Kinder: bis 17 Jahre  |
| (2013) Wallace M et al.; Frankreich [120]                          | Returning to work one year after childbirth: data from the mother-child cohort EDEN   | 1.196        | Depressionen   | Alter des Kindes: 4 Monate, 8 Monate, 12 Monate   |
| (2012) Sperlich S et al.; Deutschland [105]                        | Applying the effort-reward imbalance model to household and family work: a population-based study of German mothers   | 3.129        | Selbsteingeschätzte Gesundheit, somatische Beschwerden (u.a. physische Einschränkungen), psychische Gesundheit (Depressionen, Angst), Hypertonie   | Alter des jüngsten Kindes in 5 Kategorien: 0-2 Jahre, 3-5 Jahre, 6-11 Jahre, 12-15 Jahre, 16-18 Jahre |
| (2011) Davis C et al.; USA [38]                                    | Role Occupancy, Quality, and Psychological Distress Among Caucasian and African American Women  | 380          | Psychologischer Stress   | keine genauen Angaben   |
| (2011) Sperlich S et al.; Deutschland [102]                        | What accounts for depressive symptoms among mothers? The impact of socioeconomic status, family structure and psychosocial stress   | 3.129        | Gesundheit (depressive Symptome), psychosozialer Stress  | Alter des jüngsten Kindes in 5 Kategorien: 0-2 Jahre, 3-5 Jahre, 6-11 Jahre, 12-15 Jahre, 16-18 Jahre |
| (2009) Bull T, Mittelmark MB; Skandinavien [17]                    | Work life and mental wellbeing of single and non-single working mothers in Scandinavia  | 505          | Psychisches Wohlbefinden   | keine genauen Angaben   |
| (2009) Floderus B et al.; Schweden [46]                            | Work status, work hours and health in women with and without children   | 6.515        | Selbsteingeschätzte Gesundheit, Müdigkeit, Angst   | Alter der Kinder in 3 Kategorien: 0-6 Jahre, 7-12 Jahre, 13-18 Jahre                                  |
| (2009) Hämmig O, Bauer G; Schweiz [56]                             | Work-life imbalance and mental health among male and female employees in Switzerland  | 1.661        | Allgemeines Wohlbefinden und psychische Gesundheit (5 Indikatoren: selbsteingeschätzte Gesundheit, negative Emotionen und Depressionen, Energie und Optimismus, Müdigkeit, Schlafschwierigkeiten)            | Alter der Kinder: minderjährig  |
| (2009) Höge T; Deutschland [60]                                    | When work strain transcends psychological boundaries: An inquiry into the relationship between time pressure, irritation, work-family conflict and psychosomatic complaints | 576          | Kognitive und emotionale Gereiztheit, psychosomatische Beschwerden   | Alter der Kinder: Kinder unter 3 Jahre versus keine Kinder unter 3 Jahre                              |
| (2009) Kostainen E et al.; Finnland [66]                           | Employee, Partner, and Mother - Woman's Three Roles and Their Implications for Health   | 1.613        | Selbsteingeschätzte Gesundheit, psychologischer Stress   | Alter der Kinder in 3 Kategorien: jünger als 7 Jahre, 7-17 Jahre, jünger als 7 Jahre und 7-17 Jahre   |
| (2009) Tang CS-K; China [114]                                      | The influence of family-work role experience and mastery on psychological health of Chinese employed mothers  | 435          | Psychische Gesundheit (psychologischer Stress)   | Alter des jüngsten Kindes einbezogen (keine detaillierten Angaben)                                    |
| (2008) Floderus B et al.; Schweden [45]                            | Self-reported health in mothers: The impact of age and socio-economic conditions  | 5.386        | Selbsteingeschätzte Gesundheit, Müdigkeit, Angst, langfristige Erkrankungen  | Alter der Kinder: unter 18 Jahre  |
| (2008) Henretta JC et al.; Großbritannien und USA [58]             | Early motherhood and mental health in midlife: A study of British and American cohorts  | 1.062        | Psychische Gesundheit (USA: psychologischer Stress, depressive Symptome; Großbritannien: depressive Symptome, Ängste, psychosomatische Beschwerden), Behinderung   | keine genauen Angaben, nur Alter der Mütter zum Zeitpunkt der Geburt                                  |
| (2008) Jacob J; USA [62]   | Work, Family, and Individual Factors Associated with Mothers Attaining Their Preferred Work Situations  | 1.777        | Wohlbefinden   | Alter der Kinder: Kinder unter 6 Jahre versus keine Kinder unter 6 Jahre                              |
| (2008) Pearson QM; USA [91]  | Role Overload, Job Satisfaction, Leisure Satisfaction, and Psychological Health Among Employed Women  | 155          | Psychologische Gesundheit  | keine genauen Angaben   |
| (2008) Perrig-Chiello P et al.; Schweiz [92]                       | Role Involvement and Well-Being in Middle-Aged Women  | 198          | Wohlbefinden (u.a. psychologisches Wohlbefinden, subjektive Gesundheit)  | Alter der Kinder: das älteste Kind ist im Mittel 20 Jahre alt   |
| (2008) Staland-Nyman C; Schweden [108]                             | Associations between strain in domestic work and self-rated health: a study of employed women in Sweden   | 1.062        | Selbsteingeschätzte Gesundheit   | Alter der Kinder: unter 18 Jahre  |
| (2007) Mayberry LJ et al.; USA [73]                                | Depression Symptom Prevalence and Demographic Risk Factors Among U.S. Women During the First 2 Years Postpartum   | 1.359        | Depressionen   | Alter der Kinder in 4 Kategorien: 0-6 Monate, 7-12 Monate, 13-18 Monate, 19-24 Monate                 |

| Jahr, Autoren, Land  | Titel  | Stichprobe*1         | Gesundheitliche Zielgröße   | Altersangaben der Kinder  |
|--|--|----------------------|---|---|
| (2007) Richter R et al.; Deutschland [95]                              | Berufstätigkeit und Lebensqualität von Müttern zwei Jahre nach der Geburt des ersten Kindes  | 311                  | Gesundheitsbezogene Lebensqualität (physisch, psychisch, soziale Beziehungen, Umweltqualität), Depressionen (Verunsicherung, Erschöpfung, Hilflosigkeit)                    | Alter des Ankerkindes: 2 Jahre  |
| (2007) Wang JL et al.; USA [121]                                       | Work-Family Conflict and Mental Disorders in the United States: Cross-Sectional Findings From the National Comorbidity Survey                      | 4.553                | Psychische Störung  | Alter der Kinder in 2 Kategorien: kleine Kinder, erwachsene Kinder                  |
| <b>Sekundärdatenanalysen *2/*3</b>                                     |  |                      |   |   |
| (2014) Herbst CM, Tekin E; USA [59]                                    | Child care subsidies, maternal health, and child-parent interactions: evidence from three nationally representative datasets                       | 12.147               | Wohlbefinden (Gesundheit insgesamt, Depressionen, Angst, elterlicher Stress)  | Alter des Kindes: 12 Monate, 36 Monate und 60 Monate                                |
| (2013) Chatterji P et al.; USA [28]                                    | Effects of early maternal employment on maternal health and well-being   | 1.198                | Depressionen, allgemeine Gesundheit, elterlicher Stress   | Alter des jüngsten Kindes: 6 Monate   |
| (2012) Chatterji P, Markowitz S; USA [27]                              | Family Leave After Childbirth and the Mental Health of New Mothers   | 2.500/<br>2.200***** | Depressive Symptome, allgemeine Gesundheit  | Alter des Kindes: 6-22 Monate   |
| (2012) Frech A, Damaske S; USA [48]                                    | The Relationships between Mothers' Work Pathways and Physical and Mental Health  | 2.540                | Physische Gesundheit, psychische Gesundheit   | keine genauen Angaben   |
| (2011) Mandel H; Europa und USA [72]                                   | Rethinking the paradox: tradeoffs in work-family policy and patterns of gender inequality  | keine Angaben        | Wohlbefinden  | Alter der Kinder: 0-3 Jahre   |
| (2007) Crosier T; Australien [34]                                      | Mental health problems among single and partnered mothers – The role of financial hardship and social support                                      | 2.043                | Physische Gesundheit (Behinderung, Funktionalität), psychische Gesundheit (depressive Symptome, Angst, positive Aspekte), physisches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden | Alter der Kinder: unter 15 Jahre  |
| (2007) Schnitker J; USA [99]   | Working More and Feeling Better: Women's Health, Employment, and Family Life, 1974–2004  | 17.608               | Selbsteingeschätzte Gesundheit  | Alter der Kinder in 2 Kategorien: unter 6 Jahre 6-17 Jahre                          |
| (2007) Strazdins L et al.; Australien [113]                            | What Does Family-Friendly Really Mean? Wellbeing, Time, and the Quality of Parents' Jobs   | 2.164                | Wohlbefinden (psychologischer Stress, Coping, selbsteingeschätzte Gesundheit)   | Alter der Kinder: 4-5 Jahre   |
| <b>Qualitative Studien*2/*3</b>  |  |                      |   |   |
| (2019; first published online in 2017) Christiansen K et al.; USA [29] | Work, worksites, and wellbeing among North American Indian women: a qualitative study  | 89                   | Stress und dessen Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten   | Alter der Kinder: 6-17 Jahre  |
| (2016) Rodriguez G et al.; USA [98]                                    | Latina Workers in North Carolina: Work Organization, Domestic Responsibilities, Health, and Family Life  | 20                   | Individuelle Gesundheit, Gesundheitsverhalten   | Alter des Kindes: mindestens ein Kind unter 12 Jahre                                |
| (2015) Alstveit M et al.; Norwegen [4]                                 | Health Resources and Strategies among Employed Women in Norway during Pregnancy and Early Motherhood   | 9                    | Gesundheitliche Ressourcen, gesundheitliche Strategien  | keine genauen Angaben   |
| (2012) Spiteri G, Xuereb RB; Malta [106]                               | Going back to work after childbirth: women's lived experiences   | 10                   | Erfahrungen/ Erleben der Rückkehr in den Beruf im Anschluss an den Mutterschutz (u.a. Gesundheit)   | Alter des Kindes: 12 Wochen, 16 Wochen, 20 Wochen                                   |
| (2011) Alstveit M et al.; Norwegen [5]                                 | Readjusting one's life in the tension inherent in work and motherhood  | 9                    | Erfahrungen (und partiell Wohlbefinden) von Müttern im Zuge der Rückkehr in den Beruf im Anschluss an die Elternzeit  | keine genauen Angaben   |
| (2011) Roberts GS; Japan [96]  | Salary Women and Family Well-Being in Urban Japan  | 15                   | Wohlbefinden  | unvollständige Angaben  |
| (2009) Schytt E et al.; Schweden [100]                                 | Self-rated health – what does it capture at 1 year after childbirth? Investigation of a survey question employing thinkaloud interviews            | 26                   | Selbsteingeschätzte Gesundheit  | Alter des Kindes: 1 Jahr  |
| (2008) Tavares LS, Plotnikoff RC; Kanada [115]                         | Not enough time? Individual and environmental implications for workplace physical activity programming among women with and without young children | 34                   | Physische Aktivität   | Alter der Kinder: Kinder unter 13 Jahre versus keine Kinder unter 13 Jahre          |
| <b>Mixed-Methods Studien *6</b>  |  |                      |   |   |
| Bryson L (2007); Australien [15]                                       | Managing the work-life roller-coaster: private stress or public health issue?  | 38                   | Allgemeine Gesundheit (physische Gesundheit, psychische Gesundheit)   | Alter der Kinder in 4 Kategorien: 1-5 Jahre, 6-11 Jahre, 12-18 Jahre, über 18 Jahre |

