

www.hebammekongress.de



Abstractband

Forschungsworkshop

17. Deutscher Hebammenkongress

15.- bis 17. Mai 2023

Herausgegeben vom Deutschen Hebammenverband

Vertreten durch:

Lea Beckmann, Beirätin des DHV

Ulrike v. Haldenwang, Projektleitung Hebammenkongresses

Inhaltsverzeichnis

Forced Migrant mothers' perspective on Postpartum midwifery care.....	2
Razan Al Munjid; Elizabeth Mohr; Martha Engelhardt; Mathilde Gaudion; Theda Borde	2
Kommunikation als Einflussfaktor auf das Geburtserleben geflüchteter Frauen in Deutschland	3
Mathilde Gaudion ¹ ; Martha Engelhardt ² ; Anne Sophie Krautstengel ² ; Razan Al Munjid ² ; Theda Borde ²	3
Implizite Aspekte der interprofessionellen Geburtsbegleitung aus ärztlicher Perspektive	4
Maria Koch	4
Inhaltlicher und familiärer Unterstützungsbedarf der Mütter von Frühgeborenen hinsichtlich des Stillens und der Muttermilchernährung ...	5
Lea Heymel ¹ ; Jasmin Godemann ² ; Katharina Reiss ³	5
Geburtshilfliche Kapazitäten digital und zentral aufzeigen? Die nutzer:innenzentrierte Entwicklung eines Kapazitätsnachweissystems für die klinische Geburtshilfe	7
Caroline Johanna Agricola ¹ ; Jan Patrick Kopetz ² ; Katja Stahl ³ ; Nicole Jochems ²	7
Prevalence of and factors associated with transfer of primiparous women from community birth to obstetric units in Germany	8
Janice Hill	8
Rassistische Diskriminierung im Kontext geburtshilflicher Versorgung.....	9
Lisa Keil-Reppmann.....	9
Erfassung der Wünsche und Bedürfnisse von Frauen hinsichtlich der Aufklärung zu Ernährung und Mundgesundheit in der Schwangerschaft – eine qualitative Studie	10
Merle Ebinghaus; Birgit-Christiane Zyriax; Caroline Johanna Agricola	10
SimLab: Szenarien mit Hausgeburten im Studium der Hebammenkunde	11
Marie-Christine van Walbeek	11
Erhebung des Fortbildungsbedarfs zur vaginalen Beckenendlagegeburt	12
Berit Friedrichsohn	12
Stillen nach Brustkrebs	13
Lucia Heinrich ¹ ; Cornelia Wolf ²	13
Übersetzung und kulturelle Adaptation eines Fragebogens ins Deutsche: Inhaltliche Validierung des „Early Labour Experience Questionnaire (ELEQ)“	14
Julia Mahler ¹ ; Katja Stahl ²	14
Was bedeutet die Akademisierung der Hebammenausbildung für die Lehr-Lernkultur? Kulturen des Lehrens in der hochschulischen Erstausbildung von Hebammen in Deutschland	16
Daniela Kahlke	16
Kompetenzen von Hebammen - Hebammenkunst wissenschaftlich fundieren	17
Henrike Todorow	17
ASK a Midwife: Erkenntnisse aus Fokusgruppen mit erfahrenen Hebammen zur Einarbeitung neu qualifizierten Hebammen in Geburtshäusern	18
Nancy Stone ¹ ; Dorothea Tegethoff ²	18
Impressum	20

Forced Migrant mothers' perspective on Postpartum midwifery care

Razan Al Munjid; Elizabeth Mohr; Martha Engelhardt; Mathilde Gaudion; Theda Borde

Alice Salomon Hochschule, Berlin, Germany

Background:

Little research has emphasized the postpartum midwifery care of forced migrant (FM) mothers in Germany. Thus, in this study, we aim to gain knowledge on how FM new mothers experience postpartum midwifery care in Germany from their own perspective.

Method:

A qualitative study was conducted, involving 15 individual problem-centered interviews and 6 focus group discussions conducted in Arabic with FM new mothers living in four federal states (Berlin, Brandenburg, NRW, Hamburg) within the postnatal period to 1 year postpartum. FM new mothers were invited via snowball and purposive sampling methods. The interview transcripts were translated into English and analyzed using the Framework Analysis. Within a participatory approach, the results were discussed and analyzed with FM new mothers.

Results:

The utilization and experiences of postpartum midwifery care by Arabic FM mothers were shaped by several factors. For instance, individual factors (e.g., perception of need), contextual factors (e.g., living in an accommodation center), and structural factors (e.g., shortage of midwives and lack of information about rights and entitlements of midwifery care). Finally, several recommendations for enhancing midwifery care have been voiced by FM mothers (e.g., staffing midwives with similar cultural/linguistic backgrounds, breastfeeding awareness courses).

Conclusion:

Since midwives play an important role when FM mothers mostly lack the habitual family kinship care in the arrival country, we advocate for creating a responsive healthcare system that includes FM mothers in early childhood intervention programs, by dismantling the structural barriers (e.g., shortage of midwives). Moreover, shaping diverse and trauma sensitive midwifery support is crucial to build up better midwifery care quality.

Interessenkonflikt: The authors declare no conflict of interest.

Kontaktadresse bei Rückfragen oder für die Zusendung der Folien: almunjid@ash-berlin.eu

Kommunikation als Einflussfaktor auf das Geburtserleben geflüchteter Frauen in Deutschland

Mathilde Gaudion¹; Martha Engelhardt²; Anne Sophie Krautstengel²; Razan Al Munjid²; Theda Borde²

¹Alice Salomon Hochschule, Soziale Arbeit, Berlin, Germany; ²Alice Salomon Hochschule, Berlin, Germany

Hintergrund: Frauen* mit Migrations- oder Fluchthintergrund, die ihre Kinder in Krankenhäusern gebären, begegnen oftmals einer großen Sprachbarriere. Sie haben Schwierigkeiten, sich im deutschen Gesundheitssystem zurechtzufinden. Kommunikation und Information sind Teil der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte (SRHR) und verschiedene Studien zeigen, dass eine erfolgreiche Kommunikation zwischen Gebärenden und medizinischem Fachpersonal einen positiven Einfluss auf die Geburt hat und das Risiko einer traumatischen Geburtserfahrung für die Frauen* verringert. Da Information und Kommunikation während der Geburt aufgrund fehlender Sprachkenntnisse weiterhin sowohl für Geflüchtete als auch für das Gesundheitspersonal eine große Herausforderung darstellen, wurden die Erfahrungen beider Seiten in einer Bachelorarbeit zu dem Thema anhand eines Teils der qualitativen Forschungsinterviews der PROREF (pregnancy and obstetric care of refugees)-Studie untersucht. PROREF ist Teil der Forschungsgruppe PH-Lens.

Methode: Aus den insgesamt 80 qualitativen Fachkräfteeinterviews und 33 Interviews mit geflüchteten Frauen*, wurden 14 Interviews eingehend in Bezug auf das Thema Kommunikation während der Geburt analysiert. Die Stichprobe umfasste 7 Gesundheitsfachkräfte (Hebammen, ÄrztInnen, Sozialarbeitenden) und 7 Mütter mit Fluchthintergrund 1-9 Monate nach der Geburt ihres Kindes in 3 Regionen in Deutschland. Die Mütter kamen aus 6 Herkunftsländern, sprachen 14 Sprachen und lebten im Durchschnitt seit drei Jahren in Deutschland. Die Interviews wurden mittels der Frameworkanalyse ausgewertet.

Ergebnisse: Die Analyse ergab, dass die Mehrheit der befragten Frauen* kein oder nur wenig Wissen über Sexuelle und Reproduktive Gesundheits-Rechte hatte. Fachkräfte berichteten, dass gute Kommunikation einer der wichtigsten Faktoren ist, um eine sichere und vertrauensvolle Umgebung für die gebärenden Frauen* zu schaffen. Wenn verbale Kommunikation nicht möglich ist, hilft nonverbale Kommunikation dabei, eine Betreuungsbeziehung zu den Frauen* aufzubauen und zu erhalten. Aufgrund von Personal-, Zeit- und Dolmetschermangel erhalten geflüchtete Frauen* mit geringen Deutschkenntnissen jedoch kaum relevante Informationen. Dies führte teilweise zu einer schlechten Geburtsbegleitung bis hin zu traumatisierenden Geburtserfahrungen. Viele von ihnen berichteten von Angst, Diskriminierung und dem Gefühl, während der Geburt allein gelassen worden zu sein.

