



Der Kongressbericht
des consilium Hebamme



consilium
Hebamme

A large, white silhouette of a human head in profile, facing right, is positioned on the left side of the page. The silhouette is outlined with a thick blue border. The background of the entire page is a solid teal color.

pädiatrisch gut beraten

IMPRESSUM

Ausgabe

Kongressbericht *pinard* 2022

Autoren

Dr.in Bärbel Baster-Hoffmann
Prof. Dr. Ulrich Heiningen
Dr. Ludwig N. Baumgartner
Dr.in Ann-Kathrin Hirschmüller
Prof. Dr. Wolfgang Kölfen
Dr.in Christine Wehrstedt
Grit König

Redaktion

Dr. Dirk Schilling
Dr.in Kristin Brendel-Walter

Herausgeber

Pädia GmbH
Von-Humboldt-Straße 1
64646 Heppenheim

Telefon: +49 6252 9128700
E-Mail: kontakt@paedia.de
www.paedia.de

ISSN 2751-1537

Der Kongressbericht des consilium Hebamme

Liebe Leserinnen und Leser*,

vor Ihnen liegt das erste Heft zu dem neuen Hebammen-Großkongress *pinard* der Reihe *consilium* Hebamme des Jahres 2022.

Wir haben die Vorträge für Sie zusammengefasst und aufbereitet – wenn Sie am Kongress teilgenommen haben, zur Auffrischung Ihrer Erinnerung und wenn Sie nicht dabei waren, als Anregung und Motivation, beim nächsten Mal live dabei zu sein.

Tragen Sie sich schon jetzt den Termin **17. Februar 2024** für den nächsten *pinard* in Ihren Kalender ein.



Inhalte des Heftes

Den Auftakt unseres Heftes macht Frau Grit König mit einem zum Mitmachen animierenden Beitrag zum Thema Beckenboden. Der anschließende Artikel zur Stillförderung von Frau Dr.in Basters-Hofmann führt die wichtigsten Fakten an, wie man auch kritische oder skeptische Frauen empathisch für das Stillen gewinnen kann. Herr Prof. Heininger widmet sich dem Impfen in der Schwangerschaft und richtet den Fokus besonders auf die Impfungen gegen Influenza, Keuchhusten und COVID-19. Den Vortrag von Herrn Prof. Kölfen zum schwierigen Thema der Kindeswohlgefährdung finden Sie graphisch zusammengefasst in unserem Heft begleitet von einem Verweis auf seine Originalpublikation. Juristische Fallstricke bei der Nutzung von WhatsApp, der Dokumentation und den Abrechnungen werden von Frau Dr.in Hirschmüller beleuchtet. Frau Dr.in Wehrstedt widmet sich in Ihrem Beitrag äußerst differenziert den widersprüchlichen Empfehlungen zu Co-Sleeping im Rahmen der SIDS-Prävention. Last, but not least erfahren Sie im abschließenden Artikel von Herrn Dr. Baumgartner, wie



es um die Last mit der Lust vor und nach der Geburt bestellt ist.

Wir wünschen Ihnen eine gewinnbringende Lektüre, wann und wo es Ihnen am besten passt.

Viel Spaß beim Lesen wünschen

Dr. Dirk Schilling
Leiter Produktmanagement Hebammen

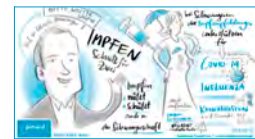
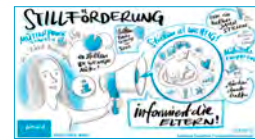
Dr.in Kristin Brendel-Walter
Leiterin consilium

Bianca Köhler-Schweikart
Beratende Hebamme

*Alle Leserinnen und Leser sind uns unabhängig von ihrem Geschlecht gleichermaßen wichtig und willkommen. Zur besseren Lesbarkeit verwenden wir in diesem Heft überwiegend die männliche Form. Wir danken für Ihr Verständnis.

Inhalt

1. Beckenboden.	6
Grit König	
2. Stillförderung.	12
Dr.in Bärbel Baster-Hoffmann	
3. Impfen	18
Prof. Dr. Ulrich Heininger	
4. Kindeswohlgefährdung	23
Prof. Dr. Wolfgang Kölfen	
5. Juristische Fallstricke	24
Dr.in Ann-Kathrin Hirschmüller	
6. Co-Sleeping	30
Dr.in Christine Wehrstedt	
7. Die Last mit der Lust	36
Dr. Ludwig N. Baumgartner	
Selbsttest	46



Sponsoren des Kongresses



Referierende



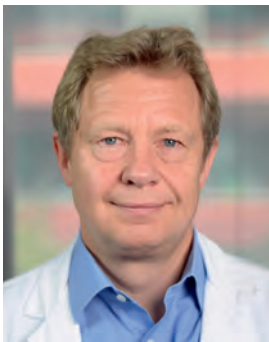
**Dr.in Bärbel Basters-Hoffmann
(Gynäkologin)**

ist Chefarztin der Klinik für Geburtshilfe und Perinatalogie am St. Josefskrankenhaus in Freiburg sowie ausgebildete Still- und Laktationsberaterin.



**Prof. Dr. Wolfgang Kölfen
(Pädiater)**

ist Chefarzt der Klinik für Kinder und Jugendliche am Elisabeth-Krankenhaus Rheydt der Städtischen Kliniken Mönchengladbach sowie Kommunikationstrainer mit Fokus auf dem ärztlichen Patientengespräch.



**Prof. Dr. Ulrich Heininger
(Infektiologe)**

ist stellvertretender Chefarzt und Leiter der Infektiologie/Vakzinologie am Universitäts-Kinderspital beider Basel sowie Mitglied der Ständigen Impfkommission.



**Dr.in Christine Wehrstedt
(Hebamme)**

ist freiberufliche Hebamme in München, MSc Midwifery, Fortbildungsdozentin.



**Dr. Ludwig N. Baumgartner
(Gynäkologe)**

ist niedergelassener Gynäkologe mit eigener Praxis in Freising.



Grit König (Sport- und Bewegungstherapeutin)

ist BeBo®-Therapeutin in Chemnitz und Ausbilderin bei BeBo® Gesundheitstraining Deutschland.



**Dr.in Ann-Kathrin Hirschmüller
(Juristin)**

ist Rechtsanwältin für Medizin- und Arzthaftungsrecht und Partnerin in der eigenen Kanzlei in Hannover.

Beckenboden SPÜREN und TRAINIEREN

Konzentration
 Kleinen Pups zurück halten
 → Schnürendes Gefühl

imaginär einen Tampon FESTHALTEN mit der vaginalen Muskulatur

imaginär den Harnstrahl anhalten

Pressen ist eines der Hauptprobleme für den Beckenboden

Becken kreisen
 Lassen
 Becken auf + zu

Lambert Mädel
 ihren Beckenboden "BERÜHREN!"
 (NACKT)

hier IST es!

Grif König

pinard 05.02.2022, Bonn

Andreas Gaertner / www.sharenotes.de

Beckenboden-Training nach der GEBURT

die GEBURT sind die Olympischen Spiele für den Beckenboden

TRAINING

HARTE LEISTUNG!

Beckenbogen im Alltag immer wieder

TRAINIEREN

AUFRECHT
 bleiben beim Husten, Niesen, Lachen

bewegt und trägt uns durch das LEBEN.

REGENERATIONSZEIT

pinard 05.02.2022, Bonn

Andreas Gaertner / www.sharenotes.de

1 Der Beckenboden

Grit König

1.1 Die Anatomie und Funktion des Beckenbodens

Der Beckenboden ist eine Muskelplatte aus drei Muskelschichten, die im knöchernen Rahmen des Beckens sitzen. Der Beckenboden schließt den Bauchraum und die darin liegenden Beckenorgane von unten ab. Da die Muskelränder nach oben gebogen sind, erinnert der Beckenboden an eine Schale. Die Muskeln erstrecken sich vom Schambein bis nach hinten zum Kreuz- und Steißbein. Seitlich setzen die Muskeln an den beiden Sitzbeinhöckern und Schambeinästen an. Zu unterscheiden sind die drei Muskelschichten des Beckenbodens:

- > **Die äußere Muskelschicht** bestehend aus dem äußeren Afterschließmuskel (*M. sphinkter ani externus*) sowie U-Muskel und Muskelhaltekreuz (*M. Bulbospongiosus*). Der U-Muskel übernimmt wichtige Funktionen beim Sex und unterstützt den Harnröhrenverschluss. Er verläuft vom Schambein unter den Schamlippen entlang, vorbei an Klitoris, Harnröhren- und Vaginaöffnung bis zum Damm auf der anderen Seite wieder zum Schambein.
- > **Die mittlere Muskelschicht** zum reflektorischen Gegenhalt besteht aus der querverlaufenden Muskelplatte (*M. transversus perinei profundus*) und querverlaufenden Muskelsträngen (*M. transversus perinei superficialis*). Muskelplatte und -stränge verlaufen zwischen den beiden Sitzbeinhöckern und den vorderen Schambeinästen und decken die Fläche nach vorne zum Schambein ab.
- > **Die innere Muskelschicht**, die Funktionen bei der Kontinenzsicherung, Beckenbewegung und dem Tragen der inneren Organe innehat, ist der innere Hauptmuskel (*M. levator ani*). Dieser wird von den drei fächer- und schalenförmig nebeneinander liegenden Muskelschlingen *M. puborectalis*, *M. pubococcygeus*, *M. iliococcygeus* gebildet.

1.2 Didaktische Herausforderungen beim Vermitteln des Beckenbodentrainings

Beim Vermitteln des Beckenbodentrainings bestehen besondere Herausforderungen, die beim Training anderer Muskelgruppen nicht auftreten. Zum einen ist der Beckenboden, anders als die meisten Skelettmuskeln, gut versteckt und Bewegungsaufgaben

können kaum visualisiert werden. Hinzu kommt, dass das Thema Beckenbodenschwäche und seine Folgeerscheinungen (z. B. Inkontinenz, Senkungen) häufig tabuisiert sind. Außerdem fehlt vielen Frauen, selbst Hochleistungssportlerinnen die Bewegungserfahrung bezüglich des Beckenbodens. Häufig mangelt es auch am Vokabular, um die Strukturen des Beckenbodens überhaupt benennen zu können. Dann muss beim Beckenbodentraining durch seine Besonderheiten noch mehr Rücksicht auf die verschiedenen Lern-typen genommen werden, um das Training effektiv zu gestalten.

1.3 Den Beckenboden fühlen

Bereits vor der Schwangerschaft empfiehlt es sich, den Beckenboden kennengelernt und ein Gespür dafür entwickelt zu haben. Spätestens während der Schwangerschaft sollten Frauen ein Beckenbodenbewusstsein entwickeln, indem sie ihren Beckenboden finden, berühren und vielleicht sogar mithilfe eines Spiegels betrachten und ihn in seinen verschiedenen Zuständen wahrnehmen.

Zu diesem Ergebnis kam auch die Beckenbodenrehabilitationsstudie BREST (Lange, Tabibi, Hitschold, Lange, & Naumann, 2021), in der gezeigt wurde, dass eine einfache Rückbildungsgymnastik bei einem erhöhten Risiko nicht mehr ausreichend gegen Beckenbodenschäden schützt. Zum einen können angeleitete gezielte Übungen zur Stärkung des Beckenbodens in der Schwangerschaft bei primär kontinenten Frauen das Risiko einer Harninkontinenz in der Spätschwangerschaft und nach der Geburt verhindern.¹ Zum anderen ist der Einsatz des Internetrechners [UR-CHOICE](#) empfehlenswert, um den individuellen Risikoscore für Beckenbodenschäden zu ermitteln und die Beratung zu spezifizieren.

Die Muskelschichten des Beckenbodens sind etwa so dick wie eine Handfläche und willentlich ansteuerbar. Erleichtert wird diese Ansteuerung, wenn klar ist, in welche Richtung die Muskeln verlaufen. Den Zugang zum Beckenbodentraining bekommt man über die drei Beckenbodenöffnungen:

- > den Harnröhrenverschluss
- > den Scheidenausgang
- > den Anus (Darmausgang).

Der Einstieg in das Beckenbodentraining gelingt am einfachsten, wenn dieser währenddessen erfüllt werden kann. Dafür sollten Schwangere auch animiert werden, das Training und Erfühlen für sich allein und zu Hause durchzuführen. Da der Beckenboden mit der Hand recht gut gefühlt werden kann, sollte das Training damit beginnen, sich mit dem Beckenboden auf die eigene Handfläche zu setzen. Dazu zunächst auf der vorderen Hälfte eines Stuhls Platz nehmen, die Beine hüftbreit aufstellen und gerade sitzen. Der Teil des Körpers, der in dieser Position in Kontakt mit der Sitzfläche

¹ Expertenbrief der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Abgerufen am: 01.03.2022

des Stuhls ist, ist der Beckenboden. Dann kann die Hand mit der Handfläche nach oben unter den Beckenboden geschoben werden.

1.3.1 Äußere Muskelschicht

Das Kennenlernen des Beckenbodens beginnt mit der äußeren Muskelschicht durch den äußeren Afterschließmuskel. Um diesen Muskel anzusteuern, hilft es in Gedanken einen kleinen Pups aufzuhalten. Die Anspannung soll wirklich nur ganz leicht erfolgen. Ein Anspannen des äußeren Afterschließmuskels erspürt man dann „schnürend“ in der hinteren Beckenbodengegend.

Da der U-Muskel der äußeren Muskelschicht wichtig beim Sex ist und den Harnröhrenverschluss unterstützen kann, lässt dieser sich willentlich gut ansteuern, wenn die Gedanken Richtung Scheide gelenkt werden: das Anspannen gelingt, wenn man so tut, als wolle man einen Tampon festhalten. Im nächsten Schritt werden die Gedanken nach vorne zur Harnröhre gelenkt, um gedanklich den Harnfluss beim Urinieren zu stoppen. Bei dieser Übung wird häufig die Reflexzone der angespannten Muskulatur sichtbar: Diese liegt im Gesicht zwischen den Augenbrauen und stellt sich mitunter durch eine Furche dar. Ein Ausstreichen an der Stelle ermöglicht Entspannung.

1.3.2 Mittlere Muskelschicht

Die mittlere Muskelschicht, bestehend aus der querverlaufenden Muskelplatte und den querverlaufenden Muskelsträngen, kann gut erspürt werden, indem man sich auf seine eigene offene Handfläche setzt. Besonders am Anfang ist es ratsam, alleine in einer

ungestörten, ruhigen und angenehmen Atmosphäre zu üben. So ist es möglich, sich mit dem nackten Beckenboden auf die nackte Hand zu setzen, um den Beckenboden noch besser fühlen zu können. Die mittlere Muskelschicht des Beckenbodens wird durch den Verschluss aller drei Beckenboden-Öffnungen zusammen mit dem Hochziehen des gesamten Bereichs am Damm aktiviert. Diese Anspannung sollte sich am Beckenboden und/ oder an der Handinnenfläche erspüren lassen.

Die Reflexzone der mittleren Muskelschicht liegt zwischen den Schulterblättern. Um diese zu entspannen, begibt man sich lümmelnd in eine Buckelhaltung. Hingegen wenn man in der Brustwirbelsäule aufrecht bleibt, ist die Region zwischen den Schulterblättern, wie auch der Beckenboden aktiviert. Somit ist der Beckenboden bei einer aufrechten Körperhaltung wach und funktionstüchtig.

1.3.3 Innere Muskelschicht

Die innere Schicht wird schon während des In-sich-Hinein-Ziehens des Beckenbodens (mittlere Schicht) einbezogen. Außerdem ist diese fächerförmige Schicht bei allen Beckenbewegungen beteiligt. Ein anschauliches Beispiel dafür ist ein Fächer, den man öffnen und schließen kann. Ist das Becken bei aufrechter Körperhaltung gekippt (Hyperlordose in LWS), fühlt sich der Beckenbodenfächer offen an. Ist das Becken bei aufrechter Körperhaltung aufgerichtet (Schambein zu Bauchnabel), ist der Beckenbodenfächer geschlossen. Als Übung bietet sich der Wechsel dieser beiden Bewegungsrichtungen des Beckens (Beckenschaukel) an. Kiefer und Gaumen stellen eine korrespondierende Region der inneren Schicht des Beckenbodens dar. Das bewusste Entspannen dieser Region hilft, den Beckenboden entspannen zu können, was genau so wichtig ist, wie das Anspannen können.



Abbildung 1: Die drei Muskelschichten des Beckenbodens

1.4 Der Beckenboden nach der Geburt – Regenerationszeit

Die Geburt ist vergleichbar mit den „Olympischen Spielen“ für den Beckenboden. Der Beckenboden ist in Gänze gefordert und belastet. Daher ist in der Zeit unmittelbar nach der Geburt lediglich eine sanfte Aktivierung des Beckenbodens angezeigt. Ansonsten ist die Zeit nach der Geburt der Wundheilung, Dampfpflege und Wahrnehmungsübungen für den Beckenboden vorbehalten. Das Gefühl im Bereich des Beckenbodens unterscheidet sich nach der Geburt wesentlich von dem Gefühl vor der Geburt. Nach der Geburt ist dementsprechend noch nicht die Zeit für ein Training des Beckenbodens. Stattdessen sollte die Zeit geprägt sein von beckenbodenfreundlichen Bewegungsabläufen mit Hilfe der Atmung.

1.4.1 Atmung – Zusammenspiel zwischen Beckenboden und Zwerchfell

Das bewusste Zusammenspiel zwischen Atmung und Beckenboden unterstützt die Elastizität des Zwerchfells und des Beckenbodens und den Beckenboden-Schutz. Das Zwerchfell (*Diaphragma pulmonale*) ist eine muskulös-sehnige Scheidewand zwischen Brust- und Bauchraum und die wichtigste Atemmuskulatur, die außerdem das ganze Leben lang aktiv ist.

Beim Einatmen kontrahiert das Zwerchfell und senkt sich in den Bauchraum, um der in die Lungen einströmenden Luft Platz zu geben (Abbildung 2). Dabei senken sich ebenfalls die Organe und der Beckenboden, der sich während der Einatmung entspannt und weitet.

Andersherum verhält es sich während des Ausatmens: Beim Ausatmen kommt es zur Relaxation des Zwerchfells, wobei es sich hebt. Im Sog des Zwerchfells heben sich auch die Organe und der Beckenboden (Abbildung 2). Während der Anhebung des Beckenbodens spannt dieser automatisch an. Dementsprechend fällt es leichter, den Beckenboden während der Ausatmung zu aktivieren.

Beckenbodentraining - Entdeckungsreise zur weiblichen Mitte

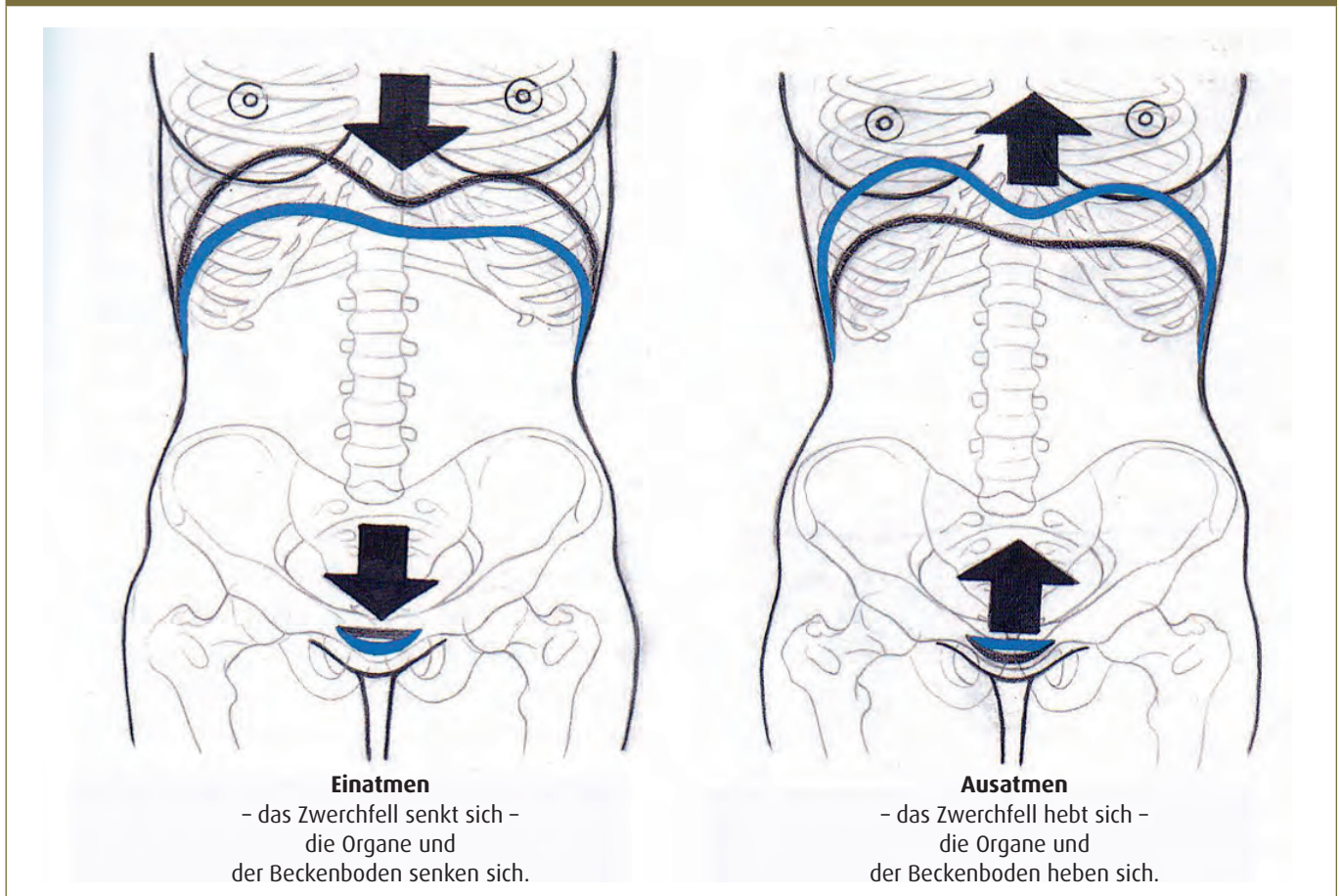


Abbildung 2: Zwerchfell und Beckenboden während der Atmung

1.4.2 Übung: „Entspannte Atemreise“

Für diese Atemübung aufrecht an der Stuhllehne anlehnd Platz nehmen und die Füße mindestens schulterbreit aufstellen. Eine Hand wird auf den Brustkorb und die Andere auf die Bauchdecke gelegt. Dabei bleiben die Schultern entspannt. Nun wird die eigene Atmung beobachtet und ein eigener Rhythmus gefunden. Der Fokus richtet sich auf den sich senkenden und hebenden Brustkorb sowie auf die sich ebenfalls senkende und hebende Bauchdecke. Der einströmende Atem wird bewusst wahrgenommen und über Brustkorb und Bauch bis tief in die Beckenregion einströmen gelassen. Während der Einatmung darf sich der Beckenboden gemeinsam mit Brustkorb und Bauchdecke weiten und dehnen. Während des Ausatmens zieht er sich wieder gemeinsam mit Brustkorb und Bauchdecke zurück.

