

## **Abstractband Forschungsworkshop, 16. Hebammenkongress, Mai 2021**

**Herausgegeben vom Deutschen Hebammenverband**

Vertreten durch:

Yvonne Bovermann, Beirätin des DHV

Ulrike v. Haldenwang, Projektleitung für die inhaltliche Planung des Hebammenkongresses

### Inhaltsverzeichnis

Peer-Review-Verfahren .....	2
Zeichenlehre des gesunden Geburtsverlaufes.....	3
Schulung und Hoffen reichen nicht - Implementierungsforschung am Beispiel der Hebammensprechstunde .....	4
Erfahrungen mit einer nicht juristischen Schuld im Kreißaalalltag: Eine Narrative Inquiry Studie.....	6
Hebammen in der ärztlichen Ausbildung - ein Modell für Interprofessionel Education and Collaborative Practice. Am Beispiel der Medial School, University of California, San Fransisco.....	7
Der Geburtsbeginn von Erstgebärenden - erste Ergebnisse einer Kohortenstudie .....	9
Ansichten von Hebammen in der Deutschschweiz zum Gebrauch von Geburtsplänen. ....	10
Die Rolle der Begleitperson innerhalb der „Be-Up-Studie“ – Vorstellung eines Promotionsvorhabens .....	12
Gesundheitliche Lebenslage und Netzwerkstrukturen von Alleinerziehenden im Hinblick auf Möglichkeiten der Gesundheitsförderung.....	14
Prozessanalyse Be-Up Studie .....	16
Masterthesis: Salutophysiologie in der Hebammenarbeit/ Schwangerenvorsorge.....	18
Systematische qualitative Übersichtsarbeit zur geburtshilflichen Betreuung von Frauen mit Migrations- bzw. Fluchterfahrung.....	19
Workplace Violence in der deutschen Hebammenausbildung.....	20
Impressum.....	21

## Peer-Review-Verfahren

Die hier veröffentlichten Abstracts durchliefen ein **Peer-Review-Verfahren**.  
Für ihre Mitarbeit an dem Peer-Review-Verfahren des Forschungsworkshop im  
Hebammenkongress danken wir

**Prof.in Dr.in Christiane Schwarz**

**Prof.in Martina König-Bachmann BSc, MHPE**

**Dr.in Christine Loytved**

**Prof.in Dr.in Ans Luyben**

## Vorträge

### Zeichenlehre des gesunden Geburtsverlaufes

*Rafaëla Joas<sup>1,2</sup>, Carole Lüscher-Gysi<sup>3</sup>, Christine Loytved<sup>2</sup>*

*Organisation(en): 1: Geburtshaus Zürcher Oberland, Pfäffikon ZH, Schweiz; 2: FH Salzburg; 3: Hebammenpraxis 9punkt9*

**Untertitel:** Die Beobachtung von Zeichen des gesunden Geburtsverlaufes durch ausserklinisch tätige Hebammen.

**Hintergrund:** Die «einzigartige Normalität» der Geburt wird in der Literatur als neues Paradigma postuliert. Die Hebammenkunst soll eine ganzheitliche und frauenzentrierte Beobachtung der gesunden Geburt umfassen. Der Geburtsverlauf soll nicht mehr linear, sondern zirkulär betrachtet werden.

**Forschungsfrage:** Welche Zeichen des gesunden Geburtsverlaufes beobachten ausserklinisch tätige Hebammen?

**Methode:** Im Rahmen einer Aktionsforschung wurden vier leitfadengestützte Interviews mit ausserklinisch tätigen Hebammenexpertinnen vorgenommen und ein Beobachtungsschema zur Beobachtung der gesunden Geburt entwickelt. Die Interviewauswertung fand mittels Inhaltsanalyse nach Mayring statt.

**Ergebnisse:** Das vielfältige Wissen von Hebammen konnte dargestellt werden. Ein umfangreiches Beobachtungsschema zur Beobachtung der gesunden Geburt wurde erarbeitet. Das Beobachtungsschema der Zeichen zur Beobachtung der gesunden Geburt inspiriert zur ganzheitlichen, interventionsarmen Beobachtung der Geburt. Folgende Beobachtungskategorien sind im Schema enthalten: Hören, Riechen, Sehen, Tasten, Bewegungsmuster der Frau, Empfindungen der Frau, Empfindungen der Hebamme, Kind-Mutter-Einheit, Mäeutische Beziehung, Geburtsverlauf - Veränderungen des Gesamtbildes. Im Rahmen des Vortrages wird das mehrseitige Beobachtungsschema vorgestellt.

**Schlussfolgerungen:** Ausserklinisch tätige Hebammen beobachten und beurteilen den gesunden Geburtsverlauf mit allen Sinnen. Analog des salutophysiologischen Modells wird die Frau von den befragten Hebammen als die Expertin von sich selbst und ihrem Kind anerkannt. Jede Geburt ist ein einzigartiges Geschehen, welches eine individuelle Beobachtung durch die Hebamme erfordert

## Schulung und Hoffen reichen nicht - Implementierungsforschung am Beispiel der Hebammensprechstunde

Anja Siegle<sup>1</sup>, Martina Roes<sup>1</sup>, Friederike zu Sayn-Wittgenstein<sup>2</sup>

Organisation(en): 1: Universität Witten/Herdecke, Karlsruhe, Deutschland; 2: Hochschule Osnabrück, Deutschland

### Hintergrund

Die Hebammensprechstunde ist eines der zentralen Elemente des Nationalen Expertinnenstandards Förderung der physiologischen Geburt. Im Rahmen einer Mixed-Methods Studie zur Implementierung dieser Hebammensprechstunde wurden Umsetzungstreue (Adhärenz, Reaktion der Beteiligten), Durchdringung (Institutionalisierung, Routinisierung) und Nachhaltigkeit (Nutzen, Weiterentwicklung) untersucht. Ziel des Beitrags ist die Erläuterung und Darlegung der Methodik anhand ausgewählter Ergebnisse.