Diskussion und Handlungsempfehlungen: Um für Gleichberechtigung und die Wahrung von sexuellen und reproduktiven Rechten in der Müttergesundheit und -pflege zu sorgen, besteht ein dringender Bedarf an zuverlässigen professionellen DolmetscherInnen und leicht zugänglichen Informationen in verschiedenen Sprachen über die Geburt, medizinische Möglichkeiten, Verfahren und Interventionen. Darüber hinaus sind für die Fachkräfte Fortbildungen/ mehr Informationen zu heterogenen Bedürfnissen und Lebenskontexten geflüchteter Frauen* notwendig, um die professionelle Betreuung während der Geburt zu verbessern. Eine kontinuierliche 1:1-Betreuung durch medizinisches Personal wird dringend empfohlen.

Interessenkonflikt: Es bestehen keine Interessenkonflikte für die Autorinnen dieses Beitrags

Kontaktadresse bei Rückfragen oder für die Zusendung der Folien: mathilde.gaudion@gmail.com

Implizite Aspekte der interprofessionellen Geburtsbegleitung aus ärztlicher Perspektive

Maria Koch

Hebamme, Düren, Germany

Hintergrund: Die Geburt erfordert als komplexes Ereignis im vorherrschenden Modell des ärztlich geleiteten Kreißsaales eine anspruchsvolle Zusammenarbeit von Ärzt*innen und Hebammen im Rahmen der interprofessionellen Geburtsbegleitung. Diese ist von konfliktbehafteten Dynamiken geprägt, die zu unerwünschten geburtshilflichen Ereignissen sowie einer Minderung der Arbeitszufriedenheit führen können. Hierzu wurde bislang nur die Sichtweise der Hebammen erforscht. Maßnahmen zur Optimierung der Zusammenarbeit scheinen bisher nicht die gewünschte Wirkung zu erzielen [1,2,3,4].

Das **Ziel der Studie** ist die Explikation der impliziten Aspekte und Handlungsdynamiken der ärztlichen Geburtsbegleitung im deutschsprachigen Raum. Dieser Schritt wird als Voraussetzung gesehen, um die ärztliche Perspektive der interprofessionellen Zusammenarbeit, sowie auch die Dynamiken der interprofessionellen Geburtsbegleitung als solche, besser verstehen und somit zielgerichteter optimieren zu können. Die Studie möchte durch das Reflektieren der Beweggründe der komplementären Profession, zu einem gegenseitigen Verständnis und Einlassen beitragen.

Methode: Es wurden ein Online-Survey mit quantitativen und qualitativen Elementen sowie zwei leitfadengestützte Online-Fokusgruppen mit jeweils fünf Ärzt*innen der Gynäkologie und Geburtshilfe mit einem qualitativen Ansatz durchgeführt. Die Daten der 14 Survey-Teilnehmer*innen wurden deskriptiv ausgewertet und die beiden Fokusgruppen, nach der anonymisierten Transkription, mit der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse: Im Survey wurde die interprofessionelle Zusammenarbeit als positiv bewertet und in den Fokusgruppen zeigte sich ein psychosoziales Spannungsfeld der interprofessionellen Geburtsbegleitung. Transprofessionelle Tendenzen in der gemeinsamen Geburtsbegleitung wurden als Auslöser für eine häufig auftretende Verantwortungsdiffusion sowie für Interrollenkonflikten identifiziert. Auch die in den unterschiedlichen Ausbildungen bereits geformten berufsspezifischen Zugänge zur Geburt sowie die Intra- und Interobserver-Variabilität werden als wichtige implizite Aspekte gesehen. Die Ärzt*innen schätzten ihre eigene Geburtsbegleitung als abwartend ein und sie nannten als beeinflussende Faktoren ihres Handelns generelle sowie situative Rahmenbedingungen, verschiedene Rollen Aspekte und die unterschiedlichen Interaktionsebenen der Geburtsbegleitung. Die Ärzt*innen formulierten Wünsche bezüglich der Gestaltung der Zusammenarbeit und diskutierten über einen möglichen Austausch berufsspezifischer Aufgaben der beiden Professionen. Zusammenfassung: Die Studie verdeutlicht, dass interprofessionelle Ausbildungen sowie Fortbildungen essentiell sind und die Maßnahmen zur Optimierung der Zusammenarbeit spezifischer auf die Stärkung des Vertrauens zwischen den Professionen ausgelegt werden sollten. Es bleibt offen, ob dies zu einer Verbesserung ihrer Interaktion beitragen kann und es wird eine Reevaluation der Zusammenarbeit in Betracht gezogen. Hierzu bedarf es umfassender Forschung, um die Gestaltung und Intensität der Zusammenarbeit bei der Geburtsbegleitung an den Bedarf beider Professionen zu adaptieren.

Literatur: 1. Cornthwaite K, Edwards S, Siassakos D. Reducing risk in maternity by optimising teamwork and leadership: an evidence-based approach to save mothers and babies. Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology 2013;27:571–81. DOI:10.1016/J.BPOBGYN.2013.04.004.

2. Guise JM, Segel S. Teamwork in obstetric critical care. Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology 2008;22:937–51. DOI:10.1016/J.BPOBGYN.2008.06.010.

3. Kabakis S, Gorschlüter P, Hellmers C. Arbeitszufriedenheit bei angestellten Hebammen. Die Hebamme 2012;25:60–3. DOI:10.1055/S-0031-1286157.

4. Stahl K, Agricola CJ. Interprofessional collaboration from the perspective of midwives. Public Health Forum 2021;29:166–9. DOI:10.1515/pubhef-2021-0026.

Interessenkonflikt: Es liegen keine Interessenkonflikte vor.

Kontaktadresse bei Rückfragen oder für die Zusendung der Folien: mail@hebammemaria.com

Inhaltlicher und familiärer Unterstützungsbedarf der Mütter von Frühgeborenen hinsichtlich des Stillens und der Muttermilchernährung

Lea Heymel¹; Jasmin Godemann²; Katharina Reiss³

¹Lehrstuhl Kommunikation und Beratung in den Agrar-, Ernährungs- und Umweltwissenschaften, Fachbereich 09, Justus-Liebig-Universität Gießen, Gießen, Germany; ²Lehrstuhl Kommunikation und Beratung in den Agrar-, Ernährungs- und Umweltwissenschaften, Fachbereich 09, Justus-Liebig-Universität Gießen, Gießen, Germany; ³Netzwerk Gesund ins Leben, BLE, Bonn, Germany

Hintergrund: Weltweit ist jedes zehnte Kind ein Frühgeborenes und die Frühgeburtenraten steigen. Frühes und ausschließliches Stillen kann die Frühgeborenensterblichkeit reduzieren. Allerdings sind die Stillraten von Frühgeborenen laut der KiGGS-Studie im Vergleich zu reifgeborenen Säuglingen signifikant geringer (68,7 % vs. 83,5 %). Gemäß dem internationalen Forschungsvorhaben „Becoming Breastfeeding Friendly“ (2017 – 2019) ist Deutschland zudem lediglich moderat stillfreundlich.

Methoden: Mittels qualitativer Interviews mit ExpertInnen, Erstmüttern und einem Erstvater wurde erforscht, welchen inhaltlichen und familiären Unterstützungsbedarf die Mütter von Frühgeborenen hinsichtlich des Stillens und der Muttermilchernährung haben. Die Daten wurden mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Abschließend wurde eine Konzeptmodellkarte zum Stillverhalten von Frühgeborenen-Müttern angelehnt an Schluter et al. (2020) entwickelt.

Ergebnisse: Mütter von Frühgeborenen befinden sich unvorbereitet in einer vulnerablen Situation der Frühgeburtslichkeit, woraus ein hoher inhaltlicher und familiärer Unterstützungsbedarf resultiert. Die Informationsflut aufgrund der Komplexität der Frühgeborenenernährung, uneinheitliche Informationen und eine verringerte situationsbedingte Aufnahmefähigkeit der Mütter verursachen Überforderung.

