

114 **impulse**

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.



Gesundheit rund um die Geburt Perspektiven, Erfordernisse, Barrieren

EDITORIAL » Mit dem Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung 2021 ist die geburtshilfliche Versorgung in Deutschland erstmals zu einem Topthema der Gesundheitspolitik geworden. Obwohl sich die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Schwangerschaft und Mutterschaft seit 2006 verdoppelt haben, ist der Status quo der Geburtshilfe hierzulande gekennzeichnet durch gleichzeitige Unter-, Fehl- und Überversorgungslagen. Der Wahlkampf 2021 wurde deshalb begleitet von massiven Forderungen nach einem Kulturwandel in der Geburtshilfe.

In dieser **impulse**-Ausgabe zeigen wir deshalb die aktuellen Herausforderungen für mehr Gesundheit rund um die Geburt auf und entwickeln Perspektiven für einen Kulturwandel. Das fängt bei dem Fachkräftemangel und der Qualifizierung von Fachkräften an, geht über die bessere Zusammenarbeit von Berufsgruppen, adäquate Versorgung vulnerabler Gruppen bis hin zur Rolle von Vätern rund um die Geburt. Selten ist es uns so schwergefallen, die Auswahl der Themen zu begrenzen, da wir den Umfang des Heftes leider nicht ausweiten können.

Diese Zeitschrift erscheint mitten in den massivsten Kriegshandlungen und Fluchtbewegungen in Europa seit dem zweiten Weltkrieg. Das Grauen dieses Krieges und das Leid, das er über Menschen bringt, bewegt uns sehr. Jenseits der leider auch damit verbundenen neuen Rüstungseuphorie in Deutschland wird sich vor allem die Frage stellen, wie geflüchtete und traumatisierte Menschen hier gut ankommen und versorgt werden können. In verschiedenen Handlungsfeldern unserer Vereinsarbeit sind wir damit schon konfrontiert und werden in der nächsten Ausgabe mehr davon berichten.

Die nächsten **impulse**-Ausgaben in diesem Jahr haben die Schwerpunktthemen »Queer und (un)gesund?« (Redaktionsschluss 22.04.2022) und »Gesundheit in den 2020ern« (Redaktionsschluss 15.07.2022). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an diesen kommenden Ausgaben mit Beiträgen, Anregungen und News zu beteiligen.

AUS DEM INHALT

Überfälliger Kulturwandel in der Geburtshilfe	02
Gesundheitsziel »Gesundheit rund um die Geburt«.....	03
Elternblick auf geburtshilfliche Versorgung.....	05
Die Hebamme in der Geburtshilfe	06
Geburten in der Institution Krankenhaus	07
Psychische Gesundheit von Eltern	08
Väter in der Geburtshilfe und nach der Geburt	09
Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe	11
Vulnerable Gruppen und Unterstützungssysteme.....	12
Aktionsbündnis »Gesundheit rund um die Geburt«	13
Akademisierung der Hebammen in Niedersachsen	14
Drohende Frühgeburten – Aus dem Ausland lernen	16
Intergeschlechtlichkeit ja bitte	18
Versorgung von schwangeren Geflüchteten	20
Körperliche Aktivität vor / in der Schwangerschaft	21
Aktionsbüro Gesundheit rund um die Geburt	21
Genitalverstümmelung, Schwangerschaft und Geburt	22
Unbeabsichtigte Schwangerschaften	23
Stillförderung in Deutschland	24
wellcome – Praktische Hilfe nach der Geburt	25
Zum Tod von Prof.in Dr.in Cornelia Helfferich	26
Kita-Wettbewerb: Zehn Kitas ausgezeichnet	27
Digitale Unterstützung für Hebammen und Schwangere	28
Bücher, Medien	29
Termine LVG & AFS	33
Termine	36
Impressum	17

Mit herzlichen Grüßen aus Hannover und Bremen!

Thomas Altgeld und Team

impulse bestellen:

Wenn Sie die **Impulse** regelmäßig kostenlos beziehen möchten, bestellen Sie die Zeitschrift bitte unter Angabe der Bezugsart (per E-Mail als PDF oder per Post als Druckexemplar) unter folgender E-Mail-Adresse: impulse@gesundheit-nds.de
Bitte beachten Sie hierfür auch unbedingt den Kasten in eigener Sache auf Seite 17.



THOMAS ALTGELD

Das lange Warten auf den überfälligen Kulturwandel in der Geburtshilfe

Trotz leichter jährlicher Schwankungen steigt die Anzahl der Geburten in Deutschland seit Anfang der 2010er Jahre kontinuierlich wieder an. Auch wenn die endgültigen Zahlen für das Jahr 2021 noch nicht vorliegen, konnte in den ersten acht Monaten 2021 bereits eine Steigerung der Zahl der Geburten im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 1,3 Prozent verzeichnet werden. Für das Jahr 2020 wurden in Deutschland nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 773.144 Lebendgeborene gezählt. So erfreulich die steigenden Geburtenraten auch sein mögen, werden sie doch von massiven Veränderungen der geburtshilflichen Versorgung begleitet. Vier zentrale Entwicklungen zeichnen sich hier ab:

- » Zentralisierung der Geburtshilfe aufgrund von Mindestmenvorgaben und ökonomischen Fehlanreizen,
- » Ausweitung von medizinischen Leistungen rund um die Schwangerschaft und Geburt (gesetzliche Früherkennungsuntersuchungen in der Schwangerschaft, sogenannte individuelle Gesundheitsleistungen (iGeL) und mehr medizinische Leistungen rund um die Geburt selbst, insbesondere Kaiserschnitte),
- » Fachkräftemangel, vor allem in der Versorgung mit Hebammen,
- » lauter werdende Forderungen nach einem grundlegenden Kulturwandel in der Geburtshilfe und effektiver werdende Interessenvertretung von Eltern.

Zentralisierung der Geburtshilfe

Obwohl die Zahl der Geburten steigt, sinkt die Gesamtzahl der Geburtshilfeinrichtungen in Deutschland rapide, besonders in ländlichen Gebieten. Die Anzahl der Geburtskliniken hat sich von 1991 bis 2021 fast halbiert, von 1.186 auf 631. Die Einführung der Fallpauschalen im Krankenhaussektor und

die vom Gemeinsamen Bundesausschuss 2004 für den Bereich der Neonatologie und Geburtshilfe festgesetzte Mindestmengen-Regelung für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem niedrigen Geburtsgewicht befeuern diese Entwicklung. Für physiologische Geburtsverläufe können Kliniken weniger abrechnen als für interventionsreichere Geburtsverläufe wie zum Beispiel Kaiserschnitte. Das führt paradoxerweise dazu, dass sich geburtshilfliche Abteilungen mit einer geringen Interventionsrate und wenigen Frühgeburten für die meisten Krankenhausbetreiber nicht rechnen. Das geburtshilfliche Angebot konzentriert sich immer mehr auf spezialisierte Versorgungszentren. Bereits 2011 gab es mit Diepholz den ersten Landkreis in Deutschland ohne klinische Geburtshilfe – mittlerweile längst kein Einzelphänomen mehr.

In Niedersachsen wird dieser Trend durch die Reformpläne der Krankenhauslandschaft, die die Regierungskoalition im Januar 2022 vorgelegt hat, sogar noch deutlich verschärft. Das geplante Gesetz sieht vor, dass Niedersachsen künftig in acht Regionen gegliedert wird. In jeder von ihnen soll es langfristig ein Krankenhaus geben, das die »Maximalversorgung« sicherstellt. Daneben soll es Schwerpunkt-Kliniken geben und solche, die die Grundversorgung leisten. Zu dieser Grundversorgung gehören zwar innere und chirurgische Abteilungen, aber eben nicht mehr die am häufigsten in Deutschland abgerechnete Krankenhausleistung, die Geburt. Klinische Geburtshilfe ist damit kein Bestandteil der Daseinsvorsorge in den Landkreisen mehr.

Ausweitung von medizinischen Leistungen

Die Fortschritte in der Perinataldiagnostik, veränderte Sicherheitsbedürfnisse von Schwangeren und ökonomische Fehlanreize in der Honorierung von Leistungen rund um die Geburt haben zu einer massiven Leistungsausweitung geführt. Allein die Ausgaben für Schwangerschaft und Mutterschaft der gesetzlichen Krankenversicherung haben sich von 2006 bis 2020 in etwa verdoppelt, von 0,87 auf 1,54 Milliarden Euro. Zu diesen Kostensteigerungen trägt auch die im internationalen Vergleich hohe und noch weiter ansteigende Kaiserschnittquote bei. Mit einem Anteil von 29,1 Prozent (2018) an allen Krankenhausgeburten zählt Deutschland zu den europäischen Ländern mit den höchsten Kaiserschnittquoten. Deutlich weniger Kaiserschnitte werden etwa in Finnland (16,4 Prozent im Jahr 2015), Schweden (18,3 Prozent im Jahr 2014) und den Niederlanden (17,4 Prozent im Jahr 2015) durchgeführt.

Die erste S3-Leitlinie zur »Vaginalen Geburt am Termin« wurde mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit durch die zuständige medizinische Fachgesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V., erst am 22.12.2020 veröffentlicht. Die Empfehlungen gelten für Gebärende und deren Kinder, »die am Termin als Einling aus Schädellage geboren werden«. Eine der Empfehlungen lautet, dass unmittelbar nach der Geburt »alle pflegerischen und diagnostischen Maßnahmen oder medizinischen Eingriffe auf ein Mindestmaß reduziert werden [sollten]. Gerade diese Zeit ist für das gegenseitige Kennenlernen – in der Fachsprache Bonding genannt – besonders wichtig. Hierzu zählt vor allem auch der Haut-zu-Haut-Kontakt«. Eine physiologische Geburt zu ermöglichen und zu fördern, war bereits eines der fünf Handlungsbereiche des nationalen Ge-

sundheitszieles »Gesundheit rund um die Geburt«, das 2017 verabschiedet wurde.

Doch nach wie vor sind Schwangere eine der Gruppen in der medizinischen Versorgung, denen die meisten IGeL-Leistungen angeboten werden. Leider existiert dazu keine zugängliche Dokumentation der insgesamt erbrachten Zusatzleistungen. Die Anzahl der medizinischen Leistungen insgesamt für Schwangere ist jedoch in Deutschland im Vergleich zu anderen OECD-Ländern überdurchschnittlich hoch, während der gesundheitliche Outcome rund um die Geburt eher im unteren Mittelfeld liegt, insbesondere was Frühgeburtlichkeit anbelangt.

Fachkräftemangel in der Geburtshilfe

Bundesweit übersteigt für fast alle Leistungsangebote von Hebammen die Nachfrage das Angebot. Dies erschwert den Zugang von Frauen und Müttern zur Hebammenversorgung, wie beispielsweise ein aktuelles Gutachten zur Hebammenversorgung in Hessen verdeutlicht. 77 Prozent der Hebammen, die in Hessen Schwangerenbetreuung anbieten, gaben an, dass sie mehr Anfragen erhielten, als sie annehmen konnten. Im Bereich der Wochenbettbetreuung waren es 93 Prozent. Die Mütterbefragung ergab, dass Frauen durchschnittlich sechs bis sieben Hebammen kontaktieren, bis sie eine Hebamme finden. Immerhin 96 Prozent der Mütter waren letztlich erfolgreich und wurden im Wochenbett von einer Hebamme betreut. Fast zwei Drittel der Mütter ohne Hebammenbetreuung im Wochenbett haben jedoch schlicht keine Hebamme mit freien Kapazitäten finden können.

Auf kommunaler Ebene und in einigen Bundesländern hat das zur Einrichtung von Hebammenzentralen oder Portalen zur Hebammensuche geführt. Zwar schaffen diese immerhin Transparenz über vorhandene Angebote, können aber natürlich keine zusätzlichen Fachkräfte generieren.

Kulturwandel in der Geburtshilfe

Die skizzierten Über-, Unter- und Fehlversorgungslagen in der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland, die Berichterstattung in den Medien darüber und der zunehmende Selbstorganisationsgrad von unzufriedenen Eltern haben in der Bundestagswahl 2021 erstmals die Forderung nach einem nationalen Geburtshilfegipfel auf die politische Agenda gehoben. Ein gleichnamiges Strategiepapier des Runden Tisches Elternwerden beim Arbeitskreis Frauengesundheit e. V. haben mittlerweile mehr als 400 Verbände, Organisationen und Einzelpersonen unterschrieben. Kritisiert werden darin »die Strukturen in Schwangerschaftsbegleitung und Geburtshilfe, die stark auf die Risiken ausgerichtet sind und die Selbstbestimmung von Frauen nicht genügend unterstützen. Ziel ist es, die Rahmenbedingungen der Geburtshilfe in Kliniken und außerklinisch so zu gestalten, dass sie die gesellschaftliche und politische Wertschätzung erfährt, die ihrer Bedeutung im Leben der Menschen entspricht«.

Die Forderung nach einem Kulturwandel in der Geburtshilfe hatte zuvor bereits die Elternselbstorganisation Mother Hood e. V. offensiv vertreten: »Eine bessere Geburtshilfe setzt ein völlig neues Denken und Handeln aller Akteur*innen im Gesundheitswesen voraus. Wir sind angetreten, diesen Prozess aktiv mitzugestalten«. Man darf gespannt sein, ob der Koalitionsvertrag der neuen Ampelregierung, der einige dieser Forderungen aufgreift, dazu führt, dass dieser Kulturwandel wirklich eingeleitet wird.



Über die dort vereinbarten, noch umzusetzenden Neuregelungen hinaus müsste die geburtshilfliche Forschung in Deutschland dringend ausgebaut und verbessert werden, Transparenz über individuelle Gesundheitsleistungen in dieser Lebensphase endlich hergestellt und die Verfügbarkeit von werbe- und widerspruchsfreien Informationen rund um Schwangerschaft und Geburt gewährleistet werden. Letzteres könnte etwa durch ein nationales, qualitätsgesichertes Informationsportal »Gesundheit rund um die Geburt« erfolgen. Momentan ist Geburt für viele Anbieter*innen nur ein allzu gutes Geschäft mit fragwürdigem gesundheitlichem Nutzen, das Unsicherheiten in dieser vulnerablen Lebensphase ausnutzt.

Literatur beim Verfasser, Anschrift siehe Impressum

ULRIKE HAUFFE

Das Nationale Gesundheitsziel »Gesundheit rund um die Geburt« hat es in die Bundespolitik geschafft!

Es ist so weit: Die Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels »Gesundheit rund um die Geburt« (NGZ) steht im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung. Konkret heißt es im Kapitel »Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung«: »Wir setzen das Nationale Gesundheitsziel »Gesundheit rund um die Geburt« mit einem Aktionsplan um.« Hieran haben viele Akteure mitgewirkt, beispielsweise Netzwerke, Verbände, Institutionen, Einzelpersonen, aber auch Krankenkassen und Länderministerien. Sie alle haben verstanden, dass wir in Deutschland einen Kulturwandel benötigen: Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, das erste Lebensjahr des Kindes und die Lebensverhältnisse junger Familien müssen von den Bedarfen und Bedürfnissen von Frauen, Paaren und den Familien aus gedacht werden. Leitgedanke des NGZ ist ein positives Verständnis von Potenzial und Ermächtigung, die sogenannte Salutogenese. Hiermit ist eine Abkehr von der im Alltag des Gesundheitssystems sonst vorherrschenden Perspektive verbunden, Schwangerschaft potenziell als Risiko und allzu oft als krankheitsähnlichen Zustand zu betrachten. Einige besonders relevante Umsteuerungsaspekte:

Schwangerschaftsvorsorge

Je gesundheitsfördernder die Schwangerschaftsvorsorge gestaltet wird, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit für einen positiven Verlauf. Zusätzliche Kontrollen bedeuten jedoch



nicht unbedingt mehr Sicherheit und einen besseren Outcome, sondern häufig mehr nicht indiziertes Eingreifen mit iatrogenen Folgen. Das lässt Verunsicherung eher zu, statt sie zu reduzieren.

In Deutschland dominiert eine sehr stark ärztlich begleitete Schwangerschaft, in anderen Ländern eher eine durch Hebammen. Die zugeschriebenen Rollen beider Berufsgruppen unterscheiden sich, ein Zusammenspiel erscheint am sinnvollsten, so das NGZ. Nach Paragraph 24d SGB V haben Schwangere Anspruch auf Vorsorge durch Hebammen sowie Ärzt*innen und Wahlfreiheit zwischen rein ärztlicher Vorsorge, Vorsorge ausschließlich bei der Hebamme (mit Ausnahme des Ultraschalls) und Vorsorge im Wechsel. Der in der Mutterschafts-Richtlinie (MSchRL) festgeschriebene Delegationsvorbehalt suggeriert jedoch den Ärzt*innen, dass sie alleine die Verantwortung für die Vorsorge haben und dass sie die Hebammen beaufsichtigen und für deren Fehler haften müssten. Demgegenüber sehen das Hebammengesetz und die Berufsordnung der Hebammen eigenständige Vorsorge vor. Damit widerspricht der Delegationsvorbehalt der Gesetzeslage und der Wahlfreiheit Schwangerer.

Das heißt: Der Zugang zur Hebammenvorsorge, zur kooperativen Schwangerschaftsvorsorge und eine gute Zusammenarbeit der Berufsgruppen muss im Sinne der Frauen ermöglicht werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss muss den Auftrag bekommen, den Delegationsvorbehalt in der MSchRL zu streichen. Der Bewertungsausschuss muss klarstellen, dass die Hebammenvorsorge die Abrechnung der Pauschale nicht ausschließt. Und den Frauenärzt*innen muss die Sorge vor Haftung und »Regress« genommen werden.

Durch die verabschiedete Nationale Strategie zur Stillförderung wissen wir, dass es sinnvoll ist, schon im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge eine Beratung zum Stillen einzuführen, dokumentiert im Mutterpass. Stillen beginnt schon früher im Kopf, nicht erst mit der Geburt. Auch an dieser Stelle ist eine Änderung der MSchRL bedeutsam.

Planung und Finanzierung der Versorgungsstrukturen

Die Sicherung von ambulanten und stationären geburtshilflichen Versorgungsangeboten für werdende Eltern ist von großer Bedeutung. Eine gut erreichbare Versorgung ist in bestimmten Regionen durch die willkürliche Schließung von Einrichtungen sicher nicht mehr gewährleistet. Der Koaliti-

onsvertrag bietet an: »Gesundheitliche [...] Versorgung muss zukunftssicher, bedarfsgerecht und wohnortnah sein. Dafür werden wir die sektorenübergreifende Versorgung weiter stärken, auch durch mehr Spielräume für regionale Modellprojekte und verbindliche Mitgestaltungsmöglichkeiten.« Geburtshilfe muss als gesicherte Regelversorgung vorgehalten, also nicht den einzelnen Trägern überlassen werden. Deshalb muss Geburtshilfe bedarfs- und leistungsgerecht vergütet werden. Die Reform des Systems der Diagnosis Related Groups muss um eine »Vorhaltefinanzierung« ergänzt werden, das heißt: eine Finanzierung gewollter Strukturen anstelle der rein leistungsbezogenen Finanzierung. Eine regional vernetzte und integrierte, populationsbezogene Versorgung mit klaren Verantwortlichkeiten ist zu sichern.

Auch hierzu äußern sich die Koalitionäre: »Mit einem Bundesländer-Pakt bringen wir die nötigen Reformen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf den Weg. Eine kurzfristig eingesetzte Regierungskommission wird hierzu Empfehlungen vorlegen und insbesondere Leitplanken für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende und sich an Kriterien wie der Erreichbarkeit und der demographischen Entwicklung orientierende Krankenhausplanung erarbeiten. Sie [die Regierungskommission] legt Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung vor, die das bisherige System um ein nach Versorgungsstufen (...) differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt. Kurzfristig sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die [...] Geburtshilfe.«

Damit wird auch der folgende Passus im Koalitionsvertrag umsetzbar, denn Kaiserschnitte werden bisher höher honoriert als die Begleitung von physiologischen Geburten: »Wir evaluieren mögliche Fehlanreize rund um Spontangeburt und Kaiserschnitte und führen einen Personalschlüssel für eine Eins-zu-Eins-Betreuung durch Hebammen während wesentlicher Phasen der Geburt ein.« Auch: »Wir stärken den Ausbau hebammengeleiteter Kreißsäle...« könnte dazu führen, dass auch für Hebammen die Arbeit in den Geburtshilfen wieder identitätsstiftend wird.

Zeit für Familie und gute Lebensverhältnisse

Da das NGZ die erste Familienzeit integriert und einen Fokus auf besonders unterstützungsbedürftige Familien legt, wird deutlich, dass die scharf abgetrennten Säulen der SGB ein Hindernis für übergreifende Versorgung sein können. Dieser Koalitionsvertrag weist vernetztes Denken zwischen den Ressorts auf. Hilfreiche Maßnahmen sind vorgesehen, zum Beispiel die Vereinfachung des Elterngeldes, die Stärkung der gemeinschaftlichen elterlichen Verantwortung, zweiwöchige vergütete Freistellung für den/die Partner*in nach der Geburt, die Verlängerung des elternzeitbedingten Kündigungsschutzes um drei Monate nach Rückkehr in den Beruf, um den Wiedereinstieg abzusichern sowie die Bündelung der Nahversorgung von Gesundheitsdienstleistungen.

Es ist verstanden worden, dass Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und das erste Lebensjahr mehr ist als ein kurzer Ausschnitt im Leben: Die Erfahrungen prägen ein Leben lang!

Literatur bei der Verfasserin

ULRIKE HAUFFE, Bremer Landesfrauenbeauftragte a. D., AG des Nationalen Gesundheitsziels »Gesundheit rund um die Geburt«, BARMER Verwaltungsrat, Osterdeich 119, 28205 Bremen, E-Mail: ulhauffe@t-online.de



SILVIA VAN GEEL

Elternblick auf die geburtshilfliche Versorgung in Niedersachsen

Familien brauchen eine qualitativ hochwertige, evidenzbasierte Begleitung rund um die Geburt, bei der sie im Mittelpunkt stehen. Hierfür ist ein Kulturwandel in der Geburtshilfe nötig, der durch Impulse auf allen gesellschaftlichen und politischen Ebenen angestoßen wird. Dafür setzt sich der im Jahr 2015 durch Eltern gegründete, bundesweit agierende Verein Mother Hood e. V. seit fast sieben Jahren ein.

Geburt in Niedersachsen

In den vergangenen 15 Jahren wurden in Niedersachsen annähernd 20 Kreißsäle geschlossen. Diese Entwicklung ist für Familien in einem Flächenland wie Niedersachsen besonders problematisch. Weite Fahrten in die nächste freie Geburtsstation bringen für Mutter und Kind gesundheitliche Risiken mit sich. So zeigt eine 2021 veröffentlichte Studie aus Schweden, dass die Wahrscheinlichkeit einer Geburt noch vor Erreichen der Klinik deutlich steigt, wenn die Fahrzeit länger als 30 Minuten beträgt. Außerdem steigt bei einer ungeplanten Geburt außerhalb einer Klinik das Risiko einer Totgeburt. Immer weniger wohnortnahe geburtshilfliche Angebote führen in Niedersachsen zu einer Unterversorgung von Familien in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Neben fehlenden Geburtsstationen gibt es insbesondere in den ländlichen Gebieten und auf den Inseln zunehmend zu wenige niedergelassene Gynäkolog*innen und Hebammen. Ohne Hebamme im Wochenbett können gesundheitliche Probleme bei Mutter und Kind nicht rechtzeitig erkannt werden, wie beispielsweise ausbleibender Wochenfluss, Schmerzen der Damm- oder Kaiserschnittnaht, Depressionen, Neugeborenenengelbsucht oder Stillschwierigkeiten. Neben strukturellen Mängeln werden Schwangerschaft und Geburt zu wenig als natürlicher Vorgang angesehen, bei dem die Frau mit ihren Bedürfnissen im Mittelpunkt steht und in ihrer Selbstbestimmung unterstützt wird. Vielmehr suggerieren zahlreiche Interventionen einen pathologischen Zustand.

Für viele Familien bedeutet die aktuelle Versorgung

- » Verunsicherung: zum Beispiel »Unsere Gynäkologin rät uns zu vielen zusätzlichen Untersuchungen während der Schwangerschaft. Wir haben daher Sorge, dass etwas mit unserem Kind nicht stimmt und sind unsicher, welche Untersuchungen wir machen sollten.«
- » Hilflosigkeit: zum Beispiel »Die Geburt soll eingeleitet werden, wir fühlen uns damit aber nicht wohl und uninformiert. Von dem Klinikpersonal fühlen wir uns unter Druck gesetzt: »Sie wollen doch ein gesundes Kind«. Was können wir tun?«
- » Entmachtung: zum Beispiel »Ich habe Wehen und das Bedürfnis mich aufrecht zu bewegen. Von mir wird aber verlangt, mich auf die Seite zu legen, damit das CTG geschrie-

ben werden kann. Die Wehen sind in der Position kaum zu ertragen, dennoch wird darauf bestanden. Wieso darf ich mich nicht so bewegen, wie es mir guttut?«

- » Angst: zum Beispiel »Ich habe Angst vor der Geburt und dabei keine ausreichende Hebammenbegleitung im überfüllten Kreißsaal zu haben.«
- » Allein gelassen werden: zum Beispiel »Auf der Geburtsstation ist viel zu tun, mehrere Gebärende gleichzeitig. Die Hebamme ist nicht bei mir und ich weiß nicht, was ich tun soll. Mein Partner ist damit überfordert und weiß nicht, wie er mir helfen soll.«
- » Gewalt: zum Beispiel »Und dann war der Finger plötzlich in mir«. Oftmals durch Überlastung des Personals bedingte psychische und physische Gewalt, unnötige Kaiserschnitte, unsensible Untersuchungen und Kommunikation.

