

ZEITSCHRIFT FÜR HEBAMMENWISSENSCHAFT

Journal of Midwifery Science

Themen:

- ◆ Präsidentin und Neuwahl
- ◆ Neues Design der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (ZHWi)
- ◆ Stellungnahmen zur Änderung der Kinder- und Mutterschafts-Richtlinien
- ◆ Zertifizierung von digitalen Gesundheitsanwendungen
- ◆ Die geburtshilfliche Betreuung von Frauen mit Fluchterfahrung – Perspektiven geburtshilflicher Akteur*innen
- ◆ Realisieren einer Zufallsstichprobe: Das Potential eines Feldzugangs über Einwohnermeldeämter
- ◆ Review

Kategorien

Editorial	33
Aktuelles	34
Stellungnahmen/Leitlinien	36
Originalartikel	40
Reviews	53
Termine	55

Ziele der DGHWi

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

Inhaltsverzeichnis

Editorial	33
<hr/>	
Aktuelles	
<hr/>	
Verabschiedung von Franziska Rosenlöcher als Präsidentin und Neuwahl	34
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der DGHWi	34
Neues Design der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (ZHWi)	35
Bericht zur 6. Internationalen Konferenz der DGHWi	35
<hr/>	
Stellungnahmen/Leitlinien	
<hr/>	
Aussetzung der Beratung zum Screening auf Streptokokken der serologischen Gruppe B	36
Änderung der Kinder-Richtlinie: Dokumentationsvorgaben im elektronischen Untersuchungsheft	37
Änderung der Mutterschafts-Richtlinien: Dokumentationsvorgaben im elektronischen Mutterpass	37
Zertifizierung von digitalen Gesundheitsanwendungen im Rahmen der Geburtshilfe	38
Übersicht zur Leitlinienarbeit 2022	39
<hr/>	
Originalartikel	
<hr/>	
Die geburtshilfliche Betreuung von Frauen mit Fluchterfahrung – Perspektiven geburtshilflicher Akteur*innen	40
Realisieren einer Zufallsstichprobe: Das Potential eines Feldzugangs über Einwohnermeldeämter	47
<hr/>	
Reviews	
<hr/>	
Routinemäßige vaginale Untersuchungen im Vergleich zu anderen Methoden zur Beurteilung des Geburtsfortschritts	53
<hr/>	
Termine	55
<hr/>	
Vorstand: Kontaktangaben	
Impressum	

Liebe Leser*innen,

Liebe das Jahr 2023 wird das 15-jährige Bestehen der DGHWi und das zehnjährige Erscheinen der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft markieren. In dieser Zeit haben sich die Fachgesellschaft und ihr Auftritt in der Öffentlichkeit in vielerlei Hinsicht entwickelt. Vorbereitet von den vorherigen Vorstandsmitgliedern nehmen neue Strukturen konkrete Formen an, die innerhalb der DGHWi bereits deutliche Veränderungen bewirkt haben.

Die Kommissionen „Leitlinien“ und „Stellungnahmen“ wurden gegründet und etablieren nun ihre Arbeitsprozesse. Im Bericht der Leitlinienbeauftragten Prof.in Lena Agel finden Sie die jährliche Übersicht der zuletzt publizierten bzw. zur Publikation erwarteten Leitlinien – diesmal z.B. die S3-Leitlinie „Fetale Überwachung (Indikation und Methodik zur fetalen Zustandsdiagnostik in der Schwangerschaft)“ – und weiterhin die in Bearbeitung befindlichen Leitlinien – so z.B. die zwei geplanten S3-Leitlinien zu „Stilldauer und Interventionen zur Stillförderung“ sowie „Brustentzündungen in der Stillzeit“. Im Bereich der Stellungnahmen, Standpunkt- und Positionspapiere finden Sie in diesem Heft weitere Veröffentlichungen insb. zur Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung. Drei Stellungnahmen befassen sich mit der elektronischen Dokumentation im Mutterpass und Kinderheft bzw. mit der Einsicht in den elektronischen Impfpass. Weiterhin finden Sie das Standpunkt-papier von DGHWi und DHV zu Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) in der geburtshilflichen Begleitung.

Auch die Öffentlichkeitsarbeit der DGHWi kann sich auf einer bereits soliden Grundlage weiterentwickeln. Über erste Ansätze berichten Kathrin Althans und ich in der Rubrik „Aktuelles“ – so werden das Präsidium und die Geschäftsstelle zukünftig durch eine Pressestelle unterstützt. Nach der Erneuerung der Website vor inzwischen zwei Jahren wird ab dem kommenden Jahr auch die Zeitschrift mit einer überarbeiteten Struktur und in neuem Design veröffentlicht. Die Chefredaktorinnen Prof.in Dr.in Annetkatrin Skeide und Prof.in Dr.in Dorothea Tegethoff informieren zu den geplanten Änderungen ebenfalls in der Rubrik „Aktuelles“.

Rückblicken dürfen wir in dieser Ausgabe außerdem auf einen weiteren Erfolg in der Ausrichtung internationaler Konferenzen durch die DGHWi. So hält Julia Steinmann Eindrücke der 6. Internationalen Konferenz im vergangenen Sommer fest. Unter dem Motto „Chancengleichheit – Equality & Equity in Childbirth“ kamen die Teilnehmenden für anregende Vorträge, vielfältige Workshops und kollegialen Austausch in Winterthur zusammen.

Das Thema reproduktive Gerechtigkeit ist nicht nur hochrelevant für die wissenschaftlichen und praktischen Auseinandersetzungen im Hebammenwesen, sondern wird vermutlich auch für die Diskurse der kommenden Jahre Aktualität behalten. Die beiden Originalartikel in diesem Heft liefern uns wichtige Erkenntnisse, die zu diesem Thema in Bezug gesetzt werden können. Zunächst beschreiben Manuela

Raddatz, M.Sc., Prof. Dr. Uwe Bettag, Prof.in Dr.in Claudia Hellmers und Prof.in Dr.in Friederike zu Sayn-Wittgenstein-Hohenstein in ihrem Beitrag „Realisieren einer Zufallsstichprobe: Das Potential eines Feldzugangs über Einwohnermeldeämter“ Möglichkeiten und Bedingungen,



angemessene Stichproben für die Fundierung hebmawissenschaftlicher Forschungserkenntnisse zu gewinnen. Prof.in Dr.in Anne Kasper und Prof.in Dr.in Petra Kolip widmen sich in ihrem Beitrag „Die geburtshilfliche Betreuung von Frauen mit Fluchterfahrung – Perspektiven geburtshilflicher Akteurinnen“ Fragen nach einer bedürfnisgerechten Versorgung und adressieren dabei insbesondere die von Professionellen unternommenen Anpassungen im geburtshilflichen Handeln aufgrund unzureichender Ressourcen.

Inhaltlich ebenfalls bedeutsam ist die kürzlich erschienene Aktualisierung des Cochrane-Reviews „Routinemäßige vaginale Untersuchungen im Vergleich zu anderen Methoden zur Beurteilung des Geburtsfortschritts zur Verbesserung von Endpunkten für Mütter und termingerechte Neugeborene“ verfasst von Moncrieff et al. (2022). Zur weiteren Verbreitung der gewonnenen Erkenntnisse übersetzte Tale Böhmerle, Mitglied der Sektion Internationales, die Kurzzusammenfassung ins Deutsche – diese Übersetzung finden Sie in der Rubrik „Reviews“. Wie wichtig die kontinuierliche Überprüfung und Aktualisierung auch langjährig praktizierter Techniken zum Erreichen einer evidenzbasierten geburtshilflichen Versorgung ist, wird an diesem Thema anschaulich verdeutlicht.

Trotz der zahlreichen hilfreichen Erkenntnisse und motivierenden Erfahrungen erwartet uns nicht nur Erfreuliches im kommenden Jahr – leider werden wir Professorin Dr.in Franziska Rosenlöcher als Präsidentin auf der kommenden Mitgliederversammlung verabschieden müssen. An dieser Stelle sei Franziska bereits herzlich für ihren Einsatz gedankt.

Ich wünsche Ihnen eine interessante und anregende Lektüre dieses besonderen Heftes. Meine Präsidiumskolleginnen und ich freuen uns, Sie für regen fachlichen Austausch zur Mitgliederversammlung am 9. Februar 2023 in Frankfurt am Main oder spätestens zur 7. Internationalen Konferenz geplant für Februar 2024 in Berlin einladen zu dürfen.

Mit kollegialen Grüßen

Friederike Hesse

Beisitzerin Öffentlichkeit der DGHWi e.V.

Verabschiedung von Franziska Rosenlöcher als Präsidentin und Neuwahl

Aus persönlichen Gründen wird Prof.in Dr. Franziska Rosenlöcher von ihrem Amt als Präsidentin der DGHWi zurücktreten und das Amt während der nächsten Mitgliederversammlung im Februar 2023 in Frankfurt zur Wahl stellen.

Die weiteren Präsidiumsmitglieder sehen dies mit Bedauern, da sie Franziska Rosenlöcher als ausgesprochen kompetent und kollegial wertschätzen gelernt haben. Vor allem ihre engagierte und besonnene Herangehensweise haben die Tätigkeiten im Präsidium vorangetrieben. Sie möchten sich an dieser Stelle herzlich für die gute Zusammenarbeit bedanken und hoffen darauf, rasch kompetente Kandidat*innen für ihre Nachfolge zu finden.

Aufgaben der Präsidentin / des Präsidenten

Die letzten Wahlen des neuen Präsidiums waren im Februar 2022. Die Präsidentin/der Präsident der DGHWi vertritt die Fachgesellschaft bei vertraglichen Regelungen und plant gemeinsam mit den anderen Präsidiumsmitgliedern die Präsidiumssitzungen und Mitgliederversammlungen. Sie/er ist verantwortlich für die inhaltliche Ausrichtung der Fachgesellschaft entsprechend der bestehenden Satzung und repräsentiert die Fachgesellschaft nach außen.

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der DGHWi

Hebammenwissenschaftliche Forschung und Erkenntnisse verbreiten, Wissenschaft und Praxis ins Gespräch bringen, Beteiligung an gesellschaftlichen Diskursen – diese Ziele verfolgt die DGHWi nicht zuletzt durch Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Einige Formate konnten in den vergangenen Jahren durch Vorstand und Geschäftsstelle erfolgreich etabliert werden. So sind die neue Website, Social-Media-Kanäle und interne Informationswege in Form von Newslettern und Rundmails entstanden.

Seit der Mitgliederversammlung im Februar 2022 gibt es für das Sammeln der Themen und Anliegen hinsichtlich Öffentlichkeitsarbeit sowie diesbezüglich Abstimmung zwischen Präsidium, Geschäftsstelle und den Chef-Editorinnen der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft erstmals eine Position innerhalb der Vereinsstrukturen. Als Beisitzer*in für Öffentlichkeitsarbeit ist seither Friederike Hesse mit diesen Aufgaben betraut. Seit 01.11.2022 steht ihr dabei zusätzlich die neu eingerichtete Pressestelle der DGHWi zur Seite, die in Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle die Kommunikation mit Mitgliedern und Öffentlichkeit pflegen soll.

Die Arbeit in der Pressestelle übernimmt Kathrin Althans. Sie wird zukünftig vor allem die Außenkommunikation und Beantwortung von Presseanfragen koordinieren. Dafür werden primär die bereits etablierten Strukturen wie der Webauftritt und die Social-Media-Kanäle der DGHWi genutzt. Die Pressestelle ist erreichbar unter: pressestelle@dghwi.de

Um zukünftig mit den Angeboten (z.B. Internationale Konferenz) und Publikationen (insb. Positionspapiere) der DGHWi ein breiteres Publi-

Es sind die laufenden Vereinsgeschäfte zu regeln, die zu großen Teilen durch die Geschäftsstelle übernommen werden. Zu den laufenden Aufgaben gehört auch der Kontakt zu Mandatsträger*innen und Sektionssprecher*innen sowie zu den Editors-in-Chief der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft. Zudem muss die Fachgesellschaft im Kontakt zu ihren Mitgliedern und potenziellen Mitgliedern sowie zu anderen Fachgesellschaften und in politischen Netzwerken präsent sein – so sind insb. die Kontakte zu den Berufsverbänden der Hebammen und den Ausbildungsstätten wichtig.

Wer sich für die Wahl zur Verfügung stellen möchte, kann sich gerne in der Geschäftsstelle (geschäftsstelle@dghwi.de) melden. Hier werden auch weitere Fragen beantwortet bzw. an die Präsidiumsmitglieder weitergeleitet.

Präsidium

kum zu erreichen sowie relevante fachliche und politische Diskurse zu erfassen, soll die Öffentlichkeitsarbeit auf eine breite Basis gestellt werden. So ist geplant, eine Social-Media-Gruppe aufzubauen, um die Kanäle der DGHWi mit vielfältigen Ideen zu bereichern. Interessierte Mitglieder können sich gerne direkt an die Pressestelle wenden. Auch ein neues Newsletter-Format für (Noch-)Nichtmitglieder könnte ein zukünftiger Entwicklungsschritt sein.

Kurzvorstellung Kathrin Althans



Kathrin Althans ist evangelische Theologin und hat nach einem Aufbaustudium in Journalismus langjährig als Journalistin in einem kirchlichen Medienhaus gearbeitet. Seit April 2022 studiert sie in Frankfurt am Main Hebammenwissenschaft am neu gegründeten Kooperationsstudiengang der Goethe Universität und der Frankfurt University of Applied Sciences.

Friederike Hesse, M.A. und Kathrin Althans, Dipl.-Theolog.

Beisitzerin für Öffentlichkeitsarbeit und Pressestelle der DGHWi

Neues Design der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (ZHWi)

Zum 10-jährigen Jubiläum der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (ZHWi) im kommenden Jahr wird diese in einem neuen Design erscheinen. Die Redaktion der ZHWi arbeitet dafür erneut mit Miriam Horn-Klimmek, Inhaberin der Berliner Agentur formlos, zusammen. Formlos hat auch die Website der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) neugestaltet. Das neue Design der ZHWi ist gestalterisch an die Website der DGHWi angepasst und verfolgt das Ziel, die Verbindung dieser Medien besser sichtbar zu machen.

Im Zuge der Überarbeitung gibt es weitere wichtige Neuerungen. Zum einen wird eine neue Software eingeführt, mit der der Layout-Prozess vereinfacht wird, um die redaktionelle Arbeit zu erleichtern und insbesondere Gertrud Ayerle, die seit Entstehung der Zeitschrift maßgeblich dafür zuständig ist, zu entlasten. Ziel ist in diesem Zusammenhang auch, die wissenschaftlichen Publikationen einzeln als pdf-Dokumente zur Verfügung stellen zu können. Zum anderen wird die Struktur der einzelnen Rubriken reorganisiert: Die ZHWi wird aus einem ersten,

wissenschaftlichen Teil und einem zweiten Teil, der Neuigkeiten aus der Fachgesellschaft gewidmet ist, bestehen. Zum wissenschaftlichen Teil gehören die Rubriken „Forschungsartikel“, „Positionspapiere“, „Studentische Arbeiten“, „Lehre, Forschung und Entwicklung“ sowie „Übersichtsarbeiten“. Jede dieser Rubriken wird sowohl einen deutschen als auch einen englischen Titel bekommen. Der Teil „Aus der DGHWi“ enthält die Rubriken „Stellungnahmen“, „Leitlinien“ und „Aktuelles“. Diese inhaltliche Anordnung legt den Fokus der ZHWi stärker auf die wissenschaftlichen Publikationen. Dadurch wird die Rolle der ZHWi als einziges hebammenwissenschaftliches Publikationsorgan in Deutschland gestärkt und dessen Internationalisierung voran gebracht.

Annekatrin Skeide und Dorothea Tegethoff

Editors-in-chief ZHWi

Bericht zur 6. Internationalen Konferenz der DGHWi

Unter dem Motto „Chancengleichheit – Equality & Equity in Childbirth“ trafen sich am 28. und 29. Juli diesen Jahres etwa 150 Mitgliedspersonen, Referenten und Studierende im nach der Schweizer Landhebamme Adeline Favre benannten Hörsaal der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften auf dem Sulzerareal in Winterthur (CH). Zum ersten Mal fand die Konferenz hybrid statt, so dass einige Teilnehmenden nicht in Präsenz, sondern virtuell den Vorträgen beiwohnten.

