

ZEITSCHRIFT FÜR HEBAMMENWISSENSCHAFT

Journal of Midwifery Science

Themen:

- ◆ Peer-Review-Verfahren
- ◆ Stellungnahmeverfahren beim Gemeinsamen Bundesausschuss
- ◆ Bericht der Sektion Schwangerenvorsorge
- ◆ Stellungnahme zur aktuellen Kaiserschnittquote in Deutschland
- ◆ Stellungnahme zur Umsetzung des Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (DQR)
- ◆ Stellungnahme zum Beratungsthema „Screening auf asymptomatische Bakteriurie im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien“
- ◆ 2. Internationale Fachtagung der DGHWi: Forschende Praxis als Hebammenkunst
- ◆ Vorstellung der Mitglieder des Reviewboard
- ◆ Junges Forum für Nachwuchswissenschaftler/innen

Kategorien

Editorial	33
Aktuelles	34
Sektionen	39
Stellungnahmen	40
Bekanntmachungen	59
Junges Forum	64
Termine	68

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	
Auswahl eines Peer-Review-Verfahrens	33
Aktuelles	
Zwischen Innovation und Tradition — die Geburt eines Peer-Review-Verfahrens	34
Erfahrungen mit dem Stellungnahmeverfahren im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)	36
Sektionen	
Bericht der Sektion Schwangerenvorsorge	39
Stellungnahmen	
Stellungnahme zur aktuellen Kaiserschnitttrate in Deutschland	40
Stellungnahme zur Umsetzung des Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (DQR) und der Zuordnung des Berufsabschlusses von Hebammen	49
Stellungnahme zum Beratungsthema: „Screening auf asymptomatische Bakteriurie im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien unter besonderer Berücksichtigung der Testmethoden“	52
Bekanntmachungen	
2. Internationale Fachtagung der DGHWi: Forschende Praxis als Hebammenkunst	59
Vorstellung des Review-Boards	61
Junges Forum	
Abstracts von Masterarbeiten	64
Einladung zur Publikation von Qualifikationsarbeiten	67
Termine	
Tagungen, Kongresse	68
Impressum	

Reviewverfahren: Funktion, Qualitätskriterien und Kritik

Für die DGHWi wird das Jahr 2013 als das Gründungsjahr der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science) der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. (DGHWi) in die Vereinsgeschichte eingehen.

Für Hebammenwissenschaftlerinnen und Wissenschaftlerinnen weiterer Bezugsdisziplinen wurde mit dieser Fachzeitschrift die Möglichkeit geschaffen, Forschungsarbeiten deutschsprachig und peer-reviewed publizieren zu können. Das Reviewverfahren dient der Qualitätssicherung und -förderung unserer jungen Forschungsdisziplin, da gleichrangige Personen (Peers) die eingereichte Arbeit kommentieren und begutachten.

Ein Reviewverfahren erfüllt eine wissenschaftsimmanente und wissenschaftsinterne Funktion. Wissenschaftsimmanent besteht die Möglichkeit, den Erkenntnisgewinn der eigenen Arbeit und die dafür gewählte Methode anderen Mitgliedern der Forschungsgemeinschaft vorzustellen und zu diskutieren. Des Weiteren existiert die wissenschaftsinterne Funktion: beispielsweise die Beschreibung von Kriterien nach denen ein Reviewverfahren gestaltet wird (vgl. Reinmann, Sippel & Spannagel 2010). Es ist keine leichte Aufgabe für eine junge Fachzeitschrift unter der Vielzahl der möglichen Verfahren das richtige auszuwählen. Für die Auswahl an ein Verfahren zur Qualitätssicherung sind Transparenz und der Anspruch an die Prüfung wissenschaftlicher Güte von hoher Relevanz. In der letzten Ausgabe der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft wurde die an unsere Verhältnisse angepasste Version des Reviewverfahrens von Pöschl (2006) kurz beschrieben – ein Verfahren, welches maximale Transparenz im Publikationsprozess sowohl für Autorinnen, Gutachterinnen als auch Leserinnen ermöglicht. Allerdings gibt es auch Kritik an diesem Verfahren, da es sowohl das wissenschaftliche Niveau der Autorinnen, als auch den wissenschaftlichen Diskurs in der eigenen Berufsgruppe offenlegt. Dies könnte sich negativ auf die Reputation der Wissenschaftlerinnen als auch auf die Reputation der Berufsgruppe auswirken. Diese und weitere Überlegungen sind in einem Kurzbericht von Nina Knappe: „Zwischen Innovation und Tradition – die Geburt eines Peer-Review Verfahrens“, zu lesen. Hier beschreibt sie die Herausforderungen am Begutachtungs-

verfahren und die derzeitige Übergangsregelung für unsere Fachzeitschrift.

Eine weitere Funktion des „peer-review“-Verfahren ist die Einbindung des Nachwuchses in die hebammenwissenschaftliche Community im Sinne des forschenden Lernens (vgl. Huber, Hellmer & Schneider 2009). Hierzu wurde die Rubrik „Junges Forum“ gegründet. Dort werden die Arbeiten von Nachwuchswissenschaftlerinnen keinem „peer-review“-Verfahren unterzogen, um primär die Publikationserfahrung zu fördern, auch wenn ein Reviewverfahren für angehende Wissenschaftlerinnen eine intensive Lernmöglichkeit darstellen kann. Erst die Qualifizierung mit Bachelor- und Masterabschlüssen ermöglicht den Zugang zu einer wissenschaftlichen Karriere. Allerdings empfiehlt der Wissenschaftsrat (2012) in seinen „Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen im Gesundheitswesen“ eine (m. E. n. unzureichende) Akademisierungsquote von 10-20% für die Gesundheitsfachberufe und damit auch für die Hebammen. Eine ausführliche Stellungnahme der DGHWi zum Gutachten des Wissenschaftsrats ist in diesem Heft zu lesen.



Die Veröffentlichungen von akademischen Qualifikationsarbeiten und Forschungsarbeiten leisten einen Beitrag zur Akademisierung und Professionalisierung des Hebammenberufes. Große Veränderungen brauchen viele Meilensteine auf dem Weg zum Ziel. Mit der Gründung dieser Fachzeitschrift haben wir einen weiteren Meilenstein gesetzt.

Im Namen des gesamten Vorstandes wünsche ich Ihnen ein friedliches Weihnachtsfest und ein glückliches Neues Jahr 2014! Wir, die Frauen des Vorstands, wünschen uns für das kommende Jahr zahlreiche Beiträge von Ihnen!

Herzlichst,

Monika Greening

Literatur:

- Huber, L., Hellmer, J. & Schneider, F. (Hrsg.) (2009). *Forschendes Lernen im Studium. Aktuelle Konzepte und Erfahrungen*. Bielefeld: Universitätsverlag Weblar.
- Pöschl, U. (2006). Open Access & Collaborative Peer Review: Öffentliche Begutachtung und interaktive Diskussion zur Verbesserung von Kommunikation und Qualitätssicherung in Wissenschaft und Gesellschaft. In S. Hornbostel & D. Simon (Hrsg.), *Wie viel (In-)Transparenz ist notwendig? Peer review revisited*. iFQ-Working paper No. 1. Institut für Forschungsinformationen und Qualitätssicherung.
- Reinmann, G., Sippel, S. & Spannagel, C. (2010). Peer Review für Forschen und Lernen. Funktionen, Formen, Entwicklungschancen und die Rolle der digitalen Medien. In S. Mandel, M. Rutishauser & E. Seiler Schied (Hrsg.), *Digitale Medien für Lehre und Forschung* (S. 218-229). Münster: Waxmann.
- Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Drs. 2411-12. Berlin 13.07.2012. <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> (Stand: 27.11.2013)

Zwischen Innovation und Tradition — die Geburt eines Peer-Review-Verfahrens

Es war eine Gründungsvision für diese Zeitschrift, Hebammenwissenschaftlerinnen ein Medium zur Verfügung zu stellen, in welchem sie ihre Forschungsarbeiten im deutschsprachigen Raum peer-reviewed publizieren können, ohne auf Zeitschriften der Bezugsdisziplinen, wie beispielsweise der Medizin, Psychologie oder Soziologie, ausweichen zu müssen. Insbesondere im Rahmen von Promotionsarbeiten erfährt die Publikation in Zeitschriften mit Begutachtungsverfahren (Peer-Review) eine hohe Relevanz und gegebenenfalls auch Notwendigkeit im Rahmen der Promotionsordnung. Eine Fachzeitschrift mit Peer-Review-Verfahren trägt somit direkt zur Akademisierung und Professionalisierung unseres Berufsstandes bei. Gleichzeitig ist die Fachzeitschrift ein Medium, in welchem auf nationaler Ebene wissenschaftliche Standards, Fachthemen und empirische Forschungsarbeiten des eigenen Berufsstandes präsentiert und diskutiert werden können.

Es freut uns sehr, dass sich renommierte Kolleginnen und Kollegen (siehe Vita Gutachterinnen/Gutachter) auf Anfrage direkt bereit erklärt haben, mit Ihrer wissenschaftlichen Expertise in der Hebammenwissenschaft und den Bezugsdisziplinen der Pflegewissenschaft und der Medizin, zu der Geburt unserer wissenschaftlichen Fachzeitschrift beizutragen und eingereichte Arbeiten zu begutachten. Die Hinweise der Gutachterinnen und Gutachtern verstehen sich als wertschätzende kollegiale Beratung der Autorinnen und Autoren, welche dem wissenschaftlichen Diskurs und dem wissenschaftlichen Niveau der Forschungsarbeit förderlich sein soll.

Während bereits erste Manuskripte ihren Weg in unsere Redaktion gefunden haben, begleitet uns die Frage nach der Wahl eines geeigneten Review Verfahrens. Die möglichen Optionen werden nachfolgend vorgestellt.

Ursprüngliche Vision für ein innovatives Peer-Review-Verfahren

Das sehr offene und transparente Verfahren von Pöschl (2006), welches bereits in der ersten Ausgabe der Fachzeitschrift kurz beschrieben wurde, ist ein transparenter Dialog, welcher den wissenschaftlichen Diskurs innerhalb einer Berufsgruppe zu stärken sucht.

Die Begutachtung und Kommentierung des eingereichten Manuskriptes wäre hierbei ein öffentliches Verfahren, da das Manuskript bereits vor dem Review online auf der Webseite der DGHWi einsehbar wäre. Die Scientific Community (Fachöffentlichkeit) als auch die Gutachterinnen und Gutachter könnten ihre Stellungnahme zu dem Manuskript und gegebenenfalls den - aus ihrer Sicht - notwendigen Überarbeitungsbedarf öffentlich darstellen. Dies würde bedeuten, dass alle verschriftlichten Einschätzungen und Kommentare

auf der Webseite der DGHWi und nachfolgend in der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft veröffentlicht werden.

Nach Pöschl steigt die Qualität der eingereichten Beiträge durch diesen Ablauf unmittelbar an, da die Autorinnen und Autoren um eine sofortige Publikation ihrer vorläufigen, nicht überarbeiteten Fassung wissen. Auf Grund dessen werden nur wenige Artikel abgelehnt. Mit diesem Verfahren wird damit die Qualität der eingereichten Artikel gefördert, die Transparenz hinsichtlich der Begutachtung steigt und der Ablauf macht den oftmals aufwendigen Begutachtungsprozess sichtbar. Hiervon kann eine junge wissenschaftliche Disziplin profitieren!

Kritik am Verfahren

Den Editorinnen der Fachzeitschrift ist jedoch bewusst, dass gerade bei einer jungen wissenschaftlichen Disziplin, die Interessen der Autorinnen und Autoren zu schützen sind. Eine Veröffentlichung von Forschungsarbeiten in vorläufiger Form (Manuskript) – ob online oder gedruckt – welche mit einer öffentlichen Stellungnahme der interessierten Fachöffentlichkeit und der Gutachterinnen und Gutachter einhergeht, birgt auch das Risiko einer öffentlichen negativen Einschätzung (gerechtfertigt oder nicht) und der Möglichkeit, dass das vorläufig publizierte Manuskript auf Grund mangelnder Qualität nicht als Originalarbeit akzeptiert werden kann. Diese Risiken haben zur Folge, dass sich Autorinnen und Autoren gegebenenfalls im Vorhinein gegen eine Publikation in der Fachzeitschrift entscheiden, um sich vor öffentlicher Kritik zu schützen und eine vorläufige Publikation negativ eingeschätzter Manuskripte zu verhindern. Denn, eine Publikation des Manuskriptes verwehrt den Autorinnen und Autoren die Möglichkeit, das Manuskript zurückzuziehen und (bearbeitet oder unbearbeitet) bei einer anderen Zeitschrift einzureichen.

Dilemma für die Redaktion der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft

Es stellt sich daher die Frage, ob sich die DGHWi für ein innovatives Open-Review-Verfahren entscheiden sollte, welches transparent das Verfahren für die Öffentlichkeit darstellt (auch mit der Möglichkeit des Single-blind- oder Double-blind-Verfahrens während des eigentlichen Reviewprozesses), oder eher ein konservatives Verfahren (absolutes Single-blind- oder Double-blind Verfahren), welches den Peer-Review-Prozess nicht offenlegt.

Da die ersten Reaktionen zum Review-Verfahren nach Pöschl sowohl innerhalb des Vorstandes als auch durch unsere Mitglieder

heterogen sind, möchten wir gerne unsere Mitglieder in die Entscheidung einbinden und eine Arbeitsgruppe hierzu auf der nächsten Mitgliederversammlung gründen. Diese wird eine endgültige Entscheidung nach ausführlicher Abwägung der Vor- und Nachteile der jeweiligen Verfahren herbeiführen. Interessierte Mitglieder können sich im Vorfeld bereits gerne unter schatzmeisterin@dghwi.de melden.

Bis zu einer Entscheidung der Arbeitsgruppe werden im Rahmen einer Übergangsregelung vornehmlich die berechtigten Interessen der Autorinnen und Autoren berücksichtigt.

Übergangsregelung

Um einerseits eine hohe Qualität der veröffentlichten wissenschaftlichen Arbeiten sicherzustellen und andererseits die Interessen der Autorinnen und Autoren zu wahren, werden durch den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft folgende Übergangsregelungen festgelegt:

- ◆ ein anonymes Review-Verfahren durch zwei Gutachter/Gutachterinnen, bei welchem sowohl die Autorinnen und Autoren als auch die Reviewer gegenseitig verblindet sind (Double-blinded)

Literatur:

Pöschl, U. (2006). Open Access & Collaborative Peer Review: Öffentliche Begutachtung und interaktive Diskussion zur Verbesserung von Kommunikation und Qualitätssicherung in Wissenschaft und Gesellschaft. In S. Hornbostel & D. Simon (Hrsg.), *Wie viel (In-)Transparenz ist notwendig? Peer review revisited*. iFQ-Working paper No. 1. Institut für Forschungsinformationen und Qualitätssicherung.

Webseite zu Peer-Review-Verfahren: http://en.wikipedia.org/wiki/Peer_review (mit zahlreichen Quellenangaben)

- ◆ die Kommentierung der Gutachterinnen und Gutachter wird nur den Autorinnen und Autoren und dem Vorstand in seiner Funktion als Editor der Fachzeitschrift zugänglich gemacht
- ◆ eine anschließende Veröffentlichung des Manuskriptes als vorläufige oder endgültige Fassung (mit Namensnennung) erfolgt stets in Abstimmung mit den Autorinnen und Autoren
- ◆ Wird das Paper als Originalarbeit in der Fachzeitschrift abgedruckt, so erscheint es anschließend im Rahmen der Open-Access-Policy bei eGMS (electronic German Medical Science) online (vorbehaltlich abschließender Klärung mit eGMS).

Wir möchten Sie an dieser Stelle ermutigen, Ihre Arbeiten einzureichen und zum Erfolg der ersten peer-reviewten hebammenwissenschaftlichen Zeitschrift in Deutschland beizutragen. Nutzen Sie die Möglichkeit und publizieren Sie Ihre deutschsprachigen oder englischsprachigen Aufsätze in einem Medium, welches Ihre Zielgruppe und Interessenslage fokussiert und die Akademisierung unseres Berufsstandes fördert.

Herzlichst, für den Vorstand

Nina Knappe

Begriffserklärungen

Beim **Open-Review-Verfahren** wird der Begutachtungsprozess, einschließlich der Einschätzungen und Anmerkungen der Gutachterinnen und Gutachter sowie der Kommentare der Leserschaft bzw. Fachöffentlichkeit entweder während des Review-Verfahrens oder nach Abschluss des Review-Verfahrens veröffentlicht. Durch die Veröffentlichung hätte die Leserschaft der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft bzw. der Webseite der DGHWi die Möglichkeit, sich am wissenschaftlichen Diskurs zu beteiligen und zur Stärkung der inhaltlichen und methodischen Qualität der Originalartikel beizutragen.

Beim **Single-blind-Verfahren** oder dem „anonymen Review“ bleiben die Gutachterinnen und Gutachter der Autorin/dem Autor gegenüber anonym. Der Vorteil des Single-blind-Verfahrens ist, dass die Reviewer frei sind, ihre Kritik am Manuskript zu äußern ohne Konsequenzen in irgendeiner Form befürchten zu müssen.

Der Nachteil daran ist, dass die Autorinnen oder Autoren keine direkte Kommunikation mit den Reviewern führen können, was den wissenschaftlichen Dialog begrenzt.

Beim **Double-blind-Verfahren** sind die Autorinnen oder Autoren auch den Gutachterinnen und Gutachtern nicht bekannt. Die Stärken des Double-blind-Verfahrens liegen darin, dass auch die Autorin oder der Autor den Reviewern gegenüber anonym bleibt und die Begutachtung ihrer Arbeit unabhängig von ihrer Person oder emotionalen Befindlichkeiten erfolgt. Allerdings ist dieser Schutz dadurch begrenzt, dass bei einer begrenzten Anzahl von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, deren Promotion- und Forschungsthemen untereinander oder öffentlich meist bekannt sind und somit die Anonymität der Autorinnen und Autoren im strengen Sinne nicht gewahrt ist.

Erfahrungen mit dem Stellungnahmeverfahren beim Gemeinsamen Bundesausschuss

Seit Juni 2012 ist die DGHWi als stellungnahmeberechtigte Organisation im gemeinsamen Bundesausschuss anerkannt (G-BA, 2012). Inzwischen liegen erste Erfahrungen als Beteiligte im Verfahren vor. Grundlagen, Ablauf und bisherige Ergebnisse werden in diesem Artikel vorgestellt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen Deutschlands. Seine gesetzliche Aufgabe ist es, das, was der Gesetzgeber in Gesetzen und Verordnungen in Richtlinien und Beschlüssen festlegt, zu konkretisieren. Diese entscheiden mit bindender Wirkung darüber, welche Leistungen an medizinischer Diagnostik und Therapie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung berechnungsfähig sind, welche ausgeschlossen sind und welche Qualitätsvorgaben bei der Leistungserbringung eingehalten werden müssen. Insofern sind die Richtlinien des G-BA für Hebammen relevant, auch wenn sie nicht direkt damit angesprochen sind.

Zusammensetzung und Aufgabenbereiche des G-BA gehen im Wesentlichen auf das zum 1.1.2004 in Kraft getretene Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) zurück (§§ 91 & 92 SGB V), jedoch gab es seitdem zahlreiche Änderungen und Ergänzungen. Der gemeinsame Bundesausschuss ersetzte fünf Vorgängerorganisationen, darunter den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, in dessen Zuständigkeitsbereich die Erstellung der Mutterschaftsrichtlinien lag (G-BA, 1985).

2004 wurde ebenfalls beschlossen, dass die Vergütung der Leistungen der freiberuflichen Hebammen zukünftig direkt zwischen den maßgeblichen Hebammenverbänden und den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf Bundesebene verhandelt wird (§ 134a SGB V). Die verhandelnden Verbände erhielten dabei auch das Recht, Stellungnahmen zu Beschlüssen zu den Mutterschaftsrichtlinien (G-BA, 2008) abzugeben.

Bei der Neustrukturierung wurde Hebammen zwar ein Stellungnahmerecht eingeräumt, die Chance auf eine grundsätzliche Überarbeitung der aus 1986 stammenden Mutterschaftsrichtlinien zu einer von Ärzten und Hebammen gemeinsam erstellten Grundlage sowie zu einer evidenzbasierten Neuausrichtung der Mutterschaftsrichtlinien wurde jedoch nicht genutzt.

Das Stellungnahmerecht der DGHWi hat eine andere Rechtsgrundlage als das der Hebammenverbände (GB-A, 2012). Es wurde der DGHWi nach erfolgreichem Nachweis der Erfüllung der Kriterien für eine wissenschaftliche Fachgesellschaft 2012 eingeräumt. Es ist umfassender als das Recht der Berufsverbände, da auch Stellungnahmen zu weiteren Themenbereichen möglich sind und eine Stellungnahme nicht erst nach der Beschlussfassung, sondern weit

vorher, am Anfang einer Beratung oder zur Entscheidung, ob ein Thema zum Beratungsgegenstand wird, möglich ist.

Seit letztem Jahr wurden zu folgenden Änderungen der Mutterschaftsrichtlinien Stellungnahmen von der DGHWi angefordert:

- ◆ Anpassungen in Folge des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG)
- ◆ Überwachung der Risikoschwangerschaften und Risikogeburten – Richtigstellung der genannten Risikofaktoren: EPH-Gestose/ Präeklampsie
- ◆ Überprüfung der Testverfahren – Rötelnimmunität – 11-Tage-Regelung
- ◆ Merkblatt zum Ultraschallscreening in der Schwangerschaft
- ◆ Einleitung eines Beratungsverfahrens: „Screening auf asymptomatische Bakteriurie“ im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien unter besonderer Berücksichtigung der Testmethoden, gem. § 135 Abs. 1 SGB V.

Während mit einer kurzen Stellungnahme den ersten drei Themen zugestimmt werden konnte, erforderten die letzten beiden umfangreichere Eingaben (vgl. Heft 1: S. 14-16; Heft 2: S. 52-58).

Die Möglichkeit zur Abgabe einer Stellungnahme ist streng reglementiert. So werden nur Aussagen berücksichtigt, die direkt Gegenstand des Beschlusses oder der Fragestellung sind. Das Recht Stellungnahmen abzugeben, beinhaltet kein Antragsrecht, so dass die Themen bereits vorgegeben sind, die beraten und beschlossen werden.

Stellungnahme- und Antragsrechte sind je nach Themenbereich festgelegt. Anträge können grundsätzlich nur durch Vertreterinnen und Vertreter aus den Kammern der Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem GKV-Spitzenverband und den unparteiischen Vorsitzenden des G-BA gestellt werden. Daneben können bei bestimmten Sitzungen Patientenvertreter/innen, Vertreter/innen der Gesundheitsministerkonferenz der Länder und des Deutschen Pflegerates „beratend“ ohne Antragsrecht und ohne Stimmrecht anwesend sein. Der gesamte Prozess von der Antragstellung bis zur Gültigkeit eines Beschlusses ist kompliziert und streng reglementiert. Die genaue Arbeitsweise des G-BA ist in einer Verfahrensordnung (G-BA, 2008) festgelegt, die regelmäßig angepasst wird.

Die Aufsicht über den G-BA liegt beim Bundesministerium für Gesundheit, das Entscheidungen und Beschlüsse des G-BA beanstanden kann. Richtlinien und Beschlüsse des G-BA werden im Bundesanzeiger mit dem Datum des Inkrafttretens bekannt gegeben.

Neben den Mutterschaftsrichtlinien hat auch eine Vielzahl anderer Beschlüsse und Richtlinien Relevanz für die Hebammenarbeit. Diese sind beispielsweise:

- ◆ Kinder- Richtlinie
- ◆ Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen
- ◆ Richtlinie über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung
- ◆ Beschlüsse zur Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln

Die Verfahrensordnung des G-BA sieht vor, dass die Frist zur Abgabe einer Stellungnahme durch eine stellungnahmeberechtigte Organisation mindestens vier Wochen betragen soll. Zwischen Anforderung einer Stellungnahme und Abgabefrist liegt meist nur unwesentlich mehr Zeit als ein Monat. So wurde die Stellungnahme zum „Merkblatt zum Ultraschallscreening in der Schwangerschaft“ am 5.12.2012 angefordert. Trotz zahlreicher dazwischen liegender Feiertage endete die Abgabefrist schon am 2.1.2013.

In dieser Zeit muss der Vorstand der DGHWi Personen finden und beauftragen, die so rechtzeitig einen Entwurf erstellen können, dass der Vorstand noch in der Lage ist, diesen zu konsentieren und fristgerecht zu versenden. Als reine Zeit für Recherche und Schreiben bleiben nur ca. ein bis zwei Wochen übrig, die als ungeplante Zusatzarbeit für die Beauftragte/n eine Herausforderung darstellen. Dies gilt umso mehr, als die vom G-BA zur Verfügung gestellten Unterlagen in der Regel keine Literaturangaben, Quellen oder Studienergebnisse enthalten. Auch die Positionierung der im G-BA direkt Beteiligten ist nicht bekannt.