Ursache vieler dieser Situationen ist mangelnde Kommunikation des Fachpersonals mit den Familien.

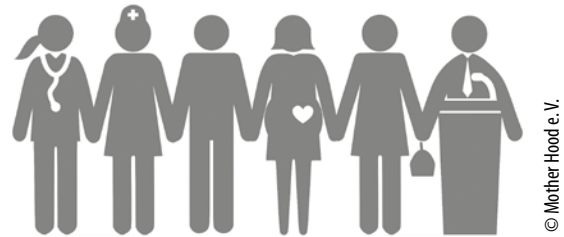


Abbildung: Interprofessionelle Zusammenarbeit

Die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Kommunikation mit den Frauen/Familien ist verbesserungswürdig

Eine Mutter beschreibt uns gegenüber die Geburtshilfe als »gut, wenn man an die richtigen Leute gerät.« Familien fühlen sich wie ein Spielball zwischen jenen Professionen, auf deren Unterstützung sie sich verlassen können wollen. Oftmals arbeiten diese nebeneinander her oder sogar gegeneinander. Familien müssen mit widersprüchlichen Informationen und Herausforderungen zurechtkommen.

Alle Systeme wie Frühe Hilfen, Gynäkologie, Hebamme, Pädiatrie, psychologische Hilfe et cetera müssen in gegenseitiger Anerkennung zum Wohle der Familien ineinandergreifen und die Familien kontinuierlich begleiten. Ein Schlüssel zur verbesserten Versorgung ist die Kommunikation auf Augenhöhe. Familien brauchen das Gefühl, respektiert und ernst genommen zu werden. Diagnosen und ihre Folgen müssen dazu so erklärt werden, dass die Familien sie verstehen, Eingriffe müssen begründet und Alternativen benannt werden. Kam es zu schwierigen Situationen, ist eine transparente Nachbesprechung erforderlich. Alle Personen, die Familien in dieser besonderen Lebensphase begleiten, brauchen ein hohes Wahrnehmungspotenzial für deren Bedürfnisse und die Fähigkeit, zuzuhören.

Die Familie als Akteurin in der Geburtshilfe

Die meisten werdenden Eltern verstehen sich als Team, als Einheit. Und dies wirkt sich auch auf ihren Anspruch für die Geburt ihres Kindes aus: Sie wollen dieses so entscheidende Ereignis des Elternwerdens gemeinsam erleben, sich auf ihre Rolle als Eltern einlassen und die Herausforderungen gemeinsam annehmen. Aus diesem Grund muss die werdende

Familie als Einheit gesehen werden, die es zu unterstützen gilt. Dabei muss der Vater bzw. Partner*in neben der Mutter-Baby Einheit als primäre Ansprechperson anerkannt sein und mit seiner/ihrer Verantwortung wahrgenommen werden. Weiterhin müssen Frauen das Recht auf eine anwesende Begleitperson während des gesamten Geburtsprozesses haben, um diese besondere Situation nicht allein erleben und bewerkstelligen zu müssen.

Das Nationale Gesundheitsziel »Gesundheit rund um die Geburt« bietet eine gute Arbeitsvorlage, um die sich stellenden Herausforderungen anzugehen. Bei dessen Operationalisierung müssen Eltern auf allen Ebenen konsequent beteiligt und ihre Perspektive berücksichtigt werden. Wir Familien wollen den Wandel spüren können. Es darf nicht bei Worten bleiben.

Literatur bei der Verfasserin

SILVIA VAN GEEL, Mother Hood e. V. Regionalgruppe Osnabrück, Villenstraße 6, 53129 Bonn, E-Mail: s.van-geel@mother-hood.de, Internet: www.mother-hood.de

ANNIKA BODE, CLAUDIA HELLMERS

Die Hebamme in der Geburtshilfe: Arbeitsbedingungen und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit

Die Arbeitsbedingungen und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit der in die Geburtshilfe involvierten Berufsgruppen unterliegen multifaktoriellen Einflüssen. Für die subjektive Einschätzung der eigenen Zufriedenheit bezüglich des Arbeitsplatzes von Hebammen spielen in erster Linie die Wahrnehmung der inhaltlichen Aspekte sowie deren Übereinstimmung mit den eigenen Wertvorstellungen eine Rolle. Sind in der Klinik sowohl die personellen als auch strukturellen Rahmenbedingungen für eine individuelle, an den Bedarfen und den Bedürfnissen der Frau angepasste Betreuung vorhanden, wirkt sich dies unter anderem über den Faktor »Empowerment« positiv auf die Arbeitszufriedenheit von Hebammen im Kreißaal aus. Dies steht in engem Zusammenhang mit der Möglichkeit, selbstständig arbeiten und eigene Entscheidungen treffen zu können.

Arbeitsatmosphäre und Zusammenarbeit

Eine Arbeitsatmosphäre, die geprägt ist von einer vertrauens- und respektvollen Beziehungsgestaltung sowohl innerhalb des Hebammenteam als auch zwischen den Hebammen und den angrenzenden Berufsgruppen – insbesondere den Ärzt*innen – gibt Hebammen die Möglichkeit, ihre Arbeitskraft zu erhalten und sich für eine professionelle Versorgung einzusetzen. Eine besondere Herausforderung in der Zusammenarbeit beider Professionen besteht darin, dass keine eindeutige gemeinsame Definition der Beziehung zwischen Hebammen und Ärzt*innen existiert. So wird die Hebamme in der nicht erneut aktualisierten Leitlinie »Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe – Aus ärztlicher Sicht« der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. und der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht noch als Erfüllungs- und Verrichtungsgehilfin der/des Ärzt*in gesehen. Im Gegensatz dazu sind Hebam-

Informations- und Unterstützungsangebote rund um die Geburt

Rund um Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und die ersten Jahre mit Kind stehen Eltern und Familien häufig vor vielen Herausforderungen und Fragen. Es gibt im deutschsprachigen Raum eine Vielzahl an Informationen, Angeboten und Beratungsstellen, die hierbei weiterhelfen können. Wir haben mit Stand Ende Februar 2022 eine Auswahl an Informationen

zusammengestellt. Diese Sammlung ist auf der Website der LVG & AFS unter <https://gesundheit-nds.de/images/pdfs/impulse/LVG-Zeitschrift-Nr114-informationsangebote.pdf> zu finden.



men laut Gesetz bei der Betreuung physiologischer Geburten den Ärzt*innen weder über- noch untergeordnet, sondern beide Berufsgruppen stehen gleichberechtigt nebeneinander. Diese fehlende Übereinstimmung im Hinblick auf das Berufsverständnis der Hebamme begünstigt das Auftreten von Uneinigkeiten und Konflikten in der Zusammenarbeit, zum Beispiel in Bezug auf Zuständigkeitsbereiche, Situationseinschätzungen unter der Geburt und den Einsatz medizinischer Interventionen. Das Gesundheitsziel »Gesundheit rund um die Geburt« hebt mehrfach die Notwendigkeit einer konstruktiven und partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen hervor. Und auch die aktuelle S3-Leitlinie »Vaginale Geburt am Termin« zeigt den Wunsch zur interprofessionellen Zusammenarbeit auf.

Eine enge und gut funktionierende Zusammenarbeit zwischen Hebammen ist ein wesentlicher Baustein für eine angenehme Arbeitsatmosphäre. Hebammen, die Diskussionsbedarf im Hinblick auf eine zu treffende Entscheidung haben, fragen lieber zunächst ihre Kolleg*innen um Rat, bevor sie die diensthabenden Gynäkolog*innen einbeziehen. Die Art und Weise der Kommunikation und Zusammenarbeit mit Ärzt*innen beeinflusst die Möglichkeiten für eine individuelle Betreuung der Frauen. Gynäkolog*innen haben Vertrauen in die Arbeit von Hebammen in Abhängigkeit davon, wie gut sich beide Seiten kennen. Trotzdem befinden sich Hebammen in Kliniken häufig in einer Position mit eingeschränkten Entscheidungsmöglichkeiten. Dadurch entstehen unweigerlich Situationen, in denen Hebammen Anweisungen ausführen müssen, von deren Nutzen sie nicht überzeugt sind, und sie begeben sich in einen ethischen Konflikt, dessen rechtliche Konsequenzen die einzelne Hebamme unter Umständen im Schadensfall mittragen muss.

Situationsbedingte Rollenanforderungen

Die Definition der Hebammenarbeit im klinischen Setting ist häufig konfliktbelastet durch die fehlende Übereinstimmung der persönlichen Werte und idealistischen Vorstellungen der Hebammen mit den Werten der Organisation, in der sie tätig sind. Die Hebamme arbeitet im Spannungsfeld zwischen den Wünschen und Anforderungen der Gebärenden, deren Familie



URSULA JAHN-ZÖHRENS

Geburten in der Institution Krankenhaus: Warum finden so wenig Geburten zuhause statt?

Nach wie vor löst die Aussage einer Schwangeren »Ich werde mein Kind zu Hause bekommen« unterschiedliche Reaktionen aus: Von »das ist fahrlässig« bis »das hätte ich mir auch gewünscht« oder »es fehlte mir der Mut« ist alles dabei.

Durch die Corona-Pandemie offenbarte sich noch eine ganz andere Perspektive auf das Thema: die Hausgeburt als Alternative, um nicht alleine im Kreißaal zu sein und Ansteckung durch Dritte zu minimieren. Laut dem aktuellen Qualitätsbericht 2020 zu der außerklinischen Geburtshilfe in Deutschland lag die Anzahl der Geburten, die zu Hause oder in einem Geburtshaus begonnen wurden, in den letzten fünf Jahren bei 1,3 bis 1,5 Prozent. Im Jahr 2020 stieg die Zahl auf 1,8 Prozent.

Wahl des Geburtsortes ist keine freie Entscheidung

Neben dem Sicherheitsbedürfnis der angehenden Eltern spielt die begrenzte Zahl von Hebammen, die Geburten außerhalb der Kliniken begleiten, eine maßgebliche Rolle, dass nicht mehr Kinder außerhalb von Krankenhäusern geboren werden. Bis 2015 war eine stetige Verringerung der geburtshilflich tätigen Hebammen festzustellen. Erst dank des Ausgleichs der Haftpflichtkostensteigerung als Unterstützung für die hohen Versicherungsprämien, der vom GKV-Spitzenverband auf Antrag bezahlt wird, konnte dieser Abwärtstrend gestoppt werden. Seit 2017 gibt es eine Zunahme an Kolleg*innen, die Geburten zu Hause oder in hebammengeleiteten Einrichtungen anbieten (siehe Tabelle).

Aber nach wie vor kann die Nachfrage nicht gedeckt werden. Das bedeutet, dass die freie Wahl des Geburtsortes oft regional sehr eingeschränkt ist oder gar nicht besteht, da weder eine Hausgeburtshilfende noch ein Geburtshaus zur Verfügung stehen.

Hebammen, die außerklinische Geburten begleiten, unterliegen einer hohen Belastung. Beispielsweise müssen Bereitschaftszeiten abgedeckt werden und Fortbildungspflicht und Qualitätsmanagement kosten zusätzlich Zeit. Dem gegenüber ist die Vergütung im gleichen Zeitraum nicht nennenswert gestiegen. Diese Kolleg*innen haben viel Enthusiasmus und setzen sich für die Schwangeren und ihre Familien sehr ein, zulasten des eigenen Familien- und Privatlebens. Dadurch erklärt sich die kleine Gruppe der Hebammen, die für Hausgeburten zur Verfügung stehen.

Eine erfreuliche Entwicklung der letzten zwei bis drei Jahre ist, dass Hebammen zu geburtshilflichen Teams zusammenfinden, die sich in Bereitschaftszeiten ablösen und bei bürokratischen Aufgaben unterstützen. Das »Einzelkämpfertum«, das über viele Jahrzehnte prägend war, wird so abgelöst. Es bleibt abzuwarten, ob dadurch die Zahl der außerklinischen Geburten langfristig gesteigert werden kann.

Bedürfnis nach Sicherheit weckt Erwartungsdruck

Parallel dazu hat sich die personelle und räumliche Situation in den Kreißsälen verschlechtert. Die Gebärenden erleben überfüllte Kreißsäle, werden weggeschickt und können nicht im Krankenhaus ihrer Wahl ihr Baby zur Welt bringen. Die

und den Akteur*innen aus angrenzenden Professionen. Darüber hinaus stehen sowohl angestellte Hebammen als auch Beleghebammen in Kliniken unter dem Druck einer effizienten Leistungserbringung bei gleichzeitiger Begrenzung ihrer Autonomie durch klinikinterne Verfahrensanweisungen, die wiederum Einfluss auf die Arbeitsleistung der Hebammen nimmt. In der Folge dieser multidimensionalen Ansprüche steigt die Zahl der krankheitsbedingten Fehlzeiten und damit die Belastung für die verbleibenden Kolleg*innen durch Überstunden aufgrund der sich zuspitzenden Personalknappheit. Unter der Voraussetzung, dass Hebammen trotz dieser vielfältigen Ansprüche im Einklang mit dem eigenen Wissen und den persönlichen Überzeugungen arbeiten können, hat dies einen positiven Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit. Stellt sich Zufriedenheit in Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit ein, ist diese verbunden mit hoher Motivation und geringen Fehlzeiten.

Arbeitszufriedenheit von Hebammen

Eine eigenverantwortliche Tätigkeit sowie Betreuungskontinuität sind für die Arbeitszufriedenheit von Hebammen von großer Bedeutung. Besonders berufserfahrene Hebammen sind in Bezug auf ihre Tätigkeit zufriedener, wenn Möglichkeiten zum eigenverantwortlichen Arbeiten gegeben sind.

Um Arbeitszufriedenheit zu erreichen, muss die professionelle Rolle im Vorfeld klar definiert sein. Die Möglichkeit einer individuellen bedürfnis- und familienorientierten Betreuung lässt die Arbeitszufriedenheit von Hebammen ansteigen. Zusammengefasst lässt sich aufzeigen, dass eine Anerkennung der Rolle der Hebamme dazu führen kann, sowohl den Zugang zu kontinuierlicher Hebammenbetreuung zu erleichtern als auch die Arbeitszufriedenheit zu verbessern, autonome Arbeitsmöglichkeiten zu unterstützen und den Verantwortungsbereich auszudehnen. Eine konstruktive Zusammenarbeit der beteiligten Akteure sollte zum Wohle der Familien Ziel jeglicher Betreuungssituation sein.

Literatur bei den Verfasserinnen

ANNIKA BODE, BSc. Midwifery, M.A. Management im Gesundheitswesen, Doktorandin, Hochschule Osnabrück und Universität Witten/Herdecke, Gesundheitscampus 6–8, 44801 Bochum, E-Mail: A.Bode@hs-osnabrueck.de

PROF. DR. CLAUDIA HELLMERS, Professorin für Hebammenwissenschaft, Hochschule Osnabrück, Gesundheitscampus 6–8, 44801 Bochum, E-Mail: C.Hellmers@hs-osnabrueck.de, Gastprofessorin an der Universität Witten/Herdecke

Tabelle: Teilnehmende an der Dokumentation außerklinischer Geburten 2017 bis 2020 (QUAG e.V., 2021)

Teilnehmende an der Dokumentation außerklinischer Geburten	Anzahl 2017	Anzahl 2018	Anzahl 2019	Anzahl 2020
Hebammen in der Hausgeburtshilfe	514	536	547	618
Hebammengeleitete Einrichtungen (Geburtshaus, Hebammenpraxis mit Geburtshilfe, Entbindungsheim)	110	107	105	109
Gesamt	624	643	652	727

Eins-zu-Eins-Betreuung, die in der aktiven Geburtsphase gewünscht ist, kann in den meisten Kreißsälen nicht gewährleistet werden. Dennoch ist die Geburt im Krankenhaus immer noch die meistgewählte Option. Grund ist vor allem das Bedürfnis nach Sicherheit durch klinische Rahmenbedingungen. Im Notfall steht ein Team von Ärzt*innen für sie selbst oder ihr Kind zur Verfügung, das die Hebammenbegleitung ergänzt. Eine Geburt wird oft nicht mehr als normaler Teil weiblicher Lebenszyklen, sondern als Risiko angesehen. Der Übergang ins Leben, die Geburt, löst ebenso Unsicherheit und Angst aus wie der Übergang aus dem Leben, der Tod. Beide existenziellen Prozesse werden aus dem privaten, häuslichen Umfeld in ein anonymisiertes, fachmedizinisches Umfeld, verlagert. Für die Geburtshilfe scheinen dabei zwei Faktoren als Triebfeder zu dienen: Zum einen hat die moderne Geburtsmedizin den Anspruch geweckt, dass jedes geburts-hilfliche Risiko bei korrektem Management Fehlentwicklungen oder gar Tod bei Mutter und Kind verhindert. Diese Erwartung geht automatisch mit Medizintechnik, Medikamenten und OP-Bereitschaft einher. Dies kann die Gebärende nur in der Klinik finden. Zum anderen planen Eltern im Durchschnitt ein- bis zweimal im Leben die Geburt eines Kindes. Dabei darf nichts schiefgehen. Einschränkungen bei Kindern werden nur sehr schwer akzeptiert. Der gesellschaftliche Druck, ein gesundes Kind zu haben, ist groß. Dieses Sicherheitsbedürfnis scheint nur im klinischen Setting befriedigt werden zu können. Geburt und Tod stellen Transformationen im Leben eines jeden Menschen dar, die abstrakt wirken und auf die man sich nicht vorbereitet fühlt. Verantwortung wird daher an Fachpersonal abgegeben, mit der Folge der Hospitalisierung beider Prozesse.

Aus Sicht des Fachpersonals wird der Druck der Haftung in dieser Situation hoch. Fehler dürfen nicht passieren. Nicht selten werden Maßnahmen aus Gründen der Absicherung vorgenommen, nicht weil sie fachlich notwendig wären. Begleitet eine Hebamme eine außerklinische Geburt, trägt sie alleine das Haftungsrisiko. Im klinischen Setting verteilt es sich auf mehrere Schultern. Das Bewusstsein der Verantwortung verschwindet aber nie.

Es wäre wünschenswert, dass es eine gesellschaftliche Diskussion darüber gäbe, wie Geburten zu betrachten sind: als rein naturwissenschaftlicher Vorgang, der »gemanagt« wer-

den kann, oder als Prozess, der Faktoren berücksichtigt, die nicht immer beeinflussbar sind. Wenn wir den zweiten Aspekt akzeptieren können, wäre die Versorgung von Kindern, die nach der Geburt mit einer Einschränkung leben, eine gesellschaftliche Aufgabe. Damit würde die Berufshaftpflichtversicherung die in der Geburtshilfe tätigen Personen entlasten, sodass mehr Hebammen Geburten außerhalb der Klinik begleiten und Familien auf die Unterstützung der Gesellschaft vertrauen könnten.

Literatur bei der Verfasserin

URSULA JAHN-ZÖHRENS, »Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe« QUAG e. V., Hinter den Höfen 2, 15859 Storkow, E-Mail: geschaeftsstelle@quag.de

ANDREAS EICKHORST

Psychische Gesundheit von Eltern rund um die Geburt

Der Übergang zur Elternschaft ist mit unterschiedlichen Emotionen verbunden. Bei den meisten Elternpaaren dominiert Freude über das Kind. Allerdings herrscht eine völlig neue Lebenssituation vor: die Eltern müssen sich in ihre neuen Rollen einfinden. Es hat ein Wechsel von der Liebes- zur Familienbeziehung stattgefunden. Diese (wie bei jedem Übergang) beginnende Phase der Instabilität und Neuordnung gilt auch für den Säugling, der sich außerhalb des Mutterleibes auf eine völlig neue Situation einstellen muss, wobei er viel Unterstützung von seinen Eltern benötigt.

Mit diesem Übergang kommt es dann zu der sogenannten primären Triade aus Mutter, Vater und Kind. Systemisch betrachtet besteht die Familie dabei nicht nur aus der Addition der dyadischen Beziehungen, sondern es hat eine eigene Dynamik und Qualität zu (mindestens) dritt. Diese Triade ist ein starker Einflussfaktor für die kindliche Entwicklung. In ihr werden soziale und kommunikative Kompetenzen sowie die Beziehung und Bindung zu unterschiedlichen Bezugspersonen angebahnt. Dies gilt auch, wenn die ersten wichtigen Personen nicht Vater und Mutter, sondern zum Beispiel Großeltern oder ein gleichgeschlechtliches Paar sind.

Erwartungen können zu Unsicherheit führen

Insbesondere in den westlich geprägten Industriegesellschaften herrscht eine große Unsicherheit bei jungen Eltern hinsichtlich des Umgangs mit dem Baby. Sie haben oft sehr hohe Erwartungen an sich selbst oder Angst, etwas falsch zu machen. Dazu kommt das Umfeld der jungen Familie. Freunde, Verwandte und auch die Öffentlichkeit und Medien üben oftmals (wenn auch nicht immer bewusst) Erwartungsdruck aus. Auch die kulturellen Normen von »Mütterlichkeit«, »Väterlichkeit« und »Familie« spielen eine wesentliche Rolle. Das Rollenbild von Männern und Frauen in der Gesellschaft hat sich zwar innerhalb der letzten Jahrzehnte sehr verändert, doch herrschen noch immer viele feste Zuschreibungen vor. Ansprüche an eine »ideale Mutter« nach einer karikierenden Auflistung in einer BZgA-Broschüre sind etwa:

- » drei Wochen nach der Entbindung wieder in die alten Jeans zu passen,
- » rund um die Uhr für das Kind da zu sein,

» sich ohne Mühe um »das kleine bisschen Haushalt« zu kümmern, ohne aber das Selbstbewusstsein als berufstätige Frau komplett aufzugeben.

Liest man diese sehr zuspitzende Liste, so lässt sich schnell erkennen, unter welchem Druck junge Mütter stehen. Dies gilt natürlich auch für Väter. Hier findet sich in derselben Broschüre eine ähnliche klischeehafte Beschreibung, wie beispielsweise:

- » Er sorgt für seine Familie, sodass immer ausreichend Geld zur Verfügung steht,
- » er baut unverzüglich ein Haus für die neue Familie,
- » er spielt ganz viel mit seinen Kindern, hat aber auch genügend Zeit für seine Partnerin, Hobbies und alte Freunde.

Ausnahmezustand und Krise

Aufgrund der angeführten Unsicherheiten wird hinsichtlich dieser frühen Zeit auch von einem »Ausnahmezustand« oder einer »normativen Krise« gesprochen. Spezifische Herausforderungen der neuen Situation, denen Mütter und Väter nach der Geburt ihres Kindes gegenüberstehen müssen, können dabei etwa sein:

- » die Verarbeitung des Geburtserlebens,
- » die Reaktivierung von Assoziationen mit der eigenen Geburt und den eigenen Eltern,
- » das Kennenlernen des Babys und die Entwicklung von elterlichem Selbstvertrauen,
- » die Anpassung an den Rhythmus des Babys,
- » das Erfordernis von bestmöglichen emotionalen und sozialen Fähigkeiten für die Erziehung des Kindes.

Mithilfe der eigenen resilienten Fähigkeiten, aber natürlich auch Unterstützung von Partner*innen, persönlichen Netzwerken oder öffentlichen Unterstützungsangeboten, kann die normative (also erwartungsgemäß auftretende) Krise im besten Falle gut gelöst und eine herausfordernde, aber gelingende Zeit durchlebt werden. Gelingt dies nicht gut, können unterschiedliche dysfunktionale Reaktionen auftreten, möglicherweise Streit, Flucht, Suchtverhalten und Weiteres. Sie alle haben oft ihren Ursprung in keinesfalls ungewöhnlichen depressiven Phasen nach der Geburt.

Depression nach der Geburt

Es kann bei beiden Elternteilen zu begrenzten depressiven Anzeichen bis hin zu einer diagnostizierbaren Depression kommen. (Nur) bei Frauen hat sich hier der Begriff »postpartale Depression« (PPD) etabliert. Während darüber bereits vieles bekannt ist, sieht dies bei väterlicher Depression anders aus. Hierzu wurde erst in den letzten ungefähr zehn Jahren vermehrt geforscht. Etwa 10 bis 15 Prozent der Mütter erleiden eine PPD. Diese hängt oft zusammen mit nicht ausreichender sozialer Unterstützung oder einer schlechten Partnerbeziehung. Auch vorherige depressive Erkrankungen können einen Einfluss haben, genau wie pränatale Depressionen und Ängste, allgemeiner und familiärer Stress oder wenig soziale Unterstützung. Zu den Vätern liegen immerhin Studien aus den USA vor und geben ein etwas ungenaues Vorkommen von 12 bis 26 Prozent an. Dazu muss eine Anzahl nicht diagnostizierter Fälle angenommen werden, da Männer nicht so oft wie Frauen in Krisen nach Hilfe suchen. Ein bedeutender Vorhersagefaktor für eine väterliche Depression ist eine solche bereits vorhandene bei der Partnerin. Des



Weiteren können auch ein geringes Einkommen, ein niedriger sozialer Status oder Konflikte in der Partnerschaft eine väterliche Depression begünstigen.