Dem Call-for-Abstract folgten über 60 Wissenschaftler*innen und Jungwissenschaftler*innen mit insgesamt 15 Vorträgen sowie Beiträgen für 17 Postersession und zwei Workshops. Pandemiebedingt verschoben, konnte die Veranstaltung nahezu wie geplant nun im Sommer umgesetzt werden. Kleine Programmanpassungen betrafen z.B. die Workshops – die Teilnehmenden in Präsenz konnten entweder am geplanten Workshop zu „Birth Justice – Intersektionale Perspektiven auf die Begleitung von Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft“, am ergänzten „Barcamp zum Mitmachen – Gerechter Zugang zu Hebammenversorgung für marginalisierte Gruppen“ oder am ebenfalls neu aufgenommenen Workshop „Möglichkeiten der akademischen (Weiter-)Qualifizierung für werdende Hebammen & Hebammen“ teilnehmen.

Wie geplant sprach die Keynote die Präsidentin der International Confederation of Midwives, Franka Cadée aus den Niederlanden, zur Implementierung von Modellen hebammengeleiteter Betreuungskontinuität, deren Evidenz und richtete einen gesundheitspolitischen Appell an das Auditorium. Durch mehrere Vorträge rückten dann besonders vulnerable Personengruppen im Kontext Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft wie Geflüchtete und Personen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status rückten in den Fokus der Versorgungsforschung. Beiträge zum Erwerb von Hebammenkenntnissen junger Hebammen im

Geburtshaus-Setting sowie zur Arbeitszufriedenheit ergänzten das facettenreiche Programm ebenso wie die Einblicke in applikationsunterstützte Versorgung Schwangerer, die Ressourcenorientierung in der Geburtsvorbereitung und diverse Beiträge rund um die „Be-Up“-Studie. Das Auditorium folgte den Beiträgen gespannt, mit reger Diskussion und auf Wunsch mit einer Simultanübersetzung.

Neben den drei angebotenen Workshops, die auf großes Interesse stießen, konnten sich die Besucher*innen der Konferenz auf einem Rundgang in den beeindruckenden, weitläufigen und hellen Räumen der Hochschule und ihrer SkillsLabs umsehen. Die Postersessions wurden in drei Sälen unter den Subthemen „Befragungen“, „Hebammenwissenschaftliche Lehre“ und „Hebammenhandeln“ präsentiert, moderiert und diskutiert. Den Posterpreis gewannen Dorit Müller-Bößmann, Ute Lange und Gregory Gordon mit ihrem Poster zur „GestDiNa_basic-Studie – Teiluntersuchung von Wissen, Einstellungen und Handlungsroutrinen außerklinisch tätiger Hebammen zur Nachsorge bei Gestationsdiabetes“.

Das freundliche Foyer lud nach vielen Monaten abgesagter Veranstaltungen und besonderer Fortbildungsbedingungen dazu ein, den Austausch unter Gleichgesinnten sowie altbekannten und neuen Gesichtern bei gastfreundlicher Verpflegung zu genießen. Bereits wenige Monate nach der gelungenen Veranstaltung starten aktuell die Vorbereitungen für die 7. Internationale Konferenz, die am 8. und 9. Februar 2024 in Berlin unter dem Motto „Wege zu einer nachhaltigen Hebammenpraxis“ stattfinden wird. Die DGHWi lädt schon jetzt zu diesem hebammenwissenschaftlichen Event ein!

Julia Steinmann M.Sc.

Schriftführerin

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“): Aussetzung der Beratung zum Screening auf Streptokokken der serologischen Gruppe B

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

05. Mai 2020

Die DGHWi nimmt Stellung zu der durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geplanten Aussetzung der Beratung zum Screening auf Streptokokken der serologischen Gruppe B (GBS).

Durch den Bericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWi) hatte sich gezeigt, dass es keine aussagekräftigen Studien gibt, um zu entscheiden, ob ein universelles Screening oder die bisher in Deutschland zu praktizierende risikofaktorgeleitete Strategie bei schwangeren Frauen einen besseren Schutz ihres Kindes/ihrer Kinder zur Vermeidung einer GBS-Infektion bietet.

Die GBS3-Studie von Sarah Craig et al. (2019) in Nottingham vergleicht in drei Armen die risikogeleitete Strategie (Frauen mit und ohne Test in der Schwangerschaft oder sub partu) mit einem universellen Screening in der 35. bis 37. Schwangerschaftswoche und einem universellen Screening unter der Geburt bei 320.000 Frauen. Nach positivem Testergebnis erhält die Frau während der Geburt ein Antibiotikum [1].

In einer Stellungnahme zum IQWi-Bericht hatte die DGHWi auf einen hohen Gebrauch von Antibiotika hingewiesen. Der G-BA geht in seinen Formulierungen der tragenden Gründe zum Beschlussentwurf bei einem universellen Screening von 18,4% der schwangeren Frauen mit GBS-positivem Ergebnis aus. Hinzu kommt die prophylaktische Gabe bei Frühgeburt und weiteren Risiken. Angesichts von Antibiotikaresistenzen [2] müssen antibiotische Prophylaxen mit besonderer Vorsicht gehandhabt werden. Dies gilt auch für die subpartale Prophylaxe für Streptokokken B Infektionen, da auch diese Erreger bereits Resistenzen gegenüber bestimmten Antibiotika entwickelt haben [3].

Die DGHWi unterstützt den Beschlussentwurf des G-BA, die Beratung zur Änderung des risikobasierten Screenings auf GBS im Rahmen der

Vorsorgeuntersuchungen gemäß Mutterschafts-Richtlinien bis zum 31. März 2023 auszusetzen.

Die zu erwartenden Ergebnisse der GBS3-Studie [1] scheinen geeignet, das Für und Wider der risikogeleiteten Strategie und des universellen Screenings neu zu diskutieren. Die DGHWi erhofft sich zudem Ergebnisse dazu, ob die hohe prophylaktische Antibiotikagabe gerechtfertigt ist. Leider ist die Besiedelungsdichte bei positivem Testergebnis der Frau nicht als Outcome benannt, durch die sich Rückschlüsse auf die Notwendigkeit der prophylaktischen Antibiotikagabe ziehen ließen.

Zudem wird es keine Ergebnisse zu langfristigen Folgen einer nicht notwendigen Antibiotikagabe geben (individuelle Keimbeseidung zum Schutz des Kindes).

Neugeborene mit GBS-Infektion werden laut Studienprotokoll von Sarah Craig dem GBS-Status der Mutter und der Screening-Strategie zugeordnet werden können [1]. Dazu fehlt ein statistischer Zusammenhang in Deutschland: jedes Auftreten einer early-onset-Streptokokkensepsis wird als Einzelfall behandelt. Eine publizierte detaillierte Statistik und Zuordnung der Vorfälle zu den Müttern mit oder ohne deren GBS-Status und Antibiotikagabe unter der Geburt scheint nicht vorhanden. Auch deswegen konnte der Nachweis für eine Überlegenheit des generellen Screenings gegenüber der risikogeleiteten Strategie nicht erbracht werden.

Es wäre wünschenswert, wenn der G-BA die Zeit der Aussetzung dazu nutzen könnte, eine entsprechende Übersicht der kommenden early-onset-Streptokokkensepsis-Fälle erstellen zu lassen.

Autorin:

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

Literatur

1. Craig S, Daniels J, Walker K. The clinical and cost-effectiveness of testing for group B streptococcus in pregnancy: a cluster randomized trial with economic and acceptability evaluations (GBS3). 2019 [Zugriff: Mai 2020]. Verfügbar unter: <http://www.isrctn.com/ISRCTN49639731>
2. Woolhouse M, Waugh C, Perry MR, Nair H. Global Disease Burden Due to Antibiotic Resistance – State of the Evidence. *Journal of Global Health*. 2016;6(1):010306. DOI:10.7189/jogh.06.010306
3. Bland ML, Vermillion ST, Soper DE, Austin M. Antibiotic Resistance Patterns of Group B Streptococci in Late Third-Trimester Rectovaginal Cultures. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;184 (6):1125–6. DOI: 10.1067/mob.2001.115478

Das Supplement zur 6. Internationalen Konferenz im Juli 2022

wurde inzwischen über GMS veröffentlicht. Die Abstracts der Beiträge können nun auch in der open-access Datenbank eingesehen werden. Die Video-Mitschnitte der Beiträge stehen den Mitgliedern der DGHWi ab 2023 im internen Bereich der Website zur Verfügung.

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

06. 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:

Autorin:

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

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 anamnестischen 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~~ der ~~Betreuungspersonen~~ oder ~~leistungserbringenden Personen~~ wird die Weitergabe von anamnестischen und klinischen Befunden sowie die ~~ärztliche~~ Dokumentation zum Entwicklungsstand des Kindes erleichtert.“

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zur 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 Stimmnahmeverfahrens 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 Änderungen-nach-verfolgen-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.

Autorin:

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Die DGHWi würde begrüßen, bei den unter Anlage 03 beschriebenen Änderungen in Abschnitt H Aufzeichnungen und Bescheinigungen einen eindeutigen Hinweis zu ergänzen, dass auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit der an der Betreuung von Schwangeren beteiligten Gesundheitsprofessionen bei den Dokumentationen im Mutterpass gemäß der Anlage 3 oder im elektronischen Mutterpass 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.“

Standpunktpapier der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. und des Deutschen Hebammenverbands e.V. zur Zertifizierung von digitalen Gesundheitsanwendungen im Rahmen der Geburtshilfe

10. Juli 2022

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) und der Deutsche Hebammenverband (DHV) nehmen Stellung zu den im Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) festgelegten Kriterien zur Zertifizierung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) im Kontext von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit.

Seit der Verabschiedung des Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPiMG) können Hebammen Leistungen im Zusammenhang mit einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) im Rahmen der Hebammenbetreuung abrechnen. Es wird grundsätzlich begrüßt, dass mit dem Gesetz neue Weichen für die digitale Gesundheitsversorgung im deutschen Gesundheitssystem gestellt wurden und Hebammen für die DiGA assoziierten Leistungen vergütet werden. Der Leistungsanspruch der versicherten Frauen auf die Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen wurde bereits mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) geschaffen.

Die Voraussetzung für die Zulassung einer DiGA ist im § 33a SGB V festgelegt. Damit hat der Gesetzgeber strenge Regelungen in Hinblick auf Datenschutz und Nutznachweis im Rahmen der DiGA Verordnung festgeschrieben und fördert ausschließlich Leistungsangebote mit einem nachgewiesenen positiven Versorgungseffekt. Dies begrüßen wir ausdrücklich.

Fehlender Anspruch auf digitale Versorgung für Frauen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Allerdings wird hier ein Widerspruch zwischen Anspruch und Umsetzung deutlich. Auf Grundlage des § 33a SGB V können nur DiGA zugelassen werden, die „die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen [...] unterstützen“. Damit wurde für zahlreiche Gesundheitszustände, wie z.B. Depression, Adipositas oder Hypertonie in den letzten Jahren gesetzliche Grundlagen für Leistungsansprüche geschaffen. Hingegen gibt es aktuell keine gesetzliche Grundlage, nach der ein Leistungsanspruch auf eine digitale Versorgung für Personen im Zeitraum von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit besteht. Ein solcher Anspruch besteht nur, wenn bereits Erkrankungen diagnostiziert sind. Die Übergänge zwischen Prävention, Früherkennung und Therapie sind im Kontext von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett jedoch häufig fließend und für die (werdenden) Eltern nicht immer klar abgrenzbar.

Autorinnen:

Ursula Jahn-Zöhrens (Deutscher Hebammenverband), Caroline Agricola M.Sc. und Elke Mattern M.Sc. für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Kontaktadressen: geschaeftsstelle@dghwi.de; info@hebammenverband.de

Literatur

1. Bundesministerium für Gesundheit. Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt. Berlin: gesundheitsziele.de – Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses; 2017.

Parallel dazu sind inzwischen digitale Angebote nach § 20 SGB V, spezifiziert im entsprechenden Leitfaden, durch Krankenkassen erstattungsfähig. Davon sind Leistungen nach § 24c und § 4d sowie § 24f (Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie bei der Geburt und im Wochenbett) ausgenommen.

Dadurch entstehen im Bereich der digitalen Versorgung Versorgungslücken für die Schwangerschaft und das Wochenbett zur Prävention von z.B. Frühgeburtlichkeit, Hyperemesis oder postpartale Depression, die besonders vulnerable Familien treffen.

Auf der anderen Seite ist unstrittig, dass der Zeitraum von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit bedeutsam für die Gesundheit von Mutter, Kind und Familie ist. Hierauf fußt das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“, welches unter Federführung des Bundesgesundheitsministeriums erstellt und von allen Länderparlamenten ratifiziert wurde [1].

Nutzen der DiGA für Frauen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

DiGA können im Kontext von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett die Selbstwahrnehmung optimieren, dabei unterstützen, Wege zur Selbsthilfe zu finden, die Patientensouveränität stärken, die Leitlinienkonformität der Versorgung unterstützen, das Aufsuchen passender Versorgungslösungen unterstützen, die Gesundheitskompetenz stärken und einen medizinischen Nutzen, wie die Senkung der Frühgeborenenrate, unterstützen. Dadurch können DiGA des Weiteren eine Entlastung für überlastete Leistungserbringer*innen sein. Für die Patientensicherheit und ein partizipatives Verhältnis zwischen Leistungserbringer*innen und Leistungserbringer*innen stellen DiGA ein gutes Instrument dar. Darüber hinaus können die Qualität und ein positiver Versorgungseffekt angesichts des Zulassungsverfahrens in Abgrenzung zu digitalen Lifestyleprodukten für werdende Eltern gewährleistet werden. Ergänzend sind DiGA eine Unterstützung, die Versicherten unabhängig vom Einkommen angeboten werden können.

Als Berufsverband und wissenschaftliche Fachgesellschaft für Hebammen fordern wir das Schaffen von Voraussetzungen für die Zertifizierung von DiGA zur Prävention in Schwangerschaft und Wochenbett, um Frauen in dieser vulnerablen Phase mit digitalen Angeboten zu unterstützen.

Übersicht zur Leitlinienarbeit 2022

Auch in diesem Jahr hat die DGHWi eine zentrale Position eingenommen, um wissenschaftliche Aktivitäten zu fördern. Maßgeblich hierfür, ist das Einbeziehen der Expertise unserer Mitglieder in die Entwicklung von Leitlinien. Um den Prozess zu professionalisieren, konnte erfolgreich eine Kommission gegründet werden. Die Kommissionsmitglieder konnten in diesem Jahr bereits die S2K Leitlinien „Prävention und Therapie der drohenden Frühgeburt“ sowie die S3 Leitlinien „Fetale Überwachung in der Schwangerschaft“ im Rahmen der Bewertung der konsolidierten Fassungen unterstützen.

An dieser Stelle möchte sich die DGHWi bei allen ehrenamtlichen Expert*innen für ihre außerordentliche Arbeit und ihr Engagement bedanken.

Im Folgenden finden Sie eine Jahresübersicht. 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“.

Prof.in Lena Agel

Publizierte Leitlinien und erwartete Publikation in 2022

S2k „Sars-CoV-2 in der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“

S2k „Peripartale Blutungen“

S2k „Prävention und Therapie der drohenden Frühgeburt“

S3 „Fetale Überwachung (Indikation und Methodik zur fetalen Zustandsdiagnostik in der Schwangerschaft)“

In Arbeit befindliche Leitlinien

S1 „Zur Prophylaxe dysregulierten Gebrauchs digitaler Bildschirmmedien in der Kindheit.“

S2k „Sozialpädiatrische Nachsorge extrem unreifer Frühgeborener mit einem Geburtsgewicht unter 1000 Gramm“

S2k „Hyperbilirubinämie des Neugeborenen - Diagnostik und Therapie Registernummer“

S2k „Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind und Vorschulalter“

S2k „Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen: Diagnostik und Therapie“

S2k „Indikationen zur Einweisung von Schwangeren in Krankenhäuser der adäquaten Versorgungsstufe“

S2k „Vaginal-operative Geburtshilfe“

S2k „Pathomorphologische Untersuchung der Plazenta“

S3 „Therapie der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten“

S3 „Kinderschutzleitlinie“

S3 „Stilldauer und Interventionen zur Stillförderung“

S3 „Brustentzündungen in der Stillzeit“

Mitgliederversammlung 2023

Die Mitgliederversammlung wird am Donnerstag, den 9. Februar 2023 in Frankfurt stattfinden.

