

Abschlussberichte Part I

Forschungsschwerpunkt *Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* – Instrumente zur sektorenübergreifenden Qualitätsentwicklung – IsQua mit Graduiertenförderung an der Hochschule Osnabrück

Titelblatt	
Förderinitiative	Förderung von Schwerpunkten angewandter Forschung und Entwicklung an den niedersächsischen Fachhochschulen sowie von Graduierten im Zusammenhang mit Forschungsschwerpunkten (FSP-Pro)
Aktenzeichen	11-76251-33-1/10
Titel des Vorhabens	Forschungsschwerpunkt „ <i>Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett</i> – „ <i>Instrumente zur sektorenübergreifenden Qualitätsentwicklung – IsQua</i> “ mit Graduiertenförderung an der Hochschule Osnabrück
Projektleiter/innen und Kooperationspartner/innen	<p><i>Sprecherin des Forschungsschwerpunktes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein <p><i>Projektleiter/innen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prof. Dr. Andreas Büscher (seit Februar 2012), Prof. Dr. Doris Schiemann (bis Januar 2012), Teilprojekt A • Prof. Dr. Petra Gorschlüter und Prof. Dr. Manfred Haubrock, Teilprojekt B • Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein und Prof. Dr. Claudia Hellmers, Teilprojekt C • Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein und Prof. Dr. Claudia Hellmers, Teilprojekt D • Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein, Teilprojekt E <p><i>Kooperationspartner</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Deutscher Hebammenverband (DHV) e.V. • Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) • Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Fakultät für Gesundheit, Department Pflegewissenschaft, Prof. Dr. Wilfried Schnepf • Projektbezogene Gesundheitseinrichtungen, s. Anlagen

Inhaltsverzeichnis

Teilprojekt- und Stipendienberichte sowie Anlagen	Verfasserin/ Verfasser	Seite
Einleitung	Friederike zu Sayn-Wittgenstein	3
1. Entwicklung, Konsentierung und Implementierung des Expertinnenstandards Förderung der physiologischen Geburt	Petra Blumenberg, Andreas Büscher	12
2. Personalbedarfsermittlung von Hebammen im Kreißaal	Petra Gorschlüter, Manfred Haubrock	21
3. Eine Sekundärdatenanalyse der Arbeitsbelastung und Betreuungsdichte von Hebammen in der klinischen Geburtsbetreuung von Low-Risk Gebärenden	Nina Knappe	23
4. Assessment- und Dokumentationsinstrument für die psychosoziale Betreuung“	Astrid Krahl	28
5. Chronische Erkrankung und Geburt – Erleben und Bewältigungshandeln betroffener Mütter	Ute Lange	45
6. Entwicklung und Erprobung eines Dokumentationsbelegs für die postpartale Phase	Petra Köhler, Claudia Hellmers, Friederike zu Sayn-Wittgenstein	49
7. Die berufliche Praxis von Hebammen in der ambulanten Wochenbettbetreuung – eine rekonstruktive Analyse	Susanne Simon	61
8. Interdisziplinärer Wissenstransfer <i>Mit Berichten zu Implementierungsmöglichkeiten evaluierter Instrumente aus TPC und TPD (Karin Niessen) und zur Befragung von Experten und Expertinnen in Krankenhäusern nach dreijähriger Praxiserfahrung mit dem Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt (Ulrike Posselt)</i>	Stephanie Stelzig, Friederike zu Sayn-Wittgenstein	66
9. Anhang A: Beteiligte Forscher und Forscherinnen und Studierende mit Angaben zur institutionellen Anbindung, Finanzierungsquelle sowie Beschäftigungsdauer		85
10. Anhang B: Kooperationspartner/innen und Kooperationsvertrag mit U W/H		90
11. Anhang C: Veröffentlichungen, Vorträge und Poster		92
12. Anhang D: Projektbezogene Veranstaltungen		99

Einleitung

zu Sayn-Wittgenstein, Friederike

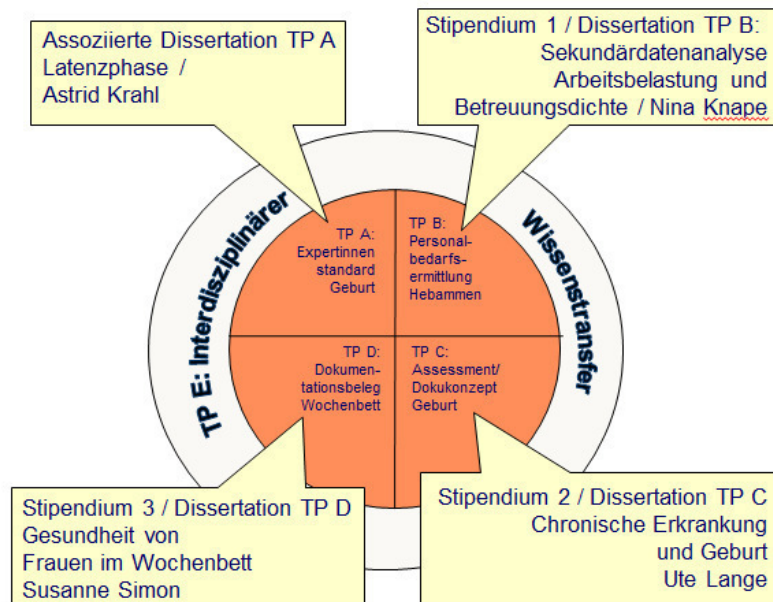
Wissenschaftliche und andere Ergebnisse

Die Hochschule Osnabrück zeichnet sich durch einen Forschungsschwerpunkt *Familienorientierte geburtshilfliche Versorgung* aus, welcher auf der Forschungslandkarte der Hochschulrektorenkonferenz (HRK) verzeichnet ist. Seit 2000 werden Studien zur geburtshilflichen Versorgung durchgeführt. Im Forschungsschwerpunkt *IsQua* wurden in **vier Teilprojekten A bis D**, verschiedene **Instrumente zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung** in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett entwickelt, erprobt und evaluiert. Mit der Entwicklung von diesen Instrumenten wird das Ziel verfolgt, Prozesse, die die physiologische Geburt befördern, zu unterstützen. Damit soll der derzeitigen Entwicklung in der Geburtshilfe gegengesteuert werden, die u. a. von hohen Interventionsraten, wie z.B. von einer anhaltend hohen Kaiserschnitttrate von 32% (IQTIG [Hg.], 2017) gekennzeichnet ist.

Alle genannten Aspekte werden im Kontext eines Theorie Praxis Transfers gedacht. Instrumente wurden unter Beteiligung der Berufsgruppe der Hebammen heraus entwickelt. Sie wurden auf Anwenderebene – i. d. Regel durch Hebammen – und auf Ebene der Nutzerinnen bzw. Klientinnen, den schwangeren Frauen bzw. Müttern nach der Geburt, erprobt. Hierzu wurden vielfältige Kooperationen mit Einrichtungen des Gesundheitswesens geknüpft und verschiedene Zugänge eines **Wissenstransfers** hergestellt. Dieses war die **Aufgabe von Teilprojekt E**, welches horizontal zu den Teilprojekten A bis D angelegt war. Dabei wurde teilweise interdisziplinär mit Kollegen und Kolleginnen aus der Pflegewissenschaft und Gesundheitsökonomie gearbeitet. Inhaltlich stellt der Forschungsschwerpunkt ein nachgefragtes Thema zur Verbesserung der geburtshilflichen Versorgungsqualität regional und überregional dar.

Die dem Forschungsschwerpunkt angegliederte **Graduiertenförderung** im Umfang von drei Stipendien eröffnete erstmalig die Möglichkeit zur strukturierten Förderung von wissenschaftlichem Nachwuchs an Fachhochschulen in der jungen Disziplin Hebammenwissenschaft. Seit 2011 kann über eine Kooperation zwischen der Hochschule Osnabrück und der privaten Universität Witten Herdecke, Fakultät Gesundheit, die Promotion verfolgt werden. Eine weitere Dissertation konnte mit Teilprojekt A assoziiert werden. Alle Promotionen waren inhaltlich mit den einzelnen Teilprojekten verbunden.

Abb.1: Struktur des Forschungsschwerpunktes mit Graduiertenförderung



Entwicklung von Instrumenten zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

Die Notwendigkeit für Qualitätssicherung im Gesundheitswesen ist u. a. im fünften Sozialgesetzbuch (vgl. §§ 135 – 139 e SGB V) festgelegt. Alle Leistungserbringer sind im System der gesetzlichen Krankenversicherung demnach zur Qualitätssicherung verpflichtet. Ein wichtiger Anstoß für die Projektförderung von Expertenstandards durch das BMG war der Beschluss der 72. GMK-Konferenz von 1999 über „Ziele einer einheitlichen Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen“ (GMK 1999, S. 10).

Die gemeinsame gesundheitspolitische Strategie auf Bundes- und Landesebene, neben der Ärzteschaft auch die Pflegeberufe zu verpflichten, sich im Rahmen der Qualitätsförderung und -sicherung um wissenschaftliche Verfahren, evidenzbasierte Instrumente und fachliche Kompetenzen zu kümmern, wurde vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) als Chance zum Abbau des bestehenden Entwicklungsrückstands auf diesem Gebiet gegenüber der Mehrzahl der westeuropäischen Länder genutzt. Mit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zum 1. Juli 2008 sind Expertenstandards in den rechtlichen Zusammenhang des XI. Sozialgesetzbuches gestellt worden. Damit ist die Regelfinanzierung zur Entwicklung und Anwendung zukünftiger Expertenstandards für den Bereich der Pflege gemäß § 113a SGB XI gesichert.

Im geburtshilflichen klinischen Setting dagegen liegen im Rahmen des Qualitätsmanagements vorwiegend hausinterne Leitlinien, Standards und/oder Handlungsrichtlinien vor, die die heutigen Anforderungen an Schlüsselinstrumente zur Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen nicht

erfüllen. Teilprojekt A setzt an dieser Problematik an. Mit der Entwicklung, Erprobung und Evaluierung des **Expertinnenstandards Förderung der physiologischen Geburt** wurde ein sich in der Pflegewissenschaft und -praxis bewährtes methodisches Vorgehen erstmalig in einem weiteren Leistungsbereich des Gesundheitswesens angewendet.

Auf Basis des Qualitätsinstrumentes Expertenstandard, wurden Anforderungen für zentrale Qualitätsfragen der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern, die Senkung der Kaiserschnitttrate und die Förderung der physiologischen Geburt, festgeschrieben. Das o. g. Instrument ist monodisziplinär angelegt und schreibt – innerhalb der Berufsgruppe der Hebammen – ein abgestimmtes Leistungsniveau vor, innerhalb dessen professionelle Entscheidungen getroffen werden. Es eröffnet durch Standardaussagen jeweils auf seinen Struktur-, Prozess- und Ergebnisebenen evidenzbasierte Handlungsräume für die Betreuung einer individualisierten, geburtshilflichen Situation. Es stellt ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau dar, das nicht unterschritten werden sollte und dient der internen Qualitätssicherung.

Durch die modellhafte Implementierung des Expertinnenstandards wurden unterstützende Strukturen für einen individuellen und physiologischen Geburtsprozess, wie beispielsweise die Einrichtung einer Hebammensprechstunde während der Schwangerschaft, oder Verfahrensregelungen, die verbindliche Zuständigkeiten benennen, in den beteiligten 13 Einrichtungen festgelegt. Erkenntnisse aus der Implementierung des *Expertinnenstandards zur Förderung der Physiologischen Geburt* weisen darauf hin, dass die Unterstützung durch ein Qualitätsprozessmanagement sowie entsprechende personelle Ressourcen in den Krankenhäusern entscheidend sind für eine dauerhafte sowie erfolgreiche Umsetzung des Expertenstandards (DNQP & Verbund Hebammenforschung, 2015; Posselt 2017).

Der Entwicklungsprozess des Expertinnenstandards basiert auf einem mehrstufigen Konsensusverfahren in dem ein Wissenstransfer auf verschiedenen Ebenen stattfand. Zunächst wurde wissenschaftsbasiertes Wissen in alltagssprachliches Wissen durch die Expertinnengruppe übersetzt und beispielsweise in der Kommentierung des Expertinnenstandards festgehalten. Im Weiteren wurde ein Diskurs mit der Fachöffentlichkeit, zu der z. B. auch die ärztlichen Fachgesellschaften eingeladen waren, im Rahmen einer Konsensuskonferenz mit über 200 Teilnehmenden geführt. Auf einer dritten Ebene fand eine Auseinandersetzung mit den Inhalten des Expertenstandards im Rahmen der modellhaften Umsetzung und Evaluation mit Entscheidungstragenden in den beteiligten Krankenhäusern statt.

Mit dem *Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt* steht geburtshilflichen Einrichtungen ein richtungweisendes Instrument zur Verfügung, das nicht nur der internen Qualitätsentwicklung dient, sondern auch als Grundlage für die Ableitung von Qualitätsindikatoren geeignet ist (Reiter et al 2008, S. 10).

Der Aspekt **Förderung der physiologischen Geburt** wurde im Teilprojekt C *Assessment- und Dokumentationsinstrument* für die psychosoziale Betreuung aufgegriffen.

In Teilprojekt C wurde durch die Einschätzung des psychosozialen Betreuungsbedarfes von schwangeren Frauen im Hinblick auf die erforderliche individuelle Unterstützung zum Zeitpunkt der Geburt geforscht. Psychosoziale Belastungen haben Auswirkung u.a. darauf wann Frauen in die Klinik kommen. Ziel war es, ein Instrument *AppB* zu entwickeln, mit dem z. B. im Rahmen einer Hebammensprechstunde individuelle Beratungs- und Betreuungsbedarfe eingeschätzt und dokumentiert werden können, so dass sie zum Zeitpunkt der Geburt für das betreuende Team zur Verfügung stehen. Die Erprobung im Feld ergab, dass sowohl aus Sicht der Anwender als auch der schwangeren Frau das Instrument zur Erfassung des psychosozialen Betreuungsbedarfes als relevant eingeschätzt wurde. Gleichwohl zeigt sich aufgrund einer zunehmenden Arbeitsverdichtung in den Krankenhäusern eine geringe Akzeptanz seitens der Hebammen, das Instrument über die Studie hinaus einzusetzen. Von Seiten der Forscherinnen wird dem *AppB* insbesondere ein Potenzial für die Verwendung in der zukünftigen Ausbildung von Hebammen gesehen. Für die Umsetzung einer gezielten und differenzierten psychosozialen peripartalen Betreuung stellt es eine gute Unterstützung dar. Der Einsatz in der Praxis erscheint ebenso wertvoll, sollte jedoch, wie bereits erwähnt, mit einem Schulungskonzept verbunden implementiert werden.

Innovativ im Forschungsschwerpunkt war zudem, die **Perspektive von Nutzerinnengruppen einzubeziehen** und diese in den Vordergrund zu stellen. So waren spezielle Nutzerinnengruppen wie **beispielsweise Frauen mit chronischer Erkrankung** in das Zentrum der Forschung eines Dissertationsprojektes gerückt. Die Daten der Studie zeigen eindrückliche die hohe Krankheitslast der betroffenen Frauen sowie ein breites Spektrum an chronischen Krankheiten. Hebammen müssen Kenntnisse haben hinsichtlich dieser Krankheitsbilder und der daraus resultierenden Bedürfnisse der schwangeren Frauen. Auch der Aspekt der interdisziplinären Versorgung, insbesondere die Zusammenarbeit von Hebammen und Fachärzten, rückt durch die Studie in den Vordergrund.

Die **Überwindung der sektoralen geburtshilflichen Versorgung** (außerklinisch – klinisch) in der Geburtshilfe stellt ein weiteres zentrales Anliegen des Forschungsschwerpunktes dar. Die Krankenhausverweildauer nach einer Geburt hat sich den vergangenen Jahren drastisch reduziert. Zur Verbesserung sektorenübergreifender Versorgungsleistungen ist es wichtig den Übergang vom klinischen Setting zur ambulanten Versorgung zu optimieren. Dazu gehört beispielsweise die Weitergabe mütterlicher und kindlicher Befunde für ambulant tätige Hebammen in einem Entlassungsbrief. Weiterhin gilt es sicherzustellen, dass alle Frauen und Familien über die Möglichkeit ambulanter Hebammenhilfe informiert sind und eine direkte Anschlussbetreuung durch außerklinisch tätige Hebammen erhalten.

In Teilprojekt D *Entwicklung und Erprobung eines Dokumentationsbelegs für die postpartale Phase* wurden Dimensionen der physischen, psychischen und sozialen mütterlichen Gesundheit zu zwei Zeitpunkten nach der Geburt eingeschätzt. Mit den Daten kann gezeigt werden, dass Frauen psychische Beschwerden nach der Geburt haben. Frauen berichten auch im Spätwochenbett über somatische Beschwerden. Auf Basis des *Dokumentationsbogens* kann die Gesundheit von Müttern im Wochenbett in verschiedenen Dimensionen systematisch dokumentiert und statistisch erfasst werden. Das bedeutet auch, dass damit bisher genutzte Dokumentationssysteme durch die zusätzliche Erfassung der sozialen und psychischen Gesundheit der Mütter postpartal bereichert werden. Der Dokumentationsbogen leistet zudem einen Beitrag zur Qualitätssicherung für die Arbeit von Hebammen im Wochenbett. Dies lässt sich anhand der Evaluation des Bogens durch die Hebammen bestätigen. Schulungen für Hebammen bleiben unabdingbar, damit langfristig die Integration des Dokumentationsbogens in die Praxis gelingt.

Graduiertenförderung

Die Akademisierung der Gesundheitsberufe in Deutschland befindet sich im internationalen Vergleich in einer späten Entwicklung (Robert Bosch Stiftung, 1992; Sayn-Wittgenstein, 2003; Evers et al. 2012). In den letzten zehn Jahren entstanden einzelne Bachelorstudienprogramme für Hebammen. Jüngst werden kooperative Promotionen zwischen Fachhochschulen und Universitäten befürwortet (WR 2012; WR 2016), u. a. um Möglichkeiten für Promotionen besonders in Fächern (z. B. Soziale Arbeit, Hebammenwissenschaft) zu schaffen, die bislang nicht an Universitäten existieren.

Die Graduiertenförderung am Forschungsschwerpunkt IsQua war Ausgangspunkt für eine Kooperation zwischen der Hochschule Osnabrück und der privaten Universität Witten Herdecke um zu hebammenwissenschaftlichen Fragestellungen in den einzelnen Teilprojekten des Forschungsschwerpunktes zu promovieren. Die betreuende Professorin der Hochschule Osnabrück (Prof. Sayn-Wittgenstein) wurde zur Gastprofessorin an der Universität Witten Herdecke ernannt und konnte dadurch die Erstbetreuung an der Universität Witten Herdecke übernehmen. Es galten die Promotionsordnungen der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten Herdecke für die Verleihung des Grades Doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.) vom 30. April 1985 bzw. in ihrer Neufassung vom 13.11.2008 und 01. Juni 2015 sowie für die Verleihung des Grades Ph. D. Pflegewissenschaft vom 07.12.2010. Zudem wurde mit jeder Doktorandin eine Promotionsvereinbarung seitens der Hochschule Osnabrück getroffen. Alle Doktorandinnen nutzten die Möglichkeit an methodischen Seminaren teilzunehmen und Kontakte zu Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen in der Schweiz, den Niederlanden und in Canada aufzubauen.

Durch die Graduiertenförderung am Forschungsschwerpunkt IsQua war es möglich, drei kooperative Promotionen erfolgreich innerhalb der Laufzeit des Forschungsschwerpunktes zu beenden. Zwei Kolleginnen erhielten in Folge den Ruf auf eine Professur für Hebammenkunde in Rheinland-Pfalz und in Nordrhein-Westfalen. Das dritte Promotionsverfahren wurde im November 2017 an der Universität Witten Herdecke eröffnet. Eine weitere, vierte Promotion wurde thematisch mit TP A assoziiert. Auch diese Dissertation wird vermutlich im Frühjahr 2018 abgeschlossen sein.

Durch die Graduiertenförderung wurde ein wichtiger Beitrag in der Qualifizierung von wissenschaftlichem Nachwuchs für die noch in den Anfängen befindliche Akademisierung des Hebammenwesens in Deutschland geleistet. Der Forschungsschwerpunkt IsQua erfüllte damit eine zentrale Vorbedingung für die Weiterführung der Kooperation zwischen der Hochschule Osnabrück und der Universität Witten Herdecke. In einem in 2012 begonnenen kooperativen Forschungskolleg *Familiengesundheit im Lebensverlauf - Famile*, welches sich derzeit in einer 2. Förderlaufzeit befindet, wird weiteren Hebammen die Möglichkeit zur Promotion eröffnet. Besonders das Fach Hebammenwissenschaft, welches bisher nur gering an Universitäten etabliert ist, sollte – wie durch die Graduiertenförderung im Forschungsschwerpunkt IsQua eindrücklich gezeigt werden konnte – stärker gefördert werden (Nds. MWK, 2015).

Fazit

Die Reformerfordernisse der Berufsausbildung von Hebammen in Deutschland werden seit Jahrzehnten in Fachkreisen intensiv diskutiert. Die Anforderungen an den Hebammenberuf sind in den letzten Jahren immer komplexer geworden, die stetigen Veränderungen in den Versorgungsstrukturen bei steigender Bedeutung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention von Krankheiten bzw. gesundheitlichen Störungen fordern von den Berufsangehörigen erweiterte Qualifikationen.

Der Aufbau von Bildungsangeboten an Hochschulen ist durch die späte Akademisierung und deren 16fache-Länderhoheit in Deutschland im Vergleich zu den europäischen Nachbarländern erschwert. Deutschland ist eines der wenigen Länder innerhalb der EU, in dem die Hebammenausbildung nicht flächendeckend an Hochschulen umgesetzt wurde. Die Vermittlung von wissenschaftsgestützten Erkenntnissen jedoch bereits in der Ausbildung, d.h. im Bachelorstudium, ist zwingend erforderlich um eine entsprechende wissenschaftsgestützt Praxisentwicklung überhaupt in den Einrichtungen des Gesundheitswesens zu initiieren und diese dauerhaft verstetigen zu können. Dafür braucht es u. a. verbindlichere Formen der Verknüpfung von Wissenschaft, Praxis und Politik. Der Frage, wie das gelingen kann, wird weiter nachzugehen sein.

Die Umsetzung innovativer Versorgungansätze im Klinikalltag, wie beispielsweise der *Expertinnenstandard zur Förderung der physiologischen Geburt (TP A)*, das *Assessment- und*

Dokumentationsinstrument für die psychosoziale Betreuung (TP C) oder der *Dokumentationsbogen Mütterliche Gesundheit im Wochenbett* (TP D) stellt vor dem Hintergrund der vorherrschenden Arbeitsbedingungen von Hebammen eine enorme Herausforderung dar. Hebammen beschreiben eine Zunahme der Arbeitsbelastung und des Personalabbaus sowie der Übernahme berufsfremder Tätigkeiten (Schirmer & Steppat, 2016). Der Hebammenmangel ist mittlerweile evident (DHV 2016a, DHV 2016b). Es ist zudem ein starker Rückgang der Vollbeschäftigung bei gleichzeitigem Ausbau der Teilzeitbeschäftigung und der geringfügig-beschäftigten Hebammen zu verzeichnen (Albrecht et al. 2012). Daher ist es derzeit kaum möglich neue Konzepte dauerhaft tragfähig in Krankenhäusern zu etablieren. Gleichwohl konnte in den einzelnen Teilprojekten gezeigt werden, dass Veränderungen in geburtshilflichen Abteilungen möglich sind.

Die bislang veröffentlichten Ergebnisse aus den einzelnen Teilprojekten und den dort inhaltlich angebotenen Dissertationen sowie ihre Präsentationen auf nationalen und internationalen Kongressen zeigten theoretisch, methodisch und inhaltlich die hohe Relevanz des Forschungsfeldes für Wissenschaft, Forschung und die gesundheitliche Versorgungspraxis (s. Abschlussberichte der einzelnen Teilprojekte). Das zentrale Ziel, durch die Entwicklung von wissenschaftlichen Grundlagen für eine reflektierte Praxis zur Professionalisierung der Gesundheitsberufe, insbesondere der geburtshilflichen Versorgung durch Hebammen, beizutragen, konnte erfüllt werden.

Literatur

Albrecht, M., Loos, S., Sander, M., Schliwen, A. & Wolfschütz, A. (2012). Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. [IGES Institut, Hrsg.] : IGES Institut GmbH

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP] & Verbund Hebammenforschung (Ed.). (2013). Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt: [einschließlich Kommentierung und Literaturanalyse] (Sonderdr). Osnabrück: Hochschule Osnabrück.