Hilfe und Unterstützung

Insbesondere beim Vorliegen einer Depression nach der Geburt, aber auch zu vielen weiteren Fragen und Unsicherheiten zum elterlichen Erleben rund um die Geburt (und eben des »ganz normalen Ausnahmezustandes«) gibt es eine Vielzahl hilfreicher professioneller und ehrenamtlicher Unterstützungsangebote für Mütter und Väter wie etwa Informationsmaterial, (Vorbereitungs-)Kurse, Beratungsangebote, Eltern-Austausch-Treffen und -cafés, Begrüßungsbesuche und viele mehr, die in diesem Rahmen nicht aufgeführt werden können. Zusammenfassend kann das System der »Frühen Hilfen« hier genannt werden, welches in nahezu allen Kommunen vertreten ist und eine Vielzahl zwar regional unterschiedlicher, aber in der Regel (neben anderen Formaten) sehr niedrigschwelliger Unterstützungsangebote für alle Familien im Programm hat.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. ANDREAS EICKHORST, Hochschule Hannover, Fakultät V –
Abteilung Soziale Arbeit, Blumhardtstraße 2, 30625 Hannover,
E-Mail: andreas.eickhorst@hs-hannover.de

HANS-GEORG NELLES

Väter und ihre Rolle in der Geburtshilfe und der ersten Phase nach der Geburt

Die WHO empfiehlt, die Beteiligung von Männern während der Schwangerschaft, der Geburt und nach der Geburt zu fördern, um die Selbstsorge von Frauen und die häuslichen Pflegepraktiken für Frauen und Neugeborene zu verbessern. Neben dieser auf die Gesundheit von Mutter und Kind bezogenen Perspektive gibt es weitere gute Gründe, dies zu tun. Die Gesundheit der Väter, die Zuschreibung von väterlichen Kompetenzen und ihre Beziehung zu dem ungeborenen Kind haben einen großen Einfluss darauf, in welchem Maße sie sich an der Erziehung des Kindes beteiligen und Ressourcen für seine gelingende Entwicklung zur Verfügung stellen. In der Phase vor und unmittelbar nach der Geburt werden zu-

dem die Weichen dafür gestellt, ob das gewünschte Lebenskonzept einer partnerschaftlichen Aufteilung von Erwerbs- und Familienarbeit Wirklichkeit werden kann oder die Partnerschaftszufriedenheit darunter leidet, dass sich Vater und Mutter in jeweils unterschiedlichen Sphären voneinander entfremden. Viele Väter haben den Wunsch, die Entwicklung ihrer Kinder von Anfang an mitgestalten und erleben zu können.

Ansprüche und Wirklichkeiten

Erfahrungen und Studienergebnisse zeigen, dass die gewählten Lebensmodelle häufig nicht Ergebnis zielgerichteter Aushandlungsprozesse sind, sondern Paare vor dem Hintergrund vermeintlich rationaler Gründe nach der Geburt dort »hineingeschliddert« sind und Väter sich mehr oder weniger freiwillig auf die traditionelle Rolle des Ernährers und Assistenten in der Familie einlassen.

Obwohl also alles dafür spricht, werdende Väter rechtzeitig einzubeziehen, sie als aktive Subjekte im Geburtsgeschehen zu betrachten und auf die neue Rolle vorzubereiten, werden sie hierzulande immer noch als »Beifahrer« betrachtet. In Großbritannien, wo bereits 2006 im Nationalen Gesundheitssystem ein Paradigmenwechsel zugunsten von Vätern stattgefunden hat, zeigen kürzlich veröffentlichte Befragungsergebnisse, dass der empfohlene Wandel auch dort noch längst nicht überall praktiziert wird.

- » 92 Prozent der Väter nehmen an den Vorsorgeuntersuchungen teil, aber 61 Prozent berichten, dass ihre Rolle als Vater zu keinem Zeitpunkt angesprochen worden ist.
- » Väter haben keinen formalen Status bei der Geburtsvorbereitung. Selbst ihr Name wird nicht erfasst. Lediglich 16 Prozent der Väter werden während der Geburt nach ihrem Befinden gefragt.
- » Wenn »Väter« und »Mütter« statt »Eltern« adressiert werden und deutlich gemacht wird, dass beide gefragt sind, steigt die Beteiligung von Vätern bei der Nachsorge von circa 20 Prozent auf bis zu 70 Prozent.

Das Erlebnis der Geburt

Wie Väter auf die Geburt vorbereitet werden können und welche Rolle die verschiedenen Professionen dabei spielen, ist lange bekannt. Der entscheidende Faktor dabei ist die Haltung gegenüber der Rolle der Väter sowie ihrer aktiven Einbeziehung.

Angebote der Geburtsvorbereitung für Väter kommen auch werdenden Müttern zugute. Studien zeigen, dass Väter, die ihre Rolle während der Geburt kennen und verstehen, was dort geschieht, selbst besser vor übermäßigem Stress geschützt sind und seltener Gefahr laufen, den Ablauf der Geburt negativ zu beeinflussen. Das gilt insbesondere in den Momenten, in denen es mal nicht nach Plan läuft.

Bei der Geburt selbst dabei sein zu können, ist für Männer die einzigartige Möglichkeit, das Vaterwerden, das sich bislang als »Kopfgeburt« abgespielt hat, unmittelbar zu erleben und eine Beziehung zu ihrem Kind aufbauen zu können. Dazu ein O-Ton: »Es war unglaublich, atemberaubend, erstaunlich und erschreckend, die erste Person zu sein, die meine Tochter sah, und Augenkontakt mit ihr herzustellen, als sie herauskam. Ich habe ein Foto, etwa drei Minuten nach ihrer Geburt, auf dem ich sie im Arm halte und wir uns gegenseitig anstarren, und es sieht aus, als würde sie mir die Zunge herausstrecken.«



Väter müssen draußen bleiben

Corona wirkt wie ein Brennglas und hat auch in der Geburtshilfe offengelegt, dass Väter dort noch nicht die Bedeutung haben, die ihnen zusteht. Zehntausende Männer konnten wegen der Corona-Regeln in den vergangenen Monaten die Geburt ihres Kindes nicht miterleben. In manchen Kliniken dürfen Väter den gesamten Verlauf der Geburt begleiten, in anderen ruft sie das Personal erst zur Endphase der Geburt in den Kreißsaal – wenn die Presswehen beginnen oder der Muttermund um einige Zentimeter geöffnet ist. Zum Teil dürfen Väter ihre Familie nur eine Stunde am Tag auf Station besuchen, andernorts gibt es keine Beschränkungen. Zu Vorsorgeterminen, zum Ultraschall dürfen Väter oft ebenfalls nicht mitkommen.

»Ich durfte nur an einer Untersuchung teilnehmen. Meine Frau musste zu allen anderen Untersuchungen und Konsultationen allein gehen. Ich habe diese lebenswichtige Unterstützung für meine Frau und die Entwicklung einer Bindung zu unserem kleinen Sohn völlig verpasst. Das System ist durcheinandergeraten, und die emotionale Belastung, die wir zahlen müssen, ist enorm ...« berichtet ein Vater.

Die Auswirkungen der Geburtserlebnisse auf die Vaterschaft

Studien zeigen, dass die Geburt und ihr Erleben für Väter und Mütter einen wichtigen Ausgangspunkt für den Übergang zur Elternschaft darstellen. Sie erleichtern oder erschweren den Prozess des Vaterwerdens. Mütter mit einem negativen Geburtserlebnis geben häufiger an, dass sie Probleme beim Stillen haben und ihre Wunden schlecht heilen. Das Risiko, dass die Mütter und Väter nach der Geburt eine Depression entwickeln, steigt und auch die Eltern-Kind-Bindung war sechs Monate nach Entbindung weniger sicher.

Da die Unterstützung von Vätern im Geburtsprozess positive Auswirkungen auf die Frauen hat, muss sichergestellt werden, dass Väter systematisch einbezogen werden und sich an Schwangerschaft, Geburt und Kinderbetreuung beteiligen. So können sie ihre Partnerinnen unterstützen, eine eigene Identität als Vater entwickeln und eine aktive Rolle in der Versorgung der Säuglinge übernehmen.

Literatur beim Verfasser

HANS-GEORG NELLES, Landesarbeitsgemeinschaft Väterarbeit in NRW, Sternstraße 71–73, 40479 Düsseldorf, E-Mail: nelles@lag-vaeterarbeit.nrw

DOROTHEA TEGETHOFF, JULIA LEINWEBER

Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe

Seit 2013 werden unter dem Titel »Roses Revolution« Berichte über respektlose oder gewalttätige Behandlungen von Frauen durch (geburtshilfliche) Fachkräfte in geburtshilflichen Einrichtungen veröffentlicht. In den letzten Jahren gibt es in Deutschland damit mehr Aufmerksamkeit für dieses Phänomen, von dem bereits seit Langem episodisch berichtet wird. Systematische Forschung zu Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe findet sich allerdings erst in den letzten Jahrzehnten wieder. Im Bericht von Bowser und Hill wird Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe erstmalig als universelles, weltweites Problem dokumentiert. Der Begriff Gewalt in der Geburtshilfe bleibt jedoch kontrovers. So fordert die Weltgesundheitsorganisation Maßnahmen gegen die »respektlose und missbräuchliche Behandlung (disrespect and abuse) [von Frauen] während der Geburt«, ohne den Begriff »geburtshilfliche Gewalt« zu verwenden. Der Europarat verabschiedete 2019 einen Antrag zur Prävention von geburtshilflicher und gynäkologischer Gewalt.

Definition und Prävalenz

Bohren et al. unterscheiden sechs Kategorien von Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe: (1) körperliche oder sexualisierte Gewalt, (2) verbale Gewalt, (3) Stigmatisierung und Diskriminierung, (4) Nichteinhalten professioneller Standards, (5) ungenügende Kommunikation und Beziehungsgestaltung, (6) unangemessene Bedingungen und Beschränkungen im Gesundheitssystem.

Weiter gefasst ist die Definition des Netzwerks für die Humanisierung von Geburt: »Jede Handlung, die die Autonomie einer Frau beeinträchtigt oder dazu führt, dass sie ihre Fähigkeit verliert, Entscheidungen über ihre eigenen physiologischen Prozesse zu treffen, wird als geburtshilfliche Gewalt anerkannt.«

Viele Verhaltensweisen, die Frauen als respektlos oder gewaltvoll empfinden, werden zudem von den verantwortlichen Fachkräften nicht unbedingt so wahrgenommen. Zum Beispiel können auch Handlungen und Interaktionen, die für das betreuende Personal Routine sind, von der Frau als gewaltvoll wahrgenommen werden. Freedman, Ramsey et al. bezeichnen dies als »normalisierte Respektlosigkeit und Gewalt in der geburtshilflichen Betreuung« und heben hervor, dass der soziale und kulturelle Kontext, in dem Geburtshilfe stattfindet, einen wesentlichen Einfluss darauf hat, welche Verhaltensweisen und Umstände von Frauen und von Fachkräften als respektlos und gewaltvoll wahrgenommen werden.

Zur Häufigkeit von Gewalt in der Geburtshilfe liegen erst seit 2021 wissenschaftliche Erkenntnisse aus Deutschland vor. In einer Validierungsstudie passten Limmer et al. ein Erhebungsinstrument aus Kanada an deutsche Verhältnisse an und erhoben damit erste Daten. Mehr als zwei Drittel der Befragten in Deutschland gaben an, mindestens eine Form der Respektlosigkeit oder Gewalt während der Geburt erlebt zu haben. Auch wenn es sich bei der Studienpopulation um eine nicht repräsentative Gelegenheitsstichprobe handelt, sind diese Werte bestürzend hoch.



Konsequenzen für die Gesundheit

Gewalt in der Geburtshilfe kann mit schwerwiegenden und langanhaltenden gesundheitlichen Belastungen und Folgen für die Frau, ihre Beziehung zum Neugeborenen und für ihre Familie einhergehen. Erfahrungen von Respektlosigkeit und Gewalt in der geburtshilflichen Betreuung können dazu führen, dass Frauen ihre Geburt als traumatisches Ereignis erleben. Bei 3 bis 4 Prozent der Gebärenden ist mit einer posttraumatischen Belastungsstörung nach der Geburt (PP-PTSB) zu rechnen. In Risikogruppen sind es bis zu 18 Prozent.

Neue Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass auch Depressionen in der Zeit nach der Geburt eine Folge von negativem und traumatischem Geburtserleben sein können. Dekel, Ein-Dor et al. beschreiben eine hohe Komorbidität von postpartaler Depression (PPD) mit PP-PTBS nach traumatischem Geburtserleben.

Gesundheitsökonominnen in Großbritannien haben die Kosten für Depressionen in der Zeit um die Geburt mit 84.000 Euro pro Frau mit dem Krankheitsbild berechnet. Über zwei Drittel der berechneten Kosten beziehen sich auf Mehrausgaben für die Versorgung, Förderung und Behandlung der Kinder der betroffenen Frauen und Familien, weil PPD und PP-PTBS die Fähigkeit der Mutter zur sensiblen Kontaktaufnahme mit dem Kind nach der Geburt reduzieren kann. Angst vor der Geburt, die bei etwa 6,5 bis 14,8 Prozent aller Frauen auftritt, ist ebenfalls stark mit traumatischem Geburtserleben assoziiert. Frauen mit Angst vor der Geburt wünschen sich überdurchschnittlich häufig einen Kaiserschnitt, auch wenn keine medizinische Indikation vorliegt.

Ethische Überlegungen

Geburtshilfliche Gewalt verstößt gegen die Grundprinzipien der Bioethik wie Nicht-Schädigung, Wohltätigkeit, Autonomie und Gerechtigkeit, die Beauchamp & Childress formulierten, als auch gegen die Barcelona Declaration, in der unter den Stichworten Verletzlichkeit, Integrität und Würde bioethische Grundsätze niedergelegt sind. Aus ethischer Sicht kommt es darauf an, anzuerkennen, dass Frauen während der Geburt schlechte Erfahrungen machen. Ob diese schlechten Erfahrungen als Gewalt, Fehlverhalten oder etwas anderes bezeichnet werden, sollte nur insofern relevant sein, als es die Bereitschaft der Fachkräfte dahingehend beeinflusst, zu erkennen, dass ihr Verhalten nicht immer angemessen ist und sie aktiv versuchen, dies zu ändern.

Schlussfolgerungen

Um Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe zu vermeiden, müssen geburtshilfliche Abteilungen personell so ausgestattet sein, dass eine Eins-zu-eins-Betreuung (eine Hebamme betreut eine Frau) während der Geburt Standard ist. Nur so kann eine frauenorientierte und menschenrechtsbasierte Geburtshilfe geleistet werden.

Hierfür ist ebenso wichtig, dass (werdendes) geburtshilfliches Fachpersonal evidenzbasierte Kenntnisse über das Geburtserleben von Frauen und über die Wichtigkeit der Qualität der Interaktionen zwischen Fachpersonal und Gebärenden für das Geburtserleben der Frau hat. Empathie und andere kommunikative Kompetenzen sind im Studium von Hebammen und Geburtshelfer*innen besonders zu fokussieren.

Literatur bei den Verfasserinnen

PROF. DR. DOROTHEA TEGETHOFF, Ev. Hochschule Berlin,
Teltower Damm 118–122, 14167 Berlin,

E-Mail: tegethoff@eh-berlin.de

PROF. DR. JULIA LEINWEBER, Charité Universitätsmedizin Berlin,
Charitéplatz 1, 10117 Berlin,

E-Mail: julia.leinweber@charite.de

MECHTHILD PAUL

Vulnerable Gruppen und Unterstützungssysteme – Erkenntnisse aus den Frühen Hilfen

Schwangerschaft, Geburt und die erste Zeit mit einem Neugeborenen sind für Eltern mit einer umfassenden Veränderung ihrer Alltags- und Lebenssituation verbunden. Die positive Bewältigung der Herausforderungen, die mit dieser Lebensphase verbundenen sind, stellt die Weichen für einen guten Start in die Elternschaft und hat damit auch Auswirkungen auf das weitere Leben des Kindes.

In dieser Zeit rund um die Geburt eines Kindes sind Eltern besonders offen für Veränderungen hin zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil. Umso wichtiger ist es, diese Motivation zu stärken und Impulse zu geben.

Einfluss familiärer Belastungen auf die Entwicklung des Kindes

Die meisten Kinder sind heute körperlich gesund, aber Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten, psychische Probleme, Übergewicht sowie Bewegungsmangel haben vor dem Hintergrund der Veränderung von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, vor allem von sozialen Lagen, zugenommen. Gerade diese gesundheitlichen Risiken können sich besonders negativ auf das gesamte Leben des Kindes auswirken und gesellschaftliche Teilhabe dauerhaft einschränken.

In einer repräsentativen Befragung 0- bis 3-Jähriger des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen zeigt sich eine breite Varianz der Lebensbedingungen, in denen Kinder in Deutschland aufwachsen: So leben zwar die meisten Säuglinge und Kleinkinder mit beiden Elternteilen im Haushalt, aber in 8,7 Prozent der Fälle berichtet die antwortende Bezugsperson, alleinerziehend zu sein. Während in jedem siebten Haushalt mindestens ein Elternteil erwerbslos ist, werden Leistungen der



sozialen Mindestsicherung sogar in jedem fünften Haushalt bezogen.

Unabhängig von unterschiedlichen sozioökonomischen Lebenslagen wurden 11,8 Prozent der Kinder zu früh geboren und/oder mit einem niedrigen Geburtsgewicht. Insgesamt berichtet jede fünfte Familie von fehlender sozialer Unterstützung (20 Prozent), fast ein Drittel zweifelt an der eigenen elterlichen Kompetenz (29,7 Prozent). 4,4 Prozent geben sogar Anzeichen einer psychischen Erkrankung (Depressionen, Ängste) an.

Mehr als ein Drittel der Familien mit jungen Kindern haben einen Migrationshintergrund. Sie erleben sich deutlich weniger unterstützt und verfügen zugleich über geringere Kenntnisse zu Unterstützungsangeboten. Besonders kritische Verläufe zeigen sich in Familien, bei denen Belastungen gehäuft und kumuliert auftreten. Sie verfügen über einen besonders hohen Unterstützungsbedarf. Diese Zahlen lassen erkennen, dass die Bedarfe an Unterstützung sehr vielfältig sind. Umso wichtiger ist es, Bedarfe rechtzeitig zu erkennen und Eltern ein passendes Hilfsangebot zu unterbreiten.

Niedrigschwelliger Zugang zu Unterstützungssystemen

Grundsätzlich können (werdende) Mütter und Väter auf ein vielfältiges Unterstützungssystem zurückgreifen:

- » Medizinische Versorgung und Begleitung vor, während und nach der Geburt durch Gynäkolog*innen und Hebammen
- » Schwangerschaftsbegleitung, Geburtsvorbereitung sowie Betreuung unter der Geburt und im Wochenbett durch Hebammen und Geburtsvorbereiter*innen
- » Schwangerschaftsberatung für die umfassende und individuelle Unterstützung, Beratung und Begleitung in der Schwangerschaft und nach der Geburt bis zum dritten Lebensjahr des Kindes
- » Beratung zur Stillförderung
- » Medizinische Versorgung und Begleitung des Kindes und der Eltern durch Pädiater*innen

Allerdings profitieren von dieser Unterstützung eher Menschen mit höherem Sozialstatus und ausreichenden Ressourcen, da Familien sich diese Angebote vielfach selbstständig erschließen müssen. Familien in prekären Lebenssituationen werden häufig von den Angeboten nicht erreicht, obwohl

sie einen hohen Bedarf haben (Präventionsdilemma). Die Unübersichtlichkeit und mangelnde Vernetzung der Angebotspalette aus unterschiedlichen Sozialsystemen sowie damit verbundene Zugangshürden führen bei ihnen zu einer Unterversorgung.

Dabei gilt:

- » Je universeller und allgemeiner die Angebote sind, desto weniger werden sie von sozial benachteiligten Gruppen genutzt.
- » Je mehr die Angebote stattdessen auf spezifische Bedarfe zugeschnitten sind und je einfacher der Zugang gestaltet ist, desto eher erreichen sie auch sozial benachteiligte (werdende) Mütter und Väter.

Um Eltern in psychosozialen Belastungslagen rund um die Geburt wirksam unterstützen zu können, muss ihr Bedarf erkannt werden und sie müssen frühzeitig für die Annahme eines passenden Unterstützungsangebotes gewonnen werden. Für eine bedarfsgerechte Unterstützung steht neben den oben genannten universellen Angeboten, wie beispielsweise die Beratung zur Stillförderung, ein breites Spektrum zusätzlicher Unterstützungsleistungen zur Verfügung. Vor allem müssen niedrigschwellige Zugangswege zu Unterstützungs- und Beratungsangeboten für Familien in Belastungslagen gestaltet und entsprechende Angebote in unterversorgten Regionen ausgebaut werden.

Notwendigkeit einer Gesamtstrategie

Aus den Erfahrungen der Frühen Hilfen lassen sich wesentliche Herausforderungen bei der Gesundheitsförderung rund um die Geburt eines Kindes feststellen:

- » Teilhabe und Beteiligung (Partizipation) von Eltern und Kindern sind zentral für die Entwicklung und Stärkung von Kompetenzen und die Wahrnehmung von Ressourcen. Nur wenn in der Kommune, im Stadtteil, in der Kindertagesstätte etc. Handlungsräume offenstehen, in denen Mitwirkung, aktive Gestaltung und Einflussnahme möglich sind, können Selbstwirksamkeit, Handlungsfähigkeit und letztlich Sinnhaftigkeit erlebt werden.
- » Die Verbesserung der Zusammenarbeit und Vernetzung der Akteure ist entscheidend, um Angebote besser zu koordinieren und aufeinander abzustimmen. Gerade vor dem Hintergrund fehlenden Fachpersonals (wie beispielsweise Hebammen) ist es wichtig, Synergien zu schaffen.

Daher gilt es, gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Strukturen zu schaffen, die allen Familien gleiche Entwicklungs- und Gesundheitschancen eröffnen. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es einer abgestimmten Gesamtstrategie (Health in All Policies) verschiedener Politikbereiche (zum Beispiel Arbeit, Gesundheit, Soziales, Wohnen, Bildung, Familie) und der gemeinsamen Anstrengung zentraler Akteure auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene.

Literatur bei der Verfasserin

MECHTHILD PAUL, Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Maarweg 149–161, 50825 Köln, E-Mail: mechthild.paul@nzhf.de

Gesundheit
rund um die **Geburt***

BIRGIT EHRING-TIMM, VERONIKA BUJNY

Niedersächsisches Aktionsbündnis »Gesundheit rund um die Geburt«

Die Versorgung der Frauen, Kinder und Familien rund um die Geburt hat sich trotz steigender Geburtenzahlen in den letzten Jahren immer mehr verschlechtert. Die Schließung mehrerer Geburtsstationen – insbesondere im Nordwesten Niedersachsens – führt zu einer deutlichen Mangelversorgung von Familien. Die vielerorts schlechte Personalsituation hat weitere Auswirkungen: Schwangere finden oft keine Hebamme für die Betreuung in der Schwangerschaft und im Wochenbett und die Klinikhebammen betreuen zu viele Frauen gleichzeitig während der Geburt. Außerklinische Geburten werden weit weniger als gewünscht angeboten. Insbesondere auf dem Land mangelt es zudem an niedrigschwelligem Angeboten zur Unterstützung der Familien im ersten Jahr mit Baby. Diese strukturellen Versorgungsprobleme können nicht kurzfristig ausgeglichen werden und es sind hauptsächlich Frauen, die unter dieser strukturellen Mangelversorgung leiden.

Um diesen Prozess zu stoppen und landesweit die Kräfte zu bündeln, gründete sich im November 2017 auf Initiative der Landesarbeitsgemeinschaft kommunaler Frauen- und Gleichstellungsbüros Niedersachsen, dem Landesfrauenrat Niedersachsen e. V. und dem Hebammenverband Niedersachsen e. V. das Niedersächsische Aktionsbündnis »Gesundheit rund um die Geburt«. Es verfolgt das Ziel, durch die Einrichtung eines Aktionsbüros einen Landesaktionsplan zur Umsetzung des Gesundheitszieles »Gesundheit rund um die Geburt« zu erwirken. Inzwischen haben sich Wohlfahrtsverbände, die Elterninitiative Mother Hood e. V., der Sozialverband Niedersachsen e. V. und weitere Organisationen dem gesellschaftlichen Bündnis angeschlossen, um gemeinsam die Situation für Frauen und Familien zu verbessern.

Workshop zu Bestandsaufnahme und Handlungsfeldern

Im Rahmen des Modellprojektes Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW) in Niedersachsen fand im Juni 2019 eine Tagung des Aktionsbündnisses mit einem Workshop statt. Über 100 Personen kamen zum interdisziplinären Austausch und zur landesweiten Bestandsaufnahme der aktuellen Handlungsfelder zusammen. Es ging um die Fragen: Wie kann eine gute Versorgung in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbett sowie im ersten Lebensjahr des Kindes gewährleistet werden und was muss sie bieten? Welche Anforderungen muss ein landesweiter Aktionsplan berücksichtigen? Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und erstes Lebensjahr sind eine sensible Zeit voller Herausforderungen, in der die Weichen für die Gesellschaft von morgen gestellt werden. Es ist daher eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, Familien in diesen Zeiten zu unterstützen und die nächste Generation willkommen zu heißen. Wir brauchen einen Perspektivenwechsel, der den Blick von der reinen Fokussierung auf Risikofaktoren hin zu den Bedürfnissen der Frauen und Fa-

milien lenkt und deren Bedürfnisse in den Mittelpunkt stellt. Um sie herum ist ein bedarfsgerechtes Unterstützungssystem aufzubauen, das sie in ihren Kompetenzen stärkt und für alle gleichermaßen erreichbar und abrufbar ist. Wir benötigen starke Netzwerke, die multiprofessionell zusammenarbeiten, um im Bund, im Land und in der Kommune Missstände aufzuzeigen und gemeinsam Lösungen zu erarbeiten sowie die Rahmenbedingungen für eine frauenzentrierte Geburtshilfe zu etablieren.