Die Sektionen und Arbeitsgruppen haben am 8. und 10. Februar Gelegenheit, sich vor Ort zu treffen und auszutauschen.

Weitere Informationen zum Veranstaltungsort und zur Tagesordnung sowie das Anmeldeformular sind auf der Website zu finden.

Die geburtshilfliche Betreuung von Frauen mit Fluchterfahrung – Perspektiven geburtshilflicher Akteur*innen

Challenges and opportunities in maternal healthcare for refugee women – Professionals' perspectives

Prof.in Dr.in Anne Kasper¹, Prof.in Dr.in Petra Kolip²

Abstract

Background: The number of refugees has increased worldwide. Pregnant refugee women are considered a vulnerable group, as they experience physical exertion and psychological burdens while fleeing their home countries pregnant. Moreover, pregnancy and the postpartum period require specialised care to enable transition to motherhood without complications.

Aim: The aim of this project is to analyse maternal healthcare services for refugee women and asylum-seeking women from the perspective of maternal healthcare professionals (MHCP) in Germany.

Methods: An interview study was conducted. MHCP with experience in caring for refugee women were recruited for the study. Semi-structured interviews were conducted and analysed according to the standards employed in qualitative thematic analysis.

Results: MHCPs face different barriers when providing maternal healthcare to refugee women, e.g. in the field as well as when it comes to ethical principles and ideals. Due to a lack of resources (e.g. translators, time) and other conditions, they react by adjusting their professional practices towards refugee women, including employing modified or reduced general maternal healthcare practices.

Discussion: The identification of challenges and opportunities in maternal healthcare for refugee women can help improve maternal healthcare and, in turn, maternal health. Research findings in the context of refugee care can help further the development of new approaches in maternal healthcare.

Keywords: Refugee women, forced migration, maternal healthcare, maternal healthcare professionals

Introduction

According to the United Nations Refugee Agency (UNHCR), almost 80 million people worldwide are currently displaced within their own country or across national borders [27]. About half the refugee population is female [30] and a large number of them are of childbearing age [24]. To the best of the authors' knowledge, there is no data on the number of women who are pregnant or have recently given birth during forced migration. The term *refugee women* used in this paper is defined as follows: women who leave their country of origin due to a personal emergency or constraint and seek protection elsewhere; the legal status of these women is not taken into account (e.g., status in the asylum seeking process).

International findings have shown increased risks in pregnant refugee women due to the particular physical, psychological and social burdens they suffer, such as pregnancy-related diseases or postpartum depression [4, 6, 11, 15, 26]. It has been observed that many current pregnan-

Hintergrund: Die Anzahl der Menschen mit Fluchterfahrung nimmt weltweit zu. Schwangere mit Fluchterfahrung gelten als vulnerable Subpopulation, da sie parallel zur Schwangerschaft auf der Flucht körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Die Phase des Mutterwerdens erfordert eine spezielle Betreuung, um einen komplikationslosen Übergang in die Mutterschaft zu ermöglichen.

Ziel: Das Ziel dieses Projekts ist es, die geburtshilfliche Versorgung von Frauen mit Fluchterfahrung aus der Perspektive geburtshilflicher Akteur*innen zu analysieren.

Methoden: Wir haben eine qualitative Studie mit geburtshilflichen Akteur*innen (GA) mit Erfahrung in der Betreuung Frauen mit Fluchterfahrung durchgeführt. Halbstrukturierte Interviews wurden nach den Standards der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse: GA stehen in ihrer beruflichen Praxis vor Herausforderungen in der Betreuung von Frauen mit Fluchterfahrung z. B. in Bezug auf ihre ethische Grundsätze und Ideale. Aufgrund mangelnder Ressourcen (z. B. Sprachmittlung, Zeit) und anderer Bedingungen reagieren sie mit Anpassungen in ihrem Handeln, die die Modifizierung, Aufrechterhaltung und Reduzierung der allgemeinen Praktiken umfassen.

Diskussion: Die Identifizierung von Herausforderungen und Chancen in der geburtshilflichen Betreuung von Frauen mit Fluchterfahrung kann dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung von Müttern und damit die Gesundheit von Müttern zu verbessern. Die Ergebnisse geben Anlass Versorgungsansätze weiter zu entwickeln.

Schlüsselworte: Frauen mit Fluchterfahrung, Flucht, maternale Versorgung, geburtshilfliche Akteure

cies are often preceded by complications, such as short intervals between pregnancies, increased abortion or miscarriage rates [6, 7, 12]. Pregnancy and early motherhood impact women's health and wellbeing [2]. The stress of forced migration adds to the stresses and strains associated with the transition to motherhood [1, 7, 9, 12]. Refugee women who are about to become a mother can be vulnerable in a number of ways. Traumatic events and experiences before and/or during their flight as well as acculturation stress in the host country, for example, are heightened due to the circumstances of pregnancy, birth and the postpartum period. This may have negative effects on their health condition. Consequently, the maternal health of refugee women has become an increasing concern to maternal healthcare professionals [16, 18, 22, 29, 30]. Maternal healthcare not only includes physical and medical care, but also takes women's psychosocial and emotional needs into account [30, 31]. In their capacity as maternal healthcare

professionals, obstetricians and midwives provide support for the processes related to pregnancy and birth in order to facilitate a smooth transition to motherhood. Under the Asylum Seekers' Benefits Act [3], refugee women in Germany are granted maternal healthcare before and after the birth. In formal terms they have the same access and entitlement to maternal healthcare in Germany as German citizens do.

In the context of recent migration movements, maternal healthcare professionals are also caring for refugee women on an everyday basis. The current evidence on maternal healthcare practices for refugee women who resettle in high-income host countries has been compiled in a systematic qualitative review analysing the literature on maternal healthcare provision and services for refugee women [19]. Despite the heterogeneity of the studies included, the synthesis states challenges on the micro level, namely in regard to interactions in maternal healthcare for refugee (and migrant) women. Accordingly, the following questions arise: How do maternal healthcare professionals perform maternal healthcare for refugee women and what typical practices are employed when providing care for refugee women? The aim of this project was to analyse maternal healthcare provision and services for refugee women from the perspective of maternal healthcare professionals in Germany, the focus being on micro level and influencing factors which refugee women and maternal healthcare professionals encounter on a personal level.

Methods

For this research project, a qualitative interview study was conducted among maternal healthcare professionals who have cared for refugee women during pregnancy, childbirth and the postpartum period. Interview data was collected through semi-structured interviews with obstetricians and midwives. Various sampling strategies were applied to ensure that the data collection process yielded in-depth data from heterogeneous sources, including criteria sampling, maximum variation sampling, opportunistic sampling and snowball sampling [25].

The use of criteria sampling helped limit the research field. The inclusion criteria were specified in advance. Eligible interview partners

1. were qualified obstetricians or midwives,
2. offered care during pregnancy and/or childbirth and/or the postpartum period, and
3. had experience in caring for refugee women.

The aim was to ensure a high degree of variation in the range of characteristics and attributes of the interview partners (maximum variation sampling). To achieve the desired sample heterogeneity, following MHCP characteristics, where possible:

- ◆ Setting: clinical/inpatient sector, outpatient sector
- ◆ Range of services: antenatal care, birth attendance, postpartum care
- ◆ Place of action: working contexts, e.g. federal state, municipality, urban or rural area

Opportunistic sampling was used in unforeseen, yet advantageous situations which occurred during fieldwork and the recruitment of interview partners, while snowball sampling was used in cases where inter-

view partners referred the researcher to further contacts and potential interview partners.

Access to the field was achieved through different channels (e.g. maternity clinics and relevant professional associations and organisations), drawing the attention of as many maternal healthcare professionals as possible to the research project. Interview partners were recruited directly through personal contacts or were approached through relevant institutions/organisations, which were asked to disseminate the study information to maternal healthcare professionals that met the inclusion criteria.

Sample characteristics

A total of 31 maternal healthcare professionals were interviewed between November 2017 and April 2018. With no new information and insights identified during the interviews, no further recruitment took place. The individual interviews were conducted face-to-face. A total of 22 midwives and nine obstetricians were interviewed. The majority of the maternal healthcare professionals interviewed worked as freelancers (self-employed) (n=22) and all of them had looked after women during pregnancy (n=31). Nineteen midwives also offered postpartum care. A total of 11 maternal healthcare professionals in this study population provided birth attendance. The average professional work experience among the interview partners was 15 years (range: five to 42 years). Maternal healthcare professionals from various Federal States in Germany were interviewed. The study population's characteristics are summarised in Figure 1.

The semi-structured face-to-face interviews were based on a thematic guide and were conducted in German. Following the qualitative interview, a standardized questionnaire was used to collect additional demographic data. Oral interviews were recorded and transcribed verbatim. The transcripts were anonymised, and the audio files were destroyed after transcription. Approval from an ethics commission was obtained.

The analysis of the interviews included an examination of the contextual knowledge and practical experience of maternal healthcare professionals during their care of refugee women [23], including:

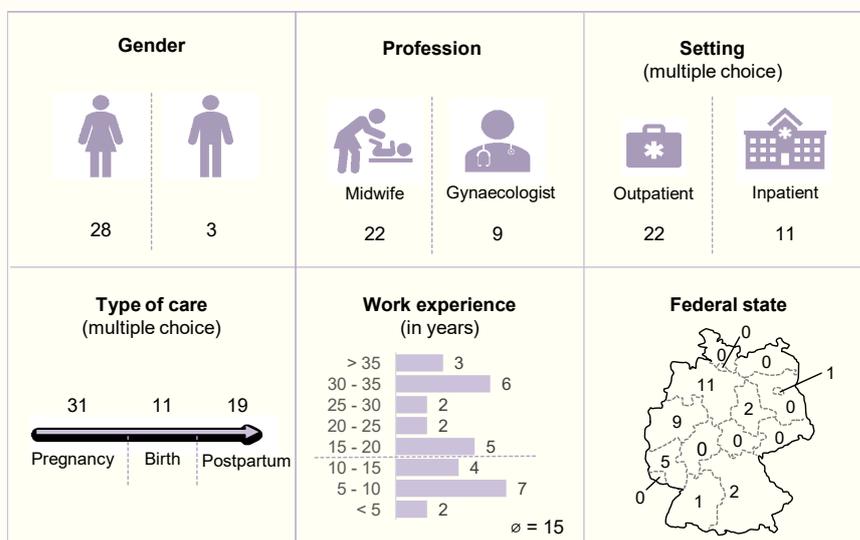


Figure 1: Study population characteristics

- ◆ representative problems and challenges,
- ◆ action-based knowledge and expertise,
- ◆ established solutions,
- ◆ features of decision-making structures and
- ◆ orientation and guidance in conduct and practices

The interviews were evaluated in terms of a theoretical perspective – the theory of professional practice. Owing to the extensive open data material collected, the material was examined in German using qualitative content analysis.

This systematic analysis method was used to condense the abundance of available material and reduce the data to relevant and interesting themes and categories. The regulated procedure was based on Kuckartz's method of qualitative content analysis [20]. Throughout the entire analysis process, various readings by interdisciplinary researchers from the health sciences, but also from other disciplines (e.g. philosophy, law or religious studies) were incorporated into the interpretation. In research workshops, interpretations were shared and discussed in an open format. The workshops also served as a forum for validating and discussing any available (interim) analysis results.

Results

Context and field of practice

The impression held by the majority of maternal healthcare professionals was that the number of refugee women has increased significantly since 2015. At the same time, they also suggested that no systematic census nor statistical data existed. Furthermore, they reported that this initial large increase was not permanent but has decreased over time.

"There are definitely fewer of them [refugee women] now; there was quite a peak in the number of pregnant women in '15, '16. So that has dropped." (MID_20:741-743)¹

According to the maternal healthcare professionals interviewed, the needs and demands for maternal care did not differ considerably between women with and without refugee experience. Refugee women also needed care and support in pregnancy, during birth and in the postpartum period.

"[Refugee women come with] all kinds of things, as do German women, too. Because of pulling and pinching pain in the 20th week of pregnancy. Because of bleeding. So there are all kinds of indications or pregnancy complications. I don't have the feeling that they are very different from other women." (OB_27: 235-239)

On the other hand, in the opinion of the maternal healthcare professionals, there were refugee women who were traumatised or who had at the very minimum had potentially traumatizing experiences, meaning psychosocial care was needed.

"I always have to expect trauma [in refugee women]. I really have to try and I do always try, but I also know that sometimes I don't succeed in approaching it in an entirely trauma-sensitive way." (MID_14: 302-304)

Maternal healthcare professionals stated that when caring for refugee women, they felt unprepared. For example, they expected differences in behaviour and attitudes among refugee women due to their different religious or cultural background. In order to address these uncertainties,

they tried to expand their knowledge and drew on various sources of knowledge and skills across the following areas and fields:

- ◆ organisation and forms of maternal healthcare in the women's country of origin, including religious and cultural practices
- ◆ the expected specific disease spectrum seen in refugee women which might have an impact on pregnancy (e.g. HIV, malaria or tuberculosis)
- ◆ women's mental health (e.g. trauma), and
- ◆ intrapartum procedures required in cases of female genital mutilation.

"I know about HIV and tuberculosis, but I realise that most professionals here don't know that much about it." (MID_14: 508-509)

"You feel less secure in your role [as a midwife], [...] because you don't really know who you have in front of me, so to speak." (MID_30: 287-292)

"Then I also think it's important to look at what is different in the countries of origin or in the religion and such, and to take that into consideration. Of course you can't look at everything in detail, but there are a few things you can learn, [...]" (MID_30: 402-408)

In addition, the maternal healthcare professionals stated that in many cases they relied on their recollection of experiences and intuition, which included observing and examining the women. They also reported that they let refugee women talk and learned from their stories and experiences. Combining their own knowledge and expertise with the refugee women's knowledge was found to be something of a balancing act. In the "grey areas" (MID_10: 760) of insufficient knowledge (in new areas of practice), the maternal healthcare professionals provided women with the best possible information and maternal healthcare services.

"[...] So I just trust in my professional experience, and I think I will hopefully get it right." (OB_22: 320-321)

"I think there is this grey area in every profession where some [maternal healthcare professionals] think they know what they are doing, but often they don't at all. And different cultures do it differently, so I then simply go along [with the refugee woman's way], see what I can deal with, sometimes from knowledge, mostly intuitively, [...]" (MID_10: 759-764)

Maternal healthcare professionals working in clinics reported a shift in their responsibilities and scope of practice. They were confronted with routine prenatal care for pregnant women – a typical task of the outpatient sector in Germany.

"We have emergencies in the clinic or women who think they are an emergency. [...] Now we provide prenatal care, which is actually daily bread for registered gynaecologists." (OB_29: 55-65)

The maternal healthcare professionals in the outpatient sector described how they were taking on additional medical tasks within the framework of basic maternal healthcare for refugee women, such as vaccinations or extra assistance with family planning. Besides this, there were other, supposedly minor details and tasks. One thing that was emphasised in particular was help with logistic tasks across a wide range of areas, from clarifying the accommodation situation for the women and organizing language mediation to coordinating (further)

maternal care or arranging appointments with other health or social institutions. This involved management on a case-by-case basis rather than general organisation of appropriate structures.

“In summary, a lot of logistics and conversations and organising and relatively little actual midwifery work. But always with the ulterior motive that everything has an effect on the mother’s and child’s health. In other words when she [refugee woman] is stressed, when she is afraid, when she doesn’t know where she is being sent, when she doesn’t have proper food, when she is cold at night because the heating isn’t working. All this can have an effect on the pregnancy, worst case scenario being premature birth and so on. In other words, there is always an ulterior motive, which is many different things. That was the main issue in the refugee reception centre.” (MID_1: 327-337)

This often led to an unclear distinction between professional and voluntary work. In addition, the maternal healthcare professionals often saw themselves in the role of bridge builder in their care for refugee women. They provided refugee women with orientation and helped them settle in Germany and navigate the German healthcare system. They compared their additional tasks with those of social workers, because they were giving practical help and advice on everyday issues.

“I have the feeling that I am a midwife, but also a lot like a social worker.” (MID_23: 375-377)

They also described how refugee women and their families entrusted them with administrative tasks. These included issuing certificates or providing help and support understanding letters and filling in application forms (e.g. from the job centre, health insurance companies, financial institutions).