1.5 Der Beckenboden belebt den Alltag

Im Alltag gilt für einen schonenden Umgang mit dem eigenen Beckenboden, eine aufrechte Körperhaltung immer dann einzunehmen, wenn es anstrengend wird. Für einen beckenbodenfreundlichen Alltag hilft die Beachtung folgender Alltagsregeln:

1. **Aufrecht bleiben** beim Husten, Niesen, Lachen o.ä.
2. **Kein Pressen auf der Toilette**, denn Pressen ist eine der Hauptursachen für Beckenbodenprobleme. Beim Urinieren erleichtert ein Hohlkreuz den Vorgang, ähnlich wie beim Ausschütten einer Schale. Der Stuhlgang wiederum wird durch einen runden Rücken und höher aufgestellte Füße (z.B. mithilfe einer Fußbank) unterstützt.
3. **Kräftiges Anspannen des Beckenbodens nach jedem WC-Gang**. Dadurch wird der Beckenboden wieder in seine Grundspannung zurückgeholt.
4. **Alltagsintegration**: Haltung, rückerrechtes Bücken, Ausatmen beim Heben/Tragen einer schweren Last
5. **Keine einengende Kleidung um den Bauch**, denn diese verursacht einen ständigen Druck nach unten. Dadurch muss der Beckenboden ständig gegenhalten und verliert entweder an Elastizität und wird hyperten, oder er gibt nach und die Organe senken sich.

1.5.1 Übung: „Beckenbodengerechtes Aufstehen und Hinsetzen“

Zum Aufstehen auf die vordere Stuhlhälfte rutschen und die Beine mindestens hüftbreit aufstellen. Die Füße müssen dabei einen sicheren Stand haben und entweder parallel oder in Schrittposition unter den Körper gebracht werden. Vor dem Aufstehen wird der Oberkörper in aufrechter Körperhaltung bis zum Körperschwerpunkt vorgeneigt. Unmittelbar vor dem eigentlichen Aufstehen den Beckenboden aktivieren, und mit (hörbarer) Ausatmung aufstehen.

Für das beckenbodengerechte Hinsetzen zuerst den Beckenboden aktivieren und auf eine aufrechte Körperhaltung achten. Die Füße werden mindestens hüftbreit sicher aufgestellt. Dafür eignet sich, wie beim Aufstehen, entweder eine parallele oder die Schrittposition. Das Hinsetzen selbst wird von der (hörbaren) Ausatmung begleitet und geschieht muskulär geführt. Das heißt, dass das Hinsetzen gebremst wird, um ein ungebremstes „auf den Stuhl plumpsen“ zu verhindern. Bei Anstrengung sollte für die Schonung des Beckenbodens generell ausgeatmet werden, weil das den Beckenboden aktiviert und ein Pressen und damit das nach unten Verlagern der Organe verhindert.





1.5.2 Übung: Kniebeugen (Squats)

Als Kräftigungsübung für die Bein- und Gesäßmuskulatur sowie den bewussten Umgang mit dem Beckenboden im Alltag ist die Übung „Kniebeuge“ sehr gut geeignet. Für diese Übung wird zunächst ein aufrechter Stand eingenommen, die Füße schulterbreit aufgestellt und leicht nach außen gedreht. Im Rumpf wird eine Längsspannung aufgebaut und gehalten: Rücken und Nacken sind lang gestreckt, ohne dabei die Schultern hochzuziehen, denn die Schultern bleiben entspannt unten. Während der Beugung der Knie wird das Gesäß nach hinten geschoben, damit die Knie über den Füßen bleiben und nicht nach vorne über die Fußspitzen hinausgehen. Während der eigentlichen Kniebeuge wird der Beckenboden aktiviert und ausgeatmet. Dann normal weiteratmen. Beim Hochkommen aus der Kniebeuge, also dem Kniestrecken, weiterhin an die Längsspannung im Rücken denken, wieder den Beckenboden aktivieren und ausatmen. Am Ende der Übung weiteratmen. Mehrmals wiederholen.

STILLFÖRDERUNG

MÜTTER POWER STÄRKEN
Dr. in Bärbel Banker-Hoffmann

es stillen zu WENIGE Mütter!

Stillen Banker SCHUTZ vor SIDS

Stillen ist WICHTIG!

Min. ein halbes JAHR STILLEN für MÜTTER und KIND!

Mütterliche KOMPETENZ

"Hürden" durch-kraften

informiert die ELTERN!

pinard 05.02.2022, Bonn Andreas Gaertner / www.sharenotes.de

Gut beratene

MÜTTER

stillen länger und zufriedener!

pinard 05.02.2022, Bonn Christine Münzenmaier / www.sharenotes.de

2 Stillberatung in der Schwangerschaft – einfühlsam und evidenzbasiert

Dr.in Bärbel Basters-Hoffmann

Eltern benötigen Informationen zum Thema Stillen, denn eine informierte Entscheidung ist bereichernd und unverzichtbar. Dennoch wirft die Stillberatung zahlreiche Fragen in der Hebammenpraxis auf. Dazu gehört:

- > Welche Informationen benötigen die Eltern?
- > Wie vermittele ich diese Informationen verständlich, neutral und ohne Druck für die Mutter?
- > Wie kann die Stillvorbereitung für Risikogruppen (z. B. bei Frauen mit Gestationsdiabetes) aussehen?

Grundsätzlich möchte ein Großteil schwangerer Frauen in Deutschland ihr Kind nach der Geburt stillen. Auf die Frage, ob sie stillen werden, lautet die Antwort bei 95 % der Schwangeren „Ja, wenn’s klappt.“ Dies impliziert jedoch bereits die Erwartung von Problemen beim Stillen. Die Formulierung dieser einfachen Frage, wie sie z. B. während des Elterngesprächs vor der Geburt gestellt wird, ist wesentlich in Ihrer Bedeutung. Besser als „Wollen Sie stillen?“ oder „Wie wollen Sie Ihr Kind ernähren?“ ist die Formulierung „Werden Sie stillen?“ und sollte ganz bewusst so gewählt werden.

Die Empfehlung von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der United Nations Children’s Fund (UNICEF) zur Stilldauer von Säuglingen lautet, „[...] dass Säuglinge zur Erzielung ihres optimalen Wachstums sowie ihrer optimalen Entwicklung und Gesundheit während der ersten 6 Lebensmonate voll (d.h. ausschließlich) gestillt werden sollten. Anschließend sind sie zur Deckung ihres sich weiterentwickelnden Nährstoffbedarfs mit ernährungsphysiologisch angemessener und sicherer Nahrung zusätzlich zur Muttermilch zu ernähren, und zwar bis zum Alter von 2 Jahren oder darüber hinaus.“ (1).

Jedoch zeigt die Prävalenz zum Stillen in Deutschland ein anderes Bild (2). Aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, der KiGGS Welle 2, zeigen Daten für die Geburtsjahrgänge 2009/2010, 2011/2012 und 2013/2014, dass Kinder zwar zu über 85 % jemals gestillt und zu über 72 % jemals ausschließlich gestillt wurden. Jedoch lag die Rate für volles Stillen nach 6 Monaten nur noch bei 11 bis 15 %, was eine desolante Situation darstellt. Gemäß der ersten Studie zum Stillen und Säuglingsernährung in Deutschland (SUSE-Studie) und der KiGGS Welle 2 sind die Gründe für das Abstillen an erster Stelle zu wenig Milch, gefolgt von Mastitis (2-4).

Missverständnisse und Fehlinterpretationen am Stillbeginn sind häufig die eigentliche Ursache für das frühe Abstillen. Die Fehler liegen dabei zum Teil auch auf Seiten der Hebammen oder anderen Betreuenden der schwangeren Frauen sowie der niedergelassenen Frauenärztinnen und -ärzte. Auch in diesen Berufsgruppen ist das Stillwissen teils noch immer unterentwickelt.

2.1 Geschichte des Stillens in Deutschland

Viele der heutigen Probleme beim Stillen sind auf menschengemachte Veränderungen der Stillpraxis im Laufe der Zeit zurückzuführen. Im 19. Jahrhundert war das Stillen noch selbstverständlich. Die Frauen haben ihre Kinder zu Hause geboren und hatten von Beginn an die nötige Nähe zu ihrem Kind. Nur etwa 9 % der Geburten haben in klinischen Einrichtungen stattgefunden. Im Jahr 1843 findet sich in einem Buch der Gesundheitslehre noch der Satz: „Auch der kleine Mensch hat allerhand Eigentümlichkeiten. Eine zärtliche Mutter findet sie heraus und richtet sich danach.“ Genau dieses Konzept soll heute wieder etabliert werden, nachdem das Stillen über ein Jahrhundert lang unnötig verkompliziert wurde. Wenn sich alle Beteiligten, auch Hebammen, Geburtshelferinnen und -helfer sowie ärztliche Betreuende auf die Bedürfnisse des Kindes einlassen, wird die Interaktion zwischen Mutter und Kind ebenfalls funktionieren.

Die zunehmende Verkomplizierung des Stillens begann etwa ab 1900. Während der zunehmenden Industrialisierung und steigenden Bevölkerungsarmut waren die Frauen dazu gezwungen außerhalb des Hauses zu arbeiten, um zum Einkommen beizutragen. Dadurch waren die Frauen weniger zu Hause, was das Stillen insgesamt erschwerte. Außerdem war der Wert der Muttermilch noch unbekannt, was zu einer Säuglingssterblichkeit von etwa 21 % führte. Derartige Daten wurden zu der Zeit jedoch noch nicht systematisch erfasst. Erst im Nachhinein wurde bekannt, dass bei nicht gestillten Kindern die Säuglingssterblichkeit um den Faktor 7 höher war als bei gestillten Kindern.

In den 1940er Jahren wurden erste antibiotische Behandlungen möglich, die die hohe Säuglingssterblichkeit z. B. aufgrund von Diphtherie wieder deutlich senken konnten. Mit zunehmenden Erkenntnissen in den Bereichen Hygiene, Antibiose und Schmerztherapie wurde die Geburtshilfe klinischer. Als Folge wurden die Geburten zunehmend in Krankenhäuser verlegt und das Fachgebiet der Kinderheilkunde entstand. Der Fokus auf die kindliche Gesundheit ohne die ganzheitliche Betrachtung der Mutter-Kind-Beziehung führte zu einer Trennung von Mutter und Kind unmittelbar nach der Geburt. Stattdessen basierte die Kinderheilkunde eher auf eminence-based medicine, mit der sich die damaligen Spezialisten in ihren Überzeugungen und Weltbildern verewigen wollten.

In der Zeit entstanden die klaren Konzepte zur Trennung von Mutter und Kind auf der Wochenbettstation aus Hygiene- und organisa-

torischen Gründen. Darunter mischten sich neue weltanschauliche Ansichten, dass man Kinder früh erziehen müsse und nicht verwöhnen dürfe. Auf dieser Basis wurden z.B. Stilldiagramme entwickelt, die Angaben wie „Stillen 5 Mal am Tag und auf keinen Fall nachts“ postulierten. Diese Regeln sollten streng durchgesetzt werden, da Mütter sich von den Strapazen der Geburt wieder erholen sollten. Jedoch wurde das Stillen dadurch verkompliziert bis unmöglich gemacht. Daher waren zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Stillraten nur noch bei etwa 20 %.

Noch heute werden in Elternschulen überholte Konzepte weitergegeben, wie etwa, dass Kinder Schlafen lernen und auch über Frust lernen müssen. Die historisch entstandenen Begrenzungen der Stilldauer, die Durchführung von Stillproben und weitere Faktoren sind heute überholt. Dennoch werden diese teils heute noch an die Eltern weitergegeben und sind sogar kontraproduktiv für den Stillerfolg. Ebenso kursieren in den meisten Familien weiterhin hartnäckig Ammenmärchen rund um das Stillen und die Ernährung der Kinder.

Dementsprechend muss diesen veralteten Konzepten begegnet werden. Besonders, wenn schwangere Frauen so etwas ansprechen, müssen Hebammen und Geburtshelferinnen und -helfer adäquat darauf reagieren und dies für die Eltern verständlich widerlegen können.

2.2 Stillberatung

2.2.1 Für wen und durch wen?

Eine Stillberatung in der Schwangerschaft benötigen alle Eltern, die Mütter sowie die Väter. Dabei ist gemäß einer Studie aus Bayern zwischen April 2005 und Januar 2006 die wichtigste Informationsquelle zum Thema Stillen vor der Geburt mit 53 % die Hebamme oder Stillberaterin bzw. der Stillberater, gefolgt von Printmedien/Fernsehen mit 41 % und Familie/Freunde mit 18 % (5).

Jedoch zeigen eigene Erfahrungen im klinischen Alltag, dass Printmedien bzw. Fernsehen eher eine geringe Rolle bei der Elterninformation zum Thema Stillen spielen. Eine sehr große Bedeutung kommt hingegen den Berichten und Informationen durch Freunde und die eigene Familie zu. Leider werden dadurch viele schlechte Erfahrungen verbreitet, denen in der Stillberatung entsprechend begegnet werden muss. Gute Erfahrungen von Müttern oder Großmüttern werden kaum berichtet, da diese aus einer Zeit stammen, in der die Stillberatung in Deutschland noch unterentwickelt war. Anders sieht die Situation bei Migrantinnen aus – diese Stillen im Vergleich zu deutschstämmigen Müttern statistisch häufiger.

Einen Einfluss auf die Stillwahrscheinlichkeit haben darüber hinaus Partner, Sozialstatus, Rauchen, das Alter der Mutter sowie Frühgeburtlichkeit (6). Aus der KiGGS Welle 1 (Geburtsjahrgänge 2002-2012) wurde das ausschließliche Stillen nach 4 Monaten hinsichtlich des Einflusses verschiedener demographischer Gegebenheiten ausgewertet. Demnach stillten Mütter mit einfachem Bildungsstatus, unter 24 Jahren sowie Raucherinnen signifikant weniger als die Gesamtbevölkerung.

Werden Sie stillen?

Wird mein Baby satt?
Klappt das?
Habe ich genug Milch?

Entscheidung
noch während der Schwangerschaft
hilft!

Dr.in Bärbel Basters-Hoffmann

pinard

05.02.2022, Bonn

Christine Münzenmaier / www.sharenotes.de

Lediglich 21% [95%-Konfidenzintervall: 16,1-27,0] der Mütter mit einfacher Bildung stillten ihr Kind nach 4 Monaten noch ausschließlich, während 35% [32,3-37,3] der Frauen mit mittlerer und 50% [46,1-53,3] der Frauen mit hoher Bildung ihr Kind nach 4 Monaten noch voll stillten. Unter Müttern mit einem Alter bis zu 24 Jahren bei der Geburt stillten nur 16% [11,3-22,9], während bei den 25- bis 29-jährigen 29% [25,3-33,3] und ab einschließlich 30 Jahre über 40% der Frauen nach 4 Monaten noch voll stillten. Unter in der Schwangerschaft rauchenden Frauen stillten nur 10% [5,8-15,7] nach 4 Monaten noch ausschließlich, bei den nichtrauchenden Müttern waren es 37% [35,0-39,7].

2.2.2 Was vermitteln?

Damit eine schwangere Frau eine Entscheidung treffen kann, inwiefern sie ihr Kind stillen möchte, muss sie gut informiert sein. Der Schwangeren muss vermittelt werden, dass sie die Wahl hat, zwischen:

- > Vollstillen
- > Teilstillen
- > Kurz Stillen
- > Lang Stillen
- > Nicht Stillen
- > Tandemstillen

Eine Information der werdenden Eltern muss auf für sie verständliche Art erfolgen. Dazu sind zahlreiche Möglichkeiten vorhanden und es eignen sich ganz unterschiedliche Tools. Die Still- und Laktationsberaterin und Hebamme Susanne Henzler hat dazu z. B. ein Quiz entwickelt.² Damit können im Geburtsvorbereitungskurs die Themen rund ums Stillen anhand der Kärtchen durchgegangen und spielerisch erlernt werden.

Weiterhin sind z. B. vom Netzwerk Junge Familien oder vom Hebammenverband kostenfreie Hefte und Broschüren zum Thema Stillen erhältlich. Mittlerweile kann außerdem auf gutes und frei zugängliches Videomaterial verwiesen werden.

2.3 Risikogruppen

Im Rahmen der Stillberatung liefert die Anamnese zu evtl. vorhandenen eigenen Stillserfahrungen und Stillserfahrungen in der Familie bereits wichtige Hinweise auf den Stillerfolg. Wenn bereits bei der Mutter der Schwangeren keine Probleme bestanden, läuft das Stillen in der Regel auch bei den werdenden Müttern gut. Wird jedoch über Stillprobleme in der Familie berichtet und kommen noch weitere Faktoren hinzu, so muss in der Stillberatung besonders darauf eingegangen werden.

2.3.1 Gestationsdiabetes

Für Frauen mit Gestationsdiabetes ist die Stillvorbereitung sehr wichtig. Zum einen stillen Frauen mit Gestationsdiabetes ihre Kinder durchschnittlich seltener und kürzer als Frauen ohne Diabetes (7). Gründe hierfür sind insbesondere die frühe Einleitung der Geburt, häufigere Kaiserschnitte, interventionsreichere Geburten bei Gestationsdiabetes im Vergleich zu Frauen ohne Diabetes und mehrheitlich adipöse Frauen, die ohnehin später ins Stillen kommen.

Zum anderen senkt Stillen jedoch gesundheitliche Risiken sowohl für die Mutter als auch ihr Kind:

- > die Mutter hat ein signifikant geringeres Risiko später an Diabetes Typ 2 zu erkranken
- > das Kind hat ein signifikant geringeres Risiko für Erkrankung am metabolischen Syndrom, Azidose sowie Diabetes.

In der aktuellen S3-Leitlinie zu Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge ist festgehalten, dass Mütter mit Gestationsdiabetes erfolgreicher stillten, „... wenn sie bereits vor der Geburt eine Stillberatung erhielten und postnatal zusätzlich zur ärztlichen eine nicht-ärztliche medizinische Betreuung wahrgenommen haben.“ (7)

Damit spielt die Erklärung der Kolostrummassage für Frauen mit Gestationsdiabetes eine besonders wichtige Rolle. Nach der Beratung bekommen die Frauen in Freiburg weiteres Informationsmaterial, bestehend aus der Broschüre des Berufsverbandes Deutscher Laktationsberaterinnen IBCLC e.V. (BDL) zur Kolostrumgewinnung³, Infokarten über das Kolostrum sowie einer weiteren klinikeigenen Broschüre. Außerdem enthalten sind Spritzen zum Auffangen des Kolostrums, die dann eingefroren und zur Geburt mitgebracht werden. Gutes Videomaterial ist in englischer Sprache ebenfalls frei zugänglich und unter „[how to express your first milk](#)“ verfügbar.

Schwangere mit Gestationsdiabetes sollten mit der Kolostrummassage ab der 36. Schwangerschaftswoche beginnen (8). Ein früherer Beginn ist zwar möglich, da dies nicht nachweislich Frühgeburtlichkeit induziert, jedoch können bei einigen Frauen Kontraktionen auftreten, die unangenehm und beängstigend sein können. Die Kolostrummassage sollte anfangs mehrmals täglich durchgeführt werden. Die ersten Versuche bieten sich unter der Dusche an. Durch die Wärme und Entspannung sind die Brüste gut durchblutet, was den Vorgang erleichtert. Wenn dann die erste Milch kommt, sind die Frauen motiviert und versuchen es aus eigener Motivation heraus häufiger. Angaben zur täglichen Frequenz sind dann nicht nötig.

2 Quiz: „Rund ums Stillen“. Bestellbar unter: [susanhenzler.de](https://www.susanhenzler.de)

3 Broschüre Brustmassagen & Gewinnung von Muttermilch per Hand. Berufsverband Deutscher Laktationsberaterinnen IBCLC e.V. (BDL). Abrufbar unter: https://www.bdl-stillen.de/wp-content/uploads/2020/12/Infolyer-A5_Brustmassage_2018.pdf. Abgerufen am: 01.03.2022.

Durch die Kolostrummassage und das Einfrieren des gewonnenen Kolostrums werden gleich vier positive Effekte erzielt:

- > Die Frau lernt ein gutes Handling mit der Brust und rechtzeitig die Technik des Ausstreichens. Außerdem entwickelt sie ein Problembewusstsein und Selbstbewusstsein durch Beherrschung der Technik
- > Verfügbarkeit von zusätzlichem Kolostrum nach der Geburt
- > Kolostrum in der Brust wird mehr und der Übergang von der Kolostrumphase zur reifen Muttermilch läuft schneller ab. Die Mutter ist jederzeit in der Lage frisches Kolostrum zu gewinnen und dem Kind zu geben
- > Vorhandensein eines Vorrats, wenn ein niedriger Blutzucker der Mutter überbrückt werden muss. Das Neugeborene benötigt so keine künstliche Milch bei niedrigen Blutzuckerwerten.

In Freiburg funktioniert das Prinzip sehr gut und stellt ein gut angenommenes und niederschwelliges Tool dar, was gleichzeitig das mütterliche Selbstbewusstsein stärkt.

2.3.2 Stillen nach Brust-Operationen

Hat eine Brustoperation stattgefunden, ist das Stillen in den meisten Fällen unproblematisch. Eine Brustverkleinerung kann jedoch schwierig für das Stillen werden, wenn die Brustwarze komplett frei an anderer Stelle transplantiert wurde. In einem solchen Fall besteht kein Zugang mehr zum Milchgangsystem. Eine Brustvergrößerung stellt meist kein Problem dar, da am Drüsenkörper und dem Zugang zur Brustwarze i.d.R. nicht manipuliert wird. Zudem werden Brustimplantate meist unter dem Muskel implantiert.

Faktoren, die nach einer Brustoperation für die Beratung Berücksichtigung finden müssen, sind:

- > Wie viel Brustdrüsengewebe (noch) vorhanden ist. Informationen sind ggfls. aus dem Operationsbericht entnehmbar. Wenn eine Brustvergrößerung stattgefunden hat, muss geklärt werden, warum diese durchgeführt wurde. Evtl. war bereits präoperationem kein Drüsengewebe vorhanden. Dann würde das Stillen nicht funktionieren
- > Zustand der Milchgänge
- > Zustand der Nerven, die an der Laktation beteiligt sind
- > Zeitabstand zwischen Operation und Schwangerschaft. Konnte die Wundheilung ausreichend lange ablaufen, so dass alle Strukturen wieder verbunden und abgeheilt sind?
- > Bei der Free-Nipple-Technik ist Stillen nicht möglich, da die Mamille komplett abgelöst wurde.

