

ZEITSCHRIFT FÜR HEBAMMENWISSENSCHAFT

Journal of Midwifery Science

Themen:

- ◆ 3. Internationale Fachtagung der DGHWi: Programm
- ◆ Einfluss des Geburtserlebens auf die subjektive Gesundheitseinschätzung von Frauen
- ◆ Stellungnahme zur Situation der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein
- ◆ Stellungnahme zur S1 Leitlinie „Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung“
- ◆ Stellungnahmen zu den „Mutterschafts-Richtlinien“ und "Kinder-Richtlinien"
- ◆ Cochrane Reviews: Übersetzungen der Abstracts

Kategorien

Editorial	33
Aktuelles	34
Originalartikel	40
Stellungnahmen	46
Reviews	62
Junges Forum	65
Bekanntmachungen	72
Termine	72

Ziele der DGHWi

- sie fördert Hebammenwissenschaft in der Forschung
- sie unterstützt den wissenschaftlichen Diskurs in der Disziplin
- sie gewährleistet wissenschaftstheoretischen und methodologischen Pluralismus
- sie stellt Forschungsergebnisse der Allgemeinheit zur Verfügung
- sie bezieht Stellung zu wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Themen
- sie fördert die Anwendung von Hebammenforschung in Praxis und Lehre
- sie führt wissenschaftliche Tagungen durch

Inhaltsverzeichnis

Editorial	
Editorial	33
Aktuelles	
Vorstandswahlen	34
3. Internationale Fachtagung der DGHWi	36
Bericht der Sektion Schwangerenvorsorge	38
Zugang zur Cochrane-Datenbank	39
Originalartikel	
Einfluss des Geburtserlebens auf die subjektive Gesundheitseinschätzung von Frauen	40
Stellungnahmen	
Stellungnahme zur Situation der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein	46
Stellungnahme zur S1 Leitlinie „Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung“	51
Stellungnahme zu Änderung der „Mutterschafts-Richtlinien“	57
Anregungen unserer Fachgesellschaft finden Beachtung im Beschluss des G-BA	59
Stellungnahme zu den "Kinder-Richtlinien"	60
Reviews	
Prophylaktische Oxytocin-Gabe in der Nachgeburtsphase zur Vermeidung einer postpartalen Blutung	62
Kontinuierliche unterstützende Betreuung für Frauen während des Geburtsprozesses	64
Junges Forum	
Kurzartikel und Abstracts von Bachelorarbeiten	65
Bekanntmachungen	
Neue Mitglieder des erweiterten Reviewboard	72
Termine	
Mitgliederversammlung, Tagungen	72
Vorstand: Kontaktangaben	73
Impressum	73

Liebe Leserin, lieber Leser,

Evidenzbasierung in der Geburtshilfe, Akademisierung von Hebammen, Hebammenwissenschaft – Worte, die vielen Praktikerinnen und Praktikern Sorgen bereiten. Zu groß ist die Angst, dass der Blick für die individuelle Frau während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit verloren geht und ein empathisches Begleiten derselben nicht mehr möglich wird. Woher rührt diese Angst? Ist es möglich, dass Akademikerinnen und Akademiker die Wissenschaft im geburtshilflichen Kontext bisher so stark auf Laborsituationen begrenzt und damit ein wenig empathisches Bild wissenschaftlichen, geburtshilflichen Handelns geprägt haben? Diese Sichtweise würde nicht nur bedeuten, dass Wissenschaft empathisches Handeln nahezu ausschließt, sondern auch, dass der Fokus der Wissenschaft den individuellen Menschen nur am Rande berührt.

Das Motto der 3. Internationalen DGHWi Fachtagung am 12.2.2016 in Fulda "Hebammenforschung – Frauen im Fokus" greift diese Gedanken auf und drückt aus, worauf die Hebammenwissenschaft abzielt. Key note speaker wird Prof'in Emeritus Dr. Ellen Hodnett sein, eine Wissenschaftlerin, die in vielen Forschungsarbeiten die Bedürfnisse von Frauen aufgegriffen und das Outcome der Bedürfnisbefriedigung berechnet hat. Ihre Arbeiten "Alternative versus Conventional Institutional Settings for Birth" (2012) oder "Continuous Support for Women during Childbirth" (2013), zeigen, dass die Befriedigung der Bedürfnisse, selbstbestimmt zu handeln und nicht allein gelassen zu werden, zu weniger medizinischen Interventionen und einer größeren Zufriedenheit der Frauen führen. Es sind Arbeiten, die hierzulande in der Diskussion um die Senkung hoher Kaiserschnittraten immer häufiger zitiert werden; Arbeiten, die auch zeigen, wie wichtig Hebammenforschung ist. Denn Hebammen fragen anders. Sie nehmen in ihrem Wissenschaftsverständnis die Frauen in den Fokus – nicht ohne ein gewisses Maß an Empathie erkennen zu lassen, das nötig ist, um sich den spezifischen Fragestellungen zu widmen. Themen, wie "Öffentliche Reaktionen auf Frauen, die von ihrer Abtreibung berichten" oder "Effektive Interventionen zur Stärkung des Kohärenzgefühls", die beispielsweise in diesem Jahr im Rahmen von Bachelorarbeiten behandelt wurden, wären wohl kaum Themen, denen sich die herkömmliche Medizin widmen würde. Ich freue mich, dass der Wissenskörper der Hebammenwissenschaft mit der zunehmenden Anzahl an Qualifikationsarbeiten auf den unterschiedlichen Ebenen wächst. In diesem Jahr haben erstmals auch Absolventinnen der Hochschule Ludwigshafen am Rhein mit ihren Bachelorarbeiten dazu beigetragen.

Auch die Anzahl der Hebammenprofessorinnen nimmt zu. Unser Mitgliedsregister verzeichnet mittlerweile zwölf Professorinnen für Hebammenwissenschaft/-kunde, die an unterschiedlichen Standorten in Deutschland dafür Sorge tragen, dass sich die Hebammenwissenschaft manifestiert und weiterentwickelt. Ganz besonders stolz sind wir auf die erste Universitätsprofessorin in unseren Reihen. Gleichzeitig steht eine Reihe von Hebammen unmittelbar vor dem Ende ihres Promotionsvorhabens, so dass die Anzahl der Professorinnen im nächsten Jahr sicher steigen wird: Kolleginnen, die im Rahmen ihrer Professur nicht nur in der Lehre und Forschung tätig sind/sein werden, sondern auch in nationalen Gremien zu gesundheitspolitischen Fragen und der Versorgungssituation von Frauen in der Lebensphase von Schwanger-

schaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit zu finden sind.

Das Thema geburtshilfliche Leitlinien beschäftigt uns nach wie vor, insbesondere die modifizierte Leitlinie zur Terminüberschreitung und Übertragung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). In den Anfängen war die DGHWi an der Überarbeitung der Leitlinie beteiligt.

Bedauerlicherweise gab es aber schon sehr früh keine Einigung zwischen der DGHWi und der bestehenden Leitliniengruppe hinsichtlich des strukturellen Vorgehens und der zu überarbeitenden Inhalte, weshalb sich die DGHWi nach kurzer Zeit wieder aus dem Vorhaben zurückzog. Damit die Perspektive der DGHWi dennoch zum Ausdruck kommt, hat die Sektion Schwangerenvorsorge nun eine Stellungnahme zur modifizierten Leitlinie verfasst. Nicht zuletzt auch, weil gerade diese Leitlinie sowohl bei Hebammen als auch bei Ärztinnen und Ärzten in der Praxis besondere Beachtung findet.

Die diesjährige Aufnahme der DGHWi in die Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) hat dazu geführt, dass die wissenschaftliche Expertise von Hebammen in der Entwicklung geburtshilflicher Leitlinien zunehmend gefragt ist. Die S3 Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin, die unter Koordination der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und unserer Gesellschaft entwickelt wird, sowie die Mitgliedschaft unserer Gesellschaft in der Steuergruppe der S3 Leitlinie Kaiserschnitt, dürfen hierfür als deutliches Signal bewertet werden. Allerdings muss in diesem Zusammenhang bemerkt werden, dass man sich in den Absprachen um Zeitplan und Aufgabengebiete sowie zu den Zuständigkeiten in der Koordination erst noch finden muss. Dies ist sicher der Grund, warum Sie als Mitglieder bisher nur am Rande über die Leitlinien und deren Fortgang informiert wurden. Ich hoffe, diese ausführliche Information auf der 10. Mitgliederversammlung am 11. Februar 2016 in Fulda, einen Tag vor der 3. Internationalen Fachtagung nachholen zu können.

Um die Anfragen zur Mitarbeit in der Leitlinienentwicklung besser steuern zu können, bedarf es einer/eines Leitlinienbeauftragten, die wir bislang bedauerlicherweise nicht finden konnten. Ich bin aber zuversichtlich, dass dies noch passiert. Die Übernahme eines derartigen Amtes hilft uns innerhalb der AWMF, besser agieren und uns gegenüber anderen Fachgesellschaften positionieren zu können.

Liebe Leserin, lieber Leser, vor Ihnen liegt die sechste Ausgabe der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft. Gleichzeitig werden mit dieser Ausgabe erstmalig in ihr veröffentlichte Originalarbeiten über German Medical Science auch online publiziert. Ich hoffe, dass zukünftig zahlreiche Originalarbeiten von Hebammen wie auch von Angehörigen der Bezugswissenschaften eingehen werden, um diese Chance der Wissensverbreitung auch über die Grenzen Deutschlands hinaus zu nutzen.

Prof. Dr. Rainhild Schäfers, Vorsitzende



Amt der Vorsitzenden steht zur Wahl

Acht Jahre Vorstandsarbeit liegen im Februar 2016 hinter mir. Die ersten vier als Schatzmeisterin, die zweiten vier als Vorsitzende. Während dieser Zeit hat sich viel bewegt. Gegründet wurde die DGHWi im Jahr 2008 unter anderem mit dem Ziel eigene Leitlinien erstellen zu können. Dieses Ziel wurde in diesem Jahr mit der Aufnahme in die Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) nun realisiert. Erreicht werden konnte dies sowohl durch ambitionierte Kolleginnen im Vorstand selbst als auch unter den Mitgliedern. Die Tatsache, dass die Verantwortung über die Geschicke der DGHWi nicht auf den Schultern des Vorsitizes alleine liegt, zeichnet diese Gesellschaft sicher aus. Zu den Aufgaben der/des Vorsitzenden gehört es die Gesellschaft bei vertraglichen Regelungen zu vertreten (Zeichnungsberechtigung), Vorstandssitzungen zu planen und gemeinsam mit den übrigen Vorstandsmitgliedern die inhaltliche Ausrichtung der Gesellschaft entsprechend der bestehenden Satzung zu gestalten sowie die Gesellschaft durch Beteiligung an Podiumsdiskussionen,

runden Tischen etc. in der Öffentlichkeit darzustellen und zu repräsentieren. Ich habe mein Amt als Vorsitzende in den beiden Wahlperioden (gewählt wird für zwei Jahre) sehr gerne wahrgenommen, zumal gerade in den letzten beiden Jahren dieses durch die Einrichtung einer Geschäftsstelle, namentlich Dorit Müller-Bößmann und Gabriele Krüger eine hervorragende Unterstützung erfahren hat. Dennoch glaube ich, dass es ganz im Sinne der Fachgesellschaft ist, dass der Vorstand einen Wandel erlebt. "Wir müssen der Wandel sein, den wir in der Welt zu sehen wünschen" (Mahatma Ghandi).

In diesem Sinne freue ich mich über zahlreiche Interessensbekundungen, die Geschicke unserer Gesellschaft weiter fortzuführen.

Prof. Dr. Rainhild Schäfers

Vorsitzende

Weitere drei Ämter im Vorstand stehen zur Wahl an

Die Amtsperioden der Stellvertretenden Vorsitzenden, der Schriftführerin und der Beisitzerin, die jeweils für 2 Jahre gewählt wurden, enden im Februar 2016. Alle drei Personen wurden im Februar 2014 in ihren Ämtern bestätigt. Laut Satzung § 7 Abs. 2 ist eine zweimalige Wiederwahl für das jeweilige Amt möglich.

Um (weitere) Kandidatinnen oder Kandidaten zu gewinnen, die sich im Februar 2016 zur Wahl stellen, sollen die Verantwortungsbereiche der Vorstandsämter nachfolgend dargestellt werden:

Das Amt der Stellvertretenden Vorsitzenden

Im Verlauf der vergangenen 4 Jahre hat sich mein Aufgabenbereich ausdifferenziert und kann nun in drei unterschiedlichen Aufgabenbündeln zusammengefasst werden:

- a) die Unterstützung der Vorsitzenden in ihren Leitungsaufgaben
- b) Aufgaben als Mitglied des Vorstandes
- c) Spezielle Aufgaben.

Zur aktiven *Unterstützung der Vorsitzenden* (nicht nur während der Urlaubszeit), die durchaus Eigeninitiative ermöglicht/erfordert, zählen:

- ◆ Offizielle Korrespondenzen
- ◆ Koordination von Aktivitäten im Vorstand oder von angestellten/ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen
- ◆ Kurzfristige Übernahme von Aufgaben bei Verhinderung der Vorsitzenden
- ◆ Inhaltliche Vor- und Nachbereitung der Vorstandssitzungen und ggf. deren stellvertretende Moderation

- ◆ Inhaltliche Vor- und Nachbereitung der Mitgliederversammlung

Die Aufgaben als *Mitglied des Vorstandes* sind vielfältig und werden im Online-Austausch mit allen Vorstandsmitgliedern konzipiert, diskutiert, entschieden und umgesetzt:

- ◆ Beratung zu zeitnahe Reagieren auf fachwissenschaftliche, gesundheits-, wissenschafts- und bildungspolitische Veränderungen
- ◆ Impulse für den Handlungsbedarf der DGHWi setzen und strategische Planung zielführender Maßnahmen
- ◆ Inhaltliche Übernahme von Aufgaben, die in Vorstandssitzungen entwickelt werden
- ◆ Vorbereitung und Mitgestaltung der Internationalen Fachtagungen der DGHWi
- ◆ Offizielle Dokumente der DGHWi vor der Veröffentlichung prüfen
- ◆ Durchsicht und Ergänzung der Protokolle von Vorstandssitzungen und der Mitgliederversammlung
- ◆ Kontakt zur Geschäftsstelle, weiteren Mitarbeiterinnen und ehrenamtlich tätigen Mitgliedern halten
- ◆ Beteiligung an politischen Gremien
- ◆ ggf. Erstellung von Stellungnahmen.

Die *speziellen Tätigkeiten*, die ich federführend ausübe, werden immer unter Beteiligung des gesamten Vorstands konsentiert. Sie sind keine typischen Vorstandsaufgaben und müssten daher nicht notwendigerweise von einem Vorstandsmitglied ausgeführt werden. Sie könnten auch an ein oder mehrere ehrenamtlich tätige Mitglieder delegiert werden:

- ◆ Koordination und Erstellung der Fachzeitschrift für Hebammenwissenschaft (zwei Ausgaben pro Jahr)
- ◆ Koordination und Erstellung des gedruckten und onlinepublizierten Supplements der Fachtagung
- ◆ Erstellung und Aktualisierung des DGHWi-Flyers
- ◆ Erstellung und Aktualisierung von Anzeigen für deutsche und internationale Medien (Hebammenzeitschriften)
- ◆ Erstellung von Workflows für bestimmte Abläufe des Vorstandes oder Aufgaben
- ◆ Entwurf von Texten für die Webseite

Dr. Gertrud M. Ayerle

Das Amt der Schriftführerin

Ganz klassisch ist die Schriftführerin für das Verfassen, Abstimmen und Archivieren aller Protokolle nebst Anlagen zuständig. Zur Mitgliederversammlung holt sie Anträge und Berichte der Sektionen und Mandatsträgerinnen ein. Diese Schriftstücke hält sie den Mitgliedern in einem Ordner zur Einsicht bereit.

Große Arbeitserleichterung brachte die Einrichtung der Geschäftsstelle, die die Mitgliederverwaltung, die Information der Mitglieder und die Begrüßung neuer Mitglieder von mir übernommen hat. Als Schriftführerin fühle ich mich für Fragen und anstehende Entscheidungen der Geschäftsstelle diesbezüglich weiterhin verantwortlich. Aber ein selbstständiges und kontinuierliches Arbeiten dort macht das Mitentscheiden sehr einfach.

Jedes Vorstandsmitglied übernimmt zusätzliche Aufgaben. Schwerpunkte meines Amtes sind die Pflege der Webseite und der Mail-Accounts sowie das Erstellen und Formatieren fast aller Formulare. Das Schreiben einiger Texte für die Homepage und die Pflege einzelner Seiten der Homepage können delegiert werden. Schwerpunkte gemeinsam mit anderen aus dem Vorstand waren die Realisierung unserer Zeitschrift für Hebammenwissenschaft und deren Vertrieb und jetzt die Online-Ausgabe der Originalartikel bei GMS. Für die vertraglichen Regelungen mit GMS und den Referenten der Internationalen Fachtagung

bin ich verantwortlich, ich vertrete den Vorstand in Anhörungen des Gemeinsamen Bundesausschusses und in Leitlinienvorhaben anderer Fachgesellschaften, wenn dies sonst niemand übernehmen will oder kann. Zurzeit intensiviere ich den Kontakt zur AWMF.

Elke Mattern M.Sc.

Das Amt der Beisitzerin

Der Aufgabenbereich der Beisitzerin unterteilt sich in zwei Schwerpunkte:

- a) Aufgaben als Mitglied des Vorstandes
- b) Spezielle Aufgaben

Die Aufgaben als Mitglied des Vorstandes werden im online-Austausch mit allen Vorstandsmitgliedern konzipiert, diskutiert, entschieden und umgesetzt:

- ◆ Inhaltliche Aufgabenübernahme aus Vorstandssitzungen heraus
- ◆ Aufgabenübernahme zu aktuellen Anfragen
- ◆ Organisation und Mitgestaltung der Internationalen Fachtagungen der DGHWi
- ◆ Offizielle Dokumente der DGHWi vor der Veröffentlichung prüfen
- ◆ Durchsicht und Ergänzung der Protokolle von Vorstandssitzungen und der Mitgliederversammlung
- ◆ ggf. Mitarbeit bei der Erstellung einer Stellungnahme

Die speziellen Aufgaben werden in der Regel bei der Vorstandssitzung oder Skype-Konferenzen besprochen und verteilt:

- ◆ Entwurf von Texten für die Fachzeitschrift (z. B. Editorial)
- ◆ Beteiligung an politischen Gremien
- ◆ Gründung und Koordination einer Arbeitsgruppe zur Leitbildentwicklung

Prof. Dr. Monika Greening

Bitte schicken Sie Ihre **Interessensbekundungen für die Ämter des Vorstandes**

in Form einer kurzen Darstellung der Motivation sowie einer Kurz-Vita und

unter Benennung des Amtes, für das Sie sich interessieren,

an die Geschäftsstelle unter: geschaeftsstelle@dghwi.de.

Die schriftlichen Interessensbekundungen vorab dienen der Vorbereitung der Mitgliederversammlung am 11. Februar 2016 in Fulda, auf der die Wahl des Vorstandes erfolgt.

3. Internationale Fachtagung der DGHWi:

Hebammenforschung – Frauen im Fokus *Midwifery Research – Women in Focus*

12. Februar 2016 in Fulda

Die Fachtagung dient der Vernetzung der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler im europäischen und deutschsprachigen Raum und der Präsentation von Forschungsergebnissen und Arbeiten der Hebammenwissenschaft sowie relevanter anderer Fachgebiete.

Die kanadische Professorin **Ellen Hodnett, PhD, FCAHS**, wird die **Keynote** sprechen. Sie war leitende Forscherin von großen randomisierten kontrollierten Studien und hat sich insbesondere um die Berücksichtigung der Interessen der Nutzerinnen der Hebammenversorgung und -forschung verdient gemacht.

Programm

Time	Session/ Topic
09.45	Registration
10.30-11.00	Welcoming address Prof. Dr. Rainhild Schäfers, president of the DGHWi e.V. and Ursula Jahn-Zöhrens, chair person of HGH e.V.
11.00-12.00	Keynote address Implementing Evidence-Based Intrapartum Care: Factors Affecting Success and Failure Implementierung evidenzbasierter Geburtshilfe: Einflussfaktoren für Erfolg und Misserfolg Prof. em. Ellen Hodnett, PhD, Fellow of the Canadian Academy of Health Sciences (FCAHS)
12.00-12.45	Presentation Vibrierende Beckenbodenkugeln zur Verbesserung der Beckenbodenmuskulatur nach der Geburt: eine randomisierte kontrollierte Machbarkeitsstudie Vibrating vaginal balls to improve pelvic floor muscle performance in women after childbirth: a randomised controlled feasibility trial Claudia Oblasser, M.A., Prof. Dr. Christine McCourt, Prof. Dr. Engelbert Hanzal
12.45-13.45	Lunch break
13.45-14.45	Poster session in 4 groups
14.45-15.15	Coffee break
15.15-15.45	Presentation Die Geburt: Erwartungen und Erfahrungen von Erstgebärenden in der Schweiz. Eine qualitative Längsschnittstudie Giving birth: expectations and experiences of first time mothers in Switzerland. A qualitative, longitudinal study Prof. Dr. Valerie Fleming, lic. phil. Franziska Parpan, Susanne van Gogh, M.A.
15.45-16.15	Presentation Präferenzen und Defizite in der hebammenrelevanten Versorgung in Deutschland: die Sicht der Nutzerinnen und Hebammen Preferences and deficits in midwifery care in Germany: the perspective of users and midwives Dr. Gertrud M. Ayerle, Elke Mattern, M.Sc., Dipl.-Psych. Susanne Lohmann, Anne Kirchner, B.Sc.
16.15-16.45	Presentation Akzeptanz der Handlungsempfehlungen zur Säuglingsernährung und Ernährung in der Schwangerschaft des Netzwerks Gesund ins Leben – Konsequenzen für die Aus- und Weiterbildung von Hebammen? Acceptance of practice recommendations from the project "Healthy Start – Young Family Network" on infant nutrition and nutrition in pregnancy – Consequences for the training of midwives? Katharina Reiss, M.Sc.
16.45-17.00	Summing up and concluding the conference

3. Internationale Fachtagung der DGHWi

Poster-Präsentationen

Autor/innen	Deutscher Titel	Englischer Titel
Anna-Maria Bruhn, B.Sc., Prof. Dr. Claudia Hellmers	Caseload Midwifery–Erfahrungen australischer Expertinnen zur Implementierung eines Betreuungsmodells im Hebammenwesen	Caseload Midwifery –Australian expert's experiences regarding the implementation of a model of care in midwifery
Zurab Elzarov, Senior Humanitarian Affairs Officer	UNAMID "Call A Midwife" Initiative: Reduzierung der mütterlichen Sterblichkeit in Darfur.	UNAMID "Call A Midwife" Initiative: Reducing maternal mortality in Darfur.
Rebekka Erdin, M.Sc., Irina Iljuschin, M.Sc., Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde	Mütter und Neugeborene: Angaben der frei praktizierenden Hebammen zur Betreuung von Familien in belasteten Lebenslagen in der Schweiz	Mothers and Newborns: Statistics of self-employed midwives on postpartum care of families at risk in Switzerland
Ulrike von Haldenwang, B.Sc.	Die Arbeit von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen aus Sicht der aufgesuchten Familien.	The work of family midwives and family health and children's nurses from the perspective of the visited families.
Jennifer Kunes, B.Sc.	Die Wahl des Geburtsortes – eine freie Wahl?	Place of birth – Do women have a free choice?
Julia Leinweber, M.Sc., Prof. Debra Creedy, Dr. Heather Rowe et al.	Posttraumatischer Stress in Hebammen - Prävalenz und Risikofaktoren	Traumatic stress in midwives. Prevalence and risk factors
Dr. Christine Loytved, Rebekka Erdin, M.Sc.	Wissenschaftliche Evidenz für die eigene Praxis überprüfen.	Reviewing scientific evidence for one's own practice.
Ivonne Rauer, B.A., Prof. Dr. Rainhild Schäfers	Aktive Gestaltung der Schwangerschaft und Einflüsse auf das Wohlbefinden	Active shaping of pregnancy and factors influencing well-being.
Dipl.-Berufspäd. Martina Schlüter-Cruse, Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein, Prof. Dr. Wilfried Schnepf	Die Kooperation von Hebammen im Kontext der ambulanten Versorgung – Ergebnisse einer Literaturstudie	Cooperative activities of midwives in the field of community care – Results of a literature review
Gitta Scholz, B.Sc., Prof. Dr. Ute Lange, Prof. Dr. Claudia Hellmers	Ausbildungsmerkmale in der ambulanten Hebammentätigkeit: Erfahrungen und Zukunftsvorstellungen aus der Sicht freiberuflicher Hebammen. Erfahrungen mit einem "Modell-Externat"	Training profile in outpatient midwifery care: Experiences and future perspectives: from the point of view of self-employed midwives
Annekatriin Skeide, M.A.	Die Interaktion zwischen Hebammen und Frauen unter der Berücksichtigung von Leiblichkeit und Autonomie der Akteurinnen	A qualitative study of midwife-woman interaction in terms of embodiment and autonomy
Dipl. Med.-Päd. Sabine Striebich, Prof. Dr. Melita Grieshop, Prof. Dr. Dorothea Tegethoff	Chancen und Herausforderungen der hochschulischen Bildung von Hebammen in Deutschland –eine qualitative Studie im Rahmen der Modell-Evaluation des Studiengangs Hebammenkunde an der Evangelischen Hochschule	Current opportunities and challenges in the academic qualification of midwives in Germany -a qualitative study as part of the evaluation of the Evangelische Hochschule Berlin (EHB)'s model degree program in Midwifery
Dipl. Päd. Sabine de Wall, Hanna Gehling, M.Sc., Marina Weckend, B.A. et al.	Totgeburten in Deutschland -Was Eltern brauchen und was Gesundheitsfachpersonen geben können	Stillbirth in Germany – what parents need and what care providers are able to give
Marina J. Weckend, RM, Prof. Soo Downe, Marie-Clare Balaam, B.A. et al.	Gesundheitsversorgung und Geburtshilfe im Umbruch: was berichten Frauen über Defizite und Potenziale in Deutschland? –Die Babies Born Better User Survey	Health and maternity care in transition: What do women report about deficiencies and potential in Germany? – The Babies Born Better User Survey

Tagungsort

Der Veranstaltungsort ist das „Bonifatiushaus“ - Haus der Weiterbildung der Diözese Fulda, welches mit öffentlichen Verkehrsmitteln bequem erreichbar ist.

Adresse: Neuenberger Str. 3-5, 36041 Fulda

Telefon 0661-8398-0;

E-Mail: www.bonifatiushaus.de

Anmeldung

Sie können sich über die **Internetseite der DGHWi** (www.dghwi.de) unter dem Menüpunkt „3. Internationale Fachtagung der DGHWi“ => "Anmeldung zur Fachtagung" informieren. Um sich anzumelden, nutzen Sie bitte das pdf-Formular, welches Sie ausgefüllt an die folgenden Adressen senden können:

E-Mail: 3-int-fachtagung@dghwi.de; Fax-Nr.: 0234-77727858

Bericht der Sektion Schwangerenvorsorge in der DGHWi

Im Jahr 2015 traf sich die Sektion Schwangerenvorsorge zwei Mal (23.03. in Hamburg, 28.09. in Bochum). Außerdem wurden zwei Telefonkonferenzen abgehalten. Folgende Themen wurden in dem Jahr bearbeitet.

Auf Anfragen wurden Stellungnahmen zur Mundgesundheit in der Schwangerschaft sowie zur Dokumentation der HIV-Untersuchung im Mutterpass und die entsprechende Modifizierung des dazugehörigen Merkblattes abgegeben. Eine große Aufgabe war die in diesem Heft veröffentlichte Stellungnahme zur Terminüberschreitung.

Bei der Auswertung der klinischen Geburtshilfedaten (AQUA) ist außerdem aufgefallen, dass es in den letzten 5 Jahren zur Verzehnfachung der Diagnose Bein-/Beckenvenenthrombose gekommen ist. Eine Anfrage bei den Verantwortlichen für diese statistische Auswertung zu der Frage, ob es sich dabei um ein statistisches Artefakt oder eine tatsächliche Zunahme der potentiell lebensbedrohlichen Krankheit handelt, konnte noch nicht abschließend beantwortet werden.

Unser begonnenes Projekt zur psychosozialen Anamnese wurde auf unbestimmte Zeit verschoben, da gerade in der Hochschule Osnabrück im Forschungsschwerpunkt ISQA dazu gearbeitet wird. Die Fragestellung bedarf einer aufwendigen Recherche, die derzeit personell nicht von der Sektion Schwangerenvorsorge geleistet werden kann.

Deswegen wartet die Sektion die Ergebnisse der Hochschule Osnabrück ab und wendet sich dann gegebenenfalls der Aufgabe wieder zu.

Ein weiteres Thema der Sektion ist das Vorhaben, aus Gründen des Datenschutzes eine herausnehmbare Karte für Schwangerschafts- und Geburtsterminnachweis im Mutterpass einzurichten. Die Überlegung ist, dass diese von der Schwangeren bei diversen Ämtern oder Arbeitgebern vorgelegt werden kann, ohne den Mutterpass als vertraulich geltendes Dokument aushändigen zu müssen.

Eine erste Untersuchung unter Müttern belegte die Dringlichkeit dieses Vorhabens. Parallel zu unserer Überlegung hat der G-BA geplant, zukünftig dem Kinderuntersuchungsheft eine solche herausnehmbare "Teilnahmekarte" beizulegen. Damit erhalten die Eltern die Möglichkeit, ihre Fürsorge gegenüber Kindergärten oder Schulen nachzuweisen, ohne medizinische Daten öffentlich machen zu müssen. Ähnlich könnte die Karte für den Mutterpass aussehen. Eine Anfrage zu diesem Thema an den G-BA läuft.

Für das kommende Jahr sind mehrere Arbeitstreffen geplant, um noch offene Projekte inhaltlich weiter zu verfolgen.

Peggy Seehafer, M.A. Anthropologie

Kontakt: peggy.seehafer@hamburg.de

Wir gratulieren Frau Professorin Dr. phil. Mechthild M. Groß zu ihrer Berufung als "Außerplanmäßige Professorin" an der Medizinischen Hochschule Hannover.

Frau Professorin Groß wurde die Berufungsurkunde am 3. August 2015 überreicht.

Das Hebammenexamen erlangte Frau Groß 1991 an der Universitätsfrauenklinik Tübingen. Zu dieser Zeit organisierte sie bereits die jährlichen Forschungsworkshops zur Hebammenforschung im deutschsprachigen Raum mit der Hebammengemeinschaftshilfe e.V. Nach Hebammentätigkeit in Radolfzell am Bodensee und Studium in Konstanz wechselte Frau Groß an die Universität Bremen und promovierte dort am 14.9.2000 zum Thema "Gebären als Prozess. Empirische Befunde für eine wissenschaftliche Neuorientierung". Seit 2001 ist sie als Hebamme und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Medizinischen Hochschule Hannover beschäftigt.

