



Abstractband

17. Deutscher Hebammenkongress

15.- bis 17. Mai 2023

Herausgegeben vom Deutschen Hebammenverband

Vertreten durch:

Ulrike v. Haldenwang, Projektleitung Hebammenkongresses, DHV

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Generelles Diabetescreening – echter Nutzen oder Gieskannenprinzip? Wo bleibt die evidenzbasierte Entscheidung der Frauen? | 5 |
| Christine Wehrstedt | 5 |
| "Wie passt das Baby in den Bauch?"- was Kinder von Hebammen wissen wollen. | 6 |
| Eva Spitznagel | 6 |
| Feminismus in der Zeit rund um die Geburt. Welche Rolle spielen Hebammen, Gesetze und die Digitalisierung? | 7 |
| Mirjam Peters | 7 |
| Wie Bilder uns beeinflussen. Darstellung von Schwangerschaft im Internet. | 9 |
| Elena Kirchner, Mirjam Peters | 9 |
| Möglichkeiten und Grenzen von Regulierung und Selbstverwaltung der Hebammen | 10 |
| Michaela Michel-Schuldt ¹ ; Lea Beckmann ² ; Hilke Schauland ³ ; Andrea Villmar ⁴ ; Susanne Teuerle ⁵ ; Barbara Blomeier ⁶ ; Judith Otter; Maria Denize Krauspenhaar ⁸ ; Jutta Eichenauer | 10 |
| Ihr Beitrag zu einem gerechteren Zugang zu Hebammenversorgung für marginalisierte Gruppen | 11 |
| Michaela Michel-Schuldt ¹ ; Lucy Wächter ² ; Olivia Märkl ² ; Sabine Kühlwein ² ; Anja Lehnertz-Hemberger ² | 11 |
| Ein Punktesystem zum objektiven Erfassen der Auslastung im Kreißaal - POAK | 12 |
| Caroline Johanna Agricola ¹ ; Madita Voß ² | 12 |
| Der lange Weg an die Brust – wenn Babys krank oder früh geboren werden | 13 |
| Susanne Henzler | 13 |
| Die Kunst der Klarheit- Stillen nach Bedarf und Die richtige Milchmenge- was Frauen ganz einfach erfahren sollten. | 14 |
| Eva Spitznagel | 14 |
| Stillförderung bei Müttern in belasteten Lebenslagen – Ergebnisse einer qualitativen Zielgruppenanalyse | 15 |
| Katharina Reiss; Stefanie Eiser; Stephanie Lücke; Maria Flothkötter | 15 |
| Berufspraktischer Teil des Studiums Hebammenkunde im Hebammenbelegschaftssystem | 16 |
| Astrid Giesen ¹ ; Eva Juraschko ² | 16 |
| Schnittstellenarbeit in der außerklinischen Geburtshilfe | 17 |
| Anke Wiemer | 17 |
| Rückenbelastende Arbeitsmomente bei der Geburtsbegleitung – Ergebnisse einer quantitativen Erhebung | 18 |
| Andrea Mora | 18 |
| Zwischen professioneller Routine und erlebter Einmaligkeit | 19 |
| Martina Kruse ¹ ; Katharina Hartmann ² | 19 |
| Die Betreuung der BEL sub partu als Hebammentätigkeit | 20 |
| Daniela Zahl | 20 |
| Ultraschall für Hebammen - Ein Weiterbildungsangebot des Instituts für Hebammenwissenschaft und reproduktive Gesundheit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, CH | 21 |
| Katherina Albert ¹ ; Regula Hauser ² | 21 |
| Die Urbewegung | 22 |
| Birte Assmann | 22 |
| Wirksames Hilfsmittel (zum Wohl der Mütter, Familien und Kinder): Der "Edinburgh-Postnatal-Depression-Score" | 23 |
| Isabel Pawelke | 23 |
| Augmented Reality - Trainingssimulationen für (werdende) Hebammen im Skills-Lab und Zuhause - Projektvorstellung Heb@AR : | |
| Augmented Reality gestütztes Lernen in der hochschulischen Hebammenausbildung | 24 |

| | |
|---|----|
| Kristina Vogel ¹ ; Nicola H. Bauer ² ; Tabea Willmeroth ¹ ; Annette Bernloehr ³ | 24 |
| Neue Ansätze zur Vorbereitung auf eine Fehlgeburt | 26 |
| Gisèle Steffen | 26 |
| Be-Up-Studie: Spiegel der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland? | 27 |
| Gertrud M. Ayerle ¹ ; Rainhild Schäfers ² ; Elke Mattern ³ ; Sabine Striebich ⁴ ; Theresa Oganowski ² ; Ronja Ocker ⁵ ; Gregor Seliger ⁶ | 27 |
| „Geht nicht, gibt’s nicht!“ Herausforderungen und Entwicklungsperspektiven für die Überführung & Integration der staatlichen Abschlussprüfungen in Simulationsprüfungen an der Hochschule | 28 |
| Ruth Berghoff ¹ ; Barbara Beck ² ; Martina Schlüter-Cruse ² ; Ute Lange ² | 28 |
| Aufsuchende Wochenbettbetreuung: Welche Frauen bekommen sie und welche nicht? Eine Analyse von Routinedaten der BARMER | 29 |
| Dagmar Hertle ¹ ; Danny Wende ¹ ; Friederike zu Sayn-Wittgenstein ² | 29 |
| Entwicklung einer umfassenden frauenzentrierten Definition von positivem Geburtserleben: Diskussionspapier | 31 |
| Julia Leinweber ¹ ; Yvonne Fontein-Kuipers ² ; Sigfridur Inga Karlsdottir ³ ; Anette Ekström-Bergström ⁴ ; Gill Thomson ⁵ | 31 |
| Youtube, meine Mutter und die Hebamme - die Erfahrungen von Migrantinnen Erfahrungen bei der Informationssuche in der Zeit um die Geburt: Eine Fokusgruppenstudie | 32 |
| Britta Bacchetta ¹ ; Julia Leinweber ² | 32 |
| Versorgung geflüchteter Mütter rund um Schwangerschaft und Geburt. Wie responsiv ist das Versorgungssystem aus der Sicht von Müttern und Hebammen? | 33 |
| Theda Borde; Martha Engelhardt; Mathilde Gaudion; Razan Al Munjid; Jasmin Kamhiye | 33 |
| Zustand nach Sectio: Risikofaktor oder Randnotiz? | 34 |
| Nina H. Peterwerth ¹ ; Rainhild Schäfers ² | 34 |
| vPE Hebammenwissenschaft UKE - Fachforum Konzepte im berufspraktischen Teil des Studiums | 35 |
| Daniela Vogel ¹ ; Carmen Hild ¹ ; Birgit Alpers ² | 35 |
| „Schwangere erzählen – von Schwangeren lernen“ – Auf dem Weg zur professionellen Identität. Narratives und reflexives Erkunden als Erkenntnisweg im Hebammenstudium | 36 |
| Angelica Ensel ¹ ; Greta Mahne; Sandra Wacker ³ | 36 |
| Hebammen als integraler Teil der reproduktiven und sexuellen Gesundheit von Frauen im humanitären Kontext | 37 |
| Jana Lowsky; Ana Liesegang | 37 |
| Reproduktive Gesundheit und Gendergerechtigkeit im Kontext der globalen Klimakrise – Ein Blick nach Schweden | 39 |
| Franziska Dresen; Ute Lange | 39 |
| Zusammenhalt und interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Geburtshilfe an den Westküstenkliniken | 40 |
| Ines Marie Dreier | 40 |
| Interprofessionelles Lernen von Studierenden der Hebammenwissenschaft und Medizin: Das Lehr-Projekt „IPE-MidMed“ | 41 |
| Caroline Johanna Agricola; Merle Juschka; Sonja Mohr; Felix Alexander Neumann; Birgit-Christiane Zyriax | 41 |
| Hebammenzentralen können zur Vernetzung freiberuflicher Hebammen mit Beratungsstellen beitragen | 42 |
| Janina Sieveke | 42 |
| Die Bedürfnisse des Säuglings aus therapeutischer Sicht: Handling & Bindung losgelöst aus dem emotionalen Kontext | 43 |
| Dörte Krauss | 43 |
| Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) – Einführung in das Konzept und Herausforderungen bei der Umsetzung | 44 |
| Sabine Striebich | 44 |
| Versiert & gut vernetzt - Freiberufliche Hebammen in den Frühen Hilfen (Teil I) | 45 |
| Martina Schlüter-Cruse ¹ ; Friederike zu Sayn-Wittgenstein ² | 45 |
| Versiert & gut vernetzt – Freiberufliche Hebammen in den Frühen Hilfen. Einladung zum Austausch (Teil II) | 46 |

| | |
|---|----|
| Martina Schlüter-Cruse ¹ ; Friederike zu Sayn-Wittgenstein ² | 46 |
| Hebammenarbeit und Sexarbeit | 47 |
| Giovanna Gilges | 47 |
| Die Bedeutung einer gelingenden Zusammenarbeit der Systeme während der Schwangerschaft und rund um die Geburt - Kindzentrierte Psychosoziale Grundversorgung in Frauen- und Kinderarztpraxen | 48 |
| Nicolas Haustedt | 48 |
| Qualitätsverträge zur Geburtshilfe: eine Chance für die Hebammenarbeit? | 49 |
| Dagmar Hertle | 49 |
| EPAs im Hebammenstudium - neue Wege des Assessments in der praktischen Ausbildung | 50 |
| Julia Hennicke | 50 |
| Versorgungskonzepte neu gedacht | 51 |
| Daniela Erdmann | 51 |
| Wenn Psychosomatik, dann Geburtshilfe | 52 |
| Wolf Lütje | 52 |
| Apps in der Schwangerschaft. Überblick und Qualitätskriterien. | 53 |
| Mirjam Peters | 53 |
| Caseload Midwifery: Sektorenübergreifende und durchgängige Hebammenbetreuung in der peripartalen Lebensphase – ein zukunftsweisendes Versorgungsmodell für Deutschland? | 54 |
| Anna-Maria Bruhn; Friederike zu Sayn-Wittgenstein | 54 |
| HebammenZentren, die Versorgungsform der Zukunft? Erfahrungsbericht aus Bremen | 56 |
| Heike Schiffing; Ann-Katrin Maetze-Schmidt | 56 |
| Digitale Hebammenbetreuung im Kontext der Covid-19-Pandemie – Erfahrungen von Müttern und freiberuflichen Hebammen | 57 |
| Nicola H. Bauer ¹ ; Luisa Schumacher ² ; Dagmar Hertle ³ ; Ursula Jahn-Zöhrens ⁴ | 57 |
| Dem Fachkräftemangel begegnen- Chancen und Herausforderungen im Integrationsprozess internationaler Hebammen | 59 |
| Raffaella Stefini ¹ ; Christiane Ippach | 59 |
| Beziehungsarbeit am Beispiel einer Fallvignette | 60 |
| Kathrin Schumacher | 60 |
| Opioide im Kreißsaal - ein update für klinisch tätige Hebammen | 61 |
| Myriam Holm | 61 |
| Leitlinienorientierte Personalbemessung Hebammen, LoPH-Methode | 63 |
| Veronika Bujny ¹ ; Stephanie Hahn-Schaffarczyk ² ; Natalie Luke ³ ; Susanne Pfender; Hilke Schauland ⁴ ; Heike Schiffing ⁵ ; Gaby Schmidt ⁶ ; Doris Schwarz | 63 |
| Das Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ - Überblick zur Gutachtenlage in Deutschland | 64 |
| Anna-Lena Mazhari; Finnja Lindemann; Sabine Scholz-de Wall | 64 |
| Valerie - eine digitale Begleiterin für mehr Fitness im ersten Babyjahr | 66 |
| Karina Kastian ¹ ; Juliana Afram ² ; Dieter Moser ³ ; Elisa Kremer ⁴ | 66 |
| Das Aktionsbüro Gesundheit rund um die Geburt in Niedersachsen - praktische Umsetzungsschritte des Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ | 67 |
| Anna-Lena Mazhari; Sabine Scholz-de Wall; Finnja Lindemann | 67 |
| Sexualität in die Hebammenpraxis integrieren | 68 |
| Woet Gianotten | 68 |
| Auswirkungen der Entwicklung professioneller Wochenbettbetreuung auf die Dauer und Betreuungsinhalte von Wochenbettbesuchen | 69 |

| | |
|--|----|
| Dorothee Möller | 69 |
| Labour Hopscotch – a new ‘old’ way to prepare for childbirth | 70 |
| Cornelia Krebs; Christiane Schwarz; Katja Stahl | 70 |
| Healthy MidStudents – eine Studie zum Gesundheitsverhalten, Gesundheitskompetenz, Stresserleben und Bewältigungsstrategien von Studierenden der Hebammenwissenschaft | 71 |
| Caroline Johanna Agricola ¹ ; Ilona Efimov ² ; Nataliya Makarova ¹ ; Stefanie Mache ² ; Birgit-Christiane Zyriax ¹ | 71 |
| Qualitätskriterien für die Erstellung von Lehr-Lernvideos im Studium von Hebammen: Eine empirische Studie | 72 |
| Sarah Bernhardt; Denise Rietzke; Melita Grieshop | 72 |
| Die Mutter-Hebamme-Beziehung und ihre Bedeutung für das Geburtserleben beim ersten Kind | 74 |
| Antonia Göggerle-Locher | 74 |
| Diagnose- und Entscheidungsfindung in der Latenzphase | 75 |
| Oda von Rahden; Frauke Koppelin; Caroline Jeltsch | 75 |
| Förderliche und hemmende Faktoren für die Implentierung von Hebammenzentren in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen - eine Scoping-Studie | 76 |
| Mia Amelie Suermann | 76 |
| Gesundheitskompetenz-orientierte Beratung zu frühkindlicher Allergieprävention: Ergebnisse einer qualitativen Studie mit Hebammen. | 80 |
| Julia von Somogy ¹ ; Eva-Maria Grepmeier ² ; Janina Curbach ³ ; Jonas Lander ⁴ | 80 |
| Erfolgreiche Anregungen zur Anmeldung bei den Frühe Hilfen Beratungsstellen in Lübeck | 81 |
| Kathrin Schumacher | 81 |
| Intrapartale Antibiotikagabe bei GBS-positiven Schwangeren: Eine Überprüfung der Evidenz in Bezug auf die Prävention neonataler Early-Onset-Infektion | 82 |
| Melissa Schmid, S. Fempel | 82 |
| Wie akzeptiert ist öffentliches Stillen in Deutschland? Erfahrungen und Einstellungen der Bevölkerung und stillender Mütter 2016 und 2020 | 83 |
| Stephanie Lücke ¹ ; Severine Koch ² ; Gaby-Fleur Böhl ² ; Maria Flothkötter ¹ | 83 |
| Verringert die antenatale MgSO ₄ – Gabe an die Mutter bei drohender Frühgeburt das Auftreten einer infantilen Zerebralparese beim Kind? - Ein Review | 85 |
| Pauline Schmid | 85 |
| Analyse von Sectiodaten durch Robson Ten Classification am Beispiel der Sectiodaten der Charité von 2019-2021 | 86 |
| Marie Strohauer; Julia Leinweber | 86 |
| Nationale Strategien zur Stillförderung: Entwicklung und Umsetzung | 87 |
| Mariell Hoffmann ¹ ; Anna-Kristin Brettschneider ² ; Jana Steindl ¹ ; Beate Matthes-Bolz ¹ ; Iris Lehmann ¹ ; Maren Winzenried ¹ ; Regina Ensenaer ³ ; Elena Roskosch | 87 |
| Erfahrungen mit Geburt: ‚Hauschwangere‘ im 20. Jahrhundert - Verbreitung und Kontext im deutschsprachigen Raum | 88 |
| Katharina Häseli ¹ ; Julia Leinweber ¹ ; Birgit Nemeč ² | 88 |

Generelles Diabetescreening – echter Nutzen oder Gieskannenprinzip? Wo bleibt die evidenzbasierte Entscheidung der Frauen?

Christine Wehrstedt

Hebamme, München, Germany

Diabetesraten in den Schwangerschaft nehmen weltweit zu. Dass der Therapie eines Diabetes in der Schwangerschaft Nutzen zukommt, ist erwiesen – dass ein generelles Screening nützt, hingegen nicht. Nutzen durch Therapie darf deshalb nicht mit Nutzen durch Screening gleichgesetzt werden, wenngleich das zunächst als Widerspruch erscheinen mag. Unnötige Diagnosen können zu unnötigen Interventionen führen und eine gesunde Schwangere in eine Risikoschwangere verkehren. In diesen Fällen bleiben den Schwangeren die Nebenwirkungen der Therapie, ohne dass sie einen Nutzen haben. Diesen Frauen wird in Folge die Unbeschwertheit einer gesunden Schwangerschaft unnötig genommen. In Deutschland besteht dennoch eine generelle Empfehlung, auf Diabetes in der Schwangerschaft zu screenen – allerdings ist die Vorgehensweise nach Mutterschaftsrichtlinien noch nicht einmal konform mit derjenigen, die auf Evidenzbasis von Fachgesellschaften empfohlen wird. Dieses Paradoxon ist hierbei jedoch nicht das einzige im Komplex. Es ist unklar, ob das generelle Diabetescreening aller Schwangeren mehr Schaden oder Nutzen generiert oder ob ein Screening nach Indikation, also nach einem Kriterienkatalog gesundheitsförderlicher wäre. Zudem ersetzt die Labormedizin keine Betreuung mit professioneller Hebammenanamnese und Begleitung.

Literatur: Abholz, H. Drei Jahre Screening auf Gestationsdiabetes in Deutschland. Deutscher Ärzte-Verlag, ZFA, Z Allg Med | 2015; 91 (2)

Cundy T, Holt RI. Gestational diabetes: paradigm lost? Diabet Med. 2017 Jan;34(1):8-13. doi: 10.1111/dme.13200. PMID: 27504618.

Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: WHO, 1968

Koch K, Horvath K, Siebenhofer A. Was ist bei Behandlung von Schwangeren mit Gestationsdiabetes zu erwarten? Systematische Übersicht und Metaanalyse von Therapiestudien aus 4 Jahrzehnten. Z Allg Med 2010; 86: 278–289

Abholz H-H. Screening auf Gestationsdiabetes – warum reichen Studien zum Behandlungsnutzen nicht für die Einführung eines Screenings aus? Z Allg Med 2010; 86: 290–95

Interessenkonflikt: Keine Interessenskonflikte

"Wie passt das Baby in den Bauch?" - was Kinder von Hebammen wissen wollen.

Eva Spitznagel

Stillberatung Freiburg, Freiburg, Germany

Das Freiburger Projekt "Hebammen an Grundschulen" wurde vor gut zehn Jahren ins Leben gerufen, mit dem Ziel, "allen" Freiburger vierten Klassen einen Besuch der Hebamme anzubieten.

Inzwischen finden jährlich ca 50 Besuche statt.

In der vierten Klasse ist das Thema "Sexualkunde" und "Wie entsteht ein Baby?" zum ersten mal auf dem Lehrplan. Uns ist es ein Anliegen, dass dazu auch gleich die Fachfrau vor Ort ist, die die Rolle der Hebamme zum Thema beschreiben kann und auch die Physiologie von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett betont und damit zur Grundlage des allgemeinen Wissens macht.

Am Thementisch wird das Projekt vorgestellt und diskutiert.

Interessenkonflikt: Ich habe keinerlei Interessenskonflikte

Feminismus in der Zeit rund um die Geburt. Welche Rolle spielen Hebammen, Gesetze und die Digitalisierung?

Mirjam Peters

umaversum reproductive health GmbH, Hebammenwissenschaft, Köln, Germany

Zielsetzung

Die Zeit rund um die Geburt ist aus feministischer Sicht ein besonderer Zeitraum:

- (1) Es wird immer wieder in die Selbstbestimmung über den eigenen Körper eingegriffen, zum Beispiel im Kontext von Gewalt während der Geburt, bei Untersuchungen und Interventionen oder auch durch gesellschaftliche Normen und Verhaltensregeln.
- (2) Die Zeit rund um die Geburt ist mit besonderen physischen und psychischen Belastungen und Risiken verbunden, dies betrifft nur Menschen mit Uterus.
- (3) In dieser Zeit werden viele Entscheidungen getroffen die zum Beispiel Care-Arbeit oder Familienkonstellationen betreffen. Diese haben starke Auswirkungen auf das weitere Leben.
- (4) Nicht jeder Mensch kann schwanger werden. Dies ist ein Privileg einiger Menschen. Wir können Hebammen, Gesetze und die Digitalisierung zu mehr Geschlechtergerechtigkeit in diesem Zeitraum beitragen?

Methoden

Anhand der genannten besonderen Merkmale (1-4) der Zeit rund um die Geburt werden systematisch Möglichkeiten und Methoden der Förderung der Geschlechtergerechtigkeit aufgeführt und diskutiert. Dies erfolgt unter der Berücksichtigung des Kontextes der Hebammenarbeit wie der Gesetzeslage und Strukturen des Gesundheitswesens sowie der Digitalisierung und deren Chancen und Risiken.

Ergebnisse

Die Methoden, Möglichkeiten und Grenzen werden überblicksartig dargestellt. Selbstbestimmung über den eigenen Körper: Welche Merkmale muss die Informationsgabe, die Beratung und die Akzeptanz von Entscheidungen haben, um wirkliche Selbstbestimmung zu fördern. Wie wird der Raum zwischen den Werten Gesundheit und Selbstbestimmung gestaltet? Welche Rolle spielt die individuelle Verantwortung und welche strukturelle Gegebenheiten? Belastungen und Risiken rund um die Geburt: Eine hochwertige gesundheitliche Begleitung bedeutet die Gesundheit und die Ressourcen zu fördern und Risiken und Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und falls notwendig zu behandeln. Wie kann eine optimale gesundheitliche und wissenschaftsbasierte Versorgung erreicht werden. Welche gesellschaftlichen, strukturellen und rechtlichen Hürden gibt es? Entscheidung zu Familienkonstellationen und Lebensentwürfen: Die Sprache, Vorannahmen und Bilder festigen – häufig unbemerkt – unsere Vorstellung davon was richtig und was falsch ist. Welche Möglichkeiten gibt es diverse Realitäten durch Sprache, Bilder und Gestaltung zu erzeugen. Und welche Rolle spielen Hebammen oder auch Themen wie das Stillen dabei. Was bedeutet das Privileg der Schwangerschaft im Kontext der Geschlechtergerechtigkeit und welchen Einfluss hat es auf die vorangegangenen Themen?

Zusammenfassung

Hebammen haben die Möglichkeit die Geschlechtergerechtigkeit rund um die Geburt aktiv zu fördern. Zudem haben sie die Möglichkeit gesellschaftlich Einfluss zu nehmen und damit den öffentlichen Diskurs zu Feminismus rund um die Geburt mit zu beeinflussen. Möglichkeiten, Methoden und Grenzen werden in diesem Beitrag thematisiert.

Literatur:

Bundesministerium für Gesundheit (2017): Nationales Gesundheitsziel. Gesundheit rund um die Geburt. Hg. v. gesundheitsziele.de. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf, zuletzt geprüft am 16.08.2022.

Miller, Suellen; Abalos, Edgardo; Chamillard, Monica; Ciapponi, Agustina; Colaci, Daniela; Comandé, Daniel et al. (2016): Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. In: The Lancet 388 (10056), S. 2176–2192. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31472-6.

Fröhlich, Marie; Schütz, Ronja; Wolf, Katharina (Hg.) (2022): Politiken der Reproduktion. Umkämpfte Forschungsperspektiven und Praxisfelder. Bielefeld: transcript (Gender Studies). Online verfügbar unter <http://www.transcript-verlag.de/978-3-8376-5272-7>.

Schrupp, Antje (2022): Handbuch Feministische Perspektiven Auf Elternschaft. Unter Mitarbeit von Katharina Wolf, Alia Herz-Jakoby, Katrin Lange, Alisa Tretau, Annika Spahn, Wibke Derboven et al. Leverkusen-Opladen: Verlag Barbara Budrich. Online verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=6824295>.

Interessenkonflikt: Co-Gründung und Co-Geschäftsführung umaversum reproductive health GmbH;

Mitgliedschaften: DGHWi, DHV, Motherhood, PRINA; Stellungnahmebeauftragte der DGHWi

Honorare als Autorin für verschiedene Organisationen

--> Keine direkten Interessenskonflikte zum Vortrag des Themas.

Wie Bilder uns beeinflussen. Darstellung von Schwangerschaft im Internet.

Elena Kirchner, Mirjam Peters

umaversum reproductive health GmbH, Hebammenwissenschaft, Köln, Germany

Zielsetzung

95% der Schwangeren informieren sich im Internet (Bjelke et al, 2016). Bilder und Darstellung beeinflussen uns – häufig unbemerkt – in unserer Wahrnehmung von richtig und falsch und bestimmen den Raum dessen, was wir für möglich halten.

Methoden

Anhand häufig aufgesuchter Websites und Social Media Kanäle werden wiederkehrende Darstellungsmuster analysiert und präsentiert. Es wird ein Ausblick gegeben, wie Darstellungen diverser gestaltet werden können und Frauen und Familien damit mehr Freiheit haben, ihr eigenes Leben zu gestalten.

Ergebnisse

Anhand der folgenden Merkmale wird die Darstellung von Schwangeren analysiert und mit Beispielen vorgestellt: Körperformen, Familienkonstellationen, die gute und die schlechte Schwangere, Familienkonstellationen, medizinische Situationen, Stimmung und der Bauch. Dabei werden sowohl aktuelle Darstellungen betrachtet als auch Entwicklungen in den letzten Jahren aufgegriffen.

Zusammenfassung

Häufig werden Schwangere im Internet in derselben Art und Weise dargestellt. Dies beeinflusst uns darin, was wir für möglich, richtig oder wünschenswert halten und beschränkt damit die Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen. Welche Muster gibt es? Und wie können sie gelöst werden?

Interessenkonflikt: Co-Gründung und Co-Geschäftsführung umaversum reproductive health GmbH;

Möglichkeiten und Grenzen von Regulierung und Selbstverwaltung der Hebammen

Michaela Michel-Schuldt¹; Lea Beckmann²; Hilke Schauand³; Andrea Villmar⁴; Susanne Teuerle⁵; Barbara Blomeier⁶; Judith Otter; Maria Denize Krauspenhaar⁸; Jutta Eichenauer

¹Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen, Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen, Ludwigshafen, Germany; ²DHV, Karlsruhe, Germany; ³Hebammenverbandes Niedersachsen e.V., Oldenburg, Germany; ⁴Universität Witten/Herdecke, Wuppertal, Germany; ⁵Hebamme, Kall-Urft, Germany; ⁶Hebammenpraxis im Westen, Bielefeld, Germany; ⁷Sulzberg, Germany; ⁸Deutscher Hebammenverband e. V., Wiesbaden, Germany; ⁹Backnang, Germany

Zielsetzung: Regulierung durch die eigene Berufsgruppe der Hebammen erfolgt in Deutschland nur teilweise. Die Projektgruppe Regulierung des Deutschen Hebammenverbands hat von 2017 bis 2022 mit dem Mandat der Bundesdelegiertentagung einen Meinungsbildungsprozess vorbereitet. Ziel dieses Prozesses war es, mögliche Varianten von Selbstregulierung zu beschreiben, die Umsetzbarkeit der Varianten zu prüfen und Informationsmaterial zu entwickeln, um Hebammen eine informierte Meinungsbildung zu ermöglichen.

Methoden: Die Mitglieder der Projektgruppe haben dazu das ICM Regulation Toolkit angewandt. Die dem Toolkit entnommenen Prozessschritte, Regulierung zu verstehen und den Status Quo der Regulierung von Hebammen zu bestimmen, wurden durchgeführt.

Ergebnisse: Ergebnis der Analyse ist, dass die Selbstverwaltung der Berufsgruppe in Deutschland dem internationalen Standard nicht entspricht. Im Vergleich zum größten existierenden Interessensvertretungsorgan der Berufsgruppe der Hebammen, dem Deutschen Hebammenverband, wäre eine Berufskammer derzeit die in Deutschland das Organ, um Selbstverwaltung zu praktizieren. Die Etablierung einer Chief Midwifery Officer Position in Deutschland hat zwar die Sicherheit der werdenden Eltern zum Ziel, stellt aber keine Struktur zu Selbstverwaltung dar. Eine Berufskammer für Hebammen weist auch Nachteile auf, so dass weitere Gestaltungsspielräume ausgelotet werden könnten/sollten. Dies könnte beispielsweise durch die Beleihung einer privatrechtlichen Organisation mit hoheitlichen Aufgaben erfolgen. Ein Nebeneinander von Berufsverbänden und Berufskammern für und von Hebammen ist in Europa die Norm. Ein Blick über die deutschen Grenzen im Bereich der Selbstverwaltung unterstützt, neben der genannten Ergebnisse, die nächsten Schritte im Rahmen des ICM Prozesses, Ziele zu identifizieren. Die Ergebnisse der Analyse könnten in den Landesverbänden, anstehenden Zukunftsforen und dem Hebammenkongress aufgegriffen und von der Berufsgruppe diskutiert werden. Darauf basierend müssten Strategien entwickelt, Maßnahmen beschrieben und evaluiert werden und Informationen, Fertigkeiten und Mittel bereitgehalten werden, um eine informierte Entscheidung zu verbesserter Selbstverwaltung der Hebammen zu fördern.

Zusammenfassung: Die Mitglieder der Projektgruppe Regulierung des Deutschen Hebammenverbandes möchten den Teilnehmenden des Hebammenkongresses die Ergebnisse eines mehrjährigen Meinungsbildungsprozesses vermitteln. Die Teilnehmenden sollen umfassend informiert werden, um gemeinsam Ziele und Strategien zur verbesserten Selbstverwaltung des Hebammenwesens in Deutschland zu entwickeln.

Literatur: International Confederation of Midwives (2016) ICM Regulation Toolkit (online)
https://internationalmidwives.org/assets/files/regulation-files/2018/04/icm_toolkit_eng.pdf abgerufen am 15.11.2022

Interessenkonflikt: Professorin Michaela Michel-Schuldt, Ph.D., Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen, Leiterin der Projektgruppe

- Professorin Dr.in Lea Beckmann, Beirätin für den Bildungsbereich Mitglied des Präsidiums im DHV
- Hilke Schauand, 2. Vorsitzende des Hebammenverbandes Niedersachsen e.V.
- Barbara Blomeier, erste Vorsitzende im Landesverband der Hebammen NRW
- Judith Otter, Beauftragte für internationale Hebammenarbeit im DHV
- Denize Krauspenhaar, DHV-Referentin für Qualitätsmanagement
- Jutta Eichenauer, 1. Vorsitzende des Hebammenverbandes Baden-Württemberg e.V.
- Susanne Teuerle, Hebamme
- Andrea Villmar, Diplom Gesundheitsökonomin, Promovendin der Universität Witten/Herdecke

Ihr Beitrag zu einem gerechteren Zugang zu Hebammenversorgung für marginalisierte Gruppen

Michaela Michel-Schuldt¹; Lucy Wächter²; Olivia Märkl²; Sabine Kühlwein²; Anja Lehnertz-Hemberger²

¹Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft in Ludwigshafen, Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen, Ludwigshafen, Germany; ²Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft in Ludwigshafen, Ludwigshafen, Germany

Zielsetzung: Chancengleichheit bedeutet, dass alle Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugeborene die gleichen Gesundheitsergebnisse erzielen im Vergleich zur Gruppen mit den besten Gesundheitsergebnissen. Um dies zu erreichen, müssen Versorgungsangebote auf die einzigartige gesundheitliche und soziale Situation jedes Einzelnen eingehen. Welchen Beitrag leisten Sie und Ihre Kolleg*innen, um einen gerechten Zugang zu Hebammenversorgung für alle zu sichern?

Methode: Angeboten wird ein offenes Veranstaltungsformat - ein Barcamp. Bei einem Barcamp stehen Programm und Referent*innen nicht vorab fest. Vor Ort findet zu Beginn eine Einführung in die Methode und die gemeinsame Programmplanung statt. Alle, die einen Beitrag zum Thema vorstellen oder diskutieren möchten, können sich im Rahmen eigener Kurzbeiträge oder auch Fragen einbringen. Der Ablauf des Barcamps wird zu Beginn gemeinsam entwickelt und im weiteren Verlauf gestaltet. Alle Beiträge werden auf Flipcharts dokumentiert, was der Ergebnissicherung dient. Dieses Barcamp knüpft an die positiven Erfahrungen eines Barcamps der Internationalen Konferenz der DGHWI vom Juli 2022 an.

Zusammenfassung: Dieses Barcamp dient dem inhaltlichen Austausch und der Diskussion über innovative Betreuungskonzepte, die den Fokus auf marginalisierte Gruppen legen.