Ein Brustwarzenpiercing stellt kein Problem für den Stillserfolg dar. Zum Stillen müssen lediglich die Piercings entfernt werden. Evtl. läuft etwas Milch durch die Piercinglöcher, was aber völlig unproblematisch ist.

2.3.3 Rauchen

Stillen ist der größte protektive Faktor gegen den Plötzlichen Kindstod (SIDS, Sudden Infant Death Syndrome), während Rauchen das größte nachweisliche Risiko für SIDS darstellt. Gleichzeitig stillen rauchende Mütter signifikant schlechter als nicht rauchende Mütter.

Bei der Beratung ist Fingerspitzengefühl gefragt. Die Schwangeren müssen neutral, vollständig und verständlich über den Zusammenhang zwischen SIDS und Rauchen aufgeklärt werden. Dazu gehört auch die Wirkung des Nikotins auf das Kind und wie das Nikotin zum Kind gelangt. Nämlich über die Luft, die Haut, die Kleidung, Partner, etc. Dennoch muss unbedingt vermieden werden, den Frauen ein schlechtes Gewissen zu machen, sondern sie eher zum Stillen zu ermutigen.

Besonders motivierend ist es, wenn Frauen ihre Brüste während der Schwangerschaft selbst untersuchen und bemerken, dass diese im Verlauf größer werden. Einfache Fragen, ob die Brust schon größer geworden sei, können mit einfachen Antworten wie „Super, das ist ein gutes Zeichen. Dann wird das Stillen klappen.“ weiter zum Stillen ermutigen.

2.3.4 Ungewöhnliche Brustformen, kleine Brust

Die Brustform sagt nichts darüber aus, wie gut eine Frau stillen kann. Auch kleinere Brüste sind erstmal nicht negativ mit dem Stillserfolg assoziiert. In der Regel ist der Drüsenkörper bei unterschiedlicher Brustform und -größe im Durchschnitt von ähnlicher Größe. Lediglich Anteil und Verteilung des Fettgewebes unterscheiden sich.

Dennoch haben Frauen mitunter tubuläre Brüste, die weniger Drüsengewebe enthalten. Da kann die Milch tatsächlich zu knapp werden. Betroffene Schwangere sollten rechtzeitig mit Still- und Laktationsberaterinnen in Kontakt gebracht werden. Außerdem sollte das Handling und Zufüttern mit dem Brusternährungsset frühzeitig angesprochen werden, da das Erlernen im Frühwochenbett eine Herausforderung darstellt.

Auch die eigenen Brustwarzen können für Frauen einen Sorgenpunkt darstellen. Grundsätzlich gilt es, die Brustwarzen, die ganz verschiedene Formen haben können, nicht zu pathologisieren. In aller Regel finden Mutter und ihr Kind zusammen. Bei Vorhandensein von extremen Hohl- oder Schlupfwarzen kann das Tragen von Brustwarzenformern bereits in der Schwangerschaft sinnvoll sein, da der Muskel in der Brustwarze durchaus in die Länge trainierbar ist. Ein gutes Tool ist auch der Latch AssistTM⁴, mit dem die Brustwarze durch Unterdruck herausgeholt werden kann.

⁴ <https://lansinoh.de/products/latch-assist-brustwarzenformer>

2.4 Weniger ist oft mehr

Insgesamt sind die weibliche Kompetenz und Potenz zum Gebären und Stillen natürlich vorhanden. Von geburtshilflicher Seite wird diese Normalität gelegentlich vergessen. Geburt und Stillen werden zu häufig von pathologischer Seite aus betrachtet. Es wird überall nach Unterstützung gesucht, versucht Defizite auszugleichen sowie das Risiko aufzufangen.

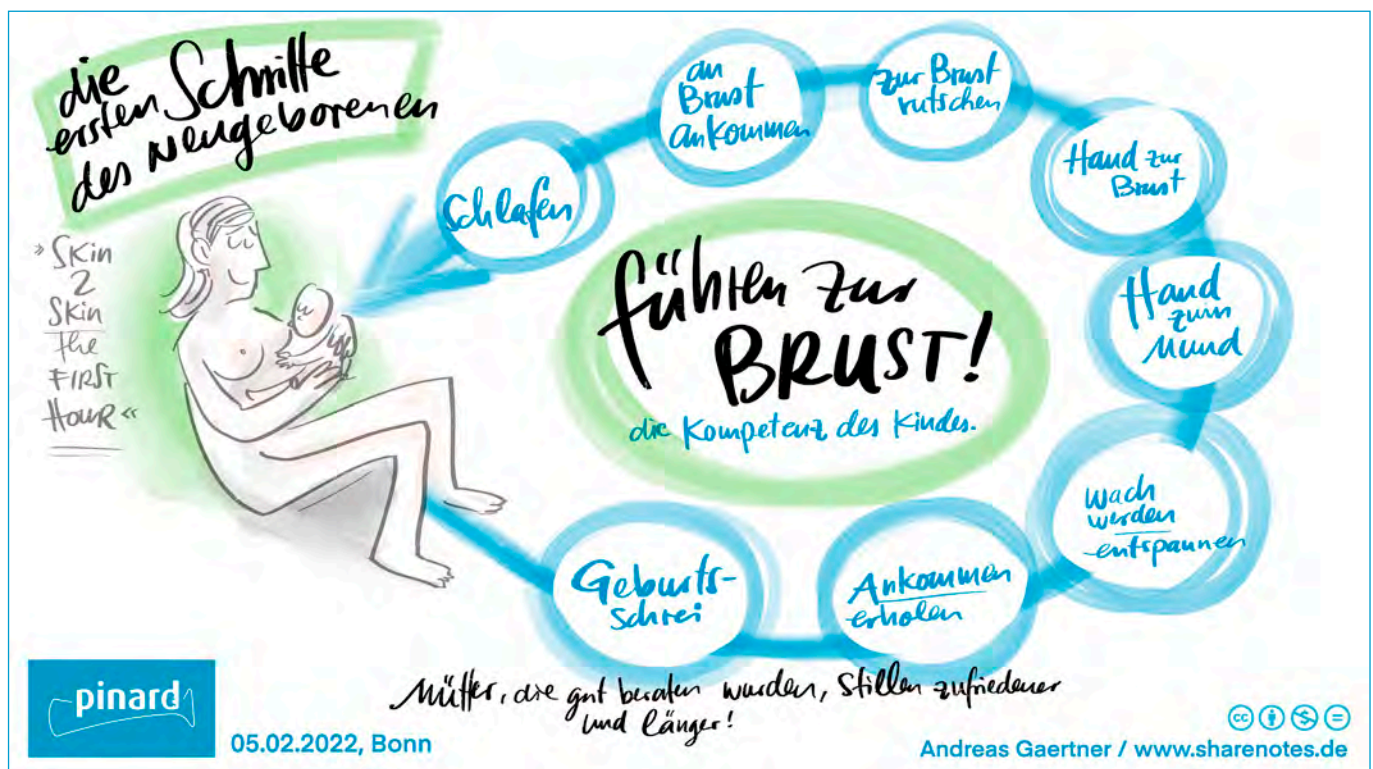
Stattdessen sollte die geburtshilfliche Rolle darin bestehen, die Frau in ihrer Eigenkompetenz und ihrem Selbstverständnis zu stärken. Ihr muss klargemacht werden, was der Normalzustand ist: normal ist, dass sie ihr Kind gebären kann. Ebenso normal ist auch, dass sie ihr Kind mit ihrer Muttermilch ernähren kann. Weltweit betrachtet, stillen schließlich 98% der Mütter ihre Kinder.

Bei der Unterstützung (werdender) Eltern sollten der Fokus darauf liegen Fallstricke von vorneherein zu umgehen. Dazu gehört auch, falsche Erwartungshaltungen zu entkräften. Der Mutter muss klar sein, dass die Zeit im Wochenbett nach den Anstrengungen der Geburt nicht Entspannung und Erholung bedeutet. Stattdessen muss sie auf das extrem bedürftige Wesen vorbereitet sein, das aus der perfekt geschützten Umgebung in eine völlig fremde, kalte Welt kommt. Im Mutterleib war das Kind sehr nah bei der Mutter, mit Wärme und ständiger Begleitung des mütterlichen Herzschlags. Dementsprechend wichtig ist besonders im Wochenbett die kontinuierliche Nähe und enger Haut-zu-Haut-Kontakt. So hat das Kind Gelegenheit, sich langsam an die neue Situation zu gewöhnen. Wenn die Mutter die Bedürftigkeit ihres Neugeborenen versteht und erkennt, führt das automatisch zu adäquatem Verhalten.

Hilfreich ist es, wenn den Eltern im Vorfeld vermittelt wurde, wie sich ein Säugling unmittelbar nach der Geburt verhalten wird. So können die Eltern erleben, wie kompetent ihr eigenes Kind das erste Mal die Brust findet und dadurch enorm an Vertrauen gewinnen. Jedes gesunde Kind nach einer Geburt ohne Opiate oder große geburtshilfliche Interventionen wird die folgenden neun Schritte unmittelbar nach der Geburt zeigen (9):

1. Geburtsschrei
2. Erholung: keine Aktivität von Mund, Kopf, Armen, Beinen oder Körper
3. Wach werden: Anzeichen von Aktivität. Kleine Bewegung des Kopfes, der Beine und Schultern
4. Aktivitätsphase: Säugling bewegt Gliedmaßen und Kopf, entschlossener Bewegungen. Wühlaktivität, „Schieben“ mit den Gliedmaßen, ohne den Körper zu bewegen
5. Ruhephase (kann in allen Phasen auftreten): Säugling ruht, mit etwas Aktivität, wie z. B. Mundaktivität, saugt an der Hand
6. Krabbelphase: kann Krabbeln, Rutschen und ähnliche Bewegungsmuster umfassen
7. An die Brust gewöhnen: das Kind hat den Warzenhof/die Brustwarze erreicht, wobei der Mund zum Lecken des Warzenhofs/der Brustwarze positioniert ist
8. Saugphase: das Kind hat die Brustwarze in den Mund genommen und beginnt zu saugen
9. Schlafphase: das Kind schließt die Augen und schläft ein.

Mütter, die gut beraten wurden, stillen zufriedener und länger. Die gute Beratung gelingt, wenn ihnen aus tiefster Überzeugung das Vertrauen in ihre mütterliche Kompetenz und in die natürliche Kompetenz ihrer Neugeborenen vermittelt wird.



Prof. Dr. Ulrich Heininger

BITTE WEITER SAGEN..

IMPFEN
Schutz für zwei

Impfen
• nützt
• Schützt
auch in
der Schwangerschaft

bei Schwangeren die Impfempfehlungen unterstützen für

Schutz und von Mutter übertragen

So früh wie möglich vor der Schwangerschaft

COVID-19

INFLUENZA

KEUCHHUSTEN
im 2. Trimester / 91%
Wirksamkeit für Schwangere

auch auffrischen

Unsere SICHERHEIT

IST RELATIV!
-> relativ hoch

pinard

05.02.2022, Bonn

Andreas Gaertner / www.sharenotes.de

Das Kind bekommt bis zur Geburt den

VOLLEN
Nest-SCHUTZ

der Mutter

pinard

05.02.2022, Bonn

Christine Münzenmaier / www.sharenotes.de

3 Impfen in der Schwangerschaft

Prof. Dr. Ulrich Heininger

Für alle Schwangeren empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) Impfungen gegen COVID-19, Pertussis (Keuchhusten) und Influenza. Die erste dieser Empfehlungen wurde im Jahr 2009 während der H1N1-Pandemie für die Influenza-Impfung ausgesprochen. Darauf folgten im Jahr 2020 die Empfehlung für die Pertussis-Impfung für schwangere Frauen und seit dem Jahr 2021 auch die Impfung gegen COVID-19.

Die Impfungen in der Schwangerschaft verfolgen zwei Ziele:

- > direkter Schutz der Schwangeren
- > indirekter Schutz des Neugeborenen

Der direkte Schutz Schwangerer und Stillender wird durch Verhinderung schwerer oder sogar tödlich verlaufender Erkrankungen erreicht. Der indirekte Schutz des Säuglings ist gewährleistet durch den aktiven Transfer von Immunglobulin G (IgG-) Antikörpern von der Mutter auf den Fetus über die Plazenta. Außerdem ist das Expositionsrisiko reduziert, da die Mutter vor der Erkrankung in hohem Masse selbst geschützt ist und das Übertragungsrisiko auf ihr Kind dadurch reduziert wird.

3.1 Direkter Schutz der Schwangeren

In der Schwangerschaft wird das Immunsystem physiologischerweise supprimiert. Dies liegt wahrscheinlich darin begründet, dass der Embryo für das mütterliche Immunsystem einen Fremdkörper darstellt. Aufgrund des genetischen Materials des Vaters ist der Embryo immerhin zu 50% fremd. Das Immunsystem muss den Embryo im Verlauf der Schwangerschaft jedoch im Ganzen tolerieren und soll diesen nicht abstoßen. Durch diese Anpassung des Immunsystems werden schwangere Frauen gleichzeitig anfälliger für Infektionskrankheiten.

Die T-Zellen, die für die spezifische zelluläre Immunantwort verantwortlich und wichtiger Bestandteil des erworbenen Immunsystems sind, werden im Verlauf der Schwangerschaft zunehmend herunterreguliert. Labormedizinisch zeigten Skowronski and De Serres (2009) die Herunterregulation der T-Zellantwort an zwei Standardantigenen gegen den Hefepilz *Candida albicans* und gegen Streptokinase-Streptodornase. Im Verlauf der Schwangerschaft vom ersten bis zum dritten Trimenon nahm die T-Zellantwort

um bis zu 60% ab und erreichte postpartal schnell wieder das Ausgangsniveau.

Die klinischen Effekte der Immunsuppression während der Schwangerschaft zeigte eine große Studie aus Kanada an Influenza-ähnlichen Krankheitsbildern (Dodds et al., 2007). Verglichen wurden Hospitalisierungsrate und ambulante Arztbesuche vor und während der Schwangerschaft zwischen gesunden Frauen und Frauen, die chronische Grundkrankheiten hatten. Zwischen 1990 und 2002 nahmen insgesamt 134.188 Frauen an der Studie teil. Die Hospitalisierungsrate nahm in beiden Gruppen im Verlauf der Schwangerschaft bis zum 3. Trimester zu und war bei Frauen mit chronischer Grundkrankheit um den Faktor 5 bis 10 höher als bei Frauen ohne Grunderkrankung. Die ambulanten Arztbesuche aufgrund von Infektionskrankheiten der Atemwege stiegen bei gesunden Schwangeren im Verlauf hingegen nicht an. Bei Frauen mit chronischer Grundkrankheit war das Risiko einen Arzt aufsuchen zu müssen 1,4 bis 1,8fach erhöht im Vergleich zu gesunden Schwangeren.

Insgesamt zeigen die Studienergebnisse, dass sowohl gesunde als auch Frauen mit chronischen Grunderkrankungen von einer Influenza-Impfung profitieren, weil ein Großteil der gezeigten Infektionen Influenza-Infektionen umfasste und sich die Hospitalisierungen direkt in Krankheitslast übersetzen lassen.

3.2 Indirekter Schutz des Neugeborenen

Der indirekte Schutz des Säuglings durch eine Impfung der Mutter in der Schwangerschaft entsteht zum einen durch ein reduziertes Expositionsrisiko, da die Mutter selbst vor einer Infektion geschützt ist und das Übertragungsrisiko auf ihr Kind dadurch reduziert wird.

Noch wichtiger ist allerdings der intrauterine transplazentare Transfer von IgG-Antikörpern der Mutter an ihr Kind. Vor der Geburt wird das komplette Repertoire an schützenden IgG-Antikörpern, die die Mutter im Laufe des Lebens durch Infektionen oder Impfungen erworben hat, transplazentar übertragen. Diese Antikörper schützen das Kind nach der Geburt zumindest partiell vor den Erkrankungen, vor denen auch die Mutter geschützt ist.

3.2.1 IgG-Antikörpertransfer

Auch in hochentwickelten Ländern wie Deutschland unterscheidet der indirekte Schutz der Neugeborenen mitunter zwischen Leben und Tod. Dies ist insbesondere bei Pertussis der Fall, weshalb die STIKO eine Impfeempfehlung für Schwangere ausgesprochen hat.

Der IgG-Antikörpertransfer über die Plazenta ist ein kontinuierlicher und aktiver Prozess, der um die 20. Schwangerschaftswoche (im

2. und 3. Trimenon) beginnt, kontinuierlich ansteigt und erst mit Durchtrennung der Nabelschnur endet. Daher ist die Ausstattung an mütterlichen Antikörpern bei Frühgeborenen, die bereits nach 24 bis 25 Schwangerschaftswochen geboren werden, sehr gering. Entsprechend hoch ist das Infektionsrisiko dieser extrem Frühgeborenen. Die mütterlich vermittelte Immunität, auch Nestschutz genannt, hält allerdings nur wenige Wochen an. Alle 4-6 Wochen halbiert sich die von der Mutter stammende IgG-Antikörperkonzentration beim Kind durch physiologischen Abbau und wird allmählich durch die eigenen Antikörper, die durch Kontakt mit Erregern und Impfungen gebildet werden, ausgeglichen.

Für den Nachweis des transplazentaren IgG-Antikörpertransfers ermittelte die Arbeitsgruppe von Prof. Heininger in Basel die Übertragungsraten von IgG-Anti-Pertussis-Toxin und IgG-Anti-filamentöses Hämagglutinin im Verhältnis zum Gestationsalter (Heininger, Riffelmann, Leineweber, & Wirsing von Koenig, 2009). Dafür wurden aus der Nabelschnur von Neugeborenen (n=43 voll ausgetragen, n=34 Frühgeborene) und ihren Müttern (n=79) unmittelbar nach der Geburt Blut entnommen und die Antikörperkonzentrationen gemessen. Die Übertragungsraten stiegen mit dem Gestationsalter der Neugeborenen zunehmend an und erreichten mit steigendem Gestationsalter sogar Werte von deutlich über 1. Das zeigt, dass die Antikörperkonzentrationen im kindlichen Blut über jenen im mütterlichen Blut lagen und eine Anreicherung stattfindet.

Die beeindruckenden klinischen Effekte der Antikörper-Anreicherung zeigt die Geschichte des Wundstarrkrampfs bei Neugeborenen (Blencowe, Lawn, Vandelaer, Roper, & Cousens, 2010). Was im heutigen Deutschland praktisch nicht mehr vorkommt, war in vielen Ländern der Welt bis in die 1980er Jahre hinein ein eminentes Problem und kommt zum Teil auch noch heute vor. Die Übertragung des Tetanus-Toxins geschieht über Clostridium-Bakterien, die vor allem im Erdreich vorkommen, deren Sporen aber auch insgesamt in der belebten Umgebung zu finden sind. Durch geringe Hygiene am Nabel des Kindes oder Rituale aus z. B. religiösen Gründen besteht ein hohes Risiko für die Übertragung von Clostridium-Sporen. Im Jahr 1980 starben in erster Linie in den Entwicklungsländern noch mehr als eine Million Neugeborene an Tetanus. Hauptgrund war, dass die Mütter selbst keinen ausreichenden Tetanus-Impfschutz hatten, den sie an ihre Kinder hätten weitergeben können.

Mit dem Start einer weltweiten Tetanus-Impfkampagne durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sollten alle ungeimpften Frauen und Schwangeren zwei Mal gegen Tetanus geimpft werden. Bereits geimpfte Frauen sollten eine Auffrischungsimpfung erhalten. Damit wurden weltweit bis zu 60% aller Frauen ausreichend gegen Tetanus geschützt und ein enormer Rückgang von über 1.300.000 Todesfällen bei Neugeborenen im Jahr 1980 auf unter 200.000 im Jahr 2005 erreicht.



3.3 Indikationen und Kontraindikationen

In der Schwangerschaft sind alle Totimpfstoffe indiziert und unbedenklich. Totimpfstoffe enthalten, im Gegensatz zu Lebendimpfstoffen, keine vermehrungsfähigen Viren oder Bakterien, sondern lediglich inaktivierte Erreger oder deren Bestandteile. Bisher versäumte Impfungen oder Auffrischungsimpfungen mit Totimpfstoffen können in der Schwangerschaft nachgeholt werden. Dies gilt auch für Impfungen gegen Tetanus (in Kombination mit Diphtherie und Pertussis, „Tdap“) oder Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), wenn Frauen in einem Risikogebiet leben und exponiert sind. Impfungen während der Schwangerschaft werden vorzugsweise im 2. oder 3. Trimenon, nach der Organogenese des Embryos, empfohlen. Die Empfehlung beruht auf der Vermeidung von Koinzidenzen, insbesondere mit einem Spontanabort. Kohortenuntersuchungen zeigten, dass auch eine Impfung im 1. Trimenon dem Embryo nicht schadet. Dringliche Impfungen dürfen daher auch im 1. Trimenon erfolgen.

Kontraindiziert in der Schwangerschaft sind hingegen Lebendimpfstoffe, die zwar abgeschwächte, aber vermehrungsfähige Erreger enthalten. Daher ist kein gänzlicher Ausschluss möglich, dass nach einer Impfung abgeschwächte Erreger das Kind über die Plazenta erreichen und schädigen. Jedoch ist bei versehentlicher Lebendimpfung keine Interruptio der Schwangerschaft indiziert, was leider gelegentlich immer noch vorkommt. Dies kommt z. B. bei einer Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln vor, wenn eine Frau noch nichts von ihrer Schwangerschaft weiß. Daten aus nationalen und internationalen Registern sind zu Tausenden versehentlich lebendgeimpften schwangeren Frauen verfügbar. Deren Kinder haben eine Fehlbildungsrate von ca. 1%, was der normalen Erwartungswahrscheinlichkeit entspricht.

Eine Ausnahme stellt nur die Impfung gegen Gelbfieber dar, die während der Schwangerschaft und Stillzeit unter strenger Nutzen-Risiko-Abwägung und nur bei einem unvermeidbaren Infektionsrisiko verabreicht werden sollte.

3.4 Influenza-Impfung in der Schwangerschaft

Säuglinge (insbesondere Frühgeborene) und schwangere Frauen haben ein erhöhtes Risiko für schwerwiegende Folgen einer Influenza-Infektion, einschließlich der Notwendigkeit einer Hospitalisierung. Während für schwangere Frauen ein inaktivierter Influenza-Impfstoff empfohlen wird, ist dieser nicht für Säuglinge unter 6 Monaten zugelassen. Daher sind wirksame Ansätze erforderlich, um diese gefährdete Bevölkerungsgruppe zu schützen.