Eine systematische Literaturrecherche ist in diesem knappen Zeitrahmen ebenso wenig möglich wie die Einhaltung aller für wissenschaftliches Arbeiten geltenden Standards. Möglich ist jedoch:

- ◆ Sichtung von nationalen und internationalen Leitlinien
- ◆ Nachschlagen in evidenzbasierten Standardwerken
- ◆ Grobe Internetrecherche
- ◆ Konzentration auf besonders kritische Punkte
- ◆ Weglassen besonders aufwändiger Fragestellungen, die aus der Perspektive der Hebammen wenig Relevanz haben (Priorisierung)
- ◆ Berücksichtigung von Zufallsbefunden.

Auf die Abgabe der schriftlichen Stellungnahme folgt manchmal noch eine mündliche Anhörung, in der ergänzende Aspekte vorgebracht werden können. Die Vertreter/innen der stellungnahmeberechtigten Organisationen sind bei der Beratung nur für den Zeitraum der Anhörung zugelassen. Diskussionen sind nicht möglich. Im Wesentlichen beschränkt sich die Möglichkeit eines Beitrages

auf Antworten, die sich zu ganz konkreten Fragen der beratenden Mitglieder des G-BA aufgrund der schriftlichen Stellungnahmen oder dem Widerspruch zu anderen Stellungnahmen ergeben. Zum Merkblatt „Ultraschallscreening in der Schwangerschaft“ (G-BA, 2013b) fand eine Anhörung im G-BA statt. Ein Wortprotokoll wurde zusammen mit der „Würdigung“ der Stellungnahmen in den tragenden Gründen (G-BA, 2013b) zum Beschluss veröffentlicht.

Ergebnisse des Verfahrens

Nur sehr wenige, eher unbedeutende Änderungsvorschläge (wie beispielsweise das Einfügen eines weiteren Spiegelstriches in einer Aufzählung) wurden in das veröffentlichte Merkblatt zum Ultraschallscreening in der Schwangerschaft übernommen. Diese Zurückhaltung bzgl. Änderungen galt auch für Aspekte, die von mehreren Organisationen bemängelt wurden. Es betraf die Darstellung des Ultraschallscreenings als „Lifestyle-Event“ durch Formulierungen wie *„Viele Frauen und ihre Partner freuen sich bei einer Schwangerschaft auf die Ultraschalluntersuchungen“* und *„Oft nehmen Frauen ihren Partner oder eine andere nahestehende Person zur Untersuchung mit. Familie und Freunden ein Foto des ungeborenen Kindes zu zeigen, kann zudem eine Möglichkeit sein, andere an der Schwangerschaft teilhaben zu lassen.“* (G-BA, 2013b)

In der Würdigung des G-BA heißt es dazu: *„Hier werden die Ergebnisse qualitativer Studien zum Schwangerschaftserleben wiedergegeben. Dass dies jedoch nicht der zentrale Inhalt des Ultraschallscreenings ist, wurde bereits in der Einleitung klargestellt.“* (G-BA, 2013a)

Ein Bestreben zu Formulierungen, welche die unterschiedlichen Sichtweisen vereinen, war im Verfahren nicht erkennbar.

Ein weiterer Kritikpunkt war, dass folgender Satz eine Zuverlässigkeit des Ultraschalls suggeriert, die nicht gegeben ist (z.B. bei Gewichtsschätzung, Lage des Kindes, Terminbestimmung): *„Nach internationalen Zahlen muss etwa eine von 100 Schwangeren mit einem falschen Ergebnis rechnen.“* (G-BA, 2013b)

Von der DGHWi wurde bemängelt, dass diese Zahl nicht nachvollziehbar ist (da keine Quellen angegeben waren) und dass Studien belegen, dass beispielsweise für die Gewichtsbestimmung mit einer weit größeren Fehlerquote gerechnet werden muss. Dies wurde vom G-BA offenbar nicht verstanden, denn in der Würdigung heißt es: *„Die genannten Fehlermöglichkeiten beziehen sich ausdrücklich nicht nur auf Fehlbildungen. In der Einleitung wird bereits auf den allgemeinen medizinischen Hintergrund hingewiesen. Mit dem Wort ‚Entwicklungsstörung‘ sind auch Wachstumskontrollen erfasst.“* Eine Auseinandersetzung mit den in der Stellungnahme der DGHWi benannten Studien hatte offenbar nicht stattgefunden.

Zu dem Beratungsgegenstand des Screenings auf asymptomatische Bakteriurie erging zwischenzeitlich (nur) ein weiterer Beschluss zur unabhängigen Begutachtung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), was durch die DGHWi auch vorgeschlagen wurde. Ob die Rechercheergebnisse der DGHWi dorthin weitergeleitet werden, ist unbekannt. Hier gilt es abzuwarten, ob das IQWiG zu einer vergleichbaren Einschätzung kommt wie die DGHWi. Mit einer weiteren Stellungnahme im weiteren Verfahren ist zu rechnen.

Angesichts der geringen Möglichkeiten zur positiven Einflussnahme auf die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses stellt sich die Frage, ob es sich lohnt, in dem Verfahren Stellungnahmen abzugeben. Perspektivisch ist eine begründete Kritik am derzeitigen Verfahren jedoch eine Voraussetzung für gesetzliche Änderungen

Literatur:

G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (1985). *Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“)* in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr.60a vom 27. März 1986) zuletzt geändert am 18. Juli 2013, veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 19.09.

G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2008). *Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses* in der Fassung vom 18. Dezember 2008, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 84a (Beilage) vom 10. Juni 2009, in Kraft getreten am 1. April 2009, zuletzt geändert am 20. Juni 2013, veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 13.08.2013 B2, in Kraft getreten am 14. August 2013.

G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2012). *Bestimmung der nach §92 Abs. 7d SGB V stellungnahmeberechtigten wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die nicht in der AWMF organisiert sind.* Beschluss vom 21.6.2012, BAnz AT 12.07.2012 B3.

G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2013a). *Patienteninformation - Ich bin schwanger. Warum werden allen schwangeren Frauen drei Basis-Ultraschalluntersuchungen angeboten?* http://de.yhs4.search.yahoo.com/r/_ylt=A7x9UnZL5apSAwwAWiyz4IIQ;_ylu=X3oDMTByNGxmazk4BHNIYwNzcgRwb3MDMQRjb2xvA2lyZAR2dGIkAw--/SIG=13hov6qk5/EXP=1386960331/**http%3a//www.g-ba.de/downloads/17-98-3215/2012-03-03_Merkblatt%2520Schwangerschaftsdiabetes.pdf

G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2013b). *Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien): Merkblatt zum Ultraschallscreening in der Schwangerschaft.* http://www.g-ba.de/downloads/40-268-2247/2013-03-21_Mu-RL_Ultraschallscreening-Merkblatt_TrG.pdf

gen, die die Erstellung evidenzbasierter Richtlinien beinhaltet, die in einem demokratischen Verfahren erarbeitet werden. Der DGHWi bietet sich hier zum einen die Chance Erfahrungen zu sammeln und eine Struktur aufzubauen, die in der Lage ist, an der Erstellung von Richtlinien mitzuwirken. Zum anderen sind gesetzliche Änderungen nur möglich, wenn Alternativen zum derzeitigen Vorgehen auf der normativen Ebene zur Verfügung stehen und Hebammen dabei ihre Kompetenz belegen können.

Autorin:

Monika Selow, Hebamme, Autorin und Referentin, Sprecherin der Sektion Schwangerenvorsorge

Kontakt: ms@selow.de



2. Internationale Fachtagung

Forschende Praxis als Hebammenkunst

Research incorporating practice, the art of midwifery

21. Februar 2014, 10:00 - 17:00 Uhr

UND

7. Mitgliederversammlung der DGHWi

20. Februar 2014, 11:00 - 17:30 Uhr

Haus der Kirche, Wilhelmshöher Allee 330, Kassel-Wilhelmshöhe

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

Eingeladen sind TeilnehmerInnen aus Forschung, Lehre, Praxis und Ausbildung.

Die **Keynote** wird durch die renommierte britische Hebamme **Dr. Mary Stewart** präsentiert, die die Life Study, die bisher größte nationale Geburten-Kohortenstudie Großbritanniens, leitet. Sie war bereits 2007-2010 die führende Hebammenforscherin der Birthplace in England Studie, in welcher die Outcomes von geplanten Hausgeburten und Geburten in anderen Einrichtungen verglichen wurden.

Informationen zum ausführlichen Programm, zur Anmeldung und zu Teilnahmegebühren finden Sie unter www.dghwi.de ⇒ 2. Internationale Fachtagung.

Frühbucher-Rabatt: bis einschließlich 31. Dezember 2013

Sektion Schwangerenvorsorge

Bericht

Die Sektion Schwangerenvorsorge hat sich zum Ziel gesetzt mittelfristig hebammenspezifische, wissenschaftlich abgeleitete Empfehlungen zum Vorgehen in der Schwangerenvorsorge durch Hebammen zu erstellen. Die Möglichkeit der zeitnahen Reaktion auf Anfragen zu Stellungnahmen von anderen Fachgesellschaften und der Berufsverbände ist ein besonderes Anliegen.

Das erste Vorhaben zur Erstellung von Empfehlungen zu den Inhalten der Erhebung einer psychosozialen Anamnese in der Schwangerschaft konnte bislang nicht fertig gestellt werden, da Mitglieder der Sektion ausgeschieden sind oder wegen anderer beruflicher Verpflichtungen nur wenig Kapazität haben.

Für den Stand der DGHWi auf dem Hebammenkongress in Nürnberg wurden Postkarten erstellt, um für die Mitarbeit in der Sektion zu werben und Themen aus der Praxis zu sammeln.

Aufgrund der Übernahme der gesetzlichen Regelungen zum Anspruch der Frauen auf Hebammenhilfe von der Reichsversicherungsordnung ins Sozialgesetzbuch wird die Schwangerenvorsorge durch Hebammen von der Feststellung der Schwangerschaft an nun

eindeutig als Tätigkeitsfeld der Hebamme benannt. Die Sektion Schwangerenvorsorge der DGHWi wurde in diesem Zusammenhang für Vorträge und Workshops angefragt.

Inzwischen ist es gelungen drei weitere Frauen für die Mitarbeit zu gewinnen.

Gerne können sich weitere Interessentinnen melden. Möglich ist sowohl die ständige Mitarbeit als auch die temporäre Zuarbeit in Form von Literaturrecherche, Verfassen von Texten und Bearbeitung begrenzter Fragestellungen, die sich beispielsweise aus dem Postkartenrücklauf ergeben haben.

Monika Selow, Sprecherin der Sektion Schwangerenvorsorge

Kontakt: Schwangerenvorsorge@dghwi.de



Wir suchen Ihr Erfahrungswissen in der Schwangerenbetreuung

Jede für sich schleppt täglich ihren Koffer voll mit Wissen mit sich herum. Manches setzt sich durch, anderes wertvolles Wissen bleibt verborgen. Die Sektion Schwangerenvorsorge innerhalb der DGHWi bittet alle Kolleginnen um die Mitarbeit. Schreiben Sie uns, womit Sie gute oder auch schlechte Erfahrungen gemacht haben. Wir würden es gern wissenschaftlich beleuchten und allen Kolleginnen zur Verfügung stellen.

Kontakt: schwangerenvorsorge@dghwi.de

Copyright: Peggy Seehafer

Stellungnahme zur aktuellen Kaiserschnitttrate in Deutschland

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V.

31.07.2013

Zusammenfassende Stellungnahme

Die Kaiserschnitttrate in Deutschland hat sich in den letzten 20 Jahren mehr als verdoppelt und lag 2011 bei 32,1% [1]. Als wesentliche Gründe hierfür werden zunehmende **Risikofaktoren** angeführt, wie höheres mütterliches Alter, mütterliche Grunderkrankungen, eine steigende Rate an makrosomen Kindern sowie Mehrlings- und Frühgeburten, die sich jedoch nur bedingt als Einflussgrößen bestätigen lassen [4: 49-54]. Darüber hinaus sind forensische Faktoren, eine zunehmende „Risikoorientierung“ in der Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe [4: 34] und eine größere Bereitschaft zu medizinischen Interventionen wie Geburtseinleitungen und rückenmarksnahen Anästhesien [7: 25] als weitere bedeutende Einflussgrößen für die Kaiserschnitttrate zu diskutieren.

Die häufigsten **Indikationen** für einen Kaiserschnitt stellen ein vorangegangener Kaiserschnitt, eine pathologische kindliche Herztonaufzeichnung (CTG) und eine Verzögerung bzw. ein Stillstand der Geburt dar [10: 93]. In Deutschland werden derzeit ca. drei Viertel aller Frauen nach einem Kaiserschnitt resectioniert [4: 56].

Auch wenn die Möglichkeit, in Notfällen einen Kaiserschnitt sicher durchführen zu können, wesentlich zur Senkung der mütterlichen Mortalität bei pathologischen Geburten beigetragen hat [6: 4], sind die Konsequenzen eines Kaiserschnittes für die Mutter, das Kind und das familiäre System nicht unerheblich. Neben gesundheitlichen **Beeinträchtigungen der Mutter** nach der Geburt, können emotionale Anpassungsstörungen der Mutter sowie ein verzögerte Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung auftreten [38-41].

Zu den **schwerwiegenden Risiken für das Kind** zählt zum einen eine erhöhte kindliche Mortalität bei primären Kaiserschnitten ohne medizinische Indikation im Vergleich zu vaginalen Geburten [45]. Zum anderen können die Lungenfunktion nach der Geburt [6: 6, 46] sowie die Ernährung des Kindes mit Muttermilch [38, 49, 50, 56, 57] eingeschränkt sein. Weiterhin wird ein Kaiserschnitt mit dem Auftreten von Asthma, der Entwicklung von Allergien [47-51] und Diabetes mellitus Typ 1 in späteren Jahren assoziiert [54]. Neben den unmittelbaren Auswirkungen auf Mutter und Kind müssen auch mögliche **Komplikationen bei einer nachfolgenden Schwangerschaft** berücksichtigt werden. Zu nennen sind hier, neben dem höheren Risiko eines mangelnden Größenwachstums des Feten [60] oder einer Früh- oder Totgeburt [12, 60, 63, 64], vor allem die Plazentakomplikationen [6, 59-62] und die Uterusruptur [20, 59, 62, 66-74, 84], die sich sowohl auf die mütterliche als auch auf die kindliche Morbidität und Mortalität auswirken.

Die DGHWi stellt zusammenfassend fest, dass bei fehlender (oder unzureichend gestellter) medizinischer Indikation die **negativen gesundheitlichen, psychischen und sozialen Auswirkungen eines Kaiserschnittes auf Mutter und Kind überwiegen. Insbesondere bei einer nicht abgeschlossenen Familienplanung mit weiterem Kinderwunsch sind die Risiken – aufgrund eines erfolgten Kaiserschnitts – für die folgenden Schwangerschaften und Geburten zu berücksichtigen.**

Da die hohe Kaiserschnitttrate auch durch die zunehmende Anzahl an wiederholten Kaiserschnitten zu erklären ist, empfiehlt die DGHWi, möglichst vielen Erstgebärenden eine **vaginale Geburt zu ermöglichen. Diesbezüglich sind zum einen geburtshilfliches Umdenken und zum anderen gesundheitspolitische Maßnahmen notwendig, um das Bild des Kaiserschnitts in der Öffentlichkeit zu korrigieren.**

Entwicklung und Bewertung der Kaiserschnitttrate

Im Oktober 2012 publizierte das Statistische Bundesamt bundesweit steigende Kaiserschnittraten bei Krankenhausgeburten. Die Rate lag 2011 bei 32,1% und hat sich somit seit 1991 (15,3%) mehr als verdoppelt [1]. Bei sinkenden Geburtenzahlen (1991: 822.842, 2011: 642.197) stieg die Kaiserschnitttrate nicht nur relativ, sondern auch absolut: 126.297 Kaiserschnitte im Jahr 1991 versus 206.012 im Jahr 2011 [2]. In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) werden WHO-Daten genannt, die vergleichbare Trends in Polen, der Russischen Föderation und Spanien zeigen, wohingegen die Kaiserschnittraten in den Niederlanden, in Norwegen, Schweden und der Schweiz geringer angestiegen sind [3]. Im innerdeutschen Bundeslandvergleich fällt eine relativ große Spannweite der Kaiserschnittraten auf: 23,3% in Sachsen bis 35,8% in Rheinland-Pfalz [1]. Kolip, Nolting & Zich (2012) haben in ihrer Analyse nur bedingt messbare Einflüsse gefunden, die diese regionalen Unterschiede erklären konnten [4].

Bemerkenswert erscheint, dass im European Perinatal Health Report (2008) auf eine Stellungnahme der WHO (World Health Organisation) von 1985 verwiesen wird, welche keine Rechtfertigung für eine höhere Kaiserschnitttrate als 10-15% sieht [5]. Laut der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) (2010a) werden lediglich ca. 10% aller Kaiserschnitte aufgrund einer absoluten Indikation durchgeführt, während bei ca. 90% eine relative Indikation vorliegt. Eine absolute Indikation ist gegeben, wenn das Leben oder die Gesundheit von Mutter und/oder Kind bedroht

ist, während bei einer relativen Indikation geburtsmedizinische Risiken für Mutter und Kind abgewogen werden^[6: 3]. Fehlt eine medizinische Indikation überwiegen laut Niino (2011) die Risiken eines Kaiserschnitts im Vergleich zu seinem Nutzen^[7].

Diskutierte Faktoren für die gestiegene Kaiserschnitttrate

Es schließt sich die Frage an, aus welchem Grund die Kaiserschnitttrate in den letzten zwei Jahrzehnten so stark angestiegen ist und welche Faktoren hierbei eine Rolle spielen könnten. Hierbei sind sowohl mütterliche und kindliche Faktoren als auch gesellschaftliche und systemrelevante Faktoren im Gesundheitswesen zu diskutieren.

3.1 Mütterliche und kindliche Faktoren

Zunächst wird ein verändertes Risikoprofil der schwangeren Frauen oder der Kinder diskutiert^[4: 27]. Hier wird zum einen das **steigende mütterliche Alter** angeführt. Lag das durchschnittliche mütterliche Alter bei der Geburt des ersten Kindes 1970 noch bei 23,8 (Westdeutschland) bzw. 22,5 (Ostdeutschland) Jahre^[8], so ist dieses bis zum Jahr 2011 mit 29,1 Jahren (Gesamtdeutschland) stark angestiegen^[9]. Hiermit wird die Zunahme bestimmter Risiken assoziiert. Laut Ritzinger, Dudenhausen & Holzgreve (2011) stellt das steigende mütterliche Alter neben altersabhängigen Co-Faktoren einen unabhängigen und direkten Risikofaktor für abnehmende Fruchtbarkeit, steigende Fehlgeburtsraten, kindliche Chromosomenstörungen, Gestationsdiabetes, Placenta praevia und den intrauterinen Fruchttod dar^[8]. Dagegen konnten Kolip, Nolting & Zich (2012) in Bezug auf die steigenden Kaiserschnitttraten zwischen 2007 und 2010 durch die veränderte Altersstruktur keinen nennenswerten Einfluss feststellen. In dieser Zeit stieg in allen Altersgruppen die Kaiserschnitttrate an; in den beiden Gruppen der 30 bis unter 35 Jahre alten Frauen und 35 bis unter 40 Jahre alten Frauen mit jeweils 1,3% jedoch geringer als in den anderen Altersgruppen. Am stärksten stieg die Rate mit 2,5% in der Gruppe der 20 bis unter 25 Jahre alten Frauen an^[4: 45]. Die Autorinnen weisen darauf hin, dass das mütterliche Alter somit kein Risikofaktor für einen Kaiserschnitt darstelle, sondern das tatsächliche Auftreten von Risiken maßgeblich sei^[4: 27]. Es scheint jedoch einen Zusammenhang zwischen **mütterlichen Grunderkrankungen** und der Kaiserschnitttrate zu geben. Schwangerschaftsdiabetes, Gestationsödeme und -proteinurie sowie Adipositas erhöhen signifikant das Kaiserschnittisiko. Weiterhin wird die Zunahme von mütterlicher Adipositas sowie Diabetes mellitus mit der Folge von **makrosomen Kindern** diskutiert^[4: 50]. Der Verdacht auf fetale Makrosomie (> 4.500g) stellt laut DGGG (2010a) eine der häufigsten relativen Indikationen für einen Kaiserschnitt dar^[6: 3]. Der Zusammenhang zwischen einer Zunahme makrosomer Neugeborener und steigenden Kaiserschnitttraten ist laut Kolip, Nolting & Zich (2012) jedoch nicht stichhaltig, da ihnen nach Anfrage beim Statistischen Bundesamt mitgeteilt wurde, dass

es keine Zunahme makrosomer Kinder (> 4.000g) zwischen den Jahren 2000 und 2010 gegeben habe^[4: 49]. Laut des AQUA-Institutes lag im Jahr 2011 der Anteil an Kindern mit einem Geburtsgewicht zwischen 4.000g und 4.499g bei 8,7% und mit 4.500g und darüber bei 1,2%^[10: 98].

Auch das Argument, dass zunehmende **Mehrlingsgeburten** als Folge vermehrter künstlicher Befruchtungen die steigenden Kaiserschnitttraten erklären können, scheint nur bedingt nachvollziehbar. Zwar wurden laut Kolip, Nolting & Zich (2012) 77% aller Mehrlinge per Kaiserschnitt geboren, jedoch stieg die Mehrlingsrate zwischen den Jahren 2000 und 2010 lediglich von 1,6 auf 1,7%^[4: 54].

Auch ließ sich kein nennenswerter Zusammenhang zwischen einer erhöhten Rate an **Frühgeburten** und der gestiegenen Kaiserschnitttrate feststellen^[4: 50].

Ein **vorangegangener Kaiserschnitt** (oder eine andere Uterusoperation) stellt mit 24,4% die häufigste Indikation für einen Kaiserschnitt dar. Damit rangiert diese Indikation in ihrer Häufigkeit noch vor dem **pathologischen CTG** (20,8%) und dem **Geburtsstillstand** (16,9%)^[10: 93]. Allerdings stellt ein vorangegangener Kaiserschnitt nicht zwingend die alleinige Indikation für einen erneuten Kaiserschnitt dar. Die DGGG (2010b) gibt den Risikofaktor „Zustand nach Sectio caesarea“ mit 10% an^[11: 1], während Richter, Bergmann & Dudenhausen (2009) diesen schon zwischen 1993 und 1999 in einer Berliner Kohorte mit 12,1% anführten^[12]. Die Rate an Frauen, die eine geplante vaginale Geburt nach Kaiserschnitt (Vaginal Birth After Caesarean Section - VBAC) anstreben, schwankt in internationalen Studien zwischen 35% und 81%^[12-16]. Die Erfolgsrate VBAC wird im Mittel mit 73% angegeben^[11, 13, 17-20]. Fraglich bleibt, ob Ergebnisse aus internationalen Studien auf den deutschen Kontext übertragbar sind, da Kultur und Geburtsmanagement unterschiedlich sind. In der Stichprobe von Kolip, Nolting & Zich (2012) hatten 74% der Frauen nach einem Kaiserschnitt einen weiteren bekommen, während lediglich 26% der Frauen vaginal geboren hatten^[4: 56]. Insofern stellt der Kaiserschnitt in der Anamnese einen bedeutenden Faktor bezüglich der steigenden Kaiserschnitttrate dar.

Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Technisierung der Geburtshilfe, eines wachsenden Sicherheitsbedürfnisses bzw. zunehmenden Ängsten der Frauen, wird der **Wunschkaiserschnitt** als Faktor für die steigenden Kaiserschnitttraten herangezogen^[4: 76]. Die DGGG (2010a) rät, den Wunschkaiserschnitt ohne jegliche medizinische Indikation von der psychisch motivierten Sectio abzugrenzen, für die es nachvollziehbare, psychische Gründe (relative Indikationen) gibt^[6: 2]. Letztere umfassen:

1. Sorge um die Sicherheit des Kindes, insbesondere nach Auftreten von Geburtsschäden bei eigenen Kindern oder im Bekanntenkreis
2. Angst vor Schmerzen, insbesondere nach eigener traumatischer Geburt oder Berichten aus dem Bekanntenkreis

3. Furcht vor eigenen körperlichen Spätschäden (u. a. Senkungen, Inkontinenz, Sexualstörungen) [6: 3].

Laut Hellmers & Schücking (2005) wünschen sich während der Schwangerschaft 3,8% und am Ende der Schwangerschaft 6,7% der befragten Erstgebärenden einen Kaiserschnitt [21]. Rückblickend werden laut Kolip, Nolting & Zich (2012) ca. 10% aller durchgeführten Kaiserschnitte „auf Wunsch“ verwirklicht [4: 76], so dass diese Geburten nur bedingt für das stetige Ansteigen der gesamten Kaiserschnitttrate verantwortlich sein können. Auch wenn für die meisten Schwangeren der Kaiserschnitt als Geburtsmodus nicht in Frage kommt, befürworten sie doch, dass dem Wunsch einer Frau nach einem Kaiserschnitt im Rahmen ihres Selbstbestimmungsrechtes nachgekommen werden sollte [22: 47].