Ein Punktesystem zum objektiven Erfassen der Auslastung im Kreißaal - POAK

Caroline Johanna Agricola¹; Madita Voß²

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

Zielsetzung: In Deutschland sind keine Kriterien definiert, ab wann die Betreuungskapazität der Hebammen in einem Kreißaal überschritten ist. In der Regel wird die Auslastung, die sich aus dem Verhältnis von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen zu Hebammen ergibt, subjektiv bewertet. In Situationen der maximalen Auslastung, in denen es potentiell zu einer Gefährdung von Mutter und Kind kommen kann, werden definierte und objektive Kriterien für das Aufzeigen von drohender Überlastung benötigt. Im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf wurde im Jahr 2019 ein Punktesystem zur Operationalisierung der Auslastung im Kreißaal (POAK) entwickelt, um bei begrenzten Personalressourcen oder hohem Geburtenaufkommen objektiv die Grenzen der Betreuungskapazität aufzuzeigen.

Methode: Zu Beginn jedes Dienstes wird ein Betreuungskontingent auf Basis der diensthabenden Hebammen, mit 4 Punkten pro Hebamme, berechnet. Parallel werden die zu betreuenden Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen im Kreißaal mit einem durchschnittlichen Betreuungsumfang zwischen 1-3, der sich aus der entsprechenden Geburtsphase und Risikofaktoren zusammensetzt, klassifiziert. Die Summe des Betreuungsumfangs wird in das Verhältnis zum Betreuungskontingent der Hebammen gesetzt, sodass ein Wert für die Auslastung berechnet wird. Droht eine Überschreitung vom Betreuungsumfang der Frauen zu der Betreuungskapazität der Hebammen, werden punktebasiert Maßnahmen zur Entlastung des Teams eingeleitet. Hierzuzählt zum Beispiel das Pausieren von Maßnahmen oder das Verlegen von Frauen auf periphere Stationen.

Ergebnisse: Die Auslastung wird nicht subjektiv, sondern auf definierten Kriterien bewertet, sodass POAK laut des geburtshilflichen Teams zu einer größeren Arbeitszufriedenheit und effizienteren Kommunikation zwischen Hebammen und Ärzt:innen führt. Bisher hat noch keine wissenschaftliche Evaluation der Arbeitszufriedenheit oder des Outcomes von Mutter und Kind stattgefunden. Derzeit wird POAK in neunzehn weiteren Kreißälen in Deutschland, jeweils an die vorherrschenden Rahmenbedingungen adaptiert, genutzt.

Zusammenfassung: Mit POAK kann die situative Auslastung im Kreißaal einheitlich und objektiv erhoben werden. Die Kommunikation zwischen Hebammen und Ärzt:innen ist demzufolge sachlicher und geeignete Maßnahmen zur Entlastung können zielgerichtet abgeleitet werden.

Interessenkonflikt: Caroline Agricola ist angestellte Hebamme und Madita Voß stellvertretende Leitende Hebamme im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Die Autorinnen erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

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

Der lange Weg an die Brust – wenn Babys krank oder früh geboren werden

Susanne Henzler

Hebamme/ IBCLC Still- und Laktationsberaterin, Freiburg, Germany

Besonders bei Babys mit einem schwierigen Start ins Leben ist es wichtig, dass diese die bestmöglichen Chancen auf eine stabile Bindung und eine optimale Ernährung haben.

Wenn die Mutter stillen möchte, ist es entscheidend, die Milchproduktion direkt nach der Geburt optimal anzuregen.

Ziel dieses Vortrages ist es, Hebammen im außerklinischen Bereich in ihrer Beratungskompetenz zu stärken, aktuelle Strategien für die Anregung der Milchproduktion aufzuzeigen, das Pumpmanagement zu aktualisieren und nach der Klinikentlassung gemeinsam den Weg zur Brust zu finden.

Interessenkonflikt: Ich habe keine Interessenskonflikte.

Die Kunst der Klarheit- Stillen nach Bedarf und Die richtige Milchmenge- was Frauen ganz einfach erfahren sollten.

Eva Spitznagel

Stillberatung Freiburg, Freiburg, Germany

Ziel des Vortrags ist es, die Themen „Stillen nach Bedarf“ und „Die richtige Milchmenge“ präzise und prägnant beraten zu können.

Beide Themen gehören zum absoluten Basiswissen sowohl einer Frau als auch einer Hebamme. Sich mit ihnen gut auszukennen, fördert auf eindrückliche Art den Stillerfolg und stärkt zudem die Fähigkeit jeder Mutter, Bedürfnisse des Kindes richtig zu interpretieren und kompetent zu beantworten.

Literatur: Ich verweise in vielen meiner Vorträge auf die ABM- Protokolle, da sie aktuell sind und den internationalen Stand der Wissenschaft zusammenfassen.

Für diesen Vortrag würde ich beispielsweise auf das aktuelle Protokoll zur Mastitis verweisen.

Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022

<https://www.bfmed.org/assets/ABM%20Protocol%20%2336.pdf>

Oder auch auf das Protokoll zur Hyperlaktation, da es in meinen Augen eines der Stillprobleme ist, das häufig ist, viele Probleme mit sich bringt und relativ einfach durch Beratung verbessert werden kann.

ABM Clinical Protocol #32: Management of Hyperlactation

<https://www.bfmed.org/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/Protocol%20%2332%20-%20English%20Translation.pdf>

Interessenkonflikt: Ich habe keinerlei Interessenskonflikte.

Stillförderung bei Müttern in belasteten Lebenslagen – Ergebnisse einer qualitativen Zielgruppenanalyse

Katharina Reiss; Stefanie Eiser; Stephanie Lücke; Maria Flothkötter

Netzwerk Gesund ins Leben, Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE), Bonn, Germany

Hintergrund: Frauen in psychosozial und materiell belasteten Lebenslagen stillen seltener und kürzer. Bisher gibt es allerdings kein tiefergehendes Verständnis für die dahinterliegenden Ursachen und Motive.

Ziel der Arbeit: Erstmalige Ermittlung von Lebensrealitäten, Erfahrungen, Bedarfen und Bedürfnissen sowie Wünschen im Kontext von Stillen bei Frauen in belasteten Lebenslagen.

Material und Methoden: Durchführung von zwei leitfadengestützten Fokusgruppendifkussionen (niedriger/mittlerer Sozialstatus und keine/kurze Stilldauer; n=6 und n=8). Zusätzliche Durchführung eines Erweiterungsmoduls mit Vergleichsgruppen (16 Telefoninterviews und eine digitale Gruppendiskussion (n=3)).

Ergebnisse: Mütter in belasteten Lebenslagen weisen eher negativ geprägte Stillverfahren auf. Eine externe Stillvorbereitung hat kaum stattgefunden, reale und mediale Vorbilder und Unterstützer*innen sind selten. Objektive Vorteile des Stillens werden vielfach als unzutreffend zurückgewiesen. Die Vergleichsgruppen verfügen im Allgemeinen über mehr Unterstützer*innen im sozialen und professionellen Umfeld, sind tendenziell offener für fundierte Informationen und äußern sich souveräner im Umgang mit Stillschwierigkeiten oder dem öffentlichen Stillen.

Diskussion: Stillen ist ein emotionales und sensibles Thema. Frauen in belasteten Lebenssituationen sollten bereits in der Schwangerschaft (ggf. auch schon früher) eine umfassende und individuelle Stillberatung und -begleitung erhalten. Das Thema Stillen sollte im gesamten Lebenslauf präsent(er) sein, da eine Stillintention schon sehr früh geprägt wird. Förderlich ist auch ein verstärktes (mediales) Sichtbarmachen von (auch öffentlich) Stillenden. Zudem sollte ein insgesamt stigmasensibler Umgang mit dem Thema Stillen gefördert werden.

Interessenkonflikt: Die Autorinnen dieses Artikels geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Berufspraktischer Teil des Studiums Hebammenkunde im Hebammenbelegsystem

Astrid Giesen¹; Eva Juraschko²

¹Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Geschäftsführung, Regensburg, Germany; ²Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Regensburg, Germany

Mit dem neuen Hebammengesetz wurde die Ausbildung der Hebammen an die Hochschule verlagert. Es handelt sich um einen dualen Studiengang mit 2 verschiedenen Ausbildungsorten. Die Theorie findet in der Hochschule statt, die praktische Ausbildung in Kliniken und außerklinisch bei Hebammen. Zukünftig müssen 25% der praktischen Ausbildung durch eine qualifizierte Praxisanleiterin begleitet werden.

Das ist eine Herausforderung für die Kliniken, weil die Finanzierung des berufspraktischen klinischen Teils noch nicht überall geregelt ist. Das gilt vor allem für Kliniken mit Beleghebammen. In Bayern gibt es hierzu bereits eine Finanzierungsvereinbarung mit der Bayerischen Krankenhausgesellschaft.

Die OTH Regensburg startete im Wintersemester 2019 einen Modelstudiengang Hebammenkunde, der im 3. Semester in das neue Hebammengesetz überführt wurde. Damit war die OTH eine der ersten Hochschulen, die nach dem neuen Hebammengesetz das Hebammenstudium durchführte.

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Regensburg ist eine der verantwortlichen Praxiseinrichtung für diesen Studiengang. Hier wurde ein Konzept für den berufspraktischen Teil des Hebammenstudiums entwickelt. Es handelt sich dabei um ein Perinatal Zentrum Level I mit über 3.500 Geburten im Jahr. Die Hebammen arbeiten ausschließlich im Belegsystem.

Eva Juraschko M.A. (Leistungs- und Kommunikationsmanagement) + qualifizierte Praxisanleitung, leitende Hebamme und Astrid Giesen, (Lehrerin im Hebammenwesen, qualifizierte Praxisanleiterin, Qualitätsauditorin), Ausbildungsleitung, stellen dieses besondere Konzept, berufspraktische Einsätze in einem KRS mit Beleghebammen, vor. Damit möchten wir allen Kolleginnen Mut machen, die Herausforderung der Hebammenausbildung anzunehmen und unseren Nachwuchs gut auf die schöne und sehr verantwortungsvolle Aufgabe vorzubereiten.

Interessenkonflikt: Astrid Giesen und Eva Juraschko sind Angestellte im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder. Darin sehen wir jedoch keinen Interessenskonflikt.

Schnittstellenarbeit in der außerklinischen Geburtshilfe

Anke Wiemer

QUAG e.V., Storkow, Germany

Schnittstellenarbeit in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG)

Ergebnisse zu außerklinischen Geburten in 2021

- Regionale Unterschiede des Angebotes von Haus- und Geburtshausgeburt
- Geburtenzahl außerhalb von Kliniken
- Verlegung der Gebärenden unter der Geburt
- Verlegung der Mutter und/oder der Neugeborenen nach der Geburt
- Anforderung eines Arztes im außerklinischen Setting
- außerklinische Qualitätsindikatoren und Ergebnisse

Kooperationen regional entwickeln und Routinen installieren

- Kooperationspartner: außerklinische Geburtshelferin (zu Hause / im Geburtshaus) – Rettungsdienst – Klinik-Team (Hebammen/Ärzte) – Kinderarzt und ggf. weitere
- im Sinne der Frau und des Kindes agieren in Schwangerschaft, während und nach der Geburt
- Verbindlichkeiten und Übergabeprozedere (u.a. Übergabedokumente)
- regelmäßige Dienst- und Fallbesprechungen der Kooperationspartner

was die QUAG sonst noch tut, Infos zur Arbeit in der

- AG Fallkonferenz
- PG Fehlgeburten

Kontaktdaten:

Referentin Frau Anke Wiemer

QUAG-Geschäftsstelle

Hinter den Höfen 2

15859 Storkow

Tel.: 033678-41275 ggf. 0173-3144435

Fax: 033678-41276

Email: geschaeftsstelle@quag.de

Interessenkonflikt: Es sind keine Interessenskonflikte vorhanden.

Rückenbelastende Arbeitsmomente bei der Geburtsbegleitung – Ergebnisse einer quantitativen Erhebung

Andrea Mora

Klinikum Stuttgart, Leinfelden-Echterdingen, Germany

Hintergrund: Rückenschmerzen sind weltweit die führende Ursache von chronischen Schmerzen mit weitreichenden persönlichen Einschränkungen und sozioökonomischen Auswirkungen. Der Hebammenberuf ist ein Beruf mit hohem körperlichem Einsatz, in dem die Prävalenz für Rückenschmerzen deutlich über den in der deutschen Gesamtbevölkerung durchschnittlichen 22 % (chronischer Rückenschmerzen) zu liegen scheint. Während in der Pflege seit vielen Jahren intensiv über die berufsspezifische Prävalenz, die Ursachen und Auswirkungen geforscht wurde, fehlen diese Daten für den geburtshilflichen Bereich in Deutschland nahezu vollständig. Dabei bildet eine Analyse des Ist- Zustands die Basis für eine Konzeptionalisierung und Implementierung von effektiven Präventionsmaßnahmen.

Ziel: Das Ziel der empirischen Erhebung ist es, die subjektive Einschätzung von im Kreißaal tätigen Hebammen zu Häufigkeit und Dauer der Existenz berufsbedingter Rückenschmerzen und deren auslösenden Faktoren darzustellen. Die Ergebnisse können orientierend aufzeigen, in welchen Bereichen ergonomische Konzepte konzipiert werden sollten und belegen einen hohen Forschungsbedarf zur genaueren Erfassung der körperlichen Arbeitsbelastung.

Methode: Es werden die Ergebnisse einer quantitativen Querschnitterhebung (n= 513) zur subjektiven Belastung des Bewegungsapparats von Hebammen während der Geburtsbegleitung dargestellt. Die Befragung wurde im Rahmen einer Bachelorarbeit des Studiengangs angewandte Hebammenwissenschaften an der DHBW Stuttgart im Herbst 2021 online durchgeführt. Die Erhebung untersucht, wie häufig und seit wann Rückenbeschwerden bei Hebammen existieren und welche Situationen mit einer hohen Belastung des Bewegungsapparats einhergehen. Interferenzstatistisch wird nach Zusammenhängen zwischen äußeren (Rahmen-) bedingungen (Größe und Art der Klinik, Beschäftigungsumfang, Körpergröße etc.) und der Häufigkeit von Rückenschmerzen gesucht.

Ergebnisse: Mithilfe der Daten kann belegt werden, dass Hebammen häufig von Rückenschmerzen betroffen sind. Während 21,8% der Befragten angaben (fast) nie Beschwerden im Bewegungsapparat zu haben, gaben 44,1% der Befragten an, das 1-2x pro Woche Rückenschmerzen im Zusammenhang mit ihrer Kreißaaltätigkeit auftreten. Bei 13,7% der Befragten treten sie 3-4x pro Woche auf und bei 19,5% in (fast) jedem Dienst (1,0% machten keine Angaben). Die Beschwerden bestehen sehr häufig seit langer Zeit (> 1 Jahr). Hebammen können sehr genau beschreiben, welche Situationen sie als besonders belastend empfinden. Es zeigen sich keine statistisch belegbaren Zusammenhänge zwischen den äußeren Arbeitsbedingungen und der Häufigkeit von tätigkeitsbedingten Rückenschmerzen.

Zusammenfassung: Berufsbedingte Belastungen des Rückens scheinen im Hebammenberuf ein sehr häufiges Phänomen zu sein, zu dem es bis dato kaum Forschung hinsichtlich der Ursachen, Prävalenz und Auswirkungen gibt. Die Auswertung der Querschnitterhebung erlaubt einen ersten Einblick in die Häufigkeit des Auftretens und in die auslösenden Situationen. Sie könnte die Basis für weitere Forschungsarbeiten sein und die Dringlichkeit zur Erstellung ergonomischer Konzepte für Hebammen unterstreichen.

Literatur: (1) Hrsg. RKI BOURDEN (2020): Prävalenz von Rücken- und Nackenschmerzen in Deutschland. Ergebnisse der Krankheitslaststudie, Berlin

(2) AWMF, BÄK, KBV (2017): Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Langfassung, 2. Auflage, S.15

Interessenkonflikt: es liegen keinerlei Interessenkonflikte vor

Zwischen professioneller Routine und erlebter Einmaligkeit

Martina Kruse¹; Katharina Hartmann²

¹Hebamme / Familienhebamme, Traumafachberaterin, Buchautorin, Köln, Germany; ²Mother Hood e.V. (Wissenschaftsressort, internationales Netzwerk), Lehrerin, Initiatorin Roses Revolution Deutschland, Bonn, Germany

Fachforum 90 min, interaktiv gestaltet

Professionelle Routine versus erlebte Einmaligkeit

Gewalt unter der Geburt ist kein seltenes Ereignis. Eltern berichten von körperlichen, psychischen, verbalen und / oder strukturellen Übergriffen und Belastungen. Die aktuelle Geburtskultur kann massive gesundheitliche Auswirkungen haben. Ca. 3% aller Frauen entwickeln nach der Geburt eine Posttraumatische Belastungsstörung, in Hochrisikogruppen steigt die Zahl auf fast 16% (Weidner, Garthus-Niegel, Junge-Hoffmeister, Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie 5/2018). Dies sind Zahlen, die dringenden Handlungsbedarf unterstreichen.

In diesem interprofessionell-geleiteten, interaktiven Beitrag wird die Koexistenz von einerseits erlernten professionellen Routinen, die Leben retten, und andererseits der erlebten Einmaligkeit aus Frauen- bzw. Familiensicht dargelegt. Frauen erfahren Routinesituationen im Kreißaal zu oft als gewaltvoll oder traumatisierend. Ursächlich dafür könnte sein, dass sie diese Situationen deutlich anders wahrnehmen als das beteiligte Gesundheitsfachpersonal. Dieses handelt in der Regel nicht mit der Absicht, Gewalt auszuüben, dennoch wird es von den Eltern oftmals genauso erlebt.

Woher kommt dieses Diskrepanzerleben? Wie erleben Fachkräfte derartige Situationen und wie gehen sie damit um? Welche alternativen professionellen Handlungsmöglichkeiten gibt es für das Personal?

Ein kooptierter Impulsvortrag (Martina Kruse / Hebammensicht, Katharina Hartmann/ Elternperspektive) geht auf diese Fragen ein.

In der anschließenden Kleingruppenarbeit wird der Perspektivwechsel von Kreißaalroutine hin zu Elternsicht anhand von Beispielen aus der Praxis nachvollzogen und geübt.

Die Auseinandersetzung mit dem Thema Gewalt unter der Geburt ist für Hebammen nicht einfach, es konfrontiert mit eigenen Ansprüchen und Emotionen. Schützenden Abwehrreaktionen und Scham behindern einen reflektierten Umgang mit der Thematik. Innerhalb des Workshops wird auch diesem Aspekt in einem anschließenden Fishbowl Raum gegeben.

Lernziele:

TN können

- ihre eigene Haltung einordnen
- Ihre eigene Reaktion reflektieren
- Barrieren zum frauenzentrierten Handeln erkennen
- Den Perspektivwechsel zur Elternperspektive exemplarisch vollziehen
- exemplarisch alternative Frau- bzw. Familienzentrierte Formulierungen entwickeln

Literatur: Hartmann K, Kruse M (erscheint im Herbst 2022) Gewalt in der Geburtshilfe. Erkennen, reflektieren, handeln. Staudé Verlag

Interessenkonflikt: Keine Interessenskonflikte

Die Betreuung der BEL sub partu als Hebammentätigkeit

Daniela Zahl

Hebammenteam am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Berlin, Germany

Im Jahr 2000 kam es zu einem abrupten Bruch in der Betreuung der vaginalen Geburt bei BEL in Krankenhäusern weltweit. Die Ergebnisse der sog. Hannah "Term Breech Trial" wurde veröffentlicht (1). Die Aussage dieser Studie war, dass das Outcome für Neugeborene besser sei bei einer primären Sectio im Vergleich zu einer vaginalen Geburt. Vier Jahre später wurde eine zweite Studie in der Reihe veröffentlicht, die die ersten Ergebnisse als mangelhaft und irreleitend beschrieben hat (2).

Leider war der Schaden bereits angerichtet, als die zweite Studie veröffentlicht wurde. Überall auf der Welt und in Deutschland, haben zahlreiche Frauenärzt*innen aufgehört, Frauen die Wahl zu lassen, ihr Kind aus der BEL spontan zu gebären. Erfahrene Ärzte in den Krankenhäusern haben z.T. die vaginale BEL Geburt noch angeboten, haben aber die Kunst der BEL zu betreuen (die Handgriffe) an den ärztlichen Nachwuchs nicht weitergegeben.

In Havelhöhe, werden vaginalen BEL Geburten seit 2003 angeboten. Die folgenden Themen werden in diesem Workshop (oder Vortrag) besprochen:

- Welche Ängste von Paaren und Geburtshelfern treffen sich bei BEL?
- Die BEL - das klare, hilfreiche und uns lehrende Kind - ein Geschenk
- Wie unterscheidet sich die Geburtsleitung der BEL von der SL?
- Wie kommt der Steiß zum Beckenausgang?

Vertrauensvolle Teamarbeit mit den Eltern, dem Kind, den Hebammen und den Frauenärzt*innen hilft den Kindern gut auf die Welt zu kommen.

Literatur: 1. Hannah, M. E., Hannah, W. J., Hewson, S. A., Hodnett, E. D., Saigal, S., & Willan, A. R. (2000). Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet* (London, England), 356(9239), 1375–1383. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(00\)02840-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)02840-3)

2. Whyte, H., Hannah, M. E., Saigal, S., Hannah, W. J., Hewson, S., Amankwah, K., Cheng, M., Gafni, A., Guselle, P., Helewa, M., Hodnett, E. D., Hutton, E., Kung, R., McKay, D., Ross, S., Willan, A., & Term Breech Trial Collaborative Group (2004). Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial. *American journal of obstetrics and gynecology*, 191(3), 864–871. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.06.056>

Interessenkonflikt: Die Autorin/Vorzutragende hat keine Interessenkonflikte.

Ultraschall für Hebammen - Ein Weiterbildungsangebot des Instituts für Hebammenwissenschaft und reproduktive Gesundheit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, CH

Katherina Albert¹; Regula Hauser²

¹ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Institut für Hebammen, Winterthur, Switzerland; ²ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur, Switzerland

Zielsetzung

Ultraschall-Untersuchungen durch die Hebamme sind nicht nur in der Schweiz ein viel diskutiertes Thema. Was in Holland seit Jahren selbstverständlich ist, beginnt sich hierzulande erst zu etablieren. An der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Winterthur erlernen in der Praxis tätige Hebammen in einem Basiskurs die Grundlagen und Skills zu einfachen Ultraschall-Untersuchungen von Frauen in der Schwangerschaft und bei Geburtsbeginn.

Methode

Die Teilnehmenden erwerben in dieser Weiterbildung theoretische Kenntnisse und praktische Skills zu einfachen Ultraschall-Untersuchungen. Sie lernen die technischen Möglichkeiten eines Ultraschallgerätes zu verstehen, sowie dessen diagnostischen Grenzen.

Theoretische Inhalte der Weiterbildung sind u.a. die rechtliche Situation der Ultraschalldurchführung durch Hebammen, Möglichkeiten der Termin-, Lage- und Fruchtwassermengen-Bestimmung.

Ethische Fallbesprechungen rund um die pränatale Diagnostik ergänzen die theoretischen und praktischen Inhalte dieser Weiterbildung.

Erste praktische Übungen werden am Modell einer schwangeren Frau (Puppe) durchgeführt und mit Hilfe einer computergestützten Software im hausinternen Skills-Labor geübt.

Zwischen den beiden Weiterbildungstagen bekommen die Teilnehmenden den Auftrag, das in der Weiterbildung Erlernte in ihrer persönlichen Praxis zu trainieren. Diese ersten gemachten Erfahrungen bringen sie im Anschluss zurück in den Unterricht.

Ergebnisse

Die Rückmeldungen nach den ersten zwei Durchführungen waren durchweg positiv. Das Gelernte konnte, wo möglich, in der Praxis angewendet werden.

Ein Ausbau bis hin zu einer Zertifikatsausbildung in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin, Sektion Gynäkologie und Geburtshilfe, ist in Diskussion.

Literatur: <https://www.kwaliteitsregisterbasisechoscopie.nl/kwaliteitsregister>

<https://www.knov.nl/>

Interessenkonflikt: Es bestehen keine Interessenskonflikte

Die Urbewegung

Birte Assmann

Steinbeis-Transfer-Institut Gesundheit Bindung Menschsein, Dettingen, Germany

Es gibt eine Bewegung, die die neugeborenen Kinder bewegt. Sie lässt sich in der Spontanmotorik der Neugeborenen anhand der Bewegungsbahnen der Hände und Füße sichtbar machen. Sie bewegt auch die etwas älteren Kinder und zeigt sich in den Bewegungsbahnen der krabbelnden und laufenden Kleinkinder in Bezug zu ihren Eltern. Sie ist auch mit den Händen spürbar, man kann lernen sie zu spüren und sie hat Ähnlichkeit mit den Wachstumsbewegungen des Embryos im Mutterleib. Sie ist wie eine Bewegung im Seelenraum am Lebensanfang, wenn die Seele sich mit dem Körper verbindet und ihn formt und gestaltet. In der Praxis kann das Erspüren der Urbewegung, wie ich sie jetzt mal nenne, Schwangerschaft und Geburt begleiten und dabei zu tiefen Vertrauenserlebnissen führen. Nach schwierigen Geburtserlebnissen kann es emotionale Wunden berühren und an das Wunder von Mutter- und Kind-Sein erinnern. Der Vortrag gibt Informationen über die Forschungsergebnisse der Bewegungsbahnen der kleinen Babys und Kleinkinder, die an der Freien Universität in Berlin gefunden wurden. Anschließend wird von der Arbeit mit der Urbewegung in der Praxis erzählt und dabei von Fallbeispielen berichtet. Es wird von Begleitungen während Schwangerschaft und Geburt erzählt und von Behandlungen nach tiefgreifenden Geburtserlebnissen.

Literatur: Aßmann B (2019) Von der Empfängnis bis zur Geburt: Einsichten aus Epigenetik, Medizin, Embryologie und Bewegungsforschung. In Blazy H, Polyphone Strömungen, Mattes, Köln.

Aßmann B (2017) Wie wogende Wellen – Bindung und Tragen, Deutsche Hebammenzeitschrift 17/06, 72-75.

Interessenkonflikt: Es liegen keine Interessenkonflikte innerhalb der unten genannten Punkte vor.

Wirksames Hilfsmittel (zum Wohl der Mütter, Familien und Kinder): Der "Edinburgh-Postnatal-Depression-Score"

Isabel Pawelke

Freiberufliche Hebamme, Berlin, Germany

Wirksames Hilfsmittel (zum Wohl der Mütter, Familien und Kinder):

Der „Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale“

Früher noch Wochenbettdepression genannt geht man inzwischen vom gesamten peripartalen Zeitraum aus, von der Schwangerschaft bis ca. eineinhalb Jahre nach der Geburt eines Kindes, in dem Depressionen gehäuft auftreten: bei 10 -15 % aller Mütter (Deutsche Depressionshilfe), und nach neueren Erkenntnissen sind auch Väter häufig (mit -) betroffen (z.B. Paulson J., Bazemore S.: 10%; Cameron et al: 8,4%)

Der Verein Schatten und Licht e.V., der sich schon lange dieser Problematik widmet, empfiehlt uns Hebammen diesen Fragebogen zur PPD- Selbsteinschätzung mit jeder Mutter/ Familie zu besprechen, da die Depressionen noch immer häufig zumindest lange unerkannt bleiben und Mütter stattdessen unter Scham und Schuldgefühlen leiden was die Problematik oft noch verschlimmert.

Nach einem kurzen Input („Wie spreche ich das an, ohne Ängste zu schüren?“, „Was mache ich, und was rate ich der Familie, wenn tatsächlich eine Depression zu vermuten ist?“)

wollen wir uns zu diesen und anderen Fragen sowie bisherigen (noch nicht-) Erfahrungen mit dem Fragebogen austauschen.

Ich möchte alle Kolleginnen, die den Fragebogen noch nicht nutzen, dazu ermutigen, denn je eher erkannt, desto leichter ist Hilfe möglich bei Depressionen und anderen seelischen Problemen. Und davon profitiert die ganze Familie, sowie letztlich auch die Gesellschaft - und wir Hebammen durch erhöhte Arbeitszufriedenheit.

Isabel Pawelke Hebamme und Familienhebamme

Literatur: Metastudie von James F. Paulson und Shernail D Bazemore, 2010

Metastudie von Cameron et al, 2016

Interessenkonflikt: keine :-)

Augmented Reality - Trainingssimulationen für (werdende) Hebammen im Skills-Lab und Zuhause - Projektvorstellung Heb@AR : Augmented Reality gestütztes Lernen in der hochschulischen Hebammenausbildung

Kristina Vogel¹; Nicola H. Bauer²; Tabea Willmeroth¹; Annette Bernloehr³

¹Hochschule für Gesundheit, Bochum, Germany; ²Universität zu Köln, Medizinische Fakultät, Institut für Hebammenwissenschaft, Köln, Germany; ³Fachhochschule Bielefeld, Fachbereich Gesundheit, Bielefeld, Germany

Hintergrund und Ziele: Im Rahmen des Forschungsprojektes ‚Heb@AR - Augmented Reality gestütztes Lernen in der hochschulischen Hebammenausbildung‘ gefördert durch das BmBF (Förderkennzeichen 16DHB3019), wurde ein vollständiges digitales Lehr-/Lernkonzept unter Einsatz von ortsunabhängigen, mehrbenutzerfähigen Augmented Reality (AR) Trainingssimulationen entwickelt, evaluiert und im Studienbereich Hebammenwissenschaft an der Hochschule für Gesundheit Bochum curricular implementiert [1, 2]. Modellhaft wurden drei AR-Szenarien zu den Themen Vorbereiten einer Notfalltokolyse, Vorbereitung einer Schwangeren auf eine Sectio caesarea und Reanimation eines Neugeborenen entwickelt. Das Projektteam besteht aus einem interdisziplinären Verbund von Hebammenwissenschaftlerinnen, Informatikern (Hochschule Emden Leer) und Medizin-Didaktiker*innen (Ruhr-Universität Bochum). Es wird angestrebt, dass die werdenden Hebammen, unterstützt durch die AR-Trainingssimulationen, evidenzbasiert auf ein adäquates und effizientes Notfallmanagement vorbereitet und im selbstbestimmten Lernen unterstützt werden [2].

Methode: Zur fachdidaktischen Ausgestaltung des digitalen Lehr-/Lernkonzeptes und der technischen AR-Anwendungen wurde die Design-Based Research Methode angewendet [3]. Zur nachhaltigen curricularen Implementierung wurde ein Konzept für die Schulung von Lehrenden entwickelt. Sowohl die Lehrendenschulungen als auch die AR-Simulationstrainings werden unter anderem im Hinblick auf die Lernzielumsetzung und didaktischen Ausgestaltung evaluiert.

Ergebnisse: Die drei Notfall-AR-Szenarien konnten in der ersten Interventionskohorte curricular implementiert und evaluiert werden. Je nach Evaluationsdurchgang nahmen zwischen 26 und 40 Studierenden teil. In Abhängigkeit des AR-Szenarios empfanden 80 - 96 % der Studierenden die AR-Trainingssimulation als Lernmedium hilfreich [4]. Darüber hinaus wurden sechs Schulungseinheiten für Lehrende in Kleingruppen durchgeführt. Die Einheiten wurden mit einem praktischen Anteil konzipiert, um sowohl mit der AR-Technik vertraut zu werden als auch Ideen für den Transfer in eigene Lehrveranstaltungen zu generieren [1]. Die Lehrenden-Schulungen zeigten einen signifikanten Einfluss ($p=.049$) auf die persönliche Einstellung hinsichtlich des Einsatzes von AR-Lernszenarien für das Notfalltraining von werdenden Hebammen. Vor der Schulungsreihe ($n=11$) gaben die Lehrenden eine mittlere Skepsis gegenüber AR-Lernszenarien an. Nach der Schulungsreihe ($n=10$) bewerteten die befragten Lehrenden den Einsatz von AR-Lernszenarien als eher positiv [1].

Zusammenfassung: Das AR-Training wird durch Hebammenstudierenden als geeignetes Lernmedium wahrgenommen. Damit AR-Trainings curricular implementiert werden können, ist das Mitwirken von motivierten Lehrenden notwendig. Lehrendenschulungen sind Bestandteil der Transfermaßnahmen zur nachhaltigen Verankerung von AR-Simulation in die hochschulische Ausbildung von Hebammen.

Ausblick: Die Verwendung der notfallbezogenen Trainingsszenarien ist für berufstätige Hebammen sowie Wiedereinsteiger*innen im Sinne der Continuing Education geplant.