Deutscher Hebammenverband [Hrsg.] (2016a). Die Arbeitssituation von Hebammen in Kliniken in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage unter 1692 Hebammen im November 2015. in: https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1465214345&hash=d391d6fd022609b7a79bfb2ea4e63cbd9680aae9&file=fileadmin/user_upload/pdf/Aktuelles/20160201_Ergebnisse_der_repraesentativen_Umfrage_unter_Hebammen_in_Kliniken.pdf, Stand vom 01.02.2016 (Download 07.03.2016)

Deutscher Hebammenverband [Hrsg.] (2016b). Pressemitteilung vom 01. Februar 2016 – Arbeitsbedingungen in deutschen Kreißsälen gefährden Qualität bei Betreuung von Geburten. In: https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1465214345&hash=5d8e00ce31773be3a003842b87f8e3d64c40cff4&file=fileadmin/user_upload/pdf/Aktuelles/20160201_Pressemitteilung_Hebammenverband_Arbeitsbedingungen_in_Kliniken_verschlechtern_sich.pdf (Download 07.03.2016)

Ewers, M., Grewe, T., Höppner, H., Sayn-Wittgenstein, F., Stemmer, R., Voigt-Radloff, S., & Walkenhorst, U. (2012). Forschung in den Gesundheitsfachberufen: Potentiale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. Konzept der Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrates. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 137, 29–76.

Gesundheitsministerkonferenz (GMK) (1999): Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen. 72. Gesundheitsministerkonferenz am 9./10. Juni 1999 in Trier.

IQTIG [Hg.] (2017) Qualitätsreport 2016, in Auftrag vom Gemeinsamen Ausschuss, in: https://iqtig.org/downloads/ergebnisse/qualitaetsreport/IQTIG_Qualitaetsreport-2016.pdf [Download am 17.11.2017], S. 129.

Posselt, Ulrike (2017) Befragung von Experten und Expertinnen in Krankenhäusern nach dreijähriger Praxiserfahrung mit dem Expertinnenstandard Förderung zur physiologischen Geburt. Bachelorarbeit im Studiengang Midwifery. Sommersemester 2017. Hochschule Osnabrück

Reiter, A., Fischer, B., Kötting, J., Geraedts, M., Jäckel, W.H., Barlag, H., Döbler, K. (2008): QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. BQS, Düsseldorf

Robert Bosch Stiftung (1992). Pflege braucht Eliten. Gerlingen: Bleicher Verlag.

Sayn-Wittgenstein, F. zu (2003). Die Bedeutung von Hebammenforschung in Deutschland. In E. R. Cluett & R. Bluff (Hrsg.), Hebammenforschung. Grundlagen und Anwendung (1. Auflage, S. 15–28). Bern: Huber.

Schirmer, C. & Steppat, S. (2016). Die Arbeitssituation von angestellten Hebammen in Kliniken. Hebammenbefragung 2015. Deutscher Hebammenverband Karlsruhe.

Niedersächsisches Wissenschaftsministerium(2015)Bewertungsbericht Forschungsevaluation an Fachhochschulen, Fächergruppe: Soziale Arbeit, Gesundheitswissenschaften und Sozialwissenschaften. Verfügbar unter <http://www.wk.niedersachsen.de>

Wissenschaftsrat (Hrsg.). (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Zugriff am 28.02.17. Verfügbar unter <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>

Wissenschaftsrat (WR) (Hrsg.). (2016). Empfehlungen zur Personalgewinnung und -entwicklung an Fachhochschulen. Zugriff am 01.03.2017 Verfügbar unter <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/5637-16.pdf>

Osnabrück, den 18.12.2017

Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein

Wissenschaftliche Leitung Verbund Hebammenforschung

1. Entwicklung, Konsentierung und Implementierung des Expertinnenstandards Förderung der physiologischen Geburt

Blumenberg, Petra; Büscher, Andreas

Die Entwicklung des Expertinnenstandards „Förderung der physiologischen Geburt“ erfolgte in enger Kooperation zwischen dem Verbund Hebammenforschung und dem Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Das DNQP entwickelt seit 1999 Expertenstandards zu wichtigen Themen in der pflegerischen Versorgung. Bisher wurden acht Expertenstandards zu den Themen Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen, Sturzprophylaxe, Förderung der Harnkontinenz, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden und Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung entwickelt. Ein neunter Expertenstandard zum Thema Pflege von Menschen mit einer Demenz befindet sich derzeit in der Erarbeitung. Die Vorgehensweise bei der Entwicklung, Konsentierung, Implementierung und Aktualisierung von Expertenstandards wurde vom DNQP in einem Methodenpapier festgeschrieben, das auf der Homepage des DNQP (www.dnqp.de) verfügbar ist. Die einzelnen Schritte des methodischen Vorgehens werden in Abbildung 1 dargestellt.

Expertenstandards sind „evidenzbasierte, monodisziplinäre Instrumente, die den spezifischen Beitrag der Pflege für die gesundheitliche Versorgung von Patienten/Patientinnen bzw. Bewohnern/Bewohnerinnen sowie ihren Angehörigen zu zentralen Qualitätsrisiken aufzeigen und Grundlage für eine kontinuierliche Verbesserung der Pflegequalität in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen bieten. Sie stellen ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau dar, das dem Bedarf und den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle dieser Pflege mit einschließt. Expertenstandards geben die Zielsetzung komplexer, interaktionsreicher pflegerischer Aufgaben sowie Handlungsalternativen und Handlungsspielräume in der direkten Patienten/Patientinnen- bzw. Bewohner-/ Bewohnerinnenversorgung vor. Sie erheben den Anspruch, wirksame Instrumente der Qualitätsentwicklung zu sein und durch aktiven Theorie-/Praxistransfer zur Entwicklung und Professionalisierung der Pflegepraxis beizutragen.“ (DNQP 2015, S. 3)

Im Rahmen des gemeinsamen Projektes mit dem Verbund Hebammenforschung wurde das in der Pflege weithin etablierte Qualitätsinstrument Expertenstandard erstmalig für die professionelle Arbeit einer anderen Berufsgruppe im Gesundheitswesen nutzbar gemacht. Im Folgenden werden die einzelnen Entwicklungsschritte im Rahmen des Projekts erläutert

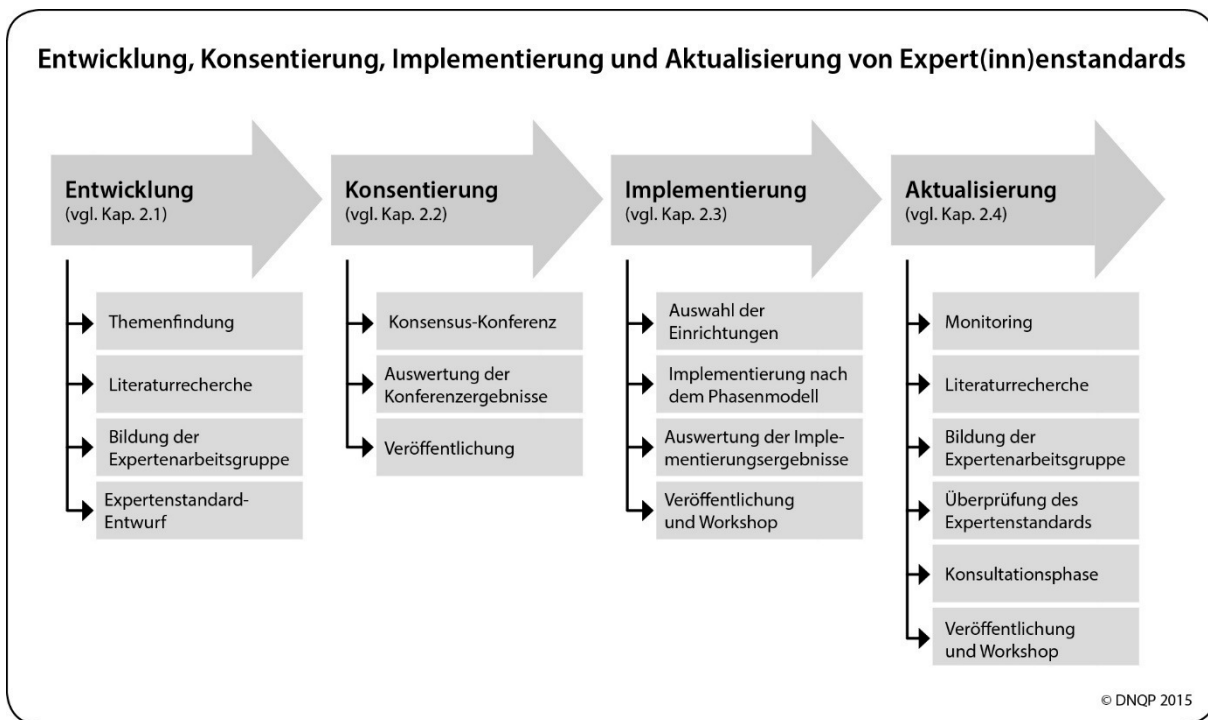


Abb. 1: Entwicklung, Konsentierung, Implementierung und Aktualisierung von Expert(inn)enstandards

Bildung der Expertinnenarbeitsgruppe und Vorgehen bei der Entwicklung des Expertinnenstandards

Für die Entwicklung von Expertenstandards werden Expert(inn)enarbeitsgruppen bestehend aus Vertreter/innen der Wissenschaft und der Praxis gebildet, denen gemeinsam mit der wissenschaftlichen Leitung die inhaltliche Verantwortung für den Standard obliegt. Die methodische Verantwortung für den Prozess liegt beim DNQP. Im März 2011 wurde bundesweit in Fachzeitschriften für Hebammen und im Internet zur Bewerbung für die Mitarbeit in der Expertinnenarbeitsgruppe aufgerufen. Gemeinsam mit der bereits im Vorfeld berufenen wissenschaftlichen Leiterin der Expertinnenarbeitsgruppe, Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein, und dem wissenschaftlichen Team des DNQP wurden aus den eingegangenen Bewerbungen 12 Expertinnen ausgewählt. Kriterien für die Berufung waren themenrelevante wissenschaftliche Qualifikationen, besondere Expertisen durch Fachweiterbildungen und/oder qualifizierte Berufspraxis. Der Nachweis erfolgte über Fachveröffentlichungen und -vorträge sowie die Beteiligung an wissenschaftlichen Projekten oder an innovativen Praxiskonzepten. Die berufenen Expertinnen verfügten sowohl über hohe wissenschaftliche Expertisen zu Themenbereichen der Geburtshilfe wie auch über ausgeprägte praktische Expertisen sowohl im klinischen als auch außerklinischen Bereich.

Die Formulierung eines Entwurfs für einen Expert(inn)enstandard basiert auf einer umfassenden Sichtung der relevanten Literatur zum Thema des Standards. Die Arbeiten an der Literaturstudie

für den Expertinnenstandard zur Förderung der physiologischen Geburt wurden im Frühjahr 2011 aufgenommen. Die Zielsetzung besteht dabei nicht in der Formulierung von konkreten Handlungsempfehlungen für den Einzelfall – wie z. B. Therapieempfehlungen in medizinischen Leitlinien – sondern in der Festlegung eines professionell abgestimmten Leistungsniveaus, das den Rahmen für individuell durch die Hebamme festzulegende Maßnahmen vorgibt. Das qualitätsmethodische Vorgehen des DNQP stützt sich auf international anerkannte Regeln der Standard- und Leitlinienentwicklung in Medizin und Pflege und unterliegt einer kontinuierlichen Aktualisierung (DNQP 2015).

In fünf ein- bis zweitägigen Arbeitsgruppensitzungen zwischen November 2011 und Februar 2013 erarbeitete die Expertinnenarbeitsgruppe auf Grundlage der nach international anerkannten Verfahren der Evidenzbewertung durchgeführten Literaturanalyse einen Expertinnenstandard-Entwurf. Der erste Schritt bestand in der Eingrenzung des Themenschwerpunkts auf die *Förderung* der physiologischen Geburt und dabei auf die Abschnitte der Beratung vor der Geburt im Rahmen einer Hebammensprechstunde, die Latenz- und Eröffnungsphase und die Austreibungsphase.

Als weitere Schritte folgten die Formulierung von Zielsetzung und Begründung des Expertinnenstandards und die Festlegung seiner inhaltlichen Strukturierung. Basierend auf den Ergebnissen der Literatursichtung und -bewertung von über 350 relevanten Quellen, wurden Aussagen zu Information und Beratung in der Hebammensprechstunde, zur Einschätzung in der Aufnahmesituation und zur Einleitung und Evaluation spezifischer Maßnahmen und Vorgehensweisen entwickelt und verabschiedet.

Die wissenschaftliche Evidenz des Expertinnenstandards basiert auf der Gewichtung und Bewertung der vorhandenen, systematisch aufbereiteten Forschungsergebnisse durch die Expertinnenarbeitsgruppe. In Fällen, in denen keine eindeutigen Literaturaussagen verfügbar waren, war die Einschätzung der Expertinnenarbeitsgruppe von entscheidender Bedeutung. Die Präambel ist ein wesentlicher Bestandteil des Expertinnenstandards, weil dort eine eindeutige Definition der Ziel- und Anwendergruppen und die Beschreibung spezifischer Bedingungen für seine praktische Umsetzung enthalten sind.

Konsentierung des Expert(inn)enstandards

Im Rahmen einer eintägigen Konferenz am 24. Mai 2013 in Osnabrück wurde der Expertinnenstandard-Entwurf mit einer breiten Fachöffentlichkeit konsentiert. Die Fachöffentlichkeit wurde durch Pressemitteilungen und persönliche Einladungen frühzeitig über Thema und Termin der Konsensus-Konferenz informiert, damit interessierte Fachpersonen und Institutionen ausreichend Zeit haben, ihre Mitwirkung zu planen. Kern der Konferenz war ein strukturierter

Fachdiskurs zum Standard-Entwurf, der von der Expertinnen-Arbeitsgruppe vorgestellt und begründet wird. Zur Vorbereitung auf diese Diskussion erhielten alle angemeldeten Teilnehmer und Teilnehmerinnen etwa vier Wochen vor der Konferenz Arbeitstexte mit dem Expertinnenstandard und der Literaturstudie. Mit der strukturellen Einbeziehung von Mitgliedern anderer Berufsgruppen und Institutionen des Gesundheitswesens sowie Patienten- und Verbraucherschutzverbänden erfolgt ein erster Schritt zum disziplin- und bereichsübergreifenden Qualitätsdialog, der dann im Rahmen der modellhaften Implementierung auf Praxisebene fortgesetzt wird. Die protokollierten Konferenzergebnisse sowie schriftliche und mündliche Stellungnahmen werden gemeinsam von der Expertinnen-Arbeitsgruppe und dem wissenschaftlichen Team des DNQP ausgewertet und flossen in die abschließende Version des Expertenstandards ein, die 2013 veröffentlicht wurde (DNQP & Verbund Hebammenforschung 2013)

Die modellhafte Implementierung des Expertinnenstandards

Mit der modellhaften Implementierung des Expertinnenstandards „Förderung der physiologischen Geburt“ in 14 Kreißsälen wurde Neuland betreten. Der Expertinnenstandard richtet sich nicht nur als erster Expert(inn)enstandard des DNQP an eine nicht-pflegerische Berufsgruppe, sondern auch das Setting, der Kreißsaal, weist andere Bedingungen auf, als die pflegerischen Settings, in denen bisher Expertenstandards implementiert wurden (Petzold 2012).

Eine Besonderheit stellt die Wahl des Themas für den Expertinnenstandard dar. Pflegerische Expertenstandardthemen behandeln in der Regel ein zu vermeidendes Risiko oder Problem – den Sturz, den Dekubitus, die Mangelernährung oder Schmerzen - und richten sich somit auch nur an die von diesem Risiko betroffene Zielgruppe. Entsprechend sind die Expert(inn)enstandards auch „nur“ bei diesen Zielgruppen anzuwenden, die vorher identifiziert werden müssen. Auch der Umfang des Themenbereiches des vorliegenden Expertinnenstandards unterscheidet sich von den bisherigen Expertenstandards in der Pflege. Die Expertinnenarbeitsgruppe hat sich dafür ausgesprochen, Latenzphase, Eröffnungsphase und Austreibungsphase in einem Standard zu behandeln, wissend, dass der Standard damit ein großes Aufgabengebiet abdeckt. Der dadurch entstandene breite inhaltliche Geltungsbereich machte sich im Rahmen der modellhaften Implementierung in den Einrichtungen bemerkbar. Bei den erforderlichen Anpassungsleistungen innerhalb der Einrichtungen zur Arbeit mit dem Expertinnenstandard mussten zahlreiche Vorgehensweisen, beginnend mit der Beratung der schwangeren Frauen, der Betreuung von Frauen in der Latenzphase bis zur Betreuung der Frauen in der Eröffnungs- und Austreibungsphase, geprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Hier erwies sich in mancher Einrichtung der Projektzeitraum von einem halben Jahr als ausgesprochen knapp.

Das Konzept für die modellhafte Implementierung beinhaltet:

- ein kriteriengeleitetes Auswahlverfahren der beteiligten Einrichtungen,
- die fachliche Beratung und wissenschaftliche Begleitung während des Projektes,
- das Phasenmodell zur Standardeinführung.

Um Einrichtungen auf die Möglichkeit einer Teilnahme aufmerksam zu machen, wurde ein öffentlicher Aufruf zur Bewerbung in einschlägigen Fachzeitschriften veröffentlicht. Kriterien für eine Teilnahme am Projekt waren:

- Entwicklungsstand der Hebammenarbeit in der Einrichtung (z. B. Projekte im Zusammenhang mit Qualitätsentwicklung),
- Vorhandensein oder Aufbau eines betriebsweiten Qualitätsmanagements, das z. B. bei der Planung von Informations- und Fortbildungsveranstaltungen unterstützen kann und ggf. das abschließende Audit begleitet.
- Zusicherung der Bereitstellung personeller und zeitlicher Ressourcen für Projektbeauftragte, die AG-Arbeit der Modelleinheiten, Fortbildung und Anleitung der beteiligten Hebammen und das abschließende Audit.

Interessierte Kreißsäle wurden darauf hingewiesen, dass es von grundlegender Bedeutung ist, dass die Einrichtungsleitungen bereit sind, das Projekt ideell und finanziell zu unterstützen. Für eine Teilnahme am Projekt interessierten sich 25 Einrichtungen. Davon nahmen neun nach einer ausführlichen Beratung wieder Abstand, da es Zweifel an den zur Verfügung stehenden Ressourcen und/oder der Unterstützung der Klinikleitung gab bzw. der Zeitpunkt für die modellhafte Implementierung ungünstig war. 16 Einrichtungen reichten ihre Bewerbungsunterlagen ein, von denen alle über die erforderlichen Voraussetzungen für eine Teilnahme verfügten. Dennoch mussten von den 16 Einrichtungen zwei das Projekt nach der ersten Implementierungssitzung abbrechen. In einer Einrichtung ergaben sich aufgrund eines Chefarztwechsels neue Schwerpunkte für die ganze Abteilung, die keinen Raum für das Projekt ließen. In der zweiten Einrichtung wurden zuvor zugesagte Ressourcen, wie z.B. eine Aufstockung von Arbeitsstunden, nicht eingehalten bzw. restriktiv Kürzungen von Hebammenstunden vorgenommen. Die Hebammen sahen sich unter diesen Bedingungen nicht in der Lage, das Projekt erfolgreich fortzuführen. In einer dritten Einrichtung fehlten am Ende des Projektes die nicht unerheblichen zeitlichen Ressourcen zur Durchführung des Audits, so dass auch von dieser Einrichtung keine Ergebnisse in die Gesamtdarstellung einfließen können. Dies kann als Bestätigung für die zentrale Bedeutung der organisationalen Strukturen für die erfolgreiche Implementierung neuer Erkenntnisse gewertet werden (Moers et al. 2014).

Das eigens für die Implementierung von Expert(inn)enstandards entwickelte Phasenmodell erstreckt sich über 6 Monate (s. Abb. 2). Es gibt den Rahmen für das systematische Vorgehen bei der Implementierung des Expertinnenstandards sowohl bei der modellhaften Implementierung als auch bei weiteren Implementierungen vor. Die vier Phasen werden nach ihren inhaltlichen Schwerpunkten in Fortbildungsphase, Anpassungsphase, Phase der verbindlichen Einführung des Standards und der abschließenden Datenerhebung mit dem standardspezifischen Auditinstrument unterteilt.

Im Projekt Expertinnenstandard wurde an der in den acht pflegerischen Implementierungsprojekten bewährten Zeitvorgabe von sechs Monaten festgehalten. Die vergangenen Projektauswertungen haben zwar gezeigt, dass der Zeitrahmen knapp ist und im Vorfeld festgelegte zeitliche Planungen der einzelnen Projektphasen nicht immer eingehalten werden können. Zugleich aber bewirkt genau dieser Zeitdruck eine gleichbleibend hohe Motivation und Aufmerksamkeit gegenüber dem Projekt und wird, angesichts eines absehbaren Endes, toleriert (Schiemann & Moers 2014, 40).

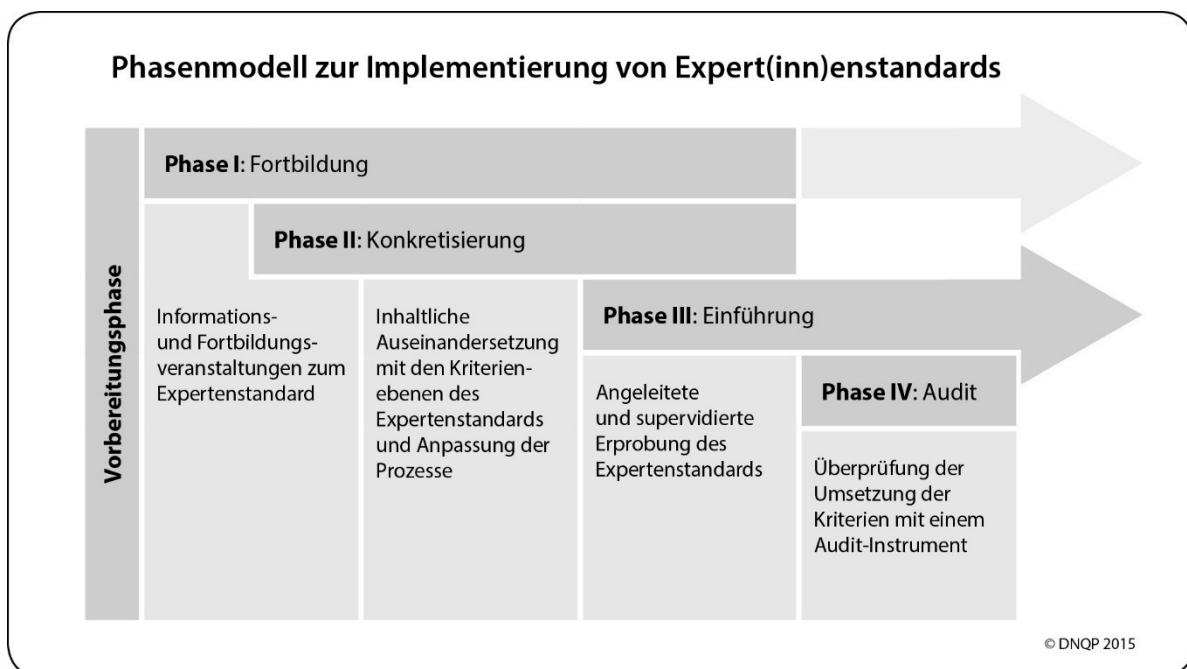


Abb. 2: Das Phasenmodell zur Implementierung von Expertenstandards

Die fachliche Beratung und wissenschaftliche Begleitung während des Projektes

Für die fachliche Beratung sowie die methodische Begleitung der modellhaften Implementierung wurden vier ganztägige Projektsitzungen mit den Projektbeauftragten der teilnehmenden Einrichtungen an der Hochschule Osnabrück anberaumt. Im Rahmen der vier Implementierungssitzungen wurden Hinweise zum Vorgehen in den einzelnen Projektphasen sowie die Möglichkeit zum Austausch zwischen den beteiligten Einrichtungen gegeben. Die erste Sitzung fand bereits am 30. September 2013 vor dem offiziellen Projektstart statt, um die Projektbeauftragten auf die inhaltlichen und organisatorischen Aufgaben vor dem eigentlichen Projektbeginn hinzuweisen. Denn zusätzlich zu den unten beschriebenen vier Projektphasen gibt es zahlreiche, vor offiziellem Beginn des Projektes vorzubereitende Aufgaben. So empfiehlt es sich, bereits frühzeitig mit der Planung von Fortbildungsveranstaltungen und der Ausgestaltung einer interdisziplinären Verfahrensregelung zu beginnen.

In der ersten Sitzung wurde von Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein, der wissenschaftlichen Leiterin der Expertinnenarbeitsgruppe zur Entwicklung des Standards, der Expertinnenstandard ausführlich vorgestellt und bestehende Fragen zum Instrument beantwortet. Anschließend erläuterte Prof. Dr. Andreas Büscher, wissenschaftlicher Leiter des DNQP, das methodische Vorgehen bei der modellhaften Implementierung und ging dabei auch auf die Bedeutung von Expert(inn)enstandards in der Pflege ein.