## Legende:

- \*1 Bei Bedarf wurde die für die Fragestellung relevante Teilstichprobe ermittelt.
- \*2 Die Datenerhebung fand an den im Zusammenhang mit dem Alter der Kinder genannten Zeitpunkten statt.
- \*3 Erfolgt nur eine Angabe zum Alter der Kinder, ist dies die alleinige relevante Bezugsgröße.
- \*4 Die Datenerhebung erfolgte einmalig mit Müttern von Kindern mit den genannten Altersmerkmalen.
- \*5 Die Stichprobengröße variiert in Abhängigkeit von den Analysen.
- \*6 Die Altersangaben der Kindern beziehen sich auf die qualitativen Daten.



Tätigkeit trotz früher Mutterschaft, ist die psychische Gesundheit besser [58]. Liegen trotz hoher Bildung negative Einflüsse der Arbeit auf die Familie vor, dann leidet die Gesundheit der Frauen erheblich [55].

Die grundsätzlich positive Auswirkung der Berufstätigkeit gilt für die psychische Gesundheit [57, 114], das psychische Wohlbefinden [26] und als Schutzfaktor vor Depressionen [16, 95]. Außerdem verbessert eine berufliche Tätigkeit die Lebensqualität und fördert die sozialen Beziehungen der Mütter [95]. In Bezug auf das subjektive Gesundheitsempfinden gilt der positive Einfluss insbesondere, wenn die berufliche Tätigkeit als Rückzugsmöglichkeit aus dem häuslichen Umfeld bewertet wird [100]. Hat die berufliche Tätigkeit einen insgesamt positiven Einfluss auf das Familienleben, entsteht eine puffernde Wirkung für die erlebten Konflikte bei der Vereinbarkeit, weniger beruflicher und familiärer Stress [67] und ein positiver Einfluss auf die physische Gesundheit [10, 54]. Das Ausüben eines Berufes steht außerdem in Zusammenhang mit weniger elterlichem Stress [28]. Zwischen einer fehlenden Beschäftigung und der Müttergesundheit zeigen lediglich zwei Studien positive Zusammenhänge: Mütter, die ausschließlich Hausfrauen sind, haben in jeweils einer Studie ein insgesamt geringeres Risiko für das Auftreten von depressiven Symptomen [102] bzw. weniger Gesundheitsprobleme [90]. Ein Schutzfaktor für nicht berufstätige Mütter bildet die Annahme, dass eine berufliche Tätigkeit nachteilig für ihre Kinder sei [26]. In einer Studie gibt es häufiger berufliche Konsequenzen für die Familie als familiäre Auswirkungen auf den Beruf, dabei existiert kein Zusammenhang zur physischen Gesundheit [54]. Insgesamt scheinen sich aus einem erlebten Konflikt zwischen Arbeit und Familie, der darüber hinaus häufig eigene Bedürfnisse in den Hintergrund drängt [98], negative Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit [10, 55, 98, 100] bzw. das Wohlbefinden [6] zu ergeben.

#### *Zeitpunkt des beruflichen Wiedereinstiegs*

Die gesundheitsbezogenen Ergebnisse – unter Berücksichtigung von depressiven Symptomen [28, 50, 77, 120] im Hinblick auf den Zeitpunkt der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit von Müttern – sind ambivalent [27, 28, 53, 71, 106, 113, 120], insbesondere unter Einbezug des Bildungsstatus [72, 118]. Erfolgt der berufliche Wiedereinstieg innerhalb von elf Wochen nach der Geburt, zeigen sich in einer Studie keine signifikanten gesundheitsbezogenen Unterschiede im Vergleich zu nicht berufstätigen Müttern in der Phase des Wiedereinstiegs [53]. In zwei anderen Studien zeigen sich negative Auswirkungen auf die Gesundheit [27, 106] für Mütter mit weniger als zwei Monaten bezahltem Mutterschutz und einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit vor dem dritten Lebensmonat des Kindes [27] bzw. im vierten Lebensmonat [106]. Eine weitere Studie kommt hingegen zu dem Ergebnis, dass Mütter, die innerhalb der ersten sechs Monate zurück in den Beruf gehen, seltener eine schlechte Gesundheit haben, als nicht beruflich aktive Mütter [28].

Eine durch Geldleistungen abgesicherte Phase im Anschluss an die Geburt spielt zur Verbesserung der psychischen Müttergesundheit [107] und anhaltenden Reduzierung des Stressrisikos [123] eine entscheidende Rolle [107]. Ein frühzeitiger beruflicher Wiedereinstieg innerhalb der ersten drei [71] bzw. sechs Monate [120] nach der Geburt bleibt nur dann ohne gesundheitliche Risiken für Mütter [120] bzw. bietet psycho-

logische Vorteile [71], wenn er ohne finanziellen Zwang und rein aus eigener Motivation erfolgt [71, 120]. Ist finanzieller Druck Ursache für den frühen Wiedereinstieg, so ist die Müttergesundheit gefährdet [116]. Elternzeiten über die ersten drei bzw. sechs kindlichen Lebensmonate hinaus und Geldleistungen stehen überwiegend in Verbindung mit einer besseren psychischen Gesundheit [71, 107, 113, 123], insbesondere bei Müttern, die in Vollzeit zurückkehren [71]. Finanziell und vertraglich ermöglichte berufliche Auszeiten innerhalb des ersten kindlichen Lebensjahres zeigen zwei bis drei Jahre nach der Geburt weniger Stress bei Müttern und wirken sich bis ins hohe Alter positiv auf die mentale Gesundheit aus [8].

#### *Umfang der beruflichen Tätigkeit*

Die psychische Gesundheit von Vollzeit arbeitenden Müttern scheint vergleichbar mit denen der allgemeinen Frauenbevölkerung zu sein [46, 116], wobei Mütter eher ihre Berufstätigkeit reduzieren als Frauen ohne Kinder [64]. Insbesondere zeitlicher Stress kann zu einem Wunsch nach Arbeitszeitreduzierung führen [46]. Kann der Beruf nicht mehr bewältigt werden, wird das Wohlbefinden beeinträchtigt und es kommt häufig zu einem Arbeitsplatzwechsel, teilweise erfolgt der Wiedereinstieg bereits in ein neues Beschäftigungsverhältnis [5].

Bei isolierter Betrachtung der Ergebnisse zum Umfang der beruflichen Tätigkeit von Müttern im Kontext von Gesundheit zeigen sich heterogene Ergebnisse: So verbessert sich einerseits die Müttergesundheit mit steigenden Arbeitszeiten [28] bzw. haben Frauen, die weniger als 39 Wochenstunden arbeiten, scheinbar eine schlechtere Gesundheit insgesamt [55]. Insbesondere Frauen, die weniger als 24 Stunden pro Woche arbeiten und noch weniger arbeiten möchten, haben die schlechteste mentale Gesundheit [15]. Andererseits sind in anderen Studien in Teilzeit beschäftigte Mütter gesünder [75, 119] und erleben weniger Konflikte in der Vereinbarkeit von Beruf und Familie [16] bzw. haben eine weniger beeinträchtigte Gesundheit [45] als vollzeitbeschäftigte Mütter. Dies bestätigen weitere Untersuchungen, in denen Mütter mit Kindern unter sechs Jahren eine umso schlechtere Gesundheit [99, 113] bzw. reduzierteres Wohlbefinden aufweisen [6], desto mehr Stunden sie arbeiten [6, 99, 113], wobei dieser Zusammenhang durch den erlebten Work-Family Konflikt moderiert wird [6]. Eine Zunahme von Konflikten in der Vereinbarkeit von Beruf und Familie steht in Zusammenhang mit mehr psychischen Unsicherheiten und Zeitdruck [60]. Für das mütterliche Wohlbefinden [52] und die psychische Gesundheit [54] scheinen hohe Belastungen auf der Arbeit [54], insbesondere in Kombination mit langen Arbeitszeiten, besonders gefährdend zu sein [52].