Literatur: [1] Vogel, K., Bernloehr, A., Lewa, C., Blattgerste, J., Joswig, M., Schäfer, T., Pfeiffer, T. & Bauer, N.H. (2022). Augmented Reality gestütztes Lernen in der hochschulischen Hebammenausbildung (Heb@AR) – Welche Unterstützung benötigen Lehrende?/ Augmented Reality based training for student midwives (Heb@AR) – what kind of support do teachers need?. Paper presented 6. Internationale Konferenz Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi e.V.) 28.-29.07.2022, Winterthur (Schweiz). Abstract verfügbar unter: <https://www.egms.de/static/de/meetings/dghwi2022/22dghwi25.shtml>; doi: 10.3205/22dghwi25

[2] Blattgerste, J., Lewa, C., Vogel, K., Willmeroth, T., Janßen, S., Franssen, J., Behrends, J., Joswig, M., Schäfer, T., Bauer, N. H., Bernloehr, A. & Pfeiffer, T., (2022). Die Heb@AR App - Eine Android & iOS App mit Augmented Reality Trainings für selbstbestimmtes und curriculares Lernen in der hochschulischen Hebammenausbildung. In: Söbke, H. & Zender, R. (Hrsg.), Wettbewerbsband AVRiL 2022. Bonn: Gesellschaft für Informatik e.V.. (S. 4-9). DOI: 10.18420/avril2022_01

[3] Reinmann G. Innovation ohne Forschung? Ein Plädoyer für den Design-Based Research-Ansatz in der Lehr-Lernforschung. Unterrichtswissenschaft. 2005; 1:52-69.

[4] Lewa, C., Joswig, M., Willmeroth, T., Luksch, K., Blattgerste, J., Pfeiffer, T., Bernloehr, A., Bauer, N.H. & Schäfer, T. (2022). Notfallszenarien transformiert in eine Augmented Reality Lehr-/Lernbegleitung für ein realitätsnahes Training in der hochschulischen Hebammenausbildung. Paper presented in: Gemeinsame Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und des Arbeitskreises zur Weiterentwicklung der Lehre in der Zahnmedizin (AKWLZ). Halle (Saale), 15.-17.09.2021. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2022. verfügbar unter: <https://www.egms.de/static/de/meetings/gma2022/22gma175.shtml>.

doi: 10.3205/22gma175, urn:nbn:de:0183-22gma1752

Interessenkonflikt: Es liegt kein Interessenkonflikt vor. Das Projekt wird durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. Förderkennzeichen: 16DHB3019; Projektlaufzeit: 01. November 2019 bis 31. Dezember 2022

Neue Ansätze zur Vorbereitung auf eine Fehlgeburt

Gisèle Steffen

Hebammenpraxis, Freiburg, Germany

Eine passende Vorbereitung hilft den Schwangeren, die eine schlechte Nachricht erhalten haben, ihr totes Baby loszulassen und die bevorstehende Minigeburt als ein positives Ereignis zu erleben.

Aus Fallbeispielen beschreibe ich die verschiedenen Etappen, die eine schwangere Frau nach einer Diagnose von fötalem Tod durchmacht und wie ich ihr als Hebamme konkrete Hilfe anbieten kann.

Handwerk: Methoden des aktiven Zuhörens, Tiefen-Entspannung wo die Frau in Kontakt zu ihrem toten oder kranken Ungeborenen kommen kann, Technik der Projektion in die Zukunft, um die Minigeburt im Voraus zu visualisieren

Literatur:

Interessenkonflikt: Ich habe keine Interessenkonflikte anzugeben

Be-Up-Studie: Spiegel der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland?

Gertrud M. Ayerle¹; Rainhild Schäfers²; Elke Mattern³; Sabine Striebich⁴; Theresa Oganowski²; Ronja Ocker⁵; Gregor Seliger⁶

¹Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Halle (Saale), Germany; ²Hochschule für Gesundheit Bochum, Bochum, Germany; ³Hochschule für Gesundheit Bochum (z. Z. der Forschungsarbeit), Bochum, Germany; ⁴Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, Hamburg, Germany; ⁵Universitätsklinikum Halle (Saale), Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin, Halle (Saale), Germany; ⁶Universitätsklinikum Halle (Saale), Zentrum für Reproduktionsmedizin und Andrologie, Halle (Saale), Germany

Hintergrund

Die Förderung der physiologischen Geburt ist in Deutschland ein nationales Gesundheitsziel (Bundesministerium für Gesundheit, 2017). Gleichzeitig wird die vaginale Geburt in der Leitlinienentwicklung fokussiert (AWMF 2021). Die Be-Up-Studie gibt Antwort auf die Frage, inwiefern eine geänderte Gebärumgebung, die die mütterliche Mobilität, aufrechte Körperhaltung, Entspannung und Selbstbestimmung fördert, eine vaginale Geburt ermöglicht und das Outcome der Geburt verbessert.

Ziel/ Forschungsfrage

Das Ziel der randomisiert kontrollierten, multizentrischen Studie „Be-Up: Geburt aktiv“ war prioritär die Überprüfung des Effekts des alternativ ausgestatteten Be-Up-Gebärraums (Intervention) auf den Geburtsmodus. Darüber hinaus wurde die Wirkung der Intervention auf sekundäre und weitere Outcomes bei Mutter und Kind geprüft.

Die Studie „Be-Up: Geburt aktiv“ wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert (FKZ: 01KG1715) und im Deutschen Register Klinischer Studien: DRKS00012854 registriert.

Methodik

Von April 2018 bis Mai 2021 nahmen 3.719 Frauen in 22 Kliniken (9 Bundesländer) an der „Be-Up“-Studie teil. Sie wurden bei der Aufnahme in den Kreißaal per online-Randomisierung entweder der Intervention (kein Gebärbett, stattdessen Elemente zur Förderung der Mobilität, aufrechten Körperhaltung, Entspannung und Selbstbestimmung) oder der Kontrollgruppe (üblicher Gebärraum) zugewiesen. Im Kreißaal wurden quantitative Daten erhoben, die zum einen das Hebammen- und geburtsmedizinische Handeln bei der Geburt sowie den Geburtsmodus abbilden. Zum anderen geben sie Auskunft über die Nutzung des Gebärbetts, über die häufigsten Körperhaltungen während der Wehen und der Geburt sowie die gesundheitlichen Outcomes bei Mutter und Kind.

Ergebnisse

Das primäre Outcome (Geburtsmodus) zeigte auf dem Signifikanzniveau von $p < 0,05$ keinen Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen auf (Interventionsgruppe: 89,1%; KI: 87,5% – 90,4%; Kontrollgruppe: 88,5%; 87,0% – 89,9%). Die Werte der fünf sekundären Outcomes (Episiotomie, PDA, Dammriss 3. & 4. Grades, kritisches Outcome bei Reifgeborenen) sind in den Vergleichsgruppen auf dem Signifikanzniveau von $p < 0,01$ ebenso nicht statistisch signifikant. Dennoch zeigt die Be-Up-Studie, dass eine vaginale Geburtenrate von 89% möglich ist. Das Gebärbett wurde im Be-Up-Gebärraum signifikant seltener sowie zeitlich signifikant später genutzt als im üblichen Gebärraum. Insgesamt gesehen ist die Geburt im Be-Up-Gebärraum (ohne das Gebärbett) mindestens so sicher wie im üblichen Gebärraum.

Relevanz

Die Studie „Be-Up: Geburt aktiv“ erhob Daten einer sehr großen Stichprobe in 22 Kliniken in 9 Bundesländern. Sie zeigt die Ergebnisse quantitativer Daten, die die Hebammen- und geburtsmedizinische Versorgung in Deutschland dokumentieren und für die praktische Tätigkeit der Hebammen in Kliniken von großer Relevanz sind.

Literatur: AWMF. Vaginale Geburt am Termin S3 Leitlinie der DGGG und der DGHWi. 2021 Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Nationales Gesundheitsziel - Gesundheit rund um die Geburt. Berlin, 2017.

Interessenkonflikt: Keine

„Geht nicht, gibt’s nicht!“ Herausforderungen und Entwicklungsperspektiven für die Überführung & Integration der staatlichen Abschlussprüfungen in Simulationsprüfungen an der Hochschule

Ruth Berghoff¹; Barbara Beck²; Martina Schlüter-Cruse²; Ute Lange²

¹HS Gesundheit Bochum, Hebammenwissenschaft, Bochum, Germany; ²HS Bochum, Bochum, Germany

Hintergrund: Zukünftig werden Teile der staatlichen Abschlussprüfung aufgrund der neuen Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen [2] als Simulationsprüfungen durchgeführt. Im Studienbereich Hebammenwissenschaft der Hochschule für Gesundheit Bochum haben Studierende des Bachelorstudiengangs Hebammenkunde im 7. Semester ihre praktischen Prüfungen aufgrund der Corona-bedingten Ausnahmeregelung [1] für das staatliche Examen zur Erlangung der Berufsbezeichnung Hebamme als Simulationsprüfungen in 2020, 2021 und 2022 absolviert. Die Simulationsprüfungen wurden an der HS Gesundheit als Hybridsimulationen [3] mit Skillstraining-Simulatoren und mit Simulationspersonen im Skills-Lab durchgeführt.

Ziel: Erläuterung der didaktisch methodischen Umsetzung der Simulationsprüfungen an der HS Gesundheit. Erfahrungswerte, Herausforderungen und mögliche Entwicklungsperspektiven werden thematisiert.

Methodik: In einer Präsentation wird das Konzept der Simulationsprüfungen vorgestellt. Das Konzept sieht eine fallorientierte Kompetenzüberprüfung vor und ist auf die Anwendung von Fachwissen ausgerichtet.

Ergebnisse/Fazit: Das Plenum lernt die Durchführung der Simulationsprüfungen an der HS Gesundheit kennen. Der Vortrag bietet richtungsweisende Anregungen für zukünftige Prüfungsformate im Skills-Lab.

Literatur: Literaturangaben:

[1] Bundesministerium für Gesundheit. (2020). Verordnung zur Sicherung der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite. Online im Internet [17.01.2021]:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-lp/ausbildungssicherung.html>.

[2] Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV). (2020) Bundesgesetzblatt Teil I, Nr. 2. Online im Internet [17.01.2021]:

[https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&start=//*\[@attr_id=%27bgbl120s0039.pdf%27\]#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl120s0039.pdf%27%5D__1618826403858](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&start=//*[@attr_id=%27bgbl120s0039.pdf%27]#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl120s0039.pdf%27%5D__1618826403858).

[3] Urban, B; Lazarovici, M.; Sandmeyer, B. (2013). Simulation in der Notfallmedizin – Stationäre Simulation. In: St. Pierre, M. & Breuer, G. (Hrsg.). Simulation in der Medizin. Grundlegende Konzepte – Klinische Anwendung (S. 232-248). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Interessenkonflikt: Barbara Beck: wissenschaftliche Mitarbeiterin HS Bochum

Ruth Berghoff: wissenschaftliche Mitarbeiterin HS Bochum

Martina Schlüter-Cruse: Professorin Studienbereich Hebammenwissenschaft HS Bochum

Ute Lange: Professorin Studienbereich Hebammenwissenschaft HS Bochum

Aufsuchende Wochenbettbetreuung: Welche Frauen bekommen sie und welche nicht? Eine Analyse von Routinedaten der BARMER

Dagmar Hertle¹; Danny Wende¹; Friederike zu Sayn-Wittgenstein²

¹BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, bifg, Wuppertal, Germany; ²Pflege- und Hebammenwissenschaft Hochschule Osnabrück, Osnabrück, Germany

Hintergrund:

Wochenbettbetreuung durch Hebammen ist in Deutschland aufsuchend möglich und zwar über einen im internationalen Vergleich recht langen Zeitraum von drei Monaten nach der Geburt und bei Bedarf sogar darüber hinaus. In Befragungsstudien haben über 90% der Mütter die Auskunft gegeben, eine aufsuchende Wochenbettbetreuung erhalten zu haben (Sander et al. 2019; Bauer et al. 2020). Allerdings werden durch Befragungen eher gut situierte Bevölkerungsschichten erreicht und der response-bias kann die Ergebnisse beeinflussen. Ein ergänzender Einbezug von Routinedatenanalysen einer Krankenkasse zur Abbildung der Versorgungswirklichkeit erscheint daher sinnvoll. Auswertungen zu abgerechneten Hebammenleistungen wurden in Deutschland bisher nur vereinzelt durchgeführt (Hertle et al. 2021). Diese bieten den Vorteil, dass eine hohe Zahl von Versicherten sektorenübergreifend und unter Einbezug der sozioökonomischen Lage beobachtet werden kann. Nachteilig ist, dass Familienhebammen nicht über die Krankenkasse abgerechnet und somit nicht erfasst werden.

Zielsetzung:

Ziel der Analyse war es, die Abbildung der Versorgungslage auf der Basis von Abrechnungsdaten der BARMER zu ergänzen und darzulegen, wie viele und welche Frauen im Wochenbett in welchem Umfang und über welchen Zeitraum aufsuchende Hebammenbetreuung erhalten haben.

Methode:

Analyse der abgerechneten Hebammenleistungen bei Frauen, die in den Jahren 2017-2020 ein lebendes Kind geboren haben und die während des gesamten Beobachtungszeitraums bei der BARMER versichert waren. Ausgewertet wurden die Abrechnungsziffern für die aufsuchende Hebammenbetreuung nach dem Hebammenhilfvertrag unter Berücksichtigung der sozioökonomischen Lage der Versicherten.

Ergebnisse:

Die Studienpopulation umfasste 227.088 Frauen, von denen 26% nach der Definition des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung über ein niedriges, 46% über ein mittleres und 29% über ein hohes Einkommen verfügten. Es zeigten sich große Unterschiede hinsichtlich der aufsuchenden Hebammenbetreuung. Während 90,5% der Frauen mit hohem Einkommen aufsuchende Wochenbettbetreuung erhielten, waren es bei den Frauen mit mittlerem Einkommen nur 83,5% und bei den Frauen mit niedrigem Einkommen sogar nur 67,9%. Die Gruppen unterschieden sich hinsichtlich weiterer Merkmale wie Sectorate, Frühgeburten, Mehrlingsschwangerschaften, Alter oder Begleiterkrankungen nicht in einem Ausmaß, das den Unterschied in der Versorgung erklären könnte.

Diskussion:

Die Ergebnisse werfen die Frage auf, ob und inwiefern Frauen mit niedrigem Einkommen einen ausreichenden Zugang zur häuslichen Wochenbettbetreuung durch Hebammen haben. Im Gegensatz zur Schwangerenvorsorge können Frauen im Wochenbett nicht auf andere Leistungserbringer*innen ausweichen, da aufsuchende Wochenbettbetreuung eine Vorbehaltstätigkeit von Hebammen ist. Wir können allerdings in den Daten nicht erkennen, ob Frauen stattdessen von einer Familienhebamme betreut werden. Möglicherweise sind aber Frauen mit niedrigem Einkommen im Wochenbett deutlich schlechter versorgt als Frauen der höheren Einkommensschichten, obwohl von einem höheren Unterstützungsbedarf ausgegangen wird (Eickhorst et al. 2016).

Literatur: Sander, M., Albrecht, M., & Temizdemir, E. (2019): Hebammenstudie Sachsen. Studie zur Erfassung der Versorgungssituation mit Hebammenleistungen in Sachsen sowie zur Möglichkeit der kontinuierlichen landesweiten Erfassung von Daten über Hebammenleistungen.

Bauer, N.H., Villmar, A., Peters, M. & Schäfers, R. (2020): HebAB.NRW - Forschungsprojekt „Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen“. Abschlussbericht der Teilprojekte Mütterbefragung und Hebammenbefragung. Hochschule für Gesundheit Bochum.

Eickhorst Andreas, Schreier Andrea, Brand Christian, Lang Katrin, Liel Christoph, Renner Ilona, Neumann Anna, Sann Alexandra (2016): Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 59. Jg., H. 10, S. 1271–1280

Hertle, D., Lange, U. & Wende, D. (2021): Schwangerenversorgung und Zugang zur Hebamme nach sozialem Status: Eine Analyse mit Routinedaten der BARMER. In: Das Gesundheitswesen 2021. DOI: 10.1055/a-1690-7079.

Interessenkonflikt: Die Autor*innen sind tätig an einem Forschungsintstitut einer Krankenkasse bzw. an einer Hochschule.

keine sonstigen Interessenskonflikte

Entwicklung einer umfassenden frauenzentrierten Definition von positivem Geburtserleben: Diskussionspapier

Julia Leinweber¹; Yvonne Fontein-Kuipers²; Sigfridur Inga Karlsdottir³; Anette Ekström-Bergström⁴; Gill Thomson⁵

¹Charite Universitätsmedizin Berlin, Institut für Hebammenwissenschaft, Berlin, Germany; ²School of Midwifery, Health and Social Work, University College Antwerp, Antwerp, Belgium. und :Edinburgh Napier University, School of Health and Social Care, Edinburgh, UK., Antwerp, Belgium; ³School of Health Sciences, University of Akureyri, Akureyri, Iceland., Akureyri, Iceland; ⁴Department of Health Sciences, University West, , Trollhättan,, Sweden; ⁵Maternal and Infant Nutrition & Nurture Unit, School of Community Health & Midwifery, University of Central Lancashire, Preston, UK., Preston, United Kingdom

Einleitung: Ein positives Geburtserleben fördert die Gesundheit der Frau sowohl während als auch nach der Perinatalperiode. Das Verständnis dessen, was ein positives Geburtserleben ausmacht, ist daher von entscheidender Bedeutung für eine qualitativ hochwertige geburtshilfliche Betreuung. Gegenwärtig gibt es keine klare, umfassende frauenzentrierte Definition für ein positives Geburtserleben, an der sich Praxis, Ausbildung und Forschung orientieren könnten.

Zielsetzung: Formulierung einer umfassenden frauenzentrierten Definition des positiven Geburtserlebens.

Methoden: Nach einer rapid review wurde ein sechsstufiger Prozess eingeleitet: (1) Schlüsselkonzepte aus der rapid review, die mit einer positiven Geburt assoziiert werden, wurden abgeleitet; (2) interdisziplinäre Experten in der Autorengruppe verwendeten die Schlüsselkonzepte, um einen Definitionsentwurf zu erstellen; (3) der Definitionsentwurf wurde Klinikern und Forschern während eines europäischen Forschungstreffens zur perinatalen psychischen Gesundheit vorgestellt; (4) die Autoren bezogen das Expertenfeedback ein, um die Arbeitsdefinition zu verfeinern; (5) eine überarbeitete Definition wurde mit Frauen von Konsumentengruppen in acht Ländern geteilt, um ihre Plausibilität zu bestätigen; (6) auf der Grundlage des Feedbacks der Frauen erfolgte die Formulierung einer abschließenden Definition.

Ergebnisse: Folgende Definition wurde formuliert:

„Ein positives Geburtserleben bezieht sich auf die Erfahrungen einer Frau, von Interaktionen und Ereignissen, die direkt mit der Geburt zusammenhängen und bei denen sie sich unterstützt, begleitet, sicher und respektiert fühlt; ein positives Geburtserleben kann Frauen das Gefühl von Freude, Zuversicht und/oder Erfolg vermitteln und kann sich kurz- und/oder langfristig positiv auf das psychosoziale Wohlbefinden einer Frau auswirken.“

Schlussfolgerung: Die integrative, frauenzentrierte Definition betont die Wichtigkeit von Interaktionen mit Fachkräften in der geburtshilflichen Betreuung als Schlüssel zu einem positiven Geburtserleben, wobei das Vermitteln eines Gefühls von Unterstützung, Selbstbestimmung, Sicherheit und Respekt im Mittelpunkt steht. Mit dieser Definition könnten ein positives Geburtserleben bzw. positive Geburtserlebnisse identifiziert und validiert werden; die Definition gibt Impulse für Praxis, Ausbildung, Forschung, Lobbyarbeit und das Abstimmen von gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen im Bereich respektvolle Geburtshilfe.

Schlüsselwörter:

Geburtserleben, subjektiv, postpartal, Definition, frauenzentriert, positive Geburt, Interaktionen mit Fachkräften

Interessenkonflikt: keine Interessenkonflikte

Youtube, meine Mutter und die Hebamme - die Erfahrungen von Migrantinnen Erfahrungen bei der Informationssuche in der Zeit um die Geburt: Eine Fokusgruppenstudie

Britta Bacchetta¹; Julia Leinweber²

¹Familienanlauf e.V., Berlin, Germany; ²Charite Universitätsmedizin Berlin, Institut für Hebammenwissenschaft, Berlin, Germany

Einleitung: Die Schwangerschaft und der Übergang zur Elternschaft sind wichtige Entwicklungsphasen mit bedeutenden Auswirkungen auf Eltern und Neugeborene. Die werdenden Eltern möchten gut über Fragen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und dem Übergang zur Elternschaft informiert sein. Es ist wenig bekannt über die Erfahrungen bei der Informationssuche während der Perinatalperiode von arabisch- und türkischsprachigen Frauen mit Migrationshintergrund in Deutschland.

Methode: Unter Verwendung eines qualitativen Studiendesigns wurden zwei Fokusgruppen im November 2018 und Januar 2019 im Interkulturellen Familienzentrum (TAM) in Berlin durchgeführt: eine mit arabischsprachigen Frauen (n=9), eine mit türkisch sprechenden Frauen (n=13), die Teilnehmerinnen wurden von Stakeholdern aus ihren Communities rekrutiert. Ein Leitfaden für die Fokusgruppen wurde in Zusammenarbeit mit anderen Forschern des Baby Buddy Forward-Projektteams entwickelt. Die Fokusgruppen wurden auf Tonband aufgenommen, wortwörtlich transkribiert und ins Englische übersetzt. Die übersetzten Transkripte wurden mit Techniken der Inhaltsanalyse analysiert.

Ergebnisse: Die Teilnehmerinnen waren zwischen 26 und 40 Jahre alt, lebten meist in einer Partnerschaft und waren zwischen 30 und zwei Jahren in Deutschland ansässig. Aus den Daten der Fokusgruppen wurden sechs Hauptthemen ermittelt: 1) Sprachbarrieren; 2) sich isoliert fühlen; 3) keine Zeit für Fragen; 4) nicht im Internet nachsehen; 5) tun, was man für das Beste hält; 6) Informationen, die Angst machen.

Diskussion: Die Frauen berichten, dass das Internet die Informationen, die sie bereits von der Familie und von Peers erhalten haben ergänzen und aktualisieren kann, dass die Informationen aus dem Internet jedoch nicht ausreichen, um neues Wissen einzuschätzen und anzuwenden. Die Frauen waren oft unsicher, wie sie die Informationen, die sie erhalten, auf ihren Wahrheitsgehalt und Anwendbarkeit überprüfen können. Sie kamen zu dem Schluss, dass sie sich in vielen Fällen auf ihr "Bauchgefühl" oder auf die Methode "Versuch und Irrtum" verlassen müssen, um zu wissen, was das Beste ist. Interaktion mit Peers oder Gesundheitsfachkräften werde als hilfreich bei Bewertung und Umsetzung von Informationen wahrgenommen. Die Appelle von Ärzt:innen und Hebammen, das Internet nicht zu nutzen, wirken realitätsfern, können aber auch Ausdruck mangelnder Internetkenntnisse unter den Angehörigen der Gesundheitsberufe widerspiegeln.

Schlussfolgerungen: Um ihren Informationsbedarf, während der Perinatalperiode zu decken, müssen alle Frauen Zugang zu aktuellen, evidenzbasierten fundierten Informationen in ihrer Sprache haben. Hebammen und Ärzt:innen sollten sich in der Schwangerschaft und nach der Geburt Zeit für Fragen nehmen und Frauen dabei unterstützen Informationen, die sie aus anderen Quellen erhalten haben, zu bewerten. Dafür müssen ggf. Dolmetscher hinzugezogen werden.

Literatur: Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlusOpen*, 2, 8-14. doi:<https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001>

Downe, S., Finlayson, K., Tuncalp, & MetinGulmezoglu, A. (2016). What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *Bjog*, 123(4), 529-539. doi:10.1111/1471-0528.13819

Entsieh, A. A., & Hallstrom, I. K. (2016). First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation-A systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. *Midwifery*, 39, 1-11. doi:10.1016/j.midw.2016.04.006

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J. et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12, 80 (2012). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Interessenkonflikt: Dieses Forschungsprojekt wurde im Rahmen des von Erasmus Plus finanzierten Programms Baby Buddy Forward durchgeführt.

Versorgung geflüchteter Mütter rund um Schwangerschaft und Geburt. Wie responsiv ist das Versorgungssystem aus der Sicht von Müttern und Hebammen?

Theda Borde; Martha Engelhardt; Mathilde Gaudion; Razan Al Munjid; Jasmin Kamhiye

Alice Salomon Hochschule Berlin, Berlin, Germany

Hintergrund und Zielsetzung

Eine verlässliche Hebammenversorgung nimmt für geflüchtete Frauen und deren Kinder einen hohen gesundheitsfördernden Stellenwert ein, da deren Lebenslage durch rechtliche Unsicherheit, strukturelle Versorgungsbarrieren und Prekarität gekennzeichnet ist. Im PROREF-Forschungsprojekt (DFG Forschungsgruppe PH-LENS) untersuchten wir 2020-2022 Versorgungswege geflüchteter Frauen während Schwangerschaft, Geburt und dem ersten Lebensjahr nach der Geburt des Kindes und konnten in Deutschland erstmals Erfahrungen und Sichtweisen geflüchteter Frauen zur Hebammenversorgung ausfindig machen.

Methoden und Studienteilnehmer:innen

In Berlin, Brandenburg und Nordrhein-Westfalen 33 geflüchtete Mütter 1-9 Monate nach der Geburt des Kindes (z.T. mit qualifizierten Sprachmittlerinnen) sowie 75 Fachkräfte anhand qualitativer Interviews zur Versorgungssituation befragt. Die Mütter kamen aus 18 Herkunftsländern, lebten in Gemeinschaftsunterkünften oder eigenen Wohnungen und wiesen unterschiedliche Bildungsgrade auf. Alle Interviews wurden anhand der Framework-Analyse ausgewertet.

Ergebnisse

Nur wenige der befragten Mütter nutzten die Hebammenversorgung vor und nach der Geburt. Gründe dafür waren fehlendes Wissen über die Möglichkeit der Hebammenversorgung, fehlende Information durch Gynäkolog:innen oder Sozialarbeiter:innen, ungelöste Sprachbarrieren v.a. bei der telefonischen Hebammensuche sowie Hebammenmangel. Einige geflüchtete Mütter bewerteten die gynäkologische und kinderärztliche Versorgung als ausreichend und sahen daher keinen Bedarf an Hebammenbetreuung. Mütter, die vor oder nach der Geburt durch eine Hebamme betreut wurden, waren überwiegend sehr zufrieden mit der Versorgung, bezeichneten sie z.B. als „Mutterersatz“ oder „Gold wert“. In einigen Fällen führten geringe Zufriedenheit und negative Erfahrungen zu einem Abbruch des Kontaktes. Diese Mütter kritisierten, dass sie sich von der Hebamme nicht ernst genommen fühlten oder unfreundlich behandelt wurden.

Befragte Hebammen problematisierten die mangelnde Vorbereitung auf die Versorgung geflüchteter Frauen und bei Sprachbarrieren eingeschränkte Möglichkeiten, die Bedarfe der Mütter in Erfahrung zu bringen. Handlungsbedarf wurde für eine verbesserte interprofessionelle Zusammenarbeit erkennbar. Eine gute sektoren- und berufsgruppenübergreifende Versorgung geflüchteter Frauen ist strukturell nicht ausreichend abgesichert und hängt bisher weitgehend von individuellen Engagement einzelner Fachkräfte ab.

Schlussfolgerungen

Die Hebammenversorgung in Deutschland wird den heterogenen Lebenskontexten geflüchteter Frauen nur teilweise gerecht, da Information, Zusammenarbeit, Sprachmittlung, Beziehungsaufbau, Kommunikation und Wissen über die Bedarfe fehlen. Bei geflüchteten Frauen zeichnen sich deutliche Lücken bei der Kontinuität der Versorgung rund um Schwangerschaft und Geburt ab. Die Responsivität des Versorgungssystems auf die Diversität wird insgesamt als gering eingestuft, wodurch gesundheitliche Ungleichheiten begünstigt werden.

Interessenkonflikt: Wir erklären keine Interessenkonflikte

Zustand nach Sectio: Risikofaktor oder Randnotiz?

Nina H. Peterwerth¹; Rainhild Schäfers²

¹Hochschule für Gesundheit, Hebammenwissenschaft, Bochum, Germany; ²Hochschule für Gesundheit, Bochum, Germany

In Deutschland wird weiterhin nahezu jede 3. Geburt per Kaiserschnitt beendet. Bei einer Folgeschwangerschaft ist ein vorheriger Kaiserschnitt ein anamnestischer Befund, der zum Beispiel im Katalog A des Mutterpasses herangezogen werden kann, um laut Mutterschaftsrichtlinien das Vorliegen einer sogenannten Risikoschwangerschaft „mit einem erhöhten Überwachungsbedarf aufgrund des erhöhten Risikos für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind“ zu bewerten. 2019 und 2021 wurden Befragungen mittels Gruppendiskussionen und Fragebogen mit im Kreißaal tätigen Hebammen und Gynäkologinnen* zum Thema Risikowahrnehmung durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass der anamnestische Befund „Zustand nach Sectio“ von den Teilnehmenden teilweise unterschiedlich als möglicher Risikofaktor für den Schwangerschafts- oder Geburtsverlauf wahrgenommen und bewertet wurde. Der Vortrag hat das Ziel, Teilergebnisse der beiden Befragungen zur Risikowahrnehmung mit im Kreißaal tätigen Hebammen und Gynäkologinnen zum Thema Zustand nach Sectio zu präsentieren und zu thematisieren, inwiefern unterschiedlichen Auffassungen die Betreuung von Gebärenden beeinflussen könnten. Darüber hinaus werden durch eine fokussierte Literaturrecherche gewonnene aktuelle Belege und Studienergebnisse aus der Fachliteratur zum Thema Zustand nach Sectio präsentiert. Insgesamt soll der Vortrag anregen, die eigene Haltung als Praktiker*in zu reflektieren.

Interessenkonflikt:

Nina Peterwerth:

Anstellungsverhältnis oder Führungsposition: Angestellte

- Beratungs- bzw. Gutachtertätigkeit: keine
- Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien oder Fonds: keine
- Patente, Urheberrecht, Verkaufslizenz: keine
- Honorare keine
- Finanzierung wissenschaftlicher Untersuchungen: keine
- Andere finanzielle Beziehungen: keine
- Immaterielle Interessenkonflikte: keine

Raihild Schäfers:

- Beratungs- bzw. Gutachtertätigkeit Fachliche Gutachten in Strafrechtsverfahren
- Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien oder Fonds: Nein
- Patente, Urheberrecht, Verkaufslizenz: Nein
- Honorare: Honorare für Vortragstätigkeit und Publikationen
- Finanzierung wissenschaftlicher Untersuchungen: Nein
- Andere finanzielle Beziehungen: Nein • Immaterielle Interessenkonflikte: Nein

vPE Hebammenwissenschaft UKE - Fachforum Konzepte im berufspraktischen Teil des Studiums

Daniela Vogel¹; Carmen Hild¹; Birgit Alpers²

¹Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, vPE Hebammenwissenschaft, Hamburg, Germany; ²Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Direktion für Patienten- und Pflegemanagement (DPP), Hamburg, Germany

Hintergrund: Mit der Reform des Hebammengesetzes wurde die EU-Vorgabe zur Vollakademisierung des Hebammenberufs umgesetzt, womit auch gestiegenen wissenschaftlichen Berufsanforderungen und stark erweiterten selbstständigen Tätigkeiten Rechnung getragen wurde. Ziel ist dabei auch, die Berufsattraktivität durch weitere Tätigkeitsfelder zu steigern (DHV 2018). Den verantwortlichen Praxiseinrichtungen (vPE) kommt im Zusammenhang der Akademisierung eine besondere Rolle zu, sind sie doch als eine der beiden dualen Säulen des Studiums, verantwortlich für den berufspraktischen Teil des Studiums. Dieser wurde dabei im Vergleich zur fachschulischen Ausbildung auf 2200 Stunden gekürzt, umfasst aber nun auch eine gesetzlich festgeschriebene Praxisanleitung, die durch die vPE sicherzustellen ist. Mit den praxisanleitenden Hebammen organisieren die verantwortlichen Praxiseinrichtungen damit die Brücke zur praktischen Hebammenarbeit im Studium.

Struktur und Organisation einer Verbund-vPE: Seit Studienstart im September 2020 begleitet die vPE Hebammenwissenschaft am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) jährlich mehr als 50 Studierende durch den berufspraktischen Studienteil. Der Transfer aus dem Gesetz, diesen Studienteil seitens der vPE zu organisieren und sicherzustellen, wird in den Bundesländern unterschiedlich gelebt. Die vPE UKE hat sich für den Weg einer Verbund-vPE mit zwölf Akademischen Praxisstätten und damit einer Zentralisierung entschieden.