Sie gründete und leitet dort die AG Hebammenwissenschaft und übernahm 2009 die Studiengangsleitung des Europäischen Masterstudiengangs für Hebammenwissenschaft. Am 12.05.2010 erhielt sie die *Venia legendi* der Medizinischen Hochschule Hannover aufgrund ihrer umfangreichen Forschungstätigkeiten rund um die Geburt. Ihre Habilitation schrieb sie zum Thema "Die Selbstdiagnose des Geburtsbeginns: Subjektive Empirie, perinatale Betreuungsfaktoren und biochemische Grundlagenforschung im Diskurs".

In der DGHWi war sie in den ersten Jahren als Vorstandsmitglied tätig. Seit 1992 ist sie Mitherausgeberin des Hebammenliteraturdienstes HeLiDi, einer vierseitigen Literaturbeilage, die zweimal jährlich in verschiedenen deutschsprachigen Hebammenzeitschriften erscheint. Frau Groß ist Mitherausgeberin der deutschen Ausgabe zur „Effektiven Betreuung während Schwangerschaft und Geburt“ (Enkin et al. 1998, 2006). Derzeit wird die EU-Studie OptiBIRTH zur Steigerung von Spontangeburt nach vorausgegangenem Kaiserschnitt in Zusammenarbeit mit fünf deutschen Kliniken und neun europäischen Ländern durchgeführt. Um weiterhin in die Betreuung von Müttern und Kindern einbezogen zu sein, unterstützt Frau Groß das Hebammenteam im Kreißaal der Medizinischen Hochschule Hannover einmal pro Woche.

Gesucht:

DGHWi-Mandatsträger/innen für die Zusammenarbeit mit der AWMF

Der Vorstand sucht *zeitnah* DGHWi-Mandatsträger/innen, die wichtige Aufgaben in der Zusammenarbeit mit der Organisation AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) übernehmen. Interessentinnen und Interessenten werden gebeten, ihr Interesse per E-Mail in Form einer kurzen "Bewerbung" bis zum **31. Januar 2016** kund zu tun.

◆ Leitlinien-Beauftragte

Ansprechpartner/in für die AWMF und Koordination der Beteiligung an der Leitlinienentwicklung innerhalb der DGHWi, dazu gehören:

- * Beteiligung an der AWMF-Leitlinienkonferenz einmal jährlich
- * Regelmäßige Treffen in den Leitlinienarbeitsgruppen der AWMF
- * Optionale Seminare: AWMF Leitlinienseminar

◆ Stellungnahme-Beauftragte

Ansprechpartner/in für die AWMF und Koordination der Stellungnahmen innerhalb der DGHWi, dazu gehören:

- * Keine Arbeitsgruppentreffen der AWMF
- * Sehr kurzfristige Termine für Stellungnahme-Anfragen

Die Entscheidung über die Vergabe der Mandate trifft der Vorstand auf der Grundlage der eingereichten Bewerbungen. Letztere sind an die Beisitzerin Prof. Monika Greening (Vorstand DGHWi: beisitzerin@dghwi.de) zu richten.

Zugang zur Cochrane-Datenbank

Die Cochrane Collaboration verfasst zu unterschiedlichen Themen systematisch erstellte Übersichtsarbeiten, die in hierarchischen Systemen den höchsten Grad der Evidenz darstellen. In einem einzelnen Review sind alle zu einer therapeutischen Fragestellung relevanten Studien berücksichtigt, die bis zum Jahr der Erstellung weltweit publiziert wurden. In der Pregnancy- and Childbirth-Group werden Interventionen in der Schwangerschaft, bei der Geburt und bis zu 30 Tagen postpartum thematisiert. Derzeit finden sich allein dort mehr als 500 Cochrane-Reviews (<http://pregnancy.cochrane.org/>). Kostenfrei zugänglich sind der jeweilige Abstract und eine laienverständliche Zusammenfassung (Plain-Language-Summary = PLS). Zum Einsehen des Vollartikels wird eine Lizenz benötigt.

In Zusammenarbeit mit dem Deutschen Cochrane Zentrum in Freiburg übersetzen auch Mitglieder der DGHWi Abstracts und PLS aktueller Reviews ins Deutsche. Diese Übersetzungen sind veröffentlicht unter Cochrane Kompakt (<http://www.cochrane.org/de/evidence>) sowie in der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft unter der Rubrik „Reviews“. Eine Volltextversion der Reviews in Deutsch gibt es nicht.

Nach der letzten Mitgliederversammlung der DGHWi 2015 hat sich der Vorstand darum bemüht, für den Verein einen Zugang zur Cochrane-Datenbank zu realisieren, die über John Wiley & Sons herausgegeben wird. Jedes Mitglied hätte dann über den Zugang zum internen Bereich der DGHWi-Homepage zugleich einen Zugang zu lizenzierten Voll-

artikeln der Cochrane-Datenbank erhalten. Beispielsweise erhalten Mitglieder des Deutschen Netzwerks für Evidenzbasierte Medizin e.V. (DNEbM) und der Landesärztekammer in Nordrhein Zugriff über je eine eigene institutionelle Lizenz. Technisch ist ein Zugriff über VPN oder Trusted Proxy Server (TPS) möglich.

Für die DGHWi mit etwa 250 Mitgliedern würde eine Jahreslizenz etwa 2.500 Euro kosten. Dies würde jährlich pro Mitglied 10 Euro extra bedeuten.

Die Rechnungsstellung erfolgt auf Dollar-Basis. Eine Abrechnung lediglich über erfolgte Zugriffe ist leider nicht möglich. Mittlerweile gibt es aber Article Select Tokens, die (nur) ein Leserecht eines einzigen Artikels über 48 Stunden bzw. dauerhaft über eine Cloud oder den Download einer PDF-Datei erlauben. Derzeit werden für den Download netto 38 Dollar in Rechnung gestellt.

Der Vorstand hat sich erst einmal gegen eine Lizenz zum Erhalt der Vollartikel der Cochrane-Datenbank entschieden. Wenn Mitglieder eine jährliche finanzielle Belastung in dieser Größenordnung gemeinsam tragen wollen, kann dazu ein fristgerechter Antrag an die Mitgliederversammlung gestellt werden.

Für den Vorstand

Elke Mattern M.Sc.

Einfluss des Geburtserlebens auf die subjektive Gesundheitseinschätzung von Frauen

Influence of negative birth experience on self-rated health and health-related quality of life in women

Prof. Dr. Rainhild Schäfers¹

Abstract

Hintergrund: Erfahrungen aus der Praxis legen die Vermutung nahe, dass ein negatives Geburtserleben die subjektive Gesundheitseinschätzung von Frauen auch Monate nach der Geburt eines Kindes prägt. Umfassende Untersuchungen über den Einfluss des Geburtserlebens auf die subjektive Gesundheitseinschätzung einer gesunden Frau nach der Geburt ihres Kindes blieben bislang aus.

Ziel: Ziel der Studie ist es zu ermitteln, inwiefern ein negatives Geburtserleben die subjektive Gesundheit (SGH) sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität (GHLQ) gesunder Frauen acht Wochen und sechs Monate nach der Geburt eines Kindes beeinflusst.

Methode: Für die Studie wurden die Daten von 1.029 Erst- und Mehrgebärenden, die im Rahmen einer multizentrisch angelegten, prospektiven Interventionsstudie zum Versorgungskonzept Hebammenkreißaal zum Zeitpunkt der Geburt (t_0) sowie acht Wochen (t_1) und sechs Monate (t_2) nach der Geburt erhoben wurden, analysiert. Zur Ermittlung der SGH wurde der SF-1 angewendet. Die GHLQ wurde mittels standardisierter körperlicher (KSK) und standardisierter, psychischer Summenskala (PSK) des SF-36 ermittelt. Das Geburtserleben wurde mittels der deutschen Kurzversion der Salmon's Item List (SILGer_12) zu t_1 und zu t_2 erfasst. Zusammenhänge wurden über X^2 -tests und multiple logistische Regressionsanalysen berechnet.

Ergebnisse: Erstgebärende ($n=728$) berichten gegenüber Mehrgebärende ($n=310$) acht Wochen postpartum (pp) dreimal häufiger ein negatives Geburtserleben (32,7% vs. 10,5%, OR 3.07, [95% KI 2.18-4.34], $p<0.001$). Sechs Monate pp ist das Risiko um das 2,3-fache erhöht (29,0% vs. 12,5%, OR 2.32, [95% KI 1.68-3.18], $p<0.001$). Acht Wochen pp erhöht ein negatives Geburtserleben die Wahrscheinlichkeit für eine verminderte GHLQ von Erstgebärenden (OR 2.09, [95% KI 1.19-3.65]; $p<0.01$). Bezüglich der SGH erwies sich das negative Geburtserleben in der Gruppe der Erstgebärenden nicht als signifikante Einflussgröße. Für Mehrgebärenden zeigt sich das negative Geburtserleben sechs Monate pp als signifikante Einflussgröße im Hinblick auf eine verminderte GHLQ (OR 3.93, [95% KI 1.14-13.53]; $p<0.05$). Auch die SGH wird in der Gruppe der Mehrgebärenden sechs Monate pp signifikant durch ein negatives Geburtserleben beeinflusst (OR 7.66, [95% KI 2.17-26.99]; $p<0.002$).

Schlussfolgerung: Ein negatives Geburtserleben beeinflusst die SGH und GHLQ von gesunden Frauen sowohl acht Wochen als auch sechs Monate nach der Geburt ihres Kindes. Die Bewertung von Qualität in der Geburtshilfe sollte sowohl auf Basis des kindlichen als auch auf Basis des mütterlichen Wohlbefindens erfolgen. Um eine qualitativ hochwertige geburtshilfliche Versorgung zu erreichen, gilt es die subjektiven Gesundheitseinschätzungen von Frauen nach der Geburt eines Kindes ebenfalls standardisiert zu evaluieren.

Schlüsselwörter: Geburtserleben, gesundheitsbezogene Lebensqualität, SF-36, subjektive Gesundheit, postpartal

Background: Experience in practice suggests that self-rated health (SRH) and health-related quality of life (HRQoL) of women after childbirth are sustainably influenced by a negative birth experience but there is a lack of comprehensive research on the subject.

Aim: The aim of this study is to assess SRH and HRQoL in healthy women eight weeks and six months after childbirth and to investigate whether they are influenced by a negative birth experience.

Methods: This analysis includes data from 1,029 primi- and multiparae. Data were collected at birth (t_0), eight weeks (t_1) and six months (t_2) after childbirth within the framework of a prospective, controlled, multicentre study comparing midwife-led care with consultant-led care for healthy women. HRQoL was measured by the SF-36 and conceptualised by the standardised physical sum scale (PCS) and by the standardised mental sum scale (MCS). The first item of the SF-36 (SF-1) was used to evaluate SRH. Negative birth experience was measured by the German short version of Salmon's Item List (SILGer_12). X^2 -tests und multiple logistic regressions were used to determine correlations.

Results: Primiparae are three times more likely to report a negative birth experience at eight weeks postpartum compared to multiparae (pp; 32.7% vs. 10.5%, OR 3.07, [95% KI 2.18-4.34], $p<0.001$), and more than twice as likely to do so at six months pp (29.0% vs. 12.5%, OR 2.32, [95% KI 1.68-3.18], $p<0.001$). Compared to multiparae HRQoL is twice as likely to be poor in primiparae eight weeks postpartum when childbirth was experienced as a negative event (OR 2.09, 95% KI [1.19-3.65]; $p<0.01$). Regarding SRH, no significant correlation could be observed in the group of primiparae between a negative birth experience and poor SRH. A negative birth experience is also an independent predictor for poor HRQoL in multiparae, but was only significant six months after childbirth (OR 3.93, [95% KI 1.14-13.53]; $p<0.030$). The same applies to SRH: a negative birth experience is a significant independent predictor for poor SRH in multiparae six months after childbirth (OR 7.66, [95% KI 2.17-26.99]; $p<0.002$).

Conclusion: A negative birth experience influences SRH and HRQoL in healthy women at both 8 weeks and 6 months postpartum. Thus, quality of care during childbirth should be evaluated in terms of both foetal and maternal wellbeing. In order to achieve high quality obstetric care, patient-reported outcomes such as birth experience should be incorporated into evaluation in a standardised way.

Keywords: Birth experience, Health-related quality of life, SF-36, subjective health, postpartum

Hintergrund

Die Geburt eines Kindes gilt als besonders prägendes Ereignis in der Biographie der Frau. Ob die Geburt dabei von der Mutter als positiv oder negativ erlebt wird, scheint multifaktoriell bedingt zu sein und nicht - wie ursprünglich angenommen - mit dem subpartal empfundenen Schmerz zu korrelieren [15][16][19][35]. Nach Waldenström [32] fließen zahlreiche Faktoren in die Bewertung des Geburtserlebens ein. Die Autorin zeigte, dass der Einbezug in die Bewertung und Entscheidungen bezüglich des Geburtsprozesses sowie die Unterstützung durch die Hebamme wesentliche Einflussgrößen für ein positives Geburtserleben waren. Medizinische Interventionen (Einleitung, Sectio caesarea, vaginal operative Geburt und/oder Gabe von Lachgas) sowie die Geburt eines ersten Kindes waren hingegen eng mit einem negativen Geburtserlebnis assoziiert.

Neben dem Geburtserleben können in der internationalen Forschung auch immer häufiger die subjektiven Gesundheitseinschätzungen im Anschluss an die Geburt als Forschungsgegenstand identifiziert werden. Zu ihnen zählen zum einen die subjektive Gesundheit (SGH) und zum anderen die gesundheitsbezogene Lebensqualität (GHLQ). Bei beiden handelt es sich um mehrdimensionale Konzepte [3][11], deren Erfassung unter anderem in Fachdisziplinen wie der Chirurgie der Evaluation von Effizienz und Effektivität therapeutischer Behandlungen dient [20]. Im geburtshilflichen Kontext finden sich bislang nur wenige Studien, die den Einfluss geburtspezifischer Aspekte auf die GHLQ (ermittelt über den Medical Outcome Study-36 Item Short Form [SF-36]) und/oder SGH – ermittelt über den SF-1 (erstes Item des SF-36) – zum Forschungsgegenstand haben. Sowohl der SF-1 als auch der SF-36 gelten national wie international als gut validierte Instrumente [11][18] [20], jedoch konnten im geburtshilflichen Kontext keine Studien zur Validität ermittelt werden. Ergebnisse müssen in diesem Zusammenhang vorsichtig interpretiert werden. Eine sekundäre Sectio [12][21][30], Wunde Brustwarzen, Mastitis und Schmerzen im Dammbereich [25], postpartale Depressionen [4][9][8] sowie die Geburt eines Jungen [8] scheinen sich auf einzelne Dimensionen der GHLQ oder die SGH schwächend auszuwirken. Ergebnisse zu den unterschiedlichen peripartalen Betreuungsvarianten hebammengeleiteter und ärztlich geleiteter Kreißaal und deren Einfluss auf die subjektiven Gesundheitseinschätzungen differieren hier. Während Bauer [4] keinen Einfluss des hebammengeleiteten Kreißaals auf die SGH acht Wochen nach der Geburt feststellen konnte, identifizierten Knappe et al. [14] in ihrer Multicenterstudie das Betreuungsmodell als stärkenden Faktor sowohl der SGH als auch der GHLQ acht Wochen nach der Geburt. Studien zum Einfluss des Geburtserlebens auf die subjektiven Gesundheitseinschätzungen konnten nicht identifiziert werden. Schytt und Waldenström [26] haben das Geburtserleben in ihre Untersuchung zur subjektiven Gesundheit von Frauen nach der Geburt ihres Kindes zwar integriert, jedoch nur in Kombination mit dem Geburtsmodus ausgewertet, so dass in Publikationen zur Studie das Geburtserleben als unabhängige Einflussgröße nicht ersichtlich wird. Die Autorinnen zeigen aber, dass die Bewertung der SGH wie auch des Geburtserlebens zeitlichen Einflüssen unterliegt und die Bewertung von Erst- und Mehrgebärenden unterschiedlich vorgenommen wird [26].

Vor diesem Hintergrund wurde mit der nachstehenden Studie das Ziel verfolgt, die SGH sowie die GHLQ gesunder Frauen acht Wochen und

sechs Monate nach der Geburt eines Kindes zu beschreiben. Außerdem wurde ermittelt, inwiefern ein negatives Geburtserleben unter Berücksichtigung weiterer möglicher Einflussfaktoren, wie zum Beispiel der subjektiv empfundenen Morbidität oder dem sozioökonomischen Status diese subjektiven Gesundheitseinschätzungen beeinflusst. Hypothetisch wurde dabei davon ausgegangen, dass a) in der Bewertung der SGH und GHLQ sowie in der Bewertung des Geburtserlebens ein Unterschied zwischen Erst- und Mehrgebärenden besteht, b) die Bewertung der SGH, der GHLQ und des Geburtserlebens zeitlichen Einflüssen unterliegt und c) das Geburtserleben einen Einfluss auf die SGH wie auch die GHLQ hat.

Methode

In der vorliegenden Analyse wurden Daten zweier prospektiver, multizentrisch angelegter Studien zum Versorgungskonzept Hebammenkreißaal (gefördert durch das BMBF, FKZ 01 GT 0616), durchgeführt vom Verbund Hebammenforschung an der Hochschule Osnabrück, analysiert. Mit der Interventionsstudie "Versorgungskonzept Hebammenkreißaal" wurde das Ziel verfolgt, den Einfluss des Versorgungskonzeptes Hebammenkreißaal auf die Rate der medizinischen Interventionen und das mütterliche wie kindliche Wohlbefinden zu untersuchen [22]. In der dieser im "piggy bag design" angeschlossenen Studie Kosten/Nutzen- und Kosten/Wirksamkeits-Analysen verschiedener Versorgungsangebote in der Geburtshilfe wurden zudem wirtschaftliche Aspekte des Versorgungskonzeptes Hebammenkreißaal – unter anderem die SGH und die GHLQ – als Outcomeparameter analysiert [14]. Für diese beiden Studien wurden 1238 Geburten in einem eigens dafür in Anlehnung an den Dokumentationsbeleg der klinischen sowie außerklinischen Perinatalerhebung entwickelten Erhebungsbogen während und unmittelbar nach der Geburt des Kindes von der jeweils betreuenden Hebamme dokumentiert (t_0). Erfasst wurden ausschließlich die Geburten der Kinder gesunder Frauen (Low-Risk-Frauen). Der Status Low-Risk wurde nach festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien [31] definiert. Die 1.238 eingeschlossenen Studienteilnehmerinnen erhielten 8 Wochen (t_1) und 6 Monate (t_2) nach der bereits dokumentierten Geburt (t_0) einen 30-seitigen Fragebogen, in dem sie unter anderem zu ihrer SGH, ihrer GHLQ sowie ihrem Geburtserleben befragt wurden. Zur Ermittlung der SGH wurde der SF-1 angewendet. Der SF-1 bildet das erste Item des Medical Outcome Study-36 Item Short Form (SF-36), welcher der Messung der GHLQ diene [5]. Zur Erfassung des Geburtserlebens wurden unterschiedliche Instrumente verwendet. Die Datenerhebung erfolgte zwischen Juli 2007 und Januar 2010. Die Studien wurden unter Einhaltung der GCP-Richtlinien (Guideline for Good Clinical Practice) und der Deklaration von Helsinki konzipiert und von den zuständigen Ethikkommissionen positiv votiert [14][22].

Für die vorliegende Untersuchung wurden die Daten beider Studien hinsichtlich des Einflusses des Geburtserlebens auf die subjektiven Gesundheitseinschätzungen (SGH und GHLQ) erneut analysiert, wobei insbesondere Unterschiede zwischen Erst- und Mehrgebärenden und Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten in der Bewertung der SGH und GHLQ und dem Einfluss des Geburtserlebens von Interesse waren. Innerhalb der vorliegenden Untersuchung wurde die fünf-Punkte Likert-Skala des SF-1 zwecks Integration in ein regressionsanalytisches Modell dichotomisiert, wobei die beiden höchsten

Kategorien „ausgezeichnet“ und „sehr gut“ in der Kategorie „gut“ und die drei Kategorien „gut“, „schlecht“, „sehr schlecht“ in der Kategorie „beeinträchtigt“ zusammengefasst wurden. Diese Form der Kategorisierung wurde gewählt, um Deckeneffekte, wie sie in anderen Studien beobachtet wurden [2][26], zu vermeiden. Entsprechend vorherrschender Konventionen wurden die 36 Items des SF-36 in die standardisierte körperliche (KSK) und die standardisierte psychische Summenskala (PSK) überführt. Das Minimum der Skalen beträgt 0, das Maximum 100. Da zur Beurteilung der GHQ für den SF-36 keine Cut-off-Werte definiert sind, erfolgte für die Aufnahme der GHQ in ein regressionsanalytisches Modell eine Dichotomisierung über die 25 Prozent Perzentile, wobei Werte unterhalb der 25 Prozent Perzentile als beeinträchtigte Lebensqualität verstanden wurden. Für die Bewertung des Geburtserlebens wurden Daten, die mit Hilfe der deutschen Kurzversion der Salmon's Item List (SIL-Ger_12 [28]) erfasst wurden, in die Analyse aufgenommen, nachdem die Diskriminanzfähigkeit und relative Effizienz der unterschiedlichen Instrumente zur Erhebung des Geburtserlebens zuvor getestet wurden. Die Überprüfung des Geburtserlebens als mögliche Einflussgröße der SGH sowie der GHQ erfolgte anhand der binären logistischen Regression. P-Werte, Odds Ratios und deren 95% Konfidenzintervall wurden unter Anwendung der Wald-Statistik berechnet. Univariate Analysen erfolgten unter Anwendung von Chi-Quadrat-basierten Unabhängigkeitstests mit einem Signifikanzniveau von $p < 0.05$. Darüber hinaus fanden der T-Test für Mittelwertvergleiche (Ermittlung des Signifikanzniveaus über Mann-Whitney U-Test) sowie der Wilcoxon Test (im longitudinalen Vergleich) Anwendung. Uni- wie multivariate Analysen wurden sowohl für die gesamte Stichprobe als auch für Erst- und Mehrgebärende getrennt durchgeführt. Adjustierungen vor dem Hintergrund multiplen Testens wurden nicht vorgenommen. Die Daten wurden mit Hilfe der Statistik Software SPSS Predictive Analytics Software 18 (PASW) ausgewertet.

Ergebnisse

In den Ursprungsstudien wurden innerhalb Deutschlands ausschließlich Daten von Frauen erhoben, die zum Ende ihrer Schwangerschaft als gesund (Low Risk) eingestuft wurden. Daher konnte von einer physiologischen Geburt ausgegangen werden. Zudem verfügten die Teilnehmerinnen über gute Deutschkenntnisse. Die Datenerhebung fand zwischen 2007 und 2010 statt. 1.168 der 1.238 Frauen, deren Geburt dokumentiert wurde (t_0), füllten acht Wochen nach der Geburt (t_1) einen Fragebogen aus (siehe Abbildung 1), was einer Rücklaufquote von 94,3 Prozent entspricht. Sechs Monate nach der Geburt (t_2) erhielten unter Berücksichtigung des absehbaren Studienendes 1.138 Frauen einen Fragebogen zugesandt. Von diesen schickten 1.040 Frauen den Fragebogen ausgefüllt zurück, entsprechend einer Rücklaufquote 91,4 Prozent. 59 Frauen füllten weder den Fragebogen zu t_1 noch den zu t_2 aus. Ausgehend von 1.138 Frauen, von denen der Laufzeit der Studie entsprechend zu beiden Zeitpunkten Fragebögen hätten vorliegen können und die offensichtlich im Nachhinein eine Teilnahme an der Studie ablehnten, entspricht dies einer Non-Responder-Rate von 5,2 Prozent. Der Datenpool der vorliegenden Untersuchung setzt sich aus Daten von 1.029 Frauen zusammen, deren Geburtsdokumentationen vorlagen und die sowohl acht Wochen als auch sechs Monate nach der Geburt ihres Kindes einen ausgefüllten Fragebogen zurücksendeten.

Im Vergleich der Daten aus den Geburtsdokumentationen konnten zwischen den Studienteilnehmerinnen und den Non-Responder bezüglich der Variablen Geburtsmodus, Periduralanästhesie, Episiotomie und Dammriss 3. oder 4. Grades, Alter und Parität keine signifikanten Unterschiede ermittelt werden.

Die Stichprobe ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung [29] durch einen hohen Bildungsstand und einen hohen Anteil Erstgebärender gekennzeichnet (siehe Tabelle 1). Das Nettoäquivalenzeinkommen in der Schwangerschaft wurde mit durchschnittlich 1.480,22 Euro berechnet, wobei 10,7 Prozent ($n=110$) der Studienteilnehmerinnen keine Angaben zu ihren Einkommensverhältnissen machten.

Die Auswertung des SIL-Ger_12 ergibt nach Dichotomisierung des Summenscores entsprechend der festgelegten Konventionen in der gesamten Stichprobe einen Anteil von 25,3 Prozent ($n=260$) Frauen, die die Geburt ihres Kindes acht Wochen danach als "negativ erlebt" bewerteten. Sechs Monate nach der Geburt betrug dieser Anteil 23,8 Prozent ($n=245$). Zwischen Erst- und Mehrgebärenden lässt sich sowohl acht Wochen als auch sechs Monate nach der Geburt ein signifikanter Unterschied feststellen. Acht Wochen postpartum geben 31,7 Prozent der Erstgebärenden und 10,3 Prozent der Mehrgebärenden ein negatives Geburtserleben an (OR 3.07 [95% KI 2,18-4,34], $p < 0.001$), sechs Monate nach der Geburt beschrieben 28,8 Prozent der

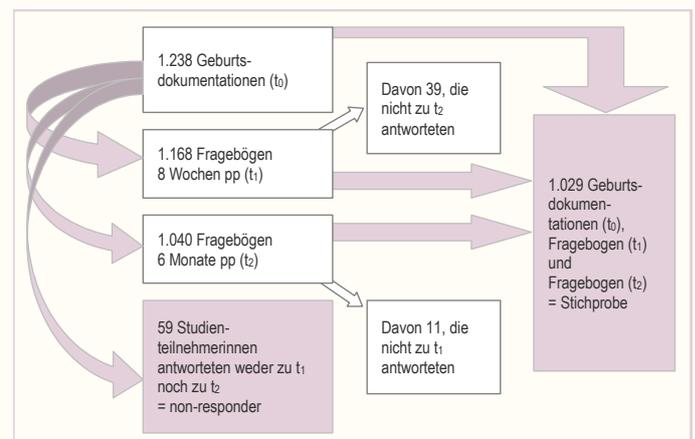


Abbildung 1: Datenerhebung während der Geburt (t_0), 8 Wochen post-partum (t_1) und 6 Monate postpartum (t_2) und die daraus resultierende Stichprobe^a

Erstgebärenden und 12,3 Prozent der Mehrgebärenden ihr Geburtserleben zu diesem Zeitpunkt als negativ (OR 2,32, [95% KI 1,68-3,18], $p < 0,001$).

Sowohl zu t_1 als auch zu t_2 bewertet eine hohe Anzahl von Frauen ihre subjektive Gesundheit als ausgezeichnet oder sehr gut (siehe Abbildung 2), wobei es zwischen Erst- und Mehrgebärenden signifikante Unterschiede (t_1 : OR 1,26 [95% KI 1,07-1,48], $p < 0,01$); t_2 : OR 1,29 [95% KI 1,11-1,51], $p < 0,01$) zu verzeichnen gibt.

Bezüglich der GHQL zeigt sich in der Berechnung der körperlichen und psychischen Summenskala des SF-36 in der gesamten Stichprobe zu t_1 eine niedrigere Bewertung als zu t_2 (siehe Abbildung 3).

Die Entwicklung ist sowohl in der körperlichen Summenskala (KSK) als auch in der psychischen Summenskala (PSK) signifikant (KSK -1,1 [95% KI -1,49 bis -0,70], $p < 0,001$; PSK -0,61 [95% KI -1,06 bis -0,14],

Tabelle 1: Beschreibung der Stichprobe (n=1.029) ^a

		n	%
Mittleres Alter	31 Jahre (SD 4,5 Jahre) (Bandbereite 18 – 44 Jahre)		
Parität	Erstgebärende	719	69,9
	Mehrggebärende	310	30,1
Familienstand	Alleinstehend	25	2,4
	In Partnerschaft lebend	1.004	97,6
Schul-/ Berufsbildung	Hochschulabschluss	403	39,2
	Ausbildungsabschluss	532	51,7
	Ohne/in Ausbildung	39	3,8
	Keine Angaben	55	5,3
Geburtsland/ -region	Deutschland	928	90,2
	Europäisches Ausland	18	1,8
	Sonstige	15	1,6
	Keine Angaben	66	6,4

p<0,01). Für die KSK wird der Unterschied auf Signifikanzniveau auch in den Subgruppenanalysen (Erst- und Mehrggebärende) deutlich (Erstgebärende: -1,22 [95% KI -1,71 bis -0,74], p<0,001; Mehrggebärende: -0,8 [95% KI -1,48 bis -0,12], p<0,05). Bezüglich der PSK zeigte sich nur in der Gruppe der Erstgebärenden eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität von t₁ zu t₂ (PSK -0,65 [95% KI -1,20 bis -0,98], p<0,05). Die Gruppe der Erstgebärenden bewertete nur im Hinblick auf die PSK ihre Lebensqualität signifikant positiver gegenüber der Gruppe der Mehrggebärenden ein (OR 1,18, [95% KI 1,04-1,35], p<0,05 bzw. OR 1,25, [95% KI 1,10-1,43], p<0,01).

Die Entwicklung der multivariaten Modelle erfolgte auf Basis der Literatur und der darauf aufbauenden univariaten Analysen. Es wurden nur die Variablen als unabhängige Variablen in das Modell überführt, deren Zusammenhang zu beeinträchtigten subjektiven Gesundheitseinschätzungen auf einem Signifikanzniveau von p<0,05 ersichtlich wurde.

Negatives Geburtserleben als Einflussgröße für eine beeinträchtigte SGH

Die univariaten Analysen zeigten sowohl in der Gesamtstichprobe, als auch in den Gruppen der Erst- und Mehrggebärenden den Zusammenhang zwischen einem negativen Geburtserleben und einer beeinträchtigten SGH auf. Außerdem wurde der Zusammenhang zwischen einem Haushaltsnettoeinkommen pro Kopf von weniger als 1.569,53 Euro (Median der Stichprobe), einem mütterlichen Alter über 31 Jahre (Median der Stichprobe), der Zugehörigkeit zu einer gesetzlichen Krankenversicherung, alleinlebend, körperlichen Beschwerden bzw. Schmerzen, einer sekundären Sectio, einer Episiotomie, Hinweise einer postpartalen Depression, einer mangelnden emotionalen Unterstützung durch den Familien-/Freundeskreis oder durch den Partner, einer postpartalen Hebammenbetreuung von mehr als fünf Wochen, gesundheitlichen Auffälligkeiten des Kindes sowie die Geburt eines Mädchens und einer beeinträchtigten SGH deutlich.

In den multivariaten Analysen, welche die zuvor genannten Aspekte integrierten, blieb der Zusammenhang zwischen einem negativen Geburtserleben und eine als beeinträchtigt bewertete SGH in der

Gesamtstichprobe zu t₂ bestehen (OR 1,65 [95% KI 1,00-2,70], p<0,05). Auch in der Gruppe der Mehrggebärenden zeigte sich ein negatives Geburtserleben in Bezug auf die SGH zu t₂ als unabhängige Einflussgröße (OR 7,66 [95% KI 2,17-26,99], p<0,01). Für Erstgebärende zeigte sich ein negatives Geburtserleben in den regressionsanalytischen Berechnungen weder zu t₁ noch zu t₂ als unabhängiger Einflussfaktor.