Diskussionen um psychische Faktoren, wie Angst, als Indikation zum Wunschkaiserschnitt haben das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) dazu veranlasst, im November 2011 ihre Leitlinie 132 zum Thema Kaiserschnitt u.a. durch folgenden Zusatz zu modifizieren: „When a woman requests a CS because she has anxiety about childbirth, offer referral to a healthcare professional with expertise in providing perinatal mental health support to help her address her anxiety in a supportive manner.“ [23]. Mit diesem Zusatz wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass es sich bei Geburtsangst um ein vielschichtiges Phänomen handelt, dem nicht so ohne weiteres mit einem Kaiserschnitt begegnet werden kann und die perinatale psychologische Expertise eines/r Professionellen erfordert. Dies konnte von Geissbühler, Zimmermann & Eberhard (2005) in einer Befragung von 13.362 Schwangeren zum Thema Geburtsangst eindrucksvoll bestätigt werden [24].

3.2 Gesellschaftliche und systemrelevante Faktoren im Gesundheitswesen

Kolip, Nolting & Zich (2012) beschreiben auf der Basis bestehender Literatur sehr detailliert die zunehmende **Risikoorientierung in der Schwangerenbetreuung** seit Einführung der Mutterschaftsrichtlinien im Jahr 1966. Ziel der Mutterschaftsrichtlinien war es, die Gesundheit von Mutter und Kind zu verbessern und Risiken frühzeitig zu erkennen. Nach Ansicht der o.g. Autor/innen gäbe es jedoch keine wissenschaftlichen Belege dafür, dass die hohe Untersuchungsdichte in Deutschland tatsächlich zu einem verbessertem mütterlichen und kindlichen Outcome geführt habe. Vielmehr bekäme eine hohe Anzahl schwangerer Frauen ein Risiko attestiert, wobei „geringe Normabweichungen pathologisiert“ würden und „zu Interventionen führten“ [4: 34]. Dies habe zur Folge, dass Frauen „ängstlicher durch ihre Schwangerschaften gingen“, technikgläubiger würden und das Vertrauen in die eigene Fähigkeit, ein Kind natürlich zu gebären, verlören [4: 34].

Auch die **geburtshilfliche Praxis** hat sich verändert. Nach Niino [7] wird zwischen **Geburtseinleitungen und rückenmarksnahen**

Anästhesien einerseits und einer erhöhten Kaiserschnitttrate andererseits ein Zusammenhang gesehen. Auch Anim-Somuah, Smyth & Jones (2011) bestätigen nach einer rückenmarksnahen Anästhesie ein erhöhtes Risiko, einen Kaiserschnitt oder eine vaginal-operative Geburt zu erleben [25]. Weiterhin ist laut Kolip, Nolting & Zich (2012) ein **Risikovermeidungsverhalten** der Geburtshelfer/innen aus haftungsrechtlichen Gründen denkbar [4: 34]. Die DGGG (2010a) weist bezüglich der Klinikorganisation darauf hin, dass bei einer „prognostizierten Risikogeburt [...] eine meist unter Zeitdruck getroffene Entscheidung zur (sekundären) Sectio mit erheblich größeren Risiken behaftet“ sei als eine primäre Sectio, „die gut vorbereitet zur Kernarbeitszeit mit vollzählig bereitstehendem Klinikpersonal [...] ausgeführt wird.“ [6: 6]. Weiterhin sei eine primäre Sectio „in vielen Fällen weniger kostenaufwendig als eine sich über viele Stunden, womöglich Tage hinziehende Geburt mit hohem Personalaufwand, die unter Umständen letztlich doch in einer sekundären Sectio endet.“ [6: 6].

Eine Schlüsselposition im Hinblick auf eine Veränderung der äußeren Rahmenbedingungen der Geburt könnten die **Hebammen** sein, welche schwangere Frauen kontinuierlich begleiten und betreuen [26-29]. Laut Niino [7] stehen Hebammen für eine individuelle Betreuung und fokussieren die körperlichen, psychischen und sozialen Aspekte der Gebärenden. Sie betonen Gesundheitsförderung und Prävention und minimieren technologische Interventionen. Weiterhin weisen Hebammen schwangeren Frauen eine bedeutende Rolle im Prozess der informierten Entscheidungsfindung (informed decision making) zu [7].

McLachlan et al. (2012) konnten in einer randomisierten, kontrollierten Studie (RCT) in Australien an 2.314 schwangeren Frauen mit einem geringen Risiko, eine niedrigere Kaiserschnitttrate in der Interventionsgruppe mit kontinuierlicher Betreuung durch eine Hebamme (Case load midwifery) nachweisen im Vergleich zur Kontrollgruppe mit üblicher Betreuung (diensthabende Hebamme, geburtshilfliche/r Assistenzarzt/-ärztin oder Hausarzt/-ärztin): 19,4% vs. 24,9%, RR: 0,78; p = 0,001. Weiterhin gebären die Frauen der Interventionsgruppe häufiger spontan (63,0 % vs. 55, 7%) und erhielten seltener eine rückenmarksnahen Narkose (30,5% vs. 34,6%) bei vergleichbaren kindlichen Parametern [26]. Kolip, Nolting & Zich (2012) bestätigen leichte reduzierende Effekte einer verstärkten Hebammenbetreuung auf die Kaiserschnitttrate [4: 86]. Hierbei ist zu diskutieren, ob es Hebammen im stationären Kontext stets möglich ist, ihre Potenziale zu entfalten, da die vielschichtige Arbeitsbelastung in der Geburtshilfe mit paralleler Betreuung von mehreren Gebärenden einen entscheidenden Versorgungsengpass darstellen kann. Zudem werden Hebammen mit ihren in den EU Richtlinien definierten Tätigkeitsfeldern [30] und den Berufsordnungen der Länder festgehaltenen eigenverantwortlichen Tätigkeiten [31] nicht als Leistungsanbieterinnen in der Primärversorgung von der Gesellschaft, einschließlich anderer Leistungserbringer des Gesundheitssystems, wahrgenommen.

In Deutschland hat jede gesetzlich krankenversicherte Frau während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett Anspruch auf Hebammenhilfe (§ 24d SGB V)^[32], und gemäß § 4(1) HebG^[33] muss zu jeder Geburt eine Hebamme hinzugezogen werden. Laut Sayn-Wittgenstein & Schäfers (2009) gibt es jedoch keine genauen Kenntnisse darüber, wie viele Frauen während der Schwangerschaft und dem Wochenbett Hebammenhilfe in Anspruch nehmen, so dass verlässliche Angaben zur gesamten geburtshilflichen Versorgung nicht möglich sind^[34]. Laut des vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen IGES-Ergebnisberichtes zur Versorgungs- und Vergütungssituation der außerklinischen Hebammenhilfe (2012) hat sich die Anzahl und der Anteil freiberuflicher Hebammen in den letzten Jahren erhöht. In Bezug auf eine Eins-zu-eins-Betreuung bei Beleggeburten und der Wochenbettbetreuung gaben befragte Hebammen an, dass sie der Nachfrage der Frauen nicht zufriedenstellend nachkommen konnten^[35]. Eine Aussage über die Versorgungsdichte und -qualität lässt sich hieraus jedoch nicht ableiten.

Weiterhin wird über eine **mangelhafte Information und Aufklärung** der schwangeren Frauen, insbesondere über mögliche Risiken und Konsequenzen eines Kaiserschnitts, diskutiert. Ein Kaiserschnitt bedarf als Eingriff in die körperliche Unversehrtheit – auch bei absoluter Indikation – der ausdrücklichen Einwilligung der Frau. Bei einem Kaiserschnitt auf Wunsch muss sich der Arzt/die Ärztin davon überzeugen, „dass sich die Frau über die Konsequenzen ihres Wunsches voll im Klaren ist“^[6: 10]. Hierbei sollte aus Sicht der DGHWi berücksichtigt werden, dass laut Kaimal & Kuppermann (2010) selbst unter Verwendung derselben statistischen Daten unterschiedliche Einschätzungen – sowohl auf der Seite der beratenden Professionellen als auch auf der Seite der Frauen – entstehen, die zu verschiedenen Entscheidungen führen können^[36]. Dies hängt auch mit der Erfahrung und Einstellung der/des Beratenden als möglicher beeinflussender Faktor und den Rahmenbedingungen der Beratung zusammen [36]. Aufklärungsgespräche sollten aus Sicht der DGHWi außerdem Informationen zum konkreten Ablauf des Kaiserschnitts und der Zeit danach beinhalten. Nach erfolgtem Kaiserschnitt merken Frauen an, dass sie zwar über Risiken aufgeklärt wurden, über die körperliche Eingeschränktheit nach einem Kaiserschnitt und die mangelnde Fähigkeit, das Neugeborene selbstständig zu versorgen, jedoch keine Informationen erhalten hatten^[31].

Ebenso könnte das **Bild des Kaiserschnittes in der Öffentlichkeit** von Bedeutung sein. Die DGHWi gibt zu bedenken, dass publizierte Berichte über Wunschkaiserschnitte bei prominenten Frauen vermitteln könnten, dass dieser Geburtsmodus eine ebenbürtige Alternative zur Spontangeburt darstellt. Da insbesondere Risiken und Komplikationen in dieser Art der Berichterstattung nicht oder im besten Falle am Rande benannt werden, wird der Eindruck erweckt, der Kaiserschnitt sei ein erstrebenswerter und harmloser Eingriff.

Konsequenzen eines Kaiserschnittes

Ein Kaiserschnitt kann verschiedene Auswirkungen auf die Mutter, das Kind, das familiäre System sowie nachfolgende Schwangerschaften und Geburten haben.

4.1 Auswirkungen eines Kaiserschnitts auf die Mutter

Lange Zeit war ein Kaiserschnitt mit einer erhöhten **mütterlichen Mortalität** verbunden, welche durch Fortschritte in der Operationstechnik, Leitungsanästhesie, Thromboseprophylaxe und Antibiotikatherapie deutlich gesenkt werden konnte, jedoch gegenüber der vaginalen Geburt weiterhin erhöht ist^[45]. Die Sterblichkeit durch einen Kaiserschnitt (Letalität) reduzierte sich laut DGGG (2010a) im Vergleich zur vaginalen Geburt von 1 : 7 (1983-1988) auf 1 : 2,6 (2001-2006)^[6: 4]. Trotz allem verbleibt auch bei einem Kaiserschnitt ein allgemeines **Operationsrisiko**. Neben den körperlichen Auswirkungen spielen psychosoziale und emotionale Faktoren eine Rolle. Als mögliche psychische Folgen eines Kaiserschnitts werden von Mikolitch (2006) aufgeführt: Beeinträchtigung des Rollenverständnisses als Mutter und Frau, Hadern mit dem Schicksal, Versagens- und Schuldgefühle, schwieriger und langsamer Bonding-Verlauf, Beeinträchtigung der Beziehung zum Partner und der Sexualität sowie Angst vor einer erneuten Schwangerschaft^[37]. Coggins (2003) bestätigt, dass für viele Frauen die Fähigkeit, natürlich zu gebären, ein integraler Aspekt für die gefühlte Weiblichkeit darstellt, welche die eigene Wahrnehmung als Mutter beeinflusst und sich auch auf die Beziehung zum Kind auswirkt^[38]. Weiss, Fawcett & Aber (2009) beschreiben nach einem Kaiserschnitt in den ersten zwei Lebenswochen des Kindes **physische und emotionale Anpassungsstörungen der Mutter** insbesondere dann, wenn der Kaiserschnitt ungeplant durchgeführt wurde^[39]. Auch Fenwick, Holloway & Alexander (2009) beschreiben den Übergang zur Mutterschaft nach einem Kaiserschnitt häufig als erschwert^[40]. In der GEK-Kaiserschnittstudie wird darauf hingewiesen, dass es keine Hinweise gäbe, dass diskutierte langfristige Folgen – wie Depressivität und vermindertes Selbstwertgefühl – im Zusammenhang mit dem Geburtsmodus stehen^[22: 47]. Der **verzögerte Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung** nach einem Kaiserschnitt wird sowohl von Lutz & Kolip (2006) als auch von Huber & Seelbach-Göbel (2006) beschrieben, wobei diese Verzögerung keinen Einfluss auf die langfristige Beziehung zwischen Mutter und Kind zu haben scheint^[22: 47, 41].

Im Gegensatz dazu werden als **Vorteile eines Kaiserschnittes** die Schonung der Beckenbodenmuskulatur sowie die Vermeidung einer Harninkontinenz diskutiert. Obwohl sich in einer Studie ein Jahr nach vaginal-operativen Geburten und nach Spontangeburt – im Vergleich zu Frauen nach einem Kaiserschnitt – eine höhere Prävalenz von Symptomen einer Harninkontinenz nachweisen ließ (26,8% vs. 17,6% vs. 5,2%), kommen die Autor/innen in ihrem Fazit nicht zu dem Schluss, dass sich aus diesen Daten Empfehlungen zur Erweiterung der Sectio-Indikation ableiten lassen, da sich kein

klares Risikoprofil für eine adäquate Beratung entwickeln ließ^[42]. Bezüglich möglicher Auswirkungen auf die Sexualität in Abhängigkeit des Geburtsmodus lässt sich laut einem Review von Barrett, G. & McCandlish feststellen, dass Frauen nach einer vaginal-operativen Geburt zunächst die meisten Probleme beschreiben^[43]. Längerfristig ist jedoch kein Vorteil eines Kaiserschnittes gegenüber vaginalen Geburten festzustellen. Die Autor/innen weisen darauf hin, dass es keine belastbaren Hinweise darauf gibt, dass sich ein Kaiserschnitt günstiger auf das sexuelle Erleben auswirkt als eine vaginale Geburt^[43].

4.2 Auswirkungen eines Kaiserschnitts auf den Vater und die Paarbeziehung

Bei einer Geburt per Kaiserschnitt spielen die Väter eine besondere Rolle. Sie sind oft diejenigen, die während der postoperativen Versorgung der Mutter den ersten intensiven Kontakt zum Kind haben. Hierdurch kann ihnen ein tiefes „Bonding-Erlebnis“ geschenkt werden. Laut Windhausen (2006) könne dies wiederum bei der Mutter Gefühle von Neid, Schuld, Scham und Wertlosigkeit auslösen, die sich möglicherweise sowohl auf die Partnerschaft als auch auf die Beziehung zum Kind negativ auswirken. Den Kaiserschnitt selbst erleben Väter oft als erlösend und können schwer nachvollziehen, dass Frauen mit dem erfolgten Kaiserschnitt hadern und um ihr fehlendes Geburtserlebnis trauern^[44].

4.3 Auswirkungen eines Kaiserschnitts auf das Kind

Zu den schwerwiegenden Risiken für die Kinder von Frauen mit geringem Risiko (low-risk) zählt eine **erhöhte kindliche Mortalität** bei primären Kaiserschnitten ohne medizinische Indikation im Vergleich zu vaginalen Geburten (OR: 1,69)^[45]. Patel & Jain (2010) beschreiben ein erhöhtes Risiko neonataler **respiratorischer Morbidität** insbesondere bei primären Kaiserschnitten ohne vorherigen Geburtsbeginn durch effektive Wehen^[46]. Auch die DGGG (2010a) weist in ihrer Leitlinie darauf hin, dass vorübergehende pulmonale Anpassungsstörungen bei einem Kaiserschnitt ohne vorhergehende Wehentätigkeit häufiger vorkommen als nach Spontangeburt und eine Sectio am wehenlosen Uterus nach Möglichkeit vermieden werden sollte^[6: 6]. Smith et al. (2004) bemerken zusätzlich, dass die respiratorische Morbidität einen Zusammenhang mit der Entstehung von späterem **Asthma bronchiale** zeigt (Hazard Ratio 1,7)^[47]. Insgesamt wird der Kaiserschnitt mit dem Risiko einer später resultierenden Asthmaerkrankung^[47-51] und mit der Entwicklung von **Allergien**^[51] assoziiert.

Ein primärer Kaiserschnitt vor dem errechneten Geburtstermin kann sich ungünstig auf die noch nicht abgeschlossene intrauterine **Gehirnentwicklung des Kindes** auswirken^[52]. Poets, Wallwiener & Vetter (2012) weisen darauf hin, dass eine Geburt vor der vollendeten 39. Schwangerschaftswoche zum einen mit einer erhöhten kind-

lichen Mortalität und zum anderen mit dem Risiko einer langfristigen Beeinträchtigung assoziiert ist: so zeigen sich Assoziationen mit dem Risiko einer Zerebralparese sowie einem höheren Risiko, bereits als junger Erwachsener zu sterben oder auf staatliche Unterstützung angewiesen zu sein^[53].

Cardwell et al. (2008) konnten einen Zusammenhang zwischen einem Kaiserschnitt und der Entwicklung eines **Diabetes mellitus Typ 1** nachweisen^[54]. Die Studie von Maghzi et al. (2012) gibt einen Hinweis darauf, dass Kinder, die später an **Multipler Sklerose** erkrankten, häufiger per Kaiserschnitt geboren worden sind als eine gesunde Vergleichsgruppe^[55].

Als weitere Auswirkungen eines Kaiserschnitts sind ein **geringerer Muttermilch-Transfer** auf das Kind in den ersten 5 Lebenstagen^[56] zu nennen sowie im Weiteren eine **niedrigere Stillrate** und kürzere **Stilldauer**^[38, 49, 50, 57].

In der Praxis wird diskutiert, ob Neugeborenen nach einem Kaiserschnitt im Vergleich zu vaginal geborenen Kindern wichtige Erfahrungen fehlen. Dies betrifft unter anderem die Rotationsbewegungen durch den knöchernen Geburtskanal und die pränatale Massage durch die Wehen. Bei durch Kaiserschnitt geborenen Kindern könnte die weitere Entwicklung ungünstiger verlaufen, jedoch durch verschiedene Maßnahmen unterstützt werden^[58].

4.4 Auswirkungen auf nachfolgende Schwangerschaften und Geburten

Ein Kaiserschnitt kann sich auf eine potenziell folgende Schwangerschaft, deren Verlauf (4.4.1) und die Geburt sowie die Zeit danach (4.4.2) auswirken.

4.4.1 Vor und während einer Schwangerschaft

Es gibt Hinweise darauf, dass die Fertilität nach einem Kaiserschnitt eingeschränkt sein könnte (OR 0,83)^[6: 2, 59]. Für nachfolgende Schwangerschaften stellen **Plazentaimplantationsstörungen** die risikoreichste Komplikation dar. Zu nennen ist hier insbesondere die Placenta praevia, häufig auch in Kombination mit einer Placenta accreta oder increta^[6, 59, 60, 61: 1]. Das Relative Risiko (RR) dieser Komplikationen steigt sowohl mit einem einmaligen Kaiserschnitt als auch mit der Anzahl vorangegangener Kaiserschnitte an: es liegt für die Placenta praevia laut DGGG (2010c) nach *einem* Kaiserschnitt bei 4,5 und nach *zwei* Kaiserschnitten bei 7,4; das Risiko einer Placenta accreta/ percreta (bei gleichzeitiger Placenta praevia) liegt nach *zwei* Kaiserschnitten bei 11,31^[61: 1]. Diese Komplikationen und die damit in Verbindung stehende Blutungsneigung erhöhen die mütterliche Mortalität^[62] und stellen laut DGGG (2010c) die **häufigste mütterliche Todesursache** dar^[61: 1]. Die Bayerische Perinatalerhebung zählte laut DGGG (2010c) elf solcher Sterbefälle zwischen 1983 und 2007^[61: 2]. In absoluten Zahlen stellen diese

Komplikationen damit ein sehr seltenes, aber sehr gefährliches Ereignis dar.

Clark & Silver (2011) beschreiben weitere Folgen eines vorangegangenen Kaiserschnitts: **mangelndes Größenwachstum des Feten** sowie **Früh- und Totgeburt**^[60]. Auch Taylor et al. (2005) sowie Abenham & Benjamin (2011) geben ein erhöhtes Frühgeburtsrisiko an: OR 1,60 bzw. 1,23^[63, 64].

4.4.2 Während und nach der Geburt

Die Notwendigkeit einer **Geburtseinleitung** kann ein erhebliches Problem für nachfolgende Schwangerschaften und Geburten bedeuten. Die Geburtseinleitung ist vor allem wegen des erhöhten Risikos der Uterusruptur von Bedeutung: 0,68% bis 2,45%^[65, 66]. Dodd & Crowther (2012) stellen in ihrem Cochrane-Review fest, dass es keine randomisierten, kontrollierten Studien zu der Frage gibt, ob eine Geburtseinleitung oder ein primärer wiederholter Kaiserschnitt die überlegene Wahl sei^[67].

Geburtshilfliche Outcomes werden – obwohl nicht immer klar voneinander abzugrenzen – untergliedert in die Auswirkungen, die überwiegend die Mutter betreffen und jene, die eher das Kind betreffen.

Mütterliche Outcomes

Bei dem Versuch, nach einem Kaiserschnitt das nachfolgende Kind vaginal zu gebären (VBAC), wird das Risiko einer **Uterusruptur** in verschiedenen Studien zwischen 0,21% und 1,60% (im Mittel 0,77%) angegeben^[20, 62, 68-73]. Bei einem primären wiederholten Kaiserschnitt (ERCS) liegen diese Raten zwischen 0,01% und 0,74% (im Mittel 0,10%)^[60, 63, 66, 67, 69, 71]. Dabei ist das Risiko nach Gebärmutter-Längsschnitt höher als nach einem Gebärmutter-Querschnitt^[60, 11: 2]. Weiterhin reduziert sich das Risiko, je länger der vorangegangene Kaiserschnitt zurückliegt^[11: 2]. Fitzpatrick et al. (2012) verweisen auf die mütterliche Letalität von 1,3% infolge einer Uterusruptur^[69]. Holmgren (2012) hingegen gibt die mütterliche Mortalität nach einer Uterusruptur mit 1 : 500, d.h. 0,2%, an^[74]; die kindliche liegt in verschiedenen Studien zwischen 0,04% und 8,70%^[63, 74].

Inbar et al. (2013) berichten von einem erhöhten Risiko einer **vaginal-operativen Geburt** bei knapp einem Viertel aller Frauen^[75]. Weitere Auswirkungen auf die mütterliche Gesundheit und deren Wohlbefinden stellen sich zum Teil widersprüchlich dar: Laut Guise et al. (2010) gibt es zwischen den Frauen, die eine vaginale Geburt anstreben (TOL), und denen, die sich primär für einen weiteren Kaiserschnitt entscheiden (ERCS), keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf **Hysterektomien**, hohen **Blutverlust** und **Bluttransfusionen**^[71]. Landon et al. (2004) stellten bezüglich dem Outcome „Hysterektomie“ auch keinen Unterschied fest^[72]. Mozurkevich & Hutton (2000) hingegen belegen in ihrer Meta-Analyse ein niedrige-

res Hysterektomie-Risiko bei TOL^[76]. Lyell (2011) verweist auf perioperative Risiken bei einem wiederholten Kaiserschnitt, wie z.B. **Adhäsionen, Infektionen** und **Wundkomplikationen, Blutungen, weitere Verletzungen, Hysterektomien** und einen **verlängerten Krankenhausaufenthalt**^[77]. Mozurkevich & Hutton (2000) und Cahill et al. (2006) geben nach einer VBAC seltener **Fieber** und **Bluttransfusionen** an^[76, 78]. Landon et al. (2004) hingegen dokumentieren ein erhöhtes Risiko einer **Endometritis** sowie einer **Bluttransfusion** nach TOL^[72]. Insbesondere wenn eine angestrebte VBAC fehlschlägt, verweisen El-Sayed et al. (2007) auf eine erhöhte mütterliche Morbidität in Form von Blutungen und Hysterektomien^[79].

Frauen berichten nach einem Kaiserschnitt über eine **längere Erholungszeit**, die verbunden ist mit **Schmerzen, eingeschränkter Mobilität**, Problemen mit der Wunde, Infektionen, Blutungen und **Harninkontinenz**^[80]. Laut Shorten & Shorten (2012) stellt der Geburtsmodus die wichtigste Determinante bezüglich postnataler Gesundheit und Zufriedenheit dar: die höchsten Zufriedenheitswerte weisen Frauen nach Spontangeburt (VBAC) auf. Niedrigere Zufriedenheitswerte folgen absteigend bei wiederholten primären Kaiserschnitten (ERCS), Not-Kaiserschnitten und vaginal-operativen Geburten^[81].

Die **mütterliche Mortalität** ist laut Guise et al. (2010) – im Vergleich zum Versuch der vaginalen Geburt (TOL) mit 0,004% (0,001%-0,015%) – bei einem wiederholten Kaiserschnitt signifikant erhöht: 0,013% (0,004%-0,042%; $p < 0,027$)^[71]. In ihrer Studie fanden Landon et al. (2004) bezüglich der mütterlichen Mortalität hingegen keine Unterschiede zwischen TOL und ERCS^[72].