“They [refugee women] also bring their mail and they get a lot of mail from the local authority, from the job centre, from kindergarten, and they don’t understand anything, but they bring it with them, and we go through it with them.” (MID_10: 458-460)

Care for refugee women meant additional workload for maternal healthcare professionals. Communication and language mediation were often associated with an above-average demand on their time. As a result, maternal healthcare professionals would adapt their typical organisation, work and daily routine in regard to maternal care

“We also arranged things such that we could cooperate in this way. They [refugee reception centre] would send the refugee women at lunchtime, and we made longer consultation hours for them, because by this point what we were doing really is beyond the normal scope. Their [prenatal] care always takes twice as long as with other women.” (OB_22: 98-102)

Maternal healthcare professionals stated that there was a lack of structures in maternal care for refugee women. The relevant institutions were not properly prepared and were consequently overstretched, meaning maternal healthcare was suboptimal. Some maternal healthcare professionals even spoke of “chaos” and an “uncoordinated mess” (OB_09: 51, 86; MID_10: 686). Over time, however, they saw a development towards more stable structures, although there is still room for improvement here.

“And we somehow thought, they just didn’t realise that medical

help is necessary here [for refugee women]. We’ll tell the authorities and then they’ll organise it. That was our idea. And we’ll just help out for a week or so. At that time nobody thought that it would somehow become, I think, almost a year and a half of established work on the premises [of the reception centre for asylum seekers].” (MID_20: 89-94)

Ethical principles and ideals

Maternal healthcare professionals, particularly in the outpatient sector, were intrinsically motivated and tried altruistically to follow their own ideals when caring for refugee women. In some cases, they proactively contacted institutions for refugees, such as accommodation facilities, and offered their help and cooperation in the area of maternal healthcare. Their intrinsic motivation, they said, was that “feeling in their heart” (MID_3: 130) for women in special situations as well as the “need to help” (MID_20: 842), both of which drives them to make a meaningful contribution. They also stated that they were interested in women with migration experience and welcomed this change in their professional work. Thus, most maternal healthcare professionals had already worked and cared for women in a “multi-cultural context” (MID_20: 9) before the migration influx in 2015-2016.

“[...] my heart is always drawn to people who have it harder than others and who are in greater need.” (MID_03: 372-373)

“However, I have also enjoyed looking after migrants in the past.” (MID_16: 89-90)

The provision of maternal care for refugee women allowed many maternal healthcare professionals to reflect on their professional practices and thinking. On the one hand, they thought about the stereotypical “pigeonhole thinking” (OB_29: 93) about refugee women, a thought pattern that was not confirmed in any personal encounters.

“So, of course, one is very quick to put a label on someone, a refugee is a refugee and all that. And it’s difficult to define. People also think in boxes, as stupid as it is; they put everyone who doesn’t know German and doesn’t look like they fit here into a box, some of whom don’t belong there.” (OB_29: 90-95)

On the other hand, caring for refugee women led maternal healthcare professionals to reflect on their actions, especially in encounters where maternal healthcare professionals perceived the care being provided as suboptimal. Such encounters led them to seek to improve care for every woman (with and without refugee experience) in future. Most importantly, respect for women and their families was found to be indispensable in maternal healthcare. According to the maternal healthcare professionals interviewed, by reflecting on the way they provide care, they were expressing a sincere interest in and understanding for women and in adhering to non-discriminatory practices.

“[Good care is] interest. If the woman doesn’t interest me, then I can’t take good care of her. That means always keeping the interest alive, really wanting to know—How are you? Or how do you feel? Or what can I do for you?” (MID_14: 700-703)

“That was, I think, the most important thing to date, that I just go in there with an understanding of what I don’t know, instead of educating myself upfront and still putting my foot in it just as much [...]” (MID_10: 330-334)

Maternal healthcare professionals also described how they wished to free themselves from assumptions and stereotypes about refugee women and to approach them openly and without bias. To be able to provide proper maternal healthcare, the maternal healthcare professionals interviewed considered patience, calmness and attentiveness to be essential. Providing care without time pressure and disturbances was essential, particularly when caring for refugee women.

"I think this calls for even greater awareness. Taking your time and (...), just letting it happen, [...]" (MID_26: 514-515)

"Sometimes I try to do that [explaining] even more with these women [refugee women], because I feel that they simply have to know what is happening [...] so that the women are also informed and I hope that they always have a say as well, because that also makes it easier for me. If I now look at the time component, it takes much, much longer to inform refugee women. And I always check whether they have understood, is it clear what is going to happen? So I always check again. But that takes time." (MID_17: 661-667)

The maternal healthcare professionals emphasised that the practices they employ in caring for refugee women are not fundamentally different to how they care for other women. Their approach to caring for refugee women is therefore based on the desire to treat everyone equally. Some of them, however, did identify a difference between what they desired and what they had actually done for refugee women, acknowledging that they could not always do justice to refugee women in maternal healthcare.

"I think families [with refugee experience] really do get a different standard of care. And the standard will sometimes accidentally be lower, [...]. Sometimes it's unintentional, but sometimes it's intentional and I think we can do more to make people more aware that we have this unfairness, that it's unfair, so to speak. [...]" (MID_1: 905-913)

Dilemmas and contradictions

The maternal healthcare professionals reacted to the challenges by adjusting their professional practices towards refugee women, including employing modified or reduced general maternal healthcare practices.

"[...] We had to modify and customise many, many things [...]" (OB_02: 13-14)

"The care they get is always a slimmed down version [...]" (OB_02: 500-501)

For example, they adapted care procedures or changed indications for interventions.

"And an actual problem we have now, which is almost absurd, is that the anaesthetists say: "Well, when I give a local anaesthetic, when I give a spinal, I have to/or would like to talk to the woman afterwards. I would like to know if she has noticed any neurological deficits or anything like that. And if I can't do that, then my professional society says: Do a general anaesthetic." So that we end up doing things that pose a greater medical risk, so a general anaesthetic for difficult caesarean sections, or a general anaesthetic for nothing. Because communication is not possible. So they are treated worse, simply because they don't know German." (OB_29: 249-258)

Maternal healthcare professionals maintained their scope of practice where medically necessary or where routine examinations were recommended in accordance with the guidelines and standards of maternal healthcare.

"And medical care according to standards. She [refugee woman] will have a CTG, an ultrasound examination. I would inform the doctor, take a blood sample, in other words everything that medically has to be done." (MID_17: 344-347)

By way of contrast, maternal healthcare professionals reduced their scope of practice when it came to providing general information or explaining procedures and informed consent, especially in the case of urgent medical treatments.

"Precisely the scope of action. We are not able to care for refugee women in the way that general postpartum care would require. [...] I have to say that it is better than no care at all, but it is not what I would actually describe as an adequate level of care." (MID_08: 1813-1819)

"What is ignored completely is any kind of information about prenatal diagnostics. Discussing in advance [with refugee women] whether they want to have any choice in deciding what to do/that the women themselves have a say in the decision, that falls completely by the wayside." (OB_22: 234-239)

This adaptation of practices sometimes led to contradictions or dilemmas with regard to the ethical principles in maternal healthcare. Maternal healthcare professionals were not able to fully comply with their principles of fair treatment or respectful and needs-oriented care when caring for refugee women. Their encounters with refugee women in maternal healthcare was more a compromise between ideals and reality.

Discussion

This research project involved an analysis of practices employed by maternal healthcare professionals when caring for refugee women in Germany. Maternal healthcare professionals were found to adapt their practices when caring for refugee women. When the maternal healthcare professionals interviewed encountered migrant women, they initially expected noteworthy differences in behaviour and attitudes owing to their different religious or cultural backgrounds. This assumption sometimes made them feel uncertain. Some tried to counter this uncertainty with more knowledge and sought to acquire what is known as culture-bound knowledge. Haith-Cooper & Bradshaw recommend acquiring knowledge on the background these women come from (e.g. through textbooks or training) in order to be able to make assumptions about potential care needs [14]. Correa-Velez & Ryan have also suggested training in the form of in-service training on religious or cultural backgrounds [8]. As a result, maternal healthcare professionals have acted with the good intention of providing needs-oriented care for refugee women, although sometimes they may actually act on the basis of stereotypes. The expectation and consideration of stereotypes neglects the individual preferences of the woman and her family, as refugee women's needs are diverse and vary from one woman to the next [10]. In light of this, Briscoe & Lavender advise maternal healthcare professionals to provide holistic and individualised care for women with refugee experience. With respect for and interest in the views, attitudes

and questions of the individual woman, origin, ethnicity and religion can be set aside in the process of getting to know each other and the development of the relationship [5]. Some of the maternal healthcare professionals interviewed also approached refugee women without preconceptions in order to identify their personal attitudes and be able to provide them with individual care.

Maternal healthcare for refugee women was found to differ from the care provided to women without refugee experience. The differences become apparent on closer examination and analysis of specific and complex problem constellations. These problem constellations included distinct contexts which in some cases rendered appropriate maternal healthcare more difficult, e.g. housing conditions or inadequate structures in asylum procedures. This resulted in the need for a broader scope of practice and meant extra responsibility for maternal healthcare professionals, for example when guiding the patients through the healthcare system and/or carrying out additional or more extensive tasks. These circumstances with regard to maternal healthcare for refugee women led to the need for modifications to care practices. Maternal healthcare professionals altered practices such as procedures for or indications for maternal intervention, focusing on medical treatments (following standards and guidelines) and reducing the scope of care (e.g. number of postpartum visits) or providing shortened explanations of procedures or examinations for refugee women. Nevertheless, maternal healthcare professionals were for the most part motivated to care for refugee women because of their ideals and personal commitment.

Maternal healthcare professionals base their practices on ethical principles. Obstetricians comply with the Geneva Declaration [28] while midwives follow the International Code of Ethics for Midwives [17]. Both groups agreed to exercise their profession for the benefit of women by treating all women with dignity, humanity and with respect. The maternal healthcare professionals interviewed also justified their practices in terms of the ethical principles of their respective profession. Kurth et al. have shown there to be contradictory demands on the care practices used for refugee women, a fact that can lead to conflicts. In addition to maternal healthcare, they are also obliged to cooperate with governmental institutions (e.g. issuing certificates in the asylum process) and must also ensure cost-efficient care. These mandates conflict with their professional code of conduct, which requires them to support women in all situations and circumstances and to provide them with the best possible care [21]. The maternal healthcare professionals interviewed in this research project seldom addressed these kinds of contradictions. By way of contrast, there was a degree of ambivalence towards intended practices (akin to ethical codes and principals) and the actual practices provided for refugee women when decisions were made for women and they were not asked about their wishes, especially when interpreters were not available. This corresponds less to a needs-oriented care approach for refugee women and once again revealed the challenges encountered by the maternal healthcare professionals interviewed, who strove to find a compromise between ideals and reality in maternal care for refugee women.

Strengths and limitations

The use of a combination of different sampling strategies enabled the views of a heterogeneous study population to be collected, providing a

comprehensive picture of maternal healthcare for refugee women in Germany. The statements made in this research project, however, cannot necessarily be applied to all maternal healthcare professionals in Germany, as the findings are based on the subjective views of maternal healthcare professionals who have a special interest in changing care provision and structures.

The interviews were conducted between November 2017 to April 2018, some two years after a significant increase in the number of refugees seeking asylum in Germany. The maternal healthcare professionals interviewed were thus able to remember the challenges in maternal care at the time and to share the strategies and solutions that had been developed as well as established routines. Nevertheless, recall bias cannot be ruled out entirely.

The interviews were analysed from a theoretical perspective – the theory of professional practice. As a result, the analysis was carried out with a focus on the following topics:

- ◆ Problem constellation and case description: Who are refugee women and what are their needs?
- ◆ Problem solving: How are refugee women cared for?
- ◆ Value orientation (habitus): How do maternal healthcare professionals build relationships with refugee women? How do they conduct their practices?

This approach can be expected to be instrumental in the development of more advanced theories in the health sciences and can initiate subsequent research projects on (further) theory development. Furthermore, additional and more in-depth interpretations such as reconstructive analysis may reveal more profound insights into the professional behaviour of maternal healthcare professionals.

This research project illuminates the perspective of maternal healthcare professionals who care for refugee women. The inclusion of the views of refugee women can broaden the picture of maternal healthcare for refugee women and would be an important and necessary addition to the healthcare professionals' perspective. When investigating refugee women's perspectives, it is important to work closely with language mediators and involve multilingual researchers in the data collection and analysis processes in order to achieve high-quality results.

Further, these findings have to be transferred to the practical field of maternal healthcare professionals. In particular, they can be disseminated through professional associations, journals, conferences and further training courses for maternal healthcare professionals. In addition, it is important to present the key takeaways to politicians and relevant stakeholders. This may lead to the creation of structures which, for example, provide an appropriate time frame for the maternal healthcare for refugee women, enable continuity in care provision, facilitate networking and ensure language mediation. As a result, maternal healthcare professionals would be able to return to their original and essential maternal health practices.

Conclusion

Maternal healthcare professionals face different obstacles when providing maternal healthcare to refugee women, e.g. in the field of medical practice as well as in relation to ethical principles and ideals. Due to a lack of resources (e.g. translators, time) as well as other conditions, they react by adjusting their professional practices towards refugee

women, including employing modified or reduced general maternal healthcare practices. As challenges and opportunities in maternal healthcare for refugee women are identified, they may facilitate and contribute to improvements and the development of further care approaches in maternal healthcare which will positively impact overall maternal health.

¹ This and the following interview statements are provided for illustration purpose and were translated from German into English for this publication only. Back translation verification was not carried out.

Institution: ¹ University of Applied Sciences and Arts Hildesheim/Holzwinden/Göttingen; ² Bielefeld University

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

Review process: Submitted on 13/12/2021; accepted on 26/10/2022

Kontakt: anne.kasper@hawk.de

Literatur:

1. Afferback S, Anthony AK, Carter SK, Grauerholz L. Consumption Rituals in the Transition to Motherhood. *Gender Issues*. 2014;31(1):1-20. DOI: 10.1007/s12147-014-9115-0
2. Aspin all P, Watters C. Refugees and Asylum Seekers. A Review From an Equality and Human Rights Perspective. Manchester; 2010.
3. Asylbewerberleistungsgesetz. Asylbewerberleistungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 1997 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2541; 2019 I 162) geändert worden ist. 2017. [German].
4. Bozorgmehr K, Biddle L, Preussler S, Mueller A, Szecsenyi J. Differences in pregnancy outcomes and obstetric care between asylum seeking and resident women: A cross-sectional study in a German federal state, 2010-2016. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):4-11. DOI: 10.1186/s12884-018-2053-1
5. Briscoe L, Lavender T. Exploring maternity care for asylum seekers and refugees. *British*. 2009;17(1):17-23. DOI:10.12968/bjom.2009.17.1.37649
6. Brown-Bowers A, McShane K, Wilson-Mitchell K, Gurevich M. Postpartum depression in refugee and asylum-seeking women in Canada: A critical health psychology perspective. *Health*. 2015;19(3):318-35. DOI: 10.1177/1363459314554315
7. Carolan M. Pregnancy health status of sub-Saharan refugee women who have resettled in developed countries: a review of the literature. *Midwifery*. 2010;26(4):407-14. DOI: 10.1016/j.midw.2008.11.002
8. Correa-Velez I, Ryan J. Developing a best practice model of refugee maternity care. *Women Birth*. 2012;25(1):13-22. DOI: 10.1016/j.wombi.2011.01.002
9. Coutinho E, Rocha A, Pereira C, Silva A, Duarte J, Parreira V. Experiences of motherhood: Unmet expectations of immigrant and native mothers, about the Portuguese health system. *Atencion Primaria*. 2014;46(S5):140-4. DOI: 10.1016/S0212-6567(14)70081-2
10. Domenig D. Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In: Domenig D, editor. *Transkulturelle Kompetenz Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. 2nd ed. Bern: Hans Huber Verlag; 2007. p.165-89.
11. Fellmeth G, Plugge E, Paw KM, Charunwatthana P, Nosten F, McGready R. Pregnant migrant and refugee women's perceptions of mental illness on the Thai-Myanmar border: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15(1):1-11. DOI: 10.1186/s12884-015-0517-0
12. Gibson-Helm M, Teede H, Block A, Knight M, East C, Wallace E, et al. Maternal health and pregnancy outcomes among women of refugee background from African countries: A retrospective, observational study in Australia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(1). DOI: 10.1016/j.ijgo.2014.10.036
13. Goosen S, Uitenbroek D, Wijsen C, Stronks K. Induced abortions and teenage births among asylum seekers in The Netherlands: Analysis of national surveillance data. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63(7):528-33. DOI: 10.1136/jech.2008.079368
14. Haith-Cooper M, Bradshaw G. Meeting the health and social needs of pregnant asylum seekers: Midwifery students' perspectives. Part 2: Dominant discourses and approaches to care. *Nurse Educ Today*. 2013 Aug;33(8):772-7. DOI: 10.1016/j.nedt.2012.06.014
15. Heslehurst N, Brown H, Pemu A, Coleman H, Rankin J. Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: A systematic review of systematic reviews. *BMC Medicine*. 2018;16:89. DOI: 10.1186/s12916-018-1064-0
16. Higginbottom GMA, Morgan M, O'Mahony J, Chiu Y, Kocay D, Alexandre M, et al. Immigrant women's experiences of postpartum depression in Canada: a protocol for systematic review using a narrative synthesis. *Syst Rev*. 2013;2(65). [cited: 24.06.2020]. Available from: <http://www.systematicreviewsjournal.com/content/2/1/65>
17. International Confederation of Midwives. International Code of Ethics for Midwives [Internet]. 2014 [cited: 29.05.2020]. Available from: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
18. International Women's Health Coalition. UN resolution calls on governments to provide sexual and reproductive health services to migrants [Internet]. 2013 [cited: 24.06.2020]. Available from: <http://iwhc.org/press-release/un-resolution-calls-governments-provide-sexual-reproductive-health-services-migrants/>
19. Kasper A, Mohwinkel L-M, Nowak A, Kolip P. Maternal Health Care for Migrant and Refugee Women – A Qualitative Review. *Midwifery*. 2021;104:103157. DOI: 10.1016/j.midw.2021.103157.
20. Kuckartz U. *Qualitative Text Analysis: A Guide to Methods, Practice & Using Software*. London: Sage Publications, Ltd.; 2014.
21. Kurth E, Jaeger FN, Zemp E, Tschudin S, Bischoff A. Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals. *BMC Public Health*. 2010;10(659). DOI: 10.1186/1471-2458-10-659
22. Médecins du Monde. Access to health care and human rights of asylum seekers in Malta: Experiences, results and recommendations. Paris: MdM France; 2007.
23. Meuser M, Nagel U. Das Experteninterview – konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Pickel S, Pickel G, Lauth H-J, Jahn D, editors. *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft – Neue Entwicklungen und Anwendungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009. p.465-79. [German].
24. OECD, United Nations Department of Economic and Social Affairs (OECD-UNDESA). World Migration in Figures: Organisation for Economic Co-operation and Development [Internet]. 2013 [cited: 24.06.2020]. Available from: <http://www.oecd.org/els/mig/World-Migration-in-Figures.pdf>
25. Patton M. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002.
26. Stewart DE, Gagnon AJ, Merry LA, Dennis C-L. Risk Factors and Health Profiles of Recent Migrant Women Who Experienced Violence Associated with Pregnancy. *J Women's Health*. 2012;21(10):1100-6. DOI: 10.1089/jwh.2011.3415
27. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Global Trends. Forced Displacement in 2019 [Internet]. 2020 [cited: 24.06.2020]. Available from: www.unhcr.org/5c6fb2d04
28. Weltärztebund. Deklaration von Genf [Internet]. 2006 [cited: 29.05.2020]. Available from: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Genf_DE_2017.pdf
29. Women Political Leaders. Outcome declaration: Taking effective policy action to ensure maternal health for refugee and migrant women [Internet]. Malta; 2017 [cited: 24.06.2020]. Available from: <https://www.womenpoliticalleaders.org/wp-content/uploads/2017/01/Outcome-Declaration-Meeting-in-Malta-on-Maternal-Health-and-Refugee-Women-FINAL.pdf>
30. World Health Organization (WHO). Improving the health care of pregnant refugee and migrant women and newborn children. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018.
31. Yelland J, Riggs E, Szwarc J, Casey S, Dawson W, Vanpraag D, et al. Bridging the Gap: Using an interrupted time series design to evaluate systems reform addressing refugee maternal and child health inequalities. *Implementation Science*. 2015;10(1):1-13. DOI: 10.1186/s13012-015-0251-z

Realisieren einer Zufallsstichprobe: Das Potential eines Feldzugangs über Einwohnermeldeämter

Achieving a random sample: The potential of field access via residents' registration offices

Manuela Raddatz M.Sc.^{1,2}, Prof. Dr. Uwe Bettig³, Prof.in Dr.in Claudia Hellmers¹, Prof.in Dr.in Friederike zu Sayn-Wittgenstein-Hohenstein^{1,2}

Abstract

Hintergrund: In hebammenwissenschaftlicher Forschung sind Mütter eine bedeutende Zielgruppe, zu der sich der Feldzugang oftmals herausfordernd gestaltet. Im Rahmen quantitativer Forschung sind Fragen des Feldzugangs mit Überlegungen zur Realisierung von Repräsentativität verknüpft. Eine – wenn auch nicht hinreichende – Voraussetzung, um Repräsentativität zu erreichen, ist das Ziehen einer Zufallsstichprobe. Studien, die Zufallsstichproben aus Einwohnermeldedaten gewonnen haben, beschreiben das damit verbundene Vorgehen bislang nicht im Detail.

Ziel: Ziel dieses Artikels ist einerseits die Weitergabe Methodik bezogener Erfahrungen aus einer Querschnittsbefragung von Müttern, welche den Feldzugang über Einwohnermeldeämter (EMA) genutzt hat. Andererseits soll zur kritischen Reflexion methodischer Entscheidungen in der Hebammenwissenschaft angeregt werden.

Methodik/Material: Genutzt werden Studienverlaufsdaten aus dem Forschungsprojekt „ROSE“, welches durch das Niedersächsische Ministerium für Wissenschaft und Kultur gefördert und an der Hochschule Osnabrück durchgeführt wurde. Die übergeordnete Frage im geburtshilflichen Teilprojekt von „ROSE“ ist die nach dem Grad der Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung in der Region Osnabrück-Emsland.

Ergebnisse: Das Gelingen einer Stichprobengewinnung über EMA ist abhängig von Kenntnissen der Rechtslage sowie von flexiblen Studienbedingungen. Im Projekt „ROSE“ zeigt sich trotz Realisierung einer Zufallsstichprobe keine Übereinstimmung von Grundgesamtheit und Inferenzpopulation.

Schlussfolgerung: Die Adressdatengewinnung über EMA stellt eine in Forschungsentscheidungen einzubeziehende Option dar, um eine Zufallsstichprobe in quantitativen Erhebungen zu realisieren. Das Erreichen von Repräsentativität fordert jedoch weitere methodische Maßnahmen.

Schlüsselwörter: Feldzugang, Zufallsstichprobe, Repräsentativität, Einwohnermeldedaten

Hintergrund

Eine wichtige Zielgruppe für hebammenwissenschaftliche Forschung stellen Frauen in der reproduktiven Lebensphase dar. Verschiedenste Forschungsinteressen bewegen sich um diese Zielgruppe: Wie wird diese Lebensphase erlebt, wie Betreuungssituationen oder spezifische Erfahrungen? Welche Versorgungsbedarfe haben Frauen rund um die Geburt und welche Versorgungsangebote nutzen sie in welcher Form? Mit welchen Methoden Forschungsfragen auch nachgegangen wird – qualitativen, quantitativen oder kombinierten Methoden – es stellt sich in der Forschungsplanung die zentrale Frage, wie man die notwendigen Daten erheben und auswerten kann. Hierfür ist zunächst die Definition des Forschungsfeldes notwendig, z.B. die Zielgruppe, die geeignete Stichprobe bzw. das Stichprobenverfahren sowie der entsprechend geeignete Feldzugang [5, 14, 18]. Da nicht alle infrage kommenden Individuen an einer Befragung teilnehmen können, ist es unerlässlich

Background: In midwifery research, mothers are an important study group which is often hard to gain field access to. In quantitative research, questions relating to field access are linked to considerations concerning how to achieve representativeness. One – albeit insufficient – prerequisite for achieving representativeness is drawing a random sample. To date, studies that have taken random samples from population registration data do not describe this procedure in detail.

Objective: To share methodological experiences from a cross-sectional survey of mothers that used field access via residents' registration offices (RRO). Furthermore, the article seeks to promote critical reflection on methodological decisions in midwifery science.

Methods/Material: Research progression data from the “ROSE” research project have been used. The “ROSE” project was funded by the Lower Saxony Ministry of Science and Culture and implemented at Osnabrück University of Applied Sciences. The overarching goal of the maternal healthcare sub-project was to determine to what degree maternal healthcare services in the Osnabrück-Emsland region are needs-based.

Results: The success of sample collection using RRO depends on knowledge of the legal situation as well as on flexible study conditions. In the ROSE project, despite the achievement of a random sample, there is no coherence between target population and inference population.

Conclusion: Obtaining address data via RRO is an option that must be included in research decisions in order to achieve a random sample in quantitative surveys. When it comes to achieving representativeness, however, further methodological approaches are required.

Keywords: Access to the field, random sample, representativeness, residents' registration data

eine geeignete Stichprobe zu identifizieren, welche eine wirklichkeitsgetreue Abbildung der Grundgesamtheit darstellt. Nach der Definition des Forschungsfeldes und der Stichprobe stellt sich die Frage des Feldzugangs. Atteslander verortet die Entscheidungen über den Feldzugang bereits als Teil der Gegenstandsbenennung, da sie letztlich die Entscheidungen über die Stichproben- bzw. Sample-Beschaffenheit spiegeln [2, S. 32ff]. Stärker forschungspraktisch orientierte Ansätze behandeln den Feldzugang an sich eher unter Gesichtspunkten der Machbarkeit. In der täglichen Forschungspraxis gilt es, diese beiden Pole auszugleichen, wobei methodische Überlegungen zur Umsetzung von Gütekriterien des genutzten Forschungsansatzes dominieren sollten [10]. Das Gütekriterium der externen Validität mit der Forderung nach Verallgemeinerbarkeit von Ergebnissen gilt in der quantitativen Forschung als leitend [11], sodass es bei der Planung des Feldzugangs

eine maßgebliche Rolle einnimmt. In diesem Artikel wird der Feldzugang zu Müttern für eine postalische Querschnittsbefragung am Beispiel des Forschungsprojektes „ROSE – das Lernende Gesundheitssystem in der Region Osnabrück-Emsland“ („ROSE“ steht für die Anfangsbuchstaben der Begriffe Region Osnabrück-Emsland) beschrieben und methodisch diskutiert, wobei ein besonderer Fokus auf die Stichprobengenerierung fällt. Das „ROSE“ Projekt, angesiedelt an der Hochschule Osnabrück und gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Wissenschaft und Kultur, verfolgte das zentrale Ziel der Verknüpfung von regionaler Versorgungsforschung und Versorgungspraxis. Dieses Ziel wurde in sieben regional ausgerichteten Teilprojekten aus der gesundheitsbezogenen Versorgungsforschung umgesetzt. Im geburtshilflichen Teilprojekt wurde der übergeordneten Frage nach Bedarfsgerechtigkeit der geburtshilflichen Versorgung in der „ROSE“-Region nachgegangen.

Methodentheoretischer Hintergrund

Quantitative Forschung verfolgt das Ziel, vom Besonderen auf das Allgemeine zu schließen, wobei es sich – im Gegensatz zur qualitativen Forschung – um statistische Verallgemeinerung handelt, nicht um theoretische. In der Anwendung des Begriffes *Verallgemeinerbarkeit* ist dabei der Referenzpunkt zu beachten, weshalb sich an dieser Stelle eine Klärung des Begriffes Grundgesamtheit lohnt. Mit der Grundgesamtheit ist die Gesamtheit aller Studienobjekte gemeint, über die eine Aussage getroffen werden soll. Die exakte Definition der Grundgesamtheit ist von entscheidender Bedeutung, da sie das Ziehen falscher Schlüsse verhindert [19, 24]. In gesundheitswissenschaftlichen Untersuchungen umfasst die Definition der Grundgesamtheit beispielsweise Merkmale wie Alter, Geschlecht, gesundheits- und versorgungsbezogene Spezifika sowie exakte zeitliche und geografische Eingrenzungen. Eine Verallgemeinerung von Ergebnissen darf ausschließlich auf die vorab definierte Grundgesamtheit erfolgen, nicht auf eine ausgeweitete Population, also beispielsweise nicht auf eine weitere Altersgruppe oder weitere Versorgungskontexte. Würde dies erfolgen, läge eine Übergeneralisierung vor, und damit das Ziehen falscher Schlüsse [19, 24].

In den Gesundheitswissenschaften, wie in den Sozialwissenschaften insgesamt, ist es nur selten sinnvoll bzw. möglich, eine Vollerhebung durchzuführen. In einer Vollerhebung wird jedes Element der Grundgesamtheit in die Untersuchung einbezogen. Dies ist mit zwei Herausforderungen verbunden, die mit dem Umfang der Grundgesamtheit in Zusammenhang stehen. Soll eine große Gruppe von Menschen befragt werden, so ist die Gruppe einerseits nicht leicht in ihrer Gesamtheit verfügbar und andererseits verursacht das Einbeziehen aller Individuen unverhältnismäßig hohe Kosten. Das Ziehen einer Stichprobe schafft an dieser Stelle Abhilfe. Von der Stichprobe ausgehend werden mittels statistischer Verfahren Schlüsse auf die Grundgesamtheit gezogen – die Ergebnisse werden auf die definierte Grundgesamtheit verallgemeinert. Um einen solchen Schluss möglich zu machen, muss eine Stichprobe zwei Kriterien erfüllen: sie muss erstens eine hinreichende Größe und zweitens Repräsentativität aufweisen [11].

Die Entscheidung für eine hinreichende Stichprobengröße lässt sich mathematisch bzw. statistisch fällen. Maßgeblich ist dabei insbesondere, mit wieviel Vertrauen man Aussagen treffen möchte, das heißt, auf welchen Wert das Konfidenzniveau festgelegt werden soll. Die not-

wendige Stichprobengröße lässt sich abhängig oder unabhängig von der Größe der Grundgesamtheit mit entsprechenden Formeln berechnen (siehe Abbildung 1) [2, S. 264ff]. Statistikprogramme, wie beispielsweise G*Power, erlauben exakte a priori Stichprobengrößen-Berechnungen in Abhängigkeit von geplanten statistischen Tests und angestrebten Effektgrößen [13].

$$1 + \left(\frac{z^2 \times p \times (1-p)}{e^2 N} \right)$$

Variablen:

z = Z-Wert: Zahl der Standardabweichung oberhalb des Mittelwertes, in sogenannten Z-Wert-Tabellen ablesbar

N = Populationsgröße (Grundgesamtheit)

e = Fehlerspanne: Konfidenzintervall

p = Standardabweichung

Abbildung 1: Eine der möglichen Formeln zur populationsabhängigen Berechnung von Stichprobengrößen. Modifiziert nach Atteslander [2].

Das Erreichen von Repräsentativität gestaltet sich diffiziler. Eine Stichprobe ist dann repräsentativ, wenn sich ihre Elemente und die Elemente der Grundgesamtheit in wesentlichen Eigenschaften gleichen, wenn also die Stichprobe ein Miniaturabbild der Grundgesamtheit darstellt [24, S. 278]. Dies zu erreichen hängt zunächst von der Art der Stichprobenziehung ab. Grundsätzlich werden zwei Arten der Stichprobenziehung unterschieden: die zufällige und die bewusste Auswahl. Bei der bewussten Auswahl werden Kriterien definiert, nach denen die Selektion erfolgt. Eine der Grundgesamtheit entsprechende Verteilung von Merkmalen ist in einer solchen Stichprobe nicht per se gewährleistet. Nur die Zufallsauswahl garantiert, dass jedes Element der Grundgesamtheit eine gleich große und von „Null“ abweichende Chance hat, Teil der Stichprobe zu werden [19, S. 58; 24, S. 247]. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass sich Grundgesamtheit und Stichprobe in wesentlichen Merkmalen gleichen. Zudem bietet die Zufallsauswahl die Voraussetzung, den sogenannten Freiwilligen-Bias – eine Form des Selektionsbias – zu begrenzen. Der Freiwilligen-Bias beschreibt den Fehler, der dadurch entstehen kann, dass bevorzugt Menschen mit einem besonderen Interesse an gesundheitlicher Versorgung oder Menschen mit besonders guten bzw. besonders schlechten Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung an Befragungen teilnehmen [12, S. 425; 21, S. 237]. Es darf vermutet werden, dass sich bei einem allgemeinen Aufruf zur Studienteilnahme im Gegensatz zu einem direkten Ansprechen von Menschen aus einer Zufallsstichprobe ein höherer Freiwilligen-Bias einstellt.