### Methoden

In zwei Kliniken (Klinik A: ärztlich-geleitet, 2.400 Geburten/Jahr; Klinik B: ärztlicher und hebammengeleiteter Kreißsaal, 1.700 Geburten/Jahr) wurden die Dokumente der Hebammensprechstunde (n=154) analysiert und semi-strukturierte, qualitative Interviews mit acht Frauen, zehn Hebammen, acht Ärztinnen und Ärzten und acht Führungskräften durchgeführt, auf Tonband aufgenommen, transkribiert und mit Framework-Analysis ausgewertet. Die Auswertungsschritte umfassten offenes codieren, um neue Themen aufzunehmen, anschließend die Entwicklung eines theoretischen Rahmenwerks zur weiteren Codierung. Schließlich wurden die Daten in einer Matrix zur Interpretation einander gegenübergestellt.

### Ergebnisse

Die Dokumentenanalyse zeigt überwiegend eine gute Adhärenz in beiden Kliniken mit einem Unterschied: In einer Klinik ist aus den Dokumenten nicht ersichtlich, welche Bedürfnisse, Sorgen und Ängste die Frauen haben. Demgegenüber zeigen in beiden Kliniken die Ergebnisse der qualitativen Interviews eine gute bis sehr gute Adhärenz. Strukturelle Indikatoren der Institutionalisierung zeigen sich z.B. an der Freistellung von der Personaleinsatzplanung im Kreißsaal für einen Personaleinsatz der Hebammen in der Hebammensprechstunde. Der Begriff Routinisierung beinhaltet die Abläufe der Hebammensprechstunde z.B. Terminvergabe über die Ambulanz, Anfertigung von Kopien der Dokumentation für den Kreißsaal. Die Nachhaltigkeit zeigte sich in „Nutzen“ und „Entwicklung“ in beiden Kliniken. Als Nutzen bezogen auf die Frau nannten die Interviewteilnehmenden z.B. eine Senkung der sekundären Kaiserschnitte von 40% auf 35% sowie eine Senkung der medizinischen Interventionen wie z.B. Saugglocke, Zangengeburt. Die Frauen seien besser informiert und auf die Geburt vorbereitet. Auf die Wünsche, Ängste und Sorgen der Frau könne besser unter der Geburt eingegangen werden, denn diese seien dokumentiert und im Kreißsaal hinterlegt. In Bezug auf die zukünftige Weiterentwicklung der Hebammensprechstunde wird als wichtigstes Element von allen Interviewteilnehmenden aus beiden Kliniken die langfristige Finanzierung der Hebammensprechstunde genannt.

### Diskussion

Bislang ist Implementierungsforschung in der Geburtshilfe noch selten. Das sequential Mixed-Methods Design erlaubt Interventionen wie die Hebammensprechstunde nach Expertinnenstandard umfassend zu untersuchen. Eine ausschließlich quantitative

Dokumentenanalyse hätte ein unvollständiges Bild gezeigt. Erst die Kombination der quantitativen Dokumentenanalyse mit themenzentrierten qualitativen Interviews zeigte den Implementierungserfolg im Detail auf.

## Erfahrungen mit einer nicht juristischen Schuld im Kreißaalalltag: Eine Narrative Inquiry Studie.

*Lena Ontrup, Helen Kohlen*

*Organisation(en): Philosophisch-Theologische-Hochschule Vallendar*

Negative Erfahrungen im Arbeitsleben wirken sich nachteilig auf die Arbeitszufriedenheit aus. Das betrifft auch die Arbeit von Hebammen im Kreißaal. Insbesondere ethische Dilemmata in Entscheidungsprozessen, welche sich in dem Erleben von Schuld manifestieren, spielen dabei eine große Rolle. Auch vor dem Hintergrund, dass zunehmend Kliniken Probleme bei der Neubesetzung von Hebammenarbeitsplätzen angeben und Hebammen selbst von Überstunden und zunehmender Belastung, bis hin zum Burnout berichten, ist das Thema für die psychische Gesundheit relevant. Obwohl dieser Aspekt der nicht juristischen Schuld Einfluss auf das professionelle Handeln und somit auf die Hebammen-, aber auch die Frauengesundheit, im Sinne der PatientInnensicherheit hat, ist dieser Aspekt bisher nur unzureichend erforscht worden. Im Rahmen einer Masterarbeit habe ich mich diesem Thema angenommen und bin der Frage nach den Erfahrungen von Hebammen mit Schuld im berufspraktischen Kreißaalalltag nachgegangen. Teilaspekte des methodischen Vorgehens und der Ergebnisse sollen in diesem Vortrag dargestellt werden. Unter Verwendung der qualitativen Forschungsmethode der Narrative Inquiry wurden mit zwei Hebammen über mehrere Monate hinweg mehrmals Gespräche über Erfahrungen mit Schuld geführt. Die aufgezeichneten Gespräche wurden analysiert unter Einbezug der persönlichen Erfahrungen der Autorin. Die Darstellung der Ergebnisse wurde mit den Teilnehmerinnen ausgehandelt, um ethische Gesichtspunkte bei dem sensiblen Thema Schuld zu berücksichtigen und eine Realitätsnähe zu erreichen. Dieser Form des Vorgehens liegen Aspekte der ‚relational ethics‘ zu Grunde (Clandinin, Caine & Lessard, 2018). Gerade dann, wenn sensible Themen den Forschungsgegenstand charakterisieren und die TeilnehmerInnen in ihrer Vulnerabilität in den Blick genommen werden, gilt es den responsiven Prozessen zwischen ForscherInnen und TeilnehmerInnen eine zentrale Bedeutung im Forschungsprozess einzuräumen. Dieses Vorgehen wurde wie an der Hochschule üblich vorab einer ethischen Prüfung unterzogen.