Kindliche Outcomes

Auch bezüglich der **kindlichen Morbidität und Mortalität** gibt es widersprüchliche Daten in Abhängigkeit des Geburtsmodus (VBAC oder ERCS) nach vorangegangenem Kaiserschnitt: Avery et al. (2004) errechneten zwischen Neugeborenen, die per VBAC geboren wurden und denen, die per ERCS geboren wurden, vergleichbare Verlegungsraten auf die Intensivstation (5,0% vs. 6,2%)^[17]. Bei einem Vergleich der **5-Minuten-Apgar-Werte** zwischen Neugeborenen, welche nach vorheriger Sectio der Mutter, vaginal geboren wurden, und denen, die mittels Re-Sectio geboren wurden, konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden^[17, 71]. Auch Blanchette et al. (2001) beschrieben insgesamt vergleichbare neonatale Outcomes^[68].

Wenn eine angestrebte VBAC fehlschlägt, verweisen El-Sayed et al. (2007) explizit auf eine erhöhte kindliche Morbidität im Vergleich zu erfolgreichen vaginalen Geburten nach Kaiserschnitt^[79]. Mozurkevich & Hutton (2000) fanden in ihrer Meta-Analyse bei TOL ein erhöhtes Risiko bezüglich **der fetalen oder neonatalen Mortalität**^[76]. Smith, Wood, White, Pell & Dobbie (2002) geben eine geburtsbezogene perinatale Todesrate von 12,9 auf 10.000 Frauen an,

die nach vorangegangenem Kaiserschnitt eine vaginale Geburt versuchen^[82]. Beim Vergleich von TOL und ERCS ist die peri- bzw. neonatale Mortalität laut Guise et al. (2010) und Signore (2012) ebenfalls signifikant erhöht: 0,13%^[71] bzw. 0,11%^[62] bei versuchter vaginaler Geburt versus 0,05%^[71] bzw. 0,03%^[62] bei einem primären wiederholten Kaiserschnitt. Homer et al. (2011) bestätigen diese Tendenz (OR 1,79; 95% CI: 0,11-2,98) bei einer insgesamt niedrigen perinatalen Mortalität (1,25 auf 1000 Geburten mit einer Spannweite von 0-3,28)^[15]. Menacker et al. (2010) geben ebenfalls eine leicht erhöhte Mortalitätsrate nach TOL an, können jedoch eine signifikant niedrigere perinatale Mortalität bei einem primären wiederholten Kaiserschnitt nicht bestätigen^[83]. Auch in der Berliner Kohortenstudie von Richter et al. (2009) ergaben sich keine Hinweise, dass die perinatale Mortalität bei einer vaginalen Geburt nach Kaiserschnitt im Vergleich zur primären Re-Section erhöht ist^[12].

Guise et al. (2004) beschreiben ein zusätzliches Risiko eines **perinatalen Todes in Folge einer Uterusruptur** von 1,4 auf 10.000 Fälle^[84]. Kaczmarczyk et al. (2007) errechneten ebenfalls ein stark erhöhtes Risiko eines neonatalen Todes in Folge einer Uterusruptur (OR 65,62)^[85]. Signore (2012) gibt eine perinatale Mortalität von 6% in Folge einer Uterusruptur an^[63]. Crowther et al. (2012) beschreiben in einer großen Studie mit 2.345 Frauen eine signifikant erhöhte Rate fetaler oder neonataler Mortalität oder schwerwiegender neonataler Outcomes bei VBAC im Vergleich zu ERCS (2,4% vs. 0,9%, RR 0,39, p = 0,011)^[86]. Hierbei ist sicherlich einschränkend zu berücksichtigen, dass die fetale und neonatale Mortalität und schwerwiegende Outcomes zusammen berechnet wurden. In einem Cochrane-Review wurde 2009 darauf hingewiesen, dass es bis dahin keine randomisierten, kontrollierten Studien zu diesem Thema gäbe und die vorliegenden Ergebnisse vorsichtig zu interpretieren seien^[87].

Laut Richter et al. (2009) sei insbesondere die Rate an **Totgeburten** nach vorangegangenem Kaiserschnitt im Vergleich zur Mortalität nach vorangegangenen vaginalen Geburten erhöht^[12].

4.5 Gesundheitsökonomische Aspekte

Es wird davon ausgegangen, dass die Geburtshilfe vor allem die mütterliche und kindliche Gesundheit im Fokus hat. Dennoch lohnt es sich, die vaginale Geburt und den Kaiserschnitt aus gesundheitsökonomischer Perspektive zu betrachten. Knape (2010) hat gezeigt, dass durch die Senkung der Kaiserschnittsraten beträchtliche Kosten zu Lasten der Solidargemeinschaft eingespart werden könnten, die sowohl unmittelbare als auch Folgekosten beinhalten. Sie merkt an, dass weder Krankenkassen noch Gesundheitspolitiker/innen „das Kosteneinsparungspotenzial und die möglichen präventiven Aspekte der vaginalen Geburt“ bis dato in den Fokus nahmen^[88].

Schlussfolgerungen

Bei medizinischer Indikation ist ein Kaiserschnitt eine Behandlungsoption, welche für die betreffenden Frauen und Kinder lebensrettend sein und schwerwiegende gesundheitliche Folgen abwenden kann. Bei fehlender Indikation scheinen die dargestellten gesundheitlichen, psychischen und sozialen Faktoren als negative Auswirkungen zu überwiegen. Im Fall eines bereits vorangegangenen Kaiserschnitts nehmen die Vorteile einer vaginalen Geburt (VBAC) im Vergleich zu einem weiteren Kaiserschnitt (ERCS) in ihrer Deutlichkeit ab. Zu beachten ist, dass sich die Risiken insgesamt auf einem sehr niedrigen Niveau bewegen. Insbesondere die erhöhte mütterliche Mortalität bei einem wiederholten Kaiserschnitt und die erhöhte kindliche Mortalität bei einer angestrebten vaginalen Geburt können und müssen als potenzielles Dilemma betrachtet werden. Mit dieser Problematik müssen sich schwangere Frauen nach vorangegangenem Kaiserschnitt in Kooperation mit ihrer Hebamme und ihrer Ärztin/ ihrem Arzt auseinandersetzen und zu einer Entscheidung bezüglich ihres Geburtsmodus kommen, mit der sie auch retrospektiv und langfristig zufrieden sind^[89]. Vor allem bei Erstgebärenden sollte die Zielsetzung daher vorrangig die Vermeidung von unnötigen Kaiserschnitten sein.

Die aufgeführten externen Faktoren für die gestiegenen Kaiserschnittsraten erfordern – im Sinne einer umfassenden Gesundheitsförderung von Mutter, Kind und Familie – ein sowohl gesundheitspolitisches und gesellschaftliches als auch geburtshilfliches Umdenken und Handeln, welche sich auch auf die gesellschaftliche Meinungsbildung zum Kaiserschnitt auswirken.

Mögliche Ansatzpunkte können sein:

- ◆ Förderung einer vermehrten Betreuung und Begleitung von physiologisch verlaufenden Schwangerschaften durch Hebammen
- ◆ Förderung und Verbreitung hebammengeleiteter Versorgungsmodelle im klinischen Versorgungskontext
- ◆ Förderung und Finanzierung einer Eins-zu-eins-Betreuung durch Hebammen während der Geburt
- ◆ Förderung von interventionsarmen Geburten
- ◆ Förderung einer sich ergänzenden und kollegialen Zusammenarbeit von Hebammen und Gynäkolog/innen
- ◆ Erhöhung der Beratungskompetenz der beteiligten Berufsgruppen
- ◆ Gelungene Gesprächsführung im Sinne von partizipativer Entscheidungsfindung bzw. „informed choice“, insbesondere für Schwangere mit relativer Sectio-Indikation und bei Schwangerschaften mit Zustand nach Sectio
- ◆ Gesprächsangebote für Frauen, die den Wunsch nach einem Kaiserschnitt aufgrund von Geburtsangst äußern, in denen speziell geschulte Fachkräfte sich des Themas Geburtsangst an-

- nehmen können. Durch die Aufnahme dieses Aspektes in die Mutterschutzrichtlinien würden Fachärzt/innen sowie Hebammen in die Pflicht genommen, dieses Gesprächsangebot in der Schwangerenvorsorge vorzuhalten oder zu vermitteln.
- ◆ Qualitätssicherung und -steigerung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der beteiligten Berufsgruppen
 - ◆ Evidence-basiertes Arbeiten
 - ◆ kritische Beurteilung von relativen Indikationen für einen sekundären Kaiserschnitt (z.B. Geburtsstillstand)
 - ◆ kritische und öffentliche Auseinandersetzung mit den systemrelevanten Faktoren, die eine medikalisierte Geburtshilfe begünstigen
 - ◆ adäquates Haftungsrecht für Geburtshelfer
 - ◆ Öffentlichkeitsarbeit/ mediale Thematisierung der Vorteile und Risiken für Mutter und Kind

Literatur:

- 1 Statistisches Bundesamt (Destatis) (2012). *Fast ein Drittel aller Krankenhausentbindungen 2011 per Kaiserschnitt* (Pressemitteilung 365/12 vom 18.10.2012). http://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2012/10/PD12_365_231.html (Stand: 18.01.2013)
- 2 Statistisches Bundesamt (Destatis) (2013a). *Krankenhausentbindungen in Deutschland 1991 bis 2011*. <http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KhKaiserschnittjahre.html> (Stand: 18.01.2013)
- 3 Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) (2012). *WHO Health Data. Indikatoren des Gesundheitswesens. Kaiserschnittentbindungen. Teil: Mutter und Kind Gesundheit*. http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=9070 (Stand: 18.01.2013)
- 4 Kolip, P., Nolting, H.-D. & Zich, K. (2012). *Faktencheck Gesundheit. Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung*. Gütersloh: Heiden. https://kaiserschnitt.faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/daten_fcg/Downloads/Pressebereich/FCKS/Report_Faktencheck_Kaiserschnitt_2012.pdf (Stand: 18.01.2013)
- 5 European Perinatal Health Report (2008). *EURO-PERISTAT Project*. S.63. <http://www.sante.public.lu/publications/sante-fil-vie/petite-enfance/european-perinatal-health-report/european-perinatal-health-report.pdf> (Stand: 08.03.2013)
- 6 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Board für Pränatal- und Geburtsmedizin, Arbeitsgemeinschaft Materno-fetale Medizin, Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (2010a). *Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea*. http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/4-4-6-sectio-indikationen-2010.pdf (Stand: 8.01.2013)
- 7 Niino, Y. (2011). The increasing caesarean rate globally and what we can do about it. Review. *BioScience Trends*, 5(4), 139-150.
- 8 Ritzinger, P., Dudenhausen, J.W. & Holzgreve, W. (2011). Späte Mutterschaft und deren Risiken. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 8(2), 112-122.
- 9 Statistisches Bundesamt (Destatis) (2013b). *Alter der Mutter. Durchschnittliches Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes 2011 (biologische Geburtenfolge)*. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeburtenMutterBiologischesAlter.html> (Stand: 25.01.2013)
- 10 AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (2012). *Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2011. 16/1 Geburtshilfe. Qualitätsindikatoren*. https://www.sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/2011/bu_Gesamt_16N1-GEHB_2011.pdf (Stand: 03.04.2013)
- 11 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Board für Pränatal- und Geburtsmedizin, Arbeitsgemeinschaft Materno-fetale Medizin, Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (2010b). *Schwangerenbetreuung und Geburtseinleitung bei Zustand nach Kaiserschnitt*. http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/3-4-5-entbindung-nach-sectio-2010.pdf (Stand: 18.01.2013)
- 12 Richter, R., Bergmann, R.L., & Dudenhausen, J.W. (2009). Perinatale Mortalität nach vorangegangener Sectio. *Die Hebamme*, 22, 189-193.
- 13 Eden, K.B., Denman, M.A., Emeis, C.L. et al. (2012). Trial of Labor and Vaginal Delivery Rates in Women with a Prior Cesarean. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41, 583-598. doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01388.x
- 14 Grobman, W.A., Lai, Y., Landon, M.B., Spong, C.Y., Rouse, D.J., Varner, M.W. et al. (2010). The change in the rate of vaginal birth after caesarean section. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 25, 37-43. doi: 10.1111/j.1365-3016.2010.01169.x
- 15 Homer, C.S.E., Johnston, R. & Foureur, M.J. (2011). Birth after caesarean section: changes over a nine-year period in one Australian state. *Midwifery*, 27, 165-169. doi: 10.1016/j.midw.2009.04.009
- 16 Yeh, J., Wactawski-Wende, J. & Shelton, J.A. (2006). Temporal trends in rates of trial of labor in low-risk pregnancies and their impact on the rates and success of vaginal birth after cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 194, 144.e1-144.e12. doi: 10.1016/j.ajog.2005.06.079
- 17 Avery, M.D., Carr, C.A. & Burkhardt, P. (2004). Vaginal birth after cesarean section: A pilot study of outcomes in women receiving midwifery care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 113-117. doi: 10.1016/j.jmwh.2003.12.014
- 18 Elkousy, M.A., Sammel, M., Stevens, E., Peipert, J.F. & Macones, G. (2003). The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 188, 424-830. doi: 10.1067/mob.2003.186
- 19 Regan, J., Wolfe, K., Snyder, C., Thompson, A. & DeFranco, E. (2012). VBAC success in low risk women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Supplement to January, 295.
- 20 Rossi, A.C. & D'Addario, V. (2008). Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section vs elective repeat cesarean delivery: a systematic review with metaanalysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Sep, 224-231. doi: 10.1016/a.ajog.2008.04.025
- 21 Hellmers, C. & Schücking, B.A. (2005). Gewünschter und erlebter Geburtsmodus von Erstgebärenden. *Die Hebamme*, 18, 79-82.
- 22 Lutz, U. & Kolip, P. (2006). *Die GEK-Kaiserschnittstudie*. Sankt Augustin: Asgard Verl. Hippe. http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/abteilung2/projekte/GEK_Kaiserschnittstudie.pdf (Stand: 30.7.2013)
- 23 National Institute for Health and Clinical Excellence (2011). *Caesarean section. Clinical guideline 132*. Developed by the National Collaborating centre for women's and children's health.
- 24 Geissbühler, V., Zimmermann, K. & Eberhard, J. (2005). Geburtsängste in der Schwangerschaft. *Geburtshilfe & Frauenheilkunde*, 65, 873-880.
- 25 Anim-Somuah, M., Smyth, R.M.D. & Jones, L. (2011). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *The Cochrane Library*. doi: 10.1002/14651858.CD000331.pub3
- 26 McLachlan, H., Forster, D., Davey et al. (2012). Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119, 1483-1492. doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03446.x
- 27 Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., Sakala, C., Weston, J. (2011). *Continuous support for women during childbirth*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. Art. No.: CD003766
- 28 Wagner, M. (2001). Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, 25-37.
- 29 WHO (2002). *Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services*. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/924156217X.pdf> (Stand: 06.02.2013)
- 30 Amtsblatt der Europäischen Union (2005). *Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen*. L 255/22. 30.9.2005. http://us.yhs4.search.yahoo.com/r/_ylt=A7x9Un_GaPIRkigAVjGz4IIQ;_ylu=X3oDMTBybWdtbzZ2BHNIYwNzcjRwb3MMDNARjB2xvA2lyZAR2dGlkAw--/SIG=13osk0b3/EXP=1375328582**http%3a//eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do%3furi=OJ%3aL%3a2005%3a255%3a0022%3a0142%3aDE%3aPDF
- 31 Horschitz, H. & Kurtenbach, H. (2003). *Hebammengesetz. Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers vom 4. Juli 1985*. 3. Hannover: Elwin Staude Verlag.
- 32 Sozialgesetzbuch V, http://dejure.org/gesetze/SGB_V/24d.html (Stand: 28.01.2013)
- 33 Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz - HebG) vom 04.06.1985. http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/hebg_1985/gesamt.pdf (Stand: 06.02.2013)
- 34 Sayn-Wittgenstein, F. zu & Schäfers, R. (2009). *Gesundheitssystemforschung im Kontext der Frauengesundheitsberichterstattung – Analyse der Datenlage zu den Versorgungsleistungen durch Hebammen. Unveröffentlichter Abschlussbericht*. Fachhochschule Osnabrück.
- 35 IGES-Institut GmbH (2012). *Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit*. S. 17-18. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/H/120504_IGES-Gutachten_Versorgungs-_und_Verguetungssituation_in_der_ausserklinischen_Hebammenhilfe.pdf (Stand: 04.04.2013)

- 36 Kaimal, A.J. & Kuppermann, M. (2010). Understanding risk, patient and provider preferences, and obstetrical decision making: Approach to delivery after cesarean. *Seminars in Perinatology*, 331-336. Doi: 10.1053/j.semperi.2010.05.006
- 37 Mikolitch, K. (2006). Ich hätte einfach mehr Zeit gebraucht. *Hebammenforum*, 9, 690-702. http://www.kaiserschnitt-netzwerk.de/Resources/HF_9-06_T3.pdf (Stand: 30.7.2013)
- 38 Coggins, J. (2003). Caesarean birth: a birth none-the-less! *MIDIRS Midwifery Digest*, 13(1), 76-79.
- 39 Weiss, M., Fawcett, J. & Aber, C. (2009). Adaption, postpartum concerns, and learning needs in the first two weeks after caesarean birth. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2938-2948. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02942.x
- 40 Fenwick, S., Holloway, I. & Alexander, J. (2009). Achieving normality: The key to status passage to motherhood after caesarean section. *Midwifery*, 25, 554-563. Doi: 10.1016/j.midw.2007.10.002
- 41 Huber, G. & Seelbach-Göbel, B. (2006). Re-Sectio versus Spontangeburt nach Sectio: Unterschiede im Erleben von Geburt und Bonding. *Die Hebamme*, 19, 227-230.
- 42 Riedl, T., Falkert, A. & Seelbach-Göbel, B. (2001). Kaiserschnitt zur Prävention einer postpartalen Harninkontinenz? *Die Hebamme*, 3.
- 43 Barrett, G. & McCandlish, R. (2002). Caesarean section: better for your sex life? A review of the evidence. *MIDIRS Midwifery Digest*, 12(3), 377-379.
- 44 Windhausen, C. (2006). Emotionale Nach-Wehen. *Hebammenforum*, 9, 702-705. http://www.kaiserschnitt-netzwerk.de/Resources/HF_9-06_T4.pdf (Stand: 30.7.2013)
- 45 MacDorman, M.F., Declercq, E., Menacker, F., Michael H. Malloy, M.H. (2008). Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Low-Risk Women: Application of an "Intention-to-Treat" Model. *BIRTH*, 35(1), 3-8.
- 46 Patel, R. & Jain, L. (2010). Delivery after previous cesarean: Short-term perinatal outcomes. *Seminars in Perinatology*, 34(4), 272-280. Doi: 10.1053/j.semperi.2010.03.007
- 47 Smith, G.C.S., Wood, A.M., White, I.R., Pell, J.P. & Dobbie, R. (2004). Neonatal respiratory morbidity at term and the risk of childhood asthma. *Archives of Disease in Childhood*, 89, 956-960. Doi: 10.1136/adc.2003.045971
- 48 Davidson, R., Roberts, S.E., Wotton, C.J. & Goldacre, M.J. (2010). Influence of maternal and perinatal factors on subsequent hospitalisation for asthma in children: evidence from the Oxford record linkage study. *BMC Pulmonary Medicine* 10(14). <http://biomedcentral.com/1471-2466/10/14> (Stand: 30.7.2013)
- 49 Hyde, M.J., Mostyn, A., Modi, N. & Kemp, P.R. (2012). The health implications of birth by Caesarean section. *Biological Reviews*, 87, 229-243. Doi: 10.1111/j.1469-185X.2011.00195.x
- 50 O'Shea, T.M., Klebanoff, M.A. & Signore, C. (2010). Delivery after previous cesarean: long-term outcomes in the child. *Seminars in Perinatology*, 281-292. Doi: 10.1053/j.semperi.2010.03.008
- 51 Renz-Polster, H., David, M.R., Buist, A.S. et al. (2005). Caesarean section delivery and the risk of allergic disorders in childhood. *Clinical & Experimental Allergy*, 35, 1466-1472. Doi: 10.1111/j.1365-2222.2005.02356.x
- 52 Kapellou, O. (2011). Effect of caesarean section on brain maturation. *Acta Paediatrica*, 11, 1416-1422.
- 53 Poets, C.F., Wallwiener, D. & Vetter, K. (2012). Zwei bis sechs Wochen zu früh geboren – Risiken für das weitere Leben. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(43), 721-726. Doi: 10.3238/arztbl.2012.0721
- 54 Cardwell, C.R., Stene, L.C., Jøner, G., Cinek, O., Svensson, J., Goldacre, M.J. et al. (2008). Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies. *Diabetologia*, 51(5): 726-35. doi: 10.1007/s00125-008-0941-z.
- 55 Maghzi, A.-H., Etemadifar, M., Heshmat-Gahadjarani, K., Nonahal, S., Minagar, A. & Moradi, V. (2012). Cesarean delivery may increase the risk of multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 18(4), 468-471. Doi: 10.1177/1352458511424904
- 56 Evans, K.C., Evans, R.G., Royal, R., Esterman, A.J. & James, S.L. (2003). Effect of caesarean section on breast milk transfer to the normal term newborn over the first week of life. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 88, F380-F382.
- 57 Groß, M. (2006). Mütterliche Komplikationen nach Sectio caesarea. *Hebammenforum*, 9, 688-697. http://www.kaiserschnitt-netzwerk.de/Resources/HF_9-06_T2.pdf (Stand: 30.7.2013)
- 58 Enning, C. (2005). Welche Erfahrungen fehlen einem Neugeborenen nach einer Sectio-geburt? *Die Hebamme*, 18, 38-43.
- 59 Liebl, T. (2010). Evidenzbasierte Beratung einer Schwangeren mit vorausgegangenem Kaiserschnitt. *Die Hebamme*, 37-41.
- 60 Clark, E.A.S. & Silver, R.M. (2011). Long-term maternal morbidity associated with repeat cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Supp. Dec. 2011, S2-S10. Doi: 10.1016/j.ajog.2011.09.028
- 61 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Board für Pränatal- und Geburtsmedizin, Arbeitsgemeinschaft Materno-fetale Medizin, Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (2010c). *Plazentationsstörungen bei Status nach Sectio. Risk-Management zur Vermeidung von Müttersterbefällen*. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-046_S1_Plazentationsstoerungen_bei_Status_nach_Sectio_08-2008_08-2013.pdf (Stand: 13.02.2013)
- 62 Signore, C. (2012). VBAC: What Does the Evidence Show? *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 55(4), 961-968.
- 63 Taylor, L.K., Simpson, J.M., Roberts, C.L., Olive, E.C. & Henderson-Smart, D.J. (2005). Risk of complication in a second pregnancy following caesarean section in the first pregnancy: a population-based study. *Medical Journal of Australia*, 183(10), 515-519.
- 64 Abenheim, H.A. & Benjamin, A. (2011). Effect of prior cesarean delivery on neonatal outcomes. *Journal of Perinatal Medicine*, 39, 241-244. Doi: 10.1515/JPM.2011.050
- 65 Dekker, G.A., Chan, A., Luke, C.G. et al. (2011). Risk of uterine rupture in Australian women attempting vaginal birth after one prior caesarean section: a retrospective population based cohort study. *RCOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 117(11), 1358-1365, in *MIDIRS Midwifery Digest*, 21(1), 68-73.
- 66 Lydon-Rochelle, M., Holt, V.L., Easterling, T.R. & Martin, D.P. (2001). Risk of uterine rupture during labor among women with a prior caesarean delivery. *The New England Journal of Medicine*, 345(1), 3-8.
- 67 Dodd, J.M. & Crowther, C.A. (2012). Elective repeat caesarean section versus induction of labour for women with a previous caesarean birth (Review). *The Cochrane Library*, <http://www.thecochranelibrary.com> (Stand: 30.7.2013)
- 68 Blanchette, H., Blanchette, M., McCabe, J. & Vincent, S. (2001). Is vaginal birth after cesarean safe? Experience at a community hospital. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 184(7), 1478-1487. Doi: 10.1067/mob.2001.114852
- 69 Fitzpatrick, K.E., Kurinczuk, J.J., Alfirevic, Z., Spark, P. & Brocklehurst, P. (2012). Uterine rupture by intended mode of delivery in the UK: A national case-control study. *PLoS Medicine*, 9(3), 1-12.
- 70 Grobman, W.A., Lai, Y., Landon, M.B. et al. (2008). Prediction of uterine rupture associated with attempted vaginal birth after caesarean delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 199(1), 30.e1-30.e5. Doi: 10.1016/j.ajog.2008.03.039
- 71 Guise, J.-M., Denman, M.A., Emeis, C. et al. (2010). Vaginal birth after cesarean. New insights on maternal and neonatal outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 115(6), 1267-1278.
- 72 Landon, M.B., Hauth, J.C., Leveno, K.J. et al. (2004). Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *The New England Journal of Medicine*, 351(25), 2581-2589.
- 73 Macones, G.A., Peipert, J., Nelson, D.B. et al. (2005). Maternal complications with vaginal birth after caesarean delivery: A multicenter study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1656-1662. Doi: 10.1016/a.ajog.2005.04.002
- 74 Holmgren, C.M. (2012). Uterine Rupture Associated With VBAC. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 55(4), 978-987.
- 75 Inbar, R., Mazaaki, S., Anat Kalter, A. et al. (2013). Vaginal birth after cesarean (VBAC) is associated with an increased risk for instrumental delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Supplement to January, 340.
- 76 Mozurkevich, E.L. & Hutton, E.K. (2000). Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: A meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1187-1197. Doi: 10.1067/mob.2000.108890
- 77 Lyell, D.J. (2011). Adhesions and perioperative complications of repeat cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, S11-S18. Doi: 10.1016/a.ajog.2011.09.029
- 78 Cahill, A.G., Stamilio, D.M., Odibo, A.O. et al. (2006). Is vaginal birth after cesarean (VBAC) or elective repeat cesarean safer in women with a prior vaginal delivery? *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 195, 1143-1147. Doi: 10.1016/j.ajog.2006.06.045
- 79 El-Sayed, Y.Y., Watkins, M.M., Fix, M., Druzin, M.L., Pullen, K.M. & Caughey, A.B. (2007). Perinatal outcomes after successful and failed trials of labor after caesarean delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 196, 538.e1-538.e5. Doi: 10.1016/j.ajog.2007.03.013
- 80 Kealy, M.A., Small, R.E. & Liamputtong, P. (2010). Recovery after caesarean birth: a qualitative study of women's accounts in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(47), 1-11. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/47> (Stand: 13.02.2013)
- 81 Shorten, A. & Shorten, B. (2012). The Importance of Mode of Birth After Previous Cesarean: Success, Satisfaction, and Postnatal Health. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(2), 126-132. doi: 10.1111/j.1542-2011.2011.00106.x
- 82 Smith, G.C.S., Pell, J.P., Cameron, A.D. & Dobbie, R. (2002). Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated pregnancies. *Journal of the American Medical Association*, 287(20), 2648-2690.
- 83 Menacker, F., MacDorman, M.F., Declercq, E. (2010). Neonatal mortality risk for repeat cesarean compared to vaginal birth after cesarean (VBAC) deliveries in the United States, 1998-2002 Birth Cohorts. *Maternal and Child Health Journal*, 14, 147-154. Doi: 10.1007/s10995-009-0551-5
- 84 Guise, J.-M., McDonagh, M.S., Osterweil, P., Nygren, P., Chan, B.K.S. & Helfland, M. (2004). Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. *British Medical Journal*, 329, 1-7.
- 85 Kaczmarczyk, M., Sparen, P., Terry, P. et al. (2007). Risk factors for uterine rupture and neonatal consequences of uterine rupture: a population-based study of successive pregnancies