Nach der Stichprobenziehung liegt eine Population vor, aus der jedes Element – theoretisch – die Möglichkeit hat, sich an der Befragung zu beteiligen. Sie entspricht also noch nicht der tatsächlichen Stichprobe, also der Gesamtheit aller tatsächlich Teilnehmenden. Geformt wird diese durch die Bereitschaft zur Teilnahme und durch die praktische Möglichkeit einer Teilnahme, welche z.B. durch sprachliche Hürden eingeschränkt sein kann. Die Form des Selektionsbias, die an dieser Stelle eintreten kann, ist der Non-Response-Bias, der allerdings nicht durch die Art der Stichprobenziehung an sich beeinflussbar ist. Er ist vielmehr abhängig von methodischen Entscheidungen über die Sprache und den Umfang des Befragungsinstrumentes sowie über den Befragungsmodus.

Um eine Zufallsauswahl treffen zu können, müssen alle Elemente der Grundgesamtheit bekannt und benennbar sein [19, S. 59]. Diese

Voraussetzung ist nicht bei allen gesundheitswissenschaftlichen Fragestellungen gegeben. Im Folgenden wird mit einer Hebammenwissenschaftlichen Studie ein Beispiel für eine Untersuchung dargestellt, die mit einer Zufallsstichprobe gearbeitet hat.

Querschnittsbefragung im Rahmen des Forschungsprojektes „ROSE“

In der letzten Dekade nahmen (fach-)öffentliche Diskussionen zu regionalen Versorgungsengpässen mit spezifischen Hebammenleistungen zu; gleichzeitig ist im deutschen Gesundheitswesen die Prämisse verankert, Versorgung – auch Hebammenversorgung – bedarfs- und zugangsgerecht sowie wohnortnah zu gestalten [25]. Diese Gemengelage mündete in die Durchführung von Forschungsprojekten, in deren Rahmen Mütter zu ihren Bedarfen und ihrer Versorgungssituation mit Hebammenleistungen befragt wurden [3, 4, 17, 22]. Die Ergebnisse dieser Studien deckten auf Ebene der jeweils betreffenden Bundesländer regionsbezogene, leistungsspezifische und nutzerinnengruppen-spezifische Versorgungsengpässe mit Hebammenhilfe auf. Eine solche Mütterbefragung im Bundesland Niedersachsen stand bislang aus. Das Niedersächsische Landesgesundheitsamt weist in seinen Gesundheitsberichten zur Hebammenversorgung von 2019 und 2021 auf den Mangel an konsistenten und systematisch erhobenen Daten hin, der eine verlässliche Einschätzung der Versorgungslage mit Hebammenleistungen vereitelt [7, 8]. Aus der Forschung zur ärztlichen Bedarfsplanung ist bekannt, dass Versorgungslagen kleinräumig untersucht und geplant werden müssen, um die Situation von Menschen in ihrem spezifischen, lokalen Aktionsradius einschätzen und beeinflussen zu können [23]. An dieser Stelle setzt die Mütterbefragung des Forschungsprojektes „ROSE“ an. Ziel der Mütterbefragung war das Aufdecken wohnortbedingter Unterschiede im Zugang zur gesundheitlichen Versorgung rund um die Geburt innerhalb der Region Osnabrück-Emsland. Zudem sollten aus der Nutzerinnenperspektive gesehene Lücken in der Bedarfsdeckung identifiziert werden. Folgenden Fragen wurde dabei nachgegangen: Zeigen sich innerhalb der „ROSE“-Region geografische Unterschiede im Zugang zur geburtshilflichen Versorgung, im Inanspruchnahme-Verhalten oder in den Wünschen und Präferenzen der Nutzerinnen geburtshilflicher Leistungen? Wurden Bedarfe nicht gedeckt und welche waren dies?

Es wurde eine postalische Querschnittsbefragung durchgeführt, die sich an Frauen richtete, die zwischen dem 1.7.2018 und dem 30.06.2019 ein lebendes Kind geboren hatten und zum Zeitpunkt der Geburt in vorab definierten Teilgebieten der Region Osnabrück-Emsland wohnhaft waren. Die Definition der drei Untersuchungsgebiete erfolgte auf Basis der Erkenntnisse einer zuvor durchgeführten Untersuchung zur Darstellung der geburtshilflichen Versorgung gestaltenden Einflussfaktoren in der Gesamtregion Osnabrück-Emsland. Ein weiteres Einschlusskriterium war die Volljährigkeit zum Zeitpunkt der Teilnahme an der Befragung. Die Befragung war von Dezember 2019 bis April 2020 geöffnet.

Mütterbefragungen zur Versorgung mit Hebammenhilfe wurden in der jüngsten Vergangenheit in verschiedenen Bundesländern mit ähnlichen Fragestellungen durchgeführt [3, 4, 17, 22]. Die „ROSE“ Mütterbefragung unterscheidet sich insbesondere dadurch von den bisherigen Mütterbefragungen, dass sie 1. die gesundheitliche Versorgung rund um die Geburt als Gesamtheit und nicht ausschließlich den Teilbereich der Versorgung durch Hebammen in den Blick nimmt und

2. den Fokus auf geografische Unterschiede im Zugang zur Versorgung innerhalb einer kleinräumigen Region legt.

Ziele

Ziel dieses Beitrags ist es, Forschenden aus der Hebammenwissenschaft nützliche Informationen im Hinblick auf die Entscheidung über mögliche Feldzugänge im Rahmen von Querschnittsbefragungen zu gewähren sowie den Stellenwert der Zufallsstichprobe bezüglich der Verallgemeinerbarkeit von Studienergebnissen zu diskutieren. Insgesamt möchte der Beitrag zur Methodendiskussion in den sich akademisierenden Gesundheitsberufen anregen.

Es wird dabei folgenden Fragestellungen nachgegangen: Wie lässt sich der Feldzugang für eine Befragung über kommunale Einwohnermeldeämter realisieren und welches Potential zum Erreichen von Repräsentativität birgt dieses Vorgehen?

Methodik und Material

Dieser Artikel basiert auf Studienverlaufsdaten aus dem Forschungsprojekt „ROSE – das Lernende Gesundheitssystem in der Region Osnabrück-Emsland“. Das methodische Vorgehen des Feldzugangs wird vor dem Hintergrund der Verallgemeinerbarkeit quantitativer Studienergebnisse beschrieben und diskutiert.

Feldzugang in der „ROSE“ Querschnittsbefragung: methodische Entscheidungen und praktisches Vorgehen

Der Prozess der Entscheidungsfindung für den geeigneten Feldzugang zur Befragung von Müttern wurde eingeleitet durch die Definition der interessierenden Grundgesamtheit. Da ein Interesse an gebietsweisen Unterschieden in der Versorgung innerhalb der Region bestand, wurden drei Grundgesamtheiten definiert, den jeweiligen Untersuchungsgebieten entsprechend. Forschungstheoretisch ergibt sich daraus als optimale Stichprobenform eine gebietsweise geschichtete Zufallsstichprobe [24]. Die Entscheidung für eine Schichtung wurde vor dem Hintergrund gefällt, dass die Gesamtstichprobe durch die Definition der Untersuchungsgebiete bereits eine theoretische, sinnvolle Unterteilung in Untergruppen erfahren hatte. Um eine Zufallsstichprobe ziehen zu können, muss jedes Element der Grundgesamtheit abgebildet werden können, sprich bekannt sein. Es müssten demnach also die Namen und Kontaktdaten aller Frauen der Zielpopulation vorliegen. Dieses Ziel ist nur über den Zugriff auf Melderegisterdaten zu erreichen.

Die rechtlichen Voraussetzungen für einen Zugriff auf eine Vielzahl von Adressdaten aus kommunalen Melderegistern liefert seit 2015 das Bundesmeldegesetz. In § 46 beschreibt es Bedingungen für die Erteilung einer sogenannten Gruppenauskunft, so wie den benötigten Dateninput und möglichen Datenoutput. Grundsätzlich ist eine Gruppenauskunft nur dann möglich, „wenn sie im öffentlichen Interesse liegt“ [9]. Dies ist bei einer wissenschaftlichen Studie gegeben, die kein ökonomisches Interesse verfolgt. Für eine „Melderegisterauskunft über eine Vielzahl nicht namentlich bezeichneter Personen“ [9] können als Input das Geburtsdatum, die derzeitige Anschrift sowie das Ein- und Auszugsdatum herangezogen werden. In unserer Untersuchung entspricht dies dem Geburtsdatum innerhalb des Zeitraums vom 1.7.2018 bis 30.06.2019 und dem Wohnort innerhalb der betreffenden Gemeinde zum Zeitpunkt der Geburt. Output zu diesen das Neugeborene betreffenden Daten ist „der gesetzliche Vertreter mit Familiennamen und Vornamen sowie Anschrift“ [9].

Die Sichtung der Literatur mit der Frage nach praktischen Hinweisen auf das Vorgehen bei einer Adressdatenbeschaffung über Einwohnermeldeämter erfolgte unter Ausschluss ausländischer Publikationen, da Spezifika des deutschen Meldewesens relevant sind. Insbesondere wurde nach Hinweisen für die Überwindung von Hemmnissen der Adressdatengewinnung gesucht, da – laut Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten – trotz der wohldefinierten Rechtslage nicht jedes Einwohnermeldeamt bereit sei, eine Gruppenauskunft zu Forschungszwecken zu gewähren, was eine vollständige Adressdatengewinnung erschweren und Stichprobenkonzepte gefährden kann [20]. Vor einer methodischen Entscheidung sollte eine potentielle Gefährdung des Stichprobenkonzeptes kalkulierbar gemacht werden. Es fanden sich jedoch weder in Veröffentlichungen zur Hebammenversorgung, noch in weiteren gesundheitswissenschaftlichen Publikationen, welche mit Zufallsstichproben aus Melderegisterdaten gearbeitet haben, in dieser Hinsicht dienliche, forschungspraktische Hinweise [6, 22]. Einen detaillierten Erfahrungsbericht liefert einzig Albers aus dem Jahr 1997 [1]. Neben rechtlichen Bedingungen, die aufgrund der Änderung der Meldesetze im Jahr 2015 keine Orientierung mehr bieten können, stellt Albers auch finanzielle und zeitliche Bedingungen dieser Form des Feldzugangs dar. Letztere würden maßgeblich durch die individuelle Handlungsfreiheit der kommunalen Einwohnermeldeämter bestimmt. So unterschieden sich die Gebühren, die für die Adressdatenauskunft erhoben werden teilweise stark und könnten unerwartet hoch ausfallen. Für den zeitlichen Aufwand sollten drei bis vier Monaten kalkuliert werden, wobei es sich nicht um eine reine Wartezeit bis zum Erhalt der Adressdaten handelt, sondern vielmehr um eine Zeit des intensiven Betreuens jedes einzelnen Einwohnermeldeamtes [1]. Die persönliche Konsultation einer Forscherin, die im Jahr 2013 Melderegisterdaten genutzt hatte, bestätigte die weiterhin bestehende Aktualität der Hinweise Albers.

Maßnahmenempfehlungen im Hinblick auf eine Akzeptanzerhöhung seitens der Einwohnermeldeämter für die Bereitstellung von Adressdaten wurden in der nun folgenden Vorbereitungsphase parallel umgesetzt. Schlüsselrollen spielten dabei das Vorwegnehmen und Entkräften potentieller datenschutzrechtlicher Bedenken und das Überzeugen vom Vorliegen eines öffentlichen Interesses der geplanten Studie. Zu diesem Zwecke sollte das Anschreiben an die Einwohnermeldeämter ein positives Ethikvotum für das Forschungsvorhaben, ein Befürwortungsschreiben von politischer Seite und hinreichende Informationen zum

Forschungsprojekt umfassen. Auch das namentliche Ansprechen der für die Anfrage zuständigen Personen sollte der Erhöhung der Auskunftsbereitschaft dienen (siehe Infobox).

Nach Abschluss der Vorbereitungen wurden die betreffenden 32 Einwohnermeldeämter in der Region angeschrieben, davon 14 im Landkreis Emsland, 17 im Landkreis Osnabrück sowie das Einwohnermeldeamt der Stadt Osnabrück. Der Rücklauf aus den Ämtern erfolgte schubweise über einen Zeitraum von 10 Wochen. Dabei zeigten sich drei unterschiedliche Reaktionsmuster:

1. Zeitnahe positive Rückmeldung mit Auskunftserteilung; die erste Antwort traf 16 Tage nach Versenden des Auskunftersuchens ein.
2. Verzögerte Auskunftserteilung bei grundsätzlich positiver oder neutraler Einstellung. Die Verzögerungen resultierten z.B. aus Veränderungen in der Zuständigkeit, aus personellen Abwesenheiten und Überlastung sowie aus Umstellungen in der Datenverarbeitung. In diesen Fällen wurden die Einwohnermeldeämter in vorab definierten zeitlichen Abständen sowie zusätzlich bedarfsangepasst telefonisch kontaktiert, die Gesprächsinhalte schriftlich dokumentiert.
3. Initiale Auskunftsverweigerung; zwei Einwohnermeldeämter verweigerten zunächst das Gewähren einer Gruppenauskunft. In einem Fall erfolgte darüber eine schriftliche Mitteilung mit der Begründung, man könne der Anfrage aus Datenschutzgründen nicht nachkommen. Im zweiten Fall konnte erst nach mehreren Wochen ein persönlicher telefonischer Kontakt zum zuständigen Sachbearbeiter hergestellt werden, innerhalb dessen die Absage erfolgte. Begründet wurde sie mit Entscheidungsunsicherheit. Der zuständige Sachbearbeiter hatte inzwischen seinen obersten Dienstherrn – das niedersächsische Innenministerium konsultiert, um dort eine Entscheidung zu erbitten, die noch nicht vorlag. Beide Ämter konnten durch schriftliche und fernmündliche Überzeugungsarbeit sowie im betreffenden Fall durch eine Freigabe durch das niedersächsische Innenministerium zu einer Auskunftsgewährung bewegt werden.

Zehn Wochen nach Antragsstellung lagen Adressdaten aus allen angefragten 32 Einwohnermeldeämtern vor – in verschiedenen digitalen Formaten und teilweise im Papierformat. In diesem Zeitraum wurden insgesamt 63 Telefonate mit Sachbearbeiter*innen in den Ämtern geführt. Die Gebühren für die Gruppenauskünfte unterschieden sich von Gemeinde zu Gemeinde stark, erreichten jedoch nicht die erwartete Höhe der Gesamtkosten.

Nachdem die Adressdaten einen Reinigungs- und Synchronisierungsprozess durchlaufen hatten, lagen drei nach Gebieten sortierte sowie dublettenfreie elektronische Listen für die Ziehung der geschichteten Zufallsstichprobe bereit. Das Ziehen der Stichprobe erfolgte für jedes Untersuchungsgebiet – jede Schicht – separat nach folgendem Schema [15]: Zunächst wurde jedem Listeneintrag eine Zufallszahl zugeordnet. Im nächsten Schritt erfolgte eine Sortierung der Einträge mit aufsteigender Nummerierung. Im letzten Schritt wurden die ersten Eintragungen – n entspricht der Anzahl der Elemente, die laut Stichprobenplan gezogen werden sollten – ausgewählt. Die geschichtete Zufallsstichprobe umfasste für Gebiet 1 (G1) 1.170 Frauen, für G2 und G3 jeweils 957 Frauen. Bei der Ermittlung der Größe der zu ziehenden Zufallsstichprobe wurde die Annahme zugrunde gelegt, dass der Rücklauf – ähnlich wie in oben genannten, vergleichbaren Befragungen zur Hebammenversorgung – 30% betragen würde (siehe Abbildung 2).