In den Erzählungen der TeilnehmerInnen wird das Erleben von Hilflosigkeit und Ohnmacht sichtbar. Zudem weisen sie Parallelen zu Situationsbeschreibungen von traumatisierten Frauen nach einer Geburt auf. Auch zwischenmenschliche Erfahrungen von Hebammen im Zusammenhang mit Schuld haben einen großen Einfluss auf deren Entscheidungsfindungsprozesse und somit auf das professionelle Handeln sowie das Situationserleben. Ethische Dilemmata und Schuldvorwürfe, die eigenen wie auch externe, belasten die TeilnehmerInnen.

Aufgrund der Ergebnisse erscheinen Schuldserfahrungen in der Hebammenarbeit als ein relevantes Forschungsthema. Die Traumaverarbeitung durch Hebammen und deren ethische Reflexion ist von Bedeutung für die Frauengesundheit. Die beschriebene Hilflosigkeit der Kreißaalhebammen bietet außerdem einen Ausgangspunkt zur Betrachtung des Themas Gewalt in der Geburtshilfe.

Clandinin, D. J., Caine, V. & Lessard, S. (2018). Relational ethics in narrative inquiry. Oxfordshire, UK: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315268798>

## Hebammen in der ärztlichen Ausbildung - ein Modell für Interprofessionel Education and Collaborative Practice. Am Beispiel der Medial School, University of California, San Fransisco

Yvonne Bovermann

### **Hintergrund:**

In Deutschland ist das Gesundheitswesen arztzentriert ausgerichtet. Flachere Hierarchien, um die Kompetenzen aller beteiligten Gesundheitsberufe in die Betreuungskonzepte einfließen zu lassen, werden von Experten angemahnt. Bislang können Änderungen, aufgrund von Widerstand der Berufsangehörigen und fehlenden Rechtsgrundlagen in Deutschland, kaum umgesetzt werden. Auch die Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Gynäkologen/Gynäkologinnen ist geprägt vom Abgrenzungsbedürfnis beider Berufsgruppen. Die WHO erforscht Konzepte einer verbesserten Zusammenarbeit (Collaborative Practice, CP) der Gesundheitsberufe. Es gibt zahlreiche Belege, dass diese sowohl zu verbesserten Ergebnissen in der Patientenversorgung führen als auch zu einer höheren Zufriedenheit der Berufsangehörigen. Die Einführung von Collaborative Practice wird dadurch gefördert, dass bereits in der Ausbildung die Berufsgruppen zusammenkommen, um miteinander, voneinander und übereinander zu lernen (Interprofessional Education, IPE). In den USA gibt es hierüber bereits zahlreiche Projekte und Forschungsarbeiten. In Deutschland gibt es wenig Forschung und Umsetzung von Interprofessionel Education und Collaborative Practice.

An der University of California, San Francisco (UCSF) sind in einem der Kreißsäle die Hebammen an der Ausbildung der Assistenzärzte/Assistenzärztinnen beteiligt. Eine solche Einbindung der Hebammen in die fachärztliche Ausbildung ist in Deutschland ungewöhnlich. Ziel der Studie ist es daher, einen Einblick zu erhalten in die tatsächlich vor Ort gelebte Praxis des Ausbildungsmodells. Dabei sollen die Fragen beantwortet werden, mit welchen Methoden und Maßnahmen das Ausbildungsmodell "Hebammen in der fachärztlichen Ausbildung" an der UCSF umgesetzt wird und wie das Konzept von IPE und CP in das Ausbildungsmodell integriert sind.

### **Methodik:**

Die Autorin führt eine Feld- und Beobachtungsstudie an der UCSF durch. Durch die Felderschließung, Beobachtungen und Gespräche werden Erkenntnisse über das Ausbildungsmodell erhoben. Die Methode der Feldforschung nach Girtler (2001) wird angewendet, da sie besonders geeignet ist, um einen noch wenig oder gar nicht bekannten Untersuchungsgegenstand zu erforschen. Das Studiendesign ist "unstrukturiert, offen und beschränkt teilnehmend" gewählt, um möglichst geringe Limitierungen und eine geringe Distanz zu den agierenden Personen zu erreichen.

### **Ergebnisse:**

Die Studie kann zeigen, dass ein Ausbildungsmodell wie das in San Francisco erforschte für alle beteiligten Berufsgruppen von Vorteil ist und positiv wahrgenommen wird. Die Forschung zeigt, dass an der UCSF ein umfassendes Konzept zur IPE entwickelt wurde, an welchem alle Studierenden teilnehmen. Das beforschte Ausbildungsprogramm ist in das IPE-Konzept eingebettet.

**Diskussion:**

Die Etablierung eines vergleichbaren Programmes in Deutschland ist unter den derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen kaum vorstellbar und wird sicherlich noch Jahre benötigen. In der IPE und einer verbesserten CP in der Geburtshilfe liegen jedoch große Chance für Verbesserungen für die Berufsangehörigen der Hebammen und Mediziner/Medizinerinnen



## Der Geburtsbeginn von Erstgebärenden - erste Ergebnisse einer Kohortenstudie

*Hanna Gehling, Prof. Dr. Mechthild M Groß*

*Organisation(en): Lehr- und Forschungseinheit Hebammenwissenschaft, Medizinische Hochschule Hannover, Deutschland*

### **Problembeschreibung:**

Schwangere nehmen den Beginn ihrer Geburt subjektiv oft früher wahr als Hebammen, die ihn überwiegend nach klinischen Symptomen, wie Wehen, Muttermunderöffnung und einem Tiefertreten des vorangehenden Teils bemessen. Insbesondere Erstgebärende nehmen erste subjektive Symptome oft als Geburtsbeginn wahr, ohne dass Kenntnisse oder Erfahrungen über deren qualitative und zeitliche Relevanz vorliegen. Dies kann zu Unsicherheiten der Frauen aber auch Hebammen und Geburtshelfern im präklinischen Bereich führen, was oft zu verfrühten Krankenhauseinweisungen mit all den damit verbundenen Nachteilen für Mutter und Kind führt. Die von Frauen häufig wahrgenommenen Symptome für den Geburtsbeginn sind die des Schmerzes, des vaginalen Ausflusses, der Unruhe als auch Magen-Darm-Symptome.

