Prozessorientierte Betreuung und Interventionskaskaden während des Gebärens

Autor(en): **Gross, Mechthild M.**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **106 (2008)**

Heft 7-8

PDF erstellt am: **29.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-949449

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

EDITORIAL

Hebammen sind Macherinnen, können anpacken und sind flexibel. Politikerinnen sind Denkerinnen, wissen welche Ziele sie verfolgen und lieben feste Strukturen. Hebammen in der Politik – ein Widerspruch?
An der Delegiertenversammlung 08 in Sarnen hat sich während den grossen und den persönlichen Diskussionen gezeigt: wir Hebammen sind bereit, gemeinsam einen politischen Kurs einzuschlagen, um unsere Ziele zu erreichen. Das einstimmige Abstimmungsresultat zur Bildung eines Politgremiums auf nationaler Ebene hat mich überwältigt. Wir verschaffen uns Zugang zu den politischen Entscheidungsträgern, machen unsere Arbeit sichtbar und nehmen Einfluss in den Wandel der Gesundheitspolitik. Wenn wir diesen Job nicht erledigen werden es die Politiker tun, Ärzte, Versicherer...
Hebammenarbeit soll auch in Zukunft bezahlt werden, für die Kundinnen kein Luxusartikel sein, den sich nicht jede Frau leisten kann. Wir kennen uns aus mit der komplexen Situation der Mutterschaft. Wir sind die Spezialistinnen, welche in dieser Lebensphase kompetent und einfühlsam begleiten können.
Jede Hebamme leistet ihren persönlichen Beitrag dazu. Wir brauchen dringend komplettes Zahlenmaterial um unsere Arbeit zu veranschaulichen – dazu füllt jede Hebamme mit freiberuflicher Tätigkeit die Statistik des SHV genau aus. Unser Beruf muss bekannt gemacht werden, z. B. während den Einblickspraktika der FAGE in der Gebärabteilung. Wir erläutern in unserem Umfeld und in den Kursen das Arbeitsfeld der Hebamme. Auch einheitliche und breite Auftritte zum internationalen Hebammentag versprechen bessere Wirkung in der Bevölkerung zu erzielen. Einen weiteren wichtigen Beitrag sehe ich darin, die Hebammenkollegin zum Beitritt in den Hebammenverband zu überzeugen. Ich weiss, wir lieben es flexibel zu sein. Aber das interessiert die Politikerin nicht.
Nur wie und ob wir unsere Interessen wirkungsvoll vertreten können.
Aus meiner Tätigkeit als Vorstandsfrau weiss ich, wie gut es tut mitzugestalten, und welche Lust es bereitet, bei politischen Themen Stellung und Einfluss zu nehmen.

Barbara Woodtli
Sektion Zürich und Umgebung

ProGeb-Studie

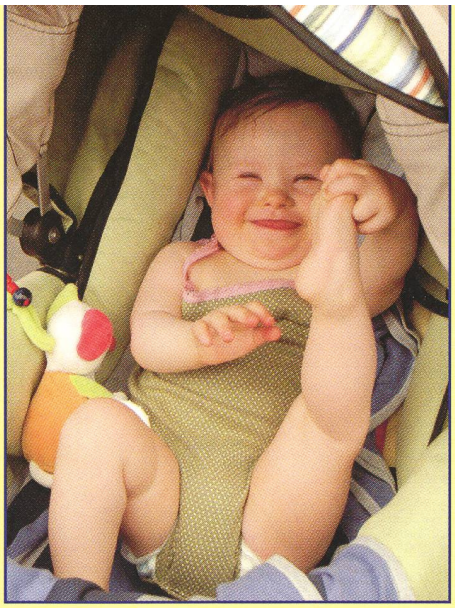
Prozessorientierte Be und Interventionskas

Die geburtshilfliche Forschung und Qualitätssicherung interessierte sich bis vor kurzem fast ausschliesslich für das Outcome einer Geburt; qualitativ hochstehende Geburtshilfe zeichnete sich durch ein gutes mütterliches und kindliches Geburtsergebnis aus. Mit der im deutschen Bundesland Niedersachsen durchgeführten ProGeb-Studie wurde ein völlig neuer Ansatz der Erhebung und Bewertung geburtshilflicher Daten vorgestellt. Der Schwerpunkt der Fragestellung liegt nicht so sehr auf dem Outcome sondern vielmehr auf dem Prozess des Gebärens; das Outcome wird nur als ein Indikator für die Qualität der geburtshilflichen Betreuung gemessen.

Mechthild M. Gross
(für das ProGeb-StudyTeam)

Prozessorientierte Betreuung während des Gebärens (ProGeb-Studie)

Die ProGeb-Studie ist eine von der Deutschen Forschungsgemeinschaft unterstützte longitudinale Kohortenstudie, die sich insbesondere der prozessorientierten Betreuung von Gebärenden verpflichtet fühlt. Obligatorisch werden in Deutschland alle Klinikgeburten mit dem Ziel einer objektivierbaren Vergleichbarkeit und einer Verbesserung des mütterlichen und kindlichen Outcome dokumentiert und analysiert. Nicht zuletzt durch diese Massnahmen konnten seit den 1980er Jahren Fortschritte in der Geburtshilfe bezüglich eines verbesserten Outcomes aufgezeigt werden[1,2]. Studiendesigns wie z. B. Metaanalysen von randomisierten kontrollierten Studien haben eine positive Korrelation zwischen einer geringen Anzahl von Interventionen und einem verbesserten maternalen und fetalen Outcome gezeigt[3]. Zahlreiche systematische Reviews konnten zeigen, dass intrapartale Interventionen entweder einen beschleunigenden oder verzögernden Einfluss auf die Dauer des Gebärens haben.