Die erste groß angelegte Studie, die den Schutz einer Influenza-Impfung für Mutter und Kind zeigte, wurde in Bangladesch durchgeführt (Zaman et al., 2008). Insgesamt 340 Schwangere wurden entweder mit einem inaktivierten Influenza-Impfstoff (Influenza-Impfstoff-Gruppe) oder einem Pneumokokken-Polysaccharid-Impfstoff (Kontrollgruppe) geimpft. Mütter und Säuglinge wurden von August 2004 bis Dezember 2005 beobachtet. Bei Säuglingen von Müttern, die eine Influenza-Impfung erhielten, gab es weniger Fälle von laborbestätigter Grippe als bei Säuglingen in der Kontrollgruppe (6 Fälle bzw. 16 Fälle), woraus sich eine Wirksamkeit der Influenzaimpfung von 63% [95% Konfidenzintervall: 5-85] errechnen ließ. Jegliche Atemwegserkrankungen mit Fieber traten bei 110 Säuglingen in der Influenza-Impfstoffgruppe und 153 Säuglingen in der Kontrollgruppe auf, mit einer Impfstoffwirksamkeit von 29% [95% KI: 7-46]. Bei den Müttern zeigte sich eine Reduktion der Rate an Atemwegserkrankungen mit Fieber um 36% [95% KI: 4-57].

Zusammengefasst reduzierte die Influenza-Impfung der Mütter nachgewiesene Influenza-Erkrankungen bei Säuglingen bis zu einem Alter von 6 Monaten um 63% und verhinderte etwa ein Drittel aller fieberhaften Atemwegserkrankungen bei Müttern und jungen Säuglingen. Damit bietet die mütterliche Influenza-Impfung zwar keinen optimalen Schutz, aber ist dennoch eine Strategie mit erheblichen Vorteilen für Mütter und ihre Säuglinge.



Eine weitere Studie zeigte mit 91,5% eine deutlich bessere Wirksamkeit der Influenza-Impfung für schwangere Frauen, um eine Hospitalisierung ihrer Säuglinge wegen Influenza in den ersten 6 Lebensmonaten zu verhindern (Benowitz, Esposito, Gracey, Shapiro, & Vázquez, 2010). In der Studie wurden Säuglinge im Alter von unter 12 Monaten, die von 2000 bis 2009 wegen einer laborbestätigten Influenza in den USA hospitalisiert wurden, mit gematchten gesunden Säuglingen verglichen.

Die Mütter von 2 (2,2%) von 91 Influenza-Fällen und 31 (19,9%) von 156 Kontrollkindern im Alter von unter 6 Monaten und 1 (4,6%) von 22 Influenza-Fällen und 2 (5,6%) von 36 Kontrollkindern im Alter ≥ 6 Monate, hatten während der Schwangerschaft eine Influenza-Impfung erhalten. Damit betrug die Wirksamkeit des Influenza-Impfstoffs hinsichtlich der Hospitalisierung ihrer Säuglinge, wenn dieser Müttern während der Schwangerschaft verabreicht wurde, 91,5% ([61,7-98,1]; $p = 0,001$) für Säuglinge im Alter von < 6 Monaten, bereinigt um potenzielle Confounder Monate. Die unbereinigte Effektivität betrug 90,7% ([59,9-97,8]; $p = 0,001$).

3.4.1 STIKO-Empfehlung Influenza

Seit der Influenza-Pandemie mit dem A/H1N1-Virus im Jahr 2009 empfiehlt die STIKO eine Influenza-Impfung „für alle Schwangeren ab dem 2. Trimenon, bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens ab dem 1. Trimenon (Ständige Impfkommission).

Der empfohlene Zeitpunkt für die Influenza-Impfung ist September/Oktober eines jeden Jahres vor Beginn der saisonalen Grippesaison. Wenn das 2. Trimenon aber erst in den Januar oder Februar fällt, sollte eine Impfung im 1. Trimenon erwogen werden und nicht bis zum 2. Trimenon abgewartet werden.

Für die Influenza-Impfung besteht in der Gesamtpopulation sowie bei schwangeren Frauen und Mitarbeitenden im Gesundheitswesen ein Akzeptanzproblem. Dadurch folgen die Personengruppen häufig leider nicht der geltenden STIKO-Empfehlung. Als Grund für die Ablehnung der Influenza-Impfung werden nicht-haltbare Argumente, die oftmals auf Scheinzusammenhängen beruhen, angeführt.

3.5 Pertussis-Impfung während der Schwangerschaft

Eine Bordetella-pertussis-Infektion ist für Kinder in den ersten Lebenstagen und -monaten mitunter sehr gefährlich. Bei 1% aller im ersten Lebensjahr an Keuchhusten erkrankten Kindern verläuft die Krankheit tödlich, und das auch in Deutschland. Ursache eines tödlichen Verlaufs bei Säuglingen ist meist die Produktion von zu vielen Leukozyten, die dann im Blut zirkulieren und die Lungenkapillaren verstopfen.

Knapp die Hälfte aller Ansteckungsquellen für Pertussis befinden sich im engsten Umfeld des Kindes: In einer Studie wurden die Infektionen in 28 % der Fälle auf die Eltern bzw. Großeltern und in 12 % der Fälle auf die eigenen Geschwister zurückgeführt (Heininger, 2010). Daher war es zunächst das Ziel der STIKO, enge Kontaktpersonen von Säuglingen gegen Pertussis zu impfen, um das Expositionsrisiko für Säuglinge gering zu halten. Da dieses Vorgehen nur mäßig erfolgreich war, empfiehlt die STIKO seit dem Jahr 2013 die Pertussis-Impfung in der Schwangerschaft.

Als Vorbild dienten Daten aus England (Amirthalingam et al., 2014), wo die Keuchhusten-Krankheitsfälle in den Jahren 2001 bis 2013 erfasst wurden. Im Jahr 2012 führte ein Pertussis-Ausbruch zum Tod von insgesamt 12 Kindern in England. Schlagzeilen, wie *„how many more children must die before the government reacts?“* führten zu einer schnellen Reaktion der Regierung, indem die Empfehlung der Pertussis-Impfung für Schwangere dann im Oktober 2012 eingeführt wurde. Der Empfehlung sind bis zu 70 % der schwangeren Frauen in England gefolgt, worauf der Anteil der Krankheitsfälle bei Säuglingen massiv zurück ging. Der prozentual stärkste Rückgang war bei Säuglingen in den ersten 6 Lebensmonaten zu verzeichnen. Dies ist plausibel direkt auf den Schutz durch die Impfung der Mütter in der Schwangerschaft zurückzuführen.

Hinsichtlich der Sterblichkeit lag die Wirksamkeit der Keuchhusten-Impfung in der Schwangerschaft, wenn sie spätestens 4 Wochen vor der Geburt gegeben wurde, bei über 90 % im Vergleich zu Kindern ungeimpfter Mütter. Das ist die entscheidende Zahl, wenn schwangere Frauen fragen, ob für Sie und ihr Kind eine Pertussis-Impfung sinnvoll ist. Mit diesem überzeugenden Argument sollten Schwangere aktiv angesprochen und konfrontiert werden:

„Wenn Sie sich jetzt impfen lassen, ist das Risiko, dass ihr neugeborenes Kind schwer an Pertussis erkrankt, 92 % niedriger, als wenn Sie auf die Impfung verzichten.“

Pertussis kann nur in Kombination mit Diphtherie und Tetanus zusammen geimpft werden, wofür aber keine Sicherheitsbedenken bestehen. Daten aus England, wo der Triplet-Impfstoff seit der Empfehlung umfangreich bei Schwangeren angewendet wird, ergaben keine Evidenz für eine Risikoerhöhung für die werdende Mutter oder ihr Kind (Donegan, King, & Bryan, 2014). Hauptzielparameter der Studie waren unerwünschte Ereignisse, die aus klinischen Diagnosen während der Schwangerschaft identifiziert wurden, wobei das primäre Ereignis von Interesse das Auftreten eines intrauterinen Todes nach der 24. Schwangerschaftswoche war. Es gab keine Hinweise auf ein erhöhtes Totgeburtsrisiko in den 14 Tagen unmittelbar nach der Impfung (Inzidenzrate 0,69 [95 % KI: 0,23-1,62]) oder später in der Schwangerschaft (0,85; [95 % KI: 0,44-1,61]) im Vergleich zu historischen Raten ungeimpfter Schwangerer. Außerdem gab es keinen Hinweis darauf, dass die Impfung die Zeit bis zur Entbindung beschleunigte (Hazard Ratio 1,00; [95 % KI: 0,97-1,02]). Darüber hinaus gab es keine Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für Totgeburt, mütterlichen oder neonatalen Tod, Präeklampsie oder Eklampsie, Blutungen, fetalen Distress, Uterusruptur, Plazenta oder Vasa praevia, Kaiserschnitt, niedriges Geburtsgewicht oder neonatales Nierenversagen sowie andere

schwerwiegende Ereignisse, die alle natürlicherweise während der Schwangerschaft auftreten können.

3.6 COVID-19

Im Dezember 2020 wurde die erste COVID-19-Impfempfehlung von der STIKO herausgegeben. Seitdem sind die Empfehlungen im Durchschnitt alle 3 Wochen aktualisiert worden, da Erkenntnisse zu COVID-19 einer sehr dynamischen Entwicklung unterliegen. Die erste Impfempfehlung für Schwangere und Stillende sprach die STIKO im September 2021 aus (Ständige Impfkommission).

Während allgemeine Krankheitssymptome im Vergleich zwischen schwangeren und nicht-schwangeren Frauen in ähnlicher Häufigkeit auftraten, besteht für junge gesunde Schwangere ein 25-fach höheres Risiko im Zusammenhang mit COVID-19 zu versterben. In absoluten Zahlen verstarben unter 8.000 Schwangeren 9 Frauen. Das Ziel der Impfung gegen COVID-19 ist in der Gesamtbevölkerung und speziell bei Schwangeren und Stillenden die Vermeidung von Todesfällen und schweren Krankheitsverläufen. Aufgrund des höheren Risikos für Myokarditis in Folge der Impfung gegen COVID-19 mit dem Impfstoff der Firma Moderna, empfiehlt die STIKO für alle Personen unter 30 Jahre und alle schwangeren Frauen altersunabhängig den Impfstoff Comirnaty von der Firma BioNTech. Generell ist jedoch das Risiko für eine Myokarditis als Folge einer COVID-19-Erkrankung häufiger als nach der Impfung. Der beste Zeitpunkt für eine COVID-19-Impfung ist vor der Schwangerschaft. Nicht oder nicht vollständig gegen COVID-19 geimpfte Frauen sollen dann – z.B. die Booster-Impfung – in der Schwangerschaft nachholen.

3.6.1 Implementierung von Impfungen in der Schwangerschaft

Um in der Zielgruppe der Schwangeren die empfohlenen Impfungen erfolgreich zu implementieren, sind drei Säulen von wesentlicher Bedeutung:

- > Die Kostenerstattung der Impfung muss gewährleistet sein, was in Deutschland der Fall ist
- > Wahrnehmung der Krankheit als Bedrohung und somit des Nutzens der Impfung. Wenn eine Krankheit nicht als direkte Bedrohung, sondern abstrakt wahrgenommen wird, entsteht kein ausreichendes Bewusstsein für deren Wichtigkeit. Dementsprechend müssen die mit der Infektionskrankheit assoziierten Gefahren anhand von Fakten erläutert werden, ohne dabei unnötige Ängste zu schüren.
- > Aufklärung durch den Arzt über die Sicherheit der Impfung(en) in der Schwangerschaft. Sicherheit ist nie absolut, sondern immer relativ. Im Allgemeinen kann man jedoch sagen: *„Bei der Impfung ist das Gefährlichste der Weg in die Praxis zur Impfung oder anschließend nach Hause“*.

4 Kindeswohlgefährdung

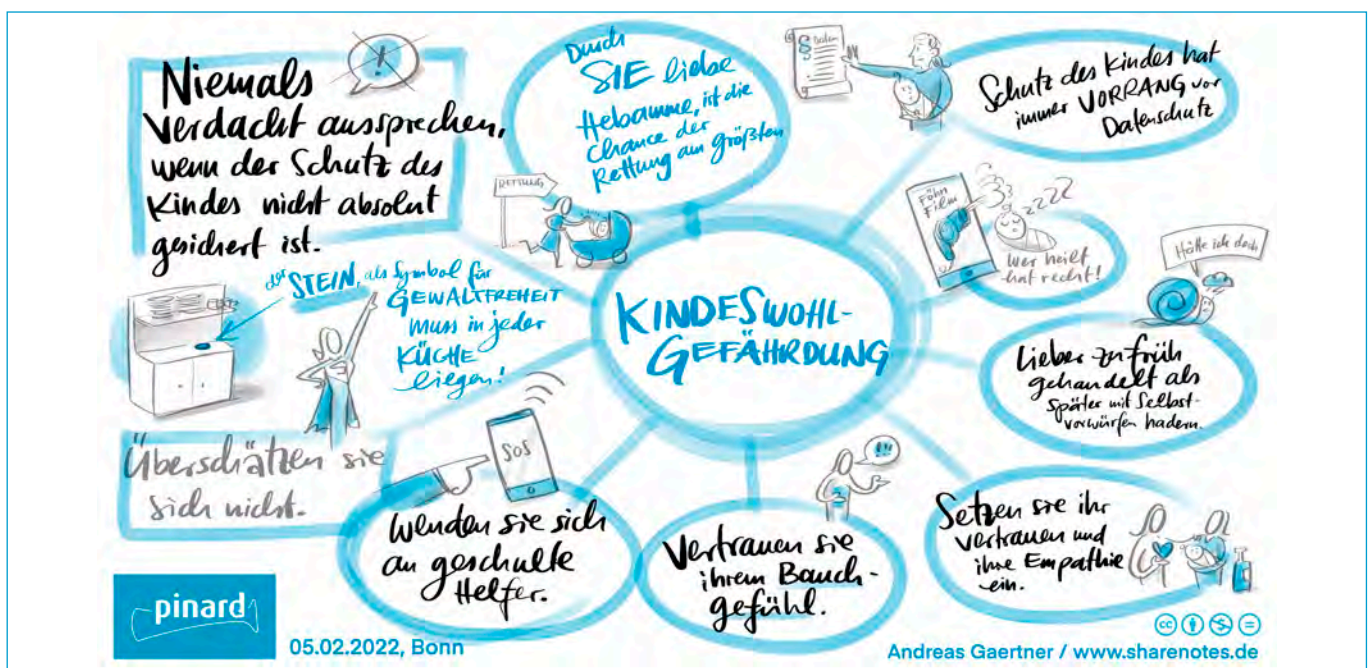
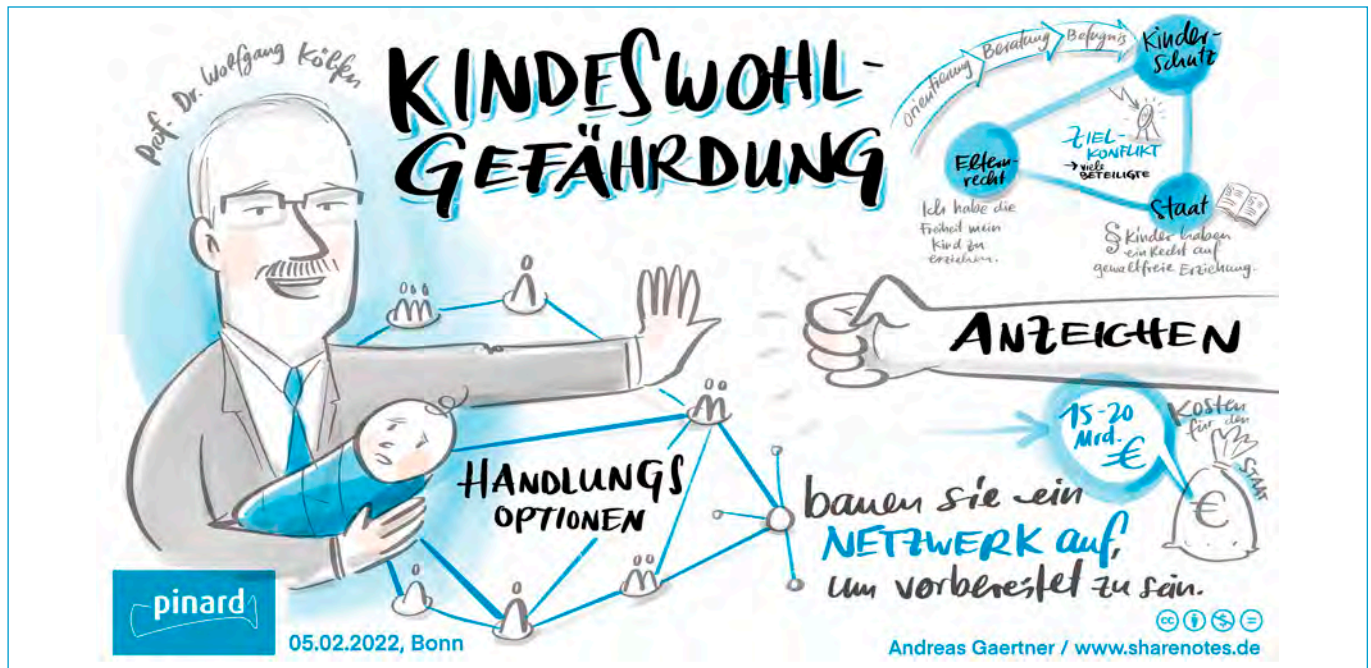
Prof. Dr. Wolfgang Kölfen

Da das Thema Kindeswohlgefährdung kein einfaches ist, hat Herr Prof. Kölfen schon für das Kongress-Handout darauf verwiesen, dass er nicht seine Folien unkommentiert zur Verfügung stellen

möchte. Um dennoch das Thema umfassend darzustellen, hatten wir im Handout einen Artikel aus der Deutschen Hebammen Zeitschrift abgedruckt.

Aus Lizenzgründen möchten wir Sie daher an dieser Stelle auf den Abdruck im Handout oder den Originalartikel in der Deutschen Hebammen Zeitschrift; Heft 73/2021; „Hören Sie auf Ihr Bauchgefühl – Kindesvernachlässigung und -misshandlung“ hinweisen.

Zusätzlich sehen Sie die Zusammenfassung durch den, auf dem Kongress anwesenden, Graphic Recorder.



Dr. in Avm-Kathrin Hirschmüller

RICHTIG DOKUMENTIEREN

richtiges MEDIUM

vollständige INHALTE

Juristische Fallstricke

pinard

05.02.2022, Bonn

Andreas Gaertner / www.sharenotes.de

Ab morgen überprüfe ich meinen Umgang mit digitalen Medien regelmäßig!

Ab morgen achte ich auf Datensicherheit - bei mir und beim Anbieter!

Feuerfester Schrank nicht zwingend - aber nice to have!

Ab morgen dokumentiere ich stets im Hinblick auf die Haftung!

Ab morgen wäge ich die Nutzung von Messengerdiensten für mich ab!

Ab morgen starte ich gut vorbereitet in die Digitalisierung!

Ab morgen Sorge ich für Transparenz gegenüber den Betreuten!

juristisch - einwandfrei

pinard

05.02.2022, Bonn

Christine Münzenmaier / www.sharenotes.de

5 Juristische Fallstricke bei der digitalen Dokumentation und Kommunikation

Dr.in Ann-Kathrin Hirschmüller

Insbesondere seit Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie im Jahr 2020 ist die Digitalisierung auch im Gesundheitswesen stärker in den Fokus gerückt. Juristisch führen die zahlreichen digitalen Möglichkeiten immer wieder zu Fragen und viele rechtliche Aspekte sind noch nicht vollumfänglich geklärt.

5.1 Dokumentation

Die rechtlichen Grundlagen der Dokumentation ergeben sich aus den Regelungen zur Dokumentation eines Behandlungsverlaufes im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB). Ausschlaggebend ist hier § 630 f Dokumentation der Behandlung:

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentliche Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.

(3) Der Behandelnde hat die Patientenakte für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen.

Die sich hieraus ergebende Dokumentation der Hebammenarbeit ist natürlich umfangreich. Allerdings ist eine gute Dokumentation im Haftungsfall oftmals von hoher Bedeutung, so dass ein besonderes Augenmerk auf eine vollständige Dokumentation gelegt werden sollte.

Inhalte der Dokumentation:

- > Austausch mit anderen Leistungserbringern, ärztliche Verordnungen, Arztbriefe
- > Schweigepflicht-Entbindungserklärung
- > Anamnese und durchgeführte Untersuchungen
- > Untersuchungsergebnisse, Befunde und Diagnosen (CTG-Streifen, Ultraschallbilder, Laborwerte usw. gehören mit in die Akte)
- > Feststellungen zum Vorliegen der Schwangerschaft sowie zum Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- > Feststellungen zum Gesundheitszustand der Frau und des Neugeborenen, gegebenenfalls auftretende Symptome und Beschwerden
- > Vorsorgeuntersuchungen; Klinikaufenthalte während der Schwangerschaft
- > Alle Maßnahmen zur Behandlung, Pflege und Betreuung der Frau und des Neugeborenen
- > Therapien oder Eingriffe und deren jeweilige Wirkungen
- > Alle verabreichten Arzneimittel
- > Geburtsbericht (gegebenenfalls per Partogramm, Verlegungsbericht und Perinatalerhebungsbogen)
- > Wesentlicher Inhalt der geleisteten Aufklärung sowie erteilte Einwilligungen
- > Behandlungsverweigerung, Behandlungsabbruch
- > Versicherteninformationen: Personalien und Kontaktdaten, ggf. KV-Träger; ET; Geburtenrang; geplanter und tatsächlicher Geburtsort; ggf. betreuende Gynäkologin und Kinderärztin
- > Gegebenenfalls Behandlungsvertrag

5.2 Funktionen der Dokumentation

Um die Dokumentation für den Haftungsfall ausreichend auszugestalten, sollte sich jede Person, die eine Dokumentation zu erstellen hat, über die wesentlichen Zwecke der Dokumentation im Klaren sein.

Die Dokumentation dient der Therapiesicherung, z. B. bei mehreren Behandlern oder für sich selbst, um bereits erfolgte Maßnahmen nachzulesen. Außerdem dient sie der Patienteninformation. Jede Patientin hat gemäß § 630 g BGB ein Recht auf Einsichtnahme in die Patientenakte:

*(1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich **Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren**, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen.*

Dennoch muss die Dokumentation nicht für die Patientin verständlich geschrieben werden. Wichtig ist, dass diese für Fachleute verständlich ist. Fachsprache und Abkürzungen sind ebenso er-

laubt, wie Verweise auf ein eigenes Abkürzungsverzeichnis (z. B. im QM-System) sowie auf Standards in der Klinik.