Bisher sind jedoch weder der prädiktive Wert dieser subjektiv empfundenen Symptome noch deren zeitliche Relevanz bekannt.

Ziel der Studie ist die prospektive Analyse der von Frauen subjektiv wahrgenommenen Symptome des Geburtsbeginns, deren zeitliche Zusammenhänge zueinander sowie zum Geburtszeitpunkt.

### **Methodik:**

Anhand eines täglichen Fragebogens für Erstgebärende ab der 37+0 SSW werden die subjektiv empfundenen Symptome als Zeichen des Geburtsbeginns zeitlich dokumentiert. Nach der Geburt wird der Geburtszeitpunkt und der tatsächliche Geburtsbeginn erfragt. Die Daten werden anschließend mit der Datenverarbeitungssoftware SPSS ausgewertet. Die Datenanalyse zielt darauf ab die zeitlichen Zusammenhänge der subjektiv empfundenen Geburtsbeginnsymptomen 1. zueinander, 2. zum subjektiv empfundenen Geburtsbeginn und 3. zum tatsächlichen Geburtszeitpunkt zu untersuchen. Bisher wurden 130 von 200 Fragebögen verteilt.

Erste Ergebnisse werden bis Ende des Jahres 2020 erwartet.

### **Empfehlungen:**

Die Ergebnisse der Hauptstudie werden durch eine genaue Regressionsanalyse weitere Erkenntnisse über signifikante Assoziationen zwischen den untersuchten Items liefern. Zeitliche und qualitative Einschätzung von frühen, subjektiv wahrgenommenen Symptomen sollen eine klarere Definition des Geburtsbeginns schaffen und somit eine Verfügbarkeit der Betreuung ab Geburtsbeginn verbessern. Dies soll gleichzeitig einer übereilten Krankenhauseinweisung ohne kontinuierliche Betreuung entgegenwirken um damit eine Interventionskaskade zu verhindern und die Kaiserschnitttrate zu reduzieren.

### **Ethische Gesichtspunkte:**

Eine Genehmigung der Ethikkommission der MHH wurde unter Einbeziehung des Datenschutzbeauftragten am 31.3.2017 erteilt.

## Poster

### Ansichten von Hebammen in der Deutschschweiz zum Gebrauch von Geburtsplänen.

*Patricia Löchelt BSc<sup>1</sup>, Claudia Oblasser PhD<sup>1</sup>, Kathrin Stoll. PhD<sup>2</sup>, Mechthild M. Gross PhD<sup>1</sup>*  
*Organisation(en): 1: Forschungs-und Lehrereinheit Hebammenwissenschaft, Medizinische Hochschule Hannover; 2: Birthplace Lab, University of British Columbia*

#### **Einleitung**

Geburtspläne geben Schwangeren die Möglichkeit, ihre Präferenzen für die Geburt schriftlich darzulegen. Aktuelle Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass Geburtspläne mit dem maternalen und neonatalen geburtshilflichen Outcome positiv assoziiert sein können, jedoch ambivalente Effekte auf die maternale Zufriedenheit haben können. Die maternale Zufriedenheit scheint eher von der Einstellung der betreuenden Hebammen zu geschriebenen Geburtsplänen abhängig zu sein als von der vollständigen Erfüllung ihrer Geburtspläne. Qualitative Studien zeigen ein eher negatives Bild von der Einstellung der Hebammen bezüglich geschriebener Geburtspläne. Die häufigsten Sorgen betrafen das Gefühl, als Expert\*in hinterfragt zu werden, die gesteigerte Erwartungshaltung der gebärenden Frauen, welche den Druck auf Hebammen erhöhen sowie der Glaube, dass Geburtspläne negative maternale und neonatale geburtshilfliche Outcomes verursachen. Weiter wurde aufgeführt, Geburtspläne würden aufgrund der Angst verfasst werden, Hebammen würden nicht im besten Interesse der Schwangeren handeln. Diese eher negative Ansicht von Hebammen zu Geburtsplänen wurde in einer quantitativen Studie bestätigt. Abgesehen davon wurden Geburtspläne als wichtiges Hilfsmittel zur Aufrechterhaltung der Autonomie von Gebärenden und zur Erhöhung der maternalen Zufriedenheit angesehen.

#### **Ziel**

Untersuchung der Assoziationen zwischen (1) den Annahmen von Hebammen bezüglich der Implikationen eines Geburtsplans, (2) der eigenen Ansicht professioneller Autonomie sowie (3) ihrer Einstellung zur Autonomie der Gebärenden und (4) den Ansichten von Hebammen bezüglich der Verwendung von Geburtsplänen.

#### **Methode**

Im November 2020 wurde in der Deutschschweiz eine Online-Erhebung durchgeführt. Assoziationen wurden mittels entsprechender statistischer Tests und einer ordinalen Regression ermittelt.

#### **Vorläufige Ergebnisse**

Bei den 232 Studienteilnehmenden verteilte sich die Einstellung der Hebammen zu Geburtsplänen auf einer 7-Punkt Likert Skala auf sehr negativ (1.3%), negativ (3.1%), eher negativ (23.9%), neutral (30.5%), eher positiv (17.2%) sowie positiv (20.0%) und sehr positiv (4.0%). Die Untersuchung der Assoziationen zwischen (1) den Annahmen von Hebammen bezüglich der Implikationen eines Geburtsplans, (2) der eigenen Ansicht professioneller Autonomie sowie (3) ihrer Einstellung zur Autonomie der Gebärenden und (4) den Ansichten von Hebammen bezüglich der Verwendung von Geburtsplänen ist momentan Gegenstand

der Analyse. Diese liegen bis zum Kongress vor.