Diskussion: Während die Stillintention bei dem Großteil der befragten Mütter bereits vor und während der Schwangerschaft gebildet wurde, bedurfte diese Entscheidung jedoch bei der Konfrontation mit der Frühgeburt häufig einer Überprüfung sowie weiteren Informationen. Die primäre Informationsquelle im klinischen Umfeld war für die befragten Mütter das Gesundheitspersonal. Folglich besteht eine Abhängigkeit des Informationszugangs und -verständnisses der Mütter von der Beratungssituation sowie dem beratenden Gesundheitspersonal. Die befragten ExpertInnen betonten zudem die Bedeutung einer einheitlichen Stillkommunikation, insbesondere aufgrund des längeren Krankenhausaufenthaltes bei einer Frühgeburt und den damit einhergehenden Begegnungen der Mütter mit verschiedenen Haltungen und Informationen während des Behandlungsweges.

Handlungsempfehlungen: Demnach bietet ein Komplex aus kontinuierlicher Beratung und Begleitung mit der Integration der Familie eine optimale Unterstützung. Um das Stillverhalten in der Klinik zu fördern und zu Hause aufrechtzuerhalten, sind eine situationsabhängige Vermittlung individueller Informationen über vielfältige Formate sowie eine lückenlose Versorgungsstruktur unerlässlich. Bildungsmöglichkeiten in Schulen zum Thema Stillen, sowie Fortbildungen für das Gesundheitspersonal sind Möglichkeiten, in der spezifischen Situation der Frühgeburtslichkeit dem inhaltlichen Informationsbedarf der Mütter gerecht zu werden. Durch eine vermehrte Integration der Familie und PartnerInnen in den Stillprozess könnte das familiäre Unterstützungspotenzial gesteigert werden.

Literatur: von der Lippe, E., Brettschneider, A. K., Gutsche, J., Poethko-Muller, C., & Ki, G. G. S. S. G. (2014). Factors influencing the prevalence and duration of breastfeeding in Germany: results of the KiGGS study: first follow up (KiGGS Wave 1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 57 (7), 849 – 859. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-1985-5>

Flothkotter, M., Kunath, J., Lucke, S., Reiss, K., Menzel, J., & Weikert, C. (2018). Das internationale Forschungsvorhaben Becoming Breastfeeding Friendly. Untersuchung von Rahmenbedingungen zur Stillförderung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 61 (8), 1012 – 1021. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2784-1>

Schluter, K., Vamos, S., Wacker, C., & Welter, V. D. E. (2020). A Conceptual Model Map on Health and Nutrition Behavior (CMM(HB/NB)). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (21), 1 – 12.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17217829>

Interessenkonflikt: Seitens Frau Prof. Dr. Godemann, der Lehrstuhlinhaberin für Kommunikation und Beratung in den Agrar-, Ernährungs- und Umweltwissenschaften an der Justus-Liebig-Universität Gießen, besteht kein Interessenskonflikt.

Frau Dr. K. Reiss und L. Heymel arbeiten für das Netzwerk Gesund ins Leben im Bundeszentrum für Ernährung (BZfE), einer Einrichtung, die sich für die Förderung des Stillens einsetzt.

Geburtshilfliche Kapazitäten digital und zentral aufzeigen? Die Nutzer:innenzentrierte Entwicklung eines Kapazitätsnachweissystems für die klinische Geburtshilfe

Caroline Johanna Agricola¹; Jan Patrick Kopetz²; Katja Stahl³; Nicole Jochems²

¹Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Hebammenwissenschaft - Versorgungsforschung und Prävention, Hamburg, Germany; ²Universität zu Lübeck, Institut für Multimediale und Interaktive Systeme, Lübeck, Germany; ³Universität zu Lübeck, Institut für Gesundheitswissenschaften, FB Hebammenwissenschaft, Lübeck, Germany

Hintergrund: In Deutschland werden regelmäßig Frauen telefonisch, vor Ort oder über den Rettungsdienst zur Geburt im präferierten Kreißaal abgewiesen. Gründe hierfür können ein Personalmangel im Kreißaal und in der Neonatologie oder ein Mangel an räumlichen Kapazitäten sein. Für das Abweisungsmanagement, die Identifikation und Vermittlung eines alternativen Kreißaals gibt es in Deutschland kein standardisiertes Vorgehen. In der Regel sucht das Kreißaalpersonal in bereits maximal ausgelasteten Situationen telefonisch nach einem Kreißaal. Auch Frauen und ihre Begleitpersonen sind in dieser vulnerablen Situation in die Suche, die zeitineffizient und belastend sein kann, eingebunden. Für das Abweisungsmanagement werden innovative Lösungen zur transparenten Darstellung der geburtshilflichen Kapazitäten benötigt. Ein digitales Kapazitätsnachweissystem bietet die Möglichkeit, freie Kapazitäten bundesweit, zentral und in Echtzeit aufzuzeigen, um Ressourcen regional effizient zu nutzen.

Methodik: Im Rahmen dieser Arbeit wurde mit dem Ansatz des Human-centered Designs (HCD) ein Prototyp für eine Mensch-Technik-Schnittstelle (Benutzer: innerschnittstelle) für ein digitales Kapazitätsnachweissystem für die klinische Geburtshilfe entwickelt. Für die Analyse des geburtshilflichen Nutzungskontexts wurden drei Fokusgruppeninterviews (n = 17) mit Hebammen und Frauenärzt:innen, Schwangeren und Frauen mit Abweisungserfahrungen sowie drei Einzelinterviews (n = 3) mit Expert:innen aus dem Rettungsdienst, der Neonatologie und der Krankenhausverwaltung durchgeführt. Die Interviews wurden semi-strukturiert durchgeführt, transkribiert und in Anlehnung an die thematische Analyse nach Braun und Clarke mit MAXQDA ausgewertet. Auf Basis der Ergebnisse wurden Anforderungen für die verschiedenen Nutzer:innengruppen abgeleitet, gewichtet und darauf basierend ein Konzept für einen low-fidelity Prototyp entwickelt. Der Paper Prototyp wurde formativ mit Nutzer:innen (n = 2) und einem Experten (n = 1) evaluiert und das Feedback in die Entwicklung von einem high-fidelity Prototyp mit Adobe XD integriert. Der klickbare high-fidelity Prototyp wurde abschließend summativ mit Hebammen und Frauenärzt:innen (n = 25) auf die Gebrauchstauglichkeit mit dem System Usability Scale (SUS) untersucht.

Ergebnisse: Mit der Analyse des Nutzungskontexts konnten die Bedürfnisse und Anforderungen der potentiellen Nutzer:innen an ein digitales Kapazitätsnachweissystem identifiziert und spezifiziert werden. Die identifizierten Anforderungen wurden priorisiert und bei der iterativen Konzeption vom klickbaren Prototyp maßgeblich berücksichtigt. Die Evaluation der Mensch-Technik-Schnittstelle mit Kreißaalpersonal (n=25) ergab anhand des SUSs eine exzellente Gebrauchstauglichkeit von 92%.

Zusammenfassung: Die Auswertung der Interviews zeigt einen hohen Bedarf der Nutzer:innen an einem Instrument für ein effizientes und bedarfsorientiertes Abweisungsmanagement auf. Mit dem Prototyp konnte ein potentieller Lösungsansatz für die Entwicklung von einem digitalen Kapazitätsnachweissystem für die deutsche Geburtshilfe unter Einbeziehung der potentiellen Nutzer:innen aufgezeigt werden.

Interessenkonflikt: Es liegen keine Interessenskonflikte vor.

Kontaktadresse bei Rückfragen oder für die Zusendung der Folien: c.agricola@uke.de

Prevalence of and factors associated with transfer of primiparous women from community birth to obstetric units in Germany

Janice Hill

Universität Tübingen, Institut für Gesundheitswissenschaften, Hebammenwissenschaft, Tübingen, Germany

Background

Over one-third of primiparae planning community births in high-income countries are transferred during labor. Perinatal data are reported each year in Germany for women planning community birth but datasets have not been linked to describe factors associated with nulliparous transfer to hospital.

Objectives

To describe the prevalence of referral for nulliparae and assess maternal and labor characteristics associated with intrapartum transfer. Methods Perinatal data from 2010-2015 were linked (n=26,115). Women were reviewed regarding international eligibility criteria for community birth as determined via systematic literature search; 1,997 were removed (7.6%). Descriptive statistics are reported; unadjusted and adjusted odds ratios with 95% confidence intervals (CI) test the predictive effect of demographic and labor factors on rates of intrapartum transfer. The Ethics Commission of Hannover Medical School approved the study (Nr. 3620-2017).