In der zweiten Implementierungssitzung wurde das Vorgehen der ersten Projektphase besprochen und die Erfahrungen der Einrichtungen ausgetauscht. Außerdem wurde die Projektverlaufsdokumentation vorgestellt, die möglichst parallel zu den Projektphasen von den Projektbeauftragten geführt wird. Die dritte Sitzung diente schwerpunktmäßig der Diskussion des vorläufigen Audit-Instrumentes sowie dem intensiven Austausch über die individuellen Projekterfahrungen. Die vierte Sitzung fand Ende April 2014 statt und diente der abschließenden Reflexion des Projektverlaufs und einem ersten Blick auf die Ergebnisse des Audits. Von allen Projektbeauftragten wurde rückgemeldet, dass die Implementierungssitzungen in Osnabrück nicht zuletzt durch den Austausch innerhalb der beteiligten Einrichtungen hilfreich waren und gute Anregungen und Hinweise für das Vorgehen im eigenen Implementierungsprojekt gaben. Es wurde angeregt, noch mehr Zeit für den Austausch unter den Projektbeauftragten zu planen.

Ergebnisse der modellhaften Implementierung

Die modellhafte Implementierung in dreizehn Kreißsälen darf als gelungen angesehen werden. Die Ergebnisse der Audits zeigen, dass es möglich ist, die Expertinnenstandardkriterien in den Einrichtungen umzusetzen. Das darf und soll aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es auch deutliche Anzeichen für Schwierigkeiten bei der Umsetzung einzelner Inhalte gab.

Während in einigen Einrichtungen die Unterstützung durch das leitende Management hervorragend lief, wurden die Projektbeauftragten in anderen Einrichtungen mit dem Projekt mehr oder weniger allein gelassen. Hierdurch verzögerten sich projektrelevante Veränderungen, da den Projektbeauftragten die Entscheidungskompetenz fehlte und Unterstützung erst mühsam gewonnen werden musste. Möglicherweise wirkte sich hier auch die organisatorische Zuordnung der Hebammen zur Pflegedirektion oder Bereichsleitung einer Klinik bei gleichzeitiger Weisungsbefugnis der Klinikärztin gegenüber der Hebamme aus. Dies führte dazu, dass die projektverantwortliche Hebamme häufig „zwischen den Stühlen“ saß. Mit dieser organisatorischen Verankerung der Kreißaal-Hebammen wird den Hebammen ihre professionelle Kompetenz genommen, für das Wohl von Mutter und Kind zu sorgen. Hebammenhandeln wird hier pflegerischen und medizinischen Werten unterstellt. Ein Weg in die richtige Richtung sind die hebammengeleiteten Kreißsäle, von denen es immer mehr in Deutschland gibt.

Allen Einrichtungen ist es gelungen, zum Ende des Projektzeitraums eine Hebammensprechstunde einzurichten, in der gezielt zur physiologischen Geburt beraten werden konnte. Das ist als ein großer Erfolg zu werten. Die räumlichen und materiellen Voraussetzungen konnten ebenfalls überall geschaffen werden, wobei drei Einrichtungen einräumten, dass die Raumlösung noch nicht ideal sei, z. B. bezüglich der Ungestörtheit der Gespräche oder der Einrichtung des Raums. Die Projektbeauftragten zeigten sich zum Teil selbst davon überrascht, dass es ihnen gelungen ist, ihre Forderung nach einem Beratungszimmer durchzusetzen, wenn es dieses vorher noch nicht gab. Eine Betreuung von Frauen in der Latenzphase in eigens dafür ausgestatteten „Vorwehenzimmern“ ist nicht in allen Einrichtungen möglich. Das Verständnis für die Bedeutung der Latenzphase hat aber durch die modellhafte Implementierung in allen Einrichtungen zugenommen, und damit auch das Bestreben, den Frauen einen ungestörteren Aufenthaltsort zu verschaffen.

Knappe personelle Ressourcen bereiteten wesentlich größere Probleme. So war es nicht in allen Einrichtungen möglich, allen interessierten Frauen einen Termin in der Hebammensprechstunde zu ermöglichen. In vielen Einrichtungen konnten die Sprechstunden im Verlauf des Projektes nur durch Überstunden besetzt werden, was keine dauerhafte Lösung darstellt. Erschwerend wirkte sich zudem aus, dass in vielen Einrichtungen parallele Projekte oder Veränderungen stattfanden. Dabei handelte es sich um personelle Wechsel in den Leitungsebenen und im Team, Einführungen von neuen EDV-Dokumentationen, Zertifizierungen und einem Anstieg der Geburtenraten. In diesen knappen personellen Ressourcen lauert die Gefahr, dass die im Rahmen der modellhaften Implementierung mobilisierten zusätzlichen Kräfte und Energien mit Abschluss des Projektes versiegen, und mühsam errungene Fortschritte schnell zu erliegen kommen. Hier ist nun die Management-Ebene gefordert, für eine Verstetigung des Projekts zu sorgen.

Literatur

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege und Verbund Hebammenforschung (Hrsg.) (2013): Sonderdruck „Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt“. DNQP: Osnabrück

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2015): Methodisches Vorgehen zur Entwicklung und Einführung von Expertenstandards in der Pflege. DNQP: Osnabrück

Moers M, Schiemann D, Stehling H (2014): Expertenstandards implementieren – Spezifika gelingender Einführungsprozesse. In: Schiemann D, Moers M, Büscher A (Hg.): Qualitätsentwicklung in der Pflege. Konzepte, Methoden und Instrumente. Stuttgart: Kohlhammer: 70-101

Petzold J (2012): Implementierungsvoraussetzungen für Qualitätsinstrumente in der Geburtshilfe. Unveröffentlichte Bachelorarbeit Hochschule Osnabrück, Studiengang B.Sc. Midwifery

Schiemann D, Moers M (2014): Qualitätsmethodik zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung evidenzbasierter Expertenstandards in der Pflege. In: Schiemann D, Moers M, Büscher A (Hrsg.): Qualitätsentwicklung in der Pflege. Konzepte, Methoden und Instrumente. Stuttgart: Kohlhammer: 29-49

2. Personalbedarfsermittlung von Hebammen im Kreißaal

Gorschlüter, Petra; Haubrock, Manfred

Hintergrund

Die Personalbedarfsermittlung von Hebammen im Kreißaal ist eine interne Aufgabe des Krankenhausmanagements und wird gegenwärtig auf unterschiedliche Art und Weisen durchgeführt. In der einfachsten Variante wird in den Kliniken der (veraltete) Minutenwert von 780 Minuten pro Geburt aus der Vereinbarung der Krankenkassen (GKV) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) von 1993 zur Berechnung verwendet. Mit der Einführung des G-DRG-Systems wurde eine erlösorientierte Personalbedarfsermittlung in den Krankenhäusern möglich. Darüber hinaus bieten Unternehmensberatungen den Krankenhäusern Personalbedarfsermittlungen zur Schwachstellenanalyse an, um auf dieser Basis Rationalisierungspotentiale aufzuzeigen.

Zielsetzung

Die Studie „Personalbedarfsermittlung von Hebammen im Kreißaal“ hat sich zum Ziel gesetzt, ein hebammenwissenschaftliches Personalbedarfsermittlungsinstrument (Pernament) zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren. Pernament basiert auf einem qualitätsorientierten Ansatz, der den Betreuungsbedarf der Frau in den Mittelpunkt stellt und daher eine Eins-zu-Eins-Betreuung während der Geburt zugrunde legt.

Ergebnisse

Im hebammenwissenschaftlichen Teil stand die Frage im Mittelpunkt, welche Faktoren sich auf die Geburts- bzw. Aufenthaltsdauer im Kreißaal und damit auf die zeitliche Bindung der Hebammen auswirken. Methodisch wurde zur Entwicklung des Instruments auf Basis einer Literaturanalyse eine Delphistudie mit Expertinnen durchgeführt. In fünf Kooperationskrankenhäusern erfolgte eine umfangreiche Datenerhebung mit drei verschiedenen Dokumentationsbögen (ein Bogen für die Geburten, ein Bogen für alle Betreuungen, die nicht zur Geburt führen sowie ein Bogen für die Nebentätigkeiten der Hebammen), wobei insgesamt 1.628 Geburten erfasst wurden. Aus 30 Faktoren aus den Erhebungsbögen konnten 9 Faktoren in Zusammenhang mit einer signifikant längeren Aufenthaltsdauer der Frauen im Kreißaal identifiziert werden.

Der betriebswirtschaftliche Teil umfasst die Berechnung der Personalstellen für die Hebammen im Kreißaal und setzt auf den Daten der Kooperationskrankenhäuser auf. Die Daten jeder Klinik wurden separat erhoben und berechnet, um den individuellen Personalbedarf in Form von Vollkraft-Stellen zu ermitteln. Die unterschiedlichen Ergebnisse spiegeln die individuellen Rahmenbedingungen und Arbeitsprozesse in den Krankenhäusern wider und zeigen, dass auf

Basis dieser Studie keine generellen Empfehlungen zum Personalbedarf von Hebammen im Kreißaal abgeleitet werden können.

Fazit

In den deutschen Krankenhäusern findet derzeit in der Geburtshilfe eine zunehmende Leistungs- und Arbeitsverdichtung für die Hebammen bei gleichzeitigem Anstieg der Geburtenzahlen statt. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung sind der Ausweis und die Besetzung zusätzlicher Stellen für Hebammen im Kreißaal evident. In Bezug auf diese Fragestellung sind allerdings weitere Bemühungen auf diesem Forschungsgebiet erforderlich.

3. Eine Sekundärdatenanalyse der Arbeitsbelastung und Betreuungsdichte von Hebammen in der klinischen Geburtsbetreuung von Low-Risk Gebärenden

Knape, Nina

Graduiertenförderung

Doktorandin: Nina Knape, Diplom-Kauffrau (FH), Hebamme

Betreuung: Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein Hohenstein (Hochschule Osnabrück), Prof. Dr. Wilfried Schnepf (Universität Witten/Herdecke)

Laufzeit der Graduiertenförderung: 15.04.2011-15.03.2014

Abgabe der Dissertation und Eröffnung des Promotionsverfahrens: 4.10.2016

Forschungsprozess

Hintergrund der Studie

Die anhaltend hohen Interventionsraten in der geburtshilflichen Versorgung und ihre Ursachen wurden und werden weltweit aber auch national thematisiert. Hierbei wird auch auf die Betreuungsverhältnisse im Kreißsaal fokussiert: Eine erhöhte Arbeitsbelastung hat das Potential, die Betreuungsdichte und damit die Anwesenheitszeit der Hebammen einzuschränken. Dies kann die Betreuungssituation zwischen der Gebärenden und der Hebamme negativ beeinflussen, da auf Grund einer insuffizienten psychosozialen Unterstützung sich Ängste und Unsicherheiten der Gebärenden verstärken können. Ängste und Unsicherheit wirken sich möglicherweise negativ auf den physiologischen Geburtserlauf und das Geburtsergebnis aus.

Eine Zunahme der Arbeitsbelastung und eine verminderte Betreuungsdichte der Hebamme können daher möglicherweise, auf Grund mangelnder psychosozialer Unterstützung, Interventionen, wie operative Geburtsmodi oder Analgesie- und Anästhesieverfahren begünstigen.

Fragestellung der Studie

Im Rahmen der vorliegenden Sekundärdatenanalyse wurde zum einen untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung der Hebammen und der Betreuungsdichte im Kreißsaal aufgezeigt werden kann. Zum anderen wurde analysiert, ob diese Parameter mit der Rate operativer Geburtsmodi sowie der Inanspruchnahme von Analgesie- und Anästhesieverfahren assoziiert sind.

Mit dieser Analyse wurden damit erstmalig potentielle Korrelationen zwischen den genannten Aspekten in Deutschland untersucht. Folgende Hypothesen wurden im Rahmen einer explorativen Studie, unter Anwendung von multivariaten Regressionsmodellen analysiert:

1. Die Variable Arbeitsbelastung trägt signifikant zur Erklärung der Betreuungsdichte der Hebamme im Kreißaal für die Betreuung von Low-Risk Gebärenden bei.
2. Die Variablen Betreuungsdichte und Arbeitsbelastung der Hebamme tragen signifikant zur Erklärung der Anzahl von operativen Entbindungen in der Geburtsbetreuung von Low-Risk Gebärenden bei.
3. Die Variablen Betreuungsdichte und Arbeitsbelastung der Hebamme tragen signifikant zur Erklärung der Anzahl von Analgesie- und Anästhesie-verfahren in der Geburtsbetreuung von Low-Risk Gebärenden bei.

Ethisches Clearing

Für die Primärstudie wurde ein Ablauf- und Prüfplan erstellt, der sich an der Deklaration von Helsinki und den Leitlinien zur Good Clinical Practice (GCP) orientierte (Bundesärztekammer, 2013; International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use, 1996). Den Studienteilnehmerinnen wurde zugesichert, dass eine Weitergabe ihrer Daten zu weiteren Forschungszwecken nur in pseudonymisierter Form erfolgt. Das schriftliche Einverständnis sämtlicher Studienteilnehmerinnen lag vor.

Die Primärstudie erhielt zudem positive Voten durch die Ethikkommissionen der Ärztekammern der Bundesländer Bremen, Hamburg sowie der Landesärztekammer Baden-Württemberg.

Im Ergebnisteil der vorliegenden Untersuchung wurden die Daten weiterhin in pseudonymisierter Form verwendet. Auch einrichtungsspezifische Unterschiede wurden in pseudonymisierter Form beschrieben, um Rückschlüsse auf die einzelnen geburtshilflichen Abteilungen zu verhindern. Die Hochschule Osnabrück bzw. die wissenschaftliche Leiterin der Primärdatenerhebung Professorin Friederike zu Sayn-Wittgenstein blieb auch für diese Forschungsarbeit weiterhin die Datenhalterin. Es erfolgte keine Datenweitergabe an Dritte, da auch die Promovendin bereits wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Primärdatenerhebung war.

Die Ethikkommission wurde nicht erneut involviert, da die Arbeitsgruppe „Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten“ (AGENS) empfiehlt: „Die Empfehlung zur Konsultation einer Ethikkommission kann bei Sekundärdatenanalysen entfallen, wenn alle datenschutzrechtlichen Vorschriften zur Pseudonymisierung personenbezogener Daten erfüllt sind (vgl. auch Leitlinie 8) und keine Verknüpfung mit Primärdaten geplant ist.“ (Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten, Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, Arbeitsgruppe Epidemiologische Methoden Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie & Deutsche Gesellschaft für Medizin, 2008, S. 4)

Methodisches Vorgehen

Für die vorliegende Untersuchung wurde das Design einer quantitativen Sekundärdatenanalyse mit explorierendem Charakter gewählt. Basis der Analyse ist eine Stichprobe von 999 Low-Risk Gebärenden.

Die Daten resultieren aus der prospektiv-kontrollierten Studie: Kosten/Nutzen- und Kosten/Wirkungsanalyse verschiedener Versorgungsangebote in der Geburtshilfe sowie der Multicenter-Studie Hebammenkreißsaal gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (2007–2010) (Förderkennzeichen: 01GT0616) (Knappe et al., 2011; Sayn-Wittgenstein, Haubrock, Knappe, Krahl & Schäfers, 2011a; Sayn-Wittgenstein et al., 2011b). Im Rahmen dieser Drittmittelprojekte wurden zwei verschiedene geburtshilfliche Versorgungsmodelle (Hebammenkreißsaal versus üblicher Kreißsaal) im Hinblick auf die gesundheitlichen Auswirkungen für Mutter und Kind, auf das mütterliche Wohlbefinden und auf ökonomische Unterschiede bei Frauen mit niedrigem anamnestischen und geburtshilflichem Risiko (Low-Risk Frauen) verglichen.

Die Studienpopulation der Primärdatenanalyse setzte sich aus einer Gelegenheitsstichprobe von Low-Risk Frauen zusammen, die sich für das Modell Hebammenkreißsaal oder den üblichen Kreißsaal in einer von vier Referenzeinrichtungen entschieden hatten ($n = 1.238$). Bei der Stichprobenkalkulation mit einer Power von 80 % (bei einem Fehler I. Art von 5 %) wurde in der Primärdatenerhebung von einem zweiseitigen Test ausgegangen und eine Stichprobengröße von $n = 626$ pro Gruppe kalkuliert. Hiermit sollten Unterschiede von 10 % bei ausgewählten Zielvariablen aufgedeckt werden.

Alle Studienteilnehmerinnen erfüllten präpartal vor Einschluss in die Primärstudie die für die Studienteilnahme geltenden Einschlusskriterien.

Ergebnisse

Eine geringere Arbeitsbelastung der Hebamme steht in einem signifikanten positiven Zusammenhang mit der Betreuungsdichte. Die Betreuungsdichte und die Arbeitsbelastung sind jedoch nicht signifikant mit dem operativen Geburtsmodus oder der Inanspruchnahme von Analgesie- und Anästhesieverfahren assoziiert. Andere Variablen, welche die Betreuungssituation im Kreißsaal operationalisieren, sowie frau- oder geburtsspezifische Parameter und einrichtungsspezifische Merkmale, tragen hingegen signifikant zur Varianzaufklärung bei.

Diskussion und Implikationen für die Praxis

Mit den Ergebnissen konnte ein Zusammenhang zwischen den strukturellen Arbeitsbedingungen wie der Arbeitsbelastung im Kreißsaal und der Betreuungsdichte aufgezeigt werden. Für die Ergebnisparameter Geburtsmodus und Inanspruchnahme von Analgesie- und Anästhesieverfahren war kein Zusammenhang darstellbar. Möglicherweise sind insbesondere die Handlungskultur im Kreißsaal sowie die Aufenthaltsdauer der Gebärenden in Hinblick auf die gewählten Ergebnisparameter bedeutsamer bei einer Low-Risk-Klientel als die Variablen Arbeitsbelastung und die Betreuungsdichte.

Für nachfolgend prospektiv angelegte Untersuchungen bedarf es darüber hinaus einer anderen Stichprobenwahl und -größe, oder auch einer anderen Auswahl von Ergebnisparametern, um Zusammenhänge zwischen der Ergebnisqualität und der Arbeitsbelastung und Betreuungsdichte zielgerichtet untersuchen zu können. Für prospektive Untersuchungen ist darüber hinaus eine umfassendere Operationalisierung der Hebammenbetreuung und des Geburtsprozesses sowie die Berücksichtigung der individuellen Perspektive der Gebärenden von Bedeutung.

Dessen ungeachtet bleibt eine adäquate Personalausstattung von Relevanz, um in der Praxis die notwendige Betreuungsqualität und entsprechende Strukturen umzusetzen, auch wenn sie kein Faktor ist, der isoliert die Betreuungsqualität zu verbessern scheint. Zusätzlich sollten daher auch strukturierte Betreuungskonzepte von Hebammen in der beruflichen Praxis implementiert, reflektiert und evaluiert werden.

Zusammenfassend können die Ergebnisse dieser explorativen Untersuchung für die Weiterentwicklung der geburtshilflichen Versorgungsqualität und die zielgerichtete Entwicklung weiterer versorgungsrelevanter Forschungsfragen und adäquater Forschungsdesigns in der Geburtshilfe genutzt werden.

Bezug zum Teilprojekt B

Mit der Promotion im Rahmen der Graduiertenförderung wurde die Zielsetzung verfolgt, die Zusammenhänge zwischen der Arbeitsbelastung sowie der Betreuungsdichte und der Ergebnisqualität der Hebammenarbeit darzustellen. Im Rahmen der Literaturrecherche und -aufbereitung konnte der internationale Forschungsstand in diesem Bereich aufgearbeitet und für das Hebammenwesen und die Pflege dargestellt werden. Damit dienen diese Arbeiten auch einer Fundierung und Argumentationsgrundlage für die erste Konzeptionierung eines Instrumentes für die Personalbedarfsermittlung im Hebammenwesen für das Teilprojekt B.

Dieses Promotionsvorhaben knüpft damit inhaltlich an das Teilprojekt B an.

Endgültige Bewertung des Promotionsprozesses

Das Stipendium der Graduiertenförderung der Hochschule Osnabrück in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke, gefördert aus Landesmitteln des Nds. Vorab durch das Niedersächsische Ministerium für Wissenschaft und Kultur, ermöglichte der Doktorandin, das Promotionsvorhaben neben weiteren Qualifikationsmaßnahmen erfolgreich abzuschließen.

Insbesondere der rasante Professionalisierungs- und Akademisierungsprozess im Hebammenwesen erfordern von den Akteuren in der Hebammenwissenschaft vielfältige Aktivitäten und Positionierungen. Neben der Promotion brachte sich die Promovendin daher während ihrer Promotionszeit bei der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft als Vorstandsmitglied ehrenamtlich ein und übernahm vor Abschluss der Promotion eine Vertretungsprofessur und

später eine ordentliche Professur für Hebammenwissenschaft an der Hochschule Ludwigshafen am Rhein.

Diese Tätigkeiten und Positionen wurden durch das Stipendium und das strukturierte Promotionsprogramm erfolgreich unterstützt.

Damit trägt das Stipendium wesentlich zu der Akademisierung und Professionalisierung des Berufsstandes bei, da hierdurch vertikale Qualifizierungsmöglichkeiten geschaffen wurden.

Die Anbindung an die Strukturen des Forschungsschwerpunktes *IsQua* sicherten zudem eine methodische Begleitung und ermöglichten den Austausch in einer Peer Group aus Fach- und Bezugswissenschaftlerinnen. Dies sicherte die Arbeitsprozesse als auch die Güte der Forschungsarbeit.

4. Entwicklung und Erprobung eines Assessment- und Dokumentationskonzept für eine psychosoziale Betreuung während der Geburt

Krahl, Astrid

Hintergrund

Im Teilprojekt C Assessment- und Dokumentationskonzept für eine psychosoziale Betreuung während der Geburt des Forschungsschwerpunktes *Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett - Instrumente zur sektorenübergreifenden Qualitätsentwicklung - IsQua*, wurde im Verbund Hebammenforschung vom 01.04.2011 bis 31.06.2016 eine Dokumentationsvorlage mit Fragekatalog für eine präpartale psychosoziale Hebammensprechstunde entwickelt und auf Anwendbarkeit und Akzeptanz evaluiert.

Für die Umsetzung einer individuellen und bedürfnisorientierten peripartalen Hebammenbetreuung, die auf Gesundheitsförderung und Prävention zielt, ist die Berücksichtigung der Erwartungen und Wünsche der Frauen sowie der psychosozialen Aspekte ihrer Lebenssituation notwendig. Bislang gibt es keinen Fragekatalog, der Hebammen in der Beurteilung dieser Faktoren systematisch unterstützt.

In der zu Beginn des Projektes durchgeführten Literaturstudie zeigt sich, dass zahlreiche psychosoziale Faktoren Einfluss auf das Geburtserleben und das Geburtsoutcome (Geburtsmodus, neonatale Gesundheit) haben. Dazu zählen zum einen psychische und psychologische Faktoren wie mangelndes Selbstwirksamkeitsgefühl, Hilflosigkeit, Kontrollverlust, peripartale Ängste und Depression aber auch vorangegangene Gewalterfahrungen oder andere Traumata (Beck 2001; Lederman et al. 1985; McNiven et al. 1992; Monk et al. 2000; Simkin und Ancheta 2001; Waldenström 1999). Soziale Belastungen wie Sorgen (prekäre Arbeitsverhältnisse, Wohnquartier, Partnerschaft), Migration, fehlende soziale Unterstützung und Isolation sowie stressvolle Lebensereignisse und Erschöpfungszustände (z. B. Trauerfall, Trennung) stellen insgesamt Risikofaktoren für die Ausbildung einer ante- und postpartalen Depression dar (Beck 2001; Robertson et al. 2004). Auf der anderen Seite können angemessene Erwartungen, ausgeprägtes Selbstwertgefühl und gute soziale Unterstützung schützende Faktoren für die Entwicklung einer Depression sein und Frauen zu einem positiven Geburtserlebnis führen (Gibbins und Thomson 2001; Green 1993; Lavender et al. 1999).

Für Frauen und Familien, die psychisch und/oder sozial belastet sind, stellen Schwangerschaft, Geburt und Elternwerden eine große Herausforderung dar, die es zu bewältigen gilt. Entsprechend anspruchsvoll gestaltet sich die von Hebammen zu leistende peripartale Betreuungsarbeit.

Vor diesem Hintergrund wurde ein Instrument zur strukturierten Einschätzung und Dokumentation emotionaler und psychosozialer Phänomene sowie der Ressourcen und Stärken schwangerer

Frauen während einer geburtsvorbereitenden psychosozialen Hebammensprechstunde in der 32.-40. Schwangerschaftswoche entwickelt und getestet.