Methodik und zu diskutierende Aspekte: Im Rahmen einer interaktiven Methode sollen die Vorteile und Herausforderungen einer zentral organisierten Verbund-vPE, ihre strukturellen Handlungsfelder und zu empfehlende Erfolgsfaktoren für die Gründung und Betriebsdurchführung dargestellt werden. Neben einem Blick auf die Verantwortlichkeiten und Rollen der Partnerstätten in den klinischen und ambulanten Sektoren liegt der Fokus insbesondere auf der Praxisanleitung. Es sollen Beispiele modularisierter Praxisanleitungen gezeigt werden, mit denen das Ziel verfolgt wird, ein einheitliches Qualitätsniveau im Theorie-Praxistransfer sicherzustellen. Dabei werden Beispiele aufgeführt, wie ein fachlicher Diskurs zwischen kooperierenden Akademischen Praxisstätten und der vPE gestaltet werden kann und welche Herausforderungen sich im Kontext eines dualen Studiums ergeben. Zu diesen zählen dabei zu beachtende tarif- und arbeitsrechtliche Aspekte und im Fall einer wie hier vorgestellten Verbund-vPE auch eine zentral organisierte Praxiseinsatzplanung. Auf diesen Inhalten aufbauend, sollen folgende Fragen diskutiert werden: Zeigt die Vollakademisierung eine Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis, die durch die verantwortliche Praxiseinrichtung mit einem einheitlichen didaktischen Konzept der Praxisanleitung und einer zentralen Steuerung der Praxiseinsätze geschlossen werden kann? Ist es möglich die erforderlichen Kompetenzen für die staatliche Prüfung zur Hebamme den Vorgaben der Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV) entsprechend bei verschiedenen Akademischen Praxisstätten unterschiedlicher Versorgungslevel (1-4) auf einem vergleichbaren Qualitäts- und Umsetzungsniveau zu vermitteln und zu erwerben?

Literatur: Deutscher Hebammenverband (DHV) (2018). Fragen und Antworten. Die Akademisierung der Hebammenausbildung. https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_securedownloads&p=5376&u=0&g=0&t=1676411057&hash=8d03db446d0e3ed77ad5aed5605f7749366f97d1&file=/fileadmin/user_upload/pdf/Bildungspolitik/Akademisierung/20181001_Akademisierung_Fragen_und_Antworten.pdf (15.11.2022).

Interessenkonflikt: Die Autorinnen sind Angestellte des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.

Dr. Daniela Vogel und Carmen Hild: Teamleitungen der verantwortlichen Praxiseinrichtung (vPE) Hebammenwissenschaft am UKE

Birgit Alpers: Stellvertretende Direktorin der Direktion für Patienten- und Pflegemanagement (DPP)

Es liegen keine Interessenskonflikte vor.

„Schwangere erzählen – von Schwangeren lernen“ – Auf dem Weg zur professionellen Identität. Narratives und reflexives Erkunden als Erkenntnisweg im Hebammenstudium

Angelica Ensel¹; Greta Mahne; Sandra Wacker³

¹HAW Hamburg, Hamburg, Germany; ²Hamburg, Germany; ³Universität Lübeck, Institut für Gesundheitswissenschaften, Lübeck, Germany

Im Erkundungsprojekt „Schwangere erzählen, von Schwangeren lernen“ geht es um die Erkundung der Schwangerschaft, der Rolle der Hebamme und ihrer professionellen Identität sowie um die Auseinandersetzung mit der eigenen Person in diesem Prozess. Dabei begleiten die Studierenden an der HAW Hamburg im 1. und 2. Semester eine Schwangere etwa ab der 16. SSW bis 6-8 Wochen nach der Geburt. Im Mittelpunkt der alle vier Wochen stattfindenden Begegnungen steht das Erzählen der Frau über ihr Erleben, ihre Erfahrungen, Gedanken und ihre Befindlichkeit. Aufgabe der Studierenden ist es, ihr aktiv zuzuhören und im Anschluss an das Treffen sowohl das Erzählte zu dokumentieren als auch in einem gesonderten Bericht das dabei Erfahrene im reflexiven Schreiben zu erkunden. Im begleitenden Seminar wird das Erlebte und Erfahrene ausgetauscht, theoretisch eingeordnet und reflektiert.

Eine Masterthesis widmet sich der lerntheoretischen Verortung des Projekts. Sie untersucht das reflexive Schreiben als Lernmodell und -prozess und die Entwicklung erster professioneller Identifikationen im Rahmen der Beziehungserfahrung. Erste Ergebnisse lassen vermuten, dass die situative und leibliche Erfahrung und deren anschließende Reflexion tiefe Lernprozesse auslöst. Insbesondere aber zeigen sich deutliche und intensive professionelle Identifikationsprozesse.

Im Fachforum werden Konzeption, Organisation und Evaluation des Projekts sowie zentrale Erfahrungen aus der Sicht der verschiedenen Beteiligten – als Lernende, Lehrende und Forschende – vorgestellt. Daneben wollen wir uns mit den Teilnehmenden zu erkundenden Lehr-Lern-Konzepten austauschen.

Hebammen als integraler Teil der reproduktiven und sexuellen Gesundheit von Frauen im humanitären Kontext

Jana Lowsky; Ana Liesegang

Deutsches Rotes Kreuz, Bereich Internationale Zusammenarbeit, Berlin, Germany

Der Zugang zu Verhütungsmethoden ist ein Menschenrecht (UNFPA. 2014). Auch während bewaffneter Konflikte, für Menschen auf der Flucht und für diejenigen, die von Naturkatastrophen betroffen sind. Allerdings erhält dieses Menschenrecht in der humanitären Hilfe nicht die entsprechende Priorität. Um diese Lücke zu schließen, entwickelt das Deutsche Rote Kreuz (DRK) in Zusammenarbeit mit der Bayer AG ein Modul zur Familienplanung (FP), das Frauen, Männern und Paaren den freien, bedarfsorientierten Zugang zu Verhütungsmethoden ermöglicht. Das Modul ist Bestandteil der Emergency Response Units (ERUs) im Bereich Gesundheit (d.h. mobiles Krankenhaus oder Klinik) welche im Katastrophenfall innerhalb von 72 Stunden eingesetzt werden können.

Ziel ist es, einen strukturierten Ansatz für Beratung und Zugang zu Verhütungsmethoden zu bieten.

Die FP-Modul folgt einem modularen Ansatz, der es ermöglicht, die verschiedenen Komponenten je nach den lokalen Bedürfnissen flexibel zu konfigurieren:

- Breites Angebot von hochwirksamen kurz- und langfristig wirkenden, reversiblen Verhütungsmethoden.
- Portfolio von Schulungen für Fachkräfte des Gesundheitswesens, Gemeindemitarbeitenden, Freiwillige des Rotkreuz/Rothalbmond Bewegung, sowie nationale und internationale Mitarbeitende, um ihre Kenntnisse und Fähigkeiten zur Beratung und Anwendung von Verhütungsmethoden in humanitären Situationen zu verbessern.
- Schriftliche Dokumente und Qualitätssicherung für die schrittweise Umsetzung wie z.B. Handlungsempfehlungen, Stellenbeschreibungen und Instrumente zur Qualitätssicherung.
- Aufklärung, Information, Bildung und Kommunikation von der Sensibilisierung über Bildungs- und Informationsmaterial bis hin zu speziellen Schulungsformaten
- Einführung des digitalen Dokumentations- und Gesundheitsinformationssystems des Roten Kreuzes/Roten Halbmonds zur standardisierten Berichterstattung und Qualitätssicherung nach internationalen Standards.

Die vom DRK eingesetzten Hebammen verfolgen einen interdisziplinären Ansatz, zusammen mit pflegerischem und ärztlichem Fachpersonal. Hebammen können aufgrund ihrer erworbenen, sehr spezifischen Fähigkeiten und Kenntnisse vor allem Frauen im gebärfähigen Alter vor und nach der Geburt leicht erreichen und genießen großes Vertrauen. In vielen Ländern umfasst der Tätigkeitsbereich einer Hebamme bereits Beratung, Verschreibung und Anwendung bestimmter Verhütungsmethoden. Das DRK sieht Hebammen in einer führenden Rolle und als Fürsprecherinnen für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Familienplanung.

UNFPA 2014: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/NHRIHandbook.pdf> (Zugang 23.01.2023)

"Midwives in emergencies - advocating for women's health through family planning services"

Access to family planning (FP) services is a human right. Even in armed conflicts, for people on the move and during man-made or natural disasters. This human right is often overlooked and not prioritized when it comes to humanitarian response. The German Red Cross (DRK) is developing a module in cooperation with Bayer AG to address these shortfalls. It enables women, men, and couples to freely access and choose a contraceptive method according to their needs.

The module is an add-on to existing modules, like maternal and child health, which are part of an emergency clinic or hospital that can be deployed within 72 hours.

The aim is to provide a structured approach to FP services. The FP module follows a modular approach which allows the flexibility to configure the different components depending on local needs:

- Inclusion of a range of highly effective short- and long-term acting, reversible contraceptive methods:

Two short acting and two long acting contraceptive methods, one of them non hormonal are available at no cost for the beneficiaries and meet the needs especially for the population that we are attending too.

- Set of trainings for health care professionals, community-based workers, RC/RC volunteers, national and international staff to enhance their knowledge and skills to apply FP services in humanitarian settings:

Increased clinical and practical skills as well as knowledge in regard of family planning methods, common misbeliefs and cultural challenges are crucial to integrate sexual and reproductive health and rights activities and access to family planning services into the international emergency health response.

- Guideline, step by step implementation, job descriptions and monitoring tools:

A set of documents support the implementation process, beginning with the selection of experienced delegates as international operation project manager and support to national staff and volunteers of the Red Cross/Red Crescent Movement in their daily work, monitor and evaluate the quality of services and ensure core performance indicators are met.

- Advocacy, information, education, and communication (IEC) material:

A comprehensive approach is used to reach the people from raising awareness to education and information material and special training formats.

- Facilitation of Red Cross/Red Crescent Health Information System and documentation tool:

Digital documentation and reporting, especially in a complex crisis situation when traditional systems may be disrupted are needed to ensure patient safety and meeting international requirements at the same time.

GRC is aiming to deploy midwives as delegates for family planning based on experience that an interdisciplinary approach, including midwives, nurses and doctors, is the most effectful when it comes to FP Services. In many countries, midwives have a different scope of work, especially regarding consultations, prescription and insertation of certain contraceptive methods. Through their acquired and often very specific skills, midwives can reach especially women in childbearing age before and after birth easily and are advocates for sexual and reproductive health and family planning.

Interessenkonflikt: Das Modul „Familienplanung“ wird in Zusammenarbeit mit der Bayer AG entwickelt. Das Deutsche Rote Kreuz (DRK) und Bayer AG haben einen Projektvertrag geschlossen, der die Zusammenarbeit regelt. Die Entwicklung des Moduls wird von Bayer AG finanziert, das fertige Produkt ist Eigentum des DRKs. Die Nutzungsrechte liegen beim DRK. Experten der Bayer AG unterstützen außerdem inhaltlich mit ihrem Fachwissen die Entwicklung.

Im Rahmen des Projektvertrages wird die Verwendung von Bayer spezifischen Produkten explizit ausgeschlossen, d.h. die Wahl der Hersteller verschiedener Verhütungsmethoden obliegt dem DRK gemäß der lokalen Vergaberichtlinien.

Die Grundsätze der Roten Kreuz Bewegung (Menschlichkeit, Unparteilichkeit, Neutralität, Unabhängigkeit, Freiwilligkeit, Einheit, Universalität) werden eingehalten.

Reproduktive Gesundheit und Gendergerechtigkeit im Kontext der globalen Klimakrise – Ein Blick nach Schweden

Franziska Dresen; Ute Lange

¹Hochschule für Gesundheit, Bochum, Germany; ²Hochschule für Gesundheit Bochum, Bochum, Germany

Die Klimakrise stellt die größte Bedrohung für die Gesundheit im 21. Jh. dar. So wirkt sie sich auch in mehrdimensionaler und verheerender Weise auf die physische, psychische und sozioökonomische Gesundheit von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen wie auch ihrer Kinder aus.

Frauen und Kinder zählen zu den Vulnerabelsten in dieser sich schnell zuspitzenden Entwicklung. Und das obwohl sie am wenigsten zu den Ursachen der Krise beitragen. Die Klimakrise hat das Potenzial, die jahrelangen Fortschritte im Bereich der Frauen- und Kindergesundheit zu untergraben. Dies gilt auch für die bisher mühsam erlangten – und doch noch immer so kleinen – Entwicklungsprozesse des Women Empowerments.

Darauf muss mit einer gezielten Stärkung der Frauen geantwortet werden. Gleichzeitig kann davon ausgegangen werden, dass eben diese Stärkung der Frauen zur Lösung des Klimaproblems beiträgt.

Der Bericht „Earth for All“ des Club of Rome (2022) definiert fünf sog. „außerordentliche Kehrtwenden“, die über die Zukunft der Klimakrise und der Menschen entscheiden werden. Eine dieser Kehrtwenden ist die Ermächtigung (Empowerment) der Frauen. In der nationalen Klimapolitik, ist demzufolge eine besondere Berücksichtigung der Geschlechterfrage essenziell.

Eine positive und selbstbestimmte Erfahrung rund um Geburt ist von zentraler Bedeutung, wenn es um die Ermächtigung von Frauen geht. Folglich kann die Qualität eines geburtshilflichen Versorgungssystems ein systemisch relevanter Schritt hin zu mehr Geschlechtergerechtigkeit und planetare Gesundheit sein.

In Ländern wie Schweden stärkt ein kostenloses effizientes Gesundheitssystem nicht nur das Vertrauen in die Regierung, sondern auch das Gefühl, dass der Reichtum des Landes gerechter unter allen Bürger*innen geteilt wird. Die Gesundheitsversorgung hier erlaubt es, mehr Zeit und Ressourcen in präventive Gesundheitsmaßnahmen zu investieren. Hinsichtlich der geburtshilflichen Gesundheitsversorgung wird dieser Aspekt in Schweden v. a. durch die starke Rolle von Hebammen in der Primärversorgung umgesetzt. Mit diesem System sticht Schwedens Geburtshilfe mit im internationalen Vergleich sehr guten Werten hinsichtlich des Geburtsoutcomes heraus. Darüber hinaus steht dieses System auch im Kontext der Geschlechtergerechtigkeit des Landes. Schwedens Gesellschaft zählt laut „Gender Index 2022“ (UN Sustainable Development Goals) zu den Geschlechtergerechtesten dieser Welt.

Nicht zuletzt hat der schwedische Hebammenverband „Swedish Association for Midwives“ mit der Gründung des „Swedish Network for Midwifery“ in 2021 einen wichtigen Grundstein für die Auseinandersetzung mit der Rolle der Hebammen für die Umsetzung der UN 2030 Agenda gelegt.

Anhand eines Blicks auf das Hebammenwesen in Schweden, will dieser Beitrag Lösungsansätze für Geschlechtergerechtigkeit und folglich für die Bewältigung der Klimakrise diskutieren.

Literatur: Dixson-Declève, S. et al. (2022, 3. Aufl.): Earth for All. Ein Survivalguide für unseren Planeten. Der neue Bericht an den Club of Rome, 50 Jahre nach „Die Grenzen des Wachstums“. Oekom Verlag, München. Roos, Nathalie, Sari Kovats, Shakoor Hajat, Veronique Filippi, Matthew Chersich, Stanley Luchters, Fiona Scorgie, Britt Nakstad, Olof Stephansson, und Chamnha Consortium. „Maternal and Newborn Health Risks of Climate Change: A Call for Awareness and Global Action“. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 100, Nr. 4 (2021): 566–70. <https://doi.org/10.1111/aogs.14124>. Stone, Kathryn, Nicole Blinn, und Rebecca Spencer. „Mental Health Impacts of Climate Change on Women: A Scoping Review“. *Current Environmental Health Reports* 9, Nr. 2 (1. Juni 2022): 228–43. <https://doi.org/10.1007/s40572-022-00346-8>. Syed, Sarah, Tracey L. O’Sullivan, und Karen P. Phillips. „Extreme Heat and Pregnancy Outcomes: A Scoping Review of the Epidemiological Evidence“. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, Nr. 4 (19. Februar 2022): 2412. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042412>. UN Sustainable Development Goals: The 2022 Equal Measures 2030 (EM2030) SDG Gender Index: https://www.equalmeasures2030.org/wp-content/uploads/2022/03/SDG-index_report_FINAL_EN.pdf

Zusammenhalt und interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Geburtshilfe an den Westküstenkliniken

Ines Marie Dreier

Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide, Pflegedirektion, Heide, Germany

Zielsetzung:

Sicherung der Geburtshilfe in der ländlichen Region von einer Klinik mit steigenden Geburtenzahlen, Verbesserung der Rahmenbedingungen für werdende Eltern, Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Hebammen und Fachkräftegewinnung

Methode:

Bildung einer interprofessionellen Task Force im Jahr 2018 - heute zur Sicherung der Geburtshilfe

Ergebnisse:

Entwicklung der Kampagne und Marke "Westküstenkinder" mit eigenem Logo, Merchandise, Veranstaltungen, sowie dem Format Geburtsgeschichten, Instagram Seite und Helideck-Talks, etc. Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Geburtshilfe mit der Etablierung einer Schwangeren- und Hebammenambulanz, der Bildung einer Arbeitsgruppe aus Gynäkologen und Hebammen zur Umsetzung der S3 Leitlinie vaginale Geburt am Termin, die interne Umstrukturierung von Arbeitsabläufen, etc. Gewinnung von Fachkräften aus den Bereichen der Hebammen, Gynäkologen und Pädiatern, die Entwicklung einer eigenen Fortbildungsreihe für klinisch-tätige und freiberufliche Hebammen - die Möglichkeit sich zu vernetzen und auszutauschen und sich aktiv einbringen zu können, aus allen Positionen. VPE-Einrichtung mit 3 Studentinnen pro Kohorte und die Weiterbildung von insgesamt 9 praxisanleitenden Hebammen. Die Bereitstellung finanzieller Mittel über das Fallpauschalensystem hinaus, da die Geschäftsführung sowie alle Akteure die Sicherung der Geburtshilfe maximal wichtig ist.

Zusammenfassung:

Projekte der letzten 5 Jahre zur Sicherung und Verbesserung der Geburtshilfe einer Klinik in einer ländlichen Region sich zukunftssicher aufzustellen.

Projekte: Gewinnung von Fachkräften mit neuer Recruitingkampagne „BirthLifeBalance“ Entwicklung einer Fortbildungsreihe für freiberufliche und klinisch-tätige Hebammen unter dem Motto „Zusammen Zukunft gestalten“ Aufbau einer Schwangeren- und Hebammenambulanz, sowie Einstellung einer Versorgungsassistentin Festigung des Teams mit Teambuildingmaßnahmen, offenen Austauschrunden, transparentes und wertschätzendes Miteinander Imagekampagnen mit Formaten, wie Helideck-Talks, Geburtsgeschichten zur Aufklärung der Frauen über natürliche Geburten, Instagramkanal „Westküstenkinder“, Teilnahme an Messen und Kongressen, etc. Arbeitsgruppe zur Verbesserung der Prozesse und das Bearbeiten der internen Schwächen - Ausschreibung der Position der leitende Hebamme als Doppelspitze in Voll- und Teilzeit und Besetzung dieser zum 01.03.2023 mit zwei Hebammen - Umfangreiches Fortbildungsprogramm erstellt – CTG Fortbildung, geburtshilfliche Notfälle als Simulationstraining, Traumasensible Hebammenarbeit, etc - Entscheidung für nur eine Hebammenstudentin im Jahr 2022 (Druck rausnehmen) - Verbindliche SL Dienste für Führungsarbeit der leitenden Hebammen - Umbaumaßnahmen im Kreißaal (zur Arbeitsumfeld Optimierung – Ideen von Hebammenteam) Bildung einer Arbeitsgruppe aus Gynäkologen und Hebammen zur Umsetzung der S3 Leitlinie vaginale Geburt am Termin Erarbeitung von Konzepten z.B. hebammengeleiteter Kreißaal, etc.

Alles unter der Leitung der Task Force von Ines Marie Dreier. Wir würden uns freuen unsere Arbeit bei ihnen präsentieren zu können, da wir denken, dass wir ein gutes Beispiel dafür sind wie interprofessionelle Zusammenarbeit aussehen kann und wir Maßnahmen mit viel Herz und Verstand planen, durchführen und so gemeinsam zukunftssicher aufzustellen.

Interprofessionelles Lernen von Studierenden der Hebammenwissenschaft und Medizin: Das Lehr-Projekt „IPE-MidMed“

Caroline Johanna Agricola; Merle Juschka; Sonja Mohr; Felix Alexander Neumann; Birgit-Christiane Zyriax

Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Hamburg, Germany

Zielsetzung: Hebammen und Ärzt:innen betreuen Frauen und ihre Familien rund um die Geburt. In der Versorgung spielt eine gelungene inner- und außerklinische interprofessionelle Zusammenarbeit für die Patientinnenversorgung und Arbeitszufriedenheit der Professionen eine essentielle Rolle. Mit der Akademisierung des Hebammenberufs findet die Berufsausbildung u.a. an Universitäten statt, sodass strukturelle Voraussetzungen vorhanden sind, um Studierende bereits während der Ausbildung mit interprofessioneller Lehre an ein berufsübergreifendes Handeln und Kommunizieren heranzuführen. Im Rahmen des Projekts „Interprofessional Education of Midwifery and Medical Students“ (IPE-MidMed) wird die frühzeitige interprofessionelle Sozialisation, Entwicklung gegenseitiger Wertschätzung sowie eine Verzahnung der Studiengänge angestrebt.

Methode: Seit dem Sommersemester 2022 werden am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf an einem interprofessionellen Tag pro Semester, Seminare aus sechs medizinischen Fachbereichen mit Studierenden aus der Hebammenwissenschaft und Medizin (n = 85) zur Erarbeitung von berufsübergreifenden Fallbeispielen durchgeführt. Eine fortlaufende Evaluation findet jedes Semester im Anschluss an die Seminare gemäß des Mixed-Methods Designs statt. Die „Interprofessional Socialization and Valuing Scale“ (ISVS-21) und selbst entwickelte Fragen werden mittels online-basierter quantitativer Fragebogens zur Erhebung der Überzeugungen, Einstellungen sowie des Verhaltens der Studierenden zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Bewertung der Lehrveranstaltung verwendet. Parallel wurden die Seminare durch Fokusgruppen mit Studierenden und Dozierenden qualitativ evaluiert. Die statistische Auswertung der quantitativen Erhebung legt den Fokus auf die Untersuchung von Unterschiedshypothesen und die Auswertung der Interviews mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring. Um das Lehrprojekt zu optimieren werden gemäß des Action Researchs Strukturen fortlaufend angepasst.

Ergebnisse: An der quantitativen Evaluation haben 80 Studierende, 57,5% (n = 46) aus der Hebammenwissenschaft und 42,5% (n = 34) aus der Medizin, teilgenommen. Im ISVS-21 Gesamtscore zeigt sich zwischen Medizin- und Hebammenwissenschaftsstudierenden kein signifikanter Unterschied in der interprofessionellen Sozialisation oder gegenseitigen Wertschätzung. Die Auswertung der qualitativen Interviews (n = 21) ergab einen hohen Bedarf an interprofessioneller Lehre im Studium sowie einen Erkenntnisgewinn durch das interprofessionelle Bearbeiten von Fallbeispielen.

Zusammenfassung: Interprofessionelle Seminare bieten sich zum Kennenlernen der gegenseitigen Perspektive von Studierenden der Hebammenwissenschaft und Medizin an und können einen Grundbaustein für eine gelungene interprofessionelle Zusammenarbeit in der Zukunft darstellen. Mit der iterativen Adaption der Seminare kann die Qualität der interprofessionellen Lehre kontinuierlich verbessert werden.

Interessenkonflikt: Es bestehen keine Interessenskonflikte von den Autor:innen.

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

Hebammenzentralen können zur Vernetzung freiberuflicher Hebammen mit Beratungsstellen beitragen

Janina Sieveke

Hebammenzentrale Landkreis Vechta, Vechta, Germany

Was kann eine Hebammenzentrale in kommunaler Trägerschaft zu einer Vernetzung freiberuflicher Hebammen mit Beratungsstellen beitragen?

Bis zum Jahr 2022 hatte keine freiberuflich tätige Hebamme, im Rahmen der ordinären Hebammentätigkeit, an Treffen mit den Frühen Hilfen oder Beratungsstellen im Landkreis Vechta teilgenommen. Die Termine und Informationen über die Treffen zum Austausch bzw. Netzwerktreffen mit den Frühen Hilfen oder Beratungsstellen finden in der Regel in und über Institutionen, wie den Landkreis Vechta statt. Eine Einrichtung lädt die anderen ein. Die entsprechenden Instutionsangehörigen treffen sich regelmäßig. Freiberuflich tätige Hebammen sind in diesen Institutionen/Netzwerken in der Regel nicht vernetzt oder angegliedert.

Mithilfe der Hebammenzentrale wurde ein Angebot innerhalb der Institution des Landkreises Vechta geschaffen, um die Vernetzung der Hebammen mit- und untereinander zu fördern. Zudem bietet diese eine Möglichkeit an Netzwerktreffen im Rahmen der Koordinatorinnentätigkeit teilzunehmen. Zum ersten Mal kann ein wiederkehrender Austausch zwischen Beratungsstellen und freiberuflichen Hebammen, stellvertretend durch die Hebammenzentrale, stattfinden. Die dort erhaltenen Informationen werden direkt mittels E-Mailverteiler oder persönlich bei den alle drei-bis viermonatig stattfindenden Hebammentreffen, die durch die Hebammenzentrale wieder aufgenommen wurden, an die Hebammen des Landkreises Vechta weitergegeben. Informationen und Angebote von den Beratungsstellen können dadurch zeitnah die Hebammen erreichen. Die Hebammen wiederum können passende Informationen an Betreute weiterleiten.

Vor dem Start der Hebammenzentrale haben die Hebammen durch ihre persönliche informelle Vernetzung und dadurch häufig aus Zufall von den Angeboten der Beratungsstellen im Landkreis erfahren. Dadurch sind viele Informationen gar nicht oder möglicherweise fehlerhaft verteilt worden. Mithilfe der Hebammenzentrale wird aus informeller Beziehung zunehmend eine formelle, zielgerichtete Vernetzung, die alle Hebammen einbezieht.

Neben diesen wiederkehrenden Treffen wurde ein Fachtag zum Thema Hebammenversorgung im Landkreis Vechta durch die Hebammenzentrale durchgeführt, um die aktuelle Versorgungslage von Familien mit Hebammenhilfe darzustellen. Unter anderem hat jeweils eine Vertreterin der Beratungsstellen teilgenommen. Dieser Fachtag führte zu einer weiteren Vernetzung und Wissenszuwachs bei den Beratungsstellen bezüglich der Hebammenhilfe sowie der aktuellen Versorgungslage im Landkreis.

Diese neue Vernetzung zwischen freiberuflichen Hebammen und Beratungsstellen wurde durch die Angliederung der Hebammenzentrale an das Gesundheitsamt und somit an die Institution Landkreis maßgeblich gefördert. Einladungen zu Treffen von Beratungsstellen wurden z.B. durch die Gleichstellungsbeauftragte an die Koordinatorin der Hebammenzentrale weitergeleitet. Diese konnte an Netzwerktreffen teilnehmen, die Hebammenzentrale vorzustellen, berufliche Kontakte knüpfen, aber auch um Hebammenthemen anbringen. Vorhandene Strukturen und Netzwerke können niedrigschwellig durch die Koordinatorin der Hebammenzentrale genutzt und weiter ausgebaut werden.

Interessenkonflikt: Anstellung beim Landkreis Vechta mit 15 Stunden die Woche als Koordinatorin der Hebammenzentrale

Die Bedürfnisse des Säuglings aus therapeutischer Sicht: Handling & Bindung losgelöst aus dem emotionalen Kontext

Dörte Krauss

Hebammenpraxis Kinderreich, Augsburg, Germany

Zielsetzung:

Anforderungen an die moderne Elternschaft werden in der Öffentlichkeit (soziale Medien; Ratgeber-Belletristik) weitgehend im pädagogischen Kontext artikuliert. Dabei formieren sich teilweise emotional aufgeladene Botschaften, begründet mit vorwiegend populärwissenschaftlichen Thesen.

Die Arbeit der Hebamme basiert auf Evidenz und medizinischen Fakten. Es gehört zu ihren grundlegenden Aufgaben, Eltern über die Bedürfnisse ihres Säuglings ebenso sachlich, wie wertfrei aufzuklären und zu beraten.

Wie kann die Begleitung hinsichtlich einer gelungenen kindlichen Entwicklung losgelöst werden von Empfehlungen, welche eine Gefahr der moralisch-ideologischen Tendenz in sich tragen?

Der Blick auf die physiologisch orientierten therapeutischen Ansätze kann hier spannende Impulse geben.

Methode:

Markante Aspekte des vorgeburtlichen Zustands werden mit den postnatalen Gegebenheiten in Vergleich gesetzt.

Das Ausbilden eines eigenen Körperschemas durch Stemm-Aktivitäten (Fersenschub, Abstützen) und die bewegungssouveräne Re-Zentrierung der - zunächst Reflex-bestimmten - Extremitäten gegen die Schwerkraft, gehören dabei zu den wichtigsten Aufgaben im ersten Lebensjahr.

Aus diesen physiologischen Anforderungen an den Säugling leiten sich elementare Hinweise auf seine Bedürfnisse ab. Durch Begrenzung und Widerstand ergibt sich eine propriozeptiv stimulierende und Sicherheit vermittelnde Co-Regulation.

Dieser zu entsprechen, ist eine lebenserhaltende - und biologisch logische - Maßnahme, die zudem in keinem Zusammenhang mit möglicher „Verwöhnung“ des Kindes steht.

Wichtige Methoden für das Handling des Säuglings rücken damit in den Fokus: Inwiefern unterstützt der tägliche Umgang – aus therapeutischer Sicht – die Reifung und das gesunde Gedeihen des Kindes?

Gängige, teils ideologisch gefärbte Praktiken, werden hierbei beleuchtet und in Bezug auf ihren physiologischen Sinn reflektiert.

Ergebnisse:

Der Begriff „Handling“ entstammt dem physiotherapeutischen Konzept der Eheleute Bobath. Danach sollen sich das Tragen, Halten und Bewegen des Säuglings stimulierend auf Körperhaltung und Bewegung auswirken.

Bedenkt man, dass die sensomotorische Komponente bis zum 7. Lebensjahr jegliche Wahrnehmung des eigenen Körpers und der Umwelt bestimmt und somit auch sämtliche Handlungen und Reaktionen prägt, wird die Bedeutung der körperlichen Ebene für das Kind besonders deutlich.

Handling kann als physiologisch begründeter Ansatz, kindlichen Bedürfnissen zu entsprechen, verstanden werden und damit wertvolle neue Perspektiven bei der Begleitung junger Eltern liefern.

Zusammenfassung:

Weg vom „Gefühligem“ hin zur medizinisch belegbaren und wertfrei begründbaren Methodik – das soll Ziel des Vortrags oder Workshops sein.

Merkmale der kindlichen Entwicklung werden in direkten praktischen Zusammenhang mit dem Handling des Säuglings gesetzt. Die daraus resultierenden kindlichen Bedürfnisse werden aus therapeutischer Sicht beleuchtet – und ergeben dabei erstaunliche Abweichungen von bekannten Annahmen.

Interessenkonflikt: Ich habe keine Interessenskonflikte, Ich arbeite als freiberufliche Dozentin & Kursleitung.

Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) – Einführung in das Konzept und Herausforderungen bei der Umsetzung

Sabine Striebich

Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, Department Pflege und Management, Hamburg, Germany

Hintergrund:

Die partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making – SDM) bietet die höchste Form des Einbezugs von Patient:innen in diagnostische oder therapeutische Entscheidungen in Situationen, in denen mehrere Optionen vorhanden sind, die positive und negative Folgen haben können. SDM beinhaltet einen Prozess unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Behandler:in und Patient:in. Die Schritte des SDM sehen 1. die Klärung der individuellen Entscheidungssituation, 2. die Gabe passender Informationen zum Vergleich der bestehenden Optionen und 3. die Unterstützung der Person bei der Klärung eigener Bedürfnisse, Werte und Ziele vor (Elwyn 2017). SDM trägt zu größerem Wissen, zu einer Reduzierung von Entscheidungskonflikten, die mit Unsicherheit und Angst einhergehen können, und zu größerer Zufriedenheit bei Patient:innen bei. Etwa 80% aller Patient:innen in Deutschen Kliniken wünschen sich eine aktive Beteiligung an Entscheidungen (Bertelsmann Stiftung 2018).

SDM erfordert die Fürsorgepflicht, dass Gesundheitsfachpersonen, also auch Hebammen, ein für die Frau verständliches Wissen bereitstellen und persönliche Voreingenommenheiten offenlegen, die die Entscheidungsfindung der Frau beeinflussen können; dem stehen in der Geburtshilfe besondere Barrieren entgegen (Begley et al. 2019).

Hebammen, Ärztinnen und Ärzte in Deutschland benötigen Wissen zum Konzept SDM sowie spezifische Kompetenzen für die praktische Umsetzung, um Frauen eine angemessene, selbstbestimmte und informierte Versorgung bei ihrer Geburt zu ermöglichen, wie es im 9. Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ (2017) vorgesehen ist.

Methoden:

Im Vortrag werden die 9 Schritte der partizipativen Entscheidungsfindung (SDM) vorgestellt und auf Beispiele aus der Geburtshilfe bezogen. Die Herausforderungen für die Umsetzung des Konzepts insgesamt als auch an signifikanten Stellen des Entscheidungsprozesses werden aufgezeigt sowie Schlussfolgerungen für die interprofessionelle Aus-, Fort- und Weiterbildung und die Forschung benannt.