Results

From the overall primiparous cohort, 30.6 % (n=7,080) were transferred to hospital. Transferred women were significantly more likely to experience longer time intervals during labor: from rupture of membranes (ROM) till birth lasting 5-18 hours (OR 6.05, CI 5.53-6.61) and 19-24 hours (OR 10.83, CI 9.45-12.41) compared to one to four hours; and from onset of labor until birth 11-24 hours (OR 6.72, CI 6.24-7.23) and 25-29 hours (OR 26.62, CI 22.77-31.11) compared to one to 10 hours. When entering all factors into the model, we found the strongest predictors of transfer to be fetal distress, longer time intervals between ROM until birth and onset of labor until birth. Conclusions Nulliparous transfer rates were similar to other high-income countries.

Key message

While maternal and gestational age, birth weight and presence of meconium are known factors associated with primiparous transfer, our study found for the first time long time intervals in labor most significantly associated with referral from community birth to obstetric units in addition to fetal distress.

Interessenkonflikt: Keiner

Kontaktadresse bei Rückfragen oder für die Zusendung der Folien: Janice.Hill@med.uni-tuebingen.de, Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Gesundheitswissenschaften Abt. Hebammenwissenschaft, Hoppe-Seyler-Str. 9, 72076 Tübingen

Rassistische Diskriminierung im Kontext geburtshilflicher Versorgung

Lisa Keil-Reppmann

Charité Universitätsmedizin Berlin, Institut für Hebammenwissenschaft, Berlin, Germany

Zielsetzung

Rassistische Diskriminierung kann sich über verschiedene Ebenen negativ auf die Gesundheit auswirken. Es gibt in der internationalen Literatur Hinweise darauf, dass Rassismus in der Geburtshilfe zu verschlechterten maternalen und neonatalen Outcomes bezüglich diverser Parameter führt. In Deutschland gibt keine systematischen Untersuchungen, die sich mit rassistischer Diskriminierung und rassistischen Einstellungen beim medizinischen Personal befassen. Das Ziel der Forschungsarbeit war es, erste Einblicke in die Thematik zu ermöglichen und die relevanten Diskurse im Hebammenhandeln zu eruieren. Hierzu sollte die leitende Forschungsfrage: „Welches rassistische Wissen und welche rassistischen Strukturen bestehen im Kontext der geburtshilflichen Versorgung und inwiefern wirken sich diese auf die handelnden Personen und die Betreuung der Gebärenden aus?“ beantwortet werden.

Methode

Um die verdeckten Verästelungen rassistischer Wirkweisen zu erforschen, wurde sich für die Methode der Expert*inneninterviews entschieden. Mittels purposive Sampling (kriterienorientiert) wurden Interviewpartner*innen mit folgenden Einschlusskriterien rekrutiert: seit mindestens einem Jahr examinierte Hebamme und innerhalb der letzten zwei Jahre berufliche als Hebamme im Kreißaal.

Es ergab sich eine Stichprobe von fünf Hebammen (aus ganz Deutschland, 3-15 Jahre Berufserfahrung, tätig in unterschiedlichen Anstellungen). Die Interviews wurden aufgezeichnet, anonymisiert und transkribiert. Eine ausführliche Datenschutzaufklärung und Einverständnis erfolgte und ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der Universität Bielefeld wurde zuvor eingeholt. Die Interviews wurden anschließend mittels der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel ausgewertet.

Ergebnisse

Das rassistische Wissen, das in der geburtshilflichen Versorgung besteht, zeigt sich so vor allem in Rassismus gegen Schwarze Menschen, antimuslimischem Rassismus, Antiromanismus und antiasiatischem Rassismus. Rassismus konnte auf interaktionaler, institutioneller und struktureller Ebene von den Expert*innen beobachtet werden. In verschiedenen Kliniken, in unterschiedlichen Regionen Deutschlands und von Expert*innen mit unterschiedlicher praktischer Erfahrung wurden die gleichen Zuschreibungen und Gruppierungsmechanismen beschrieben, sodass davon auszugehen ist, dass das rassistische Wissen als implizites Wissen auch im Rahmen des professionellen Wirkens produziert und reproduziert wird.

Diese Diskurse und Strukturen scheinen sich auch negativ auf die quantitative und qualitative Betreuung auszuwirken. Dies zeigt sich zum Beispiel durch das Angebot an schmerzlindernden Maßnahmen, das die Betroffenen erhalten, die Zeit, die die Hebammen im Kreißaal mit den Betreuten verbringen und die Empathie, die die Hebammen den Betreuten entgegenbringen.

Zusammenfassung

Es scheinen zahlreiche rassistische Diskurse im Rahmen der geburtshilflichen Versorgung präsent und wirksam zu sein. Diese wirkten sich auf die Betreuung aus, so dass die betroffenen Frauen schlechter versorgt werden. Weitere Forschung, auch des Erlebens der Betroffenen, ist unabdingbar und dringend nötig.

Interessenkonflikt: Die Interviewerin ist ebenfalls Hebamme und hat diese berufliche Position im Rahmen des Feldzugangs den potenziellen Teilnehmenden offengelegt. Zudem ist der Text aus Perspektive einer weißen Forschenden entstanden ist. Das Erkenntnisinteresse liegt in der Darstellung diskursiver Praxen im mehrheitlich weißen Raum der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland, also der Darstellung der Darstellung Minoritärer. Um die Komplexität rassistischer Diskriminierung in der Geburtshilfe abbilden zu können, bedarf es unbedingt einer systematischen Erfassung der Erfahrungen von Menschen, die in diesem Kontext Rassismuserfahrungen erlitten haben, die im Rahmen dieser Arbeit aber nicht geleistet werden konnte und nicht Forschungsziel war. Darüber hinaus liegen keine Interessenskonflikte vor.

Erfassung der Wünsche und Bedürfnisse von Frauen hinsichtlich der Aufklärung zu Ernährung und Mundgesundheit in der Schwangerschaft – eine qualitative Studie

Merle Ebinghaus; Birgit-Christiane Zyriax; Caroline Johanna Agricola

¹Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hebammenwissenschaft - Versorgungsforschung und Prävention, Hamburg, Germany; ²Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Hebammenwissenschaft - Versorgungsforschung und Prävention, Hamburg, Germany

Hintergrund und Zielsetzung:

Eine durch orale Dysbiose beeinträchtigte Mundgesundheit in der Schwangerschaft erhöht das Risiko für negative Schwangerschaftsoutcomes, wie Präeklampsie, Frühgeburtlichkeit und Fehlgeburten[1]. Es kann daher von einem verminderten Risiko für nachteilige Geburtsoutcomes ausgegangen werden, wenn Frauen sich der Bedeutung von Ernährung und oraler Gesundheit in der Schwangerschaft bewusst sind. Dabei kann fachliche Unterstützung hinsichtlich der Ernährungsweise und Mundhygiene maßgeblich zu einer positiven Wahrnehmung der eigenen Kompetenz während der Schwangerschaft beitragen, wenn eine entsprechende Beratung von Seiten des Gesundheitspersonals erfolgt. Laut Mutterschafts-Richtlinien ist es in Deutschland Aufgabe der Hebammen und Frauenärzt:innen, Schwangere über Ernährung und Mundgesundheit aufzuklären, auch zum Zahnärzt:innenbesuch sollte geraten werden. Ziel dieser Arbeit ist, die Bedürfnisse und Wünsche von schwangeren Frauen hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit und Aufklärung zu den Themen Ernährung und Mundgesundheit in der Schwangerschaft zu erfassen.

Methoden:

In dieser qualitativen Studie wurden in sechs Online-Fokusgruppen die Informationsquellen und Präferenzen hinsichtlich der Informationsversorgung von Schwangeren sowie der Bedarf an interprofessioneller Zusammenarbeit beteiligter Berufsgruppen erhoben. Zusätzlich wurden drei Expert:innen-Interviews durchgeführt, mit einer Hebamme, Gynäkologin und Zahnärztin. Die Fokusgruppen und Interviews werden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz mit MAXQDA ausgewertet.