Das Bündnis fordert von der Landesregierung, ein Aktionsbüro einzurichten. Dort soll der Landesaktionsplan zur Umsetzung des Gesundheitszieles »Gesundheit rund um die Geburt« erstellt werden. Zur Erfassung der Bedarfe muss die Versorgungslage festgestellt und eine valide statistische Datenbasis der Versorgungslage erhoben werden, wofür es bisher noch kein Werkzeug gibt. Anschließend sollen die Hebammenversorgung über den gesamten Betreuungsbogen flächendeckend sichergestellt werden sowie geburtshilfliche Abteilungen mit ausreichender personeller Ausstattung erhalten oder errichtet werden. Dort soll eine Eins-zu-eins-Betreuung während der Geburt und eine respektvolle, gewaltfreie Betreuung unter Einbeziehung der Wünsche und Bedürfnisse der Frau gewährleistet sein. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Akteur*innen rund um die Geburt – insbesondere mit Blick auf das Sozial- und Gesundheitswesen – muss strukturell verankert werden. Weiterhin sollen für die Familien niedrigschwellige Unterstützungsangebote etabliert werden. Für sie und dabei speziell für die Frauen müssen wohnortnahe therapeutische Angebote für Krisensituationen sowie Klinikplätze mit Kind eingerichtet werden. Auch die hochschulische Ausbildung der Hebammen soll schnellstmöglich umgesetzt werden.

Was bisher erreicht wurde

Seit der Tagung 2019 ist einiges erreicht. In Niedersachsen sind vier Studienstandorte mit je 35 Studienplätzen für Hebammen eingerichtet worden, die jedoch derzeit noch nicht voll ausgeschöpft sind. Das Aktionsbüro ist als Modellprojekt bei der LVG & AFS angesiedelt und hat die Arbeit im Januar 2022 aufgenommen. Auf der kommunalen Ebene wird Unterstützung bei der Verbreitung der Angebote in der Fläche benötigt. Viele Kommunen arbeiten an ihrer Familienfreundlichkeit. Es gibt »Best-Practice-Beispiele«, die landesweit aufgegriffen werden könnten. Kommunen können Runde Tische zur Förderung der natürlichen Geburt einrichten, die Versorgungsprobleme sammeln und an die Verantwortlichen in den Verwaltungen und in der Politik adressieren. Beispiele dazu gibt es bereits, wie die Stadt Aurich, die CEDAW-Modellregion für das Thema »Gesunde Geburt auf dem Land« in Niedersachsen ist, oder die Region Osnabrück, die mit Beteiligung der Hebammenwissenschaften der Hochschule Osnabrück sowie den Leitungen der gynäkologischen Abteilungen der örtlichen Krankenhäuser ein Netzwerk vieler Akteur*innen rund um die Geburt aufgebaut hat und regelmäßig zu den Themen arbeitet. Das Bündnis wirbt weitere Bündnispartner an. Informationen finden Interessierte unter www.gesundheit-rund-um-die-geburt.de.

Literatur bei den Verfasserinnen

BIRGIT EHRLING-TIMM UND VERONIKA BUJNY, Sprecherinnen Aktionsbündnis Gesundheit rund um die Geburt, E-Mail: ehring-timm@stadt.aurich.de, E-Mail Veronika Bujny: vorsitzende-1@hebammen-niedersachsen.de

Akademisierung der Hebammen in Niedersachsen

Am 1. Januar 2020 ist das neue Hebammenreformgesetz (HebRefG) in Kraft getreten. Mit dieser gesetzlichen Neuerung wird die Akademisierung der Hebammenausbildung in Deutschland auf den Weg gebracht. Wie erleben die Beteiligten die Reform? Welche Erfahrungen machen Studierende und Lehrende mit der erweiterten Ausbildung an Hochschulen? Von welchen Herausforderungen berichten Sie? Drei unterschiedliche Statements beleuchten den derzeitigen Umbruch.

Hochschulqualifizierung in Niedersachsen

In Niedersachsen bieten sieben Hochschulen an fünf Standorten den Bachelorstudiengang Hebammenwissenschaft an:

- » Jade Hochschule Wilhelmshaven/Oldenburg/Elsfleth zusammen mit der Universität Oldenburg seit dem Wintersemester 2020/2021
- » Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzminde/Göttingen zusammen mit der Universitätsmedizin Göttingen seit dem Wintersemester 2020/2021
- » Hochschule Osnabrück seit dem Wintersemester 2021/2022
- » Medizinische Hochschule Hannover seit dem Wintersemester 2021/2022
- » staatlich anerkannte, private Fachhochschule des Mittelstands (FHM) Bielefeld, Standort Hannover seit dem Wintersemester 2021/2022

Alle genannten Hochschulen verfügen über den berufs-zulassungsrechtlichen Nachweis. Die niedersächsischen Hochschulen in staatlicher Verantwortung haben eine Aufnahmekapazität von jeweils 35 Studierenden. Insgesamt werden damit 140 neue Studienplätze pro Jahr angeboten. Darüber hinaus wird der Studiengang »Midwifery« der Hochschule Osnabrück mit 45 Studienanfängerplätzen weitergeführt, unter anderem zur Nachqualifizierung von berufstätigen Hebammen. Die Studiendauer beträgt bei den niedersächsischen Hochschulen in staatlicher Verantwortung jeweils sieben Semester und bei der FHM 11 Trimester. Die Regelstudienzeit beträgt mithin bei allen (Fach-)Hochschulen 3,5 Jahre.

NIEDERSÄCHSISCHES MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND GLEICHSTELLUNG, www.ms.niedersachsen.de

Statement Der Theorie-Praxis-Transfer

»Die Geburtshilfe in Deutschland benötigt gut ausgebildete Hebammen, die in der interprofessionellen Zusammenarbeit ihr Handeln reflektieren, Wissen vertiefen, wissenschaftlich begründet arbeiten und kommunikative Fähigkeiten erwerben und anwenden. Die Fähigkeiten dazu werden an der Hochschule in der Theorie vermittelt, im Skillstraining geübt und über den Theorie-Praxis-Transfer mit der Begleitung von Praxisanleiter*innen in der Praxis umgesetzt. Über die Praxisbegleitung sowie Reflexion in der Hochschule werden sie wieder aus der Praxis in die Theorie geführt. Über die Einrichtung einer Praxiskoordinationsstelle findet ein enger Austausch zwischen Hochschule, den verantwortlichen Praxiseinrichtungen und den Hebammenstudent*innen statt, damit die Umsetzung des Theorie-Praxis-Theorie-Transfers gelingt. Eine Herausforderung stellt die Neugestaltung der Praxiseinsätze dar. Hier ist die Reduktion der gesetzlich festgelegten Praxisstunden auf 2.200 Stunden vorgesehen. Mit den verantwortlichen Praxiseinrichtungen der Hochschule Osnabrück wurden 2.310 Praxisstunden vertraglich gesichert. Im Hebammengesetz sind 25 Prozent Praxisanleitungen im berufspraktischen Teil des Studiums verankert. Bis zum Jahr 2030 können die Länder einen geringeren Umfang für die Praxisanleitung vorsehen, jedoch nicht unter 15 Prozent der von der studierenden Person während eines Praxiseinsatzes zu absolvierenden Stundenanzahl. Damit findet eine gezielte Heranführung der Hebammenstudent*innen an die Aufgaben der Hebamme statt. Die Reflexion des eigenen Handelns und des Erlebten ist Teil dieser Praxisanleitungssituationen.« | PETRA KÖHLER (M.A.), Praxiskoordinatorin Studiengang Hebammenwissenschaft (B.Sc.), Hochschule Osnabrück, E-Mail: p.koehler.1@hs-osnabrueck.de

Statement Der Wandel in der Geburtshilfe

»Um die Welt zu verändern, müssen wir erst die Art und Weise verändern, wie Kinder geboren werden«, sagt Michel Odent, der sich als Geburtshelfer für einen Wandel in der Geburtshilfe und -kultur einsetzt. Er beschreibt gleichermaßen die Intention, die Notwendigkeit und die Perspektive dieses Wandels. Die Akademisierung des Hebammenberufes und die Entstehung einer eigenen Profession bilden die Basis und rücken die Bedürfnisse werdender Familien im 21. Jahrhundert in den Fokus. Woran erkenne ich als Hebamme den Fortschritt einer Geburt, ohne vaginal zu untersuchen? Welche Maßnahmen fördern das Bonding von Mutter und Kind nach einem Kaiserschnitt? Die Kompetenz, Fragen zu stellen, den Status quo zu hinterfragen, Evidenzen nicht nur zu recherchieren, sondern selbst durch Studien zu schaffen, erweitern das Handlungsspektrum zukünftiger Hebammen enorm. Neben dem traditionellen Hebammenhandwerk lernen wir von Beginn an, zu kommunizieren, zu reflektieren, entwickeln ein individuelles Professionsverständnis, eine innere Haltung und gestalten aktiv unseren Lernprozess mit. Dazu werden Themen wie Diversität, Feminismus, Anti-Rassismus und Nachhaltigkeit diskutiert, die neben praktischen, handwerklichen Fähigkeiten eine wichtige Säule im Studium bilden. Braucht es Zeit – ja klar. Braucht es Geduld – auf jeden Fall. Ruckelt es – aber Hallo. Doch bereits jetzt ist uns allen – Professor*innen, Dozierenden, Studierenden – klar, dass wir der Wandel sind, den wir in der Geburts-hilfe sehen wollen. | VALEEN KÖLLING, Studierende, Hebammenwissenschaften dual (B.Sc.), Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg, E-Mail: valeen.koelling@haw-hamburg.de

Statement Es ist vollbracht

»Es ist vollbracht«, möchte man jubeln! Die Freude über die Implementierung der neuen Regelstudiengänge für die Qualifikation zur Hebamme auf akademischem Niveau als Resultat jahrzehntelanger fachwissenschaftlicher und berufspolitischer Bemühungen ist groß. Ein primär glücklicher Übergangsprozess, der gleichwohl mit Herausforderungen verbunden ist. Der Studienstart war ein bewegender Moment. Die inkongruenten Systemlogiken Hochschulbildung und Berufsbildung bestmöglich zu kombinieren war herausfordernd. Der Wechsel von längeren Theoriephasen, inklusive Übungen im Skills- und Simulationslabor, und regelmäßigen Praxisphasen verbindet das wissenschaftliche Studium direkt mit der Berufspraxis. Die Vernetzung mit den verantwortlichen Praxiseinrichtungen intensiviert sich stetig, und nach und nach klären sich offene Fragen. Praxisanleitungen und Praxisbegleitungen flankieren erfreulicherweise den Lernprozess der Studierenden während der berufspraktischen Einsätze. Nun gilt es eine weitere wichtige Lücke zu schließen: Es müssen dringend Lehrende und Mitarbeiter*innen mit entsprechender Qualifikation für die Hochschulen gewonnen werden, um nachhaltig Lehre und Disziplinentwicklung gestalten zu können. | PROF. DR. CLAUDIA HELLMERS, Professur für Hebammenwissenschaft, Hochschule Osnabrück, E-mail: c.hellmers@hs-osnabrueck.de



PATRICK STELZL

Drohende Frühgeburten – Aus dem Ausland lernen

Eine Schwangerschaft dauert in der Regel 40 Wochen. Wird ein Kind vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche geboren, spricht man von einer Frühgeburt. Weltweit sind in etwa 5 bis 18 Prozent aller Schwangerschaften von einer Frühgeburt betroffen. In Deutschland wurden 2020 62.308 Frühgeborene entbunden, womit die Frühgeburten-Rate bei 7,7 Prozent lag. Frühgeborene (vor allem vor vollendeter 28. Schwangerschaftswoche) haben ein zum Teil erhebliches Risiko, als Neugeborene zu versterben oder Folgeerkrankungen/-schäden zu erleiden.

Das Hauptproblem in der Frühgeburts-Vorbeugung besteht darin, dass es aufgrund von multifaktoriellen Entstehungsmechanismen in der Regel selten möglich ist, einzelne verantwortliche Ursachen zu erkennen und ein kausales sowie individualisiertes therapeutisches Konzept zu erstellen. Man kann sich den Prozess der drohenden Frühgeburt als ein syndromales (krankheitsbildliches) Geschehen vorstellen, das durch folgende Faktoren begünstigt wird:

- » bakterienbedingte Entzündungen,
- » Gebärmutterblutungen und Gefäßerkrankungen,
- » Alterungsprozesse der Gebärmutter Schleimhaut,
- » gestörte Immuntoleranz zwischen Mutter und Fetus,
- » hormonelle Faktoren,
- » Überdehnung der Gebärmuttermuskulatur,
- » genetische Faktoren,
- » mütterlicher Stress.

Die deutsche Frühgeburten-Rate im internationalen Vergleich

Insgesamt ist ein deutlicher Rückgang der Frühgeburten-Rate in Deutschland innerhalb der letzten fünf Jahre zu beobachten. Zwischen 2015 und 2019 zeigte sich ein Rückgang von 8,5 Prozent auf 8,2 Prozent und zwischen 2019 und 2020 von weiteren 0,5 Prozent, womit Deutschland statistisch betrachtet einen Platz im Mittelfeld innerhalb der europäischen Länder einnimmt. Die höchsten Raten sind in Zypern mit 12 Prozent und Griechenland mit 11,3 Prozent zu verzeichnen. Die niedrigsten Raten sind in den baltischen (Estland, Lett-

land, Litauen) und nordischen Ländern (Schweden, Norwegen, Dänemark, Island, Finnland) zu beobachten, in welchen die Frühgeburtenrate knapp unter 6 Prozent liegt.

Wieso es zu diesen erheblichen kontinentalen Diskrepanzen kommt und warum Deutschland diesbezüglich »nur« im Mittelfeld liegt, beziehungsweise was andere Länder besser machen, ist nicht mit Sicherheit zu beantworten. Zu konstatieren ist allerdings, dass Aspekte wie medizinische Versorgungsqualität, reproduktionsmedizinische sowie geburtshilfliche Maßnahmen, zunehmendes mütterliches Alter und Vorerkrankungen (Bluthochdruck, Diabetes), sozioökonomischer Status, zunehmende Migration sowie Life-Style-Faktoren (Rauchen, Ernährungsgewohnheiten, körperliche Bewegung, Stress) eine Rolle spielen.

Lessons Learned – Wie lassen sich Frühgeburtenraten senken?

Von besonderer Bedeutung sind auf wissenschaftlicher Evidenz, also auf hochrangigen Studien beruhende Präventionsstrategien, wie zum Beispiel die Etablierung und laufende Anpassung von geburtshilflichen Leitlinien, um Patientinnen vor heterogenen und zum Teil evidenzarmen »Therapiekonzepten« zu schützen, sowie Aufklärungs- und Gesundheitsförderungsprogramme.

Hinsichtlich der Präventionsmaßnahmen war Deutschland über viele Jahre hinweg fernab vom Puls der Zeit. In deutschen Kliniken herrschte vielerorts ein Zustand der sogenannten »Polypragmasie«, der charakterisiert war durch teilweise konzeptarme diagnostische und therapeutische Herangehensweisen. Erst im Februar 2019 wurde eine umfassende Leitlinie der »Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften« zur Prävention und Therapie der Frühgeburt verabschiedet, in welche die aktuelle wissenschaftliche Evidenz und die Meinung von anerkannten Experten*innen auf dem Gebiet inkorporiert wurden. Üblicherweise werden Empfehlungen aus Leitlinien von Perinatalzentren, die Patientinnen mit drohender Frühgeburt betreuen, weitestgehend eingehalten, womit eine Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität erzielt werden kann. Gerade die Verursachung der iatrogenen Frühgeburt, definiert als Frühgeburt bedingt durch geburtshilfliche Maßnahmen (wie zum Beispiel Geburtseinleitung oder Kaiserschnitt) mit inkorrekt er Indikationsstellung, war (und ist es vermutlich immer noch) ein großes Problem in Deutschland. Beispielhaft sei an dieser Stelle das Vorgehen beim frühen vorzeitigen Blasensprung erwähnt. Bis vor wenigen Jahren war es noch gängige Praxis, im Rahmen dieser Konstellation spätestens ab vollendeter 34. Schwangerschaftswoche die Geburt einzuleiten. Unterstützt durch die Leitlinie kann man nun, sofern die Patientin einwilligt und nicht unter Geburtswehen kommt, ein zuwartendes Vorgehen bis zur vollendeten 37. Schwangerschaftswoche durchführen, solange keine klinischen Zeichen für einen intrauterinen Infekt vorliegen. Es ist zwar nicht wissenschaftlich belegt, aber vermutlich kein Zufall, dass die Frühgeburtenrate seit Publikation der Leitlinie noch einmal um 0,5 Prozent gefallen ist.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass durch Verbesserung der reproduktionsmedizinischen Techniken und damit verbundener höherer Fertilisationsraten von einer Vielzahl deutscher Kinderwunschzentren nur noch eine Eizelle im Rahmen der künstlichen Befruchtung eingesetzt wird, womit die Wahrscheinlichkeit von Mehrlingsschwangerschaften, ein

erheblicher Risikofaktor für Frühgeburt, deutlich reduziert wird. Eine weitere wichtige präventive Strategie ist die Abklärung und Aufklärung von Schwangeren hinsichtlich vorliegender Risikofaktoren sowie deren Vermeidung und therapeutischer Optionen. Gut informierte und geburtshilflich betreute Schwangere mit drohender Frühgeburt werden unter Umständen rechtzeitig in einem Perinatalzentrum vorgestellt, damit ein passendes präventives Konzept veranlasst werden kann.

Literatur beim Verfasser

DDR. PATRICK STELZL, Kepler Universitätsklinikum Linz,
Johannes Kepler Universität Linz, Altenberger Straße 69, 4040 Linz, Österreich,
E-Mail: patrick.stelzl@kepleruniklinikum.at



In eigener Sache

Auf dem Weltmarkt wird das Papier knapp. Daher können wir nicht gewährleisten, dass die zukünftigen Ausgaben der *impulse* weiterhin immer in gedruckter Form vorliegen werden. Auch Ausgaben in ausschließlich elektronischer Form (als PDF-Datei) sind möglich. In diesem Falle werden wir die Zeitschrift als PDF an die uns bekannte E-Mail-Adresse senden. Falls Sie dies nicht wünschen, geben Sie uns bitte bis zum **31. Mai 2022** eine Rückmeldung an impulse@gesundheit-nds.de. Diejenigen, von denen wir keine E-Mail-Adresse haben, bitten wir, uns für den elektronischen Versand ihre E-Mail-Adresse zur Verfügung zu stellen. Zudem machen wir auf die Möglichkeit aufmerksam, die *impulse* von unserer Website www.gesundheit-nds.de herunterzuladen.

Gerne können Sie auch der Umwelt zuliebe ganz auf eine elektronische Zusendung umstellen. Hier geht es zur Bereitstellung Ihrer E-Mail-Adresse und ggf. zur Umstellung auf eine elektronische Zusendung: <https://forms.office.com/r/VNfJcuXctq>

Vielen Dank!



Impressum



» **Herausgeberin:** Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für

Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Fensskeweg 2, 30165 Hannover

Tel.: (05 11) 3 88 11 89-0, Fax: (05 11) 3 88 11 89-31

E-Mail: impulse@gesundheit-nds.de

Internet: www.gesundheit-nds.de

» **Twitter:** Folgen Sie uns auf Twitter: @LVGundAFS

» **ISSN:** 1438-6666

» **V.i.S.d.P.:** Thomas Altgeld

» **Redaktion:** Sophia Buermeyer, Laura Ebert, Mirjam Güldner, Annike Nock, Dr. Maren Preuß, Susan Radant, Tanja Sädtler, Dr. Ute Sonntag

» **Beiträge:** Daniel Albrecht, Thomas Altgeld, Juliane Bauer, Dr. Jutta Begenau, Stéphanie Berrut, Annika Bode, Sophia Buermeyer, Veronika Bujny, Laura Ebert, Birgit Ehring-Timm, Prof. Dr. Andreas Eickhorst, Corinna Engelke, Linda Fliegner, Maria Flothkötter, Silvia van Geel, Dr. Moritz von Gliszczynski, Mirjam Güldner, Ulrike Hauße, Prof. Dr. Claudia Hellmers, Ursula Jahn-Zöhrens, Petra Köhler, Valeen Kölling, Marit Kukat, Anjo Kumst, Prof. Dr. Julia Leinweber, Angelika Maasberg, Anna-Lena Mazhari, Dr. Corinna Morys-Wortmann, Hans-Georg Nelles, Annike Nock, Pia Oelke, Sandra Pape, Mechthild Paul, Dr. Maren Preuß, Susan Radant, Lara Reck, Elena Reuschel, Johanna Ritter, Michael Rogenz, Stephanie Schmitz, Sabine Scholz-de Wall, Simone Schwarz, Dr. Ute Sonntag, Madlén Steinbrückner, DDR. Patrick Stelzl, Prof. Dr. Dorothea Tegethoff, Mareike Timmann, Prof. Dr. Sabina Ulbricht, Theresa Vanheiden, Alexandra Waligorski, Dr. Jördis Zill

» **Redaktionsschluss:** Ausgabe Nr. 115: 22.04.2022

Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

» **Auflage:** 8.800

» **Gestaltung:** Homann Güner Blum, Visuelle Kommunikation

» **Druck:** Druckerei Hartmann GmbH

» **Erscheinungsweise:** 4 x jährlich, im Quartal

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autor*innen wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

» **Titelbild:** © adobe.stock.com: drubig-photo, Prostock-studio, Fanfo

» **Fotos:** S. 11: © www.rosesrevolutiondeutschland.de, alle anderen

© adobe.stock.com: © WavebreakMediaMicro (S. 2), © AntonioDiaz (S. 3),

© ewcream (S. 4), © Gorodenkoff (S. 7), © fizkes (S. 9), © Gorodenkoff (S. 10),

© .shock (S. 12), © ondrooo (S. 16), © moodboard (S. 18), © pressmaster (S. 20),

© ruigsantos (S. 22), © kristall (S. 27), © AePatt Journey (S. 28), © BillionPhotos.com

(S. 29), © Prostock-studio (S. 31), metamorworks (S. 32), © Mediteraneo (S. 34),

© pete pahham (S. 35)

» **Liebe Leser*innen,** wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre Daten (Name, Anschrift, E-Mail-Adresse), die Sie uns zugeleitet haben, für den Bezug der *impulse* speichern und verarbeiten. Wenn Sie dies nicht mehr möchten, können Sie dem jederzeit unter info@gesundheit-nds.de widersprechen.

» **Die LVG & AFS** wird institutionell gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.



ANJO KUMST, MICHAEL ROGENZ

Intergeschlechtlichkeit ja bitte – eine gesunde Einstellung

»Junge oder Mädchen?« ist noch immer eine Frage, die Eltern oft über ihr neugeborenes Kind gestellt bekommen. Doch Besserung ist in Sicht: Die Gesellschaft ist pluraler geworden und das ist auch rund um das Thema Geschlecht zu erkennen. Denn Geschlecht wird nicht mehr als nur männlich und weiblich gesehen und es setzt sich die Erkenntnis durch, dass der Körper nicht automatisch einen Hinweis auf die geschlechtliche Identität eines Kindes gibt. Daraus folgt: Die einzige Antwort auf die Frage »Was ist es denn?« kann nur sein »Das wissen wir erst, wenn das Kind sprechen kann«.

Die meisten intergeschlechtlichen Babys sind bei der Geburt gesund. Es gibt sehr wenige Fälle, in denen eine medizinische Behandlung nötig ist, um die Gesundheit oder das Leben nicht zu gefährden. Diese Maßnahmen gehen aber auf spezifische medizinische Phänomene ein, an der Intergeschlechtlichkeit des Körpers ändern sie nichts.

Für Eltern kann die Intergeschlechtlichkeit ihres Kindes jedoch eine belastende Situation sein, denn viele gehen von einer binären Geschlechterwelt aus und bereiten sich auf einen Jungen oder ein Mädchen vor. Sie fürchten sich vor Überforderung und davor, dass ihr Kind später diskriminiert werden könnte. Doch beides sind keine Indikationen für medizinische Eingriffe, mit denen ihr Kind das ganze Leben lang leben muss.

Bei einigen Kindern wird die Intergeschlechtlichkeit direkt nach der Geburt erkannt, zum Beispiel an einem Genital, das

nicht als weiblich oder männlich erkennbar ist. In diesen Fällen wird oft von einem uneindeutigen Genital gesprochen, doch es gibt keine uneindeutigen Geschlechtsmerkmale. Wenn diese nicht als weiblich oder männlich einsortiert werden können, sind es eindeutig variante Geschlechtsmerkmale.

Männlich/ Weiblich/ Inter*

Intergeschlechtliche Körper passen von Geburt an, hinsichtlich der Chromosomen, Genitalien und/oder hormonproduzierenden Organe, nicht in die klassischen medizinischen Definitionen von weiblichen und männlichen Körpern. So kann es eine Inkongruenz zwischen Chromosomen und dem Aussehen des Körpers geben, ein XXY-Chromosom vorliegen, Eierstöcke und Hoden gleichzeitig vorhanden sein oder der Körper kann die selbst produzierten Hormone nicht aufnehmen. Es gibt unzählige, mehr oder weniger häufig auftretende Varianten der geschlechtlichen Entwicklung. Es sind so viele, dass die Weltgesundheitsorganisation davon ausgeht, dass etwa 1,7 Prozent aller Menschen intergeschlechtlich sind. Einige Menschen erfahren in der Pubertät, dass sie intergeschlechtlich sind, andere im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung, wieder andere erfahren es nie. Deshalb ist es schwer, die genauen Zahlen intergeschlechtlicher Menschen zu benennen. Zudem ist eine genaue Diagnose schwierig und braucht viel Erfahrung. Es ist also zu vermuten, dass es deutlich mehr intergeschlechtliche Menschen gibt als bekannt ist.

