Was bedeutet das Gesundheitsziel „Rund um die Geburt“ für die Hebammenarbeit?

Prof. Dr. Mechthild Groß, Hebamme

AG Hebammenwissenschaft / Hebammenstudiengang (MSc)

Medizinische Hochschule Hannover

Bundesministerium
für Gesundheit
GUTE GESUNDHEIT
Darauf kommt es an
Nationales Gesundheitsziel
Gesundheit rund um die Geburt
Kooperationsverbund gesundheitsziele.de
www.bundesgesundheitsministerium.de
gesundheitsziele.de

Gesundheitsziel „Rund um die Geburt“

- Frauenzentrierter Zugang
- An Wohlbefinden und Gesundheit ausgerichtet
- Bindung von Mutter und Kind sollen von Anfang unterstützt werden

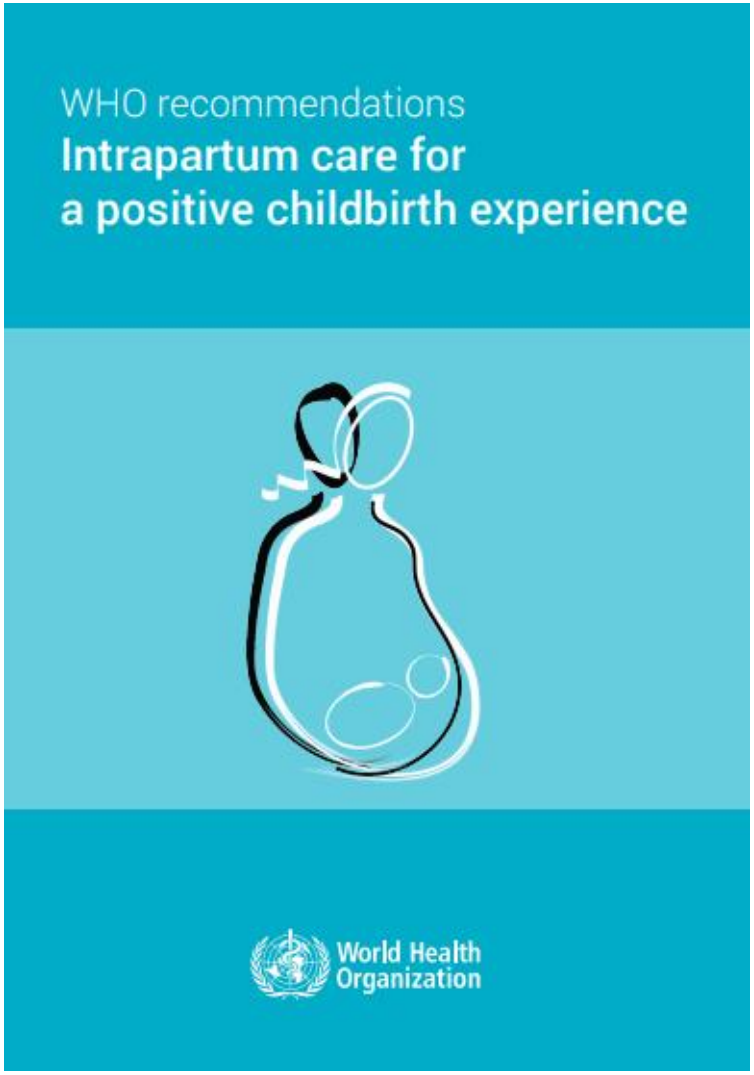
Bindung von Anfang an

Gesundheitsziel „Rund um die Geburt“

- Frauenzentrierter Zugang
- An Wohlbefinden und Gesundheit ausgerichtet
- Bindung von Mutter und Kind sollen von Anfang unterstützt werden
- Gesundheitliche Ressourcen und Potentiale fördern
- Pathologisierung vermeiden

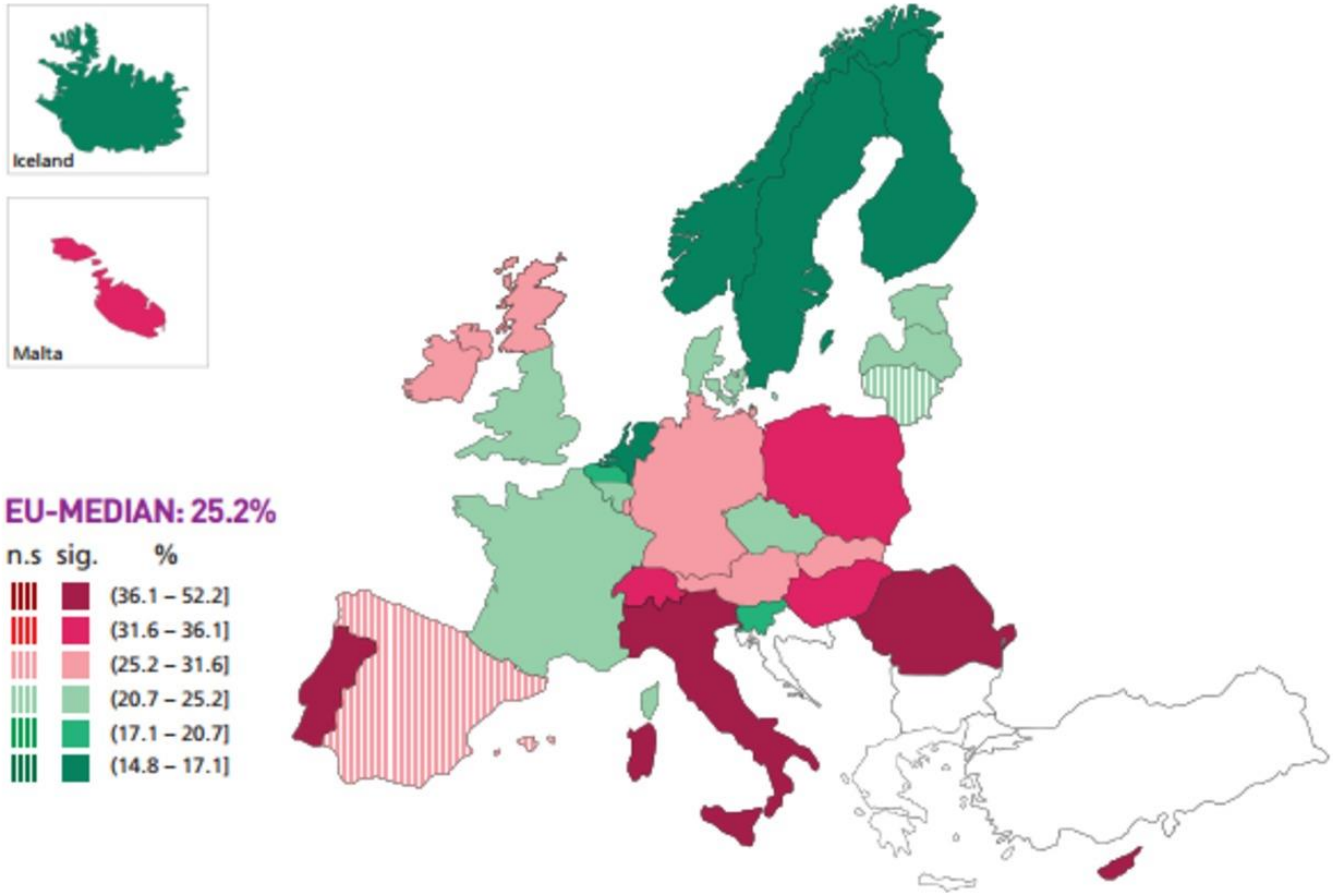
- Aber: 1:1 Betreuung während der Geburt ist noch keine Realität

WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. Geneva: World Health Organization; 2016.
WHO recommendation: Calcium supplementation during pregnancy for the prevention of pre-eclampsia and its complications. Geneva: World Health Organization; 2018.



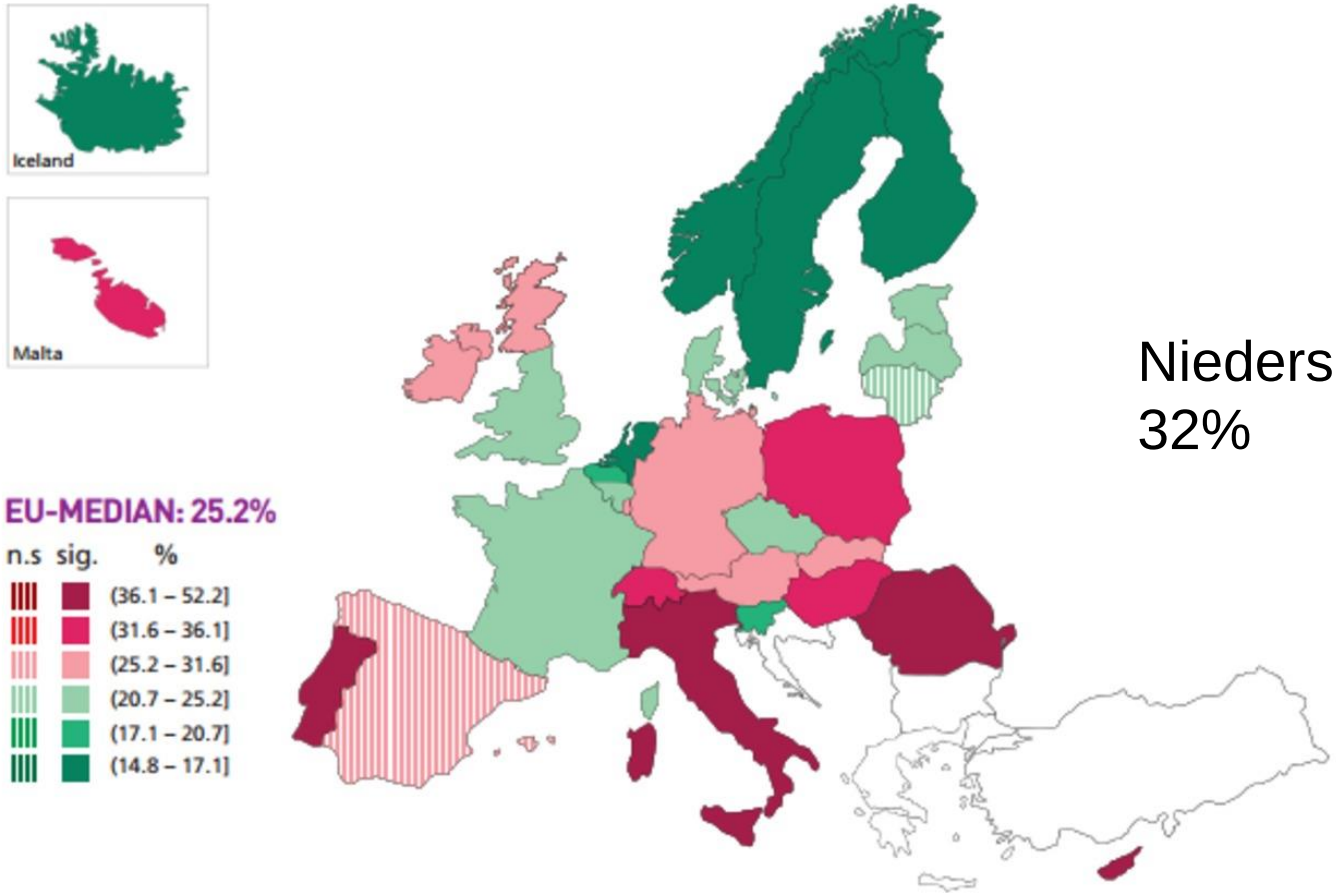
WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.