Negatives Geburtserleben als Einflussgröße für eine beeinträchtigte GHLQ

In den univariaten Analysen wurde ein Zusammenhang zwischen einem negativen Geburtserleben und einer eingeschränkten GHLQ deutlich. Weitere Aspekte, die in einem Zusammenhang mit einer eingeschränkten GHLQ standen, waren: ein Haushaltsnettoeinkommen pro Kopf von weniger als 1.569,53 Euro (Median der Stichprobe), ein mütterliches Alter über 31 Jahre (Median der Stichprobe), Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung, alleinstehend, Berufstätigkeit nach der Geburt, körperliche Beschwerden bzw. Schmerzen, eine geburts- hilffiche Periduralanästhesie, Hinweise auf das Vorliegen einer postpartalen Depression, mangelnde emotionale Unterstützung durch den Familien-/Freundeskreis oder durch den Partner, gesundheitliche Auffälligkeiten des Kindes sowie die Geburt eines Mädchens. Der Zusammenhang zwischen einem negativen Geburtserleben und einer eingeschränkten GHLQ blieb in den multivariaten Analysen, welche die obenstehenden Aspekte integrierten, bestehen. In der Gesamtstichprobe erwies sich zu t₁ ein negatives Geburtserleben als unabhängige Einflussgröße in den psychischen Dimensionen der GHLQ (PSK, OR 1,97 [95% KI 1,22-3,16], p<0,01). Zu t₂ schien der Einfluss eines negativen Geburtserlebens auf die GHLQ nicht mehr signifikant. In der Gruppe der Erstgebärenden erwies sich ebenfalls zu t₁ ein negatives Geburtserleben als unabhängige Einflussgröße auf die psychischen Dimensionen der GHLQ (PSK, OR (2,09 [95% KI 1,19-3,65], p<0,05). Wie in der Gesamtstichprobe war auch hier der Einfluss zu t₂ nicht mehr signifikant. In der Gruppe der Mehrggebärenden konnte zu t₁ kein Einfluss eines negativen Geburtserlebens auf die GHLQ aufgezeigt werden. Zu t₂ zeigte sich ein negatives Geburtserleben jedoch als unabhängige Einflussgröße (PSK, OR 3,93 [95% KI 1,14-13,53], p<0,05).

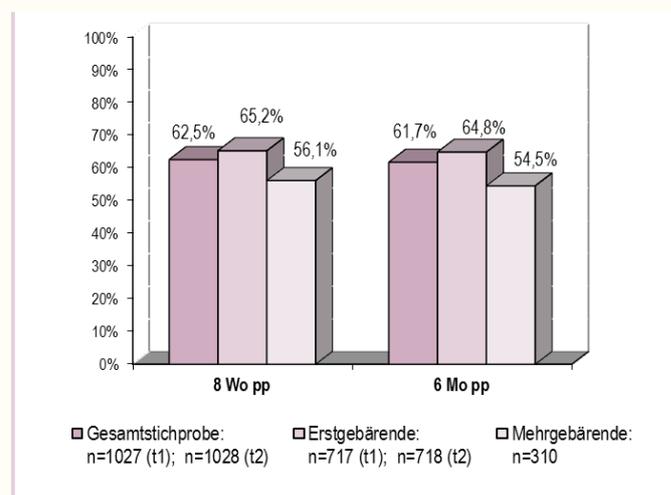


Abbildung 2: Anteil Studienteilnehmerinnen, die ihre subjektive Gesundheit (SGH) als ausgezeichnet oder sehr gut bezeichnen ^a

Diskussion

Die Ergebnisse der Studie weisen darauf hin, dass sich ein negatives Geburtserleben auch ein halbes Jahr nach der Geburt noch auf die SGH und die GHQLQ auswirkt. Die Inzidenzrate eines negativen Geburtserlebens in der vorliegenden Analyse erscheint mit 25,3 Prozent bzw. 23,8 Prozent sehr hoch. Waldenström et al. [34] berichten lediglich von 6,8 Prozent. Dies liegt möglicherweise in der Art der Operationalisierung begründet. Während Waldenström et al. das Geburtserleben über eine einzelne Frage, zu beantworten über eine

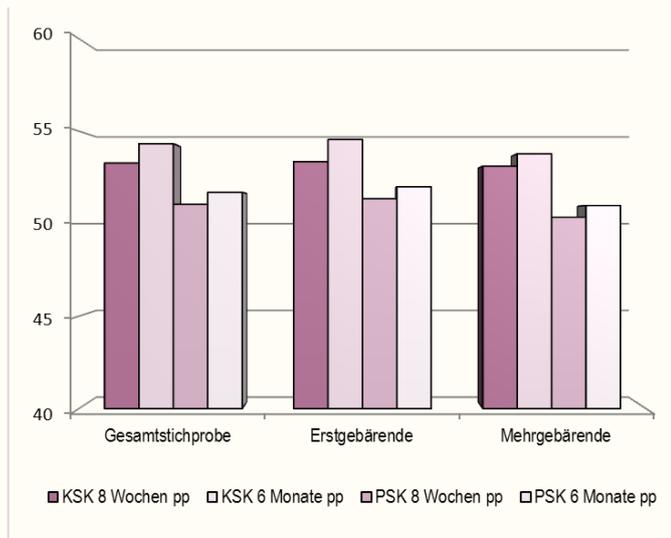


Abbildung 3: Körperliche Summenskala (KSK) und psychische Summenskala (PSK) des SF-36 acht Wochen und sechs Monate nach der Geburt (pp)^a

siebenstufige bipolare Bewertungsskala, operationalisierten, wurde in der vorliegenden Analyse mit dem SIL-Ger_12 ein mehrdimensionales Erhebungsinstrument mit insgesamt 12 Items eingesetzt. In der Diskriminanzfähigkeit und relativen Effizienz erwies sich der SIL-Ger_12 gegenüber einer einfachen Fragestellung in den vorgeschalteten Instrumentenanalysen als geeigneter. In der Instrumentenanalyse zeigten sich bei Operationalisierung des Geburtserlebens über eine einzige Frage ähnliche Inzidenzraten wie die von Waldenström et al. Bezüglich des Geburtserlebens fällt weiterhin auf, dass nur in der Gruppe der Erstgebärenden eine signifikante Verbesserung in der Bewertung des Geburtserlebens von t_1 zu t_2 zu verzeichnen ist. Die Gruppe der Mehrgebärenden zeigt bereits zu t_1 deutlich positivere durchschnittliche Bewertungen. Eine tendenziell positivere Bewertung seitens der Mehrgebärenden gegenüber den Erstgebärenden stellte auch Waldenström [33] fest. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass sich für Erstgebärende die Lebenssituation nach der Geburt eines Kindes im Vergleich zu Mehrgebärenden gravierender ändert und sich dies in der retrospektiven Beurteilung zum Geburtserleben widerspiegelt. Denkbar wäre auch, dass für Mehrgebärende gegenüber Erstgebärenden grundsätzlich eher die Möglichkeit besteht, im Geburtsprozess von Hebammen, Ärztinnen und Ärzten als Expertin wahrgenommen und deshalb auch eher in Entscheidungen einbezogen zu werden. Nach Waldenström [32], David und Kantenich [7] wie auch Spaich et al. [27] führt letzteres zu einem positiven Geburts-erleben. Unklar bleibt, welche Erwartungen Frauen zuvor an die Geburt ihres

Kindes hatten und inwiefern diese erfüllt wurden. Erwartungs-haltungen vor der Geburt sowie das Ausmaß der Erfüllung wirken sich auf die Bewertung des Geburtserlebens nach der Geburt aus, wobei Erstgebärende höhere Erwartungen an die Geburt ihres Kindes im Vergleich zu Mehrgebärenden haben [10]. Auch dies kann ein Grund für die unterschiedliche Bewertung des Geburtserlebens von Erst- und Mehrgebärenden sein.

Die Qualität der Geburtshilfe wird derzeit in Deutschland anhand von zwölf ausgewählten Indikatoren gemessen, die sich im Wesentlichen auf neonatale Ergebnisaspekte sowie Struktur- und Prozessaspekte beziehen [1]. Das geburtliche Erleben und die subjektive Einschätzung der Gesundheit der Frauen zählen hierzulande derzeit nicht zu den Qualitätsmaßstäben der klinischen Geburtshilfe. Es erscheint jedoch vor dem Hintergrund der Ergebnisse empfehlenswert, diese einzu-beziehen.

In den Daten zur SGH fällt auf, dass Erstgebärende gegenüber Mehrgebärenden deutlich positivere Bewertungen vornehmen. Nach Jylhä [13] entwickelt sich die Bewertung der subjektiven Gesundheit nicht ausschließlich aus dem aktuellen Gesundheitszustand, sondern wird unter anderem durch gesellschaftliche Normen geprägt. Die mütterliche Freude über die Geburt eines gesunden Kindes und das damit oft verbundene Zurückstellen des eigenen Wohlbefindens kann durchaus als eine solche Norm verstanden werden. Das Unverständnis, mit dem das Umfeld auf mütterliche Gefühle der Niedergeschlagenheit, Trauer o.ä. reagiert, lässt vermuten, dass hier gesellschaftliche Erwartungen und persönliches Empfinden kollidieren können. Möglicherweise können sich Erstgebärende Normierungen bzw. Normierungserwartungen schwerer entziehen als Mehrgebärende. Eine positive Bewertung der Gesundheit trotz möglicherweise gleichzeitig empfundener Krankheitslast könnte hier die Folge sein. Im Vergleich zu früheren Arbeiten [2][25], wird in der vorliegenden Analyse die SGH von Frauen nach der Geburt eines Kindes deutlich schlechter bewertet. Während bei Schytt et al. [25] und Bauer [2] um die 90 Prozent der jeweiligen Stichprobe die Bewertung ihrer SGH in den obersten beiden Kategorien der Likert-Skala vornahmen, geschieht dies in der vorliegenden Analyse nur in etwa 60 Prozent der Fälle. Dies liegt möglicherweise in der Formulierung des verbalen Mittelwertes der fünf Punkte Likert-Skala begründet. Schytt et al. [25] und Bauer [2] verwendeten eine fünf Punkte Likert-Skala mit einer neutralen Verbalmarke als Mittelpunkt, die letztendlich zu einem ausgeprägten Deckeneffekt geführt hat. In einer abschließenden Diskussion bemerkt Schytt [24], dass durch die Verwendung einer neutralen Verbalmarke die Anzahl der Frauen mit einer beeinträchtigten Gesundheit unterschätzt wird. Im SF-1 wird auf eine neutrale Verbalmarke als Mittelpunkt verzichtet. Er ist vielmehr ordinalskaliert, mit einer positiven Bewertung (gut) als Mittelpunkt der Skala. Unter Verwendung einer positiven Bewertung als Mittelpunkt der Likert Skala zeigte sich eine deutliche Auflockerung des Deckeneffekts. Gleichwohl muss diskutiert werden, dass im Zuge der quantitativen Auswertung (Zusammenfassung der Skala in nur 2 Ausprägungen) die Zuordnung des positiv formulierten Mittelpunktes zur Kategorie „eingeschränkte Gesundheit“ (statt zur Kategorie „gute Gesundheit“) erfolgte, und sollte Gegenstand weiterer Forschung insbesondere Sensitivitätsanalysen sein.

Limitationen der Studie

Zwar gilt der SF-36 im nationalen wie internationalen Kontext als hinlänglich validiertes Instrument [6], im deutschsprachigen Raum wurde er allerdings in den Ursprungsstudien erstmalig im geburtshilflichen Kontext angewendet, sodass in diesem Zusammenhang keine Aussagen zur Reliabilität und Validität des Instruments getroffen werden können. Neben den Schwächen, die aus dem retrospektiven Design resultieren, erweist sich die reduzierte Anwendung des SF-36 im geburtshilflichen Kontext als eine deutliche Grenze der Studie. Mogos et al. [17] thematisieren in diesem Zusammenhang, dass valide Instrumente zur Messung der GHLQ von Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt bisher fehlen. Ähnliches gilt für den SIL-Ger_12 zur Erfassung des Geburtserlebens. Auch hier kann bislang auf wenige deutsche Studien zurückgegriffen werden [23][28], sodass keine ausreichenden Aussagen zu Reliabilität und Validität getroffen werden können. Der Verzicht auf eine Adjustierung der Daten vor dem Hintergrund multipler Tests muss als Schwäche in der Datenauswertung gesehen werden und stellt in der Interpretation der Ergebnisse eine deutliche Limitation der Studie dar. Auch können die Ergebnisse zum Zusammenhang der SGH und des Geburtserlebens aufgrund fehlender Sensitivitätsanalysen bezüglich der erfolgten Dichotomisierung des SF-1 nur bedingt als valide interpretiert werden. Schließlich kann die Auswahl der Stichprobe, die sich aus dem Forschungsdesign der Ursprungsstudien zum Versorgungskonzept Hebammenkreißaal

ergeben hat, angesichts des hohen Bildungsstandes, des geringen Anteils an Frauen mit Migrationshintergrund sowie des ausschließlichen Niedrigrisikokollektivs nicht als repräsentativ gelten. Vor diesem Hintergrund müssen die Ergebnisse zum Geburtserleben als beeinflussende Größe auf die subjektiven Gesundheitseinschätzungen von Frauen nach der Geburt eines Kindes als erste Hinweise verstanden werden, die es durch weitere Forschung zu erhärten oder auch zu widerlegen gilt.

Fazit

In der vorliegenden Studie konnte eine Assoziation zwischen einem negativen Geburtserleben und der körperlichen und psychischen Gesundheit von Frauen acht Wochen und sechs Monate nach der Geburt eines Kindes belegt werden. Weitere Forschungsvorhaben zu diesem Thema sind notwendig. Insbesondere sollten sich prospektive, longitudinale Studien anschließen, die sich explizit dem Geburtserleben und den beeinflussenden Faktoren widmen. Zudem gilt es, die Reliabilität und Validität entsprechender Instrumente hierzu zu erhärten. Kenntnisse, die hieraus gewonnen werden, sollten in die Qualitätserhebung und -bewertung der geburtshilflichen Versorgung überführt werden.

^a Datenerhebungsort und -zeitraum: Deutschland 2007-2010 (Sayn-Wittgenstein et al. 2011; Knappe et al. 2011)

Institutionen: ¹ Department für angewandte Gesundheitswissenschaften, Hochschule für Gesundheit, Bochum

Interessenkonflikt: Die Daten der vorliegenden Studie wurden durch den Verbund Hebammenforschung unter finanzieller Förderung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (FKZ 01 GT 0616) im Rahmen zweier Studien zum Versorgungskonzept Hebammenkreißaal erhoben und von den Projektleitungen Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein und Prof. Dr. Manfred Haubrock für die vorliegende Studie zur Verfügung gestellt. Die vorliegende Studie wurde ohne Bereitstellung etwaiger finanzieller Mittel durchgeführt. Mit ihr wurden ausschließlich berufliche Interesse verfolgt.

Review-Verfahren: Eingereicht am: 27.02.2015, angenommen am: 10.11.2015.

Kontakt: Rainhild.Schaefer@hs-gesundheit.de

Literatur

1. AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Bundesauswertung zum Verfahrensjahr 2014 – 16/1 – Geburtshilfe. Göttingen: AQUA; 2015.
2. Bauer NH. Der Hebammenkreißaal. Göttingen: V & R unipress; 2011.
3. Bitzer EM. Die Perspektive der Patienten - Lebensqualität und Patientenzufriedenheit. In: Schwartz F, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, Walter U, Hrsg. Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Jena: Urban & Fischer; 2003. S. 453-60.
4. Boyce P, Johnstone S, Hickey A, Morris-Yates A, Harris M, Strachan T. Functioning and well-being at 24 weeks postpartum of women with postnatal depression. Arch Womens Ment Health. 2000;3(3):91-7. doi: 10.1007/s007370070002
5. Bullinger M. Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36 Survey. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz. 2000;43(3):190-7. doi: 10.1007/s001030050034
6. Bullinger M, Morfeld M. Der SF-36 Health Survey. In: Schöffski O, Schulenburg JG, Hrsg. Gesundheitsökonomische Evaluationen. Berlin, Heidelberg:Springer-Verlag; 2007. S. 387-402.
7. David M., Kantenich H. Subjektive Erwartungen von Schwangeren an die heutige Geburtsbegleitung. Der Gynäkologe. 2008;41(1):21-7. doi: 10.1007/s00129-007-2088-2
8. de Tychev C, Briancon S, Lighezzolo J, Spitz E, Kabuth B, de Luigi V, Messembourg C, Girvan F, Rosati A, Thockler A, Vincent S. Quality of life, postnatal depression and baby gender. J Clin Nurs. 2008;17(3):312-22. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01911.x
9. Dennis C. Influence of depressive symptomatology on maternal health service utilization and general health. Arch Womens Ment Health. 2004;7(3):183-91. doi: 10.1007/s00737-004-0053-9
10. Hildingsson I. Women's birth expectations, are they fulfilled? Findings from a longitudinal Swedish cohort study. Women birth. 2015;28(2):e7-13. doi: 10.1016/j.wombi.2015.01.011
11. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav. 1997;38(1):21-37. doi: 10.2307/2955359
12. Jansen AJG, Essink-Bot M, Duvekot JJ, van Rhenen DJ. Psychometric evaluation of health-related quality of life measures in women after different types of delivery. J Psychosom Res. 2007;63(3):275-81. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.06.003
13. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. Soc Sci Med. 2009;69(3):307-16. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.05.013
14. Knappe N, Buck C, Haubrock M. Hebammenkreißaal - finanzierbar und sicher? Deutsche Hebammenzeitschrift. 2011: 29-33.
15. Lemola S, Stadlmayr W, Grob A. Maternal adjustment five month after birth. J Reprod Infant Psycho. 2007;25(3):190-202. doi: 10.1080/02646830701467231

Fortsetzung der Literaturliste auf Seite 63

Stellungnahme zur Situation der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

10. Dezember 2014

Problemstellung

Die Geburt eines Kindes ist ein bedeutsames und auch kritisches Lebensereignis in der Biographie von Frauen und ihren Familien [19]. Eine sichere und bedürfnisgerechte Versorgung ist für die physische und psychische Gesundheit der Mutter, des Kindes und des familiären Umfeldes von großer Relevanz [7][15][29].

Vor diesem Hintergrund ist eine Diskussion um die Zentralisierung der Geburtshilfe mehr als ein probabilistisches Abwägen, welche Versorgungsstufe eine optimale medizinische Versorgung gewährleisten kann. Auch der lebensweltliche Kontext der Frau sollte bei der geburtshilflichen Versorgung seine Berücksichtigung finden. Eine zunehmende Zentralisierung kann für die Gebärenden und ihre Familien weitreichende Folgen haben, welche nachfolgend ausführlich dargestellt werden. Diese Implikationen sind für die Benennung von Empfehlungen und Zielsetzungen der geburtshilflichen Versorgung in Schleswig-Holstein von Relevanz. Externe und interne Evidence sollten daher für die Gestaltung der zukünftigen Versorgungssituation der Frauen berücksichtigt werden.

Die Strukturierung der Stellungnahme orientiert sich an den Fragestellungen des Landtages, welche in einem Anschreiben des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung im Oktober 2014 an den Deutschen Hebammenverband e.V. (DHV) formuliert und an die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi) übermittelt wurden.

1. Aktuelle wissenschaftliche Veröffentlichungen zur Zentralisierung der Geburtshilfe

Die Bedeutung der Zentralisierung für die Geburtshilfe wird in der Literatur unterschiedlich bewertet. Auch wenn einige Studien geringere Komplikations- und Mortalitätsraten in großen Perinatalzentren sowohl für Reif- als auch für Frühgeborene im Vergleich zu kleinen geburtshilflichen Kliniken aufzeigen [11][12][23], bleibt die Studienlage inkonsistent, da andere Studien dies für normgewichtige Kinder bzw. Kinder, welche nach der 29. Schwangerschaftswoche geboren werden, nicht bestätigen können [30][33]. Des Weiteren beschreiben die Autorinnen und Autoren dieser vergleichenden Studien nicht, wie verlängerte Fahrtzeiten und erhöhte Distanzen, also der grundsätzliche Wegfall einer wohnortnahen Versorgung, die Ergebnisqualität beeinflussen können. In anderen Forschungsarbeiten wurde dieser Fragestellung nachgegangen: Die fehlende Bereitstellung einer lokalen geburtshilflichen Versorgung ist in den Vereinigten Staaten von Amerika mit einer negativen perinatalen Ergebnisqualität (u.a. Frühgeburtlichkeit und Mortalität) assoziiert [20][26]. In einer weiteren Studie (aus Kanada) stehen Fahrtzeiten von 1-2 Stunden in einem signifikanten Zusammenhang mit einer erhöhten Anzahl von stationären Belegungstagen auf Kinderintensivstationen, einer vermehrten Rate an ungeplanten

Geburten auf der Fahrt ohne fachgerechte Betreuung sowie, einer erhöhten Rate an medikamentösen Geburtseinleitungen [10].

Combiere et al. [6] konnten anhand einer Datenanalyse von über 110.000 Geburten zwischen 2000 und 2009 im französischen Burgund feststellen, dass es bei Frauen, die über 30 Minuten Fahrtzeit von der geburtshilflichen Abteilung entfernt wohnten (n=8.782), signifikant häufiger ($p<0,05$) zu einer vorzeitigen Hospitalisierung (24 Stunden und mehr bevor Geburt) kam. Insgesamt wurden im Studienkollektiv 8.555 Geburten mit grünem Fruchtwasser identifiziert, wobei dies signifikant häufiger ($p<0,05$) bei Frauen auftrat, die über 45 Minuten Fahrtzeit zu bewältigen hatten, gegenüber Frauen, die weniger als 16 Minuten bis zur Klinik fahren mussten [6].

Eine generelle Übertragbarkeit der Zentralisierungsbestrebungen anderer Länder und dem Verweis, dass diese Zentralisierung ursächlich sei für die gesunkenen bzw. niedrigen perinatalen Mortalitätsraten beispielweise in Schweden oder Portugal, ist nach Einschätzung der DGHWi nicht zielführend und auch nicht zulässig, da die Versorgungsstrukturen in den einzelnen Ländern grundlegend von den Versorgungsstrukturen und Zuständigkeiten in Deutschland abweichen. Des Weiteren können aus retrospektiv deskriptiv ausgewerteten Daten keine Kausalzusammenhänge zwischen der Zentralisierung und den Mortalitätsraten abgeleitet werden.

In der Gesundheitsversorgung von Schwangeren hat Schweden beispielsweise historisch bedingt einen anderen Ansatz als das bundesdeutsche Versorgungssystem. Die Schwangerenbegleitung wird dort seit vielen Jahrzehnten von Hebammen als Primärversorgerinnen im Gesundheitssystem auch in dünn besiedelten Gebieten durchgeführt. Die routinemäßige Betreuung durch eine Ärztin/einen Arzt ist in der Schwangerschaft nicht vorgesehen und auch die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen ist in Schweden mit 6-9 Vorsorgen im Vergleich zu Deutschland deutlich niedriger [14]. Die Hälfte der ca. 115.000 Geburten in Schweden wird in Kliniken mit einer Geburtenzahl von über 3.000 Geburten jährlich betreut. In Deutschland finden nur ca. ein Viertel der ca. 640.000 Geburten pro Jahr in derart großen geburtshilflichen Einrichtungen statt. Die neonatale Sterblichkeit (Todesfälle in den ersten sechs Lebenstagen bei einer Geburt nach mindestens 24 vollendeten Schwangerschaftswochen) liegt in Schweden bei 1,1 Fällen pro 1.000 Geburten, gegenüber 1,8 Fällen pro 1.000 Geburten in Deutschland [34]. Es bleibt ungeklärt, worin die niedrigere Rate der neonatalen Sterblichkeitsrate in Schweden gegenüber Deutschland begründet liegt. Es könnten sowohl die in Schweden übliche hebammengeleitete Schwangerenbetreuung mit reduzierter Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen als auch die dortige Verlagerung der Geburten in Kliniken mit über 3.000 Geburten hierfür verantwortlich gemacht werden. Ersteres scheint eine provokante Vermutung – wäre aber mit dem unzulässigen Anspruch, Kausalzusammenhänge aus retrospektiven

Datenauswertungen mittels Verfahren der deskriptiven Statistik beschreiben zu wollen – ebenfalls ein denkbarer Zusammenhang. Die Zentralisierungsbestrebungen und Sterblichkeitsraten in einen ursächlichen Zusammenhang bringen zu wollen, ist methodisch wie erwähnt nicht zulässig. Es können aus wissenschaftlicher Perspektive lediglich statistische Assoziationen dargestellt werden. Im europäischen Vergleich zeigt sich zudem, dass die neonatalen Sterblichkeitsraten (Todesfälle in den ersten sechs Lebenstagen bei einer Geburt nach mindestens 24 vollendeten Schwangerschaftswochen) 2010 im Vergleich zu 2004 europaweit gesunken sind [14]. Es darf davon ausgegangen werden, dass nicht in jeder der betrachteten Regionen gleichermaßen eine Zentralisierung der Geburtshilfe stattgefunden hat, die einheitlich für diese Entwicklung verantwortlich gemacht werden kann. Auch Länder wie Schweden haben in der Geburtshilfe Probleme mit der Überwindung großer Entfernungen und schildern die Versorgungssituation als verbesserungswürdig. So gebären – nach Einschätzung von schwedischen Gesundheitsexpertinnen – zu viele Frauen ihre Kinder ungeplant auf Fähren oder in Autos, da sie nicht rechtzeitig die großen Versorgungszentren erreichen können (persönliche Mitteilung).

Diskussion um Mindestmengen als Qualitätsinstrument

In der Diskussion um die Aufrechterhaltung und Förderung der Qualität in der geburtshilflichen Versorgung wird immer wieder auch die Diskussion um Mindestmengen geführt. Diskutiert werden diese Mindestmengen in der Regel vor dem Hintergrund der Mortalitätsraten sehr kleiner Frühgeborener. Ebenso wichtig erscheint es aber, das Thema Mindestmengen auch vor dem Hintergrund der interventionsarmen, physiologischen Geburt von Reifgeborenen zu diskutieren. Ein Blick in die Bundesauswertung der klinischen Perinatalerhebung zeigt, dass über 60% der gesamten Geburten entweder vaginal mit einer Periduralanästhesie oder in Form eines Kaiserschnitts erfolgen [1]. Dies bedeutet gleichzeitig, dass über 60% der Geburten im klinischen Setting unter Hinzuziehung einer Notfallmedizinerin/eines Notfallmediziners (Anästhesistin/Anästhesist) stattfinden. Hinzukommen die Gabe von Wehenmitteln, das Anlegen eines Dammschnittes oder auch die Geburtsbeendigung durch einen vaginal operativen Eingriff, so dass eine Geburt ohne einen der genannten Eingriffe inzwischen in deutschen Kliniken Seltenheit hat.

Eine hohe Fallzahl in Häusern mit einer hohen Versorgungsstufe geht nicht immer mit einem breiten geburtshilflichen Erfahrungswissen der dort tätigen Personen einher. Hohe Interventionsraten in der Geburtshilfe lassen das Erlangen von Wissen um einen physiologischen Geburtsverlauf fraglich erscheinen. Medizinerinnen/Mediziner wie auch Hebammen beklagen gleichermaßen, dass mit den hohen Interventionsraten geburtshilfliches Wissen verloren gehe. Zudem verfügen Kliniken oft – im Sinne der Vereinbarkeit von Beruf und Familie – über eine große Anzahl teilzeitbeschäftigter Hebammen sowie Ärztinnen/Ärzte. Auch müssen Aspekte wie die in diesem Arbeitsfeld hohe Personalfuktuation in der Diskussion um Qualität vermehrt Berücksichtigung finden – dies vor dem Hintergrund, dass Berufsanfängerinnen und -anfänger naturgemäß über weniger Erfahrungswissen verfügen als langjährig erfahrene Kolleginnen und Kollegen. Diese Beispiele zeigen, dass die Größe einer Klinik nicht zwingend ein Garant für eine qualitativ hochwertige Geburtshilfe sein muss. Ebenso

wenig zwangsläufig müssen Geburten nach einer physiologisch verlaufenden Schwangerschaft, die in Kliniken mit einer geringen Fallzahl stattfinden, mit qualitativen Einbußen verbunden sein. Bisher findet sich nur wenig Evidence zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland vor allem vor dem Hintergrund der nachhaltigen Gesundheit von Mutter und Kind. Forensische Diskussionen werden eher vor dem Hintergrund der Unterlassung einer Intervention als deren Durchführung diskutiert, wodurch die Intervention als solche oftmals nur bedingt in Frage gestellt wird. Fachliche Diskussionen in der Geburtshilfe beziehen sich in der Regel auf den Aspekt einer potenziellen Unterversorgung. Eine Diskussion um eine Überversorgung und ihre Folgen findet in Deutschland so gut wie nicht statt. Im Vergleich dazu findet sich in Großbritannien eine kritische, auf externer Evidence basierende Reflexion erhöhter Interventionsraten in der Geburtshilfe. Es erscheint beachtenswert, dass vor dem Hintergrund erhöhter Interventionsraten im klinischen Setting das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in seiner im Dezember 2014 erschienenen Guideline Intrapartum Care geburtshilfliches Fachpersonal auffordert, Frauen mit einem geringen Ausgangsrisiko für eine Geburt (Low-risk Schwangere) die Geburt in einer hebammen-geleiteten Einrichtung (*freestanding or alongside*) zu empfehlen [24].

2. Angemessene Entfernungen für die Erreichbarkeit des geburtshilflichen Settings

Restrukturierungsmaßnahmen der Versorgung bzw. Empfehlungen zur Zentralisierung können nicht unabhängig von dem Betrachtungsgegenstand (städtische oder ländliche Region) erfolgen und nicht allgemeingültig für die Bundesrepublik Deutschland beantwortet werden. Augurzyk et al. [3] empfehlen eine Bündelung der ambulanten und stationären Leistungen für ländliche Regionen in Gesundheitszentren mit geburtshilflicher Versorgung für Frauen mit niedrigem anamnestischen und geburtshilflichen Risiko. Dieses Versorgungsmodell (ähnlich medizinischer Versorgungszentren) könnte Fahrtzeiten unter 30 Minuten gewährleisten. Andere Quellen empfehlen im Rahmen der wohnortnahen Versorgung, dass Krankenhäuser nicht mehr als 20 km entfernt sein sollten [23] bzw. Notfallpatienten und -patientinnen innerhalb von maximal 30 Minuten eine stationäre Einrichtung erreichen sollten [21]. Diese Ziele sind derzeit weder für Betroffene auf Sylt noch auf Fehmarn umzusetzen.