Verhältnismäßig sicher scheint zu sein, dass Frauen, die mit dem Umfang ihrer beruflichen Tätigkeit zufrieden sind, eine bessere mentale Gesundheit [15] und weniger Stress haben [57]. Wenn ein höherer Stundenumfang gewollt und realisiert ist, verbessert sich die Gesundheit häufig sogar [48, 54, 55, 64]. Übersteigt das berufliche Engagement hingegen 50 Stunden pro Woche, leidet die Gesundheit [99].

#### *Arbeitsbedingungen*

Für Mütter in einer Partnerschaft hat der Work-Family Konflikt den stärksten Einfluss auf das Wohlbefinden [17]. Wenn Mütter ihre Arbeits-

zeit flexibel gestalten können, gibt es weniger Familienkonflikte [25], die Müttergesundheit kann profitieren [10, 40, 66, 93] – insbesondere beim frühen Wiedereinstieg [28] – und es treten weniger Depressionen auf [101]. Qualitativ hochwertige Arbeitsbedingungen – ausgezeichnet durch ein hohes Maß an Autonomie in Form von eigener Kontrolle, Verantwortung und Entscheidungsspielräumen, Sicherheit und sozialer Unterstützung sowie weniger arbeitsbezogenem Stress – verbessern die Vereinbarkeit, gehen mit weniger Depressionen einher [35, 117] und fördern sowohl die psychische Gesundheit [40, 113, 120] als auch das Wohlbefinden bzw. die Gesundheit insgesamt [10, 15, 25, 76, 113]. Zudem fühlen sich Mütter emotional gestärkt [62]. Entscheidend ist jedoch nicht nur das Vorhandensein von individuell anpassbaren qualitativ hochwertigen Arbeitsbedingungen [113], sondern auch deren Verankerung und Akzeptanz im Unternehmen und in der Gesellschaft [9] anstelle von Einzelmaßnahmen [78, 115]. Weitere berufliche Ressourcen sind das Einkommen, der Bildungsstand und die berufliche Position [120], wobei alleinige finanzielle Vergünstigungen nur in geringem Maße einen positiven Effekt auf das Wohlbefinden haben [40, 59].

Verschlechtern sich die Arbeitsbedingungen, z.B. durch eine vom Arbeitgeber geforderte verstärkte Flexibilität [28, 52, 54, 101, 118], leidet in der Regel die Arbeitsplatzqualität mit negativen Konsequenzen, z.B. in Form von psychischem Stress, erschwerte Vereinbarkeit sowie Einschränkungen im Wohlbefinden [32, 101], psychischen Belastungen [10] und Beeinträchtigungen der Gesundheit z.B. durch Depressionen [28, 52, 54, 101, 118]. Dies gilt nicht zwingend für Frauen mit niedriger Bildung oder Angst vor Fehlern, denn in diesem Fall kann Eigenverantwortung auch zum Gesundheitsrisiko werden [7].

### *Finanzielle Faktoren*

Ein geringes Einkommen ist besonders herausfordernd für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie [93]. Finanzieller Stress ist der zuverlässigste Vorhersagewert in Bezug auf die physische [116] und psychische Gesundheit [17, 116] und darüber hinaus für Stress und Depressionen [73, 102]. Dabei ist finanzieller Stress ein stärkerer Einflussfaktor als niedriges Einkommen im Hinblick auf eine schlechte Gesundheit. Dies gilt insbesondere für alleinerziehende Mütter unabhängig von ihrem Beschäftigungsstatus [2]. Lediglich in einer schwedischen Studie zeigt sich, dass in der Gruppe der Mütter mit hohem Einkommen häufiger eine beeinträchtigte Gesundheit vorliegt [45].

### **Diskussion**

Positive Auswirkungen auf die Gesundheit von Müttern entstehen hauptsächlich, wenn eine berufliche Tätigkeit persönlich gewünscht ist, die berufliche Rolle positiv und ausfüllend wahrgenommen wird und diese mit dem Familienleben als gut vereinbar eingeschätzt wird [26, 31, 38, 40, 61, 110, 117]. Individuell scheint dabei zu sein, zu welchem Zeitpunkt der berufliche Wiedereinstieg erfolgt [27, 28, 53, 71, 106, 113, 120], in welchem Umfang gearbeitet wird [6, 15, 16, 28, 48, 52, 54, 55, 64, 75, 99, 113, 119] und wie hoch das Einkommen ist [2, 17, 34, 63, 73, 93, 102, 116, 121]. Entscheidend ist die insgesamt positive subjektive Einschätzung der Berufsausübung bezüglich der eigenen Lebenssituation [10, 54, 67, 97]. Die grundsätzliche Heterogenität der Ergebnisse kann begründet werden sowohl durch die unterschiedliche Operationalisierung von Gesundheit und Wiedereinstieg als

auch durch unterschiedliche politische, finanzielle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen [82, 83, 85, 86].

Eine gelungene und den Erwartungen entsprechende Übergangsphase vom Frausein zum Muttersein stellt eine wichtige langfristige Ressource für die Mütter- und Familiengesundheit dar [36, 70]. Des Weiteren ist für die Gesundheit von Müttern bedeutend, welcher Aufwand im Alltag betrieben werden muss, damit die Vereinbarkeit von Beruf und Familie gelingt [6, 35, 41, 55, 103, 108]. Dabei sind die individuellen Lebenslagen besonders relevant [41, 45, 55, 58, 76, 102-105, 108]. Das Wohlbefinden steigt, wenn die Anforderungen mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen bewältigt werden. Reichen die Ressourcen nicht aus oder passen die Ressourcen nicht zu den Anforderungen, so leidet das Wohlbefinden insbesondere, wenn die eigenen Bedürfnisse zurückgestellt werden [10, 42, 98, 103].

Als eine weitere, eng mit den individuellen Lebenslagen verbundene Komponente zeigt sich die subjektive Rollenqualität und -zufriedenheit: Mütter, die eine stärkere Identifikation mit ihrer Mutterrolle haben, verfügen über eine bessere Gesundheit, wenn sie weniger arbeiten und zu einem späteren Zeitpunkt in den Beruf zurückkehren [6, 15, 26, 71, 107, 113, 123], wohingegen Mütter mit stärkerer beruflicher Identität häufig von einer zunehmenden Stundenzahl [48, 54, 55, 64] und einem früheren beruflichen Wiedereinstieg [71, 120] profitieren [5, 38, 40, 53, 91, 92]. Welche Konsequenzen sich langfristig aus dem Zeitpunkt der Rückkehr in den Beruf für die Müttergesundheit ergeben, wird kontrovers diskutiert [27, 28, 53, 71, 72, 106, 113, 118, 120]. Bezahlte Elternzeit ermöglicht die Selbstbestimmung der Mütter über den Zeitpunkt der Rückkehr und fördert darüber einen positiven Einfluss auf die Gesundheit [71, 107, 113, 116, 120, 123].

Die Relevanz des Umfangs der Beschäftigung, des Zeitpunkts der Rückkehr in den Beruf sowie der erlebten Kontrolle über den Wiedereinstieg und im beruflichen und familialen Alltag für die Gesundheit sind abhängig vom Gesamtkontext und können nicht losgelöst von nationalen systemspezifischen Rahmenbedingungen analysiert werden. Grund dafür sind länderspezifische Regelungen zu Mutterschutz, Elternzeit und Elterngeld sowie unterschiedliche Definitionen von Voll- und Teilzeitbeschäftigung [1, 9, 30, 42, 68, 75, 81, 83, 84, 87].

Aufgrund der unterschiedlichen Operationalisierung der Einflussfaktoren und insbesondere der gesundheitlichen Zielgrößen ist die Ergebnisdichte zu den einzelnen Ziel- und Einflussgrößen bzw. der Abstraktionsgrad der Studien unterschiedlich. Nur wenige Studien bilden die Komplexität der Fragestellung ab. Aus diesem Grund sind auch Studien mit begrenzter Reichweite insbesondere bei sehr spezifischen Fragestellungen in die Analyse eingeflossen.

Insgesamt zeigt sich eine große Heterogenität im Hinblick auf die Operationalisierung von Gesundheit sowie eine ambivalente Diskussion, aus welcher Perspektive („Bereicherung“ versus „Konflikt“) die Vereinbarkeit von Beruf und Familie unter Nutzung welcher Parameter („Belastung“, „Ressource“, „Zeit“, „Kontrolle“) valide gemessen werden kann [55]. Insbesondere die Richtung der Kausalitäten, d.h. beeinflussen berufliche und familiäre Faktoren die Gesundheit und/ oder resultieren aus dem Gesundheitszustand auch berufliche und familiäre Bedingungen, kann oft nicht zweifelsfrei bestimmt werden [119]. Hinzu

kommt, dass die persönlichen, familialen und arbeitsbezogenen Faktoren individuell gewichtet werden und in der Konsequenz eine kontextabhängige Priorisierung dieser Faktoren erfolgt [4, 17, 25, 26, 31, 40, 61, 75, 96, 117, 120].