Ziel und Fragestellung

Es sollte ein Instrument zur strukturierten Einschätzung und Dokumentation emotionaler und psychosozialer Phänomene sowie der Ressourcen und Stärken schwangerer Frauen während einer geburtsvorbereitenden psychosozialen Hebammensprechstunde entwickelt und getestet werden. Zudem sollte die Informationsgabe, Beratungsinhalte und Absprachen zur Gestaltung des Geburtsprozesses strukturiert und gut nachvollziehbar schriftlich abgebildet werden.

Übergeordnet wurde folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- a) Welche psychischen und sozialen Faktoren sind im klinischen Setting für die peripartale Betreuungsplanung von Relevanz?
- b) Eignet sich das *Assessment für die psychosoziale peripartale Betreuung...*
 - zum Einsatz in der Hebammensprechstunde?
 - o Sind Struktur, Frageformulierung und Dokumentationsmatrix anwendbar und sinnvoll?
 - o Welcher zeitliche Rahmen wird benötigt?
 - o Welche Erfahrungen machen Hebammen mit der Anwendung des Instruments?
 - zur Einschätzung und Dokumentation betreuungsrelevanter psychosozialer Phänomene sowie der Ressourcen und Stärken der Frau und ihrer Umwelt?
 - zur Maßnahmenplanung in der peripartalen klinischen Hebammenarbeit?

Methodisches Vorgehen

Die Bearbeitung der Forschungsfragen erfolgte im Rahmen einer Evaluationsstudie mittels einer sequentiellen Triangulation quantitativer und qualitativer Methoden der empirischen Sozialforschung (Liehr & Taft, 1996).

Das Projekt wurde in zwei Phasen durchgeführt. In der ersten Phase wurden psychosoziale Faktoren, Ressourcen und Stärken von Frauen, die für die peripartale Arbeit von besonderem Interesse sind identifiziert und eine erste Version des Frage- und Dokumentationskatalogs *Assessment für die psychosoziale peripartale Betreuung - AppB* entwickelt. Das AppB wurde in der zweiten Projektphase in einer Evaluationsstudie auf praktische Anwendung und Akzeptanz geprüft.

Phase 1: Entwicklung des Assessment- und Dokumentationsinstruments

In einer Literaturanalyse sowie einem Expertinnenworkshop (Delphi-Runde 1, n=9) wurden zum einen psychosoziale Phänomene, die im Rahmen der Betreuung von Frauen während der Geburt von Relevanz sind, identifiziert. Zum anderen wurden konkrete Frageformulierungen zu den

einzelnen psychosozialen Phänomenen (z. B. Geburtsangst, Erwartungen an die Geburtsbetreuung, soziale Unterstützung) gesammelt, in einem Leitfaden zusammengefasst und in zwei weiteren Delphi-Befragungsrunden (n=23) einer Bewertung auf Relevanz und Anwendbarkeit unterzogen. In den Fragekatalog flossen Fragestellungen aus 23 ante- oder peripartalen Assessmentinstrumenten oder Fragebögen zu 13 verschiedenen Themenbereichen ein. Die Fragen waren unter den Themengruppen: Einführende Fragen und Ergänzung der Anamnese; Partnerschaft, soziale Unterstützung, häusliche Gewalt; Sorgen, Stress, Depression; Erwartungen an die Geburt, Coping, Geburtsangst sowie Migration, Diskriminierung, Spiritualität subsumiert. Ausgehend von insgesamt 163 Fragen wurden nach der dritten Runde 84 Eingangs- und 43 Vertiefungsfragen von mehr als 50 Prozent der Teilnehmerinnen als relevant bewertet. In dem daraufhin modifizierten Fragekatalog = Assessment für die psychosoziale peripartale Betreuung – AppB – wurden Fragen thematisch zusammengefasst, neu strukturiert und abschließend in einem interdisziplinären bilanzierenden Workshop (n=4) diskutiert und nochmals überarbeitet.

Das Instrument AppB bestand in der getesteten Version aus einem mehrstufigen Fragekatalog mit 57 Haupt- und 43 vertiefenden Fragen die unter die folgenden Themenbereiche subsumiert wurden: aktuelle Schwangerschaft, Gesundheitsverhalten und Umgang mit körperlicher Belastung, ihre Lebenssituation, Vorstellungen von und Vorbereitungen auf Geburt - Geburtsplan. Für die abschließende Dokumentation der Einschätzungen und Absprachen wurde das Koordinatenkreuz für die psychosoziale Behandlung von Pauls (2004, Abbildung 1) genutzt sowie Zeilen für die Bedürfnisse und Wünsche für die Geburt, Beratungsinhalte, Empfehlungen sowie ggf. für Vermittlungen mit weiteren Akteuren oder Institutionen des Gesundheits- oder Sozialbereichs.

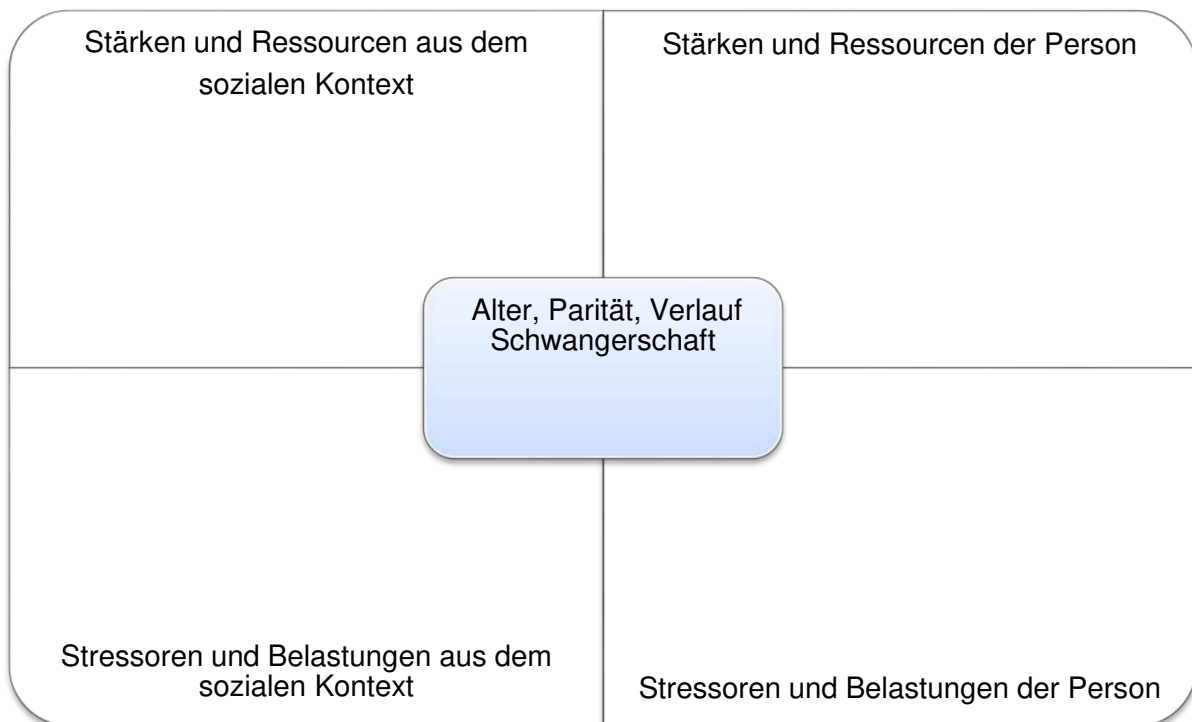


Abbildung 1. Koordinaten psychosozialer Behandlung (Pauls, 2004)

Die Koordinaten für die psychosoziale Behandlung können eingesetzt werden, um Belastungen und Stressoren sowie Ressourcen und Stärken nach den jeweiligen auslösenden Herkunftsbereichen (persönlich/sozial) zu strukturieren. Im Zentrum des Kreuzes werden wichtige Daten aus der Schwangerschaft und zur Person zusammengefasst. Damit entsteht ein Überblick über für die peripartale Betreuung relevante Aspekte der Lebenssituation der Frau. Zudem lassen sich Risiken oder Ressourcen, wie in Abbildung 2 zu sehen, beispielsweise bezüglich einer periparten Depression abbilden.

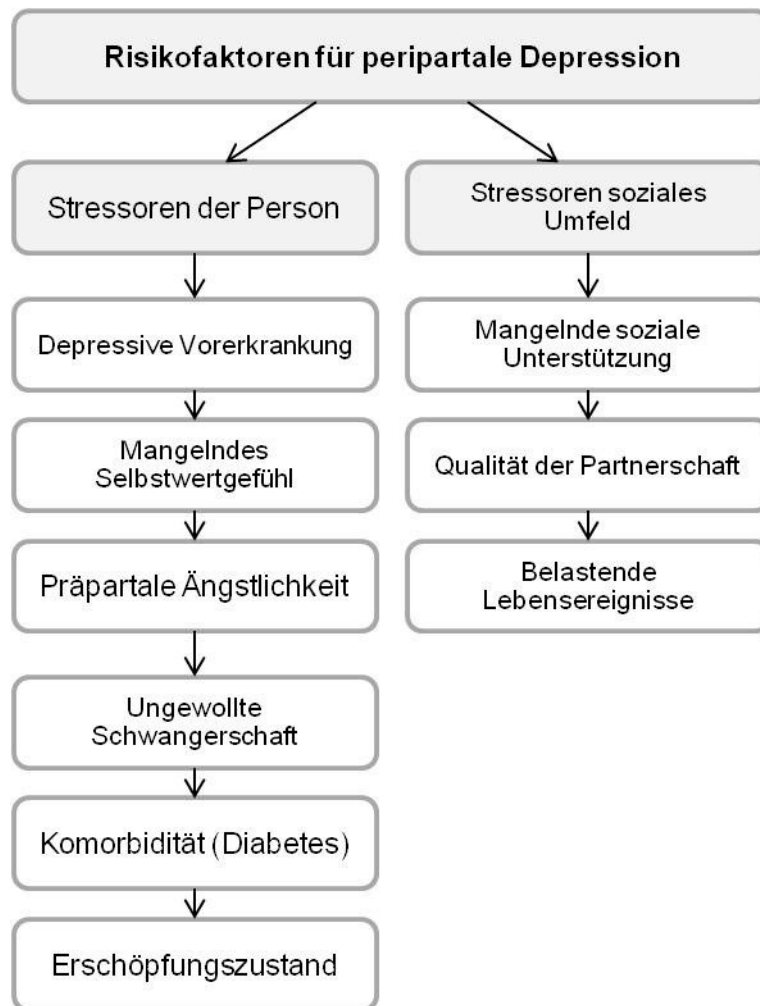


Abbildung 2. Risikofaktoren für peripartale Depression

Eigene Darstellung, Quellen: Beck 2001; Lancaster et al. 2010; Norbeck und Anderson 1989; Robertson et al. 2004; Xie et al. 2009

Das Projekt wurde von der Ethikkommission der Hochschule Osnabrück geprüft und erhielt am 08.07.2015 deren Zustimmung.

Phase 2: Pilotstudie zur Erprobung des AppB

In Phase 2 wurde das aus 57 Haupt- und 43 Vertiefungsfragen bestehende AppB in einer Evaluationsstudie auf Anwendbarkeit und Handhabung durch Hebammen und zur Akzeptanz durch schwangere Frauen getestet.

Angefragt wurden 15 Kliniken in Deutschland, von denen bekannt war, dass sie eine Hebammensprechstunde durchführen. Aus zwei Kliniken waren sieben Hebammen bereit teilzunehmen. Sie wurden zum Einsatz des Instruments und der Rekrutierung der Teilnehmerinnen (schwängere Frauen) geschult.

Erhebungsinstrumente

Die Daten für die Evaluation der AppB wurden mittels zweier selbstentwickelter Fragebögen, eine Version für die Hebammen und eine für die Frau, erhoben.

Der Fragebogen für die Hebammen enthielt 58 Fragen zu den Themenbereichen: Umfang des Fragebogens, Aufbau und Struktur, Verständnis, Relevanz, Angemessenheit, fehlende Fragen, Anwendung und Nutzung der Fragen, Erfahrungen mit der Anwendung, Nutzung der Vertiefungsfragen und des Edinburgh Depression Scale (EDS) und Erkenntnisgewinn. Zudem wurden acht Fragen zu soziodemografischen Angaben gestellt.

Der Evaluationsbogen für die Frauen beinhaltete 35 Fragen zu sieben Fragebereichen: soziografische Angaben, allgemeine Bewertung der psychosozialen Hebammensprechstunde, Relevanz bestimmter Fragethemen, Antwortverhalten, Erfahrungen in der Sprechstunde, Gewinn aus der Sprechstunde, Empfehlung an andere. Mehrheitlich wurden Antwortmöglichkeiten zur Bewertung mit 3, 4 oder 5 Item Likert-Skalen (zur kurz, angemessen, zu lang; häufig, teils-teils, selten, nie; trifft voll zu, trifft eher zu teils-teils, trifft eher nicht zu, trifft nicht zu).

Daten zur Zufriedenheit mit der Lebenssituation, zu Belastungen, Gefühlserleben und Wünschen der Frauen wurden dem AppB entnommen.

Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen wurden Frauen ab der 32. Schwangerschaftswoche ohne sprachliche Verständigungsprobleme. Frauen mit schweren Geburtsrisiken (HELLP, intrauteriner Fruchttod, sonographisch festgestellte lebensbedrohende fetale Missbildungen) wurden von der Studie ausgeschlossen.

Stichprobe der Hebammen

Sieben Hebammen nahmen an der Studie teil. Im Mittel (2-17) haben sie zehn psychosoziale Hebammensprechstunden mit dem AppB gehalten und dokumentiert.

Die Hebammen waren im Alter von 27-55 Jahren und verfügten im Mittel über 15 Jahre Berufserfahrung. Alle Hebammen führten schon seit geraumer Zeit Hebammensprechstunden für Frauen durch, die Interesse an einer Geburt im Hebammenkreißsaal hatten, sodass sie Erfahrungen mit dem Konstrukt Hebammensprechstunde hatten und zugleich eng mit dem Kreißsaal vor Ort kooperierten oder zudem dort tätig waren. Jeweils zwei Hebammen hatten Fortbildungen zu den Themen psychische Gesundheit, Gewalt oder Missbrauch, kultursensible Hebammenarbeit und Gesundheitsförderung und Prävention besucht; vier zu Kommunikation und Beratung. Fortbildungsbedarf äußerten sie zu psychische Gesundheit (n=4), Gewalt oder Missbrauch (n=2), kultursensible Hebammenarbeit (n=2), Gesundheitsförderung und Prävention (n=2), Kommunikation und Beratung (n=3), ethische Dilemmata (n=1) und soziale Stressoren (n=3).

Stichprobe der Frauen

Die Teilnehmerinnen der psychosozialen Hebammensprechstunde wurden von den Hebammen durch gezielte Ansprache rekrutiert. Die Gelegenheitsstichprobe besteht aus 69 teilnehmenden schwangeren Frauen eine Gelegenheitsstichprobe besteht aus 46 Erstgebärenden, 12 Zweit- und vier Drittgebärenden mit einem Durchschnittsalter von 32,3 Prozent (range 22-41). Bis auf zwei Frauen ohne Partner, lebten alle anderen mit Ehepartner (69,8%) oder in fester Partnerschaft (27,0%). 49 der Frauen hatten eine Hochschulreife (77,7%) und 14 eine mittlere Reife. Vier befanden sich in der Ausbildung oder im Studium, 20 hatten eine abgeschlossene Ausbildung und 35 ein abgeschlossenes Studium. Weitere vier der Frauen hatten promoviert. Zwei Drittel der Frauen (n=44) waren in der Schwangerschaft Vollzeit beschäftigt. Eine war arbeitssuchend und zwei ausschließlich Hausfrau.

Analyse

Die Daten wurden mit der Statistik Software SPSS 24 nach deskriptiven statistischen Verfahren ausgewertet.

Ergebnisse

Die Evaluation des AppB durch die Hebammen und Frauen lässt den Schluss zu, dass das Instrument dafür geeignet ist eine psychosoziale Hebammensprechstunde zu strukturieren und die Ergebnisse sinnvoll zu dokumentieren. Allerdings scheint es sinnvoll zu sein, den Fragebogen etwas zu kürzen und einige Fragen zusammenzuführen. Zudem ist die abschließende Dokumentation der Einschätzung der Ressourcen und Belastungen der Frau mit den Koordinaten der psychosozialen Behandlung (Pauls, 2004) ohne intensivere Schulung und Übung eine zeitlich intensive Herausforderung.

Evaluation durch die Hebammen

Mit der beanspruchten Zeit für die Durchführung – die Hebammen benötigten zwischen ein und zwei Stunden – wäre das AppB in der üblichen Arbeitsorganisation nicht vollständig einsetzbar. Für Frauen ohne psychosoziale Belastungen wurde es als zu umfangreich bewertet. Nicht aber für Frauen mit Belastungen. Sechs der sieben Hebammen finden es wichtig, dass alle Frauen in einer psychosozialen Hebammensprechstunde zu ihrem Gesundheitsverhalten in der Schwangerschaft und Gewalterfahrungen befragt werden. Alle sieben Hebammen fanden die Thematisierung psychischer Erkrankungen und Behandlung und depressiven Verstimmungen bei allen Frauen wichtig.

Gliederung, vorgegebene Reihenfolge der Fragen und Frageformulierungen wurden von allen Hebammen positiv bewertet. Dennoch äußerten vier Hebammen, dass der Aufbau der Fragen dazu verleitet hat, sie nacheinander abzuhaken. Der Aufbau in Haupt- und vertiefende Fragen war

nur für drei Hebammen übersichtlich genug gestaltet. Drei Hebammen fanden ihn zum Teil übersichtlich, eine Hebamme eher nicht übersichtlich gekennzeichnet. Dennoch bewerteten fünf Hebammen den Aufbau als zielführend und unterstützend, um ein Thema im Bedarfsfall zu vertiefen. Insgesamt wurden die vertiefenden Fragen häufig genutzt.

Vier Hebammen empfanden die Seite „Abschließende Einschätzung und Empfehlungen“ mit den Koordinaten psychosozialer Behandlung (Pauls, 2004) als sinnvolle Art der Dokumentation. Für zwei Hebammen war sie teilweise sinnvoll und für eine Hebamme nicht sinnvoll. Vereinzelt wurde geäußert, dass es zusätzliche Zeit benötigen würde, diese zusammenfassende und strukturierende Einschätzung vorzunehmen.

Das AppB wird von allen Hebammen als zumindest teilweise hilfreiche Unterstützung zur Durchführung der Hebammensprechstunde eingeschätzt und von allen als eine gute Möglichkeit zur Verbesserung der Versorgung rund um die Geburt. Den meisten Hebammen (n=5) hat das AppB geholfen Stärken und Ressourcen sowie Stressoren und Belastungen der Frauen besser herauszuarbeiten. Die Hebammen äußerten zudem, dass die Beachtung der psychischen Gesundheit (n=4) und der sozialen Situation (n=3) ihnen wichtiger geworden ist. Fünf Hebammen gaben an, Frauen stärker zu ermutigen und differenzierter nach zu fragen, wenn Frauen über psychische oder soziale Belastungen berichten. Zudem dokumentieren sie die psychische und die soziale Lebenssituationen sowie die Wünsche und Bedürfnisse der Frauen mit dem AppB detaillierter. Fünf Hebammen berichteten, dass sie Aspekte angesprochen haben, die sie vorher nicht thematisierten.

Dabei berichteten alle bis auf eine der Hebammen, mit dem AppB die relevanten Fragen mit den Frauen besprochen zu haben. Während des Gesprächs fühlten sich sechs der sieben Hebammen gut. Dennoch berichten drei Hebammen, sich zumindest teilweise überfordert gefühlt zu haben.

Abschließend wurden Anregungen gegeben welche Fragen sich im Gespräch als gedoppelt erwiesen haben, da sie im Rahmen von anderen Fragestellungen unweigerlich thematisiert werden. Weitere Fragen (sie stammten aus dem Fragebogen zur Lebenssituation der SOEP-Studie) wurden im Rahmen der Sprechstunde als unangemessen bewertet.

Evaluation durch die Frauen

Von den 69 Frauen, die ihre Studieneinwilligung gegeben hatten und an einer psychosozialen Hebammensprechstunde teilnahmen haben 63 den Evaluationsbogen ausgefüllt.

Allgemeine Bewertung der Hebammensprechstunde

Bis auf vier Frauen bewerteten alle die Atmosphäre während der Hebammensprechstunde als gut (93,7%). Mehr als 80 Prozent der Frauen haben den Zeitrahmen als angemessen empfunden (82,5%) und erlebten eine Hebammensprechstunde ohne Störungen (87,3%). Elf Frauen (17,5%) empfanden die Fragen nur zum Teil leicht verständlich. Für die meisten Frauen waren

Fragestellungen gut verständlich (82,5%), zudem wurden sie als angemessen empfunden (93,6%). Für 43 Frauen wurden alle Themen, die ihnen persönlich wichtig gewesen sind, besprochen. Nur vereinzelt wurden Fragen nicht ausreichend behandelt (9,5%). Insgesamt äußern 47 Frauen (74,6%), dass die psychosoziale Hebammensprechstunde eine gute Möglichkeit der Geburtsklinik darstellt zur Verbesserung der Versorgung rund um die Geburt. Für weitere 13 Frauen trifft diese Aussage „eher zu“, für zwei Frauen zumindest teilweise.

Akzeptanz

Mehr als 90 Prozent der Frauen fanden es wichtig, dass zu den Themen Geburtsangst und Gesundheitsverhalten in der Schwangerschaft generell alle Frauen gefragt werden. Für mehr als 80 Prozent galt dies auch für Fragen nach psychischen Erkrankungen und depressive Verstimmungen. Ein knappes Drittel der Frauen war sich nicht sicher oder waren nicht der Meinung, dass alle Frauen nach Gewalterfahrungen gefragt werden sollen.

Zirka jede 10. Frau äußerte nicht auf alle Fragen geantwortet zu haben. Zwei Frauen haben nicht zum Thema depressive Verstimmung und Gewalterfahrung geantwortet. Eine Frau hat keine Auskunft zu ihren Drogenerfahrungen gegeben, eine Frau hat vergessen zu welchem Thema und eine weitere fand die Fragen nicht klar gestellt. Als Gründe für die Nichtbeantwortung der Fragen wurde von fünf der Frauen benannt „Ich hatte zum Thema nichts zu sagen“. Einer sechsten Frau wurde nicht klar, ob es sich nur um den Zeitraum der Schwangerschaft geht oder das generelle Leben. 57 Frauen (90,5%) haben alle Fragen beantwortet.

Fast alle Frauen haben sich während der psychosozialen Hebammensprechstunde als Person gesehen und in ihren Wünschen und Sorgen ernst genommen gefühlt (Abb. 1). Auch die Beratung und Informationsgabe wurde überwiegend als individuell an ihren Belangen angepasst empfunden. Eine Frau gab an, sich eher nicht, eine weitere nur zum Teil individuell beraten gefühlt zu haben.

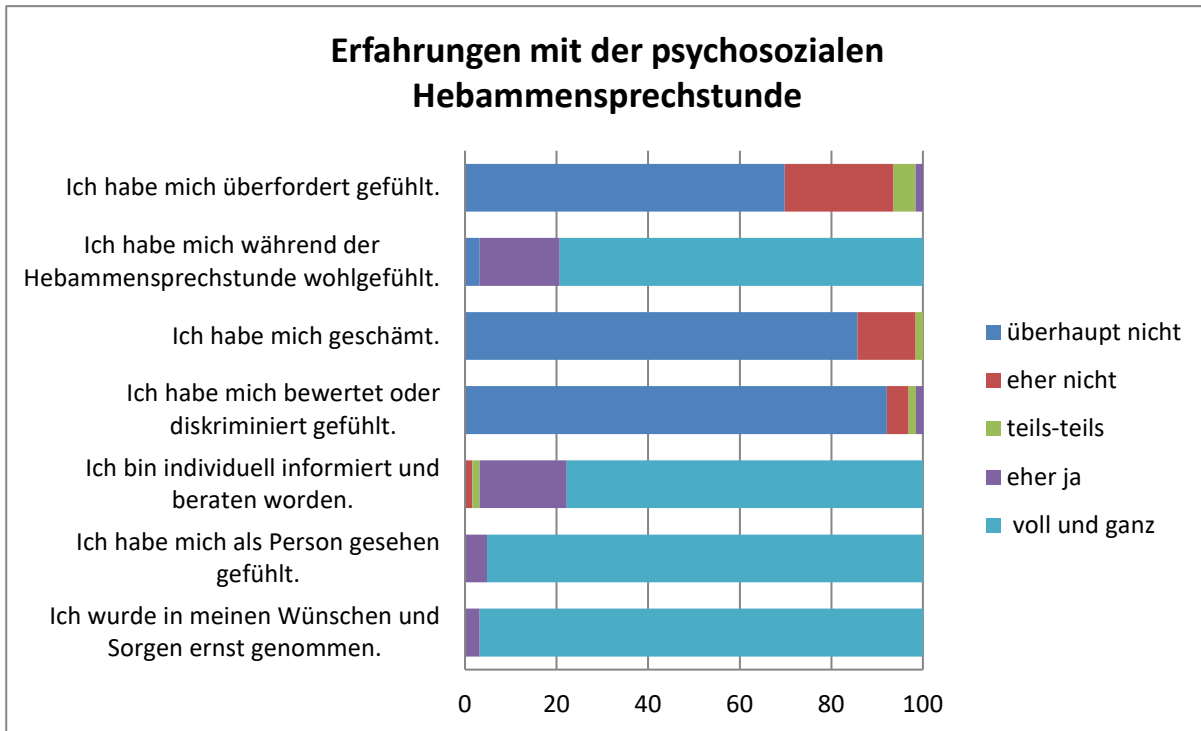


Abbildung 3. Erfahrungen der Frauen mit der psychosozialen Hebammensprechstunde.