Infobox

Empfehlenswerte Vorbereitungen für eine Anfrage auf Erteilung einer Gruppenauskunft nach §46 Bundesmeldegesetz (BMG)

- ◆ Stellen eines Ethikantrages (Voraussetzung: Fertigstellung des Befragungsinstrumentes nebst Begleitdokumenten)
- ◆ Erbiten eines Befürwortungsschreibens von einer Ansprechperson aus der (politischen) Öffentlichkeit, möglichst aus höherer als kommunaler Verwaltungsebene
- ◆ Erstellen von adressatengerechtem Informationsmaterial zur geplanten Studie
- ◆ Listen der zuständigen Ansprechpartner in den relevanten Einwohnermeldeämtern mit Namen und vollständigen Kontaktdaten
- ◆ Formulieren eines überzeugenden und persönlichen Anschreibens an die jeweils zuständigen Sachbearbeiter der einbezogenen Einwohnermeldeämter

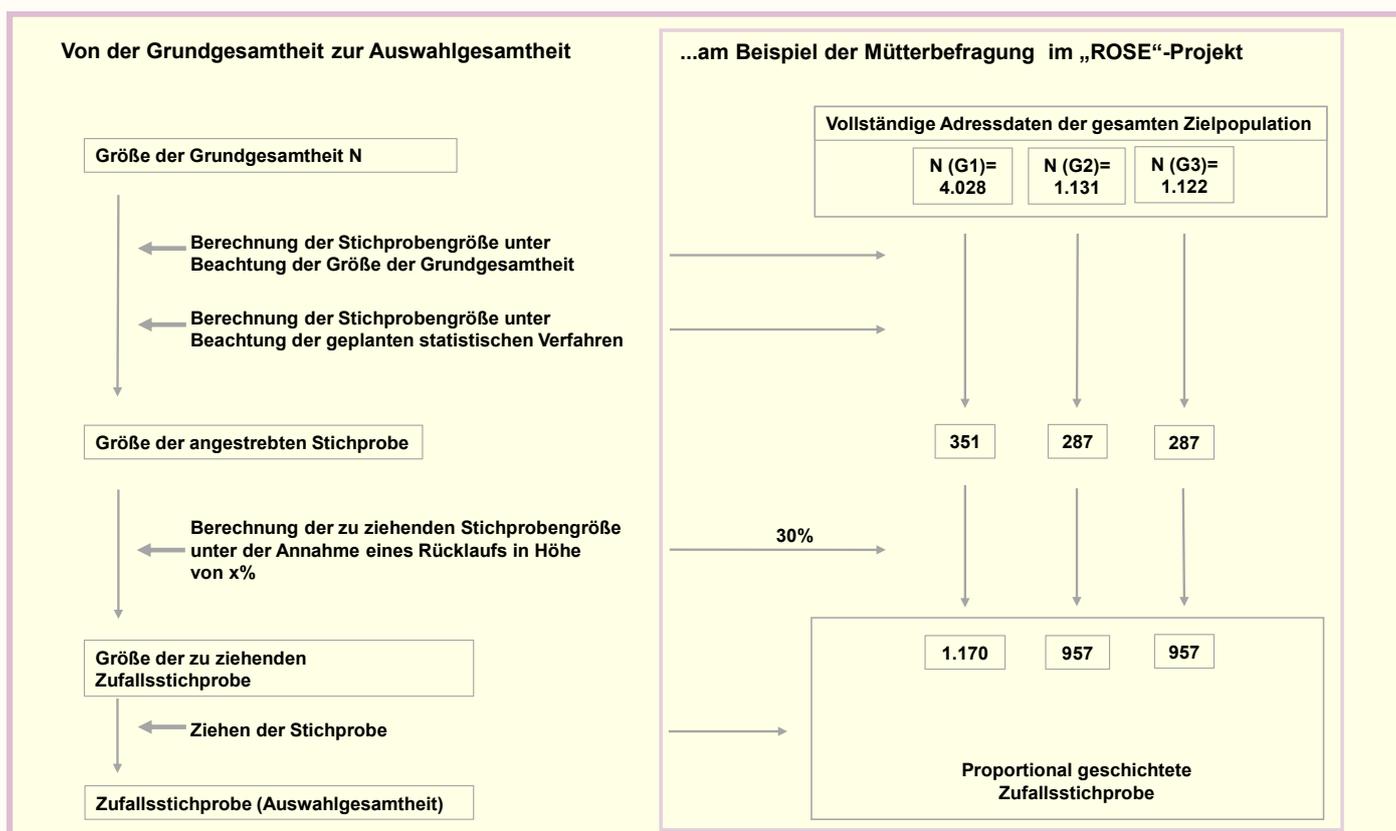


Abbildung 2: Allgemeine (links) und beispielhafte (rechts) Darstellung des Weges von der Grundgesamtheit zur Zufallsstichprobe (eigene Darstellung)

Realisierte Stichprobe in der „ROSE“ Querschnittsbefragung

Alle Frauen aus der geschichteten Zufallsstichprobe erhielten einen deutschsprachigen Fragebogen mit 86 Frage-Items, ein Informationsschreiben mit der Bitte um Studienteilnahme, eine Datenschutzerklärung in doppelter Ausführung mit Kuvert und einen frankierten Rückumschlag. Die Entscheidung für den Modus und die Sprache der Befragung wurde unter Abwägung aller potentiellen Konsequenzen bewusst getroffen. Um Frauen mit geringen oder fehlenden Kenntnissen der deutschen Sprache dennoch Teilnahmeoptionen zu ermöglichen, aber auch um die generelle Bereitschaft zur Teilnahme zu erhöhen, wurden im Vorfeld der Befragung geburtshilfliche Akteur*innen sowie sämtliche Kindertagesstätten und Kindergärten in der Region persönlich kontaktiert und darüber informiert, dass eine Zufallsstichprobe von Frauen mit der Bitte um Teilnahme an einer Befragung angeschrieben werden wird. Die Akteur*innen wurden ferner mit Informationsmaterial versorgt. Es erfolgte dabei der Hinweis, dass bei Teilnahmewunsch Kontakt zum Studienteam aufgenommen werden kann, um ggfs. individuelle, auch sprachbezogene, Lösungen zu finden.

Ergebnisse

Diese Maßnahmen führten in der „ROSE“ Querschnittsbefragung nicht zum erwarteten Erfolg. Von den insgesamt 629 gültigen Fragebögen die nach einer Rücklaufzeit von fünf Monaten eingegangen waren, stammten nur 8,5% von Frauen, die nicht in Deutschland geboren wurden. Dies entspricht nicht dem Verhältnis in der Grundgesamtheit. Neben der Unterrepräsentierung von Müttern mit Migrationshintergrund zeigt sich eine geringe Teilnahme von Frauen mit niedrigem Bildungs-

niveau und geringem Nettohaushaltseinkommen (Tabelle 1). Die Inferenzpopulation in der „ROSE“ Mütterbefragung – die Population, auf die Rückschlüsse gezogen werden dürfen – entspricht demnach nicht in allen Merkmalen der definierten Grundgesamtheit der Studie. Die Befragung kann trotz dieser Undercoverage wertvolle Erkenntnisse liefern, allerdings nur sofern ausschließlich Bezug genommen wird auf die Inferenzpopulation: deutschsprachige Frauen mit mittlerem bis höherem sozialen Status. Die Ausschöpfungsquote betrug 20 % für Gebiet 1, 18 % für Gebiet 2 und 22 % für Gebiet 3.

Diskussion

Die Entscheidung für eine Zufallsstichprobe in der Planung der Mütterbefragung im Projekt „ROSE“ war motiviert durch den Wunsch, eine repräsentative Stichprobe zu erhalten. Durch das Ziehen der gebietsweise geschichteten Zufallsstichprobe erhielt jede Mutter im jeweiligen Untersuchungsgebiet dieselbe Chance, in die Stichprobe zu gelangen. Die auf diese Weise erzeugte Stichprobe erfüllte damit das Merkmal der Repräsentativität, was Bedingung für eine gebietsbezogene Verallgemeinerung von Ergebnissen ist.

Neben dem Stichprobenkonzept wirken sich weitere Faktoren in der Studienplanung auf das Erreichen von Repräsentativität aus. Im Falle von „ROSE“ waren dies die Entscheidung für den Umfang des Befragungsinstrumentes sowie für den Befragungsmodus der postalischen Befragung und die damit verbundene Entscheidung für einen monolingualen Fragebogen. Insbesondere letztere Entscheidung war Ausgangsbasis für einen systematisch angelegten Non-response-Bias [16], da nicht deutschsprachige Frauen von vornherein von einer Beteiligung

Tabelle 1: Ausgewählte sozioökonomische Merkmale der erzielten Stichprobe in der „ROSE“ Mütterbefragung

	Frauen mit einem anderen Geburtsland als Deutschland	Frauen mit Abitur oder Fachabitur	Frauen mit einem Haushaltsnettoeinkommen von > 3.000 Euro
Anteil an der gesamten Studienpopulation in %	8,5%	70%	50%
Anteil in der Grundgesamtheit in % (Nieders. Landesamt für Statistik)	10,3% - 14,1%	unbekannt	unbekannt

ausgeschlossen wurden bzw. diesen Frauen eine Teilnahme erschwert wurde.

Die Inferenzpopulation in der „ROSE“ Mütterbefragung entspricht nicht in allen Merkmalen der Grundgesamtheit. Dieses Bild ist für gesundheitswissenschaftliche Untersuchungen nicht unüblich, was insbesondere bei allgemeinen Aufrufen zu einer Studienteilnahme gilt [3, 4]. Dass sich der Befund in aller Deutlichkeit auch bei einem Feldzugang zeigt, der mit persönlicher, schriftlicher Einladung verbunden ist, weist auf eine generelle methodische Herausforderung hin. Die erzielten Stichproben in derjenigen bundeslandspezifischen Studie zur Hebammenversorgung, die ebenfalls mit einem Feldzugang über Einwohnermeldeämter durchgeführt wurde, zeigten ähnliche soziodemografische Konstellationen wie in „ROSE“. In der Hebammenversorgungs-Studie aus Bayern gaben je nach Siedlungsstruktur 49 bis 79% der Befragten das (Fach-)Abitur als höchsten Schulabschluss an. Der Anteil von Frauen mit Migrationshintergrund (8,6 – 25,5%) wurde in der bayerischen Studie als für die Grundgesamtheit nicht repräsentativ bewertet [22]. Das Nettohaushaltseinkommen ist in der bayerischen Studie nicht abgefragt worden.

Auch wenn durch das Ziehen einer Zufallsstichprobe die methodisch bestmögliche Voraussetzung für das Realisieren eines hohen Grades an Repräsentativität geschaffen wurde, so haben weitere methodische Entscheidungen in „ROSE“ einen Nonresponse-Bias nicht verhindern

können und damit die Repräsentativität der erreichten Stichprobe sinken lassen. Das Realisieren einer Zufallsstichprobe durch Nutzung von Adressdaten kommunaler Einwohnermeldeämter kann demnach als eine notwendige, jedoch nicht hinreichende Maßnahme zum Erreichen von Repräsentativität beurteilt werden.

Fazit

Die Gewinnung einer Zufallsstichprobe von Müttern für die Befragung in hebammenwissenschaftlichen Studien kann über einen Datenbezug von kommunalen Einwohnermelderegistern ermöglicht werden. Da der finanzielle und zeitliche Aufwand für die Adressdatengewinnung nicht exakt vorhersehbar ist, ist ein gewisser Grad an Flexibilität innerhalb des betreffenden Forschungsprojektes von Vorteil. Ferner sollte vorab festgelegt werden, welches Verhältnis von Nutzen und Aufwand als akzeptabel bewertet wird. In Abstimmungsprozessen zur Studienplanung sollte der Stellenwert des Realisierens einer Zufallsstichprobe in Bezug auf den angestrebten Grad von Repräsentativität bedacht werden: die Zufallsstichprobe ist hierfür notwendig, jedoch nicht hinreichend. Weitere Maßnahmen zum Realisieren größtmöglicher Repräsentativität sollten ebenfalls eine angemessene Aufmerksamkeit erfahren. In Bezug auf die gewonnenen Erkenntnisse gilt es, hervorbrachte Ergebnisse in methodisch legitimen Rahmen einzuordnen.

Fraglich erscheint im Hinblick auf den in Versorgungsstudien angestrebten Erkenntnisgewinn – namentlich die Einschätzung der Versorgungslage aller Frauen, sprich aller Nutzerinnengruppen – inwiefern eine Querschnittsbefragung generell die gesuchten Antworten zu liefern vermag. Werden zu bestimmten Nutzerinnengruppen keine Erkenntnisse produziert, so lässt sich der Grad von Bedarfs- und Zugangsgerechtigkeit der Hebammenversorgung nicht bestimmen. Eine sowohl methodisch als auch insbesondere aus dem Gegenstand heraus begründete Innovation methodischer Denk- und Herangehensweisen scheint notwendig, um Lösungen für dringliche Probleme in der Praxis der geburtshilflichen Versorgung durch Hebammen zu finden. Eine Schwerpunktsetzung auf bislang schwer erreichbare Nutzerinnen, beispielsweise mit partizipativen und kombinierten Methoden, kann hier einen nächsten Schritt darstellen.

Institution: ¹ Fachhochschule Hochschule Osnabrück; ² Universität Witten/Herdecke; ³ Alice Salomon Hochschule Berlin .

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

Review-Verfahren: Eingereicht am: 01.04.2022, angenommen am: 05.10.2022

Kontakt: m.raddatz@hs-osnabrueck.de

Literatur:

1. Albers I. Einwohnermelderegister-Stichproben in der Praxis. Ein Erfahrungsbericht. In: Gabler S, Hoffmeyer-Zlotnik J, Hg. Stichproben in der Umfragepraxis. Opladen: Westdeutscher Verlag; 1997. S.117-126.
2. Atteslander P. Methoden der empirischen Sozialforschung. 13. Aufl. Berlin: Erich Schmidt Verlag; 2010.
3. Bauer NH, Blum K, Löffert S, Luksch K. Gutachten zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen; 2019 [Zugriff: 01.10.2022]. Verfügbar unter: https://www.dki.de/sites/default/files/2020-08/gutachten_-_hebammen_in_hessen_-_erste_erkenntnisse_3.pdf
4. Bauer NH, Villmar A, Peters M, Schäfers R. HebAB.NRW - Forschungsprojekt „Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen“. Abschlussbericht der Teilprojekte Mütterbefragung und Hebammenbefragung. Hochschule für Gesundheit Bochum; 2020 [Zugriff: 01.10.2022]. Verfügbar unter: https://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Forschung/HebAB.NRW_Abschlussbericht_2020_08_31.pdf
5. Bauer N, Blasius J. Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer; 2014.
6. Berens E, Riedel J, Reder M, Razum O, Kolip P, Spallek J. Postalische Befragung von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund – Identifizierung, Stichprobenbereinigung und Response im Rahmen der InEMa-Studie. Gesundheitswesen. 2017;79:1000-1003. DOI: 10.1055/s-0035-1564076.
7. Bruns-Philippis E, Heidrich S, Reißner K, Schickanz C, Zühlke C. Gesundheitsbericht. Hebammenversorgung in Niedersachsen. Hannover: Niedersächsisches Landesgesundheitsamt; 2019 [Zugriff: 01.10.2022]. Verfügbar unter: <https://www.nlga.niedersachsen.de/download/176154>

8. Bruns-Philippis E, Heidrich S, Reißner K, Zühlke C. Gesundheitsbericht. Hebammen in Niedersachsen. Hannover: Niedersächsisches Landesgesundheitsamt; 2021 [Zugriff: 01.10.2022]. Verfügbar unter: <https://www.nlga.niedersachsen.de/download/176153>
9. Bundesmeldegesetz (BMG) Stand: Zuletzt geändert durch Art. 7 G v. 15.1.2021. § 46 Gruppenauskunft.
10. Döring N. Qualitätskriterien für quantitative empirische Studien. Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online. 2015. DOI: 10.3262/EE007150345.
11. Döring N, Bortz J. Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer; 2015.
12. Dreier M, Kramer S, Stark, K. Epidemiologische Methoden zur Gewinnung verlässlicher Daten. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Dierks ML, Busse R, Schneider N, Hg. Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Elsevier; 2012. S.409-449. DOI: 10.1016/B978-3-437-22261-0.00017-4.
13. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007;39(2):175-91. DOI: 10.3758/bf03193146.
14. Flick U. Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2009.
15. Häder S. Stichproben in der Praxis. Mannheim: GESIS Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines); 2015. DOI: 10.15465/sdm-sg_014.
16. Koch A, Blohm M. Nonresponse Bias. Mannheim: GESIS Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines); 2015. DOI: 10.15465/gesis-sg_004.
17. Loos S. Hebammenversorgung in Thüringen. Gutachten zur Versorgungs- und Bedarfssituation mit Hebammenleistungen sowie über die Einkommens- und Arbeitssituation von Hebammen in Thüringen. Berlin: IGES Institut; 2015 [Zugriff: 01.10.2022]. Verfügbar unter: https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e13470/e13576/e13577/e13579/attr_objjs13831/IGES_Institut_GutachtenHebammenversorgung_Thuringen.pdf
18. Micheel H-G. Quantitative empirische Sozialforschung. München, Basel: Ernst Reinhard Verlag; 2010.
19. Pötschke M. Datengewinnung und Datenaufbereitung. In: Wolf C, Best H, Hg. Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010. S.41-64.
20. Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten (RatSWD). Die sozial-, verhaltens- und wirtschaftswissenschaftliche Survey-Landschaft in Deutschland: Empfehlungen des RatSWD. German Data Forum; 2017. DOI: 10.17620/02671.5.
21. Razum O, Breckenkamp J, Brzoska P. Epidemiologie für Dummies. 2. Aufl. Weinheim: Wiley-VCH; 2011.
22. Sander M, Albrecht M, Loos S, Stengel V. Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern. Berlin: IGES Institut; 2018 [Zugriff: 01.10.2022]. Verfügbar unter: https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e22175/e23263/e23264/e23266/attr_objjs23269
23. Schang L, Weinhold I, Wende D, Sundmacher L. Monitoring und Bewertung des regionalen Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland. BARMER Gesundheitswesen aktuell; 2019. S.230-271. DOI: 10.30433/GWA2019-230.
24. Schnell R, Hill B, Esser E. Methoden der empirischen Sozialforschung. 11. Aufl. Berlin, Boston: De Gruyter Oldenburg; 2018.
25. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung. Stand: Zuletzt geändert durch Art. 2 G v. 18.3.2022. § 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit.