Die Ergebnisse der Birthplace-Study aus England belegen, dass eine wohnortnahe Versorgung in hebammengeleiteten Einrichtungen (birth centres) nicht zu erhöhten Risiken führt. Für unabhängige Geburtshäuser (birth centres) oder hebammengeleitete Kreißsäle in Krankenhäusern (midwife-led units) überwiegen die medizinischen Vorteile. Diese sind eine signifikant niedrigere Rate an Interventionen wie Kaiserschnitte, eine höhere Stillrate und eine bessere Kosten-Effektivität gegenüber der konventionellen Klinikgeburt. Auch belegt diese Studie, dass die Geburten in wohnortnahen hebammengeleiteten Einrichtungen – also in Modellen der Grundversorgung – auf Grund der Verlegungs-distanzen zur nächst größeren Klinik nicht gefährlich für Mutter und Kind sind. Unabhängige Geburtshäuser mit durchschnittlichen Verlegungs-distanzen in das nächste Krankenhaus von 20 Meilen (ca. 32 km) erzielten keine schlechteren Geburtsergebnisse für Erst- oder Mehrgebärende gegenüber der Krankenhausgeburt [5]. Diese

Ergebnisse sprechen für die Effektivität lokaler und kontinuierlicher Betreuungsstrukturen und die Qualität von Hebammengeleiteter Versorgung.

Insbesondere für sozioökonomisch vulnerable Familien stellt die Überwindung größerer Entfernungen bzw. längerer Fahrtzeiten eine Herausforderung dar. Sowohl die finanziellen Möglichkeiten als auch die soziale Unterstützung der zurückbleibenden Familie müssen bedacht werden [17]. Frauen mit Fahrtzeiten von einer Stunde und mehr weisen in Kanada eine 7,4-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit auf, moderate bis schwere Stresssymptome zu entwickeln [18]. Verunsichernde Situationen wie die Wahl des richtigen Zeitpunktes, um eine geburtshilfliche Einrichtung aufzusuchen und die längerfristige Unterbringung von Geschwisterkindern sind für die Gebärende Stressoren, welche den Geburtsverlauf möglicherweise negativ beeinflussen. Das Erleben von Unsicherheit und Angst sind Faktoren, welche Muskelanspannungen und das Schmerzerleben erhöhen und zu unnötigen Geburtskomplikationen beitragen können. Diese Zusammenhänge sind bereits seit den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts bekannt [9]. Mütterlicher Stress steht im Zusammenhang mit vorzeitiger Wehentätigkeit, geringem kindlichen Geburtsgewicht [28], Frühgeburtlichkeit und erhöhten Raten von Fehlgeburten [27]. Zudem erfahren Frauen mit weiten Anfahrtswegen ein geringeres Maß an kontinuierlicher Betreuung [10], welche für eine interventionsarme und sichere Geburt einen entscheidenden Faktor darstellt [15]. Eine sichere wie vertraute Umgebung, welche den Bedürfnissen der Frau gerecht wird, wirkt sich somit förderlich auf den Geburtsverlauf aus.

Neben der Frage der Sicherheit und der geburtshilflichen Versorgungsqualität während der Geburt ist bei der Diskussion um die Erreichbarkeit des geburtshilflichen Settings auch die individuelle Situation der Frau und der Betreuungsrahmen außerhalb des klinischen Settings vor dem Geburtsbeginn und bei einsetzender Wehentätigkeit zu berücksichtigen. Bei zunehmender Entfernung der geburtshilflichen Versorgung vom Wohnort der Leistungsempfängerin wird die Schwangere oder Gebärende mit vielfältigen Unsicherheiten und Unwägbarkeiten konfrontiert, die einen physiologischen Geburtsverlauf erschweren oder verhindern können. Hierbei gilt: Je niedriger der sozio-ökonomische Status desto größer ist die Problemlage für die betroffenen Familien.

Zusammenfassend sprechen gegen die Zentralisierung folgende Punkte:

Aspekte aus der Perspektive der Frauen und ihrer Familien:

- ◆ Abwägen, wann der richtige Zeitpunkt gekommen ist eine Klinik aufzusuchen. Je länger die Fahrtstrecke desto größer die Unsicherheit.
- ◆ Organisatorische Barrieren: Die Unterbringung von Geschwisterkindern, die rechtzeitige Anwesenheit des Partners.
- ◆ Finanzielle Barrieren: Fahrtkosten für Familienbesuche, Unterbringung der Familie.
- ◆ Ängste, dass die Geburt im Auto oder Rettungswagen stattfindet.

Neben der Perspektive der Familien sind auch die Belange solcher Berufsgruppen zu berücksichtigen, welche bei einer zunehmenden Zentralisierung gehäuft mit der ungeplanten Betreuung von geburtshilflichen Fällen konfrontiert sein werden:

Aspekte aus der Perspektive der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte, der Notfallmedizinerinnen/-mediziner und weiterer Gesundheitsfachberufe:

- ◆ Unsicherheiten und Unerfahrenheit der Notfallsanitäter und -sanitäterinnen bezüglich der Geburtsbetreuung und -überwachung sowie die fehlende Befugnis und Kenntnis den Geburtsverlauf einordnen zu können.
- ◆ Notärztliches Personal, dem es an klinischer Expertise mangelt, eine Geburt zu leiten, bzw. das wenig Erfahrung in der Beatmung und/oder Reanimation von Neugeborenen hat.
- ◆ Moralische, ethische und juristische Verpflichtung von niedergelassenen Hebammen und Gynäkologinnen/ Gynäkologen, Notfälle in der Geburtshilfe vor Ort betreuen zu müssen, unabhängig von der zur Verfügung stehenden Infrastruktur, Materialien bzw. einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung.

Die Notwendigkeit einer zentralisierten/regionalisierten Geburtshilfe wird von Befürwortern mit der Notwendigkeit von Versorgungsstandards und unabdingbaren Rahmenbedingungen begründet. Hierfür wird häufig auf die S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) *Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung* verwiesen [8]. Diese ist eine Handlungsempfehlung, welche die Voraussetzung für die organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen für die Institution Krankenhaus beschreibt, jedoch nicht die geburtshilfliche Versorgung im Allgemeinen zum Gegenstand hat. Zudem hat sie keine grundsätzliche rechtliche oder juristische Verbindlichkeit und beschreibt lediglich einen Handlungskorridor [2]. Auch liegt dieser Empfehlung keine systematische Literaturrecherche zur Versorgungsforschung zu Grunde. Aus diesen und weiteren Gründen ist sie im Rahmen von evidence-based practice nur hinsichtlich einer Expertenmeinung zu berücksichtigen.

3. Die Bewertung von Boarding-Konzepten aus wissenschaftlicher Perspektive

Ob sogenannte Boardingcenter den Bedürfnissen und dem Bedarf in der geburtshilflichen Versorgung von gesunden Schwangeren qualitativ als auch quantitativ entsprechen, ist nicht bekannt. Es kann jedoch angenommen werden, dass diese Einrichtungen sinnvoll für einzelne Frauen mit besonderen Risiken sind, die nicht im Rahmen einer normalen Schwangerschaftsbetreuung durch die Hebammen oder die niedergelassenen Gynäkologinnen/Gynäkologen bis zum Geburtstermin vor Ort betreut werden können, da besondere Risiken evtl. ein umgehendes geburtshilfliches Management erfordern. Falls allerdings Boardingcenter in Kombination mit Klinikzentren die Strategie für die gesamte Region darstellen sollen, so würden sie wohnortferne Betreuung und Aufenthalte für das Gros der Schwangeren bedeuten. Dies ist weder aus der psychosozialen Perspektive der Schwangeren zu empfehlen, da dieses Modell fern ihrer individuellen Lebenswelt wäre, noch wäre eine solche Form der Hospitalisierung gesunder Schwangerer nach Einschätzung der DGHWi aus volkswirtschaftlicher Perspektive sinnvoll. Auch kann die Frage nicht beantwortet werden, ab welchem Zeitpunkt eine Aufnahme im Boardingcenter stattfinden soll. Kanada hat aus den negativen psychosozialen Folgen einer solchen Hospitalisierung für Schwangere und Gebärende seine Konsequenzen

gezogen. Es etabliert erneut wohnortnahe geburtshilfliche Strukturen in den Northern Territories, um die geburtshilfliche Versorgung wieder in die Lebenswelt der Gebärenden zu integrieren [31][32].

Boardingcenter führen möglicherweise zu einer verfrühten Hospitalisierung der Frauen beispielsweise in der Latenzphase (Teil der Eröffnungsperiode, die in der Regel noch keiner medizinischen Überwachung bedarf und über mehrere Tage andauern kann). Die frühe stationäre Aufnahme einer Gebärenden während der Latenzphase führt zu erhöhten Interventionsraten wie Periduralanästhesie, Wehentropf oder auch Kaiserschnitt, ohne dabei das geburtshilfliche Outcome zu verbessern [13][16][26]. Zu diskutieren ist außerdem, inwieweit Frauen durch die frühzeitige Hospitalisierung auch eine größere Akzeptanz gegenüber geplanten geburtshilflichen Interventionen wie der Geburtseinleitung oder der geplanten Schnittentbindung entwickeln, um zeitnah in ihr familiäres Umfeld zurückkehren zu können. Neben der erhöhten Wahrscheinlichkeit für die Gebärende, geburtshilfliche Interventionen einzufordern oder zu benötigen, implizieren diese Interventionen nicht unerhebliche volkswirtschaftliche Folgekosten, welche zu berücksichtigen sind.

4. Konzepte und Mindeststandards für die Geburtshilfe in Randlagen

Vor dem Hintergrund der Schließung privatwirtschaftlich nicht mehr rentabler geburtshilflicher Einrichtungen sind die Verantwortlichen in der Gesundheitspolitik auf Bundes-, aber auch auf Landesebene gefordert, praxistaugliche Konzepte zu fördern, die eine wohnortnahe, kontinuierliche geburtshilfliche Versorgung der Gebärenden in ihrer Region sicherstellen.

Für Schleswig-Holstein und insbesondere die Regionen nordfriesische Inseln als auch Ostholstein mit der Insel Fehmarn ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass es sich hierbei um ausgeprägte Urlaubsregionen für Familien handelt. In den Ferienzeiten bereisen Schwangere anderer Bundesländer mit ihren Familien diese Regionen. Diese dürfen auch an ihrem Urlaubsort eine bedarfsgerechte Versorgung erwarten. Andernfalls könnte ein Hauptwirtschaftszweig des Landes, die Tourismusbranche, vermehrt Schaden auf Grund der negativen öffentlichen Berichterstattung bzw. dem Eintreten vermeidbarer Notfallgeschehnisse nehmen.

Nach Einschätzung der DGHWi sind dem Risiko einer unzureichenden Expertise im Notfallmanagement und längeren E-E-Zeiten (die Zeitspanne vom Entschluss zum Notfallkaiserschnitt bis zur Geburt des Kindes) in den kleinen Geburtskliniken in ländlichen Regionen die Risiken einer fehlenden geburtshilflichen Grundversorgung und von unzureichend ausgebildetem Personal im Rettungsdienst (welches zwangsläufig über eine geringere Ausbildung in der Geburtshilfe verfügt als ärztliche Geburtshelfende und Hebammen) gegenüberzustellen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum ein Haus der Grundversorgung in einer Region weniger sicher sein soll als keinerlei geburtshilfliche Versorgung in einer Region [10]. Augurzyk et al. [3] verweisen zudem auf die Bedeutung sog. *Sole Provider*. Dies sind Krankenhäuser, welche trotz ihres wirtschaftlichen Defizites durch die Allgemeinheit wirtschaftlich getragen werden, da sie die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung sicherstellen sollen [10].

Wenn eine Versorgung über privatwirtschaftlich geführte geburtshilfliche Abteilungen der Krankenhäuser nicht mehr sichergestellt werden kann,

müssen andere wohnortnahe Versorgungsstrukturen etabliert werden, welche eine bedarfsgerechte Versorgung der Schwangeren und Gebärenden garantieren. Die Hebamme ist zum einen auf Grund ihrer Hinzuziehungspflicht nach § 4 des Hebammengesetzes aus gesetzgeberischer Perspektive bei der Betreuung der Gebärenden unverzichtbar. Zum anderen ist sie auf Grund ihrer medizinischen als auch psychosozialen Expertise geeignet, die Schwangeren und Gebärenden wohnortnah sicher zu betreuen.

Dementsprechend ist für Frauen mit niedrigem anamnestischen Risiko die Versorgung in einem, aus öffentlichen Mitteln finanzierten, Geburtshaus ein erster Lösungsansatz. Ein Vergleich der Daten aus der hessischen, klinischen Perinatalerhebung mit den Daten aus der bundesweiten, außerklinischen Perinatalerhebung zeigt, dass die hebammengeleiteten, außerklinischen Einrichtungen in ausgewählten medizinischen Parametern wie dem kindlichen Outcome eine vergleichbare Qualität zur Klinik mit zugleich deutlich geringeren Interventionsraten aufweisen. Zurückgeführt wird dies auf die sorgfältige Risiko-selektion im Vorfeld und die Arbeitsweise der in der außerklinischen Geburtshilfe tätigen Hebammen [4]. Für die Finanzierung einer solchen Einrichtung in ländlichen Regionen sind Kosten für Investitionen, Unterhalt, Haftpflichtversicherung sowie Rufbereitschaft der Hebammen zu berücksichtigen. Auch wäre ein Geburtshaus auf dem Gelände des Klinikums Oldenburg/ bzw. Sylt denkbar, um die gesundheitliche Versorgung in Oldenburg und auf Sylt zu optimieren. In England spricht man hierbei von sogenannten *alongside midwifery units*, also Geburtshäuser, welche der Klinik angegliedert werden. Analog zur Finanzierung der *Familienhebammen* sollte hierfür eine tragfähige Finanzierung von der Landesregierung sichergestellt werden, da diese Sicherstellung außerhalb des unternehmerischen Risikos der freiberuflichen Hebammen zu finanzieren wäre. Hierfür wären auch Anstellungsverhältnisse denkbar. Es gilt zu prüfen, ob die Kliniken bei einem weiteren Erhalt der Abteilung „Gynäkologie“ über die Möglichkeiten verfügen, einen geburtshilflichen Notfall mit einem Notkaiserschnitt beenden zu können. Gegebenenfalls wären auch Honorarverträge mit niedergelassenen Gynäkologinnen/Gynäkologen eine Möglichkeit, um die fachgerechte Versorgung eines geburtshilflichen Notfalles in dem OP der jeweiligen Kliniken zu gewährleisten. Die Verfügbarkeit von Anästhesie könnte über das Klinikum oder über den Rettungsdienst mit dem notärztlichen Dienst organisiert werden. Auch für diese Berufsgruppen ist die Kostenübernahme der Haftpflichtversicherung und eine Vergütung der Rufbereitschaft zu prüfen, um die Versorgung zu gewährleisten.

Auch die Bereitstellung eines *Storchenwagens* für die betroffenen Regionen wäre denkbar, um die geburtshilfliche Versorgung in strukturschwachen Regionen stärken zu können. Bei diesem Versorgungsmodell handelt es sich um einen Rettungswagen, der mit einer Notfallsanitäterin/einem Notfallsanitäter und einer Hebamme besetzt wird und zu geburtshilflichen Fällen in der Region gerufen wird. Im Rahmen eines Bereitschaftsdienstes von Hebammen an zentralen Punkten in der Region (z.B. Angliederung an den Rettungsdienst, an die Rettungswachen Heiligenhafen bzw. Sylt/Westerland) wäre eine sofortige fachliche Unterstützung des Rettungsdienstes durch eine Hebamme möglich. Dies würde, analog zu dem Storchenwagen-Modell an den Berliner Feuerwachen in den 1990er Jahren, zu einem Zuwachs der fachlichen Expertise des Notfallsanitätsdienstes und zu einer Absicherung der Versorgung beitragen.

Länder wie Neuseeland, die über eine breite Erfahrung in der Überwindung von Distanzen in der geburtshilflichen Versorgung verfügen, weisen die Qualität ihrer Versorgung durch regelmäßige Schulungen mit anschließenden praktischen Prüfungen nach, die von Hebammen in regelmäßigen Abständen zu absolvieren sind. Auch dies wäre ein Konzept, was für strukturschwache Gebiete bzw. geburtshilfliche Einrichtungen mit niedrigen Fallzahlen denkbar wäre.

Nach Kenntnisstand der DGHWi ist ein demographiebedingter Fachkräftemangel zumindest für die Region Ostholstein nicht ersichtlich. Die Beleghebammen in der Region haben ihre Arbeit auf Grund der Schließung der geburtshilflichen Abteilung in Oldenburg beendet und nicht auf Grund des Erreichens des Rentenalters. Ein Nachweis, dass erforderliches fachärztliches Personal wegen eines Mangels an Bewerbungen nicht eingestellt werden konnte, wurde nicht ersichtlich und wäre sicher wünschenswert. Darüber hinaus stimmt die DGHWi dem Bericht der schleswig-holsteinischen Landesregierung zu, dass eine Beurteilung der Ergebnisqualität und die Beurteilung möglicher Risiken – auf Grund der fehlenden Veröffentlichung interner Qualitätsberichte – nicht möglich ist.

Nachvollziehbar ist jedoch, dass die Standorte Oldenburg/Westerland auf Grund der niedrigen Geburtenzahlen betriebswirtschaftlich nicht rentabel arbeiten können, da das notwendige Erlösvolumen bei fortwährender Abnahme der Fallzahlen nicht erzielt werden kann. Auch perspektivisch kann auf Grund des demographischen Wandels mit einem Rückgang der geburtshilflichen Fallzahlen gerechnet werden, wengleich der Einfluss von Zuwanderungen in Bezug auf die geburtshilflichen Fallzahlen in den Überlegungen bisher kaum berücksichtigt wurde.

Die DGHWi sieht die Sicherstellung der Versorgung und damit den Versorgungsauftrag der Länder als gefährdet an, wenn marktwirtschaftlich orientierte Unternehmen zur Gewinnmaximierung grundsätzlich autonom über die Schließung bzw. Zusammenlegung von geburtshilflichen Standorten beschließen dürfen und an anderen Standorten

daraufhin vermehrt Gewinne durch steigende Geburtenzahlen erwirtschaften.

5. Prioritäre Zielsetzung in der geburtshilflichen Versorgung

Die Gestaltung einer sicheren Geburtsumgebung ist weit mehr als die Bereitstellung eines Kreißsaales mit entsprechend technischer Ausstattung und die Vorhaltung eines Operationssaales an einer zentralen Stelle. Frauen wünschen sich die Möglichkeit der Ansprechbarkeit und Erreichbarkeit von Fachpersonen und einen Rückzugsort, welcher ihre Intimität wahrt. Diese Faktoren vermitteln einer Gebärenden das notwendige Vertrauen und sind damit zentrale Rahmenbedingungen für eine physiologische Geburtshilfe. Jede Frau mit ihren individuellen Bedürfnissen, Vorstellungen und Wünschen an eine geburtshilfliche Betreuung sollte daher in der regionalen Versorgungsgestaltung Berücksichtigung finden. Eine wohnortnahe Versorgung durch eine vertraute Hebamme oder ein konzeptionell abgestimmtes Hebammen-team sind hierfür essentiell, um ein gutes geburtshilfliches Ergebnis zu fördern [15]. Dementsprechend sollte bei einer Konzeptgestaltung für die geburtshilfliche Versorgung in Schleswig-Holstein die wohnortnahe Versorgung mit vertrautem Fachpersonal - mit Blick auf die Hinzuziehungspflicht allen voran mit vertrauten Hebammen - im Fokus der Landesregierung stehen, nicht zuletzt auch, um der Überalterung ländlicher Regionen entgegenzuwirken.

Diese Empfehlung wird nicht kostenneutral umzusetzen sein, sondern bedarf des Willens und der Akzeptanz der politischen Entscheidungsträger. Ähnlich wie bei anderen Investitionen (Hochwasserschutz: finanzielle Belastungen, welche andere Bundesländer nicht vorzuhalten haben), sollte die Landesregierung auch den geographischen Besonderheiten ihres Landes in der geburtshilflichen Versorgung begegnen.

Die von der Landesregierung veranschlagten 45.000€ als Einmalzahlung zur Finanzierung der genannten Empfehlungen werden nicht ausreichen. Eine kontinuierliche Finanzierung und Sicherstellung dieser Versorgungsstrukturen wäre notwendig.

Autorinnen:

Prof. Nina Knappe Diplom Kauffrau (FH), Dr. Christine Loytved, Prof. Dr. Rainhild Schäfers für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Anmerkungen der Autorinnen

Die Stellungnahme der DGHWi basiert auf einem fachwissenschaftlichen Verständnis und wurde unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes formuliert. Die aufgeführten Empfehlungen sind jedoch darüber hinaus sowohl juristisch als auch betriebswirtschaftlich von der Landesregierung im Detail zu prüfen.

Literatur

1. AQUA-Institut. AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Bundesauswertung zum Verfahrensjahr 2013 - 16/1 – Geburtshilfe. 2014.
2. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Die AWMF: AWMF aktuell. 2014. Available from: <http://www.awmf.org/die-awmf/awmf-aktuell/detail/news/es-bleibt-dabei-leitlinien-sind-nicht-rechtlich-verbindlich.html>.
3. Augurzky B, Kreienberg R, Mennicken R. Die Zukunft der Gynäkologie und Geburtshilfe. Heidelberg, Neckar: medhochzwei-Verlag; 2014.
4. Bauer S, Kötter C. Geburtshäuser – Versorgungsalternative zur Klinikentbindung? Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie. 2013;217(1):14-23.
5. Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. BMJ (Clinical research ed). 2011;343:d7400.
6. Combier E, Charreire H, Le Vaillant M, Michaut F, Ferdynus C, Amat-Roze J-M, et al. Perinatal health inequalities and accessibility of maternity services in a rural French region: closing maternity units in Burgundy. Health & place. 2013;24:225-33.
7. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the Development of Acute Trauma Symptoms: Incidence and Contributing Factors. Birth. 2000;27(2):104-11.
8. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. 2013. Available from: http://www.awmf.org/uploads/tx_szeitleinien/015-078L_S1_Prozessule_Strukturelle_Organisatorische_Voraussetzungen_2013-05.pdf
9. Dick-Read G. Childbirth without fear: the principles and practice of natural childbirth. London: Pinter & Martin; 2013.
10. Grzybowski S, Stoll K, Kornelsen J. Distance matters: a population based study examining access to maternity services for rural women. BMC Health Services Research. 2011(11):147.

11. Heller G. Are we regionalized enough? Early-neonatal deaths in low-risk births by the size of delivery units in Hessen, Germany 1990-1999. *International Journal of Epidemiology*. 2002;5(1):1061-8.
12. Heller G, Gunster C, Misselwitz B, Feller A, Schmidt S. Jährliche Fallzahl pro Klinik und Überlebensrate sehr untergewichtiger Frühgeborener (VLBW) in Deutschland - Eine bundesweite Analyse mit Routinedaten. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*. 2007;211(3):123-31.
13. Hemminki E, Simukka R. The timing of hospital admission and progress of labour. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1986;22(1-2):85-94.
14. Hildingsson I, Andersson E, Christensson K. Swedish women's expectations about antenatal care and change over time – a comparative study of two cohorts of women. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*. 2014;5(2):51-7.
15. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous Support for Women during Childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011;2:CD003766.
16. Holmes P, Oppenheimer LW, Wu Wen S. The relationship between cervical dilatation at initial presentation in labour and subsequent intervention. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2001;108(11):1120-4.
17. Kornelsen J, Grzybowski S. The cost of separation: The birth experiences of women in isolated and remote communities in British Columbia. *Canadian Woman Studies Journal*. 2005(24):75-80.
18. Kornelsen J, Stoll K, Grzybowski S. Stress and anxiety associated with lack of access to maternity services for rural parturient women. *The Australian journal of rural health*. 2011;19(1):9-14.
19. Ladwig K-H. Kritische Lebensereignisse. *Public Health Forum [Internet]*. 2014; (1):[10.e1-.e3 pp.].
20. Larimore W, Davis A. Relationship of infant mortality to availability of care in rural Florida. *J Am Board Fam Pract*. 1995;8:392-9.
21. Metzner J. Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009. Report. Wiesbaden: Hessisches Sozialministerium, 2008.
22. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. Krankenhausplan 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen: Rahmenvorgaben. Düsseldorf: 2002.
23. Moster D, Lie RT, Markestad T. Relation between size of delivery unit and neonatal death in low risk deliveries: population based study. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*. 1999;80(3):F221-5.
24. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. London: RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2014.
25. Nesbitt TS, Connell FA, Hart LG, Rosenblatt RA. Access to obstetric care in rural areas: effect on birth outcomes. *American Journal of Public Health*. 1990;80:814-8.
26. Rahnama P, Ziaei S, Faghizadeh S. Impact of early admission in labor on method of delivery. *International journal of gynaecology and obstetrics*. 2006;92(3):217-20.
27. Rondó PHC, Ferreira RF, Nogueira F, Ribeiro MCN, Lobert H, Artes R. Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2003;57(2):266-72.
28. Sable MR, Wilkinson DS. Impact of perceived stress, major life events and pregnancy attitudes on low birth weight. *Family planning perspectives*. 2000;32(6):288-94.
29. Sauls DJ. Effects of Labor Support on Mothers, Babies, and Birth Outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2002;31(6):733-41.
30. Trotter A, Pohlandt F. Aktuelle Ergebnisqualität der Versorgung von Frühgeborenen 1 500 g Geburtsgewicht als Grundlage für eine Regionalisierung der Risikogeburten. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*. 2010;214(2):55-61.
31. van Wagner V, Epoo B, Nastapoka J, Harney E. Reclaiming birth, health, and community: midwifery in the Inuit villages of Nunavik, Canada. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2007;52(4):384-91.
32. van Wagner V, Osepchook C, Harney E, Crosbie C, Tulugak M. Remote midwifery in Nunavik, Québec, Canada: outcomes of perinatal care for the Inuulitsivik health centre, 2000-2007. *Birth*. 2012;39(3):230-7.
33. Viisainen K, Gissler M, Hemminki E. Birth outcomes by level of obstetric care in Finland: a catchment area based analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1994;48(4):400-5.
34. Zeitlin J, Mohangoo A, Delnord M. European perinatal health report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. 2013. Available from: http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf.

Stellungnahme zur überarbeiteten Fassung der S1 Leitlinie „Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung“ 02/2010 der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), erstellt 02/2014

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

19. Oktober 2015

Die Überarbeitung der S1 Leitlinie „Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung“ wird von der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) aufgrund der Verunsicherungen der Praxis durch die Leitlinie in ihrer ersten Version (2010) ausdrücklich begrüßt. Die modifizierte Leitlinie stellt eine wichtige Orientierungshilfe für alle in der Praxis tätigen Ärzt/innen wie auch Hebammen dar. Wir freuen uns, dass einige unserer Kritikpunkte zur letzten Stellungnahme Einzug in die neue Version gefunden haben. Im Folgenden wird die Leitlinie durch die Sektion Schwangerenvorsorge kritisch gewürdigt.

1. Methodik

Die insgesamt 42 Seiten umfassende Leitlinie ist klar gegliedert und in ihrer Logik konsistent. Positiv hervorzuheben ist die sehr klare Be-

schreibung des Vorgehens bei Terminüberschreitung und Übertragung. Im Kapitel Problembeschreibung werden die Begriffe Terminüberschreitung und Übertragung klar definiert, leider ist die Trennschärfe der beiden Begriffe im Verlauf der Leitlinie nicht immer durchgängig gegeben.

In der Beschreibung der Zielgruppe der Anwender/innen sind Hebammen, die unter anderem in der Schwangerschaftsvorsorge und der Geburtsbegleitung tätig sind, nicht erwähnt.

1.1 Darstellung des Forschungsstandes

In der Darstellung des Forschungsstandes werden Studien zu Häufigkeiten, möglichen Ursachen der Terminüberschreitung/Übertragung und zu möglichen Vorgehensweisen benannt. Wenngleich ein Methodenreport zur Verfügung gestellt wurde, bleibt unklar, welche Kriterien bei

der Literatursammlung zugrunde gelegt wurden. Eine systematische Literaturrecherche mit dokumentiertem und somit replizierbarem Vorgehen würde die Leitlinie bereichern. Beispielsweise fand in der vorliegenden Version der S1 Leitlinie „Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung“ der Review von Wennerholm et al. [41] erneut keine Beachtung. Die Gründe hierfür lassen sich auf Grund der fehlenden Dokumentation nicht nachvollziehen.

An einigen Stellen der Leitlinie werden Sachverhalte als gut belegt dargestellt, ohne dass jedoch eine Quelle genannt wird. Dies ist beispielsweise bei der „Dauer einer normalen Schwangerschaft“ (S. 4), bei der „Pathogenese der Auslösung des Geburtsvorganges“ (S. 8), bei „verminderte Fruchtwassermenge und ihre Bedeutung für die Plazentainsuffizienz“ (S. 9) und bei der Genauigkeit der Terminbestimmung durch Ultraschall (S. 31) der Fall. Darüber hinaus würde eine Trennung von Ergebnisdarstellung und Empfehlung die Lesbarkeit der Leitlinie verbessern (z.B. S. 15).

1.2 Validität und Übertragbarkeit der Studienergebnisse

Weder die Validität der Studienergebnisse noch die Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf die aktuelle Versorgungssituation in Deutschland wird diskutiert. So ist beispielsweise eine Studie aus einem anderen zeitlichen Kontext nur bedingt auf die heutige Versorgungssituation übertragbar, vor allem, da sich die Genauigkeit der Terminbestimmung mittels Ultraschall, die intrauterine Diagnosestellung und der Gesundheitszustand der Schwangeren in den letzten Jahren entscheidend verändert haben. Diese Parameter sind für die Diagnose und die möglichen Folgen der Terminüberschreitung/Übertragung zentral.

Ebenso muss die Übertragbarkeit aus einem anderen kulturellen oder geografischen Kontext begründet werden. Es ist unklar, ob beispielsweise die amerikanische Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe sowie die dort vorliegenden Risikofaktoren für einen IUFT mit der Situation in Deutschland gleichgesetzt werden können. Diese Diskussion findet nicht statt, obwohl aufbauend auf diesen Studien Empfehlungen für Deutschland ausgesprochen werden. Wünschenswert wäre dies bei den Studien von Yudkin [43], Hilder [22], Neilson [29], Reddy [33], Gülmezoglu [17] und Martin et al. [28] gewesen.

1.3 Darstellung der Literatur und Zitation

Ein präziserer Umgang mit der Darstellung der ausgewählten Literatur und der Interpretation von Grafiken wäre wünschenswert. So finden sich vereinzelt fehlende Übereinstimmungen zwischen Text und der dazugehörigen graphischen Darstellung. So wird im Text als Ergebnis der Studie von Reddy et al. [33] „[...] eine deutliche Erhöhung des fetalen Risikos für einen IUFT zwischen 37+0 und 41+6 SSW für alle Altersgruppen [...]“ thematisiert. Der dazugehörigen Graphik ist jedoch eine geringere Rate an IUFT in der 41+0 – 41+6 SSW im Vergleich zur 40+0 – 40+6 SSW zu entnehmen.

An mehreren Stellen der Leitlinie wird betont, dass mit zunehmendem Schwangerschaftsalter die Rate an operativen Geburten steigt. Die Graphik auf Seite 28 der Leitlinie zeigt jedoch, dass die Rate der Sectiones am 280. Schwangerschaftstag deutlich höher liegt als am 281., 282., 283., 284. und auch 285. Tag.

Auf einen sorgfältigen Umgang mit Zitationen sollte geachtet werden. Die Zitation der Arbeit von Weiss und Kollegen [40] suggeriert eine

Erhebung in ganz Deutschland. Der richtige Titel der Veröffentlichung lautet jedoch „Fetal mortality at and beyond term in singleton pregnancies in Baden-Wuerttemberg/Germany 2004-2009“.