Fotos: Gerlinde Michel / zVg

:reuung
‹aden während des Gebärens

Die Bedeutung von Längsschnittanalysen für die klinische Geburtshilfe wurden in den letzten Jahrzehnten bedingt durch die Euphorie randomisierter kontrollierter Studien vernachlässigt[4, 5], sodass beispielsweise die Definition des Geburtsbeginns in randomisierten Studien negiert wurde[6]. Längsschnittstudien bieten die Möglichkeit, Geburtsprozesse im Zeitverlauf hinsichtlich verschiedener Einflussfaktoren zu untersuchen, differenziertere Aussagen über Zusammenhänge von Interventionen und Geburtsdauer zu machen sowie Prognosen für Geburtsverläufe zu erstellen.

Im Rahmen der ProGeb-Studie werden zeitbezogene oder zeitabhängige Analysen durchgeführt, um Auskünfte über den Geburtsprozess selbst und seine Beziehungen zu relevanten Determinanten oder Faktoren zu ermöglichen[7].

Der Blick richtet sich ebenso auf den Geburtsbeginn, auf einzelne geburtshilfliche Interventionen und auf deren Einfluss auf den Geburtsprozess. Mit anderen Worten: es wird nicht nur angegeben, ob eine Frau verschiedene Behandlungsmassnahmen erfahren hat, sondern zusätzlich wann diese erfolgt sind. Prozessqualität ergänzt somit den bislang ergebnisorientierten Qualitätsbegriff; neben dem Outcome wird die Dauer des Prozesses ein weiteres Messkriterium.

Studienziele

- Analyse der Wirkung geburtshilflicher Interventionen auf den Geburtsverlauf
- Analyse von Interventionskaskaden
- Exploration optimaler Interventionszeitpunkte und -sequenzen
- Versorgungsaufwand im Prozess der Geburt transparent machen
- Entwicklung von Prozessindikatoren in der perinatalen Qualitätssicherung

Dr. Mechthild M. Gross, Hebamme, Krankenschwester, Diplom-Psychologin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Leiterin der AG Wissenschaftliche Hebammentätigkeit an der Medizinischen Hochschule Hannover; gross.mechthild@mh-hannover.de

Datenerhebung

Für die ProGeb-Studie wurde ein Dokumentationsbogen mit einer minutengenauen Zeitachse für den Geburtsverlauf entwickelt. Die 96 geburtshilflichen Abteilungen in Niedersachsen wurden kontaktiert. Analysiert wurden Einlingsschwangerschaften in Schädellage, bei angestrebter vaginaler Geburt und mind. vollendeter 34. SSW. Daten wurden in 47 Kliniken (n=3963) über 6 Monate, in 11 Geburtshäusern (n=232) und bei 46 Hausgeburtshebammen (n=243) über 12 Monate erhoben. Insgesamt konnten somit 4438 valide Geburtsverläufe erfasst werden. Die Datenerhebung erfolgte durch Hebammenteams. Viele Kolleginnen haben sich sehr dabei engagiert[7].

Neben der Parität erhoben die teilnehmenden Hebammen das mütterliche Alter, Gestationsalter, Bildungsstand und verschiedene mögliche Risiken und sie fragten nach dem Einfluss einer geburtsvorbereitenden Akupunktur, eines besuchten Geburtsvorbereitungskurses und weiterer Faktoren. Intrapartal wurden ausser dem Geburtsbeginn verschiedene mögliche Ereignisse und Interventionen minutengenau dokumentiert (Einleitung, Blasensprung, Oxytocingabe, Periduralanalgesie, Positionswechsel, komplementärmedizinische Anwendungen, Badewanne, Episiotomie, Anwesenheit von Begleitpersonen bzw. Personal). Als Outcome wurden die mütterlichen und kindlichen Werte wie Geburtsmodus, Geburtsverletzungen, Apgar und pH erfasst.

Teiluntersuchungen

Gestützt auf die grosse Datenfülle führten Gruppen von (Hebammen)-Wissenschaftlerinnen unter der Leitung von Dr. Mechthild Gross Teiluntersuchungen durch, die erst zum Teil bereits publiziert sind. Schwerpunkte der Teilstudien sind

z. B. der Vergleich zwischen teilnehmenden und nichtteilnehmenden Hebammenteams[9], der Vergleich von Low-Risk-Geburten im klinischen und ausserklinischen Kontext (Ayerle et al. siehe unten), die Anwesenheit der Hebammen während der Geburt in Bezug auf Interventionen und Geburtsmodus[10], die unterschiedliche Wahrnehmung des Geburtsbeginns durch die Gebärende und der Hebamme[11], der Zeitpunkt für Amniotomie, Oxytocin und PDA und seine Auswirkungen auf Geburtsdauer und Geburtsmodus[12], intrapartale Interventionen ohne Berücksichtigung der Partogramm Action Lines[13].