Ergebnisse:

Die Zuhörenden erhalten einen Einblick in das Konzept und in die Herausforderungen, die mit der Anwendung von Beratung nach dem Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung verbunden sind.

Zusammenfassung:

Der Vortrag macht auf die Relevanz des Konzepts des SDM als Teil evidenzbasierter Hebammenarbeit aufmerksam, vermittelt ein Problembewusstsein und erste Grundkenntnisse.

Literatur:

Begley K, Daly D, Panda S et al. Shared decision-making in maternity care: Acknowledging and overcoming epistemic defeaters. *J Eval Clin Pract* 2019; 25 (6) Bertelsmann Stiftung. Shared Decision Making - Young physicians criticize poor framework conditions for patient involvement in everyday hospital practice. 2018

Bundesanzeiger. Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt 2017

Elwyn G, Durand MA, Song J, et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ*. 2017. doi: 10.1136/bmj.j4891.

Interessenkonflikt: Die Autorin ist Mitglied in folgenden Verbänden: Deutscher Hebammenverband, Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft, Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, Arbeitskreis Frauengesundheit. Die Autorin erklärt, dass daraus keine Interessenkonflikte resultieren.

Versiert & gut vernetzt - Freiberufliche Hebammen in den Frühen Hilfen (Teil I)

Martina Schlüter-Cruse¹; Friederike zu Sayn-Wittgenstein²

¹HS Gesundheit Bochum, Hochschule für Gesundheit, Bochum, Germany; ²Hochschule Osnabrück, Osnabrück, Germany

Hintergrund:

Auf der Grundlage eines Workshops für Hebammen und Familienhebammen auf dem 19. Deutschen Hebammenkongress im Jahre 2019 ist in Zusammenarbeit mit dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) ein Eckpunktepapier entstanden, das den aktuellen Stand der Einbeziehung freiberuflicher Hebammen in die Netzwerke Frühe Hilfen analysiert.

Zielsetzung:

Ziel des Eckpunktepapiers ist es, Grundsätze und Rahmenbedingungen zu formulieren, damit das Potential freiberuflicher Hebammen im Kontext Früher Hilfen gehoben werden kann und Kooperationen gelingen können.

Methode:

Im Rahmen des Beitrags werden zentrale Fragestellungen aus dem Eckpunktepapier aus wissenschaftlicher und berufspraktischer Perspektive diskutiert:

- Wie können Frauen und Familien in psychosozialen Belastungslagen bestmöglich unterstützt werden und welche fachlichen und strukturellen Änderungen sind dafür notwendig?
- Welche Faktoren fördern oder hemmen die Integration freiberuflicher Hebammen in die Netzwerke Frühe Hilfen?
- Wie können Hebammen zur Weiterentwicklung von Netzwerken und Frühen Hilfen beitragen?

Ergebnisse:

Der Auf- und Ausbau von Kooperationen freiberuflicher Hebammen zu anderen Akteuren in Beratung und Begleitung von Schwangeren und jungen Familien ist wichtig, um gemeinsam zielgruppenspezifische Angebote zu entwickeln. Leistungen freiberuflicher Hebammen zur Kooperation und Mitwirkung sollten vergütet werden. Bestehende Strukturen im Hebammenwesen bieten gute Anknüpfungspunkte, um Modelle guter Praxis auszubauen.

Zusammenfassung:

Freiberufliche Hebammen nehmen Schwierigkeiten bei der Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung wahr, erkennen psychische Probleme der Frauen und weitere Unterstützungsbedarfe. Das macht sie zu wichtigen Akteuren der Frühen Hilfen.

Literatur: Schlüter-Cruse, Martina; Sayn-Wittgenstein, Friederike, zu; unter Mitarbeit von Ulrike von Haldenwang (2022). Eckpunktepapier „Freiberufliche Hebammen in den Frühen Hilfen“. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln: NZFH.

Interessenkonflikt: Es bestehen keine Interessenskonflikte

Versiert & gut vernetzt – Freiberufliche Hebammen in den Frühen Hilfen. Einladung zum Austausch (Teil II)

Martina Schlüter-Cruse¹; Friederike zu Sayn-Wittgenstein²

¹HS Gesundheit Bochum, Hochschule für Gesundheit, Bochum, Germany; ²Hochschule Osnabrück, Osnabrück, Germany

Hintergrund:

Hebammen sind vor allem mit den Institutionen des Gesundheitswesens, weniger stark etwa mit den Einrichtungen des Sozialwesens, z.B. Netzwerke Frühe Hilfen und Jugendämtern vernetzt. Kooperations- und Vernetzungsarbeit freiberuflicher Hebammen sind zeitaufwändig und werden nicht vergütet – sicher ein Grund dafür, dass eine flächendeckende und systematische Einbindung in die Netzwerke Frühe Hilfen bisher nicht gelungen ist.

Der Beitrag knüpft an den Vortrag „Versiert & gut vernetzt – Freiberufliche Hebammen in den Frühen Hilfen“ an. Welchen Nutzen Hebammen durch ihr Engagement in Netzwerken Frühe Hilfen haben und wie eine Win-Win-Situation für alle, insbesondere die belasteten Familien entstehen kann, ist Thema in diesem World Café.

Zielsetzung:

Alle Akteurinnen und Akteure, die sich über die Thematik austauschen und an gelingender Kooperation mitarbeiten wollen sind eingeladen im World Café miteinander zu diskutieren.

Methode:

Anhand folgender Leitfragen möchten wir zur Diskussion an drei Thementische einladen:

- Wie können freiberufliche Hebammen mit ihren Angeboten belastete Familien erreichen?
- Welches Potential bergen die neuen Curricula des Studiums zur Hebamme für die Begleitung belasteter Familien sowie die Frühen Hilfen?
- Wie profitieren Hebammen von der Kooperation in den Netzwerken Frühe Hilfen?

Ergebnisse:

Die Ergebnisse der Thementische werden im Anschluss an die Diskussion gebündelt und im Plenum präsentiert.

Zusammenfassung:

Das Forum bietet die Chance, den Austausch zur geburtshilflichen Versorgung von Familien in belasteten Lebenslagen innerhalb der Berufsgruppe der Hebammen sowie mit anderen Disziplinen fortzuführen.

Interessenkonflikt: Es bestehen keine Interessenskonflikte.

Hebammenarbeit und Sexarbeit

Giovanna Gilges

Hochschule für Gesundheit, Fachbereich Hebammenwissenschaft, Bochum, Germany

Themenfeld und Herausforderung

Bis heute ist Sexarbeit ein polarisiertes Feld, in dem diverse gesellschaftliche Aushandlungsprozesse stattfinden und das von emotionalisierenden und moralisierenden Aspekten durchzogen ist. Während für Sexarbeitende klar ist, dass sie nicht die Personifizierung ihres Arbeitsbereiches sind, kann ein wertfreier Blick auf Sexarbeitende für Außenstehende jedoch eine Herausforderung darstellen – auch für Hebammen.

In der Begegnung mit schwangeren Personen und deren involvierten Angehörigen, bewegen sich Hebammen u.a. permanent in den Spannungsverhältnissen von Intimität, sexueller Sozialisierungen, sowie der Kapitalisierung von Körper und Leiberfahrung.

Was aber, wenn die eigene Vorstellung von Prostituierten und Sexarbeit einen wertfreien Blick auf die Person erschwert?

Zielsetzung

Um eine gute Hebammenarbeit für schwangere Personen leisten zu können, die in der Sexarbeit tätig sind oder waren, braucht es eine reflektierte Verortung als Hebamme. Dieser Prozess beginnt idealiter mit dem Erkennen der eigenen eventuell vorurteilsbehafteten Denkmuster, der eigenen Unsicherheiten oder Wissenslücken oder offenen Fragen. Insbesondere braucht es Räume, in denen man sich gemeinsam auseinandersetzen kann.

Motivation des Vortrages ist es, einen Impuls zur Sensibilisierung zu geben, um sich selbst als Hebamme stark zu machen für eine diskriminierungsarme und entstigmatisierte geburtshilfliche Begleitung für Personen, die in der Sexarbeit tätig sind oder waren.

Ablauf

Der Vortrag beginnt mit einem Disclaimer, der den wissenschaftlichen common sense von Sexarbeit und Prostitution und den sexarbeitenden Personen als heterogene Subjektgruppe formuliert.

Anschließend wird auf die Forschungslücke zu Schwangerschaft, Mutterschaft und Elternschaft für sexarbeitende Personen eingegangen, aus der sich das aktuelle Forschungsprojekt der Referentin entwickelt.

Der zweite Teil geht auf die Frage ein, was Prostitution bzw. das Wissen über die Arbeits- und Lebensrealitäten von in der Sexarbeit tätigen Personen mit der Hebammenarbeit zu tun hat und skizziert zwei Beispiele des Komplex Hebammenarbeit und Sexarbeit.

Giovanna Gilges

ist Kulturpädagogin und Genderwissenschaftlerin und promoviert an der Ruhr-Universität Bochum bei Prof. Dr. Katja Sabisch zum schwangeren Körper im parlamentarischen Politikfeld der Prostitution. Derzeit arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule für Gesundheit in Bochum im Fachbereich Hebammenwissenschaft.

Gilges ist Gründungsmitglied und Vorstand der Gesellschaft für Sexarbeits- und Prostitutionsforschung (GSPF), die in Deutschland, Österreich und der Schweiz vertreten ist.

Interessenkonflikt: Es liegen keine Interessenkonflikte vor.

Die Bedeutung einer gelingenden Zusammenarbeit der Systeme während der Schwangerschaft und rund um die Geburt - Kindzentrierte Psychosoziale Grundversorgung in Frauen- und Kinderarztpraxen

Nicolas Haustedt

Stiftung SeeYou, Hamburg, Germany

Zielsetzung

Die wichtige Begleitung durch eine Hebamme zu erhalten, kann mitunter, gerade für Schwangere mit intensivem Bedarf, eine Herausforderung sein (Präventionsdilemma). Die schwierigen Rahmenbedingungen der geburtshilflichen Versorgung und die Belastungen durch die aktuellen Krisen verschärfen diese Situation zusätzlich.

Umso wichtiger ist es, dass eine interprofessionelle und strukturierte Zusammenarbeit während der Schwangerschaft und rund um die Geburt gelingt. Denn Kinder aus psychosozial belasteten Familien haben ein erhöhtes Risiko für Krankheiten und Entwicklungsstörungen.

Dieser Vortrag soll auf die Bedeutung einer psychosozialen Grundversorgung während der Schwangerschaft hinweisen und zudem die Potentiale einer gelingenden interprofessionellen Zusammenarbeit während der Schwangerschaft und rund um die Geburt diskutieren.

Material und Methoden

Das Ziel des Innovationsfondprojektes „KID-PROTEKT“ ist es, die gesunde Kindesentwicklung trotz psychosozialer Belastungssituation in der Familie zu fördern.

Die bisher in der Regelversorgung bestehenden Routineuntersuchungen zur Schwangerenvorsorge sowie der Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen sollen dabei um eine psychosoziale Belastungsanamnese erweitert werden. Fachärzt*innen für Pädiatrie und Gynäkologie sowie medizinische Fachkräfte der teilnehmenden Praxen erhielten eine Schulung zur Früherkennung psychosozialer Belastungen und zu den Angeboten der Frühen Hilfen. Bei Vorliegen einer familiären Belastungssituation wurde in einem persönlichen Gespräch zwischen Eltern und geschultem Personal der individuelle Unterstützungsbedarf geklärt und bei Bedarf über passende Hilfsangebote informiert bzw. an diese vermittelt. Bei weitergehendem Beratungsbedarf bestand in einzelnen Praxen die Möglichkeit, die Familie für eine umfassendere Beratung in die Sprechstunde einer (sozial-)pädagogischen Fachkraft („Babylots*in“) zu überweisen.

Ergebnisse

Über ein Drittel (37%) aller angesprochenen Schwangeren bzw. Familien ist nach eigenen Angaben im KID-PROTEKT Anhaltsbogen belastet. Über die Kombination aus Screening und sich anschließendem Gespräch konnten die familiären Unterstützungsbedarfe zuverlässig erkannt und eingeordnet werden. Das Vorgehen erwies sich als praktikabel und wurde von Praxen und Familien gleichermaßen gut angenommen. Dabei wurden auf Basis der neuen Versorgungsform mehr als drei Mal so viele Familien (20-22%) an Hilfsangebote weitergeleitet als in der Regelversorgung (6%). War über die reine Information hinaus eine aktive Vermittlung in Hilfen nötig, zeigte sich die Variante mit Lotsenunterstützung überlegen, was sich u. a. in einer nahezu doppelt so hohen Inanspruchnahmerate manifestiert.

Interessenkonflikt: Politischer Referent im Angestelltenverhältnis bei der Stiftung SeeYou. Es liegen keine Interessenskonflikte vor.

Qualitätsverträge zur Geburtshilfe: eine Chance für die Hebammenarbeit?

Dagmar Hertle

BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, bifg, Gesundheitssystemforschung, Wuppertal, Germany

Hintergrund:

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz §110a wurde 2015 erstmals die Möglichkeit geschaffen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern Verträge zur Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung (Qualitätsverträge) abzuschließen: „Ziel der Qualitätsverträge ist die Erprobung, inwieweit sich eine weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen, insbesondere durch die Vereinbarung von Anreizen sowie höherwertigen Qualitätsanforderungen erreichen lässt.“ Im Juli 2022 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) weitere Leistungsbereiche für Qualitätsverträge beschlossen, darunter die Geburtshilfe.

Inhalte und Rahmenbedingungen:

In den Tragenden Gründen zu diesem Beschluss benennt der G-BA als Qualitätsziel u.a. die Förderung der natürlichen und möglichst interventionsarmen Geburt gemäß dem nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“. Als mögliche geeignete Struktur-, Prozess- und Ergebnisparameter, zu denen Vereinbarungen getroffen werden könnten, werden u.a. eine 1:1-Betreuung während der Geburt durch Hebammen, die präpartale Vorstellung der Schwangeren in einer Hebammen-Sprechstunde, traumasensible Personalschulungen, eine geringe Rate an primären Kaiserschnitten und operativen Entbindungen oder das Vorliegen von Handlungspfaden z.B. im Fall von Komplikationen genannt. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat den Auftrag erhalten, bis April 2023 ein detailliertes Evaluationskonzept inklusive möglicher Kennzahlen zur Qualitätsmessung vorzulegen.

Die ersten Vertragsabschlüsse zur Geburtshilfe werden vermutlich ab Sommer/Herbst 2023 möglich sein. Die Qualitätsverträge können individuell zwischen den Vertragspartnern gestaltet werden. Eine Verpflichtung zum Abschluss von Qualitätsverträgen gibt es nicht, allerdings können Qualitätsverträge je nach Verhandlungsabschluss attraktive finanzielle Anreize setzen.

Zielsetzung:

Der Vortrag soll über die Intention und die Möglichkeiten von Qualitätsverträgen informieren und das vom IQTIG im Vorbericht dargelegte Evaluationskonzept für den Leistungsbereich Geburtshilfe vorstellen, das insbesondere auch mögliche konkrete Qualitätsziele enthalten wird. Da wesentliche Qualitätsziele die Förderung der physiologischen Geburt betreffen (s. Tragende Gründe des G-BA), werden Hebammen bei der Umsetzung unverzichtbar sein. Eine frühzeitige Information über die Möglichkeiten von Qualitätsverträgen erscheint sinnvoll, um eine Beteiligung der Hebammen an der inhaltlichen Vertragsgestaltung und der Umsetzung in ihrer Klinik zu fördern.

Der Vortrag berichtet über „work in progress“. Der konkrete Inhalt hängt davon ab, ob der Vorbericht des IQTIG fristgerecht im April 2023 veröffentlicht wird (wovon aber auszugehen ist). Danach folgt im Juli 2023 der Abschlussbericht des IQTIG zum Evaluationskonzept, in den die Ergebnisse aus dem vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahren einfließen. Statt um abschließende Informationen wird es darum gehen, das Qualitätsförderungsinstrument „Qualitätsvertrag in der Geburtshilfe“ zu erläutern, das auf die Hebammen zukommen kann und wird.

Literatur: Beschluss des G-BA und Tragende Gründe: <https://www.g-ba.de/beschluesse/5554/>

Interessenkonflikt: Das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, bifg, ist unabhängig und eigenständig tätig und nicht mit den Verhandlungen und dem Abschluss konkreter Verträge, auch nicht von Qualitätsverträgen befasst.

Dies ist nicht Inhalt des Vortrags - insofern bestehen auch keine Interessenskonflikte.

EPAs im Hebammenstudium - neue Wege des Assessments in der praktischen Ausbildung

Julia Hennicke

Charité Universitätsmedizin Berlin, Studiengang Angewandte Hebammenwissenschaft, Berlin, Germany

Mit dem neuen Hebammengesetz (HebG) wurde die flächendeckende Akademisierung des Hebammenberufs angestoßen. In dem neu gegründeten Institut für angewandte Hebammenwissenschaft an der Charité Universitätsmedizin Berlin wurde, wie an vielen anderen Standorten auch, ein Curriculum für ein duales Studium entwickelt. Dabei stand der gelungene Theorie-Praxis-Transfer im Fokus.

Im Rahmen eines fakultätsübergreifenden Forschungsprojekts wurde ein neues Assessmentinstrument für die praktische Ausbildung der Studierenden entwickelt. EPAs - Entrustable Professional Activities haben sich bereits in anderen gesundheitsbezogenen Studiengängen international bewährt und wurden im Rahmen eines Konsensusverfahrens für den Studiengang Angewandte Hebammenwissenschaft neu entwickelt. Der Kerngedanke dieses neuen Assessmentinstruments ist es, nicht mehr einzelne Kompetenzen von Studierenden zu bewerten, sondern ihre Fähigkeit, diese Kompetenzen anzuwenden um Kernaufgaben von Hebammen auszuführen.

Für die Erstellung der ersten deutsche EPAs im Hebammenwesen wurde ein Expert*innengremium einberufen. Innerhalb des Gremiums wurden alle relevanten Perspektiven rund um die praktische Ausbildung von Hebammenstudierenden vertreten. In einem strukturierten Konsensusverfahren wurden diejenigen Aufgabenbereiche identifiziert, die jeweils Kernbereichen der Hebammenarbeit darstellen. In Abgrenzung zu den in anderen Disziplinen entwickelten EPAs, wurden erstmals auch nicht-verrichtungsorientierte Aufgabenbereiche inkludiert.

Da das Konsensusverfahren noch nicht abgeschlossen ist, können an dieser Stelle nur die erwarteten Ergebnisse präsentiert werden. Ziel des Verfahrens ist es, 20-25 Kern-EPAs für das gesamte Bachelorstudium konsentiert abzustimmen und in das Curriculum des Studiengangs Angewandte Hebammenwissenschaft zu integrieren.

Die Entwicklung und Implementierung von Entrustable Professional Activities in Hebammenstudiengängen bietet die Chance, die praktische Ausbildung der Studierenden schon während der durch die Akademisierung ausgelösten Umbruchphase deutlich zu verbessern. Im Gegensatz zu Kompetenzen sind EPAs sichtbar und messbar und erleichtern die Beurteilung des Lernfortschritts sowohl für die Studierenden selbst als auch für die Praxisanleitenden. Die Studierenden werden konkret auf die zu übernehmenden Aufgaben vorbereitet und der Theorie-Praxis-Transfer erleichtert.

Durch die Identifizierung der Kernaufgaben von Hebammen inklusive der nicht-verrichtungsorientierten Tätigkeiten wird ebenfalls eine Grundlage geschaffen, die Arbeit von Hebammen vollumfänglich abzubilden. Die genauen Ergebnisse und deren Potentiale können allerdings erst nach Abschluss des Konsensusverfahrens im Februar/März 2023 vorgelegt werden.

Interessenkonflikt: Ich bin angestellt als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Charité Universitätsmedizin Berlin. Das EPA-basierte ePortfolio im Studiengang Angewandte Hebammenwissenschaft wurde in Zusammenarbeit mit der Firma Parantion aus den Niederlanden erstellt.

Versorgungskonzepte neu gedacht

Daniela Erdmann

Köln, Germany

Hintergrund:

Seit einigen Jahren steht der Mangel an Hebammenleistungen im Fokus der Aufmerksamkeit, wenn es darum geht, dass Frauen und ihre Familien von Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Wochenbett – oder Stillzeit die bestmögliche Versorgung erhalten sollen.

Mehrere Stellungnahmen und Studien haben die Faktoren identifiziert, die dazu beitragen, dass ein Engpass vorhanden ist und auf gesellschaftlichen und politischen Ebenen werden unterschiedliche Arbeitskonzepte unter Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen von Hebammen gefordert, aber auch der Blick für die Bedarfe und Bedürfnisse der betreuten Frauen und Familien wird geschärft.

Aktuelle Situation:

Die zunehmende Digitalisierung wirkt wie ein Brennglas, wenn es um die Situation im Gesundheitswesen - und auch ganz besonders in der Geburtshilfe - geht. Bestehende Mängel werden noch offensichtlicher und die Forderungen der Patient:innenvertretungen sind seit Jahren sehr deutlich und beziehen mit Blick auf die Bundeselterninitiative auch Akteur:innen rund um die Geburtshilfe mit ein. Die Versorgungsqualität (Efficacy of Care) ist klar definiert, aber abhängig von den jeweiligen Rahmenbedingungen. Dazu gehören die Ausrichtung der interprofessionellen Zusammenarbeit, funktionierende Schnittstellen und die Integration adressatengerechter Versorgungsangebote bis hin zu digitalen Angeboten.

Vortrag:

Der Vortrag widmet sich der Fragestellung, welche Rolle das gesellschaftliche Verständnis von Mutterschaft spielt und welche Indikatoren die bestmögliche Versorgung von Mutter und Kind jenseits der reinen Prozess- und Outcome -Orientierung definieren.

Mit dem Blick auf

- die aktuelle Studienlage,
- auf die zu Versorgenden und deren Lebenssituation und
- auf die Arbeitsbedingungen von Hebammen,

werden Perspektiven eröffnet, wie Versorgungskonzepte aussehen können, welchen (neuen) Wege denkbar sind und welche Chancen sich bieten können.

Interessenkonflikt: Es bestehen keine Interessenkonflikte

Wenn Psychosomatik, dann Geburtshilfe

Wolf Lütje

EASK Amalie -KH Geburtshilfe, Frauenklinik, Hamburg, Germany

Immer schon und mehr denn je ist die Geburt biopsychosozial eingebettet wie kaum ein anderes Lebensereignis. Selbst die Physiologie unterliegt einer kaum zu ermessenden Vielfalt von psychosozialen Einflüssen. Diese zu erkennen, zu erfassen und in Versorgungskonzepte zu integrieren ist ein ganz wichtiges Zukunftsprojekt der Hebammenarbeit. Intergration in die Ausbildung, personalisierte Vorsorge und Geburtsvorbereitung, Erfassung in einer Hebammenbesprechung, Begleitung durch Interdisziplinarität bis hin zur Fehlerkultur und Selbstfürsorge sind Teilaspekte eines modernen Verständnisses ganzheitlicher Geburtshilfe. Der Referent betrachtet schon bestehende "Best Practice" und entwickelt Visionen für einen holistischen Zugang für alle an der Geburt Beteiligten. Denn eine friedliche Gesellschaft hat ihren Ursprung in einer friedlichen oder zumindest befriedeten Geburt.

Interessenkonflikt: keine Interessen

Apps in der Schwangerschaft. Überblick und Qualitätskriterien.

Mirjam Peters

umaversum reproductive health GmbH, Hebammenwissenschaft, Köln, Germany

Zielsetzung

Aktuell nutzen 67% der Schwangeren Schwangerschaftsapps (Weidenthaler et al., 2022). In den letzten Jahren ist der Anteil immer weiter gestiegen. Familien nutzen Apps um sich zu informieren, unterhalten zu werden, Symptome zu suchen oder Behandlungsentscheidungen vorzubereiten.

Sind die gefundenen Informationen nicht richtig, beängstigend oder verwirrend, können sie die Hebammenarbeit und das Leben der Eltern erschweren. Gibt es hochwertige, beruhigende und qualitätsgesicherte Informationen können sie die Hebammenarbeit unterstützen und erleichtern. So können Eltern kleine Fragen selbst klären, Routineinformationen abrufen oder sich im Vorfeld von Untersuchungen über diese informieren, dann bleibt mehr Zeit für tiefere individuelle Gespräche und Körperarbeit.

Doch welche Apps sind vertrauensvoll und hochwertig und welche nicht?

Methoden

Auf Grund einer aktuellen Recherche im AppStore und im Playstore sowie auf medizinischen App-Bewertungsplattformen (Zentrum für Telematik und Telemedizin) wird ein Überblick über die aktuell in Deutschland verfügbaren Apps für Schwangere gegeben.

Die Apps werden anhand (1) des angegebenen Zwecks, (2) anhand offizieller Zertifizierungen, wie der Medizinproduktzertifizierung, ISO 27001 Informationssicherheitszertifizierung oder der Zertifizierung als Digitale Gesundheitsanwendung und (3) anhand von weiteren Qualitätskriterien wie Hersteller, technischer Support, Nutznachweis durch Studien, Datenschutz, Barrierefreiheit, Neutralität/Wertefreiheit, Kosten, Diversität, Werbefreiheit, UX und Qualität der Informationen bewertet.

Es wird zudem ein Ausblick geben, wie Apps in Zukunft an die Telematikinfrastruktur angeschlossen werden können und welche Möglichkeiten der Datenaustausch in beide Richtungen haben kann.

Ergebnisse

In der großen Masse an Schwangerschaftsapps im Appstore zeigen sich deutliche Unterschiede, so lassen sich grob (1) Werbeapps/ Lifestyleapps, (2) Apps von Krankenkassen und Behörden und (3) Medizinprodukt-Apps unterscheiden. Zur Unterhaltung oder zur oberflächlichen Information können Werbe- und Lifestyleapps genutzt werden. Einige große Krankenkassen (AOK, TK, DAK) bieten ihren Versicherten eigene Informations-Apps an. Embryotox bietet Informationen zu Medikamenten und die Bayerische Staatsregierung Informationen zum Thema Ernährung. Aktuell gibt es fünf Medizinproduktapps für die Schwangerschaft in Deutschland. Diese werden anhand ihrer Schwerpunktsetzung und anhand der genannten Qualitätskriterien vorgestellt.

Zusammenfassung

Apps können die Arbeit von Hebammen unterstützen, wenn sie Eltern einfache Fragen beantworten, sie beruhigen oder mit Routineinformationen unterstützen. Dann bleibt mehr Zeit für tiefere individuelle Gespräche und Körperarbeit. Der Beitrag gibt einen Überblick anhand welcher Qualitätskriterien hochwertige Apps ausgewählt werden können. Und welche Möglichkeiten für Apps in der Zukunft im deutschen Gesundheitswesen gesehen werden.

Interessenkonflikt: Co-Gründung und Co-Geschäftsführung umaversum reproductive health GmbH;

Mitgliedschaften: DGHWi, DHV, Motherhood, PRINA; Stellungnahmebeauftragte der DGHWi

Honorare als Autorin für verschiedene Organisationen

--> Interessenskonflikt als Hersteller einer der beschriebenen Apps. Dies wird offengelegt. Ebenso werden alle Schritte der Recherche und Bewertung transparent gemacht.

Caseload Midwifery: Sektorenübergreifende und durchgängige Hebammenbetreuung in der peripartalen Lebensphase – ein zukunftsweisendes Versorgungsmodell für Deutschland?

Anna-Maria Bruhn; Friederike zu Sayn-Wittgenstein

Hochschule Osnabrück, Osnabrück, Germany

Hintergrund: Das Betreuungsmodell Caseload Midwifery ist nach internationalen Studien mit verbesserten gesundheitsbezogenen Outcomes, einer erhöhten Zufriedenheit in allen Betreuungsbereichen sowie positiveren Geburtserfahrungen verbunden [1,2]. Caseload Midwifery impliziert, dass Hebammen eigenverantwortlich die durchgängige Betreuung einer vereinbarten Anzahl an Frauen pro Jahr übernehmen und dabei in einem kleinen Team organisiert sind [2]. Die in Deutschland derzeitige Versorgung in der peripartalen Lebensphase ist geprägt von Fragmentierung und einer Trennung der Sektoren. Eine sektorenübergreifende und durchgängige Betreuung über das gesamte Versorgungskontinuum durch eine der Frau vertraute Hebamme ist in Deutschland im Kontext der klinischen Geburtshilfe nur für etwa 7 % der Familien verfügbar [3].

Fragestellung und Zielsetzung: Ziel war es, die Umsetzungsmöglichkeiten einer durchgängigen und sektorenübergreifenden Hebammenbetreuung im Team im Kontext der aktuellen Versorgungssituation in Deutschland zu untersuchen. Es sollte die Frage beantwortet werden, welche Chancen, Herausforderungen und Zukunftsperspektiven für die Versorgungsform Caseload Midwifery aus Sicht von Expert:innen bestehen.

Methode: Der PEPPA Framework von Bryant-Lykosius und DiCenso diene als theoretischer Rahmen [4]. Innerhalb des ersten Schrittes wurden aus der Literatur Indikatoren für einen potenziellen Änderungsbedarf identifiziert. Weiterhin wurden nach dem positiven Votum der zuständigen Ethikkommission elf relevante interne und externe Stakeholder der peripartalen Versorgung in einem leitfadengestützten Expert:inneninterview befragt. Die Daten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. Im dritten Schritt wurde der Bedarf an veränderten Rahmenbedingungen, um Caseload Midwifery realisieren zu können, untersucht.

Ergebnisse: Chancen dieser Versorgungsform bestehen für die Nutzer:innen durch eine Beziehungskontinuität mit einem freiberuflichen Hebammenteam sowie einer individuellen Betreuung nach salutogenetischem Ansatz. Zu den Herausforderungen zählen die Zusammenarbeit von sektorenübergreifend betreuenden Hebammen als Team mit einem Krankenhausteam und ambulanten Leistungserbringer:innen in der Schwangerenvorsorge. Zukünftig könnten verbindliche Teamstrukturen, eine transparent geregelte interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine Anstellungsoptionen für sektorenübergreifend betreuende Hebammen im Team diese Versorgungsform befördern.

Zusammenfassung: Die Nachfrage nach durchgängiger und sektorenübergreifender Hebammenbetreuung ist derzeit höher als das Angebot [5]. Indikatoren für einen Änderungsbedarf sind zum einen das Verlangen der Nutzer:innen nach dieser Betreuungsform und zum anderen die anhaltend hohe Sectio- und Interventionsrate in Deutschland. Modellvorhaben und Forschungsprojekte bezüglich Kooperationsmodelle für die Zusammenarbeit von Hebammen, Krankenhäusern und Gynäkolog:innen könnten eine erweiterte Versorgung mit sektorenübergreifender Hebammenbetreuung fördern. Durch weiterführende Strategie-Workshops und Modellprojekte sollte die Festlegung von Prioritäten erfolgen, um langfristig sektorenübergreifende Hebammenbetreuung ausbauen zu können.

Literatur: [1] Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 10–13.

[2] Tracy, S. K., Hartz, D. L., Tracy, M. B., Allen, J., Forti, A., Hall, B., Kildea, S. (2013). Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial. *The Lancet*, 382(9906), 1723–1732. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61406-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61406-3).

[3] Albrecht, M., Loos, S., Heiden, I. an der, Temizdemir, E., Ochmann, R., Sander, M., & Bock, H. (2019). Stationäre Hebammenversorgung. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit. https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e24893/e24894/e24895/e24897/attr_objjs24976/IGES_stationaere_Hebammenversorgung_092019_ger.pdf [letzter Zugriff am 11.11.2022]

[4] Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 530–540.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x>

[5] Mattern, E., Lohmann, S., & Ayerle, G. M. (2017). Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: A qualitative study with focus groups. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1–16.

<https://doi.org/10.1186/s12884-017-1552-9>

Interessenkonflikt: Es bestehen keine Interessenkonflikte.

HebammenZentren, die Versorgungsform der Zukunft? Erfahrungsbericht aus Bremen

Heike Schiffling; Ann-Katrin Maetze-Schmidt

Hans-Wendt-Stiftung, Bremen, Germany

Zielsetzung des Vortrags:

Wir möchten die neue Versorgungsform „HebammenZentrum“ vorstellen, die die ambulante Hebammenversorgung in bisher unterversorgten Regionen verbessert und gute Arbeitsbedingungen für freiberufliche Hebammen vorhält. Wir möchten die Kolleg*innen an unserem Wissen und den gemachten Erfahrungen teilhaben lassen, sowie für Fragen zur Verfügung stehen.