Ergebnisse und Diskussion:

Insgesamt nahmen 25 Schwangere aus sieben Bundesländern an den Fokusgruppen mit jeweils zwei bis sechs Schwangeren, sowie einem Einzelinterview auf Wunsch der Teilnehmerin, teil. Es wurden Schwangere in allen Trimestern in die Befragung eingeschlossen, welche eine Altersspanne von 23 bis 38 Jahren abdeckten. Es ergab sich ein heterogenes Bild bei der Ernährungsweise der Teilnehmerinnen, von omnivorer Ernährung, über pescetarisch bis hin zu vegetarisch oder vegan. Die Ergebnisse zeigen, dass viele Frauen keine oder unzureichende Aufklärung zu Mundgesundheit in der Schwangerschaft erhalten haben und sich mehr Informationen von allen Fachgruppen wünschen, sowohl im mündlichen Gespräch als auch schriftlicher Form. Bei der Ernährungsberatung zeigt sich ein Bedarf für individuelle Aufklärung bezüglich Besonderheiten verschiedener Ernährungsformen während der Schwangerschaft. Interviews mit Expertinnen boten zusätzlich Einblicke in die Herangehensweise und die Rahmenbedingungen der beteiligten Berufsgruppen in der Beratung sowie deren Einschätzung zu der Bedeutsamkeit dieser Themen im Vergleich zu den geäußerten Wünschen und Bedürfnissen der befragten Frauen. Eine auf die Bedürfnisse und Wünsche von Frauen angegasste Aufklärung zu Ernährung und Mundgesundheit in der Schwangerschaft sowie eine Implementierung dieser Themen in die Ausbildung beteiligter Berufsgruppen könnten zu einer verbesserten Versorgungslage von Schwangeren in Deutschland und damit zu einem verminderten Risiko für negative Schwangerschaftsoutcomes beitragen.

Literatur: [1] Xu, B., & Han, Y. W. (2022). Oral bacteria, oral health, and adverse pregnancy outcomes. *Periodontology* 2000, 89(1), 181–189. <https://doi.org/10.1111/prd.12436>

Interessenkonflikt: Hiermit erkläre ich, dass für alle beteiligten Autor:innen keine Interessenkonflikte vorliegen.

Kontaktadresse bei Rückfragen oder für die Zusendung der Folien: Merle Ebinghaus, m.ebinghaus@uke.de

SimLab: Szenarien mit Hausgeburten im Studium der Hebammenkunde

Marie-Christine van Walbeek

Miesbach, Germany

Hintergrund und Ziel:

Im Dezember 2019 verabschiedete der Bundestag in Deutschland ein neues Hebammengesetz (HebG), das am 01.01.2020 in Kraft trat. Es löste das alte Hebammengesetz aus dem Jahr 1985 ab und brachte eine große Änderung in die Hebammenausbildung, die stufenweise durchgeführte Vollakademisierung des Berufsstandes (HebG, 2021). Im Rahmen dieser Gesetzesreform wurde auch eine neue Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen erlassen, die im Rahmen der praktischen Prüfungen der Studierenden alternativ zur in der schulischen Ausbildung durchgeführten Examensgeburt eine Prüfung in der Geburtshilfe „mit Modellen und Simulationspersonen“ (HebStPrV, 2020: § 29, Abs. 2) vorsieht.

Simulationen werden als „relativ komplex strukturierte“ Szenarien definiert, die unter anderem auch „unbekannte“ Situationen behandeln (Schröppel, 2021: 14). Auch wird die Kommunikation und Teamfähigkeit geübt (Kainer & Scholz, 2016: 2 – 3). Simulationslabore (SimLab) sind ein neuer Lernort im Rahmen des Studiums der Hebammenkunde. Daher gibt es noch wenig Wissen zu den Erfahrungen, die Studierende in der Simulation machen. Die vorliegende Arbeit untersucht das Erleben der Studierenden im SimLab, insbesondere den Aufbau von Kompetenzen, die Steigerung der Selbstwirksamkeit und den Abbau von Ängsten und Unsicherheiten im Rahmen von Simulationen physiologischer Hausgeburten. Eine weitere Frage ist, ob sich die Simulationen auf Entscheidungen zur beruflichen Zukunft auswirken.

Methodik: Mittels leitfaden-gestützten Interviews wurden fünf Studierende des sechsten Semesters von zwei verschiedenen Hochschulen in Bayern befragt. Die Auswertung erfolgte mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring.

Ergebnisse: Studierende der Hebammenkunde erfahren durch die Simulationen physiologischer Hausgeburten einen Aufbau ihrer Kompetenzen, insbesondere ihrer Fachkompetenz. Auch die Selbst- und Sozialkompetenz kann verbessert werden. Die Selbstwirksamkeit wird gesteigert. Es kommt teilweise zu einem Abbau von Ängsten und Unsicherheiten. Die Simulationen haben geringen Einfluss auf die Pläne nach dem Studium hinsichtlich der beruflichen Zukunft.

Es gibt zahlreiche Vorschläge zur Gestaltung und Verbesserung der Simulationen.

Diskussion: Simulationen physiologischer Hausgeburten fördern Fähigkeiten und Fertigkeiten von Studierenden der Hebammenkunde. Da dieser Lernort für viele Lehrende neu ist, ist eine Weiterentwicklung der Gestaltung der Räume, der Materialien und Szenarien sinnvoll. Briefing und Debriefing sind wichtige Komponenten der Methode und benötigen mehr Raum und Zeit. Weitere Untersuchungen zur Simulationen von Hausgeburten in Übergangssituationen (Verlegung der Hausgeburt, Notfall bei Hausgeburt) sind notwendig.

Handlungsempfehlung: Die Entwicklung eines Curriculums erscheint sinnvoll, das am Anfang des Studiums die Simulation physiologischer (Haus-) Geburten und im Verlauf eine Steigerung des Schwierigkeitsgrades in den Simulationen vorsieht. Darüber hinaus soll die Weiterbildung der Lehrenden in der Gestaltung sowohl von Simulationen als auch des Briefings und Debriefings gefördert werden.

Literatur: Hebammengesetz vom 22. November 2019 (BGBl. I S. 1759), das durch Artikel 10 des Gesetzes vom 24. Februar 2021 (BGBl. I S. 274) geändert worden ist (HebG).

Url: https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/BJNR175910019.html (Zugriff: 05.09.2022)

Kainer, Franz; Scholz, Christoph (Hg.) (2016): Simulation in der Geburtshilfe. Stress- und Krisenmanagement im Kreißaal. Berlin, De Gruyter

Schröppel, Hildegard (2021): Theoretische Grundlagen zur Methode. In: Kerres, Andrea; Wissing, Christiane; Wershofen, Birgit (Hg.): Skillslab in Pflege und Gesundheitsfachberufen. Intra- und interprofessionelle Lehrformate. Berlin, Springer : 13 – 34

Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen vom 8. Januar 2020 (BGBl. I S. 39) Url: <https://www.gesetze-im-internet.de/hebstprv/HebStPrV.pdf> (Zugriff: 05.09.2022)

Interessenkonflikt: Keine

Kontaktadresse bei Rückfragen oder für die Zusendung der Folien: marie-christine.van-walbeek@haw-landshut.de

Erhebung des Fortbildungsbedarfs zur vaginalen Beckenendlagegeburt

Berit Friedrichsohn

LMU Klinikum Innenstadt, Kreißsaal, München, Germany

Abstract

Hintergrund

Als Folge des „Breech Term Trial“ und seiner vermeintlich negativen Auswirkungen auf das fetale Outcome sank die Rate durchgeführter vaginaler Beckenendlagegeburten rapide ab, weshalb geburtshilfliches Expertenwissen verloren ging.

Ziel

Ziel der Befragungsstudie war die Erhebung des Wissensstands sowie Fortbildungsbedarfs von Hebammen und werdenden Hebammen zur vaginalen Beckenendlagegeburt.

Methode

Im Mai 2022 wurde eine Studie mittels Onlinebefragung von Hebammen und werdenden Hebammen durchgeführt, die die bisherige Erfahrung zur Durchführung, des Wissens, des Sicherheitsgefühls sowie des Fortbildungsbedarfs bezüglich der vaginalen Beckenendlagegeburt erfasste.