- in Sweden. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 144(10), 1208-1214.
- 86 Crowther, C.A., Dodd, J.M., Hiller, J.E. et al. (2012). Planned Vaginal Birth or Elective Repeat Caesarean: Patient Preference Restricted Cohort with Nested Randomised Trial. *PLoS Med* 9(3): e1001192. doi: 10.1371/journal.pmed.1001192
- 87 Dodd, J.M., Crowther, C.A., Huertas, E., Guise, J.M. & Horey, D. (2009). Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth (Review). *The Cochrane Library*. <http://www.thecochranelibrary.com> (Stand: 13.02.2013)
- 88 Knappe, N. (2010). Sectio versus Spontangeburt: ökonomische Aspekte. *Die Hebamme*, 23(3), 176-182.
- 89 Mattered, A. (2012). *Entscheidungsfindung von schwangeren Frauen nach vorangegangenem Kaiserschnitt bezüglich der Wahl ihres bevorstehenden Geburtsmodus. Eine hermeneutisch-interpretative Analyse problemzentrierter Interviews*. Unveröffentlichte Masterthesis. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Autorinnen:

Andrea Mattered MSc, in Zusammenarbeit mit Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle, Diplom Kauffrau (FH) Nina Knappe und Dr. rer. medic. Rainhild Schäfers

im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Stellungnahme zur Umsetzung des Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (DQR) und der Zuordnung des Berufsabschlusses von Hebammen

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V.

10.10.2013

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi) verfolgt die Entwicklung rund um den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) mit großem Interesse. Die DGHWi begrüßt die mit Stand vom 1.5.2013 vereinbarte Zurückstellung der Zuordnung der bundesrechtlich geregelten Gesundheitsfachberufe. Die ursprünglich geplante Zuordnung des Hebammenberufs auf DQR Niveaustufe 4 wird als unvereinbar mit der hohen Anforderungsstruktur der Qualifikation der Berufsgruppe betrachtet. Darüber hinaus ist diese Zuordnung nicht mit der zunehmenden Qualifizierung von Berufsangehörigen auf tertiärem Bildungsniveau vereinbar. Die DGHWi plädiert mit Nachdruck für eine Höherstufung der derzeitigen beruflichen Erstqualifikation von Hebammen* an Berufsfachschulen auf DQR Niveau 5 und fordert wiederholt die komplette Anhebung der Hebammenausbildung auf Bachelorniveau, das der Qualifikationsstufe 6 im DQR entspricht.

Hintergrund

Mit dem Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) wurde ein Bezugssystem entwickelt, das zu mehr Transparenz und Vergleichbarkeit von Kompetenzen und Qualifikationen in Europa beitragen soll. In den Ländern der Europäischen Union wird der EQR derzeit anhand von nationalen Regelungen, die den jeweiligen Besonderheiten des Bildungssystems Rechnung tragen, umgesetzt [1]. In Deutschland wurde der DQR nach einer mehr als sechsjährigen Entwicklungsphase im Mai 2013 eingeführt [2].

Der DQR umfasst insgesamt acht Niveaustufen. Spitzenvertreter von Bund, Ländern und Sozialpartnern hatten sich in den Verhandlungen zur Umsetzung des DQR im Januar 2012 unter anderem darauf geeinigt, dass drei- und dreieinhalbjährige berufliche Erstausbildungen auf Niveau 4 eingestuft werden [3]. Entsprechend ist die Zuordnung von staatlich examinieren Hebammen aufgrund ihrer dreijährigen Berufsausbildung ebenfalls auf Niveaustufe 4 vorgesehen.

Definierte Lernergebnisse für die Hebammenausbildung sind bisher nicht Teil der ausschlaggebenden Kriterien gewesen, die für die Einstufung verwendet wurden. Die Beratungen sind diesbezüglich noch nicht abgeschlossen. Aktuell ist der Liste der dem DQR zugeordneten Qualifikationen zu entnehmen, dass aufgrund noch nicht abgeschlossener Beratungen zur Änderung der Europäischen Berufsamerkenungsrichtlinie (Richtlinie 2005/36/EG) die Zuordnung der bundesrechtlich geregelten Gesundheitsfachberufe, die der automatischen Anerkennung nach der EU-Richtlinie unterliegen, zunächst zurückgestellt wird [2].

Der Hebammenberuf wird über das bundesweit gültige Hebammengesetz (HebG) vom 04.06.1985 und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV) vom 03.09.1987 geregelt [4,5]. Zusätzlich gehört der Hebammenberuf zu den Berufen, die durch die Europäische Berufsamerkenungsrichtlinie 2005/36/EG geregelt sind [6]. Im Zuge der Evaluierung dieser Richtlinie hat das Europäische Parlament im Oktober 2013 die Anhebung der allgemeinen Schulbildung von zehn auf zwölf Jahren,

als Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung zur Hebamme, beschlossen^[7]. Diese Entwicklung wird von der DGHWi ausdrücklich unterstützt. Damit wird einerseits den EU-weiten Entwicklungen und andererseits den veränderten und erhöhten Anforderungen im Hebammenberuf Rechnung getragen^[8].

Position der DGHWi

Die DGHWi unterstützt eine grundlegende Reformierung der Hebammenausbildung und die Verabschiedung einer neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, inklusive lernergebnisorientierter Ausbildungsziele. Ein vom Pädagogischen Fachbeirat des Deutschen Hebammenverbandes (DHV) entwickelter Entwurf liegt dem zuständigen Bundesministerium für Gesundheit seit 2008 vor. Ebenso existiert ein wissenschaftlich erarbeitetes Kompetenzprofil für die Hebammenausbildung, das als Grundlage für eine lernergebnisorientierte Curriculumentwicklung dienen könnte^[9]. Die aktuell noch gültige, aber modernisierungsbedürftige HebAPrV, in der die zu erreichenden Kompetenzen nicht beschrieben werden, darf keinesfalls als alleinige Grundlage für eine Zuordnung der Qualifikation zum DQR genutzt werden. Die reine Konzentration auf strukturelle Aspekte, wie die Dauer der Ausbildung, erscheint unangemessen und bedarf einer dringenden Überprüfung, um hier keine Fehleinstufung vorzunehmen.

Das Qualifikationsniveau der Hebammen ist entgegen den Beschreibungen der DQR Niveaustufe 4 sehr anspruchsvoll und zielt auf die eigenständige Betreuung von schwangeren Frauen, Gebärenden, Müttern und Säuglingen mit komplexen Anforderungen ab. Die Berufsausübung, insbesondere im ambulanten Versorgungsbereich, erfordert ein hohes Maß an Autonomie und Eigenverantwortlichkeit. Die im geltenden Berufsgesetz festgelegten vorbehaltenen Tätigkeiten unterscheiden den Hebammenberuf grundsätzlich von anderen Gesundheitsfachberufen. Hebammen übernehmen eigenverantwortlich die Primärversorgung von Frauen in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit. Laut § 4 des Hebammengesetzes in der Fassung von 1985 ist die Geburtshilfe eine den Hebammen sowie Ärztinnen und Ärzten vorbehaltene Tätigkeit. Ärztliches Fachpersonal ist laut geltendem Gesetz dazu verpflichtet, zu jeder Geburt eine Hebamme hinzuzuziehen.^[4]

Die eigenständige Leitung von Geburten erfordert Kompetenzen zur umsichtigen Erfassung der Bedürfnisse und Bedarfe der Klientin, zur selbständigen Planung von erforderlichen Maßnahmen sowie zur vorausschauenden Lösung und Reflexion komplexer geburtshilflicher Situationen. Im Falle des Auftretens von Komplikationen arbeiten Hebammen mit Ärztinnen und Ärzten zusammen und übernehmen volle Verantwortung in der eigenständigen Ausführung von ärztlichen Anweisungen. Bei Schadensfällen werden auch sie im Sinne des Haftungsrechts zur Rechenschaft gezogen. Während der gesamten Betreuung von Eltern vor, während und nach der Geburt

besteht die Anforderung an qualifizierte Hebammen, schwangere und gebärende Frauen und deren Familien auf der Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse zu informieren und zu beraten^[9].

Die eigenständige, eigenverantwortliche und vorbehaltene Tätigkeit der Hebammen, die bei physiologischen Schwangerschaften, Geburten und Wochenbettverläufen nicht an ärztliche Anordnungen und Supervision gebunden ist, begründet nachdrücklich eine höhere Einstufung der beruflichen Erstqualifikation von Hebammen im DQR. Auch im Hinblick darauf, dass hier der beruflichen Handlungskompetenz ein besonderes Gewicht beigemessen wird, wäre zu erwarten, dass die Hebammenausbildung im Qualifikationsrahmen entsprechend zugeordnet wird^[10]. Die derzeitige Zuordnung ist unvereinbar mit den Anforderungen des professionellen Tätigkeitsfelds von Hebammen. Sie erscheint umso fragwürdiger, als es sich hier um eine berufliche Erstausbildung mit erhöhten Anforderungen handelt, aufgrund derer bereits heute mehr als 80 Prozent der Auszubildenden mit einer Hochschulzugangsberechtigung in Auswahlverfahren ausgesucht werden^[11]. Vor dem Hintergrund der aktuell vom Europäischen Parlament beschlossenen zwölfjährigen allgemeinen Schulbildung als Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung, wird sich diese Zahl voraussichtlich weiter erhöhen und das beschriebene Qualifikationsniveau in Zukunft der Standard sein.

Um den steigenden Anforderungen im Beruf gerecht zu werden, fordern Berufspolitikerinnen und Hebammenwissenschaftlerinnen bereits seit den 90er Jahren eine Akademisierung der Hebammenausbildung^[8,12,13]. Diese Forderung wurde 2007 im Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bekräftigt^[14]. In den letzten Jahren konnten im Bundesgebiet mehrere zukunftsfähige Bildungsmodelle innerhalb des bestehenden Ausbildungssystems entwickelt werden. Deutschlandweit existieren aktuell sechs hebammenspezifische Bachelor-Studiengänge (davon zwei primärqualifizierend) sowie zwei vertiefende Bachelor-Studiengänge für Hebammen im Bereich Gesundheit- und Pflegewissenschaften. Darüber hinaus bestehen bereits einige hebammenspezifische bzw. vertiefende Masterprogramme für Hebammen. Diese Entwicklung ist noch nicht abgeschlossen und wird derzeit weiter ausgebaut.

Europaweit ist die Hebammenausbildung bereits überwiegend dem Bachelorniveau zugeordnet, in acht europäischen Ländern erfolgt die Qualifikation auf Masterniveau^[15]. Würde in Deutschland eine Einstufung unterhalb des Niveaus 6 eingeführt werden, würde dies letztendlich dazu führen, dass die mit dem DQR verbundene Absicht, zur Mobilität innerhalb Europas beizutragen, für die Berufsgruppe der Hebammen nicht gewährleistet ist. Daher fordert die DGHWi zum einen die Anhebung der Hebammenausbildung auf Bachelorniveau und zum anderen die damit verbundene Zuordnung der Qualifizierung auf Niveaustufe 6 im DQR.

Ziel der DGHWi ist es, eine kompetenz-orientierte, adäquate Einstufung im DQR zu erreichen, die den in der Ausbildung vermittelten Kompetenzen angemessen ist. Zudem muss die internationale Vergleichbarkeit der deutschen Hebammenausbildung gewährleistet sein. Die Gleichstellung und die beruflichen Chancen von in Deutschland ausgebildeten Hebammen im europäischen Wettbewerb müssen gesichert werden. Eine sowohl der Anforderungsstruktur des Berufes als auch den aktuellen Entwicklungen in der beruflichen Erstqualifizierung angepasste Niveau-Zuordnung ist nach Ansicht der DGHWi unabdingbar.

Unabhängig davon unterstützt die DGHWi die grundsätzliche Forderung der Gesundheitsministerkonferenz der Länder, nach einem Zeitraum von fünf Jahren auf der Grundlage kompetenzorientierter Ausbildungsordnungen alle Zuordnungen erneut zu beraten und eine Höherstufung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe, insbesondere der Hebammenausbildung, zu prüfen^[16].

* In der vorliegenden Stellungnahme wird für die Bezeichnung der Berufsgruppe der weibliche Begriff „Hebamme“ genutzt. Die männliche Berufsbezeichnung „Entbindungspfleger“ ist darin eingeschlossen.

Literatur:

- 1 Bundesministerium für Bildung und Forschung (2012). *Der Deutsche Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen*. <http://www.bmbf.de/de/12189.php> (Stand: 16.4.2013).
- 2 BMBF/KMK DQR Portal (2013). *Der Deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen ist eingeführt*. <http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de> (Stand:12.06.2013).
- 3 KMK Kultusministerkonferenz (2012). *Erklärung Spitzengespräch vom 31.1.2012*. <http://www.kmk.org> (Stand 16.4.2013).
- 4 Horschitz, H. & Kurtenbach, H. (2003). *Hebammengesetz*. Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger vom 4. Juli 1985. 3. Auflage. Hannover: Elwin Staude.
- 5 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (1981) in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. März 1987 (BGBl. I S. 929), die zuletzt durch Artikel 40 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist.
- 6 Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. <http://eur-lex.europa.eu> (Stand: 12.06.2013).
- 7 Deutscher Hebammenverband DHV (2013). *Deutsche Hebammenausbildung wird an die Europäische angeglichen*. Pressemitteilung vom 10.10.2013. <http://www.hebammenverband.de/> (Stand 10.10.2013).
- 8 Lisner, W., Sayn-Wittgenstein, F. zu & Hellmers, C. (2013). Stellungnahme zur Reform der Pflegeausbildung – Neufassung der europäischen Berufsanerkennungsrichtlinie (Richtlinie 2005/36/EG). *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science)*, 1 (1), 10-12.
- 9 Pehlke-Milde, J. (2009). *Ein Kompetenzprofil für die Hebammenausbildung: Grundlage einer lernergebnisorientierten Curriculumentwicklung*. Dissertation. Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Charité Universitätsmedizin Berlin.
- 10 Pehlke-Milde, J. & Rübiger, J. (2010). EU in Motion. Die Umsetzung des Europäischen Qualifikationsrahmens in den Gesundheitsberufen. *Pflegewissenschaft*, 7, 389 -394.
- 11 Dachs, C. (2012). *Ergebnisse aus der Umfrage an Hebammenschulen*. Unveröffentlichte Erhebung des Deutschen Hebammenverbandes e.V.
- 12 Deutscher Hebammenverband e.V. (Hrsg.) (2011). *Hebammenausbildung an die Hochschule. Positionspapier des Pädagogischen Fachbeirates im Deutschen Hebammenverband*. Karlsruhe. <http://www.hebammenverband.de/standpunkte-ausbildung-beruf> (Stand:16.4.2013).
- 13 Sayn-Wittgenstein, F. zu (Hrsg.) (2007). *Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und zur Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland*. Bern: Hans Huber.
- 14 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). *Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Gutachten. Bonn.
- 15 Ordre National des Sages-Femmes (2010). *Survey of European Midwifery Regulators*. Paris.
- 16 Beschluss der 86. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 27.6.2013 in Potsdam. TOP 7.2: *Deutscher Qualifikationsrahmen – Einordnung Pflege- und Gesundheitsfachberufe*. http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_86&id=86_07.02 (Stand: 24.7.2013).

Autorinnen:

Dipl.-Med.Päd. Susanne Simon, Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde und Prof. Dr. Claudia Hellmers

im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Stellungnahme zum Beratungsthema: „Screening auf asymptomatische Bakteriurie im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien unter besonderer Berücksichtigung der Testmethoden“

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V.

07.10.2013

In der Stellungnahme werden die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gestellten Fragen aufgegriffen.

1. Welche Bedeutung hat aus Ihrer Sicht eine asymptomatische Bakteriurie in der Schwangerschaft?

Aus Sicht der DGHWi ist bislang nicht hinreichend belegt, ob die asymptomatische Bakteriurie in der Schwangerschaft eine andere Bedeutung hat als außerhalb der Schwangerschaft. Außerhalb der Schwangerschaft wird das Screening auf asymptomatische Bakteriurie nicht empfohlen, da auch keine Behandlung empfohlen wird^[1]. Die Empfehlung zur antibiotischen Behandlung der asymptomatischen Bakteriurie in der Schwangerschaft geht zurück auf die Empfehlungen nationaler und internationaler Fachgesellschaften hierzu. Als maßgeblich für Deutschland kann die S-3 Leitlinie Harnwegsinfektionen von 2010 angesehen werden, an deren Erstellung die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) beteiligt war^[1].

Die Empfehlung zur antibiotischen Therapie der asymptomatischen Bakteriurie in der Schwangerschaft lautet dort:

„Wegen der Gefahr einer Erregeraszension und Pyelonephritis sollte eine antibiotische Therapie erfolgen [190].“

Als Quelle für diese Empfehlung wird eine Guideline der „Infectious Diseases Society of America“ von 2005 angegeben, in der hervorgehoben wird, dass bei einer asymptomatischen Bakteriurie das Risiko einer anschließenden Pyelonephritis wesentlich gesenkt werden kann und damit auch die Frühgeburtlichkeit^[2]. Als Begründung für das bisherige Screening wird allgemein angeführt, dass sich durch die antibiotische Behandlung die Komplikationsrate in der weiteren Schwangerschaft senken ließe, insbesondere der Frühgeburten.

Als Quelle hierfür dient im Wesentlichen ein systematischer Review aus 2001 von Small^[3].

Betrachtet man die in den Review eingeflossenen Quellen (siehe Anhang), so fällt folgendes auf:

- ♦ Die benannten Studien stammen sämtlich aus den Jahren 1964 bis 1971.
- ♦ Die Behandlungsdauer weicht in den Studien erheblich von heute üblichen Verfahren ab. Behandelt wurde zwischen 6 Wochen und bis zum Ende der Schwangerschaft.

Fragenkatalog zum Thema: „Screening auf asymptomatische Bakteriurie im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien (Mu-RL) unter besonderer Berücksichtigung der Testmethoden“ (Screening auf asymptomatische Bakteriurie)

1. Welche Bedeutung hat aus Ihrer Sicht eine asymptomatische Bakteriurie in der Schwangerschaft?
2. Welche relevanten Folgeerkrankungen kommen mit welcher Häufigkeit vor und wie ist der ätiologische Zusammenhang zwischen diesen Folgeerkrankungen mit einer asymptomatischen Bakteriurie belegt?
3. Welche therapeutischen Maßnahmen stehen im Falle eines therapiebedürftigen Befundes in der Schwangerschaft zur Verfügung und zu welchem Zeitpunkt sollten sie eingeleitet werden? Wie beurteilen Sie deren Wirksamkeit hinsichtlich ggf. auftretender Folgeerkrankungen und Komplikationen (vgl. Frage 2.)?
4. Welche Faktoren beeinflussen ggf. eine wirksame Therapie?
5. Ist das gegenwärtig gemäß den Mutterschafts-Richtlinien praktizierte Vorgehen, eine Sedimentuntersuchung bei jeder Vorstellung vorzunehmen – bzw. Papierstreifen-Tests) aus Ihrer Sicht angemessen?
6. Welche Testmethode(n) (oder welche Kombination mit genauen Angaben zu gerätetechnischen Voraussetzungen) ist (sind) aus Ihrer Sicht geeignet für eine solche Routineuntersuchung und zu welchem Zeitpunkt soll welcher Screeningtest durchgeführt werden? Bitte geben Sie zu dem von Ihnen empfohlenen Screeningtest möglichst genaue Angaben zur Zuverlässigkeit, Sensitivität und Spezifität, positiven und negativen prädiktiven Werten sowie Reproduzierbarkeit an.
7. Sind diese diagnostischen Verfahren standardisiert und welche Art der Durchführung gilt derzeit als Goldstandard?
8. Sind bei positivem Testausfall weitere Untersuchungen erforderlich?
9. Welcher Nutzen resultiert aus der von Ihnen vorgeschlagenen Maßnahme für die Zielgruppe gegenüber dem derzeitig verwendeten Verfahren und wie lässt sich dieser Nutzen quantifizieren?
10. Welche negativen Folgen sind bei einem Screening zu erwarten und welche Bedeutung messen Sie ihnen bei (z. B. falsch positive/negative Befunde, Belastung der Schwangeren durch Verdachtsbefunde, Abklärungsdiagnostik)?
11. Sind in Deutschland genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden, um das Screening, die ggf. erforderliche Abklärungsdiagnostik und die ggf. erforderliche Therapie durchzuführen?
12. Welche Qualitätsvorgaben (z.B. fachlich (personell/apparativ, Durchführung, Dokumentation und Evaluation, Bewertung der Ergebnisqualität) halten Sie für ein solches Screening auf asymptomatische Bakteriurie für erforderlich?
13. Wie sollte ein Screening organisiert sein (Erreichen der Zielgruppen, optimaler Testzeitpunkt, Testintervall, Folgediagnostik, Therapieeinleitung)?
14. Wie beurteilen Sie die Wirtschaftlichkeit der von Ihnen empfohlenen Maßnahme?
15. Wie hoch sind die Kosten der von Ihnen genannten Screening-Testverfahren pro Untersuchung und im Vergleich zueinander?
16. Wie hoch sind die Kosten des von Ihnen vorgeschlagenen Screenings pro entdeckten Fall von asymptomatischer Bakteriurie?
17. Wie hoch schätzen Sie die Gesamtkosten pro Jahr in Deutschland bei Screening aller Schwangeren?