1.4 Umgang mit Kausalität und Korrelation

Ein wissenschaftlich korrekter Umgang mit den Konstrukten Korrelation und Kausalität wird erwartet. Es wurden in erster Linie Assoziationen, zum Teil auch physiologisch bzw. pathophysiologisch plausible Vorgänge gezeigt. Die Studiendesigns waren größtenteils retrospektiv und nicht adjustiert für Risikofaktoren. Insgesamt war kein Design dazu geeignet Kausalität nachzuweisen. Demnach ist nicht erwiesen, dass die Überschreitung des errechneten Termins ursächlich zu einer erhöhten kindlichen und mütterlichen Morbidität bzw. Mortalität führt.

Auffällig erscheint das Bestreben, die Rate an operativen Geburten und Sectiones in das Risikoprofil einer Terminüberschreitung/Übertragung mit aufzunehmen und somit einen kausalen Zusammenhang zwischen einer Terminüberschreitung/Übertragung und einer erhöhten Sectionate her zu stellen. Da die Rate der Interventionen zu einem hohen Anteil vom Erfahrungswert des Behandelnden abhängt, dessen Vorgehen zudem auch äußeren Einflüssen unterliegt, ist das scheinbare Herleiten von kausalen Zusammenhängen bzw. das Suggestieren selbiger sehr fragwürdig. Die Berücksichtigung des „physician factor“ [6][7][35][36] darf bei der Interpretation von Studienergebnissen durchaus erwartet werden. Auch Outcome-Parameter wie höhergradige Dammriss, auffällige Nabelschnur pH-Werte oder ein protrahierter Geburtsverlauf sind nicht zwingend ursächlich durch die Terminüberschreitung bedingt, sondern können gleichwohl das Ergebnis von Interventionen sein.

1.5 Fehlende Adjustierung

Aus der Darstellung des Forschungsstandes wird sehr gut ersichtlich, dass die Terminüberschreitung/Übertragung als multifaktoriell bedingtes Geschehen zu bewerten ist. In der Leitlinie werden dabei Risikofaktoren benannt, die nicht nur in Zusammenhang mit einem höheren Risiko der Terminüberschreitung/Übertragung zu sehen sind, sondern die auch, wie aus anderen Veröffentlichungen bekannt, in einem von der Schwangerschaftswoche unabhängigen statistischen Zusammenhang mit Tot- und Fehlgeburten stehen [12][13][14][33]. Vor diesem Hintergrund verwundert es, dass die fehlende Adjustierung von Risikofaktoren wie mütterliches Alter, Zigarettenkonsum, niedriger Sozialstatus und Übergewicht nicht kritisch erwähnt und reflektiert werden.

1.6 Absolute und relative Risiken

Zum besseren Verständnis wäre eine Angabe von absoluten Risiken und nicht von relativen Risiken wünschenswert. Beispielsweise wird die höhere Rate Neugeborener über 4000g nach 42+0 SSW mit 20-25% angegeben. Bei einer relativen Angabe bleibt die Anzahl der betroffenen Individuen unklar [16]. Die Erkennung einer Makrosomie (S. 31) wird mit einer Sensitivität von 80% angegeben. Wünschenswert wäre bei der Angabe einer Sensitivität auch die Angabe der Spezifität bzw. der Falsch-Positiv-Rate. Darüber hinaus fehlen auch hier Quellenangaben. Bei Pilalis et al. [32] beträgt die Erkennungsrate von „large for gestational age“ Fetten bei einer Spezifität von 75% immerhin 72,5%, während sie bei einer Spezifität von 95% nur 34,3% ausmacht (LGA hier definiert als Gewicht über der 95ten Perzentile).

1.7 Umgang mit statistischen Größen

Bei den „Empfehlungen zur Diagnostik“ wird die Genauigkeit der Feststellung des Gestationsalters mittels Ultraschall anhand der Scheitel-Steiß-Länge im 1. Trimenon mit einem 90% Vertrauensbereich auf ± 3 Tage angegeben. Eine Quellenangabe, die die derzeitige Routineversorgungssituation widerspiegelt, wäre hierzu wünschenswert. Nach der Literaturübersicht der Leitlinie „Determination of Gestational Age by Ultrasound“ der Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada scheint die Genauigkeit des Intervalls eher überschätzt zu werden [4]. Aktuelle Studien lassen bei einem 95% Vertrauensbereich maximal auf ein ± 5 Tage genaues Ergebnis bei Messung im ersten Trimenon schließen [8]. Auf dieser Grundlage ist eine Empfehlung irritierend, die Abstufungen von jeweils 3 Tagen enthält (41+0, 41+3, 41+6), wenngleich die Genauigkeit der Terminbestimmung mittels Ultraschall mit einem 90% Vertrauensbereich maximal auf 3 Tage genau sein kann.

2. Inhalt

2.1 Ausgewählte Literatur

Trotz der ausführlich dargestellten Kritik der DGHWi (Stellungnahme zur Leitlinie von 2010) am Review von Gülmezoglu [17] (Reprint 2009, 2012) wurden die Empfehlungen zur Einleitung für den Zeitraum zwischen 41+0 bis 41+6 SSW erneut im Wesentlichen auf das Review von 2012 aufgebaut (S. 35). Auf den ersten Blick erscheint das Ergebnis der Metaanalyse eindeutig: In der Gruppe der Schwangeren mit Einleitungen verstarb lediglich ein Kind, in der Gruppe der Schwangeren mit abwartendem Vorgehen verstarben hingegen 14 Kinder.

Auf den zweiten Blick fallen jedoch die zahlreichen methodischen Schwächen der einbezogenen Studien sowie der zum Teil erheblich unterschiedliche geografische oder kulturelle sowie zeitliche Kontext

auf. Vier der sechs Studien sind älter als zwanzig Jahre, sodass eine Übertragung auf den heutigen Kontext fraglich ist, beachtet man beispielsweise die Genauigkeit der Terminbestimmung, die Schwangervorsorge oder die Einleitungsmethoden. Ein kritischer Umgang mit der vorhandenen Literatur hätte diese Leitlinie sicher bereichert. Wünschenswert wäre eine Berücksichtigung der unterschiedlichen Definitionen einer Terminüberschreitung (in einer Spanne von 287 bis 294 Tagen), die als Basis der einzelnen Studien dienten [41]. Auch ist eine Totgeburt gemessen an der Stichprobengröße der einzelnen Studien ein zu seltenes Ereignis, um Schlüsse für eine adäquate Betreuung jenseits der 41+0 SSW zu ziehen [41]. Weitere Limitationen der Studien liegen im unterschiedlichen Versorgungskontext (siehe Tabelle 1).

Eine aktuelle Studie auf Grundlage der bundesdeutschen Perinataldaten (2004–2013) zeigt die niedrigste fetale Mortalität zwischen 37+0 SSW und 39+6 SSW mit 0,2 Totgeburten je 1000 fortbestehenden Schwangerschaften. „Zwischen der 41+0 und 41+6 SSW liegt die fetale Mortalität bei 0,6 und in der folgenden Woche dann bei 2,3. Ab der 42+6 SSW ergibt sich eine Mortalitätsrate von 6,3/1.000“ [37]. Damit steigt die fetale Mortalität zwischen der 41+0 bis 41+6 SSW im Vergleich zum Zeitraum zwischen der 37+0 und der 39+6 SSW zwar an, ist jedoch bis zu 41+6 SSW insgesamt sehr niedrig [37].

Zwei aktuelle populationsbasierte Studien mit retrospektivem Design, eine aus Kanada und eine aus Deutschland, konnten keine Hinweise dafür erbringen, dass Unterschiede in den Einleitungsraten und Einleitungszeitpunkten die fetale Mortalität senken [5][38]. Es lässt sich festhalten, dass die derzeitige Evidenz keinen eindeutigen Unterschied in der fetalen und maternalen Mortalität zwischen den Betreuungsarten abwartendes Vorgehen und Einleitung zeigt. Auch ist nicht erwiesen,

Tabelle 1: Todesfälle und die Übertragung auf Deutschland limitierende Faktoren der Studien in der Metaanalyse von Gülmezoglu (2012)

ErstautorIn der Studie	Jahr der Veröffentlichung	N= Einleitung/ Abwartend	Perinatale Todesfälle inkl. Totgeburten Einleitung/ Abwartend	Totgeburten Einleitung/ Abwartend	Intervention und Kontrollgruppe(n) (limitiert die Übertragung auf die Routineversorgung in Deutschland)	Versorgungskontext (limitiert die Übertragung auf die Routineversorgung in Deutschland)	Untersuchungszeitraum hinsichtlich der SSW (soweit angegeben)
Bergsjö	1989	94/94	1/2	0/0	Einleitung (Eipollösung, Amniotomie, Oxytocin) gegenüber Abwarten mit engen Kontrollen	China	ab 42+0 SSW
Hannah	1992	1701/ 1706	0/2	0/2	Einleitung mit intrazervikalem Prostaglandin E2 gegenüber Abwarten mit Kickchart und drei Mal CTG und FW Messung	Kanada	41+0 bis 44+0 SSW
Heimstad	2007	254/ 254	0/1	0/0	Einleitung gegenüber Untersuchung alle drei Tage	Norwegen	ab 41+0 SSW
Henry	1969	55/57	0/2	0/1	Einleitung (Amniotomie, Oxytocin) gegenüber Amnioskopie	UK	ab 41+0 SSW
Herabutya	1992	57/51	0/1	0/0	Einleitung mit Prostaglandin Gel gegenüber Überwachung	Thailand	Ab 42+0 SSW
Sahraoui	2005	75/75	0/1	0/1	Einleitung mit Prostaglandin-Gel gegenüber fragliche Überwachung	Tunesien	41+0 bis 41+6 SWS

Stellungnahmen

dass eine frühere Beendigung der Schwangerschaft durch Einleitung oder Sectio caesarea zu einem besseren Outcome unter den derzeitigen Versorgungsbedingungen führt. Somit gibt es keine verlässliche wissenschaftliche Grundlage zur Implementierung oder Beibehaltung eines spezifischen Behandlungsmodells.

2.2 Überwachung mittels CTG

Der Wille, die diagnostischen und therapeutischen Interventionen bei Schwangeren ohne Risikoerhöhung zu vermeiden, wird sehr begrüßt. Unter dieser Vorgabe irritiert jedoch die Empfehlung, bei allen Schwangeren ab 40+0 Schwangerschaftswochen eine Überwachung mittels CTG zu befürworten, zumal dies der bestehenden Leitlinie zum CTG in der Schwangerschaft und während der Geburt widerspricht (Leitlinie CTG 2013). Die herangezogene wissenschaftliche Grundlage von Weiss (2014) erscheint angreifbar. Bei Weiss [40] wird festgestellt, dass in Baden-Württemberg weniger IUFTs zu verzeichnen sind als in den USA. Dies wird u.a. darauf zurückgeführt, dass in Deutschland bereits ab 40+0 SSW alle zwei Tage ein CTG durchgeführt wird. Dabei erscheinen die beiden Stichproben (DE, USA) hinsichtlich der kulturellen Unterschiede und der Unterschiede im medizinischen Setting wenig vergleichbar. Zudem fehlt in der kalifornischen Vergleichsgruppe ein früher Ultraschall, der eine genauere Terminbestimmung zulässt. Ebenfalls fehlt eine Differenzierung der kalifornischen Vergleichsgruppe nach Bevölkerungsgruppe und Sozialstatus (ein Einflussfaktor des IUFTs). Das Argument „good clinical practice“, das sowohl den Aussagen der bestehenden Leitlinie (Leitlinie CTG 2013) als auch dem Grundsatz, unnötige Interventionen zu unterlassen, widerspricht, erscheint daher nicht ausreichend.

2.3 Informationen zur Einleitung und zu Methoden der Einleitung

Generell sollten auch die Risiken einer Einleitung oder einer Sectio erwähnt werden. Durch Geburtseinleitung bedingte Probleme werden zum Teil unter 3.1 „Allgemeine Grundsätze“ (S. 29) erwähnt. Sie sind jedoch nicht vollständig und nicht mit Quellenangaben versehen. So fehlen gänzlich Nebenwirkungen, wie zum Beispiel uterine Hyperstimulation, vermehrte Schmerzen, das Scheitern der Einleitung und eine uterine Ruptur bei vaginalem Prostaglandin E₂ [30]; die Möglichkeit einer uterinen Hyperstimulation mit fetaler pathologischer Herzfrequenzveränderung, vermehrten Schmerzen und vermehrtem Mekoniumabgang bei oraler Verabreichung von Misoprostol [1]; oder eine Fruchtwasserembolie [26]. Werden diese „adverse effects“ jedoch nicht erwähnt, kann dies zu der Annahme führen, dass diese Optionen kein Risiko bergen. Ebenso fehlen Angaben zur „number needed to treat“.

Alternative Verfahren zur Einleitung wie Stimulation der Brust, Eipolösung, Rizinusöl, Nelkenöl oder Akupunktur [23][25] finden in der Leitlinie keine Erwähnung.

Die Wahrscheinlichkeit, dass nach Ablauf der 41+0 SSW der Geburtsbeginn spontan innerhalb der nächsten drei Tage einsetzt, liegt bei 60%, dass er innerhalb der folgenden sieben Tage einsetzt, bei 90%. Bei Mehrgebärenden liegen die Prozentzahlen höher [15].

Auch diese Informationen wären wichtig für schwangere Frauen, die vor der Entscheidung Einleiten oder Abwarten stehen. Wünschenswert wäre eine Schilderung in einfacher und verständlicher Sprache, um die Beratung und Entscheidungsfindung zu unterstützen.

2.4 Nutzerinnenperspektive

Wir begrüßen die „Allgemeinen Grundsätze“ (3.1) sehr. Auch wird gleich zu Beginn der Leitlinie gefordert, dass die Beratung der Schwangeren nach dem Konzept Informed Choice erfolgen muss. Die vorliegende Leitlinie spiegelt im Wesentlichen das Entscheidungsfindungsmodell des Informed Consent wider. Jedoch wird in den weiteren Ausführungen der Leitlinie diese Forderung nicht konsequent durchgehalten. Das Informed Choice Konzept impliziert unter anderem die Benennung der Durchführung sowie der Vor- und Nachteile aller Handlungsoptionen.

Der DGHWi ist das Recht der Schwangeren auf umfassende Information und ihre eigene Entscheidung über die Art und den Umfang der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zentral. In unseren Augen ist die Situation, in der sich eine Schwangere bei der Überlegung zum medizinischen Umgang mit einer Terminüberschreitung/Übertragung befindet, prädisponiert für Informed Choice bzw. Shared Decision Making (SDM). Es besteht kein zeitlicher Handlungsdruck und es bestehen mehr als nur eine gerechtfertigte alternative Handlungsoption zum weiteren Umgang mit der Terminüberschreitung/Übertragung [10]. Elwyn et al. [11] definieren Shared Decision Making als „an approach where clinicians and patients share the best available evidence when faced with the task of making decisions, and where patients are supported to consider options, to achieve informed preferences“ (siehe Abbildung 1).

Für eine nicht vorinformierte Schwangere ist es unmöglich zu entscheiden, welche Präferenzen sie hat und welche Entscheidung sie treffen möchte. SDM ist daher als ein Prozess anzusehen, bei dem die verschiedenen Optionen dargestellt und erläutert werden und die Schwangere schließlich bei ihrer Entscheidungsfindung unterstützt wird [2][10]. Aufbauend auf den gegebenen Informationen können sie über ihre Präferenzen beratschlagen und ihre Werte und Einstellungen reflektieren. Sie sollen so in das Gespräch mit einfließen, dass die Schwangere zu einer Entscheidung auf Grundlage sowohl der Evidenz als auch ihrer persönlichen Präferenzen gelangen kann [10]. Entsprechend der international anerkannten Leitlinie „Induction of labour“ des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) darf bei dem Konzept des „Informed Choice“ die evidenzbasierte Darstellung der Vor- und Nachteile unterschiedlicher Vorgehensweisen bei Terminüberschreitung/Übertragung erwartet werden. Die vorliegende Leitlinie konzentriert sich jedoch im Wesentlichen auf die Alternativen abwartende Haltung und Einleitung, ohne die unterschiedlichen Verfahren der Wehenstimulation näher kritisch zu beleuchten [9].

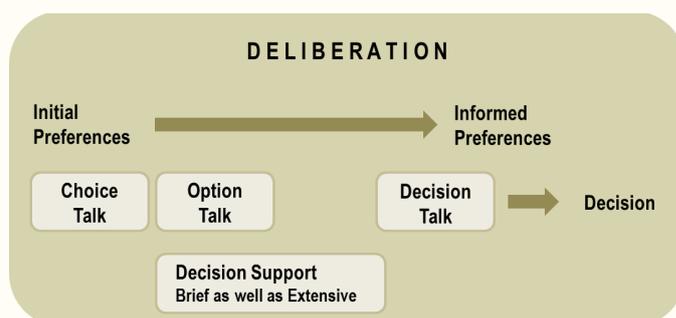


Abbildung 1: Prozess des Shared Decision Making (Elwyn et al. 2012, S.1365)

Das Wesen der Beratung auf der Grundlagen des SDM ist eine Kommunikation, die die verschiedenen Möglichkeiten mit ihren evidenzbasierten Risiken und ihrem Nutzen darstellt, sodass sie von der Nutzerin verstanden werden kann [2][9][11]. Dazu gehört auch, Unsicherheiten in der Evidenz zu erklären [2] und herauszufinden, was die Schwangere bereits weiß und ob dies im medizinischen Sinne korrekt ist [10].

2.5 Sprachgebrauch

Der Sprachgebrauch im Abschnitt 3 „Empfehlungen“ muss kritisch reflektiert werden. So wirken die Satzteile „(...) so kann unter Berücksichtigung der unter 3.1 bis 3.3 aufgeführten Empfehlungen bis 40+6 zugewartet werden“ und „Für den Fall, dass sich die Schwangere für ein Abwarten über den errechneten Termin hinaus entscheidet (...)“ verunsichernd. Der Satz „Unabhängig davon ist eine Schwangerschaftsbeendigung dann indiziert, wenn aktuelle Ergebnisse der Überwachung von Mutter und Kind eine Gefährdung anzeigen“ (S. 34) wurde unnötigerweise in fetter Schrift abgedruckt, da er ein selbstverständliches Vorgehen beschreibt. Diese Hervorhebung signalisiert eine Gefährdung, die nicht zwingend besteht.

Die Abstufungen „anbieten“, „empfehlen“ und „indizieren“ sollten erklärt werden, da sie bei den Leser/innen zu Verwirrung führen können. Eine Versorgungsoption, die eine medizinische Fachkraft „anbietet“, sollte auch eine sein, die zu empfehlen ist. Ebenso wäre ein Satz begrüßenswert, der das Recht der Frau auf eine Informierte Entscheidungsfindung (Informed Choice) unterstreicht — entsprechend der NICE Guidelines ([30] Abschnitt: 1.2.1.3): „If a woman chooses not to have induction of labour, her decision should be respected. Healthcare professionals should discuss the woman's care with her from then on“.

2.6 Nichtwissen

Auch fehlt die Thematisierung der Schwierigkeit, die tatsächliche Dauer einer menschlichen Schwangerschaft festzustellen. Laut einer Studie von Smith mit amerikanischen Schwangeren [39], dauert eine Schwangerschaft im Mittel 283 Tage. Differenziert man nach der Parität, dauert sie im Mittel für Erstgebärende 283 und für Mehrgebärende im Mittel 284 Tage. Nach der Definition der Leitlinie kann eine Frau also bereits in die Kategorie Terminüberschreitung fallen, obwohl die mittlere Schwangerschaftsdauer nach Smith noch nicht erreicht ist. In diesem Zusammenhang sollte auch auf die Schwierigkeit hingewiesen werden, den genauen Zeitpunkt der Befruchtung und der Implantation und somit auch das Alter der Schwangerschaft zu bestimmen. Wilcox, Dunson und Baird [42] dokumentierten in ihrer Stichprobe ein weit größeres Zeitfenster der weiblichen Fruchtbarkeit, das zwischen dem 6. und 21. Tag des Menstruationszyklus lag. Auch die Berechnung des Schwangerschaftsalters mittels Ultraschall ist in der Genauigkeit begrenzt (Vergleiche Abschnitt: Umgang mit statistischen Größen).

Autorin:

Mirjam Peters für die Sektion Schwangerenvorsorge der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Literatur

1. Alfirevic Z, Afraifel N, Weeks A. Oral misoprostol for induction of labour. The Cochrane database of systematic reviews 2014; 6:CD001338.
2. Berger Z. Navigating the unknown: shared decision-making in the face of uncertainty. Journal of general internal medicine 2015; 30(5):675–8.
3. Bergsjö P, Huang GD, Yu SQ, Gao ZZ, Bakketeig LS. Comparison of induced versus non-induced labor in post-term pregnancy. A randomized prospective study. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica 1989; 68(8):683–7.

Wünschenswert wäre ein Kapitel, das ähnlich wie in den NICE-Guidelines akzentuiert darstellt, was wir nicht wissen. So ist beispielsweise die eigentliche Todesursache der Kinder in der Regel nicht bekannt. Deshalb ist auch unklar, ob eine Terminüberschreitung/Übertragung dafür verantwortlich gemacht werden kann. Ebenfalls sind die Auswirkungen des derzeitigen Vorgehens bei Terminüberschreitung mit Einleitungen auf die perinatale Mortalität, die Effektivität der Einleitungsdauer, die kurz- mittel- und langfristigen Nebenwirkungen der Einleitungsmethoden für Mutter und Kind, die Genauigkeit des Ultraschalls zur Terminbestimmung in der Routineversorgung, die Rolle der Diagnostik per CTG bei der Terminüberschreitung/Übertragung und einige weitere Themen unklar. Auch ist die Genauigkeit der Terminbestimmung im individuellen Fall oft unklar, sodass die darauf aufbauenden Empfehlungen im individuellen Fall fragwürdig sein können [4][8]. Die Darstellung des Nicht-Wissens ist insbesondere wichtig, um den Anwender/innen zu vermitteln, dass die getroffenen Entscheidungen mit großer Unsicherheit getroffen wurden und um Wissenschaftler/innen Ideen und Begründungen für Forschungsvorhaben zu liefern.

Abschließende Empfehlung

Wir empfehlen eine Überarbeitung der Leitlinie vor ihrem Ablaufdatum im Jahr 2017. Folgende Punkte sollten dabei aus unserer Sicht besonders berücksichtigt werden:

- ◆ Eine systematische Literaturrecherche mit transparenter Dokumentation der Suchbegriffe und -zeiträume sowie die Angabe der recherchierten Datenbanken.
- ◆ Eine differenzierte Beurteilung der Literatur hinsichtlich ihrer Evidenzstärken (methodische Einschränkungen, systematische Verzerrungen, Generalisierbarkeit), auf welchen die Empfehlungen aufgebaut werden.
- ◆ Ein wissenschaftlicher Umgang mit statistischen Größen, welcher die Aussagekraft der einzelnen Messgrößen kritisch reflektiert, (nur) die zulässigen Schlüsse zieht und die Limitationen der Generalisierung offen legt.
- ◆ Die Verankerung des Konzepts „Shared Decision Making“ in der Stellungnahme als Königsweg der Entscheidungsfindung für Schwangere und als Grundlage für eine Informierte Entscheidung.
- ◆ Eine differenzierte Darstellung der „adverse effects“ und des Nichtwissens. Es muss deutlich zum Ausdruck gebracht werden, dass viele Empfehlungen in der Leitlinie unter (mehr oder weniger) Unsicherheit getroffen werden.

4. Butt K, Lim K. Determination of gestational age by ultrasound. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada* : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada: JOGC 2014; 36(2):171–83.
5. Caughey AB. Increasing rates of induction do not increase caesareans. *BJOG* : an international journal of obstetrics and gynaecology 2015; 122(7):981.
6. DeMott RK, Sandmire HF. The Green Bay cesarean section study. I. The physician factor as a determinant of cesarean birth rates. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1990; 162(6):1593-9; discussion 1599-602.
7. DeMott RK, Sandmire HF. The Green Bay cesarean section study. II. The physician factor as a determinant of cesarean birth rates for failed labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1992; 166(6 Pt 1):1799-806; discussion 1806-10.
8. Doubilet PM. Should a first trimester dating scan be routine for all pregnancies? *Seminars in perinatology* 2013; 37(5):307–9.
9. Edwards A, Unigwe S, Elwyn G, Hood K. Personalised risk communication for informed decision making about entering screening programs. *The Cochrane database of systematic reviews* 2003; (1):CD001865.
10. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine* 2012; 27(10):1361–7.
11. Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ (Clinical research ed.)* 2010; 341:c5146.
12. Flenady V, Koopmans L, Middleton P, Frøen JF, Smith GC, Gibbons K et al. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet* 2011; 377(9774):1331–40.
13. Frøen J, Arnestad M, Frey K, Vege Å, Saugstad OD, Stray-Pedersen B. Risk factors for sudden intrauterine unexplained death: Epidemiologic characteristics of singleton cases in Oslo, Norway, 1986–1995. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2001; 184(4):694–702.
14. Gardosi J, Madurasinghe V, Williams M, Malik A, Francis A. Maternal and fetal risk factors for stillbirth: population based study. *BMJ (Clinical research ed.)* 2013; 346:f108.
15. Gardosi J, Vanner T, Francis A. Gestational age and induction of labour for prolonged pregnancy. *BJOG:An international journal of O&G* 1997; 104(7):792–7.
16. Gigerenzer G, Gaissmaier W, Kurz-Milcke E, Schwartz LM, Woloshin S. Helping doctors and patients to make sense of health statistics.: *Psychological Science in the Public Interest.*; 2007. Available from: URL:http://citrixweb.mpib-berlin.mpg.de/montez/upload/PaperLibrary/GG_etAl_Helping_doctors-1.pdf
17. Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P, Heatley E. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *The Cochrane database of systematic reviews* 2012; 6:CD004945.
18. Hannah ME, Hannah WJ, Hellmann J, Hewson S, Milner R, Willan A. Induction of Labor as Compared with Serial Antenatal Monitoring in Post-Term Pregnancy: *New England Journal of Medicine.* N Engl J Med 1992; 326(24):1587–92.
19. Heimstad R, Romundstad PR, Hyett J, Mattsson L, Salvesen KA. Women's experiences and attitudes towards expectant management and induction of labor for post-term pregnancy. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2007; 86(8):950–6.
20. Henry GR. A controlled trial of surgical induction of labour and amnioscopy in the management of prolonged pregnancy. *The Journal of obstetrics and gynaecology of the British Commonwealth* 1969; 76(9):795–8.
21. Herabutya Y, Prasertsawat PO, Tongyai T, Isarangura Na Ayudhya N. Prolonged pregnancy: the management dilemma. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 1992; 37(4):253–8.
22. Hilder L, Costeloe K, Thilaganathan B. Prolonged pregnancy: evaluating gestation-specific risks of fetal and infant mortality. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1998; 105(2):169–73.
23. Kavanagh J, Kelly AJ, Thomas J. Sexual intercourse for cervical ripening and induction of labour. *The Cochrane database of systematic reviews* 2001; (2):CD003093.
24. Kavanagh J, Kelly AJ, Thomas J. Breast stimulation for cervical ripening and induction of labour. *The Cochrane database of systematic reviews* 2005; (3):CD003392.
25. Kelly AJ, Kavanagh J, Thomas J. Castor oil, bath and/or enema for cervical priming and induction of labour. *The Cochrane database of systematic reviews* 2001; (2):CD003099.
26. Knight M, Tuffnell D, Brocklehurst P, Spark P, Kurinczuk JJ. Incidence and risk factors for amniotic-fluid embolism. *Obstetrics and gynecology* 2010; 115(5):910–7.
27. Krienbrock L, Pigeot I, Ahrens W. *Epidemiologische Methoden.* 5. Aufl. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag; 2012. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-8274-2334-4>
28. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Kirmeyer S et al. Births: final data for 2005. *National vital statistics reports* : from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System 2007; 56(6):1–103.
29. Neilson JP. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *The Cochrane database of systematic reviews* 2000; (2):CD000182.
30. NICE. NICE guidelines. Induction of labour; 2008. Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg70/chapter/guidance>
31. Olesen AW, Westergaard JG, Olsen J. Perinatal and maternal complications related to postterm delivery: a national register-based study, 1978–1993. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2003; 189(1):222–7.
32. Pilalis A, Souka AP, Papastefanou I, Michalitsi V, Panagopoulos P, Chrelias C et al. Third trimester ultrasound for the prediction of the large for gestational age fetus in low-risk population and evaluation of contingency strategies. *Prenatal diagnosis* 2012; 32(9):846–53.
33. Reddy UM, Ko C, Willinger M. Maternal age and the risk of stillbirth throughout pregnancy in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2006; 195(3):764–70.
34. Sahraoui W, Hajji S, Bibi M, Noura M, Essaidi H, Khairi H. Management of pregnancies beyond forty-one week's gestation with an unfavorable cervix. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction* 2005; 34(5):454–62.
35. Sandmire HF, DeMott RK. The Green Bay cesarean section study. III. Falling cesarean birth rates without a formal curtailment program. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1994; 170(6):1790-9; discussion 1799-802.
36. Sandmire HF, DeMott RK. The Green Bay cesarean section study. IV. The physician factor as a determinant of cesarean birth rates for the large fetus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1996; 174(5):1557–64.
37. Schwarz C, Schäfers R, Loytved C, Heusser P, Abou-Dakn M, König T et al. Temporal trends in fetal mortality at and beyond term and induction of labor in Germany 2005–2012: data from German routine perinatal monitoring. *Archives of gynecology and obstetrics* 2015.
38. Schwarz C, Weiss E, Loytved C, Schäfers R, König T, Heusser P et al. Fetale Mortalität bei Einlingen ab Termin - eine Analyse bundesdeutscher Perinataldaten 2004-2013. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* 2015; 219(2):81–5.
39. Smith GC. Use of time to event analysis to estimate the normal duration of human pregnancy. *Human Reproduction* 2001; 16(7):1497–500.
40. Weiss E, Krombholz K, Eichner M. Fetal mortality at and beyond term in singleton pregnancies in Baden-Wuerttemberg/Germany 2004–2009. *Archives of gynecology and obstetrics* 2014; 289(1):79–84.
41. Wennerholm U, Hagberg H, Brorsson B, Bergh C. Induction of labor versus expectant management for post-date pregnancy: is there sufficient evidence for a change in clinical practice? *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2009; 88(1):6–17.
42. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *BMJ* 2000; 321(7271):1259–62.
43. Yudkin PL, Wood L, Redman CW. Risk of unexplained stillbirth at different gestational ages. *Lancet (London, England)* 1987; 1(8543):1192–4.

Änderung der Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“) – HIV/Mutterpass-Eintragung

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

20. März 2015

Epilog:

Die Mutterschaftsrichtlinien beinhalten seit 2007, dass jeder Schwangere im Kontext der Vorsorgeuntersuchungen ein HIV-Test empfohlen werden soll. Die entsprechende Beratung wird in einem dazu vorhandenen Kästchen durch Ankreuzen bestätigt. Weder die Durchführung noch das Ergebnis des Testes werden derzeit im Mutterpass dokumentiert. Diese spezielle und eingeschränkte Form der Dokumentation des HIV Testes im Mutterpass ist dem Umstand geschuldet, dass mit einer HIV Diagnose besondere Formen der Stigmatisierung einhergehen. Außerdem wird der Mutterpass bei vielen Institutionen vorgelegt und immer von der Frau mit sich geführt, was eine Einsichtnahme Fremder begünstigt und die Kontrolle der Frau über ihre gesundheitsbezogenen Daten erschwert.