Routinemäßige vaginale Untersuchungen im Vergleich zu anderen Methoden zur Beurteilung des Geburtsfortschritts zur Verbesserung von Endpunkten für Mütter und termingerechte Neugeborene

Moncrieff G, Gyte GML, Dahlen HG, Thomson G, Singata-Madliki M, Clegg A, Downe S.

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

Übersetzung durch Talea Böhmerle, B.Sc.

Hintergrund

Während der Geburt werden routinemäßig in regelmäßigen Abständen vaginale Untersuchungen durchgeführt, um beurteilen zu können, ob die Geburt wie erwartet voranschreitet. Ungewöhnlich langsame Fortschritte können auf Probleme hinweisen, die als Dystokie beschrieben werden, oder auch eine normale Abweichung des Geburtsprozesses sein. Die Evidenz legt nahe, dass bei Wohlbefinden von Mutter und Kind die Dauer der Geburt allein nicht zur Beurteilung des normalen Geburtsfortschritts herangezogen werden sollte. Weitere Methoden zur Beurteilung des Geburtsfortschritts sind der intrapartale Ultraschall und die Überwachung äußerer körperlicher sowie verhaltensbezogener Anzeichen. Vaginale Untersuchungen können für Frauen belastend sein und die Überdiagnose einer Dystokie kann als Folge von unnötigen Interventionen zu einer iatrogenen Morbidität führen. Es ist wichtig, einen Nachweis zu erbringen, ob routinemäßige vaginale Untersuchungen wirksam sind, sowohl um den physiologischen Geburtsfortschritt genau zu bestimmen als auch zur Differenzierung einer echten Dystokie, oder ob andere Methoden zur Beurteilung des Geburts-

fortschritts wirksamer sind. Dieser Cochrane Review ist eine Aktualisierung eines 2013 erstmals veröffentlichten Reviews.

Zielsetzungen

Ziel des Reviews ist es, die Wirksamkeit, Akzeptanz und Konsequenzen unterschiedlicher Zeitintervalle von vaginalen Untersuchungen zur Beurteilung des Geburtsfortschritts einer termingerechten Geburt miteinander sowie mit anderen Methoden zu vergleichen.

Suchstrategie

Für diese Aktualisierung durchsuchten wir das Cochrane Pregnancy and Childbirth Studienregister (enthält Studien von CENTRAL, MEDLINE, Embase, CINAHL sowie Konferenzbeiträge) und das Studienregister ClinicalTrials.gov (28. Februar 2021). Wir durchsuchten zudem die Referenzlisten der gefundenen Studien.

Auswahlkriterien

Wir schlossen randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) zu vaginalen Untersuchungen verglichen mit anderen Methoden zur Beurteilung des

Geburtsfortschritts ein sowie Studien zur Beurteilung verschiedener Zeitintervalle für vaginale Untersuchungen. Auch Quasi-RCTs und Cluster-RCTs wurden eingeschlossen. Wir schlossen Crossover-Studien und Konferenzabstracts aus.

Datensammlung und -analyse

Zwei Review-Autoren bewerteten unabhängig voneinander die gefundenen Studien bezüglich des Einschlusses in den Review. Vier Review-Autoren extrahierten die Daten unabhängig voneinander. Zwei Review-Autoren bewerteten das Risiko für Bias und die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz unter Verwendung der GRADE-Methodik (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation).

Hauptergebnisse

Wir schlossen vier Studien mit insgesamt 755 Frauen ein, wovon Daten von 744 Frauen und ihrer Neugeborenen ausgewertet wurden. Interventionen zur Beurteilung des Geburtsfortschritts umfassten routinemäßige vaginale Untersuchungen, routinemäßige Ultraschalluntersuchungen, routinemäßige rektale Untersuchungen, routinemäßige vaginale Untersuchungen in festgelegten Zeitintervallen und vaginale Untersuchungen nach Bedarf. Wir konnten keine Metaanalyse durchführen, da es für jeden Vergleich nur eine Studie gab.

Bei allen Studien bestand aufgrund von Schwierigkeiten bei der Verblindung ein hohes Risiko eines Performance Bias. In anderen Bias-Kategorien bewerteten wir zwei Studien mit einem hohen Risiko für Bias und zwei mit einem niedrigen oder unklaren Risiko für Bias. Die allgemeine Vertrauenswürdigkeit der Evidenz unter Verwendung der GRADE-Methodik war niedrig oder sehr niedrig.

Routinemäßige vaginale Untersuchungen versus routinemäßige Ultraschalluntersuchungen zur Beurteilung des Geburtsfortschritts (eine Studie, 83 Frauen und Neugeborene)

Eine Studie in der Türkei schloss Mehrgebärende mit spontanem Geburtsbeginn ein.

Routinemäßige vaginale Untersuchungen führen - verglichen mit routinemäßigen Ultraschalluntersuchungen - möglicherweise zu einer leichten Zunahme an Schmerzen (Mittelwertdifferenz -1,29, 95% Konfidenzintervall (KI) -2,10 bis -0,48; eine Studie, 83 Frauen, niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz) (Schmerzen wurden anhand einer visuellen Analogskala (VAS) in umgekehrter Skalierung gemessen: Null bedeutet "schlimmste Schmerzen", Zehn bedeutet "keine Schmerzen").

Die Studie bewertete keinen weiteren unserer primären Endpunkte: positive Geburtserfahrung, Verstärkung der Wehen, spontane vaginale Geburt, Amnioninfektionssyndrom, neonatale Infektionen, stationäre Aufnahme in die neonatale Intensivstation (NICU).

Routinemäßige vaginale Untersuchungen versus rektale Untersuchungen zur Beurteilung des Geburtsfortschritts (eine Studie, 307 Frauen und Neugeborene)

Eine Studie in Irland schloss Frauen mit einer termingerechten Geburt ein. Wir beurteilten die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz als sehr niedrig.

Verglichen mit routinemäßigen rektalen Untersuchungen haben routinemäßige vaginale Untersuchungen möglicherweise eine geringe oder keine Wirkung auf folgende Endpunkte: Verstärkung der Wehen (Risiko-verhältnis (RR) 1,03, 95% KI 0,63 bis 1,68; eine Studie, 307 Frauen); spontane vaginale Geburt (RR 0,98, 95% KI 0,90 bis 1,06; eine Studie, 307 Frauen).

Wir fanden unzureichende Daten für folgende Endpunkte: neonatale Infektionen (RR 0,33, 95% KI 0,01 bis 8,07; eine Studie, 307 Neugeborene) und

stationäre Aufnahme auf die NICU (RR 1,32, 95% KI 0,47 bis 3,73; eine Studie, 307 Neugeborene).

In der Studie wurden folgende unserer anderen primären Endpunkte nicht untersucht: positive Geburtserfahrung, Amnioninfektionssyndrom, Schmerzen der Mutter.

Routinemäßige vaginale Untersuchung im Abstand von vier Stunden versus einem Abstand von zwei Stunden (eine Studie, 150 Frauen und Neugeborene)

Eine britische Studie schloss Erstgebärende mit einer termingerechten Geburt ein. Wir beurteilten die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz als sehr niedrig.

Verglichen mit routinemäßigen vaginalen Untersuchungen im Abstand von zwei Stunden beeinflussen routinemäßige vaginale Untersuchungen im Abstand von vier Stunden die folgenden Endpunkte kaum oder allenfalls gering (sowohl ein Nutzen als auch ein Schaden ist danach nicht auszuschließen): Verstärkung der Wehen (RR 0,97, 95% KI 0,60 bis 1,57; eine Studie, 109 Frauen), spontane vaginale Geburt (RR 1,02, 95% KI 0,83 bis 1,26; eine Studie, 150 Frauen).

In der Studie wurden unsere anderen primären Endpunkte nicht beurteilt: positive Geburtserfahrung, Amnioninfektionssyndrom, neonatale Infektionen, stationäre Aufnahme in die Neugeborenenintensivstation, Schmerzen der Mutter.

Routinemäßige vaginale Untersuchungen versus vaginale Untersuchungen nach Bedarf (eine Studie, 204 Frauen und Neugeborene)

Eine Studie in Malaysia schloss Erstgebärende, die termingerecht eingeleitet wurden, ein. Wir beurteilten die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz als gering.

Verglichen mit vaginalen Untersuchungen nach Bedarf führen regelmäßige vaginale Untersuchungen alle vier Stunden möglicherweise bei mehr Frauen zu einer Verstärkung der Wehen (RR 2,55, 95% KI 1,03 bis 6,31; eine Studie, 204 Frauen).

Auf folgende Endpunkte ist ein Effekt möglicherweise gering oder gar nicht vorhanden:

- ◆ Spontane vaginale Geburt (RR 1,08, 95% KI 0,73 bis 1,59; eine Studie, 204 Frauen)
- ◆ Amnioninfektionssyndrom (RR 3,06, 95% KI 0,13 bis 74,21; eine Studie, 204 Frauen)
- ◆ Neonatale Infektionen (RR 4,08, 95% KI 0,46 bis 35,87; eine Studie, 204 Neugeborene)
- ◆ Stationäre Aufnahme in die NICU (RR 2,04, 95% KI 0,63 bis 6,56; eine Studie, 204 Neugeborene)

In der Studie wurden folgende unserer anderen primären Endpunkte nicht erfasst: positive Geburtserfahrung, Schmerzen der Mutter.

Schlussfolgerungen der Autor*innen

Basierend auf diesen Ergebnissen können wir nicht sicher sein, welche Methode zur Beurteilung des Geburtsfortschritts am wirksamsten ist oder am besten akzeptiert wird. Weitere groß angelegte, randomisierte Studien sind erforderlich. Diese sollten wesentliche klinische und empirische Endpunkte einschließen. Dies könnte durch die Entwicklung eines Instruments zur Messung positiver Geburtserfahrung erleichtert werden. Zudem werden Daten aus qualitativ hochwertigen Studien benötigt, um vollständig beurteilen zu können, ob Methoden zur Beurteilung des Geburtsfortschritts dem Bedürfnis der Frauen nach einem sicheren und positiven Geburtserlebnis entsprechen, und wenn nicht, um einen entsprechenden Ansatz zu entwickeln.

Zitation des Cochrane Reviews:

Moncrieff G, Gyte GML, Dahlen HG, Thomson G, Singata-Madliki M, Clegg A, Downe S. Routine vaginal examinations compared to other methods for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. Cochrane Database of Systematic Reviews 2022, Issue 3. Art. No.: CD010088. DOI: 10.1002/14651858.CD010088.pub3. [Zugriff: 06. März 2022].

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.

Januar 2023

BBK Forschung für den Bevölkerungsschutz

12. Januar – 14. Januar 2023, Bonn, Deutschland

Nähere Informationen unter:

<https://www.bbk.bund.de/DE/Themen/Forschung/Forschungsfoerderung/Fachkongress/fachkongress.html>

7. Winterthurer Hebammensymposium

21. Januar 2023, Winterthur, Schweiz

Nähere Informationen unter: <https://www.zhaw.ch/de/gesundheit/institute-zentren/ihb/winterthurer-hebammensymposium/>

März 2023

ECIC Conference

09. März – 11. März 2023, Belgrad, Serbien

Nähere Informationen unter: <https://www.mcascientificevents.eu/ecic/>

Abstract Submission bis 31. Januar 2023

April 2023

International Normal Labour and Birth Research Conference

24. April – 26. April 2023, Grange-over-Sands, Großbritannien

Nähere Informationen unter: www.uclan.ac.uk/events/listing/normal-labour-and-birth

Mai 2023

International Maternal Newborn Health Conference - TOGETHER 2023

08. Mai – 11. Mai 2023, Kapstadt, Südafrika

Nähere Informationen unter: <https://imnhc2023.org/>

17. Deutscher Hebammenkongress

15. Mai – 17. Mai 2023, Berlin, Deutschland

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

Juni 2023

33rd ICM Triennial Congress "Lets try that again!"

11. Juni – 14. Juni 2023, Bali, Indonesien

Nähere Informationen unter: <https://midwives2023.org/>

Oktober 2023

7th EMA Education Conference

26. Oktober – 29. Oktober 2023, Athen, Griechenland

Nähere Informationen unter: <https://emaeducation2023.gr>

Abstract Submission bis 31. März 2023

GAERID (Gesellschaft für Ästhetische und Rekonstruktive Intimchirurgie) Jahrestagung 2023

28. Oktober – 29. Oktober 2023, Ludwigsburg, Deutschland

Hebammen und Gastvorträge aus dem Bereich der Hebammenwissenschaft sind ausdrücklich willkommen.

Ansprechpartner ist Prof. Dr. Philip Zeplin, Präsident der GAERID

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

Präsidium der DGHWi

Präsidentin

Dr. Franziska Rosenlöcher

Gastprofessorin für Hebammenwissenschaft an der Brandenburgischen Technischen Universität (BTU)
E-Mail: praesidentin@dghwi.de

Vize-Präsidentin

Dr. Astrid Krahl

Hebamme, Studiengangsleitung (M.Sc. Hebamme) an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
E-Mail: vizepraesidentin@dghwi.de

Schriftführerin

Julia Steinmann M.Sc. Midwifery

Hebamme, B.Sc. Angew. Psychologie, Lehrbeauftragte
E-Mail: schriftfuehrerin@dghwi.de

Schatzmeisterin

Andrea Paucke B.A. Medizinpädagogik

Hebamme, Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Coburg
E-Mail: schatzmeisterin@dghwi.de

Beisitzerinnen

Prof. Dr. Barbara Baumgärtner

Hebamme, Professorin an der Hochschule Bremen,
Dipl. Berufspädagogin
E-Mail: beisitzerin-leitlinien@dghwi.de

Dr. Nancy Stone MScPH, PhD

Hebamme, Postdoktorandin an der Evangelischen Hochschule Berlin
E-Mail: beisitzerin-stellungnahmen@dghwi.de

Friederike Hesse M.A.

Hebamme, Soziologin, Promovendin im Promotionszentrum Public Health an der Hochschule Fulda University of Applied Sciences
E-Mail: beisitzerin-oeffentlichkeit@dghwi.de

Impressum

Herausgeberin (Sponsor)

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

Geschäftsstelle (Office)

Postfach 1242, 31232 Edemissen
FAX: 05372-971878

Editors in chief

Prof. Dr. Annekatrijn 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 Schmücking.

Erweiterter (extended) Reviewboard

Dr. Gertrud M. Ayerle, Prof. Dr. Barbara Baumgärtner, 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 Metzging, 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., Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA

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*). 2022;10(01):Seitenzahlen.

Authors. Title. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (*Journal of Midwifery Science*). 2022;10(01):page numbers.

Datum (Date): 09.12.2022



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