Gesunde Körper – Krank machende Medizin

An Kindern, die nicht mit eindeutig männlichem oder weiblichem Normgeschlecht zur Welt kommen, werden in Deutschland noch immer geschlechtsherstellende Operationen vorgenommen, die medizinisch nicht notwendig sind. Die Operationen werden oft als angleichend oder vereindeutigend bezeichnet, es wird damit aber ein Normgeschlecht hergestellt. Intergeschlechtlichkeit lässt sich nicht wegoperieren, sondern nur unsichtbar machen. Betroffene, ihre Verbände sowie nationale, europäische und internationale Organisationen kritisieren diese Praxis seit Jahren und fordern ein Verbot dieser Operationen im Kindesalter. Die Behandlungen haben Folgen, die nicht umkehrbar sind. Oft sind Folgeoperationen notwendig, sensibles Gewebe vernarbt und schmerzt und die Sexualität und Orgasmusfähigkeit können beeinträchtigt werden. Die wenigen Studien zur Behandlungszufriedenheit dieser Operationen zeigen: Sie ist katastrophal schlecht und in vielen Fällen treten Komplikationen auf, die weitere Operationen notwendig machen. Ein Großteil dieser Operationen hat nicht nur nichts genützt, sondern sogar geschadet. Von medizinischen Behandlungen wird eigentlich anderes erwartet. Das ist ein hoher Preis, den gesunde Kinder zahlen müssen, nur weil sie nicht in zu eng gesteckte Definitionen passen.

Die Diskriminierung von intergeschlechtlichen Menschen ist ein gesamtgesellschaftliches Problem, das nicht chirurgisch gelöst werden kann, sondern nur mit dem Verlernen einer strikt zweigeschlechtlichen Ordnung. Ein weiteres Argument für eine solche Behandlung ist, dass die Eltern ihr Kind nur dann richtig annehmen können. Man weiß allerdings nie, welche Geschlechtsidentität ein Kind entwickelt, ob es nun intergeschlechtlich ist oder nicht. Mit einer solchen Praxis erleiden die Kinder Behandlungen, weil die Eltern oder die Gesellschaft ein Problem mit Anderssein haben.

Warten!

Doch was kann nach der Geburt eines intergeschlechtlichen Kindes getan werden? Am besten ist Warten, denn es gibt keinen Grund zur Eile. Die Geschlechtsidentität entwickelt sich nach derzeitiger wissenschaftlicher Expertise bis zum zweiten Lebensjahr. Diese kann sich völlig unabhängig vom Körper entwickeln. Eine Geschlechtsidentität und den damit verbundenen Personenstand an eine Körperlichkeit zu binden, wie die Rechtslage es momentan tut, ist kontraproduktiv und wird den Menschen nicht gerecht. Wenn das Kind in der Lage ist, eine selbstbestimmte Entscheidung über die eigene geschlechtliche Identität zu treffen, kann über alles Weitere gesprochen werden.

Hier hilft die Peerberatung von Intergeschlechtliche Menschen e. V.: Intergeschlechtliche Menschen und Eltern intergeschlechtlicher Kinder, die qualifizierte Peerberater*innen sind, unterstützen und beraten intergeschlechtliche Menschen und deren Familien. Ziel der Peerberatung ist nicht, die Einordnung und Angleichung zu unterstützen, sondern die breit gefächerten Möglichkeiten aufzuzeigen, die bereits da sind, aber in Teilen der Gesellschaft noch nicht angekommen sind.

In der Diskussion um Operationen und Behandlungen an Menschen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung stellt sich immer wieder die Frage, ab wann ein Mensch einwilligungsfähig ist. Das ist allerdings für jede Person zu einem anderen Zeitpunkt gegeben. Manche Kinder können mit drei Jahren schon genau etwas über ihre Geschlechtsidentität aussagen, einige Jugendliche stehen im Alter von 12 bis 16 Jahren vor der Frage, welche Hormone sie zur »richtigen« Körperentwicklung nehmen möchten. Und ganz oft müssen hier Entscheidungen im Jugendalter getroffen werden, die man erst mit 30 Jahren fundiert treffen kann.

Und weiter ...

In den letzten Jahren hat die Gesellschaft einige Schritte in Richtung Akzeptanz geschlechtlicher Vielfalt gemacht und anerkannt, dass sowohl die Unversehrtheit des Körpers als auch die sexuelle und geschlechtliche Selbstbestimmung hohe Güter sind. Seit Mai 2021 gibt es nun endlich ein Gesetz, das Operationen an intergeschlechtlichen Kindern, die nur der Angleichung an ein männliches oder weibliches Normgeschlecht dienen, verbietet (§1631e BGB: Gesetz zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung). Auch das Selbstbestimmungsgesetz hat es in den aktuellen Koalitionsvertrag geschafft: Menschen ist es dann möglich, ihren Vornamen und Personenstandseintrag jederzeit selbstbestimmt beim Standesamt zu ändern, sei es männlich, weiblich, divers oder ein offener Geschlechtseintrag.

Doch neben den positiven gesetzlichen Änderungen sind weitere Entwicklungen notwendig: Noch immer sind viel zu wenige Hebammen und Geburtshelfer*innen über Intergeschlechtlichkeit informiert. Gerade die ersten Momente und Tage nach der Geburt sollten Eltern mit ihren Kindern unbelastet verbringen können. Viel zu oft wird ihnen diese Zeit von medizinischem Personal genommen, das in Intergeschlechtlichkeit noch immer keine gesunde Variante der geschlechtlichen Entwicklung sieht, sondern medizinisch intervenieren möchte. Auch nach pränataldiagnostischen Maßnahmen werden intergeschlechtliche Kinder selektiert, obwohl sie völlig gesund sind.

Zu träumen wäre, dass Eltern in Zukunft nicht nur an Mädchen- oder Jungennamen denken, wenn sie das Geschlecht des Kindes nicht im Voraus erfahren wollen, sondern auch an geschlechtsneutrale Namen. Dann können viele Kinder unbelasteter aufwachsen und bleiben so gesund wie sie von Anfang an sind.

Literatur bei den Verfasser*innen

ANJO KUMST, Vorstandsmitglied bei Intergeschlechtliche Menschen e. V.,
E-Mail: kassenwart@im-ev.de

MICHAEL ROGENZ, Landeskoordination Inter* im Queeren Netzwerk
Niedersachsen e. V., E-Mail: inter@qnn.de



Interview: Versorgung von schwangeren Geflüchteten

Stéphanie Berrut (StB) ist Leiterin der pro familia Beratungsstelle Bonn und als Diplom-Psychologin für Fragen rund um Schwangerschaft, Geburt, Partnerschaft und Sexualität zuständig. Sie leitete 2014 bis 2018 das Angebot »pro familia: Flüchtlinge im Blick«

» **LVG & AFS:** *Wie geriet die Versorgung schwangerer Geflüchteter in den Fokus von pro familia?*

» **StB:** Ursprünglich wollten wir 2014 mit dem Projekt »pro familia: Flüchtlinge im Blick« geflüchtete Familien allgemein mit den präventiven Themen pro familias erreichen, parallel zu unserem Angebot »Gesundheitsförderung für Migrant*innen« seit 2000. Doch schon bald stand nur noch die Betreuung schwangerer Frauen im Vordergrund – allein durch die Vielzahl von Frauen in fortgeschrittenen Schwangerschaften in den Unterkünften, zum Teil völlig isoliert, zum Teil mit Kleinkindern und ohne Anbindung an das Gesundheitssystem. Selbst ihre dringlichsten Bedarfe wie zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen, Anbindung an eine Geburtsstation, Versorgung durch eine Hebamme, Kleidung und Ausstattung für das Kind nach Geburt oder die Stabilisierung von Traumata, konnten wir nicht alle auffangen. Diese Situation und unsere Antworten darauf führten schließlich zu einer breiteren und nachhaltigeren Finanzierung verschiedener pro familia-Angebote durch die Stadt Bonn.

» **LVG & AFS:** *Wie hat sich die Situation durch COVID-19 verändert?*

» **StB:** Ähnlich wie bei anderen sozial benachteiligten Personen hat die Covid-19-Pandemie auch bei geflüchteten Menschen die Situation verschärft: Beengte Wohnsituationen belasten, Kontakte mit anderen Menschen fehlen, mühsam er-

lerntes Deutsch kann nicht mehr angewandt werden. Psychische Vorbelastungen und traumatische Erfahrungen melden sich mit ungekannter Vehemenz. Väter dürfen nicht oder nur spät in den Kreißaal – die Geburt alleine in der Fremde, ohne Partner und teilweise ohne sprachliche Verständigungsmöglichkeit, erscheint unmöglich. Wer das System nicht kennt, hat es jetzt noch schwerer, da viele Behörden wie beispielsweise das Ausländeramt oder das Sozialamt schlecht erreichbar sind. Zusätzlich besteht in den Unterkünften Besuchsverbot. Unsere Familienhebammen dürfen nur mit offiziellem Test die Frauen nach der Geburt betreuen. Während der Lockdowns war unsere Arbeit besonders relevant: In einer Erstaufnahmeeinrichtung beispielsweise war eine unserer Familienhebammen die einzige Person aus der Frauenheilkunde, die den Müttern und ihren Neugeborenen sowie dem Team der Krankenstation während eines Corona-Ausbruchs mit Wissen und Handeln beistand. Unsere primärpräventiven Angebote leben von Gruppenveranstaltungen. Wann immer die Pandemiesituation es zuließ, haben wir sie umgesetzt. Neben allgemeinen präventiven Veranstaltungen in Integrationskursen und Elterncafés fanden Kurse zu Kommunikationsunterschieden in verschiedenen Kulturen und Stabilisierungsgruppen für psychisch belastete Frauen statt. Online-Gruppenveranstaltungen sind nicht die Methode der Wahl, um Menschen mit Fluchthintergrund zu erreichen, dennoch haben sie stattgefunden. Auch per Videobotschaften wurden zuvor gesammelte Fragen beantwortet. Natürlich geht es dabei auch um Corona: Ein fehlender Zugang zum System bedeutet eben auch einen fehlenden Zugang zu korrekten Informationen.

» **LVG & AFS:** *Wo sehen Sie gegenwärtig die dringendsten Unterstützungsbedarfe für Schwangere und deren Familien mit Fluchthintergrund und was würden Sie sich für die Zukunft wünschen?*

» **StB:** Es muss Wohnraum geschaffen werden, denn in vielen Ballungsräumen haben sich dadurch katastrophale Bedingungen eingestellt. Geflüchtete sind davon besonders betroffen. Allen Organisationen sind die Hände gebunden, so dass es manchmal nur darum geht, Hochschwängere wenigstens für ein paar Nächte in Notunterkünften unterzubringen. Auch die Isolation und das Wegbrechen der Unterstützung nach Auszug aus der Unterkunft ist ein großes Problem: Die oftmals älteren Ehrenamtlichen, die beim Übergang ins eigenständige Leben wesentlich für die Integration waren, haben sich zurückgezogen, weil sie Ansteckung fürchten. Dies unterstreicht die schon lange bestehenden Mängel im System, die Ehrenamtliche für eine begrenzte Zeit aufgefangen haben. Die Menschen sind ohne Unterstützung mit den Behördenschreibern und -telefonaten überfordert. Im Gesundheitssystem fehlen bezahlbare Lösungen für das Dolmetschen. Auch ist es wichtig, niedrigschwellige und migrationssensible Angebote rund um Schwangerschaft und Geburt zu machen, in denen sich Frauen mit Sprachbarrieren wohlfühlen. Diese Zeit ist einerseits eine Gefahr, in Isolation zu versinken, andererseits eine Chance, über die Kinder und den Wunsch, diese gut zu versorgen, ein gelungenes Ankommen in unserer Gesellschaft zu ermöglichen.

STÉPHANIE BERRUT, pro familia Bonn, Kölnstraße 96, 53111 Bonn,
E-Mail: stephanie.berrut@profamilia.de

JULIANE BAUER, MADLÉN STEINBRÜCKNER,
SABINA ULBRICHT

Körperliche Aktivität vor und in der Schwangerschaft

Die positiven gesundheitlichen Aspekte von körperlicher Aktivität in allen Lebensphasen sind weitreichend belegt. In der Schwangerschaft ist körperliche Aktivität mit vielen positiven Auswirkungen auf die Gesundheit von Mutter und Kind verbunden. Neben einem verbesserten physischen und psychischen Wohlbefinden reduziert sich das Risiko für schwangerschaftsbedingte Beschwerden. Frauen, die während der Schwangerschaft körperlich aktiv waren, erholen sich nach der Geburt schneller und haben auch seltener eine postnatale Depression. Ein inaktiver Lebensstil der werdenden Mutter wirkt sich unter anderem negativ auf die Gesundheit des Kindes aus. So erhöht sich beispielsweise die Veranlagung für späteres Übergewicht und die Entstehung eines Diabetes mellitus Typ 2. Internationale Fachgesellschaften empfehlen Schwangeren daher, pro Woche mindestens 150 Minuten moderat bis anstrengend körperlich aktiv zu sein. Die Aktivitäten sollten möglichst täglich, mindestens aber an drei Tagen in der Woche erfolgen und sowohl Ausdauer- als auch Kraftübungen beinhalten.

Bislang sind viele Frauen unsicher, wie oft und wie intensiv sie während der Schwangerschaft aktiv sein dürfen. Daraus resultiert möglicherweise der in internationalen Studien vielfach belegte Rückgang körperlicher Aktivität in der Schwangerschaft. Folglich erfüllt nur ein geringer Teil der Schwangeren die aktuellen Empfehlungen.

Pilotstudie zum Aktivitätsverhalten in der Schwangerschaft

In einer kürzlich beendeten Pilotstudie der Universitätsmedizin Greifswald wurde das Aktivitätsverhalten von Frauen vor und in den Trimestern der Schwangerschaft mittels Fragebogen erfasst und analysiert. Die 32 Teilnehmerinnen waren im Durchschnitt 30 Jahre alt, zur Hälfte erstgebärend und verfügten zu 68,8 Prozent über die Hochschulreife.

Ein Anteil von 75 Prozent gab an, vor der Schwangerschaft in einem Fitness- oder Gesundheitsstudio trainiert beziehungsweise an Sportkursen teilgenommen zu haben und/oder anderweitig, zum Beispiel durch Walken, Joggen oder Schwimmen, regelmäßig sportlich aktiv gewesen zu sein. Während der Schwangerschaft ging dieser Anteil auf 25 Prozent zurück.

Die Empfehlung, während der Schwangerschaft mindestens 150 Minuten pro Woche moderat bis anstrengend aktiv zu sein, erfüllten vor allem Frauen, die bereits vor der Schwangerschaft in diesem Umfang aktiv waren. Dies waren mit 83 Prozent mehrheitlich Schwangere, die ihr erstes Kind erwarteten. Sie waren im zweiten und dritten Trimester durchschnittlich 219 Minuten beziehungsweise 246 Minuten pro Woche aktiv.

Frauen, die die Empfehlungen vor der Schwangerschaft nicht erfüllten und zum Großteil bereits ein oder mehrere Kinder geboren haben (73 Prozent), waren auch in der Schwangerschaft mit 73 und 65 Minuten pro Woche im zweiten und dritten Trimester wenig aktiv.

Als mögliche Faktoren für den Rückgang körperlicher Aktivität im Verlauf der Schwangerschaft lassen sich aus den Studiendaten »die allgemeine Gesundheit« und »der Grad der

Informiertheit« ableiten. Körperlich aktivere Frauen in der Stichprobe schätzten ihren allgemeinen Gesundheitszustand besser ein, verglichen mit weniger aktiven Frauen. Mit einem Anteil von 60 Prozent fühlte sich nur etwas mehr als die Hälfte der weniger aktiven Frauen zum Thema »Körperliche Aktivität in der Schwangerschaft« mindestens gut informiert, während der Anteil bei jenen Frauen, die entsprechend der Empfehlungen beziehungsweise darüber hinaus aktiv waren, mit 90 Prozent deutlich höher war. Den Erhalt ärztlicher Informationen (Hausärzt*innen/Gynäkolog*innen) zum Thema bestätigten 44 Prozent der Frauen, die bereits ein oder mehrere Kinder geboren hatten, hingegen 69 Prozent der Frauen, die ihr erstes Kind erwarteten.

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, trotz des hohen Bildungsgrades der Stichprobe, eine deutlich verminderte Teilnahme an Sportangeboten in der Schwangerschaft. Wissenschaftlich gesicherte Informationen über Häufigkeit und Intensität körperlicher Aktivität während der Schwangerschaft sollten stärker Eingang in die Beratungsroutine von Gynäkolog*innen, Hebammen und Hausärzt*innen finden, um Frauen den gesundheitlichen Nutzen für sich und ihr Kind zu verdeutlichen. Das bislang bestehende, nur sehr eingeschränkte Angebot an professionell betreuten Sport- und Bewegungsangeboten für Schwangere sollte ausgebaut und attraktiver gestaltet werden, um besonders jene Frauen zu erreichen, die vor der Schwangerschaft wenig körperlich aktiv waren.

Literatur bei den Verfasserinnen

JULIANE BAUER, Universitätsmedizin Greifswald,
Walther-Rathenau-Straße 48, 17475 Greifswald, Tel.: (0 38 34) 86 78 15,
E-Mail: juliane.bauer@med.uni-greifswald.de

ANNA-LENA MAZHARI, SABINE SCHOLZ-DE WALL

Das Aktionsbüro Gesundheit rund um die Geburt in Niedersachsen

Zur Umsetzung des nationalen Gesundheitszieles Gesundheit rund um die Geburt auf Landesebene hat das Aktionsbüro Gesundheit rund um die Geburt in Niedersachsen der LVG & AFS im Januar 2022 die Arbeit aufgenommen. Zentrale Aufgabe des Aktionsbüros ist die Entwicklung eines landesweiten Aktionsplanes, um entsprechende Versorgungs- und Unterstützungsangebote in der geburtshilflichen Versorgung zu schaffen und damit die Gesundheit von (werdenden) Müttern, Kindern und Familien vor, während und nach der Geburt sowie in der ersten Lebensphase zu erhalten und zu fördern. Dabei sind die Bedarfe der Frauen und Eltern handlungsleitend. Die Tätigkeitsfelder setzen sich insbesondere aus den folgenden Zielen zusammen:

- » Vorhandensein vielfältiger, wohnortnaher Versorgungsangebote rund um Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und frühe Kindheit mit niedrigschwelligem Zugang
- » Bedarfsgerechte Stärkung der Geburtshilfe
- » Stärkung von evidenzbasierter Aufklärung und Transparenz bei Schwangerschaft und Geburt
- » Steigerung physiologischer Geburten
- » Verbesserung sektorenübergreifender sowie interprofessioneller Zusammenarbeit



- » Etablierung interprofessioneller Qualifizierungsangebote
- » Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die in der prä-, peri- und postpartalen Versorgung beschäftigten Berufsgruppen
- » Entwicklung von Strategien zur Behebung des Fachkräftemangels in der Hebammenversorgung
- » Vernetzung der Akteur*innen in Niedersachsen

Maßnahmenpakete des Aktionsbüros

Um eine Vielzahl an Perspektiven, Erfahrungen und Ideen in die Entwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für (werdende) Eltern einzubeziehen, steht im Aktionsbüro zunächst der Aufbau von Netzwerken im Fokus. Hierzu werden relevante Akteur*innen, Institutionen, Verbände und Initiativen mit dem Ziel kontaktiert, einen intensiven Austausch anzuregen und effektive Maßnahmen auf interdisziplinärer Basis zu entwickeln. Dabei wird eine enge Zusammenarbeit mit dem Aktionsbündnis Gesundheit rund um die Geburt in Niedersachsen angestrebt. Beabsichtigt wird auch, am Runden Tisch »Hebammenversorgung in Niedersachsen« mitzuarbeiten, diesen nach Möglichkeit durch den Gewinn weiterer Mitglieder auszubauen und so die sektorenübergreifende und interprofessionelle Zusammenarbeit mit dem Ziel einer optimierten Versorgung der (werdenden) Eltern voranzutreiben. Die Bildung regionaler Netzwerke zwischen den geburtshilflichen Einrichtungen zielt unter Berücksichtigung erfolgreicher Ansätze zur Steigerung des Anteils physiologischer Geburten auch darauf ab, die hohe Anzahl an vermeidbaren Kaiserschnitten zu senken. Die Umsetzung konkreter Maßnahmen zur Beseitigung des Fachkräftemangels in der geburtshilflichen Versorgung ist erforderlich, um Frauen eine individuelle und gesundheitsförderliche Betreuung vor, während und nach der Geburt anbieten zu können. Die in der Geburtshilfe relevanten Akteur*innen sollen hier über identifizierte Modelle guter Praxis zur Behebung des Fachkräftemangels und vorhandene Initiativen und Projekte informiert werden, um diese in der Praxis umzusetzen und damit eine Verbesserung der Rahmenbedingungen und eine umfassende und individuelle Betreuung von Frauen und Neugeborenen zu erreichen.

Intensive Öffentlichkeitsarbeit

Eine weitere Aufgabe des Aktionsbüros ist die Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit. Zum einen soll eine jährliche Fachtagung (in Planung für den 05. Juli 2022) über aktuelle geburtshilfliche Themen informieren und die interdisziplinäre

Diskussion anregen. Zum anderen soll der regelmäßige Versand von Newslettern zu aktuellen geburtshilflichen Themen an Multiplikator*innen für eine dem aktuellen Stand entsprechende Informationsbasis sorgen. Die Einrichtung und regelmäßige Pflege einer Website wird die Vielzahl an Informationen und Angeboten bündeln und der (Fach-)Öffentlichkeit sowie Frauen und Familien zugänglich machen.

Um die Gesundheitskompetenz von Schwangeren und Familien zu erhöhen, wird eine kontinuierliche Recherche und Sammlung von entsprechenden Informationsmaterialien und Medien durchgeführt und diese an die Multiplikator*innen in der Schwangerenbetreuung, der ambulanten und stationären Versorgung sowie den frühen Hilfen übermittelt. Weiterhin ist die Entwicklung und Durchführung von entsprechenden regionalen Qualifizierungsangeboten für Fachkräfte Aufgabe des Aktionsbüros.

Für weitere Informationen rund um das Aktionsbüro Gesundheit rund um die Geburt in Niedersachsen kontaktieren Sie uns.

ANNA-LENA MAZHARI, E-Mail: anna-lena.mazhari@gesundheit-nds.de,
SABINE SCHOLZ-DE WALL, E-Mail: sabine.scholz-de-wall@gesundheit-nds.de,
Anschrift siehe Impressum

SIMONE SCHWARZ

Genitalverstümmelung im Kontext von Schwangerschaft und Geburt

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet als weibliche Genitalverstümmelung sämtliche Eingriffe, bei denen ein Teil der äußeren Geschlechtsorgane oder das gesamte äußere Genital aus nichtmedizinischen Gründen entfernt wird. Unterschieden werden vier Grade (Typen) der Genitalverstümmelung. Wenn es um Schwangerschaft und Geburt geht, sorgt häufig Typ 3, die sogenannte Infibulation, für Unsicherheit. Hierbei wurden in der Regel Klitoris sowie innere und äußere Labien entfernt und der Vaginalausgang bis auf eine winzige Öffnung verschlossen. Genitalverstümmelung ist ein äußerst gewalttätiger Eingriff in den Körper eines Mädchens, der schwerste Schäden hinterlässt und nicht rückgängig gemacht werden kann. Damit wird eine eigenständige Sexualität unterdrückt und kontrolliert.

Die betroffenen Mädchen werden durch diese schwersten Misshandlungen um ihre grundlegenden Rechte – nämlich auf Leben, Würde, körperliche und seelische Unversehrtheit – gebracht. Mittlerweile ist Genitalverstümmelung ein weltweites Gewaltphänomen, das in einem System umfassender Diskriminierung der weiblichen Bevölkerung existiert. Auch in Deutschland leben nach Schätzungen über 80.000 Frauen und Mädchen, die bereits betroffen oder gefährdet sind. Die Betroffenen leiden meist im Stillen und fragen nur selten nach Hilfe.

Schwangere sind besonders vulnerabel

Schwangerschaft und Entbindung erleben von Genitalverstümmelung betroffene Frauen häufig als besonders belastend. Sie fühlen sich in höchstem Maße fremdbestimmt und werden sogar Opfer von Übergriffen durch medizinisches Personal. Frauen, die noch nicht Deutsch sprechen und kei-

nen Zugang zu Hilfen haben, finden sich besonders häufig in demütigenden Situationen wieder. Sie werden teilweise ohne Einverständnis zum Schulungsobjekt des Klinikpersonals, werden nicht aufgeklärt, bekommen keine Schmerzmittel. Auch dass infibulierte Frauen fast standardmäßig per Kaiserschnitt entbunden werden, erscheint zumindest als diskussionswürdige Praxis. Denn bei guter Planung sehen erfahrene Hebammen keine Hindernisse für eine Öffnungsoperation im zweiten Trimenon der Schwangerschaft. Der große Vorteil dabei ist: Vaginale Untersuchungen sind möglich und die schwangere Frau kann sich bereits an den Zustand einer geöffneten Vagina gewöhnen. Ein guter Teil der Frauen zieht jedoch eine Öffnungsoperation (Defibulation) im Zusammenhang mit der Entbindung vor. Um die Versorgung der Frauen und Mädchen ist es bislang alles andere als gut bestellt. Sie berichten von verstörenden Erlebnissen: Gynäkologische Untersuchungen, die ohne Dolmetscherin und Aufklärung durchgeführt werden und bei denen es zu Übergriffen kommt.