Eine weitere, bedeutende Funktion der Dokumentation ist die Beweissicherung: alles wird eben auch für den Haftungsfall mitdokumentiert. Sind Maßnahmen nicht dokumentiert, besteht die gesetzliche Vermutung, dass diese Maßnahmen nicht getroffen wurden. Dies geht eindeutig aus § 630 h Absatz 3 BGB hervor:

*(3) Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene **wesentliche Maßnahme** und ihr Ergebnis ... nicht in der Patientenakte **aufgezeichnet** oder hat er die Patientenakte ... nicht aufbewahrt, **wird vermutet, dass** er diese Maßnahme nicht getroffen hat.*

Das heißt, dass bei Maßnahmen, die nicht dokumentiert sind, davon ausgegangen wird, dass diese nicht unternommen wurden und die Behandler nun vor Gericht das Gegenteil zu beweisen haben. Dies stellt sich in der Praxis aber nicht immer als einfach dar. Denn selbst wenn der Hergang durch Kolleginnen und Kollegen sicher bezeugt werden kann, beschreiben betroffene Eltern nicht selten einen anderen Hergang. Die unterschiedliche Wahrnehmung und Erinnerung brenzlicher Situationen ist eben menschlich, so dass es, gerade Jahre nach dem Vorfall, oft schwierig ist, einen bestimmten Ablauf sicher zu beweisen. Dies macht deutlich, warum eine gute Dokumentation im Haftungsfall einiges erleichtern kann.

5.3 Beweissicherung

CTG-Streifen gehören in jedem Fall in die Patientenakte. Bei suspekten Fällen sollte außerdem zur Beweissicherung eine Kopie des Streifens angefertigt und in die Patientenakte gelegt werden, da das Original mit der Zeit verblasst. Außerdem muss selbstverständlich bei einem suspekten CTG eine Ärztin bzw. ein Arzt hinzugezogen werden. Daher genügt es nicht, wenn die Ärztin bzw. der Arzt nach Betrachtung des CTG-Streifens diesen lediglich unterschreibt.

Da der Zeitpunkt der Hinzuziehung der Ärztin durch die Hebamme im Haftungsfall oftmals ausschlaggebend ist, sollte zusätzlich zur Unterschrift stets auch die Uhrzeit der Befundung des CTG durch die Ärztin dokumentiert werden.

Grundsätzlich sollte bei der Hinzuziehung des Arztes bei pathologischem Verlauf stets ausreichend dokumentiert werden, wie sehr auf die Dringlichkeit hingewiesen wurde: wann wurden Ärztin bzw. Arzt hinzugezogen? Das gleiche gilt natürlich auch im ambulanten Bereich: Wann wurde der Frau mitgeteilt, dass sie mit ihrem Kind zum Kinderarzt muss? Wie deutlich wurde auf die Dringlichkeit hingewiesen? Eine Dokumentation mit: „bei Verschlechterung zum Kinderarzt“ reicht nicht aus. Stattdessen „Frau darauf hingewiesen, dass unbedingt zum Arzt“ dokumentieren.

Die Dokumentation darf stichpunktartig erfolgen. Es muss aber nachweisbar sein, dass alles getan und wann mit wem gesprochen

wurde. Dabei gilt, je risikoreicher der Fall ist oder je gefährlicher die Situation erscheint, desto enghesiger muss die Dokumentation erfolgen, auch wenn üblicherweise die Zeit gerade in risikoreichen Situationen oft knapp ist. Für diese Fälle sollte die Dokumentation so umfangreich wie eben machbar erfolgen und anschließend möglichst ein zeitnah erstelltes Gedächtnisprotokoll ergänzend zur Akte genommen werden. Grundsätzlich ist aber auch eine nachträgliche Dokumentation zeitnah erlaubt.

5.3.1 Digitale Dokumentation – wie muss dokumentiert werden?

In der Beratungspraxis werden häufig Fragen gestellt wie „Die üblichen Dokumentationsvorlagen passen nicht für mich. Kann ich mir eigene digitale Dokumentationsbögen erstellen?“. Die Erstellung eigener digitaler Dokumentationsbögen ist möglich, wenn damit alle Voraussetzungen erfüllt werden. In § 630 f BGB Abs. 1 hat der Gesetzgeber die elektronische Dokumentationsmöglichkeit bereits erwähnt:

Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen ... sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind.

Für die elektronische Dokumentation gelten daher dieselben Vorgaben wie für die Dokumentation auf Papier: so müssen Ersteller und Erstellungszeit erkennbar sein und die Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang erfolgen.

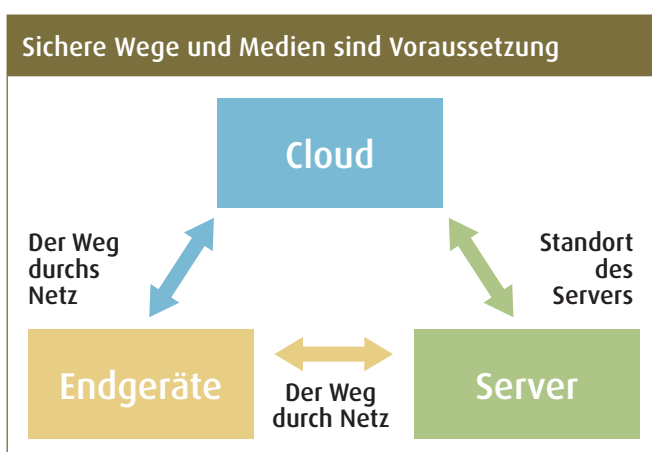
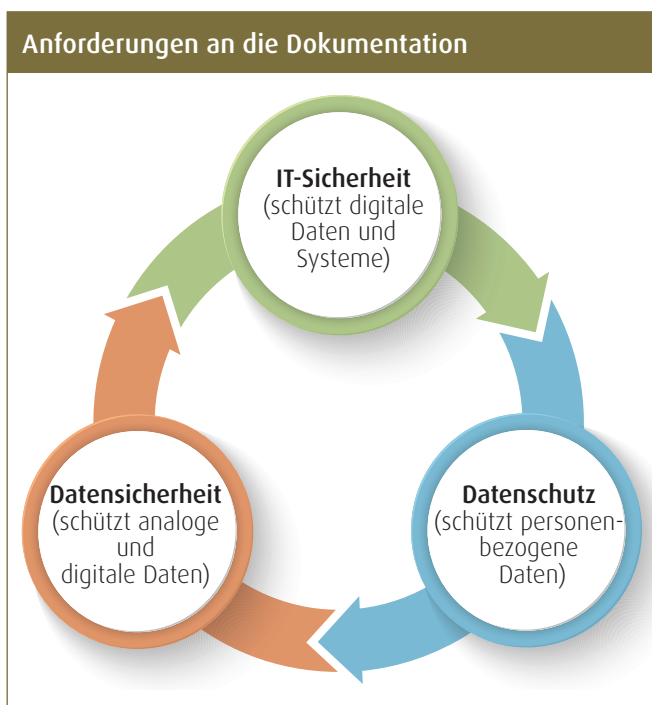
Wie bereits dargestellt, ist auch eine nachträgliche Dokumentation grundsätzlich möglich. Dabei gilt allerdings der Grundsatz, dass je mehr Zeit zwischen Ereignis und Dokumentation liegt, die Beweiskraft der Dokumentation abnimmt. Eine Dokumentation Tage nach dem Ereignis ist daher zwar nicht ideal, aber noch ausreichend für die Beweissicherung.

Die Dokumentation ist eine Urkunde und muss als solche fälschungssicher sein, d.h. im Nachhinein nicht mehr änderbar. Auch die elektronische Dokumentation muss beweisicher sein. Daher dürfen Änderungen nur erfolgen, wenn der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleibt. Es muss erkennbar sein, wenn etwas entfernt oder ergänzt wurde, sowie wann und von wem diese Änderung vorgenommen wurde. Ebenso wenig wie auf Papier die Inhalte mit Tintenkiller oder Tippex entfernt werden dürfen, dürfen bei der elektronischen Dokumentation Wörter oder Sätze einfach gelöscht werden. Stattdessen darf durchgestrichen, daneben geschrieben oder mit der Kommentarfunktion etwas ergänzt werden.

Neben der Fälschungssicherheit muss die Dokumentation auch haltbar sein, also mehrere Jahre überdauern können. Ist die Dokumentation nicht mehr lesbar, wird im Zweifel davon ausgegangen, dass die Maßnahme eben nicht getroffen wurde. Die Dokumentation muss

entsprechend sicher aufbewahrt werden, damit diese nicht durch Ereignisse wie z. B. Wasser oder Feuer zerstört wird. Bei der digitalen Dokumentation muss daneben noch die Wahl des Speichermediums berücksichtigt werden. Da die Entwicklung digitaler Speichermedien schnell voranschreitet, muss die Wahl des Speichermediums gut durchdacht sein. Schließlich muss die Dokumentation in bis zu 30 Jahren noch lesbar sein. Die Aufbewahrungszeit beträgt mindestens 10 Jahre, aber auch bis zu 30 Jahre sind in kritischen Fällen sinnvoll.

Für die digitale Dokumentation sind zahlreiche Software-Anbieter auf dem Markt. Für die Auswahl einer geeigneten Lösung ist zunächst ausschlaggebend, dass alle Anforderungen an die Dokumentation erfüllt sind. Datenschutzerfordernisse werden i.d.R. von allen in Deutschland zertifizierten Anbietern erfüllt. Dazu gehören die Verwendung deutscher Server, sichere Datenwege und gute Backuplösungen.



Ansonsten sollte der Anbieter ausgewählt werden, der den persönlichen Anforderungen am ehesten entspricht und ins Budget passt. Hier gilt es Fragen zu klären wie:

- > „In welchem Umfang benötige ich die Möglichkeit zur Individualisierung?“
- > „Ist die Software intuitiv nutzbar?“
- > „Brauche ich Platz für eigene Anmerkungen?“ Ein eigener Bereich innerhalb der Dokumentation bietet Gelegenheit für eigene Notizen jeder Art.

In der Regel bieten die Anbieter digitaler Dokumentationssoftware kostenlose Beratungen sowie Testversionen an, um die Software vorab testen zu können.

5.4 Vertragsabschluss im Rahmen der digitalen Leistungserbringung

Der Behandlungsvertrag unterliegt nicht dem Schriftformerfordernis; der Vertragsabschluss ist grundsätzlich auch mündlich möglich, d.h. ohne Unterschrift. Allerdings kann bei mündlichen Verträgen der Vertragsabschluss oder der Inhalt des Vertrages natürlich im Streitfall schwieriger nachgewiesen werden.

Gerade bei Kursverträgen kann es aber wichtig sein, den Vertragsabschluss sicher nachweisen zu können, gerade wenn der Hebamme durch eine kurzfristige Absage ein Vergütungsausfall entstanden ist. Daher macht es Sinn, Kursverträge oder Behandlungsverträge mit besonderem Inhalt schriftlich zu schließen.

Eine einfache Möglichkeit, den Abschluss des Kursvertrages nachzuweisen, wäre die Anmeldung per Mail oder digitalem Formular auf der eigenen Homepage. Da aber in diesen Fällen weiterhin nicht nachweisbar ist, dass sich wirklich die Person vor dem Rechner befand und die Anmeldung selbst tätigte, ist auch hier die Beweiskraft eingeschränkt. Bei Beweisschwierigkeiten laufen entsprechende Verfahren vor Gericht regelmäßig auf einen Vergleich hinaus, so dass es sich oftmals finanziell nicht lohnt die Kursgebühr einzuklagen. Anders kann es aussehen, wenn eine verbindliche Anmeldung (und ein hierdurch entstandener Schaden) rechtssicher nachgewiesen werden kann.

Mehr Beweiskraft als E-Mails oder Online-Formulare haben Verträge, die per Mail übersendet und mit Unterschrift eingescannt zurückgeschickt werden. Außerdem denkbar sind die elektronische Signatur und die Unterschrift am mobilen Endgerät. Zwar fehlen auch hierzu noch verbindliche Urteile im Hebammenbereich, es ist aber davon auszugehen, dass der elektronische Abschluss von Verträgen sich in der Zukunft durchsetzen wird. 100% sicher in seiner Beweiskraft ist aber bisher nur der Behandlungsvertrag mit Unterschrift auf Papier.

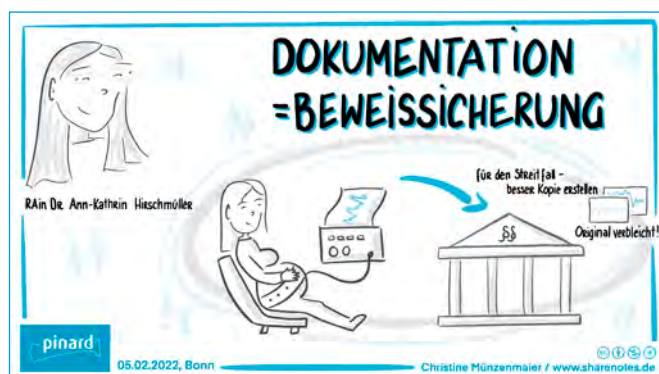
5.4.1 Widerrufsrecht im Internet bei Kursverträgen

Fragen wie diese erreichen uns im Kanzleialltag regelmäßig: „Liebe Frau Dr. Hirschmüller, eine Patientin von mir hat sich online für einen Schwangeren-Yoga-Kurs angemeldet und ist dann nicht erschienen. Sie beruft sich auf ihr Widerrufsrecht. Kann ich die Kursgebühr dennoch einfordern?“

In dem Fall kann die Kursgebühr nur eingefordert werden, wenn ausreichend über das Widerrufsrecht belehrt wurde. Bei fehlender oder nicht korrekter Belehrung besteht sogar ein einjähriges Widerrufsrecht. Allerdings gibt es nicht für jede Hebammenleistung ein Widerrufsrecht.

Beim Widerrufsrecht ist zu unterscheiden zwischen Behandlungsvertrag, Kauf- und Dienstverträgen. Beim Behandlungsvertrag besteht gemäß § 630 a BGB eine Ausnahme vom Fernabsatzrecht. Es besteht kein 14-tägiges Widerrufsrecht und es ist damit auch keine Belehrung notwendig. Bei Kauf- und Dienstverträgen besteht gemäß § 433 BGB bzw. § 611 BGB das jedem bekannte 14-tägige Widerrufsrecht nach korrekter Belehrung.

Einen Sonderfall stellen aber die hebammenhilflichen Kursverträge dar: während Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse in der Regel Behandlungsverträge sind, d.h. keine Belehrung notwendig ist und kein 14-tägiges Widerrufsrecht besteht, sind alle übrigen Kurse wohl keine Behandlungsverträge. So entschied das Oberlandesgericht Zweibrücken für einen Kurs „Yoga für Schwangere“, dass dieser ein Sportvertrag und entsprechend über das Widerrufsrecht zu belehren sei (OLG Zweibrücken, Urteil vom 26.06.2018, Az.: 5 U 22/18). Da der Status eines Behandlungsvertrages für Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse jedoch nicht abschließend gerichtlich geklärt ist, bleibt auch hier eine gewisse Unsicherheit bestehen. Hebammen können natürlich auch für diese Kurse den Kursteilnehmerinnen freiwillig ein 14-tägiges Widerrufsrecht (inklusive Belehrung) einräumen und wären dann nach Ablauf der Frist auf der sicheren Seite – ein Muss ist dies aber nicht.



5.5 Nutzung von Messenger-Diensten

Die Nutzung von Messenger-Diensten ist in der Hebammenpraxis sowie in anderen medizinischen Berufsgruppen stets als problematisch anzusehen. Zum einen sind Messenger-Dienste bei den üblichen Anbietern per AGB nur für private Zwecke erlaubt. Zum anderen ist eine ausreichende Einwilligung der Patienten in die Datenverarbeitung erforderlich.

5.5.1 Problem: nur für private Zwecke gestattet

Grundsätzlich ist die berufliche Nutzung gemäß den allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) von WhatsApp und den meisten anderen Anbietern ausdrücklich nicht gestattet und kann Folgen nach sich ziehen. Daher bestehen hier schon Bedenken bei der Nutzung von Messenger-Diensten. Auch bei der kostenpflichtigen Business-Version von WhatsApp wurde mittlerweile in den AGB eine medizinische Nutzung ausgeschlossen. Falls Hebammen die Business-Version eines anderen Anbieters nutzen wollen, sollten sie daher aufmerksam die AGB lesen.

Daher können WhatsApp und Co. eigentlich für den beruflichen, medizinischen Alltag nicht rechtssicher genutzt werden. Im Hinblick auf mögliche Folgen sollte sich der Kontakt mit den Betreuten daher auf weniger sensible Daten beschränken: möchte die Hebamme unbedingt per WhatsApp erreichbar sein – was vielfach von den Patientinnen ja auch gewünscht wird – sollte sie sich auf Kontaktaufnahmen von Seiten der Patientin und Terminabsprachen oder ähnliches beschränken. Auch wenn die Datensicherheit hier weiterhin nicht gewährleistet ist, ist das Haftungsrisiko natürlich geringer, als bei der Versendung der weitaus sensibleren Gesundheitsdaten. Hat die Patientin also eine wichtige konkrete gesundheitliche Frage, ist es immer besser die Frage telefonisch zu klären.

5.5.2 Problem: Datenverarbeitung

Daneben bleibt aber das Problem der Datenverarbeitung bestehen. Für die Kommunikation mit Messenger-Diensten wie WhatsApp muss – wie bei jeder elektronischen Datenverarbeitung – vor dieser eine Einwilligung der Patientin vorliegen. Eine solche kann aber deshalb nicht rechtssicher eingeholt werden, da die Hebamme (und jeder andere auch) nur schwerlich nachvollziehen kann, was mit den Daten eigentlich tatsächlich passiert. Nichtsdestotrotz ist ein Haftungsrisiko natürlich weitaus geringer, wenn die Hebamme sich zumindest bemüht hat, über die Sicherheitslücken ausreichend aufzuklären und eine Einwilligung der Patientin einzuholen. Wenn die Patientin selbst den Erstkontakt per WhatsApp aufgenommen hat, wird bereits diskutiert, ob hierin nicht sogar bereits eine ausreichende Einwilligung gesehen werden kann; allerdings fehlt hier noch eindeutige Rechtsprechung.

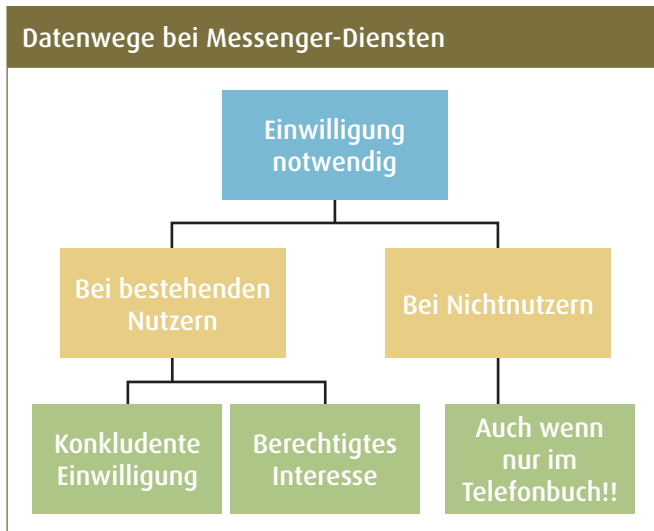


Abbildung 1: Datenverarbeitung der üblichen Messenger-Dienste

Noch problematischer wird es, wenn Patientinnen nicht in die Nutzung von WhatsApp einwilligen. Es wird angenommen, dass alle im Smartphone gespeicherten Kontakte unabhängig von ihrer eigenen WhatsApp-Nutzung mit Name und Nummer an den Messenger-Dienst übermittelt werden. Das würde bedeuten, dass WhatsApp auch die Daten von Nichtnutzern abrufen und damit verarbeitet (Abbildung 1). Damit müssten eigentlich alle Kontakte im Handy, auf dem WhatsApp installiert ist, in die Datenverarbei-

tung durch WhatsApp einwilligen. Wenn das zu impraktikabel ist, der sollte ein Dual-Sim-Handy oder ein zweites Handy einsetzen.

5.5.3 Fazit zur Nutzung von Messenger-Diensten

Bevor Messenger-Dienste zur Kommunikation genutzt werden dürfen, ist nach rechtlichen Vorgaben eine Einwilligung der Patientin erforderlich. Hier kann eine praktikable Lösung der Erstkontakt durch die Patientin über den jeweiligen Messenger sein.

Die Nutzung von Messenger-Diensten sollte nur zum Austausch unsensibler Informationen wie Terminabsprachen oder Verspätungsmittlungen genutzt werden. Auf keinen Fall dürfen sensible, medizinische Daten oder Untersuchungsergebnisse über einen Messenger-Dienst versendet werden. Patientinnen müssen darauf hingewiesen werden, dass sie keine Fotos, z. B. von Körperteilen ihres Kindes, wunden Mamillen o.ä. über Messenger versenden sollten. Wenn dringende medizinische Fragen zu klären sind, sollte das besser in einem Telefongespräch geschehen.

Für alle Patientinnen, die WhatsApp nicht nutzen, empfiehlt sich die Einrichtung eines separaten Handys ohne WhatsApp. Nur so kann verhindert werden, dass Namen und Nummer dieser Personen an WhatsApp gesendet werden. Da mittlerweile die überwiegende Mehrheit in Deutschland WhatsApp-User ist, mag es aber schlicht ausreichen, die Patienten, die WhatsApp nicht nutzen, eben nicht im Handy einzuspeichern oder am besten nur über das Festnetz zu kontaktieren.

Keine Patientendaten, Bilder über whatsapp!

*wenn whatsapp beruflich genutzt wird
↳ Business-Version

Nutzung nur, wenn Erstkontakt über die Frau erfolgt.

Halt-ich bin schwanger - kannst du mich beraten?

oder ausdrücklich zustimmt

Tipp: Trennung privates (whatsapp-) Handy vom geschäftlichen Handy ohne Whatsapp

pinard

05.02.2022, Bonn

Christine Münzenmaier / www.sharenotes.de

Co-Sleeping

Dr. in Christine Wehrstedt



alleine erhöht NICHT das SIDS-RISIKO dazu braucht es weitere Faktoren

Breast sleeping SICHER zu gestalten, ist wichtig für einen gesunden Babyschlaf und Stillförderung.



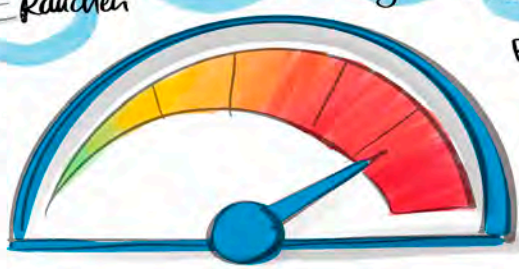
pinard 05.02.2022, Bonn Andreas Gaertner / www.sharenotes.de

Andere Faktoren sind überwiegend Unfallgründe.