Sectioraten in Europa



EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. 2013. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010.May 2013. Available www.europeristat.com

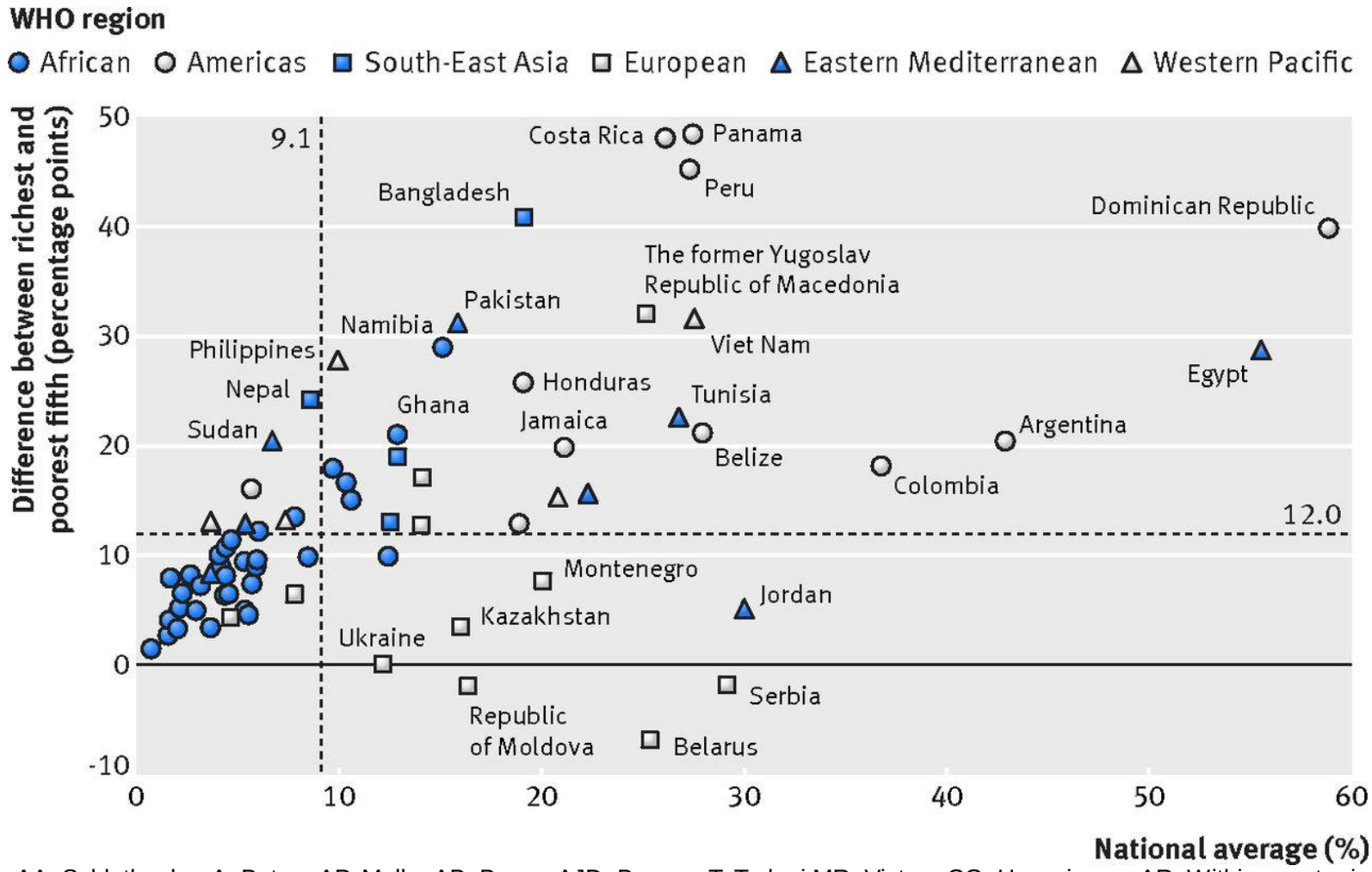
Sectioraten in Europa



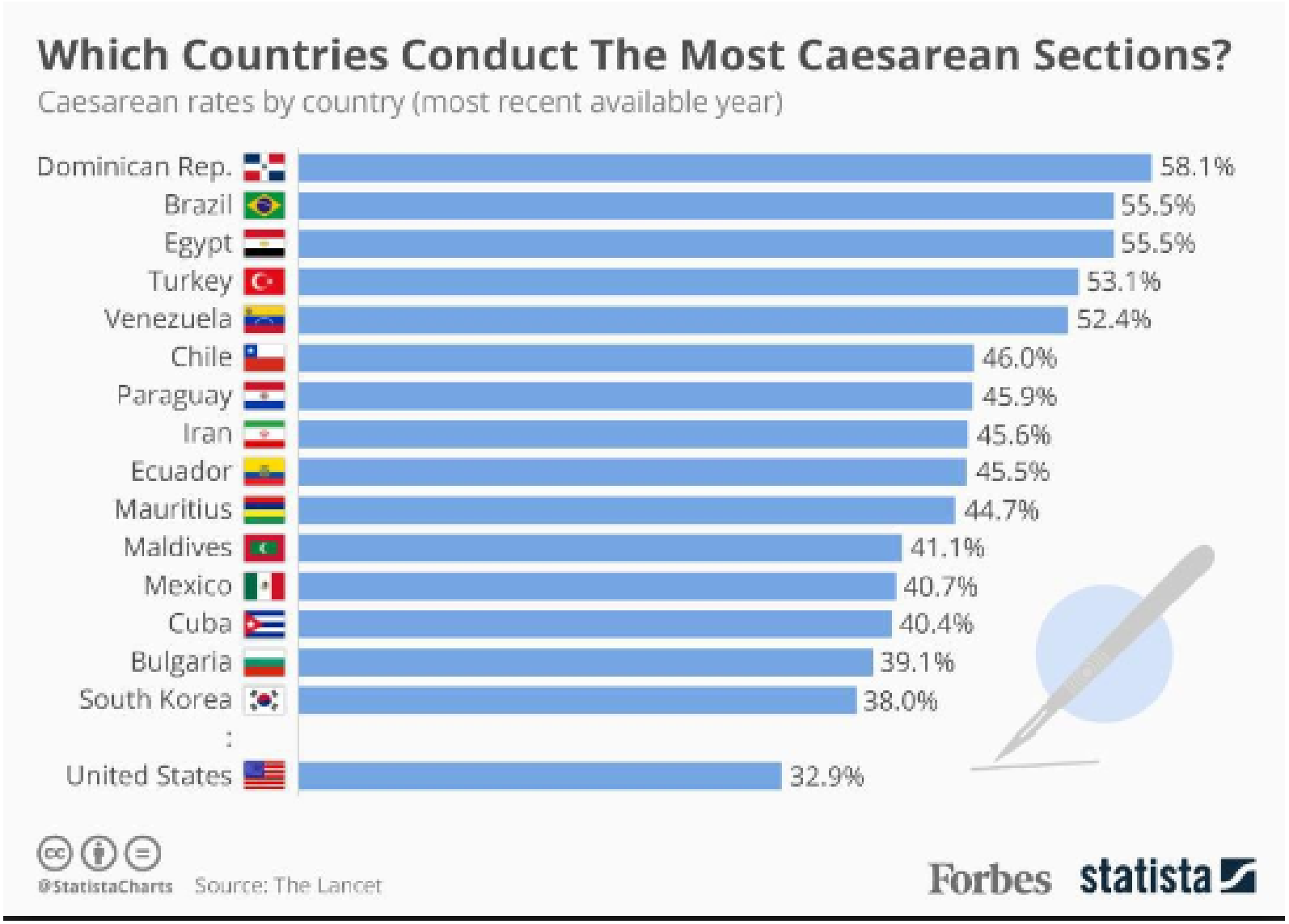
Niedersachsen 2018: 32%

EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. 2013. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010.May 2013. Available www.europeristat.com

Sectiorate in 72 Ländern mit niedrigem Einkommen



Boatin AA, Schlotheuber A, Betran AP, Moller AB, Barros AJD, Boerma T, Torloni MR, Victora CG, Hosseinpoor AR. Within country inequalities in caesarean section rates: observational study of 72 low and middle income countries. BMJ. 2018 Jan 24;360:k55. doi: 10.1136/bmj.k55.