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft wurde im Februar 2015 gebeten, eine Stellungnahme zu einer möglichen Änderung der Dokumentation zum HIV Test abzugeben. Diese Änderung bezieht sich darauf, dass künftig die Durchführung des Testes, weiterhin aber nicht aber das Testergebnis, vermerkt werden sollen. Es lagen zwei sachlich begründete, positionsbezogene Beschlussentwürfe des Gemeinsamen Bundesausschusses hinsichtlich dieser möglichen Änderung der Richtlinie (Mutterschaftsrichtlinie) vor. Diese hatten gegensätzliche Positionen des GKV Spitzenverbandes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einerseits und der Patientenvertretung andererseits zur Folge.

Die Sektion Schwangerenvorsorge bezog am 20.05.2015 für die DGHWi gegenüber dem gemeinsamen Bundesausschuss Stellung. Die DGHWi befürwortete nach Abwägung der Studienlage eine Neuregelung der Dokumentation im Mutterpass und hielt diese besonders hinsichtlich der Forderung, dass durchgeführte Untersuchungen auch für die Schwangere transparent sein müssen, für angemessen. Sie sprach sich dafür aus, dass das Testergebnis analog zum Syphilis-Screening weiterhin nicht im Mutterpass dokumentiert wird. Außerdem befürwortete sie, dass in Deutschland die Opt-In Regelung erhalten bleibt, das heißt, dass die Schwangere dem HIV-Test ausdrücklich zustimmen muss.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte in seiner Sitzung am 20. August 2015 beschlossen, die Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“) zu ändern. Im Abschnitt C Serologische Untersuchungen und Maßnahmen während der Schwangerschaft Nummer 1 wurde der zweite Absatz in der Gliederungseinheit „Zu b)“ wie folgt neu gefasst: „Die Durchführung der Beratung und die Durchführung des HIV-Antikörpertest sind im Mutterpass zu dokumentieren. Das Ergebnis der Untersuchung wird im Mutterpass nicht dokumentiert.“ Die Änderung der Richtlinien trat am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Sektion Schwangerenvorsorge stimmte für die DGHWi in einer erneuten Stellungnahme vom 30.09.2015 dieser Änderung zu.

Es schließt sich der Text der Stellungnahme im Wortlaut an:

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der gesetzlich Versicherten.

Die vom G-BA gemäß §92 Abs.1 Satz 2 Nr. 4 SGB V beschlossenen Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien [Mu-RL]) regeln die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung einschließlich der Indikationen für die einzelnen Maßnahmen sowie deren Art, Umfang und Durchführung.

2. Eckpunkte der Entscheidung

In 19 von 24 europäischen Ländern wird Schwangeren ein HIV-Test angeboten, in 14 Ländern unterliegt der Test der Opt-Out Regelung, d.h. die schwangere Frau muss, um die Durchführung des Testes zu verhindern, diesen ausdrücklich verweigern. Schwangere sind damit die einzige Personengruppe, für die in den meisten europäischen Ländern eine Opt-Out Regelung bezogen auf den HIV-Test gilt [3]. In Deutschland gilt die Opt-In Regelung, ein HIV-Test darf also nur nach ausdrücklichem vorherigem Einverständnis der Schwangeren durchgeführt werden.

Durch das Angebot eines HIV-Testes in der Schwangerschaft soll die Zahl der Mutter-Kind-Transmissionen vermindert werden. Die frühe Diagnose einer HIV-Infektion in der Schwangerschaft ermöglicht wirkungsvolle Prophylaxen unter anderem in Form von antiretroviralen Kombinationstherapien (cART) und derzeit eine Transmissionsrate von unter 1% [2][4]. Neben den möglichen Konsequenzen für das Kind muss auch die mütterliche Gesundheit und ihre langfristige Prognose durch eine gegebenenfalls späte und erst postnatal gestellte HIV-Diagnose diskutiert werden. Ziel einer Diagnose und Therapie von HIV in der Schwangerschaft ist eine optimale Behandlung von Mutter und Kind [1].

Eine Information zur möglichen Inanspruchnahme eines HIV Tests ist seit dem 13.09.2007 Bestandteil der Mutterschafts-Richtlinien. Die von Ärztinnen und Ärzten oder Hebammen in der Schwangerenvorsorge durchgeführte Beratung wird im Mutterpass dokumentiert, nicht aber die positive oder negative Entscheidung der Frau zur Durchführung des Tests. Auch das Ergebnis des Tests wird nicht dokumentiert.

Über die Umsetzung des Screeningverfahrens in Deutschland existieren keine gesicherten Daten. Nicht veröffentlichte Analysen des

Robert-Koch Instituts (lt. mündlicher Auskunft vom 19.3.2015) auf Basis von Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung weisen darauf hin, dass die absolute Zahl der Testungen seit Aufnahme des HIV Tests in die Schwangerenvorsorge und Dokumentation der Beratung gestiegen ist. Nach entsprechenden Schätzungen werden derzeit etwa 85-90% der Schwangeren in Deutschland auf HIV getestet, was einer Zahl von etwa 60.000 nicht getesteten Schwangeren entspricht.

Die Gründe für ein Unterlassen des HIV-Tests sind nicht geklärt, verschiedene Möglichkeiten werden in Erwägung gezogen und sind für den Einzelfall dokumentiert. Allgemeingültige Schlussfolgerungen für die Förderung einer Inanspruchnahme können aus den Einzelfällen nicht geschlossen werden. Expertinnen und Experten nehmen an, dass bei einem erheblichen Teil der Schwangeren das Angebot eines HIV-Testes in der Schwangerschaft unterbleibt und das Potential dieses Vorsorgeangebots daher vielen Frauen nicht zur Verfügung steht, wenn sie sich nicht proaktiv informieren und den Test einfordern.

In einer aktuellen ausführlichen Literaturrecherche in den Datenbanken Cochrane und PubMed konnten keine aktuellen Studien identifiziert werden, aus denen eine evidenzbasierte Entscheidung für eine Änderung der derzeitigen Dokumentationspraxis bezogen auf den HIV-Test in der Schwangerschaft abgeleitet werden könnte.

Für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. ergeben sich jedoch folgende Punkte zur kritischen Würdigung:

- a. Die Verpflichtung zur lediglichen Dokumentation der Beratung der Schwangeren zum HIV-Antikörpertest im Mutterpass scheint dem Umstand geschuldet, einer Stigmatisierung von Frauen, die den Test nicht durchführen lassen wollen, entgegenzuwirken. Jedoch wird es für möglich gehalten, dass diese Maßnahme die allgemeine Tabuisierung von HIV befördert und bewirkt, dass die gegebenenfalls aus dem Test resultierenden therapeutischen Möglichkeiten und langfristigen gesundheitlichen Konsequenzen für Schwangere und ihre Kinder seltener kommuniziert werden.
- b. Es darf vermutet werden, dass aufgrund eines Zeitmangels im Praxisalltag die Aufklärung der Schwangeren nicht immer in dem für eine selbstbestimmte Entscheidung erforderlichen Ausmaß möglich ist. Die im Kontext der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen durchgeführte Aufklärung ist besonders dann erschwert, wenn die Schwangere nur über eingeschränkte Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt oder ein weitreichender Gesprächs- und Aufklärungsbedarf zum Thema HIV und möglichen Risiken besteht. Das Merkblatt „Warum wird allen Schwangeren ein HIV-Test angeboten?“ (Anlage 4 der Mutterschafts-Richtlinien) bietet in diesen Fällen nur begrenzt Hilfestellung. Eine bessere Vernetzung der Berufsgruppen und Institutionen, die mit dem Thema HIV beziehungsweise der gesundheitlichen Versorgung in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett assoziiert werden, wie Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Beratungsstellen, kann diesem Problem entgegenwirken. Derzeit werden die Ressourcen, die sich daraus ergeben könnten, nur unzureichend genutzt und umgesetzt. Fortbildungen zum Thema HIV und Schwangerschaft sollten interdisziplinär ausgerichtet sein, um diesem Umstand entgegenzuwirken.
- c. Die derzeit im Mutterpass vorgesehene ausschließliche Dokumentation der Beratung ist den weitreichenden Konsequenzen, die eine

mangelnde Inanspruchnahme eines HIV-Tests für Mutter und Kind haben kann, nicht angemessen. Der Punkt steht gleichwertig neben den Beratungsthemen wie Ernährung, Tätigkeiten wie Sport und Reisen, Risikoberatung, Geburtsvorbereitung, Krebsfrüherkennung und Zahngesundheit. Möglicherweise wird durch diese Platzierung befördert, dass ein HIV-Test in der Schwangerschaft von den betroffenen Frauen als eingeschränkt relevant wahrgenommen und dadurch nicht eingefordert wird.

- d. Da der Mutterpass teilweise bei Institutionen (z.B. Mutter-Kind-Stiftungen) vorgelegt werden muss und er durch die Aufforderung an die Schwangere, ihn immer mit sich zu führen, schnell auch anderen Menschen verfügbar ist, verbietet sich nach Meinung der DGHWi eine Dokumentation des HIV-Testergebnisses. Die Inkongruenz zu den Dokumentationsanforderungen an die anderen, teils ebenso schützenswerten personenbezogenen Informationen im Mutterpass (z.B. die Dokumentation des Ergebnisses der Hepatitis B-Testung), ist vor dem Hintergrund möglicher Diskriminierung und Stigmatisierung HIV-infizierter Frauen und Säuglingen weiterhin notwendig und begründbar.
- e. Die verfügbare Datenlage lässt derzeit keine gesicherten Aussagen darüber zu, ob eine verpflichtende Dokumentation der Testdurchführung dazu führt, dass einzelne Schwangere die Vorsorgeuntersuchungen nicht mehr in Anspruch nehmen. Trotzdem kann dieser Effekt nicht ausgeschlossen werden. Außerdem ist nicht geklärt, ob weitergehende Dokumentationspflichten eine HIV-Transmission auf das Kind verhindern können.
- f. Aus den Schilderungen einiger Frauen ist bekannt, dass sie in der Schwangerschaft ohne ihr Wissen und entsprechende Aufklärung auf HIV getestet wurden. Eine verbindliche Dokumentation der Testdurchführung im Mutterpass würde diese Praxis unterbinden.

Die DGHWi spricht sich für eine Dokumentation der Durchführung des HIV-Tests aus. Demnach sollte anzukreuzen sein, ob ein HIV-Test erfolgte oder unterlassen wurde. Unter der Annahme, dass dem Test eine Beratung hierzu vorausgegangen ist, wird aus Sicht der DGHWi mit der vorgeschlagenen Dokumentationspraxis nur so ersichtlich, ob eine Beratung und die daraus resultierende Entscheidung stattgefunden haben.

Der nicht durchgeführte HIV-Test wird damit Ergebnis der persönlichen Entscheidung der Frau. Ein fehlender Eintrag bei der Durchführung des HIV-Tests gäbe Frauen die Möglichkeit der Kontrolle, sodass auch die Schwangeren eine Chance zur Inanspruchnahme dieser Präventionsleistung haben, denen Informationen hierzu vorenthalten wurden. Dies entspricht der allgemeinen Forderung der DGHWi nach einer Integration der Schwangeren in die Entscheidungsprozesse während der Schwangerschaft.

3. Fazit

Die Studienlage in Bezug auf eine Stigmatisierung von Frauen durch die Dokumentation der Durchführung der HIV-Testung ist unzureichend. Dies betrifft auch andere unerwünschte Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten der Frau, die durch eine solche Dokumentation ausgelöst werden könnten. Eine Stigmatisierung oder ein verändertes Gesundheitsverhalten der Frauen kann wissenschaftlich weder belegt noch

widerlegt werden. Sehr wohl ist aber bekannt, dass das Erkennen einer HIV-Infektion sich positiv auf die Gesundheit von Mutter und Kind auswirkt.

Auf dieser Grundlage, ergänzt durch den in der Praxis beobachteten Umgang mit dem Mutterpass, empfiehlt die DGHWi die Dokumentation der Durchführung der HIV-Testung, analog zum Syphilis-Screening. Sie empfiehlt ausdrücklich nicht, auch das Ergebnis des HIV-Tests im Mutterpass zu dokumentieren.

Die DGHWi befürwortet das Festhalten an der Opt-In-Regelung, da befürchtet wird, dass eine Opt-Out-Regelung eine Verpflichtung zur

Aufklärung durch die Ärzte und Hebammen, wie sie für das Thema HIV und Schwangerschaft unerlässlich ist, nicht fördern würde.

Grundsätzlich müssen zum Umgang mit der HIV-Testung und deren Konsequenzen im Allgemeinen und in der Schwangerschaft im Speziellen beträchtliche Forschungslücken konstatiert werden. Die DGHWi empfiehlt abschließend, dass von Seiten der Gesundheitsbehörden Anstrengungen zum Schließen dieser Forschungslücken unternommen werden.

Autorinnen:

Prof. Dr. Ute Lange und Ulrike Geppert-Orthofer, M.Sc. (General Management) für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Literatur

1. Deutsch-Österreichische Leitlinie zur HIV-Therapie in der Schwangerschaft und bei HIV-exponierten Neugeborenen. AWMF-Register-Nr.: 055 - 002; 2014.
2. Gingelmaier A, Hollwitz B, Casteleyn S, Faul-Burbes C, Gröger S, Beichert M. et al. Schwangerschaftsverlauf und kindliches Outcome bei 599 HIV-exponierten Schwangeren an deutschen Schwerpunktzentren 1999–2003. *Geburtsh Frauenheilk* 2005;65(11):1058-1063.
3. NAM (National AIDS Manual) aidsmap: Testing policy in different European countries. Available from: <http://www.aidsmap.com> (12.03.2015).
4. Warszawski J, Tubiana R, Le Chenadec J, Blanche S, Teglas JP, Dollfus C, Faye A, Burgard M, Rouzioux C, Mandelbrot L. Mother-to-child HIV transmission despite antiretroviral therapy in the ANRS French Perinatal Cohort. *AIDS*. 2008;22(2):289–299.

Anregungen unserer Fachgesellschaft finden Beachtung im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Als stellungnahmeberechtigte Fachgesellschaft hat die DGHWi eine Stellungnahme zu einem Entwurf des Unterausschusses Methodenbewertung des G-BA am 17. September 2014 fristgerecht eingereicht (siehe S. 62). Es ging um die Neugestaltung des Gelben Heftes durch eine formale und inhaltliche Überarbeitung der „Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie)“. Der vorbereitete Beschlussentwurf und begleitende Dokumente zur Darstellung des Beratungsverfahrens waren der DGHWi mit Auflage der Vertraulichkeit zuvor zugänglich gemacht.

Am 12. März 2015 wurden Vertreterinnen und Vertreter der Fachgesellschaften zu einer mündlichen Anhörung nach Berlin eingeladen, die eine Stellungnahme abgegeben hatten. „Die Anhörung dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen“, so heißt es in der Einladung. De facto wird die Zeit der Fachgesellschaftsvertretungen allerdings auch dazu genutzt, besonders wichtig erscheinende Aspekte zu betonen und auf Einlassungen anderer Fachgesellschaften gegebenenfalls zu reagieren. Dies ist bedeutend, weil der aktuelle Stand des Beratungsverfahrens, das sich an die schriftlichen Stellungnahmen anschließt, zwischenzeitlich nicht bekannt gegeben wird. Im Anschluss an die jeweiligen mündlichen

Darlegungen und Erläuterungen haben die Mitglieder des Unterausschusses Methodenbewertung des G-BA die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Dies wurde in der Anhörung hauptsächlich durch die Sprecherinnen und Sprecher der Patientenvertretung genutzt.

Die Stellungnahme durfte erst nach Abschluss aller Beratungen veröffentlicht werden. Der Beschlussentwurf der Kinderrichtlinien vom 18.06.2015 liegt nun vor (www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2287/), die Richtlinien können aber erst in Kraft treten, wenn zum Beispiel das Gelbe Heft entsprechend angepasst ist. Ein Termin ist noch nicht genannt.

Die Stellungnahme der DGHWi (s.u.) bezieht sich auf fünf Punkte des Beschlussentwurfs. In welchem Maße Formulierungen durch Anregungen der Stellungnahme der DGHWi vorgenommen wurden, kann nur spekuliert werden. Eine zeitliche Ausdehnung zur Durchführung der U1 wurde nicht übernommen. Ein Fragebogen an die Eltern zur Unterstützung der Sozialanamnese bei der U2 und U3 ist weiterhin nicht Bestandteil der Richtlinien. Neben formalen Präzisierungen, wurde jedoch der Hinweis auf den Paragraphen 4 zu „Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung“ (§ 4 KKG) und die Anregung der Patientenvertretung hinsichtlich einer zusätzlichen Teilnahmekarte übernommen, welche dezidiert von der Stellungnahme der DGHWi unterstützt worden war.

Stellungnahmen

Im Juni wurden die fünf Punkte im G-BA wie folgt beschlossen (Zitate sind der Beschlussfassung entnommen):

Im Abschnitt A Allgemeines und Anspruchsberechtigung ist formuliert: „Bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung hat die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt unter Berücksichtigung des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz [KKG §§ 1-4, Anmerkung der Autorin] in der Fassung vom 01.01.2012 die notwendigen Schritte einzuleiten. Unabhängig davon sollen alle Eltern bei den Früherkennungsuntersuchungen über regionale Unterstützungsangebote (z.B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen) informiert werden.“

Der Untersuchungszeitraum für die U1 wurde konkretisiert: „Die U1 soll unmittelbar innerhalb der ersten 30 Minuten nach der Geburt des Kindes durchgeführt werden. Als Geburtszeitpunkt gilt hier die Geburt des Kindes selbst und nicht erst das Ende des Geburtsvorganges mit der Geburt der Plazenta. Falls bei der Geburt keine Ärztin oder kein Arzt anwesend ist, aber eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger, sollen die Hebamme oder der Entbindungspfleger die Untersuchung durchführen.“

Die Geburtsanamnese bei der U1 umfasst die „Vollendete Schwangerschaftswoche (SSW: Angabe in Wochen und Tagen (Bsp. 39+4 SSW)“.

Ein Elternfragebogen findet bei der U2 und U3 keine Verwendung. Ein Schwerpunkt der U2 bis U9 ist die „Aufmerksamkeit für Eltern-Kind-Interaktion“.

In Abschnitt D, Dokumentation und Evaluation ist die Einführung einer Teilnahmekarte vermerkt als Möglichkeit, die Teilnahme an den Untersuchungen zu belegen, ohne vertrauliche Informationen des Gelben Heftes weiterzugeben: „Die Dokumentation der Befunde zu den Untersuchungen nach Abschnitt B erfolgt in der Patientenakte bei der Ärztin oder beim Arzt und im Untersuchungsheft für Kinder (Gelbes Heft) gemäß der Anlage 1. [...] Darüber hinaus wird die Teilnahme auf einer separaten Teilnahmekarte dokumentiert.“

Elke Mattern M.Sc.

Kontakt: schriftfuehrerin@dghwi.de

Stellungnahme zum Beschlussentwurf „Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung“

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

17. September 2014

Zu dem Entwurf hat die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) e.V. geringfügige Anmerkungen, die überwiegend die ersten drei Untersuchungen (U1 bis U3) betreffen. Die Anmerkungen folgen zur besseren Übersicht der Reihenfolge des Entwurfskonzepts.

A. Allgemeines und Anspruchsberechtigung

§ 1 Grundlagen

(4) Bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung hat die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt die notwendigen Schritte einzuleiten (Seite 3).

Die DGHWi begrüßt, dass entsprechend §4 KKG [2] bei Bekanntwerden "gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes" auch Handlungen verbindlich festgelegt werden. Damit es bei Verdacht auf Kindesvernachlässigung oder -misshandlung zu keiner Diskriminierung und vorzeitigen namentlichen Meldung beim Jugendamt kommt, ist dringend ein Verweis auf das Vorgehen in KKG §4 „Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung“ wünschenswert, das ein gestuftes Vorgehen vorsieht. So heißt es dort, dass die Ärztin/Arzt "mit dem Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von

Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes nicht in Frage gestellt wird". Dieser Hinweis und jener, dass die Ärztin/der Arzt "Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft" haben, um "gewichtige Anhaltspunkte" als solche mit größerer Sicherheit zu identifizieren, könnte eventuell auch an anderer Stelle der Richtlinien eingefügt werden.

Früherkennungsuntersuchungen

II. Untersuchungen

§ 3 U1

1) Ziele und Schwerpunkte (Seite 4):

Ein Zeitraum von 30 Minuten nach der Geburt erscheint aus Sicht der DGHWi ungenau und zeitlich nicht realistisch. Ungenau deswegen, weil die Geburt für die Mutter, anders als für das Kind, erst endet, nachdem die Plazenta geboren ist. Zeitlich nicht realistisch, weil es wünschenswert ist, dass die Mutter und/oder der Vater bei der U1 anwesend sind und die Untersuchung erst nach der Plazentaphase und des Nähens einer Dammverletzung erfolgen sollte.

Durch Erhebung des Apgar-Wertes und die Betreuungspflicht der Hebamme während der 2 Std. postpartum ist auch das Kind durch-

gehend unter Beobachtung: „lebensbedrohliche Zustände und augenfällige Schäden“ werden somit nicht erst durch die U1 erkannt.

Nicht nur im Rahmen der Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“ ist generell eine einstündige Bonding-Phase zu empfehlen und zu ermöglichen, in der Mutter und Kind nicht getrennt werden. Diese sollte auch nicht durch die U1 als diagnostischer Eingriff gestört werden.

Die DGHWi schlägt als Formulierung vor:

„Die U1 soll möglichst innerhalb der ersten beiden Lebensstunden des Kindes unter Berücksichtigung der erforderlichen Zeit für ein Bonding zwischen Mutter/Vater und Neugeborenem erfolgen.“

§ 3 U1

2. Geburtenanamnese (Seite 5)

Die „vollendete SSW“ sollte durch die korrekte Schreibweise des Schwangerschaftsalters bei Geburt ersetzt werden (Beispielsweise: 39+4 SSW).

§ 4 U2

c) Sozialanamnese (Seite 7)

Die von der KBV vorgestellten Fragen an die Eltern enthalten leider keinen Quellen-Hinweis.

Die DGHWi regt an, anamnestische Fragen als Informationsgrundlage für Ärztinnen und Ärzte zu formulieren, deren Relevanz für eine mögliche Kindeswohlgefährdung bzw. -vernachlässigung wissenschaftlich belegt ist. Die Fragen, die an die Eltern gerichtet sind oder deren psychosoziale Lage einschätzen, sollten Antworten auf die fünf Risikoindikatoren liefern, die durch Kindler im „Anhaltbogen für ein vertiefendes Gespräch“ [3] beschrieben wurden. So könnten Eltern für eine präventive Unterstützung zielgerecht identifiziert und an weitere Frühe Hilfen oder den Kinderschutz vermittelt werden.

Risikoindikatoren nach Kindler [3]:

- ◆ Mindestens eine soziale Belastung
- ◆ Mehrere fehlende Schwangerschafts- oder U-Untersuchungen
- ◆ Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen
- ◆ Beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptfürsorgeperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes
- ◆ Hauptfürsorgeperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder das Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden.

Autorinnen:

Elke Mattern M.Sc., Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle und Prof. Dr. phil. Monika Greening für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Literatur

1. Ayerle GM. FrühStart. Familienhebammen im Netzwerk Frühe Hilfen. Köln: NZFH, 2012.
2. Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2975). Verfügbar unter <http://www.gesetze-im-internet.de/kkg/BJNR297510011.html> (letzter Zugriff: 29.08.2014)
3. Meysen T, Schönecker L, Kindler H. Frühe Hilfen im Kinderschutz: Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Weinheim und München: Verlag Juventa, 2009.
4. Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Dokumentationsvorlage für Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich, 2013. Verfügbar unter <http://www.fruehehilfen.de/familienhebammen/dokumentationsvorlagen> (letzter Zugriff: 16.09.2014)

Das Konzept der Frühen Hilfen versteht sich als Unterstützung und Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern. Eltern und deren Kinder profitieren von Frühen Hilfen primär- und sekundärpräventiv bei Überforderung bzw. erhöhten Fürsorgeanforderungen der Kinder [1].

Zur Dokumentation der Expertise betreuender Fachpersonen finden sich in der „Dokumentationsvorlage für Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich“ des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen [4] auf den Seiten 14 und 15 Aussagen zu Ressourcen und Hilfebedarf der Eltern bzw. Hauptbezugspersonen, die den Unterstützungsbedarf von elterlichen Kompetenzen veranschaulichen. Diesbezüglich fehlen in dem Elternfragebogen der KBV Fragen zur Einschätzung des eigenen Unterstützungsbedarfs durch Fachpersonen, um das subjektive Befinden der Eltern zu erfragen und Ihre Bereitschaft zur Annahme (präventiver) Früher Hilfen zu unterstützen.

Darüber hinaus fehlen Fragen zur Beziehungsgestaltung mit dem Kind (Wahrnehmen von und Reaktion auf kindliche Bedürfnisse, Blickkontakt und Körperkontakt mit dem Kind).

Die DGHWi empfiehlt daher, im Elternfragebogen noch folgende Aussagen sowohl bei der U 2 als auch U 3 mit aufzunehmen:

- ◆ Ich wünsche mir / Wir wünschen uns zusätzliche fachliche Unterstützung.
- ◆ Ich erkenne/wir erkennen in der Regel immer sicherer die Bedürfnisse meines/unseres Kindes.
- ◆ Es macht mir/uns Freude, mit Blicken und Worten mit meinem/unserem Kind zu kommunizieren.

B. Spezielle Früherkennungsuntersuchungen

§ 13 Dokumentation (Seite 36)

Die DGHWi unterstützt die Ansicht der Patientenvertretung zum Schutz der Daten im Gelben Heft. Auch wenn eine verpflichtende Vorlage, beispielsweise bei Ämtern, Arbeitgebern, Kindertagesstätten, Schulen oder Versicherungen nicht zulässig ist, kommt dies in der Praxis vor. Eltern sind dann häufig nicht in der Position, dies ablehnen zu können.

Prophylaktische Oxytocin-Gabe in der Nachgeburtsphase zur Vermeidung einer postpartalen Blutung

Westhoff G, Cotter AM, Tolosa JE

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

Übersetzung durch Nina Peterwerth, Hebamme, B.Sc. Midwifery

Hintergrund

Für das aktive Management der Nachgeburtsphase wurde gezeigt, dass sie das Risiko einer postpartalen Blutung (PPH) von mehr als 1000 ml reduziert. Eine der Interventionen des aktiven Managements ist die Verabreichung von prophylaktischen Uterotonika, jedoch variieren die Art des Uterotonikums, die Dosierung und die Verabreichungsform weltweit und haben möglicherweise einen Einfluss auf maternale Endpunkte.

Ziele

Bestimmung der Alltagswirksamkeit einer prophylaktischen Oxytocin-Gabe jeglicher Dosierung, um PPH und andere schwerwiegende maternale Endpunkte im Zusammenhang mit der Nachgeburtsphase zu verhindern.

Literatursuche

Wir suchten im Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register (31. Mai 2013).

Auswahlkriterien

Randomisierte oder quasi-randomisierte kontrollierte Studien, welche schwangere Frauen mit erwarteter vaginaler Geburt einbezogen, denen während der Nachgeburtsphase prophylaktisch Oxytocin gegeben wurde. Die primären Endpunkte waren Blutverlust von mehr als 500 ml und der Gebrauch von therapeutischen Uterotonika.

Datenerhebung und -analyse

Zwei Review-Autoren beurteilten unabhängig voneinander klinische Studien hinsichtlich der Einschlusskriterien, bewerteten die Studienqualität und extrahierten Daten. Die Daten wurden auf Genauigkeit überprüft.

Wesentliche Ergebnisse

Dieser aktualisierte Review beinhaltet 20 Studien (mit 10.806 Frauen).

Prophylaktische Oxytocin-Gabe versus Placebo

Die prophylaktische Oxytocin-Gabe verglichen mit Placebo reduzierte das Risiko einer PPH von mehr als 500 ml (Risiko-Verhältnis (RR) 0,53; 95% Konfidenzintervall (KI) 0,38 bis 0,74; sechs Studien, 4.203 Frauen; $T^2 = 0,11$; $I^2 = 78\%$) und die Notwendigkeit eines therapeutischen Uterotonikums (RR 0,56; 95% KI 0,36 bis 0,87, vier Studien, 3.174 Frauen; $T^2 = 0,10$, $I^2 = 58\%$). Der Nutzen einer prophylaktischen Oxytocin-Gabe zur Vermeidung einer PPH von mehr als 500 ml, wurde in allen Subgruppen beobachtet. Ein verminderter Gebrauch von therapeutischen Uterotonika wurde nur in den folgenden Subgruppen beobachtet: in randomisierten Studien mit geringem Risiko für Bias (RR 0,58; 95% KI 0,36 bis 0,92; drei Studien, 3.122 Frauen; $T^2 = 0,11$, $I^2 = 69\%$); in Studien, in denen ein aktives Management der Nachgeburtsphase durchgeführt wurde (RR 0,39; 95% CI 0,26 bis 0,58; eine

Studie, 1.901 Frauen; Heterogenitätsanalyse nicht anwendbar); in Studien, in welchen Oxytocin als i.v.-Bolus verabreicht wurde (RR 0,57; 95% CI 0,39 bis 0,82; eine Studie, 1.000 Frauen; Heterogenitätsanalyse nicht anwendbar); und in Studien, in welchen Oxytocin in einer Dosierung von 10 IU verabreicht wurde (RR 0,48; 95% CI 0,33 bis 0,68; zwei Studien, 2.901 Frauen; $T^2 = 0,02$; $I^2 = 27\%$).

Prophylaktische Oxytocin-Gabe versus Mutterkornalkaloiden

Hinsichtlich der Vermeidung einer PPH von mehr als 500 ml war die prophylaktische Oxytocin-Gabe im Vergleich zu Mutterkornalkaloiden überlegen (RR 0,76; 95% KI 0,61 bis 0,94; fünf Studien, 2.226 Frauen; $T^2 = 0,00$, $I^2 = 0\%$). Der Vorteil von Oxytocin gegenüber Mutterkornalkaloiden eine PPH von mehr als 500 ml zu vermeiden blieb nur in den Subgruppen von quasi-randomisierten Studien bestehen (RR 0,71, 95% KI bis 0,53 bis 0,96; drei Untersuchungen, 1.402 Frauen; $T^2 = 0,00$, $I^2 = 0\%$) sowie in Studien, in denen eine aktive Nachgeburtsphase durchgeführt wurde (RR 0,58; 95% KI 0,38 bis 0,89; zwei Studien, 943 Frauen; $T^2 = 0,00$; $I^2 = 0\%$). Der prophylaktische Gebrauch von Oxytocin war im Vergleich zum Gebrauch von Mutterkornalkaloiden mit weniger Nebenwirkungen assoziiert, einschließlich einer verminderten Übelkeit in der Zeit zwischen der Geburt des Kindes und der Verlegung aus dem Kreißaal (RR 0,18; 95% KI 0,06 bis 0,53; drei Untersuchungen, 1.091 Frauen; $T^2 = 0,41$; $I^2 = 41\%$), sowie vermindertes Erbrechen in der Zeit zwischen der Geburt des Kindes und der Verlegung aus dem Kreißaal (RR 0,07; 95% KI 0,02 bis 0,25; drei Untersuchungen, 1.091 Frauen; $T^2 = 0,45$, $I^2 = 30\%$).