### **Empfehlungen**

Empfehlungen für die Hebammenarbeit können noch keine ausgesprochen werden, da die Auswertung noch nicht abgeschlossen sind. Diese werden am Kongress präsentiert.

### **Ethik**

Das Forschungsvorhaben wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover genehmigt.

*Keywords: birth plan, midwifery, professional autonomy, personal autonomy*

## Die Rolle der Begleitperson innerhalb der „Be-Up-Studie“ – Vorstellung eines Promotionsvorhabens

*Nadine Schmitt, Gertrud, M. Ayerle*

*Organisation(en): Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle, Deutschland*

### **Problembeschreibung**

Die Studie „Be-Up: Geburt aktiv“ untersucht den Einfluss der Geburtsumgebung auf den Geburtsmodus und das Wohlbefinden von Frauen am Geburtstermin. Hierbei werden an insgesamt 17 Kliniken in Deutschland Frauen für die Geburt ihres Kindes zufällig einem konventionellen Gebärraum oder einem alternativ gestalteten Gebärraum zugeordnet. Im Be-Up-Raum werden alternative Hilfsmittel zur Förderung der Mobilität der Frau während der Geburt angeboten, das Kreißbett ist nicht zentraler Bestandteil des Raumes. Die Person, die die gebärende Frau begleitet, erhält hier neben einem physischen „Platz“ auch eine „Daseinsberechtigung“. Es ist dadurch anzunehmen, dass das Wohlbefinden der Begleitpersonen im Be-Up-Raum höher ist als im konventionellen Kreißsaal. Das höhere Wohlbefinden der Begleitperson wirkt sich vermutlich direkt auf die gebärende Frau aus, da sie sich zum einen weniger um das Wohl ihres Partners/ihrer Partnerin sorgen muss, zum anderen kann die Begleitperson eine wertvollere Stütze während des Geburtsprozesses darstellen. Es scheint somit folgerichtig dem Wohlbefinden der Begleitperson Aufmerksamkeit zu schenken und ein Instrument zu entwickeln mit dessen Hilfe das Wohlbefinden evaluiert werden kann.

### **Forschungsfrage**

Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Wohlbefinden der Begleitperson einer gebärenden Frau und der Gebärumgebung?

### **Methode**

Im Rahmen des geplanten Promotionsvorhabens soll im ersten Schritt auf Basis einer systematischen Literaturrecherche und einer Interviewbefragung ein Fragebogen entwickelt werden, der das Wohlbefinden der Begleitpersonen im Gebärraum erfasst. Im zweiten Schritt wird der konstruierte Fragebogen an einer Validierungsstichprobe überprüft und anschließend revidiert. In einem dritten Schritt wird der Fragebogen online für eine anonyme Teilnahme von Begleitpersonen von Be-Up-Studienteilnehmerinnen zur Verfügung gestellt. Mithilfe des Fragebogens sollen Zusammenhänge des Wohlbefindens mit den Gebärräumen der Be-Up-Studie aufgedeckt werden.

### **Empfehlungen**

Die positiven Auswirkungen einer 1-zu-1 Betreuung auf die gebärende Frau und das Kind sind inzwischen vielfach untersucht und bestätigt. Begleitpersonen sind essenziell für die psychische Unterstützung der gebärenden Frau während des gesamten Geburtsprozesses. Zusätzlich stehen sie häufig zur Verfügung, um die Rolle einer Geburtsbegleitung zu übernehmen, ohne dass dies für Familien oder Gesundheitssysteme zusätzliche Kosten verursacht. So ist es aus psychologischer und auch aus ökonomischer Sicht sinnvoll, die Wirksamkeit dieser Personen zu verstehen und zu fördern.

### **Ethische Gesichtspunkte**

Die Begleitpersonen werden über die Teilnehmerinnen der Be-Up-Studie rekrutiert, die eine Einwilligung zur Nachbefragung gegeben haben. Diese werden dann nach Artikel 13 der Datenschutz-Grundverordnung ausführlich über das Vorhaben informiert und über

Freiwilligkeit und Anonymität aufgeklärt. Den Teilnehmenden entstehen weder Vor- noch Nachteile bei Teilnahme oder Nicht-Teilnahme. Das Promotionsvorhaben startet erst nach positiver Begutachtung der zuständigen Ethik-Kommission.

## Gesundheitliche Lebenslage und Netzwerkstrukturen von Alleinerziehenden im Hinblick auf Möglichkeiten der Gesundheitsförderung

*Bettina Völzer*

*Organisation(en): Berlin School of Public Health, Berlin, Deutschland*

### **Theoretischer Hintergrund**

Gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen rund um die Geburt zu erschließen und damit Herausforderungen und Ressourcen der Familien zu erkennen ist Ziel verschiedenster Akteur\*innen des Gesundheitswesens.

Alleinerziehende werden als vulnerable Gruppe definiert, da sie aufgrund unterschiedlicher Einflussfaktoren, wie Bildung, Erwerbstätigkeit oder sozioökonomischem Status einen schlechteren gesundheitlichen Status gegenüber Paarfamilien aufweisen können. Zur spezifischen Gesundheitsförderung ist es wichtig, den Alltag von Alleinerziehenden mit möglichen Ressourcen und Herausforderungen zu verstehen, um daraus Möglichkeiten der Gesundheitsförderung abzuleiten.

Hebammen begleiten werdende Eltern sehr eng und unterstützen die Familie auf mehreren Ebenen. Für Alleinerziehende sind sie umso mehr vertrauensvolle Bezugspersonen. Ziel dieser wissenschaftlichen Untersuchung ist es, die Besonderheiten dieser Familienform darzustellen und dafür zu sensibilisieren ohne zu stigmatisieren.