Which Countries Conduct The Most Caesarean Sections?
Caesarean rates by country (most recent available year)
Dominican Rep. 58.1%
Brazil 55.5%
Egypt 55.5%
Turkey 53.1%
Venezuela 52.4%
Chile 46.0%
Paraguay 45.9%
Iran 45.6%
Ecuador 45.5%
Mauritius 44.7%
Maldives 41.1%
Mexico 40.7%
Cuba 40.4%
Bulgaria 39.1%
South Korea 38.0%
:
United States 32.9%
@StatistaCharts
Source: The Lancet
Forbes
statista

YOUR VOICE MATTERS - TELL THE WORLD #WHATWOMENWANT

WHAT WOMEN WANT!

WHAT WOMEN WANT

DEMANDS FOR QUALITY HEALTHCARE FOR WOMEN AND GIRLS

BMJ 2019;365:l4107 doi: 10.1136/bmj.l4107 (Published 7 June 2019)

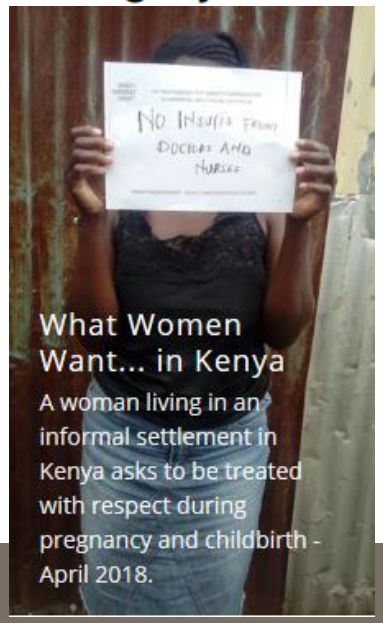
Check for updates

NEWS

Maternity services: women want respect and dignity above all else, finds global survey

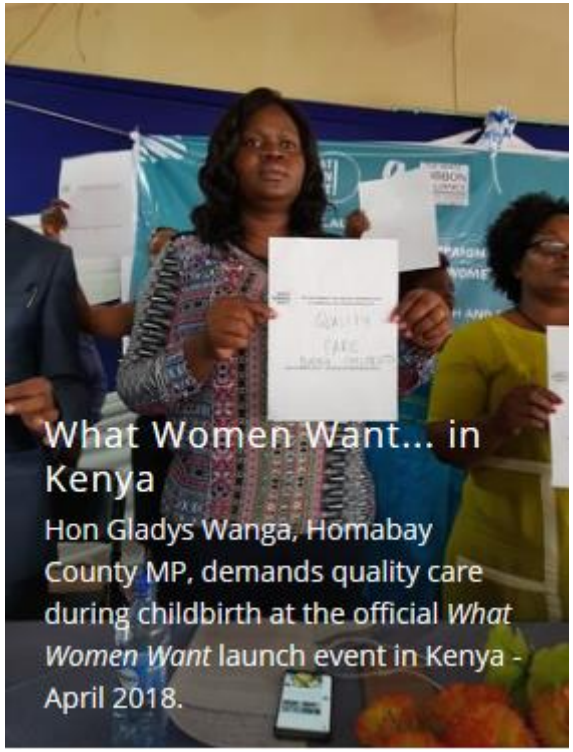
Zosia Kmietowicz

Vancouver



What Women Want... in Kenya

A woman living in an informal settlement in Kenya asks to be treated with respect during pregnancy and childbirth - April 2018.



What Women Want... in Kenya

Hon Gladys Wanga, Homabay County MP, demands quality care during childbirth at the official *What Women Want* launch event in Kenya - April 2018.

FRAMEWORK FOR ACTION

STRENGTHENING QUALITY MIDWIFERY EDUCATION

for

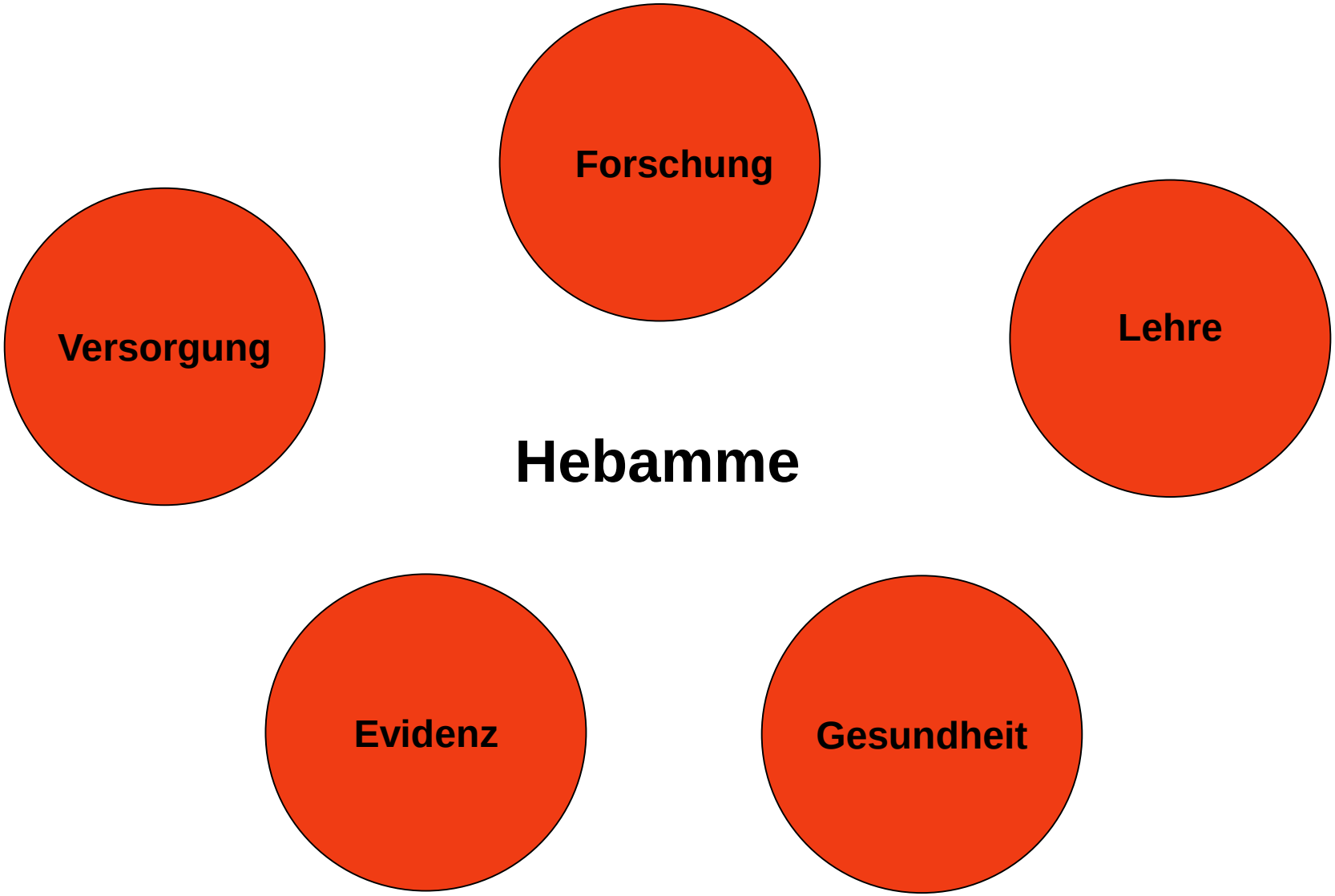
Universal Health Coverage 2030

UNFPA

unicef for every child

World Health Organization

International Confederation of Midwives


Forschung
Versorgung
Lehre
Hebamme
Evidenz
Gesundheit

Versorgung

Hebamme

Evidenz

Gesundheit

Gesundheitsgemäße Vorgänge

Gesundheitsgemäß ist der Verlauf dieser Lebensvorgänge dann, wenn weder das Leben noch die Gesundheit der Mutter oder ihres Kindes dabei bedroht wird Martin 1874: 1

Martin E 1874 Lehrbuch der Geburtshülfe für Hebammen. Stuttgart: Verlag Ferdinand Enke 3. Auflage

Gesundheitsgemäße Vorgänge

Denn die Zustände einer Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerin sind so eigenthümlicher Art, daß dieselben, wenn man sie auch keineswegs als krankhaft bezeichnen kann, doch sehr leicht bei unpassendem Verhalten in wirkliche Krankheiten übergehen, welche dann oft plötzlich sehr dringende Lebensgefahr mit sich führen. Aus diesem Grunde erscheint es gerade bei diesen an sich gesundheitsgemäßen Lebensvorgängen nothwendig, daß die Frauen von Sachkundigen berathen und abgewartet werden. Martin 1874: 2

Martin E 1874 Lehrbuch der Geburtshülfe für Hebammen. Stuttgart: Verlag Ferdinand Enke 3. Auflage

Mögliche Gratwanderung zwischen Leben und Tod

Denn die Zustände einer Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerin sind so eigenthümlicher Art, daß dieselben, wenn man sie auch keineswegs als krankhaft bezeichnen kann, doch sehr leicht bei unpassendem Verhalten in wirkliche Krankheiten übergehen, welche dann oft plötzlich sehr dringende Lebensgefahr mit sich führen. Aus diesem Grunde erscheint es gerade bei diesen an sich gesundheitsgemäßen Lebensvorgängen nothwendig, daß die Frauen von Sachkundigen berathen und abgewartet werden. Martin 1874: 2

Martin E 1874 Lehrbuch der Geburtshülfe für Hebammen. Stuttgart: Verlag Ferdinand Enke 3. Auflage

Niedersachsen 2018

Geburten:	67.153
Kinder:	68.370
Kliniken:	71
Hebamme:	99,4%

Niedersachsen 2018

Geburten:	67.153 (2013: 58.182)
Kinder:	68.370
Kliniken:	71 (2013: 81)
Hebamme:	99,4%

Das Gesunde wird immer heterogener

Das Gesunde wird immer heterogener

- Ältere Gebärende >/= 35 Jahre — Nds 2018: 23,1%
- Schwangere mit Zustand nach Sectio — Nds 2018: 15,6%
- Schwangere mit Vorerkrankungen (DM) — Nds 2018: 2,8%
- Schwangere mit schweren Erkrankungen,
  z.B. Z.n. Organtransplantation, NYHA, Dauermed.: Nds 2018: 4,3%
- Schwangere nach Sterilitätsbehandlung — Nds 2018: 2,8%
- Schwangere mit Mehrlingsgeburten — Nds 2018: 1,8%
- Familiäre Belastung — Nds 2018: 24,5%
- Jugendliche Schwangere <18 Jahren — Nds 2018: 0,5%
- Lifestylefaktoren (BMI >30) — Nds 2018: 18,6%

.....