- ◆ Behandelt wurde mit heute nicht mehr üblichen Antibiotika, anderen nicht mehr gebräuchlichen antibakteriellen Substanzen und Kombinationen von diesen:
 - Tetracykline sind ab der 16.Schwangerschaftswoche kontraindiziert, da sie zu Störungen der Zahnschmelz- und Knochenentwicklung des Kindes führen können.
 - Naladixic acid ist in der Schwangerschaft kontraindiziert auf Grund der Gefahr von kindlichen Fehlbildungen
 - Sulfonamide sollten im letzten Trimenon vermieden werden wegen der Gefahr einer Hyperbilirubinämie beim Neugeborenen.
 - Bei Anwendung von Nitrofurantoin besteht im letzten Trimenon die Gefahr der hämolytischen Anämie beim Neugeborenen.
 - Bei Mandelamine handelt es sich um ein Antiseptikum, dessen Wirkungsweise darin besteht, sich im Urin als Formaldehyd zu konzentrieren, um damit Bakterien abzutöten.
- ◆ Die Einteilung in verschiedene Gruppen scheint sich alleine an den Ergebnissen der Urinkultur zu orientieren. Es gibt keinen Hinweis auf symptomatische Bakteriurien, die bei der Größe der Gesamtstudiengruppe (8.097) bei ca. 800 bis 1.600 Frauen aufgetreten sein müssten. Da insgesamt nur 547 Frauen behandelt wurden, lässt sich nicht sagen, ob nicht sogar weniger Pyelonephritiden aufgetreten wären, wenn alle Frauen mit symptomatischer Bakteriurie behandelt worden wären. Die prospektive Einteilung in Gruppen mit und ohne Behandlung wäre heute nicht mehr durchführbar, da bei Auftreten von Symptomen behandelt werden würde.

Die damaligen Studienergebnisse sind nach Ansicht der DGHWi nicht geeignet, um auf deren Basis heutzutage Entscheidungen für Screening und Behandlung der asymptomatischen Bakteriurie zu treffen. Aus heutiger Sicht stellt sich die Frage nach einer Behandlungsindikation, angemessener Behandlungsdauer und der Auswahl sicherer Arzneimittel.

2007 wurde ein Update zum Review von Small veröffentlicht. Die Studienqualität wurde dort weiterhin als „poor“ (schlecht) eingestuft. Eine Verminderung der Frühgeburtenrate ist nicht nachweisbar und auch die wenigen verbleibenden positiven Effekte der Antibiotikatherapie in der Schwangerschaft (weniger Pyelonephritiden, weniger Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht) seien mit Vorsicht zu interpretieren [4]. Dieses Update wurde in keiner der Leitlinien berücksichtigt.

Die Guideline „Antenatal Care“ des National Institute for Clinical Excellence (NICE) hat sich in ihrer aktuellen Fassung intensiv mit der Studienlage zu asymptomatischer Bakteriurie befasst. Sie kommt dabei zu dem Ergebnis, dass der Nutzen des Screenings auf asymptomatische Bakteriurie erst durch weitere randomisierte Studien belegt werden muss [5].

Daher kann aus Sicht der DGHWi nach heutigem Stand die Bedeutung der asymptomatischen Bakteriurie nicht sicher eingeschätzt werden. Es gibt Hinweise darauf, dass sie bislang überschätzt wurde, insbesondere was die Senkung der Frühgeburtenrate angeht. Um das Ziel der Senkung der Frühgeburtenrate zu erreichen, gibt es Vorgehensweisen mit deutlicheren Evidenzen [12,13,14].

2. Welche relevanten Folgeerkrankungen kommen mit welcher Häufigkeit vor und wie ist der ätiologische Zusammenhang zwischen diesen Folgeerkrankungen mit einer asymptomatischen Bakteriurie belegt?

Acht Prozent der Frauen mit asymptomatische Bakteriurie entwickeln einen symptomatischen Harnwegsinfekt (HWI) innerhalb einer Woche. Das Risiko für die Entwicklung eines HWI besteht auch noch nach einem Monat [6].

Die Leitlinie Harnwegsinfektionen gibt an, dass etwa 30% der bakteriurischen Frauen eine Pyelonephritis während der Schwangerschaft entwickeln [1]. Hierfür wird jedoch weder eine Quelle angegeben, noch zwischen symptomatischen und asymptomatischen Bakteriurien unterschieden. Die NICE Guideline Antenatal Care gibt eine Erhöhung des Risikos zur Entwicklung einer Pyelonephritis zwischen 1,8% und 28% an, wenn Frauen ohne Bakteriurie mit unbehandelten Frauen mit Bakteriurie verglichen werden [5]. Auch hier ist keine Unterscheidung zwischen symptomatischen und asymptomatischen Bakteriurien ersichtlich. Bei den angegebenen Quellen handelt es sich überwiegend wieder um Studien aus den Jahren 1965 bis 1971 (siehe Anhang), deren Ergebnisse, wie unter Frage 1 bereits erläutert wurde, auf heutige Verhältnisse nicht übertragbar sind.

Die einzige „neuere“ Quelle aus 1987 kommt zu dem Ergebnis, dass schwangere Frauen mit asymptomatischer Bakteriurie häufiger einen symptomatischen HWI entwickeln als Frauen mit sterilem Urin (2-3% versus 0,5%) Eine Pyelonephritis entwickelte sich bei den behandelten und unbehandelten Frauen mit Bakteriurie ungefähr gleich häufig. Die Forscher haben über mehrere Jahre die Ergebnisse von Diagnostik und Therapie von über 7.000 Frauen ausgewertet und dabei auch die antibiotische Behandlung durch andere Ärzte mit einbezogen. Die Art der Behandlung entsprach eher heutigen Behandlungsstandards, insbesondere in Bezug auf die Behandlungsdauer [7].

NICE stellt fest, dass sich Effekte von Screening und Behandlung eher in älteren Studien mit niedriger Studienqualität finden lassen als in neueren Studien.

E.Coli ist der häufigste Erreger bei asymptomatischer Bakteriurie (ca. 70%). Es findet sich wenig dazu, ob der Erregertyp einen Unterschied in der Entstehungswahrscheinlichkeit eines symptomatischen HWI oder einer Pyelonephritis macht. E.Coli- Stämme, die aus dem Urin von Frauen mit asymptomatischer Bakteriurie isoliert wurden, zeigten jedoch eine geringere Virulenz als solche von Frauen mit symptomatischer Bakteriurie [8].

Aus Sicht der DGHWi kann keine konkrete Aussage zur Häufigkeit der Entwicklung eines HWI oder einer Pyelonephritis gemacht werden. Die Entwicklung eines symptomatischen HWI alleine rechtfertigt das Screening auf asymptomatische Bakteriurie nicht, da der HWI alleine gut behandelbar ist und keine Komplikationen nach sich zieht. Zwar kommen sowohl der HWI als auch die Pyelonephritis bei asymptomatischer Bakteriurie gehäuft vor, der positive Effekt einer antibiotischen Behandlung aller Frauen mit asymptomatischer Bakteriurie auf die Entstehung einer Pyelonephritis kann jedoch aus neueren Studien nicht bestätigt werden. Unklar ist, ob mit alleiniger Therapie des symptomatischen HWI oder der Therapie nur bei bestimmten Befunden (spezielle Erregertypen, anamnestische Risiken z.B. vorangegangene Pyelonephritis) die besten Ergebnisse erzielt werden.

3. Welche therapeutischen Maßnahmen stehen im Falle eines therapiebedürftigen Befundes in der Schwangerschaft zur Verfügung und zu welchem Zeitpunkt sollten sie eingeleitet werden? Wie beurteilen Sie deren Wirksamkeit hinsichtlich ggf. auftretender Folgeerkrankungen und Komplikationen (vgl. Frage 2)?

Die grundsätzliche Frage, ob es sich bei der asymptomatischen Bakteriurie um einen behandlungsbedürftigen Befund handelt, ist nach Ansicht der DGHWi nicht hinreichend geklärt. Transiente asymptomatische Bakteriurien sind bei sexuell aktiven Frauen häufig. Bei immerhin 20% der Frauen besteht die Bakteriurie bei einer Untersuchung nach einer Woche nicht mehr [2].

Außerhalb der Schwangerschaft wird die asymptomatische Bakteriurie nicht behandelt. Zur Behandlung von Harnwegsinfektionen stehen sowohl Antibiotika als auch alternative Methoden zur Verfügung. Die sofortige Gabe von Antibiotika wird durch die Leitlinie Harnwegsinfektionen alleine aufgrund klinischer Symptomatik empfohlen (ohne Urinkultur), obwohl die Spontanheilungsrate nach einer Woche zwischen 30-50% liegt. Durch die Antibiotikagabe verkürzt sich lediglich die Zeit, in der die Frauen bei einer Zystitis Symptome haben. In der Leitlinie Harnwegsinfektionen heißt es hierzu: „Bei ansonsten gesunden Frauen in der Prämenopause mit typischer Anamnese und Beschwerden einer unkomplizierten Zystitis ist eine Urinkultur vor Therapiebeginn routinemäßig nicht erforderlich, da mit der klinischen Heilung innerhalb weniger Tage zu rechnen ist und dann keine Konsequenzen aus dem Kulturergebnis mehr gezogen werden können (A-V)“ [1].

Langfristig gibt es keinen Unterschied (Rezidivrate, aufsteigende Infektionen, Spätfolgen) zwischen Frauen mit Antibiotikagabe und der Kontrollgruppe. Die Empfehlung zur antibiotischen Therapie wurde daher gegen das Votum der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin in die Empfehlungen zu Harnwegsinfektionen aufgenommen [1].

Die Behandlung der asymptomatischen Bakteriurie in der Schwangerschaft entspricht der des symptomatischen Harnwegsinfektes. Während Diagnostik und Therapieempfehlungen für Harnwegsinfektionen allgemein mit einem hohen Evidenzgrad belegt sind, geht schon die Bildung der Untergruppen, zu denen „ansonsten gesunde Schwangere“ zählen, in der Leitlinie Harnwegsinfektionen auf den schwächest-möglichen Evidenzgrad (B-V) zurück und kann mit keiner Studie belegt werden.

Die Definition was unter „ansonsten gesund“ zu verstehen ist, bleibt die Leitlinie schuldig. Eingeschlossen sind damit jedenfalls Frauen, bei denen sich schon aus der Anamnese Risikofaktoren für eine höhere Wahrscheinlichkeit zur Entwicklung einer Bakteriurie ergeben, wie Frauen mit Harnwegsinfektionen oder Chlamydieninfektion in der Anamnese, Frauen mit Sichelzellanämie und Frauen, die eine Pyelonephritis in einer vorangegangenen oder derselben Schwangerschaft hatten, sowie Frauen, die aus anderen Gründen innerhalb der letzten Wochen mit Antibiotika behandelt wurden. Es stellt sich daher die Frage, ob durch sorgfältige Anamnese das Vorgehen zur Diagnostik im Rahmen der Schwangerenvorsorge durch unterschiedliche Vorgehensweisen für Frauen mit und ohne Risikofaktoren (evtl. auch Frauen mit [Schwangerschafts-] Diabetes) verbessert/vereinfacht werden kann.

Alle Leitlinien stellen fest, dass es keine einheitliche Empfehlung zu Dauer und Art der Medikation gibt. Tendenziell wird einer kürzeren Einnahmezeit die gleiche Zuverlässigkeit und eine höhere Compliance bei weniger Nebenwirkungen zugeschrieben [1,2,5,9]. Durch die Schwangerschaft ist das Spektrum empfehlenswerter Antibiotika stark eingeschränkt. Hinzu kommt, dass je nach Erreger und Arzneimittel bis zu 38%ige Resistenz vorliegt bzw. bestimmte Erreger nicht sensibel reagieren (siehe Tabelle 1).

Daher sollte die Behandlung nicht vor Vorliegen eines Antibiogramms beginnen. In Anbetracht zunehmender Resistenzen ist zu überlegen, ob eine antibiotische Therapie der asymptomatischen Bakteriurie zu rechtfertigen ist, wenn der Nutzen nicht zweifelsfrei belegt werden kann. Dies gilt insbesondere für das erste Trimenon der Schwangerschaft und für Arzneimittel bei denen eine mögliche Schädigung des Kindes nicht sicher ausgeschlossen werden kann.

Die DGHWi kann die Empfehlung zur antibiotischen Therapie der asymptomatischen Bakteriurie aus der bestehenden Studienlage nicht nachvollziehen. Eine antibiotische Therapie sollte nicht vor Abschluss des ersten Trimenons nach einem wiederholten Antibiogramm erfolgen.

4. Welche Faktoren beeinflussen gegebenenfalls eine wirksame Therapie?

Eine wirksame Therapie wird durch die Sensibilität der Erreger auf die verordneten Arzneimittel und die Resistenzlage beeinflusst (s.o.).

Tabelle 1: Anzahl und prozentualer Anteil sensibler und resistenter Stämme von Escherichia coli und dem gesamten Erregerspektrum von Patientinnen mit unkomplizierter Zystitis aus Deutschland für 9 Antibiotika (Grenzwerte nach CLSI) [187] ARESC Studie (Ib)

	Escherichia coli				Gesamtes Erregerspektrum			
	sensibel		resistent		sensibel		resistent	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ampicillin	144	59,2	85	34,9	157	56,6	105	37,9
Amoxicillin/Clavulansäure	215	88,8	3	1,2	241	87,0	9	3,2
Cefuroxim	222	91,3	1	0,4	274	89,2	7	2,2
Ciprofloxacin	232	95,4	11	4,5	291	92,3	21	6,6
Cotrimoxazol	180	74,0	63	25,9	227	73,9	80	26,0
Fosfomycin	238	97,9	2	0,8	274	96,1	4	1,4
Mecillinam	235	97,5	3	1,2	235	97,5	3	1,2
Nalidixinsäure	220	90,5	23	9,4	251	90,6	26	9,3
Nitrofurantoin	232	95,4	11	4,5	272	86,3	15	4,7

Quelle: Naber et al. 2008 [10]

In der Schwangerschaft haben Frauen auch große Vorbehalte gegen die Einnahme von Arzneimitteln. Daher werden verordnete Arzneimittel häufig nicht oder nicht ausreichend lange eingenommen. Letzteres kann zur Entwicklung von Resistenzen beitragen. Insbesondere angesichts der ungenügenden Studienlage sind Maßnahmen zu unterlassen, die schwangere Frauen ängstigenden und bei welchen kein eindeutiger Nutzen nachgewiesen werden kann.

5. Ist das gegenwärtig gemäß den Mutterschafts-Richtlinien praktizierte Vorgehen, eine Sedimentuntersuchung bei jeder Vorstellung vorzunehmen – bzw. Papierstreifen-Tests) aus Ihrer Sicht angemessen?

Generell wird die Sedimentuntersuchung in der Leitlinie zur Harnwegsinfektion nur bei ausgewählten Indikationen unter Einhaltung hoher Qualitätsstandards empfohlen. Die allgemein übliche Diagnostik dient nur der Diagnosestellung bei symptomatischen Harnwegsinfekten [1]. Wenig hilfreich ist daher der Hinweis auf die Mutterschafts-Richtlinien als Quelle zur Sedimentuntersuchung zur Feststellung einer asymptomatischen Bakteriurie in der Schwangerenvorsorge. Nach Betrachtung der Studienlage kommt die Leitlinie zu folgendem Schluss:

„Es wird deshalb generell empfohlen, in der Schwangerschaft zumindest einmal eine Urinkultur durchzuführen [0,45,62,190,206,245]. Der optimale Zeitpunkt ist nicht bekannt, wird aber meist am Ende des ersten Trimenons empfohlen (A-V) [174,164]. Um eine unnötige Antibiotikabehandlung zu vermeiden, sollte eine asymptomatische Bakteriurie durch eine zweite Urinprobe, die unter optimalen Bedingungen gewonnen wird, bestätigt werden, damit kann die Rate der falsch-positiven Proben um bis zu 40% reduziert werden (Ib) [34]“ [1].

Die NICE Guideline Antenatal Care hat die zur Verfügung stehenden diagnostischen Methoden ausführlich untersucht. Für die Sedi-

mentuntersuchung stellt sie fest, dass gemäß der Studienlage bis zu 75% der Frauen mit asymptomatischer Bakteriurie mit dieser Methode nicht erkannt werden [11]. Empfohlen wird eine einmalige Urinkultur am Ende des ersten Trimenons mit Wiederholung bei positivem Befund [5].

Diese Bewertung der Sedimentuntersuchung deckt sich mit derjenigen in der Leitlinie der Infectious Diseases Society of America. Auch hier wird eine einmalige Urinkultur zum Screening auf asymptomatische Bakteriurie empfohlen.

Trotz der Vorgabe der Mutterschaftsrichtlinie zur Untersuchung des Sedimentes wird diese Untersuchung in der Praxis nur von wenigen Gynäkologinnen und Gynäkologen durchgeführt. Dies hat u. a. organisatorische Gründe. Die Untersuchung des Sediments in der eigenen Praxis erfordert einen relativ hohen Aufwand an Geräten, Zeit und Qualifikation, die bei Urologinnen/Urologen vorhanden sein mögen, in der Praxis der Frauenärztin/des Frauenarztes jedoch üblicherweise nicht. Die Untersuchung des Sediments durch beauftragte Labore erfordert die Versendung der Proben am Vormittag; jedoch ist die Versendung per Post zu den zentral genutzten Laboren nicht möglich.

Es ist nicht möglich alle Schwangerenvorsorgeuntersuchungen des Tages im Zeitraum zwischen Praxiseröffnung und Abholung der Proben (üblicherweise vor 10:00 Uhr) durchzuführen. Da es sich bei Schwangeren überwiegend um gesunde Frauen handelt, die sich häufig im Arbeitsprozess befinden, ist es auch den Frauen nicht möglich alle Vorsorgetermine so zu legen, dass sie grundsätzlich vor 10:00 Uhr morgens stattfinden. Die Vorgabe die Sedimentuntersuchung mit Morgenurin durchzuführen ist nur im klinischen Bereich einfach durchführbar, im ambulanten Setting ist der Prozess von ordnungsgemäßer Probengewinnung, Aufbewahrung und Transport des Urins durch die Frau nicht zuverlässig. Es sind keine Studien

bekannt, welche die Häufigkeit der Urinsedimentuntersuchung in gynäkologischen Praxen im Rahmen der Schwangerenvorsorge zum Forschungsgegenstand haben. Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass die Sedimentuntersuchung eher die Ausnahme als die Regel ist und stattdessen unterschiedliche Urinteststreifen und Urinkulturen zum Einsatz kommen.

Bei dem in den Mutterschafts-Richtlinien vorgesehenen Verfahren ist mit höheren Raten an falsch-positiven Ergebnissen zu rechnen, als im klinischen Studiendesign, in dem in vielen Studien auch Urinproben verwendet wurden, die durch Katheterisierung oder Blasenpunktion gewonnen wurden. Falsch positive Ergebnisse erfordern eine bislang unbekannte Anzahl an unnötigen Wiedereinbestellungen in die ärztliche Praxis.

Im Falle eines auffälligen Sedimentbefundes ist eine Urinkultur notwendig. Sinnvoll wäre daher allenfalls ein vorgeschalteter einfacher Test (wie Streifentest), nicht jedoch eine aufwändige Untersuchung des Sediments.

Bei der Eindeutigkeit der Bewertung der Sedimentuntersuchung und anders lautenden Empfehlungen hält die DGHWi die Beibehaltung der Untersuchung des Sediments in den Mutterschaftsrichtlinien bei jeder Untersuchung für nicht gerechtfertigt. Auf eine detaillierte Bewertung der einzelnen Studien wurde verzichtet.

6. Welche Testmethode(n) (oder welche Kombination mit genauen Angaben zu gerätetechnischen Voraussetzungen) ist (sind) aus Ihrer Sicht geeignet für eine solche Routineuntersuchung und zu welchem Zeitpunkt soll welcher Screeningtest durchgeführt werden? Bitte geben Sie zu dem von Ihnen empfohlenen Screeningtest möglichst genaue Angaben zur Zuverlässigkeit, Sensitivität und Spezifität, positiven und negativen prädiktiven Werten sowie Reproduzierbarkeit an.

Als zuverlässige Testmethode kommt nur die Urinkultur aus Mittelstrahlurin in Frage [1,2,5]. Fraglich ist, ob ein generelles Screening aller Frauen auf asymptomatische Bakteriurie und deren Behandlung einen Nutzen bringt oder ob eine gezieltere Vorgehensweise (Urinkultur bei Beschwerden oder im Risikokollektiv) die Ergebnisse verbessern kann.

Unter der Prämisse, dass ein generelles Screening sinnvoll ist, wird folgendes Vorgehen vorgeschlagen:

- ◆ Einmaliges Screening zwischen 12. und 16. Schwangerschaftswoche mittels Urinkultur
- ◆ Bei positivem Befund und ohne Vorliegen von Beschwerden: Wiederholung der Urinkultur nach einer Woche
- ◆ Nur bei virulenten, persistierenden Erregern nach der 12. Schwangerschaftswoche wird den Frauen die antibiotische Therapie angeboten

- ◆ Erneute Urinkultur nach Abschluss der Behandlung
- ◆ Erstellung eines Merkblattes für Frauen mit Präventionsempfehlungen.

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Studien ist nicht ersichtlich, dass eine Wiederholung des Tests im Verlauf der Schwangerschaft sinnvoll ist. Zwar wurde meist nur einmal getestet, jedoch fanden sich insgesamt wenige Frauen mit Pyelonephritis in den Gruppen, die bei der einmaligen Testung sterilen Urin aufwiesen. Auf genaue Angaben zu den Details der Urinkultur wird aufgrund der Kürze der Zeit verzichtet. Hierzu gibt es bereits Standards, die in den Labors eingehalten werden.

7. Sind diese diagnostischen Verfahren standardisiert und welche Art der Durchführung gilt derzeit als Goldstandard?

Die Erstellung einer Urinkultur zur diagnostischen Absicherung des HWI ist ein standardisiertes Verfahren. Es stellt den Goldstandard dar (s.o.).

8. Sind bei positivem Testausfall weitere Untersuchungen erforderlich? Wenn ja, welche?

„Um eine unnötige Antibiotikabehandlung zu vermeiden, sollte eine asymptomatische Bakteriurie durch eine zweite Urinprobe, die unter optimalen Bedingungen gewonnen wird, bestätigt werden, damit kann die Rate der falsch-positiven Proben um bis zu 40% reduziert werden (Ib) [34] [1,15]. Die Erregereradikation soll mit einer weiteren Urinkultur nach der Therapie verifiziert werden [1]. Die DGHWi schlägt hier einen Abstand von mindestens einer Woche vor, da nach dieser Zeit die hohe Spontanheilungsrate zur Verminderung antibiotischer Behandlungen beiträgt [2] und keine Dringlichkeit bei der Behandlung besteht, wenn innerhalb dieser Frist keine Symptome auftreten.

◆ **Ab welchen Grenzwerten?**

Eine Erregerzahl $\geq 105/\text{ml}$ erfordert eine Behandlung [1,2].

◆ **Wie schätzen Sie die Testgüte der empfohlenen weiteren Untersuchungen ein?**

Die Testgüte der Urinkultur ist hoch. Sie bietet gleichzeitig einen Hinweis, welches Antibiotikum im individuellen Fall wirksam ist. Voraussetzung ist, dass sich bei dem Wiederholungstest der selbe Erreger findet. Die Testgüte ist auch abhängig von der Qualität der untersuchten Urinprobe, Entnahmetechnik, Transport des Urins und Störfaktoren (insbesondere eine bestehende Vaginosis).

9. Welcher Nutzen resultiert aus der von Ihnen vorgeschlagenen Maßnahme für die Zielgruppe gegenüber dem derzeit verwendeten Verfahren und wie lässt sich dieser Nutzen quantifizieren?

Gegenüber der derzeit in den Mutterschafts-Richtlinien vorgesehenen Sedimentuntersuchung bietet die Urinkultur die sicherere Diagnose mit gleichzeitigem Hinweis auf die erfolgreiche Behandlung. Gegenüber dem derzeit überwiegend praktizierten Verfahren mittels Teststreifen liegt eine höhere Testgüte vor. Es handelt sich um ein Verfahren, das in der Praxis umsetzbar ist.

10. Welche negativen Folgen sind bei einem Screening zu erwarten und welche Bedeutung messen Sie ihnen bei (z.B. falsch positive/negative Befunde, Belastung der Schwangeren durch Verdachtsbefunde, Abklärungsdiagnostik)?

Mögliche negative Auswirkungen: Möglicherweise werden bis zu 7% der Frauen antibiotisch behandelt, die durch die Behandlung der asymptomatischen Bakteriurie keine Verbesserung der Lebensqualität erfahren. Mit und ohne Behandlung sind die meisten Frauen nicht von einer Pyelonephritis betroffen. Die Mehrzahl der behandelten Frauen kann durch die Behandlung auch keine positiven Effekte auf den weiteren Schwangerschaftsverlauf erwarten^[7]. Demgegenüber stehen Nebenwirkungen der pharmakologischen Therapie für die Frauen (beispielsweise Candidainfektion nach der Behandlung). Hauptursache für das Auftreten asymptomatischer Bakteriurien ist Geschlechtsverkehr. Die Kenntnis des Zusammenhangs, insbesondere bei persistierender oder rezidivierender Bakteriurie, kann das Sexualleben negativ beeinflussen, insbesondere wenn damit die Angst vor einer Frühgeburt verbunden ist.