Anmerkung: eigene Darstellung. n=63, Angaben in Prozent

Voll und ganz wohlgefühlt haben sich 50 Frauen (79,4%) und weitere 11 (17,5%) eher ja. Zwei Frauen haben sich überhaupt nicht wohl gefühlt.

Auch wenn fast alle Frauen sich weder geschämt, noch in irgendeiner Form von der Hebamme bewertet oder diskriminiert gefühlt haben, erwähnten wiederum zwei Frauen, diese Erfahrungen zumindest teilweise gemacht zu haben. Vier Frauen haben sich durch die Situation oder Fragen zumindest teilweise überfordert gefühlt. Überhaupt keine Überforderung existierte für 44 Frauen (69,8%), eher kein Überforderungsgefühl gehabt zu haben antworteten 15 Frauen (23,8%).

Erkenntnisgewinn

Befragt zu dem Erkenntnisgewinn aus der Sprechstunde äußerte die Mehrheit der Frauen sich eher (47,6%) oder vollständig (47,6%) gut auf die Geburt informiert zu fühlen (Abb. 2).

Sie konnten ihre Stärken und Ressourcen besser erkennen und Wünsche zur Geburt klarer benennen und mitteilen.

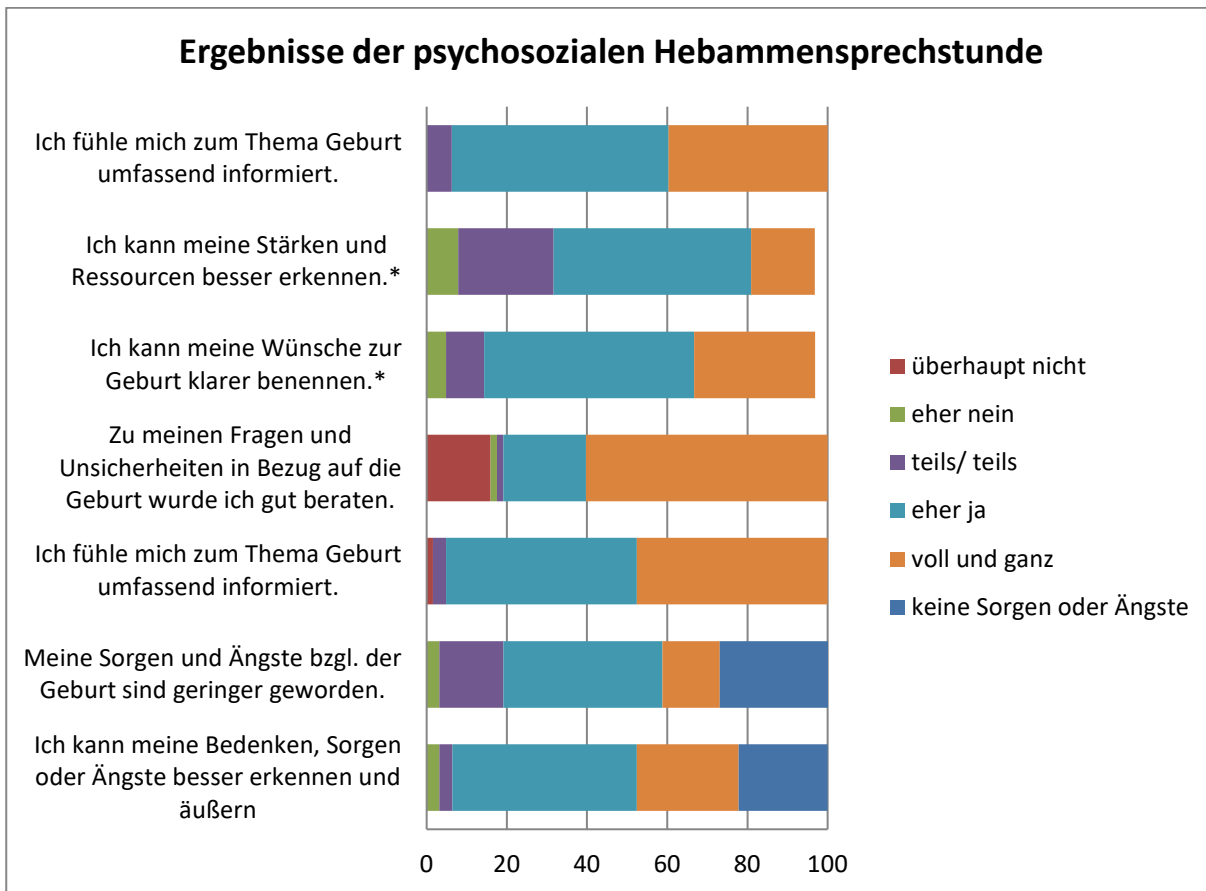


Abbildung 4. Ergebnisse der psychosozialen Hebammensprechstunde für die Frauen

Anmerkung: eigene Darstellung. n=63, * fehlende Werte n=2, Angaben in Prozent

Sehr unterschiedlich stellen sich die Erfahrungen der Beratung zu ihren Fragen und Unsicherheiten in Bezug auf die Geburt dar. 10 Frauen (15,9%) fühlten sich in diesem Bereich überhaupt nicht gut beraten. Diese Häufung überrascht, angesichts der ansonsten getätigten Aussagen. Da wegen der bekannten Ja-Sage-Tendenzen die positive und negative Richtung der Skalierung durch die Art der Fragestellung ausbalanciert wurde besteht an dieser Stelle die Möglichkeit, daß einige Frauen diese Gegenläufigkeit nicht beachtet haben. Das Ergebnis ist demnach nur schwer zu deuten.

In die zwei Fragen, zu Sorgen und Ängste vor der Geburt wurde die zusätzliche Antwortmöglichkeit *keine Sorgen und Ängste* hinzugefügt. Zirka ein Viertel der Frauen bestätigten diese Option. Von den Frauen mit Sorgen und Ängsten meinten fast alle, dass sie nach der Hebammensprechstunde zum einen ihre Bedenken besser erkennen und mitteilen können und zum anderen, dass sich ihre Sorgen und Ängste etwas reduziert haben.

59 (93,7%) Frauen würden die psychosoziale Hebammensprechstunde ihrer Freundin weiterempfehlen, zwei Frauen würden dies mit Einschränkungen tun, eine würde sie nicht weiterempfehlen und eine weitere wusste es nicht.

Abschließend wurden die Frauen befragt, ob und wenn ja, zu welchen Themen, sie sich gerne vorbereitet hätten. Zwölf Frauen (19%) hätten sich gerne vorbereitet, zwei wussten es nicht und sechs Frauen konnten sich vorbereiten. Themen zu denen sie sich gerne vorbereitet hätten waren Geburtsangst (n=7), Erwartungen an die Geburt (n=5), psychische Erkrankungen (n=2) und Gewalterfahrung (n=2).

Ergebnisse der psychosozialen Hebammensprechstunde

Im Folgenden werden Ergebnisse zu dokumentierten Angaben auf dem AppB dargestellt. Das AppB wurde von den Hebammen vollständig zur Dokumentation der Hebammensprechstunde genutzt.

Ihre Lebenssituation

Mit dem Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Lebenssituation wurden 12 Bereiche des persönlichen Lebens auf einer Skala von 1 sehr unzufrieden bis 10 sehr zufrieden bewertet. Zur Auswertung wurden die Antwortmöglichkeiten der 10-Punkte Likertskala in drei Kategorien zusammengefasst. Einschätzungen zwischen 1 und 3 wurden zusammengefasst zu Kategorie „unzufrieden“, zwischen 4 und 7 zu Kategorie „neutraler Zufriedenheitsbereich“ und zwischen 8 und 10 zu Kategorie „zufrieden“.

Generell lässt sich feststellen, dass die befragten Frauen mit den meisten der zu bewertenden Lebensbereiche eher bis sehr zufrieden waren. Ausnahmen stellen die Arbeit, die Tätigkeit im Haushalt und der Schlaf dar. Mit ihrer Arbeit waren 7,1 Prozent unzufrieden. Jede Dritte Frau befand sich im neutralen Zufriedenheitsbereich und 39,1 Prozent waren zufrieden. Unzufrieden mit ihrer Tätigkeit im Haushalt waren sogar fast 16 Prozent der Frauen, weitere 36,1 Prozent waren im neutralen Zufriedenheitsbereich und 41,9 Prozent waren zufrieden. Naturgemäß ist der Schlaf in der Schwangerschaft nicht ungestört. Unterbrechungen des Schlafes und Toilettengänge in der Nacht sind zu einem gewissen Grad physiologisch und anders als bei Nichtschwangeren zu bewerten. Dennoch können sie eine Belastung für die Frau darstellen oder ein Ausdruck von psychischer Belastung. 14,4 Prozent der Frauen waren unzufrieden mit ihrem Schlaf. Im neutralen Zufriedenheitsbereich befinden sich 34,7 Prozent. Fast die Hälfte der Frauen ist zufrieden.

Auch wenn mehr als die Hälfte der Frauen mit ihrer Gesundheit und dem Verlauf der Schwangerschaft zufrieden waren, traf dies für 14,4 Prozent oder zehn Frauen nicht zu. Befragt zur Zufriedenheit mit der Schul- und Berufsausbildung waren jeweils 13 Prozent unzufrieden oder im neutralen Bereich und gut 72 Prozent zufrieden. Mit dem eigenen Einkommen und dem

Haushaltseinkommen waren 11,5 Prozent unzufrieden und gut 20 Prozent äußerten Zufriedenheit im neutralen Bereich. Eine ähnliche Verteilung zeigt sich auch für die Zufriedenheit mit der Wohnung und der Freizeit. Die Zufriedenheit mit dem Familienleben ist deutlicher an den Rändern ausgeprägt. Drei Viertel der Frauen sind zufrieden und 13 Prozent unzufrieden. Parität korrelierte negativ mit ärgerlich sein, unsicher sein aber nicht mit der Schlafqualität, Zufriedenheit mit Haushalt, Freizeit oder dem Familienleben. Weitere Lebensaspekte, die signifikant miteinander korrelierten sind Schlaf, Gesundheit, Schwangerschaftsverlauf, Tätigkeit im Haushalt, Freizeit, Familienleben und Möglichkeit der Kinderbetreuung.

Zehn Prozent waren oder sind zum Zeitpunkt der Befragung aus psychischen Gründen in Behandlung. Unter den Beschwerden waren Anorexie, Angststörungen oder Panikattacken, Burn-Out, Depression, Klaustrophobie, psychosomatische Beschwerden und ein angespanntes Mutter-Tochter-Verhältnis (Mehrfachnennungen in drei Fällen).

Gefühlsleben in den letzten vier Wochen

In den letzten vier Wochen sind 37,7 Prozent der Frauen *manchmal* oder *oft* ärgerlich gewesen, fast 61 Prozent *selten* oder *nie*. Jede 10. Frau war oft unsicher, 29 Prozent zumindest manchmal. Manchmal, oft oder sehr oft ängstlich gewesen zu sein kreuzten fast 30 Prozent der Frauen an. Auch traurige Gefühle (30,4% *manchmal/oft*), Nervosität und Angespanntheit (44,9% *manchmal/oft*) kamen nicht selten vor. Dennoch, der Großteil der Frauen fühlte sich *oft* oder *sehr oft* glücklich. Nur drei Frauen äußerten *sehr selten* oder *nur manchmal* glücklich gewesen zu sein. Zwei Frauen äußerten zudem aktuell unter einer depressiven Verstimmung zu leiden. Eine Frau litt, wenn auch nicht kontinuierlich so doch täglich, unter Lustlosigkeit, die zweite Frau wegen großer und einschneidender Lebensveränderungen. In psychologischer Behandlung hatten oder befanden sich aktuell sieben Frauen (10,1%).

Selbsteinschätzung persönlicher Eigenschaften

Danach befragt, ob Planung in ihrem Leben von großer Wichtigkeit ist, zeigt sich eine sehr gemischte Verteilung. Für knapp ein Viertel der Frauen ist Planung *wichtig*, knapp 30 Prozent hat Planung einen mittleren Stellenwert und fast 45 Prozent wiesen der Planung eine eher untergeordnete Wichtigkeit zu.

Mehr als die Hälfte der Frauen treffen Entscheidungen aus einer Kombination aus Kopf und Bauch heraus, mit einer leichten Tendenz zu mehr rationalen Überlegungen (\bar{x} 5,6). 23,1 Prozent entscheiden eher rational und 21,7 Prozent eher aus dem Gefühl heraus.

Kontrolle zu behalten ist für 37,6 Prozent der Frauen von großer Relevanz. 46,3 Prozent scheinen durchaus Kontrolle behalten zu wollen, aber tendenziell diese auch abgeben zu können (\bar{x} 4,7).

Nur 14,4 Prozent äußern sich dahin gehend, dass es ihnen leicht oder sehr leicht fällt, Kontrolle an andere abgeben zu können.

Die letzte Frage zur Selbsteinschätzung betraf den Anspruch an sich selbst. Auf einer Skala von 1-10 konnten sie bewerten wo sich zwischen den Polen zu Aussagen bezüglich des Kontrollwunsches, des Planungs- und Entscheidungsverhaltens sowie des Anspruch an sich selbst einordnen. Es zeigt sich, dass die meisten Frauen (56,7%) einen *hohen* oder *sehr hohen* Anspruch an sich selbst richten. 36,2 Prozent bewegen sich im Mittelfeld und nur 5,8 Prozent können, was sie selbst betrifft, *oft* oder *immer* „alle Fünfe gerade sein“ lassen. Alle Aspekte korrelieren signifikant positiv miteinander. Je leichter Kontrolle auch an andere abgegeben werden kann, desto eher lassen Frauen auch Dinge auf sich zukommen ($X^2_{\text{Pearson}} 0,596$; $p \leq 0,001$), entscheiden aus dem Bauch heraus ($X^2_{\text{Pearson}} 0,336$; $p = 0,005$) und lassen alle Fünfe gerade sein ($X^2_{\text{Pearson}} 0,462$; $p \leq 0,001$).

Zusammenfassende Einschätzung auf dem Koordinatenkreuz psychosozialer Behandlung

Als soziale Ressource wurde mehrheitlich die Familie und Eltern (n=45) genannt, zudem eine glückliche Partnerschaft oder Ehe (n=32). In 22 Fällen wurden auch Freunde und insgesamt ein gutes soziales Netzwerk notiert. Damit sind Sozialkontakte und Beziehungen die vorrangige Ressource für Frauen in Bezug auf die Geburt und die Familienwerdung. 14 mal wurde eine gute Vorbereitung auf die Geburt dokumentiert. Jeweils eine Nennung bezog sich auf eine soziale Absicherung, einem soliden finanziellen Rückhalt, den Beruf.

Zu den persönlichen Ressourcen zählten je 16 Nennungen von Gelassenheit sowie einer positiven Lebenseinstellung und Zuversicht. Für 15 Frauen stellte ihr Selbstvertrauen und ihre zielgerichtete und starke Persönlichkeit eine Ressource für die kommenden Herausforderungen dar. Zudem wurde Willensstärke, Durchhaltevermögen und Belastbarkeit (n=13) dokumentiert sowie körperliche Fitness (n=8) und Vorfreude auf das Kind (n=5). Weitere einzeln dokumentierte Eigenschaften waren, guter Umgang mit Stress, Humor, Glaube, Kreativität und keine Angst vor Schmerz.

Vielfach wurden persönliche Ressourcen und Stärken auf dem Koordinatenkreuz im Feld der sozialen Ressourcen dokumentiert.

Insgesamt gab es 36 Nennungen für soziale Stressoren und Belastungen. Vorrangige Themen betrafen das fehlende soziale Umfeld (Freunde und Familie nicht vor Ort, zurücklassen des eigenen sozialen Umfeldes wegen dem Ehemann) (n=6) und Konflikte mit dem Partner (n=4) bzw. zu stark umsorgender (n=1) oder unsicherer (n=1) Partner. Ebenfalls mehrfach machten sich Frauen (n=6) Sorgen wegen Vorerkrankungen in der Familie und fünf machten sich Sorgen wegen dem Geschwisterkind. Auch Erwartungen von Anderen oder eine kritische Sicht von außen wurde als belastend empfunden (n=5). Drei Frauen fühlten sich als Alleinerziehende oder in Trennung

lebend belastet. Weitere einzelne Nennungen betrafen die Wohnung, Stress, einen schwierigen Arbeitgeber und kulturellen Unterschieden.

Persönliche belastende Aspekte betrafen Angst (n=8) und Unsicherheit (n=4), ein hoher Anspruch an sich Selbst und die Geburt oder Perfektionismus (n=12), Hektik und Stressempfinden (n=6). Zudem fühlten sich einzelne Frauen besorgt wegen möglicher Überbelastung oder Hilfe einzufordern sowie wegen der Geschwisterkinder. Weitere hatten mit einem unzuverlässigen Ehemann, einer ungewollten Umstellung oder beruflichem Eingespannt sein zu kämpfen. Eine Frau war belastet durch eine Gewalterfahrung.

Diskussion

Die Evaluation durch die Hebammen und schwangeren Frauen zeigt, dass das AppB erfolgreich zur Strukturierung einer psychosozialen Hebammensprechstunde und der Dokumentation der Einschätzungen und Absprachen eingesetzt werden kann. Sie wird von Frauen und Hebammen als eine gute Möglichkeit zur Verbesserung der peripartalen Versorgung betrachtet.

Die Mehrzahl der Frauen konnte ihre Wünsche zur Geburt klarer benennen und ihre Bedenken, Sorgen oder Ängste besser erkennen und äußern. Die Sprechstunde selbst hatte für die Hälfte der Frauen einen Sorgen oder Angst reduzierenden Effekt. Zugleich viel es ihnen leichter ihre persönlichen und sozialen Ressourcen und Stärken zu erkennen, auf die sie während der Geburt und ersten Elternzeit zurückgreifen können. Das AppB kann Hebammen unterstützen, die psychische Gesundheit von Frauen und ihre soziale Lebenssituation stärker zu berücksichtigen, Frauen differenzierter zu diesen Themen zu befragen und zu beraten sowie Erkenntnisse detaillierter zu beschreiben. Wie zuvor die Frauen geben auch die Hebammen an, Stärken und Ressourcen sowie Stressoren und Belastungen besser herausarbeiten zu können. Die Auswertung der Angaben auf dem Koordinatensystem psychosozialer Behandlung (Pauls, 2004) zeigt zudem, dass eine Strukturierung der Einschätzungen weitestgehend gelungen ist und weiteren Fachpersonen ein übersichtliches Bild liefern kann. In den meisten Fällen sehen sich Hebamme und Frau bei der Geburtsaufnahme das erste Mal. Zum einen kann eine umfängliche und dennoch übersichtliche Dokumentation wichtiger Aspekte, die das Wohlbefinden der Frau und die Bewältigungsfähigkeit betreffen, für die betreuende Hebamme außerordentlich hilfreich sein. Auf der anderen Seite unterstützen Frauen, die ihre Bedürfnisse kennen und Sorgen und Ängste deutlich vermitteln können, Hebammen dabei, eine individuelle und passgenaue Betreuung während der Geburt zu gestalten.

Aus organisatorischer Sicht lassen sich zwei Aspekte herausarbeiten, die beim Einsatz des AppB Berücksichtigung finden sollten. Zum einen ließ sich die Struktur von Hauptfragen und im Bedarfsfall vertiefenden Fragen nicht für alle Hebammen deutlich genug nachvollziehen. Im Gespräch wurden allen Frauen alle Fragen gestellt, selbst in den Fällen, in denen keinerlei

Vertiefung des Themas notwendig gewesen wäre. Möglicherweise ist dies ein Grund für die Dauer der Sprechstunde von mindestens einer Stunde, die von den Hebammen als unrealistisch für einen Einsatz in der Praxis angesehen wurde. Auch das Empfinden, dass der Fragekatalog für Frauen ohne psychosoziale Belastungen zu lang und ausführlich sei, kann daraus resultieren, dass die Hebammen die Fragen nicht individuell oder bedürfnisorientiert aus dem Fundus an Fragen ausgewählt haben. Zum anderen zeigt sich, dass das AppB nicht einfach einer Hebamme "in die Hand gedrückt" werden kann. Vielmehr besteht ein Schulungsbedarf zur Anwendung des Fragekatalogs und der strukturierten Dokumentation der Hebammeneinschätzungen nach den Koordinaten psychosozialer Behandlung (Pauls, 2004). Hebammen benötigen etwas Erfahrung mit dem Instrument, damit sie angemessen damit umgehen und ggf. auf Fragen ganz verzichten, während sie bei anderen Themen und Bedürfnissen die Vertiefungsfragen nutzen. Zudem stellt die Differenzierung der Ressourcen und Belastungen nach ihrem auslösenden oder Herkunftsbereich (persönlich oder sozial) an einigen Stellen eine Herausforderung dar und verlangt neben Sachkenntnis auch etwas Übung.

Von Seiten der Forscherinnen wird dem AppB insbesondere ein Potenzial für die Verwendung in der Ausbildung von Hebammen gesehen. Für die Umsetzung einer gezielten und differenzierten psychosozialen peripartalen Betreuung stellt es eine gute Unterstützung dar. Der Einsatz in der Praxis erscheint ebenso wertvoll, sollte jedoch, wie bereits erwähnt, mit einem Schulungskonzept verbunden implementiert werden.

Literaturverzeichnis

- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research* 50 (5), 275–285.
- Gibbins, J. & Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery* 17, 302–313.
- Green, J. M. (1993). Expectations and Experiences of Pain in Labor. Findings from a Large Prospective Study. *Birth* 20 (2), 65–72. doi:10.1111/j.1523-536X.1993.tb00419.x
- Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M. & Davis, M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 202 (1), 5–14. doi:10.1016/j.ajog.2009.09.007
- Lavender, T., Walkinshaw, S. A. & Walton, I. (1999). A Prospective Study of Women's Views of Factors contributing to a Positive Birth Experience. *Midwifery* 15 (1), 40–46.
- Lederman, R. P., Lederman, E., Work, B. & McCann, D. S. (1985). Anxiety and Epinephrine in Multiparous Women in Labor: Relationship to Duration of Labor and Fetal Heart Rate Pattern. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 153 (8), 870–877.
- McNiven, P., Hodnett, E. & O'Brien-Pallas, L. L. (1992). Supporting Women in Labor: a Work Sampling Study of the Activities of Labor and Delivery Nurses. *Birth* 19 (1), 3–8.
- Monk, C., Fifer, W. P., Myers, M. M., Sloan, R. P., Trien, L. & Hurtado, A. (2000). Maternal stress responses and anxiety during pregnancy. Effects on fetal heart rate. *Developmental Psychobiology* 36 (1), 67–77. doi:10.1002/(SICI)1098-2302(200001)36:1<67::AID-DEV7>3.0.CO;2-C
- Norbeck, J. S. & Anderson, N. J. (1989). Life stress, social support, and anxiety in mid- and late-pregnancy among low income women. *Research in Nursing & Health* 12 (5), 281–287. doi:10.1002/nur.4770120503
- Pauls, H. (2004): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim, München: Juventa.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General hospital psychiatry* 26 (4), 289–295. doi:10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006
- Simkin, P. & Ancheta, R. (2001). *Schwierige Geburten - leicht gemacht*. Bern (u.a.): Huber.
- Waldenström, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research* 47 (5), 471–482. doi:10.1016/S0022-3999(99)00043-4
- Xie, R.-H., He, G., Koszycki, D., Walker, M. & Wen, S. W. (2009). Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *Annals of epidemiology* 19 (9), 637–643. doi:10.1016/j.annepidem.2009.03.008

5. Chronische Erkrankung und Geburt – Erleben und Bewältigungshandeln betroffener Mütter

Lange, Ute

Graduiertenförderung

Doktorandin: Ute Lange, M.A. Soziologie und Erziehungswissenschaft

Betreuung: Prof. Dr. F. zu Sayn-Wittgenstein (Hochschule Osnabrück), Prof. Dr. W. Schnepf (Universität Witten/Herdecke)

Laufzeit: 1. Januar 2012 bis 31. Dezember 2014

Abgabe der Dissertation und Eröffnung des Promotionsverfahrens: 19.01.2015

Forschungsprozess

Hintergrund der Studie

Angesichts der wachsenden Zahl chronisch erkrankter Menschen auch in der reproduktiven Lebensphase gewinnt das Thema der Versorgung betroffener Frauen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett an Aktualität. Frauen mit chronischen Erkrankungen müssen in der Zeit rund ums Mutterwerden sowohl die grundsätzlichen Herausforderungen dieser Lebensphase als auch die Besonderheiten ihrer Erkrankung bewältigen.