Renfrew MJ Burns E Gross MM Symon A. Pathways to strengthening midwifery in Europe. Entre nous 2015; 81: 12-15 http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/publications/entre-nous/entre-nous/birth-in-europe-in-the-21st-century.-entre-nous-no.-81-201

Beschäftigungsfelder der Hebammen

Tab. 4: Prozentualer Anteil der Beschäftigungsfelder der Hebammen bzw. Entbindungspfleger in Niedersachsen in den Jahren 2015 und 2016 (Amtliche Jahresstatistik des öffentlichen Gesundheitsdienstes, eigene Darstellung)

Jahr	2015	2016
Hebammen überwiegend im Krankenhaus (darunter mit freiberuflicher Nebentätigkeit)	44,4 % (58,5 %)	46,7 % (58,1 %)
freiberufliche Hebammen in Vor- und Nachsorge	49,4 %	48,1 %
freiberufliche Hebammen in Vor- und Nachsorge sowie Hausgeburten	6,2 %	5,2 %
Anzahl Hebammen insgesamt	2.042*	1.997*

* Meldungen von 43 der 45 Landkreise

Freiberufliche Hebammen in Niedersachsen

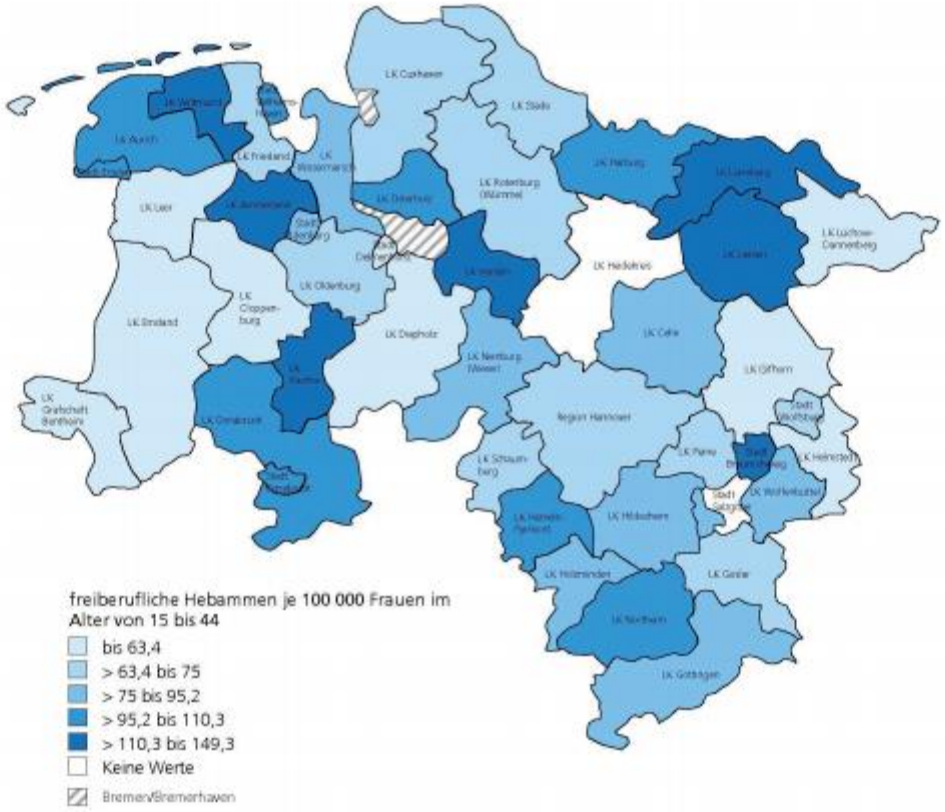


Abb. 7: Regionale Darstellung der freiberuflichen Hebammen pro 100.000 Frauen im Alter von 15 – 44 Jahren für das Jahr 2016 (Quelle: Jahresstatistik des ÖGD)

Angestellte Hebammen in Niedersachsen

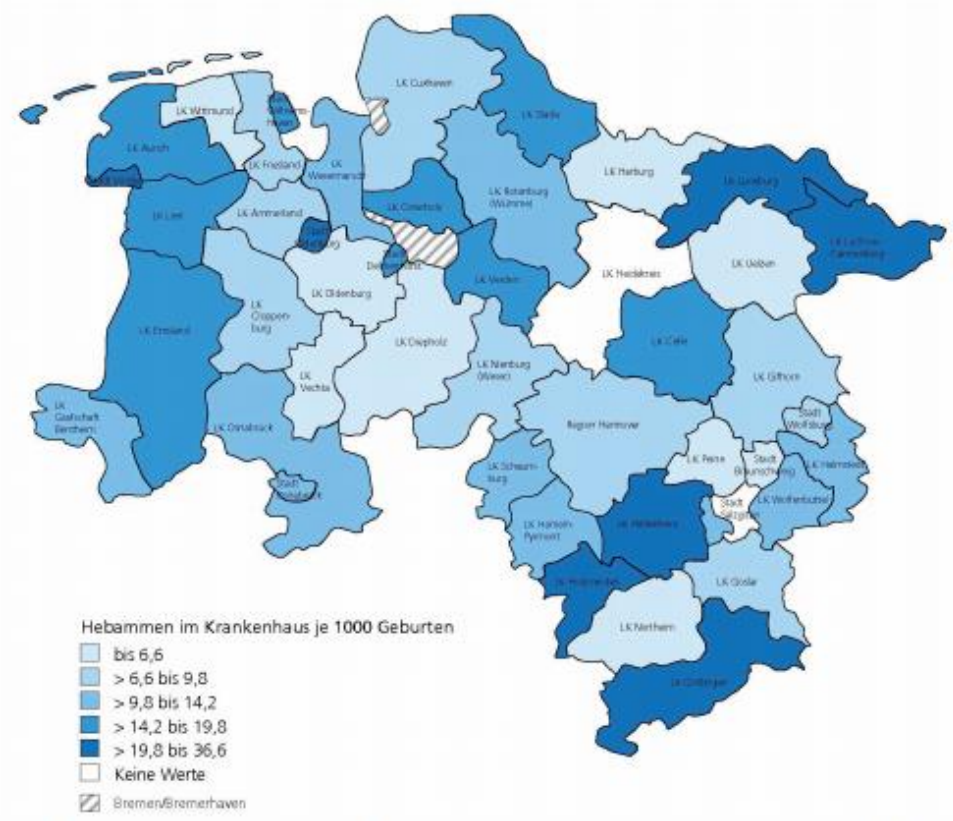
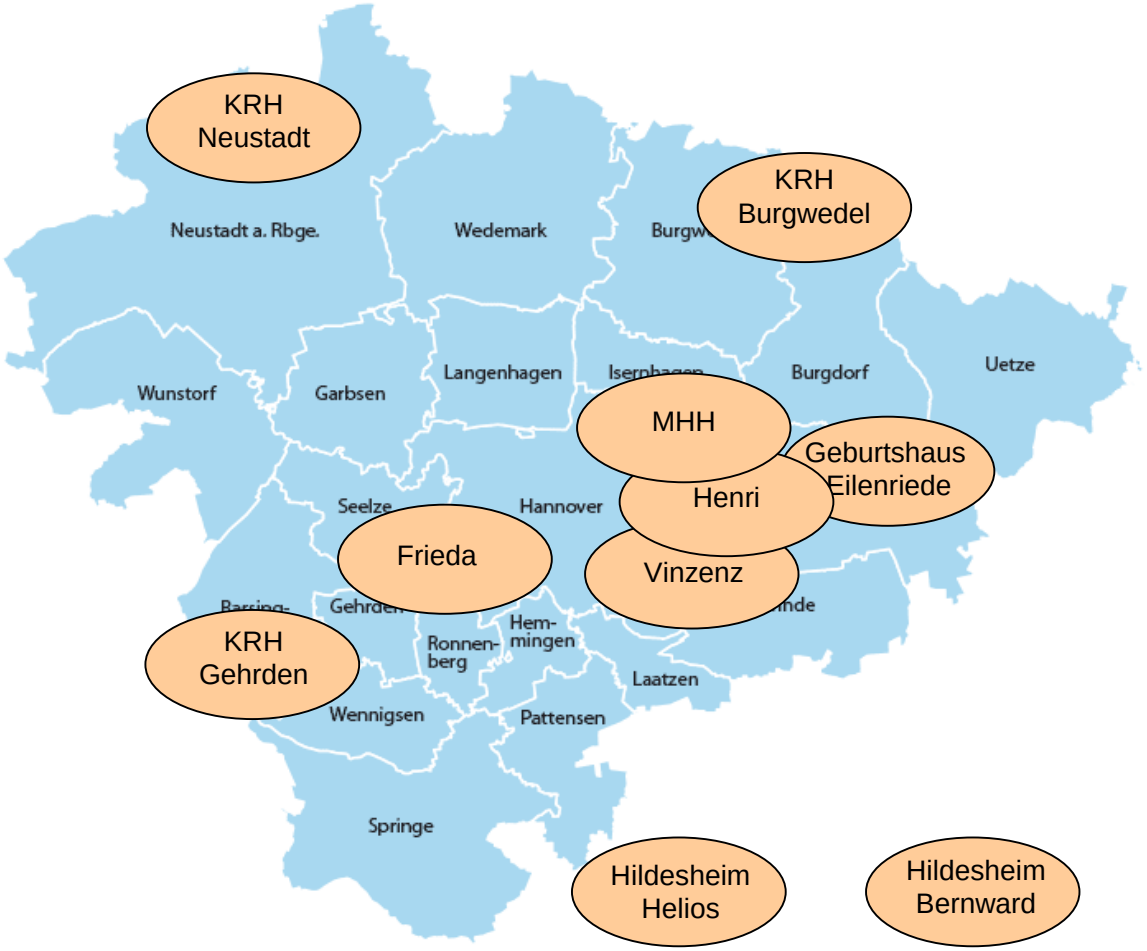