Insgesamt ist eine Zunahme der Resistenzbildung zu befürchten. Für die einzelne Frau bedeutet dies, dass sich die Therapieoptionen bei schwerwiegenden Erkrankungen ggf. verschlechtern. Neben der Resistenzbildung spielen individuelle Allergie und Überempfindlichkeitsbildungen eine Rolle.

11. Sind in Deutschland genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden, um das Screening, die ggf. erforderliche Abklärungsdiagnostik und die ggf. erforderliche Therapie durchzuführen?

Ja.

12. Welche Qualitätsvorgaben (z.B. fachlich/personell/apparativ, Durchführung, Dokumentation und Evaluation, Bewertung der Ergebnisqualität) halten Sie für ein solches Screening auf asymptomatische Bakteriurie für erforderlich?

Qualitätsvorgaben sind für Labors vorhanden. Mit Einführung der Urinkultur als Standard in der Schwangerenvorsorge sollte evaluiert werden, ob es zu einem nennenswerten Rückgang der Rate an Pyelonephritiden, Frühgeburten u.a. kommt. Die Häufigkeit symptomatischer HWI, asymptomatischer Bakteriurien und Häufigkeit der Erregerstämme und Resistenzen sollte erfasst werden, um in der Zukunft zumindest über brauchbare Basisdaten für weitere Änderungen der Mutterschafts-Richtlinien zu verfügen.

13. Wie sollte ein Screening organisiert sein (Erreichen der Zielgruppen, optimaler Testzeitpunkt, Testintervall, Folgediagnostik, Therapieeinleitung)?

Siehe Antwort zu Frage 6.

14. Wie beurteilen Sie die Wirtschaftlichkeit der von Ihnen empfohlenen Maßnahme?

Mit der Wirtschaftlichkeit des Screenings hat sich die NICE-Guideline Antenatal Care ausführlich befasst. Demnach ist das Screening nur sinnvoll, wenn dadurch in der Folge Frühgeburten verhindert werden können. Untersucht wurde die Kosteneffektivität der Urinkultur und der Teststreifen.

Für Teststreifen wurde eine Sensitivität von 72% angenommen, für die Urinkultur eine von annähernd 100%.

Unter den angenommenen Häufigkeiten von Pyelonephritis und Frühgeburten mit und ohne Behandlung (unter Verwendung der Studienergebnisse aus den 1960er Jahren) wurden für die Teststreifenmethode rund 32.000 Pfund errechnet, welchen rund 14.000 Pfund Kosten der durch die Behandlung verhinderten Frühgeburt gegenüber stehen. Mit einer Sensitivität ab > 91% wäre die Teststreifendiagnostik derjenigen der Urinkultur wirtschaftlich überlegen. Diese wurde jedoch nur in einer Studie erreicht. Im Ergebnis wird der Urinkultur der Vorzug gegeben^[5].

Auf Basis der Ergebnisse von Foley (1987) wären sämtliche Screeningmethoden auf asymptomatische Bakteriurie **unwirtschaftlich**^[7].

Bei einer Bewertung der Wirtschaftlichkeit sollten die Kosten des Screenings pro verhinderter Pyelonephritis oder pro verhinderter Frühgeburt gesehen werden, da die asymptomatische Bakteriurie für sich betrachtet keiner Behandlung bedarf. Um die Wirtschaftlichkeit des Screenings zu beurteilen wären auch die Kosten der Kontrolluntersuchungen und der Behandlungen einzubeziehen.

15. Wie hoch sind die Kosten der von Ihnen genannten Screening-Testverfahren pro Untersuchung und im Vergleich zueinander?

16. Wie hoch sind die Kosten des von Ihnen vorgeschlagenen Screenings pro entdeckten Fall von asymptomatischer Bakteriurie?

17. Wie hoch schätzen Sie die Gesamtkosten pro Jahr in Deutschland bei Screening aller Schwangeren?

Zu den Fragen 15 - 17 konnten keine Kosten für Deutschland ermittelt oder errechnet werden.

Zusammenfassung

Die DGHWi sieht mit der derzeitigen Evidenzlage kein Vorgehen in der Schwangerschaft begründet, welches von den

Stellungnahmen

Diagnose- und Therapieempfehlungen für nicht schwangere Frauen abweicht. Das bedeutet: kein Screening auf asymptomatische Bakteriurie und keine Behandlung.

Unter der Prämisse, dass sich durch aktuelle, aussagekräftige und auf ambulante Verhältnisse übertragbare Studien Vorteile des Screenings belegen lassen, spricht sich die DGHWi für folgendes Vorgehen aus:

- ♦ Streichung der Anforderung einer Untersuchung des Sedi-ments
- ♦ Anamneserhebung zur Ermittlung einer besonderen Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines HWI (z.B. häufige HWI, Pyelonephritis in einer vorangegangenen oder dieser Schwangerschaft, Lähmungen)
- ♦ Aufklärung der Schwangeren zur Prophylaxe eines HWI evtl. mit Merkblatt
- ♦ Probeweise Einführung eines einmaligen Screenings auf asymptomatische Bakteriurie nach dem ersten Trimenon mit Evaluation der Ergebnisse, Wiederholung nach einer Woche bei positivem Befund.
- ♦ Untersuchungsmethode: Urinkultur mit Antibiotogramm aus Mittelstrahlurin unter standardisierten Bedingungen
- ♦ Bei zweimalig positivem Befund Aufklärung der Schwangeren über Vor- und Nachteile antibiotischer Behandlung und der Möglichkeit falsch positiver Ergebnisse, ggf. Behandlung

Zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden:

In der Leitlinie zu Harnwegsinfektionen heißt es zur schlechten Studienlage ähnlich wie in anderen Leitlinien: „*Andererseits sind methodisch einwandfreie Studien in der Schwangerschaft aus ethischen Gründen schwer durchzuführen und auch in Zukunft nur bedingt zu erwarten.*“ Es irritiert, dass daraus der Schluss gezogen wird, es wäre ethisch gerechtfertigt, ohne methodisch gute Studien Diagnostik und Therapie flächendeckend einzuführen. Zumindest eine Evaluation der Maßnahmen kann erwartet werden.

Aus Sicht der DGHWi ist die derzeitige S3-Leitlinie zu Diagnostik und Therapie der HWI für die Entscheidungsfindung zum besten Vorgehen in der Schwangerenvorsorge nicht geeignet. Bei den Teilnehmer/innen der Konsensrunde kann ein potentieller Interessenkonflikt nicht ausgeschlossen werden, da 75% der Teilnehmer/innen teils umfangreiche Tätigkeiten für die pharmazeutische Industrie angegeben haben. Die DGHWi würde daher die **Beauftragung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)** mit der Erstellung einer unabhängigen Expertise begrüßen.

Darüber hinaus regt die DGHWi an, dass bei den Beschlussempfehlungen des G-BA diejenigen Literaturquellen angegeben werden, die für den Beschluss maßgeblich waren.

Anhang der Leitlinie: siehe http://www.dghwi.de/images/stories/Stellungnahmen/Stellungnahme_asymptomat-Bakteriurie_131007.pdf (S. 10)

Literatur:

- Naber, K.G., Vahlensieck, W., Wagenlehner, F.M.E., et al. (2010). Harnwegsinfektionen: Epidemiologie, Diagnostik, Therapie und Management unkomplizierter bakterieller ambulant erworbener Harnwegsinfektionen bei erwachsenen Patienten. S-3 Leitlinie AWMF-Register-Nr. 043/044. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/043-044_S3_Harnwegsinfektionen.pdf (Stand: 14.12.2013).
- Nicolle, L. E., Bradley, S., Colgan, R., Rice, J. C., Schaeffer, A. & Hooton, T. M. (2005). Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clinical Infectious Diseases*, 40(5), 643-54. <http://cid.oxfordjournals.org/content/40/5/643.full.pdf+html> (Stand: 14.12.2013).
- Smaill, F. (2001). Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2, CD000490 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000490/pdf> (Stand: 14.12.2013).
- Smaill, F. & Vazquez, J. C. (2007). Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2, CD000490. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17443502 (Stand: 14.12.2013).
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2008). Antenatal care, routine care for the healthy pregnant woman. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11947/40145/40145.pdf> (Stand: 14.12.2013).
- Hooton, T. M., Scholes, D., Stapleton, A. E., Roberts, P.L., Winter, C., Gupta, K., Samadpour, M. & Stamm, W. E. (2000). A prospective study of asymptomatic bacteriuria in sexually active young women. *New England Journal of Medicine*, 343(14), 992-7.
- Foley, M. E., Farquharson, R. & Stronge, J. M. (1987). Is screening for bacteriuria in pregnancy worthwhile? *British Medical Journal*, 295, 270. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1247109/pdf/bmjcred00030-0046a.pdf> (Stand: 14.12.2013).
- Svanborg, C. & Godaly, G. (1997). Bacterial virulence in urinary tract infection. *Infectious Disease Clinics of North America*, 11, 513-30.
- Villar, J., Lydon-Rochelle, M. T., Gülmezoglu, A. M. & Roganti, A. (2000). Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2, CD000491. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000491> (Stand: 14.12.2013).
- Naber, K. G., Schito, G.C., Botto, H., Palou, J. & Mazzei, T. (2008). Surveillance study in Europe and Brazil on clinical aspects and antimicrobial resistance epidemiology in females with cystitis (ARESC): Implications for empiric therapy. *European Urology*, 54, 164-78.
- Bachman, J. W., Heise, R. H., Naessens, J. M. & Timmerman, M. G. (1993). A study of various tests to detect asymptomatic urinary tract infections in an obstetric population. *Journal of the American Medical Association*, 270, 1971-1974.
- Unbekannt (2010). Der Einfluss von Parodontitis auf Schwangerschaft und Geburt. www.kaiserberg-klinik.de/_pdf/paro-gyn-de-Altar_V3_Preterm_100206.pdf (Stand: 14.12.2013).
- Deimling, D., Kunze, M. & Ratka-Krüger, P. (2007). Parodontale Erkrankungen während der Schwangerschaft: Besteht Behandlungsbedarf? Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGP) und der Gesellschaft für Zahn- Mund und Kieferheilkunde (DGZMK). *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, 62 (3). www.dgzmk.de/uploads/tx_sdzgmkdocuments/Parodontale_Erkrankungen_waehrend_der_Schwangerschaft_Besteht_Behandlungsbedarf.pdf (Stand: 14.12.2013).
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2013). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review). *The Cochrane Library*, 8. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub3/pdf/standard> (Stand: 14.12.2013).
- Campbell-Brown, M., McFadyen, I. R., Seal, D. V. & Stephenson, M. L. (1987). Is screening for bacteriuria in pregnancy worth while? *Br Med J (Clin Res Ed)*, 294(6587), 1579-82. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1246728/pdf/bmjcred00025-0017.pdf (Stand: 14.12.2013).

Autorinnen: Prof. Dr. Rainhild Schäfers (1.Vorsitzende) und Monika Selow (Sprecherin der Sektion Schwangerenvorsorge)

im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

2. Internationale Fachtagung der DGHWi: Forschende Praxis als Hebammenkunst

21. Februar 2014 in Kassel

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

Die **Keynote** wird durch die renommierte britische Hebamme **Dr. Mary Stewart** präsentiert, die die Leitung der Life Study inne hat, der bisher größten nationa-

len Geburten-Kohortenstudie Großbritanniens. Sie war bereits 2007-2010 die führende Hebammenforscherin der Birthplace in England Studie, in welcher die Outcomes von geplanten Hausgeburten und Geburten in anderen Einrichtungen verglichen wurden. Sie setzt sich aktiv für die Integration von Forschung in die Praxis ein.

Programm

Time	Session/ Topic	Parallel session
09.45h	Registration (Anmeldung)	
10.30h – 10.40h	Welcoming address (Grußwort) by Prof. Dr. Rainhild Schäfers, president of the DGHWi	
10.40h – 10.55h	Welcoming address (Grußwort) by Prof. Dr. med. Beate Schücking, University of Leipzig	
10.55 – 11.00h	Welcoming address (Grußwort) by Ursula Jahn-Zöhrens, chair person of HGH e.V.	
11.00h – 11.50h	A Safe Pair of Hands: Using midwifery research to give the best care to women and their families (Sichere Hände: Hebammenforschung nutzen, um Frauen und ihren Familien die bestmögliche Betreuung zu geben) Keynote address by Dr. Mary Stewart, Lead research midwife of the Life Study	
11.50h – 12.30h	Presentation: Professional Situation of Independent Midwives in Germany – A Descriptive Report of Methods and Results of a Nationwide Survey (Berufliche Situation von freiberuflich tätigen Hebammen in Deutschland – Eine Beschreibung der Methoden und Ergebnisse einer bundesweiten Befragung) Nina Reitis, Dr. Jean Rankin, Prof. Dr. Christine Färber	
12.30h – 13.20h	Lunch break (Mittagspause)	13.00h – 14.00h Workshop: Qualitative Forschung: Wie zeichnet sich ihre Qualität aus? (Qualitative research: Which indicators stand for its quality?) Dr. Gertrud M. Ayerle
13.20h – 14.00h	Presentation: Datenschutz in der qualitativen Forschung - Besonderheiten in der Hebammenwissenschaft (Data protection in qualitative research - special issues in midwifery science) Ute Lange und Julia Kümper	
14.00h – 14.40h	Presentation: Auswirkungen der Diagnose und Therapie des Gestationsdiabetes auf das Erleben der Schwangerschaft und auf die Zeit danach (Implications of diagnosis and therapy of gestational diabetes for women's experience of pregnancy and postpartum) Judith Scholler-Sachs und Prof. Dr. Wilfried Schnepf	
14.40h – 15.20h	Presentation: Befähigt eine Hebammenausbildung in der Klinik zur Begleitung einer physiologischen Geburt? Qualitative Forschung aus dem Bereich der außerklinischen Geburtshilfe (Does midwifery education in a clinical setting enable midwives to assist in a physiological birth? Qualitative research within the realm of freelance midwifery) Nancy Stone	
15.20h – 16.05h	Coffee break / „Coffee to go for presentation“ (Kaffeepause mit Posterpräsentationen)	Poster presentations
16.05h – 16.45h	Presentation: Entscheidungsprozesse bei Komplikationen während Haus- und Geburtshausgeburten aus Sicht von Hebammen und Frauen. Eine Grounded Theory Studie (Decision making processes in the case of complications during home births and birth at a birthing center from the viewpoint of the midwives and women involved. A grounded theory study) Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde	
16.45h - 17.00h	Summing up and concluding the conference	

2. Internationale Fachtagung der DGHWi

Autorinnen der Vorträge / des Workshops

Gertrud M. Ayerle:	Hebamme, Krankenschwester, Studium in Nursing Science, seit 2004 Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale)
Julia Kümper:	Politikwissenschaftlerin, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Osnabrück im Verbund Hebammenforschung
Ute Lange:	Hebamme, Studium der Soziologie und Erziehungswissenschaft, Doktorandin an der Universität Witten/Herdecke
Luise Lengler:	Hebamme, Midwifery Studium an der Glasgow Caledonian University in Schottland und der Medizinischen Hochschule Hannover
Yvonne Meyer:	Krankenschwester, Hebamme, Studium der Erziehungswissenschaften, Dozentin und Forscherin an der University of Applied Sciences West Schweiz
Jessica Pehlke-Milde:	Hebamme, Studium der Pflegepädagogik, Promotion, Professorin an der Zürcher Fachhochschule (ZFH), stellvertretende Leitung im Team Forschung und Entwicklung des Instituts für Hebammen der ZHAW, Schweiz
Nina Reitis:	Hebamme, Studium der Gesundheitswissenschaften, seit 2010 PhD-Studentin an der University of the West of Scotland (UWS), Großbritannien
Judith Scholler-Sachs:	Hebamme, Lehramtsstudium, Studium der Musiktherapie und Diabeteswissenschaften, seit 2011 Doktorandin an der Universität Witten/Herdecke
Nancy Stone:	Hebamme, Studium in Public Health, seit Januar 2013 PhD-Studentin an der University of Central Lancashire (UCLan), Großbritannien

Posterpräsentationen

- ◆ Die Gadamer-basierte Forschungsmethode
- ◆ Postpartale Lebensqualität
- ◆ Die intrapartale Braunüle bei risikoarmen Geburten
- ◆ Prozessanalyse geburtshilflicher Abteilungen
- ◆ Schwangerschaftsrisiken in der außerklinischen Geburtshilfe
- ◆ Handlungsempfehlung zur Einarbeitung in die Wassergeburtshilfe
- ◆ Konsensfindung zwischen Theorie und Praxis
- ◆ Die vaginale Untersuchung während der Geburt

Anmeldung	Teilnahmegebühren		
	Mitglied DGHWi	Studierende/ SchülerInnen	Nicht-Mitglied DGHWi
Bis einschl. 31.12.2013	75.- €	35.- €	110.- €
Bis einschl. 15.02.2014	95.- €	60.- €	130.- €
Tageskasse	105.- €	70.- €	140.- €

Tagungsort

Die Fachtagung wird im Tagungszentrum „Haus der Kirche“, Wilhelmshöher Allee 330 stattfinden, das ca. 600 Meter vom ICE-Bahnhof Kassel-Wilhelmshöhe entfernt ist: www.tagungszentrum-kassel.de; Tel. 0561-9378 1580.

Anfahrt

Mit der Bahn: Vom ICE-Bahnhof Kassel-Wilhelmshöhe aus zwei Stationen mit der **Linie 1 Richtung Wilhelmshöhe:** Haltestelle „Hessischer Rundfunk“.

Anmeldung

Sie können sich über die **Internetseite der DGHWi** unter dem Menüpunkt „2. Internationale Fachtagung der DGHWi“ anmelden. Dort finden Sie ein pdf-Formular, das Sie ausgefüllt an die Geschäftsstelle senden können.

In den Teilnahmegebühren sind die Verpflegung und die Tagungsmappe, einschließlich Abstract-Band, enthalten.

Anmeldungsadresse: E-Mail: 2-int-fachtag@dghwi.de; Fax-Nr.: 0234-77727858

Der Reviewboard der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science)



Prof. Dr. Nicola H. Bauer

Frau Dr.phil. Nicola H. Bauer ist Professorin für Hebammenwissenschaft, Leitung des Studienbereichs Hebammenkunde und Prodekanin im Department für Angewandte Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Gesundheit.

2010 Promotion. Titel: „Das Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal und die möglichen Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden von Mutter und Kind“.

2004-2010 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Verbund Hebammenforschung, Fachhochschule Osnabrück.

2002-heute Projektleitung staatlich anerkannte Weiterbildung „Leitende Hebamme“ des DHV.

2001-2004 Hauptamtliche Lehrerin für Hebammen, Institut für berufliche Bildung im Gesundheitswesen, Fachbereich Hebammen, Vivantes Klinikum Berlin-Neukölln.

1997-2001 Studium Pflege/Pflegemanagement, Ev. Fachhochschule Berlin Diplomarbeit: „Gesellschaftliche und ethische Aspekte der pränatalen Diagnostik. Konsequenzen für die Beratung im Kontext der vorgeburtlichen Untersuchungen“.

1988-2000 Hebamme (klinisch und außerklinisch).



PD Dr. Eva Cignacco

Eva Cignacco ist diplomierte Hebamme und schloss ihre Grundausbildung im Jahr 1993 ab.

Danach arbeitete sie als Hebamme an der Frauenklinik Universitätsspital Bern (CH).

Von 1996-1998 absolvierte sie die Ausbildung zur Pflegeexpertin HöFa II in Zürich und arbeitete nach Abschluss bis im Jahr 2006 als Pflegeexpertin für Geburtshilfe an der Frauenklinik Universitätsspital Bern. Sie erwarb dabei ihre große Fachexpertise in Fragen der Frauengesundheit und der perinatalen Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Familien.

Berufsbegleitend absolvierte sie von 1998 bis 2001 ihr Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Maastricht (NL), und begann im Rahmen ihrer Abschlussarbeit zum Master of Nursing Science an der Thematik des neonatalen Schmerzes zu forschen.

Eva Cignacco erhielt im Jahr 2007 ihren PhD zum Thema: "Pain in Neonates. A nursing perspective" an der Universität Maastricht, Niederlande.

Am Institut für Pflegewissenschaft in Basel ist sie verantwortlich für den Aufbau und die Durchführung des Forschungsprogrammes "Schmerzmanagement bei Neugeborenen". Ihre letzte große Studie in diesem Bereich wurde vom Schweizerischen Nationalfonds finanziert.

Seit dem Jahr 2009 gehört sie dem internationalen Forscherkonsortium Pain in Child Health an, das vom Canadian Institutes of Health Research (CIHR) finanziert wird.

Derzeit ist die co-Studienleiterin einer multizentrischen Beobachtungsstudie zur Thematik „Pediatric End of Life Care Needs in Switzerland“ (Laufzeit 2012-2015). Im März 2014 verlieh ihr die Universität Basel für ihre Arbeit „Pain Management in Preterm Infants: Challenges and Evidence“ als erste Pflegewissenschaftlerin in der Schweiz die Habilitation einer Medizinischen Fakultät.

Seit März 2013 ist sie nun am Institut für Pflegewissenschaft als Privatdozentin im Bereich Forschung und Lehre tätig.

Eva Cignacco ist Herausgeberin zweier Hebammenlehrbücher und zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen.



PD Dr. Mechthild Groß

Gründete 2001 die AG Hebammenwissenschaft an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH).

Seit 2009 leitet sie den Europäischen Masterstudiengang für Hebammenwissenschaft.

Frau Groß ist Hebamme, Dipl.-Psychologin und Krankenschwester. Die Promotion erfolgte 2001 an der Universität Bremen (Gebären als Prozess, 2001). 2010 erfolgte die Habilitation im Fach experimenteller Geburtshilfe.

Von 1989 bis 2010 leitete sie den Forschungsworkshop zur Hebammenforschung in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hebammenverband (DHV).

Derzeit leitet sie den deutschen Arm der OptiBIRTH-Studie, einer clusterrandomisierten EU-Studie zur Steigerung von Spontangeburt nach vorausgegangenem Kaiserschnitt.

Seit 1992 ist sie Mitherausgeberin des Hebammenliteraturdienstes HeLiDi.

Bekanntmachungen

Frau Groß war von 2008 bis 2012 stellvertretende Vorsitzende im Vorstand der DGHWi und arbeitet als Hebamme regelmäßig im Kreißsaal.



Prof. Dr. Sascha Köpke

Sascha Köpke ist seit 2011 Professor für Forschung und Lehre in der Pflege am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck.

Er hat nach seiner Ausbildung zum Krankenpfleger auf Intensivstationen in Hamburg und Glasgow gearbeitet.

Nach dem Studium der Gesundheitswissenschaften an der Universität Hamburg, war er dort von 2004-2011 als wissenschaftlicher Mitarbeiter tätig. Während dieser Zeit war er an mehreren pflegewissenschaftlichen Studien v.a. im Bereich der Altenpflege beteiligt sowie an mehreren Studien zur „Evidenz-basierten Patienteninformation“ und „Shared Decision Making“.

Darüber hinaus erstellte er mehrere systematische Übersichtsarbeiten (Cochrane Reviews). Er ist ein unbekehrbarer Anhänger der Evidenz-basierten Medizin bzw. Pflege.

Auch wenn er bisher noch keine Forschung im Bereich des Hebammenwesens durchgeführt hat, so verfolgt er doch intensiv die Entwicklungen auf dem Gebiet der Hebammenwissenschaft. Dies liegt einerseits an der außerordentlich positiven Erfahrung mit den Geburten seiner eigenen Kinder sowie dem kritischen Diskurs mit seiner Frau, der Hebamme Margit Friedrich v.a. im Spannungsfeld Erfahrungswissen versus empirisch gesichertes Wissen.



Prof. Dr. Petra Kolip

Petra Kolip ist Professorin für Prävention und Gesundheitsförderung an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.

Sie arbeitet seit vielen Jahren zu Themen der Frauengesundheitsforschung und hat u.a. die GEK-Kaiserschnittstudie 2006 und den Faktencheck Kaiserschnitt der Bertelsmann Stiftung 2012 mit verfasst.

Einer Ihrer Arbeitsschwerpunkte liegt darüber hinaus in der Qualitätsentwicklung und Evaluation.



Prof. Dr. Maritta Kühnert

1976-1982 Studium der Humanmedizin an der Johann Wolfgang von Goethe Universität Frankfurt/Main.

1983 Promotion über das Thema: „Konzept und Ergebnisse der Online-Überwachung mit einem Prototyp eines

CTG-Monitor-Systems sub partu im Vergleich mit der klinischen Auswertung anhand des Hammacher-Scores“.

Seit 1998 Ltd. Oberärztin der Klinik für Geburtshilfe und Perinatalmedizin der Philipps-Universität Marburg, ständige Vertreterin von Prof. Dr. med. S. Schmidt, stellvertretende ärztliche Leiterin der Hebammenlehranstalt.

2003 Habilitation für das Fach Geburtshilfe und Frauenheilkunde zum Thema „Fetale Überwachung sub partu unter Berücksichtigung der fetalen Pulsoxymetrie zur frühzeitigen Hypoxiediagnostik und zur Reduktion der Rate operativer Entbindungen“ und Venia legendi im Fach. Ernennung zur Privatdozentin.