Ergebnisse

474 Hebammen und werdende Hebammen beantworteten den Fragebogen. Nur knapp 30% der befragten Hebammen begleiten zum Zeitpunkt der Befragung BEL-Geburten, über die Hälfte würden dies jedoch gerne tun. Nur 10% der Hebammen nehmen regelmäßig an Fortbildungen zur BEL-Geburt teil. 94% der Befragten würden sich durch regelmäßige Fortbildungsangebote in der Durchführung von BEL-Geburten sicherer fühlen. Besonders Simulationstrainings sowie virtuelle Angebote wurden von den Befragten als Wunsch geäußert.

Diskussion

Die Durchführung vaginaler BEL-Geburten ist nur im geburtshilflichen Team aus Hebammen und GynäkologInnen möglich. Weitere Forschung hinsichtlich der Förderung BEL-zentrierter geburtshilflicher Strukturen sowie fachspezifischer Fortbildungsangebote werden als dringend nötig erachtet, um Gebärenden eine echte Wahlfreiheit des Geburtsmodus zu geben und die Sectiorate bei BEL-Geburten zu senken. Gleichzeitig gilt es, die Forderung der HebStPrV umzusetzen und werdenden Hebammen die Teilnahme an vaginalen BEL-Geburten zu ermöglichen.

Schlüsselworte

Hebammen, Beckenendlage, vaginale Beckenendlagegeburt, Fortbildung

Literatur: AWMF (2020): Leitlinie „Die vaginale Geburt am Termin“, www.awmf.org (Stand 20.05.2022).

AWMF (2020): Leitlinie „sectio caesarea“, www.awmf.org (Stand 01.06.2022).

Hannah, M.ary E.; Hannah, W.alter J.; Hewson, S.heila; Hodnett, E.llen D.; Saigal, S.aroj; Willan, A.drew R. (2000): Planned Caesarean Section Versus Planned Vaginal Birth For Breech Presentation At Term: A Randomised Multicentre Trial. Toronto.

Mattiolo, S.tella; Spillane, E.mma; Walker, S.hawn (2021): Physiological breech birth training: An evaluation of clinical practice changes after a one-day training program. In: Birth. Heft 48, S. 558-565.

Walker, S.hawn; Scamell, M.andie; Parker, P.am (2016): Principles of physiological breech birth practice: A Delphi study. In: Midwifery. Heft 34, S. 1-6.

Interessenkonflikt: Berit Kristin Friedrichsohn

- Angestellte Hebamme im Kreißsaal des LMU Klinikums Innenstadt

- Praxisanleiterin im Kreißsaal

- Freiberuflich tätige Hebamme in der Schwangerenvorsorge, Wochenbettbetreuung sowie dem Angebot von Geburtsvorbereitungskursen

Stillen nach Brustkrebs

Lucia Heinrich¹; Cornelia Wolf²

¹Klinikum Friedrichshafen, 88289 Waldburg, Germany; ²selbstständig, Stuttgart, Germany

Hintergrund:

Brustkrebs ist weltweit die häufigste Krebsart bei Frauen. Dabei korreliert das Risiko einer Brustkrebserkrankung bei zunehmendem Alter mit dem steigenden Altersdurchschnitt von Frauen bei der Geburt eines Kindes. Frauen unter 45 Jahren, die eine Brustkrebserkrankung und -therapie überstanden haben, bilden eine große Gruppe mit dem möglichen Interesse einer Familiengründung und -erweiterung. Hebammen, die in der Stillberatung auf diese Frauen treffen, benötigen spezifisches Fachwissen, welches nicht Bestandteil von Hebammenausbildung und -studium ist.

Ziel:

Herausarbeiten von Faktoren, die das Stillen nach einer Brustkrebserkrankung beeinflussen sowie Erstellung einer Handlungsempfehlung für die Stillberatung.

Methode:

Als Grundlage diente eine systematische, sensitive Datenbankrecherche im März 2022. Sieben Studien wurden nach dem „Critical Appraisal Skills Programme“ ausgewertet. Die geringe Anzahl vorliegender Studien zum Thema und fehlende Studien aus dem deutschsprachigen Raum zeigen den gegebenen Forschungsbedarf an.

Ergebnis:

Im Ergebnis zeigt sich, dass Stillen nach einer Brustkrebserkrankung von physischen, psychischen und sozialen Faktoren beeinflusst wird. Diese werden in der Arbeit tabellarisch dargestellt und lassen sich in hemmende und unterstützende Aspekte unterscheiden. Stillen ist in vielen Fällen, wenn auch teilweise nur unilateral möglich. Maßgeblichen Einfluss nimmt die Art der operativen Therapie sowie eine durchgeführte Strahlentherapie, abhängig vom zentralen Bestrahlungsgebiet und Strahlendosis. Beratungsgrundlage in der Stillberatung bei Frauen nach Brustkrebs ist somit die individuelle Brustkrebsanamnese der Frau. Dies erfordert multidisziplinäres, evidenzbasiertes Wissen der Beratenden. Für eine informierte Stillentscheidung der Frau ist eine an ihren Ressourcen orientierte und evidenzbasierte Stillberatung und gezielte Unterstützung in der Schwangerschaft, direkt nach der Geburt und in der Stillzeit notwendig. Die bei jungen Müttern nach einer Brustkrebserkrankung stark ausgeprägten Ängste vor der Rückkehr des Krebses, sind zu beachten. Die Mutter-Kind-Bindung ist vor der Geburt bei Schwangeren nach einer Brustkrebserkrankung weniger ausgeprägt. Hier kann Stillen den Aufbau dieser Bindung nach der Geburt unterstützen. Frauen nach Brustkrebs profitieren vom Stillen auch in Bezug auf die Aufarbeitung ihrer Erkrankung in vielfältiger Weise und sollten zum Stillen ermutigt werden. Eine im Verlauf der Arbeit ausgearbeitete, schematische Darstellung der Handlungsempfehlung zur Stillberatung nach Brustkrebs, zeigt die Zeitpunkte der Stillberatung und die jeweiligen wesentlichen Inhalte übersichtlich auf. Sie kann in der Praxis als Grundlage zur Ausarbeitung eines Standards in der Stillberatung von Frauen nach einer Brustkrebserkrankung und -therapie dienen. Auch ein Einbezug der Thematik in die Leitlinie zur Früherkennung, Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms erscheint sinnvoll. Das Thema „Stillen nach Brustkrebs“ eröffnet interdisziplinäre Forschungsperspektiven, die sowohl Medizin als auch Hebammenwissenschaften ansprechen.

Literatur: Poorvu, P.; Gelber, S.; Zheng, Y.; Ruddy, K.; Tamimi, R.; Peppercorn, J.; Schapira, L.; Borges, V.; Come, S.; Lambertini, M.; Rosenberg, S.; Partridge, A. (2021): Pregnancy after breast cancer: Results from a prospective cohort of young women with breast cancer. In: Cancer, 127. Jg. (2021), Heft 7, S. 1021-1028.

Sung, H.; Ferlay, J.; Siegel, R.; Laversanne, M.; Soerjomataram, I.; Jemal, A.; Bray, F. (2021): Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. In: CA: a cancer journal for clinicians, 71. Jg. (2021), Heft 3, S. 209-249.

Interessenkonflikt: Es liegen keine Interessenkonflikte vor. Die Arbeit entstand als Bachelorarbeit zum Abschluss des Studiengangs "angewandte Hebammenwissenschaften" an der DHBW Stuttgart.

Kontaktadresse bei Rückfragen oder für die Zusendung der Folien: heinrich.lucia@medizin-campus.de

Übersetzung und kulturelle Adaptation eines Fragebogens ins Deutsche: Inhaltliche Validierung des „Early Labour Experience Questionnaire (ELEQ)“

Julia Mahler¹; Katja Stahl²

¹Universität zu Lübeck, Hamburg, Germany; ²Institut für Gesundheitswissenschaften, FB Hebammenwissenschaft, Universität zu Lübeck, Lübeck, Germany

Hintergrund

Die S3-Leitlinie in Deutschland ermutigt dazu, die Latenzphase im häuslichen Umfeld zu verbringen (1). In Deutschland werden jedoch 49% der Gebärenden mit einer Muttermundweite von 0-2cm zur vaginalen Geburt in der Klinik aufgenommen (2).