Abb. 8: Regionale Darstellung der festangestellten Hebammen im Krankenhaus pro 1.000 Geburten für das Jahr 2016 (Quelle: Jahresstatistik des ÖGD)

Hebammenversorgung in der Region Hannover

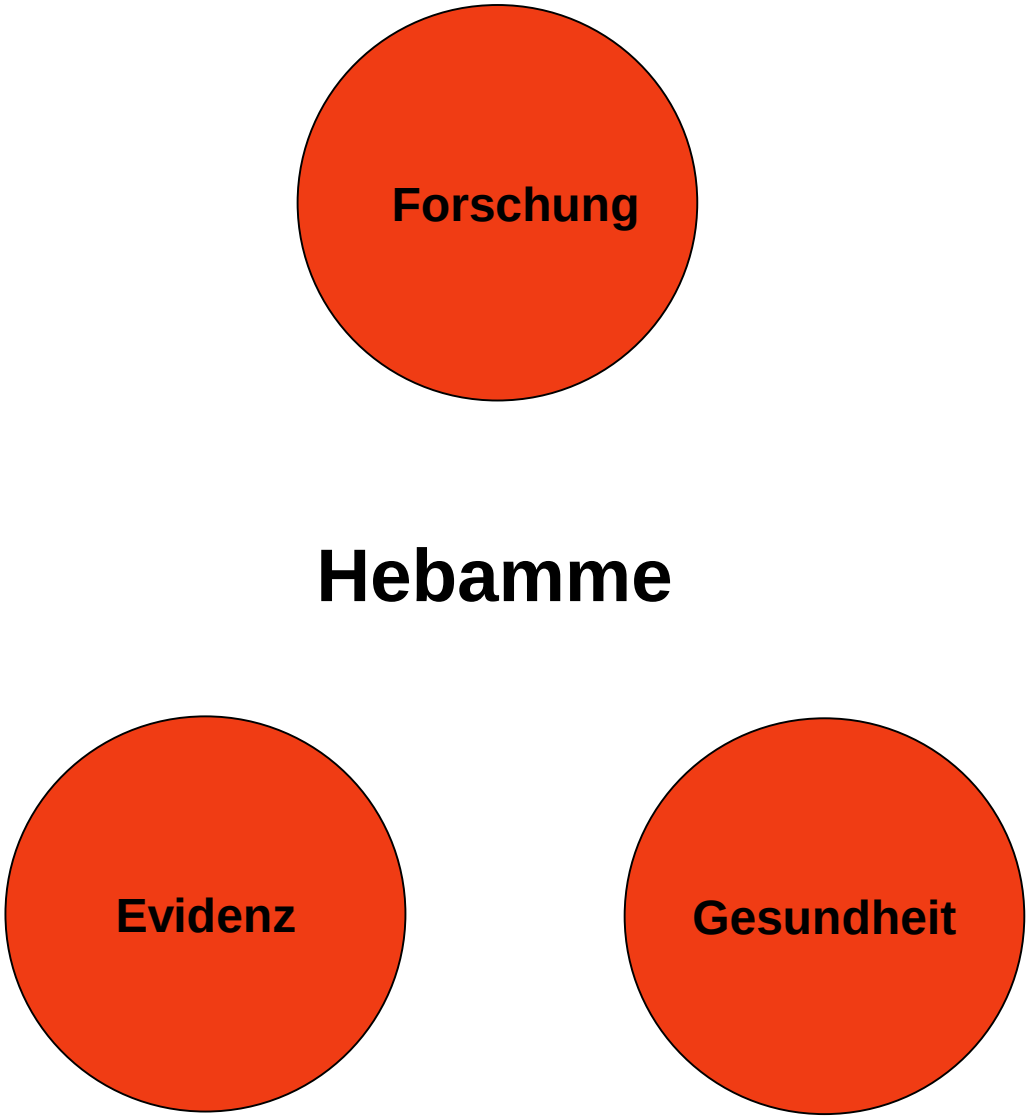


Frieda	Friederikenstift
Henri	Henriettenstift
MHH	Medizinische Hochschule Hannover
Vinzenz	Vinzenzkranken-haus

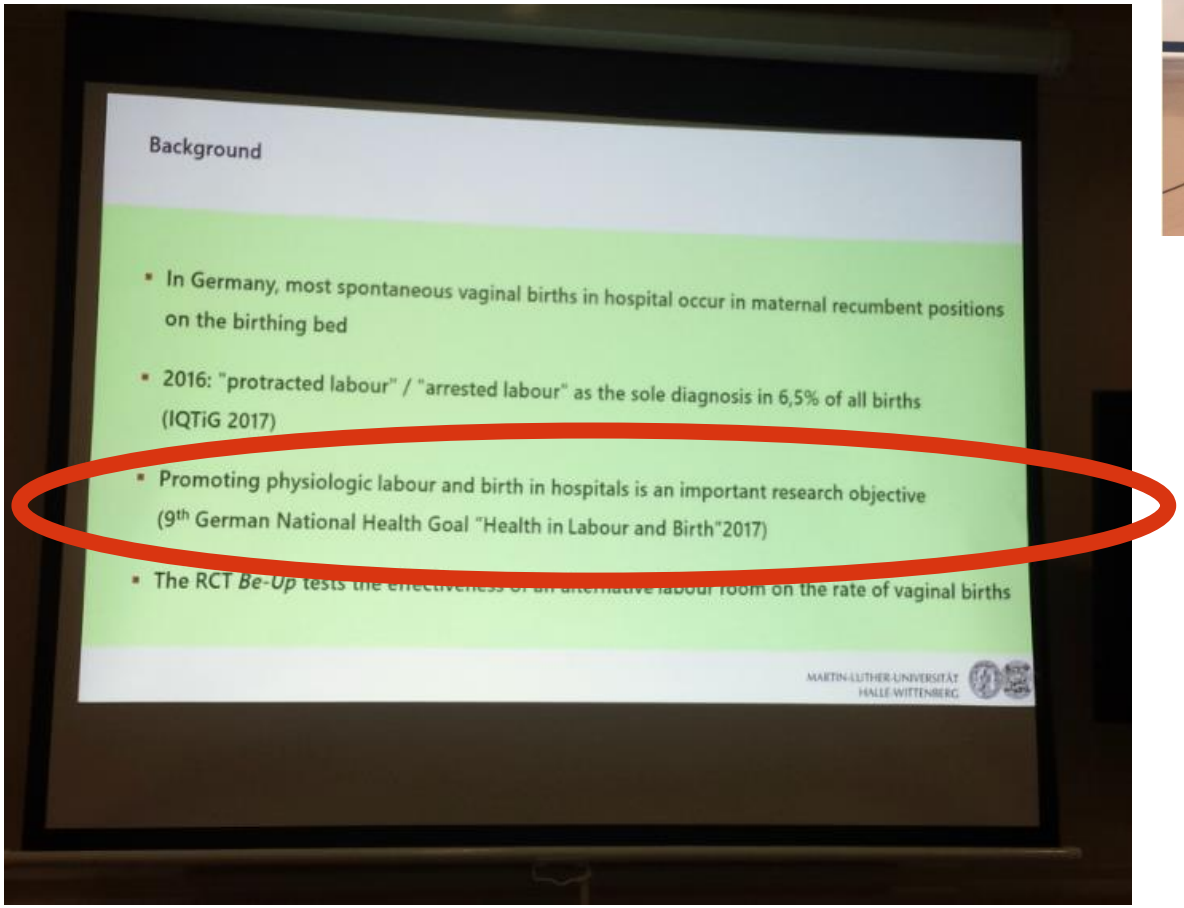
Arbeitsstrukturen von Hebammen in der Region

Beschäftigungsverhältnis	Region Hannover (Erhebung für 2016), n (%)	Studienpopulation, n (%) Scholz, 2017
Angestellt	85 (28,7%)	29 (22,5%)
Freiberuflich	156 (52,7%)	81 (62,8%)
• OHNE Geburtshilfe	142 (48,0%)	70 (54,3%)
• MIT Geburtshilfe	14 (4,7%)	11 (8,5%)
Angestellt und freiberuflich	55 (18,6%)	19 (14,7%)
Gesamt	296 (100%)	129 (100%)

Scholz G. Arbeitsstrukturen und Leistungsangebote von Hebammen in der Region Hannover.Unpublizierte Masterarbeit, Medizinische Hochschule Hannover: 2017


Forschung
Hebamme
Evidenz
Gesundheit

Aufrechte Gebärposition im wohnlichen Kreißsaal



Sabine Striebich

Cochrane Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review)

Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D

Sandall J, at al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Apr 28;4:CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.