Zusammenfassung:

Der Vortrag beleuchtet Rahmenbedingungen im Land Bremen und die Gründe eine neue Versorgungsform für die ambulante Hebammenversorgung in Stadtteilen mit hohem Bedarf zu implementieren. Der Prozess der Entstehung des Konzeptes wird erläutert und ein Überblick über begünstigende und hemmende Faktoren und die Zusammenarbeit mit Stakeholdern gegeben. Außerdem wird der Prozess der Umsetzung insbesondere deren Herausforderungen und die gemachten Erfahrungen zusammengefasst. Zudem wird die (Zusammen)Arbeit in den jeweiligen Quartieren und die Annahme durch die Zielgruppe beleuchtet.

Es werden die beiden bisherigen HebammenZentren im Land Bremen, ihr Angebotspektrum und die jeweiligen Konzepte vorgestellt sowie der Planungsstand weiterer HebammenZentren im Land Bremen.

Literatur:

Interessenkonflikt: Beide Autorinnen arbeiten als Koordinatorinnen im HebammenZentrum Bremen Ost, bzw. West. Ein Interessenskonflikt entsteht aus unserer Sicht dadurch nicht.

Digitale Hebammenbetreuung im Kontext der Covid-19-Pandemie – Erfahrungen von Müttern und freiberuflichen Hebammen

Nicola H. Bauer¹; Luisa Schumacher²; Dagmar Hertle³; Ursula Jahn-Zöhrens⁴

¹Universität zu Köln, Medizinische Fakultät, Institut für Hebammenwissenschaft, Köln, Germany; ²Deutsches Krankenhaus Institut (DKI), Düsseldorf, Germany; ³BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, bifg, Wuppertal, Germany; ⁴Deutscher Hebammenverband DHV, Berlin, Germany

Zielsetzung

Der Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB in § 6 Abs. 1 sah bis März 2020 vor, dass freiberuflich tätige Hebammen in Deutschland Leistungen persönlich erbringen müssen. Aufgrund der Covid-19-Pandemie durften freiberuflich tätige Hebammen Leistungen erstmals digital anbieten [1]. Das vorliegende Forschungsprojekt hat dieses neue Angebot aus der Perspektive der Nutzer*innen (Mütter) und der Hebammen evaluiert. Im Mittelpunkt standen dabei Art und Umfang der digitalen Hebammenleistungen, die Akzeptanz und die Bewertung der Angebote durch die Frauen in der Schwangerschaft und im Wochenbett sowie die wahrgenommenen Chancen und Herausforderungen aus Sicht der Frauen und Hebammen [2, 3, 4].

Methoden

Mithilfe zweier quantitativer, jeweils auf die Zielgruppe Frauen und Hebammen zugeschnittenen und partizipativ entwickelten Online-Fragebögen, konnten die ersten Erfahrungen mit digitaler Hebammenbetreuung bundesweit erfasst werden. Der Feldzugang zur Frauenbefragung wurde durch die BARMER Krankenkasse gestaltet und freiberufliche Hebammen wurden via Social Media und dem Newsletter vom Deutschen Hebammenverband (DHV) über das Projekt informiert. Die Befragung fand im Zeitraum vom 17.02.2021 bis zum 15.03.2021 statt. Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte mittels IBM SPSS Statistics 27, im Mittelpunkt standen deskriptive Auswertungsmethoden sowie die Berechnung von Korrelationen.

Ergebnisse

Insgesamt haben 1.821 Frauen und 1.551 Hebammen an der Befragung teilgenommen. Zentrale Ergebnisse des Projektes sind, dass rund ein Drittel der Frauen im Jahr 2020 digitale Hebammenleistungen in Schwangerschaft und Wochenbett in Anspruch genommen und diese Leistungen fast durchweg positiv bewertet haben - in der Schwangerschaft zu 84,4% und in der Wochenbettbetreuung zu 90,1%. Mehr als die Hälfte der befragten Hebammen wünschen sich, dass die Möglichkeit der digitalen Betreuung in Schwangerschaft (62,7%) und Wochenbett (50,4%) nach der Pandemie bestehen bleibt. Dabei darf sich der Ausbau der digitalen Betreuung nicht zu Lasten des Umfangs der aufsuchenden Betreuung auswirken. Dem haben im Hinblick auf die Betreuung in der Schwangerschaft 93,5% und hinsichtlich des Wochenbetts 94,2% der Hebammen zugestimmt.

Zusammenfassung

Die Covid-19-Pandemie hat in der Hebammenversorgung einen Digitalisierungsschub bewirkt. Seit Juni 2021 wurden digitale Hebammenleistungen durch das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPfMG) verstetigt [5]. Die Evaluation der digitalen Hebammenbetreuung und -angebote durch die Befragung von Frauen und Hebammen leistet somit einen wichtigen Beitrag im Kontext der Digitalisierung im Gesundheitswesen, denn relevante Aspekte können in die Entwicklung zukünftiger Konzepte integriert werden. Auf den im Projekt ermittelten Chancen kann aufgebaut werden und berichtete Herausforderungen sollten berücksichtigt werden. Die Ergebnisse des Projekts können auch Auswirkungen auf die Organisation der außerklinischen Hebammentätigkeit insbesondere in Regionen mit Hebammenmangel haben, wobei Betreuungsangebote in Präsenz in Schwangerschaft und Wochenbett nicht gänzlich durch digitale Angebote abgelöst werden können.

Literatur: [1] GKV-Spitzenverband (2018) Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V (Hebammenhilfevertrag) 25.09.2015. Zuletzt geändert 02.09.2017. Letzte redaktionelle Änderungen der Anlagen am 07.06.2022.

[2] Hertle D, Schumacher L, Schmitt N, Wende D, Bauer NH (2022) Survey zur digitalen Hebammenbetreuung in der Pandemie zeigt schnelle Umsetzung und gute Akzeptanz (Survey on digital midwifery care during the pandemic shows fast implementation and good acceptance). Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science) 10 (1): 16-21.

[3] Hertle D, Wende D, Schumacher L, Bauer N H (2022) Midwives' and women's views on digital midwifery care in Germany: results from an online survey. Midwifery 155 (2022). <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103472>

[4] Schumacher L, Hertle D, Bauer NH (2022) Eine gute Ergänzung - Digitale Hebammenbetreuung im Kontext der Covid-19-Pandemie. Dr. med. Mabuse 255: 80-82.

[5] Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz – DVPMG) Vom 3. Juni 2021. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2021 Teil I Nr. 28, ausgegeben zu Bonn am 8. Juni 2021

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

Dem Fachkräftemangel begegnen- Chancen und Herausforderungen im Integrationsprozess internationaler Hebammen

Raffaella Stefini¹; Christiane Ippach

¹Hebamme/ Midwife Course Creator, Education Team, Speyer, Germany; ²Germany

Zielsetzung:

Begriffsklärung und Informationen über das formale Anerkennungsverfahren und mögliche Wege der Qualifizierung von internationalen Hebammen. Exemplarische Vorstellung diverser Qualifizierungserfahrungen anhand realer Beispiele, aus pädagogisch-didaktischer Sicht. Moderierte Diskussion/Erfahrungsaustausch anhand von Leitfragen, die Chancen und Herausforderungen unter berufspolitischen Gesichtspunkten herausarbeiten und auf mögliche Lösungen fokussieren.

Methoden:

Storytelling unter Einsatz visueller Methoden, um Verständlichkeit und Nachhaltigkeit der Informationen zu sichern. Neben Handouts (Einseiter/Grafik zum Anerkennungsverfahren von Beantragung des Defizitbescheids bis zur Erteilung der Berufszulassung), werden den Teilnehmer:innen anonymisierte Berufsbiographien zur Verfügung gestellt, um individuelle Wege zugewanderter Kolleginnen nachvollziehen zu können. Der Fokus liegt auch auf der emotionalen Anteilnahme und der Entwicklung eines tiefergehenden Verständnisses erfolgreicher und gescheiterter Bestrebungen in Deutschland als Hebamme zu praktizieren.

Diskussion:

Die anschließende Diskussion greift insbesondere die Frage auf, wie Integrationsprozesse nachhaltig gelingen können und welche formalen und kulturellen Rahmenbedingungen innerhalb der Profession geschaffen werden müssen, damit internationale Hebammen zu einer sicheren, lückenlosen Versorgung von Müttern und Neugeborenen beitragen können. Es wird bewusst Raum für einen kritischen Erfahrungsaustausch aus persönlicher Sicht der Teilnehmenden gegeben.

Beziehungsarbeit am Beispiel einer Fallvignette

Kathrin Schumacher

Kinderschutz-Zentrum Lübeck, Lübeck, Germany

Vorstellung einer Fallvignette:

Gelungener Beziehungsaufbau in den Frühen Hilfen

Ein Praxisbeispiel erfolgreicher Vernetzungsarbeit: Freiberufliche Hebammen gemeinsam mit Familienhebammen in den Frühen Hilfen

Zielsetzung

Am Beispiel einer Familie aus der freiberuflichen Betreuung einer Hebamme, die sich mit hohem sozio-ökonomischem Beratungsbedarf eine weitergehende Beratung von einer Familienhebamme wünscht, möchte ich diese fruchtbare Zusammenarbeit nachzeichnen. Wie kann eine parallele Betreuung durch Hebammen und Familienhebammen gut funktionieren? Wie kann eine weitergehende Unterstützung für eine Familie, beispielsweise durch ein Angebot der Frühen Hilfen, organisiert werden, ohne dass die Familie das Vertrauen in die Hebamme verliert? Beispielfamilie K. stelle ich fotografisch oder in kurzen möglichst anonymisierten Filmausschnitten in den unterschiedlichen Phasen ihrer Entwicklung, bis zum ersten Geburtstag des Kindes, vor. Jedes Foto bietet einen kleinen Einblick in die jeweilige Situation beim Hausbesuch und wird anschließend ausführlich problematisiert und reflektiert. Eine offene Abstimmung mit einer realistischen Schilderung der jeweils eigenen Perspektive, sowohl der Eltern, als auch der Fachfrauen, sind hierfür sehr hilfreich.

Opioide im Kreißaal - ein update für klinisch tätige Hebammen

Myriam Holm

Neuhausen, Germany

Hintergrund:

Systemische Opioide werden seit Jahrzehnten zur Wehenanalgesie eingesetzt. Ihre Wirkungen und Nebenwirkungen sind regelmäßig Bestandteil von Untersuchungen und Diskussionen. Als gesichert gilt, dass systemische Opioide mit ungenügender Schmerzbekämpfung und hoher Nebenwirkungsrate einhergehen. Wechselwirkungen mit weiteren Medikamenten werden wenig thematisiert. Aktuell empfiehlt die S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ Opioide nur überbrückend einzusetzen, bzw. Remifentanyl zu nutzen. Die Anwendung von Opioiden als vorbehaltene ärztliche Tätigkeit wird subpartu regelmäßig an Hebammen delegiert. Lt. Kompetenzprofil des DHV verfügen Hebammen über Fachwissen in Pharmakologie. Die Hebamme muss mit Wirkungen, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Dosierung, Verabreichungsweg des Medikaments vertraut sein. Zur Wehenanalgesie mit Opioiden zeigt sich in kollegialen Gesprächen ein geteiltes, mehr durch subjektive Erfahrung als durch Evidenz geprägtes Wissensbild.

Ziel:

Darstellung der aktuellen Evidenz zu Nutzen und Risiko von Opioiden subpartu, um für Hebammen vorhandenes Wissen zu aktualisieren und zu ergänzen.

Methode:

Systematische Datenbankrecherchen im Mai 2021.

Ergebnis:

Opioide sind zur Wehenanalgesie kaum geeignet. Die Schmerzintensität am Wehenhöhepunkt erfordert hohe Dosierungen, die in Wehenpausen zu Sedierung und Atemdepression führen. Opioide passieren Plazenta und fetales ZNS und reichern sich mehr im Feten als in der Mutter an. Unterschiedliche Opioidsubstanzen können gemäß ihrer spezifischen Halbwertszeit erwogen und im entsprechenden Abstand vor Geburt eingesetzt werden. Die Schmerzlinderung bleibt meist insuffizient. Pethidin (Dolantin®) wird nicht empfohlen. Seine mehrfach verlängerte fetale Metabolisierung mit Anfall des bis zu 3 Tage wirksamen Metaboliten Norpethidin führt zu langanhaltender kindlicher Sedierung postpartal. Norpethidin kann nicht mit Naloxon antagonisiert werden.

Remifentanyl ist stark analgetisch, wird innerhalb von Minuten metabolisiert und kann so bis kurz vor Geburt verwendet werden. Es bietet weniger kindliche Risiken, allerdings ein sehr hohes Risiko für mütterliche Apnoen bei unsachgemäßer Verwendung. Die Anwendung ist an hohe personelle und technische Vorgaben geknüpft.

Weitere Medikationen wie Lachgas, Antiemetika oder Sedativa führen zu einer Verstärkung der Sedierung. Dimenhydrinat (Vomex®) ist plazentagängig und darf wegen Intoxikationsgefahr nicht für Kinder unter 6kg KG angewendet werden. Diazepam (Valium®) und seine aktiven Metabolite passieren die Plazentaschranke und akkumulieren auf fetaler Seite bis zum 3fachen der maternalen Serumkonzentration. Bis 4 Tage postpartum treten ernsthafte kindliche Sedierungen und Nebenwirkungen auf.

Zusammenfassung:

Die in der Geburtshilfe üblichen langwirksame Opioide sind zur Linderung von Wehenschmerzen nicht potent genug und führen zu längerfristigen kindlichen Anpassungsproblemen postpartum. Nichtanalgetische Begleitmedikationen wie Dimenhydrinat und Diazepam sedieren Neugeborene ebenfalls längerfristig. Auswirkungen sind Stillprobleme, Hypothermie und Hyperbilirubinämie. Der Einsatz dieser Medikamente im Geburtszeitraum muss wohlüberlegt sein.

Literatur:

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG); Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) (2020): Leitlinienprogramm. Vaginale Geburt am Termin. (S3-Level, AWMF Register-Nr. 015-083), Dezember 2020. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-083l_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-03.pdf (Stand 04.09.2021)

Deutscher Hebammenverband (DHV) (2019): Kompetenzen von Hebammen. S.1-25.

https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_securedownloads&p=5479&u=0&g=0&t=1640520708&hash=c5847df7

27a73b12ed322a7fee3891208a71d7d0&file=/fileadmin/user_upload/pdf/Stellungnahmen/2019-09-13_DHV_Kompetenzen_von_Hebammen_Anhang_1_zur_Stellungnahme_HebStPrV.pdf (Stand 26.09.2021).

Wallenborn, J.; Kranke, P. (2018): Analgesie zur Spontangeburt. In: Kranke, P. (Hrsg.): Die geburtshilfliche Anästhesie. Berlin (2018), S.258-297.

Gogarten, W.; Busley, R. (2019): Anästhesie in der Geburtshilfe. In: Roissant, R.; Werner, C.; Zwißler, B. (Hrsg.): Die Anästhesiologie. 4.Aufl., Berlin (2019), S.1393-1419.

Rote Liste® Service GmbH (2018): Fachinfo-Service® ratiopharm Diazepam-ratiopharm® S.1-11.
<https://www.fachinfo.de/suche/fi/011209> (Stand 06.10.2021).

Rote Liste® Service GmbH (2020): Fachinfo-Service® Klinge Pharma Vomex A® Injektionslösung. S.1-5.
<https://www.fachinfo.de/suche/fi/008028> (Stand 05.10.2021).

Interessenkonflikt:

Anstellungsverhältnis: Hebamme im Kreißaal, Trainee akademisierte Pflege, Klinikum Esslingen

Beratungs-/Gutachtertätigkeit: keine

Geschäftsanteile/Aktien/Fonds: keine

Patente/Urheberrecht/Verkaufslizenz: keine

Honorare: keine

Finanzierung: keine

Interessenskonflikte: keine

Diese Ausarbeitung "Opioide in der Geburtshilfe-ein update für klinisch tätige Hebammen" entstand als Projektarbeit im Rahmen des Studiums "angewandte Hebammenwissenschaften-berufsintegrierend" an der DHBW Stuttgart, im Jahr 2021.

Leitlinienorientierte Personalbemessung Hebammen, LoPH-Methode

Veronika Bujny¹; Stephanie Hahn-Schaffarczyk²; Natalie Luke³; Susanne Pfender; Hilke Schauland⁴; Heike Schiffing⁵; Gaby Schmidt⁶; Doris Schwarz

¹Westoverledingen, Germany; ²Sächsischer Hebammenverband e.V., Hoyerswerda, Germany; ³Lilienthal, Germany; ⁴Germany; ⁵Hebammenverbandes Niedersachsen e.V., Oldenburg, Germany; ⁶HebammenZentrum Bremen West, Bremen, Germany; ⁷Jade Hochschule in Oldenburg, Oldenburg, Germany

In Deutschland gibt es kein aktuelles Personalbemessungsinstrument für die Hebammen im Kreißaal, das den Eins-zu-eins-Betreuungsschlüssel impliziert. Im Poster ist die Entwicklung einer allgemein anwendbaren realistischen Berechnung des Personalbedarfs unter Berücksichtigung der Arbeit nach der S3 Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ dargestellt. Es wurde der Betreuungsschlüssel von 1 VK Hebamme : 60 Gebärenden pro Jahr ermittelt. Im LoPH-Rechner kann die Anzahl der Hebammen mit individuellen Anpassungsmöglichkeiten durch die Kliniken berechnet werden.

Das Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ - Überblick zur Gutachtenlage in Deutschland

Anna-Lena Mazhari; Finnja Lindemann; Sabine Scholz-de Wall

Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Nds. e.V., Aktionsbüro Gesundheit rund um die Geburt in Niedersachsen, Hannover, Germany

Hintergrund

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowie das erste Lebensjahr eines Kindes stellen eine sensible Lebensphase von Frauen und Familien dar. Eine individuelle und selbstbestimmte Betreuung durch Hebammen und/oder Frauenärzt*innen sowie das Vorhandensein von gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen sind elementar wichtig, um Frauen und ihren Familien einen guten und gesunden Start in diesen neuen Lebensabschnitt zu ermöglichen. Der stetig zunehmende Fachkräftemangel (Stahl, 2016) sowie Schließungen von Geburtshilfeeinrichtungen bei gleichzeitig ansteigenden Geburtenzahlen führen zu Versorgungsengpässen in der geburtshilflichen Betreuung. Anfang 2017 wurde auf Bundesebene das nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ definiert (Altgeld et al., 2020). Gesundheitsziele verstehen sich generell als Grundlagenpapiere, deren praktische Umsetzung insbesondere auf Länderebene initiiert wird. Eine Vielzahl von Gutachten erfasste die Ist-Situation der geburtshilflichen Versorgung und gibt Handlungsempfehlungen zur Lösung der aufgedeckten Probleme.

Zielsetzung

Vorstellung des Gesundheitsziels Gesundheit rund um die Geburt unter Bezugnahme auf § 24d&f SGB V und Zusammenfassung von Gutachten auf Länder- und Bundesebene zur Erfassung der Ist-Situation der geburtshilflichen Versorgung und daraus formulierten Handlungsempfehlungen.

Methode

Inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt und der aus § 24d&f SGB V abzuleitenden Ansprüche für Schwangere sowie Sichtung von neun Gutachten und einem Enquetebericht auf Länderebene und des Gutachtens des Bundesministeriums für Gesundheit.

Ergebnisse

Das Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt formuliert fünf Teilziele, die für (werdende) Eltern die Voraussetzungen für einen physiologischen Schwangerschaftsverlauf, eine gute Geburt und einen gesunden Start ins Familienleben schaffen sollen. Auf Bundesebene wird das Erreichen dieser Ziele erschwert durch nicht kostendeckend konzipierte Diagnosis Related Groups (DRG) der physiologischen Geburt, unzureichend ausgelegten Stellenplänen für eine 1:1-Betreuung sowie die als nicht angemessen empfundene Bezahlung durch Tarifverträge. In den Gutachten werden Handlungsoptionen vorgestellt, die zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit bei Hebammen und Frauenärzt*innen führen sollen. Arbeitszufriedenheit wird als Grundvoraussetzung für die Bereitschaft zur Erhöhung der Wochenarbeitszeit, eine längere Verweildauer im Beruf bzw. die Motivation für Berufsaussteigerinnen für eine Rückkehr in das klinische Arbeitsumfeld betrachtet.

Zusammenfassung

Das Erreichen der im Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt formulierten Teilziele kann dauerhaft nur gelingen, wenn zunächst die zentralen Hemmnisse (DRG, Stellenplanung, Tarifvertrag) angemessen bearbeitet werden. Ansonsten werden weitere Abteilungsschließungen aufgrund von Finanzierungslücken und Personalmangel erfolgen und alle in den Gutachten empfohlenen Handlungsoptionen zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit können langfristig keine Wirkung zeigen.

Literatur: Altgeld, T., Kuhn, A., Bauer, N., Bauer, S., Beckermann, M., Borrmann, B., Cobbers, B., Dreibus, M., Geene, R., Groß, M., Härtel, C., Hahn, D., Hauffe, U., Hellmers, C., Horacek, U., Koch, S., Kolip, P., Louwen, F., Maywald, J., ... Voit, D. (2020). Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt (Bundesminister für Gesundheit Referat Öffentlichkeitsarbeit, Ed.; 4th ed.). Druck- und Verlagshaus Zarbock.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesundheit_rund_um_die_Geburt_barrierefrei.pdf

Stahl, K. (2016). Arbeitssituation von angestellten Hebammen in deutschen Kreißsälen – Implikationen für die Qualität und Sicherheit der Versorgung. Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen.

<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2016.07.005>

Interessenkonflikt: Sowohl bei Sabine Scholz-de Wall als auch bei Anna-Lena Mazhari und Finnja Lindemann liegen keine Interessenkonflikte vor.

Valerie - eine digitale Begleiterin für mehr Fitness im ersten Babyjahr

Karina Kastian¹; Juliana Afram²; Dieter Moser³; Elisa Kremer⁴

¹RWTH Aachen, Wedel, Germany; ²Afram, Klöckner-Afram GbR, Hamburg, Germany; ³RWTH Aachen, Aachen, Germany; ⁴RWTH Aachen, Herzogenrath, Germany

Sportliche Betätigung leistet einen wichtigen Beitrag für die Lebensqualität beim Übergang zum Leben mit Kindern (Heegard, 2011). Wird das Sportprogramm individuell auf die Bedürfnisse der Mütter zugeschnitten, können Probleme wie Inkontinenz nach der Schwangerschaft, Verspannungen beanspruchter Muskelgruppen oder Haltungsprobleme präventiv angegangen werden.

Rückbildungskurse sind ein zentraler Lösungsbaustein für diese Probleme.

Leider sind diese Kurse zeitlich begrenzt und nicht für jede Mutter erreichbar. Darüber hinaus sind 45 Minuten in einem Rückbildungskurs nicht ausreichend - es wird jungen Müttern empfohlen 150 bis 300 Minuten Bewegung pro Woche zu betreiben (DiPietro, 2019). Auf diese empfohlene Bewegungsdauer kommen die meisten Mütter nicht, denn sie stehen vor Hürden der Motivation, weil das Kind, Haushalt und Partner höher priorisiert werden. Zum anderen sind ein Mangel an Zeit, Gelegenheiten und Energie Gründe für eine zu geringe Bewegungsdauer (Saligheh, 2016).

Wie können wir jungen Müttern helfen, diese Hürden zu überwinden?

Mit Valerie, unserer digitalen Begleiterin, wollen wir die bewegungsspezifische Selbstwirksamkeit junger Mütter steigern. Indem wir Strategien und Gewohnheiten vermitteln, wie man Übungen in den Alltag integriert, helfen das eigene Fitnesslevel einzuschätzen, körperliche Einschränkungen durch die Geburt berücksichtigen, Übungen mit und ohne Kind auf dem passenden Fitnesslevel anbieten, Unsicherheiten bzgl. Stillen und Bewegung ansprechen. Wir wollen aufzeigen, dass junge Mütter mit regelmäßiger Bewegung mehr Energie und Kraft für ihr Baby haben. Zudem wollen wir über die Chancen und Grenzen von Bewegungsintervention bei Rektusdiastase, Inkontinenz und psychischen Problemen informieren. In schweren Fällen wird die digitale Begleiterin die junge Mutter an Hebammen, Frauenärzte und Physiotherapeuten verweisen.

So wollen wir jungen Müttern zu mehr Lebensqualität und Selbstwirksamkeit verhelfen.

Literatur: Hegaard, Hanne Kristine, et al. "Sports and leisure time physical activity during pregnancy in nulliparous women." *Maternal and child health journal* 15.6 (2011): 806-813.

Saligheh, Maryam, Beverley McNamara, and Rosanna Rooney. "Perceived barriers and enablers of physical activity in postpartum women: a qualitative approach." *BMC pregnancy and childbirth* 16.1 (2016): 1-8.

DiPietro, Loretta, et al. "Benefits of physical activity during pregnancy and postpartum: an umbrella review." *Medicine and science in sports and exercise* 51.6 (2019): 1292.

Interessenkonflikt:

Wir sind im Rahmen des Exit Gründerstipendiums finanziert.

Unserer Ansicht nach bestehen hier keine Interessenskonflikte.

Das Aktionsbüro Gesundheit rund um die Geburt in Niedersachsen - praktische Umsetzungsschritte des Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“

Anna-Lena Mazhari; Sabine Scholz-de Wall; Finnja Lindemann

Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Aktionsbüro Gesundheit rund um die Geburt in Niedersachsen, Hannover, Germany

Hintergrund

Anfang 2017 wurde auf Bundesebene das nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ definiert (Altgeld et al., 2020). Gesundheitsziele verstehen sich als Grundlagenpapiere, deren praktische Umsetzung insbesondere auf Länderebene initiiert wird. Seit November 2015 gibt es in Niedersachsen Initiativen zur Verbesserung der geburtshilflichen Versorgungssituation. Das Aktionsbündnis „Gesundheit rund um die Geburt“ forderte einen landesweiten Aktionsplan, um den bestehenden Versorgungsengpässen in der geburtshilflichen Betreuung entgegenzuwirken. Zur Erfüllung dieser komplexen Aufgabe wurde im Januar 2022 das Aktionsbüro Gesundheit rund um die Geburt Niedersachsen ins Leben gerufen. Das zunächst auf zwei Jahre befristete Projekt wird vom Land Niedersachsen gefördert und ist unter dem Dach der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. verortet.

Zielsetzung

Einblick in die Entstehungsgeschichte des Aktionsbüros Gesundheit rund um die Geburt in Niedersachsen und Vorstellung der Ziele und Maßnahmenpakete.

Methode

Beschreibung der Umsetzung des nationalen Gesundheitsziels Gesundheit rund um die Geburt im Bundesland Niedersachsen durch das Projekt Aktionsbüro Gesundheit rund um die Geburt in Niedersachsen.

Ergebnisse

Maßgeblich ausgehend vom Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt und den Handlungsempfehlungen des Enquete-Berichtes des Landes Niedersachsen wurde das Projektkonzept für das Aktionsbüro Gesundheit rund um die Geburt in Niedersachsen entwickelt. Hauptziel ist die Stärkung der Geburtshilfe, um zum einen für Eltern eine individuelle und sichere Betreuung und zum anderen Hebammen und Ärzt*innen gute Arbeitsbedingungen zu gewährleisten. Insbesondere durch die Arbeit am Runden Tisch Geburtshilfe unter dem Dach des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung wird mit interdisziplinärer Expertise, koordiniert durch das Aktionsbüro, am Erreichen dieser Ziele gearbeitet. Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit sowie Fortbildungsangebote des Aktionsbüros unterstützen diesen Prozess. Auf Bundesebene ist es darüber hinaus erforderlich, die Finanzierung der physiologischen Geburt kostendeckend zu gestalten, durch entsprechend konzipierte Stellenpläne die 1:1-Betreuung zu ermöglichen und für eine tarifrechtlich verankerte angemessene Bezahlung zu sorgen. Diese Faktoren sind Grundvoraussetzungen für eine langfristig verbesserte Versorgungssituation sowie die Arbeitszufriedenheit in der Berufsgruppe der Hebammen und Frauenärzt*innen.

Zusammenfassung

Die Arbeit des Aktionsbüros Gesundheit rund um die Geburt in Niedersachsen und das Erreichen der im Gesundheitsziel formulierten Teilziele ist eine gesellschaftlich wichtige, vielfältige und sehr komplexe Aufgabe, deren vollumfängliche Erfüllung in der vorgegebenen Projektlaufzeit allerdings unrealistisch ist. Zudem müssen auf Landesebene ausreichend finanzielle Mittel bereitgestellt und auf Bundesebene zentrale Hemmnisse (DRG, Stellenplanung, Tarifvertrag) angemessen bearbeitet werden, damit die Bemühungen des Aktionsbüros und des Runden Tisches Geburtshilfe langfristig Wirkung zeigen können.

Literatur: Altgeld, T., Kuhn, A., Bauer, N., Bauer, S., Beckermann, M., Borrmann, B., Cobbers, B., Dreibus, M., Geene, R., Groß, M., Härtel, C., Hahn, D., Hauffe, U., Hellmers, C., Horacek, U., Koch, S., Kolip, P., Louwen, F., Maywald, J., ... Voit, D. (2020). Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt (Bundesminister für Gesundheit Referat Öffentlichkeitsarbeit, Ed.; 4th ed.). Druck- und Verlagshaus Zarbock.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesundheit_rund_um_die_Geburt_barrierefrei.pdf

Interessenkonflikt: Es bestehen bei allen drei Autorinnen keine Interessenkonflikte.

Sexualität in die Hebammenpraxis integrieren

Woet Gianotten

freiberuflicher Lehrer, Hilversum, Netherlands

Hebammenarbeit beginnt mit der Familienplanung und endet bei der Frühen Elternschaft. Letztlich zielt das auf eine gesunde Familie ab. Für diese gesunde Familie ist Sexualität wichtig, einerseits als Bindeglied, andererseits als wesentlicher Bestandteil der Beziehung zwischen der Frau und ihrem/r Partner. Die Stadien Schwanger werden, Schwangerschaft, Geburt, Stillen und junge Elternschaft sind mit allerlei sexuellen Folgen verbunden.

Leider fehlt in der Hebammenarbeit das Thema Sexualität fast vollständig. Dies gilt sowohl im Curriculum als auch in der täglichen Praxis. Und das scheint weltweit so zu sein.

Deshalb haben wir vor fünf Jahren ein Hebammen- und Sexualitätsprojekt gestartet. Eine Gruppe von 35 Experten aus 14 Ländern hat alle möglichen sexuellen Aspekte der Fortpflanzung und Schwangerschaft untersucht und ein Buch darüber geschrieben.

"Midwifery and Sexuality" ist jetzt als 'Open-Access-Buch' erschienen.

Diese Präsentation wird einige der neuen Erkenntnisse zu Schlüsselthemen teilen, mit dabei sexuelle Aspekte der Präkonzeption, Umgang mit Sex während Schwangerschaftspathologie und Umgang mit vaginalen Schmerzen beim Stillen.

Das Buch steht zum kostenlosen Download zur Verfügung via <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-031-18432-1>

Oder via



Literatur: Geuens S, Mivšek AP, Gianotten WL. (editors). Midwifery and Sexuality. Springer (expected March 2023). Open Access publication.

Interessenkonflikt:

Der Moderator ist einer der Projektleiter und Redakteure.

Keiner von ihnen hat finanzielle oder geschäftliche Vorteile aus diesem Projekt

Auswirkungen der Entwicklung professioneller Wochenbettbetreuung auf die Dauer und Betreuungsinhalte von Wochenbettbesuchen

Dorothee Möller

Berlin, Germany

Problemstellung: Hebammen bieten mit der Wochenbettbetreuung eine sehr gut etablierte und niedragschwellige Leistung effizient und effektiv an. Momentan ist jedoch die Arbeitsbelastung für Hebammen, die in der Wochenbettbetreuung tätig sind, im Verhältnis zum erzielbaren Einkommen hoch, so dass Hebammen diesen Bereich ihrer Tätigkeit immer mehr einschränken, was zu einem Versorgungsmangel führt.

Stand der Forschung: Bei der (Weiter-)Entwicklung der professionellen Wochenbettbetreuung kam es zu einer Ausweitung des originären Leistungsspektrums von Hebammenarbeit um die Schwerpunkte der psychosozialen und beratenden Tätigkeiten.

Forschungslücke: Es fehlen jedoch empirische Daten über die Dauer und Anteile der Schwerpunkte an einem Wochenbettbesuch und der professionelle Bindungsaufbau fand bisher keinen Eingang in die Tätigkeitsschwerpunkte. Forschungsfrage: Um herauszufinden, wie lang tatsächlich ein durchschnittlicher Wochenbettbesuch dauert und wieviel Anteil auf originäre Hebammenarbeit und wieviel auf die psychosozialen und beratenden Anteile und den professionellen Bindungsaufbau entfällt, wurde in einem quantitativen Ansatz eine Hebammenbefragung durchgeführt. Mit dem Ziel valide Daten über die Dauer und Anteile der Handlungsschwerpunkte an einem Wochenbettbesuch zu erheben.