Kombinierte prophylaktische Gabe von Oxytocin + Ergometrin versus Mutterkornalkaloiden

Für die Kombination aus Oxytocin und Ergometrin gegenüber der alleinigen Gabe von Ergometrin zur Vermeidung einer PPH von mehr als 500 ml konnte kein Nutzen festgestellt werden (RR 0,90; 95% KI 0,34 bis 2,41; fünf Studien, 2.891 Frauen; $T^2 = 0,89$; $I^2 = 80\%$). Der Gebrauch von Oxytocin und Ergometrin wurde mit einem erhöhten durchschnittlichen Blutverlust assoziiert (MD 61,0 ml; 95% KI 6,00 bis 116,00 ml; Fixed-Effect Analyse, eine Studie, 34 Frauen; Heterogenitätsanalyse nicht anwendbar).

In allen drei Vergleichen gab es keinen Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen hinsichtlich der durchschnittlichen Dauer der Nachgeburtsphase oder der Notwendigkeit einer manuellen Plazentalösung.

Schlussfolgerungen der Autor/innen

Die prophylaktische Oxytocin-Gabe (unabhängig von der Dosierung) verringert sowohl eine PPH von mehr als 500 ml als auch den Gebrauch von therapeutischen Uterotonika im Vergleich zu Placebo. Um einen maximalen Nutzen zu erreichen, könnten sich Gesundheitsdienstleister auf der Basis der Subgruppenanalysen bzgl. der beiden

primären Endpunkte dafür entscheiden, die routinemäßige prophylaktische Oxytocin-Gabe als Teil des aktiven Managements der Nachgeburtsphase in der Dosierung von 10 IU als i.v.-Bolus zu implementieren. Sofern eine i.v.-Gabe nicht möglich ist, könnte eine i.m.-Gabe genutzt werden, da für diesen Verabreichungsmodus sowohl ein Nutzen hinsichtlich der Vermeidung einer PPH von mehr als 500 ml, als auch eine Tendenz zum verringerten Gebrauch von therapeutischen Uterotonika gezeigt werden konnte, obwohl dies nicht statistisch signifikant war. Die prophylaktische Gabe von Oxytocin zeigte sich der Gabe von Mutterkorn-alkaloiden zur Vorbeugung einer PPH von mehr als 500 ml überlegen; allerdings blieb dieser Vorteil in der Subgruppenanalyse nicht bestehen, wenn ausschließlich randomisierte Studien mit geringem Risiko für Bias analysiert wurden. Basierend auf diesen Ergebnissen gibt es kaum qualitativ hochwertige Evidenz, die einen Vorteil der prophylaktischen Oxytocin-Gabe gegenüber Mutterkornalkaloiden unterstützt. Jedoch war der Gebrauch von prophylaktischem Oxytocin mit weniger Nebenwirkungen, insbesondere Übelkeit und Erbrechen, verbunden, was Oxytocin zu einer geeigneteren Option für den Routinegebrauch macht, um einer PPH vorzubeugen.

Es gibt keine Evidenz für einen Nutzen der Kombination aus Oxytocin und Ergometrin im Vergleich zur alleinigen Gabe von Mutterkornalkaloiden. Es besteht sogar die Möglichkeit, dass der Schaden durch die Kombination erhöht werden kann, da eine Studie Evidenz aufzeigt, die die Gabe der Kombination verglichen mit Ergotalkaloiden alleine mit einem erhöhten durchschnittlichen Blutverlust assoziierte.

Wichtig ist, dass es keine Evidenz gibt, die darauf hinweist, dass ein erhöhtes Risiko einer Plazentaretention durch eine prophylaktische Oxytocin-Gabe im Vergleich zur Gabe von Placebo oder Ergotalkaloiden besteht.

Zur Verbesserung der Datenqualität werden mehr Placebo-kontrollierte, randomisierte und doppelblinde Studien benötigt, um die effektive Dosierung, den Zeitpunkt und die Verabreichungsform einer prophylaktischen Oxytocingabe zur Vermeidung einer PPH beurteilen zu können. Um die maternale Morbidität und Mortalität weltweit zu senken, werden vor allem, jedoch nicht ausschließlich, weitere Studien aus Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen benötigt, um diese Interventionen in Geburtszentren zu evaluieren, welche die Hauptlast der PPH tragen.

Zitation des Cochrane Reviews:

Westhoff G, Cotter AM, Tolosa JE. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 10. Art. No.: CD001808. DOI: 10.1002/14651858.CD001808. pub2

Fortsetzung der Literaturliste von Seite 45

16. Lind B, Hoel T. Alleviation of labor pain in Norway - An interview investigation in 1969 and 1986. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1989;68(2):125-29. doi: 10.3109/00016348909009899
17. Mogos FM, August EM, Salinas-Miranda AA, Sultan DH, Salihi HM. A Systematic Review of Quality of Life Measures in Pregnant and Postpartum Mothers. *Appl Res Qual Life.* 2013;8(2):219-50. doi: 10.1007/s11482-012-9188-4
18. Morfeld M, Bullinger M, Nantke J, Brähler E. Die Version 2.0 des SF-36 Health-Survey - Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Studie. *Soz.-Präventivmedizin.* 2005;50(5):292-300. doi: 10.1007/s00038-005-4090-6
19. Morgan B, Bulpitt C, Clifton P, Lewis P. Analgesia and satisfaction in childbirth (The Queen Charlotte's 1000 Mother Survey). *Lancet.* 1982;320(8302):808-11. doi: 10.1016/S0140-6736(82)92691-5
20. Radoschewski M. Gesundheitsbezogene Lebensqualität - Konzepte und Maße. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz.* 2000;43(3):165-89. doi: 10.1007/s001030050033
21. Safarinejad MR, Kolahi AA, Hosseini L. The effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function, and sexual satisfaction in primiparous women and their husbands. *J Sex Med.* 2009;6(6):1645-67. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01232.x
22. Sayn Wittgenstein F zu, Bauer N, Schäfers R, Kümper J, Foraita R. Hebammenkreißaal: Chance für Veränderungen. *Deutsche Hebammenzeitschrift.* 2011;12(1):26-8.
23. Schindl M, Birner P, Reingrabner M, Joura E, Husslein P, Langer, Langer M. Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003; 82:834-840.
24. Schytt E. *Women's health after childbirth.* Stockholm: Universitetservice US; 2006.
25. Schytt E, Lindmark G, Waldenström U. Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. *BJOG.* 2005;112(2):210-17. doi: 10.1111/j.1471-0528.2004.00319.x
26. Schytt E, Waldenström U. Risk factors for poor self-rated health in women at 2 months and 1 year after childbirth. *J Womens Health.* 2007;16(3):390-405. doi: 10.1089/jwh.2006.0030
27. Spaich S, Welzel G, Berlit S, Temerinac D, Tuschy B, Sutterlin M, Kehl S. Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *Eur J of obstet gynecol reprod biol.* 2013;170(2):401-6. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.07.040
28. Stadlmayr W, Amsler F, Lemola S, Stein S, Alt M, Burgin D, Surbek D, Bitzer J. Memory of childbirth in the second year: the long-term effect of a negative birth experience and its modulation by the perceived intranatal relationship with caregivers. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2006;27(4):211-24. doi: 10.1080/01674820600804276
29. Statistisches Bundesamt. Pressemitteilung Nr.068 vom 18.02.2011 - Schulische und berufliche Qualifikation junger Mütter; 2011. Verfügbar unter: <http://www.schattenblick.de/infopool/politik/bildung/pbsta456.html> [Zugriff 10.09.2015]
30. Torkan B, Parsay S, Lamyian M, Kazemnejad A, Montazeri A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2009;9(4). doi: 10.1186/1471-2393-9-4
31. *Verbund Hebammenforschung. Handbuch Hebammenkreißaal - Vom Konzept zur Umsetzung.* Osnabrück: Eigenverlag; 2007.
32. Waldenström U. Continuity of carer and satisfaction. *Midwifery.* 1998;14(4):207-13. doi: 10.1016/S0266-6138(98)90092-4
33. Waldenström U. Women's Memory of Childbirth at Two Months and One Year after the Birth. *Birth.* 2003;30(4):248-54. doi: 10.1046/j.1523-536X.2003.00254.x
34. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth.* 2004;31(1):17-27. doi: 10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x
35. Waldenström U, Nilsson C. Experience of childbirth in birth center care. A randomized controlled study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1994;73(7):547-57. doi: 10.3109/00016349409006271

Kontinuierliche unterstützende Betreuung für Frauen während des Geburtsprozesses

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

Übersetzung durch Nina Peterwerth, Hebamme, B.Sc. Midwifery

Hintergrund

Geschichtlich betrachtet wurden Frauen während des Geburtsprozesses schon immer von anderen Frauen begleitet und unterstützt. Dennoch ist eine kontinuierliche Betreuung während der Geburt in Krankenhäusern weltweit nicht die Regel, sondern die Ausnahme geworden.

Ziele

Primärer Endpunkt: die Wirkungen von kontinuierlicher, intrapartaler persönlicher Betreuung verglichen mit der üblichen routinemäßigen Betreuung zu bewerten. Sekundäre Endpunkte: herauszufinden, ob die Auswirkungen einer kontinuierlichen Betreuung beeinflusst werden von: (1) Routinepraktiken und Richtlinien; (2) der Beziehung der betreuenden Person zum Krankenhaus und zur Frau; und (3) dem Zeitpunkt des Betreuungsbegins.

Literatursuche

Wir suchten im Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register (31. Mai 2013).

Auswahlkriterien

Alle veröffentlichten und unveröffentlichten randomisierten kontrollierten Studien, welche kontinuierliche Betreuung während des Geburtsprozesses mit der üblichen routinemäßigen Betreuung vergleichen.

Datenerhebung und -analyse

Wir nutzten die Standardmethoden der Cochrane Collaboration Pregnancy and Childbirth Group. Zwei Review-Autoren bewerteten unabhängig voneinander die methodische Qualität und extrahierten die Daten. Wir bemühten uns zusätzlich um Informationen von den Studienautoren. Wir wandten das Random-Effects-Modell für Vergleiche in welchen eine hohe Heterogenität vorlag an und beschrieben die Ergebnisse, indem wir die mittlere Risk Ratio (RR) für kategoriale Daten und die mittlere Differenz (MD) für kontinuierliche Daten verwendeten.

Zitation des Cochrane Reviews:

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5

Wesentliche Ergebnisse

22 Studien mit 15.288 Frauen erfüllten die Einschlusskriterien und lieferten brauchbare Daten zu den Endpunkten. Die Ergebnisse basieren, sofern nicht anders vermerkt, auf einer Analyse mit dem Random-Effects-Modell. Für Frauen, die der kontinuierlichen Betreuung zugewiesen waren, war es wahrscheinlicher eine spontane vaginale Geburt zu haben (RR 1,08; 95% Konfidenzintervall (KI) 1,04 – 1,12) und weniger wahrscheinlich eine intrapartale Analgesie zu bekommen (RR 0,90; 95% KI 0,84 – 0,96) oder Unzufriedenheit zu berichten (RR 0,69; 95% KI 0,59 – 0,79). Außerdem waren ihre Geburten kürzer (MD -0,58 Stunden; 95% KI -0,85 – -0,31), sie hatten eine geringere Wahrscheinlichkeit für einen Kaiserschnitt (RR 0,78; 95% KI 0,67 – 0,91) oder eine vaginal-operative Geburt (Fixed-Effect-Modell, RR 0,90; 95% KI 0,85 – 0,96), eine Regionalanalgesie (RR 0,93; 95% CI 0,88 – 0,99), oder ein Neugeborenes mit einem geringen 5-Minuten-Apgar Score (Fixed-Effect-Modell, RR 0,69; 95% KI 0,50 – 0,95).

Es gab keinen offensichtlichen Einfluss auf andere intrapartale Interventionen, maternale oder neonatale Komplikationen oder das Stillen. Subgruppen Analysen deuteten darauf hin, dass eine kontinuierliche Betreuung am effektivsten war, wenn die betreuende Person weder Teil des Krankenhauspersonals noch Teil des sozialen Netzwerks der Frau war, sowie in Einrichtungen, in denen eine Periduralanalgesie nicht routinemäßig verfügbar war. Es konnten keine Schlussfolgerungen in Bezug auf den Zeitpunkt des Beginns der kontinuierlichen Betreuung gezogen werden.

Schlussfolgerungen der Autorinnen und Autoren

Eine kontinuierliche Betreuung während der Geburt hat einen klinisch relevanten Nutzen für Frauen und Säuglinge und führt zu keinem bekannten Schaden. Jede Frau sollte während der Wehen und der Geburt Unterstützung haben.

3rd International Conference: Midwifery Research – Women in Focus

February 12, 2016 in Fulda (Germany)

Guest: The keynote speaker will be Ellen Hodnett, PhD, FCAHS who is well known for her attention in research to the interests of users of midwifery care.

Languages: Ellen Hodnett, PhD, FCAHS will hold her presentation in English. The other presentations will be translated from German into English.

Lodging: It is possible to book an overnight stay at the venue where the conference will be held from the night of February 11 to February 12.

Rooms (60 rooms single and double rooms) have been allocated for conference participants.

Unter der Rubrik Junges Forum werden Abschlussarbeiten (Bachelor/ Master) oder Projektarbeiten von Absolventinnen und Absolventen als Kurztitel und Abstracts veröffentlicht, die ihren Studiengang mit Bezug zur Hebammenwissenschaft in der nahen Vergangenheit erfolgreich abgeschlossen haben. Diese Beiträge durchlaufen keinen peer-review und erheben somit keinen Anspruch auf Überprüfung durch Dritte.

Effektive Interventionen zur Stärkung des Kohärenzgefühls während der Schwangerschaft

Effective interventions to improve the sense of coherence during pregnancy

Hintergrund

Die Schwangerschaft stellt ein tiefgreifendes und physiologisches Lebensereignis dar, bei dem Veränderungen auf der körperlichen, seelischen und sozialen Ebene auftreten können [21]. Die Frauen und ihre Partner müssen sich mit der neuen Rolle als Eltern auseinandersetzen, die Partnerschaft darauf ausrichten, den Lebensalltag neu gestalten und das berufliche Engagement vereinbaren [4]. Zudem werden die Wahrnehmung und das Erleben der Schwangerschaft von verschiedenen Faktoren beeinflusst, wie der psychischen und physischen Verfassung der Frau/des Partners, dem sozialen Umfeld oder den Lebensbedingungen [18].

Hebammen haben die Aufgabe, die Gesundheit der Frauen und Familien in dieser vulnerablen Phase zu fördern, indem sie belastende Faktoren erkennen und die Menschen befähigen, damit umzugehen [3]. Dabei kann das Konzept der Salutogenese von Antonovsky [1] Hebammen einerseits für die differenzierte Erhebung möglicher Stressoren und Ressourcen sensibilisieren und andererseits aufzeigen, in welchen Bereichen Frauen befähigt werden können, ihr Vertrauen in sich selbst und ihre Bewältigungsmöglichkeiten, also ihr Kohärenzgefühl (Sense of Coherence [SOC]), zu stärken [7][16].

Hebammen verstehen die Gesundheitsförderung als ihre Kernkompetenz. Bisher wurden in einigen Untersuchungen festgestellt, dass kontinuierliche Hebammenbetreuung zur Gesunderhaltung der Mütter führen kann [5][12]. Unklar ist jedoch, welche konkreten Interventionen das Kohärenzgefühl der Frauen beeinflussen und ihnen die Bewältigung der Situation ermöglichen.

Antonovsky [1] erstellte ein Instrument zur Erfassung der Stärke des Kohärenzgefühls, das als Indikator für die Fähigkeit der Menschen dienen kann, wie sie mit ihrer Lebenssituation zurecht kommen. Daneben wurde untersucht, ob die Stärke des Kohärenzgefühls einen Vorhersagewert für Beschwerden oder Erkrankungen in der Schwangerschaft haben kann [15]. Unklar ist, mit welchem Instrument das Kohärenzgefühl erfasst und ob die Wirksamkeit von Interventionen während der Schwangerschaft damit überprüft werden kann.

Ziel

Das Ziel dieser Arbeit war es, nachgewiesene wirksame Interventionen zu erfassen, mit denen das Kohärenzgefühl der Frauen während der Schwangerschaft gestärkt wird. Weiter sollte festgestellt werden, welche Instrumente mit welchen Gütegraden zur Messung des Kohärenzgefühls verwendet werden.

Methodik

Im April 2015 wurde eine systematische Literaturrecherche für Studien und Reviews im Publikationszeitraum zwischen 2000 bis 2015 in den

Datenbanken Pubmed, Cochrane und CINAHL durchgeführt, mit den Suchbegriffen: Sense of coherence, Sense of coherence scale, salutogenesis, pregnancy, antenatal, intervention, Antonovsky, manageability, comprehensibility, meaningfulness, mindfulness, treatment, nursing, resilience, und pre/postnatal. Eingeschlossen wurden kontrollierte Interventionsstudien, diagnostische Studien, Kohortenstudien, und systematische Literaturreviews.

Die ausgewählten Studien wurden anhand von Kunz et al. [13] und Polit et al. [17] analysiert. Die kritische Würdigung diagnostischer Studien wurde anhand Behrens & Langer [2] durchgeführt.

Ergebnisse

Aus 184 Untersuchungen konnten acht Studien und eine Review in die Analyse einbezogen werden, die in Tabelle 1 (fünf Interventionsstudien) und Tabelle 2 (drei diagnostische Studien) aufgeführt sind.

Auswirkungen von Interventionen auf den SOC

Es wurden zwei Studien gefunden, in denen der SOC im Verlauf von Interventionen während der Schwangerschaft überprüft wurde [8][11]. Aufgrund der geringen Anzahl schwangerschaftsbezogener Studien wurden alle Forschungsberichte aus der Pflege mit in die Analyse einbezogen, in denen die Wirksamkeit von Interventionen mit dem SOC überprüft wurde [6][14][23].

In der Studie von Habroe, Schmidt & Holstein [11] konnte eine signifikante Stärkung des SOC ein Jahr nach der Geburt durch die einzige Intervention, künstliche Befruchtung, die zur Schwangerschaft führte, nachgewiesen werden (OR = 1.81, CI: 1.20 – 2.74). Auch in den drei Pflegestudien (siehe Tabelle 1) konnte der SOC durch Interventionen signifikant gestärkt werden. Die Interventionen beinhalteten ein körperpsyche-orientiertes Rehabilitationsprogramm ([23] $p < 0.001$), Wärmerapie und Patientenschulung ([14] $p = 0.03$) und Coaching während Hausbesuchen ([6] $p < 0.001$). Diesen erfolgreichen Interventionen war gemeinsam, dass sie alle Komponenten des SOC tangierten (Handhabbarkeit, Verstehbarkeit und Sinnhaftigkeit).

In der zweiten schwangerschaftsbezogenen Studie wurden die Erwartungen, Erfahrungen und Reaktionen der Eltern, der SOC und die Angst vor und nach dem Zweit-Trimester Ultraschall mit unauffälligem Befund erhoben [8]. Die Intervention beinhaltete die Information über die Ultraschalluntersuchung und deren Ergebnisse. Damit wurde die SOC-Komponente Verstehbarkeit angesprochen. Es konnte kein bedeutender Einfluss der Intervention auf den SOC ermittelt werden.

Instrumente zur Erfassung des Kohärenzgefühls

In drei Studien [10][19][20] und einer Review [9] wurden die Antonovskys SOC-29 Skala und reduzierte sowie verkürzte Versionen der

SOC-Skala-29 (SOC-13, SOC-9 und SOC-L9) untersucht (siehe Tabelle 2).

Alle Skalen zeigten eine gute Reliabilität mit einem Cronbach Alpha zwischen 0.7 und 0.94. Die Kriterienvalidität der reduzierten Skalen wird durch eine hohe Korrelation mit dem SOC-29 und einer signifikanten negativen Korrelation mit Fragebogen zu Angst, Stress und Depression belegt [9][10][20]. Die Konstruktvalidität der SOC-29 und SOC-L9 Skala wurde in der Studie von Schumacher et al. [20] mit Hilfe der Faktorenanalyse berechnet, wobei beide Skalen eine Gesamtvarianz um 50% aufzeigen, was eine ähnlich gute Erfassung des SOC durch beide Skalen aufzeigt.

Diskussion

Die Frage der Arbeit, inwieweit Interventionen während der Schwangerschaft den SOC stärken, kann nur mit Einschränkungen beantwortet werden, da nur zwei Untersuchungen gefunden wurden, in denen der SOC während der Schwangerschaft beeinflusst wurde. In der Untersuchung von Ekelin et al. [8] wurde nur eine Komponente des SOC, das Verstehen, angesprochen, was offenbar nicht ausreichte, um den SOC zu stärken. Mit den Ergebnissen der Studie von Habroe et al. [11] und der drei Pflegestudien [6][14][23], deren Interventionen auf alle drei Komponenten des SOC ausgerichtet waren, kann davon ausgegangen werden, dass es auch im Erwachsenenalter möglich ist, den SOC zu beeinflussen, wenn alle Komponenten angesprochen werden.

In den Interventionsstudien wurde die Zweitmessung des SOC zu unterschiedlichen Zeiten durchgeführt. In weiteren Untersuchungen sollte festgestellt werden, ab wann sich Auswirkungen von Interventionen im SOC beobachtet werden können.

In keiner der diagnostischen Studien wurden den Items Werte zugeordnet und damit kein Referenzwert angegeben, der Fachpersonen über

die Gefährdung einer Person und über die Dringlichkeit von weiteren diagnostischen oder unterstützenden Maßnahmen orientieren kann. Die festgestellte Korrelation der SOC-Skala mit den Fragebogen zu Stress, Angst und Depression [9][10][19][20] deuten zudem an, dass die SOC-Skala als primäres diagnostisches Instrument verwendet werden kann, was jedoch weiter untersucht werden sollte.

Die Ergebnisse der analysierten Studien und Review zeigen, dass alle SOC Skalen (SOC-29, SOC-13, SOC-9, SOC-L9) reliabel und valide anwendbar sind. Allerdings wurde bisher noch kein Vergleich der modifizierten SOC Skalen mit einem Goldstandard durchgeführt. Da die SOC-29 und SOC-L9 Skalen eine Gesamtvarianz um 50% aufwiesen [20], kann davon ausgegangen werden, dass die SOC-L9 Skala, trotz verkürzter Version, den SOC ähnlich gut erfasst, die Erhebung weniger Zeit erfordert und damit ein ökonomisches Vorgehen ermöglicht [22].

Schlussfolgerungen

Der Einfluss von Hebammeninterventionen auf das Kohärenzgefühl der Frauen und Familien während der Schwangerschaft wurde bisher ungenügend untersucht. Da das Kohärenzgefühl als Indikator für den Gesundheitszustand einer Person angesehen werden kann und Hebammen die Wirksamkeit ihrer Arbeit nachweisen müssen, sollten weitere diesbezügliche Studien durchgeführt werden. Die zu untersuchenden Interventionen sollten auf alle drei Komponenten des SOC ausgerichtet sein.

Der SOC sollte im Verlauf der Betreuung und zu einem späteren Zeitpunkt gemessen werden, um dessen Veränderung beobachten, mögliche Einflussfaktoren erkennen und die Nachhaltigkeit der Intervention belegen zu können. Aufgrund der Qualitätsmerkmale und aus ökonomischen Gründen kann die Verwendung der SOC-L9-Skala empfohlen werden.

Tabelle 1: Wege der Überwindung des Kaiserschnittwunsches

Autor/innen, Jahr	Fragestellung	Design	Population, Sample	Methode / Intervention
Ekelin et al. (2009)	Auswirkungen des zweit-trimester Ultraschall mit unauffälligem Befund auf SOC, Angst, Erfahrungen, Reaktionen von Eltern	Kohortenstudie	1671 Frauen, 1243 Männer	<i>Methode:</i> Erwartungen, Erfahrungen und Reaktionen der Eltern wurden mit PEER-U ¹ state of mind index, der SOC mit SOC-13 Skala und die Angst mit state and trait anxiety inventory Fragebogen vor und nach dem zweit-trimester Ultraschall erhoben <i>Intervention:</i> Zweit-Trimester Ultraschall
Habroe et al. (2007)	Ist der SOC nach einer Geburt nach künstlicher Befruchtung erhöht?	Prospektive Kohortenstudie	1025 Frauen und 909 Männer, die in 4 öffentlichen und 1 privaten Fertilitätsklinik behandelt wurden	<i>Methode:</i> Datenerhebung erfolgte mit Setterlind's-9 Skala vor der Behandlung und nach einem Jahr. <i>Intervention:</i> künstliche Befruchtung
Valtonen et al. (2015)	Auswirkungen einer Intervention auf den SOC bei Erwachsenen mit einer Depression im frühen Stadium	Longitudinale randomisierte Kontrollstudie	283 Personen der beruflichen Gesundheitsversorgung	<i>Methode:</i> Datenerhebung zum Beginn der Behandlung und nach einem Jahr mit SOC-13 Skala und Beck Depression Inventory Skala <i>Intervention:</i> Interventionsgruppe: zweiphasiges Rehabilitationsprogramm durch multiprofessionelle Arbeitsgruppe (Bewältigungsstrategien, Diskussionsgruppen, physische Aktivitäten) Kontrollgruppe: standardisierte Behandlung
Langeland et al. (2013)	Veränderung des SOC während einer Wärmerotherapie	Longitudinale prä-post Studie	254 Patienten, die an Schuppenflechte litten	<i>Methode:</i> Datenerhebung mit SOC-13 Skala, 3 Messungen: zu Beginn, nach 3 Wochen und 3 Monaten Therapie <i>Intervention:</i> 3-wöchige Wärmerotherapie und Patientenschulung
Delbar & Benor (2001)	Einfluss einer strukturierten Pflegeintervention auf die Bewältigungsfähigkeit bei Krebspatienten	Quasi-experimentelle Kontrollstudie	94 Patienten aus einer onkologischen Tagesklinik	<i>Methode:</i> Erhebung des SOC-29 vor und nach der Intervention in Interventions- und Kontrollgruppe <i>Intervention:</i> 40 Pflegenden führten 10 Hausbesuche über 3 Monate à je 1-2 Stunden durch (Coaching-Funktion)

¹ PEER-U= parents expectations experiences and reactions to routine ultrasound examination index.

Tabelle 2: Ergebnisse der Studien und Review zur Qualität von SOC-Instrumenten

Autor/innen, Jahr	Stichprobe	Instrumente	Ergebnisse
Schumacher et al. (2000)	1122 Frauen, 883 Männer	SOC 29 SOC 13 SOC L9	Konstruktvalidität: SOC-29: Dreidimensionale Struktur nicht bestätigt; SOC-L9: Faktoranalyse resultiert auf einem Faktor; Externe Validität: Alle Instrumente korrelieren mit Fragebogen zur Erfassung des psychischen und physischen Wohlbefindens; Interne Konsistenz: gut bis exzellent
Ferguson et al. (2015)	718 Frauen vor der 30. SSW	SOC-13 SOC-9	Beide Skalen: Hohe Konstrukt- und Kriteriumvalidität , gute Reliabilität
Sekizuka et al. (2015)	151 Frauen 22./ 30. SSW	SOC-13 SPS	Sensitivität und Spezifität rund 70%
Eriksson & Lindström (2005)	Review: 458 Studien und 13 Promotionsarbeiten	SOC 29 SOC 13	Konstruktvalidität: unklar; Kriteriumvalidität: hohe Korrelation mit Angst und Depression, Optimismus und Selbstwertgefühl; Prädiktivvalidität: hohe positive Vorhersehbarkeit bezogen auf verschiedene Outcomes; Empfindlichkeit: bei starkem SOC stabil, Reliabilität: akzeptabel; Test-Retest Reliabilität: akzeptabel

Mit der Erfassung des SOC kann in der Praxis ein Referenzwert ermittelt werden, der den Fachpersonen als Ergänzung und Orientierung ihrer salutogenetisch ausgerichteten Arbeit dienen kann.

Schlüsselwörter: Salutogenese, Sense of coherence, Sense of coherence Skala, Interventionen, Schwangerschaft

Keywords: salutogenesis, sense of coherence, sense of coherence scale, interventions, pregnancy

Autorinnen:

Melina Lüthi, Hebamme B.Sc., arbeitet zurzeit im Diplomierungspraktikum; Steinhofstrasse 9, 3400 Burgdorf, Schweiz

Yael Jenni, Hebamme B.Sc., arbeitet zurzeit im Diplomierungspraktikum; Vogelsang 52, 2502 Biel/Bienne, Schweiz

Kontakt: melinaluethi@hotmail.com; yaeljenni@hotmail.com

Dieser Kurzaufsatz beruht auf der Bachelorthesis „Effektive Interventionen zur Stärkung des Kohärenzgefühls während der Schwangerschaft. Eine Literaturreview“(2015), die zum Abschluss des Hebammenstudiums B.Sc. an der Berner Fachhochschule, Bern, Schweiz, geschrieben wurde.