Kontinuierliche Hebammenbetreuungsmodelle

- **15 Trials, n=17.674; Hebamme ist lead professional während Mutterschaft**

➢Caseload: Frau erhält Betreuung von einer Hebamme, die die wesentliche Bezugshebamme ist (Beleghebamme)

➢Team midwifery: Frau erhält Betreuung von einer Hebamme innerhalb eines Teams

Werden verglichen mit anderen Betreuungsmodellen:

➢Geburtshilflich geleitete Betreuung (US)

➢Shared care: lead professional changes from community to hospital

➢Hauptbetreuung durch Arzt(physician)/Facharzt

Sandall J, at al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Apr 28;4:CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.

Kontinuierliche Hebammenbetreuungsmodelle

- **Die Versorgung von (werdenden) Müttern und Kindern wird durch eine kontinuierliche Hebammenbetreuung verbessert:**

➢ weniger

Frühgeburten
Intrauterine Todesfälle
Neonatale Todesfälle
Interventionen

➢ Frauen und ihre Familien berichten von einem zufriedeneren Geburtserlebnis

Sandall J, at al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Apr 28;4:CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.

Hebammenbetreuung erhöht Spontangeburten

Study or subgroup	Midwife-led care n/N	Other models of care n/N	Risk Ratio M-H,Random,95% CI	Weight	Risk Ratio M-H,Random,95% CI
Begley 2011	761/1096	372/549		8.8 %	1.02 [0.96, 1.10]
Biro 2000	282/488	262/480		3.7 %	1.06 [0.95, 1.18]
Flint 1989	386/503	372/498		8.7 %	1.03 [0.96, 1.10]
Harvey 1996	89/105	71/97		2.2 %	1.16 [1.00, 1.34]
Homer 2001	402/593	374/601		6.4 %	1.09 [1.00, 1.18]
Kenny 1994	158/194	155/211		4.1 %	1.11 [1.00, 1.23]
MacVicar 1993	1847/2304	931/1206		25.1 %	1.04 [1.00, 1.08]
McLachlan 2012	719/1150	637/1157		9.1 %	1.14 [1.06, 1.22]
North Stafford 2000	542/770	509/735		9.6 %	1.02 [0.95, 1.09]
Tracy 2013	487/851	454/841		6.1 %	1.06 [0.97, 1.15]
Turnbull 1996	450/643	440/635		8.3 %	1.01 [0.94, 1.09]
Waldenstrom 2001	362/484	360/496		7.8 %	1.03 [0.96, 1.11]
Total (95% CI)	**9181**	**7506**		**100.0 %**	**1.05 [1.03, 1.07]**

Total events: 6485 (Midwife-led care), 4937 (Other models of care)

Heterogeneity: $Tau^2 = 0.00$; $Chi^2 = 12.16$, df = 11 (P = 0.35); $I^2 = 10\%$

Test for overall effect: Z = 4.38 (P = 0.000012)

Test for subgroup differences: Not applicable

Sandall J, at al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Apr 28;4:CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.

Hebammenbetreuung senkt Frühgeburten

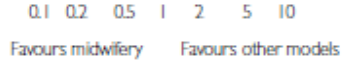
Study or subgroup	Midwife-led care n/N	Other models of care n/N	Risk Ratio M-H,Random,95% CI	Weight	Risk Ratio M-H,Random,95% CI
Begley 2011	48/1096	48/549		15.7 %	0.50 [0.34, 0.74]
Biro 2000	36/500	42/493		14.0 %	0.85 [0.55, 1.30]
MacVicar 1993	110/2304	70/1206		20.6 %	0.82 [0.61, 1.10]
McLachlan 2012	29/1150	48/1157		13.0 %	0.61 [0.39, 0.96]
Rowley 1995	52/410	54/417		17.2 %	0.98 [0.69, 1.40]
Turnbull 1996	30/643	42/635		13.0 %	0.71 [0.45, 1.11]
Waldenstrom 2001	16/486	12/500		6.4 %	1.37 [0.66, 2.87]
Total (95% CI)	**6589**	**4957**		**100.0 %**	**0.77 [0.62, 0.94]**

Total events: 321 (Midwife-led care), 316 (Other models of care)

Heterogeneity: $Tau^2 = 0.03$; $Chi^2 = 10.42$, df = 6 (P = 0.11); $I^2 = 42\%$

Test for overall effect: Z = 2.52 (P = 0.012)

Test for subgroup differences: Not applicable



Sandall J, at al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Apr 28;4:CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.

Hebammenbetreuung senkt Frühgeburten

Health systems interventions for preterm birth prevention	Risk factor	Main comparison	Perinatal death	Preterm birth
Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy (Dowswell 2015)	Women at low risk of developing pregnancy or labour complications	Reduced visits vs standard antenatal care	—	=
Group versus conventional antenatal care for women (Catling 2015)	All pregnant women	Group vs individual antenatal care	?	+
Incentives for increasing prenatal care use by women in order to improve maternal and neonatal outcomes (Till 2015)	All pregnant women	Incentive vs no incentive	Not reported	Not reported
Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Sandall 2016)	All pregnant women	Midwife-led vs other models of care	✓	✓
Specialised antenatal clinics for women with a multiple pregnancy for improving maternal and infant outcomes (Dodd 2015b)	Multiple pregnancy	Specialised antenatal clinic vs standard antenatal care	?	Not reported

Medley N, Vogel JP, Care A, Alfirevic Z. Interventions during pregnancy to prevent preterm birth: an overview of Cochrane systematic reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Nov 14;11:CD012505. doi: 10.1002/14651858.CD012505.pub2.

Gezielte Unterstützung für Frauen mit Risiko für Frühgeburt

Zervixchirurgie (z.B. Konisation)

Uterusfehlbildung (uterus bicornis)

Z.n. nach Zervixverkürzung oder <25mm Zervix

Z.n. Cerclage

Z.n. vorzeitigem Blasensprung <37 SSW

Eine oder mehrere späte Fehlgeburten (>14 SSW)

Raucherinnen zum Beginn der Schwangerschaft

Fernandez Turienzo C, Bick D, Bollard M, Brigante L, Briley A, Coxon K, Cross P, Healey A, Mehta M, Melaugh A, Moulla J, Seed PT, Shennan AH, Singh C, Tribe RM, Sandall J. POPPIE: protocol for a randomised controlled pilot trial of continuity of midwifery care for women at increased risk of preterm birth. Trials. 2019 May 14;20(1):271. doi: 10.1186/s13063-019-3352-1.