Der in Kanada entwickelte und validierte Fragebogen „Early Labour Experience Questionnaire (ELEQ)“ erfasst die Erfahrungen Erstgebärender zu der Latenzphase (3). Der erste Teil des Fragebogens fokussiert auf affektive Erfahrungen in der Latenzphase, im zweiten Teil werden die Erfahrungen mit der Betreuung während der Latenzphase abgefragt. Eine deutsche Version des ELEQ existiert bisher nicht. Ziel der Studie ist die Übersetzung und kulturelle Adaptation des ELEQ für den deutschsprachigen Kontext.

Methoden

Die Übersetzung und kulturelle Adaptation erfolgte in einem sequentiellen Verfahren basierend auf den „ISPOR Good-Practice“ Kriterien (4). Hierzu gehören die Hin- und Rückübersetzung, ein zweistufiges Delphiverfahren zur Überprüfung der Inhaltsvalidität und Konsentierung der Items durch ein Expert*innenpanel mit ausgewiesener fachinhaltlicher und methodischer Expertise sowie die Prüfung der Inhalts- und Augenscheinvalidität im Rahmen kognitiver Interviews mit Vertreterinnen der Zielgruppe.

Ergebnisse

Die Hin- und Rückübersetzung erfolgten durch erfahrene Übersetzerinnen, im Falle der Hinübersetzerin mit zusätzlicher inhaltlicher Fachexpertise. Für das Delphiverfahren konnten insgesamt 8 Expertinnen gewonnen werden (4 Wissenschaftlerinnen mit fachinhaltlicher und/oder methodischer Expertise im Bereich Fragebogenübersetzung, 2 Expertinnen aus der (klinischen) Praxis, eine bilinguale sowie eine Expertin aus der Zielgruppe). Zusätzlich wurde die Originalautorin bei durch das Panel nicht abschließend zu klärenden Fragen kontaktiert. Durch diese Maßnahmen konnten offene Fragen beantwortet und konzeptionelle Unterschiede geklärt werden.

Im Zuge der Übersetzung und kulturellen Adaptation wurde der Begriff „nurse“ durch „Hebamme“ ersetzt. Der Begriff der „Latenzphase“ wurde im Zusammenhang mit einer laienverständlichen Sprache stark diskutiert und schließlich mit dem Begriff „Anfangsphase der Geburt“ in den Fragebogen aufgenommen. Die Übersetzung der Fragen zu den affektiven Erfahrungen erfolgte eng am Original. Das Wording der Antwortskala für den zweiten Teil des Fragebogens wurde angepasst. Von den ursprünglich 26 Fragen der englischen Originalversion wurden 25 in die deutsche Version aufgenommen.

Zur Überprüfung der Inhalts- und Augenscheinvalidität wurden 12 kognitive Interviews geführt. Die Teilnehmenden bewerteten den Fragebogen insgesamt als verständlich, der durchschnittliche Zeitaufwand betrug 3 Minuten und 34 Sekunden. Die Auswertung der kognitiven Interviews steht noch aus.

Diskussion und Zusammenfassung

Den Herausforderungen in der Übersetzung und kulturellen Adaptation des Fragebogens konnte mit einer breiten Expertise begegnet werden. Die Beachtung der ISPOR Kriterien gewährleistete eine kontrollierte Vorgehensweise mit sorgfältig geplanten und dokumentierten Schritten. Erste Zwischenergebnisse deuten darauf hin, dass der Fragebogen sich zur Testung in einer Pilotstudie eignet.

Literatur: (1) Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, & Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft. (2020). S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V., 015/083(1.0).

(2) IQTiG. (2021). Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2020. Geburtshilfe. Qualitätsindikatoren und Kennzahlen. (S. 96). Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

https://iqtig.org/downloads/auswertung/2020/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2020_BUAW_V01_2021-08-10.pdf.

(3) Janssen, P. A., & Desmarais, S. L. (2013). Development and psychometric properties of the Early Labour Experience Questionnaire (ELEQ). *Midwifery*, 29(3), 181–189. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.05.012>.

(4) Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*, 8(2), 94–104. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>.

Interessenkonflikt: Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht

Was bedeutet die Akademisierung der Hebammenausbildung für die Lehr-Lernkultur? Kulturen des Lehrens in der hochschulischen Erstausbildung von Hebammen in Deutschland

Daniela Kahlke

Baienfurt, Germany

Die Verlagerung der Erstausbildung von Hebammen in Deutschland an die Hochschulen ist neben einem Setting-Wechsel auch mit einem Lehr-Lern-Kulturwandel für die Hebammenausbildung verbunden (vgl. Darmann-Finck et al. 2014). Der Wandel zu einer kompetenzorientierten Hochschullehre im Rahmen der Bologna-Reform impliziert einen Kulturumbruch, der die Rolle der Lernenden und eine selbstgesteuerte Konstruktion von Wissen in den Vordergrund rückt. Die hochschulische Lehre richtet sich an der studentischen Aneignung von Kompetenzen und nicht länger an der Vermittlung von Wissen bzw. Inhalten aus. Aus diesem Kulturwandel resultieren gewandelte Anforderungen an Hochschullehrende. Für den Gegenstandsbereich der Handlungspraxis Hochschullehrender besteht nicht nur im Bereich der hochschulischen Erstausbildung von Hebammen, sondern auch in der allgemeinen Hochschulforschung ein grundlegendes Forschungsdesiderat (vgl. Grieshop 2020).

Die Teilstudie B der Dissertation „Kulturen des Lehrens in der hochschulischen Erstausbildung von Hebammen in Deutschland – eine qualitativ-rekonstruktive Studie“ rückt die Hochschullehrenden in den Hebammenstudiengängen in Deutschland in den Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses. Diese strukturieren einerseits über ihr persönliches Lehrhandeln aktiv die hochschulische Ausbildung und bringen andererseits eigene implizite Muster und Orientierungen des Denkens, der praktischen Lehrtätigkeit und Professionsauffassung aus der vorberuflichen Sozialisation und dem berufsbiografischen Werdegang ein.

Über die Auswertung von 17 berufsbiografisch-narrativen Interviews mit Hilfe der Dokumentarischen Methode nach Bohnsack (2014) und Nohl (2017) lassen sich drei sinngenetische Lehrtypen rekonstruieren, welche sich in Bezug auf Handlungsorientierungen in ihrem berufsbiografischen Werdegang, ihrem Lehrhandeln im hochschulischen Setting und ihren Interaktionen mit Studierenden im Rahmen hochschulischer Lehre unterscheiden: ‚Lehren im Modus hochschulisch-institutioneller Abgrenzung & Distanz‘, ‚Lehren im Modus individueller & praxisorientierter Lernprozess-Begleitung‘ und ‚Lehren im sich entwickelnden Modus zwischen Theorie und Praxis & Nähe und Distanz‘. Lehrende, die bereits im Rahmen ihrer akademischen Qualifizierungsphase eine Integration in das hochschulische Setting erfahren haben, zeigen beispielsweise eine Inkorporation von Merkmalen, die dem Hochschulfeld eigen sind und verfügen über eine größere Sicherheit im Umgang mit dem Setting Hochschule. Gleichzeitig zeichnen sich Lehrende mit einer frühen Integration ins hochschulische Setting durch eine betonte Abgrenzung zur Praxis aus. Die rekonstruierten Typen werden durch einen Fallvergleich mit einem Lehrenden außerhalb der Hebammendisziplin und einem soziogenetischen Ausblick ergänzt.

Die Ergebnisse betonen die Relevanz der Reflexion der eigenen Position zwischen den Settings Hochschule und Praxis. Das Hebammenstudium ist gekennzeichnet durch eine Praxisorientierung, die Herausforderung eines Theorie-Praxis-Transfers und der sich zum Teil widersprechenden Interessen der beiden Settings von Hochschule und Praxis – zwischen Berufsbefähigung und Freiheit von Forschung und Lehre.

Literatur: Bohnsack, Ralf (2014): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. 9. Auflage. Verlag Barbara Budrich. Opladen. Darmann-Finck, Ingrid; Muths, Sabine; Görres, Stefan; Adrian, Christian; Bomball, Jaqueline (2014): Abschlussbericht. Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW. Studie im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Grieshop, Melita (2021): Berufliche Bildung im Hebammenwesen – das Studium für Hebammen als Schlüsselement für die Zukunft des Berufes? In: Darmann-Finck; Ingrid; Sahmel, Karl-Heinz. Pädagogik im Gesundheitswesen. Springer Verlag. Wiesbaden.