- ✓ Rückenlage / RICHTIG GEBETTET
- ✓ Rauchfrei
- ✓ Richtige ERNÄHRUNG

Rauchen, Alkohol, Drogen, Bauchlage, Baby nicht gestillt, Zu viel ZEUG im Bett

hohes RISIKO für SIDS



Co-Sleeping

pinard 05.02.2022, Bonn Andreas Gaertner / www.sharenotes.de

6 Co-Sleeping und SIDS

Dr.in Christine Wehrstedt

Gemäß der deutschen Leitlinie zur Prävention des Plötzlichen Säuglingstods (SIDS, *sudden infant death syndrome*) ist dieser definiert als (Poets et al., 2018)

„der rasch eintretende Tod eines Säuglings, der nach der Anamnese unerwartet ist, bei dem die Auffindesituation und die äußere Besichtigung des Körpers keine Anhaltspunkte für einen nicht-natürlichen Tod ergeben und bei dem eine nach einem definierten wissenschaftlichen Protokoll durchgeführte postmortale Untersuchung (Autopsie) keine Befunde ergibt, die aus klinischer und histologisch-pathologischer Sicht als todesursächlich gelten können.“

Die meisten SIDS-Fälle treten zwischen dem zweiten und dem vierten Lebensmonat auf. Das Risiko nimmt mit zunehmendem Alter stetig ab. Kinder jenseits des ersten Lebensjahres versterben nur noch sehr vereinzelt an SIDS. Die Ursachen für SIDS sind noch nicht im Einzelnen geklärt. Es wurden zwar einige Risikofaktoren identifiziert, dennoch ist SIDS für das einzelne Kind nicht vorher-sagbar.

In Deutschland sind im Jahr 2019 laut der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 75 Kinder bei 778.090 Geburten an SIDS gestorben. Damit liegt die Prävalenz von SIDS bei 1:10.000 Lebendgeburten.⁵ **Die niedrige Prävalenz deutet bereits an, dass letztendlich mehrere Faktoren zusammenkommen müssen, damit es zu einem SIDS kommen kann. Hierbei spielt das Triple Risk Model eine bedeutende Rolle zur Erklärung.** Ereignisse mit monokausaler Ursache haben regelhaft deutlich höhere Prävalenzen.

6.1 Co-Sleeping – ein Risikofaktor?

Das gemeinsame Schlafen von Kind und Eltern, Co-Sleeping oder Bedsharing genannt, wird als Risikofaktor für SIDS kontrovers diskutiert. Diverse Studien bieten Evidenz unterschiedlicher Qualität zu verschiedenen Risikofaktoren, die unter Verdacht stehen, beim Co-Sleeping mit SIDS in Verbindung zu stehen (National Institute for Health and Care Excellence (NICE)). Dies führte in Deutschland zu Empfehlungen, wie sie in der AWMF-Leitlinie zur Prävention des Plötzlichen Säuglingstods aus dem Jahr 2018 zu lesen sind:

5 Abrufbar unter: <http://www.kindergesundheit-info.de/themen/risiken-vorbeugen/plotzlicher-kindstod-sids/sids/> und Daten der Lebendgebo- renen, Totgeborenen, Gestorbenen und der Gestorbenen im 1. Lebensjahr - Statistisches Bundesamt (destatis.de). Abgerufen am: 25.02.2022

„[...] Lassen Sie Ihr Kind bei sich im Zimmer, aber im eigenen Kinderbett schlafen; dies gilt vor allem für die ersten 3 Lebens- monate [...]“ (Poets et al., 2018). Mit dieser Empfehlung suggeriert die Leitlinie, dass Co-Sleeping im Elternbett einen erwiesenen unabhängigen Risikofaktor für SIDS darstelle. Hinzu kommt, dass die deutsche Leitlinie mit der Klassifikation S1 nur eine niedrige Evidenz aufweist und nicht auf Grundlage einer systematischen Evidenzrecherche, sondern im informellen Konsens erarbeitet wurde. Im Gegensatz dazu empfiehlt die aktuellere und auf höherer Evidenzstufe stehende NICE-Guideline aus dem Jahr 2021 sichere Co-Sleeping-Praktiken mit allen Eltern zu besprechen sowie die Umstände, unter denen dringend davon abgeraten werden sollte, das Bett mit einem Baby zu teilen (National Institute for Health and Care Excellence (NICE)).

6.2 Triple-Risk-Model

Das von Filiano und Kinney (1994) beschriebene Triple-Risk-Model zur Pathogenese von SIDS trägt neuropathologischen Studien Rechnung, nach deren Erkenntnissen an SIDS verstorbene Säuglinge vor dem Tod bereits schwächenden Faktoren ausgesetzt sind. Nach dem Triple-Risk-Modell ergibt sich SIDS aus der Überschneidung von drei Faktoren:

1. Intrinsische Faktoren: dies sind angeborene Ursachen, wodurch das Kind empfindlich/verwundbar ist;
2. Kritische Entwicklungsphase: dazu gehören z. B. die Entwicklung des Nerven- oder Immunsystems;
3. Extrinsische Faktoren: ein oder mehrere von außen kommende ungünstige Zusatzfaktoren.

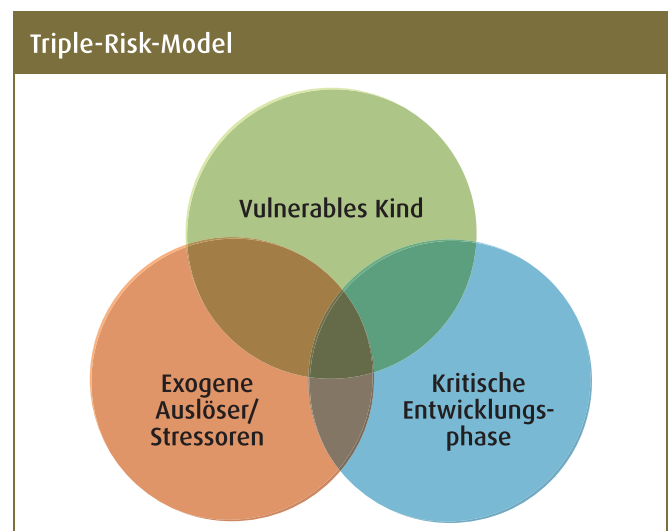


Abbildung 1: Triple-Risk-Model zur Pathogenese von SIDS. Modifiziert nach <https://safetosleep.nichd.nih.gov/research/science/causes>

Gemäß diesem Modell kann ein Kind an SIDS versterben, wenn es allen drei Faktoren ausgesetzt ist. Die Verwundbarkeit des Säuglings bleibt latent, bis dieser in die kritische Entwicklungsphase eintritt und einem exogenen Stressor ausgesetzt ist. Dennoch schließt das Triple-Risk-Modell die Möglichkeit nicht aus, dass SIDS durch einen einzigen Überschneidungspunkt verursacht wird. Dies wäre beispielsweise der Fall, wenn auf den Säugling mehrere extrinsische Faktoren einwirken, und dieser dann in die kritische Entwicklungsphase eintritt.

6.3 Gesicherte Risikofaktoren für SIDS

Zu den gesicherten intrinsischen Risikofaktoren gehören Frühgeburtlichkeit unter 34 Wochen, Small-for-Gestational-Age-Baby und die Altersspanne zwischen dem zweiten und dem vierten Lebensmonat (Blair, Mitchell, Heckstall-Smith, & Fleming, 2008; Kenner & Kerbl, 2000; Mitchell & Stewart, 1997; Mitchell et al., 1997; Moon, 2011). Auch haben männliche Säuglinge im Vergleich zu weiblichen Säuglingen ein 1,42-fach (95% Konfidenzintervall: [1,04-1,94]) erhöhtes SIDS-Risiko (Mitchell & Stewart, 1997).

Gesicherte extrinsische Risikofaktoren für SIDS sind Rauchexposition in Schwangerschaft und Stillzeit, Schlaf in Bauchlage, Nichtstillen und ein ungünstiges Schlafumfeld. Bei Schlaf in Bauchlage ist das Risiko um das 2,8- bis 6,3-fache im Vergleich zu nicht-Bauchschlaf erhöht. Rauchen in der Schwangerschaft und Stillzeit erhöht das SIDS-Risiko sogar für das gesamte 1. Lebensjahr (Kleemann & Böhm, 2006; Schlaud et al., 2010; Schlaud, Kleemann, Poets, & Sens, 1996). In einem systematischen Literaturreview identifizierten Blair et al. (2008) zehn Studien, die eine Bedeckung des Gesichts mit Bettzeug im Zusammenhang mit SIDS untersuchten. Bei unterschiedlicher Höhe war das Risiko in allen Studien signifikant. Die gepoolte Prävalenz für eine Bedeckung des Gesichts bei an SIDS verstorbenen Kindern betrug 24,6% [22,3-27,1] im Vergleich zu 3,2% [2,7-3,8] in der Kontrollgruppe. Insgesamt kommen die Autoren zu dem Schluss, dass die epidemiologischen Beweise wissenschaftlich vorgeschlagene kausale Mechanismen wie Hypoxie, Hyperkapnoe und thermischen Stress nicht vollständig unterstützen. Die Bedeckung des Kopfes mit Bettzeug wird als ein wichtiger modifizierbarer Risikofaktor im Zusammenhang mit SIDS-Todesfällen gesehen und sollte daher mit Eltern zur Vermeidung dieser Situation besprochen werden.

Weitere Risikofaktoren für SIDS sind ein junges mütterliches Alter, niedrige Bildung sowie die soziale Situation (Lohmann, 1996; Willinger, James, & Catz, 1991). Hinzu kommen gesicherte Risikofaktoren für Unfälle im Schlaf (Blair et al., 2008; Kenner & Kerbl, 2000; Mitchell & Stewart, 1997; Mitchell et al., 1997; Moon, 2011). Diese können in personenbezogen und settingbezogen differenziert werden. Personenbezogene Risikofaktoren für Unfälle im Schlaf sind Alkohol-, Drogenkonsum oder Einfluss von sedierenden Medikamenten der Co-Sleeper, Bedsharing mit anderen Personen

als der Mutter und ein extremes Übergewicht (BMI ab 35) des erwachsenen Co-Sleepers. Dicke Decken, Schnüre, Kreppele im Bett, Wasserbetten und weitere instabile Unterlagen sowie Sofas gehören zu den gesicherten settingbezogenen Risikofaktoren.

6.3.1 Gibt es SIDS überhaupt?

Die Diagnose SIDS ist nur über eine Autopsie zu stellen, wenn andere Ursachen für den Tod des Kindes weitgehend sicher ausgeschlossen werden können. Die Dissertation von Zinka (2004) an der Ludwig-Maximilians-Universität München aus dem Jahr 2004 kommt zu dem Schluss, „... dass es den plötzlichen Säuglingstod, so wie er im Allgemeinen bekannt ist, nicht gibt.“ und mehr Untersuchungsmethoden die Chancen erhöhen, die Todesursachen aufzuklären.

In der Studie fand eine außergewöhnlich intensive Obduktion von 93 Säuglingen statt, bei denen SIDS als Todesursache vermutet wurde. Schlaf in Bauchlage war in der Studie mit 66% überrepräsentiert und teils wurden Kinder zu früh mit Obstbrei zugefüttert. In 95% der Todesfälle wurden pathologische Veränderungen gefunden, die nicht mit dem Schlafort in Zusammenhang standen. Darunter wurden Pneumonien aufgrund von viralen Infekten sowie pathogene Keime (Staphylokokkus aureus, Zytomegalieviren) bei 32% der Kinder identifiziert. Weitere identifizierte krankhafte Veränderungen waren Myokardinfarkte, das Williams-Beuren-Syndrom sowie Myokarditiden. Außerdem wurden in einigen Kindern Giftsubstanzen wie Morphin und Methanol gefunden. Ethanol wurde ausschließlich bei Kindern nachgewiesen, die mit 4 Monaten bereits mit Obstbreien zugefüttert wurden. Als weitere Ursache für den Tod wurden Gewalteinwirkungen identifiziert.





6.4 Problematische Studien

Teils kommen Studien mit zahlreichen methodischen Schwächen zu Schlussfolgerungen und Empfehlungen, die so nicht abzuleiten oder haltbar sind. In einer Studie von Carpenter et al. (2013) wurden fünf große SIDS-Datensätze aus Fall-Kontroll-Studien mit insgesamt 1.472 SIDS-Fällen und 4.679 Kontrollkindern zu Schlafgelegenheiten von Säuglingen im eigenen Zuhause in Großbritannien, Europa und Australasien kombiniert, wobei kein kausaler Zusammenhang zwischen Bedsharing und kindlichem Tod nachweisbar war, sondern lediglich eine Korrelation. Zudem waren hier Bedsharingeltern eingerechnet, die die typischen Risikofaktoren wie Rauchen, Konsum von bewusstseinsstrübenden Substanzen etc. aufwiesen. Über alle eingeschlossenen Studien teilten sich 22,2% der SIDS-Fälle und 9,6% der Kontrollen das Bett. Wenn keiner der Elternteile rauchte und das Baby weniger als 3 Monate alt war, gestillt wurde und keine anderen Risikofaktoren aufwies, betrug die adjustierte Odds Ratio für Bedsharing im Vergleich zu Room-Sharing 5,1 [2,3-11,4] bei einem sehr geringen geschätzten absoluten Risiko für Room-Sharing-Säuglinge (0,08 [0,05-0,14]/1000 Lebendgeburten). Rauchen und Alkoholkonsum der Co-Sleeper erhöhten das Bett-Sharing-Risiko erheblich. Auch in der Studie von Blair (2014) konnte zwar ein erhöhtes Risiko – berechnet auf dass 1,6-fache – für Kinder unter 3 Monaten nicht ausgeschlossen werden, der Wert war jedoch statistisch nicht signifikant. Damit bleibt unklar, ob diese Erhöhung auf das geteilte Elternbett oder auf andere Faktoren zurückzuführen ist.

Aufgrund der Daten kamen die Autoren zu der Schlussfolgerung, dass sie auch, wenn die Eltern nicht rauchen oder Alkohol oder Drogen konsumieren, generell von Bedsharing abraten. Demnach

sei es „ineffektiv, Eltern zu erlauben, bei Abwesenheit sonstiger Risiken Bedsharing zu praktizieren, da häufig Zusatzrisiken im Bedsharingkontext mit anzutreffen seien.“. Eine derartige Pauschalaussage stellt jedoch eine Autoritätsanmaßung und ein defizitäres Bild von Elternverantwortung dar. Insbesondere in ethischer Hinsicht ist dies äußerst fragwürdig.

Dabei weist die Arbeit zahlreiche methodische Schwächen auf, die eine solche Schlussfolgerung nicht zulassen. Innerhalb der Kombination der fünf großen Datensätze lagen äußerst diverse Populationen und Erhebungszeitpunkte vor. Fehlende Angaben wie beispielsweise zum Stillstatus wurden durch Datenimputation ergänzt. Der Stillstatus war teils gänzlich unklar. Weiterhin fand keine Auswertung bekannter Risikofaktoren bei im Elternbett schlafenden Kindern statt, was zu einer Vermengung unterschiedlicher Risikoprofile führte. Eine Unterscheidung, ob die Babys nur in der letzten Nacht im Elternbett schliefen oder generell, wurde ebenfalls nicht getroffen. In der Studie wurde ohne Prüfung auf Vorliegen einer Kausalität lediglich geklärt, dass Kinder im Elternbett an SIDS verstorben sind.

6.4.1 Generelle Probleme bei SIDS-Studien

Bei SIDS-Studien bestehen zahlreiche grundsätzliche Probleme, die eine Ableitung von generellen Empfehlungen erschweren oder gänzlich verhindern. Prospektiv geplante randomisierte Kontrollstudien sind bei SIDS nicht möglich. Dadurch ist weder eine experimentelle Forschung möglich, noch sind Kausalitäten damit zuverlässig darstellbar. Alle verfügbaren Ergebnisse stammen aus retrospektiven Auswertungen, für die keine einheitliche

zuverlässige Erhebung von Parametern im Verlauf möglich ist, häufig unvollständige Gesamtangaben vorliegen und in Folge reichliche Biasquellen bestehen. Bias verringert die Vergleichbarkeit der Datensätze und damit auch die Aussagekraft der Ergebnisse. Weiterhin findet teilweise die Vermengung nicht zusammenhängender Aspekte statt, wie der Faktor Alkoholeinfluss beim Co-Sleeping, der aus älteren Studien nicht immer entnehmbar ist. Hinzu kommen länderspezifische Unterschiede in der Definition von SIDS und auch Unterschiede in der Diagnostik wie beispielsweise Obduktion versus klinische Diagnosestellung.

Prinzipien von evidenzbasierter Medizin besagen allerdings, dass epidemiologische Daten testbare und belastbare Hypothesen generieren sollen, ehe sie in generalisierte Empfehlungen transferiert werden (Straus & McAlister, 2000). Daher sind generalisierte Empfehlungen im Zusammenhang mit SIDS als problematisch anzusehen, da diese Datenlage nicht generierbar ist.

6.5 Fehlannahme einer vermeintlichen Risikoreduktion

Die Empfehlungen gegen Bedsharing werden von einigen Autoren sowie der deutschen S1-Leitlinie zur Risikovermeidung von SIDS ausgesprochen. Dem liegt die Fehlannahme zugrunde, dass durch die generalisierte Empfehlung gegen Bedsharing keine Schäden

entstünden. Bisher werden jedoch negative Effekte durch derartige Empfehlungen noch zu wenig hinterfragt. Dabei können der Stillserfolg und der Bondingprozess beeinträchtigt werden sowie weitere negative Sekundäreffekte entstehen.

Eine generelle Empfehlung gegen das Bedsharing lenkt den Fokus der Eltern auf die Angst, ihrem Kind zu schaden, wodurch die positiven Effekte durch das Stillen in den Hintergrund rücken. Die Eltern sehen sich beim Bedsharing als Gefahr für das Kind. Dadurch werden Schuldgefühle beim Bedsharing provoziert und die protektive Wirkung des Stillens gegenüber SIDS kommt bei den Eltern gegebenenfalls nicht mehr an. Das steht im Widerspruch zur Evidenzlage, denn nicht oder zu kurze Zeit zu stillen ist, im Gegensatz zum Co-Sleeping, ein gesicherter Risikofaktor im Zusammenhang mit SIDS. Damit sind mögliche Konsequenzen aus forciertem Getrenntschlafen eine Gefährdung der Stillcompliance, woraus eine Erhöhung des SIDS-Risikos und ein Anstieg der Gesamtmorbidität und -mortalität durch verringerte Stillquoten folgt, die über die SIDS-Mortalitätsraten hinausgehen.

In einer Längsschnittstudie zum Stillverhalten und Bedsharing untersuchten Blair, Heron, and Fleming (2010) populationsbasierte Datensätze aus Großbritannien von 14.062 Lebendgeburten. Die höchste Bedsharing-Wahrscheinlichkeit bestand bei stillenden, nicht-rauchenden Müttern mit höherem Bildungsabschluss und mit gutem sozio-ökonomischen Hintergrund. In der Gruppe bestand auch ein geringes Ausgangsrisiko für SIDS. Weiterhin bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen Bedsharing-Gewohnheiten und dem Stillen nach 12 Monaten ($p < 0,001$), abhängig davon, ob



die Familien spät (Odds Ratio: 1,72 [1,36–2,18]), früh (Odds Ratio: 2,36 [1,87–2,97]) oder im gesamten Zeitraum das Bett teilten (Odds Ratio: 5,29 [4,05–6,91]). Die Stillprävalenz war in den ersten 15 Monaten nach der Geburt in den Gruppen, die ständig oder früh das Bett teilten, signifikant höher.

Diese Ergebnisse implizieren, dass von Bedsharing nur abgeraten werden sollte, wenn belegte Risikofaktoren vorliegen. Ein generelles Bedsharing-Verbot könnte zu völliger Übermüdung der Mutter führen. Daraus wiederum ergeben sich riskante Konstellationen, wenn die Mutter beispielsweise an unsicheren Orten wie Sofas oder Stühlen mit dem Kind im Arm aus Übermüdung einschläft. Die Essenz aus der derzeitigen Datenlage zur Vermeidung von SIDS lautet, dass Kinder nicht in Bauchlage schlafen sollten, sie nicht überwärmt werden sollen und bei besonderen Risikofaktoren wie beispielsweise bei Epilepsie von Co-Sleeping abgeraten werden sollte.

Diesen Schluss erlaubt auch eine weitere Studie von Blair, Sidebotham, Pease, and Fleming (2014), in der das Risiko des Bedsharings in Abwesenheit gefährlicher Begleitumstände untersucht wurde. Das Ziel der Studie war die Darstellung des SIDS-Risikos von Kindern bei Co-Sleeping in nicht riskanten Schlafarrangements. Die Auswertung von Datensätzen zweier Fall-Kontroll-Studien erfolgte getrennt nach Gruppen mit unterschiedlichen Risikoprofilen von 400 an SIDS verstorbenen Babys und 1.386 lebenden Babys aus fünf Regionen in England zwischen den Jahren 1993 und 2003.

Ohne Differenzierung nach Risikofaktoren war das SIDS-Risiko beim Bedsharing per se um das Dreifache erhöht. Nach Bereinigung um Risikofaktoren war das Durchschnittsrisiko für SIDS bei Kindern über 3 Lebensmonate nicht erhöht. Elterlicher Drogen- und Alkoholkonsum hingegen erhöhte das durchschnittliche Risiko um den Faktor 18, Rauchen um den Faktor 9 und Nichtstillen um den Faktor 2. Das bedeutet, dass Bedsharing nur bei ungünstigen Begleitumständen das SIDS-Risiko erhöht.

6.6 Vorteile des Bedsharings

Bedsharing vereint zahlreiche Vorteile: auf sozialer Ebene fördert Bedsharing Bonding, kulturelle Aspekte und Werte von Elternschaft. Gesundheitlich fördert Bedsharing höhere Prolaktinspiegel, die sich wiederum positiv auf höhere Stillquoten auswirken, was im Zusammenhang mit SIDS erwiesenermaßen protektiv wirkt. Außerdem erkennen Eltern bei direktem Kontakt mit ihrem Säugling möglicherweise lebensbedrohende Ereignisse frühzeitig.

Aus anthropologischer Sicht ist das Bedsharing evolutionsbiologisch als Normverhalten von Säugetieren etabliert und wird entsprechend ubiquitär praktiziert. Das Bindungssystem fordert Nähe beim Müdewerden, bietet entwicklungsgeschichtliche Vorteile und wird von vielen Babys auch eingefordert. Der Schlafort des Kindes wird außerdem von kulturellen Aspekten beeinflusst und ist mit den Werten von Elternschaft verbunden. Damit ist der Schlafort

nicht einfach modifizierbar wie die Schlafposition, die nicht mit Vorstellungen von Elternschaft in Konflikt gerät, und erfährt in der Folge eine niedrigere Compliance.

Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass Bedsharing kein unabhängiger Risikofaktor für das Auftreten eines SIDS ist, sondern nur zum Risiko wird, wenn andere Faktoren mit hoher Evidenzgrundlage hinzukommen, insbesondere Substanzabusus, Rauchen, Bauchlage und nicht zu stillen. Weitere Gründe, die zu kindlichem Versterben im Bett führen können, sind in der Regel Unfallursachen und gut modifizierbar.

die LAST mit der LUST

Ich in meiner PRAXIS

die wichtigste VORAUSSETZUNG für eine einfache Sexualität nach der Geburt ist eine einfache Sexualität vor der Geburt.

SEX während und nach der Schwangerschaft darf KEIN Tabuthema sein!
Für die Hebammen UND das Paar!

- Flucht
- Kampf
- Freuen
- Fortpflanzung

Indisziplinariät üben

ZUVERSICHT ausstrahlen

WISSEN entwickeln

«Doggy-Style» WORDING trainieren

pinard 05.02.2022, Bonn

Andreas Gaertner / www.sharenotes.de

Der Vater nach der Geburt...

Ich habe es ALLEIN geschafft!

Und ALLEIN bleibst Du erst mal auch!

pinard 05.02.2022, Bonn

Christine Münzenmaier / www.sharenotes.de

7 Die Last mit der Lust

Dr. Ludwig N. Baumgartner

Lust ist im sexuellen Kontext definiert als „*heftiges, auf die Befriedigung sinnlicher, besonders sexueller Bedürfnisse gerichtetes [triebhaftes] Verlangen*“ und „*aus der Befriedigung sinnlicher, besonders geschlechtlicher Genüsse entstehendes Gefühl; Erfüllung einer Begierde; Wollust*“ (1).

Eine allgemeingültige Definition von „gutem Sex“ existiert hingegen nicht. Vielmehr ist die Qualität von Sex sehr individuell zu bewerten. Nicht nur die Vorlieben hinsichtlich der sexuellen Handlungen oder Positionen beim vaginalen oder analen Geschlechtsverkehr unterscheiden sich. Auch, wie oft oder regelmäßig Paare Lust auf Sex haben ist sehr unterschiedlich. Solange beide Partner sexuell zusammenfinden und Befriedigung darin empfinden, haben sie guten Sex.

Der Eintritt einer Schwangerschaft stellt eine besondere partnerschaftliche Situation für das Sexleben dar. Evolutionsbiologisch hat der Geschlechtsverkehr seinen Zweck, nämlich die Sicherung der eigenen Fortpflanzung, erfüllt. Das Paar ist meist voller Vorfreude auf das Kind. Sexuelles Verlangen und Lust rücken dabei schnell in den Hintergrund. Außerdem ist der Körper der schwangeren Frau zahlreichen Veränderungen unterworfen und geprägt von hormonellen Umstellungen. In einigen Fällen bestehen zusätzlich Unsicherheiten, ob Geschlechtsverkehr in der Schwangerschaft dem Kind sogar schaden könnte. Die Spezialität der Schwangerschaft gibt daher Anlass zu zahlreichen Studien zur elterlichen Sexualität in der Schwangerschaft und nach der Geburt (2).

7.1 Informationen für Eltern

Während Frauen- und Männerzeitschriften bereits auf der Titelseite einen Eindruck vermitteln, wie gute Sexualität zu leben ist, ist davon in den Mütter- und Väteraussgaben derselben Zeitschriftenverlage nichts mehr zu sehen. Sexualität wird komplett verbannt und abgelöst durch Themen zu Schwangerschaft und Geburt sowie Aktivitäten rund ums Kind.

Nach der vergleichsweise großen Informationsfülle zur Sexualität vor der Elternschaft sind Informationen zur Sexualität in und nach der Schwangerschaft rar. Für fundierten Rat zur Sexualität in Schwangerschaft und nach der Geburt sind Gynäkologinnen und Gynäkologen, Geburtshelferinnen und -helfer sowie Hebammen die besten Ansprechpartnerinnen bzw. -partner. Tatsächlich besteht bei den Eltern aber eine Hemmschwelle über ihr Sexleben mit Außenstehenden eigeninitiativ zu sprechen. Stattdessen werden Fragen zum Thema Sex in der Schwangerschaft eher im Internet

gestellt, als sie persönlich Expertinnen und -experten aus dem geburtshilflichen Bereich anzuvertrauen. Hebammen können diese Hemmung jedoch durch ein aktives Ansprechen der Sexualität in der Schwangerschaft und dem Aufbau eines Vertrauensverhältnisses abbauen.

Die sexuelle Funktion während der Schwangerschaft und in der Zeit nach der Geburt korreliert signifikant und linear mit der Sexualität vor der Schwangerschaft (3). Zu dem Ergebnis kam eine Studie mit 59 gesunden schwangeren Frauen, die diesen Zusammenhang untersuchte. Die Sexualität vor der Schwangerschaft spielte eine wichtige Rolle bei der Aufrechterhaltung der Sexualität während der Schwangerschaft und der Zeit nach der Geburt. Dabei bestand kein Zusammenhang zwischen Schwangerschaft und postpartaler Sexualität.

7.2 Sex während der Schwangerschaft

Der unbeschwerte Sex wird bereits mit dem Zeitpunkt des Kinderwunsches bei vielen Paaren gegen Geschlechtsverkehr streng nach Kalender getauscht, um den Zeitpunkt der Ovulation für den Eintritt einer Schwangerschaft optimal auszunutzen. Manche Paare versuchen darüber hinaus das Timing in Relation zur Ovulation zu optimieren, um etwa den Bestand der Schwangerschaft zu sichern, oder gar das Geschlecht des Kindes zu beeinflussen. Schon ab bestehendem Kinderwunsch entsteht bei einigen Paaren ein entsprechend großer Druck, der einen negativen Einfluss auf die Sexualität und die dabei empfundene Lust hat.

Ist eine Schwangerschaft dann eingetreten, herrscht zunächst eine Phase von Euphorie. Das Paar freut sich zusammen auf das Kind. Sexuell motivierte Handlungen, wie Küssen (97%), Vorspiel (79%), Bruststreicheln (87%) oder Vaginalverkehr (86%) werden laut einer Querschnittsstudie mit 141 schwangeren Frauen im St. John's Universitätskrankenhaus in Kanada während der Schwangerschaft am häufigsten praktiziert (4). Knapp die Hälfte der Frauen (42%) empfand Vergnügen bei der sexuellen Handlung während der Schwangerschaft und bei 51% der Frauen war die Orgasmushäufigkeit beim Sex unverändert.

In der Studie von Bartellas, Crane (4) nahm mit fortschreitender Schwangerschaft jedoch die Initiation der sexuellen Aktivität (51%), des Vaginalverkehrs und des sexuellen Verlangens (58%) bei vielen Frauen ab, wobei das Trimester der Schwangerschaft der einzige unabhängige Prädiktor war. Bei den meisten Männern (60%) ist das sexuelle Verlangen während der Schwangerschaft der Partnerin gleich groß geblieben. Ebenso stabil blieb der Beitrag zur Initiative sexueller Handlungen bei 55% der befragten Männer. Auch fanden die meisten Männer (65%) ihre Frauen während der Schwangerschaft weiterhin attraktiv.

7.2.1 Sorgen

Sowohl Schwangere als auch ihre Partner machen sich Sorgen hinsichtlich möglicher Komplikationen in der Schwangerschaft aufgrund des Geschlechtsverkehrs. Die Bedenken, dass sexuelle Aktivität zu vorzeitigen Wehen oder vorzeitigem Blasensprung führt, nehmen mit fortschreitender Schwangerschaft zu. Gemäß einer kanadischen Studie, möchte die Mehrheit der Frauen ihre Sorgen mit ihrer Ärztin bzw. ihrem Arzt besprechen, fühlt sich aber nicht immer wohl dabei, das Thema selbst anzusprechen (4).

In derselben Studie machten sich über die Hälfte der Schwangeren Sorgen über Blutungen, die durch sexuelle Aktivität ausgelöst werden könnten (4). Die am häufigsten aufgetretenen Komplikationen waren jedoch nicht Blutungen, sondern Veränderungen der vaginalen Gleitfähigkeit (37%), gefolgt von Schmerzen/Trockenheit (22%) und abdominalen Krämpfen (18%).

Hinzu kommen Sorgen vor Infektionen von Mutter und Kind durch vaginalen Geschlechtsverkehr und damit evtl. assoziierter Frühgeburtlichkeit oder sogar dem Tod. Selbst in wissenschaftlichen Publikationen sind abenteuerliche Fallberichte zu lesen, an deren Seriosität ernsthafte Zweifel bestehen sollten. So beschrieben etwa Hill and Jones (5) den Fall einer nicht-tödlichen venösen Luftembolie, nachdem beim Oralverkehr Luft in die Vagina geblasen wurde. Diese Luft würde unter die fötalen Membranen strömen und so in den Kreislauf der subplazentaren Nebenhöhlen gelangen, was innerhalb von Minuten zum Tod von Mutter und Kind führen könne.

7.2.2 Körperliche Veränderungen

Die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs nimmt während der Schwangerschaft, unabhängig vom Alter und von der sexuellen Aktivität der Paare vor der Schwangerschaft, ab (6). In der Studie der Gynäkologie der Medizinischen Universität Warschau wurden 149 zwischen Januar 2013 und Februar 2014 korrekt ausgefüllte Fragebögen von Frauen im dritten Schwangerschaftstrimester ausgewertet. Während der Schwangerschaft hatten die meisten Frauen 1 bis 3 Mal im Monat Geschlechtsverkehr, im Gegensatz zu 1 bis 2 Mal pro Woche vor der Empfängnis. Zu den Hauptgründen für die Verminderung der sexuellen Aktivität in der Schwangerschaft gehörten eine verminderte Libido der Frauen (35,5%), der Rat des Arztes (29%) und Ängste um die Gesundheit des Kindes (29%) (6).

Für schwangere Frauen wird Geschlechtsverkehr aufgrund des wachsenden Bauches mit fortschreitender Schwangerschaft in einigen Positionen zunehmend schwieriger und unangenehmer. In einer Befragung von 215 schwangeren Frauen zu den praktizierten sexuellen Stellungen und der sexuellen Befriedigung während der Schwangerschaft nahm die Koitalfrequenz vom ersten zum dritten Trimester signifikant ab ($p < 0,05$) (7). Im ersten Trimester gaben noch knapp 40% der Frauen an, beim Sex oben (Gesicht zu Gesicht) zu sein, während bis zum letzten Trimester nur noch 10% der Frauen diese Position einnahmen.

Die von schwangeren Frauen am häufigsten (67,6%) angegebene Sexposition war „Mann oben“ (Gesicht zu Gesicht). Diese sexuelle Position wurde über alle Trimester etwa gleich häufig eingenommen. Andere Sexpositionen (seitlich, von hinten, sitzend, stehend, Bauchstütze) wurden von weniger als 20% der schwangeren Frauen eingenommen und veränderten sich in ihrer Häufigkeit über die drei Trimester nicht wesentlich. Befriedigung empfanden signifikant mehr Frauen während der Schwangerschaft im Vergleich zu vorher, wenn der Mann oben war (Gesicht zu Gesicht; $p=0,031$). Gleichzeitig empfanden signifikant weniger Frauen Befriedigung in der Schwangerschaft, wenn sie selbst oben waren (Gesicht zu Gesicht; $p=0,47$) (7).

7.2.3 Einleitung der Geburt

Ob vaginaler Geschlechtsverkehr den Geburtsbeginn zum Termin einleiten kann, untersuchten Castro und Co-Autoren (8). Von insgesamt 123 teilnehmenden Patientinnen mit Einlings-, Kopf-, Termin- und Niedrigrisikoschwangerschaft wurden 63 Frauen in die Studiengruppe und 60 Frauen in die Kontrollgruppe randomisiert. Die Frauen in der Studiengruppe hatten mindestens zweimal pro Woche vaginalen Verkehr. Frauen in der Kontrollgruppe blieben abstinente. Signifikante Unterschiede gab es zwischen den beiden Gruppen nicht. Das mittlere Intervall zwischen Studienrekrutierung und Entbindung lag bei sexuell aktiven Frauen bei 15,1 Tagen und bei 14,2 Tagen in der Kontrollgruppe ($p = 0,45$). Die Kaiserschnitttrate lag bei 14,3% in der Studiengruppe bzw. bei 10% in der abstinente Gruppe ($p = 0,58$). Auch die Rate spontaner Wehen war in beiden Gruppen ähnlich (84,1% in der Studiengruppe bzw. 75% in der Kontrollgruppe, $p = 0,26$). Insgesamt scheint vaginaler Geschlechtsverkehr den spontanen Wehenbeginn am Termin nicht zu beschleunigen.

7.3 Sex nach der Geburt

Die Geburt ist ein Erlebnis, was das Paar noch stärker zusammenschweißen kann. Insbesondere bei interventionsreichen Geburten oder Entbindung per Kaiserschnitt sind jedoch nach der Geburt unter Umständen beide Partner traumatisiert. Sexualität und Lust sind dann erstmal kein Thema mehr.

Die Erfahrungen und Emotionen von Vätern während der Geburt wurden in einer Studie mit 121 Paaren untersucht. Nach der Geburt und vor der Entlassung aus dem Krankenhaus erhielten die Paare Fragebögen, um ihre Gefühle auf einer visuellen Analogskala zu bewerten (9). Im Allgemeinen wollten die Väter ihre Partnerin während der Geburt begleiten, wobei 81% der Väter eine Punktzahl von 9 oder mehr gaben. Die meisten von ihnen fanden die Erfahrung lohnend und angenehm, aber sie empfanden eine operative Entbindung traumatischer im Vergleich zu einer vaginalen Entbindung ohne Intervention (Kaiserschnitt $p = 0,003$; instrumentelle Entbindung $p = 0,032$). Frauen unterschätzten die positiven



Erfahrungen ihrer Partner während der Geburt. Sie empfanden die Anwesenheit ihrer Partner außerdem hilfreicher, als ihre Partner es empfunden hatten. Beide Partner hatten das Gefühl, dass sich ihre Beziehung zueinander nach ihren gemeinsamen Erfahrungen unabhängig von der Art der Geburt verbessert hatte.

7.3.1 Traumatische Geburtsergebnisse

Männer erleben die Geburt aus einem ganz anderen Blickwinkel als Frauen diese erfahren. Während der gesamten Schwangerschaft ist die werdende Mutter für sie deutlich spürbaren Veränderungen unterworfen. Die Geburt selbst kann für Mütter eine sehr anstrengende und schmerzhaft Erfahrung darstellen und ihr Körperbild nochmals grundlegend verändern.

Hinzu kommen evtl. traumatische Geburtsergebnisse, die in einer prospektiven Längsschnittstudie mit 499 Frauen aus vier öffentlichen Geburtskliniken in Australien von einem Drittel der befragten Frauen (33 %) angegeben wurden (10). 28 Frauen (5,6 %) erfüllten die Diagnostic-and-Statistical-Manual-of-Mental-Disorders (DSM)-IV-Kriterien für eine akute posttraumatische Belastungsstörung. Das Ausmaß der geburtshilflichen Intervention während der Geburt ($p < 0,0001$) und die Wahrnehmung einer unzureichenden intrapartalen Versorgung ($p < 0,0001$) waren durchgängig mit der Entwicklung akuter Traumasymptome verbunden.

Die Art der Geburt selbst hat anscheinend keinen Einfluss auf die weibliche sexuelle Funktion nach der Geburt (11). Zu dieser

Schlussfolgerung kam eine Kohortenstudie mit insgesamt 256 erstgebärenden Frauen, die entweder vaginal oder per elektivem Kaiserschnitt entbunden hatten. In beiden Gruppen war das sexuelle Verlangen 12 Wochen nach der Entbindung im Vergleich zu vor der Geburt signifikant reduziert. Frauen, die vaginal entbunden haben, zeigten 12 Wochen nach der Geburt außerdem signifikante Abnahmen in den Bereichen Erregung und vaginale Feuchtigkeit im Vergleich zu den Werten vor der Geburt.

Nach der Geburt erleben Frauen typischerweise ein vermindertes sexuelles Verlangen und eine erhöhte Reaktionsfähigkeit auf Säuglingsreize (12). Oxytocin kann zu den veränderten reproduktiven Prioritäten bei Frauen nach der Geburt beitragen, indem es die Aktivierung des Belohnungssystems auf Säuglingsreize erhöht und gleichzeitig die Empfänglichkeit für sexuelle Reize erniedrigt.

7.3.2 Emotionen, Gefühle und Partnerschaft

Die allgemeine Beziehungszufriedenheit ist wesentlich für die sexuelle Zufriedenheit während der Schwangerschaft und gleichzeitig ein Prädiktor für die sexuelle Zufriedenheit nach der Geburt (13). Ein weiterer wichtiger Prädiktor ist das Vorhandensein einer Depression, die sich negativ auf das sexuelle Verlangen und sexuelle Befriedigung während der Schwangerschaft auswirkt. Ebenso wirkt sich Erschöpfung entweder direkt und/oder indirekt auf die Maße der Sexualität während der gesamten Perinatalperiode aus. Auch die Qualität der Mutterrolle ist nach der Geburt stark mit den Maßen der Sexualität verbunden.

Schwangerschaft und Geburt können viele körperliche, emotionale und soziale Veränderungen mit sich bringen, welche die sexuellen Bedürfnisse der Frau verändern und sich auf ihre Beziehung auswirken können (14). Viele Mütter fühlen sich mit ihrem Körperbild nach der Geburt nicht wohl. Ein Kind zu gebären und zu versorgen, bedeutet außerdem weniger Schlaf und weniger Freizeit. Folglich bevorzugen viele Mütter in ihrer Freizeit Schlaf oder Zeit für sich anstelle von Sex. Problematisch ist mitunter auch das ganz normale unterschiedliche sexuelle Verlangen zwischen Frauen nach der Entbindung und ihrem Partner. Eine positive Rückversicherung durch den Partner, auch hinsichtlich der physischen Gesundheit, ist von entscheidender Bedeutung für Mütter kurz nach der Geburt.

Frischgebackene Mütter machen sich Gedanken über ihr Körperbild und die Anpassungsfähigkeit an die Elternschaft. Hinzu kommen Bilder in den Medien von gerade entbundenen prominenten Müttern, die suggerieren, dass der Körper innerhalb kürzester Zeit wieder wie vorher sei. Dem muss von fachlicher Seite her begegnet werden, um falsche Erwartungshaltungen auszuräumen. Frauen brauchen eine einfühlsame, professionelle Beratung und Bestätigung für ihren Körper sowie für das Sexuelleben nach der Geburt. Hebammen, Geburtshelferinnen und -helfer sowie Gynäkologinnen und Gynäkologen sollten die Schlüsselpersonen für eine solche Beratung sein (3, 14, 15).

Nicht nur die fachliche Beratung ist hinsichtlich der sexuellen Aktivität in der Schwangerschaft und nach der Geburt wichtig. Die Paare müssen miteinander über Ihre Wünsche, Erwartungen und Sorgen sprechen, um ein verständnisvolles Miteinander zu schaffen. Paare, die vor der Schwangerschaft eine gute Beziehung zueinander hatten, gelingt dies auch nach Geburt, was sich positiv auf die gemeinsame Sexualität auswirkt.

Der sexuelle Reaktionszyklus nach dem Zirkularmodell, das von Basson (16) vorgeschlagen wurde, zeigt, dass für spontane sexuelle Handlungen auch eine Empfänglichkeit für sexuelle Aktivität bestehen muss (Abbildung 1). Zu den Gründen, Sex anzuregen oder ihm zuzustimmen, gehört der Wunsch, Liebe auszudrücken, körperliche Freude zu empfangen und zu teilen, sich emotional

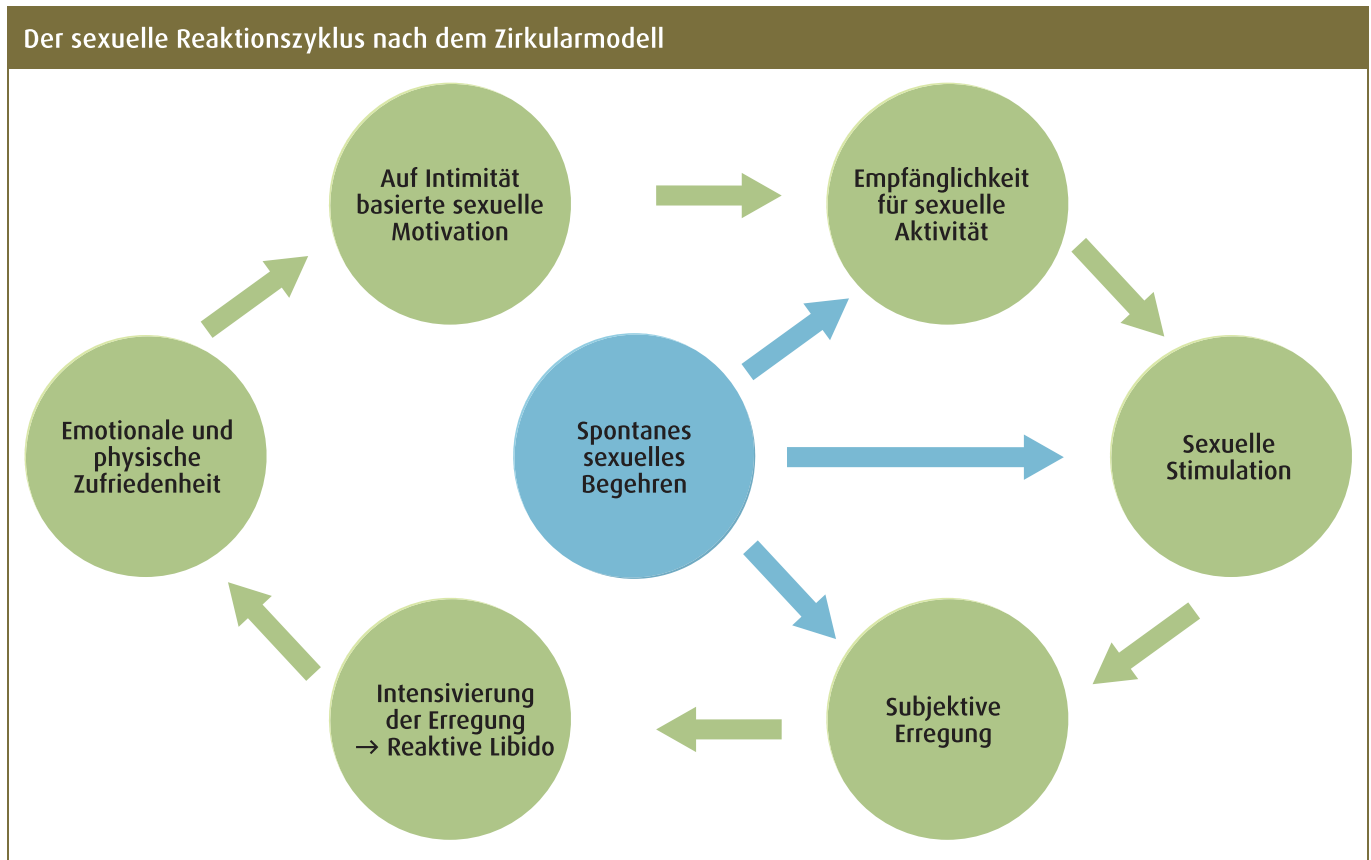


Abbildung 1: Zirkularmodell des sexuellen Reaktionszyklus. Modifiziert nach Basson (16)



7.4 Therapie

Die beste Therapie besteht aus Vertrauen, Unterstützung durch den Partner und Aufklärung. Die Abnahme von sexueller Aktivität während der Schwangerschaft resultiert oft aus Unwissenheit und einer erhöhten Angst, dem heranwachsenden Kind zu schaden. Schwangeren Frauen und ihren Partnern fehlen häufig die Möglichkeiten, sich zielgerichtet zu informieren und ihr Wissen zu erweitern. Noch immer stellen das Internet und andere (soziale) Medien die wichtigste Informationsquelle über das Sexualleben in der Schwangerschaft (63,5 %) dar. Weniger als ein Drittel (30%) der Schwangeren wenden sich an medizinisches Personal.