Hebammenarbeit im gesellschaftlichen Wandel

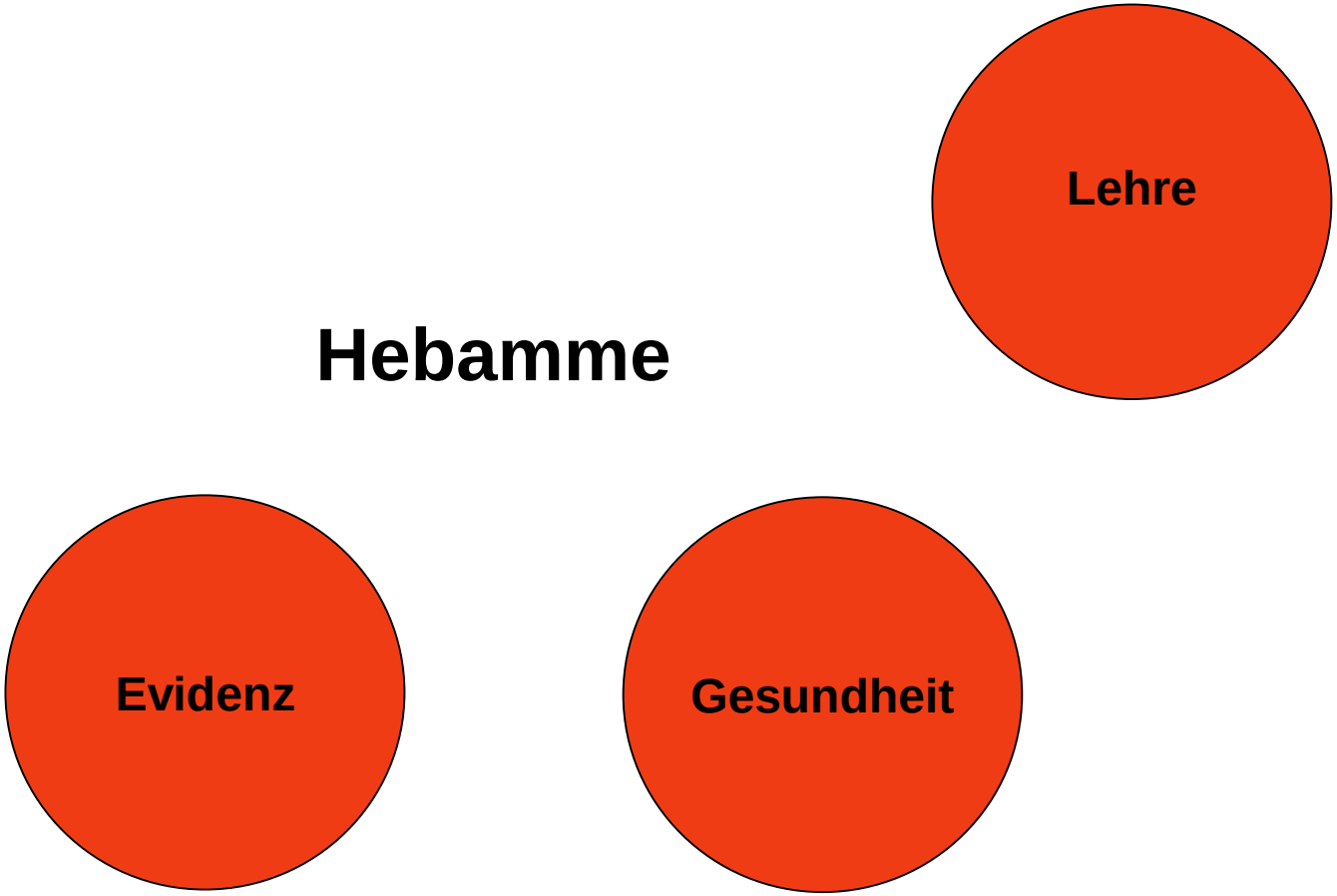
Mobilität und Arbeitsmigration

Interkulturelle Migration bringt Klientelvielfalt

Demografischer Wandel

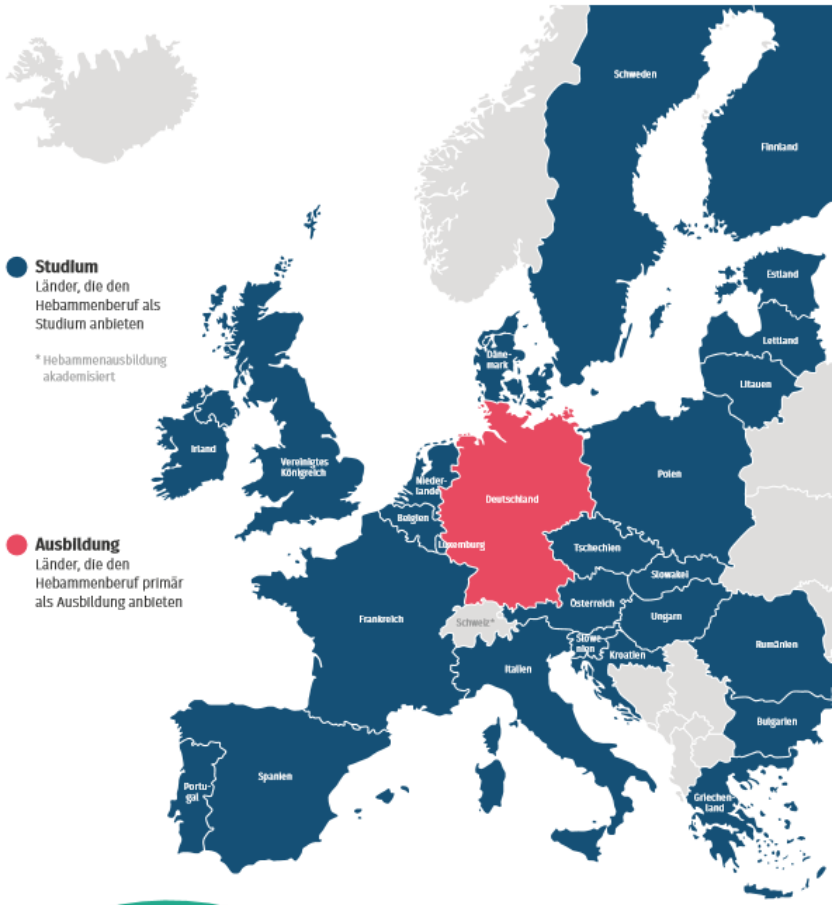
Gesundheitsbildung:

Klientelvielfalt, Lifestyle, Elternschule


Lehre
Hebamme
Evidenz
Gesundheit

STATUS DER AKADEMISIERUNG DER HEBAMMENAUSBILDUNG IN DER EUROPÄISCHEN UNION

Deutscher **Hebammen** Verband



https://www.hebammenverband.de/beruf-hebamme/akademisierung/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1547473414&hash=335096966ffc44cb72509ba45068006ec98b2b4f&file=/fileadmin/user_upload/pdf/Bildungspolitik/Ausbildungsmappe/Text_2_2018-06-15_DHV_Infomappe-Hebammenausbildung_Akademisierung.pdf
Access Oct 15th 2018

RICHTLINIE 2013/55/EU DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES

vom 20. November 2013

zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung“)

(Text von Bedeutung für den EWR)

EU-Direktive 2005:

(3) Die Ausbildung der Hebamme gewährleistet, dass die betreffende Person die folgenden Kenntnisse und Fähigkeiten erwirbt:

a) angemessene Kenntnisse in den Wissenschaften, auf denen die Tätigkeiten der Hebamme beruhen, insbesondere der Geburtshilfe und der Frauenheilkunde;

b) angemessene Kenntnisse der Berufsethik und des Berufsrechts;

c) vertiefte Kenntnisse der biologischen Funktion, der Anatomie und der Physiologie auf den Gebieten der Geburtshilfe und der perinatalen Medizin, sowie Kenntnisse über die Einflüsse der physischen und sozialen Umwelt auf die Gesundheit des Menschen und über sein Verhalten;

d) angemessene klinische Erfahrung, die unter der Aufsicht von auf dem Gebiet der Geburtshilfe qualifiziertem Personal und in anerkannten Einrichtungen erworben wird;

e) das erforderliche Verständnis für die Ausbildung des Personals des Gesundheitswesens und Erfahrung in der Zusammenarbeit mit diesem Personal.

„(3) Die Ausbildung der Hebamme muss sicherstellen, dass der betreffende Berufsangehörige folgende Kenntnisse und Fähigkeiten erwirbt:

a) genaue Kenntnisse der Wissenschaften, auf denen die Tätigkeiten der Hebamme beruhen, insbesondere der Geburtshilfe und der Frauenheilkunde;

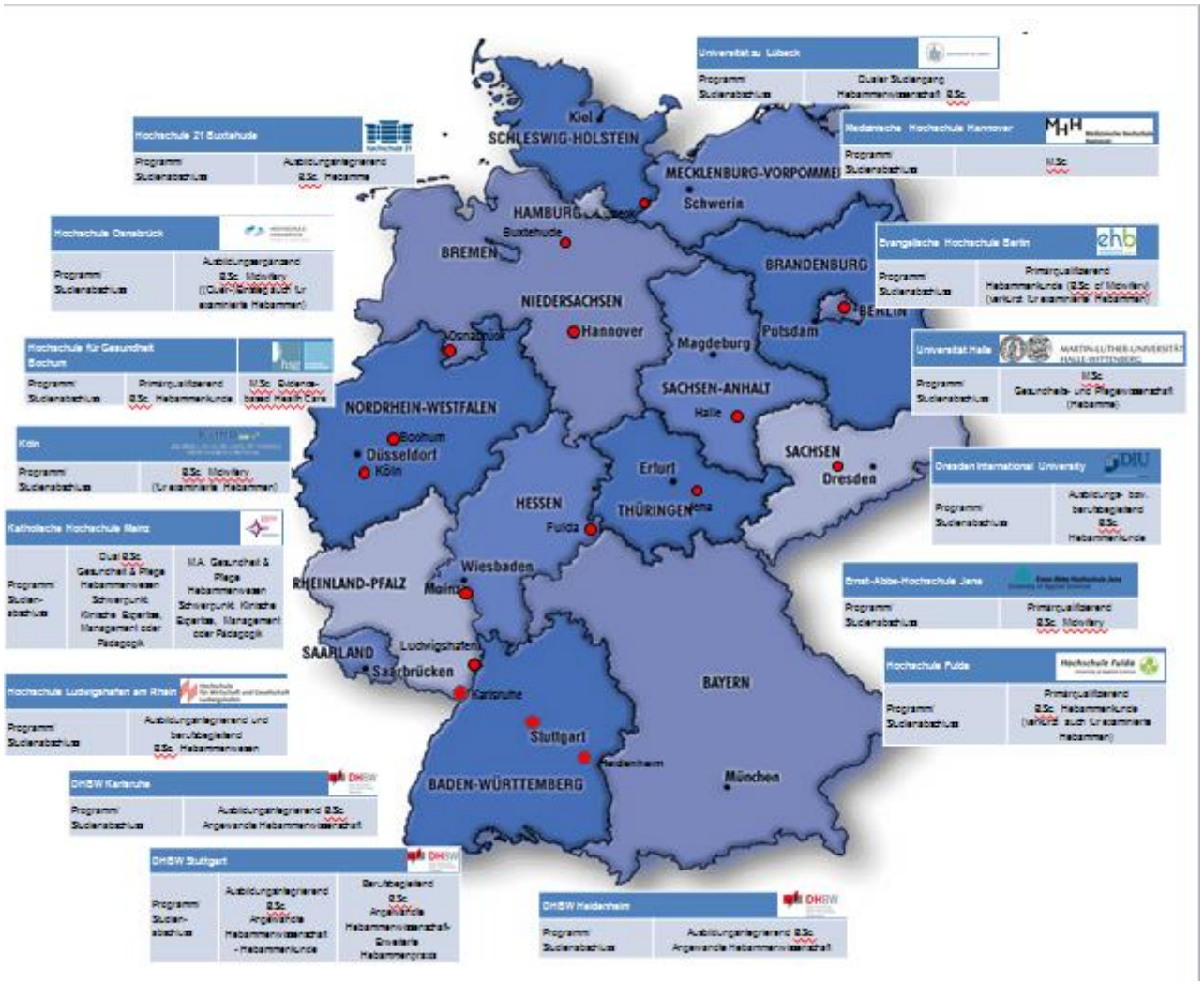
b) angemessene Kenntnisse der Berufsethik und der Rechtsvorschriften, die für die Ausübung des Berufs einschlägig sind;

c) angemessene Kenntnisse der Allgemeinmedizin (biologische Funktionen, Anatomie und Physiologie) und der Pharmakologie auf den Gebieten der Geburtshilfe und der perinatalen Medizin, sowie Kenntnisse über den Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und der physischen und sozialen Umwelt des Menschen und über sein Verhalten;

Akademisierung der Hebammenausbildung: Warum?