Zentrales Ergebnis: Mit der Erkenntnis, dass ein Wochenbett im Mittel 47 Minuten dauert und rd. 50% der Tätigkeiten zu den in der Leistungsbeschreibung aufgeführten originären Hebammentätigkeiten gehören, lässt das den Schluss zu, dass Hebammen die Hälfte ihrer Arbeit(zeit) in der Wochenbettbetreuung unentgeltlich leisten. Auch der professionelle Bindungsaufbau, der einen Anteil von rd. 8% an einem Wochenbettbesuch inne hat, findet sich weder in der Leistungsbeschreibung noch in der Vergütung wieder. Durch die pauschale Vergütung eines Wochenbettbesuchs ohne Berücksichtigung des zeitlichen Faktors kam es durch die Ausweitung des Leistungsspektrums und damit auch die Ausweitung der Besuchsdauer zu einem Missverhältnis, das die Wochenbettbetreuung für Hebammen unrentabel werden ließ.

Literatur:

Interessenkonflikt:

Ich bin seit 17 Jahren freiberufliche Hebamme in eigener Praxis in Berlin und habe mich im Rahmen meiner Masterarbeit im Studiengang Health Care Management Vertiefung Midwifery an der Donau Universität in Krems (Österreich) mit der oben genannten Thematik befasst. Nach der Verteidigung meiner Masterthese wurde mir im November 2021 der Titel Master of Science verliehen.

Es liegen kein Interessenskonflikte vor.

Labour Hopscotch – a new ‘old’ way to prepare for childbirth

Cornelia Krebs; Christiane Schwarz; Katja Stahl

Institut für Gesundheitswissenschaften, FB Hebammenwissenschaft, Universität zu Lübeck, Lübeck, Germany

Introduction

The aim of this pilot study is to translate, trial, and evaluate the Labour Hopscotch Framework (LHF) in one maternity unit in Germany. The project will be supported by the Irish colleagues who developed the LHF.

The LHF was developed by Irish midwives to support mobility and non-pharmacological methods of pain relief during labour, thus supporting physiological birth. It was developed in response to growing concerns about rising rates of medical intervention during childbirth in Ireland. This concern is echoed by German midwives also observing increased intervention rates in hospitals in Germany as well as increased rates of anxiety and post-traumatic stress syndrome in women.

Labour Hopscotch was designed for women and their support partner. It recommends breaking labour into 20-minute steps, using a visual tool that helps the woman and her partner focus on remaining active during labour. It is a useful resource that offers choice and reinforces the woman’s ability to manage her labour with the support of her birthing partner and midwife.

Based on the first research findings, the LHF has been already embedded in the undergraduate and postgraduate midwifery curriculum and the national antenatal education curriculum and has been transferred into clinical practice in maternity units throughout Ireland.

The LHF could offer a vital evidenced-based resource to midwives in Germany empowering them to promote and advocate physiological birth and improve women’s birth experiences.

Methodology

The pilot study will consist of three steps: 1. translating the LHF into German, 2. educational training and workshops provided by the LHF lead trainer Sinead Thompson to a group of lecturers, clinical midwife educators, and midwives working in the pilot hospital, 3. implementing and evaluating the LHF in one of the teaching maternity units for the undergraduate midwifery program of the Universität of Luebeck.

Results

For women, implementing the LHF in Germany can promote being active and mobile during labor to support physiological birth. For midwifery students and newly qualified midwives’ it can increase confidence to advocate for and provide women with tangible, supportive assistance during labor and increased partners’ involvement in the labor process. For the midwifery profession, the study will contribute to the increase national evidence of midwifery-led initiatives.

Summary

This collaboration is an opportunity to explore how the LHF can be transferred to and applied in German hospital setting, and strengthen midwifery knowledge and evidence base how midwives can support physiological birth to achieve the WHO (2018) and national guideline recommendation (DGGG & DGHWI, 2020) for a positive birth.

The LHF could offer a relevant and effective resource for midwives in Germany to focus on going ‘back to basics’ and rethinking strategies that have traditionally been used by midwives ‘being with women’ in the past, thus supporting p

Literatur: WHO (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization; 2018. Accessed 1.11.2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/b...>

DGGG & DGHWI - Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. & Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.. (2020). Vaginale Geburt am Termin (AWMF-Registernummer. 015-083). Accessed 1.11.2022 https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-083l_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-03.pdf

Interessenkonflikt: Currently there are no known conflicts of interests.

Healthy MidStudents – eine Studie zum Gesundheitsverhalten, Gesundheitskompetenz, Stresserleben und Bewältigungsstrategien von Studierenden der Hebammenwissenschaft

Caroline Johanna Agricola¹; Ilona Efimov²; Nataliya Makarova¹; Stefanie Mache²; Birgit-Christiane Zyriax¹

¹Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Hebammenwissenschaft - Versorgungsforschung und Prävention, Hamburg, Germany; ²Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin, AG Psychische Gesundheit, Hamburg, Germany

Hintergrund: Hebammen betreuen Frauen unter hohen Arbeitsbelastungen im klinischen und außerklinischen Setting. Diese beeinflussen die physische und psychische Gesundheit von Hebammen und können mit der Berufsaufgabe und Wechselabsicht des Arbeitsplatzes einhergehen [1-2]. Da Studierende der Hebammenwissenschaft in der Praxis unter ähnlichen Arbeitsbedingungen ausgebildet werden, weist diese Gruppe einen hohen Bedarf an Gesundheitsförderung während des Studiums und zum Arbeitsbeginn auf. Zudem ist die arbeitsbezogene Gesundheitskompetenz für Studierende im Hinblick auf ihre Rolle in der Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung von Frauen und jungen Familien relevant. Angesichts fehlender Studien zu der Thematik in Deutschland wird mit der „Healthy MidStudents“ Studie das Ziel verfolgt, eine Bestandsaufnahme des Gesundheitsverhaltens, der arbeitsbezogenen Gesundheitskompetenz, dem Stresserleben und der Bewältigungsstrategien von Studierenden der Hebammenwissenschaft in Norddeutschland durchzuführen.

Methode: Es wurde eine online-basierte Querschnittsstudie an neun Studienstandorten der Hebammenwissenschaft in Norddeutschland im Zeitraum von Oktober bis Dezember 2022 durchgeführt. Der standardisierte Fragebogen besteht aus validierten Instrumenten zum Gesundheitsverhalten (MDS, FTND, AUDIT-C, IPAQ, PSQI), der arbeitsbezogenen Gesundheitskompetenz (OHLS), Stresserleben (PSS-10) und Bewältigungsstrategien (SCI) sowie selbst entwickelten Fragen zum Gesundheitsverhalten und Stresserleben in Lehre und Praxis, Einfluss der Covid-19 Pandemie auf das Studium, zur Vorbereitung auf die Berufsausübung und zu Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Analyse wird nach Abschluss der Datenerhebung ab Januar 2023 geplant.

Ergebnisse: Die Stichprobe (n = 186) (Stand 15.11.22) setzt sich aus Studierenden der Hebammenwissenschaft an neun Studienstandorten der Bundesländer Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein zusammen. Erwartet werden signifikante Zusammenhänge zwischen der arbeitsbezogenen Gesundheitskompetenz und dem Gesundheitsverhalten sowie zwischen den Coping-Strategien und dem Stresserleben. Zudem wird erwartet, dass in den Praxisphasen im Vergleich zu den Lehrphasen das Gesundheitsverhalten ungesünder bewertet und das Stresserleben höher erlebt wird.

Zusammenfassung: Mit der ersten Bestandsaufnahme zum Gesundheitsverhalten von Studierenden der Hebammenwissenschaft in Deutschland werden Ressourcen und Defizite im Gesundheitsverhalten, der arbeitsbezogenen Gesundheitskompetenz, dem Stresserleben und Bewältigungsstrategien zukünftiger Hebammen identifiziert. Auf Basis der Ergebnisse können zielgruppenspezifische Implikationen zur gesundheitsfördernden Gestaltung der theoretischen Ausbildung an Hochschulen und praktischen Ausbildung im klinischen und außerklinischen Setting abgeleitet werden.

Literatur: [1] Stahl K. Arbeitssituation von angestellten Hebammen in deutschen Kreißsälen – Implikationen für die Qualität und Sicherheit der Versorgung. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen 2017; 1725: 1–9.

[2] Albrecht M, Loos S, an der Heiden I, Temizdemir E, Ochmann R, Sander M, et al. Stationäre Hebammenversorgung. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin: IGES Institut, 2019.

Interessenkonflikt: Es liegen keine Interessenskonflikte vor.

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

Qualitätskriterien für die Erstellung von Lehr-Lernvideos im Studium von Hebammen: Eine empirische Studie

Sarah Bernhardt; Denise Rietzke; Melita Grieshop

Evangelische Hochschule Berlin, Berlin, Germany

Hintergrund

Der fach- und mediendidaktische Diskurs in der jungen Disziplin der Hebammenwissenschaft ist trotz Akademisierung und zunehmender Professionalisierung des Hebammenberufs nur rudimentär angelegt (Grieshop, 2021). So stehen trotz pandemiebedingter Dynamisierung der Digitalisierung im Lehren und Lernen im Studium von Hebammen nur wenige Kenntnisse über Anforderungen an hebammenwissenschaftliche Lehr-Lernvideos zur Verfügung, die einer frau*zentrierten, gesundheitsfördernden und interventionsarmen Geburtshilfe entsprechen. Vor diesem Hintergrund wurde an der Evangelischen Hochschule Berlin (EHB) im Rahmen des Drittmittelprojekts PoDiZ - Potentiale der Digitalisierung nutzen. Zukunftsfähige EHB., gefördert von der Stiftung Innovation in der Hochschullehre, eine empirische Untersuchung zur Erstellung von Lehr-Lernvideos im Studium von Hebammen durchgeführt. Dabei sollte der Frage nachgegangen werden, welche Qualitätskriterien für Lehr-Lernvideos im Studium von Hebammen relevant sind.

Methodik

Im Rahmen einer qualitativen Erhebung wurden mittels Expert:innendiskussion nach Bohnsack und Przyborski (2007) Qualitätskriterien für die Erstellung von Lehr-Lernvideos im Studium von Hebammen identifiziert. Durch die Teilnahme von Vertreterinnen aus Hebammenwissenschaft und Praxis (n=4) konnte verschiedene fachliche Perspektiven abgebildet werden. Dabei wurde dem Prinzip der "Forschung als Kommunikation und Kooperation zwischen Forschenden und Beforschten" (Döring & Bortz, 2016) gefolgt. Die Datenauswertung erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring(2022). Die Auswertungskategorien wurden deduktiv erstellt.

Ergebnisse

Mit der vorliegenden Untersuchung wurden erstmalig vierzehn Qualitätskriterien für Lehr-Lernvideos im Studium von Hebammen generiert. Diese konnten den zwei Kategorien didaktischer Rahmen für die Erstellung von Lehr-/Lernvideos im Studium von Hebammen (K1) und Reduktion des Intrinsic und Extraneous Load (K2) zugeordnet werden. Kategorie K1 umfasst neun Qualitätskriterien, die den pädagogisch-didaktischen Rahmen zur Erstellung von Lehr-/Lernvideos im Studium von Hebammen betreffen. In Kategorie K2 wurden fünf Faktoren subsumiert, die dazu beitragen, dass die Arbeitslast, die sowohl aus dem Inhalt (Intrinsic Cognitive Load) als auch aus der Gestaltung des Lehr-Lernvideos resultiert (Extraneous Cognitive Load) möglichst geringgehalten wird.

Fazit und Ausblick

Mit der vorliegenden Untersuchung wurden erste Erkenntnisse über Qualitätsanforderungen an Lehr-Lernvideos im Studium von Hebammen gewonnen. Damit wird die fach- und mediendidaktische Diskussion in der Hebammenwissenschaft unter dem Fokus der Digitalisierung angereichert. Basierend auf den Kompetenzen von Hebammen gemäß HebStPrV (2020) ist anzunehmen, dass die Nutzung digitaler Lernmedien über die Primärqualifikation hinaus auch für die gesundheitsedukative Arbeit der zukünftigen Hebammen von Relevanz ist. Daher wird empfohlen, die qualitätsorientierte Entwicklung digitaler Lernmedien im Studium von Hebammen weiter voranzutreiben. Dabei sollten auch die Studierenden an die Erstellung von Lehr-Lernvideos der Hebammenwissenschaft herangeführt werden.

Literatur: Bohnsack, R., & Przyborski, A. (2007). Gruppendiskussionsverfahren und Focus Groups. In R. Buber & H.H. Holzmüller (Hrsg.), *Qualitative Marktforschung*, 491-504. Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-8349-9258-1_31.

Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial und Humanwissenschaften*. 5. Auflage. Springer.

Grieshop, M. (2021). Berufliche Bildung im Hebammenwesen - das Studium für Hebammen als Schlüsselement für die Zukunft des Berufes?. In: Darmann-Finck., I., Sahmel, KH. (eds). Pädagogik im Gesundheitswesen. Springer Reference Pflege - Therapie - Gesundheit. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61428-0_6-1.

Mayring, P. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 13., überarbeitete Auflage. Beltz Pädagogik.

Interessenkonflikt: Sarah Bernhardt ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt PoDiZ - Potentiale der Digitalisierung nutzen. Zukunftsfähige EHB (Teilprojekt DigiHeb) sowie Theorie-Praxis-Koordinatorin im Studiengang Hebammenwissenschaft B.Sc.

Denise Rietzke ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt PoDiZ - Potentiale der Digitalisierung nutzen. Zukunftsfähige EHB (Teilprojekte ehb.DIGITAL und DigiHeb)

Prof. Dr. rer. medic. Melita Grieshop ist Professorin und Studiengangsleitung des Studiengangs Hebammenwissenschaft B.Sc. sowie Projektleitung des PoDiZ Projektes.

Die vorliegende Untersuchung wurde durch die Stiftung Innovation in der Hochschullehre gefördert.

Die Mutter-Hebamme-Beziehung und ihre Bedeutung für das Geburtserleben beim ersten Kind

Antonia Göggerle-Locher

hebammei Ravensburg gGmbH, Ravensburg, Germany

Die Mutter-Hebamme-Beziehung und ihre Bedeutung für das Geburtserleben beim ersten Kind

Zusammenfassung

Hintergrund:

Ein positives Geburtserleben korreliert mit positiven kurz-, mittel- und langfristigen perinatalen Outcomes. Bisher wurden nur wenig Primärdaten zum Thema Geburtserleben im Zusammenhang mit der Wahrnehmung der Mutter-Hebamme-Beziehung erhoben und quantitativ analysiert.

Ziel:

Analyse des Zusammenhangs des subjektiven Geburtserlebens beim ersten Kind mit der intrapartalen Mutter-Hebamme-Beziehung.

Methode:

Primärdatenanalyse der online-Umfrage Daten von 401 Wöchnerinnen aus Deutschland. Die Analyse möglicher Prädiktoren des Geburtserlebens erfolgte mittels logistischer Regression, die Stärke des Zusammenhangs mittels Odds Ratios mit 95% Konfidenzintervall.

Ergebnisse:

Zentrale Prädiktoren eines positiven Geburtserlebens waren eine interventionsarme Geburt (OR 4,12; 95% KI 1,44–11,81), eine vertrauensvolle Hebammenbeziehung (OR: 1.61; 95% KI 1.25-2.07), mehr Mitbestimmung während des Geburtsprozesses als erwartet (OR: 1.32; 95% KI 1.04-1.68), weniger Geburtsschmerzen als erwartet (OR: 1.59; 95% KI 1.28-1.97) und keine Angst vor der Geburt (OR: 1.32; 95% KI 0,68-2,64).

Schlussfolgerung:

Eine vertrauensvolle Mutter-Hebamme-Beziehung und eine möglichst interventionsarme Geburtshilfe sind Schlüsseldimensionen für das Geburtserleben von Erstgebärenden. Es braucht mehr Forschung zur Entwicklung von Handlungsleitlinien, welche respekt- und vertrauensvolle Beziehungen zu den Gebärenden fördern.

Schlüsselwörter: Geburtserleben, kontinuierliche Betreuung, intrapartale Betreuung, Autonomie in der Geburt, Geburtsangst

Literatur:

Interessenkonflikt: Hiermit versichere ich, Antonia Maria Göggerle-Locher, dass ich die vorliegende Arbeit und das dazu gehörige Poster mit dem Titel

Die Mutter-Hebamme-Beziehung und ihre Bedeutung für das Geburtserleben beim ersten Kind

selbständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt und andere als die in der Arbeit angegebenen Hilfsmittel nicht benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus anderen Schriften entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht.

Ich versichere ausserdem, dass die vorliegende Arbeit als Masterthesis 2021 bei der ZHAW in Winterthur vorgelegt wurde.

Das Poster habe ich bei der Abschlussfeier zum ersten Mal gezeigt.

Es bestehen keine Interessenskonflikte

Diagnose- und Entscheidungsfindung in der Latenzphase

Oda von Rahden; Frauke Koppelin; Caroline Jeltsch

¹Jade Hochschule, Oldenburg, Germany; ²Jade Hochschule, Oldenburg, Germany; ³Germany

Hintergrund

International hat sich die Unterteilung der Eröffnungsphase der Geburt in die Latenzphase und die aktive Eröffnungsphase etabliert. Auch in Deutschland setzt sich diese Unterteilung zunehmend durch. Mehr als die Hälfte der Frauen sucht bereits während der Latenzphase die Geburtsklinik auf (IQTIG, 2018), weil sie bereits in dieser frühen Geburtsphase professionelle Unterstützung benötigen (Carlsson, 2016). Es ist zu vermuten, dass jedoch nicht allein vom geburtshilflichen Befund und dem Betreuungsbedarf der Schwangeren abhängt, ob eine stationäre Weiterbehandlung oder Entlassung nach Hause erfolgt. Weitere Faktoren wie zum Beispiel personelle und räumliche Kapazitäten fließen möglicherweise ebenso in die Entscheidung ein. So zeigen Studien, dass ein frühzeitiger Betreuungsbeginn in der Latenzphase mit einem vermehrten Einsatz von Interventionen und operativen Entbindungen einhergeht (Tilden et al., 2020). Demgegenüber stellt eine Entlassung nach Hause bei schmerzhafter Wehentätigkeit eine Unterversorgung dar (Janssen et al., 2009). Die S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin greift diese Problematik mit ihren Empfehlungen zur allgemeinen Betreuung auf.

Fragestellung

Dieses Projekt geht der Frage nach, ob und wenn ja, in welcher Form die Empfehlungen zur Latenzphase der S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin bei Hebammen und Geburtshelfer_innen Akzeptanz finden und auch praktisch Einzug in die klinische geburtshilfliche Versorgungspraxis erfahren. Vertiefend wird untersucht, ob der Hebammenmangel und die klinischen Beschränkungen (Coxon et al., 2020) aufgrund der COVID-19-Pandemie Auswirkungen auf die geburtshilfliche Versorgung während der Latenzphase haben. Im Rahmen des Vortrages sollen das Studiendesign und erste Ergebnisse der Analyse der Geburtsakten vorgestellt werden.

Methoden

Die Studie verfolgt einen Mixed-Methods-Ansatz. Mittels retrospektiver Analyse von Geburtsakten verschiedener Kliniken unterschiedlichen Levels werden die Diagnose- und Entscheidungsfindung bezüglich der Behandlungsoptionen in der Latenzphase untersucht.

Ergebnisse

Die Studie liefert weiterführende Erkenntnisse zur klinischen Behandlung von Frauen in der Latenzphase. Es wird ermittelt, ob und in welcher Weise die Empfehlungen der S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin umgesetzt werden und welche weiteren Faktoren die Betreuung und Behandlung beeinflussen.

Literatur: Carlsson IM (2016) Being in a safe and thus secure place, the core of early labour: A secondary analysis in a Swedish context. *International journal of qualitative studies on health and well-being* 11, 30230. DOI: 10.3402/qhw.v11.30230

Coxon K, Turienzo CF, Kweekel L, Goodarzi B, Brigante L, Simon A, Lanau MM (2020) The impact of the coronavirus (COVID-19) pandemic on maternity care in Europe. *Midwifery* 88, 102779. DOI: 10.1016/j.midw.2020.102779

IQTIG. (2018) Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2017 Geburtshilfe: Qualitätsindikatoren. Berlin. Download unter https://iqtig.org/downloads/auswertung/2017/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2017_BUAW_V02_2018-08-01.pdf [12.09.22]

Janssen P, Nolan ML, Spiby H, Green J, Gross M, Cheyne H et al. (2009) Roundtable Discussion: Early labor: What's the problem? *Birth* 36(4), 332–339.

Tilden EL, Phillippi JC, Carlson N, Dissanayake M, Lee CS, Caughey AB, Snowden JM (2020) The association between longer durations of the latent phase of labor and subsequent perinatal processes and outcomes among midwifery patients. *Birth* 47(4), 418–429. DOI: 10.1111/birt.12494

Interessenkonflikt:keine

Förderliche und hemmende Faktoren für die Implementierung von Hebammenzentren in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen - eine Scoping-Studie

Mia Amelie Suermann

Berlin, Germany

Förderliche und hemmende Faktoren für die Implementierung von Hebammenzentren in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen - eine Scoping-Studie

Hintergrund: Die Betreuung von Gebärenden in geburtshilflichen Einrichtungen ist eine anerkannte Strategie zur Senkung der globalen Mütter- und Säuglingssterblichkeitsrate. Allerdings wird aus Geburtskliniken im globalen Süden über eine übermedikalisierte Geburtshilfe und respektlose Betreuung der Gebärenden berichtet. Hebammengeleitete Zentren, die auf der Grundlage des „midwifery model of care“ arbeiten, haben sich als sichere, menschenzentrierte und kostengünstige Alternative für Gebärende mit einer low-risk Schwangerschaft erwiesen. Allerdings ist wenig über die hemmenden und förderlichen Faktoren bekannt, die ihrer erfolgreichen Implementierung und Funktionsweise in Ländern mit mittleren und niedrigem Einkommen (LMICs) entgegenstehen.

Ziel: Untersuchung der hemmenden und förderlichen Faktoren für die Implementierung und das Funktionieren von Hebammenzentren in LMICs

Methoden: Es wurde ein Scoping Review durchgeführt, um die verfügbare Forschung und graue Literatur zu erfassen und Forschungslücken zu identifizieren. Anhand der Ergebnisse wurden Themen entwickelt und als Grundlage für die Konsultation in Form von 10 qualitativen Interviews mit Schlüsselinformant*innen verwendet. Die Daten aus dem Literaturreview und den Expert*inneninterviews wurden thematisch analysiert und in einen SWOT-Analyserahmen eingeordnet.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 15 Literaturquellen einbezogen und 10 Interviews mit Schlüsselinformant*innen geführt. Aus dem Scoping Review und den qualitativen Interviews wurden vier Hauptkategorien und mehrere Unterkategorien für hemmende und förderliche Faktoren generiert, wobei die wichtigsten die Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken sind, die mit Hilfe eines SWOT-Analyserahmens ermittelt wurden.

Diskussion: Die Implementierung von Hebammenzentren in LMICs kann nicht isoliert funktionieren. Der Erfolg der Implementierung hängt maßgeblich von einer unterstützenden Infrastruktur ab. Die Einrichtung qualitativ hochwertiger Hebammenzentren erfordert das Vorhandensein und die Einhaltung internationaler Standards, sowie Reformen in der Hebammenausbildung und Investitionen in das gesamte reproduktive Gesundheitssystem in LMICs.

Wichtige Schlussfolgerungen: Die Implementierung und Aufrechterhaltung von Hebammenzentren in LMIC wird durch interne Richtlinien und Standards, nachhaltige Finanzierungsmodelle, ein integratives Versorgungsmodell und eine enge Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssystem und der Gemeinschaft erleichtert. Das größte Hindernis für die Implementierung ist der Mangel an professionell ausgebildeten Hebammen*, die basierend auf dem „midwifery model of care“ arbeiten.

Auswirkungen auf die Praxis: Die Ergebnisse verdeutlichen den Bedarf an qualitativ hochwertig ausgebildeten Hebammen* und einer engen Zusammenarbeit zwischen geburtshilflichen Akteuren und Einrichtungen, um eine sichere und respektvolle Geburtshilfe in Hebammenzentren zu ermöglichen.

Literatur: Alkema, L., Chou, D., Hogan, D., Zhang, S., Moller, A. B., Gemmill, A., Fat, D. M., Boerma, T., Temmerman, M., Mathers, C., & Say, L. (2016). Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: A systematic analysis by the un Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00838-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7)

Alliman, J., Jolles, D., & Summers, L. (2015). The Innovation Imperative: Scaling Freestanding Birth Centers, CenteringPregnancy, and Midwifery-Led Maternity Health Homes. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(3), 244–249. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12320>

Alonso, C. (2019). Open a Midwifery Center - A manual for launching and operating midwifery centers in global settings. Goodbirth Network.

Alonso, C., Danch, A., de López, J. M., & Tryon, J. (2018). Lessons from Chiapas: Caring for Indigenous Women Through a Femifocal Model of Care. https://doi.org/10.1007/978-3-319-71538-4_19

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice*. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>

Austad, K., Chary, A., Martinez, B., Juarez, M., Martin, Y. J., Ixen, E. C., & Rohloff, P. (2017). Obstetric care navigation: A new approach to promote respectful maternity care and overcome barriers to safe motherhood Prof. Suellen Miller. *Reproductive Health*. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0410-6>

Bogren, M., Erlandsson, K., Akter, H. A., Khatoun, Z., Chakma, S., Chakma, K., Anowara, A., Akter, H., Sarker, S., Mohol, M., Kathun, R., Khatun, R., Bormon, N. R., Mondal, J. R., Khatun, Y. A., Khatun, N., Akhter, S., Bergum, M., Khatun, F., ... Byrskog, U. (2018). What prevents midwifery quality care in Bangladesh? A focus group enquiry with midwifery students. *BMC Health Services Research*. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3447-5>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C., Marlow, N., Miller, A., Newburn, M., Petrou, S., Puddicombe, D., Redshaw, M., Rowe, R., Sandall, J., Silvertown, L., & Stewart, M. (2012). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ (Online)*. <https://doi.org/10.1136/bmj.d7400>

Coates, R., Rocca-Ihenacho, L., Olander, E., Ayers, S., & Salmon, D. (2019). A postgraduate Optimum Birth module to increase midwives' readiness to work in midwifery-led settings: A mixed-methods evaluation. *Birth*. <https://doi.org/10.1111/birt.12399>

Davis, D. L., & Homer, C. S. E. (2016). Birthplace as the midwife's work place: How does place of birth impact on midwives? *Women and Birth*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.02.004>

De Chesney, M. (2015). *Nursing Research Using Data Analysis : Qualitative Designs and Methods in Nursing*. Springer Publishing Company.

De Vries, R., Nieuwenhuijze, M., & Buitendijk, S. E. (2013). What does it take to have a strong and independent profession of midwifery? Lessons from the Netherlands. *Midwifery*. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.007>

Edmonds, J. K., Ivanof, J., & Kafulafula, U. (2020). Midwife led units: Transforming maternity care globally. *Annals of Global Health*. <https://doi.org/10.5334/aogh.2794>

Filby, A., McConville, F., & Portela, A. (2016). What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low and middle income countries from the provider perspective. *PLoS ONE*, 11(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153391>

Global Health Science and Practice. (2016). Birthing Centers staffed by skilled birth attendants: Can they be effectively at scale? In *Global Health Science and Practice*. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-16-00063>

Goodbirth Network. (2020). *Global Directory of Birth Centers & Midwifery Centers*.

Gürel, E. (2017). SWOT ANALYSIS: A THEORETICAL REVIEW. *Journal of International Social Research*. <https://doi.org/10.17719/jisr.2017.1832>

Hofmeyr, G. J., Mancotywa, T., Silwana-kwadjo, N., Mgudlwa, B., Lawrie, T. A., & Gülmezoglu, A. M. (2014). Audit of a new model of birth care for women with low risk pregnancies in South Africa: the primary care onsite midwife-led birth unit (OMBU). *BMC Pregnancy and Childbirth*. <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0417-8>

Homer, C. S. E., Friberg, I. K., Dias, M. A. B., Ten Hoope-Bender, P., Sandall, J., Speciale, A. M., & Bartlett, L. A. (2014). The projected effect of scaling up midwifery. In *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60790-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60790-X)

- Horton, R., & Astudillo, O. (2014). The power of midwifery. In *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60855-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60855-2)
- ICM. (2014). Philosophy and model of midwifery care.
- Jefford, E., Alonso, C., & Stevens, J. R. (2019). Call Us Midwives: Critical Comparison of What Is a Midwife and What Is Midwifery. *International Journal of Childbirth*. <https://doi.org/10.1891/2156-5287.9.1.39>
- Laako, H. (2017). Understanding contested women's rights in development: the Latin American campaign for the humanisation of birth and the challenge of midwifery in Mexico. *Third World Quarterly*. <https://doi.org/10.1080/01436597.2016.1145046>
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Long, Q., Allanson, E. R., Pontre, J., Tunçalp, Ö., Hofmeyr, G. J., & Gülmezoglu, A. M. (2016). Onsite midwife-led birth units (OMBUs) for care around the time of childbirth: A systematic review. In *BMJ Global Health*. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000096>
- Löwy, I. (2018). The birthing house as a place for birth: Contextualizing the Rio de Janeiro birthing house. *Historia, Ciências, Saude - Manguinhos*. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500014>
- Mahato, P. K., Van Teijlingen, E., Simkhada, P., & Angell, C. (2016). Birthing Centres in Nepal: Recent Developments, Obstacles and Opportunities. *Journal of Asian Midwives*.
- Michel-Schuldt, M., McFadden, A., Renfrew, M., & Homer, C. (2020). The provision of midwife-led care in low-and middle-income countries: An integrative review. In *Midwifery*. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102659>
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Castro, C. P., Pileggi, V. N., Robinson, N., Skaer, M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet (London, England)*, 388(10056), 2176–2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
- Morgan, A., Jimenez Soto, E., Bhandari, G., & Kermode, M. (2014). Provider perspectives on the enabling environment required for skilled birth attendance: a qualitative study in western Nepal. *Tropical Medicine and International Health*. <https://doi.org/10.1111/tmi.12390>
- Moudi, Z., Ghazi Tabatabaie, M., Mahdi Tabatabaie, S., & Vedadhir, A. A. (2014). Safe Delivery Posts: An intervention to provide equitable childbirth care services to vulnerable groups in Zahedan, Iran. *Midwifery*. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.011>
- Munabi-Babigumira, S., Glenton, C., Lewin, S., Fretheim, A., & Nabudere, H. (2017). Factors that influence the provision of intrapartum and postnatal care by skilled birth attendants in low- and middle-income countries: A qualitative evidence synthesis. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011558.pub2>
- Murray de Lopez, J. (2015). Conflict and Reproductive Health in Urban Chiapas: Disappearing the Partera Empírica. *Anthropology Matters*. <https://doi.org/10.22582/am.v16i1.339>
- Nove, A., Moyo, N. T., Bokosi, M., & Garg, S. (2018). The Midwifery Services Framework: The process of implementation. *Midwifery*. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.013>
- Nunes, M. C. M., Reberte Gouveia, L. M., Reis-Queiroz, J., & Hoga, L. A. K. (2016). Birth care providers' experiences and practices in a Brazilian alongside midwifery unit: An ethnographic study. *Global Qualitative Nursing Research*. <https://doi.org/10.1177/2333393616670212>
- Oosthuizen, S. J., Bergh, A. M., Grimbeek, J., & Pattinson, R. C. (2019). Midwife-led obstetric units working 'CLEVER': Improving perinatal outcome indicators in a South African health district. *South African Medical Journal*. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2019.v109i2.13429>
- Oxford University Press. (2019). *Oxford Dictionaries*. Oxford University Press.

Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R. A. D., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L., & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. In *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)

Schrag, Kathryn M. ; Cole , Linda J.; Avery, M. D. (2017). Birth Centers in the Global Arena. In *Freestanding Birth Centers : Innovation, Evidence, Optimal Outcomes* (p. 366). Springer Publishing Company, LLC.

Stevens, Jennifer R in Jefford, E. and Jomeen, J. (2019). Deciding to transfer- Tools to navigate the crossroads of expectations, values and models of care when making transfer decisions at a midwifery center. In *Empowering Decision-Making in Midwifery: A Global Perspective* (p. 294).

Stevens, J. R. (2019). Descriptive analysis of midwifery birth centers in low resource areas. ICM Africa Regional Meeting.

Stevens, J. R., & Alonso, C. (2020). Commentary: Creating a definition for global midwifery centers. *Midwifery*. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102684>

Ten Hoope-Bender, P., De Bernis, L., Campbell, J., Downe, S., Fauveau, V., Fogstad, H., Homer, C. S. E., Kennedy, H. P., Matthews, Z., McFadden, A., Renfrew, M. J., & Van Lerberghe, W. (2014). Improvement of maternal and newborn health through midwifery. In *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60930-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60930-2)

The Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute.