Abgesehen von medizinischen Aspekten ist die Gruppe der chronisch kranken Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen in Deutschland bisher wenig erforscht. Als ein Ergebnis dieser Forschungsarbeit wurde angestrebt, ihr Erleben und die Bewältigungsstrategien in der Phase der Geburt sowie die Bedeutung dieser Zeit für den weiteren Krankheitsverlauf zu identifizieren. Zu diesem Zweck wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt und Interviews mit betroffenen Müttern geführt.

Fragestellung der Studie

Die forschungsleitenden Untersuchungsfragen waren:

1. Wie werden die körperlichen Veränderungen in der Schwangerschaft vor dem Hintergrund der chronischen Erkrankung von den betroffenen Frauen bewertet und erlebt?
2. Wie stellt sich das Bewältigungshandeln in Bezug auf die chronische Erkrankung nach der Geburt eines Kindes dar?
3. Gibt es aus Sicht der Betroffenen seit der Geburt des Kindes eine Veränderung im Erleben und der Bewältigung der chronischen Erkrankung?

Ethisches Clearing

Das Forschungsvorhaben sowie die Einverständniserklärung für die Interviewpartnerinnen wurden der Ethikkommission der Universität Osnabrück als Teil des IsQua- Forschungsschwerpunktes schriftlich vorgelegt und dort am 12.06.2012 genehmigt.

Methodisches Vorgehen

Die Untersuchung wurde entsprechend der Grounded Theory Methodologie durchgeführt, welche als systematisches qualitatives Verfahren zur Theoriegenerierung ermöglicht, neue Phänomene konzeptuell zu beschreiben und die Prozesshaftigkeit eines Geschehens zu erfassen (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2009; Strauss & Corbin 1996). Der zirkulierende Forschungsprozess wurde durch das permanente Vergleichen der Daten, das Verfassen von Memos und den kontinuierlichen Wechsel von Datenerhebung, Datenanalyse und Theoriebildung bestimmt (Mey & Mruck 2011).

Der Feldzugang erfolgte über gynäkologische Praxen, Klinikambulanzen, Hebammenpraxen, Geburtshäuser sowie Selbsthilfevereine in ganz Deutschland. Die Kontaktaufnahme zu den betroffenen Müttern wurde primär über die Vermittlung sogenannter „gatekeeper“ aus den erwähnten Institutionen in Form von Aushängen oder die Weitergabe eines Informationsschreibens ermöglicht. Die Audiodateien der narrativen Interviews wurden transkribiert und anschließend rekonstruktiv-hermeneutisch ausgewertet.

Einschlusskriterien für die Aufnahme in das Sample waren die Volljährigkeit der Interviewpartnerin, das Erleben einer chronischen Erkrankung seit mindestens zwei Jahren vor der letzten Schwangerschaft und ein Alter des jüngsten Kindes zwischen sechs Monaten und sechs Jahren. In der Gruppe der 27 interviewten Frauen ist ein breites Krankheitsspektrum repräsentiert. So wurden Frauen mit neurologischen Erkrankungen, Funktionsstörungen des Gastrointestinaltraktes, onkologischen Erkrankungen, Infektionskrankheiten, dermatologischen Erkrankungen, Störungen des kardiovaskulären Systems, hämatologischen und hämostaseologischen Erkrankungen psychiatrischen Erkrankungen, endokrinologischen Erkrankungen, Erkrankungen des Respirationstraktes und Erkrankungen des Bindegewebes und der Gelenke befragt. Der Migrantinnenanteil beträgt 19% (n=6).

Ergebnisse

In den Ergebnissen kann gezeigt werden, dass für betroffene Frauen insbesondere die Zeit der Schwangerschaft eine komplexe Herausforderung darstellt und sich diese mit der Geburt langsam auflöst. Dies ist durch die miteinander verbundenen Körper von Frau und Kind und der daraus resultierenden Konsequenz bedingt, dass Entscheidungen im Umgang mit der Erkrankung oder der Schwangerschaft immer auf Beide einwirken.

Frauen mit chronischen Erkrankungen haben in der Schwangerschaft die Sicherstellung größtmöglicher Gesundheit in gleichzeitiger Sorge um zwei bedürftige Körper, des eigenen und den des Ungeborenen, zum Ziel. Allgemeine Bedingungen der Erkrankung wirken auf dieses Geschehen ein. Der Einsatz verschiedener Strategien wie die Beobachtung der körperlichen Veränderungen und des kindlichen Wachstums, des Generierens von Wissen und die Aushandlungsprozesse mit den Professionen des Gesundheitssystems führen zu einer positiven oder negativen Bewertung und Bewältigung der Situation. Diese münden entsprechend in einem Gefühl neuer Potenz und Selbstermächtigung oder in einer Irritation gegenüber dem Krankheitsmanagement und potenziellen Handlungsoptionen.

Für die Frauen mit chronischen Erkrankungen hat das Gesundheitssystem in der Phase des Mutterwerdens eine zentrale Bedeutung. Dabei wird deutlich, dass sich ihr Erleben, trotz einer für fast alle Frauen in Deutschland geltenden risikoorientierten Schwangerenbetreuung, in der Ausprägung, Dringlichkeit und Komplexität von dem der Frauen ohne Krankheitsdiagnose oder mit akuten Schwangerschaftskomplikationen unterscheidet. Sie sind größeren Herausforderungen und Belastungen ausgesetzt, welche sich auch auf die Beziehung zum Kind auswirken.

Diskussion und Implikationen für die Praxis

Die Bedürfnisse und Bedarfe der Frauen mit chronischer Erkrankung werden in den Konzepten der Geburtshilfe nur eingeschränkt berücksichtigt. Sowohl die Struktur der Versorgung, als auch die Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Hebammen sollte das Thema vermehrt fokussieren. Fachbücher zu dem Thema der Versorgungsgestaltung von Frauen mit chronischen Erkrankungen in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett fehlen im deutschsprachigen Raum bislang.

Bezug zum Teilprojekt C

Ausgehend von der Tatsache, dass wenig Kenntnisse zu den Bedürfnissen betroffener Frauen an eine Betreuung und Versorgung bei der Geburt zur Verfügung stehen, sind die Ergebnisse des Promotionsvorhabens für die Entwicklung eines Assessmentinstruments im Kreißaal relevant. Auch deuten Studien darauf hin, dass die Qualität der Betreuung im medizinischen System langfristig auf das Bewältigungshandeln der Erkrankten einwirkt, was eine Integration der Perspektive dieser Personengruppe in die geburtshilflichen Betreuungskonzepte rechtfertigt. Erkenntnisse aus dem fortlaufenden Forschungsprozess fließen in die Entwicklung des psychosozialen Assessmentinstruments für die Hebammensprechstunde in Kliniken ein.

Endgültige Bewertung des Promotionsprozesses

Das Stipendium der Graduiertenförderung der Hochschule Osnabrück in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke, gefördert aus Landesmitteln des Nds. Vorab durch das Niedersächsische Ministerium für Wissenschaft und Kultur, ermöglichte es der Doktorandin, das aufwändige Forschungsvorhaben innerhalb des ausgewiesenen Zeitraumes durchzuführen. Die Anbindung an die Strukturen des Forschungsschwerpunktes IsQua sicherten zum einen eine methodische Begleitung, zum anderen gewährleisteten sie durch die Herstellung von intersubjektiver Nachvollziehbarkeit und gemeinsame Reflexion der Analyseschritte die geforderten Gütekriterien zur Beurteilung qualitativer Forschung und Sicherung der Validität.

6. Entwicklung und Erprobung eines Dokumentationsbelegs für die postpartale Phase

Köhler, Petra; Hellmers, Claudia; zu Sayn-Wittgenstein, Friederike

Zusammenfassung

Im Teilprojekt *Entwicklung und Erprobung eines Dokumentationsbelegs für die postpartale Phase (TP D)* des Forschungsschwerpunktes *Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett - Instrumente zur sektorenübergreifenden Qualitätsentwicklung - IsQua*, wurde im Verbund Hebammenforschung vom 01.09. 2011 bis 31.12.2016 ein *Dokumentationsbogen Mütterliche Gesundheit im Wochenbett - Postnatal Health Report* entwickelt.

Anhand einer Literaturanalyse wiesen die bisherigen Erkenntnisse über die mütterliche Gesundheit im Wochenbett auf gesundheitliche Beeinträchtigungen der Mütter in den ersten Monaten nach der Geburt hin (Schäfers 2011, Cheng u. Li 2008, Sayn-Wittgenstein & Bauer 2007, Hellmers 2005, Schytt et al. 2005). Die derzeit zur Verfügung stehende Datenbasis erfasst nur sehr wenige und ausschließlich auf die physische Gesundheit im Wochenbett gerichtete Parameter. Eine gezielte Darstellung im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung erfolgt nicht. Auch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss erfasst nur die Aufnahme der körperlichen Symptome (Gemeinsamer Bundesausschuss 2016).

In einer sich im Rahmen des Projektes anschließenden Recherche bestehender Dokumentationssysteme, die Hebammen im Wochenbett nutzen, wurde ebenfalls ersichtlich, dass bisher fast ausschließlich mütterliche körperliche Komplikationen erfasst werden. Psychische und soziale Aspekte spielen in den Dokumentationen eine untergeordnete Rolle. Eine systematische Erfassung aller Faktoren wäre jedoch auch für eine gezielte Gesundheitsberichterstattung wünschenswert.

Um die Inanspruchnahme von Hebammenleistungen und damit gleichzeitig die Erreichbarkeit von Frauen im Wochenbett zu überprüfen, wurde im Rahmen des Projektes eine exemplarische Bestandsaufnahme in Kooperationskliniken des Verbunds Hebammenforschung durchgeführt. Zudem fand ein Expertinnenworkshop mit Hebammen aus Praxis und Wissenschaft statt. Auf dieser Basis wurde der Dokumentationsbogen für die Dokumentation der mütterlichen Gesundheit im Wochenbett entwickelt, den Hebammen mit Frauen im Wochenbett erprobten. In diesem Dokumentationsbogen wurde neben der körperlichen, die soziale und die psychische mütterliche Gesundheit im Wochenbett abgebildet. Der entwickelte *Dokumentationsbogen Mütterliche Gesundheit im Wochenbett - Postnatal Health Report* weist insgesamt eine gute Handhabbarkeit auf. Die Ergebnisse zum Gesundheitsstatus der Frauen im Wochenbett unterstreichen die Relevanz dieser Dokumentation.

Ziel und Fragestellung

Ziel des Forschungsprojektes war die Entwicklung und die Evaluation eines Dokumentationsbogens zur Darstellung der mütterlichen Gesundheit im Wochenbett.

Folgenden Fragestellungen wurde dabei nachgegangen:

- Mit welchen Parametern kann die physische, soziale und psychische Gesundheit von Frauen nach der Geburt abgebildet werden?
- Welches Ergebnis zeigt für diesen Kontext ein Vergleich der mütterlichen Gesundheit im Früh- und Spätwochenbett?
- Wie bewerten Hebammen den entwickelten Dokumentationsbogen zur Darstellung der mütterlichen Gesundheit im Wochenbett?

Methodisches Vorgehen

Die Bearbeitung der Forschungsfragen erfolgte in drei Phasen mit Hilfe qualitativer und quantitativer Methoden der empirischen Sozialforschung. Die im Forschungsvorhaben integrierte Pilotstudie wurde mit einem nicht-experimentellen Forschungsdesign als deskriptive, explorative Erhebungsstudie durchgeführt.

Phase 1: Bestandsaufnahme

Um die Erreichbarkeit von Frauen im Wochenbett zu überprüfen, wurde in der ersten Phase mittels quantitativer Fragebogenerhebung eine Bestandsaufnahme in acht kooperierenden Kliniken durchgeführt. Die Ergebnisse zeigten, dass 93 % (n= 260) der Mütter in der Befragung bereits eine Wochenbettbetreuung durch Hebammen geplant hatten. Dies zeigte eine gute Erreichbarkeit von Müttern durch Hebammen. Deshalb wurden für die spätere Erprobung des Dokumentationsbogens Hebammen als geeignete Berufsgruppe für die Pilotstudie ausgewählt.

Phase 2: Analyse ausgewählter Dokumentationssysteme und Expertinnenworkshop

In Phase zwei analysierten Studierende des vierten Semesters des Studiengangs Midwifery an der Hochschule Osnabrück im Rahmen des Moduls „*Situationsanalysen in autonomen und innovativen Handlungsfeldern des Hebammenwesens*“ 23 Dokumentationssysteme und zusätzlich 10 Überleitungs-/Entlassungsdokumente aus mehreren größeren Kliniken im Hinblick auf die inhaltlichen Parameter zur Darstellung der mütterlichen postpartalen Gesundheit sowie Aufbau und Gestaltung.

In einer Bachelorarbeit wurde zudem die *Dokumentation der mütterlichen Gesundheit im Wochenbett unter Berücksichtigung der psychosozialen Aspekte* dargestellt (Bannasch 2012). Ebenso wurde die Nutzerinnenperspektive von Schwangeren in einer Bachelorarbeit

herausgearbeitet, um mit deren Hilfe gezielt auf die Bedarfe und Bedürfnisse von Frauen im Wochenbett eingehen zu können (Kubowski 2013).

In einem Fokusgruppengespräch mit zehn Expertinnen aus Berufsverbänden, Hebammenwissenschaft und praktischer Hebammentätigkeit wurden diese gewonnenen Ergebnisse diskutiert, bewertet und um weitere Aspekte ergänzt.

Phase 3: Entwicklung, Einsatz und Evaluation des Dokumentationsbogens

Auf den Grundlagen der zweiten Phase wurden für den *Dokumentationsbogen Mütterliche Gesundheit im Wochenbett - Postnatal Health Report* in Phase drei einerseits neue Parameter entwickelt und andererseits bereits validierte Instrumente ausgewählt, die die Gesundheit von Frauen im Wochenbett zu zwei Zeitpunkten abbilden sollten. Die validierten Instrumente sind unter der Angabe ihrer Bezeichnung, nach Dimensionen, den Antwortmöglichkeiten, dem Bezug zum Dokumentationsbogen und dem Nutzen für das Teilprojekt D in Tabelle 1 aufgelistet.

Instrument	Autor, Jahr	Dimension/en	Warum wurde dies in TPD genutzt	Entspricht im Dokumentationsbogen	Items bzw. Antwortmöglichkeiten der Nutzerinnen
SF-1 Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand	Ware u. Sherbourne 1982 übersetzt von Bullinger 1985	Die subjektiv wahrgenommene allgemeine Gesundheit der Mutter wird über die erste Frage des Fragebogens zum Allgemeinen Gesundheitszustand SF-36 erhoben	Die Frage „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben“ hat sich international in Studien als valides Erhebungsinstrument für die Darstellung des allgemeinen Gesundheitszustandes mit hoher Vorhersagekraft für die Morbidität und Mortalität erwiesen (Idler u. Benyamini 1987, Singh-Manoux et al. 2006). Im deutschsprachigen Raum wurde die Frage nach der subjektiven Gesundheits einschätzung auch im geburtshilflichen Kontext eingesetzt (Schäfers 2011:83) Entspricht im DB der allgemeinen Gesundheits einschätzung der Mutter im Wochenbett III Nr. 1 subjektive Gesundheits einschätzung der Mutter	S. 2, Ziffer III, Nr.1 Subjektive Gesundheits einschätzung der Mutter	1 Item; Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten <i>ausgezeichnet, sehr gut, gut, weniger gut oder schlecht</i>
Maternity Social Support Scale	Webster et. al. 2000 übersetzt von Makowsky 2006 unveröffentlicht	Fragebogen zur Sozialen Unterstützung sowie zur Partnerschaftsqualität	Bildet die soziale Gesundheit der Mütter ab Entspricht im DB der allgemeinen Gesundheits einschätzung der Mutter im Wochenbett III Nr. 4.1 Soziale Unterstützung und 4.2 Partnerschaftsqualität Wurde in modifizierter Form eingesetzt	S. 3, Nr. 4.1 Soziale Unterstützung und 4.2 Partnerschaftsqualität (Item 1 wurde in seiner Formulierung angepasst „Ich fühle mich von meinem Partner geliebt“ wurde geändert in „Ich fühle mich von meinem Partner in der neuen Rolle als Mutter verstanden.“ S. 3, Ziffer III, Nr. 5 Psychisches Befinden der Mutter	6 Items; Likert -Skala mit den Antwortmöglichkeiten <i>Immer, oft, manchmal, selten, nie, trifft nicht zu</i>
Patient Health Questionnaire (PHQ-2)	Löwe et. al. 2005	Zweistufiges Screening Verfahren, in dem nach dem psychischen Befinden der Mutter durch die Hebamme gefragt wird.	Erfasst das psychische Befinden, um einen sich ggf. anschließenden Einsatz des EPDS einzuschätzen (EPDS wurde verwendet bei ≥ 3 Punkten in diesem Score)Entspricht im DB der allgemeinen Gesundheits einschätzung der Mutter im Wochenbett III Nr.5 Psychische Gesundheit der Mutter	S. 3, Ziffer III, Nr. 5 Psychisches Befinden der Mutter	2 Items; Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten <i>überhaupt nicht, an einzelnen Tagen, an mehr als der Hälfte der Tage, beinahe jeden Tag</i>

Instrument	Autor, Jahr	Dimension/en	Warum wurde dies in TPD genutzt	Entspricht im Dokumentationsbogen	Items bzw. Antwortmöglichkeiten der Nutzerinnen
Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS	Cox et. al. 1987 übersetzt von Bergant et. al. 1998	Instrument zur Selbsteinschätzung der psychischen Gesundheit (depressive Symptome) der Mütter	Nutzung des EPDS nach einem auffälligen PHQ-2, um das psychische Befinden der Mütter darzustellen (Screeninginstrument) Entspricht im DB der weiterführenden Diagnostik IV – psychische Gesundheit der Mütter	S. 4, Ziffer IV weiterführende Diagnostik- psychische Gesundheit der Mutter	10 Items mit Skala und vier Antwortmöglichkeiten, Summenwert 0-30 Punkte, kontrollbedürftig bei 10-11 Punkten, Abklärung einer postpartalen Depression bei ≥ 12 Punkten
Brief Pain Inventory	Cleeland u. Ryan 1994 eigene Übersetzung	Instrument zur Erfassung von Schmerzen	Screening zur weiteren Nutzung der numerischen Schmerzskala Entspricht im DB der allgemeinen Gesundheitseinschätzung der Mutter im Wochenbett III Nr. 6 Schmerz	S. 5, Nr. 6 Schmerz	1 Item mit Antwortmöglichkeiten Ja oder Nein
Numerische Schmerzskala	Jensen u. Karoly 1982	Skala von 0 bis 10 zur Erfassung der Schmerzintensität	Instrument zur Lokalisation und Intensität des Schmerzerlebens entspricht im DB der weiterführenden Diagnostik IV Schmerzlokalisierung und-intensität Wurde in modifizierter Form eingesetzt, indem die Schmerzskala 17 unterschiedlichen Lokalisationen zugeordnet wurde	S. 5, Ziffer IV weiterführende Diagnostik- Schmerzlokalisierung und -intensität Wurde in modifizierter Form eingesetzt, indem die Schmerzskala (n= 17) unterschiedlichen Lokalisationen zugeordnet wurde.	1 Item mit einer Skala von 0-10 niedrigster anzugebender Schmerz bei 1; maximal vorstellbarer Schmerz bei 10 (für jeweils einzelne Parameter) Auswertung in Einheiten ≤ 3 geringer Schmerz > 3 mittelstarker Schmerz > 5 starker Schmerz

Tabelle 1: Auflistung der verwendeten validierten Instrumente zur Abbildung der sozialen, psychischen, mütterlichen Gesundheit (eigene Darstellung)

Pilotphase

Vor dem sich anschließenden Einsatz des Dokumentationsbogens in der Praxis fand ein ethisches Clearing durch die Ethik-Kommission der Universität Osnabrück statt.

Im ersten Schritt wurde der Dokumentationsbogen im Rahmen eines Pretest durch freiberufliche Hebammen bei Müttern im Wochenbett getestet.

Anschließend erfolgte seine Erprobung mit Hilfe von durch das Projektteam geschulten „study midwives“ aus fünf Bundesländern im Zeitraum von drei Monaten. Diese rekrutierten und schulten zur Erprobung des Dokumentationsbogens wiederum insgesamt 78 Hebammen, die in der Wochenbettbetreuung arbeiteten. Es wurden fünf Dokumentationsbögen für das Früh- und fünf Dokumentationsbögen für das Spätwochenbett pro Hebamme verteilt. Jede studienteilnehmende Hebamme befragte fünf Mütter im Frühwochenbett - nach fünf bis acht Tagen nach der Geburt (Zeitpunkt: t1) - und dieselben fünf Mütter im Spätwochenbett - sechs bis acht Wochen nach der Entbindung (Zeitpunkt: t2) - mit identischem Dokumentationsbogen. Diese Mütter waren zufällig von den Hebammen ausgewählt worden. Parallel zum Einsatz fand zu beiden Zeitpunkten die Evaluation des Dokumentationsbogens durch die jeweilige Hebamme statt. Die Ergebnisse der durchgeführten Evaluation gingen in die Endversion des *Dokumentationsbogens Mütterliche Gesundheit im Wochenbett - Postnatal Health Report* ein.

Stichprobe der rekrutierenden Hebammen

Insgesamt wurden zu t1 58 und zu t2 51 Hebammen befragt. Das Alter der befragten Hebammen (t1:n=58; t2: n=51) lag zwischen 23 und 59 Jahren (\bar{x} = 42 Jahre), der Mittelwert lag bei einem Alter von 42 Jahren. Die Berufsausbildung lag zwischen 37 Jahren und einem Jahr zurück. 83 % der Hebammen waren ausschließlich freiberuflich und 18 % arbeiteten freiberuflich und angestellt. Keine der Befragten arbeitete ausschließlich angestellt. In der außerklinischen Geburtshilfe arbeiteten 26 % der Befragten. 83 % bieten die Mutterschaftsvorsorge, 90% die Schwangerenbetreuung, 41 % die Rückbildungsgymnastik, 98 % die Wochenbettbetreuung, 93 % eine Still/Ernährungsberatung auch nach der 8. Lebenswoche des Kindes an. Zu den zusätzlichen außerklinischen Betreuungsangeboten gehören die Geburtsvorbereitung (17 %); Babymassage (11,9 %), die Arbeit als Familienhebamme (10,2 %), Aquakurse (3,4 %), Akupunktur (3,4 %); Babyschwimmen (3,4 %) und Sonstiges wie z.B. berufspolitisches Arbeiten.

Stichprobe der Mütter

Die befragten Mütter der Gelegenheitsstichprobe (zu T1 n=271, zu T2 n=242) waren durchschnittlich 32 Jahre alt (20-43 Jahre). 39 % der Mütter waren Erst- und 25 % Mehrgebärende (36 % fehlende Angaben). Der Geburtsmodus war bei 43 % eine Spontangeburt, bei 5,5 % eine Vakuumentextraktion und bei 18 % eine Sectio. Da bei 33,5 % der Mütter Angaben hierzu fehlten, war im späteren Verlauf für diesen Aspekt eine Veränderung des Dokumentationsbogens erforderlich.

Rücklauf

Der Rücklauf der Dokumentationsbögen zum Zeitpunkt t1 lag bei 69,5 % (n=271), und zum Zeitpunkt t2 bei 62 % (n=242).

Der Rücklauf der Evaluationsbögen zum Zeitpunkt t1 lag bei 74,4 % (n=58) und der bei Zeitpunkt t2 bei 65,4 % (n=51) (siehe Abbildung 1).