Um konkrete Handlungsempfehlungen für die versorgende Praxis geben zu können sind aufbauend auf dieses Scoping-Review, das keine evidenzbasierten Ergebnisse für die Praxis intendiert [43], weitere Analysen erforderlich, welche die Qualitätskriterien der Einzelstudien stärker einbeziehen und ggf. Studien mit geringer Reichweite ausschließen. Auffallend ist, dass es nur wenige Studien gibt, welche die durchschnittliche Mutter in Deutschland widerspiegeln, die 12 bis 36 Monate nach der Geburt in Teilzeit mit 20 bis 32 Stunden in den Beruf zurückkehrt [19, 83]. Aus diesem Grund ist eine Übertragung der Ergebnisse auf die Situation von Müttern in Deutschland nur eingeschränkt möglich. Es wurde bewusst darauf verzichtet, jüngere Studien nachträglich in die Analyse aufzunehmen, um eine mögliche Verzerrung aufgrund der durch SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome-related Coronavirus 2) ausgelösten Pandemie auszuschließen. Somit gibt das vorliegende Scoping-Review einen Überblick über die Art der international verfügbaren Evidenz zwischen 2007 und 2018.

### Schlussfolgerung

Es ist bisher nicht ausreichend untersucht, welche Konsequenzen sich aus den individuellen Lebenslagen durch das Zusammenspiel von Erwerbsarbeit und Familie für die Gesundheit von Müttern in Deutschland ergeben [23, 69]. Aus diesem Grund ist die Entwicklung eines Instrumentes zur Messung der Gesundheit von Müttern – unter Einbezug der dargelegten gesundheitlich relevanten Einzelfaktoren für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie – von besonderer Bedeutung für die weitere Forschung [14]. Dieses bildet die Basis für weitere not-

wendige Untersuchungen unter Berücksichtigung der Lebenswelt der Mütter, damit daran anschließende passgenaue politische Maßnahmen die Frauen- und Familiengesundheit nachhaltig stärken können. Neben der Schaffung von bedarfs- und bedürfnisorientierten Angeboten, gilt es auch die Schaffung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten für die Leistungserbringenden in den Blick zu nehmen. Hebammen als Expert\*innen für die Lebensphase „Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit bzw. Begleitung in der frühen Elternzeit“ könnten durch die Implementierung von gesundheitsbezogenen Beratungsangeboten im Kontext der Vereinbarkeit von Beruf und Familie erste Ansprechpartner\*innen für Mütter sein. Hierfür ist es erforderlich, dass diese Angebote im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse hinterlegt werden. Im Wissen um die individuellen Lebenslagen der Frauen und Familien, könnten Hebammen durch ein solches zeitlich an den Wiedereinstieg in den Beruf angepasstes Format, einen Beitrag zum Gesundheitsschutz von Müttern und ihren Familien auch über das erste Lebensjahr des Kindes hinaus leisten [13].

**Institution:** <sup>1</sup> Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Osnabrück; <sup>2</sup> Bundesinstitut für Berufsbildung; <sup>3</sup> Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft, Witten; <sup>4</sup> Kooperatives Forschungskolleg „FamiLe – Familiengesundheit im Lebensverlauf“, Osnabrück und Witten.

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

**Review-Verfahren:** Eingereicht am: 31.08.2021, angenommen am: 10.11.2021

**Kontakt:** a.bode@hs-osnabrueck.de

### Literatur

Die Quellen der zitierten und eingeschlossenen Studien können hier eingesehen und heruntergeladen werden: <https://www.dghwi.de/zhwi/>

#### Die Fristen für alle Rubriken (außer Originalartikel) sind:

- ◆ für das Sommerheft => 1.2. jeden Jahres
- ◆ für das Winterheft => 1.8. jeden Jahres

#### Die Fristen für die Originalartikel in dieser Rubrik sind:

- ◆ für das Sommerheft => 1.10. des Vorjahres für das Sommerheft
- ◆ für das Winterheft => 1.4. für das Winterheft.

## Literatur- und Materialsuche in der Hebammengeschichte. Aktuelle digitale Recherchertools

Dr. rer. medic. Christine Loytved, MPH

### Hintergrund

Im Studium lernen angehende Hebammen allgemeine Rechercheinstrumente, wie den bereits über 25 Jahre existierenden *Karlsruher Virtuellen Katalog (KVK)*, medizinische Datenbanken, wie *PubMed*, und gesundheitswissenschaftliche Suchportale, wie *LIVIVO*, kennen. Zur Hebammengeschichte finden sich dort zwar einige Treffer, doch sollte eine eingehende Forschung zum Thema auch in spezifischen Recherchertools der Geschichtswissenschaften stattfinden. Diese sind vielen noch nicht bekannt.

### Ziel

Der Artikel bietet einen Überblick über frei zugängliche Recherchertools der Geschichtswissenschaften, die sich grundsätzlich auch für das Forschungsgebiet der Hebammengeschichte eignen. Dabei werden mögliche Überschneidungen in den Rechercheangeboten und das erfahrungsgemäß schwierige Auffinden von Arbeiten, wie Buchbeiträge oder ältere Literatur, geprüft. Auf die Suchstrategie selbst (Suchwörter und ihre Verbindungen durch Boolesche Operatoren) wird nicht ausführlich eingegangen, da sie sich von der Suche in anderen Recherchertools kaum unterscheidet. Der Schwerpunkt liegt auf dem zielgerichteten Auffinden von relevanten Büchern, Buchbeiträgen und Zeitschriftenartikeln (als Referenz mit oder ohne digitalem Volltextzugang) in geeigneten virtuellen Katalogen. Die Wege zu Bild- und Tonträgern, wissenschaftlichen Sammlungen sowie Archivalien sollen dagegen nur ergänzend genannt werden. Ziel dieses Beitrags ist es, die Recherche in der Hebammengeschichte zu unterstützen.

### Methode

Das *Datenbank-Infosystem (DBIS)* ist ein bibliotheksübergreifender Service, der wissenschaftliche Datenbanken verzeichnet. Die DBIS-Oberfläche der Bayerischen Staatsbibliothek München bietet für das Fachgebiet Geschichte eine der ausführlichsten Datenbanklisten an. Da angehende Hebammen an unterschiedlichen Standorten studieren, an denen jeweils unterschiedliche Datenbanken lizenziert sind, wurde auf die Darstellung kostenpflichtiger Datenbanken verzichtet. Von den insgesamt 1138 Datenbanken wurden die 899 frei im Web verfügbaren nach ihren Titeln und näheren Beschreibungen daraufhin durchsucht, inwiefern sie zu Quellen der Hebammengeschichte Auskunft geben können (Suche am 29. Juli 2021).

### Interessante Datenbanken und Erkenntnisse

Von den 899 in der *DBIS*-Oberfläche der Bayerischen Staatsbibliothek München frei im Internet zugänglichen Recherchertools für das Fachgebiet Geschichte erscheinen fünf besonders interessant, wobei zwei Recherchertools auch Literaturhinweise zu speziellen Zeitepochen bereitstellen. So eignet sich als Einstieg in die Altertumswissenschaften das Rechercheportal *PropylaeumSEARCH*, in dem derzeit 32 Datenbanken individuell kombinierbar durchsucht werden können. Wird in der einfachen Suchmaske mit der Trunkierung (\*) nach „Hebamme“ gesucht, erscheinen 47.881 Treffer, die diese Buchstabenfolge beinhalten. Wird die Trunkierung weggelassen, erscheinen nur noch halb so viele – und damit auch keine Titel, in denen bspw. vom Hebammen-

wesen die Rede ist. In der erweiterten Suche kann u. a. nach Thema (Schlagwort) gesucht werden. Mit einer solchen Suche reduziert sich die Anzahl auf 1.887 Treffer für „Hebamme“ und auf 425 Treffer, wenn gleichzeitig nach den Schlagwörtern „geschichte“ UND „Hebamme“ gesucht wird. In der Trefferliste finden sich Arbeiten in verschiedenen Sprachen und auch Dubletten. Die Liste ist zeitlich nicht auf das Altertum beschränkt, da auch übergreifende Bibliothekskataloge berücksichtigt werden. In der Liste der 425 Werke tauchen auf den ersten Blick keine Werke direkt zum Zeitabschnitt Altertum auf. Drei Treffer aus *PropylaeumSEARCH* sollen in den anderen Datenbanken und Recherchertools weiterverfolgt werden:

1. Ein Werk, welches nicht direkt unter „Hebamme“, sondern über das Synonym „Frauenklinik und Hebammenschule (Würzburg)“ für diese Institution verschlagwortet ist: **Merkle**, Walter 1975: Personalbibliographien von Professoren und Dozenten der Frauenklinik und Poliklinik Würzburg im ungefähren Zeitraum von 1945 – 1970.
2. Merkwürdigerweise gibt es keine Einträge vor 1900. Eine der frühesten Publikationen, die sich mit der Geschichte beschäftigt, ist **Eitel**, Martha 1914: Das bayrische Hebammengewerbe, seine Entwicklung und gegenwärtige Lage.
3. Ein Werk, welches eine relativ frühe Geschichte der Hebammen abdeckt: **Flügge**, Sibylla 1998: Hebammen und heilkundige Frauen: Recht und Rechtswirklichkeit im 15. und 16. Jahrhundert.

Die *Gnomon Bibliographische Datenbank (GBD)* wird als eine der umfanglichsten Fachbibliographien in den klassischen Altertumswissenschaften eingestuft. Anders als *PropylaeumSEARCH* bietet die GBD keine Metasuche über verschiedene Datenquellen an, sondern ausschließlich über den gut verschlagworteten *GBD*-Datenbestand (der wiederum auch in *PropylaeumSEARCH* mit durchsucht wird).