- EU-Änderungsrichtlinie 2013/55/EU mit Umsetzungsverpflichtung in nationales Recht bis 1/2020
- Öffnung des tertiären Bildungsweges: primärqualifizierend
- HebRefG in Revision
- HebAPrV in Revision

Hochschulstandorte mit hebammenspezifischem Angebot



Deutscher Bundestag - Vorliegen | Deutscher Bundestag - Vorliegen

https://www.bundestag.de/ausschuesse/a14/anhoerungen/stellungnahmen-inhalt-644396

Gebärdensprache UT | Leichte Sprache

Deutscher Bundestag

Ausschüsse

Startseite ▸ Ausschüsse ▸ Gesundheit ▸ Öffentliche Anhörungen ▸

Vorliegende Stellungnahmen von geladenen Sachverständigen

- Bundesärztekammer (BÄK)
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- Deutscher Caritasverband e. V. (DCV)
- Deutscher Hebammenverband e. V. (DHV)
- Deutscher Hebammenverband e. V. (DHV)_ergänzend
- Wissenschaftsrat (WR)
- Einzelsachverständige Prof. Lesley Page CBE

Startseite ▸ Ausschüsse ▸ Gesundheit ▸ Öffentliche Anhörungen ▸

Bundesministerium für Gesundheit

Kontakt

Ministerium Them

Sie sind hier: Service > Hebammenreformgesetz

Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung (Heb HebRefG)

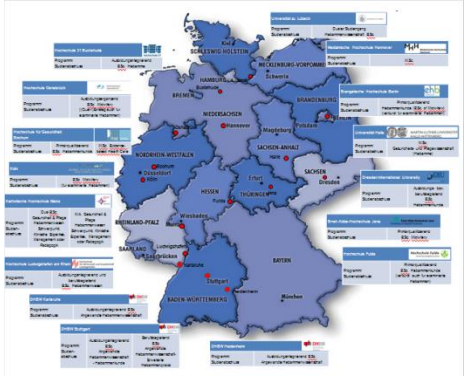
Die Hebammenausbildung soll attraktiver und moderner werden. Das ist das Z
Am 6. Juni 2019 wurde über das Gesetz im Deutschen Bundestag in erster Lesu

Hebammen helfen bei einem guten Start ins Lebe
Sie leisten damit eine unverzichtbare Arbeit. Künf
werden sie in einem dualen Studium auf die
wachsenden Anforderungen in der Geburtshilfe
vorbereitet. Praxis und Theorie sollen dabei
gleichermaßen vermittelt werden. Mit dieser Refo
machen wir die Hebammenausbildung moderner
und attraktiver.

Grundlagen für die Konzeption der Studiengänge

- Hebammenspezifische Konzepte entwickeln
  - Bestehende Erfahrungen nutzen: Bochum, Lübeck
  - Interprofessionelles Studium wird inkludiert
  - Bestehende Netzwerke nutzen
- Nachhaltig planen heisst transgenerativ denken
- Mutterschaft mit zwei unabhängigen Professionen schützen
- Einen guten Start ermöglichen: Angemessene Ausstattung!
- Institutionelle Übergänge pragmatisch klären

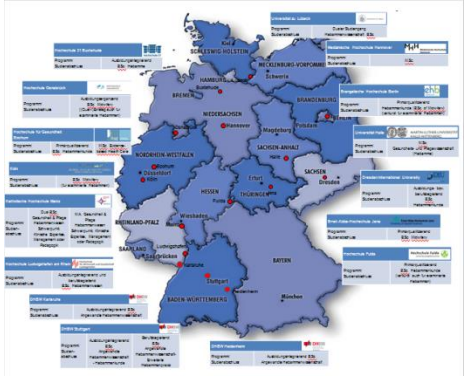
Institutionelle Übergänge



- Von den Besten lernen!
- Hebammenschulen in Niedersachsen

  BS, Celle, GÖ, Hameln, H, HI, Lingen, Oldenburg, OS, Salzgitter
- Ministerielle Übergänge

Institutionelle Übergänge

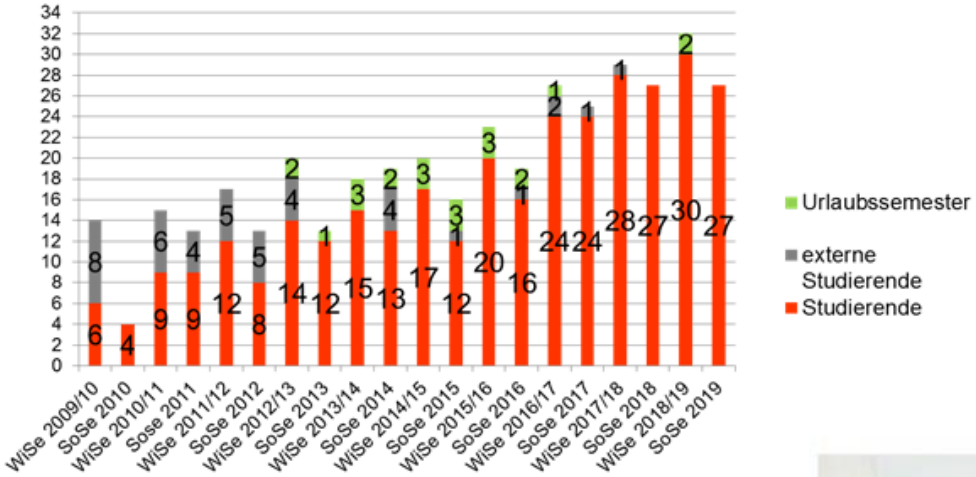


- Von den Besten lernen!
- Hebammenschulen in Niedersachsen

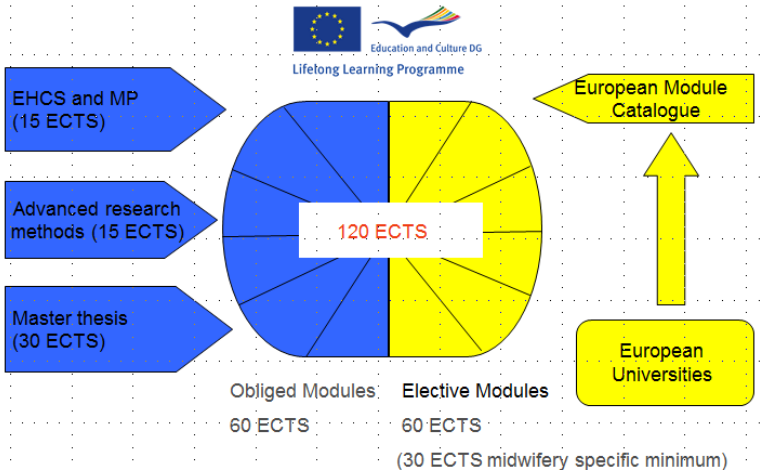
  BS, Celle, GÖ, Hameln, H, HI, Lingen, Oldenburg, OS, Salzgitter
- Ministerielle Übergänge

10/2017: Trägerübergreifender Kooperationsvertrag über die praktische und theoretische Ausbildung von Hebammenschülerinnen in Hannover

Masterstudiengang Hebammenwissenschaft



4 Semester
120 ECTS
Englisch/Deutsch
Online
Gebühren



Forschung

Versorgung

Lehre

Hebammenwissenschaft
=
Individualwissenschaft

Evidenz

Gesundheit

Frauen ohne Zugang zum Studium bis Anfang 20. Jh.

YOUR VOICE MATTERS - TELL THE WORLD #WHATWOMENWANT

WHAT WOMEN WANT

WHAT WOMEN WANT

DEMANDS FOR QUALITY HEALTHCARE FOR WOMEN AND GIRLS

BMJ 2019;365:l4107 doi: 10.1136/bmj.l4107 (Published 7 June 2019)

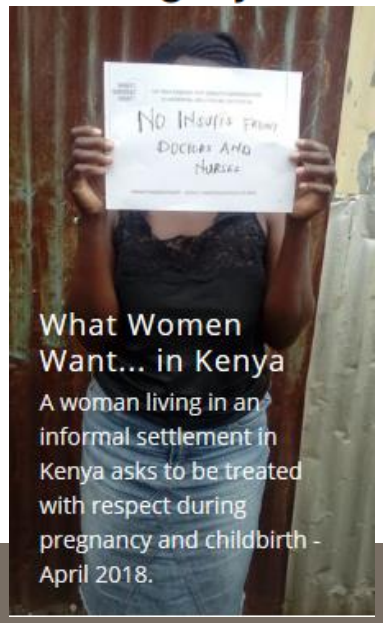
Check for updates

NEWS

Maternity services: women want respect and dignity above all else, finds global survey

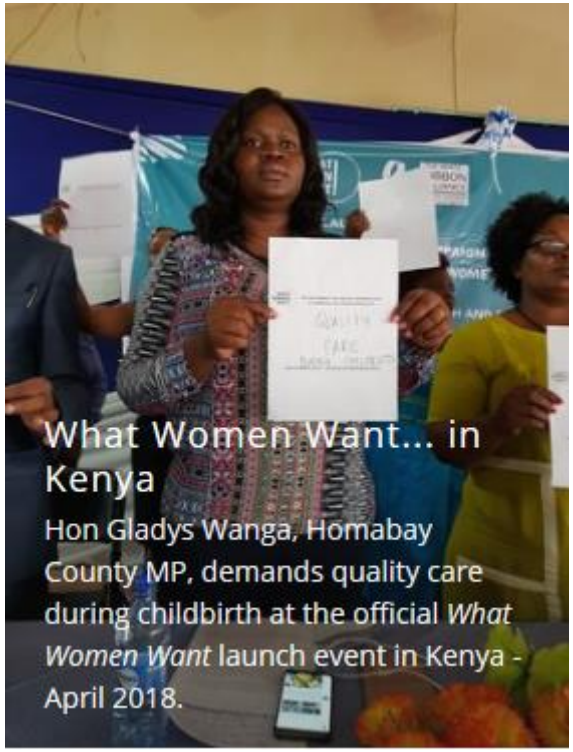
Zosia Kmietowicz

Vancouver



What Women Want... in Kenya

A woman living in an informal settlement in Kenya asks to be treated with respect during pregnancy and childbirth - April 2018.



What Women Want... in Kenya

Hon Gladys Wanga, Homabay County MP, demands quality care during childbirth at the official *What Women Want* launch event in Kenya - April 2018.

Vielen Dank