2008 Ernennung zur Außerplanmäßigen Professorin.

Forschungsschwerpunkte: fetale Überwachung (CTG, fetale Puls-oxymetrie), Gestationshypertonie, Gerinnungsstörungen in der Geburtshilfe, diabetogene Stoffwechsellage in der Schwangerschaft, Frühgeburtlichkeit, biochemische Tests in der Geburtshilfe (betr. Präeklampsie, Frühgeburt); works in progress: EuFis-Studie.

Arbeitsschwerpunkte: Neben den klinischen und wissenschaftlichen Schwerpunkten umfangliche Managementaufgaben (Qualitätsmanagement in der Geburtshilfe, Anwendung von z.B. einer balanced score card im Klinikmanagement, ökonomische Fragestellungen).



Prof. Dr. Frank Louwen

Work: Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Department OBGYN. Division Obstetrics and Fetomaternal Medicine Training.

Graduate: 1983-1985 Premed, University of Münster, Germany.

1986-1989 Medical School, University of Münster, Germany, Doctoral Dissertation “summa cum laude”.

1989-1994 Residency and Specialization in Obstetrics and Gynecology, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Münster.

Postgraduate: 1994 Germany Board Certification in Obstetrics and Gynecology, in Clinical Genetics and in Sports Medicine.

1997 executive senior physician and deputy medical director Department of Obstetrics and Gynecology, University of Münster, Germany.

Academic Appointments: 2002 Professor of Obstetrics and Prenatal Medicine, Goethe-University of Frankfurt, Division Chief Obstetrics and Fetomaternal Medicine, Director Perinatal Center.



Prof. Dr. Ans Luyben

Ans Luyben (PhD PGDEd PGDM RM) arbeitet als Hebamme im Spital STS AG in Thun, wo sie in die Praxisentwicklung involviert ist.

Sie wurde in den Niederlanden ausgebildet, und arbeitete anschließend in der geburtshilflichen Praxis, im Management und in der Lehre und Forschung in Institutionen in den Niederlanden und der Schweiz. Sie doktorierte in Hebammen-, Gesundheits- und Sozialwissenschaften an die Glasgow Caledonian University in Schottland.

Sie führte verschiedene nationale und internationale Projekte durch, publizierte in Niederländischen, Englischen, Französischen und Deutschen Zeitschriften, und ist Co-Chair des ICM Education Standing Committes.

Ihre Forschungsinteressen beinhalten Personenzentrierte Praxis und Modelle, Organisationssystem und -kultur, Erfahrungen von Frauen, Schwangerschaftsbetreuung, Bildung und vergleichende Cross-kulturelle Studien.



Prof. Dr. Wilfried Schnepf

1974–1977 Krankenpflegeausbildung, Abschluss: sehr gut.

1981 Staatliche Anerkennung als Fachkrankenpfleger in der Intensivpflege mit der Gesamtnote sehr gut.

1995 "Master of Science in Nursing" an der Universität von Wales in Kollaboration mit der Hogeschool van Utrecht, als Stipendiat der Robert Bosch-Stiftung.

2001 Promotion an der Universiteit Utrecht, Faculteit der Geneeskunde.

Juli 2001-Okt. 2005 Kommissarischer Leiter, Lehrstuhl für familienorientierte und gemeinde nahe Pflege, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke.

seit November 2005 Inhaber des Lehrstuhls für familienorientierte und gemeindenaher Pflege.



Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein

Prof., Dr. P.H., Hebamme

seit 2000 Professorin für Pflege- und Hebammenwissenschaft an der Hochschule Osnabrück.

seit mehr als 10 Jahren wissenschaftliche Leitung von mehreren Forschungsprojekten u. a. zum Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal und weiteren geburtshilflichen Fragestellungen.

Forschungsschwerpunkt ist familienorientierte geburtshilfliche Versorgung in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit.

Gründungsmitglied und ehemalige Erste Vorsitzende der DGHWi e.V. (2008-2012).

Seit Wintersemester 2012 Gastprofessorin an der Universität Witten Herdecke, Fakultät Gesundheit.



Prof. Dr. Beate Schücking

Beate A. Schücking unterstützt Hebammenarbeit und -forschung seit 1990

Rektorin der Universität Leipzig seit 2011

Professorin für Gesundheitslehre und Psychosomatik

Fachärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapeutin

von 1995-2011 hat sie den Forschungsschwerpunkt Mutter-Kindgesundheit (www.maternal-health.de) mit vielen hebammen-spezifischen Promotionen an der Uni Osnabrück aufgebaut.

Besonders wichtig ist ihr die internationale Zusammenarbeit, in ihren eigenen Projekten wie im EU-Netzwerk COST: research4birth

Abstracts von Masterarbeiten

Kindsbewegungen – Mütterliche Wahrnehmung fetalen Wohlbefindens

Hintergrund: Studien über fetale Bewegungen haben bislang fast ausschließlich quantitative Gesichtspunkte berücksichtigt. Die vorliegende Arbeit untersuchte die mütterliche Wahrnehmung qualitativer Aspekte fetalen Bewegungsverhaltens im dritten Trimenon.

Methode: Die teilstrukturierten Einzelinterviews mit vier Schwangeren (Gestationsalter 38+5 bis 39+0, Einlingsschwangerschaft, unauffälliger Schwangerschaftsverlauf) wurden mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse: Die Frauen beschrieben drei Wahrnehmungsbereiche: Wahrnehmungen auf „sensorieller“ Ebene bezeichneten die Art, die Intensität und die Lokalisation der Kindsbewegungen. „Zirkadianrhythmische“ Erspürnisse bezogen sich auf das tageszeitabhängige Auftreten fetaler Bewegungen. „Reaktiv-interaktive“ Empfindungen beschrieben die Reaktionsfähigkeit des Ungeborenen und die fortwährende Kommunikation zwischen Mutter und Kind.

Schlussfolgerungen: Frauen können die von ihnen wahrgenommenen Kindsbewegungen detailliert beschreiben. Ihre Wahrnehmungen können als Instrument zur Beurteilung kindlichen Wohlbefindens und der Vorbereitungsprozesse Richtung Geburt genutzt werden. Weitere Untersuchungen sind nötig, um den Zusammenhang zwischen mütterlicher Wahrnehmung und kindlichem Entwicklungs- und Gesundheitszustand besser zu verstehen.

Schlüsselwörter: Schwangerschaft; mütterliche Wahrnehmung; Kindsbewegungen; qualitative Aspekte; Physiologie

Autorin: Josy Kühberger MSc, Hebamme

Die Arbeit wurde im Rahmen des Studienlehrgangs „Angewandte Physiologie in der Hebammenarbeit“ an der FH Salzburg (Österreich) zur Erlangung des Grades „Master of Science“ erstellt.

Wie Hebammen mit Angst umgehen können – Erfahrungen mit dem Konzept der Salutophysiologie als Unterstützung in der Geburtshilfe

Hintergrund: Hebammen sind immer wieder mit dem Gefühl der Angst in ihrer Arbeit mit Schwangeren und Gebärenden konfrontiert. Möglicherweise stellen die Säulen der Gesundheit aus dem Konzept der Salutophysiologie von Verena Schmid geeignete Instrumente dar, dieser Angst zu begegnen.

Fetal Movements – Maternal Perceptions of Fetal Wellbeing

Background: Previous studies about fetal movements almost exclusively considered quantitative aspects. This thesis examined the maternal perceptions of qualitative aspects of fetal movements in the third trimester.

Methods: The semi-structured interviews with four pregnant women (gestational age 38+5 to 39+0, singleton pregnancy, physiologic course of pregnancy) were analysed using qualitative content analysis by Mayring.

Results: Three different types of perceptions were identified: A sensorial type of perception pertained to intensity and localisation of the fetal movements; circadian-rhythmic feelings were related to the fetus' movements at certain time periods during the day; reactive-interactive sensations described the ability of the unborn to react to stimuli and the on-going communication between mother and child.

Conclusions: Women are able to describe the movements of their fetus in detail. Their sensations can be used as a means to assess fetal wellbeing and preparatory processes regarding birth. Further research is required for a better understanding of the correlation between maternal perception and the child's state of development and health.

Keywords: pregnancy; maternal perception; fetal movement; qualitative aspects; physiology

How midwives can cope with their anxiety – Experiences with the concept of “salutophysiology” as a means of support in obstetrics

Background: From time to time midwives experience anxiety in their work with pregnant and childbearing women. It is assumed that the „pillars of health“ of the concept of “salutophysiology” by Verena Schmid are appropriate instruments to address this anxiety.

Methode: Es wurde eine qualitative Studie mit fünf problem-zentrierten Interviews durchgeführt. Die Teilnehmerinnen hatten am zweijährigen Lehrgang „Praktische Salutogenese in der Hebammenarbeit“ mit Verena Schmid teilgenommen. Die Auswertung fand nach der Inhaltsanalyse nach Mayring statt.

Ergebnisse: Es wurden zwei Hauptkategorien „Erleben von Angst“ und „Erleben von Sicherheit“ gefunden. „Erleben von Angst“ wurde in die Unterkategorien „Ursachen“, „Symptome“ und „Auswirkungen“ unterteilt. In der Kategorie „Erleben von Sicherheit“ wurden die Unterkategorien „Strategien“ und „Auswirkungen“ gefunden.

Schlussfolgerung: Die physiologischen Beobachtungs-, Diagnose- und Handlungsmöglichkeiten mit den Instrumenten der Säulen der Gesundheit stellen hilfreiche Instrumente für Hebammen im Umgang mit ihrer Angst dar.

Schlüsselwörter: Hebamme, Angst, Risiko, Salutogenese, Sicherheit, Geburtshilfe

Method: A qualitative study with five problem-centered interviews was conducted. The participants had completed the two-year course „Practical salutogenesis in midwifery“ with Verena Schmid. Content analysis by Mayring was used to analyse the data.

Findings: The content analysis revealed two themes, each consisting of a number of categories. The first theme was „experience of anxiety“ with the categories „causes“, „symptoms“ and „impact“. The second theme was „experience of security“ with the categories „strategies“ and „impact“.

Conclusion: The physiological options of observation, diagnosis and performance are helpful instruments for a midwife in dealing with anxiety.

Key words: midwife, anxiety, risk, salutogenesis, security, obstetrics

Autorin: Birgit Landwehr MSc, Hebamme

Die Arbeit wurde im Rahmen des Studienlehrgangs „Angewandte Physiologie in der Hebammenarbeit“ an der FH Salzburg (Österreich) zur Erlangung des Grades „Master of Science“ erstellt.

Zur physiologischen Dauer der Schwangerschaft in Abhängigkeit von Alter und Gravität der Schwangeren sowie Geschlecht des Kindes: Untersuchung eines Hausgeburtskollektivs von 1953 - 1989

Hintergrund: Die genaue Kenntnis der physiologischen Schwangerschaftsdauer und mögliche individuelle Unterschiede bei der Dauer einer physiologischen Schwangerschaft ist in Anbetracht der Diskussion um den richtigen Zeitpunkt einer Einleitung von besonderem Interesse. Die Erforschung des Themas anhand aktueller Daten wird erschwert durch häufige Einleitungen.

Ziele: Feststellung der Dauer von Schwangerschaften, die nicht iatrogen verkürzt wurden, sowie Identifikation möglicher Unterschiede in der Schwangerschaftsdauer in Abhängigkeit vom Alter und der Gravität der Schwangeren sowie dem Geschlecht des Kindes

Methodik: Retrospektive Analyse von Tagebucheintragungen einer österreichischen Hausgeburtshilfshebamme, die zwischen 1953 und 1989 tätig war. Als glaubwürdig eingeschlossen wurden alle Eintragungen zu Gebärenden, deren Schwangerschaftsdauer nicht mehr als ± 3 bzw. ± 2 Wochen vom Medianwert aller eingetragenen Schwangerschaften abwich.

Ergebnisse: Bei Ausschluss der Schwangerschaften, die mehr als ± 3 Wochen vom Medianwert abwichen konnten 375 Fälle untersucht werden, bei ± 2 Wochen Abweichung 331 Fälle.

Es zeigte sich, dass die Schwangerschaften im Durchschnitt etwa 1 bis 1,5 Tage länger als 280 Tage post menstruationem dauerten. Die Schwangerschaften der Erstgraviden waren um 0,5 bis 1,5 Tage länger als die der Mehrgraviden. Die Schwangerschaftsdauer der Mehrgraviden zwischen 19 und 34 Jahren dauerte 3,14 bzw. 1,14 Tage länger als die der Mehrgraviden über 34 Jahren. Die Schwangerschaften von Jungen dauerten durchschnittlich 0,23 bzw. 0,28 Tage länger als die der Mädchen.

Diskussion: Die Menstrualdaten in den Tagebüchern beschränkten sich auf das Datum der letzten Regelblutung. Da Angaben zur Regelmäßigkeit des Zyklus oder der Genauigkeit des Datums der letzten Regel fehlen, müssen sie als ungenau eingestuft werden. Eine Korrektur des Schwangerschaftsalters durch Ultraschall wurde nicht durchgeführt, auch fehlten nähere Angaben zur Reife des Kindes. Andere Quellen zur Ermittlung einer physiologischen Schwangerschaftsdauer gibt es jedoch kaum.

Schlussfolgerung: Die Differenz der Schwangerschaftsdauer, die in dieser Untersuchung ermittelt wurde zur bisher geltenden Norm scheint zu gering, um daraus Konsequenzen für die Praxis der

Terminbestimmung rechtfertigen zu können. Weitere Forschungen könnten klären, in wie fern die etwas kürzeren Schwangerschaften bei Frauen über 34 lediglich Ausdruck verkürzter Zyklen sind.

Autorin: Susanne Mack MSc, Hebamme

Die Arbeit wurde im Rahmen des Studienlehrgangs "Angewandte Physiologie in der Hebammenarbeit" an der FH Salzburg (Österreich) zur Erlangung des Grades "Master of Science" erstellt.

Sanfte und indirekte Beckenbodenarbeit im Frühwochenbett – Bedeutung dieser Hebammenarbeit aus der Sicht von jungen Müttern in Zürich-Agglomeration

Hintergrund: Die Betreuung von Mutter und Kind im Wochenbett gehört zu den professionellen Aufgaben der Hebamme. Anleitung und Information zu sanften Beckenbodenübungen und beckenbodenschonendem Verhalten sind ein Teil ihrer umfangreichen Aufgaben während der Nachsorgebesuche zu Hause. Der Beckenboden mit seinen vielseitigen, wichtigen Funktionen wird durch die peripartalen Veränderungen stark beansprucht und ist in der postpartalen Phase geschwächt. So leidet bis zu einem Drittel aller Frauen an Harninkontinenz und jede zehnte Frau an Stuhlinkontinenz nach einer Geburt. Beckenbodentraining hat sich zur Therapie von Beckenbodendysfunktionen bewährt. In der frühen postpartalen Zeit ist eine sanfte Herangehensweise angezeigt, welche die physiologische Heilung durch Entlastung und angepasste Bewegungsreize unterstützt.

Methodik: In dieser explorativen deskriptiven Studie wird die Bedeutung der sanften und indirekten Beckenbodenarbeit im Frühwochenbett aus der Perspektive der Zielgruppe erforscht, und es werden Faktoren identifiziert, welche das Fortführen über die Hebammenbegleitung hinaus begünstigen, um Anregungen für eine salutogene Betreuung zu generieren. Die qualitative Erhebung an-

hand sechs problemzentrierter Leitfaden-Interviews mit jungen Müttern wird mittels strukturierender Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse: Die Ergebnisse der Studie zeigen, was den Wöchnerinnen diese therapeutischen und präventiven Interventionen im Frühwochenbett zusätzlich bedeuten: Gesundheitsförderung, angepasste Aktivität und Schonung im Wochenbett, Wahrnehmen können der Mutterrolle, Gelegenheit zur Orientierung, aber auch Erholunginseln und Aktivierung eigener Ressourcen. Sie entsprechen einem Bedürfnis der Wöchnerinnen und bieten ihnen Unterstützung in der anspruchsvollen Umstellungsphase zum vertrauten Selbst zurückzufinden. Alltagstaugliche Instruktionen und der Nachdruck der Hebamme unterstützen das Fortführen; dabei sind Wiederholungen und Erinnerungstützen nötig.

Schlussfolgerung: Da Hebammen junge Mütter während einer Zeit begleiten, in der der Beckenboden geschwächt ist, liegt hier ein zu nutzendes Präventionspotential. Die Beckenbodenarbeit im Wochenbett birgt die Chance eines zusätzlichen Beitrags zur maternalen Gesundheit.

Autorin: Osariere-Claudia Röthlisberger MSc, Hebamme

Die Arbeit wurde im Rahmen des Studienlehrgangs "Angewandte Physiologie in der Hebammenarbeit" an der FH Salzburg (Österreich) zur Erlangung des Grades "Master of Science" erstellt.

Einladung zur Publikation von Qualifikationsarbeiten

Liebe Studierende,

haben Sie eine wissenschaftliche Arbeit verfasst? Eventuell im Rahmen einer umfangreichen Hausarbeit Literatur recherchiert und aufbereitet oder eine forschungsorientierte Qualifizierungsarbeit für Ihren Bachelor- oder Masterabschluss verfasst? Möchten Sie, dass diese nicht im Schrank Ihrer Professorin bzw. Ihres Professors verstaubt... oder sind Sie einfach daran interessiert, was junge Wissenschaftler/innen beschäftigt und worüber sie wissenschaftliche Arbeiten verfassen... – dann sind Sie beim „Jungen Forum“ genau richtig!

Das „Junge Forum“ der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft bietet Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftlern die Möglichkeit, ihre wissenschaftliche Arbeit, welche im Rahmen ihres Studiums oder einer Bachelor- bzw. Masterarbeit entstanden ist, einem breiten Fachpublikum vorzustellen.

Im Wesentlichen sollen die dort publizierten Arbeiten einen forschungsorientierten Kern haben. Damit entsprechen sie den Anforderungen dieser Fachzeitschrift, die wissenschaftlicher Natur ist und ihren Leser/innen neu generierte Erkenntnisse vermitteln möchte.

Anzeigen werden Sie vergebens suchen. Somit kann eine geldliche Aufwandsentschädigung für die Autor/innen nicht gewährleistet werden. Dafür bietet dieses Journal die Möglichkeit, die geleistete Arbeit und den eigenen Namen durch eine Veröffentlichung bekannt

zu machen. Neben dem Namen der Autorin bzw. des Autors wird angegeben, in welchem Rahmen und wo (Studienprogramm, Institution) die Arbeit erstellt wurde.

Veröffentlicht werden im „Jungen Forum“ entweder Abstracts einer wissenschaftlichen Qualifizierungsarbeit oder ein Artikel, welcher diese Arbeit komprimiert darstellt. Die **Abstracts können in Deutsch und/oder Englisch** abgefasst sein und dürfen 3.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) in der Regel nicht überschreiten.

Der (**komprimierte**) **Artikel** ist auf einen Umfang von höchstens 10.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt. Er umfasst nur den Artikel-Text; ein Abstract wird diesem nicht vorangestellt.

Bis zu drei **Tabellen, Grafiken und/oder Bilder/Fotos** können pro (komprimiertem) Artikel mit aufgenommen werden. Genauere Angaben über die Formatierung stehen zum Download auf der Homepage der DGHWi unter der Rubrik „Zeitschrift für Hebammenwissenschaft“ / „Junges-Forum“ zur Verfügung.

Die Abstracts und Artikel können Sie jederzeit, spätestens aber bis jeweils zum 28. (29.) Februar bzw. 31. August eines Jahres, per Mail bei redaktion-fachzeitschrift@dghwi.de einreichen. Bitte senden Sie auch Ihre Fragen an diese Mail-Anschrift.

Anja Leibfritz, Studentische Hilfskraft der DGHWi

Inhaltliche Ziele der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft

In der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft soll eine große Bandbreite verschiedener Forschungsansätze und -gegenstände vertreten sein, die sich nicht nur auf die Schwangerschaft, die Geburt, die postpartale Zeit, die Stillzeit oder das erste Lebensjahr des Säuglings beziehen; auch die Fertilität, die Gesundheit der Frau, die Bildung der Hebammen, die berufliche Tätigkeit oder hebammenspezifische Versorgung im Gesundheitssystem könnten weitere Themen sein.

Beispielhaft werden hier unterschiedliche Forschungsansätze angeführt:

- ◆ Grundlagenforschung
- ◆ Anwendungs- und Versorgungsforschung
- ◆ Bildungsforschung
- ◆ Übersichtsarbeiten (Systematic Reviews)
- ◆ Methodologisch ausgerichtete Arbeiten
- ◆ Forschung mit psychometrischen Verfahren

15. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM)

13.-15. März 2014 in Halle (Saale)

Die Jahrestagung findet unter dem Thema „Prävention zwischen Evidenz und Eminenz“ statt.

Prävention von Krankheiten und deren Risikofaktoren ist grundsätzlich positiv konnotiert und zweifelsohne en vogue – nicht nur politisch durch das neuerlich von einer deutschen Bundesregierung angestrebte Präventionsgesetz. Das Thema der Jahrestagung des Netzwerks Evidenzbasierte Medizin bewegt sich also in einem

Spannungsfeld zwischen besten Absichten, guten Wünschen und oftmals fehlendem wissenschaftlichem Nachweis zum populationsbezogenen Nutzen. Nicht nur Individual- oder Verhaltensprävention soll jedoch Thema sein, sondern insbesondere auch die Verhältnisprävention, eine ungerechtfertigter Weise vernachlässigte Determinante von Gesundheit und Krankheit.

Mehr Informationen unter: <http://www.ebm-kongress.de/>

Schweizerischer Hebammenkongress 2014

14./15. Mai 2014 in Zürich

Der Schweizerische Hebammenkongress findet zum Thema „Die Welt der Geburtshilfe, komm mit auf die Reise!“ statt.

Mehr Informationen unter: <http://www.hebamme.ch/de/heb/kongr/>

Österreichische Hebammenhauptversammlung 2014

21./22. Mai 2014 in Velden, Kärnten

Unter dem folgenden Link werden Sie zukünftig weitere Informationen erhalten:

<http://www.hebammen.at/blog/2013/06/09/hauptversammlung-2014/>

30. Internationaler Hebammenkongress

1.-5. Juni 2014 in Prag

Midwives: Improving Women's Health Globally

Siehe: <http://www.midwives2014.org/>

Dort heißt es: „The Prague 2014 Congress looks set to have one of the largest country representations, with 1360 abstracts being received from midwives in 85 countries. This is matched by 162 countries regularly visiting the Congress website.

The top ten countries submitting abstracts for the Prague Congress are: UK, Japan, Australia, USA, Netherlands, Brazil and New Zealand, Ireland, Canada and Spain.

A record number of 340 Poster abstracts have been received with the largest number in the research category. This means there are over 1000 abstracts for Oral, symposium and workshop presentation. More than half of the non-poster abstracts submitted are for oral presentation. The Research category has attracted the highest number of Oral submissions.

The expert team handling the abstract process has distributed the abstracts papers for marking to a team of 180 midwife reviewers world wide. The criteria for abstract scoring has been set by the Scientific Professional Programme Committee and each abstract is anonymously and independently marked, by two midwives.“

13. Kongress für Versorgungsforschung

24.-27. Juni 2014 in Düsseldorf

Der 13. Kongress für Versorgungsforschung wird zusammen mit dem 10. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin im CCD – Congress Center Düsseldorf – stattfinden. Ausrichter ist

die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Weitere Informationen finden Sie auf www.dgp-dkvf2014.de.

Vorstand der DGHWi

Vorsitzende

Prof. Dr. rer. medic. Rainhild Schäfers

Hebamme, Dipl. Pflegewirtin (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 MSc

Hebamme, Familienhebamme, Master of Science (Gesundheits- und Pflegewissenschaft)

E-Mail: Schriftfuehrerin@dghwi.de

Schatzmeisterin

Nina Knappe

Hebamme, Diplom Kauffrau (FH)

E-Mail: Schatzmeisterin@dghwi.de

Beisitzerin

Prof. Dr. phil. Monika Greening

Hebamme, Dipl. Pflegewirtin (FH)

E-Mail: Beisitzerin@dghwi.de

Impressum

Herausgeberin:

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

Geschäftsstelle:

Janningsweg 4, 48159 Münster

Tel.: 0251-3808 6585; FAX: 0251-3808 6587

Wissenschaftlicher Beirat:

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

Editorinnen:

Dr. rer. medic. Gertrud M. Ayerle, Elke Mattern MSc, Prof. Dr. rer. medic. Rainhild Schäfers, Nina Knappe Diplom Kauffrau (FH), Prof. Dr. phil. Monika Greening

Druck: Eigenverlag (DGHWi), Münster.

ISSN: 2196-4416

Zitierung der Texte:

Autor/innen (2013). Titel. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science)*, 01(02), Seitenzahlen.

Datum: 16.12.2013



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