Wird hier in der einfachen Suche „Hebamme“ eingegeben, erscheinen überschaubare 47 Treffer, die ein breites Spektrum abdecken: Von der Hebammenarbeit im übertragenen Sinne („Zur Geburt von Kultur: mit Sokrates gegen das platonische Paradigma“) bis hin zu gewünschten Titeln (wie „Midwives in Greek Inscriptions in Hellenistic and Roman Antiquity“). Die drei oben erwähnten Titel sind hier nicht vertreten. Diese Datenbank scheint spezifischer das Altertum abzudecken. Umgekehrt sind die beiden hier genannten Titel in *PropylaeumSEARCH* zwar vorhanden, aber nicht bei den 425 Treffern auffindbar, die durch die Verbindung der Schlagwörter „geschichte“ UND „Hebamme“ gewonnen werden. Einfacher ist die Suche nach Werken, die sich schwerpunktmäßig mit „Hebammen“ beschäftigen, wenn der Thesaurus-Deskriptor „Medizin der Antike, Hebamme“ verwendet wird. Der gesamte Thesaurus-Baum ist unter der einfachen und der erweiterten Suchoberfläche sichtbar.

Wie *PropylaeumSEARCH* bietet auch *historicumSEARCH* die Möglichkeit, in verschiedenen Datenbanken gleichzeitig zu suchen. Dabei steht ebenso der Schwerpunkt Geschichte im Vordergrund, doch erst ab etwa dem Mittelalter. Unter den derzeit 40 eingebundenen Datenquellen befinden sich u.a. die Deutsche Historische Bibliografie (DHB)

und spezielle Datenbanken zur Geschichte der Naturwissenschaften, Technik und Umwelt. Mit einer ähnlichen Suchmaske wie in den beiden anderen Rechercheinstrumenten kann die gleiche Schlagwortsuche durchgeführt werden. 440 Treffer erscheinen. Das Werk Nr. 1 ist nicht vertreten und dieser Umstand ist positiv zu bewerten. Das Werk Nr. 2 wird als Druckwerk sowie als Mikroform angezeigt und ist nicht das älteste Werk. Dies ist die „Ordnung einer Erbarth Rath's der statt Regensburg die Hebammen betreffende“ aus Regensburg von ca. 1550 (im Volltext zugänglich). Kenntnis von frühen Werken zu erhalten ist wünschenswert. Das Werk Nr. 3 wird über die Schlagwortsuche in drei Datenquellen gefunden, angezeigt werden zusätzlich alle im Werk enthaltenen Kapitel. Dieser Service kann ein Vorteil sein, wenn nach Beiträgen in Sammelbänden gesucht wird. Zu beachten ist, dass nicht alle Datenquellen, die *historicumSEARCH* und *PropylaeumSEARCH* durchsuchen, mit Schlagwörtern erschlossen sind. Ältere Literatur ist besser über die Stichwort- oder Autorensuche auffindbar. Eine regelmäßige Schlagwortvergabe setzt erst im 20. Jhd. ein.

Ein Vergleich mit einer ähnlichen Suche („geschicht?“ im Freitextfeld und „Hebamme?“ im Suchfeld Schlagwort) im *KVK* ergibt für die Bücher ähnliche Trefferlisten, einzeln nach den Katalogen weltweit aufgeführt, welche für die Suche ausgewählt wurden. Auch Buchbeiträge (Kapitel), wie die erwähnten von Flügge, sind auffindbar, jedoch – wie zu erwarten – keine Aufsätze aus Zeitschriften. Zudem sind die Filterfunktionen und der Aufbau einer Suchstrategie eingeschränkt. Wird die Suche der beiden trunkierten Suchworte mit open search in der Datenbank *LIVIVO* durchgeführt, die bekanntlich nach Büchern sowie Zeitschriftenartikeln suchen lässt, erscheinen 700 Treffer (inklusive Doppelungen). Das Werk Nr. 1 (**Merkle**) ist nicht dabei, auch das Werk Nr. 2 (**Eitel**) findet sich nicht in der Liste. Enthalten ist aber das Werk Nr. 3 von **Flügge**, jedoch nicht die darin befindlichen Kapitel. Dagegen sind viele Werke aus Hebammenzeitschriften aufgeführt, die in den oben genannten Datenbanken nicht gelistet sind.

Soll es um Werke gehen, die in den ersten Jahrhunderten nach Erfindung des Buchdrucks erschienen sind, so bieten sich spezielle Datenbanken an. Die Suche dort kann bspw. über das trunkierte Suchwort „midw\*“ in „alle Felder außer Volltext“ erfolgen. So lässt sich der Volltext des ältesten in England erschienenen Lehrbuchs einer Hebamme in Early English Books Online finden: **Sharp**, Jane 1671: The midwives book. Im *KVK* kann über Anklicken der Kästchen VD 16 und VD 17 (Verzeichnis der im deutschen Sprachbereich erschienenen Drucke des 16. Jahrhunderts resp. 17. Jahrhunderts) nach dem deutschen Pendant gesucht werden: Die frühesten Bücherlisten (VD 16) bieten kein Lehrbuch einer Hebamme an, während der VD 17 über die Suche nach „Hebamme\*“ in alle Wörter nicht das älteste auf Deutsch erschienene Lehrbuch einer Hebamme ausweist, sondern dies erst bei dem Suchwort „Wehemutter\*“ erscheinen lässt. Es ist eine Übersetzung aus dem Französischen: **Bourgeois**, Louise 1619: Ein gantz new/ nützlich und nothwendig Hebammen Buch. Das erste in der Ursprungssprache Deutsch geschriebene Lehrbuch einer Hebamme ist ebenfalls nur in dieser Recherche zu finden: **Siegemund**, Justine 1690: *Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter*. Eine erschöpfende und vollständige Suche nach allen Lehrbüchern von frühen Hebammen ist die geschilderte Suche demnach nicht.

Recherchertools ausschließlich für Artikel aus Zeitschriften sind speziell für die Geschichte das Rechercheportal *OLC Geschichte – Online*

*Contents* sowie allgemein *periodicals index online (PIO)*. Letztere Datenbank hat einen leichteren Zugang. Er kann am besten über eine Universitätsbibliothek gewählt werden. Die beiden trunkierten Begriffe, in „alle Felder“ gesucht, ergeben 320 Treffer. Diese bieten sicherlich einen umfassenden Überblick zum Thema, aber enthalten auch Titel, die sich nicht direkt mit Hebammengeschichte befassen. Beide genannten Datenquellen für Artikel sind auch in *historicumSEARCH* integriert.

Arbeiten, die vor Jahrzehnten publiziert worden sind, haben es oft schwer, gefunden zu werden, da die digitalen Einträge in manchen Datenbanken nicht so weit zurückreichen. An vier Beispielen sollen die vorgestellten Recherchemöglichkeiten daraufhin überprüft werden (siehe Tabelle 1):

- Das Buch: **Gauß**, Carl Joseph und Bernhard Wilde 1956: Die deutschen Geburtshelferschulen. München.
- Der Beitrag aus einem Sammelband: **Frevert**, Ute 1982: Frauen und Ärzte im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert: Zur Sozialgeschichte eines Gewaltverhältnisses. In: Kuhn, Annette und J. Rösen (Hg.) 1982 Frauen in der Geschichte II. Düsseldorf: 177 – 210.
- Aus einer medizinhistorischen Zeitschrift der Artikel: **Ackerknecht**, Erwin H. 1974: Zur Geschichte der Hebammen. In: *Gesnerus* 31: 181 – 192.
- Aus einer Hebammenzeitschrift: **Loytved**, Christine 1999: Überlegungen zu Hebammen und ihren Lehrern im 18. und 19. Jahrhundert. In: *Die Hebamme* 4: 183 – 185.

Tabelle 1: Vergleich der Auffindbarkeit von vier Titeln in sechs verschiedenen Datenbanken/Rechercheportalen

|   | PropylaeumSEARCH | Gnomon | historicumSEARCH  | KVK      | PIO   | LIVIVO   |
|---|------------------|--------|---|----------|---|--|
| A | ja               | nein   | ja  | ja       | entfällt  | ja   |
| B | nein             | nein   | ja  | ja       | entfällt  | nein   |
| C | ja               | nein   | nein, von diesem Autor wird nur ein zwei Jahre jüngerer Artikel aus der Zeitschrift gelistet (von 1976) | entfällt | nein, von diesem Autor sind keine Artikel aus dieser Zeitschrift gelistet | ja   |
| D | nein             | nein   | nein  | entfällt | nein  | nein, obwohl jüngere Artikel aus der Zeitschrift gelistet sind |

Aus der Gegenüberstellung in Tabelle 1 lässt sich ableiten, dass ältere Bücher auffindbar sind. Für die Suche nach Artikeln aus medizinhistorischen Zeitschriften lohnt ein Blick auf die Homepage der Zeitschrift, da dort (wie bei *Gesnerus*) alle Ausgaben der Zeitschrift mit Inhaltsverzeichnis aufgelistet sind. Online einen vollständigen Überblick über alle Artikel einer deutschsprachigen Hebammenzeitschrift zu erhalten, kann nicht gelingen, da weder die Datenbanken noch die Verlage der jeweiligen Zeitschriften vollständige Auflistungen digitaler Art anbieten.

## Die Suche nach anderen Medien

Soll die Suche auf Bild- und Tonmaterial eingeschränkt werden, sind für einen Überblick die *Deutsche Digitale Bibliothek*, *Europeana* oder *World Digital Library* zu nennen, doch erlauben die Suchfelder dort wenig Differenzierung. Der KVK ermöglicht es, in den drei Datenbanken gleichzeitig zu suchen. Zusätzlich zu diesen Datenbanken bieten die lokalen Bibliotheken im In- und Ausland ein teilweise erweitertes Angebot und differenzierte Möglichkeiten, die Suche noch stärker einzuschränken. Als wichtigste Bibliotheken für die Suche nach Material zur Hebammengeschichte seien genannt: Die britische *Wellcome Collection*, die *National Library of Medicine (NLM)* in den USA mit der größten Sammlung zur Medizingeschichte weltweit und die französische *Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine (BIUM)* mit ihrer Spezialseite „Histoire de la santé“.