Gute Versorgung setzt sensibilisierte Fachkräfte voraus

Verbesserungen in der Versorgung setzen sensibilisierte Fachkräfte voraus. Erste Erfolge in dieser Hinsicht sind: Das Thema Genitalverstümmelung wurde in die Studien- und Prüfungsordnung der Hebammen aufgenommen. In der Medizinausbildung wird Genitalverstümmelung dann ab 2025 in das verbindliche Kerncurriculum integriert. In der Zwischenzeit sind medizinische Fachkräfte meist darauf angewiesen, sich der Problematik im Selbststudium zu nähern.

Es braucht einen offenen Umgang mit den Missständen und eine pragmatische Herangehensweise, damit die Frauen die Autonomie über sich und ihren Körper zurückerlangen. Auch wenn es im Klinikalltag aufwendig ist, sind Gespräche in vertraulicher Atmosphäre mit der Frau allein und gegebenenfalls sensibilisierter weiblicher Sprachmittlung durchzuführen.

Wie hilft SAIDA?

SAIDA International e. V. setzt sich seit 2010 für die Umsetzung von Frauen- und Kinderrechten in Entwicklungsländern ein. Schwerpunkt der konkreten Projektarbeit ist der wirksame Schutz von Mädchen vor Genitalverstümmelung – sowohl in den Herkunftsländern als auch in Deutschland.

In Deutschland bildet SAIDA Fachkräfte zum Thema Prävention und Hilfen bei Genitalverstümmelung fort. Um die Betroffenen zu unterstützen, hat SAIDA 2018 die erste Fachberatungsstelle Genitalverstümmelung in Sachsen gegründet. 2019 wurde dann mit dem SAIDA Kompetenzzentrum eine zentrale Anlaufstelle für umfassende medizinische Versorgung und chirurgische Rekonstruktion in Mitteldeutschland geschaffen. Zentral in dieser Arbeit ist die Aufklärung darüber, dass den Betroffenen die chirurgische Wiederherstellung von Labien und Klitoris offensteht und damit die Wiederherstellung des Sexualempfindens möglich ist. Mit dem Modellprojekt »SAIDA mobil« wird aufsuchende Beratung für Fachkräfte und Betroffene in Mitteldeutschland etabliert. Die Initiative #ihrSCHUTZbistDU sensibilisiert die breite Öffentlichkeit zu der Problematik.

Literatur bei der Verfasserin

SIMONE SCHWARZ, Geschäftsführerin SAIDA International e. V.,
Landsberger Straße 7, 04157 Leipzig, E-Mail: simone.schwarz@saida.de

LARA RECK, JÖRDIS ZILL

Unbeabsichtigte Schwangerschaften – Versorgung im Wandel

Die Versorgungssituation von unbeabsichtigte Schwangeren in Deutschland befindet sich regelmäßig im Zentrum öffentlicher Diskussionen. Insbesondere der medizinische Eingriff zum Schwangerschaftsabbruch (SAB) wird aus unterschiedlicher Perspektive diskutiert und juristisch durch den §218 im Strafgesetzbuch (StGB) reglementiert. Im Rahmen des 2019 ins Leben gerufenen Forschungsschwerpunkts »Psychosoziale Situation und Unterstützungsbedarfe von Frauen mit ungewollter Schwangerschaft« des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) werden bundesweit in drei Forschungsprojekten die Versorgungsbedarfe von unbeabsichtigte Schwangeren untersucht mit dem Ziel, Weiterentwicklungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Die derzeitige Versorgungssituation in Deutschland und zukünftige Entwicklungen

In Deutschland gab es in den Jahren 2012 bis 2020 circa 100.000 SABs pro Jahr. Die Zahl der unbeabsichtigten, ausgetragenen Schwangerschaften lässt sich aus Statistiken nicht klar benennen. Für Betroffene ist es zunächst ausgesprochen wichtig, Informationen zu Versorgungsmöglichkeiten im Rahmen einer unbeabsichtigten Schwangerschaft zu erhalten. Diese betreffen die Fristen für die Durchführung eines SAB, die Notwendigkeit des Aufsuchens einer Schwangerschaftskonfliktberatung nach §219 StGB und damit den Erhalt eines Beratungsscheines bei einer Entscheidung für einen SAB, Anlaufstellen für familiäre Unterstützungsangebote sowie Adressen von Stellen, die SABs durchführen.

Derzeit sind in Deutschland starke regionale Unterschiede bei der Verteilung von Praxen, die SABs anbieten, zu verzeichnen. Gerade ländliche Regionen sind häufig schlechter versorgt. Dazu sank die Zahl der sogenannten Meldestellen, die Abbrüche vornehmen, in der Zeit von 2003 bis 2020 um fast 45 Prozent. Auch wegen der aktuell noch geltenden gesetzlichen Regelungen im Rahmen des §219a StGB werden die öffentlichen Informationen zum SAB, die durch Ärzt*innen bereitgestellt werden können, stark eingeschränkt.

Für alle Betroffenen stehen Beratungsstellen zur Verfügung. Diese beraten zu möglichen sozialen oder finanziellen Hilfestellungen sowie bei emotionalen Belastungen und partnerschaftlichen Konflikten. Diese sind nicht immer wohnortnah für Betroffene erreichbar. Das Hilfetelefon »Schwangere in Not« des Bundesfamilienministeriums steht bei Fragen rund um Schwangerschaft anonym zur Verfügung.

Im Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung wurden in mehreren Absätzen Änderungsabsichten bezüglich der derzeitigen Versorgungssituation festgehalten. SABs sollen als Teil der ärztlichen Aus- und Weiterbildung etabliert, die Möglichkeit zum kostenfreien SAB künftig im Rahmen der Gesundheitsversorgung integriert sowie ein flächendeckendes und online verfügbares Beratungsangebot gewährleistet werden. Der §219a soll ersatzlos gestrichen werden.

Das Projekt CarePreg

Das Forschungsprojekt »CarePreg« – Betroffenenzentrierung von Versorgungs- und Unterstützungsangeboten für Frauen mit ungewollter Schwangerschaft – ist Teil des genannten

Forschungsschwerpunktes des BMG. Es untersucht die Erfahrungen und Bedürfnisse von unbeabsichtigt Schwangeren in der psychosozialen Beratung und in den medizinischen Angeboten vor dem Hintergrund einer personenzentrierten Versorgung. Ziel ist es, Weiterentwicklungsansätze für die derzeitige Versorgungslandschaft zu entwickeln.

Seit Projektbeginn 2020 wurden Workshops mit Expert*innen aus der Versorgung durchgeführt sowie 44 telefonische Interviews mit ehemals Betroffenen geführt. In diesem Jahr beginnt die Fragebogenerhebung, die aktuell Betroffene zu ihren Erfahrungen in der Versorgung befragen soll.

Erste vorläufige Ergebnisse zeigen, dass es für eine optimale Versorgung als besonders wichtig erachtet wird, einen schnellen, niedrighschwelligem Zugang zu Versorgungsstellen zu bekommen sowie entsprechende neutrale Informationen zur Verfügung zu haben. Zudem wird einem urteilsfreien, emotional unterstützenden Versorgungsumfeld ein großer Wert beigemessen.

Jene Ergebnisse sollen im Rahmen der im ersten Quartal 2022 beginnenden Fragebogenerhebung detaillierter betrachtet werden. Sollten Sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit regelmäßig im Kontakt mit unbeabsichtigt Schwangeren stehen, können Sie die CarePreg-Studie gern unterstützen. Weitere Informationen finden Sie unter: www.uke.de/carepreg

Literatur bei den Verfasserinnen

LARA RECK, DR. JÖRDIS ZILL, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg,

E-Mail: j.zill@uke.de, Internet: www.uke.de/carepreg

MARIA FLOTHKÖTTER

Stillförderung in Deutschland – vom Stiefkind zur nationalen Strategie

Die ersten 1.000 Tage im Leben eines Kindes bieten besondere Chancen, Weichen für eine langfristige Gesundheit zu stellen. Trotz bekannter positiver Auswirkungen bewegen sich die Stillraten in Deutschland konstant auf niedrigem Niveau. Gleichzeitig besteht kaum ein Überblick über Akteur*innen, Strukturen und Maßnahmen der Stillförderung, obwohl es bereits seit 1994 eine Nationale Stillkommission in Deutschland gibt. Stillförderung ist eine gesamtgesellschaftliche und sektorenübergreifende Aufgabe. Frauen und ihr soziales Umfeld sollten auf allen Ebenen stillfreundliche Bedingungen vorfinden, die sie bei ihrer informierten Entscheidung für das Stillen bestärken und Stillen ermöglichen.

Ausgangslage

Nationale und internationale Expert*innengruppen empfehlen Stillen als natürliche und bevorzugte Ernährungsform für Säuglinge. Gestillte Kinder sterben seltener am plötzlichen Kindstod und erkranken im ersten Lebensjahr weniger häufig an Durchfall- und Atemwegserkrankungen sowie Mittelohrentzündungen. Ehemals gestillte Säuglinge werden im späteren Kindes- und Erwachsenenalter seltener übergewichtig und entwickeln seltener einen Typ-2-Diabetes. Stillende Mütter profitieren von einer schnelleren Rückbildung der Gebärmutter und einem geringeren Risiko, an Diabetes mellitus Typ 2 sowie Brust- und Eierstockkrebs zu erkranken. Darüber



Abbildung 1: Handlungsfelder und Score der Stillfreundlichkeit in Deutschland anhand des Becoming Breastfeeding Friendly-Programms von R. Perez-Escamilla (BLE, 2019)

Wert	Interpretation
0,1 - 1,0	wenig stillfreundlich
1,1 - 2,0	moderat stillfreundlich
2,1 - 3,0	sehr stillfreundlich



Abbildung 2: Strategiefelder der Nationalen Strategie zur Stillförderung (BMEL, 2021)

hinaus wirkt es sich positiv auf die Mutter-Kind-Beziehung aus. Nicht zuletzt sind auch Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen durch das Stillen international gut belegt. In Deutschland werden jedoch nur 40 Prozent der Säuglinge mindestens vier Monate lang ausschließlich gestillt. Dabei wird empfohlen, in den ersten sechs Monaten ausschließlich zu stillen, mindestens jedoch vier Monate, und mit Einführung der Beikost weiter zu stillen, solange Mutter und Kind dies wünschen. Kinder aus sozial benachteiligten Verhältnissen werden deutlich seltener und kürzer gestillt.

Analyse

2017 beauftragte das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) das Netzwerk Gesund ins Leben, zusammen mit der Nationalen Stillkommission das internationale Forschungsvorhaben Becoming Breastfeeding Friendly (BBF) durchzuführen. In einer Bestandsaufnahme wurden von 2017 bis 2019 die Stärken und Schwächen der Stillförderung in Deutschland untersucht. Durchgeführt wurde dieser Soll-Ist-

Vergleich von einer interdisziplinären Kommission mit Expert*innen aus den Handlungsfeldern der Stillförderung. Demnach ist Deutschland bislang nur moderat stillfreundlich (siehe Abbildung 1). Aus dieser Analyse ergaben sich konkrete Ansatzpunkte, um die Rahmenbedingungen für das Stillen in Deutschland zu verbessern, angeführt von der Notwendigkeit einer nationalen Strategie zur Stillförderung.

AKTIONSPLAN: die Nationale Strategie zur Stillförderung

Basierend auf den Ergebnissen des BBF-Vorhabens beauftragte das BMEL das Max-Rubner-Institut (MRI), das seit 2019 die Nationale Stillkommission beherbergt, mit der partizipativen Entwicklung einer Nationalen Strategie zur Stillförderung. An diesem Prozess beteiligten sich mehr als 150 engagierte Expert*innen aus allen Bereichen der Stillförderung. Als Ergebnis nimmt die Strategie zur Stillförderung acht Strategiefelder in den Fokus (siehe Abbildung 2).

Ausblick

Derzeit wird die Umsetzung durch eine Koordinierungsstelle am Institut für Kinderernährung des MRI und durch das Netzwerk Gesund ins Leben am Bundeszentrum für Ernährung geplant. In die Umsetzung der Stillstrategie werden dabei auch andere Handlungsfelder in der Gesundheitsförderung von jungen Familien einbezogen, wie etwa das Gesundheitsziel »Gesundheit rund um die Geburt«, damit neue Unterstützungsangebote und strukturelle Verbesserungen im Umfeld junger Familien vernetzt angegangen werden.

Das BBF-Forschungsvorhaben und der anschließende Strategieentwicklungsprozess haben gezeigt, wie es in einem sehr komplexen System mit Zuständigkeiten für die Stillförderung auf unterschiedlichen föderalen Ebenen und in verschiedenen politischen Ressorts gelingen kann, ein umfassendes Verständnis über die Wirkmechanismen in der Stillförderung zu entwickeln und darüber zu einem gemeinsamen politischen Handeln zu gelangen. Vielleicht lassen sich diese Erfahrungen auf andere politisch-strategische Prozesse übertragen?

Literatur bei der Verfasserin

MARIA FLOTHKÖTTER, Netzwerk Gesund ins Leben im Bundeszentrum für Ernährung / Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung, Deichmanns Aue 29, 53179 Bonn, E-Mail: maria.flothkoetter@ble.de



MARIT KUKAT

wellcome – Praktische Hilfe nach der Geburt feiert Jubiläum

Vor 20 Jahren gründete die Sozialpädagogin Rose Volz-Schmidt wellcome mit dem Ziel, überforderten Familien möglichst frühzeitig zu helfen. Zu dieser Zeit war sie selbst bereits Mutter und als Leitung einer Familienbildungsstätte in Hamburg mit anderen jungen Müttern im Gespräch. Immer wieder hör-

te sie von starker Belastung bis hin zur Überforderung als alltägliche Erfahrung einer Familie mit Baby. Sie kam zu der Erkenntnis, dass Familien zusätzliche Unterstützung benötigen, wenn sie kein Netzwerk haben. So entstand wellcome – Praktische Hilfe nach der Geburt, ein Projekt, das Familien mittels moderner Nachbarschaftshilfe im ersten Jahr nach der Geburt unterstützt. Das Besondere daran: Ehrenamtlichkeit und professionelle Hilfe arbeiten Hand in Hand.

2002 gab es noch keine Bundesinitiative Frühe Hilfen. Das niedersächsische Modellprojekt »Koordinierungszentren Kinderschutz – Kommunale Netzwerke Früher Hilfen« startete 2007 und erst 2012 wurde das Kinderschutzgesetz verabschiedet. wellcome war somit ein sehr innovatives Angebot, das schnell das Interesse von Kooperationsbeteiligten über Hamburg hinaus weckte. Durch die Social-Franchise-Methode verbreitete sich das Angebot in Deutschland, Österreich und der Schweiz, so dass es insgesamt circa 230 wellcome-Teams gibt. Von den 22 Teams in Niedersachsen feiern neun in diesem Jahr ihr 15-jähriges Bestehen.

Und wie geht es Familien heute?

Das gesellschaftliche Bild der glücklichen Mutter entspricht selten der Realität. Bei 30 Prozent aller Mütter nimmt das Wohlbefinden nach der Geburt substantiell ab. Frauen aus allen sozialen Schichten fühlen sich insbesondere in der ersten Zeit nach der Geburt oft hilflos und allein. Was ihnen häufig fehlt, ist ein persönliches Netzwerk, das praktische Unterstützung bei der Betreuung des Babys bietet sowie Erfahrungswissen vermittelt, wie es früher innerhalb der Familie üblich war. Eltern sind mit einer Lebenswelt konfrontiert, in der das Kinderhaben nicht mehr selbstverständlich ist. Insbesondere Frauen sind noch immer mit dem Ideal der glücklichen Mutter konfrontiert, verbunden mit hohen Ansprüchen an die Erfüllung der Mutterrolle. Gleichzeitig erhöhen wachsende Mobilität, gestiegene Anforderungen an die Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit und die Vielfalt familiärer Konstellationen den Druck auf Eltern.

Die Herausforderung, sich zu organisieren, zu vernetzen und Unterstützung durch andere Menschen anzunehmen, ist mit Beginn der Pandemie im Jahr 2020 deutlich größer geworden. Nie war die soziale Kontaktnot von Familien größer.

»Die Ehrenamtliche war super. Und es hat so gutgetan, zu wissen, genau dann kommt jemand. Genau dann bin ich nicht alleine und kann etwas machen. Das war einfach toll!« (Zitat einer Mutter).

Engagement mit Herz

wellcome hilft Familien und lässt seine Ehrenamtlichen gleichzeitig eine hohe Selbstwirksamkeit spüren. Bei wellcome finden sie ein flexibles, niedrigschwelliges und fachlich begleitetes Ehrenamt – auch in Pandemiezeiten. Das wissen die bundesweit über 4.000 wellcome-Ehrenamtlichen zu schätzen. In Niedersachsen spendeten die rund 400 Ehrenamtlichen 5.992 Stunden ihrer Zeit an Familien (2021). Sie sagen dazu:

»Ich bewundere diese Mutter, wie sie das alles schafft! Es war mir eine große Freude, ihr wenigstens ein wenig helfen zu können.«

»Bei den Familien kommt meine Hilfe direkt an. Es macht so viel Spaß!«

Ausblick

Es gibt kaum Anlass zu vermuten, dass der Bedarf von Familien nach praktischer Unterstützung im ersten Lebensjahr ihres Kindes nachlassen wird – im Gegenteil: Die Nachfrage nach einer wellcome-Ehrenamtlichen ist ungebrochen hoch. Primärpräventiv, unbürokratisch, niederschwellig und offen für alle, die es wünschen, ist das Konzept von wellcome so aktuell wie nie zuvor. Hinzugekommen sind in den letzten Jahren weitere Angebote für Familien aus dem Hause well-

come. Dazu gehören der Spendenfonds Familien in Not (seit 2009) und die gemeinnützige Online-Plattform ElternLeben.de (seit 2016), die verlässliche Informationen und eine geschützte, kostenfreie Online-Beratung bietet.

Literatur bei der Verfasserin

MARIT KUKAT, wellcome Landeskoordination Niedersachsen, c/o Kath. Familienbildungsstätte Hannover, Goethestraße 31, 30169 Hannover, E-Mail: niedersachsen@wellcome-online.de, Internet: www.wellcome-online.de

Zum Tod von Prof. in Dr. in Cornelia Helfferich

Engagiert, genau, politisch – eine Vollblutforscherin und leidenschaftliche Lehrende – das war Cornelia Helfferich.

Prof.in Dr.in habil. Cornelia Helfferich ist am 23.11.2021 verstorben. Mit ihr verlieren wir eine der bedeutendsten Frauengesundheitsforscherinnen Deutschlands.

Cornelia Helfferich studierte neben Soziologie und Mathematik auch Philosophie und Ethnologie in Göttingen und Freiburg. Sie promovierte 1990 in der Medizinsoziologie und habilitierte 2013 im Fach Soziologie an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Um unabhängig forschen zu können, gründete sie 1996 das Sozialwissenschaftliche Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen Freiburg (SoFFI F.) und war seither dessen Leiterin. In diesem Institut wurde viel beachtete Forschung betrieben, so die Studien »frauen leben« und »männer leben« zu Lebensläufen und Familienplanung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Als Ergebnis einer Sonderauswertung der Studie »frauen leben 3 – Familienplanung im Lebenslauf von Frauen« sind bisher acht Länderberichte entstanden, in denen sich nachlesen lässt, wie Frauen in Berlin, Brandenburg, Niedersachsen oder einem anderen der bisher untersuchten Bundesländer Familienplanung betreiben, wie sie verhüten, welche Rolle Kinder spielen und ähnliches mehr – aus politischer Sicht ein wichtiger Schritt, um gezielte länderspezifische Maßnahmen zur Verbesserung der reproduktiven Gesundheit und Selbstbestimmung von Frauen entwickeln zu können.

Ihr politisches und forschungsbezogenes Interesse richtete sich bereits Anfang der 90er Jahre auf die Frauengesundheitsberichterstattung. Im Ergebnis entstand der in einem Verbund von fünf Institutionen erstellte »Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland«. Er wurde 2001 veröffentlicht und war das Produkt von fünf Jahren intensiver Verbundarbeit. Cornelia Helfferich war sowohl an der Konzeption wie auch an fünf Kapiteln des Berichts federführend beteiligt. Unter ihrer Mitarbeit entstanden die Kapitel: Gewalt im Geschlechterverhältnis, Reproduktive Biografien und Reproduktive Gesundheit, Frauen in besonderen Lebenslagen und das Kapitel Ausgewählte soziodemographische und -ökonomische Indikatoren. Beim Alkoholkonsum war sie die alleinige Autorin.

Noch vor etwas mehr als einem Jahr trotzte sie zusammen mit Kolleginnen dem konservativen Gesundheitsministerium eine Studie zum Schwangerschaftsabbruch ab und SoFFI F. übernahm hier die qualitativen Forschungsanteile.

Leidenschaftlich lehrte sie an der Freiburger Universität und der Evangelischen Hochschule. Mit ihrem Buch »Die Qualität qualitativer Daten« (2005) legte sie ein Manual für qualitative Interviews vor, das Forscher*innen und Studierenden bis heute einen guten Einstieg in die qualitative Forschung bietet.

Cornelia Helfferich hat im Jahr 1993 die Arbeitsgruppe Frauengesundheit in der Deutschen Gesellschaft für Medizinsoziologie mitgegründet. Hintergründe waren: die in den 80er Jahren erstarkte Frauengesundheitsforschung, das europaweit neue Interesse an der Frauengesundheit, aber auch ein durch die neuen Mitgliedsfrauen aus dem Osten artikulierter emanzipatorischer Gestaltungswille. Zwei Ziele wollte die Arbeitsgruppe verfolgen: 1. die Stärkung der Frauengesundheit in Forschung und Theorie und 2. die Verbesserung der Situation von Wissenschaftlerinnen. Für die Realisierung dieser Ziele hat sie sich von 1993 bis 2000 in ihrer Funktion als eine ihrer Sprecherinnen engagiert. In dieser Rolle hat sie 1993 auch das Nationale Netzwerk Frauen und Gesundheit, einen Zusammenschluss von bundes- oder landesweit arbeitenden Organisationen, die sich für eine Verbesserung der Frauen- und Mädchengesundheit einsetzen, mitgegründet.

Auch als Sachverständige war sie sehr geschätzt. So arbeitete sie als Mitglied der Sachverständigenkommission für den Ersten Gleichstellungsbericht »Neue Wege – Gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf«, der 2011 erschienen ist. 2007 erhielt Cornelia Helfferich den Helge-Pross-Preis der Universität Siegen für ihre Arbeiten auf dem Gebiet der Familien- und Geschlechterforschung.

Wir trauern um Cornelia Helfferich.

Wir vermissen sie und sind in Gedanken bei ihrer Familie.

DR. UTE SONNTAG UND DR. JUTTA BEGENAU,
Nationales Netzwerk Frauen und Gesundheit



ANGELIKA MAASBERG, SANDRA PAPE, ELENA REUSCHEL,
STEPHANIE SCHMITZ

Kita-Wettbewerb: Zehn Kitas für ihr herausragendes Engagement im Bereich Gesundheitsförderung ausgezeichnet

Das Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung in Kitas (kogeki) schrieb unter der Schirmherrschaft des niedersächsischen Kultusministers Grant Hendrik Tonne und in Kooperation mit der BARMER Landesvertretung Niedersachsen und Bremen zum zweiten Mal den Wettbewerb »Gute und gesunde Kita für alle! Kita-Qualität durch Gesundheitsförderung« aus. Gesucht wurden Kita-Einrichtungen, die in ihrem Betreuungs- und Arbeitsalltag Gesundheitsförderung leben und vielfältige Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung umsetzen. 17 Kitas bewarben sich bis zum 15. November 2022 mit ihren gesundheitsförderlichen Konzepten und Gesundheitsthemen, die ihnen besonders am Herzen liegen.

Gewinner-Einrichtungen

Insgesamt wurden zehn Einrichtungen ausgezeichnet, die auf vorbildhafte Weise gesundheitsförderliche Strukturen aufgebaut und erfolgreich in ihren Kita-Alltag integriert haben. Wir gratulieren herzlich:

- » Katholische Kindertagesstätte Familienzentrum St. Jakobus, Sögel
- » AWO Familienzentrum Lotte Lemke, Lüneburg
- » Kindertagesstätte Krähenwinkel, Langenhagen
- » Krippe Wirbelwind e. V., Hannover
- » KIBS Kindertagesstätte, Hannover
- » ROKIDS c/o ROCARE GmbH, Betriebliche Kindertagesstätte der ROSEN Gruppe, Lingen
- » Kindergarten und Familienzentrum St. Stephanus, Wallenhorst
- » Inklusiver Campus – KiTa für ALLE, Duderstadt
- » Kita am Kiesbergwald I, Lingen
- » Ev.-luth. Kindertagesstätte Langes Feld, Hameln

Jurymitglieder

Die eingegangenen Bewerbungen wurden von einer fachkundigen Jury, bestehend aus Expert*innen der Wissenschaft und Praxis begutachtet. Dazu zählen Dr. Thomas Buck, Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin in Hannover, Dr. Heide Busse, Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS GmbH, Bremen, Dr. Birte Gebhardt, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Prof. Dr. Ruth Jäger-Jürgens, HAWK Hildesheim – Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit, Hildesheim und Prof. Dr. Anja Voss, Alice-Salomon-Hochschule Berlin.

Bei der Bewertung wurde insbesondere darauf geachtet, dass ein ganzheitliches Gesundheitsförderungskonzept in den Kitas umgesetzt wird, die Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig wirken und das Thema »Kinderarmut« in den Blick genommen wird. Zudem sollten sich die Einrichtungen an den Bedarfen der Kita-Kinder, Eltern und Mitarbeitenden orientieren und alle Beteiligten aktiv einbeziehen.