Nohl, Arnd-Michael (2017): Interview und Dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis. 5. Auflage. Springer Verlag. Wiesbaden.

Interessenkonflikt: keine Interessenskonflikte

Kontaktadresse bei Rückfragen oder für die Zusendung der Folien: d.kahlke@gmx.de

Kompetenzen von Hebammen - Hebammenkunst wissenschaftlich fundieren

Henrike Todorow

Medizinische Fakultät der Universität Leipzig, Hebammenkunde B. Sc., Leipzig, Germany

Hintergrund und Ziel

Mit Inkrafttreten des neuen Hebammengesetzes (Hebammengesetz vom 22. November 2019, BGBL. I S. 274) vollzieht sich in Deutschland eine umfassende und tiefgreifende Umgestaltung der Hebammenausbildung. An die Stelle der bisherigen berufsschulische Ausbildung tritt ein duales Studium. Wer zukünftig Hebamme werden möchte, studiert an einer Universität oder Fachhochschule. Dieser historische Veränderungsprozess bedeutet neben den strukturellen Änderungen, auch eine Neukonzeption der Curricula und damit der Art und Weise der theoretischen und praktischen Kompetenzentwicklung. Die beruflichen Handlungsfelder und der bisherige Kompetenzerwerb in der Ausbildung sind in Deutschland noch wenig untersucht. Die Autorin ist in ihrer Dissertation unter anderem der Frage nachgegangen, welche Kompetenzen Hebammen zukünftig im Handlungsfeld der Schwangerenvorsorge benötigen. Eine Möglichkeit, Kompetenzen didaktisch darzustellen, bietet das CanMEDS – Rollenkonzept (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2022). Dieses beschreibt, ursprünglich auf den ärztlichen Beruf bezogen, die Fähigkeiten und Fertigkeiten anhand von sieben beruflichen Rollen (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2022) und wurde von der Autorin als Grundlage der Systematisierung der Untersuchungsergebnisse eingesetzt.

Methoden

Um die notwendigen Kompetenzen und Rollenverteilungen im Handlungsfeld Schwangerenvorsorge für die akademische Hebammenausbildung zu erschließen, wurden handlungsorientierte Fachinterviews mit Expert:innen geführt und mittels inhaltlich strukturierter Inhaltsanalyse (Kuckartz, 4. Auflage 2018) ausgewertet. Die Ergebnisse wurden quantitativ und qualitativ erfasst und in einem hebammenspezifischen CanMEDS - Rollenmodell dargestellt. Aus der Rollenbeschreibung wurden anhand der dafür notwendigen Fähigkeiten und Fertigkeiten Konsequenzen für die zukünftige Ausbildung gezogen.

Ergebnisse

Als ein wesentliches Ergebnis der Untersuchung konnte festgestellt werden, dass die Darstellung von Hebammenarbeit im beruflichen Handlungsfeld Schwangerenvorsorge mit Hilfe des CanMEDS-Modells möglich ist. Die beruflichen Rollen können beschrieben werden und stellen eine mögliche Grundlage für die Erstellung eines Curriculums dar.

Diskussion

Aus Sicht der Autorin weisen alle Rollen in der bisherigen Ausbildung Defizite auf und müssen zukünftig stärker entwickelt werden. Neben der Schwangerenvorsorge sollten alle beruflichen Handlungsfelder von Hebammen sollten hinsichtlich einer hebammenspezifischen Rollenbeschreibung untersucht und daraus Rückschlüsse für die akademische Hebammenausbildung gezogen werden. Die Ergebnisse können in die Entwicklung der hochschulischen Curricula einfließen.

Literatur: Kuckartz, U. (4. Auflage 2018). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim Basel: Beltz Juventa.

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. (2022). CanMEDS: Better standards, better physicians, better care. Abgerufen am 01. 11 2022 von <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>

Interessenkonflikt: keine

ASK a Midwife: Erkenntnisse aus Fokusgruppen mit erfahrenen Hebammen zur Einarbeitung neu qualifizierten Hebammen in Geburtshäusern

Nancy Stone¹; Dorothea Tegethoff²

¹Evangelische Hochschule Berlin, Hebammenwissenschaft, Berlin, Germany; ²Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Germany

Hintergrund:

In Deutschland umfasst die praktische Ausbildung zur Hebamme geburtshilfliche Einsätze, die hauptsächlich im klinischen Setting (Kreißsäle) stattfinden. Nach der staatlichen Berufszulassung können Hebammen die Arbeit in Geburtshäusern aufnehmen, ein Setting, in dem sie wenig bis keine Erfahrung haben.

Forschungsfrage:

Welche Fähigkeiten und Kenntnisse müssen Hebammen als Berufsanfänger*innen erwerben, um in einem Geburtshaus selbstständig zu arbeiten?

Methodologie: Hermeneutische Phänomenologie

Sozialkonstruktivistische Methodologien, darunter die hermeneutische Phänomenologie, ermöglichen einen tieferen Blick darauf, "wer" "was" im Zusammenhang mit "wo" wahrnimmt und erlebt. Wissen und Verständnis sind kontextspezifisch. Bei diesem interpretivistischen Ansatz verbindet sich der Forscher mit den Forschungsteilnehmern und tritt in einen intimen Dialog ein. Dies erleichtert den Zugang zu den gelebten Erfahrungen und dem gelebten Verständnis des ForschungsteilnehmerInnen, um zu enthüllen, was verborgen wurde (Crowther & Thomson, 2020). Das Eintreten in die Dynamik von gelebten Erfahrungen und Wissenskonstruktion führt somit zu einem tieferen Verständnis (Hiller, 2016).

Vorläufige Ergebnisse aus den Fokusgruppen:

Fokusgruppen in 12 Geburtshäusern mit insgesamt 40 Hebammen haben ergeben, dass die neu qualifizierten Hebammen, die im Geburtshaus anfangen, folgende Kompetenzen erlernen bzw. erweitern müssen:

- Schwangerenvorsorge (insbesondere in der Frühschwangerschaft)
- Kommunikation (v.a. non-verbal)
- Teamarbeit in einer flachen Hierarchie
- Geburtsbetreuung ohne CTG (techn. Herztonüberwachung)
- Einschätzung von Neugeborenen

Die Hebammen in den Fokusgruppen haben auch mitgeteilt, dass das geburtshilfliche Basiswissen bei den neuen KollegInnen „sitzt“. Des Weiteren können sie mit Anweisungen in Notfällen gut zu- und mitarbeiten.

Diskussion:

Die Einarbeitung dient dazu, ein Bild vom Ganzen zu vermitteln. Durch das Beobachten in den ersten Wochen der Einarbeitung, haben die Hebammen in den Fokusgruppen erzählt, dass die neuen Hebammen ein Bild vom Ganzen vermittelt werden. Staunen und Bewunderung tritt hervor. Die in der praktischen Ausbildung geübte Betreuung hat Angst und Misstrauen hinterlassen, die in der Einarbeitung reflektiert und aufgearbeitet werden kann. Die Hebammen lernen, die Geburt, die Gebärende und das Ungeborene in ihrer Ganzheit zu erfassen.

Literatur:

Interessenkonflikt: Die Autorinnen haben keine Interessenkonflikte zu melden.

Peer-Review-Verfahren

Die hier veröffentlichten Abstracts durchliefen ein **Peer-Review-Verfahren**.

Für ihre Mitarbeit an dem Peer-Review-Verfahren des Forschungsforums beim 17. Deutschen Hebammenkongress danken wir:

Dr.in Gertrud Ayerle

Prof.in Dr.in Nicola Bauer

Prof.in Dr.in Barbara Baumgärtner

Prof.in Dr.in Mechthild Gross

Prof.in Martina König-Bachmann

Prof.in Dr.in Monika Kraienhemke

Dr.in Christine Loytved

Prof.in Dr.in Rainhild Schäfers

Prof.in Dr.in Martina Schlüter-Cruse

Prof.in Dr.in Annekatriin Skeide

Prof.in Dr.in Dorothea Tegethoff

Dr.in Henrike Todorow

Dr.in Laura Zinßer

Impressum

Deutscher Hebammenverband
Büro Berlin
Lietzenburger Str. 53
D-10719 Berlin
Telefon +49 30 394067731
Telefax +49 30 394067749
kongress@hebammenverband.de

www.hebammenverband.de

ISBN: 978-3-9823484-2-1