Erste Resultate liegen vor; ihre konsequente Anwendung in den Kliniken wird die Qualität der geburtshilflichen Betreuung entscheidend verbessern.

In einem Folgeprojekt sollen die Ergebnisse der Datenerhebung dazu verwendet werden, Interventionen während des Gebärens mit dem Wohlbefinden der Gebärenden in Beziehung zu setzen[14]. ◀

Literatur

[1] *Selbmann H. K., Brach M., Elser H., Holzmann K., Johannigmann J., Riegel D.:* Münchner Perinatal-Studie 1975–1977. Daten, Ergebnisse, Perspektiven. Köln-Lövenich: Deutscher Ärzte-Verlag, 1980.

[2] *Sens B., Rauskolb R.:* Qualitätssicherung in der Geburtshilfe nach Einführung von Fallpauschalen – Anforderungen und neue Perspektiven. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1997; 57: M123–M127.

[3] *Enkin M., Keirse M. J. N. C., Neilson J.:* Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt. Handbuch für Hebammen und Geburtshelfer. Bern: Huber, 2006.

[4] *Gross M. M.,* 2001: Gebären als Prozess. Empirische Befunde für eine wissenschaftliche Neuorientierung. Bern: Hans Huber Verlag.

[5] *Timmer A., Gross M. M.:* Evidenz in der Geburtshilfe und Gynäkologie. In: Wacker J., Sillem M., Bastert G., Heyl W. (Hg.) Therapiehandbuch Gynäkologie Wien: Springer Verlag, 2007, S. 3–17.

[6] *Gross M. M., Keirse M. J. N. C.:* Die Klinik des Geburtsbeginns in der geburtshilflichen Forschung. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 2002; 96: 665–670.

[7] *Schwarz C., Wenzlaff P., Hecker H., Gross M. M.* (2005): Prozessorientierte Qualitätssicherung während der Betreuung von Gebärenden. In: Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen, Ärztekammer Niedersachsen (Hrsg.) NPExtra 2004, Version 1.1, Zwickau: Verlag Wissenschaftliche Scripten, S. 171–4.

[8] *Horwege I.:* Forschung im Kreisssaal – Erfahrungsbericht über die Teilnahme an der ProGeb-Studie. Die Hebamme 2006; 19: 39–41.

[9] *Gross M. M., Schwarz C., Burian R. A., Keirse M. J. N. C., Hecker H.:* Midwifery teams differ in their opinions regarding study participation. Birth Issues 2007; 15: 77–82.

[10] *Ayerle G. M., Hecker H., Frömke C., Hillemanns P., Gross M. M.:* Zusammenhänge zwischen Anwesenheit der Hebamme, Interventionen und dem Outcome der Geburt (submitted).

[11] *Burian R. A., Froemke C., Hecker H., Schwarz C. H., Schippert C., Gross M. M.:* Onset of labour: Women's views and midwives' assessment in relation to first stage duration (submitted).

[12] *Gross M. M., Hecker H., Frömke C., Hillemanns P.:* The timing of amniotomy, oxytocin and epidural and its association to labor duration and mode of birth. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2007; 197: S101.

[13] *Ayerle G. M., Frömke C., Hecker H., Gross M. M.:* Intrapartum Interventions without Partogram Action Lines (submitted).

[14] *Gross M. M., Hecker H., Keirse M. J. N. C.:* An evaluation of pain and «fitness» during labor and its acceptability to women. Birth 2005; 32: 122–128.

Mechthild M. Gross, ProGeb-Studie: Prozessorientierte Betreuung und Interventionskaskaden während des Gebärens. Referat gehalten am 15. Mai 2008 am Schweizerischen Hebammenkongress in Sarnen.

ProGeb-Studie

Low-risk und ausser

Diese im Rahmen der ProGeb-Studie durchgeführte Auswertung zeigt anschaulich, was auch andere Analysen bestätigen: dass der Wunsch einer low-risk Frau, eine «normale Geburt», d. h. eine Geburt ohne Interventionen zu haben, eher im ausserklinischen Setting als im Spital verwirklicht werden kann.

Für die Auswertung der ProGeb-Daten habe ich mich am Begriff low-risk orientiert, das heisst Geburtsverläufen mit niedrigem Risiko. So habe ich aus dem gesamten Datensatz alle ausgewählt, die mindestens die 37. Woche vollendet, keine pränatalen Risiken und kein grünes Fruchtwasser sowie einen spontanen Geburtsbeginn hatten. Um ein potenzielles Risiko durch Infektionen zu vermeiden, sollte der vorzeitige Blasensprung weniger als 24 Stunden vor Geburtsbeginn aufgetreten sein. Da Migrantinnen ein höheres Risiko aufweisen, wurden nur Frauen von deutscher Nationalität eingeschlossen.