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. In *Annals of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Tucker, K., Ochoa, H., Garcia, R., Sievwright, K., Chambliss, A., & Baker, M. C. (2013). The acceptability and feasibility of an intercultural birth center in the highlands of Chiapas, Mexico. *BMC Pregnancy and Childbirth*. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-94>

UNFPA. (2014). *State of the World's Midwifery 2014: A Universal Pathway. A Woman's Right to Health*. <https://www.unfpa.org/sowmy>

Van Lerberghe, W., Matthews, Z., Achadi, E., Ancona, C., Campbell, J., Channon, A., De Bernis, L., De Brouwere, V., Fauveau, V., Fogstad, H., Koblinsky, M., Liljestrand, J., Mechbal, A., Murray, S. F., Rathavay, T., Rehr, H., Richard, F., Ten Hoope-Bender, P., & Turkmani, S. (2014). Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. In *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60919-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60919-3)

Van Teijlingen, E. (2005). A critical analysis of the medical model as used in the study of pregnancy and childbirth. *Sociological Research Online*. <https://doi.org/10.5153/sro.1034>

Walker, D., DeMaria, L., Gonzalez-Hernandez, D., Padron-Salas, A., Romero-Alvarez, M., & Suarez, L. (2013). Are all skilled birth attendants created equal? A cluster randomised controlled study of non-physician based obstetric care in primary health care clinics in Mexico. *Midwifery*. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.05.005>

Wallace, J. (2019). Using a Birth Center Model of Care to Improve Reproductive Outcomes in Informal Settlements—a Case Study. *Journal of Urban Health*. <https://doi.org/10.1007/s11524-018-0257-3>

World Health Organization. (2017). WHO | SDG 3: Ensure healthy lives and promote wellbeing for all at all ages. WHO; World Health Organization. <https://www.who.int/sdg/targets/en/>

Yoshida, Y., & Sandall, J. (2013). Occupational burnout and work factors in community and hospital midwives: A survey analysis. *Midwifery*. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.11.002>

Interessenkonflikt: Es bestehen keine Interessenkonflikte, die der Einreichung des Abstracts entgegenstehen würden.

Gesundheitskompetenz-orientierte Beratung zu frühkindlicher Allergieprävention: Ergebnisse einer qualitativen Studie mit Hebammen.

Julia von Sommoggy¹; Eva-Maria Grepmeier²; Janina Curbach³; Jonas Lander⁴

¹UR-Universität Regensburg, Regensburg, Germany; ²Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R., Magdeburg, Germany;

³Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg, Regensburg, Germany; ⁴Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Hannover, Germany

Hintergrund und Stand (inter)nationaler Forschung: Die Forschung zeigt, dass Gesundheitskompetenz (GK), also die Fähigkeit Informationen finden, verstehen, bewerten und anwenden zu können, einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und -outcomes hat. Da Allergien auch bei Kindern sehr häufig auftreten, erscheint eine GK-orientierte Beratung in den ersten Lebensjahren wichtig, damit Zielgruppen wie Eltern von kleinen Kindern sich angemessen mit der Vermeidung der Erkrankung befassen können. Hier können Hebammen eine wichtige Rolle spielen, da sie vielfach wichtige Ansprechpartnerinnen für werdende und junge Familien sind.

Fragestellung und Zielsetzung: Im Rahmen der DFG-geförderten Forschungsgruppe Helicap (FOR 2959, CU 438/1-1) wurde in dieser Studie untersucht, wie Hebammen in ihrer Beratung zum Thema frühkindliche Allergieprävention (FKAP) wissenschaftliche Evidenz vermitteln, wie sie die GK von Eltern während der Beratung berücksichtigen, und inwiefern sie GK-bezogene Informationsstrategien anwenden.

Methode: Zwischen Mai 2020 und März 2021 wurden 24 Interviews mit Hebammen in Bayern, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen telefonisch und persönlich geführt. Diese wurden aufgezeichnet, verbatim transkribiert, mit Atlas.ti codiert und inhaltsanalytisch nach Kuckartz (2012) ausgewertet.

Ergebnisse: Die befragten Hebammen sahen sich als wichtige Beraterinnen von Eltern, da es ihre Aufgabe ist, aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zur Vermeidung von Allergien zu vermitteln. Auch wenn ihnen entsprechende aktuelle Empfehlungen meist bekannt waren, wurden diese kaum als eigenständiges Beratungsthema aufgefasst, sondern implizit im Gespräch mit Eltern über Ernährung (Stillen und Einführung von Beikost), Hygiene und der Vermeidung von Rauchen aufgegriffen. Eine Vertiefung fand nur dann statt, wenn es einen expliziten Bedarf dazu gab.

Das Konzept „Gesundheitskompetenz“ war den meisten Befragten eher unbekannt und wurde daher bei Eltern auch nicht systematisch erfasst, sondern häufig über den engen persönlichen Kontakt, Ausbildung und Beruf der Eltern und die wahrgenommene Wohnumgebung intuitiv bestimmt. Um die Beratung an Bedürfnisse und Vorwissen der Eltern anzupassen, gaben die Hebammen an eher implizite Strategien während des Gesprächs zu nutzen, etwa in dem sie Fachbegriffe vermeiden und eine ‚einfache‘ Sprache anwenden. Um zu überprüfen, ob Eltern die erhaltenen Empfehlungen verstehen und anwenden, nutzten die Befragten meist den häufigen Kontakt zu den Familien.

Die Interviewpartnerinnen bewerteten potenziell nützliche Beratungsstrategien wie teach-back (Informationen in eigenen Worten wiedergeben) eher kritisch, da dies eine Prüfungssituation darstellt und Eltern möglicherweise verunsichert. Auch schriftliche Informationen wurden oftmals nur zögerlich weitergegeben.

Zusammenfassung: Die Kenntnis über und damit auch die Einbeziehung elterlicher GK in die Beratung durch Hebammen erscheint wünschenswert, damit sie Eltern darin unterstützen können, Gesundheitsinformationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden zu können. Wenn dies gelingt, kann auch ein Beitrag zur Verbesserung von Gesundheitsverhalten und gesundheitsbezogenen Outcomes geleistet werden.

Erfolgreiche Anregungen zur Anmeldung bei den Frühen Hilfen Beratungsstellen in Lübeck

Kathrin Schumacher

Hebammenverband Schleswig-Holstein, Germany

Poster

Der Vortrag wendet sich an alle Hebammen gleichermaßen, die Interesse an oder bereits Erfahrungen mit den Angeboten der Frühen Hilfen haben. Er wendet sich an Hebammen die, freiberuflich oder angestellt, Teil des Angebots der Frühen Hilfen für junge Familien sind. Er wendet sich an Familienhebammen und auch Akteur*innen anderer Professionen rund um die präventive Unterstützung für Kinder und Eltern im ersten Lebensjahr.

Welche Forschungsfrage liegt zu Grunde?

Die präventiven Angebote und Leistungen der Frühen Hilfen orientieren sich an Niedrigschwelligkeit und Freiwilligkeit für ihre Adressat*innen. Natürlich gehen wir Akteur*innen in den Frühen Hilfen davon aus, dass unsere Angebote den Adressat*innen z.B. Unterstützung und Entlastung bei der Bewältigung ihres herausfordernden Familienalltags bieten. Aber woher wissen die jungen Familien von den Angeboten der Frühen Hilfen? Wie gestalten sich Zugangswege zu unseren Angeboten? Wo sind die Schnittstellen und Verbindungsknoten, die eine erfolgreiche Hinführung zu den Frühen Hilfen ermöglichen? Für die drei Frühen Hilfen Beratungsstellen der Hansestadt Lübeck habe ich aus 4 Jahren die erhobenen Daten ausgewertet. Ein Teilaspekt dieser Auswertung war, zu evaluieren, ob die intensiven Bemühungen um Vernetzung im Sektor Gesundheitswesen und Heilberufe sich auch in den Zahlen der Vermittlungen und Überleitungen wiederfinden lassen.

Welche Forschungsmethode wurde angewandt?

Um die konkreten Zugangswege der jungen Familien in die Angebote der Frühen Hilfen zu analysieren wurde ein quantitativ empirischer Ansatz gewählt. Die Datengrundlage wurde durch ein einrichtungsübergreifendes Statistikprogramm (Infohope) der AWO Schleswig-Holstein gewährleistet. Ausgewertet wurden die Angaben der Familien, durch wen sie die Information über oder die Vermittlung zu den Beratungsstellen erhalten haben. Das Zahlenmaterial wurde mit Text kommentiert und zur griffigen Anschaulichkeit in Grafiken dargestellt.

Welche Ergebnisse können aus der Datenlage abgeleitet werden?

Aus 968 in der EDV erfassten Neuanmeldungen in einem Zeitraum von 4 Jahren konnte ich bei 840 Datensätze eindeutige Rückschlüsse auf die Zugangswege zu den Frühen Hilfen ziehen. Es ließen sich 4 Personen- bzw. Berufsgruppen und Institutionen ausmachen, die die Informationen über Frühe Hilfen an die Familien übermittelten. Die Gruppe aus Verwandten/ Bekannten war dabei mit 4% signifikant kleiner als die drei Hauptgruppen der Vermittelnden. Das Jugendamt bzw. andere Einrichtungen der Jugendhilfe waren mit 27% am Zustandekommen eines Beratungs- und Hilfssettings beteiligt. Immerhin 33% der Familien fanden den Weg aus eigener Initiative. Aus dem Bereich Gesundheitswesen mit Hebammen kam mit 36% der größte Anteil der Kontaktaufnahmen zustande. Da der Forschungsschwerpunkt auf dem Bereich Gesundheitswesen/ Gesundheitsfachberufe lag, wurde diese Gruppe der Vermittler*innen weiter spezifiziert. Unterteilt wurde in Mitarbeitende in Psychiatrie und Psychotherapie, Mitarbeitende in Kinder+ u. Frauenarztpraxen u. Frauenkliniken sowie Gesundheitsamt und als dritter Teilbereich die freiberuflichen Hebammen. Von den 304 Familien, deren Zugang über den Sektor Gesundheitswesen nachweisbar war, wurden 161 – also über die Hälfte – durch freiberuflich Hebammen zur Kontaktaufnahme motiviert.

Zusammenfassung

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Arbeit der Frühen Hilfen ist ein frühzeitiger Zugang der jungen Familien. Insbesondere freiberufliche Hebammen können hier einen wertvollen Beitrag durch ihre fundierte Beratung leisten. Kontinuierliche Vernetzungsarbeit, Fortbildung und Qualifizierung für diese Berufsgruppe durch die Akteur*innen der Frühen Hilfen (z.B. durch Familienhebammen) gewährleisten das Bekanntwerden unserer Angebote dort, wo sie gebraucht werden – bei den jungen Familien.

Intrapartale Antibiotikagabe bei GBS-positiven Schwangeren: Eine Überprüfung der Evidenz in Bezug auf die Prävention neonataler Early-Onset-Infektion

Melissa Schmid, S. Fempel

Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Gesundheitswissenschaften, Abteilung Hebammenwissenschaft, Tübingen, Germany

Hintergrund: Die intrapartale Übertragung von Gruppe-B-Streptokokken auf das Ungeborene stellt noch immer die führende Ursache für neonatale Infektionen dar. Dies ist besonders alarmierend, wenn bedacht wird, dass rund 10-30% der Schwangeren mit Streptokokken der Gruppe B besiedelt sind. Das aktuelle Screening-Verfahren sieht vor, positiv getestete Schwangere ab Wehenbeginn oder Blasensprung mit Antibiotika zu behandeln. Aufgrund nicht zu vernachlässigender Risiken, die mit einer prophylaktischen Antibiotikatherapie einhergehen, wie beispielsweise die Entstehung antibiotikaresistenter Organismen oder eine Beeinträchtigung der Entwicklung der Darmflora der Neugeborenen, wird dieses Vorgehen kontrovers diskutiert. Auf Basis dessen sollte überprüft werden, ob sich wissenschaftliche Rechtfertigung für eine solche prophylaktische Behandlung findet.

Methodik: Um den höchsten Grad an Evidenz zu ermitteln, wurde zunächst die Cochrane Datenbank durchsucht, wobei ein passendes Review gefunden wurde. Des Weiteren wurde eine AWMF-Leitlinie zur Beurteilung einbezogen. Aufgrund mangelnder Aktualität dieser beiden Quellen kam die Durchführung einer zusätzlichen systematischen Literaturrecherche in PubMed hinzu. Dabei konnten ein Review und eine prospektive Kohortenstudie identifiziert werden. Weiterführend konnte eine Analyse von Krankenversicherungsdaten Zahlen für Deutschland liefern.

Ergebnisse: Das herangezogene Cochrane Review involviert drei Studien mit insgesamt 488 Neugeborenen GBS-positiver Mütter. Verglichen wurde der Effekt einer antibiotischen Gabe im Vergleich zu keiner Gabe. Es ergab sich eine signifikante Reduktion der Early-Onset-Infektionen der Gruppe der Neugeborenen, deren Mütter Antibiotika-Prophylaxe unter der Geburt erhalten haben. Eine der Quellen verzeichnet außerdem einen Rückgang der Early-Onset-Infektionen in den USA um 80%, was sich auf die Einführung des Gruppe-B-Streptokokken-Screenings und die damit einhergehend prophylaktische Antibiotikatherapie zurückführen lässt. Die Analyse der Daten einer deutschen Krankenkasse zeigt zudem, dass schwere Verläufe von Early-Onset-Infektionen über den Beobachtungszeitraum 2005 bis 2017 um 72% gesunken sind.

Schlussfolgerung: Es lässt sich eine Tendenz zur Empfehlung für AB-Prophylaxe in GBS-positiv gescreenten Schwangeren erkennen. Darüber hinaus zeigen explizit die Daten für Deutschland, dass eine Verbindung zwischen gesteigener Häufigkeit GBS-besiedelter Schwangerer und gesunkener Rate an Early-Onset-Infektionen besteht, welche für ein Screening und damit die Prophylaxe spricht. Beachtet werden muss jedoch, dass dies die Ergebnisse teilweise hoch verzerrter Studien sind und keinen randomisierten Fall-Kontroll-Studien zugrunde liegen. Diese wird es vermutlich aus ethischen Gründen auch in Zukunft nicht geben. Der Fokus weiterführender Diskussionen sollte daher auf der Optimierung des vorgeburtlichen Screenings und/oder eine Impfung gegen GBS gelenkt werden.

Interessenkonflikt: Keiner

Wie akzeptiert ist öffentliches Stillen in Deutschland? Erfahrungen und Einstellungen der Bevölkerung und stillender Mütter 2016 und 2020

Stephanie Lücke¹; Severine Koch²; Gaby-Fleur Böhl²; Maria Flothkötter¹

¹Bundeszentrum für Ernährung, Netzwerk Gesund ins Leben, Bonn, Germany; ²Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), Berlin, Germany

Hintergrund (inkl. max. fünf Quellen)

Deutschland ist nur moderat stillfreundlich, dies ergab eine systematische Bestandsaufnahme von 2019 [1]. Aufbauend auf einer Referenzstudie [2] wurde eine Befragung zur Akzeptanz des Stillens in der Öffentlichkeit durchgeführt. Ziel der Befragung war es, Wahrnehmungen und Einstellungen zum öffentlichen Stillen im zeitlichen Vergleich zu erfassen. Zudem wurden u. a. Unterschiede zwischen der Allgemeinbevölkerung und Müttern von kleinen Kindern sowie zwischen Müttern mit unterschiedlichem Bildungsstand betrachtet.

Methoden

1.007 Personen ab 16 Jahren und 307 Mütter mit Kindern bis 24 Monaten wurden im Jahr 2020 online zum Thema Stillen in der Öffentlichkeit befragt. Ergebnisse wurden mit einer früheren Befragung aus 2016 verglichen.

Ergebnisse

2020 stillt ein größerer Anteil von Müttern an öffentlichen Orten als 2016, es wird seltener vermieden. Mütter mit niedrigerem Bildungsstand stillen seltener, auch in der Öffentlichkeit, und berichten häufiger von gemischten Reaktionen. In der Bevölkerung ist die Akzeptanz für das öffentliche Stillen gesunken, z. B. in der Gastronomie. Etwa jede bzw. jeder Sechste (17 %) lehnt das öffentliche Stillen explizit ab. Das Wissen über gesundheitliche Effekte des Stillens ist in der Allgemeinbevölkerung niedriger als bei Müttern. Wie 2016 geht Wissen über die positiven Effekte des Stillens mit einer größeren Akzeptanz von öffentlichem Stillen einher.

Diskussion

Die Ergebnisse unterstreichen, wie wichtig Maßnahmen sind, die die Akzeptanz des Stillens steigern. Dazu zählt:

- der Bevölkerung Wissen zum Thema Stillen zu vermitteln,
- das Stillen in den Medien und auf Social Media häufiger zu zeigen sowie
- die Lebenswelten von Familien stillfreundlicher zu machen, etwa durch Information von Fachkräften und die Kennzeichnung besonders stillfreundlicher Orte.

Bei den Maßnahmen sind Frauen mit niedrigerem Bildungsstand besonders in den Blick zu nehmen [3-5].

Hebammen erleben als wichtige Ansprechpartnerinnen in der täglichen Arbeit mit Müttern, von welchen Erlebnissen diese im Alltag berichten, und haben die Chance, ihnen für das öffentliche Stillen den Rücken zu stärken. Der Beitrag liefert ihnen dafür Hintergrundwissen über aktuelle Einstellungen in der Bevölkerung und Erfahrungen junger Mütter und Argumente für die Stärkung des öffentlichen Stillens in ihrem Arbeitsalltag.

Literatur:

1. Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (2019) So wird Deutschland stillfreundlich! Ergebnisse und Empfehlungen aus dem internationalen Forschungsvorhaben Becoming Breastfeeding Friendly (Faktenblatt). https://www.gesund-ins-leben.de/fileadmin/resources/import/pdf/bbf_faktenblatt_ergebnisse.pdf. Zugegriffen: 11. Nov. 2022
2. Koch S, Abraham K, Sievers E et al (2018) Ist Stillen in der Öffentlichkeit gesellschaftlich akzeptiert? Erfahrungen und Einstellungen der Bevölkerung und stillender Mütter. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 61:990–1000
3. von der Lippe E, Brettschneider AK, Gutsche J, Poethko-Müller C, KiGGS Study Group (2014) Einflussfaktoren auf Verbreitung und Dauer des Stillens in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 57:849–859

4. Reiss K, Eiser S, Lücke S, Flothkötter M (2022) Stillförderung bei Müttern in belasteten Lebenslagen – Ergebnisse einer qualitativen Zielgruppenanalyse. *Präv Gesundheitsf.* <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00977-7> 5. Lorenz S, Fullerton B, Eickhorst A (2018) Zusammenhänge des Stillverhaltens mit der familiären Belastungssituation. *Faktenblatt 7 zur Prävalenz- und Versorgungsforschung der Bundesinitiative Frühe Hilfen.* https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/faktenblaetter/Faktenblatt-7-NZFH-Praevalenzforschung-Zusammenhaenge-des-Stillverhaltens-mit-der-familiaeren-Belastungssituation.pdf. Zugegriffen: 11. Nov. 2022 (Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln)

Interessenkonflikt: S. Lücke und M. Flothkötter arbeiten für das Netzwerk Gesund ins Leben im Bundeszentrum für Ernährung (BZfE), einer Einrichtung, die sich für die Förderung des Stillens einsetzt.

S. Koch und G.-F. Böhl geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Verringert die antenatale MgSO₄ – Gabe an die Mutter bei drohender Frühgeburt das Auftreten einer infantilen Zerebralparese beim Kind? - Ein Review

Pauline Schmid

Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Gesundheitswissenschaften, Abteilung Hebammenwissenschaft, Tübingen, Germany

Zielsetzung: Frühgeborene haben gegenüber Reifgeborenen ein deutlich erhöhtes Risiko eine Zerebralparese zu erleiden. Dieses Krankheitsbild birgt große Einschränkungen und Beeinträchtigungen im Leben der Kinder und ihrer Familien. Die antenatale Verabreichung von Magnesiumsulfat an die Mutter vor Entbindung stellt eine Maßnahme dar, um das Risiko für eine infantile Zerebralparese zu senken. Die Hebamme spielt eine zentrale Rolle in der Beratung der Frauen zu, sowie bei der Verabreichung und Überwachung von Magnesiumsulfat. Ziel dieser Arbeit ist die Darstellung des aktuellen Forschungsstands zum Thema und die Überprüfung der Evidenz dieser Maßnahme.

Methoden: Im Februar 2022 wurde eine systematische Literaturrecherche in der elektronischen Datenbank PubMed durchgeführt, um alle relevanten Veröffentlichungen zum Thema zu identifizieren. Die Suche wurde mit Hilfe des PRISMA-Schemas strukturiert. Daraufhin wurden die wichtigen methodischen Kennzeichen, sowie die Ergebnisse der Studien herausgelesen. Außerdem wurde eine Qualitätsbewertung der Studien mit dem AMSTAR-Score durchgeführt.

Ergebnisse: Insgesamt wurden zwei systematische Reviews mit Metaanalyse ein systematisches Review und eine Individual Participant Data Metaanalyse in diese Arbeit eingeschlossen. Es ergab sich eine Gesamtprobandinnenanzahl von n=6178. Die Publikationen kommen zu dem Ergebnis, dass eine antenatale Magnesiumsulfat an die Mutter das Risiko für das Erleiden einer Zerebralparese bei Frühgeborenen signifikant mindert. Aufgrund der hohen Qualität von drei der vier Studien kann eine hohe Evidenz angenommen werden.

Zusammenfassung: Die Behandlung mit Magnesiumsulfat hat Nebenwirkungen für das Kind, welche nur bei sehr hohen Dosierungen auftreten. Diese hohen Dosen werden von den empfohlenen Dosierungsschemata nicht erreicht. Bei der Mutter können Nebenwirkungen im Herz-Kreislauf-System auftreten, weshalb eine engmaschige Überwachung der mütterlichen Vitalzeichen und ihres Befindens erforderlich ist. Schwere maternale Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. In den Studien wurden unterschiedliche Dosierungen verwendet. Die kleinste effektive Dosierung konnte bei einem Bolus von 4g über 15–30 Minuten und einer Erhaltungsdosis von 1 g/h für 12 h beobachtet werden. Dies entspricht weitgehendst der aktuellen AWMF-Empfehlung. Da das Risiko für eine Zerebralparese mit steigendem Gestationsalter sinkt, ist die Relevanz der Neuroprotektion unter 32 Schwangerschaftswochen besonders groß. Die Evidenz für die antenatale Magnesiumsulfatgabe zur Prophylaxe von Zerebralparesen des Frühgeborenen ist hoch. Jedoch muss weiter erforscht werden, welche Dosen an Magnesium und bis zu welchem Gestationsalter die Gabe sinnvoll ist.

Analyse von Sectiodaten durch Robson Ten Classification am Beispiel der Sectiodaten der Charité von 2019-2021

Marie Strohauer; Julia Leinweber

¹Charité Universitätsmedizin Berlin, Institut für Hebammenwissenschaft, Berlin, Germany; ²Charite Universitätsmedizin Berlin, Institut für Hebammenwissenschaft, Berlin, Germany

Hintergrund

Die Sectiorate in Deutschland steigt stetig an und lag 2019 bei etwa 30%, diese Quote liegt deutlich über den von der WHO als medizinisch indiziert beschriebenen 15-19% Sectiorate. Eine höhere Sectiorate ist nicht mehr mit einer Verbesserung der Morbidität und Mortalität von Mutter und Kind verbunden. Eine sichere Möglichkeit die Sectiorate zu reduzieren ist notwendig, um die langfristige Gesundheit von Mutter und Kind zu verbessern. Die WHO empfiehlt die Robson Ten Classification um die Gruppe der Frauen mit Sectio besser analysieren zu können und überprüft werden, ob die Frauen mit geringen anamnestischen Risikofaktoren wesentlich zur Sectiorate beitragen.

Methode

Mithilfe der Robson Ten Classification lassen sich die Gebärenden in 10 gegenseitig exklusive geburtshilflich relevante Gruppen einteilen. Die Robson Ten Classification wird genutzt, um die 16289 Geburten der letzten drei Jahre (2019-2021) zu gruppieren. Anschließend werden über SPSS die Prävalenz von Sectiones in den jeweiligen Gruppen, sowie deren Veränderungen beurteilt. Außerdem können so die Anteile an der Gesamtsectiorate berechnet werden. Weiterhin können Korrelationen, etwa mit der Einleitungsrate, untersucht werden. Es wird mit der 2012 in Canada modifizierten Variante der Robson Ten Classification gearbeitet.

Erwartete Ergebnisse

Derzeitig liegen noch keine anschließenden Ergebnisse vor, da die Analyse der Daten noch nicht abgeschlossen ist. Da es sich bei der Universitätsklinik Charité um ein Level 1 Haus handelt, kann eine hohe Anzahl von Sectiones bei Frühgeburtlichkeit erwartet werden. Entsprechend dem deutschen Trend kann zudem erwartet werden, dass abgebrochene Einleitungen stärker zur Sectiorate beitragen als vorausgegangene Sectiones. Unter der Berücksichtigung der multiplen sozialen und ökonomischen Gründe für eine steigende Sectiorate, werden die höchsten Sectioraten vermutlich im low-risk Kollektiv zu finden sein, etwa Robson Gruppe 1-3.

Interessenkonflikt: Die Autorin befindet sich als Hebamme und wissenschaftliche Mitarbeiterin in einem Anstellungsverhältnis an der Charité sowie dem Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe, die Tätigkeit führt jedoch zu keinem Interessenkonflikt, da es sich nicht um eine Interventionsstudie mit möglichen vorteilhaften/nachteiligen Ergebnissen handelt, sondern um eine deskriptive Arbeit die als Masterarbeit an der Jade Hochschule Oldenburg eingereicht wird. Die Arbeit wird nicht finanziert und es gibt keine zu berücksichtigenden Beratungs- bzw. Gutachtertätigkeiten, Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien oder Fonds, Patente, Urheberrecht, Verkaufslizenzen, Honorare

Nationale Strategien zur Stillförderung: Entwicklung und Umsetzung

Mariell Hoffmann¹; Anna-Kristin Brettschneider²; Jana Steindl¹; Beate Matthes-Bolz¹; Iris Lehmann¹; Maren Winzenried¹; Regina Ensenaue³; Elena Roskosch

¹Max Rubner-Institut, Karlsruhe, Germany; ²Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel, Institut für Kinderernährung, Karlsruhe, Germany; ³Universitätsklinikum Düsseldorf / Max Rubner-Institut, Kinderklinik / Institut für Kinderernährung, Düsseldorf/Karlsruhe, Germany; ⁴Karlsruhe, Germany

Zielsetzung:

In Deutschland beginnen 87% aller Mütter mit dem Stillen, allerdings stillen lediglich 68% der Mütter nach der Geburt ausschließlich. Bis zum Ende des vierten Monats sind es noch 40% und bis zum sechsten Monat 13% [1]. Das Stillverhalten wird durch eine Vielzahl an Faktoren auf individueller, sozialer und struktureller Ebene beeinflusst. Eine systematische Bestandsaufnahme zur Stillförderung stuft Deutschland 2019 als moderat stillfreundlich ein [2]. Dies zeigt, dass Maßnahmen erforderlich sind, um die Stillförderung unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen kurz-, mittel- und langfristig zu verbessern. Daher hat die Bundesregierung das Institut für Kinderernährung am Max Rubner-Institut mit der transdisziplinären Entwicklung einer Nationalen Strategie zur Stillförderung (NaSt) beauftragt.

Methoden:

Etwa 150 AkteurInnen mit interdisziplinären fachlichen Hintergründen haben in einem vom Institut für Kinderernährung koordinierten und moderierten partizipativen Prozess Maßnahmen zur Stillförderung in sieben Strategiefeldern (SF) erarbeitet: Evidenzbasierte Leitlinien, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Präventions- und Versorgungsstrukturen, Kommunale Stillförderung, Stillen und Beruf, Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten und Systematisches Stillmonitoring.

Ergebnisse:

Die NaSt wurde im Juli 2021 vom Bundeskabinett beschlossen [3]. Die Koordinierung der Umsetzung der NaSt liegt beim Institut für Kinderernährung des Max Rubner-Instituts. Im SF Evidenzbasierte Leitlinien wird die medizinische S3-Leitlinie Stilldauer und Interventionen zur Stillförderung entwickelt. Auf der Basis dieser Inhalte sollen relevante Berufsgruppen in Aus-, Fort- und Weiterbildung notwendige Kenntnisse zum Stillen erhalten. Dafür werden Curricula analysiert und entsprechend der Leitlinieninhalte angepasst. Für das SF Systematisches Stillmonitoring wurde am Institut für Kinderernährung ein eigener Forschungsbereich etabliert. Weitere Maßnahmen betreffen eine stillfreundlichere Gestaltung von Rahmenbedingungen in Kommunen und im Arbeitsumfeld sowie Versorgungsstrukturen für niedrigschwellige und bedarfsgerechte Leistungen der Stillberatung, und nehmen die Vorschriften zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten in den Blick. Derzeit befinden sich die einzelnen SF in einem sukzessiven Aufbauprozess für die Umsetzung. Die Kommunikation der NaSt als Querschnittsaufgabe übernimmt das Netzwerk Gesund ins Leben im Bundeszentrum für Ernährung.

Zusammenfassung:

Die NaSt bildet die Basis für eine nachhaltige Verbesserung der Stillförderung in Deutschland. Sie soll durch die Maßnahmen aus den unterschiedlichen SF das Stillen in Deutschland kurz-, mittel- und langfristig fördern.

Erfahrungen mit Geburt: ‚Hauschwangere‘ im 20. Jahrhundert - Verbreitung und Kontext im deutschsprachigen Raum

Katharina Häseli¹; Julia Leinweber¹; Birgit Nemeč²

¹Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Hebammenwissenschaft, Berlin, Germany; ²Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany

Einleitung / Hintergrund

Schwangere, die in den seit Mitte des 18. Jahrhunderts entstehenden Entbindungsheimen und Gebäranstalten gegen Kost und Logis aufgenommen wurden und ihren Körper als Gegenleistung der Lehre und Forschung als Untersuchungsobjekt zur Verfügung stellten wurden bis ins späte 20. Jh Hauschwangere genannt. Oft waren es ledige und mittellose Frauen mit prekäreren sozialen Status, die sich als Hauschwangere in Entbindungsanstalten haben aufnehmen lassen.

Bislang gibt es wenig Übersichtswissen zur Verbreitung und zu den Charakteristika des Einsatzes von Hauschwangeren in geburtshilflichen Kliniken im deutschsprachigen Raum.

Methoden

Integrative Literaturreview nach der Methode von Whittmore und Knafel (2005) zum Thema Verbreitung und zu den Charakteristika des Einsatzes von Hauschwangeren in geburtshilflichen Kliniken im deutschsprachigen Raum

Ergebnisse

Hauschwangere wurden in vielen Gebärkliniken / Geburtshilflichen Abteilungen (im deutschsprachigen Raum) eingesetzt. Während der Einsatz von Hauschwangeren im 20. Jahrhundert deutlich weniger zu werden schien, gibt es vereinzelte Berichte von Kliniken, in denen Hauschwangere bis in die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts dokumentiert waren.

Diskussion / Schlussfolgerungen

Hauschwangere waren ein weitverbreitetes Phänomen. Über einen langen Zeitraum haben werdende Hebammen sowie Medizinstudierende entweder direkt an Hauschwangeren gelernt oder aber sind in einer klinischen Umgebung sozialisiert, in der Hauschwangere als selbstverständlich angesehen wurden. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass Hauschwangere und der Umgang mit ihnen die geburtshilfliche Kultur mitgeprägt haben. Aus der Geschichte der Interaktionen zwischen Hauschwangeren und Lernenden in der Geburtshilfe könnten relevante Informationen abgeleitet werden, die die Komplexität von Interaktionen im sozialen Raum ‚Geburtsklinik‘ erklären und das Etablieren einer respektvollen geburtshilflichen Betreuung fördern könnten.

Weitere Forschung ist notwendig, um den Einfluss des Phänomens der Hauschwangeren auf die heutige geburtshilfliche Kultur zu analysieren.

Konklusion

Hauschwangere waren bis ins letzte Jahrhundert hinein ein häufiges und relevantes Phänomen in der Ausbildung von Hebammen und Geburtshelfern. Diese sollten darüber informiert sein.

Literatur: Whittmore R, Knafel K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005 Dec;52(5):546-53. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x. PMID: 16268861.

Schwittai, Yvonne (2012): Zur Geschichte der Frauenkliniken der Charité in Berlin von 1710 bis 1989 unter besonderer Berücksichtigung baulicher und struktureller Entwicklungen. Dissertation an der Medizinischen Fakultät Charité - Universitätsmedizin Berlin. Abgerufen von https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/13748/Promotion_Fassung_Bibliothek.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Freedman, L. P., Ramsey, K., Abuya, T., Bellows, B., Ndwiaga, C., Warren, C. E., Kujawski, S., Moyo, W., Kruk, M. E., & Mbaruku, G. (2014). Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(12), 915–917. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.137869>

Kuipers, Y. J., Thomson, G., Goberna-Tricas, J., Zurera, A., Hresanová, E., Temesgenová, N., Waldner, I., & Leinweber, J. (2022). The social conception of space of birth narrated by women with negative and traumatic birth experiences. *Women and Birth*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.04.013>

Interessenkonflikt: Es liegen keine Interessenkonflikte vor.

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: 978-3-9823484-3-8