Literatur:

- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese zur Entmystifizierung der Gesundheit. Hrsg. von A. Franke. Tübingen, Deutschland: Dgvt-Verlag.
- Behrens, J., & Langer, G. (2010). Evidence-based Nursing and Caring (3. Aufl.). Bern, Schweiz: Hans Huber.
- Berner Fachhochschule Gesundheit. (2007). Kompetenzprofil Diplomierte Hebamme BSc Berufsdefinition der Hebamme. Abgefragt unter http://www.gesundheit.bfh.ch/fileadmin/wgs_upload/gesundheits2_bachelor/hebamme/Austrittsprofil_Berufskonf_HEB_2007_web1.pdf
- Bondas, T., & Eriksson, K. (2001). Women's lived experiences of pregnancy: a tapestry of joy and suffering. *Qualitative Health Research*, 11(6), 824-840. doi:10.1177/104973201129119415
- Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 30(8), 1-11. doi:10.1891/1058-1243.21.1.11
- Delbar, V., & Benor, D.E. (2001). Impact of a nursing intervention on cancer patients' ability to cope. *Journal of Psychosocial Oncology*, 19(2), 57-75. doi:10.1300/J077v19n02_04
- Down, S. (2008). Normal childbirth: Evidence and debate. Edinburgh, United Kingdom: Elsevier.
- Ekelin, M., Crang Svalenius, E., Larsson, A-K., Nyberg, P., Marsal, K., & Dykes A-K. (2009). Parental expectations, experiences and reactions, sense of coherence and grade of anxiety related to routine ultrasound examination with normal findings during pregnancy. *Prenatal Diagnosis*, 29(10), 952-959. doi:10.1002/pd.2324
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(6), 460-466. doi:10.1136/jech.2003.018085
- Ferguson, S., Davis, D., Browne, J. & Taylor, J. (2015). Examining the Validity and Reliability of Antonovsky's Sense of Coherence Scale in a Population of Pregnant Australian
- Habroe, M., Schmidt, L., & Ewald Holstein, B. (2007). Does childbirth after fertility treatment influence sense of coherence? A longitudinal study of 1,934 men and women. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 86(10), 1215-1221. doi:10.1080/00016340701619258
- Hildingsson, I., Waldenström, U., & Radestad, I. (2002). Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of care giver and general content. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 81(2), 118-125. doi:10.1034/j.1600-0412.2002.810206.x
- Kunz, R., Ollenschläger, G., Raspe, H., Jonitz, G., & Kolkman, F.W. (2000). Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Köln, Deutschland: Deutscher Ärzte Verlag.
- Langeland, E., Robinson, H. S., Moum, T., Larsen, M. H., Krogstad, A.L., & Wahl, A. K. (2013). Promoting sense of coherence: Salutogenesis among people with psoriasis undergoing patient education in climate therapy. *BMC Psychology*, 11(1). doi:10.1186/2050-7283-1-11
- Leidenfrost, C. (2012) Kohärenzgefühl, Resilienz und Stimmungslage während der Schwangerschaft – eine prospektive Studie. Dissertation, Medizinische Fakultät, Friedrich Schiller-Universität, Jena. Verfügbar unter <http://www.db-thueringen.de/servlets/DocumentServlet/26859/Diss1/Leidenfrost.pdf>
- Perez-Botella, M., Downe, S., Meier Magistretti, C., Lindstrom, B., & Berg, M. (2014). The use of salutogenesis theory in empirical studies of maternity care for healthy mothers and babies. *Sexual Reproductive Healthcare*, 6(1), 33-39. doi: 10.1016/j.srhc.2014.09.001
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2012). Lehrbuch Pflegeforschung – Methodik, Beurteilung und Anwendung (2. Ausg.). Bern, Schweiz: Hans Huber.
- Romahn, M. (2007). Physiologische Abläufe im mütterlichen Körper während der Schwangerschaft. In C. Mändle & S. Opitz-Kreuter (Hrsg.), *Das Hebammenbuch – Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (5. Aufl., S. 114-136). Stuttgart, Deutschland: Schattauer GmbH.
- Sekizuka-Kagami, N., Shimada, K., Tabuchi, N., & Nakamura, H. (2015). Association between the sense of coherence 13-item version scale score of pregnant women in the second trimester of pregnancy and threatened premature birth. *Environmental Health Preventive Medicine*, 20(2), 90-96. doi:10.1007/s12199-014-0436-0

20. Schumacher, J., Wilz, G., Guntzelmann, T. & Brähler, E. (2000). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky – Teststatistische Überprüfung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und Konstruktion einer Kurzskaala. *Psychother Psychosom med Psychol*, 50, 472-482.
21. Sieber, S., Germann, N., Barbir, A., & Ehlert, U. (2006). Emotional well-being and predictors of birth – anxiety, self-efficacy, and psychosocial adaptation in healthy pregnant women. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 85(19), 1200-1207. doi:10.1080/00016340600839742
22. Singer, S., & Brähler, E. (2007). Die ‚Sense of Coherence Scale‘. Testhandbuch zur deutschen Version. Göttingen, Deutschland: Vandenhoeck & Ruprecht.
23. Valtonen, M., Raiskila, T., Veijola, J., Läksy, K., Kauhanen, M-L., Kiuttu, J., Joukamaa, M., Hintsala, T., & Tuulio-Henriksson, A. (2015). Enhancing sense of coherence via early intervention among depressed occupational health care clients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 1-8. doi:10.3109/08039488.2015.1011230
24. Woolhouse, H. Mercuri, K. Judd, F., & Brown, S.J. (2014). Antenatal mindfulness intervention to reduce depression, anxiety and stress: a pilot randomised controlled trial of the Mind-BabyBody program in an Australian tertiary maternity hospital. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14. doi:10.1186/s12884-014-0369-z

Öffentliche Reaktionen auf Frauen, die von ihrer Abtreibung berichten – Ein exemplarischer Einblick in ein deutsches Internetforum

Public reactions to women talking about their abortion - An exemplary insight into a German internet forum

Hintergrund

Am 6. Juni 1971 veröffentlichte der „Stern“ einen Artikel von Alice Schwarzer mit dem Titel „Wir haben abgetrieben“¹. Das öffentliche Abtreibungsbekennnis von 374 Frauen löste Empörung aus und steht repräsentativ für die Frauenbewegung der 1970er Jahre, mit dem Schwerpunkt einer neuen Körperpolitik [5, S.143].

Seit Beginn der Frauenbewegung sind 45 Jahre vergangen und der reformierte § 218 trat 1995 in Kraft. So müssen sich Frauen, unter bestimmten Voraussetzungen, heute nicht mehr den gesundheitlichen Risiken illegaler Abtreibungen aussetzen.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes wurden 2013 insgesamt 102.802 Abtreibungen in Deutschland durchgeführt, von denen 99.079 den „rechtswidrigen aber straffreien“ Abtreibungen nach § 218a zuzuordnen sind [9]. Das heißt, die Mehrheit der Frauen ist von Abtreibungen betroffen, die nach der Beratungsregelung, bis zur 12. SSW p.c.², durch einen Arzt durchgeführt wurden. Mit den Geschichten und Erfahrungen dieser Frauen werden Hebammen in ihrer beruflichen Praxis konfrontiert. Um ihre „Lebenswelt“ zu verstehen und eine daraus resultierend angemessene Beratung und Betreuung zu ermöglichen [10, S.280-284], sollten sich Hebammen der Auseinandersetzung mit dieser Thematik annehmen.

Ziele / Fragestellung

Ziel der qualitativen Arbeit ist die Beantwortung der Forschungsfrage: „Mit welchen Reaktionen werden Frauen konfrontiert, die in der Öffentlichkeit von ihrer Abtreibung berichten?“ Werden sie nach Reform des § 218 weiterhin mit gesellschaftlicher Empörung konfrontiert oder hat sich etwas verändert?

Methodik

Mit dem Sampling ging die Reflektion forschungsethischer Aspekte einher, da im Fokus der Forschungsfrage Frauen stehen sollten, die in der Öffentlichkeit von ihrer Abtreibung berichten und zugleich mit Reaktionen darauf konfrontiert werden. Die Betroffenen wurden jedoch als ein vulnerabler Personenkreis eingestuft. Sollten Frauen durch ihre Abtreibungserfahrungen traumatisiert sein, erschien es forschungsethisches nicht vertretbar, diese beispielsweise einer Gruppendiskussion auszusetzen.

Stattdessen wurde eine Webseite³ mit öffentlich zugänglichen Internetforen ausgewählt. Diese bieten betroffenen Frauen die Möglichkeit,

über ihre Abtreibungserfahrungen zu berichten und anderen, dies zu kommentieren. Eine Nutzung des Datenmaterials erscheint legitim, da das untersuchte Forum als ein „offenes soziales Medium“ eingestuft wird und somit wissenschaftlichen Untersuchungen zugänglich ist [2, S.1]. Eine potentielle Gefahr bei der Nutzung von Online-Daten besteht in der Möglichkeit der Re-identifizierung [6, S.240]. Neben einer Anonymisierung des Basismaterials wird daher bei der Veröffentlichung auf die Darstellung von Zitationen verzichtet, um eine Rückverfolgung zu verhindern.

Die Analyse erfolgte durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, wobei die zusammenfassende Inhaltsanalyse durch eine typisierende Strukturierung ergänzt wurde [6]. Zur Analyseunterstützung wurde die Software „MAXQDA“ genutzt. Der Bearbeitungszeitraum der Arbeit umfasste die Spanne von Dezember 2014 bis Februar 2015.

Ergebnisse

Das Sampling basierte auf einer „non-reaktiven“ Stichprobenauswahl, was zugleich Verhaltensänderungen der Probanden auf Grund direkter Befragungen oder Interviews vorbeugt [3, S.209]. So hatte eine erste kriterienbezogene Forenauswahl die Analyse von sieben Erfahrungsberichten und 54 darauf erfolgter Nutzerreaktionen zum Ergebnis. Im Anschluss daran zeichnete sich die Einteilung Betroffener in drei Gruppierungen ab (vgl. Abbildung 1 und 2).

Die Gruppe „Pro-Betroffene“ (n=4) kennzeichnet Frauen, die hinter ihrer Abtreibungsentscheidung stehen, diese persönlich und rational begründen können, aus dieser keine negativen Folgen für ihr Leben ableiten und emotional stabil sind.

Frauen dieser Gruppe möchten mit ihren Erfahrungsberichten zur Aufklärung beitragen und andere Betroffene unterstützen. Sie sind nicht „über-emotional“ sondern betonen, dass es Frauen nach einer Abtreibung nicht schlecht gehen müsse, wie es oftmals suggeriert werde. So werden Trauergefühle nicht ausgeschlossen, aber es dominieren Schilderungen der Erleichterung nach dem Eingriff.

Mit Bestätigung reagieren zehn Forumsmitglieder (siehe Abbildung 1). Grund sind ähnliche Erfahrungen aber auch die Belobigung dessen, dass sich Frauen positiv über ihr Erleben äußern und den „Gerüchten“ um Leid und Schuldgefühlen entgegenwirken. Es wird kritisiert, dass es sonst nicht in das gesellschaftliche Bild passe, wenn Betroffene keine Schuldgefühle äußern würden.

Die Mehrheit der Forumsmitglieder (n=22) lehnt die Schilderungen der Betroffenen dagegen ab. Es zeigt sich dabei eine Spannweite von milder Ablehnung bis hin zu Sanktionierungen in Form von Beleidigungen und Zukunftsdrohungen.



Abbildung 1: Reaktionen auf „pro“ betroffene Frauen (n=4)

Die Gruppe „Ambivalent-Betroffene“ (n=3) kennzeichnet Frauen, die hinter ihrer Abtreibungsentscheidung stehen, diese persönlich begründen können, aus dieser negative Konsequenzen für ihr Leben ableiten und emotional instabil sind.

Frauen dieser Gruppe beschreiben sehr detailliert ihren Weg der Entscheidungsfindung und emotionalen Wahrnehmung. Sie sind zwischen fiktiven Wunschvorstellungen einer Mutterschaft und der persönlich begründeten Entscheidung, dies zum jetzigen Zeitpunkt nicht sein zu können, hin und hergerissen, was sie als ambivalent kennzeichnet. Trotz der aus ihrer Sicht legitimen Entscheidung, geht es ihnen emotional nicht gut und es dominieren Gefühle der Trauer.

Auf sie reagieren 12 Forumsmitglieder mit Trost und Beistand (siehe Abbildung 2). Im Vergleich zu den mehrheitlichen Ablehnungsreaktionen in der Gruppe der Pro-Betroffenen, sind es nur zwei, die „Ambivalent-Betroffene“ und deren Abtreibungsentscheidung thematisieren und ablehnen.

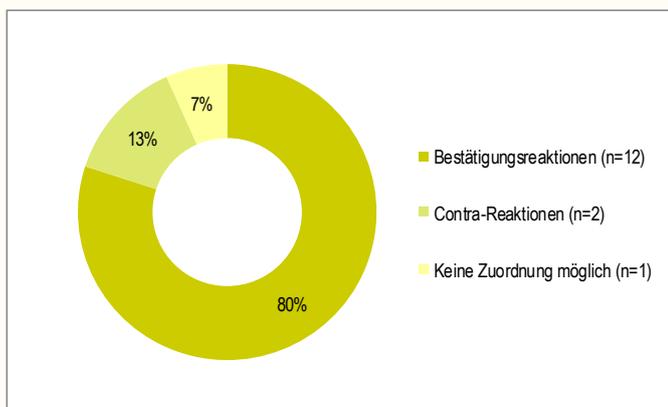


Abbildung 2: Reaktionen auf „ambivalent“ betroffene Frauen (n=3)

„Contra-Betroffene“, also Frauen die ihre Entscheidung bereuen und emotional instabil sind, waren im untersuchten Forum nicht vertreten. Die Betrachtung von Erfahrungsberichten einer anderen Webseite⁴, deutet die Existenz der Gruppe an, bedarf aber weiterer Forschung.

Generell sind Transferuntersuchungen notwendig, um festzuhalten, ob im direkten persönlichen Austausch, unabhängig von einem digitalen Medium, gleichermaßen über Abtreibungserfahrungen berichtet und auf diese reagiert wird.

Die Ergebnisse verweisen jedoch tendenziell darauf, dass Frauen, die sich in der Öffentlichkeit emotionslos über ihre Abtreibung äußern, durch Ablehnungsreaktionen sanktioniert werden. Frauen, die ihre Erfahrungen dagegen emotional darstellen und Trauerreaktionen schildern, erfahren Beistand.

Diskussion:

Der Soziologe Boltanski [1] definiert Eigenschaften der Abtreibung. Es sei allgemein ein „Gegenstand der Missbilligung“, weshalb sie nur selten von Gesellschaften akzeptiert werde. Der „Grad der Missbilligung“ könne variieren [1, S.37], was nicht verhindert, dass es sich um eine in allen Gesellschaften bekannte Praktik handle [1, S.35]. Aus der Missbilligung dieser Praktik resultiere, dass Abtreibungen aus dem öffentlichen Raum ausgeblendet würden [1, S.43-48]. Es bestünde daher ein Spannungsfeld zwischen „Sichtbarem/Geäußertem“ und „Verschleiertem/Verschwiegenem“ [1, S.50]. Daraus ließe sich im Umkehrschluss ableiten, dass eine Enttabuisierung und öffentliche Thematisierung von Abtreibungen dazu beitragen könnte, die Eigenschaft der Missbilligung aufzuheben. Derartiges geschehe nicht, denn wenn „transgressive⁵ Praktiken die Ordnung der Welt“ gefährden, würden Sanktionierungen angewandt [1, S.39], die sie wieder ordnen.

Dies lässt sich mit Hilfe der untersuchten Internetforen nachvollziehen. Äußern sich Frauen, wie die Gruppe der „Pro-Betroffenen“, positiv über ihre Abtreibungserfahrungen, so reagiert die Mehrheit der Forumsmitglieder darauf mit Ablehnung bis hin zu Beleidigung, als eine Form der Sanktionierung. Den Emotionen scheint dabei eine besondere Bedeutung beizukommen, weshalb Boltanskis Ansatz durch den Hochschilds [4] ergänzt wird.

Hochschild prägte die Begriffe der „Gefühlsarbeit“ und „Gefühlsnormen“ in der Emotionssoziologie. Die Gefühlsarbeit beschreibt alle Anstrengungen, die „mit der Modellierung der eigenen“ Emotionen und der anderer verbunden seien. Die Gestaltung sei dabei von sozialen Regeln, den so genannten Gefühlsnormen, abhängig [4, S.15-16]. Um die in einer Gesellschaft geltenden Gefühlsnormen kennen zu lernen, beobachte der Mensch seine Gefühle und reflektiere, wie diese von anderen beurteilt und gegebenenfalls sanktioniert würden [4, S.74]. Wenn beispielsweise Gefühlsäußerungen ausbleiben, zu einem falschen Zeitpunkt oder „über- bzw. untertrieben“ geäußert würden, könnten Mitmenschen das Verhalten als unangemessen bewerten. Bei der Reflektion wird dem Betroffenen dann wiederum bewusst, „sich nicht richtig verhalten“ zu haben [4, S.80-83], was ursächlich für Schuldgefühle sein können [4, S.90].

Werden die soziologischen Grundlagen auf die Forschungsergebnisse projiziert, resultiert daraus folgende Theorie:

Abtreibungen werden in unserer Gesellschaft generell missbilligt. Das hat zur Konsequenz, dass Betroffene eine weltliche und emotionale Schuld auf sich laden und mit dem Ausschluss aus dem öffentlichen Raum sanktioniert werden. Wenn jedoch die auf einer Gefühlsnorm basierende Trauerbekundung der Frau erfolgt, führt dies zu einem

Schuldausgleich. Durch die soziale Akzeptanz ihrer Gefühle wird sie rehabilitiert, da sie selbst die weltliche Ordnung wieder herstellt.

Schlussfolgerung

Hebammen sollten Einflussfaktoren, wie psychische Vorerkrankungen, Druck des Partners im Rahmen der Abtreibungsentscheidung, eine negative Grundeinstellung zu Abtreibungen und negative Erfahrungen mit dieser bekannt sein. Denn diese Faktoren tragen gegebenenfalls zu psychischen Folgeerkrankungen einer Abtreibung bei und verweisen darauf, dass Betroffene Hilfestellung bei der Verarbeitung benötigen [7, S.123].

Es gilt zu betonen, dass Trauergefühle einer Betroffenen daher nicht auf ein Schuldeingeständnis oder eine angepasste Gesellschaftsreaktion reduziert werden sollten. Durch das Bewusstsein, dass es ein gesellschaftliches Ordnungsprinzip der Abtreibung gibt, mit dem definierte Gefühlsnormen einhergehen, werden aber Reaktionen der Betroffenen und der Gesellschaft aus einer anderen Perspektive wahrnehmbar und verständlich.

Schlüsselwörter: Abtreibung, Schwangerschaftsabbruch
Keywords: Abortion, termination of pregnancy

¹ Abtreibungen: Es wird absichtlich der negativ konnotierte Begriff der „Abtreibung“ statt „Schwangerschaftsabbruch“ verwendet.

² p.c. - post conceptionem: lat. „nach der Empfängnis“, medizinische Abkürzung

³ www.gofeminin.de

⁴ www.pro-leben.de

⁵ transgressiv - aus dem Lat. ableitbar; transgredior (lat.): übergehen/überschreiten

Autorinnen:

Anna Gölz, B.A. Hebammenwesen, Hebamme

Kontakt: anna.goelz@gmx.de

Diese Arbeit wurde im Februar 2015 im Dualen Studiengang Hebammenwesen an der Hochschule Ludwigshafen am Rhein zur Erlangung des Grades „Bachelor of Arts“ den Betreuerinnen Dr. D. Arnold und Prof. N. Knappe vorgelegt.

Literatur:

1. Boltanski L. Soziologie der Abtreibung – Zur Lage des fötalen Lebens. Frankfurt am Main: Suhrkamp-Verlag; 2007.
2. Deutsche Gesellschaft für Online-Forschung [Internet]. Richtlinie für Untersuchungen in den und mittels der sozialen Medien (Soziale Medien Richtlinie). 2014. Retrieved from http://ratmarktforschung.de/fileadmin/user_upload/pdf/R11_RDMS_D.pdf (Stand 05.10.2015)
3. Döring N. Sozialpsychologie des Internet – Die Bedeutung des Internet für Kommunikationsprozesse, Identitäten, soziale Beziehungen und Gruppen. 2nd ed. Göttingen: Hogrefe-Verlag; 2003.
4. Hochschild AR. Das gekaufte Herz – Die Kommerzialisierung der Gefühle. Frankfurt am Main: Campus-Verlag; 2006.
5. Holland-Cunz B. Die alte neue Frauenfrage. Frankfurt am Main: Suhrkamp-Verlag; 2003.
6. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken. 11th ed. Weinheim und Basel: Beltz-Verlag; 2010.
7. National Collaborating Centre for Mental Health. Induced abortion and mental health - a systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors [Internet]. 2011. Retrieved from http://www.aomrc.org.uk/doc_view/9432-induced-abortion-and-mental-health (Stand 7.10.2015)
8. Schwarzer A. Wir haben abgetrieben! Stern. 1971;24:17-24.
9. Statistisches Bundesamt. Schwangerschaftsabbrüche nach rechtlicher Begründung, Dauer der Schwangerschaft und vorangegangenen Lebendgeborenen [Internet]. 2014. Retrieved from <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/RechtlicheBegrueendung.html;jsessionid=582FD678CE4A1193B5B24AD78DCA0FBA.cae1> (Stand 14.1.2015)
10. Zoege M. Die Professionalisierung des Hebammenberufs – Anforderungen an die Ausbildung. Bern: Hans-Huber-Verlag; 2004.

3rd International Conference: Midwifery Research – Women in Focus February 12, 2016 in Fulda (Germany)

Guest: The keynote speaker will be Ellen Hodnett, PhD, FCAHS who is well known for her attention in research to the interests of users of midwifery care.

Languages: Ellen Hodnett, PhD, FCAHS will hold her presentation in English. The other presentations will be translated from German into English.

Lodging: It is possible to book an overnight stay at the venue where the conference will be held from the night of February 11 to February 12. Rooms (60 rooms single and double rooms) have been allocated for conference participants.

Vegane Ernährung in Schwangerschaft und Stillzeit - eine Befragung von Müttern

Vegan diet in pregnancy and while breastfeeding – a survey of mothers

Hintergrund: Der Anteil der vegan ernährenden Frauen nimmt zu. Somit werden Hebammen im Rahmen der Schwangerenvorsorge und Wochenbettbetreuung häufiger mit veganer Ernährung bei Schwangeren und Müttern konfrontiert. Einerseits wird von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung von einer veganen Ernährung in der Schwangerschaft und Stillzeit auf Grund eines möglichen Nährstoffdefizits abgeraten, andererseits wird in vegetarisch-veganen Gruppen ausdrücklich auf die gesundheitsfördernde Wirkung der rein pflanzlichen Ernährung in allen Lebensabschnitten hingewiesen.

Ziel: Der Umgang von Frauen mit veganer Ernährung in Schwangerschaft und Stillzeit soll aufgezeigt werden. Es wird untersucht, inwieweit Frauen sich über die veränderten Ernährungsanforderungen informieren und welche Informationsquellen sie dafür nutzen. Auch die Empfehlungen von Hebammen und Frauenärzten/-innen bezüglich veganer Ernährung und deren Umsetzung sowie die Ernährung der Kinder soll erhoben werden.

Methode: Die Datengewinnung für die quantitative Querschnittstudie erfolgte mittels eines selbst entwickelten, standardisierten Fragebogens. Mit Hilfe des sozialen Netzwerks Facebook wurde die computergestützte Online-Befragung in deutschsprachigen „veganen Gruppen“ verbreitet. Bei der Gelegenheitsstichprobe handelte es sich um Mütter, die sich während der Schwangerschaft und Stillzeit vegan oder größtenteils vegan ernährt haben.

Ergebnisse: Insgesamt nahmen 101 Mütter an der Befragung teil. Der Bildungsstand war überdurchschnittlich hoch und nur wenige Frauen beendeten ihre vegane Ernährungsweise in der Schwangerschaft. Sie informierten sich über die veränderten Nährstoffbedingungen zum Großteil über das Internet. Etwa die Hälfte der Frauen hat eine Ernährungsberatung durch eine Hebamme in der Schwangerschaft erhalten, zufrieden damit war nur ein Drittel. Immerhin 60 % wurden von ihrem Gynäkologen/-in diesbezüglich beraten, jedoch empfand nur knapp die Hälfte die Beratungsqualität als gut.

Nahezu alle Frauen supplementierten Vitamin B12, was lebensnotwendig, aber in rein pflanzlicher Ernährung nicht enthalten ist. Bei anderen Nährstoffen wie Vitamin B2, Vitamin D oder Omega 3- Fettsäuren gingen die Ansichten der Mütter und auch des betreuenden Fachpersonals über die Notwendigkeit einer Supplementierung weit auseinander.

Auch bei den Kindern gab es eine Diskrepanz zwischen den Empfehlungen in der Literatur, des Fachpersonals und den von den Kindern tatsächlich eingenommenen Supplementen. Fast 100% der befragten Frauen haben ihr Kind gestillt und 80% der Eltern möchten ihr Kind ausschließlich vegan ernähren.

Schlussfolgerung: Um eine gesunde Entwicklung des Kindes bei veganer Ernährung zu gewährleisten, ist eine gute Beratung der Schwangeren und Stillenden nötig. Hierzu muss sich das betreuende Fachpersonal den aktuellen Forschungsstand über vegane Ernährung aneignen, um diesen an die Mütter kompetent weitergeben zu können.

Schlüsselwörter: Vegan, Ernährung, Schwangerschaft, Stillzeit

Background: Increasing numbers of women are vegan, as a result of which midwives encounter vegan diets more frequently during pregnancy and in the breastfeeding period. On the one hand, the German Nutrition Society (Deutsche Gesellschaft für Ernährung; DGE) advises against a vegan diet in pregnancy and during the breastfeeding period because of possible nutritional deficiencies, on the other, vegetarian-vegan groups claim that a purely plant-based diet has positive health benefits in all stages of life.

Goal: To examine the behaviour of vegan women in pregnancy and while breastfeeding, the extent to which they inform themselves about the changes in dietary requirements, and the information sources they use to do so. The recommendations made by midwives and doctors with regard to a vegan diet are also examined, in addition to their implementation and the children's diets.

Method: Data for the quantitative cross-section study was collected with the help of a self-developed standardised questionnaire. The computer assisted online questionnaire was distributed in German language 'vegan groups' on the social media platform Facebook. The random sample consisted of women who were exclusively or almost exclusively vegan.

Results: A total of 101 mothers took part in the survey. The level of education was above average and very few women ceased being vegan in pregnancy. They informed themselves about the changes in dietary requirements mostly via the internet. About half of the women received dietary advice from a midwife antenatally; only one third were satisfied with the advice. At least 60% of women were advised by their doctor on the subject; however only around half were happy with the quality of the advice.

Almost all women took supplemental vitamin B12, an essential vitamin which is not provided by an exclusively plant-based diet. Mothers' opinions were greatly divergent regarding the need to supplement other nutrients such as vitamins B2 and D or omega-3 fatty acids, as were those of the healthcare professionals looking after them. A discrepancy was also found to exist between the recommendations from professionals, in the literature and the supplements actually taken by the children.

Almost 100% of the women questioned breastfed and 80% of the parents want their children to be exclusively vegan.

Conclusion: Good counselling of pregnant and breastfeeding women is necessary in order to guarantee the healthy development of a vegan child. Healthcare professionals need to keep abreast of the current state of research regarding veganism in order to be in a position to inform mothers.

Keywords: vegan, diet, pregnancy, breastfeeding

Autorin: Claudia Hobbie, B.Sc., Hebamme

Kontakt: claudia@hobbie.de

Bachelorarbeit im Studiengang Hebammenwesen zur Erlangung des Grades Bachelor of Arts, vorgelegt an der Hochschule Ludwigshafen am Rhein

Bekanntmachungen

Neue Mitglieder des erweiterten Reviewboard der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft

Prof. Dr. phil. Dorothea Tegethoff MHA



Nach ihrer Hebammenausbildung in Paderborn und einer Weiterbildung zur Lehrerin für Hebammen studierte Frau Professorin Tegethoff von 1996 bis 2002 Erziehungswissenschaft an der FU Berlin. Von 2007 bis 2009 absolvierte Sie den Masterstudiengang "Health Administration" an der Universität Bielefeld. 2010 promovierte sie zum

Thema: Bilder und Konzeptionen vom Ungeborenen.

Sie arbeitete als freiberufliche und/oder angestellte Hebamme in verschiedenen Tätigkeitsbereichen und war zwischen 1999 und 2006 als Lehrerin für Hebammen an der Hebammenschule Berlin Neukölln tätig. Nach Tätigkeiten als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der FU Berlin (Erziehungswissenschaft), HU Berlin (Rehabilitationssoziologie) und Charité (Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik) ist sie seit 2014 Gastprofessorin am Studiengang Hebammenkunde der Ev. Hochschule Berlin.

Prof. Dr. rer. medic. Ute Lange



Frau Professorin Lange ist seit 1983 Hebamme und leistete bis 2007 aktive Geburtshilfe (klinisch und außerklinisch) sowie Schwangerenvorsorge und Wochenbettbetreuung bis 2011 in eigener Praxis.

Sie erwarb einen Magister in Soziologie und Erziehungswissenschaften. Von 2009 bis 2011 war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin an der

Hochschule Osnabrück im Verbund Hebammenforschung und von 2012 bis 2015 Stipendiatin der Graduiertenförderung der Hochschule Osnabrück in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke.

Ihre Promotion verfasste sie zum Thema "Chronische Erkrankung und Geburt-Erleben und Bewältigungshandeln betroffener Mütter".

Seit Juli 2015 ist sie Professorin für Hebammenwissenschaft an der Hochschule für Gesundheit in Bochum.

Termine

Bitte berücksichtigen Sie diese DGHWi-Termine jetzt schon in Ihrem Kalender:

- ♦ Am **11. Februar 2016** ist die **10. Mitgliederversammlung der DGHWi** in Fulda geplant.
- ♦ Am **12. Februar 2016** findet die **3. Internationale Fachtagung der DGHWi** am gleichen Veranstaltungsort statt.
- ♦ **Manuskripte für die Zeitschrift für Hebammenwissenschaft** sollten bei redaktion-fachzeitschrift@dghwi.de vor den folgenden Fristen eingereicht werden, damit sie (mit hoher Wahrscheinlichkeit) in der jeweiligen nächsten Ausgabe erscheinen:
 - * für die Dezember-Ausgabe: 30. April
 - * für die Juni-Ausgabe: 31. Oktober des Vorjahres

März 2016

- ♦ **17. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. "Gemeinsam informiert entscheiden"**, am 3.3. bis 5.3.2016 in Köln.
Nähere Informationen unter: <http://www.ebm-kongress.de/>

Oktober 2016

- ♦ **11th International Normal Labour and Birth Conference**
am 10.10. bis 13.10.2016 in Sydney, Australien.
Call for abstracts: 1.10.2015 bis 1.2.2016. Nähere Informationen unter: http://www.uws.edu.au/__data/assets/pdf_file/0009/939681/SNM3838_Conference_Announcement_071015.pdf

Vorstand der DGHWi

Vorsitzende

Prof. Dr. rer. medic. Rainhild Schäfers
Hebamme, Dipl.-Pflegerin (FH)
E-Mail: Vorsitzende@dghwi.de

Stellvertretende Vorsitzende

Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle
Hebamme, Krankenschwester, Master of Science in Nursing
E-Mail: Stellvertr.Vorsitzende@dghwi.de

Schriftführerin

Elke Mattern M.Sc.
Hebamme, Familienhebamme, Master of Science (Gesundheits-
und Pflegewissenschaft)
E-Mail: Schriftfuehrerin@dghwi.de

Schatzmeisterin

Ulrike Geppert-Orthofer M.Sc.
Hebamme, Master of Science (General Management)
E-Mail: Schatzmeisterin@dghwi.de

Beisitzerin

Prof. Dr. phil. Monika Greening
Hebamme, Dipl.-Pflegerin (FH)
E-Mail: Beisitzerin@dghwi.de

Impressum

Herausgeberin:

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

Geschäftsstelle:

Janningsweg 4, 48159 Münster
FAX: 0251-3808 6587

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. Nicola H. Bauer, PD Dr. Eva Cignacco, Prof. Dr. Mecht-
hild Groß, Prof. Dr. Sascha Köpke, Prof. Dr. Petra Kolip, Prof. Dr.
Maritta Kühnert, Prof. Dr. Frank Louwen, Prof. Dr. Friederike zu
Sayn-Wittgenstein, Prof. Dr. Wilfried Schnepf, Prof. Dr. Beate
Schücking.

Editorinnen:

Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle, Elke Mattern M.Sc., Ulrike
Geppert-Orthofer M.Sc., Prof. Dr. phil. Monika Greening, Prof. Dr.
rer. medic. Rainhild Schäfers.

Redaktion:

Barbara Beck M.A., Annetrin Skeide M.A.

Druck: Eigenverlag (DGHWi), Münster.

ISSN: 2196-4416

Zitierung der Texte:

Autor/innen. Titel. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal
of Midwifery Science). 2015;03(02):Seitenzahlen.

oder

Autor/innen. Titel. Z Hebammenwiss. 2015;03(02):Seitenzahlen.

Datum: 3.12.2015



Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
Geschäftsstelle: Janningsweg 4, 48159 Münster
E-Mail: vorsitzende@dghwi.de
Webseite: www.dghwi.de