## Die Suche nach historischem Material

Wird nach Archivalien und Objekten gesucht, so bietet sich der Einstieg für Archivmaterial über *Archivportal-D* an. Auch hier ist die Suche im Archiv direkt (vor Ort) angezeigt, wenn sie vertieft werden soll. Speziell Nachlässe, Autographen und Verlagsarchive können mit *Kalliope* gesucht werden, wobei hier auch Archivalien aus Bibliotheken und nicht nur Archiven zu finden sind, wie etwa aus der Landesbibliothek Mecklenburg-Vorpommern (Schwerin) ein undatiertes handschriftliches Werk von Hans **Franck** (1879-1964): *Der Gang zur Hebamme*. Dies ist einer von 174 Treffern [Stand 01.08.2021] in *Kalliope*, wenn die einfache Suche nach „Hebamme“ gestartet wird. Einschlägige universitäre wissenschaftliche Sammlungen in Deutschland lassen sich auf [portal.wissenschaftliche-sammlungen.de](http://portal.wissenschaftliche-sammlungen.de) finden. Dieses Portal bietet Informationen zu Sammlungen, Beständen, verantwortlichen Personen und Einrichtungen. Mit dem Suchwort „Geburt“ werden relevante Sammlungen aufgezeigt.

## Danksagung

Mein Dank für die fachliche und inhaltliche Beratung und Anregungen gilt Dr. Wiebke Herr und Dr. Philipp Weiß (Bayerische Staatsbibliothek München) sowie meiner Kollegin Kristin Hammer (ZHAW).

**Institution:** Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW, Departement Gesundheit, Institut für Hebammen, Winterthur, Schweiz

**Kontakt:** [christine.loytved@zhaw.ch](mailto:christine.loytved@zhaw.ch)

## Diskussion

Die Auseinandersetzung mit aktuellen digitalen Recherchertools für die Suche nach Literatur und Material in der Hebammengeschichte bestätigt die Erfahrung aus Recherchen in anderen Fachgebieten: Eine Datenbank allein zu nutzen, reicht für die meisten Themen nicht aus. Es hat sich gezeigt, dass manche Zeitschriften nicht mit der Gesamtheit ihrer Ausgaben digital aufgelistet sind. Dadurch kann unabhängig vom Forschungsthema der nicht so leicht überprüfbare Eindruck entstehen, eine umfassende Suche durchgeführt zu haben. Es ist zu wünschen, dass im Laufe der Zeit diese Vollständigkeit der Erfassung erreicht wird. Im Verzeichnis der im deutschen Sprachbereich erschienenen Drucke des 16. und 17. Jahrhunderts wäre eine Verschlagwortung wünschenswert, um bspw. alle Hebammenlehrbücher einfach zu finden. Die Suche nach Medien sowie Archivalien wurde durch den KVK respektive durch das *Archivportal-D* wesentlich erleichtert.

## Schlussfolgerung

Für die Hebammengeschichte stellen die Datenbanken der Geschichte unverzichtbare Recherchemöglichkeiten dar. Aus der hier vorgestellten Übersicht können folgende Empfehlungen für die Suche nach Artikeln und Büchern ausgesprochen werden:

- ◆ Zum Altertum: *Gnomon*.
- ◆ Für frühe Drucke: *Verzeichnis der im deutschen Sprachbereich erschienenen Drucke des 16. Jahrhunderts*, resp. *17. Jahrhunderts* und *Early English Books*.
- ◆ Wenn nicht direkt zum Altertum gesucht werden soll: *historicumSEARCH*, wobei nicht nur die Schlagwortsuche genutzt werden sollte.
- ◆ Die Suche, insbesondere nach Artikeln aus Hebammenzeitschriften, ergänzen durch die Suche in *LIVIVO*.

Unter der Rubrik Junges Forum werden Abschlussarbeiten (Bachelor/ Master) oder Projektarbeiten von Absolventinnen und Absolventen als Kurzartikel veröffentlicht, die ihren Studiengang mit Bezug zur Hebammenwissenschaft in der nahen Vergangenheit erfolgreich abgeschlossen haben. Diese Beiträge durchlaufen keinen Peer-Review.

## Erleben subpartaler Eigenkontrolle von Gebärenden im Raum Osnabrück

### *Childbearing woman's experience of personal control during childbirth in the Osnabrück area*

#### Hintergrund

Weltweit wünschen sich Frauen ein positives Geburtserleben und wollen subpartal Kontrolle darüber haben, was mit ihnen geschieht [5]. Diese persönliche Kontrolle der Gebärenden über ihre eigene Situation [20] gilt als relevanter Einflussfaktor für ihr Erleben und ihre Zufriedenheit [7, 17]. Mitunter wird sie als der einflussreichste Faktor dargestellt [6, 8]. Die "Subpartale Eigenkontrolle" meint die persönliche Ein- und Abschätzung eigenen Erfolgs und die entsprechend angepasste Verhaltensregulierung der Gebärenden, um autonom zu bleiben. Im Gegensatz zur „Handlungskontrolle“, d.h. der Selbstbeherrschung von Gefühlen, Gedanken und Schmerzen, zielt sie auf externe Faktoren ab, wie die Beteiligung an Entscheidungen oder den Einfluss auf die Handlungen des Personals [2, 18]. Erlebt eine Frau subpartal diese Eigenkontrolle, empfindet sie persönliche Stärke, Selbstwirksamkeit und Wohlbefinden [12]. Ihre Geburt bewertet sie dann tendenziell positiver, was sich protektiv auf ihre Gesundheit und die ihrer ganzen Familie auswirkt [12]. Ein Mangel an Eigenkontrolle hingegen birgt ein erhöhtes Risiko für postpartales Unwohlsein und psychische Belastungsstörungen mit etwaigen Folgebehandlungen [11, 21]. Daher entlastet ein positives Erleben derselben auch das Gesundheitssystem [16]. Die Zufriedenheit, die durch dieses positive Geburtserleben maßgeblich gesteigert wird, ist zudem ein wichtiger Indikator, um die Qualität der gesundheitsbezogenen Versorgung zu bewerten und deren Organisation sowie ihr Angebot aus Nutzer\*innenperspektive zu gestalten [19].

#### Ziel

Die Eigenkontrolle im Kontext der Geburt ist Teil des aktuellen gesundheitspolitischen, wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Diskurses [1, 3]. Dennoch liegen für Deutschland wenig konkrete Daten zum Erleben der Nutzer\*innen vor, so dass Grundlagen fehlen, um evidenzbasierte Strategien zur Förderung der subpartalen Eigenkontrolle abzuleiten. Daher war das Ziel, entsprechende Daten zu erheben und aus diesen im Kontext psychologischer Theorien und der Literatur Empfehlungen für die Praxis und die Forschung zu formulieren.

#### Methodik

Die Daten wurden durch Interviews erhoben und ausgewertet. Hierfür wurde literaturbasiert ein problemzentrierter Leitfaden entwickelt, in zwei Pretests getestet und adaptiert [14, 22]. Er strukturierte die Erhebung,

welche nach der positiven Bewertung durch die zuständige Ethik-Kommission erfolgte. Die zehn telefonisch durchgeführten Interviews wurden aufgezeichnet und mit Hilfe des Programms MAXQDA 2020 transkribiert und kategorisiert. Ergänzend wurde je ein Postskriptum nach Witzel erstellt [22].

Die Zielgruppe waren Mütter einer norddeutschen Region, die zwei bis vier Monate nach der Geburt interviewt wurden, wenn sich ihre neuen familiären und körperlichen Situationen eingespielt hatten, die Erinnerungen aber noch präsent waren. Um die Vergleichbarkeit zu erhalten, wurden unabhängig des Bildungsabschlusses deutschsprachige Frauen ohne anamnestische Risiken eingeschlossen, die einen Geburtsvorbereitungskurs besucht hatten.

Die Daten wurden durch die zusammenfassende Inhaltsanalyse aufgearbeitet und auf Grundlage der gebildeten Kategorien (siehe Tabelle 1) durch die deduktive Textanalyse ausgewertet [14]. Dabei waren die Gütekriterienkataloge nach Mayring sowie Lincoln und Guba maßgebend [13, 14].

#### Ergebnisse

Die zehn Interviews ergaben 16 Geburtsberichte, die 13 Spontangeburt, einen Kaiserschnitt und zwei vaginal-operative Geburten umfassten. Elf Berichte bezogen sich auf die klinische und fünf auf die außerklinische Geburtshilfe; kontinuierlich betreut, d.h. während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts durch die gleiche Hebamme bzw. ein vertrautes Hebammenteam begleitet, wurden neun Geburten. Von den 29 bis 39 Jahre alten Frauen waren sechs Erst-, zwei Zweit- und zwei Drittgebärende.

Die Befragten selbst verstanden unter „subpartaler Eigenkontrolle“, dass sie den normalen Geburtsverlauf autonom, ohne Druck oder Manipulation, aktiv bestimmen könnten, statt nur passiv zu reagieren. Die persönliche Kontrolle begann dabei antepartal mit der Wahl des Betreuungsmodells und des Geburtsortes. Sie beinhaltete für alle die subpartale Entscheidungsmacht über Geburtspositionen und Schmerzmittel, für einige auch über das Legen eines prophylaktischen Zugangs, über das intuitive Pressen oder über die vaginalen Untersuchungen. Bei Abweichungen hätten alle dem Personal vertraut und ihre Kontrolle abgegeben, legten aber Wert auf eine gute Kommunikation und die Option über Interventionen mitentscheiden zu können. Hier nannten alle das zunächst paradox erscheinende Ergebnis, dass die Gebärende dann eine eigenkontrollierte Geburt erleben könnte, wenn sie eben diese Kontrolle abgeben und sich ganz dem Prozess hingeben würde.