Preisverleihung

Die Preisverleihung des Wettbewerbs fand am 02. März 2022 im Online-Format statt. Im Rahmen dessen würdigten der Niedersächsische Kultusminister Grant Hendrik Tonne und die Landesgeschäftsführerin der BARMER Niedersachsen/Bremen Heike Sander das besondere Engagement der ausgezeichneten Einrichtungen. Die Preisträger*innen gaben dem interessierten Publikum Einblick in ihre vielfältigen Aktivitäten und stellten ein Highlight ihres gesundheitsförderlichen Kita-Alltags anhand eines Symbols vor. Mit der Darstellung vermittelten sie kreative Impulse und Anregungen, wie Gesundheitsförderung in der Kita gelingen kann. Heike Drechsler, ehemalige deutsche Leichtathletin und Olympiasiegerin, unterstützte dies mit kleinen Bewegungseinheiten für den Kitaalltag und regte die Teilnehmenden zum Mitmachen an. Weitere Informationen finden Sie unter www.kogeki.de.

Wie geht es weiter?

Die ersten fünf Gewinner-Einrichtungen können sich über ein Preisgeld in Höhe von 3.000 Euro freuen. Dieses darf für weitere Maßnahmen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung eingesetzt werden, gemäß dem Leitfaden Prävention des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen. Fünf weitere Einrichtungen erhalten eine unterstützende Beratung und Begleitung zum Ausbau und zur Weiterführung der bereits vorhandenen Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung durch das kogeki-Team.

Anschriften siehe Impressum



CORINNA MORYS-WORTMANN, CORINNA ENGELKE,
ALEXANDRA WALIGORSKI

HEDI – Digitale Unterstützung für Hebammen und Schwangere

Strukturelle und demografische Veränderungen sowie zunehmende Auflagen in der Freiberuflichkeit haben dazu geführt, dass die Anzahl der tätigen Hebammen an vielen Orten stark zurückgegangen ist. Aufgrund dieser Entwicklung müssen Hebammen immer wieder schwangere Frauen abweisen. Durch die Schließung von geburtshilflichen Abteilungen in Kliniken gingen zudem gerade im ländlichen Raum wichtige Anlaufstellen für Schwangere verloren. werdende Mütter fühlen sich häufig allein gelassen, gerade wenn sie besondere Bedarfe haben oder sich in prekären Lagen befinden. Hierzu gehören nicht zuletzt Sprachbarrieren wie geringe Deutschkenntnisse oder funktionaler Analphabetismus.

Die Gesundheitsregion Göttingen/Süd-niedersachsen zielt auf die Verbesserung der Hebammensituation und setzt hierfür das Projekt HEDI (Hebammenversorgung digital – so der erste Arbeitstitel) um. Das Projekt widmet sich der Verbesserung der Schwangerenversorgung in den Landkreisen Northeim und Göttingen sowie der Stadt Göttingen. HEDI vernetzt Schwangere und junge Eltern mit Hebammen, Gynäkolog*innen, Kinderärzt*innen und sozialen Anlaufstellen. Dafür wird eine kostenlose, werbefreie und mehrsprachige Web-App entwickelt. Beteiligt am Projekt sind insbesondere die GWG Gesellschaft für Wirtschaftsförderung und Stadtentwicklung und aidminutes GMBH für die technische Umsetzung sowie die Landkreise Northeim, Göttingen und die Stadt Göttingen für die Entwicklung und Anpassung der App für ihre Bürger*innen. Förderungen erfolgen im Rahmen der niedersächsischen Gesundheitsregionen und durch den Europäischen Sozialfonds.

Das Projekt wird gezielt als Pilotprojekt in einer heterogenen, sowohl urban, als auch ländlich geprägten Region realisiert. Hierdurch soll eine bundesweite Übertragung ermöglicht werden.

Die App HEDI und ihre Bestandteile

Das Projekt HEDI besteht aus drei Teilen, die jeweils ein technisches App-Modul umfassen: Information, Kommunikation und Koordination.

» HEDI I – Information: Die Plattform stellt validierte Fachinformationen sowie regionale Kontakte für Schwangere, Beratende und Behandelnde in vorerst vier Sprachen bereit. Sie befähigt werdende Mütter und »frischgebackene« Familien durch gebündelte, regional-spezifische, mehrsprachige und barrierefreie Informationsangebote darin, sich eigenständig in der Versorgungslandschaft zurechtzufinden.

» HEDI II und III – Kommunikation und Koordination: Das Modul Koordination bietet die Möglichkeit einer gezielten Hebammensuche. Das angebundene Kommunikationsmodul verfügt über einen Messenger, der die datensichere und mehrsprachige Betreuung von Schwangeren und jungen Müttern durch Hebammen unterstützt.

Die Teilprojekte sind jeweils eigenständige Entwicklungen und in sich vollständig funktionsfähig, werden über Schnittstellen miteinander verbunden und nacheinander veröffentlicht, bis HEDI im Sommer 2022 vollständig ist.

Co-kreative Entwicklung und wissenschaftliche Begleitung

Das Besondere an HEDI ist die Co-kreative und agile Entwicklung mit zahlreichen Akteur*innen aus Schwangerenberatung, -versorgung und Wissenschaft. Hierzu wurde ein interdisziplinärer Qualitätszirkel gebildet. Außerdem wurden Workshops mit Hebammen und den regionalen Netzwerken der Frühen Hilfen durchgeführt. Interviews mit Müttern ergänzen die Auseinandersetzung mit der lokalen Versorgungssituation und ihren Bedarfen. Studierende der Hebammenwissenschaft am Gesundheitscampus Göttingen sind ebenfalls in die Entwicklung eingebunden. Der Entwicklungsprozess wird wissenschaftlich durch das Soziologische Forschungsinstitut Göttingen (SOFI) begleitet.

Chancen und Grenzen digitaler Unterstützung

Als digitale Unterstützung soll HEDI dabei helfen, vulnerable Gruppen stärker zu adressieren und enger in die regionalen Versorgungsstrukturen einzubinden. Ein Fokus des Projekts liegt auf spezifischen Problemlagen in ländlichen Regionen, wo lange Fahrwege und eingeschränkte Mobilität die Versorgungssituation erschweren.

Das Projekt zielt darauf ab, Ressourcen für die persönliche Betreuung von Schwangeren durch Hebammen freizusetzen, indem es die Organisation der Koordinierungsaufgaben der Hebammen verbessert sowie Schwangere direkt mit Informationen und Ansprechpartner*innen in ihrer Nähe verbindet. Hierdurch können Hebammen zeitlich entlastet werden. Ferner sollen durch die Mehrsprachigkeit von HEDI Sprachbarrieren gemindert werden. Somit soll dem großen Bedarf an Betreuung und Beratung für nicht deutsch-sprechende Menschen begegnet werden.

DR. CORINNA MORYS-WORTMANN, CORINNA ENGELKE, GWG Gesellschaft für Wirtschaftsförderung und Stadtentwicklung Göttingen mbH, Gesundheitsregion Göttingen/Süd-niedersachsen, Bahnhofsallee 1b, 37081 Göttingen, E-Mail: engelke@gesundheitsregiongoettingen.de, corinna.morys-wortmann@gesundheitsregiongoettingen.de
ALEXANDRA WALIGORSKI, aidminutes GmbH, Bäckerstraße 6, 21244 Buchholz in der Nordheide, E-Mail: awaligorski@aidminutes.com

Bücher, Medien



#highways2health – Digitaler Wandel in der Gesundheitsförderung

Auf www.highways2health.de veröffentlicht die LVG & AFS regelmäßig Podcasts und Blogbeiträge von und mit Expert*innen rund um den digitalen Wandel in Gesundheitsförderung und Prävention. In den neuesten Beiträgen nehmen wir das Thema Mediensucht unter die Lupe. Ab welchem Maß sollte der Medienkonsum kritisch betrachtet werden und wie können digitale Kompetenzen von Heranwachsenden gestärkt werden? Wir beschäftigen uns zudem mit digitaler Gewalt im Netz wie beispielsweise Cybermobbing, Stalking oder Hassbotschaften. Die Folgen für Betroffene sind mit denen aus der realen Welt vergleichbar. Mehr zum Umgang mit diesen Straftaten erfahren Sie im Beitrag »Digitale Gewalt ist reale Gewalt«. Außerdem gehen wir der Frage nach, welchen Einfluss die Digitalisierung auf die Arbeitswelt und -fähigkeit von Beschäftigten hat. Wohin führt die digitale Entwicklung die Industrie in Zeiten der Globalisierung und was bedeutet sie für Arbeiter*innen der Generation 50+, die noch ohne Smartphone, Internet und Soziale Netzwerke aufgewachsen sind? Lesen und hören Sie rein! Alle Beiträge finden Sie auf www.highways2health.de



Drei Generationen Hebammenalltag

Die Autorin beschreibt authentisch und anschaulich die Geschichte und Entwicklung des Hebammenberufs. Dazu hat sie mehrere Hebammen mit Berufserfahrung aus unterschiedlichen Jahrzehnten interviewt. Die Hebammen schildern, mit welchen strukturellen und inhaltlichen Bedingungen sie während ihrer Arbeit umgehen mussten und wie sich das Berufsbild bis in die Gegenwart gewandelt hat. Auch wenn im Buch immer mal wieder die Beleghebamme im Krankenhaus und die freiberufliche Hebamme gegenübergestellt werden, geht es im Kern um das Befürworten der natürlichen Geburt. Neben der Pathologisierung der Geburt in den 60er Jahren und deren entscheidendem Einfluss auf die Arbeitsbedingungen der Hebammen, erfahren die Lesenden auf dieser Zeitreise vom frühen 19. Jahrhundert bis in die deutsche Geburtskultur des 21. Jahrhunderts viel über Orte der Geburt und ihre Auswirkungen auf den Geburtsprozess aus Sicht der Hebammen. Die unterschiedlichen Geburtspräferenzen und -erlebnisse von drei Müttern am Ende des Buches runden den Blick auf den Hebammenberuf ab. (sr)

MARITA METZ-BECKER: Drei Generationen Hebammenalltag. Wandel der Gebärkultur in Deutschland. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2021, 291 Seiten, ISBN 978-3-8379-3056-6, 34,90 Euro

Gesundheit rund um die Geburt in Bremen

In der Zeit rund um die Geburt werden wichtige Weichen für die Gesundheit von Kindern und ihren Familien gestellt. Viele Berufsgruppen können einen Beitrag dazu leisten, Eltern und ihre Kinder in dieser Lebensphase zu unterstützen. In der Praxis bestehen hier jedoch häufig Probleme. In dem Handlungsleitfaden der Initiativegruppe mit Vertreter*innen des Bremer Bündnisses natürliche Geburt, der Bremischen Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau, der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz, der Senatorin für Soziales, Jugend, Integration und Sport sowie der LVG & AFS werden Impulse für eine Verbesserung der Situation in Bremen vermittelt. Das Papier basiert auf den Ergebnissen eines Fachtages am 6. November 2019. (mp)

LANDESVEREINIGUNG FÜR GESUNDHEIT UND AKADEMIE FÜR SOZIALMEDIZIN NIEDERSACHSEN E. V.: Gesundheit rund um die Geburt in Bremen – Handlungsfelder für die weitere Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels, Eigendruck, Bremen, 2021, 56 Seiten, Internet: www.gesundheit-nds.de/images/pdfs/handlungsleitfaden-gesundheit-geburt-bremen.pdf

Flucht und Gesundheit

In dem Sammelband wird aus unterschiedlichen Perspektiven ein aktueller, praxisnaher Blick auf den Zusammenhang zwischen Flucht, Gesundheit und Versorgung geworfen. Er richtet sich sowohl an Wissenschaftler*innen als auch Praktiker*innen, die an einer interdisziplinären Betrachtungsweise der Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung interessiert sind. Mit internationalem, regionalem oder nationalem Bezug werden unter anderem Aspekte wie die Bedingungen, Formen und Folgen von Flucht und Vertreibung, Flüchtlingschutz sowie das Handeln von Geflüchteten und ihre Strategien im Umgang mit Fluchterfahrungen und Aufnahmebedingungen aufgegriffen. (pio)

ANNA CHRISTINA NOWAK, ALEXANDER KRÄMER, KERSTIN SCHMIDT (HRSG.): Flucht und Gesundheit. Facetten eines interdisziplinären Zugangs. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2021, 240 Seiten, ISBN 978-3-8487-6503-4, 49,00 Euro

Vierter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht

Der Vierte Deutsche Kinder- und Jugendsportbericht vermittelt ein umfassendes Bild der aktuellen Situation zur sportlichen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Fokussiert werden die Schwerpunktthemen Gesundheit, Leistung und Gesellschaft. Auf dieser Basis werden sowohl Forschungslücken aufgefunden als auch Handlungsempfehlungen für Politik, Verbände, Vereine, Schulen sowie Eltern formuliert. In dem Bericht wird unter anderem beleuchtet, wie Bewegungsanreize im Alltag ausgebaut werden können, wie das Konzept der Physical Literacy als ganzheitlicher Ansatz der kindlichen Bewegungsförderung umgesetzt werden kann und welche Chancen Bewegung und Sport für chronisch kranke Kinder und Jugendliche bieten. (er)

CHRISTOPH BREUER, CHRISTINE JOSTEN, WERNER SCHMIDT (HRSG.): Vierter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht, Hofmann-Verlag, Schorndorf, 2020, 432 Seiten, ISBN 978-3-77-80-9280-7, 60,00 Euro

Pflege-Report 2019

Die Herausforderung des Personalbedarfs in der Langzeitpflege ist Schwerpunktthema dieses Reportes des Wissenschaftlichen Instituts der AOK. Die Ausgangssituation wird mit Daten zu Pflegekräften und ihren Belastungen im Arbeitsalltag umfassend beschrieben. Auch Anforderungen von Seiten der alternden Bevölkerung werden thematisiert. Um diesen zu begegnen, werden mögliche Ansätze aufgezeigt wie Gewinnung von Auszubildenden und ausländischen Fachkräften, Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention für Bewohner*innen sowie zur betrieblichen Gesundheitsförderung, Konzepte zu Arbeitsorganisation und Führung, Fragen der Vergütung und Qualifizierung von Pflegekräften oder die Rolle der Kommune bei der Versorgung. Die Vielfalt der Ansätze verdeutlicht, dass der Herausforderung nur auf mehreren Wegen zugleich begegnet werden kann. (tv)

KLAUS JACOBS, ADELHEID KUHLMEY, STEFAN GRESS, JÜRGEN KLAUBER, ANTJE SCHWINGER (HRSG.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Springer Verlag, Berlin, 2020, 336 Seiten, ISBN 978-3-662-58934-2, 53,49 Euro

Qualität in den Frühen Hilfen

Im ersten wissenschaftlichen Bericht zur Bundesstiftung Frühe Hilfen wird detailliert der Stand des Ausbaus der Frühen Hilfen in Deutschland mit besonderem Schwerpunkt auf dem Thema Qualitätsentwicklung dargelegt. Unter Mitarbeit der Bundesländer ist ein Bericht entstanden, der die besonderen Herausforderungen und Auswirkungen der Covid-19-Pandemie, vor allem für bereits belastete Familien, beschreibt. Neben dem Digitalisierungsschub und seinen Grenzen bei den zielgruppenspezifischen Angeboten wird auf den Mangel bei den Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen eingegangen und Lösungsansätze diskutiert. Auch Kooperationsstrukturen und Schnittstellen stehen im Fokus der Qualitätsentwicklung in den Frühen Hilfen, wie der Bericht ausführlich darstellt. (sob)

NATIONALES ZENTRUM FRÜHE HILFEN (NZFH) (HRSG.): Qualität in den Frühen Hilfen. Wissenschaftlicher Bericht 2020 zum Thema Qualitätsentwicklung, 2021, 120 Seiten, Köln, Internet: www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation-NZFH-Qualitaet-in-den-Fruehen-Hilfen-Wissenschaftlicher-Bericht-2020-zum-Thema-Qualitaetsentwicklung-b.pdf

Gretchentragödien

Die Autorin untersucht in dieser kulturhistorischen Studie die verschiedenen Perspektiven des Kindsmordphänomens. Aus welchem gesellschaftlichen Kontext heraus haben Mütter solche Taten begangen? Dafür hat die Autorin Fallbeispiele aus umfangreichen Prozessakten von 1770 bis 1870 von fast einhundert betroffenen Frauen geschlechtsspezifisch analysiert. Insbesondere die aussichtslose Lage und den Missstand durch die prekären Lebenswelten von Dienstmägden rekonstruiert sie im Buch eindrücklich. Darüber hinaus beschreibt sie die gesellschaftspolitische Situation und den aufklärerischen Diskurs um die Abschaffung der Todesstrafe bei Kindsmord. Abschließend wird der aktuelle Bezug zur gegenwärtigen Diskussion rund um die anonyme Geburt aufgegriffen. Ein Buch zur Müttergesundheit mit historischem Bezug. (ann)

MARITA METZ-BECKER: Gretchentragödien. Kindsmörderinnen im 19. Jahrhundert (1770-1870). Psychosozial-Verlag, Gießen, Neuauflage 2021, 259 Seiten, ISBN 978-3-8379-3101-3, 24,90 Euro

Die Corona-Vorlesung

Seit zwei Jahren ist die Weltbevölkerung mit der fortwährenden Coronapandemie und ihren Folgen konfrontiert. Welche Risiken und neuen Entwicklungen ergeben sich im Kontext dieser Krise? Worin liegen die Herausforderungen? Der aus einer Ringvorlesung der Technischen Universität Dresden hervorgegangene Sammelband beschäftigt sich aus politischer, sozialer, psychologischer, theologischer und philosophischer Perspektive mit Fragen rund um die Coronapandemie. Die Autor*innen thematisieren in ihren Beiträgen den Umgang mit der Angst, Bewältigungsprozesse von Krankheit und Bedrohung, die Wege der Krisenkommunikation und -steuerung sowie die sich sprunghaft vollziehenden Lernprozesse. Der Sammelband richtet sich an jene Leser*innenschaft, die sich dem pandemischen Geschehen aus einer sozialwissenschaftlichen Sicht annähern möchte. (mig)

ANJA BESAND (HRSG.): Die Corona-Vorlesung. Sozialwissenschaftliche Perspektiven. Wochenschau Verlag, Frankfurt am Main, 2022, 187 Seiten, ISBN 978-3-7344-1127-4, 18,00 Euro

Generation Corona?

Unter dem Stichwort »Generation Corona« wird häufig skandalisiert, welche negativen Folgen die Pandemie für Kinder und Jugendliche hat. Dieser Sammelband klärt auf, welche Auswirkungen tatsächlich belegt sind und was getan werden kann, um ihnen entgegenzuwirken. In vier Abschnitten – zu Familie und Kita, Unterricht, Übergang von Ausbildung zu Beruf sowie zu Gesundheit – berichten verschiedene Autor*innen von aktuellen Studien zur Lage von Kindern und Jugendlichen und ordnen diese Ergebnisse mit Blick auf die Zukunft ein. Das Buch schließt mit einem umfassenden inhaltlichen Fazit der Herausgeber. Es ist lesenswert für alle Fachkräfte aus Wissenschaft und Praxis sowie Studierende, die einen fundierten Überblick zu Kindheit und Jugend in der Pandemie benötigen. (mvg)

DIETER DOHMEN, KLAUS HURRELMANN (HRSG.): Generation Corona? Wie Jugendliche durch die Pandemie benachteiligt werden. Beltz Juventa Verlag, Weinheim, Basel, 2021, 302 Seiten, ISBN 978-3-7799-6546-6, 24,95 Euro

Gelingensbedingungen pädagogischer Integrationsförderung

Geflüchtete Heranwachsende sind eine vulnerable Bevölkerungsgruppe und benötigen Unterstützung im Prozess der Anpassung im neuen Land. Wie Heranwachsende mit Fluchterfahrung durch pädagogische Freizeitangebote in ihrem Integrationsbestreben unterstützt werden können und wie pädagogische Integrationsförderung gelingen kann, wird in dieser Monografie auf Basis einer quantitativen und qualitativen Längsschnittstudie auf den Ebenen des Individuums, der Interaktion und Institution untersucht. Die Förderung der Sprachpraxis sowie ein niedrigschwelliger Zugang zu den Angeboten konnten in ihrer integrationsfördernden Wirkung identifiziert werden. Die Autorin legt ein strukturiertes Wissenschaftsbuch für Expert*innen und Interessierte vor. (lae)

TAMARA EHMANN: Gelingensbedingungen pädagogischer Integrationsförderung. Eine Längsschnittstudie zur Arbeit mit geflüchteten Heranwachsenden. Verlag Budrich Academic Press, Opladen; Berlin; Toronto, 2021, 215 Seiten, ISBN 978-3-96665-032-8, 40,90 Euro

CARE Trans_Formieren – Eine ethnographische Studie zu trans und nicht-binärer Sorgearbeit

Der Begriff »Care« wird häufig mit der Betreuung von Kindern oder der Pflege hilfebedürftiger Menschen gleichgesetzt. Praktiken der Selbstsorge und kollektiven Fürsorge, die im Umfeld von trans oder nicht-binären Menschen eine Rolle spielen, sind hingegen bisher kaum im Fokus. Gemeint sind etwa Unterstützung bei Diskriminierung oder Gewalterfahrung sowie die Begleitung von Transitionsprozessen. Eine wichtige Grundlage bilden 19 Interviews mit Menschen, die Sorgearbeit für andere trans oder nicht-binäre Menschen leisten. Seeck zeichnet in ihrem mit dem Wissenschaftspreis der Rosa-Luxemburg-Stiftung ausgezeichneten Werk dabei auch die Auswirkungen von Gender und sozioökonomischem Status auf Sorgebeziehungen nach und macht somit komplexe Verschränkungen deutlich. (mp)

FRANCIS SEECK: CARE Trans_Formieren – Eine ethnographische Studie zu trans und nicht-binärer Sorgearbeit. transcript Verlag, Bielefeld, 2021, ISBN 978-3-8376-5835-4, 253 Seiten, 25,00 Euro

Das quantifizierte Selbst

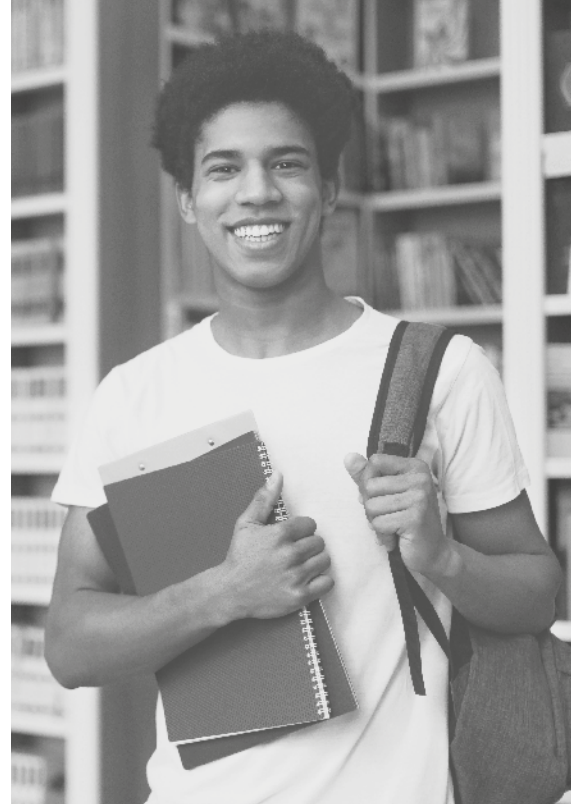
Technologien der Selbstvermessung, wie zum Beispiel Fitness-Tracking, haben enorm an Beliebtheit gewonnen, auch im Gesundheitsbereich. Doch wie haben sie sich eigentlich entwickelt und welche sozialen Deutungsmuster waren dafür prägend? Diesen Fragen widmet sich Thorben Mämecke aus diskursanalytischer Perspektive. Nach einer methodischen Einführung wird in sechs Kapiteln nachgezeichnet, wie sich Selbsttracking gesellschaftlich etabliert hat und welche Folgen die dahinterstehenden Diskurse haben. Im abschließenden Kapitel wird die Anwendung im betrieblichen Gesundheitsmanagement näher untersucht. Der sehr detaillierte Band ist vor allem für Leser*innen nützlich, die schon bestehendes Wissen vertiefen möchten. Vorkenntnisse zur Diskursanalyse sind zur Lektüre aber nicht unbedingt notwendig. (mvg)

THORBEN MÄMECKE: Das quantifizierte Selbst. Zur Genealogie des Self-Trackings. transcript Verlag, Bielefeld, 2021, 270 Seiten, ISBN 978-3-8376-5603-9, 60,00 Euro

Recht auf Demenz

Demenz ist ein beängstigendes Krankheitsbild, das unsere auf Rationalität und Leistungsfähigkeit getrimmte Gesellschaft vor Herausforderungen stellt. In seinem Plädoyer stellt Thomas Klie in Anlehnung an den Philosophen Rainer Marten fest: »Wenn wir Demenz nicht heilen können, müssen wir mit Demenz leben lernen«. Dies setzt jedoch ein gesellschaftliches Umdenken voraus. Unter Rückgriff auf beispielsweise Martha Nussbaums Capability Ansatz, wissenschaftliche Studien und qualitative Interviews mit Betroffenen nähert er sich der Frage an, wie ein gutes Leben mit Demenz aussieht und an welche Bedingungen es geknüpft ist. Wenn es gelingt, Menschen mit Demenz als Personen anzuerkennen, ihnen selbstverständlich einen Platz im gesellschaftlichen Leben zu geben und solidarische Kulturen und Strukturen vor Ort zu etablieren, müssen Momente des guten Lebens auch mit Demenz nicht verloren gehen. (mp)