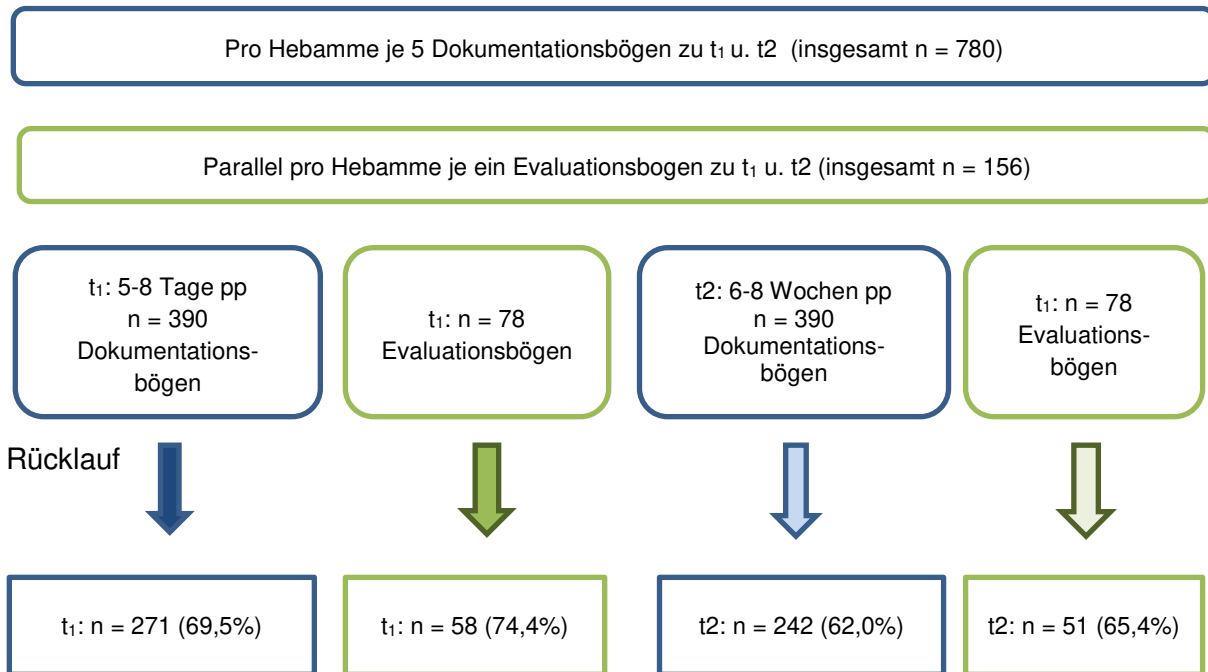


Abbildung 1: Rücklauf der Dokumentations- und Evaluationsbögen zu zwei Zeitpunkten (eigene Darstellung)

Ergebnisse

Die Entwicklung des *Dokumentationsbogens Mütterliche Gesundheit im Wochenbett - Postnatal Health Report* darf als gelungen betrachtet werden, da mit seiner Hilfe die körperliche, soziale und psychische Gesundheit von Müttern statistisch erfasst und systematisch abgebildet werden kann (siehe Anhang).

Im Einzelnen wird hier auf die Ergebnisse zum mütterlichen Schmerzerleben, zur Schlafqualität, zur sozialen Unterstützung und zum psychischen Befinden eingegangen. Anhand dieser Aspekte kann der Prozess einer evidenzbasierten Dokumentation, der die mütterliche Gesundheit im Wochenbett zu zwei Zeitpunkten berücksichtigt, exemplarisch aufgezeigt werden.

Schmerzerleben

Ein Verlauf des Schmerzerlebens konnte dokumentiert werden, indem die numerische Schmerzskala (siehe Tabelle 1) zu zwei Zeitpunkten genutzt wurde. Die Ergebnisse beruhen auf unterschiedlichen Lokalisationen, die speziell für das Wochenbett herausgearbeitet wurden. Sie beziehen sich auf reguläre Rückbildungsvorgänge wie zum Beispiel Nachwehen, Schmerzen

durch Geburtsverletzungen und/oder schmerzhafte Veränderungen zum Beispiel beim Geschlechtsverkehr. Die Dokumentation zeigt die hohe Anzahl von Schmerz betroffener Frauen postpartal und damit die hohe Relevanz der Erfassung des Schmerzerlebens. Es gaben 49 % der Mütter im Frühwochenbett und 24 % im Spätwochenbett an, an Schmerzen zu leiden. Der Dokumentationsbogen erfasst sowohl differenzierte Lokalisationen sowie die Intensität des Schmerzes.

Soziale Gesundheit und Schlaf

Soziale Gesundheit ist im Kontext des Wochenbettes gekennzeichnet durch Ressourcen, die der Mutter zur Verfügung stehen. Dazu gehören Schlaf und Unterstützung im familiären Umfeld. Es werden im Folgenden Ergebnisse zur Schlafqualität und der sozialen Gesundheit vorgestellt, die die Dokumentation dieser Aspekte ebenfalls als überaus wichtig bestätigen. Auf die Frage „*Wie würden Sie die Qualität Ihres Schlafes zum jetzigen Zeitpunkt beurteilen?*“ gaben 65,3 % der Mütter zum Zeitpunkt t1 und 82,2 % zum Zeitpunkt t2 an, dass sie sehr gut bis ziemlich gut schliefen. Demgegenüber standen 32,9 % der Mütter zum Zeitpunkt t1 und 16,5 % zum Zeitpunkt t2, die ziemlich schlecht bis schlecht schliefen. Allerdings bekamen 50,6 % im Frühwochenbett und 31 % der Mütter im Spätwochenbett durchschnittlich nur zwei bis fünf Stunden Schlaf. Durch die Erfassung der geschlafenen Stunden kann der Zustand von Müttern im Wochenbett besonders eindrücklich aufgezeigt werden.

Ein Resultat zur sozialen Gesundheit sind die Ergebnisse zur Partnerschaftsqualität. 98,4 % der Mütter lebten in einer Partnerschaft. Im Verlauf des Wochenbettes erlebten die Mütter eine signifikante Abnahme der Unterstützung durch den Partner sowie durch die Hebamme ($p=0,000$). Die befragten Frauen fühlten sich von ihrem Partner im Spätwochenbett signifikant weniger geliebt als im Frühwochenbett. Zudem gab es im Spätwochenbett eine signifikante Zunahme der Konflikte mit dem Partner. Ungefragt äußerten 10 % der Mütter, dass sie belastet wurden durch die Inanspruchnahme von Geschwisterkindern und zu viel Besuch. Diese Ergebnisse bestätigen ebenfalls die Notwendigkeit einer Dokumentation derjenigen Ressourcen, die Müttern im Wochenbett zur Verfügung stehen.

Psychische Gesundheit

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse zur psychischen Gesundheit vorgestellt. Die Aussage „*Ich habe wenig Interesse oder Freude an meinen Tätigkeiten*“, bestätigten 29,5 % der Mütter zum Zeitpunkt t1 und 28,5 % zum Zeitpunkt t2. Die Aussage „*Ich empfinde Niedergeschlagenheit oder Hoffnungslosigkeit*“, beantworteten 31,4 % im Frühwochenbett und 23,6 % im Spätwochenbett an einzelnen Tagen mit Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit. Es wurde zusätzlich die *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* als ein validiertes Instrument genutzt, um das psychische Befinden der Mütter während sieben aufeinanderfolgenden Tagen

aufzuzeigen. Dabei wurde ein Score genutzt (siehe Tabelle 1), der die Wiederholung der Befragung bzw. die Abklärung einer Depression anzeigt. Diese Ergebnisse des Forschungsprojektes zeigen eine psychische Belastung von 13,7 % der Mütter im Frühwochenbett und 6,5 % im Spätwochenbett.

Evaluation zum Einsatz der Dokumentation

Die Hebammen bestätigten, dass sich der Dokumentationsbogen eignet, die psychische Gesundheit der Mütter im Wochenbett differenziert zu erfassen. Die Praktikabilität des Dokumentationsbogens wurde im Mittelwert bei der ersten Befragung mit 6,82 bei der zweiten, mit 6,66 auf einer Skala von 1-10 von den Hebammen angegeben (t1:n=58; t2: n=51). Besonders der EPDS (Cox et.al. 1987) und die Schmerzskala (Jensen u. Karoly 1992) wurden von den Hebammen als wertvoll eingeschätzt.

Die Evaluationsergebnisse zum Einsatz des Dokumentationsbogens belegen zudem, dass den Hebammen die Beobachtung und Dokumentation der körperlichen, sozialen und psychischen Gesundheit im Verlauf der zwei Befragungszeitpunkte wichtiger geworden ist ($p=0,011$). Dennoch nahm die Bereitschaft den Dokumentationsbogen einzusetzen signifikant ab ($p=0,027$). Hauptkritikpunkt war dabei der zusätzliche Aufwand (10,2 %), den diese Dokumentationsarbeit erforderte.

Diskussion

Mit dem vorliegenden *Dokumentationsbogen* kann die Gesundheit von Müttern im Wochenbett erstmalig in verschiedenen Dimensionen systematisch dokumentiert und statistisch erfasst werden. Das bedeutet auch, dass damit bisher genutzte Dokumentationssysteme durch die zusätzliche Erfassung der sozialen und psychischen Gesundheit der Mütter postpartal bereichert werden. Der Dokumentationsbogen leistet zudem einen Beitrag zur Qualitätssicherung für die Arbeit von Hebammen im Wochenbett. Dies lässt sich anhand der Evaluation des Bogens durch die Hebammen bestätigen.

Körperliche Beschwerden wie Schmerzerleben beeinträchtigen die postpartale Gesundheit von Müttern (Grieshop et. al. 2013, Sayn-Wittgenstein 2011, Schäfers 2011, Hellmers 2005, Schytt et.al. 2005). Die konkretisierte Dokumentation des Schmerzerlebens ermöglicht erstmals die Darstellung des Schmerzverlaufes. Für die Betreuung macht es einen Unterschied, ob eine Mutter ihren Schmerz lediglich angibt oder auf einer Skala gezielt einordnet. Sowohl die Lokalisation als auch die Wahrnehmung der Schmerzintensität der Mutter, werden in der Dokumentation berücksichtigt. Die Mutter und die Hebamme können somit eine mögliche Verbesserung bei einer erneuten Befragung deutlicher wahrnehmen. Bei einer Verschlechterung der Schmerzen können entsprechende Maßnahmen, wie z. B. eine Weiterleitung an andere Professionen, eingeleitet

werden. Die entwickelten Parameter sind demnach für die differenzierte Messbarkeit von körperlichen Beeinträchtigungen der Frauen im Wochenbett maßgeblich.

Wie bereits beschrieben, schliefen im Frühwochenbett 33 % der Mütter schlecht bis ziemlich schlecht. Es bekamen aber 50,6 % der Mütter nur zwei bis fünf Stunden Schlaf. Im Spätwochenbett waren die Ergebnisse ähnlich. So gaben 16,5 % der Mütter an, sie würden ziemlich schlecht bis sehr schlecht schlafen und es bekamen 31 % der Mütter zwei bis fünf Stunden Schlaf. Daraus lässt sich schließen, dass Frauen, die durchschnittlich zwei bis fünf Stunden pro Nacht schliefen, sich dennoch bei einer Schlafqualität von sehr gut bis ziemlich gut einstuften. Studien belegen die hohe Aussagekraft zur Selbsteinschätzung der Gesundheit (Idler u. Benyamini 1997, Singh et. al. 2006). So könnte anhand der beschriebenen Schlafqualität vermutet werden, dass die Frauen ausreichend Schlaf bekamen. Die Fakten der geschlafenen Stunden lassen jedoch Rückschlüsse auf die Lebenssituation von Frauen im dokumentierten Wochenbett zu. Erst durch das explizite Nachfragen kann eine objektive Aussage zu körperlichen Ressourcen wie zur Erholung durch Schlaf gemacht werden. Auch das gelingt im Einsatz des *Dokumentationsbogens Mütterliche Gesundheit im Wochenbett - Postnatal Health Report* als qualitätssicherndes Instrument.

Die soziale Unterstützung der Mütter wurde von den Hebammen im Wochenbett ebenfalls erhoben. Die Ergebnisse der Evaluation des Dokumentationsbogens durch Hebammen zeigen, dass Fragen zur Partnerschaftsqualität als Eingriff in die Privatsphäre der Eltern und eher als unangenehm empfunden werden. Aus der Literatur ist jedoch bekannt, dass Frauen nur dann über ihre Probleme berichten, wenn sie danach explizit gefragt werden (Mason et. al. 2001). Mit Hilfe des Dokumentationsbogens können Hebammen sowohl die soziale Unterstützung als auch die Partnerschaftsqualität integrieren. Auch hier bietet sich gegebenenfalls die Chance zu unterstützenden Hilfsmaßnahmen. So könnte sich ein Netzwerk um die Mutter bilden, das durch die Hebamme als Lotsin auf Basis des Dokumentationsbogens initiiert wird.

Bisherige Erkenntnisse aus der Praxis wurden mit Hilfe der dokumentierten Fakten bestätigt. So werden in der Literatur postpartale Depressionen mit einer Häufigkeit von 8 – 19 % angegeben (Hellmers 2005, Hübner-Liebermann et.al. 2012, Sayn-Wittgenstein 2007). In der untersuchten Stichprobe sind es 10,4 % der Mütter. Der Dokumentationsbogen bietet keine neuen Erkenntnisse zur Prävalenz der PPD, aber er bietet den Hebammen die Möglichkeit bei allen Frauen im Wochenbett die psychische Gesundheit zu erfassen.

Ein wichtiges Ziel wäre es, den Zugang zum Einsatz des *Dokumentationsbogens Mütterliche Gesundheit im Wochenbett - Postnatal Health Report* für alle freiberuflichen Hebammen zu ermöglichen. Durch die Einführung in die Praxis könnte so deutschlandweit die mütterliche Gesundheit mit ihren physischen, sozialen und psychischen Aspekten standardisiert dargestellt werden. Eine Herausforderung bleibt dabei allerdings der zusätzliche Zeitaufwand für die Hebammen. Der Dokumentationsbogen wurde anhand der vorliegenden Evaluation bereits

modifiziert und verbessert. Ein ausgedehnter Einsatz und weitere Evaluationen wären zu seiner stetigen Verbesserung notwendig. Schulungen für Hebammen bleiben unabdingbar, damit die Integration des Dokumentationsbogens in die Praxis gelingt. Zukünftig könnte der *Dokumentationsbogen Mütterliche Gesundheit im Wochenbett - Postnatal Health Report* als Qualitätssicherungs-Standard im Hebammenwesen genutzt werden.

Literatur

Bannasch, S. (2012): Dokumentation der mütterlichen Gesundheit im Wochenbett unter besonderer Berücksichtigung der psychosozialen Aspekte. Bachelorarbeit, Hochschule Osnabrück.

Bergant, A.M., Nguyen, T., Heim, K., Ulmer, H., Dapunt, O. (1998): German language version and validation of the Edinburgh postnatal depression scale. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift (1946), 01 Jan 1998, 123(3), S. 35-40.

Bullinger, M. (1995): German translation and psychometric testing of the SF-36 Health Survey: Preliminary results from the IQOLA project. In: Quality of Life in Social Science and Medicine 41 (10), S. 1359–1366. DOI: 10.1016/0277-9536(95)00115-N.

Cheng, C.-Y., Li, Q. (2008): Integrative Review of Research on General Health Status and Prevalence of Common Physical Health Conditions of Women after Childbirth. In: BMC Women`s health 2008 (Issues 18), S. 267–280.

Cleeland, C.S., Ryan, K.M. (1994): Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. In: annals of the academy of medicine, Singapore (Mar, 23 (2)), S. 129–138.

Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R. (1987): Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. In: The British journal of psychiatry : the journal of mental science 150, S. 782–786.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2016): Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“), vom in der Fassung vom 10.12.1985. In: Bundesanzeiger AT 04.04.2016 B4, zuletzt geprüft am zuletzt geändert am 11.02.2016.

Grieshop, M., Hellmers, C., Sayn- Wittgenstein, F. z. (2013): Gesundheit von Müttern im Wochenbett. Große Erschöpfung...In: Deutsche Hebammenzeitschrift 1/ 2013. S: 17-21

Hellmers, C. (2005): Geburtsmodus und Wohlbefinden. Eine prospektive Untersuchung an Erstgebärenden unter besonderer Berücksichtigung des (Wunsch-) Kaiserschnittes. Aachen: Shaker (Berichte aus der Psychologie).

Hübner-Liebermann, B., Hausner, H., Wittmann, M. (2012): Recognizing and treating peripartum depression. In: Deutsches Ärzteblatt international 109 (24), S. 419–424. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0419.

Idler, E. L., Benyamini, Y. (1997): Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. In: Journal of Health and Social Behavior (Vol. 38, No. 1 (Mar., 1997)), S. 21–37.

Jensen, M.P., Karoly, P. (1992): Pain-specific beliefs, perceived symptom severity, and adjustment to chronic pain. In: The Clinical journal of pain 8 (2), S. 123–130

Kubowski, M. (2013): Gesundheit im Wochenbett: Eine qualitative Untersuchung zu den Erwartungen und der subjektiven Sicht von Schwangeren. Bachelorarbeit, Hochschule Osnabrück.

Löwe, B., Kroenke, K., Grafe, K. (2005): Detecting and Monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). In: *Journal of Psychosomatic Research* (58(2)), S. 163–171.

Mason, L., Glenn, S., Walton, I., Hughes, C. (2001): Women's reluctance to seek help for stress incontinence during pregnancy and following childbirth. In: *Midwifery* (2001) 17. S: 212-221

Sayn-Wittgenstein, F. zu (Hg.) (2007): Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. 1. Aufl. Bern: Huber (Geburtshilfe).

Sayn-Wittgenstein, F. zu, Bauer, N. (2007): Anschlussbericht Teilprojekt 2: Interventionsstudie Versorgungskonzept Hebammenkreißaal. Verbundprojekt „Frauen- und familienorientierte geburtshilfliche Versorgungskonzepte: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess-Implementierung eines Modellprojektes Hebammenkreißaal“. Unveröffentlichter Abschlussbericht der Teilprojekte der Fachhochschule Osnabrück. Osnabrück.

Sayn- Wittgenstein, F. zu (2011): Geburtshilfe durch Hebammen. In: D. Schaeffer und K. Wingenfeld (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim u. München: Juventa Verlag, S. 291–309.

Schäfers, R. (2011): Subjektive Gesundheitseinschätzung gesunder Frauen nach der Geburt eines Kindes. Dissertationsschrift zur Erlangung des Doktorgrades rer. medic im Fachbereich Humanwissenschaften der Universität Osnabrück.

Schytt, E., Waldenström, U., Olsson, P. (2005): Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. In: *International Journal of Obstetrics and Gynaecology (BJOG)* 2005 (Bd. 112; Heft 2), S. 210–217.

Singh-Manoux, A., Martikainen, P., Ferrie, J., Zins, M., Marmot, M., Goldberg, M. (2006): What does self-rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. In: *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006 Apr;60(4):364-72.

Ware, J. E., Jr, Sherbourne, C. D. (1992): The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. In: *Medical care* 30 (6), S. 473–483.

Webster, J., Linnane, J. W., Dibley, L. M., Hinson, J. K., Starrenburg, S. E., Roberts, J. A. (2000): Measuring social support in pregnancy: can it be simple and meaningful? In: *Birth (Berkeley, Calif.)* 27 (2), S. 97–101.

7. Die berufliche Praxis von Hebammen in der ambulanten Wochenbettbetreuung – eine rekonstruktive Analyse

Simon, Susanne

Graduiertenförderung

Doktorandin: Susanne Simon

Erstbetreuerin: Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein, Professorin für Pflege- und Hebammenwissenschaft, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Hochschule Osnabrück

Zweitbetreuer: Prof. Dr. Wilfried Schnepf, Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenahe Pflege, Department für Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke

Forschungsprozess

Hintergrund der Studie

In der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit hat jede Frau in Deutschland einen Anspruch auf Hebammenhilfe (Sozialgesetzbuch V § 24). Nach der Geburt begleiten Hebammen Frauen und ihre Kinder bis zu zwölf Wochen und bei Bedarf darüber hinaus. Sie sind für viele Frauen die zentrale Ansprechpartnerin im Wochenbett. Die Verlagerung von Versorgungsleistungen aus dem klinischen in den ambulanten Sektor, verursacht einen veränderten Versorgungsbedarf im Wochenbett. Die Verkürzung der Verweildauer von Wöchnerinnen in der Klinik auf derzeit durchschnittlich drei Tage (OECD, 2016) führt dazu, dass die Anzahl der Nachfragen für eine Wochenbettbetreuung die Arbeitskapazitäten der Hebammen häufig übersteigt (IGES Studie 2012)

Die Arbeit in der Wochenbettversorgung ist nach § 4 des Hebammengesetzes eine vorbehaltene Tätigkeit der Berufsgruppe. Sie gehört neben der Betreuung in der Schwangerschaft und während der Geburt zu deren definitorischen Inhalten. Derzeit existieren jedoch nur wenige wissenschaftliche Erkenntnisse über die tatsächliche Versorgung im ambulanten Wochenbett. Trotz umfangreicher Studienerkenntnisse zum mütterlichen postpartalen Gesundheitszustand ist beispielsweise nicht bekannt, wie Hebammen dieses Wissen in ihr tägliches professionelles Handeln implementieren. Zugleich sind die Inhalte der Wochenbettbetreuung vergleichsweise unbestimmt. Die Erkenntnisse einer aktuellen Literaturanalyse zu Erfahrungen und Sichtweisen von Hebammen zu ihrer Tätigkeit im ambulanten Wochenbett werfen Fragen hinsichtlich der postpartalen Versorgungsgestaltung in Deutschland auf (Simon, Schnepf & Sayn-Wittgenstein 2017). Da die Versorgungsstrukturen der mehrheitlich aus dem angelsächsischen Sprachraum inkludierten Studien sich von denen in Deutschland unterscheiden, ist unklar, wie Hebammen in Deutschland ihre Betreuungsprozesse gestalten und welche situativen Anforderungen sich in der täglichen Berufspraxis ergeben.

Hier setzt das Dissertationsprojekt mit der Frage an, *wie* Hebammen ihre Tätigkeit im Handlungsfeld Wochenbett beschreiben. Im Mittelunkt der explorativen Untersuchung steht die Ausgestaltung der professionsspezifischen Unterstützungs- und Betreuungsprozesse. Im Einzelnen wird untersucht welche Handlungsansätze Hebammen in der Wochenbettbetreuung haben. Vor dem Hintergrund des bekannten gesundheitlichen Versorgungsbedarfs von Mutter und Kind, werden bevorzugt die Handlungsorientierungen untersucht, die Hebammen zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit nutzen.

Fragestellungen der Studie

- Welche Sichtweisen und Handlungsansätze haben Hebammen in der ambulanten Wochenbettbetreuung?
- Auf welches Wissen greifen Hebammen bei der gesundheitlichen Versorgung von Frauen und Kindern im Wochenbett zurück?
- Wie definieren Hebammen ihre Aufgaben in der ambulanten Wochenbettbetreuung?
- Welche Maßnahmen und Interventionen führen Hebammen in der ambulanten Wochenbettbetreuung aus und warum?
- Welche Empfehlungen lassen sich auf Grundlage der Ergebnisse für die postpartale gesundheitliche Versorgungsgestaltung ableiten?

Methodisches Vorgehen

Aufgrund des explorativen Charakters der Studie wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Der Schwerpunkt lag in einer Befragung von Hebammen, die in der ambulanten Wochenbettversorgung tätig sind. Die Datenerhebung erfolgte in zwei Erhebungsrunden mit offenen Leitfadeninterviews (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2009). Der Interviewleitfaden wurde mit dem SPSS Verfahren (Helfferich, 2011) entwickelt.

Der Feldzugang erfolgte über berufliche Kontakte, Fachtagungen und Gatekeeper. Eingeschlossen in das Sample wurden Hebammen, die mindestens zwei Jahre Berufserfahrung hatten und in unterschiedlichen Betreuungssettings und zu unterschiedlichen strukturellen Rahmenbedingungen arbeiteten. In der Gruppe der befragten 28 Hebammen zeigte sich ein heterogenes Spektrum der Tätigkeitsausübung, Berufserfahrung sowie in der Anzahl der pro Monat betreuten Frauen. Das Sample repräsentierte freiberufliche Hebammen, Hausgeburts- und Beleghebammen sowie angestellte Hebammen mit freiberuflicher Nebentätigkeit. Zudem zeigte sich eine Bandbreite unterschiedlicher Tätigkeitsformen. Die Hebammen arbeiteten in acht verschiedenen Bundesländern, sowohl im städtischen Bereich als auch auf dem Land. Die durchschnittliche Berufserfahrung der Hebammen betrug 17,7 Jahre, die Anzahl der betreuten Frauen lag durchschnittlich bei sechs Frauen pro Monat.