#### Erratum:

Die Redaktion bedauert außerordentlich die folgenden zwei Fehler, die bei der Präsentation des Artikels „Einfluss von unterschiedlichen Gebäarpositionen auf das Geburtserlebnis von Erstgebärenden“ im Band 09/2021, Heft 01, Seite 50, geschehen sind:

- im Abschnitt „Schlussfolgerung“ wurde der Text doppelt eingefügt;
- die Angabe zur Autorin war falsch. Die Autorin ist Lucia Schmalfuß, M.Sc., Kontakt: [lucia.schmalfuss@posteo.de](mailto:lucia.schmalfuss@posteo.de). Die Arbeit wurde an der Hochschule für Gesundheit in Bochum zur Erlangung des Grades „Master of Science“ erstellt und durch Prof.in Dr.in Rainhild Schäfers & Mirjam Peters, M.Sc. betreut und begutachtet. Sie wurde am 14.06.2021 eingereicht.

Elementar sei, dass sie selbst die Entscheidungsmacht darüber habe, wann und wem sie ihre Kontrolle übertrage.

**Tabelle 1: Kategorienbildung** (eigene Darstellung)

| Haupt- und Unterkategorien |  |
|----------------------------|--|
| K1                         | Dominierendes Erleben  |
| K2                         | Betreuungsmodelle  |
| K3                         | Persönliches Konzept von Eigenkontrolle<br><i>K8 Einfluss der Persönlichkeit</i>   |
| K4                         | Erwartungen  |
| K5                         | Tatsächliches Erleben<br><i>K9 Bedeutung Eigenkontrolle abzugeben</i><br><i>K10 Konkrete Beispiele erlebter Eigenkontrolle</i><br><i>K11 Wahrgenommene Fremdkontrolle</i><br><i>K12 Folgen nicht erlebter Eigenkontrolle</i> |
| K6                         | Betreuungsumsetzung  |
| K7                         | Förderliche & hinderliche Determinanten<br><i>K13 Persönliche Begleitung</i><br><i>K14 Geburtsplan(ung)</i><br><i>K15 Geburtsvorbereitung</i>  |

Voraussetzung für ein positives Erleben war für acht Frauen die mentale und körperliche Geburtsvorbereitung sowie eine interaktive Geburtsplanung. Auch die vertrauensvolle Begleitung des kompetenten Personals, welches eine sichere, stressfreie Atmosphäre schaffe, Zeit für die Gebärende habe und ihre Eigenkontrolle fördere, war den meisten wichtig. Vier betonten zudem die Handlungskontrolle als notwendig, um autonom handeln zu können.

Übereinstimmend mit der Literatur beeinflussten multifaktorielle Gegebenheiten das Erleben bzw. Nicht-Erleben (siehe Abbildung 1). Obwohl die Befragten bei allen Geburten anfängliche Momente subpartaler Eigenkontrolle erlebt hatten, ließen sich nur sieben Geburten eher als eigenkontrolliert kategorisieren; die anderen neun als wenig oder nicht eigenkontrolliert. Es zeigten sich Zusammenhänge zur Parität, dem Betreuungsmodell, dem Geburtsort, der Betreuungsform in der Klinik, der Betreuung sowie zur Erwartung, Kontrolle zu behalten, nicht aber zu demografischen Faktoren. Bei den sieben eigenkontrolliert empfundenen Geburten waren alle, unabhängig von der Betreuungsform, subpartal 1:1 betreut worden. Keine Frau,

die ihr erstes Kind in einem Kreißsaal geboren hatte, berichtete über eine solche Geburt, egal ob sie kontinuierlich durch eine Begleit-Beleghebamme oder im Schichtdienst betreut worden war. Von den neun kontinuierlich betreuten Geburten waren die anderen sechs eigenkontrolliert. Außer-klinisch steuerten alle Befragten ihre Geburten selbst, wohingegen keine Frau in einer Klinik mit >1500 Geburten und Perinatalzentrum Level 1 dies erlebt hatte.

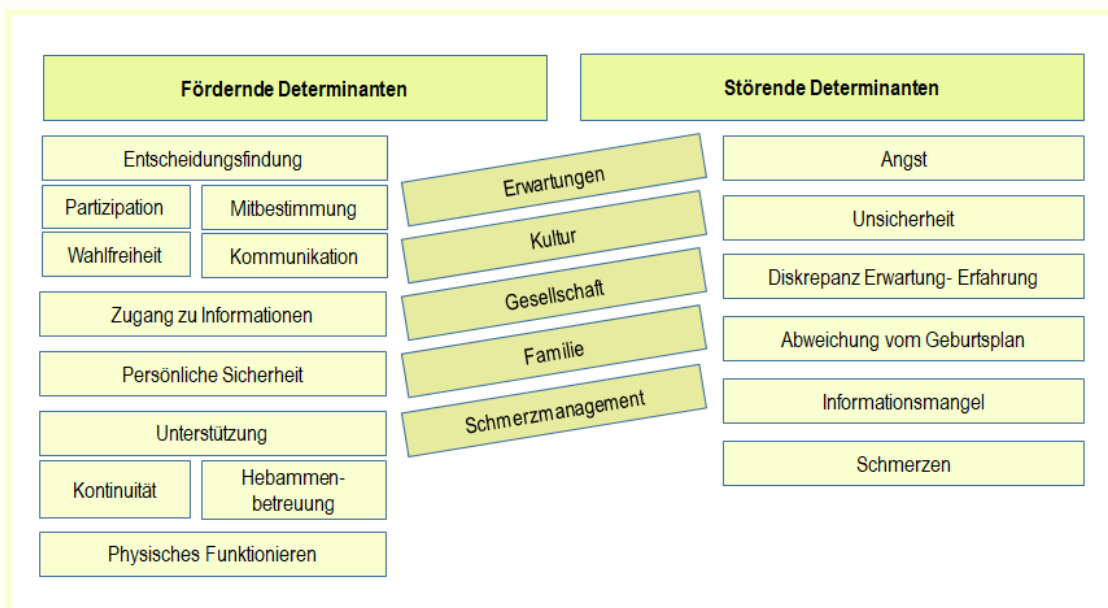
## Diskussion

Das qualitative Forschungsdesign ermöglichte, das subjektive Kontroll-erleben der Frauen zu erfassen, verstehend-interpretativ zu rekonstruieren und Überschneidungen aufzuzeigen. Zu beanstanden ist die geringe, regional begrenzte Fallzahl anamnestisch unauffälliger Frauen. Dies begründete sich im Forschungsumfang. In der Beispielregion sind in unterschiedlichem Maße alle Formen der gängigen Geburtsbegleitung verfügbar. So zeigt die Erhebung in ihrer örtlichen Begrenzung eine relative Repräsentativität und Übertragbarkeit für Deutschland. Entsprechend der qualitativen Gütekriterien ist die Arbeit ferner durch den reflektierten und transparent beschriebenen Forschungsprozess vertrauenswürdig, zuverlässig und bestätigbar [4].

Die Ergebnisse entsprechen überwiegend dem aktuellen internationalen Forschungsstand. Alle aus dem Sample, die subpartale Eigenkontrolle erlebt hatten, waren während der Geburt im Verhältnis 1:1 von einer Hebamme begleitet worden. Ein RCT misst dieser Betreuungsform ebenfalls den größten Effekt auf das Erleben eigener Kontrolle bei [15]. Das von allen genannte Paradoxon, Eigenkontrolle abgeben zu wollen, um sie zu erhalten, stellte sich als ein entscheidender Aspekt für ein gutes Erleben heraus, was auch Olza et al. in ihrer Metaanalyse beschreiben [18]. Während die Frau völlig auf den Geburtsprozess konzentriert ist und sich innerlich kontrolliert, kann eine von ihr gewählte Vertrauensperson ihre nach außen gerichtete Kontrolle übernehmen, d.h. auf äußere Einflüsse reagieren und in ihrem Sinne autonom handeln. Mit einer Ausnahme war bei allen Krankenhausgeburten interveniert worden, was einige als nicht-erlebte Kontrolle bzw. Fremdkontrolle benannten. Ähnlich stellen Christiaens et al. heraus, dass medizinische Interventionen zu einer höheren Unzufriedenheit führen [2]. Die Ergebnisse zeigen schließlich, dass das Erleben nur im Kontext der Erwartung-Erfahrung-Diskrepanz bewertet werden kann, was auch Haines et al. schildern [9].

## Handlungsempfehlungen

Um die Zufriedenheit der Nutzer\*innen weiter zu steigern, wäre es wünschenswert, dass alle praktisch arbeitenden Hebammen und Ärzt\*innen die



**Abbildung 1: Subpartale Eigenkontrolle fördernde und störende Determinanten** (eigene Darstellung)



Eigenkontrolle der Gebärenden fördern. Entsprechend den Ergebnissen kann dies am besten in einer kontinuierlichen, 1:1-Betreuungssituation gelingen, weshalb diese Struktur dringend ausgebaut werden sollte. Aber auch da, wo keine Kontinuität oder 1:1-Betreuung gegeben ist, kann Eigenkontrolle begünstigt werden. Ausschlaggebend ist, Vertrauen aufzubauen und die Gebärende dort abzuholen, wo sie bezüglich ihrer Erwartungen, Wünsche und Sorgen steht. Dies bedarf einer individualisierten Betreuung, die durch fachliche Kompetenz und professionelle Empathie gekennzeichnet ist. Insbesondere der Informationsfluss, die Einbindung der Frau in Entscheidungen und eine wertschätzende Kommunikation sind wichtig. Auf Erstgebärende sollte zudem geachtet werden, da sie ein höheres Risiko für eine nicht-eigenkontrolliert erlebte Geburt haben. Auch auf struktureller Ebene sollte diese Betreuung dem Personal ermöglicht werden.