### **Methodik**

Eine durchgeführte qualitative Untersuchung von Alleinerziehenden in Berlin Neukölln ermöglichte die Beschreibung der Lebenslage und Gesundheit von Alleinerziehenden und erörtert verschiedene Einflussfaktoren, wie soziale und berufliche Lage, oder Netzwerkstrukturen. Sieben leitfadengestützte Interviews mit Alleinerziehenden gaben einen tiefen, wenn auch subjektiven Einblick in die Thematik. Die Auswertung der Interviews erfolgte durch eine inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse und erzielte eine kontrastierende Darstellung der Familienform.

Unterschiedliche Herausforderungen, Ressourcen und Bewältigungsmechanismen werden dargestellt, anhand derer eine Typisierung von Alleinerziehenden möglich wurde und Unterschiede in Bezug auf Möglichkeiten der Gesundheitsförderung abgeleitet werden können.

### **Ergebnisse**

Die Heterogenität der gesundheitlichen Lage Alleinerziehender und daraus resultierend unterschiedlicher Zugänge zu gesundheitsbezogenen Leistungen konnte durch die Auswertung der Interviews bestätigt werden.

Die Auswertung der Interviews eröffnete ein tieferes Verständnis von Netzwerkstrukturen und daraus resultierenden Gestaltungsspielräumen, sowie Unterstützungsmöglichkeiten zur Gesundheitsförderung. Kontrastreiche Aussagen der Alleinerziehenden ermöglichten eine Unterscheidung in drei Typen, aus welcher unterschiedliche Handlungsempfehlungen zur Gesundheitsförderung abgeleitet werden können. Diese drei Typen der Alleinerziehenden unterscheiden sich hinsichtlich familiärer und institutioneller Netzwerkstrukturen und daraus resultierender Möglichkeiten den Alltag zu gestalten und zu bewältigen.

### **Schlussfolgerung**

Hebammen als integraler Bestandteil vor, nach und während der Geburt stellen eine

vertrauensvolle Bezugsperson da. Somit ist es Ihnen möglich, Ressourcen aber auch notwendigen Unterstützungsbedarf von Familien zu erkennen und ggf. Hilfsangebote zu vermitteln.

Anhand der erarbeiteten Typisierung werden die Bedürfnisse der Alleinerziehenden noch besser verständlich und Unterstützungsbedarf hinsichtlich Möglichkeiten der Gesundheitsförderung können erschlossen werden.

## Prozessanalyse Be-Up Studie

Melanie Pilz, Gila Heusermann, Caroline Hellmig, Lisa Köberling, Gertrud M. Ayerle

Organisation(en): Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Deutschland

### Hintergrund:

Eine aufrechte Geburtsposition kann die physiologische Geburt begünstigen<sup>4</sup>. Ob ein alternativ gestalteter Gebärraum im Vergleich zum üblichen Kreissaal zu mehr vaginalen Geburten, besserem Outcome und einer höheren subjektiven Zufriedenheit mit der Geburt führt, prüft eine RCT<sup>1</sup>. Implementierung komplexer Interventionen kann Herausforderungen mit sich bringen<sup>3</sup>.

### Fragestellungen:

Wie bewerten an der RCT teilnehmende Hebammen und Ärzte/innen ihre Bereitschaft zur Umsetzung einer neuen Intervention, welche Herausforderungen beschreiben sie und wie beurteilen sie die interprofessionelle Zusammenarbeit?

### Methodik:

Hebammen und Ärzte/innen aus allen 22 Geburtseinrichtungen wurden freiwillig nach informierter Einwilligung von Juli bis September 2020 anonym über Soscisurvey online befragt. Likert-Skalen, geschlossene und offene Fragen, IPAT Items<sup>2</sup> und IPC-Skala<sup>5</sup> wurden deskriptiv quantitativ mit Excel und SPSS sowie durch strukturierende inhaltliche Interpretation mit MAXQDA analysiert.

### Ergebnisse:

73 Fragebögen erfüllten die Einschlusskriterien. Die Bereitschaft wurde hoch eingestuft. Notfallmanagement, Motivation/Überzeugung/Sinnhaftigkeit laut Personal, Räumlichkeiten/Logistik zur Randomisierung waren die häufigsten Herausforderungen. Fragen zur interprofessionellen Zusammenarbeit wurden überwiegend mit teilweiser Zustimmung beantwortet. Es ergaben sich eine höhere patientenorientierte Arbeitsweise, höhere Flexibilität und erhöhter Arbeitsaufwand.

### Ethische Gesichtspunkte:

Bei der gewählten Stichprobe handelt es sich nicht um vulnerable Personen. Es wurde kein Ethikvotum eingeholt. Es gab keinerlei finanzielle Unterstützung oder Interessenskonflikte der Forscherinnen. Dr. Ayerle, Leitung der Be-Up Studie, stand beratend zur Seite.

### Empfehlungen:

Richtungsweisende Empfehlungen sind nach Abschluss der Prozessevaluation Ende Januar 2021, bis zum Kongress, zu erwarten.

<sup>1</sup> Ayerle, G., Schäfers, R., Mattern, E., Striebich, S., Haastert, B., Vomhof, M., Icks, A., Ronniger, Y. & Seliger, G. (2018). *Effects of the birthing room environment on vaginal births and client-centred outcomes for woman at term planning a vaginal birth: BE-UP, a multicentre randomised controlled trial*

<sup>2</sup> Hartveit, M., Nordin, M. H. A., Oyretveit, J., Bond, G. R., Biringer, E., Assmus, J., Mariniusson, G.H., & Ruud, T. (2019). Measuring implementation: development of the implementation process assessment tool (IPAT). *BMC Health Services Research, 19*(721)

<sup>3</sup> Kien, C., Schultes, M-T., Szelag, M., Schoberberger, R. & Gartlehner, G. (2018). German language questionnaires for assessing implementation constructs and outcomes of psychosocial and health-related interventions: a systematic review. *Implementation Science, 13*(150)