Das übergeordnete Ziel der Datenanalyse lag in der Rekonstruktion der subjektiven Sicht der Hebammen auf ihre Berufspraxis sowie in einer Identifikation ihrer Deutungsmuster. Die Datenauswertung erfolgte anhand der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2012) in Kombination mit einem rekonstruktiv-hermeneutischem Vorgehen (Kruse 2014). Die Analyse erfolgte entsprechend der Datenerhebung in zwei Phasen sowie computergestützt durch das Programm MAXQDA 11. Das Datenmaterial wurde mit einem sich am Material entwickelten Kategoriensystem bearbeitet. Kernaussagen wurden zusammengefasst und daraus resultierende Handlungsabläufe sichtbar gemacht.

Ethisches Clearing

Das Forschungsvorhaben wurde am 23.1.2013 von der Ethikkommission der Universität Witten/Herdecke nach schriftlicher Vorlage genehmigt.

Ergebnisse

Ausgehend von *handlungsleitenden Orientierungen*, die anhand der Sichtweisen der Hebammen auf ihre professionelle Rolle, auf das Handlungsfeld und auf die zu betreuenden Frauen und Familien analysiert wurden, bilden *hebammenkundliche Wissensbestände* die Grundlage für spezifische Handlungsdeterminanten der Wochenbettbetreuung. Diese lassen sich in *Handeln im Betreuungsverlauf*, *Unterstützung der Gesundheit von Mutter und Kind* sowie in kontextuelle und strukturelle Handlungsdeterminanten differenzieren.

Die berufliche Praxis wird vom professionellen Selbstverständnis der Hebammen ebenso beeinflusst, wie von der Bedeutung, die sie dem Handlungsfeld beimessen. Für die Mehrheit der Hebammen besitzt die Arbeit in der Wochenbettbetreuung einen hohen Stellenwert. Als Grundlage für die berufliche Praxis lassen sich verschiedene Wissensformen der Hebammen identifizieren. Dazu gehören fachliches und erfahrungsgeleitetes Wissen sowie ein daraus entstehendes intuitives Handlungswissen. Mehrheitlich wünschen sich die Hebammen auf die spezifische Beratungsbedarfe im Handlungsfeld besser vorbereitet zu werden.

Grundelemente der Hebammenarbeit sind die Begleitung und Beobachtung physiologischer mütterlicher Umstellungs- sowie kindlicher Entwicklungsprozesse, aus denen sich diagnostische, pflegerisch-therapeutische, praktisch-anleitende und beratende Handlungsformen ableiten. Interviewübergreifend lässt sich eine individuell geprägte Herangehensweise im Betreuungsprozess erkennen. Die Heterogenität der beruflichen Praxis zeigt sich besonders im Hinblick auf Handlungsschwerpunkte, in der zeitlichen Erfüllung des wahrgenommenen Versorgungsbedarfs sowie in der individuellen Gestaltung von Betreuungssituationen. Auch Beratungsschwerpunkte divergieren und sind nicht nur vom erforderlichen Bedarf, sondern zusätzlichen von Qualifikationen und Präferenzen der Hebamme abhängig.

Die individuellen Betreuungssituationen werden auch von strukturellen Rahmenbedingungen beeinflusst. Während die Zusammenarbeit innerhalb der Berufsgruppe von den Hebammen als unterstützend empfunden wird, werden für die interdisziplinäre Vernetzung Verbesserungspotentiale aufgezeigt. Wichtig für eine bestmögliche gesundheitliche Versorgung von Mutter und Kind sind beispielsweise gemeinsame inhaltliche Absprachen zwischen Hebammen und den in die Betreuung eingebundenen Fachärztinnen und -ärzten. Hebammen, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind, verfügen oft über ein gut ausgebautes klinisches Netzwerk, auf das sie in kritischen Situationen schnell zurückgreifen können.

Diskussion und Implikationen für die Praxis

Die Ergebnisse der Befragung geben wissenschaftliche Antworten auf Fragen, die Hebammen täglich im Berufsalltag begleiten und einen hohen Stellenwert in der praktischen Umsetzung des Hebammenhandelns aufweisen. Direkt aus der Perspektive der Expertengruppe der Hebammen rekonstruiert, war es möglich, konkrete Handlungsorientierungen und Entscheidungsmaximen aus der Hebammenpraxis zu erfassen. Damit leistet diese Arbeit einen Beitrag zur Ausleuchtung des Praxisfeldes der ambulanten Wochenbettversorgung.

Die Einordnung der Studie in professionstheoretische Diskussionen diene einer Betrachtung des professionellen Handelns der Hebammen aus einer übergeordneten Perspektive. Das zentrale Ergebnis der vorliegenden Studie ist, dass professionelles Handeln in einem komplexen Handlungsfeld, wie die häusliche Wochenbettbetreuung, nur geringfügig standardisierbar ist und auf der individuellen Handlungskompetenz jeder Hebamme beruht. Die vorliegenden Ergebnisse verweisen auf ein heterogen gestaltetes Praxisfeld, welches einer fachlich breiten Expertise der Hebammen bedarf. Eine eindeutige Beschreibung ihres Arbeitsspektrums könnte die Hebammen unterstützen, ihre Ressourcen bestmöglich zu nutzen. Zusätzliche Leistungsansprüche benötigen eine finanzielle Regelung und müssen inhaltlich in den Ausbildungsprogrammen berücksichtigt werden. Die professionelle Gestaltung hebammenkundlicher Handlungsprozesse muss im Sinne einer Praxis erfolgen, die Wissen, Können und Reflexion verbindet. Zukünftige Schwerpunkte einer reformierten hochschulischen Ausbildung werden deshalb auch die persönliche und praxisbezogene Reflexion zukünftiger Hebammen zu unterstützen haben. Zudem ist es wichtig, die Beratung in der Hebammenarbeit und den häuslichen Versorgungsbereich stärker in den Ausbildungsprogrammen zu integrieren.

Zur Verbesserung sektorenübergreifender Versorgungsleistungen ist es wichtig den Übergang vom klinischen Setting zur ambulanten Versorgung zu optimieren. Dazu gehört beispielsweise die Weitergabe mütterlicher und kindlicher Befunde für ambulant tätige Hebammen in einem Entlassungsbrief. Weiterhin gilt es sicherzustellen, dass alle Frauen und Familien über die Möglichkeit ambulanter Hebammenhilfe informiert sind und eine direkte Anschlussbetreuung durch außerklinisch tätige Hebammen erhalten.

Bezug zum Teilprojekt D

Das Promotionsvorhaben knüpft inhaltlich an das Teilprojekt D (*Entwicklung und Erprobung eines Dokumentationsbelegs für die postpartale Phase*) im Forschungsschwerpunkt IsQua an. Eine Gegenüberstellung der Erkenntnisse der qualitativen Hebammenbefragung mit den Daten aus der Erprobung des Dokumentationsbelegs für das Wochenbett stützt die Relevanz beider Forschungsprojekte. Erkenntnisse aus den fortlaufenden Forschungsprozessen fließen wechselseitig in beide Projekte ein.

Endgültige Bewertung des Promotionsprozesses

Das Stipendium der Graduiertenförderung der Hochschule Osnabrück in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke, gefördert aus Landesmitteln des Nds. Vorab durch das Niedersächsische Ministerium für Wissenschaft und Kultur, ermöglichte es der Doktorandin wesentliche Meilensteine im Promotionsvorhaben umzusetzen und ihre fachliche und methodische Qualifikationen weiter zu entwickeln. Die Anbindung an die Strukturen der Hochschule sowie an den Forschungsschwerpunkt IsQua sicherten zum einen den regelmäßigen Kontakt und wissenschaftlichen Austausch mit den Forschungskolleginnen und -kollegen sowie den betreuenden Professorinnen und Professoren, zum anderen auch die Nutzung der sehr guten Hochschulinfrastruktur. Vor dem Hintergrund bereits geleisteter Arbeiten, ist davon auszugehen, dass die endgültige Fertigstellung der Monographie zum Herbst 2017 erfolgt. Ein erfolgreicher Abschluss der Dissertation wird aktuell neben der Berufspraxis auch die Hebammenwissenschaft und Studienprogramme im Hebammenwesen bereichern.

8. Interdisziplinärer Wissenstransfer

Stelzig, Stephanie; zu Sayn-Wittgenstein, Friederike

Hintergrund

Im Verbund Hebammenforschung der Hochschule Osnabrück war der aus Landesmitteln des Nds. Vorab vom Niedersächsischen Ministerium für Wissenschaft und Kultur geförderte Forschungsschwerpunkt *Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett – Instrumente zur sektorenübergreifenden Qualitätsentwicklung – ISQUA* in der Zeit vom 01.04.2011 bis zum 30.06.2017 angesiedelt.

Dieser auf der Forschungslandkarte der Hochschulrektorenkonferenz im Themenfeld *Versorgungsforschung, -management und Informatik im Gesundheitswesen* vertretene Forschungsschwerpunkt (FSP) war für die Hochschule Osnabrück erstmalig mit einer Graduiertenförderung ausgestattet, die durch eine bestehende Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke die Erstbetreuung von Promotionen durch Angehörige der Hochschule Osnabrück ermöglicht (www.forschungslandkarte.de).

Ausgehend von den wenig optimalen geburtshilflichen Versorgungsbedingungen, wie z.B. dem Fehlen einer breiten Förderung der physiologischen Geburt oder einer generellen Evaluation der gesamten Geburtshilfe (AQUA 2015, BQS 2009, Schwarz 2008, Lutz & Kolip 2006), entwickelte der Forschungsschwerpunkt auf Anwenderebene Instrumente unter Berücksichtigung einer sektorenübergreifenden und Nutzerinnenorientierten Perspektive. Dies geschah in enger Verzahnung mit Einrichtungen des Gesundheitswesens. Eingesetzt wurden dabei Methoden der qualitativen und quantitativen Sozialforschung sowie Methoden zur Entwicklung projektspezifischer Instrumente. Als übergeordneten Aspekt fokussierten die Teilprojekte des Forschungsschwerpunktes evidenzbasierte Ansätze für eine interne und externe Qualitätsentwicklung der geburtlichen Versorgung von Frauen und ihren Familien durch Hebammen. Denn eine positive Bewältigung der generativen Lebensphase ermöglicht es Menschen, gesundheitsförderliche Ressourcen zu entfalten und im familiären Leben weiterzuentwickeln (Sayn-Wittgenstein 2007).

Aufgabenbereiche

Alle fünf Teilprojekte des Forschungsschwerpunktes *Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett – Instrumente zur sektorenübergreifenden Qualitätsentwicklung – ISQUA*, die drei Promotionsvorhaben der Graduiertenförderung sowie weitere Promotionen aus dem Umfeld des Forschungsschwerpunktes wurden durch das Teilprojekt *Interdisziplinärer Wissenstransfer* wissenschaftlich koordiniert und umfangreich unterstützt.

Aufbau FSP mit Graduiertenförderung

Im Zentrum des Teilprojektes stand anfänglich der inhaltliche, strukturelle und organisatorische Aufbau des Forschungsschwerpunktes, an dem Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Hebammen-, Pflege-, Betriebs- und Sozialwissenschaft beteiligt waren und interdisziplinär in den Teilprojekten arbeiteten. Der Forschungsschwerpunkt *ISQUA* wurde aufgrund von Abweichungen zur planerischen Konzeption insgesamt um zwölf Monate zielorientiert und ausgabenneutral verlängert.

Zweitens verantwortete das Teilprojekt *Interdisziplinärer Wissenstransfer* die **Öffentlichkeitsarbeit** zur Thematik *Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett – Instrumente zur sektorenübergreifenden Qualitätsentwicklung*. In diesem Kontext informierte der *Verbund Hebammenforschung* mit den am FSP beteiligten Kooperationspartnern, dem *Deutschen Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege – DNQP* und dem *Deutschen Hebammenverband e.V. – DHV* im nationalen wie internationalen fachwissenschaftlichen Diskurs über Erkenntnisse und Ergebnisse erprobter und evaluierter Dokumentations- und Assessmentinstrumente (www.dnqp.de und www.hebammenverband.de und www.hebammenforschung.de).

Im Mittelpunkt des **dritten** Aufgabenbereiches des Teilprojektes stand neben operativen Aktivitäten des Forschungsschwerpunktes die Ermöglichung **verschiedener Zugänge für die Wissensvermittlung** aus den einzelnen Projekten in die Praxis. Des Weiteren wurde die Nachwuchsförderung in der noch jungen Disziplin der Hebammenwissenschaft mit Nachdruck fokussiert, denn es galt in der *ISQUA*-Projektlaufzeit vom 01.02.2012 bis zum 30.06.2017 die Bildung nachhaltiger Strukturen zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Hebammenwissenschaft (vgl. dazu u.v.a. <http://www.zeit.de/2015/16/fachhochschulen-promotion-recht-osnabrueck>) und somit in den Gesundheitsfachberufen voranzutreiben (vgl. WR, Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen 2012 und Sayn-Wittgenstein, 2016 a,b).

Ergebniszusammenfassung

Aufbau FSP mit Graduiertenförderung: Teilprojekte und Promotionsvorhaben

Das Teilprojekt E realisierte nach dem Aufbau des Forschungsschwerpunktes *Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett – Instrumente zur sektorenübergreifenden Qualitätsentwicklung – ISQUA* mit Graduiertenförderung die wissenschaftliche Koordination, indem es kontinuierlich die Ziele der Teilprojekte A, B, C, D und die an diese inhaltlich angebotenen Promotionsvorhaben in fachlichen und administrativen Aspekten begleitend unterstützte:

- Das Teilprojekt A *Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt* - ein gemeinsames Projekt des DNQP mit dem Verbund Hebammenforschung im FSP -

- wendete erstmalig für die professionelle Arbeit einer anderen Berufsgruppe als die der Pflege – für die der Hebammen – die Methodik des etablierten Qualitätsinstruments Expertenstandard an;
- Das mit diesem TP assoziierte Promotionsvorhaben *Eine Untersuchung zur Latenzphase* untersuchte anhand eines selbstentwickelten *Verlaufsbogen Latenzphase* die Betreuung von Frauen während der frühen Phase der Geburt;
 - Das Teilprojekt B *Personalbedarfsermittlung von Hebammen im Kreißaal* entwickelte, erprobte und evaluierte ein Personalbedarfsermittlungsinstrument (*Pernament*) aus Sicht der Hebammenwissenschaft;
 - Das an dieses TP angegliederte Promotionsvorhaben *Eine Sekundär-analyse der Arbeitsbelastung und Betreuungsdichte von Hebammen in der klinischen Geburtsbetreuung von Low-Risk-Gebärenden* erforschte Korrelationen zwischen der Arbeitsbelastung von Hebammen im Kreißaal, dem Geburtsergebnis von Mutter und Kind sowie dem Geburtserleben von Frauen;
 - Das Teilprojekt C *Assessment- und Dokumentationsinstrument für die psychosoziale Betreuung* konzipierte und evaluierte das Instrument *Assessment für die psychosoziale peripartale Betreuung (AppB)*;
 - Das an dieses TP angesiedelte Promotionsvorhaben *Chronische Erkrankung und Geburt- Erleben und Bewältigungshandeln betroffener Frauen* untersuchte die Wechselwirkungen zwischen der Schwangerschafts- und Geburtsphase und dem Bewältigen einer chronischen Erkrankung;
 - Teilprojekt D *Entwicklung und Erprobung eines Dokumentationsbeleg für die postpartale Phase* entwickelte und erprobte ein sektorenübergreifendes Dokumentationsverfahren für die Wochenbettbetreuung, das sowohl die körperliche als auch die psychosoziale Gesundheit der Mutter erfasst (*Dokumentationsbogen Mütterliche Gesundheit im Wochenbett - Postnatal Health Report*);
 - Das an diese TP angegliederte Promotionsvorhaben *Die berufliche Praxis von Hebammen – eine rekonstruktive Analyse. Eine qualitative Studie zum professionellen Handeln von Hebammen* erfasste Daten zu den Handlungsorientierungen von Hebammen, die zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit von Frauen und Kindern relevant sind.

Die am Forschungsschwerpunkt *ISQUA* entwickelten, erprobten und evaluierten Dokumentations- und Assessmentinstrumente generierten neues Fachwissen. Dieses wird in den vorliegenden Kurzabschlussberichten der jeweiligen Teilprojekte in komprimierter Form zur Diskussion gestellt.

Ausgewählte Aspekte dieses Fachwissens wurden während der Laufzeit des FSP in verschiedener Form sowohl der gesundheitsbezogenen Versorgungsforschung als auch der Berufspraxis zugänglich gemacht (z.B. Konsensus Konferenz, Veröffentlichungen, bilanzierende Workshops oder Vorträge).

Die Promotionen der Graduiertenförderung werden vollständig im Verlauf des Jahres 2017 beendet. Drei der durch die Graduiertenförderung unterstützen Doktorandinnen sind bereits an Hochschulen in Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz Professorinnen für Hebammenwissenschaft.

Vor dem Hintergrund der hochschulpolitischen Diskussion zur Frage des Promotionsrechts, insbesondere für Fachhochschulen erlangte die kooperative Promotion - wie sie die Graduiertenförderung am FSP *ISQUA* realisierte - positive Aufmerksamkeit. Die Wissenschaftliche Kommission Niedersachsen wertet in ihrem Bericht zur *Evaluation der Forschung an Fachhochschulen* diese Anstrengungen im Bereich der Doktorandinnen- und enausbildung mittels strukturierter Programme als sehr positiv. (vgl. Wissenschaftliche Kommission Niedersachsen, 2015).

Die beiden Fachdisziplinen Hebammen- und Pflegewissenschaft konnten auch aufgrund der durch die Graduiertenförderung erfolgten Veränderungen an der Hochschule Osnabrück, eine zweite dreijährige Förderphase für das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte kooperative *Forschungskolleg Familiengesundheit im Lebensverlauf – Famile* einwerben (Büscher et al 2016).

2016 wurde im Rahmen der Programmausschreibung *Innovative Hochschule* von den Antragsteller/innen der Fachgruppe Pflege- und Hebammenwissenschaft der Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Prof. Dr. F. zu Sayn-Wittgenstein, Dr. St. Stelzig, Prof. Dr. C. Hellmers und Prof. Dr. A. Büscher die Projektskizze *Zentrum für wissenschaftliche Praxisentwicklung – ZePra* (*Centre for research-based Practice Development – CePra*) erarbeitet, um vorrangig die am FSP *ISQUA* entwickelten und evaluierten Instrumente zur praktischen Anwendung zur bringen. Diese Projektskizze fand Eingang in die Überlegungen zur Bewerbung der Osnabrücker Hochschulen zur Umsetzung der gemeinsamen Initiative des Bundes und der Länder zur Förderung des forschungsbasierten Ideen-, Wissens- und Technologietransfers an deutschen Hochschulen - *Innovative Hochschule*.

Öffentlichkeitsarbeit

Die Fachöffentlichkeit wurde am 25.10.2013 mit einem Statusseminar an der Hochschule Osnabrück über die Forschungsvorhaben des FSP *ISQUA* und die ersten Ergebnisse umfangreich informiert (Anhang 13). Weitere Ergebnisse einzelner Teilprojekte und Promotionsvorhaben stellte das interdisziplinäre Forschungsteam in einer international ausgerichteten ganztägigen Fachtagung an der Hochschule Osnabrück am 27.11.2015 einer breiten Öffentlichkeit vor. (Anhang 13). Aktuelles Fachwissen zur Versorgung und den Bedürfnissen unterschiedlicher Nutzerinnengruppen, zur Betreuungsqualität während der Geburt und zu Rahmenbedingungen in der Geburtshilfe sowie der Transfer dieser Erkenntnisse in die Berufspraxis wurden auf der Tagung unter der Überschrift *Geburtshilfe weiter denken* diskutiert. Es besteht beim Verbund Hebammenforschung eine langjährige Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Bern (Schweiz). So konnte Frau Prof. Dr. Eva Cignacco, Leiterin für Angewandte Forschung und Entwicklung in der Geburtshilfe, für den Eröffnungsvortrag der Fachtagung mit dem Thema *Schmerzerleben von Neugeborenen – von wissenschaftlichen Fehlschlüssen hin zur heutigen Evidenz* gewonnen werden.

Der im Teilprojekt A entwickelte *Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt* wurde in einer Konsensus-Konferenz im Mai 2013 in Osnabrück öffentlich diskutiert und im Anschluss als Sonderdruck publiziert (Anhang 14). Insgesamt wurden in den Jahren 2013 und 2014 vier ganztägige Implementierungsworkshops in Osnabrück für die Akteurinnen und Akteure der Berufspraxis durchgeführt. Im Oktober 2014 fand in Kassel der die Berufspraxis und wissenschaftliche Fachwelt übergreifende Workshop zur modellhaften Implementierung des *Expertinnenstandards zur Förderung der physiologischen Geburt* statt. Er wurde ausgerichtet vom *Deutscher Hebammenverband e.V. – DHV* in Kooperation mit dem *Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege – DNQP* und unter Beteiligung des *Verbundes Hebammenforschung*. (Anhang 10).

Die Teilprojekte waren mit verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitssystems eng verzahnt (Anhang 10). Hierzu wurden Kooperationen mit der Hochschule Osnabrück geschlossen. In den kooperierenden Einrichtungen fanden zu unterschiedlichen Phasen der Projektlaufzeit diverse Veranstaltungen statt, in denen thematische Aspekte des FSP's vorgestellt wurden. Eine auf den Internetseiten der Hochschule eingerichtete Homepage des Forschungsschwerpunktes wurde als Informationsplattform gepflegt (www.hebammenforschung.de/de/laufende-projekte).

In lokalen und bundesweiten Medien, im Radio oder in Veröffentlichungen, informierten fachwissenschaftliche Beiträge über die internationale Fachtagung *Geburtshilfe weiter denken*, die Forschung an Fachhochschule sowie den Studiengang Midwifery an der Hochschule Osnabrück

(Hellmers 2015; Sayn-Wittgenstein 2014, 2015 a,b,c,d & 2016 a,b). Des Weiteren gab es Publikationen in referierten Fachzeitschriften zu thematischen Aspekten und wissenschaftliche Vorträgen, die national und international auf Tagungen und Kongressen im Kontext des FSP *ISQUA* gehalten wurden. (Anhang 11)

Im Rahmen des im Jahr 2015 begonnen Erfahrungsaustauschs zur Förderung von Lehre und Forschung zwischen dem brasilianischen Hochschulkonsortium COMUNG und der deutschen Mitgliedshochschulen des UAS7 e.V. besuchten 20 Pflegende mit ihrer Professorin aus Santa Maria, Südbrasilien, im Mai 2016 auch den Forschungsschwerpunkt *ISQUA*, um Aspekte der Familiengesundheit, geburtshilfliche Versorgung und Qualitätsentwicklung in der deutschen Hebammenwissenschaft kennenzulernen (vgl. u.a. <http://www.geburtshaus-in-muenster.com/brasilianische-pflegestudierende-im-geburtshaus-in-muenster>). Die Initiative unterschiedliche Kooperationsformen in den Gesundheitswissenschaften beider Länder aufzubauen wurde damit fortgesetzt (<https://www.hebammenforschung.de/#c732338>). Das 1° Simpósio de Enfermagem am Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) in Santa Maria, hatte Experten/ Expertinnen aus dem Fachgebiet der Pflege- und Hebammenwissenschaft von UAS7-Hochschulen und brasilianischen Partnern, zusammenführt. Die Entwicklung von Studiengängen in den Gesundheitsberufen, auch in der Hebammenwissenschaft, ist eine Entwicklung, die vorrangig an Fachhochschulen erfolgt. Ziel des Symposiums bestand in der Identifizierung und Entwicklung einer gemeinsamen Lehr- und Forschungsperspektive zwischen deutschen und brasilianischen Hochschulen. Es folgte dabei inhaltlich der Anregung des Gesundheitsforschungsrats, zur Weiterentwicklung der Forschung in den Gesundheitsberufen strategische Allianzen und internationale Kooperationen zu bilden. Ausgewähltes Thema des Symposiums war u.a. die Geburtshilfe durch Hebammen.

Von Absolventinnen des Studiengangs Midwifery an der Hochschule Osnabrück wurden im direkten Austausch mit Teilbereichen des Forschungsschwerpunkts *ISQUA* die folgenden Bachelorarbeiten geschrieben:

- Bannasch, S. (2012): Dokumentation der mütterlichen Gesundheit im Wochenbett unter besonderer Berücksichtigung psychosozialer Aspekte. Bachelorarbeit Studiengang Midwifery Bachelorarbeit, Hochschule Osnabrück.
- Petzold, Julia (2012): Implementierungsvoraussetzungen für Qualitätsinstrumente in der Geburtshilfe. Bachelorarbeit Studiengang Midwifery, Hochschule Osnabrück.
- Grimault, Melike (2012): Personalbedarfsermittlung für Hebammen am St. Franziskus-Hospital in Münster. Bachelorarbeit, Hochschule Osnabrück.
- Kabakis, S. (2012): Arbeitszufriedenheit bei angestellten Hebammen. Bachelorarbeit Studiengang Midwifery, Hochschule Osnabrück.