THOMAS KLIE: Recht auf Demenz. Ein Plädoyer. S. Hirzel Verlag, Stuttgart, 2021, 174 Seiten, ISBN 978-3-7776-2901-8, 18,00 Euro



Nach der Willkommenskultur

In dem Sammelband wird auf Grundlage von über 160 Interviews mit Geflüchteten, zivilgesellschaftlichen Organisationen und staatlichen Stellen eine reflektierte Bestandsaufnahme und Interpretation der zivilgesellschaftlichen Willkommenskultur gegeben. Die Autor*innen des Bandes fragen, ob und vor allem wie in den fünf Jahren nach der Fluchtbewegung 2015 Geflüchteten gesellschaftliche Teilhabe verwehrt oder ermöglicht wurde. Auch die Rolle der professionellen sowie freiwilligen Akteur*innen wird beleuchtet. Zudem werden die Kämpfe um Teilhabe geflüchteter Menschen rekonstruiert und deren Auswirkungen auf den sozialen Zusammenhalt dargelegt. Der differenzierte und vielschichtige Überblick bietet Impulse zu Debatten um Mikropolitiken des Engagements, Solidarität und ein alltagszentriertes Demokratieverständnis. Der Band adressiert die Wissenschaft, Praktiker*innen und ehrenamtlich Engagierte der Flüchtlingssozialarbeit. (pio)

SAMIA DINKELAKER, NIKOLAI HUKU, OLAF TIETJA (HRSG.): Nach der »Willkommenskultur«. transcript Verlag, Bielefeld, 2021, 254 Seiten, ISBN 978-3-8376-5414-1, 30,00 Euro



Elternstärken

Ich bin keine schlechte Mutter! Was habe ich nun schon wieder falsch gemacht? Eltern sind verunsichert und suchen Rat. Eine schwierige Situation für Fachkräfte, die den Ängsten und Vorbehalten professionell begegnen müssen. Impulsfragen, die an den Stärken und Kompetenzen von Eltern anknüpfen, unterstützen den Aufbau von Vertrauen – so die Idee des Kartensets. Abhängig von Gesprächsanlass, Beratungssituation und -konzept, kann zwischen Fragen aus unterschiedlichen Elternkompetenzbereichen gewählt werden, wie selbstbezogene (Wünsche und Erfahrungen), kindbezogene (Bedürfnisse und Kenntnisse), handlungsbezogene (Erziehungstil und Kommunikation) und kontextbezogene Elternkompetenzen (Familienalltag und -organisation). Das Kartenset eignet sich sehr gut für Beratende in pädagogischen und therapeutischen Arbeitsfeldern, die ihr Repertoire erweitern wollen oder gezielt nach erzählgenerierenden Fragen suchen. (dab)

HANNAH-MARIE HEINE: Elternstärken. Kompetenzen und Ressourcen erkennen und entwickeln. Kartenset mit 120 Impulsen für die Elternarbeit in Therapie und Beratung, Beltz Verlag, Weinheim, 2021, ISBN 401-9-17210-079-7, 22,90 Euro

Wohnen 6.0

Das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung sowie das Recht auf soziale Teilhabe gilt in allen Lebensphasen. Ein Umzug ins Alten- oder Pflegeheim kann diese Grundrechte jedoch gefährden. Das Kuratorium Deutsche Altenhilfe zeigt Wege auf, wie eine Mitbestimmung und -entscheidung von vulnerablen Langzeitpflegebedürftigen gelingen kann und muss – ganz nach dem Motto »Menschen mit Beeinträchtigungen sollen selbst entscheiden, wo und wie sie leben wollen«. Dabei werden Chancen und Risiken unterschiedlicher Wohnformen für Personen mit Pflegebedarf diskutiert. Doch wie genau kann eine Demokratisierung in der Langzeitpflege (Wohnen 6.0) implementiert werden und gelingen? Wie können Pflegewohnangebote weiterentwickelt werden? Hierzu werden unterschiedliche Möglichkeiten und Rahmenbedingungen zur Umsetzung aufgezeigt und mit Praxisbeispielen untermalt. (jor)

KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE (HRSG.): Wohnen 6.0 – mehr Demokratie in der (institutionellen) Langzeitpflege, 2021, 76 Seiten, Internet: https://kda.de/wp-content/uploads/2021/11/KDA_Wohnen_6.0.pdf

Schreiblehrkonzepte an Hochschulen

In diesem Sammelband werden Schreiblehrkonzepte an Hochschulen vorgestellt, die Studierende an das fachspezifische Lesen, Denken und Schreiben heranführen. Die Beiträge sind im Rahmen der Abschlussstagung des Projekts »richtig einsteigen mit literalen Kompetenzen (LitKom)« entstanden. Neben der beschriebenen Methode »Scholarship of Teaching and Learning (SoTL)« werden weitere Lehrkonzepte für die Vermittlung des fachspezifischen Schreibens in ihrer Wirksamkeit bewertet und diskutiert. Die Beiträge richten sich an Lehrende, Studierende sowie Interessierte des wissenschaftlichen Arbeitens. (lae)

SWANTJE LAHM, FRANK MEYHÖFER, FRIEDERIKE NEUMANN (HRSG.): Schreiblehrkonzepte an Hochschulen. Fallstudien und Reflexionen zum fachspezifischen Schreibenlehren und -lernen. W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld, 2021, 344 Seiten, ISBN 978-3-7639-6623-3, kostenfrei

Konsum – Ernährung – Gesundheit

Dieser Sammelband bietet eine fachdidaktische Neuorientierung, welche die private Lebensführung und den gesellschaftlichen Kontext, für eine zeitgemäße und wissenschaftlich fundierte Ernährungs- und Verbraucherbildung, einbezieht. Die drei Handlungsfelder Konsum, Ernährung und Gesundheit ermöglichen ein Bildungsangebot, welches zu einer selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Gestaltung des privaten Lebens anregt. Die Beiträge beschäftigen sich unter anderem mit der Bedeutung von Ressourcen und Konsumentscheidungen, den Zusammenhängen von Gesundheit und Ernährung sowie von Körper, Essverhalten und Identität. Das didaktische Konzept dient dem Kompetenzerwerb für Alltagsbewältigung und -gestaltung und zielt darauf ab, die Lernenden zu Reflexion und Analyse zu befähigen. Zielgruppe des Buches sind Lehrende, Studierende und Lehramtsanwärter*innen. (lif)

KIRSTEN SCHLEGEL-MATTHIES, SILKE BARTSCH, WERNER BRANDL, BARBARA METHFESSEL: Konsum – Ernährung – Gesundheit. Didaktische Grundlagen der Ernährungs- und Verbraucherbildung. Verlag Barbara Budrich, Opladen, Toronto, 2022, 406 Seiten, ISBN 978-3-8252-5767-5, 29,90 Euro

Inhalte merk-würdig vermitteln

Die Autorin stellt in dem Buch 66 Methoden vor, wie Teilnehmer*innen in Trainings, Seminaren und Meetings Inhalte erarbeiten können, damit sich diese nachhaltig verankern. Das Buch richtet sich an alle, die sich in einer Lehrsituation befinden – sei es als Trainer*innen, Coaches oder Lehrkräfte. Die vorgestellten Methoden werden praxisnah vorgestellt und mit anschaulichen Beispielen untermuert. Die Autorin greift dabei auf Erkenntnisse der Hirnforschung und vielfältige Erfahrungen aus unterschiedlichen Praxisfeldern zurück. Die dritte Auflage des Buches greift die Verlagerung von Lernräumen in die digitale Welt auf und stellt folglich auch digitale Methoden vor. (mat)

BARBARA MESSER: Inhalte merk-würdig vermitteln. 66 Methoden, die den Merkfaktor erhöhen. Beltz Verlag, Weinheim, 2020, 408 Seiten, ISBN 978-3-407-36730-3, 44,95 Euro

Termine LVG & AFS



Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Veranstaltungsreihe

Gesundheit, Klima, Nachhaltigkeit – jetzt gemeinsam handeln!

Teil 4: Nachhaltige und gesunde Ernährung

07. April 2022, online

Die Dringlichkeit und das komplexe Zusammenspiel von Klima-, Umwelt- und Gerechtigkeitsfragen sind auch im Gesundheits- und Sozialbereich nicht mehr wegzudenken. Am 07. April wollen wir uns zum Thema nachhaltiger Ernährung im Rahmen planetarer Grenzen austauschen, mit einem Fokus auf Gemeinschaftsverpflegung in Kitas, Schulen, Kommunen und Gesundheitseinrichtungen.

Good Practice-Lernwerkstätten

Qualitätsentwicklung gewinnt im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention zunehmend an Bedeutung. Aufgrund der hohen Nachfrage werden die Lernwerkstätten zu ausgewählten Good Practice-Kriterien auch im Jahr 2022 fortgeführt. In den Lernwerkstätten wird Basiswissen zu ausgewählten Kriterien vermittelt. Anhand von Impulsen und Praxisbeispielen wird die Bedeutung der jeweiligen Kriterien für die praktische Arbeit aufgezeigt und zusammen mit den Teilnehmenden auf ihre Arbeitssituationen übertragen.

» **Von Anfang an mitgedacht: Nachhaltigkeit durch Multiplikatorenkonzepte**

26. April 2022, Lüneburg

» **Grundlagen zur Entwicklung von Projekten und Maßnahmen schaffen: Konzeption, Zielgruppenbezug und Setting-Ansatz**

24. Mai 2022, Göttingen

» **Von der Bestandsaufnahme bis zur Evaluation: Partizipative Methoden**

05. Juli 2022, Oldenburg

Hinweis

Aufgrund der anhaltenden Covid-19-Pandemie werden einige der für die kommenden Monate geplanten Veranstaltungen entweder abgesagt, verschoben oder in einem anderen Format durchgeführt. Die nachfolgenden Veranstaltungshinweise (Stand März 2022) erfolgen daher vorbehaltlich.

Bitte informieren Sie sich auf unserer Webseite über die Veranstaltungen und das geplante Format unter: www.gesundheit-nds.de/index.php/veranstaltungen

Gesundheit konkret!

Migrationssensibilität in der kommunalen Gesundheitsförderung
28. April 2022, Bremen

Die Fortbildungsreihe Gesundheit Konkret! der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Bremen wird auch im Jahr 2022 weitergeführt. Den Auftakt bildet die Fortbildung Migrationssensibilität in der kommunalen Gesundheitsförderung am 28. April. Darin werden Themen wie Diskriminierung und Rassismus in der Gesundheitsförderung näher beleuchtet.

Rassismus und Gesundheit

06. Mai 2022, online

Im Rahmen der Fachveranstaltung wird der Zusammenhang zwischen Rassismus und Gesundheit beleuchtet und Projekte vorgestellt, die Rassismus entgegenwirken. In einem Eingangsreferat wird Prof. Paul Mecheril (Universität Bielefeld) den aktuellen Stand der Diskussion zu Rassismus in Deutschland vorstellen und künftige Handlungsfelder benennen. Anschließend werden Auszüge aus den Kurzstudien zum Gesundheitssystem des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitoring vorgestellt.

Veranstaltungsreihe

Gesundheit, Klima, Nachhaltigkeit – jetzt gemeinsam handeln!

Teil 5: Mobilität gesund und nachhaltig gestalten

19. Mai 2022, online

In diesem Teil der Veranstaltungsreihe werden wir uns mit dem Thema Mobilität und Nachhaltigkeit beschäftigen. Dabei geht es auch um Fragen der Umweltgerechtigkeit und einer möglichen Transformation des Verkehrs und der kommunalen Strukturen zu einer nachhaltigen und gesunden Mobilität.

9. Jahrestagung der Gesundheitsregionen Niedersachsen: Klug navigiert in Niedersachsen – Delegations- und Lotsenansätze im Gesundheitswesen

30. Mai 2022, Hannover

Zukunftsfähige Gesundheitsversorgung wird teamorientiert sein. Und sie wird Patient*innen den Weg durch den Versorgungsdschungel bahnen. Dafür müssen die Potenziale vielversprechender Lotsen- und Delegationsansätze im Gesundheitswesen erschlossen werden. Wie dies in Niedersachsen gestaltet werden kann und welche Rolle die Gesundheitsregionen als »Labor für Innovationen« dabei einnehmen, soll bei der 9. Jahrestagung der Gesundheitsregionen diskutiert werden.



Gesund aufwachsen in Kita, Schule und Quartier: Familiengesundheit im Fokus

01. Juni 2022, Bremen

Die Veranstaltung ist die Dritte in der Reihe »Gesund aufwachsen in Kita, Schule und Quartier« – diesmal mit dem Fokus auf der Familiengesundheit. Neben zwei einführenden Fachvorträgen werden drei Workshops zu den Themen Zugänge zu Familien, Medienkompetenz in der Familie und mentale Gesundheit angeboten. Ziel ist ein lebendiger Gedanken- und Erfahrungsaustausch von Wissenschaft und Fachkräften in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien. Die Veranstaltung wird gemeinsam von der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Bremen und dem Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS) Bremen durchgeführt.

Veranstaltungsreihe zur Psychoonkologie – Auswirkungen einer Krebserkrankung auf Erkrankte und Angehörige

01. und 16. Juni 2022, online

Jedes Jahr erkranken in Deutschland circa eine halbe Million Menschen an Krebs, über fünf Millionen Menschen gelten als sogenannte »Cancer Survivors«. Trotz verstärkter Aktivitäten in der medizinischen Forschung und zunehmenden Erkenntnissen über die Bedeutung psychosozialer Faktoren für den Krankheits- und Rehabilitationsverlauf besteht immer noch ein Defizit in der psychosozialen Versorgung. Die Veranstaltungsreihe soll einen Einblick in psychoonkologische Grundlagen bieten und im Rahmen eines Workshops spezifische psychoonkologische Interventionsmethoden vorstellen, die besonders im ambulanten Kontext Anwendung finden können.

Lesungen im Dialog – Psychiatrie mal anders

09. Juni 2022, online

Gemeinsam mit der Landesstelle Psychiatriekoordination Niedersachsen (LSPK) spricht und liest Jakob Hein aus seinem Buch »Hypochonder leben länger«. Jakob Hein ist Psychiater und Schriftsteller zugleich. Daraus entsteht eine literarische Reise durch den Alltag seiner psychiatrischen Praxis. Er erzählt aus seinem 20-jährigen Erfahrungsschatz, von hilfreichen Gesprächen, Diagnosen und Weisheiten. Wir freuen uns auf weitere Anekdoten!

Handeln und Beraten in Krisenzeiten

22. Juni 2022, online

Krisen und krisenartige Situationen können im individuellen wie auch im gesamtgesellschaftlichen Leben und Erleben immer wieder auftreten. Aktuell ist die seit 2020 andauernde Corona-Situation zu nennen, die sich seit Anfang 2022 um den Krieg gegen die Ukraine erweitert. So unterschiedlich beide Kontexte auch sein mögen, ihnen gemeinsam scheint jedoch das Empfinden einer veränderten gesellschafts-psychologischen Realität mit überwiegend schlechten Nachrichten und erweiterten Herausforderungen zu sein. Der Zielgruppe der Veranstaltung - Expert*innen im Bereich psychologischer Beratung und insbesondere Mitarbeitende in Beratungsstellen – soll eine Austauschmöglichkeit und Hilfestellung für ihr tägliches resilienzstärkendes Handeln mit Klient*innen vor der Folie der oben benannten Krisensituationen an die Hand gegeben werden.

Gesundheit rund um die Geburt in Niedersachsen – Perspektiven und Innovationen zur Bewältigung aktueller Herausforderungen in der Geburtshilfe

05. Juli 2022, Hannover

Die Geburtshilfe steht aufgrund des ansteigenden Fachkräftemangels und der Schließung von Geburtshilfeeinrichtungen bei gleichzeitig ansteigenden Geburtenzahlen vor akuten Herausforderungen. Im Auftrag des Bundes wurden auf Landes-ebene Initiativen zur Umsetzung des im Jahre 2017 verabschiedeten nationalen Gesundheitsziels »Gesundheit rund um die Geburt« gestartet. Das Anfang 2022 eingerichtete Aktionsbüro Gesundheit rund um die Geburt verfolgt das Ziel, gemeinsam mit den in der Geburtshilfe tätigen Akteuren und Eltern die Bedingungen für die Geburtshilfe in Niedersachsen zu optimieren. Die Fachtagung will mit Impulsvorträgen, Workshops und einer abschließenden Podiumsdiskussion den interdisziplinären Austausch anregen. Gemeinsam sollen innovative Ideen und Lösungsansätze zur Verbesserung der geburtshilflichen Versorgung zu Gunsten der Frauen beziehungsweise (werdenden) Eltern erarbeitet werden.

Bundesweiter Kongress: Präventionsketten konkret! Was brauchen Kommunen wirklich?

06. Juli 2022, Hannover

Kommunen stehen vor der Herausforderung, das gelingende Aufwachsen wirklich aller Kinder zu unterstützen und fehlende Teilhabechancen, dort wo es erforderlich ist, aktiv auszugleichen. Präventionsketten bieten dafür Lösungen. Wissenschaftler*innen, Politiker*innen, Praktiker*innen und Unterstützer*innen aus ganz Deutschland stellen auf dem Kongress Gelingensbedingungen, Herausforderungen und Zukunftsvisionen für die Präventionskettenarbeit vor und diskutieren diese. Zudem werden Ergebnisse aus fast sechs Jahren Laufzeit des Programms »Präventionsketten Niedersachsen« präsentiert.

VORSCHAU

Zurück auf Los?!

Die Pandemie als Chance für mehr gesundheitliche
Chancengerechtigkeit!

Jahrestagung der LVG & AFS Nds. e. V.

13. Juli 2022, Hannover

Sicherstellung der Substitutionsversorgung in Niedersachsen

20. Juli 2022, online

Robert-Koch-Tagung

01. September 2022, Hannover

Gute Versorgung für alle:

Krankenhaus oder regionales Versorgungszentrum?

05. September 2022, Hannover

Gesundheit im Quartier

20. September 2022, Hannover

Strategieentwicklung als Basis für gemeinsames Handeln:
Integriertes Handeln und Vernetzung

27. September 2022, Osnabrück

Gesundheit und Erwerbslosigkeit verzahnt gedacht

13. Oktober 2022, Hannover

Niedersachsen-Forum Alter und Zukunft

19. Oktober 2022, Peine

FORTBILDUNGSPROGRAMME



Fortbildungsreihe für Führungskräfte und Beschäftigte in der
Pflege und Betreuung, unter anderem zu rechtlichen Fragen
sowie zum Personal- und Qualitätsmanagement

Die zukünftige Generation Tagespflege als Bestandteil
von Pflegenetzwerken

20. April 2022, Hannover

Biografische Daten erheben und nutzen

21. April 2022, Hannover

Fehler als Chance nutzen – Praxisanleitung zwischen
sachlicher Kritik und sich Beschuldigt-Fühlen

02. Mai 2022, online

Verwirrt, dement oder depressiv? –

Gerontopsychiatrisches Fachwissen mit Schwerpunkt Demenz

03. Mai 2022, online



Eltern-Programm zur Förderung des seelischen Wohlbefindens
von Kindern in der Kita. Die Weiterbildung richtet sich an
pädagogische Fachkräfte.

Schatzsuche – Basis

Weiterbildungsdurchgang in Niedersachsen in sechs Modulen

05. September bis 04. November 2022

Weiterbildungsdurchgang in Bremen in sechs Modulen

10. Oktober bis 02. Dezember 2022

Schatzsuche – Schule in Sicht

Weiterbildungsdurchgang in Niedersachsen in zwei Modulen

07. bis 08. September 2022

Weitere Infos unter: www.schatzsuche-kita.de

Weitere Veranstaltungen finden Sie unter:

www.gesundheit-nds.de/index.php/veranstaltungen/fortbildungen

HINWEIS

Aufgrund der anhaltenden Covid-19-Pandemie werden einige der für die kommenden Monate geplanten Veranstaltungen entweder abgesagt, verschoben oder in einem anderen Format durchgeführt. Die nachfolgenden Veranstaltungshinweise (Stand März 2022) erfolgen daher vorbehaltlich. Bitte informieren Sie sich auf den jeweiligen Webseiten der Veranstaltungen, ob diese wie geplant stattfinden.

TERMINE NIEDERSACHSEN

- » **26.04.2022: Was ist leichte Sprache?**, online, Kontakt: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen, Tel.: (05 11) 6 26 26 60, E-Mail: info@nls-online.de, Internet: www.nls-online.de
- » **27.04.2022: Armutssensibilität in den Frühen Hilfen: Umsetzung armutssensiblen Handelns auf der institutionellen Ebene**, online, Kontakt: Niedersächsisches Landessozialamt, Tel.: (05 11) 89 70 13 32, Internet: www.fobionline.jh.niedersachsen.de
- » **27.04.2022: 12. Frühjahrsfachtagung »Ernährung | Bewegung | Corona«**, Hannover, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. – Sektion Niedersachsen, Tel.: (05 11) 54 41 03 80, E-Mail: info@dge-niedersachsen.de, Internet: www.dge-niedersachsen.de
- » **28.04.2022: Psychiatrie in der Öffentlichkeit**, Königslutter und online, Kontakt: AWO Psychiatrie Akademie gGmbH, Tel.: (0 53 53) 90 16 82, -16 83, -16 86, E-Mail: info@psychiatrie-akademie.de, Internet: www.psychiatrie-akademie.de
- » **04.05.2022: Vernetzungstreffen Gesundheitliche Versorgungsplanung in Norddeutschland**, Hannover, Kontakt: Zentrum für Gesundheitsethik, Tel.: (05 11) 1 24 14 96, E-Mail: zfg@evlka.de, Internet: www.zfg-hannover.de
- » **10.05.2022: Was geht zu weit? Sexuelle Übergriffe unter Jugendlichen**, online, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Tel.: (05 11) 85 87 88, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de, Internet: www.jugendschutz-niedersachsen.de
- » **16.06.2022: Das neue Suchtpräventionskonzept des Landes**, online, Kontakt: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen, Tel.: (05 11) 6 26 26 60, E-Mail: info@nls-online.de, Internet: www.nls-online.de

TERMINE BUNDESWEIT

- » **03.–04.05.2022: Fachtagung »Und wer fragt mich? Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern verbessern«**, Berlin, Kontakt: AFET Bundesverband für Erziehungshilfen e. V., Tel.: (05 11) 3 53 99 13, E-Mail: info@afet-ev.de, Internet: www.afet-ev.de
- » **04.05.2022: 9. DNVF-Forum Versorgungsforschung »Sektorübergreifende und interprofessionelle regionale Versorgung«**, Berlin, Kontakt: Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V., Tel.: (0 30) 13 88 70 70, E-Mail: info@dnvf.de, Internet: www.dnvf.de
- » **05.05.2022: Genitalautonomie und Kinderschutz**. Fachtagung zum 10. Jahrestag des »Kölner Bescheidungsurteils«, Mainz, Kontakt: Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Tel.: (0 61 31) 39-22047, E-Mail: Sekretariat-Scheinfeld@uni-mainz.de, Internet: www.zif.uni-mainz.de
- » **12.05.2022: Fachtagung »Sport bewegt Menschen mit Demenz«**, Frankfurt am Main, Kontakt: Deutscher Olympischer Sportbund e. V., Tel.: (0 69) 6 70 03 33, E-Mail: nuessler@dosb.de, Internet: www.dosb.de
- » **12.–14.05.2022: »Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Jetzt die Zukunft«**. 71. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD, Magdeburg, Kontakt: Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD), Tel.: (0 30) 8 87 27 37 55, E-Mail: info@bvoegd.de, Internet: www.bvoegd.de
- » **19.–20.05.2022: BMC-Kongress 2022**, Berlin und online, Kontakt: Bundesverband Managed Care e. V., Tel.: (0 30) 28 09 44 80, E-Mail: bmcev@bmcev.de, Internet: www.bmcev.de

- » **23.05.2022: »Seelisch gesund in unserer Gesellschaft«**. Jahrestagung des Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit, Berlin, Kontakt: Aktionsbündnis Seelische Gesundheit, Tel.: (0 30) 2 40 47 72 20, E-Mail: koordination@seelischegesundheit.net, Internet: www.seelischegesundheit.net
- » **07.–09.06.2022: 26. Suchttherapietage in Hamburg. Warum erreichen wir die Zielgruppen nicht: Unpassende Angebote oder Krankheitsimmanenz?**, online, Kontakt: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS), Tel.: (0 40) 7 41 05 42 21, E-Mail: kontakt@suchttherapietage.de, Internet: www.suchttherapietage.de
- » **22.–24.06.2022: Deutscher Pflegekongress**, (im Rahmen des Hauptstadtkongresses) Berlin und online, Kontakt: Hauptstadtkongress, Tel.: (06 21) 4 10 61 16, E-Mail: hsk.registrierung@mcon-mannheim.de, Internet: www.hauptstadtkongress.de

TERMINE INTERNATIONAL

- » **05.–06.05.2022: Drei-Länder-Tagung des VFWG: »Rollen- und Professionsentwicklung in den Gesundheitsberufen«**, Bern (Schweiz), Kontakt: Verein zur Förderung der Wissenschaft in den Gesundheitsberufen, Tel.: (+41) 3 18 48 37 60, E-Mail: dreilaendertagung.vfwg.gesundheit@bfh.ch, Internet: www.bfh.ch
- » **09.–11.06.2022: 35. Globale Konferenz der Alzheimer's Disease International. »New horizons in dementia: Building on hope«**, London (UK) und online, Kontakt: Alzheimer's Disease International, Tel.: (+44) 20 79 81 08 80, E-Mail: events@alzint.org, Internet: www.alzint.org