<sup>4</sup> Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G.J. & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 10

<sup>5</sup> Vittadello, F., Mischo-Kelling, M., Wieser, H., Cavada, L., Lochner, L., Naletto, C. & Reeves, S. (2017). A multiplegroup measurement scale for interprofessional collaboration: Adaptation and validation into Italian and German languages. *Journal of Interprofessional Care* 32(3)

## Masterthesis: Salutophysiologie in der Hebammenarbeit/ Schwangerenvorsorge

*Sabine Braun*

*Organisation(en): Hebamme, Filderstadt, Deutschland*

### **Hintergrund:**

Im Kontinuum des Mutter-Werdens kann die Schwangerenvorsorge ein zentraler Teil der Hebammenbegleitung sein. In Deutschland schöpfen dieses Potenzial derzeit weder schwangere Frauen noch Hebammen aus. Es liegt nahe, dass das Fehlen von berufsspezifischen Inhalten für die Schwangerenvorsorge durch Hebammen diese Situation begünstigt. Das von Verena Schmid vorgelegte salutophysiologische Betreuungsmodell ist imstande, diese inhaltliche Lücke zu schließen.

### **Methode:**

Es wurde eine qualitative Forschung anhand fünf problemzentrierter Interviews unter der Forschungsfrage „Welche Impulse kann die Salutophysiologie der Hebammenarbeit im Bereich der Schwangerenvorsorge geben?“ durchgeführt.

### **Ergebnisse:**

Das Handwerkszeug der Salutophysiologie bietet konkrete Instrumente der Beziehung, Beobachtung und Intervention für die praktische Hebammenarbeit. Darüber hinaus vermag sie Hebammen Worte zu geben für das, was ihr Handeln aus Erfahrung und Intuition leitet.

### **Schlussfolgerung:**

Die Forschung zeigt die Wirksamkeit salutophysiologischer Hebammenarbeit in der Schwangerenvorsorge bezüglich der Gesundheitsförderung für Mutter und Kind auf. Gleichzeitig verschafft die Salutophysiologie dem handlungsleitenden Wissen von Hebammen eine Sprache und kann damit eine Neuausrichtung der Hebammenarbeit zur Sicherung des Berufsstandes fördern.

### **Schlüsselwörter:**

Schwangerenvorsorge, Hebamme, Salutogenese, Salutophysiologie, Gesundheit

## Systematische qualitative Übersichtsarbeit zur geburtshilflichen Betreuung von Frauen mit Migrations- bzw. Fluchterfahrung

Anne Kasper

*Organisation(en): Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland*

Die Zahl der Migrantinnen und Menschen mit Fluchterfahrung nimmt weltweit zu. Frauen in der Phase des Mutterwerdens mit Migrations- bzw. Fluchterfahrung gelten als eine besonders vulnerable Gruppe. Es stellte sich die Frage: Wie gestalten geburtshilfliche Akteur\*innen die Betreuung von Frauen mit Migrations- bzw. Fluchterfahrung auf der Interaktionsebene? Ziel der systematischen Übersichtsarbeit war es, die aktuelle internationale Evidenz zur geburtshilflichen Betreuung von Frauen mit Migrations- bzw. Fluchterfahrung zusammenzufassen und strukturiert darzustellen.

Eine systematische Recherche in den gesundheitswissenschaftlichen, medizinischen und psychologischen Datenbanken (PubMed/MEDLINE; CINAHL; PSYINDEX, PsycINFO und Cochrane Library) fand im August 2017 statt und wurde im Oktober 2019 aktualisiert. Die identifizierten Studien wurden auf ihrer Eignung und Qualität überprüft. Folgende Einschlusskriterien sind angelegt worden: Gegenstand der Studie war die mütterlichen Gesundheitsversorgung bzw. geburtshilfliche Betreuung von Frauen mit Migrations- und/oder Fluchterfahrung, die in einem OECD-Mitgliedstaat einwanderten. Das Veröffentlichungsdatum ist auf die Jahre 1990-2019 beschränkt und es wurden die Sprachen Englisch und Deutsch berücksichtigt.

16 primäre, meist qualitative Studien wurden einbezogen. Eine Heterogenität der einbezogenen Studien besteht hinsichtlich der Herkunft der Frauen, ihres Migrationshintergrundes, und des Aufnahmeland. Dennoch kann die Synthese der Einzelergebnisse wertvolle Informationen über Herausforderungen und den Umgang mit Frauen mit Migrations- bzw. Fluchterfahrung in der maternalen Betreuung aufdecken. So stellen Kommunikationsschwierigkeiten geburtshilfliche Akteur\*innen vor Herausforderungen (15 Studien). Möglichkeiten, diesen zu begegnen sind: Brückensprachen, nonverbale Kommunikation und Sprachmittler\*innen. Darüber hinaus stellt die Orientierung in dem unbekanntem Gesundheitssystem eine Barriere für Frauen dar, der geburtshilfliche Akteur\*innen durch Information für Frauen mit Migrations- bzw. Fluchterfahrung und einer Koordination der Betreuung begegnen können (8 Studien). Die wahrgenommene Vielfalt von Frauen kann zu Konflikten in der Betreuung führen (10 Studien). Während einige Studien "kulturelle Rezepte" empfehlen, betonen andere Autor\*innen die Individualität von Frauen und bevorzugen einen ganzheitlichen Betreuungsansatz.

Geburtshilfliche Akteur\*innen begegnen in der geburtshilflichen Betreuung von Frauen mit Migrations- bzw. Fluchterfahrung verschiedenen Barrieren, wie Kommunikationsschwierigkeiten, fehlende Koordination der Betreuung und Umgang mit der Vielfalt von Frauen. Die Initiierung und Förderung von Aktivitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit, wie z.B. Schulungen für Fachkräfte, die allgemeine Prinzipien wie bspw. eine frauenzentrierte Betreuung und Kommunikationstechniken vermitteln, sind wertvolle Möglichkeiten, um die geburtshilfliche Betreuung von Frauen mit Migrations- bzw. Fluchterfahrung zu verbessern.