Für zukünftige Forschungen scheint es am dringendsten erforderlich, neue Strukturen zu gestalten, in denen subpartale Eigenkontrolle gefördert werden kann, und diese zu evaluieren. An dieser Stelle wird die Relevanz einer praxisnahen Versorgungsforschung deutlich.

Autorin: Carolin Jülich, M.Sc.

Kontakt: [hebamme@carolinjuelich.de](mailto:hebamme@carolinjuelich.de)

Die Arbeit wurde im Masterstudiengang Versorgungsforschung an der Hochschule Osnabrück zur Erlangung des Grades Master of Science 2021 Frau Prof.in Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein-Hohenstein vorgelegt.

## Literatur:

1. BMG (Bundesministerium für Gesundheit). Nationales Gesundheitsziel. Gesundheit rund um die Geburt. 2017. Verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales\\_Gesundheitsziel\\_Gesundheit\\_rund\\_um\\_die\\_Geburt.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf) [Zugriff: 30.07.2021]
2. Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2007; 7:26. DOI: 10.1186/1471-2393-7-26
3. DNQP & Verbund Hebammenforschung (Hrsg.). Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt. Osnabrück: Hochschule Osnabrück; 2014.
4. Döring N, Bortz J. Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer; 2016.
5. Downe S, Finlayson K, Oladapo O, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS ONE*. 2018; 13(4):e0194906. DOI: 10.1371/journal.pone.0194906
6. Fair CD, Morrison TE. The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery*. 2012; Feb;28(1):39-44. DOI: 10.1016/j.midw.2010.10.013
7. Ford E, Ayers S, Wright D B. Measurement of Maternal Perceptions of Support and Control in Birth (SCIB). *Journal of Women's Health*. 2009; Volume 18, Number 2. DOI: 10.1089/jwh.2008.0882
8. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 46(2), 212-219. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x
9. Haines HM, Hildingsson I, Pallant JF, Rubertsson C. The Role of Women's Attitudinal Profiles in Satisfaction with the Quality of their Antenatal and Intrapartum Care. *JOGNN*. 2013; 42, 428-441. DOI: 10.1111/1552-6909.12221
10. Henriksen L, Grimsrud E, Schei B, Lukasse M. Factors related to a negative birth experience – A mixed methods study. *Midwifery*. 2017; Aug;51:33-39. DOI: 10.1016/j.midw.2017.05.004
11. Hollander MH, van Hastenberg E, van Dillen J, van Pampus MG, de Miranda E, Stramrood CAI. Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Arch Womens Ment Health*. 2017; 20:515-523. DOI: 10.1007/s00737-017-0729-6
12. Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I. The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015; 15:251. DOI: 10.1186/s12884-015-0683-0
13. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage; 1985.
14. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Verlag; 2015.
15. McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, Farrell T, Flood M, Shafiei T, Waldenström U. The effect of primary midwife-led care on women's experience of childbirth: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG*. 2016 Feb; 123(3):465-474. Epub 2015 Oct 26. DOI: 10.1111/1471-0528.13713
16. Meyer S. Control in childbirth: a concept analysis and synthesis. *Journal of Advanced Nursing*. 2012; 69(1), 218-228. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2012.06051.x
17. Nieuwenhuijze MJ, de Jonge A, Korstjens I, Budé L, Lagro-Janssen TLM. Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*. 2013; 29:e107-e114. DOI: 10.1016/j.midw.2012.12.007
18. Olza I, Leahy-Warren P, Benyamini Y, et al.. Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open*. 2018; 8:e020347. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-020347
19. Perriman N, Davis D. Measuring maternal satisfaction with maternity care: A systematic integrative review. What is the most appropriate, reliable and valid tool that can be used to measure maternal satisfaction with continuity of maternity care? *Women and Birth*. 2016; 29:293-299. DOI: 10.1016/j.wombi.2015.12.004
20. Stahl K. *Betreuungszufriedenheit von Wöchnerinnen in deutschen Krankenhäusern. Konstituierende Dimensionen, Rolle des Geburtsmodus und Gesamtzufriedenheit*. Dissertationsschrift zur Erlangung des Doktorgrades rer. medic des Fachbereichs Humanwissenschaften der Universität Osnabrück. 2012. Verfügbar unter: [https://repositorium.uni-osnabrueck.de/bitstream/urn:nbn:de:gbv:700-2012102510452/2/thesis\\_stahl.pdf](https://repositorium.uni-osnabrueck.de/bitstream/urn:nbn:de:gbv:700-2012102510452/2/thesis_stahl.pdf) [Zugriff: 30.07.2021].
21. Statista. *Verteilung der Einwohner in Deutschland nach Gemeindegrößenklassen (Stand 31.12.2019)*. 2020. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/161809/umfrage/anteil-der-einwohner-an-der-bevoelkerung-in-deutschland-nach-gemeindegroessenklassen/> [Zugriff am: 30.07.2021]
22. Stevens NR, Adams N, Wallston KA, Hamilton NA. Factors associated with women's desire for control of healthcare during childbirth: Psychometric analysis and construct validation. *Res Nurs Health*. 2019; 1-11. DOI: 10.1002/nur.21948
23. Witzel A. *Das problemzentrierte Interview*. In: Jüttemann G (Hrsg.). *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. Weinheim: Beltz; 1985. S. 227-255.

## Schlussfolgerungen

Die Geburt eines Kindes ist eines der wichtigsten Ereignisse im Leben einer Frau [10]. Individuell und einzigartig hat das Erleben einer eigenkontrollierten Geburt das Potential, sich kurz- und langfristig gesundheitsförderlich für die Frau und ihre Familie auszuwirken [17]. Bedeutend ist dafür, dass eine Gebärende handlungsfähig bleibt, mitunter dadurch, dass sie ihre Eigenkontrolle bewusst abgibt. Ein weiterer Schlüssel liegt in der die Eigenkontrolle fördernden Geburtsbegleitung. Zudem bewerteten die Befragten die Geburtsvorbereitung als dritten wichtigen Faktor. Diese drei Schlüssel sollten sowohl in der praktischen Arbeit und deren Organisation als auch in der Forschung bedacht werden.

# Termine

Die Fristen für alle Rubriken (außer Originalartikel) sind:

- ◆ für das Sommerheft => 1.2. jeden Jahres
- ◆ für das Winterheft => 1.8. jeden Jahres

Die Fristen für die Originalartikel sind:

- ◆ für das Sommerheft => 1.10. des Vorjahres für das Sommerheft
- ◆ für das Winterheft => 1.4. für das Winterheft

Bei einer Einreichung vor diesen Fristen kann im Allgemeinen mit einer Publikation im jeweils genannten Heft gerechnet werden. Voraussetzung ist der positive Verlauf der redaktionellen Prüfung bzw. des Peer-Reviews.

## Februar 2022

### 16. Mitgliederversammlung der DGHWi

10. Februar 2022, Winterthur, Schweiz

Nähere Informationen unter: <https://www.dghwi.de/veranstaltung/16-mitgliederversammlung-der-dghwi/>

### 6. Internationale Konferenz der DGHWi

10. – 11. Februar 2022, Winterthur, Schweiz

Nähere Informationen unter: <https://www.dghwi.de/veranstaltung/6-internationale-konferenz-der-dghwi/>

## März 2022

### EbM-Kongress 2022

17. - 19. März 2022, Lübeck

Nähere Informationen unter: <https://www.ebm-kongress.de/>

### Internationaler Jubiläumscongress „Geburtshilfe im Dialog“

18.– 19. März 2022, Mannheim

Nähere Informationen unter: <https://www.geburtshilfe-im-dialog.de/>

### Kongress „Armut und Gesundheit“

22.– 24. März 2022 (virtuell)

Nähere Informationen unter: <https://www.armut-und-gesundheit.de/>

### International Conference on Obstetrics, Gynecology, and Midwifery

14. – 15. Juli 2022, New York, USA

Nähere Informationen unter: [https://www.wynconferences.com/conference/WYN\\_ICOGM](https://www.wynconferences.com/conference/WYN_ICOGM)

## Oktober 2022

### 64. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

12.–15. Oktober 2022, ICM - Internationales Congress Center München

Nähere Informationen unter: <https://www.dggg2022.de>

## 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, Diplompädagogin, Master of 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  
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

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

### Associate editors

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

### 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, Prof. 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 Knape Ph.D., Dr. Elisabeth Kurth,  
Prof. Dr. Ute Lange, Prof. Julia Leinweber Ph.D., Prof. Dr. Sabine  
Metzing, Michaela Michel-Schuldt M.Sc., 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,  
Prof. Dr. Oda von Rahden, Carmen Wyss M.A.

### Lektorat (Editorial staff)

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

### Layout

Dr. Gertrud M. Ayerle

**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*). 2021;09(02):Seitenzahlen.

Authors. Title. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (*Journal of  
Midwifery Science*). 2021;09(02):page numbers.

**Datum (Date):** 15.12.2021



Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.  
Geschäftsstelle: Postfach 1242, 31232 Edemissen  
E-Mail: [vorsitzende@dghwi.de](mailto:vorsitzende@dghwi.de)  
Website: [www.dghwi.de](http://www.dghwi.de)