Die Rolle des medizinischen Personals bei der Beratung von Problemen der sexuellen Aktivität ist deshalb eher unzureichend und sollte gestärkt werden (6). Insbesondere die Aufklärung durch Geburtshelferinnen und -helfer sowie Hebammen ist von immenser Wichtigkeit, ebenso wie die enge Kooperation aller am Geburtsprozess beteiligten Berufsgruppen (3, 15).

Letztendlich bleiben Sexualität und Lust höchst individuell. Dementsprechend individuell müssen die Paare auch beraten werden. Paare, die vor der Schwangerschaft eine vertraute und stabile Beziehung hatten, sowie mit ihrer gemeinsamen Sexualität zufrieden waren, werden auch nach der Geburt sexuell wieder zueinander finden.

näher zu fühlen, dem Partner zu gefallen und das eigene Wohlbefinden zu steigern. Dies führt zu einer Empfänglichkeit für die Empfindung sexueller Reize und sich bewusst darauf zu konzentrieren. Diese Reize werden im Gehirn, beeinflusst von biologischen und psychologischen Faktoren, verarbeitet.

Daraus resultiert der Zustand einer subjektiven sexuellen Erregung. Fortgesetzte Stimulation lässt sexuelle Erregung und Lust intensiver werden und löst das Verlangen nach Sex selbst aus. Sexuelle Befriedigung ergibt sich, wenn die Stimulation ausreichend lange andauert und die Frau konzentriert bleiben kann, das Gefühl der sexuellen Erregung genießen kann und frei von negativen Empfindungen wie etwa Schmerzen ist.

Aus mehreren Gründen ist eine Frau kurz nach der Entbindung jedoch nicht empfänglich für sexuelle Reize, da

- > sie Schmerzen haben könnte,
- > ihr Belohnungssystem auf Säuglingsreize statt auf sexuelle Reize programmiert ist,
- > das Kind sie in Gänze fordert. Mütter sind entsprechend erschöpft und müde und nutzen die kurze Freizeit, die ihnen bleibt, zur eigenen Erholung.

Die Bedeutung von Nähe und Zärtlichkeit mit ihrem Partner bleibt jedoch auch nach der Geburt unverändert hoch. Zu diesem Ergebnis kam eine kleine Studie mit 26 Frauen (17). Diese ergab jedoch einen signifikanten Rückgang der wahrgenommenen Bedeutung der Sexualität, des Geschlechtsverkehrs und der Zufriedenheit mit dem gegenwärtigen Sexualleben in der Schwangerschaft. Bis 6 Monate nach der Geburt nahm die Bedeutung von Sexualität und Geschlechtsverkehr wieder leicht zu, ohne jedoch das Ausgangsniveau vor der Schwangerschaft zu erreichen. Die Zufriedenheit mit dem gegenwärtigen Sexualleben sank auch 6 Monate nach der Geburt weiter. Was sich in der gesamten Zeit von Vor- über Früh- und Spätschwangerschaft sowie auf die Zeit danach nicht veränderte, war die Bedeutung von Zärtlichkeit, die konstant mit hoher Wichtigkeit bewertet wurde.

8 Literatur

8.1 Literatur zum Beckenboden

Lange, R., Tabibi, E., Hirschold, T., Lange, S., & Naumann, G. (2021). Beckenboden-REhabilitations-STudie BREST. Meeting Abstract. 32. Kongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V. Abrufbar unter: <https://www.egms.de/static/en/meetings/dkg2021/21dkg65.shtml>. Abgerufen am: 25.02.2022. In.

Keller, Y., Krucker, J., Seleger, M. „Beckenbodentraining - Entdeckungsreise zur weiblichen Mitte“

8.2 Literatur zur Stillförderung

1. World Health Organization (WHO) & United Nations Children's Fund (UNICEF). Global strategy for infant and young child feeding. 2003.
2. Brettschneider A-K, von der Lippe E, Lange C. Stillverhalten in Deutschland – Neues aus KiGGS Welle 2. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2018;61(8):920-5.
3. Kersting M, Hockamp N, Burak C, Lücke T. Studie zur Erhebung von Daten zum Stillen und zur Säuglingsernährung in Deutschland – SuSe II. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.): 14. DGE-Ernährungsbericht. Vorveröffentlichung Kapitel 3. Bonn (2020) VI-V 34. (<http://www.dge.de/14-dge-eb/vvoe/kap3>) 2020.
4. Kersting M, Dulon M. Fakten zum Stillen in Deutschland. Monatsschrift Kinderheilkunde. 2002;150(10):1196-201.
5. Rebhan B, Kohlhuber M, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H. Initiales Stillen und Gründe für das Abstillen Ergebnisse der Studie „Stillverhalten in Bayern“. 2006.
6. Lippe E, Brettschneider A-K, Gutsche J, Poethko-Müller C. Einflussfaktoren auf Verbreitung und Dauer des Stillens in Deutschland. Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung; 2014.
7. Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). 2018. S3-Leitlinie Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge. 2. Auflage. AWMF-Registernummer: 057-008. Abrufbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/057-008.html>. Abgerufen am: 01.03.2022.
8. Forster DA, Moorhead AM, Jacobs SE, Davis PG, Walker SP, McEgan KM, et al. Advising women with diabetes in pregnancy to express breastmilk in late pregnancy (Diabetes and Antenatal Milk Expressing [DAME]): a multicentre, unblinded, randomised controlled trial. *Lancet*. 2017;389(10085):2204-13.
9. Widström A-M, Brimdyr K, Svensson K, Cadwell K, Nissen E. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta paediatrica* (Oslo, Norway : 1992). 2019;108(7):1192-204.

8.3 Literatur zum Impfen in der Schwangerschaft

Amirthalingam, G., Andrews, N., Campbell, H., Ribeiro, S., Kara, E., Donegan, K., . . . Ramsay, M. (2014). Effectiveness of maternal pertussis vaccination in England: an observational study. *Lancet*, 384(9953), 1521-1528. doi:10.1016/s0140-6736(14)60686-3

Benowitz, I., Esposito, D. B., Gracey, K. D., Shapiro, E. D., & Vázquez, M. (2010). Influenza vaccine given to pregnant women reduces hospitalization due to influenza in their infants. *Clin Infect Dis*, 51(12), 1355-1361. doi:10.1086/657309

Blencowe, H., Lawn, J., Vandelaer, J., Roper, M., & Cousens, S. (2010). Tetanus toxoid immunization to reduce mortality from neonatal tetanus. *Int J Epidemiol*, 39 Suppl 1(Suppl 1), i102-109. doi:10.1093/ije/dyq027

Dodds, L., McNeil, S. A., Fell, D. B., Allen, V. M., Coombs, A., Scott, J., & MacDonald, N. (2007). Impact of influenza exposure on rates of hospital admissions and physician visits because of respiratory illness among pregnant women. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 176(4), 463-468. doi:10.1503/cmaj.061435

Donegan, K., King, B., & Bryan, P. (2014). Safety of pertussis vaccination in pregnant women in UK: observational study. *BMJ : British Medical Journal*, 349, g4219. doi:10.1136/bmj.g4219

Heininger, U. (2010). Update on pertussis in children. *Expert Rev Anti Infect Ther*, 8(2), 163-173. doi:10.1586/eri.09.124

Heininger, U., Riffelmann, M., Leineweber, B., & Wirsing von Koenig, C. H. (2009). Maternally derived antibodies against Bordetella pertussis antigens pertussis toxin and filamentous hemagglutinin in preterm and full term newborns. *Pediatr Infect Dis J*, 28(5), 443-445. doi:10.1097/INF.0b013e318193ead7

Skowronski, D. M., & De Serres, G. (2009). Is routine influenza immunization warranted in early pregnancy? *Vaccine*, 27(35), 4754-4770. doi:https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2009.03.079

Ständige Impfkommision. Beschluss der STIKO zur 10. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung. *Epid Bull* 2021;38:3 -9 | DOI 10.25646/9032. In.

Ständige Impfkommision. Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) beim Robert Koch-Institut 2021. *Epid Bull* 2021;34:3- 63 | DOI 10.25646/8824. In.

Zaman, K., Roy, E., Arifeen, S. E., Rahman, M., Raqib, R., Wilson, E., . . . Steinhoff, M. C. (2008). Effectiveness of Maternal Influenza Immunization in Mothers and Infants. *New England Journal of Medicine*, 359(15), 1555-1564. doi:10.1056/NEJMoa0708630

8.4 Literatur zu Co-Sleeping

Blair, P. S., Heron, J., & Fleming, P. J. (2010). Relationship Between Bed Sharing and Breastfeeding: Longitudinal, Population-Based Analysis. *Pediatrics*, 126(5), e1119-e1126. doi:10.1542/peds.2010-1277

Blair, P. S., Mitchell, E. A., Heckstall-Smith, E. M., & Fleming, P. J. (2008). Head covering - a major modifiable risk factor for sudden infant death syndrome: a systematic review. *Arch Dis Child*, 93(9), 778-783. doi:10.1136/adc.2007.136366

Blair, P. S., Sidebotham, P., Pease, A., & Fleming, P. J. (2014). Bed-sharing in the absence of hazardous circumstances: is there a risk of sudden infant death syndrome? An analysis from two case-control studies conducted in the UK. *PLoS One*, 9(9), e107799-e107799. doi:10.1371/journal.pone.0107799

Carpenter, R., McGarvey, C., Mitchell, E. A., Tappin, D. M., Venne-mann, M. M., Smuk, M., & Carpenter, J. R. (2013). Bed sharing when parents do not smoke: is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies. *BMJ Open*, 3(5). doi:10.1136/bmjopen-2012-002299

Filiano, J. J., & Kinney, H. C. (1994). A Perspective on Neuropathologic Findings in Victims of the Sudden Infant Death Syndrome: The Triple-Risk Model. *Neonatology*, 65(3-4), 194-197. doi:10.1159/000244052

Kenner, T., & Kerbl, R. (2000). Mögliche Ursachen für den plötzlichen Säuglingstod. In: Kurz R., Kenner Th, Poets Ch (Hrsg.): *Der Plötzliche Säuglingstod. Ein Ratgeber für Ärzte und Betroffene*, Springer Verlag Wien New York. S. 133-144. In.

Kleemann, W. J., & Böhm, U. (2006). Die Bauchlage und der plötzliche Kindstod. [Prone position and sudden infant death syndrome]. *Kinder- und Jugendmedizin*, 06(02), 114-118.

Lohmann, R. (1996). *Risikofaktoren beim plötzlichen Kindstod (SIDS)*: Shaker Verlag.

Mitchell, E. A., & Stewart, A. W. (1997). Gender and the sudden infant death syndrome. New Zealand Cot Death Study Group. *Acta Paediatr*, 86(8), 854-856. doi:10.1111/j.1651-2227.1997.tb08611.x

Mitchell, E. A., Tuohy, P. G., Brunt, J. M., Thompson, J. M., Clements, M. S., Stewart, A. W., . . . Taylor, B. J. (1997). Risk factors for sudden infant death syndrome following the prevention campaign in New Zealand: a prospective study. *Pediatrics*, 100(5), 835-840. doi:10.1542/peds.100.5.835

Moon, R. Y. (2011). SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*, 128(5), 1030-1039. doi:10.1542/peds.2011-2284

National Institute for Health and Care Excellence (NICE), R. C. o. O. G. Postnatal care. NICE guideline. Stand: 04/2021. Abrufbar unter: [https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/resources/postnatal-](https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/resources/postnatal-care-pdf-66142082148037)

[care-pdf-66142082148037](https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/resources/postnatal-care-pdf-66142082148037). Abgerufen am 01.03.2022. In.

Poets, C. F., Kirchhoff, F., Kramer, A., Scholle, S., Erler, T., Hoch, B., . . . Wiater, A. (2018). Prävention des Plötzlichen Säuglingstods. S1-Leitlinie. AWMF-Registernummer: 063-002. Stand: 09/2017. Abrufbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/063-002l_S1_Prävention-des-plötzlichen-Säuglingstodes_2018-07.pdf. Abgerufen am: 01.03.2022. In.

Schlaud, M., Dreier, M., Debertin, A. S., Jachau, K., Heide, S., Giebe, B., . . . Kleemann, W. J. (2010). The German case-control scene investigation study on SIDS: epidemiological approach and main results. *Int J Legal Med*, 124(1), 19-26. doi:10.1007/s00414-009-0317-z

Schlaud, M., Kleemann, W. J., Poets, C. F., & Sens, B. (1996). Smoking during Pregnancy and Poor Antenatal Care: Two Major Preventable Risk Factors for Sudden Infant Death Syndrome. *International Journal of Epidemiology*, 25(5), 959-965. doi:10.1093/ije/25.5.959

Straus, S. E., & McAlister, F. A. (2000). Evidence-based medicine: a commentary on common criticisms. *Canadian Medical Association Journal*, 163(7), 837. Retrieved from <http://www.cmaj.ca/content/163/7/837.abstract>

Willinger, M., James, L. S., & Catz, C. (1991). Defining the sudden infant death syndrome (SIDS): deliberations of an expert panel convened by the National Institute of Child Health and Human Development. *Pediatr Pathol*, 11(5), 677-684. doi:10.3109/15513819109065465

Zinka, B. M. (2004). *Der Plötzliche Säuglingstod. Untersuchungen eigener Fälle am Institut für Rechtsmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität zu München aus den Jahren 1999 bis 2001. Dissertation aus dem Institut für Rechtsmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität zu München.* In.

8.5 Literatur zur Last mit der Lust

1. Dudenredaktion. „Lust“ auf Duden online. Abrufbar unter: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Lust#bedeutungen>. Abgerufen am: 01.03.2022.
2. von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res.* 1999;47(1):27-49.
3. Yildiz H. The relation between prepregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: a prospective study. *J Sex Marital Ther.* 2015;41(1):49-59.
4. Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *Bjog.* 2000;107(8):964-8.
5. Hill BF, Jones JS. Venous air embolism following orogenital sex during pregnancy. *Am J Emerg Med.* 1993;11(2):155-7.
6. Staruch M, Kucharczyk A, Zawadzka K, Wielgos M, Szymusik I. Sexual activity during pregnancy. *Neuro Endocrinol Lett.* 2016;37(1):53-8.
7. Lee JT, Lin CL, Wan GH, Liang CC. Sexual positions and sexual satisfaction of pregnant women. *J Sex Marital Ther.* 2010;36(5):408-20.
8. Castro C, Afonso M, Carvalho R, Clode N, Graça LM. Effect of vaginal intercourse on spontaneous labor at term: a randomized controlled trial. *Arch Gynecol Obstet.* 2014;290(6):1121-5.
9. Chan KK, Paterson-Brown S. How do fathers feel after accompanying their partners in labour and delivery? *J Obstet Gynaecol.* 2002;22(1):11-5.
10. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth.* 2000;27(2):104-11.
11. Eid MA, Sayed A, Abdel-Rehim R, Mostafa T. Impact of the mode of delivery on female sexual function after childbirth. *International Journal of Impotence Research.* 2015;27(3):118-20.
12. Gregory R, Cheng H, Rupp HA, Sengelaub DR, Heiman JR. Oxytocin increases VTA activation to infant and sexual stimuli in nulliparous and postpartum women. *Horm Behav.* 2015;69:82-8.
13. Dejudicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res.* 2002;39(2):94-103.
14. Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E, Nissen E. Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scand J Caring Sci.* 2005;19(4):381-7.
15. Oakley D, Murtland T, Mayes F, Hayashi R, Petersen BA, Rorie C, et al. Processes of care. Comparisons of certified nurse-midwives and obstetricians. *J Nurse Midwifery.* 1995;40(5):399-409.
16. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ.* 2005;172(10):1327-33.
17. Trutnovsky G, Haas J, Lang U, Petru E. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2006;46(4):282-7.

1. Selbsttest

Es ist stets eine Antwortmöglichkeit korrekt.

A) Gegen welche der folgenden Krankheiten gibt es keine STIKO-Impfempfehlung für Schwangere?

- 1) COVID-19
- 2) Influenza
- 3) Masern
- 4) Pertussis

B) Welche Lebendimpfung darf bei strenger Indikation in der Schwangerschaft verabreicht werden?

- 1) Varizellen-Impfung
- 2) Gelbfieber-Impfung
- 3) Röteln-Impfung
- 4) Poliomyelitis-Impfung

C) Welcher Faktor löst alleine für sich stehend den plötzlichen Kindstod aus?

- 1) Alkoholkonsum in der Schwangerschaft
- 2) Rauchen der Mutter
- 3) Rauchexposition des Kindes
- 4) Multifaktorielles Geschehen, mehrere Faktoren aus unterschiedlichen Bereichen müssen zusammenfallen

D) Bei welchem Faktor handelt es sich NICHT um einen gesicherten unabhängigen Risikofaktor für SIDS?

- 1) Bauchlage
- 2) Alkoholkonsum der Mutter
- 3) Rauchexposition in der Schwangerschaft
- 4) Co-Sleeping

E) Am plötzlichen Kindstod starben 2022 in Deutschland:

- 1) 0,1% aller lebendgeborener Kinder
- 2) 0,1 ‰ aller lebendgeborener Kinder
- 3) 230 Kinder
- 4) 46 Kinder

F) Während körperlicher Anstrengung (z.B. Heben von schweren Lasten) sollte auf Folgendes geachtet werden:

- 1) Beckenboden aktivieren, aktiv ausatmen, aufrechte Körperhaltung, damit der Beckenboden vor Überlastung geschützt wird
- 2) Luft anhalten, damit mehr Kraft entwickelt werden kann
- 3) Einatmen und Beckenboden dabei locker lassen, um die Entspannung des Beckenbodens zu fördern
- 4) Last nicht aus den Augen lassen

G) Während der Wochenbettzeit sind die Schwerpunkte für das Beckenbodenbewusstsein

- 1) Intensives Krafttraining, bei dem die Bauch- und Beckenbodenmuskulatur im Mittelpunkt steht
- 2) Von keiner Bedeutung
- 3) Wundheilung, Dampfpflege, Wahrnehmungsübungen, beckenbodenfreundliche Bewegungsabläufe, Atemübungen, Regeneration
- 4) Gründlichstes Putzen und Aufräumen aller Räume in der Wohnung und dabei Beckenboden aktivieren

H) Ein Beckenbodenbewusstsein sollte erworben werden

- 1) Frühestens während der Menopause
- 2) Bereits vor der Schwangerschaft
- 3) Nur, wenn es Probleme mit dem Beckenboden gibt
- 4) Nie

I) Frauen mit kleiner Brust

- 1) Bilden weniger Milch
- 2) Haben möglicherweise eine etwas verringerte Speicherkapazität
- 3) Unterscheiden sich nicht von Frauen mit großen Brüsten
- 4) Haben häufiger zu wenig Brustdrüsengewebe

J) Welcher Bestandteil ist im Kolostrum dreimal höher konzentriert enthalten als in reifer Muttermilch?

- 1) Protein
- 2) Kohlenhydrate
- 3) Fett
- 4) Toxine

K) Zufütterung eines gestillten Kindes mit Säuglingsnahrung oder Tee wird bei der Mutter folgenden Effekt haben

- 1) Anstieg von Prolaktin und Oxytocin
- 2) Anstieg von Noradrenalin
- 3) Senkung von Prolaktin und Oxytocin
- 4) Keine Veränderung von Oxytocin, Senkung von Prolaktin

L) Im Laufe der Schwangerschaft verändern sich auch die Empfindungen der Frau in Hinblick auf Sexualität – welche Aussage ist richtig?

- 1) Die Bedeutung von Sexualität nimmt zu.
- 2) Die Bedeutung von Geschlechtsverkehr nimmt zu.
- 3) Die Zufriedenheit mit dem Sexualeben nimmt zu.
- 4) Die Bedeutung von Zärtlichkeit bleibt unverändert hoch.

M) Nach einer Geburt wird der Stellenwert von Sexualität für ein Paar neu bestimmt – welche Aussage ist richtig?

- 1) Das Sexualeben vor der Schwangerschaft ist bedeutungslos für danach.
- 2) Erfüllte Sexualität vor der Schwangerschaft erleichtert sie auch danach.
- 3) Erfüllte Sexualität vor der Schwangerschaft blockiert sie danach eher.
- 4) Die meisten Paare erleben ihre Sexualität nach der Geburt unverändert.

N) Warum ist die Dokumentation im Haftungsfall von besonderer Bedeutung?

- 1) Aus der Dokumentation lassen sich sicher die Kontaktdaten der Patientin entnehmen.
- 2) Ist eine Behandlungsmethode o.ä. nicht in der Dokumentation niedergelegt, wird vermutet, dass die Behandlung nicht stattgefunden hat.
- 3) Die Dokumentation ist von besonderer Bedeutung, weil nur sie herangezogen wird, um den Ablauf zu rekonstruieren.
- 4) Die Dokumentation dient ausschließlich als Gedächtnisstütze in der Vorbereitung auf einen Prozess.

O) Was muss man stets bedenken, wenn man Messengerdienste im Berufsalltag nutzen möchte?

- 1) Viele Patienten haben keinen Messengerdienst auf dem Handy.
- 2) Bei kostenlosen Diensten ist die berufliche Nutzung regelmäßig durch die Nutzungsbedingungen untersagt.
- 3) Da mittlerweile fast alle Patientinnen Whatsapp nutzen, kann man diesen Messengerdienst ohne Bedenken nutzen.
- 4) Man sollte möglichst jegliche Beratung per Messengerdienst abwickeln, um Zeit zu sparen.