## Workplace Violence in der deutschen Hebammenausbildung

Anja Lehnertz<sup>1</sup>, Maria Efstathiou<sup>2</sup>, Laura Gorka<sup>2</sup>, Doris Dr. Arnold<sup>2</sup>

Organisation(en): 1: 9Plus Hebammenpraxis, Waldbronn, Deutschland; 2: Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft in Ludwigshafen

### **Problembeschreibung:**

Im Rahmen ihrer Ausbildung erwerben werdende Hebammen (WeHen) nicht nur Kompetenzen für ihren Beruf, sondern erleben auch in unterschiedlichem Umfang Belastungen oder erfahren gar körperliche oder psychische Gewalt. Untersuchungen im Kontext der deutschen Hebammenausbildung (Werner, 2010; Greening, 2011) zeigen auf, dass werdende Hebammen unter anderem unter Stress, strukturellen Problemen, wie dem Schichtdienst, sowie unter körperlichen Beschwerden und belastenden Erlebnissen im praktischen Einsatz leiden. Internationale Studien (vgl. Boyle & McKenna, 2016, Shapiro et al., 2017; Capper et al., 2020) beschreiben darüber hinaus gewaltförmige Erfahrungen werdender Hebammen im Sinne von „Workplace Violence“, wie z.B. Beschimpfungen, Einschüchterungen oder Mobbing. Bisher gibt es jedoch nur wenige Erkenntnisse zu den Erfahrungen, die WeHen mit emotionalen Belastungen oder Workplace Violence im Ausbildungsalltag in Deutschland machen.

### **Forschungsfrage:**

Wie erleben werdende Hebammen emotional belastende Situationen oder Workplace Violence im Kontext der deutschen Hebammenausbildung?

### **Methoden:**

Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Die Datenerhebung erfolgte durch das problemzentrierte, leitfadengestützte Interview nach Witzel. Es wurden mit sieben WeHen, die sich in der dreijährigen beruflichen Ausbildung zur Hebamme befanden, an sechs verschiedenen Lernstandorten in Deutschland Interviews geführt. Die Auswertung orientierte sich an der induktiven Kategorienbildung nach Mayring. Ethische Gesichtspunkte: Die Teilnahme der WeHen erfolgte freiwillig. Vor jedem Interview wurde eine informierte Einwilligung erhoben. Anonymität und Datenschutz wurden sorgfältig gewährleistet. Um zu verhindern, dass die gesammelten Daten einen Rückschluss auf den Ausbildungsplatz zulassen könnten, wurden Interviews im ganzen Bundesgebiet geführt. Besondere Berücksichtigung fanden zudem die möglichen emotionalen Belastungen der WeHe in der Interviewsituation.

### **Ergebnisse:**

Die vorliegende Forschungsarbeit zeigt auf, wie die befragten werdenden Hebammen verschiedene Formen und Ausprägungen von emotionalen Belastungen und von Workplace Violence während ihrer Ausbildung erlebt haben. Die Ergebnisse umfassen außerdem Einblicke in die geschilderten Ausbildungsbedingungen, die angeeigneten Bewältigungsstrategien und die von den Befragten wahrgenommenen Auswirkungen ihrer belastenden Erfahrungen.

### **Empfehlungen:**

Die Studie weist einerseits einige methodische Limitationen auf und bezieht sich auf die Situation in der beruflichen Ausbildung zur Hebamme. Andererseits ergänzen die Ergebnisse vorhandene Erkenntnisse aus internationalen Forschungen zu Workplace Violence in der dortigen akademischen Hebammenausbildung. Vor diesem Hintergrund werden

Maßnahmen zur Prävention von emotionalen Belastungen und Workplace Violence bei der Gestaltung des zukünftigen Hebammenstudiums empfohlen. Außerdem wird angeregt, eine Definition von Gewalt im Kontext der Hebammenausbildung zu erarbeiten und weiterführende Forschungen hierzulande durchzuführen.

*Capper, Tanya; Muurlink, Olav; Williamson, Moira (2020): Midwifery students' experiences of bullying and workplace violence: A systematic review. In: Midwifery 90, S. 102819. DOI: 10.1016/j.midw.2020.102819.*

*Greening, Monika (2011): Identifizierung von Belastungsfaktoren und Beanspruchung von Hebammenschülerinnen während der Berufsausbildung. Eine qualitative und quantitative Studie zur Erfassung und Bewertung von Belastungsfaktoren und Beanspruchung von Hebammenschülerinnen. Technische Universität Darmstadt. Darmstadt. Online verfügbar unter <https://tuprints.ulb.tu-darmstadt.de/2420/>, zuletzt geprüft am 6.7.20.*

*McKenna, Lisa; Boyle, Malcolm (2016): Midwifery student exposure to workplace violence in clinical settings: An exploratory study. In: Nurse education in practice 17, S. 123–127. DOI: 10.1016/j.nepr.2015.11.004.*

*Shapiro, Jesse; Boyle, Malcolm J.; McKenna, Lisa (2018): Midwifery student reactions to workplace violence. In: Women and birth: journal of the Australian College of Midwives 31 (1), e67-e71. DOI: 10.1016/j.wombi.2017.06.020.*

*Werner, Theresia (2010): Stresserleben und Stressbewältigung in der Hebammenausbildung – eine empirische Untersuchung. In: Hebamme 23 (04), S. 252–257.*

## Impressum

Deutscher Hebammenverband

Büro Berlin

Lietzenburger Str. 53

D-10719 Berlin

Telefon +49 30 394067731

Telefax +49 30 394067749

[fruehehilfen@hebammenverband.de](mailto:fruehehilfen@hebammenverband.de)

[www.hebammenverband.de](http://www.hebammenverband.de)

ISBN: 978-3-9823484-0-7

